

SREBRNA GOSPODARKA

szansą dla Małopolski

PORADNIK



MAŁOPOLSKA DLA PRZYSZŁOŚCI



MAŁOPOLSKA



SREBRNA GOSPODARKA szansą dla Małopolski

PORADNIK

Departament Polityki Regionalnej
URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO
Kraków 2015

Publikacja powstała w ramach prac zespołu zadaniowego ds. srebrnej gospodarki pod kierunkiem JACKA WOŹNIAKA

Opieka merytoryczna: JOLANTA PEREK-BIAŁAS

Redakcja: ANETA WIDAK

Współpraca redakcyjna: FIONA BENNETT, ALICJA BEŃKO, GRZEGORZ FIRST, MAGDALENA KLIMCZYK, KATARZYNA OPOCZKA, MAGDALENA WOJCIECHOWSKA-USZKO

Spis autorów: JOLANTA PEREK-BIAŁAS, ANDRZEJ BINDA, BEATA BISTYGA, WIEŚŁAWA BORCZYK, ANNA POPIELSKA-BORYS, TOMASZ KRZACZYŃSKI, AGNIESZKA GABRYŚ-KULIG, AGNIESZKA LABUS, ANNA NIEDŹWIEŃSKA, KATARZYNA OPOCZKA, ALEKSANDRA PIŁAT, EWA PIŁAT, MARTA SMAGACZ-POZIEMSKA, ANDRZEJ SZARATA, KATARZYNA SZCZERBIŃSKA, MAŁGORZATA SZŁĄZAK, ANETA WIDAK

Wydawca: URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO
DEPARTAMENT POLITYKI REGIONALNEJ
30-552 Kraków, ul. Wielicka 72
tel.: 12 29 90 700, fax: 12 29 90 726

ISBN: 978-83-65325-01-3

Nakład: 500 egz.

Skład: Jarosław Piskorz JMP Design

Druk: Pasaż Sp. z o.o.

PRZY PUBLIKACJI DANYCH PROSIMY O PODAWANIE ŹRÓDŁA

Publikacja dostępna także w formie elektronicznej na stronie internetowej

<http://www.malopolskie.pl/RozwojRegionalny/Wydawnictwa>

▶ **SŁOWO WSTĘPNE | 7**

▶ **WPROWADZENIE | 9**

▶ **DEMOGRAFICZNY PORTRET MAŁOPOLSKI | 16**

▶ **1. ZDROWIE | 23**

| utworzenie sieci poradni geriatrycznych w regionie | 25

| odpowiednia jakość opieki nad osobami starszymi | 40

| edukacja geriatryczno-gerontologiczna | 49

▶ **2. USŁUGI SPOŁECZNE | 63**

| organizacja opieki nad osobą starszą w postaci dziennych ośrodków
wsparcia | 65

| stworzenie skoordynowanego systemu wsparcia dla opiekunów osób
starszych | 79

▶ **3. RYNEK PRACY | 93**

| różne formy wsparcia aktywizującego zawodowo osoby 50+ | 95

| poradnictwo zawodowe i edukacja na każdym etapie życia | 111

▶ **4. EDUKACJA | 127**

| edukacja prozdrowotna osób starszych | 129

| edukacja w zakresie nabywania kompetencji cyfrowych osób dojrzałych
i starszych | 141

▶ **5. KULTURA | 161**

| rozwój sieci bibliotek i innych instytucji kultury według koncepcji
biblioteka + | 163

| wspólna platforma informacyjna dla instytucji kultury | 173

▶ **6. MIESZKALNICTWO I PRZESTRZEŃ | 181**

| lokalne programy srebrnej rewitalizacji | 183

| program miejsce wszystkich pokoleń, przestrzeń przyjazna seniorom | 206

| opracowanie i zrealizowanie modelowego mieszkania dostosowanego do potrzeb osób starszych | 221

▶ **7. TRANSPORT | 237**

| elastyczne linie autobusowe na obszarach wiejskich | 239

▶ **8. TURYSTYKA | 249**

| działania zwiększające aktywność turystyczną osób starszych w Małopolsce | 251

▶ **9. NOWE TECHNOLOGIE | 265**

| zastosowanie nowych technologii w opiece nad osobami starszymi | 267

▶ **SUMMARY | 274**

słowo wstępne |
wprowadzenie | demograficzny portret Małopolski

zdrowie

usługi społeczne

rynek pracy

edukacja

kultura

mieszkalnictwo i przestrzeń

transport

turystyka

nowe technologie



Szanowni Państwo,

Małopolska to pierwszy region, który podjął wyzwanie sformułowania rekomendacji stanowiących odpowiedź na zmiany demograficzne w naszym kraju. Dlatego mamy ogromną przyjemność oddać w Państwa ręce poradnik *Srebrna gospodarka szansą dla Małopolski* – poświęcony polityce senioralnej.

Powoli, ale skutecznie udaje nam się zwalczać stereotypy w myśleniu o osobach starszych. Wiemy, że seniorzy nie są jedynie obciążeniem dla gospodarki, państwa czy społeczeństwa. Widzimy w nich ogromny kapitał, który może służyć rozwojowi ekonomicznemu kraju i regionów. Seniorzy to ludzie, z których wiedzy, doświadczenia i mądrości powinniśmy czerpać garściami. To także aktywna grupa konsumentów, świadoma swych praw i niepozbawiona aspiracji. Ogromnym zaniechaniem ze strony władz i całego społeczeństwa byłoby niedostrzeżenie tego wielkiego potencjału.

Aby jednak mądrze wspierać seniorów i nie pozwolić, by drzemący w nich potencjał pozostał uśpiony, konieczne jest wdrożenie wielu projektów społecznych, ekonomicznych i infrastrukturalnych. Prezentowany poradnik zawiera propozycje tego typu działań: od ochrony zdrowia i polityki społecznej poprzez edukację i kulturę, aż po inwestycje w infrastrukturę i nowe technologie. Rekomendacje te zostały opracowane w taki sposób, aby ich wdrożenie było impulsem do dalszego rozwoju regionu i lokalnych społeczności. Proponowane działania prowadzić mają nie tylko do ożywienia wybranych sektorów gospodarki i wzrostu zatrudnienia, ale też do pojawienia się nowych ofert edukacyjnych i kulturalnych czy też inicjatyw prozdrowotnych. To propozycje nie tylko dla seniorów, ale dla wszystkich grup społecznych.

Autorzy rekomendacji to eksperci z różnych dziedzin, a jednocześnie wielcy entuzjaści i orędownicy pozytywnej polityki senioralnej. Bardzo chcielibyśmy im podziękować za otwarte i szerokie podejście do tego tematu, którego efektem jest ten poradnik. Głęboko wierzymy, że publikacja ta pomoże mieszkańcom Małopolski postrzegać zmiany demograficzne nie jako zagrożenie, ale jako wielką szansę, której umiejętne wykorzystanie może przyczynić się do rozwoju naszego regionu.

Samorząd regionalny z biegiem lat odgrywa coraz poważniejszą rolę w stymulowaniu rozwoju regionalnego, w zarządzaniu zasobami regionu. Dzieje się tak w okresie poważnych zmian demograficznych, które aktualnie są odczuwalne na wielu poziomach: lokalnym, regionalnym czy krajowym. Wydłuża się przeciętne trwanie życia przy jednoczesnym spadku współczynnika dzietności. W ich efekcie dochodzi do zjawiska starzenia się społeczeństwa. Z jednej strony skutki starzenia niosą ze sobą duże obciążenia dla państwa, głównie ekonomiczne, związane z utrzymaniem osób starszych oraz zaspokajaniem ich specyficznych potrzeb ze środków publicznych. Z drugiej zaś mamy do czynienia z sytuacją, która nastroja optymistycznie, ponieważ dłużej żyjemy, często w dobrym zdrowiu i bardzo aktywnie.

Ten złożony proces już ma i będzie miał jeszcze większy wpływ na wiele dziedzin polityki: przede wszystkim politykę społeczną, ochronę zdrowia, ale także gospodarkę, popyt na różne usługi, charakter infrastruktury. Należy pamiętać, iż mówimy o zagadnieniu o charakterze przekrojowym dotyczącym wielu dziedzin działalności człowieka. Zmiany w strukturze wieku wpłyną na pogłębienie problemów w takich obszarach jak zatrudnienie, zabezpieczenie społeczne, edukacja. W Europie, w tym także i w Polsce, rośnie świadomość poważnych skutków zjawiska starzenia, co nie pozwala pominąć tego zagadnienia przy tworzeniu wielorakich planów oraz strategii lokalnych i regionalnych, takich jak strategie gospodarcze, plany kształcenia ustawicznego, budownictwa mieszkaniowego, strategie transportowe czy programy pomocy i integracji społecznej.

Już od jakiegoś czasu jesteśmy świadkami dyskusji toczących się na szczeblu krajowym na temat wyzwań dla systemów emerytalnych i zabezpieczeń społecznych. Ale na poziomie regionalnym także rośnie świadomość różnorodnych skutków zjawiska starzenia i zagadnienie to nabiera coraz większego znaczenia w programach strategii regionalnych na terytorium całej Unii Europejskiej. W związku z powyższym nasuwa się pytanie, jakie zadania powinny podjąć samorządy, a w szczególności, jaką rolę powinien pełnić samorząd regionalny w nowej sytuacji demograficznej. Władze regionu Małopolski, by sprostać nowym wyzwaniom demograficznym, już w 2010 roku rozpoczęły budowanie nowej polityki, zwanej polityką senioralną. Przygotowano wówczas dokument pod kierunkiem prof. Stanisławy Golinowskiej pt. ***Wyzwania Małopolski w kontekście starzejącego się społeczeństwa. Podejście strategiczne.*** Przeanalizo-

wano w nim, po pierwsze, tendencje procesu starzenia się i potrzeby starzejącej się populacji w różnych wymiarach ludzkiego życia, a po drugie rozpoznano regionalne zasoby umożliwiające zaspokajanie potrzeb tej populacji. Stał się on inspiracją do dalszych działań na rzecz osób starszych, gdyż zawiera konkretne wskazówki co do tego, w jakich obszarach należy podjąć inicjatywę, jakie są potrzeby i jakimi dysponujemy zasobami.

Ponadto Urząd Marszałkowski ma w swoim dorobku wiele projektów międzynarodowych nawiązujących swoją tematyką do jakości życia w starzejących się populacjach, zrealizowanych w ramach Europejskiej Współpracy Terytorialnej. Stały się one dużym wsparciem dla podejmowania konkretnych działań realizujących regionalną politykę senioralną. Ważnym instrumentem tej polityki jest powołana przez Zarząd Województwa Małopolskiego Rada ds. Polityki Senioralnej, która jest pierwszą tego typu radą w Polsce na szczeblu wojewódzkim. Jej głównym celem jest wzmocnienie pozycji małopolskich seniorów w życiu społecznym, poprawa jakości ich życia oraz stwarzanie odpowiednich warunków do realizacji własnych potrzeb i aspiracji. Kolejnym przykładem wdrażania strategii pt. *Wyzwania Małopolski...* jest uwzględnienie rekomendacji tam zawartych w Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2011–2020 oraz w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Małopolskiego 2014–2020. Ten ostatni przewiduje wspieranie rozwoju opieki długoterminowej osób starszych, wsparcie dla opiekunów nieformalnych oraz finansowanie tworzenia i działalności placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób niesamodzielnych. W ramach programu będzie możliwa także realizacja przedsięwzięć z zakresu teleopieki, która pozwoli na wykorzystanie najnowszych technologii na rzecz aktywnego starzenia się.

Regionalna polityka wobec osób starszych wymaga stałego zaangażowania władz samorządowych, ale także innych **podmiotów** działających na rzecz seniorów. Podstawą **sukcesu** w tej dziedzinie jest **współpraca** i **wzajemne zaufanie**. Dlatego też wspólnie z interdyscyplinarnym zespołem ekspertów **przygotowaliśmy** niniejszą publikację, adresowaną do bardzo wielu różnych organizacji stykających się ze środowiskiem seniorów, takich jak: samorządy lokalne, organizacje pozarządowe, firmy prywatne, instytucje służby zdrowia i opieki społecznej, ale także instytucje kultury oraz te wspierające zatrudnienie osób dojrzałych. Ma ona formułę **poradnika** zawierającego zalecenia i **rekomendacje** odnoszące się do różnych obszarów życia społecznego, w których

poruszają się osoby w jesieni życia. Nie poprzestajemy na opisywaniu problematyki związanej ze starzeniem się populacji, ale proponujemy **sposoby realizacji** konkretnych rekomendacji, przykładowe działania i **dobre praktyki**, które już zostały wdrożone i są warte powielenia. W niniejszym poradniku staramy się także ocenić ryzyko podjęcia sugerowanych działań.

Poprawa jakości życia dzisiejszych seniorów, a także przygotowanie się na sytuację demograficzną, z którą będziemy mieć do czynienia za 20 i 40 lat, wymaga działań systemowych, podejmowanych w różnych dziedzinach funkcjonowania. Taka myśl przewodnia towarzyszyła przygotowaniom poradnika. Dotykamy w nim wielorakich zagadnień, rozpoczynając od problematyki zdrowotnej, a kończąc na zastosowaniu nowych technologii. Podstawą zachowania jak najlepszej kondycji do późnych lat życia jest odpowiednia ochrona zdrowia. Seniorzy muszą mieć zapewniony dostęp do usług zdrowotnych. Na terenie Małopolski, podobnie jak i w innych regionach kraju, brakuje poradni geriatrycznych mających możliwość kierowania pacjentów do wielodyscyplinarnych ośrodków geriatrycznych. Stworzenie sieci takich usług pozwoliłoby na holistyczne podejście do pacjenta starszego, uwzględniające jego wielochorobowość i często niepełnosprawność.

Dobre funkcjonowanie osoby w podeszłym wieku pozwalające na samodzielne zamieszkiwanie we własnym środowisku wymaga zapewnienia odpowiednich usług opiekuńczych oferowanych w różnych formach. Mowa tutaj o usługach poradnictwa specjalistycznego dla samych osób starszych, ale także dla ich rodzin, próbujących godzić obowiązki zawodowe z opiekuńczymi. Dobrym uzupełnieniem tego modelu byłaby oferta usług opieki mobilnej, w tym teleopieki.

Poprawy wymaga także **polityka zatrudnienia**, szczególnie osób 50+. W Małopolsce istotnym problemem jest niski odsetek osób aktywnych zawodowo i niski poziom zatrudnienia w tej grupie wiekowej. Wydłużenie aktywności zawodowej zależeć będzie od bardzo wielu czynników, nie tylko rozwiązań systemowych, które są uwarunkowane decyzjami na poziomie krajowym, ale też działań regionalnych, takich jak wdrażanie systemów zarządzania wiekiem w firmach, zachęcanie do podnoszenia i aktualizacji kwalifikacji, wprowadzenie systemu zachęt dla pracodawców w zatrudnianiu osób starszych. Wsparcie osób starszych w znalezieniu i utrzymaniu zatrudnienia musi być powiązane z egzekwowaniem zakazu dyskryminacji, którą nadal obserwujemy w naszym

kraju. Dłuższe pozostawanie na rynku pracy ma zasadniczy wpływ na aktywność społeczną, ale także kondycję psychiczną seniorów.

Autorzy poradnika podkreślają kluczową rolę działań edukacyjnych kierowanych do przedstawicieli najstarszej grupy wiekowej, w szczególności **edukacji prozdrowotnej i cyfrowej**. Tylko uczenie się przez całe życie zapewnia współczesnemu człowiekowi aktualizowanie i podnoszenie kwalifikacji, uzupełnianie wiedzy i zdobywanie nowych kompetencji. Niezbędna jest edukacja na temat procesów starzenia się i jego konsekwencji, uwrażliwienie opinii publicznej na problemy starości i niesamodzielności. Doświadczenia małopolskich uniwersytetów trzeciego wieku pokazują, że aktywizacja społeczna poprzez edukację jest sprawdzonym narzędziem podnoszenia świadomości, poszerzania zainteresowań i zdobywania nowych umiejętności, kontroli nad własnym organizmem, co jest nieocenioną wartością utrzymywania jak najdłuższej samodzielności i kształtowania zdrowego stylu życia osób starszych. We współczesnym świecie niezbędne stają się kompetencje informatyczne. Umiejętności te trzeba cały

Studenci Jagiellońskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku podczas wydarzenia pn. „Powitanie wiosny - marsz szlakiem trzech mostów i jednej kładki studentów JUTW”.

foto. Jerzy Niżnik (student Jagiellońskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku)



czas aktualizować i uzupełniać, by pozostać na rynku pracy, być aktywnym społecznie czy po prostu korzystać z różnych usług, na przykład finansowych. Stąd pojawia się konieczność prowadzenia działań edukacyjnych dostosowanych pod względem formy i treści do potrzeb i możliwości seniorów.

W obszarze **kultury** również powinno się „ukierunkować” myślenie na potrzeby osób 50+. Jak wskazują wnioski dotyczące uczestnictwa w kulturze tej grupy wiekowej zawarte w raporcie *Po co seniorom kultura? Badania kulturalnych aktywności osób starszych*, przeważają bierne formy spędzania czasu, takie jak oglądanie TV czy słuchanie radia. Aktywniejsze uczestnictwo wymaga albo wyjścia z domu, albo pewnych umiejętności informatycznych, jeśli myślimy o dostępie do świata kultury poprzez Internet. W obu przypadkach seniorzy napotykają na trudności. Stąd autorzy rekomendacji odnoszących się do tego obszaru życia społecznego proponują rozwiązanie w postaci tworzenia sieci instytucji kultury w modelu biblioteka+ dom kultury+ czy muzeum+ w lokalnych środowiskach z przyjazną infrastrukturą i dostępem do Internetu.

Dla osób w podeszłym wieku funkcjonalne mieszkanie, przyjazne i **bezpieczne otoczenie** oraz dostęp do środków komunikacji publicznej to podstawowe czynniki mające istotny wpływ na jakość życia, a także ich uczestnictwo w życiu społecznym. Powinno to być uwzględnione w przygotowywanych w bieżącej perspektywie finansowej programach rewitalizacji obszarów miejskich. Osoby w jesieni życia bardzo często zamieszkują stare i niedostosowane do ich potrzeb mieszkania. Wraz z postępującymi zmianami demograficznymi rośnie świadomość potrzeb w odniesieniu do zasobów mieszkaniowych odpowiednich – pod względem dostępności, wyposażenia, umeblowania, wielkości, lokalizacji i sąsiedztwa – dla osób starszych. Dobrym rozwiązaniem wydaje się przygotowanie modelowego mieszkania, które zobrazuje wszystkim odwiedzającym, w jaki sposób można ułatwić codzienne funkcjonowanie osoby starszej.

Opracowanie porusza też problematykę **wolontariatu** z udziałem osób starszych, który ma wymiar horyzontalny i dotyczy wielu obszarów życia, takich jak kultura czy służba zdrowia. Ta forma zaangażowania jest uważana za bardzo dobry sposób aktywizacji społecznej osób w tym przedziale wiekowym. Stwarza okazję do kontaktowania się, porozumiewania z innymi ludźmi, co ma szczególne znaczenie w wieku starszym. Badania jednak pokazują bardzo małe, jeśli nie znikome, zaangażowanie starszych Polaków w działalność charytatywną. Wskaźniki pokazują najniższe wartości w Europie w tym zakresie. Zatem zada-

niem lokalnych samorządów i organizacji seniorskich byłoby zachęcanie osób 50+ dysponujących wolnym czasem do podjęcia bezinteresownej działalności na rzecz potrzebujących oraz organizowanie i koordynowanie takiej działalności. Jak pokazuje raport z badań pt. *Zaangażowanie społeczne Polaków w roku 2010: wolontariat, filantropia, 1%*, wielkim wyzwaniem dla organizacji pozarządowych i instytucji publicznych jest zmiana postaw Polaków (w tym tych starszych) dotyczących współdziałania i podniesienia poziomu wiedzy na temat aktywności inicjatyw pozarządowych.

Autorzy opracowania wskazują konkretne rekomendacje, jak radzić sobie z nadchodzącymi zmianami demograficznymi, pamiętając przy tym, że nie ma gotowych, uniwersalnych rozwiązań na szybkie dostosowanie usług czy infrastruktury do potrzeb starzejącej się populacji. Zjawisko ma charakter wielowymiarowy, niejednorodny i odznacza się zmienną dynamiką w różnych obszarach nawet tego samego regionu. Sama populacja seniorów jest niejednorodna. Heterogeniczność wynika ze zróżnicowanej sytuacji zdrowotnej jednostek, różnego poziomu zamożności, statusu rodzinnego, a wszystkie te czynniki mają wpływ na zastosowane rozwiązanie problemu lub rodzaj wsparcia, które powinno być udzielone. Ważne jest jednak, w jaki sposób władze samorządowe, politycy różnego szczebla, liderzy społeczni podejną do wyzwań demograficznych. Jak wskazuje dokument *Wyzwania...*, można zareagować na proces starzenia, uwzględniając jedynie wzrost potrzeb osób starszych w różnych sferach życia, nie korygując zasadniczo prowadzonej polityki, ale można także podjąć działania prewencyjne, z dużym wyprzedzeniem, by w aktywny sposób przygotować się na nową sytuację, w tym także dostosować profil gospodarczy regionu. To ostatnie podejście charakteryzuje koncepcję **srebrnej gospodarki**. Postrzega ona konsekwencje starzejących się społeczeństw nie tylko jako obciążenie dla systemu ekonomicznego kraju czy regionu, ale jako szansę na wzrost gospodarczy i podniesienie konkurencyjności. Władze Małopolski mają właśnie taką aspirację, by stopniowo budując i prowadząc politykę senioralną służącą przede wszystkim poprawie jakości życia osób starszych, czynić z niej bodziec do rozwoju gospodarczego zwiększającego atrakcyjność regionu.

Opracowanie, które trzymają Państwo w rękach, jest kolejnym naszym instrumentem mającym za zadanie budowanie wiedzy o szansach starzejącego się społeczeństwa, zachęcenie wszystkich do szerokiego włączenia się do realizacji koncepcji srebrnej gospodarki. Jest ona bowiem przyjazna nie tylko samym

seniorom, ale wszystkim grupom społecznym. Mamy nadzieję, że przedstawione w prezentowanym opracowaniu rekomendacje i wskazówki będą inspiracją dla tych, którzy tworzą politykę na rzecz osób starszych, dla organizacji, które pracują ze środowiskiem seniorów, dla naukowców, biznesmenów, a także mediów.

Dynamika procesów demograficznych zachodzących w Europie, a zwłaszcza w Europie Środkowej, sprawia, że zjawisko starzenia się społeczeństw coraz częściej staje się kluczowym tematem debat dotyczących kształtowania polityk publicznych zarówno na poziomie europejskim, jak i krajowym, regionalnym, a nawet lokalnym. Należy przy tym podkreślić, że w ciągu ostatnich kilku lat zmienił się sposób postrzegania zjawisk demograficznych, a co za tym idzie, ewoluowały propozycje programów i polityk, które miałyby łagodzić skutki tych zjawisk.

Doświadczenia krajów Europy Zachodniej, w których procesy starzenia się społeczeństwa zaczęły zachodzić wcześniej niż w Europie Środkowej, pokazują, że zjawisko, u którego podstaw leży niski wskaźnik dzietności oraz coraz dłuższa średnia życia, jest w nowoczesnych społeczeństwach właściwie nieodwracalne. Wobec powyższego należało wypracować nowe podejście do niekorzystnych procesów demograficznych polegające na przyznaniu, że część z nich jest nieodwracalna i społeczeństwa europejskie będą coraz bardziej się starzeć. Należy więc, nie zaniedbując polityki wspierania dzietności, szukać rozwiązań, które pozwolą złagodzić skutki starzenia się społeczeństw, a nawet wypracować skuteczne modele społeczne i gospodarcze, dające szansę na dalszy rozwój krajów i regionów.

Kreowanie skutecznych polityk publicznych w obliczu starzenia się społeczeństwa wymaga umiejętnego korzystania z badań i prognoz dostarczanych przez demografię. Dlatego przygotowanie niniejszej publikacji nie byłoby możliwe bez gruntownej analizy sytuacji demograficznej Małopolski. Wiedza o tym, w jaki sposób nasz region będzie się „starzeć”, pozwoliła przygotować rekomendacje niejako „szyte na miarę”.

Co to znaczy, że „region się starzeje”? Są to pewne tendencje, które rozpoczęły się w regionach kilka, czasem kilkanaście lat temu i zwiastują trwałą zmianę w strukturze wiekowej naszego społeczeństwa. Należy przy tym zaznaczyć, że nie wszystkie zmiany są negatywne. Małopolska na tle kraju, a zwłaszcza na tle Europy Zachodniej, jest regionem stosunkowo młodym. Wielkim osiągnięciem jest stale wydłużająca się średnia życia mieszkańców Małopolski, która w 2013 roku wyniosła 74,8 roku dla mężczyzn i 82 lata dla kobiet i była wyższa od średniej ogólnopolskiej.

Tabela 1. Przeciętne dalsze trwanie życia w województwie małopolskim

WYSZCZEGÓLNIENIE	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013
Małopolska								
mężczyźni	71,3	72,1	72,0	72,5	72,0	73,7	74,0	74,8
kobiety	78,8	79,6	80,3	80,5	80,0	81,4	81,9	82,0
Polska								
mężczyźni	69,7	70,4	70,7	70,9	71,3	72,1	72,7	73,1
kobiety	78,8	78,8	79,2	79,6	80,0	80,6	81,0	81,1

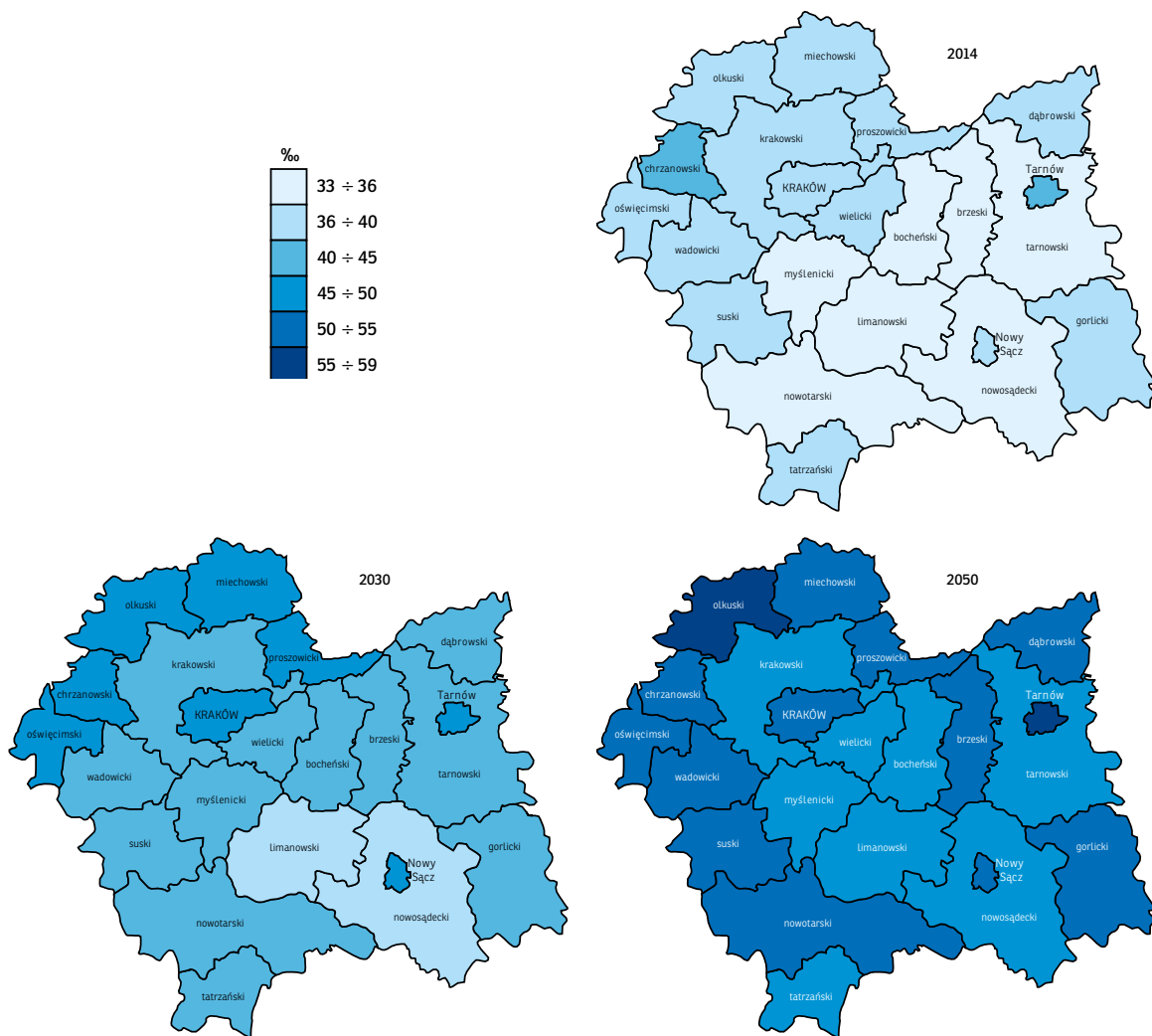
Źródło: Województwo Małopolskie 2014.

Jak pokazują dane (zob. tabela 1), życie mieszkank Małopolski wydłużyło się od 2000 roku statystycznie o nieco ponad 3 lata, a mieszkańców o 3 i pół roku. To ogromny sukces cywilizacyjny, który jednak ma swoje konsekwencje zarówno w wymiarze ekonomicznym, jak i społecznym. Przybywa bowiem osób w zaawansowanym wieku, którym nie tylko należy zapewnić świadczenia emerytalne i godziwą opiekę zdrowotną, ale też wsparcie w możliwie jak najdłuższym samodzielnym życiu oraz możliwość partycypacji w życiu społecznym, pomimo obiektywnych trudności (takich jak np. słaba mobilność). Warto prześledzić, jak te tendencje przedstawiają się w rozbiciu na powiaty (zob. mapa 1).

Mediana wieku, czyli wielkość dzieląca populację na dwie równe części: „młodsza” i „starsza”, w 2014 r. wyniosła dla Małopolski 37,3 roku. Różnica pomiędzy najniższą medianą powiatową (powiat limanowski – 33,3 roku) a najwyższą (miasto Tarnów – 40,6 roku) wyniosła 7,3 roku. W kolejnych latach mediana dla województwa będzie szybko wzrastać, osiągając w 2030 roku wartość 44,2 roku, a w 2050 – 50,2 roku. Jednocześnie wzrastać będzie wewnętrzne zróżnicowanie między powiatami – różnica między medianami wzrośnie do 9,0 lat w 2030 roku oraz do 12,6 roku w 2050. Wartość mediany wieku jest silnie skorelowana z liczbą urodzeń – powiaty o najniższej medianie są jednocześnie powiatami o najwyższej liczbie urodzeń na 1000 mieszkańców.

Przyrost naturalny w naszym regionie przez kilka lat wykazywał tendencje wzrostowe, by po 2009 roku zacząć spadać. Mimo to pozostaje dodatni i wyż-

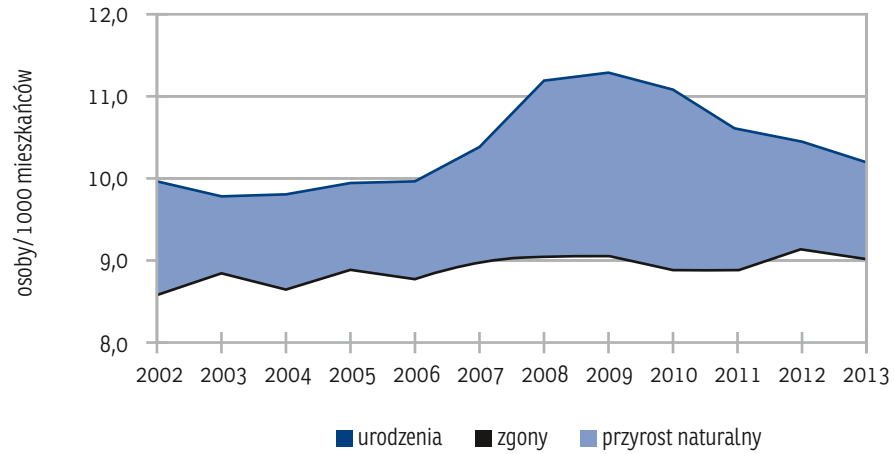
Mapa 1. Mediana wieku wg powiatów w województwie małopolskim w latach 2014, 2030, 2050



Źródło: obliczenia własne na podstawie bazy Demografia gus

szy od krajowego. W Małopolsce, podobnie jak na poziomie krajowym, wejście roczników wyżu z początku lat osiemdziesiątych w okres najwyższej rozrodzności nie spowodowało oczekiwanego odwrócenia niekorzystnych trendów demograficznych.

Wykres 1. Przyrost naturalny



Źródło: Województwo Małopolskie 2014.

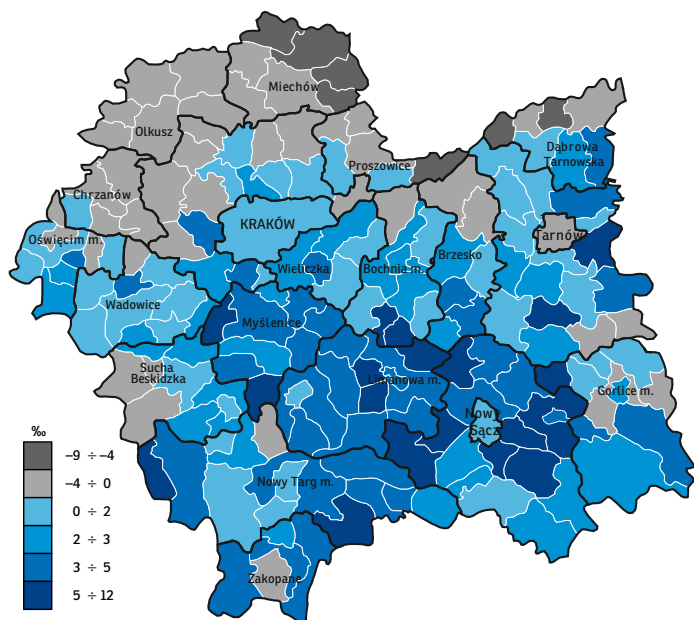
Analizując trendy demograficzne w naszym regionie, warto przyjrzeć się nie tylko danym na poziomie województwa, ale też powiatu lub gminy. Zaobserwujemy wtedy duże zróżnicowanie Małopolski pod względem demograficznym (zob. mapa 2), które pokazuje, że niektóre części naszego regionu mogą w najbliższym czasie wymagać szczególnego wsparcia ze strony polityk publicznych.

Na portret demograficzny naszego regionu, oprócz danych dotyczących długości życia i wskaźników urodzeń, składają się również dane ilustrujące procesy migracyjne. Małopolska jest regionem, który przyciąga mieszkańców (dodatnie saldo migracji na poziomie 0,8 na 1000 mieszkańców), a prognozy dotyczące przyszłego poziomu migracji są korzystne. Nie oznacza to jednak, że problem odpływu mieszkańców w ogóle naszego regionu nie dotyczy. Na poziomie poszczególnych powiatów i gmin możemy stwierdzić zaawansowane, niekorzystne procesy migracyjne (zob. mapa 3). Można tu zaobserwować odpływ mieszkańców z Małopolski południowo-zachodniej, a także z niektórych gmin Małopolski północno-zachodniej (np. Olkusz). Jednocześnie widzimy bardzo silny przyrost ludności wokół Krakowa (gminy powiatu krakowskiego i wielickiego), a także, choć nieco mniej wyraźny, wokół Tarnowa i Nowego Sącza (przy czym same miasta Tarnów i Nowy Sącz notują odpływ mieszkańców). Ponieważ najczęściej migrują ludzie młodzi, można wnioskować, że w wielu peryferyjnych gminach

wiejskich, a także w centrach miast, pozostaną osoby starsze, które wskutek procesów migracyjnych będą pozbawione pomocy i opieki swoich dzieci.

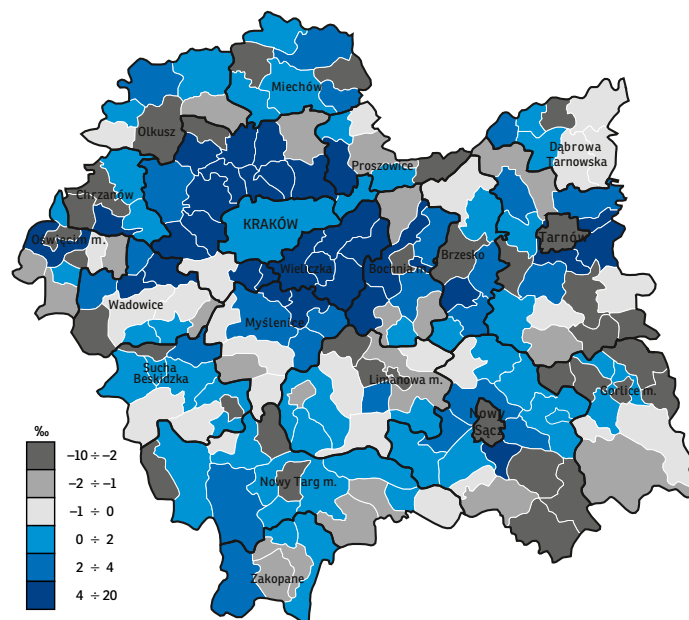
Znalezienie właściwej polityki dla pojawiających się wyzwań demograficznych ma pozwolić starzejącym się społeczeństwom znaleźć klucz do gospodarczej „prosperity”. Właściwe zidentyfikowanie nowych potrzeb (a co za tym idzie nowych rynków dóbr i usług) ma pomóc w utrzymaniu wzrostu gospodarczego nawet przy niepomyślnych wskaźnikach demograficznych. Obecna sytuacja demograficzna Małopolski, mimo panujących trendów, nie jest jeszcze szczególnie niekorzystna. Niemniej jednak jest to doskonały moment na znalezienie i wdrożenie rozwiązań, które zapewnią starzejącemu się społeczeństwu regionu bezpieczeństwo i stabilność.

Mapa 2. Przyrost naturalny w województwie małopolskim (w ‰)



Źródło: Województwo Małopolskie 2014.

Mapa 3. Saldo migracji w województwie małopolskim (w ‰)



Źródło: Województwo Małopolskie 2014.

OBSZAR **ZDROWIE**

sieć poradni
geriatrycznych



edukacja
geriatryczno-
-gerontologiczna

jakość opieki nad
osobami starszymi

REKOMENDACJA 1

Utworzenie sieci poradni geriatrycznych w regionie

JAK JEST?

Brak wystarczającego i odpowiedniego systemu opieki geriatrycznej dla osób starszych w Małopolsce

W 2014 roku w Małopolsce zamieszkiwało 595 406 osób w wieku 65 lat i więcej, stanowiąc 17,7% całej populacji województwa (Urząd Statystyczny (US) w Krakowie 2014: Województwo Małopolskie 2014, Podregiony, Powiaty, Gminy 2014). W Krakowie według stanu na koniec 2013 roku liczba osób w wieku poprodukcyjnym stanowiła 21% ludności miasta (Raport o stanie miasta 2013). Według prognozy Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) liczba osób w wieku poprodukcyjnym w populacji województwa będzie stale rosła. W 2010 roku było ich 505 994, w 2020 roku będzie ich 713 600, a w 2035 roku liczba ta wzrośnie do 894 400. Trzeba zaznaczyć, że największy przyrost będzie obserwowany w grupie osób 80+. Przewiduje się prawie dwukrotne zwiększenie ich liczby ze 112 tys. w roku 2010 (3,4%), do 139 tys. w roku 2020 oraz do 215 tys. w roku 2035 (6,5% całej populacji w województwie małopolskim) (GUS 2009). Z analiz dotyczących występowania niepełnosprawności biologicznej (według kryteriów stosowanych w Unii Europejskiej (UE)) w populacji ogólnej Polski wynika, że udział osób niepełnosprawnych rośnie w kolejnych grupach wiekowych. Według GUS ok. 73,2% osób w wieku 80 lat i więcej jest niepełnosprawnych, przy czym 40% z nich ma poważne ograniczenie sprawności (GUS 2011: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.). W grupie osób w wieku 70–79 lat 62,6% ma niepełnosprawność biologiczną, przy czym 25,5% poważne ograniczenie sprawności. W tym samym badaniu GUS w województwie małopolskim na 318,3 tys. osób w wieku 70 lat i więcej – 306,9 tys. (96,4%) zgłosiło występowanie przynajmniej jednej choroby przewlekłej. To pokazuje skalę potrzeb w zakresie świadczeń zdrowotnych oraz opiekuńczych, pielęgniarских i rehabilitacyjnych realizowanych w domu pacjenta, jak również w ramach stacjonarnej opieki szpitalnej i długoterminowej (w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL), zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), domach pomocy społecznej (DPS)).

Populacja chorych w wieku podeszłym cechuje się częstym występowaniem wielochorobowości, polipragmazji, niepełnosprawności i niesamodzielności. Złożoność opieki nad tą grupą chorych wynika z nakładania się na problemy

zdrowotne zaburzeń sprawności fizycznej i umysłowej, stanu psychicznego, a także sytuacji materialnej, warunków życia oraz możliwości rodziny w zakresie udzielania wsparcia. Geriatria jest dziedziną, która proponuje kompleksowe podejście do rozwiązywania problemów zdrowia osób starszych z uwzględnieniem całości sytuacji, w jakiej one się znajdują. Podkreśla się, że konsultacje geriatryczne oparte na kompleksowej ocenie geriatrycznej (KOG) pomagają w dokonywaniu racjonalnych wyborów zarówno w zakresie procedur diagnostycznych, jak i leczniczych, co w efekcie prowadzi do oszczędności. Według danych Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w 2015 roku zakontraktowano usługi w szpitalnych oddziałach geriatrycznych jedynie w Krakowie, Gorlicach, Wadowicach i Brzesku. Starsi pacjenci z zaburzeniami funkcji poznawczych mogą być leczeni w dwóch oddziałach psychogeriatrycznych w Krakowie i Andrychowie. Ponadto pacjenci w wieku 65 lat i więcej stanowili 27,14% pacjentów wszystkich oddziałów szpitalnych, co stanowi ok. 130 tys. osób w skali roku. W Małopolsce działa jedynie 13 poradni geriatrycznych (w tym 9 w Krakowie, 1 w Brzesku, 1 w Dąbrowie Tarnowskiej, 1 w Gorlicach, 1 w m. Tarnowie). Wielkość kontraktów na świadczenia geriatryczne z roku na rok rośnie (finansowanie geriatry w 2013 roku było wyższe o 156 750,52 zł w porównaniu z rokiem 2012, kiedy to wynosiło 316 903,94 zł), ale wraz z rosnącą liczbą starszych pacjentów można założyć, że nie jest możliwe zaspokojenie wszystkich ich potrzeb w tym zakresie. W sytuacji niedostatecznej liczby poradni geriatrycznych osoby starsze są kierowane do różnych specjalistów, oczekując przez wiele miesięcy na konsultacje, które odbywają się w sposób nieskoordynowany. W najtrudniejszej sytuacji są osoby obłożnie chore, które z racji małego upowszechnienia specjalistycznych konsultacji w miejscu zamieszkania, czyli tzw. wizyt domowych, często są narażone na „wykluczenie” z opieki zdrowotnej.

Pomimo wydłużenia się długości życia i starzenia społeczeństwa, w przeciwieństwie do lekarzy innych specjalizacji, czas oczekiwania na wizytę u geriatry nie należy w Krakowie do długich, bo wynosi średnio 17 dni.

Różnica w czasach oczekiwania w poszczególnych placówkach wynika najprawdopodobniej nie tylko z tzw. kolejki, ale również z preferencji pacjentów dotyczących lokalizacji danej placówki oraz danego lekarza specjalisty, u którego chcą się leczyć.

Ten sposób organizacji opieki nie zapewnia kompleksowości podejścia i ostatecznie jest nieefektywny zarówno pod względem ekonomicznym, jak i wyników

zdrowotnych. Poważnym problemem opieki nad osobami starszymi jest brak jej koordynacji i stałości zwłaszcza po leczeniu szpitalnym. To z kolei może prowadzić do rehospitalizacji będącej jednym ze wskaźników złej jakości opieki. Kontynuację leczenia poszpitalnego mają zapewniać zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze w przypadku chorych niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania w domu. Według danych NFZ w województwie obecnie działa 35 zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych ulokowanych prawie we wszystkich powiatach (z wyjątkiem wadowickiego, tatrzańskiego, limanowskiego, wielickiego i tarnowskiego). Ich liczba rośnie, a nakłady finansowe na świadczenia w roku 2013 zostały zwiększone o 6,65% w stosunku do roku 2011.

Alternatywą dla osób nieprzyjętych lub oczekujących do ZOŁ lub ZPO jest pielęgniarstwo opieka długoterminowa domowa, która w Małopolsce jest realizowana we wszystkich powiatach. W roku 2014 wartość umów Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) wyniosła **25 735 555,05 zł**, liczba etatów: **479,5**, a liczba pacjentów łącznie objętych opieką (według wykonania za 4 mies.): **3 016** (dane z systemu Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ).

[Pielęgniarka POZ nie może jednocześnie opiekować się więcej niż:

- ▶ 6 świadczeniobiorcami przebywającymi pod różnymi adresami zamieszkania;
- ▶ 12 świadczeniobiorcami przebywającymi pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej)].

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Utworzenie sieci poradni geriatrycznych w regionie

Idealnym rozwiązaniem tej sytuacji, jak i prognozowanych rosnących potrzeb coraz większej grupy osób starszych, jest utworzenie sieci równomiernie rozmieszczonych na terenie województwa poradni geriatrycznych mających możliwość kierowania pacjentów do wielodyscyplinarnych ośrodków, które działają przy szpitalach powiatowych posiadających oddziały geriatryczne w celu odpowiedniej i szczegółowej diagnostyki oraz leczenia. Powiatowe ośrodki geriatryczne z kolei powinny pozostawać pod nadzorem konsultacyjnym wojewódzkiego specjalistycznego centrum geriatrycznego.

Celem tego przedsięwzięcia jest poprawa jakości opieki zdrowotnej nad osobami starszymi poprzez rzeczywiste zwiększenie dostępu pacjentów w pode-

Tabela 2. Zestawienie ze średnim czasem oczekiwania w wybranych poradniach w Małopolsce w latach 2012 i 2013, stan na dzień 23.05.2014 r.

NAZWA KOMÓRKI	ŚREDNI RZECZYWISTY CZAS W DNIACH		
	2012	2013	2014 (wg stanu na dzień 23.05.2014)
oddział rehabilitacyjny	335	551,6	465,1
oddział rehabilitacji neurologicznej	306	237	151,2
ośrodek rehabilitacji dziennej	99,6	133,7	133,2
poradnia endokrynologiczna	103,3	144	125,2
dział (pracownia) fizjoterapii	75,1	89,3	98,1
poradnia kardiologiczna	97,5	95,6	87,2
poradnia gastroenterologiczna	90,3	85,7	74,8
poradnia urologiczna	70,4	90	69
poradnia okulistyczna	74,8	85,4	68,0
poradnia alergologiczna	70,3	64,2	66,7
poradnia diabetologiczna	67,5	63,7	57,6
poradnia reumatologiczna	59,5	64	51,5
poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej	52,0	64,8	50,8
poradnia neurologiczna	40,6	45,6	49,1
poradnia proktologiczna	41,7	55,7	38,5
poradnia dermatologiczna	33,1	39,5	37,2
poradnia chorób płuc	41,1	35,3	30,5
ośrodek rehabilitacji dziennej dla dzieci	46,3	43,3	30,5
poradnia chorób metabolicznych	32,5	20,2	30,0
poradnia rehabilitacyjna	32,5	24,1	19,5
poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci	26,0	48,3	17,7
poradnia otorynolaryngologiczna	25,5	25,3	16,9
poradnia chirurgii ogólnej	12,0	16,6	14,2
poradnia geriatryczna	18,2	16,6	13,5
poradnia onkologiczna	17,2	18,8	11,4
poradnia położniczo-ginekologiczna	12,9	15,7	11,4
poradnia chirurgii ogólnej dla dzieci	1,8	1,2	7,8

szyłym wieku do opieki geriatrycznej, której zadaniem ma być całościowa ocena geriatryczna. W oparciu o nią powinno się opracować plan postępowania z pacjentem w starszym wieku do realizacji w ramach praktyki lekarza rodzinnego. Konsultacje geriatrów mają wspierać lekarzy rodzinnych i innych specjalistów w racjonalnych decyzjach zarówno diagnostycznych, jak i leczniczych w odniesieniu do osób starszych. Istotnym zadaniem geriatrów jest również nadzór konsultancki w instytucjach opieki stacjonarnej szpitalnej i długoterminowej (ZOL, ZPO, DPS).

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

1. Opracowanie prognozy demograficznej, epidemiologicznej z uwzględnieniem wskaźników niepełnosprawności i niesamodzielności jako podstaw do szacowania potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz planowania rozwoju opieki nad osobami starszymi na poziomie województwa z podaniem wartości wskaźników wyjściowych i docelowych.
2. Opracowanie zasad wdrożenia, jak i realizacji modelu opieki geriatrycznej w województwie małopolskim – ekspertyza zawierająca model organizacyjny (strukturę, procedury) oraz studium wykonalności (z finansowaniem). Zaleca się wykorzystanie standardu opieki geriatrycznej opracowanego przez Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Systemy kształcenia lekarzy geriatrów, szkoleń z zakresu geriatry dla lekarzy rodzinnych oraz pielęgniarek są opracowane w osobnej rekomendacji.
3. Utworzenie sieci specjalistycznych poradni geriatrycznych na poziomie gmin i/lub powiatów z możliwością konsultowania pacjentów co najmniej raz w tygodniu w danej miejscowości. Zadaniem poradni będzie prowadzenie kompleksowej oceny geriatrycznej (KOG), postępowanie diagnostyczne i lecznicze oraz prewencyjne jako działania wspierającego lekarza rodzinnego w zakresie opieki nad pacjentami w starszym wieku. Istotnym warunkiem skuteczności porad geriatrycznych jest zapewnienie zaplecza w postaci gabinetów rehabilitacyjno-psychologicznych ściśle współpracujących z poradniami geriatrycznymi.
4. Stworzenie systemu umożliwiającego zdalne konsultacje specjalistyczne. Wykorzystanie nowych technologii informacyjnych (telemedycyna) w celu zwiększenia dostępności konsultacji geriatrycznych w miejscowo-

ściach trudnodostępnych oraz w przypadku przewlekle chorych, leżących i niepełnosprawnych.

5. Utworzenie wielodyscyplinarnych ośrodków geriatrycznych przy szpitalach powiatowych z zapleczem łóżkowym i diagnostycznym, z możliwością prowadzenia leczenia szpitalnego w oddziale geriatry, rehabilitacji geriatrycznej, psychogeriatry oraz poradnictwa w zakresie problemów geriatrycznych (utworzenie w ramach ośrodka np. poradni zaburzeń pamięci, poradni zaburzeń urologiczno-ginekologicznych wieku starszego, poradni diagnostyki upadków, poradni zaburzeń odżywiania). Zadaniem tych ośrodków będzie pogłębienie diagnostyki i zastosowanie leczenia u pacjentów skierowanych tam przez geriatrów, lekarzy rodzinnych lub innych specjalistów.
6. Utworzenie wielospecjalistycznego geriatrycznego centrum konsultacyjno-leczniczego na bazie szpitala (oddział geriatry, rehabilitacji geriatrycznej, psychogeriatry) z poradniami przyszpitalnymi, np. poradnią zaburzeń pamięci, poradnią zaburzeń urologiczno-ginekologicznych wieku starszego, poradnią zaburzeń układu ruchu, w tym diagnostyki upadków, poradnią zaburzeń odżywiania, w tym diagnostyki otyłości i niedożywienia. Należy podkreślić, że obecnie nie ma w województwie tego typu poradni wielospecjalistycznych, które w sposób kompleksowy zajmują się wspomnianymi tzw. wielkimi problemami geriatrycznymi. Zadaniem centrum, oprócz diagnostyki i leczenia pacjentów kierowanych do placówki, będzie nadzór konsultacyj-

for. depositphotos.com



ny nad satelitarnymi ośrodkami powiatowymi, prowadzenie stałych szkoleń lekarzy w zakresie specjalizacji geriatrycznej, pielęgniarek i fizjoterapeutów w ramach krótkich kursów (działanie spójne z rekomendacją w zakresie edukacji gerontologicznej).

7. Utworzenie satelitarnych oddziałów rehabilitacji o profilu geriatrycznym, które mają wspierać powiatowe ośrodki geriatryczne w zakresie fizjo- i fizjoterapii osób z typowymi w wieku podeszłym zaburzeniami układu ruchu.
8. Utworzenie satelitarnych oddziałów psychogeriatry, które mają wspierać powiatowe ośrodki geriatryczne w zakresie diagnostyki i terapii zaburzeń psychicznych osób starszych oraz zespołów otępiennych.
9. Utworzenie poradni zaburzeń pamięci przy oddziałach psychogeriatry, których zadaniem jest wczesne diagnozowanie i leczenie tych zaburzeń w warunkach ambulatoryjnych.
10. Utworzenie wymienionych powyżej poradni wielospecjalistycznych przy oddziałach geriatry.
11. Przygotowanie – we współpracy z towarzystwami naukowymi, po ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i w konsultacji z Ministerstwem Zdrowia, samorządami oraz NFZ (jako instytucją wyłącznie finansującą świadczenia) – strategii rozwoju opieki geriatrycznej obejmującej:
 - ▶ opracowanie bezwzględnych wskazań do konsultacji geriatrycznej (wskazanie sytuacji klinicznych, w których zaleca się konsultację geriatryczną, może ułatwić lekarzom podejmowanie decyzji o kierowaniu do geriatrów);
 - ▶ opracowanie katalogu świadczeń obejmującego poradę geriatryczną ambulatoryjną oraz hospitalizację na oddziale geriatrycznym, włączając w nią kompleksową ocenę geriatryczną jako procedurę (ściśle łączy się z określeniem roli geriatry w systemie opieki zdrowotnej);
 - ▶ stopniową likwidację konieczności skierowań do specjalisty geriatry (zarówno od lekarza rodzinnego, jak i innych specjalistów); całkowite zniesienie nie jest możliwe, gdyż obecnie jest zbyt mało geriatrów, aby móc obsłużyć bez skierowań całą populację osób 65+;
 - ▶ tworzenie nowych miejsc pracy poprzez stopniowe zwiększanie wielkości kontraktu na świadczenia geriatryczne ambulatoryjne (w tym wizyty domowe) oraz szpitalne;
 - ▶ stopniowe wprowadzanie nadzoru konsultacyjnego geriatrów nad ZOL/ZPO oraz DPS (np. poprzez premiowanie w kontrakcie zatrudnienia geriatrów

w tych placówkach), zatrudnienie w ZOL m.in. geriatrów na cząstkowym etacie przeliczeniowym (obok lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej lub gerontologii) jest warunkiem wymaganym zgodnie z Rozporządzeniem MZ, a nie dodatkowo zalecanym czy premiowanym podczas kontraktowania. To działanie musi być wdrażane stopniowo w miarę rozwoju kadr.

Efektem tych działań powinien być wzrost zainteresowania lekarzy specjalizacją w geriatricii oraz pielęgniarek i innych pracowników pracą w sektorze opieki nad osobami starszymi.

12. Przeprowadzenie pilotażowego badania efektywności form opieki geriatricznej zaproponowanych w standardzie opieki geriatricznej opracowanym przez Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia w formie:

- ▶ dziennego oddziału geriatricznego;
- ▶ zespołu domowej opieki geriatricznej;
- ▶ poradni geriatricznej z zapleczem rehabilitacyjnym;
- ▶ szpitalnego oddziału geriatricznego.

WSKAŹNIK

SYTUACJA WYJŚCIOWA

WSKAŹNIKI STRUKTURY

- ▶ liczba poradni geriatricznych;
- ▶ liczba łóżek geriatricznych w szpitalach;
- ▶ liczba oddziałów geriatricznych;
- ▶ lokalizacja poradni/łóżek w powiatach;
- ▶ liczba placówek geriatricznych (poradni, łóżek) w relacji do liczby mieszkańców w poszczególnych powiatach (w tym osób w wieku 65+);
- ▶ liczba poradni zaburzeń pamięci;
- ▶ liczba poradni wielospecjalistycznych dla osób starszych;
- ▶ liczba łóżek w oddziałach psychogeriatricznych;
- ▶ liczba łóżek w oddziałach rehabilitacji geriatricznej;
- ▶ liczba oddziałów psychogeriatricznych;
- ▶ liczba oddziałów rehabilitacji geriatricznej.

WSKAŹNIKI DOTYCZĄCE ZASOBÓW LUDZKICH

- ▶ liczba lekarzy posiadających specjalizację z geriatricii;
- ▶ liczba geriatrów pracujących jako geriatricy;

- ▶ liczba pielęgniarek przeszkolonych w zakresie pielęgniarstwa geriatrycznego (ze specjalizacją z pielęgniarstwa geriatrycznego lub po kursach kwalifikacyjnych z opieki długoterminowej lub po krótkich kursach specjalistycznych z dziedziny geriatrii) zatrudnionych w placówkach przeznaczonych dla osób starszych;
- ▶ liczba psychiatrów pracujących w oddziałach psychogeriatrici oraz w poradniach zaburzeń pamięci;
- ▶ liczba psychologów pracujących w placówkach przeznaczonych dla osób starszych;
- ▶ liczba fizjoterapeutów oraz lekarzy specjalistów rehabilitacji pracujących w poradniach i szpitalnych oddziałach rehabilitacji geriatrycznej;
- ▶ liczba innych terapeutów pracujących w placówkach przeznaczonych dla osób starszych;
- ▶ liczba dietetyków pracujących w placówkach przeznaczonych dla osób starszych;
- ▶ liczba specjalistów pracujących w wielospecjalistycznych poradniach dla osób starszych.

WSKAŹNIKI DOTYCZĄCE REALIZACJI USŁUG

- ▶ liczba zakontraktowanych osobodni hospitalizacji na oddziałach geriatrycznych;
- ▶ liczba wykonanych osobodni hospitalizacji na oddziałach geriatrycznych;
- ▶ liczba zakontraktowanych porad geriatrycznych;
- ▶ liczba wykonanych porad geriatrycznych;
- ▶ rozmieszczenie usług geriatrycznych (porad, osobodni hospitalizacji) w przeliczeniu na liczbę mieszkańców w wieku 65 lat i więcej w poszczególnych powiatach;
- ▶ liczba wykonanych osobodni hospitalizacji osób starszych na innych oddziałach;
- ▶ liczba wykonanych porad specjalistycznych innych niż geriatryczne udzielonych osobom starszym.

WSKAŹNIKI DOTYCZĄCE WYNIKÓW ZDROWOTNYCH

- ▶ stan zdrowia – wskaźniki epidemiologiczne;
- ▶ liczba osób 65+ hospitalizowanych w ciągu roku;
- ▶ liczba osobodni hospitalizacji osób 65+;
- ▶ koszty hospitalizacji osób 65+;

- ▶ liczba zgonów osób 65+;
- ▶ oczekiwana długość życia w wieku 65 lat, także oczekiwana długość życia w zdrowiu (bez niepełnosprawności);
- ▶ satysfakcja pacjentów i ich rodzin z opieki (z podziałem na różne grupy wiekowe 65+ / 75+ / 80+ / 90+).

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA

DANE

- ▶ dane Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego, w tym wojewódzkiego konsultanta ds. geriatry, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych;
- ▶ dane NFZ;
- ▶ dane z Urzędu Statystycznego (Kraków, ul. Wyki) dotyczące wskaźników zdrowotnych i ochrony zdrowia w województwie małopolskim;
- ▶ dane statystyczne z Małopolskiej Izby Pielęgniarek i Położnych na temat kwalifikacji pielęgniarek zatrudnionych w województwie;
- ▶ dane Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego (UMWM);
- ▶ badanie satysfakcji pacjentów i ich rodzin z opieki nad osobami starszymi w województwie;

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

Modelowa organizacja opieki geriatrycznej oparta na sieci poradni mających możliwość kierowania pacjentów w celu pogłębienia diagnostyki i leczenia do wielodyscyplinarnych ośrodków działających przy szpitalach powiatowych pod nadzorem konsultacyjnym wojewódzkiego specjalistycznego centrum geriatrycznego.

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

ZMIANA ILOŚCIOWA

- ▶ zwiększenie zasobów strukturalnych (wzrost liczby poradni geriatrycznych i łóżek szpitalnych w oddziałach geriatrycznych);
- ▶ zwiększenie miejsc pracy dla lekarzy specjalistów geriatry, pielęgniarek, fizjoterapeutów i innych specjalistów przygotowanych do pracy w placówkach geriatrycznych;

- ▶ zwiększenie zasobów ludzkich (wzrost liczby lekarzy specjalistów geriatry, pielęgniarek, fizjoterapeutów i innych specjalistów przygotowanych do pracy w placówkach geriatrycznych);
- ▶ zwiększenie liczby pacjentów konsultowanych geriatrycznie.

ZMIANA JAKOŚCIOWA

- ▶ poprawa organizacji opieki nad osobami starszymi w województwie;
- ▶ poprawa współpracy interdyscyplinarnej (wymiana informacji);
- ▶ poprawa jakości opieki nad osobami starszymi w województwie w aspekcie zapewnienia kompleksowości (w zakresie postępowania medycznego, żywieniowego, rehabilitacyjnego i opieki psychogeriatrycznej);
- ▶ zapewnienie ciągłości opieki nad starszymi pacjentami;
- ▶ wzrost satysfakcji pacjentów w podeszłym wieku z usług opiekuńczych.

RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

- ▶ niewystarczające zasoby ludzkie w zakresie geriatry;
- ▶ brak motywacji lekarzy do podejmowania pracy w placówkach geriatrycznych;
- ▶ niechęć lekarzy do kierowania pacjentów do geriatry;
- ▶ niechęć pacjentów do korzystania z usług geriatrycznych;
- ▶ niedługi (w porównaniu z innymi poradniami) czas oczekiwania na świadczenia w poradni geriatrycznej, a także niewysokie nakłady na usługi w ramach tej specjalizacji wynikają również z niechęci pacjentów do korzystania z poradni geriatrycznych (mentalność społeczną). To generuje z kolei niedostateczne wykonanie kontraktów w stosunku do zaplanowanych na ten cel nakładów, a to z kolei powoduje „zamrożenie” pieniędzy bez osiągnięcia celu. Płatnik jest obowiązany do efektywnego zarządzania pieniędzmi publicznymi, w związku z czym istnieje konieczność odzyskania niewykorzystanych środków;
- ▶ wykazanie nieoptyczności projektu w przeliczeniu na wyniki zdrowotne i finansowe;
- ▶ brak chęci do współpracy między lekarzami różnych specjalności (lekarze geriatry, lekarze rodzinni).

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE)

- ▶ brak rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia (MZ) dotyczącego standardu usług geriatrycznych;
- ▶ brak wsparcia politycznego ze strony instytucji państwowych (rządu i Sejmu);
- ▶ brak możliwości finansowania rozwoju poradni;
- ▶ brak środków własnych np. w wyniku nieprzyznania środków publicznych;
- ▶ brak pomysłu i możliwości na realizację działań z innych środków niż publiczne i własne;
- ▶ brak środków w wyniku np. negatywnej oceny wniosków o dofinansowanie projektów np. unijnych;
- ▶ zmniejszenie wielkości kontraktu NFZ na świadczenia geriatryczne lub zmiana priorytetów finansowania przez NFZ;
- ▶ ograniczenia prawne uniemożliwiające realizację niektórych postulatów.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014-2020;
- ▶ środki Województwa Małopolskiego;
- ▶ dofinansowanie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego – dysponent MZ (NFZ kontraktuje usługi zgodnie z koszykiem świadczeń gwarantowanych ustalonym przez MZ).

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- ▶ inicjowanie działań: podmioty tworzące, NFZ (procedura kontraktowania usług na szczeblu centralnym);
- ▶ realizacja działań: jednostki samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze;
- ▶ współpraca (partnerzy): Małopolski Oddział NFZ, konsultant wojewódzki ds. geriatry, konsultant krajowy ds. geriatry, Zespół ds. Gerontologii przy MZ, Małopolska Izba Lekarska, Małopolska Izba Pielęgniarek i Położnych, instytucje naukowe;
- ▶ ocena i ewaluacja: instytucje naukowo-badawcze.

DOBRE PRAKTYKI

REGIONALNE


Przychodnia NZOZ „Pro vita et spe” (ul. Dietla 64, Kraków).

KRAJOWE

Szpital Geriatryczny w Katowicach-Szopienicach, ul. Morawa 1.

ZAGRANICZNE

- 1. Krajowy Plan Leczenia Alzheimerera i chorób pokrewnych we Francji.** Model sieci poradni zaburzeń pamięci ogłoszony przez prezydenta F. Hollande'a na lata 2014-2019 posiada 3 główne priorytety:
 - ▶ poprawa diagnostyki i leczenia pacjentów, w tym zacieśnienie współpracy między lekarzem pierwszego kontaktu i neurologiem, lepszy dostęp do wiedzy poprzez utworzenie 24 ośrodków eksperckich i ośrodków referencyjnych dla chorób Alzheimerera, Parkinsona czy stwardnienia rozsianego;
 - ▶ poprawa jakości życia pacjentów i ich opiekunów, w tym zwiększone wsparcie domowe 74 dodatkowe zespoły specjalizujące się w schorzeniach Parkinsona, Alzheimerera oraz stwardnienia rozsianego; większe wsparcie dla opiekunów – 65 nowych platform wsparcia;
 - ▶ opracowanie i koordynacja badań nad ww. schorzeniami.
- 2. Model dziennego oddziału geriatrycznego w Wielkiej Brytanii.** Dzienny szpital geriatryczny jest częścią Narodowej Służby Zdrowia (NHS) i świadczy przede wszystkim opiekę medyczną w postaci konsultacji lekarskich, zabiegów pielęgnacyjnych, rehabilitacji, terapii zajęciowej, logopedii itp. Poza tym zapewnia pacjentom transport i posiłki. Zwykle funkcjonuje na bazie szpitala ogólnego lub geriatrycznego, a jego zasadniczym zadaniem jest przyspieszenie wypisu starszych pacjentów ze szpitala. Ponieważ często się zdarza, że pacjenci dziennych szpitali geriatrycznych wymagają pomocy socjalnej, a z kolei pacjenci ośrodków dziennego pobytu wymagają rehabilitacji, zaleca się powiązanie funkcjonalne i strukturalne tych placówek na bazie szpitali. Opieka jest realizowana przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny z udziałem lekarza geriatry i pielęgniarki geriatrycznej. Pacjenci początkowo przychodzą do dziennego szpitala 3-5 razy w tygodniu, a pod koniec 1 raz w tygodniu i rzadziej. Większość spędza w dziennym szpitalu geriatrycznym 4-6 godzin dziennie 2 razy w tygodniu przez 7-12 tygodni.
- 3. Model kompleksowej opieki nad osobami starszymi PACE w USA, tzw. managed care.** Umożliwia on osobom starszym zakwalifikowanym do przyjęcia do zakładu opiekuńczego przebywanie i funkcjonowanie w środowisku domowym w warunkach pełnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, socjalnych i rehabilitacyjnych. Zasadniczym jego celem jest zapobieganie



przypadkom hospitalizacji lub umieszczenia w zakładach opiekuńczych, które nie są bezwzględnie konieczne. Świadczenia medyczne są realizowane w każdym miejscu pobytu pacjenta przez różnych specjalistów, współpracujących w zespole terapeutycznym. System obejmuje opieką pacjentów w domu, poradni, ośrodka opieki dziennej, zakładzie opiekuńczym i szpitalu, zapewniając dostęp do usług podstawowych i specjalistycznych.

4. System belRAI w Belgii. Urządzenie interRAI jest to wielowymiarowy system oceny geriatrycznej, przeznaczony do określenia medycznej, psychospołecznej i funkcjonalnej możliwości oraz potrzeb hospitalizowanych starszych osób. Jego celem jest opracowanie całościowego, długoterminowego planu leczenia w oparciu o wspólny zestaw standardowych elementów, które mogą być wykorzystywane w różnych obszarach opieki. Ten system oprogramowania został opracowany, by umożliwić lekarzom interpretację danych i przekazywanie dokumentacji medycznej pacjentów do innych oddziałów oraz organizacji zajmujących się opieką geriatryczną.

BIBLIOGRAFIA

- BIEŃ B. *Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności polski*, [w:] Hrynkiewicz J. (red.) *O sytuacji ludzi starszych*. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2012, s. 151–158.
- DEREJCZYK J., BIEŃ B., SZCZERBIŃSKA K. *Ochrona zdrowia osób starszych*, [w:] Szatur-Jaworska B. (red.) *Strategie działań w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*. Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Warszawa 2012, s. 44–54.
- GOLINOWSKA S. *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne*. Departament Polityki Regionalnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego. Kraków 2010.
- GUS. *Prognoza ludności na lata 2008–2035*. Warszawa 2009.
- GUS. *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* Warszawa 2011.
- GUS. *Rocznik demograficzny 2012*. Warszawa 2012.
- GUS. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.* Warszawa 2012.
- GUS. *Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2010 r.* Warszawa 2012.
- KOZIERKIEWICZ A., SZCZERBIŃSKA K., (red.). *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*. Poznań: Ter-Media Wyd. Med. oraz Kraków: Wspólny Rynek Medyczny Sp. z o.o., 2007, ISBN 978-83-89825-61-2.
- Prezentacja „Strategie działania NFZ w starzejącym się społeczeństwie” wygotowana przez panią Monikę Jezierską-Kazberuk – zastępcę dyrektora MOW NFZ ds. medycznych 9.10.2013 r. w Departamencie Polityki Regionalnej UMWM.
- RYŚ L., SZCZERBIŃSKA K., FRANCO A. *Plan Alzheimer – francuski projekt opieki nad pacjentami z otępieniem starczym*. Gerontologia Polska 2004; 12(1):11–15.
- SZCZERBIŃSKA K., PIETRYKA A. *Rozwój geriatry w krajach europejskich – historia i zasoby* (część 1). Gerontologia Polska 2008; 16(2):61–73.
- SZCZERBIŃSKA K., (red.). *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*. Raport z badań. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2006.

REKOMENDACJA 2

Odpowiednia jakość opieki nad osobami starszymi

JAK JEST?

Brak wystarczającego systemu wdrażania, oceny i monitorowania jakości opieki nad osobami starszymi

Raporty z kontroli Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z 2010 roku wykazały, że żaden ze skontrolowanych ZOL nie spełniał norm, a jedynie 56% DPS spełniało standardy opisane rozporządzeniem. Należy podkreślić, że standardy te dotyczą warunków bytowych i warunków realizacji opieki, natomiast nie opisują procedur, jakie powinny być wykonywane w placówkach opiekuńczych. Umowy były weryfikowane przy okazji przesyłania przez świadczeniobiorców aktualizacji danych; w przypadku gdy czegoś brakowało, przesyłali oni stosowne oświadczenia lub jeszcze raz aktualizację potencjału. Nawet jeśli zakład jest niepubliczny, a działa w oparciu o umowę z NFZ, musi spełniać wymogi określone stosownymi rozporządzeniami MZ i zarządzeniami prezesa NFZ. Zwłaszcza w sytuacji znacznego zmniejszenia kadr pielęgniarskich (17% całego personelu domów pomocy społecznej – DPS) i przejmowania wielu zadań przez opiekunki zachodzi obawa, że jakość opieki zdrowotnej w DPS będzie stale się pogarszać. W celu zapewnienia właściwej ochrony zdrowia mieszkańców DPS i ZOL należy opracować zasady postępowania klinicznego w placówkach opieki długoterminowej. W ich opracowaniu powinni brać udział lekarze geriatrzy, psychiatry i inni specjaliści oraz pielęgniarki, opiekunki, fizjoterapeuci i terapeuci zajęciowi.

Obecnie połowa zakładów ZOL i ZPO ma status prywatnych zakładów niepublicznych. Około 26,5% domów opieki w Polsce jest w rękach prywatnych i ta liczba stale rośnie (GUS 2012). Biorąc pod uwagę postępującą prywatyzację w sektorze opieki długoterminowej, istnieje bezwzględna konieczność zapewnienia kontroli jakości opieki w tych placówkach. Pacjenci ponoszą część lub całość kosztów pobytu – mają zatem prawo oczekiwać odpowiedniej jakości świadczeń. W strategii trzeba zapewnić środki na opracowanie i testowanie, a następnie wdrożenie systemu oceny jakości opieki długoterminowej w ZOL i DPS, uwzględniając różnice organizacyjne tych form opieki.

Istotnym elementem poprawy jakości opieki nad osobami starszymi jest promowanie szczególnego podejścia do pacjenta w wieku podeszłym objawiającego się przygotowaniem i realizacją stosownych procedur. Promocja placówek

przyjaznych seniorom może obejmować zakłady opieki zdrowotnej, takie jak ZOL, ZPO, szpitale, praktyki lekarskie, praktyki pielęgniarstwa oraz placówki pomocy społecznej, np. DPS, Dzielne Domy Pomocy Społecznej (DDPS). Wzorem innych państw należy opracować program tworzenia kultury jakości poprzez m.in. przyznawanie certyfikatów jakości placówkom, wyróżnianie najlepszych ośrodków i wskazywanie ich jako potencjalnego miejsca praktyk dla stażystów, publikowanie biuletynu, w którym zawarte są informacje o wyróżnieniach.

Biorąc pod uwagę nacisk na reorientację opieki w kierunku wzmocnienia opieki domowej, konieczne jest roztoczenie nadzoru nad jakością świadczeń opiekuńczych i pielęgniarstwa realizowanych w domu pacjenta. Jednym z podstawowych elementów warunkujących jakość opieki domowej jest sprawny mechanizm jej koordynacji.

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Zapewnienie odpowiedniej jakości opieki nad osobami starszymi w instytucjach ochrony zdrowia i opieki

1. Należy podjąć działania w kierunku poprawy jakości opieki nad osobami starszymi poprzez opracowanie i wdrożenie standardów opieki (tzn. zasad kompleksowego postępowania klinicznego) w placówkach opiekuńczych (ZOL, ZPO, DPS) oraz przygotowanie systemu oceny i kontroli jakości opieki realizowanej w tych placówkach.
2. Działaniem wspomagającym powinno być wypracowanie modelu kształcenia ustawicznego w placówkach opiekuńczych (DPS) i opieki długoterminowej (ZOL, ZPO), które nastawione jest na aktualizację wiedzy i umiejętności personelu oraz wdrażanie zasad kompleksowego wielospecjalistycznego postępowania.
3. Wobec fragmentacji opieki konieczne jest wprowadzenie koordynatora opieki domowej, który ocenia potrzeby zdrowotne (w tym również rehabilitacyjne, psychologiczne) i opiekuńcze oraz zleca odpowiednie świadczenia lub zapewnia dostęp do poradni opieki zdrowotnej. Koordynator powinien nadzorować jakość zlecaną przez niego opieki.

Celem tego przedsięwzięcia jest poprawa jakości opieki zdrowotnej nad osobami starszymi poprzez kreowanie kultury organizacji z elementami zarządzania jakością opieki.

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

1. Opracowanie zasad kompleksowego postępowania klinicznego w placówkach opieki długoterminowej (np. zasad postępowania w otępieniu, zaburzeniach zachowania, nagłej zmianie stanu zdrowia itd.). W ich opracowaniu powinni brać udział lekarze geriatrycy, psychiatry i inni specjaliści oraz pielęgniarki, opiekunki, fizjoterapeuci i terapeuci zajęciowi.
2. Opracowanie systemu monitorowania wskaźników jakości służących do oceny warunków opieki (wskaźniki struktury), stopnia realizacji procedur/postępowania klinicznego (wskaźniki procesu), klinicznych wyników zdrowia (wskaźniki wyników) w placówkach opiekuńczych (DPS, ZOL, ZPO).
3. Opracowanie systemu kształcenia ustawicznego personelu w placówkach opiekuńczych nastawionego na aktualizację wiedzy i umiejętności personelu bezpośrednio opiekującego się pacjentami ZOL/ZPO lub mieszkańcami DPS. Regularne szkolenia personelu opiekuńczego w miejscu pracy dają szansę pracownikom z najniższego szczebla na zwiększenie ich kompetencji i ew. kwalifikacji. Jest to jeden z elementów motywacyjnych w celu związania pracowników z miejscem pracy (działanie spójne z rekomendacją dotyczącą edukacji).
4. Opracowanie systemu software służącego do oceny stanu zdrowia pacjentów i ich potrzeb w zakresie świadczeń oraz monitorowania jakości opieki. To działanie jest ściśle związane z koniecznością wdrażania nowych technologii i elektronicznej dokumentacji medycznej.
5. Opracowanie modelu wdrażania systemu jakości opieki w placówkach opiekuńczych DPS, ZOL i ZPO (szkolenia dotyczące standardów opieki i zasad monitorowania wskaźników jakości oraz ewaluacji; monitorowanie wskaźników jakości; przygotowywanie raportów).
6. Opracowanie i wdrożenie systemu promocji placówek realizujących świadczenia geriatryczne i opieki długoterminowej odpowiedniej jakości, które wdrażają szeroko rozumiane procedury geriatryczne (np. znak jakości „Placówka przyjazna seniorom”, wskazanie placówek wzorcowych, które mogą otrzymać akredytację do szkolenia praktycznego w zakresie wdrażania standardów opieki geriatrycznej).
7. Opracowanie systemu promocji szpitali znakiem jakości „Szpital przyjazny seniorom”, których personel w wyniku szkoleń wdroży zasady komplekso-

wego postępowania w opiece nad osobami starszymi (działanie powiązane z rekomendacją dotyczącą edukacji).

8. Opracowanie systemu promocji praktyk podstawowej opieki zdrowotnej, które wdrażają szeroko rozumiane procedury geriatryczne (np. konkurs na najlepszą praktykę lekarską, znak jakości „Praktyka lekarska przyjazna seniorom”) oraz systemu premiowania lekarzy rodzinnych, którzy realizują programy profilaktyczne kierowane do osób starszych i korzystają z nadzoru konsultanckiego geriatry (działanie powiązane z rekomendacją dotyczącą edukacji).
9. Opracowanie zakresu czynności dla nowego stanowiska – koordynatora opieki domowej, opracowanie programu szkoleń i ich przeprowadzenie oraz realizacja badania w celu oceny efektywności ekonomicznej i wyników zdrowotnych, jak również jakości opieki modelu koordynowanej opieki domowej w ramach pilotażu.

WSKAŹNIK

WSKAŹNIKI ILOŚCIOWE

- ▶ liczba placówek (DPS, ZOL, ZPO), które przeszkoliły swój personel w zakresie standardów postępowania z osobami starszymi;
- ▶ liczba placówek (DPS, ZOL, ZPO), które wdrożyły standardy postępowania z osobami starszymi;
- ▶ liczba placówek (DPS, ZOL, ZPO), które wdrożyły system oceny jakości dla pacjentów, w tym z uwzględnieniem osób starszych;
- ▶ liczba placówek, które otrzymały status „placówki przyjaznej seniorom”.

WSKAŹNIKI JAKOŚCIOWE

- ▶ liczba opracowanych standardów postępowania wobec osób starszych;
- ▶ liczba opracowanych wskaźników jakości opieki nad osobami starszymi;
- ▶ liczba przeprowadzonych szkoleń, konferencji, warsztatów o tematyce jakości opieki nad osobami starszymi;
- ▶ ocena jakości opieki nad osobami starszymi przy użyciu wcześniej opracowanych wskaźników (np. odsetek osób, które doznały upadków, urazów, odleżyn, bólu, objawów depresji);
- ▶ ocena satysfakcji pacjentów z opieki i ich opiekunów.

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA

SPRAWOZDANIA

- ▶ Małopolskiej Izby Pielęgniarek i Położnych;
- ▶ Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej (ROPS).

DANE

- ▶ Departamentu Zdrowia UMWM,
- ▶ NFZ.

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

- ▶ model wdrażania jakości (program szkoleń, system wdrażania i monitoringu jakości).
- ▶ podręcznik zawierający zestaw standardów postępowania geriatrycznego i wskaźników jakości;
- ▶ szkolenia, warsztaty, konferencje kierowane do różnych grup zawodowych w sektorze opieki geriatrycznej, długoterminowej i pomocy społecznej, któ-

fot. depositphotos.com



re zwiększą kompetencje w zakresie standardów postępowania w geriatry i opiece długoterminowej oraz zarządzania jakością.

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

ZMIANA ILOŚCIOWA

- ▶ zwiększenie liczby osób (lekarzy specjalistów geriatry, pielęgniarek, fizjoterapeutów i innych) przeszkolonych w zakresie standardów postępowania w geriatry i opiece długoterminowej oraz zarządzania jakością opieki;
- ▶ zwiększenie kompetencji potwierdzone dyplomem odbycia kursu w zakresie standardów postępowania w geriatry i opiece długoterminowej oraz zarządzania jakością wśród osób które odbyły szkolenie;
- ▶ zwiększenie liczby placówek (DPS, ZOL, ZPO), które przeszkoliły swój personel w zakresie standardów opieki nad osobami starszymi;
- ▶ zwiększenie liczby placówek (DPS, ZOL, ZPO), które wdrożyły standardy postępowania;
- ▶ zwiększenie liczby placówek (DPS, ZOL, ZPO), które wdrożyły system oceny jakości;
- ▶ zwiększenie liczby placówek, które otrzymały status „placówki przyjaznej seniorom”.

ZMIANA JAKOŚCIOWA

- ▶ poprawa kompetencji personelu zajmującego się opieką nad osobami starszymi w województwie;
- ▶ poprawa współpracy interdyscyplinarnej;
- ▶ poprawa jakości opieki nad osobami starszymi;
- ▶ wzrost satysfakcji osób w podeszłym wieku z opieki zdrowotnej oraz usług uzdrowiskowych i rekreacyjnych.

RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

- ▶ małe zainteresowanie dyrektorów placówek, instytucji ochrony zdrowia, opieki wdrażaniem systemu oceny jakości;
- ▶ opór pracowników przed wdrażaniem systemu oceny jakości;
- ▶ brak doświadczenia we wdrażaniu kultury jakości do placówek opiekuńczych.

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE)

- ▶ brak środków własnych, np. w wyniku nieprzyznania środków publicznych na organizację odpowiednich szkoleń z tej tematyki;
- ▶ brak środków w wyniku negatywnej oceny wniosków o dofinansowanie ze źródeł zewnętrznych, np. funduszy unijnych;
- ▶ brak zainteresowania instytucji nadzorujących (np. NFZ, podmiotów tworzących) egzekwowaniem jakości opieki w ZOL, ZPO, DPS.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ fundusze Unii Europejskiej (UE);
- ▶ środki MZ i inne środki krajowe;
- ▶ środki jednostek samorządu terytorialnego.

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- ▶ inicjowanie działań: UMWM;
- ▶ realizacja działań: centra kształcenia podyplomowego, uczelnie wyższe (Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (UJCM));
- ▶ współpraca (partnerzy): Małopolski Oddział NFZ, konsultant wojewódzki ds. geriatry, konsultant krajowy ds. geriatry, ROPS, Małopolska Izba Pielęgniarek i Położnych, Centrum Monitorowania Jakości, ZOL, ZPO, DPS.

DOBRE PRAKTYKI

ZAGRANICZNE

1. Model kompleksowej oceny potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych pacjentów opieki długoterminowej InterRAI realizowany w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie oraz wielu krajach Europy (przykład BelRAI), którego funkcją jest wszechstronna ocena stanu zdrowia pacjentów, klasyfikacja do określonych grup finansowania opieki oraz ocena jakości opieki w zakładach stacjonarnych, jak również w opiece domowej.
2. Model EVA oceny jakości opieki w placówkach opiekuńczych we Francji.
3. Model ACOVE – projekt proponujący zestaw standardów postępowania klinicznego i wskaźników jakości opieki geriatrycznej realizowanej przez lekarza rodzinnego.

BIBLIOGRAFIA

- DEREJCZYK J., BIEŃ B., SZCZERBIŃSKA K. *Ochrona zdrowia osób starszych*, [w:] Szatur-Jaworska B. (red.) *Strategie działań w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*. Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Warszawa 2012, s. 44–54.
- GOLINOWSKA S. *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne*. Departament Polityki Regionalnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego. Kraków 2010, s. 31.
- KOZIERKIEWICZ A., SZCZERBIŃSKA K. (red.). *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*. Poznań: TerMedia Wyd. Med. oraz Kraków: Wspólny Rynek Medyczny Sp. z o.o.; 2007. ISBN 978-83-89825-61-2.
- KRUPA A., SZCZERBIŃSKA K. *Ocena przygotowania domów pomocy społecznej w Małopolsce do zapobiegania upadkom*. *Gerontologia Polska* 2009; 17(2):85–94.
- NIK. Informacja o wynikach kontroli kierowania osób do domów pomocy społecznej i finansowania ich pobytu przez organy samorządu terytorialnego. Warszawa 2010.
- NIK. Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania zakładów opiekuńczo-leczniczych. Warszawa 2010.
- SZCZERBIŃSKA K. *Kompleksowa ocena geriatryczna i działania podejmowane przeciw wykluczeniu osób starszych przebywających w placówkach opiekuńczych na przykładzie Francji*, [w:] Frąckiewicz H., redaktor pracy zbiorowej. *Zapobieganie wykluczeniu społecznemu*. Katowice: Wyd. Akademii Ekonomicznej; 2005, s. 175–190.
- SZCZERBIŃSKA K. *Systemowe działania w celu poprawy jakości opieki nad osobami starszymi – przykład InterRAI*. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie i Zarządzanie* 2006; 4(1):83–97.
- SZCZERBIŃSKA K., KIJOWSKA V., MIREWSKA E. *Ocena kompetencji osób wspomagających kształcenie w opiece nad ludźmi starszymi – prezentacja projektu ComPro*. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie i Zarządzanie* 2009; 7(1):85–94.
- SZCZERBIŃSKA K., TOPÓR-MĄDRY R., NIEDŹWIEDZKA B. *Competences profile of an in-house educator of professionals providing elderly care (ComPro project)*. *Nurse Education Today* 2012 Jul; 32(5):516–523.

SZCZERBIŃSKA K. *Geneza systemu Interrai – w trosce o poprawę jakości opieki nad osobami starszymi*. MEDI Forum Opieki Długoterminowej grudzień 2012; nr 4(54):6–11.

SZCZERBIŃSKA K., MOJSA W., WÓJCIK G. *Potencjalne korzyści i bariery stosowania systemu InterRAI – w świetle polskich doświadczeń*. MEDI Forum Opieki Długoterminowej grudzień 2012; nr 4(54):15–20.

REKOMENDACJA 3

Edukacja geriatryczno-gerontologiczna

JAK JEST?

Niewystarczające zasoby kadrowe, które mogłyby zapewnić właściwą opiekę zdrowotną, pomoc jak również realizację innych usług dostosowanych do potrzeb osób starszych

Starzenie się społeczeństwa kreuje zapotrzebowanie na świadczenia związane z realizacją opieki nad osobami starszymi. Zgodnie z prognozą rynku pracy dla absolwentów szkół wyższych w Polsce do 2020 roku nastąpi wzrost o 60% zapotrzebowania na specjalistów w zakresie opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem geriatry, usług rehabilitacyjnych, profilaktyki oraz pomocy społecznej związanej ze starzeniem się społeczeństwa (Ratajczak i in. 2012). Koniecznością jest zatem odpowiednie przygotowanie kadr w celu zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, jak i realizacji innych usług (np. kulturalno-oświatowych, turystyczno-rekreacyjnych, w sektorze uzdrowiskowym) dostosowanych do potrzeb osób starszych.

Edukacja powinna obejmować zwłaszcza:

- ▶ studentów uczelni medycznych;
- ▶ lekarzy specjalizujących się w zakresie geriatry;
- ▶ lekarzy rodzinnych;
- ▶ lekarzy innych specjalności;
- ▶ innych pracowników, którzy w swojej codziennej praktyce zajmują się osobami w wieku podeszłym, np. w zakładach opiekuńczo-leczniczych i domach pomocy społecznej.

Edukacja geriatryczna musi uwzględniać też zmiany demograficzne w kadrze medycznej – zarówno lekarzy, jak i innych osób z sektora ochrony zdrowia. W 2013 roku w blisko jednej piątej specjalizacji nie ma ani jednego lekarza do 35. roku życia. Niemal co czwarty lekarz ma przynajmniej 60 lat i łąka moment może przejść na emeryturę lub już ją pobiera. W niektórych specjalizacjach jest ich aż 30%. Pod względem dostępności systemu zdrowia dla seniorów ze stu możliwych do zdobycia punktów Polska uzyskała zaledwie 23,9 (dopiero 87. miejsce na świecie). Liczba lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie geriatry w 2011 wynosiła 254 (w przeliczeniu na 100 tys. populacji Polski wskaźnik wynosi 0,66). W 2012 r. liczba lekarzy geriatrów wzrosła do 275 –

wskaźnik 0,71). Jest to bardzo niski wskaźnik na tle innych państw UE. W Czechach wynosi on 1,5, w Hiszpanii – 2,5, w Niemczech – 2,7.

Ponadto podkreślanym przez ekspertów problemem jest brak wyodrębnionego nauczania w ramach przedmiotu geriatry na kierunku lekarskim, co skutkuje deficytami wiedzy i umiejętności w tym zakresie wśród lekarzy. Spośród 11 uczelni medycznych, jedynie w Białymstoku, Krakowie, Bydgoszczy, Gdańsku i Katowicach istnieją kliniki geriatry i prowadzona jest edukacja przed- i podyplomowa z udziałem pacjenta hospitalizowanego, w mniejszym lub większym zakresie. W Warszawie, Łodzi i Wrocławiu są kliniki geriatry bez bazy łóżkowej, w Poznaniu geriatry wykładana jest na bazie obcej lub teoretycznie, a w Lublinie i Szczecinie w ogóle nie istnieje.

W roku 2012 jedynie 23 jednostki dysponujące 114 miejscami szkoleniowymi posiadały uprawnienia do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie geriatry (stan na 22 sierpnia 2012 r.). A rok później w całym kraju istniało już 141 miejsc specjalizacyjnych w 26 jednostkach posiadających akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w zakresie geriatry (według stanu na dzień 18.11.2013 r.). Resort zdrowia podkreśla, że obserwuje się systematyczny wzrost liczby miejsc szkoleniowych w jednostkach organizacyjnych uprawnionych do prowadzenia specjalizacji. Według stanu na dzień 29 sierpnia 2008 r. w dziedzinie geriatry dostępnych było 89 miejsc szkoleniowych w 20 jednostkach szkolących, co oznacza, że w ciągu 4 ostatnich lat liczba miejsc szkoleniowych w ww. dziedzinie wzrosła o ok. 28%. (*Polityka senioralna* – minister Władysław Kosiniak-Kamysz, Biuletyn Informacji Publicznej Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (MPIPS)).

Aktualnie w Małopolsce są takie trzy jednostki (Klinika Geriatry UJCM, oddział geriatryczny w Szpitalu MSWiA w Krakowie, oddział geriatryczny w Gorlicach), w których jest 20 miejsc specjalizacyjnych, to jednak nie stanowi gwarancji zapewnienia kadr dla rozwoju sieci poradni i oddziałów geriatrycznych na obszarze całego województwa. Wypełnienie rekomendacji dotyczącej przygotowania kadr w celu zapewnienia właściwej opieki geriatrycznej jest zatem ściśle powiązane z rekomendacją dotyczącą stworzenia sieci ośrodków geriatrycznych, które potencjalnie mogą stać się ośrodkami akredytowanymi do kształcenia lekarzy geriatrów. Utworzenie nowych miejsc pracy w poradniach i ośrodkach geriatrycznych stworzy zapotrzebowanie na różne formy kształcenia w zakresie gerontologii.

Kompetencje lekarzy rodzinnych, lekarzy specjalistów, pielęgniarek, fizjoterapeutów i przedstawicieli innych profesji (opiekunów) są niewystarczające w zakresie opieki geriatrycznej. Program geriatry w ramach szkolenia specjalizacyjnego lekarzy rodzinnych prowadzony przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego (MCKP UJ) w Małopolsce obejmuje 14 godzin. Niestety, nie wszyscy lekarze rodzinni pracujący w Małopolsce uczestniczyli w szkoleniach specjalizacyjnych organizowanych przez MCKP UJ. Począwszy od 2013 roku prowadzone są bezpłatne 21-godzinne szkolenia w zakresie opieki geriatrycznej dla lekarzy POZ w ramach projektu MZ współfinansowanego przez UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) (*Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*), które mają zasięg krajowy. Docelowo w ramach projektu ma być przeszkolonych 2000 lekarzy rodzinnych w całym kraju. Program szkolenia ma charakter podstawowy. Wstępna analiza potrzeb edukacyjnych słuchaczy wskazuje, że kolejne szkolenia powinny mieć charakter wielospecjalistycznych warsztatów wąskotematycznych.

Tematyką gerontologii, geriatry i opieki nad pacjentem w wieku podeszłym można zainteresować już w okresie studiów. Obecnie na Wydziale Lekarskim UJCM w Krakowie prowadzone jest szkolenie studentów medycyny w zakresie geriatry w ramach obowiązkowego programu studiów, jednak program obejmuje zaledwie 20 godzin, co nie wystarcza, by skutecznie zainteresować młodych adeptów sztuki lekarskiej specyfiką medycyny osób starszych. Czynnikiem, który obok działań promujących geriatrję jako dziedzinę kompleksowo zajmującą się opieką nad osobą starszą może motywować do kształcenia w tym obszarze i tym samym do rozwijania kompetencji w zakresie geriatry, powinno być zwiększone kontraktowanie porad geriatrycznych przez NFZ z jednoczesnym zwiększeniem liczby miejsc pracy powiązanych z rozwojem sieci poradni geriatrycznych w województwie (postulat ten został zawarty w odrębnej rekomendacji dotyczącej rozwoju opieki geriatrycznej w województwie). Motywacja do podjęcia nauki wiązałaby się z pojawieniem się gwarancji stażu, praktyki i zdobycia kolejnych awansów.

Odrębną sprawą jest brak przygotowania lekarzy specjalistów (nie geriatrów) do opieki nad rosnącą liczbą pacjentów w coraz starszym wieku. Fakt, że osoby starsze są pacjentami w poradniach i oddziałach różnych specjalności, powoduje konieczność aktualizacji wiedzy lekarzy specjalistów w ramach inter-

dyscyplinarnych warsztatów poświęconych szczególnym przypadkom pacjentów geriatrycznych.

W badaniach przeprowadzonych w DPS w Małopolsce wykazano niewydolność systemu kształcenia ustawicznego w placówkach opiekuńczych (Szczecińska 2009, 2012). Zapewnienie dostępu do kształcenia i rozwoju zawodowego należy traktować jako czynnik silnie motywujący pracowników do pracy w sektorze opieki geriatrycznej i długoterminowej. Prowadzona w przemyślany, systematyczny sposób edukacja personelu, której podstawą jest dbałość o indywidualny rozwój pracowników, jest istotnym elementem wiążącym pracowników z zakładem pracy. Zapobiega ona wypaleniu zawodowemu i nadmiernej rotacji pracowników, co ostatecznie ma wpływ na jakość opieki. Postulat wprowadzenia systemu kształcenia ustawicznego w placówkach opiekuńczych i zakładach opieki długoterminowej jest spójny z rekomendacją dotyczącą poprawy jakości opieki geriatrycznej i długoterminowej.

Wobec starzenia się społeczeństwa potrzebna jest edukacja społeczna w formie kampanii informacyjnych przygotowujących do starości, zmieniających stereotyp współczesnego seniora i uczących zapobiegania niesamodzielności. Konieczne są również działania edukacyjne na poziomie indywidualnym – dostosowane do potrzeb zdrowotnych pacjenta (edukacja zdrowotna pacjenta). Potrzebna jest edukacja osób stale opiekujących się własnymi krewnymi, tzw. opiekunów nieformalnych (ten postulat jest spójny i został ujęty w formie Akademii Opiekuna Seniora w założeniach Programu Strategicznego *Włączenie Społeczne* – priorytet 4 – *Dobra opieka dla Małopolan*).

Edukacja geriatryczna profesjonalistów z obszaru sektora opieki zdrowotnej i społecznej stanowi podstawę współpracy interdyscyplinarnej oraz kompleksowej opieki nad osobą starszą, bez których niemożliwe jest zapewnienie odpowiedniej jakości usług medycznych. W wielu krajach wykazano, że kompleksowa ocena geriatryczna realizowana w zespołach interdyscyplinarnych gwarantuje dobre wyniki zdrowotne i ekonomiczne.

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Zwiększenie kompetencji kadr służby zdrowia i pomocy społecznej

Należy zwiększać kompetencje w zakresie opieki nad osobami starszymi poprzez wspieranie edukacji różnych grup zawodowych i osób związanych z ochroną zdrowia, pomocą społeczną i opieką nieformalną nad osobami w podeszłym wieku.

Szkoleniem dotyczącym problemów geriatrycznych należy objąć nie tylko lekarzy specjalizujących się w zakresie geriatrii, lecz (w różnym w zakresie) również: studentów medycyny, lekarzy rodzinnych, lekarzy pracujących w instytucjach opieki długoterminowej (zarówno w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych, jak i domach pomocy społecznej lub domach opieki), lekarzy specjalistów różnych specjalności zwłaszcza pracujących w oddziałach szpitalnych oraz lekarzy izb przyjęć i oddziałów ratunkowych. Szkolenie w zakresie gerontologii i elementów geriatrii powinno obejmować pielęgniarki, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, psychologów, dietetyków, opiekunów medycznych i opiekunów udzielających świadczeń w ramach pomocy społecznej. Należy przygotować szkolenia dotyczące zasad prowadzenia opieki nad osobą starszą przeznaczone dla opiekunów nieformalnych (członków rodzin, wolontariuszy). Szkolenie w zakresie gerontologii i geriatrii powinno przybierać różne formy: konferencji, wieloletnich kursów specjalizacyjnych, krótkich kursów tematycznych, warsztatów interdyscyplinarnych, szkoleń w zespołach pracowniczych zakończonych wdrożeniem określonych standardów postępowania/procedur (ostatni punkt jest spójny z rekomendacją dotyczącą poprawy jakości opieki nad osobami starszymi).

Celem tego przedsięwzięcia jest poprawa jakości opieki zdrowotnej nad osobami starszymi poprzez zwiększenie zasobów kadrowych posiadających odpowiednie kompetencje do sprawowania opieki nad osobami z tej grupy wiekowej, jak i podniesienie kwalifikacji obecnych kadr.

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

1. Poszerzenie zakresu kształcenia **studentów medycyny** w zakresie geriatrii – dofinansowanie kształcenia w zmienionej formule w postaci fakultatywnych warsztatów interdyscyplinarnych (np. temat „nietrzymanie moczu z perspektywy urologa, ginekologa, psychologa, geriatry”; „otępienie w praktyce neurologa, psychologa, psychiatry, geriatry”).
2. Kształcenie **lekarzy geriatrów** – należy zwiększyć liczbę miejsc akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w zakresie geriatrii (włączyć do systemu kształcenia powiatowe ośrodki geriatryczne – akredytację do specjalizowania może otrzymać tylko jednostka posiadająca oddział geriatryczny wraz z poradnią geriatryczną, co jest uwarunkowane kontraktem z NFZ).

3. Kształcenie **lekarzy rodzinnych** – trzeba wskazać środki motywujące lekarzy do pogłębiania wiedzy w zakresie geriatry: kampania informacyjna promująca tę specjalizację jako formę zapewnienia kompleksowej opieki nad osobami starszymi, działania premiujące lekarzy rodzinnych, którzy pogłębiają wiedzę w tym zakresie (przyznawanie punktów edukacyjnych), współpraca z NFZ w zakresie opracowania programu opieki nad osobami starszymi (minimalny zakres badań profilaktycznych, przesiewowych, kontrolnych) i zasad egzekwowania tego programu.
4. Opracowanie systemu promocji praktyk podstawowej opieki zdrowotnej, które wdrażają szeroko rozumiane procedury geriatryczne (np. konkurs na najlepszą praktykę lekarską, znak jakości „Praktyka lekarska przyjazna seniorom”) oraz systemu premiowania lekarzy rodzinnych, którzy realizują programy profilaktyczne kierowane do osób starszych i korzystają z nadzoru konsultanckiego geriatry (to działanie spójne z rekomendacją dotyczącą poprawy jakości opieki nad osobami starszymi).

fot. depositphotos.com



5. Kształcenie **lekarzy innych specjalizacji** w zakresie zagadnień geriatrycznych – w formie cyklicznie powtarzanych interdyscyplinarnych warsztatów poświęconych postępowaniu w trudnych przypadkach geriatrycznych ze wskazaniem kluczowych punktów współpracy interdyscyplinarnej (udział w nich premiowany punktami edukacyjnymi). Należy zaplanować środki na opracowanie i przeprowadzenie takich szkoleń dla różnych grup specjalistów.
6. Kształcenie personelu pracującego **w oddziałach szpitalnych oraz lekarzy izb przyjęć i oddziałów ratunkowych** w formule szkoleń przygotowujących do wdrożenia wielospecjalistycznego kompleksowego postępowania w określonych sytuacjach klinicznych dotyczących osób starszych i typowych dla określonych oddziałów (które są przyczyną najczęstszych problemów diagnostyczno-terapeutycznych). W ramach strategii należy zaplanować środki na opracowanie schematów kompleksowego postępowania i przeprowadzenie odpowiednich szkoleń we wszystkich szpitalach w województwie. Powinna temu towarzyszyć promocja szpitali, które wdrożą te zasady postępowania, znakiem jakości „Szpital przyjazny seniorom” (działanie spójne z rekomendacją zapewnienia jakości opieki nad osobami starszymi).
7. Kształcenie w zakresie geriatry **lekarzy zatrudnionych w zakładach opieki długoterminowej (ZOL, ZPO)** oraz opiekujących się mieszkańcami placówek opiekuńczych (DPS, niepubliczne domy opieki). W ramach strategii należy zaplanować środki na opracowanie schematów kompleksowego postępowania z pacjentem geriatrycznym w ZOL, ZPO, DPS i przygotowanie systemu kształcenia ustawicznego szkoleń we wszystkich szpitalach w województwie. Powinna temu towarzyszyć promocja zakładów, które wdrożą te zasady postępowania, znakiem jakości „Placówka przyjazna seniorom” (działanie spójne z rekomendacją zapewnienia jakości opieki nad osobami starszymi).
8. Wspieranie kształcenia **pielęgniarek** w ramach specjalizacji pielęgniarstwa geriatrycznego i kursów kwalifikacyjnych w dziedzinie opieki długoterminowej poprzez dofinansowanie kształcenia w ramach istniejących programów. Opracowanie – w porozumieniu z Małopolską Izbą Pielęgniarek i Położnych – i zainicjowanie programu krótkich szkoleń specjalistycznych w zakresie pielęgnacji osób z zespołami geriatrycznymi (np. pacjenta z otępieniem, z niedożywieniem, z ryzykiem upadków). W ramach strategii konieczne będzie zaplanowanie środków na opracowanie i przeprowadzenie szkoleń

- pielęgniarek (to działanie jest spójne z założeniami rozwoju opieki geriatrycznej w ramach priorytetu 3. Wojewódzkiej Strategii Ochrony Zdrowia).
9. Wspieranie kształcenia **fizjoterapeutów** w zakresie rehabilitacji geriatrycznej. Począwszy od 2013 roku prowadzone są bezpłatne 40-godzinne szkolenia w zakresie opieki geriatrycznej dla fizjoterapeutów w ramach projektu MZ współfinansowanego przez UE w ramach EFS (*Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*), które mają zasięg krajowy. Mają one charakter szkoleń podstawowych, dlatego należy przygotować cykl warsztatów specjalistycznych (np. fizjoterapia w zapobieganiu upadkom, niefarmakologiczne formy terapii chorych na demencję).
 10. Opracowanie systemu kształcenia ustawicznego **personelu w placówkach opiekuńczych**, którego głównym celem jest aktualizacja wiedzy i umiejętności personelu bezpośrednio opiekującego się mieszkańcami DPS (to działanie jest spójne z rekomendacją dotyczącą zapewnienia jakości opieki, w ramach której planuje się opracowanie standardów opieki i model ich wdrożenia). Kształcenie ustawiczne tej grupy zawodowej jest szczególnie istotne z powodu dużej wymiany pracowników, wypalenia zawodowego oraz znacznego zmniejszenia liczby pielęgniarek w tych placówkach w ostatnich latach. System kształcenia ma wiązać pracowników z zakładem oraz zapewnić podopiecznym kompetentną opiekę. To działanie jest spójne z rekomendacją dotyczącą zapewnienia jakości opieki nad osobami starszymi.
 11. Opracowanie systemu kształcenia ustawicznego **personelu w placówkach uzdrowiskowych i rekreacyjnych** w zakresie promocji zdrowia oraz zasad leczenia uzdrowiskowego (w tym rehabilitacji, dietetyki, kosmetyki) osób starszych.
 12. Edukacja społeczna w zakresie promocji zdrowia osób starszych propagująca aktywność fizyczną, zdrowe żywienie, ochronę zdrowia poprzez eliminację czynników ryzyka (działanie spójne z priorytetem 4. Założeń Programu Strategicznego *Włączenie społeczne*, w którym w ramach działania 2.: *Upowszechnianie wiedzy i informacji na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu osób starszych* proponowane jest przedsięwzięcie: *INFORMACJA dla INTEGRACJI – edukacja społeczna dla „dobrej starości”*).

NP. NA 10 TYS. MIESZKAŃCÓW

- ▶ liczba specjalistów geriatrów;
- ▶ liczba lekarzy w trakcie specjalizacji w geriatricii;
- ▶ liczba lekarzy rodzinnych, którzy posiadają przeszkolenie w zakresie opieki geriatrycznej;
- ▶ liczba przeszkolonych pielęgniarek (specjalizacja w pielęgniarstwie geriatrycznym, kurs kwalifikacyjny z zakresu opieki długoterminowej; tematyczny kurs specjalistyczny z zakresu problematyki geriatrycznej);
- ▶ liczba fizjoterapeutów przeszkolonych w zakresie rehabilitacji geriatrycznej;
- ▶ liczba psychologów przeszkolonych w zakresie psychogeriatricii;
- ▶ liczba lekarzy specjalistów przeszkolonych w zakresie problemów geriatrycznych;
- ▶ liczba opiekunów medycznych przeszkolonych w zakresie specyfiki opieki geriatrycznej;
- ▶ liczba dietetyczek przeszkolonych w zakresie specyfiki opieki geriatrycznej;
- ▶ liczba opiekunów w pomocy społecznej przeszkolonych w zakresie specyfiki opieki nad osobą starszą;
- ▶ liczba opiekunów nieformalnych przeszkolonych w zakresie specyfiki opieki nad osobą starszą;
- ▶ liczba studentów medycyny posiadających przeszkolenie w zakresie geriatricii: podstawowe i ponadpodstawowe (np. w ramach fakultetu, wielodyscyplinarnych warsztatów geriatrycznych);
- ▶ liczba przeprowadzonych szkoleń, konferencji, warsztatów o tematyce geriatryczno-gerontologicznej zorganizowanych dla lekarzy, pielęgniarek i innych grup zawodowych zatrudnionych w opiece nad osobami starszymi.

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA**SPRAWOZDANIA**

- ▶ dane wojewódzkiego konsultanta ds. geriatricii;
- ▶ Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Krakowie;
- ▶ Małopolskiej Izby Pielęgniarek i Położnych;
- ▶ Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie;
- ▶ ROPS;
- ▶ Departamentu Zdrowia UMWM;
- ▶ dane NFZ:

- analiza programów studiów uczelni w województwie małopolskim na kierunkach: medycyna, fizjoterapia, pielęgniarstwo, psychologia kliniczna, praca socjalna, terapia zajęciowa, dietetyka;
- pozyskanie informacji od podmiotów prowadzących szkolenia o tematyce geriatryczno-gerontologicznej w województwie małopolskim;
- analiza polityki kadrowej placówek (szpitali, NZOZ, ZOL, ZPO, DPS) w zakresie kształcenia zawodowego i podyplomowego.

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

- szkolenia z obszaru geriatry i gerontologii umożliwiające stopniowy rozwój kompetentnych kadr, które zasilać strukturę sieci placówek geriatrycznych;
- warsztaty, konferencje kierowane do różnych grup zawodowych w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, które zwiększą kompetencje w zakresie geriatry i gerontologii pracowników opiekujących się osobami starszymi;
- podręczniki/zeszyty zawierające standardy postępowania geriatrycznego w POZ, w opiece długoterminowej (w ZOL, DPS).

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

ZMIANA ILOŚCIOWA

- zwiększenie liczby osób (lekarzy specjalistów geriatry, pielęgniarzek, fizjoterapeutów i innych wyżej wymienionych pracowników) przeszkolonych w zakresie geriatry i gerontologii (liczba osób, które uczestniczyły w różnych formach szkoleń);
- zwiększenie kompetencji potwierdzone zaświadczeniem ukończenia z wynikiem pozytywnym kursu w zakresie geriatry i gerontologii (liczba osób, które uzyskały potwierdzenie kompetencji lub kwalifikacji);
- wzrost zatrudnienia na stanowiskach związanych z opieką nad osobami starszymi;
- wzrost liczby szkoleń, konferencji itp. o tematyce geriatry i gerontologii.

ZMIANA JAKOŚCIOWA

- poprawa kompetencji personelu zajmującego się opieką nad osobami starszymi w województwie;
- poprawa współpracy interdyscyplinarnej;

- ▶ poprawa jakości opieki nad osobami starszym (wskaźniki dostępności opieki);
- ▶ wzrost satysfakcji osób w podeszłym wieku z opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz usług uzdrowiskowych i rekreacyjnych (badanie satysfakcji pacjentów i personelu zatrudnionego w opiece nad osobami starszymi).

RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

- ▶ niskie zainteresowanie szkoleniem z zakresu geriatry z powodu braku możliwości zatrudnienia w placówkach o profilu geriatrycznym;
- ▶ brak skoordynowania współpracy podmiotów tworzących z NFZ w zakresie realizacji rekomendacji dotyczącej rozwoju sieci poradni i szpitalnych ośrodków geriatrycznych (rozwój sieci poradni ma stworzyć zapotrzebowanie na usługi edukacyjne);
- ▶ skromne zasoby ludzkie w zakresie geriatry;
- ▶ brak miejsc akredytowanych do specjalizowania w geriatry.

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE)

- ▶ brak środków własnych na realizację wielorakich form kształcenia różnych grup (np. w wyniku nieprzyznania środków publicznych, projektowych, innych lub z braku możliwości skorzystania z innych form finansowania edukacji);
- ▶ brak środków w wyniku negatywnej oceny wniosków o dofinansowanie ze źródeł zewnętrznych np. funduszy unijnych;
- ▶ zmniejszenie wielkości kontraktu NFZ na świadczenia geriatryczne i tym samym zmniejszenie zainteresowania kształceniem w tym obszarze;
- ▶ wycofanie się ze współpracy istotnych instytucji, np. NFZ.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ fundusze UE;
- ▶ środki MZ;
- ▶ środki Województwa Małopolskiego;
- ▶ fundusze Małopolskiej Izby Lekarskiej i Małopolskiej Izby Pielęgniarek i Położnych;

- ▶ środki uczelni wyższych (dofinansowanie z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSW) lub z projektów pomocowych);
- ▶ fundusze ROPS.

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- ▶ inicjowanie działań: podmioty tworzące, wojewoda, wsparcie MZ i MPiPS oraz MNiSW;
- ▶ realizacja działań: centra medycznego kształcenia podyplomowego, uczelnie wyższe;
- ▶ współpraca (partnerzy): Małopolski Oddział NFZ, konsultant wojewódzki ds. geriatry, konsultant krajowy ds. geriatry, Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie, Małopolska Izba Pielęgniarek i Położnych, ROPS.

DOBRE PRAKTYKI

REGIONALNE

1. Program przedmiotu geriatry na VI roku medycyny na Wydziale Lekarskim CM UJ w Krakowie obejmujący 20 godzin ćwiczeń i seminariów kończących się zaliczeniem testowym.
2. Program kursu specjalizacyjnego z zakresu geriatry w ramach specjalizacji z medycyny rodzinnej prowadzony przez MCKP UJ.

KRAJOWE

Program szkoleń z zakresu geriatry dla lekarzy POZ oraz fizjoterapeutów realizowany w ramach projektu MZ współfinansowanego przez UE – EFS (*Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*) o zasięgu krajowym.

BIBLIOGRAFIA

- RATAJCZAK J., CICHOWICZ-MAJOR M., LEW-STAROWICZ R., CHOJECKI J., NASIŁOWSKA E., PACUSKA M. *Analiza zapotrzebowania gospodarki na absolwentów kierunków kluczowych w kontekście realizacji strategii Europa 2020*. Raport końcowy. Agrotec na zlecenie NCBiR. Warszawa 2012.
- DEREJCZYK J., BIEŃ B., SZCZERBIŃSKA K. *Ochrona zdrowia osób starszych*, [w:] Szatur-Jaworska B. (red.) *Strategie działań w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*. Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Warszawa 2012, s. 44–54.
- GOLINOWSKA S. *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne*. Departament Polityki Regionalnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Kraków 2010, s. 31.
- SZCZERBIŃSKA K., PIETRYKA A. *Rozwój opieki geriatrycznej w krajach europejskich – jakość kształcenia i opieki geriatrycznej (część 2)*. *Gerontologia Polska* 2008; 16(3):137–148.
- SZCZERBIŃSKA K., KIJOWSKA V., MIREWSKA E. *Ocena kompetencji osób wspomagających kształcenie w opiece nad ludźmi starszymi – prezentacja projektu ComPro*. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie i Zarządzanie* 2009; 7(1):85–94.
- SZCZERBIŃSKA K., TOPÓR-MĄDRY R., NIEDŹWIEDZKA B. *Competences profile of an in-house educator of professionals providing elderly care (ComPro project)*. *Nurse Education Today* 2012 Jul; 32(5):516–523.

OBSZAR **USŁUGI SPOŁECZNE**

dzienne
ośrodki wsparcia



kompleksowy
system wsparcia
dla opiekunów

REKOMENDACJA 1

Organizacja opieki nad osobą starszą w postaci dziennych ośrodków wsparcia

JAK JEST?

Brak miejsc opieki dziennej nad osobami starszymi w Małopolsce

Według prognozy GUS liczba osób starszych (65+) w populacji województwa będzie stale rosła. Trzeba zaznaczyć, że największy przyrost będzie obserwowany w grupie osób 80+. Rośnie ponadto liczba emerytów samotnie gospodarujących. Według danych GUS liczba 1-osobowych gospodarstw domowych emerytów pomiędzy spisami powszechnymi wzrosła w Małopolsce z niepełna 67 tys. (66 849) w roku 2002 do ponad 91 tys. w roku 2011 (91 186), tj. o ok. 36 punktów procentowych w ciągu dekady¹.

W związku z powyższym zwiększają się (i będą rosły) potrzeby w zakresie usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla osób starszych, tym bardziej że z wiekiem silnie związane jest występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych. Skalę potrzeb opiekuńczych pokazują np. poniższe dane.

O ile wśród ludzi młodych (do 30. roku życia) długotrwałe problemy zdrowotne występują niezbyt często (u co 5–6 osoby), o tyle wśród ludzi starszych – bardzo często. Na występowanie takich problemów wskazuje ponad 60% 50-latków, 79% 60-latków i ponad 90% 70-latków². Potwierdzają to chociażby dane z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011, wg którego wśród Małopolan w wieku 65 lat i starszych osoby niepełnosprawne stanowią 41%, a wśród ogółu niepełnosprawnych osób w wieku poprodukcyjnym, czyli kobiet od 60. roku życia oraz mężczyzn od 65. roku życia, podczas spisu odnotowano ich 209,3 tys. (53% z liczby wszystkich osób niepełnosprawnych w Małopolsce stanowiących 394 309 osób). Jednocześnie wraz z wiekiem wzrasta liczba osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności – od 7% w grupie wiekowej 65–69 lat do 32% w grupie wiekowej 80 lat i więcej. Osoby w wieku 65–80+ stanowią aż 70% wszystkich Małopolan ze znacznym stopniem niepełnosprawności prawnej i biologicznej.

Małopolanie żyją też dłużej niż przeciętny Polak. Według szacunków mężczyzna urodzony w Małopolsce w roku 2013 przeżyje przeciętnie 74,78 roku, co oznacza, że będzie żył dłużej niż statystyczny Polak (średnia dla Polski wynosi 73,06 roku). Natomiast dla kobiet z regionu średni wiek szacuje się

na 82,04 roku, co po województwach podkarpackim i podlaskim daje trzeci wynik w kraju pod względem długości życia (średnia wynosi 81,14)³.

Jednocześnie Polska należy do krajów, w których obowiązek opieki nad osobą starszą i zapewnienie różnych usług opiekuńczych należą przede wszystkim do rodziny i jest to powszechnie akceptowane. Jak pokazują między innymi badania przeprowadzone we wszystkich krajach Unii Europejskiej⁴, 59% Polaków jest zdania, że osoby starsze powinny mieszkać z jednym ze swoich dzieci mogącym zapewnić im opiekę. Jest to najwyższy wynik spośród wszystkich krajów UE (średnia wynosi 30%). Dla porównania, w Szwecji oraz Holandii tej odpowiedzi udzieliło jedynie po 4% respondentów, a w Danii i Finlandii po 7% respondentów. W krajach tych przeważa opinia, że zarówno publiczni, jak i prywatni dostawcy usług powinni przychodzić do domów osób starszych i świadczyć odpowiednią pomoc i opiekę. W Polsce natomiast tego zdania jest tylko 7% obywateli (najniższy wynik spośród wszystkich krajów UE; średnia – 27%). Uzasadnienia tego rodzaju postawy można szukać w bardzo słabo rozwiniętym systemie opieki domowej i dziennej nad osobami starszymi (8 dziennych domów pomocy w Małopolsce, opisane poniżej usługi opiekuńcze w regionie), co powoduje, że Polacy nie mieli jeszcze okazji przekonać się o skuteczności rozwiązań wsparcia zewnętrznego. Jednocześnie jedynie 3% Polaków uważa, że osoby starsze powinny zamieszkać w domu opieki – jest to ponownie najniższy wynik spośród wszystkich krajów UE. Średnia w tym przypadku wynosi 10%, a najwyższy odsetek odpowiedzi zanotowano w Słowenii (32%)

Powyższe informacje zwrotne w dużej mierze zbieżne są z osobistymi preferencjami Polaków dotyczącymi organizowania swojego życia na stare lata, kiedy będą potrzebowali pomocy. Prawie dwie trzecie (64%) chciałoby mieszkać we własnym mieszkaniu, korzystając z doraźnej pomocy bliskich – rodziny, przyjaciół, sąsiadów. Kolejne 15% preferuje zamieszkać razem z dziećmi, wnukami lub dalszą rodziną. 8% przebadanych chciałoby mieszkać we własnym mieszkaniu, mając zapewnioną opłaconą przez siebie stałą pomoc osób zajmujących się opieką nad ludźmi starymi. Pozostałe odpowiedzi (czyli: mieszkać we własnym mieszkaniu, mając zapewnioną bezpłatną stałą pomoc, np. opieki społecznej, Czerwonego Krzyża, Caritasu lub innych wolontariuszy; mieszkać wspólnie z innymi starszymi ludźmi w celu wzajemnego wspomagania się; zamieszkać w prywatnym domu spokojnej starości; zamieszkać w państwowym domu spokojnej starości) osiągnęły po 2–3% odpowiedzi⁵.

Przytoczone dane wskazują, że zamieszkanie w instytucji całodobowej jest tym, co nie jest uznawane za rozwiązanie oczekiwane (w zasadzie w całej UE), czego najbardziej chcielibyśmy uniknąć na starość dla siebie i najbliższych, angażując się też w opiekę nad starszymi członkami rodziny.

A jak wygląda opieka nad osobami w podeszłym wieku w naszym regionie?

Zgodnie z danymi Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego obecnie w Małopolsce funkcjonują 92 domy pomocy społecznej (DPS), dysponujące 7721 miejscami. W tym 23 DPS-y przeznaczone są dla osób w podeszłym wieku i oferują one 1250 miejsc. DPS-y tego typu zlokalizowane są w: Krakowie i powiecie miechowskim (po 3 DPS-y), w Tarnowie i powiatach: gorlickim i nowosądeckim (po 2 DPS-y) oraz w powiatach: bocheńskim, brzeskim, dąbrowskim, krakowskim, myślenickim, nowotarskim, suskim, tatrzańskim, wadowickim, wielickim i w Nowym Sączu (po 1 DPS-ie)⁶.

Jednocześnie w 2013 roku funkcjonowały w województwie małopolskim 3 rodzinne (całodobowe) domy pomocy: 2 w Krakowie i 1 w gminie Lisia Góra (powiat tarnowski). Łącznie starsi i niepełnosprawni mieszkańcy mieli dostęp do 20 miejsc w rodzinnych domach pomocy, a korzystały z nich w 2013 roku 24 osoby⁷.

W Małopolsce funkcjonują również inne placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. W Małopolsce funkcjonuje 38 takich placówek, w tym 29 prowadzonych w oparciu o działalność gospodarczą („domy opieki”, „domy seniora”, „pensjonaty”, „domy spokojnej jesieni”, „domy dla emerytów”) i 9 placówek prowadzonych w oparciu o działalność statutową (placówki prowadzone przez organizacje kościelne czy organizacje pozarządowe). Są one zlokalizowane na terenie 25 małopolskich gmin (w 15 powiatach)⁸.

Do wyżej wskazanych statystyk opieki całodobowej należy też doliczyć 44 publiczne i niepubliczne zakłady opieki długoterminowej, tj. zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja⁹.

Wedle danych z raportu *Badanie opinii mieszkańców Małopolski na temat istotnych dla rozwoju województwa obszarów działań samorządu wojewódzkiego* z marca 2014 r. opracowanego przez Małopolskie Obserwatorium Polityki Rozwoju co piąty Małopolanin nieodpłatnie opiekuje się osobą starszą¹⁰.

Systemowa pomoc dla nieformalnych opiekunów osób starszych praktycznie nie istnieje, a chociażby badania nad skutecznością National Family Caregiver

Support Program w USA wykazały, że usługi oferowane opiekunom nieformalnym redukcją u nich depresję i stres, dzięki czemu podnoszą jakość opieki nad seniorami oraz, co szczególnie istotne z ekonomicznej perspektywy, odraczają w czasie korzystanie z opieki instytucjonalnej¹¹.

Jednocześnie infrastruktura ośrodków wsparcia, jakimi są dzienne domy pomocy (DDP) przeznaczone głównie dla osób starszych, jest bardzo uboga w regionie. Zgodnie z danymi wykazanymi przez jednostki pomocy społecznej w 2013 roku w całym województwie funkcjonowało jedynie 8 tego typu jednostek. 4 z nich prowadzi samorząd terytorialny – po jednej w gminach: Chrzanów, Kraków, Oświęcim i Tarnów¹². Pozostałe placówki były prowadzone przez podmioty zewnętrzne na zlecenie miasta Kraków. Dienne domy pomocy dysponowały łącznie 893 miejscami, z których skorzystały w 2013 roku 1432 osoby. Liczbę placówek dziennego wsparcia w pewnym stopniu uzupełnić mogłyby prywatne ośrodki tego typu, które zaczynają powstawać, brak jest jednak rejestrów takiej działalności prowadzonej poza systemem pomocy społecznej.

Niekorzystnie wygląda w Małopolsce (choć nie jest to sytuacja wyjątkowa w skali kraju) relacja pomiędzy liczbą osób zamieszkujących w domach pomocy społecznej, a liczbą osób korzystających z usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania. Można by się spodziewać, że znacząco przeważać będą usługi opiekuńcze świadczone w domach osób zależnych, jednak okazuje się, że proporcje te są odwrotne. Przeważają mieszkańcy DPS, których w skali całego województwa w ciągu całego 2013 roku było łącznie 8177, a klientami usług opiekuńczych było tylko 6594 mieszkańców regionu¹³. Gdyby do powyższych danych doliczyć seniorów objętych innymi ww. formami opieki całodobowej, np. zakładów opiekuńczo-leczniczych, dysproporcja ta byłaby jeszcze bardziej niekorzystna¹⁴.

Dodatkowo funkcjonuje pielęgnarska opieka długoterminowa domowa, która w Małopolsce jest realizowana we wszystkich powiatach. W 2013 roku pielęgniarce w ramach 479,5 etatu objęły opieką 2781 pacjentów.

Zestawiając te informacje z danymi demograficznymi, można stwierdzić, że jednak potrzeby dalece przekraczają realizowane świadczenia opieki dziennej i domowej wobec starszych osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Taki sposób organizacji opieki nie zapewnia kompleksowości podejścia i ostatecznie jest nieefektywny zarówno pod względem ekonomicznym, jak i wyników

zdrowotnych. Poważnym problemem opieki nad osobami starszymi jest też lokowanie opieki domowej i dziennej w tzw. szarej strefie.

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Organizacja opieki nad osobą starszą w postaci dziennych ośrodków wsparcia

Idealnym rozwiązaniem tej sytuacji, jak i prognozowanych rosnących potrzeb opiekuńczych coraz większej grupy osób starszych, jest utworzenie sieci równomiernie rozmieszczonych na terenie województwa placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych, z elementami wsparcia dla opiekunów nieformalnych tychże seniorów.

Celem tego przedsięwzięcia jest organizowanie opieki nad osobą w wieku podeszłym tak, by maksymalnie wydłużyć czas, w którym możliwe jest jej przebywanie we własnym środowisku i pozostanie w domu. Wszystkie wysiłki powinny koncentrować się na odsunięciu w czasie konieczności opieki instytucjonalnej na rzecz opieki półstacjonarnej (dziennie ośrodki wsparcia dla osób starszych) i domowej, będących najbardziej korzystnym wariantem opieki długoterminowej. Jest ona wskazana ze względów psychologicznych, w Polsce uwarunkowana kulturowo. Pozwala na społeczną integrację, a przy tym jest tańsza niż opieka



fol. depositphotos.com

stacjonarna, a także zdecydowanie korzystniejsza z punktu widzenia podtrzymywania dobrej kondycji zdrowotnej oraz psychicznej osób starszych. Istotnym celem tworzenia i/lub rozwijania działalności placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych jest odciążenie opiekunów nieformalnych, którzy w czasie pobytu podopiecznego w placówce mogą realizować się zawodowo i/lub odpocząć od trudu opieki.

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

1. Utworzenie i udostępnienie zaplecza informacyjnego dla realizacji przedsięwzięcia w postaci informacji uzyskanych z badań Małopolskich Obserwatoriów: *Badanie opinii mieszkańców Małopolski na temat istotnych dla rozwoju województwa obszarów działań samorządu wojewódzkiego* (realizacja przez Departament Polityki Regionalnej UMWM, w ramach projektu *Małopolskie Obserwatorium Polityki Rozwoju*), *badanie Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej i Ocena zasobów pomocy społecznej w województwie małopolskim* (realizacja przez ROPS w Krakowie, w ramach projektu *Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej*).
2. Opracowanie małopolskiego modelu rozwoju placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych w środowiskach lokalnych oraz jego udostępnienie (realizacja przez ROPS w Krakowie).
3. Uruchomienie konkursów projektów do dofinansowania (Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym dla Województwa Małopolskiego na lata 2014–2020, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej ze środków Wieloletniego Programu Senior-WIGOR na lata 2015–2020).
4. Wybór projektów do dofinansowania.
5. Wsparcie finansowe dla rozwoju i tworzenia w Małopolsce placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych w środowiskach lokalnych.
6. Utworzenie sieci równomiernie rozmieszczonych na terenie województwa miejsc opieki dziennej/placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych z elementami wsparcia dla opiekunów nieformalnych.

SYTUACJA WYJŚCIOWA

- ▶ liczba miejsc opieki dziennej/placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych w regionie;
- ▶ liczba osób korzystających z miejsc opieki dziennej/placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych w regionie;
- ▶ rozmieszczenie w województwie miejsc opieki dziennej/placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych (gęstość usług);
- ▶ liczba miejsc w placówkach zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych/1000 mieszkańców regionu w wieku poprodukcyjnym.

WSKAŹNIKI DOTYCZĄCE REALIZACJI USŁUG

- ▶ liczba miejsc opieki dziennej/placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych w regionie;
- ▶ liczba osób korzystających z miejsc opieki dziennej/placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych;
- ▶ rozmieszczenie w województwie miejsc opieki dziennej/placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych (gęstość usług);
- ▶ liczba miejsc w placówkach zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych/1000 mieszkańców regionu w wieku poprodukcyjnym.

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA**DANE**

- ▶ dane *Oceny zasobów pomocy społecznej województwa małopolskiego*;
- ▶ dane gus – Bank Danych Lokalnych.

SPRAWOZDANIA

- ▶ sprawozdania *MPiPS-03*
- ▶ sprawozdania operatorów dofinansowania (Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym dla Województwa Małopolskiego na lata 2014–2020, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej jako nadzorujące Wieloletni Program Senior-wIGOR na lata 2015–2020).

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

Modelowa organizacja opieki dziennej nad osobami starszymi oparta na sieci równomiernie rozmieszczonych na terenie województwa małopolskiego miejsc opieki dziennej/placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych, które oferują oddziaływania terapeutyczne i inne zapewniające

utrzymanie optymalnego stanu psychofizycznego, samodzielności i aktywności uczestników i niedopuszczanie do pogłębiania się dysfunkcji, a także edukację osób starszych i ich rodzin. Modelowo zakres usług świadczonych w placówce powinien obejmować co najmniej:

- ▶ usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne obejmujące co najmniej dowóz uczestników, możliwość pobytu w miejscu spełniającym odpowiednie warunki lokalowe, gwarantującym prawidłową realizację usług, ciepły posiłek, pomoc w podstawowych czynnościach życiowych oraz opiekę higieniczną w niezbędnym zakresie;
- ▶ usługi aktywizująco-usprawniające obejmujące m.in. organizację czasu wolnego, udział w zajęciach terapeutycznych, udział w zajęciach podnoszących sprawność psychiczną i fizyczną i aktywizujących do uczestnictwa w życiu społecznym;
- ▶ usługi wspomagające polegające m.in. na udzielaniu informacji, edukacji, wsparciu i poradnictwu, zarówno dla uczestników, jak i ich rodzin.

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

ZMIANA ILOŚCIOWA

- ▶ rozwój nielicznych istniejących placówek oferujących dzienną opiekę i aktywizację osób starszych w regionie;
- ▶ utworzenie nowych placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych w regionie;
- ▶ łącznie zapewnienie co najmniej 2000 nowych miejsc w placówkach zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych w regionie (skokowy wzrost liczby miejsc dostępnych dla Małopolan);
- ▶ dorównanie do standardu obszarów z relatywnie rozwiniętą siecią usług dziennych miejsc opieki/placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację dla osób starszych, na których liczba miejsc wynosi ok. 3,5 miejsca/1000 mieszkańców w wieku poprodukcyjnym;
- ▶ wzrost liczby miejsc pracy w sektorze usług opieki dziennej dla seniorów.

ZMIANA JAKOŚCIOWA

- ▶ poprawa organizacji opieki nad osobami starszymi w województwie;
- ▶ zapewnienie ciągłości opieki nad osobami starszymi w województwie (wypełnienie luki w obszarze usług opiekuńczych);

- ▶ wsparcie i odciążenie rodzin oraz innych tzw. opiekunów nieformalnych – zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym i dotyczącym rynku pracy, „zachowywanie” rodzinnych zasobów opiekuńczych;
- ▶ odraczanie w czasie konieczności opieki instytucjonalnej;
- ▶ zwiększenie szans na zatrudnienie opiekunów, głównie rodzinnych, oraz wzrostu zatrudnienia poprzez: wspieranie utrzymywania się na rynku pracy lub powrotu na rynek pracy opiekunów osób starszych (niwelowanie obciążenia obowiązkami).

RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

- ▶ brak motywacji samorządów lokalnych i innych podmiotów lokalnych do rozwijania opieki dziennej nad osobami starszymi;
- ▶ brak środków na wkład własny do projektów;
- ▶ zobowiązanie beneficjentów do zapewnienia trwałości rezultatów realizowanych projektów po ustaniu dofinansowania;
- ▶ zmiana (spadek) gęstości usług po wymaganym okresie utrzymywania rezultatów projektów;
- ▶ brak środków własnych beneficjentów na rozwijanie opieki dziennej nad osobami starszymi w wyniku np. negatywnej oceny wniosku o dofinansowanie złożonego w konkursie.

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE)

- ▶ brak chętnych do korzystania z usług dziennych miejsc opieki, w tym w mniejszych ośrodkach, szczególnie wiejskich (uwarunkowania kulturowe);
- ▶ brak krajowych standardów funkcjonowania placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych;
- ▶ ograniczenia prawne uniemożliwiające realizację niektórych postulatów;
- ▶ powierzenie opieki nad osobami starszymi sektorowi prywatnemu.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014–2020;
- ▶ Wieloletni Program Senior-WIGOR na lata 2015–2020.

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- ▶ inicjowanie działań: Instytucja Zarządzająca dla Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Małopolskiego na lata 2014–2020, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej jako nadzorujące Wieloletni Program Senior-WIGOR na lata 2015–2020;
- ▶ realizacja działań: jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe, kościoły i związki wyznaniowe i inne;
- ▶ współpraca: ROPS w Krakowie;
- ▶ ocena i ewaluacja: Instytucja Zarządzająca dla Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Małopolskiego na lata 2014–2020, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej jako instytucja nadzorująca Wieloletni Program Senior-WIGOR na lata 2015–2020.

DOBRE PRAKTYKI

REGIONALNE

1. Opieka środowiskowa w gminie Lipinki. W 2008 r. w gminie Lipinki rozpoczęto realizację pilotażowego programu opieki środowiskowej w ramach środków z PPWOW (Poakcesyjny Program Wsparcia Obszarów Wiejskich). Gmina przeznaczyła je przede wszystkim na program usług opiekuńczych. Zamiast kierować ludzi starych, niedołączonych i pozbawionych pieczy rodziny do domów opieki, zatrudniła odpowiednio przeszkolone opiekunki zrekrutowane spośród miejscowych bezrobotnych. Starzy ludzie otoczeni opieką odzyskiwali zdrowie, m.in. dzięki temu, że pozostali w dobrze sobie znanym środowisku. Lokalni bezrobotni znaleźli pracę. Dodatkowo można było zatrudnić również rehabilitantów. Gmina zaoszczędziła na wydatkach na pomoc społeczną. Program miał trwać 2 lata. Trwa do tej pory już bez zewnętrznego wsparcia. W 2013 r. na utrzymanie opiekunek Lipinki wydawały 176 tys. zł miesięcznie. Zajmowały się 23 podopiecznymi. Dla porównania – na utrzymanie tylko 10 osób w domu opieki społecznej gmina wydałaby 192 tys. Obecnie gmina wydaje na uposażenia 7 opiekunek ok. 197 tys. rocznie, z czego ok. 140 tys. stanowi koszt utrzymania 5 opiekunek, które zostały zatrudnione niejako „ponad standard” w 2008 roku. Opieką objęte są 24 osoby, z czego 10 kwalifikowałyby się do pobytu w Domu Pomocy Społecznej, gdyby nie dodatkowa, opłacana przez gminę opieka. Za roczny pobyt w DPS dla 10 osób gmina zapłaciłaby ok. 206 tys. zł (koszt dopłat dla pensjonariuszy, którym

- posiadane świadczenie emerytalne nie pozwala w całości pokryć kosztów pobytu). Tak więc opłacając opiekę na miejscu i stwarzając seniorom szansę pozostania w ich domach, gmina oszczędza kilkadziesiąt tysięcy złotych rocznie. Niestety, najczęściej chorzy i całkowicie zależni samotni podopieczni gminy muszą trafić do DPS. Obecnie gmina opłaca taki pobyt 12 osobom.
2. Centrum Kultury i Rekreacji Seniorów w Nowej Hucie. Jednostka organizacyjna miasta Krakowa powstała w miejscu dawnej stołówki dla dzieci i młodzieży w celu wspierania i aktywizowania osób starszych. Głównym zadaniem Centrum jest dbanie o to, aby seniorzy włączali się w życie środowiska lokalnego i miasta, utrzymywali i rozwijali kontakt z najbliższym środowiskiem zarówno seniorów, jak i innych grup wiekowych, aby rozwijali swoje pasje i zainteresowania oraz utrzymywali jak najdłużej dobry stan zdrowia fizycznego i psychicznego.
 3. Dzienny Dom Pomocy w Oświęcimiu. Jednostka organizacyjna miasta Oświęcim, na którą składają się trzy sekcje: opieki nad osobami starszymi, opieki nad małymi dziećmi oraz opieki nad chorymi w domu. W zakresie działań adresowanych do osób starszych dom oferuje usługi opiekuńczo-bytowe, aktywizujące, kulturalno-rekreacyjne oraz zapewnia indywidualne wsparcie psychologiczne i pomoc socjalną. Seniorzy w placówce mogą skorzystać z dwóch posiłków (śniadanie, obiad). Dodatkowo dom świadczy usługi dla osób starszych w postaci dowozu do i z placówki. Placówka, dzięki działalności sekcji dla dzieci i seniorów, zapewnia również integrację międzypokoleniową¹⁵.

ZAGRANICZNE

National Family Caregiver Support Program w USA. Program utworzony w 2000 roku mający na celu wspieranie opieki domowej nad osobami starszymi w ich domach, tak długo, jak to możliwe. W ramach programu realizowanych jest pięć rodzajów usług: informowanie opiekunów nieformalnych odnośnie dostępnego wsparcia, pomoc dla opiekunów w zakresie dostępu do usług, indywidualne doradztwo, organizowanie grup wsparcia i szkoleń opiekuńczych, usługi opieki zastępczej oraz usług uzupełniających.

BIBLIOGRAFIA DODATKOWA

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ, Projekt Wieloletniego Programu Senior-WIGOR na lata 2015–2020, Warszawa 2015.
<http://www.mpips.gov.pl/bip/projekty-aktow-prawnych/projekty-programow-i-inne/projekt-programu-senior-wigor/>

GOLINOWSKA S. *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne*. Departament Polityki Regionalnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Kraków 2010.

REGIONALNY PROGRAM OPERACYJNY WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO 2014–2020.

PRZYPISY

- 1 Dane Głównego Urzędu Statystycznego, Wyniki NSP 2002 i 2011.
- 2 Dane Głównego Urzędu Statystycznego, *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Warszawa 2011, s. 46-47.
- 3 Dane Głównego Urzędu Statystycznego, *Przeciętne dalsze trwanie życia w 2013 r. według województw*, Warszawa 2014.
- 4 *Health and long-term care in the European Union* (Special Eurobarometer 283/Wave 67.3) http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf, s. 68 [11.02.2014].
- 5 Centrum Badania Opinii Społecznej, *Polacy wobec własnej starości*, Warszawa 2012, s. 7-8
- 6 Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie, *Wykaz domów pomocy społecznej*. http://www.malopolska.uw.gov.pl/default.aspx?page=sprawdz_placowke_w_rejestrze_wojewody [13.02.2015]
- 7 Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej, *Ocena zasobów pomocy społecznej województwa małopolskiego za rok 2013*, Kraków 2014, s. 77.
- 8 Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie, *Wykaz placówek całodobowej opieki*, stan na 1.01.2015, http://www.malopolska.uw.gov.pl/default.aspx?page=sprawdz_placowke_w_rejestrze_wojewody, [13.02.2015].
- 9 Profilaktyka w Małopolsce. Programy Ochrony i Promocji Zdrowia realizowane na terenie Województwa Małopolskiego, <http://www.profilaktykawmalopolsce.pl/index.php/podmioty-lecznicze> [9.02.2015].
- 10 *Czy na co dzień nieodpłatnie opiekuje się Pan/i osobą niesamodzielną, tzn. dostarcza Pan/i tej osobie regularnego i trwałego wsparcia oraz asysty przy czynnościach dnia codziennego?* [- tak, opiekuję się osobą starszą, - tak, opiekuję się osobą niepełnosprawną (nie starszą), - nie, - trudno powiedzieć, nie wiem]. <http://www.politykarozwoju.obserwatoria.malopolska.pl/CmsContent.mvc/NewsDetails/63/453>
- 11 Rosochacka-Gmitrzak M. *Wsparcie opiekunów nieformalnych – w stronę równowagi społecznych oczekiwań i opiekuńczych możliwości rodzin*, [w:] Raclaw M., red. *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011, s. 147–148.
- 12 W Chrzanowie DDP nie jest wydzieloną jednostką organizacyjną, lecz działa w ramach struktury Centrum Usług Społecznych. Natomiast w Tarnowie wykazano DDP wchodzący w struktury Domu Pomocy Społecznej im. św. Brata Alberta.
- 13 Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Małopolskie Obserwatorium Polityki

Spółecznej, *Ocena zasobów pomocy społecznej województwa małopolskiego za rok 2013*, Kraków 2014, s. 43.

14 Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej, *Ocena zasobów pomocy społecznej województwa małopolskiego za rok 2013*, Kraków 2014, s. 43.

15 www.ddposwiecim.pl [10.02.2015].

REKOMENDACJA 2

Stworzenie skoordynowanego systemu wsparcia dla opiekunów osób starszych

JAK JEST?

Niewystarczające wsparcie dla opiekunów rodzinnych osób starszych

Według badania EUROFAMCARE w Polsce najczęściej opiekunami osób starszych są kobiety w wieku od pięćdziesięciu do sześćdziesięciu dziewięciu lat, które zajmują się rodzicami lub teściami¹. Takie są również światowe trendy, co potwierdzają np. statystyki National Center on Caregiving wskazujące, że opieka nieformalna jest domeną kobiet².

Próba oszacowania liczby nieformalnych opiekunów ludzi starszych w Polsce jest trudna. Podejmowana była po raz pierwszy w ramach międzynarodowego, wyżej wymienionego, projektu EUROFAMCARE, realizowanego w latach 2003–2004. Na podstawie liczby osób starszych niepełnosprawnych lub wymagających pomocy oszacowano, że jest to grupa około 2 milionów osób. Zadanie oszacowania liczby nieformalnych opiekunów zostało podjęte również w Małopolsce w ramach *Badania opinii mieszkańców Małopolski na temat istotnych dla rozwoju województwa obszarów działań samorządu wojewódzkiego*, zrealizowanego przez Departament Polityki Regionalnej UMWM w ramach projektu Małopolskie Obserwatorium Polityki Rozwoju. Wyniki badania wskazują, że nawet co piąty Małopolanin opiekuje się/wspiera osobę starszą³.

Liczba osób starszych i wymagających opieki będzie systematycznie rosła, zaś liczba osób mogących wykonywać czynności opiekuńcze – maleć. Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego do 2050 roku w Małopolsce **potencjał pielęgnacyjny** (tj. stosunek liczby kobiet w wieku 45–64 lat do osób w wieku 80+) zmaleje i będzie wynosić 128 opiekunów na 100 osób potrzebujących w stosunku do 325 potencjalnych opiekunów rodzinnych w roku 2013.

W aktualnej sytuacji demograficznej naszego województwa **wskaźnik potencjalnego wsparcia**, który określa liczbę dorosłych dzieci i wnuków (15–64) przypadających na osobę w wieku 65 lat i więcej będzie w znaczący sposób spadać i wyniesie w 2050 roku niecałe dwie osoby w stosunku do blisko pięciu osób w roku 2013⁴.

Istotną kwestią, którą należy wziąć pod uwagę, analizując sytuację opiekunów osób starszych, jest również **dalsze życie w zdrowiu** seniorów. Wraz z wiekiem rośnie prawdopodobieństwo wystąpienia niepełnosprawności fizycz-

nej i (lub) psychicznej. Z badań GUS wynika, że ludzie starzy mają największe trudności z kąpielą całego ciała, siadaniem na krześle, kładzeniem się do łóżka i wstawaniem oraz ubieraniem się i rozbieraniem. W 2009 roku w Polsce takie problemy miało 25% osób w wieku 70–79 lat i 30% w wieku 80 lat i więcej. Trudności tych doświadczają częściej kobiety. Wśród osób w wieku 70 lat i więcej 129 tys. miało lekkie ograniczenia w zakresie samoobsługi, 923 tys. doświadczało ograniczeń średnich, a 301 tys. – poważnych⁵. Potencjalne potrzeby opiekuńcze w tej grupie można ocenić zatem na ponad 1,3 mln osób⁶. Według badania realizowanego przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w 2008 roku 27% mężczyzn powyżej 75. roku życia i aż 41% kobiet wymagało opieki. Równocześnie 23% mężczyzn i 25% kobiet potrzebowało pomocy⁷. Ogółem ponad 50% osób w wieku 75+ ocenia stan swojego zdrowia jako zły i bardzo zły⁸.

Ze względu na rosnące wraz z wiekiem potrzeby opiekuńcze seniorów należy zwrócić uwagę na zjawisko tzw. **podwójnego starzenia się** ludności, tj. wzrost udziału siedemdziesięciolatków w populacji seniorów, a następnie osób osiemdziesięcioletnich i starszych⁹. Proces podwójnego starzenia się ludności jest coraz bardziej widoczny w strukturze wieku Polaków. W samej Małopolsce w 2003 roku liczba ludności po 80. roku życia wynosiła 75 126 osób (2,3% populacji województwa)¹⁰, a dekadę później 129 111 osób (3,8%). Dodatkowo, w nadchodzących latach spodziewany jest dalszy wzrost odsetka osób najstarszych. Do 2050 roku w Małopolsce liczba osób 80+ będzie wynosiła 326 085, co oznacza, że co dziesiąta osoba (9,9%) będzie miała 80 lat i więcej¹¹.

Starzenie się społeczeństwa, wydłużanie życia, niski przyrost naturalny, a także migracje młodych osób muszą doprowadzić do pojawienia się luki pomiędzy zapotrzebowaniem na rodzinną opiekę wobec seniorów a zasobami opiekuńczymi. W takiej sytuacji pojawiają się pytania o to, kto może takiej opieki oczekiwać oraz kto powinien ją sprawować¹². Jeśli sprawdzą się prognozy demograficzne, przy dalszym ograniczaniu dzietności i rosnącej liczbie osób starszych (i najstarszych), jedno dziecko będzie musiało opiekować się nie tylko obojgiem rodziców, ale także uczestniczyć w opiece nad dziadkami i teściami¹³. Niewykluczone, że „eksplozja stulatków” doprowadzi do sytuacji, w której obowiązkiem dziecka będzie dodatkowo opieka nad pradiadkami. Konsekwencją może być nadmiar obowiązków opiekuńczych, który może doprowadzić do nasilenia zespołu stresu opiekuna (css – Caregiver Stress Syndrome), wypalenia, a w efekcie zaniechania świadczenia jakichkolwiek czynności opiekuńczych.

W społeczeństwie polskim funkcjonuje silne oczekiwanie o charakterze normatywnym, które znacznie częściej niż na instytucje publiczne wskazuje na członków najbliższej rodziny jako na źródło opieki. Obowiązek opieki rodzinnej stanowi wynik wielu czynników. Jednym z najbardziej istotnych są uwarunkowania kulturowe. 59% Polaków jest zdania, że osoby starsze powinny mieszkać z jednym ze swoich dzieci mogącym zapewnić im opiekę. Opinia ta jest zbieżna z oczekiwaniami wobec własnej starości: 64% Polaków na starość chciałoby mieszkać we własnym mieszkaniu i doraźnie korzystać z pomocy swoich bliskich¹⁴. Uwarunkowania kulturowe skutkują negatywnym stosunkiem do wsparcia oferowanego przez wszelkiego rodzaju instytucje pomocowe. W badaniu realizowanym przez Samorząd Województwa Małopolskiego (w ramach projektu *Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej* koordynowanego przez ROPS w Krakowie) pt. *Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej* respondenci wielokrotnie wspominali o obawach związanych z korzystaniem z formalnego wsparcia, w tym przede wszystkim o społecznym ostracyzmie, a także biurokracji oraz wątpliwościach co do jakości oferowanych usług¹⁵.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na organizowanie opieki głównie w sferze prywatnej jest niedoinformowanie opiekunów rodzinnych na temat istniejącego systemu wsparcia. Brak informacji jest kolejnym powodem, dla którego nie sięgają oni po pomoc oferowaną przez instytucje publiczne, jak i przez trzeci sektor. Problem ten jest znacznie szerszy, gdyż jak pokazuje badanie pt. *Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej*, niewiedza na temat istniejącego wsparcia dotyczy nie tylko opiekunów nieformalnych, ale również np. lekarzy i innych pracowników służby zdrowia, a więc tych specjalistów, do których opiekunowie nieformalni najczęściej zwracają się o pomoc jako do osób budzących zaufanie i najbardziej „dostępnych”, od których oczekują informacji i z którymi kontakty są najczęstsze z racji opieki nad osobą chorą¹⁶.

Nieformalna opieka nad osobą starszą generuje wiele problemów. Jednym z nich jest pogodzenie obowiązków opiekuńczych i zawodowych. Jak pokazują badania zrealizowane w Stanach Zjednoczonych, 70% pracujących opiekunów rodzinnych ma trudności w pogodzeniu podwójnej roli (opiekuna i pracownika), zaś 69% przyznało, że musiało skrócić czas pracy, zmienić godziny pracy lub wziąć bezpłatny urlop ze względu na opiekę nieformalną¹⁷. Sytuację rodzin-

ných opiekunów osób starszych analizuje też projekt Carers@Work prowadzony również w Małopolsce. Wykazało ono, że pracujący opiekunowie osób starszych są bardziej niż przeciętnie obciążeni obowiązkami, a dodatkowo większość z nich uważa, że opieka nieformalna stanowi dla nich przeszkodę w innych aktywnościach życiowych¹⁸. O wadze łączenia obowiązków zawodowych i opiekuńczych świadczy projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, w którym zwrócono uwagę na brak oferty dla tych, którzy próbują łączyć pracę zawodową i opiekuńczą oraz na konieczność stworzenia udogodnień mających na celu wspieranie pracujących opiekunów rodzinnych¹⁹. Również badanie *Opiekunowie rodinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej* wykazało liczne problemy, z jakimi na co dzień zmagają się opiekunowie rodinni osób starszych. Obowiązki opiekuńcze utrudniały im rozwój kariery, uniemożliwiały uczestnictwo w kursach i szkoleniach, a także w zasadniczy sposób wpływały na jakość wykonywanej pracy (dekoncentracja, zmęczenie, stres). Problemy na rynku pracy mają również opiekunowie niepracujący, którzy poświęcają cały swój czas opiece. Ta grupa opiekunów najczęściej sprawuje opiekę całodobową, co może powodować ich wykluczenie społeczne, dezaktywizację zawodową oraz przyszłe trudności w ewentualnym powrocie na rynek pracy. Sytuacja zawodowa opiekunów nieformalnych w znaczący sposób wpływa na ich sytuację materialną. Opieka nad chorą osobą często wiąże się z dużymi kosztami (leki, dostosowanie mieszkania, sprzęt ortopedyczny i pomocniczy), które mogłyby zostać w części zrekompensowane. Istnieje możliwość dofinansowania, jednak często jest ona nieznana opiekunom bądź też nie potrafią oni poradzić sobie z formalnościami i nadmiarem dokumentów, nie dysponują czasem niezbędnym na prowadzenie długotrwałych procedur²⁰.

Zestawiając powyższe, ujawnione w badaniach, problemy opiekunów nieformalnych osób starszych z wiedzą o zasobach regionu, należy stwierdzić, że potrzeby opiekunów rodzinnych osób starszych w znaczącej mierze przekraczają możliwości istniejącego już wsparcia w postaci pojedynczych „dobrych praktyk” wspierających opiekę domową i opiekunów.

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Stworzenie skoordynowanego systemu wsparcia dla opiekunów osób starszych

Rozwiązaniem sytuacji związanej z brakiem metodycznego wsparcia opiekunów nieformalnych osób starszych w regionie jest stworzenie kompleksowego

i interdyscyplinarnego systemu, który uwzględniałby indywidualne potrzeby opiekunów nieformalnych seniorów np. w postaci specjalizujących się w tym zakresie „centrów” dysponujących kompleksową ofertą.

Celem tego przedsięwzięcia jest organizowanie opieki nad osobą starszą jak najdłużej w jej środowisku i miejscu zamieszkania oraz przebywanie seniora w otoczeniu rodziny, co jest zbieżne z oczekiwaniami Polaków wobec własnej starości. Cel ten jest niemożliwy do zrealizowania bez uprzedniego odciążenia opiekunów osób starszych. Kompleksowe, interdyscyplinarne i odpowiadające na indywidualne potrzeby wsparcie opiekunów nieformalnych ma również na celu poprawę kompetencji opiekuńczych, a tym samym podniesienie jakości opieki domowej nad seniorami w Małopolsce, świadczonej głównie przez rodziny.

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

1. Utworzenie i udostępnienie zaplecza informacyjnego dla realizacji przedsięwzięcia w postaci informacji uzyskanych w badaniu przeprowadzonym przez Samorząd Województwa Małopolskiego (w ramach projektu *Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej* koordynowanego przez ROPS w Krakowie) pt. *Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej* i innych badań dotyczących opieki nieformalnej.
2. Uruchomienie konkursów projektów do dofinansowania (Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym dla Województwa Małopolskiego na lata 2014–2020).
3. Wybór projektów do dofinansowania.
4. Wsparcie finansowe na realizację inicjatyw zwiększających dostępność oraz jakość usług kierowanych do osób niesamodzielných oraz ich opiekunów w Małopolsce.
5. Utworzenie sieci małopolskich centrów wsparcia opiekunów osób starszych.
6. Utworzenie w regionie dodatkowych punktów całodobowego czasowego pobytu dla osób starszych wymagających opieki w Małopolsce.

WSKAŹNIK

- liczba punktów całodobowego czasowego pobytu dla osób starszych wymagających opieki w Małopolsce;

- ▶ liczba osób korzystających z miejsc całodobowego czasowego pobytu dla osób starszych wymagających opieki w Małopolsce;
- ▶ liczba centrów wsparcia opiekunów nieformalnych osób starszych w regionie;
- ▶ liczba osób objętych wsparciem edukacyjno-doradczym centrów wsparcia opiekunów nieformalnych osób starszych w regionie;
- ▶ liczba źródeł wiedzy w regionie zwiększających dostęp opiekunów nieformalnych osób starszych do informacji umożliwiających poruszanie się po różnych „systemach wsparcia” (w tym publikacje, strony internetowe, kampanie informacyjne itp.);
- ▶ liczba źródeł wiedzy w regionie zwiększających dostęp do informacji służb różnych sektorów związanych z opieką nad osobami niesamodzielnymi (w tym publikacje, strony internetowe, kampanie informacyjne itp.);
- ▶ liczba funkcjonujących w Małopolsce wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i medycznego;
- ▶ odsetek opiekunów deklarujących redukcję depresji i stresu wynikającego z opieki nieformalnej w efekcie otrzymanego wsparcia.

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA

- ▶ sprawozdania operatora dofinansowania (Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym dla Województwa Małopolskiego na lata 2014–2020);
- ▶ badania ewaluacyjne.

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

Modelowa organizacja wsparcia opiekunów nieformalnych osób starszych w Małopolsce poprzez uruchomienie centrum wsparcia (lub centrów wsparcia rozmieszczonych w różnych częściach regionu), oferującego co najmniej:

- ▶ „miejsca pobytu czasowego”, w których możliwe jest przebywanie osoby niesamodzielnej pod profesjonalną opieką w przypadku okresowego braku możliwości sprawowania opieki przez jej opiekuna nieformalnego;
- ▶ wsparcie edukacyjno-doradcze opiekunów nieformalnych, obejmujące m.in. grupy wsparcia w określonych kręgach tematycznych (w tym np. grupy wirtualne i telefoniczne), organizację indywidualnego poradnictwa, w tym psychologicznego, oraz szkoleń i praktyk opiekuńczych, asystenturę – pomoc w „zarządzaniu opieką” (usługi „menedżerów opieki”);

- ▶ działania zwiększające dostęp opiekunów nieformalnych do informacji umożliwiających poruszanie się po różnych systemach wsparcia, dofinansowań ułatwiających opiekę i podnoszących jej jakość itp.;
- ▶ edukację i informację kierowaną do pracowników (służb) różnych systemów związanych z opieką nad osobami niesamodzielnymi, w tym przede wszystkim służby zdrowia i pomocy społecznej;
- ▶ ułatwienia w dostępie opiekunów nieformalnych do sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i medycznego poprzez m.in. tworzenie wypożyczalni takiego sprzętu w połączeniu z nauką ich obsługi i doradztwem w zakresie jego wykorzystania.

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

ZMIANA ILOŚCIOWA

- ▶ utworzone w Małopolsce centra wsparcia opiekunów nieformalnych osób starszych;
- ▶ uruchomione w regionie kolejne miejsca całodobowego czasowego pobytu dla osób starszych wymagających opieki.

ZMIANA JAKOŚCIOWA

- ▶ zwiększone kompetencje opiekuńcze opiekunów nieformalnych osób starszych zależnych;
- ▶ ułatwiony dostęp opiekunów nieformalnych osób starszych zależnych od informacji, sprzętu, usług i procedur ułatwiających opiekę;
- ▶ zwiększony dostęp do informacji służb różnych sektorów związanych z opieką nad osobami niesamodzielnymi.

W KONSEKWENCJI

- ▶ poprawa organizacji opieki nad osobami starszymi w województwie;
- ▶ wzrost jakości sprawowanej opieki nad osobami starszymi w województwie;
- ▶ odciążone rodziny oraz inni tzw. opiekunowie nieformalni osób starszych (zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym i psychicznym, „zachowywanie” rodzinnych zasobów opiekuńczych);
- ▶ poprawa jakości życia i zdrowia opiekunów nieformalnych osób starszych;
- ▶ odraczanie w czasie konieczności całodobowej opieki instytucjonalnej nad osobą starszą;

- ▶ zwiększenie szans na zatrudnienie opiekunów nieformalnych osób starszych poprzez wspieranie utrzymywania się na rynku pracy lub powrotu na rynek pracy (niwelowanie obciążenia obowiązkami).

RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

- ▶ brak motywacji samorządów lokalnych i innych podmiotów lokalnych do rozwijania wsparcia dla opiekunów osób starszych zależnych;
- ▶ brak środków na wkład własny do projektów;
- ▶ zobowiązanie beneficjentów do zapewnienia trwałości rezultatów realizowanych projektów po ustaniu dofinansowania;
- ▶ ograniczenie oferowanych usług po wymaganym okresie utrzymywania rezultatów projektów;
- ▶ brak środków własnych beneficjentów na rozwijanie wsparcia dla opiekunów osób starszych zależnych w wyniku np. negatywnej oceny wniosku o dofinansowanie złożonego w konkursie;
- ▶ brak indywidualizacji wsparcia;
- ▶ niewykorzystywanie możliwych kanałów docierania do opiekunów osób starszych zależnych;
- ▶ realizacja wsparcia przez osoby/podmioty nieposiadające odpowiednich kompetencji;
- ▶ realizacja wsparcia z pominięciem dostępnego zaplecza informacyjnego diagnozującego problemy i potrzeby opiekunów nieformalnych osób starszych oraz bariery w organizacji wsparcia.

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE)

- ▶ obawy opiekunów nieformalnych osób starszych przed korzystaniem z miejsc całodobowego czasowego pobytu dla seniorów wymagających opieki;
- ▶ bariery mentalne opiekunów nieformalnych osób starszych przed korzystaniem z innych form wsparcia czy oferowanych usług;
- ▶ małe zainteresowanie opiekunów nieformalnych osób starszych szkoleniami w przypadku organizowania takiego wsparcia z pominięciem form „wychodzących do odbiorcy” (brak czasu opiekunów, mała mobilność związana z obciążeniem obowiązkami);

- ▶ brak zainteresowania służb różnych sektorów związanych z opieką nad osobami niesamodzielnymi rozwijaniem wiedzy, którą mogliby służyć opiekunom nieformalnym osób starszych;
- ▶ brak chęci współpracy międzysektorowej.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014–2020.

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- ▶ inicjowanie działań: Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym dla Województwa Małopolskiego na lata 2014–2020, instytucje współdziałające: ROPS w Krakowie;
- ▶ realizacja działań: jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe, kościoły i związki wyznaniowe oraz inne podmioty;
- ▶ współpraca: ROPS w Krakowie;



- ocena i ewaluacja: Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Małopolskiego 2014–2020.

DOBRE PRAKTYKI

KRAJOWE

Poradnik dla opiekunów osób starszych – platforma internetowa utworzona w 2014 roku przez pełnomocnika rządu ds. równego traktowania. Jest to pierwsze działanie odpowiadające na szeroką potrzebę informacji dla opiekunów rodzinnych osób starszych. Poradnik jest próbą integracji wiadomości na temat praw przysługujących seniorom oraz ich opiekunom, świadczeń i usług oferowanych przez NFZ, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, ośrodki pomocy społecznej oraz organizacje pozarządowe. W informatorze znajdują się także praktyczne porady związane z opieką nad osobami starszymi, aktualności, artykuły tematyczne oraz dane teleadresowe instytucji, do których można zwrócić się po pomoc.

ZAGRANICZNE

1. National Family Caregiver Support Program założony w 2000 roku w Stanach Zjednoczonych mający na celu wspieranie opieki nad osobami starszymi w ich domach, tak długo, jak to możliwe. W ramach programu realizowanych jest pięć rodzajów usług: informowanie opiekunów nieformalnych odnośnie dostępnego wsparcia, pomoc dla opiekunów w zakresie dostępu do usług, indywidualne doradztwo, organizowanie grup wsparcia i szkoleń opiekuńczych, usługi opieki odciążeniowej oraz usług uzupełniających. Analizy badające skuteczność programu wykazały, że powyższe działania redukują negatywne efekty sprawowania opieki, takie jak depresja, nerwowość, stres. Dodatkowo usługi oferowane w ramach programu podnoszą jakość świadczonej opieki²¹.
2. TCARE® (Tailored Caregiver Assessment and Referral) program utworzony w 2007 roku przez pracowników naukowych Uniwersytetu Wisconsin – Madison i współpracujących praktyków. W znaczący sposób program opiera się na ocenieniu potrzeb, jakie ma opiekun rodzinny i na tej podstawie oferowaniu pomocy i wsparcia²². W 2010 roku program został nagrodzony za innowacyjność we wspieraniu nieformalnej opieki²³.
3. The Lifespan Respite Task Force – utworzona w 2000 roku koalicja, która ma na celu zrzeszanie organizacji o zasięgu narodowym propagującym

i rozwijającym tzw. opiekę odciążeniową²⁴. Największym sukcesem organizacji jest zatwierdzenie w 2006 roku przez rząd Stanów Zjednoczonych regulacji Lifespan Respite Act, w którym amerykańska administracja zobowiązała się do wspierania opiekunów nieformalnych (rozumianych jako dorosłe dzieci seniorów oraz rodziców czy opiekunów dzieci lub dorosłych specjalnej troski) przez upowszechnianie dostępu do wysokiej jakości usług „respite care” (urlopu od opieki) po przystępnych cenach w ramach systemu funkcjonującego w środowiskach lokalnych. Na pierwsze pięć lat działania programów opartych na tej ustawie zagwarantowano 289 milionów dolarów amerykańskich²⁵.

PRZYPISY

- 1 Perek-Białas J., Stypińska J., *Łączenie pracy i opieki nad osobą starszą – wpływ na jakość życia opiekuna*, [w:] Kałuża D., Szukański P., red., *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2010, s. 138.
- 2 <https://caregiver.org/selected-caregiver-statistics> [10.02.2015].
- 3 Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Małopolskie Obserwatorium Polityki Rozwoju, *Badania opinii mieszkańców Małopolski na temat istotnych dla rozwoju województwa obszarów działań samorządu wojewódzkiego*, Kraków 2014, s. 41. <http://politykarozwoju.obserwatoria.malopolska.pl/CmsContent.mvc/NewsDetails/63/453> [10.02.2015].
- 4 Dane Głównego Urzędu Statystycznego, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa 2014.
- 5 Dane Głównego Urzędu Statystycznego, *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Warszawa 2011.
- 6 Błądowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P. *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012, s. 58–62.
- 7 Kotowska I.E., Wóycicka I. *Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym. Raport z badań*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008, s. 73–86.
- 8 Perek-Białas J. *Urynkowanie usług opiekuńczych dla osób starszych w Polsce – możliwości i ograniczenia*, [w:] Ractaw M., red., *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011, s. 61.
- 9 Szukański P. *Ludzie bardzo starzy*, Demografia i Gerontologia Społeczna, Biuletyn Informacyjny nr 9, Łódź 2011.
- 10 Dane Głównego Urzędu Statystycznego, *Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym – 2003 r.*, Warszawa 2004.
- 11 Dane Głównego Urzędu Statystycznego, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa 2014.
- 12 Krzyżowski Ł., *Kultura opieki rodzinnej w Polsce. Analiza oczekiwań społecznych i praktyk kulturowych w obrębie trzeciej generacji: dziadków, dorosłych dzieci i wnuków*, [w:] Mucha J., Krzyżowski Ł., red., *Ku socjologii starości. Starzenie się w biegu życia jednostki*, Wydawnictwo AGH, Kraków 2011, s. 277.
- 13 Szukański P. *Przeptywy międzypokoleniowe jako obszar działań na rzecz poprawy powstawania i funkcjonowania rodzin w różnych fazach ich rozwoju*, [w:] Graniewska D., red., *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2004, s. 101.
- 14 Centrum Badania Opinii Społecznej, *Polacy wobec własnej starości. Komunikat z badań*, Warszawa 2012, s. 7.

- 15 Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej, *Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej*, Kraków 2015.
- 16 *Ibidem*.
- 17 www.caregiver.org/selected-caregiver-statistics [10.02.2015].
- 18 Perek-Białas J., Stypińska J. *Łączenie pracy i opieki nad osobą starszą – wpływ na jakość życia opiekuna*, [w:] Kałuża D., Szukalski P., red., *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2010, s. 139–140.
- 19 www.niesamodzielnym.pl [10.02.2015].
- 20 Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, *op.cit.*
- 21 Rosochacka-Gmitrzak M., *Wsparcie opiekunów nieformalnych – w stronę równowagi społecznych oczekiwań i opiekuńczych możliwości rodzin*, [w:] Raclaw M., red. *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011, s. 147–148.
- 22 www4.uwm.edu/tcare/about.cfm [10.02.2015].
- 23 www.newswise.com/articles/tcare-navigator-commercializes-uwm-s-innovative-caregiver-support-system [10.02.2015].
- 24 www.archrespite.org/national-respite-coalition/lifespan-respite-task-force [10.02.2015].
- 25 Rosochacka-Gmitrzak M., *op.cit.*, s. 148.

OBSZAR **RYNEK PRACY**

aktywizacja
zawodowa
osób 50+



poradnictwo
zawodowe
na każdym
etapie życia

REKOMENDACJA 1

Różne formy wsparcia aktywizującego zawodowo osoby 50+

JAK JEST?

Niski odsetek osób aktywnych zawodowo (pracujących i poszukujących pracy)

i niski poziom zatrudnienia w grupie wiekowej 50+

Diagnoza sytuacji osób 50+ na małopolskim rynku pracy

Konsekwencją zachodzących procesów demograficznych (w tym starzenia się ludności w Małopolsce) jest wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym¹. Udział tej grupy wśród mieszkańców Małopolski w 2012 r. wyniósł ponad 17,3%, podczas gdy w 2005 roku – 15,5%. Z kolei odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym (do 17 lat) w 2012 r. wyniósł 19,4%, podczas gdy w 2005 roku – prawie 22%. Rosnąca liczba osób starszych przy jednoczesnym spadku liczby urodzeń oznacza, że obecnie na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada ponad 27 osób w wieku poprodukcyjnym, podczas gdy w 2005 r. było to 25 osób.

W Małopolsce istotnym problemem jest niski odsetek osób aktywnych zawodowo (pracujących i poszukujących pracy) i niski poziom zatrudnienia w grupie wiekowej 50+. Współczynnik aktywności zawodowej, czyli udział osób aktywnych zawodowo (tj. pracujących i bezrobotnych) w liczbie ludności w wieku 55–64 lat wyniósł w Małopolsce niewiele ponad 45%, trochę niższe wartości wskaźnik ten przyjął w Polsce². Tymczasem średnia wartość tego wskaźnika dla 28 krajów Unii Europejskiej kształtuje na poziomie ponad 55%. **Oznacza to, że zarówno w Polsce, jak i w Małopolsce więcej niż co druga osoba w wieku 55–64 lata zakończyła aktywność na rynku pracy, przechodząc w stan bierności zawodowej.**

W Małopolsce średni wiek przechodzenia do dezaktywacji zawodowej wynosi **54 lata**. Jest to wcześniej niż średnio w kraju – **57 lat**. Przeciętna dla 28 krajów Unii Europejskiej w tym zakresie wynosi **59 lat**³. Należy jednak podkreślić, że od kilku lat wskaźnik ten systematycznie wykazuje tendencję rosnącą, co jest odzwierciedleniem działań wprowadzonych na poziomie krajowym w zakresie zmian w systemie emerytalnym. Dla porównania wskaźnik zatrudnienia dla grupy osób 55–64 lat – w Małopolsce w IV kw. 2005 roku wyniósł 33,5% natomiast w 2013 roku już 42,1%.

Realne wydłużenie aktywności zawodowej zależeć będzie od zapobiegania wypadaniu grupy osób dojrzałych z rynku pracy, co wiąże się też z koniecz-

nością prowadzenia różnych działań, nie tylko rozwiązań systemowych, które są uwarunkowane decyzjami na poziomie krajowym (tj. rozwiązania w systemie zabezpieczenia społecznego, warunków przechodzenia na emeryturę itp.), ale też działań regionalnych, m.in. pokazywaniem i wspieraniem wdrażania systemów zarządzania wiekiem w firmach, zachęcaniem do podnoszenia, aktualizacji kwalifikacji osób w wieku powyżej 45 lat, wprowadzeniem systemu zachęt dla pracodawców w zatrudnianiu osób starszych oraz wspieraniem pracowników w pozostawaniu w aktywności jak najdłużej (system profilaktyki zdrowotnej).

Działania takie od kilku lat realizowane są w Małopolsce (zapobieganie wypadaniu z rynku pracy osób w wieku 50+; pomoc „w powrocie” na rynek pracy osobom bezrobotnym 50+; pomoc „w wejściu” na rynek pracy osobom w wieku 50+ nieaktywnym zawodowo z innych przyczyn, np. opieka nad osobami zależnymi, stan zdrowia, niepełnosprawność, sytuacja rodzinna – praca w domu itp.). O pozytywnych zmianach świadczą dane Urzędu Statystycznego w Krakowie. Wg nich w Małopolsce w 2013 roku wzrósł udział osób pracujących w grupie wiekowej 55 lat i więcej (o 0,6 punktu procentowego w stosunku do roku 2012)⁴. Mimo interwencji na regionalnym rynku pracy, nadal niekorzystnym zjawiskiem jest rosnąca od kilku lat liczba osób bezrobotnych w wieku 50+ przy jednoczesnym wzroście odsetka tych osób pośród ogółu bezrobotnych – w 2013 roku już co piąta osoba bezrobotna miała ukończone 50 lat, a w I kw. 2014 roku odsetek ten wzrósł do 21,4%.

Doświadczenia związane z prowadzeniem aktywizacji zawodowej wynikające z Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki oraz codziennej pracy powiatowych urzędów pracy (PUP) pokazują, że wsparcie oferowane szerokiej grupie odbiorców jest znacznie mniej skuteczne niż to, które adresowane jest do konkretnie zdefiniowanych podgrup klientów o określonych możliwościach i potencjale do wykorzystania na rynku pracy. W przypadku braku właściwej segmentacji i zindywidualizowanego wsparcia częściej z pomocy korzystają osoby w lepszej sytuacji na rynku pracy, które prawdopodobnie poradziłyby sobie bez pomocy urzędów⁵. Konieczne jest więc wskazanie, do kogo w pierwszej kolejności adresowane będzie wsparcie i o jakim charakterze ono będzie. Nie oznacza to pozostawienia bez pomocy pozostałych osób bezrobotnych, wobec których w dalszym ciągu realizowane będą dotychczasowe działania. Jednak niewąt-

pliwie jedną z grup, które powinny zostać objęte szczególnym wsparciem w zakresie aktywizacji w Małopolsce, są osoby po 50. roku życia.

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Różne formy wsparcia aktywizującego zawodowo osoby 50+

Polityka zatrudnieniowa osób 50+ w Małopolsce powinna w najbliższych latach koncentrować się na następujących działaniach:

- 1. Zapobieganie odchodzeniu z rynku pracy osób wieku 50+** (w tym zagrożonych utratą pracy, outplacement). Wydłużenie aktywności zawodowej zależy w dużej mierze od zatrzymania na rynku pracy osób w wieku 50+, które są aktywne zawodowo i mogą takie pozostać co najmniej do osiągnięcia wieku emerytalnego. To wiąże się z koniecznością prowadzenia różnych działań, m.in. z wdrażaniem modelowych, nowatorskich rozwiązań aktywizujących w różnych sferach polityk publicznych, w tym rynku pracy, systemu zabezpieczeń społecznych, zdrowia oraz szczególnie z prowadzeniem polityki zarządzania wiekiem w firmach, zachęcaniem do podnoszenia i aktualizacji kwalifikacji osób w wieku powyżej 50 lat czy wprowadzeniem systemu zachęt dla pracodawców w zatrudnianiu osób starszych.
- 2. Pomoc „w powrocie” na rynek pracy osobom bezrobotnym po 50. roku życia**, działania, które niwelowałyby następujący przebieg zdarzeń: rejestracja – wysłanie na staż – krótka praca – powrót do bezrobocia – cze-

Uczestniczka projektu 50+ dojrzała, potrzebna, kompetentna, na stażu w piekarni AWITEKS



foto: Wojewódzki Urząd Pracy

kanie na czas emerytury. Z danych PUP wynika, że nie samo bezrobocie jest problemem osób 50+, ale jego długotrwałość. Im dłużej pozostaje się na bezrobociu, tym powrót na rynek pracy jest utrudniony. W Małopolsce co 4. osoba bezrobotna po 50. roku życia poszukuje pracy przez co najmniej 2 lata.

3. Pomoc „w wejściu” na rynek pracy osobom w wieku 50+ nieaktywnym zawodowo z innych przyczyn (np. opieka nad osobami zależnymi, stan zdrowia, niepełnosprawność, sytuacja rodzinna – praca w domu itp.)

Pomoc osobom, które nie podejmują pracy z uwagi na obiektywne przeszkody, które uniemożliwiają im podjęcie działań oferowanych przez instytucje rynku pracy – np. osoby, których dotyczy podwójne obciążenie, tzw. pokolenie kanapkowe. Z badań⁶ wynika, że opieka nad osobami zależnymi dot. 25% osób w wieku 50+ (średnio 6 h dziennie – opieka nad rodzicami i wnukami).

Projekt dokumentu pt. *Program Strategiczny Kapitał Intelktualny i Rynek Pracy (PS KIRP)*, jest właśnie ukierunkowany na wsparcie efektywnej polityki zatrudnieniowej w Małopolsce. PS KIRP w kontekście zatrudniania koncentruje działania i środki publiczne na osobach w najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy, czyli **osobach 50+**, młodzieży, kobietach powracających na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka i osobach niepełnosprawnych. W programie tym wskazuje się przedsięwzięcia strategiczne, które mają być realizowane w perspektywie finansowej 2014–2020 i które stanowią aktywną odpowiedź na wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa i wydłużeniem wieku przechodzenia na emeryturę. Przedsięwzięcia te koncentrują się na:

- ▶ poszukiwaniu i wdrażaniu nowych rozwiązań w zakresie zarządzania wiekiem i wykorzystywania doświadczenia, kompetencji i potencjału pracowników 50+;
- ▶ zindywidualizowaniu działań wobec osób starszych ze względu na zróżnicowanie tej grupy i osobiste uwarunkowania (wiek, stan zdrowia);
- ▶ promowaniu wśród pracowników i pracodawców elastycznego podejścia do zatrudnienia i organizacji pracy;
- ▶ w nawiązaniu do opisu sytuacji osób 50+ i wskazanych rekomendacji należy podkreślić, że przedstawione poniżej sposoby i narzędzia realizują jeden z ww. kierunków polityki, tj. **zapobieganie wypadaniu z rynku pracy osób wieku 50+**, w tym zagrożonych utratą pracy.

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

Celem realizowanych działań jest utrzymanie zatrudnienia do wieku emerytalnego w zawodach, w których ryzyko utraty pracy jest najwyższe. Działania są skierowane zarówno do osób **pracujących**, jak i **pracodawców**. Mają na celu umożliwienie osobom w wieku okołoemerytalnym pozostanie na rynku pracy, przy jednoczesnym wykorzystaniu ich wiedzy i doświadczenia do przygotowania młodszych pracowników do pracy.

Kompleksowe działania zakłada następujące etapy realizacji:

1. Przygotowanie diagnozy zawodów (w miarę możliwości z uwzględnieniem regionalnej specyfiki oraz sektorów, które są dominujące w rynku pracy w województwie), w których występuje największe zagrożenie utraty możliwości wykonywania zawodu przed osiągnięciem wieku emerytalnego, z uwzględnieniem stanu zdrowia.
2. Opracowanie i zaplanowanie wdrażania/prowadzenia ścieżki zawodowej przez cały okres aktywności zawodowej (nie tylko dla osób przed emeryturą, ale także dla osób będących na początku okresu zatrudnienia) jako działania prewencyjnego umożliwiającego pozostanie na rynku pracy (diagnoza cech psychofizycznych, diagnoza zawodowa, diagnoza stanu zdrowia, profilaktyka zdrowotna).
3. Wsparcie osób wg ścieżek:
 - ▶ wsparcie dla osób pracujących, które nie będą w stanie w danym zawodzie pracować do emerytury i z tego powodu chcą zmienić miejsce pracy (przekwalifikowanie, pomoc doradcy zawodowego, pośrednictwo pracy itd.);
 - ▶ wsparcie dla firm i ich pracowników w wieku przedemerytalnym (nowoczesne zarządzanie wiekiem – implementacja gotowych rozwiązań lub testowanie i upowszechnienie innowacyjnych metod zarządzania wiekiem). Przykładem może być wykorzystanie doświadczenia zawodowego i wiedzy pracowników w wieku przedemerytalnym poprzez „dzielenie się pracą i doświadczeniem” z osobami młodymi. Wypracowane zostaną rozwiązania organizacyjne (instytucje) i prawne pozwalające na utrzymanie stanowiska pracy, w ramach którego obowiązki będą wykonywać równocześnie dwie osoby – młodszy pracownik wdrażany w zakres obowiązków oraz wdrażający go pracownik doświadczony, w wieku okołoemerytalnym. Pracownicy wspólnie są odpowiedzialni za wykonywanie zadań i ich jakość.

WSKAŹNIK

SYTUACJA WYJŚCIOWA

Podczas realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki POKL w okresie 2008–2013 w projektach dla osób pracujących (szkolenia dedykowane lub z własnej inicjatywy) wzięło udział 9700 osób w wieku 50+.

34 000 to wszystkie osoby 50+ objęte wsparciem w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki w latach 2008-2013.

WSKAŹNIK DOCELOWY

Na podstawie doświadczeń z wdrażania Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki zakłada się objąć wsparciem 4000 osób w wieku 50+.

UZASADNIENIE

Planowane działanie miałoby charakter pilotażowy i nowatorski, stąd propozycja objęcia wsparciem tylko części powiatów Małopolski zróżnicowanych pod względem: stopnia uprzemysłowienia, bezrobocia, sytuacji osób 50+ na rynku pracy.

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA

Na podstawie danych sprawozdawczych z programu finansującego planowane działania.

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

1. Przygotowanie diagnozy zawodów, w których występuje największe zagrożenie utraty możliwości wykonywania zawodu przed osiągnięciem wieku emerytalnego z uwzględnieniem stanu zdrowia i sytuacji (zarówno obecnej, jak i prognozowanej) dla lokalnych rynków pracy.
2. Produkty związane z implementacją gotowych rozwiązań lub testowaniem i upowszechnieniem innowacyjnych metod zarządzania wiekiem w firmach/u pracodawców – sprawdzone rozwiązania, które mogą być inspiracją dla innych do zmiany działań dla swoich pracowników.
3. Wypracowane rozwiązania organizacyjne i prawne pozwalające na utrzymanie stanowiska pracy, w ramach którego obowiązki będą wykonywać równocześnie dwie osoby – młodszy pracownik wdrażany w zakres obowiązków oraz wdrażający go pracownik doświadczony, w wieku okołoemerytalnym. Odpowiednia liczba takich rozwiązań funkcjonująca w instytucjach i firmach/organizacjach.

4. Ponadto produktami będą: działania doradcze, pośredniczące, szkoleniowe, wdrażające zarządzanie wiekiem (np. mierzone liczbą udzielonych godzin doradztwa).
5. Ewaluacja działań mających na celu wspieranie utrzymania zatrudnienia osób 50+ – ocena rozwiązań najlepszych i skutecznych, tym samym warty kontynuacji, oraz takich, które w opinii różnych grup nie powinny być kontynuowane/finansowane.

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

EFEKTY BEZPOŚREDNIO WIDOCZNE

- ▶ diagnoza zawodów, w których występuje największe zagrożenie utraty możliwości wykonywania zawodu przed osiągnięciem wieku emerytalnego;
- ▶ objęcie wsparciem 4000 osób w wieku 50+ w celu utrzymania w zatrudnieniu do wieku emerytalnego osób w zawodach, w których ryzyko utraty pracy jest najwyższe.

EFEKTY KRÓTKOOKRESOWE

- ▶ aktywizacja nieaktywnych zawodowo osób 50+ oraz skrócenie czasu bycia bezrobotnym dla osób 50+;
- ▶ utrzymywanie w aktywności zawodowej osób 50+.

EFEKT DŁUGOOKRESOWE

- ▶ zwiększenie wskaźnika zatrudnienia osób 50+ oraz 60+ w dłuższej perspektywie.

RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

- ▶ prowadzenie postępowań przetargowych (oszczędności poprzetargowe, przekraczanie harmonogramu realizacji projektu);
- ▶ niewystarczające zaangażowanie się wszystkich partnerów działań w projektach;
- ▶ przedłużający się proces rekrutacji uczestników do projektu;
- ▶ brak możliwości utrzymania pracowników w zatrudnieniu przez pracodawców;
- ▶ brak zaangażowania ze strony uczestników projektu w działania pozwalające na zmianę ich sytuacji w przypadku bycia nieaktywnym/bezrobotnym;

- › ze względu na potrzebę zdefiniowania zagadnień związanych ze zdrowiem konieczna będzie ścisła współpraca z medycyną pracy.

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE)

- › brak własnych środków finansowych na działania pozwalające na realizację określonych celów;
- › brak możliwości pozyskania środków finansowych z regionalnych i krajowego Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój. Brak wpływu na termin ogłoszenia konkursu, w którym można będzie złożyć projekt;
- › regulacje krajowe, dokumenty programowe, ustawowe – niepełne/niespójne/ wykluczające się wzajemnie bądź ich całkowity brak;
- › istotne pogorszenie się koniunktury gospodarczej skutkujące ograniczeniem ofert pracy generowanych przez realną gospodarkę – co utrudni osiągnięcie efektów w postaci zwiększenia zatrudnienia;
- › stwierdzenie wydatków niekwalifikowalnych w projekcie;
- › brak woli pracodawców do potwierdzenia zatrudnienia uczestników projektu;
- › brak aktywnej współpracy pomiędzy partnerami przedsięwzięcia.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- › Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014–2020 na lata 2014–2020;
- › Program Operacyjny Wiedza, Edukacja, Rozwój;
- › budżet Województwa Małopolskiego;
- › budżet państwa;
- › wkład pracodawców.

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- › inicjowanie działań: UMWM;
- › realizacja działań: Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie;
- › współpraca (partnerzy): różne podmioty wyłaniane w ramach konkursu;
- › ocena i ewaluacja: UMWM.

REGIONALNE

PROJEKT 50+ DOJRZALI, POTRZEBNI, KOMPETENTNI

Projekt jest wspólnym przedsięwzięciem Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Krakowie, Stowarzyszenia Wiosna oraz czterech powiatowych urzędów pracy:

- ▶ Grodzkiego Urzędu Pracy w Krakowie;
- ▶ Powiatowego Urzędu Pracy w Chrzanowie;
- ▶ Powiatowego Urzędu Pracy w Tarnowie;
- ▶ Powiatowego Urzędu Pracy dla Powiatu Nowosądeckiego.

Projekt 50+ *dojrzały, potrzebny, kompetentny* służy aktywizacji zawodowej i społecznej osób w wieku 50–64 lat poprzez stworzenie modelu pracy 1:1 wolontariuszy 45+ z bezrobotnymi 50+. Ze względu na pilotażowy charakter projektu wsparciem objęto mieszkańców 5 powiatów Małopolski różniących się pod względem sytuacji osób 50+ na lokalnych rynkach pracy. Kraków, Tarnów i powiat chrzanowski to obszary uprzemysłowione, o wysokim odsetku osób 50+ pośród ogółu osób bezrobotnych. Z kolei powiaty nowosądecki i tarnowski mają charakter rolniczy, a odsetek osób 50+ pośród bezrobotnych ogółem jest tam na poziomie najniższym w Małopolsce.

Doświadczenia wskazują, że jeśli osoby po 50. roku życia tracą pracę, to jest im dużo trudniej niż innym powrócić na rynek pracy. Z jednej strony winne są stereotypy panujące wśród pracodawców, dotyczące osób z tej kategorii wiekowej, z drugiej – często niższe niż u młodszych pracowników kwalifikacje zawodowe. Jest też trzecia przyczyna, która nierzadko tkwi w osobach pozostających bez pracy (szczególnie tych, którzy nie pracują dłużej niż 12 miesięcy), tj.: spadek samooceny, motywacji, wiary we własne możliwości, zagubienie na współczesnym rynku pracy czy nieznaną skutecznych metod poszukiwania zatrudnienia. Bez poprawy kompetencji miękkich (tj. zdolności do motywowania samego siebie, inspirowania do działania, sprawnego zarządzania sobą i swoją pracą, skutecznego komunikowania się itp.) nie nastąpi poprawa w obszarze zatrudnienia, bowiem ze względu na swój uniwersalizm są one podstawą każdej pracy i w każdym aspekcie życia można z nich korzystać.

Z tego względu w projekcie skupiono się nie tyle na podnoszeniu kwalifikacji zawodowych bezrobotnych osób 50+, co na wzmacnianiu/odbudowywaniu

kompetencji miękkich. Osoby 50+ aktywnie współpracowały z wolontariuszami, ale także uczestniczyły w spotkaniach grupowych, gdzie praca opierała się na kształtowaniu postaw, wzmacnianiu motywacji, odbudowaniu poczucia własnej wartości. Korzystały z ekspertyz i paneli eksperckich. Ponadto brały udział w stażach, trwających cztery miesiące na podstawie umowy pomiędzy stażystą, pracodawcą i organizatorem projektu.

MOCNE STRONY

W efekcie realizacji projektu opisany zostanie system działań aktywizacyjnych dla osób 50+ z zastosowaniem metody wolontariatu, ujęty w jeden spójny model, który zostanie następnie rozpowszechniany w całym województwie. Kształt i forma działania może być implementowana również w innych województwach przy zastosowaniu i replikacji przygotowanego modelu.

Na podstawie ewaluacji przeprowadzonej z uczestnikami projektu po zrealizowaniu jego pierwszej edycji można wnioskować o jego bardzo dużym sukcesie. Osoby bezrobotne 50+ wypowiadały się bardzo pozytywnie na temat samego sposobu realizacji projektu i jego efektów. Z drugiej strony, wolontariusze-tutorzy chwalili sobie niezwykle satysfakcjonujący dla nich model współpracy oraz możliwość zaangażowania się w działania o zauważalnym, pozytywnym wpływie na innych.

LINK DO STRONY PROJEKTU

http://wup-krakow.pl/projekty-wup/copy_of_podmiotowe-finansowanie-ksztalcenia-1/podmiotowe-finansowanie-ksztalcenia

KRAJOWE

1. PROJEKT *PRACOWNIK 50+. PRZEŁAMYWANIE BARIER NA RYNKU PRACY.*

Projekt powstał w odpowiedzi na złą sytuację osób z grupy 50+ na rynku pracy. Partnerami w projekcie były instytucje, takie jak Instytut Zarządzania w Organizacji i Przemysle ORGMASZ, Akademia Wizerunku oraz partnerzy międzynarodowi: Uroform RFS z Włoch oraz Amadeus Association z Austrii – zajmujący się z sukcesami edukacją osób należących do grupy 50+. Zaangażowanie tak szerokiej grupy partnerów do realizacji projektu pozwoliło przygotować i zrealizować działania z jednej strony innowacyjne, a z drugiej – oparte na bogatym doświadczeniu wykonawców.

ODBIORCAMI PROJEKTU BYLI

- ▶ nieaktywni zawodowo mieszkańcy województwa dolnośląskiego powyżej 50. roku życia;

- ▶ pracodawcy prowadzący działalność na terenie województwa dolnośląskiego ze szczególnym uwzględnieniem małych i średnich przedsiębiorstw.

UŻYTKOWNIKAMI PRODUKTÓW PROJEKTU BYLI

- ▶ przedstawiciele lokalnych władz samorządowych na poziomie gminnym i powiatowym;
- ▶ powiatowe urzędy pracy;
- ▶ partnerzy społeczni – zrzeszenia pracodawców i pracowników (związki zawodowe);
- ▶ centra informacji i planowania kariery zawodowej;
- ▶ organizacje pozarządowe i ich związki;
- ▶ media;
- ▶ miejskie i gminne biblioteki publiczne.

Efektom działań podejmowanych w ramach projektu było stworzenie *Modelu współpracy grup docelowych na rzecz aktywizacji osób po 50. roku życia na rynku pracy*. Model zawiera między innymi konkretne scenariusze pozwalające zbudować partnerstwo i przystosować je do lokalnych potrzeb. Znajdują się w nim też takie narzędzia jak plan organizacji doradztwa zawodowego, instrukcje przygotowania szkoleń tak, by były one przydatne dla osób 50+ oraz plan warsztatów dla pracodawców dotyczących zalet i wad zatrudniania seniorów.

Model zawiera narzędzia służące podnoszeniu aktywności zawodowej osób 50+, które zostały opracowane na podstawie analizy wyników badań przeprowadzonych na odbiorcach – pracownikach i przedsiębiorcach – oraz użytkownikach, którymi byli przedstawiciele władz samorządowych, powiatowych urzędów pracy, centrów informacji i planowania kariery zawodowej, organizacje pozarządowe, media, partnerzy społeczni, związki zawodowe, miejskie i gminne biblioteki publiczne.

Innowacyjność projektu objawiała się przede wszystkim zaangażowaniem różnych podmiotów do tworzenia partnerstwa na rzecz osób należących do grupy 50+ oraz kompleksowością zastosowanych narzędzi.

2. PROJEKT SILVER TEAM – CZYLI POTĘGA DZIAŁANIA

Jest to projekt innowacyjny testujący, zrealizowany przez **Dobre Kadry. Centrum badawczo-szkoleniowe Sp. z o.o.** Projekt zakładał wydłużenie aktywności zawodowej osób w wieku 50+ dzięki wypracowaniu kompleksowego narzędzia zarządzania kapitałem ludzkim i aktywizacji osób starszych, m.in. poprzez szko-

lenia przygotowujące do wykonywania zawodów w obszarze usług uznanych za niszowe.

Produktem finalnym projektu jest: pakiet *Doświadczony pracownik*, na który składają się takie elementy jak:

- ▶ strategia efektywnego zarządzania zasobami ludzkimi z elementami zarządzania wiedzą – poradnik dla pracodawców;
- ▶ poradnik *Doświadczony pracownik jako mentor, tutor, coach*;
- ▶ poradnik trenera osób starszych;
- ▶ kompendium innowacyjnych metod uczenia się bez bariery wieku (adresowane jest ono do wszystkich osób uczestniczących w procesie uczenia się bez bariery wieku, przedstawia najważniejsze cechy dorosłego uczącego się, omawia podstawowe założenia konstrukttywizmu oraz wybrane nowatorskie metody uczenia się bez bariery wieku);
- ▶ raport nt. obszarów niszowych rynku w zakresie usług obejmujący analizę rynku w obszarach niszowych zorientowaną na znalezienie zawodów atrakcyjnych z punktu widzenia cech, możliwości i oczekiwań grupy odbiorców projektu;
- ▶ pakiet programów szkoleń przygotowujących do wykonywania zawodów zidentyfikowanych jako niszowe i odpowiednie dla osób 50+. Opracowano 5 programów szkoleń (z uwzględnieniem efektów kształcenia, wymagań, profilu absolwenta, wskazania możliwości zatrudnienia po ukończeniu szkolenia): Realizator badań społecznych, Animator sportu, Profesjonalny opiekun/ka osoby zależnej, Aktywny wytwórca produktu regionalnego, Tutor młodzieży mającej trudności.

LINK

<http://www.silverteam.dobrekadry.pl/>

3. PROJEKT *INDYWIDUALNE ŚCIEŻKI ZATRUDNIENIA*

Projekt realizowany przez sieć organizacji pozarządowych ERKON (Elbłaska Rada Konsultacyjna Osób Niepełnosprawnych) odpowiada na problemy osób po 45. roku życia na regionalnym rynku pracy. Jego celem był wzrost zdolności do poszukiwania, podjęcia oraz utrzymania zatrudnienia osób z tej grupy wiekowej, które są długotrwale bezrobotne lub nieaktywne zawodowo.

Opracowano *Model zatrudnienia wspomagane osoby po 45. roku życia – Wiek gorącego ziemniaka*. W oparciu o doświadczenia własne i dzięki ponadnarodowej współpracy z fińskim partnerem – organizacją pozarządową

„Kynnys ry Turun toimikunta” – ERKON stworzył nowy model zatrudnienia z wykorzystaniem coachingu i treningu pracy.

► **Model tradycyjny: przeszkolić > zatrudnić**

Model, który powstał w ramach projektu *Indywidualne ścieżki zatrudnienia* został wzbogacony o element „wzmocnienia” i „utrzymania w zatrudnieniu” i brzmi: wyszkolić, zatrudnić, wzmocnić i utrzymać w zatrudnieniu.

► **Model Wiek gorącego ziemniaka: wyszkolić > zatrudnić > wzmocnić > utrzymać w zatrudnieniu**

Grupa odbiorców, do których skierowany jest model, to osoby długoterwale pozostające bez pracy, a więc osoby, u których obserwuje się złożone i utrwalone problemy natury zdrowotnej, zawodowej i psychospołecznej. Złożoność problemów takiej grupy osób wymusza na instytucjach rynku pracy zastosowanie modelu opierającego się na indywidualnej i kompleksowej diagnozie potencjału (mocne i słabe strony), treningu postaw pracowniczych i społecznych, a w dalszej perspektywie wzmocnianie tych postaw.

Istotą zastosowania nowego podejścia jest unikanie przez trenera pracy rutynowych i gotowych rozwiązań oraz dobór form i metod aktywizacyjnych adekwatnych do indywidualnych potrzeb klienta, jednocześnie użytecznych w środowisku pracowniczym.

Na podstawie doświadczeń wynikających z testowania *Modelu zatrudnienia wspomaganego osób po 45. roku życia – Wiek gorącego ziemniaka* jednoznacznie wynika, że klienci niezdolni do zatrudnienia z przyczyn zdrowotnych oraz psychospołecznych powinni zostać objęci w pierwszej kolejności rehabilitacją zdrowotną oraz opieką socjalną.

LINK

<http://www.erkon.elblag.com.pl/innovacyjnyszerkon/opis-projektu/cel-projektu/>

4. PROJEKT *OBUDŹ W SOBIE OLBRZYMA – INNOWACYJNE METODY WYDŁUŻENIA AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ.*

Realizowany był w latach 2010–2012 przez firmę badawczą *Europerspektywa* z Lublina w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VI *Rynek pracy otwarty dla wszystkich*. W wyniku realizacji projektu została opracowana metoda, która w sposób efektywny może pomóc w rozwiązaniu problemów związanych z wydłużaniem aktywności zawodowej osób po 50. roku życia w województwie lubelskim. Głównym celem projektu było stworzenie innowacyjnej

metodologii wydłużania aktywności zawodowej osób po 50. roku życia, która została przetestowana na pracownikach z wytypowanych zakładów pracy.

ETAPY REALIZACJI PROJEKTU

- ▶ diagnoza i analiza problemu. W ramach tego działania przeprowadzone zostały badania osób pracujących w wieku 50+. Opracowano ponadto trzy analizy: analizę sytuacji osób powyżej 50. roku życia, analizę rozwiązań prawnych w kontekście wydłużania aktywności zawodowej i analizę rozwiązań innowacyjnych we Włoszech dotyczących wydłużania aktywności zawodowej;
- ▶ opracowanie wstępnej wersji podręcznika i metodologii oraz strategii wdrażania. Został przygotowany podręcznik zawierający metodologię wsparcia dla osób w wieku 50+, obejmującą m.in. programy szkoleń i materiały szkoleniowe;
- ▶ przygotowanie trenerów i szkolenie dla kadry menedżerskiej zakładów pracy. Zadanie to było realizowane m.in. poprzez szkolenie dotyczące zarządzania wiekiem w firmie dla kadry menedżerskiej;
- ▶ wsparcie odbiorców. Zadanie to było realizowane w wytypowanych zakładach pracy o różnej specyfice z terenu województwa lubelskiego. Wybrana grupa pracowników zostanie objęta wsparciem w postaci szkoleń.

LINK

<http://www.olbrzym.info/>

ZAGRANICZNE

KARIERA OSÓB STARSZYCH – AKTYWNE STARZENIE SIĘ ORAZ DORADZTWO ZAWODOWE PRZED EMERYTURĄ

Projekt był finansowany w ramach programu *Lifelong Learning Programme – Grundtvig*. Głównym jego celem było zbudowanie współpracy pomiędzy partnerami mającej na celu wymianę wiedzy na temat ścieżek starzenia się w poszczególnych krajach partnerskich oraz wymiana i wspólne wypracowanie dobrych praktyk w zakresie doradztwa dla osób przechodzących na emeryturę, które mogłyby być implementowane we wszystkich krajach członkowskich UE. W ramach projektu przeprowadzono kursy przedemerytalne w pięciu krajach Europy będących partnerami w tym przedsięwzięciu. Analiza ich wyników/przebiegu wskazuje na to, że kariery seniora mogą różnić się pomiędzy państwami, a czynnikami, które je charakteryzują, są różne elementy aktywnej emerytury lub ich zestawienia. Jeśli chodzi o Polskę, zdaniem uczestników projektu,

najpoważniejszym zagrożeniem dla aktywności seniorów jest ich wypalenie zawodowe, które ogranicza ich entuzjazm związany z kontynuowaniem pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego.

Twórcy projektu stworzyli wspólny program z uwzględnieniem elementów koniecznych do zapewnienia aktywnej emerytury.

GLÓWNE ZAŁOŻENIA PROJEKTU OBEJMOWAŁY

- ▶ wymianę wiedzy na temat różnych systemów emerytalnych w krajach partnerskich;
- ▶ dzielenie się wynikami badań dotyczących głównych wyznaczników jakości życia osób w podeszłym wieku oraz podstawowych teorii opisujących starzenie;
- ▶ dzielenie się doświadczeniami i praktycznymi umiejętnościami na temat doradztwa dla starszych pracowników przed podjęciem przez nich decyzji o tym, kiedy i w jaki sposób chcą opuścić rynek pracy;
- ▶ wymianę doświadczeń dotyczących sposobów poprawy i rozwoju doradztwa dla seniorów z korzyścią dla nich samych, pracowników, pracodawców i społeczności;
- ▶ bezustanne rozwijanie partnerstwa w celu rozpowszechnienia wyników i najlepszych praktyk dla seniorów w trudnym przejściu z pracy w pełnym wymiarze godzin na emeryturę.

Produktem projektu było opracowanie i zrealizowanie kursów doradztwa i seminariów edukacyjnych w Danii, we Włoszech i w Polsce. Celem seminariów była pomoc ludziom w dokonywaniu znaczących i świadomych wyborów dotyczących życia i planów na przyszłość osób 50+, opartych na ich indywidualnych potrzebach emerytalnych, zastąpienia pracy innymi zadaniami lub kontynuowania pracy.

LINK DO KATALOGU OPISUJĄCEGO DOBRE PRAKTYKI

<http://zielonalinia.gov.pl/upload/50plus/Raport-koncowy/Katalog-dobrych-praktyk-studia-PL.pdf>

Zob. także *Katalog dobrych praktyk w zakresie aktywnego starzenia się w wybranych krajach Unii Europejskiej. Studia przypadku.*, Anna Jawor-Joniewicz, Janusz Kornecki, Justyna Wiktorowicz, Uniwersytet Łódzki, 2013

PRZYPISY

- 1 Dane GUS, 2012. Przez ludność w wieku produkcyjnym rozumie się ludność w wieku zdolności do pracy. Dla mężczyzn przyjęto wiek 18–64 lat, dla kobiet – 18–59 lat. Z kolei ludność w wieku nieprodukcyjnym oznacza ludność w wieku przedprodukcyjnym, tj. do 17 lat oraz w wieku poprodukcyjnym, tj. mężczyźni – 65 lat i więcej, kobiety – 60 lat i więcej.
- 2 Bank Danych Lokalnych IV kw. 2013, GUS
- 3 Transition from work to retirement, Eurostat, 2012; Małopolska – GUS 2010.
- 4 Aktywność ekonomiczna ludności w województwie małopolskim w IV kwartale 2013 r., Urząd Statystyczny w Krakowie, marzec 2014
- 5 Ocena jakości projektów systemowych realizowanych w ramach Poddziałania 6.1.3 Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa, 2011, s. 111
- 6 *Diagnoza obecnej sytuacji kobiet i mężczyzn 50+ na rynku pracy w Polsce. Raport końcowy*, Łódź 2013

REKOMENDACJA 2

Poradnictwo zawodowe i edukacja na każdym etapie życia

JAK JEST?

Brak skutecznego systemu edukacji i doradztwa zawodowego

Od kilku lat przed informacją i poradnictwem zawodowym oraz edukacją stoją nowe jakościowo cele i zadania. Powodem są przemiany społeczno-gospodarcze w Europie, przekształcanie się w społeczeństwo informacyjne, globalizacja gospodarki, cywilizacja naukowo-techniczna. Poradnictwo zawodowe rozumiane jest jako proces udzielania pomocy mającej na celu wykorzystanie zasobów i możliwości jednostki zmierzającej do optymalnego jej funkcjonowania na zmieniającym się rynku pracy. Szybki rozwój technologiczny powodujący komplikowanie się procesów pracy ludzkiej, a także niestabilna sytuacja na rynku pracy powodują, że osoby mające dokonać wyboru zawodu lub osoby stojące wobec konieczności zmiany zawodu (kursy, szkolenia służące zamianie lub podniesieniu kwalifikacji) wymagają profesjonalnej pomocy, a taką mogą uzyskać od doradców zawodowych. Doradztwo zawodowe nie ogranicza się do określonej grupy wiekowej lub zawodowej, może dotyczyć każdej grupy pracowników w dowolnym czasie. Wyrosło ono z zamysłu wspomaganie osób młodych w ich pierwszych wyborach zawodowych, ale realizowane jest dla wielu grup wiekowych. Jednak przeważającą grupę klientów publicznych służb zatrudnienia stanowią osoby bezrobotne zarejestrowane w powiatowych urzędach pracy.

Duże znaczenie ma tu fakt, że osoba bezrobotna na ogół jest już zarejestrowana w urzędzie pracy, co może oznaczać, że zaakceptowała swój status, a w przypadku osób długotrwale bezrobotnych może to nawet znaczyć, że pogodziła się z nim i przyjęła jako niemożliwy do zmiany. W zależności od czasu trwania bezrobocia osoba bezrobotna doświadcza różnych problemów, co oznacza nie tylko ich pogłębianie się, ale również ich ewolucję. Wynikać to może przede wszystkim z przechodzenia przez osobę bezrobotną różnych faz kryzysu pojawiającego się jako reakcja na traumę zwolnienia. Przyczyny zmienności problemów osoby bezrobotnej leżą też w jej zmieniającej się sytuacji życiowej (zwykle na gorsze) oraz wyczerpywaniu się zasobów w radzeniu sobie ze swoją sytuacją, począwszy od zasobów materialnych (zasiłek, oszczędności), poprzez społeczne (słabnące i coraz mniej liczne kontakty), a na zdrowotnych i psychicznych kończąc.

W 2013 r. w Małopolsce z poradnictwa indywidualnego skorzystało łącznie 44 200 osób, z poradnictwa grupowego 6361 osób. Z indywidualnej informacji zawodowej skorzystało 43 321 osób, w grupowych spotkaniach informacyjnych udział wzięło 20 537 osób. Liczba klientów zajęć aktywizacyjnych to 12 356 osób.

Stan zatrudnienia doradców zawodowych w powiatowych urzędach pracy w woj. małopolskim na dzień 31.12.2013 r. prezentował się następująco: 23 doradców zawodowych stażystów, 118 doradców zawodowych oraz 39 liderów Klubów Pracy.

SPECYFIKA PRACY DORADCY ZAWODOWEGO

Klientów, którzy trafiają do doradców zawodowych w PSZ w Małopolsce, można podzielić na dwie grupy. Pierwszą – szczególnie w centrach informacji i planowania kariery zawodowej – stanowią ludzie młodzi, którzy dopiero stoją przed wyborem zawodu czy kierunku kształcenia. Dla nich ważna jest dobra orientacja w realiach rynku pracy i kierunku jego rozwoju. Równie istotną, a może nawet ważniejszą sprawą jest dla nich wiedza o nich samych: poznanie swoich słabych i mocnych stron, predyspozycji zawodowych, kompetencji społecznych, zdolności, wartości, samoocena umiejętności podejmowania decyzji itd. Dotychczasowe doświadczenia doradców zawodowych WUP w Krakowie pokazują, że indywidualna rozmowa z doradcą jest bardzo pomocna młodym ludziom, dla których często wybór np. kierunku studiów jest pierwszą samodzielnie podejmowaną ważną decyzją w życiu.

Drugą grupę klientów stanowią osoby, które utraciły pracę z powodów niezależnych od nich samych, np. wskutek redukcji miejsc pracy. Często mają za sobą długoletni staż pracy i nie są przygotowane do poszukiwania zatrudnienia w warunkach gospodarki rynkowej. Przychodzą do doradcy zawodowego, oczekując wsparcia i porady. To naturalna reakcja, zważywszy na fakt, że bezrobocie jest dla nich doświadczeniem zupełnie nowym, w dodatku trudnym i stresującym. Niejednokrotnie tym przeżyciom towarzyszy poczucie wstydu z powodu utraty pracy. Dla takich osób samo podjęcie rozmowy na temat ich obecnej sytuacji jest krokiem naprzód. Kontakt z doradcą pozwala zmierzyć się z własną bezradnością, zaakceptować fakt pozostawania bez pracy, a następnie na nowo uwierzyć we własne siły i ułożyć indywidualny plan działania.

Klientami doradcy zawodowego w urzędzie pracy są głównie osoby formalnie zarejestrowane jako bezrobotne, z wykształceniem podstawowym oraz zasadniczym zawodowym, w wieku dojrzałym. To właśnie im jest najtrudniej pomóc.

Najbardziej efektywny jest proces doradcy wobec osób, które widzą potrzebę przekwalifikowania i mają silną motywację znalezienia zatrudnienia. Niestety, bezrobocie, szczególnie długotrwałe, wywołuje wiele skutków charakterystycznych dla przewlekłej sytuacji stresowej. W wielu przypadkach przedłużający się okres pozostawania bez pracy prowadzi do deformacji postaw oraz do atrofii niektórych umiejętności społecznych. Zadaniem doradcy zawodowego jest trafne rozpoznawanie tych objawów i uzupełnianie procesu doradztwa indywidualnego o działania terapeutyczno-treningowe, np. warsztaty lub zajęcia w klubie pracy. Zajęcia te mają na celu odbudowę umiejętności podejmowania niektórych zachowań społecznych przez osoby bezrobotne.

Z rozmów z doradcami zawodowymi oraz obserwacji wynika, że często trafiają do nich klienci prezentujący postawy roszczeniowe, tzn., że sami są raczej bierni w poszukiwaniu zatrudnienia, ale chcą, żeby „pośredniak dał im pracę”. Takim osobom należy dopiero uświadomić, jakie relacje panują na aktualnym rynku pracy i wręcz wymuszać na nich aktywność w poszukiwaniu zatrudnienia.

Wielu klientów doświadcza poczucia izolacji społecznej. Chroniczne bezrobocie rodzi u niektórych osób wzmoczoną aktywność werbalną. Osoby takie nierzadko zwracają się doradcy z najbardziej intymnych spraw, opowiadają o konfliktach rodzinnych. W takiej sytuacji doradca musi cierpliwie i życzliwie

Szkolenie dla wolontariuszy w projekcie 50+ dojrzała, potrzebni, kompetentni, 3.07.2015 r.



fot. Wojewódzki Urząd Pracy

wysłuchać i skierować go na zajęcia warsztatowe, gdzie – wraz z innymi uczestnikami zajęć – będzie mógł tworzyć sytuację społecznej integracji.

Czynnikiem, który silnie ingeruje w cały proces aktywizacji zawodowej klienta, jest postępująca pauperyzacja. Długotrwale bezrobotny bardzo często podejmuje pracę na czarno. Jeżeli takiej osobie proponuje się stałą pracę, odmawia przyjęcia oferty. Również propozycje szkolenia spotykają się z odmową, gdyż ewentualne zajęcia kolidowałyby z wykonywaną nielegalnie pracą. Doradca musi uświadomić klientowi konsekwencje pracy „na czarno”: utratę zasiłku, zmniejszenie szans na rynku pracy, brak uprawnień do świadczeń emerytalno-rentowych itp.

U sporej części osób bezrobotnych obserwuje się pogorszenie stanu zdrowia. Zadaniem doradcy jest wskazanie specjalistycznych instytucji, do których klienci powinni się zgłosić, np. przychodni leczenia nerwic, zespołów do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności, ośrodków pomocy społecznej, a nawet poradni przeciwalkoholowych, gdyż długotrwale bezrobotni często sięgają po alkohol, aby odreagować sytuację frustrującą. Wszystkie te kwestie powinny ujawnić się już w trakcie dobrze przeprowadzonego wywiadu.

Jak wynika z powyższych rozważań, praca doradcy zawodowego nie należy do łatwych profesji, gdyż wymaga sporej wiedzy o charakterze interdyscyplinarnym, elastyczności w działaniu i swoistych cech charakteru, a przede wszystkim postawy „zorientowania się na człowieka”.

PORADNICTWO ZAWODOWE I EDUKACYJNE NA KAŻDYM ETAPIE ŻYCIA

Kariera zawodowa wszystkich pracowników powinna mieć wsparcie w profesjonalnym poradnictwie zawodowym. Jej planowanie jest szczególnie ważne dla osób w zawodach, w których trudne będzie osiągnięcie wydłużonego wieku emerytalnego. Interwencja w tym zakresie (planowanie kariery, profilaktyka zdrowotna, a także oddziaływanie na świadomość i postawy pracodawców oraz pomoc im w dostosowaniu organizacji pracy w firmach do potrzeb i możliwości starszych pracowników) będzie wyzwaniem na najbliższe lata.

Sytuacja na rynku pracy i w ramach systemu edukacji wymaga od mieszkańców wzięcia odpowiedzialności za przebieg procesu edukacji i za własny rozwój. Uczniowie i dorośli stojący w obliczu tak ważnych wyborów nie są w swoich decyzjach pozostawieni bez wsparcia doradczego. Mimo że istnieje lista instytucji świadczących usługi doradztwa zawodowego dla różnych grup odbiorców,

w zależności od ich wieku i sytuacji życiowej, nie funkcjonuje spójny i oparty na jednolitych standardach system poradnictwa całościowego.

Doświadczenia w zakresie korzystania z usług doradztwa zawodowego przez osoby dorosłe świadczą generalnie o tym, że usługa ta jest traktowana jako środek zaradczy w okresach przelomowych, w sytuacjach osobistego lub zawodowego kryzysu klienta. Zdecydowana większość dorosłych Małopolan nie korzystała nigdy z usług doradczych, nie odczuwała takiej potrzeby i z trudem identyfikuje instytucje (poza powszechnie wymienianymi powiatowymi urzędami pracy), w których może uzyskać tego typu pomoc. Z usług doradcy zawodowego korzystają osoby dorosłe wchodzące na rynek pracy po zakończeniu etapu edukacji lub też osoby tracące pracę, zmuszone do poszukiwania nowej pracy.

Nie funkcjonuje powszechnie doradztwo kariery, towarzysząc osobie na każdym etapie przebiegu jej pracy zawodowej i nie ma wdrożonego jednolitego standardu usługi doradczej. Poradnictwo zawodowe i informacja zawodowa to jedna z podstawowych usług realizowanych w urzędach pracy. Okazuje się jednak, że statystycznie klient urzędu otrzymuje wsparcie nieznacznie przekraczające jedną usługę z zakresu doradztwa indywidualnego.

Na podstawie danych WUP w Krakowie i małopolskich PUP za 2013 r., szacuje się, że niespełna 17% spośród wszystkich uczestników poradnictwa i informacji zawodowej stanowiły osoby w wieku 50+.

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Tworzenie w regionie warunków do zwiększenia udziału osób dorosłych w edukacji całościowej

Diagnozowany w badaniach wyraźny rozdźwięk pomiędzy oczekiwaniami pracodawców, a umiejętnościami i kompetencjami osób na rynku pracy, a przy tym niski udział osób dorosłych w uczeniu się przez całe życie jest zjawiskiem niepożądanym. Interwencje w ramach działania mają doprowadzić przede wszystkim do spotkania się potrzeb związanych z oferowanymi miejscami pracy po stronie pracodawców z adekwatnymi kwalifikacjami po stronie pracowników oraz z gotowością do podnoszenia czy zmiany kompetencji. Konieczne jest wsparcie osób w zakresie zarówno kwalifikacji zawodowych, jak i podstawowych umiejętności językowych, matematycznych czy zdolności i motywacji do uczenia się. W trudniejszej sytuacji na rynku pracy osoby o niskich kwalifikacjach oraz osoby po 50. roku życia.

W projekcie Programu Strategicznego Kapitał Intelktualny i Rynek Pracy przewidziano działania mające na celu upowszechnianie usług poradnictwa całonocznego. Uwzględniają one pomoc dla osób po 50. roku życia, lecz równocześnie grupa ta nie jest bezpośrednio wymieniona jako docelowa w tym przedsięwzięciu. W związku z powyższym rekomendowane jest doprecyzowanie w Programie Strategicznym działań w zakresie poradnictwa i bezpośrednie wskazanie interwencji i rezultatów odnoszących się z wyróżnieniem tych, które są skierowane do grupy wiekowej 50+.

CEL PRZEDSIĘWZIĘCIA

Zapewnienie Małopolanom w wieku powyżej 50 lat dostępu do informacji o rynku pracy i usług związanych z planowaniem rozwoju zawodowego blisko miejsca zamieszkania oraz wspieranie w nich chęci i tworzenie możliwości do uczenia się przez całe życie, a w konsekwencji utrzymanie aktywności zawodowej i edukacyjnej osób po 50. roku życia.

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

W ramach planowanych działań sieć centrów informacji i planowania kariery zawodowej oraz innych instytucji partnerskich (np. urzędy pracy, organizacje pozarządowe, Małopolska Wojewódzka Komenda Ochotniczych Hufców Pracy (OHP), poradnie psychologiczno-pedagogiczne, akademickie biura karier, Małopolskie Partnerstwo na rzecz Kształcenia Ustawicznego, lokalne grupy działania, szkoły, centra kompetencji zawodowych, uniwersytety trzeciego wieku (UTW)) udostępni mieszkańcom województwa małopolskiego w wieku 50+ kompleksowe usługi związane z planowaniem i rozwojem zawodowym, niezależnie od sytuacji zawodowej (zarówno osoby pracujące w celu utrzymania aktywności zawodowej, jak i pozostające bez zatrudnienia w celu szybkiego powrotu na rynek pracy). Przedsięwzięcie zostanie zorganizowane wokół pięciu centrów informacji i planowania kariery zawodowej Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Krakowie przy współpracy z instytucjami partnerskimi. Organizacje te będą świadczyć usługi według określonych standardów, możliwych do elastycznego łączenia w zależności od potrzeb danego klienta.

KOSZYK USŁUG

GRUPA USŁUG W CELU UTRZYMANIA AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ

- ▶ przygotowanie planu rozwoju zawodowego oraz wsparcie dla osób w zakresie jego realizacji;

- ▶ bilansowanie doświadczenia zawodowego i potwierdzania kwalifikacji uzyskanych w trakcie pracy;
- ▶ poradnictwo zawodowe indywidualne i grupowe (między innymi warsztaty przygotowujące do rozpoczęcia działalności gospodarczej);
- ▶ szkolenia dla osób indywidualnych (finansowane w formie podmiotowej możliwe do zrealizowania w ramach sieci firm szkoleniowych);
- ▶ usługi online na www.pociagdokariery.pl – dostęp do eksperckiej pomocy doradcy zawodowego, również za pośrednictwem serwisu internetowego;
- ▶ możliwość oceny kompetencji społecznych zdobytych w drodze doświadczenia zawodowego za pomocą metod Assessment/Development Center (Ośrodek Oceny/Rozwoju).

GRUPA USŁUG SŁUŻĄCYCH WSPARCIU OSÓB W NAJTRUDNIEJSZEJ SYTUACJI NA RYNKU PRACY

- ▶ indywidualne towarzyszenie osobom w najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy (osoby niepełnosprawne, opuszczające zakłady karne, długotrwale pozostające bez pracy) w ramach pracy metodą trenera zatrudnienia wspieranego;
- ▶ współpraca z instytucjami pomocy społecznej, powiatowymi urzędami pracy (MOST – międzyinstytucjonalny plan powrotu na rynek pracy).

GRUPA USŁUG SŁUŻĄCYCH WEJŚCIU NA RYNEK PRACY

- ▶ diagnoza predyspozycji i zainteresowań zawodowych metodą testową;
- ▶ informacja o rynku pracy (www.pociagdokariery.pl).

GRUPA USŁUG W RAMACH SIECI EURES

- ▶ usługi online;
- ▶ informacja, doradztwo i usługi międzynarodowego pośrednictwa pracy na rzecz osób poszukujących pracy (działania na rzecz poprawy sytuacji pod względem zatrudnienia);
- ▶ stworzenie regionalnej strategii dotyczącej mobilności geograficznej i zawodowej mieszkańców województwa małopolskiego i pracodawców z terenu województwa, z uwzględnieniem potrzeb regionalnego rynku pracy we współpracy z instytucjami działającymi w obszarze rynku pracy;
- ▶ działania związane z problematyką migracji, w szczególności powrotów osób z zagranicy;

- ▶ działania w ramach transgranicznego Europejskiego Portalu Mobilności Zawodowej EURES – usprawnienie przepływu i zwiększenie dostępności ofert pracy dla mieszkańców podregionu nowosądeckiego;
- ▶ badania i analizy z zakresu transnarodowej mobilności pracowników w wymiarze regionalnym i przygranicznym.

WSKAŹNIK

SYTUACJA WYJŚCIOWA

Na podstawie danych WUP w Krakowie i małopolskich PUP za 2013 r. szacuje się, że niespełna 17% spośród wszystkich uczestników poradnictwa i informacji zawodowej stanowiły osoby w wieku 50+.

WSKAŹNIK DOCELOWY

Objęcie poradnictwem zawodowym takiego odsetka osób 50+, który będzie zbliżony do ich udziału w ogóle populacji mieszkańców Małopolski (obecnie ten odsetek wynosi ponad 33%).

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA

- ▶ dane własne WUP w Krakowie oraz pozyskiwane m.in. z powiatowych urzędów pracy.

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

Produktami planowanych działań będą różnego rodzaju:

- ▶ poradniki i podręczniki traktujące o różnorodnych metodach i technikach pracy z klientem 50+;
- ▶ badania i analizy np. z zakresu transnarodowej mobilności pracowników w wymiarze regionalnym i przygranicznym.

Ponadto produktami będą działania opisane w koszykach świadczonych usług:

- ▶ udzielone doradztwo, konsultacje, oceny kompetencji, rozmowy i wsparcie;
- ▶ działania związane z przekazywaniem informacji, rozwój serwisu internetowego;
- ▶ spotkania grupowe;
- ▶ opracowane plany rozwoju dla osób, które będą podstawą do agregacji i wyszukiwania wzorca doradzania osobom w podobnych sytuacjach życiowych i zawodowych (profilowanie doradztwa).

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

ILOŚCIOWE

- › wskaźniki realizacji działań – minimum 30% uczestników poradnictwa realizowanego w ramach kontraktów w danym okresie to osoby w wieku 50+.

JAKOŚCIOWE

- › zwiększenie świadomości na temat znaczenia poradnictwa całonocowego w rozwoju własnej kariery zawodowej, upowszechnianie idei poradnictwa całonocowego szczególnie wśród osób dojrzałych.

RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

- › związane z trudnościami w dotarciu do planowanej liczby klientów w wieku 50+ (w kontekście ich świadomości znaczenia poradnictwa dla rozwoju własnej kariery zawodowej);
- › brak zaangażowania ze strony klientów w proces doradczy;
- › klienci mogą prezentować postawy roszczeniowe, tzn., że sami są raczej bierni w poszukiwaniu zatrudnienia, ale chcą, żeby im „dano” pracę.

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE)

- › regulacje krajowe, dokumenty programowe, ustawowe – niepełne/niespójne/wykluczające się wzajemnie bądź ich całkowity brak;
- › istotne pogorszenie się koniunktury gospodarczej skutkujące ograniczeniem ofert pracy;
- › brak woli pracodawców do zatrudnienia osób będących uczestnikami projektu;
- › brak aktywnej współpracy pomiędzy partnerami przedsięwzięcia.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- › Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014–2020;
- › budżet Województwa Małopolskiego;
- › budżet państwa.

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- › inicjowanie działań: UMWM;
- › realizacja działań: Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie;

- ▶ współpraca (partnerzy): urzędy pracy, organizacje pozarządowe, Małopolska Wojewódzka Komenda OHP, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, akademickie biura karier, Małopolskie Partnerstwo na rzecz Kształcenia Ustawicznego, lokalne grupy działania, szkoły, centra kompetencji zawodowych, UTW;
- ▶ ocena i ewaluacja: UMWM.

DOBRE PRAKTYKI

REGIONALNE

1. HOŁOWNIK – NOWA USŁUGA AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ

Innowacyjny upowszechniający projekt systemowy Samorządu Województwa Małopolskiego. Realizator – Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie.

- ▶ źródło finansowania: Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007–2013.

CEL GŁÓWNY PROJEKTU

- ▶ implementacja w co najmniej 25 instytucjach rynku pracy oraz instytucjach pomocy i integracji społecznej trenera zatrudnienia wspieranego jako nowej metody pracy z „trudnym klientem”.

CELE SZCZEGÓŁOWE

- ▶ upowszechnianie metody pracy trenera zatrudnienia wspieranego w publicznych służbach zatrudnienia oraz w instytucjach pomocy i integracji społecznej, a także innych zainteresowanych instytucjach z Małopolski;
- ▶ włączenie metody pracy trenera zatrudnienia wspieranego do praktyki w instytucjach rynku pracy oraz instytucjach pomocy i integracji społecznej z Małopolski.

Celem projektu było wyposażenie pracowników instytucji rynku pracy oraz instytucji integracji i pomocy społecznej w nowe, skuteczne narzędzie aktywizacji zawodowej osób pozostających poza rynkiem pracy – metodę pracy trenera zatrudnienia wspieranego. Metoda została upowszechniona w 100 małopolskich instytucjach. Następnie została ona włączona do praktyki 25 instytucji poprzez przeszkolenie ich 100 kluczowych pracowników. Po zakończeniu szkolenia 70 z nich przez pół roku pilotażowo wdrażało metodę trenera zatrudnienia wspieranego. Przeszkoleni pracownicy objęli swoim wsparciem około 800 osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, z których 550 zostało wprowadzonych na rynek pracy. Przez cały czas osobom wdrażającym tę metodę było udzielane indywidualne i grupowe wsparcie coachingowe oraz superwizyjne.

Korzyść płynąca z zastosowania tej metody to przede wszystkim diametralna zmiana sytuacji osób bezrobotnych, wyrwanie ich z „zakłętego kręgu” (braku pracy, ubóstwa i bierności) poprzez dostarczenie kwalifikacji, zmianę postaw oraz możliwości szkolenia i zatrudnienia połączonego ze wsparciem trenera oraz monitoringiem postępów w miejscu pracy.

Innowacyjność metody polega na zastosowaniu coachingu do pracy z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym. Metoda trenera zatrudnienia wspieranego jest bardzo skuteczna i przynosi trwałe efekty dzięki indywidualnej pracy bazującej na wzmacnianiu potencjału osoby oraz niwelowaniu jej ograniczeń. Trener zatrudnienia wspieranego poprzez pomoc klientowi w znalezieniu zatrudnienia, a następnie współpracę z jego pracodawcą i współpracownikami powoduje szybszą i trwalszą aklimatyzację klienta w miejscu pracy. Trener w relacji z podopiecznym pracuje nad wieloma aspektami jego życia: pracą, edukacją, rodziną, czasem wolnym, traktując je jak integralne elementy planowania i podejmowania decyzji związanych z pracą. To holistyczne podejście oparte na założeniach psychologii humanistycznej pozwala na dokonanie realnej zmiany w życiu, za którą klient bierze odpowiedzialność.

LINK

<http://www.holownik.wup-krakow.pl/>

KRAJOWE

1. SEMAFOR NOWYCH MOŻLIWOŚCI

Ideą projektu *Semafor nowych możliwości* realizowanego przez Fundację Inicjatyw Menedżerskich było wypracowanie i wdrożenie innowacyjnych rozwiązań w zakresie wydłużenia aktywności zawodowej osób po 45. roku życia w powiecie chełmskim. Do udziału w projekcie zaproszono partnerów z Lombardii, którzy posiadają unikatowe i sprawdzone doświadczenia w zakresie aktywizacji zawodowej osób starszych. Efektem finalnym jest unikatowa formuła szkoleniowo-doradcza, tzw. pakiet wsparcia, złożony ze zbioru działań coachingowych i zestawu edukacyjnego, uwzględniająca konieczność godzenia aktywności zawodowej z obowiązkami rodzinnymi.

BENEFICJENCI PROJEKTU

- ▶ trenerzy i coachowie;
- ▶ osoby bezrobotne i poszukujące pracy powyżej 45. roku życia;
- ▶ osoby pracujące powyżej 45. roku życia, które czują się zagrożone utratą pracy.

GŁÓWNE ZADANIA

- ▶ wypracowanie nowych rozwiązań służących wydłużeniu aktywności osób 45+:
 - warsztaty dla trenerów;
 - warsztaty z metodologii prowadzenia doradztwa dla osób 45+.
- ▶ opracowanie produktu finalnego oraz strategii wdrażania projektu innowacyjnego;
- ▶ opracowana została wstępna metodologia pracy (*coachingu*) z osobami 45+, wstępny pakiet edukacyjny, na który składa się metodologia projektowania i prowadzenia szkoleń oraz opracowanie konspektu materiałów szkoleniowych.

TESTOWANIE OPRACOWANEGO PRODUKTU W POWIECIE CHEŁMSKIM

- ▶ kompleksowe i indywidualne doradztwo polegające na ustaleniu ścieżki zawodowej i aktywnej pomocy w utrzymaniu dotychczasowego zatrudnienia bądź znalezieniu nowej pracy;
- ▶ szkolenia dla bezpośrednich odbiorców wg tematyki zaprojektowanej w pakiecie edukacyjnym. Tematyka dobrana na podstawie indywidualnych predyspozycji i potrzeb odbiorców.

LINK

<http://fim.org.pl/projekt/semafor/>

2. CENTRUM KARIERY 50+

Projekt pod tytułem *Pracuję – rozwijam kompetencje. Innowacyjny model wsparcia dla pracowników 50+* skierowany jest do osób pracujących 50+. W ramach innowacyjnego projektu realizowanego przez PBS DGA Sp. z o.o. powstało Centrum Kariery 50+.

Głównym elementem etapu testowania jest powołanie do życia nowego rodzaju placówki oferującej specjalistyczne usługi doradczo-szkoleniowe skierowane do grupy pracowników w grupie wiekowej 50+. **Celem działania Centrum Kariery 50+** jest wspomaganie, mobilizowanie do utrzymywania aktywności zawodowej uczestników projektu i w ten sposób przeciwdziałanie przedwczesnemu opuszczaniu przez nich rynku pracy i wycofywaniu się z aktywnego życia zawodowego.

Centrum oferuje bezpłatne usługi wspomagające aktywność zawodową dla osób, które w wyniku procesu rekrutacji zostały zakwalifikowane do udziału w projekcie.

Pakiet usług aktywizacyjno-wspomagających dla uczestników obejmuje:

- ▶ usługi całonocnego poradnictwa kariery;
- ▶ szkolenia w zakresie rozwoju osobistego;
- ▶ szkolenia w zakresie przedsiębiorczości;
- ▶ szkolenia doskonalące oraz uzupełniające umiejętności i kwalifikacje zawodowe;
- ▶ konsultacje w zakresie profilaktyki zdrowotnej (lekarz gerontolog, fizjoterapeuta, dietetyk);
- ▶ konsultacje w zakresie prawa pracy;
- ▶ konsultacje psychologiczne.

W ramach usług całonocnego poradnictwa kariery doradcy zawodowi stosują m.in. nowe, wystandaryzowane narzędzie badawcze służące do określania potencjału zawodowego osoby, tj. test do badania kompetencji zawodowych. W wyniku przeprowadzenia sesji i konsultacji doradcy z uczestnikiem zdiagnozowane są jego obszary zawodowe (profil kompetencji) i w oparciu o te wyniki nakreślone zostają wskazówki rozwojowe. W oparciu o te wskazania uczestnik projektu może skorzystać z pozostałych form aktywizacji (np. ze szkoleń zawodowych).

LINK

<http://pbs.pl/e4u.php/1,ModPages/ShowPage/819>

ZAGRANICZNE

1. FREE AGE: SENIOR VOLUNTEERS MEETING YOUNG DISABLED PEOPLE (WIEK WOLNOŚCI: SPOTKANIE DOJRZAŁYCH WOLONTARIUSZY Z MŁODYMI OSOBAMI NIEPEŁNOSPRAWNYMI)

LIDER PROJEKTU

- ▶ Associazione Uniamoci onlus-Non-profit associations, Palermo, Włochy.

PARTNER

- ▶ Werk Diakonisches in Bremen, Niemcy.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ Lifelong Learning Programme.

CEL GŁÓWNY PROJEKTU

Głównym celem projektu *Free Age: senior volunteers meeting young disabled people* było podniesienie umiejętności interpersonalnych i międzykulturowych osób w wieku dojrzałym/senioralnym. Idea projektu nawiązywała do integracji społecznej – projekt koncentrował się na wymianie wolontariuszy w wieku

dojrzałym/senioralnym zajmujących się młodymi osobami niepełnosprawnymi pomiędzy dwoma instytucjami (z których jedna znajduje się za granicą).

Wolontariuszami mogły być osoby w wieku dojrzałym, które chciały dzielić się swoją wiedzą, umiejętnościami i doświadczeniem z instytucjami przyjmującymi i ich niepełnosprawnymi podopiecznymi. W projekcie skupiono się na relacjach, jakie nawiązywały się pomiędzy wolontariuszem i osobą niepełnosprawną. Obie strony miały możliwość rozwoju osobistego, a w przypadku osób niepełnosprawnych dodatkowo zwiększyła się ich szansa na włączenie społeczne.

Działalność wolontariacka dała osobom dojrzałym możliwość podniesienia umiejętności językowych, komunikacyjnych, interpersonalnych i międzykulturowych, jak również dała im poczucie bycia potrzebnym i aktywnym obywatelem Unii Europejskiej. Stąd mottem projektu stało się zdanie/sentencja, że **„dla osób w wieku dojrzałym wolontariat jest bardzo wartościową metodą nieformalnego uczenia się przez całe życie”**.

OBSZAR **EDUKACJA**

edukacja
prozdrowotna



edukacja
cyfrowa

REKOMENDACJA 1

Edukacja prozdrowotna osób starszych

JAK JEST?

Niewystarczająca liczba rozwiązań w zakresie edukacji prozdrowotnej promującej zdrowy styl życia osób starszych

Biorąc pod uwagę stan zdrowia osób starszych, aktywność edukacyjna skierowana do tej grupy wiekowej jest niezbędnym elementem aktywnego i zdrowego starzenia się. Na podstawie danych z badania *Diagnoza społeczna* (2013) można wskazać, że średnio około 40% Polaków i Polek w wieku 65+ oceniło, że jest bardzo zadowolonych, zadowolonych lub dosyć zadowolonych ze swojego stanu zdrowia. W Małopolsce ten wskaźnik wyniósł około 36% (szczegóły por. www.senior.gov.pl, Perek-Białas J., Zwierzchowski J., 2014).

Badania SHARE (*Survey of Health, Retirement and Ageing*, SHARE, 2014)¹ identyfikują, że niecałe 10% mężczyzn i 6% kobiet w wieku 50+ w Polsce ocenia swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub doskonały. 55% Polaków i 61% Polek w wieku 50+ oceniło stan zdrowia podczas badania jako zadowalający lub zły. W przypadku grupy w wieku 55–59 lat ponad 50% mężczyzn i prawie 50% kobiet wskazało, że ma długotrwałe problemy zdrowotne. Prawie 50% kobiet i prawie 40% mężczyzn miało podniesione ciśnienie krwi. Problem z cukrzycą miało ponad 14% kobiet i ponad 12% mężczyzn w grupie osób 50+. W Polsce, w 2011 r. około 30% mężczyzn w wieku 50+ oraz około 20% kobiet paliło papierosy. Otyłość (definiowaną jako BMI ≥ 30 kg/m²) stwierdzono u 24% Polaków oraz 32% Polek w wieku 50+.

Podobnie na podstawie badań POL-SENIOR nadwagę stwierdzono u 39,4% osób w wieku 55–59, odpowiednio u 45,4% mężczyzn i 33,8% kobiet. Badania projektu POL-SENIOR (*Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, 2012, str. 596] dotyczące osób w wieku 55–59 lat i powyżej 65. roku życia wskazują, że duża grupa osób wycofała się z aktywnego życia z powodu niesprawności i różnych problemów zdrowotnych. Zaburzenia wzroku i słuchu są jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności (*Aspekty...*, 2012), które towarzyszą procesowi starzenia, ograniczają funkcjonowanie, jak i ogólną aktywność osób – nie tylko aktywność zawodową, ale też społeczną².

Biorąc pod uwagę powyższe dane, należy uznać, że jednym z priorytetów polityki senioralnej w obszarze aktywności społecznej powinien być rozwój oferty aktywności dla osób starszych, w tym szczególnie oferty edukacyjnej, prozdrowotnej dla jak najdłuższego utrzymania dobrego stanu zdrowia i samodzielności (autonomii). Niezbędna jest również edukacja na temat procesów starzenia się i jego konsekwencji, uwrażliwienie opinii publicznej na problemy starości i niesamodzielności.

Doświadczenia 38-letniego funkcjonowania i rozwoju UTW w Polsce wskazują, że aktywizacja społeczna poprzez edukację bez względu na wiek jest sprawdzonym narzędziem podnoszenia świadomości, poszerzania zainteresowań i nowych umiejętności, kontroli nad własnym organizmem, co ze społecznego punktu widzenia jest nieocenioną wartością utrzymywania jak najdłuższej samodzielności i kształtowania zdrowego stylu osób starszych.

Działalność promującą zdrowy styl życia osób starszych prowadzą UTW w regionie, a także inne placówki (instytucje) i organizacje pozarządowe. Jednak dotychczas nie opracowano szeroko dostępnych materiałów edukacyjnych, w tym innych narzędzi, i atrakcyjnych, powszechnie znanych sposobów, które byłyby pomocne w prowadzeniu i rozwijaniu edukacji prozdrowotnej dla osób starszych i mogłyby być wykorzystywane w różnych formach uczenia seniorów na terenie całego regionu, a nie tylko w wybranych ośrodkach.

Specyfika prowadzenia działalności edukacyjnej i aktywizującej osoby starsze w sposób profesjonalny, w oparciu o programy i harmonogramy, materiały edukacyjne, z udziałem kadry profesjonalnych i dobrze przygotowanych wykładowców, trenerów i instruktorów, uzasadnia utworzenie systemowych rozwiązań w tym zakresie, w tym z udziałem UTW, jak i innych organizacji mających doświadczenie w tym obszarze.

Edukacja prozdrowotna jest jednym z priorytetów *Założeń długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*.

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Edukowanie w zakresie zdrowego stylu życia Małopolan, w tym osób powyżej 50. roku życia

Aby zmienić obecną sytuację, niezbędne jest:

- 1. Opracowanie programów edukacyjnych promujących prozdrowotny styl życia;** szczególnie dla grup osób 50+, 60+ oraz starszych. Program powinien

uwzględniać specyficzne potrzeby związane ze starzeniem się oraz oczekiwania określone przez przyszłych uczestników tych programów, w szczególności możliwości organizacyjne (koncepcja edukacji do starości – H. McClusky (1971) – *Edukacja w starości jako działanie poprawiające jakość życia seniorów* – Jerzy Halicki).

2. **Przeszkolenie kadry edukatorów** oraz specjalistów (lekarzy, pedagogów, gerontologów, socjologów, psychologów, dietetyków, fizjoterapeutów, instruktorów kultury fizycznej i innych) oraz opracowanie bazy edukatorów-specjalistów do prowadzenia zajęć w ramach edukacji prozdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb osób starszych w skali regionu.
3. **Współpraca z samorządami lokalnymi** (gminy, powiaty) i ich jednostkami organizacyjnymi (powiatowe centra pomocy rodzinie, miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej, centra kultury, biblioteki, centra kształcenia ustawicznego, muzea, ośrodki sportu i rekreacji, szkoły prowadzone przez samorządy itp.) do zapewnienia jak najlepszego i skoordynowanego korzystania z różnych obiektów (sal gimnastycznych, boisk, pracowni komputerowych na działania związane z edukacją prozdrowotną); w każdej gminie mogłyby być opracowane zasady pokazujące, w jaki sposób różne podmioty mogą współpracować, aby mieszkańcy mogli korzystać z różnych budynków infrastruktury publicznej.
4. **Włączenie studentów uczelni wyższych** (wybranych kierunków) w ramach praktyk studenckich do współpracy na rzecz prowadzenia różnych akcji mających na celu promocję zdrowego i aktywnego starzenia w regionie – skierowanych do mieszkańców, w tym starszych mieszkańców (w ramach zaliczenia praktyk, porozumienie między uczelniami a instytucjami koordynującymi prowadzenie takich działań).
5. **Stworzenie i wdrożenie systemu kompleksowego wsparcia informacyjno-doradczo-edukacyjnego dla różnych instytucji w regionie, który by chciał realizować programy wpisujące się w ideę aktywnego i zdrowego starzenia** (w tym dla UTW i innych placówek edukacji formalnej i nieformalnej posiadających siedzibę na terenie województwa małopolskiego).

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

1. Opracowanie programów edukacyjnych promujących prozdrowotny styl życia w formule cyklicznych konferencji, warsztatów, spotkań głównie

w środowiskach lokalnych, także poza głównymi ośrodkami miejskimi regionu, przede wszystkim na terenach wiejskich, we współpracy z ośrodkami zdrowia (zakłady opieki zdrowotnej), lekarzami pierwszego kontaktu/rodzinnymi, specjalistami, z mediami, z portalami internetowymi, a także z UTW i organizacjami pozarządowymi. Edukacja prozdrowotna osób starszych – zarówno pod względem treści, jak i oferowanych form i metod dotyczyć powinna m.in. zagadnień:

- ▶ zdrowia psychicznego i aktywności intelektualnej w celu rozumienia procesów zachodzących w psychice osoby starzejącej się,
- ▶ profilaktyki typowych chorób wieku starszego oraz unikania zachowań ryzykownych pod względem zdrowotnym,
- ▶ prawidłowego żywienia dostosowanego do zmieniającego się organizmu starszego człowieka, rytmu dnia,
- ▶ rekreacji,
- ▶ higieny ciała,
- ▶ znaczenia aktywności fizycznej w celu utrzymania jak najdłużej sprawności i samodzielności.

2. Przygotowanie dostosowanego, ale zarazem atrakcyjnego pod względem treści i formy, łatwego w odbiorze opracowania tzw. poradnika (z udziałem

Studenci Jagiellońskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku podczas Pierwszego Noworocznego Marszu Studentów

foto. Jagielloński Uniwersytet Trzeciego Wieku



i w konsultacji z osobami starszymi), który by pokazywał różne zdrowotne aspekty tej grupy wiekowej, takie jak: zapobieganie upadkom, dbanie o wzrok, słuch, dietę. Informacje powinny być wyselekcjonowane, bezstronne i sprawdzone. Formuła poradnika powinna zachęcać do szukania dodatkowych informacji dotyczących zachowań prozdrowotnych.

3. Cykl szkoleń i warsztatów dla kadry profesjonalistów przygotowujący do realizacji programów edukacji prozdrowotnej dla osób starszych.
4. Opracowanie bazy adresowej edukatorów w regionie i aktualizacja ich kompetencji.
5. Opracowanie poradników merytoryczno-dydaktycznych dla nauczycieli w zakresie edukacji gerontologicznej, aktywności fizycznej i turystyki dla seniorów.
6. Opracowanie regionalnej mapy miejsc i obiektów publicznych – do realizacji edukacji prozdrowotnej, aktywnego i zdrowego starzenia (punkty w miastach i poza miastami pokazujące ofertę w zakresie realizacji tejsze polityki.
7. Utworzenie ośrodka wsparcia informacyjno-doradczo-edukacyjnego dla ekspertów i liderów placówek oraz organizacji pozarządowych i UTW prowadzących edukację prozdrowotną.
8. Opracowanie systemu promocji edukacji prozdrowotnej – konferencje, spotkania lokalne, informacja w mediach, w UTW i dla organizacji pozarządowych, w jednostkach samorządu itp.

WSKAŹNIK

SYTUACJA WYJŚCIOWA

- ▶ liczba UTW i innych placówek, które prowadzą edukację zdrowotną dla osób starszych w regionie;
- ▶ liczba osób starszych biorących udział w jakiegokolwiek formie zajęć edukacji prozdrowotnej – w stosunku rok do roku, wg gmin/powiatów, udział tych osób do liczby wszystkich osób starszych mieszkających w regionie;
- ▶ liczba gmin/powiatów, w których realizowana jest edukacja prozdrowotna dla osób starszych.

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA

- ▶ diagnoza stanu na rok 2015;
- ▶ badania UTW;

- ▶ badania osób/mieszkańców regionów w zakresie edukacji (w tym zdrowotnej).

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

1. Programy edukacji prozdrowotnej realizowane przez różne organizacje, instytucje.
2. Poradnik *Zakres programowy, formy i metody edukacji prozdrowotnej osób starszych* zawierający standardy edukacji prozdrowotnej uwzględniające zagadnienia zdrowego stylu życia (gerontologiczne, aktywności fizycznej i turystyki) dla seniorów. Opracowany przez specjalistów z udziałem osób starszych.
3. Materiały szkoleniowe dla uczestników programu edukacja prozdrowotna (np. zeszyty cyklicznie wydawane, informacje na stronach internetowych programu itp.).
4. Program szkoleniowy (kształcenia) dla prowadzących edukację prozdrowotną osób starszych określający nowe kompetencje, umiejętności dostosowane do realizacji tej edukacji; program powinien być poddany pilotażowi i ocenie przez osoby starsze lub na bazie istniejących doświadczeń (m.in. UTW UJ).
5. Poradnik *Prawa pacjenta seniora* z komentarzem.
6. Baza adresowa ekspertów prowadzących edukację zdrowotną.
7. Regionalna mapa miejsc (informator) – obiektów publicznych, do realizacji edukacji prozdrowotnej; baza adresowa placówek (formalnych, nieformalnych) prowadzących edukację prozdrowotną osób starszych.
8. Ośrodek wsparcia informacyjno-doradczo-edukacyjnego dla edukatorów i liderów placówek oraz organizacji pozarządowych i UTW prowadzących edukację prozdrowotną – udział ekspertów.
9. Portal internetowy edukacji prozdrowotnej – udostępnienie niezbędnych, aktualnych informacji dot. edukacji prozdrowotnej w regionie, promocja portalu.
10. Badania uczestników programu edukacji prozdrowotnej w celu ewaluacji działań oraz kolejnych kierunków zmian.

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

ZMIANA ILOŚCIOWA

- ▶ zwiększenie liczby osób starszych, które uzyskały wiedzę i umiejętności w zakresie zdrowego stylu życia;

- ▶ zwiększenie liczby edukatorów w zakresie aktywnego i zdrowego starzenia;
- ▶ dostępność do informacji i wiedzy oraz doradztwa w ww. zakresie;
- ▶ wzrost liczby szkoleń, konferencji, seminariów na temat zdrowego stylu życia osób starszych.

ZMIANA JAKOŚCIOWA

- ▶ wzrost wiedzy, kompetencji, umiejętności i zmiana postaw u osób starszych w zakresie kształtowania własnego życia w okresie starości, utrzymania aktywności i samodzielności, integracji społecznej;
- ▶ podniesienie świadomości w zakresie odpowiedzialności za swoje życie w wieku starszym i możliwość wpływania na jego jakość;
- ▶ wzrost satysfakcji osób w starszym wieku z dostępności do edukacji, możliwości korzystania z zajęć aktywności fizycznej w zorganizowanym systemie edukacyjnym;
- ▶ poprawa współpracy interdyscyplinarnej wielu podmiotów zaangażowanych w edukację prozdrowotną osób starszych.

RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

- ▶ małe zainteresowanie uczestnictwem w zajęciach przez osoby starsze z terenów wiejskich i małych miasteczek oraz przez osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym;
- ▶ mała aktywność edukacyjna i społeczna starszego pokolenia, w tym niska lub brak motywacji do edukacji zdrowotnej;
- ▶ niski poziom umiejętności cyfrowych i tym samym brak możliwości korzystania z różnych form wspierających aktywne i zdrowe starzenie.

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE):

- ▶ stereotypowe podejście do problemów osób starszych, jako mniej istotnych, mniej ważnych niż sprawy młodszych pokoleń;
- ▶ trudności logistyczne i organizacyjne, brak wykształconych kadr do pracy z osobami starszymi;
- ▶ problemy z dostępem do komputera i Internetu dla wielu osób starszych.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ budżet Województwa Małopolskiego w ramach programu współpracy z organizacjami pozarządowymi;

- ▶ środki MPiPS w ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS).

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- ▶ inicjowanie działań: UMWM, uczelnie wyższe, MPiPS, MZ, MNiSW;
- ▶ opracowanie propozycji edukacji zdrowotnej: eksperci, uczelnie wyższe;
- ▶ realizacja działań: jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe, uczelnie wyższe, UTW;
- ▶ współpraca (partnerzy): organizacje pozarządowe, UTW, jednostki samorządu terytorialnego, kościoły;
- ▶ ocena i ewaluacja: uczelnie wyższe, eksperci.

DOBRE PRAKTYKI

1. PROGRAM KAŻDYCH ZAJĘĆ TEMATYCZNYCH (OKOŁO 1,5 GODZ.), SPOTKANIA COTYGDNIOWE

2. PROFILAKTYKA CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH I ZDROWY STYL ŻYCIA

- ▶ wykład wprowadzający – obalamy mit negatywnej starości;
- ▶ poprawa jakości życia w wieku trzecim i czwartym – cel naszych zajęć:
 - a) Co to jest jakość życia?
 - b) Jak ją zmierzyć?
 - c) Jak zmienić negatywne nawyki?
- ▶ nadciśnienie tętnicze – czynnik ryzyka czy choroba? Leczenie i zapobieganie;
- ▶ niedociśnienie i wahania ciśnienia – zagrożenia dla osób starszych i nowoczesne leczenie;
- ▶ choroba niedokrwienna serca i zawał. Profilaktyka w wieku trzecim;
- ▶ przewlekła niewydolność układu krążenia. Osiągnięcia współczesnej medycyny. Zapobieganie chorobom układu krążenia;
- ▶ osteoporoza – leczenie i zapobieganie;
- ▶ jak rozpoznać udar mózgu? Leczenie i profilaktyka;
- ▶ ból. Leczenie bólu;
- ▶ demencja – zasady opieki;
- ▶ choroba Alzheimerera – czy istnieje skuteczna profilaktyka? Inne choroby degeneracyjne mózgu;

- ▶ rola żywienia w leczeniu wybranych chorób (cukrzyca, anoreksja, przewlekła obturacyjna choroba płuc);
- ▶ żywienie a wspomaganie zdrowia;
- ▶ wpływ otyłości na ryzyko chorób przewlekłych;
- ▶ rehabilitacja i jej znaczenie w procesie leczenia i usprawniania;
- ▶ ruch to zdrowie! Czy zawsze?
- ▶ grunt to nie upaść!
- ▶ bezpieczne stosowanie leków;
- ▶ suplementy diety – prawdy i mity;
- ▶ sposoby zapobiegania starzeniu się skóry. Pielęgnacja skóry dojrzałej;
- ▶ alergia na kosmetyki;
- ▶ klimat Krakowa i jego wpływ na zdrowie mieszkańców;
- ▶ leczenie sanatoryjne wczoraj i dziś. Balneologia w procesie poprawy komfortu życia;
- ▶ podróże – zalecane szczepienia podczas wyjazdów egzotycznych i krajowych. Dla kogo morze? Dla kogo góry?
- ▶ jak skutecznie zmieniać zachowania zdrowotne? Jaki mamy wpływ na poprawę jakości życia w podeszłym wieku? Podsumowanie kursu. Indywidualne plany działania.

ŹRÓDŁO

- ▶ Jagielloński UTW, kierownik ścieżki edukacji prozdrowotnej: dr hab. Katarzyna Szczerbińska, pełnomocnik rektora ds. UTW UJ Ewa Piłat

3. PROJEKT EDUKACYJNY PN. UNIWERSYTET NIEGASNĄCEJ MŁODOŚCI (UNM)

Jest największym przedsięwzięciem edukacyjnym realizowanym przez Krakowskie Stowarzyszenie Zdrowe Serce i Płuca PULMO-COR, na terenie Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II. Istotą projektu jest organizacja kształcenia dla osób z grupy wiekowej 60+ połączona z inicjowaniem aktywności w zakresie wolontariatu. W zajęciach organizowanych przed 2014 rokiem uczestniczyło regularnie 100 osób oraz ok. 30 osób posiadających status wolnego słuchacza. W edycji 2014 uczestniczyło w zajęciach 200 osób.

Odmienność UNM od istniejących uniwersytetów trzeciego wieku polega na połączeniu bezpłatnych studiów z wolontariatem. Uczestnicy projektu podjęli się zaangażowania w bezinteresowną pomoc dla innych, np. odwiedziny chorych, pomoc w załatwianiu spraw codziennych w urzędach, przychodniach, pomoc sąsiedzka, udzielanie korepetycji z przedmiotów szkolnych dla dzieci

z rodzin społecznie gorzej sytuowanych, tym samym wpisując się w rozwijanie idei wolontariatu.

FINANSOWANIE PROJEKTU

Obie edycje współfinansowane są przez MPiPS ze środków ASOS.

PARTNERZY PROJEKTU (OBIE EDYCJE)

Oficjalnie Partnerzy Stowarzyszenia PULMO-COR, wskazani w umowach to:

- Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II;
- Uniwersytet Rolniczy im. H. Kołłątaja w Krakowie;
- Politechnika Krakowska im. T. Kościuszki.

Wykłady prowadzą również pracownicy naukowcy innych krakowskich uczelni wyższych: Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie, Akademii Sztuk Pięknych im. J. Matejki w Krakowie, Akademii Górniczo-Hutniczej im. Stanisława Staszica, wykładowcy niezależni oraz funkcjonariusze Komendy Miejskiej Policji w Krakowie.

ZAKRES TEMATYCZNY (OBIE EDYCJE)

Około połowy zajęć dotyczy edukacji w obszarze ochrony zdrowia. Pozostałe zajęcia edukacyjne dotyczą zagadnień z dziedziny filozofii i etyki, prawa, ekologii, wiedzy o sztuce. Udział w projekcie partnerów reprezentujących inne obszary wiedzy i nauki w znacznym stopniu wzbogaca zakres tematyczny, podnosząc uniwersalność proponowanej oferty.

Przykłady realizowanych tematów:

1. Ochrona zdrowia – obejmował tematykę z zakresu ochrony zdrowia i profilaktyki prozdrowotnej m.in.:
 - kardiologii – np. *Jak żyć z nadciśnieniem tętniczym*;
 - kardiologii – np. *Kardiologia XXI wieku*;
 - pulmonologii – np. *Choroby płuc – PCHP i bezdech senny*;
 - onkologii – *Choroby nowotworowe: profilaktyka, pierwsze objawy*;
 - angiologii – np. *Zakrzepica żylna – kiedy się jej bać*;
 - rehabilitacji – np. *Zasada aktywności fizycznej w populacji 60+*;
 - dietetyki – *Prawidłowa dieta w chorobach układu krążenia. Zasady przygotowywania zdrowych posiłków itp.*
2. Psychologia ogólna.
3. Świat techniki.
4. Nowe Technologie Medyczne.

5. Prawo i bezpieczeństwo osób starszych.
6. Filozofia i etyka.
7. Warsztaty – *Wolontariat i pomoc innym ludziom, Idea wolontariatu, Mój wolontariat.*

WIĘCEJ INFORMACJI O PROJEKCIE

<http://www.szpitaljp2.krakow.pl/Uniwersytet-Niegasnacej-Mlodosci.570.0.html>

PRZYPISY

- 1 Por. <http://eduentuzjasci.pl/publikacje-ee-lista/raporty/196-raport-z-badania/portret-generacji-50-w-polsce-i-w-europie-wyniki-badania-zdrowia-starzenia-sie-i-przechodzenia-na-emeryture-w-europie-share/1060-portret-generacji-50-w-polsce-i-w-europie-wyniki-badania-zdrowia-starzenia-sie-i-przechodzenia-na-emeryture-w-europie-share.html> także informacje w *Programie Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+* (Program Solidarność pokoleń został przyjęty uchwałą Rady Ministrów nr 239 z 24 grudnia 2013 r. i opublikowany w Monitorze Polskim 4 lutego 2014 r. (Poz. 115).
- 2 Por. informacje w *Programie Solidarność pokoleń Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+*.

REKOMENDACJA 2

Edukacja w zakresie nabywania kompetencji cyfrowych osób dojrzałych i starszych

JAK JEST?

Wykluczenie cyfrowe osób starszych spowodowane brakiem kompetencji cyfrowych oraz ich dezaktualizacją po przejściu na emeryturę

Rozwój gospodarek we współczesnym świecie uzależniony jest od dwóch najważniejszych czynników: kapitału intelektualnego i postępu technologicznego. Obydwa te czynniki są silnie skorelowane ze społeczeństwem wiedzy i to wiedzy zdobywanej w ciągu całego życia. Tylko uczenie się przez całe życie zapewnia współczesnemu człowiekowi aktualizowanie i podnoszenie kwalifikacji, uzupełnianie wiedzy i zdobywanie nowych kompetencji. Jedną z ośmiu kompetencji kluczowych (zalecenie Parlamentu Europejskiego (PE) i Rady z 18.12.2006 r. w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie) niezbędnymi każdemu człowiekowi do życia we współczesnym społeczeństwie są kompetencje informatyczne. Zostały one wymienione obok takich umiejętności, jak porozumiewanie się w języku ojczystym, kompetencje społeczne i obywatelskie czy umiejętność uczenia się.

Konieczność uzupełniania wiedzy i nabywania nowych umiejętności w szczególności dotyczy wszystkich seniorów bez względu na płeć, wykształcenie oraz kraj zamieszkania. Doświadczenie życiowe starszego pokolenia już nie wystarcza, aby zrozumieć współczesny świat. Technologie informacyjno-komunikacyjne radykalnie zmieniły świat XXI w., a poziom cyfryzacji jest tak powszechny, że ich nieznanomość skazuje człowieka na wykluczenie na margines życia społecznego.

Rozwój technologii informatycznych dokonał się w ciągu dwóch ostatnich dekad, czyli wtedy, gdy edukacja grupy wiekowej 50+ była już zakończona. Najstarsze pokolenie Polaków w czasie tego technologicznego przewrotu już było emerytami, właśnie odchodziło na emeryturę lub przygotowywało się do okresu dezaktywacji zawodowej. Nie miało motywacji do nabywania umiejętności tak bardzo różniących się od dotychczas wykorzystywanych na stanowisku pracy. Niektórzy wręcz uciekli przed informatyzacją, lękając się nieznanego, tymczasem wiele dzieje się i zależy od korzystania z umiejętności cyfrowych. Seniorzy nie tylko nie potrafią korzystać z komputera i Internetu, trudności sprawiają im

bardziej wyrafinowane modele telefonów komórkowych, a nawet obsługa coraz bardziej skomplikowanych urządzeń cyfrowych, z telewizorem włącznie. Nie potrafią zarejestrować się elektronicznie do lekarza, zrobić zakupów przez sieć, zapłacić rachunków tą drogą. Tracą szansę na dostęp do szybkiej informacji. Jak 20–30 lat temu czekają w kolejkach w przychodniach, w banku i – mimo trudności – dźwigają zakupy ze sklepu.

Opisywany problem dotyczy przede wszystkim osób z dwóch grup wiekowych:

1. Osób 50+ (niektóre programy – np. *Polska cyfrowa równych szans* – przyjmują granicę 45+), zarówno pracowników, świadczeniobiorców ZUS, jak i bezrobotnych, którzy, aby poprawić swoją pozycję, utrzymać się lub wrócić na rynek pracy, muszą uzupełnić wiedzę cyfrową. W tej grupie szczególną uwagę należy zwrócić na pracowników, w tym specjalistów w wieku około-emerytalnym, których mogą wyeliminować z rynku pracy niewystarczające kompetencje cyfrowe.
2. Osób 65/67+ (nieaktywne zawodowo), które po przejściu na emeryturę mogą nie mieć motywacji do aktualizowania wiedzy informatycznej. Tempo rozwoju nowych technologii spowoduje, że szybko staną się wtórnymi analfabetami cyfrowymi. W tej grupie szczególną uwagę należy zwrócić na osoby, które nie mają żadnych umiejętności cyfrowych i we współczesnej rzeczywistości staną się zupełnie bezradne. Dotyczy to przede wszystkim najstarszych Polaków, zwłaszcza najstarszych i zamieszkałych na wsi. Według raportu *Diagnoza społeczna 2013* 24% populacji ogółem, nigdy nie używało komputera lub ma znikome umiejętności jego obsługi. Autorzy badania podkreślają, że są to ostrożne szacunki i należy się liczyć z tym, że ponad jedna czwarta populacji nie korzysta z możliwości, jakie oferują nowe technologie. Brak kompetencji informatycznych dotyczy przede wszystkim osób starszych. Z danych z *Diagnozy społecznej 2013* wynika, że w grupie 65 lat aż 39,9% osób nie korzysta z Internetu.

Według Komisji Europejskiej w 2015 roku 90% zawodów będzie wymagało podstawowych kompetencji cyfrowych. Za kilka lat trudno będzie wyobrazić sobie polski rynek pracy dla osób po sześćdziesiątce, jeśli zasadniczo nie poprawią swoich umiejętności cyfrowych. Utrzymanie się na rynku pracy będzie wymagało ciągłego doskonalenia informatycznego. Umiejętności cyfrowe osób, które odchodzą na zawodowy odpoczynek, szybko się dezaktualizują z powodu zaprzestania korzystania z Internetu. Według *Diagnozy społecznej 2013* w ubiegłym

roku z sieci przestało korzystać 26% osób w wieku 65+, które były internautami w 2011 r. oraz 19% w wieku 60–64 lat. Takie osoby szybko mogą powiększyć grupę cyfrowych analfabetów będącą grupą, którą należy otoczyć szczególną opieką. Powszechne wykorzystanie nowych technologii na stanowiskach pracy, w usługach, w czynnościach związanych z zagospodarowaniem czasu wolnego sprawia, że osoby, które nie potrafią z nich korzystać, stają się społecznie wykluczone. Nie spełniają coraz wyższych wymagań rynku pracy, na którym wiedza informatyczna jest niezbędna. Młodsze generacje, na co dzień obcując z nowymi technologiami, korzystają z nich intuicyjnie. Wykluczenie cyfrowe dotyczy, z nielicznymi wyjątkami, niemal wyłącznie starszego pokolenia Polaków. Jak już wspomniano wyżej, im młodsza grupa wiekowa, tym więcej użytkowników Internetu. W grupie 16–24 lat zaledwie 1,2% nie korzysta z sieci, wśród seniorów powyżej 65 lat już 40% (*Diagnoza społeczna 2013*). Inny raport – przygotowany przez Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji – pt. *Spółczesność informacyjna w liczbach 2013* podaje, że osoby 55+ stanowią aż 87% grupy niekorzystających z Internetu. To 9,8 mln osób. Wykluczenie cyfrowe najstarszej generacji Polaków skutkuje negatywnymi zjawiskami zarówno po stronie osób wykluczonych, jak i po stronie instytucji państwowych. Brak umiejętności cyfrowych powoduje eliminację z wymagającego rynku pracy, nieradzenie sobie z codziennymi czynnościami coraz częściej wymagającymi obsługi skomplikowanych urządzeń elektronicznych, niemożność korzystania z usług świadczonych elektronicznie czy pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, politycznym i kulturalnym. Wraz z rozwojem nowoczesnych systemów informatycznych wspomagających funkcjonowanie osób starszych (w tym telemedycyna, teleopieka) będą rosła potrzeby związane z umiejętnym korzystaniem z tych urządzeń. Brak odpowiedniego ich wykorzystania w wyniku braku kompetencji cyfrowych powodować będzie wykluczenie i brak chęci, możliwości do korzystania z nich. Warto zwrócić uwagę nie tylko na negatywne konsekwencje braku umiejętności cyfrowych, ale również na korzyści z ich nabycia. Użytkownicy Internetu, dzięki dostępowi do szybkiej informacji, są bardziej mobilni i ich szanse życiowe rosną. Już teraz osoby niekorzystające częściej czują się osamotnione. (...) Osoby korzystające z sieci znacznie częściej angażują się na rzecz społeczności lokalnej. (...) Użytkownicy Internetu znacznie aktywniej uczestniczą w kulturze niż osoby niekorzystające. (...) Innym ciekawym efektem jest obserwowany wzrost samooceny i dobrostanu psychicznego osób w wieku 50+, które rozpoczynają korzystanie

z Internetu. Korzystanie z Internetu ma istotny wpływ na wzrost dalszego pragnienia życia, utrzymujący się nawet po wykluczeniu innych różnic społeczno-demograficznych. (Batorski D., Płoszaj A. *Diagnoza i rekomendacje w obszarze kompetencji cyfrowych społeczeństwa i przeciwdziałania wykluczeniu cyfrowemu w kontekście zaprogramowania wsparcia w latach 2014–2020*).

Opanowanie kompetencji cyfrowych przez wszystkich obywateli umożliwiłoby znaczące usprawnienie obsługi oraz gigantyczne oszczędności instytucjom państwowym (ZUS, NFZ, urzędy administracji samorządowej) dzięki elektronicznej obsłudze obywateli. Takie same korzyści odniosłyby wszystkie inne podmioty funkcjonujące na rynku. Utrzymywanie pracowników, którzy muszą obsłużyć klientów niepotrafiących załatwić swej sprawy inaczej niż osobiście, obok stanowisk całkowicie zdigitalizowanych, jest obciążające dla wszystkich instytucji, zarówno państwowych, jak i prywatnych. Edukacja cyfrowa starszego pokolenia Polaków leży w interesie wszystkich.

Mościckie Centrum
Kultury Warsztaty
Mobilni – Aktywni
w sieci

fot. Centrum Sztuki Mościce



W rezultacie opisanych wyżej procesów społecznych i technologicznych w 2014 r. aż 74,1% osób po 65. r.ż. nie korzystało z Internetu w ogóle (raport GUS *Spółeczeństwo informacyjne*, 2014). Z każdym rokiem zmniejsza się procent osób cyfrowo wykluczonych. Wykorzystanie nowych technologii w codziennych czynnościach jest tak ogromne, że także seniorzy podejmują trud opanowania nowej dla siebie wiedzy. Telefony komórkowe i smartfony, cyfrowe aparaty fotograficzne, komputery, laptopy i tablety stają się urządzeniami, bez których nie potrafią się obejść młodzi Polacy, ale zaopatrują się w nie również seniorzy. Komputer jest w trzech czwartych gospodarstw domowych w Polsce, ale tylko w co trzecim gospodarstwie jednoosobowym, posiada go co drugie małżeństwo bez dzieci (*Diagnoza społeczna 2013*). Jak podkreślają autorzy cyklicznego raportu, gospodarstwa bez komputera to zazwyczaj mieszkania osób starszych. Nie zaopatrują się w to urządzenie z powodu braku motywacji: nie potrzebują go, bo nie potrafią obsługiwać.

Diagnoza społeczna 2013 ujawnia, że obecnie 40% Polaków w wieku 65 lat i starszych nie korzysta z komputera i Internetu, w wąskiej grupie 60–64 lat niekorzystających z tych urządzeń jest 14% osób. W całej grupie emerytów do korzystania z Internetu przyznaje się 22,5% osób, a wśród rencistów – 28,2%.

W Polsce osiami podziału między osobami biegle operującymi technologiami cyfrowymi a tymi, które nie posiadły takich umiejętności są: wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania. **Edukacja cyfrowa jest zatem potrzebna najbardziej osobom starszym, słabo wykształconym, zamieszkałym w małych miastach i na wsiach.**

Grupą społeczną, którą należy objąć monitoringiem i edukacją doskonalącą są osoby po 50. r.ż., które bazują na pewnym, niezbyt wysokim poziomie umiejętności (por. *Zalecenia Solidarność Pokoleń 50+*, 2013/2014). Rynek pracy stawia jednak coraz wyższe wymagania, więc utrzymanie się na nim starszych pracowników będzie wymagało uzupełniania wiedzy, także informatycznej.

Niebezpiecznym zjawiskiem może się okazać zaprzestanie korzystania z Internetu, prowadzące, zwłaszcza wśród starszych grup wiekowych, do wtórnego analfabetyzmu cyfrowego. Szczególną uwagę – jeśli chodzi o całościową edukację cyfrową – należy objąć grupę 50+/45+. Jak stwierdzają autorzy raportu *Korzyści ekonomiczne z integracji cyfrowej osób 45+*:

W skali całego kraju nabycie kompetencji cyfrowych wpłynie na istotny, bo wynoszący blisko 18% wzrost stopy zatrudnienia osób powyżej 45. roku ży-

cia. Głównymi beneficjentami podniesienia poziomu wiedzy cyfrowej pokolenia 45+ będą kobiety oraz mieszkańcy wsi jako główni odbiorcy korzyści z niej wynikających: średnia stopa zatrudnienia mieszkańców wsi podniesie się o prawie 22%, z kolei kobiet – o 20%. Korzyści z digitalizacji pokolenia 45+ najbardziej powinny odczuć kobiety między 45. a 59. r.ż., ponieważ w tej grupie powinno się ono przetożyć na największy bezwzględny wzrost zatrudnienia o ponad 191 tys. Jak podają autorzy raportu, dzięki rozwinięciu kompetencji cyfrowych nastąpi wzrost płac, a tym samym zwiększenie dochodów mieszkańców miast powyżej 45. roku życia o średnio 82 zł miesięcznie, przyczyniając się do osiągnięcia przez tę grupę Polaków sumarycznych rocznych korzyści w wysokości 3,7 mld zł. Najwyższy poziom płac, bo przekraczający średnią krajową, zostanie zanotowany wśród mężczyzn między 60. a 64. rokiem życia – ich dochód wzrośnie dzięki umiejętności korzystania z Internetu i powszechności edukacji o 5,5%, czyli o blisko 115 zł, osiągając poziom 2596 zł. (raport został opublikowany w maju 2012 r.).

W tym samym opracowaniu warto zwrócić uwagę na wyliczenia dotyczące oszczędności instytucji dzięki zastąpieniu kontaktu osobistego – wirtualnym (obok oszczędności w czasie załatwienia sprawy). Największe względne oszczędności, przewyższające 30% aktualnego kosztu kontaktu, mogłyby zostać uzyskane przez mieszkańców dzięki ograniczeniu konieczności osobistego stawiennictwa w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Wartość zaoszczędzonych środków finansowych w wyniku integracji cyfrowej pokolenia 45+ wyniesie ponad 175 mln zł. Najwyższa bezwzględna wielkość oszczędności, wynosząca blisko 404 mln zł, zostanie wygenerowana poprzez zredukowanie liczby wizyt w urzędach miasta i urzędach gminy.

Ogólne roczne, sumaryczne oszczędności uzyskane poprzez integrację cyfrową obywateli powyżej 45. roku życia dzięki ograniczeniu bezpośrednich kontaktów z instytucjami publicznymi, wyniosą ponad 800 mln zł rocznie.

Z racji wysokiej, w porównaniu z analizowanymi wcześniej instytucjami publicznymi, częstotliwości kontaktów ze służbą zdrowia ogólne oszczędności pozyskane przez osoby powyżej 45. roku życia dzięki wykorzystywaniu Internetu oraz komunikacji elektronicznej uplasować się mogą nawet na poziomie przekraczającym 715 mln zł.

Ogólna wielkość środków finansowych, które mogą zostać zaoszczędzone przez obywateli powyżej 45. roku życia dzięki przeniesieniu części kontaktów

z instytucjami publicznymi, urzędami oraz służbą zdrowia, wynosi ponad 1,5 mld zł. 800 mln zł z tej kwoty jest pochodną ograniczenia bezpośrednich kontaktów z urzędami i instytucjami publicznymi, a ponad 700 mln zł ma swoje źródło w kontaktach z instytucjami służby zdrowia.

Efektom przeniesienia części bezpośrednich kontaktów z instytucjami bankowymi w wirtualne kanały ich realizacji będą znaczne oszczędności czasowe i finansowe przekraczające 312 mln zł. Sumaryczna wartość dodatkowych przychodów została oszacowana na poziomie 19,8 mld zł, z czego większość, bo aż 12,5 mld zł stanowią korzyści finansowe uzyskane przez obywateli z pokolenia 45+ dzięki zwiększeniu stopy zatrudnienia w tej grupie. Na 7,3 mld zł określono całkowity wzrost płac dojrzałej części społeczeństwa związany z integracją cyfrową i podnoszeniem kwalifikacji poprzez zwiększone korzystanie z internetowej oferty szkoleniowo-edukacyjnej.

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Promowanie i umożliwienie uczenia się i zdobywania kompetencji cyfrowych przez całe życie, w tym dla osób w wieku okołoemerytalnym i na emeryturze

Upowszechnienie umiejętności cyfrowych wymaga podjęcia systemowych działań.

Celem całościowego uczenia się w zakresie kompetencji cyfrowych jest zwiększenie liczby osób (w tym osób starszych), które będą posiadać podstawowe kompetencje cyfrowe. Ideałem jest osiągnięcie stanu, w którym wszyscy obywatele opanują podstawowe umiejętności obsługi komputera i korzystania z sieci, tak jak umiejętność czytania i pisania. Taka sytuacja pozwoli na reorganizację pracy jednostek administracji państwowej, służby zdrowia, usług, ich większą dostępność, lepszą sprawność działania, większe zatrudnienie w grupie osób starszych, ich wyższe dochody, większą aktywność zawodową, społeczną, obywatelską i kulturalną, a także większą samodzielność osób w podeszłym wieku, nawet w sytuacji ich częściowej niepełnosprawności.

Należy odpowiednio przygotować, promować i umożliwić prowadzenie/korzystanie z systemu uczenia się kompetencji cyfrowych, obejmujące następujące obszary oddziaływania:

1. Kursy, szkolenia i warsztaty kształtujące umiejętności cyfrowe w zakresie obsługi specjalistycznych programów dla konkretnych profesji. Zajęcia powinny być dostosowane na różnych poziomach do potrzeb, możliwości osób

uczestniczących w zajęciach, jak i do ich potencjalnych opcji związanych z awansem, zmianą rodzaju i typu pracy. Ten rodzaj edukacji cyfrowej powinien być dedykowany osobom, które chcą zmienić zawód, poprawić swoją sytuację na rynku pracy, utrzymać stanowisko lub powrócić na rynek pracy.

2. Kursy – zajęcia umożliwiające i ułatwiające codzienne funkcjonowanie, ograniczające wykluczenie społeczne, ale też umożliwiające realizację pasji, hobby. Jednak najważniejsze jest to, aby przez edukację cyfrową wskazać korzyści dzięki „wirtualnym” kontaktom z różnymi instytucjami, w tym urzędami, m.in. zajęcia wyjaśniające, jak można wypełnić e-formularze i korzystać z zasobów informacyjnych jednostek administracji państwowej, w tym rejestracji w systemach NFZ (sprawdzanie listy kierującej na leczenie sanatoryjne), ZUS, wypełniania e-PIT-ów, korzystania z cyfrowych katalogów bibliotek, rezerwacji biletów, obrotu bezgotówkowego itd.

Kursy na różnych poziomach dedykowane wszystkim zainteresowanym osobom 50+.

3. Kursy uczące technicznej obsługi komputera i korzystania z Internetu, obsługi komórek, smartfonów, tabletów – od podstaw dedykowane osobom, które nie miały wcześniej kontaktu z takimi urządzeniami. Zmniejszająca się liczba cyfrowych analfabetów oznacza, że instruktorzy będą uczyć coraz starsze osoby (które do tej pory nie zdecydowały się na edukację cyfrową), co wymaga szczególnego przygotowania ich w tym zakresie.

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

Należy zorganizować system powtarzalnych, systematycznych (cyklicznych) szkoleń, kursów oraz warsztatów na różnym poziomie i z zakresu wielu dziedzin edukacji cyfrowej, a także działań ją wspierających:

1. Jako priorytetową należy potraktować edukację cyfrową osób 50+ w celu podniesienia kwalifikacji zawodowych tej grupy wiekowej na rynku pracy. Zapotrzebowanie na szkolenia w regionie powinno być poprzedzone wnikliwą analizą rynku pracy przygotowaną przez odpowiednie instytucje regionalne, niezależne i działające we współpracy różnych instytucji regionalnych (w tym Małopolskie Obserwatoria, instytuty naukowe, instytucje rynku pracy itp.). Na podstawie analiz opracowana będzie mapa zapotrzebowania na konkretne szkolenia, kursy i warsztaty (treści, forma, uczestnicy), aby można

było precyzyjnie określić możliwości ich realizacji w ramach ogłaszanych konkursów na organizację takich przedsięwzięć.

2. Grupa docelowa: w szkoleniach powinny uczestniczyć osoby bezrobotne, pracownicy starający się o zmianę stanowiska, ale również świadczeniobiorcy ZUS, chcący powrócić na rynek pracy. Kursy z zakresu edukacji cyfrowej powinny być organizowane w małych grupach. Pożądana jest więc organizacja szkoleń w porozumieniu z zakładami pracy, które zgłaszają konieczność zwolnień części pracowników w związku z restrukturyzacją lub osób, które przestały spełniać oczekiwania pracodawców (np. nie mogą już pracować fizycznie). Opłacalne jest przeprowadzenie kursu nawet dla 4–5 osób zagrożonych zwolnieniem, jeśli po zakończeniu szkolenia uzyskają nowe kwalifikacje i możliwość zatrudnienia na innych stanowiskach. Dzięki takim zajęciom poszerzane są ich możliwości znalezienia pracy, poruszania się w świecie wirtualnej rzeczywistości, wzmacniane są umiejętności związane z aplikowaniem o pracę za pomocą Internetu, komunikacją, przygotowaniem do rozmów kwalifikacyjnych itp. Doszkalanie w zakresie edukacji cyfrowej powinno być traktowane jako wzmocnienie potencjału osób, w tym osób starszych, aby mogły lepiej i w sposób pełny korzystać z różnych możliwości oferowanych obecnie głównie dzięki Internetowi.

Organizację szkoleń z zakresu edukacji cyfrowej podnoszących kwalifikacje zawodowe osób dojrzałych należy powierzyć szkołom wyższym, certyfikowanym i doświadczonym w edukacji cyfrowej instytucjom edukacyjnym oraz innym podmiotom, w tym UTW, które mogą korzystać ze wsparcia wysoko wykwalifikowanej kadry.

3. Organizacja kursów doskonalących kompetencje cyfrowe. Bazując na podstawowych umiejętnościach obsługi komputera i korzystania z Internetu, należy organizować cykliczne i systematyczne kursy doskonalące, dzięki którym uczestnicy nabędą i rozwiną umiejętności wspierające ich funkcjonowanie w obecnym świecie (np. elektroniczna rejestracja w placówkach służby zdrowia, sprawdzenie skierowań do sanatoriów, załatwianie spraw w urzędach miasta lub gminy, zarezerwowanie biletu w placówkach kultury), nauczą się bezgotówkowego obrotu pieniędzmi i nabędą umiejętności korzystania z e-learningu. W tej grupie powinny znaleźć się również kursy korzystania z programów, dzięki którym osoby dojrzałe będą mogły realizować swoje pasje (cyfrowa obróbka zdjęć, projektowanie wnętrza, ubioru,

wirtualne podróże itd.). Konkursy na organizację i przeprowadzenie kursów powinny ogłaszać jednostki samorządu terytorialnego w porozumieniu z Ministerstwem Administracji i Cyfryzacji. Istotne jest, aby szkolenia odbywały się cyklicznie w tych samych miejscach i prowadzone były przez tych samych instruktorów mających doświadczenie w pracy z osobami dojrzałymi. Cykliczność i stałe miejsce kursów spowoduje, że osoby zainteresowane będą wiedzieć, gdzie mają się zgłosić, aby uzupełnić wiedzę. Uczestnictwo w kursach deklarują często osoby zachęcane przez znajomych, którzy uczestniczyli w nich wcześniej. Na podstawie doświadczeń działania UTW w Małopolsce można wskazać, że dla starszego pokolenia to najlepsza forma promocji tego typu szkoleń i edukacji. **Rekomendowane jest zatem przyznawanie organizatorom szkoleń dodatkowych punktów za ciągłość prowadzenia tej działalności** (organizacje pozarządowe, fundacje, UTW, instytucje publiczne, w tym biblioteki), co może być dodatkowym kryterium w systemie konkursowym. Uczestnicy zaś powinni ponosić symboliczną opłatę za udział w szkoleniu, gdyż to motywuje zarówno do systematycznego udziału w zajęciach, jak i nauki.

4. Organizacja podstawowych kursów obsługi komputera, korzystania z Internetu, obsługi smartfonu i innych urządzeń cyfrowych (także tych wchodzących w system telemedycyny i teleopieki). Kursy powinny być dedykowane osobom o zerowych kompetencjach informatycznych. Należy wziąć pod uwagę, że w tych szkoleniach będą uczestniczyć coraz starsze osoby (młodzi seniorzy już nauczyli się podstaw, do przeszkolenia zostaną ci, którzy przez lata opierali się nowym technologiom). Instruktorzy muszą brać pod uwagę ograniczenia pamięci, sprawności, refleksu, jak i wynikające z wieku problemy ze wzrokiem i słuchem. Podobnie jak w poprzednim przypadku i z tych samych przyczyn istotne jest, aby szkolenia odbywały się cyklicznie w tych samych miejscach i prowadzone były przez tych samych instruktorów mających doświadczenie w pracy z osobami starszymi. Rekomendowane jest przyznawanie dodatkowych punktów za ciągłość prowadzenia kursów oraz pełne ich finansowanie ze środków publicznych.
5. Upowszechnienie korzyści z posiadania kompetencji cyfrowych poprzez demonstrację urządzeń zdalnie monitorujących zdrowie, pokazy urządzeń z zakresu telemedycyny, a także ułatwienia w życiu codziennym dzięki obrotowi bezgotówkowemu, e-zakupom, załatwiania spraw w instytucjach

publicznych za pośrednictwem Internetu. Wsparcie punktów służących pomocą informatyczną seniorom na co dzień, np. w UTW, klubach seniora, w urzędach. Organizacja prelekcji i wykładów promujących dobrodziejstwa, jakie przynoszą seniorom nowe technologie na uniwersytetach trzeciego wieku, w bibliotekach, domach kultury itd.

WSKAŹNIK

SYTUACJA WYJŚCIOWA

- ▶ 40% osób w wieku 65+ nie korzysta z komputera i Internetu (2013) w Polsce;
- ▶ 30% osób w Małopolsce nie korzysta z Internetu w 2013 r.

Dane dla Małopolski (por. wartości regionalnego wskaźnika aktywnego starzenia się, 2013)

WSKAŹNIK DOCELOWY

- ▶ nie więcej niż 5% osób 65+ w Małopolsce nie będzie korzystało z mediów cyfrowych (komputer i Internet) w roku 2020.

SYTUACJA WYJŚCIOWA

- ▶ 32% Polaków korzystało z e-administracji w 2012 r.

WSKAŹNIK DOCELOWY

- ▶ osiągnięcie obecnego wskaźnika dla UE – 44% społeczeństwa korzysta z e-administracji.

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA

- ▶ badania sondażowe;
- ▶ cykliczny raport *Diagnoza społeczna*;
- ▶ badania GUS, Narodowy Spis Powszechny;
- ▶ *Spółeczeństwo informacyjne w liczbach 2013 r.*, str. 202;
- ▶ dane instytucji regionalnych;
- ▶ *Spółeczeństwo informacyjne w liczbach 2013 r.*

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

Program przeciwdziałania wykluczeniu cyfrowemu osób starszych w Małopolsce realizowany poprzez stabilne i stałe jednostki edukacji cyfrowej (biblioteki, UTW, urzędy gmin, domy kultury, organizacje pozarządowe).

Postulowane stworzenie Centrów Edukacji Cyfrowej działających w wyżej wymienionych miejscach.

Jako przykłady produktów można podać wypracowane koncepcje, jak i zasady realizacji następujących kursów i szkoleń:

1. Kursy, szkolenia i warsztaty kształcące umiejętności cyfrowe w zakresie obsługi specjalistycznych programów dla konkretnych profesji.
2. Kursy – zajęcia umożliwiające i ułatwiające codzienne funkcjonowanie, ograniczające wykluczenie społeczne, ale też umożliwiające realizację pasji, hobby, pomagające w codziennym funkcjonowaniu. Przykład: Kursy fotografii cyfrowej i cyfrowej obróbki zdjęć, projektowania ubrań, aranżacji wnętrz itp.
3. Kursy uczące technicznej obsługi komputera i korzystania z Internetu, obsługi komórek, smartfonów, tabletów – od podstaw dedykowane osobom, które nie miały wcześniej kontaktu z takimi urządzeniami.

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

ZMIANA ILOŚCIOWA

- ▶ zwiększenie liczby osób (w tym osób w wieku 60+) posiadających podstawowe umiejętności obsługi komputera i korzystania z Internetu;
- ▶ zwiększenie liczby osób 50+ podnoszących stale i cyklicznie swoje kompetencje cyfrowe;
- ▶ zwiększenie zatrudnienia w grupie osób (instruktorów) kształcących cyfrowo osoby 50+;
- ▶ zwiększenie liczby osób 50+ korzystających z e-learningu;
- ▶ zwiększenie liczby wirtualnych klientów w wieku 50+ w instytucjach publicznych (w tym służby zdrowia, przychodnie, NFZ, ZUS, US i inne);
- ▶ zwiększenie liczby wirtualnych klientów 50+ (usług, nabywców produktów, biletów na imprezy edukacyjne, kulturalne);
- ▶ zwiększenie liczby osób starszych angażujących się w aktywność społeczną, obywatelską, kulturalną;
- ▶ wzrost sprzedaży urządzeń cyfrowych (laptopów, smartfonów, tabletów) i tym samym rozwój rynku, z którego korzystać będą osoby starsze – bezpośredni rozwój sektora srebrnej gospodarki;
- ▶ wzrost zainteresowania i korzystania z elektronicznych usług bankowych (w tym kont bankowych).

ZMIANA JAKOŚCIOWA

- ▶ nabycie podstawowych umiejętności w zakresie obsługi komputera i korzystania z Internetu przez osoby, które były cyfrowymi analfabetami;

- ▶ polepszenie kontaktu międzygeneracyjnego (dziadkowie – wnuki) dzięki korzystaniu z tych samych środków komunikacji;
- ▶ utrwalenie umiejętności cyfrowych przez dzisiejszych analfabetów w tym zakresie, dzięki czemu możliwa będzie obsługa opartych na podobnych zasadach urządzeń zdalnie monitorujących zdrowie, a także urządzeń z zakresu teleopieki pozwalających zachować niezależność, mimo ograniczeń wynikających z wieku;
- ▶ wykorzystanie nabytych umiejętności cyfrowych do obsługi urządzeń z zakresu teleopieki i telemedycyny, umożliwiających zachowanie niezależności oraz kontrolę stanu zdrowia;
- ▶ oszczędności państwa z tytułu samodzielnej egzystencji seniorów wspomaganym telemedycyną, teleopieką i usługami świadczonymi przez instytucje pomocy społecznej;
- ▶ utrwalenie umiejętności cyfrowych przez dzisiejszych cyfrowych analfabetów, dzięki czemu możliwe będzie korzystanie z elektronicznych systemów rejestracji w służbie zdrowia;
- ▶ podniesienie kwalifikacji osób 50+ i tym samym zwiększenie ich możliwości na rynku pracy nie tylko gdy są nieaktywni, ale także gdy są jeszcze aktywni, a mogą chcieć/musieć zmienić pracę;
- ▶ możliwość przekwalifikowania osób 50+ ważna zwłaszcza dla osób pracujących fizycznie, które z wiekiem tracą siły i aby pozostać na rynku pracy, muszą zmienić stanowisko;
- ▶ zwiększone możliwości czerpania wiedzy dzięki nabyciu umiejętności korzystania z kanałów informacyjnych;
- ▶ zwiększony dostęp do tradycyjnych form edukacji, ale także z internetowej oferty edukacyjno-szkoleniowej;
- ▶ podwyższenie dochodów netto zintegrowanej cyfrowo grupy Polaków;
- ▶ poprawa jakości życia starszej generacji dzięki aktywniejszemu zaangażowaniu w życie społeczne – uczestnictwu w imprezach publicznych, pracy na rzecz organizacji pozarządowych;
- ▶ oszczędności dzięki przeniesieniu do sieci kontaktów z instytucjami publicznymi i służbą zdrowia, zakupom w Internecie oraz internetowej obsłudze kont bankowych;
- ▶ wzrost przychodów państwa z tytułu większego zatrudnienia i wzrostu dochodów będącego efektem podniesionych kwalifikacji;

- ▶ sprawniejsza obsługa patentów przez instytucje państwowe dzięki informatyzacji usług;
- ▶ oszczędności instytucji państwowych dzięki przeniesieniu części obsługi do Internetu;
- ▶ wzrost dochodów państwa dzięki oszczędnościom instytucji publicznych.

RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

- ▶ brak zaangażowania i zainteresowania podniesieniem kwalifikacji i uczestnictwem w szkoleniach osób zarówno bez, jak i o niewielkich kompetencjach informatycznych;
- ▶ niechęć, zwłaszcza najstarszych osób, do uczenia się nowych technologii;
- ▶ brak wiedzy potencjalnych zainteresowanych nt. korzyści z podniesienia wiedzy informatycznej dla całego społeczeństwa i brak motywacji do zrozumienia korzyści z inwestowania w edukację także dla tych osób, które obecnie są poza rynkiem pracy;
- ▶ brak środków finansowych, które mogą być przeznaczone na symboliczne opłacenie kształcenia cyfrowego.

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE)

- ▶ brak wsparcia ze strony władz lokalnych;
- ▶ brak odpowiednich środków przeznaczonych na finansowanie edukacji;
- ▶ słaba promocja szkoleń skutkująca niewielkim zainteresowaniem potencjalnych interesariuszy;
- ▶ zła organizacja szkoleń i edukacji, w tym powierzenie prowadzenia kursów nieznanym organizatorom dopiero uczącym się pracy z osobami dojrzałymi, w lokalizacjach niedogodnych dla uczestników;
- ▶ powierzanie organizacji kursów różnym podmiotom spowoduje dezorientację potencjalnych kursantów, rozproszenie zainteresowania, ale również marnotrawstwo doświadczenia instruktorów i wyposażenia technicznego sprawdzonych placówek.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ środki pochodzące z różnych źródeł, np. środki jednostek samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowych, instytucji publicznych/prywatnych, środki własne uczestników.

Koszty przykładowego kursu obsługi podstawowej organizowanego przez wybraną organizację w Małopolsce:

- ▶ liczba godzin – 20, spotkania 2x w tygodniu;
- ▶ grupa – 10 osób;
- ▶ stawka instruktora – 80 zł/godz.;
- ▶ inne koszty: rekrutacja – 400 zł;
- ▶ organizacja i koordynacja 650 zł/miesiąc lub 2000 zł za edycję;
- ▶ rozliczenia księgowe i sprawozdanie – 300 zł za edycję;
- ▶ koszty administracyjne – amortyzacja sprzętu, media, np. sala – 600 zł/miesiąc.

(Przykładowe koszty organizacji dla 6 grup/60 osób).

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- ▶ inicjowanie działań: UMWM przy wsparciu i patronacie MAiC jak i MPiPS;
- ▶ realizacja działań: Wojewódzki Urząd Pracy (Małopolskie Partnerstwo na rzecz Kształcenia), jednostki administracji państwowej i samorządowej;
- ▶ współpraca (partnerzy): szkoły wyższe, placówki edukacyjne różnych typów, UTW, organizacje pozarządowe, biblioteki.

DOBRE PRAKTYKI

REGIONALNE

1. SZKOŁA AKTYWNEGO SENIORA

S@S to kompleksowy program realizowany od 2007 roku przez Towarzystwo Polsko-Niemieckie w Krakowie i Wojewódzką Bibliotekę Publiczną (WBP) w Krakowie, skierowany do środowiska seniorów. Założeniem S@S jest wyzwolenie aktywności osób w średnim i starszym wieku, stworzenie im warunków do integracji i samorealizacji poprzez nabywanie nowych umiejętności, rozwój zainteresowań, wymianę wiedzy i doświadczenia, realizację zamierzeń i pomysłów. Jednym z modułów jest kształcenie w zakresie nowych technologii. S@S prowadzi bezpłatne kursy komputerowe, organizuje międzynarodową olimpiadę komputerową seniorów. S@S wyedukowała cyfrowo setki krakowian, stała się rozpoznawalnym miejscem skutecznej edukacji cyfrowej.

LINK

<http://www.sas.tpnk.org.pl/>

KRAJOWE

1. POLSKA CYFROWA RÓWNYCH SZANS

Projekt na rzecz cyfrowej edukacji Polaków polegający na zaproszeniu do współpracy 2600 lokalnych animatorów działań wprowadzających w świat Internetu – nazwanych Latarnikami Polski Cyfrowej. Po przeszkoleniu Latarnicy prowadzą atrakcyjne działania uświadamiające i edukacyjne w swoich lokalnych środowiskach. Dwustu najlepszych Latarników, którzy opracują *Lokalne Plany Edukacji Cyfrowej*, otrzyma dofinansowanie swoich działań edukacyjnych – oczekuje się, że każdy z 200 lokalnych liderów realizujących ogólnopolski program edukacji cyfrowej przeszkoli w ciągu 18 miesięcy realizacji projektu 270 osób wykluczonych cyfrowo, zamieszkałych na terenie działań lidera (łącznie 54 000 osób w skali kraju). W ramach realizacji projektu powstanie ogólnopolskie centrum kompetencji cyfrowych, które zapewnić będzie stały dostęp do wiedzy na temat zwalczania wykluczenia cyfrowego oraz szkoleń, a także prowadzić będzie badania na temat uwarunkowań edukacji w zakresie korzystania z Internetu oraz innych rozwiązań technologii teleinformatycznych w życiu codziennym i pracy.

Projekt zakłada również stworzenie krajowej sieci organizacji i instytucji działających na rzecz podnoszenia kompetencji cyfrowych dorosłych pod marką POLSKA CYFROWEJ RÓWNYCH SZANS, stanowiących nową siecią infrastruktury modernizacyjną kraju.

14 maja 2012 r. podczas corocznego Szczytu Społeczeństwa Informacyjnego w Genewie projekt POLSKA CYFROWA RÓWNYCH SZANS został uhonorowany prestiżową nagrodą WSIS Project Prize 2012.

Program POLSKA CYFROWA RÓWNYCH SZANS jest finansowany w ramach *Projektu systemowego – działania na rzecz rozwoju szerokopasmowego dostępu do Internetu*, Działanie 8.3 Programu Innowacyjna Gospodarka.

LINK

<http://www.latarnicy.pl>

2. AKADEMIA E-SENIORA

Akademia e-Seniora to autorski projekt UPC Polska w zakresie edukacji cyfrowej osób po 50. roku życia. Akademia rozpoczęła działalność w 2006 roku. Celem programu Akademia e-Seniora UPC jest poprawa jakości życia osób 50+ poprzez rozwój umiejętności cyfrowych. Wieloletnia realizacja Akademii e-Seniora umożliwiła stworzenie efektywnej metody nauczania oraz pozyskanie partnerów lokalnych realizujących kursy. Do współpracy przy realizacji programu

zaproszono biblioteki oraz Uniwersytety Trzeciego Wieku, które od 2011 roku organizują kursy na bazie metody nauczania Akademii e-Seniora. Celem UPC i Akademii Rozwoju Filantropii jest systematyczne rozszerzanie dostępności kursów poprzez otwieranie się na nowych partnerów, którzy dysponują odpowiednim wyposażeniem komputerowym z dostępem do Internetu oraz poszukują sprawdzonych i efektywnych metod nauki Internetu i obsługi komputerów przez osoby starsze. Obecnie kursy Akademii e-Seniora prowadzone są przez 120 trenerów w niemal 100 instytucjach w 65 miastach w Polsce.

Dotychczasowy bilans z realizacji programu Akademii e-Seniora UPC to kilka tysięcy osób w wieku 50+ przeszkolonych z zakresu obsługi komputera i Internetu. Z badań przeprowadzanych wśród absolwentów Akademii e-Seniora wynika, że 74% ankietowanych nigdy wcześniej nie miało kontaktu z Internetem. Aż 81% absolwentów Akademii e-Seniora po zakończonym kursie ma możliwość korzystania z komputera z dostępem do Internetu, 41% komunikuje się z bliskimi za pośrednictwem sieci, a 54% szuka w Internecie informacji dotyczących zakupów, podróży i spędzania wolnego czasu. Na zajęcia uczęszczają najczęściej kobiety – to aż 74% absolwentów Akademii. Niemał wszyscy absolwenci Akademii e-Seniora (98%) chcą kontynuować przygodę z Internetem. 100% osób, które rozpoczęły naukę obsługi komputera i Internetu po 50. roku życia, jest zdania, że jakość ich życia znacznie się poprawiła.

LINK

<http://dojrzaloscwsieci.pl/akademia-e-seniora.html>

BIBLIOGRAFIA

- AKADEMIA E-SENIORA, strona internetowa: <http://dojrzaloscwsieci.pl/akademia-e-seniora.html>
- BADANIA E-ADMINISTRACJA W OCZACH INTERNAUTÓW 2012, PBI Sp. z o.o. na zlecenie Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji <https://mac.gov.pl/wp-content/uploads/2011/12/e-administracja-w-oczach-interneut%c3%b3w-2012.pdf>.
- BATORSKI D. *Polacy wobec technologii cyfrowych – uwarunkowania korzystania i dostępności*, [w:] *Diagnoza społeczna 2013*, str. 316–341.
- BATORSKI D., PŁOSZAJ A. *Diagnoza i rekomendacje w obszarze kompetencji cyfrowych społeczeństwa i przeciwdziałania wykluczeniu cyfrowemu w kontekście zaprogramowania wsparcia w latach 2014–2020*, Warszawa, listopad 2012 r.
- BATORSKI D., ZAJĄC J. (red.). *Między alienacją a adaptacją. Polacy w wieku 50+ wobec Internetu*. Raport Otwarcia Koalicji *Dojrzałość w sieci*.
- KORZYŚCI EKONOMICZNE Z INTEGRACJI CYFROWEJ OSÓB 45+. Wyniki badań projektu: *Polska Cyfrowa Równych Szans*, https://latarnicy.pl/media/filer_public/Baza%20wiedzy/Wykluczenie%20cyfrowe/raport_pwc_ost2.pdf.
- PROJEKT POLSKA CYFROWA RÓWNYCH SZANS, <http://www.latarnicy.pl>.
- SPOŁECZEŃSTWO INFORMACYJNE W POLSCE. Wyniki badań statystycznych z lat 2009–2013, GUS, Warszawa 2013, Wykorzystanie technologii informacyjno-telekomunikacyjnych (głównie komputerów, Internetu, różnorodnych usług internetowych) w przedsiębiorstwach, gospodarstwach domowych oraz przez członków tych gospodarstw w wieku od 16 do 74 lat. Porównanie wyników badania na tle krajów UE.
- SPOŁECZEŃSTWO INFORMACYJNE W LICZBACH 2013, Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji 2014, <https://mac.gov.pl/files/wp-content/uploads/2013/09/Spoleczenstwo-informacyjne-w-liczbach-2013.pdf>.

OBSZAR **KULTURA**

rozwój sieci bibliotek
i instytucji kultury



wspólna platforma
informacyjna dla
instytucji kultury

REKOMENDACJA 1

Rozwój sieci bibliotek i innych instytucji kultury według koncepcji *biblioteka+*

JAK JEST?

Brak wystarczającej sieci bibliotek w ramach koncepcji *biblioteka+* działających na rzecz mieszkańców w różnym wieku

Według danych z Urzędu Statystycznego w Krakowie zawartych w informacji sygnałnej *Kultura w województwie małopolskim w 2012 r.* zmniejszyła się liczba muzeów i oddziałów muzealnych, bibliotek oraz placówek informacyjno-bibliotecznych w roku 2012 r., w porównaniu z rokiem 2011, dlatego potrzebne jest inwestowanie w ten sektor kultury.

Na koniec 2012 r. w ogólnej liczbie 1638 podmiotów prowadzących działalność kulturalną w Małopolsce biblioteki (974) stanowiły prawie 60%, domy i ośrodki kultury (252) ponad 15%, kluby i świetlice (178) prawie 11%, muzea (108) ponad 6%.

Małopolskie biblioteki publiczne od 2011 r. aktywnie uczestniczą w rządowym Programie Wieloletnim KULTURA+ Priorytetu *Biblioteka+*. *Infrastruktura bibliotek*, który służy przekształcaniu bibliotek gminnych w nowoczesne ośrodki życia społecznego, poprzez poprawę stanu infrastruktury i dzięki wprowadzeniu bogatszej oferty, skierowanej do różnych grup odbiorców, w tym osób starszych.

Województwo Małopolskie pomogło 14 gminom w uzupełnieniu wkładu własnego w finansowanie projektów inwestycyjnych, przekazując w latach 2011–2013 środki w łącznej wysokości 1 390 000 zł.

Powodzenie programu Biblioteka Plus dało podstawę ideową i organizacyjną do przygotowania przedsięwzięć strategicznych: Małopolskiej Biblioteki Plus, Muzeum Plus, Dom Kultury Plus i kontynuacji w ramach *Programu Strategicznego Dziedzictwo i Przemysły Czasu Wolnego*.

Według danych umieszczonych w *Programie Strategicznym Dziedzictwo i Przemysły Czasu Wolnego* 100 tysięcy mieszkańców małych miejscowości wykorzystuje komputery w bibliotekach do pisania dokumentów aplikacyjnych i poszukiwania pracy przez Internet. Biblioteki odgrywają znaczącą rolę w redukowaniu wykluczenia cyfrowego, szczególnie w małych miejscowościach, w których z bibliotek publicznych korzysta prawie 30% mieszkańców. Niemal 250 tysięcy mieszkańców małych miejscowości w bibliotece po raz pierwszy zetknęło się z komputerem, dla bez mała 200 tysięcy osób to jedyne miejsce,

gdzie mogą skorzystać z Internetu. Mieszkańcy Małopolski w większości rankingów związanych z praktykami kulturalnymi sytuują się na trzecim miejscu w kraju. Modernizacja i nowe technologie dają szansę zrewolucjonizowania dostępu do wiedzy i dziedzictwa kulturowego, zmieniają kanały dotarcia do kultury i uczestnictwa w niej m.in. osób starszych – z pasywnego odbioru na świadomą selekcję i wybór. Wg analiz istotna część instytucji kultury nie nadąża za procesem społecznej transformacji, co skutkuje rozbieżnością w relacjach z odbiorcami ich działalności. Z powodów finansowych i lęku przed zmianą wiele instytucji kultury nie korzysta z powszechnego dostępu do nowych technologii.

Problematyka ta została uwzględniona w *Programie Strategicznym Dziedzictwo i Przemysły Czasu Wolnego* wraz ze szczegółową analizą tematu znajdującą się we wprowadzeniu do tego programu. Mieszkańcy Małopolski w większości rankingów związanych z praktykami kulturalnymi sytuują się na trzecim miejscu w kraju – tak jest m.in. z czytelnictwem. Na koniec 2013 roku biblioteki oraz placówki informacyjno-biblioteczne odnotowały ponad 196 tys. czytelników, w tym 11 144 to osoby powyżej 60. roku życia. Według diagnozy sytuacji i analizy strategicznej zawartej w *Programie Strategicznym Dziedzictwo i Przemysły Czasu Wolnego* obserwuje się rosnące zainteresowanie ofertą bibliotek wśród seniorów.

Pod względem liczby instytucji kultury Małopolska znajduje się w ścisłej krajowej czołówce. W ciągu ostatnich lat (między innymi w wyniku realizacji *Programu Rozwoju Bibliotek* oraz *Programu Wieloletniego KULTURA+, Priorytet Biblioteka+*) biblioteki w istotny sposób zmieniły swoją ofertę i sposób działania. Stają się naturalnymi centrami społecznymi, pełniąc w coraz większym stopniu funkcję miejsca spotkań – przyjaznego, otwartego i wspierającego, łączącego zalety przestrzeni prywatnej i publicznej.

Wg raportu podsumowującego efekty trzech lat funkcjonowania Programu Rozwoju Bibliotek, biblioteka publiczna pełni funkcję „trzeciego miejsca” – jest przestrzenią, która łączy w sobie to, co najlepsze w domu – rodzinną atmosferę, poczucie bycia u siebie, z tym, co najciekawsze w miejscach publicznych – możliwością poznawania nowych osób, bycia razem z innymi ludźmi. Biblioteka jest otwarta dla każdego, niezależnie od wieku, wykształcenia czy dochodów. Jest idealnym miejscem spotkań, tak potrzebnym zwłaszcza w małych miejscowościach. Jest przestrzenią, która sprzyja edukacji i integracji społecznej. Jest instytucją budzącą zaufanie i pozytywne skojarzenia, potrafiącą przyciągnąć

partnerów do swoich przedsięwzięć, realizującą wiele różnorodnych funkcji w odpowiedzi na potrzeby mieszkańców.

Każda inwestycja w bibliotekę to inwestycja w rozwój mieszkańców i lokalnej społeczności. W latach 2009–2013 w Małopolsce **41 na 188 bibliotek** (21,80%) z terenu województwa małopolskiego uzyskało wsparcie finansowe z rządowego programu *KULTURA+ Priorytet Biblioteka+ Infrastruktura bibliotek* (na kwotę 13 744 596 zł). Ok. 22% tego typu instytucji uzyskało nową lub zmodernizowaną infrastrukturę.

Według raportu *Po co seniorom kultura?* (2012) sytuacja osób starszych w Polsce uległa w ostatnich latach dość dużym przemianom. Świadczy o tym chociażby rozwój instytucji wyspecjalizowanych w świadczeniu rozmaitych usług w tej właśnie grupie. Pierwszy uniwersytet III wieku powstał w Polsce w roku 1975. Dziś w całym kraju jest ich ponad dwieście (Steuden, 2011). Podobne zjawisko zaobserwować można w przypadku ośrodków pomocy społecznej skupiających osoby starsze czy funkcjonujących przy instytucjach kultury i klubach seniora. W myśl koncepcji pomyślnego starzenia się (successful ageing), która odwołuje się do konieczności zapewnienia seniorom na starość dostępu do trzech kluczowych sfer wpływających na ich jakość życia – a więc zdrowia, samodzielności i produktywności, dostrzec możemy istotną rolę kultury. Główne założenia tej idei opierają się na powiązaniu pomyślnego starzenia się z aktywnością zarówno zawodową, jak i społeczną przez takie działania, jak zagospodarowanie przez seniorów ich czasu i doświadczenia, poczucia bycia użytecznym. W bibliotekach powinny działać tzw. szkoły aktywnego seniora. Jednym z zadań biblioteki będzie organizacja zajęć edukacyjnych związanych z zaspokajaniem potrzeb informacyjnych grup zagrożonych wykluczeniem społecznym lub informacyjnym (w tym osób starszych), ponadto wspieranie inicjatyw kształtujących postawy tolerancji i otwarcia na innych oraz stymulowanie procesów włączenia społecznego oraz upowszechnianie edukacji i informacji o integracji społecznej, a także wyzwolenie aktywności osób w średnim i starszym wieku. Nie można także pominąć roli biblioteki w tworzeniu osobom starszym warunków do integrowania się i samorealizacji przez nabywanie nowych umiejętności, rozwój zainteresowań, wymianę wiedzy i doświadczenia, realizację zamierzeń i pomysłów.

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Rozwój sieci bibliotek i innych instytucji kultury wg koncepcji *biblioteka +*

Rozwój sieci bibliotek w regionie wg koncepcji *biblioteka plus* oraz innych instytucji kultury (gminnych, powiatowych i wojewódzkich) wg koncepcji *dom kultury plus* i *muzeum plus* działających na rzecz mieszkańców w różnym wieku, włączających osoby starsze w te działania.

Biblioteki często skupiają się na obszarach kultury związanych z ochroną dziedzictwa kultury, pielęgnowaniem lokalnych tradycji, wspieraniem lokalnych twórców kultury. Należy przekształcić biblioteki gminne w nowoczesne centra dostępu do wiedzy, edukacji i możliwości korzystania z różnych form uczenia się, kultury oraz ośrodki życia społecznego przez poprawę stanu infrastruktury i wprowadzenie bogatszej, rozszerzonej oferty. Przyjęte dla bibliotek rozwiązania ideowe i rozwojowe mogą być odpowiednio zastosowane dla innych instytucji kultury, szczególnie dla muzeów i domów kultury w formule *plus*. Aspekt integracji przez kulturę jest niezwykle ważny. Oznacza to konieczność tworzenia oferty uniwersalnej dostępnej dla wszystkich bez względu na wiek i stopień sprawności.

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

Znaczna część osób starszych chętnie uczy się i aktywnie uczestniczy w życiu kulturalnym w roli twórców i odbiorców. Osiągnięcia techniki, dostosowanie obiektów do potrzeb osób starszych może zlikwidować bariery uczestnictwa w kulturze spowodowane aspektami fizycznymi i zdrowotnymi seniorów. Dlatego uzasadnione i możliwe jest zrealizowanie zadań inwestycyjnych mających na celu rozwój infrastruktury bibliotek, muzeów i domów kultury oraz dostosowanie standardów pracy i korzystania z tych obiektów w formule *plus*.

Zakres i skala inwestycji budowlanych w bibliotekach nie powinny odbiegać od standardu wypracowanego dla inwestycji wykonanych lub wykonywanych w ramach *Programu Wieloletniego Kultura+*, którego jednym z priorytetów jest *Biblioteka+*. Inwestorzy i wykonawcy mogą ten standard podnosić.

Aby przekształcić biblioteki w nowoczesne centra dostępu do wiedzy, kultury oraz ośrodki życia społecznego spełniające standardy Certyfikatu *Biblioteka+*, należy poprawić infrastrukturę poprzez budowę nowych obiektów lub modernizację istniejących bibliotek i ich filii.

Przykładowo, roboty budowlane mogą polegać nie tylko na budowie, ale i na przebudowie i nadbudowie budynków, na adaptacji poddaszy, wykonaniu wind, dostosowaniu komunikacji wewnętrznej oraz sanitariatów do potrzeb osób niepełnosprawnych i starszych, modernizacji wewnętrznych instalacji wod.-kan.; gazowych, c.o., elektrycznych i wentylacyjnych, mechanicznych; a także na wyposażeniu bibliotek w niezbędny sprzęt (np. w meble, urządzenia, sprzęt komputerowy i multimedialny, oprogramowanie) i bezpłatny dostęp do Internetu.

Pozyskanie dodatkowych powierzchni użytkowych pozwoli na utworzenie przy bibliotekach izb regionalnych (miejsca do eksponowania zbiorów historycznych, etnograficznych, regionalnych związanych z małą ojczyzną), sal spotkań lokalnych organizacji skupionych przy bibliotece (klubu seniora, klubów literackich, kół gospodyń, stowarzyszeń lokalnych) oraz zapleczy socjalnych przy prowadzeniu różnorodnych zajęć.

Powstaną nowe pracownie komputerowe, strefy gier komputerowych i wideo, czytelnie prasy, miejsca do pracy indywidualnej (komputerowa strefa ciszy), kąciaki dla najmłodszych, mediateki, sale wielofunkcyjne (jako miejsca spektakli teatralnych, wystaw i koncertów, kiermaszy, szkoleń i wykładów, spotkań integracyjnych, lekcji bibliotecznych), pracownie do zajęć warsztatowych (np. dla dzieci: gimnastyka, taniec, ceramika, muzyka, sztuki walki, teatr, plastyka, literatura), miejsce działalności zespołów muzycznych i grup teatralnych działających na terenie gminy.

Inwestycje w bibliotekach są szansą na nowe zagospodarowanie terenu wokół obiektów, rozumiane jako wykonanie małej architektury (w tym rzeźb

Kącik prasowy
w Michałowicach ↘

Nowa biblioteka
w Szywnatdziej ↓



fol. Biblioteka Publiczna Gminy Michałowice

i instalacji przestrzennych), placów zabaw i rekreacji, urządzenie zieleni niskiej i wysokiej, ogrodzenie terenu, zaprojektowanie i budowę miejsc parkingowych oraz ciągów komunikacji kołowej i pieszej.

W rezultacie inwestycji w bibliotekach publicznych (przekształconych w nowoczesne centra kultury) w małych miejscowościach można będzie nie tylko wypożyczyć książkę i przeczytać prasę, ale też skorzystać z Internetu i baz danych, zorganizować zebranie organizacji pozarządowej czy warsztaty filmowe lub kurs języka obcego. Wraz z postępem i rozwojem nowoczesnych technologii informacyjnych, technika będzie obecna w bibliotekach. Książki nadal stanowiąc będą zasadniczy trzon jej działań, ale komputer, audiobooki czy prezentacje multimedialne będą nieodzownym elementem. Biblioteki zapewnią swoim czytelnikom dostęp do szerokiej oferty informacyjnej i kulturalnej, podążając za nowoczesnością. Organizowane prelekcje, spotkania, wykłady, konkursy oraz warsztaty artystyczne i rzemieślnicze – dzięki szerokiemu wachlarzowi aktywności kulturalnej przyciągną wiele osób w każdym wieku zainteresowanych kulturą.

Dodatkowo w bibliotekach mogą być realizowane projekty kulturalne (tzw. miękkie), które przyczynią się do efektywnego wykorzystania nowej infrastruktury do działalności na rzecz kultury, w tym z udziałem osób starszych oraz osób niepełnosprawnych: spektakle, koncerty, wystawy, warsztaty, formy edukacji kulturalnej i medialnej, inne imprezy i spotkania.

Z myślą o podnoszeniu kompetencji pracowników bibliotek uzasadnione są systemowe szkolenia i warsztaty w zakresie umiejętności menedżerskich, informatycznych i komunikacyjnych (np. dotyczące budowy strategii rozwoju instytucji, przygotowania projektów realizowanych na zasadach partnerstwa, w tym w formule współpracy międzysektorowej i ponadnarodowej, prowadzenia animacji i promocji kultury w środowisku lokalnym itp.).

Lepsza infrastruktura w połączeniu z nową ofertą i atrakcyjnymi formami dotarcia do odbiorców powinna przyczynić się do wzrostu liczby osób korzystających z bibliotek. Posiłkując się wiedzą o frekwencji w małopolskich bibliotekach objętych projektem *Małopolska Biblioteka+* w latach 2012–2014, można przyjąć założenie, iż liczba osób w nowych, kolejnych bibliotekach wzrośnie o ok. 3–5% w każdym roku w okresie 5 lat, licząc od zakończenia inwestycji.

Coraz liczniejsza grupa odbiorców i rosnący poziom zadowolenia z nowych lub zmodernizowanych bibliotek dobrze świadczy o zainwestowanych środkach

publicznych na ten cel oraz motywuje do kontynuowania działań na rzecz rozwoju polskich bibliotek.

WSKAŹNIK

SYTUACJA WYJŚCIOWA

- ▶ na koniec 2013 r. liczba czytelników wyniosła 196 395, w tym 11 144 stanowiły osoby w wieku 60+.

WSKAŹNIK DOCELOWY

- ▶ propozycja wskaźnika: Wzrost do 2020 o 10% liczby bibliotek z nowo wybudowaną lub zmodernizowaną infrastrukturą dostosowaną do potrzeb osób starszych w formule „plus” w stosunku do okresu 2009–2013.

PROPOZYCJA WSKAŹNIKA

- ▶ wzrost liczby seniorów-czytelników docelowo w 2020 r. wśród czytelników w stosunku do okresu 2011–2013;
- ▶ określenie wartości procentowej będzie możliwe po uzyskaniu danych z WBP dotyczących czytelników w Małopolsce w wieku 65+ na koniec 2013 r.

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA

- ▶ raport *Województwo Małopolskie 2013* na podstawie Głównego Urzędu Statystycznego;
- ▶ dane operacyjne będące w dyspozycji WBP w Krakowie monitorującej działalność bibliotek w Małopolsce;
- ▶ wskaźniki mogą być opracowane na danych dotyczących bibliotek ze względu na uzyskane efekty i skalę oddziaływania wieloletniego programu *Kultura+ Priorytet Biblioteka+ Infrastruktura bibliotek* oraz projektu regionalnego *Małopolska Biblioteka+*.

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

Nowe lub zmodernizowane i dostosowane do potrzeb odbiorców w każdym wieku i o każdym stopniu sprawności biblioteki oraz instytucje kultury w formule instytucji „plus”.

Program *Kultura+ Priorytet Biblioteka+ Infrastruktura bibliotek* oraz projekt regionalny *Małopolska Biblioteka+* wskazują na to, iż uzyskiwanie produktu, tj. przekształcanie instytucji kultury w nowoczesne ośrodki życia społecznego, jest szczególnie uzasadnione w gminach wiejskich, gminach miejsko-wiejskich i gminach miejskich (do 50 tys. mieszkańców).

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

- ▶ nowa lub zmodernizowana infrastruktura dostosowana do potrzeb osób starszych w instytucjach kultury;
- ▶ wzrost liczby projektów kulturalnych (tzw. miękkich), które przyczynią się do efektywnego wykorzystania nowej infrastruktury do działalności kulturalnej (spektakle, koncerty, wystawy, warsztaty, szkolenia i kursy dla pracowników bibliotek, formy edukacji kulturalnej i medialnej, inne imprezy i spotkania), w której mogą uczestniczyć (na równych zasadach) osoby starsze;
- ▶ silniejsze włączenie się instytucji kultury w proces aktywizacji osób starszych w regionie.

RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

Zagrożenie może mieć źródło w postawie osób starszych wykazujących ostrożność względem nowych propozycji kulturalnych. Obawiają się one tego, co inne, obce, niepoznane. Boją się także ujawnienia tego, że czegoś nie wiedzą, że brakuje im pewnych umiejętności. Mają takie poczucie, że nie pasują do „nowoczesnych” instytucji, do nowoczesnego świata, w którym zachodzą bardzo szybkie zmiany.

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE)

- ▶ ograniczona liczba programów wsparcia i ograniczona ilość środków finansowych w stosunku do oczekiwań ze strony inwestorów w bibliotekach, muzeach i domach kultury. Oznacza to ryzyko niskiej podaży instrumentów wsparcia w stosunku do popytu wyrażanego przez inwestorów;
- ▶ zagrożenie w postaci niskiej efektywności projektów kulturalnych zaplanowanych do realizacji z wykorzystaniem nowej infrastruktury, jako konsekwencja niskiej podaży instrumentów wsparcia.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ budżety jednostek samorządu terytorialnego (gmin i powiatów);
- ▶ programy Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego (MKiDN);
- ▶ środki własne beneficjentów;
- ▶ budżet Województwa Małopolskiego.

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- ▶ inicjowanie działań: UMWM;
- ▶ realizacja działań: jednostki samorządu terytorialnego, muzea, biblioteki i domy kultury jako instytucje uprawnione i przygotowane branżowo do wdrażania takich przedsięwzięć.

DOBRE PRAKTYKI

REGIONALNE

Nowe i zmodernizowane biblioteki w ramach programu rządowego *Kultura+* oraz regionalnego projektu *Małopolska Biblioteka+*, na przykład:

1. Gmina Myślenice – budowa Miejskiej Biblioteki Publicznej w Myślenicach. Koszt budowy wyniósł ponad 5 mln zł. Nowa przestrzeń tworzy nowe perspektywy. Pozwala na organizację zajęć dla matek z dziećmi, młodzieży i seniorów.
2. Gmina Chrzanów/zadanie: przebudowa i nadbudowa domu gromadzkiego wraz z adaptacją poddasza na regionalną izbę „Przy kominie” dla biblioteki w Płazie (całkowita wartość projektu – 1 949 520 zł). Jednym z założeń jest dostosowanie budynku biblioteki do potrzeb osób niepełnosprawnych i starszych poprzez montaż windy wewnętrznej obsługującej wszystkie kondygnacje użytkowe oraz dostosowanie komunikacji wewnętrznej i sanitariatów.
3. Gmina Podegrodzie/zadanie: budowa budynku biblioteki gminnej w Podegrodziu (całkowita wartość projektu – 2 980 552 zł). Jednym z założeń jest dostosowanie budynku biblioteki do potrzeb osób niepełnosprawnych i starszych poprzez montaż windy oraz wykonanie platformy przyschodowej.
4. Gmina Olesno/zadanie: biblioteka otwarta na potrzeby mieszkańców – budowa budynku biblioteki głównej jako Centrum Kultury i Sportu (całkowita wartość projektu – 3 491 876 zł). Jednym z założeń jest dostosowanie budynku biblioteki do potrzeb osób niepełnosprawnych i starszych, wykonanie platformy przyschodowej oraz dostosowanie sanitariatów.
5. Gmina Michałowice/zadanie: budowa biblioteki głównej (całkowita wartość projektu – 3 682 465 zł). Jednym z założeń jest dostosowanie budynku biblioteki do potrzeb osób niepełnosprawnych i starszych.
6. Gmina Miechów/zadanie: remont istniejącej biblioteki (wartość całkowita projektu – 393 191 zł). Jednym z założeń jest podniesienie standardu i utrzy-

manie specjalistycznych pomieszczeń. Spełnienie standardów Certyfikatu Biblioteki Plus, poszerzenie oferty zajęć komputerowych dla seniorów.

W wyżej wymienionych bibliotekach przewidziano ofertę kulturalną także dla seniorów z wykorzystaniem nowych przestrzeni, mebli, sprzętu i wyposażenia.

Ponadto w latach 2010–2013 w Małopolsce oddano do użytku nowe przestrzenie w 9 muzeach, których organizatorem jest Województwo Małopolskie, o wartości nakładów inwestycyjnych ok. 140,7 mln zł. Przestrzenie wybudowano i zaaranżowano także z uwzględnieniem potrzeb i oferty dla osób starszych i niepełnosprawnych.

Szkoła @ktywnego Seniora w Wojewódzkiej Bibliotece Publicznej – według (<http://www.rajska.info/o-bibliotece/dzia-edukacji-nauki-i-bada/szkolenia-dla-seniorow.html>). Realizowany od 2007 roku przez Towarzystwo Polsko-Niemieckie w Krakowie i Wojewódzką Bibliotekę Publiczną w Krakowie program, skierowany do środowiska seniorów. Założeniem S@S jest wyzwolenie aktywności osób w średnim i starszym wieku, stworzenie im warunków do integracji i samorealizacji poprzez nabywanie nowych umiejętności, rozwój zainteresowań, wymianę wiedzy i doświadczenia, realizację zamierzeń i pomysłów.

Działania realizowane są w następujących modułach:

- ▶ senior w świecie kultury i sztuki (**edukacja dla kultury**);
- ▶ ICT: Senior w świecie nowych technologii (**społeczeństwo informacyjne**);
- ▶ senior świadomym i pełnoprawnym obywatelem (**społeczeństwo obywatelskie**).

REKOMENDACJA 2

Wspólna platforma informacyjna dla instytucji kultury

JAK JEST?

Małopolskę wyróżnia wysoka aktywność twórcza i kulturalna mieszkańców, co zaowocowało relatywnie wysoką liczbą instytucji kultury. Wg diagnozy sytuacji i analizy zawartej w *Programie Strategicznym Dziedzictwo i Przemysł Czasu Wolnego* w 2011 roku w Małopolsce działało m.in. 112 muzeów, które stają się miejscem budowania relacji społecznych i alternatywnym miejscem spędzania czasu. Pod względem liczby instytucji kultury Małopolska znajduje się w ścisłej krajowej czołówce – wg danych na koniec 2011 roku w województwie małopolskim działały 1643 instytucje kultury. Liczba galerii i instytucji wystawienniczych w Małopolsce trzykrotnie przekracza krajową średnią. Województwo małopolskie skupia 7,1 tys. aktywnych organizacji (9,2% z ogółu), zajmując trzecie miejsce w Polsce. W zestawieniu z 3,310 mln Małopolan (stan na 31.12.2010 r.), na 10 tys. mieszkańców przypadało 21 organizacji. Pod tym względem województwo małopolskie zajmuje 6. lokatę w kraju. Małopolska może zaoferować bogaty wachlarz propozycji dla chętnych wolontariuszy, którzy poprzez swoje zaangażowanie mogą mieć udział w sektorze kultury. Według raportu pt. *Po co seniorom kultura? Badania aktywności kulturalnych osób starszych* (2012 r.), udział seniorów w przedsięwzięciach kulturalnych, wyrażanie swoich pasji kulturalnych znacząco zwiększa poczucie własnej wartości wśród seniorów i zwiększa ich atrakcyjność dla społeczności lokalnej, najbliższego otoczenia, poprawia ich wizerunek, burzy negatywne stereotypy. Należy wykorzystać ten fakt przy kształtowaniu lokalnych polityk kulturalnych, w których realizacji i promocji władze samorządowe powinny skorzystać z potencjału osób starszych. Aktywni seniorzy za swój obowiązek stawiają przekaz wartości związanych z kulturą (traktując to jako swego rodzaju misję). Nakłaniają innych, wyciągają z domu (nie tylko wnuki, ale i inne osoby starsze). Pobudzają do rozwoju, zaszczepiają zainteresowanie kulturą oraz dbają o zachowanie tradycji, obrzędów i ponadczasowych wartości. Seniorzy stanowią cenny kapitał (wiedzy, doświadczenia, ponadczasowych wartości). W regionie mianowano tylko 55 społecznych opiekunów zabytków, aż 38 z nich działało w powiecie oświęcimskim.

Obecnie szereg instytucji prowadzi aktywną działalność na rzecz tej grupy wiekowej. Wiele z nich może w kolejnych latach wykorzystać wypracowane

wcześniej przez inne instytucje metody i narzędzia. Takiej wzajemnej wymianie dobrych praktyk służą wspomniane sieci współpracy.

Istniejąca oferta kulturalna bardzo często jest rozproszona i niekomplementarna. Jedną z głównych przeszkód w dostępie do niej jest niewystarczająca informacja oraz bariery mentalne wynikające z braku nawyku uczestnictwa w kulturze i przekonania o braku kompetencji potrzebnych do uczestnictwa we współczesnym życiu kulturalnym. W przypadku seniorów sytuację tę pogłębuje zagrożenie wykluczeniem cyfrowym pogłębiającym kłopoty z pozyskaniem informacji (obecnie większość z nich zamieszczana jest na stronach www i portalach społecznościowych) oraz fakt, iż uczestnikami projektów z zakresu edukacji kulturalnej i warsztatów umiejętności artystycznych są w przeważającej części ludzie młodzi. Lęk przed niedostosowaniem się do grupy oraz niewystarczającymi umiejętnościami często zniechęca seniorów do wypróbowania dostępnej oferty. Dlatego należy poszerzać ofertę skierowaną do seniorów, jak również tę nastawioną na integrację międzypokoleniową.

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Rozwój wspólnej platformy informacyjnej dla instytucji kultury

Instytucje kultury powinny współpracować na rzecz rozwoju wspólnej platformy informacyjnej, ale również współtworzenia oferty, wymiany wiedzy i doświadczeń (dobre praktyki, *know-how*) w obszarze kultury z udziałem osób starszych (poprzez wolontariat).

Ważnymi graczami na polu czasu wolnego seniorów są koła gospodyń wiejskich, UTW oraz kluby seniorów, które warto włączać w istniejące sieci, a także inicjować i animować nowe z ich udziałem.

Nieformalny oraz nierzadko krótkotrwały (ograniczony np. do jednego grantu – kilka miesięcy) charakter wielu inicjatyw nie pozwala na tworzenie stałych, ustrukturalizowanych sieci tworzonych na podstawie oficjalnych pism czy regulaminów. Działania w tym zakresie powinny pozwalać na elastyczność i jak największe partnerstwo różnego rodzaju instytucji.

Celem jest wspólne działanie wszystkich podmiotów działających w sektorze kultury i przemysłów czasu wolnego na rzecz srebrnej gospodarki, aby każdy z tych podmiotów mógł w ofercie zaproponować atrakcyjny program dla seniorów, z którego bez przeszkód będą mogli oni korzystać.

Podczas badań jakościowych (dane z raportu *Po co seniorom kultura? Badania kulturalnych aktywności osób starszych*) jednoznacznie podkreślano, że aktywizacja seniorów wymaga zajęć zorganizowanych. Osoby starsze stanowią grupy, które rzadko wykazują inicjatywę do samodzielnego przygotowania i przeprowadzenia zajęć grupowych, dlatego też ogromną rolę do działań na rzecz seniorów przypisuje się przede wszystkim instytucjom kultury. Aktywizacja przez zajęcia zorganizowane powinna stanowić punkt wyjścia dla rozwoju ich aktywności w dziedzinie kultury. Docelowo powinny one prowadzić do wzrostu kapitału społecznego i kształtowania postaw aktywnych oraz podejmowania działań na rzecz społeczności lokalnej. W tym celu należy:

1. Zwiększyć dostęp seniorów do wiedzy na temat dostępnej oferty (np. poprzez portal informacji kulturalnej umożliwiający wyszukiwanie wg klucza wieku, dziedziny, dostępności dla niepełnosprawnych i osób z ograniczoną ruchomością).
2. Upowszechnić informację dot. dostępności architektonicznej obiektów – zamieszczanie informacji na stronach www.
3. Usuwać bariery w dostępie do oferty, nie tylko architektoniczne, ale nade wszystko mentalne, w tym podejmować inicjatywy na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu cyfrowemu, co umożliwi łatwiejszy dostęp do informacji o istniejących możliwościach, jak programować wydarzenia kulturalne i jak się komunikować.
4. Systematycznie monitorować ofertę i satysfakcję uczestników oraz opracować metody ewaluacji podejmowanych działań, m.in. z udziałem regionalnych obserwatoriów.
5. Organizować warsztaty dla instytucji kultury i innych podmiotów prowadzących działalność kulturalną pt. **Senior Audiencje Development**, od infrastruktury przez wyposażenie i systemy informatyczne (np. strony dla słabiej widzących) po programowanie oferty z uwzględnieniem potrzeb i ograniczeń tej grupy wiekowej oraz szkolenie kadr.
6. Tworzyć platformy regionalne na rzecz integracji środowisk związanych z kołami gospodyń wiejskich, UTW, klubami seniorów oraz instytucjami zajmującymi się upowszechnianiem kultury (domy, ośrodki kultury i biblioteki), które poza programem mogą zapewniać im miejsce do spotkań, wspierać organizacyjnie.

7. Tworzyć platformy międzynarodowe wspomagające np. organizację wizyt studyjnych.
8. Przygotować regionalne programy poziome (jak *Bon Kultury* – inicjatywa Województwa Małopolskiego i regionalnych instytucji kultury mająca na celu urozmaicenie i zwiększenie dostępności do oferty edukacji kulturalnej, czy ministerialny program *Muzeum za 1 zł*) skierowane do tej grupy docelowej, w szczególności dotyczące:
 - ▶ edukacji medialnej, która będzie równocześnie przeciwdziałać wykluczeniu cyfrowemu;
 - ▶ rozwoju współpracy międzypokoleniowej – nastawione na wzajemną wymianę doświadczeń i niwelowanie stereotypów.

WSKAŹNIK

- ▶ liczba regionalnych programów z dziedziny kultury skierowanych do seniorów;
- ▶ liczba połączeń międzyinstytucjonalnych pomiędzy podmiotami sektora kultury współpracującymi przy realizacji programów skierowanych do seniorów;
- ▶ liczba uczestników programów z dziedziny kultury skierowanych do seniorów;
- ▶ wskaźniki dotyczące platformy – podłączone do platformy instytucje kultury, wymiana danych/informacji, linki, wejścia na strony itp.

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA

- ▶ badania sondażowe;
- ▶ dane
 - roczny raport o stanie Województwa Małopolskiego, z wykorzystaniem danych GUS;
 - opracowania wyników badań regionalnych obserwatoriów;
 - Obserwatorium Kultury (Małopolski Instytut Kultury).

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

- ▶ programy regionalne – badawcze i animacyjne mające na celu określenie posiadanych zasobów i potrzeb w zakresie dostosowywania oferty oraz kompetencji kluczowych dla rozwoju obszaru srebrnej gospodarki w opar-

ciu o sektor kultury i przemysły czasu wolnego oraz ich wdrażanie przy wykorzystaniu pozyskanych danych;

- ▶ platformy współpracy w regionie w ramach sektora kultury na rzecz srebrnej gospodarki – intensyfikacja kontaktów, powstawanie nieformalnych sieci współpracy i wymiany informacji (instytucje kultury, uniwersytety, trzeci sektor).

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

- ▶ większa liczba programów, instytucji i inicjatyw skierowanych do seniorów wspomagających (organizacyjnie i finansowo) aktywność osób starszych, popularyzujących realizację oferty kulturalnej i uwrażliwiających na specyficzne potrzeby tej grupy docelowej;
- ▶ lepiej dopasowana oferta i powiązany z nią wzrost liczby uczestników wydarzeń kulturalnych;
- ▶ więcej powiązań pomiędzy organizatorami oferty dla seniorów w dziedzinie kultury, lepszy przepływ informacji, zasobów i dobrych praktyk;
- ▶ większy zasięg, lepsze dotarcie do potencjalnych odbiorców zainteresowanych ofertą instytucji kultury.

Multimedialna projekcja pt. *Senior w podróży*, Chrzanów 2015



RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

W środowiskach seniorów brak nawyku aktywnego uczestnictwa w planowaniu działań społecznych, zgodnie z zasadą „o seniorach – z seniorami”. Działania skierowane do jednej grupy nie sprzyjają włączeniu społecznemu, a zamykaniu się w podgrupach. Dodatkowo zjawisko to potęguje fakt, iż część społeczeństwa, poprzez swoje negatywne nastawienie do osób starszych, przyczynia się do ich izolacji. Osoby starsze czują się i są odstawiane na boczny tor, spychane na margines, wykluczane z życia społecznego.

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE)

- ▶ niewystarczająca ilość informacji o potrzebach i zasobach, utrudniająca racjonalizację podejmowanych działań;
- ▶ brak odpowiednio przygotowanej kadry zarządzającej i wykonawczej, przygotowanej do pracy z tą grupą odbiorców;
- ▶ procedury prawne i regulaminy dotacyjne nie respektują projektów interdyscyplinarnych, stosując sztywny podział na kulturę, sport i rekreację z jednej strony, a opiekę społeczną z drugiej – w konsekwencji: utrudnienie uzyskania dotacji przez organizacje pozarządowe na realizację kompleksowych programów z dotacji samorządów i administracji państwowej.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014–2020;
- ▶ środki jednostek samorządu terytorialnego dla instytucji kultury oraz dotacje dla organizacji pozarządowych na realizację zadań publicznych (np. Mecenat Małopolski), dotacje MKiDN i państwowych instytucji kultury (np. Narodowe Centrum Kultury).

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- ▶ inicjowanie działań: jednostki samorządu terytorialnego;
- ▶ realizacja działań: instytucje kultury, komórki organizacyjne urzędów właściwych ds. kultury;
- ▶ współpraca (partnerzy) – organizacje pozarządowe, uczelnie wyższe, kościoły i związki wyznaniowe.

REGIONALNE

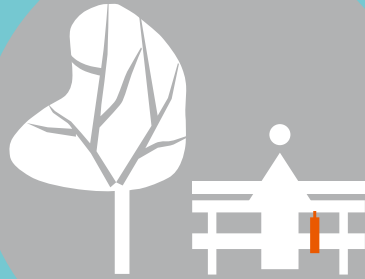
- ▶ Bon Kultury – projekt Województwa Małopolskiego z zakresu edukacji kulturalnej (<http://www.bonkultury.pl/>);
- ▶ Muzeum Narodowe w Krakowie – program spotkań i wykładów (<http://www.mnw.art.pl/edukacja/seniorzy/muzealne-wr/>);
- ▶ WBP – Szkoła @ktywnego Seniora (<http://www.rajska.info/o-bibliotece/dzia-edukacji-nauki-i-bada/szkolenia-dla-seniorow.html>);
- ▶ Muzeum Historyczne Miasta Krakowa – *Muzealna Akademia 67+/-* – co-miesięczne spotkania.

KRAJOWE

- ▶ *Seniorzy w akcji* – ogólnopolski konkurs dotacyjny realizowany przez Towarzystwo inicjatyw twórczych „ę” ze środków Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności (<http://www.seniorzywakcji.pl/>);
- ▶ *Ścieżka do kultury z wolontariuszami kultury plus* – budowanie grupy liderów-seniorów oraz rozwój wolontariatu (<http://www.tuobok.pl/index.php?id=1>).

OBSZAR **MIESZKALNICTWO I PRZESTRZEŃ**

program
srebrnej rewitalizacji



przestrzeń
przyjazna seniorom

modelowe
mieszkalnictwo

REKOMENDACJA 1

Lokalne programy srebrnej rewitalizacji

JAK JEST?

Nieprzystosowanie przestrzeni, zwłaszcza miejskiej, do potrzeb starzejącego się społeczeństwa

Degradacja obszarów zamieszkania (szczególnie obszarów miejskich) jest jednym z najpoważniejszych problemów społeczno-przestrzennych, na który składają się: dekapitalizacja zabudowy, zaniedbania i dysfunkcje przestrzeni publicznej, niedostatki infrastruktury społecznej, osłabienie lub brak wspólnoty lokalnej zdolnej do rozwiązywania problemów występujących w społeczności (niski kapitał społeczny) (por. Bukowski i in. 2007).

Degradacja obszarów zamieszkania ma bardzo poważne i wielowymiarowe konsekwencje negatywnie oddziałujące na otoczenie tych obszarów (także w skali gminy, powiatu i tym samym regionu). Postępująca degradacja przestrzeni przyczynia się do jej depopulacji, eskalacji wykluczenia społecznego osób i rodzin o najniższych kapitałach, zmniejszania się bezpieczeństwa i poczucia bezpieczeństwa mieszkańców, ekonomicznej niesamodzielności mieszkańców i społeczności, tworzenia się i utrwalania negatywnego postrzegania miejsca.

Problem ten nabiera dodatkowego znaczenia w kontekście procesu starzenia się społeczeństwa, które nie przebiega jednolicie – pod względem tempa i dynamiki – w różnych regionach czy miastach. Zgodnie z dokumentem *Wyzwania Małopolski...* (2010) proces starzenia się społeczeństwa może być czynnikiem sprzyjającym lepszemu wykorzystaniu regionalnych zasobów w ukierunkowaniu ścieżek rozwoju (czyli proces starzenia się społeczeństwa uznano za potencjalny czynnik dynamizacji regionalnych strategii).

Zmiany demograficzne są często powiązane z rozwojem gospodarczym i społecznym (patrz: Zborowski, Soja 2009, s. 25; *Miasta przyszłości...*, 2011, s. 16). Na przykładzie sprawozdania Komisji UE pt. *Miasta przyszłości. Wyzwania, wizje, perspektywy* wyróżniono trzy typy miast ze względu na stopień postępujących zmian demograficznych i pozycję gospodarczą oraz powiązane z nimi strategie rozwojowe: **miasta dynamiczne**¹ – strategię integracji (zmiana sposobu myślenia o mieście), **miasta stabilne**² – tworzenie elastycznych strategii miejskich, **miasta kurcząca się**³ – skoncentrowanie się na strategiach przedefiniowania (osiągnięcie nowej równowagi na mniejszą skalę). Wiele obszarów zdegradowa-

nych i ulegających degradacji – z racji logiki procesów społeczno-przestrzennych – starzeje się szybciej i intensywniej w wielorakim tego słowa znaczeniu. Młodszy mieszkańcy w miarę możliwości emigrują, niedoinwestowanie pogłębia się, a z racji barier społecznych i przestrzennych więzi społeczne są coraz słabsze (Bukowski i in. 2007; Zborowski 2009).

Występujące procesy demograficzne (w tym zmniejszenie się populacji) pogłębiają także spowolnienie gospodarcze, co powoduje wystąpienie negatywnej spirali zmniejszających się przychodów z lokalnych podatków, malejącego popytu na towary i usługi, likwidację miejsc pracy, zmniejszoną podaż pracy i ograniczenia inwestycji, co może przynieść ogólny spadek ich atrakcyjności. Dodatkowo spadek populacji przyczynia się do większej liczby pustostanów, likwidacji sklepów i biur, co z kolei obniża wartość kapitałową budynków.

Ponadto, większość osób starszych żyje w starych i niedostosowanych do ich potrzeb mieszkaniach⁴, wiele starszych kobiet żyje samotnie. Gros budynków wraz z otoczeniem, nie tylko w Małopolsce, ale w wielu miastach Polski, nie spełnia potrzeb starzejącej się populacji w zakresie dostępności (brak wind, pochylni, schodów ruchomych itp.). Wokół brakuje elementów „małej”⁵ architektury, tj. miejsc do siedzenia, toalet; występują bariery architektoniczno-budowlane, mało jest zróżnicowanych nawierzchni ułatwiających identyfikację przestrzeni (szczególnie istotne z punktu widzenia osób starszych cierpiących na demencję i chorobę Alzheimera). Są to czynniki pogłębiające i utrwalające wykluczenie osób starszych z życia miejskiego i społecznego.

Konieczna jest poprawa jakości środowiska miejskiego oraz uczynienie go bardziej przyjaznym osobom starszym. W tym celu należy nie tylko usunąć bariery architektoniczne w miastach czy ewentualnie oddzielić ruch pieszy od kołowego, ale też podjąć szerszej zakrojone działania.

Programy rewitalizacji powinny uwzględniać zarówno tzw. **twarde działania** interwencyjne, jak i tzw. **działania miękkie** aktywizujące społeczność lokalną. Dotychczasowe doświadczenia w Polsce pokazują, że rewitalizacja rozumiana jest przede wszystkim jako działania twarde (modernizacja, renowacja czy adaptacja przestrzeni – tu: do potrzeb starzejących się mieszkańców), zaś działania miękkie – zorientowane na organizowanie i wzmacnianie społeczności lokalnej – pozostają zwykle poza głównym nurtem projektów rewitalizacji (por. Ziobrowski Z., Jarczewski W., 2010; Smagacz M., 2008), choć są one dość dobrze rozpoznane i praktykowane za granicą, a w Polsce w obszarze środowiskowej pracy socjalnej

(por. Smagacz-Poziemska M., 2013). Wskazane jest wykorzystanie modeli w tym zakresie, zwłaszcza tzw. planowania społeczności (community planning – inicjowanie i koordynowanie działań planistycznych dla rozwiązania problemu społecznego, poprzez reorganizację istniejących instytucji społecznych bądź organizację nowych); oraz aktywizacji i rozwoju społeczności lokalnej (community development – metoda wspierania rozwoju społeczności lokalnej i jej integracji poprzez m.in. motywowanie do samopomocy, wspieranie przywództwa lokalnego, rozwój partycypacji mieszkańców do budowy demokracji lokalnej, działania na rzecz środowiska lokalnego (zob. Krzyszkowski 2011: 19–20)). Popularnym dziś w Polsce modelem partycypacji obywatelskiej jest tzw. budżet obywatelski, który od 1989 roku jest praktykowany w Brazylii, a w Polsce po raz pierwszy taką możliwość wprowadzono w Sopocie w 2011 r. W Krakowie od 25.04.2014 r. prowadzone są konsultacje nt. najważniejszych inwestycji dla społeczności lokalnych, trudno więc mówić o doświadczeniach, raczej o idei wartej naśladowania. Budżet obywatelski angażuje mieszkańców w proces podejmowania decyzji i w ten sposób wymusza na nich odpowiedzialność za stan najbliższego otoczenia. Tego rodzaju metody powinny być wykorzystywane przy okazji opracowywania lokalnych projektów rewitalizacji.

Opisywany problem dotyczyć będzie przede wszystkim:

1. Obszarów powstałych przed rokiem 1990 (stara zabudowa miast i miejscowości regionu, blokowiska).
2. Obszarów oddalonych od centrum miast, wsi z ograniczonym dostępem do usług.

Trzeba mieć na uwadze, że obszary obecnie zamieszkiwane przez młode rodziny z dziećmi będą się „starzeć” wraz z mieszkańcami, także osiedla deweloperskie z małą przestrzenią publiczną, słabą lub znikomą infrastrukturą społeczną będą potrzebować innych rozwiązań za kilkanaście lat. Często już teraz brakuje tam podstawowych usług w zakresie służby zdrowia, edukacji, rekreacji czy kultury. Za 30–40 lat obszary te będą obszarami intensywnego „starzenia się”, stąd już dzisiaj istnieje silna potrzeba wprowadzania tzw. działań miękkich w tych obszarach, w których funkcjonują aktywne i zdolne do samoorganizacji środowiska lokalne. Potrafią one wskazać różne możliwości organizacji własnej przestrzeni z uwzględnieniem zmian demograficznych.

Dlatego niezwykle ważne jest przygotowanie profesjonalnych lokalnych programów rewitalizacji uwzględniających wyżej wymienione problemy przestrzen-

ne, ze szczególnym naciskiem położonym na te, z którymi borykają się osoby starsze, ale także inne grupy, które na zmianie przestrzeni mogą skorzystać.

Degradacja obszarów zamieszkania jest problemem, w którym kumulują się negatywne zjawiska przestrzenne (w tym ekologiczne), społeczne, ekonomiczne, polityczne (kryzys gminy jako wspólnoty politycznej, słaba demokracja partycypacyjna). To problem, który zarówno na poziomie Unii Europejskiej, jak i w Polsce oraz w regionie jest uznawany za jeden z poważniejszych i trudniejszych do rozwiązania.

Polskie praktyki rewitalizacji z lat 90. XX wieku odzwierciedlają ówczesne błędne rozumienie rewitalizacji jako zmian w przestrzeni fizycznej (remont, odnowę, konserwację). Znaczącą zmianę w myśleniu o rewitalizacji przestrzeni wywołały wymogi stawiane projektom finansowanym ze środków UE w latach 2007–2013 (Małopolski Regionalny Program Operacyjny). Zgodnie z kryteriami diagnozowania obszarów problemowych i projektowania procesów rewitalizacyjnych, projekty przygotowywane w Małopolsce (jak w całej Polsce) uwzględniały aspekty i kryteria przestrzeni fizycznej, kapitałów indywidualnych i zbiorowych ludności. Jednak, jak stwierdzają autorzy raportu *Ocena skuteczności...* (2012), wdrażane programy koncentrowały się na części inwestycyjnej („twarde projekty”), natomiast w niewystarczającym stopniu realizowano działania miękkie, zorientowane na aktywizację i organizowanie społeczności lokalnej.

W kontekście tych doświadczeń, w planowaniu kolejnych działań związanych z rewitalizacją przestrzeni warto wykorzystać wiedzę i dobre praktyki wynikające z realizacji tzw. projektów miękkich zorientowanych na włączanie obywateli w procesy decyzyjne, organizowanie społeczności lokalnych, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu itd. Mimo że w wielu gminach Małopolski tego typu projekty były realizowane, nadal brakuje wiedzy o dobrych projektach rewitalizacyjnych, które już zostały wdrożone.

W związku z wieloaspektowym charakterem problemu degradacji obszarów mieszkaniowych diagnoza zjawiska i wyznaczenie obszaru(ów) do rewitalizacji musi bazować na wskaźnikach z kilku dziedzin życia społecznego. W programach przygotowywanych w latach 2007–2013 przyjmowano kryteria z art. 47 ust. 1 rozporządzenia Komisji (WE) nr 1828/2006:

- a) wysoki poziom ubóstwa i wykluczenia;
- b) wysoka stopa długotrwałego bezrobocia;
- c) niekorzystne trendy demograficzne;

- d) niski poziom wykształcenia, wyraźny deficyt kwalifikacji i wysoki wskaźnik przerywania nauki;
- e) wysoki poziom przestępczości i wykroczeń;
- f) szczególnie wysoki stopień degradacji środowiska;
- g) niski wskaźnik prowadzenia działalności gospodarczej;
- h) wysoką liczbę imigrantów, grup etnicznych i mniejszościowych lub uchodźców;
- i) porównywalnie niski poziom wartości mieszkań;
- j) niski poziom wydajności energetycznej budynków.

Lokalne programy rewitalizacji z uwzględnieniem aspektów demograficznych (zwane też programami srebrnej rewitalizacji) powinny uwzględnić te kryteria, poszerzając je o takie, które są związane z adekwatnością rozwiązań przestrzennych dla różnych grup wiekowych (i o różnej sprawności) oraz z funkcjonalnością infrastruktury społecznej.

Większość osób starszych żyje w starych i niedostosowanych do potrzeb mieszkaniach. To czyni ich codzienne życie trudnym, ale z drugiej strony niechętnie zmieniają swoje miejsce zamieszkania, chcąc żyć w środowisku, które znają, gdzie występują sieci sąsiedzkie (por. np. Giddens A., 2009).

Dane empiryczne z badań przeprowadzonych przez Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) na ogólnopolskiej próbie dorosłych Polaków wskazują, że w ciągu 10 lat znacząco wzrósł odsetek osób, które deklarują chęć pozostania we własnym mieszkaniu na starość. W 2000 roku 57% respondentów deklarowało chęć mieszkania we własnym lokalu z doraźną pomocą osób bliskich – w 2009 roku było to już 66%. Jeśli dodamy do tego deklaracje chęci zamieszkiwania we własnym mieszkaniu z zapewnioną prywatną i publiczną pomocą oraz z inną osobą starszą (w celu wspomagania się), uzyskamy aż 80% – przy spadku odsetka osób deklarujących chęć zamieszkiwania z dziećmi, wnukami czy inną rodziną (z 20% do 12%) – co można wiązać z szerszymi zmianami modelu życia rodzinnego (CBOS 2009:11). Poza chęciami warunkiem realizacji takich modeli życia w starości jest odpowiednio zorganizowana przestrzeń mieszkania i sąsiedztwa – pozbawiona barier architektonicznych, dobrze skomunikowana, wyposażona w usługi nie tylko dobrej jakości, ale też dostępne dla osób w różnej sytuacji ekonomicznej. To podstawowe kryteria, które w polskiej rzeczywistości wciąż nie są spełniane. Standardy tworzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) odnoszą się do potrzeb w Polsce

wciąż marginalizowanych, gdy mowa jest o ludziach starszych, a obejmujących aktywność społeczną i obywatelską, możliwość realizacji zawodowej i własnych pasji, dostęp do informacji i nowoczesnych technologii. Wskaźniki składające się na model miasta przyjaznego ludziom w różnym wieku będą w Polsce trudne do osiągnięcia, ale określają kierunek niezbędnych zmian (*Global Age-friendly Cities: A Guide*, 2007). Kwestia mieszkalnictwa senioralnego jest w Polsce dopiero podejmowana. Brakuje oferty dostępnej ekonomicznie dla „statystycznego” seniora (jak Towarzystwa Budownictwa Społecznego (TBS-y) m.in. dla seniorów, przykładem może być osiedle w Stargardzie Szczecińskim) czy systemu wymiany mieszkań (np. z większego na mniejsze lub dostosowanego do osoby z ograniczoną sprawnością ruchową – w ramach sąsiedztwa) (por. Garniss G., 2012).

Ponadto ze względu na pewne ograniczenia sprawności osób starszych warunki mieszkaniowe mają decydujące znaczenie dla jakości życia i społecznej integracji starszego pokolenia. Jak podano w dokumencie *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne* (2010) s. 53, potrzeby mieszkaniowe osób starszych są częścią potrzeb mieszkaniowych całego społeczeństwa, które w Polsce od dziesiątków lat są zaspokajane

fot. depositphotos.com



w stopniu wysoce niewystarczającym. Problem mieszkaniowy ludzi starszych jest problemem ogólnopolskim i dotyczy przede wszystkim kwestii rewitalizacji i remontów starszych zasobów mieszkaniowych. W Małopolsce sytuacja jest trudna, ponieważ remontów i modernizacji wymagają prawie wszystkie mieszkania pochodzące z okresu 1945–1989, co stanowi niemal trzy czwarte ogółu mieszkań miejskich.

Dostosowanie zasobu mieszkaniowego do potrzeb starzejącego się społeczeństwa tak, by umożliwić seniorom jak najdłuższe samodzielne życie, przy ewentualnym wsparciu osób trzecich lub instytucji, jest zgodne z wartościami i oczekiwaniami polskiego społeczeństwa. Jest również tańsze niż opieka instytucjonalna. Koszty utrzymania seniora w mieszkaniu przystosowanym do ograniczeń wynikających z wieku, co de facto oznacza adaptację do potrzeb osoby niepełnosprawnej, są aż 8-krotnie niższe niż utrzymanie osoby starszej w domu opieki (dane przedstawione przez dr. Wolfganga Amanna podczas konferencji nt. „Senior Housing”, Kraków, czerwiec 2013).

Z teorii i praktyki rewitalizacji wynika też, że jest to problem, wobec którego nie ma skutecznych rozwiązań uniwersalnych – skuteczne mogą być tylko takie, które zakorzenione są w lokalności, wynikają z oddolnej inicjatywy mieszkańców, powstają i są realizowane w sieci partnerów, przy wsparciu samorządów lokalnych.

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Opracowanie wytycznych dla przygotowania lokalnych programów rewitalizacji z uwzględnieniem aspektów starzejącego się społeczeństwa

Samorzady lokalne (przy szerokim udziale mieszkańców) powinny opracować programy tzw. srebrnej rewitalizacji, których głównym celem byłaby modernizacja budynków i ich otoczenia dla potrzeb starzejącego się społeczeństwa:

- 1.** Program srebrnej rewitalizacji dotyczyłby obszarów (jednostek urbanistycznych: dzielnic, osiedli, całych miejscowości – w zależności od wielkości gminy), a także zespołów budynków lub pojedynczych budynków wielorodzinnych lub użyteczności publicznej, które spełniają kryteria degradacji (np. te przyjęte w projektach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego (ZPORR)).
- 2.** Program służyłby formalną i merytoryczną pomocą w przygotowaniu wniosków o dofinansowanie lokalnych projektów rewitalizacji.

3. Wśród kluczowych kryteriów oceny wniosków byłaby zgodność programu z ideą srebrnej gospodarki oraz sposób, w jaki program odpowiada na wyzwanie starzenia się społeczeństwa.

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

Proponowany jest następujący mechanizm przygotowania, realizacji i ewaluacji projektów rewitalizacyjnych w ramach programów srebrnej rewitalizacji, tzw. projektów srebrnej rewitalizacji zwanych dalej PSR.

1. Opracowanie kryteriów, których spełnienie pozwoli zidentyfikować obszar, zespół budynków lub budynek jako zdegradowany ze względu na niespełnianie potrzeb starzejącej się populacji (np. por. proponowana lista wskaźników wyjściowych). Jednostka (departament UMWM), która będzie ogłaszała konkursy, może zorganizować punkt konsultacyjny dla beneficjentów lub przeszkolić doradców (np. przedstawiciele organizacji pozarządowych), którzy będą służyli radą i pomocą, zwłaszcza małym podmiotom, przy przygotowywaniu i realizacji projektu (dalej: operatorom projektów).
2. Inicjatywa przygotowania PSR powinna wyjść od mieszkańców zdegradowanego obszaru lub osób zarządzających obszarem (rady gmin, dzielnic, rady osiedli, zarządcy nieruchomości, prezesi i zarządy spółdzielni mieszkaniowych, dyrektorzy instytucji użyteczności publicznej) po udokumentowanych konsultacjach z mieszkańcami/użytkownikami i za ich zgodą:
 - ▶ powstanie konsorcjum – inicjator i inne podmioty zainteresowane/zaangażowane w projekt powołują konsorcjum – zostaje spisana umowa konsorcyjna określająca cele partnerstwa, jego strukturę, podział zadań. Inicjatorzy powinni zadbać o to, aby w konsorcjum znalazła się reprezentacja organizacji społecznych (organizacje pozarządowe, wspólnoty mieszkańców, Kluby Seniora i inne) oraz lokalnych instytucji samorządowych (np. szkoła, ośrodek pomocy społecznej, biblioteka). Warunkiem niezbędnym do dalszego procedowania powinno być też włączenie instytucji naukowo-badawczej, której zadaniem będzie doradztwo, ewaluacja i monitorowanie działań. Powinny być doceniane te formy współpracy z instytucjami naukowo-badawczymi, które w działania włączają studentów (forma edukacji nt. procesów starzenia, starości) oraz osoby starsze (np. możliwość wolontariatu osób starszych);

- ▶ operator rewitalizacji – kompetencje, zadania: koordynacja procesu rewitalizacji realizowana poprzez takie działania, jak:
 - współpraca z odpowiednimi jednostkami samorządu terytorialnego (urząd gminy, rada miasta, jednostki organizacyjne gminy) i instytucjami niezbędnyymi w PSR (np. konserwator zabytków);
 - komunikacja ze społecznością lokalną: stały kontakt z mieszkańcami obszarów rewitalizowanych i ich reprezentantami; informowanie o działaniach, włączanie do uczestnictwa, współpraca ze społecznością lokalną (np. organizacja programów aktywizacji społecznej);
 - współpraca z lokalnymi organizacjami pozarządowymi, z przedsiębiorstwami i instytucjami otoczenia biznesu;
 - organizowanie komunikacji i współpracy partnerów konsorcjum;
 - wypracowanie programów i procedur współpracy z wyżej wymienionymi partnerami PSR;
 - stały monitoring PSR;
 - aktualizacja kierunków działań operacyjnych PSR (adekwatnie do bieżących uwarunkowań społeczno-ekonomicznych);
 - uczestniczenie w przygotowaniu kolejnych zadań przestrzennych, gospodarczych i społecznych w zakresie zgodności z zakładanymi celami projektów;
 - prowadzenie działań w zakresie uzyskania zewnętrznych źródeł finansowania projektów srebrnej rewitalizacji;
 - promocja PSR.

Uwaga: Wśród kryteriów wyboru operatora powinny być: jego doświadczenie w realizacji tego typu projektów (interdyscyplinarnych – konieczność rozumienia relacji między przestrzenią i kwestiami społecznymi) oraz jego wiedza i rozumienie w zakresie lokalnej specyfiki (gminy, dzielnicy):

- ▶ głównym zadaniem konsorcjum jest przygotowanie PSR, który byłby podstawą do wnioskowania o fundusze. Jego przygotowanie powinno odbywać się w procesie włączającym interesariuszy (mieszkańców, organizacje itp.) – ten aspekt „uspółecznienia” PSR powinien być opisany i udokumentowany w projekcie (np. sposób konsultacji, jakie źródła pomysłów itp.);
- ▶ PSR powinien zawierać diagnozę obecnego stanu, stanowisko mieszkańców/użytkowników, propozycje konkretnych działań oraz wskazanie celu, jaki ma zostać osiągnięty dzięki rewitalizacji. Przykładowo: Rada Dzielnicy

przygotowuje PSR składający się z kilku małych projektów: dla mieszkańców sąsiadujących ze sobą trzech dwupiętrowych bloków najpilniejszą sprawą jest organizacja terenu zielonego między blokami, ustawienie ławek i altany, w której seniorzy będą wspólnie spędzać czas. Seniorzy z czteropiętrowego bloku wnioskuje o dobudowanie zewnętrznej windy i pochylni do wózków inwalidzkich. Dla wygody mieszkańców osiedla, którymi są w 80% osoby 60+, konieczne jest zbudowanie nowego, oznakowanego chodnika prowadzącego do przystanku tramwajowego. Dopominają się o to niedowidzący. Wspólnota mieszkaniowa budynku, w którym zlikwidowano sklepik osiedlowy, chce zaadaptowania lokalu na potrzeby klubu seniora. Celem przykładowych działań jest poprawa standardu budynków i dostosowanie ich do ograniczeń wynikających z wieku mieszkańców, ale również wzmocnienie więzi sąsiedzkich, integracja lokalnej społeczności. W takiej przestrzeni możliwe jest samodzielne zamieszkiwanie seniorów, mimo niepełnosprawności i braku możliwości codziennej opieki ze strony rodziny.

3. Ocena i oddziaływanie w ramach spotkań władz miejskich i zespołu srebrnej rewitalizacji z mieszkańcami, konsultacje, wystawy, promocja itp.
4. PSR powinny obejmować również atrakcyjne szkolenia, warsztaty, wizyty – dla mieszkańców, władz spółdzielni, administracji budynków, wspólnot mieszkaniowych, urzędników, organizacji pozarządowych, przedsiębiorców (np. deweloperów) itd., podczas których uczestnicy będą mieli możliwość poznania dobrych praktyk z Polski i zagranicy.

WSKAŹNIK

Propozycje wskaźników muszą być rozważone w szerszym gronie ekspertów z różnych dziedzin. Proponujemy wyjście od (skorygowanych) kryteriów obszarów zdegradowanych i uzupełnienie wskaźnikami specyficznymi i ściślej związanymi z procesem starzenia się społeczności.

Uwaga: relatywnie – odnosi się do danych dla konkretnej gminy (na etapie przygotowywania rekomendacji nie można określić absolutnej wartości wskaźnika wyjściowego i docelowego, jako że procesy przestrzenne są bardzo zróżnicowane w obrębie samej gminy, nie mówiąc o skali regionu. Przykładowo, bateria wskaźników dla osiedla w Krakowie musi się odnosić do wskaźników

gminy Kraków czy nawet dzielnic, inne będą wartości wskaźników dla gmin mniejszych czy wiejskich).

SYTUACJA WYJŚCIOWA

WSKAŹNIKI DOTYCZĄCE PROFILU I ZASOBÓW SPOŁECZNOŚCI

- ▶ niekorzystne trendy demograficzne: tendencja spadkowa w wielkości populacji obszaru; emigracje młodszych osób i rodzin do innych obszarów gminy i regionu;
- ▶ wysoki poziom przestępczości i wykroczeń; niskie poczucie bezpieczeństwa wśród mieszkańców; niski poziom zadowolenia z mieszkania w danej okolicy, dzielnicy, mieście;
- ▶ niski poziom uczestnictwa osób powyżej 50. r.ż. w życiu publicznym osiedla/dzielnicy/sąsiedztwa: brak reprezentacji politycznej, niska frekwencja w wyborach lokalnych, niski poziom uczestnictwa tych osób w wolontariacie.

WSKAŹNIKI DOTYCZĄCE STANU OBSZARU

- ▶ szczególnie wysoki stopień degradacji środowiska (m.in. zanieczyszczenie powietrza, poziom hałasu, zły stan lub brak terenów zielonych);
- ▶ niski poziom wartości zasobów mieszkaniowych i budynków – zasoby mieszkaniowe (i budynki) niedostosowane do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami; istnienie barier w przestrzeni – w tym zwłaszcza barier architektonicznych – utrudniających lub uniemożliwiających poruszanie się w budynku i poza nim: np. brak wind, podjazdów, niebezpieczne przejścia;
- ▶ niski poziom wydajności energetycznej budynków⁶;
- ▶ zła jakość i/lub ograniczona dostępność przestrzeni publicznej o funkcjach rekreacyjnych, sportowych, integracyjnych itp.

WSKAŹNIK DOCELOWY

- ▶ wzrost odsetka osób powyżej 50. r.ż. w życiu publicznym osiedla/dzielnicy/sąsiedztwa: instytucjonalizacja reprezentacji politycznej seniorów w radzie osiedla/dzielnicy/gminy; wzrost frekwencji osób starszych w wyborach lokalnych, wzrost uczestnictwa w wolontariacie osób starszych (uwaga: chodzi tu o zróżnicowaną reprezentację danej społeczności ze względu na wiek, płeć, status społeczno-ekonomiczny);
- ▶ spadek wskaźników przestępczości; wzrost poczucia bezpieczeństwa mieszkańców i zadowolenia z zamieszkania (por. badania *Soul of the City* Instytutu

Gallupa: <http://www.gallup.com/strategicconsulting/158219/soul-city.aspx>);

- ▶ wzrost wiedzy i umiejętności mieszkańców w wieku powyżej 50. r.ż. w zakresie bezpieczeństwa osobistego (kursy pierwszej pomocy, kursy samoobrony etc.);
- ▶ obszar zostaje wyposażony w rozwiązania ograniczające degradację środowiska (pasywne domy, zamknięte obiegi wody etc.), zgodne z koncepcją smart city;
- ▶ każdy obszar ma przestrzenie wspólne i publiczne umożliwiające wypoczynek, uprawianie sportu (w tym outdoor) i integrację społeczną (ławki i przestrzeń zielona w zasięgu 300 m od miejsca zamieszkania).

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA

- ▶ badania sondażowe;
- ▶ dane rządowe: GUS (bieżące statystyki, dane NSP);
- ▶ lokalne dane rządowe: poziom gmin, w tym gminnych ośrodków pomocy społecznej;
- ▶ statystyki policji, straży miejskiej;
- ▶ badania diagnostyczne, studia przypadków dla poszczególnych obszarów (realizowane przez instytucje naukowo-badawcze i inne podmioty prowadzące badania – np. Instytut Rozwoju Miast);
- ▶ narzędzia ewaluacji zaproponowane przez partnera naukowo-badawczego programu.

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

- ▶ opracowane Lokalne Programy Srebrnej Rewitalizacji przygotowane przez gminy z Małopolski do 2020 roku;
- ▶ Projekty Srebrnej Rewitalizacji Obszarów Mieszkaniowych;
- ▶ metodologia ewaluacji Programów Srebrnej Rewitalizacji (uwzględniająca zmiany w przestrzeni i poziom zadowolenia osób starszych i innych mieszkańców z życia w ich dotychczasowym środowisku).

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

ZMIANA ILOŚCIOWA

- ▶ więcej obiektów dostosowanych do potrzeb osób starszych, np. poprzez dobudowanie wind do budynków, pochylni itp.;

- ▶ więcej osób starszych zdolnych do samodzielnego (lub ewentualnie z asystą) życia w dotychczasowym miejscu zamieszkania;
- ▶ mniej osób starszych zmuszonych z powodu ograniczenia własnej sprawności do zamieszkania w domu pomocy społecznej;
- ▶ więcej osób starszych posiadających umiejętności i kompetencje potrzebne do zachowania jak najdłużej aktywności, niezależności i samodzielności;
- ▶ nowe miejsca umożliwiające aktywność osób starszych w miejscu zamieszkania, w tym wolontariatu i pracy (np. w przedsiębiorstwach społecznych);
- ▶ nowe miejsca pracy w firmach świadczących doraźną, dochodzącą pomoc seniorom z ograniczeniami wynikającymi z wieku, którzy mieszkają we własnych, ale przystosowanych do samodzielnego funkcjonowania mieszkaniach;
- ▶ więcej przyjaznych i dostępnych dla osób starszych przestrzeni publicznych;
- ▶ zwiększenie się liczby obszarów o mieszanym użytkowaniu terenu i funkcji⁷ (w myśl zasady *mix-land, mix-use*) szczególnie istotnej z punktu widzenia dostępności do różnych funkcji dla starzejących się mieszkańców;
- ▶ większa liczba obszarów i gmin zmieniających się zgodnie z zasadami Nowej Karty Ateńskiej (<http://www.izbaurbanistow.pl/91,europaeska-karta-planowania-2013.html>) – zrównoważony rozwój, miasto przyjazne wszystkim mieszkańcom, *age-friendly cities*.

ZMIANA JAKOŚCIOWA

- ▶ wzrost jakości życia osób starszych (wzrost poczucia bezpieczeństwa, komfortu zamieszkania);
- ▶ organizowanie się społeczności lokalnych, wzmocnienie postaw obywatelskich, kultury partycypacyjnej;
- ▶ wzrost funkcjonalności przestrzeni publicznych dla osób starszych i o różnym stopniu sprawności;
- ▶ pozytywne konsekwencje wynikające z częstszego korzystania z przestrzeni publicznych dla psychicznego i fizycznego dobrostanu osób starszych;
- ▶ stworzenie warunków sprzyjających integracji międzypokoleniowej w przestrzeniach publicznych;
- ▶ nawiązanie kontaktów i współpracy różnych organizacji i ekspertów, co może sprzyjać dalszemu rozwojowi i wspieraniu różnych przedsięwzięć rewitalizacyjnych;

- ▶ podnoszenie się świadomości społecznej nt. starości, wzmacnianie solidarności międzypokoleniowej;
- ▶ wzrost świadomości deweloperów i spółdzielni mieszkaniowych nt. zmieniających się standardów mieszkaniowych w społeczeństwie starzejącym się;
- ▶ podniesienie estetyki przestrzeni;
- ▶ pozytywny wpływ na stan środowiska naturalnego;
- ▶ pozytywny wpływ na ogólniejsze negatywne procesy występujące w miastach: depopulacja śródmieść, segmentacja przestrzenna, segregacja przestrzenna, „rozlewanie się” miast (*urban sprawl*).

RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

- ▶ brak odpowiednich kandydatów o określonych kompetencjach na operatora ds. srebrnej rewitalizacji w regionie, na poziomie lokalnym, także doradców do prowadzenia projektów rewitalizacji;
- ▶ brak zainteresowania i zaangażowania ze strony mieszkańców rewitalizowanego obszaru;
- ▶ brak zainteresowania wobec programu ze strony różnych grup interesariuszy (podmiotów gospodarczych, instytucji, organizacji z obszaru);
- ▶ brak wiedzy i doświadczenia potencjalnych interesariuszy w przygotowywaniu i realizacji programów rewitalizacji;
- ▶ brak chęci zdobywania umiejętności potrzebnych do przygotowywania programów rewitalizacji ze strony różnych grup interesariuszy;
- ▶ brak chęci współpracy na rzecz rewitalizacji korzystnej dla wszystkich mieszkańców danego terenu i uwzględniającej różne potrzeby i możliwości.

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE)

- ▶ brak wsparcia ze strony władz lokalnych;
- ▶ brak odpowiednich środków przeznaczonych na finansowanie przygotowania programów, jak i potem ich realizacji;
- ▶ zbyt skomplikowane dla potencjalnych zainteresowanych i partnerów programu metodologia i procedury opracowywania programu i jego realizacji.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014–2020;

- ▶ Partnerstwo Publiczno-Prywatne (lokalny biznes we współpracy z samorządami).

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- ▶ inicjowanie działań: jednostki samorządu terytorialnego, ich związki i stowarzyszenia;
- ▶ realizacja działań (np. w formule konsorcjów): jednostki samorządu terytorialnego, instytucje kultury, organizacje pozarządowe, partnerzy społeczni i gospodarczy, przedsiębiorcy, osoby prawne i fizyczne będące organami prowadzącymi szkoły i placówki, partnerzy społeczni i gospodarczy, kościoły i związki wyznaniowe oraz osoby prawne kościołów i związków wyznaniowych, instytucje otoczenia biznesu, spółdzielnie i wspólnoty mieszkaniowe, TBS.

DOBRE PRAKTYKI

W Polsce nie realizowano dotychczas działań rewitalizacyjnych, które kompleksowo podejmowałyby problematykę rewitalizacji rozumianej jako proces powiązanych ze sobą przemian przestrzennych i społecznych z uwzględnieniem zmian demograficznych.

Należy i warto wykorzystać doświadczenia z projektów zorientowanych na kreowanie architektury przyjaznej mieszkańcom w różnym wieku oraz z programów skoncentrowanych na animacji społecznej, wzmacnianiu kapitału społecznego na poziomie lokalnym, aktywizacji seniorów.

Należy również wykorzystać dobre praktyki z przygotowań i realizacji projektów rewitalizacji sprzed 2013 roku oraz bieżące doświadczenia Krakowa z realizacji pilotażowego programu rehabilitacji osiedli http://rewitalizacja.krakow.pl/programy_rewitalizacji/2370,glowna.html [30.05.2014].

KRAJOWE

REWITALIZACJA RAZEM

Przykładem stosunkowo najbliższym idei rewitalizacji – tak jak jest ona rozumiana w niniejszej rekomendacji jest program *Rewitalizacja Razem*, realizowany w Szczecinie: http://www.szczecin.pl/umSzczecinSwiat/files/72af859e12764037bed7e9671b28c1c8/program_rewitalizacja_razem.pdf

Program realizowano w kilku miejscach Szczecina, a uwagę zwraca zwłaszcza projekt rewitalizacji Kwartału 23, który obejmował kilka etapów i aspektów, w tym:

1. Renowację budynków mieszkalnych (renowacje części wspólnych sześcioramennych budynków istniejących, w tym także likwidację ogrzewania piecowego, wymianę instalacji wewnętrznych, wykonanie ocieplenia ścian zewnętrznych wraz z elewacją, ocieplenie stropu nad ostatnią kondygnacją, wymianę stolarki okiennej).
2. Infrastruktury: utworzenie świetlicy środowiskowej, punktu konsultacyjnego w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie (MOPR), utworzenie lokali usługowych, infrastruktury technicznej oraz wykonanie zagospodarowania terenu.
3. Rozbudowę i przebudowę istniejących budynków oraz budowę nowego budynku „spinki”, utworzenie mieszkań dla osób starszych i mieszkań chronionych (mieszkanie treningowe i „inkubator”).

MIASTECZKO AKTYWNEGO SENIORA

Radków Kłodzki – projekt „Miasteczko Aktywnego Seniora” – nowe kamieniczki na fundamentach starych, zlokalizowane w centrum małego miasteczka, w bliskiej odległości od szpitala, przychodni, bazy uzdrowskiej, ścieżek rowerowych. Trzykondygnacyjne budynki wyposażone w windy i wszelkie udogodnienia dla osób starszych i niepełnosprawnych. Opcja dostarczania posiłków do mieszkań seniorów (<http://www.dziennikpolski24.pl/artykul/2777104,eden-dla-emeryta,id,t.html> <http://www.teraz-zycie.pl/fundacja.php?id=radkow>).

SENIORZY W AKCJI

Seniorzy w akcji – to ogólnopolski konkurs dotacyjny realizowany przez Towarzystwo Inicjatyw Twórczych „E” ze środków Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności: <http://www.seniorzywakcji.pl/>

Program może być inspiracją dla przygotowywania działań i programów lokalnych, których celem jest integracja międzypokoleniowa i aktywizacja osób starszych w środowisku lokalnym, w tym zmiana przestrzeni. Programy finansowane w ramach *Seniorzy w akcji* zdecydowanie sprzyjają wspieraniu animatorów społeczności lokalnych (w tym osób starszych) i grup animatorów w różnym wieku.

Warte uwagi są procedury stosowane przez fundację, np. cykl szkoleń i warsztatów pogłębiających wiedzę i umiejętności z zakresu realizacji projektów – dla osób, które uzyskały dotację na podstawie pomysłu.

ZAGRANICZNE

URBAGING

Projekt badawczy *Urbaging* <http://www.urbaging.ch/> – przedmiotem projektu było zbadanie przystosowania przestrzeni miejskich pod kątem potrzeb osób starszych, na przykładzie dwóch miast Lugano (region Ticino) i Uster (region Zurychu). Analiza przestrzeni miejskich skupiała się głównie na otwartych przestrzeniach placów, parków i deptaków oraz lokalizacji podstawowych usług, takich jak sklepy, kawiarnie, restauracje, opieka społeczno-medyczna, usługi komunalne oraz kulturalno-rozrywkowe, tj. kina, teatry, muzea. Celem projektu było określenie dostępu do wielu funkcji i usług w tych miastach, mając na uwadze demograficzne prognozy. W projekt zaangażowani byli specjaliści z różnych dziedzin m.in. geografowie, architekci, urbaniści. Badania dotyczyły przestrzeni mieszkalnych, komercyjnych oraz dostępności usług dla osób starszych. W pierwszym kroku dokonano analizy przestrzeni publicznych, usługowych oraz systemu komunikacji w mieście przy użyciu geograficznych danych. Następnie zidentyfikowano potrzeby, wymagania i sposób oraz stopień zadowolenia z użytkowania przestrzeni miejskich przez osoby starsze, za pomocą wywiadów oraz spotkań warsztatowych. Rezultaty przedyskutowano z władzami miejskimi, ekspertami w zakresie planowania przestrzeni oraz osobami starszymi i przedstawicielami instytucji zrzeszających osoby starsze, w celu wyłonienia najbardziej kluczowych wyników, ważnych z punktu widzenia projektu. W projekcie wykorzystano różne metody badań: ilościowe i jakościowe stosowane zarówno w geografii, architekturze i socjologii.

Badania w projekcie zostały przeprowadzone w oparciu o 4 etapy, w których poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania:

Etap 1 – lokalizacja: Gdzie są zlokalizowane przestrzenie publiczne i usługowe w mieście? Gdzie mieszkają osoby starsze? Czy system komunikacji miejskiej umożliwia swobodny dostęp mieszkańcom, w tym osobom starszym do przestrzeni miejskich?

Etap 2 – użytkowanie: W jaki sposób są wykorzystywane przestrzenie publiczne i rekreacyjne w mieście? Czy sposoby te są satysfakcjonujące dla osób starszych (integracja społeczna i dostępność)?

Etap 3 – stan obecny: Czy środowisko miejskie odpowiada na potrzeby osób starszych? (dot. dostępności przestrzeni)

Etap 4 – stan projektowy: Jakie projekty lub sposoby zarządzania powinny być rozwijane, aby uczynić środowisko miejskie bardziej przyjazne i zrównoważone dla osób starszych?

Badania koncentrowały się na opracowaniu narzędzi pozwalających na wykorzystanie ich w całym procesie projektowym. Opracowano narzędzie w postaci zestawu pytań pozwalających sprawdzić, czy dana przestrzeń odpowiada na potrzeby osób starszych http://www.urbaging.ch/files/Presentazione_urbaging_it.pdf.

Po wstępnej analizie wyników zespół badawczy skoncentrował się na wyborze wybranych przestrzeni publicznych, na których dokonano bardziej wnikliwej analizy oraz zaproponowano konkretne rozwiązania przestrzeni miejskich w celu dostosowania ich do potrzeb osób starszych http://www2.arc.usi.ch/ris_ist_icup_pub_urbaging_01.pdf. Wynikiem projektu była lista kryteriów i zaleceń dla zarządzania rozwojem miasta i projektowania architektoniczno-urbanistycznego w aspekcie starzejącego się społeczeństwa http://www.nfp54.ch/files/nxt_projects_86/21_07_2011_09_33_47-nfp54alterndegesellschafturbagingmanifestoen.pdf.

Ponadto otrzymane wyniki badań skonfrontowano z realiami i potrzebami mieszkańców.

Wyniki zostały opublikowane w książce *UrbAging La Citta e Gli Anziani*: http://www.urbaging.ch/files/Libro_urbaging_copertina.pdf, promowane na konferencjach oraz w ramach spotkań w urzędach miasta, gminy itp.

BIBLIOGRAFIA

- BŁĘDOWSKI P., SZATUR-JAWORSKA B., SZWEDA-LEWANDOWSKA Z., KUBICKI P. (2012), *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych [http://senior.hostlab.com.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf] (20.12.2013)
- BUKOWSKI A., JABŁOŃSKA B., SMAGACZ-POZIEMSKA M. *Wykluczone sąsiedztwa. Społeczne aspekty rewitalizacji w przestrzeni wielkiego miasta*, Kraków 2007. Rabid.
- DZIUBAN A. *Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Przegląd piśmiennictwa*, Geronologia Polska, 2010, tom 18, nr 3.
- GARNISS G. *Independent senior housing in Poland? Leading issues in the market*, in: Perek-Białas J., Hoff A. (eds.), *Developing the «Sociology of Ageing»*, Kraków 2012, Jagiellonian University Press.
- GIDDENS A. *Europa w epoce globalnej*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- GLOBAL AGE-FRIENDLY CITIES: A GUIDE, World Health Organization Press, Geneva 2007.
- HILL D.R. *Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia*, Warszawa 2010, Laurum.
- KĘBŁOWSKI W. *Budżet partycypacyjny*, Instytut Obywatelski 2013. http://www.institutobywatelski.pl/wp-content/uploads/2013/03/budzet_partycypacyjny.pdf (05.05.2014)
- KRZYSZKOWSKI J. *Analiza doświadczeń w obszarze pracy socjalnej i polityki społecznej*, [w:] B. Skrzypczak (red.), *Organizowanie społeczności lokalnej. Analizy, konteksty, uwarunkowania*, Warszawa 2011. Fundacja Instytut Spraw Publicznych.
- LABUS A., *Odnowa miast a starzejące się społeczeństwa europejskie na wybranych przykładach*, *Kwartalnik Problemy Rozwoju Miast* IRM 2/2013, Kraków, str. 11–28.
- NIEZABITOWSKI M. *Elderly people in residential environment*, in: Perek-Białas J., Hoff A. (eds.), *Developing the «Sociology of Ageing»*, Kraków 2012. Jagiellonian University Press.
- OCENA SKUTECZNOŚCI ZASTOSOWANIA WYBRANYCH MECHANIZMÓW PROGRAMOWYCH WPŁYWAJĄCYCH NA EFEKTY WDRAŻANIA MAŁOPOLSKIEGO REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO, W TYM PLANÓW

- ROZWOJU UZDROWISK ORAZ PROGRAMÓW REWITALIZACJI (2012), Kraków: Instytut Rozwoju Miast [<http://fundusze.malopolska.pl/mrpo/Documents/dokumenty-programowe/ewaluacja/2013/xviii-rewitalizacja.pdf>]
- PEREK-BIAŁAS J., MYSIŃSKA E. *Indeks aktywnego starzenia w ujęciu regionalnym. Ekspertyza dla Departamentu Polityki Senioralnej, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej*, Warszawa 2013. [http://senior.hostlab.com.pl/source/Ekspertyza%20regionalny%20indeks%20aktywnego%20starzenia_27.xi.2013.pdf] (09.12.2013).
- PIŁAT E. (2010) *Eden dla emeryta. Między wyspami szczęśliwości a gettami starości*, [w:] „Dziennik Polski” 18.06.2010 r. str. C1
- PIŁAT E. *Gdzie będą mieszkać seniorzy. Mieszkania gotowe na starość. Jeszcze nie w Polsce*, [w:] „Dziennik Polski” 26.03.2013 r., str. A11
- PIŁAT E. *Mieszkanie na drugą połowę życia*, [w:] *Property Journal*, nr 8-8 2013 (<http://www.propertyjournal.pl/mieszkanie-na-druga-polowe-zycia/>)
- POLACY WOBEC LUDZI STARSZYCH, BS/157/2009 (http://www.cbos.pl/spiskom.pol/2009/k_157_09.pdf) (20.12.20013).
- PRZEWODNIK DOBRYCH PRAKTYK. RECO – REGIONY WE WSPÓŁPRACY NA RZECZ POPRAWY ZDROWIA I JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB STARSZYCH [http://www.centrumis.pl/assets/files/reco/reco_broszura_best_practices.pdf] (05.05.2014)
- SMAGACZ M. *The Revitalization of Urban Space. Social Changes in Krakow's Kazimierz and the Ticinese District in Milan*, Pisa 2008. Edizioni Plus.
- SMAGACZ-POZIEMSKA M. *Praca socjalna ze środowiskiem w warunkach globalnego kryzysu – szansa dla społeczności i szansa dla pracy socjalnej?* [w:] K. Frysztacki, *Krakowskie studia pracy socjalnej*, Kraków 2013. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- SOBIESIAK P., ZALEWSKA J. *Między wstydem a towarzyskością. Modele uczestnictwa społecznego osób starszych*, [w:] M. Raćław (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Warszawa 2011. Fundacja Instytut Spraw Publicznych.
- WYZWANIA MAŁOPOLSKI W KONTEKŚCIE STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA. PODEJŚCIE STRATEGICZNE (2010), UMWM, Kraków.
- ZBOROWSKI A. (red.) *Demograficzne i społeczne uwarunkowania rewitalizacji miast w Polsce*, Kraków 2009. Instytut Rozwoju Miast.

ZIOBROWSKI Z., JARCZEWSKI W. (red.) *Rewitalizacja miast polskich – diagnoza*,
Kraków 2010. Instytut Rozwoju Miast.

[HTTP://www.urbaging.ch/](http://www.urbaging.ch/)

[HTTP://www.nfp54.ch/files/nxt_projects_86/21_07_2011_09_33_47_nfp54alterndegesellschafturbagingmanifestoen.pdf](http://www.nfp54.ch/files/nxt_projects_86/21_07_2011_09_33_47_nfp54alterndegesellschafturbagingmanifestoen.pdf)

[HTTP://www2.arc.usi.ch/ris_ist_icup_pub_urbaging_01.pdf](http://www2.arc.usi.ch/ris_ist_icup_pub_urbaging_01.pdf)

[HTTP://www.izbaurbanistow.pl/91,europaeska-karta-planowania-2013.html](http://www.izbaurbanistow.pl/91,europaeska-karta-planowania-2013.html) (tekst Nowej Karty Ateńskiej) (05.05.2014)

[HTTP://www.gallup.com/strategicconsulting/158219/soul-city.aspx](http://www.gallup.com/strategicconsulting/158219/soul-city.aspx)
(badania *Soul of the City* Instytutu Gallupa) (05.05.2014)

- 1 **Miasta dynamiczne** pod względem gospodarczym, charakteryzujące się znacznym wzrostem ludności w drodze napływu migrantów o zarówno wysokich, jak i niskich kwalifikacjach, przyciągniętych stabilną siłą gospodarczą i zasobnością miast. Są to głównie duże miasta Europy Zachodniej (Barcelona, Londyn, Paryż, Hamburg), ściśle powiązane z gospodarką światową, zapewniające przyjazne otoczenie dla innowacji i działalności gospodarczej oraz atrakcyjne warunki życia. Miasta te mają korzystną pozycję ekonomiczną, z dobrymi połączeniami do rynków światowych, europejskich, krajowych. Mają dodatnie saldo migracji, stosunkowo wysoki wskaźnik napływu młodzieży, przy jednoczesnym starzeniu się populacji.
- 2 **Miasta stabilne**, o silnym zapleczu gospodarczym i nierosnącej lub stopniowo rosnącej lub malejącej populacji. Są to głównie średnie i małe miasta europejskie (Wenecja, Tallin) mające stosunkowo silne zaplecze gospodarcze i najbardziej niejednorodną strukturę demograficzną, która może obejmować imigracje lub emigracje oraz stosunkowo wysoki lub niski poziom płodności. Główną cechą tych obszarów miejskich jest stabilny rozwój gospodarczy oraz stopniowa zmiana liczby mieszkańców. Miasta należące do tej kategorii znajdują się w całej Europie. Proces starzenia się społeczeństwa utrzymuje się w tych miastach w miarę na stabilnym poziomie. W tym przypadku stopniowe kurczenie się miasta nie musi prowadzić do poważnych trudności, a nawet może się okazać korzystne ze względu na malejącą gęstość zaludnienia w środowisku miejskim.
- 3 **Miasta kurczące się** charakteryzujące się złożonymi tendencjami malejącymi, w których możliwe jest wystąpienie spadków demograficznych i spowolnienie gospodarcze (kurczące się). Są to obszary miejskie zazwyczaj zlokalizowane w środkowej i wschodniej części UE, wschodnia część Niemiec (Magdeburg, Halle), Rumunia (Arad), w niektórych peryferyjnych obszarach Europy Zachodniej (południowa część Włoch, północna Anglia, północna Skandynawia), a także wschodnie regiony Polski i rejon Łodzi oraz miasta województwa śląskiego (Ruda Śląska, Bytom). Mniejsza liczba użytkowników infrastruktury publicznej może spowodować wzrost kosztów w przeliczeniu na jednego mieszkańca; możliwe jest także zamykanie szkół, bibliotek itp.
- 4 Piszą o tym m.in. Szewczenko A., Benek I., [w:] Acta Universitatis Lodzianis, Folia Oeconomica 297 – *Pomyślne starzenie się – uwarunkowania społeczne, przestrzenne i zdrowotne* [red.] D. Kałuża-Kopias, P. Szukalski, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2013
- 5 Mała architektura rozumiana jako zespół niewielkich obiektów budowlanych, wznoszonych w ramach zagospodarowania terenu (działki budowlanej, miast, osiedli, zakładów pracy, parków, ogrodów itp.) Art. 3 pkt 4 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U. Z 2006 r., nr 156, poz. 1118, z późn. zm.).
- 6 Niski poziom wydajności energetycznej budynku rozumiany jest jako prowadzenie działań, które

- mają na celu efektywne wykorzystanie energii w budynkach, np. zmniejszenie ilości energii potrzebnej do ogrzania budynku – pasywne ogrzewanie słoneczne. Do takich działań można zaliczyć: odpowiednie usytuowanie budynku względem nastonecznienia, wykorzystanie elementów krajobrazowych, drzew, wzgórze, które mogą zapewnić cień i tłumić wiatr itp. Projektowanie szczelnych budynków, posiadających energooszczędne okna, dobrze uszczelnione drzwi, dodatkową izolację termiczną ścian, co może zmniejszyć utratę ciepła o 25-50%. Więcej patrz: *Environmental and Energy Study Institute: Energy-Efficient Buildings: Using whole building design to reduce energy consumption in homes and offices*. Eesi.org. Ponadto efektywność energetyczna i energia odnawialna są uznawane za bliźniacze filary zrównoważonej polityki energetycznej. W wielu państwach uznaje się także, że efektywność energetyczna przynosi korzyści dla bezpieczeństwa narodowego, ponieważ może przyczynić się do ograniczenia poziomu importu energii z zagranicy i może spowolnić tempo wyczerpywania krajowych zasobów energii.
- 7 Mieszane użytkowanie terenu jest kluczowym elementem stworzenia lepszych miejsc do życia. Planując tereny mieszkalne, handlowe i rekreacyjne w pobliżu siebie, dajemy większą alternatywę w zakresie dostępności i poruszania się dla takich środków komunikacji, jak chodzenie lub jazda na rowerze. Mieszane użytkowanie terenu sprzyja także postrzeganiu bezpieczeństwa na danym obszarze poprzez zwiększenie liczby osób i aktywności na tym terenie. To przyciąga przechodniów i pomaga ożywić przestrzenie publiczne i miejsca spotkań ludzi. Mieszane użytkowanie terenów może przynosić także korzyści ekonomiczne. Na przykład rozmieszczenie obiektów handlowych w pobliżu obszarów mieszkalnych może podnieść wartość nieruchomości, pomagając zwiększyć lokalne dochody.

REKOMENDACJA 2

Program *Miejsce wszystkich pokoleń, przestrzeń przyjazna seniorom*

JAK JEST?

Przestrzenie miejskie (np. sąsiedztwa, osiedla, dzielnice) niedostosowane są do potrzeb i oczekiwań starzejącego się społeczeństwa.

Z badań planistycznych (m.in. Plan Zagospodarowania Przestrzennego Województwa Małopolskiego) oraz z konsultacji z wieloma ekspertami wynika, że:

1. Praktyka działań urbanistyczno-architektonicznych (konkretnych rozwiązań w przestrzeni publicznej, na obszarach mieszkalnych) w niedostatecznym stopniu uwzględnia obecny i prognozowany proces starzenia się społeczeństwa. Nie tylko w Małopolsce, ale w całej Polsce standardy dotyczące organizacji i funkcjonalności przestrzeni są znacznie niższe niż te obowiązujące w państwach Europy Zachodniej¹.
2. Warunkiem wypracowania i utrwalenia się standardów przestrzennych adekwatnych do potrzeb starzejącego się społeczeństwa jest wzrost świadomości społecznej na temat wpływu rozwiązań przestrzennych na jakość życia starszych osób, ale również jakość życia całej społeczności (np. poprzez ułatwienia samodzielnego funkcjonowania osób starszych i z ograniczoną sprawnością). Wzrost wiedzy społecznej z tego zakresu (jako komponent postawy) jest również warunkiem przełamywania negatywnych stereotypów na temat starości.

Prognozy o starzeniu się społeczeństwa nie mają lub mają niewielkie przełożenie na organizację i dostosowanie przestrzeni gmin Małopolski – dyskusja ekspertów o standardach, jakie wymogi będzie musiała spełniać przestrzeń za 20, 30 lat, aby odpowiadała potrzebom i nowym oczekiwaniom funkcjom, nie dociera do szerszej publiczności.

W praktyce polskiej gospodarki przestrzennej bardzo rzadko uwzględniane są potrzeby starzejącego się społeczeństwa. Niedostosowanie przestrzeni do potrzeb osób starszych wynika z jednej strony z zaniedbań przestrzeni z przeszłości, z drugiej – z braku świadomości społecznej o wadze przestrzennych uwarunkowań życia społecznego, braku wiedzy o możliwych rozwiązaniach oraz nieobecności tej problematyki w głównym nurcie dyskursu o przestrzeni miejskiej.

Czynniki te – o charakterze obiektywnym (stan przestrzeni) oraz świadomościowym – bez podjęcia odpowiedniej interwencji będą miały poważne skutki negatywne, przejawiające się przestrzenną izolacją osób starszych, pogłębianiem się wykluczenia społecznego, obniżaniem jakości życia osób starzejących się.

W wielu miastach polskich organizowane są konkursy na miejsca przyjazne seniorom: Kraków, Lublin, Szczecin, Warszawa, Wrocław, Chrzanów, Legnica, Słupsk. Jednak większość z nich podejmuje problematykę konkursu w skali mikro, odnosząc się do budynku (instytucji kultury, usług, urzędów, ośrodków sportowych), brakuje zaś szerszego podejścia i myślenia o przestrzeni jako środowisku społeczno-przestrzennym, które w sposób kompleksowy musi uwzględniać potrzeby, możliwości i ograniczenia mieszkańców, w tym osób starszych.

Literatura polska dotycząca problemów (w ogólnym ujęciu) występujących w przestrzeni miejskiej jest bardzo bogata, ale brakuje badań, które by podejmowały temat percepcji i wykorzystania przestrzeni przez seniorów – dostępne są jedynie studia przypadków i wyniki badań eksploracyjnych, np.: w Poznaniu – przeprowadzono badania dotyczące dostosowania przestrzeni publicznych do potrzeb osób starszych (16 indywidualnych wywiadów pogłębionych (IDI) oraz obserwacje obszaru obejmującego 102 ulice). Wyniki badania wykazały, że (...) wiele obszarów, które opisano jako wymagające poprawy, dotyczy także nowych lub niedawno remontowanych ulic. Akceptując projekt budowy lub remontu, często nie uwzględnia się tak istotnych dla bezpieczeństwa użytkowników spraw, jak wyraźne odróżnienie chodnika od jezdni oraz ścieżek rowerowych. Zapomina się również o dostatecznej liczbie miejsc przeznaczonych do odpoczynku (ma je tylko 10% ulic) — bardzo ważnych dla osób starszych, które miewają problemy z przebyciem długich odcinków bez możliwości zrobienia sobie przerwy (Bujacz A., Skrzypiska N., Zielińska A.M., 2012).

Z kolei zespół studentek i studentów Instytutu Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego zrealizował projekt dotyczący barier występujących w przestrzeni Krakowa z perspektywy osób z różnymi niepełnosprawnościami (ruchową, wzrokową, słuchową) – można zatem uznać, że wiele wniosków z tego projektu dotyczy również osób starszych, z ograniczoną sprawnością. Raport i film z projektu opisuje rozmaite bariery, z których architektoniczne są najbardziej oczywiste, ale nie jedyne: wskazano również na bariery symboliczne, instytucjonalne. **Więcej:** http://www.socjologia.uj.edu.pl/aktualnosci/-/journal_content/56_instance_enellua9gj5w/15033991/37095697

W Polsce coraz częściej wykorzystywaną, ale słabo opisaną metodą badawczą są tzw. spacerzy badawcze z seniorami, w których uczestniczą badacze i osoby starsze. Takie spacerzy odbywają się w np. Gdyni, Krakowie czy Rabce-Zdroju, a ich celem jest poznanie i opisanie przestrzeni miejskiej tak, jak jej doświadczają seniorzy. Trasy uwzględniają miejsca zróżnicowane funkcjonalnie (miejsca rekreacji, historyczne, z budynkami użyteczności publicznej itd.), a seniorzy na bieżąco przekazują swoje obserwacje i doświadczenia. Dodatkowo metoda ta ma cele aktywizacyjne. W Rabce-Zdroju organizatorami spaceru byli studenci UTW, a celem badań było zdiagnozowanie przestrzeni niedostępnych lub słabo dostępnych dla osób z ograniczoną sprawnością. **Więcej:** Spasiewicz-Bulas M., 2013.

Z danych pochodzących z zagranicy wskaźmy raport pt. *Liveable Cities*, który powstał w ramach konkursu *The Philips Livable Cities Award*. To wynik debat i rozmów z ekspertami w dziedzinie planowania i projektowania miejskiego z całego świata. Najważniejsze ustalenia raportu:

- ▶ ruch uliczny i transport to główne wyzwanie dla władz miejskich. Około 60% respondentów poprawiłoby system transportowy i stan dróg, aby miasta były mniej stresujące i lepiej przystosowane do życia (temat transportu w Krakowie został poruszony w ramach międzynarodowego projektu AENEAS²);
- ▶ prawie 60% respondentów uważa, że w miastach żyje się coraz gorzej. Starsze osoby odczuwają rosnące trudności w życiu i wiele osób po 60. roku życia chciałoby się wyprowadzić z miasta;
- ▶ prawie wszyscy zgadzają się, że tolerancja kulturowa i dobre relacje sąsiedzkie to podstawa, która wpływa na kształtowanie atrakcyjnego miejsca do życia i pracy;
- ▶ 25% odczuwa, że miasta nie stwarzają warunków do wzajemnej współpracy i nie ma poczucia wspólnoty pomiędzy mieszkańcami.

W Polsce – jeśli pojawiają się opracowania dotyczące projektowania dla ludzi niepełnosprawnych i starszych – to dotyczą one przede wszystkim obiektów i urządzeń, a do wyjątków należą projekty w skali osiedla/dzielnicy (jak np. projekt rewitalizacji w Szczecinie).

Zgodnie z przewodnikiem WHO kryteria oceny przestrzeni przyjaznych seniorom powinny dotyczyć takich aspektów, jak: przestrzeń publiczna i budynki, transport, mieszkalnictwo, partycypacja społeczna, szacunek i włączenie

społeczne, zaangażowanie obywatelskie, zatrudnienie, komunikacja społeczna i informacja, wsparcie dla społeczności, usługi zdrowotne. Rekomendujemy wykorzystanie szczegółowej listy wskaźników opracowanych przez WHO w tworzeniu koncepcji programu *Miejsce wszystkich pokoleń. Przestrzeń przyjazna seniorom*. Ten sposób metodologii był wykorzystany w ocenie *Elderly Friendly Places to Live in Małopolska* w ramach projektu Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)/LEED, opracowanie Perek-Białas J., i inni, 2013.

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Przygotowanie programu *Miejsce wszystkich pokoleń, przestrzeń przyjazna seniorom*

Ogólnym celem rekomendacji jest opracowanie i wdrożenie programu *Miejsce wszystkich pokoleń, przestrzeń przyjazna seniorom*, zgodnie z koncepcją aktywnego i pomyślnego starzenia się. Przygotowanie i realizacja programu obejmowałaby następujące elementy:

1. Konkurs na projekt zrealizowany i eksperymentalny (wizjonerski) obszaru (ulica, osiedle, określony granicami teren np. kompleks rekreacyjny, kompleks uzdrowski, zespół budynków z otoczeniem, dzielnica, wieś) w całości lub w części dostosowany do potrzeb osób starszych i innych mieszkańców, umożliwiających integrację między- i wewnątrzpokoleniową.
2. Platforma informacyjno-promocyjna dobrych rozwiązań organizacji i funkcjonalności przestrzeni dla mieszkańców Małopolski (wzorcowych rozwiązań przestrzennych).

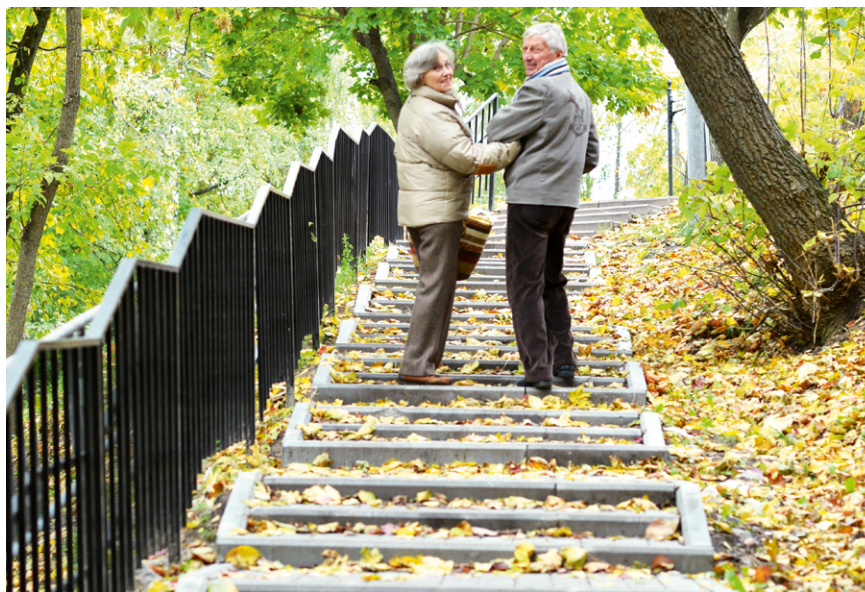


foto. depositphotos.com

Program miałby charakter edukacyjny i promujący takie rozwiązania przestrzenne w miastach, które są: włączające, dostępne, wielofunkcyjne i atrakcyjne dla osób w każdym wieku i o różnym statusie społeczno-ekonomicznym, pozwalają na jak najdłuższe samodzielne korzystanie z przestrzeni dla osób o różnym stopniu sprawności oraz które są miejscem integracji społecznej.

Program ma być czynnikiem motywującym dysponentów przestrzeni (spółdzielni, samorządów, deweloperów, przedsiębiorców, władz rozmaitych instytucji itd.) do przekształceń przestrzeni zgodnie ze standardami przyjętymi w programie (zob. przywołane wyżej wskaźniki WHO) oraz do tworzenia nowych/innovacyjnych rozwiązań przestrzennych przyjaznych ludziom w każdym wieku.

Na poziomie gmin (np. w Krakowie) istnieją już inicjatywy promujące „Miejsca przyjazne seniorom” – niniejsza rekomendacja *Miejsce wszystkich pokoleń. Przestrzeń Przyjazna Seniorom* ma jednak istotne cechy odróżniające, odwołujące się do idei rozwoju zrównoważonego i koncepcji miast przyjaznych starzeniu się, zawartej m.in. w *Global Age-friendly Cities: A Guide*, opracowanej przez WHO (2007):

- ▶ „Przestrzeń” rozumiana jest kompleksowo, jako środowisko życia człowieka. Program ma zatem dotyczyć nie pojedynczych „miejsc” (budynek, park etc.), ale wielofunkcyjnych obszarów, w których ludzie – bez względu na wiek i płeć – mogą mieszkać, pracować, wypoczywać i realizować się jako członkowie społeczności lokalnej.
- ▶ Przestrzeń postrzegana jest jak łańcuch, którego siła zależy od najbliższego ogniwa. Używając przykładu: fantastyczne, dostosowane dla seniorów miejsce publiczne (park, biblioteka) nie spełni swoich funkcji, jeśli ograniczone są możliwości opuszczenia mieszkania.

Program *Miejsce wszystkich pokoleń. Przestrzeń Przyjazna Seniorom*, ma trzy cele szczególne:

1. Promocja przestrzeni (spełniających określone kryteria) już istniejących w Małopolsce. Tu ważnym elementem byłby małopolski Konkurs na miejsce wszystkich pokoleń (np. dla dzielnic, miasteczek, wsi, wyodrębnionych obszarów), który potencjalnie pełniłby funkcje integracyjne dla społeczności (vide przypadek miast ubiegających się o tytuł Europejskiej Stolicy Kultury).
2. Zachęcanie samorządów lokalnych, organizacji etc. do wykorzystywania sprawdzonych narzędzi i technik „czynienia przestrzeni przyjazną dla seniorów”. Temu służyłby konkurs z nagrodami oraz promocja zwycięzców

w mediach w kategorii „Projekty zrealizowane i eksperymentalne”. Istotna jest zwłaszcza baza dobrych praktyk, np. w formie platformy internetowej, która zawierałaby informacje o wzorcowych rozwiązaniach architektonicznych, urbanistycznych czy ruralistycznych w Polsce i za granicą, jak również o aspektach społecznych i socjalnych, finansowych, organizacyjnych, prawnych itd. tych rozwiązań.

3. Informacja i edukacja społeczna – pozyskiwanie i przekazywanie informacji o rozwiązaniach z Polski i zagranicy, ale również włączanie uczelni i szkół (w tym zawodowych) do projektu (np. projektowanie przez studentów, ale z udziałem mieszkańców, w tym osób starszych, przestrzeni, budynków, wnętrz, mebli, wyposażenia etc.).

Rekomendacja jest zgodna z ogólną ideą „Małopolski małych miasteczek”, w opracowywanej właśnie strategii Rozwoju Przestrzennego Małopolski, w czym nawiązuje się do filozofii *slow city*³.

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

Sugerowane jest powołanie konsorcjum, w skład którego wchodziłoby przedstawiciele władz regionalnych, lokalnych, przedstawiciele Rady Seniorów, architekci, urbaniści (być może przedstawiciele Stowarzyszenia Architektów Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo Urbanistów Polskich) oraz uczelnie małopolskie (np. Politechnika Krakowska, Uniwersytet Jagielloński, uczelnie z innych miast regionu) i inne instytucje eksperckie (np. Instytut Rozwoju Miast). Celem konsorcjum będzie:

- ▶ organizacja i realizacja programu (konkursu – np. co rok) – określenie regulaminu, współpraca i nadzór nad przebiegiem konkursu, wyłonienie zwycięzców oraz monitorowanie efektów konkursu;
- ▶ organizowanie sieci partnerów programu (szkół, mediów etc.);
- ▶ prowadzenie portalu internetowego, zbieranie dobrych praktyk;
- ▶ organizowanie i współorganizowanie wydarzeń towarzyszących i merytorycznie związanych z programem (np. konferencje tematyczne, szkolenia).

Konkurs mógłby odbywać się pod patronatem Marszałka Województwa Małopolskiego. Wyłonienie zwycięzców mogłoby odbywać się także w różnych kategoriach (podobnie jak w przypadku na najlepszą przestrzeń publiczną województwa śląskiego) – wybór jury oraz internautów (w ramach którego internauci mogliby głosować na najlepszy projekt zrealizowany i eksperymentalny).

Nagrodą za udział w konkursie będzie przydzielony certyfikat pod patronatem Marszałka Województwa Małopolskiego. Certyfikat pt. *Miejsce przyjazne wszystkim pokoleniom* będzie miał charakter prestiżowy.

Baza dobrych praktyk – istnieje wiele wzorców w zakresie takich platform internetowych, które porządkują dane. Potrzebne jest zatrudnienie osoby z wiedzą planistyczną oraz techniczną, która miałaby za zadanie czuwać nad wprowadzaniem dobrych praktyk do bazy ze wskazaniem lokalizacji (mapa praktyk) oraz z podstawowymi informacjami o projekcie (w formie tekstowej i graficznej).

WSKAŹNIK

SYTUACJA WYJŚCIOWA

- ▶ nieliczne gminy w Małopolsce (potrzebna kwerenda dla ustalenia konkretnych danych) mają na swojej stronie internetowej informacje o miejscach przyjaznych dla wszystkich pokoleń, w tym seniorów;
- ▶ brak bazy danych ze wskaźnikiem przyjazności miejsc dostosowanych do potrzeb osób starszych;
- ▶ programy dydaktyczne na uczelniach wyższych kształcących projektantów i architektów nie uwzględniają (lub marginalizują) tematykę przestrzeni przyjaznej dla seniorów.

WSKAŹNIK DOCELOWY

- ▶ każda gmina w Małopolsce na swoich stronach internetowych zamieszczałyby informacje o przestrzeniach przyjaznych seniorom (dostępność, warunki etc.).

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA

- ▶ badania sondażowe;
- ▶ *desk research* (analiza zasobów internetowych, danych urzędowych poszczególnych gmin).

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

- ▶ konkurs, poprzez który zostanie wyłoniona koncepcja wraz z pokazaniem możliwości stworzenia miejsca przyjaznego mieszkańcom (obszaru, dzielnicy), w tym osobom starszym, uwzględniająca perspektywę czasową 2020, 2050 itp. oraz odmienne oczekiwania i zasoby (np. ekonomiczne, kulturowe, w tym kompetencje w zakresie korzystania z nowych technologii) obecnych i przyszłych seniorów;

- ▶ przykłady rozwiązań (baza dobrych praktyk), które mogą posłużyć jako element popularyzacji i poszerzenia świadomości społecznej w zakresie zmian demograficznych i potrzebnych działań w tym zakresie. Powstała baza dobrych praktyk będzie więc miała znaczenie nie tylko teoretyczne, ale także praktyczne (w myśl zasady „uczenia się na cudzych błędach” i inspirowanie się dobrymi rozwiązaniami);
- ▶ baza kryteriów oceny jakości przestrzeni dla osób w różnym wieku, w tym dla osób starszych – do wykorzystania w trakcie tworzenia nowych miejsc i ewaluacji istniejących;
- ▶ marka „miejsca wszystkich pokoleń” (zgodnie ze strategią promocji, również w formie certyfikatu uzyskiwanego w konkursie);
- ▶ dodatkowe produkty edukacyjne/naukowe/promocyjne: organizowane w ramach działań konkursowych wystawy, konferencje, sympozja itp.

Ogłoszenie konkursu w dwóch kategoriach (przestrzeń istniejąca oraz wizja/pomysł na miejsca przyjazne osobom starszym) byłoby pierwszym tego typu przedsięwzięciem w Polsce.

Konkurs byłby wezwaniem do interdyscyplinarnej współpracy specjalistów różnych dziedzin w zakresie opracowania nowych rozwiązań i ulepszenia miasta w kontekście potrzeb osób starszych.

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

Rekomendowane rozwiązanie jest relatywnie prostym i niekosztownym sposobem promowania dobrych praktyk i informowania o nich oraz sposobem edukacji społeczeństwa o ideach aktywnego i pomyślnego starzenia się z uwzględnieniem przestrzeni miejskich, nie tylko dotyczących miejsc zamieszkania. Efekty wdrożenia rozwiązania to:

ZMIANA ILOŚCIOWA

- ▶ więcej miejsc spełniających kryteria miejsca wszystkich pokoleń, w tym osób starszych;
- ▶ wzrost liczby podmiotów lokalnych (władze samorządowe, deweloperzy, inwestorzy, spółdzielnie mieszkaniowe etc.) zainteresowanych realizowaniem polityki przestrzennej przyjaznej seniorom;
- ▶ wzrost liczby absolwentów uczelni wyższych i szkół przygotowanych do projektowania i planowania rozwiązań przestrzennych przyjaznych seniorom oraz w myśl zasady „universal design”, „design for all” itp.

ZMIANA JAKOŚCIOWA

- ▶ poprawa standardów życia w mieście, m.in. poprzez poprawę dostępności (fizycznej) i lepszą funkcjonalność środowiska mieszkalnego, przestrzeni publicznych, transportu publicznego;
- ▶ uwrażliwienie mieszkańców na potrzeby osób starszych w ramach działań we wspólnej przestrzeni w przypadku głównych podmiotów mających realny wpływ na jakość przestrzeni miejskiej (władze, deweloperzy, inwestorzy, architekci, urbaniści, urzędnicy itp.);
- ▶ wzrost zainteresowania i wiedzy w zakresie planowania przestrzennego i rozwiązań przestrzennych przyjaznych ludziom w różnym wieku.

RYZYKA

RYZYKA WEWNĘTRZNE

- ▶ bierność ludzi formalnie zaangażowanych w projekt (np. członkowie konsorcjum);
- ▶ brak zainteresowania ze strony gmin, deweloperów, spółdzielni etc.;
- ▶ brak zainteresowania ze strony uczelni, szkół kształcących projektantów, architektów;
- ▶ brak wystarczającej wiedzy o problematyce starzenia się społeczeństwa – problemy z dokonaniem oceny i wyłonieniem najlepszych prac konkursowych;
- ▶ brak zaufania seniorów wobec podjętych działań, tym samym brak zaangażowania;
- ▶ błędne określenie kryteriów miejsc przyjaznych seniorom;
- ▶ brak koordynacji pomiędzy konkursem a zapisywaniem i opracowaniem dobrych praktyk.

ZAGROŻENIA ZEWNĘTRZNE

- ▶ brak zainteresowania ze strony mediów;
- ▶ brak możliwości finansowania przedsięwzięcia;
- ▶ brak wsparcia ze strony władz regionalnych i lokalnych.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ środki uczelni wyższych;
- ▶ budżet jednostek samorządu terytorialnego;

- ▶ środki własne podmiotów prywatnych;
- ▶ fundusze organizacji pozarządowych.

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- ▶ inicjowanie działań: UMWM;
- ▶ realizacja działań: lider konsorcjum;
- ▶ współpraca (partnerzy) – jednostki samorządu terytorialnego, przedsiębiorcy;
- ▶ ocena i ewaluacja – konsorcjum.

Potencjalni partnerzy konsorcjum (otwarta lista): jednostki samorządu terytorialnego, instytucje akademickie i naukowe (przedstawiciele takich dziedzin jak architektura, architektura wnętrz, inżynieria, socjologia), instytucje eksperckie (np. Instytut Rozwoju Miast), szkoły zawodowe i techniczne; instytucje kulturalne, sportowe, edukacyjne (np. muzeum, klub sportowy, szkoła), stowarzyszenia i organizacje branżowe (Stowarzyszenie Architektów Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo Urbanistów Polskich), przedstawiciele biznesu: deweloperzy, lokalni przedsiębiorcy (w tym organizacje przedsiębiorców, np. kupieckie), organizacje pozarządowe, media.

DOBRE PRAKTYKI

REGIONALNE

KONKURS *MIJESCA PRZYJAZNE SENIORM* – KRAKÓW

24 maja 2011 r. Gmina Miejska Kraków oraz Województwo Małopolskie podpisały porozumienie o współpracy na rzecz poprawy sytuacji osób starszych, tym samym uruchamiając I edycję akcji *Miejsce przyjazne seniorom*. Organizatorami i realizatorami akcji są Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie oraz Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa (UMK)/Miejski Ośrodek Wspierania Inicjatyw Społecznych. Konkurs objął swoim zasięgiem Kraków, ale intencją organizatorów było jego rozszerzenie na cały region. W ciągu trzech lat *Miejsce przyjazne seniorom* znalazło naśladowców w wielu miastach Polski, ale nie w regionie.

Celem konkursu *Miejsce przyjazne seniorom* jest promowanie takich miejsc na terenie Krakowa: kawiarni, sklepów, aptek, instytucji: kulturalnych, edukacyjnych, rekreacyjnych, sportowych odpowiadających na potrzeby starszych

mieszkańców poprzez dostosowanie swojej architektury oraz oferowanie produktów, usług i zniżek specjalnie skierowanych do seniorów, w których osoby starsze czują się miło i swobodnie, są godnie traktowane i obsługiwane. W konkursie startują przede wszystkim „produkty”, np. usługi (salon fryzjerski lub kosmetyczny z dużą ofertą i znaczącymi rabatami dla seniorek, szkoły językowe z programem dostosowanym do starszego studenta itd. Przestrzeń jest w tym konkursie zaledwie zauważana. Nie jest najważniejszym kryterium przyznawania nagród. Laureaci otrzymują efektowne certyfikaty ważne tylko przez rok. Organizatorzy nie przewidzieli nagród finansowych, wyłącznie prestiżowe, mimo to rokrocznie o tytuł stara się kilkadziesiąt podmiotów. Liczba uczestników w każdej kolejnej edycji jest większa.

ZAGRANICZNE

MIĘDZYNARODOWY KONKURS *NEW AGING AWARD 2010*

Konkurs *New Aging Award 2010* został zorganizowany w ramach międzynarodowej konferencji *New Aging*, która odbyła się w 2010 roku na Uniwersytecie w Pensylwanii. Konkurs miał na celu wyłonienie innowacyjnych projektów architektonicznych zrealizowanych i koncepcyjnych o tematyce osób starszych, ponieważ – jak twierdzą inicjatorzy konkursu – architektura powoduje ograniczenia i bariery dla osób starszych, a w konsekwencji izolację społeczną. Prace konkursowe poszukiwały wzorów, które łamią te trendy i oferują osobom starszym wysoką jakość życia w mieście. Wybrane projekty wykazały innowacyjne podejście do projektowania architektonicznego uwzględniającego potrzeby najstarszej grupy populacji. Najlepsze, zdaniem jury konkursowego, projekty zostały nagrodzone w dwóch kategoriach: projekty zrealizowane i koncepcyjne (www.new-aging.com). Więcej na temat konkursu i koncepcyjnych/eksperymentalnych projektów odnowy miejskiej w kontekście starzejącego się społeczeństwa można znaleźć w opracowaniu: Labus A., *Eksperymentalne projekty architektoniczno-urbanistyczne w kontekście starzenia się populacji europejskiej w XXI wieku*, [w:] *Stare i nowe problemy badawcze w geografii społeczno-ekonomicznej* [red.] Sławomir Sitek, Polskie Towarzystwo Geograficzne, Oddział Katowicki, Sosnowiec, str. 47–69.

MIĘDZYNARODOWY KONKURS *THE PHILIPS LIVABLE CITIES AWARD*

Konkurs *The Philips Livable Cities Award* został zorganizowany przez firmę Philips jako globalna inicjatywa mająca na celu zachęcenie osób, grup społecznych i przedsiębiorstw do opracowania praktycznych pomysłów służących poprawie

zdrowia i samopoczucia mieszkańców miast, z uwzględnieniem współczesnych trendów i tendencji zachodzących w miastach, m.in. starzenia się społeczeństw. Organizatorzy konkursu zdają sobie sprawę, że miasta powinny stale wprowadzać innowacje w celu zapewnienia podstawowej infrastruktury dostępnej dla mieszkańców, takiej jak dostęp do opieki zdrowotnej, opieki dla osób starszych i dostosowanej do potrzeb oferty w mieście, aby odpowiedzieć na nowe wyzwania demograficzne. Jakość życia w mieście wpływa na samopoczucie jego mieszkańców, którzy chcą czuć się bezpiecznie w swoim otoczeniu i móc żyć w zdrowym i przyjaznym środowisku miejskim z odpowiednio zaprojektowanym zapleczem społecznym, terenami rekreacyjnymi i miejscami pracy. Nagroda w tym konkursie została przyznana w trzech kategoriach:

- ▶ *well-being outdoors* (pomysły na dobrą przestrzeń publiczną);
- ▶ *independent living* (idee ułatwiające samodzielne życie osobom starszym);
- ▶ *healthy life style* (idee promujące zdrowy styl życia).

KONKURS ACCESS CITY AWARD

Konkurs Access City Award to coroczny konkurs organizowany przez Komisję Europejską, w którym wybrane miasto otrzymuje nagrodę za tworzenie przestrzeni miejskiej dostępnej dla osób niepełnosprawnych i starszych. Nagroda jest przyznawana corocznie za wysiłki zmierzające do poprawy dostępności przestrzeni publicznej i wspierania uczestnictwa ludzi niepełnosprawnych i starszych w życiu miasta, pomaga w upowszechnianiu dobrych praktyk w Europie, szczególnie w kontekście starzenia się populacji, które wymusza konieczność dostosowania przestrzeni publicznych dla wszystkich mieszkańców. Promowanie przyjaznej i dostępnej przestrzeni publicznej, jak podają organizatorzy konkursu, może stać się bodźcem dla rozwoju innowacji i wzrostu gospodarczego miast. W 2012 roku nagrodę konkursu Access City Award otrzymał Salzburg, ze względu na wyjątkowe osiągnięcia we wszystkich najważniejszych obszarach decydujących o dostępności przestrzeni publicznej (budynki, miejsca publiczne, transport, infrastruktura, technologie informacyjne i komunikacyjne, nowe technologie, obiekty użyteczności publicznej itp.) Wśród pozostałych finalistów znalazły się:

- ▶ Kraków (Polska), który został wybrany za podejmowanie wysiłków mających na celu zwiększenie dostępności przestrzeni publicznej w bardzo trudnym otoczeniu, które charakteryzuje się niedostępną infrastrukturą

oraz za poświęcenie szczególnej uwagi udostępnianiu zabytków osobom niepełnosprawnym;

- ▶ Marburg (Niemcy), wybrany za długotrwałe dążenie do udostępnienia przestrzeni publicznej oraz długookresową strategię na przyszłość, godną naśladowania oraz partycypację osób niepełnosprawnych w całym procesie wprowadzania zmian od planowania po wykonanie;
- ▶ Santander (Hiszpania), miasto wybrane ze względu na spójny program w zakresie przyjaznego podejścia do kwestii dostępności do przestrzeni publicznej, wzorowanie na idei projektowania uniwersalnego oraz ze względu na jakość i trwałość osiągniętych wyników.

BIBLIOGRAFIA

- BUJACZ A., SKRZYPSKA N., ZIELIŃSKA A.M. *Publiczna przestrzeń miejska wobec potrzeb seniorów. Przykład Poznania*. Gerontologia Polska 2012, nr 2.
- KOMOROWSKA Z., PERCHUĆ M., STARZYK K., STOKŁUSKA E. *Jak usłyszeć głos seniora? Praktyczny przewodnik po partycypacji obywatelskiej osób starszych*, Warszawa 2013. Fundacja Pracownia Badań i Innowacji Społecznych „Stocznia”.
- KUBOŚ R., LABUS A., *Zagadnienia przestrzenne (architektoniczno-urbanistyczne)*, [w:] *Innowacyjność a tożsamość miejsca w rewitalizacji obszarów miejskich*, [red.] Magdalena Żmudzińska-Nowak, Wydział Architektury Politechniki Śląskiej, Gliwice, str. 47–96
- SPASIEWICZ-BULAS M. *Kształtowanie przestrzeni miejskiej przez i dla seniorów*, [w:] M. Nóżka, M. Smagacz-Poziemska (red.), *Starzenie się: problemat społeczno-socjalny i praktyka działań*, Zeszyty Pracy Socjalnej, Kraków 2013.
- WYKORZYSTYWANE STRONY INTERNETOWE:
- www.accesscityaward.eu [dostęp: 20.03.2014]
- [HTTP://www.meaningfulinnovation.philips.com/Livable-Cities/](http://www.meaningfulinnovation.philips.com/Livable-Cities/) [dostęp: 20.03.2014]
- [HTTP://www.newscenter.philips.com/main/standard/news/backgrounders/2010/20100525_livable_cities_award.wpd](http://www.newscenter.philips.com/main/standard/news/backgrounders/2010/20100525_livable_cities_award.wpd). [dostęp: 20.03.2014]
- CHECKLIST OF ESSENTIAL FEATURES OF AGE-FRIENDLY CITIES, 2007, WHO dostępne w: [HTTP://www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_cities_checklist.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_cities_checklist.pdf). [dostęp: 20.03.2014]
- www.new-aging.com [dostęp: 20.03.2014]
- [HTTP://new.design-silesia.pl/pl/files/multimedium/innowacyjnosc_a_tozsamosc_miejsca.pdf](http://new.design-silesia.pl/pl/files/multimedium/innowacyjnosc_a_tozsamosc_miejsca.pdf) [dostęp: 20.03.2014]
- www.socjologia.uj.edu.pl/aktualnosci/-/journal_content/56_instance/enellua9gj5w/15033991/37095697 [dostęp: 20.03.2014]

PRZYPISY

- 1 Na podstawie badań własnych przeprowadzonych w ramach pracy doktorskiej autorstwa Labus A. pt. *Starzejące się społeczeństwa europejskie XXI wieku w koncepcjach odnowy miejskiej*, Politechnika Śląska, Gliwice 2013.
- 2 <http://www.aeneas-project.eu/?page=mobility>
- 3 **Slow city** to międzynarodowa sieć miast, które pracują nad poprawą jakości życia ich społeczności. W Polsce polityka **slow city** realizowana jest w 15 miastach województwa warmińsko-mazurskiego. Udział w tej organizacji oznacza konieczność poszanowania wymagań kwalifikacyjnych, jeżeli chodzi o wspieranie tradycyjnych lokalnych potraw, gościnności i roli miast w tkance miejskiej. **Więcej:** <http://cittaslowpolska.pl/polska-krajowa-siec-cittaslow>.

REKOMENDACJA 3

Opracowanie i zrealizowanie modelowego mieszkania dostosowanego do potrzeb osób starszych

JAK JEST?

Niski poziom wiedzy w społeczeństwie na temat rozwiązań dot. organizacji przestrzeni mieszkania ułatwiających samodzielne funkcjonowanie osobom starszym i niepełnosprawnym

W Polsce, także w województwie małopolskim, istnieje wiele mieszkań niedostosowanych do potrzeb osób starszych: posiadających bariery architektoniczne (progi, zbyt wąskie przejścia), mało ergonomiczne rozwiązania we wnętrzach (np. brak uchwytów w łazience, zbyt wysoko zawieszona szafka kuchenne, zbyt wysoko umiejscowione łączniki/wyłączniki światła). Jednocześnie mieszkania zamieszkiwane przez osoby starsze mają często dużą powierzchnię, co sprawia, że ich utrzymanie jest trudne i kosztowne. Przede wszystkim brak funkcjonalności i ergonomiczności znacząco obniża komfort ich mieszkania. W przypadku osób o obniżonej sprawności ruchowej powoduje wręcz niemożność samodzielnego życia. Istnieje potrzeba uświadomienia społeczeństwu tego, jak bariery architektoniczne w ich domach mogą być likwidowane oraz uwrażliwić na zmiany miejsca zamieszkania z uwzględnieniem potrzeb najstarszej populacji (w tym osób o ograniczonej sprawności). Należy pokazać w sposób prosty i czytelny, zarówno seniorom, jak i młodszemu pokoleniu, że istnieją rozwiązania w zakresie wyposażenia wnętrz, nowoczesne sprzęty i urządzenia umożliwiające samodzielną egzystencję nawet w przypadku znaczącej niesamodzielności i niedołążności.

Niski poziom wiedzy w społeczeństwie o rozwiązaniach dot. organizacji przestrzeni mieszkania utrudnia lub wręcz uniemożliwia „starzenie się w miejscu”, czyli pozostanie osób starszych w swoich miejscach zamieszkania jak najdłużej, bez konieczności przenoszenia się do domów opieki. Taki model będzie zaś w przyszłości konieczny, po pierwsze w związku procesami demograficzno-ekonomicznymi (niemożność zapewnienia wszystkim potrzebującym osobom starszym miejsc w domach opieki – miejsc o odpowiednim standardzie i dostępnych dla seniorów pod względem ekonomicznym). Po drugie, na podstawie ustaleń naukowych jest to model postrzegany jako bardzo korzystny dla samych seniorów: motywujący do samodzielności, sprawności, pozwalający na utrzymywanie relacji społecznych budowanych w środowisku zamieszkania

przez długie lata. Jest to również model zgodny z oczekiwaniami dużej części społeczeństwa: jak potwierdzają badania opinii publicznej, aż 80% Polaków deklaruje chęć zamieszkiwania we własnym mieszkaniu (łącznie odpowiedzi: z zapewnioną prywatną i publiczną pomocą oraz z inną osobą starszą) (CBOS 2009:11). Można więc założyć, że procesy demograficzne (starzenie się społeczeństwa), przemiany świadomości społecznej (w tym oczekiwane modele przyszłego życia) zapowiadają rosnącą potrzebę mieszkań odpowiednich – pod względem wyposażenia, umeblowania, wielkości, lokalizacji i sąsiedztwa – dla osób starszych.

Taką potrzebę potwierdzają eksperci z zakresu rynku nieruchomości: *Społeczne i kulturowe obyczaje zmieniają się w polskim społeczeństwie, kształtując popyt na nowy rodzaj mieszkań dla roczników demograficznych wchodzących w wiek senioralny. Podczas gdy gminy i deweloperzy skupiają się na budowie kolejnych domów opieki oraz mieszkań socjalnych, rośnie grupa seniorów niepasujących do tego rodzaju mieszkań. Ci seniorzy są nadal zdrowi i aktywni, ale często mieszkają w zbyt dużych domach i mieszkaniach, których nie chcą nadal zajmować.*

Niezależni seniorzy należą przeważnie do grupy wiekowej 55–75 i są zdolni zamieszkiwać samodzielnie przy minimalnej codziennej asyście i wyposażeniu mieszkania w pomocne technologie.

(Źródło: <http://ein-epi.eu/budownictwo-mieszkaniowe-dla-seniorow-warunki-realizacji-przez-fundusze-inwestycyjne/>). (5.05.2014)

Analizy architektoniczne oraz, w mniejszym zakresie, badania społeczne (socjologia, psychologia) na temat dostosowania mieszkań do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych prowadzone są w Polsce już od lat 90. XX wieku. W literaturze naukowej tematyka zabudowy mieszkaniowej jest poruszana przez wielu autorów. W latach 1999–2001 Instytut Gospodarki Mieszkaniowej realizował jeden z pionierskich projektów w Polsce pt. *Mieszkania starszych ludzi w Polsce*, w ramach którego określono warunki mieszkaniowe osób starszych w Polsce, które nie są zadowalające, oraz przedstawiono różne formy pomocy umożliwiające zachowanie użytkowania mieszkania i samodzielności życia, ze zwróceniem uwagi na problemy społeczno-ekonomiczne i organizacyjne w miejscu zamieszkania (z perspektywy osób starszych). Ponadto sformułowano propozycje rozwiązań poprawiających warunki zamieszkania osób starszych¹. Kwestie mieszkaniowe zostały przedstawione relatywnie szeroko w badaniach

GUS *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, a także w badaniach przeprowadzonych w latach 1999–2001 z inspiracji Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego pn. *Polska starość*². Ponadto w Polsce podjęto badania w bardzo obszernym interdyscyplinarnym programie *PolSenior* obejmującym badania medyczne oraz społeczne ludzi starszych w całej Polsce, w tym także niewielki program dotyczący sytuacji mieszkaniowej (głównie o charakterze jakościowym). Na zagadnieniach warunków mieszkaniowych koncentrowała się też praca przygotowana przez Komitet Prognoz 2000 Plus PAN pt. *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działań*.

Obecne pokolenie seniorów (urodzonych po II wojnie) w coraz większym stopniu stanowią ludzie, którzy zasiedlali mieszkania o relatywnie – w ówczesnych realiach – dobrym standardzie³. Większość ludności miast zamieszkiwała swoje lokale od lat 1950–1975, a więc od okresu intensywnego rozwoju budownictwa zakładowego, a następnie dominującego spółdzielczego. Domy te w większości wyposażone były we wszystkie podstawowe urządzenia i instalacje, choć pozbawione często walorów estetycznych i zlokalizowane na ogół w mało atrakcyjnych przestrzeniach miast. Biorąc pod uwagę, że czas oczekiwania na przydział mieszkania był bardzo długi, większość osób otrzymujących mieszkania miała co najmniej 30 lat, a zatem obecnie są to już osoby w podeszłym wieku (75 i więcej lat). Trudności w zamianie lokali mieszkalnych oraz przywiązanie pracowników do mieszkań zakładowych decydowały o niewielkiej mobilności mieszkańców.

W Polsce dyskusja publiczna o mieszkalnictwie dla seniorów i standardach mieszkań dla seniorów jest wciąż na początkowym etapie. Do opinii publicznej dopiero przebija się informacja o skali zmian demograficznych, w tym procesie starzenia się społeczeństwa i związanej z tym kwestii mieszkalnictwa – ta zaś podejmowana jest głównie w kontekście ekonomicznych instrumentów/produktów z rynku nieruchomości (np. odwrócona hipoteka). Problematyka standardów mieszkań dla seniorów jest popularyzowana przez sektor komercyjny, m.in. poprzez reklamowanie specjalnie zaprojektowanych i wyposażonych osiedli/domów wielorodzinnych i domów opieki, oferowanych na zasadach wolnorynkowych. Konferencja *Senior Housing* (Kraków, czerwiec 2013), w trakcie której prezentowano doświadczenia zagraniczne, była okazją do stwierdzenia dużej różnicy w standardach pomiędzy Polską i społeczeństwa-

mi zachodnimi, nabycia wiedzy o konkretnych rozwiązaniach mieszkaniowych oraz dostępności do tych rozwiązań.

W Zachodniej Europie popularyzowane są różnorodne udogodnienia dla osób starszych mających trudności w samodzielnym funkcjonowaniu. To już nie tylko uchwyty w łazienkach, ale specjalne wanny z drzwiami, wysokie (ok. 50 cm od poziomu podłogi) sedesy i bidety (ułatwiają wstawanie), a kabiny prysznicowe montowane bez progów, na poziomie podłogi, aby mogły z nich skorzystać osoby, którym trudno podnieść nogę. To także (dość drogie) mechanizmy zastępujące ruchome schody (krzesetko przesuwające się wzdłuż schodów montowane na szynie mocowanej do ściany), osobiste „windy” w mieszkaniach, które mają dwa poziomy. Dla osób starszych produkuje się specjalne łóżka, które są wyższe (ułatwiają wstawanie), mają regulowane części umożliwiające sterowanie podgłówkiem, unoszenie wyżej stóp, siadanie, jeśli konieczne jest np. spożywanie posiłków w łóżku itd. Zalecane są odpowiednie systemy oznakowania korytarzy, podestów, oświetlenia gwarantującego bezpieczne przemieszczanie się w nocy (np. do toalety). Osobnym segmentem wyposażenia są urządzenia (w tym systemy elektroniczne, cyfrowe) zapewniające natychmiastowe przywołanie pomocy, kontakt wizualny (tablety) z bliskimi oraz monitoring zapewniający bezpieczeństwo seniorowi. Wiele z tych elementów wyposażenia wewnątrz jest w niektórych krajach znacząco dofinansowanych przez państwo (w ramach ubezpieczenia zdrowotnego)⁴.

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Opracowanie i przygotowanie różnych rozwiązań w ramach modelowego mieszkania, których celem będzie wspieranie osoby starszej w jej codziennym funkcjonowaniu w miejscu zamieszkania.

Celem rekomendacji jest opracowanie i zrealizowanie przykładowego modelu mieszkania dla osób starszych, pozbawionego barier architektonicznych, wykorzystującego nowoczesne technologie. Modelowe mieszkanie byłoby przykładem dobrej praktyki o walorach edukacyjnych i promujących funkcjonalne, ekonomiczne, ergonomiczne i ekologiczne rozwiązania przestrzenne mieszkań. Włączenie partnerów/instytucji naukowo-dydaktycznych oraz biznesu (np. producentów mebli, urządzeń) byłoby okazją do współpracy między tymi sektorami. Byłoby też sposobem rozpowszechnienia wiedzy o szczególnych potrzebach i możliwościach osób starszych i z ograniczoną sprawnością. Część pomysłów

związanych z wykorzystywaniem innowacyjnych rozwiązań z zakresu przestrzeni powinna być przedmiotem prezentacji na organizowanych corocznie Małopolskich Targach Innowacji.

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

1. Utworzenie partnerstwa na rzecz modelowego rozwiązania przestrzennego: przedsiębiorcy, instytucje naukowe (uczelnie techniczne, akademie sztuk pięknych, uczelnie kształcące pracowników socjalnych, psychologów etc.), szkoły zawodowe (np. związane z budownictwem, energetyką), media, organizacje społeczne, władze lokalne (np. władze gmin zainteresowane projektem), instytucje kultury etc.
2. Ustalenie zasad partnerstwa – kompetencji, finansowania, realizacji projektu, w tym funkcjonowania mieszkania jako ekspozycji (środowiska edukacyjnego).
3. Wybór przestrzeni, w której utworzono by modelowe mieszkanie – w formie ekspozycji do zwiedzania (np. Centrum Wzornictwa i Designu).



fol. Agnieszka Labus

4. Przygotowanie mieszkania – we współpracy z architektami, specjalistami, szkołami, firmami produkującymi meble i innowacyjne urządzenia ułatwiające funkcjonowanie.
5. Promocja projektu i wspieranie organizacji zwiedzania mieszkania modelowego.

Przykładem mieszkań-ekspozycji jest kamienica czynszowa muzeum w Opolu, w którym odtworzono dawne mieszkania czynszowe – do zwiedzania jako oddział muzeum: http://muzeum.opole.pl/?post_type=wystawy&p=416 lub modelowe mieszkanie na osiedlu Grünau⁵ w Lipsku, gdzie mieszkają głównie osoby starsze. Na osiedlu tym wiele budynków jest modernizowanych i dostosowywanych do ich potrzeb – za dostosowanie mieszkania do potrzeb osoby starszej lub/i niepełnosprawnej dodatkowo do czynszu doliczana jest miesięczna opłata w wysokości 80 euro (niektóre mieszkania, ze względu na ich nadwyżkę, są wyburzane). Często pod względem struktury i formy architektonicznej budynki te są trudne do przebudowania, dlatego interwencje polegają przede wszystkim na dobudowaniu wind, ramp, zainstalowaniu automatycznie zamykających się drzwi przy wejściach do budynków itp. Wzorcowe, zmodernizowane mieszkanie przystosowane dla osób starszych można zwiedzić w spółdzielni mieszkaniowej Vogetra zlokalizowanej na osiedlu Grünau.

W proponowanym projekcie należałoby rozpocząć od jednego „optymalnego mieszkania dla seniora”, które byłoby dostępne dla zwiedzających.

WSKAŹNIK

Brak danych i wskaźników, które by można było wykorzystać w sytuacji wyjściowej.

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA

W Małopolsce (jak w całej Polsce) brakuje badań, które diagnozowałyby poziom świadomości społecznej w zakresie możliwych rozwiązań przestrzennych i ich wpływu na jakość życia osób starszych.

Konieczne jest przeprowadzenie badań, których wyniki posłużyłyby do określenia sytuacji wyjściowej i docelowej.

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

1. Modelowe mieszkanie dla osób starszych, bez barier architektonicznych, wspomagane przez nowoczesne technologie, z zastosowaniem zasad *universal design* i *design for all*, zintegrowane z otoczeniem miejskim.
2. Podręcznik/przewodnik po mieszkaniu, służący jako materiał dydaktyczny przydatny w procesie kształcenia w zakresie projektowania przestrzeni, mebli, urządzeń przyjaznych dla seniorów.

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

ZMIANA ILOŚCIOWA

- ▶ utworzenie nowego rynku zbytu, kreowanie popytu i nowych miejsc pracy w firmach zajmujących się wytwarzaniem, przygotowywaniem i wyposażeniem wnętrz w omawianych typach mieszkań, rozwój projektowania i produkcji urządzeń umożliwiających samodzielne funkcjonowanie osobom z ograniczeniami fizycznymi;
- ▶ więcej osób starszych będzie miało możliwość zamieszkiwania we własnych, przystosowanych lub specjalnie wybudowanych mieszkaniach;
- ▶ mniejsza liczba klientów Domów Pomocy Społecznej przebywających w tych instytucjach z powodu niemożności samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania, a bez takich obciążeń somatyczno-psychicznych, które oznaczają konieczność przebywania w specjalistycznej placówce;
- ▶ zwiększone zapotrzebowanie na świadczenie usług w miejscu zamieszkania osób starszych, tym samym szansa dla firm (także z sektora ekonomii społecznej) świadczących pomoc i opiekę osobom starszym w ich miejscu zamieszkania (usługi medyczne, pielęgniarские, higieniczne, dowóz zakupów, posiłków, monitoring bezpieczeństwa itd.);
- ▶ nowe miejsca pracy w firmach zapewniających opiekę i pomoc samodzielnie mieszkającym osobom w podeszłym wieku.

ZMIANA JAKOŚCIOWA

- ▶ większa świadomość osób starszych i ich rodzin na temat rozwiązań przestrzennych ułatwiających seniorom samodzielne funkcjonowanie;
- ▶ wzrost świadomości społecznej wśród młodszego pokolenia, co może się przełożyć na wcześniejsze planowanie miejsca własnej starości;
- ▶ zgodne z wartościami preferowanymi w polskim społeczeństwie: starzenie się w miejscu zamieszkania, a nie w instytucji. Dostosowanie mieszkań

- do potrzeb osób starszych spowoduje większe możliwości samodzielnego (ewentualnie z asystą lub z pomocą instytucji) zamieszkiwania seniorów;
- ▶ odciążenie opiekunów rodzinnych od obowiązku opieki nad swoimi niesamodzielnymi lub wymagającymi nieustannego nadzoru bliskimi. Umożliwienie opiekunom rodzinnym kontynuacji pracy zawodowej, nieskazywanie ich na porzucenie swojej pracy z powodu obowiązku opieki np. nad sędziwymi rodzicami. Należy wziąć pod uwagę zmniejszanie się potencjału opiekuńczego polskich rodzin (w 2002 r. na 100 potrzebujących przypadają w Polsce 572 opiekunów; w 2030 r. będzie ich 263; GUS);
 - ▶ poprawa jakości życia osób starszych;
 - ▶ uwzględnienie w badaniach GUS monitorowania oceny jakości życia w ramach oceny organizacji przestrzeni pod kątem osób starszych i z niepełnosprawnością.

RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

- ▶ brak zainteresowania ze strony potencjalnych partnerów projektu;
- ▶ brak zainteresowania programem ze strony różnych grup interesariuszy (podmiotów gospodarczych, instytucji, organizacji z obszaru);
- ▶ brak wiedzy i doświadczenia potencjalnych interesariuszy w przygotowaniu i realizacji projektu;
- ▶ nadmierna komercjalizacja projektu (modelowe mieszkanie jako przestrzeń reklamy rozwiązań dla osób o wyższym statusie ekonomicznym).

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE)

- ▶ brak wsparcia ze strony władz samorządowych dla idei promocji rozwiązań w przestrzeni uwzględniającej różne potrzeby osób starszych;
- ▶ brak odpowiednich środków przeznaczonych na finansowanie przygotowania, jak i późniejszego utrzymania modelowego mieszkania (także na modernizację i aktualizację zmian w jego wyposażeniu);
- ▶ brak zainteresowania ze strony mediów promocją projektu.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ budżet jednostek samorządu terytorialnego;
- ▶ środki organizacji pozarządowych;
- ▶ środki podmiotów prywatnych.

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- ▶ inicjowanie działań: UMWM;
- ▶ realizacja działań: po wyborze w ramach konsorcjum;
- ▶ współpraca (partnerzy): organizacje pozarządowe, producenci mebli i wyposażenia dla seniorów i osób z ograniczoną sprawnością, szkoły zawodowe, gminne ośrodki pomocy społecznej, wydziały urzędu gminy odpowiedzialne za mieszkalnictwo, media;
- ▶ ocena i ewaluacja: uczelnie wyższe (np. architektura, architektura wnętrz, socjologia, psychologia, praca socjalna, gerontologia), UTW.

DOBRE PRAKTYKI

REGIONALNE

Brak zarówno w kraju, jak i za granicą przykładów zaprezentowania w formie ekspozycji modelowego mieszkania dla osób starszych z różnymi ograniczeniami. Wzorować się można natomiast na modelowych mieszkaniach prezentowanych przez deweloperów (ekspozycje czasowe w ramach targów mieszkaniowych) i mieszkaniach z prezentacją wyposażenia wnętrz w muzeach i skansenach. Krakowski projekt byłby ekspozycją odwrotną do muzealnych – prezentującą nowinki i najnowsze trendy w dziedzinie wyposażenia wnętrz, ale również prezentacją innowacyjnych urządzeń (tablety, bransoletki z systemem GPS) ułatwiających życie niesamodzielnym seniorom.

KRAJOWE

SZCZECIŃSKIE TBS

Mieszkania dla osób starszych powstały w ramach projektu Rewitalizacja Razem, którym objęty został kwartał 23 w śródmieściu Szczecina, ograniczony ulicami: al. Wojska Polskiego, Bohaterów Getta Warszawskiego, Królowej Jadwigi. W ramach budynków mieszkalnych zaprojektowano wiele udogodnień tj. szerokie drzwi we wszystkich pomieszczeniach, wygodne poręcze, antypoślizgowe posadzki, specjalną windę w budynku. Urządzenia techniczne, okna i drzwi zostały przystosowane tak, by mogła je obsługiwać osoba na wózku inwalidzkim, np. włączniki światła zainstalowano niżej niż standardowo. Mieszkania dla seniorów powierzchniowo są nieduże – jedno- i dwupokojowe, łatwe do utrzymania i niedrogie w eksploatacji. Zarówno lokale, jak i sam budynek są w całości przystosowane do potrzeb osób starszych i poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Celem tego przedsięwzięcia było wybudowanie mieszkań w odpowiedzi na potrzeby społeczeństwa, które się starzeje, czyli lokali, w których osoby starsze mogłyby czuć się komfortowo, bez barier architektonicznych, za rozsądną cenę – takich mieszkań na rynku nieruchomości jest bardzo mało. Celem projektu było wypełnienie luki w tym zakresie, a także zainspirowanie do podobnych działań deweloperów. Również otoczenie budynku zaprojektowano tak, by poruszanie po nim nie sprawiło problemu osobom mniej sprawnym ruchowo, m.in. wprowadzono szerokie alejki, wygodne podjazdy. Projekt nie sprowadzał się jedynie do rozwiązań architektonicznych, ale przewidywał także inne udogodnienia dla seniorów. Na parterze kompleksu budynków, w którym zlokalizowane są mieszkania, powstał Ośrodek Wsparcia Dziennego – świetlica środowiskowa z ofertą kulturalną, w której można ciekawie spędzać czas i spotykać się z sąsiadami. Istnieje tam również punkt konsultacyjny Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie. Osoby starsze mają zapewnioną także stałą, podstawową opiekę pielęgniarki i lekarza.

Mieszkania są w dyspozycji Gminy Miasta Szczecin, a ich przydziałem zajmuje się Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta. Budowę mieszkań dla osób starszych oraz pomocnej im infrastruktury osiedla zakładają dwa realizowane przez szczeciński TBS projekty w ramach szerokiego przedsięwzięcia pt. *Rewitalizacja RAZEM*. To wspólne przedsięwzięcie Szczecińskiego TBS, Gminy Miasta Szczecin oraz Wspólnot Mieszkaniowych zlokalizowanych w kwartale 23, częściowo dofinansowane z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2007–2013. W wyniku realizacji projektów szczecińskiego TBS powstanie 8 budynków, w tym 2 budynki mieszkalne, 4 budynki mieszkalne z lokalami usługowymi zlokalizowanymi w parterach oraz 2 budynki usługowe.

ZAGRANICZNE

W innych krajach wypracowano wiele ciekawych rozwiązań zapewniających osobom starszym warunki mieszkaniowe gwarantujące wysoką jakość życia (m.in. przykład w Trento, Włochy).

COHOUSING

Ciekawym rozwiązaniem jest *cohousing*, którego nadrzędnym celem jest partycypacja przyszłych użytkowników w projektowaniu zespołów mieszkaniowych. Takie osiedla powstają w Niemczech, Danii, Francji, Wielkiej Brytanii czy USA.

Zespoły te mają ułatwiać kontakty sąsiedzkie, dawać wsparcie i poczucie bezpieczeństwa, bez barier architektonicznych. Mieszkania stanowią odrębne, samodzielne jednostki, a jednocześnie zaprojektowane są przestrzenie do wspólnego użytkowania przez mieszkańców, tj. kluby, świetlice, pralnie, rowerownie itp. Wspólnota sama zarządza swoim osiedlem, co znacznie redukuje koszty. *Co-housing* może przybierać różne formy: osiedla zamieszkiwane głównie przez samotne, starsze kobiety, małżeństwa powyżej 50. roku życia (Sussex w Wlk. Brytanii) bądź mają charakter wielopokoleniowy (Dorset w Wlk. Brytanii). Jak podaje Zrątek (2012), takie rozwiązanie może posiadać także mankamenty związane z ograniczoną dostępnością dla osób o niskich dochodach, a także bariery świadomościowe związane z brakiem akceptacji przez osoby starsze takich form zamieszkania (przykład: publikacja M. Rosochocka-Gmitrzak).

DOMY MIĘDZYPOKOLENIOWE

Inicjatywa domów międzypokoleniowych jest realizowana głównie w Niemczech i stamtąd się wywodzi (takie domy powstały prawie w każdym powiecie i mieście w Niemczech, jest ich ponad 500). W domach tych mieszkają zazwyczaj osoby starsze i rodziny z małymi dziećmi, którzy mogą sobie świadczyć wzajemną pomoc (Zrątek M., 2012).

Przykładem może być dom międzypokoleniowy w Sangerhausen oferujący 48 mieszkań dla osób starszych i rodzin z dziećmi wraz ze strefą wspólną zaprojektowaną na parterze, tj. salą spotkań.

OSIEDLE DIE FUGGERAI W AUGSBURGU

Uznawane za pierwszy na świecie zespół mieszkaniowy dla ludzi potrzebujących pomocy i ubogich, które zostało ufundowane przez Jakoba Fuggera w 1521 roku. W dzielnicy mogą mieszkać ludzie, którzy urodzili się w Augsburgu, są katolikami i znajdują się w trudnej sytuacji materialnej. Obecnie zamieszkują tam osoby starsze. Dzielnica składa się z 52 domów mieszkalnych w stylu niemieckiego renesansu. Całe osiedle otoczone jest murami z bramami zamykanymi dla postronnych w nocnych godzinach. Die Fuggerai ma charakter miasta w mieście, a dla osób starszych stanowi dogodne miejsce do mieszkania (bliskość kościoła, szpitala, centrum miasta, skwerów do spotkań i kontemplacji). Domy w osiedlu Die Fuggerai są dwupiętrowe. Na każdym piętrze mieszka jedna rodzina. Mieszkania mają osobne wejścia, składają się z trzech pokoi, kuchni i małego ogrodu lub poddasza. Całe mieszkanie ma około 60 m² powierzchni. Każdy

przyjęty do Fuggerei mieszkaniec ma zapewnione mieszkanie do końca życia, ale bez prawa dziedziczenia. Modelowy przykład mieszkania przed adaptacją i po adaptacji można zwiedzać w ramach osiedla.

BIBLIOGRAFIA

- LABUS A. (2013), *Starzejące się społeczeństwa europejskie XXI wieku w koncepcjach odnowy miejskiej*, praca doktorska, Gliwice.
- LABUS A. *Odnowa miast w kontekście starzenia się społeczeństwa na przykładzie wybranych miast europejskich XXI wieku*, Acta Univ. Lodz., Folia Oecon. 2013 nr 297, s. 7–22, Tytuł zeszytu: *Pomyślnie starzenie się – uwarunkowania społeczne, przestrzenne i zdrowotne*. Pod red. D. Kałuży-Kopias i P. Szukałskiego.
- ZRAŁEK M. (red.), (2012), *Przestrzenie starości*, Oficyna Wydawnicza Humanitas, Sosnowiec.
- [HTTP://ein-epi.eu/budownictwo-mieszaniowe-dla-seniorow-warunki-realizacji-przez-fundusze-inwestycyjne/](http://ein-epi.eu/budownictwo-mieszaniowe-dla-seniorow-warunki-realizacji-przez-fundusze-inwestycyjne/). (05.05.2014)

- 1 Zaniewska H. (red.), 2001, *Mieszkania osób starszych w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian*, IGM, Warszawa.
- 2 Synak B. (red.), 2002, *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- 3 Zratek M., 2012, *Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych ludzi starszych. Dylematy i kierunki zmian*, [w:] O sytuacji ludzi starszych, [red.] Hrynkiewicz J., Wyd. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa
- 4 Amenager le logement d'une personne agee: <http://www.pap.fr/conseils/famille/amenager-le-logement-d-une-personne-agee/a1447>, data odczytu 7.05.2014 r.
- 5 Osiedle Grünau jest największą i najmłodszą dzielnicą Lipska. Dzielnica ta doświadczyła efektu zmian demograficznych: starzenia się mieszkańców oraz emigracji młodych mieszkańców do innych części miasta. Osiedle zostało wybudowane w konstrukcji wielkiej płyty, w latach 1976-1987, na zachodnich obrzeżach miasta. Zajmuje około 5,5% powierzchni całego miasta. Wybudowano je w okresie, gdy na rynku nieruchomości brakowało mieszkań, a zasoby w starej zabudowie w centrum miasta były w bardzo złym stanie technicznym i wymagały gruntownego remontu. Osiedle to w czasach, kiedy powstało, cieszyło się bardzo dobrą opinią, zamieszkiwali je ludzie o różnym statusie społecznym. Sytuacja ta uległa zmianie w latach 90. XX wieku, kiedy zaczęto modernizować inne części miasta, postępował proces suburbanizacji, a w pozostałych dzielnicach miasta zaczęły spadać ceny nieruchomości. To doprowadziło do migracji ludności w stronę centrum i innych części miasta. Z osiedla wyprowadzali się głównie młodzi i dobrze zarabiający mieszkańcy, co spowodowało, że Grünau stało się osiedlem zamieszkiwanym głównie przez osoby starsze, o średnich lub niskich dochodach, poza tym wzrosła liczba imigrantów. Sytuacja osiedla była bardzo zła, pogorszył się jego wizerunek, w efekcie zmian demograficznych (starzenie się społeczeństwa i migracje) pojawiło się bardzo dużo pustostanów (około 20% w 2005 roku). W 2000 roku nastąpił proces reurbanizacji osiedla, którego powodem były: migracje młodych ludzi do centrum miasta, lepsza oferta mieszkań w centrum, inne oferty mieszkaniowe, centrum miasta powszechnie uznane jako najlepsze miejsce do mieszkania w mentalności mieszkańców Lipska.

OBSZAR **TRANSPORT**



REKOMENDACJA 1

Elastyczne linie autobusowe na obszarach wiejskich

JAK JEST?

Ograniczone możliwości podróżowania osób starszych

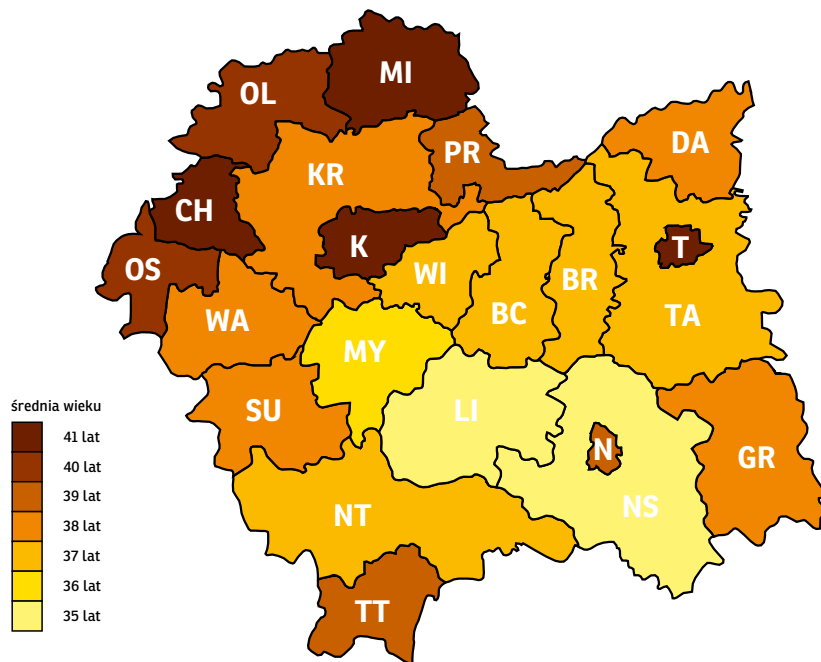
W związku z zachodzącymi zmianami demograficznymi należy dostosować organizację transportu publicznego do zmieniającej się w regionie sytuacji

W kwestiach transportowych została opracowana szczegółowa baza danych związanych z podróżowaniem mieszkańców w województwie małopolskim. Pochodzi ona z wywiadów prowadzonych w gospodarstwach domowych zebranych w całym województwie (łącznie 4400 gospodarstw domowych). Według badań mieszkańcy Małopolski charakteryzują się umiarkowanym współczynnikiem ruchliwości, który definiuje się jako przeciętną liczbę podróży, wykonaną przez mieszkańca w typowym dniu roboczym. Dla Małopolski wynosi on 1,6, co oznacza, że jeden mieszkaniec odbywa średnio 1,6 podróży dziennie w typowym dniu roboczym. W analizie tej pomija się najkrótsze podróże (poniżej 250 m) lub spacery – niemające istotnego znaczenia z punktu widzenia planowania i zarządzania infrastrukturą transportową w zakresie regionalnym. Jest to wartość średnia dla wszystkich mieszkańców w wieku 12 lat i więcej, a więc ujmuje również osoby, które zwykle nie wykonują żadnych podróży lub wykonują podróże krótkie, piesze – niebędące obiektem analiz.

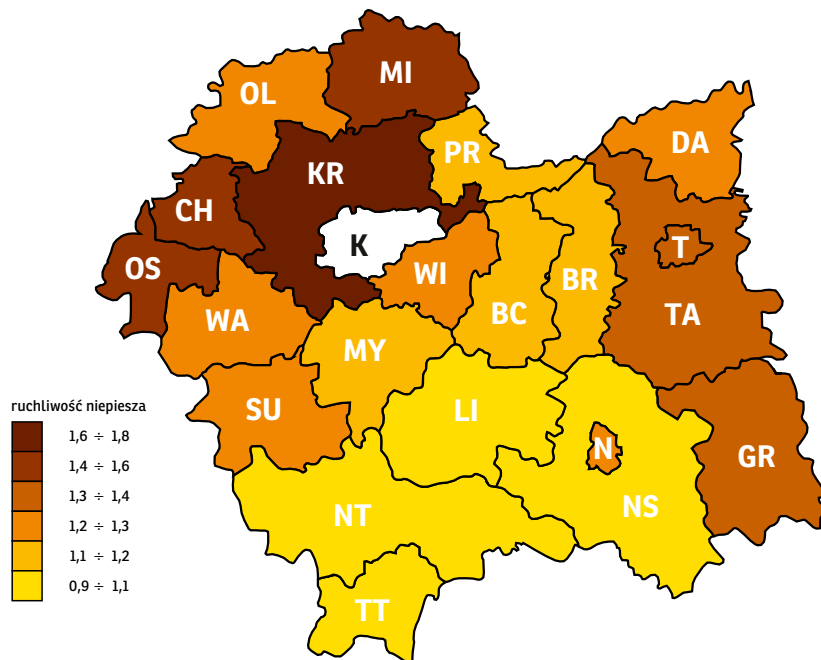
Uwagę zwraca zróżnicowanie geograficzne liczby wykonywanych podróży. Można zauważyć, że ruchliwość wiąże się z wiekiem mieszkańców danego obszaru, a także ze stopniem jego urbanizacji. W powiatach o wyższej średniej wieku mieszkańców odnotowujemy zwykle wyższy wskaźnik ruchliwości. Wskaźnik ruchliwości można powiązać ze średnim wiekiem mieszkańców, który rozkłada się w sposób zobrazowany przez mapy nr 1 i 2. Wskazują one, że powiaty charakteryzujące się najwyższą ruchliwością i najwyższym średnim wiekiem mieszkańców to oświęcimski, chrzanowski i miechowski. Może to sugerować obszary o potencjalnych trudnościach transportowych, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych.

Jedno z pytań ankietowych dotyczyło samooceny sprawności ruchowej respondenta. Dzięki temu można było określić m.in. przeciętną liczbę podróży, jaką wykonują osoby starsze i niepełnosprawne (tj. deklarujące ograniczenia w poruszaniu się). Stanowią one około 10% populacji, a więc znaczącą gru-

Mapa 1.



Mapa 2.

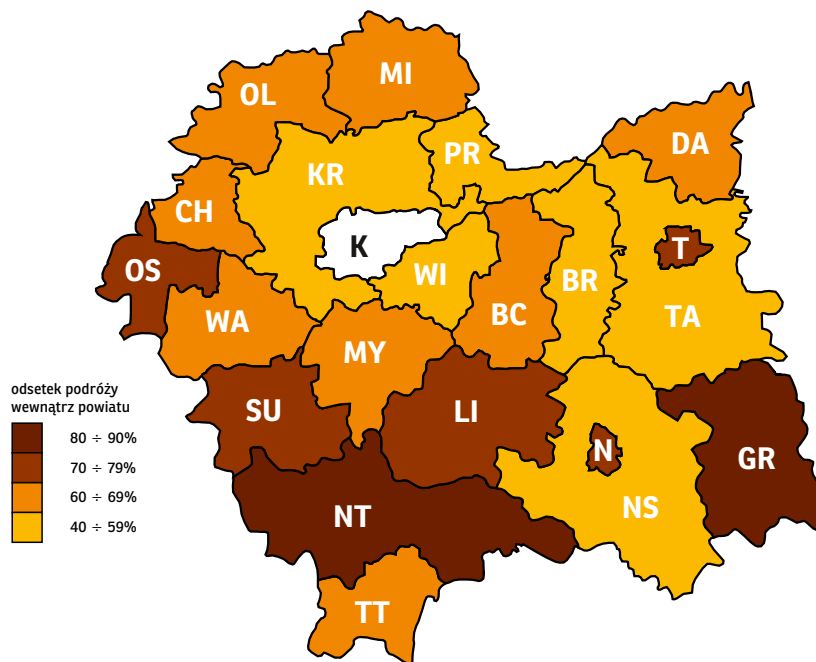


pę społeczeństwa, której specyficzne potrzeby związane z przemieszczaniem się powinny być punktem szczególnej uwagi. Widać wyraźnie, że takie osoby charakteryzują się mniejszą średnią liczbą podróży. Osoby starsze i niepełnosprawne o lekkim ograniczeniu ruchowym przeciętnie odbywają prawie jedną podróż dziennie (0,9). Większe ograniczenie sprawności wiąże się ze spadkiem liczby podróży, średnio o 0,5.

Analizując zasięg realizowanych podróży, można dostrzec, iż przeważająca większość podróży ma charakter lokalny. Jedynie mieszkańcy północno-zachodnich powiatów granicznych – oświęcimskiego (16%), olkuskiego (13%) oraz miechowskiego (10%) – odbywają więcej podróży poza obszar województwa małopolskiego. Pozostałe podróże są powiązane z odległością powiatu od dużego miasta. Podróżujący w miastach na prawach powiatu oraz w powiatach, których stolicą jest większe miasto, rzadziej przekraczają granice takich powiatów.

Poddając analizie kwestie związane z podziałem zadań przewozowych, można zauważyć, że około 40% obligatoryjnych (związanych z nauką lub pracą) podróży pieszych Małopolanie odbywają środkami transportu zbiorowego. Najczęstszymi użytkownikami transportu indywidualnego są mieszkańcy powiatu tatrzańskiego, którzy najczęściej korzystają z tej formy podróży. Z kolei

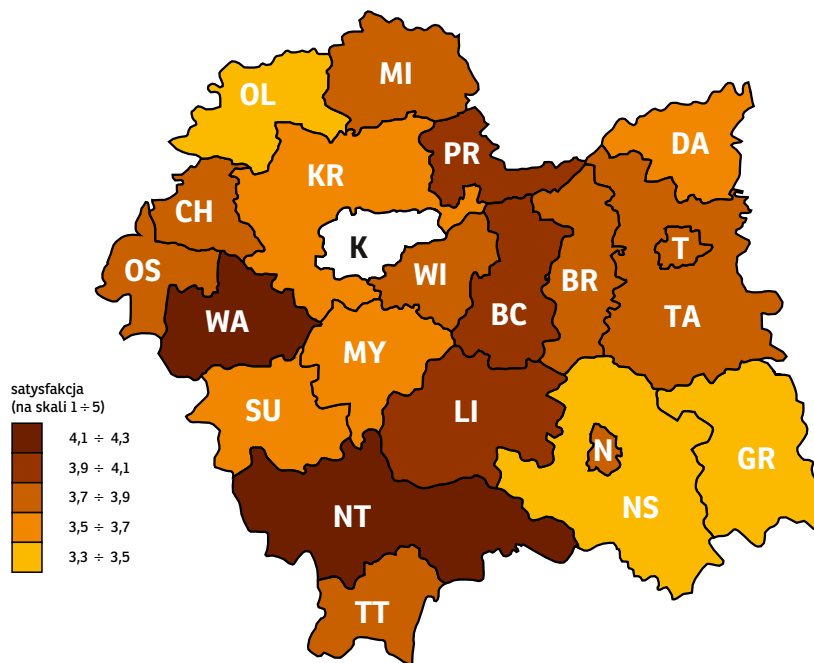
Mapa 3.



najwyższy odsetek podróżnych korzystających z transportu zbiorowego mieszka w powiecie wadowickim. Warto zauważyć, że jest to powiat mogący pochwalić się najwyższą satysfakcją z podróży odbytych środkami transportu zbiorowego.

W prowadzonych badaniach pozyskano również informacje związane z wyznaczeniem stopnia satysfakcji z odbytej podróży. W przypadku podróży realizowanych transportem zbiorowym przyjęto skalę ocen od 1 do 5 i można stwierdzić, że w Małopolsce użytkownicy systemu oceniają go powyżej przeciętnej, natomiast (m.in.) w powiatach oświęcimskim, chrzanowskim i miechowskim ocena jest najniższa, co może sugerować konieczność poprawy systemu transportowego.

Mapa 4.



CO NALEŻY ZROBIĆ?

Opracowanie modelu obsługi pasażerskiej obszarów niezurbanizowanych liniami autobusowymi dopasowanymi do potrzeb transportowych mieszkańców

Bardzo dobrym rozwiązaniem sytuacji jest wprowadzenie linii autobusowych, w przypadku których trasa i rozkład jazdy dostosowywane są do potrzeb mieszkańców (tzw. linie giętkie, czyli elastyczne). Zasada działania tego typu linii po-

lega na gęstym rozmieszczeniu przystanków w całym obszarze funkcjonowania, natomiast trasa linii autobusowej oraz konkretne godziny odjazdów wynikają z zapotrzebowania mieszkańców na usługę. Należy podkreślić, iż funkcją tych linii nie jest dowożenie pasażerów do celu ich podróży, a dowieszenie do ważniejszego ośrodka miejskiego lub do węzła komunikacyjnego. Zapotrzebowanie to zgłasza się telefonicznie (lub przez Internet) do operatora, który przy wykorzystaniu odpowiedniego oprogramowania wprowadza lub koryguje trasę przejazdu autobusu. Linia autobusowa Tele-Bus, funkcjonuje już na podobnych zasadach w Krakowie (rejon Rybitw). Jak do tej pory jest to jedyne takie rozwiązanie stale funkcjonujące w Polsce. Dużą przewagą tego typu linii jest jej efektywne wykorzystanie w obszarach o niskiej gęstości zaludnienia, gdzie tradycyjne linie autobusowe nie są w stanie obsłużyć mieszkańców (tradycyjne regularne linie autobusowe, z racji długich dojazdów do przystanków są tam nieatrakcyjne dla podróżnych). Dodatkową zaletą „linii giętkich” jest ich przyjazność dla osób z ograniczonymi zdolnościami ruchowymi oraz dla osób starszych. Specjalnie przeszkoleni kierowcy oraz dostosowane pojazdy umożliwiają realizację podróży osobom, które nie są w stanie dotrzeć do odległych przystanków.

„Linie giętkie” z założenia mają charakter linii lokalnych, o zasięgu powiatu. Niebagatelną rolę pełni tutaj możliwość integracji „linii giętkich” z autobusowymi liniami regionalnymi oraz z połączeniami Szybkiej Kolei Aglomeracyjnej w Aglomeracji Krakowskiej (SKA). Wymaga to uwzględnienia funkcjonowania



fol. depositphotos.com

„linii giętkich” w strukturze systemu transportowego obszaru oraz w stosownych dokumentach planistycznych i operacyjnych.

Celem tego przedsięwzięcia jest poprawa dostępności transportowej dla osób starszych oraz osób o ograniczonej zdolności ruchowej. Poprzez dostępność transportową rozumie się tutaj możliwość realizacji zamierzonej podróży w akceptowalnym czasie. W stanie obecnym wiele obszarów o niskiej gęstości zaludnienia jest wręcz odciętych od obsługi transportowej, więc wprowadzenie linii autobusowej dostosowującej swoją trasę do potrzeb mieszkańców będzie elementem wspomagającym i stymulującym korzystanie z transportu zbiorowego.

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

1. Wstępna identyfikacja stanu istniejącego w oparciu o dostępne bazy danych (wyniki Kompleksowego Badania Ruchu w województwie małopolskim, funkcjonujące linie autobusowe/kolejowe, dane demograficzne z bazy GUS itp.).
2. Zaplanowanie i przeprowadzenie profesjonalnych badań ukierunkowanych na określenie potrzeb i oczekiwań mieszkańców (zwłaszcza osób starszych) w zakresie komunikacji/transportu/mobilności. Zalecane są badania gospodarstw domowych techniką wywiadów bezpośrednich na próbach losowych dających możliwość uogólniania na populację Małopolski.
3. Opracowanie projektu koncepcyjnego „linii giętkich” na dwóch płaszczyznach:
 - a) instytucjonalnej (zarządca, forma funkcjonowania i finansowania);
 - b) funkcjonalnej (architektura systemu, tabor, baza danych i funkcjonalność oprogramowania). Projekt koncepcyjny musi być dopasowany do potrzeb wynikających z badań sondażowych.
4. Pozyskanie funduszy i rozwój systemu.
5. Przeprowadzenie kampanii informacyjnej o szerokim zakresie (lokalne i regionalne media, spotkania bezpośrednie, konsultacje społeczne itp.).
6. Wdrożenie pełnego systemu i jego eksploatacja.
7. Monitoring i ocena systemu.

WSKAŹNIK

SYTUACJA WYJŚCIOWA

WSKAŹNIKI STRUKTURY (POZIOM WOJEWÓDZTWA/POWIATU):

- ▶ czas dojazdu do miasta powiatowego z gmin;
- ▶ czas dojazdu do miasta powiatowego lub węzła transportowego;
- ▶ ocena jakości usługi (parametry niezawodności i punktualności);
- ▶ wskaźniki jakościowe (poziom akceptacji, satysfakcji, świadomości mieszkańców, postrzeganie usługi itp.).

WSKAŹNIKI DOTYCZĄCE ZASOBÓW LUDZKICH:

- ▶ zasięg usługi – liczba ludności obsługiwana „liniami giętkimi”;
- ▶ udział osób starszych w ogóle użytkowników.

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA

- ▶ dane z US (Kraków, ul. Wyki);
- ▶ dane Departamentu Transportu UMWM;
- ▶ pomiary parametrów funkcjonalnych systemu (czas podróży, punktualność itp.);
- ▶ badania ankietowe wśród mieszkańców (wywiady w gospodarstwach domowych).

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

System elastycznych linii transportowych obsługujących obszary o niskiej gęstości zaludnienia, uwzględniających wymogi osób starszych.

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

ZMIANA ILOŚCIOWA

- ▶ poprawa dostępności transportowej;
- ▶ skrócenie czasu podróży;
- ▶ zasilenie magistralnych linii transportowych nową grupą użytkowników.

ZMIANA JAKOŚCIOWA

- ▶ umożliwienie realizowania podróży osobom starszym, które z powodu swoich ograniczeń miały utrudniony dostęp do usług transportowych;
- ▶ rozszerzenie oferty transportowej dla mieszkańców obszarów o niskiej gęstości zaludnienia.

RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

- ▶ trudności w przekonaniu mieszkańców do nowej usługi;
- ▶ obawy osób starszych co do możliwości korzystania z systemu;
- ▶ ograniczenie finansowania usługi (brak środków).

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE)

- ▶ brak.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ fundusze UE;
- ▶ środki jednostek samorządu terytorialnego;
- ▶ środki podmiotów prywatnych.

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- ▶ inicjowanie działań: UMWM;
- ▶ realizacja działań: podmioty prywatne, jednostki samorządu terytorialnego;
- ▶ ocena i ewaluacja: uczelnie wyższe.

DOBRE PRAKTYKI

REGIONALNE

Linia autobusowa Tele-Bus w Krakowie – elastyczna usługa komunikacji miejskiej skierowana do pasażerów podróżujących na terenie Rybitw i Płaszowa, dowożąca ich m.in. do pracy, do szkoły, do węzłów przesiadkowych komunikacji regularnej, umożliwiając sprawną podróż do pozostałych części miasta. Poprzez zgłoszenie telefoniczne mogą oni zamówić autobus na najbliższy przystanek Tele-Bus, wskazując godzinę oraz miejsce docelowe swojej podróży, zlokalizowane w obszarze funkcjonowania usługi. Przejazd odbywa się na podstawie ważnego biletu komunikacji miejskiej (jednorazowego bądź okresowego). To rozwiązanie transportowe zostało wdrożone w pierwszym etapie jako działanie pilotażowe w ramach projektu badawczego CIVITAS II CARAVEL realizowanego w latach 2005–2009 w Krakowie. Pilotaż oparł się na doświadczeniach i rozwiązaniach funkcjonujących w Genui. W ramach współpracy Genua przekazała miastu nieodpłatnie serce systemu, czyli oprogramowanie dla dyspozytorni, które ustala optymalną trasę dla obsługi wszystkich zgłoszonych zamówień.

BIBLIOGRAFIA:

- DZIEDZIC T., SZARATA A. *Wybrane wyniki kompleksowych badań ruchu w województwie małopolskim*, IX Poznańska Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Techniczna z cyklu Problemy Komunikacyjne Miast w Warunkach Załoczenia Motoryzacyjnego, Poznań/Rosnówko, 19–21 czerwca 2013
- GOLINOWSKA S. *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne*. Departament Polityki Regionalnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Kraków 2010.
- GUS: *Rocznik demograficzny 2010*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2011
- GUS: *Rocznik demograficzny 2012*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2013
- SZARATA A. Z ZESPOŁEM. *Opracowanie metodyki tworzenia planu transportu publicznego dla województwa małopolskiego, Zadanie 1 – Przeprowadzenie i przetworzenie badań ankietowych mieszkańców województwa dotyczących zachowań komunikacyjnych*, materiały niepublikowane, Konsorcjum naukowo-badawcze: Politechnika Krakowska, PBS, Jan Friedberg, Ekkom, IMS, Kraków, 2012

OBSZAR **TURYSTYKA**



REKOMENDACJA 1

Działania zwiększające aktywność turystyczną osób starszych w Małopolsce

JAK JEST?

Mała aktywność turystyczna seniorów w Małopolsce

ŚWIAT

Według Światowej Rady Podróżowania i Turystyki (World Travel & Tourism Council, WTTC) sektor turystyki jest jedynym, który odnotowuje wzrost, mimo trwającego od kilku lat spowolnienia gospodarczego. Ostatnie dostępne dane wskazują, że w krajach OECD turystyka bezpośrednio tworzy ok. 4,2% PKB oraz 5,4% zatrudnienia. Według danych UNWTO (Światowej Organizacji Turystyki) rok 2014 przyniósł zadowalające wyniki w turystyce: liczba podróży zagranicznych na świecie wzrosła o 4,4% w stosunku do roku 2013, osiągając poziom 1135 mln. Dla Europy zarejestrowano wzrost w liczbie podróży zagranicznych wynoszący 3%. Prognoza Światowej Organizacji Turystyki *Tourism Towards 2030. Global Overview* przewiduje utrzymanie tego trendu w kolejnych latach, z rocznym wzrostem liczby przyjazdów na średnim poziomie 3%, dzięki czemu liczba turystów zagranicznych w 2030 r. powinna osiągnąć poziom 1,8 mld. Przewiduje się wzrost skłonności do podróży zagranicznych, przy jednoczesnym wzroście udziału osób po 55. roku życia w grupie osób podróżujących (obecnie grupa ta stanowi 23% wszystkich podróżujących).

POLSKA

Turystyka jest ważną częścią gospodarki Polski. Udział gospodarki turystycznej w PKB (w latach 2007–2013) utrzymuje się na poziomie 5–6% (dane Ministerstwa Sportu i Turystyki) z zatrudnieniem szacowanym na ok. 760 tys. (4,7% pracujących). Wpływy z przyjazdów cudzoziemców sięgają w Polsce rocznie 8–9 mld euro. Wpływy z turystyki zagranicznej stanowiły w 2013 r. 6,1% wszystkich wpływów z eksportu. W obszarze przyjazdów zagranicznych turystów do Polski od kilku lat obserwowany jest systematyczny wzrost.

Z zebranych informacji wynika, że zauważalny jest trend, zgodnie z którym wyjazdy turystyczne stają się częstsze, lecz krótsze. Zwiększają się preferencje do podróżowania w bliskiej odległości, następuje także wzrost turystyki krajowej. Coraz częściej łączone są różne formy turystyki. Odwiedzający oczekują usług dopasowanych do ich indywidualnych potrzeb, a także zapewniających bardziej autentyczne przeżycia.

Rosnące zainteresowanie prozdrowotnymi formami spędzania wolnego czasu otwiera szeroki wachlarz możliwości rozwoju turystyki aktywnej czy zdrowotnej, która oprócz zróżnicowanych form noclegu i wyżywienia oferuje również zabiegi spa oraz liczne atrakcje służące poprawie zdrowia i samopoczucia.

MAŁOPOLSKA

W 2013 roku Małopolskę odwiedziło 12,6 mln osób (w tym 9,9 mln stanowili odwiedzający krajowi, a 2,7 mln to odwiedzający z zagranicy, tj. o 4,2% więcej w stosunku do roku 2012).

Odwiedzający krajowi przyjeżdżają do Małopolski najczęściej z województwa śląskiego (21,4%), mazowieckiego (13,9%) oraz podkarpackiego (9,1%).

Wśród odwiedzających zagranicznych utrzymuje się dominacja rezydentów Wielkiej Brytanii (28,8%) oraz Niemiec (16,4%). Licznie reprezentowani są także odwiedzający z Rosji, Włoch i Stanów Zjednoczonych.

Jako najważniejsze cele przyjazdu do Małopolski odwiedzający krajowi i zagraniczni wskazują wypoczynek oraz zwiedzanie zabytków. Wśród odwiedzających krajowych rośnie popularność turystyki aktywnej (głównie narciarstwa i wędrówek pieszych), natomiast wśród odwiedzających zagranicznych przybywa osób zainteresowanych rozrywką (puby, kluby, restauracje) oraz zakupami. W związku z beatyfikacją Jana Pawła II w 2012 roku wzrosła popularność celu religijnego. Ze względu na organizację w Krakowie i Małopolsce Światowych Dni Młodzieży w 2016 roku spodziewany jest ponowny wzrost liczby odwiedzających Małopolskę w celach religijnych.

Odwiedzający krajowi podczas swojego pobytu w Małopolsce w 2013 roku wydali średnio 640 złotych na osobę, a odwiedzający zagraniczni – 1380 złotych na osobę. Oznacza to, iż w roku 2013 na podstawie szacunkowych wydatków odwiedzających region można wskazać na wpływ finansowy dla regionu w wysokości 10,5 miliarda złotych, co jest kwotą porównywalną do roku 2012.

Przeprowadzona na podstawie *Badania ruchu turystycznego w województwie małopolskim w 2013 roku* analiza wieku osób odwiedzających województwo małopolskie pozwala stwierdzić, iż ponad 50% gości (osoby czasowo przebywające na terenie kraju/regionu, spędzając w danej lokalizacji jeden dzień bez noclegu) i turystów (osoba czasowo przebywająca poza miejscem stałego zamieszkania lub pracy, nie dłużej niż 12 miesięcy, która zatrzymuje się na co najmniej jedną noc w danej lokalizacji podczas takiej podróży) to osoby młode do 35. roku życia. Osoby powyżej 46. roku życia stanowią łącznie ok. 14%

odwiedzających zagranicznych i ok. 26% odwiedzających krajowych. Warto zwrócić uwagę, iż nie więcej niż 2% odwiedzających stanowią osoby powyżej 65. roku życia. Tym samym można stwierdzić, iż aktywność turystyczna spada wraz z wiekiem, szczególnie jeżeli chodzi o podróże zagraniczne.

Badania prowadzone w obrębie populacji osób starszych potwierdzają, że większość seniorów organizuje wyjazdy we własnym zakresie. Prowadzone badania pokazały także, że osoby starsze najczęściej decydują się na wyjazd z najbliższą rodziną lub korzystają z wyjazdów grupowych. Preferowanie wyjazdów grupowych może wynikać z chęci nawiązywania nowych kontaktów oraz potrzeby bezpieczeństwa.

Główną przyczyną nieuczestniczenia w wyjazdach w celach turystycznych jest zły stan zdrowia (73%), brak środków finansowych (57%) oraz nieprzystosowany transport do potrzeb osób starszych (42%). Aż 85% ankietowanych najczęściej podejmuje podróże krajowe. Celem podróży jest zazwyczaj zwiedzanie i wypoczynek. W przypadku podróży krajowych najchętniej odwiedzane są duże miasta, dużą popularnością cieszą się także wyjazdy w góry. Warto zwrócić uwagę na częste odwiedziny w miejscach kultu religijnego. Celem podróży osób starszych są też uzdrowiska. Kraje sąsiednie są zazwyczaj celem podróży zagranicznych ankietowanych (80,4%). Seniorzy najczęściej podróżują z własną rodziną lub grupą zorganizowaną (odpowiednio 51% i 44%) oraz z osobami z kół, organizacji czy stowarzyszeń, do których należą (33%). Jednocześnie są to na ogół podróże ok. siedmiodniowe (40%), mniejszą popularnością cieszą się zarówno wyjazdy dłuższe, rzędu 7–14 dni (27%), jak i te jednodniowe bez noclegu (26%). Warto zaznaczyć, iż 44% ankietowanych organizuje swoje wyjazdy we własnym zakresie. Dziewięć na dziesięć osób zadeklarowało, że wyjazdy turystyczne finansuje z własnych środków. W 15% przypadków koszty pokrywa rodzina, a tylko 8% korzysta z różnego rodzaju dofinansowań (najczęściej z ZUS i NFZ).

Najistotniejszą trudnością w podejmowaniu podróży turystycznych respondentów są: zbyt wysokie ceny usług turystycznych (25,3% dostrzega tę trudność jako spotykaną przynajmniej od czasu do czasu), niedopasowanie ofert turystycznych do możliwości osób starszych (np. zbyt szybkie tempo zwiedzania, nieprzygotowanie pilotów/przewodników) – 15,66% oraz niewystarczająca liczba organizacji społecznych wspierających udział osób starszych w turystyce (10,84%). Na dalszych miejscach znalazły się takie trudności, jak mało intere-

sujące oferty i brak pełnej sprawności umożliwiającej korzystanie z turystyki. Jako najmniejszą przeszkodę uznano lęk przed podróżowaniem lub obawę przed reakcją innych.

Ustawicznie rosnący odsetek seniorów stanowi coraz większy nabywczy potencjał przemysłu turystycznego. Według danych GUS rodziny emerytów dysponują dochodem na osobę większym o około 11% od dochodu rodzin pracowników. Ponadto dysponują dużymi zasobami czasu wolnego oraz charakteryzują się dużą świadomością turystyczną, tj. świadomością wpływu aktywności na zdrowie i sferę psychiczną człowieka. Obserwacje rynku turystycznego w Europie pokazują tendencję większego zainteresowania turystyką seniorów z krajów Europy Zachodniej (szczególnie z Francji, Niemiec i Szwajcarii) w stosunku do seniorów z Polski. Duży udział seniorów zachodnioeuropejskich w wyjazdach turystycznych wynika z wysokiego poziomu życia na emeryturze oraz dobrze rozwiniętej turystyki społecznej. Polski turysta będący na emeryturze nie jest jeszcze przedmiotem większego zainteresowania ze strony branży turystycznej, ponieważ stanowi relatywnie małą, w opinii przedsiębiorców, siłę nabywczą wspomnianego rynku.

Tymczasem z badań European Travel Commission wynika, że wydatki na turystykę w Polsce w 2010 roku wzrosły w stosunku do roku 2009 o 9,5%. Wzrost ten zauważono zwłaszcza u konsumentów powyżej 65. roku życia. Polski senior w 2010 roku na turystykę przeznaczył 14,1% więcej środków niż w roku 2009. Powyższe dane informują, że tendencja redukcji wydatków na usługi turystyczne mająca związek z kryzysem finansowym na świecie została w roku 2010 zahamowana. Sygnalizowane powyżej tendencje wskazują, że sektor usług turystycznych ukierunkowany na osoby starsze ma dużą szansę na dynamiczny rozwój.

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Aktywizacja podmiotów z Małopolski do tworzenia form aktywności turystycznej przeznaczonej dla seniorów

Proponowanym kierunkiem działania zwiększającym aktywność seniorów w Małopolsce jest popularyzacja działań mających na celu aktywizację organizacji społecznych, samorządów lokalnych oraz instytucji i podmiotów gospodarczych do tworzenia form aktywności turystycznej adresowanych do osób powyżej 50. roku życia.

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

1. Promocja krajoznawstwa:

- ▶ aktywizacja seniorów poprzez umożliwienie im przekazywania swojej wiedzy o regionie, jego walorach przyrodniczych i dziedzictwie kulturowym zarówno najmłodszemu pokoleniu, jak i zainteresowanym rówieśnikom (przykład: akcja organizowana w 2014 r. przez PTTK pod hasłem „Turystyka łączy pokolenia”);
- ▶ wsparcie działań organizacji pozarządowych, lokalnych grup działania czy branży turystycznej w:
 - a) tworzeniu produktów turystycznych dedykowanych osobom starszym – specjalizacja produktu uwzględniająca oczekiwania odbiorcy (wsparcie finansowe możliwe do uzyskania przez organizacje pozarządowe, Lokalne Grupy Działania LGD);
 - b) budowaniu lokalnych sieci samopomocy opartych na działaniach wolontariuszy aktywizujących osoby starsze do uprawiania turystyki, a także promujących walory turystyczne regionu. Tworzenie Klubów Turysty/Podróżnika Seniora w porozumieniu np. z klubami czy oddziałami PTTK, klubami przy parafiach, stowarzyszeniach czy Uniwersytetach III Wieku –

Nordic walking
w Dolinie Karpia



fot. Archiwum Stowarzyszenia Doliny Karpia

- organizujące zajęcia (w porozumieniu z muzeami, parkami), prelekcje, wyjazdy, warsztaty (np. do wiosek tematycznych, szlakiem rzemiosła tradycyjnego itd.), wycieczki pielgrzymkowe, ale również czysto poznawcze (rezerваты, parki krajobrazowe) czy nastawione na regenerację (uzdrowiska) – aktywizacja dotyczy będzie seniorów w różnym stopniu nastawionych na aktywność fizyczną. Większość tych aktywności nie będzie wymagała dużego zaangażowania finansowego uczestników;
- c) przystosowaniu i udostępnianiu istniejącej infrastruktury turystycznej do potrzeb i wymagań turysty seniora;
 - d) tworzeniu i promowaniu ofert turystycznych dedykowanych seniorom przez podmioty gospodarcze, np. specjalne oferty pozasezonowe, niższe ceny, zniżki dla seniorów, programy wycieczek dedykowane seniorom, specjalne udogodnienia.
- 2.** Podnoszenie świadomości branży turystycznej i organizacji społecznych w odniesieniu do możliwości wykorzystania potencjału gospodarczego, jak i społecznego osób w wieku 50+ przez:
- ▶ przekazywanie informacji o istniejących możliwościach działań wspierających turystykę osób starszych w ramach międzynarodowych programów European Senior Traveller oraz Calypso;
 - ▶ promocję dobrych praktyk realizowanych na rzecz wzrostu zainteresowania turystyką skierowaną do seniora w regionie (Małopolska wieś dla seniorów, Ogrody zmysłów, ogólnodostępne systemy pieszych tras do uprawiania nordic walking – trasy „Nordic Walking Park w Dolinie Karpia”).
- 3.** Stymulowanie lokalnych samorządów do budowania oferty turystycznej dla seniorów poprzez:
- ▶ odpowiednie zapisy w dokumentach strategicznych (przykład Miasto Kraków – Strategia Rozwoju Turystyki Miasta Krakowa do 2020);
 - ▶ promowanie idei miejsc przyjaznych dla seniorów, w których założeniach samorządy mają realizować projekty ułatwiające poruszanie się po mieście, zwiedzanie i wypoczynek, m.in. poprzez autobusy niskopodłogowe, siedzenia dla osób starszych, ułatwienia w poruszaniu się po muzeach i parkach, dodatkowe ułatwienia w systemie informacji turystycznej (np. dobrze oznaczone tablice z dużym drukiem).

WSKAŹNIK

SYTUACJA WYJŚCIOWA

- ▶ liczba odwiedzających Małopolskę turystów 50+;
- ▶ liczba dobrych praktyk w obszarze turystyki dedykowanych seniorom w Małopolsce.

WSKAŹNIK DOCELOWY

Cel: zwiększenie liczby odwiedzających Małopolskę turystów 50+ o co najmniej 5% w ciągu roku;

Cel: zwiększenie liczby dobrych praktyk w obszarze aktywności turystycznej dedykowanych seniorom w Małopolsce o 20%.

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA

- ▶ badania ruchu turystycznego w Małopolsce realizowane przez UMWM.
- ▶ badania własne, ewentualnie we współpracy z GUS.

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

Atrakcyjna i konkurencyjna oferta turystyczna przygotowywana z myślą o seniorach i dla seniorów, a więc dostosowana do ich potrzeb, preferencji i możliwości realizowana przez instytucje, organizacje społeczne i przedsiębiorców zainteresowanych aktywizacją małopolskich seniorów.

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

ZMIANA ILOŚCIOWA

- ▶ zwiększenie liczby specjalistycznych ofert turystycznych dedykowanych osobom starszym;
- ▶ zwiększenie ruchu turystycznego w Małopolsce w odniesieniu do osób powyżej 50. roku życia.

ZMIANA JAKOŚCIOWA

- ▶ zmiana świadomości branży turystycznej i organizacji społecznych w odniesieniu do zdolności wykorzystania potencjału gospodarczego, jak i społecznego osób w wieku 50+;
- ▶ zwiększenie dostępności i informacji o ofercie turystycznej dedykowanej seniorom;
- ▶ podniesienie konkurencyjności przedsiębiorców tworzących ofertę dedykowaną seniorom;

- ▶ wzrost aktywności turystycznej seniorów przekładający się na zmniejszenie obciążenia systemu zabezpieczenia społecznego (aktywny fizycznie i psychicznie senior zmniejsza wydatki na ochronę zdrowia, a tym samym wpływa na poprawę kondycji finansowej całego regionu/kraju);
- ▶ zwiększenie wykorzystania potencjału rozwojowego danego obszaru: infrastruktury, kadry, walorów środowiskowych, dziedzictwa kulturowego, innowacyjnych usług w odniesieniu do obsługi osób starszych.

RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

- ▶ niewystarczające zasoby finansowe osób, do których skierowana ma być oferta turystyczna;
- ▶ niechęć ze strony seniorów do zmian stylu życia i podejmowania aktywności turystycznej ze względu na:
 - pogarszający się lub zły stan zdrowia,
 - ograniczenia finansowe,
 - brak poczucia bezpieczeństwa,
 - brak informacji dotyczącej oferty turystycznej dedykowanej seniorom.

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE)

- ▶ brak odpowiedniego zainteresowania branży turystycznej i organizacji społecznych oraz brak woli/motywacji wykorzystania potencjału turystycznego rynku seniorów jako głównej grupy odbiorców usług;
- ▶ niewystarczające zainteresowanie przedsiębiorców kreowaniem oferty turystycznej skierowanej do tak wymagającego klienta;
- ▶ niewystarczające środki finansowe na przygotowanie odpowiedniej oferty dla tego typu odbiorcy;
- ▶ niedostatecznie intensywne działania podejmowane na rzecz dostosowania infrastruktury turystycznej do wymogów i oczekiwań turysty-seniora;
- ▶ niedostateczny poziom informacji o proponowanej ofercie dedykowanej seniorom;
- ▶ brak możliwości bezpośredniego przekazywania organizatorom turystyki wsparcia finansowego z budżetu jednostek samorządu terytorialnego.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014–2020;

- ▶ programy realizowane i wspierane przez Ministerstwo Sportu i Turystyki;
- ▶ Program ASOS na lata 2014–2020;
- ▶ budżet Województwa Małopolskiego: dotacje w ramach konkursu ofert na realizację zadań publicznych Województwa Małopolskiego w dziedzinie turystyki pn. *Małopolska Gościnna* w zakresie tworzenia produktu dedykowanego seniorom.

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- ▶ inicjowanie działań: Ministerstwo Sportu i Turystyki, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, UMWM, ROPS;
- ▶ realizacja działań: jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe, podmioty branży turystycznej.

DOBRE PRAKTYKI

REGIONALNE

1. Turystyczna oferta dedykowana seniorom – *Małopolska wieś dla seniorów*. Oferta opracowana, rozwijana i promowana przez Sądecką Organizację Turystyczną. Ofertę tworzy 15 gospodarstw na terenach wiejskich w Małopolsce oferujących atrakcyjne propozycje wypoczynku – od uprawiania turystyki aktywnej (jazdy konnej, jazdy na rowerze, na nartach biegowych i zjazdowych) po spacerowanie szlakami pieszymi dla osób starszych wraz z pakietem pobytowym (nocleg, wyżywienie). W obiektach *Małopolska wieś dla seniorów* goście powyżej 60. roku życia mogą liczyć na atrakcyjne zniżki.
2. Tworzenie produktów turystycznych skierowanych i przygotowanych dla osób starszych wykorzystujących potencjał danego miejsca (gminy/powiatu czy subregionu), np. budowa ogrodów/przestrzeni publicznych/parków umożliwiających w sposób zintensyfikowany i celowy zwiększenie aktywności i zainteresowania. Poza funkcją spacerowo-rekreacyjną przestrzenie te powinny spełniać funkcję terapeutyczną. Istnieje możliwość podziału na różne sektory np.: ruchu, zapachu, wzroku, słuchu, dotyku, smaku. Przykładem takich działań jest cieszący się wielkim zainteresowaniem działający „Ogród zmysłów” w Muszynie (Ogrody sensoryczne) – (od roku 2012).
3. Tworzenie ogólnodostępnych systemów pieszych tras do uprawiania nordic walking (trasy „Nordic Walking Park w Dolinie Karpia” – Stowarzyszenie Dolina Karpia).

4. Międzypokoleniowa sztafeta turystyczna – akcja realizowana przez Polskie Towarzystwo Turystyczno-Krajoznawcze w 2014 roku, nakierowana na budowanie więzi międzypokoleniowej polskiej rodziny poprzez turystykę i krajoznawstwo, a także podtrzymywanie więzi społecznych i komunikację międzyludzką poprzez kontakty seniorów z dziećmi i młodzieżą.
5. Doskonalenie kadry turystycznej z zakresu obsługi grup seniorów zrealizowane przez Małopolską Organizację Turystyczną. Szkolenie skierowane do branży turystycznej w szczególności zaś do pracowników z branży hotelarskiej, gastronomicznej oraz organizatorów turystyki. Program obejmował najważniejsze aspekty obsługi turysty pod kątem specjalnych potrzeb oraz oczekiwań grupy seniorów. W programie m.in.: potencjał seniorów i siła nabywcza, trendy w światowej turystyce w tej grupie wiekowej, preferencje wyjazdowe osób starszych, charakterystyka mobilności seniorów na rynku turystycznym, baza noclegowa i żywieniowa, specyfika organizowania wycieczek dla seniorów, dobór atrakcji i sprzedaż zindywidualizowana, tworzenie pakietów i sprzedaż grupowa, psychofizyczne aspekty sytuacji seniora, warsztaty właściwej komunikacji z seniorem. Zakłada się kontynuację, a docelowo przyznanie poszczególnym obiektom hotelarskim Certyfikatu Rekomendacyjnego „Obiekt przyjazny seniorom”.
6. Otwarty konkurs ofert pn. *Małopolska Gościnna* skierowany do organizacji pozarządowych, w ramach którego przeznaczane są środki (średnio 500 tys. zł) na działania związane z tworzeniem produktów turystycznych (w tym skierowanych do seniorów). Stworzony w ramach konkursu produkt pn. *Małopolska wieś dla seniorów* – otrzymał Certyfikat Polskiej Organizacji Turystycznej jako najlepszy produkt turystyczny Polski 2013.
7. Cykl wycieczek dla seniorów w ramach Szkoły Aktywnego Seniora – idea propagowania turystyki z ekspertem, profesjonalnym przewodnikiem-pasjonatem, udział bezpłatny (cykl wycieczek po Krakowie).

KRAJOWE

1. ASOS na lata 2014–2020 – działania podejmowane przez beneficjentów środków z tego programu.
2. Wsparcie działań aktywizujących z Ministerstwa Sportu i Turystyki – w ramach doskonalenia kadr dla turystyki zakłada się kontynuację szkoleń skierowanych do branży turystycznej, w szczególności zaś do pracowników z branży hotelarskiej, gastronomicznej oraz organizatorów turystyki, pod

kątem specjalnych potrzeb oraz oczekiwań grupy seniorów – szkolenie zorganizowane np. przez Małopolską Organizację Turystyczną.

3. wiele ofert pobytów 7 dni lub 10 dni w ośrodkach wypoczynkowych nad morzem, w górach ze specjalnym rabatem dla seniorów, tzw. *Oferta dla SENIORA* (ceny już od 430 zł za 7 dni pobytu, noclegi, wyżywienie, zabiegi, ceny po sezonie).

ZAGRANICZNE

1. Międzynarodowy program European Senior Traveller oraz Calypso służący wymianie i aktywizacji seniorów jako inicjatywa Komisji Europejskiej. Program Calypso umożliwia wsparcie tysiącom obywateli Unii Europejskiej powyżej 55. roku życia w organizacji wypoczynku w atrakcyjnych destynacjach turystycznych (w roku 2013 realizowany przez Uniwersytet Ekonomiczny i Węgierską Narodową Fundację Wypoczynkową).
2. Kampania hiszpańskiego rządu pt. *Europejska turystyka dla seniorów* dostępna dla obywateli większości krajów UE, głównie Polski, Czech, Węgier i Słowacji. W sezonie zimowym 2009–2010 rząd hiszpański oraz autonomiczne regiony Andaluzji i Balearów dofinansowały 80 tys. miejsc dla turystów. Projekt oferował przystępne ceny oraz gotowe pakiety łączące w sobie turystykę, terapię, wellness, sport i szkolenia. Europejski turysta-senior miał możliwość wzięcia udziału w wycieczce trwającej od 1 tygodnia do prawie 1 miesiąca. Koszt tygodniowego pobytu dla klienta z Polski wynosił 343 euro. Program dopłacał do każdego gościa 150 euro. Celem unijnego projektu było wsparcie idei aktywnego starzenia się. Na realizacji powyższego programu z pewnością skorzystał rynek usług turystycznych w Hiszpanii.
3. Projekt dla francuskich seniorów powyżej 60. roku życia (*Seniors en Vacances*) uruchomiła l'ANCV (National Agency of Vacation Vouchers) i Krajowa Agencja Turystyki. Obejmował on ponad 45 tys. miejsc we Francji. Celem było przełamanie samotności i wyizolowania, zapewnienie opieki społecznej i zapobieganie chorobom (2009).

BIBLIOGRAFIA

- OSSOWSKI Z., TARASZKIEWICZ T., FORMELLA M. (2012). *Aktywność turystyczna seniorów szansą na rozwój turystyki w Polsce*. Zeszyty naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 697 (Ekonomiczne problemy usług) nr 82, s. 295–307.
- TRAVEL & TOURISM ECONOMIC IMPACT 2012. World, World Travel & Tourism Council WTTC 2012.
- TOURISM TOWARDS 2030, UNWTO.
- MINISTERSTWO SPORTU I TURYSTYKI, *Raport o Stanie Gospodarki Turystycznej w latach 2007–2011*, Warszawa, luty 2013
- DEPARTAMENT TURYSTYKI, MINISTERSTWO SPORTU I TURYSTYKI (Warszawa, 2011), *Prognozy turystyki przyjazdowej na świecie w świetle publikacji UNWTO «Tourism Towards 2030. Global Overview»*, źródło internetowe: <http://www.msport.gov.pl/article/2598-Publikacja-unwto-Tourism-Towards-2-3-Global-Overview>
- MINISTERSTWO SPORTU I TURYSTYKI, Ulotka statystyczna, *Turystyka w Polsce 2013*, źródło internetowe: https://d1dmfej9n5lgmh.cloudfront.net/msport/article_attachments/attachments/59117/original/ulotka_2013_27.05.2014.pdf?1401889818
- GNIEŹNIEŃSKIE FORUM EKSPERTÓW TURYSTYKI KULTUROWEJ. *Zainteresowanie seniorów turystyką oraz ich udział w turystyce kulturowej, Turystyka kulturowa*, źródło internetowe: www.turystykakulturowa.org, 5/2013 (maj 2013) s. 78–85.
- GRZELAK-KOSTULSKA E., HOŁOWIECKA B., KWIATKOWSKI G. *Problem Aktywności Turystycznej Seniorów*, [w:] *Perspektywy i Kierunki Rozwoju Turystyki Społecznej w Polsce* (red. A. Stasiaka). Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Turystyki i Hotelarstwa, 2011.
- BADANIA RUCHU TURYSTYCZNEGO W WOJEWÓDZTWIE MAŁOPOLSKIM W 2013 roku. RAPORT SKONSOLIDOWANY RACHUNEK WYDATKÓW NA TURYSTYKĘ W POLSCE, Ministerstwo Sportu i Turystyki
- RZĄDOWY PROGRAM NA RZECZ AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ OSÓB STARSZYCH NA LATA 2014–2020, <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/rzadowy-program-asos/>, tekst programu znajduje się na http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/public/1_nowa%20strona/Seniorzy/Program%20asos%202014-2020.pdf

SYTUACJA GOSPODARSTW DOMOWYCH W 2004 R. W ŚWIETLE WYNIKÓW BADAŃ
BUDŻETÓW GOSPODARSTW DOMOWYCH, Główny Urząd Statystyczny, War-
szawa 2005

OBSZAR **NOWE TECHNOLOGIE**



REKOMENDACJA 1

Zastosowanie nowych technologii w opiece nad osobami starszymi

JAK JEST?

Wzrost liczby starszych osób samotnie prowadzących swoje gospodarstwo domowe, wymagających wsparcia

W związku ze starzeniem się społeczeństwa mamy do czynienia z coraz większą grupą ludzi starszych, często dotkniętych degeneracyjnymi zmianami w układzie nerwowym, także o charakterze otępiennym. Bardzo wielu seniorów samotnie prowadzi swoje gospodarstwa domowe. Ponadto wzrastają wymagania odnoszące się do autonomii i jakości życia. Międzypokoleniowe więzi polskich rodzin stale się rozluźniają, w szczególności z powodu migracji dzieci za pracą na terenie kraju, a w niektórych regionach dorosłe dzieci nie mogą opiekować się rodzicami z powodu czasowego lub stałego przebywania za granicą w celach zarobkowych. Te wszystkie czynniki sprawiają, że osoba starsza pozbawiona jest właściwej opieki, szczególnie ta zamieszkująca na obszarach wiejskich, na terenach trudno dostępnych. Zachwiane jest jej poczucie bezpieczeństwa, co znacznie obniża komfort życia.

Według statystyk co trzecia osoba w wieku 65+, średnio raz w roku upada (70% upadków w domach zdarza się podczas kąpieli, gdy dostęp do telefonu jest utrudniony), z tego co trzecia doznaje urazu biodra. Wtedy, jeśli nikt jej nie odwiedzi, pozbawiona jest szans na pomoc. Ponadto aż 50% osób w chwili zagrożenia i stresu nie potrafi wybrać właściwego numeru telefonu do służb ratunkowych, a 25% przekazać poprawnych danych osobowych i adresowych (Hrynkiewicz, GUS, Wa-wa 2012). Jednocześnie brakuje kadry (opiekunów i pielęgniarek), która by mogła zapewnić opiekę w sytuacji nieobecności członków rodziny, tak by osoby starsze mogły jak najdłużej pozostać w swoim miejscu zamieszkania, bez konieczności pobytu w całodobowych domach pomocy społecznej.

W województwie małopolskim w roku 2011 było 51 258 jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby w wieku 75 lat i więcej, przy czym w miastach było ich 34 343, a na obszarach wiejskich 16 915 (*Gospodarstwa domowe i rodziny w województwie małopolskim. Charakterystyka demograficzna*, Urząd Statystyczny w Krakowie, 2014).

CO NALEŻY ZROBIĆ?

Wprowadzenie rozwiązań w zakresie opieki nad osobami starszymi w miejscu zamieszkania z użyciem nowych technologii

Jednym ze sposobów opieki nad osobą starszą i samotną jest wdrożenie systemu teleopieki. Głównym jego celem jest podniesienie poczucia bezpieczeństwa osób starszych, a także chorych i niepełnosprawnych, przebywających stale lub czasowo w domu. W przypadku zagrożenia system powinien zapewnić otrzymanie szybkiej pomocy. W pierwszej kolejności ma służyć osobom samotnym obawiającym się braku dostępu do podstawowej opieki w nagłej potrzebie. W dalszej – umożliwić zdalną diagnozę, konsultację, informację medyczną, samokształcenie oraz korzystanie z usług zdrowotnych, opiekuńczych i psychologicznych, możliwych do udzielania za pośrednictwem telefonu, Internetu i innych środków zdalnej komunikacji. System taki byłby jednocześnie wsparciem dla opiekunów osób zależnych (zarówno nieformalnych, jak i formalnych) oraz alternatywą dla zakładów opiekuńczo-pielęgnacyjnych i domów pomocy społecznej. Kolejną zaletą tego rozwiązania jest redukcja kosztów opieki całodobowej. O konieczności stworzenia takiej formy wsparcia dla seniorów wskazują liczne badania.

Działanie systemu pozwala w prosty sposób wezwać pomoc w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia – np. nagłej zmiany samopoczucia (zastabniecie, zawal itd.), zdarzeń losowych (upadek, pożar) – poprzez naciśnięcie przycisku alarmowego na wisiorku lub breloku, który jest bezprzewodowo skomunikowany z aparatem telefonicznym (z dużymi klawiszami i napisami oraz z zestawem głośnomówiącym).

JAKIE PODJĄĆ DZIAŁANIA?

Wdrożenie systemu teleopieki obejmuje przeprowadzenie wielu skoordynowanych działań.

1. Przygotowanie koncepcji systemu w zakresie:
 - ▶ instytucjonalnym (zbudowanie partnerstwa złożonego z podmiotów publicznych i prywatnych dla potrzeb sfinansowania i zarządzania systemem, wskazanie potencjalnych źródeł finansowania);
 - ▶ funkcjonalnym (organizacja telecentrum, systemu informatycznego, zespołu przeszkolonych teleopiekunów, zaprojektowanie urządzeń w miejscu zamieszkania użytkownika systemu).

2. Zapewnienie telecentrum z infrastrukturą teleinformatyczną, oprogramowania itp.
3. Wyposażenie podopiecznych w nowoczesne urządzenia – np. nadajnik w postaci zegarka lub breloka połączony z dostosowanym aparatem telefonicznym.
4. Rekrutacja i przeszkolenie teleopiekunów, którzy będą operatorami systemu, by posiadali wiedzę i przygotowanie do współpracy z osobami starszymi w zakresie psychologicznym, medycznym i informatycznym.
5. Przeprowadzenie akcji informacyjno-promocyjnej w mediach, w formie ulotek w ośrodkach zdrowia, MOPS, artykułów w periodykach, konferencji organizowanych na uniwersytetach trzeciego wieku i klubach seniora.

WSKAŹNIK

2013: brak danych (system teleopieki nie został jeszcze wdrożony na szerszą skalę).

2020: cel: Objęcie usługami teleopieki minimum 10% osób starszych (65+)/niepełnosprawnych/potrzebujących opieki i wsparcia mieszkających na terenie całej Małopolski.

ŹRÓDŁO WERYFIKACJI WSKAŹNIKA

Na podstawie podpisanych umów.

CO BĘDZIE REZULTATEM DZIAŁAŃ?

Wdrożony system teleopieki, stworzony w ten sposób, by świadczyć usługi o bardzo różnym zakresie. Produktem może być system zaprogramowany na świadczenie usług podstawowych (alarmowe), ale także usług kompleksowych, oferujący podopiecznym dodatkowo dostęp do różnych informacji.

1. Usługa podstawowa (przycisk alarmowy, tzw. przycisk SOS) – wezwanie pomocy w przypadku zagrożenia życia/zdrowia (np. zastąpienie, zawał), zdarzeń losowych (upadek, pożar). Po połączeniu z teleopiekunem włącza się telefon głośnomówiący, przez który udzielana jest pomoc, następnie telecentrum powiadamia: służby ratownicze i osoby wskazane do kontaktów, monitoruje przebieg sytuacji i udziela wsparcia psychologicznego podopiecznemu.
2. Infolinia (inny przycisk):
 - ▶ medyczna: dyżury szpitali, przychodni zdrowia, aptek całodobowych,

- ▶ serwisowa: o dostępnych w okolicy serwisach – hydraulik, elektryk, taxi itp.;
 - ▶ wiadomości lokalne – kino, teatr, koncerty, imprezy plenerowe, rozkład jazdy autobusów, prognoza pogody itp.;
3. Uruchomienie dodatkowych usług, które ułatwią seniorom funkcjonowanie w społeczeństwie:
- ▶ telefoniczne zamawianie wizyt, konsultacji z lekarzami specjalistami, ale także psychologiem, fizjoterapeutą, dietetykiem;
 - ▶ automatyczny system ostrzegania o zagrożeniach, takich jak powódzie, grad;
 - ▶ ostrzeżenia przed oszustami.

JAKIE EFEKTY UZYSKAMY?

System teleopieki sprawi, że osoba starsza: chora, czasowo/trwale niesamodzielna, wymagająca opieki dłużej będzie mogła bezpiecznie pozostawać w środowisku domowym i w razie potrzeby w każdej chwili skontaktować się z odpowiednimi osobami/służbami. Docelowo system teleopieki będzie tańszym rozwiązaniem niż system instytucjonalny, niewymagającym utrzymywania obiektów i zatrudnienia szerokiej kadry opiekunów, pielęgniarek. Zapobiegnie

fot. depositphotos.com



się instytucjonalizacji i pozwoli seniorom na bezpieczne zamieszkiwanie we własnym środowisku.

DŁUGOOKRESOWE EFEKTY TO

DLA SENIORÓW

1. Podniesienie jakości życia (poprzez utrzymanie więzi z innymi osobami).
2. Podniesienie poziomu poczucia bezpieczeństwa – zminimalizowanie zagrożeń utraty zdrowia bądź życia, gdyż system zapewnia udzielenie pomocy w razie potrzeby.
3. Uniknięcie konieczności korzystania z instytucji opiekuńczych w sytuacji, gdy osoby mogłyby samodzielnie jeszcze funkcjonować w swoim środowisku.

DLA RODZIN OSÓB STARSZYCH

1. Zminimalizowanie dyskomfortu związanego z lękiem o swoich rodziców/dziadków, gdy nie prowadzi się z nimi wspólnego gospodarstwa domowego.
2. Możliwość pozostania na rynku pracy bez konieczności rezygnacji z pracy z powodu zobowiązań opiekuńczych.

DODATKOWO DLA SYSTEMU ORGANIZACJI OPIEKI

1. Koszty funkcjonowania teleopieki zostaną zrekompensowane obniżeniem kosztów w innych obszarach systemu rehabilitacji i pomocy społecznej oraz systemu ochrony zdrowia. Możliwe będzie znaczne skrócenie okresu hospitalizacji wielu pacjentów, zmniejszy się zapotrzebowanie na kosztowne miejsca w stacjonarnych domach pomocy społecznej i zakładach opiekuńczych.
2. Zracjonalizowane będzie stosowanie leków, zwłaszcza tych najdroższych, gdyż jedną z funkcji systemu będzie przypominanie o porach podawania leków, o ich przepisanych rodzajach i dawkach.
3. Zwiększy się mobilność pacjentów i opiekunów, gdyż korzystanie z teleopieki może być niezależne od miejsca ich pobytu.

RYZYKA

RYZYKA (WEWNĘTRZNE)

- niski poziom świadomości u osób starszych nt. korzyści zastosowania nowych technologii informacyjnych w codziennym życiu, w opiece, jak i w leczeniu.

ZAGROŻENIA (ZEWNĘTRZNE)

- brak łatwo dostępnych środków na inwestowanie w systemy teleopieki;

- ▶ brak współpracy pomiędzy sektorem prywatnym, samorządami i organizacjami pozarządowymi w zakresie budowy wspólnych przedsięwzięć na rzecz opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

- ▶ Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014–2020;
- ▶ budżet jednostek samorządu terytorialnego;
- ▶ środki organizacji pozarządowych.

PODMIOTY ZAANGAŻOWANE

- ▶ inicjowanie działań: UMWM;
- ▶ realizacja działań: podmioty prywatne, jednostki samorządu terytorialnego, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, organizacje pozarządowe, klastry medyczne.

DOBRE PRAKTYKI

KRAJOWE

Obecnie system teleopieki funkcjonuje już w kilku miejscach w Polsce, np. w Opolu, w gminach Wejherowo, Kobylnica i Nowy Dwór Gdański. Liczba jego użytkowników ciągle wzrasta.

Spółeczna Krajowa Sieć Ratunkowa z siedzibą w Łodzi – prowadzi działania mające na celu niesienie pomocy w sytuacjach zagrożenia życia, zdrowia, bezpieczeństwa, środowiska, a także działania mające na celu pomoc ludziom niepełnosprawnym. Zapewnia ogólnopolską, całodobową, natychmiastową pomoc w sytuacjach takich jak: napady, włamania, pożary, rozszczelnienie się instalacji gazowej, wystąpienie nagłego zagrożenia zdrowia i życia, błyskawiczną i dokładną lokalizację miejsc, z których wysyłane są sygnały alarmowe, natychmiastowe wezwanie policji, straży pożarnej i pogotowia ratunkowego lub wskazanych osób.

ZAGRANICZNE

SYSTEM TELEOPIEKI W ANDALUZJI

System teleopieki w regionie Andaluzji jest systemem zindywidualizowanej opieki z natychmiastową reakcją w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia, przeznaczony także dla osób samotnych, w oparciu o nowe technologie komunikacyjne, które umożliwiają użytkownikom systemu utrzymanie kontaktu słownego

poprzez linię telefoniczną 24 godziny na dobę, przez wszystkie dni w roku, bez wychodzenia z domu, poprzez proste naciśnięcie przycisku.

System andaluzyjski oferuje:

- ▶ informowanie krewnych o sytuacji podopiecznego w razie potrzeby;
- ▶ monitorowanie i śledzenie sytuacji nadzwyczajnych;
- ▶ rozmowę i towarzystwo w sytuacji osamotnienia;
- ▶ informacje o korzyściach i usługach oferowanych przez regionalny system pomocy społecznej;
- ▶ regularny kontakt z użytkownikami w celu zapewnienia odpowiednich informacji oraz monitorowanie ich samopoczucia;
- ▶ przypomnienie konkretnych działań, takich jak wizyty lekarskie i aplikowanie przepisanych leków;
- ▶ bezpłatną instalację i konserwację urządzeń teleopieki.

SUMMARY

Regional authorities in Poland currently play an increasingly greater role in the support and stimulation of regional development, as well as in the sustainable management of regional resources. Notwithstanding, they are also responsible for the creation and implementation of numerous policies at the regional level, including those in the area of social and health care. The role of these regional authorities, and also local ones, seems even more important when considering the challenges related to demographic change. Many European Regions have to face migration of young people and a low birth rate accompanied by a longer average lifespan, which results not only in the phenomenon of population aging, but also in numerous economic and social consequences. Longer life expectancy, the great achievement of our civilization, is followed by an even greater challenge: the need to provide proper health and social care for the elderly. This is a key challenge for governance at all levels.

The Małopolska Region is relatively "young" when comparing its demographic situation to other European or even other Polish regions. However, in the long term the population of Małopolska will get older resulting in an increase in the mean age of its inhabitants. Therefore, action is required in advance to prepare for inevitable future negative changes, despite Małopolska's current balanced demographics.

Discussions about creating an innovative approach to challenges resulting from demographic changes did begin several years ago. In 2010, an approach was defined in a document entitled *Challenges of Małopolska in the Context of an Ageing Population*. The recommendations included in that document lead to the conclusion that the so-called "silver economy" can aid in the creation of a sustainable development model for Małopolska, despite or even thanks to demographic changes. The current document, prepared in the form of guidebook, is the result of that approach and aims to help in the implementation of numerous actions in various fields of intervention, in order to boost the development of the silver economy in the region. It consists of ideas for projects that can be implemented by institutions, both public and private. Not only should resulting projects provide answers in response to the needs of local communities, but they can also contribute to regional growth.

A complex document, this guidebook tackles a multitude of issues: health, social care and assistance, the labour market, education, culture, housing and spatial

planning, transport, tourism and new technologies. Recommended solutions for each area were elaborated by a group of experts (including both scientists and practitioners), with each area becoming a mini-project for discussion at several workshops and open conferences. Organizations working for the elderly also took an active part in consultations for the guidebook. The proposed solutions suggested are therefore considered appropriate for the needs of Małopolska's ageing population.

The guidebook's first chapter deals with many challenges related to longevity. Among the most important are age-related diseases and the so-called multiple-diseases typical of an advanced age. The health care system must face those challenges, despite limited capacity and funds. Only innovative and efficient solutions can improve the quality and availability of health-care for elderly patients. Also important is the education of medical staff and students in the field of geriatrics. Additionally, the region needs more physicians specialized in geriatrics, and more nurses trained to work with elderly patients. Furthermore, establishing networks of geriatric ambulatory care is recommended. All outlined actions are in line with the idea of Active Ageing and Ambient Assisted Living (AAL).

The next chapter, entitled *Social assistance*, addresses the issue of independent living. The economic analyses show that the AAL approach to social care is much cheaper and more socially accepted than institutional care. In Małopolska, where the number of places in institutional care for the elderly and disabled is insufficient for their needs, focus should be on the development of day-care centres and informal care. While some solutions have to be implemented at the national level (e.g. social benefits for family carers), support centres and cooperative networks can be organized and financed regionally. The likely result is longer independent or assisted living for senior citizens in their homes on the one hand, and a better situation for family carers on the other. Challenges associated with independent living were also analysed in the chapter dedicated to housing and spatial planning. Barrier-free houses and flats, together with modern equipment, may significantly increase the time elderly people can live independently (or with assistance) in their own homes. The recommendations are in line with solutions proposed in the chapter *New technologies*.

The *Labour market*, *Education* and *Culture* chapters deal with numerous recommendations related to the idea of lifelong learning. A significant problem

for the Małopolska region is the large percentage of people over 50 that are professionally inactive, due to an unwillingness to learn, change or improve professional skills. Regional policies should support the idea of lifelong learning to prevent the exclusion of the elderly and to support their active participation in society. Moreover, the regional policies should also encourage employers, as well as the providers of educational and cultural services, to target the over 50s. In the penultimate chapter about transport, the idea of flexible bus lines is introduced. Public transport that better responds to the needs of an ageing population can help to increase seniors' participation in culture, education or even the labour market. Likewise, the final chapter concerning tourism clearly illustrates the idea of the silver economy. It is recommended that tourism services be developed to target senior citizens. In other words, the elderly should be viewed as customers, a much under-estimated concept at present. Tourism offers aimed at senior visitors can be beneficial in terms of regional development. In sum, this guidebook illustrates challenges and recommended solutions, suggests financial sources, analyses possible risks and gives examples of good practice in the Małopolska region, other Polish regions and abroad.

Egzemplarz bezpłatny
ISBN 978-83-65325-01-3



Urząd Marszałkowski
Województwa Małopolskiego
Departament Polityki Regionalnej
ul. Wielicka 72, 30-552 Kraków

www.malopolskie.pl



MAŁOPOLSKA DLA PRZYSZŁOŚCI


MAŁOPOLSKA