KUJAWY POMORZE

Załącznik do uchwały Nr 86/4061/25

Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Z dnia 22 grudnia 2025 r.

# POLITYKA SENIORALNA WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

TORUŃ 2025

# Spis treści

1. Wstęp ..... 1
2. Diagnoza sytuacji osób starszych w województwie kujawsko-pomorskim ..... 5
Sytuacja demograficzna ..... 5
Przestrzeń publiczna ..... 24
Wykluczenie komunikacyjne ..... 28
Zdrowie ..... 32
Pomoc społeczna i usługi społeczne ..... 39
Formy pomocy dla seniorów ..... 45
Edukacja ..... 69
Aktywność społeczna, kulturalna ..... 72
Aktywność Zawodowa ..... 79
Turystyka, sport, rekreacja ..... 83
Bezpieczeństwo ..... 86
3. Cel Polityki Senioralnej „Godne i aktywne życie seniorów w Województwie Kujawsko – Pomorskim” ..... 87
5. Drzewo celów, cel główny, cele operacyjne i kierunki rozwoju ..... 88
6. Kierunki Rozwoju Polityki Senioralnej ..... 90
7. Realizacja celów operacyjnych ..... 96
8. Narzędzia służące realizacji/finansowaniu polityki senioralnej ze środków Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021 - 2027 ..... 104
9. Projekty kluczowe ..... 110
10. System wdrażania Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego ..... 149
11. Monitorowanie i ewaluacja ..... 153
12. Zgodność Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego z krajowymi i regionalnymi dokumentami strategicznymi ..... 160
Wykaz skrótów ..... 163
Źródło danych ..... 165
Spis map ..... 169
Spis wykresów ..... 170
Spis tabel ..... 171

## 1. Wstęp

Polityka senioralna w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych określana jest jako ,,ogół działań organów administracji publicznej oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się”[1]. W dokumencie *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO-UCZESTNICTWO-SOLIDARNOŚĆ* politykę społeczną wobec osób starszych opisuje się jako ,,celowe, długofalowe i systemowe oddziaływanie państwa oraz innych podmiotów publicznych i niepublicznych na kształtowanie warunków prawnych, ekonomicznych oraz społecznych w celu tworzenia osobom starszym korzystnej dla nich sytuacji życiowej, dostosowanej do zmieniających się wraz z wiekiem potrzeb społecznych, ekonomicznych oraz opieki i ochrony zdrowia w każdym okresie życia osoby w starszym wieku”[2]. Za cel nadrzędny polityki senioralnej wyznacza się działania zmierzające do ,,podnoszenia jakości życia seniorów poprzez umożliwienie im pozostawania jak najdłużej samodzielnymi i aktywnymi oraz zapewnienie bezpieczeństwa” [3].

Starość jest naturalnym, nieodwracalnym etapem w ludzkim życiu, następującym po wieku dojrzałym. Objawia się najczęściej zaawansowanym wiekiem, zmianami fizycznymi, psychicznymi oraz społecznymi. Jednak dla każdego człowieka zmiany wynikające ze starzenia się mogą być doświadczane w inny sposób, dlatego nie ma ścisłej definicji starości oraz sztywnej granicy wieku, po przekroczeniu której stajemy się osobą starszą. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w swoich publikacjach wyróżnia 3 etapy starości:

- wiek podeszły (60-74 lat)
- wiek starczy (75-89 lat)
- wiek sędziwy/ długowieczność (od 90 roku życia).

Natomiast GUS w swoich opracowaniach za „próg starości” przyjmuje jednolicie wiek 60/65 lat lub odrębnie dla mężczyzn- 65 lat, a dla kobiet- 60 lat[4]. W ustawie o osobach starszych osoba starsza to ,,osoba, która ukończyła 60. rok życia”[5].

Kierunki działań zawarte w *Polityce Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego* nawiązują do koncepcji „successful ageing” tzn. pomyślnego starzenia. Teoria ta zakłada utrzymanie aktywności fizycznej oraz społecznej osób starszych oraz promowanie etapu starości, jako okresu pełnego aktywności[6]. Kluczowe dla tej koncepcji jest utrzymanie osób starszych w zdrowiu fizycznym i psychicznym (aktywność fizyczna, profilaktyka chorób, zdrowa dieta), zachowaniu niezależności i samodzielności. Model *successful ageing* podkreśla również znaczenie aktywnego życia społecznego, co doskonale wpisuje się w ideę

[1] Art. 4 pkt 2 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1705, z 2024 r. poz. 834.)
[2] Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo- Uczestnictwo- Solidarność (Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018r. )
[3] J.w. 2
[4] https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3938,pojecie.html (dostęp: 12.07.2024 r.)
[5] Art. 4. Pkt 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1705, z 2024 r. poz. 834.)
[6] Grodzicki T., Tobiasz- Adamczyk B., Nowe koncepcje w podejściu do zdrowego starzenia- rola wielowymiarowych modeli, Zakład Socjologii i Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJ CM

współpracy międzypokoleniowej. Integracja seniorów z młodszymi pokoleniami przynosi korzyści zarówno osobom starszym, jak i młodszym, a także całemu społeczeństwu. Aktywne relacje społeczne są kluczem do budowania solidarnego i zrównoważonego społeczeństwa.

Jedną z inicjatyw wspierających seniorów jest Centrum Integracji Międzypokoleniowej (CIM) – miejsce, którego celem jest aktywizacja społeczna i integracja różnych grup wiekowych. CIM przeciwdziała wykluczeniu społecznemu osób starszych, a także promuje aktywny tryb życia poprzez różnorodne działania społeczne, edukacyjne, kulturalne i sportowe. Centrum kładzie szczególny nacisk na współpracę międzypokoleniową, zgodnie z założeniami modelu *successful ageing,* tworząc przestrzeń do wymiany doświadczeń i wzajemnego wsparcia między seniorami a młodszymi pokoleniami. Ponadto CIM wspiera osoby wymagające pomocy w codziennym funkcjonowaniu oraz angażuje się w działania na rzecz dzieci i młodzieży z grup defaworyzowanych. Działalność CIM przyczynia się do poprawy jakości życia osób starszych, zmniejsza problem izolacji społecznej oraz tworzy warunki do aktywizacji i budowania więzi międzypokoleniowych w lokalnych społecznościach.

W *Strategii Rozwoju Usług Społecznych* określono warunki do spełnienia, dzięki którym możemy proces starzenia ocenić jako pomyślny, są to: dobry stan zdrowia, małe ryzyko niepełnosprawności, zachowanie aktywności życiowej, wyrażającej się w wysokim poziomie sprawności fizycznej, umysłowej i społecznej[7]. Osoby starsze, z uwagi na naturalne procesy starzenia się oraz związane z nim problemy zdrowotne, zasługują na szczególną uwagę oraz wsparcie społeczne. ,,Wsparcie społeczne to dostarczanie różnorodnych zasobów (emocjonalnych, informacyjnych, rzeczowych itd.) jednostce, która doświadcza jakichś trudności i nie jest w stanie sprostać im samodzielnie. Niewystarczająca jego dostępność skutkuje niezaspokojeniem lub zaspokojeniem na niewystarczającym poziomie potrzeb człowieka”[8]. W przypadku osób starszych wsparcie można podzielić na postrzegane (ang. *perceivedsocial suport*) oraz otrzymywane (ang. *receivedsocial suport*)[9]. Wsparcie społeczne postrzegane jest subiektywnie i odnosi się do poczucia jednostki, że pomoc i wsparcie ze strony otoczenia są dla niej dostępne, niezależnie od tego czy faktycznie z niego korzysta. Osoba starsza jest przekona, że w razie potrzeby może liczyć na wsparcie przyjaciół, rodziny, sąsiadów czy instytucji. Jest to ważny czynnik wpływający na poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego. Drugi rodzaj otrzymywanego wsparcia odnosi się do sytuacji, kiedy osoba potrzebująca pomocy faktycznie ją otrzyma. Pomoc ta może obejmować wsparcie emocjonalne, finansowe lub takie, jak pomoc w codziennych obowiązkach, udzielenie rady czy wsparcie w trudnych momentach. Otrzymywane wsparcie ma bezpośredni wpływ na poprawę jakości życia, co, w przypadku np. osób samotnych, przekłada się na umożliwienie seniorowi dalszego funkcjonowania w jego środowisku. Należy pamiętać, aby wsparcie udzielane przez instytucje publiczne, jednostki samorządu

[7] Strategia Rozwoju Usług Społecznych Polityka Publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)
[8] Szatur-Jaworska B., Błędowski P. (red.), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania Propozycja modelu oraz wyniki badania antydyskryminacyjnego. SYNTEZA*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2017, s.11
[9] H. Sęk, R. Cieślak, Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne, [w:] Wsparcie społeczne, stres i zdrowie, red. H. Sęk, R. Cieślak, PWN, Warszawa 2004, s. 20.

terytorialnego, organizacje pozarządowe i bliskich było organizowane jak najbardziej lokalnie, bez wyrywania osób starszych z ich dotychczasowego środowiska, z uwzględnieniu ich indywidualnych potrzeb oraz z poszanowaniem ich zdrowia, a przede wszystkim godności.

Kolejną koncepcją odnoszącą się do potrzeb osób starszych jest pojęcie „srebrnej gospodarki" (ang. silver economy). Pojęcie to oznacza system gospodarczy związany ze starzeniem się populacji, którego rozwój ma cechy idei polityki publicznej[10]. Srebrną gospodarkę uznaje się również za ogół ,,aktywności ekonomicznych służących potrzebom osób w wieku 50 lat i więcej (50+), w tym produktów i usług, które osoby te kupują bezpośrednio, oraz dalszych aktywności, które generują wydatki"[11]. Kierunki działań srebrnej gospodarki mają odpowiadać na wyzwanie jakim jest starzenie się społeczeństwa. Do głównych obszarów, na które oddziałuje srebrna gospodarka, zaliczyć można: zdrowie i opiekę medyczną, usługi opiekuńcze, technologie i innowacje, turystykę, rekreację, edukację oraz rynek dóbr konsumpcyjnych. W systemie srebrnej gospodarki seniorzy nie są traktowani jedynie jako konsumenci- odbiorcy usług, ale również aktywni uczestnicy rynku pracy oraz liderzy życia społecznego. Promowanie *silver economy* może przyczyniać się do: poprawy postrzegania starości, wykluczania przejawów dyskryminacji wobec seniorów, wzrostu gospodarczego napędzanego zwiększonymi wydatkami osób starszych oraz wzrostu innowacyjności w sektorach opieki zdrowotnej i technologii.

Kolejnym obszarem, w którym dostrzega się potencjał dynamicznego rozwoju w przyszłości jest tzw. „biała gospodarka", czyli usługi z zakresu ochrony zdrowia oraz opieki nad osobami starszymi. Usługi wchodzące w skład białej gospodarki są niezwykle zróżnicowane - obejmują zarówno działania wspierające zdrowie i sprawność, jak i te mające na celu utrzymanie samodzielności seniorów przez jak najdłuższy czas, a także zaawansowaną opiekę całodobową. Postępujący proces starzenia się społeczeństwa Polski i pozostałych krajów europejskich, wraz z przeobrażeniami społeczno-demograficznymi związanymi ze zmianą modelu rodziny, prowadzą do wzrostu zapotrzebowania na różne formy wsparcia i opieki. Rosnący potencjał nabywczy dochodów osób starszych oraz zmniejszający się potencjał opiekuńczy wśród najbliższej rodziny seniora prowadzą do zwiększania oferty oraz jakości usług świadczonych w ramach białej gospodarki. Biała gospodarka, przez to że funkcjonuje w sektorze ochrony zdrowia oraz sektorze opiekuńczym, zawiera w sobie usługi medyczne, opiekę nad osobami starszymi (w tym opiekę paliatywną, usługi geriatryczne, domy pomocy), usługi wspierające sprawność fizyczną i psychiczną oraz działania profilaktyki zdrowia. W kontekście osób z niepełnosprawnościami mówi się również o usługach wspierających niezależne życie

[10] Klimczuk A., *Srebrna gospodarka jako konstruktywna odpowiedz na starzenie się populacji. Perspektywa polityki publicznej*, [w:] Krawczyk M. (red.), Gospodarka i społeczeństwo w trzydziestoleciu 1992-2022. Perspektywa badawcza zespołu Kolegium Ekonomiczno-Społecznego
SGH w Warszawie, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2023, s. 369-389, s.1
[11] J.w. 10, s. 6

w środowisku lokalnym, asystencji osobistej czy mieszkalnictwie wspomaganym, kierując się wytycznymi procesu deinstytucjonalizacji[12].

Istotnym elementem usprawnienia polityki społecznej, w tym senioralnej, jest korzystanie z tzw. ,,dobrych praktyk", rozumianych jako działania, które zostały wprowadzone przez inne instytucje, a ich realizacja w praktyce przyniosła wymierne korzyści. Celem poszukiwania i upowszechniania dobrych praktyk jest podnoszenie jakości i skuteczności świadczonych usług na rzecz odbiorców tych działań. Dzięki dzieleniu się sprawdzonymi rozwiązaniami i modelami pracy możliwe jest:

- lepsze zaspokajanie potrzeb osób wykluczonych lub zagrożonymi wykluczeniem społecznym;
- efektywne wykorzystanie zasobów- wdrażanie sprawdzonych metod pozwala optymalizować czas pracy, środki finansowe oraz zasoby ludzkie;
- upowszechnianie dobrych praktyk sprzyja standaryzacji i podnoszeniu kompetencji pracowników;
- wspieranie innowacyjności- dzielenie się praktykami inspiruje do wprowadzania nowych rozwiązań, dostosowanych do zmieniających się realiów społecznych i potrzeb różnych grup odbiorców;
- wzmacnianie współpracy międzyinstytucjonalnej i zagranicznej.

*Polityka Senioralna Województwa Kujawsko-Pomorskiego* w kontekście przedstawionych informacji jest kluczowym dokumentem operacyjnym, który odpowiada na wyzwanie przemian demograficznych, jakie zachodzą w naszym regionie. Do takich wyzwań zaliczyć można: wzrost średniego wieku populacji, spadek dzietności oraz postępujący proces starzenia się społeczeństwa, który objawia się poprzez wzrost liczby osób starszych w ludności województwa. Ponadto przez Politykę, która ma również charakter społeczny, możliwe jest zidentyfikowanie trudności i wyzwań stojących przed realizatorami tego dokumentu oraz przed odbiorcami zaproponowanych działań, czyli seniorami.
W dokumencie przedstawiono istniejące formy wsparcia wobec osób starszych, a także zaproponowano szereg działań zmierzających do poprawy jakości życia seniorów, wyznaczając kierunki i cele rozwoju polityki senioralnej w województwie. Opracowanie *Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego* wynika wprost z zapisów *Strategii rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku- Strategia Przyspieszenia 2030+,* gdzie dokument Polityka Senioralna jest wskazany jako jeden z 26 regionalnych dokumentów programowych kluczowych dla realizacji ustaleń *Strategii Przyspieszenia 2030+.*

[12] Abramowska-Kmon A, Antczak R., Kubicki P., Perek-Białas J., Szweda-Lewandowska Z., *Srebrna gospodarka szansa rozwoju krajów Europy Środkowo-Wschodniej,* [w:] Strojny M. (red.), Raport SGH i Forum Ekonomicznego 2020, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2020, s. 347-383

## 2. Diagnoza sytuacji osób starszych w województwie kujawsko-pomorskim

### Sytuacja demograficzna

W 2023 roku województwo kujawsko-pomorskie zamieszkiwało 1 996 003 osób. Główny Urząd Statystyczny 31 sierpnia 2023 roku opublikował prognozę demograficzną ,,Prognoza ludności na lata 2023-2060", w której przedstawiono dynamikę zmian w przekroju krajowym, wojewódzkim oraz powiatowym. Za stan wyjściowy przyjęto dane statystyczne z 2022 roku i opracowano 3 scenariusze[13] zmian liczby ludności- niski (pesymistyczny), średni i wysoki (optymistyczny). Ze względu na wykorzystanie prognozy w oficjalnych analizach, scenariusz średni wskazano jako główny- najbardziej prawdopodobny.

Powyższe prognozy GUS zakładają postępujący ubytek liczby ludności w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2023-2060. Przewiduje się również, że województwo zamieszkiwać będzie:

- w 2030 roku 1 941 101 osób (spadek o **2,8 % tj. 55 tys. osób** względem roku 2023);
- w 2040 roku 1 820 896 osób (spadek o **8,9 % tj. 175 tys. osób** względem roku 2023);
- w 2050 roku 1 684 273 osoby (spadek o **15,6 % tj. 312 tys. osób** względem roku 2023);
- w 2060 roku 1 539 859 osób (spadek o **22,9 % tj. 456 tys. osób** względem roku 2023).

Jedynymi powiatami, w których będzie zauważalny wzrost liczby mieszkańców przez cały okres prognozy, będą powiat bydgoski i toruński (wzrost powyżej 10 000 mieszkańców).

Analizy statystyczne wykazują również postępujący proces starzenia się ludności w całej Polsce, co oznacza wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym[14] oraz duży spadek liczby dzieci i młodzieży (0-17 lat). Według analiz EUROSTATu[15] Polska była na pierwszym miejscu wśród krajów członkowskich Unii Europejskiej, pod względem największego wzrostu udziału osób w wieku powyżej 65 roku życia w populacji, który nastąpił w latach 2013-2023.

W 2023 roku w województwie kujawsko-pomorskim **23,6%** ludności **(tj. 471 tys.)** stanowiła ludność w wieku poprodukcyjnym:

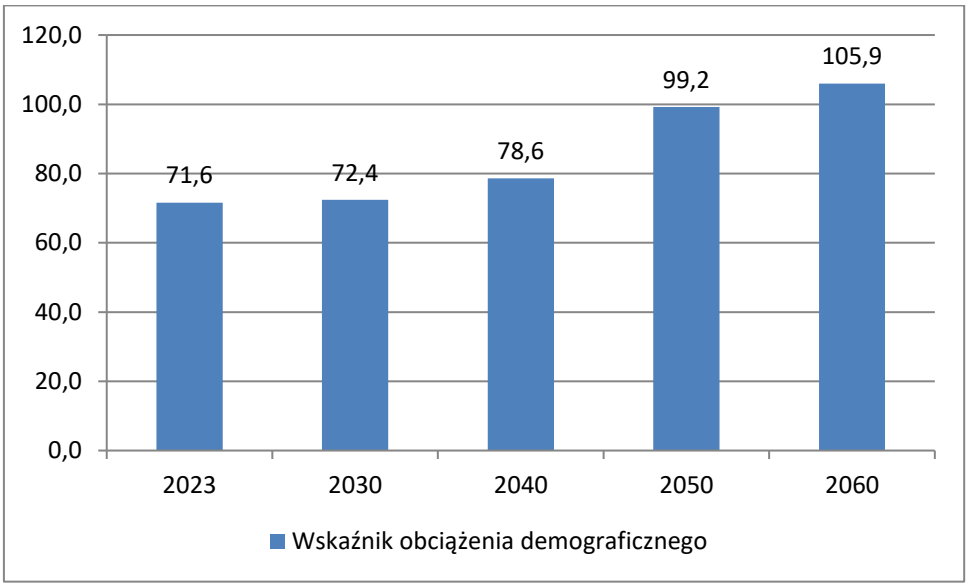
- w roku 2030 ma stanowić **25,9 %** ogółu ludności **(tj. 504 tys.),**
- w roku 2040 ma stanowić **29,9 %** ogółu ludności **(tj. 545 tys.)**,
- w roku 2050 ma stanowić **35,1 %** ogółu ludności **(tj. 590 tys.),**
- a w roku 2060 aż **36,8% (tj. 567 tys.).**

[13] Zgodnie z zaleceniami ONZ, zawartymi w dokumencie *Recommendations on Communicating Population Projections*

[14] Ludność w wieku poprodukcyjnym tzn. kobiety 60 lat i więcej, mężczyźni 65 lat i więcej

[15] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing, Dostęp: 11.07.2024r.

**Wykres 1. Zmiany współczynnika obciążenia demograficznego w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2023-2060 (liczba osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym)**

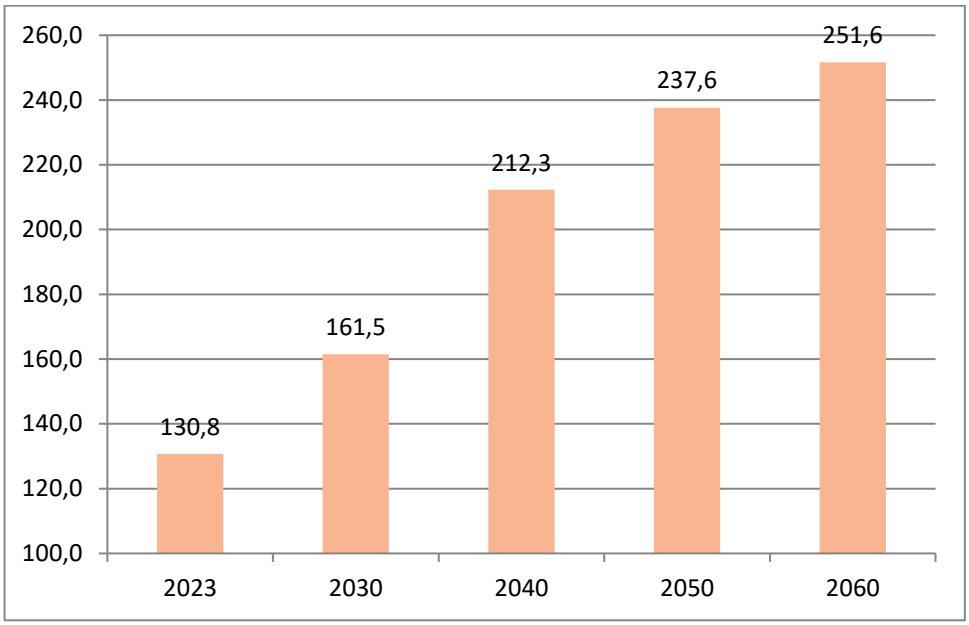



*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych BDL GUS*

Skalę zjawiska starzenia się społeczeństwa przedstawia wskaźnik obciążenia demograficznego, który przedstawia stosunek liczby ludności w wieku nieprodukcyjnym[16] do liczby osób w wieku produkcyjnym. Rosnące wartości wskaźnika, w latach 2023-2060, wskazują na zwiększanie dysproporcji pomiędzy liczbą ludnością w wieku nieprodukcyjnym (wzrasta), do liczby osób aktywnych zawodowo (spada). Jak przedstawia Wykres 1 do 2040 roku obciążenie demograficznie będzie umiarkowanie wzrastać, żeby w roku 2050 i 2060 osiągnąć alarmujący poziom. Taka sytuacja demograficzna może doprowadzić do kryzysu systemu emerytalnego i publicznego. Kryzys ten powodowany będzie: zmniejszeniem liczby osób pracujących, które odprowadzają podatki, składki społeczne, emerytalne oraz zdrowotne; wzrostem liczby osób korzystających ze świadczeń publicznych, wzrostem kosztów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

[16] Jako nieprodukcyjny przyjmuje się wiek 0-17 lat (wiek przedprodukcyjny) oraz 60 lat i więcej dla kobiet i 65 lat i więcej dla mężczyzn (wiek poprodukcyjny) zgodnie z definicją BDL GUS

**Wykres 2. Stosunek liczby osób w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku przedprodukcyjnym w latach 2023-2060**




*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych BDL GUS*

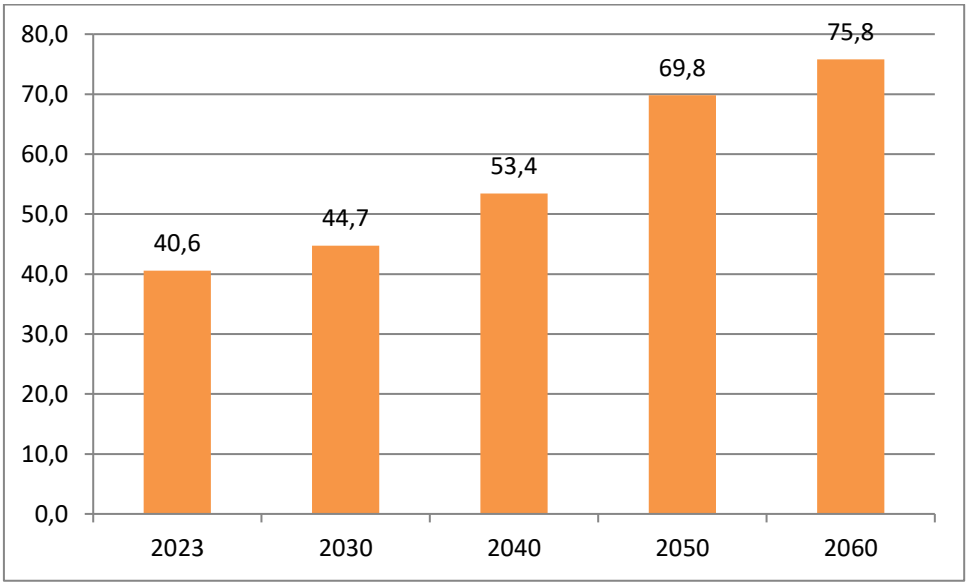
Wskaźnik stosunku liczby osób w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku przedprodukcyjnym jest miernikiem, który przedstawia ilu seniorów przypada na każde 100 dzieci i młodzieży. Im wyższa wartość wskaźnika, tym bardziej obciążone są młodsze pokolenia, które w przyszłości wejdą na rynek pracy i będą musiały utrzymywać rosnąca liczbę osób wymagających wsparcia będących w wieku emerytalnym. W 2023 roku na 100 osób w wieku 0-17 lat przypadało **130,8** osób w wieku poprodukcyjnym. Prognozy demograficzne wskazują, że na 100 osób w wieku 0-17 lat

- w roku 2030 będzie przypadało **161,5 osób starszych**,
- w roku 2040 będzie przypadało **212,3 osób starszych**,
- w roku 2050 będzie przypadało **237,6 osób starszych**,
- w roku 2060 będzie przypadało **251,6 osób starszych**.[17]

Rosnące wartości tego wskaźnika w sposób dobitny pokazują, że mieszkańcy województwa kujawsko-pomorskiego są społeczeństwem starzejącym się. W wyniku spadającej liczby urodzeń, wydłużaniu się długości życia oraz zwiększaniu się liczby ludności w wieku poprodukcyjnym poprzez wchodzenie ludności w wieku produkcyjnym w wiek emerytalny, proces starzenia się społeczeństwa będzie postępował w bardzo szybkim tempie.

[17] Opracowanie własne na podstawie BDL GUS, dostęp: 18.07.2024 r.

**Wykres 3. Stosunek liczby osób w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym w latach 2023-2060**




*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych BDL GUS*

Wykres 3 prezentuje współczynnik obciążenia demograficznego ludnością w wieku poprodukcyjnym[18], który przedstawia relację między populacją osób w wieku poprodukcyjnym a osobami w wieku produkcyjnym, które są kluczowe dla gospodarki i systemów zabezpieczeń społecznych. Wzrost wartości wskaźnika oznacza, że w sposób ciągły zmniejsza się liczba ludności w wieku produkcyjnym przy jednoczesnym, szybkim wzroście liczby ludności w wieku poprodukcyjnym. Wysokie wartości wskaźnika stawiają wyzwania przed systemem emerytalnym, który staje się trudniejszy do utrzymania bez odpowiednich reform, takich jak podnoszenie wieku emerytalnego, zwiększanie składek lub promowanie większej aktywności zawodowej. Ponadto rosnące wartości oznaczają, że będzie rosło zapotrzebowanie na usługi zdrowotne i pomoc społeczną, co dodatkowo obciąża budżet jednostek samorządu terytorialnego oraz budżet państwa.

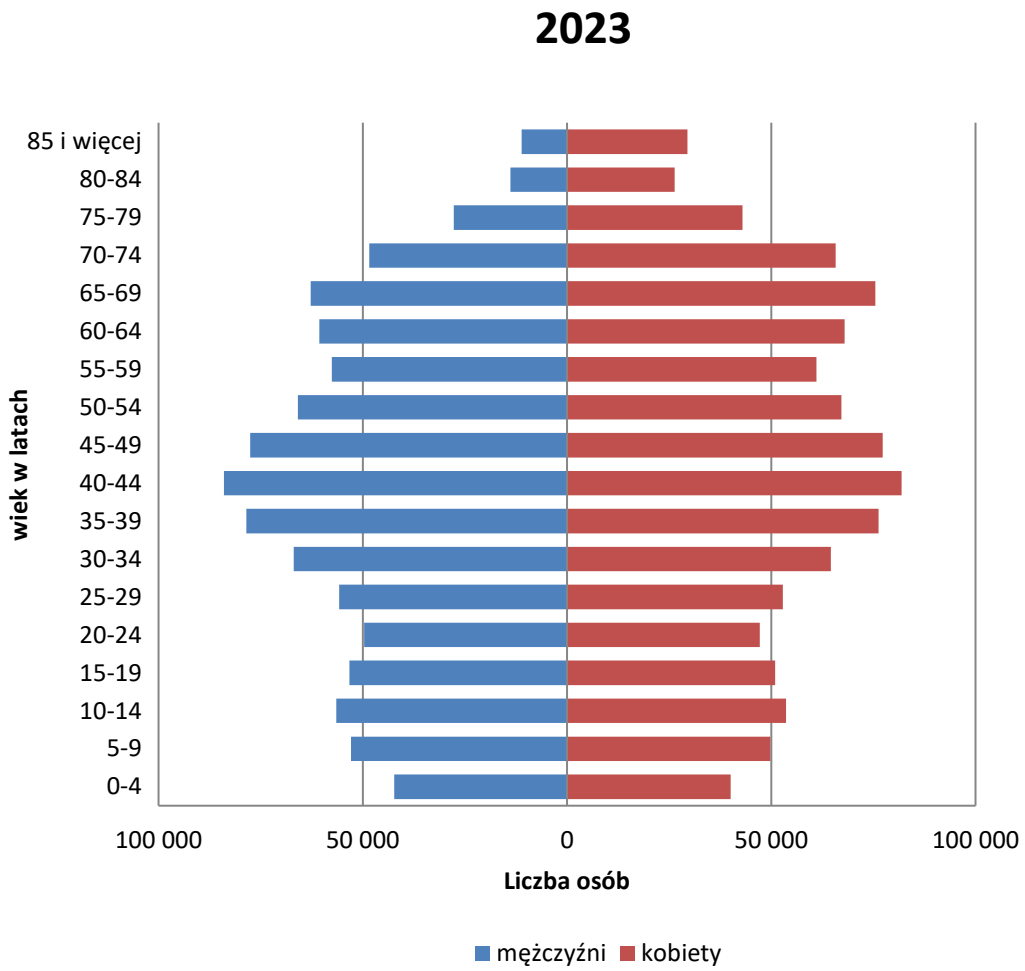
Przeciętne dalsze trwanie życia (ang. life expentancy) to wskaźnik przedstawiający średnią liczbę lat, jakie osoba jest spodziewana przeżyć. W 2023 roku[19] w naszym regionie średnia ta wynosiła 74,1 lat dla mężczyzn i 81,3 lat dla kobiet, dla porównania w roku 2010 średnia wynosiła kolejno 71,4 lat dla mężczyzn i 79,8 lat dla kobiet. Dodatkowym wskaźnikiem, który uwzględnia nie tylko długość życia, ale także jego jakość- jest wskaźnik dalszego trwania życia w zdrowiu (ang. Healthy Life Expentancy). W 2023[20] wskaźnik przyjmował wartość 61,1 lat oczekiwanego życia w zdrowiu wśród mężczyzn i 64,3 lat wśród kobiet, a w roku 2010- 57,2 lat życia w zdrowiu wśród mężczyzn i 61,5 lat wśród kobiet, zamieszkujących województwo kujawsko-pomorskie. Rosnące wartości przedstawionych wskaźników oznaczają, że warunki życia mieszkańców województwa ulegają polepszeniu, zwiększa się dostępność do opieki zdrowotnej oraz świadomość zdrowotna ludności, w kontekście wpływu diety, aktywności fizycznej, używek, środowiska na jakość i długość życia. Oba te wskaźniki są istotne i niezbędne dla skutecznego planowania i realizacji polityki senioralnej. Dzięki nim można ocenić obecne oraz przyszłe potrzeby zdrowotne i socjalne osób starszych, rozwijać programy profilaktyczne i zdrowotne oraz tworzyć infrastrukturę przyjazną seniorom.

**Wykres 4. Piramida wieku i płci ludności województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 roku**

[18] Współczynnik obciążenia demograficznego ludnością w wieku poprodukcyjnym- jest to stosunek liczby osób w wieku poprodukcyjnym do liczby ludności w wieku produkcyjnym, źródło: BDL GUS https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/4558,pojecie.html (dostęp 09.01.2025 r.)

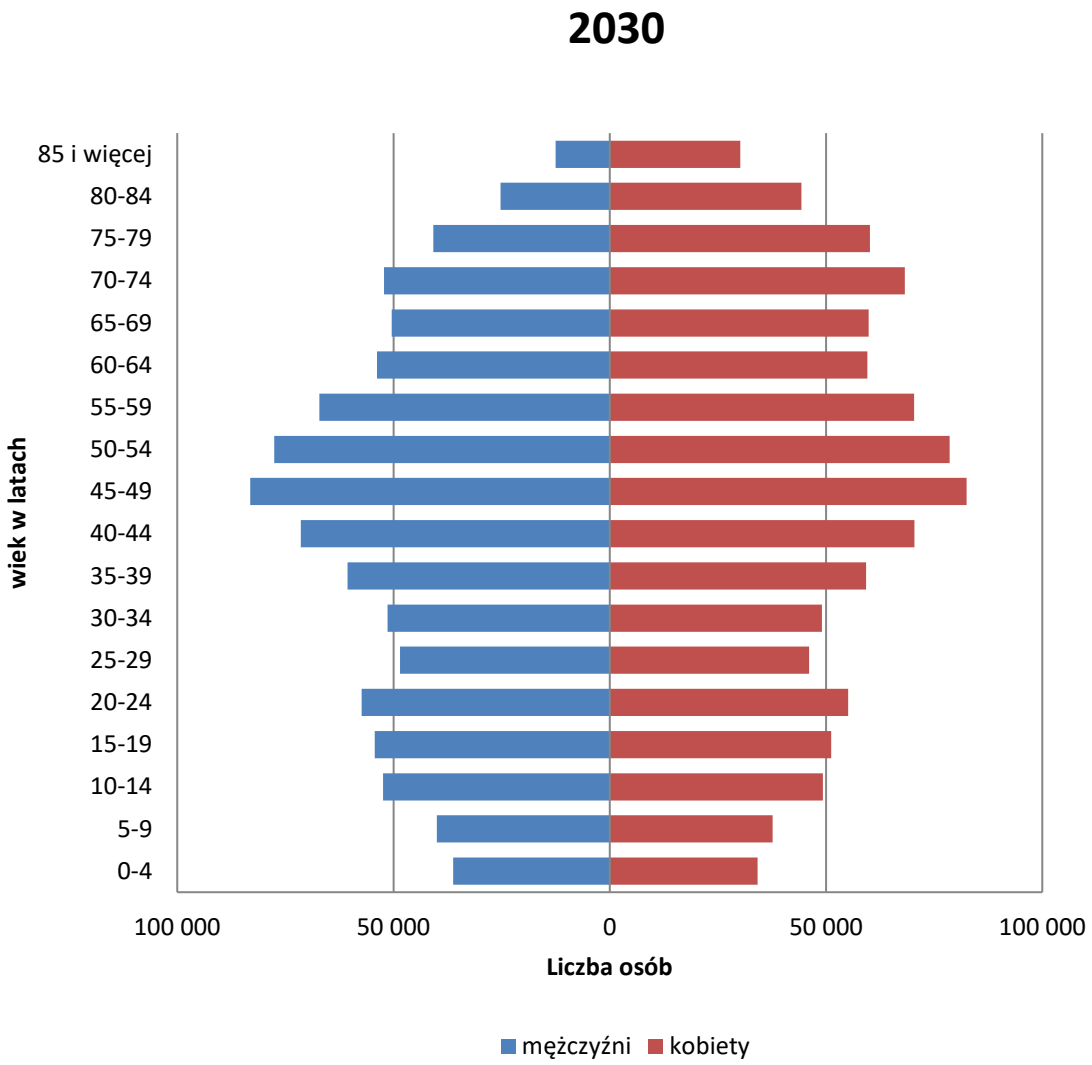
[19] https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2023-roku,2,18.html (dostęp: 02.12.2024 r.)

[20] https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-zdrowiu-w-2023-roku,5,4.html (dostęp: 02.12.2024 r.)




*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych BDL GUS*

**Wykres 5. Piramida wieku i płci ludności województwa kujawsko-pomorskiego, prognozowana perspektywa na rok 2030**




*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych BDL GUS*

Proces starzenia się społeczeństwa w województwie widoczny jest zarówno w obecnej strukturze demograficznej (2023 rok) jak i w prognozach na rok 2030. Liczba osób w starszych grupach wiekowych, a szczególnie liczba kobiet powyżej 60 roku życia znacznie wzrośnie natomiast udział osób najmłodszych (0-19 lat) zmniejszy się, co wskazywać może na utrzymywanie się wskaźnika przyrostu naturalnego nadal na niskim poziomie.

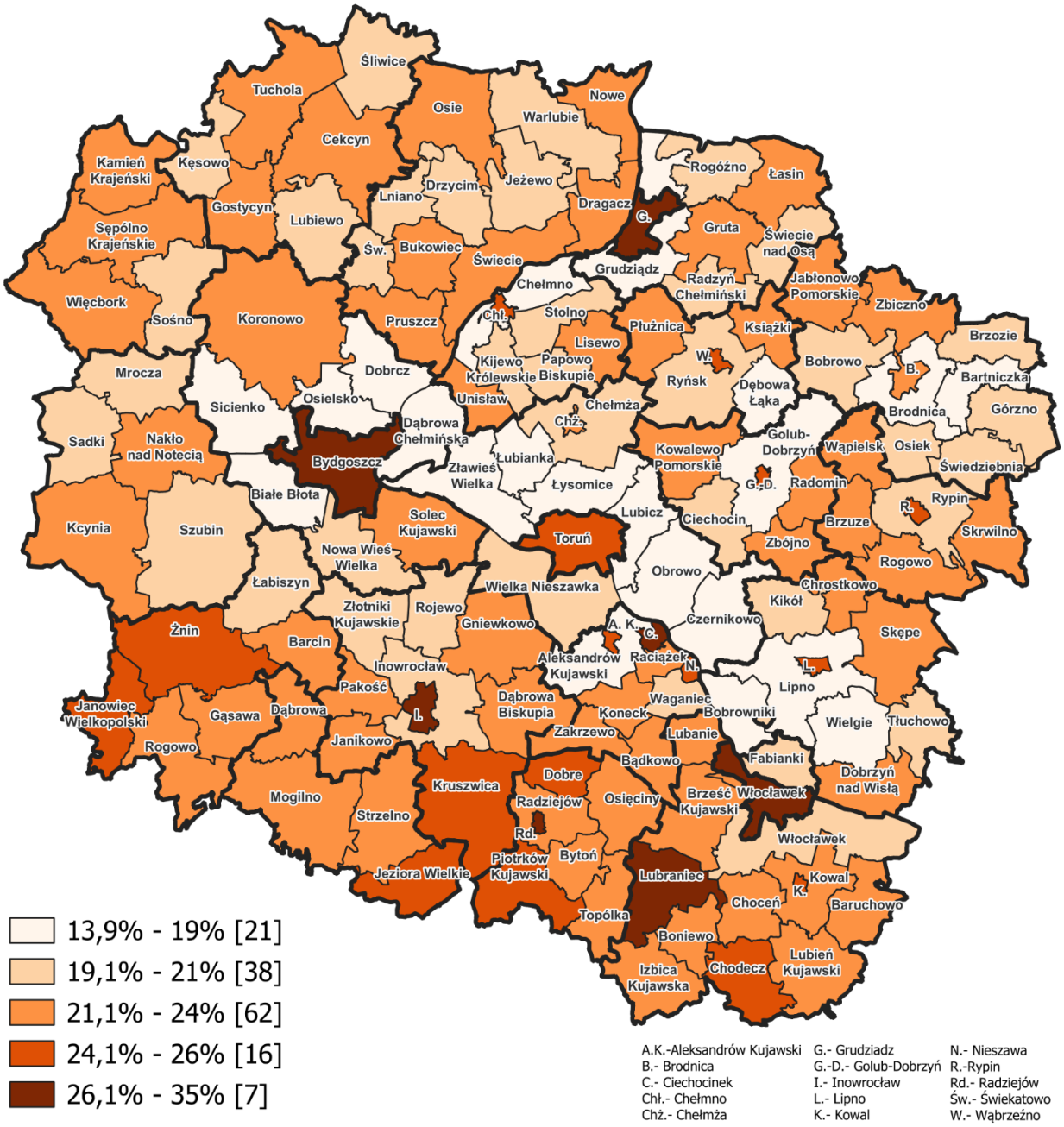
Duża część populacji która w 2023 roku, była aktywna zawodowo, w 2030 roku osiągnie już wiek poprodukcyjny, oznacza to wyzwania związane z rosnącym obciążeniem systemu emerytalnego. Dodatkowo zauważalne jest gwałtowne zwiększenie liczebności osób powyżej 75 roku (prognozowany jest wzrost o ponad 50 tysięcy osób w 2030 roku w stosunku do roku 2023), co również wskazuje na wyzwania związane z dostosowaniem usług opiekuńczych, zdrowotnych i socjalnych do tej sytuacji.

**Tabela 1. Osoby w wieku poprodukcyjnym w województwie kujawsko pomorskim w roku 2023 oraz prognoza na lata 2030, 2040, 2050, 2060**

| Rodzaj wskaźnika | 2023 | 2030 | 2040 | 2050 | 2060 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Wartość ogółem (województwo)** | | | | | |
| **Liczba osób w wieku poprodukcyjnym** | 471 870 | 503 568 | 544 805 | 590 399 | 566 878 |
| **Odsetek osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności** | 23,6% | 25,9% | 29,9% | 35,1% | 36,8% |

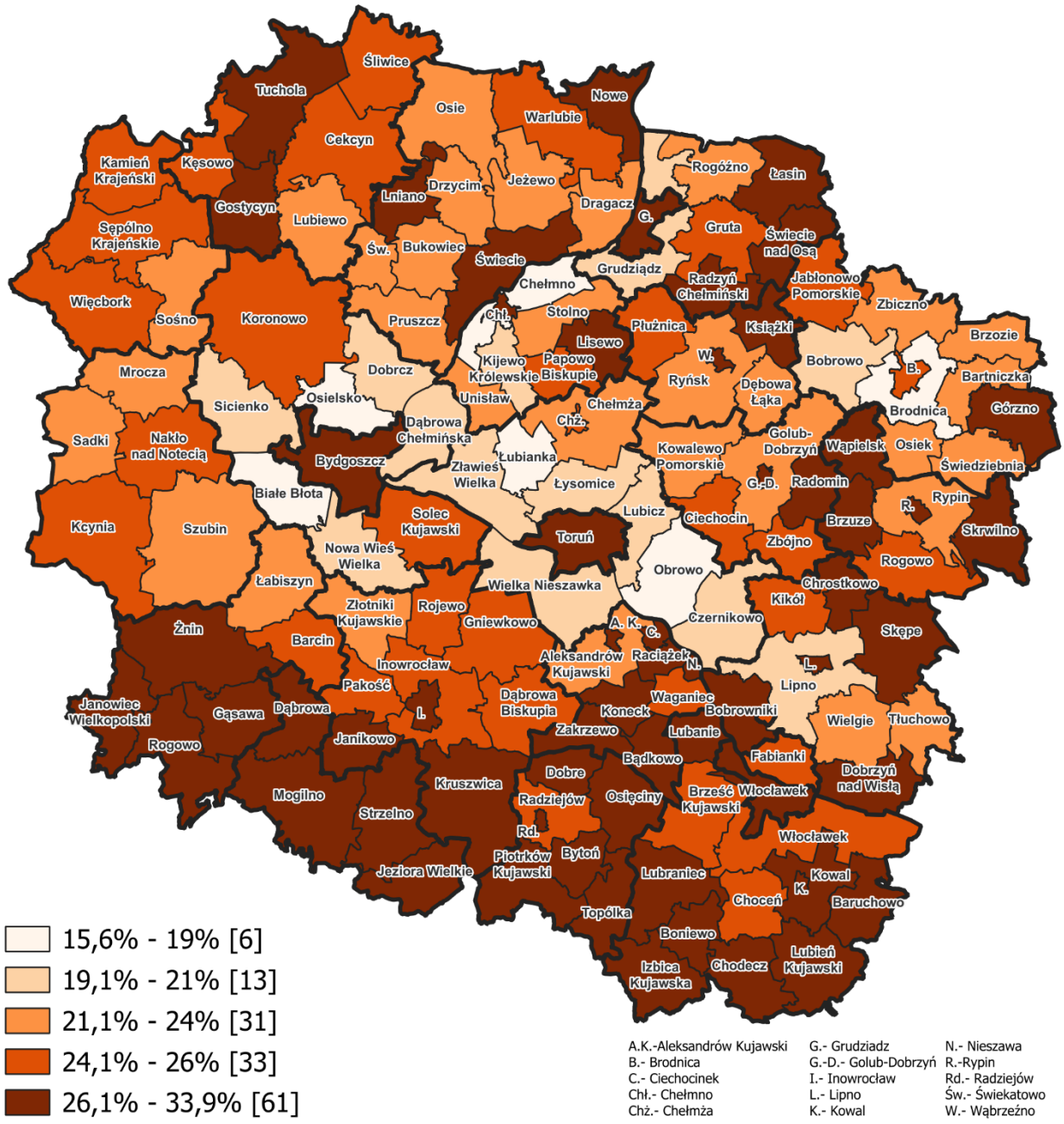
*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych BDL GUS oraz danych GUS z Prognozy ludności na lata 2023-2060*

**Mapa 1. Odsetek mieszkańców w wieku poprodukcyjnym w ludności ogółem w 2023 roku w układzie gminnym**




*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych BDL GUS*

**Mapa 2. Odsetek mieszkańców w wieku poprodukcyjnym w ludności ogółem w 2030 roku w układzie gminnym**




*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych GUS z Prognozy ludności na lata 2023-2060*

Na podstawie „Prognozy ludności na lata 2023-2060" wykonanej przez Główny Urząd Statystyczny, przewiduje się, że na przestrzeni lat 2023-2030 liczba osób w wieku poprodukcyjnym w województwie kujawsko-pomorskim wzrośnie o około 32 tysiące osób, co oznacza wzrost odsetka takich osób z 23,6% na 25,9%. Zjawisko to jednak jest zróżnicowane na poziomie gminnym. W 2023 roku najniższy odsetek osób w wieku poprodukcyjnym odnotowano szczególnie w gminach stref podmiejskich miast na prawach powiatu (przede wszystkim Bydgoszczy i Torunia). Najwyższe wartości wskaźnika z kolei

wystąpiły w największych miastach województwa tj. Bydgoszcz, Toruń, Włocławek, Grudziądz i Inowrocław, ale także w kilku mniejszych gminach miejskich i miejsko-wiejskich tj. w Lubrańcu, Radziejowie i Ciechocinku (tu odsetek osób w wieku poprodukcyjnym był najwyższy w całym województwie i wynosił 35%). Natomiast według prognozy na 2030 rok jedynie w 6 gminach województwa wartości omawianego wskaźnika będą niższe niż 19% (w 2023 roku takich gmin było 21),mają to być gminy wiejskie Białe Błota, Osielsko (powiat bydgoski), Łubianka, Obrowo (powiat toruński), Chełmno (powiat toruński) oraz Brodnica (powiat brodnicki). Jeżeli chodzi o najwyższe wartości wskaźnika to w aż 61 gminach, odsetek osób w wieku poprodukcyjnym ma przekroczyć 26% (w stosunku do 7 gmin w 2023 roku). Szczególnie zauważalne jest również, że większość gmin położonych w południowej części województwa (w powiatach żnińskim, mogileńskim, inowrocławskim, radziejowskim, włocławskim) będzie odznaczać się najwyższymi wartościami wskaźnika (powyżej 26%).

**Tabela 2. Osoby w wieku 75+ i 85+ w grupie osób w wieku poprodukcyjnym w województwie kujawsko pomorskim w roku 2023 oraz prognoza na lata 2030, 2040,2050, 2060**

| Rodzaj wskaźnika | 2023 | 2030 | 2040 | 2050 | 2060 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Wartość ogółem (województwo)** | | | | | |
| **Liczba osób w wieku 75+** | 151 546 | 213 294 | 252 239 | 258 046 | 305 983 |
| **% populacji w wieku 75+ w populacji w wieku poprodukcyjnym** | 32,1% | 42,4% | 46,3% | 43,7% | 54,0% |
| **Liczba osób w wieku 85+** | 40 617 | 42 693 | 83 919 | 93 071 | 100 527 |
| **% populacji w wieku 85+ w populacji w wieku poprodukcyjnym** | 8,6% | 8,5% | 15,4% | 15,7% | 17,7% |

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych BDL GUS oraz danych GUS z Prognozy ludności na lata 2023-2060*

Wiek 75 lat bywa jedną z umownych granic oddzielenia wczesnej starości od starości później[21], jest to również wiek, którego osiągnięcie uprawnia do pobierania m.in. dodatku pielęgnacyjnego, ponadto dla osób w wieku 75 lat i więcej kierowane są także różne programy pomocowe np. resortowy program „Opieka 75+". Natomiast wiek 85 lat często jest przyjmowany jako granica najstarszej grupy wiekowej, w której występuje największe prawdopodobieństwo wystąpienia problemów zdrowotnych, socjalnych, funkcjonalnych,

[21] Szukalski P, „Ludzie w wieku 75+- Nowa kategoria demograficzno-społeczna?", Wydawnictwo Akademia Medycyny, Warszawa 2013, s. 7-20

społecznych i psychicznych, a także jako granica wyznaczająca predyspozycje do dziedziczenia długowieczności[22].

W 2023 roku w województwie kujawsko-pomorskim 32,1% ludności w wieku poprodukcyjnym (tj. 151 tys.) stanowiła ludność w wieku 75+:

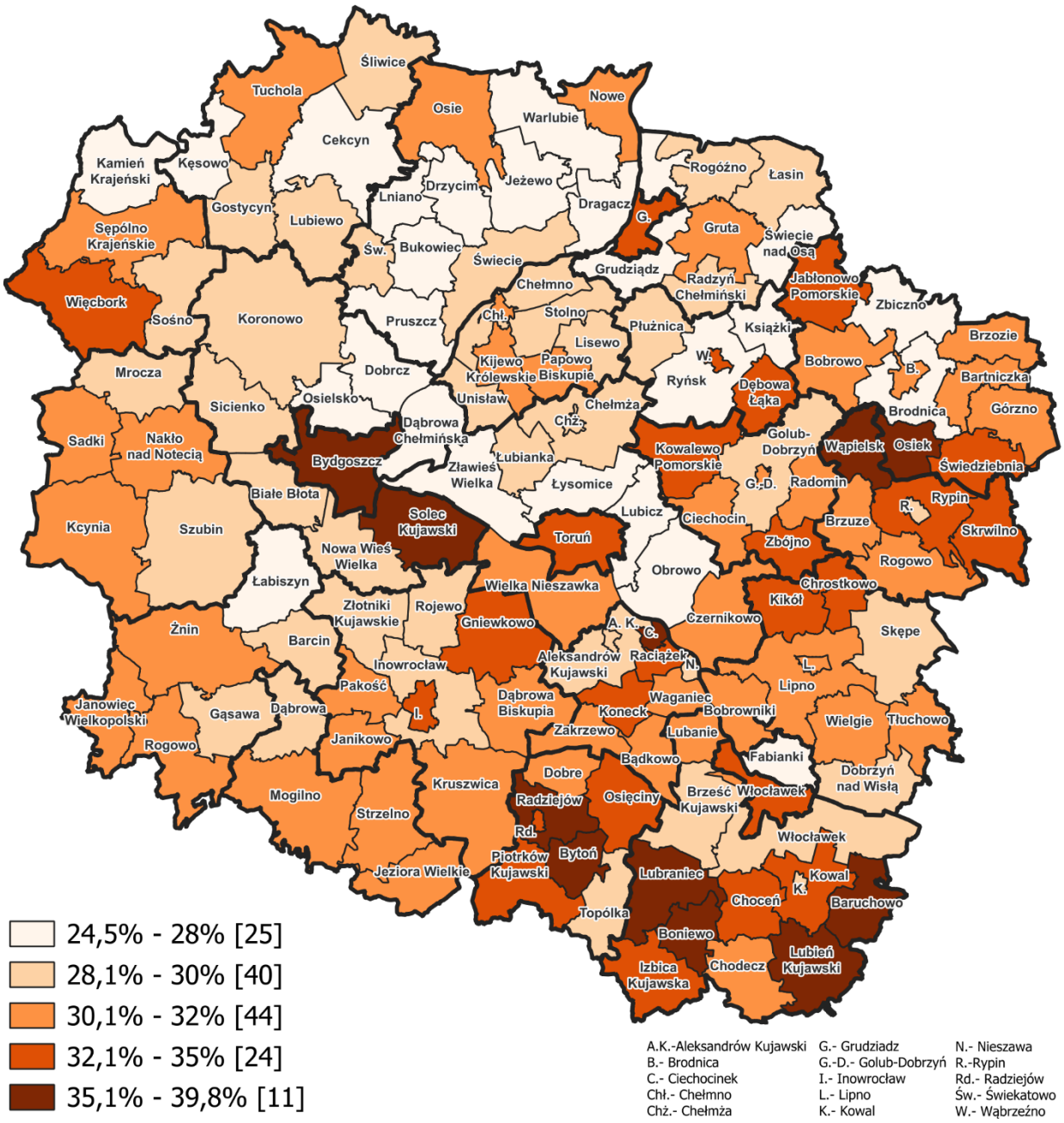
- w roku 2030 ma stanowić 42,4% ogółu ludności w wieku poprodukcyjnym (tj. 213 tys.),
- w roku 2040 ma stanowić 46,3 % ogółu ludności w wieku poprodukcyjnym (tj. 252 tys.),
- w roku 2050 ma stanowić 43,7% ogółu ludności w wieku poprodukcyjnym (tj. 258 tys.),
- a w roku 2060 aż 54,0% (tj. 305 tys.).

W 2023 roku w województwie kujawsko-pomorskim 8,6% ludności w wieku poprodukcyjnym (tj. 40 tys.) stanowiła ludność w wieku 85+:

- w roku 2030 ma stanowić 8,5% ogółu ludności w wieku poprodukcyjnym (tj. 42 tys.),
- w roku 2040 ma stanowić 15,4 % ogółu ludności w wieku poprodukcyjnym (tj. 83 tys.),
- w roku 2050 ma stanowić 15,7% ogółu ludności w wieku poprodukcyjnym (tj. 93 tys.),
- a w roku 2060 aż 17,7% (tj.100 tys.).

[22] Szukalski P., *Podwójne starzenie się ludności- od kiedy zaczyna się późna starość?,* Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2021, s. 41-62

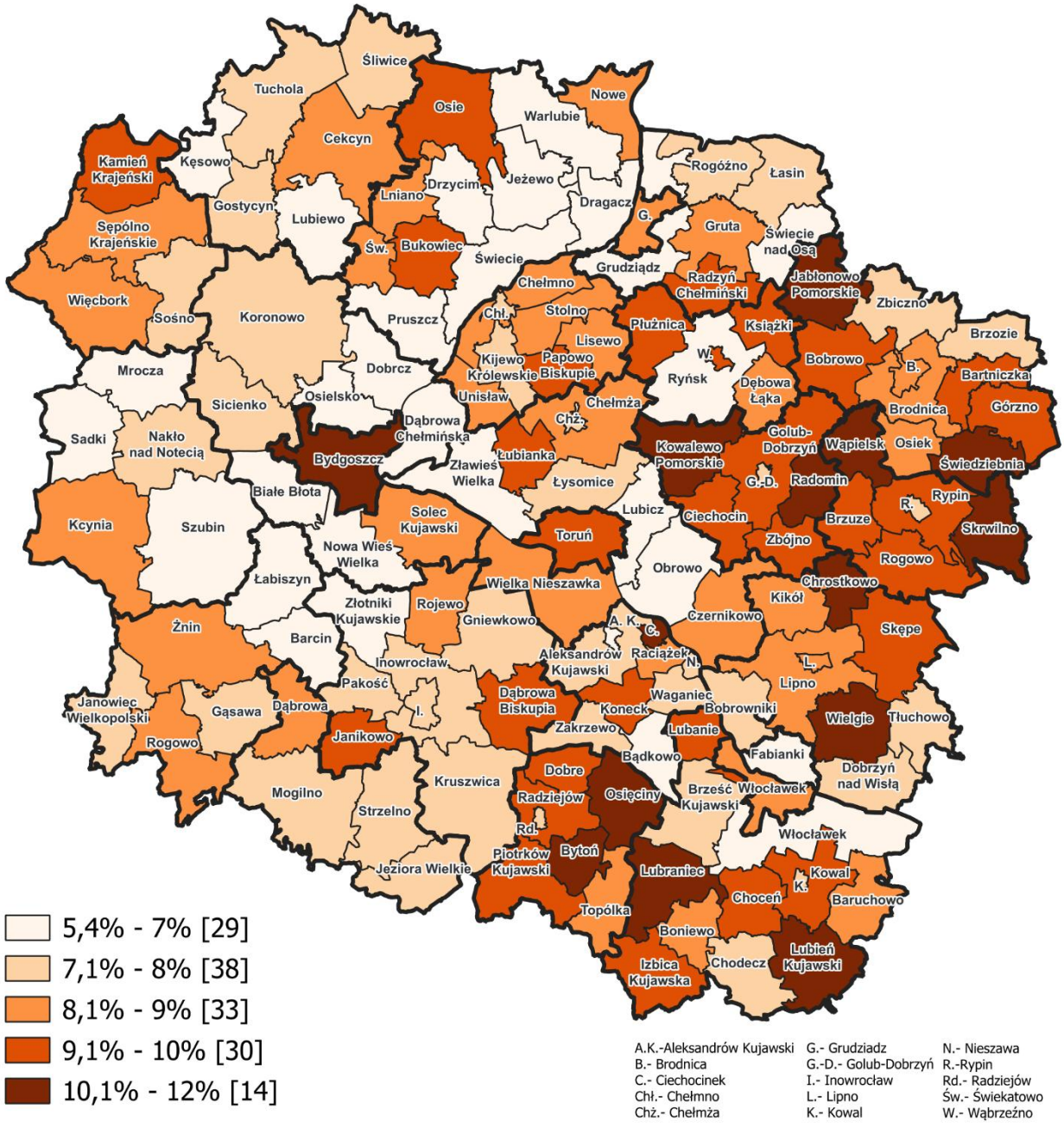
**Mapa 3. Odsetek ludności w wieku 75 lat i więcej w ludności w wieku poprodukcyjnym w 2023 roku**




*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych BDL GUS*

W 2023 roku najniższym odsetkiem osób w wieku 75 lat i więcej w ludności w wieku poprodukcyjnym cechowały się w szczególności gminy położone w północnej i centralnej części województwa (zwłaszcza gminy powiatu świeckiego i toruńskiego). Natomiast największe wartości tego wskaźnika wykazują gminy położone w południowo-wschodniej części województwa, w powiecie radziejowskim oraz włocławskim, ale także Bydgoszcz, Solec Kujawski, czy Ciechocinek.

**Mapa 4. Odsetek ludności w wieku 85 lat i więcej w ludności w wieku poprodukcyjnym w 2023 roku**




*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych BDL GUS*

Najniższy udział osób w wieku 85 lat i więcej w grupie osób w wieku poprodukcyjnym widoczny jest w północno zachodniej części województwa (gminy powiatów świeckiego i nakielskiego), oraz w gminach stanowiących strefy podmiejskie miast na prawach powiatu. Natomiast najwyższy udział takich osób odnotowano we wschodniej części województwa, szczególnie w gminach powiatu rypińskiego i golubsko-dobrzyńskiego.

**Tabela 3. Osoby w wieku 65+ i 80+ w województwie kujawsko pomorskim w roku 2023 oraz prognoza na lata 2030, 2040,2050, 2060**

| Rodzaj wskaźnika | 2023 | 2030 | 2040 | 2050 | 2060 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Wartość ogółem (województwo)** | | | | | |
| **Liczba osób w wieku 65+** | 403 948 | 443 992 | 469 580 | 523 573 | 520 729 |
| **Liczba osób w wieku 80+** | 80 826 | 112 302 | 166 318 | 160 696 | 190 706 |
| **Odsetek osób w wieku 80+ w osobach w wieku 65+** | 20,0% | 25,2% | 35,4% | 30,7% | 36,6% |

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych BDL GUS oraz danych GUS z Prognozy ludności na lata 2023-2060*

W naszym województwie prognozuje się nasilenie zjawiska podwójnego starzenia się społeczeństwa ( z ang. doubleageing), które polega na wzroście liczby osób starszych przy jednoczesnym zwiększaniu się udziału osób w wieku sędziwym i starczym w odsetku ludności 65 lat i więcej. W niniejszym opracowaniu przyjęto wiek 80 lat i więcej, jako granicę oddzielenia grupy najstarszych seniorów spośród ogółu osób w wieku 65 lat i więcej- za definicją GUS[23]. Wiek 80 lat jest również granicą funkcjonalną oddzielającą ,,trzeci wiek" od ,,czwartego wieku". Osoby w ,,trzecim wieku" (poniżej 80 roku życia) uznawane są za osoby w miarę samodzielne, zdolne do życia bez pomocy innych, natomiast zakłada się, że osoby w ,,czwartym wieku" częściej muszą korzystać ze wsparcia i pomocy innych[24].

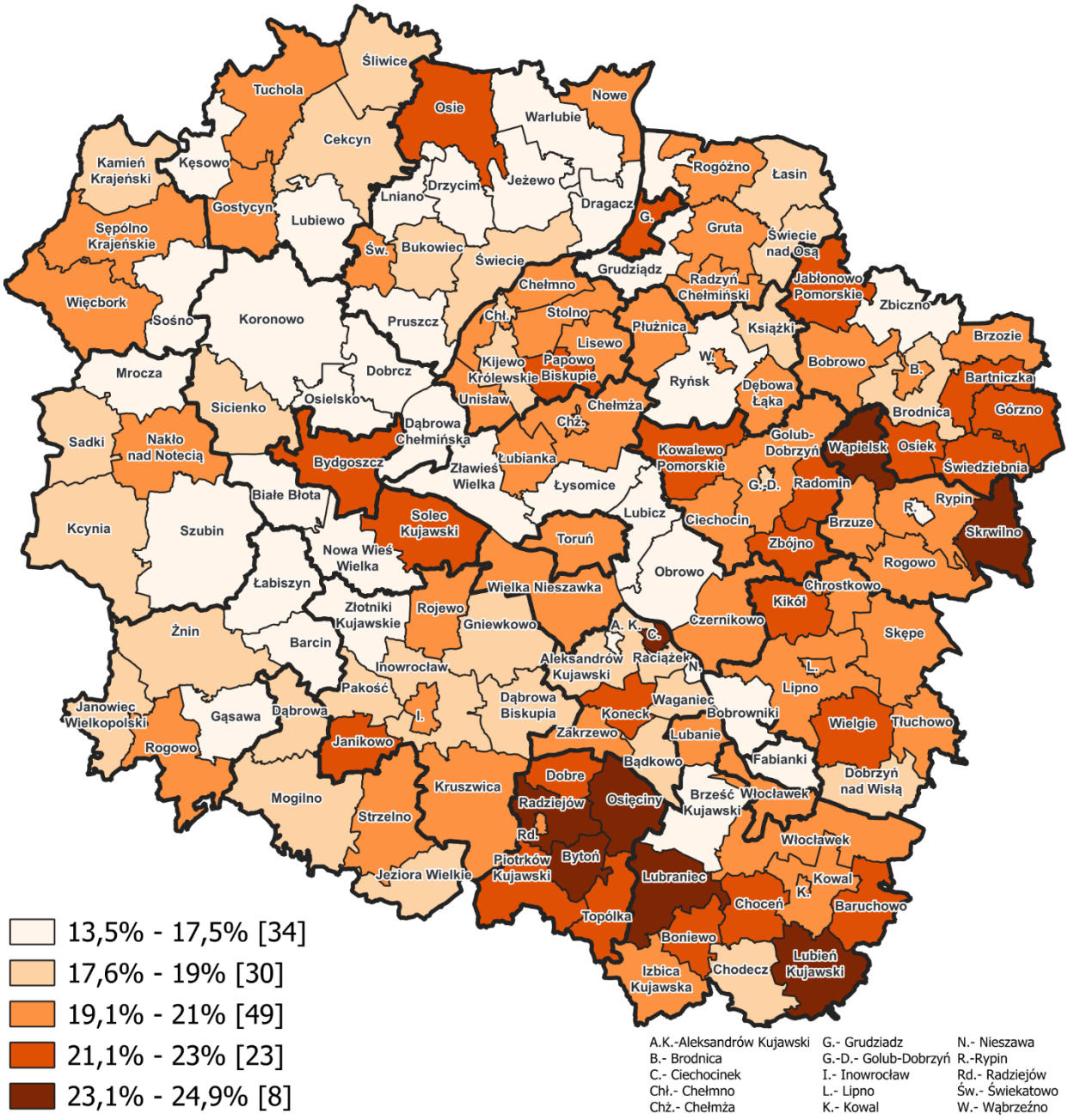
W 2023 roku w województwie kujawsko-pomorskim 20,0% ludności w wieku 65+ (tj. 80 tys.) stanowiła ludność w wieku 80+:

- w roku 2030 ma stanowić 25,2% ogółu ludności w 65+ (tj. 112 tys.),
- w roku 2040 ma stanowić 35,4% ogółu ludności w 65+ (tj. 166 tys.),
- w roku 2050 ma stanowić 30,7% ogółu ludności w 65+ (tj. 160 tys.),
- a w roku 2060 aż 36,6% (tj.190 tys.).

[23] ,,Podwójne starzenie się populacji- wzrost udziału osób w wieku 80/85 lat i więcej w liczbie ludności w wieku 65 i więcej lat." źródło: Metodologia badań statystycznych., *Zeszyt metodologiczny Ruch naturalny. Bilanse ludności*, GUS, Warszawa 2018, s. 50

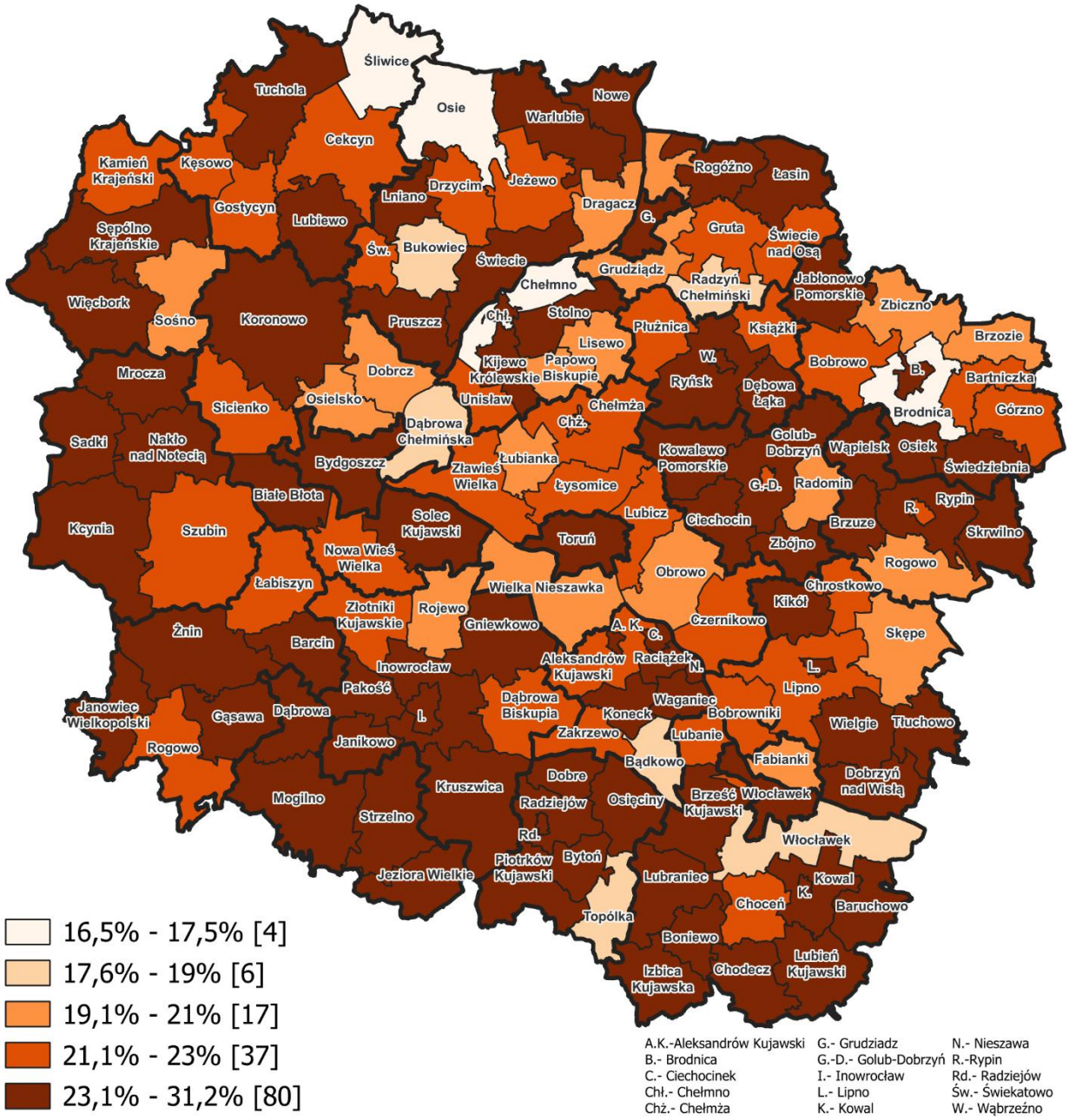
[24] Szukalski P., *Podwójne starzenie się ludności- od kiedy zaczyna się późna starość?,* Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2021, s. 41-62

**Mapa 5. Odsetek ludności w wieku 80 lat i więcej w ludności w wieku 65 lat i więcej w 2023 roku**




*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych BDL GUS*

**Mapa 6. Odsetek ludności w wieku 80 lat i więcej w ludności w wieku 65 lat i więcej w 2030 roku**




*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych GUS z Prognozy ludności na lata 2023-2060*

Liczba osób w wieku 80+ na przestrzeni lat 2023-2030 ma wzrosnąć o ponad 30 tysięcy, a liczba osób w wieku 65+ o około 40 tysięcy. Oznacza to wzrost odsetka osób w wieku 80 lat i więcej w grupie osób w wieku powyżej 65 lat z 20,0% na 25,2%. W 2023 roku najniższe wartości tego wskaźnika tj. poniżej 17,5% występowały w 34 gminach, znajdujących się głównie w zachodniej części województwa (w powiatach żnińskim, nakielskim i świeckim), a także w strefach podmiejskich miast na prawach powiatu. Wyższe wartości wskaźnika natomiast występowały przeważnie na wschodzie i południu województwa (w szczególności gminy powiatu radziejowskiego i włocławskiego), jednakże

tylko w 8 gminach osoby 80+ stanowiły więcej niż 23% osób w wieku 65+. Odmiennie ma wyglądać sytuacja w roku 2030. Prognozuje się, że wówczas w 80 gminach, a zatem w ponad połowie gmin województwa osoby w wieku 80 lat i więcej będą stanowiły nie mniej niż 23% osób w wieku ponad 65 lat. Z kolei najniższe wartości wskaźnika (poniżej 17,5%) mają zostać osiągnięte jedynie w 4 gminach tj. Chełmno (gmina miejska, powiat chełmiński), Brodnica (gmina wiejska, powiat brodnicki), Osie (gmina wiejska) I Śliwice (gmina wiejska, powiat tucholski).

Kolejnym obserwowanym zjawiskiem w województwie kujawsko-pomorskim jest singularyzacja starości. Jest to zjawisko odnoszące się do rosnącej liczby osób starszych, które żyją samotnie prowadząc jednoosobowe gospodarstwa domowe, bez bezpośredniego wsparcia ze strony rodziny. Nasilenie tego zjawiska ma swoje podstawy w zmianach modelu rodziny, zwiększonej mobilności pokoleń młodszych oraz wydłużenia się trwania życia osób starszych. Problem ten dotyka w szczególności kobiet, które statystycznie żyją dłużej od mężczyzn[25], przez co po śmierci partnera często zostają same bez perspektywy na nawiązanie nowych relacji społecznych, co może skutkować poczuciem osamotnienia i depresją. W 2011 roku[26] w Polsce było 3 254 736 gospodarstw jednoosobowych z czego 40,9% to gospodarstwa jednoosobowe prowadzone przez emerytów[27]. Według prognoz GUS w 2030 roku ogółem aż 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3% przez osoby 80 lat i więcej[28]. W 2013 roku Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu zlecił przeprowadzenie badania ,,Sytuacja życiowa i potrzeby osób starszych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego w kontekście starzenia się społeczeństwa”[29]. W badaniu wzięło udział 1 064 respondentów, 740 kobiet liczących 60 lat i więcej oraz 324 mężczyzn liczących 65 lat i więcej. W grupie badanych 33,4% respondentów zadeklarowało prowadzenie jednoosobowego gospodarstwa domowego. Wśród mieszkańców miast 48,6% kobiet oraz 29,2% mężczyzn mieszka samotnie, w miastach na prawach powiatu wskaźnik przyjmuje wartość odpowiednio dla kobiet 44,7% i dla mężczyzn 30,7%. Na obszarach wiejskich zjawisko samodzielnego życia występuje z mniejszym natężeniem- 17,4% respondentek oraz 19,1% respondentów zadeklarowało prowadzenie jednoosobowego gospodarstwa domowego. Największy odsetek seniorów zamieszkujących obszary wiejskie żyje w gospodarstwach 3-osobowych wraz z małżonkiem oraz synem/ córką.

[25] Wg danych BDL GUS za rok 2022 przeciętna długość życia dla kobiet to 80,2 lat, a dla mężczyzn 73,3 lat (dostęp 23.07.2024 r.)

[26] Brak nowszych danych, dotyczących omawianego zagadnienia, jednakże ze względu na jego istotność zdecydowano się na uwzględnienie tych informacji.

[27] GUS, *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna Część II. Gospodarstwa domowe, Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Warszawa 2014

[28] Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu, *Regionalny Model Usług Opiekuńczych,* Toruń 2020

[29] Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu, *Sytuacja życiowa i potrzeby osób starszych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego w kontekście starzenia się społeczeństwa*, Toruń 2014

## Podsumowanie

W województwie kujawsko-pomorskim obserwuje się wyraźny wzrost liczby osób starszych, przy jednoczesnym spadku ogólnej liczby ludności. Proces starzenia się społeczeństwa niesie ze sobą liczne wyzwania, zwłaszcza dla systemów opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz systemu emerytalnego. Coraz większy udział osób w podeszłym wieku powoduje wzrost wartości wskaźników obciążenia demograficznego, co przekłada się na konieczność dostosowania polityki społecznej i gospodarczej do zmieniających się realiów.

Jednym z kluczowych skutków tej tendencji jest rosnące zapotrzebowanie na specjalistyczną opiekę zdrowotną oraz usługi dedykowane seniorom. Jednocześnie prognozy wskazują na wydłużanie się średniej długości życia oraz oczekiwanego dalszego trwania życia w zdrowiu. Może to świadczyć o lepszej dostępności do usług medycznych i społecznych oraz o wzroście świadomości zdrowotnej wśród ludności.

Zjawisko starzenia się społeczeństwa wiąże się również z rosnącą liczbą osób starszych prowadzących jednoosobowe gospodarstwa domowe. Wpływa na to zarówno zmieniający się model rodziny, jak i wydłużająca się średnia długość życia, zwłaszcza w przypadku kobiet. W konsekwencji coraz większa liczba seniorów mierzy się z problemem wykluczenia i izolacji społecznej, co stanowi istotne wyzwanie dla polityki społecznej.

Według prognoz, w 2030 roku aż 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat. To znacząca zmiana demograficzna, która wymaga odpowiednich działań w zakresie wsparcia społecznego, systemu pomocy oraz dostosowania infrastruktury do potrzeb starzejącego się społeczeństwa.

## Przestrzeń publiczna

Zjawisko starzejącego się społeczeństwa sprawia, iż tematyka szeroko rozumianej przestrzeni publicznej, w której na co dzień funkcjonują seniorzy, jest coraz ważniejszym aspektem, którego nie należy bagatelizować. Biorąc pod uwagę, iż środowisko zewnętrzne seniora, odgrywa kluczową rolę w zaspokajaniu szeregu jego potrzeb m.in. zdrowotnych, edukacyjnych, społecznych czy kulturowych, należy mieć na uwadze dostępność do tegoż środowiska. Osoby w wieku senioralnym często pomimo dobrej sprawności intelektualnej, obarczone są ograniczeniami ruchowymi i mobilnymi, które związane są m.in. z: obniżoną percepcją zmysłów (słuchu, wzroku), chorobami układu sercowo-naczyniowego, dolegliwościami narządu ruchu lub zwyrodnieniem stawów. Zgodnie z danymi Narodowego Spisu Powszechnego z roku 2021[30], **35,3% osób w wieku poprodukcyjnym, to osoby z niepełnosprawnością,** dlatego też kluczowym jest, aby przestrzeń publiczna dostosowana była do potrzeb osób w wieku senioralnym, z uwzględnieniem wszelkich ograniczeń seniorów, wynikających z ich wieku i niepełnosprawności. Odpowiednio zaprojektowana przestrzeń ma fundamentalne znaczenie w kontekście utrzymania jakości życia seniorów na dotychczasowym poziomie samodzielności. Priorytetowym elementem projektowania przestrzeni publicznej powinna być zasada dostępności, bez względu na wiek, mobilność ruchową, czy rodzaj niepełnosprawności. Zarówno osoby poruszające się samodzielnie, jak i o kulach, a także osoby na wózkach inwalidzkich powinny w równym stopniu móc korzystać z przestrzeni wspólnotowych. Warunek ten jest obligatoryjny, jeśli chcemy mówić o zasadzie równego dostępu.

Szeroko rozumiane środowisko fizyczne oprócz dostępności, powinno być również przyjazne dla wszystkich mieszkańców, w tym dla osób w wieku senioralnym. Przyjazna przestrzeń publiczna w ujęciu uniwersalnym, to obszar, z którego nie dość, że może skorzystać każdy, ale również jest to teren, w którym mieszkańcy czują się samodzielni, niezależni oraz bezpieczni. Kluczową rolą aktywnego uczestnictwa w środowisku publicznym jest podtrzymywanie autonomii jego użytkowników m.in. poprzez dostęp do sfery zdrowotnej, zawodowej oraz społecznej m.in. poprzez relacje interpersonalne. By seniorzy mogli być w pełni użytkownikami przestrzeni publicznej, należy skoncentrować się na usuwaniu w ich otoczeniu barier architektonicznych, które nierzadko pojawiają się już w momencie przekroczenia progu własnego mieszkania. Ważnym aspektem w kształtowaniu przestrzeni dla seniora jest koncentracja na ruchu pieszym, który jest najczęściej wybieranym przez osoby w wieku senioralnym sposobem transportu. Możliwość spacerowania w celach komunikacyjnych, rekreacyjnych czy ruchowych daje seniorom ogromną niezależność, ale również jest doskonałym narzędziem do podtrzymywania integracji ze środowiskiem i pełnego korzystania
z przestrzeni publicznej.

[30] Narodowy Spis Powszechny, https://spis.gov.pl/

Seniorzy ze względu na stan zdrowia często doświadczają ograniczeń architektonicznych oraz urbanistycznych w przestrzeniach miejskich oraz we własnych domach. Naprzeciw tym wyzwaniom stoi koncepcja „ageing in place"- starzenie się w miejscu, która w swoich założeniach skupia się na funkcjonowaniu seniorów w społeczeństwie, przy zachowaniu ich samodzielności, niezależności oraz kontynuowania życia w znanym sobie środowisku, z dostępem do potrzebnych im usług i wsparcia.

Niebezpieczeństwa środowiskowe można podzielić na dwa typy: wewnętrzne (z ang. indoor ) i zewnętrzne (z ang. outdoor)[31]. Zagrożenia wewnętrze dotyczą przeszkód architektonicznych w mieszkaniu/ domu seniora, a zewnętrzne wszelkich elementów architektury miejskiej oraz szeroko pojętej przestrzeni. Niedostosowana architektura może stać się przyczyną upadków, urazów a także przysparzać problemów na tle funkcjonalnym. Strome schody, brak poręczy, wystające progi podłogowe, wąskie i nieoświetlone przejścia, wysokie krawędzie wanien czy zbyt wysoko umieszczone szafki, to niektóre z przykładów rzeczy, które mogą sprawiać trudności osobom starszym.

Do zagrożeń i przeszkód zewnętrznych zaliczyć możemy brak windy i podjazdów dla wózków oraz strome schody. Są to pierwsze ograniczenia które senior napotyka po opuszczeniu domu, a które stopniowo doprowadzają do sytuacji, w której osoby starsze przestają wychodzić z domu, izolując się od świata zewnętrznego. Kolejnymi barierami w przestrzeni są wysokie krawężniki, nierówna powierzchnia chodników, brak miejsc do odpoczynku np. ławki, brak dostępu do publicznych toalet przystosowanych do potrzeb osób z ograniczoną mobilnością, utrudniony dostęp do transportu publicznego (brak niskopodłogowych autobusów/tramwajów) oraz przejścia dla pieszych bez sygnalizacji dźwiękowej i o krótkim czasie zielonego światła.

W raporcie z badania ,,Sytuacja życiowa i potrzeby osób starszych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego w kontekście starzenia się społeczeństwa"[32] przedstawiono wyniki analizy danych na temat wyposażenia oraz udogodnień dla osób starszych i nie w pełni sprawnych fizycznie w mieszkaniach/ domach respondentów. W analizach wykazano, że niezależnie od miejsca zamieszkania, około 85 % seniorów nie posiada dostosowanych do wieku i sprawności fizycznej udogodnień w pomieszczeniach w miejscu zamieszkania ( brak uchwytów pod prysznicem, zamiast kabiny prysznicowej-wanna, obecność progów, brak poręczy przy schodach, brak toalety i nawierzchni antypoślizgowych). Główny Urząd Statystyczny podaje [33], że w 2022 roku 28,8% mieszkań gospodarstw domowych prowadzonych wyłącznie przez osoby starsze znajdowało się w budynkach posiadających bariery architektoniczne (ocena subiektywna).

Analizując tematykę ruchu komunikacyjnego seniora, nie można ominąć aspektu transportu publicznego, który odgrywa kluczową rolę w dostępności do różnego rodzaju dóbr i usług. Osoby w wieku senioralnym, ze względu na wiek, niepełnosprawność oraz

[31] Gawron G., Rojek-Adamek P., *Ageing in place – design w obronie wieku,* Kultura Popularna, no. 2, 2017, pp. 4-18

[32] Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu, Sytuacja życiowa i potrzeby osób starszych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego w kontekście starzenia się społeczeństwa, Toruń 2014

[33] GUS, Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 r., Warszawa, Białystok 2023

niesamodzielność są najbardziej narażoną grupą społeczną na zjawisko wykluczenia komunikacyjnego. O ile w przypadku miast oraz większych gmin miejskich, zjawisko to występuje w mniejszej skali, tak seniorzy zamieszkujący tereny wiejskie mają bardzo ograniczone możliwości, aby skorzystać z transportu publicznego. Zgodnie z danymi z ankiety uzupełniającej do Oceny Zasobów Pomocy Społecznej za rok 2023, wśród 144 gmin województwa kujawsko-pomorskiego **62** gminy (tj.43%) **zadeklarowały dostępność usług transportowych dla mieszkańców na terenie gminy[34].** Zdecydowanie najczęstszym rodzajem usług transportowych oferowanych przez gminy były usługi w formie dowozu mieszkańców do dziennych ośrodków wsparcia (np. DDP, ŚDS). Taką formę pomocy zadeklarowały 53 gminy (tj. 37%). W 2023 roku zaledwie w 11 gminach województwa (8%) mieszkańcy mogli skorzystać z usługi w formie door-to-door (z asystą od drzwi zamieszkania do drzwi miejsca docelowego), która w kontekście osób starszych, nierzadko niepełnosprawnych i niesamodzielnych jest rozwiązaniem priorytetowym.

**Rysunek 1. Dostępne formy usług transportowych[35] realizowane przez gminy województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 roku**

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie ankiety uzupełniającej do OZPS za rok 2023*

Możliwość korzystania ze środowiska zewnętrznego przez seniora może być bodźcem mobilizującym do podtrzymywania aktywności społecznej przez osoby w wieku senioralnym. Częste wyjścia z domu i kontakt z innymi osobami, w pozytywny sposób może przyczynić się do utrzymania zdrowia psychicznego i fizycznego.

[34] Dane na podstawie ankiety dodatkowej do OZPS za 2023 rok.

[35] Istniała możliwość wskazania przez gminy więcej niż jednej formy usług transportowych.

## Podsumowanie

Przestrzeń publiczna oraz mieszkalna w wielu przypadkach nie spełnia oczekiwań osób starszych. Brak odpowiednich rozwiązań architektonicznych i infrastrukturalnych sprawia, że seniorzy napotykają liczne trudności w codziennym funkcjonowaniu, co obniża ich komfort życia oraz niezależność.

Brak udogodnień w przestrzeni publicznej ogranicza zdolność osób starszych do samodzielnego funkcjonowania i uczestnictwa w życiu społecznym. Bariery architektoniczne utrudniają im swobodne poruszanie się, co prowadzi do ich stopniowego wykluczania z różnych sfer życia publicznego.

Niedostosowana przestrzeń stanowi zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa seniorów. Brak odpowiednich udogodnień zwiększa ryzyko upadków i urazów, co negatywnie wpływa na ich mobilność oraz ogólny stan zdrowia. Odpowiednia infrastruktura jest kluczowa dla zapewnienia im bezpieczeństwa i komfortu poruszania się.

Seniorzy są grupą społeczną szczególnie zagrożoną izolacją przez bariery architektoniczne, takie jak brak wind, podjazdów czy niedostosowane przejścia dla pieszych. Dlatego tak istotne jest, aby przestrzeń publiczna była dostosowana do ich ograniczeń wynikających z wieku, chorób i niepełnosprawności, co pozwoliłoby im na aktywne uczestnictwo w życiu społecznym.

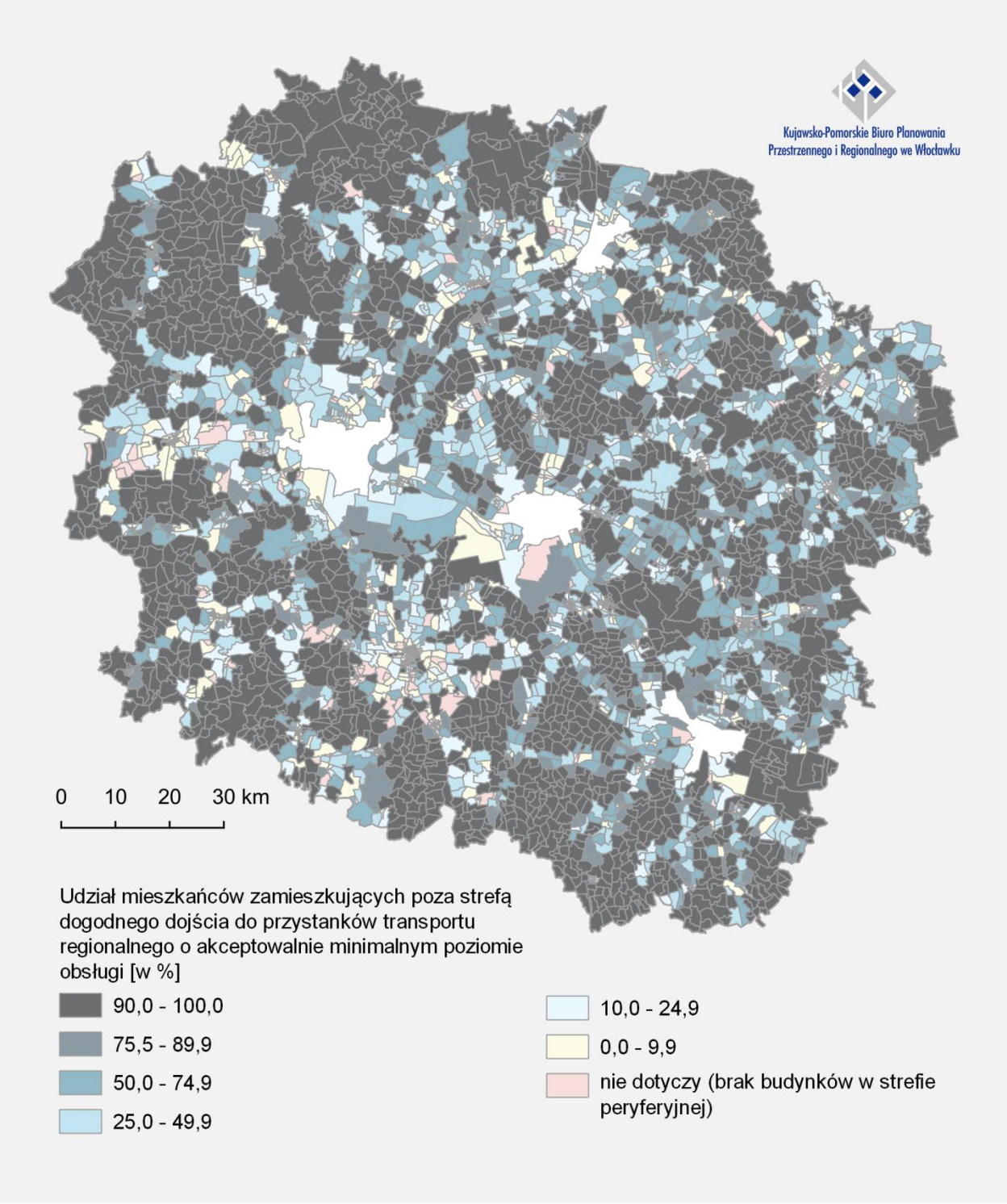
## Wykluczenie komunikacyjne

W 2024 roku Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego uchwalił dokument operacyjny ,,Regionalny Plan Transportowy województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2021-2027". W powyższym dokumencie w rozdziale *5 „Analiza popytu a usługi transportowe oraz synteza wyników", punkt 5.2. „Dostępność regionalnego transportu publicznego w obwodach spisowych"* przedstawiono mapę terenów peryferyjności transportowej. Delimitacji terenów, z ubogą ofertą transportową, dokonano na podstawie dostępnych danych o lokalizacji przystanków kolejowych, autobusowych oraz wartości liczby połączeń do/z założonych celów podróży[36]. W wyniku analizy wydzielono przystanki, które spełniają warunek minimalnej liczby połączeń tj. 6 par połączeń w ciągu dnia (12 połączeń, zarówno *do* jak i *z*). Dla wybranych przystanków następnie wygenerowano 10-minutowe strefy dojścia do przystanków autobusowych i 20-minutowe strefy dojścia dla przystanków i stacji kolejowych. Obszary peryferyjne sklasyfikowano, odnosząc udział mieszkańców z obwodów spisowych, którzy zamieszkują poza strefą dojścia do przystanku. Jeśli 50% mieszkańców zamieszkiwało poza obszarem dojścia, obwód klasyfikowano jako obszar peryferyjny.

W wyniku analizy zaobserwowano, że obszary peryferyjne skupiają się w dalszych odległościach od najważniejszych ośrodków społeczno-gospodarczych (Bydgoszcz, Toruń, Inowrocław). Większe zwarte kompleksy obszarów peryferyjnych obserwuje się na Krajnie, w Borach Tucholskich oraz częściowo peryferyjne obszary na Pałukach, Kujawach, Pojezierzu Dobrzyńskim, Pojezierzu Chełmińskim. Powiaty, których znaczna część terytorium to obszary peryferyjne to: sępoleński, tucholski, mogileński, radziejowski, włocławski, rypiński i lipnowski. W przypadku gmin należy tu wymienić Sośno, Śliwice oraz Bytoń jako gminy, które w całości znajdują się w obszarze peryferyjnym. Powszechne jest również zjawisko, kiedy to jedynie niewielka część (np. część obszaru gminy skupiona wokół miejscowości gminnej) nie jest zaliczana do obszaru peryferyjności transportowej – widać to chociażby w przypadku gmin Łasin, Jeziora Wielkie, Izbica Kujawska, Skrwilno, Chrostkowo, Topólka czy Osięciny.

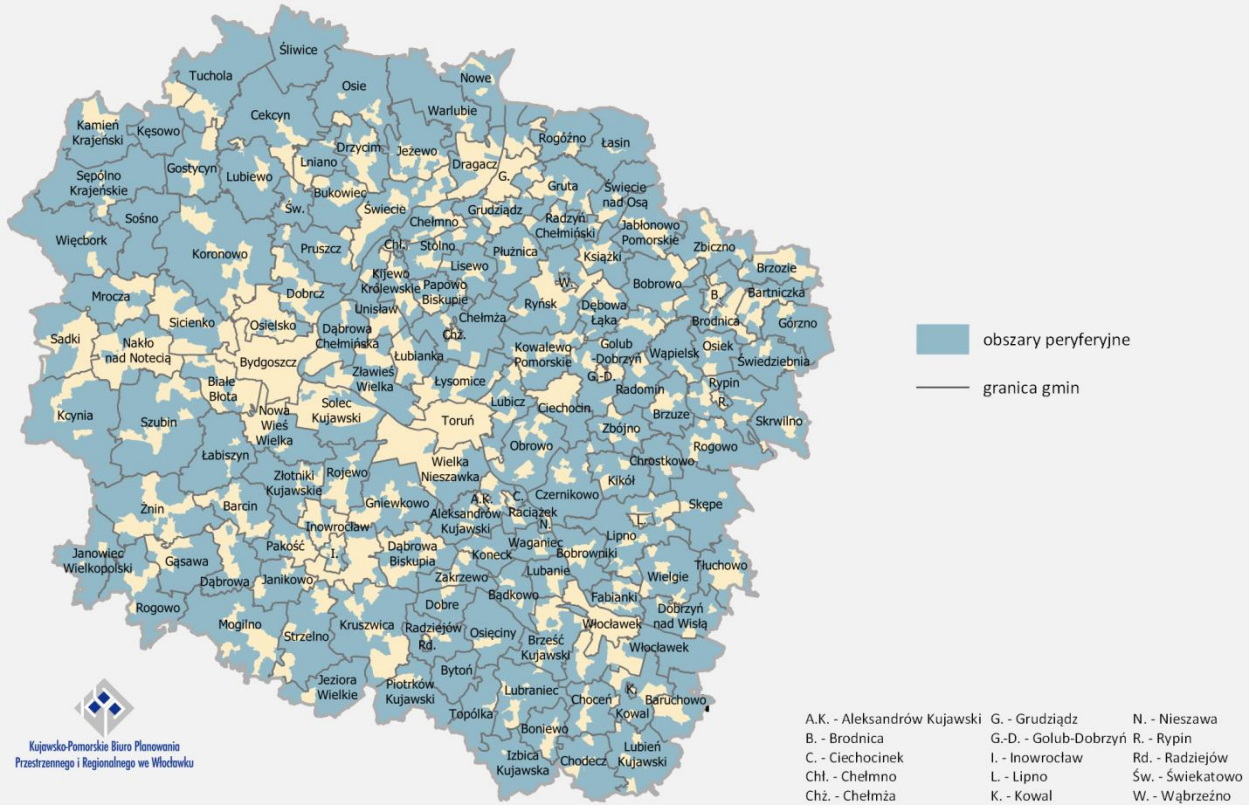
[36] Z analizy wyłączono kolejowe i autobusowe połączenia dalekobieżne, których zasadniczym celem jest możliwie szybkie skomunikowanie odległych ośrodków w skali kraju, co posiada nieduże znaczenie dla obsługi komunikacyjnej wewnątrz województwa, a także obszary miast na prawach powiatu uznając, że z powodu funkcjonowania miejskiego transportu publicznego nie jest zasadna analiza dostępności w ich granicach.

**Mapa 7. Poziom peryferyjności transportowej w regionalnym transporcie publicznym**




*Źródło: Kujawsko-Pomorskie Biuro Planowania Przestrzennego we Włocławku (Regionalny Plan Transportowy Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2021-2027)*

**Mapa 8. Obszary peryferyjne w regionalnym transporcie publicznym**




*Źródło: Kujawsko-Pomorskie Biuro Planowania Przestrzennego we Włocławku (z Regionalny Plan Transportowy województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2021-2027)*

## Podsumowanie

Na terenie województwa występuje nierównomierny dostęp do usług transportowych oraz komunikacji publicznej. Mieszkańcy niektórych obszarów napotykają trudności w korzystaniu z transportu zbiorowego, co ogranicza ich mobilność oraz dostęp do podstawowych usług. Jest to znaczące wyzwanie, ponieważ dostępność transportu warunkuje możliwość korzystania z innych usług społecznych i medycznych, wpływa na niezależne życie seniorów, ich bezpieczeństwo zdrowotne oraz przeciwdziała samotności.

W województwie znajdują się również obszary peryferyjne, których mieszkańcy doświadczają wykluczenia komunikacyjnego. Brak regularnych połączeń transportowych utrudnia codzienne funkcjonowanie, w tym dojazd do placówek zdrowotnych, urzędów czy miejsc pracy. Dla osób starszych i z ograniczoną mobilnością oznacza to często konieczność rezygnacji z leczenia czy uczestnictwa w życiu społecznym.

W województwie kujawsko-pomorskim jedynie niespełna połowa gmin, czyli 62 jednostki (43%), zadeklarowały dostępność usług transportowych dla mieszkańców na swoim terenie. Najczęściej oferowaną formą transportu jest dowóz mieszkańców do dziennych ośrodków wsparcia, takich jak Domy Dziennego Pobytu (DDP) czy Środowiskowe Domy Samopomocy (ŚDS). Ograniczona liczba tych usług sprawia, że wielu seniorów i osób z niepełnosprawnościami pozostaje bez możliwości regularnego korzystania z placówek wsparcia.

Niewielki odsetek gmin zapewnia usługę door-to-door – jedynie 11 gmin oferuje ten rodzaj transportu. Jest to istotny problem, ponieważ indywidualne wsparcie transportowe stanowi kluczowy element umożliwiający osobom starszym i z ograniczoną mobilnością bezpieczne i samodzielne życie. Brak dostępności transportu przyczynia się do ich izolacji społecznej, zwiększa ryzyko zaniedbania stanu zdrowia i ogranicza możliwości korzystania z opieki medycznej oraz rehabilitacji. Tym samym poprawa dostępności transportu w województwie jest nie tylko kwestią mobilności, ale także zdrowia i jakości życia mieszkańców.

## Zdrowie

W opracowaniu POLSENIOR 2[37] z 2021 roku podaje się, że w roku 2018 do głównych przyczyn zgonów mężczyzn i kobiet w wieku powyżej 60 roku życia, zaliczają się choroby układu krążenia (ChUK) (44,3 % ogółu zgonów) oraz nowotwory złośliwe (24,4 % ogółu zgonów). ChUK jest dominująca przyczyną śmierci wśród kobiet powyżej 75 roku życia i u mężczyzn powyżej 70 lat. Na zgon wywołany chorobą nowotworową bardziej narażeni są mężczyźni w wieku 60-69 lat oraz kobiety w wieku 60-74 lat. Powiaty województwa kujawsko-pomorskiego odznaczają się wyższymi wartościami standaryzowanego wskaźnika umieralności (SMR) z powodu nowotworów złośliwych osób starszych, od przeciętnego poziomu dla powiatów Polski[38]. Starsi obywatele Polski najczęściej zmagają się z nowotworem tchawicy, oskrzeli oraz płuc. Ryzyko zachorowania na nowotwór płuc oraz jelita grubego wśród starszych mieszkańców Polski jest wyższe niż wśród ogółu mieszkańców UE, w szczególności wśród mężczyzn. Podobnie ma się sytuacja z umieralnością z powodu raka szyjki macicy u kobiet, Polki umierają dwukrotnie częściej niż seniorki w krajach Unii Europejskiej.

Osoby starsze (w wieku powyżej 60 roku życia) stanowią blisko połowę ( 48 %) pacjentów leczonych w szpitalach publicznych i niepublicznych. Najczęstszymi przyczynami hospitalizacji osób starszych w 2018 roku są choroby układu krążenia (25,2 %), nowotwory złośliwe i niezłośliwe (16,0 %), choroby oczu (ponad 5 %), układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego oraz urazy i zatrucia.

Oprócz wyżej wymienionych chorób wraz z wiekiem rośnie ryzyko zachorowania na zespół chorób otępiennych, zwany również demencją. Jest to grupa schorzeń charakteryzujących się postępującym pogorszeniem funkcji poznawczych, takich jak pamięć, myślenie, orientacja, zdolność uczenia się, rozumienie, liczenie, ocena sytuacji oraz język. Choroby otępienne wpływają na zmiany w zachowaniu, osobowości i zdolności do codziennego funkcjonowania. Najczęściej występującą chorobą przebiegającą z otępieniem, jest choroba Alzheimera. Według szacunkowych analiz Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Institute for HealthMetrics and Evaluations (IHME) w 2019 roku na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne cierpiało 415 tys. Polek (2,1% populacji) i 170 tys. Polaków (0,9% populacji)[39]. Analizy przeprowadzone na podstawie ilości udzielonych świadczeń przez NFZ z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym przedstawiają, że w 2019 roku zarejestrowano 378,7 tys. chorych w wieku 55+, którzy w latach 2016-2019 mieli udzielone co najmniej jedno świadczenie. Dodatkowo wskazano 111,8 tys. nowo rozpoznanych przypadków choroby Alzheimera i chorób pokrewnych wśród ludności w wieku 55+. Grupą z największym odsetkiem zachorowań były kobiety w wieku 85 lat i więcej, co stanowiło 20,2% ogółu kobiet w tym przedziale wiekowym. W 2019 roku 124,1 tys. osób zrealizowało

[37] POLSENIOR 2 *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem,* Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021

[38] J.w. 37

[39] NFZ, *NFZ o zdrowiu Choroba Alzheimera i choroby pokrewne*, Warszawa 2022

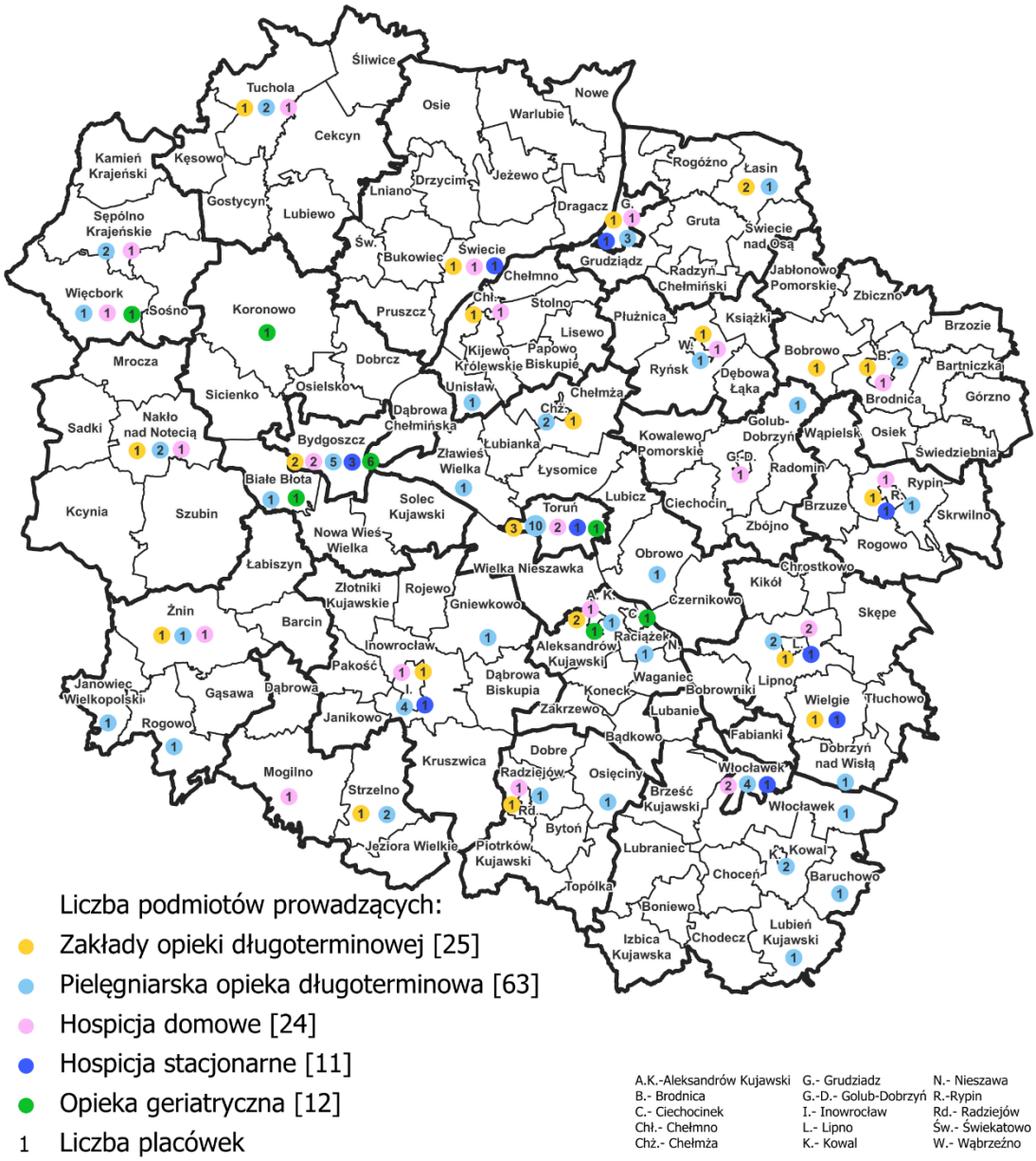
co najmniej jedną receptę na lek refundowany stosowany w leczeniu choroby Alzheimera. Województwo kujawsko-pomorskie było regionem, w którym osiągnięto najwyższe wartości współczynnika liczby osób realizujących recepty na refundowane leki stosowane w leczeniu choroby Alzheimera w wieku powyżej 55 lat w przeliczeniu na 10 tys. ludności w wieku 55+. Wartość dla kobiet wynosiła 151,3, a dla mężczyzn 92,1 osoby w przeliczeniu na 10 tys. ludności w wieku 55+. Jak podano w badaniu PolSenior seniorzy 60+ w skali wizualno-analogowej (VAS) w zakresie od 0 do 10 punktów (gdzie 0 oznacza najgorszy możliwy stan, a 10 najlepszy) w odniesieniu do samooceny ogólnego stanu zdrowia (SRH) średnio oceniają je na 6,64 punktów. Wraz z wiekiem zmieniało się jednak postrzeganie własnego stanu zdrowia, najmłodsi respondenci w wieku 60-64 lat oceniali je na 7,07 punktów, a najstarsi w wieku 90 lat i więcej na 6,05. Najgorzej swój stan zdrowia ocenili seniorzy w wieku 85-89 lat, na 5,75 punktów.

Kolejnym istotnym aspektem starzenia się ludności jest zwiększone ryzyko zapadania na choroby psychiczne oraz samobójstwa osób starszych. W 2022 roku w województwie kujawsko-pomorskim popełniono 512 samobójstw[40], w tym 99 samobójstw (19,4%) popełnionych zostało przez osoby powyżej 60 roku życia. 24,1% osób, które targnęły się na swoje życie było leczonych psychiatrycznie. W całej Polsce według Naczelnej Izby Lekarskiej (stan na dzień 30.06.2024) jest 4 905 psychiatrów, w tym 4 664 wykonujących zawód, natomiast w województwie kujawsko-pomorskim zatrudnionych jest 216 lekarzy psychiatrów. W latach 2018-2021 na próbie losowej 15 tys. osób przeprowadzono badanie EZOP II, które przedstawia stan zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowania. Wyniki badań pokazują, że 6% badanych w wieku 18-64 lata doświadcza lęków napadowych (ataki panicznego lęku), z czego seniorzy w wieku powyżej 65. roku życia są grupą, w której występuje największe nasilenie tego zjawiska (11,3% osób w wieku 65 lat i więcej ma ataki paniki). Podobnie ma się sytuacja z zaburzeniami/ epizodami depresyjnymi o różnym nasileniu, prawie dwa razy więcej osób starszych (6,28%) doświadczyło epizodów depresyjnych, niż wynosi średnia w grupie 18-64 lat, gdzie 3,25 % badanych zgłosiło zaburzenia depresyjne. Ponadto wykazano, że depresja w ciągu życia relatywnie częściej występuje nie tylko u osób starszych ale również u kobiet, osób najsłabiej wykształconych, owdowiałych i rozwiedzionych oraz wśród emerytów i rencistów. W 2022 roku w naszym regionie 126 504 osób podjęło leczenie w poradniach w związku z diagnozą zaburzeń psychicznych, w tym 18,5% to osoby starsze - mające 65 lat i więcej. Na terenie województwa działa 9 zespołów leczenia środowiskowego psychiatrycznego oraz 4 Centra Zdrowia Psychicznego typu A (w Bydgoszczy, Grudziądzu, Toruniu i Świeciu), zapewniające wsparcie psychiatryczne dla dorosłych w ramach form stacjonarnych, form dziennych, ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego). Niestety w 3 powiatach województwa (grudziądzki, toruński, włocławski) nie funkcjonuje żadna placówka leczenia psychiatrycznego i poradnia psychologiczna, zakontraktowana na NFZ. Dodatkowo na terenie miast Torunia oraz Bydgoszczy funkcjonuje 6 podmiotów

[40] Dane KWP Bydgoszcz

świadczących wsparcie psychogeriatryczne skierowane do osób w wieku podeszłym, które ukończyły 60 rok życia. Zarówno w Toruniu jak i w Bydgoszczy działa również 1 poradnia psychogeriatryczna oraz po 2 oddziały psychiatryczne geriatryczne, które oferują opiekę zdrowotną w ramach systemu publicznego.

**Mapa 9. Wybrane elementy infrastruktury zdrowotnej dedykowanej osobom starszym i niesamodzielnym w 2023 roku**




*Źródło: Ocena Zasobów Pomocy Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego za rok 2023, ROPS Toruń*

System opieki zdrowotnej zapewnia osobom starszym dostęp do opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej. Zasadniczą rolę w opiece ambulatoryjnej pełni lekarz rodzinny i poradnia podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Osoby starsze mogą korzystać z pomocy kadry medycznej w poradniach specjalistycznych oraz z zabiegów z zakresu rehabilitacji leczniczej, które mogą odbywać się w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodkach oddziału

dziennego, oddziałach stacjonarnych oraz lecznictwa uzdrowiskowego, a także w ramach świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńczego. Całodobowe świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej stacjonarnej udzielane są w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO). Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze udzielane są także w hospicjach i w placówkach prowadzonych przez organizacje pozarządowe. W ramach opieki długoterminowej domowej świadczeń udzielają pielęgniarki opieki długoterminowej domowej i Zespół Opieki Długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. W województwie kujawsko-pomorskim w 2023 roku funkcjonowało 25 zakładów opiekuńczych (ZOL/ ZPO) działających na obszarze 18 z 23 powiatów w regionie (w 3 z 4 miast na prawach powiatu i 15 z 19 powiatów ziemskich). W ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej zakontraktowanych z NFZ było 63 realizatorów. Jedynie w powiecie świeckim nie świadczono opieki długoterminowej w formie domowej opieki pielęgniarskiej. Hospicja stacjonarne funkcjonowały w 9 gminach województwa (we wszystkich czterech miastach na prawach powiatu oraz w mieście Inowrocław, Lipnie, Rypinie, Świeciu oraz w gminie wiejskiej Wielgie). Dostępność do domowej opieki paliatywnej (tzw. hospicja domowe) dotyczyła 20 gmin województwa (w 4 miastach na prawach powiatu oraz w 15 powiatach ziemskich). Rozmieszczenie infrastruktury zdrowotnej z przeznaczeniem dla osób starszych przedstawia Mapa 9. W 2022 roku z opieki w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych w ramach finansowania NFZ skorzystało 3 587 pacjentów[41] w województwie kujawsko-pomorskim, w tym 369 w zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych[42]. Z pomocy w hospicjach stacjonarnych i na oddziałach opieki paliatywnej skorzystało 2 339 pacjentów.

Opiekę zdrowotną dla seniorów świadczą specjaliści różnych dziedzin, jednak lekarzami przygotowanymi do świadczenia kompleksowej opieki zdrowotnej nad osobami starszymi są lekarze geriatrzy. Według Naczelnej Izby lekarskiej w Polsce jest 589 specjalistów geriatrii, z czego 577 wykonuje zawód (stan na dzień 30.06.2024). W roku 2018 było 499 geriatrów wykonujących zawód, z czego tylko 21 pracowało na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Na 1 lekarza specjalistę przypadało blisko 99 tys. mieszkańców województwa, w tym 6 563 osoby w wieku powyżej 75 roku życia. W województwie kujawsko-pomorskim w 2023 roku funkcjonowało 12 podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne z zakresu opieki geriatrycznej (w tym 9 poradni geriatrycznych, 1 oddział geriatrii, 1 klinika geriatryczna oraz 1 poradnia POZ) . Największą dostępność do świadczeń geriatrycznych oferuje miasto Bydgoszcz, gdzie funkcjonował zarówno oddział, jak i klinika geriatryczna oraz 4 poradnie geriatryczne. Pozostałe podmioty działały w: Toruniu, Aleksandrowie Kujawskim, Ciechocinku, Białych Błotach, w Wierzchucinie - gmina Koronowo, oraz w Więcborku.

Do najważniejszych wyzwań geriatrii w Polsce, wynikających z rosnącego zapotrzebowania na usługi medyczne, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne i opiekuńcze związane

[41] Bez pacjentów na oddziałach dla dzieci

[42] Ministerstwo Zdrowia, *Sprawozdanie MZ-29A Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej*

z rosnąca liczbą osób starszych w naszym społeczeństwie, należą:

- niewystarczające nakłady finansowe na geriatrię;
- stale rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne i opiekuńcze dla starzejącej się populacji;
- niedobór personelu oraz placówek oferujących opiekę medyczną i pielęgniarsko-opiekuńczą;
- brak systemu wsparcia dla rodzinnych opiekunów osób starszych.

W odpowiedzi na wyzwania związane z rosnącą liczbą osób starszych wymagających opieki geriatrycznej, powstała ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz.U. 2023 poz. 1831). Ustawa wskazuje, że opieka ma być sprawowana w szpitalnych oddziałach geriatrycznych i centrach zdrowia 75+, które obejmować mają poradnie konsultacyjne, ośrodki dzienne, geriatryczne zespoły opieki domowej, a także koordynatorów i edukatorów. Świadczeń w centrach mają udzielać: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk i terapeuta zajęciowy, a także koordynator i edukator. Realizowana ma być idea zespołów geriatrycznych współdziałających na rzecz optymalizacji sprawności starszych pacjentów. Centra mają być tworzone dla powiatów, ich części lub kilku powiatów, w zależności od liczby osób w grupie wiekowej 75+ i zapewniać nie mniej niż 50 łóżek geriatrycznych na 100 tys. osób, które ukończyły 60 rok życia. Mają obejmować opieką nie mniej niż 6 tys. i nie więcej niż 12 tys. osób, które ukończyły 75 lat. Ustawa jest aktem prawnym, wskazującym na konieczność wdrożenia szczególnych rozwiązań dla zapewnienia najstarszym pacjentom największej, możliwej niezależności w zakresie codziennego funkcjonowania.

System pomocowy, zarówno w obszarze systemu ochrony zdrowia jak i usług pomocy społecznej, zmaga się z poważnym kryzysem kadrowym, który w coraz większym stopniu wpływa negatywnie, na jakość i dostępność świadczonych usług. W placówkach medycznych, takich jak szpitale i ośrodki zdrowia brakuje pielęgniarek, co prowadzi do przeciążenia istniejącego personelu oraz wydłużenia czasu oczekiwania na pomoc. Średnia wieku pielęgniarek w województwie kujawsko-pomorskim w roku 2022 wyniosła 52,7 lat (53,7 lat dla Polski), a prognoza na rok 2030 wynosi 57,7 lat [43]. Liczba osób zatrudnionych w roku 2022 to 13 670 z czego 3 361 pielęgniarek osiągnęło wiek emerytalny. Prognoza liczby braków kadrowych kardy pielęgniarskiej i położniczej wskazuje, że w województwie kujawsko-pomorskim do 2025 r. 976 etatów zostanie nieobsadzonych, a do roku 2030 będzie to brak na poziomie 2191 [44].

Podobnie trudna sytuacja występuje w domach pomocy społecznej, gdzie zarobki kadry medycznej są znacznie niższe niż w szpitalach, co skutkuje trudnościami w pozyskiwaniu i utrzymywaniu pracowników. Wiele placówek boryka się także z brakiem opiekunów osób starszych i z niepełnosprawnościami, co w kontekście starzejącego się społeczeństwa staje się coraz bardziej niepokojące. Wyniki „Prognozy ludności na lata 2023-

[43] Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, *Pielęgniarka, położna- zawody deficytowe w Polskim systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2022, s. 4

[44] J.w., 43

2060” wskazują na pogłębianie się procesu starzenia społeczeństwa. Mimo przewidywanego ubytku ludności o ponad 7 mln do 2060 r. spodziewany jest postępujący proces starzenia się ludności Polski, co oznacza wzrost odsetka osób w wieku 65 lat i więcej. Populacja osób w tym wieku wzrośnie w końcu horyzontu prognozy do 11,8 miliona i będzie stanowiła prawie 40% ogółu ludności [45]. Oznacza to, że nie ma realnej możliwości zapewnienia opieki osobom starszym i z niepełnosprawnością, jeśli nie nastąpi znaczący przyrost kadry opiekuńczej i medycznej.

Zadaniem dla krajów europejskich, w tym Polski, jest intensywne kształcenie kadr zawodów pomocowych. Niezbędne jest wprowadzenie programów szkoleniowych, które nie tylko zwiększą liczbę wykwalifikowanych pracowników, ale także poprawią warunki pracy i wynagrodzenia, aby przyciągnąć więcej osób do tych kluczowych zawodów. W obliczu rosnących potrzeb społecznych inwestycje w kształcenie oraz warunki pracy stają się nie tylko koniecznością, ale i priorytetem.

## Podsumowanie

W województwie kujawsko-pomorskim brakuje pełnych danych dotyczących stanu zdrowia i potrzeb seniorów, jednak dostępne informacje wskazują, że region wpisuje się w ogólnopolskie tendencje w tym zakresie. W Polsce główną przyczyną zgonów wśród seniorów pozostają choroby układu krążenia, zwłaszcza wśród kobiet powyżej 75. roku życia i mężczyzn powyżej 70. roku życia. Drugim najczęstszym zagrożeniem zdrowotnym są nowotwory złośliwe, które szczególnie często dotykają mężczyzn w wieku 60-69 lat oraz kobiet w wieku 60-74 lat. Wskaźnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych w województwie kujawsko-pomorskim jest wyższy od średniej krajowej, co sugeruje konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych i leczniczych. Dodatkowo w Polsce ryzyko zachorowania na nowotwory płuc, jelita grubego oraz raka szyjki macicy jest wyższe niż w krajach UE, co dodatkowo obciąża system ochrony zdrowia.

Starzenie się społeczeństwa wiąże się również z rosnącą liczbą schorzeń neurodegeneracyjnych. Demencja, w tym choroba Alzheimera, staje się jednym z kluczowych problemów zdrowotnych, zwłaszcza wśród kobiet powyżej 85. roku życia. Wysoki wskaźnik realizacji recept na leki stosowane w leczeniu tej choroby w województwie kujawsko-pomorskim może sugerować, że skala problemu w regionie jest duża. Tymczasem dostęp do opieki psychiatrycznej i neurologicznej dla seniorów jest niewystarczający – w regionie brakuje odpowiedniej liczby placówek psychiatrycznych, szczególnie w powiatach grudziądzkim, toruńskim i włocławskim, a liczba praktykujących lekarzy psychiatrów i geriatrów pozostaje niewystarczająca.

Niedostateczny dostęp do specjalistycznej opieki zdrowotnej ma daleko idące konsekwencje. Wysoki odsetek samobójstw wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w grupie osób 60+ wskazuje na poważne problemy psychiczne i społeczne

[45] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060

seniorów, wymagające lepszego wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego. Braki kadrowe w domach pomocy społecznej (DPS), w połączeniu z rosnącymi potrzebami seniorów i osób z niepełnosprawnościami, mogą prowadzić do kryzysu opiekuńczego. Dodatkowo ograniczona liczba placówek geriatrycznych- zaledwie 12 w całym województwie, z dominującą koncentracją w Bydgoszczy - powoduje, że mieszkańcy mniejszych miejscowości mają utrudniony dostęp do specjalistycznej opieki. Problem pogłębia brak opieki długoterminowej w niektórych powiatach np. w powiecie świeckim, a także nierównomierne rozmieszczenie usług geriatrycznych i paliatywnych. Wszystko to wskazuje na konieczność lepszego planowania infrastruktury zdrowotnej, aby zapewnić seniorom odpowiednią opiekę, niezależnie od miejsca zamieszkania.

Rosnące potrzeby zdrowotne osób starszych przekładają się także na system szpitalny. Seniorzy stanowią coraz większą grupę pacjentów hospitalizowanych, głównie z powodu chorób układu krążenia oraz nowotworów. Wzrost liczby hospitalizacji w tej grupie wiekowej sugeruje konieczność rozwoju opieki ambulatoryjnej i wczesnej diagnostyki, co mogłoby odciążyć szpitale i poprawić jakość życia seniorów. Jednak problemem pozostaje niedostateczna liczba pielęgniarek, które mogłyby wspierać starsze osoby zarówno w placówkach medycznych, jak i w ramach opieki domowej.

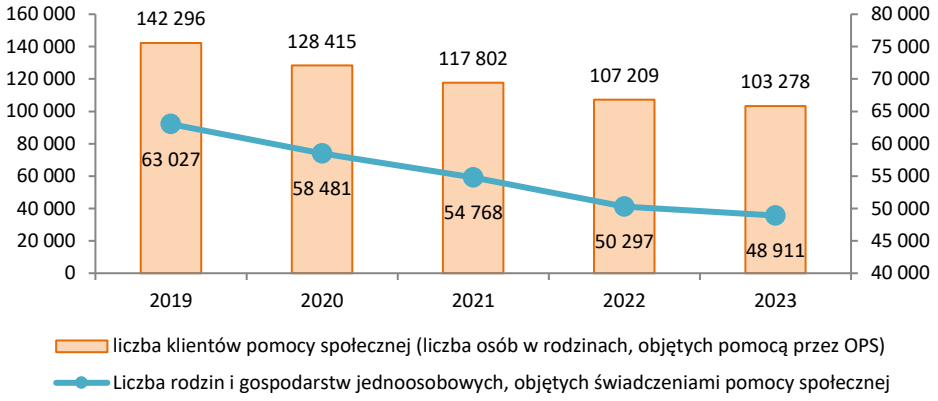
Złożoność wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństwa w województwie kujawsko-pomorskim wymaga kompleksowych działań - zarówno w zakresie ochrony zdrowia, jak i wsparcia społecznego. Kluczowe jest zwiększenie dostępności do usług medycznych, szczególnie geriatrycznych i psychiatrycznych, a także wzmocnienie systemu opieki długoterminowej. W przeciwnym razie rosnące potrzeby seniorów mogą przekroczyć możliwości istniejącej infrastruktury, prowadząc do dalszego pogłębiania problemów zdrowotnych i społecznych w regionie.

## Pomoc społeczna i usługi społeczne

Pomoc społeczna i usługi społeczne skierowane do seniorów nabierają coraz większego znaczenia, z uwagi na postępujący proces starzenia się społeczeństwa.

W 2023 roku w województwie kujawsko-pomorskim ze świadczeń pomocy społecznej skorzystało 5,1% mieszkańców województwa tj. 103 278 osób w 48 911 rodzinach. W latach 2019-2023 liczba osób korzystających z pomocy społecznej w województwie spadła o 27%, zaś liczba rodzin spadła o 22%.

**Wykres 6. Liczba rodzin i gospodarstw jednoosobowych, objętych świadczeniami pomocy społecznej oraz liczba klientów pomocy społecznej (liczba osób w rodzinach, objętych świadczeniami pomocy społecznej) w latach 2019-2023**




*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych GUS BDL za lata 2018-2022, Sprawozdania MRiPS-03 za lata 2019-2023*

Zmniejszeniu uległ również odsetek osób korzystających z pomocy społecznej w ogólnej liczbie mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego (w latach 2019-2023 o 1,8 p.p.)

**Tabela 4. Natężenie korzystania ze świadczeń pomocy społecznej w województwie kujawsko-pomorskim**

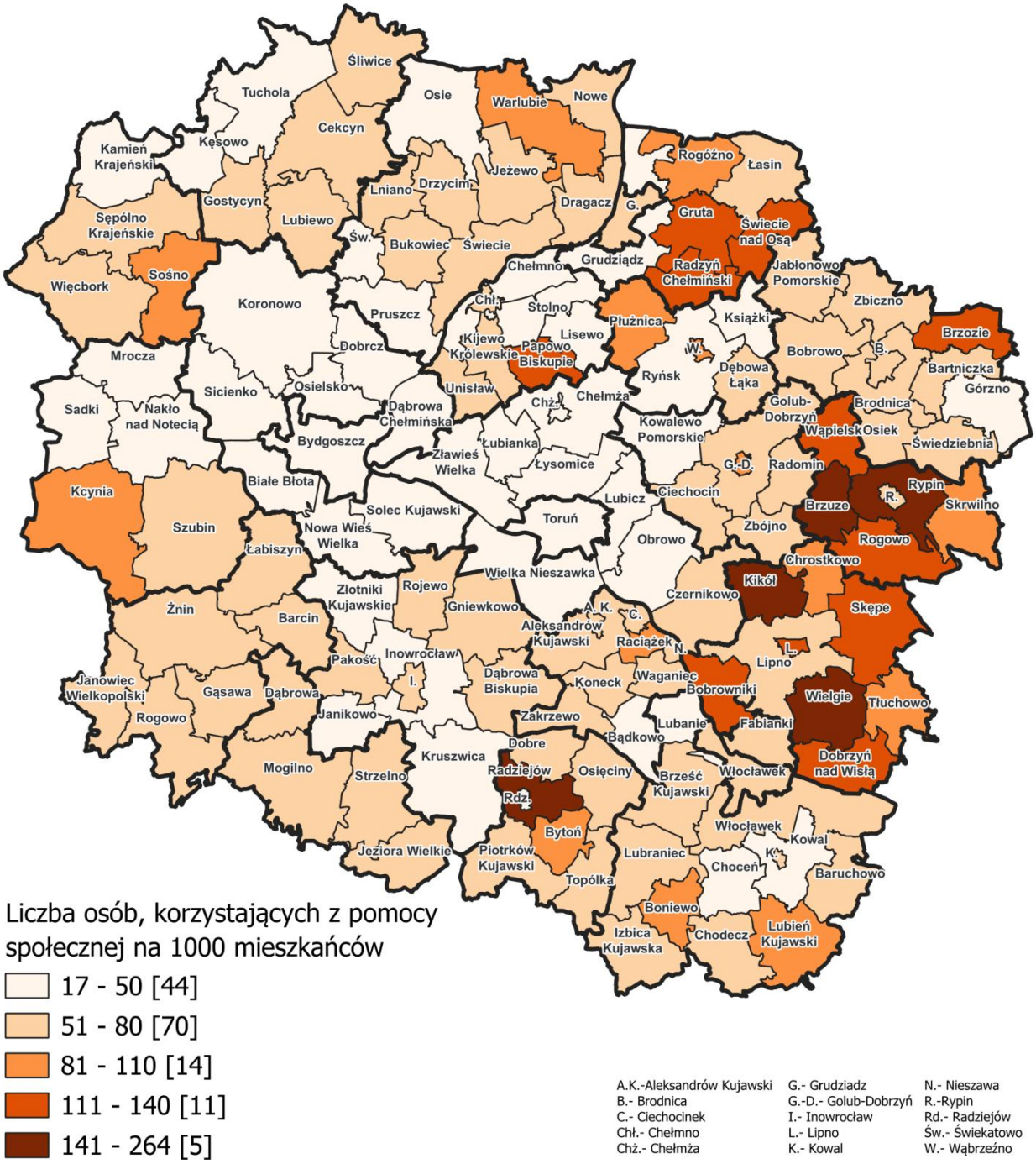
| Rodzaj wskaźnika | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|
| Wartość ogółem (województwo) | | | | | |
| Odsetek mieszkańców korzystających z pomocy społecznej (dot. osób w rodzinach, którym decyzją przyznano świadczenie pomocy społecznej) | 6,9% | 6,2% | 5,7% | 5,3% | 5,1% |

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych GUS BDL za lata 2018-2022, Sprawozdania MRiPS-03 za lata 2019-2023*

Corocznie ROPS w Toruniu analizuje wskaźnik deprywacji lokalnej, mierzony jako stosunek liczby osób w rodzinach pobierających świadczenia z pomocy społecznej do ogólnej liczby mieszkańców regionu w przeliczeniu na 1 000 osób. Analizując osiągnięte dane w tym zakresie, można wskazać, iż w 2023 roku:

- Wskaźnik deprywacji dla województwa kujawsko-pomorskiego wynosił 51 osób korzystających z pomocy społecznej na 1 000 mieszkańców (w 2020 roku 62/1000 osób, w 2021 roku 57/1000 osób);
- Nadal najwyższy wskaźnik deprywacji lokalnej zauważa się w gminach położonych w południowo-wschodniej części województwa kujawsko-pomorskiego;
- W 44 gminach województwa kujawsko-pomorskiego wartość wskaźnika deprywacji była niższa od średniej wojewódzkiej (51), natomiast w pozostałych 100 była wyższa. Najwyższą wartość osiągnięto w gminach wiejskich: Rypin (264) oraz w Radziejów (178).

**Mapa 10. Natężenie korzystania z pomocy społecznej w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 roku**




*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie Sprawozdania MRPiPS-03 za rok 2023, dane GUS BDL za rok 2022*

Wśród rodzin korzystających z pomocy społecznej w województwie kujawsko-pomorskim, ponad 28% stanowiły rodziny emerytów i rencistów, zaś osoby w tych rodzinach to 1/5 wszystkich osób korzystających z pomocy społecznej w województwie (w 2023 roku było 20 050 osób w 13 965 rodzinach).

**Tabela 5. Emeryci i renciści, korzystający ze świadczeń pomocy społecznej w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2019-2023**

| Rodzaj wskaźnika | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Wartość ogółem (województwo)** | | | | | |
| **liczba rodzin emerytów i rencistów korzystających z pomocy społecznej** | 15593 | 14240 | 13228 | 13388 | 13965 |
| **odsetek rodzin emerytów i rencistów w ogólnej liczbie rodzin korzystających z pomocy społecznej** | 24,74% | 24,35% | 24,15% | 26,62% | 28,55% |
| **liczba emerytów i rencistów korzystających z pomocy społecznej** | 24659 | 22065 | 19847 | 19902 | 20050 |
| **odsetek emerytów i rencistów w ogólnej liczbie osób korzystających z pomocy społecznej** | 17,33% | 17,18% | 16,85% | 18,56% | 19,41% |

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych GUS BDL za lata 2018-2022, Sprawozdania MRiPS-03 za lata 2019-2023*

- Zarówno liczba rodzin jak i liczba osób w rodzinach emerytów i rencistów, korzystających z pomocy społecznej spadła w ciągu ostatnich 5 lat, jednakże od 2021 roku wartości tych wskaźników są nieznacznie wyższe z roku na rok.
- Zwiększa się odsetek rodzin emerytów i rencistów (oraz osób w tych rodzinach) w ogólnej populacji rodzin (oraz osób), korzystających z pomocy społecznej w województwie kujawsko-pomorskim.

### *Deinstytucjonalizacja*

Zdefiniowanie procesu **deinstytucjonalizacji** może stanowić wyzwanie. Strategia Rozwoju Usług Społecznych odnosi się w tej kwestii do „Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności". Wytyczne te wskazują, że „w miejscach, gdzie termin ten jest stosowany, odnosi się on do procesu rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności (również profilaktycznych), które mają wyeliminować konieczność opieki instytucjonalnej". W kontekście tego dokumentu deinstytucjonalizacja nie oznacza jedynie zamykania zakładów opieki, lecz przede wszystkim rozwój usług społecznych na poziomie rodziny i lokalnej społeczności, które umożliwią osobie potrzebującej pozostanie jak najdłużej w swoim środowisku zamieszkania.

W praktyce oznacza to, że przed wprowadzeniem radykalnych, trudnych i czasochłonnych zmian systemowych, polegających na przekształceniu dużych instytucji opiekuńczych w formy środowiskowe, konieczne jest inwestowanie w rozwój oferty wsparcia i opieki w miejscu zamieszkania oraz w formie dziennej[46]. Tendencje demograficzne oraz badania dotyczące osób starszych pozwalają oszacować przyszłe zapotrzebowanie na pomoc w codziennym funkcjonowaniu. W 2021 roku w raporcie „Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania" prof. dr hab. Piotr Błędowski szacuje, że w 2035 roku wśród osób w wieku 65 lat i więcej prawie co dziesiąty senior będzie wymagał codziennego wsparcia w wymiarze co najmniej 1,5 godziny opiekuńczej w ciągu dnia[47]. W 2035 roku województwo kujawsko-pomorskie ma zamieszkiwać 452 tys. osób w wieku 65 lat i więcej, można więc oszacować, iż około 45 tys. osób będzie wymagało wsparcia opiekuńczego w formie opieki dziennej. Ważnym elementem procesu deinstytucjonalizacji jest także powstawanie i funkcjonowanie centrów usług społecznych[48].

**Centrum Usług Społecznych** to gminna jednostka organizacyjna tworzona fakultatywnie w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie określonych usług społecznych oraz koordynacji tych usług. Centrum tworzy się poprzez przekształcenie funkcjonującego w gminie ośrodka pomocy społecznej w centrum lub przez utworzenie w jednej z gmin nowej jednostki organizacyjnej, odrębnej od funkcjonującego w tej gminie ośrodka pomocy społecznej. Centrum może być utworzone dla jednej gminy lub co najmniej dwóch gmin, jeśli jest ono jednostką organizacyjną, odrębną od Ośrodka Pomocy Społecznej. Do zadań centrum należy w szczególności:

- zaspokajanie potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie usług społecznych przekazanych do realizacji centrum, w tym określonych w programie usług społecznych;
- prowadzenie rozeznania potrzeb i potencjału wspólnoty samorządowej w zakresie usług społecznych;
- opracowywanie diagnozy potrzeb i potencjału wspólnoty samorządowej w zakresie usług społecznych;
- realizowanie programu usług społecznych, w tym kwalifikowanie osób zainteresowanych do korzystania z usług społecznych określonych w programie usług społecznych oraz opracowywanie i monitorowanie realizacji indywidualnych planów usług społecznych;
- realizowanie innych niż usługi społeczne zadań przekazanych do realizacji centrum, w tym zadań z zakresu pomocy społecznej;

[46] Regionalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2023-2024, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu

[47] Błędowski P., Bakalarczyk R., Jurek Ł., Kubicki P., Łuczak P., Szweda-Lewandowska Z., *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania.*, Koalicja "Na pomoc niesamodzielnym" - Związek Stowarzyszeń, Warszawa 2021, s.8

[48] Korycki A., *Rola, zadania i instrumenty centrum usług społecznych we wspieraniu seniorów z zaburzeniami poznawczymi i ich rodzin*. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*. (2023); 91(3):48-57.

- podejmowanie działań na rzecz integracji i wspierania rozwoju wspólnoty samorządowej z wykorzystaniem potencjału tej wspólnoty, w tym organizowanie działań samopomocowych, wolontaryjnych i sąsiedzkich stanowiących uzupełnienie usług społecznych (działania wspierające);
- opracowywanie standardów jakości usług społecznych określonych w programie usług społecznych, w przypadku braku określenia tych standardów w obowiązujących przepisach, oraz ich wdrażanie;
- podejmowanie działań na rzecz rozwoju i koordynacji usług społecznych, w tym przez nawiązywanie współpracy z organami administracji publicznej, organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami;
- gromadzenie, aktualizowanie i udostępnianie informacji o usługach społecznych realizowanych na obszarze gminy tworzącej centrum oraz gminy będącej stroną porozumienia[49].

Centrum Usług Społecznych oferuje wsparcie wszystkim mieszkańcom, niezależnie od ich dochodów, przynależności do grup defaworyzowanych czy kwestii wykluczenia społecznego. Usługi świadczone przez CUS cechują się wstępną diagnozą, indywidualnym podejściem, poszanowaniem podmiotowości klienta, profesjonalizmem oraz kompleksowością[50].

CUS-y są ważnym elementem w budowie wsparcia dla seniorów w środowisku lokalnym, są one między innymi źródłem informacji o usługach społecznych świadczonych w środowisku. Program usług społecznych, w danej jednostce może być dostosowany do specyficznych potrzeb i problemów mieszkańców. Przykładowe zadania centrum, które mogą wspierać osoby starsze, obejmują: organizowanie i koordynowanie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych; realizację programu „Asystent osoby z niepełnosprawnością”; organizowanie i koordynowanie dostarczania gorących posiłków do miejsca zamieszkania dorosłych osób niesamodzielnych, które ze względu na stan zdrowia nie są w stanie samodzielnie ich przygotować, a także monitorowanie i kontrolę realizacji tych usług; inicjowanie i organizowanie działań mających na celu utrzymanie lub poprawę samodzielnego funkcjonowania osób starszych i niepełnosprawnych oraz zapewnienie im kontaktu z otoczeniem; organizowanie różnych form wsparcia dla rodzin i opiekunów zajmujących się osobami starszymi i niepełnosprawnymi[51].

W 2024 roku na terenie województwa, Centra Usług Społecznych funkcjonowały w 9 gminach. Były to: m. Toruń, Solec Kujawski (gmina miejsko-wiejska, powiat bydgoski), Sępólno Krajeńskie (gmina miejsko-wiejska, powiat sępoleński), Brodnica (gmina miejska, powiat brodnicki), Płużnica (gmina wiejska, powiat wąbrzeski), Golub-Dobrzyń (gmina

[49] Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych

[50] Rymsza M., *Dlaczego Centrum Usług społecznych?*, Wydawnictwo Kancelarii Prezydenta RP, Warszawa 2020

[51] Hebda-Czaplicka I., *Wsparcie osób starszych w Polsce - w poszukiwaniu nowych rozwiązań w obszarze usług społecznych*, Polityka Społeczna, 25T(2 (tematyczny)), 2023 r., s. 29-36. https://doi.org/10.5604/01.3001.0054.1746

wiejska, powiat golubsko-dobrzyński), Lisewo (gmina wiejska, powiat chełmiński), Lubicz (gmina wiejska, powiat toruński), Włocławek (gmina wiejska, powiat włocławski)[52].

Formy pomocy dla seniorów

Pomoc społeczna wobec osób w wieku senioralnym w województwie była realizowana zarówno w formie środowiskowej, jak i w formie instytucjonalnej. Pomoc środowiskowa opiera się na świadczeniach realizowanych przez ośrodki pomocy społecznej w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy[53], pomoc instytucjonalna przysługuje z kolei osobom wymagającym całodobowej opieki, niezdolnym do samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym, którym nie można zapewnić odpowiedniej pomocy w postaci usług środowiskowych lub gdy są one niewystarczające.

## POMOC ŚRODOWISKOWA

### *Usługi opiekuńcze*

Usługi opiekuńcze przyznawane są osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona. Usługi mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić. Usługi te obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem[54].

- Odsetek osób objętych usługami opiekuńczymi w populacji osób w wieku poprodukcyjnym wyniósł 1,6 %.
- Odsetek gmin, na terenie których Ośrodki Pomocy Społecznej organizowały specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania jako zadanie własne gminy[55] wyniósł 15%.

[52] Rejestr Centrów Usług Społecznych prowadzony przez Dział Rozwoju Usług Społecznych Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu, stan na dzień 31.12.2024 r. Z dniem 01.01.2025 r. utworzono kolejne 3 Centra Usług Społecznych w gminach Więcbork (gmina miejsko-wiejska, powiat sępoleński), Mrocza (gmina miejsko-wiejska, powiat nakielski), Chełmno (gmina miejska, powiat chełmiński). Ponadto w 2025 roku planowane jest utworzenie następnych 9 CUS.

[53] https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3865,pojecie.html

[54] *Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*

[55] Według u*stawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*

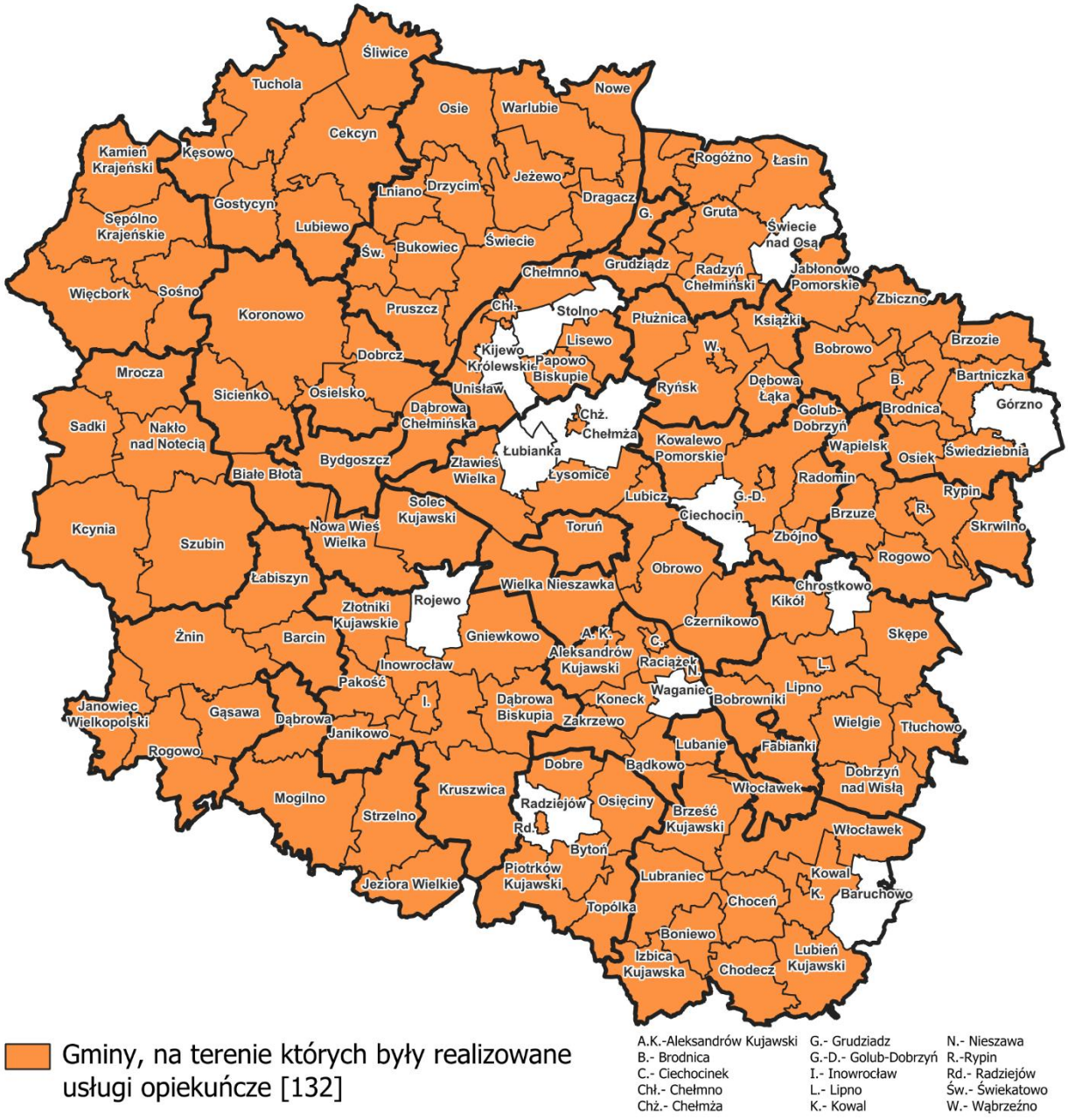
**Tabela 6. Realizacja usług opiekuńczych w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2019-2023**

| Rodzaj wskaźnika | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|
| | Wartość ogółem (województwo) | | | | |
| **Liczba gmin, na terenie których realizowane były usługi opiekuńcze organizowane przez OPS** | 134 | 133 | 135 | 135 | 132 |
| **Liczba osób objętych usługami opiekuńczymi** | 8 115 | 7 701 | 7 585 | 7 373 | 7 555 |
| **Odsetek osób objętych usługami opiekuńczymi w populacji osób w wieku poprodukcyjnym** | 1,9% | 1,7% | 1,7% | 1,6% | 1,6% |
| **Liczba gmin, na terenie których realizowane były specjalistyczne usługi opiekuńcze, jako zadanie własne gminy** | 27 | 24 | 22 | 20 | 21 |
| **Liczba osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi** | 692 | 634 | 597 | 566 | 508 |

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych ze Sprawozdania MRPiPS-03 za lata 2019-2023*

- W latach 2019-2023 obserwowany był spadek liczby gmin, realizujących specjalistyczne usługi opiekuńcze jako zadanie własne gminy. Spadła również liczba osób objętych usługami opiekuńczymi. Powodem takiej sytuacji prawdopodobnie jest korzystanie przez gminy z różnych programów, takich jak np. resortowy program „Opieka 75+”, w ramach których dostępne są usługi opiekuńcze oraz inne formy wsparcia skierowane do seniorów.
- W 2023 roku łącznie **na terenie 132 gmin** usługami opiekuńczymi objęto **7 555 osób**, tj. wzrost , w stosunku do roku 2022, o 182 osoby.

**Mapa 11. Realizacja usług opiekuńczych w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 roku**



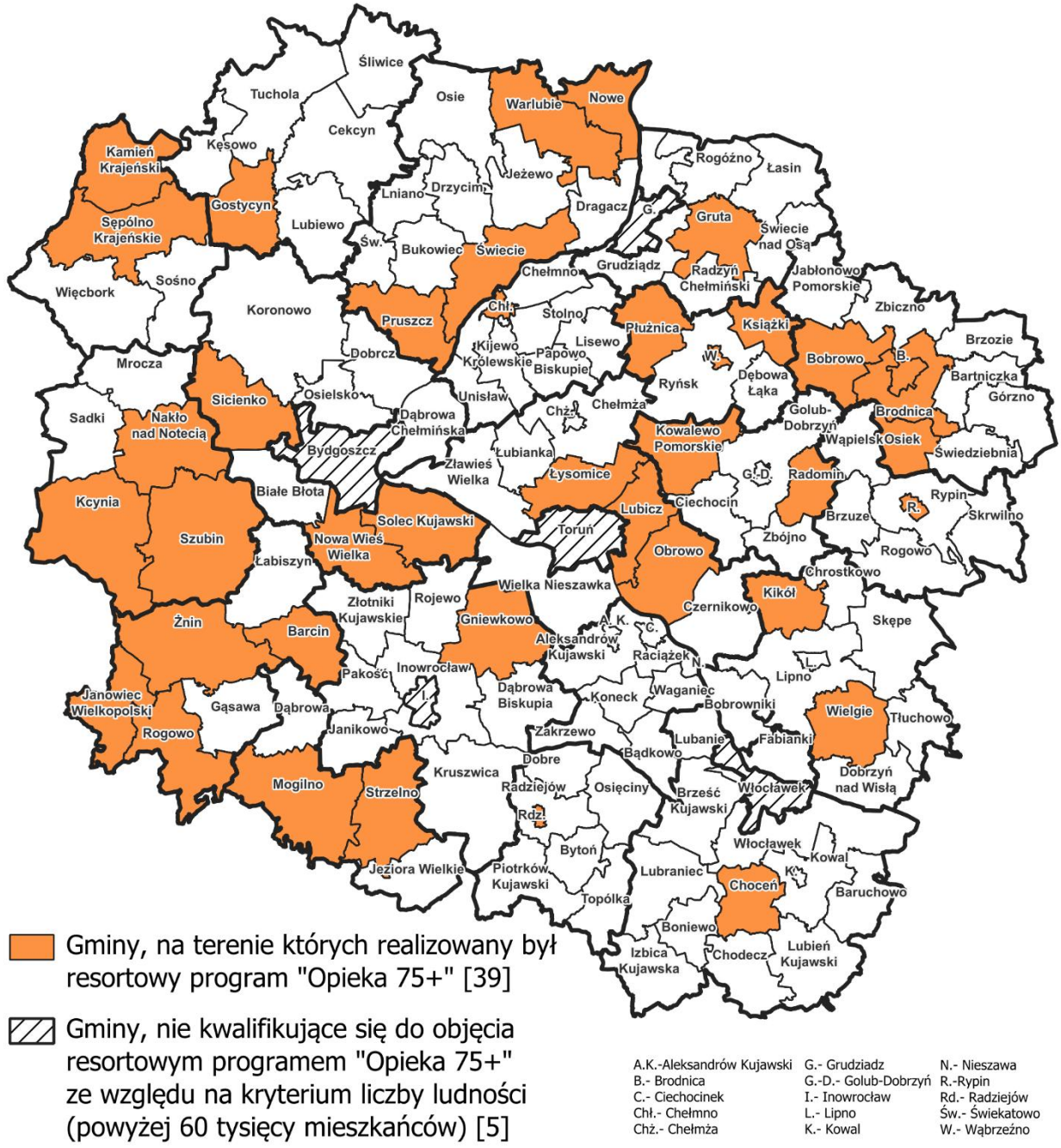

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych ze Sprawozdania MRiPS-03 za rok 2023*

## *Opieka 75+*

Resortowy program „Opieka 75+” skierowany jest do gmin, na terenie których zamieszkuje maksymalnie 60 tysięcy osób. W ramach programu gmina może uzyskać dofinansowanie ze środków budżetu państwa na świadczenie usług opiekuńczych w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, pod warunkiem, że gmina dane świadczenie realizuje samodzielnie (tj. przez pracowników ośrodka pomocy społecznej/centrum usług społecznych, urzędu gminy lub innych gminnych jednostek organizacyjnych) lub zleca realizację przedmiotowego zadania organizacjom pozarządowym, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej, tj. organizacjom pozarządowym, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, oraz podmiotom wymienionym w art. 3 ust. 3 pkt 1 i 3 tej ustawy, albo kupuje usługi opiekuńcze od sektora prywatnego. Głównym celem programu jest poprawa dostępności do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, dla osób w wieku 75 lat i więcej, które są osobami samotnymi lub są osobami samotnie gospodarującymi, ale także pozostającymi w rodzinach. **Środki finansowe przyznane gminie w ramach ww. programu mogą zostać przeznaczone na:**

- dofinansowanie do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób, którym przedmiotowe usługi były już świadczone w ramach programu w latach ubiegłych i będą kontynuowane w danym roku kalendarzowym,
- dofinansowanie do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób, którym usługi te nie były świadczone,
- dofinansowanie do zwiększenia liczby godzin usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w wieku 75 lat i więcej.

**Mapa 12. Realizacja programu „Opieka 75+” w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 roku**




*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych Kujawsko-pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy*

- Resortowy program „Opieka 75+” w 2023 roku był realizowany łącznie przez 39 gmin z terenu województwa kujawsko-pomorskiego (28 % uprawnionych gmin).
- W 2023 roku usługi opiekuńcze w ramach programu „Opieka 75+” przyznano decyzją 1058 osobom.

### *Usługi asystenckie*

**Usługi asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnościami** są jedną z kluczowych usług zawartych w Konwencji z dnia 13 grudnia 2006 r. o prawach osób niepełnosprawnych. Zakres usług asystenckich ma być ściśle dostosowany do potrzeb, a sama usługa nadzorowana przez osobę z niepełnosprawnością. Asystent osobisty może wspierać osobę z niepełnosprawnością we wszystkich sferach życia, także poprzez wsparcie w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności życiowych (np. mycie, ubranie się, przenoszenie z łóżka, pomoc w czynnościach fizjologicznych i higienicznych), w obszarze społecznym (np. wsparcie w przemieszczaniu się m.in. do lekarza, do punktów usługowych i innych miejsc publicznych oraz asysta w tych miejscach, spędzanie czasu wolnego, w tym wsparcie podczas zajęć kulturalnych, sportowych i rekreacyjnych), w życiu zawodowym (np. wsparcie w przemieszczaniu się do pracy, urzędów pracy, podmiotów aktywizujących zawodowo oraz asysta w tych miejscach i zajęciach), w sferze edukacyjnej (np. wsparcie w przemieszczaniu się do szkół i placówek oświatowych, wsparcie podczas zajęć edukacyjnych i w procesie uczenia, gromadzenia materiałów, korzystania z biblioteki)[56].

- W 2023 roku w województwie kujawsko-pomorskim usługi asystenckie były realizowane w ramach projektów „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" oraz „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami".
- Usługi asystenckie w ramach projektu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej- edycja 2023" realizowane były w 72 gminach (w tym w 4 miastach na prawach powiatu) oraz w 2 powiatach ziemskich[57].
- Łączna liczba osób z niepełnosprawnościami, którym przyznano usługi asystencji osobistej w województwie wyniosła 1888.
- Usługi asystenckie w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami- edycja 2023", były realizowane przez 5 organizacji pozarządowych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego. Były to 2 organizacje z Bydgoszczy oraz po 1 organizacji z Torunia, Grudziądza, a także gminy Sępólno Krajeńskie.[58]

[56] Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030 (Uchwała nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021r.)

[57] Dane Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy

[58] Dane pochodzą z listy zatwierdzonych ofert w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami" – edycja 2023, umieszczonej na stronie Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych (https://niepelnosprawni.gov.pl/a,1433,lista-zatwierdzonych-ofert-w-ramach-programu-resortowego-ministra-rodziny-i-polityki-spolecznej-aoozn-2023- data korzystania: 09.04.2024)

**Mapa 13. Realizacja programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" w województwie kujawsko-pomorskiego w 2023 roku[59]**

*Źródło: Opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy*

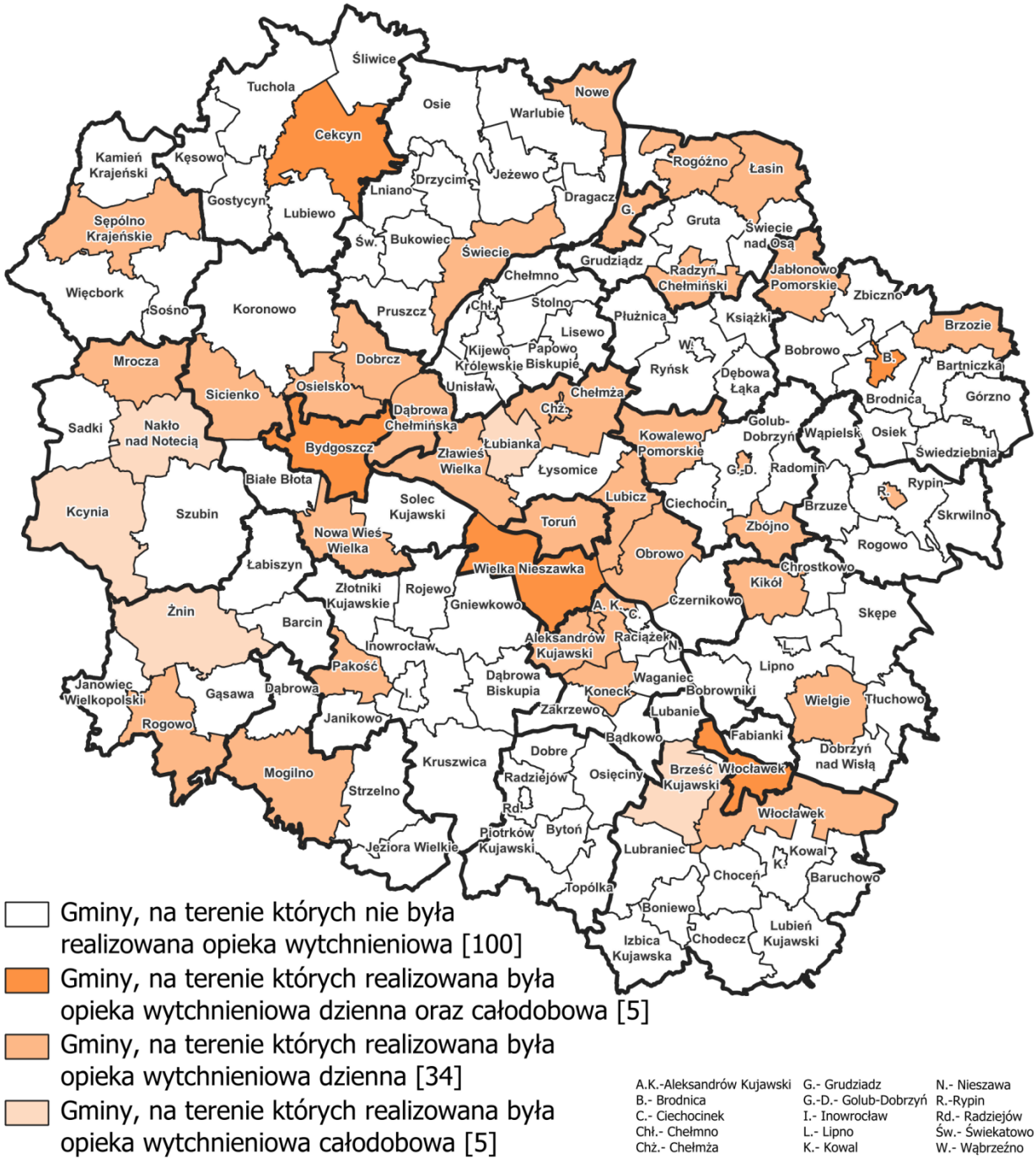
[59] Środki Funduszu Solidarnościowego przeznaczone na realizację programu, mogły być przyznawane gminom lub powiatom. Na przedstawionej mapie zaznaczone zostały zarówno gminy jak i powiaty ziemskie, które były realizatorami tego programu.

### *Opieka wytchnieniowa*

Opieka wytchnieniowa to opieka (trwająca nie dłużej niż 60 dni w roku kalendarzowym) nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zastępstwie za opiekuna faktycznego (w związku ze zdarzeniem losowym, potrzebą załatwienia codziennych spraw lub odpoczynku opiekuna faktycznego) oraz wsparcie dla opiekuna faktycznego i najbliższego otoczenia osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności w postaci poradnictwa specjalistycznego, edukacji, grup samopomocowych.

- W 2023 roku opiekę wytchnieniową (zarówno w formie dziennej jak i całodobową) realizowano na terenie 44 gmin (31% wszystkich gmin).
- Opieka wytchnieniowa w formie całodobowej realizowana była na terenie 5 gmin województwa: Brześć Kujawski, Łubianka, Kcynia, Nakło n. Notecią, Żnin.
- Dzienna opieka wytchnieniowa realizowana była na terenie 34 gmin.
- W Bydgoszczy, Włocławku, gminie: Brodnica m., Cekcyn oraz Wielka Nieszawka realizowana była zarówno opieka wytchnieniowa w formie dziennej jak i stacjonarnej.
- W 2023 roku z dziennej opieki wytchnieniowej skorzystały 622 osoby, natomiast 111 osobom świadczono usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego.
- Jedyne powiaty, na terenie których w żadnej gminie nie była realizowana opieka wytchnieniowa to powiat chełmiński, radziejowski i wąbrzeski.

**Mapa 14. Realizacja opieki wytchnieniowej (dziennej oraz całodobowej) w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 roku**




*Źródło: Opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy – Sprawozdanie „Opieka Wytchnieniowa edycja 2023"*

### *Dzienne Domy Pomocy/ Pobytu*

Dzienny dom pomocy jest ośrodkiem wsparcia, w którym mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek, osobom które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych[60]. Przepisy ustawy o pomocy społecznej nie określają trybu ani zasad funkcjonowania dziennych domów pomocy, a także standardów świadczonych przez nie usług, w tym wymagań dotyczących kwalifikacji personelu oraz niezbędnej infrastruktury. Wymagania dotyczące organizowania takich placówek, zależnie od ich źródła finansowania, mogą być określane różnie w poszczególnych dokumentach. Jednym z takich dokumentów dla województwa kujawsko-pomorskiego jest „*Standard dziennych domów pomocy współfinansowanych z EFS+ w ramach Działania 8.24 programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027*". Dokument ten odnosi się do dziennych domów finansowanych ze środków Unii Europejskiej, które w 2023 roku stanowiły około 40 % wszystkich dziennych domów pomocy/pobytu w województwie[61]. Zgodnie z jego zapisami organizacja dziennego domu pomocy oraz zakres i poziom świadczonych w nim usług uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa uczestników zajęć oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności. Dom funkcjonuje przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb uczestników i ich rodzin. W wyjątkowych przypadkach liczba dni i godzin funkcjonowania dziennego domu pomocy może zostać dostosowana do lokalnych potrzeb. Usługa opiekuńcza w dziennym domu pomocy jest świadczona przez osobę, która posiada: kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarz, pielęgniarka, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej lub doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego i odbyła minimum 80-godzinne szkolenie z zakresu realizowanej usługi, w tym udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej[62].

[60] *Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*

[61] Raport z badania „Zasady organizowania i funkcjonowania dziennych domów pomocy/pobytu dla osób starszych w województwie kujawsko-pomorskim", Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, 2023 r.

[62] Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027, str. 55-56

**Mapa 15. Dzienne domy pomocy/pobytu w województwie kujawsko-pomorskim w 2023 roku**

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie ankiety dodatkowej do OZPS za rok 2023*

- Zgodnie z danymi przekazanymi przez ośrodki pomocy społecznej, w grudniu 2023 roku na terenie gmin województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowało 56 dziennych domów pomocy/ pobytu[63]. Wskazane placówki dysponowały łącznie 1 732 miejscami.
- Analizując sytuację pod kątem dostępności miejsc w dziennych domach pomocy/ pobytu w gminach poszczególnych powiatów regionu można wskazać, iż na koniec grudnia 2023 roku na obszarze gmin z 3 powiatów ziemskich oraz w 1 mieście na prawach powiatu, nie funkcjonowała żadna tego typu placówka[64].

**Tabela 7. Dzienne domy pobytu/pomocy w gminach województwa kujawsko-pomorskiego**

| Rodzaj wskaźnika | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|
| | Wartość ogółem (województwo) | | | | |
| **Liczba dziennych domów pobytu/pomocy[65]** | 55 | 43 | 45 | 52 | 56 |
| **Liczba gmin, na terenie, których funkcjonowały dzienne domy pobytu/pomocy** | 32 | 28 | 40 | 42 | 40 |

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie ankiety dodatkowej do OZPS za rok 2023*

[63] Należy podkreślić, iż zaprezentowana liczba dziennych domów pomocy/pobytu nie uwzględnia wszystkich podmiotów działających w tym obszarze w województwie. Są to jednostki, które zostały utworzone na zlecenie lub współpracują z ośrodkami pomocy społecznej i są przez nie wykazywane. Nie istnieje obowiązkowy regionalny rejestr, który uwzględniałaby ogół działających w województwie dziennych domów i był na bieżąco aktualizowany, głównie ze względu na ich często czasową, projektową działalność. Ze względu na powyższe, prezentując regionalną infrastrukturę w tym zakresie możemy głównie bazować na danych pozyskiwanych z OPS.

[64] Powiaty: mogileński, sępoleński, wąbrzeski oraz miasto Włocławek.

[65] Liczba dziennych domów pobytu/pomocy wraz z filiami.

### *Kluby Samopomocy*

**Klub samopomocy** to ośrodek wsparcia dedykowany osobom dorosłym, doświadczającym kryzysu psychicznego, które z powodu upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych, potrzebują wsparcia, aby funkcjonować w środowisku rodzinnym i społecznym, szczególnie w celu zwiększenia ich zaradności, samodzielności życiowej oraz integracji społecznej[66].

- W 2023 roku kluby samopomocy funkcjonowały w 37 gminach województwa (25%), łączna liczba miejsc w klubach to 1374, zaś liczba osób korzystających wyniosła 1352.
- Na przestrzeni ostatnich 5 lat znacznie zwiększyła się liczba gmin, na terenie których funkcjonował klub samopomocy (wzrost o 68%). Wzrostowi uległa tym samym liczba miejsc w klubach (wzrost o 140%), jak i liczba osób z niech korzystających (wzrost o 132%).

**Tabela 8. Kluby samopomocy w gminach województwa kujawsko-pomorskiego**

| Rodzaj wskaźnika | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|
| | Wartość ogółem (województwo) | | | | |
| **Liczba gmin, na terenie, których funkcjonowały kluby samopomocy** | 22 | 29 | 33 | 37 | 37 |
| **Liczba miejsc w klubach samopomocy** | 571 | 900 | 938 | 1203 | 1374 |
| **Liczba osób korzystających** | 582 | 883 | 925 | 1178 | 1352 |

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie ankiety OZPS za lata 2019-2023*

[66] *Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*

### *Teleopieka*

**Teleopieka** to system opiekuńczo-ratunkowy, składający się z nadajników/ odbiorników umożliwiających szybkie wezwanie pomocy w sytuacji zagrażającej zdrowiu lub życiu (np. upadku) oraz z centrum operacyjnego, w którym odbierane są sygnały alarmowe od podopiecznych 7 dni w tygodniu 24 godziny na dobę. Gromadzone przez system dane medyczne o podopiecznych - informacje o przebytych chorobach, przewlekłych schorzeniach oraz przyjmowanych lekach - mogą być pomocne lekarzom i ratownikom, niosącym im pomoc w sytuacjach nagłego pogorszenia się stanu zdrowia. Osoba objęta teleopieką zostaje wyposażona w przycisk SOS przygotowany w wygodnej formie zawieszki na szyję czy bransoletki, umożliwiający szybkie wezwanie pomocy w sytuacji zagrażającej życiu lub zdrowiu. Urządzenia te posiadają również wbudowane czujniki upadku, pomiar tętna, lokalizator GPS oraz możliwość kontaktu telefonicznego dla wskazanych osób z rodziny lub opiekunów[67].

- W województwie kujawsko-pomorskim usługa teleopieki realizowana jest m.in. w ramach projektu pn. „*Kujawsko-Pomorska Teleopieka*" i programu „Korpus Wsparcia Seniorów".
- W ramach projektu pn. „*Kujawsko-Pomorska Teleopieka*", w 2023 roku wsparciem objęto 3 213 mieszkańców w 88 gminach województwa kujawsko-pomorskiego (61%).
- Ponadto w 15 gminach województwa usługa teleopieki była realizowana z innych źródeł, m.in. Korpusu Wsparcia Seniorów[68].
- Ogółem w województwie kujawsko-pomorskim w 2023 roku usługa teleopieki była realizowana na terenie 103 gmin.

[67] Informator dla seniora 2023, ROPS Toruń

[68] Dane własne ROPS w Toruniu na podstawie ankiety uzupełniającej do OZPS za rok 2023.

**Mapa 16.Realizacja systemu teleopieki w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 roku**

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych własnych ROPS w Toruniu oraz ankiety uzupełniającej do OZPS za rok 2023*

### *Pomoc sąsiedzka*

Pomoc sąsiedzka, w świetle ustawy o pomocy społecznej, jest formą świadczenia usług opiekuńczych osobom potrzebującym, która opiera się na dobrowolnych działaniach sąsiadów lub osób niespokrewnionych z najbliższego otoczenia. Usługi te są zadaniem własnym gminy, jednak nie są obowiązkowe. Usługi sąsiedzkie obejmują pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgnacyjną, przez którą należy rozumieć formy wsparcia niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji, oraz w miarę potrzeb i możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Jednostki samorządu terytorialnego realizujące wsparcie w formie usług sąsiedzkich, mogą ubiegać się o dofinansowanie (do 80% kosztów realizacji) w ramach programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej- Korpus Wsparcia Seniorów. Program podzielony jest na 2 moduły. Celem Modułu I jest zapewnienie usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich seniorom w wieku 60 lat i więcej. Celem Modułu II jest poprawa bezpieczeństwa oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania osób starszych przez zwiększanie dostępu do tzw. opieki na odległość, a także wsparcie gmin w realizacji świadczenia usług opiekuńczych. Wsparcie finansowe gmin w realizacji usług opiekuńczych ,poprzez świadczenie „opieki na odległość", polega na dofinansowaniu zakupu oraz kosztów użytkowania tzw. opasek lub innych urządzeń bezpieczeństwa.

W ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów w 2024 r." wsparcie otrzyma 37[69] gmin z województwa kujawsko-pomorskiego na kwotę około 1,2 mln zł[70] .

Liczba planowanych do uruchomienia środowisk pomocy sąsiedzkiej w ramach MODUŁU I programu „Korpus Wsparcia Seniorów" na rok 2024 w województwie kujawsko-pomorskim wynosi 298 i przewiduje się, że z pomocy skorzysta 308 osób. W ramach MODUŁU II przewiduje się udzielenie pomocy 511 osobom, w tym 29 nowym osobom, dla których zostaną zakupione opaski i system obsługi. Pozostałym osobom kontynuującym program zostanie opłacony system obsługi opasek bezpieczeństwa zakupionych w poprzednich latach[71].

[69] Dane Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy

[70] Na program ogółem przeznacza się środki finansowe w wysokości 50 mln zł, pochodzące z dotacji celowej budżetu państwa, w tym: 29 840 000,00 zł na realizację Modułu I i 20 160 000,00 zł na realizację Modułu II.

[71] https://kurier-nakielski.pl/wojewoda-podpisal-umowy-w-ramach-programow-senioralnych-senior-oraz-korpus-wsparcia-seniorow/ (*Oddział Prasowy Biuro Wojewody Kujawsko-Pomorskiego)* dostęp: 17.06.2024 r.

### *Centra opiekuńczo-mieszkalne*

Centra opiekuńczo-mieszkalne to placówki pobytu dziennego lub całodobowego przeznaczone dla dorosłych osób niepełnosprawnych z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Centra opiekuńczo-mieszkalne mają formę ośrodka wsparcia. Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, osoby takie obok różnorodnego wsparcia adekwatnego do ich potrzeb powinny mieć zapewnioną możliwość niezależnego, samodzielnego i godnego funkcjonowania. Wspólne przebywanie mieszkańców w Centrum ma na celu wspieranie procesów socjalizacji oraz budowania relacji między ludźmi, a także umożliwienie osobom z niepełnosprawnościami podejmowania aktywności dostosowanych do ich możliwości i zasobów. Organizacja, infrastruktura, a także rodzaj świadczonych w Centrum usług mają za zadanie odpowiadać na potrzeby osób z niepełnosprawnościami w sposób szczególny- zapewnić im warunki do samodzielnego, niezależnego życia, w tym do podtrzymywania więzi społecznych, zarządzania czasem czy planowania aktywności. Centrum powinno zapewniać otoczenie przypominające domowe środowisko, gdzie najważniejszymi wartościami będą szacunek dla indywidualności oraz prawo do samodzielnego życia[72].

- Na terenie województwa w 2023 roku funkcjonowały jedynie 2 centrum opiekuńczo-mieszkalne. Jedno funkcjonowało na terenie gminy Wąpielsk (powiat rypiński), natomiast drugim było Powiatowe centrum opiekuńczo-mieszkalne w Golubiu-Dobrzyniu.
- W lutym 2024 roku, rozpoczęło działalność kolejne centrum opiekuńczo-mieszkalne, w Gronowie (gmina Lubicz, powiat toruński).

[72] Program „Centra opiekuńczo-mieszkalne”, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, Lipiec 2024

## *Gospodarstwa Opiekuńcze*

Gospodarstwa opiekuńcze są formą rolnictwa społecznego. Jest to rodzaj działalności, w której praca w gospodarstwie rolnym jest połączona z profesjonalnymi usługami społecznymi w zakresie opieki nad osobami wymagającymi różnorodnego wsparcia. Gospodarstwa te są prowadzone przez rolników lub członków ich rodzin. Klientami są osoby potrzebujące wsparcia, w tym głównie seniorzy, a także osoby z dysfunkcjami, zmagające się z uzależnieniami, bezrobotni oraz trudna młodzież. Podopieczni gospodarstwa opiekuńczego uczestniczą w różnych formach hortiterapii oraz terapii z udziałem zwierząt. Zajęcia te mają na celu integrację i aktywne zaangażowanie w codzienne życie gospodarstwa rolnego[73].

- W regionie w 2023 roku, funkcjonowały 3 gospodarstwa opiekuńcze w gminach Lubiewo, Tuchola oraz Cekcyn (wszystkie na obszarze powiatu tucholskiego).

**Tabela 9. Gospodarstwa opiekuńcze funkcjonujące w województwie kujawsko-pomorskim w 2023 roku**

| l.p. | Nazwa gospodarstwa opiekuńczego | Adres |
|---|---|---|
| **1.** | Agroturystyka na cisowym szlaku | Wysoka 73<br>89-512 Iwiec |
| **2.** | Augustynka | ul. Nad Brdą 1<br>89-500 Tuchola |
| **3.** | Warsztatownia Kreatywności | Lubiewice 59<br>89-526 Lubiewo |

*Źródło: Opracowano na podstawie danych pozyskanych z Kujawsko-Pomorskiego Ośrodka Doradztwa Rolniczego w Minikowie*

[73] Broszura „Gospodarstwa Opiekuńcze. Jesień życia w rytmie natury”, Gospodarstwa opiekuńcze w rozwoju obszarów wiejskich wobec wyzwań demograficznych, dostępna na stronie Ministerstwa rolnictwa i rozwoju wsi https://www.gov.pl/web/rolnictwo/gospodarstwa-opiekuncze (dostęp 13.08.2024 r.)

### *Mieszkania wspomagane*

Mieszkania wspomagane i treningowe są formą pomocy społecznej, która służy przygotowaniu, przy wsparciu specjalistów, osoby w nich przebywające do prowadzenia niezależnego życia lub wspieraniu tych osób w codziennym funkcjonowaniu. W mieszkaniu wspomaganym oferowane są usługi bytowe, wsparcie socjalne oraz pomoc w codziennych czynnościach i kontaktach społecznych, mające na celu utrzymanie lub rozwijanie niezależności osoby zgodnie z jej psychofizycznymi możliwościami. Miejsca w mieszkaniach przyznawane są osobom pełnoletnim, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę, potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, ale nie wymagają całodobowej opieki. Mieszkanie wspomagane jest przeznaczone w szczególności dla osób niepełnosprawnych, w tym osób niepełnosprawnych fizycznie lub osób z zaburzeniami psychicznymi; osób w podeszłym wieku lub przewlekle chorych. Mieszkania treningowe i wspomagane mogą być prowadzone przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz podmioty prowadzące działalność w zakresie pomocy społecznej, pieczy zastępczej lub integracji i reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Zarówno mieszkania treningowe, jaki i wspomagane muszą być dostosowane do pełnienia funkcji mieszkalnych w sposób bezpieczny i spełniający wymogi zawarte w rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 30 października 2023 r. w sprawie mieszkań treningowych i wspomaganych.

- W 2023 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowały łącznie 82 mieszkania wspomagane, przeznaczone dla osób starszych. Dysponowały one 151 miejscami. Placówki te znajdowały się w 11 gminach województwa[74] (7,6% wszystkich gmin).W porównaniu do roku poprzedniego odnotowano wzrost gmin oferujących tę formę wsparcia – o dwie oraz wzrost liczby mieszkań – o 20, a tym samym wzrost liczby miejsc o 43.

[74] Barcin, Dobre, Inowrocław m., Łasin, Kamień Krajeński, Nowe, Radziejów m., Solec Kujawski, Świecie, miasto Toruń oraz Włocławek.

## POMOC INSTYTUCJONALNA

### *Domy Pomocy Społecznej*

**Dom Pomocy Społecznej** świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności. Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na następujące typy domów, dla:

1) osób w podeszłym wieku;
2) osób przewlekle somatycznie chorych;
3) osób przewlekle psychicznie chorych;
4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
6) osób niepełnosprawnych fizycznie;
7) osób uzależnionych od alkoholu.

Dom pomocy społecznej może być prowadzony w jednym budynku łącznie dla:

1) osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych;
2) osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie;
3) osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie;
4) osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie[75].

**Tabela 10. Domy pomocy społecznej oraz placówki zapewniające całodobową opiekę w województwie kujawsko-pomorskim**

| Rodzaj placówki | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Liczba miejsc (w 2023 r.) | Liczba osób korzystających (w 2023 r.) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Wartość ogółem (województwo) | | | | | | |
| **Domy pomocy społecznej** | 50 | 49 | 49 | 49 | 49 | 3 990 | 4 566 |
| **Placówki całodobowej opieki** | 12 | 18 | 23 | 26 | 29 | 910 | bd |

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych Rejestru domów pomocy społecznej w województwie kujawsko-pomorskim prowadzonego przez Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy, dane OZPS za lata 2019-2023*

- W województwie kujawsko-pomorskim od 2020 roku infrastruktura domów pomocy społecznej utrzymuje się na tym samym poziomie, w regionie w 2023 roku funkcjonowało 49 domów pomocy społecznej, w tym blisko 50% dedykowanych

[75] *Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*

zwłaszcza seniorom, tj. 10 placówek dla osób w podeszłym wieku oraz 14 dla przewlekle somatycznie chorych.

- Według danych wskazanych przez ośrodki pomocy społecznej w województwie kujawsko-pomorskim na umieszczenie w domu pomocy społecznej oczekiwało 185 osób (mniej o 19 osób, niż w 2022 r.).
- W 2023 roku w porównaniu z rokiem poprzednim liczba miejsc w DPS uległa zwiększeniu o 8, a liczba osób korzystających zwiększyła o 51 osób.

Opieka w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku polega na świadczeniu przez całą dobę usług opiekuńczych (zapewniających udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby, opiekę higieniczną, niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych, kontakty z otoczeniem) bytowych (zapewniających miejsce pobytu, wyżywienie, utrzymanie czystości)[76].

**Tabela 11. Dostępność całodobowej infrastruktury**

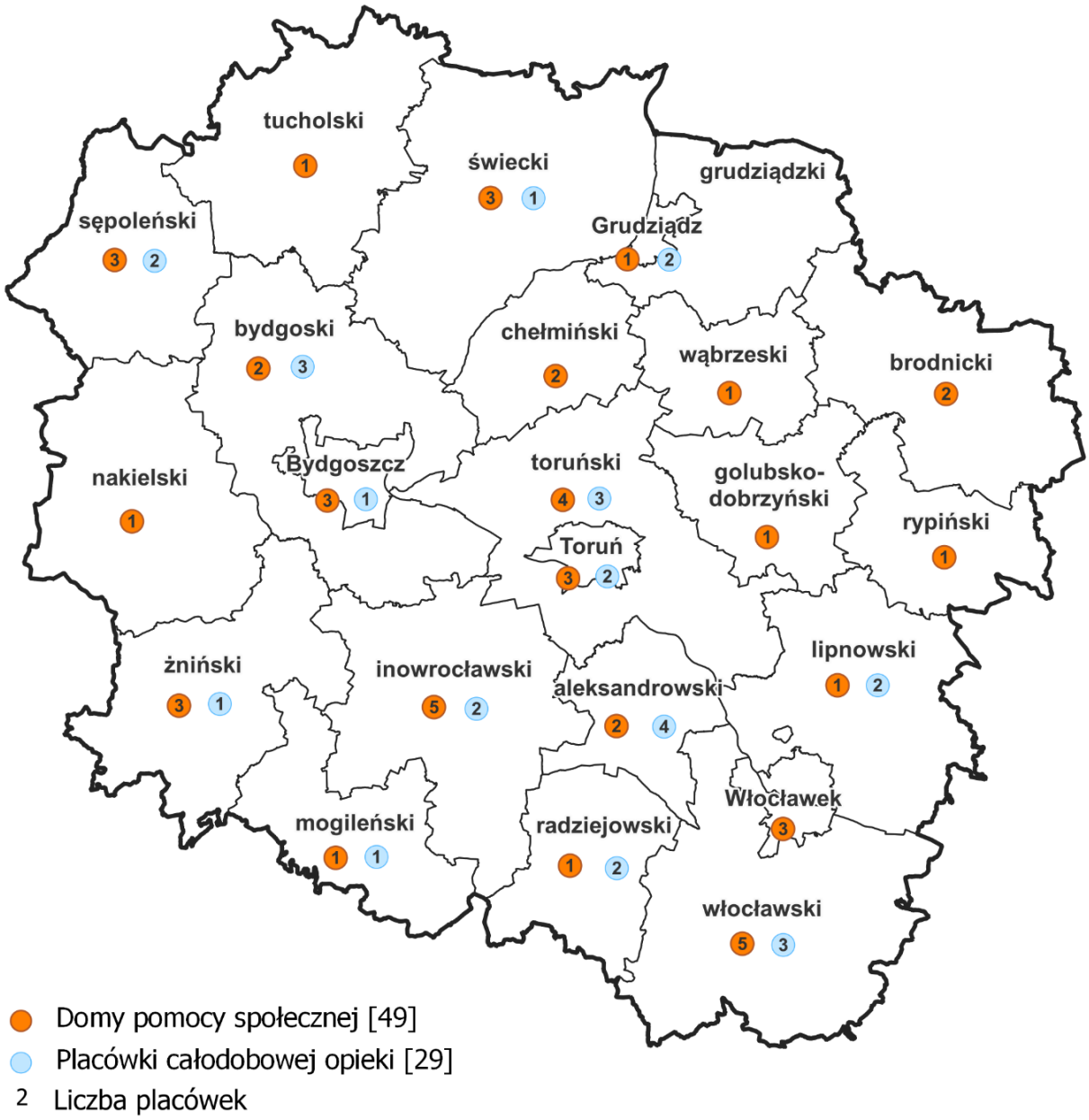
| Rodzaj placówki | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Wartość ogółem (województwo)** | | | | | |
| **Liczba miejsc w DPS przypadająca na 10 tys. mieszkańców** | 19,2 | 19,3 | 20,0 | 19,7 | 19,9 |
| **Liczba miejsc w DPS i placówkach całodobowej opieki przypadająca na 10 tys. mieszkańców** | bd | | | 23,9 | 24,4 |

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych GUS BDL, dane OZPS za lata 2019-2023, Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki*

- W porównaniu do roku 2022 liczba placówek całodobowej opieki zwiększyła się łącznie o 3 podmioty. W 2023 roku powstało 5 nowych placówek: w powiecie aleksandrowskim, bydgoskim, lipnowskim, włocławskim oraz w Toruniu. Z rejestru wojewody wykreślono natomiast 2 placówki, z powiatu nakielskiego oraz toruńskiego.

[76] J.w. 75

**Mapa 17. Wybrane elementy infrastruktury instytucjonalnej dedykowanej osobom starszym na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 roku**




*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych OZPS za rok 2023 oraz rejestru placówek całodobowej opieki prowadzonego przez Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy*

Zgodnie z zapisami Strategii rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.), jednym z kierunków dla realizacji celu strategicznego „Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu świadczącego usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu" ma być zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki długoterminowej. Kluczowym działaniem ma być zmiana funkcjonowania Domów Pomocy Społecznej, które miałyby funkcjonować jako środowiskowe centra opieki, gdzie opieka stacjonarna będzie oferowana tylko wtedy, gdy

nie będzie możliwe wsparcie środowiskowe z uwagi na stan zdrowia, stopień samodzielności oraz poziom wydolności opiekuńczej rodziny, lub w ramach krótkotrwałego pobytu.

## Podsumowanie

Województwo kujawsko-pomorskie mierzy się z wieloma wyzwaniami w zakresie wsparcia społecznego dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami. Analiza wskaźnika deprywacji pokazuje duże zróżnicowanie między gminami – w 44 gminach wartość tego wskaźnika była niższa od średniej wojewódzkiej (51), natomiast w pozostałych 100 była wyższa, przy czym najwyższe wartości odnotowano w gminach wiejskich, takich jak Rypin (264) oraz Radziejów (178). Wysoki poziom deprywacji może wskazywać na istotne potrzeby w zakresie wsparcia społecznego, w tym pomocy dla seniorów.

Rodziny emerytów i rencistów stanowią ponad 28% wszystkich rodzin korzystających ze świadczeń pomocy społecznej, a osoby w tych rodzinach stanowią blisko 20% ogółu osób objętych wsparciem. Co więcej, w latach 2019-2023 odsetek tych rodzin wśród ogółu korzystających z pomocy wzrósł, co sugeruje, że potrzeby tej grupy rosną wraz z postępującym starzeniem się społeczeństwa.

Jednym z kluczowych kierunków działań w polityce społecznej jest deinstytucjonalizacja opieki, a ważną rolę w tym procesie odgrywają Centra Usług Społecznych (CUS). Placówki te zapewniają szeroki wachlarz usług społecznych, koordynując działania wspierające, takie jak usługi opiekuńcze czy organizowanie działań aktywizujących. Mimo to dostępność usług opiekuńczych pozostaje ograniczona – w 2023 roku tylko 1,6% osób w wieku poprodukcyjnym było objętych usługami opiekuńczymi finansowanymi ze środków własnych gmin. Zaledwie 15% gmin organizuje specjalistyczne usługi opiekuńcze jako zadanie własne, a ich liczba systematycznie spada w latach 2019-2023, co może wynikać z ograniczeń finansowych, kadrowych lub uzależnienia od programów zewnętrznych.

Program „Opieka 75+” poprawia dostępność usług opiekuńczych, jednak w 2023 roku objął tylko 27% gmin w regionie, co świadczy o jego ograniczonym zasięgu. Podobnie, usługi asystenckie dla osób z niepełnosprawnościami są bardziej rozpowszechnione, lecz ich realizacja opiera się na projektach czasowych, co powoduje brak ciągłości wsparcia. Opieka wytchnieniowa, niezwykle istotna dla rodzin opiekujących się seniorami, jest realizowana jedynie w 31% gmin, przy czym całodobowa opieka funkcjonowała w zaledwie 5 gminach, a w niektórych powiatach, takich jak chełmiński, radziejowski i wąbrzeski, nie była dostępna w ogóle. Wiele usług uzależnionych jest od programów rządowych, organizacji pozarządowych lub projektów czasowych, co utrudnia ich długofalowe planowanie i dostosowanie do lokalnych potrzeb.

Nierówny dostęp do wsparcia seniorów widoczny jest także w infrastrukturze dziennych domów pomocy – na koniec 2023 roku w gminach trzech powiatów ziemskich oraz jednego miasta na prawach powiatu brakowało tego typu placówek. Jednocześnie w latach 2019-2023 zaobserwowano dynamiczny rozwój klubów samopomocy – liczba gmin

z takimi placówkami wzrosła o 68%, liczba miejsc o 140%, a liczba korzystających o 132%. Mimo to kluby funkcjonują jedynie w 25% gmin województwa, co wskazuje na konieczność dalszej rozbudowy tej formy wsparcia.

Teleopieka staje się coraz bardziej popularną formą wsparcia dla seniorów – w 2023 roku była dostępna w 103 gminach, co stanowi 71% wszystkich gmin województwa. Programy takie jak „Korpus Wsparcia Seniorów" oraz „Kujawsko-Pomorska Teleopieka" pomagają w rozwoju tej usługi, jednak jej dostępność wciąż pozostaje niewystarczająca w stosunku do rosnących potrzeb.

W zakresie mieszkalnictwa wspieranego sytuacja również pozostawia wiele do życzenia. W 2023 roku w województwie funkcjonowały jedynie dwa centra opiekuńczo-mieszkalne, co znacznie ogranicza wsparcie dla dorosłych osób z niepełnosprawnością. Liczba mieszkań wspomaganych dla osób starszych wynosiła zaledwie 82, a były one dostępne jedynie w 11 gminach (7,6% wszystkich gmin w regionie). Choć obserwuje się stopniowy wzrost liczby tego typu mieszkań, ich dostępność pozostaje niewystarczająca, co ogranicza możliwości zamieszkania seniorów w środowisku dostosowanym do ich potrzeb.

Mimo działań na rzecz deinstytucjonalizacji, domy pomocy społecznej (DPS) wciąż pełnią istotną funkcję w systemie wsparcia. W 2023 roku liczba osób korzystających z DPS wzrosła o 51 w porównaniu do roku poprzedniego, a choć liczba oczekujących zmniejszyła się o 19 osób, nadal pozostaje istotna (185 osób). Blisko 50% placówek DPS w regionie dedykowanych jest osobom starszym oraz przewlekle somatycznie chorym, co odzwierciedla demograficzny trend starzenia się społeczeństwa. Utrzymanie tych placówek jest niezbędne dla zapewnienia opieki osobom, które ze względu na stan zdrowia nie mogą pozostać w swoim środowisku.

Wciąż niedostatecznie rozwinięta jest także koncepcja gospodarstw opiekuńczych, w 2023 roku funkcjonowały one jedynie w trzech gminach powiatu tucholskiego (Lubiewo, Tuchola oraz Cekcyn). Wdrożenie większej liczby tego typu placówek mogłoby stanowić alternatywę dla tradycyjnych instytucji opieki długoterminowej.

Województwo kujawsko-pomorskie stoi przed wieloma wyzwaniami w zakresie wsparcia osób starszych i z niepełnosprawnościami. Wzrost liczby seniorów korzystających z pomocy społecznej, ograniczona dostępność usług opiekuńczych i specjalistycznych, a także nierównomierne rozmieszczenie placówek wsparcia wskazują na konieczność dalszego rozwoju systemu opieki i jego dostosowania do zmieniających się potrzeb społeczeństwa. W szczególności kluczowe staje się zwiększenie liczby usług środowiskowych, rozwój teleopieki oraz poprawa dostępności usług opiekuńczych i mieszkań wspomaganych, aby umożliwić osobom starszym jak najdłuższe pozostawanie w swoim środowisku przy odpowiednim wsparciu.

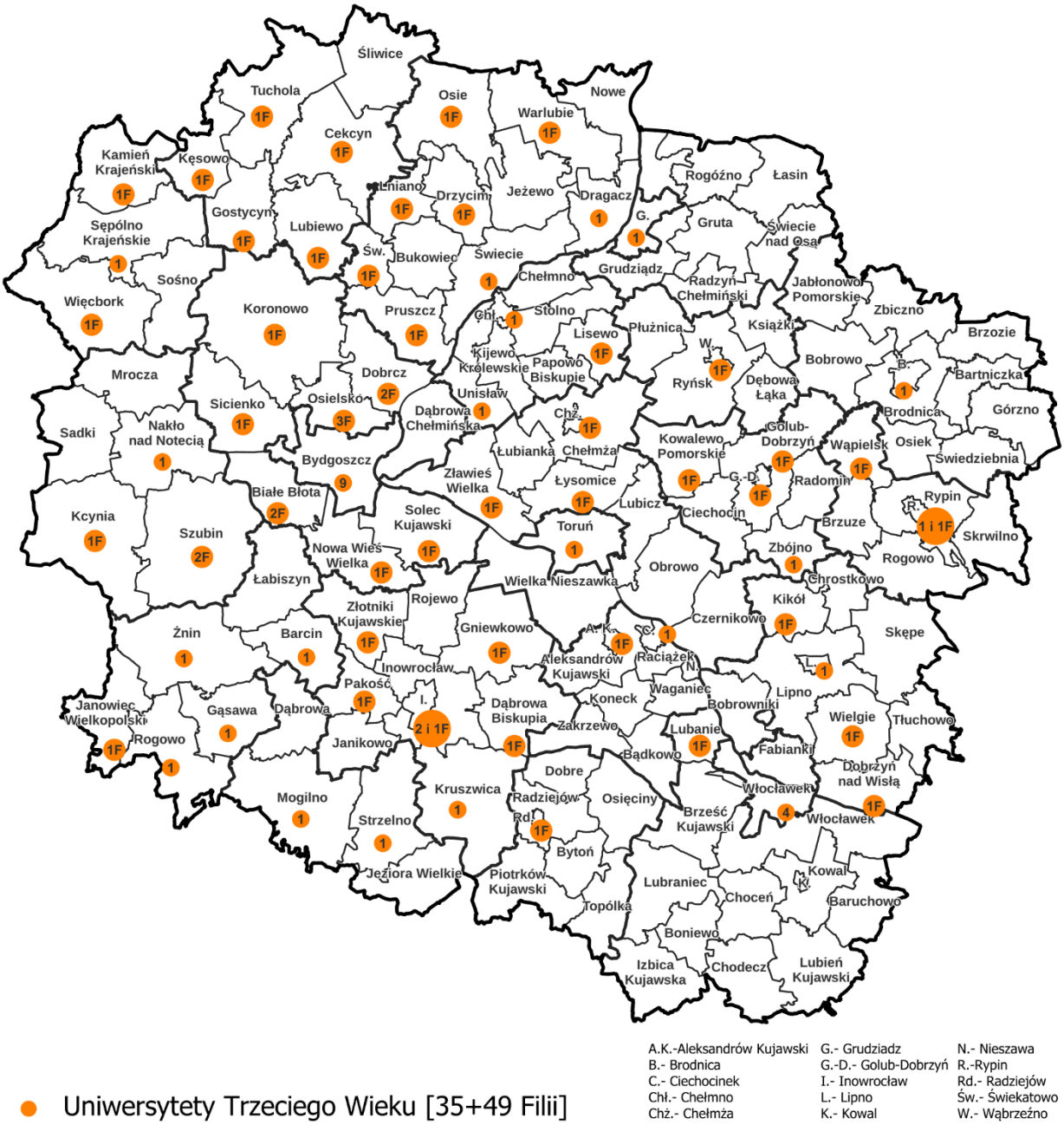
## Edukacja

XXI wiek jest okresem w dziejach ludzkości kiedy wszystko zmienia się bardzo dynamiczne, postępuje proces globalizacji, nieustannie rozwijają się nowe technologie, co wymusza na ludności naukę oraz adaptację do nowych warunków i wyzwań. Z tego powodu rozwinięciu uległa idea *lifelong learning*, jest to koncepcja w której głównym założeniem jest proces zdobywania i uaktualniania wiedzy, umiejętności, zainteresowań oraz kompetencji, przez cały okres trwania życia. Proces ten charakteryzuje się ,,elastycznością, różnorodnością i dostępnością w różnym czasie i w różnych miejscach. Jest to koncepcja, która pokazuje, że uczenie się ma również miejsce poza tradycyjną edukacją. Całożyciowe uczenie się pozwala człowiekowi na przystosowanie się do funkcjonowania w społeczeństwie opartym na wiedzy oraz umożliwia aktywny udział w życiu społecznym i gospodarczym”[77]. Grupą którą najbardziej dotykają zmiany są seniorzy, to oni pamiętają co było, a jednocześnie muszą nabywać nowe umiejętności, aby jak najlepiej funkcjonować w dynamicznie zmieniającej się codzienności.

Poprzez edukację osoby starsze utrzymują aktywność, zdrowie oraz integrują się z resztą społeczeństwa. Uczenie się nowych rzeczy, nawet w starszym wieku, może pomóc w utrzymaniu sprawności umysłowej, poprawie pamięci i koncentracji, a także w opóźnianiu procesów demencji. Ponadto osoby starsze poprzez uczestnictwo w zajęciach i różnych aktywnościach nie są odizolowane od społeczeństwa, nawiązują nowe znajomości co zmniejsza poczucie osamotnienia. Edukacja w starszym wieku może również służyć rozwijaniu pasji, zdobywaniu nowych umiejętności lub przygotowaniu do kontynuowania aktywności zawodowej: w formie pracy wolontariackiej, doradztwa czy działalności na własny rachunek.

[77] Luty-Michalak M., *Lifelong learning a satysfakcja z życia osób po 50. Roku życia*, Roczniki Nauk Społecznych, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II; Towarzystwo Naukowe KUL, vol. 51, no. 3, 2023, s. 71-82

**Mapa 18. Rozmieszczenie Uniwersytetów Trzeciego Wieku w 2022 r.**




*Źródło: Opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu*

Istnieje kilka kluczowych form kształcenia seniorów. Najpopularniejszym jest uczestnictwo w zajęciach, kursach, warsztatach organizowanych przez Uniwersytety Trzeciego Wieku. Według danych zebranych w ramach badania statystycznego GUS, w roku akademickim 2021/2022 w naszym kraju w ramach różnych form organizacyjno-prawnych funkcjonowało 522 UTW. W 2022 roku (stan na dzień 31.12.2022 r.) w województwie kujawsko-pomorskim funkcjonowały 84 Uniwersytety Trzeciego Wieku ( w tym 49

filii)[78].Najwięcej tego typu placówek funkcjonowało w Bydgoszczy (aż 9 UTW), we Włocławku (4 UTW) oraz w Inowrocławiu (3 UTW).

Ponadto osoby starsze mogą korzystać z kursów i warsztatów organizowanych przez lokalne ośrodki kultury, biblioteki i inne instytucje, które często organizują kursy i warsztaty dla seniorów, dotyczące na przykład obsługi komputerów, języków obcych, sztuki czy zdrowego stylu życia. Obecnie Internet stał się ważnym narzędziem edukacji, dlatego osoby starsze mają dostęp do kursów online, webinariów i platform e-learningowych umożliwiających naukę w dowolnym miejscu i czasie, co jest szczególnie cenne dla osób, które mogą mieć trudności z uczestnictwem w zajęciach stacjonarnych. Kolejną formą jest wolontariat edukacyjny, dzięki niemu seniorzy mają szanse podzielić się swoją wiedzą i doświadczeniem z młodszymi pokoleniami.

## Podsumowanie

Współczesne wyzwania społeczne i technologiczne wymagają od osób starszych ciągłej adaptacji i zdobywania nowych kompetencji. Edukacja seniorów odgrywa kluczową rolę w utrzymaniu ich aktywności umysłowej i fizycznej, poprawia pamięć, koncentrację oraz opóźnia procesy związane z demencją. Uczestnictwo w zajęciach edukacyjnych nie tylko sprzyja rozwojowi intelektualnemu, ale także przeciwdziała izolacji społecznej, zmniejsza poczucie osamotnienia i sprzyja nawiązywaniu nowych znajomości.

Kształcenie osób starszych bezpośrednio przekłada się na poprawę ich jakości życia, zdrowia psychicznego oraz integracji społecznej. Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego działało 35 Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW) oraz 49 filii, które oferują różnorodne zajęcia dostosowane do potrzeb seniorów. Jednak ich dostępność na obszarach wiejskich jest znacząco ograniczona, co sprawia, że wielu starszych mieszkańców regionu nie ma możliwości skorzystania z edukacji w takiej formie.

Aby zwiększyć dostępność edukacji dla seniorów, konieczne jest poszerzenie oferty bezpłatnych szkoleń i zajęć, zwłaszcza w zakresie obsługi nowych technologii, zdrowego stylu życia oraz bezpieczeństwa. Rozwój kompetencji cyfrowych może przyczynić się do większej samodzielności w codziennym funkcjonowaniu, a wiedza dotycząca zdrowia i bezpieczeństwa pozwala seniorom podejmować świadome decyzje dotyczące ich dobrostanu. Stworzenie szerszej i bardziej dostępnej oferty edukacyjnej dla osób starszych, szczególnie na terenach wiejskich, może w istotny sposób przyczynić się do poprawy ich jakości życia oraz aktywizacji społecznej.

[78] Informator dla Seniora, Toruń 2023

## Aktywność społeczna, kulturalna

Aktywność społeczną seniorów można określić jako zaangażowanie w życie rodzinne, społeczne, kulturalne i intelektualne[79]. Angażowanie się różne działania czy inicjatywy społeczne stanowi naturalna potrzebę człowieka, jest to istotne na każdym etapie życia jednakże w przypadku osób starszych, aktywność społeczna nabiera szczególnego znaczenia, często determinując satysfakcję i jakość ich życia[80]. Podejmowanie oraz rodzaj aktywności społecznej seniorów są ściśle związane z ich sytuacją rodzinną, stanem zdrowia czy stopniem samodzielności[81]. Na stopień zaangażowania seniorów w działania społeczne, mają wpływ również takie zmienne jak płeć (wszelkiego rodzaju działania podejmowane są częściej przez kobiety), miejsce zamieszkania (inna dostępność usług na terenach miejskich oraz wiejskich), poziom wykształcenia (im wyższe wykształcenie tym większa chęć partycypacji w różnych działaniach), sytuacja ekonomiczna[82].

Osoby starsze, po przejściu na emeryturę często mogą doświadczać pewnego poczucia straty, wynikającego z utraconej pozycji zawodowej oraz społecznej[83], a także osamotnienia spowodowanego często samotnym zamieszkiwaniem[84], czy brakiem relacji rodzinnych. Dodatkowo dynamiczny rozwój gospodarczy i technologiczny, za którym wiele osób starszych nie jest w stanie nadążyć, a także kult młodości obecny w kulturze (wypieranie starości ze świadomości społecznej) może skutkować wzrostem wykluczenia społecznego osób w wieku senioralnym[85]. Taka sytuacja może prowadzić do pogłębiającego się niepokoju i lęku o swoją pozycję i rolę w świecie, a także prowadzić do różnych stanów emocjonalnych.

Aktywność osób starszych, w różnych obszarach może być sposobem na zachowanie zdrowia psychicznego[86], jest to też sposób na podtrzymywanie i budowanie przez osoby starsze relacji ze środowiskiem lokalnym oraz rodzinnym[87]. Jest ona także warunkiem prawidłowego rozwoju, który umożliwia prowadzenie twórczego i harmonijnego trybu życia oraz stanowi podstawę leczenia wielu chorób i jest traktowana jako czynnik opóźniający procesy starzenia[88]. Aktywne starzenie na poziomie indywidualnym powinno przyczyniać się do poprawy jakości życia seniorów poprzez utrzymanie ich niezależności i autonomii, a na poziomie społecznym redukować wydatki publiczne, w tym związane z emeryturami, usługami zdrowotnymi i opiekuńczymi, oraz zmniejszać obciążenie związane

[79] Kawińska M., *Aktywność społeczna seniorów–oczekiwania, możliwości, wyzwania.* Projekt „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka–osoby 60+", 2021

[80] Rynkowska D., *Rola i znaczenie aktywności społecznej seniorów,* Annales Universitatis Maria E Curie- Skłodowska Lublin-Polonia, Vol. XLI, 2 Sectio I, 2016 r., s. 91-101. DOI: 10.17951/i.2016.41.2.91

[81] J.w.79

[82] Kawińska M., *Starzenie się społeczeństwa europejskiego – narzędzia pomiaru,* Uniwersyteckie Czasopismo Socjologiczne, nr 14 (1), 2016

[83] Fopka-Kowalczyk M., *Samotność osób starszych i czynniki ją warunkujące. Kultura i Edukacja*, (1 (119), 2018, s. 70-80.

[84] Więcej o liczbie seniorów prowadzących jednoosobowe gospodarstwa domowe, w rozdziale dot. demografii.

[85] Pikuła N., *Samotność czy wykluczenie społeczne osób starszych*, „Praca Socjalna", nr 4, 2015

[86] Pikuła N., *Aktywność społeczno-edukacyjna jako czynnik zmiany i rozwoju osób starszych. Praca Socjalna, 36(3),* 2021, s. 127-141. https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.1535.

[87] J.w. 79

[88] Gierek P., Rola aktywności w przeciwdziałaniu ekskluzji społecznej osób starszych. *Społeczeństwo i Polityka*, (2 (67), 2021, s. 29-42

z osobami starszymi. W związku z tym seniorzy powinni brać udział w życiu społecznym tak długo, jak pozwalają na to ich ograniczenia i możliwości[89].

### Wolontariat Opiekuńczy

Usługi wolontariatu opiekuńczego koncentrują się na przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu oraz utrzymaniu w środowisku zamieszkania osób, które z powodu wieku, stanu zdrowia, czy innych czynników nie radzą sobie same w codziennym życiu i nie mogą liczyć na pomoc innych. Zakres usług świadczonych w ramach wolontariatu jest ustalany indywidualnie, w zależności od potrzeb podopiecznych oraz zasad działalności placówki realizującej wsparcie wolontariackie. Najczęściej stanowi odpowiedź na potrzeby podopiecznych w zakresie obecności drugiego człowieka, zapewnienia kontaktów z otoczeniem, wsparcia w drobnych czynnościach dnia codziennego (m.in. robienie drobnych zakupów, proste prace porządkowe, zmiana pościeli i ścielenie łóżek, asystowanie przy posiłkach, rzadziej pomoc przy czynnościach pielęgnacyjnych). Tego rodzaju działalność może być prowadzona przez różnego rodzaju podmioty (organizacje pozarządowe, w tym kościelne, placówki edukacyjne, podmioty ochrony zdrowia)[90].

- W 2023 roku wolontariat opiekuńczy świadczony był w 10 gminach województwa kujawsko-pomorskiego (7%)[91].
- 6 z 10 gmin wskazało, że organizatorem wolontariatu opiekuńczego był Ośrodek Pomocy Społecznej, oprócz tego wskazywano również PCK, parafie oraz ROPS w Toruniu.
- Łącznie wolontariatem objętych było 210 osób.

[89] J.w. 82

[90] *Informator dla seniora 2023, ROPS Toruń*

[91] Informacje na temat wolontariatu opiekuńczego w 2023 roku, pochodzą z Ankiety Dodatkowej do Oceny Zasobów Pomocy Społecznej za rok 2023

## Kluby i świetlice dla seniorów

Klub seniora jest placówką skierowaną do osób starszych. Działalność klubów seniora najczęściej skupia się na wsparciu oraz aktywizacji społecznej seniorów w środowisku lokalnym. Placówki te oferują szeroki wachlarz możliwości dla swoich słuchaczy, obejmują one działania o tematyce m.in. kulturalnej, edukacyjnej, integracyjno-towarzyskiej, manualno-rękodzielniczej, kulinarnej, fizyczno-ruchowej, rekreacyjnej, krajoznawczej[92].

Kluby seniora mogą dla swoich uczestników pełnić funkcje kompensacyjną, terapeutyczną, profilaktyczną, integracyjną, rekreacyjno-turystyczną, adaptacyjną, informacyjną, kształcącą, prozdrowotną oraz opiniotwórczą[93]. Udział seniorów w działaniach klubu pomaga zaspokajać potrzeby rozwojowe, zapewnia im poczucie jedności i przynależności do grupy, oferuje wsparcie psychiczne oraz staje się źródłem satysfakcji i poczucia spełnienia[94]. Działalność tych placówek pomaga również zmniejszyć problem marginalizacji seniorów i może przyczyniać się do polepszenia jakości ich życia[95].

- Z roku na rok przybywa w gminach regionu klubów i świetlic dla seniorów (wzrasta nie tylko liczba tego rodzaju podmiotów, ale również odsetek gmin, na terenie których one funkcjonują). W 2023 roku odnotowano niewielki wzrost – w porównaniu do roku poprzedniego przybyły 4 placówki, natomiast liczba gmin, w których funkcjonują kluby i świetlice dla seniorów, wzrosła zaledwie o jedną.
- W 2023 roku 370 klubów i świetlic dla seniorów działało w 117 gminach regionu (nadal jednak 27 gmin nie dysponowało tego rodzaju ofertą skierowaną do osób starszych).

**Tabela 12. Kluby i świetlice dla seniorów w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2019-2023**

| Rodzaj wskaźnika | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|
| | Wartość ogółem (województwo) | | | | |
| **Liczba klubów/ świetlic dla seniorów** | 311 | 333 | 360 | 366 | 370 |
| **Liczba gmin, na terenie których funkcjonują kluby/ świetlice dla seniorów** | 103 | 109 | 116 | 117 | 117 |

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych OZPS za lata 2019-2023*

[92] Witkowska-Paleń, *Motywy uczestnictwa osób starszych w klubach seniora na przykładzie badań w środowiskach wiejskich w województwie podkarpackim*. *SocialWork/Praca Socjalna*, (2), 2024

[93] Chabior A., *Kluby Seniora miejscem uczestnictwa kulturalnego i animacji społeczno-kulturalnej. Aktywizacja, rozwój, integracja–ku niezależnej starości,* 2021, s. 73

[94] Szpak M., Jania K., Mochel D., Ożóg K., Pilip W., Rybak P., *Zarządzanie jakością życia w wieku senioralnym: uczestnictwo w Klubach Seniora jako forma zapobiegania depresji. Państwo i Społeczeństwo*, 13(2), 2013, s. 71–86

[95] Młyński J., Aktywność seniorów w środowisku lokalnym. Studia nad Rodziną UKSW, 3(48), 2013, s. 69–86

**Mapa 19. Kluby i świetlice dla seniorów w 2023 roku**

A.K.-Aleksandrów Kujawski
B.- Brodnica
C.- Ciechocinek
Chł.- Chełmno
Chż.- Chełmża
G.- Grudziadz
G.-D.- Golub-Dobrzyń
I.- Inowrocław
L.- Lipno
K.- Kowal
N.- Nieszawa
R.-Rypin
Rd.- Radziejów
Św.- Świekatowo
W.- Wąbrzeźno

2 Kluby/ świetlice dla seniorów [370]

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie danych przekazanych przez OPS w Sprawozdaniu OZPS za rok 2023*

## Rady Seniorów

**Rady seniorów** są organami opiniodawczo-doradczymi, które reprezentują interesy grupy osób starszych w gminie, powiecie i województwie, odpowiadające na ich realne potrzeby i faktyczną sytuację. Powoływane są na różnych szczeblach samorządu.

Najczęściej w strukturach urzędów miast i gmin powoływane są rady seniorów, które pełnią rolę nie tylko opiniodawczą i reprezentującą interesy osób w podeszłym wieku, ale również podejmują aktywności i realizują różnego rodzaju działania oraz przedsięwzięcia mające na celu aktywizację, jak i integrację środowisk senioralnych. Ponadto Rady Seniorów stanowią bezpośredni głos osób starszych w społecznościach lokalnych. Są ważnym ogniwem w procesie konsultowania, wdrażania i oceny działań podejmowanych przez samorząd na rzecz seniorów. Dzięki swojej działalności umożliwiają realne włączanie perspektywy osób starszych w planowanie i realizację polityk publicznych, co sprzyja lepszemu dostosowaniu lokalnych inicjatyw do potrzeb tej grupy mieszkańców oraz wzmacnia dialog między władzami samorządowymi a społecznością senioralną. Rady mają zatem charakter konsultacyjny, doradczy i inicjatywny w sprawach dotyczących osób starszych. Biorąc pod uwagę postępujący proces starzenia się naszego społeczeństwa, rady seniorów mogą być ważnym i skutecznym wsparciem dla lokalnych władz, instytucji i organizacji pozarządowych w zakresie polityki senioralnej[96].

Do ich zadań należy w szczególności:

- rozwijanie postaw obywatelskich seniorów przez włączanie ich do procesów konsultacyjnych;
- opiniowanie projektów i zgłaszanie uwag do przepisów prawa, w tym zwłaszcza projektów prawa miejscowego, dotyczącego spraw ważnych dla seniorów (w formie petycji, konsultacji i in.);
- opracowywanie kierunków, standardów, rozwiązań i działań na rzecz seniorów;
- współpraca z instytucjami i innymi podmiotami w zakresie monitorowania i rozwiązywania problemów seniorów;
- rozpowszechnianie aktualnych informacji o sprawach ważnych dla seniorów;
- inicjowanie działań na rzecz seniorów i dialogu międzypokoleniowego;
- inspirowanie działań na rzecz rozpoznawania i diagnozowania potrzeb seniorów;
- podejmowanie działań zmierzających do powoływania rzeczników mieszkańców domów pomocy społecznej[97].

W 2023 roku, na terenie województwa kujawsko-pomorskiego działało łącznie 25 rad seniorów w tym Kujawsko-Pomorska Wojewódzka Rada Seniorów.

[96] https://www.prawo.pl/samorzad/rady-seniorow-rola-i-zadania-w-samorzadach,471116.html

[97] Informator dla seniora 2023, ROPS w Toruniu

**Mapa 20. Rady Seniorów w 2023 roku**

*Źródło: opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu na podstawie ankiety uzupełniającej do OZPS za 2023 rok*

## Podsumowanie

Aktywność społeczna odgrywa kluczową rolę w życiu osób starszych, wspierając ich zdrowie psychiczne, poczucie autonomii oraz ogólną satysfakcję życiową. Zaangażowanie w różne formy działań społecznych pozwala seniorom utrzymywać aktywność, nawiązywać i podtrzymywać relacje rodzinne oraz kontakty w środowisku lokalnym, co skutecznie przeciwdziała osamotnieniu i wykluczeniu społecznemu.

W województwie kujawsko-pomorskim jednym z narzędzi wspierających aktywność społeczną seniorów są Rady Seniora – w 2023 roku funkcjonowało ich 25. Rady te odgrywają istotną rolę w integracji środowiska osób starszych oraz reprezentowaniu ich potrzeb w lokalnych społecznościach. Współpraca z samorządami i organizacjami społecznymi pozwala na lepsze dostosowanie polityki senioralnej do rzeczywistych oczekiwań i wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństwa.

Mimo istniejących inicjatyw, wciąż istnieje potrzeba dalszego rozwoju działań sprzyjających aktywizacji seniorów. Tworzenie nowych przestrzeni do angażowania się w życie społeczne, w tym rozwój klubów seniora, wolontariatu czy międzypokoleniowych programów współpracy, może znacząco poprawić jakość życia starszych mieszkańców regionu. Zwiększenie dostępności takich form wsparcia, zwłaszcza na obszarach wiejskich, mogłoby przeciwdziałać izolacji społecznej i przyczynić się do większej integracji seniorów w lokalnych społecznościach.

## Aktywność Zawodowa

Wydłużająca się długość życia, lepsze zdrowie i zmieniające się warunki ekonomiczne przyczyniają się do tego, że coraz więcej seniorów może pozostać aktywnymi zawodowo lub podjąć pracę po osiągnięciu wieku emerytalnego. Poza podjęciem lub kontynuowaniem pracy zawodowej osoby starsze mogą angażować się w pracę wolontariacką i/ lub społeczną na rzecz społeczności lokalnych np. w Radach Seniora, organizacjach charytatywnych czy edukacyjnych, co pozwala na wykorzystanie ich doświadczenia i wiedzy bez konieczności podejmowania formalnego zatrudnienia. Osoby starsze, oprócz aktywności zawodowej, mogą rozwijać zainteresowania w Klubach Seniora (więcej o Radach Seniora i Klubach Seniora w podrozdziale „Aktywność społeczna, kulturalna").

Kontynuowanie zatrudnienia może wiązać się z koniecznością nabywania nowych umiejętności oraz adaptacją do nowych narzędzi i rozwiązań technologicznych. Firmy, w celu zachęcenia seniorów do podjęcia pracy w ich organizacjach, wdrażają programy mentoringowe, elastyczne formy zatrudnienia oraz prowadzą szkolenia pozwalające nabyć nowe umiejętności.

W całej Polsce w 2022 roku 1,459 mln osób w wieku 60-89 lat pozostawało aktywnymi zawodowo, co stanowiło 8,5 % ogółu ludności aktywnej zawodowo w wieku 15-89 lat[98]. Najwyższym odsetkiem pracujących wśród seniorów charakteryzowało się województwo mazowieckie. Wskaźnik zatrudnienia w grupie wieku 60-89 lat ukształtował się w tym województwie na poziomie 18,9%. Drugie miejsce, pod względem wysokości tego wskaźnika, zajęło województwo dolnośląskie (17,3%). Najniższy udział pracujących wśród seniorów odnotowano w województwach śląskim (11,5%) i podkarpackim (12,3%).
W naszym regionie wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 60-89 lat wynosił 14,7 % i był niższy od średniej dla całego kraju tj. 15,5 %. W grupie osób w wieku 60 lat i więcej posiadających ustalone prawo do emerytury udział pracujących i wykonujących umowy cywilnoprawne, zamieszkujących województwo kujawsko-pomorskie, wynosił 6,8 %. W 2023 roku wg Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Toruniu, w naszym regionie było 54 376 zarejestrowanych osób bezrobotnych (dane na koniec okresu)[99], w tym 2 905 to osoby powyżej 60 roku życia (w tym 7 kobiet).

W kontekście starzejącego się społeczeństwa w Polsce, szczególne znaczenie nabierają zmiany jakościowe na rynku pracy. Zgodnie z prognozami Głównego Urzędu Statystycznego, do 2035 roku osoby w wieku 65 lat i więcej będą stanowić ponad 25% populacji (GUS, 2021). Kluczowym wyzwaniem dla Polski staje się wdrażanie aktywnej polityki, której celem jest aktywizacja osób 50+, aby mogły one jak najdłużej pozostawać aktywne zawodowo. Okres między pięćdziesiątym rokiem życia a okresem emerytalnym

[98] GUS, Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 r., Warszawa, Białystok 2023
[99] Dane Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Toruniu stan w końcu roku 2023, dostęp 06.08.2024 r.

uznaje się za czas na przygotowanie pracownika do potencjalnego pozostania na rynku pracy po wejściu w okres emerytalny.

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych definiuje osoby starsze jako te, które ukończyły 60. rok życia, natomiast rynek pracy odnosi się do osób starszych prognostycznie i wskazuje w programach zawodowych, w kontekście starzenia się społeczeństwa, osoby 50+.

Działania na rzecz osób 50+, w kontekście starzejącego się społeczeństwa, są formą profilaktyki zarówno w wymiarze społecznym, jak i na rynku pracy. Wspierają one aktywne uczestnictwo tej grupy w życiu zawodowym. Takie podejście odzwierciedla długofalowe myślenie o procesie starzenia społeczeństwa, koncentrując się na tworzeniu warunków, które pozwolą osobom starszym zachować aktywność i niezależność. Inwestycje w edukację, przekwalifikowanie oraz dostosowanie środowiska pracy są kluczowe dla zapewnienia, że osoby 50+ mogą w pełni wykorzystać swoje umiejętności i doświadczenie, przyczyniając się tym samym do rozwoju społeczności.

Biorąc pod uwagę brak kadry w zawodach pomocowych i medycznych, przekwalifikowanie osób 50+ do zawodów pomocowych stanowi szansę na utrzymanie ciągłości usług na przestrzeni kolejnych dekad. Doświadczenie i wiedza tej grupy pracowników mogą znacząco wzbogacić środowisko pracy, a także przyczynić się do transferu umiejętności pomiędzy pokoleniami. Aktywizacja osób starszych w tych sektorach nie tylko pomoże w zaspokojeniu rosnącego zapotrzebowania na usługi, ale także wzmocni współpracę między pokoleniami.

Obserwujemy w Polsce ożywienie dyskursu na temat rynku pracy osób w wieku okołoemerytalnym[100]. Krajowy *Program Wieloletni na rzecz osób starszych „Aktywni +" na lata 2021-2025* wielokrotnie odnosi się do badań *„Share: 50+ w Europie"*, które poświęcone są osobom dojrzałym na rynku pracy. Oba dokumenty podkreślają konieczność działań na rzecz utrzymania osób 50+ na rynku pracy oraz umożliwienia im podniesienia kwalifikacji lub zmiany zawodu, aby mogły pozostać aktywnymi zawodowo w momencie osiągnięcia wieku emerytalnego. Na gruncie wojewódzkim realizowany jest przez Wojewódzki Urząd Pracy w Toruniu, projekt „Kierunek – Rozwój" współfinansowany z programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027. Projekt stanowi szansę na podwyższenie kompetencji i kwalifikacji zawodowych osób 50+ województwa kujawsko-pomorskiego.

Według danych zawartych w publikacji Polskiego Instytutu Ekonomicznego[101] 23,0% osób aktywnych zawodowo prowadzących działalność gospodarczą to osoby w wieku powyżej 50 roku życia. W 2022 roku osoby 50+ założyły ponad 35 tys. jednoosobowych działalności gospodarczych co stanowi 12% wszystkich założonych JDG w tym okresie. Wśród osób 50+ zakładających działalność gospodarcza 27% to osoby w wieku emerytalnym.

[100] Za osoby w wieku okołoemerytalnym można uznać osoby mające od 50 do 69 lat. Źródło: Raciborski F., Samoliński B. (red.), *Raport Stres Okołoemerytalny w ujęciu zdrowotnym, ekonomicznym, psychologicznym i społecznym*, Warszawa 2013, Raport przygotowany na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej

[101] Polski Instytut Ekonomiczny, Przedsiębiorcy 50+, Warszawa 2023

W 2024 roku Wojewódzki Urząd Pracy zlecił wykonanie badania „Potencjał „Silversów" (osób po 50. roku życia) na kujawsko-pomorskim rynku pracy. Zapotrzebowanie na zawody wśród pracodawców zatrudniających osoby powyżej 50. roku życia.". Respondentami badania byli:

- przedstawiciele pracodawców zatrudniających osoby powyżej 50 roku życia [n=100];
- pracownicy powyżej 50. roku życia (w tym osoby w wieku emerytalnym) [n=20].

W wyniku przeprowadzonego badania wyciągnięto kluczowe wnioski oraz rekomendację. Wniosek 1 opisuje wyzwanie, jakim jest słabnąca zdolność do pracy pracowników 50+, którzy zmagają się z problemami natury fizycznej oraz psychicznej, co może skutkować utratą zatrudnienia. Rekomendowane rozwiązania zakładają: prowadzenie polityki prozdrowotnej firmy, oferowanie pracownikom benefitów wspierających zdrowie i kondycję fizyczną, dodatkowy urlop na poratowanie zdrowia. We wniosku 2 zwrócono uwagę na fakt, iż osoby 50+ często nie są pewne swojej wartości, uważają wiek za przeszkodę do samorozwoju i dążenia do lepszych warunków zatrudnienia. W ramach zapobiegania takiej sytuacji proponuje się: wdrażanie zajęć coachingu wzmacniających pewność siebie, wsparcie grupowe wzmacniające kompetencje społeczne oraz działania zmierzające do poprawy wyglądu fizycznego. Kolejne wnioski odnoszą się do pracodawców, którzy cenią wiedzę i doświadczenie starszych pracowników, jednak nie potrafią jej wykorzystać. Należy więc promować i upowszechniać wśród pracodawców dobre praktyki polegające na korzystaniu z potencjału Silversów. W kolejnych rekomendacjach zaleca się działania na rzecz kształtowania świadomości społecznej na temat aktywnego starzenia, co wynika z faktu, że w społeczeństwie nadal funkcjonują krzywdzące stereotypy na temat starości. Zaleca się umożliwianie Silversom elastycznych form zatrudnienia i czasu pracy w celu pogodzenia aktywności zawodowej z realizacją prywatnych celów.

## Podsumowanie

Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 60-89 lat w województwie kujawsko-pomorskim wynosi 14,7%, co jest wynikiem niższym od średniej krajowej (15,5%). Jeszcze niższy jest odsetek pracujących wśród osób, które mają ustalone prawo do emerytury - tej grupie jedynie 6,8% podejmuje zatrudnienie lub wykonuje umowy cywilnoprawne.
W kontekście starzejącego się społeczeństwa kluczowe staje się wspieranie aktywności zawodowej osób 50+, co pozwala na dłuższe wykorzystanie ich potencjału na rynku pracy oraz przeciwdziała wykluczeniu ekonomicznemu i społecznemu.

Aby ułatwić osobom starszym pozostanie na rynku pracy, konieczne są inwestycje w edukację, programy przekwalifikowania oraz wdrażanie elastycznych form zatrudnienia. Wiele osób po 50. roku życia doświadcza problemów zdrowotnych lub braku pewności siebie, co ogranicza ich gotowość do dalszego rozwoju zawodowego. Tworzenie programów wspierających tę grupę, w zakresie zdobywania nowych kompetencji i dostosowania warunków pracy do ich możliwości, mogłoby zwiększyć poziom aktywności zawodowej seniorów.

Jednocześnie rośnie zainteresowanie przedsiębiorczością wśród osób starszych. W Polsce osoby powyżej 50. roku życia stanowią 23% aktywnych zawodowo prowadzących działalność gospodarczą. W 2022 roku seniorzy założyli ponad 35 tys. jednoosobowych działalności gospodarczych, co stanowiło 12% wszystkich nowo zarejestrowanych JDG. Co więcej, aż 27% osób zakładających działalność w tym okresie znajdowało się w wieku emerytalnym. To pokazuje, że coraz więcej seniorów decyduje się na niezależność zawodową i podejmuje działania na rzecz własnej przedsiębiorczości.

Mimo to, w społeczeństwie wciąż funkcjonują stereotypy dotyczące starości, które wpływają na postrzeganie osób starszych jako mniej zdolnych do pracy czy mniej elastycznych na rynku zatrudnienia. Zmiana tych przekonań oraz stworzenie bardziej przyjaznych warunków dla starszych pracowników i przedsiębiorców może przyczynić się do lepszego wykorzystania ich potencjału oraz zwiększenia ich udziału w rynku pracy. Wzmacnianie aktywności zawodowej seniorów jest nie tylko korzystne dla nich samych, ale także stanowi odpowiedź na wyzwania demograficzne i rosnące zapotrzebowanie na doświadczonych pracowników.

## Turystyka, sport, rekreacja

W kontekście starzejącego się społeczeństwa zagadnienia zdrowia psychicznego oraz fizycznego osób starszych nabierają coraz większego znaczenia. Tzw. zdrowy styl życia, który ma fundamentalny wpływ na role procesu adaptacji organizmu seniora do zmian zachodzących wraz z wiekiem, staje się coraz powszechniejszy. Z badań jednoznacznie wynika, iż aktywnie spędzany czas wolny (niezależnie jaką przyjmuje formę) jest kluczowy w utrzymaniu kondycji, zarówno psychicznej, jak i fizycznej. Aktywność, jaką w wolnym czasie podejmują osoby w podeszłym wieku, uzależniona jest od wielu czynników, ale kwestią kluczową jest, aby osoby starsze w życiu codziennym wdrażały różnego rodzaju działania, które korzystnie wpłyną na ich zdrowie. Na popularności zyskują różnorodne formy aktywności, z których korzystać mogą seniorzy. Co więcej, zmiany społeczne niejako wymuszają, aby m.in. rynek turystyczny i oferta sportowa, były coraz lepiej dostosowane do tej grupy odbiorców.

Niewątpliwą zaletą wieku senioralnego oraz zakończenia aktywności zawodowej jest zwiększona ilość wolnego czasu, który można poświęcić na realizację pasji, której często osoby starsze wcześniej nie mogły w pełni się poświęcić. Seniorzy są grupą społeczną, która z jednej strony ma najwięcej możliwości czasowych, by aktywnie uczestniczyć w turystyce i aktywności fizycznej, a z drugiej są grupą najbardziej narażoną na czynniki, które uniemożliwiają im w niej czynny udział - m.in. ze względu na stan zdrowia czy sytuację materialną, a także samotność (brak osoby towarzyszącej). Mimo to, seniorzy dość aktywnie uczestniczą w aktywności turystycznej. Biorąc pod uwagę wyniki badania *Aktywność turystyczna osób starszych*[102] przeprowadzonego na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki w 2018 roku 62% osób w wieku powyżej 55 r.ż. uczestniczyło w przynajmniej w jednym wyjeździe turystycznym. Wśród osób aktywnych turystycznie przeważali mieszkańcy miast. 52% uczestników wycieczek postawiło na dłuższy wyjazd krajowy, a ponad 1/3 osób zdecydowała się na wyjazd poza granicę kraju. Jako główny cel wyjazdów krajowych wskazywano odpoczynek i rekreację (54%) oraz odwiedzenie krewnych i znajomych (31%). W przypadku wyjazdów zagranicznych priorytetem była również regeneracja (60%), a także poznanie historii, kultury i miejscowych zwyczajów (34%). Co kluczowe, blisko 40% osób w wieku 55 lat nie odbyło w 2018 roku żadnej podróży, a jako najczęstszy powód braku wyjazdu wskazywali zły stan zdrowia (40%), brak pieniędzy oraz brak potrzeby wyjazdu (25%). Pomimo, iż turystyka wycieczkowa cieszy się wśród seniorów sporym powodzeniem, nie można zapominać o innych rodzajach turystyki, których odbiorcami mogą być osoby w wieku poprodukcyjnym. Należy mieć na uwadze, iż w przypadku turystyki zdrowotnej czy religijnej (pielgrzymkowej) częstymi konsumentami takich usług są właśnie osoby w wieku senioralnym. Zgodnie z danymi pochodzącymi z opracowania *POLSenior 2 Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych,*

[102] Aktywność turystyczna osób starszych, https://www.gov.pl/web/sport/aktywnosc-turystyczna-osob-starszych64

*w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*[103] z pobytów uzdrowiskowych (bez skierowania i ze skierowaniem) skorzystało 19,3% osób powyżej 60 r.ż, a z pielgrzymek religijnych 9,1%. Co ważne, częstość wyjazdów w celach zdrowotnych i pielgrzymkowych zmniejszała się wraz z wiekiem seniorów.

Przy projektowaniu usług turystycznych skierowanych do osób w wieku senioralnym, należy mieć na uwadze, aby oferta dostosowana była przede wszystkim do możliwości i kondycji seniorów. Nieodzownym elementem umożliwiającym samodzielne funkcjonowanie w środowisku oraz możliwość aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym (m.in. we wcześniej wspomnianym udziale w aktywności turystycznej) jest sprawność fizyczna. Na zachowanie kondycji i samodzielności w codziennych czynnościach, niewątpliwie pozytywnie wpływa uprawianie sportu i udział w rekreacji ruchowej. Proces starzenia się organizmu, niesie za sobą zmiany związane ze stopniową utratą sprawności, ale możliwe jest jednak ich złagodzenie poprzez stosowanie odpowiednich działań prewencyjnych i rehabilitacyjnych, przy wykorzystaniu i wdrożeniu w codzienność zajęć sportowych. Systematyczna aktywność fizyczna jest głównym czynnikiem hamującym spadek sprawności funkcjonalnej związanej z wiekiem. Zgodnie z danymi raportu GUS *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 roku*[104] niecałe 30% osób w wieku powyżej 60 r.ż. oceniło swoją sprawność fizyczną jako bardzo dobra lub dobrą – w tym bardzo dobrą 1,4%. Zdaniem 50% respondentów w wieku senioralnym ich kondycja jest średnia, a ponad ¼ seniorów ocenia swoją kondycję fizyczną jako złą. W zajęciach sportowych lub rekreacji ruchowej uczestniczyło 18,3% populacji osób 60+. Regularny udział w aktywności fizycznej znacząco zmalał od 2016 roku (25,1%), ale wpływ na to miała pandemia COVID-19 i związane z nią zachorowania i obostrzenia. Wśród najpopularniejszych aktywności sportowych wśród seniorów wymienić można: jazdę na rowerze (50,2 % wskazań wśród regularnie uprawiających sport), spacery rekreacyjne, skoki na skakance, ćwiczenia na rowerze stacjonarnym (41,6%). Seniorzy również chętnie uprawiają jogging bądź wybierają nordic walking (31%). Osoby w wieku powyżej 60 r.ż. deklarowały, iż ćwiczą najczęściej 1-2 razy w tygodniu (31,5%) lub sporadycznie (22,3%). Główną motywacją do podejmowania aktywności fizycznej przez seniorów było zdrowie lub zalecenia lekarza - 51,6% , przyjemność i rozrywka - 48% oraz utrzymanie kondycji fizycznej i zachowanie właściwej sylwetki - 37,6%. Seniorzy, którzy w ogóle nie uczestniczyli w zajęciach sportowych, jako główną przyczynę wskazywali swój wiek (44,4%), brak zainteresowania, preferowanie biernego wypoczynku (18,9%) oraz stan zdrowia i przeciwskazania lekarza (17,9%). Na poziom aktywności i sam jej rodzaj wpływa zarówno wiek jak i miejsce zamieszkania seniora. Z danych *POLSenior 2 Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem wynika,* iż wraz z upływającym wiekiem, aktywność seniorów coraz bardziej spada. Do ok. 74 r.ż. aktywność seniorów była na dość

[103] POLSenior 2 Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, https://polsenior2.gumed.edu.pl/attachment/attachment/82370/Polsenior_2.pdf

[104] Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 roku, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2021-roku,2,4.html

stabilnym poziomie, zwłaszcza w przypadku aktywności takiej jak: spacery, jazda na rowerze czy praca na działce. Mieszkańcy wsi o wiele częściej wybierali aktywność fizyczną wynikają ze specyfiki ich miejsca zamieszkania, praca na działce oraz jazda na rowerze były najchętniej wybieranymi formami aktywności.

Biorąc pod uwagę, iż aktywność fizyczna jest kluczowym elementem zdrowego stylu życia, który oddziałuje zarówno na zdrowie fizyczne, jak i psychiczne seniorów, należy propagować wśród osób starszych rekreację ruchową.

## Podsumowanie

Zdrowy styl życia, obejmujący aktywność fizyczną i turystykę, odgrywa kluczową rolę w adaptacji organizmu seniorów do zmian związanych z wiekiem. Regularny ruch i kontakt z naturą sprzyjają utrzymaniu sprawności, poprawiają kondycję psychiczną oraz wpływają na jakość życia osób starszych.

Mimo licznych korzyści płynących z aktywnego stylu życia wielu seniorów nie uczestniczy w turystyce. Według badania „Aktywność turystyczna osób starszych" przeprowadzonego w 2018 roku na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki, niemal 40% seniorów w Polsce nie brało udziału w żadnych wyjazdach turystycznych. Do głównych powodów rezygnacji z podróży należą zły stan zdrowia, brak środków finansowych oraz brak potrzeby uczestnictwa w tego rodzaju aktywnościach. Ograniczenia te wskazują na konieczność szerszego wsparcia dla osób starszych w zakresie dostępnej i dostosowanej do ich możliwości turystyki oraz rekreacji.

Z kolei regularna aktywność fizyczna, zarówno w ramach działań prewencyjnych, jak i rehabilitacyjnych, jest skutecznym narzędziem w hamowaniu spadku sprawności funkcjonalnej. Seniorzy, mimo ograniczeń wynikających z wieku, często angażują się w różne formy ruchu, takie jak spacery, jazda na rowerze, nordic walking czy praca na działce. Aktywność fizyczna nie tylko poprawia zdrowie, ale także sprzyja integracji społecznej, co jest istotnym elementem przeciwdziałania izolacji.

Na terenach wiejskich osoby starsze częściej angażują się w aktywności związane z ich codziennym środowiskiem, takie jak praca w ogrodzie czy na działce. Chociaż jest to forma aktywności fizycznej, jej wpływ na zdrowie może być różny w zależności od warunków pracy i intensywności wysiłku. Dlatego istotne jest promowanie odpowiednio dostosowanych zajęć sportowych i rekreacyjnych, które będą dostępne dla seniorów zarówno w miastach, jak i na obszarach wiejskich.

Dążenie do zwiększenia aktywności fizycznej i turystyki wśród seniorów wymaga nie tylko edukacji i promocji zdrowego stylu życia, ale także likwidacji barier finansowych i organizacyjnych, które utrudniają im korzystanie z tych form aktywności. Stworzenie dostępnych programów wspierających ruch i rekreację mogłoby przyczynić się do poprawy jakości życia starszych mieszkańców i pomóc im w utrzymaniu samodzielności na dłużej.

## Bezpieczeństwo

Zagrożenia cyfrowe stanowią poważny problem dla osób starszych, które często mają ograniczone doświadczenie z technologią i mogą być bardziej podatne na różne rodzaje oszustw i cyberataków. Popularnymi metodami oszustw internetowych jest phishing - oszuści kontaktują się z osobą starszą drogą e-mailową, SMS-ową podszywając się pod pracowników zaufanych instytucji jak banki, organy rządowe i wyłudzają dane osobowe oraz dane logowania do kont bankowych. Seniorzy często są ofiarami oszustów telefonicznych, którzy podając się za członków rodziny lub pracowników banków, wyłudzają pieniądze.

Komenda Wojewódzka Policji w Bydgoszczy wraz z podmiotami partnerskimi w 2023 roku przeprowadziła szereg działań profilaktycznych odpowiadających zdiagnozowanym zagrożeniom społecznym w obszarze bezpieczeństwa seniorów, z których skorzystało 13 616 osób. Działaniem o największej grupie odbiorców była akcja profilaktyczna „Bezpieczny Senior". Spotkania i prezentacje informacyjne odbywały się na terenie całego województwa i łącznie skorzystało z nich blisko 6 000 osób na 549 spotkaniach.

## Podsumowanie

Osoby starsze są szczególnie narażone na różne formy oszustw, takie jak phishing czy oszustwa telefoniczne, głównie ze względu na ograniczone doświadczenie z technologią oraz brak wiedzy na temat współczesnych metod cyberprzestępczości. Seniorzy często stają się celem oszustów, którzy wykorzystują ich ufność oraz niewielką znajomość nowoczesnych zagrożeń, co może prowadzić do strat finansowych i psychicznego obciążenia.

W odpowiedzi na to zagrożenie organizowane są różnego rodzaju akcje profilaktyczne i edukacyjne dotyczące bezpieczeństwa seniorów. Duże zainteresowanie tego typu inicjatywami wskazuje, że osoby starsze dostrzegają potrzebę zdobywania wiedzy w tym zakresie i są otwarte na działania zwiększające ich świadomość.

Pomimo zaangażowania i organizacji wielu spotkań, liczba seniorów objętych takimi działaniami jest wciąż niewielka w stosunku do ogólnej liczby osób zagrożonych w całym województwie. Oznacza to, że konieczne jest rozszerzenie skali tych działań oraz zapewnienie ich dostępności także na obszarach wiejskich i wśród osób mniej mobilnych. Wprowadzenie programów edukacyjnych dostosowanych do możliwości i preferencji seniorów, np. w formie kursów online, broszur informacyjnych czy kampanii społecznych, mogłoby skutecznie zwiększyć poziom ich bezpieczeństwa i ochronić ich przed oszustwami.

## 3. Cel Polityki Senioralnej „Godne i aktywne życie seniorów w Województwie Kujawsko – Pomorskim”

Zmieniająca się struktura demograficzna oraz rosnące wyzwania społeczne i zdrowotne związane ze starzeniem się społeczeństwa stawiają przed samorządami konieczność prowadzenia świadomej, długofalowej polityki senioralnej. Celem głównym Polityki senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego jest realizacja celów Strategii rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku – Strategia Przyspieszenia 2030+, w szczególności poprzez budowę spójnego systemu wsparcia dla osób starszych.

**„Godne i aktywne życie seniorów w Województwie Kujawsko-Pomorskim”** to cel, który został wyznaczony z uwagi na rosnące znaczenie wyzwań demograficznych oraz konieczność zapewnienia osobom starszym warunków do samodzielnego, zdrowego i zaangażowanego funkcjonowania w lokalnych społecznościach.

Województwo kujawsko-pomorskie w ramach polityki senioralnej kładzie szczególny nacisk na działania systemowe, które łączą aspekty zdrowotne, społeczne, przestrzenne i edukacyjne. Priorytetem jest rozwój usług środowiskowych oraz zwiększanie dostępności przestrzeni publicznej i usług transportowych, tak aby jak najwięcej seniorów mogło jak najdłużej samodzielnie funkcjonować w miejscu zamieszkania.

Planowane działania obejmują również:

- integrację pomocy społecznej i opieki zdrowotnej oraz rozwój opieki geriatrycznej i psychiatrycznej,
- aktywizację społeczną i zawodową osób 50+ i 60+,
- rozwój edukacji i kompetencji cyfrowych,
- zwiększenie bezpieczeństwa seniorów, także w przestrzeni wirtualnej,
- promowanie aktywności fizycznej i integracji międzypokoleniowej.

Strategia zakłada, że długofalowe inwestycje w jakość życia osób starszych przyczynią się nie tylko do ich dobrostanu, ale także do rozwoju lokalnych wspólnot i wzrostu spójności społecznej w regionie.

## 5. Drzewo celów, cel główny, cele operacyjne i kierunki rozwoju

**Schemat 1. Struktura „drzewa celów”**

| Cel główny | | |
|---|---|---|
| Cel Operacyjny | Cel Operacyjny | Cel Operacyjny |
| Kierunki | Kierunki | Kierunki |
| Kierunki | Kierunki | Kierunki |

Drzewo celów obejmujące określony cel główny, cele operacyjne oraz kierunki rozwoju przedstawia kolejny schemat

W wyniku analizy problemów sformułowano cel główny Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego: **„Godne i aktywne życie seniorów w Województwie Kujawsko-Pomorskim”**

**Schemat 2. „Drzewo celów” Polityki Senioralnej**

| Cel główny: „Godne i aktywne życie seniorów” | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych | Zwiększenie dostępności i funkcjonalności przestrzeni publicznej dla seniorów | Zwiększenie aktywnego udziału osób starszych w życiu społecznym, kulturalnym, edukacyjnym oraz w obszarze turystyki, sportu i rekreacji | Wzmacnianie aktywności zawodowej osób 50+ | Zwiększenie poziomu bezpieczeństwa i świadomości cyfrowej wśród seniorów |
| 1. Monitorowanie sytuacji osób starszych<br><br>2. Zwiększenie dostępności usług | 1. Modernizacja przestrzeni publicznej i budynków mieszkalnych pod | 1. Rozwój infrastruktury wsparcia i aktywizacji seniorów | 1. Wparcie w zakresie adaptacji środowiska pracy do potrzeb osób 50+. | 1. Edukacja i prewencja w zakresie oszustw<br><br>2. Zwiększenie bezpieczeństwa |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| społecznych wspierających samodzielne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania<br><br>3. Zwiększanie integracji usług zdrowotnych z usługami społecznymi<br><br>4. Zwiększenie liczby personelu medycznego i opiekuńczego oraz ich kompetencji<br><br>5. Rozwój infrastruktury zdrowotnej oraz zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej, geriatrycznej i psychiatrycznej<br><br>6. Wzmocnienie edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób przewlekłych. | kątem potrzeb seniorów<br><br>2. Promowanie dostępnych, integracyjnych przestrzeni dla seniorów, w tym innowacyjnych rozwiązań mieszkaniowych.<br><br>3. Zwiększenie dostępności i funkcjonalności transportu publicznego<br><br>4. Rozwój usług door-to-door dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami | 2. Wspieranie i promowanie integracji międzypokoleniowej i aktywności społecznej.<br><br>3. Rozwój lokalnych inicjatyw integracyjnych<br><br>4. Promowanie aktywności fizycznej wśród seniorów<br><br>5. Dostosowanie oferty turystycznej do potrzeb i możliwości seniorów<br><br>6. Rozwój i zwiększenie dostępności edukacji senioralnej oraz podnoszenie kompetencji cyfrowych | 2. Wsparcie w zakresie kształcenia osób 50+. | cyfrowego i szybkiej reakcji na zagrożenia |

## 6. Kierunki Rozwoju Polityki Senioralnej

**Cel operacyjny: Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych**

**1. Monitorowanie sytuacji osób starszych.**
Kierunek dotyczy prowadzenia systematycznych badań i analiz dotyczących sytuacji osób starszych w regionie. Skupia się na dostarczaniu aktualnych danych, które pozwolą na tworzenie polityk publicznych opartych na rzeczywistych potrzebach i zmianach demograficznych. Uwzględnia m.in. działania wspierające lokalne samorządy w planowaniu strategicznym, rozwój narzędzi diagnostycznych oraz identyfikację obszarów deficytowych w dostępności usług senioralnych.

**2. Zwiększenie dostępności usług społecznych wspierających samodzielne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania.**
Kierunek obejmuje działania zmierzające do umożliwienia seniorom jak najdłuższego, bezpiecznego i samodzielnego życia we własnym środowisku. Skupia się na rozwoju sieci Centrów Usług Społecznych, usług opieki domowej, usług asystenckich oraz mieszkań wspomaganych. Uwzględnia również rozwój placówek dziennego pobytu, promocję usług sąsiedzkich, opieki wytchnieniowej, wsparcia żywieniowego, a także teleopieki i usług cyfrowych dla seniorów.

**3. Zwiększanie integracji usług zdrowotnych z usługami społecznymi.**
Kierunek dotyczy działań organizacyjnych i partnerskich mających na celu tworzenie kompleksowych i skoordynowanych systemów wsparcia dla seniorów. Skupia się na inicjowaniu współpracy pomiędzy podmiotami systemu zdrowia, pomocy społecznej, NGO oraz sektorem prywatnym. Celem jest zapewnienie ciągłości i komplementarności opieki zdrowotnej i socjalnej, szczególnie w zakresie opieki długoterminowej, rehabilitacji i wsparcia psychicznego.

**4. Zwiększenie liczby personelu medycznego i opiekuńczego oraz ich kompetencji.**
Kierunek koncentruje się na zwiększeniu zasobów kadrowych systemu zdrowia i opieki nad osobami starszymi. Uwzględnia programy kształcenia i szkoleniowe z zakresu geriatrii, psychiatrii i pielęgniarstwa, systemy stypendialne i motywacyjne dla pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej, a także wsparcie dla opiekunów nieformalnych i specjalistyczne szkolenia z zakresu opieki nad osobami z demencją.

**5. Rozwój infrastruktury zdrowotnej oraz zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej, geriatrycznej i psychiatrycznej.**

Kierunek obejmuje działania inwestycyjne i organizacyjne mające na celu poprawę dostępności specjalistycznych usług medycznych dla osób starszych. Zakłada rozbudowę sieci placówek geriatrycznych, psychiatrycznych i paliatywnych, tworzenie nowych form wsparcia dla osób z demencją, rozwój usług mobilnych oraz wsparcia psychologicznego, a także działania przeciwdziałające izolacji i samotności seniorów.

**6. Wzmocnienie edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób przewlekłych.**
Kierunek dotyczy szerokiego zakresu działań edukacyjnych i profilaktycznych mających na celu promowanie zdrowego starzenia się. Obejmuje organizację badań przesiewowych, kampanii informacyjnych, zajęć zdrowotnych i dietetycznych, promocję aktywności fizycznej, organizację regionalnych dni zdrowia i aktywności oraz wsparcie w samodzielnym zarządzaniu chorobami przez seniorów.

### Cel operacyjny: Zwiększenie dostępności i funkcjonalności przestrzeni publicznej dla seniorów

**1.Modernizacja przestrzeni publicznej i budynków mieszkalnych pod kątem potrzeb seniorów.**
Kierunek dotyczy szerokiego zakresu działań infrastrukturalnych i organizacyjnych mających na celu poprawę dostępności i funkcjonalności przestrzeni życiowej seniorów. Obejmuje wdrażanie standardów dostępności w budynkach mieszkalnych i użyteczności publicznej (takich jak windy, poręcze czy bezprogowe wejścia), programy wsparcia finansowego dla seniorów w zakresie likwidacji barier architektonicznych oraz rozwój przestrzeni przyjaznych osobom starszym, m.in. placów miejskich, świetlic wiejskich i stref odpoczynku. Skupia się również na tworzeniu „miast przyjaznych seniorom" poprzez przemyślane planowanie urbanistyczne, poprawę infrastruktury chodników, przystanków i przejść dla pieszych, a także zapewnienie odpowiedniego oświetlenia ulicznego i dostępu do instytucji kultury dostosowanych do potrzeb osób starszych.

**2. Promowanie dostępnych, integracyjnych przestrzeni dla seniorów, w tym innowacyjnych rozwiązań mieszkaniowych.**
Kierunek dotyczy działań promujących tworzenie przyjaznych i zintegrowanych przestrzeni życiowych dla osób starszych, uwzględniających ich potrzeby zdrowotne, społeczne i funkcjonalne. Obejmuje inicjatywy wspierające rozwój innowacyjnych form zamieszkania, takich jak cohousing senioralny, oraz rozwiązań łączących różne grupy wiekowe, sprzyjających integracji międzypokoleniowej i samodzielności seniorów. Skupia się również na edukowaniu architektów, urbanistów i deweloperów w zakresie planowania przestrzeni dostosowanej do starzejącego się społeczeństwa oraz na włączaniu seniorów w procesy konsultacyjne dotyczące inwestycji mieszkaniowych i urbanistycznych.

**3. Zwiększenie dostępności i funkcjonalności transportu publicznego**.
Kierunek dotyczy działań infrastrukturalnych i organizacyjnych mających na celu dostosowanie systemu transportu publicznego do potrzeb osób starszych. Obejmuje modernizację taboru komunikacyjnego poprzez wyposażenie pojazdów w rampy, zakup niskopodłogowych autobusów, czytelne oznakowanie tras i przystanków oraz montaż elektronicznych tablic informacyjnych. Skupia się również na rozwoju lokalnych połączeń komunikacyjnych, szczególnie w regionach peryferyjnych, w celu likwidacji wykluczenia transportowego i „białych plam komunikacyjnych". Celem kierunku jest zapewnienie seniorom równego dostępu do usług, aktywności społecznej i przestrzeni publicznej.

**4. Rozwój usług door-to-door dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami.**
Kierunek dotyczy działań mających na celu zapewnienie spersonalizowanego transportu dla osób starszych i z ograniczoną mobilnością, umożliwiającego im samodzielne załatwianie spraw codziennych oraz uczestnictwo w życiu społecznym i kulturalnym. Obejmuje rozwój usług typu door-to-door oraz społecznych taksówek, szczególnie w gminach wiejskich i pozbawionych dostępu do komunikacji zbiorowej. Skupia się również na współpracy z operatorami prywatnymi i organizacjami społecznymi w celu zapewnienia ciągłości, przewidywalności i dostępności transportu specjalistycznego, odpowiadającego na rzeczywiste potrzeby seniorów.

**Cel operacyjny: Zwiększenie aktywnego udziału osób starszych w życiu społecznym, kulturalnym, edukacyjnym oraz w obszarze turystyki, sportu i rekreacji**

**1. Rozwój infrastruktury wsparcia i aktywizacji seniorów**
Kierunek dotyczy działań organizacyjnych, społecznych i infrastrukturalnych mających na celu wspieranie aktywności i integracji osób starszych. Obejmuje rozwój klubów seniora, grup samopomocowych, Rad Seniorów oraz tworzenie nowych placówek aktywizujących, także w formule międzypokoleniowej. Skupia się na zwiększeniu dostępności do wydarzeń kulturalnych, edukacyjnych i społecznych oraz rozwoju platform cyfrowych umożliwiających kontakt i uczestnictwo online. W zakresie infrastruktury fizycznej obejmuje tworzenie przyjaznych seniorom przestrzeni rekreacyjnych, takich jak ścieżki spacerowe, trasy rowerowe, punkty odpoczynku czy siłownie plenerowe, szczególnie na obszarach wiejskich.

**2. Wspieranie i promowanie integracji międzypokoleniowej i aktywności społecznej.**
Kierunek dotyczy działań promujących aktywne uczestnictwo osób starszych w życiu społecznym oraz budowanie więzi międzypokoleniowych. Obejmuje inicjatywy łączące seniorów z młodszymi pokoleniami poprzez wspólne programy edukacyjne, kulturalne

i sportowe, które sprzyjają wymianie wiedzy, doświadczeń i umiejętności. Skupia się również na rozwoju wolontariatu międzypokoleniowego, organizacji warsztatów, zajęć ruchowych i projektów edukacyjnych, w których seniorzy mogą pełnić rolę mentorów lub przewodników, a młodzież wspiera ich w rozwijaniu kompetencji cyfrowych i społecznych. Kierunek ten uwzględnia także tworzenie przestrzeni sprzyjających integracji, takich jak kawiarnie międzypokoleniowe.

**3. Rozwój lokalnych inicjatyw integracyjnych**

Kierunek dotyczy działań wspierających zaangażowanie seniorów w różnorodne formy aktywności społecznej, kulturalnej i rekreacyjnej. Obejmuje inicjatywy lokalne sprzyjające integracji, rozwój grup sąsiedzkich i spotkań towarzyskich, a także organizację wydarzeń specjalnie dedykowanych osobom starszym, takich jak dni seniora czy festiwale zdrowia. Skupia się również na promowaniu roli seniorów jako liderów społecznych oraz na tworzeniu przestrzeni do ich aktywności obywatelskiej. W obszarze sportu i rekreacji wspiera rozwój lokalnych grup i klubów sportowych, w tym aktywności takich jak spacery, nordic walking, ogrody społeczne i inne formy ruchu dostosowanego do możliwości seniorów.

**4. Promowanie aktywności fizycznej wśród seniorów**

Kierunek dotyczy działań wspierających regularną aktywność fizyczną osób starszych jako elementu profilaktyki zdrowotnej i przeciwdziałania izolacji społecznej. Obejmuje organizację zajęć ruchowych w domach kultury, klubach seniora oraz centrach aktywności – takich jak gimnastyka, tai chi czy joga. Skupia się również na tworzeniu bezpiecznych programów sportowych i rehabilitacyjnych dostosowanych do możliwości seniorów, umożliwiających im utrzymanie sprawności fizycznej, szczególnie po chorobach i operacjach. Dodatkowo promuje dostępność obiektów sportowych poprzez system ulg i preferencyjnych cen.

**5. Dostosowanie oferty turystycznej do potrzeb i możliwości seniorów**

Kierunek dotyczy działań promujących aktywny wypoczynek osób starszych poprzez rozwój turystyki dostosowanej do ich możliwości zdrowotnych, finansowych i organizacyjnych. Obejmuje tworzenie specjalnych programów turystycznych uwzględniających potrzeby seniorów, zarówno w zakresie krótkich wycieczek lokalnych, jak i udziału w wydarzeniach kulturalnych i festiwalach. Skupia się również na rozwijaniu oferty rekreacyjnej sprzyjającej integracji społecznej, aktywności fizycznej oraz poznawaniu dziedzictwa kulturowego regionu w bezpiecznych i komfortowych warunkach.

**6. Rozwój i zwiększenie dostępności edukacji senioralnej oraz podnoszenie kompetencji cyfrowych**

Kierunek dotyczy działań mających na celu zapewnienie osobom starszym możliwości ciągłego rozwoju, uczestnictwa w życiu edukacyjnym oraz poprawy kompetencji niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu. Obejmuje rozwój Uniwersytetów Trzeciego Wieku i ich filii w mniejszych miejscowościach, a także ofertę kursów, warsztatów i szkoleń - w tym z zakresu obsługi urządzeń cyfrowych, korzystania z Internetu, e-usług administracyjnych i zdrowotnych. Skupia się również na edukacji prawnej seniorów, rozwijaniu oferty edukacyjnej w bibliotekach i domach kultury, organizowaniu edukacji mobilnej i e-learningu oraz zapewnieniu transportu na zajęcia dla osób z ograniczonym dostępem do placówek edukacyjnych.

**Cel operacyjny: Wzmacnianie aktywności zawodowej osób 50+**

**1. Wparcie w zakresie adaptacji środowiska pracy do potrzeb osób 50+.**
Kierunek dotyczy działań zachęcających pracowników po 50 r. ż. do pozostawania w zatrudnieniu, poprzez dostosowanie warunków pracy do ich stanu zdrowia i potrzeb. Obejmuje działania ukierunkowane na poprawę warunków pracy i eliminację zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, co w dłuższej perspektywie przeciwdziała zaprzestaniu aktywności zawodowej z uwagi na zły stan zdrowia. Istotne jest również promowanie elastycznych form zatrudnienia i organizacji pracy, co umożliwia lepsze dopasowanie obowiązków do indywidualnych potrzeb i możliwości pracowników. Działania powinny zwiększać świadomość społeczną na temat aktywnego starzenia się oraz korzyści płynących z utrzymywania aktywności zawodowej w wieku emerytalnym. Wspierane będą inicjatywy promujące dobre praktyki wśród pracodawców, pokazujące wartość i potencjał pracowników 50+.

**2. Wsparcie w zakresie kształcenia osób 50+.**
Kierunek dotyczy działań mających na celu rozwijanie umiejętności pracowników po 50. roku życia oraz promowanie korzyści płynących z całożyciowej aktywności edukacyjnej. Obejmuje zarówno działania skierowane do osób po 50 roku życia, zmierzające do zapewnienia im możliwości uczestnictwa w szkoleniach, studiach podyplomowych, kursach czy innych formach kształcenia, które poprawią ich sytuację na rynku pracy, jak i działania skierowane do pracodawców w zakresie promocji korzyści płynących z kształcenia pracowników i wsparcia ich w realizacji tego typu działań. Promowane będą również postawy uczenia się przez całe życie jako klucz do dłuższej aktywności zawodowej.

**Cel operacyjny: Zwiększenie poziomu bezpieczeństwa i świadomości cyfrowej wśród seniorów**

**1. Edukacja i prewencja w zakresie oszustw**

Kierunek dotyczy działań mających na celu zwiększenie świadomości i bezpieczeństwa seniorów wobec zagrożeń wynikających z oszustw, szczególnie tych o charakterze internetowym, telefonicznym oraz metod takich jak „na wnuczka”. Obejmuje organizację kampanii informacyjnych, kursów i webinariów z zakresu cyberbezpieczeństwa, a także spotkań z ekspertami – funkcjonariuszami policji, prawnikami i specjalistami ds. przestępczości cyfrowej. Skupia się również na opracowywaniu i dystrybucji materiałów edukacyjnych (drukowanych i cyfrowych) oraz na wzmacnianiu współpracy między instytucjami odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo obywateli w celu skoordynowania działań prewencyjnych skierowanych do osób starszych.

**2. Zwiększenie bezpieczeństwa cyfrowego i szybkiej reakcji na zagrożenia**

Kierunek dotyczy działań wspierających ochronę seniorów przed zagrożeniami cyfrowymi oraz zapewnienia im szybkiego dostępu do pomocy w sytuacjach kryzysowych. Obejmuje tworzenie lokalnych punktów wsparcia cyfrowego, gdzie osoby starsze mogą uzyskać pomoc w obsłudze urządzeń elektronicznych i weryfikacji podejrzanych wiadomości, a także rozwój systemów infolinii i punktów konsultacyjnych oferujących natychmiastowe wsparcie. Skupia się również na wprowadzeniu systemów alertów ostrzegawczych - za pomocą SMS-ów, telewizji i radia - informujących seniorów o bieżących zagrożeniach, co pozwala na zwiększenie ich poczucia bezpieczeństwa i skuteczniejszą ochronę przed cyberprzestępczością.

## 7. Realizacja celów operacyjnych

| Cel operacyjny: Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych | |
|---|---|
| **Kierunki** | **Działania** |
| **1. Monitorowanie sytuacji osób starszych** | 1.1 Prowadzenie regularnych badań i analiz dotyczących sytuacji osób starszych w regionie, celem dostosowania polityki społecznej do rzeczywistych potrzeb oraz zmieniającej się struktury demograficznej. |
| | 1.2 Opracowywanie przez samorządy lokalne działań wspierających aktywne starzenie się (np. Lokalne Plany Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych). |
| | 1.3 Poszukiwanie i upowszechnianie dobrych praktyk krajowych i zagranicznych w obszarze polityki senioralnej. |
| **2. Zwiększenie dostępności usług społecznych wspierających samodzielne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania** | 2.1 Rozszerzenie sieci Centrów Usług Społecznych w województwie kujawsko-pomorskim, ze szczególnym uwzględnieniem gmin wiejskich i obszarów o najwyższym poziomie deprywacji, oraz zwiększenie upowszechniania informacji o dostępnych formach wsparcia oferowanych przez CUS. |
| | 2.2 Zwiększenie dostępności usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania poprzez rozszerzenie oferty opieki domowej, obejmujących pomoc w codziennych czynnościach, takich jak sprzątanie, gotowanie, higiena osobista czy pomoc w załatwianiu spraw urzędowych. |
| | 2.3 Rozwój programów asystenckich dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami, wspierających ich codzienne funkcjonowanie w społeczności lokalnej. |
| | 2.4 Rozwój usług opieki długoterminowej dla osób starszych, wymagających stałej pomocy w miejscu zamieszkania. |
| | 2.5 Rozbudowa infrastruktury mieszkań wspomaganych z koszykiem usług i dostępem do opieki zdrowotnej, szczególnie w rejonach wiejskich i słabiej rozwiniętych na obszarach peryferyjnych. |
| | 2.6 Zwiększenie liczby placówek dziennego pobytu/ pomocy dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami, szczególnie w gminach, które nie posiadają tego typu placówek. |
| | 2.7 Promowanie idei gospodarstw opiekuńczych i wspieranie rolników w ich zakładaniu. |
| | 2.8 Promowanie i rozwój wolontariatu opiekuńczego oraz usług sąsiedzkich, w społecznościach lokalnych. |
| | 2.9 Rozwój inicjatyw sąsiedzkich (np. złota rączka) ukierunkowanych na pomoc samotnym seniorom w drobnych pracach domowych, w miejscu ich zamieszkania. |

| | | |
|---|---|---|
| | 2.10 | Współpraca z podmiotami ekonomii społecznej (w tym z organizacjami pozarządowymi) w celu zwiększenia dostępności usług opiekuńczych. |
| | 2.11 | Wspieranie programów dostarczania posiłków dla seniorów. |
| | 2.12 | Rozszerzenie działania opieki wytchnieniowej, szczególnie w formie całodobowej. |
| | 2.13 | Rozwijanie oferty krótkotrwałych pobytów w DPS, które mogą odciążyć rodziny w sytuacjach kryzysowych i pozwolić na bardziej elastyczne zarządzanie miejscami w placówkach. |
| | 2.14 | Rozszerzenie programów teleopieki na wszystkie gminy województwa. |
| | 2.15 | Organizowanie warsztatów dla seniorów i ich otoczenia, podczas których specjaliści w przystępny sposób tłumaczą, jak korzystać z nowoczesnych technologii i aplikacji zdrowotnych. |
| **3. Zwiększanie integracji usług zdrowotnych z usługami społecznymi** | 3.1 | Inicjowanie i upowszechnianie współpracy pomiędzy placówkami medycznymi, opieką domową, centrami usług społecznych i organizacjami pozarządowymi. |
| | 3.2 | Tworzenie partnerstw między sektorem publicznym a prywatnym w celu rozwijania infrastruktury usług pielęgniarskich. |
| | 3.3 | Zwiększenie integracji między ochroną zdrowia a systemem pomocy społecznej, aby zapewnić spójną opiekę długoterminową, obejmującą wsparcie medyczne, pomoc społeczną, rehabilitację i wsparcie psychiczne. |
| **4. Zwiększenie liczby personelu medycznego i opiekuńczego oraz ich kompetencji** | 4.1 | Wzmacnianie systemu opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie liczby specjalistów w zakresie geriatrii i psychiatrii oraz rozwój specjalistycznych klinik geriatrycznych dla seniorów. |
| | 4.2 | Wprowadzenie zachęt dla lekarzy geriatrów i psychiatrów do podejmowania pracy na obszarach peryferyjnych województwa. |
| | 4.3 | Rozszerzenie i promocja programów kształcenia pielęgniarek i lekarzy, z naciskiem na geriatrię, psychiatrię i opiekę nad osobami starszymi. Ułatwienie dostępu do tych programów poprzez stypendia, ulgi na czesne i współpracę z uczelniami medycznymi. |
| | 4.4 | Wprowadzenie programów stypendialnych i motywacyjnych dla osób chcących pracować w pomocy społecznej. |
| | 4.5 | Zwiększenie dostępności i jakości szkoleń dla personelu opiekuńczego, w szczególności w obszarze opieki nad osobami przewlekle chorymi i z niepełnosprawnościami. |
| | 4.6 | Zapewnienie edukacji i wsparcia opiekunom nieformalnym, w tym w formie poradnictwa, szkoleń i grup wsparcia. |
| | 4.7 | Organizowanie szkoleń dla opiekunów osób z demencją. |

| | | |
|---|---|---|
| **5. Rozwój infrastruktury zdrowotnej oraz zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej, geriatrycznej i psychiatrycznej** | 5.1 | Rozbudowa sieci placówek psychiatrycznych, geriatrycznych i paliatywnych w regionie, szczególnie w powiatach o ograniczonym dostępie do tych usług. |
| | 5.2 | Zwiększenie dostępności opieki psychiatrycznej poprzez rozwój mobilnych zespołów wsparcia działających w społecznościach lokalnych. |
| | 5.3 | Tworzenie placówek wsparcia dla osób z demencją, obejmujących ośrodki dziennego pobytu oraz usługi opieki domowej, odciążające rodziny i opiekunów. |
| | 5.4 | Tworzenie programów wsparcia psychologicznego dla seniorów przeciwdziałających samotności, depresji i izolacji, takich jak grupy wsparcia, terapia zajęciowa, centra seniora oraz szkolenia z zakresu radzenia sobie ze stresem i samotnością. |
| | 5.5 | Uruchomienie infolinii i telefonów zaufania dla seniorów i ich otoczenia, oferujących pomoc psychologiczną oraz możliwość interwencji kryzysowej. |
| | 5.6 | Rozwój usług pielęgniarskich, opieki domowej oraz tworzenie mobilnych zespołów pielęgniarskich, docierających do seniorów mieszkających w trudno dostępnych lokalizacjach, szczególnie na obszarach wiejskich. |
| **6. Wzmocnienie edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób przewlekłych.** | 6.1 | Prowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnych i bezpłatnych programów badań przesiewowych, które pozwolą na wczesne wykrywanie chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca, nadciśnienie, choroby serca czy osteoporoza, w tym kontynuowanie działania programów: „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzusznej", „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych", „Program zapobiegania upadkom" |
| | 6.2 | Organizacja programów profilaktycznych prowadzonych przez POZ w zakresie chorób układu krążenia, nowotworów i cukrzycy, ze szczególnym uwzględnieniem wczesnej diagnostyki. |
| | 6.3 | Organizacja mobilnych punktów diagnostycznych i kampanii informacyjnych, zwiększających liczbę badań przesiewowych m. in. w kierunku: nowotworów płuc, jelita grubego i raka szyjki macicy. |
| | 6.4 | Zachęcanie seniorów do szczepień przeciw grypie, pneumokokom i innym chorobom, które mogą stanowić większe zagrożenie dla zdrowia i życia. |
| | 6.5 | Promowanie aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania i dbania o zdrowie psychiczne wśród osób starszych poprzez organizowanie warsztatów i szkoleń, edukujących seniorów na temat zdrowego stylu życia, diety oraz metod radzenia sobie z chorobami przewlekłymi. |

| | |
|---|---|
| | 6.6 Organizacja dni aktywności seniora, podczas których promowane będą różne formy ruchu dostosowane do wieku i sprawności. |

| **Cel operacyjny: Zwiększenie dostępności i funkcjonalności przestrzeni publicznej dla seniorów** | |
|---|---|
| **Kierunki** | **Działania** |
| **1. Modernizacja przestrzeni publicznej i budynków mieszkalnych pod kątem potrzeb seniorów** | 1. 1 Wprowadzenie standardów dostępności dla nowych i modernizowanych budynków, obejmujących windy, poręcze, bezprogowe wejścia oraz dostosowane klatki schodowe. |
| | 1. 2 Wdrażanie programów wsparcia finansowego dla seniorów na modernizację mieszkań, obejmujących likwidację barier architektonicznych (np. montaż uchwytów w łazienkach, instalacja podjazdów dla osób o ograniczonej mobilności). |
| | 1. 3 Tworzenie przestrzeni przyjaznych seniorom poprzez dostosowanie placów miejskich i świetlic wiejskich do ich potrzeb, zapewniając miejsca odpoczynku i integracji. |
| | 1. 4 Tworzenie „miast przyjaznych seniorom” poprzez projekty urbanistyczne, które uwzględniają potrzeby starzejącego się społeczeństwa, np. dzielnice mieszkalne blisko przychodni, sklepów, aptek, terenów zielonych z dobrymi połączeniami komunikacyjnymi. |
| | 1. 5 Rozwój stref przyjaznych seniorom, obejmujących ławeczki, punkty odpoczynku oraz toalety publiczne np. w parkach, na rynkach i przy instytucjach użyteczności publicznej. |
| | 1. 6 Dostosowanie infrastruktury miejskiej oraz wiejskiej do potrzeb osób starszych poprzez modernizację infrastruktury, w tym chodników, przejść dla pieszych, przystanków komunikacji publicznej oraz zapewnienie lepszej dostępności poprzez budowę ramp dla osób z niepełnosprawnością, krawężników najazdowych i ogólnodostępnych toalet. |
| | 1. 7 Poprawa oświetlenia ulicznego, zwiększająca bezpieczeństwo osób starszych, szczególnie w okresie jesienno-zimowym. |
| | 1. 8 Dostosowanie miejsc kultury (teatrów, muzeów, centrów kultury) do potrzeb osób starszych – montaż wind, podjazdów, zapewnienie siedzeń w miejscach oczekiwania oraz toalet dostosowanych do seniorów. |
| **2. Promowanie dostępnych, integracyjnych przestrzeni dla seniorów, w tym innowacyjnych** | 2. 1 Prowadzenie szkoleń i kampanii informacyjnych dla urbanistów, architektów oraz deweloperów, dotyczących dostosowywania przestrzeni do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. |
| | 2. 2 Współpraca z organizacjami pozarządowymi i społecznościami lokalnymi, w celu konsultowania planowanych inwestycji i uwzględnienia głosu seniorów w projektach urbanistycznych. |

| | |
|---|---|
| **rozwiązań mieszkaniowych.** | 2. 3 Promowanie wspólnotowego modelu zamieszkania, takiego jak cohousing senioralny, oraz integracyjnych rozwiązań mieszkaniowych łączących seniorów z młodszymi pokoleniami- sprzyjających samodzielności seniorów przy jednoczesnym wsparciu społecznym. |
| **3. Zwiększenie dostępności i funkcjonalności transportu publicznego** | 3.1. Przystosowanie pojazdów komunikacji miejskiej i regionalnej do potrzeb seniorów oraz osób z niepełnosprawnościami poprzez montaż ramp w pojazdach, zakup pojazdów niskopodłogowych, widoczne oraz czytelne oznakowanie tras oraz przystanków, montaż elektronicznych tablic z rozkładem jazdy. |
| | 3.2. Rozwój lokalnych połączeń autobusowych i komunikacji publicznej, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów peryferyjnych. |
| | 3.3. Zwiększanie dostępu do zbiorowej komunikacji na terenach miejskich oraz wiejskich celem ograniczania wykluczenia komunikacyjnego. |
| **4. Rozwój usług door-to-door dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami** | 4.1. Rozwój usług transportowych typu door-to-door, zgodnie z potrzebami osób starszych. |
| | 4.2. Uruchamianie usług transportowych dla seniorów, w tym współpraca z operatorami prywatnymi oraz organizacjami społecznymi, taksówek społecznych dla seniorów, w szczególności w gminach wiejskich oraz nieposiadających dostępu do komunikacji zbiorowej (autobusy, pociągi). |

| **Cel operacyjny: Zwiększenie aktywnego udziału osób starszych w życiu społecznym, kulturalnym, edukacyjnym oraz w obszarze turystyki, sportu i rekreacji** | |
|---|---|
| **Kierunki** | **Działania** |
| **1. Rozwój infrastruktury wsparcia i aktywizacji seniorów** | 1. 1 Promowanie i rozwój Rad Seniorów. |
| | 1. 2 Rozszerzenie sieci klubów samopomocy. |
| | 1. 3 Tworzenie klubów seniora i świetlic dla seniorów, oferujących zajęcia rozwijające kompetencje społeczne i umożliwiających nawiązywanie nowych relacji. |
| | 1. 4 Rozwój nowych placówek aktywizujących seniorów, w tym międzypokoleniowych np. CIM'y. |
| | 1. 5 Rozwój platform społecznościowych dla seniorów, umożliwiających utrzymywanie kontaktów, udział w wydarzeniach online i przeciwdziałanie izolacji cyfrowej. |
| | 1. 6 Zwiększenie liczby placówek umożliwiających seniorom uczestnictwo w spotkaniach, warsztatach i wydarzeniach kulturalnych. |
| | 1. 7 Tworzenie i wspieranie programów aktywizacji seniorów, takich jak warsztaty artystyczne, zajęcia edukacyjne, wycieczki czy spotkania integracyjne. |

| | | |
|---|---|---|
| | 1. 8 | Organizowanie wydarzeń, takich jak koncerty, spektakle teatralne, wystawy sztuki, czy spotkania literackie skierowane specjalnie do seniorów. |
| | 1. 9 | Rozbudowa sieci ścieżek spacerowych i tras rowerowych dostosowanych do potrzeb seniorów, w tym montaż ławek i punktów odpoczynku. |
| | 1. 10 | Tworzenie infrastruktury sportowo-rekreacyjnej na wsiach, np. siłowni plenerowych, miejsc do nordic walking i ścieżek zdrowia. |
| **2. Wspieranie i promowanie integracji międzypokoleniowej i aktywności społecznej.** | 2. 1 | Promowanie programów łączących młodsze i starsze pokolenia, w celu wzmocnienia więzi społecznych i przeciwdziałaniu izolacji osób starszych. |
| | 2. 2 | Rozwój wolontariatu senioralnego, młodzieżowego i międzypokoleniowego celem wymiany wiedzy, doświadczeń i umiejętności. |
| | 2. 3 | Tworzenie międzypokoleniowych projektów edukacyjnych i kulturalnych, łączących seniorów i dzieci w szkołach sprzyjających integracji, wymianie doświadczeń oraz nauce korzystania z nowoczesnych technologii. |
| | 2. 4 | Tworzenie międzypokoleniowych programów sportowych, obejmujących wspólne spacery, zajęcia taneczne i ćwiczenia z wnukami, które zachęcą seniorów do regularnego ruchu. |
| | 2. 5 | Tworzenie przestrzeni, takich jak kawiarnie międzypokoleniowe, gdzie seniorzy i młodsi członkowie społeczności mogą spotykać się i wspólnie spędzać czas, dzieląc się swoimi pasjami i doświadczeniami. |
| | 2. 6 | Angażowanie seniorów jako przewodników/ animatorów w muzeach i galeriach sztuki, gdzie mogą dzielić się swoją wiedzą i pasją z innymi. |
| **3. Rozwój lokalnych inicjatyw integracyjnych** | 3. 1 | Rozwój grup sąsiedzkich, spotkań towarzyskich, zajęć ruchowych w parkach i domach kultury, przeciwdziałających izolacji społecznej seniorów. |
| | 3. 2 | Zachęcanie gmin do organizacji wydarzeń dla seniorów, takich jak dni seniora, festiwale zdrowia, spotkania tematyczne i imprezy kulturalne. |
| | 3. 3 | Zachęcanie seniorów do pełnienia roli liderów społecznych, np. poprzez angażowanie się w organizowanie lokalnych wydarzeń, udział w radach osiedli, radach seniorów czy w organizacjach pozarządowych. |
| **4. Promowanie aktywności fizycznej wśród seniorów** | 4. 1 | Organizowanie zajęć ruchowych w domach kultury, klubach seniora i centrach aktywności (np. gimnastyka, tai chi, joga dla seniorów). |
| | 4. 2 | Dedykowanie specjalnych wydarzeń i programów sportowych dostosowanych do potrzeb, możliwości osób starszych, przy |

| | | |
|---|---|---|
| | | zachowaniu stosownych zasad bezpieczeństwa, w celu uniknięcia urazów. |
| | 4. 3 | Organizowanie regularnych zajęć rehabilitacyjnych oraz fizjoterapii, prowadzonych przez organizacje pozarządowe oraz w Dziennych Domach Pobytu/ Pomocy, które mogą pomóc w odbudowie sprawności fizycznej po przebytych chorobach czy operacjach. |
| | 4. 4 | Zapewnienie seniorom ulgowych cen na korzystanie z obiektów sportowych, takich jak siłownie, baseny, czy korty tenisowe. |
| **5. Dostosowanie oferty turystycznej do potrzeb i możliwości seniorów** | 5. 1 | Tworzenie dedykowanych programów turystycznych uwzględniających potrzeby zdrowotne i finansowe osób starszych. |
| | 5. 2 | Rozwój programów turystycznych, obejmujących lokalne atrakcje, festiwale i wydarzenia kulturalne, które będą dostosowane do możliwości osób starszych. |
| **6. Rozwój i zwiększenie dostępności edukacji senioralnej oraz podnoszenie kompetencji cyfrowych** | 6. 1 | Rozwój Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW) oraz wsparcie dla uruchamianych, nowych filii UTW w mniejszych miejscowościach. |
| | 6. 2 | Organizowanie warsztatów, kursów komputerowych i cyfrowych z zakresu obsługi smartfonów, komputerów oraz korzystania z Internetu i e-usług administracyjnych i zdrowotnych, w celu zwiększenia umiejętności cyfrowych seniorów i ułatwienia im korzystania z narzędzi komunikacyjnych. |
| | 6. 3 | Rozwój programów edukacyjnych w lokalnych domach kultury i bibliotekach, umożliwiających seniorom rozwijanie zainteresowań i zdobywanie nowych kompetencji. |
| | 6. 4 | Oferowanie kursów i warsztatów dotyczących praw i uprawnień osób starszych oraz zapewnienie dostępu do darmowych porad prawnych w zakresie świadczeń społecznych, ochrony zdrowia, spraw spadkowych i zarządzania majątkiem. |
| | 6. 5 | Zapewnienie transportu dla seniorów uczestniczących w zajęciach edukacyjnych, szczególnie na obszarach wiejskich, gdzie dostęp do placówek edukacyjnych jest ograniczony. |
| | 6. 6 | Organizowanie edukacji mobilnej i e-learningu, celem umożliwienia osobom z ograniczoną mobilnością uczestnictwa w zajęciach online i korzystania z nowoczesnych technologii. |

| **Cel operacyjny: Wzmacnianie aktywności zawodowej osób 50+** | |
|---|---|
| **Kierunki** | **Działania** |
| **1. Wparcie w zakresie adaptacji środowiska pracy** | 1.1 Działania zachęcające pracowników po 50 r. ż. do pozostawania w zatrudnieniu poprzez dostosowanie warunków pracy do ich stanu zdrowia i potrzeb w zakresie dostępności, dostosowane miejsca pracy do bardziej zróżnicowanej wiekowo siły roboczej. |

| | |
|---|---|
| **do potrzeb osób 50+.** | 1.2 Promowanie korzyści z wydłużania aktywności zawodowej osób w wieku emerytalnym oraz dobrych praktyk w tym zakresie. |
| | 1.3 Podnoszenie świadomości społecznej na temat aktywnego starzenia się. |
| | 1.4 Promowanie i upowszechnianie wśród pracodawców dobrych praktyk polegających na korzystaniu z potencjału osób 50+. |
| | 1.5 Promowanie elastycznych form zatrudnienia i organizacji pracy. |
| **2. Wsparcie w zakresie kształcenia osób 50+.** | 2.1 Realizacja działań na rzecz kształcenia osób dorosłych. |
| | 2.2 Promowanie kształcenia całożyciowego, w szczególności zgodnego z potrzebami rynku pracy. |

| **Cel operacyjny: Zwiększenie poziomu bezpieczeństwa i świadomości cyfrowej wśród seniorów** | |
|---|---|
| **Kierunki** | **Działania** |
| **1. Edukacja i prewencja w zakresie oszustw** | 1. 1 Promowanie kampanii edukacyjnych na temat zagrożeń związanych z oszustwami internetowymi, telefonicznymi i metodą "na wnuczka", dystrybuowanie materiałów edukacyjnych w przychodniach, domach kultury, kościołach czy placówkach pomocy społecznej. |
| | 1. 2 Organizacja internetowych kursów i webinariów o cyberbezpieczeństwie, umożliwiających osobom starszym dostęp do wiedzy bez konieczności wychodzenia z domu. |
| | 1. 3 Organizacja cyklicznych spotkań z ekspertami ds. bezpieczeństwa – policją, prawnikami i specjalistami od cyberprzestępczości w klubach seniora, bibliotekach i domach kultury. |
| | 1. 4 Wzmocnienie współpracy między instytucjami - policją, bankami, organizacjami społecznymi i placówkami edukacyjnymi - w celu lepszego koordynowania działań prewencyjnych. |
| **2. Zwiększenie bezpieczeństwa cyfrowego i szybkiej reakcji na zagrożenia** | 2. 1 Tworzenie lokalnych punktów wsparcia cyfrowego, gdzie seniorzy mogliby uzyskać pomoc w obsłudze urządzeń czy weryfikacji podejrzanych wiadomości. |
| | 2. 2 Ułatwienie dostępu do infolinii i punktów konsultacyjnych, gdzie seniorzy mogą zgłaszać podejrzane sytuacje i uzyskać natychmiastową pomoc. |
| | 2. 3 Wprowadzenie systemu alertów ostrzegawczych, które informowałyby seniorów o nowych metodach oszustw za pomocą SMS-ów, telewizji regionalnej i lokalnych rozgłośni radiowych. |

## 8. Narzędzia służące realizacji/finansowaniu polityki senioralnej ze środków Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021 - 2027

Środki finansowe w ramach programu regionalnego *Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027* przeznaczone są na:

- **„Rozwój lokalny kierowany przez społeczność (RLKS)"**

Środki będące w dyspozycji RLKS wpisują się w:

**Cel operacyjny:** Zwiększenie aktywnego udziału osób starszych w życiu społecznym, kulturalnym, edukacyjnym oraz w obszarze turystyki, sportu i rekreacji;

**Kierunki rozwoju:** 1. Rozwój infrastruktury wsparcia i aktywizacji seniorów,
2. Wspieranie i promowanie integracji międzypokoleniowej i aktywności społecznej,
3. Rozwój lokalnych inicjatyw integracyjnych,
4. Promowanie aktywności fizycznej wśród seniorów,
6. Rozwój i zwiększenie dostępności edukacji senioralnej oraz podnoszenie kompetencji cyfrowych.

Środki te będą rozdysponowane w formule grantowej, a konkretny zakres wsparcia oraz wysokość alokacji przeznaczonej na realizację poszczególnych typów projektów wynikać będzie z lokalnych strategii rozwoju, które powstają w oparciu o szeroko prowadzone konsultacje społeczne, a do wsparcia zostają wybrane w trybie konkurencyjnym.

Rozwój lokalny kierowany przez społeczność (RLKS) to narzędzie służące włączeniu obywateli na szczeblu lokalnym w inicjowanie i realizację działań na rzecz rozwoju lokalnego. Instrument RLKS jest wdrażany zgodnie z ustawą o rozwoju lokalnym z udziałem lokalnej społeczności, w oparciu o wspólne inicjatywy samorządów lokalnych, partnerów społeczno-gospodarczych oraz mieszkańców. W ramach RLKS społeczność z danego obszaru tworzy partnerstwo lokalne, które tworzy i realizuje strategię rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność (LSR). Co istotne, rozwój jest inicjowany w sposób oddolny – przez mieszkańców obszaru LSR. W województwie kujawsko-pomorskim w latach 2021-2027 będzie realizowanych 27 LSR.

Na instrument RLKS przeznaczono 3% całkowitej alokacji z Funduszy Europejskich dla Kujaw i Pomorza 2021-2027. Poświęcono temu rodzajowi wsparcia 4 działania w ramach priorytetu 7 Fundusze Europejskie na rozwój lokalny:

1. *Przełamywanie stereotypów związanych z płcią,*
2. *Wparcie dzieci i młodzieży poza edukacją formalną,*
3. *Aktywizacja edukacyjna osób dorosłych,*
4. *Wspieranie integracji społecznej.*

W ramach tych działań, w typie *4 Wspieranie integracji społeczne*j jest możliwe realizowanie przedsięwzięć takich jak:

1. Działania na rzecz integracji seniorów, pozwalające uchronić tę grupę społeczną przed izolacją i wykluczeniem społecznym:
a) tworzenie i funkcjonowanie klubów seniora;
b) zajęcia aktywizacyjne prowadzone przez uniwersytety trzeciego wieku;
c) zajęcia aktywizacyjne w gospodarstwach opiekuńczych;
d) uzupełniająco, w ramach klubów seniora oraz gospodarstw opiekuńczych: inne działania mające na celu wsparcie i integrację osób starszych, uwzględniające udział rodziny i całego środowiska w tworzeniu lokalnych sieci integracji i samopomocy obejmujące:

- organizację wydarzeń włączających środowisko lokalne w problemy osób starszych: np. dnia sąsiada, pikników i wigilii sąsiedzkich;
- spotkania o charakterze międzypokoleniowym, np. z młodzieżą szkolną lub grupami przedszkolnymi, mające na celu wymianę doświadczeń, wzajemną edukację i pomoc;
- spotkania klubów wolontariackich, których celem jest pomoc osobom starszym i samopomoc, w tym organizacja banków wolnego czasu;
- akcje proekologiczne organizowane wspólnie z młodzieżą zwiększające udział młodych i starszych w kształtowaniu środowiska życia, estetyki dzielnicy, osiedla;
- przedstawienia grup teatralnych, zespołów pieśni i tańca z klubów seniora w szkole/ przedszkolu lub odwiedziny grup przedszkolnych/szkolnych/ognisk kulturalnych w klubie seniora.

W wielu miejscach regionu (zwłaszcza w dużych miastach) oferta pozwalająca seniorom aktywnie włączać się do życia jest stosunkowo szeroka. Są jednak takie obszary, gdzie zarówno lokalna społeczność jak i podmioty związane z sektorem społecznym dopiero zauważają ten problem i potrzeby wsparcia są większe niż dostępna oferta. Taka sytuacja powoduje, że najlepszym instrumentem do wdrażania włączenia społecznego seniorów jest RLKS. Każda LGD na swoim terenie indywidualnie oceni potrzeby i w odpowiedni sposób skieruje wsparcie. Za realizacją tego typu wsparcia poprzez RLKS przemawia również fakt, że realizatorami tego typu wsparcia najczęściej są gminy lub organizacje społeczne, które są członkami LGD. Zatem już na etapie tworzenia strategii można zaplanować wsparcie odpowiadające na potrzeby lokalnych seniorów. Dzięki temu seniorzy z obszarów wiejskich również będą mogli uczestniczyć w projektach związanych z zajęciami ruchowymi, tanecznymi i innymi mającymi na celu promowanie i wzrost aktywności fizycznej osób w wieku senioralnym.

| **Efekt (produkt) przedsięwzięcia** |
|---|
| Wskaźniki produktu<br>1. Wspierane strategie rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność- **27 (szt.)**<br>2. Ludność objęta projektami w ramach strategii zintegrowanego rozwoju terytorialnego **– 5 953 (osoby)** |

| | |
|---|---|
| 3. Liczba osób starszych objętych wsparciem w klubach seniora, gospodarstwach opiekuńczych i Uniwersytetach Trzeciego Wieku **– 5953 (osoby)**<br>4. Całkowita liczba osób objętych wsparciem **- 5953 (osoby)**<br>Wskaźniki rezultatu<br>1. Liczba osób, których sytuacja społeczna uległa poprawie po opuszczeniu programu - **595**<br>2. Liczba osób objętych wsparciem klubów seniora, gospodarstw opiekuńczych i Uniwersytetów Trzeciego Wieku**- 350** | |
| **Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** | |
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **Całkowity budżet przedsięwzięcia: EUR 25 136 842,00**<br>**Budżet UE: EUR 23 880 000,00** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Maksymalny poziom finansowania 100 % (środki UE+ środki krajowe)** |

- **„Działanie FEdKP 08.24 Usługi społeczne i zdrowotne”**

Środki będące w dyspozycji Działania wpisują się w:

**Cel operacyjny:** Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych;

**Kierunki rozwoju:** 2. Zwiększenie dostępności usług społecznych wspierających samodzielne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania,

3. Zwiększanie integracji usług zdrowotnych z usługami społecznymi,

4. Zwiększenie liczby personelu medycznego i opiekuńczego oraz ich kompetencji,

5. Rozwój infrastruktury zdrowotnej oraz zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej, geriatrycznej i psychiatrycznej;

**Cel operacyjny:** Zwiększenie dostępności i funkcjonalności przestrzeni publicznej dla seniorów;

**Kierunki rozwoju:** 1. Modernizacja przestrzeni publicznej i budynków mieszkalnych pod kątem potrzeb seniorów,

2. Promowanie dostępnych, integracyjnych przestrzeni dla seniorów, w tym innowacyjnych rozwiązań mieszkaniowych,

4. Rozwój usług door-to-door dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami.

Środki przeznaczone na realizacje zadań, w ramach działania, będą rozdysponowane na podstawie ogłaszania konkursów i wyboru najlepszych przedsięwzięć. Projekty wybierane będą w trybie konkurencyjnym oraz niekonkurencyjnym. Zastosowanie trybu niekonkurencyjnego wynika ze strategicznego znaczenia projektu dla społeczno-gospodarczego rozwoju regionu.

Przedsięwzięcia w ramach deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych adresowane będą do osób wymagających wsparcia m.in. z powodu wieku, niepełnosprawności, długotrwałej choroby czy problemów zdrowia psychicznego. Celem działań jest umożliwienie funkcjonowania ww. grup w środowisku rodzinnym lub jak najbardziej zbliżonym do rodzinnego. Powyższe wymaga działań skierowanych wprost do rodzin, w tym opiekunów

faktycznych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Założenia programu będą przekładać się na zwiększenie liczby trwałych, dostępnych i przystępnych cenowo miejsc świadczenia usług społecznych i zdrowotnych oraz wzmocnienie i wsparcie rodziny i opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami w gorszej kondycji psychicznej i/lub fizycznej. Kluczowe dla zapewnienia ciągłości i kompleksowości wsparcia ww. grup jest zintegrowanie usług społecznych i zdrowotnych w celu pomocy osobie i rodzinie.

**Typy projektów:**

1. Tworzenie i funkcjonowanie centrów usług społecznych;
2. Wsparcie opiekunów faktycznych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
3. Rozwój usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia dziennego;
4. Rozwój usług opiekuńczych świadczonych w ośrodkach wsparcia i opieki całodobowej, takich jak: rodzinne domy pomocy, placówki krótkookresowego pobytu przeznaczone na cele opieki wytchnieniowej;
5. Rozwój usług asystencji osobistej wspierających aktywność w szczególności osób z niepełnosprawnościami;
6. Rozwój usług w mieszkaniach, w tym m.in. mieszkaniach treningowych i wspomaganych;
7. Wsparcie procesu usamodzielniania osób przebywających w całodobowych placówkach opieki;
8. Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji całodobowych placówek opieki o charakterze długoterminowym;
9. Poprawa dostępu do usług opieki długoterminowej;
10. Usługi dla osób w kryzysie bezdomności i zagrożonych wykluczeniem mieszkaniowym;
11. Uzupełniająco do typów 2-10 działania zwiększające mobilność, autonomię, bezpieczeństwo osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu takie jak: utworzenie wypożyczalni (lub sfinansowanie kosztów wypożyczenia) sprzętu niezbędnego do opieki i rehabilitacji (na obszarach o jego niskiej dostępności), likwidowanie barier architektonicznych w miejscu zamieszkania (mieszkania adaptowalne), dowożenie posiłków, zapewnienie transportu door-to-door, usługi zdrowotne;
12. Usługi interwencji kryzysowej;
13. Usługi w zakresie przeciwdziałania przemocy, w tym przemocy w rodzinie;
14. Poprawa dostępu do nowoczesnych form świadczenia usług opiekuńczych, np. teleopieki, telemedycyny, systemów przywoławczych;
15. Działania upowszechniające zawody pomocowe w zakresie opieki długoterminowej uwzględniające szkolenie kadr świadczących usługi;
16. Rozwój usług środowiskowych w centrach zdrowia psychicznego i innych formach środowiskowego wsparcia psychicznego dla dorosłych;

17. Opracowanie i wdrożenie programów polityki zdrowotnej.

| Efekt (produkt) przedsięwzięcia | |
|---|---|
| Wskaźniki produktu<br>1. Liczba osób objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej w programie- **20 603**<br>2. Liczba opiekunów faktycznych/nieformalnych objętych wsparciem w programie **-1 638**<br>Wskaźniki rezultatu<br>1. Liczba utworzonych miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej – **2 904**<br>2. Liczba osób świadczących usługi w społeczności lokalnej dzięki wsparciu w programie - **500** | |
| **Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** | |
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **Całkowity budżet przedsięwzięcia: EUR 158 983 540,59**<br>**Budżet UE: EUR 135 136 010,00** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **95% - maksymalny wkład z Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027**<br>**5% - minimalny wkład własny beneficjentów** |

- **„Działanie FEdKP 06.08 Inwestycje w infrastrukturę społeczną"**

Środki będące w dyspozycji Działania wpisują się w:
**Cel operacyjny:** Zwiększenie dostępności i funkcjonalności przestrzeni publicznej dla seniorów;
**Kierunki rozwoju:** 1. Modernizacja przestrzeni publicznej i budynków mieszkalnych pod kątem potrzeb seniorów,
2. Promowanie dostępnych, integracyjnych przestrzeni dla seniorów, w tym innowacyjnych rozwiązań mieszkaniowych.

Środki przeznaczone na realizacje zadań, w ramach działania, będą rozdysponowane na podstawie ogłaszania konkursów i wyboru najlepszych przedsięwzięć. Projekty wybierane będą w trybie konkurencyjnym oraz niekonkurencyjnym. Zastosowanie trybu niekonkurencyjnego wynika ze strategicznego znaczenia projektu dla społeczno-gospodarczego rozwoju regionu.

W ramach celu szczegółowego, w związku ze zdiagnozowanymi potrzebami, wsparciem objęte zostaną inwestycje w infrastrukturę społeczną przyczyniające się do poprawy dostępności oraz jakości świadczonych usług społecznych. Interwencja skierowana zostanie na wsparcie infrastruktury społecznej związanej z procesem integracji społecznej, aktywizacji społeczno-zawodowej oraz deinstytucjonalizacji usług. W szczególności realizowane będą działania polegające na tworzeniu lub rozwijaniu infrastruktury na potrzeby różnych form mieszkaniowych, w sposób nieprowadzący do segregacji, w tym m.in. mieszkań wspomaganych lub chronionych adresowanych do różnych grup osób, w tym m.in. osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osób starszych. Istotne znaczenie będą miały również inwestycje w infrastrukturę na potrzeby realizacji usług w środowisku, w tym m.in. w formach dziennych (np. dzienne domy pobytu) oraz wsparcia wytchnieniowego, świadczonego w formie zdeinstytucjonalizowanej.

**Typy projektów:**

Inwestycje w infrastrukturę społeczną, zgodne z zasadą deinstytucjonalizacji, przyczyniające się do poprawy dostępności oraz jakości świadczonych usług społecznych:

1. Budowa, przebudowa, remont, wyposażenie obiektów na potrzeby różnych form mieszkaniowych w tym m.in. mieszkań treningowych lub wspomaganych adresowanych do różnych grup osób, w tym m.in. opuszczających pieczę zastępczą/młodzieżowe ośrodki wychowawcze/młodzieżowe ośrodki socjoterapii, osób z niepełnosprawnością, a także osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
2. Budowa, przebudowa, remont, wyposażenie obiektów na potrzeby placówek wsparcia dziennego (w tym m.in. dziennych domów pomocy, środowiskowych domów samopomocy, klubów samopomocy) oraz wytchnieniowego, adresowanych do osób wymagających wsparcia w codziennymi funkcjonowaniu, w tym m.in. osób z niepełnosprawnościami.
3. Budowa, przebudowa, remont, wyposażenie obiektów na potrzeby placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży.
4. Budowa, przebudowa, remont, wyposażenie obiektów na potrzeby rodzinnych form pieczy zastępczej, w tym rodzinnych domów dziecka.
5. Budowa, przebudowa, remont, wyposażenie obiektów na potrzeby centrów usług społecznych.
6. Budowa, przebudowa, remont, wyposażenie obiektów na potrzeby innych usług społecznych świadczonych w środowisku lub usług aktywnej integracji.

Wymieniono wszystkie typy przedsięwzięć możliwych do realizacji, choć nie wszystkie dotyczą seniorów.

| **Efekt (produkt) przedsięwzięcia** | |
|---|---|
| Wskaźniki produktu<br>1. Pojemność nowych lub zmodernizowanych placówek opieki społecznej (innych niż mieszkania) - **2 280 (osoby/rok)**<br>2. Pojemność nowych lub zmodernizowanych lokali socjalnych – **408 (osoby)**<br>Wskaźniki rezultatu<br>1. Roczna liczba użytkowników nowych lub zmodernizowanych placówek opieki społecznej – **2 280**<br>2. Roczna liczba użytkowników nowych lub zmodernizowanych lokali socjalnych – **408 (użytkownicy/rok)** | |
| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** | |
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **Całkowity budżet przedsięwzięcia: EUR 55 770 523,53**<br>**Budżet UE: EUR 47 404 945,00** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **95% - maksymalny wkład Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027**<br>**5% - minimalny wkład własny beneficjentów** |

## 9. Projekty kluczowe

„KUJAWSKO – POMORSKA TELEOPIEKA”

| | |
|---|---|
| **CEL OPERACYJNY:** | **Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych** |
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 2. Zwiększenie dostępności usług społecznych wspierających samodzielne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania<br>3. Zwiększanie integracji usług zdrowotnych z usługami społecznymi<br>4. Zwiększenie liczby personelu medycznego i opiekuńczego oraz ich kompetencji<br>5. Rozwój infrastruktury zdrowotnej oraz zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej, geriatrycznej i psychiatrycznej |
| **Tytuł projektu: KUJAWSKO–POMORSKA TELEOPIEKA** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** | |
| **A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu** | |
| **Opis przedsięwzięcia** | |
| Celem projektu jest zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych świadczonych w środowisku lokalnym w postaci pomocy sąsiedzkiej przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii takich jak teleopieka dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, mieszkających na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.<br>W ramach projektu realizowane są następujące działania:<br>**1. Usługi pomocy sąsiedzkiej**<br>polegające na udzielaniu wsparcia w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego, m.in. dokonywania zakupów, przygotowywania i podawania posiłków, prac porządkowych w gospodarstwie domowym (pranie, sprzątanie), pomocy w dotarciu do lekarzy, instytucji i urzędów oraz pomocy w załatwianiu spraw urzędowych czy uiszczaniu opłat, towarzyszeniu na spacerach, informowania rodziny lub właściwych służb o pogorszeniu stanu zdrowia lub sytuacjach kryzysowych, odwiedzin w szpitalu, wspólnego czytania książek i gazet, wspólnych rozmów itp. Usługi świadczone są przez sąsiadów, którzy zostali przeszkoleni w ramach 8h szkolenia z zakresu świadczonych usług. Realizowane w oparciu o kontrakt trójstronny opracowany wspólnie z uczestnikiem projektu i opiekunem.<br>**2. Usługi teleopieki**<br>świadczone przez wykwalifikowaną kadrę ratowników medycznych Kujawsko – Pomorskiego Telecentrum, która czuwa nad bezpieczeństwem uczestników przez całą dobę 7 dni w tygodniu. W ramach usługi teleopieki uczestnik projektu otrzymuje bransoletkę życia wyposażoną m.in. w przycisk alarmowy, geolokalizację, pomiar tętna, ciśnienia, wykrywanie upadków, pomiar dziennej liczby kroków. W sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia po naciśnięciu przycisku SOS na opasce lub po wykryciu upadku urządzenie łączy się z Telecentrum w celu wezwania pomocy.<br>**3. Usługi w obszarze telemedycyny (pogłębiona analiza stanu zdrowia)** | |

polegające na analizie stanu zdrowia uczestników pod kątem zaburzeń układu nerwowego. W ramach tego działania planowane jest uruchomienie Modelowego Opiekuńczego Ośrodka Skoordynowanej Telemedycyny (MOOST) oraz nawiązaniu współpracy z lekarzami POZ. Działania obejmują monitoring, analizę stanu zdrowia pacjenta w oparciu o dane zbierane przez aplikację oraz wykonywanie badań diagnostycznych. Pozwoli to na szybkie wykrycie postępujących chorób typu Alzheimer, choroba Parkinsona czy choroby serca. W roku sprawozdawczym usługi w obszarze telemedycyny były realizowane przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu. Zespół ekspercki MOOST skupił swe działania nad opracowaniem ankiet oraz odpowiednim przygotowaniem aplikacji na tablety do prawidłowego przeprowadzania audytów: medycznego, psychologicznego i mieszkaniowego, które będą prowadzone przez wolontariuszy.
Projekt w latach 2024 – 2026 realizowany jest w partnerstwie z Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy, Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu, Fundacją Ekspert – Kujawy z Inowrocławia oraz 87 samorządami gminnymi województwa kujawsko-pomorskiego.
W ramach realizacji działań projektowych z usług teleopieki w latach 2021 – 2023 skorzystało łącznie 3 895 osób, w roku 2024 – 1760 osób, w tym czasie Kujawsko – Pomorskie Telecentrum zarejestrowało 27 394 zgłoszeń pomocy (21 990 w latach 2021 – 2023 i 5 404 w 2024 roku), w wyniku czego przeprowadzono 1 056 interwencji u uczestników projektu. W 497 przypadkach należało zawiadomić służby ratownicze, a w 559 przypadkach wystarczało powiadomienie siatki pomocowej (członków rodziny, wskazanych opiekunów lub sąsiadów).
W latach 2021 – 2023 usługami pomocy sąsiedzkiej objęto 2 264 osoby, w roku 2024 – 179 osób. Udzielono łącznie 198 525 h wsparcia (191 092 h w latach 2021 – 2023 i 7 433 h w 2024 roku).

**Sposób realizacji programu**

Ciągły.

**B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem**

**Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie**

Wychodząc naprzeciw zmianom demograficznym, związanym z systematycznym wzrostem populacji osób starszych w naszym społeczeństwie, wymuszającym konieczność wprowadzania zintensyfikowanych działań na rzecz tych osób, w tym zaangażowania nowatorskich rozwiązań, we współpracy ze środowiskowymi formami pomocy, niezbędne jest odrębne działanie wspierające w postaci usług teleopiekuńczych z elementami wsparcia telemedycznego oraz pomocy sąsiedzkiej. Wykorzystanie usług teleopiekuńczych czy też wsparcia w formie pomocy sąsiedzkiej wiąże się ze wzrostem poczucia bezpieczeństwa osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, a co za tym idzie, wzrostem samodzielności podopiecznych i dłuższym funkcjonowaniem we własnym gospodarstwie domowym.
Realizacja projektu służy:
- zwiększeniu dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług,
- opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej,
- poprawie dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia.

| |
|---|
| Działania projektowe wpisują się w założenia: **Strategii rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku - Strategia Przyspieszenia 2030+;**<br>Cel główny: 2. Zdrowe, aktywne i zamożne społeczeństwo<br>Cel operacyjny: 21. Aktywność społeczna i rozwój społeczeństwa obywatelskiego<br>Kierunek działań: 2201. Rozwój struktur instytucjonalnych oraz potencjału nieinstytucjonalnego w zakresie działalności opiekuńczych, adekwatnie do zwiększających się potrzeb.<br>Kierunek działań: 2202. Dopasowanie liczby osób pracujących w obszarze pomocy społecznej i integracji, w tym w obszarze działalności opiekuńczych oraz kwalifikacji tych osób do rzeczywistych potrzeb społecznych.<br>Kierunek działań: 2204. Poszukiwanie i upowszechnianie niestandardowych form pomocy w obszarze pomocy społecznej i integracji.<br>Projekt wpisany na listę projektów kluczowych SRW pod pozycją: 212 |
| **Efekt (produkt) przedsięwzięcia** |
| Wskaźniki projektu w latach 2024 – 2026:<br>Liczba osób objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej w programie: **1846**<br>Liczba osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności) objętych wsparciem w postaci nowoczesnych technologii – teleopieki i telemedycyny: **3500**<br>Liczba osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności) objętych usługami zdrowotnymi w programie: **300**<br>Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie: **1000**<br>Liczba osób świadczących usługi w społeczności lokalnej dzięki wsparciu w programie: **250**<br>Liczba podmiotów, które rozszerzyły ofertę wsparcia lub podniosły jakość oferowanych usług: **1** |

| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** | |
|---|---|
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **w latach:**<br>**2021 – 2023: 18 826 932,87 zł**<br>**2024 – 2029: 33 250 000,00 zł** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | W latach 2021 – 2023 projekt realizowany był w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 9. Solidarne społeczeństwo, Działanie 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych, Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych.<br>W latach 2024 – 2029 projekt realizowany w II etapach (2024 – 2026 oraz 2027 – 2029) w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027, Priorytet 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 08.24 Usługi społeczne i zdrowotne. |

| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** |
|---|
| **Termin rozpoczęcia** |
| 01.01.2021 – 31.12.2023<br>01.01.2024 – 31.12.2029 (Etap I: 2024 – 2026, Etap II: 2027 – 2029) |

| Faza przygotowawcza |
|---|
| Opracowanie koncepcji, wniosku o dofinansowanie, podpisanie umowy o partnerstwie oraz umowy o dofinansowanie projektu. Przyjęcie Uchwały Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 20 marca 2024 r. w sprawie przyznania dofinansowania na realizację projektu własnego nr FEKP.08.24-IZ.00-0023/23 realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027. |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania** |
| Realizacja zadań wskazanych w opisie przedsięwzięcia |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** |
| Monitorowanie wskaźników oraz rozliczanie wniosków o płatność. |

„Opieka długoterminowa – kształcenie kadr Etap I”

| **CEL OPERACYJNY:** | **Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych** |
|---|---|
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 2. Zwiększenie dostępności usług społecznych wspierających samodzielne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania<br>3. Zwiększanie integracji usług zdrowotnych z usługami społecznymi<br>4. Zwiększenie liczby personelu medycznego i opiekuńczego oraz ich kompetencji |
| **Tytuł projektu: Opieka długoterminowa – kształcenie kadr Etap I** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** | |
| **A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu** | |
| **Opis przedsięwzięcia** | |
| W ramach projektu na terenie województwa kujawsko-pomorskiego powstanie zintegrowany system działań wspierających kadry opieki długoterminowej i osoby zainteresowane zawodami pomocowymi poprzez działania szkoleniowe – podnoszące oraz pozwalające nabyć kwalifikacje i kompetencje. Działania te przyczynią się do zwiększania równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług opieki długoterminowej. Celem projektu jest także upowszechnianie i promowanie zawodów pomocowych oraz podnoszenie ich prestiżu.<br>Zadania i oferowane formy wsparcia:<br>1. **Działania upowszechniające opiekę długoterminową:** propagowanie i rozpowszechnianie wiedzy i informacji o zawodach pomocowych wśród społeczeństwa, poprawa wizerunku oraz zachęcanie do pojęcia pracy w obszarze opieki długoterminowej.<br>Zadanie będzie realizowane m.in. poprzez:<br>- organizację Regionalnej Gali Opieki Długoterminowej wraz z konkursem na wyróżniającego się opiekuna oraz konkursem fotograficznym „Nie tylko opieka”,<br>- promowanie zawodów pomocowych w lokalnych mediach (w tym mediach społecznościowych), zamieszczanie artykułów w prasie, spoty i filmy promujące,<br>- udział w konferencjach branżowych, targach pracy i innych eventach związanych z opieką długoterminową, | |

- organizowanie spotkań informacyjno-promocyjnych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego z przedstawicielami MOPS-ów, MOPR-ów, GOPS-ów, OPS-ów, trzeciego sektora, a także jednostek i przedsiębiorstw świadczących usługi opieki długoterminowej,
- organizowanie spotkań edukacyjnych o zawodach pomocowych dla dzieci i młodzieży w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych.

2. **Działania szkoleniowe dla kadr:** działania mające na celu podnoszenie kwalifikacji i kompetencji oraz wspieranie kadr opieki długoterminowej w codziennej pracy.

Zadanie będzie realizowane poprzez:
- kompleksową organizację wyjazdów szkoleniowych wraz z superwizją (3 wyjazdy po 2 dni),
- organizację kursów długich (80 godzin),
- organizację kursów krótkich (8 godzin),
- superwizję,
- organizację studiów podyplomowych z zakresu opieki długoterminowej.

3. **Działania szkoleniowe dla osób stanowiących potencjalny zasób kadrowy do realizacji opieki długoterminowej w świadczonych w środowisku:** analogicznie do działań skierowanych dla kadr działania szkoleniowe będą skierowane również do opiekunów faktycznych i innych osób zainteresowanych świadczeniem usług w środowisku lokalnym. Osoby te często nie posiadają formalnego wykształcenia w zakresie opieki długoterminowej, dlatego zaplanowane działania mają na celu pomoc w uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji i kompetencji w tym zakresie.

Zadanie będzie realizowane poprzez:
- organizację kursów długich (80 godzin),
- organizację kursów krótkich (8 godzin) w formie pakietów szkoleń,
- organizację studiów podyplomowych z zakresu opieki długoterminowej.

4. **Utworzenie Regionalnego Centrum Wsparcia Opieki Długoterminowej (RCWOD)**

Utworzenie RCWOD w Toruniu wraz z filią w Bydgoszczy, będzie stanowić bazę edukacyjno-szkoleniową skierowaną do grupy docelowej. W ramach RCWOD wyodrębniona zostanie także nowoczesna część instruktażowa, w której zaprezentowane będą rozwiązania stosowane w opiece nad osobami z różnymi rodzajami niepełnosprawności.

Dodatkowo w RCWOD odbywać się będą wizyty studyjne służące zaprezentowaniu rozwiązań i udogodnień związanych z opieką długoterminową, będą także okazją do wymiany doświadczeń z uczestnikami wizyt, nawiązywania współpracy oraz możliwością implementacji zaobserwowanych rozwiązań czy innowacji do gospodarstw domowych i jednostek świadczących usługi opiekuńcze.

5. **Utworzenie Platformy "Świadomy opiekun"**

Funkcjonowanie Platformy internetowej „Świadomy opiekun” zakłada interaktywny sposób na nabywanie i podnoszenie kwalifikacji i kompetencji oraz zdobywanie nowych umiejętności osób profesjonalnie zajmujących się opieką długoterminową oraz wszystkich zainteresowanych zawodami pomocowymi. Działania w ramach Platformy „Świadomy opiekun” będą koncentrować się na przeprowadzaniu szkoleń on-line, wsparciu merytoryczno-edukacyjnym oraz poradnictwie dostosowanym do potrzeb uczestników projektu. Baza wiedzy z zakresu opieki długoterminowej i jej deinstytucjonalizacji obejmować będzie artykuły, webinary, wywiady, podcasty, newslettery, filmiki

| |
|---|
| instruktażowe – które będą odpowiedzią na potrzeby uczestników projektu oraz wolnych użytkowników Platformy „Świadomy opiekun”.<br>Założenia projektu są zgodne z działaniami *Strategii rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku - Strategia Przyspieszenia 2030+* |
| **Sposób realizacji programu** |
| Ciągły w okresie 01.09.2024 r. - 31.12.2029 r. |
| **B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem** |
| |
| **Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie** |
| Systematycznie rosnąca na terenie województwa kujawsko-pomorskiego populacja osób starszych i niesamodzielnych powoduje zwiększenie zapotrzebowania na działania mające na celu kształcenie, dokształcanie, a także wspieranie i podnoszenie kompetencji obecnej oraz potencjalnej kadry do świadczenia usług opieki długoterminowej zarówno w instytucjach jak i środowisku lokalnym (deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej). |
| **Efekt (produkt) przedsięwzięcia** |
| Liczba osób, które wzięły udział w formach szkoleniowych z zakresu usług opieki długoterminowej świadczonych w społeczności lokalnej: **3 000**<br>Liczba osób, które nabyły kwalifikacje z zakresu usług opieki długoterminowej świadczonych w społeczności lokalnej: **2 400**<br>Liczba osób, które uzyskały kwalifikacje po opuszczeniu programu: **2 400**<br>Liczba opiekunów faktycznych/nieformalnych objętych wsparciem w programie: **750**<br>Liczba osób świadczących usługi w społeczności lokalnej dzięki wsparciu w programie: **400**<br>Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie: **5**<br>Liczba osób z krajów trzecich objętych wsparciem w programie: **25**<br>Liczba osób obcego pochodzenia objętych wsparciem w programie: **30**<br>Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami: **1** |
| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** |

| | |
|---|---|
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **19 672 848,80 zł** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, środki własne** |

| |
|---|
| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** |
| **Termin rozpoczęcia** |
| 01.09.2024 r. |
| **Faza przygotowawcza** |
| Opracowanie wniosku o dofinansowanie, podpisanie umowy o partnerstwie oraz umowy o dofinansowanie projektu, opracowanie dokumentacji merytorycznej do realizacji zadań. |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania** |
| Zbadanie potrzeb szkoleniowych kadry oraz osób zainteresowanych zawodami pomocowymi, rekrutacja uczestników projektu, wyłonienie wykonawców do realizacji działań, szkolenia zespołu |

| |
|---|
| projektowego z zakresu deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej, dostępności i nowoczesnych technologii w opiece długoterminowej,<br>realizacja zadań wskazanych w opisie przedsięwzięcia (zadania 1-5). |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** |
| Monitorowanie wskaźników oraz rozliczanie wniosków o płatność (w tym postępu rzeczowego i finansowego), ewaluacja potrzeb szkoleniowych kandydatów na uczestników projektu. |

„LIFE MAGISTER – Empowering elder care professionals and caregivers (Wzmacnianie kompetencji specjalistów i opiekunów zajmujących się opieką nad osobami starszymi)"

| | |
|---|---|
| **CEL OPERACYJNY:** | **Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych** |
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 1. Monitorowanie sytuacji osób starszych<br>3. Zwiększanie integracji usług zdrowotnych z usługami społecznymi<br>4. Zwiększenie liczby personelu medycznego i opiekuńczego oraz ich kompetencji |
| **Tytuł projektu: LIFE MAGISTER – Empowering elder care professionals and caregivers (Wzmacnianie kompetencji specjalistów i opiekunów zajmujących się opieką nad osobami starszymi)** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** | |
| **A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu** | |
| **Opis przedsięwzięcia** | |
| Głównym celem projektu LIFE MAGISTER jest wzmocnienie umiejętności profesjonalistów i operatorów w sektorze opieki nad osobami starszymi poprzez nowe i innowacyjne podejścia oparte na pozytywnym starzeniu się.<br>Projekt ma na celu w szczególności:<br>• znalezienie dowodów na potrzebę szkoleń w zakresie podejścia inkluzywnego wśród krajów partnerskich<br>• poprawa kompetencji operatorów i opiekunów w celu promowania pozytywnego starzenia się wśród osób starszych<br>• rozwój tych umiejętności wśród operatorów i opiekunów, które są niezbędne do holistycznego i inkluzywnego podejścia w ramach opieki nad osobami starszymi<br>• zwiększenie świadomości wartości osób starszych wśród opiekunów i obywateli.<br>W dłuższej perspektywie projekt ma również na celu:<br>• umożliwienie seniorom prowadzenia bardziej aktywnego i niezależnego życia<br>• zmniejszenie izolacji społecznej i wykluczenia wśród osób starszych<br>• poprawę jakości życia osób starszych<br>• wsparcie rozwoju bardziej przyjaznego osobom starszym społeczeństwa, w którym osoby starsze są cenionymi i szanowanymi członkami społeczności.<br>Partnerzy projektu LIFE MAGISTER:<br>1. Qualità e Benessere Srl (Włochy) – partner wiodący | |

**2. Województwo Kujawsko-Pomorskie**

3. Sint Vincentius vzw (Belgia)

**Sposób realizacji programu**

Przedsięwzięcie ma charakter jednorazowy

**B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem**

**Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie**

We współczesnym społeczeństwie istnieje tendencja do postrzegania osób starszych nie jako zasobu, w który należy inwestować, ale ogólnie jako problemu, z którym należy sobie poradzić, co prowadzi do izolacji i dyskryminacji. Podejście pozytywnego starzenia się postrzega tę fazę życia nie wyłącznie jako okres, w którym występują tylko straty, ale także zyski. Psychologia okresu życia rozszerza koncepcje i procesy ewolucji, rozwoju i wzrostu na całe życie jednostki. Z tej perspektywy rozszerza możliwości doskonalenia kompetencji i umiejętności, które mogą usprawnić zarządzanie zmianami w życiu i odegrać ważną rolę w promowaniu zdrowia, rozumianego jako dobrostan bio-psycho-społeczny. Dlatego tak istotne jest zapewnianie niezbędnej edukacji i szkoleń dla profesjonalistów pracujących z seniorami w tym zakresie, a także opracowanie łatwego w użyciu narzędzia do oceny przekonań profesjonalistów i określenia ich kompetencje niezbędnych do jakościowego wsparcia osób starszych. Umożliwi to promocję „umiejętności życiowych" zidentyfikowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wśród praktyków i teoretyków w sektorze opieki nad osobami starszymi, a także w szerszej społeczności. Jednocześnie będzie rozpowszechniać wiedzę specjalistyczną i strategie wdrażania holistycznego podejścia do pozytywnego starzenia się.

W Strategii rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku - Strategia Przyspieszenia 2030+ w ramach celu głównego „2. Zdrowe, aktywne i zamożne społeczeństwo" wskazuje się, że w kontekście rozwoju usług jednym ze specyficznych kluczowych wyzwań jest także zapewnienie wysokiej jakości życia ludności starszej. Rosnąca skala potrzeb, już wkrótce przewyższająca dotychczasowe możliwości organizacyjne systemu pomocy społecznej, będzie wymagała wprowadzenia nowych modeli funkcjonowania, zmian instytucjonalnych w systemie pomocy społecznej (także rozbudowy struktur, wzmocnienia kadr), ale także solidarności społecznej. Strategia Polityki Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego do roku 2030 wskazuje, że jedną z potrzeb kadry pomocy i integracji społecznej jest potrzeba stałego doskonalenia zawodowego i zwiększania kompetencji (m.in. poprzez wsparcie szkoleniowe - specjalizacje, szkolenia, kursy, superwizje). Kierunek 1.7.2 działań Strategii uwzględnia rozwój systemu wsparcia kadr pomocy i integracji społecznej poprzez m.in. podnoszenie kwalifikacji i kompetencji.

**Efekt (produkt) przedsięwzięcia**

Wskaźniki produktu:

- Liczba uczestników warsztatów – **30**
- Liczba opiekunów testujących narzędzie samooceny – **400**

Realizacja projektu przyczyni się do osiągnięcia następujących rezultatów:

| |
|---|
| • opracowanie cyfrowego narzędzia samooceny dla opiekunów w celu oceny ich postaw i kompetencji, które są krytyczne dla holistycznego podejścia, opartego na jakości życia w usługach dla osób starszych,<br>• opracowanie profilu kompetencji skupiającego się na umiejętnościach opiekunów, które wykraczają poza zadania czysto opiekuńcze i obejmują wszystkie umiejętności niezbędne do wzmocnienia pozycji osób starszych, tworzenia wspierającej sieci społecznej i promowania aktywnego uczestnictwa w społeczności.<br>• rozpowszechnianie ustaleń i zaleceń projektu (plan polityki) wśród szerokiego grona odbiorców, w tym osób starszych, opiekunów, profesjonalistów, decydentów i ogółu społeczeństwa. |
| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** |

| | |
|---|---|
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **Całkowity budżet projektu LIFE MAGISTER: EUR 60.000,00**<br>**Budżet Województwa Kujawsko-Pomorskiego: EUR 17.600,00** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Projekt realizowany w ramach programu ERASMUS+ i finansowany z tego programu w 100%** |

| |
|---|
| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** |
| **Termin rozpoczęcia** |
| 01.09.2024 – 31.12.2025 |
| **Faza przygotowawcza** |
| Opracowanie koncepcji, wniosku o dofinansowanie oraz podpisanie umowy o partnerstwie. Przyjęcie Uchwały Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego nr 20/1071/24 z dnia 2 października 2024 r. w sprawie wyrażenia woli uczestnictwa Województwa Kujawsko-Pomorskiego w projekcie LIFE MAGISTER, w ramach Programu Erasmus+ |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania** |
| Realizacja zadań wskazanych w opisie przedsięwzięcia |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** |
| Monitoring zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania |

„CARES Remote Healthcare for Silver Europe (Teleopieka dla starzejącej się Europy)”

| | |
|---|---|
| **CEL OPERACYJNY:** | **Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych** |
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 1. Monitorowanie sytuacji osób starszych<br>2. Zwiększenie dostępności usług społecznych wspierających samodzielne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania<br>3. Zwiększanie integracji usług zdrowotnych z usługami społecznymi<br>4. Zwiększenie liczby personelu medycznego i opiekuńczego oraz ich kompetencji |
| **Tytuł projektu: CARES Remote Healthcare for Silver Europe (Teleopieka dla starzejącej się Europy)** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** | |
| **A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu** | |

| Opis przedsięwzięcia |
| --- |
| Celem międzynarodowego projektu CARES (Teleopieka dla starzejącej się Europy) jest poprawa regionalnych i lokalnych instrumentów polityki, takich jak programy, plany, strategie rozwoju, w celu wyspecjalizowania i upowszechniania usług teleopieki i telemedycyny, skierowanych do osób starszych, niesamodzielnych czy zamieszkujących obszary peryferyjne. Dzięki dobrym praktykom, wspólnym warsztatom i wizytom studyjnym, partnerzy projektu zyskają wiedzę nt. nowoczesnych rozwiązań cyfrowych dla poprawy standardów opieki nad osobami starszymi i zyskają możliwość uruchomienia poznanych rozwiązań na swoim terytorium.<br>CARES skupia się rozwijaniu 3 obszarów tematycznych:<br>• zwiększenie dostępności osób starszych do usług teleopieki i telemedycyny na obszarach peryferyjnych i trudnodostępnych;<br>• powszechne wykorzystanie innowacyjnych narzędzi cyfrowych, umożliwiających skuteczny monitoring i diagnostykę medyczną osób starszych;<br>• zwiększenie potencjału instytucjonalnego i wykształconej kadry medycznej na rzecz nowych, ulepszonych usług opiekuńczych i medycznych.<br>Najważniejsze działania:<br>2023-2026 Etap główny projektu „międzyregionalna wymiana doświadczeń”<br>• Utworzenie Lokalnej Grupy Interesariuszy (LSG) – cykliczne spotkania<br>• Analiza instrumentów polityki – recenzje i raporty<br>• Wymiana doświadczeń oraz dobrych praktyk (w wybranych celach szczegółowych)<br>• 8 Wizyt studyjnych w regionach partnerskich<br>• 3 Sesje szkoleniowe (online) – we wskazanych obszarach tematycznych:<br>- Dostęp do usług<br>- Innowacyjne narzędzia<br>- Zwiększona zdolność instytucjonalna<br>• Mapa drogowa – plan poprawy instrumentów polityki<br>• Nowy projekt w ramach FEdKP 2021-2027 dot. teleopieki i telemedycyny, wzbogacony o nowe komponenty i funkcjonalności poznane w ramach wymiany doświadczeń z partnerami<br>• Działania komunikacyjne i upowszechniające (na wszystkich etapach realizacji projektu)<br>2026-2027 Etap dalszych działań i monitorowania wdrożeń (spotkania, promocja i konferencja podsumowująca projekt)<br>Województwo Kujawsko-Pomorskie jest pomysłodawcą projektu i pełni rolę partnera wiodącego, co oznacza zarządzanie całym międzynarodowym konsorcjum pod kątem merytorycznym, administracyjnym i finansowym, także przy wsparciu zainteresowanych interesariuszy z regionu. Nadzór merytoryczny na realizacją projektu powierzono Regionalnemu Ośrodkowi Polityki Społecznej w Toruniu.<br>Partnerzy projektu CARES:<br>**Województwo Kujawsko-Pomorskie – lider**<br>1. Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine (Francja)<br>2. Region Południowej Danii<br>3. Miasto Linköping (Szwecja) |

4. Agencja (Ochrony Zdrowia) ULSS7 Pedemontana (Włochy)
5. Instytucja Ochrony Zdrowia Regionu Aragonia (Hiszpania)
6. Miasto Zagrzeb (Chorwacja)
7. Województwo Pomorskie

Partnerzy stowarzyszeni:

1. Region Nouvelle-Aquitaine – Francja
2. Region Veneto – Włochy

**Sposób realizacji programu**

Przedsięwzięcie ma charakter jednorazowy

**B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem**

**Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie**

W Europie jest coraz więcej osób starszych, które potrzebować będą stałej opieki i szybszego dostępu do diagnostyki medycznej. Problem ten dotyczy zwłaszcza osób samotnych, niesamodzielnych i zamieszkujących tereny peryferyjne. Proces starzenia się społeczeństwa europejskiego stanowi na najbliższe dziesięciolecia poważne wyzwanie. Systematyczne zwiększająca się liczba seniorów w strukturze wiekowej społeczeństwa wymaga podejmowania odważnych decyzji i sięgania po nowe rozwiązania.

Przewiduje się, że w Europie do 2040 roku 25% czynności medycznych, usług związanych z poprawą samopoczucia, a także procedur profilaktycznych i opieki długoterminowej, będzie wykonywanych zdalnie. Wykorzystanie usług teleopiekuńczych czy też telemedycznych wiąże się ze wzrostem poczucia bezpieczeństwa osób starszych, a co za tym idzie, wzrostem ich samodzielności, gdyż na co dzień rezygnują z różnych aktywności z obawy, np. przed upadkiem i groźbą, że po upadku przez długi czas będą skazani na wielogodzinne oczekiwanie na pomoc.

Instrumenty polityki związane z usługą teleopieki i telemedycyny, w kontekście zmian demograficznych są wpisane w Strategię Polityki Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego do roku 2030, jak również w Strategii rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku - Strategia Przyspieszenia 2030+ i są z powodzeniem realizowane od kilku lat na rzecz potrzebujących wsparcia mieszkańców województwa.

W Strategii rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku - Strategia Przyspieszenia 2030+ w ramach celu operacyjnego „41. Infrastruktura rozwoju społecznego" formułuje się ustalenia dotyczące rozwoju tej infrastruktury. Nacisk położony jest na dalszy rozwój technologii informacyjnych, w tym telemedycyny (diagnozowanie i wykonywanie zabiegów na odległość), e-administracji (ucyfrowienie dokumentacji medycznej) i właśnie teleopieki.

Strategia Polityki Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego do roku 2030 wskazuje, że jednym z podstawowych kierunków w procesie deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej jest, zgodnie z ogólnoeuropejskimi wytycznymi, rozwój systemów teleopieki i telemedycyny. Wobec powyższego Strategia wskazuje, że niezbędne jest wdrażanie odpowiednich działań, w tym zakresie w województwie kujawsko-pomorskim. Kierunek 1.1.9 działań Strategii uwzględnia zwiększenie dostępu do usług w obszarze ochrony zdrowia, zwłaszcza wspierających samodzielne funkcjonowanie osób starszych, m.in. telemedycyny, telerehabilitacji i teleopieki.

| Efekt (produkt) przedsięwzięcia | |
|---|---|
| **Wskaźniki produktu:**<br>• Liczba organizacji współpracujących ponad granicami – **69**<br>• Liczba objętych instrumentów polityki – **8**<br>• Liczba zorganizowanych wydarzeń szkoleniowych w zakresie polityki międzyregionalnej - **17**<br>• Liczba zidentyfikowanych dobrych praktyk – **34**<br>**Wskaźniki rezultatu:**<br>• Liczba organizacji o zwiększonych potencjale dzięki udziałowi w działaniach projektowych – **39**<br>• Liczba instrumentów polityki poprawionych dzięki projektowi – **8** | |
| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** | |
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **Całkowity budżet projektu CARES: EUR 1.882.925,00**<br>**Budżet Województwa Kujawsko-Pomorskiego: EUR 333.185,00** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Projekt realizowany w ramach programu Interreg Europa 2021-2027**<br>**Dofinansowanie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego – 80%,**<br>**Budżet województwa – 5% , Budżet państwa – 15%** |
| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** | |
| **Termin rozpoczęcia** | |
| 01.03.2023 – 28.02.2027 | |
| **Faza przygotowawcza** | |
| Opracowanie koncepcji, wniosku o dofinansowanie, podpisanie umowy o partnerstwie oraz umowy o dofinansowanie projektu. Przyjęcie Uchwały Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego nr 1/11/23 z dnia 4 stycznia 2023 r. w sprawie wyrażenia woli uczestnictwa Województwa Kujawsko-Pomorskiego w projekcie CARES, w ramach Programu Interreg Europa | |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania** | |
| Realizacja zadań wskazanych w opisie przedsięwzięcia | |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** | |
| Monitoring zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania | |

„CAPABLE – Competent Assistance Pro Aging Better Living Easier (Kompetentna pomoc na rzecz lepszego starzenia się i łatwiejszego życia)”

| **CEL OPERACYJNY:** | **Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych** |
|---|---|
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 1. Monitorowanie sytuacji osób starszych<br>4. Zwiększenie liczby personelu medycznego i opiekuńczego oraz ich kompetencji |
| **Tytuł projektu: CAPABLE – Competent Assistance Pro Aging Better Living Easier (Kompetentna pomoc na rzecz lepszego starzenia się i łatwiejszego życia)** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** | |
| **A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu** | |

| Opis przedsięwzięcia |
| --- |
| Celem projektu „CAPABLE” (Kompetentna pomoc na rzecz lepszego starzenia się i łatwiejszego życia) jest podniesienie standardów kształcenia i włączenie pracowników ekonomii społecznej i opieki zdrowotnej do rynku pracy poprzez lepsze zdefiniowanie wymaganych umiejętności, wzmocnienie systemu łączenia podaży i popytu oraz podniesienie jakości usług opieki świadczonych osobom takiej opieki wymagających. W rezultacie realizacji projektu planuje się lepsze profilowanie pracowników ekonomii społecznej i opieki zdrowotnej oraz uznawanie umiejętności i kwalifikacji niezbędnych do zaspokojenia potrzeb rynku, przyciąganie nowych pracowników w sektorze pomocy społecznej oraz podnoszenie jakości i innowacyjności usług opiekuńczych na rzecz osób potrzebujących.<br>W ramach projektu CAPABLE planuje się:<br>• podnoszenie kwalifikacji obecnej kadry pracowników poprzez inicjatywy przekwalifikowania i podnoszenia kwalifikacji, wspieranie rozwoju kariery i zadowolenia z pracy,<br>• przyciąganie nowych talentów poprzez poprawę warunków pracy i promowanie sektora pomocy społecznej jako realnej ścieżki kariery,<br>• podnoszenie jakości usług za pomocą innowacyjnych metod i narzędzi w celu zapewnienia lepszej opieki osobom narażonym na wykluczenie,<br>• promowanie mobilności pracowników poprzez wspieranie ujednolicenia/ koordynacji struktur szkoleniowych i kwalifikacyjnych w całej Europie.<br>Wyjątkowość CAPABLE oparta jest na współpracy i holistycznym podejściu. W projekt zaangażowanych jest szerokie grono interesariuszy: zapewnia to, że projekt uwzględnia specyficzne potrzeby każdego regionu. Poprzez „wymianę doświadczeń” partnerzy będą dzielić się najlepszymi praktykami i wzajemnie uczyć się od siebie. Wymiana dobry praktyk będzie koncentrować się na kluczowych obszarach, takich jak niedobory pracowników, ścieżki szkoleniowe i innowacyjne usługi opieki zdrowotnej. Poprzez zajęcie się zarówno stroną podaży, jak i popytu w niedoborze pracowników opieki, CAPABLE dąży do stworzenia bardziej atrakcyjnego i efektywnego sektora pomocy społecznej w Europie, aby zapewnić wysokiej jakości opiekę dla rosnącej populacji osób starszych na kontynencie.<br>**Partnerzy projektu CAPABLE:**<br>1. Autonomiczny Region Friuli-Wenecja Julijska (Włochy) – partner wiodący<br>2. **Województwo Kujawsko-Pomorskie**<br>3. Centrum Gubernatora Kinsbergena (Belgia)<br>4. Pro Arbeit - Hrabstwo Offenbach - Miejski Urząd Pracy (Niemcy)<br>5. Rada Hrabstwa Vaslui (Rumunia)<br>6. Związek Gmin Regionu Murcia (Hiszpania)<br>**Tzw. Partnerzy discovery:**<br>1. Centrum Rehabilitacji Dzieci Dzherelo (Ukraina)<br>2. Organizacja charytatywna „Platforma na rzecz zmiany społecznej” (Ukraina)<br>**Partnerzy stowarzyszeni:**<br>1. Prowincja Antwerpii (Belgia)<br>2. Dyrekcja Generalna ds. Samozatrudnienia i Ekonomii Społecznej Regionu Murcia (Hiszpania) |

| Sposób realizacji programu |
|---|
| Przedsięwzięcie ma charakter jednorazowy |
| **B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem** |
| |
| **Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie** |
| Z analiz przeprowadzonych na podstawie danych GUS wynika, że w 2021 roku liczba osób w wieku poprodukcyjnym wynosiła 456 597 osób w wieku poprodukcyjnym, co w porównaniu do 2018 roku oznacza wzrost o 20 057 osób (tj. wzrost o ok. 4,5 %). Prognozy demograficzne dla województwa kujawsko-pomorskiego w perspektywie do roku 2050 są niekorzystne. Przewiduje się dalszy spadek liczby ludności województwa o 13,6 % mieszkańców, przy malejącym współczynniku przyrostu naturalnego i niskiej dzietności kobiet. Zachodzące w społeczeństwie procesy prowadzą do nasilania się zjawiska, jakim jest singularyzacja starości. Przejawia się to wysokim odsetkiem osób starszych pozostających w jednoosobowych gospodarstwach domowych, którzy niejednokrotnie potrzebują wsparcia ze strony innych osób w codziennym funkcjonowaniu. Coraz bardziej powszechnym zjawiskiem jest kierowanie tych osób do stacjonarnych placówek opieki, co jest niezgodne z ideą deinstytucjonalizacji. Dlatego też, chcąc w jak największym stopniu zminimalizować zjawisko singularyzacji niezbędne jest podjęcie działań polegających na wprowadzeniu usług społecznych wspierających osoby potrzebujące wsparcia.<br>W obliczu rosnącej populacji osób starszych i niedoboru wykwalifikowanych opiekunów, CAPABLE ma na celu podkreślenie centralnego miejsca sektora pomocy społecznej i zdrowotnej w politykach europejskich. Skupiając się na strategii opieki UE, CAPABLE ma na celu uczynienie kariery w pomocy społecznej bardziej atrakcyjnymi i zapewnienie pracownikom umiejętności niezbędnych do świadczenia wysokiej jakości usług. Projekt rozpoczyna się od uznania pilności sytuacji: do 2030 r. w całej Europie trzeba będzie obsadzić około 4,3 mln stanowisk opiekunów.<br>W Strategii rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku - Strategia Przyspieszenia 2030+ w ramach celu operacyjnego „22. Rozwój wrażliwy społecznie” wskazuje się, że coraz większego znaczenia nabierać będzie kwestia organizacji różnego rodzaju działalności opiekuńczych i tworzenie warunków wspierających ich realizację – dotyczyć to będzie w dużym stopniu osób starszych, ale także innych grup wpisujących się w kategorię osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.<br>Strategia Polityki Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego do roku 2030 wskazuje, że jedną z potrzeb regionu, związanych z postępującym procesem starzenia się mieszkańców, jest konieczność stopniowego zwiększania skali realizacji usług opiekuńczych w całym województwie. Ponadto, zgodnie z badaniami, opiekunowie faktyczni wymagają wsparcia zwłaszcza informacyjnego oraz w zakresie doskonalenia umiejętności mogących ułatwić im opiekę sprawowaną nad niesamodzielnymi podopiecznymi. Wobec powyższego Strategia wskazuje, że niezbędne jest wdrażanie odpowiednich działań, w tym zakresie w województwie. Kierunek 2.1.5 działań Strategii uwzględnia tworzenie warunków dla aktywizacji zawodowej osób pełniących funkcje opiekunów faktycznych i wymagających elastycznych form zatrudnienia. |
| **Efekt (produkt) przedsięwzięcia** |
| Wskaźniki produktu: |

| |
|---|
| • Liczba organizacji współpracujących ponad granicami – **53**<br>• Liczba objętych instrumentów polityki – **6**<br>• Liczba zorganizowanych wydarzeń szkoleniowych w zakresie polityki międzyregionalnej - **7**<br>• Liczba zidentyfikowanych dobrych praktyk – **18**<br>Wskaźniki rezultatu:<br>• Liczba organizacji o zwiększonych potencjale dzięki udziałowi w działaniach projektowych – **28**<br>• Liczba instrumentów polityki poprawionych dzięki projektowi – **6** |

| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** | |
|---|---|
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **Całkowity budżet projektu CAPABLE: EUR 1.488.906,00**<br>**Budżet Województwa Kujawsko-Pomorskiego: EUR 178.172,00** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Projekt realizowany w ramach programu Interreg Europa 2021-2027**<br>**Dofinansowanie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego – 80%,**<br>**Budżet województwa – 5% , Budżet państwa – 15%** |

| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** |
|---|
| **Termin rozpoczęcia** |
| 01.05.2025 – 31.07.2029 |
| **Faza przygotowawcza** |
| Opracowanie koncepcji oraz wniosku o dofinansowanie.<br>Przyjęcie Uchwały Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego nr 48/2208/25 z dnia 31 marca 2025 r. w sprawie wyrażenia woli uczestnictwa Województwa Kujawsko-Pomorskiego w projekcie CAPABLE, w ramach Programu Interreg Europa.<br>Po przyjęciu ww. uchwały nastąpi podpisanie umowy o partnerstwie. |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania** |
| Realizacja zadań wskazanych w opisie przedsięwzięcia |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** |
| Monitoring zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania |

„Wspieranie aktywizacji i integracji społecznej seniorów”

| **CEL OPERACYJNY:** | **Zwiększenie aktywnego udziału osób starszych w życiu społecznym, kulturalnym, edukacyjnym oraz w obszarze turystyki, sportu i rekreacji** |
|---|---|
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 1. Rozwój infrastruktury wsparcia i aktywizacji seniorów<br>2. Wspieranie i promowanie integracji międzypokoleniowej i aktywności społecznej.<br>3. Rozwój lokalnych inicjatyw integracyjnych |
| **Konkurs ofert nr 8/2025 na wykonywanie zadań publicznych związanych z realizacją zadań Samorządu Województwa w 2025 roku w zakresie pomocy społecznej pod nazwą: „Wspieranie aktywizacji i integracji społecznej seniorów”.** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** | |
| **A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu** | |

| Opis przedsięwzięcia |
| --- |
| Celem otwartego konkursu ofert nr 8/2025 jest wspieranie aktywizacji i integracji społecznej seniorów. W ramach konkursu przewiduje się dofinansowanie zadań jednorocznych w następujących obszarach:<br>1) warsztaty i inne inicjatywy mające na celu integrację osób starszych z młodszym pokoleniem (dziećmi i młodzieżą);<br>2) działania mające na celu wspieranie aktywności społecznej osób starszych.<br>Na realizację zadania, zgodnie z budżetem Województwa na rok 2025, planuje się przeznaczyć kwotę do wysokości 200 000,00 zł, z tego kwotę do wysokości 190 000,00 zł na realizację zadań wybranych w ramach ww. konkursu, a kwotę do wysokości 10 000,00 zł na realizację zadań w trybie uproszczonym zgodnie z art. 19a ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. |
| **Sposób realizacji programu** |
| O przyznanie dotacji na realizację zadania mogą ubiegać się oferenci wymienieni w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie prowadzący nieodpłatną i/lub odpłatną działalność pożytku publicznego w obszarze działalności na rzecz osób starszych. W przypadku wyboru oferty, zlecenie realizacji zadania następuje w formie wsparcia zadania wraz z udzieleniem dotacji na dofinansowanie jego realizacji. W trybie konkursowym zostało złożonych 78 ofert, z czego 20 ofert nie spełniło wymogów formalnych. Dofinansowanie otrzymały 23 oferty, na łączną kwotę 186 700,00 zł, pozostałą kwotę w wysokości 3 300,00 zł przeznaczono na tryb pozakonkursowy. |
| **B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem** |
| |
| **Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie** |
| - problem starzenia się społeczeństwa;<br>- konieczność włączenie osób w wieku senioralnym w życie społeczne i kulturalne;<br>- dostrzeżenie osób starszych w przestrzeni publicznej i rynkowej;<br>- podniesienie samooceny seniorów;<br>- zaspokojenie potrzeb materialnych i społecznych osób starszych;<br>- dostosowanie oferty do potrzeb grupy docelowej. |
| **Efekt (produkt) przedsięwzięcia** |
| - warsztaty i zajęcia aktywizacyjne, w tym międzypokoleniowe, takie jak: warsztaty rękodzielnicze, teatralne, kulinarne, wikliniarskie, ogrodnicze, wyrobu ceramiki, konkursy artystyczne, spotkania literackie, muzyczne, spotkania z dietetykiem, lekarzem, spotkania z prawnikiem oraz zajęcia sportowe, kulturalne, spotkania integracyjne, wycieczki, pikniki, zajęcia komputerowe;<br>- integracja osób starszych z młodszym pokoleniem;<br>- podniesienie jakości życia osób starszych;<br>- włączenie seniorów w życie społeczne i kulturalne;<br>- kształtowania zdrowego stylu życia;<br>- umożliwienie starszym osobom samodzielnego na miarę możliwości życia oraz zapewnienie im ważnej i stabilnej pozycji w strukturze lokalnej społeczności. |
| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** |

| | |
|---|---|
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **200 000,00 zł.** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Dotacje celowe z budżetu jednostki samorządu terytorialnego** |
| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** | |
| **Termin rozpoczęcia** | |
| IX 2024 r. | |
| **Faza przygotowawcza** | |
| IX-XII.2024 r. – przygotowanie dokumentacji konkursowej, ogłoszenie konkursu. | |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania** | |
| 19.12.2024 r. – 17.01.2025 r. nabór ofert<br>18.01.2025 r. – 18.02. 2025 r. – ocena formalna i merytoryczna wniosków<br>24.02.2025 r. – Uchwała Nr 43/2011/25 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego w sprawie rozstrzygnięcia otwartego konkursu ofert nr 8/2025 na wykonywanie zadań publicznych związanych z realizacją zadań Samorządu Województwa w 2025 roku w zakresie pomocy społecznej pod nazwą „Wspieranie aktywizacji i integracji społecznej seniorów”<br>II-IV.2025 r. – przygotowanie i podpisanie umów z organizacjami wyłonionymi w konkursie | |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** | |
| Rozliczenie zadania następuje na podstawie sprawozdania końcowego z wykonania zadania publicznego realizowanego w trybie konkursowym lub uproszczonym składanego w terminie wskazanym w umowie, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia zakończenia realizacji zadania.<br>Kontrola obejmuje nie mniej niż 10% podpisanych umów w ramach konkursu i 10% podpisanych umów w trybie pozakonkursowym. Właściwe komórki organizacyjne, zgodnie ze swoimi kompetencjami, przeprowadzają kontrolę pod względem finansowym i merytorycznym w siedzibie kontrolowanej organizacji, w miejscu realizacji zadania publicznego lub w siedzibie Zleceniodawcy. Dopuszcza się również możliwość przeprowadzenia kontroli w innym wcześniej ustalonym miejscu. | |

„Wsparcie działań z zakresu opieki nad osobami przewlekle chorymi”

| | |
|---|---|
| **CEL OPERACYJNY:** | **Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych** |
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 2. Zwiększenie dostępności usług społecznych wspierających samodzielne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania<br>3. Zwiększanie integracji usług zdrowotnych z usługami społecznymi<br>4. Zwiększenie liczby personelu medycznego i opiekuńczego oraz ich kompetencji<br>5. Rozwój infrastruktury zdrowotnej oraz zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej, geriatrycznej i psychiatrycznej |
| **Konkurs ofert nr 9/2025 na wykonywanie zadań publicznych związanych z realizacją zadań Samorządu Województwa w 2025 roku w zakresie pomocy społecznej** | |

| |
|---|
| **pod nazwą: „Wsparcie działań z zakresu opieki nad osobami przewlekle chorymi”.** |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** |
| **A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu** |
| **Opis przedsięwzięcia** |
| Celem otwartego konkursu ofert nr 9/2025 na realizację zadań publicznych związanych z realizacją zadań Samorządu Województwa w zakresie pomocy społecznej jest wsparcie działań z zakresu opieki nad osobami przewlekle chorymi.<br>W ramach otwartego konkursu ofert nr 9/2025 przewiduje się dofinansowanie zadań jednorocznych w następujących obszarach:<br>1) działania wspierające dla osób przewlekle chorych;<br>2) działania wspierające dla opiekunów i rodzin osób przewlekle chorych.<br>Na realizację zadania, zgodnie z budżetem Województwa na rok 2025, planuje się przeznaczyć kwotę do wysokości 300 000,00 zł. |
| **Sposób realizacji programu** |
| O przyznanie dotacji na realizację zadania mogą ubiegać się oferenci wymienieni w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie prowadzący nieodpłatną i/lub odpłatną działalność pożytku publicznego w obszarze działalności na rzecz osób starszych. W przypadku wyboru oferty, zlecenie realizacji zadania następuje w formie wsparcia zadania wraz z udzieleniem dotacji na dofinansowanie jego realizacji.<br>W ramach konkursu zostały złożone 24 oferty, 1 oferta nie spełniła wymogów formalnych. Dofinansowanie otrzymało 17 ofert. |
| **B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem** |
| |
| **Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie** |
| - niedostateczne wsparcie osób przewlekle chorych, ich opiekunów i rodzin;<br>- ograniczony dostęp do skutecznego leczenia, rehabilitacji, usług opiekuńczych, opieki wytchnieniowej, szkoleń dla opiekunów osób przewlekle chorych. |
| **Efekt (produkt) przedsięwzięcia** |
| - zakup sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego;<br>- zakup środków higienicznych i opatrunkowych;<br>- rehabilitacja dla osób przewlekle chorych;<br>- przeprowadzenie zajęć indywidualnych ze specjalistami;<br>- działania wspierające dla osób przewlekle chorych oraz działania wspierające dla opiekunów i rodzin osób przewlekle chorych;<br>- opieka wytchnieniowa dla rodzin i opiekunów osób przewlekle chorych. |
| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** |

| | |
|---|---|
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **300 000,00 zł.** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Dotacje celowe z budżetu jednostki samorządu terytorialnego** |

| |
|---|
| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** |

| Termin rozpoczęcia |
|---|
| IX 2024 r. |
| **Faza przygotowawcza** |
| IX-XII.2024 r. – przygotowanie dokumentacji konkursowej, ogłoszenie konkursu. |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania** |
| 19.12.2024 r. – 17.01.2025 r. nabór ofert<br>18.01.2025 r. – 18.02. 2025 r. – ocena formalna i merytoryczna wniosków<br>24.02.2025 r. – Uchwała Nr 43/2012/25 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego w sprawie rozstrzygnięcia otwartego konkursu ofert nr 9/2025 na wykonywanie zadań publicznych związanych z realizacją zadań Samorządu Województwa w 2025 r.<br>w zakresie pomocy społecznej pod nazwą „Wsparcie działań z zakresu opieki nad osobami przewlekle chorymi”<br>II-IV.2025 r. – przygotowanie i podpisanie umów z organizacjami wyłonionymi w konkursie |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** |
| Rozliczenie zadania następuje na podstawie sprawozdania końcowego z wykonania zadania publicznego realizowanego w trybie konkursowym lub uproszczonym składanego w terminie wskazanym w umowie, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia zakończenia realizacji zadania.<br>Kontrola obejmuje nie mniej niż 10% podpisanych umów w ramach konkursu i 10% podpisanych umów w trybie pozakonkursowym. Właściwe komórki organizacyjne, zgodnie ze swoimi kompetencjami, przeprowadzają kontrolę pod względem finansowym i merytorycznym w siedzibie kontrolowanej organizacji, w miejscu realizacji zadania publicznego lub w siedzibie Zleceniodawcy. Dopuszcza się również możliwość przeprowadzenia kontroli w innym wcześniej ustalonym miejscu. |

„Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”

| **CEL OPERACYJNY:** | **Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych** |
|---|---|
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 6. Wzmocnienie edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób przewlekłych. |
| **Tytuł programu: Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** Przedsięwzięcie wynika z rozeznanych potrzeb zdrowotnych | |
| **A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu** | |
| **Opis przedsięwzięcia** | |
| Program skierowany jest do osób po 60 r. ż. Celem programu jest zmniejszenie upadków wśród seniorów poprzez poprawę sprawności fizycznej oraz wykształcenie nawyków systematycznych ćwiczeń fizycznych wśród uczestników programu, zwiększenie wiedzy uczestników programu dotyczącej wpływu aktywności fizycznej na zdrowie, zwiększenie liczby trenerów przygotowanych do pracy z osobami powyżej 60 r.ż. Program realizowany jest we współpracy z samorządami terytorialnymi (JST), których zadaniem jest prowadzenie naboru uczestników programu i trenerów | |

(wykwalifikowanych rehabilitantów i absolwentów AWF), pokrycie kosztów pracy trenerów, zapewnienie sali do ćwiczeń, do zajęć edukacyjnych oraz pomieszczenia do przeprowadzenia badań kwalifikacyjnych i kontrolnych.

Zadaniem Samorządu Województwa jest wybór w drodze konkursu ofert koordynatora Programu i pokrycie kosztów działań, za które jest odpowiedzialny tj.:

- przeprowadzenie szkolenia trenerów;
- przeprowadzenie edukacji uczestników programu;
- przeprowadzenie badań kwalifikacyjnych do programu i kontrolnych (tj. badania ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, skład ciała, EKG);
- opracowanie i przygotowania materiałów informacyjno-edukacyjnych, promocyjnych oraz niezbędnej dokumentacji i formularzy na potrzeby Programu;
- przeprowadzenie ankiety satysfakcji uczestnika;
- prowadzenie strony internetowej dotyczącej realizowanego Programu;
- zakupienie drobnego sprzętu do ćwiczeń (np. piłki, taśmy rehabilitacyjne, hantle, skakanki, piłki itp.)
- nadzór merytoryczny nad realizacją programu (koordynacja) w tym współpracy z Partnerami (JST);

Koszty większości działań przeliczane są na liczbę uczestników zadeklarowanych każdego roku przez Partnerów (JST). Pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu schematu:
badanie kwalifikacyjne – edukacja - udział w zajęciach aktywności fizycznej (minimum 3 miesiące) – badanie końcowe/kontrolne (te same badania, które były przeprowadzone przy kwalifikacji).

**Szkolenie trenerów** obejmuje następujące zagadnienia:

a) specyficzne zmiany fizjologiczne zależne od wieku,
b) aktywność fizyczna a zdrowy styl życia,
c) zasady programowania treningu zdrowotnego seniorów,
d) testy sprawności fizycznej seniorów,
e) zagrożenia zdrowotne występujące podczas treningu fizycznego,
f) podstawy pierwszej pomocy przedmedycznej.

**Badania kwalifikacyjne i kontrolne** to m.in. badania ogólnolekarskie, w ramach których uczestnicy wypełniają ankietę o swoim stanie zdrowia, ocena kardiologiczna w tym badanie EKG i pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

W ramach badań kwalifikacyjnych i kontrolnych wykonywane są:

a) badania antropometryczne/ocena składu ciała,
b) funkcjonalny test sprawności seniorów,
c) psychologiczne badanie Kwestionariuszowe Stanu Zdrowia.

**Ćwiczenia fizyczne:** po zakwalifikowaniu przez lekarza, uczestnicy ćwiczą w grupach 15-20 osobowych, 3 razy w tygodniu po 45 minut. Grupy prowadzone są przez przeszkolonych trenerów. Okres ćwiczeń trwa 3 miesiące. Programy treningowe ukierunkowane są na poprawę:

a) sprawności krążeniowo-oddechowej (przykładowe ćwiczenia: marsz, trucht, taniec, aerobik);

b) siły i wytrzymałości mięśniowej (przykładowe ćwiczenia: przysiady, ćwiczenia z wykorzystaniem hantli, taśm elastycznych);

c) gibkości (przykładowe ćwiczenia: ćwiczenia rozciągające, tzw. stretching);

d) równowagi (przykładowe ćwiczenia: ćwiczenia wymuszające utrzymanie prawidłowej pozycji ciała w warunkach ograniczonego podparcia np. stanie na jednej nodze, powolne przenoszenie kończyn podczas marszu lub ćwiczenia o charakterze siłowym wzmacniające mięśnie kończyn dolnych i poprawiające koordynację nerwowo-mięśniową np. odwodzenie kończyn dolnych podczas stania na jednej nodze).

**Edukacja pośrednia i bezpośrednia seniorów:**

a) edukacja pośrednia (kampania społeczna na rzecz aktywności fizycznej seniorów) polega na przekazaniu informacji na temat aktywności fizycznej, zapobiegania upadkom, prawidłowego odżywiania itp. za pomocą strony internetowej urzędu marszałkowskiego oraz strony internetowej prowadzonej przez koordynatora na potrzeby programu;

b) edukacja bezpośrednia polegała na prowadzeniu zajęć edukacyjnych skierowanych bezpośrednio do uczestników programu w formie wykładów, podczas których szkoleniowcy przekazują wiedzę z zakresu prawidłowych zachowań zdrowotnych.

**Sposób realizacji programu**

Program realizowany jest w cyklu rocznym z możliwością kontynuacji w latach następnych.

**B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem**

**Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie**

Upadki osób starszych stanowią poważny problem geriatryczny, społeczny i ekonomiczny. Do upadków dochodzi w każdej grupie wiekowej. Jednak te, które dotyczą osób starszych stanowią problem ze względu na fakt, że w tej grupie wiekowej występuje statystycznie zwiększona podatność na urazy oraz to, że ich następstwem jest zazwyczaj pogorszenie funkcji organizmu, zwiększenie chorobowości i śmiertelności. Generują one również wzrost kosztów leczenia i opieki. Według różnych doniesień upadki dotyczą 25– 40 % osób w wieku 65 i więcej lat, a po 80 roku życia przynajmniej raz w roku upadku doświadcza co druga osoba. Spośród osób, które upadły występuje zwiększenie o 12– 40 % ryzyka ponownego upadku. W tej grupie odnotowuje się pogorszenie sprawności oraz utratę samodzielności. Częstość urazów związanych z upadkami wzrasta z wiekiem. Statystyki wskazują, że 10-15% upadków skutkuje poważnymi urazami. Połowę z nich stanowią złamania, reszta to urazy głowy i obrażenia tkanek miękkich. W związku z powyższym został opracowany program polityki zdrowotnej pn. „Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim", którego głównym celem jest zmniejszenie liczby upadków i urazów wśród osób po 60 r.ż.

**Efekt (produkt) przedsięwzięcia**

Liczba osób aktywnie uczestniczących w programie – **2000***.

Liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych (pośrednich i bezpośrednich) – **4000.**

Liczba przeszkolonych trenerów – **od 25 do 50**.

Wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu – ocena indywidualnej dokumentacji pacjenta (w tym ankieta wypełniana przez pacjenta przed i po realizacji programu).

| | |
|---|---|
| Cele szczegółowe programu to poprawa sprawności fizycznej oraz wykształcenie nawyków systematycznych ćwiczeń fizycznych wśród uczestników programu, zwiększenie wiedzy uczestników programu dotyczącej wpływu aktywności fizycznej na zdrowie, zwiększenie liczby trenerów przygotowanych do pracy z osobami powyżej 60 r.ż.<br>* liczba uczestników zależna jest od liczby zadeklarowanych osób przez partnerów (JST) w danym roku | |
| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** | |
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **Koszt w danym roku realizacji programu uzależniony jest od liczby osób zadeklarowanych przez partnerów (JST)** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Środki własne – budżet województwa.** |
| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** | |
| **Termin rozpoczęcia** | |
| 2018 r. z możliwością kontynuacji | |
| **Faza przygotowawcza** | |
| 1. W roku poprzedzającym realizację programu zbierane są z samorządów terytorialnych deklaracje chęci udziału w programie ze wskazaniem liczby uczestników i kosztów partnera w celu zweryfikowania budżetu województwa na kolejny rok tj. określenie wysokości środków finansowych jakie województwo przeznaczy na realizację programu.<br>2. Przyjęcie programu do realizacji uchwałą Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego.<br>3. Ogłoszenie konkursu na realizatora programu polityki zdrowotnej w zakresie koordynacji programu. | |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania** | |
| 1. Przygotowanie i podpisanie porozumień z jednostkami samorządu terytorialnego będącymi partnerami programu.<br>2. Rozstrzygnięcie konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w zakresie koordynacji programu.<br>3. Przygotowanie i podpisanie umowy dotacyjnej z koordynatorem programu.<br>4. Realizacja działań zaplanowanych w ramach programu. | |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** | |
| Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania. | |

„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”

| | |
|---|---|
| **CEL OPERACYJNY:** | **Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych** |
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 6. Wzmocnienie edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób przewlekłych. |
| **Tytuł programu: Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** Przedsięwzięcie wynika z rozeznanych potrzeb zdrowotnych | |

| A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu |
| --- |
| **Opis przedsięwzięcia** |
| Celem głównym programu jest zmniejszenie ryzyka zachorowania na choroby wywoływane przez *Streptococcus pneumoniae* o min. 15% w populacji osób po 65 r.ż., objętych programem, zamieszkałych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego poprzez przeprowadzenie skutecznych szczepień przeciwko pneumokokom u osób po 65 r.ż. Do programu zostaną zaproszone osoby w wieku 65+, które nie były szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom i nie posiadają przeciwwskazań lekarskich do takiego szczepienia oraz wyrażą pisemną zgodę do udziału w programie, zamieszkałe na terenie jednostek samorządu terytorialnego województwa kujawsko-pomorskiego przystępujących w danym roku do programu (Partnerów). Pacjent zainteresowany szczepieniem zobowiązany będzie do wcześniejszej rejestracji u wybranego dla danej JST realizatora programu.<br>Program szczepień będzie realizowany przez podmioty lecznicze, które zostaną wybrane do realizacji programu w drodze konkursu. W drodze procedury konkursowej wyłoniony zostanie główny ośrodek koordynujący realizację programu na poziomie wojewódzkim zwany koordynatorem programu. Świadczenia oferowane w ramach programu będą bezpłatne dla jego uczestników i przysługiwać im będą na zasadzie dobrowolności. Świadczenie profilaktyczne w postaci kwalifikacji lekarskiej oraz wykonania szczepienia przeciwko pneumokokom otrzyma każda osoba, która zostanie zakwalifikowana do programu. Szczepienie każdorazowo będzie poprzedzane kwalifikacją lekarską i przeprowadzone po uzyskaniu zgody uczestnika programu na jego realizację.<br>Działania edukacyjne kierowane będą przede wszystkim do osób w wieku 65+ poprzez przekazanie materiałów informacyjnych (plakaty, ulotki) do środowiska lekarzy POZ, klubów seniora oraz uniwersytetów trzeciego wieku. Materiały informacyjne (ulotki i plakaty) zostaną przygotowane z myślą o osobach 65+ - łatwa w odbiorze, czytelna treść wskazująca na korzyści z wykonania szczepienia oraz miejsca, w których oferowane są szczepienia. Dodatkowo informacje o programie szczepień zostaną zawarte na stronach internetowych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz stronach internetowych Partnerów programu (JST), a także poprzez odnośniki, na stronach podmiotów realizujących program. Udział w promocji programu deklarują również Partnerzy programu (JST). Ich zadaniem będzie informowanie o programie lokalną prasę, telewizję, radio, parafie, kluby seniora, organizacje skupiające seniorów itp. W ramach realizacji programu przewidziano także zorganizowanie spotkania edukacyjno-informacyjnego dla podmiotów leczniczych realizujących program (możliwe w formie on-line).<br>W spotkaniu wezmą udział lekarze i pielęgniarki zaangażowane w realizację programu.<br>Program wraz z kampanią informacyjno-edukacyjną finansowany będzie z budżetu Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego (JST) – Partnerów programu, które w danym roku przystąpią do Programu. Samorząd Województwa pokrywać będzie koszty koordynacji oraz koszty przeprowadzenia szczepień w 50%. Jednostki samorządu terytorialnego (Partnerzy) pokryją natomiast 50% kosztów przeprowadzenia szczepień własnych mieszkańców. Będą one także współodpowiedzialne za współprowadzenie kampanii medialnej i współpracę z realizatorami programu. |
| **Sposób realizacji programu** |

Przedsięwzięcie będzie realizowane w cyklu rocznym - począwszy od 2024 roku (z możliwością kontynuacji w latach kolejnych)

**B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem**

**Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie**

Streptococcus pneumoniae, czyli pneumokok zwany dwoinką zapalenia płuc, jest bakterią o wysokiej zjadliwości, która w ostatnim czasie zwiększa oporność na różne grupy antybiotyków. Do najczęstszych chorób inwazyjnych wywołanych przez pneumokoki należą: zapalenie płuc z bakteriemią, sepsa i Zapalenie Opon Mózgowo-Rdzeniowych (ZOMR), określane mianem Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej (IChP). Drobnoustrój ten odpowiada również za zakażenia nieinwazyjne. Najczęstsze to: ostre zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc, zapalenie zatok, zaostrzenia m. in. w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc oraz zapalenie spojówek. Najwięcej inwazyjnych zachorowań występuje w dwóch skrajnych grupach wiekowych, tj. u dzieci do 2 r.ż., u których układ odpornościowy jest jeszcze niedojrzały oraz u osób powyżej 65 r.ż, kiedy często występują liczne czynniki ryzyka. Pomimo, że IChP dotyczy głównie małych dzieci (<2 lat) i osób w starszym wieku (>65 r.ż.), to badania wskazują, że największą śmiertelnością z powodu IChP obarczeni są właśnie chorzy w starszym wieku. U dorosłych zakażenie najczęściej przebiega w postaci pneumokokowego zapalenia płuc, które nawet w 25% przypadków może zakończyć się zgonem. Według danych publikowanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie w Polsce w 2022 roku zarejestrowano 2 221 przypadków IChP, co daje zapadalność ogólną 5,87/100 000 mieszkańców. W grupie osób, u których potwierdzono inwazyjną chorobę pneumokokową w roku 2022, aż 49,6% stanowiły osoby w grupie wiekowej 65+ (dane KOROUN). Z racji obserwowanego „starzenia się" społeczeństwa, a więc wzrostu udziału osób w wiek poprodukcyjnym istnieje coraz większa potrzeba uchronienia tej grupy społecznej przez chorobami niosącymi poważne zagrożenia dla ich zdrowia i życia. Najskuteczniejszą metodą zapobiegania zakażeniom pneumokokowym są szczepienia. Realizacja „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego" wynika więc z konieczności zmniejszenie ryzyka zachorowania na choroby wywoływane przez Streptococcus pneumoniae w populacji osób po 65 r.ż., poprzez przeprowadzenie skutecznych szczepień przeciwko pneumokokom u tych osób.

**Efekt (produkt) przedsięwzięcia**

Biorą pod uwagę bardzo dużą populację oraz ograniczone środki finansowe Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego i Partnerów programu (jednostki samorządu terytorialnego) zakłada się, iż rocznie możliwe jest zaszczepienie ok. 2 500 osób. Przy założeniu kontynuacji przez kolejne 4 lata daje to liczbę 12 500 zaszczepionych w ciągu 5 lat (5x2 500=12 500). Rzeczywista liczba osób zaszczepionych w danym roku uzależniona jest jednak od liczby osób, która wskazywana jest w deklaracjach, a następnie w umowach z Partnerami programu. Ostateczna wielkość populacji wynika więc wprost z zainteresowania i możliwości finansowych JST.

Zakład się, iż w wyniku realizacji programu nastąpi (w dłuższej perspektywie czasu): zmniejszenie zachorowań na IChP wśród osób po 65 r. ż. z terenu województwa kujawsko-pomorskiego, zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu IChP wśród osób po 65 r.ż. z terenu województwa

| | |
|---|---|
| kujawsko-pomorskiego, zmniejszenie liczby osób po 65 r. ż leczonych ambulatoryjnie z powodu ostrego zapalenia ucha środkowego (OZUŚ) oraz zapaleniem płuc, wzrost wśród uczestników programu wiedzy z zakresu chorób wywoływanych przez pneumokoki i profilaktyki zakażeń pneumokokowych w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi. | |
| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** | |
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **939 500 zł rocznie (z tego 502 000 zł to środki Samorządu Województwa, a 437 500 środki JST będących Partnerami programu) Rzeczywiste koszty w danym roku zależą od wielkości populacji i wkładu własnego deklarowanego w danym roku przez Partnerów (JST).** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Budżet Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego, budżety JST będących Partnerami programu** |
| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** | |
| **Termin rozpoczęcia** | |
| 2024 | |
| **Faza przygotowawcza** | |
| W roku poprzedzającym realizację programu nadesłanie przez JST zainteresowane partnerstwem w programie deklaracji wraz z określeniem populacji i wkładu finansowego.<br>Na podstawie ww. deklaracji oszacowanie budżetu programu na dany rok.<br>Przyjęcie programu do realizacji w danym roku.<br>Przygotowanie i podpisanie umów partnerskich pomiędzy JST, a Samorządem Województwa Kujawsko-Pomorskiego.<br>Ogłoszenie konkursów ofert na wybór realizatorów programu w zakresie przeprowadzenia szczepień ochronnych oraz w zakresie koordynacji programu. | |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania** | |
| Rozstrzygnięcie konkursów ofert na wybór realizatorów programu w zakresie przeprowadzenia szczepień ochronnych oraz w zakresie koordynacji programu.<br>Podpisanie umów dotacyjnych z podmiotami leczniczymi przeprowadzającymi szczepienia oraz koordynatorem programu.<br>Realizacja zadań. | |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** | |
| Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania. | |

„Wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”

| | |
|---|---|
| **CEL OPERACYJNY:** | **Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych** |
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 6. Wzmocnienie edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób przewlekłych. |
| **Tytuł programu: Wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** Przedsięwzięcie zostało wyłonione podczas prac nad programem regionalnym „Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027” | |

| A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu |
|---|
| **Opis przedsięwzięcia** |
| Zdrowie to stan dobrego samopoczucia (dobrostanu) fizycznego, psychicznego i społecznego a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności. Zdrowie to także sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego, ekonomicznego i duchowego. Od lat 70. XX wieku wiemy, iż opieka zdrowotna odpowiada za nasze zdrowie tylko w 10%. Za to styl życia aż w 53%, a środowisko fizyczne i społeczne w 21%. Chcąc zadbać o zdrowie mieszkańców województwa musimy więc w większym zakresie podejmować działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Tylko zwiększając dostępność do edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych, szczepień, działań ograniczających wpływ czynników ryzyka oraz kształtując zachowania prozdrowotne itp. możemy zmienić niekorzystne zjawiska epidemiologiczne.<br>W ramach programu zostaną przeprowadzone działania informacyjno-edukacyjnych nakierowanych na profilaktykę osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom w populacji osób dorosłych, ocenę ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych, wykonywanie pomiaru gęstości mineralnej kości z wykorzystaniem badania densytometrycznego, a także prowadzenie szkoleń dotyczących profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy, zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom dla personelu medycznego. |
| **Sposób realizacji programu** |
| Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym. |
| **B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem** |
| |
| **Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie** |
| Osteoporoza to układowa choroba szkieletu, charakteryzująca się zwiększonym ryzykiem złamań kości w następstwie zmniejszenia ich odporności mechanicznej. Osteoporoza jest chorobą, która na świecie dotyka 22,1% kobiet oraz 6,1% mężczyzn powyżej 50. r.ż.. Szacowana liczba osób chorych na osteoporozę w Polsce w 2022 r., to 2,15 mln, z czego 1,75 mln to kobiety. Na podstawie danych NFZ oszacowano, że w 2022 r. chorobowość rejestrowana wyniosła 532 tys. osób. Ogólnopolski standaryzowany wskaźnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności powyżej 50. r. ż wyniósł w 2022 r. 3 421 9 (dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego - 3 715). Porównując szacowaną liczbę chorych z wartością chorobowości rejestrowanej oszacowano, że stopień niedoszacowania liczby chorych na osteoporozę w 2022 r. wyniósł 75,3% (w Województwie Kujawsko-Pomorskim - 74,9%). Odpowiada to liczbie 1,62 mln niezdiagnozowanych Polaków. W 2022 r. standaryzowany wskaźnik liczby złamań osteoporotycznych na 100 tys. mieszkańców Województwa Kujawsko-Pomorskiego w wieku powyżej 50 r.ż. wynosił 960 złamań. Wg danych za 2021 r. 13,1% osób, które doznały jakiegokolwiek złamania osteoporotycznego umarło wciągu pierwszego roku po złamaniu (w Województwie Kujawsko-Pomorskim - 11,3%). Najczęściej stosowanym badaniem diagnostycznym do pomiaru gęstości kości jest densytometria z kości udowej lub kręgosłupa (DXA). Tymczasem w 2022 r. wskaźnik liczby osób, którym wykonano badanie DXA na 100 tys. osób powyżej 50. r. życia wynosił 1 390 (w Województwie Kujawsko-Pomorskim - 1 246). |
| **Efekt (produkt) przedsięwzięcia** |
| Wdrożenie programu wpłynie na: |

| |
|---|
| • podniesienie jakości życia mieszkańców woj. kuj.-pom.,<br>• zwiększenie dostępu mieszkańców regionu do działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, w tym m.in. badań przesiewowych (densytometria)<br>• zwiększenie wśród mieszkańców woj. kuj.-pom. wiedzy na temat czynników ryzyka chorób stanowiących istotny problem zdrowotny regionu oraz sposobów eliminowania tych czynników lub ograniczania ich negatywnego wpływu na stan zdrowia,<br>• zwiększenie wśród kadry medycznej z terenu województwa kujawsko-pomorskiego wiedzy na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia wybranych chorób.<br>Program zakłada uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne. |
| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** |

| | |
|---|---|
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **3 000 000,00** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Środki własne, inne źródła** |

| |
|---|
| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** |
| **Termin rozpoczęcia** |
| 2024 |
| **Faza przygotowawcza** |
| Opracowanie programu.<br>Przyjęcie programu do realizacji przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego.<br>Ogłoszenie naboru konkurencyjnego na realizatorów. |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania** |
| Rozstrzygnięcie konkursu na wybór realizatorów programu w zakresie wykrywania osteoporozy.<br>Podpisanie umów z realizatorami - jednostkami posiadającymi uprawnienia placówek zdrowotnych do przeprowadzenia działań profilaktycznych.<br>Realizacja zadania. |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** |
| Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania. |

Program profilaktyczny dla mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego „Na zdrowie taktyka to profilaktyka”

| | |
|---|---|
| **CEL OPERACYJNY:** | **Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych** |
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 6. Wzmocnienie edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób przewlekłych. |
| **Tytuł programu: „Na zdrowie taktyka to profilaktyka”** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** Przedsięwzięcie zostało wyłonione podczas prac nad programem regionalnym „Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027” | |
| **A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu** | |

| Opis przedsięwzięcia |
| --- |
| Zdrowie to stan dobrego samopoczucia (dobrostanu) fizycznego, psychicznego i społecznego a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności. Zdrowie to także sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego, ekonomicznego i duchowego. Od lat 70. XX wieku wiadomo, iż opieka zdrowotna odpowiada za nasze zdrowie tylko w 10%. Za to styl życia aż w 53%, a środowisko fizyczne i społeczne w 21%. Chcąc zadbać o zdrowie mieszkańców województwa należy więc w większym zakresie podejmować działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Tylko zwiększając dostępność do edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych, szczepień, działań ograniczających wpływ czynników ryzyka oraz kształtując zachowania prozdrowotne można zmienić niekorzystne zjawiska epidemiologiczne. |
| **Sposób realizacji programu** |
| Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym. |
| **B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem** |
| |
| **Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie** |
| Osoby chore na nowotwory mają upośledzony układ odpornościowy. Leczenie przeciwnowotworowe oparte o chemioterapię i/lub radioterapię dodatkowo pogłębia stan dysfunkcji układu immunologicznego. W konsekwencji wiąże się z tym zwiększona zapadalność chorych onkologicznie na groźne dla zdrowia i życia zakażenia miejscowe i uogólnione, co pogarsza skuteczność leczenia oraz rokowanie co do wyleczenia i 5-letniego przeżycia. Zwiększona zapadalność na infekcje, w tym zapalenia płuc, skutkuje większą śmiertelnością wśród chorych onkologicznych. Z danych wynika, że najczęstszym zakażaniem w tej grupie chorych są zapalenia płuc, a najczęstszą przyczyną zapaleń płuc u chorych na schorzenia onkologiczne są pneumokoki. Pneumokoki 2022 r. były przyczyną zachorowań 125 osób w woj. kujawsko-pomorskim, zatem zaobserwowano spory wzrost zachorowań w porównaniu do 2 ubiegłych lat kiedy to liczba zachorowań oscylowała w granicach 50. Zapadalność – 6,21 również była wyższa w porównaniu do roku ubiegłego i nieznacznie większa niż zapadalność krajowa – 5,71. Najefektywniej zapobiegać zakażeniom można poprzez stosowanie powszechnych szczepień ochronnych, szczególnie w grupie podwyższonego ryzyka, jakimi są osoby chore onkologicznie. Uzasadnionym zatem jest wdrożenie programu szczepień ochronnych przeciw pneumokokom wśród chorych onkologicznych. |
| **Efekt (produkt) przedsięwzięcia** |
| Wdrożenie programu wpłynie na:<br>• podniesienie jakości życia mieszkańców województwie,<br>• zwiększenie dostępu mieszkańców regionu do działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, w tym m.in. szczepień ochronnych (przeciwko pneumokokom),<br>• zwiększenie wśród mieszkańców woj. kuj.-pom. wiedzy na temat czynników ryzyka chorób stanowiących istotny problem zdrowotny regionu oraz sposobów eliminowania tych czynników lub ograniczania ich negatywnego wpływu na stan zdrowia,<br>• zwiększenie wśród kadry medycznej z terenu województwa kujawsko-pomorskiego wiedzy na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia wybranych chorób. |

| | |
|---|---|
| Zmniejszenie zapadalności na zapalenie płuc u osób chorujących na nowotwory złośliwe w województwie kujawsko-pomorskim. | |
| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** | |
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **5 000 000,00 zł** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Środki własne, inne źródła** |
| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** | |
| **Termin rozpoczęcia** | |
| 2024 | |
| **Faza przygotowawcza** | |
| Opracowanie programu.<br>Przyjęcie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).<br>Przyjęcie programu do realizacji przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego.<br>Ogłoszenie naboru konkurencyjnego na realizatorów . | |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania** | |
| Rozstrzygnięcie konkursu na wybór realizatorów programu w zakresie zapobiegania ciężkim zapaleniom płuc u chorych onkologicznie.<br>Podpisanie umów z realizatorami - jednostkami posiadającymi uprawnienia placówek zdrowotnych do przeprowadzenia działań profilaktycznych.<br>Realizacja zadania. | |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** | |
| Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania. | |

„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc dla mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”

| | |
|---|---|
| **CEL OPERACYJNY:** | **Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych** |
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 6. Wzmocnienie edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób przewlekłych. |
| **Tytuł programu: Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc dla mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** Przedsięwzięcie zostało wyłonione podczas prac nad programem regionalnym „Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027” | |
| **A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu** | |
| **Opis przedsięwzięcia** | |
| Przeprowadzanie w ramach programu badań przesiewowych z wykorzystaniem NDTK wśród osób w wieku 55-74 lata, z historią konsumpcji tytoniu wynoszącą ≥30 paczkolat oraz okresem abstynencji tytoniowej ≤15 lat, prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych nakierowanych na profilaktykę raka płuca wśród osób kwalifikujących się do badania NDTK, a także prowadzenie szkoleń dotyczących raka płuca dla personelu medycznego. | |

| Sposób realizacji programu |
|---|
| Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym. |
| **B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem** |
| |
| **Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie** |
| Nowotwory w 2021 r. w woj. kuj.-pom. były przyczyną 5,8 tys. zgonów (20,6% wszystkich zgonów w województwie, w kraju 19,6%). Wg danych z www.basiw.mz.gov.pl w woj. kuj.-pom. przewiduje się wzrost wskaźnika zgonów z powodu nowotworów z 356,9/100 tys. ludn. (317,6 – Polska) w 2019 r. do 404,9/100 tys. ludn. (354,2 – Polska) w 2030 r. 1) Zgodnie z KRN w 2020 r. rak płuca był drugim najczęściej występujący nowotworem zarówno w populacji mężczyzn (15,8% ogółu) jak i kobiet (9,9% ogółu nowotworów). Pierwsze miejsce zajmował jako najczęstsza przyczyna zgonów z powodu nowotworów (26,1% w populacji mężczyzn i 15,6% w populacji kobiet). Podobnie sytuacja przedstawia się w woj. kuj.-pom. Tu rak płuc jest jednak na 1. miejscu także jeśli mowa o zachorowaniach u mężczyzn. Począwszy od roku 2010 do 2020, w naszym regionie u kobiet liczba zgonów na raka płuc wzrasta, a u mężczyzn ulga wahaniom z tendencją spadkową. W roku 2020 liczba zgonów wśród mężczyzn na raka płuca sięgnęła 865, natomiast wśród kobiet na nowotwór płuca zmarły 544 osoby. Szczyt zapadalności przypada na grupę wiekową 55+ w której to wynosi 136,8/100 tys. w populacji kobiet (1. miejsce w kraju, wartość śr. dla Polski – 100,8) oraz 290,4/100 tys. w populacji mężczyzn (1. miejsce w kraju, Polska 209,6). Rokowanie u chorych z rozpoznaniem niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP) zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania klinicznego, które to zależy od wczesnego wykrycia nowotworu. Odsetek przeżyć 5-letnich w stopniu zaawansowania z 49% dla stopnia IA maleje do około 1% chorych z NDRP w stadium zaawansowania IV. |
| **Efekt (produkt) przedsięwzięcia** |
| Wdrożenie programu wpłynie na:<br>• podniesienie jakości życia mieszkańców woj. kuj.-pom.,<br>• zwiększenie dostępu mieszkańców regionu do działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, w tym m.in. badań przesiewowych (niskodawkowa tomografia komputerowa - NDTK, badanie spirometryczne), porad antyużywkowych,<br>• zwiększenie wśród mieszkańców woj. kuj.-pom. świadomości w zakresie czynników ryzyka chorób stanowiących istotny problem zdrowotny regionu oraz sposobów eliminowania tych czynników lub ograniczania ich negatywnego wpływu na stan zdrowia,<br>• zwiększenie wśród pracodawców świadomości w wybranych zakresach np. zasad ergonomii w miejscu pracy, metod zapobiegania i minimalizacji wpływu środowiska pracy na ryzyko zachorowań, informacja nadużywania substancji psychoaktywnych, a w szczególności palenia tytoniu,<br>• zwiększenie wśród kadry medycznej z terenu województwa kujawsko-pomorskiego wiedzy na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia wybranych chorób.<br>Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu raka płuca, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne.<br>Poprawa wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie jego rozwoju poprzez prowadzenie odpowiednich działań profilaktycznych wśród mieszkańców województwa kujawsko – pomorskiego. |

| C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet | |
|---|---|
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **23 400 000,00** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Środki własne, inne źródła** |
| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** | |
| **Termin rozpoczęcia** | |
| 2024 | |
| **Faza przygotowawcza** | |
| Opracowanie programu.<br>Przyjęcie programu przez Agencję AOTMiT.<br>Przyjęcie programu do realizacji przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego.<br>Ogłoszenie naboru konkurencyjnego na realizatorów. | |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania** | |
| Rozstrzygnięcie konkursu na wybór realizatorów programu w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc.<br>Podpisanie umów z realizatorami - jednostkami posiadającymi uprawnienia placówek zdrowotnych do przeprowadzenia działań profilaktycznych.<br>Realizacja zadania. | |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** | |
| Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania. | |

„Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”

| **CEL OPERACYJNY:** | **Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych** |
|---|---|
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 6. Wzmocnienie edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób przewlekłych. |
| **Tytuł programu: Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** Przedsięwzięcie zostało wyłonione podczas prac nad programem regionalnym „Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027” | |
| **A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu** | |
| **Opis przedsięwzięcia** | |
| W ramach programu profilaktyki POChP planuje się przeprowadzenie działań edukacyjnych nakierowanych na szkodliwość palenia tytoniu, promowanie działań profilaktycznych oraz bezpośrednie skutki zdrowotne wystąpienia POChP, dokonanie oceny klinicznej w populacji osób kwalifikujących się do jednej z grup wysokiego ryzyka, wykonywanie badania spirometrycznego wśród uczestników przynależących do grup wysokiego ryzyka, przeprowadzenie interwencji antynikotynowej w celu ograniczania lub eliminacji palenia tytoniu w populacji wysokiego ryzyka POChP, a także prowadzenie szkoleń dotyczących czynników ryzyka POChP występujących w | |

środowisku pracy dla pracodawców, u których w zakładach pracy zidentyfikowano obecność niebezpiecznych substancji i pyłów.

**Sposób realizacji programu**

Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.

**B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem**

**Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie**

Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP) cechuje się utrwalonym ograniczeniem przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe. Najczęściej POChP jest wynikiem palenia, jednak około 15% przypadków tej choroby przynajmniej częściowo jest wywoływane występowaniem jakiegoś czynnika w środowisku pracy. Zgodnie z danymi z MPZ liczba zgonów z powodu POChP w 2019 r. wyniosła w woj. kuj.-pom. 27,0 na 100 tys. ludn. (średnia dla Polski 26,7/100 tys. ludn.). W 2019 r. na POChP chorowało w regionie prawie 73 tys. osób, w Polsce ponad 1,4 mln. U chorych hospitalizowanych z powodu zaostrzenia POChP, ryzyko zgonu w ciągu 5 lat wynosi ok. 50% (Szczeklik 2017). Wg obowiązującej MPZ 2022-2026 POChP zajmowało w 2019 r. 10. miejsce wśród schorzeń odpowiadających za największą liczbę lat utraconych na skutek przedwczesnej śmierci (wkaźnik YLL). W 2019 roku w woj. kuj.-pom. YLL na 100 tys. ludn. wynosił 455,7 (średnia dla Polski - 441,0). W woj. kuj.-pom. przewiduje się wzrost wskaźnika chorobowości (Ch) i zapadalności (Z) na POChP z: odpowiednio 3 500/100 tys. ludn.(Ch) i 234/100 tys. ludn.(Z) w 2019 r. do 4 027/100 tys. ludn. (Ch) i 273/100 tys. ludn. w 2030 r.(Z).

**Efekt (produkt) przedsięwzięcia**

Wdrożenie programu wpłynie na:

- podniesienie jakości życia mieszkańców woj. kujawsko-pomorskiego,
- zwiększenie dostępu mieszkańców regionu do działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, w tym m.in. badań przesiewowych (niskodawkowa tomografia komputerowa - NDTK, densytometria, badanie spirometryczne), porad antyużywkowych,
- zwiększenie wśród mieszkańców woj. kuj.-pom. wiedzy na temat czynników ryzyka chorób stanowiących istotny problem zdrowotny regionu oraz sposobów eliminowania tych czynników lub ograniczania ich negatywnego wpływu na stan zdrowia,
- zwiększenie wśród pracodawców świadomości w wybranych zakresach np. zasad ergonomii w miejscu pracy, metod zapobiegania i minimalizacji wpływu środowiska pracy na ryzyko występowania POChP u pracowników, informacja nadużywania substancji psychoaktywnych, a w szczególności palenia tytoniu,
- zwiększenie wśród kadry medycznej z terenu województwa kujawsko-pomorskiego wiedzy na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia wybranych chorób.

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu POChP, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne.

**C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet**

| | |
|---|---|
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **12 000 000,00** |

| | |
|---|---|
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Środki własne, inne źródła** |
| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** | |
| **Termin rozpoczęcia** | |
| 2024 | |
| **Faza przygotowawcza** | |
| Opracowanie programu.<br>Przyjęcie programu do realizacji przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego.<br>Ogłoszenie naboru konkurencyjnego na realizatorów . | |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania** | |
| Rozstrzygnięcie konkursu na wybór realizatorów programu w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP).<br>Podpisanie umów z realizatorami - jednostkami posiadającymi uprawnienia placówek zdrowotnych do przeprowadzenia działań profilaktycznych.<br>Realizacja zadania. | |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** | |
| Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania. | |

„Ochrona i promocja zdrowia”

| | |
|---|---|
| **CEL OPERACYJNY:** | **Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych** |
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 6. Wzmocnienie edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób przewlekłych. |
| **Konkurs ofert: „Ochrona i promocja zdrowia”** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** Przedsięwzięcie wynika z rozeznanych potrzeb zdrowotnych | |
| **A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu** | |
| **Opis przedsięwzięcia** | |
| Konkurs ofert pn. „Ochrona i promocja zdrowia” na realizację zadań publicznych związanych z realizacją zadań samorządu województwa w zakresie promocji i ochrony zdrowia ogłaszany jest na podstawie ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Celem otwartego konkursu ofert jest zwiększenie świadomości zdrowotnej i poprawa stanu zdrowia mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Co roku na podstawie przeanalizowania problemów zdrowotnych konkurs ogłaszany jest na działania z różnych obszarów tematycznych zwiększających wiedzę wśród mieszkańców regionu w zakresie przeciwdziałania szkodliwym czynnikom wpływającym negatywnie na zdrowie, kształtujących właściwe zachowania w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia drugiego człowieka a także umacniających zdrowie i zapobiegających największym problemom zdrowotnym. | |
| **Sposób realizacji programu** | |
| Konkurs realizowany jest w cyklu rocznym | |
| **B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem** | |
| | |

| Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie | |
|---|---|
| Istnieje potrzeba podejmowania działań w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych i promocji zdrowia. Na każdym poziomie profilaktycznych działań znaczącą rolę odgrywa edukacja, która jest bardzo ważnym narzędziem w podnoszeniu świadomości zdrowotnej i poprawie stanu zdrowia populacji. | |
| **Efekt (produkt) przedsięwzięcia** | |
| Istotnym efektem konkursu jest ukształtowanie sprzyjających zdrowiu przekonań, motywacji i umiejętności, a co za tym idzie postaw zdrowotnych jednostki. Działania realizowane w ramach konkursu wpływają na wzrost świadomości dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych w obszarze zachowań prozdrowotnych, na poprawę jakości życia osób chorych a także na wytworzenie prawidłowych nawyków zdrowotnych oraz na poprawę sprawności ruchowej. | |
| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** | |
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **Wysokość środków finansowych zaplanowanych na konkurs na dany rok uzależniony jest od budżetu samorządu województwa kujawsko-pomorskiego. Średnio koszt konkursu wynosi 130 000,00 zł ale potrzeby są znacznie większe na co najmniej 300 000,00 zł.** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Środki własne – budżet województwa** |
| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** | |
| **Termin rozpoczęcia** | |
| 2024 | |
| **Faza przygotowawcza** | |
| 1. Określenie działań w danych obszarach tematycznych do realizacji w danym roku w oparciu o zdefiniowane priorytety, określenie grypy odbiorców – beneficjentów poszczególnych działań.<br>2. Ogłoszenie otwartego konkursu ofert.<br>3. Rozstrzygnięcie konkursu ofert. | |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania** | |
| 1. Przygotowanie i podpisanie umów dotacyjnych z realizatorami.<br>2. Realizacja projektów wybranych do realizacji. | |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** | |
| Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania. | |

„Ochrona zdrowia psychicznego”

| | |
|---|---|
| **CEL OPERACYJNY:** | **Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych** |
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 5. Rozwój infrastruktury zdrowotnej oraz zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej, geriatrycznej i psychiatrycznej<br>6. Wzmocnienie edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób przewlekłych. |
| **Konkurs ofert: „Ochrona zdrowia psychicznego”** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** Przedsięwzięcie wynika z rozeznanych potrzeb zdrowotnych | |

| A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu | |
|---|---|
| **Opis przedsięwzięcia** | |
| Konkurs ofert pn. „Ochrona zdrowia psychicznego” na realizację zadań publicznych związanych z realizacją zadań samorządu województwa w zakresie promocji i ochrony zdrowia ogłaszany jest na podstawie ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Celem otwartego konkursu ofert jest profilaktyka chorób psychicznych oraz poprawa stanu zdrowia psychicznego mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Co roku na podstawie przeanalizowania problematyki zdrowia psychicznego i potrzeb z tych problemów wynikających, konkurs ogłaszany jest na działania z różnych obszarów tematycznych, których zadaniem jest m.in. promowanie zdrowia psychicznego wśród mieszkańców regionu, przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym a także dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi oraz kształtowanie umiejętności radzenia sobie przez mieszkańców województwa w sytuacjach zagrażających ich zdrowiu psychicznemu. | |
| **Sposób realizacji programu** | |
| Konkurs realizowany jest w cyklu rocznym | |
| **B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem** | |
| | |
| **Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie** | |
| Istnieje potrzeba podejmowania działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych. Na każdym poziomie profilaktycznych działań znaczącą rolę odgrywa edukacja, która jest bardzo ważnym narzędziem w podnoszeniu świadomości zdrowotnej i poprawie stanu zdrowia populacji. | |
| **Efekt (produkt) przedsięwzięcia** | |
| Wzrost świadomości dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych z zakresu przeciwdziałania zaburzeniom psychicznym, znaczenia zdrowia psychicznego i dbałości o nie oraz z zakresu dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.<br>Działania realizowane w ramach konkursu wpływają także na zmniejszenie stresu, zwiększenie dostępności do porad psychologicznych, na poprawę relacji społecznych i dobrostanu psycho-fizycznego. | |
| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** | |
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **Wysokość środków finansowych zaplanowanych na konkurs na dany rok uzależniony jest od budżetu samorządu województwa kujawsko-pomorskiego. Średnio koszt konkursu wynosi 130 000,00 zł ale potrzeby są znacznie większe na co najmniej 300 000,00 zł.** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Środki własne – budżet województwa** |
| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** | |
| **Termin rozpoczęcia** | |
| 2024 | |
| **Faza przygotowawcza** | |

| |
|---|
| 1. Określenie działań w danych obszarach tematycznych do realizacji w danym roku w oparciu o zdefiniowane priorytety, określenie grypy odbiorców – beneficjentów poszczególnych działań.<br>2. Ogłoszenie otwartego konkursu ofert.<br>3. Rozstrzygnięcie konkursu ofert. |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania** |
| 1. Przygotowanie i podpisanie umów dotacyjnych z realizatorami.<br>2. Realizacja projektów wybranych do realizacji. |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** |
| Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania. |

„ESKAPADA. Poznaj swój region z przewodnikiem”

| | |
|---|---|
| **CEL OPERACYJNY:** | **Zwiększenie aktywnego udziału osób starszych w życiu społecznym, kulturalnym, edukacyjnym oraz w obszarze turystyki, sportu i rekreacji** |
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 1. Rozwój infrastruktury wsparcia i aktywizacji seniorów<br>2. Wspieranie i promowanie integracji międzypokoleniowej i aktywności społecznej.<br>3. Rozwój lokalnych inicjatyw integracyjnych<br>4. Promowanie aktywności fizycznej wśród seniorów |
| **Tytuł projektu: ESKAPADA. Poznaj swój region z przewodnikiem** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** | |
| **A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu** | |
| **Opis przedsięwzięcia** | |
| Bezpłatne zwiedzanie zabytków miast dla mieszkańców z okazji Międzynarodowego dnia Przewodnika Turystycznego zapoczątkowali przewodnicy Oddziałów PTTK. Departament rozwinął pomysł i poszerzył ofertę o rajdy, zwiedzanie zakładów, muzeów i zaprosił do organizacji wydarzeń więcej podmiotów. Akcja odbywa się w ramach wojewódzkich obchodów Międzynarodowego Dnia Przewodnika Turystycznego. Polega na organizacji różnych form aktywnego spędzania wolnego czasu takich jak: zwiedzanie muzeów, wystaw stałych, organizacji spacerów, gier, marszów na orientację, rajdów pieszych, rowerowych, nordic walking itp. w jeden weekend w roku dla wszystkich osób, które zapiszą się na wydarzenie poprzez stronę: https://eskapada-z-przewodnikiem.pl/. Wydarzenia dostępne są dla zainteresowanych bezpłatnie lub za symboliczne 2 zł. Corocznie akcja cieszy się dużym zainteresowaniem wśród uczestników. Urząd Marszałkowski pełni funkcje koordynatora akcji, który udostępnia na stronie oferty zwiedzania różnych miejsc (wydarzenia) na terenie województwa. Odpowiada za ich promocję, zapewnienie materiałów promocyjnych i organizację systemu zapisów. Organizatorami wydarzenia są: organizacje pozarządowe, jednostki samorządu terytorialnego, samorządowe jednostki organizacyjne, uczelnie, przedsiębiorcy branży turystycznej, przedsiębiorstwa produkcyjne i inne podmioty zainteresowane akcją. Organizator wydarzenia odpowiada za prawidłowy przebieg wydarzenia zgodnie z przesłanym wcześniej formularzem. Partnerami akcji jest: Samorząd Przewodników Turystycznych | |

| |
|---|
| Województwa Kujawsko-Pomorskiego i Kujawsko-Pomorska Organizacja Turystyczna. Akcja jest szeroko i bezpłatnie promowana przez media regionalne i lokalne. |
| **Sposób realizacji programu** |
| Koordynator akcji i jednocześnie główny organizator(Departament) wysyła zaproszenie do udziału na Eskapadzie. Organizatorzy wydarzeń wysyłają zgłoszenie Organizator wydarzenia może zgłosić dowolną liczbę wydarzeń w wybranych przez siebie godzinach, bezpłatnych lub za opłatą 2 zł dla uczestników. Każde wydarzenie należy wprowadzić do osobnego formularza. Wydarzeniem może być: rajd, wycieczka tematyczna, zwiedzanie wystaw, oprowadzanie po obiekcie, warsztaty, interaktywne przedstawienia, marsz na orientację, prezentacje i inne. Wszystkie wydarzenia i ich Organizatorzy są promowani w mediach społecznościowych Koordynatora oraz na stronach internetowych: https://eskapada-z-przewodnikiem.pl/ i www.kujawsko-pomorskie.pl. |
| **B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem** |
| Dowiedzenia się czegoś nowego, kontakt z lokalnym dziedzictwem, szczególnie mniej znanym i na co dzień nieudostępnianym do zwiedzania, zwiedzanie z profesjonalnym przewodnik, zwiedzanie bezpłatne |
| **Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie** |
| |
| **Efekt (produkt) przedsięwzięcia** |
| Zorganizowanie aktywnego spędzenia czasu oraz promocja atrakcji turystycznych, markowych produktów regionu - kujawsko-pomorskich konstelacji, w tym turystycznych szlaków**.** |
| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** |

| | |
|---|---|
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **ok. 150 000 zł** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Budżet samorządu województwa kujawsko-pomorskiego** |

| |
|---|
| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** |
| **Termin rozpoczęcia** |
| ESKAPADA odbywa się corocznie w ostatni weekend kwietnia, podsumowujące spotkanie z organizatorami odbywa się we wrześniu (I połowa) |
| **Faza przygotowawcza:** |
| ustalenie planu promocji, projekt materiałów promocyjnych, zbieranie ofert od organizatorów, podpisanie umów z wykonawcami, przygotowanie konkursów dla uczestników. |
| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania:** |
| promocja akcji w mediach społecznościowych (FB i IG), uruchomienie zapisów na wydarzenia dla uczestników poprzez formularz zgłoszeniowy na stronie akcji, organizacja wydarzeń, rozstrzygniecie konkursu, przesłanie nagród, spotkanie integracyjne dla organizatorów. |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** |
| Prowadzenie profilu Eskapady w mediach społecznościowych przez cały rok, relacje uczestników w mediach społecznościowych, ankiety ewaluacyjne dla uczestników i organizatorów, raport ewaluacyjny |

„Kujawsko-Pomorskie na Rowery”

| | |
|---|---|
| **CEL OPERACYJNY:** | **Zwiększenie aktywnego udziału osób starszych w życiu społecznym, kulturalnym, edukacyjnym oraz w obszarze turystyki, sportu i rekreacji** |
| **KIERUNEK ROZWOJU:** | 1. Rozwój infrastruktury wsparcia i aktywizacji seniorów<br>2. Wspieranie i promowanie integracji międzypokoleniowej i aktywności społecznej.<br>3. Rozwój lokalnych inicjatyw integracyjnych<br>4. Promowanie aktywności fizycznej wśród seniorów |
| **Tytuł projektu: Kujawsko-Pomorskie na Rowery** | |
| **Geneza/powiązana przedsięwzięcia:** | |
| **A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu** | |
| **Opis przedsięwzięcia** | |
| Pomysł powstał w sierpniu 2013 roku. Prezydent RP Bronisław Komorowski podpisał ustawę, która pozwoliła na wytyczanie szlaków na wałach przeciwpowodziowych oraz poruszanie się po nich rowerzystów. Idea organizacji cyklicznych rodzinnych rajdów rowerowych powstała pod patronatem Marszałka Województwa - Piotra Całbeckiego. Kujawsko-Pomorskie na Rowery jest już znanym cyklem rajdów, które odbywają się od w różnych zakątkach naszego województwa. Misją akcji jest promocja turystyki rowerowej, będąca doskonałą okazją do poznawania atrakcji turystycznych, krajobrazowych i historycznych znajdujących się na drodze każdego przejazdu. Rajdy są bezpłatne. | |
| **Sposób realizacji programu** | |
| Organizacja 4 rajdów rowerowych w różnych częściach regionu, konsultacja tras, zadanie zlecone. | |
| **B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem** | |
| Przygotowanie oferty spędzenia czasu dla osób średniozamożnych | |
| **Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie** | |
| Projekt skierowany do różnych grup wiekowych, nie znających regionu | |
| **Efekt (produkt) przedsięwzięcia** | |
| Zorganizowanie aktywnego spędzenia czasu oraz promocja atrakcji turystycznych regionu, w tym turystycznych szlaków**.** | |
| **C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet** | |
| **Szacowane niezbędne nakłady finansowe:** | **Ok. 200 000 zł** |
| **Potencjalne źródła finansowania:** | **Budżet samorządu województwa kujawsko-pomorskiego** |
| **D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań** | |
| **Termin rozpoczęcia** | |
| Rajdy odbywają się od wiosny do jesieni, w ustalonych terminach | |
| **Faza przygotowawcza:** | |
| ustalenie terminów rajdów, przeprowadzenie przetargu na organizację rajdów po województwie, wyłonienie firmy i podpisanie umowy, ustalenie przebiegu tras rajdów, przygotowanie regulaminu, formularzy do zapisów. | |

| **Faza wdrożeniowa i funkcjonowania:** |
| --- |
| promocja wydarzeń na stronie www. oraz mediach społecznościowych, realizacja zapisów umowy i regulaminu, organizacja rajdów |
| **Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia** |
| Sprawozdania z wykonywanych zadań, relacje uczestników na fb, zdjęcia |

# 10. System wdrażania Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Podmiotem odpowiedzialnym za realizację ustaleń Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego jest Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego[105], który będzie to zadanie realizował za pomocą Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu oraz innych podmiotów imiennie wskazanych dla poszczególnych zadań, w tym samorządów niższego szczebla i organizacji pozarządowych.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu może realizować wskazane w ww. dokumencie ustalenia w trybie: (1) samodzielnej realizacji, (2) realizacji w partnerstwie (np. z departamentami/ jednostkami organizacyjnymi/ spółkami/ pełnomocnikami[106] lub (3) powierzenia ich realizacji innym podmiotom (samorządowym wymienionym wyżej lub zewnętrznym). Za koordynację realizacji całości ustaleń Polityki odpowiada Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu.

Niniejsza Polityka Senioralna realizowana będzie m.in. za pośrednictwem niżej wymienionych programów, projektów Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego:

1. **Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027 zwłaszcza w obszarze włączenia społecznego i integracji społecznej:**

- Granty w ramach *Rozwoju Lokalnego Kierowanego przez Społeczność (RLKS) Działanie 07.04 Wspieranie Integracji Społecznej*
- Konkursy w ramach *Działania 06.08 Inwestycje w infrastrukturę społeczną*
- Konkursy w ramach *Działania 08.24 Usługi społeczne i zdrowotne*
- Projekt *„Opieka długoterminowa – kształcenie kadr Etap I”*
- Projekt *„Kujawsko-Pomorska Teleopieka”*

2. **Regionalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2023-2025 i kolejne edycje;**

3. **Ze środków Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego**

- *„Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”*

[105] Zgodnie z art. 14 ust. 1, art. 41 ust.1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa.

[106] Departamenty – komórki organizacyjne Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego; jednostki organizacyjne – jednostki organizacyjne Województwa Kujawsko-Pomorskiego; spółki – spółki prawa handlowego z udziałem Województwa Kujawsko-Pomorskiego; pełnomocnicy – pełnomocnicy Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz pełnomocnicy Marszałka Województwa Kujawsko- Pomorskiego.

- *„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”*
- *„Wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”*
- *„Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”*
- *„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc dla mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”*
- *„Na zdrowie taktyka to profilaktyka”*
- Konkurs ofert *„Wspieranie aktywizacji i integracji społecznej seniorów”*
- Konkurs ofert *„Wsparcie działań z zakresu opieki nad osobami przewlekle chorymi”*
- Konkurs ofert *„Ochrona zdrowia psychicznego”*
- Konkurs ofert *„Ochrona i promocja zdrowia”*

**4. Z programów wspierających wymianę doświadczeń i nowatorskich rozwiązań:**

- **Interreg Europa 2021-2027**
  - Projekt *CAPABLE – Competent Assistance Pro Aging Better Living Easier (Kompetentna pomoc na rzecz lepszego starzenia się i łatwiejszego życia)*
  - Projekt *CARES (Teleopieka dla starzejącej się Europy)*
- **ERASMUS+**
  - Projekt *LIFE MAGISTER – Empowering elder care professionals and caregivers (Wzmacnianie kompetencji specjalistów i opiekunów zajmujących się opieką nad osobami starszymi)*

**Tabela 13. Podmioty odpowiedziane za realizację poszczególnych projektów kluczowych Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego**

| L.P. | Tytuł projektu | Realizator projektu |
|---|---|---|
| **1.** | Granty w ramach Rozwoju Lokalnego Kierowanego przez Społeczność (RLKS) Działanie 07.04 Wspieranie Integracji Społecznej z Funduszy Europejskich dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego - Instytucja Zarządzająca Lokalne Grupy Działania (LGD) |
| **2.** | Konkursy w ramach Działania 08.24 Usługi społeczne i zdrowotne z Funduszy Europejskich dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego - Instytucja Zarządzająca |
| **3.** | Konkursy w ramach Działania 06.08 Inwestycje w infrastrukturę społeczną z Funduszy Europejskich dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego - Instytucja Zarządzająca |

| | | |
|---|---|---|
| **4.** | Kujawsko-Pomorska Teleopieka | Województwo Kujawsko-Pomorskie- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ROPS) |
| **5.** | Opieka długoterminowa – kształcenie kadr Etap I | Województwo Kujawsko-Pomorskie- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ROPS) |
| **6.** | LIFE MAGISTER – Empowering elder care professionals and caregivers (Wzmacnianie kompetencji specjalistów i opiekunów zajmujących się opieką nad osobami starszymi) | Województwo Kujawsko-Pomorskie- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ROPS)<br><br>Sint Vincentius vzw (Belgia), Qualità e Benessere Srl (Włochy) – partner wiodący |
| **7.** | CARES Remote Healthcare for Silver Europe (Teleopieka dla starzejącej się Europy) | **Województwo Kujawsko-Pomorskie- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu- Lider projektu oraz partnerzy:**<br>1. Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine (Francja)<br>2. Region Południowej Danii<br>3. Miasto Linköping (Szwecja)<br>4. Agencja (Ochrony Zdrowia) ULSS7 Pedemontana (Włochy)<br>5. Instytucja Ochrony Zdrowia Regionu Aragonia (Hiszpania)<br>6. Miasto Zagrzeb (Chorwacja)<br>7. Województwo Pomorskie<br>**Partnerzy stowarzyszeni:**<br>1. Region Nouvelle-Aquitaine – Francja<br>2. Region Veneto – Włochy |
| **8.** | CAPABLE – Competent Assistance Pro Aging Better Living Easier (Kompetentna pomoc na rzecz lepszego starzenia się i łatwiejszego życia | **Autonomiczny Region Friuli-Wenecja Julijska (Włochy) – partner wiodący oraz partnerzy:**<br>1. **Województwo Kujawsko-Pomorskie- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu**<br>2. Centrum Gubernatora Kinsbergena (Belgia)<br>3. Pro Arbeit - Hrabstwo Offenbach - Miejski Urząd Pracy (Niemcy)<br>4. Rada Hrabstwa Vaslui (Rumunia)<br>5. Związek Gmin Regionu Murcia (Hiszpania)<br>**Tzw. Partnerzy discovery:**<br>1. Centrum Rehabilitacji Dzieci Dzherelo (Ukraina)<br>2. Organizacja charytatywna „Platforma na rzecz zmiany społecznej” (Ukraina)<br>**Partnerzy stowarzyszeni:**<br>1. Prowincja Antwerpii (Belgia)<br>2. Dyrekcja Generalna ds. Samozatrudnienia i Ekonomii Społecznej Regionu Murcia (Hiszpania) |
| **9.** | Konkurs ofert pn. „Wspieranie aktywizacji i integracji społecznej seniorów”. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Departament Spraw Społecznych |

| | | |
|---|---|---|
| **10.** | Konkurs ofert pn. „Wsparcie działań z zakresu opieki nad osobami przewlekle chorymi” | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Departament Spraw Społecznych |
| **11.** | Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Departament Zdrowia |
| **12.** | Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Departament Zdrowia |
| **13.** | Program profilaktyczny dla mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego ,,Na zdrowie taktyka to profilaktyka” | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Departament Zdrowia |
| **14.** | Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc dla mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Departament Zdrowia |
| **15.** | Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Departament Zdrowia |
| **16.** | Wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Departament Zdrowia |
| **17.** | Konkurs ofert pn. „Ochrona i promocja zdrowia” | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Departament Zdrowia |
| **18.** | Konkurs ofert pn. „Ochrona zdrowia psychicznego” | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Departament Zdrowia |
| **19.** | ESKAPADA. Poznaj swój region z przewodnikiem | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Departament Sportu i Turystyki |
| **20.** | Kujawsko-Pomorskie na Rowery | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Departament Sportu i Turystyki |

*Źródło: Opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu*

## 11. Monitorowanie i ewaluacja

Podmiotem odpowiedzialnym za prawidłowy przebieg całości procesu monitorowania będzie Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu. Przewidywany jest stały monitoring realizacji *Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego* polegający na regularnej obserwacji zmian ilościowych i jakościowych w badanym obszarze. System monitorowania realizacji Polityki będzie polegał na pomiarze:

- wskaźników tła,
- wskaźników głównych,
- wskaźników celów operacyjnych,

oraz

- ocenie stopnia oraz charakterystyce realizacji projektów kluczowych.

Dla wskaźników tła i wskaźników głównych dane pozyskiwane będą ze statystyki publicznej lub dostępnych baz danych w zakresie usług społecznych, medycznych (GUS, BASiW) oraz analiz własnych sporządzanych przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu.

Monitoring w zakresie realizacji Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego będzie miał formę corocznego raportu pod nazwą „*Raport z realizacji Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego*". Pierwszy raport obejmujący pierwszy pełny rok realizacji Polityki, a więc rok 2026 zostanie przygotowany do końca III kw. 2027 r., i przedstawiony Zarządowi Województwa do końca III kw. 2027 r. Przed przyjęciem przez Zarząd raport będzie zaprezentowany na Komisji Pracy, Pomocy Społecznej i Bezpieczeństwa Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Raport będzie zawierał:

- Tabelaryczne zestawienie wszystkich wskaźników (wg tabel wskaźników zamieszczonych w niniejszym rozdziale) – dla danego roku oraz dla lat wcześniejszych, począwszy od danych za rok 2026 – należy pokazywać wartość bieżącą dla monitorowanego roku, wartość dla lat poprzednich od momentu rozpoczęcia realizacji oraz wartość narastającą (skumulowaną) od początku realizacji danego celu operacyjnego,
- Ekspercką interpretację Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej (lub podmiotu, któremu Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej powierzy dokonanie tego typu eksperckiej interpretacji) dotyczącą oceny charakteru zachodzących zmian oraz stopnia realizacji przedsięwzięć wraz z rekomendacjami dla Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego w zakresie działań, które należy podjąć dla usprawnienia realizacji Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego (w przypadku braku konieczności sformułowania rekomendacji – należy podać taką informację).

**Tabela 14. Wskaźniki tła realizacji ustaleń Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego**

| L.P. | Wskaźnik |
|---|---|
| **1.** | Liczba ludności województwa kujawsko-pomorskiego |
| **2.** | Współczynnik przyrostu naturalnego |
| **3.** | Współczynnik dzietności |
| **4.** | Współczynnik zgonów |
| **5.** | Liczba osób 50+ aktywnych zawodowo[107] |
| **6.** | Liczba ludności w wieku poprodukcyjnym (60 i więcej dla kobiet, 65 lat i więcej dla mężczyzn) |
| **7.** | Liczba ludności w wieku 75 lat i więcej |
| **8.** | Liczba ludności w wieku 85 lat i więcej |
| **9.** | Odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności |
| **10.** | Odsetek ludności w wieku 75 lat i więcej w grupie osób w wieku poprodukcyjnym |
| **11.** | Odsetek ludności w wieku 85 lat i więcej w grupie osób w wieku poprodukcyjnym |
| **12.** | Wskaźnik przeciętnego dalszego trwania życia dla mężczyzn |
| **13.** | Wskaźnik przeciętnego dalszego trwania życia dla kobiet |
| **14.** | Wskaźnik obciążenia demograficznego liczbą osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym [108] |
| **15.** | Wskaźnik obciążenia demograficznego liczbą osób w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku przedprodukcyjnym |

*Źródło: Opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu*

**Tabela 15. Wskaźniki główne realizacji ustaleń Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego**

| L.P. | Wskaźnik | Źródło danych | Oczekiwana tendencja |
|---|---|---|---|
| **1.** | Liczba osób objętych usługami opiekuńczymi w miejscu zamieszkania[109] | ROPS w Toruniu | Tendencja wzrostowa |
| **2.** | Liczba gmin, w których funkcjonują dzienne domy pomocy/pobytu | ROPS w Toruniu | Tendencja wzrostowa |
| **3.** | Liczba klubów seniora i świetlic dla seniorów | ROPS w Toruniu | Tendencja wzrostowa |
| **4.** | Liczba Uniwersytetów Trzeciego Wieku | ROPS w Toruniu | Tendencja wzrostowa |
| **5.** | Liczba gmin, w których dostępna jest usługa opieki wytchnieniowej w formie dziennej i całodobowej | ROPS w Toruniu<br>Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki<br>Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Departament Spraw Społecznych | Tendencja wzrostowa |

[107] (dane BAEL- z danych średniorocznych dostępnych maj/czerwiec) Wojewódzki Urząd Pracy w Toruniu.

[108] Jako nieprodukcyjny przyjmuje się wiek 0-17 lat (wiek przedprodukcyjny) oraz 60 lat i więcej dla kobiet i 65 lat i więcej dla mężczyzn (wiek poprodukcyjny) (zgodnie z definicją BDL GUS)

[109] Usługi opiekuńcze jako zadanie własne gminy zgodnie z zapisami *Ustawy o pomocy społecznej*

| | | | |
|---|---|---|---|
| **6.** | Liczba gmin oferujących usługi transportowe m. in. dla osób starszych | ROPS w Toruniu | Tendencja wzrostowa |
| **7.** | Liczba gmin, na terenie których świadczone są usługi sąsiedzkie | Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki | Tendencja wzrostowa |
| **8.** | Liczba seniorów/ osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem asystenckim | Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki ROPS w Toruniu | Tendencja wzrostowa |
| **9.** | Liczba gmin, które wdrożyły usługę teleopieki | ROPS w Toruniu | Tendencja wzrostowa |
| **10.** | Liczba lekarzy geriatrów i psychiatrów zatrudnionych w województwie | Naczelna Izba Lekarska | Tendencja wzrostowa |
| **11.** | Liczba gmin i powiatów, w których funkcjonują Rady Seniorów jako organy doradcze samorządu | ROPS w Toruniu | Tendencja wzrostowa |

*Źródło: Opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu*

**Tabela 16. Wskaźniki województwa realizacji celów Polityki Senioralnej**

| | **1. Cel operacyjny: Rozwój i koordynacja usług środowiskowych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych** | |
|---|---|---|
| **L.P.** | **Wskaźnik** | **Źródło danych/ Realizator** |
| **1.1** | Liczba przeprowadzonych badań i analiz zawierających dane dotyczące między innymi sytuacji demograficznej, społecznej i zdrowotnej osób starszych w regionie. | Departamenty Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Wojewódzki Urząd Pracy w Toruniu<br>Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu<br>Kujawsko-Pomorskie Biuro Planowania Przestrzennego i Regionalnego we Włocławku<br>Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy |
| **1.2** | Liczba zebranych, opisanych i opublikowanych broszur, baz danych lub raportów zawierających przykłady krajowych i zagranicznych dobrych praktyk. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu |
| **1.3** | Liczba gmin na terenie których funkcjonują Centra Usług Społecznych | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ankieta uzupełniająca do OZPS) |
| **1.4** | Liczba mieszkań wspomaganych dla osób starszych. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ankieta uzupełniająca do OZPS) |
| **1.5** | Liczba gmin organizujących wolontariat opiekuńczy. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ankieta uzupełniająca do OZPS) |
| **1.6** | Liczba gmin, w których dostępna jest forma całodobowej opieki wytchnieniowej dla opiekunów osób niesamodzielnych, w tym seniorów. | Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki |
| **1.7** | Liczba DPS-ów świadczących usługi opiekuńcze w formie pobytów krótkoterminowych. | Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki |

| | | |
|---|---|---|
| | | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ankieta dodatkowa do DPS ) |
| **1.8** | Liczba szkoleń z zakresu opieki nad osobami przewlekle chorymi. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu<br>Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego |
| **1.9** | Liczba opiekunów i pracowników CUS, DPS oraz NGO, którzy uczestniczyli w szkoleniach specjalistycznych. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu<br>Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego |
| **1.10** | Liczba opiekunów nieformalnych (członków rodzin, sąsiadów), którzy skorzystali z poradnictwa, grup wsparcia lub szkoleń w zakresie opieki nad seniorami. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu<br>Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego |
| **1.11** | Liczba zrealizowanych szkoleń dla rodzin i pracowników pomocy społecznej, w zakresie opieki nad osobami z chorobami neurodegeneracyjnymi (np. Alzheimer, Parkinson). | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu<br>Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego |
| **1.12** | Liczba osób przeszkolonych z zakresu demencji, w tym opiekunów domowych i instytucjonalnych. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu<br>Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego |
| **1.13** | Liczba gmin, w których powstały lub zostały zmodernizowane placówki psychiatryczne, geriatryczne i opieki paliatywnej dostępne dla osób starszych. | Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego |
| **1.14** | Liczba zespołów leczenia środowiskowego działających w społecznościach lokalnych na terenie gmin i powiatów województwa. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu |
| **1.15** | Liczba dostępnych infolinii i telefonów zaufania służących wsparciem dla seniorów i ich otoczenia | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu |
| **1.16** | Liczba kampanii informacyjno-edukacyjnych oraz programów badań przesiewowych realizowanych w województwie dla seniorów. | Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego |
| **1.17** | Liczba mieszkańców województwa uczestniczących w badaniach m.in. w ramach programów: „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzusznej”, „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych”, „Program zapobiegania upadkom”. | Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego |

| | | |
|---|---|---|
| **1.18** | Liczba mobilnych punktów diagnostycznych, które przeprowadziły badania w kierunku nowotworów (płuca, jelito grube, rak szyjki macicy). | Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego |
| **1.19** | Liczba seniorów zaszczepionych w ramach programów zdrowotnych. | Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego |
| **1.20** | Liczba gmin organizujących wydarzenia promujące aktywność fizyczną seniorów, takich jak marsze, pokazy ruchowe i zajęcia sportowe. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ankieta dodatkowa do gmin województwa) |
| | **2. Cel operacyjny: Zwiększenie dostępności i funkcjonalności przestrzeni publicznej dla seniorów** | |
| **2. 1** | Liczba seniorów, którzy otrzymali wsparcie finansowe na likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania (np. montaż uchwytów, podjazdy, prysznice bezprogowe). | Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnościami |
| **2. 2** | Liczba nowo utworzonych lub zmodernizowanych przestrzeni publicznych (np. place miejskie, świetlice wiejskie), które zostały przystosowane do potrzeb seniorów – miejsca odpoczynku, ławki, strefy integracji. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ankieta dodatkowa do gmin województwa) |
| **2. 3** | Liczba nowych lokalnych połączeń autobusowych, uruchomionych w gminach peryferyjnych. | Departament Transportu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Departament Infrastruktury Drogowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego |
| **2. 4** | Liczba gmin i powiatów, które poprawiły dostępność do zbiorowej komunikacji w ramach działań przeciwko wykluczeniu komunikacyjnemu. | Departament Transportu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego<br>Departament Infrastruktury Drogowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego |
| **2. 5** | Liczba gmin oferujących transport typu door-to-door dostosowany do indywidualnych potrzeb osób starszych. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ankieta uzupełniająca do OZPS) |
| **2. 6** | Liczba gmin i powiatów, które wprowadziły system społecznych przewozów indywidualnych dedykowanych osobom starszym (np. taksówka społeczna). | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ankieta uzupełniająca do OZPS) |
| | **3. Cel operacyjny: Zwiększenie aktywnego udziału osób starszych w życiu społecznym, kulturalnym, edukacyjnym oraz w obszarze turystyki, sportu i rekreacji** | |
| **3.1** | Liczba klubów samopomocy działających na terenie województwa. | Raport Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej<br>Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ankieta uzupełniająca do OZPS) |

| | | |
|---|---|---|
| **3.2** | Liczba klubów seniora oraz świetlic dla seniorów, oferujących zajęcia rozwijające umiejętności interpersonalne, integracyjne i cyfrowe. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ankieta uzupełniająca do OZPS) |
| **3.3** | Liczba powstałych placówek międzypokoleniowych, takich jak CIM'y, aktywizujących seniorów i młodsze pokolenia. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego |
| **3.4** | Liczba gmin, które realizują programy aktywizacji seniorów, obejmujące warsztaty artystyczne, edukacyjne, wycieczki i spotkania integracyjne. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ankieta dodatkowa do gmin województwa) |
| **3.5** | Liczba gmin na terenie których prowadzone były zajęcia integrujące osoby starsze z młodszym pokoleniem. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ankieta dodatkowa do gmin województwa) |
| **3.6** | Liczba gmin, które prowadzą programy wzmacniające rolę seniorów jako aktywnych liderów społecznych w tym jako mentorów i edukatorów. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ankieta dodatkowa do gmin województwa) |
| **3.7** | Liczba gmin, uczestniczących w „Programie zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim". | Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego |
| | **4. Cel operacyjny: Wzmacnianie aktywności zawodowej osób 50+** | |
| **4.1.** | Liczba pracowników po 50 r.ż. objętych wsparciem dotyczącym poprawy środowiska pracy. | Wojewódzki Urząd Pracy w Toruniu (Działanie 08.06 „Wsparcie w obszarze adaptacyjności"/Schemat: Wparcie w zakresie adaptacji środowiska pracy oraz wprowadzania elastycznych form zatrudnienia), Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Instytucja Zarządzająca (Działanie 08.08 „Wsparcie w obszarze zdrowia"). |
| **4.2.** | Liczba osób 50+ objętych szkoleniami, kursami, studiami podyplomowymi. | Wojewódzki Urząd Pracy w Toruniu |
| | **5. Cel Operacyjny: Zwiększenie poziomu bezpieczeństwa i świadomości cyfrowej wśród seniorów** | |
| **5. 1** | Liczba gmin, w których organizowane były spotkania edukacyjne nt. zagrożeń w sieci i bezpieczeństwa osobistego seniorów. | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ankieta dodatkowa do gmin województwa) Komenda Wojewódzka Policji |
| **5. 2** | Liczba spotkań edukacyjno-profilaktycznych dla seniorów w obszarze bezpieczeństwa cyfrowego | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu (ankieta dodatkowa do gmin województwa) Komenda Wojewódzka Policji |

W miarę pojawiających się potrzeb mogą być przygotowywane samodzielnie lub zlecane opracowania analityczne i eksperckie dotyczące realizacji Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego, które będą miały charakter uzupełniający system monitorowania.

W zależności od obserwowanych efektów realizacji Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego dopuszcza się przeprowadzenie ewaluacji. W latach 2028-2029 będzie podjęta decyzja o przeprowadzeniu badań ewaluacyjnych.

## 12. Zgodność Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego z krajowymi i regionalnymi dokumentami strategicznymi

Kierunki i cele zawarte w dokumencie Polityka Senioralna Województwa Kujawsko-Pomorskiego są spójne z celami określonymi w programach i strategiach regionalnych oraz krajowych.

Zagadnienia i problemy związane z polityką senioralną są bezpośrednio lub pośrednio omawiane w następujących krajowych dokumentach programowych:

- *Polityka Społeczna wobec Osób Starszych 2030. Bezpieczeństwo–Uczestnictwo–Solidarność*
- *Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)*
- *Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)*

Działania zaplanowane w ramach *Polityki Społecznej wobec Osób Starszych 2030. Bezpieczeństwo-Uczestnictwo-Solidarność* realizowane są w oparciu o trzy filary: bezpieczeństwo, uczestnictwo, solidarność. W ramach w/w filarów zaproponowane rozwiązania i działania zagwarantować mają osobom starszym poczucie wolności od ubóstwa, niepokoju o własne życie i zdrowie, zachowanie godności oraz niezależności. Program Polityki Senioralnej jest spójny z *Polityką Społeczną wobec Osób Starszych* w wielu obszarach jak np.: kształtowanie przestrzeni przyjaznej seniorem poprzez likwidacje barier architektonicznych, technicznych, urbanistycznych, komunikacyjnych oraz informacyjnych; wspieranie działań aktywizujących seniorów w sferze społecznej, kulturalnej, sportowej oraz zawodowej; rozwój teleopieki i telemedycyny oraz tworzenie warunków rozwoju kompleksowej opieki nad seniorami poprzez dostęp do usług medycznych, opiekuńczych oraz kształceniu kadr medycznych.

*Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)* jest instrumentem zarządzania polityką rozwoju realizowaną przez instytucje państwa, jest również punktem odniesienia dla utworzenia Polityki Senioralnej. W kierunkach działań wyróżniono kierunek interwencji ,,Poprawa dostępności do usług, w tym społecznych i zdrowotnych". Działania skierowane są na wsparcie usług asystenckich i opiekuńczych, realizację usług społecznych na rzecz osób niesamodzielnych i zagrożonych wykluczeniem społecznym, poprawę dostępu do teleopieki, sprzętu rehabilitacyjnego, sprzętu kompensacyjnego, usług transportowych i innowacyjnych technologii wspomagających dla osób starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych. Zwrócono szczególna uwagę na postępujący proces starzenia się społeczeństwa co przekłada się na zwiększenie nakładów finansowych dla sektora „białej" gospodarki oraz rozwijaniu gałęzi „srebrnej" gospodarki i wydłużeniu okresu aktywności zawodowej wśród seniorów.

*Strategia Rozwoju Usług Społecznych, Polityka Publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)* jest dokumentem wyznaczającym cele i kierunki rozwoju usług społecznych, przy wykorzystaniu wskazanych możliwości i źródeł finansowania. W Strategii zdiagnozowano obszary wymagające podjęcia działań, które są zgodne z zapisami zawartymi *w Polityce Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego.* Cel 2 SRUS w sposób bezpośredni odnosi się do budowy skutecznego i trwałego systemu usług społecznych co przekłada się na formułowanie konkretnych kierunków działań jakimi są: tworzenie Centrum Usług Społecznych, wspieranie rodzin i opiekunów osób niesamodzielnych (opieka wytchnienia, transportowa), rozwój środowiskowych form wsparcia w postaci usług społecznych, rozwój mieszkalnictwa wspomaganego oraz centrów opiekuńczo-mieszkalnych.

Zagadnienia i problemy związane z polityką senioralną są bezpośrednio lub pośrednio omawiane w następujących regionalnych dokumentów strategicznych i programowych:

- *Strategia rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku - Strategia Przyspieszenia 2030+*
- *Strategia Polityki Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego do roku 2030*
- *Regionalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2023-2025 (RPDI)*

Dokument operacyjny *Polityka Senioralna Województwa Kujawsko-Pomorskiego* wpisuje się w założenia i cele *Strategii rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku - Strategia Przyspieszenia 2030+* w zakresie transformacji demograficznej w tym postępującemu starzeniu się społeczeństwa. Program jest spójny także w zakresie rozwoju infrastruktury i usług opiekuńczych (również zdeinstytucjonalizowanych), aktywności społecznej i zawodowej ludności starszej. Zaproponowane cele oraz kierunki działań skierowane są na poprawę infrastruktury pomocy społecznej służącej obsłudze seniorów oraz dostępności do usług publicznych oraz transportowych. Nacisk kładziony jest na poprawę sytuacji mieszkaniowej seniorów poprzez dostosowanie lokali mieszkalnych do potrzeb ich mieszkańców oraz rozbudowę sieci mieszkań wspomaganych.

Dokument *Polityka Senioralna Województwa Kujawsko-Pomorskiego* jest spójny z założeniami *Strategii Polityki Społecznej Województwa Kujawsko- Pomorskiego do roku 2030* w odniesieniu co celu 1 ,,Rozwój usług społecznych". Program Polityki Senioralnej odpowiada na kierunki działań zapisanych w Strategii Polityki Społecznej, zorientowanych na rozwój środowiskowych usług opiekuńczych, alternatywnych form wsparcia dziennego, wsparcia dla opiekunów rodzinnych, infrastruktury wsparcia dziennego, infrastruktury wsparcia całodobowego, zwiększenia dostępności usług mieszkalnictwa społecznego, dostosowania infrastruktury publicznej oraz mieszkalnej dla seniorów, zwiększenia dostępności do usług zdrowotnych, rozwój nowoczesnych form świadczenia usług medycznych i opiekuńczych np. teleopieki i telemedycyny oraz rozwój usług transportowych.

Polityka Senioralna jest kompatybilna z *Regionalnym Planem Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2023-2025.* RPDI jest dokumentem stworzonym przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu i ma służyć ustrukturyzowaniu zmian w zakresie rozwoju usług społecznych zgodnie ze sporządzona diagnozą regionalną. Polityka Senioralna oraz RPDI są spójne w działaniach skupionych na osobach starszych, z niepełnosprawnościami oraz wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Rekomendowane działania skupiają się na rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnym w celu eliminacji konieczności opieki instytucjonalnej tj. rozwoju usług opiekuńczych i specjalistycznych, rozwoju asystentury, rozwoju usług opiekuńczych w formie ośrodków wsparcia dziennego, rozwoju wolontariatu opiekuńczego oraz pomocy sąsiedzkiej, tworzeniu mieszkań wspomaganych, centrów opiekuńczo-mieszkalnych i rodzinnych domów pomocy, rozwoju opieki wytchnieniowej oraz sieci teleopieki i telemedycyny. Dodatkowo w obu dokumentach wykazano konieczność podejmowania działań upowszechniających zawody pomocowe w zakresie opieki długoterminowej, paliatywno-hospicyjnej, w obszarze zdrowia psychicznego oraz pracowników socjalnych. Inicjuje się również działania na rzecz przeciwdziałaniu osamotnieniu i marginalizacji seniorów poprzez wspieranie aktywności społecznej (kluby seniora, uniwersytety trzeciego wieku).

## Wykaz skrótów

**AOTMiT** – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

**BDL GUS** – Bank Danych Lokalnych Główny Urząd Statystyczny

**CAPABLE** – Competent Assistance Pro Aging Better Living Easier

**ChUK** – Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia

**CIM** –Centrum Integracji Międzypokoleniowej

**COM –** Centrum Opiekuńczo Mieszkalne

**CUS** – Centrum Usług Społecznych

**CZP** – Centra Zdrowia Psychicznego

**DDP** – Dzienny Dom Pomocy/Pobytu

**DPS** – Dom Pomocy Społecznej

**EFS+** – Europejski Fundusz Społeczny Plus

**EUROSTAT** – Europejski Urząd Statystyczny

**FEdKP** – Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027

**IChP** – Inwazyjna Choroba Pneumokokowa

**JST** – Jednostka Samorządu Terytorialnego

**LGD** – Lokalna Grupa Działania

**LSR** – Lokalna Strategia Rozwoju

**MRPiPS** – Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

**NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia

**NGO** – Organizacja Pozarządowa

**ONZ** – Organizacja Narodów Zjednoczonych

**OPS** – Ośrodek Pomocy Społecznej

**OZPS** – Ocena Zasobów Pomocy Społecznej

**PCK** – Polski Czerwony Krzyż

**PCPR** – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

**POChP** – Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc

**POZ –** Podstawowa Opieka Zdrowotna

**RLKS** – Rozwój Lokalny Kierowany przez Społeczność

**ROPS** – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej

**SRH** – (Self-Rated Health) Samoocena Stanu Zdrowia

**SRUS** – Strategia Rozwoju Usług Społecznych, Polityka Publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)

**ŚDS** – Środowiskowy Dom Samopomocy

**UTW** – Uniwersytet Trzeciego Wieku

**VAS** – (Visual Analogue Scale) skala do subiektywnej oceny natężenia bólu, a także ogólnego stanu zdrowia

**WHO –** Światowa Organizacja Zdrowia

**WUP –** Wojewódzki Urząd Pracy

**ZOL** – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy

**ZOMR** – Zapalenie Opon Mózgowo-Rdzeniowych

**ZPO –** Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy

## Źródło danych

Literatura


- Abramowska-Kmon A, Antczak R., Kubicki P., Perek-Białas J., Szweda-Lewandowska Z., *Srebrna gospodarka szansa rozwoju krajów Europy Środkowo-Wschodniej*, [w:] Strojny M. (red.), Raport SGH i Forum Ekonomicznego 2020, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2020, s. 347-383
- Błędowski P., Bakalarczyk R., Jurek Ł., Kubicki P., Łuczak P., Szweda-Lewandowska Z., *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania*, Koalicja "Na pomoc niesamodzielnym" - Związek Stowarzyszeń, Warszawa 2021, s.8
- Chabior A., *Kluby Seniora miejscem uczestnictwa kulturalnego i animacji społeczno-kulturalnej. Aktywizacja, rozwój, integracja–ku niezależnej starości*, 2021, s. 73
- Fopka-Kowalczyk M., *Samotność osób starszych i czynniki ją warunkujące. Kultura i Edukacja*, (1 (119), 2018, s. 70-80
- Gawron G., Rojek-Adamek P., *Ageing in place – design w obronie wieku,* Kultura Popularna, no. 2, 2017, pp. 4-18
- Gierek P., *Rola aktywności w przeciwdziałaniu ekskluzji społecznej osób starszych*. Społeczeństwo i Polityka, (2 (67), 2021, s. 29-42
- Grodzicki T., Tobiasz- Adamczyk B., *Nowe koncepcje w podejściu do zdrowego starzenia-rola wielowymiarowych modeli*, Zakład Socjologii i Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJ CM
- H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne, [w:] Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, PWN, Warszawa 2004, s. 20.
- Hebda-Czaplicka I., *Wsparcie osób starszych w Polsce - w poszukiwaniu nowych rozwiązań w obszarze usług społecznych*, Polityka Społeczna, 25T(2 (tematyczny)), 2023 r., s. 29-36. https://doi.org/10.5604/01.3001.0054.1746
- Kawińska M., *Aktywność społeczna seniorów–oczekiwania, możliwości, wyzwania.*, Projekt „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka–osoby 60+”, 2021
- Kawińska M., *Starzenie się społeczeństwa europejskiego – narzędzia pomiaru*, Uniwersyteckie Czasopismo Socjologiczne, nr 14 (1), 2016
- Klimczuk A., *Srebrna gospodarka jako konstruktywna odpowiedz na starzenie się populacji. Perspektywa polityki publicznej*, [w:] Krawczyk M. (red.), Gospodarka i społeczeństwo w trzydziestoleciu 1992-2022. Perspektywa badawcza zespołu Kolegium Ekonomiczno-Społecznego SGH w Warszawie, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2023, s. 369-389, s.1

- Korycki A., *Rola, zadania i instrumenty centrum usług społecznych we wspieraniu seniorów z zaburzeniami poznawczymi i ich rodzin*., Niepełnosprawność i Rehabilitacja. (2023); 91(3):48-57.
- Luty-Michalak M., *Lifelong learning a satysfakcja z życia osób po 50. Roku życia*, Roczniki Nauk Społecznych, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II; Towarzystwo Naukowe KUL, vol. 51, no. 3, 2023, s. 71-82
- Młyński J., *Aktywność seniorów w środowisku lokalnym*., Studia nad Rodziną UKSW, 3(48), 2013, s. 69–86
- Pikuła N., *Aktywność społeczno-edukacyjna jako czynnik zmiany i rozwoju osób starszych*., Praca Socjalna, 36(3), 2021, s. 127-141. https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.1535.
- Pikuła N., *Samotność czy wykluczenie społeczne osób starszych*, „Praca Socjalna", nr 4, 2015
- Rymsza M., *Dlaczego Centrum Usług społecznych?*, Wydawnictwo Kancelarii Prezydenta RP, Warszawa 2020
- Rynkowska D., *Rola i znaczenie aktywności społecznej seniorów*, Annales Universitatis Maria E curie-Skłodowska, LUBLIN – POLONIA, VOL. XLI, 2 SECTIO I, 2016 r., s. 91-101. DOI: 10.17951/i.2016.41.2.91
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P. (red.), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania Propozycja modelu oraz wyniki badania antydyskryminacyjnego. SYNTEZA*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2017, s.11
- Szpak M., Jania K., Mochel D., Ożóg K., Pilip W., Rybak P., *Zarządzanie jakością życia w wieku senioralnym: uczestnictwo w Klubach Seniora jako forma zapobiegania depresji*., Państwo i Społeczeństwo, 13(2), 2013, s. 71–86
- Szukalski P, *„Ludzie w wieku 75+- Nowa kategoria demograficzno-społeczna?"*, Wydawnictwo Akademia Medycyny, Warszawa 2013, s. 7-20
- Szukalski P., *Podwójne starzenie się ludności- od kiedy zaczyna się późna starość?*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2021, s. 41-62
- Witkowska-Paleń, Motywy uczestnictwa osób starszych w klubach seniora na przykładzie badań w środowiskach wiejskich w województwie podkarpackim. SocialWork/Praca Socjalna, (2), 2024


## Sprawozdawczość


- Dane Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Sprawozdanie MRiPS-03*
- Ministerstwo Zdrowia, *Sprawozdanie MZ-29A Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej*

## Akty prawne i krajowe dokumenty strategiczne

- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych
- Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo- Uczestnictwo- Solidarność (Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018r. )
- Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030 (Uchwała nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021r.)
- Strategia Rozwoju Usług Społecznych Polityka Publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)

## Inne publikacje i raporty


- GUS, *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna Część II. Gospodarstwa domowe*, Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Warszawa 2014
- GUS, *Metodologia badań statystycznych., Zeszyt metodologiczny Ruch naturalny. Bilanse ludności*, Warszawa 2018, s. 50
- GUS, *Narodowy Spis Powszechny*, 2021
- GUS, *Prognoza ludności na lata 2023-2060*
- GUS, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 r.*, Warszawa, Białystok 2023
- NFZ, *NFZ o zdrowiu Choroba Alzheimera i choroby pokrewne*, Warszawa 2022
- Ocena Zasobów Pomocy Społecznej za rok 2023, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu, Toruń 2023
- POLSENIOR 2 *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021
- Polski Instytut Ekonomiczny, *Przedsiębiorcy 50+,* Warszawa 2023
- Raciborski F., Samoliński B. (red.), Raport *Stres Okołoemerytalny w ujęciu zdrowotnym, ekonomicznym, psychologicznym i społecznym*, Warszawa 2013, Raport przygotowany na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej
- Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, *Pielęgniarka, położna- zawody deficytowe w Polskim systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2022, s. 4
- Raport z badania *„Zasady organizowania i funkcjonowania dziennych domów pomocy/pobytu dla osób starszych w województwie kujawsko-pomorskim”*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, 2023 r.
- *Regionalny Model Usług Opiekuńczych*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu, Toruń 2020

- *Sytuacja życiowa i potrzeby osób starszych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego w kontekście starzenia się społeczeństwa*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu, Toruń 2014
- *Regionalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2023-2025*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu
- Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027, str. 55-56


### Źródła internetowe


- https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing, (dostęp: 11.07.2024 r.)
- https://kurier-nakielski.pl/wojewoda-podpisal-umowy-w-ramach-programow-senioralnych-senior-oraz-korpus-wsparcia-seniorow/ (Oddział Prasowy Biuro Wojewody Kujawsko-Pomorskiego) (dostęp: 17.06.2024 r.)
- https://niepelnosprawni.gov.pl/a,1433,lista-zatwierdzonych-ofert-w-ramach-programu-resortowego-ministra-rodziny-i-polityki-spolecznej-aoozn-2023- (dostęp: 09.04.2024)
- https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3938,pojecie.html (dostęp: 12.07.2024 r.)
- https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/4558,pojecie.html (dostęp 09.01.2025 r.)
- https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3865,pojecie.html (dostęp: 02.12.2024 r.)
- https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2023-roku,2,18.html (dostęp: 02.12.2024 r.)
- https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-zdrowiu-w-2023-roku,5,4.html (dostęp: 02.12.2024 r.)
- https://www.gov.pl/web/rolnictwo/gospodarstwa-opiekuncze (dostęp 13.08.2024 r.)
- https://www.gov.pl/web/sport/aktywnosc-turystyczna-osob-starszych64
- https://www.prawo.pl/samorzad/rady-seniorow-rola-i-zadania-w-samorzadach,471116.html

## Spis map

*Mapa 1. Odsetek mieszkańców w wieku poprodukcyjnym w ludności ogółem w 2023 roku w układzie gminnym ..... 13*
*Mapa 2. Odsetek mieszkańców w wieku poprodukcyjnym w ludności ogółem w 2030 roku w układzie gminnym ..... 14*
*Mapa 3. Odsetek ludności w wieku 75 lat i więcej w ludności w wieku poprodukcyjnym w 2023 roku ..... 17*
*Mapa 4. Odsetek ludności w wieku 85 lat i więcej w ludności w wieku poprodukcyjnym w 2023 roku ..... 18*
*Mapa 5. Odsetek ludności w wieku 80 lat i więcej w ludności w wieku 65 lat i więcej w 2023 roku ..... 20*
*Mapa 6. Odsetek ludności w wieku 80 lat i więcej w ludności w wieku 65 lat i więcej w 2030 roku ..... 21*
*Mapa 7. Poziom peryferyjności transportowej w regionalnym transporcie publicznym ..... 29*
*Mapa 8. Obszary peryferyjne w regionalnym transporcie publicznym ..... 30*
*Mapa 9. Wybrane elementy infrastruktury zdrowotnej dedykowanej osobom starszym i niesamodzielnym w 2023 roku ..... 34*
*Mapa 10. Natężenie korzystania z pomocy społecznej w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 roku..... 41*
*Mapa 11. Realizacja usług opiekuńczych w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 roku ..... 47*
*Mapa 12. Realizacja programu „Opieka 75+" w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 roku ..... 49*
*Mapa 13. Realizacja programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" w województwie kujawsko-pomorskiego w 2023 roku ..... 51*
*Mapa 14. Realizacja opieki wytchnieniowej (dziennej oraz całodobowej) w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 roku..... 53*
*Mapa 15. Dzienne domy pomocy/pobytu w województwie kujawsko-pomorskim w 2023 roku 55*
*Mapa 16.Realizacja systemu teleopieki w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 roku ..... 59*
*Mapa 17. Wybrane elementy infrastruktury instytucjonalnej dedykowanej osobom starszym na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 roku ..... 66*
*Mapa 18. Rozmieszczenie Uniwersytetów Trzeciego Wieku w 2022 r. ..... 70*
*Mapa 19. Kluby i świetlice dla seniorów w 2023 roku..... 75*
*Mapa 20. Rady Seniorów w 2023 roku ..... 77*

## Spis wykresów

*Wykres 1. Zmiany współczynnika obciążenia demograficznego w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2023-2060 (liczba osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym)* ..... *6*
*Wykres 2. Stosunek liczby osób w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku przedprodukcyjnym w latach 2023-2060*..... *7*
*Wykres 3. Stosunek liczby osób w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym w latach 2023-2060* ..... *8*
*Wykres 4. Piramida wieku i płci ludności województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 roku* ..... *9*
*Wykres 5. Piramida wieku i płci ludności województwa kujawsko-pomorskiego, prognozowana perspektywa na rok 2030*..... *11*
*Wykres 6. Liczba rodzin i gospodarstw jednoosobowych, objętych świadczeniami pomocy społecznej oraz liczba klientów pomocy społecznej (liczba osób w rodzinach, objętych świadczeniami pomocy społecznej) w latach 2019-2023* ..... *39*

## Spis tabel

*Tabela 1. Osoby w wieku poprodukcyjnym w województwie kujawsko pomorskim w roku 2023 oraz prognoza na lata 2030, 2040, 2050, 2060 ..... 12*
*Tabela 2. Osoby w wieku 75+ i 85+ w grupie osób w wieku poprodukcyjnym w województwie kujawsko pomorskim w roku 2023 oraz prognoza na lata 2030, 2040,2050, 2060 ..... 15*
*Tabela 3. Osoby w wieku 65+ i 80+ w województwie kujawsko pomorskim w roku 2023 oraz prognoza na lata 2030, 2040,2050, 2060 ..... 19*
*Tabela 4. Natężenie korzystania ze świadczeń pomocy społecznej w województwie kujawsko-pomorskim ..... 39*
*Tabela 5. Emeryci i renciści, korzystający ze świadczeń pomocy społecznej w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2019-2023 ..... 42*
*Tabela 6. Realizacja usług opiekuńczych w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2019-2023 ..... 46*
*Tabela 7. Dzienne domy pobytu/pomocy w gminach województwa kujawsko-pomorskiego ..... 56*
*Tabela 8. Kluby samopomocy w gminach województwa kujawsko-pomorskiego ..... 57*
*Tabela 9. Gospodarstwa opiekuńcze funkcjonujące w województwie kujawsko-pomorskim w 2023 roku ..... 62*
*Tabela 10. Domy pomocy społecznej oraz placówki zapewniające całodobową opiekę w województwie kujawsko-pomorskim ..... 64*
*Tabela 11. Dostępność całodobowej infrastruktury ..... 65*
*Tabela 12. Kluby i świetlice dla seniorów w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2019-2023 ..... 74*
*Tabela 13. Podmioty odpowiedziane za realizację poszczególnych projektów kluczowych Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego ..... 150*
*Tabela 14. Wskaźniki tła realizacji ustaleń Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego ..... 154*
*Tabela 15. Wskaźniki główne realizacji ustaleń Polityki Senioralnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego ..... 154*
*Tabela 16. Wskaźniki województwa realizacji celów Polityki Senioralnej ..... 155*