

PROTOKÓŁ NR 10-8/2015

z posiedzenia Komisji Strategii i Budżetu Rady Miasta Gdańska, które odbyło się w dniu 15 kwietnia 2015 roku, a rozpoczęło się o godz. 16.00, w Sali Herbowej (nr 208) w Nowym Ratuszu przy ul. Wały Jagiellońskie 1 w Gdańsku.

Wspólne posiedzenie z Komisjami Rady Miasta Gdańska: Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia, Sportu, Samorządu i Ładu Publicznego, Edukacji, Kultury, Zrównoważonego Rozwoju.

Posiedzeniu przewodniczył radny Piotr Borawski - Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu. Po przywitaniu uczestników posiedzenia, Przewodniczący wyjaśnił, że posiedzenie zostało podzielone tematycznie na dwie części:

I część: godz. 16:00 „Zdrowie publiczne i sport” (Komisja Strategii i Budżetu, Komisja Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia, Komisja Sportu),

II część: godz. 17:00 „Integracja społeczna i aktywność obywatelska” (Komisja Strategii i Budżetu, Komisja Edukacji, Komisja Samorządu i Ładu Publicznego, Komisja Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia, Komisja Kultury, Komisja Zrównoważonego Rozwoju).

Na stan sześciu (6) członków Komisji Strategii i Budżetu Rady Miasta Gdańska w posiedzeniu uczestniczyło pięć osób (5), czyli było quorum do podejmowania prawomocnych decyzji.

Nieobecny radny Jerzy Milewski.

Lista obecności członków Komisji stanowi załącznik nr 1 do protokołu, natomiast lista gości biorących udział w posiedzeniu stanowi załącznik nr 2.

Na stan siedmiu (7) członków Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia Rady Miasta Gdańska w posiedzeniu uczestniczyło siedem osób (7), czyli było quorum do podejmowania prawomocnych decyzji.

Lista obecności członków Komisji stanowi załącznik nr 3 do protokołu.

Na stan pięciu (5) członków Komisji Sportu Rady Miasta Gdańska w posiedzeniu uczestniczyło pięć osób (5), czyli było quorum do podejmowania prawomocnych decyzji.

Lista obecności członków Komisji stanowi załącznik nr 4 do protokołu.

Posiedzeniu Komisji Strategii i Budżetu RMG przewodniczył Przewodniczący - Piotr Borawski, który po stwierdzeniu quorum, otworzył 10 posiedzenie Komisji, poinformował, że porządek obrad został drogą elektroniczną wystany do radnych w terminie regulaminowym.

1. Wybór prowadzącego obrady.

godz. 16:00

2. Prezentacja Programu Operacyjnego **ZDROWIE PUBLICZNE I SPORT** w ramach Strategii Gdańsk 2030 Plus.

Referują: Przedstawiciel Prezydenta Miasta Gdańska: Pan Grzegorz Szczuka z Wydziału Rozwoju Społecznego, przedstawiciel Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową

2a. Dyskusja, wnioski.

godz. 17:00

3. Prezentacja Programu Operacyjnego **INTEGRACJA SPOŁECZNA I AKTYWNOŚĆ OBYWATELSKA** w ramach Strategii Gdańsk 2030 Plus.

Referują: Przedstawiciel Prezydenta Miasta Gdańska: Pan Grzegorz Szczuka z Wydziału Rozwoju Społecznego, przedstawiciel Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową

3a. Dyskusja, wnioski.

4. Sprawy wniesione, wolne wnioski, korespondencja.

Następnie przewodniczący Piotr Borawski, wobec braku uwag do przedstawionego porządku posiedzenia, poddał jego przyjęcie pod głosowanie.

Komisja Strategii i Budżetu RMG porządek przyjęła i przegłosowała jednogłośnie - 4 głosami „za”.

Porządek posiedzenia stanowi załącznik nr 5 do protokołu.

Komisja Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia RMG

Radna Beata Dunajewska - Przewodnicząca Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia RMG, otworzyła posiedzenie Komisji, stwierdziła kworum, a następnie zaproponowała przyjęcie porządku posiedzenia przez członków Komisji. Uwag nie było.

Porządek posiedzenia został przyjęty jednogłośnie 6 głosami „za”, przez Komisję Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia.

Komisja Sportu:

Radny Mirosław Zdanowicz - Przewodniczący Komisji Sportu RMG otworzył 7 posiedzenie Komisji, stwierdził kworum, a następnie zaproponował przyjęcie porządku posiedzenia. Uwag nie było.

Porządek posiedzenia został przyjęty jednogłośnie 5 głosami „za” przez Komisję Sportu RMG

PUNKT - 1

Wybór prowadzącego obrady.

W związku z tym, iż Komisja Strategii i Budżetu jest komisją wiodącą, posiedzeniu przewodniczył przewodniczący w/w Komisji radny Piotr Borawski.

PUNKT - 2

Prezentacja Programu Operacyjnego *ZDROWIE PUBLICZNE I SPORT* w ramach Strategii Gdańsk 2030 Plus

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Rozpoczynamy prezentację Programu Operacyjnego Zdrowie Publiczne i Sport. Pani dyrektor bardzo proszę.

Pani Katarzyna Drozd - Wiśniewska - Zastępca Dyrektora Wydziału Polityki Gospodarczej

Dzień dobry państwu. Dzisiaj będziemy prezentowali założenia do dwóch programów operacyjnych „Zdrowie publiczne i sport” oraz „Integracja społeczna i aktywność obywateli”. Zaprezentujemy państwu wyniki diagnoz w obu tych programach operacyjnych oraz założenia, cele, zadania i działania wypracowane zarówno przez zespoły robocze, jak i mieszkańców. Krótco jeszcze podsumuję warsztaty, które miały miejsce w marcu z mieszkańcami. Pracujemy zarówno w zespołach, jak i konsultujemy społecznie z organizacjami pozarządowymi nasze działania. Między 9 a 24 marca zorganizowaliśmy cykl 9 warsztatów, które służyły wypracowaniu pozycji celów i działań w poszczególnych programach operacyjnych. W warsztatach wzięło udział ponad 300 osób, reprezentujących różne środowiska gdańskiej społeczności. Uczestnicy wypracowali łącznie 400 propozycji do programów operacyjnych. Część z tych propozycji będą państwo mieli dzisiaj okazję zobaczyć. Pracowaliśmy na takich specjalnych formularzach, które umożliwiły mieszkańcom zapisanie najważniejszych postulatów. Przekażę teraz głos panu Maciejowi Tarkowskiemu z Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową, który przedstawi państwu pokrótce wyniki diagnozy, następnie przekażemy głos koordynatorowi programu operacyjnego. Zapraszam.

dr Maciej Tarkowski - Przedstawiciel Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową

Została przedstawiona prezentacja, która stanowi załącznik nr 6 do protokołu. Przystępując do prac diagnostycznych dotyczących problematyki zdrowia publicznego i sportu wyszliśmy z koncepcji zdrowia publicznego, popularnej koncepcji, która podkreśla, że niekoniecznie to co uważamy, że jest najważniejsze dla zdrowia czyli opieka medyczna jest rzeczywiście najważniejsza, ale również kwestia stylu życia, środowiska w jakim żyjemy, kwestie biologiczne, genetyczne. Zagadnienia związane ze stylem życia, związane ze środowiskiem, w którym żyjemy niewątpliwie jako samorząd mamy duży wpływ i na tym polu możemy podejmować liczne działania. Pewne rekomendacje w tym kierunku także państwu wskażę. Zdrowie publiczne i sport to jeden z 9 programów operacyjnych. Bardzo silnie, jak się państwo za chwilę przekonacie, powiązany z innymi programami operacyjnymi. Jeżeli chcemy aby gdańszczanie byli zdrowi, to nie jest tylko i wyłącznie kwestia działań w tym programie. To jest kwestia działań w prawie wszystkich innych programach operacyjnych. 4 rekomendacje, o których chciałbym krótko powiedzieć. One wynikają z naszych prac diagnostycznych. Po pierwsze niewątpliwie potrzebujemy lepszej edukacji zdrowotnej i potrzebujemy szerszej, pełniejszej, bardziej efektywniej profilaktyki chorób. Dlaczego to jest tak ważne? Dlatego, że na to jak długo będziemy żyli zdrowi w największej mierze wpływamy my sami przez nasz styl życia, i żeby ten prozdrowotny styl życia kształtować potrzebujemy odpowiedniej edukacji zdrowotnej. Jak pokazują różnego rodzaju badania, bardzo często nie mamy świadomości, albo płytką i pobieżną świadomością jak niektóre kwestie są istotne. Grypa - pierwszy z brzegu przypadek. Jak zapytamy przeciętnego Polaka czy Gdańszczanina na ile to jest poważna choroba, pewnie te

odpowiedzi nie będą zbyt wskazywały na powagę tej kwestii. Jak popatrzymy na wyzwania, które skłaniałyby nas ku lepszej edukacji, to m.in. nasze chociażby podstawowe zachowania, styl życia w dużej mierze bierne jak pokazują badania, większość Polaków, ale też większość Gdańszczan preferuje bierny, indywidualny tryb życia. Oglądanie telewizji, Internet - to są te najczęściej powtarzane zachowania. Ta grupa deklarujących aktywne formy spędzania czasu wolnego 15-20%, gdzie główna forma to po prostu spacer. Także niewątpliwie edukacja zdrowotna i profilaktyka, przeciwdziałania poszczególnym chorobom, głównie społecznym są to działania prowadzone w dużej mierze w Gdańsku, które należy kontynuować i najprawdopodobniej należy w zależności od programu być może rozszerzyć, być może zmodyfikować. Program operacyjny „zdrowie i sport” ma w sobie bardzo wyraźny, czy w tej diagnozie widzimy bardzo wyraźny komponent sportowy i rolę sportu jako tej aktywności, która z jednej strony kształtuje zdrowie wszystkich mieszkańców, zdrowie publiczne i zarazem tej aktywności, głównie w zakresie sportu wyczynowego, który kształtuje wizerunek miasta, który buduje pewne poczucie związku, tożsamości z miastem. To co niewątpliwie jest plusem i pozytywnym zjawiskiem to zainteresowanie sportem, rekreacją rośnie. Jak popatrzymy na udział w biegach „Bieg gdańszczan” chociażby, jak popatrzymy na ruch rowerowy, który generalnie rośnie. Mamy tutaj dosyć dokładne pomiary to widać, że ta aktywność jest coraz powszechniejsza, aczkolwiek nadal dotyczy stosunkowo niewielkie grupy mieszkańców. Ocena dostępności przez mieszkańców do obiektów sportowych nie jest bardzo zła, ale tutaj niewątpliwie mamy sporo do zrobienia. Często kwestia basenów jest mocno wskazywana, sal gimnastycznych, lodowisk. Nieco lepiej jest oceniana dostępność do boisk. Tych boisk w Gdańsku od kilku lat mamy zdecydowanie więcej. To, że Gdańsk jest ważnym ośrodkiem sportu zawodowego, i że mamy nową infrastrukturę do uprawiania tego sportu to jest pewnie jasne i oprócz tego, że buduje to wizerunek miasta pozwala spędzić nam czas wolny. Też zachęca do aktywności fizycznej. Sukcesy tych, których podziwiamy zachęcają nas do uprawiania sportu i w tym sensie sport dla zdrowia ma bardzo duży wymiar. Wspomniałem o związku programu operacyjnego „Zdrowie i Sport” z innymi programami. Otóż w dużej mierze nasze zdrowie oprócz naszych zachowań zależy od tego w jakim środowisku żyjemy, czy mamy szanse dokonywać prozdrowotnych wyborów. Proste przykłady program operacyjny „Mobilność”, gdzie rozmawiamy o modelu mobilności w mieście. jeżeli będziemy wszędzie jeździć samochodami i wozić nasze dzieci, które do tego przywykną, to to znajdzie negatywne odzwierciedlenie w stanie zdrowia. Kwestie dotyczące gospodarki i inwestorów. Jakich mamy inwestorów i jakie mamy własne firmy? Jakie w ogóle mamy firmy, takie mamy miejsca pracy, takie mamy zarobki, takie mamy warunki pracy. To się przekłada na zdrowie. Na nasze możliwości prowadzenia bardziej zdrowego, mniej zdrowego stylu życia, na warunki życia. Tych związków jest jeszcze więcej. Pracować nad nimi nie będziemy koniecznie w tym programie, ale w większości innych programów te powiązania są bardzo wyraźnie wskazane. W wielu krajach stosuje się takie podejście np. w ocenie racjonalności budowy inwestycji drogowych. Autostrady rowerowe Kopenhaga. Wiem, że być może przykład bardzo skrajny, ale w wyliczeniu kosztów tej inwestycji jest taki składnik jak to wpłynie na zdrowie i w jaki sposób zaoszczędzimy przez zdrowy tryb życia na kosztach absencji chorobowej, badań, obsługi całego systemu ochrony zdrowia. Ostatnia rekomendacja. Oczywiście system ochrony zdrowia jest w dużej mierze poza zasięgiem oddziaływania miasta, co nie znaczy, że nie powinniśmy nic robić. Stoimy przed bardzo poważnym wyzwaniem i to się już dzieje i chyba nie mamy

dużego wpływu, przynajmniej w tym głównym zakresie. Jak popatrzymy na dane demograficzne wiemy doskonale, że społeczeństwo się starzeje, także gdańskie, że osób potrzebujących pomocy lekarza, opieki zdrowotnej będzie raczej coraz więcej niż coraz mniej, a lekarzy nie będzie więcej. Pielęgniarek więcej też nie będzie. W obu zawodach widzimy wyraźne starzenie się. Nie widać większego napływu do tych zawodów. Nożyce popytu i podaży nam się rozjeżdżają, więc musimy próbować podejmować wszelkie działania, aby możliwie zmniejszyć potrzebę korzystania ze służby zdrowia. To jest najlepsze rozwiązanie. Stąd ten nacisk na edukację i profilaktykę. To są te aktywności, które realnie pozwalają nam odpowiedzieć na to zagrożenie związane z trudną sytuacją służby zdrowia. Oczywiście miasto może podejmować inne działania typu dofinansować zakup sprzętu, inne tego typu może, ale zawsze jest to kwestia pomocnicza, stąd powtarzam raz jeszcze rzeczy najważniejsze w tym programie operacyjnym, to szeroko rozumiana promocja zdrowia, edukacja, stwarzanie warunków dobrych do życia, oraz profilaktyka chorób. Dziękuję bardzo.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Teraz będzie ta część, w której przedstawimy wnioski z warsztatów?

Pan Marek Jankowski - Dyrektor Ośrodka Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka - Koordynator Programu Operacyjnego ZDROWIE PUBLICZNE I SPORT

To znaczy efekty pracy zespołu.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Czyli najpierw efekty pracy zespołu, a potem warsztatów?

Pan Marek Jankowski - Dyrektor Ośrodka Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka - Koordynator Programu Operacyjnego ZDROWIE PUBLICZNE I SPORT

Została przedstawiona prezentacja, która stanowi załącznik nr 7 do protokołu.

Witam państwa serdecznie. Na co dzień pracuję w Ośrodku Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka. Jest to jednostka budżetowa miasta. Zostałem poproszony o pełnienie tej zaszczytnej funkcji koordynowania prac nad programem. Zanim powiem państwu o efektach tej pracy jednak jeśli pozwolicie pewien kontekst, w jakim myśmy pracowali, mówię tu o kontekście merytorycznym, państwu przekazać. Otóż myśmy mieli świadomość w zespole, w skład którego wchodził oczywiście członkowie pracownicy Urzędu Miejskiego, pracujący w programach zdrowotnych, a także przedstawiciele jednostek miejskich, które zajmują się na co dzień programami promocji zdrowia, czy programami profilaktycznymi, ale także przedstawiciele NFZ, przedstawiciele GUMED-u. Myśmy oczywiście mieli świadomość, że rozmawiamy o zdrowiu czyli o rzeczy najważniejszej dla każdego z nas. Jak wiemy zdrowie nie jest wszystkim, ale bez zdrowia wszystko jest niczym. Jak powiedział kiedyś Schopenhauer. W badaniach to wychodzi bardzo wyraźnie - 80% z nas Polaków wśród trzech najważniejszych rzeczy wymienia stan zdrowia. To jest oczywiste, ponieważ zdajemy sobie sprawę, że zdrowie jest swego rodzaju zasobem, bez którego w tym wymiarze osobistym my specjalnie funkcjonować nie możemy, bo pozwala nam to realizować siebie, swoje marzenia, aspiracje. Jest to też pewien zasób do wykorzystania społecznego. My dzięki zdrowiu możemy korzystać ze zdolności naszego ciała i umysłu po to, żeby służyć drugiemu

człowiekowi. To jest bardzo ważne, żebyśmy o tym pamiętali. Tutaj rodziło się w naszym zespole pytanie jaka jest rola miasta, żeby umacniać, utrzymywać zdrowie i zapobiegać chorobom. Oczywiście, żeby to przeanalizować trzeba sięgnąć do zasobów nauk o zdrowiu, zdrowia publicznego i przejrzeć wszystkie czynniki, które wpływają na zdrowie. Tych czynników jest cała masa, od czynników, które mają większy, mniejszy wpływ, a także czynników, na które my mamy większy lub mniejszy wpływ i możliwość oddziaływania. A więc są to warunki społeczno-ekonomiczne. Oczywiście styl życia. Tutaj wywołany przez dr Tarkowskiego są to też czynniki genetyczne, opieka zdrowotna, szereg działań. Oczywiście nie na wszystkie miasto ma wpływ duży. Nie ma wszystkie może oddziaływać, więc ta analiza musiała być dokonana. Kiedy myślimy o tym, co miasto może zrobić dla zdrowia warto przywołać Paula LaLonde`a, które wyraźnie pokazują jaka jest siła wpływu poszczególnych czynników na zdrowie. I otóż to na co miasto rzeczywiście organizując życie społeczne, życie mieszkańców ma wyraźny wpływ czyli styl życia i warunki, w których funkcjonujemy, środowisko, w którym żyjemy, to jest 70% wpływu. Oczywiście tutaj, wiem, że są lekarze i można dyskutować, czy ten system opieki zdrowotnej to jest zaledwie 10% czy 15 czy 20%, ale te proporcje zawsze będą bardzo zbliżone. To właśnie w stylu życia i w warunkach środowiska leży klucz do zdrowia. W tych warunkach myśmy musieli rozważyć zadania dla miasta w aspekcie zdrowia. Jeśli chodzi o styl życia wywołany przez dr Tarkowskiego, ten slajd uświadamia nam jak wielkie znaczenie ma to na co dzień wybieramy jeśli chodzi o zachowani. Szanowni państwo trzy choroby, te, które są głównymi przyczynami zgonów w Polsce, na świecie, w krajach rozwiniętych: choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzyca. 80%, 40%, 90% to jest możliwa redukująca ryzyka zachorowania na te choroby, udowodniona naukowo przez setki publikacji. O tyle można zredukować ryzyko zachorowania na te choroby pod warunkiem stosowania jednego leku, który związany jest z zachowaniami. Ten lek wygląda tak: związany jest z aktywnością fizyczną, utrzymywaniem prawidłowej masy ciała i życiem w przestrzeni wolnej od dymu tytoniowego. Te trzy rzeczy i taka redukcja ryzyka zachorowań na te podstawowe choroby. Mówi się o stylu życia jako o trzeciej rewolucji zdrowotnej. Ciekawostka dla państwa, w ostatnich dwustu latach średnia długość życia się podwoiła, a 5000 lat właściwie nic się nie zmieniło. Dlaczego tak się stało? Pierwsza rewolucja XIX wiek to były zmiany związane z warunkami higieny osobistej. Druga rewolucja to poprawa skuteczności leczenia, tzw. wiek medycyny. Trzecia rewolucja związana jest ze stylem życia. Tylko nam to słabo wychodzi z tą rewolucją, dlatego, że ten nasz styl życia nie pomaga, a przeszkadza. Chciałbym teraz króciutko pokazać wyniki badania NATPOL, które mówią nam wyraźnie, że 22% Polaków, czyli 6,5 mln to są osoby otyłe. Przypominam, że otyłość jest chorobą, a nie czynnikiem ryzyka. Znaczący jest też czynnikiem ryzyka, ale jest tak, że jest wpisana jako choroba do leczenia. 9,5 mln osób to są osoby z nadciśnieniem, a ponad 1,5 mln Polaków to są osoby z cukrzycą. Tak wygląda to na dzień dzisiejszy, ale to co jest najgorsze w tym wszystkim to tak wygląda perspektywa przyszłości. Wszystkie te wskaźniki będą się podwajały, jeśli nie dokonamy pewnych zmian i tutaj rola miasta, organizatora życia społecznego i warunków, w których żyjemy jest przeogromna. Wszystkie te wskaźniki będą rosły i żaden system opieki zdrowotnej tego oczywiście nie wytrzyma. Tak podeszliśmy do budowy Strategii Miasta Gdańska w zakresie promocji zdrowia publicznego i sportu, które uznajemy jako absolutne narzędzie zdrowia publicznego. Co ważne i co chciałbym państwu pokazać, to całe opracowanie oparte jest na pewnej logicznej macierzy zdrowia publicznego. Otóż w działaniach związanych z utrzymywaniem i

promowaniem zdrowia ważne są trzy obszary - promocji zdrowia, o której tak dużo mówił dr Tarkowski, oparte na profilaktyce, w sytuacjach, w których przede wszystkim chcemy eliminować czynniki ryzyka rozwoju chorób i oczywiście jest tak, że opieka zdrowotna wtedy, kiedy mamy do czynienia z osobami chorymi i chodzi o jak najbardziej skuteczne podjęcie leczenia. Oczywiście miasto wpływ na te obszary ma bardzo różne. Chciałbym także zwrócić uwagę, że ta promocja zdrowia to jest pewna kombinacja działań związanych z edukacją zdrowotną co bardzo silnie wybrzmiewa w programie operacyjnym wraz ze zdrowotną polityką publiczną, czyli ze wszystkimi tymi powiązaniem w Strategii, które związane są z innymi programami operacyjnymi. To jest bardzo ważna rzecz. Otóż nie wystarczy mówić ludziom, o tym, że należy być aktywnym fizycznie i dlatego, ale należy stworzyć do tego oczywiście warunki. To jest w zdrowotnej polityce publicznej. Działania związane z promocją zdrowia oczywiście dotyczą przede wszystkim takich ukierunkowanych działań na duże grupy populacyjne. Działania w profilaktyce dotyczą raczej grup o podwyższonym ryzyku danej choroby, a opieka zdrowotna dotyczy osób chorych. Czytając nasze opracowania chciałbym, żebyście państwo stosowali ten klucz, bo bez tego klucza jest bardzo ciężko do końca zrozumieć te zapisy. Kiedy mówimy o osobach chorych i możliwości wspierania miasta, mówimy o opiece zdrowotnej, itd. Przystępując do pracy nad strategią, chcieliśmy pewne rzeczy zdefiniować, bo bez definicji jest wielki chaos komunikacyjny. Otóż jeżeli chodzi o zdrowie wzięliśmy definicję przyjętą wiele lat temu przez WHO, mówiącą o tym, że zdrowie to nie tylko brak choroby, ale pewien psychofizyczny dobrostan i społeczny, w którym każdy z nas powinien funkcjonować. Tak zdefiniowano zdrowie. Natomiast ze sportem były pewne problemy. Zastanawialiśmy się czy jest to rzeczywiście jest to dobrze dobrane słowo. Czy nie należałoby tego słowa zamienić na „aktywność fizyczna”, ale przekonani przez przedstawicieli sportu, że jednak w dokumentach europejskich używa się słowa „sport” z wyjaśnieniem, że chodzi o każdą formę aktywności fizycznej, która jest ukierunkowana zarówno na podnoszenie pewnego potencjału człowieka, także zdrowotnego, jak i ukierunkowana na wyczyn, uznaliśmy, że ten sport z tą definicją będzie absolutnie ilustrował to, nad czym zależy nam w tym komunikacie na zewnątrz do społeczności. Celem głównym całego tego przedsięwzięcia jest przedłużenie życia oraz zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu. Czy jest to cel dobrze nakreślony, chyba wyjaśniają wskaźniki rezultatu, który można tutaj spokojnie zastosować średnia długość życia, a także chorobowość i zapadalność. Jeśli chcemy obserwować czy pewne działania są skuteczne, myślę, że przy tych wskaźnikach można to spokojnie robić w tej perspektywie wieloletniej, na którą strategia jest opisywana. Jaką przyjęliśmy metodę? Ja wiem, że to dotyczy wszystkich programów operacyjnych, ale wolalibyśmy to wyjaśnić państwu. Otóż określony cel operacyjny wymagał narysowania, zaznaczenia celów operacyjnych, a także zadań, które służą osiągnięciu tych celów i w tej chwili pracujemy nad działaniami, które także państwo w materiałach wam przekazanych otrzymaliście jeszcze w wersji roboczej. Przechodząc do efektów tej pracy, wyznaczyliśmy 4 cele operacyjne. Pierwszy dotyczy edukacji zdrowotnej tzw. alfabetyzacji zdrowia, sformułowany w ten sposób, że chcemy zwiększać wiedzę dotyczącą wpływu stylu życia i warunków środowiska na zdrowie. Drugi cel, ściśle związany ze sportem. Chcemy zwiększać udział mieszkańców w szeroko rozumianej kulturze fizycznej.

Trzeci cel to podniesienie efektywności programów profilaktycznych, a także profilaktycznych chorób i uzależnień i trzeci na miarę możliwości miasta, i tu jest

wyjaśnienie. Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że to jest domena działalności przede wszystkim Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów leczniczych. To od nich w największym stopniu zależy jakość opieki medycznej, ale miasto pewnymi narzędziami może wspierać i podnosić tę jakość medyczną w tym zakresie w jakim to jest oczywiście możliwe, skromnym, ale jednak. Więc 4 cele operacyjne. Jakie zadania zatem? W tym celu dotyczącym zwiększania wiedzy dotyczącej wpływu stylu życia i warunków środowiskowych oczywiście promocja zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej, higieny osobistej, zdrowia psychicznego, edukacja seksualna, edukacja w zakresie tworzenia zdrowego środowiska życia i pracy, edukacja w zakresie przygotowania rodziców do porodu i opieki nad dzieckiem we wczesnym okresie życia i edukacja w zakresie aktywnego starzenia. Dr Tarkowski również powiedział o tym wielkim wyzwaniu związanym ze starzeniem się społeczeństwa. Drugi cel zwiększanie udziału mieszkańców miasta w kulturze fizycznej. Trzy cele jakby wynikają z tej przyjętej definicji, czyli po pierwsze tworzenie warunków dla rozwoju sportu powszechnego, w tym sportu szkolnego i wspieranie wychowania fizycznego. Drugi cel to tworzenie warunków do rozwoju sportu wyczynowego oraz trzeci tworzenie warunków zwiększających udział mieszkańców w roli kibiców wydarzeń sportowych. Jeśli chodzi o podniesienie efektywności programów profilaktycznych, chorób i uzależnień. Tutaj chodzi bardziej o wybrane grupy ryzyka, działania związane z wykrywaniem czynników ryzyka chorób, z wczesnym wykrywaniem chorób i podejmowaniem interwencji, szczególnie redukujących czynniki ryzyka, to wymieniamy 8 zasadniczych zadań. Po pierwsze przeciwdziałanie chorobom niezakaźnym, a w szczególności chorobom cywilizacyjnym, chorobom układu krążenia, otyłości, cukrzycy, nowotworom. Podstawowe choroby cywilizacyjne. Przeciwdziałanie uzależnieniom od nikotyny. Tutaj zarówno papierosy, jak i e-papierosy. Zwracamy także uwagę na narażenie na bierne palenie. Trzecie zadanie przeciwdziałanie uzależnieniu od substancji psychoaktywnych - alkohol, narkotyki, przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym. To także się znalazło w zadaniach. To był taki postulat wywołany przez Gdańskie Centrum Profilaktyki i Uzależnień, gdzie coraz więcej rodziców szczególnie ludzi młodych zwraca się z problemem uzależnienia od komputerów i Internetu. Przeciwdziałanie chorobom jamy ustnej, w tym oczywiście próchnica, w szczególności u dzieci. Przeciwdziałanie chorobom zakaźnym, zapobieganie depresji, samobójstwom i zapobieganie nadużywaniu leków i suplementów diety. Jeden z większych problemów zdrowia publicznego szczególnie w Polsce. Ostatnia część tego skromnego, ale jednak możliwego udziału miasta w podnoszeniu jakości opieki medycznej? Co możemy robić? Integrowanie pomocy społecznej, psychologicznej opieki medycznej, w tym upowszechnianie wolontariatu, tworzenie warunków dla lepszej dostępności, wyższej jakości usług medycznych, preferencyjne warunki wynajmu budynków miejskich przez podmioty lecznicze, doposażenie w sprzęt medyczny. Kształtowanie postaw pacjentów i środowiska medycznego zwiększających skuteczność procesu leczenia, w tym przestrzeganie zaleceń terapeutycznych tzw. complains. Jeden z większych problemów zdrowia publicznego oraz edukacja w zakresie pierwszej pomocy przed medycznej. To są zadania wyznaczone w ramach konkretnych celów operacyjnych. W tej chwili jesteśmy na etapie przypisywania tym zadaniom konkretnych działań. Te działania, które państwo otrzymaliście są absolutnie wersją roboczą, nad którą w tej chwili pracujemy. Wymaga to jeszcze mocnego przepracowania, żeby w takiej formie odpowiedzialnej pokazywać to i dyskutować na zewnątrz. Dziękuję za uwagę.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Na sam koniec poprosimy te wyniki warsztatów.

Pani Katarzyna Drozd - Wiśniewska - Zastępca Dyrektora Wydziału Polityki Gospodarczej

To są te działania, o których mieszkańcy mówili. To, co najczęściej się pojawiało.

Pan Marek Jankowski - Dyrektor Ośrodka Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka - Koordynator Programu Operacyjnego ZDROWIE PUBLICZNE I SPORT

Muszę z przykrością powiedzieć, że ja niestety jako koordynator nie miałem możliwości uczestniczenia w tych warsztatach. Natomiast materiał ten otrzymałem. Tam jest 5 grup. Koleżanka wspominała, że było kilkadziesiąt osób zaangażowanych w tą pracę. 5 grup wypracowało pewne rekomendacje. Możemy je przywołać, ale mogę powiedzieć w największym skrócie, że wszystkie te rekomendacje, które były tam wskazywane znalazły się w działaniach, które państwo otrzymaliście. Wydaje mi się, że poza jednym, który wykracza poza możliwości działań miasta, bodajże związane to było z przywróceniem w klasach 1-3 wychowania fizycznego, jeśli się nie mylę, tutaj nie mamy takich możliwości. Większość tych rekomendacji jest ujętych w działaniach. One w największym skrócie dotyczyły tworzenia infrastruktury sportowej dla aktywności fizycznej, tworzenia pewnej bazy informacyjnej do tego, żeby ona była łatwiej dostępna dla mieszkańców w celu podejmowania decyzji. Chodziło także oczywiście o te wymienione przeze mnie działania związane z alfabetyzacją zdrowia czyli promowania aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania higieny. Także wszystkie, mogę to śmiało powiedzieć, rekomendowane działania mają swoje odzwierciedlenie w tych działaniach, które państwo otrzymaliście, w największym skrócie.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Czyli te propozycje, które mieszkańcy składali podczas warsztatów były już ujęte w znacznym stopniu w tych celach, które państwo zdefiniowali na etapie pracy zespołu?

Pan Marek Jankowski - Dyrektor Ośrodka Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka - Koordynator Programu Operacyjnego ZDROWIE PUBLICZNE I SPORT

Można tak powiedzieć, bardziej wyraźnie to widać w samych działaniach. Mieszkańcy operowali raczej w konkretach, a to jest na tym niższym szczeblu opracowania czyli w działaniach do konkretnych zadań. To co ja państwu prezentowałem to jest ten poziom zadań. Do zadań są jeszcze działania i tam są wszelkie rekomendowane działania, które wskazywali mieszkańcy.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, w poniedziałek podczas procedowania zostały nam wydrukowane te prezentacje, natomiast państwo mówili wtedy, że chcieliby je uzyskać wcześniej. W związku z tym te prezentacje zostały wczoraj do państwa wysłane, do wszystkich radnych mailowo. W związku z tym nie drukowaliśmy ich na dzisiejsze posiedzenie komisji. Natomiast jeżeli jest jakaś potrzeba wydrukowania

czegoś do pytań to można w tej chwili to zorganizować, ale nie widzę takich potrzeb. Naszą powinnością jest też działanie zgodnie z ekologią. Przechodzimy do pytań.

PUNKT - 2a

Dyskusja, wnioski.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Czekam na zgłoszenia. Jest pan radny Teodorczyk. Przypominam, że wszelkie pytania, żeby zgłaszać do mikrofonu, i żeby odpowiedzi również były udzielane do mikrofonu. Pan radny Teodorczyk bardzo proszę.

Radny Jacek Teodorczyk - członek Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia RMG

Ja chciałem się odnieść do spraw związanych z opieką zdrowotną, jak tam jest jeden z punktów, to chcę powiedzieć jako członek, a poprzednio przewodniczący Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia, że jak pan doskonale wie, miasto ma bardzo słaby wpływ na opiekę zdrowotną, znaczy bezpośredniego nie ma, a pośredni spełnia to nawet i ma wpływ przez umożliwianie powstawania nowych obiektów służby zdrowia i takowe się dzieją. W tej chwili takie rzeczy dzieją się w partnerstwie publiczno - prywatnym i tu można powiedzieć, że w ten sposób tą politykę realizując miasto ma wpływ na ochronę zdrowotną. To do tego punktu, bezpośrednio nie, ale pośrednio ma znaczną. To jeżeli chodzi o ochronę zdrowia, bo my nie jesteśmy organami założycielskimi żadnego z podmiotów medycznych i w związku z tym też nie możemy w inny sposób, ale pośredni mamy. I to się dzieje. Druga sprawa jeżeli chodzi o profilaktykę to nigdy za dużo profilaktyki, chociaż też powiedzmy sobie ostatnio na temat szczepień rozgorzała różnego rodzaju dyskusja na terenie ogólnopolskim. Zresztą od dawien dawna są na ten temat dwie szkoły i nie chcę tutaj rozwijać tego tematu, a poza tym nie jestem wybitnym specjalistą, a jeżeli się na czymś nie znam specjalnie to nie zabieram głosu z natury. Ale chcę powiedzieć o tym, na czym się znam. Mianowicie na profilaktyce i wspólnie z radnym Koralewskim od prawie 9-ciu lat walczymy oto, żeby miasto Gdańsk pochyliło się nad bardzo poważnym problemem jakim jest groźba poprzez wirusa HPV, zapadalności na raka szyjki macicy i w związku z tym zaszczepienia naszych mieszkank na tą bardzo groźną i śmiertelną chorobę. W ponad 50% niestety to się kończy właśnie nieszczęśliwie. W związku z tym szereg, m. in. Gdynia, w naszym najbliższym otoczeniu, samorządów, ponieważ państwo nie spieszy się, zapewne ze względów finansowych, na wprowadzenie tego szczepienia jako obowiązkowego i przez to bezpłatnego. Samorzady czekając na to jednak same wyasygnowują te pieniądze, aby też spowodować, że zwiększenie odporności nie dopuści do tego, aby nasi mieszkańcy na tą chorobę zapadli, żeby zachorowali i proszę tutaj nie mylić, jak to często przeciwnicy szczepienia mówią o badaniach histopatologicznych, bo badania histopatologiczne nie mają nic wspólnego z zapobieganiem. O tyle mają, że częste badania zauważają, ale chodzi o nabranie odporności przeciwko, także te rzeczy powinny iść równolegle. Na początku to było dość drogie w Gdańsku. Wchodziło w grę 1700 osób młodych, Gdańszczanek, i koszty się układały na samym początku 9 lat temu gdzieś ok. 2,5 mln rocznie. W tej chwili jest to ok. 600 tys. zł.

Bardzo mocno spadły koszty tego zaszczepienia i uważam, że nasz samorząd stać na to, aby do czasu, aby być może nasze państwo na tyle stanie na nogi gospodarczo, że wprowadzi te szczepienia obowiązkowe i bezpłatne, żebyśmy szczepili na wzór wielu samorządów w Polsce. W związku z tym proponowaliśmy wielokrotnie i nasza Komisja Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia też proponowała, mamy to nawet we wnioskach, we wrześniu będziemy składać też to zaszczepienie, ale chciałbym po prostu uczulić, że to nie jest nic strasznego. Niektórzy mówią, ale to co roku będziemy, tak. Co roku musimy szczepić, ale to jest wobec 2,8 mld budżetu 600 tysięcy na ustrzeżenie Gdańszczanek przed tym groźnym nowotworem to nie uważam, że jest to kolosalny wydatek. Dlatego też cały czas będę, zresztą próbuję to robić, sugerował, aby ten budżet na profilaktykę został powiększony, bo każdy mówi, że nie mamy pieniędzy. Pani Prezydent Kamińska mi powiedziała, masz rację, tylko nie mamy pieniędzy. Mówię nie mamy pieniędzy dlatego, bo żeśmy nie zaprojektowali na profilaktykę większego budżetu, dlatego nie mamy pieniędzy. Wiadomo trzeba zaprojektować i trzeba sobie uświadomić jak dużo dobrego możemy zrobić, a mamy obowiązek, bo ustawa o samorządzie terytorialnym właśnie nam zwraca szczególnie uwagę na profilaktykę jeśli chodzi o samorzady. Dla mnie nie jest to problem finansowy. Jest jakaś bariera mentalna w samorządzie władz zarządczych miasta Gdańska głównie, że nie chcę się podjąć tego. Na początku Prezydent Adamowicz był bliski decyzji. Już nawet sam przemawiał w tej sprawie, że trzeba zaszczepić itd. Już były nawet plany, ZOZ-y przygotowywały się do szczepienia i nagle znowu blokada i nie chcemy się tego podjąć.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Panie radny bardzo proszę przejść do pytania.

Radny Jacek Teodorczyk - członek Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia RMG

To jest nie tyle pytanie, bo w formie pytania to bym zapytał kiedy wreszcie miasto Gdańsk będzie szczepiło przeciwko wirusowi HPV? A jeżeli ma być wniosek to wnioskujemy, żeby jak najszybciej. Dziękuję.

Pan Marek Jankowski - Dyrektor Ośrodka Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka - Koordynator Programu Operacyjnego ZDROWIE PUBLICZNE I SPORT

Odpowiadając na tak postawione pytanie, wtedy miasto Gdańsk to wykona, kiedy państwo się zdecyduje. Kiedy będzie taka wola. Też nie jestem specjalistą od szczepień, natomiast rozumiem, że zagrożenie tymi chorobami, o których pan doktor mówił, trzeba zestawić z innymi zagrożeniami i rozumiem, że zawsze jest taka dyskusja czy wydanie 600 tys. na takie działanie profilaktyczne jest ważniejsze niż wydanie 600 tys. zł na inne działanie profilaktyczne w innych chorobach i tu trzeba rozważyć te argumenty, które z zagrożeń zdrowia publicznego uważamy za..., gdzie te pieniądze wydane są bardziej skuteczne i mocniej chronią naszych mieszkańców przed chorobami, gdzie to jest bardziej efektywne, także kosztowo. Mówiąc o szczepieniach także pamiętać trzeba o wytycznych, rekomendacjach i opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych w tej sprawie. Więc mówię, to nie jest proste, natomiast oczywiście decyzja wtedy będzie podjęta, kiedy będą bardzo silnie przekonujące argumenty za tym. 600 tys. zł, pan doktor mówi, że to jest mało pieniędzy, to jest jednak dużo. Ja nie jestem przeciwnikiem, żebyśmy nie byli źle zrozumiani, natomiast chodzi mi oto, że

państwo postulujecie oto, a wydaje mi się, że jeszcze nie weszło to w życie ze względu na ograniczenia finansowe. Ja nigdy w tym nie uczestniczyłem, więc mogę to tylko intuicyjnie ocenić. Dziękuję.

Radny Jacek Teodorczyk - członek Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia RMG

Oczywiście chodzi mi oto, żeby miasto nie szukało powodów, żeby nie zaszczepić, a do tej pory rozumiem i tak odczuwam, że miasto szuka powodów, żeby nie szczepić. A ja chciałbym, żeby miasto szukało powodów, żeby zaszczepić. I o to mi chodzi. Dziękuję.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Jak patrzymy na cele i zadania, oczywiście pan na samym początku wspominał o tym, że zdrowie w tym ujęciu, jak państwo rozpoczynali pracę to traktowali jako priorytet, jedną z najważniejszych rzeczy, natomiast mimo wszystko jak patrzymy na cele i zadania to widzimy jednak pewien dysonans pomiędzy tym, że znaczącą przewagą tych wszystkich aspektów dotyczą sprawy tylko i wyłącznie zdrowia. Dość mało jest tutaj tematów związanych ze sportem. Mówię nie sportem w znaczeniu takim przekładającym się właśnie na zdrowie, na aktywność fizyczną polegającą na tym, żeby społeczeństwo było bardziej zdrowe, tylko już na takie konkretne rzeczy dotyczące sportów czy infrastruktury czy jakkolwiek związany z aktywnością sportową i działaniem sportu w mieście. Czy to był celowy zabieg? Czy państwo będziecie jeszcze nad tym pracować?

Pan Marek Jankowski - Dyrektor Ośrodka Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka - Koordynator Programu Operacyjnego ZDROWIE PUBLICZNE I SPORT

Wydaje mi się, że rozwiane by były wątpliwości zerkając szczegółowo w działania, których państwo w tym materiale przesłanym nie otrzymaliście, bo akurat ze sportu czekamy jeszcze na rozstrzygnięcia dotyczące konkretnych zapisów i działań opisujących działania, natomiast wszystko o czym pan radny wspominał oczywiście wybrzmi w tej strategii bardzo silnie, to znaczy my w tym celu operacyjnym drugim mówiąc o zachęcaniu do udziału mieszkańców w kulturze fizycznej wskazujemy trzy bardzo ważne zadania: tworzenie warunków dla sportu powszechnego. Tworzenie warunków to jest oczywiście także tworzenie infrastruktury, bazy do tego, żeby można było z tego korzystać. Podobnie jeżeli chodzi o tworzenie warunków do sportu wyczynowego. Więc to są zarówno takie działania miękkie związane ze szkoleniem realizatorów sportu szkolnego, jak i wspieranie wszelkich działań w tym zakresie, jak i inwestycje, których pewnie tutaj nie było wyraźnie widać, ale one znajdą swoje miejsce, kiedy spojrzycie państwo na działania, które nie powinny być także mylone, tutaj przestrzegam przed jakimiś konkretnymi projektami. Myślę, że ta cała infrastruktura wybrzmi w działaniach jeśli chodzi o sport.

Radny Piotr Czauderna - Wiceprzewodniczący Rady Miasta Gdańska, członek Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia RMG

Dziękuję za to opracowanie, cieszy mnie, że państwo tak kompleksowo podeszli do sprawy. Cieszy mnie też, że pan podkreślił, że miasto nie powinno abstrahować od polityki zdrowotnej prowadzonej w skoordynowany sposób, bo takie tendencje, myślę, miały miejsce w ostatnich latach. Parę uwag. Jeżeli chodzi o zwiększenie udziału mieszkańców miasta w kulturze fizycznej, to tworzenie warunków do

rozwoju sportu wyczynowego tak naprawdę ma mało z tym wspólnego. Sport wyczynowy jest bardzo daleki od zdrowia. Myślę, że sami sportowcy i lekarze to najlepiej wiedzą, i to w niewielki sposób wpływa na zdrowie mieszkańców. Więc poproszę o komentarz. A już uczestnictwo, zachęcanie do uczestnictwa w imprezach sportowych, gdzie się nagminnie pije piwo, je popcorn itd. to już w ogóle nie ma nic wspólnego ze zdrowiem.

Pan Marek Jankowski - Dyrektor Ośrodka Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka - Koordynator Programu Operacyjnego ZDROWIE PUBLICZNE I SPORT

Na świecie chyba jednak wykorzystuje się wydarzenia sportowe do promocji aktywności fizycznej. Wspomnę taki projekt jak Healthy Stadia, który jest idealnym tutaj do przywołania, jednak wykorzystuje się to. Oczywiście sport wyczynowy jest, tu się zgodzę, nie do końca zdrowy dla samych uprawiających ten sport, natomiast jest on pewnym narzędziem promowania ruchu jako takiego i w sensie marketingu społecznego może być wykorzystany i my wpisując to także to braliśmy pod uwagę. Więc to jest mój komentarz.

Radny Piotr Czauderna - Wiceprzewodniczący Rady Miasta Gdańska, członek Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia RMG

Drugie moje pytanie dotyczy działań związanych ze zdrowiem publicznym, upowszechnianiem wiedzy. To ma bardzo ograniczoną skuteczność. Wiem, że wszyscy o tym mówią, wszędzie to się znajdzie, ale tzw. promocja zdrowego stylu życia, unikania palenia, to w większości przypadków w mojej ocenie jest przejawskrawione i to są wyrzucone pieniądze, których skuteczność jest nikła. Proszę o komentarz też.

Pan Marek Jankowski - Dyrektor Ośrodka Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka - Koordynator Programu Operacyjnego ZDROWIE PUBLICZNE I SPORT

Oczywiście osobiście uważam, że wdrażanie jakiegokolwiek programu, który polega na interwencji w zdrowie powinno mieć mierzoną skuteczność. Zgadzam się także z tym, że samo to, że wiemy czy jesteśmy świadomi, że takie czy inne zachowanie służy zdrowiu nie jest jeszcze przełożeniem bezpośrednim na zdrowie dopóki tego nie wykonujemy. Tu się zgadzam. Natomiast pan profesor, mam nadzieję, zgodzi się ze mną, że świadomość tego, że coś jest zdrowe podnosi szanse jeśli, tu trzeba to dodać, mamy do tego określone warunki, dlatego ja mówiłem w tej mojej prezentacji o pewnej kombinacji działań związanych z promocją zdrowia, że z jednej strony my edukujemy, mówimy, że takie zachowania są zdrowe, ale z drugiej strony tworzymy warunki do tego, żeby te zachowania mogły przekładać się na aktywność fizyczną. Czasami, i tu się zgodzę z panem profesorem, wystarczy samo tworzenie warunków, można ludziom nie mówić o tym, że należy wsiąść na rowery tylko wybudować fantastyczną infrastrukturę do jazdy na rowerze i oni przesiądą się, a z punktu widzenia zdrowia na tym nam zależy. Także mówiąc o tej edukacji zdrowotnej ja ciągle tak myślałem i z zespołem nad tym pracowaliśmy, równoległe do tworzenia warunków, które to umożliwiają. Myślę, że w tej zbitce to jest przekonywujące.

Radny Piotr Czauderna - Wiceprzewodniczący Rady Miasta Gdańska, członek Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia RMG

Ja się z tym generalnie zgadzam i cieszy mnie, że państwo zawarli konieczność uwzględniania mierników tych wszystkich interwencji i wskaźników, czy one się okazują skuteczne, bo to jest bardzo ważne, bo inaczej to są często wyrzucone

pieniądze. Jeżeli chodzi o podniesienie jakości opieki medycznej, cieszę się, że to zostało ujęte. Ta dostępność jest szczególnie ważna, i że powinno się zdefiniować białe plamy w dostępie do usług zdrowotnych i można rzeczywiście tam, w tych obszarach starać się np. o preferencyjne warunki wynajmu pomieszczeń, wyposażenie w aparaturę, stypendia dla osób kształcących się w deficytowych specjalnościach, pod warunkiem, że w mieście zostaną potem i tutaj będą pracować, bo o tym też trzeba pamiętać czy np. montaż defibrylatorów w miejscach publicznych. Tego państwo nie wspomnieli. Też jeden ze szczegółowych programów, o których warto pomyśleć. Jeżeli chodzi o zapobieganie depresji i samobójstwom, to mnie też cieszy, że to zostało ujęte, bo to jest coś, nie wiem, czy tutaj wszyscy z państwa zdają sobie sprawę, że odsetek samobójstw w Polsce dramatycznie rośnie. W zeszłym roku on był najwyższy od wielu lat i Gdańsk ma bardzo wysoki też problem samobójstw. Także cieszy mnie, że to zostało ujęte. Myślę, że diabeł tkwi w szczegółach, ale jeżeli to będzie takie skoordynowane i kompleksowe to może coś dobrego z tego będzie. Tylko apeluję, żeby nie obcinać pieniędzy, bo, tak jak już mówiłem wielokrotnie, pieniądze zostały obcięte w roku 2013 na te programy, a one będą skuteczne jeżeli będą odpowiednio finansowane. Także to jest mój apel do wszystkich.

Radny Mirosław Zdanowicz - Przewodniczący Komisji Sportu RMG

Chciałem panie profesorze zaprotestować, że sport to nigdy zdrowia nie daje. Rozumiem, że najwięcej daje telewizja, Internet. Sport wyczynowy jest tylko dla grupy wybranych, wyjątkowo przygotowanych osób, natomiast młodzież, która zaczyna przez małe "s" ten sport to tylko i wyłącznie daje zdrowie.

Radny Piotr Czauderna - Wiceprzewodniczący Rady Miasta Gdańska, członek Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia RMG

Ja powiedziałem wyraźnie o sporcie wyczynowym, a nie o sporcie młodzieżowym. Myślę, że my się tu kompletnie nie rozumiemy. Sport, który uprawia młodzież i wskutek czego część utalentowanych osób potem staje się wyczynowymi sportowcami i zawodowcami to jest zupełnie coś innego, i akurat ja jestem jak najbardziej za tym, żeby to finansować. Natomiast sport wyczynowy powinien się finansować po prostu sam, poprzez sponsorów, poprzez swoje wyniki i nie powinien być finansowany moim zdaniem ze źródeł miasta. To jest praktycznie sport zawodowy. Przecież to jest olbrzymi biznes. Popatrzmy co się dzieje w klubach piłkarskich na całym świecie, choćby. To są przedsiębiorstwa, które mają więcej pieniędzy od niejednej fabryki.

Radny Piotr Gierszewski - członek Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia RMG

Chciałbym zadać takie pytanie, ale nie wiem, czy zadać je teraz czy za paręnaście minut, jak będą na komisji m. in. przedstawiciele edukacji, bo to jest właśnie z pogranicza tych dwóch komisji, ale mi się wydaje, że jednak bardziej zadam je tutaj przy zdrowiu, bo edukacja jest bardziej przygotowana. Pytanie jest następujące. Ja wiem, zaraz pan prezydent srogim wzrokiem na mnie spojrzy, ale akurat tu mamy podobne zdanie. Mówię co do ustawy, która dość ogranicza możliwości miasta jeśli chodzi o medycynę szkolną. Zgadza się co do tego, rzeczywiście fatalnie się stało, ustawowo praktycznie rzecz biorąc wyeliminowano wręcz medycynę szkolną. Natomiast może z innej strony. Zrobimy może coś, w strategii mi się wydaje, że pewne rzeczy możemy zawrzeć, a mi brakowało, bo

wniosków nie wyczytałem, nie możemy się zastaniać ustawą do końca. Jeżeli nam rzeczywiście zależy na zdrowiu, to my musimy dostrzec poważny problem, że tak naprawdę ta medycyna szkolna nie funkcjonuje. Nie mówię o lekarzach, ale wspomnę tylko o braku pielęgniarek w szkołach, gabinetów lekarskich, stomatologów. I tak można wymieniać. Może w strategii warto byłoby wpisać coś, co by powodowało, że skoro państwo nam formalnie nie pozwala, to znajdziemy „wytrych”, a jest taki „wytrych”. Mówię tu chociażby o wyposażeniu gabinetów lekarskich. Wiem, że my to czynimy, ale czynimy chyba jednak niezadowolająco. Może jednak tutaj będziemy, przynajmniej w strategii, zaznaczać wagę i będziemy naciskać na parlamentarzystów przede wszystkim, żeby jednak umożliwić, chociażby tym bogatym miastom, tym bogatym samorządom, jednak większą formę ingerencji w medycynę szkolną, patrz: pomocy jej w szerokim słowa znaczeniu. Mi tego troszeczkę w tym zabrakło. Czy to nie jest tak troszeczkę unikanie tego tematu, bo akurat ustawa nam na to pozwala? Mi się wydaje, że jeżeli nam zależy, a zależy wszystkim na mieszkańcach Gdańska to przynajmniej dajmy wskazówkę, że ustawa ustawą, ale my widzimy takie potrzeby i dajemy taki sygnał, że ta medycyna szkolna, w Gdańsku przynajmniej, nie umrze. Dziękuję.

Pan Marek Jankowski - Dyrektor Ośrodka Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka - Koordynator Programu Operacyjnego ZDROWIE PUBLICZNE I SPORT

Zgodzę się, że z pewnymi dużymi szkodami medycyna szkolna została wycofana ze szkół i to nie jest tylko pana radnego głos odosobniony. O tym się mówi bardzo dużo. Myślę, że mimo wszystko na tle innych miast, miasto Gdańsk w sensie prób, wypełnienia tej luki zrobiło dość dużo. Niech wspomnę choćby jednostkę, którą kieruję Ośrodek Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka, która realizuje dwa programy, które zawierają bardzo dużo elementów zarówno z profilaktyki czyli wyszukiwania czynników ryzyka u dzieci, chorób jak i edukacji zdrowotnej wypełniając tą lukę, dzieląc się tymi informacjami ze szkołami. Więcej, wyszukując konkretne dzieci z problemem np. otyłości czy niskiej sprawności krążeniowo - oddechowej, kierują do dzieci do innego programu finansowanego przez miasto leczenia otyłych dzieci, czy otyłych z nadwagą. Inny program badań przesiewowych na terenie szkół, zdrowy uczeń, czy gimnazjów i to jest kompleksowe badanie, od badań antropometrycznych, pomiary ciśnienia tętniczego, testy wysiłkowe. Proszę mi wierzyć, że na tle innych miast mimo wszystko, choć ciągle to jest za mało, robimy dość dużo.

Radny Piotr Gierszewski - członek Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia RMG

Diagnoza ok, tu jesteśmy liderami. Mi się wydaje, że nawet w Polsce, natomiast czy my aby dobrze do końca patrzymy co się potem z tym zdiagnozowanym dzieckiem dzieje? Czy jesteśmy na tyle mocni i sprawni, że potem to co zdiagnozowaliśmy potem dobrze leczymy albo zapobiegamy temu leczeniu, bo widząc co się dzieje możemy poprzez profilaktykę to naprowadzać. I tu się obawiam, że jest pewna luka, że nie widzimy dalszej historii tego dziecka, albo jest przynajmniej za krótko. To o czym pan mówi to rzeczywiście w ostatnich dwóch, trzech latach szczególnie tak mocno aktywnie zaczęło funkcjonować. Tu mi się wydaje, że jest jeszcze za krótki czas na to, żeby pochwalić się pozytywnymi efektami, ale ja nie widzę prowadzenia dalej tego dziecka. Tak bym powiedział, bo to, że dostanie dzisiaj rodzic czarno na białym diagnozę, i co dalej? Żeby nie został sam sobie.

Pan Marek Jankowski - Dyrektor Ośrodka Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka - Koordynator Programu Operacyjnego ZDROWIE PUBLICZNE I SPORT

Oczywiście zawsze można, i tu się zgodzę, zrobić zdecydowanie więcej, natomiast wydaje mi się jednak, że próbujemy pójść w kierunku takim, żeby to nie był tylko komunikat, że u twojego dziecka jest czynnik ryzyka i teraz radź sobie sam w szkole, we własnym środowisku. Ten program prowadzony przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, który polega na rocznej opiece nad dziećmi z otyłością, gdzie stara się zespół specjalistów pracować nad rodziną, żeby wyprowadzić to dziecko z takich behawioralnych przyczyn tego problemu, który ma zresztą, z tego co wiem, dość udowodnioną skuteczność, o czym mówił pan profesor, że trzeba mierzyć tą skuteczność interwencji w zdrowie, że to jest jednak wielki sukces Gdańska, chociaż się zgadzam, że takich działań nie tylko dotyczących otyłości powinno być więcej. Takiego prowadzenia jednak i wspierania skoro medycyny szkolnej nie ma w takim zakresie jak była kiedyś, choć ona też nie była doskonała.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Dziękuję serdecznie. Nie widzę więcej pytań. Ogłaszam krótką przerwę, ponieważ trzy Komisje muszą jeszcze do nas dojechać, a jedna zamyka swoje posiedzenie.

Radny Mirosław Zdanowicz zamknął posiedzenie Komisji Sportu RMG.

PUNKT - 3

Prezentacja Programu Operacyjnego INTEGRACJA SPOŁECZNA I AKTYWNOŚĆ OBYWATELSKA w ramach Strategii Gdańsk 2030 Plus.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Szanowni państwo rozpoczynamy drugą część. Rozpoczynamy posiedzenie Komisji. Komisja Strategii i Budżetu RMG rozpoczęła swoje posiedzenie godzinę temu. Komisja Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia także. Komisja Sportu zakończyła posiedzenie po pierwszym programie operacyjnym. Ten program wystucha 6 Komisji, więc 4 formalnie muszą rozpocząć swoje posiedzenia.

Do wspólnego posiedzenia dołączyły Komisje Rady Miasta Gdańska: Zrównoważonego Rozwoju, Edukacji, Samorządu i Ładu Publicznego, Kultury.

Na stan pięciu (5) członków Komisji Zrównoważonego Rozwoju Rady Miasta Gdańska w posiedzeniu uczestniczyło pięć osób (5), czyli było quorum do podejmowania prawomocnych decyzji.

Lista obecności członków Komisji stanowi załącznik nr 8 do protokołu.

Na stan pięciu (5) członków Komisji Edukacji Rady Miasta Gdańska w posiedzeniu uczestniczyło pięć osób (5), czyli było quorum do podejmowania prawomocnych decyzji.

Lista obecności członków Komisji stanowi załącznik nr 9 do protokołu.

Na stan siedmiu (7) członków Komisji Samorządu i Ładu Publicznego Rady Miasta Gdańska w posiedzeniu uczestniczyło pięć osób (5), czyli było quorum do podejmowania prawomocnych decyzji.

Nieobecni radni: Bogdan Oleszek i Piotr Walentynowicz

Lista obecności członków Komisji stanowi załącznik nr 10 do protokołu.

Na stan pięciu (5) członków Komisji Kultury Rady Miasta Gdańska w posiedzeniu uczestniczyły cztery osoby (4), czyli było quorum do podejmowania prawomocnych decyzji.

Nieobecny Lech Kaźmierczyk.

Lista obecności członków Komisji stanowi załącznik nr 11 do protokołu.

Komisja Zrównoważonego Rozwoju:

Radny Adam Nieroda - Przewodniczący Komisji Zrównoważonego Rozwoju RMG otworzył posiedzenie Komisji, stwierdził kworum, a następnie zaproponował przyjęcie porządku posiedzenia. Uwag nie było.

Porządek posiedzenia został przyjęty jednogłośnie 5 głosami „za” przez Komisję Zrównoważonego Rozwoju RMG.

Komisja Edukacji:

Radna Żaneta Geryk - Przewodnicząca Komisji Edukacji RMG otworzyła posiedzenie Komisji, stwierdziła kworum, a następnie zaproponowała przyjęcie porządku posiedzenia. Uwag nie było.

Porządek posiedzenia został przyjęty jednogłośnie 5 głosami „za” przez Komisję Edukacji RMG.

Komisja Samorządu i Ładu Publicznego:

Radna Anna Wirska - Przewodnicząca Komisji Samorządu i Ładu Publicznego RMG otworzyła posiedzenie Komisji, stwierdziła kworum, a następnie zaproponowała przyjęcie porządku posiedzenia. Uwag nie było.

Porządek posiedzenia został przyjęty jednogłośnie 5 głosami „za” przez Komisję Samorządu i Ładu Publicznego RMG.

Komisja Kultury:

Radny Marek Bumbliś - Przewodniczący Komisji Kultury RMG otworzył posiedzenie Komisji, stwierdził kworum, a następnie zaproponował przyjęcie porządku posiedzenia.

Porządek posiedzenia został przyjęty jednogłośnie 4 głosami „za” przez Komisję Kultury RMG.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Kontynuujemy obrady. Drugi dzisiejszy program Integracja Społeczna i Aktywność Obywatelska.

Pani Katarzyna Drozd - Wiśniewska - Zastępca Dyrektora Wydziału Polityki Gospodarczej

Myślę, że przejdziemy od razu do omawiania diagnozy. Chciałam przedstawić Państwu panią dr Annę Hildebrandt z Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową i

Pana Grzegorza Szczukę koordynatora programu operacyjnego Integracja Społeczna i Aktywność Obywatelska.

Dr Anna Hildebrandt - Przedstawiciel Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową
Przedstawiła prezentację, która stanowi załącznik nr 12 do protokołu

Przyjechałam do Państwa ze spotkania z Marzeną Żylińską, która jest neurodydaktykiem. Ona miała spotkanie w Starterze i mówiła o tym, jak ważna neurodydaktyka jest dla edukacji, ale nie dla edukacji tylko. Zacytowała Joachima Bauera. Pozwolę sobie Państwu zacytować go, ponieważ jest to kluczowe dla tego, co będę przedstawiać i o czym będę mówić za chwilę i dla całego programu operacyjnego. Joachim Bauer, który jest autorem książki Empatia. Co potrafią lustrzane neurony. Powiedział, że wszystkie najnowsze wyniki badań pokazują, że pełny rozwój neurobiologicznego wyposażenia każdego człowieka możliwy jest jedynie za sprawą relacji międzyludzkich. One są kluczowe i najważniejsze dla naszego dobrostanu, zdrowia psychicznego, fizycznego i budowania trwałych relacji, czyli tak naprawdę one rzutują na to wszystko, o czym mówiliśmy przy okazji programu operacyjnego Zdrowie i dobro publiczne, ale też rzutuje bardzo na edukację. Co wynika z naszej diagnozy? Mamy trzy rekomendacje, które posłużyły do konstruowania celów, zadań i działań.

INTEGRACJA SPOŁECZNA I
AKTYWNOŚĆ OBYWATELSKA

Co wynika z diagnozy?



**cele, działania, zadania,
przedsięwzięcia, projekty, inwestycje...**

Pierwszy punkt to to, że Gdańszczanie dostrzegają, że rodzina faktycznie jest dla nich najważniejsza. Rodzina jest determinantą szczęśliwego życia Gdańszczanina. Ponad 90% ankieterowanych uznało, że rodzina jest najważniejsza, obok rodziny jest zdrowie i posiadanie pracy.

- udane życie rodzinne decyduje o naszym zadowoleniu z życia, jednak **relacje rodzinne, koleżeńskie słabną**, gdyż coraz częściej czas spędzamy indywidualnie
- jednocześnie **nie jesteśmy zadowoleni** ze sposobów **spędzania czasu wolnego**
- **źle oceniamy** okolice swojego miejsca zamieszkania pod kątem **dostępności do usług i infrastruktury społecznej, kulturalnej i rekreacyjnej** (w tym koszty) – **niedopasowanie do potrzeb osiedli/dzielnic**

REKOMENDACJA 1

**Potrzebujemy lepszych warunków służących
rozwojowi rodzinnemu i osobistemu**

Deklarujemy, że ta rodzina jest dla nas ważna, natomiast z naszych badań wynika, że relacje koleżeńskie, rówieśnicze, relacje rodzinne nieco się osłabiają ze względu na trendy związane czy z szybkim i dynamicznym rozwojem nowoczesnych technologii, zmianą charakterów pracy, czy zmianą charakteru rodziny, tym, że wracamy późno z pracy. Już nie wracamy o godzinie 15:00, ale o 17:00, czy 18:00. Często nie widzimy się z najbliższymi członkami rodziny. Kontaktujemy się z nimi za pośrednictwem różnych technologii. Natomiast nie spędzamy tego czasu razem, nie spędzamy go na rozmowie, nie spędzamy go na budowaniu trwałych relacji, ale spędzamy go indywidualnie. Tak naprawdę to są takie relacje pozorowane. Z tego wynika bardzo duży problem, który rzutuje potem i na rozwój dzieci, ale nie tylko rozwój dzieci, ale zdrowy rozwój rodziny, ponieważ jeśli rodzina nie ma czasu na spotkanie się, nie ma czasu i nie ma też miejsca na budowanie trwałych relacji to jest dysfunkcyjna i z tego rodzi się szereg różnych zagadnień, różnych problemów, na które musi odpowiadać właśnie polityka społeczna. Równocześnie Gdańszczanie deklarują, to wynika z naszych badań, że nie jesteśmy zadowoleni ze sposobów spędzania czasu wolnego. Czas wolny spędzamy głównie na oglądaniu telewizji, na korzystaniu z Internetu. Natomiast nie spędzamy go w sposób aktywny. Chyba dopiero na piątej pozycji znalazła się aktywność ruchowa. Także nie jesteśmy aktywni i w związku z tym też nie jesteśmy zadowoleni. Co ważne, równowaga pomiędzy czasem spędzonym w pracy, a równowaga pomiędzy czasem spędzonym na relaksie, w czasie wolnym powoduje, że ten nasz dobrostan rośnie i w związku z tym jesteśmy zdrowsi i bardziej szczęśliwi. Gdańszczanie też źle oceniają okolice swojego miejsca zamieszkania pod kątem dostępności do infrastruktury, która rozwija nas w sposób kulturalny, sportowy, edukacyjny. Źle oceniamy dostępność zarówno fizyczną, jak i dostępność kosztową. Wielu Gdańszczan, mówi, że te usługi rekreacyjno - sportowe, czy kulturalne są po prostu drogie i dlatego z nich nie korzystamy. Jeżeli nie korzystamy jesteśmy w pewien sposób wykluczeni. Możemy mówić o tym wykluczeniu, ale jeśli nie mamy dostępu do dóbr kultury, do placówek edukacyjnych to w związku z tym jesteśmy wykluczeni społecznie. To jest bardzo duży problem i bardzo duże ryzyko wykluczenia i popadnięcia w biedę, ubóstwo i szereg bardzo dużych problemów. Z naszych też diagnostycznych wynika

rekomendacja pierwsza, taka, że potrzebujemy lepszych warunków służących rozwojowi rodzinnemu i osobistemu.

Kolejna kwestia nie angażujemy się społecznie i politycznie.

INTEGRACJA SPOŁECZNA I
AKTYWNOŚĆ OBYWATELSKA

Co wynika z diagnozy?

- nie angażujemy się społecznie i politycznie, niewielu z nas zajmuje sprawy najbliższej okolicy, przekłada się to na niską frekwencję wyborczą
- poza najbliższymi NIE UFAMY SOBIE – budujemy społeczeństwo klanowe
- potrzebujemy lepszej współpracy i wsparcia organizacji pozarządowych i lokalnych liderów
- coraz częściej przekazujemy „1%”, ale nie rośnie bezpośrednia aktywność społeczna

REKOMENDACJA 2

Musimy zwiększyć naszą **aktywność społeczną** i rolę w zarządzaniu miastem

Gdańszczanie deklarują, że nie są zaangażowani i nie interesują ich sprawy najbliższej okolicy. Tak naprawdę w miejscach, w których przebywają, śpią, to tak naprawdę mówimy o tych sypialniach, o tych osiedlach, gdzie wracamy po pracy do domu i nie znamy nawet sąsiadów, nie znamy osób, które wokół nas mieszkają. Nie ufamy sobie. O tym też mówią Gdańszczanie na wielu spotkaniach, podczas których rozmawialiśmy z mieszkańcami. Także to wynika z naszych badań, że nie ufamy sobie, ale to nie jest tylko cecha Gdańszczan. To jest cecha nas ogólnie, Polaków. Jesteśmy społeczeństwem klanowym, które ufa tylko najbliższej rodzinie, a nie innym osobom i w związku z tym nie mamy zaufania do władzy, do naszych reprezentantów. Niestety to jest smutna prawda i musimy bardzo długo pracować, aby tę tendencję odwrócić. Kolejna kwestia to to, że potrzebujemy lepszej współpracy i wsparcia organizacji pozarządowych i potrzebujemy wykreowania nowych liderów lokalnych, w dzielnicach, aby oni faktycznie mogli reprezentować nas, abyśmy my poprzez najpierw działania oddolne, za sprawą liderów, mogli poczuć, że jesteśmy w stanie wpłynąć na decyzje podejmowane przez naszych reprezentantów, bo o tym też Gdańszczanie mówią, że nie angażują się, dlatego że mają świadomość tego po co się angażować skoro i tak ja nie mam wpływu, nie mam żadnego przełożenia w związku z tym nie pójdę na wybory, nie będę się angażować, bo z tego nic nie wynika. Inna kwestia to to, że przekazujemy coraz częściej 1% na działalność różnych organizacji pozarządowych. To jest łatwe, bo to jest tylko kliknięcie albo w deklaracji dopisanie, więc jesteśmy w stanie wspierać. Natomiast nie angażujemy się w sposób bezpośredni. Z tych też wynika nasza rekomendacja kolejna musimy zwiększyć aktywność społeczną i rolę mieszkańców w zarządzaniu miastem.

Kolejna kwestia, chyba najtrudniejsza dlatego, że rośnie zagrożenie ubóstwem i wykluczeniem społecznym.

Rośnie zagrożenie ubóstwem i wykluczeniem społecznym:

- coraz więcej osób, szczególnie niepełnosprawnych i starszych **długotrwale pozostaje bez pracy**
- nasze społeczeństwo **starzeje się w szybkim tempie**
- **bezdomność staje się coraz większym problemem**; wzrasta liczba dłużników z tytułu nieregulowania czynszu; zbyt mało jest mieszkań socjalnych
- wzrasta częstotliwość występowania **zaburzeń psychicznych** oraz rośnie liczba osób leczonych z powodu **uzależnień**
- **pogarsza się kondycja rodzin**

REKOMENDACJA 3

Musimy zwiększyć **spójność społeczną**, w tym lepiej **wspierać rodziny**

W czym to się przejawia? Przede wszystkim są to kwestie związane z rynkiem pracy. Kryzys spowodował, że coraz więcej osób jest bezrobotnych, coraz więcej osób jest długotrwale bezrobotnymi, coraz więcej osób bezrobotnych wśród długotrwale bezrobotnych, jest coraz więcej osób starszych i takich, które są niepełnosprawne. To, że nie mamy pracy bardzo mocno nas wyklucza z wszelkiej aktywności. To są badania przeprowadzone przez wielu noblistów i ekonomistów. W momencie, kiedy osoba traci pracę po upływie pół roku już jej poczucie własnej wartości bardzo mocno maleje. W tym momencie już nie chce się angażować w nic, popada w różnego rodzaju choroby, depresję, apatię. Bardzo ciężko jest potem taką osobę włączyć w aktywność. Kolejna kwestia to to, że bardzo szybko starzeje się nasze społeczeństwo i też za chwilę będziemy potrzebować szeregu usług, szeroko rozumianej gospodarki srebrnej. Tak naprawdę my dzisiaj nie jesteśmy na to gotowi, bo nawet nie mamy andragogów, nauczycieli dla dorosłych. Nie jesteśmy w stanie stworzyć takiej oferty edukacyjnej, czy zdrowotnej, która byłaby dedykowana osobom starszym, czy rozrywkowej, czy centrów aktywności w dzielnicach, gdzie w naturalny, aktywny sposób włączylibyśmy osoby starsze, które mogłyby się zintegrować ze społecznością lokalną. Bezdomność to jest kolejny bardzo trudny i poważny problem. Rośnie liczba osób bezdomnych w naszym mieście. W 2013 roku w noclegowniach przebywało 850 osób bezdomnych. Wzrasta też liczba dłużników, którzy nie regulują czynszu. To jest też kolejny czynnik, który powoduje marginalizację, ponieważ nie ma żadnej polityki, która byłaby dedykowana osobom, które mają zaległości czynszowe. Jest to też bardzo drażliwy temat. Jest zbyt mało mieszkań socjalnych dedykowanych dla ludzi w trudnej sytuacji materialnej, osób starszych, czy samotnie wychowujących dzieci, jak również zbyt mało jest mieszkań takich trenerskich, mieszkań chronionych, które moglibyśmy zadedykować osobom bezdomnym, czy osobom które np. z racji ukończenia 18 roku życia, już nie są poddane opiece np. pieczy zastępczej i mogłyby podjąć samodzielne życie, ale muszą być przystosowane, więc musimy stworzyć szereg takich zintegrowanych działań, które by wspierały osoby w wychodzeniu właśnie z alienacji, z trudnej sytuacji, w którą została ta osoba postawiona, uczyć je zaradności życiowej, tego, że muszą sobie poradzić w życiu,

że nie tylko wsparcie materialne, finansowe jest możliwe, bo to jest niewystarczające. Samym wsparciem finansowym nie załatwiamy problemu, bo te osoby wróćą po te wsparcie finansowe. One są w pewnym stopniu uzależnione od pomocy właśnie ze względu na to, że ona w ten sposób jest skonstruowana, czy z tego względu, że jest zbyt mocno zinstytucjonalizowana, czyli potrzebujemy takich środowiskowych miejsc, takiej ekonomii klinicznej, gdzie bardzo szeroko, kompleksowo te osoby wspieramy. Kolejna kwestia trudna to fakt, że wzrasta częstotliwość występowania zaburzeń psychicznych i rośnie liczba osób leczonych z powodu uzależnień i też z powodu uzależnień behawioralnych. To bardzo mocno uderza w rodzinę. Jeżeli nie będzie relacji międzyludzkich, to wtedy będziemy popadać w różnego rodzaju zaburzenia, z których bardzo trudno jest wyjść. Bardzo mocno narażone są na to dzieci i my już w szkołach widzimy, bo spotykając się z nauczycielami, czy dyrektorami, rozmawiamy o tym, że tyłu chorób właśnie depresyjnych i różnego rodzaju zaburzeń psychicznych u dzieci jeszcze nie było, jak jest dotychczas. To jest strasznie duży problem. Pogarsza się kondycja rodzin, czyli rośnie liczba rozwodów, rośnie przemoc w rodzinie, o tym się też nie mówi. Oczywiście jest niebieska karta i do pewnych rzeczy można dotrzeć i można je monitorować, ale np. przemoc ekonomiczna nie jest w żaden sposób monitorowana. Z kondycją rodzin wiąże się również bezradność, bo wiele rodzin ma odbierane dzieci ze względu właśnie na bezradność, czy uzależnienia. Tutaj przechodzimy do problemu pieczy zastępczej i kwestii tego, że maleje liczba rodzin zawodowych, zastępczych, a rośnie liczba rodzin, które opiekują się dziećmi spokrewnionymi. Tutaj jest duże ryzyko powielania pewnych patologii i schematów. Z tych wszystkich też ta nasza ostatnia rekomendacja to to, że musimy zwiększyć spójność społeczną, przede wszystkim bardzo mocno wesprzeć rodziny w zupełnie inny sposób, niż to odbywało się dotychczas.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Panie dyrektorze mam jedno pytanie, bo ja akurat brałem udział w tych warsztatach i tam również padła ta teza, która padła tutaj dotycząca bezdomności, że jest to coraz większy problem w Gdańsku, i że jest coraz większa ilość bezdomnych. Natomiast Pan wtedy podawał dane, że zmniejsza się liczba bezdomnych. Natomiast dzisiaj znów pada, ale rozmawiamy o strategii Gdańska. W związku z tym pytanie, czy mamy jakieś dane, czy to jest rzeczywiście coraz większy problem i rzeczywiście jest coraz większa liczba bezdomnych jest w Gdańsku, czy jest wręcz przeciwnie?

Pan Grzegorz Szczuka - p.o. Dyrektora Wydziału Rozwoju Społecznego

Komisja, o której mówimy to komisja w której uczestniczył Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie. Mamy dwie osoby, które są w stanie precyzyjniej niż ja na to odpowiedzieć. Są przedstawiciele MOPR i jest zastępca Wydziału Rozwoju Społecznego, czyli Piotra Olecha, który wcześniej pracował w Pomorskim Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, więc będzie to źródło najbardziej precyzyjne.

Pan Piotr Olech - Zastępca Dyrektora Wydziału Rozwoju Społecznego

Nie zwiększa nam się liczba globalna osób bezdomnych. Powiedziałbym, że ona utrzymuje się na stałym poziomie. Natomiast zwiększa się nam liczba osób korzystająca ze wsparcia w postaci schronisk, co jest generalnie dość pozytywną tendencją, bo ona jest powiązana ze zmniejszaniem się skali bezdomności ulicznej,

i żeby być tak precyzyjnym to ta skala mniej więcej utrzymuje się na podobnym poziomie. Natomiast wzrasta nam poziom korzystania ze wsparcia instytucjonalnego, co, po części jest pozytywną tendencją.

Radna Beata Dunajewska - Przewodnicząca Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia

Chciałam zapytać o taką precyzyjną liczbę, ponieważ na ostatniej Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia Państwo powiedzieliście nam, że to jest 700 osób. Parę dni później słyszymy, że to jest 830, więc prosiłabym o doprecyzowanie.

Pani Anna Sobota - Zastępca Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie

Szanowni Państwo w styczniu było przeprowadzone badanie na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej i w Gdańsku, jednym z nielicznych miast w Polsce nie wzrasta liczba bezdomnych i kształtuje się ona na podobnym poziomie. Na Komisji Spraw Społecznych przedstawialiśmy spadek liczby osób bezdomnych w Gdańsku. Kształtuje się on na poziomie 760 osób, ale ja już wyjaśniam Państwu zapis. Bezdomność staje się coraz większym problemem, bo jest to w kontekście zapisu wzrasta liczba dłużników z tytułu nieuregulowania czynszu i z tego tytułu istnieje zagrożenie, że jeżeli nie podejmie się wcześniej, na wczesnym etapie pracy z osobami, które mają problemy z zadłużeniem czynszowym, mogą stać się osobami bezdomnymi. Natomiast na dzień dzisiejszy sama liczba osób bezdomnych w Gdańsku nie wzrasta.

Radna Beata Dunajewska - Przewodnicząca Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia

Pani dyrektor nie mylmy tych pojęć dlatego, że my rozmawiamy o osobach bezdomnych trwale.

Pani Anna Sobota - Zastępca Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie

Liczba bezdomnych nie wzrasta. Pozostaje na poziomie 760 osób.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Rozumiem, że teraz możemy przejść, żeby już nie były kolejne pytania tylko jeszcze przejdziemy do rekomendacji najpierw zespołu, a potem tego, co zostało wypracowane podczas spotkań z mieszkańcami.

Pan Grzegorz Szczuka - p.o. Dyrektora Wydziału Rozwoju Społecznego

Chciałbym zamykając wątek bezdomności. To, co dyrektor Olech mówił o tym pozytywnym aspekcie tego, że więcej osób korzysta ze wsparcia w noclegowniach. To jest pierwszy krok. Oczywiście warunkiem pełnej pozytywności tego zjawiska będzie to, że wykonamy drugi krok, czyli wyprowadzimy do pełnej samodzielności taką osobę, ale jakby wejście w placówkę wcale nas docelowo nie cieszy. Warunek jest taki, że on wchodzi w placówkę na jakiś czas, żeby tam zająć się nim w celu wyprowadzenia do samodzielności, żeby to było jasne, bo samo wejście w placówkę, czy pomoc instytucjonalną absolutnie nas nigdy cieszyć nie będzie, bo to jest wtedy wychowywanie sobie wieloletniego już klienta pomocy społecznej, który jest niesamodzielny. To jest drugi z programów operacyjnych do strategii, który powstaje w obszarze społecznym. Trzecim będzie program operacyjny edukacja. Te wszystkie programy dzieją się na przestrzeni Wydziału Rozwoju Społecznego,

obszaru społecznego i jednostek podległych lub jednostek, z którymi prowadzimy relacje. To jest o tyle istotne w kontekście i naszego programu i programu wcześniejszego, i z tego w przyszłym tygodniu programu operacyjnego Edukacja, że od początku staraliśmy się nie przeprowadzić grubej kreski pomiędzy poszczególnymi programami. Myśmy tego podziału dokonali na ostatnim etapie fiskowania tego, bo dla nas to jest bardzo przenikające się. To zawsze będzie dylemat na ile już wchodzimy w edukację, a na ile jesteśmy jeszcze w zdrowiu. Przed chwilą mieliście państwo ten obszar zdrowie publiczne z aktywnością fizyczną. Poza tym w tej chwili przechodzimy do programu operacyjnego Integracja i Aktywność Obywatelska, czyli to jest połowa obszaru działalności naszego wydziału. To, na co chciałbym zwrócić uwagę to to, że jeśli coś zostało zapisane w programie Zdrowie, o którym mówił dr Jankowski, nie oznacza, że to nie będzie realizowane w obszarze, czy na terenie jednostek zaklasyfikowanych np. jako jednostki pomocy społecznej. Wpisanie w program operacyjny nie oznacza miejsca wykonywania później działań, czy projektów. Naszym programem operacyjnym Integracja Społeczna i Aktywność Obywatelska od początku też staramy się podkreślać, że mieszkańcy dostrzegali głównie tą część, czyli aktywność obywatelska. Natomiast znaczna część naszego programu stanowi jednak Integracja społeczna nie rozumiana wcale jako piknik sąsiedzki. To powtarzam na każdym spotkaniu. Integracja społeczna to jest cały obszar wsparcia społecznego. W związku z tym za chwilę Państwo zobaczycie, że w programie operacyjnym my też wewnętrznie dzielimy go na dwa podprogramy, żeby nie utożsamiać i nie sklejać tego, że integracja społeczna to jest tylko i wyłącznie ten element relacyjny, czy spotkań sąsiedzkich, bo tam jest cały obszar systemu wsparcia społecznego i to jest gro też kosztów chociażby w tym wszystkim. W materiałach znajdziecie też Państwo tematyczne zagadnienia. To jest też ubranie wszystkich naszych programów. Program chwilę temu prezentowany to ten program obecny i program, który jest jeszcze przed nami. Jak Państwo zobaczycie i też przeanalizujecie potem w materiałach to zobaczycie Państwo, że czasem coś jest zaklasyfikowane właśnie troszkę inaczej niżby się w pierwszym podejściu wynikało. To też zostało przedyskutowane, bo też w toku tworzenia tych programów bardzo dużo rzeczy zaczęło nagle trafiać do programu operacyjnego Edukacja. Jak w innych programach operacyjnych pojawiała się coś, co wymagało, co można było nazwać edukacją np. ekologiczną, zdrowotną. Od razu jakby była tendencja wrzucenia do tego programu. Martwiliśmy się, że ten program będzie tak napompowany i potem wszystko będzie w nim do realizacji. Każdy inny powie, no przecież to jest w edukacji. To, że coś jest obszarem edukacyjnym to nie znaczy, że ma się potem stać obowiązkiem tej części, czyli placówek rozumianych jako placówki edukacyjne, czy oświatowe, bo to chwilę wcześniej nawet dyskutowaliśmy o tym, że ten ciężar za duży, żebyśmy go nie przesuwali. Teraz przechodząc do hasel, czyli takich szuflad, do których będziemy chcieli układać wszystkie, poszczególne działania i potem projekty i zadania. Rozbudowa oferty rozwojowej dla rodzin i poszczególnych Gdańszczan. Mówimy tutaj też nie tylko o rodzinie postrzeganej jako rodzina ze zdefiniowanym kryzysem, czy rodzina w problemach. Otwieramy się tutaj szerzej, bo jakby wiemy, że chociaż cały system pomocy społecznej opiera się o rodziny w kryzysie, to jednak większość stanowią rodziny tzw. rodziny statystyczne, bez problemu, rodziny bez kryzysu i ofertę w kolejnych latach musimy dla tego przeciętnego, statystycznego, który nie istnieje, ale Gdańszczanina rozwijać. O tej ofercie mówimy, ona się też zazębia z poprzednim

programem. Została przedstawiona dalsza część prezentacji, która stanowi załącznik nr 12 do protokołu oraz prezentacja stanowiąca załącznik nr 13.

INTEGRACJA SPOŁECZNA I
AKTYWNOŚĆ OBYWATELSKA

Cele operacyjne i zadania

**ROZWÓJ OFERTY
ROZWOJOWEJ DLA RODZIN
I POSZCZEGÓLNYCH
GDAŃSZCZAN**

**WSPÓŁTWORZENIE POLITYK
MIEJSKICH I USŁUG
SPOŁECZNYCH PRZEZ
MIESZKAŃCÓW**

**WOLONTARIAT JAKO
AKTYWNOŚĆ I WSPARCIE DLA
SYSTEMU**

**ROZWIJANIE WSPÓŁPRACY
Z TRZECIM SEKTOREM**

Jak mówimy o zdejmowaniu barier w dostępie do infrastruktury sportowo - rekreacyjnej, to to się bezpośrednio wiąże z budowaniem tej oferty, czyli jeszcze większe otwarcie infrastruktury, to też jest poniekąd budowanie oferty dla rodziny, która będzie mogła spędzać np. czas razem, ale nie tylko. Współtworzenie polityk miejskich i usług społecznych wraz z mieszkańcami, na różnych etapach, nie tylko w tych formalnych kwestiach, czyli cały proces koszykowania usług, czyli określenia sobie, już nie tylko w skali uśrednionej miasta, ale poszczególnych obszarów miasta, czyli fragmentów nawet dzielnic, jaki koszyk usług społecznych jest w tym miejscu najbardziej niezbędny i współtworzenie go z mieszkańcami. Wolontariat jako aktywność i jako wsparcie dla systemu, bo wolontariat może być formą aktywności, ale może być też jakimś elementem nieformalnego wspierania systemu pomocy. Rozwijanie współpracy z trzecim sektorem, to czwarta w tym obszarze rekomendacja. Jak wyglądają poszczególne z kolei cele operacyjne i zadania?

INTEGRACJA SPOŁECZNA I
AKTYWNOŚĆ OBYWATELSKA

Cele operacyjne i zadania

1. Zwiększenie potencjału rozwojowego społeczności lokalnych, rodzin i osób

- 1.1. *Rozwinięcie i uspołnienie systemu usług i działań służących rozwojowi rodzinnemu i osobistemu mieszkańców Gdańska*
- 1.2 *Rozbudowanie oraz podtrzymywanie sieci inicjatyw i działań dzielnicowych, sąsiedzkich, rodzinnych*
- 1.3 *Dostosowanie infrastruktury do potrzeb i działań społeczności lokalnych*

2. Zwiększenie roli mieszkańców, organizacji, instytucji i in. w kreowaniu polityk miejskich

- 2.1. *Zwiększenie uczestnictwa mieszkańców w zarządzaniu miastem*
- 2.2 *Zwiększenie roli organizacji, instytucji itp. w budowaniu polityk miejskich*

3. Zwiększenie roli wolontariatu jako aktywności społecznej

- 3.1. *Wypromowanie wolontariatu jako ścieżki rozwoju osobistego, nabywania kompetencji społecznych i zawodowych*
- 3.2. *Rozwinięcie infrastruktury i narzędzi organizacji wolontariatu*

4. Podniesienie jakości oraz zwiększenie zakresu współpracy sektora pozarządowego z Miastem

- 4.1. *Podniesienie efektywności i skuteczności działań organizacji pozarządowych*
- 4.2. *Poprawienie warunków dla rozwoju sektora pozarządowego i jego współpracy z Miastem*

Zwiększenie potencjału rozwojowego społeczności lokalnych, rodzin i poszczególnych osób poprzez rozwinięcie i uspołnienie systemu działań służących rozwojowi rodzinnemu. Rozbudowanie oraz podtrzymanie sieci inicjatyw i działań dzielnicowych sąsiedzkich i rodzinnych. Tutaj stawiamy na wszelkie organizowanie się mieszkańców niekoniecznie w postaci organizacji pozarządowej. Wychodzimy bardzo mocno w dzielnicę, a wręcz w tych dzielnicach, co będziemy też Państwu radnym już operacyjnie przedstawiać, to mówienie o obszarach funkcjonalnych, czyli w przypadku dużych dzielnic administracyjnych patrzenie, czy tam nie trzeba indywidualnie wydzielić obszaru. Dostosowanie infrastruktury do potrzeb i działań społeczności lokalnych, tak jak rozwój chociażby przestrzeni sąsiedzkich. Zwiększenie roli mieszkańców, organizacji, instytucji w kreowaniu polityk miejskich i zwiększenie uczestnictwa mieszkańców w zarządzaniu miastem różnymi metodami, nie tylko poprzez te, które omawiamy na bieżąco, czyli konsultacje społeczne, ale takie, jak np. przy powstawaniu strategii, czyli forma warsztatów z mieszkańcami, czyli mamy ten system formalny i nieformalny na różnych etapach i w różnym stopniu dopuszczamy mieszkańca. To on poniekąd decyduje na ile chce się w to włączyć, a na ile nie, ale ta paleta możliwości włączenia się i wypowiedzenia się wg nas powinna być maksymalnie szeroka. Zwieszenie roli organizacji, instytucji w budowaniu polityk miejskich. Na podstawie rekomendacji powstał pewien szkielet. Jeszcze przed tym zanim poszedł program operacyjny na warsztaty robiliśmy spotkania na obszarze jednostek naszych, które mamy w strukturze i reprezentacji np. organizacji pozarządowych. Natomiast wiemy, że to nie wyczerpało. Teraz przed nami na etapie kiedy będzie to konsultowane społecznie wiemy, że musimy z kolei zacząć spotykać się w pewnych grupach problemowych, bo teraz do poszczególnych tych punktów musimy dopisać już konkretne programy, projekty, które będą nam tę szufladę realizowały. Zwiększenie roli wolontariatu jako aktywności społecznej w tym rozbudowa infrastruktury, która miałaby temu służyć. Pojawia się po raz kolejny infrastruktura. To nie jest tak, że teraz będziemy chcieli rozbudowywać i tak ogromną sieć społeczną, którą trzeba utrzymywać, ale widzimy to tak, że infrastruktura, która służy rozwojowi lokalnemu mieszkańców to może być np. fragment szkoły. To nie jest tak, że my teraz będziemy proponowali budowanie oddzielnej sieci infrastruktury do rozwoju wolontariatu, oddzielnej do współpracy z organizacjami, jeszcze oddzielną sieć będą stanowiły domy sąsiedzkie, poza tym mamy szkoły. Będziemy szukali możliwości współdzielenia tej przestrzeni, bo to znów realizuje nam ten cel krzyżowania się różnych grup i spotykania na różnych przestrzeniach społecznych. Podniesienie jakości oraz zwiększenie zakresu współpracy sektora pozarządowego z miastem. Chcielibyśmy zmieniać model współpracy. Oczywiście zlecamy zadania w formie konkursów grantowych, ale nie chcemy, aby to była jedyna forma współpracy z podmiotami trzeciego sektora. Czyli musimy wejść w rolę tutora prowadzącego, pokazującego, że mogą być dwa rodzaje podmiotów trzeciego sektora. Te hobbystyczne i te, które się profesjonalizują w świadczeniu określonych usług społecznych. Jednych będziemy wspierali na poziomie takim ogólnym, a tych, którzy chcą się profesjonalizować musimy wspierać w tym procesie profesjonalizacji np. poprzez program, o którym myślimy indywidualnego coachingu dla liderów wybranych organizacji pozarządowych. Rocznie liderzy kilkunastu organizacji byłiby indywidualnie przygotowywani do jeszcze sprawniejszego zarządzania organizacją. W kolejnej części tej już bardziej dotyczącej wsparcia społecznego, czy pomocy mamy trzy

takie większe szuflady czyli jakość systemu integracji społecznej i efektywna sieć podmiotów.

INTEGRACJA SPOŁECZNA I
AKTYWNOŚĆ OBYWATELSKA

Cele operacyjne i zadania

**JAKOŚĆ SYSTEMU
INTEGRACJI SPOŁECZNEJ
I EFEKTYWNA SIEĆ
PODMIOTÓW**

**WSPIERANIE RODZINY
W KRYZYSIE I RODZICIELSTWA
ZASTĘPCZEGO**

**ZINTEGROWANE
ZARZĄDZANIE REALIZACJĄ
POLITYKI SPOŁECZNEJ**

Tu ważne, nie mówimy o sieci podmiotów, które są siecią podmiotów samorządowych. To nie jest tak, że my patrzymy w tej chwili na sieć usług społecznych przez pryzmat własności, bo bardzo dużo, chyba 42 mln w tym roku, usługi społeczne o wartość 42 mln zł zostały zlecone organizacjom pozarządowym w tym roku w konkursie. Stąd i to też te podmioty, które świadczą te usługi, tak jest np. w systemie pieczy w domach dla dzieci. Sporą część domów dla dzieci prowadzą podmioty III - go sektora i one są dla nas jednocześnie elementem naszej sieci. Tak chcielibyśmy na to patrzeć. Wspieranie rodziny w kryzysie i rodzicielstwa zastępczego. Celowo wyodrębniony w ostatnim czasie pojawia się bardzo dużo nowych problemów w obszarze rodzicielstwa zastępczego. Wspominała o nich Pani dr Hildebrandt. Wcześniej na etapie diagnozowania, ale to nie są wszystkie. Borykamy się z też wieloma innymi. Ostatnie problemy to też, żeby Państwu zasygnalizować, bo za chwilę będziemy uruchamiali zespół, mam nadzieję, że z udziałem przedstawicieli radnych, dotyczący nowego modelu systemu pieczy zastępczej w Gdańsku. Jednym z takich codziennych problemów na które musimy w tej szufladzie działaniami sobie odpowiedzieć jest to, że jeśli mamy problem w jakiejś szkole i rodzice dzieci z „normalnych” rodzin wiedzą o tym, że np. w danej klasie dziecko, które stwarza problem jest dzieckiem z domu dla dzieci, to my do wydziału otrzymujemy list podpisany przez tych rodziców dzieci normalnych, że w związku z tym, że to dziecko jest z pieczy i stwarza problemy, to oni chcą żebyśmy my to dziecko ze szkoły zabrali, czyli krótko mówiąc żebyśmy to dziecko przerwucili i to jest takie bardzo konkretne, jedno z wyzwań przed nami stojące, chociażby w tym obszarze. I zintegrowanie zarządzania realizacją całej polityki społecznej. Znowu bez podziału na to, czy coś jest w strukturze miasta, czy nie. Tutaj w polityce społecznej też bardzo ważne jest zazębianie się nasze np. z instancjami wojewódzkimi. Chociaż teraz mamy mniejszy problem w zazębianiu się, ponieważ poziom wojewódzki ubiegłej jesieni oddelegował nam, oczywiście bez środków, dodatkowe zadania w tym obszarze, ale też jednak musimy i te relacje i

zarządzanie zintegrowane mówi też o tym, że musimy tak jak w zdrowiu publicznym, nie mamy w pełni wpływu np. na część związaną z obsługą pacjenta w szpitalach. Tak samo tutaj nie mamy wpływu na pewne obszary, ale musimy z nimi się zająć. To będzie też kolejne duże wyzwanie. Tutaj są też trzy. W naszym programie operacyjnym jest więcej tych szufladek, czy tych celów operacyjnych, ale to wynika z jego zawartości treściowej.

INTEGRACJA SPOŁECZNA I AKTYWNOŚĆ OBYWATELSKA

Cele operacyjne i zadania

5. Podniesienie jakości systemu wspierania rodziny oraz systemu pieczy zastępczej

- 5.1 Rozszerzenie dostępności i podniesienie jakości działań wspierających rodziny przeżywające trudności
- 5.2 Zwiększenie udziału i podniesienie jakości rodzinnych form pieczy zastępczej
- 5.3 Podniesienie jakości opieki i wychowania w instytucjonalnych formach pieczy zastępczej
- 5.4 Zwiększenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- 5.5 Dostosowanie infrastruktury systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej

6. Podniesienie jakości systemu integracji społecznej

- 6.1 Zwiększenie dostępu do przystępnych trwałych i wysokiej jakości usług społecznych
- 6.2 Rozwinięcie działań w zakresie aktywnego włączenia
- 6.3 Wzmocnienie pracy socjalnej i zmodernizowanie systemu świadczeń socjalnych
- 6.4 Zwiększenie kompetencji kadr systemu pomocy i integracji społecznej
- 6.5 Dostosowanie infrastruktury systemu pomocy i integracji społecznej

7. Wzmocnienie koordynacji zarządzania polityką społeczną

- 7.1 Planowanie, zarządzanie i realizacja polityki społecznej oraz włączenie jej w inne polityki miasta
- 7.2 Zintegrowanie działań polityki społecznej m.in. w obszarze pomocy społecznej, rynku pracy, edukacji, ochrony zdrowia, mieszkalnictwa, bezpieczeństwa publicznego

Jeśli chodzi o zawartość treściową, czy problemową ten program operacyjny chyba jest najbardziej pojemny. Stąd nie mieścimy się w tych wstępnie przypisanych pięciu. Nawet chyba nie chcemy, ponieważ musielibyśmy pewne problemy spłaszczyć. Podniesienie jakości systemu wspierania rodziny oraz systemu pieczy zastępczej, rozszerzenie dostępności i podniesienie jakości działań wspierających rodziny przeżywające trudności. Tu też jest proces tego coraz bardziej indywidualnego podchodzenia do poszczególnego przypadku, to jest też wyzwanie. Zwiększenie udziału, podniesienie jakości rodzinnych form pieczy zastępczej, bo wiadomo, że jest to zawsze najbardziej pożądana forma, poza tym, że najlepiej aby dziecko było w swojej biologicznej rodzinie i nie było tam problemów, ale w sytuacji kiedy dziecko musi trafić do systemu pieczy to, im bliżej do warunków rodzinnych, tym bardziej nam o to chodzi. Stąd też odejście od systemu dużych domów dziecka, na rzecz domów dla dzieci, które już są zbliżeniem, ale to też nie jest forma idealna. Podniesienie jakości opieki i wychowania w instytucjonalnych formach pieczy zastępczej. Wiemy, że musimy podjąć dodatkowe działania wyposażające kadrę tego systemu pieczy w dodatkową wiedzę. Wiedzę, która niekoniecznie wynika bezpośrednio z ustawy. Tak jak w Sportie i zdrowiu wiemy od nauczycieli WF, że potrzebują szkoleń w zakresie radzenia sobie z uczniem trudnym i negocjacji, co by się wydawało, że jest śmieszne, ale to powiedzieli oni i my też w tym roku np. takie szkolenia dla nauczycieli WF, animatorów sportu wprowadzamy, plus radzenie z agresją. Podobnie musi być tu. Zwiększenie kompetencji kadr systemu. Dostosowanie infrastruktury i znów nie jest to kolejna, oddzielna infrastruktura tylko jej dostosowanie, być może łączenie funkcji. Podniesienie jakości systemu integracji społecznej i tu jednym z największych wyzwań jest zwiększenie dostępu do usług społecznych, stąd wcześniej mowa o

innym ich dystrybuowaniu i patrzeniu nie tylko na problemy w skali miasta, ale rozdrobnienie wręcz miasta na dodatkowe obszary. Rozwinięcie działań w zakresie aktywnego włączenia. To było dlaczego dopowiedziałem do bezdomności tę drugą część, że to, że przychodzą do placówek to dobrze, ale drugi element, czyli te aktywne pomaganie, metoda kija i marchewki, że chcemy odchodzić i zmieniać proporcje środków. Nie zmniejszymy nigdy środków przeznaczanych na wsparcie społeczne, żebyśmy nie myśleli, że będzie to ten kierunek. Raczej możemy dążyć w ciągu dekady do zmienienia proporcji, czyli będziemy więcej w ramach tych środków, którymi dysponujemy przeznaczać na formy aktywne, a raczej coraz mniej na formy jednostronnego przekazywania, dotowania takiego klienta. Natomiast też nie ma co się oszukiwać, że będziemy w stanie zmniejszyć w jakimś krótkim czasie ilość klientów długotrwałych systemu pomocy. Ci, którzy wpadli w ten system długotrwały raczej są to, to jest cały wątek do oddzielnego rozmawiania. Wzmocnienie pracy socjalnej. Zmodernizowanie systemu świadczeń socjalnych. Zwiększenie kompetencji kadr systemu pomocy i integracji społecznej. Wzmocnienie koordynacji zarządzania polityką. To są obszary, które są przed nami, które Państwo radni mieli wstępnie anonsowane w kontekście zmian w MOPR.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Bardzo obszerny materiał. Czy mamy jeszcze tematy związane z tym, co się działo na warsztatach, czy to już będzie podczas pytań wynikało?

Pan Grzegorz Szczuka - p.o. Dyrektora Wydziału Rozwoju Społecznego

W zasadzie wszystkie pomysły i sugestie, które pojawiły się po warsztatach bardzo mocno dotyczyły części aktywność obywatelska, bo wiadomo, że Gdańszczanin z ulicy krótko mówiąc, który był na tych warsztatach, nie wchodzi tak bardzo mocno, natomiast wszystkie z nich zostały uwzględnione na etapie tym kolejnym, uszczegółowienia, czyli nie tym, co Państwo widzieli, tym następnym, gdzie mamy działania.

PUNKT - 2a

Dyskusja, wnioski.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Dziękuję. Rozpoczynamy część dyskusyjną. Czekam na pytania. Proszę o zgłoszenia do tego, co zostało przedstawione.

Radny Jacek Teodorczyk - członek Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia

Pan dyrektor przedstawił faktycznie potężny materiał, ale jestem wdzięczny, że w tak skondensowanym skrócie i dobrze, a jednocześnie wyraźnie. Pan zasygnalizował takie wątpliwości. Ja je nie tylko dzielam, ale uważam, że one są pogłębione z mojej strony, że będzie bardzo trudno poprzez różnego rodzaju działalność, a wiem, że takie są plany, żeby wyprowadzać powoli tych klientów opieki społecznej i zmienić ich mentalność i nawyk, żeby nie zaczęły się nam rodzić następne pokolenia, które korzystają z opieki społecznej. Uważam, że chęci są bardzo dobre i potrzebne, bo to chodzi nie tylko o to, że my wydajemy pieniądze duże na taką

grupę, ale przede wszystkim, żeby zmienić mentalność tych ludzi, tzn. żeby chcieli kształcić swoje dzieci, żeby one mogły się wyrwać z tego zakłętego kręgu, i żeby nie powstawały nowe pokolenia klientów opieki społecznej. Życzę tego, żeby to się udało, bo jest to bardzo ważne i jest to celowy program, to co Pan powiedział, żeby oni w pewnym momencie wracali do normalnego życia, gdzie mogliby coś planować, mieć możliwość i chęć kształcenia swoich dzieci, ale to jest, uważam, bardzo trudne i rozłożone na bardzo długie lata, ale jest bardzo ambitny program, wyprowadzania i przede wszystkim zmiany mentalności, podejścia do tego, że można żyć bez pomocy społecznej. To jest bardzo trudne, ale ja zwróciłem szczególnie na to uwagę, bo to jest dla mnie problem numer jeden, który Pan przedstawił i dlatego życzę powodzenia i nie tylko dlatego, że będę siedział z założonymi rękoma tylko będę podchodził do tego z dużym zrozumieniem i wsparciem tego problemu.

Pan Grzegorz Szczuka - p.o. Dyrektora Wydziału Rozwoju Społecznego

Właśnie dlatego pokazałem Państwu ten czwórpodział i dlatego świeciła się tam na zielono edukacja, że część z zadań i z wyzwań wbrew pozorom, o których mówi Pan radny realizowana będzie też, jak później Państwo zauważycie, w obszarze programu obywatelskiego edukacja. Spora część działań w kontekście lat 10 czy 20 to jest właśnie działanie na mentalności i na mentalności tych, u których mogłoby wystąpić ryzyko wejścia w bycie klientem systemu pomocy. Tak jak mówiłem u części osób, które są długotrwale już w systemie obecnie my nie będziemy w stanie pomóc w sposób aktywny, czyli wyciągnąć ich.

Radna Anna Kołakowska - członek Komisji Samorządu i Ładu Publicznego

Panie dyrektorze czy w tym programie dla rodzin, została uwzględniona, jeżeli chodzi o realizację tego programu, specyfika poszczególnych dzielnic, to, że są dzielnice bardziej zaniedbane, bardzo trudne środowiskowo. Podam taki przykład. Przez rok pracowałam w gimnazjum na Przeróbce, a ja jestem nauczycielem z dużym stażem i tam skala patologii była nieporównywalna do czegokolwiek innego i wiem, że to są dzielnice zaniedbane. My wiemy, które dzielnice są zaniedbane. Czy realizując ten program bierzecie pod uwagę, że są takie części miasta, w które trzeba będzie bardziej zainwestować, że jest taka ogromna potrzeba społeczna, żeby tam ten program realizować z większą mocą?

Pan Grzegorz Szczuka - p.o. Dyrektora Wydziału Rozwoju Społecznego

Odwołuję się do tego, co powiedziałem wcześniej. W tej chwili już jesteśmy na etapie myślenia o dodatkowym podziale na obszary funkcjonalne, tak je nazywamy roboczo, czyli w ramach dzielnic administracyjnych, tak jak w przypadku dzielnicy Śródmieście, czy Chełm, zwłaszcza Chełm, który zaczyna się tutaj, a kończy pod Borkowem, konieczny jest podział na obszary funkcjonalne. Badania potrzeb i badania opinii społecznych będą od tego roku realizowane z uwzględnieniem tych obszarów, czyli potem dostosowanie usług, tych koszyków, o których wspominałem, minimalnych usług, które powinny być tam skierowane, będą oparte nie o dzielnice, tylko jeszcze o taki obszar funkcjonalny. Wtedy powinno nam się udać wyłuskać tą różnicę i inność proporcji. Nie badamy już niczego w skali miasta ogólnie, tylko schodzimy maksymalnie nisko do parteru.

Radny Marek Bumblis - przewodniczący Komisji Kultury

W początkowym harmonogramie nie było Komisji Kultury w tych tematach, o których teraz mówimy, ale z uwagi na swoje własne doświadczenia, ja w pięciu

partnerstwach, w tym, w trzech bardzo mocno tkwię, widzę wielką rolę kultury w kształtowaniu więzi i aktywizacji mieszkańców. Wśród tych czterech kółeczek w kółeczku edukacyjnym, które spina wydział zabrakło mi działalności edukacyjnej instytucji kultury. Ona w edukacji pośrednio jest, bo Pałac Młodzieży jest jednostką kultury. Natomiast on niestety kiedyś pełnił ważną rolę, a teraz zamknął się w sobie i ten wielki potencjał powinien zostać uruchomiony na rzecz lokalnych społeczności. Ta instytucja powinna być bardziej otwarta na mieszkańców i lokalne społeczności. Aktywności i więzi społecznych nie da się zadekretować z zewnątrz przyjazdem komisarzy ludowych, którzy oświatę krzewią i przekonują do budowania więzi. To można robić tylko i wyłącznie przez wyszukiwanie lokalnych liderów. Cieszę się, że podczas spotkań prezydenta z mieszkańcami tacy liderzy w poszczególnych dzielnicach są wyłapywani i nagradzani. Wydaje mi się, że jest to wielka nagroda dla tych osób, nie tylko prestiżowa, ale także podsumowanie działalności tych osób. Podkreśliłbym olbrzymią rolę infrastruktury lokalnej, za którą ciągną się lokalne więzi. Mówiono tutaj o roli edukacji szkół, dodałbym jeszcze parafie, za dziećmi ciągną się rodzice, dziadkowie. W parafiach są kluby seniora, rozgrywki ministrantów, jest szkolny Caritas, parafialny Caritas i tu już wchodzimy w tę sferę, w których jedni drugich brzemiona noszą, tak jakbyśmy za klasykiem znanym nam i autorytetem powtórzyli. Dlatego uważam, że kultura powinna być wprzęgnięta w te procesy, bo jest to doskonałe narzędzie. Dziękuję.

Pan Grzegorz Szczuka - p.o. Dyrektora Wydziału Rozwoju Społecznego

Dziękuję, że Pan radny sugeruje, że w naszym wydziale powinna się pojawić jeszcze kultura. Odnosiłem się do obecnej struktury, którą dysponujemy, natomiast program operacyjny Kultura i Czas Wolny to był program, z którym najmocniej i najczęściej spotykaliśmy się poza protokołem, na etapie powstawania, bo to zazębianie było u nas naturalne. Ono występuje najbardziej w obszarze Edukacji i najbardziej Aktywności Obywatelskiej i bardzo często jest też tak, że myśląc o nowej infrastrukturze, o której wspominałem w naszym programie, myślimy potencjalnie też o tym jak o np. infrastrukturze pod działania kulturalne. Także absolutnie zapewniam, że mówię tutaj relacje, kontakt był większy, niż z wszystkimi pozostałymi programami operacyjnymi.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Dziękuję czy są jeszcze jakieś pytania.

Radny Piotr Gierszewski - członek Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia

Panie przewodniczący, szanowni Państwo jestem spokojny, że akurat ten punkt tej części strategii przedstawiał dyrektor, nie to, że nie mam do Państwa zaufania, ale pytanie, które zadam, mam nadzieję, że odpowiedź jeszcze bardziej mnie uspokoi. My wiemy kto tak naprawdę będzie tę strategię realizował. To jest praktycznie rzecz biorąc jasne i klarowne. Nie do końca przekonuje mnie Pan dyrektor z tym ośrodkiem. To akurat ładnie wygląda na tablicy Wydziału Rozwoju Społecznego jako tym centrum, bo ja jestem zwolennikiem jednak ewidentnego podziału edukacji i spraw społecznych, ale to nie jest tematem. Dość umiejętnie tutaj faktycznie ta strategia jest wpisana, Wydział Rozwoju Społecznego jest wpisany w strategię.



Natomiast pytanie moje jest krótkie, nie wiem czy proste. Panie dyrektorze domniemam, tak jak mówimy, czeka nas dość spora rewolucja, jeśli chodzi o politykę społeczną w całej Polsce. Moje pytanie jest następujące. Czy Pan uwzględnił w swoim pomysle na nowy schemat, to jest techniczne pytanie, zarządzania polityką społeczną w mieście, wpisał Pan pomysł na swoiste techniczne, ale jak ważne, schemat Urzędu Miasta Gdańska do realizacji tej strategii. Wiem, że my na ten schemat musimy jeszcze parę miesięcy poczekać, ale czy on będzie kompatybilny z tym, co Państwo tutaj przygotowaliście, bo to jest bardzo ważne. Wy będziecie realizować tę strategię. Jeżeli to nie będzie kompatybilne z zarządzaniem to powiem szczerze, że będzie to duża, piękna teoria, ale nie będzie miała większego znaczenia na te dobre zapisy, które się tutaj pojawiają.

Pan Grzegorz Szczuka - p.o. Dyrektora Wydziału Rozwoju Społecznego

Już tłumaczę. Wracamy do tego. Proszę zobaczyć zintegrowane zarządzanie dlatego oddzielny cały obszar i szuflada, że my myślimy. To, co już w styczniu komunikowałem Państwu radnym, że będziemy sukcesywnie to analizować i tak jest uwzględnione. Jeśli chodzi o plany związane z, bo pewnie Pan radny głównie odwołuje się do wiążącej nad nami nowelizacji ustawy o pomocy społecznej, to w zasadzie chyba jesteśmy tak ze 2,5 kroku przed tą nowelizacją. Mamy pewną koncepcję, która mogłaby nawet bez nowelizacji tej ustawy już u nas w mieście zafunkcjonować i czekać na jej dostosowanie i to jest to, o czym w styczniu wspominałem. Za chwilę też, poza jednym z elementów dostosowywania tego systemu jest zespół ds. nowego modelu rodzicielstwa zastępczego. To jest jeden z elementów, który ma nas doprowadzić do tego, żeby właśnie potem ta struktura była odpowiednia. Stąd zaczęliśmy tu chwilę w kuluarach dyskutować, chociażby jeśli chodzi o konkretne działania nad tym czy tak, czy domy integracyjno - rodzinne, czy domy dla dzieci, czy pogotowie dla dzieci nie powinno być wyciągnięte w strukturze spod MOPR - u bezpośrednio pod wydział, żeby potem lepiej z nowym referatem usług społecznych. Referat Usług Społecznych, który się pojawił jest też odpowiedzią na dostosowanie się do tego. Także wydaje się nam, że myślimy, ale za chwilę zarówno to jak i propozycja poszczególnych kroków

reorganizacyjnych po stronie MOPR - u też będzie Państwu przedstawiana, więc to też nie jest tak, że mamy model, koncepcję, jedną już, którego będziemy się trzymali, bo to też musimy przedyskutować, chociażby mówiąc o ewentualnych zmianach na obszarze ośrodka pomocy rodzinie, naszego PCPR - u, musimy rozmawiać też ze stroną, która dzisiaj np. jest podmiotem świadczącym usługę zleconą przez tenże MOPR. To nie może rozegrać się tylko i wyłącznie na poziomie urzędników, radnych, ale także każdego elementu tego, więc wydaje nam się, że poprzez włączenie tego zintegrowania, struktura powinna też za tym nadażyć.

Radny Grzegorz Strzelczyk

Mam pytanie łączące te dwa bloki, o którym Państwo mówiliście. Pani dyrektor była uprzejma zwrócić uwagę, że mamy do czynienia z nasilającym się efektem wykluczenia ekonomicznego. To niestety ściśle będzie implikowało działanie tego drugiego bloku, o którym mówił Pan. Tutaj się zastanawiam, czy jest jakiś sposób, czy myślicie Państwo o tym, żeby wypracować taki mechanizm, żeby elastycznie i wyprzedzająco reagować na tą sytuację makroekonomiczną, która też dotyczy mieszkańców naszego miasta. Wiem, że mamy bardzo niewielki, czy wręcz żaden wpływ na to wykluczenie ekonomiczne. Natomiast rzeczywiście w tej części społecznej, socjalnej mamy wszystkie narzędzia, żeby ten efekt wykluczenia ekonomicznego przebiegał w sposób jak najbardziej miękki i niepatologiczny dla mieszkańców popadających w to wykluczenie.

Pan Grzegorz Szczuka - p.o. Dyrektora Wydziału Rozwoju Społecznego

To musimy wyjść poza wszystkie z trzech programów operacyjnych, które są w naszym obszarze i do tego dodać jeszcze programy operacyjne związane z zatrudnieniem, bo tam też umieściliśmy konkretne narzędzia. W programie Przedsiębiorczość umieściliśmy ekonomię społeczną, która do tej pory była postrzegana wyłącznie jako narzędzie pomocy społecznej. My postrzegamy to troszkę szerzej i tego nie ma tutaj, ale my to umieściliśmy, rozwój ekonomii społecznej, bo to jest też podmiot ekonomii społecznej jest miejscem pracy i jest też nietypowym, ale jednak elementem sieci podmiotów gospodarczych, a nie typowo pomocowym, więc tam też mamy narzędzia, plus rozpoczęliśmy pracę nad takim kompleksowym programem bezpieczeństwa ekonomiczno - finansowego dla Gdańszczan, które jest głównie oparte o obszar edukowania, ostrzegania, czyli znów prewencja i wczesne reagowanie. Tego elementu do tej pory nam brakowało w systemie. Mieliśmy prewencję jakąś tam i potem mieliśmy głęboko zastany kryzys ekonomiczny. Teraz dodajemy ten moduł wczesnej interwencji, czyli odnosząc się do konkretnego działania patrzę tu na dyrekcję MOPR - u, bo to też wspólnie, razem z MOPR, GZNK podjęliśmy takie działania dotyczące „czynszowców” i pracujemy nad tym, żeby informacja o tym, że ktoś wchodzi albo balansuje na granicy wejścia w zadłużenie czynszowe, już wtedy trafiała do naszej części miasta, żebyśmy mogli wczesną interwencję przeprowadzić, bo etap zadłużenia na poziomie 50 000 - 60 000 zł jest prawie niewyprowadzalnym, może w promilu lub w procencie wyprowadzalnym. Także wydaje się nam, że też to umieściliśmy, ale nie wciskaliśmy tego już w i tak duży program operacyjny, ale pewnie i tak po naszej stronie będzie pilnowanie tych rzeczy mimo, że są w innych programach operacyjnych.

Radny Grzegorz Strzelczyk

Chciałem tylko powiedzieć, że mam olbrzymią satysfakcję, bo do strategii w ogóle jako takiej wprowadziłem pojęcie pracy, bo tego nie było w pierwotnym kształcie

strategii. Wszyscy dyskutujemy o dobrostanie naszego społeczeństwa, poprawie jakości życia, a tak naprawdę bogactwo bierze się z pracy. Cieszę się, że to się znalazło w tych dodatkowych programach. Dziękuję.

Pani Katarzyna Drozd - Wiśniewska - Zastępca Dyrektora Wydziału Polityki Gospodarczej

Ja jeszcze chciałabym dodać odnośnie realizatorów poszczególnych zadań. Będziemy też wskazywać bezpośrednio wydziały, czy jednostki organizacyjne, które będą odpowiedzialne za realizację poszczególnych zadań, żeby rzeczywiście ta strategia i programy operacyjne miały realny wymiar.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Przypominam Państwu, że to wszystkich programów operacyjnych radni mogą składać uwagi do 30 kwietnia. Jeżeli chodzi o dzisiejsze dwa programy to kończymy nad nimi pracę na tę chwilę. Następne posiedzenia komisji dla wszystkich Państwa, którzy są w komisjach, ale także dla wszystkich innych radnych, którzy są chętni w poniedziałek między godziną 16:00 - 17:00. To są programy dotyczące bardziej gospodarki, tzn. jeden to jest Innowacyjność, drugi to jest Atrakcyjność Inwestycyjna. Także jeśli Państwo mogą to zapraszam w poniedziałek o godzinie 16:00 i 17:00. Formalnie wszystkie komisje poza komisja Kultury muszą zakończyć swoje prace.

Więcej głosów w dyskusji nie było.

PUNKT - 4

Sprawy wniesione, wolne wnioski, korespondencja.

Radny Piotr Borawski - prowadzący obrady, Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG

Jeżeli nie ma żadnych spraw wniesionych zamykam posiedzenie Komisji Strategii i Budżetu.

Następnie Przewodniczący poszczególnych Komisji Rady Miasta Gdańska: Zrównoważonego Rozwoju, Edukacji, Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia, Samorządu i Ładu Publicznego zamknęli posiedzenia swoich Komisji.

Posiedzenie zostało zakończone - godz. 18:10.

***Prowadzący obrady
Przewodniczący Komisji Strategii i Budżetu RMG***

Piotr Borawski

Protokół sporządziły:
Joanna Świeczkowska,
Ewelina Szymczyk



jestem z

GDAŃSKA *mój głos jest ważny*



PROJEKT PROGRAMU OPERACYJNEGO

Zdrowie Publiczne i Sport

WERSJA Z DNIA: 15.04.2015

Cel operacyjny	Opis
1. Zwiększenie wiedzy dotyczącej wpływu stylu życia i warunków środowiskowych na zdrowie (alfabetyzacja zdrowia).	Edukacja zdrowotna jako część promocji zdrowia kształtuje świadomość i zwiększa szansę na podejmowanie zachowań służących zdrowiu. W pierwszej kolejności działania w tym zakresie kierowane będą do osób najmłodszych jako wsparcie wychowania do zdrowia realizowanego w rodzinie oraz żłobkach, przedszkolach i szkołach, aby skutecznie utrwalac postawy i zachowania służące zdrowiu. W odpowiedniej formie alfabetyzacja zdrowia kontynuowana będzie wśród dorosłych i seniorów. W celu efektywnego prowadzenia edukacji zdrowotnej konieczna jest wielosektorowa współpraca różnych środowisk: rodzinnego, oświatowego, naukowego oraz wsparcia organizacji pozarządowych i instytucji publicznych. Do jej realizacji należy wykorzystać narzędzia marketingu społecznego w zdrowiu (w tym: przestrzeń publiczną, środki transportu oraz media).
2. Zwiększenie udziału mieszkańców miasta w kulturze fizycznej.	Kultura fizyczna (w tym: sport i wychowanie fizyczne) jako dziedzina życia społecznego wpływa na jakość życia mieszkańców i ich zdrowie. Aktywność fizyczna (sport ukierunkowany na poprawę zdrowia) jest podstawowym elementem stylu życia, który umacnia potencjał fizyczny, społeczny, emocjonalny i finansowy człowieka. Współzawodnictwo sportowe ukierunkowane na wynik na wszystkich poziomach rywalizacji (sport powszechny i wyczynowy) jest narzędziem zdrowia publicznego. Konieczne jest wzmocnienie wszelkich aktywności mobilizujących mieszkańców do podejmowania aktywności fizycznej. Ważną tego częścią będzie promowanie udziału w zorganizowanych formach aktywności fizycznej jak zrzeszanie w klubach sportowych, udział w zawodach, masowych biegach czy organizacja wydarzeń sportowych, które budują kulturę kibicowania i motywują do stawiania sobie wyzwań. Podejmowanie aktywności fizycznej w znaczący sposób uzależnione jest od dostępnej infrastruktury sportowej, która zostanie zmodernizowana i poszerzona.
3. Podniesienie efektywności programów profilaktyki chorób i uzależnień.	Profilaktyka chorób i uzależnień to działania ukierunkowane na grupy osób narażonych na rozwój zaburzeń zdrowotnych i służące wczesnej diagnostyce, redukcji czynników ryzyka chorób oraz przezwyciężaniu uzależnień. Działania zapobiegające występowaniu chorób poprzez wczesne ich wykrywanie oraz walkę z czynnikami ryzyka mają ogromny znaczenia w ograniczaniu niepożądanych konsekwencji zdrowotnych. Badania przesiewowe mające udowodnioną skuteczność w wykrywaniu najczęstszych zagrożeń zdrowotnych są dostępnym narzędziem, które przy współpracy z placówkami ochrony zdrowia, organizacjami pozarządowymi będą stosowane w szerszym niż dotychczas zakresie. Mieszkańcy znajdujący się w grupach podwyższonego ryzyka zachorowań będą objęci w większym zakresie wsparciem prowadzącym do zmiany stylu życia i terapeutycznym, co pozwoli również zmniejszyć nierówności w zdrowiu.
4. Podniesienie jakości opieki medycznej.	Ogromne zasoby instytucji publicznych są niewykorzystywane przez brak należytej integracji usług społecznych i zdrowotnych. Koordynacja usług opiekuńczych świadczonych przez ośrodki pomocy rodzinie i leczniczych finansowanych przez płatnika publicznego zwiększy efektywność oddziaływań terapeutycznych. Właściwe wykorzystanie zasobów (w tym: wolontariatu) umożliwi zwiększenie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego i społeczno – ekonomicznego osób chorych. Intensywniejsza współpraca jednostek miasta z jednostkami ochrony zdrowia polepszy efektywność oddziaływań terapeutycznych zarówno przez dofinansowanie programów leczniczych jak i wykorzystanie zasobów dla lepszej dostępności podstawowej opieki zdrowotnej. Konsekwentne budowanie zaufania do środowiska medycznego i wsparcie pracowników socjalnych zwiększy

	poziom przestrzegania zaleceń lekarskich. Współkształtowanie opieki medycznej nad pacjentem odbywać się będzie poprzez działania wspierające i komplementarne do zadań finansowanych przez NFZ w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.
--	--

IV. CELE OPERACYJNE I ZADANIA	
Wskazanie uspołnionych co do poziomu szczegółowości nazw celów operacyjnych i zadań. Uzupełnia IBnGR wraz z Zespołem roboczym ds. opracowania PO do dnia 13 lutego 2015 r.	
Cel operacyjny	Zadanie
1. Zwiększenie wiedzy dotyczącej wpływu stylu życia i warunków środowiskowych na zdrowie	1.1. Promocja zdrowego odżywiania
	1.2. Promocja aktywności fizycznej
	1.3. Promocja higieny osobistej
	1.4. Promocja zdrowia psychicznego
	1.5. Edukacja seksualna
	1.6. Edukacja w zakresie tworzenia zdrowego środowiska życia i pracy
	1.7 Edukacja w zakresie przygotowania rodziców do porodu i opieki nad dzieckiem we wczesnym okresie życia.
	1.8 Edukacja w zakresie aktywnego starzenia.
2. Zwiększenie udziału mieszkańców miasta w kulturze fizycznej	2.1. Tworzenie warunków dla rozwoju sportu powszechnego (w tym: szkolnego) i wspieranie wychowania fizycznego
	2.2. Tworzenie warunków dla rozwoju sportu wyczynowego
	2.3. Tworzenie warunków zwiększających udział mieszkańców w roli kibiców w wydarzeniach sportowych
3. Podniesienie efektywności programów profilaktyki chorób i uzależnień.	3.1. Przeciwdziałanie chorobom niezakaźnym (w szczególności choroby cywilizacyjne, m.in.: choroby układu krążenia, otyłość, cukrzyca, nowotwory)
	3.2. Przeciwdziałanie uzależnieniom od nikotyny (papierosy i e-papierosy) oraz narażaniu na tzw. „bierne palenie”
	3.3. Przeciwdziałanie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych (w tym: alkohol, narkotyki)
	3.4. Przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym (w tym: hazard, Internet, gry komputerowe)
	3.5. Przeciwdziałanie chorobom jamy ustnej
	3.6. Przeciwdziałanie chorobom zakaźnym
	3.7. Zapobieganie depresji i samobójstwom
	3.8. Zapobieganie nadużywaniu leków i suplementów diety
4. Podniesienie jakości opieki medycznej.	4.1. Integrowanie pomocy społecznej, psychologicznej i opieki medycznej (w tym: upowszechnienie wolontariatu)
	4.2. Tworzenie warunków dla lepszej dostępności i wyższej jakości usług medycznych (w tym: programy lecznicze, preferencyjne warunki wynajmu budynków miejskich przez podmioty lecznicze oraz doposażenie w sprzęt medyczny)
	4.3. Kształtowanie postaw pacjentów i środowiska medycznego zwiększających skuteczność procesu leczenia (w tym: przestrzeganie zaleceń terapeutycznych i monitorowanie niepożądanych działań leków i suplementów diety)
	4.4. Edukacja z zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej

V. WSKAZANIE KLUCZOWYCH DZIAŁAŃ W RAMACH ZADAŃ
Wylistowanie kluczowych działań (przedsięwzięć, programów miejskich, projektów, inwestycji)

do zrealizowania w ramach celów operacyjnych w Programie.

Uzupełnia Koordynator do dnia 31 marca 2015 r.

Zadanie	Kluczowe działanie
1.1. Promocja zdrowego odżywiania.	1.1.1 Realizacja programów edukacyjnych dotyczących zasad zdrowego żywienia kierowanych do różnych grup odbiorców. 1.1.2 Realizacja programów edukacyjnych promujących karmienie piersią (w tym działania w ramach „szkół rodzenia”). 1.1.3 Realizacja kampanii edukacyjnych (z wykorzystaniem marketingu społecznego) w zakresie promocji zdrowych zachowań żywieniowych kierowanych do różnych grup odbiorców. 1.1.4 Prowadzenie działań ograniczających dostęp na terenie placówek oświatowych do żywności o dużej zawartości cukru, tłuszczu i soli. 1.1.5 Realizacja i wsparcie działań podnoszących kwalifikacje środowiska szkolnego w obszarze edukacji żywieniowej i wychowania do zdrowia.
1.2. Promocja aktywności fizycznej	1.1.6 Realizacja programów edukacyjnych dotyczących znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia kierowanych do różnych grup odbiorców. 1.2.1 Realizacja imprez sportowych i rekreacyjnych kierowanych do różnych grup odbiorców zawierających komponent edukacyjny dotyczący znaczenia dla zdrowia aktywności fizycznej. 1.2.2 Realizacja kampanii edukacyjnych (z wykorzystaniem marketingu społecznego) dotyczących roli aktywności fizycznej w budowaniu potencjału zdrowotnego mieszkańców. 1.2.3 Realizacja i wsparcie działań podnoszących kwalifikacje środowiska szkolnego w obszarze promocji aktywności fizycznej i wychowania do zdrowia.
1.3. Promocja higieny osobistej	1.3.1 Realizacja programów edukacyjnych dotyczących higieny osobistej (programy kierowane w szczególności do dzieci). 1.3.2 Realizacja programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób kierowanych do różnych grup odbiorców (w szczególności dzieci) zawierających komponent edukacyjny dotyczący higieny jamy ustnej.
1.4. Promocja zdrowia psychicznego	1.4.1 Realizacja programów edukacyjnych dotyczących psycho - społecznych aspektów zdrowia. 1.4.2 Realizacja programów pomocy psychologicznej dla mieszkańców Gdańska (w tym pomocy psychologicznej on-line).
1.5. Edukacja seksualna	1.5.1 Realizacja programów edukacyjnych kierowanych do młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych dotyczących zdrowia seksualnego człowieka.
1.6. Edukacja w zakresie tworzenia zdrowego środowiska życia i pracy	1.6.1 Realizacja programów edukacyjnych dotyczących tworzenia zdrowego środowiska pracy.
1.7 Edukacja w zakresie przygotowania rodziców do porodu i opieki nad dzieckiem we wczesnym okresie życia.	1.7.1 Wsparcie działań dotyczących przygotowania rodziców do porodu i opieki nad dzieckiem we wczesnym okresie życia (szkoła rodzenia)
1.8 Edukacja w zakresie aktywnego starzenia.	1.7.2 Realizacja programów edukacyjnych i aktywizujących dotyczących tworzenia optymalnych możliwości w zakresie zdrowia, uczestnictwa i bezpieczeństwa w celu poprawy jakości życia ludzi w okresie starości

	- kierowana do osób w wieku emerytalnym (seniorów).
2.1. Tworzenie warunków dla rozwoju sportu powszechnego (w tym: szkolnego) i wspieranie wychowania fizycznego	<p>2.1.1 Stworzenie centralnej bazy informacyjnej (on-line) dotyczącej infrastruktury i oferty umożliwiających aktywność fizyczną oraz kalendarza wydarzeń i możliwości skorzystania z obiektów sportowych.</p> <p>2.1.2 Prowadzenie działań z udziałem mistrzów sportu celem aktywizowania dzieci i młodzieży oraz promocji wybranych dyscyplin sportowych.</p> <p>2.1.3 Realizacja działań podnoszących kompetencje nauczycieli wychowania fizycznego oraz kadry sportu powszechnego (w tym: warsztaty, konsultacje, kursy i konferencje).</p> <p>2.1.4 Realizacja działań poprawiających dostęp mieszkańców do miejskich obiektów sportowych (oświatowych).</p> <p>2.1.5 Realizacja działań wspierających kluby sportowe i organizacje pozarządowe w organizowaniu wydarzeń sportowych w szkołach.</p> <p>2.1.6 Realizacja działań wspierających kluby sportowe i organizacje pozarządowe w organizowaniu zajęć sportowych dla różnych grup wiekowych.</p>
2.2. Tworzenie warunków dla rozwoju sportu wyczynowego	<p>2.2.1 Realizacja i wsparcie programów selekcji „talentów sportowych”.</p> <p>2.2.2 (...)</p> <p>2.2.3 (...)</p>
2.3. Tworzenie warunków zwiększających udział mieszkańców w roli kibiców w wydarzeniach sportowych	<p>2.3.1 Realizacja i wsparcie działań promujących udział mieszkańców w wydarzeniach sportowych w roli kibica (w tym warsztaty pozytywnego kibicowania).</p> <p>2.3.2 Realizacja działań promujących miasto poprzez sport w wybranych dyscyplinach sportowych (w tym: piłka nożna, piłka siatkowa, piłka ręczna, żużel, rugby, koszykówka, sporty wodne).</p> <p>2.3.3 Wsparcie organizacji ważnych wydarzeń sportowych w Gdańsku (w tym ligowych).</p> <p>2.3.4 Wsparcie działań związanych z dystrybucją wśród dzieci darmowych voucherów na wydarzenia sportowe.</p>
3.1. Przeciwdziałanie chorobom niezakaźnym (w szczególności choroby cywilizacyjne, m.in.: choroby układu krążenia, otyłość, cukrzyca, nowotwory)	<p>3.1.1 Realizacja programów badań przesiewowych dotyczących wykrywania behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych wśród różnych grup wiekowych (w tym: niezdrowe zachowania żywieniowe, niski poziom aktywności fizycznej).</p> <p>3.1.2 Realizacja programów interwencji zdrowotnych ukierunkowanych na redukcję czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych w różnych grupach wiekowych.</p> <p>3.1.3 Realizacja programów badań przesiewowych dotyczących wczesnego wykrywania chorób (w tym: choroby układu krążenia, otyłość, cukrzyca, nowotwory).</p>
3.2. Przeciwdziałanie uzależnieniom od nikotyny (papierosy i e-papierosy) oraz narażaniu na tzw. „bierne palenie”	<p>3.2.1 Realizacja programów i kampanii edukacyjnych (z wykorzystaniem marketingu społecznego) dotyczących zdrowotnych konsekwencji palenia tytoniu i e-papierosów oraz biernego narażania osób na dym tytoniowy.</p> <p>3.2.2 Wspieranie działań realizowanych wobec osób uzależnionych od nikotyny starających się zerwać z nałogiem (w tym: poradnictwo antytytoniowe oraz promocja i wsparcie poradni leczenia zespołu</p>

	<p>uzależnienia od nikotyny).</p> <p>3.2.3 Realizacja programów badań przesiewowych dotyczących wczesnego wykrywania chorób odtytoniowych.</p>
<p>3.3. <i>Przeciwdziałanie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych (w tym: alkohol, narkotyki)</i></p>	<p>3.3.1 Realizacja programów identyfikowania osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków oraz osób przejawiających zachowania ryzykowne w tym zakresie.</p> <p>3.3.2 Realizacja programów i kampanii edukacyjnych (z wykorzystaniem marketingu społecznego) dotyczących zdrowotnych konsekwencji uzależnienia od substancji psychoaktywnych.</p> <p>3.2.4 Realizacja i wspieranie działań terapeutycznych prowadzonych wobec osób (rodzin) uzależnionych od substancji psychoaktywnych (w tym: poradnictwo psychologiczne stacjonarne i on-line).</p> <p>3.3.3 Realizacja działań wspierających i podnoszących kompetencje zawodowe realizatorów profilaktyki uzależnień (w tym: podnoszenie jakości usług).</p>
<p>3.4. <i>Przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym (w tym: hazard, Internet, gry komputerowe)</i></p>	<p>3.4.1 Realizacja programów identyfikowania osób uzależnionych od hazardu, Internetu i gier komputerowych oraz osób przejawiających zachowania ryzykowne w tym zakresie.</p> <p>3.4.2 Realizacja programów i kampanii edukacyjnych (z wykorzystaniem marketingu społecznego) dotyczących zdrowotnych konsekwencji uzależnienia od hazardu, Internetu i gier komputerowych.</p> <p>3.4.3 Realizacja i wspieranie działań terapeutycznych prowadzonych wobec osób (rodzin) uzależnionych od hazardu, Internetu i gier komputerowych (w tym: poradnictwo psychologiczne stacjonarne i on-line).</p>
<p>3.5. <i>Przeciwdziałanie chorobom jamy ustnej</i></p>	<p>3.5.1 Realizacja programów i kampanii edukacyjnych dotyczących przeciwdziałania chorobom jamy ustnej.</p> <p>3.5.2 Realizacja badań przesiewowych dotyczących wczesnego wykrywania chorób jamy ustnej (w szczególności próchnicy u dzieci).</p>
<p>3.6. <i>Przeciwdziałanie chorobom zakaźnym</i></p>	<p>3.5.3 Realizacja programów edukacyjnych dotyczących problemu zakażeń wirusem HIV (choroba AIDS) skierowanych do różnych grup wiekowych (w szczególności młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej).</p> <p>3.5.4 Realizacja programów edukacyjnych dotyczących zakażeń przenoszonych drogą płciową skierowanych do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych (w tym kampanie informacyjno - edukacyjne dla studentów).</p> <p>3.5.5 Realizacja programów szczepień przeciwko wybranym chorobom zakaźnym i wśród wybranych grup odbiorców (zgodnie z rekomendacjami MZ i AOTM).</p> <p>3.5.6 Wsparcie działań promujących szczepienia dzieci zgodnie z kalendarzem szczepień MZ.</p>
<p>3.7. <i>Zapobieganie depresji i samobójstwom</i></p>	<p>3.7.1 Realizacja programów wczesnego wykrywania czynników ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych w różnych grupach wiekowych.</p> <p>3.7.2 Realizacja programów interwencji zdrowotnych ukierunkowanych na redukcję czynników ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych (w tym organizacja systemu poradnictwa i pomocy psychologicznej dostępnej w stanach kryzysu psychicznego stacjonarnie i on-line).</p> <p>3.7.3 Realizacja kampanii edukacyjnych (z wykorzystaniem marketingu społecznego) dotyczących zaburzeń psychicznych i depresji oraz promujących postawy zrozumienia i akceptacji osób zagrożonych dyskryminacją z powodu zaburzeń psychicznych.</p>

<p>3.8. <i>Zapobieganie nadużywaniu leków i suplementów diety</i></p>	<p>3.8.1 Realizacja programów i kampanii edukacyjnych dotyczących zasad stosowania leków i suplementów diety.</p> <p>3.8.2 Realizacja i wsparcie działań podnoszących kwalifikacje środowiska medycznego w zakresie przeciwdziałania nadużywaniu leków i suplementów diety przez pacjentów (w tym poszerzanie wiedzy dotyczącej interakcji leków).</p>
<p>4.1. <i>Integrowanie pomocy społecznej, psychologicznej i opieki medycznej (w tym: upowszechnienie wolontariatu)</i></p>	<p>4.1.1 Wsparcie działań dotyczących tworzenia systemu zintegrowanej opieki zdrowotnej i telemedycyny dla osób przewlekle chorych.</p> <p>4.1.2 Wdrożenie zintegrowanego systemu pomocy środowiskowej dla osób z chorobami psychicznymi i ich rodzin.</p> <p>4.1.3 Wdrożenie zintegrowanego systemu pomocy środowiskowej (z wykorzystaniem wolontariatu) dla osób z chorobami przewlekłymi.</p>
<p>4.2. <i>Tworzenie warunków dla lepszej dostępności i wyższej jakości usług medycznych (w tym: programy lecznicze, preferencyjne warunki wynajmu budynków miejskich przez podmioty lecznicze oraz doposażenie w sprzęt medyczny)</i></p>	<p>4.2.1 Wspieranie programów terapeutycznych ukierunkowanych na redukcję skutków zdrowotnych chorób (w szczególności chorób psychicznych).</p> <p>4.2.2 Wspieranie programów terapeutycznych skierowanych do osób chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich (w tym: turnusy terapeutyczno – rehabilitacyjne, terapia indywidualna i grupowa).</p> <p>4.2.3 Tworzenie warunków dla lepszej dostępności do usług medycznych poprzez przekazywanie w drodze przetargu nieruchomości gruntowych na rozwijających się terenach Gdańska z przeznaczeniem pod budowę nieruchomości, w których świadczone będą usługi zdrowotne.</p> <p>4.2.4 Tworzenie warunków dla lepszej dostępności do usług medycznych poprzez udzielanie bonifikaty w opłatach za najem podmiotom realizującym usługi zdrowotne w budynkach komunalnych.</p> <p>4.2.5 Tworzenie warunków dla lepszej dostępności do usług medycznych poprzez zakup aparatury i sprzętu medycznego i przekazywanie w użytkowanie (bezterminowe umowy użyczenia) placówkom szpitalnym i ratownictwa medycznego w celu ich doposażenia.</p>
<p>4.3. <i>Kształtowanie postaw pacjentów i środowiska medycznego zwiększających skuteczność procesu leczenia (w tym: przestrzeganie zaleceń terapeutycznych i monitorowanie niepożądanych działań leków i suplementów diety)</i></p>	<p>4.3.1 Realizacja programów i kampanii edukacyjnych dotyczących przestrzegania zaleceń terapeutycznych.</p> <p>4.3.2 Realizacja programów i kampanii edukacyjnych dotyczących zgłaszania niepożądanych działań leków i suplementów diety.</p> <p>4.3.3 Realizacja i wsparcie działań podnoszących kwalifikacje środowiska medycznego w zakresie przestrzegania przez pacjentów zaleceń terapeutycznych i zgłaszania niepożądanych działań leków i suplementów diety.</p>
<p>4.4. <i>Edukacja w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej</i></p>	<p>4.4.1 Realizacja programów i warsztatów edukacyjnych dotyczących zasad pierwszej pomocy przedmedycznej kierowanych do różnych grup odbiorców.</p>

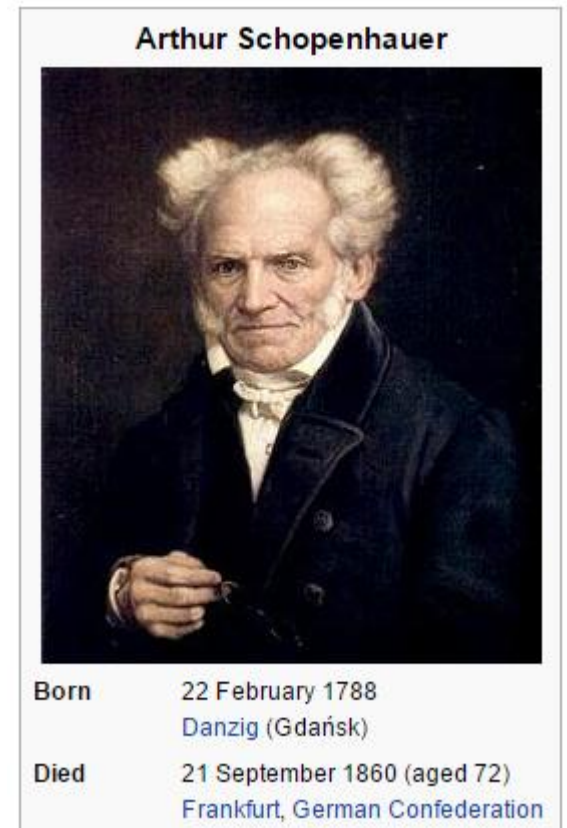
Strategia Gdańsk 2030+

PO Zdrowie Publiczne i Sport

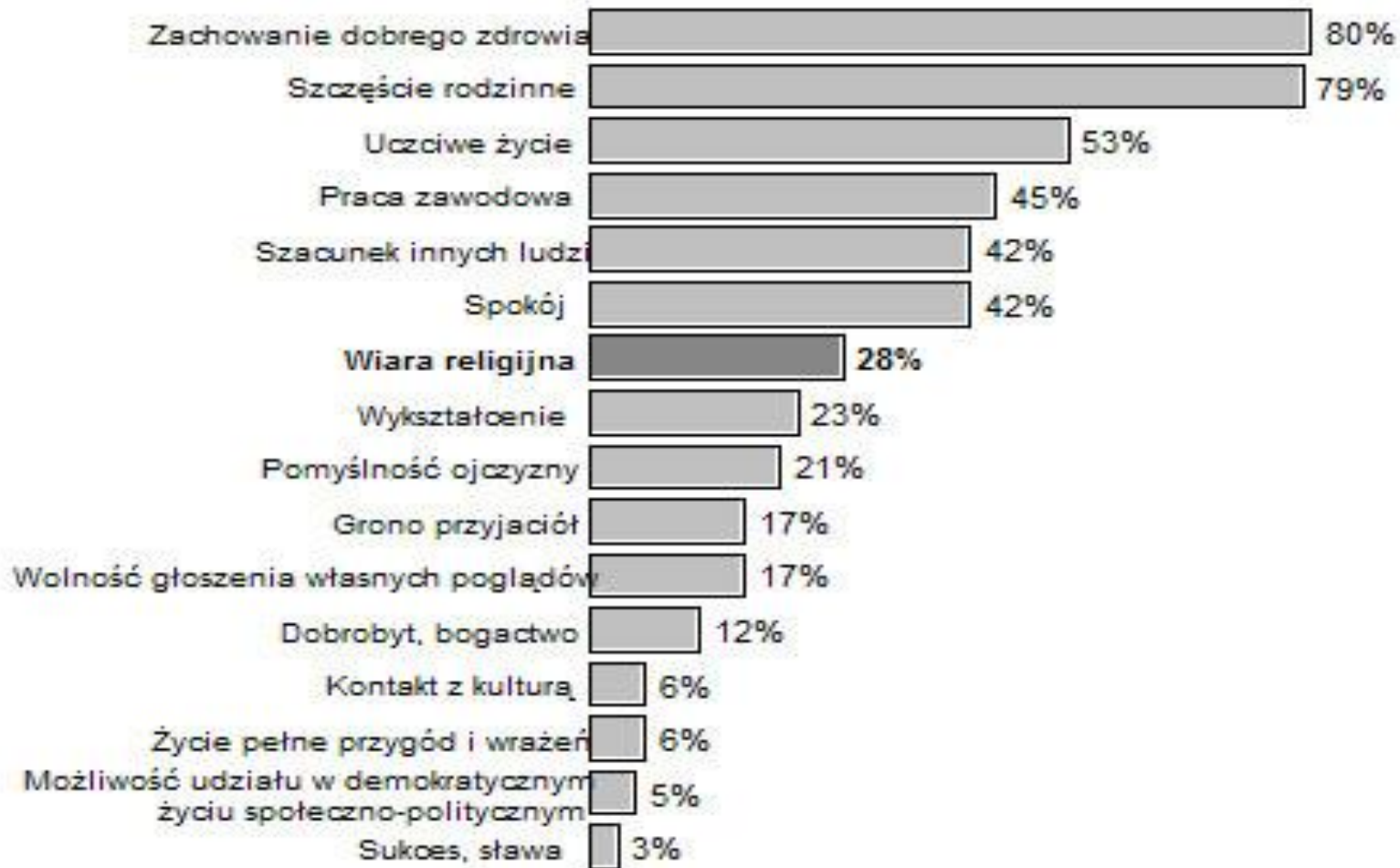
18.04.2015

Zdrowie

„Zdrowie nie jest wszystkim
ale
bez zdrowia wszystko jest niczym”



Zdrowie



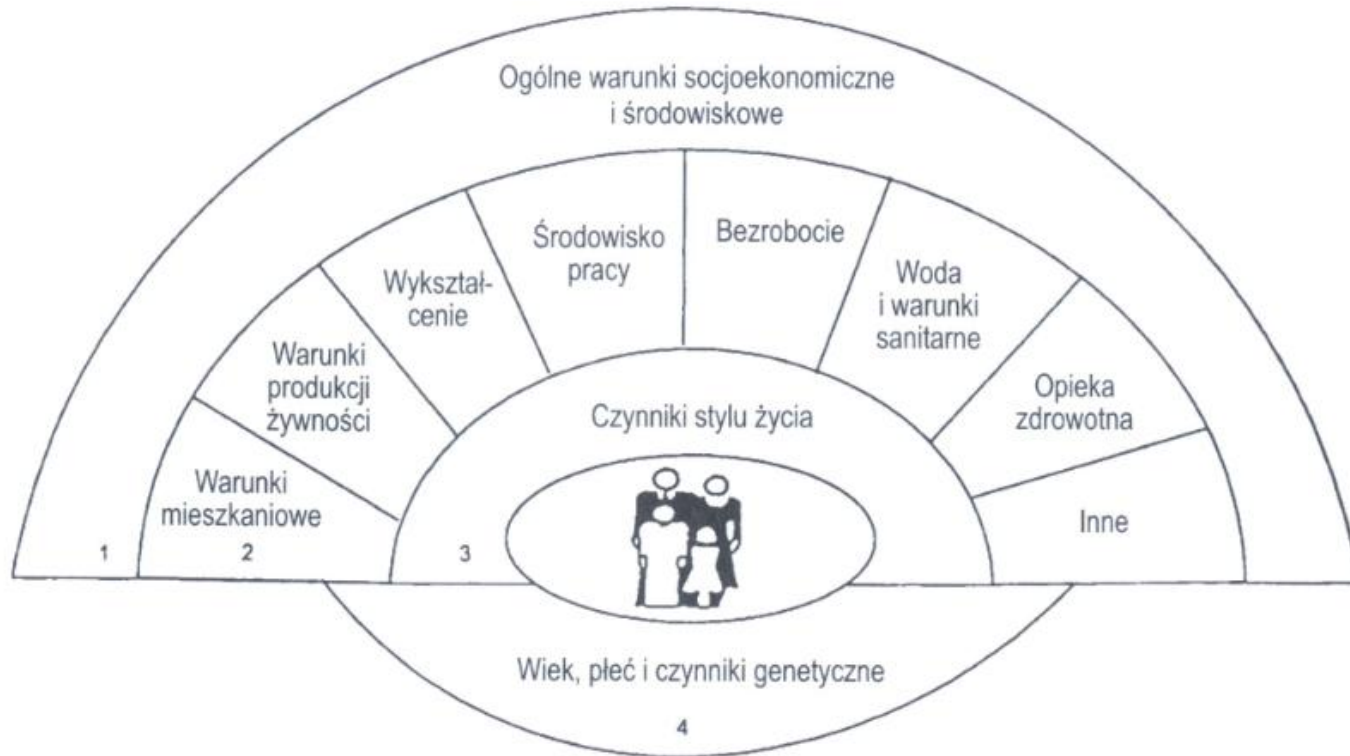
lata 1989-2008 na podstawie badań CBOS (R. Boguszewski)

Zdrowie

Zdrowie jest **zasobem**, dzięki któremu człowiek może realizować swoje pasje, aspiracje i marzenia, a tym samym poprawiać jakość życia i zmieniać świat.

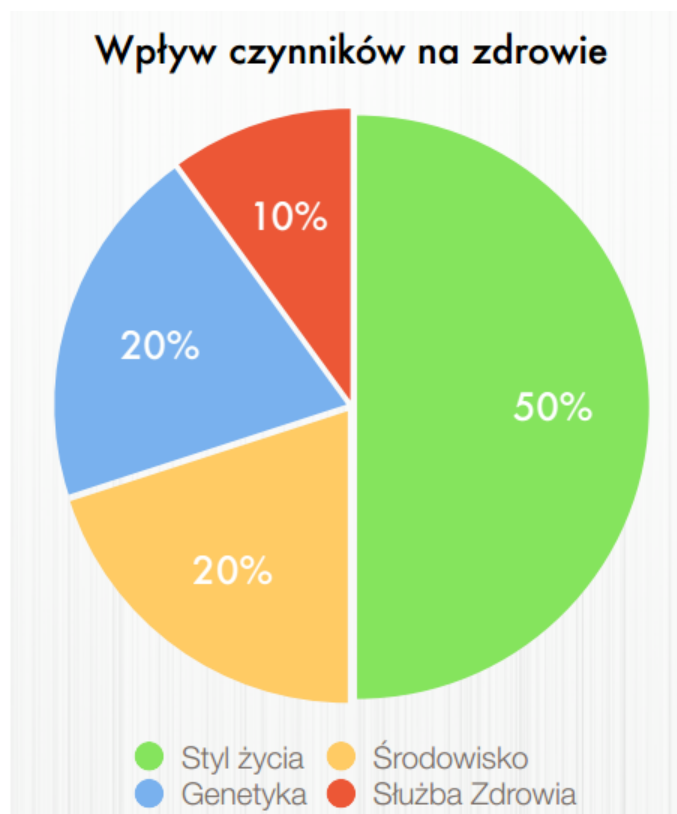
Zdrowie jest **wartością**, która umożliwia nam pełniejsze i dłuższe korzystanie ze zdolności naszego ciała i umysłu w celu służenia drugiemu człowiekowi.

Zdrowie



Źródło: Dahlgren G. & Whitehead M., *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Institute for Future Studies, 1991.

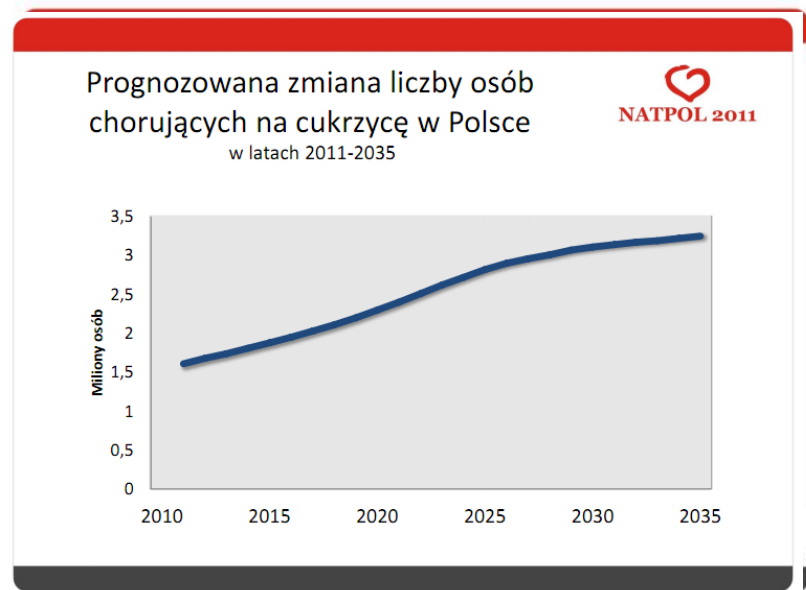
Czynniki warunkujące zdrowie



Lalonde M. A.: New Perspective on the Health of Canadians, a working document, Ministry of Supply and Services of Canada, Ottawa 1974.

Trzecia rewolucja zdrowotna

Po raz pierwszy w historii ludzkości dzieci urodzone po roku 2000
mogą żyć krócej niż ich rodzice!



3 rewolucja (XXI w.) – zdrowy styl życia (czynniki behawioralne)

Styl życia a zdrowie

Choroby układu krążenia	80%
Nowotwory	40%
Cukrzyca	90%

Katz D. L.: Stopy, sztuce i palce a przyszłość narodów, Wrocław 2011.



Codzienna aktywność fizyczna.
Prawidłowa masa ciała (odżywianie).
Przestrzeń wolna od dymu tytoniowego.

EBM



Strategia Gdańsk 2030 +



PROGRAM OPERACYJNY
Zdrowie Publiczne i Sport
wersja z 09 stycznia 2015

System 2
GDAŃSKA

GDAŃSK 2030 PLUS
STRATEGIA ROZWOJU MIASTA

Cochcimy osiągnąć?	
<p>Państwo „zdrowsze” rozumiane jest jako państwo „zdrowsze” pod względem jakości życia i jakości życia. Świat Afektywny i zdrowotny (WHO 2012).</p> <p>Państwo „zdrowsze” oznacza: wydłużenie średniej długości życia, zmniejszenie liczby osób z chorobami przewlekłymi, poprawę jakości życia, poprawę sytuacji ekonomicznej i ekologicznej, poprawę sytuacji społecznej i kulturalnej, poprawę sytuacji edukacyjnej i zawodowej, poprawę sytuacji mieszkaniowej i transportowej (Ludność w sprawach 2012).</p> <p>Cel główny PO Zdrowie Publiczne i Sport.</p> <p>Przewidywana liczba beneficjentów: 100 000 osób.</p>	
Cele operacyjne 1:	Zwiększenie liczby dni wolnych od choroby i zwiększenie liczby dni wolnych od choroby w obszarach o niskim ryzyku choroby.
Cele operacyjne 2:	Poprawienie sytuacji osób z chorobami przewlekłymi (ciężkimi chorobami) i zmniejszenie liczby dni wolnych od choroby w obszarach o niskim ryzyku choroby.
Cele operacyjne 3:	Zwiększenie udziału mieszkańców w aktywności fizycznej.
Cele operacyjne 4:	Zwiększenie skuteczności i efektywności usług zdrowotnych i usług społecznych w obszarach o niskim ryzyku choroby i zwiększenie skuteczności i efektywności usług społecznych i usług zdrowotnych w obszarach o wysokim ryzyku choroby.
Cele operacyjne 5:	Zwiększenie poziomu jakości życia mieszkańców na obszarach o wysokim ryzyku choroby.

Jak będziemy działać/Czynniki?	
<p>Państwo „zdrowsze” rozumiane jest jako państwo „zdrowsze” pod względem jakości życia i jakości życia. Świat Afektywny i zdrowotny (WHO 2012).</p> <p>Państwo „zdrowsze” oznacza: wydłużenie średniej długości życia, zmniejszenie liczby osób z chorobami przewlekłymi, poprawę jakości życia, poprawę sytuacji ekonomicznej i ekologicznej, poprawę sytuacji społecznej i kulturalnej, poprawę sytuacji edukacyjnej i zawodowej, poprawę sytuacji mieszkaniowej i transportowej (Ludność w sprawach 2012).</p> <p>Cel główny PO Zdrowie Publiczne i Sport.</p> <p>Przewidywana liczba beneficjentów: 100 000 osób.</p>	
Cele operacyjne 1:	<ul style="list-style-type: none"> Działanie 1.1: Promocja zdrowego odżywiania. Działanie 1.2: Promocja bezpiecznego spożycia alkoholu. Działanie 1.3: Promocja higieny osobistej. Działanie 1.4: Promocja aktywności fizycznej. Działanie 1.5: Wzrost poziomu wiedzy i umiejętności w zakresie zdrowia. Działanie 1.6: Wzrost poziomu wiedzy i umiejętności w zakresie zdrowia. Działanie 1.7: Wzrost poziomu wiedzy i umiejętności w zakresie zdrowia.
Cele operacyjne 2:	<ul style="list-style-type: none"> Działanie 2.1: Państwo „zdrowsze” pod względem jakości życia i jakości życia. Świat Afektywny i zdrowotny (WHO 2012).
Cele operacyjne 3:	<ul style="list-style-type: none"> Działanie 3.1: Tworzenie warunków do rozwoju sportu rekreacyjnego (w tym: infrastruktury, organizacji, promocji). Działanie 3.2: Tworzenie warunków do rozwoju sportu profesjonalnego. Działanie 3.3: Tworzenie warunków do rozwoju sportu dla dzieci i młodzieży.
Cele operacyjne 4:	<ul style="list-style-type: none"> Działanie 4.1: Promocja zdrowia i aktywności fizycznej (w tym: aktywności fizycznej, rekreacji, sportu). Działanie 4.2: Promocja zdrowia i aktywności fizycznej (w tym: aktywności fizycznej, rekreacji, sportu). Działanie 4.3: Promocja zdrowia i aktywności fizycznej (w tym: aktywności fizycznej, rekreacji, sportu). Działanie 4.4: Promocja zdrowia i aktywności fizycznej (w tym: aktywności fizycznej, rekreacji, sportu). Działanie 4.5: Promocja zdrowia i aktywności fizycznej (w tym: aktywności fizycznej, rekreacji, sportu). Działanie 4.6: Promocja zdrowia i aktywności fizycznej (w tym: aktywności fizycznej, rekreacji, sportu). Działanie 4.7: Promocja zdrowia i aktywności fizycznej (w tym: aktywności fizycznej, rekreacji, sportu).

System 2
GDAŃSKA

GDAŃSK 2030 PLUS
STRATEGIA ROZWOJU MIASTA

Cele operacyjne 3:	Działanie 3.1:	Tworzenie warunków do rozwoju sportu rekreacyjnego i sportu profesjonalnego (w tym: infrastruktury, organizacji, promocji).
	Działanie 3.2:	Tworzenie warunków do rozwoju sportu profesjonalnego (w tym: infrastruktury, organizacji, promocji).
	Działanie 3.3:	Tworzenie warunków do rozwoju sportu dla dzieci i młodzieży (w tym: infrastruktury, organizacji, promocji).

Podpis Koordynatora PO	Akceptacja Dyrektora Miejskiego

Zdrowie

- Pojęcie „zdrowie” rozumiane jest jako pełen dobrostan psychofizyczny i społeczny, a nie wyłącznie jako brak choroby czy niepełnosprawności (WHO 1946).

Sport

- Pojęcie „sport” oznacza wszelkie formy aktywności fizycznej, które przez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane wpływa na wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiągnięcie wyników sportowych na wszelkich poziomach (Ustawa o sporcie 2010).

Cel główny - co chcemy osiągnąć?

- Przedłużenie życia oraz zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu

Wskaźniki rezultatu (Cel główny)

- Średnia długość życia.
- Chorobowość i zapadalność.

Jak będziemy działać - co zrobimy?

Zdrowie publiczne / Strategie zdrowotne /
Polityka zdrowotna

Promocja zdrowia
(definicja wg. [Tones \(1994\)](#))

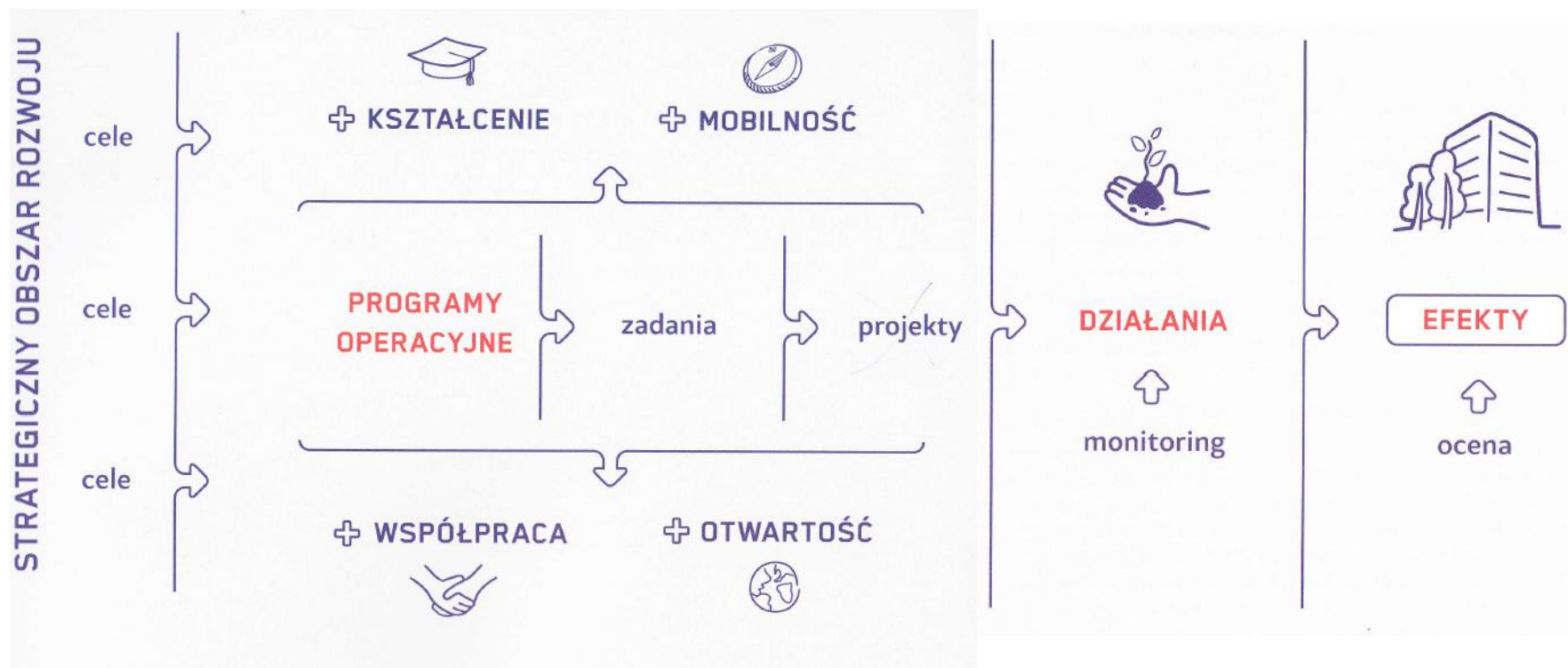
Zdrowotna
polityka
publiczna
(jakość życia)

Edukacja
zdrowotna

Profilaktyka

Opieka
zdrowotna
(medycyna
naprawcza)

Jaka metodyka?



Cele operacyjne

1. Zwiększenie wiedzy dotyczącej wpływu stylu życia i warunków środowiskowych na zdrowie.



2. Zwiększenie udziału mieszkańców miasta w kulturze fizycznej.



3. Podniesienie efektywności programów profilaktyki chorób i uzależnień.



4. Podniesienie jakości opieki medycznej.



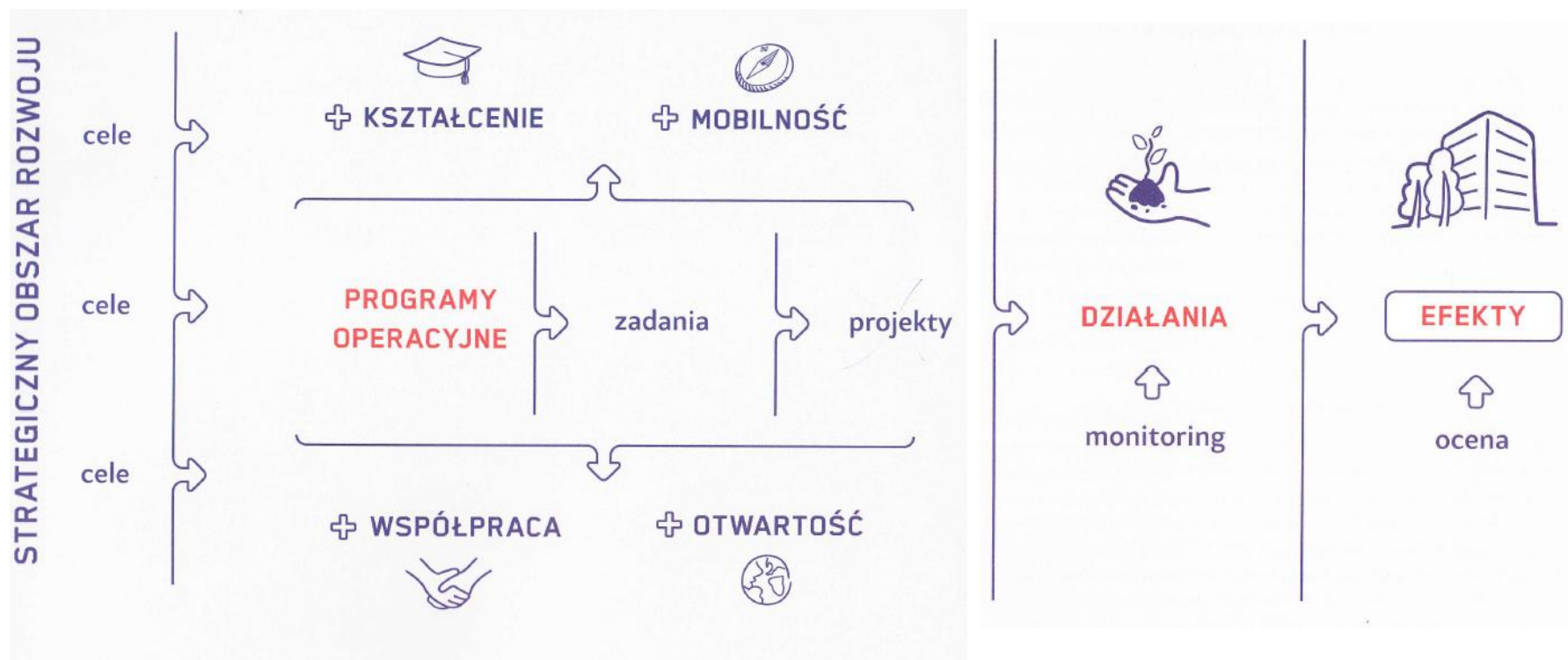
Zadania

1. Zwiększenie wiedzy dotyczącej wpływu stylu życia i warunków środowiskowych na zdrowie	<i>1.1. Promocja zdrowego odżywiania</i>
	<i>1.2. Promocja aktywności fizycznej</i>
	<i>1.3. Promocja higieny osobistej</i>
	<i>1.4. Promocja zdrowia psychicznego</i>
	<i>1.5. Edukacja seksualna</i>
	<i>1.6. Edukacja w zakresie tworzenia zdrowego środowiska życia i pracy</i>
	<i>1.7 Edukacja w zakresie przygotowania rodziców do porodu i opieki nad dzieckiem we wczesnym okresie życia.</i>
	<i>1.8 Edukacja w zakresie aktywnego starzenia.</i>
2. Zwiększenie udziału mieszkańców miasta w kulturze fizycznej	<i>2.1. Tworzenie warunków dla rozwoju sportu powszechnego (w tym: szkolnego) i wspieranie wychowania fizycznego</i>
	<i>2.2. Tworzenie warunków dla rozwoju sportu wyczynowego</i>
	<i>2.3. Tworzenie warunków zwiększających udział mieszkańców w roli kibiców w wydarzeniach sportowych</i>

Zadania

3. Podniesienie efektywności programów profilaktyki chorób i uzależnień.	<i>3.1. Przeciwdziałanie chorobom niezakaźnym (w szczególności choroby cywilizacyjne, m.in.: choroby układu krążenia, otyłość, cukrzyca, nowotwory)</i>
	<i>3.2. Przeciwdziałanie uzależnieniom od nikotyny (papierosy i e-papierosy) oraz narażaniu na tzw. „bierne palenie”</i>
	<i>3.3. Przeciwdziałanie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych (w tym: alkohol, narkotyki)</i>
	<i>3.4. Przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym (w tym: hazard, Internet, gry komputerowe)</i>
	<i>3.5. Przeciwdziałanie chorobom jamy ustnej</i>
	<i>3.6. Przeciwdziałanie chorobom zakaźnym</i>
	<i>3.7. Zapobieganie depresji i samobójstwom</i>
	<i>3.8. Zapobieganie nadużywaniu leków i suplementów diety</i>
4. Podniesienie jakości opieki medycznej.	<i>4.1. Integrowanie pomocy społecznej, psychologicznej i opieki medycznej (w tym: upowszechnienie wolontariatu)</i>
	<i>4.2. Tworzenie warunków dla lepszej dostępności i wyższej jakości usług medycznych (w tym: programy lecznicze, preferencyjne warunki wynajmu budynków miejskich przez podmioty lecznicze oraz doposażenie w sprzęt medyczny)</i>
	<i>4.3. Kształtowanie postaw pacjentów i środowiska medycznego zwiększających skuteczność procesu leczenia (w tym: przestrzeganie zaleceń terapeutycznych i monitorowanie niepożądanych działań leków i suplementów diety)</i>
	<i>4.4. Edukacja z zakresie pierwszej pomocy <u>przedmedycznej</u></i>

Jak metoda?



Projekt



Zdrowe Życie Twojego Dziecka

Interdyscyplinarny program zdrowotny

Działanie (dzieci 6 letnie objęte programem):

Co jest celem programu?

Wsparcie wychowania do zdrowia realizowanego w rodzinie poprzez określenie kompleksowego planu postępowania prozdrowotnego dla dziecka



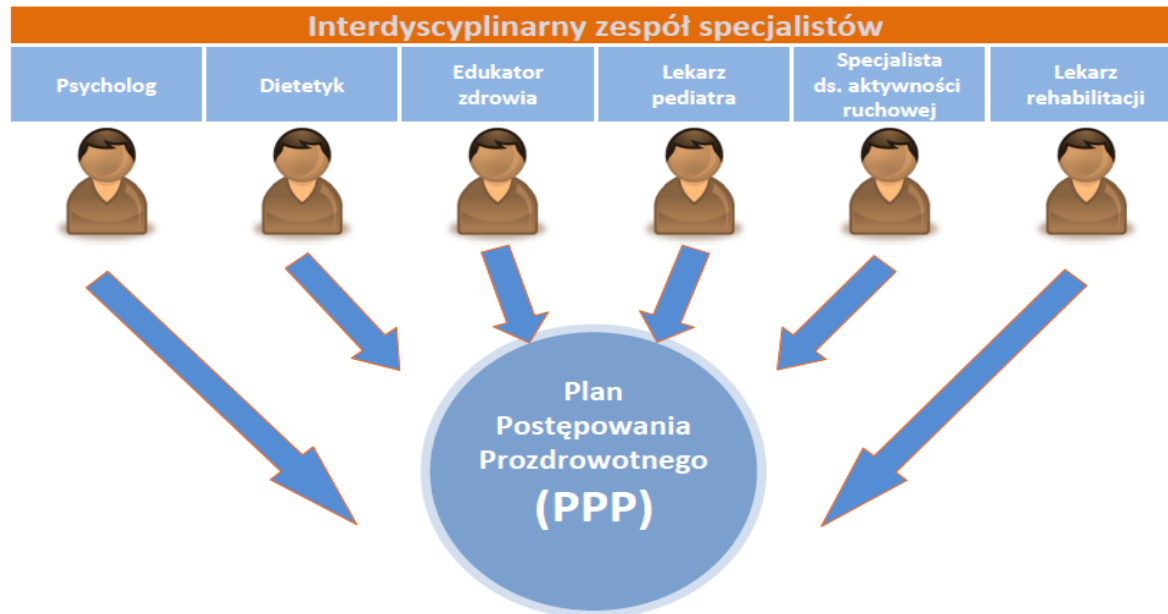
Projekt



Zdrowe Życie Twojego Dziecka

Interdyscyplinarny program zdrowotny

Działanie (Jak przygotowywany jest PPP?):



Projekt

Cel operacyjny	Zadanie	Kluczowe działanie
1. Zwiększenie wiedzy dotyczącej wpływu stylu życia i warunków środowiskowych na zdrowie	1.1. Promocja zdrowego odżywiania.	1.1.1 Realizacja programów edukacyjnych dotyczących zasad zdrowego żywienia kierowanych do różnych grup odbiorców. 1.1.2 Realizacja i wsparcie działań podnoszących kwalifikacje środowiska szkolnego w obszarze edukacji żywieniowej i wychowania do zdrowia.
	1.2. <i>Promocja aktywności fizycznej</i>	1.1.3 Realizacja programów edukacyjnych dotyczących znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia kierowanych do różnych grup odbiorców.
	1.3. <i>Promocja higieny osobistej</i>	1.3.1 Realizacja programów edukacyjnych dotyczących higieny osobistej (programy kierowane w szczególności do dzieci). 1.3.2 Realizacja programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób kierowanych do różnych grup odbiorców (w szczególności dzieci) zawierających komponent edukacyjny dotyczący higieny jamy ustnej.
	1.4. <i>Promocja zdrowia psychicznego</i>	1.4.1 Realizacja programów edukacyjnych dotyczących psychologicznych - społecznych aspektów zdrowia. 1.4.2 Realizacja programów pomocy psychologicznej dla mieszkańców Gdańska (w tym pomocy psychologicznej online).
2. Zwiększenie udziału mieszkańców miasta w kulturze fizycznej	2.1. <i>Tworzenie warunków dla rozwoju sportu powszechnego (w tym: szkolnego) i wspieranie wychowania fizycznego</i>	2.1.6 Realizacja działań wspierających kluby sportowe i organizacje pozarządowe w organizowaniu zajęć sportowych dla różnych grup wiekowych.
3. Podniesienie efektywności programów profilaktyki chorób i uzależnień.	3.1. <i>Przeciwdziałanie chorobom niezakaźnym (w szczególności choroby cywilizacyjne, m.in.: choroby układu krążenia, otyłość, cukrzyca, nowotwory)</i>	3.1.1 Realizacja programów badań przesiewowych dotyczących wykrywania behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych wśród różnych grup wiekowych (w tym: niezdrowe zachowania żywieniowe, niski poziom aktywności fizycznej).
	3.2. <i>Przeciwdziałanie uzależnieniom od nikotyny (papierosy i e-papierosy) oraz narażaniu na tzw. „bieme palenie”</i>	3.2.1 Realizacja programów i kampanii edukacyjnych (z wykorzystaniem marketingu społecznego) dotyczących zdrowotnych konsekwencji palenia tytoniu i e-papierosów oraz biernego narażenia osób na dym tytoniowy.
	3.5. <i>Przeciwdziałanie chorobom jamy ustnej</i>	3.5.1 Realizacja programów i kampanii edukacyjnych dotyczących przeciwdziałania chorobom jamy ustnej. 3.5.2 Realizacja badań przesiewowych dotyczących wczesnego wykrywania chorób jamy ustnej (w szczególności próchnicy u dzieci).
	3.6. <i>Przeciwdziałanie chorobom zakaźnym</i>	3.5.3 Wsparcie działań promujących szczepienia dzieci zgodnie z kalendarzem szczepień MZ.
	3.7. <i>Zapobieganie depresji i samobójstwom</i>	3.7.1 Realizacja programów wczesnego wykrywania czynników ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych w różnych grupach wiekowych.

Strategia Gdańsk 2030+

PO Zdrowie Publiczne i Sport

15.04.2015

GDAŃSK 2030 PLUS STRATEGIA ROZWOJU MIASTA

Edukacja		Kultura i czas wolny		Infrastruktura	
Zdrowie publiczne i sport		Innowacyjność i przedsiębiorczość		Mobilność i transport	
Integracja społeczna i aktywność obywatelska		Atrakcyjność inwestycyjna		Przestrzeń publiczna	

PROGRAMY OPERACYJNE

stanowią kluczowy instrument realizacji Strategii.

3

rekomendacje

musimy przenieść je na:

**cele, działania, zadania,
przedsięwzięcia, projekty, inwestycje...**

- udane życie rodzinne decyduje o naszym zadowoleniu z życia, jednak **relacje rodzinne, koleżeńskie słabną**, gdyż coraz częściej czas spędzamy indywidualnie
- jednocześnie **nie jesteśmy zadowoleni** ze sposobów **spędzania czasu wolnego**
- **źle oceniamy** okolice swojego miejsca zamieszkania pod kątem **dostępności do usług i infrastruktury społecznej, kulturalnej i rekreacyjnej** (w tym koszty) – **niedopasowanie do potrzeb osiedli/dzielnicy**

REKOMENDACJA 1

**Potrzebujemy lepszych warunków służących
rozwojowi rodzinnemu i osobistemu**

- nie angażujemy się społecznie i politycznie, niewielu z nas zajmują sprawy najbliższej okolicy, przekłada się to na niską frekwencję wyborczą
- poza najbliższymi NIE UFAMY SOBIE – budujemy społeczeństwo klanowe
- potrzebujemy lepszej współpracy i wsparcia organizacji pozarządowych i lokalnych liderów
- coraz częściej przekazujemy „1%”, ale nie rośnie bezpośrednia aktywność społeczna

REKOMENDACJA 2

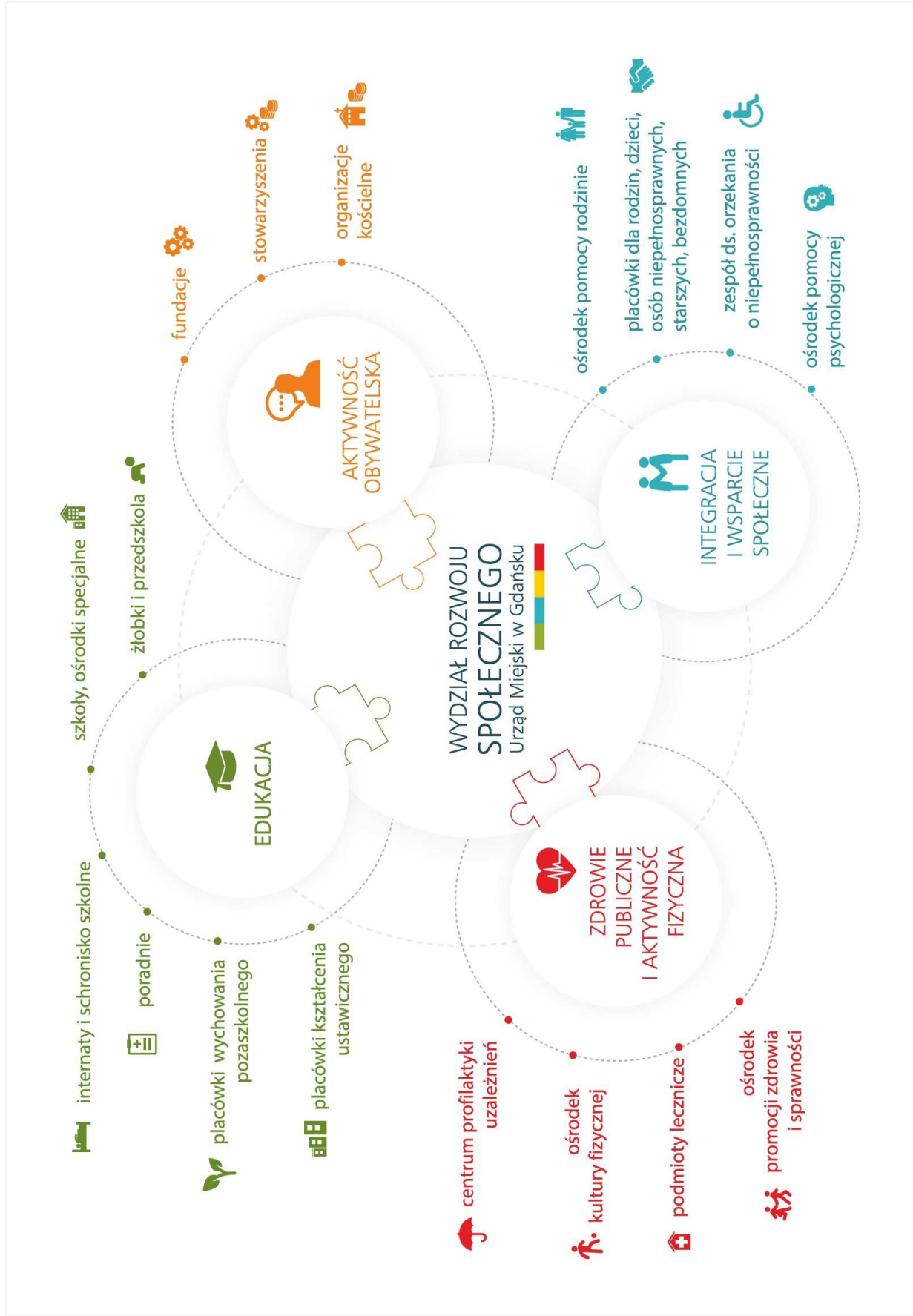
**Musimy zwiększyć naszą aktywność społeczną
i rolę w zarządzaniu miastem**

Rośnie zagrożenie ubóstwem i wykluczeniem społecznym:

- coraz więcej osób, szczególnie niepełnosprawnych i starszych **długotrwale pozostaje bez pracy**
- nasze społeczeństwo **starzeje się w szybkim tempie**
- **bezdomność staje się coraz większym problemem**; wzrasta liczba dłużników z tytułu nieregulowania czynszu; zbyt mało jest mieszkań socjalnych
- wzrasta częstotliwość występowania **zaburzeń psychicznych** oraz rośnie liczba osób leczonych z powodu **uzależnień**
- **pogarsza się kondycja rodzin**

REKOMENDACJA 3

Musimy zwiększyć **spójność społeczną**, w tym lepiej **wspierać rodziny**



- ZDOBYWANIE WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI
- ROZWIJANIE PASJI I ZAINTERESOWAŃ
- KSZTAŁTOWANIE POSTAW
- SIĘĆ DIALOGU I WSPÓŁPRACY

EDUKACJA



- WSPÓŁPRACA Z ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI
- BUDŻET OBYWATELSKI
- INICJATYWY DZIELNICOWE
- KONSULTACJE SPOŁECZNE

AKTYWNOŚĆ OBYWATELSKA



INTEGRACJA
I WSPARCIE SPOŁECZNE



- POMOC SPOŁECZNA
- WSPIERANIE RODZINY
- RODZINY ZASTĘPCZE I DOMEK DLA DZIECI
- AKTYWIZACJA SPOŁECZNO-ZAWODOWA

ZDROWIE PUBLICZNE
I AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA



- EDUKACJA ZDROWOTNA
- SPORT W DZIELNICACH
- PRZECIWDZIAŁANIE UZALEŻNIENIOM
- PROGRAMY PROFILAKTYCZNE I LECZNICZE

**ROZWÓJ OFERTY
ROZWOJOWEJ DLA RODZIN
I POSZCZEGÓLNYCH
GDAŃSZCZAN**

**WOLONTARIAT JAKO
AKTYWNOŚĆ I WSPARCIE DLA
SYSTEMU**

**WSPÓŁTWORZENIE POLITYK
MIEJSKICH I USŁUG
SPOŁECZNYCH PRZEZ
MIESZKAŃCÓW**

**ROZWIJANIE WSPÓŁPRACY
Z TRZECIM SEKTOREM**

1. Zwiększenie potencjału rozwojowego społeczności lokalnych, rodzin i osób

- 1.1. *Rozwinięcie i uspołnienie systemu usług i działań służących rozwojowi rodzinnemu i osobistemu mieszkańców Gdańska*
- 1.2 *Rozbudowanie oraz podtrzymywanie sieci inicjatyw i działań dzielnicowych, sąsiedzkich, rodzinnych*
- 1.3 *Dostosowanie infrastruktury do potrzeb i działań społeczności lokalnych*

2. Zwiększenie roli mieszkańców, organizacji, instytucji i in. w kreowaniu polityk miejskich

- 2.1. *Zwiększenie uczestnictwa mieszkańców w zarządzaniu miastem*
- 2.2 *Zwiększenie roli organizacji, instytucji itp. w budowaniu polityk miejskich*

3. Zwiększenie roli wolontariatu jako aktywności społecznej

- 3.1. *Wypracowanie wolontariatu jako ścieżki rozwoju osobistego, nabywania kompetencji społecznych i zawodowych*
- 3.2. *Rozwinięcie infrastruktury i narzędzi organizacji wolontariatu*

4. Podniesienie jakości oraz zwiększenie zakresu współpracy sektora pozarządowego z Miastem

- 4.1. *Podniesienie efektywności i skuteczności działań organizacji pozarządowych*
- 4.2. *Poprawienie warunków dla rozwoju sektora pozarządowego i jego współpracy z Miastem*

**JAKOŚĆ SYSTEMU
INTEGRACJI SPOŁECZNEJ
I EFEKTYWNA SIEĆ
PODMIOTÓW**

**WSPIERANIE RODZINY
W KRYZYSIE I RODZICIELSTWA
ZASTĘPCZEGO**

**ZINTEGROWANE
ZARZĄDZANIE REALIZACJĄ
POLITYKI SPOŁECZNEJ**

5. Podniesienie jakości systemu wspierania rodziny oraz systemu pieczy zastępczej

- *5.1 Rozszerzenie dostępności i podniesienie jakości działań wspierających rodziny przeżywającej trudności*
- *5.2 Zwiększeni udziału i podniesienie jakości rodzinnych form pieczy zastępczej*
- *5.3 Podniesienie jakości opieki i wychowania w instytucjonalnych formach pieczy zastępczej*
- *5.4 Zwiększenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej*
- *5.5 Dostosowanie infrastruktury systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej*

6. Podniesienie jakości systemu integracji społecznej

- *6.1 Zwiększeni dostępu do przystępnych trwałych i wysokiej jakości usług społecznych*
- *6.2 Rozwinięcie działań w zakresie aktywnego włączenia*
- *6.3 Wzmocnienie pracy socjalnej i zmodernizowanie systemu świadczeń socjalnych*
- *6.4 Zwiększenie kompetencji kadr systemu pomocy i integracji społecznej*
- *6.5 Dostosowanie infrastruktury systemu pomocy i integracji społecznej*

7. Wzmocnienie koordynacji zarządzania polityką społeczną

- *7.1 Planowanie, zarządzanie i realizacja polityki społecznej oraz włączenie jej w inne polityki miasta*
- *7.2 Zintegrowanie działań polityki społecznej m.in. w obszarze pomocy społecznej, rynku pracy, edukacji, ochrony zdrowia, mieszkalnictwa, bezpieczeństwa publicznego*

PROGRAM OPERACYJNY

Integracja i aktywność obywatelska

DATA: 14.04.2015

IV. CELE OPERACYJNE I ZADANIA

Wskazanie uspołnionych co do poziomu szczegółowości nazw celów operacyjnych i zadań.
Uzupełnia IBnGR wraz z Zespołem roboczym ds. opracowania PO do dnia 13 lutego 2015 r.

Cel operacyjny	Zadanie
1. Zwiększenie potencjału rozwojowego społeczności lokalnych, rodzin i osób	1.1 Rozwinięcie i uspołnienie systemu usług i działań służących rozwojowi rodzinnemu i osobistemu mieszkańców Gdańska
	1.2 Rozbudowanie oraz podtrzymywanie sieci inicjatyw i działań dzielnicowych, sąsiedzkich, rodzinnych
	1.3 Dostosowanie infrastruktury do potrzeb i działań społeczności lokalnych
2. Zwiększenie roli mieszkańców, organizacji, instytucji i in. w kreowaniu polityk miejskich	2.1 Zwiększenie uczestnictwa mieszkańców w zarządzaniu miastem
	2.2 Zwiększenie roli organizacji, instytucji itp. w budowaniu polityk miejskich
3. Zwiększenie roli wolontariatu jako aktywności społecznej	3.1. Wypromowanie wolontariatu jako ścieżki rozwoju osobistego, nabywania kompetencji społecznych i zawodowych
	3.2. Rozwinięcie infrastruktury i narzędzi organizacji wolontariatu
4. Podniesienie jakości oraz zwiększenie zakresu współpracy sektora pozarządowego z Miastem	4.1. Podniesienie efektywności i skuteczności działań organizacji pozarządowych
	4.2. Poprawienie warunków dla rozwoju sektora pozarządowego i jego współpracy z Miastem
5. Podniesienie jakości systemu wspierania rodziny oraz systemu pieczy zastępczej	5.1 Rozszerzenie dostępności i podniesienie jakości działań wspierających rodziny przeżywającej trudności
	5.2 Zwiększenie udziału i podniesienie jakości rodzinnych form pieczy zastępczej
	5.3 Podniesienie jakości opieki i wychowania w instytucjonalnych formach pieczy zastępczej
	5.4 Zwiększenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
	5.5 Dostosowanie infrastruktury systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
6. Podniesienie jakości systemu integracji społecznej	6.1 Zwiększenie dostępu do przystępnych trwałych i wysokiej jakości usług społecznych
	6.2 Rozwinięcie działań w zakresie aktywnego włączenia
	6.3 Wzmocnienie pracy socjalnej i zmodernizowanie systemu świadczeń socjalnych
	6.4 Zwiększenie kompetencji kadr systemu pomocy i integracji społecznej
	6.5 Dostosowanie infrastruktury systemu pomocy i integracji społecznej
7. Wzmocnienie koordynacji zarządzania polityką społeczną	7.1 Planowanie, zarządzanie i realizacja polityki społecznej oraz włączenie jej w inne polityki miasta
	7.2 Zintegrowanie działań polityki społecznej m.in. w obszarze pomocy społecznej, rynku pracy, edukacji, ochrony zdrowia, mieszkalnictwa, bezpieczeństwa publicznego

V. WSKAZANIE KLUCZOWYCH DZIAŁAŃ W RAMACH ZADAŃ

Wylistowanie kluczowych działań (przedsięwzięć, programów miejskich, projektów, inwestycji) do zrealizowania w ramach celów operacyjnych w Programie.

Uzupełnia Koordynator do dnia 31 marca 2015 r.

Zadanie	Kluczowe działanie
1.1. <i>Rozwinięcie i uspoźnienie systemu usług i działań służących rozwojowi rodzinnemu i osobistemu mieszkańców Gdańska</i>	1.1.1 Rozbudowanie, zintegrowanie i dostosowanie do potrzeb mieszkańców oferty usług i działań sportowo-rekreacyjno-turystycznych, kulturalno-rozrywkowych oraz w zakresie edukacji nieformalnej
	1.1.2. Rozwinięcie systemu wspomagających usług społecznych ułatwiających dostęp do innych usług
	1.1.3. Zwiększenie dostępu do usług społecznych wspierających rodziny w pełnieniu ich ról
	1.1.4 Zwiększenie uczestnictwa gdańszczan w działaniach, poprzez które realizują swoje hobby i zainteresowania
1.2 <i>Rozbudowanie oraz podtrzymywanie sieci inicjatyw i działań dzielnicowych, sąsiedzkich, rodzinnych</i>	1.2.1. Rozbudowanie i wzmocnienie partnerstw lokalnych/branżowych oraz wsparcie liderów społeczności lokalnych
	1.2.2. Zwiększenie udziału grup nieformalnych w dzielnicowych działaniach animacyjnych
	1.2.3 <i>Popularyzacja postawy solidarności społecznej wśród mieszkańców Gdańska</i>
1.3 <i>Dostosowanie infrastruktury do potrzeb i działań społeczności lokalnych</i>	1.3.1 Otwarcie i udostępnienie istniejących zasobów infrastruktury społecznej dla potrzeb mieszkańców
	1.3.2 Przeznaczenie i adaptacja zasobów lokalowych na potrzeby dzielnicowych centrów lokalnych
2.1 <i>Zwiększenie uczestnictwa mieszkańców w zarządzaniu miastem</i>	2.1.1 <i>Rozbudowanie systemu konsultacji społecznych prowadzonych w sprawach ważnych dla mieszkańców Gdańska</i>
	2.1.2 <i>Zwiększenie roli budżetu obywatelskiego jako narzędzia partycypacji</i>
	2.1.3 <i>Zwiększenie udziału rad dzielnic w kreowaniu kierunków lokalnego rozwoju</i>
	2.1.4 <i>Wypromowanie postawy samorządności</i>
	2.1.5 <i>Rozwijanie narzędzi i usług wspierających uczestnictwo mieszkańców w zarządzaniu Miastem (m.in. dowóz i systemy informatyczne)</i>
2.2 <i>Zwiększenie roli organizacji, instytucji itp. w budowaniu polityk miejskich</i>	2.2.1 <i>Zwiększenie roli partnerstw branżowych w kreowaniu polityk publicznych</i>
3.1. <i>Wypromowanie wolontariatu jako ścieżki rozwoju osobistego, nabywania kompetencji społecznych i zawodowych</i>	3.1.1 Wypromowanie wolontariatu jako drogi na rynek pracy
	3.1.2. Wypromowanie wolontariatu jako działania realizującego hobby, zainteresowania
	3.1.3. Zwiększenie kompetencji podmiotów przyjmujących wolontariuszy
3.2. <i>Rozwinięcie infrastruktury i narzędzi organizowania wolontariatu</i>	3.2.1. Udoskonalenie i rozwinięcie metod/narzędzi organizacji wolontariatu (w tym prowadzenie miejskiego centrum wolontariatu)
	3.2.2. Udostępnienie lokalnych zasobów miejskich dla działań wolontarystycznych
4.1. <i>Podniesienie efektywności i skuteczności działań realizowanych w sferze pożytku publicznego</i>	4.1.1. Podniesienie poziomu profesjonalizacji działań organizacji pozarządowych (m.in. centrum NGO, szkoła liderów)
	4.1.2. Zwiększenie zakresu i liczby zadań zleconych do realizacji przez sektor organizacji pozarządowych
	4.1.3. Zwiększenie liczby działań realizowanych w partnerstwach międzysektorowych
	4.1.4. Prowadzenie akcji i kampanii promujących organizacje i ich działania oraz wyróżniających ich osiągnięcia
	4.1.5 Rozwinięcie systemu wspierania organizacji pozarządowych
4.2. <i>Poprawienie warunków dla</i>	4.2.1. Zwiększenie kompetencji kadry trzeciego sektora oraz kadry

<i>rozwoju sektora pozarządowego i jego współpracy z Miastem</i>	administracji samorządowej w zakresie współpracy międzysektorowej
	4.2.2 Rozwinięcie systemu działań inkubujących nowe organizacje pozarządowe
	4.2.3. Usprawnienie systemu komunikacji pomiędzy samorządem i organizacjami pozarządowymi
	4.2.4 Otwarcie i udostępnienie istniejących zasobów infrastruktury społecznej dla potrzeb NGO
<i>5.1 Rozszerzenie dostępności i podniesienie jakości działań wspierających rodziny przeżywającej trudności</i>	5.1.1 Wzmocnienie i poprawienie działań interwencyjnych
	5.1.2 Rozwinięcie środowiskowych form wsparcia i usług towarzyszących
	5.1.3 Zwiększenie dostępu do specjalistycznych usług wspierających rodziny przeżywające kryzys realizowanych w środowisku lokalnym
<i>5.2 Zwiększeni udziału i podniesienie jakości rodzinnych form pieczy zastępczej</i>	5.2.1 Zbudowanie systemu rekrutacji rodzin zastępczych
	5.2.2 Rozwinięcie środowiskowych form wsparcia i usług towarzyszących
	5.2.3 Zwiększenie dostępu do specjalistycznych form wsparcia realizowanych w środowisku lokalnym
	5.2.4 Rozwinięcie aktywnych form integracji społecznej w procesie usamodzielniania
<i>5.3 Podniesienie jakości opieki i wychowania w instytucjonalnych formach pieczy zastępczej</i>	5.3.1 Indywidualizacja pracy z dziećmi przebywającymi w placówkach opiekuńczo-wychowawczych i ich rodzinami
	5.3.2 Rozwinięcie aktywnych form integracji społecznej w procesie usamodzielniania
	5.3.3 Zbudowanie otoczenia wspierającego placówki opiekuńczo-wychowawcze w społecznościach lokalnych
<i>5.4 Zwiększenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</i>	5.4.1 Zbudowanie systemu superwizji dla kadr systemu
	5.4.2 Rozbudowanie systemu szkoleń i doradztwa
	5.4.3 Wprowadzenie ścieżek rozwoju zawodowego dla kadr systemu
<i>5.5 Dostosowanie infrastruktury systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</i>	5.5.1 Dostosowanie infrastruktury do potrzeb i działań systemu wspierania rodziny realizowanych w środowisku lokalnym
	5.5.2 Zapewnienie mieszkań i dostosowanie ich do potrzeb rodzicielstwa zastępczego oraz usamodzielniania wychowanków
	5.5.3 Dostosowanie infrastruktury do standardów i potrzeb systemu instytucjonalnej pieczy zastępczej
<i>6.1 Zwiększenie dostępu do przystępnych, trwałych i wysokiej jakości usług społecznych</i>	6.1.1 Wzmocnienie i doskonalenie działań interwencyjnych
	6.1.2 Zwiększenie udziału i podniesienie jakości wsparcia środowiskowego w społecznościach lokalnych
	6.1.3 Podniesienie jakości instytucjonalnych form wsparcia
<i>6.2 Rozwinięcie działań w zakresie aktywnego włączenia</i>	6.2.1 Wdrożenie instrumentów edukacyjnych
	6.2.2 Wdrożenie instrumentów zdrowotnych
	6.2.3 Wdrożenie instrumentów społecznych
	6.2.4 Wdrożenie instrumentów zawodowych
<i>6.3 Wzmocnienie pracy socjalnej i zmodernizowanie systemu świadczeń socjalnych</i>	6.3.1 Specjalizacja pracy socjalnej
	6.3.2 Indywidualizacja pracy socjalnej
	6.3.3 Przygotowanie modelu rozdzielenia świadczeń socjalnych od pracy socjalnej i usług społecznych
<i>6.4 Zwiększenie kompetencji kadr</i>	6.4.1 Zbudowanie systemu superwizji

<i>systemu pomocy i integracji społecznej</i>	<i>6.4.2 Rozbudowanie systemu szkoleń i doradztwa</i>
	<i>6.4.3 Wprowadzenie ścieżek rozwoju zawodowego</i>
<i>6.5 Dostosowanie infrastruktury systemu pomocy i integracji społecznej</i>	<i>5.5.1 Dostosowanie infrastruktury do potrzeb i działań systemu pomocy i integracji społecznej realizowanych w środowisku lokalnym</i>
	<i>5.5.2 Zapewnienie mieszkań i dostosowanie ich do potrzeb osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym</i>
	<i>5.5.3 Dostosowanie infrastruktury instytucjonalnej do standardów i potrzeb systemu pomocy i integracji społecznej</i>
<i>7.1 Planowanie, zarządzanie i realizacja polityki społecznej oraz włączenie jej w inne polityki miasta</i>	<i>7.1.1 Rozwinięcie i uspołnienie polityki społecznej na poziomie metropolii i województwa</i>
	<i>7.1.2 Zbudowanie partnerstw, konsorcjów i koalicji podmiotów polityki społecznej</i>
	<i>7.1.3 Rozwinięcie i wzmocnienie badań w obszarze polityki społecznej m.in. w zakresie ubóstwa i wykluczenia społecznego</i>
	<i>7.1.4 Mapowanie potrzeb i zasobów społecznych</i>
<i>7.2 Zintegrowanie działań polityki społecznej m.in. w obszarze pomocy społecznej, rynku pracy, edukacji, ochrony zdrowia, mieszkalnictwa, bezpieczeństwa publicznego</i>	<i>7.2.1 Koordynacja zadań między różnymi podmiotami (publicznymi, pozarządowymi, prywatnymi)</i>
	<i>7.2.2 Wprowadzenie polityki nadzoru i zarządzania jakością</i>
	<i>7.2.3 Wzmocnienie koordynacji i opracowanie nowych/uporządkowanie istniejących strategii i programów w zakresie polityki społecznej</i>