

*Program Wsparcia i Aktywizacji
Seniorów na terenie Miasta Lublin
w latach 2011-2012
(wersja robocza)*

Lublin. 2011.10.17

Zespół Redakcyjny

Małgorzata Cyranowska

Łukasz Wojtaluk

Beata Bryk

pod kierunkiem

Małgorzaty Domagały

Magdaleny Szerszeń

Spis treści

Wstęp.....	4
I. Założenia do realizacji Programu Wsparcia i Aktywizacji Seniorów na terenie Miasta Lublin w latach 2011 - 2012	6
II. Diagnoza społeczna.....	7
2.1 Zagadnienia demograficzne – diagnoza populacji osób w wieku poprodukcyjnym	7
2.2 Sytuacja zdrowotna seniorów na terenie Miasta Lublin.....	10
2.3 Seniorzy w kontekście form wsparcia pomocy społecznej na terenie Miasta Lublin.....	11
2.4. Charakterystyka seniorów objętych wsparciem Filii MOPR Lublin	18
2.5 Potrzeby seniorów na podstawie niezależnych badań ankietowych prowadzonych w środowisku seniorów Miasta Lublin.....	29
III. Zasoby usług socjalnych na terenie Miasta Lublin.....	32
3.1. Oferta wsparcia instytucjonalnego dla seniorów – Dzielne Domy Pomocy Społecznej i Ośrodki Wsparcia	32
3.2. Zakłady Opiekuńcze – Lecznice	33
3.3. Inne instytucje działające na rzecz seniorów w Lublinie	34
3.4. Organizacje pozarządowe, kościelne i instytucje kulturalne działające na rzecz seniorów w Lublinie	36
3.5. Wolontariat	37
Podsumowanie	40
IV. Analiza SWOT	43
V. Misja i cele programu.....	49
VI. Cele strategiczne, działania w poszczególnych obszarach	49
VII. Ewaluacja programu	53
VIII. Finansowanie programu	53

WSTĘP

Problem starzejącego się społeczeństwa jest zjawiskiem globalnym. W obecnym stuleciu obserwuje się stały wzrost osób powyżej 60 roku życia. Ich liczbę w 1985 roku szacowano na przeszło 415 milionów, w roku 2025 przewiduje się ją na 987 milionów. Od 2015 roku liczba osób zdolnych do pracy zacznie maleć, kosztem powiększania liczby emerytów. Jeszcze bardziej gwałtowny będzie wzrost liczby osób w bardzo podeszłym wieku (powyżej 80 lat). Zgodnie z szacunkami, na przestrzeni lat 1950-2025, liczba takich osób ma wzrosnąć od 8 do 10 razy. W Unii Europejskiej udział ludności w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności w roku 2005 wynosił 17%, tj. o dwa procent więcej niż w 2003 roku. W roku 2050 już 30,0% populacji zamieszkującej ten obszar będą stanowiły osoby w wieku emerytalnym. Za najstarsze kraje europejskie obecnie uważane są Szwecja, Grecja i Niemcy. Również Polska, od dawna znajduje się w trzydziestce najstarszych krajów świata. W roku 2010 osoby, które ukończyły 60 lat, stanowiły w Polsce już około 25% ogółu społeczeństwa. Szczególnie dużą dynamikę procesu starzenia się demograficznego obserwować można w dużych miastach.

Coraz więcej organizacji międzynarodowych zwraca uwagę na „palącą” kwestię starzejącego się społeczeństwa. Szacunki Organizacji Narodów Zjednoczonych i Wspólnoty Europejskiej (World Population Prospects i Eurostat) alarmują, że w najbliższym czasie przeważającej części „bogatego świata” grozi niż demograficzny na wielką skalę, przy jednoczesnym wzroście liczebności osób starszych.

Obserwowane zjawisko nie pozostaje bez znaczenia dla gospodarek państwowych. Można spodziewać się zwiększenia kosztów związanych m.in. z rynkiem pracy (zweżenie rynku pracy, wyższe koszty pracy), budżety państw muszą liczyć się ze zwiększaniem wydatków na szeroko rozumiane wsparcie osób starszych.

W świetle analizy zasobów i badań ankietowych wydaje się, iż obecne formy wsparcia są nieadekwatne w odniesieniu do dynamiki procesu starzenia. W wielu obszarach funkcjonowania osób starszych coraz silniej daje się odczuć niewydolność obecnego systemu wsparcia. Należy wskazać tu między innymi poważne braki w systemie opieki geriatrycznej, ale też utrudnienia w dostępie do lekarzy specjalistów i badań kompleksowych, a także niewystarczająca profilaktyka prozdrowotna. Takie niedogodności prowadzą często do zbyt późnego zdiagnozowania wielu chorób, którym można byłoby wcześniej zapobiec.

Za równie niepokojące należy uznać przedwczesne wycofywanie się z aktywności zawodowej. W Polsce rzeczywisty wiek przechodzenia na emeryturę mężczyzn wynosi

58,7 lat, natomiast kobiet 55,2 lat. Konsekwencją takiego stanu rzeczy, poza aspektem finansowym, jest również spadek prestiżu społecznego osób wycofujących się z aktywności zawodowej. Dlatego aktywizacja zawodowa i społeczna, rozbudowa idei wolontariatu (jako alternatywna dla pracy forma aktywności, umożliwiająca zaangażowanie w życie społeczności) przynoszącego satysfakcję oraz poczucie bycia potrzebnym, wydaje się szczególnie istotna.

Cały czas w świadomości społecznej funkcjonuje stereotyp, że starość to czas wycofania, zaniechania aktywności, koncentracji na własnych problemach. Z drugiej jednak strony potencjał osób starszych jest prawie w ogóle niewykorzystywany. Posiadane przez tę grupę osób doświadczenie, między innymi zawodowe i społeczne, nabiera szczególnie istotnego znaczenia. Warto pokazywać, że osoba starsza nie tylko potrzebuje wsparcia, ale oferując, bądź świadcząc pomoc, wiedzę i doświadczeniem, może służyć innym. Na tej podstawie należy budować płaszczyznę do współpracy międzypokoleniowej.

Polityka społeczna powinna służyć budowaniu pozytywnego wizerunku seniorów w społeczeństwie, poprawie ich statusu społecznego oraz dostępności do dóbr kultury i życia społecznego we wszelkich jego sferach. Pozwoli to na prowadzenie aktywnego i niezależnego życia przez wszystkie te osoby, które mają taką chęć i możliwości.

Nie należy zapominać, że potrzeby i możliwości osób starszych są zróżnicowane, zależą od lokalnych uwarunkowań ekonomicznych i społecznych, w wielu wypadkach zależą wręcz od najbliższego otoczenia, miejsca zamieszkania. Fundamentalnym zadaniem wydaje się, zatem stworzenie odpowiednich systemów wsparcia osób starszych, przy uwzględnieniu szczególnej roli władz lokalnych, instytucji i organizacji pozarządowych.

Funkcjonowanie komunikacji miejskiej, urzędów, szpitali, punktów usługowych, zacieśnianie współpracy pomiędzy już istniejącymi organizacjami, świadczącymi wsparcie dla seniorów – są to obszary, na które można wpływać na poziomie lokalnym.

I. Założenia do realizacji Programu Wsparcia i Aktywizacji Seniorów na terenie Miasta Lublin w latach 2011 - 2012

Parlament Europejski oficjalnie ogłosił rok 2012 Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (European Year for Active Ageing and Solidarity between Generation). Decyzja Parlamentu została uwzględniona także w przedsięwzięciach Miasta Lublin planowanych na 2012 rok.

Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej ma zwiększyć gotowość do stawienia czoła wyzwaniom związanym ze starzeniem się społeczeństw oraz stanowić okazję do wymiany najlepszych praktyk. Dbając o aktywność, seniorzy mają szansę na dłuższą pracę i dzielenie się swym doświadczeniem, odgrywanie istotnej roli w społeczeństwie oraz cieszenie się zdrowiem, niezależnością i pełnią życia. Ogłoszenie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej stanowi wezwanie do działań w wielu dziedzinach – zatrudnienia, zabezpieczenia społecznego, edukacji i kultury, zdrowia i usług społecznych, mieszkalnictwa i infrastruktury publicznej.

Po analizie wniosków z przeprowadzonych badań ankietowych wśród lubelskich seniorów i sporządzeniu ogólnej Diagnozy sytuacji seniorów w mieście Lublinie, podjęto decyzję o powołaniu Zespołu zadaniowego ds. opracowania projektu "Miejskiego programu wsparcia i aktywizacji seniorów".

Zespół roboczy został powołany Zarządzeniem wewnętrznym nr 27/2011 Dyrektora MOPR 14 lipca 2011 roku. W skład Zespołu weszli:

1. Anna Klos, kierownik Działu Analiz i Sprawozdawczości – przewodniczący,
2. Dorota Pawłowska, kierownik Działu Pomocy Środowiskowej – zastępca przewodniczącego,
3. Marzena Tymosiewicz, kierownik Działu ds. Domów Pomocy Społecznej i Ośrodków wsparcia – członek,
4. Małgorzata Cyranowska, inspektor ds. strategii – członek,
5. Danuta Strzyżewska, kierownik Działu Pomocy Środowiskowej Filii Nr 1 MOPR – członek,
6. Teresa Czechowska, kierownik Działu Pomocy Środowiskowej Filii Nr 2 MOPR – członek,
7. Jolanta Piwowarska, kierownik Działu Pomocy Środowiskowej Filii Nr 3 MOPR – członek,
8. Agnieszka Całczyńska – Lepiarz, kierownik Działu Pomocy Środowiskowej Filii Nr 4 MOPR – członek,
9. Małgorzata Domagała, kierownik Działu Pomocy Środowiskowej Filii Nr 5 MOPR – członek.

W trakcie prac Zespołu Pani Małgorzata Domagała, ze względu na zmianę stanowiska i obowiązków służbowych, została zastąpiona przez Panią Annę Ostańską.

Nad całością prac związanych z opracowaniem Programu Wsparcia i Aktywizacji Seniorów na terenie Miasta Lublin w latach 2011 – 2012 patronat pełniła Pani Monika Lipińska Zastępca Prezydenta Miasta Lublin, zaś koordynacją prac Zespołu zajmowały się Pani Małgorzata Domagała Zastępca Dyrektora MOPR ds. wsparcia społecznego i Pani Magdalena Szerszeń Zastępca Dyrektora MOPR ds. pomocy środowiskowej.

Zespół roboczy rozpoczął intensywne prace nad opracowaniem Programu w dniu 28 lipca 2011 roku. Prace rozpoczęto od sporządzenia diagnozy sytuacji seniorów w poszczególnych dzielnicach miasta. Na podstawie analizy sporządzonej diagnozy i wyznaczeniu głównych obszarów działania Programu, opracowano Analizę SWOT.

Po rozpoznaniu posiadanych zasobów, należy stwierdzić, że oferta usługowa dla osób wymagających wsparcia w czynnościach życia codziennego na terenie Miasta jest ofertą dość szeroką i powszechnie dostępną dla mieszkańców Miasta. Jedynym mankamentem może być nierównomierne rozmieszczenie instytucji oferujących usługi i wsparcie dla seniorów.

Należy nadmienić, że grupa najstarszych mieszkańców Miasta Lublin charakteryzuje się niewielkim stopniem zaangażowania w procesy informatyzacji życia społecznego przy użyciu popularnych obecnie środków przekazu, internetu i telefonii komórkowej. Obszar ten wymaga edukacji, promowania dobrych praktyk oraz wymiany doświadczeń międzypokoleniowych, prowadzących do przełamania bariery lęku i obaw przed nowinkami techniki.

Proponowane założenia programowe mogą być w każdym czasie uzupełniane i wzbogacane o nowe propozycje rozwiązań i przykłady dobrych praktyk wdrażanych z korzyścią dla kształtowania lokalnej polityki społecznej w obszarze wsparcia i aktywizacji najstarszych mieszkańców Miasta Lublin.

Program ma charakter interdyscyplinarny, jego wdrażanie wymaga współpracy administracji rządowej i samorządowej: gminnej, powiatowej i wojewódzkiej oraz wielu partnerów: jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, instytucji oświaty, kultury i edukacji, jednostek służby zdrowia, instytucji kościelnych, a także podmiotów zajmujących się aktywizacją zawodową i społeczną oraz organizacji społecznych. Od ich zaangażowania w dużej mierze zależeć będą długofalowe efekty zaplanowanych działań.

II. Diagnoza społeczna

2.1. Zagadnienia demograficzne – diagnoza populacji osób w wieku poprodukcyjnym Miasta Lublin

Przewiduje się, że liczba ludności Polski zmniejszy się do roku 2025 o około 4% (tj. o około milion sześćset tysięcy), a ówczesne społeczeństwo będzie o wiele starsze od obecnego. Problem starzenia się społeczeństwa jest wielopłaszczyznowy, polega na wzroście liczebnego udziału osób starszych w ogólnej liczbie ludności. Jest zwykle konsekwencją wydłużania się czasu życia i jednocześnie malejącej liczbie urodzeń. Przyjmuje się, że demograficznie „stare” społeczeństwo to takie, w którym odsetek ludzi po 60 roku życia przekroczył 12%.

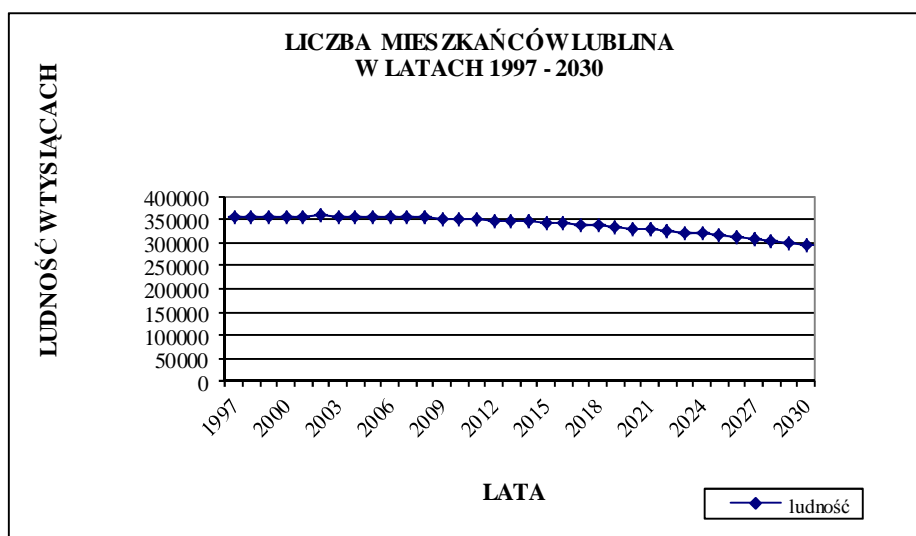
Wiek starości demograficznej jest określany wiekiem nabywania ogólnych uprawnień emerytalnych, czyli górną granicą wieku produkcyjnego. W Polsce rzeczywisty wiek przechodzenia na emeryturę mężczyzn wynosi 58,7 lat, a kobiet 55,2 lat (przeciętnie o 5,5 roku krócej od wieku normatywnego: dla mężczyzn 65 lat, dla kobiet 60 lat, w większości zawodów). Od 2005 roku w skali całego kraju widać znaczny przyrost liczby osób starszych, albowiem zmiana nawyków trybu życia i dbałości o zdrowie przyczyniły się do wydłużenia się życia ludzkiego. Według prognoz GUS, w roku 2030 osoby w wieku 65 lat i starsze stanowić będą 23,8% społeczeństwa, zaś w roku 2060 już 36,2%. Prognozy te są związane z faktem, iż średnia długość życia ludzkiego systematycznie wzrasta. Kobiety jednak wciąż żyją dłużej od mężczyzn. Średnia długość życia Polaków wynosi 71 lat. Na tle Europy Polacy wypadają niekorzystnie, albowiem mężczyźni żyją o 8 lat krócej niż przeciętny Europejczyk, zaś kobiety o 4-5 lat krócej niż przeciętna Europejka.

Zmniejszanie się liczby ludności jest obserwowane w skali całego kraju i tak liczba Polaków od roku 2000, kiedy to wynosiła **38 253 955** mieszkańców, zmniejszyła się o **86 626** osoby i wyniosła w roku 2009 **38 167 329** osób.¹ Dane i prognozy Urzędu Statystycznego, dotyczące liczby mieszkańców Lublina wskazują, że do roku 2003 liczba mieszkańców powoli rosła, po czym zaczął następować jej powolny spadek, który będzie się utrzymywał aż do 2030 roku, kiedy osiągnie liczbę **297 061** osób. Oznacza to, że w porównaniu z rokiem 1997, kiedy Lublin liczył **356 010** mieszkańców, populacja miasta zmniejszy się o **58 949** osób. Pierwsze symptomy tego zjawiska są widoczne już obecnie. W roku 2010 populacja

¹ Należy jednak nadmienić, iż w porównaniu z rokiem 2008, liczba ludności w Polsce zwiększyła się o **31453**. Podobnie, jak w poprzednich latach, na tę różnicę w liczbie mieszkańców naszego kraju mają duży wpływ migracje zarobkowe –ze względu na kryzys gospodarczy panujący w krajach Unii Europejskiej (i nie tylko), w roku 2009 powróciło wiele osób, które wyjechały z kraju w celach zarobkowych po 2004 roku.

Lublina wyniosła **348 850** mieszkańców, ich liczba w ciągu ostatnich 12 lat spadła o **7 560** osób.

Wykres 1



Źródło: Opracowanie własne MOPR na podstawie danych i prognoz Urzędu Statystycznego

Struktura demograficzna Lublina na dzień 31 grudnia 2010 roku przedstawiała się następująco:

- **wiek przedprodukcyjny (0-17) – 56 410** osób, co stanowiło 16,2% populacji Lublina;
- **wiek produkcyjny (18-64 - mężczyźni; 18-59 - kobiety) – 229 132** osoby, co stanowiło 65,8% populacji Lublina;
- **wiek poprodukcyjny (65 i więcej - mężczyźni, 60 i więcej - kobiety) – 62 908** osób, co stanowiło 18% populacji Lublina.

Tabela 1. Struktura wiekowa mieszkańców Lublina w latach 2002 – 2010

wiek	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
przedprodukcyjny	68 337	65 274	63 194	61 522	59 979	58 618	57 652	57 089	56 410
produkcyjny	238 149	238 375	238 952	238 306	236 827	235 163	233 446	231 314	229 132
poprodukcyjny	51 868	52 914	53 852	55 139	56 677	58 025	59 364	61 037	62 908
Razem:	358 354	356 563	355 998	354 967	353 483	351 806	350 462	349 440	348 450

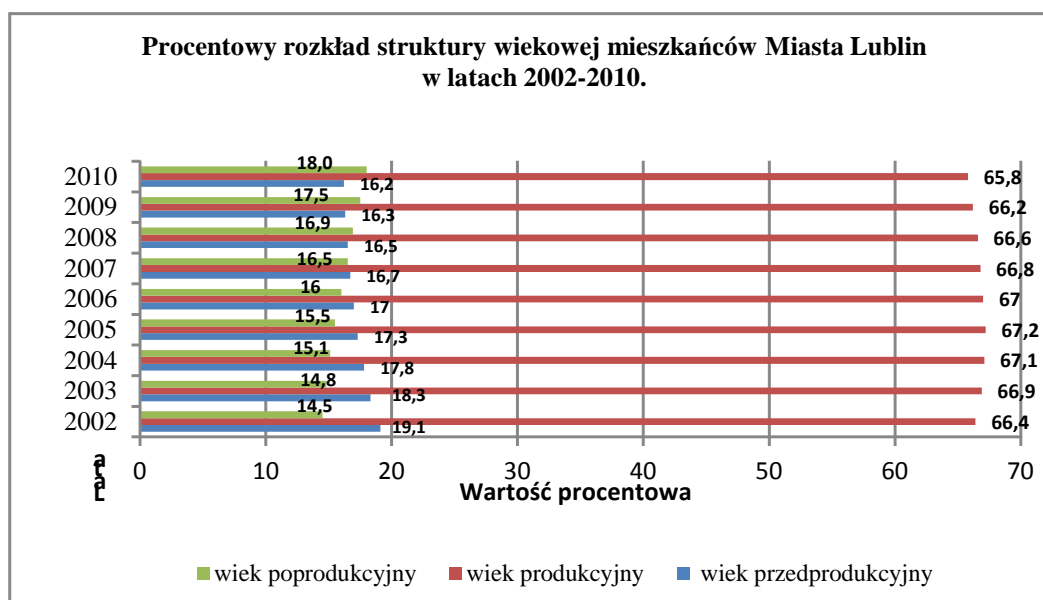
Źródło: Opracowanie własne MOPR na podstawie danych Urzędu Statystycznego

Powyższa tabela jednoznacznie wskazuje, że społeczeństwo miasta Lublina można uznać za demograficznie „stare”. Problem ten nieustannie się pogłębia. W Lublinie na przestrzeni lat 2002 – 2010 liczba osób w wieku emerytalnym (kobiety od 60 roku życia, mężczyźni powyżej 65 roku życia), zwiększyła się z **51 868** do **62 908**.

Jeszcze w roku 2002 osoby w wieku przed podjęciem aktywności zawodowej stanowiły 19,1%, zaś osoby w wieku emerytalnym 14,5%. Natomiast w roku 2010 odpowiednio 16,2% w stosunku do 18%. W okresie zaledwie 8. lat odwróceniu uległ procentowy udział osób w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym w ogólnej populacji. W omawianym okresie odsetek osób w wieku emerytalnym w stosunku do całości społeczeństwa lubelskiego zwiększył się o 3,5%. Należy zwrócić uwagę na prognozowany spadek liczebności populacji mieszkańców Lublina przy jednoczesnym starzeniu się społeczeństwa miasta.

W świetle powyższego faktu oczywistym staje się, iż rola osób starszych w funkcjonowaniu życia społecznego będzie coraz istotniejsza, a problemy i potrzeby tej grupy coraz silniej odczuwalne.

Wykres 2



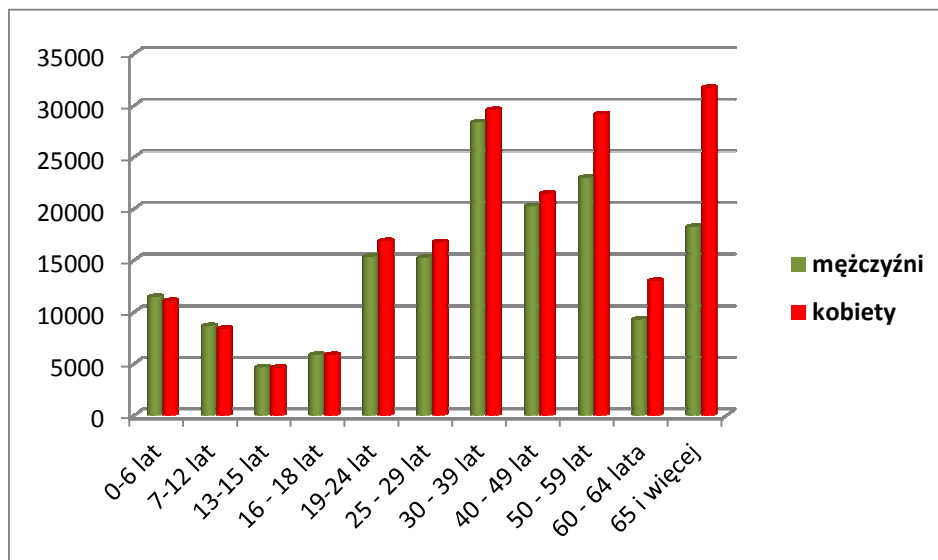
Źródło: Opracowanie własne MOPR na podstawie danych Urzędu Statystycznego

Dane przedstawione na wykresie „Mieszkańcy Lublina z podziałem na grupy wiekowe i płeć” obrazują, jak kształtuje się różnica pomiędzy liczbą mężczyzn i kobiet w poszczególnych grupach wiekowych. Analizując poniższy wykres należy stwierdzić, że tylko w grupach wiekowych od 0 do 18 lat występuje niewielka przewaga liczby mężczyzn nad liczbą kobiet. W pozostałych grupach liczba kobiet jest większa. Różnica ta nasila się zwłaszcza w grupach 50-59 lat, 60-64 lata, 65 i więcej lat, a więc wśród osób tuż przed emeryturą, jak i w wieku emerytalnym. Wśród osób w wieku po zakończeniu aktywności zawodowej dominowały kobiety – stanowiły one 71% (44 675 osób) ogółu mieszkańców Lublina w wieku emerytalnym, zaś mężczyźni stanowili 29% (18 233 osoby). Tak duża

dysproporcja pomiędzy liczbą mężczyzn i kobiet w wieku emerytalnym daje wyraźny sygnał dla podmiotów organizujących wsparcie dla osób starszych o konieczności zwiększenia oferty skierowanej do kobiet.

Wykres 3

Mieszkańcy Lublina z podziałem na grupy wiekowe i płeć w 2010 roku



Źródło: Opracowanie własne MOPR na podstawie danych Urzędu Statystycznego

2.2 Sytuacja zdrowotna seniorów

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, szczegółowa analiza rozpoznań u osób starszych, w tym osób powyżej 65. roku życia, wskazuje głównie na schorzenia kardiologiczne, okulistyczne, naczyniowe i ortopedyczne. Połowa świadczeń realizowanych dla osób starszych, w ramach leczenia szpitalnego, związana jest z chorobami wewnętrznymi, chirurgią ogólną oraz kardiologią. Przeprowadzone przez NFZ analizy wskazują, iż okres zapotrzebowania na szereg usług medycznych, właściwych dla wieku starości, wydłuża się i przesuwają w kierunku osób coraz starszych.

Osoby powyżej 65. roku życia stanowią 13,2% całej populacji Polski, ale wśród osób leczonych w ramach leczenia szpitalnego stanowią już średnio 26,3%. Osoby starsze są, więc jedną z najistotniejszych grup odbiorców świadczeń opieki zdrowotnej. Dominujący udział w grupie osób leczonych powyżej 65 roku życia, mają świadczenia z zakresu chorób wewnętrznych - stanowią 29,5% ogółu świadczeń. Kolejne pod względem wielkości, są świadczenia z chirurgii ogólnej – 12,1%, jak również kardiologii – 11%. Specjalności te konsumują ponad 50% świadczeń realizowanych dla analizowanej grupy wiekowej.

Średni koszt hospitalizacji pacjentów powyżej 65 roku życia wynosi w Polsce **5 987 zł**. W województwie lubelskim wydatki na hospitalizację wynoszą **5 442 zł**,

a w województwie pomorskim - **6 635** zł, różnica, więc wynosi aż **1 193** zł. Mniejsze wydatki na 1. hospitalizację ponoszone są w województwach wschodniej Polski. Średni koszt hospitalizacji pośrednio związany jest z proporcją rozmieszczenia instytutów i szpitali klinicznych na terenie poszczególnych województw.²

Ze względu na fakt, iż wydatki na hospitalizację w województwie lubelskim należą do najniższych w Polsce, jak również ze względu na utrzymujący się kryzys finansów publicznych, powodujący permanentne niedoszacowanie kontraktów szpitali z NFZ, wydaje się, zatem konieczne podjęcie szeroko zakrojonych działań profilaktycznych, mających na celu podniesienie poziomu świadomości prozdrowotnej społeczności lubelskiej.

Działania te będą miały wymierne efekty w przyszłości, zakłada się, bowiem, że dobrze przeprowadzona profilaktyka w teraźniejszości, przyczyni się do polepszenia kondycji zdrowotnej fizycznej i psychicznej, zarówno obecnych, jak i przyszłych pokoleń seniorów.

2.3. Seniorzy w kontekście form wsparcia pomocy społecznej na terenie Miasta Lublin.

Osoby w wieku emerytalnym, jako jedna z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym, mogą korzystać z pomocy społecznej na zasadach ogólnych. O pomoc finansową mogą starać się osoby, które spełniają warunki określone w ustawie o pomocy społecznej:

- trudna sytuacja życiowa,
- trudna sytuacja finansowa,

przy czym oba warunki muszą być spełnione jednocześnie.³

² Źródło: www.zdrowie.senior.pl/Na_co_choruja_polscy_seniorzy

³ Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku (tekst jednolity Dz. U. z 2009 roku Nr 175, poz. 1362 z późn. zmianami). Prawo do świadczeń z pomocy społecznej, na podstawie art. 7 ustawy o pomocy społecznej przysługuje osobom i rodzinom z powodu przyczyn, do których należą:

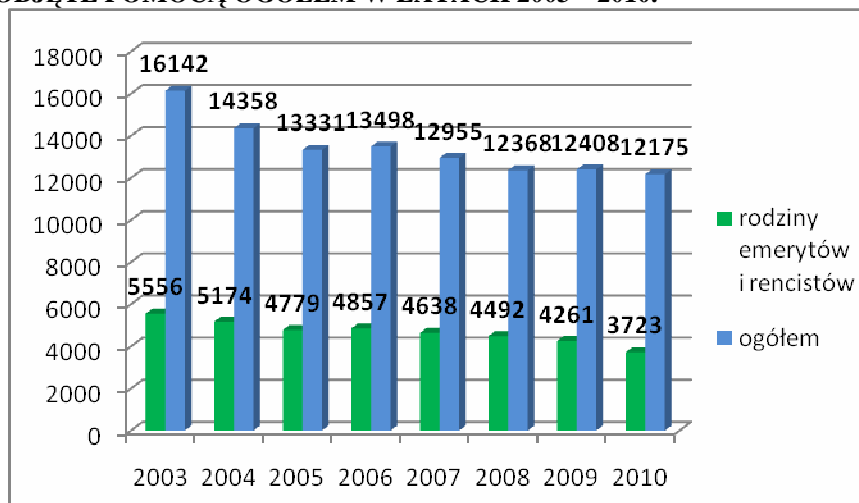
- ubóstwo
- sieroctwo
- bezdomność
- bezrobocie
- niepełnosprawność
- długotrwała lub ciężka choroba
- przemoc w rodzinie
- potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietność
- bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzeniu gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych i wielodzietnych
- brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo-wychowawcze
- trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy
- trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego
- alkoholizm lub narkomania
- zdarzenia losowe i sytuacje kryzysowe
- klęska żywiołowa lub ekologiczna

Ze świadczeń pomocowych MOPR w Lublinie, na przestrzeni lat 2003 – 2010 skorzystało:

- w 2003 roku - **5 556** rodzin emerytów i rencistów, co stanowiło aż **34,4%** ogółu rodzin korzystających z pomocy Ośrodka (w tym **3 348** były to gospodarstwa jednoosobowe – stanowiące łącznie **46,3%** ogółu gospodarstw jednoosobowych, korzystających z pomocy Ośrodka)
- w roku 2009 - **4 261** rodzin emerytów i rencistów, co stanowiło **34,3%** ogółu rodzin objętych pomocą Ośrodka (w tym **2 893** to gospodarstwa jednoosobowe - co stanowiło łącznie **42,4%** ogółu gospodarstw jednoosobowych objętych pomocą)
- w roku 2010 - **3 723** rodzin emerytów i rencistów, co stanowiło **30,6%** ogółu rodzin objętych pomocą w 2010 roku.

Wykres 4

LICZBA RODZIN EMERYTÓW I RENCISTÓW KORZYSTAJĄCYCH Z POMOCY OŚRODKA A RODZINY OBJĘTE POMOCĄ OGÓŁEM W LATACH 2003 – 2010.



Źródło: Opracowanie własne MOPR na podstawie Sprawozdania MPIPS Dział 5 Typy rodzin objętych pomocą społeczną

W latach 2003-2010 udział rodzin emerytów i rencistów w ogólnej liczbie rodzin korzystających z pomocy Ośrodka oscylował w granicach od 30,6% do 36%. Można, zatem stwierdzić, że jedna trzecia rodzin objętych pomocą, to osoby potencjalnie dotknięte

Miesięczny dochód osoby lub rodziny ubiegającej się o pomoc nie może być wyższy od kwoty określonej w ustawie o pomocy społecznej /tzw. kryterium dochodowe ustalone zgodnie z art. 8 ust. 1/. Obecnie obowiązujące od 1 stycznia 2010 r. kwoty wynoszą odpowiednio:

- osoba samotnie gospodarująca, której dochód nie przekracza kwoty 477 zł
- osoba w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 351 zł
- rodzina, której dochód nie przekracza sumy kwot kryterium dochodowego na osobę w rodzinie

Uprawnienia do pomocy materialnej zależne są od wysokości dochodu w rodzinie przy jednoczesnym wystąpieniu co najmniej jednego z powodów wymienionych w art. 7 pkt 2-15 (patrz: powody przyznania pomocy) lub innych okoliczności uzasadniających udzielanie pomocy społecznej.

problemami podeszłego wieku. Za szczególnie niepokojące zjawisko należy uznać bardzo wysoki odsetek (powyżej 40%) jednoosobowych gospodarstw domowych wśród w/w rodzin. W celu pogłębienia analizy zidentyfikowano rodziny, które zostały objęte pomocą ze względu na podeszły wiek. W roku 2010 Ośrodek objął pomocą 1 886 takich rodzin. W stosunku do roku 2003 ich liczba spadła aż o 974. Spadek ten jednak nie oznacza, że zmniejszyła się liczba osób potrzebujących pomocy, ale niewaloryzowane od 5. lat kryterium dochodowe, uprawniające do korzystania z pomocy społecznej. Sytuacja ta znacznie ograniczyła liczbę uprawnionych do korzystania z pomocy społecznej.

Jedną z form pomocy świadczonej na rzecz osób w podeszłym wieku, które nie są w stanie same zaspokoić swoich potrzeb, są usługi opiekuńcze. Ustawa o pomocy społecznej wskazuje, że pomoc w formie usług przysługuje osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności lub innej przyczyny wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione. Usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobom, które wymagają pomocy innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić. Usługi świadczone są w mieszkaniu osoby, która potrzebuje pomocy lub w ośrodkach wsparcia takich jak środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, dzienne domy pomocy. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

W roku 2003 pomoc w takiej formie została udzielona **2 586** osobom, co stanowiło 4,9% ogółu ludności w wieku poprodukcyjnym (52 914) mieszkającej w Lublinie, w 2009 roku wsparciem objęto **1 776** osób, co stanowiło 2,9% ogółu ludności w wieku poprodukcyjnym (61 037) zamieszkującej miasto Lublin. W roku 2010 z pomocy w postaci usług opiekuńczych skorzystało **1 281** osób w wieku emerytalnym, (w tym 1 089 kobiet powyżej 60. roku życia i 192 mężczyzn powyżej 65. roku życia), ze specjalistycznych usług opiekuńczych skorzystały 102 osoby w wieku emerytalnym (w tym 81 kobiet i 21 mężczyzn), zaś ze specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi skorzystały 53 osoby w wieku emerytalnym (w tym 44 kobiety i 9 mężczyzn). Łącznie z pomocy w postaci usług w roku 2010 skorzystało **1 436** osób w wieku emerytalnym (co stanowiło 80,9% ogółu osób /1 775 osób/, które skorzystały z pomocy w postaci usług w 2010 roku).

Dane dotyczące populacji miasta Lublin wskazują, iż osób w wieku emerytalnym stale przybywa, niepokojącym, zatem wydaje się stały spadek liczby rodzin objętych pomocą. Należy przyjąć założenie, poparte doświadczeniami, iż taka sytuacja nie wynika z braku zapotrzebowania na oferowane usługi i pomoc socjalną, ale z faktu, iż bardzo niskie

kryterium dochodowe znacznie ogranicza liczbę osób uprawnionych do korzystania z pomocy. W momencie weryfikacji i podniesienia kryteriów dochodowych uprawniających do skorzystania z pomocy, należy liczyć się z ewentualnością wzrostu zapotrzebowania na różne formy wsparcia, w tym również usługi opiekuńcze.

W razie niemożności zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania można ubiegać się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, tj. placówce pobytu stałego zapewniającej całodobową opiekę. Domy pomocy społecznej zapewniają całodobową opiekę oraz zaspokajają niezbędne potrzeby bytowe, zdrowotne, edukacyjne, społeczne i religijne na poziomie obowiązującego standardu.⁴ W latach 2003 – 2009 na terenie miasta Lublin funkcjonowało **6** domów pomocy społecznej,⁵ które dysponowały łącznie **511** miejscami, z których, w analizowanym okresie, skorzystało średnio **736** osób rocznie.

Mimo stałej liczby domów pomocy społecznej, na przestrzeni analizowanych lat liczba miejsc, jakimi dysponowały domy pomocy społecznej była zmienna – w 2003 roku wyniosły-523/skorzystały z nich 653 osoby, w 2004 roku – 519/631 osób, w 2005 roku – 515/630 osób, w 2006 roku – 513/617 osób, w 2007 roku – 487/594 osoby, w 2008 roku – 487/608 osób, zaś w roku 2009 – 543 miejsca/685 osób.

W grudniu 2010 roku został w Lublinie uruchomiony 7. dom pomocy społecznej, tym samym liczba oferowanych miejsc zwiększyła się o 48.⁶ Podsumowując należy stwierdzić, że w 2010 roku domy pomocy społecznej dysponowały łącznie **606**. miejscami, z których skorzystało **697** osób, w tym **441** osób w podeszłym wieku oraz przewlekłe somatycznie chorych.

Spośród wyżej wymienionych domów pomocy społecznej, 5 domów pomocy społecznej dysponujących 374 miejscami przeznaczonych jest dla osób w podeszłym wieku (spośród nich tylko jeden dom przeznaczony jest tylko i wyłącznie dla osób w podeszłym wieku).

⁴ Placówka świadcząca usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, przeznaczona dla osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogących samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu.

Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na domy dla:

- 1) osób w podeszłym wieku;
- 2) osób przewlekłe somatycznie chorych;
- 3) osób przewlekłe psychicznie chorych;
- 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- 6) osób niepełnosprawnych fizycznie.

⁵ chodzi o domy pomocy społecznej, które otrzymują dotację z budżetu miasta

⁶ Dom Pomocy Społecznej, ul. Ametystowa 22 przeznaczony dla osób w podeszłym wieku oraz dla osób przewlekłe somatycznie chorych, uruchomiony w dniu 15 grudnia 2010 roku

Na dzień 31 grudnia 2010 roku na umieszczenie w domach pomocy społecznej oczekiwało łącznie 111 osób, w tym:

- do DPS im. Matki Teresy z Kalkuty – 31 osób,
- do DPS „Kalina”⁷ – 31 osób,
- do DPS im. W. Michelisowej⁸ – 4 osoby,
- do DPS dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie – 7 osób,
- do DPS „Betania”⁹ – 13 osób,
- do Prawosławnego DPS Diecezji Lubelsko-Chełmskiej¹⁰ – 3 osoby,
- do DPS z siedzibą w Lublinie przy ul. Ametystowej¹¹ – 22 osoby.

Do dnia 30 marca 2011 roku liczba osób oczekujących na umieszczenie zmalała do 85 w związku z przyjmowaniem mieszkańców do nowoutworzonego domu przy ul. Ametystowej.

Oprócz domów pomocy społecznej, na terenie miasta funkcjonują placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku.¹² Na dzień 29 września 2011 roku w Lublinie funkcjonowały 3 takie placówki, posiadające zgodę Wojewody Lubelskiego:

- Dom Opieki im. św. Brata Alberta, prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Albertynek Posługujących Ubogim z siedzibą w Warszawie, mieszczący się przy ul. Ogrodowej 4 w Lublinie. Placówka prowadzona w ramach działalności statutowej dla kobiet w podeszłym wieku, niepełnosprawnych i przewlekle chorych,
- Promyk dla osób starszych – prowadzony w ramach działalności gospodarczej, mieszczący się przy ul. Reja 55b w Lublinie. Placówka prowadzona w ramach działalności gospodarczej dla kobiet w podeszłym wieku, niepełnosprawnych i przewlekle chorych,

⁷ Dom pomocy społecznej, przeznaczony dla osób w podeszłym wieku, dysponujący 101. miejscami

⁸ Dom pomocy społecznej, przeznaczony dla osób w podeszłym wieku i osób przewlekle somatycznie chorych, dysponujący 34. miejscami dla osób w podeszłym wieku i 30. miejscami dla osób przewlekle somatycznie chorych

⁹ Dom pomocy społecznej, dysponujący 135. miejscami dla osób w podeszłym wieku oraz dla osób przewlekle somatycznie chorych

¹⁰ Dom pomocy społecznej dysponujący 26. miejscami dla osób w podeszłym wieku i osób przewlekle somatycznie chorych

¹¹ Dom pomocy społecznej, dysponujący 48 miejscami dla osób w podeszłym wieku i osób przewlekle somatycznie chorych

¹² Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, prowadzone są w ramach działalności gospodarczej po uzyskaniu zezwolenia wojewody, na podstawie art. 67 ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 roku Nr 175 poz. 1362 z późn. zmianami)

- Tutela – usługi opiekuńczo – pielęgnacyjne – prowadzony w ramach działalności gospodarczej, posiadający 2 placówki, mieszczące się przy ul. Nad Zalewem 15 – 17 i w Krężnicy Jarej 320. Placówka prowadzona jest w ramach działalności gospodarczej dla kobiet i mężczyzn w podeszłym wieku i przewlekle chorych.

Rodziny, które umieszczają seniorów w placówkach prywatnych, po pewnym okresie czasu, bardzo często ze względów ekonomicznych (zbyt wysokie koszty pobytu), starają się o przeniesienie seniorów do domów pomocy społecznej, które otrzymują dotację z budżetu Miasta.

Oprócz placówek oferujących całodobową opiekę i pomoc seniorom, w mieście Lublinie znajdują się również ośrodki wsparcia, które świadczą pomoc w formie półstacjonarnej.

W latach 2003 – 2009 liczba ośrodków wsparcia ¹³ o zasięgu ponadgminnym, funkcjonujących w mieście Lublin wzrosła z 3 w 2003 roku do 9 w 2009 roku. Oferowały one odpowiednio 152 miejsca, z których skorzystało 176 osób w 2003 roku, poprzez 334 miejsc w 2009 roku, z których skorzystało 531 osób.

W analizowanym okresie na terenie miasta Lublin funkcjonowało odpowiednio od 18 w roku 2003 do 22 w 2009 roku ośrodków wsparcia o zasięgu lokalnym.

Jednym z rodzajów ośrodków wsparcia o zasięgu lokalnym są dzienne domy pomocy społecznej. Dzienny dom pomocy społecznej jest ośrodkiem wsparcia o zasięgu lokalnym, powołanym do świadczenia usług na rzecz osób dorosłych znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, samotnych, emerytów i rencistów, którzy ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, a także dzieci i młodzieży zaniedbanych wychowawczo, ze środowisk dysfunkcyjnych.

W latach 2003 - 2007 w mieście Lublinie funkcjonowały 3 dzienne domy pomocy, które oferowały odpowiednio w latach 2003 – 2004 - 219 miejsc, z których skorzystało 307 osób (336 osób w 2004 roku), w roku 2005 - 224 miejsca (z których skorzystało 342 osoby), w roku 2006 – 229 miejsc (z których skorzystało 355 osób), zaś w roku 2007 - 317 miejsc, z których skorzystało 281 osób. W latach 2008 – 2010 na terenie miasta funkcjonowały

¹³ Ośrodek wsparcia jest środowiskową formą pomocy półstacjonarnej służącą utrzymaniu osoby w jej naturalnym środowisku i przeciwdziałaniu instytucjonalizacji, a w szczególności:

- a. środowiskowe domy samopomocy
- b. dzienne domy pomocy
- c. noclegownie
- d. ośrodki opiekuńcze

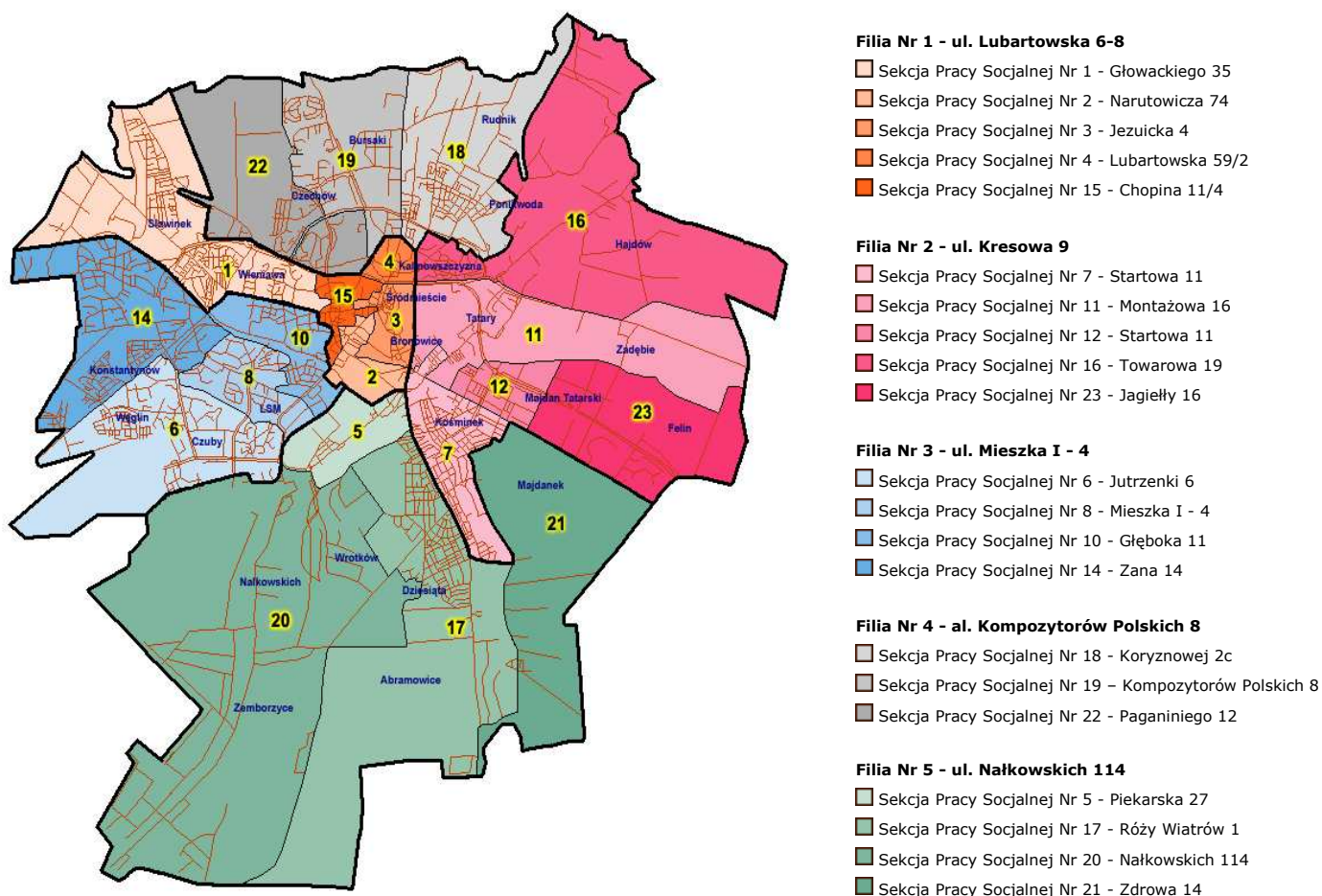
2-dzienne domy pomocy społecznej, które oferowały łącznie 101 miejsc, z których skorzystało w 2008 roku 165 osób, w 2009 roku 139 osób oraz w roku 2010 130 osób.

Jak wynika z analizy powyższych danych liczbowych, pomoc, jaką oferowały ośrodki wsparcia cieszyła się zainteresowaniem mieszkańców w wieku emerytalnym, albowiem każdego roku liczba osób, które skorzystały z ich pomocy znacznie przewyższała liczbę miejsc, jakimi dysponowały (wyjątek stanowi 2007 rok, kiedy to liczba miejsc była większa o 36 od liczby osób, które skorzystały z oferty dziennych domów pomocy).

2.4. Charakterystyka seniorów objętych wsparciem Filii MOPR Lublin

Mapa 1.

Obszar działania Filii i Sekcji Pracy Socjalnej MOPR Lublin



Jak pokazuje powyższa mapa, na terenie miasta Lublin działa 5 Filii MOPR, w skład których wchodzi sekcje pracy socjalnej.

Jak wskazują dane statystyczne Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie, w roku 2010 pomocą środowiskową objęto **2 380** osób w wieku poprodukcyjnym.¹⁴ Wśród nich 78,49%

¹⁴ Kobiety w wieku powyżej 60 lat, mężczyźni w wieku powyżej 65 lat; na podstawie danych zawartych w bazach danych Filii Nr 1-5 MOPR w Lublinie

stanowiły kobiety (1 868 osób), zaś 21,51% mężczyźni (512 osób). W analizowanej grupie - 35,88% osób osiągało dochody poniżej 800 zł w przeliczeniu na 1 osobę, 55,73% osób osiągały dochody w granicach 800 – 1 600zł, a 10,55% powyżej 1 600 zł.

Tabela 2

Osoby w wieku poprodukcyjnym ujęte w bazach danych Filii MOPR w 2010 roku

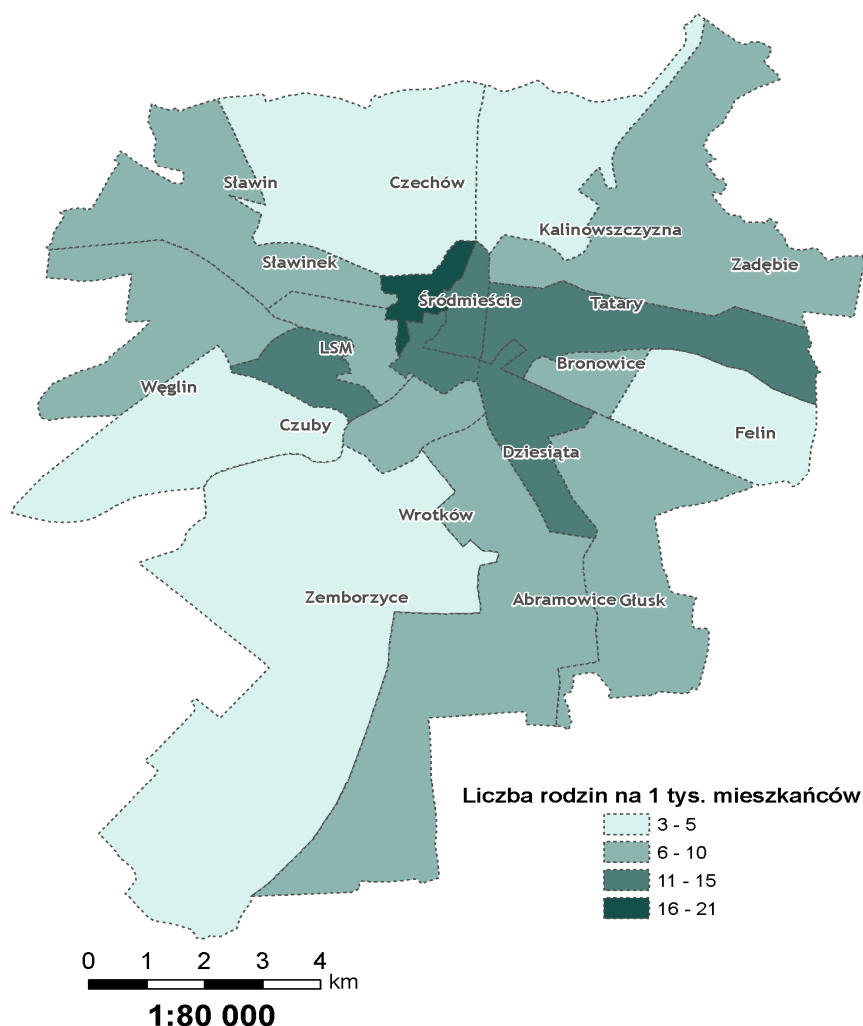
	Dochody w zł	Filia 1	Filia 2	Filia 3	Filia 4	Filia 5	OGÓŁEM	Udział procentowy
Kobiety i mężczyźni w wieku poprodukcyjnym	0-315	70	54	36	26	42	228	9,58
	315-477	73	67	25	36	51	252	10,59
	477-800	86	99	60	54	75	374	15,71
	800-1200	142	203	215	141	87	788	33,11
	1200-1600	97	114	158	73	45	487	20,46
	1600-2000	55	34	70	25	12	196	8,24
	2000 i więcej	19	13	13	9	1	55	2,31
OGÓŁEM:		542	584	577	364	313	2380	100

Źródło: Opracowanie własne MOPR na podstawie Sprawozdania MPIPS Dział 5 Typy rodzin objętych pomocą społeczną

Poniższa mapa obrazuje, jak zróżnicowany jest stopień natężenia występowania problemu podeszłego wieku wśród osób korzystających z pomocy społecznej, zamieszkujących w poszczególnych dzielnicach miasta.

Mapa 2

Problem podeszłego wieku w poszczególnych dzielnicach miasta



Mapa wykonana w oprogramowaniu ArcGIS Desktop użyzonym dzięki uprzejmości firmy ESRI Polska

Analizując dane zobrazowane na powyższej mapie, należy stwierdzić, że problem poddany analizie najliczniej występował w Śródmieściu, LSM-ie i na Tatarach, ale również w dzielnicy Kalinowszczyzna, Działąta i Bronowice. Jest on ściśle powiązany ze średnią wieku mieszkańców zamieszkujących poszczególne dzielnice. I tak w tzw. „starych” dzielnicach miasta jest on bardziej widoczny, niż w nowopowstałych osiedlach, zamieszkałych w większości przez młodych ludzi.

Sytuacja społeczna i ekonomiczna

Z informacji uzyskanych od pracowników socjalnych wynika, że osoby starsze w większości posiadają bliską rodzinę, choć niejednokrotnie zamieszkują same. Seniorzy

wskazują, że w większości przypadków utrzymują pozytywne relacje z najbliższą rodziną, sąsiadami. Mogą liczyć na doraźne lub stałe wsparcie, najczęściej w formie usług typu zakupy, sprzątanie, wizyty u lekarza. Należy jednak zaznaczyć, że pomoc dzieci, czy członków najbliższej rodziny, ma ograniczony charakter z uwagi na ich własne obowiązki, pracę zawodową. Oczywiście są osoby starsze, które pomimo rodziny (nawet tej bliższej) borykają się z problemem samotności, odrzucenia, braku zainteresowania ich problemami, czy potrzebami. Osoby starsze wskazują także, że ich bliscy w dzisiejszych czasach przewartościowują sprawy materialne nad rodzinne. Seniorzy nie chcieliby być tzw. niepotrzebnym bagażem, ale niestety są osoby, które mają takie odczucia. Taka sytuacja przyczynia się także do izolacji społecznej, przejawiającej się unikaniem nawiązywania szerszych kontaktów, choćby sąsiedzkich. Mniejszość stanowią osoby, które nie mogą liczyć na żadną pomoc ze strony rodziny, bądź nie utrzymują żadnych kontaktów z najbliższymi.

Warunki mieszkaniowe osób starszych są dobre. Większość z nich jest właścicielami lub głównymi lokatorami swoich mieszkań. Zamieszkują w blokach, posiadają sprzęty gospodarstwa domowego, opłaty mieszkaniowe regulują na bieżąco. Przeważa wykształcenie podstawowe i zawodowe. Niewielka liczba osób posiada wykształcenie średnie i wyższe.

Jak wskazują pracownicy socjalni, dominującą grupę stanowią osoby, których dochód jest wyższy od kryterium dochodowego udzielania świadczeń z pomocy społecznej. Wśród grupy osób korzystających z pomocy społecznej oferowanej przez Filie MOPR najliczniejszą grupę stanowią osoby posiadające stałe własne źródło dochodu - świadczenie emerytalne lub rentowe. Osoby nieposiadające dochodu pozostają na utrzymaniu rodziny lub korzystają z zasiłku stałego z pomocy społecznej. W ocenie pracowników socjalnych wiele osób mimo posiadanego świadczenia boryka się z problemem zaspokajania niezbędnych podstawowych potrzeb. Osoby starsze na pierwszym miejscu starają się regulować zobowiązania typu czynsz, opłaty eksploatacyjne (gaz, energia elektryczna), które stanowią istotne obciążenie ich domowego budżetu. Pozostałe środki przeznaczają na bieżące wydatki - żywność, środki czystości. Kwestia potrzeb zdrowotnych tj. zakup leków, rehabilitacji i innych form wspomagających leczenie i funkcjonowanie (sanatoria, turnusy rehabilitacyjne itp.) z uwagi na posiadane środki są realizowane niejednokrotnie kosztem innych potrzeb, lub nie są w ogóle zaspokajane. Znaczna większość osób starszych korzystających z pomocy MOPR to osoby objęte wsparciem w formie usług opiekuńczych, większość spośród tych osób wychodzi z domu - jednak w towarzystwie opiekunki, kontakty tych osób ze środowiskiem lokalnym są ograniczone.

Wsparcie Filii w postaci specjalnych zasiłków celowych na pokrycie lub częściowy zwrot wydatków na leki i leczenie, czy też na zakup żywności jest oczekiwaną formą pomocy przez te osoby. Obserwuje się także, że najbliższe otoczenie lokalne (sąsiedzkie) także podchodzi do problemów ludzi starszych z różnym nastawieniem, osoby starsze nie mają poczucia przynależności. Ich kontakty oscylują głównie w obrębie tej samej grupy wiekowej. Wynika to z postrzegania osoby starszej, jako „chorej” i „niepełnej”. Utożsamianie przez środowisko lokalne osób w starszym wieku z chorobą, ma związek z pogarszającym się ich stanem zdrowia, sprawnością fizyczną, psychiczną i umysłową organizmu. Wizerunek ten kreują również sami seniorzy skarżąc się na złe samopoczucie oraz dolegliwości wynikające z chorób typowych dla okresu starości. Starość społecznie postrzegana jest jako okres stopniowego ograniczenia kontaktu ze środowiskiem zewnętrznym, na co nakłada się szereg czynników środowiskowych i zdrowotnych.

Sytuacja zdrowotna i dostęp do usług medycznych

Stan zdrowia seniorów w opinii pracowników służb społecznych oceniany jest jako zły. Jak wskazują informacje pozyskane z Filii Ośrodka, zdecydowana większość osób starszych, objętych pomocą, to osoby przewlekłe chore. Jak wskazują dane, ich odsetek sięga nawet 80% ogółu osób. Wymagają oni pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych oraz związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Na około 50% szacowana jest liczba osób posiadających ustalony stopień niepełnosprawności, bądź grupę inwalidzką. Wśród dolegliwości, z którymi borykają się osoby starsze, przeważają choroby somatyczne, schorzenia neurologiczne, kardiologiczne, pulmonologiczne, urologiczne, narządu ruchu, wzroku, słuchu. Często występuje wielonarządowość schorzeń i przewlekły charakter chorób. Skala schorzeń narządu ruchu jest wyraźnie mniejsza w stosunku do wyżej wymienionej grupy (10-20%). W niewielkim stopniu dominującym schorzeniem jest choroba psychiczna. Szacuje się, iż tego typu problemy dotyczą ok. 5-10% osób.

Pomimo wielu dolegliwości, jakie występują u osób starszych, doświadczenia pracowników socjalnych wskazują, iż szacunkowo około 90% seniorów objętych wsparciem to osoby, z którymi można swobodnie nawiązać kontakt słowny oraz osoby sprawne fizycznie w stopniu umożliwiającym samodzielne wyjście z domu.

Hierarchia dostępności do usług medycznych w ocenie osób starszych:

1. lekarz rodzinny (poziom zadowolający)
2. usługi opiekuńcze (poziom zadowolający)
3. lekarz specjalista (długi okres oczekiwania)
4. pielęgniarka środowiskowa (poziom opieki dobry)

5. rehabilitacja (trudny dostęp)
6. pobyt w szpitalu (hospitalizacja w sytuacji przymusu, rzadko)
7. lekarskie wizyty patronażowe (mała ilość, trudności z zamówieniem wizyty lekarza)
8. opieka długoterminowa (sporadycznie realizowana, niedostateczna ilość miejsc w hospicjach).

W opinii pracowników socjalnych jedną z głównych potrzeb osób starszych korzystających z pomocy MOPR, obok poprawy warunków ekonomicznych, jest potrzeba ochrony zdrowia i dostępu do opieki zdrowotnej. Osoby starsze oczekują lepszego dostępu do lekarzy specjalistów, do leczenia, rehabilitacji, lepszego dostępu i poprawy jakości sprzętu ortopedycznego, zapewnienia tańszych leków, pomocy technicznej, środków pomocniczych, likwidacji barier architektonicznych.

Osoby starsze, będące klientami MOPR, których stan zdrowia znacznie ogranicza czynne uczestnictwo w życiu społecznym, oczekują na wsparcie, zapewnienie opieki w miejscu zamieszkania (lepszą jakość usług opiekuńczych, specjalistycznych; zmniejszenie kosztów opieki, wolontariat). Duża część osób starszych, które mają przyznane usługi opiekuńcze widzi konieczność wydłużenia trwania dyżuru (tj. zwiększenia ilości godzin).

Zainteresowania i aktywność osób starszych

Seniorzy nie mają ściśle sprecyzowanych zainteresowań. Na ich formy wpływ ma przede wszystkim stan zdrowia, sprawność ruchowa i manualna, a także sytuacja finansowa. Osoby starsze w znacznej części posiadają wykształcenie podstawowe, rzadko kiedy posiadają wykształcenie zawodowe¹⁵. Osoby starsze większość czasu spędzają na oglądaniu telewizji, słuchaniu radia (bardzo popularne są kanały religijne), wypełnianiu krzyżówek. Osoby, których sprawność fizyczna umożliwia samodzielne poruszanie się, bardzo chętnie wychodzą na spacer, spędzają czas w osiedlowych parkach, na ławkach przed blokiem. Istotnym elementem są zainteresowania związane z tematyką religijną. Część osób dużo czasu poświęca modlitwie, regularnie chodzi do kościoła, udziela się w kółkach różańcowych. Są zorientowani w sytuacji społecznej, na bieżąco śledzą wydarzenia z kraju i ze świata. Ważny element ich życia stanowi opieka nad zwierzętami, które są niekiedy traktowane jak bliska im osoba.

¹⁵ Na potrzeby opracowanej diagnozy przeprowadzono analizę dokumentów 101 środowisk korzystających z pomocy Filii 2, z której wynika, iż:

- średnia wieku badanych osób wynosi 65 lat, gdzie najmłodsza osoba ma 50 lat a najstarsza 90,
- osoby starsze posiadają wykształcenie:
podstawowe - 47 osób, zawodowe - 14 osób, średnie - 37 osób, wyższe - 3 osoby

Część osób utrzymuje kontakty z sąsiadami, uczestniczy w koncertach, wystawach i przedstawieniach organizowanych przez parafie. Niewielki odsetek stanowią osoby, które wykonują robótki ręczne, uprawiają ogródki, wykonują prace na działkach, korzystają z placówek oferujących aktywność kulturalno-społeczną (Uniwersytet III Wieku itp.). Pomimo, iż wszyscy potrafią pisać i czytać, nie korzystają ze świetlic, a korzystanie z bibliotek i czytanie książek deklaruje niewielu seniorów. Bardzo sporadycznie seniorzy kupują prasę, wskazując na niewystarczające środki finansowe. Nie chodzą również do kin ani do teatrów.

Około 95% seniorów, to osoby, z którymi można swobodnie nawiązać kontakt słowny, osoby wystarczająco sprawne fizycznie, aby samodzielnie wyjść z domu. Około 98% spośród tych osób nie ma dostępu do komputera ani internetu. Ponad połowa z nich posługuje się telefonami komórkowymi.

Z obserwacji pracowników socjalnych wynika jednak, iż są obszary działania Filii Ośrodka, w których aktywność seniorów jest wyraźnie silniejsza. Seniorzy zamieszkali w obszarze działania Sekcji Pracy Socjalnej Nr 1 i częściowo w Sekcji Pracy Socjalnej Nr 15, to grupa osób z wykształceniem średnim i wyższym. Wiele z tych osób interesuje się ogólnie pojętą sztuką, religią, polityką. Zwłaszcza seniorzy z SPS -1 korzystają z bibliotek, kupują systematycznie prasę, chętnie korzystają z działań proponowanych przez Sekcję, są zorientowani w przysługujących im prawach i uprawnieniach, z których często korzystają. Wiele osób chętnie udziela się lokalnie. Interesują się sprawami osiedla i osób współzamieszkałych, dbają o własne otoczenie. Wynika to w dużej mierze z faktu, iż są to osoby w podobnym wieku, często znające się wiele lat. Chętnie pomagają sobie nawzajem, korzystają z pomocy sąsiedzkiej. Są to ludzie komunikatywni, aktywni towarzysko, w bardzo nielicznych przypadkach osoby demencyjne. Znaczna część z tych osób posiada telefony komórkowe, sprzęt audio. Niestety również wśród tej grupy obserwowany jest brak dostępu do komputerów i internetu.

Również osoby starsze, zamieszkujące osiedle LSM (obszar pracy Sekcji Pracy Socjalnej Nr 8), korzystają ze zorganizowanych form wsparcia np. Klubu Aktywnego Seniora w Domu Kultury LSM, Uniwersytetu III Wieku.

Osoby bardziej aktywne, które korzystają z usług Centrum Aktywizacji i Rozwoju Seniorów (Filia Nr 5 MOPR) istotnie poszerzają swoje zainteresowania. Pozytywnie opiniują takie formy jak zajęcia muzyczne, taneczne, intelektualne (zajęcia usprawniające umysł), manualno-plastyczne, ruchowe. Mogą także rozwijać swoje umiejętności wokalne (chór).

Jednoznaczna ocena możliwości wzbogacenia zainteresowań i rozbudzenia

aktywności seniorów jest bardzo utrudniona. Jak wskazują obserwacje i doświadczenie pracowników socjalnych w dużym stopniu zależą one od sytuacji finansowej, zdrowotnej i wykształcenia osób starszych.

Seniorzy najczęściej przyjmują postawę wycofania - są niechętni do dokonywania zmian. Negatywnie odnoszą się do proponowanych aktywnych form spędzania wolnego czasu. Część osób starszych deklaruje chęć zmiany swojej sytuacji życiowej. Są osoby, które chciałyby podjąć jakąś aktywność, czuć się potrzebne. Niestety w bardzo wielu przypadkach gotowość ta pozostaje jedynie w sferze deklaratywnej. Wiele osób starszych nie chce wprowadzać zmian z powodu przyzwyczajenia do obecnej sytuacji, nie odczuwa potrzeby zmiany stylu życia z biernego na aktywny.

Seniorzy oczekują przedstawienia konkretnego wachlarza zajęć, gotowej oferty. Doświadczenie pracowników socjalnych oraz dobre rozpoznanie warunków istniejących w konkretnej społeczności lokalnej wydają się mieć fundamentalne znaczenie przy skutecznym aktywizowaniu seniorów.

Wizerunek seniorów

Seniorzy mają świadomość funkcjonujących o nich opinii. Jak zwracają uwagę pracownicy socjalni, w sposób umiarkowany odczuwają oni etykietowanie osoby starszej, jako niedołążnej, bezsilnej, bezradnej, wymagającej wsparcia i pomocy. Odczuwają poczucie bezsilności w związku z oceną ich sytuacji życiowej i postrzeganiem przez otoczenie.

Pracownicy socjalni w ramach pracy z osobami starszymi, spotykali się z opiniami, na które zwracali uwagę sami zainteresowani, iż ludzie w podeszłym wieku postrzegani są przez otoczenie jak dzieci z obniżoną wydolnością umysłową i fizyczną. Powoduje to, że do wszystkich osób starszych otaczająca społeczność lokalna zwraca się powoli, prostymi zdaniem, wyręcza we wszystkim, niezależnie od rzeczywistej potrzeby, a ponadto nie traktuje ich wypowiedzi poważnie. Kreowany jest przez to negatywny wizerunek osoby starszej, tj. zaniedbany, zgorzkniały, zniechęcony i zamknięty w sobie starzec, człowiek odrzucony przez najbliższych, nieufny, żyjący z upokarzająco niskiej emerytury, bywalec poczekalni w ośrodku zdrowia i stały klient pomocy społecznej. Senior postrzegany jest jako „problem”, jako osobę uciążliwą, niewdzięczną, wymagającą opieki, absorbującą uwagę rodziny swym stanem zdrowia.

Osoby starsze bardzo często czują się niepotrzebne, odrzucone i nierozumiane w ich naturalnym starzeniu się, określają się niekiedy, jako tzw. „kula u nogi”. Podają, że postrzegani są, jako skąpcy, ciułacze. Uważają, że z racji wieku, doświadczeń życiowych, dają sobie przyzwolenie, prawo do pouczenia młodego pokolenia i innych osób. Jest im

przykro, że nie zawsze osoby młodsze chcą korzystać z ich wiedzy życiowej, tak ważnej w ich odczuciu. Chcieliby być uczestnikami łączenia pokoleń, a nie ich dzielenia.

Oczywiście w analizowanej grupie znajdują się osoby, które mają także pozytywny obraz osoby starszej. Przejawia się on okazywaniem uczuć przez bliskich, trwałością relacji, kontaktów, poczuciem bycia potrzebnym, zauważalnym, służącym radą, doświadczeniem i mądrością życiową, angażowaniem ich w życie rodziny (opieka nad wnukami, wspólne wyjścia itp.).

Niemniej wizerunek osób starszych wydaje się być postrzegany w negatywnym świetle. Otoczenie zdaje się nie zwracać uwagi na potencjał osób starszych, natomiast silnie eksponowane są, naturalne zresztą, symptomy starzenia się. Taki wizerunek bywa krzywdzący i w bardzo wielu przypadkach nieprawdziwy.

Na podstawie posiadanych informacji udało się dokonać wyszczególnienia potrzeb i barier w funkcjonowaniu osób starszych, zarówno tych dostrzeganych przez pracowników socjalnych jak i samych Seniorów. Podjęto również próbę wskazania możliwości i potencjału jakim dysponują beneficjenci programu. Określenie wskazanych zagadnień wydaje się być szczególnie istotnym elementem wpływającym bezpośrednio na obszary szczególnego zainteresowania i kierunku dalszych działań na rzecz seniorów.

Potrzeby seniorów w opinii pracowników socjalnych, to:

- łatwiejszy dostęp do opieki zdrowotnej, rehabilitacji,
- większa dostępność do ortopedycznego oprzyrządowania pomocniczego i stałego (sprzęt rehabilitacyjny, materace przeciwoleżynowe itp.),
- większa dostępność miejsc do spotkań seniorów i osoby prowadzącej,
- dostęp do korzystania z kursów, komputerów, Internetu,
- tanie oferty kulturalne dla seniorów (tj. tańsze bilety do kina, teatru),
- zwiększenie kontaktów z osobami młodszymi,
- poprawa warunków mieszkaniowych dostosowanych do potrzeb i niepełnosprawności
- dofinansowanie do turnusów rehabilitacyjnych,
- zapewnienie tanich obiadów,
- potrzeba zakupu tanich leków,
- potrzeba kontaktów społecznych – rodzinnych, koleżeńskich, sąsiedzkich
- potrzeba wykonywania społecznie użytecznych działań, aktywności, integracji ze środowiskiem,
- potrzeba samodzielności, bycia potrzebnym, życzliwości, zrozumienia,

- większego szacunku od osób młodych,
- większego zainteresowania od osób bliskich,
- potrzeby w zakresie dostosowywania miejsc użyteczności publicznej do ich sprawności fizycznej i intelektualnej.

Bariery w funkcjonowaniu:

Wewnętrzne:

- strach o bezpieczeństwo własne, spowodowany min. brakiem sprawności, poczucia bezpieczeństwa na ulicy, niechęcią do wyjścia z domu,
- brak akceptacji rodziny,
- zniechęcenie, brak motywacji do zmian,
- zły stan zdrowia,
- nieśmiałość,
- niepełnosprawność,
- poczucie niezrozumienia, izolacji,
- osobowość, cechy charakteru,
- frustracja spowodowana trudną sytuacją ekonomiczną,
- brak pomysłów na ciekawe spędzanie czasu wolnego,
- brak wiedzy na temat aktualnych imprez kulturalnych na terenie dzielnicy,
- brak informacji na temat instytucji i organizacji działających na rzecz seniorów,
- dotychczasowe nawyki i przyzwyczajenia (spędzanie czasu przed telewizorem),
- ograniczenia psychofizyczne,
- problemy z akceptacją starości i postępujących ograniczeń funkcjonalnych,
- psychiczne takie jak: niechęć do zmian, wycofanie, bierność, zamknięta postawa.

Większość osób starszych nie dostrzega swoich możliwości i potencjału, godzi się z pauperyzacją, uważa, że starość jest takim etapem w życiu, który wskazuje na potrzebę zmiany stylu życia z aktywnego na pasywny.

Zewnętrzne:

- bariery architektoniczne w mieszkaniach oraz budynkach użyteczności publicznej (brak wind, stare strome schody, ciemne klatki schodowe, wysokie piętra, ciemne pomieszczenia, wysokie krawężniki),
- bariery transportowe, zła komunikacja miejska,
- brak bezpieczeństwa na ulicach,

- nierównomiernie rozmieszczona baza placówek zaspokajających potrzeby osób starszych,
- bariery komunikacyjne – ograniczenia w komunikowaniu się (zaburzenia mowy, słuchu, wzroku, pamięci),
- dysonans międzypokoleniowy (różnica poglądów, wartości, sposobów rozwiązywania problemów, odpowiedzialności, postaw, sposobu bycia, kultury, podejścia do tradycji, zdarzeń historycznych),
- brak działań podejmowanych przez rady dzielnic na rzecz osób starszych.

Potencjał i możliwości Seniorów:

- osoby z wyższym wykształceniem mają duży potencjał intelektualny, są to osoby o ustabilizowanej sytuacji finansowej, chętni do podejmowania działań, zainteresowani wszelkimi zmianami mającymi wpływ na ich funkcjonowanie, aktywnie włączający się do działań,
- sprawność fizyczna i umysłowa,
- wykształcenie oraz niezbędne umiejętności życiowe,
- zdolność do samoobsługi,
- poprawne relacje sąsiedzkie,
- chęć uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej,
- praca wolontariacka,
- chęć korzystania ze środowiskowych form wsparcia,
- rozwijanie zainteresowań,
- korzystanie z systemu wsparcia oferowanego przez pracowników socjalnych,
- zaangażowanie w działania na rzecz innych – pomoc sąsiedzka,
- deklaracja chęci włączenia się w ukierunkowane działania podejmowane na rzecz środowiska lokalnego,
- pomoc rodzinie, wychowywanie wnuków,
- aktywność w kościołach poprzez udział w zespołach charytatywnych, kółkach różańcowych, Legionie Maryi,
- działania samopomocowe.

2.5. Potrzeby seniorów na podstawie niezależnych badań ankietowych prowadzonych w środowisku seniorów Miasta Lublin.

Jak wynika z badań ankietowych przeprowadzonych między innymi wśród osób starszych w Lublinie w ramach projektu *Polityka społeczna w regionie. Badania, analizy i upowszechnianie*,¹⁶ osoby starsze borykają się z wieloma problemami. Za najczęstsze uważa się: choroby, samotność, niepełnosprawność, brak opieki ze strony rodziny i ubóstwo. Wśród ankietowanych dominowały osoby, które miały problemy z wykonywaniem niektórych codziennych czynności (71,2%). Utrudnienia doświadczane przez osoby objęte badaniem dotyczą praktycznie wszystkich sfer życia, generalnie wiążą się z aktywnością w lokalnej społeczności oraz z wykonywaniem codziennych obowiązków. Doświadczane trudności sprawiają, że ankietowani zmuszeni byli korzystać z pomocy osób trzecich. Częstotliwość korzystania z takiej pomocy jest bardzo wysoka. Ponad połowa badanych potrzebuje jej codziennie lub kilka razy w tygodniu. Również korzystanie z pomocy finansowej jest deklarowane przez prawie połowę ankietowanych.

W czerwcu 2011 roku na terenie Miasta Lublin zostały przeprowadzone kolejne badania wśród mieszkańców, którzy utożsamiają się z osobą „seniora”.¹⁷ Badanie miało na celu poznanie opinii samych zainteresowanych na temat oferty usług dla osób w wieku starszym na terenie Miasta Lublin.

Badana populacja obejmowała 208 osób w wieku od 57 do 89 lat. Seniorzy reprezentowali wszystkie dzielnice Miasta. Badaniem objęto seniorów mieszkających w obszarze działania pięciu Filii MOPR, mieszkańców siedmiu lubelskich Domów Pomocy Społecznej oraz członków organizacji zrzeszającej najbardziej reprezentatywną grupę seniorów tj. Polskiego Związku Emerytów i Rencistów w Lublinie.

Najliczniej reprezentatywną grupą wiekową wśród respondentów były osoby pomiędzy 71 a 75 rokiem życia. Ta grupa stanowiła 58% badanych. Pozostali respondenci to:

- 2% - osób przed 60 rokiem życia,
- 20% - osób w wieku 61 – 65 lat,
- 15% - osób w wieku 66 – 70 lat,
- 5% - osób w wieku 76 lat i więcej.

¹⁶ Projekt Wyższej Szkoły Ekonomii Innowacji „Polityka społeczna w regionie – badania, analizy i upowszechnianie” jest realizowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VII. Promocja integracji społecznej; Działanie 7.2 Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej; Poddziałanie 7.2.1. Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

¹⁷ Badania ankietowe zostały przeprowadzone przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lublinie, przy współpracy Domów Pomocy Społecznej oraz współudziale organizacji pozarządowych

Wśród badanych dominowały osoby posiadające wykształcenie średnie. Respondenci w tej grupie wiekowej stanowili 68% badanych. Osoby z wykształceniem wyższym stanowiły niewielki odsetek, jedynie 8% badanych, z wykształceniem zawodowym – 19% badanych, najmniej, bo jedynie 5% stanowili respondenci z wykształceniem podstawowym.

Badana grupa seniorów w przeważającej części uprawniona jest do świadczeń emerytalno - rentowych z systemu ubezpieczeń społecznych. Ponad 88% badanych wskazało, że utrzymuje się z własnej emerytury, 8% otrzymuje świadczenia rentowe, 4% wskazuje inne źródła dochodu (w tym pracę, świadczenia pomocy społecznej). Wysokość dochodów w badanej grupie kształtuje się następująco:

- 6% - wskazuje dochody poniżej 1000 zł,
- 34% - wskazuje dochody na poziomie 1001 – 1500 zł,
- 48% - wskazuje dochody na poziomie 1501 – 2000 zł,
- 12% - wskazuje dochody powyżej 2000 zł.

Uzyskany wynik badań jest w tym miejscu zbieżny z wynikami statystyki publicznej. Według komunikatu ZUS w Lublinie średnia wysokość przeciętnej emerytury w pierwszym kwartale 2011 roku wynosiła 1 635 złotych.

Badaną populację w znacznej części reprezentowały kobiety. Stanowiły one 62% badanych. Zróżnicowany natomiast jest stan cywilny badanej populacji:

- 38% - wskazuje wdowieństwo,
- 32% - określa się mianem osób samotnych, nie precyzując bliżej stanu cywilnego,
- 18% - deklaruje bycie w związku małżeńskim,
- 12% - deklaruje stan wolny.

Badania ankietowe umożliwiają skonstruowanie opisu statystycznego lubelskiego seniora, który jest osobą w wieku około 75 lat, ma wykształcenie średnie, własną emeryturę w wysokości około **1 500** złotych, jest samotny zarówno aspekcie stanu cywilnego, jak i postrzegania siebie w relacjach społecznych.

Badanie obejmowało osiem głównych obszarów, w których seniorzy wskazywali znajomość zakresu usług i własny pogląd na temat ewentualnego korzystania z usług w tym obszarze.

Pierwszy obejmował sytuację bytową ze szczególnym uwzględnieniem mieszkalnictwa. Respondenci wskazali dużą znajomość różnych form mieszkalnictwa, w tym socjalnego dla osób starszych, chronionego, wspólnot mieszkaniowych, pensjonatów. Ponad połowa badanych deklarowała również chęć korzystania z takich form, co może mieć związek

z procesem oszczędzania lub niewielkimi zasobami finansowymi, jakimi dysponują osoby w wieku starszym.

Kolejny aspekt, któremu poświęcono uwagę to zdrowie i sprawność fizyczna. Respondenci w bardzo wysokim stopniu (ok. 80%) wskazali znajomość usług diagnostycznych, jak i wspomagających sprawność zdrowotną, a niemal 90% deklaroowało chęć korzystania z tego typu usług w formie nieodpłatnej, w placówce o zasięgu lokalnym. W wyniku badań dało się zaobserwować również bardzo wysokie zapotrzebowanie na usługi rehabilitacyjne oraz wszelkie rodzaje likwidacji barier utrudniających codzienne funkcjonowanie osobom dotkniętym dolegliwościami z powodu wieku i niepełnosprawności.

Usługi związane z opieką i pomocą w podstawowych czynnościach życiowych, stanowiły trzeci blok tematyczny w prowadzonych badaniach. Poziom znajomości tego rodzaju usług oraz zapotrzebowanie środowiska seniorów były bardzo wysokie. Ponad 70% badanych wykazywało chęć korzystania z tego typu usług. Największe zainteresowanie seniorów budziły usługi sprzątania, usługi pralnicze, kulinarne – gotowania i/lub dowozu posiłków oraz ogólnie definiowane usługi opiekuńcze. W tym obszarze pojawił się też wyraźnie aspekt wspierania bezpośrednio osób starszych oraz wspierania rodziny w opiece i pielęgnacji seniorów.

W badaniu prowadzonym wśród lubelskich seniorów nie zabrakło aspektów pomocy instytucjonalnej, czyli oferty dziennych ośrodków wsparcia oraz domów pomocy społecznej, świadczących całodobowe usługi bytowe i opiekuńcze. Znajomością tego zakresu usług wykazało się ponad 60% badanych, zaś niemal 100% badanych zadeklarowało chęć korzystania z tej formy usług, w sytuacji gdyby zachodziła taka potrzeba. Taki wynik badania może świadczyć o tym, że instytucja domu pomocy społecznej postrzegana jest pozytywnie przez mieszkańców Miasta i stanowi zabezpieczenie dla wszystkich osób, które chcą godnie dożywać późnej starości.

Jednym z kolejnych zagadnień, w ramach prowadzonych badań, było poczucie bezpieczeństwa seniorów. Tu również pojawił się wyraźnie problem oczekiwania na likwidację barier zewnętrznych, stanowiących zagrożenie dla życia codziennego seniorów. Obejmowało ono oczekiwanie powszechnego dostępu do systemów wspomagania orientacji w otoczeniu, dostępu do sieci alarmowych (np. wczesnego ostrzegania w przypadku zagrożenia gazem) oraz dostępu do usług w formie porad prawnych, informacyjnych (np. przygotowanie do roli emeryta), poradnictwa rodzinnego itp.

Badane zagadnienia obejmowały także rekreację i rozwój zainteresowań seniorów. W rezultacie uzyskanych opinii można stwierdzić, że środowisko seniorów doskonale zna

ofertę usługową w tym obszarze, ale deklarację korzystania z niej postrzega dość specyficznie. Duże zainteresowanie seniorów wzbudza oferta kulturalna (dostęp do kin, teatru), edukacyjna np. spotkania z ciekawymi ludźmi, Uniwersytet III Wieku itp. Zdecydowanie mniejsze zainteresowanie przejawiają seniorzy wobec zajęć sportowych, ruchowych, wymagających pewnego wysiłku. Na poziomie ok. 60% badanych występuje zapotrzebowanie na usługi edukacyjne w zakresie technologii informatycznych oraz naukę języków obcych.

Bardzo wysoki stopień zaangażowania przejawiają osoby starsze w działaniach na rzecz innych, w tym na rzecz edukacji młodzieży, pracy w grupach i organizacjach doradczych w strukturach samorządowych oraz wszelkich inicjatywach na rzecz Miasta. Bardzo wyraźnie pojawia się problematyka zainicjowania struktur zrzeszających seniorów na poziomie władz samorządowych w formie Rady Seniorów lub innego tego typu struktury.

III. Zasoby usług socjalnych na terenie Miasta Lublin

3.1. Oferta wsparcia instytucjonalnego dla seniorów – Dienne Domy Pomocy Społecznej i Ośrodki Wsparcia.

W roku 2011, na terenie miasta Lublin działają poniższe Ośrodki wsparcia dla osób starszych:

- 1. Dzienny Dom Pomocy Społecznej, ul. Niecała 16. Dom świadczy usługi dla mieszkańców Śródmieścia i Starego Miasta w formie półstacjonarnej:**
 - dom dziennego pobytu dla osób w wieku emerytalnym i niepracujących osób niepełnosprawnych. Zapewnia wyżywienie, doraźną pomoc pielęgniarstwa, zajęcia terapeutyczne, organizację czasu wolnego i porady socjalne.
- 2. Dzienny Dom Pomocy Społecznej Nr 3, ul. Pozytywistów 16. Dom świadczy usługi dla mieszkańców dzielnicy LSM, w formie półstacjonarnej:**
 - dom dziennego pobytu dla osób w wieku emerytalnym i niepracujących osób niepełnosprawnych. Zapewnia wyżywienie, usługi pralnicze, pomoc pielęgniarstwa w niezbędnym zakresie, rehabilitację leczniczo-usprawniającą, zajęcia terapeutyczne, organizację czasu wolnego i porady socjalne.
 - punkt domowej opieki dla osób, które nie opuszczają domu ze względu na stan zdrowia. Zapewnia dowóz obiadów, usługi pralnicze, pomoc pielęgniarstwa, rehabilitację leczniczo-usprawniającą i porady psychologiczne.

3. **Centrum Usług Socjalnych, ul. Lwowska 28. Dom świadczy usługi dla mieszkańców dzielnicy Kalinowszczyzna w formie półstacjonarnej:**
 - centrum dziennego pobytu dla osób w wieku emerytalnym i niepracujących osób niepełnosprawnych. Zapewnia obiady, pomoc pielęgniarstwa w niezbędnym zakresie, usługi pralnicze, rehabilitację leczniczo-usprawniającą, zajęcia terapeutyczne, organizację czasu wolnego, porady socjalne i prawne.
 - punkt domowej opieki dla osób, które nie opuszczają domu ze względu na stan zdrowia. Zapewnia dowóz obiadów, niezbędną pomoc pielęgniarstwa, rehabilitację leczniczo-usprawniającą, wypożyczanie sprzętu medycznego, porady psychologiczne, socjalne i prawne.
4. **Środowiskowy Dom Samopomocy, ul. Kalinowszczyzna 84.** Dom świadczy usługi w formie półstacjonarnej. Zapewnia opiekę, pielęgnację, terapię uaktywniającą pamięć, zajęcia ruchowe, warsztaty terapii zajęciowej dla osób z chorobą Alzheimera i zaburzeniami pamięci. Zapewnia transport i wyżywienie.
5. **Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób z Chorobą Alzheimera, ul. Towarowa 19.** Dom świadczy usługi w formie półstacjonarnej. Zapewnia opiekę, pielęgnację, terapię uaktywniającą pamięć oraz leczenie specjalistyczne osobom z chorobą Alzheimera
6. **Świetlica Jubileuszowa, ul. Królewska 10.** Świetlica przeznaczona jest dla osób starszych – mieszkańców Miasta Lublin, którzy uczestniczą w zajęciach manualno – plastycznych, kulinarnych, muzyczno – ruchowych. Prowadzona jest psychoedukacja indywidualna i grupowa.

3.2. Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze

Zakład opiekuńczo – leczniczy to zakład opieki zdrowotnej, udzielający całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji oraz zapewnia im produkty lecznicze i materiały medyczne, pomieszczenie i i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno – rekreacyjnych.¹⁸

Zakład pielęgnacyjno - opiekuńczy to zakład opieki zdrowotnej udzielający całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji oraz zapewnia im kontynuację leczenia

¹⁸ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej. (Dziennik Ustaw z 2007 roku Nr 14 poz. 89 z późniejszymi zmianami)

farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienie do stanu zdrowia, a także prowadzi edukację zdrowotną tych osób i członków ich rodzin.¹⁹

W Lublinie w 2010 roku funkcjonowało 3 zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze i opiekuńczo - lecznicze dla osób ze schorzeniami innymi niż psychiatryczne:

1. Ośrodek Pielęgnacyjno – Opiekuńczy i Alzheimerowski, mieszczący się w Instytucie Medycyny Wsi, przy ul. Jaczewskiego 2 w Lublinie, w skład, którego wchodzi:

a) Ośrodek Alzheimerowski - specjalizacja neurologiczna;

b) Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy - specjalizacja rehabilitacja medyczna;

2. Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy, należący do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, w skład, którego wchodzi:

a) Dom Opieki

b) Hospicjum

3. Zakłady należące do Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie, w skład, których wchodzi:

a) Poradnia Rehabilitacyjna

b) Zakład Fizjoterapii

3.3. Inne instytucje działające na rzecz seniorów w Lublinie

W Lublinie, w roku 1985 powstał Lubelski Uniwersytet Trzeciego Wieku. Podstawowymi formami działalności LUTW są działalność edukacyjna, wolontariat seniorów i działalność wydawnicza.

Na działalność edukacyjną składają się:

- Wykłady audytoryjne (3 x w tygodniu)
- Zespoły edukacyjne
- Zespoły aktywności ruchowej
- Zespoły o charakterze warsztatowym
- Lektoraty
- Kursy komputerowe
- Spotkania wakacyjne słuchaczy LUTW
- Wakacyjne spacerzy z radą samorządu słuchaczy LUTW

¹⁹ Tamże

Wolontariat seniorów realizowany jest w ramach Lubelskiego Centrum Aktywizacji Seniorów (LCAS), na który składają się:

- Punkt Informacyjny dla Seniorów prowadzony przez wolontariuszy, słuchaczy LUTW, psychologów, prawników, ekonomistów. Można w nim uzyskać informacje o uregulowaniach prawnych dotyczących osób starszych, sprawach zdrowotnych seniorów, ich leczeniu, niepełnosprawności i inwalidztwie;
- Punkt Doradztwa i Rzecznictwa dla Seniorów prowadzony przez wolontariuszy, słuchaczy LUTW, psychologów, prawników, ekonomistów. W punkcie można uzyskać bezpłatne doradztwo i pomoc w zakresie prawa rodzinnego, spadkowego, zabezpieczenia i opieki społecznej, fizjologicznych i psychicznych problemów starzenia się;
- Klub Aktywnego Seniora LCAS – Bronowice realizuje zajęcia w dwóch zespołach tematycznych:
 - ✓ Zespół Aktywizacji Kulturalnej Seniorów prowadzi spotkania dotyczące różnych dziedzin kultury i sztuki, okolicznościowe imprezy integracyjne, spotkania towarzyskie. Tygodniowo korzysta z nich ok. 30 seniorów;
 - ✓ Zespół Profilaktyki Zdrowotnej realizuje zadania poprzez grupowe zajęcia gimnastyczne oraz indywidualne ćwiczenia rehabilitacyjne na przyrządach. W zajęciach uczestniczy około 30 osób tygodniowo.
- Klub Aktywnego Seniora LCAS – LSM powstał jesienią 2006 roku, prowadzi zajęcia integracyjno – aktywizujące w grupie 40 osób. Uczestnicy Klubu biorą udział w cotygodniowych warsztatach, prelekcjach i wykładach z różnych dziedzin kultury oraz w zajęciach gimnastycznych i tanecznych.
- Wielopokoleniowy Klub Wolontariusza – członkami Klubu są seniorzy, słuchacze LUTW, młodzież oraz studenci Wydziału Psychologii UMCS i Kolegium Pracowników Służb Społecznych. Działania, jakie podejmuje Klub, to przede wszystkim pomoc osobom samotnym i chorym, organizacja zajęć dla dzieci w świetlicach środowiskowych na terenie dzielnic Bronowice i Kośminek, jak również organizacja imprez środowiskowych.

DZIAŁALNOŚĆ WYDAWNICZA

- kwartalnik „Z życia LUTW”
- Informatory Słuchacza LUTW (roczniki)

Centrum Aktywizacji i Rozwoju Seniorów – Dzienny Ośrodek Wsparcia

Wychodząc naprzeciw potrzebom osób starszych, w grudniu 2004 roku w strukturze Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Lublinie utworzono Centrum Aktywizacji i Rozwoju Seniorów – Dzienny Ośrodek Wsparcia dla osób w wieku emerytalnym i osób niepełnosprawnych mogących w samodzielny sposób funkcjonować. W ramach swojej działalności Centrum oferuje:

- usługi bytowe – obiady;
- usługi prozdrowotne:
 - ✓ spotkania z zakresu promocji zdrowia,
 - ✓ rehabilitacyjno – usprawniające,
- usługi wspomagające i aktywizujące:
 - ✓ plastyczne,
 - ✓ manualne,
 - ✓ twórcze,
 - ✓ pogadanki i spotkania indywidualne z psychologiem,
 - ✓ treningi pamięci, stymulowanie sprawności umysłowej, relaksacja,
 - ✓ zajęcia muzyczne,
 - ✓ koło kulinarne,
 - ✓ wystawy i koncerty,
 - ✓ organizacja spotkań okazjonalnych oraz wycieczek.

Centrum jest miejscem, w którym osoby w wieku emerytalnym mogą w sposób interesujący i twórczy realizować swoje zainteresowania i pasje. Oferta Centrum jest tak skonstruowana, aby zaspokajać niezbędne potrzeby psychospołeczne uczestników zajęć, aktywizować ich i wspierać w przezwyciężaniu trudnych sytuacji życiowych. W zajęciach organizowanych w Centrum korzysta stale, każdego roku 21 seniorów, zaś około 100 osób korzysta okazjonalnie.

3.4. Organizacje pozarządowe, kościelne i instytucje kulturalne działające na rzecz seniorów w Lublinie

Na terenie miasta Lublin w chwili obecnej działają następujące organizacje pozarządowe, kościelne i instytucje kulturalne, które mają w obszarze swojej działalności zawarte działania na rzecz osób w wieku emerytalnym:

2. Katolickie Stowarzyszenie Emerytów i Rencistów im. Jana Pawła II - zajmuje się pozyskiwaniem żywności z Banku Żywności i dystrybucją, organizacją imprez

okolicznościowych, wycieczek, pielgrzymek, prowadzi działalność kulturalno-artystyczną i religijną, podejmuje działania integracyjne, oraz udziela pomocy materialnej.

- a. Katolickie Stowarzyszenie Emerytów i Rencistów im. Jana Pawła II przy parafii św. Józefa Oblubieńca Najświętszej Marii Panny
3. Lubelski Ośrodek Samopomocy, ul. Narutowicza 54 – pomaga osobom starszym w załatwianiu wszelkich formalności związanych z utworzeniem przez osoby starsze stowarzyszenia, fundacji;
4. Stowarzyszenie Seniorów Lotnictwa Wojskowego RP - Oddział Lubelski zajmuje się podtrzymywaniem tradycji narodowych, integracją środowisk byłych żołnierzy, popularyzacją wiedzy o lotnictwie, ochroną czci, godności i honoru żołnierza polskiego, stałym monitorowaniem problemów socjalnych i zdrowotnych byłych żołnierzy jednostek lotnictwa i ich rodzin, organizowanie różnych form pomocy.
5. Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów – Zarząd Oddziału Okręgowego;
 - a. Koło Nr 1, ul. Głęboka 1 – organizuje pomoc dla członków koła w formie wycieczek, okolicznościowych spotkań, wydawania produktów żywnościowych
 - b. Koło Nr 3, ul. Legionowa 2/1, Koło nr 8, ul. Wieniawska 13 – organizuje wycieczki, pielgrzymki, turnusy rehabilitacyjne, wczasy wypoczynkowe, prowadzone jest bezpłatne poradnictwo prawne dla członków koła, podejmowane są działania na rzecz integracji i więzi międzypokoleniowej, niwelowania barier izolacji społecznej, poprzez aktywne i twórcze uczestnictwo w życiu środowiska
6. Stowarzyszenie „mali bracia Ubogich” – (Filia Oddziału Warszawskiego) - swoją działalnością przeciwdziała marginalizacji osób starszych, łamie stereotypy na temat starości i alarmuje społeczeństwo o trudnej sytuacji seniorów w Polsce. Głównym celem stowarzyszenia jest poprawa jakości życia osób starszych poprzez przeciwdziałanie ich izolacji i wyobcowaniu społecznemu. Zakres wsparcia-odwiedziny osób samotnych przez wolontariuszy w trosce o ich zdrowie i kondycję psychiczną, towarzyszenie seniorom na co dzień, rozmowy, spacer, wyjścia do teatru, na wystawy. Organizacja wycieczek za miasto, wspólne świętowanie urodzin czy imienin podopiecznych, spędzanie Świąt z osobami samotnymi. Stowarzyszenie organizuje również spotkania świąteczne, dbając o

dekoracje, poczęstunek i serdeczny nastrój.

7. Bractwo Miłosierdzia im. Św. Brata Alberta - zajmuje się wspieraniem osób potrzebujących pomocy, otaczaniem opieką osób ubogich, chorych, niepełnosprawnych, bezdomnych, uzależnionych, uchodźców poprzez udzielanie wsparcia, noclegu, pomocy w rozwiązywaniu problemów dnia codziennego;
8. Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział w Lublinie, ul. Piłsudskiego 22 – zajmuje się działaniami profilaktycznymi w postaci zabezpieczania miejsc powodujących niepełnosprawność, jak również zmniejszaniem skutków istniejących niepełnosprawności poprzez włączanie różnych form naukowych jak i merytorycznych we współpracy z instytucjami (w szczególności ochrony zdrowia) – dla osób starszych organizuje spotkania i koła integracyjne;
9. Fundacja Hipokrates, ul. Wojciechowska 5 – działa w zakresie rozwoju społecznego, ochrony zdrowia oraz ratowania życia, w tym wspierania i prowadzenia inicjatyw o charakterze zdrowotnym, edukacyjnym oraz społecznym;
10. Polskie Stowarzyszenie Ludzi Cierpiących na Padaczkę – Oddział Lubelski-zajmuje się reprezentowaniem praw i interesów środowiska chorych na padaczkę, rehabilitacją społeczną poprzez organizację turnusów rehabilitacyjnych, wspieraniem w sprzęt medyczny, oświatą zdrowotną, działalnością samopomocową w sprawach indywidualnych poprzez interwencję u władz, zapomogi, porady itp.;

Jednostki kultury i sportu i rekreacji, podejmujące działania na rzecz seniorów:

11. Dom Kultury „Ruta” prowadzi dla seniorów prelekcje na temat zdrowia, wystawy fotografii, malarstwa, animacje filmowe i dyskusje na temat obejrzanych filmów;
12. Dom Kultury „Skarpa” prowadzi siłownię, aerobik, gimnastykę, zajęcia plastyczne oraz Klub Kobiet, projekty wspierające integrację międzypokoleniową;
13. Dom Kultury „Łęgi” prowadzi zajęcia plastyczne, gimnastyczne, organizuje wycieczki dla seniorów;
14. Integracyjne Centrum Sportu i Rehabilitacji Start, ul. Piłsudskiego 22 – podejmuje działania na rzecz popularyzacji kultury fizycznej i sportu, organizuje między innymi zajęcia sportowe dla osób starszych i niepełnosprawnych;

15. Dzielnicowy Dom Kultury „Czechów”, w ramach, którego działa Klub Złotego Wieku, w którym spotyka się ok. 10 osób starszych;
16. Klub Osiedlowy SM Czechów ”Miniatura”, mieszczący się przy ul. Śliwińskiego 1 - w ramach klubu działa Klub Seniora, który działa okresowo w ciągu roku, od października do kwietnia;
17. Klub Osiedlowy Robotniczej Spółdzielni Mieszkaniowej „Motor”, mieszczący się przy ul. Tumidajskiego 2, w ramach klubu działa Klub Seniora.

Organizacje kościelne:

18. Parafie Kościoła Katolickiego, które czynnie włączają się w działania na rzecz seniorów: pw. Św. Józefa Oblubieńca NMP, Św. Rodziny, Matki Bożej Różańcowej, Św. Wojciecha, Niepokalanego Serca, Świętego Franciszka z Asyżu, Błogosławionego Piotra Frassatego, Trójcy Świętej, Bł. Urszuli Ledóchowskiej w postaci odwiedzin u osób starszych, wydawanie żywności, zakup leków, zakupy;
19. Parafia pw. Przemienienia Pańskiego zorganizowała świetlicę dla osób starszych, w której odbywają się spotkania okolicznościowe, organizowane są wycieczki, pokazy filmów, spotkania ze specjalistami z różnych dziedzin. Grupa uczestników liczy 20 osób.

3.5. Wolontariat

Wolontariat wdraża oraz promuje innowacyjne formy wsparcia dostosowane do potrzeb wskazanej grupy społecznej. Praca wolontariuszy skupia się na wolontariacie indywidualnym i grupowym, a przejawia jako pomoc w czynnościach dnia codziennego, w integracji ze środowiskiem lokalnym oraz w przezwyciężaniu barier. W okresie prowadzenia działalności wolontariackiej, MOPR w Lublinie podpisał **114** porozumień z osobami deklarującymi niesienie wsparcia na rzecz najstarszych, często niepełnosprawnych mieszkańców Miasta Lublin. Zakres współpracy obejmował między innymi organizowanie czasu wolnego, prowadzenie rozmów wspierających i łagodzących poczucie osamotnienia.

Miejski Ośrodek Pomoc Rodzinie w Lublinie współpracuje z Wielopokoleniowym Klubem Wolontariusza, który skupia między innymi seniorów, słuchaczy Lubelskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku oraz młodzież z lubelskich szkół wyższych. Klub podejmuje różnorodne działania: organizuje imprezy środowiskowe, pomaga osobom samotnym i chorym. Poprzez swoją działalność pragnie łączyć pokolenia, dlatego współpracuje z dziećmi, seniorami, ludźmi młodymi i rodzinami.

Podsumowanie

Punktem progowym starzenia się jest wiek przejścia na emeryturę, czyli 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn. Przyszłe pokolenia „starzejących się” będą wywodziły się z powojennych wyżów demograficznych, w związku z powyższym niektórzy z nich mają zupełnie inne doświadczenia życiowe, niż pokolenia przedwojenne. Można przypuszczać, iż prawdopodobnie będą odznaczać się wysokimi osobistymi aspiracjami również w starszym wieku. Inne zmiany, które zachodzą w społeczeństwie, również mają na to wpływ. Należą do nich: model małżeństwa i pracy kobiet, zmiany pod względem wielkości rodziny, definicja roli mężczyzny i kobiety, wzrost dochodów w przypadku niektórych, ale też trwałe ubóstwo w przypadku innych, częstsze posiadanie własnego domu, zróżnicowanie modelu zatrudnienia i emerytury, dłuższy okres aktywności zawodowej i zmiany w systemach emerytalnych, jak również nowe sposoby zagospodarowania wolnego czasu, bardziej aktywny i zdrowszy tryb życia.

Biorąc pod uwagę zasoby wiedzy i doświadczenia seniorów, za jeden z priorytetów dotyczących aktywizacji społecznej i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu uznano utworzenie Społecznej Rady Seniorów i powołanie Pełnomocnika Prezydenta Miasta Lublin do Spraw Seniorów.

Na podstawie zgromadzonych danych należy zaznaczyć, iż rosnąca liczba seniorów wymagać będzie działań o charakterze ciągłym. Warto zwrócić uwagę na przeważającą liczbę kobiet w grupie docelowej, których odsetek sięga 71%. Daje to wyraźny sygnał o potrzebie zwiększenia oferty skierowanej dla kobiet.

Przeprowadzona diagnoza wskazuje na znaczącą izolację i wycofywanie się seniorów z aktywności. Działania o zasięgu lokalnym zdają się mieć szczególne znaczenie przy próbie przeciwdziałania takiej sytuacji. Można stwierdzić, iż seniorzy (przynajmniej w sferze deklaratywnej) zainteresowani są podejmowaniem różnych aktywności, niemniej skłaniają się ku otrzymaniu konkretnej oferty. Jednostki organizujące wsparcie, aby sprostać wymaganiom, powinny przygotować ściśle spracyzowane działania. Doświadczenia pracowników socjalnych wskazują jednak na duże trudności przy włączaniu Seniorów do podejmowania aktywności.

Mimo, iż sytuację mieszkaniową Seniorów można uznać za dobrą, oczywistym staje się, że wielu z nich wymaga wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Należy zwrócić uwagę, iż forma wsparcia w postaci usług opiekuńczych w niedługim czasie może okazać się

szczególnie istotna, tym bardziej, iż ponad 70% badanych wykazywało chęć korzystania właśnie z tej formy pomocy. Największe zainteresowanie seniorów budziły usługi sprzątania, usług pralniczych, kulinarnych – gotowania i/lub dowozu posiłków. Ważnym jest zatem, aby podnosić standard oraz poszerzać zakres świadczonych usług.

Jak wskazuje przeprowadzona diagnoza, niezwykle istotnym dla funkcjonowania seniorów jest ich stan zdrowia. Niestety w tym obszarze stwierdzono bardzo istotne braki. W szczególności dotyczą one dostępu do lekarzy specjalistów, kompleksowych badań diagnostycznych, braku dostępu do bezpłatnych zabiegów rehabilitacyjnych oraz niewystarczającej edukacji w zakresie profilaktyki prozdrowotnej.

Podjęto, zatem próbę włączenia Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Lublin do działań w tym zakresie. W ramach posiadanych możliwości jednostki MOPR szczególną uwagę poświęciły działaniom edukacyjnym z zakresu profilaktyki prozdrowotnej oraz zwiększenia aktywności fizycznej.

Mimo, iż seniorzy w przeważającej większości posiadają uprawnienia do świadczeń emerytalnych i dysponują własnym źródłem utrzymania, to koszty ponoszone na utrzymanie domu oraz zakup leków wielokrotnie powodują, że zmuszeni są do rezygnacji z zaspokajania potrzeb wyższego rzędu, w tym korzystania z oferty instytucji kulturalnych. W trakcie prac nad programem, wysunięto, zatem propozycję zmniejszenia odpłatności za wstęp na m.in. spektakle teatralne. Za równie istotne uznano zwiększenie dostępności do prasy i książek.

Za niepokojące należy uznać, że nawet ok. 90% seniorów objętych diagnozą deklaruje brak umiejętności w posługiwaniu się komputerem i korzystaniu z Internetu. Działania zwiększające umiejętności w tym zakresie oraz zapobiegające wykluczeniu cyfrowemu należy uznać za bardzo istotne.

Osoby starsze wielokrotnie wskazują na potrzebę kontaktu z innymi osobami, bycia potrzebnym. Z punktu widzenia tak definiowanych potrzeb, niezwykle istotne okazuje się szerzenie idei szeroko rozumianych działań wolontariackich. Wsparcie świadczone przez seniorów na rzecz seniorów, wsparcie sąsiedzkie mogą okazać się alternatywną dla pracy formą aktywności umożliwiającą zaangażowanie w życie społeczności. Warto pokazywać, że osoba starsza nie tylko potrzebuje wsparcia, ale oferując, bądź świadcząc pomoc, wiedzą i doświadczeniem, może służyć innym. Na tej podstawie należy budować również płaszczyznę do współpracy międzypokoleniowej.

Należy podkreślić, że baza instytucji, jaka znajduje się w mieście Lublinie, realizujących zadania i oferujących usługi na rzecz seniorów, jest dobrze rozwinięta.

Głównym problemem, z jakim boryka się miasto, to niewystarczająco spójny system przepływu informacji na temat oferty świadczonych usług. Ze względu na niską dostępność do informacji internetowych należy prowadzić akcje informacyjne z uwzględnieniem lokalnej prasy oraz dystrybucji informatorów w środowisku lokalnym.

Za szczególnie istotne należy uznać bardzo aktywne włączenie się domów pomocy społecznej i ośrodków wsparcia w organizowanie działań skierowanych do seniorów. Doskonalenie form wsparcia funkcjonujących obecnie oraz poszerzanie ich wachlarza należy uznać za bardzo istotny element z zakresu szeroko rozumianej aktywizacji. Dodatkowa korzyść to poprawa wizerunku instytucji.

Również stopień zaawansowania współpracy pomiędzy instytucjami i organizacjami pozarządowymi, prowadzącymi działalność na rzecz seniorów wymaga dodatkowych działań i wysiłków. W celu wykorzystania tego potencjału podjęto próby nawiązania współpracy międzysektorowej.

Jak wskazują pozyskane informacje, szczególnej uwagi wymaga wizerunek osoby starszej. Należy zwrócić uwagę, iż wielokrotnie jest on niesprawiedliwy i opiera się na funkcjonujących w społeczeństwie stereotypach.

Wyniki dokonanej diagnozy oraz szeroki zakres planowanych działań wskazał na wyodrębnienie czterech obszarów, w których ujęte zostaną dalsze prace tj.

- 1) Wyrównywanie szans i zapobieganie wykluczeniu społecznemu seniorów.
- 2) Organizacja działań w ramach ochrony zdrowia i profilaktyki zdrowotnej.
- 3) Aktywizacja społeczna seniorów.
- 4) Poprawa wizerunku osób starszych.

IV. Analiza SWOT

CEL I. Wyrównywanie szans i zapobieganie wykluczeniu społecznemu	
Mocne Strony	Słabe Strony
<ul style="list-style-type: none"> · Dobra dostępność do usług świadczonych w środowisku zamieszkania · Dobrze rozwinięta baza systemu wsparcia dziennego osób starszych · Stałe źródło dochodów Seniorów · Dobre warunki mieszkaniowe większości seniorów mieszkających w mieście · Dobrze zdiagnozowana sfera problemów i potrzeb osób starszych 	<ul style="list-style-type: none"> · Nierównomiernie w stosunku do potrzeb rozmieszczone ośrodki wsparcia · Niewystarczająca baza placówek świadczących pomoc całodobowo · Wysokie koszty ponoszone w związku z niejednokrotnie długotrwałym procesem leczenia · Bariery architektoniczne w środowisku zamieszkania · Niechęć seniorów do korzystania z proponowanych form wsparcia · Ograniczony przepływ informacji na temat świadczonych usług na rzecz osób starszych · Brak poczucia bezpieczeństwa seniorów, skutkująca izolacją społeczną · Brak lub niewystarczające umiejętności korzystania z nowinek technicznych · Nieporadność w załatwianiu spraw urzędowych
Szanse	Zagrożenia
<ul style="list-style-type: none"> · Zmiany w systemie prawnym, dające większe możliwości życiowe osobom starszym · Waloryzacja rent i emerytur · Waloryzacja świadczeń pielęgnacyjnych · Podniesienie poziomu kryteriów dochodowych uprawniających do korzystania z pomocy społecznej · Zwiększenie zainteresowania władz lokalnych działaniami na rzecz osób starszych · Zwiększenie zainteresowania organizacji pozarządowych działaniami na rzecz osób starszych · Usprawnienie systemu informacyjnego na temat podejmowanych działań i oferty usług dla seniorów · Zwiększenie przyrostu naturalnego, a tym samym w perspektywie czasowej zmiana dysproporcji pomiędzy mieszkańcami w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym 	<ul style="list-style-type: none"> · Pogłębianie się kryzysu finansów publicznych · Kryzys finansów samorządowych przekładający się na niedoinwestowanie i ograniczanie możliwości systemu pomocy · Dalsze ubożenie społeczeństwa, obniżanie stopy życiowej uniemożliwiające korzystanie z oferty instytucji kulturalnych i innych

CEL II. Organizacja działań w ramach ochrony zdrowia i profilaktyki zdrowotnej	
Mocne Strony	Słabe Strony
<ul style="list-style-type: none"> · Dobra dostępność do podstawowej opieki zdrowotnej 	<ul style="list-style-type: none"> · Utrudniony dostęp do lekarzy specjalistów, w tym do lekarzy geriatrów · Ograniczony dostęp do bezpłatnych badań profilaktycznych · Ograniczony dostęp do bezpłatnych zabiegów rehabilitacyjnych
Szanse	Zagrożenia
<ul style="list-style-type: none"> · Zwiększenie nakładów finansowych na opiekę zdrowotną, w tym opiekę geriatryczną · Realizacja programów zdrowotnych dla seniorów · Podniesienie poziomu oświaty zdrowotnej 	<ul style="list-style-type: none"> · Niedofinansowanie kontraktów z NFZ · Pogarszanie się stanu zdrowia seniorów spowodowane ograniczeniem możliwości korzystania z opieki zdrowotnej · Spadek zainteresowania profilaktyką zdrowotną, utrwalanie złych nawyków życiowych

CEL III. Aktywizacja społeczna seniorów	
Mocne Strony	Słabe Strony
<ul style="list-style-type: none"> · Duże zasoby wiedzy, doświadczenia, umiejętności seniorów · Duży, niewykorzystany zasób czasu · Otwartość seniorów na angażowanie się w sprawy społeczności lokalnej · Dobrze rozwinięta sieć restauracji i instytucji kulturalnych dostępnych architektonicznie dla osób starszych · Głęboka wiara wzmacniająca chęć życia i sens podejmowania aktywności · Otwartość Seniorów na kontakty międzypokoleniowe 	<ul style="list-style-type: none"> · Gotowość seniorów do zmian pozostająca często tylko w sferze deklaracji · Ograniczenia aktywności seniorów, wynikające ze stanu zdrowia · Niska samoocena, brak poczucia bycia potrzebnym, przydatnym, a tym samym pogłębiające się poczucie bezradności i osamotnienia · Brak tanich ofert, umożliwiających seniorom korzystanie zarówno z instytucji kulturalnych, jak i restauracji · Apatia i narastające zniechęcenie przed podejmowaniem aktywności
Szanse	Zagrożenia
<ul style="list-style-type: none"> · Powołanie ciał doradczych, reprezentujących interesy osób starszych w lokalnych władzach · Zacieśnienie więzi w społeczności lokalnej, wzrost zainteresowania potrzebami innych w najbliższym otoczeniu · Zacieśnienie integracji międzypokoleniowej · Zwiększenie wrażliwości społecznej na potrzeby seniorów i polepszenie wzajemnych relacji wewnątrz rodzinnych · Rozwój idei wolontariatu seniorów 	<ul style="list-style-type: none"> · Dalsza marginalizacja problemów seniorów i ich aktywności · Zanik więzi sąsiedzkich, powodujących izolację i osamotnienie seniorów · Rozpad więzi rodzinnych – przenoszenie ciężaru opieki nad seniorami na instytucje · Narastające zjawisko ukrytej przemocy w rodzinie wobec starszych

CEL IV. Poprawa wizerunku osób starszych	
Mocne Strony	Słabe Strony
<ul style="list-style-type: none"> · Duża liczba instytucji kulturalnych – mających możliwości organizowania wystaw twórczości seniorów · Duży potencjał osób starszych, mogących angażować się w działalność artystyczną i inną, celem promocji środowiska seniorów lubelskich 	<ul style="list-style-type: none"> · Zbyt małe działania promocyjne dotyczące podejmowanych działań przez seniorów w ramach klubów, domów kultury itp
Szanse	Zagrożenia
<ul style="list-style-type: none"> · Promocja medialna działań i aktywności seniorów · Dzięki lokalnym akcjom medialnym przezwyciężenie stereotypu, dotyczącego bierności seniorów 	<ul style="list-style-type: none"> · Nadmierna promocja medialna „kultu młodości” powodująca marginalizację osób starszych

IV. Misja i cele programu

MISJA:

Poprawa jakości życia i funkcjonowania seniorów dzięki zacieśnieniu współpracy międzysektorowej i wypracowaniu innowacyjnych instrumentów wsparcia, pobudzeniu aktywności społecznej seniorów i poprawie wizerunku osób starszych

Cele oraz działania w poszczególnych obszarach.

W ramach wyznaczonych i poddanych analizie obszarów działania wypracowano cele i zadania do realizacji. Aby Program był dokumentem powszechnym, realizowanym przez wiele podmiotów ze wszystkich sektorów, zaproszono do współpracy nad opracowywaniem dokumentu wydziały urzędu miasta, jednostki organizacyjne pomocy społecznej i inne organizacje, które działają na rzecz seniorów w Lublinie. Efektem wspólnych wysiłków jest niniejszy Program.

CELE:

- I. Wyrównywanie szans i zapobieganie wykluczeniu społecznemu seniorów**
- II. Organizacja działań w ramach ochrony zdrowia i profilaktyki zdrowotnej.**
- III. Aktywizacja społeczna seniorów.**
- IV. Poprawa wizerunku osób starszych.**

Cel I. Wyrównywanie szans i zapobieganie wykluczeniu społecznemu seniorów.

Zadanie 1. Rozszerzanie współpracy instytucji i organizacji działających na rzecz osób starszych.

Zadanie 2. Doskonalenie systemu wsparcia dla seniorów funkcjonujących samodzielnie w środowisku.

Zadanie 3. Doskonalenie i rozwój systemu wsparcia dla osób niemogących funkcjonować samodzielnie w środowisku.

Zadanie 4. Sukcesywne likwidowanie barier w celu umożliwienia seniorom pełniejszego uczestnictwa w życiu społecznym.

Cel II. Organizacja działań w ramach ochrony zdrowia i profilaktyki zdrowotnej seniorów.

Zadanie 1. Propagowanie zdrowego stylu życia.

Zadanie 2. Zwiększenie dostępności do usług medycznych.

Zadanie 3. Realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych, skierowanych do starszych mieszkańców.

Cel III. Aktywizacja społeczna seniorów.

Zadanie 1. Podniesienie aktywności społecznej osób starszych

Zadanie 2. Wzmacnianie integracji międzypokoleniowej

Zadanie 3. Rozwój wolontariatu osób starszych

Cel IV. Poprawa wizerunku osób starszych w społeczności lokalnej

Zadanie 1. Promocja aktywności osób starszych

Zadanie 2. Wspieranie i zacieśnianie więzi osób starszych z ich rodzinami

VII. Ewaluacja programu

Ewaluacja Programu posłuży sprawdzeniu, czy w wyniku podejmowanych działań w ramach wdrażania Programu uzyskano przewidywane rezultaty oraz czy rezultaty przełożyły się na osiągnięcie założonych celów programu. Ewaluację zaplanowano w taki sposób, by była dokonywana na bieżąco przez cały czas. Na zakończenie wdrażania programu zostanie ewaluacja końcowa.

1. Ewaluacja początkowa ex – ante

Została przeprowadzona przed rozpoczęciem wdrażania Programu, na etapie jego planowania. Posłużyła ocenie tego, na ile trafne są planowane działania z punktu widzenia odbiorców Programu. Do dokonania tej oceny posłużyły zarówno badania ankietowe przeprowadzone wśród seniorów w czerwcu 2011 roku, jak również analiza diagnozy sytuacji osób starszych w Lublinie.

2. Ewaluacja końcowa ex – post

Zostanie przeprowadzona po zakończeniu wdrażania Programu. Dostarczy danych do opracowania Programu na kolejny okres, zbada oddziaływanie Programu, jego efekty i ich trwałość. Ewaluacja będzie realizowana na dwóch poziomach:

- ilościowym – dane ilościowe będą pochodziły ze sprawozdań, wyników monitoringu i standaryzowanych metod badawczych,
- jakościowym – dane jakościowe będą pochodziły z analiz opinii, wyników obserwacji.

Końcowym produktem będzie opracowanie sprawozdania z realizacji Programu, które zostanie przedłożone Prezydentowi Miasta Lublin.

VIII. Finansowanie programu

Zakres realizacji działań w programie uzależniony będzie zarówno od wielkości posiadanych środków finansowych Samorządu Miasta Lublin, jak również środków pochodzących od organizacji pozarządowych i innych podmiotów zaangażowanych w działania na rzecz seniorów lubelskich.

Zadania zawarte w programie aktywizacji i wsparcia seniorów w 2012 roku będą finansowane z następujących źródeł:

- o Krajowe:
 - a. środki z budżetu państwa
 - b. środki z budżetu samorządowego
 - c. środki własne podmiotów zaangażowanych w realizację Programu
 - d. sponsorzy

- e. inne
- o Zewnętrzne:
 - a. środki pochodzące z Unii Europejskiej
 - b. środki pochodzące z krajów europejskich, nie wchodzących w skład Unii Europejskiej

IX. Wdrażanie programu – harmonogram realizacji

Załącznik nr 1

