



**SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO**

**Załącznik do Uchwały nr XXXIX/772/13
Sejmiku Województwa Wielkopolskiego
z dnia 25 listopada 2013 roku**

WIELKOPOLSKI PROGRAM NA RZECZ OSÓB STARSZYCH DO 2020 ROKU

Poznań 2013



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt „Koordynacja i współpraca na rzecz integracji społecznej Wielkopolski” współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



NADZÓR MERYTORYCZNY NAD PROGRAMEM

Tomasz Bugajski
Członek Zarządu Województwa Wielkopolskiego

KOORDYNACJA PRAC NAD PROGRAMEM

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu
ul. Feliksa Nowowiejskiego 11
61-731 Poznań

Aleksandra Kowalska
Dyrektor
Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej
w Poznaniu

oraz

Monika Zembrzycka
Aleksandra Krawczyk
Radosław Dukat
Sylwia Pełtak

WSPÓŁPRACA

prof. dr hab. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Zespół roboczy ds. opracowania Programu:

Armon	Igor	Wielkopolskie Forum Ośrodków Pomocy Społecznej
Babiak	Jerzy	Miejska Rada Seniorów w Poznaniu
Barczyk	Marta	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Poznaniu
Barłóg	Urszula	Miejska Rada Seniorów w Poznaniu
Borkowska	Iwona	Departament Polityki Regionalnej UMWW
Brzostowska	Adrianna	Centrum Inicjatyw Senioralnych w Poznaniu
Buchert	Aleksandra	Centrum Inicjatyw Senioralnych w Poznaniu
Dreczkowska	Natalia	Dom Pomocy Społecznej w Poznaniu
Dukat	Monika	Ośrodek Pomocy Społecznej w Śremie
Florczyk	Halina	Jarociński Uniwersytet Trzeciego Wieku
Głowacka	Lidia	Fundacja Inicjowania Rozwoju Społecznego w Poznaniu
Górecka-Nowak	Joanna	Stowarzyszenie MONAR Wielkopolskie Centrum Pomocy Bliźniemu MARKOT
Górniaczyk	Regina	Uniwersytet Trzeciego Wieku w Luboniu, Ośrodek Kultury w Luboniu
Gruszecka	Mirosława	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu
Jahura	Natalia	Dzienny Dom Pomocy Społecznej w Kaliszu
Jasiniak	Magdalena	Wielkopolski Urząd Pracy w Poznaniu
Jeger	Halina	Stowarzyszenie "Pomagam" w Kleszczewie
Jóźwiak	Andrzej	Katedra Geriatrii i Gerontologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Oddział Geriatrii Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Gnieźnie
Juniczak-Cyprych	Monika	Dom Pomocy Społecznej w Poznaniu
Kapelska	Danuta	Uniwersytet Trzeciego Wieku w Międzychodzie
Karolczak	Iwona	Stowarzyszenie Promocji Zdrowia w Pleszewie
Kasprzyk	Jacek	Departament Polityki Regionalnej UMWW
Krawczyk	Karolina	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu
Kruk	Grażyna	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Poznaniu
Książkiewicz	Marcin	Departament Edukacji i Nauki UMWW
Kubera	Jacek	Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Laskowska-Pietrzak	Karolina	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu
Łączyńska	Arleta	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu
Michalak	Piotr	Dom Pomocy Społecznej w Poznaniu
Niedzwiecka	Danuta	Stowarzyszenie Stęszewski Uniwersytet Trzeciego Wieku
Ogórkiewicz	Krzysztof	Uniwersytet Trzeciego Wieku w Ostrowie Wielkopolskim
Orpel	Joanna	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu
Pachciarek	Ewa	Stowarzyszenie Promocji Zdrowia w Pleszewie
Piotrowski	Andrzej	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krotoszynie
Potkowska	Katarzyna	Departament Programów Rozwoju Obszarów Wiejskich UMWW
Prażanowska	Małgorzata	Departament Sportu i Turystyki UMWW



Radomski	Marcin	Wojewódzka Biblioteka Publiczna i Centrum Animacji Kultury w Poznaniu
Rossa	Andrzej	Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie w Poznaniu
Rubach	Mirosława	Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego nr 2 w Poznaniu
Sańko	Wojciech	Wielkopolska Rada Koordynacyjna -Związek Organizacji Pozarządowych w Poznaniu
Sawiński	Krzysztof	Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej "Hospicjum Domowe" w Poznaniu
Sip	Henryka	Jarociński Uniwersytet Trzeciego Wieku
Siwiak	Agata	Departament Kultury UMWW
Smolarek	Aleksander	Akcja Humanitarna "Życie" Oddział w Pile
Sokolska	Urszula	Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego nr 2 w Poznaniu
Szabowska-Lisek	Halina	Ośrodek Pomocy Społecznej w Pniewach
Szałkowska	Grażyna	Departament Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom UMWW
Tomczyk	Marcelina	Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu
Witczak	Szymon	Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu
Włodarczyk	Wioleta	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krotoszynie
Zielony	Maria	Stowarzyszenie Uniwersytet Trzeciego Wieku w Lesznie, Rada Seniorów przy Prezydencie Miasta Leszno
Ziemak	Bożena	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Poznaniu



Spis treści

WPROWADZENIE	6
ODNIESIENIA DO ISTNIEJĄCYCH DOKUMENTÓW.....	7
DIAGNOZA SYTUACJI SENIORÓW W WIELKOPOLSCE.....	11
SYTUACJA DEMOGRAFICZNA	13
SYTUACJA RODZINNA I EKONOMICZNO-SPOŁECZNA	15
SYTUACJA ZDROWOTNA.....	19
REKOMENDACJE WYNIKAJĄCE Z DIAGNOZY	21
PRIORYTET I: EDUKACJA.....	27
PRIORYTET II: AKTYWNOŚĆ	28
PRIORYTET III: ZDROWIE	30
PRIORYTET IV: BEZPIECZEŃSTWO	32
RAMY CZASOWE I FINANSOWANIE.....	34
MONITORING REALIZACJI PROJEKTU.....	35



WPROWADZENIE

Dane i prognozy demograficzne wskazują, że polskie społeczeństwo będzie w najbliższych dziesięcioleciach starzeć się bardzo intensywnie - szybciej nawet niż społeczeństwa Europy Zachodniej. Niesie to ze sobą nowe, nietłatwe do podjęcia wyzwania, wynikające z konieczności szerszego uwzględnienia seniorów we wszystkich sferach życia. Mówi się wręcz o geriatryzacji codzienności, związanej z coraz powszechniejszym udziałem osób starszych we wszystkich obszarach aktywności. W najbliższej przyszłości, po raz pierwszy w dziejach, liczba seniorów na świecie przekroczy liczbę dzieci w wieku do 5 lat.

Zjawisko starzenia i towarzyszące mu procesy pojawiają się w mediach. Niestety przedstawiane są głównie negatywne stereotypy starości. Przekładają się one nie tylko na niewłaściwe postrzeganie osób starszych przez pozostałe grupy społeczne, ale także na gorsze funkcjonowanie samych seniorów. Z nieprawdziwym (lecz rozpowszechnionym) wizerunkiem seniora jako osoby schorowanej, niedołężnej, niesamodzielnej i o życzeniowym nastawieniu, a więc generalnie biorcy usług i osoby potrzebującej wsparcia, wiąże się niechęć do podejmowania działań na rzecz tej grupy społecznej. Zdać sobie należy jednak sprawę, że art. 32 pkt. 2 Konstytucji RP z 1997 roku jednoznacznie określa, że „nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny”. Tak więc wiek nie może być wykładnikiem oceny, wartościowania czy negatywnego postrzegania poprzez sferę potrzeb.

Co więcej, zwiększająca się liczba osób starszych nie musi koniecznie wiązać się z zapotrzebowaniem na zwiększone nakłady finansowe. Podkreśla się bowiem, że jedne i te same grupy wiekowe są w kolejnych latach coraz bardziej sprawne. Porównanie wyników zakończonego w 2011 roku badania PolSenior, wykonanego na reprezentatywnej dla Polski grupie osób starszych z danymi GUS-AWF z 1987 roku ⁽¹⁾, pokazuje, że obecnie ponad 50% więcej osób w wieku 65-69 lat jest w stanie wejść na pierwsze piętro/małą górkę niż 25 lat temu. Dla grupy wiekowej 80+ poprawa ta jest jeszcze bardziej zdecydowana i sięga 200%. Wyniki te pokazują jednoznacznie, że wzrostu

¹ Mossakowska M, Więcek A. Błędowski P. (red). Medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne aspekty starzenia się ludzi w Polsce. Termedia, Poznań 2012



liczby osób starszych nie należy postrzegać jako proporcjonalnie zwiększającego się zapotrzebowania na finansowanie usług i wsparcie.

Dodatkowo, coraz częściej wskazuje się, że seniora postrzegać należy jako kogoś, kto ma potencjał, a więc dysponuje nie tylko wiedzą, umiejętnościami oraz doświadczeniem, ale i kapitałem. Wspieranie tego potencjału powinno umożliwić jego rozwój oraz szersze wykorzystanie.

Wobec powyższego, wzrost liczby seniorów wymaga podejmowania działań mających na celu wprowadzanie ułatwień dla ich funkcjonowania w społeczeństwie, a także stworzenia nowej oferty ukierunkowanej na tę grupę wiekową. Niezbędne jest więc zdefiniowanie potrzeb zarówno samych seniorów, jak i ich rodzin/opiekunów. Następnym krokiem powinna być ich hierarchizacja i priorytetyzacja. Należy podkreślić, że w kontekście tym potrzebę rozumie się nie jako zapotrzebowanie na wsparcie, ale jako „odczuwany przez jednostkę stan braku czegoś, co w związku ze strukturą organizmu, indywidualnym doświadczeniem oraz miejscem jednostki w społeczeństwie, jest niezbędne do utrzymania jej przy życiu, umożliwienia jej rozwoju, utrzymania określonej roli społecznej, zachowania równowagi psychicznej”². Brać trzeba więc np. pod uwagę potrzebę samorealizacji.

Po zdefiniowaniu potrzeb i ich hierarchizacji/priorytetyzacji konieczne jest wskazanie możliwości ich zaspokojenia, które wymaga dokonania przeglądu możliwości i zasobów. W analizach tych muszą zostać uwzględnione możliwości i zasoby samych seniorów.

ODNIESIENIA DO ISTNIEJĄCYCH DOKUMENTÓW

Odpowiedzią na zmiany demograficzne i starzenie się ludności jest *Wielkopolski Program na Rzecz Osób Starszych do roku 2020*, przygotowany przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu. Program ten jest dedykowany osobom w wieku co najmniej 60 lat (60+), gdyż wiek ten stanowi granicę wieku podeszłego/starości według Światowej Organizacji Zdrowia. Co ważne, grupa ta nie jest jednorodna - zarówno

² Definicja według Encyklopedii PWN



zainteresowania, jak i potrzeby osób we wczesnej starości (wiek: 60 - 75lat) znacznie różnią się od tych w późnej starości (wiek: 75+). Program musi zatem uwzględniać tę różnorodność.

Wielkopolski Program na Rzecz Osób Starszych do roku 2020 roku jest doprecyzowaniem zapisów *Strategii Polityki Społecznej dla Województwa Wielkopolskiego do 2020 roku* w obszarze działań na rzecz osób starszych, co jednocześnie jest także dopełnieniem zapisów strategii rozwoju województwa wielkopolskiego. Według dokumentu pn. *Wielkopolska 2020. Zaktualizowana Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do 2020 roku* „przygotowanie gospodarki do nowych proporcji demograficznych jest niezbędne w kontekście zapewnienia odpowiedniej jakości życia Wielkopolan, wzrostu ekonomicznego i konkurencyjności regionu”. Wśród podstawowych założeń modelu rozwoju Wielkopolski do roku 2020 znajdują się m.in. zapisy mówiące, że „każdemu mieszkańcowi Wielkopolski należy zapewnić odpowiedni standard dostępu do usług publicznych, edukacji i rynku pracy oraz warunki samoorganizacji”, a także „równy dostęp do wsparcia w sytuacjach kryzysowych”. Wskazuje się więc pośrednio na konieczność uwzględnienia seniorów we wszystkich podejmowanych działaniach.

W analizowanym dokumencie celem operacyjnym bezpośrednio dedykowanym grupie osób starszych jest *rozwój „srebrnego sektora” gospodarki*. Wchodzi on w skład celu strategicznego *wzmocnienie potencjału gospodarczego regionu*. W ramach realizacji tego celu zwraca się uwagę m.in. na konieczność stworzenia koncepcji „srebrnego sektora” w Wielkopolsce oraz opracowania planu działań na rzecz jego rozwoju, a także na tworzenie instrumentów dla wsparcia przedsiębiorczości i innowacyjności „srebrnego sektora” gospodarki czy wzmocnianie partnerstwa administracji z mieszkańcami, organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami działającymi w ramach/na rzecz „srebrnego sektora”.

Dla wielu innych celów operacyjnych seniorzy nie są podmiotami bezpośrednio w nich wskazanymi, ale pojawiają się w rekomendowanych kierunkach działań dla realizacji danego celu. Dotyczy to np. celu operacyjnego *rozwój biznesu i usług zdrowotnych* w ramach celu strategicznego: *wzmocnienie potencjału gospodarczego regionu*, gdzie podejmowane działania powinny obejmować m.in. *rozwój sektora usług*



medycznych „trzeciego wieku czy celu operacyjnego rozwój kształcenia ustawicznego w ramach celu strategicznego wzrost kompetencji mieszkańców i zatrudnienia, gdzie wskazuje się na konieczność rozwoju „srebrnej edukacji”, w tym Uniwersytetów Trzeciego Wieku.

Szczególnie liczne rekomendacje wskazujące seniorów w kierunkach koniecznych działań zawiera cel strategiczny *zwiększanie zasobów oraz wyrównywanie potencjałów społecznych województwa* np. cel operacyjny *wzmacnianie aktywności zawodowej* wskazuje na konieczność ułatwiania łączenia pracy z opieką nad osobami starszymi, ale też wyrównywanie szans różnych grup społeczno-demograficznych na rynku pracy (a więc i zainteresowanych nią osób starszych). W ramach celu *promocja zdrowego stylu życia* mówi się o *tworzeniu infrastruktury dla podtrzymania aktywności fizycznej i psychospołecznej, w szczególności seniorów oraz osób niepełnosprawnych*, a w ramach *poprawy warunków mieszkaniowych* – o potrzebie realizacji polityki mieszkaniowej dla osób starszych. Ważne jest też, że w ramach celu operacyjnego *wzmocnienie systemu usług i pomocy społecznej* podkreślono, iż *jedną z grup docelowych wymagającą ukierunkowanego pakietu usług jest grupa seniorów.*

W *Zaktualizowanej Strategii* zwraca się uwagę, że „srebrny rozwój” jest jedną z zasad, które powinny obowiązywać w ramach realizacji wszystkich celów jako zasada horyzontalna. Podobnie jest w przypadku zasady *równych szans i włączenia społecznego*, gdzie podkreśla się, że efekty realizacji wszystkich celów strategii powinny być dostępne dla wszystkich.

Wielkopolski Program na Rzecz Osób Starszych do roku 2020 przygotowany jest w oparciu o *Strategię Polityki Społecznej dla Województwa Wielkopolskiego do roku 2020*. W strategii tej seniorzy wskazani są jako jeden z adresatów polityki społecznej. Adresaci (poza seniorami, także dzieci i młodzież, osoby z ograniczeniem sprawności i osoby z kręgu wysokiego ryzyka socjalnego) zostali zdefiniowani w wyniku regionalnej diagnozy socjo-demograficznej i zdrowotnej oraz uwag zgłoszonych w ramach konsultacji społecznych i uzgodnień w strukturach decyzyjnych Samorządu Województwa Wielkopolskiego. Grupom tym, w ramach wyróżnionych priorytetów, dedykowane są konkretne cele operacyjne i zadania. Zwrócić trzeba uwagę, że grupy te nie są rozłączne,



ponieważ zjawisko starzenia niesie ze sobą znaczne ryzyko niepełnosprawności i stąd w grupie seniorów jest relatywnie najwięcej osób niepełnosprawnych.

Uzasadnieniem wyboru seniorów jako jednej z grup adresatów są nowe wyzwania wynikające ze wzrostu liczby osób starszych w społeczeństwie. Odpowiednie wydatkowanie zasobów (w tym zasobów własnych seniorów) powinno służyć utrzymaniu ich właściwego funkcjonowania w społeczeństwie. Aby było to możliwe, niezbędne jest monitorowanie stanu zdrowia i sprawności, sytuacji finansowej i aktywności społecznej oraz ewentualnych potrzeb w tym zakresie. Jednocześnie konieczne jest stworzenie całościowego systemu opieki geriatryczno-gerontologicznej, obejmującej zarówno samych seniorów jak i ich rodziny/opiekunów oraz zinstytucjonalizowane systemy wsparcia. Upowszechnienie wiedzy związanej ze starzeniem niesie ze sobą szansę podjęcia efektywnego dialogu międzypokoleniowego. Niezbędna jest rozbudowa programów oferujących osobom starszym zagrożonym utratą sprawności zróżnicowane formy wsparcia i opieki w ich własnych domach.

W *Strategii Polityki Społecznej dla Województwa Wielkopolskiego do 2020 roku* wyróżniono 5 priorytetów, przy czym priorytet V *Samorząd województwa wielkopolskiego partnerem, doradcą i konsultantem lokalnych podmiotów polityki społecznej* ma nieco inny charakter od pozostałych - pełni funkcje spajającą cztery pozostałe i jest katalogiem zadań dla gmin i powiatów, z których mogą one czerpać inspirację dla realizacji własnych zadań ustawowych.

W ramach priorytetu I *Wielkopolska równych szans i możliwości* sformułowano następujące cele operacyjne, których adresatem są seniorzy (1) „stwarzanie ludziom starszym możliwości prowadzenia niezależnego życia w ich dotychczasowym środowisku społecznym”, (2) „rozwój infrastruktury i warunków dla przedsięwzięć edukacyjno-szkoleniowych służących przygotowaniu do życia na emeryturze” i (3) „rozwój infrastruktury instytucjonalnej wspomagającej programy gerontologiczne” oraz (4) „opracowanie programów umożliwiających obudowanie pozycji osób starszych nowymi/odtworzonymi z przeszłości rolami społecznymi”.

Priorytet II *Zdrowi Wielkopolanie* w ramach celów dedykowanych seniorom wskazuje (1) „rozwijanie systemu opieki zdrowotnej i usług rehabilitacyjnych dla seniorów” oraz (2) „profilaktykę i leczenie uzależnień w starości”, priorytet III *Bezpieczna Wielkopolska (Bezpieczeństwo osobiste i publiczne)* - (1) „podniesienie poziomu



bezpieczeństwa ludzi starych w ich najbliższym otoczeniu” oraz (2) „przeciwdziałanie aktom kryminalnym skierowanym przeciwko ludziom starym”, a priorytet IV *Wielkopolska obywatelska* - „poszerzenie udziału seniorów w działaniach instytucji i organizacji społeczeństwa obywatelskiego”.

Wielkopolski Program na rzecz Osób Starszych do roku 2020 wpisuje się w cele Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013, którego priorytetowym obszarem oddziaływania jest promowanie działań podtrzymujących aktywność seniorów. Zwraca on z jednej strony uwagę na szerszy ich udział w życiu społecznym, a drugiej na działania ukierunkowane na osoby starsze ograniczonej samodzielności. Cele szczegółowe Rządowego Programu kładą nacisk na rozszerzenie oferty edukacyjnej uwzględniającej potrzeby seniorów, tworzenie warunków do ich integracji zarówno wewnątrz-, jak i między pokoleniowej, rozwój aktywności społecznej, w tym udział osób starszych w procesach decyzyjnych oraz zwiększenie dostępności usług społecznych i wspieranie działań na rzecz samorealizacji i samopomocy. Podkreśla przy tym rolę współpracy międzysektorowej na poziomie lokalnym dla potencjalnego podnoszenia efektywności podejmowanych działań na rzecz zwiększenia aktywności społecznej seniorów. Założonym efektem podjętych działań ma być wypracowanie założeń długofalowej polityki senioralnej.

DIAGNOZA SYTUACJI SENIORÓW W WIELKOPOLSCE

Proces starzenia pociąga za sobą określone zmiany we wszystkich sferach funkcjonowania człowieka. Obejmuje ono zmiany biologiczne, w wyniku których zwiększa się ryzyko występowania chorób i utraty sprawności, pogorszenie sytuacji finansowej i przełom w społecznym funkcjonowaniu wynikający przede wszystkim z przejścia na emeryturę. Wraz z upływem czasu zmienia się również sytuacja rodzinna, na którą wpływają takie czynniki jak utrata osób najbliższych, ale także migracja osób młodych.

W związku z tym, określając sytuację seniorów i ich potrzeby, należy uwzględnić wszystkie powyższe elementy. Poniższą diagnozę dla Wielkopolski wykonano w oparciu o następujące dane źródłowe:



- Profile socjodemograficzne, potencjały i deficyty rozwojowe osób w kategoriach wiekowych 45-60K/65 M, 61K/66M-75, 75+ w Wielkopolsce. Raport z badań empirycznych dla Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Poznaniu; Pentor Research International Poznań Sp. z o.o.; Poznań 2012
- Program PolSenior - Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P (red). Medyczne, psychologiczne i socjologiczne i ekonomiczne aspekty starzenia się ludzi w Polsce; Poznań 2012³
- Dane Głównego Urzędu Statystycznego, dostępne na stronie www.stat.gov.pl/gus
- Raport Obserwatorium Integracji Społecznej w Poznaniu „Aktywni 50+” przedstawiający wyniki badania wykonanego przez Fundację im. Królowej Polski św. Jadwigi w Puszczykowie na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Poznaniu (2011)⁴
- Profile socjodemograficzne województwa wielkopolskiego (synteza). W: Strategia polityki społecznej dla województwa wielkopolskiego do 2020 roku, Cichocki R, Woźniak Z, Jabkowski P, Witek A; Poznań 2010.

Powyższe źródła danych zawierają niestety różne granice wieku podeszłego, stąd niekiedy mogą być trudne do zestawienia i porównania. W przypadku badań wykonanych przez Pentor Research International Poznań Sp. z o.o (zwany dalej „Pentor”) są to grupy wiekowe 61-75 lat dla kobiet i 66-75 lat dla mężczyzn w przypadku wczesnej starości oraz 75 lat i więcej dla obydwu płci - dla starości późnej. Wyniki programu PolSenior przedstawiono odpowiednio dla grup wiekowych 65-79 - dla wcześniej starości - i co najmniej 80 lat - dla późnej lub z uwzględnieniem 5 letnich kohort wiekowych. Z kolei Raport Obserwatorium Integracji Społecznej obejmuje osoby w wieku 50 lat i więcej, ale część wyników podano z uwzględnieniem grup wiekowych, w tym grupy 65+.

Pomiędzy analizowanymi źródłami danych występują znaczne różnice metodologiczne. Program Polsenior oparty jest o dane dla reprezentatywnej grupy respondentów. Jednak efektywność była niska - na badanie zgadzała się rzadziej niż co

³ przedstawione dane pochodzą z próby reprezentatywnej dla mieszkańców Polski; losowania dokonano metoda trójwiązkową niezależnie dla obydwu płci i dla każdej z wyróżnionych 5 letnich kohort wiekowych; dane poza monografią są również dostępne na stronie internetowej: <http://polsenior.iimcb.gov.pl>

⁴ <http://www.rops.poznan.pl/pub/uploaddocs/gtx/raport-aktywni-50-.1328191399.pdf>



druga wylosowana osoba, co może mieć znacznie dla wyników badań (w Wielkopolsce było to 39%). Co więcej, niektóre dane są ekstrapolowane dla Wielkopolski na podstawie liczby mieszkańców w danym wieku, ponieważ próba nie była losowana dla samego województwa wielkopolskiego, tylko dla makroregionu (obejmującego województwa: wielkopolskie, zachodniopomorskie i lubuskie), co może mieć znaczenie dla otrzymanych wyników. Z kolei dane pochodzące z badania Pentor-a reprezentują grupę 200 przypadkowych osób, która może nie być reprezentatywna dla populacji seniorów Wielkopolski. Ponadto, powyższe dane - podobnie jak dane GUS i część danych programu PolSenior - są danymi deklaracyjnymi, a osoby starsze (np. w kontekście sprawności) mogą udzielać informacji nieprawdziwych - chcąc zyskać profity pokazując sytuację gorszą lub odwrotnie - bojąc się umieszczenia w instytucji - lepszą. Raport Obserwatorium Integracji Społecznej obejmuje również dane subiektywne.

Należy mieć świadomość wszystkich powyższych ograniczeń w odniesieniu do źródeł danych.

Sytuacja demograficzna

Według danych GUS⁵ średnia długość życia w Wielkopolsce w 2012 roku wynosiła dla kobiet 80,8 lat (wobec 81,0 lat dla całego kraju), a dla mężczyzn - 73,2 lat (wobec 72,7 lat). W Polsce różnica w średniej długości życia pomiędzy kobietami i mężczyznami wynosi ponad 8 lat i jest znacznie większa w stosunku do większości krajów Europy. Wynika to z nadumieralności mężczyzn w średnim wieku, znacznie większej w Polsce niż w innych krajach. Podkreślić więc należy, że różnica ta w Wielkopolsce jest nieco mniejsza niż w Polsce (7,6 lat w stosunku do 8,3 lat), ze względu na dłuższą średnią długość życia mężczyzn. Wyższa średnia długość życia kobiet prowadzi w prostej linii do feminizacji starości. Współczynnik feminizacji (czyli liczba kobiet przypadająca na 100 mężczyzn rośnie z wiekiem i dla osób w wieku 45+ wynosi w Polsce 123, ale dla osób w wieku 70+ - już 179.⁶

W województwie wielkopolskim zarówno kobiety jak i mężczyźni zamieszkali w miastach w 2012 roku żyli dłużej (kobiety: miasto - 80,9 lat, wieś - 80,5 lat; mężczyźni:

⁵ na podstawie bilansów i struktury ludności wykonanych w oparciu o bazę danych ze spisu ludności i mieszkań w 2011r - http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/LUD_trwanie_zycia_2012.pdf

⁶ dane dla całego kraju



miasto - 73,6 lat, wieś - 72,8 lat). Zwraca uwagę wyraźne wydłużenie średniej długości życia mężczyzn mieszkających na wsiach w ostatnim roku (rok 2011: 71,9 lat).

W kontekście dynamiki liczby ludności Wielkopolski prognozy podstawowych tendencji demograficznych są optymistyczne dla regionu w stosunku do całego kraju. Podczas gdy w Polsce od szeregu lat obserwowany był spadek liczby ludności, w Wielkopolsce stwierdzano stały wzrost, przewidywany również dla najbliższej przyszłości co najmniej do roku 2025. Województwo wielkopolskie jest jednym z niewielu, w których przyrost naturalny nigdy nie był ujemny. W 2010r. wynosił on 0,33% (w stosunku do 0,09% dla Polski), co stawia Wielkopolskę na 4 miejscu w kraju (po województwach: pomorskim, mazowieckim i małopolskim). Przyrost naturalny w województwie jest niższy dla podregionów wschodnich (kaliski, koniński) i podregionu miasta Poznań w stosunku do pozostałych; najwyższy zaś dla podregionu poznańskiego. Na terenie województwa są dwa powiaty o ujemnym (choć nieznacznie) przyroście naturalnym (pow. kolski i pow. miasta Kalisz). Najwyższe wartości przyrostu (poza podregionem poznańskim) notuje się dla powiatów: wrzesińskiego, grodzkiego i kościańskiego⁷.

Również współczynnik obciążenia demograficznego dla 2011 roku jest nieco korzystniejszy dla województwa od wyliczonego dla całej Polski (54,4 w stosunku do 55,3)⁸. Różni się on jednak dość znacznie jednak w obrębie województwa od poniżej 53 dla powiatu grodzkiego Poznań, powiatów poznańskiego, obornickiego, średzkiego i śremskiego, do ponad 57 dla powiatów kolskiego, tureckiego i kaliskiego oraz grodzkiego Kalisz. W kontekście osób w wieku nieprodukcyjnym tylko 3 powiaty mają, przewagę osób w wieku poprodukcyjnym w stosunku do tych w wieku przedprodukcyjnym. Są to powiaty grodzkie Poznań, Kalisz i Konin⁹.

Wszystko to razem powoduje, że sytuacja demograficzna w województwie wielkopolskim jest korzystna na tle kraju. W wieku produkcyjnym jest 64% mieszkańców, 20% - w przedprodukcyjnym, a 16% - poprodukcyjnym (jest to jeden z najniższych odsetek w kraju).

⁷ Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011 - Raport z wyników w województwie wielkopolskim - http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/poznan/ASSETS_raport_nsp2011.pdf

⁸ liczba osób w wieku nieprodukcyjnym (przed i poprodukcyjnym) na 100 osób w wieku produkcyjnym

⁹ według danych wieku produkcyjnego - stan na dzień 31.12.2011; kobiety - do 60 lat, mężczyźni - do 65 lat



Sytuacja rodzinna i ekonomiczno-społeczna

Według badań wykonanych przez Pentor w grupie wiekowej 61-75 lat 58% kobiet było zamężnych, ale w wieku 75+ już tylko 38%. Dla mężczyzn odsetek ten był znacznie wyższy: 84% w grupie 66-75 lat i 67% w grupie 75+. Pokazano też jak wraz z wiekiem wzrasta liczba gospodarstw jednoosobowych, zwłaszcza w przypadku kobiet (w młodszej grupie wiekowej jest to 23%, a w starszej - 35% oraz odpowiednio 10% i 15% mężczyzn). Dane te potwierdzają słuszność obieganego stwierdzenia, że starość ma twarz samotnej kobiety.

Co ciekawe, jednocześnie badanie PolSenior pokazało, że liczba osób prowadzących samotnie gospodarstwa domowe jest dwa razy większa w aglomeracjach miejskich (ponad 500 tys. mieszkańców) niż w środowiskach wiejskich (25% vs. 12%), przy czym maleje ona stopniowo wraz z wielkością miejscowości. Podobnie jest w przypadku gospodarstw prowadzonych przez małżeństwa (aglomeracje: 36%, wieś: 23%). Z kolei zależność odwrotną zaobserwowano w przypadku gospodarstw prowadzonych przez osoby starsze wraz z dziećmi i wnukami oraz osoby starsze z współmałżonkami wraz z dziećmi i wnukami (aglomeracje miejskie 8%; wieś 29%). Wskazuje to na wyraźną tendencję do zmniejszania się gospodarstw domowych (w tym ich singularyzacji) wraz ze zwiększaniem się wielkości miast. Zależności te są bardzo ważne, ze względu na różnice w funkcjonowaniu ekonomicznym gospodarstw różnej wielkości.

W Polsce prawie co dwudziesta osoba starsza przyznaje, że pieniędzy wystarcza jej najwyżej na najtańsze jedzenie, ale nie wystarcza na ubranie. Warto przy tym podkreślić, że wśród osób prowadzących jednoosobowe gospodarstwa domowe odsetek ten jest o 40% wyższy. Co więcej, częściej niż co 10 osoba (11%) odpowiedziała twierdząco na pytanie, czy zabrakło jej pieniędzy na zakup żywności zgodny z zaleceniami lekarzy. Zwrócić należy uwagę, że odsetek ten w grupie wiekowej 64-74 lata był znacznie wyższy niż wśród osób starszych (prawie 15%). Fakty te powinny skłonić do zadania pytania o przyczyny tego stanu rzeczy celem wypracowania wskazówek i rozwiązań.

Według badań Pentor około 60% osób starszych twierdziło, że wystarcza im pieniędzy na bieżące wydatki. Jednak wśród kobiet 23% bez względu na grupę twierdziło, że co najmniej czasami nie wystarcza im środków na opłacenie podstawowych świadczeń (czynsz, światło). Wśród mężczyzn było to odpowiednio 14% w grupie wiekowej do 75 lat



i 20% w starszej. W młodszej grupie wiekowej 38% kobiet twierdziło, że ich sytuacja materialna pogorszyła się w stosunku do tej sprzed 2 lat, a w starszej - 42%. Wśród mężczyzn było to odpowiednio 37% i 35%. W tym obszarze konieczne jest prowadzenie diagnostyki i monitoringu, umożliwiających podjęcie wczesnej interwencji.

Według tych samych badań, w grupie wiekowej do 75 lat 4% kobiet i 2% mężczyzn podawało, że korzysta z pomocy socjalnej; w starszej grupie było to odpowiednio 4% i 6%. W razie konieczności, w grupie wiekowej 75+ najczęściej pomocy ankietowanym udzielała rodzina (częściej niż w ¼ przypadków); rzadziej s'iedzi (ok. 40% przypadków) i znajomi (ok. 30%). W 9% była to pielęgniarka lub opiekunka z pomocy społecznej, a rzadziej ktoś odpłatnie (3% kobiet i 7% mężczyzn) czy wolontariusze (2% i 4%). Obecna struktura wsparcia ma zatem w znakomitej większości pochodzenie nieformalne.

Według danych GUS w Polsce stopa bezrobocia w grupie wiekowej 65+ wynosi 2,1%. Wskaźnik zatrudnienia to 3,5%, ale w województwie wielkopolskim jest nieco niższy - 2,9%, w tym 3,3 % mężczyzn i 2,7% kobiet (dane dla 2011r)¹⁰.

W badaniach Pentor-a, w grupie wiekowej 61-75 lat wśród kobiet, 1% deklarowało, że prowadzi działalność gospodarczą, 6% było zatrudnionych w firmie jako pracownicy najemni, 5% zajmowało się prowadzeniem gospodarstwa; 1% ankietowanych deklarowało bycie bezrobotnym. Wśród mężczyzn w wieku 66-75 lat było to odpowiednio 6%, 5%, 3% oraz 2%.

Według ankietowanych bezsprzecznie największymi ich problemami na rynku pracy są: mała liczba ofert dla osób starszych (odpowiedzi *zdecydowanie tak* i *raczej tak*: 86% kobiet i 81% mężczyzn) oraz negatywne nastawienie pracodawców do zatrudnienia osób w ich wieku (odpowiednio: 75% i 68%). Często również podawano brak wiary w znalezienie pracy (61% i 56%), zły stan zdrowia (62% i 56%), brak tolerancji ze strony otoczenia (55% i 50%) oraz brak odpowiedniego wykształcenia (54% i 48%) czy kwalifikacji (56% i 48%).

Według badań PolSenior¹¹ (analizy niepublikowane), w grupie wiekowej 55-59 lat (określanej jako przedpole starości), około 85% czynnych zawodowo ankietowanych było zadowolonych z wykonywanej pracy. Twierdzili oni też, że aby wzmocnić ich

¹⁰ http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/poznan/ASSETS_raport_nsp2011.pdf

¹¹ Dane dla całego kraju



zainteresowanie pracą zawodową, poza wyższym wynagrodzeniem, byłiby zainteresowanych zatrudnieniem w niepełnym wymiarze godzin (40% kobiet; 33% mężczyzn) oraz możliwością łączenia pensji z emeryturą (40% i 43%). Wśród osób nieczynnych zawodowo co trzeci mężczyzna i co czwarta kobieta byłiby obecnie skłonni podjąć pracę. Jako działania, które byłiby gotowi podjąć dla realizacji tego celu, wskazywali przede wszystkim podjęcie pracy w niepełnym wymiarze godzin (kobiety: 70%; mężczyźni: 49%). Co szósta osoba wskazywała w tym celu uczestnictwo w kursach podnoszących kwalifikacje w wykonywanym zawodzie. Uwzględnienie przytoczonych wyżej danych jest niezbędne dla rozwoju „srebrnego sektora”, w którym wydają się tkwić duże rezerwy.

Według Raportu Obserwatorium Integracji Społecznej można wyróżnić 4 modele aktywności Wielkopolan 50+ w oparciu o rodzaj i zakres aktywności społecznej i zawodowej: *zapracowani* (34% - osoby stosunkowo aktywne zawodowo, ale nie - społecznie), *społecznicy* (14% - osoby o przewadze aktywności społecznej), *nieaktywni* (44% - osoby całkowicie nieaktywne zarówno zawodowo, jak i społecznie, a także nieaktywne w życiu towarzysko-rodzinnym) oraz *domatorzy* (8% - osoby wyróżniające się aktywnością towarzysko-rodzinną, umiarkowanie aktywne społecznie i zawodowo). Porównanie osób z wyróżnionych modeli wskazuje, że wyraźnie starsza jest grupa osób nieaktywnych (67 lat w stosunku do 59-60 lat).

Według badania wykonanego przez Pentor, w wolnym czasie ponad 90% osób starszych codziennie ogląda telewizję, ponad połowa słucha radia (częściej mężczyźni niż kobiety), a mniej więcej co piąty zajmuje się swoim hobby co najmniej raz w tygodniu.

Ponadto, w grupie wiekowej do 75 lat, około 40% seniorów codziennie spaceruje, a w okresie letnim prawie co drugi zajmuje się działką przynajmniej raz w tygodniu. Jednak zaledwie co trzecia kobieta i co czwarty mężczyzna czyta książki co najmniej raz w tygodniu, a co najmniej ¼ seniorów nigdy nie chodzi do muzeów i na wystawy, do kina, teatru i na koncerty (rzadziej czynią to mężczyźni).

W grupie wiekowej 75+ aktywnych jest znacznie mniej osób. Ok. 30% spaceruje codziennie, co najmniej raz w tygodniu zajmuje się działką co trzeci mężczyzna i co czwarta kobieta. Regularnie czyta książki tylko co czwarta kobieta i rzadziej niż co piąty



mężczyzna. Nigdy nie chodzi do muzeów i na wystawy, do kina, teatru czy na koncerty ok. 90% z nich, choć - co ciekawe - w tej grupie nieco częściej dotyczyło to kobiet.

W Raporcie Obserwatorium Integracji Społecznej pokazano, że w wolnym czasie 66% Wielkopolan w wieku 50+ nigdy nie uczestniczy w koncertach czy przedstawieniach, a 72% - nie chodzi do kina. Częściej niż co trzeci respondent (38%) przyznał, że nigdy w czasie wolnym nie czyta książek. Badanie zdiagnozowało trzy typy barier dla spędzania wolnego czasu: stan zdrowia, finanse i niedobór infrastruktury. Niemniej najczęściej podawaną barierą uczestnictwa w formach aktywności fizycznej był brak chęci i potrzeby, zgłaszany przez 42% respondentów.

Według badań wykonanych przez Pentor, w obszarze nowych technologii w młodszej grupie wiekowej co trzecia osoba korzysta z komputera i Internetu, ale w starszej jest to tylko około 10%. Co więcej, w starszej grupie tylko co druga korzysta z telefonu komórkowego, a rzadziej niż co piąta z karty płatniczej, choć w młodszej jest to odpowiednio: około 80% i prawie 50% (częściej mężczyźni niż kobiety).

Jeśli chodzi o wolontariat, to według Raportu Obserwatorium Integracji Społecznej w grupie wiekowej 50+ najczęściej wolontariuszami są osoby młodsze (wiek: 50-59 lat), co ma związek z ich najlepszą kondycją zdrowotną. Wolontariusz najczęściej jest emerytem/rencistą (60%). Wśród wolontariuszy 50+ dominują kobiety (inaczej niż wśród wszystkich mieszkańców Wielkopolski) i osoby mieszkające na wsi. Co ciekawe, największy odsetek wolontariuszy 50+ mieszka w podregionie kaliskim, a najmniejszy - w podregionie poznańskim. Wolontariusze najczęściej deklarują, że dzięki swojej działalności czują się lepiej psychicznie i są bardziej potrzebni. Niestety ponad 80% badanych na pytanie o chęć bycia wolontariuszem odpowiedziało zdecydowanie nie lub raczej nie; jednak ponad 20% z nich podawało jako barierę do podjęcia działalności wolontariackiej brak pomysłu na obszar zaangażowania. Z kolei większość osób zainteresowanych wolontariatem w najbliższej przyszłości chciałaby działać na rzecz osób na emeryturze, osób niepełnosprawnych oraz rodzin i osób w trudnej sytuacji życiowej.

Wskaźniki odnoszące się do wykorzystania czasu wolnego obrazują duże pole niezaspokojonych potrzeb i konieczność kierowanych działań aktywizacyjnych.



Sytuacja zdrowotna

Według badań PolSenior w zakresie podstawowych czynności życiowych (kąpiel, wstawanie z łóżka, toaleta, jedzenie, ubieranie oraz trzymanie moczu i stolca) szacunkowo niesprawnych w województwie wielkopolskim jest 18,4 tys. osób (w tym 7,5 tys. znacznie). W zakresie czynności złożonych (używanie telefonu, zakupy, pranie, sprząatanie, pobieranie leków, finanse itd.) jest to 161 tys. (w tym 62,8 tys. znacznie). Podkreślenia wymaga w najstarszych grupach wiekowych większy odsetek niesprawności wśród kobiet, choć w młodszych grupach wiekowych jest odwrotnie (czynności podstawowe: wiek 70-74 lat - 1% kobiety, 2% mężczyźni; wiek 90+ - 26% vs. 16%; czynności złożone: wiek 70-74 lat - 25% vs. 30%; wiek 90+ - 93% vs. 86%).

W badaniu wykonanym przez Pentor w grupie wiekowej co najmniej 75 lat zadano pytanie o bariery w codziennym funkcjonowaniu. Prawie połowa ankietowanych twierdziła, że są to najczęściej kłopoty ze zdrowiem (np. bóle), które utrudniają podejmowanie czynności dnia codziennego, a co trzecia osoba podawała zaburzenia wzroku i słuchu oraz utrudniony kontakt słowny i komunikację. Co ciekawe, 26% kobiet i 22% mężczyzn miało kłopoty z pamięcią i koncentracją uwagi, ale tylko 6% kobiet i 10% mężczyzn zgłaszało problem z samodzielnym gospodarowaniem pieniędzmi. W tym zakresie potrzebny jest monitoring, który pozwala na wczesną i efektywną kosztowo interwencję.

Według danych GUS z 2009 roku¹² w grupie wiekowej 70+ w Wielkopolsce 17% kobiet (29,1 tys.) deklaroowało, że choruje na cukrzycę, a na depresję lub przewlekłe stany lękowe - 14% (24,5 tys.). Dla mężczyzn wartości te to odpowiednio: 16% i 3% (14,9 tys. i 2,4 tys.). Jednak według wyników programu PolSenior wartości te dla grupy wiekowej 65+ są znacznie wyższe: 22% ma cukrzycę (w tym 4% wcześniej nie rozpoznaną co zwraca uwagę na niedodiagnozowanie). Ryzyko depresji w badaniu skryningowym stwierdzono u co czwartej badanej osoby, częściej u kobiet i częściej w starszej grupie wiekowej. Szacuje się, że liczba osób z ryzykiem depresji w województwie wielkopolskim to 72,9 tys.,

¹² Stan zdrowia ludności Polski w 2009r - http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_stan_zdrowia_2009.pdf



w tym 5,4 tys. z ryzykiem ciężkiej depresji. U wszystkich tych osób konieczne jest przeprowadzenie diagnostyki w kierunku depresji.

Zaburzenia funkcji poznawczych (np. orientacja w czasie i przestrzeni czy zapamiętywanie nowych informacji) stwierdzono u 59,1% badanych, przy czym u 37,5% były to tzw. łagodne zaburzenia poznawcze, a u pozostałych - zaburzenia odpowiadające różnego stopnia otępieniu. Oszacowano, że w województwie wielkopolskim zaburzenia o tym charakterze ma 75 tys. osób, z czego 49 tys. to kobiety. Zgodnie z przewidywaniem ryzyko tego problemu narasta wraz z wiekiem, ale zmniejsza się wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. U wszystkich tych osób konieczne jest przeprowadzenie diagnostyki w kierunku otępienia

W badaniach PolSenior (dane rzeczywiste, a nie deklarowane) nadciśnienie występowało u ponad 70% badanych; częściej u kobiet, ale rzadziej w najstarszych grupach wiekowych (90+: 67% kobiet i 58% mężczyzn). Odsetek ten jest znacznie wyższy niż w danych deklarowanych (około 50% - badania Pentor i dane GUS¹²). Tak wysoki odsetek zwraca uwagę na liczne przypadki nowozdiagnozowanej choroby (czyli na niedodiagnozowanie, pomimo prostej i taniej metody oceny, o czym wspomniano wcześniej w przypadku cukrzycy).

Niedokrwistość stwierdzono u 17% badanych seniorów, częściej u mężczyzn niż u kobiet i częściej w starszych grupach wiekowych (w grupie 90+ było to 30% kobiet i 45% mężczyzn). Tylko 16% (czyli co 7 osoba) wiedziało o swojej chorobie. Ma to szczególne znaczenie, ponieważ niedokrwistość, w związku pogorszeniem transportu tlenu w organizmie, jest ważnym czynnikiem ryzyka niesprawności.

Przewlekłą chorobę nerek zdiagnozowano u prawie co trzeciego badanego, jednak po 80 roku życia już częściej niż u co drugiej osoby. Jednocześnie zaledwie 3% chorych wiedziało o swojej chorobie - dramatycznie mało. Wiedza ta jest bardzo ważna, ponieważ znaczniejsze pogorszenie funkcji nerek wymaga uwzględnienia w dawkowaniu leków - można się więc spodziewać, że u znacznej liczby tych osób nie bierze się tego pod uwagę, co z kolei znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia działań niepożądanych.

Jeśli chodzi o leki, to według badań PolSenior osoby starsze zażywają średnio 5,1 leku w systemie codziennym, w tym 4,1 leku na receptę i 1,0 bez recepty (czyli w ramach tzw. samoleczenia). 80% osób w wieku 65+ pobiera 5 leków i więcej. Wraz ze wzrostem liczby leków narasta ryzyko działań niepożądanych - przy stosowaniu 5 i więcej leków



zwiększa się np. ryzyko upadków, tak więc statystyczna osoba starsza ma to ryzyko zwiększone.

Źle przedstawia się też niestety stan uzębienia seniorów. Bezzębnie w grupie wiekowej 65-69 lat charakteryzuje 36% osób, ale w grupie wiekowej 90+ - aż 67%. Problemy z uzębieniem narastają wraz ze zmniejszaniem się wielkości miejscowości będącej miejscem zamieszkania badanego. Są największe u mieszkańców wsi, co pośrednio wskazuje na ich najtrudniejszy dostęp do stomatologa.

Według badań wykonanych przez Pentor subiektywna ocena stanu zdrowia wielkopolskich seniorów jest stosunkowo dobra. W grupie wiekowej do 75 lat zadowolonych jest 46% kobiet i 48% mężczyzn, a w grupie 75+: nadal jest to 27% kobiet i aż 37% mężczyzn. Pomimo to należy zwrócić baczność uwagę na problem niedodiagnozowania wielu chorób oraz konieczność weryfikacji leczenia, w tym rewizji dawek oraz liczby stosowanych leków.

Co więcej, ważnym aspektem, w kontekście sytuacji zdrowotnej, jest dyskryminacja osób starszych w sektorze ochrony zdrowia, na którą zwraca uwagę Raport Obserwatorium Integracji Społecznej. Pokazuje on, że dotyczy ona przede wszystkim przekonania pracowników sektora o mniejszej potrzebie udzielania świadczeń seniorom ze względu na naturalny proces starzenia i związane z tym pojawiające się problemy zdrowotne. Zagadnienie to wskazuje wyraźnie na konieczność zmian w systemie edukacji.

REKOMENDACJE WYNIKAJĄCE Z DIAGNOZY

W oparciu o diagnozę dotyczącą sytuacji osób starszych w województwie, na tle kraju, stworzono rekomendacje, których uwzględnienie w ramach Programu pozwolić powinno na stworzenie realnych podstaw działań podejmowanych na rzecz osób starszych. Rekomendacje te uwzględniono w priorytetach, w obrębie których skoncentrowano cele operacyjne programu - zagadnienia te zostały przedyskutowane podczas dwóch dwudniowych warsztatów, które odbyły się w dniach 10-11.12.2012 r. oraz 25-26.03.2013 r. w Żerkowie (powiat jarociński). Uczestniczyło w nich w sumie ponad 50 ekspertów reprezentujących instytucje i organizacje z terenu Wielkopolski, które



w codziennej praktyce tworzą i wdrażają rozwiązania na rzecz seniorów w środowiskach lokalnych. Będą one potencjalnymi partnerami realizującymi Program.

1. Promowanie wizerunku osoby starszej jako potencjalnego usługodawcy, a nie usługobiorcy - pozwalające zrozumieć, że zwiększająca się liczba osób starszych nie musi oznaczać wzrostu kosztów funkcjonowania systemów opieki.
2. Wypracowanie rozwiązań włączających seniorów do działań podejmowanych na rzecz ich samych - zgodnie z obserwacją, że sam senior jest dla innych seniorów najlepszym ambasadorem nowych rozwiązań (zgodnie z zasadą empowermentu).
3. Stworzenie baz wymiany informacji pomiędzy osobami i instytucjami podejmującymi działania na rzecz osób starszych.
4. Przeprowadzenie badań skryningowych i optymalizacja działań w obszarze proaktywnej profilaktyki niesprawności.
5. Wzmocnienie istniejącego systemu wsparcia osób starszych wymagających pomocy poprzez zwiększenie dostępności usług i podnoszenie ich jakości.
6. Budowanie i wzmacnianie więzi międzypokoleniowej w ramach działań na rzecz rozumienia procesu starzenia.
7. Wdrażanie rozwiązań, których celem jest zmiana wizerunku starości.
8. Stworzenie bazy „dobrych praktyk” podejmowanych na rzecz seniorów.
9. Podjęcie działań zmierzających do wyrównania różnic między subregionami Wielkopolski, w tym - między miastem i wsią.

Na podstawie powyższych rekomendacji oraz dyskusji w ramach spotkań roboczych stworzono założenia *Wielkopolskiego Programu na Rzecz Osób Starszych do roku 2020*.



PRIORYTETY, CELE OPERACYJNEJ ZADANIA

Wielkopolski Program na Rzecz Osób Starszych do roku 2020 jest narzędziem wyznaczającym kierunki działania podejmowane przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego na rzecz osób starszych. Jego beneficjentami są same osoby starsze, a także wszyscy ci, którzy działają na ich rzecz, w tym służby społeczne i organizacje pozarządowe. Co więcej, w związku ze zwróceniem uwagi na konieczność zmiany wizerunku osoby starszej oraz postulowanym przygotowaniem wszystkich grup wiekowych do starości, beneficjentami, przynajmniej w sposób pośredni, mogą być wszyscy mieszkańcy Wielkopolski.

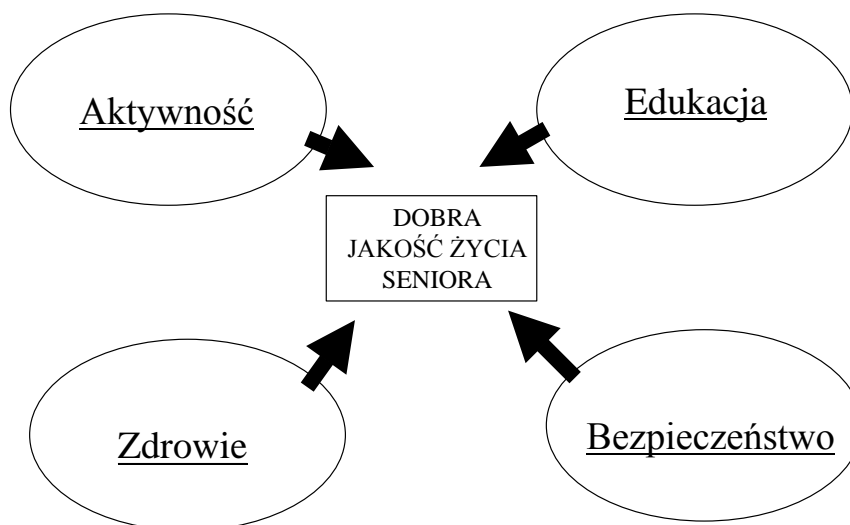
Priorytety, cele i zadania programu zostały wypracowane na spotkaniach warsztatowych w Żerkowie jako wnioski z dyskusji ekspertów reprezentujących instytucje i organizacje z terenu Wielkopolski. Priorytety te są zbieżne z priorytetami *Strategii Polityki Społecznej dla Województwa Wielkopolskiego do roku 2020*, ponieważ zauważono, że obszary funkcjonowania osoby starej to najważniejsze sfery aktywności człowieka wpływające na jakość życia. Są to (ryc.1):

I. EDUKACJA

II. AKTYWNOŚĆ

III. ZDROWIE

IV. BEZPIECZEŃSTWO



Ryc 1 . Priorytety *Wielkopolskiego Programu na Rzecz Osób Starszych do roku 2020*

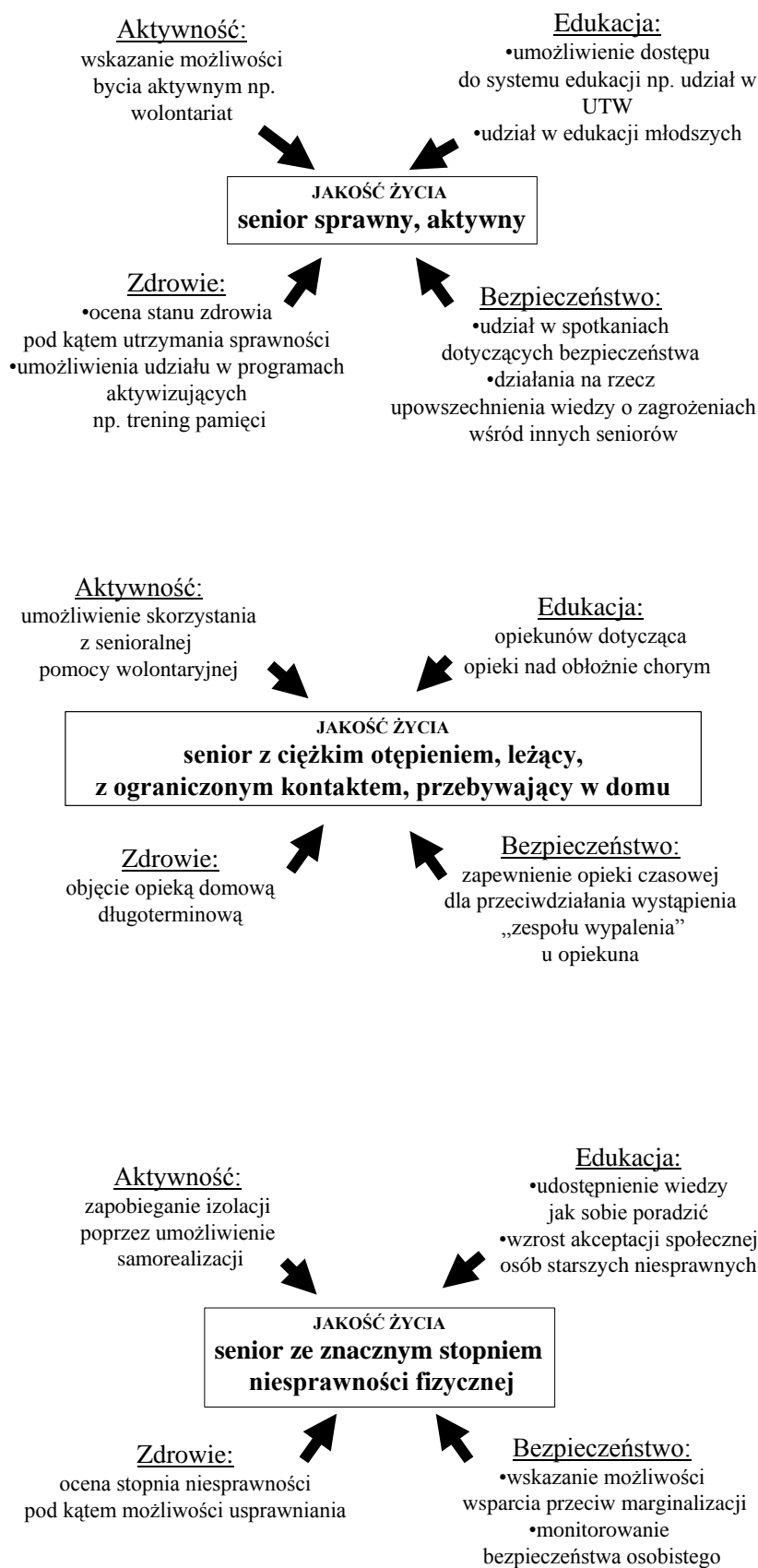
Podstawą działań podejmowanych na rzecz osób starszych powinno być dążenie do optymalizacji ich sprawności funkcjonalnej, rozumianej jako możliwość niezależnego aktywnego funkcjonowania w społeczeństwie. Jednak, choć sprawność funkcjonalna jest najczęściej odnoszona do zdrowia i warunków socjalno-bytowych, czyli do tradycyjnych obszarów polityki społecznej, to rozumiana być powinna szerzej - jako optymalne funkcjonowanie, a więc obejmować także mieszkalnictwo, rynek pracy, edukację czy kulturę.

Optymalizowanie oznacza poprawę wszędzie tam gdzie jest to możliwe; w pozostałych przypadkach - utrzymanie istniejącego stanu lub co najmniej osiągnięcie największego możliwego spowolnienia postępu zmian. Wiąże się ono więc bezpośrednio z walką o jakość życia, i to - co należy podkreślić - nie tylko samych zainteresowanych, ale także osób z ich otoczenia, i to również poprzez oddziaływanie na obszary niezwiązane bezpośrednio z seniorami, takie jak edukacja do starości i o starości.

Priorytety *Wielkopolskiego Programu* są więc w rzeczywistości obszarami, bez których osiągnięcie dobrej jakości życia nie jest możliwe. Priorytety te nie są rozłączne i dlatego niekiedy trudno jest jednoznacznie im przyporządkować poszczególne cele operacyjne. Jednak tak sformułowane priorytety zwracają uwagę na konieczność indywidualnego rozwiązywania problemów seniorów, czego niezbędnym elementem jest



indywidualne ich definiowanie. W ramach tego akcentowanie priorytetów i hierarchizacja zależą od stanu seniora i otoczenia, w którym żyje (ryc. 2).





Ryc. 2. Indywidualna analiza priorytetów *Wielkopolskiego Programu na Rzecz Osób Starszych do roku 2020* przeprowadzona dla wybranych grup seniorów

Cele operacyjne wyróżnione w ramach poszczególnych priorytetów oraz zadania i wskaźniki ich realizacji przedstawiono w tabeli poniżej.



PRIORYTET I: EDUKACJA

Cele operacyjne:	Zadania	Wskaźniki realizacji
1. Zwiększenie wykorzystania potencjału seniorów - ich wiedzy i umiejętności	<ol style="list-style-type: none">1. Inicjowanie różnych form wymiany informacji, w tym np. tworzenie baz danych skupiających doświadczenie seniorów.2. Upowszechnianie idei tworzenie centrów edukacyjnych – stacjonarnych i mobilnych.3. Inicjowanie i promowanie akcji z udziałem seniorów w środowisku lokalnym, pokazujących i wykorzystujących ich potencjał.4. Promowanie senioralnych grup doradczych.	<ul style="list-style-type: none">— strony internetowe z bazą danych o seniorach zainteresowanych udziałem w edukacji— kampanie społeczne np. pod hasłem "senior edukator"— zlecanie zadań w ramach otwartych konkursów ofert promujących wykorzystanie wiedzy i umiejętności osób starszych— wizyty studyjne upowszechniające dobre praktyki— spotkania robocze i doradztwo
2. Zwiększenie dostępności programów edukacyjnych dla seniorów	<ol style="list-style-type: none">1. Tworzenie warunków do rozwoju dla seniorów w zakresie identyfikowania potrzeb w obszarze edukacji2. Upowszechnianie wiedzy na temat nowoczesnych technologii3. Wspieranie systemu kształcenia ustawicznego - w tym Uniwersytetów Trzeciego Wieku4. Inspirowanie do podejmowania działań służących tworzeniu oferty edukacyjnej dla seniorów	<ul style="list-style-type: none">— otwarte konkursy ofert w zakresie zwiększania dostępności programów edukacyjnych dla seniorów— wizyty studyjne upowszechniające dobre praktyki— konferencje, kursy i inne formy kształcenia seniorów z zakresu np. korzystania z technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych— kampanie społeczne w tym m.in. na temat dostępnych form kształcenia ustawicznego
3. Podniesienie kompetencji osób wspierających	<ol style="list-style-type: none">1. Upowszechnianie idei doradztwa na rzecz opiekunów rodzinnych sprawujących opiekę nad osobami starszymi.2. Tworzenie warunków do podnoszenia kwalifikacji specjalistów	<ul style="list-style-type: none">— doradztwo— konferencje, szkolenia i warsztaty dla opiekunów— studia podyplomowe, staże oraz inne formy



seniorów	pracujących z osobami starszymi. 3. Upowszechnianie wiedzy na temat podstaw samoopieki i opieki nad niesprawnym seniorem. 4. Uruchomienie i propagowanie narzędzi wymiany doświadczeń dla opiekunów.	kształcenia dla kadry pracującej z osobami starszymi — organizowanie platform wymiany informacji i wiedzy
4. Upowszechnienie wiedzy na temat starzenia	1. Wspieranie pozytywnego wizerunku seniora. 2. Promowanie idei tworzenia programów międzypokoleniowej wymiany wiedzy i doświadczeń opartych na działaniu i współpracy. 3. Upowszechnianie wiedzy na temat starzenia się m. in. w instytucjach edukacji oraz pomocy i integracji społecznej. 4. Wspieranie poradnictwa przygotowującego do życia na emeryturze. 5. Wspomaganie otoczenia komfortowego życia osób starszych w społeczeństwie informacyjnym i aktywnego starzenia się.	— kampanie społeczne na temat aktywnego starzenia się — otwarte konkursy ofert — wizyty studyjne upowszechniające dobre praktyki — konferencje, kursy i inne formy kształcenia prezentujące moduł gerontologiczny — spotkania robocze

PRIORYTET II: AKTYWNOŚĆ

Cele operacyjne	Zadania	Wskaźniki realizacji
1. Wzrost aktywności zawodowej seniorów	1. Wspieranie poradnictwa zawodowego, w tym m.in. wspieranie usług świadczonych indywidualnym osobom. 2. Tworzenie platform wymiany informacji dla seniorów i pracodawców 3. Wspieranie działań na rzecz poprawy wizerunku seniora na rynku pracy.	— doradztwo zawodowe prowadzące do wzrostu aktywności zawodowej seniorów — platformy wymiany informacji — kampanie społeczne promujące aktywność zawodową seniorów — otwarte konkursy ofert



	<ol style="list-style-type: none">Promowanie elastycznych form zatrudnienia.Upowszechnianie działań na rzecz przekwalifikowania i wzrostu kompetencji dojrzałych pracowników.Promowanie idei „zarządzania wiekiem”.Upowszechnianie zawodów odpowiadających na potrzeby osób starszych, w tym m.in. w sferze tzw. „srebrnej gospodarki”	
2. Zwiększenie zainteresowania seniorów oraz ich zaangażowania w kulturę	<ol style="list-style-type: none">Tworzenie warunków do udziału w życiu kulturalnym.Wspieranie rozwoju zainteresowań kulturalnych seniorów, w tym m.in. propagowanie kreatywności i twórczości amatorskiej.Promowanie idei tzw. „kultury bez barier”.Dostosowanie oferty kulturalnej odpowiadającej na potrzeby osób starszych.	<ul style="list-style-type: none">— otwarte konkursy ofert ułatwiające dostęp seniorów do dóbr kultury— kampanie społeczne ukazujące sylwetki zaangażowanych w kulturę seniorów— warsztaty i szkolenia dotyczące rozwoju aktywności twórczej osób starszych
3. Zwiększenie zainteresowania seniorów sportem i turystyką	<ol style="list-style-type: none">Propagowanie działań na rzecz rozwoju sportu wśród seniorów.Wspieranie tworzenia warunków dla rozwoju sportowo-rekreacyjnego seniorów na terenie województwa wielkopolskiego.Tworzenie oferty sportowej i rekreacyjnej odpowiadającej na potrzeby osób starszych.	<ul style="list-style-type: none">— kampanie społeczne— otwarte konkursy ofert— wizyty studyjne— portale wymiany informacji
4. Promowanie wolontariatu seniorów	<ol style="list-style-type: none">Wspieranie pozytywnego wizerunku wolontariusza.Propagowanie idei wolontariatu jako formy aktywności społecznej.Wspieranie systemu wymiany informacji pomiędzy stroną popytową i podażową wolontariatu.	<ul style="list-style-type: none">— warsztaty i szkolenia dla instytucji przygotowujących wolontariuszy— otwarte konkursy ofert— kampanie społeczne promujące ideę wolontariatu oraz ukazujące aktywnego wolontariusza



PRIORYTET III: ZDROWIE

Cele operacyjne	Zadania	Wskaźniki realizacji
1. Promocja zdrowego stylu życia	<ol style="list-style-type: none">1. Upowszechnianie zdrowego trybu życia, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii.2. Propagowanie zasad prawidłowego żywienia.3. Upowszechnianie aktywności ruchowej jako prowadzącej do zdrowego stylu życia.	<ul style="list-style-type: none">— otwarte konkursy ofert promujące zdrowy styl życia— wizyty studyjne upowszechniające dobre praktyki— warsztaty, szkolenia w zakresie zdrowego stylu życia— kampanie społeczne
2. Wdrażanie programów prewencji w zdrowotnej opiece senioralnej	<ol style="list-style-type: none">1. Promowanie idei e-medycyny.2. Wspieranie inicjatyw na rzecz wdrożenia okresowej oceny stanu zdrowia wśród najstarszych seniorów.3. Wspieranie akcji przesiewowych skierowanych na ocenę funkcji - np. funkcji poznawczych.4. Rozszerzanie prowadzonych programów prewencji na osoby starsze - np. mammografia.5. Promowanie systemowych rozwiązań w zakresie potrzeb mieszkaniowych osób starszych.	<ul style="list-style-type: none">— otwarte konkursy ofert dotyczące programów prewencji w zdrowotnej opiece senioralnej— konferencje, szkolenia— wizyty studyjne upowszechniające dobre praktyki— spotkania robocze
3. Zwiększenie dostępności oferty usprawniania dla seniorów	<ol style="list-style-type: none">1. Promowanie idei usprawniania2. Propagowanie działań zmierzających do poszerzenia oferty fizjoterapii dla seniorów z uwzględnieniem kinezyterapii domowej3. Upowszechnianie różnorodnych metod usprawniających seniorów w tym m.in. z wykorzystaniem terapii zajęciowej, arteterapii i	<ul style="list-style-type: none">— kampanie społeczne pokazujące ideę usprawniania osób starszych— otwarte konkursy ofert w zakresie usprawniania seniorów— szkolenia kadry



	nowoczesnych technologii (e-rehabilitacja).	
4. Wspieranie rozwoju opieki długoterminowej	<ol style="list-style-type: none">1. Działania na rzecz wspierania rozwoju opieki długoterminowej.2. Wspieranie współpracy pomiędzy instytucjami integracji i pomocy społecznej a instytucjami ochrony zdrowia w zakresie opieki długoterminowej.3. Upowszechnianie wykorzystania nowoczesnych technologii w zakresie wsparcia osób starszych.	<ul style="list-style-type: none">— otwarte konkursy ofert w zakresie opieki długoterminowej— wizyty studyjne upowszechniające dobre praktyki— projekty międzynarodowe służące wymianie doświadczeń
5. Promowanie rozwoju geriatry	<ol style="list-style-type: none">1. Wspieranie idei zespołów wielodyscyplinarnych w opiece geriatrycznej.2. Wspieranie systemu szkolenia kadry dla zespołów, w tym lekarzy geriatrów.3. Promowanie tworzenia poradni i oddziałów geriatrycznych.4. Szerzenie wiedzy na temat geriatrycznej opieki paliatywnej.	<ul style="list-style-type: none">— kampanie społeczne dotyczące potrzeby rozwoju geriatry— szkolenia, warsztaty, konferencje dla zespołów geriatrycznych— otwarte konkursy ofert
6. Promowanie rozwoju psychogeriatry	<ol style="list-style-type: none">1. Upowszechnianie form wsparcia dla opiekunów chorych z otępieniem np. oddziały okresowe.2. Szerzenie wiedzy na temat zasad postępowania z chorymi z otępieniem.3. Wsparcie systemu wczesnego diagnozowania otępienia i depresji.	<ul style="list-style-type: none">— otwarte konkursy ofert— warsztaty/szkolenia/konferencje dla opiekunów chorych— kampanie społeczne



PRIORYTET IV: BEZPIECZEŃSTWO

Cele operacyjne	Zadania	Wskaźniki realizacji
1. Wzmocnienie systemów bezpieczeństwa osobistego i publicznego seniorów	<ol style="list-style-type: none">1. Wdrażanie działań prewencyjnych na rzecz zapobiegania aktom kryminalnym.2. Promowanie rozwiązań na rzecz identyfikowania seniorów z grup ryzyka (zagrożenie kryminalne).3. Upowszechnienie nowoczesnych rozwiązań (w tym telemonitoringu) pod kątem zwiększenia bezpieczeństwa seniorów.4. Zwiększanie wrażliwości społecznej na kwestie związane z bezpieczeństwem seniorów.	<ul style="list-style-type: none">— warsztaty, szkolenia, spotkania dotyczące bezpieczeństwa osobistego osób starszych— kampanie społeczne— doradztwo— porady prawne
2. Rozwój usług i produktów na rzecz osób starszych	<ol style="list-style-type: none">1. Umacnianie rozwiązań na rzecz monitorowania i wczesnej interwencji osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym, w tym osób bezdomnych.2. Upowszechnianie rozwiązań dla bezdomnych osób starszych.3. Promowanie systemów wsparcia dla najuboższych seniorów.4. Propagowanie różnych form usług w sektorze usług społecznych np. mieszkania chronione.5. Rozwój usług środowiskowych w miejscu zamieszkania w tym zwłaszcza usług opiekuńczych.	<ul style="list-style-type: none">— badania, ekspertyzy dotyczące monitorowania i wczesnej interwencji osób zagrożonych wykluczeniem społecznym— otwarte konkursy ofert— wizyty studyjne upowszechniające dobre praktyki— doradztwo— konferencje, szkolenia, warsztaty— studia podyplomowe, staże— kampanie społeczne— Kampanie informacyjne pokazujące nowe formy usług



	<ol style="list-style-type: none">6. Wdrażanie pilotażowych i innowacyjnych rozwiązań w zakresie wsparcia osób starszych, w tym np. teleopieki.7. Przeciwdziałanie dyskryminacji, marginalizacji i wykluczeniu społecznemu seniorów.8. Promowanie idei tworzenia centrów senioralnych.	
3. Profilaktyka i leczenie seniorów w zakresie uzależnień	<ol style="list-style-type: none">1. Upowszechnianie działań prewencyjnych wśród seniorów.2. Tworzenie rozwiązań na rzecz zwiększenia wykrywania uzależnień wśród seniorów.3. Promowanie systemów prowadzenia terapii uzależnień.	<ul style="list-style-type: none">— kampanie społeczne dotyczące problematyki uzależnień— otwarte konkursy ofert— konferencje, szkolenia, warsztaty— wizyty studyjne upowszechniające dobre praktyki
4. Przeciwdziałanie przemocy wobec osób starszych	<ol style="list-style-type: none">1. Diagnozowanie obszarów zjawiska przemocy stosowanej wobec seniorów.2. Podejmowanie działań prewencyjnych.3. Upowszechnianie wiedzy na temat systemu wsparcia osób dotkniętych przemocą, w tym np. procedury niebieskiej karty.4. Upowszechnianie wiedzy na temat stosowania przemocy wobec osób starszych.	<ul style="list-style-type: none">— badania, ekspertyzy— otwarte konkursy ofert— konferencje/warsztaty— kampanie społeczne uwrażliwiające społeczeństwo na problem przemocy



Partnerami Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Poznaniu we wdrażaniu powyższych priorytetów będą m.in.:

Departamenty Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego: Edukacji i Nauki, Organizacyjny i Kadr, Sportu i Turystyki, Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom, Kultury, Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu, organizacje i instytucje reprezentujące oświatę, szkolnictwo, służbę zdrowia, Policję, pomoc społeczną, a także organizacje pozarządowe i inne podmioty zainteresowane współpracą w realizacji Programu.

Ramy czasowe i finansowanie

Możliwość wdrażania skutecznych rozwiązań polityki na rzecz seniorów wymaga z jednej strony sformułowań merytorycznych - priorytetów oraz, w ramach każdego z nich, określonych zadań operacyjnych. Z drugiej strony niezbędne jest również ujęcie ich w ramy czasowe i finansowe.

Wielkopolski Program na rzecz Osób Starszych do roku 2020 jest programem o charakterze średniookresowym, finansowanym z szeregu źródeł. Wśród potencjalnych możliwości jego finansowania należy brać pod uwagę następujące źródła:

- środki ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego,
- środki własne Samorządu Województwa Wielkopolskiego,
- środki UE,
- inne źródła zewnętrzne.

Szczegóły dotyczące definiowania i zarazem finansowania zadań określane będą w ramach corocznych spotkań zespołu roboczego do spraw realizacji *Wielkopolskiego Programu na Rzecz Osób Starszych do roku 2020*, koordynującego Program, do którego zostaną zaproszeni przedstawiciele instytucji i organizacji działających na rzecz seniora w Wielkopolsce. W skład zespołu wejdą przedstawiciele Regionalnego Ośrodka Polityki



Społecznej w Poznaniu oraz kluczowych partnerów realizacji Programu. Skład Zespołu może być, w razie wystąpienia takiej potrzeby, na bieżąco uaktualniany.

Zespół będzie selekcjonować i formułować zadania do realizacji w nadchodzącym roku budżetowym, wraz ze wskazaniem możliwych źródeł ich finansowania, w tym również tych będących w dyspozycji kluczowych partnerów projektu. Z drugiej strony, Zespół będzie podsumowywał i weryfikował stan wykonania zadań zaplanowanych w roku poprzedzającym spotkanie, a także formułował wnioski wynikające z przebiegu realizacji tych zadań, które mogą zostać uwzględnione w kolejnych działaniach. Efektem spotkań Zespołu będzie zatem szczegółowy roczny program działań dla wszystkich realizatorów Programu oraz absolutorium za rok poprzedni. W związku z ramowym charakterem priorytetów przedstawionych w tabelach, jedynie cele operacyjne zostały zdefiniowane w sposób jednoznaczny, natomiast zadania oraz wskaźniki ich realizacji mają charakter otwarty i mogą być aktualizowane/uzupełniane/modyfikowane w ramach corocznych spotkań, na podstawie wniosków z realizacji Programu w latach poprzednich.

Monitoring realizacji projektu

Realizacja *Wielkopolskiego Programu na Rzecz Osób Starszych do roku 2020* będzie monitorowana w ramach corocznych spotkań Zespołu Roboczego ds. realizacji Programu. Spotkania obejmować będą analizę oraz weryfikację sprawozdań i raportów przygotowywanych przez realizatorów Programu. Oceniane będą przede wszystkim osiągnięte wskaźniki realizacji oraz zgodność działań z wyznaczonymi priorytetami.

Wnioski z prowadzonego na bieżąco monitoringu będą stanowić podstawę do ewentualnej modyfikacji działań podejmowanych w następnych latach.



Formularz konsultacji priorytetów, celów i zadań objętych *Wielkopolskim Programem na Rzecz Osób Starszych do 2020 roku*

Szanowni Państwo,

poniższy formularz został stworzony z myślą o jednym z ważniejszych narzędzi upowszechniania idei społeczeństwa obywatelskiego i zaangażowanego - konsultacjach społecznych. Przedstawione do konsultacji zapisy powstały we współpracy z szerokim gronem przedstawicieli wielkopolskich instytucji, organizacji pomocy i integracji społecznej, na co dzień zaangażowanymi w działania na rzecz wsparcia osób starszych.

Dotyczą one tych działań, które będą realizowane na poziomie województwa, nie mniej jednak doświadczenia służb społecznych - lokalne i powiatowe, stanowią dla nas zasób, którego nie mogliśmy pominąć.

Na Państwa uwagi, opinie dotyczące przedstawionych PRIORYTETÓW, CELÓW i ZADAŃ **czekamy do 16 września 2013 roku**. Prosimy o wysyłanie ich elektronicznie według poniższego formularza z zaznaczeniem jakiego obszaru dotyczy zmiana wraz z jej uzasadnieniem na adres e-mail:

aleksandra.krawczyk@rops.poznan.pl

sylwia.peltak@rops.poznan.pl

Szczegółowych informacji nt. prac nad Programem udzielają pracownicy Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Poznaniu p. Aleksandra Krawczyk (61-8567-326) oraz Pani Sylwia Pełtak (61-8567-323).

Nazwa podmiotu zgłaszającego propozycje	Adres	Nr telefonu	E-mail	Imię i nazwisko osoby do kontaktu

l.p.	Nazwa Priorytetu	Nazwa celu operacyjnego	Nazwa zadania	Treść zmiany	Uzasadnienie zmiany
1.					
2.					
...					



Uwagi do Programu po konsultacjach

Konsultacje zapisów Programu odbyły się w dniach 9 sierpnia - 16 września 2013 roku.
Poniższe zestawienie zawiera zgłoszone uwagi:

Nazwa podmiotu zgłaszającego propozycje	Nazwa Priorytetu	Nazwa celu operacyjnego	Nazwa zadania	Treść zmiany	Wyjaśnienie- zakres uwzględnienia uwag
Departament Sportu i Turystyki UMWW	AKTYWNOŚĆ	Zwiększenie zainteresowania seniorów sportem i turystyką	Wspieranie tworzenia warunków dla rozwoju sportowo-rekreacyjnego seniorów w środowisku lokalnym	1. zmiana dotyczyła nazwy zadania - zaproponowano następującą nazwę: „Wspieranie tworzenia warunków dla rozwoju sportowo-rekreacyjnego seniorów na terenie województwa wielkopolskiego”; 2. propozycja ograniczenia wskaźników do otwartych konkursów ofert oraz wykreślenie niektórych wskaźników; 3. zmiana dotyczy wykreślenia/zmodyfikowania wskaźnika „portale wymiany informacji”	1. zmiana uzasadniona, zdecydowano o jej wprowadzeniu; 2. odrzucono zmianę, zdecydowano o nie ograniczaniu wskaźników do otwartych konkursów ofert z uwagi na możliwość podejmowania zaproponowanych działań przez inne podmioty realizujące Program; 3. Zdecydowano o odrzuceniu zmiany z uwagi na rolę tego wskaźnika w zakresie zwiększenia zainteresowania seniorów sportem i turystyką. Wskaźnik znaczeniowo jest dosyć pojemny i może oznaczać m.in. tworzenie różnorodnych baz zawierających oferty związane z aktywnością sportową i turystyczną.