

**UCHWAŁA NR VIII/65/2019
RADY MIEJSKIEJ W GŁUSZYCY**

z dnia 11 kwietnia 2019 r.

**w sprawie przyjęcia Programu Wspierania Aktywności i Zapobiegania Wykluczeniu Społecznemu Seniorów
pn. "Nasz Senior" dla gminy Głuszycy na lata 2019 - 2025**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 506), art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1508, ze zm.) Rada Miejska w Głuszycy, uchwala się, co następuje:

§ 1. Uchwala się Program Wspierania Aktywności i Zapobiegania Wykluczeniu Społecznemu Seniorów pn. "Nasz Senior" dla gminy Głuszycy na lata 2019 - 2025, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Głuszycy.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej w Głuszycy

Grzegorz Milczarek

Uzasadnienie

Starzejące się społeczeństwo, to wyzwanie wielu samorządów. Problem ten stał się zauważalny również w Gminie Głuszyca. W odpowiedzi na zapotrzebowanie społeczne niniejszy program określa kierunki działań dla Gminy Głuszyca z wykorzystaniem współpracy partnerów tu: wszelkich instytucji i prywatnych przedsiębiorstw na terenie gminy działających w obszarze pomocy osobom starszym. Z tych powodów zasadnym staje się przyjęcie niniejszego programu wynikającego z rozeznaczonych potrzeb Ośrodka Pomocy Społecznej w Głuszycy.

**Program Wspierania Aktywności i Zapobiegania Wykluczeniu Społecznemu Seniorów
pn. "Nasz Senior" dla gminy Głuszyca na lata 2019 - 2025**

Głuszyca 2019

Spis treści

Wstęp

I. Sytuacja demograficzna osób starszych w Polsce.....	str.4
II. Aktywność społeczna seniorów.....	str.6
III. Opieka zdrowotna seniorów.....	str.8
IV. Usługi socjalne i pomoc społeczna dla seniorów.....	str.11
V. Sytuacja demograficzna w gminie Głuszycy.....	str.13
VI. Analiza sytuacji i problemów osób starszych zamieszkałych w gminie Głuszycy.....	str.15
VII. Zasoby i działania na rzecz seniorów w gminie Głuszycy.....	str.18
VIII. Cele Programu.....	str.19
IX. Partnerzy Programu.....	str.20
X. Źródła finansowania Programu.....	str.21
XI. Mierniki i wskaźniki realizowanych działań.....	str.21
XII. Monitoring i ewaluacja.....	str.22
XIII. Efekty gminnego systemu wspierania aktywności i zapobiegania wykluczeniu społecznemu seniorów.....	str.22
Podsumowanie.....	str.22

Wstęp

Proces starzenia się społeczeństwa wymaga zmian w wielu dziedzinach życia publicznego. Ważne jest, aby społeczeństwo doceniło wartość ludzi starych w życiu społecznym. Potrzebne jest także zrozumienie starości przez ludzi w podeszłym wieku. Wydłużanie się życia oznacza, że w nadchodzących latach będzie coraz więcej osób wymagających opieki. W związku z tym istotną kwestią jest poszukiwanie rozwiązań systemowych gwarantujących ludziom starszym należyte miejsce w społeczeństwie oraz stworzenie warunków godziwego życia w bezpiecznym i przyjaznym otoczeniu, przystosowanym do osobistych preferencji i zmieniających się możliwości. Człowiek stary czy chory nie musi być wykluczony z całościowego życia społecznego. Konieczne są zmiany dostosowujące życie publiczne, gospodarcze i społeczne do zmieniającej się sytuacji demograficznej w Polsce w celu zapewnienia ludziom starym wsparcia w pokonywaniu trudności i niedogodności właściwych dla ich wieku. Jednym z proponowanych rozwiązań jest zainteresowanie i zwrócenie szczególnej uwagi na specyficzne zalecenia dotyczące aktywności senioralnej. Konstruowanie odpowiednich rozwiązań i pomocy oraz współpracy musi opierać się na właściwie wyznaczonych celach i odpowiednio dobranych formach uwzględniających specyfikę i możliwości osób starszych.

Opracowany Program Wspierania Aktywności i Zapobiegania Wykluczeniu Społecznemu Seniorów pn. "Nasz Senior" dla gminy Głuszycza na lata 2019-2025 jest kontynuacją i rozwinięciem prowadzonych dotychczas działań na rzecz seniorów a jednocześnie nowoczesnym spojrzeniem na potrzeby i oczekiwania związane z podniesieniem jakości ich życia. Wielość zagadnień, których dotyczy problem starości, wymagał pogrupowania na obszary obejmujące aktywność społeczną, opiekę zdrowotną i usługi socjalne oraz zmianę wizerunku osób starszych w naszym społeczeństwie. Wszystkie obszary, których program dotyczy są ze sobą ściśle powiązane i wynikają z siebie nawzajem. Wdrożenie tego programu będzie dla obecnych i przyszłych seniorów gwarancją zabezpieczenia ich przyszłości w naszej gminie.

I. Sytuacja demograficzna osób starszych w Polsce.

W okresie minionych 30 lat obserwujemy w Polsce spowolnienie rozwoju demograficznego oraz znaczące zmiany w strukturze wieku jej mieszkańców. Trwający proces starzenia się ludności Polski będący wynikiem korzystnego zjawiska, jakim jest wydłużanie się trwania życia, jest pogłębiany niskim poziomem dzietności¹.

W końcu 2017 r. liczba ludności Polski wyniosła 38,4 mln, w tym ponad 9 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej (ponad 24%). W latach 1989-2016 liczba osób w starszym wieku wzrosła o prawie 3,7 mln, w tym największy liczebny wzrost - o ponad 0,9 mln - odnotowano dla grupy 60-64 latków. Udział osób w wieku co najmniej 60 lat w ogólnej populacji wzrósł o prawie 10 punktów procentowych, tj. z 14,7% w 1989 r. do 24,2% w 2017 r. W subpopulacji osób w starszym wieku najliczniejszą grupę (prawie 1/3) stanowią osoby 60- 64-letnie i w okresie ostatniego ponad ćwierćwiecza - ich liczebność wzrosła o jedną trzecią. Należy zwrócić uwagę, że prawie 18% osób starszych stanowią osoby w wieku co najmniej 80 lat².

Tabela 1. Ludność w Polsce według wieku w 2017 r.

Wyszczególnienie	Ogółem	Miasta	Wieś	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Miasta	Wieś	Mężczyźni	Kobiety
	w tysiącach					w %				
Ludność ogółem	38433,6	23109,3	15324,3	18593,2	19840,4	ogółem = 100				
w tym w wieku 60 lat i więcej - razem	9293,6	6068,4	3225,2	3869,3	5424,3	24,2	26,3	21,0	20,8	27,3
z tego w wieku:						60 lat i więcej = 100				
60-64 lata	2773,3	1799,0	974,3	1298,3	1475,0	29,8	29,6	30,2	33,6	27,2
65-69	2354,0	1567,3	786,7	1050,4	1303,6	25,3	25,8	24,4	27,1	24,0
70-74	1438,3	961,5	476,8	602,6	835,7	15,5	15,8	14,8	15,6	15,4
75-79	1085,6	704,5	381,1	410,1	675,4	11,7	11,6	11,8	10,6	12,5
80-84	872,0	556,9	315,1	294,1	577,9	9,4	9,2	9,8	7,6	10,7
85 lat i więcej	770,4	479,2	291,2	213,8	556,6	8,3	7,9	9,0	5,5	10,3

Źródło: Wyniki bilansów ludności za 2017 r., GUS.

Wśród populacji osób w starszym wieku większość stanowią kobiety (ponad 58%), na 100 mężczyzn przypada ich 140 (dla całej ludności Polski wskaźnik feminizacji wynosi 107). Rosnący wraz z wiekiem udział kobiet w populacji jest konsekwencją nadumieralności mężczyzn i zróżnicowania parametrów trwania życia - kobiety osiągające wiek 60 lat mają przed sobą o 5 lat więcej dalszego trwania życia niż mężczyźni. Przewaga liczebna kobiet wzrasta wraz z przechodzeniem do kolejnych

¹ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017- MRPIPS.

² Ibidem - s 5.

grup podeszłego wieku, np. w grupie 60-64 lata kobiety stanowią ponad 53% zbiorowości i współczynnik feminizacji wynosi 114, a wśród osób co najmniej 85-letnich już ponad 72% to kobiety i na 100 mężczyzn przypada ich 260 (w miastach 251, a na wsi 277)³.

Do najważniejszych przyczyn wzrostu odsetka osób starych w społeczeństwie należą przede wszystkim wydłużanie czasu trwania ludzkiego życia oraz spadek liczby urodzeń. Ten pierwszy czynnik wpływa ponadto bezwzględny wzrost liczby ludzi starych. Proces demograficznego starzenia się społeczeństwa, jaki wyraża się wzrostem odsetka ludzi starych, charakteryzuje się ważnymi z punktu widzenia polityki społecznej cechami. Należą do nich między innymi:

- **singularyzacja starości** to wzrost odsetka osób starszych prowadzących jednoosobowe gospodarstwa domowe. W 2030 r. aż 53,3% gospodarstw domowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3% przez osoby w wieku 80 lat i więcej. Znacznie częściej w jednoosobowych gospodarstwach domowych pozostają kobiety. Według danych z badania PolSenior, ok. 33% kobiet w wieku co najmniej 75 lat będzie mieszkało samotnie. Singularyzacja wiąże się z osamotnieniem oraz zwiększa ryzyko wykluczenia społecznego (np. w przypadku ograniczonej samodzielności). Wraz z wiekiem zwiększa się liczba osób mieszkających w jednoosobowych gospodarstwach domowych. Wśród osób w wieku 80 lat i więcej ok. 60% samotnie prowadzi gospodarstwo domowe, a prognozy demograficzne wskazują, że liczba takich osób będzie się szybko zwiększać. Zapewnienie samotnym seniorom właściwej opieki w miejscu zamieszkania stanowić będzie kolejne wyzwanie dla organów i instytucji administracji publicznej oraz partnerów społecznych⁴.
- **feminizacja starzenia się**. Jak pokazują dane GUS, wśród populacji osób w starszym wieku większość stanowią kobiety (59%) – na 100 mężczyzn przypada ich 141 (dla całej ludności Polski wskaźnik feminizacji wynosi 107). Zgodnie z prognozami proces ten będzie się nasilał aż do 2050 r.⁵ Rosnący wraz z wiekiem udział kobiet w populacji jest konsekwencją nadumieralności mężczyzn i zróżnicowania parametrów trwania życia – kobiety osiągające wiek 60 lat mają przed sobą o ponad 5 lat więcej dalszego trwania życia niż mężczyźni. Przewaga liczebna kobiet wzrasta wraz z przechodzeniem do kolejnych grup podeszłego wieku, np. w grupie wieku 60–64 lata kobiety stanowią ponad 53% zbiorowości i współczynnik feminizacji wynosi 114, a wśród osób co najmniej 85-letnich już 72% to kobiety i na 100 mężczyzn przypada ich 263 (w miastach 255, a na wsi 277)⁶.

³ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017- MRPIPS.

⁴ Opracowanie Ministerstwa Infrastruktury i Budownictwa na podstawie Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r.

⁵ GUS, Mały Rocznik Statystyczny Polski 2016, Warszawa 2016 r.

⁶ Polityka społeczna wobec osób starszych 2030 - Uchwała Nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r.

- **podwójne starzenie się społeczeństwa.** Zjawisko to polega na szybkim przyroście liczby osób w wieku 80 lat i więcej w ogólnej populacji osób starszych w społeczeństwie. W końcu 2016 r. liczba seniorów to 1,6 mln, a ich udział w grupie osób w wieku 60 lat lub więcej wyniósł prawie 18%. Zgodnie z prognozą, w 2050 r. liczebność osób w wieku 80 lat i więcej zwiększy się z do 3,5 miliona, czyli ponad dwukrotnie. Przyczyną tego stanu rzeczy będzie wchodzenie w etap późnej starości licznych roczników osób urodzonych między drugą wojną światową a początkiem lat sześćdziesiątych⁷.

II . Aktywność społeczna seniorów.

Na aktywność seniora składa się wiele czynników. Są to zarówno elementy psychofizyczne, jak i uwarunkowania społeczno-kulturowe, m.in. zmiany zachodzące w strukturze rodziny, jej funkcjach, przestrzenne oddalenie, zanik więzi międzypokoleniowych, a także dezintegracja wspólnot globalnych, narodowych, lokalnych. Aktywna starość jest jeszcze ciągle zjawiskiem nowym w polskich warunkach. Dzieje się tak dlatego, że jako społeczeństwo ulegamy wciąż stereotypom osoby starszej, jawiącej się jako schorowana, samotna, nieaktywna. Taki wizerunek często jest podtrzymywany przez media. Jednak coraz częściej obserwujemy stopniowe korzystne przeobrażenia na rzecz seniorów w sferze aktywizacji społecznej, m.in. przez przykłady dobrych praktyk na rzecz kategorii osób starszych. Aktywność jest ważna na każdym etapie życia jednostki. W przypadku starości ma znaczenie szczególne, bowiem w sposób istotny wpływa na zadowolenie i kondycję człowieka. Aktywność to synonim życia, stały i dostosowany do możliwości danej osoby wysiłek. Jest warunkiem prawidłowego rozwoju, umożliwia prowadzenie twórczego i harmonijnego życia, jest podstawą leczenia wielu chorób, opóźnia procesy starzenia się⁸.

Różne formy aktywności towarzyszą człowiekowi przez całe życie. Wiele uwagi poświęca się aktywności i aktywizacji seniorów przez włączanie ich w życie społeczne w celu przeciwdziałania izolacji. W rozważaniach na temat starości i starzenia się aktywność człowieka jest kategorią analizowaną bez względu na dyscyplinę naukową, kulturę czy uwarunkowania społeczno-ekonomiczne. Zazwyczaj aktywność jest definiowana jako wrodzona tendencja do działania, sposób porozumiewania się z innymi ludźmi i otaczającym światem. Aktywność to sposób poznawania rzeczywistości, a także ogólna właściwość psychiczna manifestująca się w czynnościach fizycznych i psychicznych, która jest determinowana przez czynniki osobowościowe.

Aktywność podejmowana w podeszłym wieku może spełniać wiele funkcji⁹:

- **adaptacyjną:** pomaga w lepszym przystosowaniu się osób starszych do życia w nowej sytuacji społecznej i rodzinnej,

⁷ Polityka społeczna wobec osób starszych 2030 - Uchwała Nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r.

⁸ D. Rynkowska, "Rola i znaczenie aktywności społecznej seniorów", VOL. XLI, 2 SECTIO I 2016, Uniwersytet Rzeszowski

⁹ D. Rynkowska, "Rola i znaczenie aktywności społecznej seniorów", VOL. XLI, 2 SECTIO I 2016, Uniwersytet Rzeszowski

- **integracyjną:** prowadzi do integracji w grupie, do której należą ludzie starsi, i uzupełnia różne braki,
- **kształcącą:** pomaga rozwijać i doskonalić cechy oraz predyspozycje osobowościowe,
- **rekreacyjno-rozrywkową:** likwiduje stres, przywraca chęć do życia, wypełnia czas wolny,
- **psychospołeczną:** prowadzi do poprawy jakości życia, umożliwia odczuwanie satysfakcji życiowej i podnosi autorytet jednostki.

Aktywność warunkuje zaspokajanie wszystkich imperatywności człowieka. Zmiany w zakresie pełnionych ról społecznych i zaprzestanie aktywności zawodowej prowadzą do powstania dużej ilości czasu wolnego. Według G. Orzechowskiej szczególnie ważne dla osób starszych są następujące rodzaje aktywności¹⁰:

- domowo-rodzinna: rozumiana jako wykonywanie różnych czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego i z życiem najbliższej rodziny,
- kulturalna: jest przejawem miejskiego stylu życia i dotyczy np. czytelnictwa, oglądania telewizji, korzystania z instytucji kulturalnych, klubów seniora,
- zawodowa: odgrywa ogromną rolę w życiu człowieka, zaspokajając potrzebę uznania, użyteczności, przydatności; ułatwia samookreślenie kulturowe, poprawia samopoczucie,
- społeczna: najczęściej uczestniczą w niej osoby, które wcześniej wyróżniały się aktywnością działacza w danym środowisku,
- edukacyjna: pomaga człowiekowi starszemu w ciągłym doskonaleniu siebie, umożliwia ćwiczenie umysłu, poznawanie nowych zagadnień, ludzi,
- religijna: w wieku starszym wzrasta znaczenie religii i uczestniczenie w obrzędach religijnych,
- rekreacyjna: osobom starszym potrzebny jest ruch fizyczny, wypoczynek oraz wykonywanie ulubionych zajęć dla własnej przyjemności.

Aktywnością można zatem nazwać nawet codzienne czynności, które wykonujemy w domu, w pracy, na ulicy, tj. przygotowanie posiłku, sprzątanie, robienie zakupów itp. Można też powiedzieć, że aktywność to inaczej zaspokajanie potrzeb bytowych, zarówno biologicznych, jak i społecznych. Aktywność jest ważna na każdym etapie życia jednostki, jednak w przypadku starości determinuje w sposób szczególny jakość, satysfakcję i kondycję życia seniora. Niestety, częstym następstwem ciężkiej choroby czy zaawansowanego wieku jest ograniczenie aktywności¹¹.

Aktywizacja w potocznym rozumieniu oznacza uaktywnienie się. Jest to zespół działań mających na celu włączenie człowieka do udziału w różnych dziedzinach życia, inaczej – prowadzenie aktywnego trybu życia. Aktywizacja jest procesem, którego celem jest podniesienie aktywności ogólnej i wybiórczej. Pod pojęciem aktywizacji ogólnej rozumie się zwykle „mobilizowanie całego organizmu,

¹⁰ G. Orzechowska, *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Olsztyn 2001, s. 28–29.

¹¹ K. Błaszczuk, D. Rynkowska, *Problemy społeczne i opiekuńcze seniorów i ich rodzin*, Rzeszów 2016.

zaś aktywność wybiórcza (ukierunkowana) to podniesienie poziomu aktywności fizycznej, umysłowej, twórczej, seksualnej, zawodowej, edukacyjnej, religijnej”¹².

Celem aktywizacji jest przede wszystkim zwrócenie uwagi na jej następujące komponenty:

- utrzymanie sprawności fizycznej i zdrowotnej: gimnastyka, spacer, zabawy ruchowe, rehabilitacje,
- usamodzielnienie, pobudzenie zaradności: wykorzystanie różnych czynności związanych z higieną osobistą, wyrobienie nawyków higienicznych,
- nauka współżycia w grupie i środowisku: kształtowanie pozytywnych cech osobowości, kultury życia codziennego, umiejętność nawiązywania kontaktów z rówieśnikami, sąsiadami itp.,
- utrzymanie (bądź pobudzenie) wiary w sens życia,
- rozwijanie różnych zainteresowań,
- stymulowanie procesów wyobraźni i twórczego działania.

Aktywizowanie seniorów obejmuje zarówno rozpowszechnianie edukacji (Uniwersytety Trzeciego Wieku, kursy komputerowe), promowanie inicjatyw seniorskich, wolontariackich, jak i propagowanie zdrowego stylu życia.

III. Opieka zdrowotna seniorów.

Seniorzy w Polsce mają prawo do wszystkich zakresów świadczeń gwarantowanych, w tym m.in. POZ, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, uzdrowskiego, rehabilitacyjnego i opieki długoterminowej. POZ zapewnia osobom w każdym wieku, w tym także starszym, kompleksową opiekę w warunkach ambulatoryjnych, czyli w wybranej przychodni, a w razie potrzeby również w warunkach domowych. Jednak w przypadku seniorów nierzadko to nie wystarcza. Z taką sytuacją mamy do czynienia, gdy osoba starsza ciężko choruje i wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej i lekarskiej. Bywa też, że pacjent nie radzi sobie z codziennymi czynnościami, staje się niesamodzielną i wymaga pielęgniarskiej opieki długoterminowej.

1. Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane osobom starszym obejmują porady lekarskie w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz porady stomatologiczne w przychodniach i w ramach praktyk lekarskich. Zgodnie ze sprawozdawczością placówek ochrony

¹²

D. Rynkowska, "Rola i znaczenie aktywności społecznej seniorów", VOL. XLI, 2 SECTIO I 2016, Uniwersytet Rzeszowski

zdrowia w 2017 r. osoby w wieku 65 lat i więcej¹⁰ skorzystały z 92,4 mln porad lekarskich w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej¹³.

2. Opieka geriatryczna

W opiece stacjonarnej oddziałami szpitalnymi zapewniającymi kompleksową opiekę medyczną i usługi pielęgnacyjne dla osób w starszym wieku są oddziały geriatryczne. Na koniec 2017 r. oddziały geriatryczne dysponowały 1341 łózkami, na których w ciągu roku leczono 31,9 tys. pacjentów. Przyjmując założenie, że oddziały geriatryczne przeznaczone są dla pacjentów w wieku 60 lat i więcej - z tej formy opieki skorzystało blisko 36 pacjentów na 10 tys. ludności w wieku 60 lat i więcej. Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej w ciągu 2016 roku udzieliły pomocy 98.5 tys. pacjentów, z czego szacuje się że niespełna trzy czwarte (73% tj. 71,9 tys. osób) stanowili pacjenci w wieku 65 lat i więcej. W przeliczeniu na 10 tys. ludności w wieku 65 lat i więcej około 116 pacjentów skorzystało z tej formy opieki.

W 2017 r. świadczenia hospitalizacji w zakresie geriatryki rozliczyło 48 świadczeniodawców, a ze świadczeń we wskazanym zakresie skorzystało 26 060 pacjentów¹⁴.

Należy podkreślić, że w latach 2010–2017 następował systematyczny wzrost placówek świadczących usługi zdrowotne osobom starszym. Systematycznie wzrasta również poziom finansowania świadczeń we wszystkich rodzajach, udzielanych pacjentom z chorobami naczyniowymi mózgu, chorobami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera, które zgodnie z epidemiologią występują znacząco częściej wśród osób starszych. Są one najczęstszą przyczyną trwałej niesprawności psychofizycznej i w związku z powyższym, po specjalistycznym leczeniu, wymagane są: podjęta jak najwcześniej, adekwatna opieka rehabilitacyjna (w tym domowa), a przede wszystkim, świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, wynikające z charakteru przedmiotowych schorzeń typowych dla wieku starczego, przewlekłe postępujących, prowadzących do trwałego zniedołężnienia psychoruchowego pacjentów i postępującej niezdolności do samodzielnego funkcjonowania. Systematyczny wzrost nakładów finansowych na świadczenia w powyższym rodzaju, mimo że dedykowany bezpośrednio pacjentom, stanowi pośrednio istotne wsparcie dla ich rodzin i opiekunów, polegające na częściowym odciążeniu w stałej opiece i pielęgnacji pacjentów¹⁵.

Analizując problemy opieki medycznej nad osobami starszymi, należy zwrócić również uwagę na wzrost wartości świadczeń w rodzaju „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”. W

¹³ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017- MRPIPS

¹⁴ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017- MRPIPS

¹⁵ Ibidem - s. 32

niniejszym rodzaju świadczeń wyodrębniono dwa zakresy skierowane do osób powyżej 60 r.ż., w tym dla osób z zespołami otępiennymi o różnej etiologii (ok. 65% pacjentów sprawozdawanych z rozpoznaniem zasadniczymi ICD 10 od F 00.0 do F 00.9 Otępienie w Chorobie Alzheimera) – świadczenia psychogeriatryczne oraz świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne.

3. Opieka pielęgniarska

W zależności od stanu zdrowia, kondycji i potrzeb seniora ma on prawo do różnych rodzajów fachowej opieki pielęgniarskiej są to:

- opieka pielęgniarki POZ - pracuje ona razem z lekarzem POZ i sprawuje opiekę pielęgniarską, tzn. poznaje warunki życiowe, potrzeby zdrowotne i wszelkie problemy pielęgnacyjne starszych podopiecznych. Następnie planuje i realizuje opiekę pielęgnacyjną, a wraz z lekarzem realizuje świadczenia diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne. Do jej obowiązków należy też edukacja zdrowotna seniora i profilaktyka chorób. Z pomocy ambulatoryjnej świadczonej przez pielęgniarkę POZ korzystają ci pacjenci w starszym wieku, którzy nie mają problemów z poruszaniem się i mogą przychodzić na wizyty do przychodni¹⁶.
- domowa opieka pielęgniarska - jest prowadzona w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i obejmuje pacjentów wymagających systematycznych świadczeń pielęgnacyjnych, którzy nie korzystają z pielęgniarskiej opieki długoterminowej w domu lub w ramach hospicjum domowego. Skierowanie uprawniające do korzystania z bezpłatnej, domowej opieki pielęgniarskiej wypisuje lekarz POZ lub lekarz specjalista¹⁷.

4. Ratownictwo medyczne

W 2017 r. w skali kraju zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej ponad 3,2 mln osób, z czego osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 43,2% pacjentów. Na każde 1000 osób w wieku 65 lat i więcej przypadało 216,5 osób, którym udzielono pomocy w trakcie wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego. W 2017 r. ze świadczeń zdrowotnych udzielonych w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym (niezakończonym hospitalizacją) skorzystało niemal 4,8 mln osób, z czego osoby starsze stanowiły 23,5%. Na każde 1000 osób w wieku 65 lat i więcej przypadało 175,2 osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym.

5. Leczenie uzdrowiskowe

¹⁶ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017- MRPIPS

¹⁷ Ibidem - str. 34

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego świadczeniodawca jest zobowiązany do prowadzenia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia dostosowanej do profilu leczniczego oddziału. W związku z powyższym, każda osoba skierowana na leczenie uzdrowiskowe finansowane ze środków publicznych, pozyskuje wiedzę od wykwalifikowanego personelu na temat możliwości zwiększenia kontroli nad swoim zdrowiem oraz jego poprawą.

W końcu 2017 r. zakłady lecznictwa uzdrowiskowego dysponowały łącznie 44,4 tys. łóżek. Z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym skorzystało łącznie 759,7 tys. polskich kuracjuszy, o 0,5% (tj. 3,7 tys. osób) mniej niż w 2016 roku. Kuracjusze w wieku 65 lat i więcej stanowili grupę 340,9 tys. osób co stanowiło 5,3% ludności Polski w wieku 65 lat i więcej¹⁸.

IV. Usługi socjalne i pomoc społeczna dla seniorów.

W ramach systemu pomocy społecznej opieka nad osobami starszymi świadczona jest na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508 z późn.zm.) oraz niektórych aktów wykonawczych do tej ustawy i obejmuje:

1. Świadczenia niepieniężne, w tym w szczególności:
 - a) usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania osoby,
 - b) usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w ośrodkach wsparcia,
 - c) całodobowe usługi świadczone w rodzinnym domu pomocy, w domu pomocy społecznej lub mieszkaniu chronionym,
 - d) całodobowe usługi świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku prowadzonych w ramach działalności gospodarczej lub statutowej,
 - e) inne świadczenia (składki na ubezpieczenie społeczne za osobę, która zrezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny, praca socjalna, poradnictwo).
2. Świadczenia pieniężne, w tym:
 - a) zasiłek stały,
 - b) zasiłek okresowy,
 - c) zasiłek celowy.

¹⁸

Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017- MRPIPS

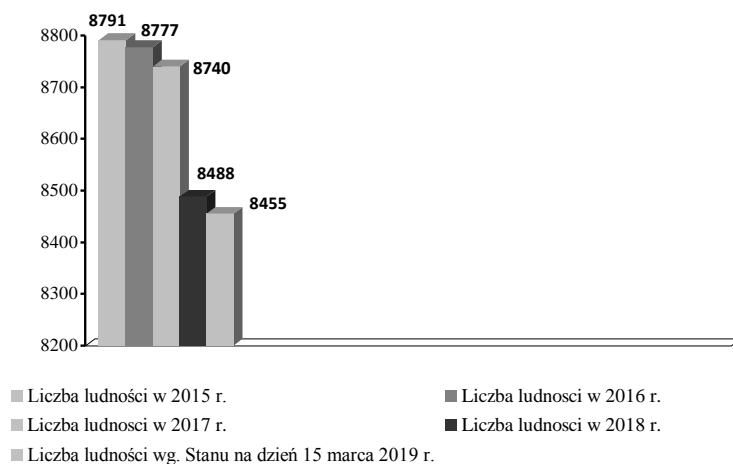
3. Programy rządowe służące osobom starszym, w tym w szczególności:

1. Program „Opieka 75+”,
2. Wieloletni program rządowy „Posiłek w szkole i w domu” na lata 2019-2023
3. Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020,
4. Program Wieloletni „Senior +” na lata 2015-2020.

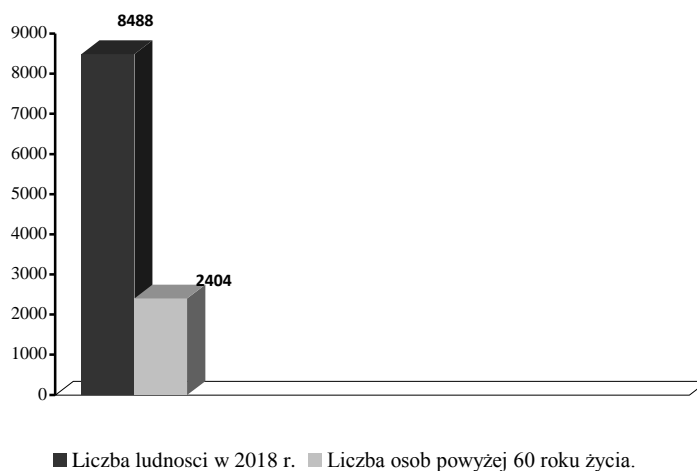
V. Sytuacja demograficzna w gminie Głuszycyca

Gminę Głuszycyca według stanu na dzień 31.12.2018 roku zamieszkiwało 8488 osób, z czego 2404 to osoby po 60 roku życia co stanowi 28,31 % populacji gminy¹⁹.

Wykres 1: Liczba ludności w gminie Głuszycyca w latach 2015 -2019



Wykres 2: Liczba osób powyżej 60 roku życia



¹⁹

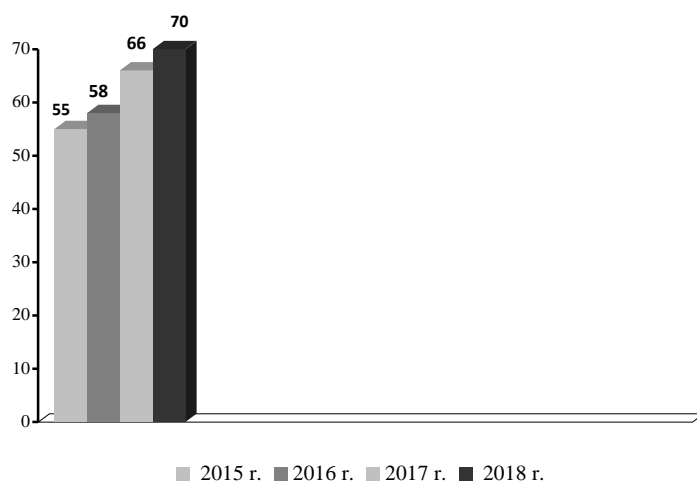
Dane Działu Ewidencji Ludności Urzędu Miejskiego w Głuszycyca za lata 2015 - 2018 r.

Ludzi starszych w gminie Głuszyca przybywa z roku na rok coraz więcej w związku ze starzeniem się naszego społeczeństwa, a dalsze prognozy demograficzne wskazują, że w kolejnych latach procent osób w starszym wieku w całej populacji będzie zwiększał się systematycznie. Ważnym wymiarem tendencji demograficznych nie tylko w kraju, ale również w naszej miejscowości jest zjawisko zawężonej zastępowalności pokoleń. Obniża się poziom współczynnika dzietności. Poza tym na proces starzenia się populacji wpływa wydłużenie się przeciętnego trwania życia, a co za tym idzie wzrost liczby osób w wieku starszym.

VI. Analiza sytuacji i problemów osób starszych zamieszkałych w gminie Głuszycy.

W powszechnej opinii starość postrzegana jest, jako okres całkowitej degradacji, samotności, braku uczucia i życzliwości, ogólnego niedołęstwa, izolacji, odczuwalnych dolegliwości somatycznych, postępującego uzależnienia od otoczenia, poczucia beznadziejności w oczekiwaniu na śmierć. Najczęściej sygnalizowanym przez tę kategorię osób problemem jest pogarszający się stan zdrowia, niepełnosprawność oraz trudna sytuacja materialna. Wpływ na to mają trudne warunki życia, stresy, niedociągnięcia w zakresie opieki zdrowotnej, warunki środowiskowe, a także brak dbałości o własne zdrowie. Zmieniające się wciąż funkcje i struktura współczesnej rodziny nie sprzyjają kształtowaniu się warunków do sprawowania opieki nad sędziwym członkiem rodziny. Młodsze pokolenie często prowadzi bardziej labilny tryb życia, często zmienia pracę, coraz częściej wykonuje ją za granicą. Starzejący się rodzice, czy dziadkowie zostają wówczas pozbawieni opieki, pozostawieni samym sobie i swoim problemom. Ludzie starsi potrzebują różnych form wsparcia społecznego.

Wykres 3: Liczba osób po 60 roku życia korzystających ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej w Głuszycy w latach 2015 - 2018²⁰

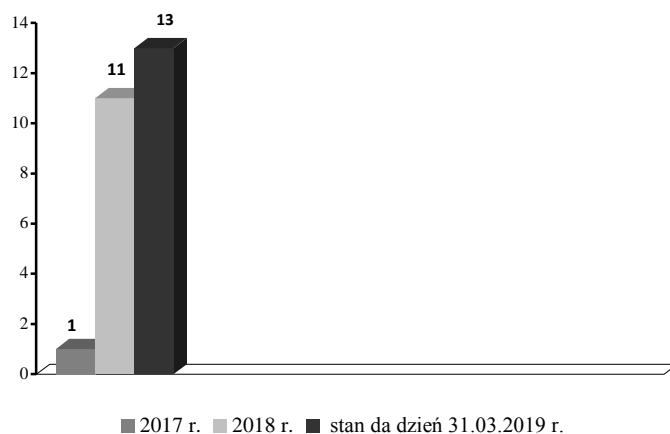


Wykres 3 przedstawia ilość osób po 60 roku życia, które zwróciły się o pomoc do Ośrodka Pomocy Społecznej w Głuszycy w latach 2015 - 2018. Dane wskazują, że liczba seniorów z terenu gminy wymagająca wsparcia ze strony OPS – u wzrasta. Osoby te wnioskowały zarówno o pomoc finansową jak i rzeczową czy usługową.

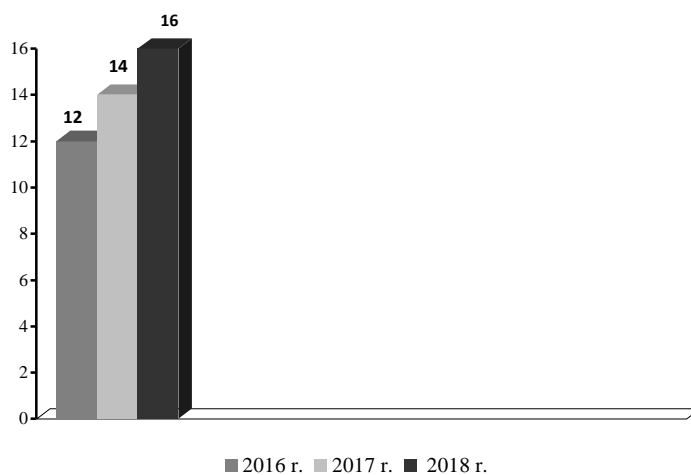
²⁰

Dane własne Ośrodka Pomocy Społecznej w Głuszycy.

Wykres 4: Liczba osób po 60 roku życia korzystających z pomocy w formie usług opiekuńczych realizowanych przez opiekunki zatrudnione w OPS²¹



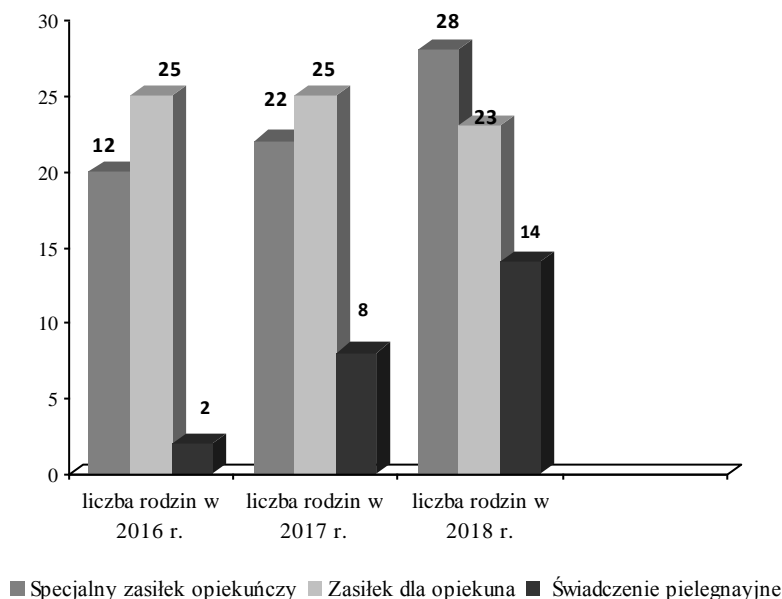
Wykres 4: Liczba osób po 60 roku życia z terenu gminy Głuszycy przebywających w domach pomocy społecznej²²



²¹ Dane własne Ośrodka Pomocy Społecznej w Głuszycy.

²² Dane własne Ośrodka Pomocy Społecznej w Głuszycy.

Wykres 5: Liczba osób pobierających świadczenia opiekuńcze w związku z opieką nad osobą powyżej 60 roku życia w latach 2016 - 2018



Podopieczni Ośrodka powyżej 60 roku życia, nie są grupą jednorodną pod względem stopnia samodzielnego funkcjonowania, w zależności od wieku i płci różnie kształtują się ich potrzeby i problemy. Wraz z wiekiem obniża się kondycja zdrowotna i seniorzy wymagają pomocy osób trzecich przy wykonywaniu codziennych, podstawowych czynności. Jak sami deklarują, w większości otrzymują tę pomoc ze strony najbliższych członków rodziny, ale też coraz częściej sytuacja rodzinna i zdrowotna zmusza ich do korzystania z pomocy profesjonalnych służb. Najczęściej opiekę nad najstarszymi członkami rodzin sprawują niepracujące kobiety. Jednak w obecnych czasach znacznie wzrosła liczba kobiet pracujących zawodowo i nie są one w stanie zapewnić pomocy najbliższym, w zakresie adekwatnym do potrzeb. Coraz więcej osób starszych mieszka samotnie z powodu wdowieństwa. Wśród samotnie mieszkających seniorów znaczącą grupę stanowią osoby starsze, których dorosłe dzieci wraz ze swoimi rodzinami mieszkają oddzielnie, także poza Głuszycą. Pogarszający się z wiekiem stan zdrowia zmusza seniorów do korzystania z pomocy placówek służby zdrowia, szpitali i zakładów opiekuńczo-leczniczych czy domów pomocy społecznej, skąd oczekują pomocy w formie opieki długoterminowej.

VII. Zasoby i działania na rzecz seniorów w gminie Głuszycy.

1. Zadania realizowane przez Urząd Miejski w Głuszycy oraz jednostki organizacyjne gminy Głuszycy:

- wsparcie finansowe, rzeczowe i usługowe w ramach pomocy realizowane przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Głuszycy;
- pomoc finansowa, w szczególności na zakup leków i finansowanie kosztów leczenia,
- pomoc w formie posiłków, dowożonych do miejsca zamieszkania niesamodzielnych osób starszych;
- pomoc w formie dofinansowania działań realizowanych przez organizacje pozarządowe zrzeszające seniorów;
- pomoc w formie udostępniania pomieszczeń i sprzętu, znajdującego się w zasobach gminy, w celu realizowania zadań statutowych stowarzyszeń;
- pomoc w zakresie informacji i konsultacji prawnych;
- pomoc psychologiczna;
- pomoc w formie pracy socjalnej, realizowanej przez pracowników socjalnych OPS, w zakresie poradnictwa, załatwiania spraw urzędowych, informowania o obowiązujących procedurach, sporządzania pism administracyjnych, ustalania prawa do świadczeń;

2. Zadania realizowane przez organizacje pozarządowe, związki wyznaniowe, Kościół Katolicki:

- wsparcie dla najuboższych seniorów, w formie pomocy żywnościowej, rzeczowej i edukacyjnej realizowane przez Caritas,
- wsparcie dla najuboższych seniorów, w formie pomocy żywnościowej świadczone przez Parafię z terenu gminy Głuszycy;
- wsparcie oraz pomoc w postaci usług świadczonych dla osób powyżej 60 roku życia przez Dzienny Dom Opieki Senior Wigor prowadzony przy Parafii pw. Chrystusa Króla w Głuszycy;
- wsparcie finansowe, rzeczowe i usługowe świadczone przez parafialne zespoły charytatywne;
- wsparcie edukacyjne i programy kulturalno - oświatowe realizowane przez głuzycki Uniwersytet III Wieku;
- integrowanie i aktywizowanie seniorów w ramach przedsięwzięć podejmowanych przez organizacje zrzeszające emerytów i rencistów, oraz osoby niepełnosprawne.

VIII. Cele Programu.

Program uwzględnia wewnętrzne zróżnicowanie populacji osób starszych i promuje działania mające na celu podtrzymanie aktywności osób starszych i zapewnienie ich udziału w życiu społecznym oraz działania ukierunkowane na osoby o ograniczonej samodzielności. Seniorzy stanowią bardzo zróżnicowaną grupę społeczną. Nie można więc postrzegać ich potrzeb i potencjału w jednakowy sposób i jednowymiarowo. W grupie, której dedykowany ma być program, można wyróżnić zarówno osoby aktywne fizycznie i społecznie, samodzielne, utrzymujące relacje z bliskimi i przyjaciółmi, wśród których też niejednokrotnie znajdują się dorosłe dzieci opiekujące się starszymi rodzicami (opiekunowie nieformalni), osoby samodzielne w zróżnicowanych grupach wiekowych, które potrzebują zachęty do aktywnego udziału w życiu społecznym gminy, które mają potencjał i chęć rozwoju, ale potrzebują rzetelnych informacji i wskazówek; osoby częściowo zależne, które potrzebują czasowego wsparcia i opieki, jak również osoby niesamodzielne, całkowicie zależne od pomocy innych.

CEL I. Wyrównywanie szans i zapobieganie wykluczeniu społecznemu seniorów w gminie

Głuszycza

ZADANIA

1. Koordynacja działań różnych instytucji i organizacji lokalnych świadczących usługi i pomoc na rzecz ludzi starszych.
2. Stała poprawa jakości usług socjalnych na rzecz osób starszych.
3. Rozwój poradnictwa, wsparcia dla członków rodziny seniorów w celu intensyfikacji usług, podniesienia poziomu i efektywności świadczeń.
4. Poprawa dostępności informacji dla seniorów.

CEL II. Organizacja działań w ramach ochrony zdrowia i profilaktyki zdrowotnej

ZADANIA

1. Zwiększenie środków na usługi opiekuńcze.
2. Angażowanie rodzin do realizowania pomocy usługowej na rzecz starszych członków rodziny.
3. Wspieranie podmiotów w zakresie tworzenia alternatywnych form opieki nad osobami starszymi t.j opieka długoterminowa, dzienne domy pobytu czy pomocy.

4. Rozwój usług medycznych i rehabilitacyjnych dostosowanych do potrzeb osób starszych w tym usług innowacyjnych na rynku jak teleopieka seniora.
5. Użyczenie starszym osobom niesamodzielnym oraz przewlekle chorym niezbędnego sprzętu ułatwiającego im samodzielne funkcjonowanie.
6. Wdrażanie wczesnej profilaktyki geriatrycznej.
7. Pomoc w dostępności do dobrej jakości usług medycznych dla seniorów.
8. Upowszechnianie profilaktyki gerontologicznej w lokalnych mediach.
9. Poprawa dostępności informacji dla seniorów.
10. Informowanie oraz edukowanie seniorów o przysługujących im prawach i przywilejach socjalnych.

CEL III. Aktywizacja społeczna seniorów

ZADANIA

1. Inicjowanie działań samopomocowych z udziałem seniorów (szczególnie w obrębie najbliższego środowiska zamieszkania).
2. Rozwój form pośrednich pomiędzy pomocą środowiskową a stacjonarną (domy dziennego pobytu, kluby seniora, świetlice, Uniwersytet Trzeciego Wieku itp.)
3. Likwidowanie barier architektonicznych w środowisku lokalnym seniora - dostępność do instytucji publicznych.
4. Działania edukacyjne w zakresie nabywania kompetencji koniecznych do kontaktów z osobami starszymi w rodzinie (wyposażenie członków rodziny w podstawową wiedzę z zakresu gerontologii społecznej i geriatrii – szczególnie usługi pielęgnacyjne, jak również uwrażliwienie rodzin na potrzeby i oczekiwania seniorów).
5. Zwiększenie seniorom dostępu do usług publicznych, dóbr kultury, imprez sportowych oraz oferty przedsiębiorców poprzez promowanie Ogólnopolskiej Karty Seniora.
6. Stosowanie oraz rozwijanie systemu ulg i zwolnień umożliwiających większy dostęp do oferty przygotowanej przez instytucje publiczne, w szczególności instytucje kultury i sportu.

IX. Partnerzy Programu.

Partnerami we wdrażaniu działań Programu będą samorząd gminny, samorząd powiatowy i ich jednostki organizacyjne oraz jednostki organizacyjne pomocy i integracji społecznej, partnerzy prywatni, przedsiębiorcy, Policja, placówki, instytucje kulturalne, ochrony zdrowia oraz organizacje pozarządowe, instytucje i organizacje kościelne, związki wyznaniowe, media, podmioty ekonomii społecznej, wolontariusze, grupy samopomocowe i grupy nieformalne oraz lokalni liderzy, rodziny

osób starszych i opiekunowie nieformalni i inne podmioty zainteresowane współpracą w realizacji Programu. Partnerstwo jest dobrowolne i nie wymaga formy pisemnej.

X. Źródła finansowania Programu.

Realizacja zadań odbywać się będzie w oparciu o:

- środki własne,
- środki Europejskiego Funduszu Społecznego,
- budżet państwa,
- fundusze celowe,
- programy regionalne np.: samorządu wojewódzkiego.

W przypadku pojawienia się możliwości, będą czynione starania o pozyskanie środków z innych źródeł.

XI. Mierniki i wskaźniki realizowanych działań.

Miernikami będzie dokumentacja działań realizowanych zgodnie z celami Programu.

Wskaźniki Programu to:

- Liczba osób po 60 roku życia - mieszkańców gminy Głuszycy, biorących udział w różnych formach aktywizacji i integracji.
- Liczba działań realizowanych na rzecz i we współuczestnictwie seniorów.
- Liczba udzielonych świadczeń z pomocy społecznej osobom po 60 roku życia.
- Liczba użyzonego sprzętu starszym osobom niesamodzielnym niezbędnego sprzętu ułatwiającego im samodzielne funkcjonowanie.

XII. Monitoring i ewaluacja.

Za wdrożenie Programu odpowiedzialny jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Głuszycy, realizator zadań wynikający z ustawy o pomocy społecznej i założeń lokalnej polityki społecznej. OPS na bieżąco monitoruje sytuację osób starszych, podopiecznych Ośrodka i posiada aktualną wiedzę dotyczącą potrzeb, oczekiwań i satysfakcji ze świadczonych usług. Istotne znaczenie do oceny funkcjonowania systemu będzie miała aktywność seniorów w życiu społeczności lokalnej. Sprawozdanie z realizacji Programu będzie sporządzane raz w roku na podstawie sprawozdań złożonych przez partnerów w realizacji Programu. Za monitoring i sprawozdawczość odpowiada Ośrodek Pomocy Społecznej w Głuszycy.

XIII. Efekty gminnego systemu wspierania aktywności i zapobiegania wykluczeniu społecznemu seniorów.

1. Podniesienie poziomu jakości i efektywności świadczonych usług;
2. Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa seniorów;
3. Wzrost aktywności osób starszych;
4. Zwiększenie wrażliwości otoczenia społecznego na potrzeby seniorów,
5. Zwiększenie wiedzy na temat warunków życia, potrzeb i oczekiwań seniorów;
6. Poprawa i nabycie umiejętności niezbędnych do społecznej egzystencji;
7. Umocnienie psychiczne oraz utwierdzenie seniorów w ich prawach i możliwościach;
8. Zwiększenie kontaktów interpersonalnych;
9. Umocnienie więzi społecznych w środowisku lokalnym;
10. Wsparcie rodziny poprzez rozszerzenie wsparcia seniorów w środowisku;
11. Wzrost poczucia sensu życia;
12. Powstanie sieci (środowiskowych, lokalnych) wzajemnie wspierających się seniorów;
13. Poprawa wizerunku seniora w społeczeństwie;
- 14. Poprawa jakości życia starszej generacji**

PODSUMOWANIE

Proponowany system wspierania aktywności osób w wieku poprodukcyjnym i zapobiegania wykluczeniu społecznemu seniorów w gminie Głuszycy oparty jest na aktualnej wiedzy i znajomości uwarunkowań. Program winien być poddany okresowej weryfikacji i niezbędnym modyfikacjom. Jest to dokument otwarty, wymagane jest jego uaktualnianie i adoptowanie do zmian zachodzących w otoczeniu. Zarówno wiedza, jak też rozpoznanie i wybór celów nie są niezmiennie. Nawet, jeśli cele wybrane zostały prawidłowo, to ich osiągnięcie otwiera nowe horyzonty, a zmienny w czasie układ uwarunkowań stwarza nowe i wymagające odpowiedzi wyzwania.

Działania podejmowane w ramach realizacji Programu będą uwzględniały potrzeby osób starszych i ich opiekunów. Posłużą rozwojowi i doskonaleniu usług jak również budowaniu pozytywnego wizerunku starszej generacji jako grupy współuczestniczącej w życiu społeczności lokalnej. Wpłyną także na zmianę stosunku młodszego pokolenia do starszej generacji, w istotny sposób przyczynią się do poprawy jakości życia osób starszych.