Załącznik do uchwały nr 1987/374/22
Zarządu Województwa Mazowieckiego
z dnia 27 grudnia 2022 r.

MCPS

PROGRAM POLITYKI SENIORALNEJ

WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

NA LATA 2022–2026

Mazowsze.
serce Polski

Łączymy

•

Aktywizujemy

•

Wspieramy

Program Polityki Senioralnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2026 został przygotowany na zlecenie Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej przez zespół ekspercki Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej w składzie:

prof. Mirosław Grewiński (kierownik zespołu), dr Joanna Lizut, dr Ewelina Zdebska, dr Krzysztof Chaczko, Paweł Rabiej (członkowie zespołu)

prof. Piotr Błędowski (konsultacja)

SPIS TREŚCI

Wstęp **5**

Rozdział I. Założenia polityki senioralnej **6**

I. Misja i wizja polityki wobec osób starszych 6
II. W stronę dobrej jakości „srebrnego wieku” 7
III. Wartości polityki senioralnej 8
IV. Grupy docelowe polityki „godnego starzenia się” 9
V. Systemowy wymiar polityki senioralnej Mazowsza 10
VI. Nowe podejście – sieciowa logika polityki senioralnej 11
VII. Kierunki interwencji – pięć perspektyw oddziaływania 12
VIII. Zasoby do wielosektorowej realizacji polityki senioralnej 13
IX. Koordynacja planowanych działań 18

Rozdział II. Opis realizacji Programu Polityki Senioralnej **22**

I. Wnioski z analizy sytuacji seniorów na Mazowszu 22
II. Najistotniejsze elementy wynikające z ewaluacji dotychczasowego programu 23
III. Podstawy prawne i odniesienia do innych polityk Mazowsza 24
IV. Adresaci Programu Polityki Senioralnej 28
V. Cel nadrzędny oraz cele priorytetowe Programu 29
VI. Szczegółowe cele Programu 30
VII. Oczekiwane rezultaty Programu 31
VIII. Mierniki efektywności Programu i monitoring 32
IX. Finansowanie Programu 37

Rozdział III. Diagnoza potrzeb osób starszych na Mazowszu **38**

I. Seniorzy na Mazowszu – analiza sytuacji 39
II. Kontekst pandemii COVID-19 oraz wojny w Ukrainie 64
III. Wnioski z realizacji polityki senioralnej w latach 2019–2021 66
IV. Analiza trendów w zakresie polityki i usług społecznych 70

Rozdział IV. Propozycje kierunków działań dla jednostek samorządów terytorialnych i NGO na Mazowszu **72**

Podsumowanie **85**

Źródła danych **86**

Wykaz używanych skrótów

ASOS	Rządowy Program Aktywności Społecznej Osób Starszych
CUS	centrum usług społecznych
DOM	Dom Opieki Medycznej
DI	deinstytucjonalizacja
DPS	dom pomocy społecznej
DDP	dzienny dom pomocy
GOPS	gminny ośrodek pomocy społecznej
GRS	gminna rada seniorów
JST	jednostka samorządu terytorialnego
MOPS	miejski ośrodek pomocy społecznej
MCPS	Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej
NGO	non-governmental organization (pol. organizacja pozarządowa)
OSL	organizowanie społeczności lokalnej (metoda)
OZPS	Ocena zasobów pomocy społecznej w oparciu o analizę sytuacji społecznej i demograficznej Województwa Mazowieckiego
PCK	Polski Czerwony Krzyż
PES	podmiot ekonomii społecznej
PS	przedsiębiorstwo społeczne
PZERI	Polski Związek Emerytów Rencistów i Inwalidów
RMR	region mazowiecki regionalny
ROPS	regionalny ośrodek polityki społecznej
RWS	region warszawski stołeczny
ŚDS	środowiskowy dom samopomocy
TBS	Towarzystwo Budownictwa Społecznego
UE	Unia Europejska
UMWM	Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego
UTW	uniwersytet trzeciego wieku
ZWM	Zarząd Województwa Mazowieckiego

WSTĘP

Troska o osoby starsze to ważna część polskiej tradycji. Jako władze samorządowe Mazowsza dążymy do zapewnienia mieszkańcom w starszym wieku warunków pomyślnego starzenia się – długiego życia w zdrowiu i dobrej kondycji.

Osoby starsze zajmują szczególne miejsce w polskiej kulturze. Otaczane są szacunkiem i troską ze strony najbliższej rodziny i instytucji społecznych. Solidarność międzypokoleniowa – wzajemna odpowiedzialność za siebie wszystkich generacji, starszych i młodszych – nakazuje, by zwracać uwagę na ich potrzeby i jakość życia.

Na Mazowszu przybywa seniorów. Jako społeczność województwa starzejemy się i ten trend utrzyma się przez kolejne dekady. Zwiększa się średnia długość życia, co sprawia, że możemy z niego korzystać dłużej i pełniej. Oznacza to jednak również, że więcej jest osób niesamodzielnych i wymagających pomocy. Rozluźniają się jednak więzy rodzinne i krewniacze, co z kolei sprawia, że wiele osób starszych w mniejszym stopniu może dziś liczyć na wsparcie najbliższych. Zarazem szybkie zmiany technologiczne i cywilizacyjne powodują, że osoby starsze żyją w coraz bardziej cyfrowym, skomplikowanym dla nich świecie.

Jako Samorząd Województwa Mazowieckiego jesteśmy świadomi tych wyzwań, zagrożeń i szans. Od dekady prowadzimy na Mazowszu aktywną i ambitną politykę senioralną. Rozwinęliśmy wiele działań aktywizujących i wspierających osoby starsze. Także podczas pandemii COVID-19 podjęliśmy wiele nowych działań, by zapewnić im bezpieczeństwo i zdrowie.

Starość ma na Mazowszu wiele twarzy. Jedna to twarz seniora aktywnego, samodzielnego, niezależnego, uczestniczącego w życiu społecznym, aktywnego zawodowo. Ale inna to twarz seniora samotnego, pozbawionego relacji, wymagającego opieki. Program Polityki Senioralnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2026 uwzględnia zarówno potrzeby osób aktywnych, poszukujących możliwości rozwoju i spędzenia wolnego czasu, jak i osób niesamodzielnych, nie opuszczających domów, chorych, żyjących często w samotności i depresji.

Troska o najstarszych mieszkańców Mazowsza, o sąsiadów w podeszłym wieku, o naszych najbliższych – to nasz wspólny obowiązek.

Elżbieta Lanc

Członek Zarządu Województwa Mazowieckiego

ROZDZIAŁ I

ZAŁOŻENIA POLITYKI SENIORALNEJ

I. Misja i wizja polityki wobec osób starszych

Długofalową misją polityki społecznej Mazowsza jest dążenie do wzmacniania kapitału ludzkiego, społecznego i kulturowego w regionie oraz zapewnienie większej spójności społecznej poprzez rozwój inwestycji społecznych. Jednym z ważnych elementów tych działań jest troska o osoby starsze.

Misją polityki senioralnej województwa mazowieckiego jest zapewnienie osobom starszym w regionie godnego starzenia się poprzez zaspokojenie ich różnych potrzeb.

Misja ta jest realizowana od wielu lat przez Samorząd Województwa Mazowieckiego, samorządy powiatowe i gminne oraz inne podmioty. Ramą tych działań był dotychczas obowiązujący Wojewódzki Program Polityki Senioralnej na lata 2019–2021[1].

Wizją polityki senioralnej województwa mazowieckiego jest poprawa jakości i satysfakcji z życia osób wchodzących w wiek senioralny, seniorów oraz ich opiekunów.

W wyniku realizacji tej wizji:

1. Seniorzy na Mazowszu będą mieli większe możliwości realizacji aktywności społecznej, zawodowej oraz zdrowotnej.
2. Osoby starsze, niesamodzielne i samotne wymagające wsparcia oraz ich opiekunowie zostaną otoczone pełniejszą opieką.
3. Zwiększy się zakres i dostępność usług społecznych oferowanych seniorom, zwłaszcza w gminach wiejskich.
4. Wsparcie seniorów będzie realizowane w ich najbliższym środowisku, w sposób bardziej skoordynowany, przez dobrze przygotowane, wykwalifikowane osoby i instytucje.

[1] Przyjęty uchwałą nr 1118/62/19 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 6 sierpnia 2019 r.

Dokumentem programowym opisującym realizację misji i wizji polityki senioralnej na Mazowszu jest niniejszy dokument pn. Program Polityki Senioralnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2026 (dalej: Program lub Program Polityki Senioralnej) przedstawiający działania, które powinny być podejmowane przez podmioty takie jak: Samorząd Województwa Mazowieckiego, samorządy powiatowe i gminne, a także instytucje pozarządowe i sektor prywatny, by poprawić sytuację osób starszych i ich otoczenia.

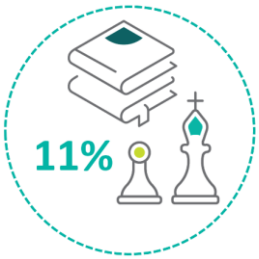
Tylu mieszkańców Mazowsza to osoby w wieku 60+ (z tego 18,8 proc. ma 65 lat i więcej)

II. W stronę dobrej jakości „srebrnego wieku”

Minimalizacja niekorzystnego wpływu na osoby starsze czynników środowiskowych, chorób oraz niewłaściwego stylu życia sprzyja pomyślnemu, dobrej jakości starzeniu się (successful ageing). Cele polityki senioralnej wynikają z obszarów, które mają bezpośredni lub pośredni wpływ na odczuwalną przez osoby starsze jakość życia.

W efekcie świadomie i celowo realizowanej polityki senioralnej:

- osoby wchodzące w okres senioralny będą lepiej przygotowane do funkcjonowania na tym etapie życia;
- zwiększy się aktywność społeczna i zawodowa osób w wieku 60+;
- poprawi się bezpieczeństwo materialne seniorów;
- poprawi się kondycja zdrowotna, w tym psychiczna osób starszych oraz dostęp do usług zdrowotnych;
- opieka i wsparcie będą w większym stopniu świadczone poza systemem instytucji, w formie środowiskowej, w domu osoby starszej;
- przestrzeń publiczna będzie bardziej przyjazna dla osób w każdym wieku, w tym zwłaszcza dla osób starszych;
- oferta aktywizacji i spędzania czasu wolnego dla seniorów będzie bardziej rozwinięta;
- seniorzy będą mieli większe możliwości uczenia się i podejmowania aktywności zawodowej;
- poprawią się kompetencje, motywacja i zaangażowanie kadr pomocy społecznej;
- poprawi się koordynacja działań na rzecz seniorów i współpraca między różnymi sektorami, które się nimi zajmują.



Tylko taki odsetek osób w wieku 60+ spełnia w Polsce wszystkie kryteria zdrowego starzenia się (healthy ageing)

III. Wartości polityki senioralnej

Polityka senioralna opiera się na pięciu wartościach. Wywodzą się one z założenia, że jej istotą są szacunek dla godności i podmiotowości każdego człowieka oraz solidarność międzypokoleniowa.

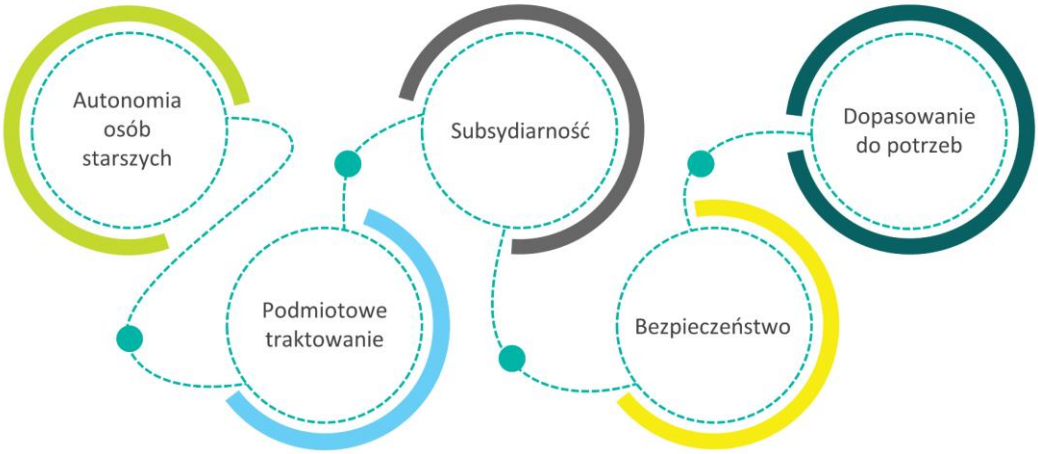


Tabela 1. Wartości polityki senioralnej.

Wartość	Istota w kontekście Programu
Autonomia osób starszych	Zapewnienie osobom starszym samodzielności, niezależności i prawa do decydowania o własnym życiu.
Podmiotowość	Podmiotowe traktowanie przedstawicieli starszego pokolenia i umożliwienie im uczestnictwa w decyzjach dotyczących spraw związanych z ich potrzebami.
Subsydiarność	Wspieranie rodzin w tych zadaniach, którym nie mogą sprostać, solidarność starszych i młodszych pokoleń, sprawiedliwość międzypokoleniowa.
Bezpieczeństwo	Ułatwienie osobom starszym dostępu do ochrony zdrowia i zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego, zmniejszanie różnorodnych ryzyk socjalnych.
Dopasowanie do potrzeb	Dopasowanie działań dla seniorów w każdej z grup wiekowych wynikających ze specyfiki potrzeb.

Wartości polityki senioralnej będą realizowane przez włączanie problematyki osób starszych do wszystkich polityk publicznych, włączanie seniorów w procesy decyzyjne, wielosektorowy i horyzontalny model polityki senioralnej, decentralizację i deinstytucjonalizację, a także elastyczne i wielozadaniowe podejście do realizacji zadań.

IV. Grupy docelowe polityki „godnego starzenia się”

Szeroki zakres polityki senioralnej sprawia, że jest ona adresowana do różnych grup adresatów: od osób wchodzących dopiero w okres starości, po seniorów sędziwych. W celu bardziej praktycznego programowania działań wyodrębnione zostały podgrupy adresatów polityki senioralnej, do których przypisane są poszczególne działania.

Tabela 2. Charakterystyka kierunków interwencji polityki senioralnej.

Grupa	Opis
Ogół mieszkańców	Informacja o kierunkach i celach polityki senioralnej promowanie tematyki pomyślnego i zdrowego starzenia się, promowanie dialogu międzykulturowego, solidarności międzypokoleniowej, troski.
Osoby w wieku 50–64 lata	Przygotowanie do okresu senioralnego, zachęcanie do aktywności, informowanie o tematach związanych ze zdrowiem, starzeniem się, przygotowaniem do nowej fazy życia, kompetencje cyfrowe.
Osoby w wieku 65+ samodzielne	Informowanie o ofercie dla seniorów, aktywizacja społeczna i zawodowa, angażowanie społeczne, włączanie, wzmacnianie samodzielności, profilaktyka zdrowotna, kompetencje cyfrowe.
Osoby w wieku 65+ o ograniczonej samodzielności	Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania, aktywizacja w możliwych obszarach, narzędzia pozwalające na podtrzymanie stanu zdrowia, przeciwdziałanie depresjom, samotności, chorobom.
Osoby w wieku 85+ częściowo samodzielne	Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania, rehabilitacja i usługi zdrowotne, mieszkania chronione, przeciwdziałanie samotności, chorobom, depresji.

Grupa	Opis
Osoby w wieku 85+ całkowicie niesamodzielne	Opieka całodobowa w domach pomocy społecznej lub mieszkaniach wspomaganych, usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze, rehabilitacja i usługi zdrowotne, przeciwdziałanie samotności i depresji.
Opiekunowie osób niesamodzielnych	Opieka całodobowa w domach pomocy społecznej lub mieszkaniach wspomaganych, usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze, rehabilitacja i usługi zdrowotne, przeciwdziałanie samotności i depresji.
Sieci wsparcia, wolontariusze, organizacje	Podmioty i osoby zaangażowane lub mające potencjał by pomagać seniorom: działania informacyjne, aktywizujące i włączające.

W polityce senioralnej na lata 2022–2026 jako szczególnie istotne z punktu widzenia planowanych działań wskazane zostały trzy grupy: **osoby samodzielne pragnące zachować samodzielność, osoby niesamodzielne wymagające opieki oraz ich opiekunowie**.

V. Systemowy wymiar polityki senioralnej Mazowsza

Działania regionalne na rzecz osób starszych są realizowane w ramach wyznaczonych przez instytucje centralne odpowiedzialne za stanowienie prawa, w ścisłej współpracy z samorządami lokalnymi – powiatami i gminami.

Tabela 3. Systemowy wymiar polityki senioralnej na różnych szczeblach państwa.

Poziom	Opis
Stanowienie prawa i kształtowanie polityki wobec osób starszych	Instytucje centralne, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia, ZUS, KRUS, Rzecznik Praw Obywatelskich, inne.
Koordynacja regionalnej polityki wobec osób starszych, usług opiekuńczych i asystenckich	Samorząd województwa, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej – programowanie polityki senioralnej, wspieranie samorządów lokalnych w organizacji i koordynacji usług, wypracowywanie nowych modeli i rozwiązań, wspieranie organizacji pozarządowych w realizacji działań.

Poziom	Opis
Organizacja i finansowanie usług dla osób starszych	**Powiaty** Prowadzenie DPS dla seniorów. **Gminy** Wsparcie w zakresie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych.
Realizacja usług dla osób starszych – samorządy lokalne	Placówki publiczne, organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej, przedsiębiorstwa społeczne, inne.

System wsparcia osób starszych ma charakter kompleksowy i zakłada świadczenie wsparcia w różnych formach, przez wiele instytucji i podmiotów. Należą do nich: instytucje publiczne, jednostki samorządu terytorialnego (JST) – samorządy lokalne, organizacje pozarządowe, które realizują usługi wsparcia dla osób starszych w różnych obszarach poprzez m.in. edukację, rehabilitację, terapię, czy opiekę.

VI. Nowe podejście – sieciowa logika polityki senioralnej

Biorąc pod uwagę kompleksowość działań na rzecz seniorów i zadania Samorządu Województwa Mazowieckiego w tym zakresie, założeniem polityki senioralnej jest prowadzenie jej w formule zakładającej bliską współpracę i koordynację działań między wszystkimi interesariuszami.

Najistotniejszym elementem polityki senioralnej na poziomie regionalnym jest Program Polityki Senioralnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2026. Logikę Programu obrazuje poniższy schemat. Przedstawia on oś celów (nadrzędne, priorytetowe i szczegółowe). **Wprowadza również na osi działania cztery kierunki interwencji.** Każdy cel szczegółowy Programu uwzględnia możliwość zaangażowania w jego realizację infrastruktury społecznej (zasobów w dyspozycji JST), tworzenia usług społecznych, a także uwzględnienie aktywności społecznej oraz perspektywy włączenia społecznego / przeciwdziałania wykluczeniu. Piątym, spajającym kierunkiem interwencji jest koordynacja i wymiana informacji. Logika ta została przyjęta i konsekwentnie zastosowana w szczegółowym opisie proponowanych działań, by podkreślić wielosektorowy charakter działań i wskazać różne ich typy.

Schemat 1. Cele i kierunki interwencji w polityce senioralnej.

CEL NADRZĘDNY	Zapewnienie godnego starzenia się mieszkańcom makroregionu poprzez zaspokojenie zróżnicowanych potrzeb osób starszych i stworzenie im optymalnych warunków życia.	
CELE PRIORYTETOWE	■ Poprawa jakości życia osób starszych, zarówno aktywnych jak i wymagających wsparcia i opieki, poprzez utrzymanie ich samodzielności. ■ Zwiększenie dostępności i poprawa jakości usług realizowanych na rzecz seniorów oraz ich opiekunów. ■ Wspieranie procesu deinstytucjonalizacji, poprawa koordynacji działań na rzecz seniorów na Mazowszu oraz rozwój kompetencji pracowników instytucji pomocy społecznej.	
CELE SZCZEGÓŁOWE	Cele szczegółowe CS1 – CS12	
KIERUNKI INTERWENCJI	Infrastruktura społeczna	Włączanie społeczne
	Usługi społeczne	Koordynacja współpracy podmiotów działających na rzecz seniorów
	Aktywność społeczna i obywatelska	

VII. Kierunki interwencji – pięć perspektyw oddziaływania

Kluczowe dla realizacji polityki senioralnej znaczenie mają instrumenty realnego oddziaływania na rzeczywistość: działania własne samorządów różnych szczebli na Mazowszu, działania instytucji wsparcia, tworzenie usług społecznych, wykorzystanie aktywności społecznej, a także – współpraca podmiotów. Dlatego Program wskazuje rekomendowane działania w każdym z tych pięciu kierunków (kierunki interwencji).

Tabela 4. Charakterystyka kierunków interwencji w Programie.

Kierunek	Opis
Infrastruktura społeczna	**Wykorzystanie zasobów i infrastruktury regionalnego wsparcia społecznego**: potencjału instytucjonalnego, zasobów finansowych i kadrowych instytucji, przestrzeni fizycznej, budynków itp. Ten kanał oddziaływania dotyczy zasobów i możliwości JST, obejmujących nie tylko instytucje i ich zasoby czy zasoby fizyczne, ale również możliwości działania, podejmowania inicjatyw, informowania, oddziaływania.

Kierunek	Opis
Usługi społeczne	**Rozwijanie, modyfikowanie i dodawanie nowych usług społecznych** – podnoszenie ich jakości i dopasowywanie do potrzeb poszczególnych grup osób starszych. Wspieranie równomiernego dostępu do usług. Tworzenie wielosektorowych usług społecznych, zindywidualizowanych i świadczonych przede wszystkim w środowisku lokalnym.
Aktywność społeczna i obywatelska	**Wykorzystywanie potencjału osób i grup do podejmowania oddolnych działań na rzecz seniorów, zrzeszania się, realizowania różnego rodzaju aktywności.** Wspieranie aktywności mieszkańców, w tym wolontariuszy, liderów lokalnych środowisk, potencjalnych mentorów itp. Wzmacnianie w JST i NGO's partycypacyjnej kultury realizacji zadań publicznych.
Włączanie społeczne	**Przeciwdziałanie kryzysom społecznym w sferze senioralnej**, identyfikowanie społeczności i osób wykluczonych i narażonych na wykluczenie. Rozwijanie mechanizmów przeciwdziałających kryzysom i wykluczeniom. Zwiększanie prewencji, profilaktyki, wzmacnianie roli pracy socjalnej, przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu, zwiększanie wrażliwości na problemy społeczne.
Koordynacja współpracy podmiotów działających na rzecz seniorów	**Tworzenie przestrzeni do dialogu między instytucjami** – wymiany doświadczeń i informacji, tworzenie płaszczyzny dyskusji nad innowacyjnymi rozwiązaniami i najlepszymi praktykami. Działania w celu osiągnięcia harmonizacji i skuteczności realizowanych celów, działania koordynacyjne Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej.

VIII. Zasoby do wielosektorowej realizacji polityki senioralnej

Mazowsze jako województwo o największej w Polsce liczbie ludności, wysokim kapitale społecznym i największej liczbie organizacji pozarządowych dysponuje rozwiniętą infrastrukturą społeczną i zasobami, które mogą być wykorzystane w wielosektorowym modelu poprawy jakości życia osób starszych.

INFRASTRUKTURA SPOŁECZNA

W tworzeniu rozwiązań sprzyjających dobremu starzeniu się **uczestniczy wielu interesariuszy** – sami seniorzy i ich rodziny, podmioty publiczne (rządowe i samorządowe), podmioty prywatne, instytucje obywatelskie, organizacje pozarządowe, związki wyznaniowe.
W planowaniu i realizacji polityk publicznych kluczową rolę odgrywa potencjał instytucjonalny samorządów. Największym i najbardziej zróżnicowanym zestawem instrumentów polityki senioralnej dysponują gminy. **Dlatego udział samorządów gminnych w realizacji priorytetowych i szczegółowych celów Programu Polityki Senioralnej ma kluczowe znaczenie.** Tabela 5 przedstawia zasoby instytucji pomocy społecznej na Mazowszu pod kątem istniejącej oferty i świadczeń dla osób starszych.

Tabela 5. Zasoby instytucjonalne stworzone przez JST

Zasoby instytucjonalne JST	Liczba
Jednostki pomocy społecznej działające ogółem na Mazowszu	ok. 900
Domy pomocy społecznej (DPS) na Mazowszu	106
DPS o zasięgu ponadgminnym	91*
Liczba miejsc w ponadgminnych domach pomocy społecznej	9404*
w tym prowadzonych przez samorządy powiatowe	8165*
w tym prowadzonych na zlecenie powiatu	1239*
Liczba DPS dla osób w podeszłym wieku	34
Liczba DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych	38
Środowiskowe domy samopomocy (ŚDS)	77
Dzienne domy pomocy (DDP)	54
Liczba mieszkań chronionych	51
Liczba lokali socjalnych na Mazowszu	13 024
Kluby i inne miejsca spotkań seniorów	650
Osoby objęte świadczeniami opiekuńczymi	14531
Liczba przyznanych świadczeń socjalnych z budżetu gmin	119,9 tys.*

Źródło: MRiPS-05 za 2021 r., OZPS za 2021 r.

ZASOBY KADROWE W JST

Ważnym zasobem jest kadra zatrudniona w ośrodkach pomocy społecznej, pracownicy socjalni oraz wolontariusze współpracujący z ośrodkami pomocy społecznej. W ośrodkach pomocy społecznej na Mazowszu pracuje ponad 6,6 tys. osób, a liczba pracowników socjalnych w makroregionie sięga 2,3 tys. osób. Od 2016 r. zatrudnienie utrzymuje się na podobnym poziomie, mimo wzrostu zadań i obciążeń.

Tabela 6. Pracownicy instytucji pomocy społecznej.

Potencjał kadrowy JST	Liczba
Liczba osób pracujących w ośrodkach pomocy społecznej	6651
Liczba zatrudnionych pracowników socjalnych	2384
Liczba wolontariuszy współpracujących z ośrodkami pomocy	2493

Źródło: OZPS za 2021 r.

ZASOBY FINANSOWE NA POLITYKĘ SENIORALNĄ

Wydatki na potrzeby aktywizacji i wsparcia seniorów są finansowane w makroregionie z różnych źródeł: głównie budżetów gminnych, powiatowych i budżetu województwa, a także budżetu centralnego, środków europejskich, obywatelskich i prywatnych. W budżecie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie wydatki za 2021 r. na zadania z zakresu pomocy społecznej wyniosły 59,9 mln zł, a wydatki na szerzej definiowane zadania społeczne – łącznie 122,5 mln zł.

Tabela 7. Wybrane informacje dotyczące wydatków na pomoc społeczną w makroregionie w 2021 r.

Wydatki na politykę społeczną w regionie i ich cele	Liczba
Środki przeznaczane przez JST na pomoc społeczną łącznie	10,26 mld zł
Liczba osób, którym udzielono pomocy i wsparcia socjalnego	256 130
Wydatki na pomoc społeczną w budżecie UMWM	59,9 mln zł
Wydatki w pozycji „pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej”	62,6 mln zł
Wydatki na ochronę zdrowia w budżecie UMWM	768,5 mln zł
Wydatki na programy polityki zdrowotnej w budżecie UMWM	8,7 mln zł
Dotacje dla NGO z zakresu polityki społecznej w budżecie UMWM	34,4 mln zł
Dotacje na działania aktywizujące osoby starsze w budżecie UMWM	2,1 mln zł

Źródło: OZPS za 2021 r.; Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego, 2022 r.

Część projektów dla seniorów jest finansowana z rządowych projektów wsparcia seniorów, m.in. Rządowego Programu Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS), „Aktywni +", „Senior +", Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) czy Funduszu Pracy.

Jednostki powoływane przez samorząd nie zawsze muszą dysponować odrębnym budżetem przeznaczonym na realizację zadań adresowanych do osób starszych. **Wiele zadań polityki senioralnej jest przynajmniej częściowo realizowane przy okazji innych działań JST, adresowanych do ogółu mieszkańców.**

Istotnym elementem wpływu JST jest również ich „miękka siła" (soft power) – potencjał oddziaływania, informowania, nadawania priorytetów, zwracania uwagi na kluczowe kwestie społeczne.

ORGANIZACJE POZARZĄDOWE I SPOŁECZNE

Ważnym podmiotem realizującym zadania na rzecz seniorów są organizacje pozarządowe. Sektor pozarządowy jest na Mazowszu dobrze rozwinięty (26,9 tys. organizacji pozarządowych, najwięcej wśród polskich województw). Jak szacuje GUS, faktyczną działalność prowadzi 50 proc. zarejestrowanych podmiotów. Realny potencjał i sprawczość w zakresie działań na rzecz seniorów mają również organizacje społeczne, np. ochotnicza straż pożarna, koła gospodyń wiejskich, związki wyznaniowe i inne.

Tabela 8. Potencjał organizacji pozarządowych w makroregionie mazowieckim.

Potencjał organizacji pozarządowych	Liczba/Odsetek
Liczba fundacji i stowarzyszeń zarejestrowanych na Mazowszu	26 961
Organizacje pozarządowe angażujące wolontariuszy (kraj)	61 proc.
Odsetek jednostek pomocy społ. współpracujący z wolontariuszami	83 proc.
Przeciętna liczba wolontariuszy w NGO's w sferze usług socjalnych	10 osób

Źródło: Raport kondycja NGO's 2021 r.

Dotacje dla organizacji pozarządowych z budżetu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego na cele związane z polityką społeczną wyniosły w 2021 r. 34,4 mln zł. Ze środków tych realizowane są różne zadania publiczne. Znacznie większymi środkami na realizację zadań publicznych dysponują w konkursach i grantach łącznie mazowieckie powiaty i gminy. **Konkursy na realizację zadań publicznych są istotnym narzędziem kreowania polityki senioralnej na szczeblu lokalnym.**

Organizacje pozarządowe prowadzące działalność społeczną na rzecz osób starszych, podmioty ekonomii społecznej, podmioty społeczne, spółdzielnie socjalne i inne podmioty zaangażowane w działalność społeczną dysponują zarówno profesjonalnym doświadczeniem, jak i potencjałem prowadzenia działań na rzecz seniorów w większym stopniu.

Oddziałują na lokalne środowiska, są mocno związane ze środowiskiem senioralnym i stają się rzecznikiem jego potrzeb. **Podmioty te powinny być traktowane jako realny partner w kreowaniu polityki na rzecz osób starszych i współtwórca usług społecznych.**

INNE KRĘGI INTERESARIUSZY

Wielosektorowe podejście do realizacji polityki senioralnej wymaga również uwzględnienia innych kręgów interesariuszy, zarówno w kontekście ich możliwości profesjonalnych, jak i wpływu społecznego. W planowaniu i programowaniu działań na rzecz seniorów powinny być uwzględnione:

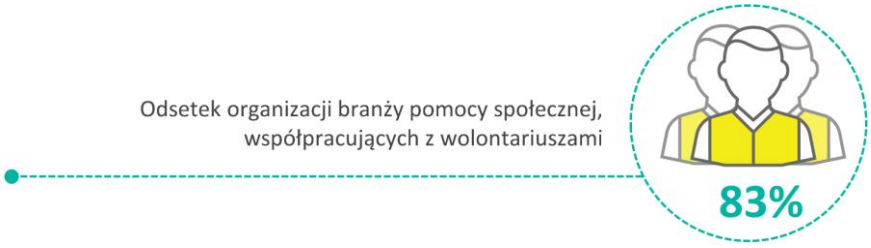
- Podmioty stanowiące, wykonawcze i pozostałe działające na poziomie regionu: Sejmik Województwa Mazowieckiego, Mazowiecka Rada Seniorów, zarządy wojewódzkie organizacji pozarządowych (np. PCK, PZERI), organizacje trzeciego sektora działające w skali regionalnej.
- Podmioty stanowiące, wykonawcze i pozostałe w powiatach: rada powiatu, podmioty wykonawcze w powiecie, inne podmioty, m.in. rada seniorów, organizacje pozarządowe i wolontariat, specjalistyczne placówki ochrony zdrowia i szpitale.
- Podmioty stanowiące, wykonawcze i pozostałe w gminach: rada gminy, podmioty wykonawcze, inne podmioty: gminna rada seniorów, jednostki organizacyjne samorządu.
- Inne podmioty działające lokalnie: organizacje pozarządowe i wolontariat, lokalne środki przekazu i sieci społeczne (portale internetowe, lokalne periodyki, grupy społecznościowe w mediach społecznościowych), placówki ochrony zdrowia, placówki opieki długoterminowej, instytucje wyznaniowe.
- Osoby działające w sektorach związanych z usługami na rzecz seniorów: osoby zarządzające różnymi instytucjami polityki społecznej, pracodawcy, pracownicy administracji publicznej, członkowie gremiów opiniodawczo-doradczych, specjaliści uczestniczący w tworzeniu obiektów infrastruktury społecznej i komunikacyjnej (urbaniści, architekci, inżynierowie transportu), przedstawiciele podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych (lekarze, pielęgniarki, farmaceuci), a także podmiotów działających na rzecz bezpieczeństwa publicznego (policjanci, funkcjonariusze służb porządkowych).
- Przedstawiciele różnych profesji rynku pracy: doradcy zawodowi, pośrednicy pracy przygotowani do pracy z osobami w wieku 50+, nauczyciele zawodu, specjaliści ds. HR w organizacjach zatrudniających starszych pracowników, trenerzy pracy.
- Profesjonaliści w sektorze zdrowia i pomocy społecznej: pielęgniarki środowiskowe, promotorzy zdrowia, dietetycy, rehabilitanci, opiekunowie (asystenci) osób starszych, opiekunki domowe, opiekunki środowiskowe, opiekunowie medyczni, opiekunowie w DPS, opiekunowie (asystenci) osób starszych, pracownicy socjalni, terapeuci zajęciowi, psychologowie.

- Przedstawiciele profesji związanych z projektowaniem przestrzeni publicznej i zarządzaniem nią: architekci, urbaniści, inżynierowie transportu, służby porządkowe, miejskie służby odpowiedzialne za utrzymanie porządku, pracownicy komunikacji publicznej.
- Przedstawiciele instytucji kultury, sportu, nauki: instytucji sportu i kultury, animatorzy kultury, przewodnicy turystyczni, wykładowcy, nauczyciele.

WOLONTARIUSZE I LIDERZY SPOŁECZNI

Jako istotny zasób w realizacji zadań na rzecz osób starszych należy również traktować potencjał wolontariuszy, ochotników, liderów społecznych. Potencjał ten ujawnił się na dużą skalę podczas pandemii COVID-19 oraz pomocy uchodźcom z Ukrainy w 2022 r., i może być aktywizowany także w przypadku różnego rodzaju działań wspierających seniorów. Z wolontariatu korzystają zarówno instytucje, jak i organizacje pozarządowe. Organizacje specjalizujące się w usługach socjalnych mają największe zespoły wolontariuszy – przeciętnie liczą one 10 osób. Potencjał zaangażowania w wolontariat dotyczy co piątego mieszkańca Polski i stanowi on znaczną rezerwę jako zasób działania na rzecz seniorów, choć badania wskazują, że zaangażowanie w wolontariat nieodpłatny ma tendencję malejącą.

Istotnym zasobem kadrowym są seniorzy o potencjale liderów i mentorów. Powinni być oni traktowani jako grupa, której działania mogą mieć wpływ na angażowanie seniorów w aktywność oraz zmianę postaw społecznych wobec osób starszych.



IX. Koordynacja planowanych działań

Wobec różnorodności, złożoności i rozproszenia instytucjonalnego, branżowego i terytorialnego działań podejmowanych w makroregionie mazowieckim na rzecz seniorów, fundamentalnego znaczenia nabiera koordynacja (uzgadnianie, synchronizowanie) planowanych działań.

OBSZARY KOORDYNACJI DZIAŁAŃ NA RZECZ SENIORÓW

Koordynacja działań wspierających na obszarze makroregionu dotyczy w szczególności poszukiwania synergii i możliwości współdziałania w obszarach:

- działań podmiotów w jednej jednostce samorządu, ale realizujących zadania w różnych obszarach istotnych dla polityki senioralnej;
- polityk senioralnych samorządu regionalnego oraz działań prowadzonych na poziomie powiatów i gmin;
- działań podmiotów należących do różnych sektorów: samorządowego, rynkowego i pozarządowego, a także podmiotów społecznych;
- działań sąsiadujących ze sobą jednostek samorządu terytorialnego lub tzw. gmin i powiatów „obwarzankowych" (większe miasta i otaczające je gminy).

Celem koordynacji polityki senioralnej jest maksymalizacja tzw. efektu synergii uzyskiwanego poprzez zapewnianie systemowej spójności celów, zasad i wartości dla wszystkich podejmowanych działań; uzyskanie wysokiego stopnia ich komplementarności (likwidacja zarówno „białych plam" jak i powielania działań w układach resortowych i sektorowych) oraz optymalne wykorzystanie specyfiki form działania oraz specyfiki zasobów materialnych i ludzkich charakteryzujących poszczególne sektory.

MECHANIZMY KOORDYNACJI DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH PRZEZ RÓŻNE SEKTORY

Program Polityki Senioralnej zakłada koordynację działań na rzecz seniorów podejmowanych przez podmioty z różnych sektorów w województwie poprzez:

- struktury organizacyjne lub osoby zajmujące określone stanowiska w makroregionie, odpowiedzialne za procesy koordynacji (np. MCPS, pełnomocnik Zarządu Województwa Mazowieckiego ds. polityki senioralnej);
- struktury powoływane lub działające w gminach: pełnomocnicy, rady seniorów, zespoły zadaniowe, centra seniora i inne;
- sieci współdziałania, łączące JST ze sobą lub z podmiotami z sektora rynkowego i pozarządowego (ciała doradczo-konsultacyjne, rady seniorów, rady działalności pożytku publicznego, rady kultury, wojewódzkie i powiatowe rady rynku pracy, rady biznesu).

METODY KOORDYNACJI WIELOSEKTOROWYCH DZIAŁAŃ NA RZECZ SENIORÓW

Uzgadnianie i synchronizowanie działań na rzecz osób starszych podejmowanych przez różne podmioty i sektory będzie w makroregionie mazowieckim dokonywane m.in. poprzez:

- konsultowanie strategii i programów działania, wymianę informacji na temat planowanych działań, których adresatami są seniorzy;

- wykorzystywanie instrumentów prawnych (porozumienia ponadgminne), partnerstwa, projekty, technik planowania partycypacyjnego i zaawansowanych techniki konsultacji społecznych;
- konkretne przedsięwzięcia i wydarzenia, programy i kampanie, łączenie w całość rozproszonych form działania podejmowanych przez wszystkie sektory;
- tworzenie płaszczyzny wymiany informacji i dobrych praktyk, organizację debat, spotkań, seminariów z udziałem przedstawicieli z różnych sektorów oraz przedstawicieli środowiska nauki.

KLUCZOWE OBSZARY DZIAŁAŃ MCPS I URZĘDU MARSZAŁKOWSKIEGO WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO W KONTEKŚCIE POLITYKI SENIORALNEJ REALIZOWANEJ W IMIENIU SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

- podnoszenie świadomości i budowanie pozytywnych postaw mieszkańców Mazowsza w obszarze wsparcia osób starszych;
- analiza potrzeb seniorów i proponowanie efektywnych metod ich zaspokajania;
- projektowanie polityki Samorządu Województwa Mazowieckiego w obszarze wsparcia osób starszych, m.in. poprzez opracowanie, wdrażanie i koordynowanie Programu Polityki Senioralnej;
- wspieranie samorządów lokalnych w realizacji zadań na rzecz osób starszych, wspieranie koordynacji lokalnych usług na rzecz seniorów;
- wspieranie (finansowe i merytoryczne) organizacji pozarządowych oraz podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie działających w obszarze wsparcia osób starszych, w szczególności poprzez udzielanie dotacji oraz tworzenie przestrzeni do wymiany doświadczeń na rzecz m.in. UTW i GRS;
- wspieranie finansowe inicjatyw gminnych rad seniorów;
- wspieranie współpracy pomiędzy podmiotami działającymi na rzecz osób starszych, sieciowanie, wymiana doświadczeń i wiedzy;
- inicjowanie, promowanie i rekomendowanie innowacji społecznych, modelowych rozwiązań, upowszechnianie dobrych praktyk;
- realizacja badań i analiz związanych z tematyką osób starszych.

KLUCZOWE DZIAŁANIA PEŁNOMOCNIKA ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO DS. POLITYKI SENIORALNEJ W ZAKRESIE KOORDYNACJI POLITYKI SENIORALNEJ

Działający w strukturach Samorządu Województwa Mazowieckiego Pełnomocnik Zarządu Województwa Mazowieckiego ds. Polityki Senioralnej prowadzi następujące działania w celu koordynacji polityki senioralnej w regionie:

- rozpoznawanie potrzeb osób starszych oraz inicjowanie działań służących zaspokajaniu tych potrzeb, współpraca w opracowaniu dokumentów strategicznych i programowych na poziomie makroregionu;

- doradztwo i upowszechnianie informacji o sposobach oraz trybie załatwienia spraw osób starszych;
- współdziałanie z administracją rządową oraz z samorządami gminnymi i powiatowymi w makroregionie przy realizacji zadań dotyczących polityki senioralnej;
- współpraca z instytucjami i organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób starszych;
- promowanie, upowszechnianie i propagowanie problematyki seniorów, prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych wspierających budowanie pozytywnego wizerunku seniorów;
- udział w przedsięwzięciach i wydarzeniach związanych z tematyką osób starszych.

ROZDZIAŁ II

OPIS REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI SENIORALNEJ

I. Wnioski z analizy sytuacji seniorów na Mazowszu

Poniżej prezentujemy najważniejsze wnioski z diagnozy potrzeb seniorów na Mazowszu, której pełna wersja znajduje się w rozdziale III.

DEMOGRAFIA I TRENDY DEMOGRAFICZNE

Mieszkańców Mazowsza przybywa, ale populacja województwa starzeje się. Rośnie współczynnik obciążenia demograficznego. Trend ten będzie się w kolejnych latach pogłębiał, co spowoduje wzrost popytu na usługi społeczne dla osób starszych.

GOSPODARSTWA DOMOWE SENIORÓW

W województwie widoczna jest feminizacja i singularyzacja starości. Rośnie liczba seniorów mieszkających samodzielnie (bez dzieci i wnuków) lub samotnie. Oznacza to, że większa liczba seniorów nie może liczyć na wsparcie dzieci i wnuków w przypadku niepełnosprawności, choroby lub ograniczeń samodzielności.

SYTUACJA MATERIALNA I AKTYWNOŚĆ EKONOMICZNA

Dochody seniorów są zróżnicowane. W strukturze wydatków znaczącą pozycję zajmują wydatki na zdrowie i na leki. Zwraca uwagę duże zadłużenie starszych mieszkańców makroregionu, a także podatność na nieuczciwe zachowania konsumenckie.

AKTYWNOŚĆ SENIORÓW NA RYNKU PRACY

Aktywność zawodowa seniorów jest na Mazowszu znacznie większa niż w skali kraju. Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 60 lat i więcej nieznacznie się zwiększył. Powrotem seniorów na rynek prywatny są w województwie zainteresowani także pracodawcy.

ZDROWIE, KONDYCJA I SPRAWNOŚĆ SENIORÓW

Mieszkańcy Mazowsza odczuwają trudności w dostępie do opieki zdrowotnej, pozwalającej na dobre zdrowie i samopoczucie. Główne wyzwania to promocja zdrowego trybu życia, dostęp do świadczeń medycznych oraz zdrowie psychiczne. Depresja dotyka nawet co czwartego seniora.

AKTYWNOŚĆ OSÓB STARSZYCH

W ciągu dekady systematycznych działań na rzecz seniorów znacznie rozwinęły się na Mazowszu różne formy aktywności seniorów. Oferta czasu wolnego dla osób starszych jest jednak znacznie bardziej dostępna i rozbudowana w miastach niż na terenach wiejskich.

KORZYSTANIE Z INTERNETU I WYKLUCZENIE CYFROWE

Cyfryzacja zasobów i usług postępuje, a ponad połowa osób w wieku 60+ nie korzysta z Internetu. Cyfrowe wykluczenie ma w Polsce i na Mazowszu twarz seniora, a sprzyjają mu niskie wykształcenie i niskie dochody.

SENIORZY NIESAMODZIELNI I WYMAGAJĄCY OPIEKI

Sprawność i samodzielność seniorów zmniejszają się wraz z wiekiem. Większość seniorów o ograniczonej samodzielności otrzymuje pomoc od najbliższych sieci społecznych. Najbardziej usług opiekuńczych i wsparcia potrzebują osoby samotne w wieku 80+.

CHOROBY OTĘPIENNE

W kontekście starzenia się populacji szczególnie istotne są choroby otępienne. Zmiany demograficzne i zdrowotne będą skutkować wzrostem ich liczby, co będzie wyzwaniem dla opiekunów nieformalnych.

II. Najistotniejsze elementy wynikające z ewaluacji dotychczasowego programu

Jak wynika z przeprowadzonych analiz, istotne znaczenie dla poprawy efektywności i skuteczności w realizacji Programu miałyby:

- Dążenie do **deinstytucjonalizacji form wsparcia**, rozwijanie kultury sprzyjającej wielosektorowości i tworzeniu nowych – „szytych na miarę" – usług społecznych.
- Bardziej precyzyjne adresowanie działań polityki senioralnej **do konkretnych grup seniorów**, biorące pod uwagę specyfikę tych grup (np. opiekunowie nieformalni, osoby niesamodzielne, osoby z chorobami otępiennymi etc.). Do poszczególnych grup adresatów powinny być zaprojektowane konkretne ścieżki interwencji, dopasowane do najważniejszych potrzeb.
- Poprawa **systemu informowania** o polityce senioralnej, przepływu wiedzy oraz **lepsza koordynacja działań na poziomie makroregionu**. Bardziej aktywne informowanie pracowników powiatów i gmin oraz innych interesariuszy o celach Programu i podejmowanych działaniach, większe motywowanie interesariuszy Programu do współpracy i wspólnej realizacji celów.

- Ściślejsza współpraca instytucji regionalnych, powiatowych i gminnych oraz organizacji pozarządowych, PES, sieci wsparcia i innych podmiotów. Stworzenie **platformy promowania dobrych praktyk i wymiany doświadczeń**. Formą mogłaby być np. „giełda dobrych praktyk", organizacja Mazowieckiego Forum Społecznego ze ścieżką senioralną, wymiana praktyk on-line, etc.
- Zachęcanie seniorów do zwiększenia udziału w życiu społecznym poprzez inspirowanie lokalnych środowisk senioralnych do zakładania gminnych rad seniorów **oraz większego zaangażowania w zgłaszanie inicjatyw rad seniorów**, UTW oraz innych działań.
- **Uproszczenie zasad konkursów** dla organizacji pozarządowych, by jak najwięcej takich podmiotów mogło brać udział w realizacji działań na rzecz seniorów. Zwiększanie liczby projektów takich jak „Bony dla seniorów", które aktywizują społeczności lokalne osób starszych do działania.
- Stymulowanie i poszukiwanie nowych rozwiązań instytucjonalnych i technologicznych w opiece nad seniorami, w tym korzystanie z rozwiązań z zakresu nowych technologii – telemonitoring, teleopieka itp., pilotaże, testowanie nowych rozwiązań.

III. Podstawy prawne i odniesienia do innych polityk Mazowsza

Program Polityki Senioralnej jest spójny z regionalnymi dokumentami w zakresie polityki społecznej oraz z dokumentami określającymi ramy rozwoju społecznego i gospodarczego województwa.

Zdefiniowane w Programie działania strategiczne są spójne z obowiązującymi aktami prawnymi, w tym przede wszystkim z:

- Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej
- Kartą Praw Podstawowych Unii Europejskiej (art. 25)
- ustawą z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych
- ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
- ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie
- ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami
- ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym
- ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych
- Polityką społeczną wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność

- Krajowym Programem Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021–2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030, w zakresie:
  - działań zaplanowanych w Priorytecie III Programu mających na celu rozwój usług środowiskowych dla osób, które potrzebują wsparcia jak również są odpowiedzią na ideę procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych: wsparcie osób starszych w codziennym funkcjonowaniu, aktywizacja społeczna seniorów, przeciwdziałanie samotności oraz rozwój usług środowiskowych, dla osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym rozwój usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w ramach systemu pomocy społecznej (rozdział III, priorytet III, punkty 3.2 i 3.3)
- Strategią rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.) w zakresie:
  - określenia osób starszych jako jednej z grup dla których dedykowane powinny być usługi społeczne (Wprowadzenie)
  - diagnozy realizacji usług społecznych dla osób starszych (rozdział I, punkt 2)
  - programów rządowych realizujących usługi społeczne dla seniorów (rozdział II, punkt 3)
  - określenia wizji i celów strategicznych w szczególności celu strategicznego 2 Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu świadczącego usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Priorytety i cele Programu są spójne z kluczowymi dokumentami w województwie:

- Strategią Rozwoju Województwa Mazowieckiego 2030+ w zakresie:
  - określenia zagrożeń demograficznych województwa (punkt 2.2)
  - ochrony zdrowia i zapotrzebowania na usługi geriatryczne na skutek starzenia się społeczeństwa (punkt 2.5)
  - wskazania wzrostu zapotrzebowania na usługi społeczne, w tym usługi opiekuńcze, w szczególności świadczone w środowisku lokalnym (punkt 2.5)
  - określenia kierunków działań i działań rozwojowych do 2030 roku w obszarze społeczeństwo (punkt 6)
- Strategią Rozwoju Społeczeństwa Informacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2020–2030 w zakresie:
  - uwzględnienia seniorów w planach działania na rzecz rozwoju społeczeństwa informacyjnego w:
    - celu strategicznym 1 Wzrost kompetencji cyfrowych i zaufania do ICT (punkt 1.1 Włączenie cyfrowe oraz edukacja na rzecz podniesienia zaufania do technologii informacyjno-komunikacyjnych w podpunkcie 1.1.2. Wsparcie działań na rzecz włączenia cyfrowego osób starszych, punkt 1.2. Wzmacnianie kompetencji cyfrowych, podpunkt 1.2.3. Wsparcie działań na rzecz podnoszenia kompetencji cyfrowych osób dorosłych)

  - celu strategicznym 2 Elektroniczne systemy i usługi dla mieszkańców Mazowsza (punkt 2.4. Podnoszenie jakości życia przez wdrażanie rozwiązań innowacyjnych, w tym inteligentnych systemów zarządzania podpunkt 2.4.3. Rozwój usług i narzędzi wsparcia dla mieszkańców, w szczególności osób starszych i z niepełnosprawnościami, poprzez wdrażanie innowacji społecznych, rozwiązań z zakresu teleopieki, asystentów cyfrowych i innych
- Strategią Polityki Społecznej Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2030 w zakresie:
  - określenia kluczowych trendów w polityce społecznej województwa w obszarze depopulacji i starzenia się mieszkańców oraz wzrostu problemów psychicznych i samotności (rozdział I, punkt II)
  - określenia najważniejszych obszarów koncentracji działań w wyzwaniach przyszłościowych Mazowsza – aktywizacja i integracja społeczna seniorów (rozdział II, punkt III)
  - założeń Strategii w poprawie jakości życia mieszkańców Mazowsza (rozdział III, punkt I)
  - określenia grup odbiorców Strategii – grupy o wysokich i specyficznych potrzebach socjalnych, w tym seniorzy (rozdział III, punkt II)
  - uwzględnienia seniorów w celu priorytetowym I.4 – Rozwój oferty instytucjonalnej i usług na rzecz seniorów i osób niesamodzielnych (rozdział III, punkt III)
- Wojewódzkim Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2026 w zakresie:
  - zwiększenia działań edukacyjnych i pomocowych na temat problemów uzależnień m. in. wśród osób starszych (Rozdział IV punkt 4)
- Wojewódzkim Programem Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2026 w zakresie:
  - określenia podeszłego wieku jako jednego z czynników ryzyka stosowania przemocy (rozdział IV punkt 3.1)
  - określenia grup odbiorców programu w tym osoby starsze (rozdział VIII punkt 2)
- Wojewódzkim Programem Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2018–2022 w zakresie:
  - określenia grup odbiorców programu w tym osób w wieku senioralnym jako jednego z filaru Programu (rozdział III punkt 3).
- Planem Rozwoju Ekonomii Społecznej na Mazowszu na lata 2021–2030 w zakresie:
  - wskazania osób w wieku poprodukcyjnym jako grupy wymagającej coraz większego wsparcia na różnych płaszczyznach, w tym zapewnienie realizacji usług społecznych przez PES (podmioty ekonomii społecznej) (rozdział III podpunkt 1.2).
- Kierunkami działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022-2026:

- wskazania w analizie społeczno-ekonomicznej województwa mazowieckiego na powszechność i nieodwracalność procesu starzenia się populacji (rozdział 1)
- uwzględnienia aktywności fizycznej osób starszych jako istotnego elementu utrzymania życia w zdrowiu, przyczyniającego się do spowolnienia procesów starzenia się (rozdział 2)
- profilaktyka chorób występujących u osób starszych oraz określenie kierunków działań mających na celu przeciwdziałanie wybranym problemom zdrowotnym w województwie mazowieckim.

IV. Adresaci Programu Polityki Senioralnej

Polityka senioralna dotyczy bezpośrednio co czwartego mieszkańca Mazowsza. Jej adresatem są również rodziny osób starszych i ich opiekunowie nieformalni, a pośrednio również ogół mieszkańców makroregionu oraz instytucje, które tworzą usługi na rzecz osób starszych.

Adresatami Programu Polityki Senioralnej są:

1. Wszyscy mieszkańcy województwa, w kontekście działań promujących tematykę pomyślnego i zdrowego starzenia się (succesful ageing, healthy ageing), sytuacji rodzinnej osób starszych, dialogu międzykulturowego, roli i miejsca osób starszych w rodzinach.
2. Osoby w wieku przedemerytalnym (50-64 lata), aktywne lub bierne zawodowo, które niebawem wejdą w okres starości.
3. Osoby samodzielne lub częściowo niesamodzielne w wieku 65+, które są adresatem działań aktywizujących społecznie i zawodowo.
4. Osoby o znacznie ograniczonej samodzielności w wieku 65+, które wymagają usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania oraz specjalistycznego wsparcia, a także osoby w wieku podeszłym (85+), wymagające opieki całodobowej.
5. Opiekunowie niesamodzielnych osób starszych, formalni (pracownicy instytucji pomocowych) i nieformalni (rodzina i najbliżsi).
6. Pracownicy instytucji pomocy społecznej oraz instytucji realizujących inne polityki społeczne i rozwojowe w województwie, organizacje pozarządowe, związki wyznaniowe, sieci wsparcia, wolontariusze.

Program Polityki Senioralnej szczególnie koncentruje się na potrzebach trzech grup:

- osobach starszych pragnących zachować samodzielność i aktywność, by zapewnić im dostęp do rynku pracy, edukacji, udziału w życiu społecznym, obywatelskim, kulturalnym i sportowym, a także zwiększyć kompetencje cyfrowe;
- osobach niesamodzielnych, samotnych, wykluczonych ze względu na niepełnosprawność czy przewlekłe choroby, wymagających specjalistycznych usług opiekuńczych oraz ich opiekunach;
- instytucjach formalnych i nieformalnych zaangażowanych w łańcuch wsparcia seniorów w makroregionie: by poprawić ich współpracę i skuteczność działań na rzecz seniorów.

31,3 proc. – tyle wyniesie odsetek osób 65+ wśród mieszkańców Mazowsza w połowie XXI wieku

V. Cel nadrzędny oraz cele priorytetowe Programu

Cele Programu Polityki Senioralnej powstały na podstawie analizy rezultatów dekady działań na rzecz seniorów na Mazowszu, analiz danych i trendów, wniosków wyciągniętych z sytuacji seniorów podczas pandemii COVID-19 oraz szczegółowych diagnoz potrzeb poszczególnych grup seniorów w makroregionie.

Celem nadrzędnym Programu Polityki Senioralnej, który wynika z europejskich i rządowych strategii na rzecz seniorów, jest stworzenie optymalnych warunków ich uczestnictwa w życiu społecznym poprzez realizację działań i usług dopasowanych do fazy starości, w której się znajdują.

Program Polityki Senioralnej skupia się na trzech celach priorytetowych:

Tabela 9. Cele priorytetowe Programu.

Cel	Opis
Cel priorytetowy I	Poprawa jakości życia osób starszych, zarówno aktywnych jak i wymagających wsparcia i opieki, poprzez utrzymanie ich samodzielności.
Cel priorytetowy II	Zwiększenie dostępności i poprawa jakości usług realizowanych na rzecz seniorów oraz ich opiekunów.
Cel priorytetowy III	Wspieranie procesu deinstytucjonalizacji, poprawa koordynacji działań na rzecz seniorów na Mazowszu oraz rozwój kompetencji pracowników instytucji pomocy społecznej.

WIELOPOZIOMOWA STRUKTURA REALIZACJI CELÓW PROGRAMU

Działania na rzecz seniorów realizuje w regionie wielu interesariuszy. Kluczowe znaczenie ma działalność gmin oraz powiatów, a także organizacji pozarządowych i innych podmiotów społecznych. Dlatego w planowaniu i realizacji działań w każdym z celów szczegółowych podkreślana jest perspektywa wielosektorowa i perspektywa usług społecznych.

VI. Szczegółowe cele Programu

Cele priorytetowe (CP) będą wdrażane przez realizację 12 celów szczegółowych (CS). Są one kontynuacją celów określonych w poprzednim programie polityki senioralnej. Niektóre z celów zostały rozszerzone po analizie sytuacji społecznej seniorów na Mazowszu oraz w związku z koniecznością uwzględnienia nowych trendów w podejściu do realizacji polityki społecznej w makroregionie.

Tabela 10. Szczegółowe cele Programu.

Cel priorytetowy	Cele szczegółowe
Cel priorytetowy I	**CS1.** Zwiększenie działań aktywizujących seniorów społecznie i zawodowo. **CS2.** Propagowanie zdrowego stylu życia osób starszych. **CS3.** Rozwijanie różnego rodzaju form edukacji seniorów. **CS4**. Kształtowanie przestrzeni publicznej przyjaznej seniorom.
Cel priorytetowy II	**CS 5.** Zwiększenie zakresu i dostępności środowiskowych usług społecznych. **CS 6.** Zwiększenie dostępu do usług opieki całodobowej oraz placówek półstacjonarnych i dziennych. **CS 7.** Rozwijanie programów wsparcia dla seniorów z wykorzystaniem technik teleinformatycznych. **CS 8.** Wspieranie opiekunów nieformalnych osób starszych.
Cel priorytetowy III	**CS 9.** Zwiększenie udziału seniorów w tworzeniu i realizacji polityki senioralnej. **CS 10.** Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji usług zorientowanych na pomoc seniorom. **CS 11.** Poprawa koordynacji realizacji polityki senioralnej w województwie. **CS 12.** Rozwijanie kompetencji pracowników kadr pomocy społecznej i wolontariatu zaangażowanych w działania na rzecz seniorów.

Na taką część procesów związanych ze starością i starzeniem się można wywierać wpływ i kształtować je, by życie w wieku podeszłym było zdrowsze i szczęśliwsze

VII. Oczekiwane rezultaty Programu

Oczekiwany rezultat Programu Polityki Senioralnej to zapewnienie osobom starszym w makroregionie wysokiej jakości życia pomimo negatywnych trendów demograficznych i zagrożeń w otoczeniu gospodarczym i społecznym.

Dziesięć najbardziej istotnych zakładanych efektów zaplanowanych działań:

1. Zwiększenie znaczenia perspektywy senioralnej, dotyczącej 1/4 mieszkańców Mazowsza, we wszystkich politykach publicznych realizowanych w województwie.
2. Zwiększenie aktywności społecznej i zawodowej seniorów dzięki większej liczbie i zakresowi działań.
3. Poprawa opieki nad osobami niesamodzielnymi, których będzie przybywać, przez zwiększenie zakresu i form działań.
4. Dostrzeżenie opiekunów nieformalnych osób starszych jako ważnej grupy adresatów programu i objęcie ich działaniami edukacyjnymi i wsparciem.
5. Poprawa zdrowia i samopoczucia seniorów dzięki zwiększeniu świadomości zdrowotnej seniorów, rozwojowi profilaktyki zdrowotnej i programów prozdrowotnych.
6. Wprowadzenie nowych, innowacyjnych usług społecznych w zakresie aktywizacji i wsparcia seniorów, wykorzystujących technologie cyfrowe.
7. Zwiększenie wpływu seniorów na działalność gremiów kształtujących lokalnie politykę senioralną (gminne i powiatowe rady seniorów).
8. Poprawa informacji o dostępnych dla osób starszych usługach w makroregionie.
9. Poprawa koordynacji działań pomiędzy podmiotami tworzącymi usługi społeczne dla seniorów.
10. Rozwój wolontariatu, zwiększenie aktywności społecznej i obywatelskiej na rzecz seniorów.

PODMIOT KOORDYNUJĄCY REALIZACJĘ PROGRAMU

Realizacja działań Samorządu Województwa Mazowieckiego w zakresie polityki senioralnej jako części polityki społecznej leży w kompetencjach Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej (ROPS).

Taki odsetek fundacji i stowarzyszeń zarejestrowanych w Polsce deklaruje działania na rzecz seniorów (2021)

VIII. Mierniki efektywności Programu i monitoring

Realizacja Programu Polityki Senioralnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2026 powinna być monitorowana w oparciu o zaproponowane wskaźniki, a proces wdrażania i efekty powinny być poddane ewaluacji po zakończeniu programu.

Realizacja zaplanowanych w Programie celów będzie mierzona w oparciu o zestaw wskaźników, odnoszących się do celów szczegółowych. Wskaźniki te zostały określone na podstawie danych uzyskanych głównie z oceny zasobów pomocy społecznej i sprawozdań jednorazowych w systemie CAS MRiPS. Wskaźniki ujęte są w perspektywie wyjściowej (rok 2021) i docelowej (na rok 2026).

Tabela 11. Wskaźnik nr 1 przypisany do celu szczegółowego 1.

Wyszczególnienie	Opis
Cel szczegółowy	CS1. Zwiększenie działań aktywizujących seniorów społecznie i zawodowo
Nazwa wskaźnika	1. Liczba klubów i miejsc spotkań seniorów w makroregionie 2. Dofinansowanie wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego powyżej 60 roku życia
Źródło	1. Ocena zasobów pomocy społecznej województwa mazowieckiego 2. Statystyka rynku pracy województwa mazowieckiego, WUP
Wartość obecna (2021)	1. 650 2. 48
Wartość docelowa (2026)	1. 700 2. 60

Tabela 12. Wskaźnik nr 2 przypisany do celu szczegółowego 2.

Wyszczególnienie	Opis
Cel szczegółowy	CS2. Propagowanie zdrowego stylu życia osób starszych
Nazwa wskaźnika	Liczba programów polityki zdrowotnej oraz działań z zakresu zdrowia publicznego skierowanych do seniorów w województwie mazowieckim
Źródło	Dane własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM
Wartość obecna (2021)	6
Wartość docelowa (2026)	Nie mniej niż 5 programów polityki zdrowotnej oraz działań z zakresu zdrowia publicznego skierowanych do seniorów rocznie

Tabela 13. Wskaźnik nr 3 przypisany do celu szczegółowego 3.

Wyszczególnienie	Opis
Cel szczegółowy	CS3. Rozwijanie różnego rodzaju form edukacji seniorów.
Nazwa wskaźnika	Liczba uniwersytetów trzeciego wieku w makroregionie
Źródło	Dane na podstawie informacji z Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku
Wartość obecna (2021)	87
Wartość docelowa (2026)	90

Tabela 14. Wskaźnik nr 4 przypisany do celu szczegółowego 4.

Wyszczególnienie	Opis
Cel szczegółowy	CS4. Kształtowanie przestrzeni publicznej przyjaznej seniorom
Nazwa wskaźnika	Liczba zadań publicznych z zakresu polityki senioralnej powierzonych w otwartych konkursach ofert podmiotom zewnętrznym
Źródło	Sprawozdanie z realizacji rocznego programu współpracy Województwa Mazowieckiego z organizacjami pozarządowymi
Wartość obecna (2021)	2
Wartość docelowa (2026)	Co najmniej 2 realizowane zadania w roku

Tabela 15. Wskaźnik nr 5 przypisany do celu szczegółowego 5.

Wyszczególnienie	Opis
Cel szczegółowy	CS5. Zwiększenie zakresu i dostępności środowiskowych usług społecznych

Wyszczególnienie	Opis
Nazwa wskaźnika	1. Liczba osób korzystających z usług opiekuńczych 2. Liczba OPS realizujących usługi opiekuńcze
Źródło	Ocena zasobów pomocy społecznej województwa mazowieckiego
Wartość obecna (2021)	1. 14 531 2. 285
Wartość docelowa (2026)	1. 18 500 2. 331

Tabela 16. Wskaźnik nr 6 przypisany do celu szczegółowego 6.

Wyszczególnienie	Opis
Cel szczegółowy	CS6. Zwiększenie dostępu do usług opieki całodobowej oraz placówek półstacjonarnych i dziennych.
Nazwa wskaźnika	1. Liczba domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku 2. Liczba dziennych domów pomocy 3. Liczba mieszkań chronionych
Źródło	Ocena zasobów pomocy społecznej województwa mazowieckiego
Wartość obecna (2021)	1. 34 2. 54 3. 51
Wartość docelowa (2026)	1. 35 2. 60 3. 70

Tabela 17. Wskaźnik nr 7 przypisany do celu szczegółowego 7.

Wyszczególnienie	Opis
Cel szczegółowy	CS7. Rozwijanie programów wsparcia dla seniorów z wykorzystaniem technik teleinformatycznych
Nazwa wskaźnika	Liczba gmin realizujących teleopiekę w makroregionie
Źródło	Dane własne MCPS na podstawie sprawozdania jednorazowego w systemie Centralnej Aplikacji Statystycznej MRiPS
Wartość obecna (2021)	28

Wyszczególnienie	Opis
Wartość docelowa (2026)	Wzrost do poziomu nie mniejszego niż 40

Tabela 18. Wskaźnik nr 8 przypisany do celu szczegółowego 8.

Wyszczególnienie	Opis
Cel szczegółowy	CS8. Wspieranie opiekunów nieformalnych osób starszych
Nazwa wskaźnika	Liczba osób objętych opieką wytchnieniową
Źródło	Dane własne MCPS na podstawie sprawozdania jednorazowego w systemie Centralnej Aplikacji Statystycznej MRiPS
Wartość obecna (2021)	884
Wartość docelowa (2026)	1000

Tabela 19. Wskaźnik nr 9 przypisany do celu szczegółowego 9.

Wyszczególnienie	Opis
Cel szczegółowy	CS9. Zwiększenie udziału seniorów w tworzeniu i realizacji polityki senioralnej
Nazwa wskaźnika	Liczba gminnych rad seniorów na Mazowszu
Źródło	Dane własne MCPS na podstawie sprawozdania jednorazowego w systemie Centralnej Aplikacji Statystycznej MRiPS
Wartość obecna (2021)	49
Wartość docelowa (2026)	55

Tabela 20. Wskaźnik nr 10 przypisany do celu szczegółowego 10.

Wyszczególnienie	Opis
Cel szczegółowy	CS10. Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji usług zorientowanych na pomoc seniorom
Nazwa wskaźnika	1. Liczba CUS w makroregionie 2. Liczba DOM w makroregionie
Źródło	1. Dane własne MCPS na podstawie sprawozdania jednorazowego w systemie Centralnej Aplikacji Statystycznej MRiPS 2. Dane własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM
Wartość obecna (2021)	1. 10

Wyszczególnienie	Opis
	2. 0
Wartość docelowa (2026)	1. 30 2. 5

Tabela 21. Wskaźnik nr 11 przypisany do celu szczegółowego 11.

Wyszczególnienie	Opis
Cel szczegółowy	CS11. Poprawa koordynacji realizacji polityki senioralnej w województwie
Nazwa wskaźnika	Liczba uczestników wydarzeń organizowanych przez samorząd województwa.
Źródło	Dane własne MCPS – m.in. uczestnicy Sejmiku Senioralnego
Wartość obecna (2021)	440
Wartość docelowa (2026)	500

Tabela 22. Wskaźnik nr 12 przypisany do Celu szczegółowego 12.

Wyszczególnienie	Opis
Cel szczegółowy	CS12. Rozwijanie kompetencji pracowników kadr pomocy społecznej i wolontariatu zaangażowanych w działania na rzecz seniorów
Nazwa wskaźnika	1. Liczba szkoleń dla pracowników jednostek pomocy społecznej z zakresu polityki senioralnej 2. Liczba wolontariuszy współpracujących z OPS w makroregionie
Źródło	Dane własne MCPS na podstawie sprawozdania jednorazowego w systemie Centralnej Aplikacji Statystycznej MRiPS
Wartość obecna (2021)	1. 4 szkolenia 2. 2 493 wolontariuszy
Wartość docelowa (2026)	1. Co najmniej 3 szkolenia w roku 2. 3 000 wolontariuszy

Program Polityki Senioralnej będzie monitorowany przez MCPS corocznie w zakresie realizacji działań wykonywanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego –

w oparciu o przyjęte wskaźniki efektywności oraz inne dostępne formy pozyskiwania informacji zwrotnej od beneficjentów działań (podmioty reprezentujące seniorów) i podmiotów współpracujących przy tworzeniu Programu.

Na zakończenie realizacji Programu powinna zostać przeprowadzona ewaluacja ex-post (ewaluacją zewnętrzna), w oparciu o przyjęte wskaźniki efektywności, analizę zmian sytuacji i trendów w makroregionie w badanym okresie oraz badanie opinii pracowników instytucji pomocy społecznej w powiatach i gminach. Elementem ewaluacji powinny być również badania obejmujące jednostki pomocy społecznej w powiatach i gminach, podmioty reprezentujące sektory zaangażowane w działania na rzecz seniorów oraz gremia reprezentujące seniorów (m.in. powiatowe i gminne rady seniorów).

IX. Finansowanie Programu

Wojewódzki Program Polityki Senioralnej wskazuje cele i priorytety, pozostawiając realizatorom na wszystkich polach przestrzeń do wyboru szczegółowych metod ich osiągnięcia. Taki charakter dokumentów o charakterze programowym jest adekwatny w obszarach takich jak pomoc społeczna, w których niezbędne jest szybkie i elastyczne reagowanie. Sprawdza się również w działaniach, w które zaangażowane jest wiele podmiotów.

Dlatego też finansowanie Programu będzie się odbywać na zasadzie dywersyfikacji źródeł finansowania, polegającej na łączeniu środków:

- budżetu państwa,
- własnych samorządu województwa,
- własnych jednostek samorządu terytorialnego,
- funduszy Unii Europejskiej.

Wśród ulokowanych poza samorządem terytorialnym, ale dostępnych dla władz lokalnych i organizacji pozarządowych, źródeł finansowania polityki senioralnej wykorzystane mogą być fundusze pochodzące m.in. z:

- Programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych ,,Aktywni+” na lata 2021–2025;
- Rządowego programu wieloletniego "Senior+" na lata 2021–2025;
- Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON);
- Funduszu Pracy.

Źródłem współfinansowania zadań wynikających z Programu mogą być również inne źródła, takie jak: środki pracodawców zatrudniających osoby starsze, darowizny od podmiotów gospodarczych dla organizacji pozarządowych, środki ze zbiórek publicznych itd. Zakres podjętych działań uzależniony będzie od dostępności środków finansowych na ich realizację.

ROZDZIAŁ III

DIAGNOZA POTRZEB OSÓB STARSZYCH NA MAZOWSZU

Punktem wyjścia do przygotowania założeń Wojewódzkiego Programu Polityki Senioralnej na lata 2022–2026 była diagnoza sytuacji i potrzeb osób starszych oparta na analizie danych statystycznych, badań, a także ewaluacji poprzednio obowiązującego programu polityki senioralnej oraz przeglądzie trendów i dobrych praktyk w polityce społecznej.

1. Analiza sytuacji mieszkańców Mazowsza obejmuje kluczowe aspekty dla jakości ich życia oraz funkcjonowania polityki senioralnej:

- Demografia i trendy demograficzne
- Sytuacja gospodarstw domowych seniorów
- Sytuacja materialna seniorów i aktywność ekonomiczna
- Sytuacja osób starszych na rynku pracy
- Diagnoza zdrowia psychicznego i fizycznego
- Aktywność osób starszych
- Kompetencje cyfrowe i wykluczenie cyfrowe
- Sytuacja seniorów niesamodzielnych i wymagających opieki
- Sytuacja osób z chorobami otępiennymi oraz ich opiekunów

2. Osobno zanalizowany został kontekst wpływu pandemii COVID-19 na sytuację seniorów w makroregionie oraz potencjalny wpływ dwóch zjawisk, które mogą mieć wpływ na sytuację seniorów w kolejnych latach: wojny w Ukrainie oraz spadku realnej siły nabywczej seniorów wskutek inflacji i spadku wzrostu gospodarczego.
3. Kolejne elementy składające się na diagnozę to analiza wniosków z ewaluacji Wojewódzkiego Programu Polityki Senioralnej dla województwa mazowieckiego na lata 2019–2021 (pod kątem efektów realizowanych działań i możliwości ich modyfikacji), a także analiza trendów i podejść do tworzenia efektywnych i skutecznych polityk i usług społecznych.
4. Źródła danych w diagnozie to opracowania i raporty Głównego Urzędu Statystycznego (z uwzględnieniem danych najbardziej aktualnych), statystyki Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej i innych resortów, oceny zasobów pomocy społecznej Województwa Mazowieckiego za rok 2021 i lata poprzednie, raporty i opracowania wskazane w bibliografii zamieszczonej na końcu dokumentu.

I. Seniorzy na Mazowszu – analiza sytuacji

W makroregionie mazowieckim w ciągu ostatniej dekady przybywa seniorów – osoby w wieku 60+ to ponad ¼ populacji. Zmienia się również ich sytuacja i potrzeby. W związku ze zmianami demograficznymi i społecznymi kluczowym wyzwaniem stanie się opieka nad osobami niesamodzielnymi i samotnymi.

DEMOGRAFIA I TRENDY DEMOGRAFICZNE

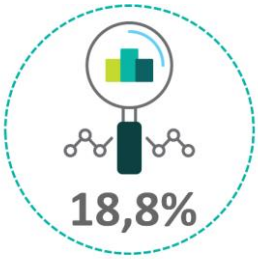
Mieszkańców Mazowsza przybywa, ale populacja województwa starzeje się. Rośnie współczynnik obciążenia demograficznego. Trend ten będzie się w kolejnych latach pogłębiał, co spowoduje wzrost popytu na usługi społeczne dla osób starszych.

5,514 mln	Liczba ludności Mazowsza (2021, wg Spisu Powszechnego)
41,2 lata	Mediana wieku
64,7 proc.	Odsetek ludności mieszkających w miastach
5,4 proc.	Wzrost liczby mieszkańców miast w porównaniu z Spisem Powszechnym 2011
52,1 proc.	Odsetek kobiet w populacji Mazowsza
109	Współczynnik feminizacji (liczba kobiet na 100 mężczyzn)
69/100	Współczynnik obciążenia demograficznego
-3,61	Współczynnik przyrostu naturalnego (2021)
25,2 proc.	Odsetek osób w wieku 60+ w populacji (2020)
18,8 proc.	Odsetek osób w wieku 65+ w populacji (2020) – wskaźnik starości

Według danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2021 r. **Mazowsze zamieszkuje 5,514 mln osób, co stanowi 14,5 proc. ogółu ludności kraju i w stosunku do poprzedniego spisu oznacza największy przyrost w liczbie ludności w województwach** (o 246 tys. mieszkańców więcej). Wzrost ten był wynikiem korzystnych tendencji migracyjnych i przyrostu naturalnego i dotyczył zarówno miast i wsi. W 2021 r. odnotowano spadek liczby mieszkańców, zarówno w miastach, jak i na wsi. Obecnie 2/3 ludności mieszka w miastach, a 1/3 – w Warszawie. Saldo migracji stałej było w 2020 r. regionie dodatnie, ale liczba zgonów przewyższyła liczbę urodzeń. Współczynnik przyrostu naturalnego wyniósł 3,61 proc.

10,2 proc. – tyle wyniesie szacowany wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym w 2050 r. na Mazowszu

Populacja Mazowsza starzeje się, choć nie tak szybko jak w skali kraju. W Polsce co piąty obywatel ma ponad 60 lat. Na Mazowszu osoby w wieku 60+ stanowią już 1/4 populacji, a osoby w wieku 65+ to 18,8 proc. (wskaźnik starości). To o 0,7 proc. więcej seniorów niż w 2018 r. Zwiększyła się także liczba osób w wieku 65 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 0–14 lat. Pogarsza się zatem relacja statystyczna między dziadkami a wnukami**. Z medianą wieku 41,5 lat społeczeństwo Mazowsza jest bardzo stare demograficznie, a według prognoz GUS będzie jeszcze starsze.**



Tyle wyniesie wskaźnik starości, czyli odsetek osób w wieku 60+ w populacji Mazowsza (2020). Osób w wieku 60 lat i więcej jest na Mazowszu **25,2 proc.**

Prognozy demograficzne przewidują wydłużanie się długości życia, choć trend ten osłabiła pandemia COVID-19. W miastach mężczyźni będą dożywali wieku 82,5 lat, kobiety 87,5 lat, na wsi zaś odpowiednio 81,6 i 87,4 lat. Po 2045 r. trwanie życia dla mężczyzn przekroczy barierę 80 lat. **W prognozach dotyczących długości życia województwo mazowieckie zajmuje stosunkowo dobrą pozycję na tle reszty kraju.**

Intensywność procesu starzenia się ludności będzie w Polsce zróżnicowana. Na Mazowszu znaczny wzrost liczby osób starszych w populacji nastąpił w latach 2014–2020 i przyspieszy dopiero po 2035 r., podczas gdy w miastach pozostałych województw tendencja wzrostowa utrzyma się aż do 2050 r. Procesy starzenia będą więc przebiegały w makroregionie z mniejszą intensywnością, ale nadal tak gwałtowna zmiana struktury ludności jest poważnym wyzwaniem. W 2050 r. udział osób starszych w populacji przekroczy 30 proc. na obszarach wiejskich i zbliży się do 35 proc. w miastach. **W 2050 r. liczba osób w wieku 65 lat i więcej będzie stanowiła w miastach 179,3 proc. stanu z 2013 r. i odpowiednio 224,9 proc. na terenach wiejskich. Będzie to poważna zmiana struktury ludności.**

Tyle ma wynieść wskaźnik starzenia podwójnego w 2030 r. w regionie. Więcej niż co czwarty senior będzie miał ponad 80 lat, obecnie jest to **12 proc.**

Wysoki udział w populacji osób w wieku 80 lat i więcej (podwójne starzenie się) jest istotnym wyzwaniem systemowym w kontekście usług opiekuńczych i zdrowotnych. W latach 2017–2020 udział seniorów w wieku 80+ w subpopulacji osób w wieku 60+ kształtował się na poziomie 15–16 proc. Według prognoz za dekadę ma osiągnąć 22,5 proc., w roku 2040 – 26,4 proc., a w kolejnej dekadzie 24,5 proc. **Grupa najstarszych seniorów będzie rosła, zwiększy się zapotrzebowanie na różnego rodzaju potrzeby.**

W ciągu ostatniej dekady mocno wzrósł również współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi, czyli liczba osób starszych (w wieku 65 lat i więcej) przypadająca na 100 osób w wieku 15-64 lat. W 2011 r. wynosił 21,00, od 2017 r. kolejno 25,80; 26,70; 27,70 by w 2020 r. osiągnąć 28,60. **To ważny miernik w kontekście wyzwań społeczno-ekonomicznych, przede wszystkim w kontekście konieczności zapewnienia opieki i wsparcia dla osób starszych.**

Nic nie wskazuje na to, by opisane procesy demograficzne uległy gwałtownej zmianie lub osłabieniu. Malejąca dzietność, starzenie się ludności w wieku produkcyjnym, a także coraz większy udział ludności w wieku emerytalnym to stały, obserwowany od wielu lat trend. Główną przyczyną jest niska dzietność, nie gwarantująca prostej zastępowalności pokoleń, co pogłębia proces starzenia się społeczeństwa. Korzystne zmiany w umieralności w połączeniu ze zmniejszoną dzietnością będą zwiększać liczbę osób starszych w populacji, w tym tych posiadających większe potrzeby i oczekiwania w zakresie usług społecznych, zwłaszcza opiekuńczych. Trendy migracyjne mogą być niewystarczające, by podtrzymać statystyczny wiek populacji. **Szybko rosnąca liczba osób w wieku 60+ oraz 85+ powoduje, że poważnym wyzwaniem staje się system opieki nad osobami niesamodzielnymi i samotnymi oraz ryzyka związane np. ze wzrostem chorób demencyjnych.**

Ponad dwukrotnie zwiększy się na Mazowszu liczba osób w wieku 65+ na terenach wiejskich do 2050 r. O **180 proc.** wzrośnie liczba osób starszych w miastach

2x

GOSPODARSTWA DOMOWE SENIORÓW

W województwie widoczna jest feminizacja i singularyzacja starości. Rośnie liczba seniorów mieszkających samodzielnie (bez dzieci i wnuków) lub samotnie. Oznacza to, że większa liczba seniorów nie może liczyć na wsparcie dzieci i wnuków w przypadku niepełnosprawności, choroby lub ograniczeń samodzielności.

60,6 proc.	Odsetek kobiet w wieku 65+ lat i więcej w populacji seniorów (2020)
66,2 proc.	Odsetek kobiet w wieku 75+ lat i więcej wśród seniorów (2020)
68,5 proc.	Odsetek kobiet w wieku 85+ lat i więcej wśród seniorów (2020)
1/5	Liczba osób starszych żyjących w Polsce samotnie
26,6 proc.	Liczba kobiet w wieku 60+ żyjących samotnie
24 proc.	Odsetek osób starszych żyjących w gospodarstwach wielorodzinnych
47 proc.	Tyle osób w wieku 75+ to wdowy lub wdowcy

Odsetek kobiet w wieku 75+ w populacji makroregionu mazowieckiego. Na jednego seniora w wieku 65 i więcej lat przypadają dwie kobiety (feminizacja starości)

W populacji makroegionu w wieku 65+ kobiety stanowiły 60,6 proc. (2020). W populacji 75+ jest zaś dwa razy więcej kobiet niż mężczyzn. **Przewaga liczebna kobiet – feminizacja starości – zwiększa się wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wieku podeszłego.** Przyczyny to większa umieralność mężczyzn oraz różnice w parametrach trwania życia kobiet i mężczyzn, wynikające z uwarunkowań genetycznych i środowiskowych. **Sytuacja ekonomiczna kobiet w starszym wieku jest z reguły mniej korzystna niż mężczyzn – to sprawia, że grupa samotnych, starszych kobiet jest szczególnie narażona na samotność i ubóstwo.**

Kolejną cechą charakteryzującą starość w Polsce i na Mazowszu jest jej singularyzacja, czyli prowadzenie jednoosobowych gospodarstw domowych przez osoby w wieku 60 lat i więcej. Wyniki badania PolSenior2 potwierdzają zjawisko singularyzacji, czyli samotnego zamieszkiwania osób należących do starszego pokolenia. Tak żyje co piąta osoba starsza, przy czym częściej są to kobiety (26,6 proc.) niż mężczyźni (10,9 proc.). Podobną skalę samodzielnego zamieszkiwania seniorów (22 proc.) wskazują badania CBOS (2019).

Co czwarta osoba w wieku 60 lat i więcej to wdowiec lub wdowa, w przypadku osób w wieku 75+ to prawie połowa (47 proc.). Ponad połowa ogółu badanych po 60. roku życia (54 proc.) mieszka z jedną osobą. Prawdopodobnie są to małżeństwa w starszym wieku bądź rodzic z dorosłym dzieckiem. **Jedynie 24 proc. osób starszych mieszka w wieloosobowych gospodarstwach domowych.**

Taka liczba seniorów mieszka samotnie (singularyzacja starości). Samotne gospodarstwa domowe zdecydowanie częściej prowadzą kobiety niż mężczyźni

1/5

Różne badania wskazują, że seniorzy coraz częściej żyją w mniejszych rodzinach lub samotnie. Już Spis Powszechny z 2011 r. wskazywał, że w województwie mazowieckim gospodarstwa jednoosobowe stanowiły 27,4 proc. gospodarstw w makroregionie ogółem. W gospodarstwach takich, zarówno na wsi jak i w miastach częściej mieszkają osoby starsze niż młodsze (ok. 40 proc.). Krajowe badania spójności GUS (2018) wskazały z kolei, że ok 28 proc. osób w wieku co najmniej 65 lat tworzyła gospodarstwa jednoosobowe. **Około 80 proc. osób starszych żyło w gospodarstwach domowych, których głową (określoną według kryterium ekonomicznego) była osoba w wieku 65+.** Wzrost liczby jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez seniorów to skutek wyludniania się wsi i małych miast, rozluźniania się relacji rodzinnych oraz innych trendów społecznych.

Badanie „Sytuacja społeczna osób w wieku 65+" wskazuje z kolei, że osoby w wieku 65+ mieszkające w miastach, prowadzące jednoosobowe gospodarstwa domowe stanowiły 34 proc., a wśród osób w wieku 80+ tacy seniorzy stanowią 50 proc. Według badań CBOS, ponad 50 proc. osób po 60 roku życia mieszka z jedną osobą (małżonek lub dorosłe dziecko) tworząc dwuosobowe gospodarstwo domowe, a tylko 24 proc. mieszka w wieloosobowych gospodarstwach domowych. Zmniejsza się odsetek osób starszych żyjących w kilkuosobowych gospodarstwach domowych (złożonych z trzech lub większej liczby osób). **Oznacza to przede wszystkim, że coraz więcej seniorów nie może liczyć na wsparcie członków najbliższej rodziny w przypadku choroby lub ograniczeń samodzielności.**

Z OZPS za 2021 r. wynika, że w makroregionie utrzymuje się, pomimo wystąpienia pandemii COVID-19, trwający od dziewięciu lat trend **zmniejszania się liczby osób i rodzin korzystających z pomocy społecznej**. W 2021 r. liczba osób objętych pomocą w porównaniu do 2019 r. zmniejszyła się o 10,2% (spadek z 285 tys. osób do 256 tys.), w tym także spadła liczba osób długotrwale korzystających z pomocy (o 17,7%). Zmniejsza się liczba świadczonych usług opiekuńczych (o 4%) i specjalistycznych (o 4,1%). Liczba specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi spadła o 12,4%).

Taki odsetek osób w wieku 75+ to wdowcy lub wdowy – często mieszkający samodzielnie i samotnie

Szczegółowe wyniki Spisu Powszechnego z 2021 r. w województwie należy wnikliwie zanalizować pod kątem gospodarstw senioralnych i ich potrzeb. W badaniach ewaluacyjnych poprzedniej polityki senioralnej Mazowsza, 76 proc. przedstawicieli instytucji pomocy społecznej wskazało bowiem, że najważniejszym problemem osób starszych jest obecnie samotność, a 72 proc. – że to, czego potrzebują osoby starsze to przede wszystkim towarzystwo. **Osamotnienie, zanik relacji międzyludzkich, poczucie wykluczenia, smutek po usamodzielnieniu się dzieci, stracie bliskich osób, cierpienie z powodu osłabiających się relacji rodzinnych – to istotne cechy współczesnej starości.** Skutkuje to m.in. pogorszeniem zdrowia i kondycji psychicznej.

Istotnym trendem w tym kontekście jest spadek potencjału opiekuńczego rodziny – mniejsza chęć osób najbliższych by zajmować się seniorami w rodzinie i oczekiwania, że obowiązek ten przejmą instytucje publiczne. Rodzi to ryzyko, że wobec braku dostępnej oferty komercyjnej w zakresie usług opiekuńczych, asystentury senioralnej, teleopieki i innych usług społecznych instytucje publiczne staną przed coraz bardziej roszczeniowymi oczekiwaniami osób starszych i ich rodzin. **Można zakładać wzrost presji na zapewnienie przez samorząd wsparcia środowiskowego w postaci odpłatnych i nieodpłatnych usług.**

SYTUACJA MATERIALNA I AKTYWNOŚĆ EKONOMICZNA

Dochody seniorów są zróżnicowane. W strukturze wydatków znaczącą pozycję zajmują wydatki na zdrowie i na leki. Zwraca uwagę duże zadłużenie starszych mieszkańców makroregionu, a także podatność na nieuczciwe zachowania konsumenckie.

85 proc.	Liczba seniorów, dla których głównym źródłem dochodu jest emerytura
16 proc.	Tylu samotnych seniorów ocenia sytuację materialną jako złą (Polska)
8 proc.	Odsetek seniorów określających swoją sytuację materialną jako złą (Polska)
13 proc.	Seniorzy, którzy doświadczyli przynajmniej jednej formy ubóstwa (Polska)
23,9 tys. zł	Średnie zadłużenie kredytem konsumenckim osób w wieku 65+
1,7 tys. zł	Średnie zadłużenie na kartach kredytowych

Sytuacja materialna jest jednym z najważniejszych czynników decydujących o jakości życia. Według badań PolSenior2, choć pogląd o niskich dochodach seniorów jest dość powszechny, nie jest on całkiem zgodny z prawdą. **Dochody osób starszych – także świadczenia społeczne – są znacznie zróżnicowane, i tak jest również na Mazowszu.** Zagrożenie seniorów skrajnym ubóstwem rośnie.

Istotną rolę w samoocenie sytuacji dochodowej seniorów odgrywa wielkość gospodarstwa domowego. W gospodarstwach domowych z osobami młodszymi sytuacja jest na ogół lepsza. Gwałtowne pogorszenie sytuacji materialnej odnotowuje się natomiast w gospodarstwach emerytów i rencistów po śmierci współmałżonka, kiedy dochody ulegają zmniejszeniu, a wydatki stałe, na przykład związane z eksploatacją mieszkania pozostają na niezmienionym poziomie. **Najgorsza jest sytuacja osób mieszkających samotnie i o niskim kapitale społecznym i sieci relacji.**

Najczęstszym źródłem dochodów respondentów były świadczenia społeczne, a zwłaszcza emerytura. Dla 85 proc. seniorów źródło przychodów stanowi świadczenie emerytalne. Według danych GUS, dochody seniorów wzrosły – przeciętna emerytura lub świadczenie rentowe na Mazowszu wynosiło w 2018 r. 2161 zł, podczas gdy w 2021 r. – 2544 zł. **Bardzo wyraźne są dysproporcje w wysokości dochodów mężczyzn i kobiet, skutek braku rzeczywistego równouprawnienia kobiet na rynku pracy i wcześniejszego ustawowego wieku emerytalnego kobiet.**

Średnie zadłużenie seniorów na Mazowszu w 2020 r. jest najwyższe ze wszystkich regionów.

Według badań CBOS (2019), 10 proc. seniorów deklarowało, że ich miesięczne dochody netto przypadające na osobę w gospodarstwie domowym wynoszą do 899 zł, 24 proc. – od 900 zł do 1299 zł, 29 proc. – od 1300 zł do 1799 zł. Najniższe deklarowane dochody netto do 899 zł uzyskuje 18 proc. osób w grupie wiekowej 60-64 lata, 7 proc. w grupie 65-74 lata i 5 proc. w grupie 75 lat i więcej. Analiza struktury wydatków gospodarstw senioralnych wskazuje, że gospodarstwa domowe, w skład których wchodziły tylko osoby w wieku 60 lat i więcej w porównaniu z gospodarstwami domowymi osób młodszych, ponosiły wyższe wydatki na żywność i napoje bezalkoholowe, użytkowanie mieszkania lub domu i nośniki energii oraz na zdrowie. **Największa dysproporcja dotyczyła tych ostatnich: wydatki na zdrowie były niemal trzykrotnie wyższe w gospodarstwach seniorów w porównaniu z gospodarstwami osób młodszych.**

W porównaniu do realizowanego w latach 2007–2012 badania PolSenior1 znacząco zwiększył się odsetek zamieszkiwanych przez seniorów gospodarstw domowych wyposażonych w telefon komórkowy, komputer/ laptop i dostęp do Internetu. W dalszym ciągu występuje jednak różnica w wyposażeniu w te sprzęty gospodarstw domowych, na niekorzyść tych znajdujących się na wsi. Według badań PolSenior2, poprawia się wyposażenie gospodarstw domowych osób starszych w artykuły trwałego użytku i sprzęt elektroniczny, ale także zwiększa się częstotliwość używania przez seniorów tych urządzeń. **Niezmiennie znaczne obciążenia budżetu gospodarstw osób starszych stanowią wydatki na sfinansowanie usług zdrowotnych i zakupu lekarstw.**

Według badań ogólnokrajowych, prawie połowa Polaków po 60. roku życia uważa, że ich warunki bytowe są dobre, a 8 proc. ocenia je jako złe. Sytuację materialną ocenia jako średnią blisko połowa seniorów, którzy mieszkają w pojedynkę, a 16 proc. w tej grupie ocenia ją jako złą. Według GUS (2018), 18 proc. osób w wieku co najmniej 65 lat dotknięte było przynajmniej jedną z trzech form ubóstwa: relatywnym ubóstwem dochodowym, ubóstwem warunków życia bądź ubóstwem ocenianym z punktu widzenia nieradzenia sobie z budżetem domowym. Blisko 13 proc. seniorów doświadczało tylko jednej z tych form ubóstwa, przede wszystkim ubóstwa dochodowego. 2 proc. doświadczała wszystkich trzech form ubóstwa. **Sytuację w tym zakresie pogorszyła pandemia, a także gwałtowny wzrost cen w 2022 r.**

Taki odsetek seniorów w skali kraju ocenia swoje warunki bytowe jako złe. Kondycję gospodarstw domowych seniorów mogła pogorszyć pandemia oraz inflacja.

Istotnym zjawiskiem w tym kontekście jest rosnące zadłużenie seniorów na Mazowszu. W 2020 r. przeciętne zadłużenie seniora – kredytobiorcy z tytułu kredytów konsumenckich w wieku 60+ wyniosło w 2020 r. 23,9 tys. zł i było najwyższe w kraju, zaś z tytułu kredytów hipotecznych 123 tys. zł i również było najwyższe w kraju. Również zadłużenie mieszkańców Mazowsza na kartach kredytowych i debetach było najwyższe w kraju i wyniosło średnio 1,7 tys. zł. **Przyczyny zadłużania się emerytów to niewystarczające dochody, zaciąganie kredytów na rzecz młodszych członków rodziny i śmierć współmałżonka.**

Dane BIG InfoMonitor i BIK (2022) wskazują, że sytuacja finansowa osób powyżej 65. roku życia jest najgorsza na tle pozostałych kategorii wiekowych. Kwota zaległości finansowych osób powyżej 65 lat w czerwcu 2022 r. zbliżyła się już do 10,4 mld zł (o ponad 1 mld zł więcej niż w marcu 2020 r.). Średnio na polskiego emeryta przypada niemal 27 tys. zł zaległości. Często osoby starsze nie mają możliwości odkładania większych sum pieniędzy. W przypadku niespodziewanych wydatków chętnie korzystają z kredytów czy pożyczek, nie zawsze zdając sobie sprawę z konsekwencji finansowych swoich decyzji. **Potrzeby finansowe i zdrowotne sprawiają, że osoby starsze sięgają po ryzykowne instrumenty pożyczkowe i padają ofiarą oszustw.** Istotne znaczenie ma w tym kontekście edukacja ekonomiczna oraz ochrona seniorów przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi.

Samotność sprzyja problemom bytowym: taki odsetek seniorów mieszkających samotnie ocenia w skali kraju swoją sytuację jako złą.

Mimo zmniejszania się poziomu ubóstwa w województwie, niskie dochody osób starszych nadal są zatem poważnym wyzwaniem, także w kontekście feminizacji i singularyzacji starości. Kwestia ta wymaga w makroregionie stałych analiz, nie tylko w kontekście skrajnego ubóstwa seniorów w poszczególnych gminach, ale również w kontekście płci, wieku, potrzeb opiekuńczych, samotności i innych czynników. **Identyfikacja osób starszych, których dochody nie pozwalają na zaspokajanie potrzeb bytowych i zdrowotnych jest ważnym zadaniem pomocy społecznej. Nabiera ono większego znaczenia w obliczu wzrostu inflacji i spadku siły nabywczej w gospodarstwach domowych osób starszych.**

AKTYWNOŚĆ SENIORÓW NA RYNKU PRACY

Aktywność zawodowa seniorów jest na Mazowszu znacznie większa niż w skali kraju. Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 60 lat i więcej nieznacznie się zwiększył. Powrotem seniorów na rynek prywatny są w województwie zainteresowani także pracodawcy.

21,6 proc.	Udział osób w wieku poprodukcyjnym w populacji makroregionu
3,8 proc.	Wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym w latach 2011–2021
344 proc.	Wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym, które pracują (2011–2021)
17,4 proc.	Wskaźnik zatrudnienia osób w wielu 60+ (2018)
17,9 proc.	Wskaźnik zatrudnienia osób w wielu 60+ (2020)
85 proc.	Odsetek Polaków nieaktywnych zawodowo po 60 r.ż.
20 proc.	Odsetek osób w wieku 65+ wśród ogółu pracujących

Spis Powszechny z 2021 zwraca uwagę na starzenie się zasobów pracy. Znacznie zwiększył się w ciągu dekady udział ludności w wieku poprodukcyjnym – w skali kraju z 16,9 proc. do 22,3 proc., tj. o ponad 5 p. proc. **Na Mazowszu liczba osób w wieku poprodukcyjnym wyniosła w populacji 21,6 proc. – to wzrost o 3,8 proc. w ciągu dekady.** Powiaty, w których odnotowano największy udział osób w wieku poprodukcyjnym to powiat m. Płock (24,7 proc.), powiat m. st. Warszawa (24,4 proc.), powiat m. Radom (24,0 proc.), powiat sokołowski (23,6 proc.), gostyniński (23,0 proc.) oraz kozienicki (23,0 proc.). Zarazem Spis ujawnił, że **w ciągu dekady trzykrotnie zwiększyło się zatrudnienie w przypadku mężczyzn i kobiet w wieku poprodukcyjnym – seniorzy są zainteresowani podejmowaniem pracy.**

Według Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) w 2020 r. wśród ogółu osób powyżej 50. roku życia osoby aktywne zawodowo (pracujące i bezrobotne) stanowiły 33,7 proc. **Badania wskazują, że w skali Polski aktywność zawodowa osób 60+ jest stosunkowo niewielka, a po 64. roku życia znacznie maleje.** 85 proc. Polaków po 60 roku życia jest nieaktywnych zawodowo (91 proc., w grupie osób w wieku 65–74 lat i 98 proc. w grupie 75 lat i więcej). Spośród 15 proc. osób pracujących po 60 roku życia, 12 proc. pracuje w pełnym wymiarze godzin (z czego 25 proc. w grupie wieku 60–64 lat). 87 proc. osób po 60 roku życia otrzymuje rentę lub emeryturę, w grupie wieku 75+ niemal wszyscy (98 proc.).

Taki jest udział osób w wieku 65+ wśród wszystkich osób aktywnych zawodowo na Mazowszu

20%

O tyle wzrosło zatrudnienie osób w wieku poprodukcyjnym w latach 2011–2021. Seniorzy chcą w różnej formie uczestniczyć w rynku pracy

Na Mazowszu udział osób aktywnych zawodowo w wieku 55–64 i powyżej 65 jest wyższy niż w innych województwach. **W pierwszym kwartale 2019 r. osoby w wieku 65 lat i więcej w województwie mazowieckim stanowiły aż 20 proc. wszystkich osób aktywnych zawodowo.** W IV kwartale udział ten wzrósł do 23,18 proc. Liczba pracujących emerytów w makroregionie nieznacznie wzrosła – z 17,4 proc. w 2018 r do 17,9 proc. w 2020.

Seniorzy są zainteresowani uczestniczeniem w dogodnej dla siebie formie w rynku zatrudnienia. Co trzeci badany w badaniu PolSenior2 w wieku 60–64 lata, co czwarty badany w wieku 65–69 lat i co szósty w wieku 70–74 lat deklaruje zainteresowanie podjęciem pracy. **Najważniejszymi czynnikami wzmagającymi taką gotowość są wyższe wynagrodzenie, praca w niepełnym wymiarze czasu pracy oraz możliwość wykonywania pracy w domu.**

Badanie przeprowadzone w 2021 r. przez UCE RESEARCH i SYNO Poland wskazują, że 37,7 proc. Polaków zamierza pracować zawodowo po osiągnięciu wieku emerytalnego, 30,3 proc. ankietowanych nie ma takich planów, a 32 proc. nie ma jeszcze w tej sprawie zdania. **Wśród czynników determinujących gotowość do kontynuowania pracy w wieku emerytalnym, istotne są wewnętrzna motywacja i możliwości organizacyjne (dostępność odpowiedniej pracy, niskie uciążliwości związane z jej podjęciem etc.).**

Przeszkodą w podejmowaniu pracy, mimo takiej chęci, jest stygmatyzacja ze względu na wiek w firmach, brak wsparcia ze strony współpracowników i przełożonych, przeciążenie pracą, brak możliwości rozwoju, problemy ze zdrowiem czy brak równowagi między pracą a życiem prywatnym. **Seniorzy pragnący uczestniczyć w rynku pracy chcieliby harmonijnie łączyć życie rodzinne i np. czas spędzany z wnukami z pracą, pracując w niepełnym wymiarze i elastycznie.** Z tego punktu widzenia, kluczowe jest dostrzeganie przez pracodawców potencjału seniorów na rynku pracy oraz elastyczne podejście.

Taki odsetek Polaków jest zawodowo nieaktywny po 60 roku życia. Trendy społeczne i potrzeby seniorów zmieniają jednak ten stan

Jak wynika z prognozy GUS, województwo mazowieckie i małopolskie do 2050 r. będą województwami z największym przyrostem osób w wieku poprodukcyjnym (wzrost odpowiednio o 28,7 proc. i 27,6 proc.). To znacznie więcej niż np. województwo śląskie, łódzkie czy opolskie (ok. 10 proc.). Szacowany spadek liczby osób w wieku produkcyjnym dla województwa mazowieckiego wyniesie 10,2 proc. Oznacza to, że Mazowsze wkracza w okres społeczeństwa bardzo starego, które przy mniejszej liczbie osób w wieku produkcyjnym musi utrzymać również znacznie więcej osób starszych niż do tej pory. **Aktywność seniorów na rynku pracy będzie dla wielu z nich sposobem na utrzymanie finansowej niezależności, a jej pobudzanie ma istotne znaczenie społeczne i gospodarcze.**

ZDROWIE, KONDYCJA I SPRAWNOŚĆ SENIORÓW

Mieszkańcy Mazowsza odczuwają trudności w dostępie do opieki zdrowotnej, pozwalającej na dobre zdrowie i samopoczucie. Główne wyzwania to promocja zdrowego trybu życia, dostęp do świadczeń medycznych oraz zdrowie psychiczne. Depresja dotyka nawet co czwartego seniora.

50/53,6	Odsetek mężczyzn / kobiet którzy odwiedzili lekarza w ostatnich 2 miesiącach
68,1/70,3	Odsetek M/K, które wskazały na trudny dostęp do opieki specjalistycznej
40,7/44,7	Odsetek M/K którzy leczyli się w szpitalu w ostatnich 5 latach
56,1/59,6	Odsetek M/K, którzy zastosowali się w pełni do zaleceń lekarza
50 proc.	Liczba osób z niepełnosprawnościami w wieku 80+
25 proc.	Liczba osób w wieku 60+, które doświadczają różnych objawów depresji
18	Liczba poradni geriatrycznych

Jak wynika z przekrojowego badania zdrowia Polaków PolSenior2, **postępująca od początku transformacji ustrojowej poprawa stanu zdrowia polskich seniorów uległa zahamowaniu**. Skróciła się przewidywalna długość życia, nie tylko z powodu pandemii COVID-19, ale również innych przyczyn związanych z kondyncją zdrowotną. Główne zagrożenie życia i zdrowia seniorów nadal stanowią choroby układu krążenia. Zagrożenie życia z tego powodu systematycznie zmniejsza się, ale cały czas jest znacznie większe niż pozostałych w krajach Unii Europejskiej.

Badanie PolSenior2 obala mit, że osoby starsze są najczęstszymi pacjentami lekarzy, a ich częste wizyty u lekarza to strategia radzenia sobie z samotnością. Seniorzy są dużą grupą beneficjentów systemu opieki zdrowotnej, ale jak wynika z badań, **wcale nie są „codziennymi pacjentami" lekarza pierwszego kontaktu. Wskazywana zaś częstotliwość ich wizyt u lekarza (kilka razy w roku) stawia pod znakiem zapytania systematyczne monitorowanie ich stanu zdrowia.**

Ponad połowa kobiet (53,6 proc.) i mężczyzn (50 proc.) odwiedziła swojego lekarza w ostatnich dwóch miesiącach. Zdecydowana większość kobiet (70,1 proc.) i mężczyzn (65,3 proc.) kontaktowała się z lekarzem pierwszego kontaktu kilka razy w roku; a 2–3 razy w miesiącu lub częściej kontaktowało się z lekarzem 14,0 proc. kobiet i 11,8 proc. mężczyzn. Korzystanie z usług lekarza specjalisty w okresie ostatnich 5 lat potwierdziło 68 proc. kobiet i 66 proc. mężczyzn. **Najrzadziej z pomocy specjalisty korzystały osoby w wieku 60–64 lat oraz najstarsze, tj. powyżej 90 roku życia, a także mieszkańcy wsi – częściej zaś mieszkańcy dużych miast.**

Zdecydowana większość – 70,3 proc. kobiet i 68,1 proc. mężczyzn odczuwa **utrudniony dostęp do bezpłatnej opieki specjalistycznej**. Z bezpłatnych zabiegów rehabilitacyjnych w ostatnich 5 latach korzystało 40,9 proc. kobiet i 31,5 proc. mężczyzn. Na trudności w dostępie do bezpłatnych zabiegów rehabilitacyjnych wskazało 72,4 proc. kobiet i 71,4 proc. mężczyzn.

Taki odsetek seniorek ma kontakt z lekarzem zaledwie kilka razy w roku

Otrzymanie skierowania na dowolne badania medyczne w ciągu 5 lat potwierdziło 72,1 proc. kobiet i 68,8 proc. mężczyzn. Skierowanie do szpitala otrzymało zaś 40,7 proc. kobiet i 44,7 proc. mężczyzn. Zdecydowane zadowolenie z opieki medycznej otrzymanej w ostatnich 12 miesiącach wyraziło 17,6 proc. kobiet i 15,5 proc. mężczyzn, większość badanych (62,3 proc. kobiet i 62,8 proc. mężczyzn) była „raczej zadowolona" z tej opieki. Do wszystkich zaleceń lekarzy stosowało się 59,6 proc. kobiet i 56,1 proc. mężczyzn.

Ogólnie badania wskazują, że do profilaktyki zdrowotnej i stanu zdrowia nieco bardziej odpowiedzialnie podchodzą kobiety niż mężczyźni. **Stan zdrowia mężczyzn w wieku senioralnym jest gorszy niż kobiet**, o czym świadczą zarówno wskaźniki dotyczące umieralności, jak również chorobowości hospitalizowanej, ale różnice zmniejszają się wraz z wiekiem (oczekiwane dalsze życie w zdrowiu).

Ogólnie, stan zdrowia starszych Polaków jest lepszy niż głosi obiegowa opinia (PolSenior2). Gorszy dostęp do usług medycznych mają mieszkańcy wsi oraz najstarszych grup wiekowych i to na ich potrzeby należy zwrócić uwagę. Najniższy odsetek osób zadowolonych z systemu opieki medycznej dotyczył mieszkańców dużych miast. Nie zmieniły się zachowania związane z korzystaniem z porad lekarza rodzinnego przez starszych mężczyzn (rzadsze korzystanie, lekceważenie problemów zdrowotnych), co może skutkować zaniedbaniami w stanie ich zdrowia.

10 proc. ludności Polski w wieku 55-74 lata ma problem długotrwałego poważnego ograniczenia z powodów zdrowotnych wykonywania czynności życia codziennego. W przypadku najstarszych seniorów w wieku 85 i więcej lat ponad jedna trzecia (36 proc.) populacji ma poważne ograniczenia w wykonywaniu tych czynności. **Są to osoby potencjalnie potrzebujące pomocy, a ich liczba będzie się radykalnie zwiększać w dalszych latach w wyniku starzenia się społeczeństwa.** Natężenie tego problemu jest w Polsce podobne jak w krajach UE ogółem. Ponad 80 proc. osób w wieku 75 i więcej lat ma długotrwały problem zdrowotny lub chorobę przewlekłą.

Blisko sześciu na dziesięciu seniorów ocenia swój stan zdrowia jako dobry, a czterech na dziesięciu jako przeciętny. Pozostali (3,7 proc. osób w wieku 60 i więcej lat) opisują swój stan zdrowia jako zły. Samoocena stanu zdrowia pogarsza się wraz z wiekiem. Osoby w wieku 70 i więcej lat istotnie gorzej oceniły swoje zdrowie w porównaniu do młodszych seniorów, a najgorszą samoocenę deklarowały osoby w wieku 85–89 lat. Osoby starsze z wykształceniem co najwyżej podstawowym, owdowiałe, z upośledzoną sprawnością funkcjonalną zarówno w zakresie podstawowych, jak i złożonych czynności dnia codziennego gorzej postrzegają swój stan zdrowia. Spośród wszystkich podgrup wyodrębnionych ze względu na stan cywilny panny oceniają swoje zdrowie najlepiej, zaś kawalerowie – najgorzej.

Osoby w wieku 60+ stanowią w Polsce w ostatnich latach ok. 48 proc. wśród ogółu leczonych (ok. 3 mln osób). Co czwarta przyczyna hospitalizacji to choroby układu krążenia, a nowotwory – 16 proc. Kolejne przyczyny to choroby oczu (przede wszystkim zaćma), układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego oraz urazy, zatrucia i w przypadku kobiet choroby układu kostno-stawowego. Dominujące przyczyny zgonów w Polsce to choroby układu krążenia (44,3 proc.) oraz nowotwory złośliwe (24,4 proc. ogółu zgonów). Choroby układu krążenia dominują jako przyczyna zgonu dopiero wśród osób w wieku powyżej 70 lat.

Taki odsetek osób starszych powyżej 80 roku życia doświadcza różnego rodzaju ograniczeń sprawności

Najczęściej leczone przez lekarzy pierwszego kontaktu choroby osób starszych to przede wszystkim choroby układu krążenia, z dominującą w tej grupie chorobą nadciśnieniową. Drugą grupę, o ponad połowę mniej liczną, stanowią choroby układu kostno-stawowego, a kolejne to cukrzyca ogółem, choroba niedokrwienna serca i przewlekłe choroby układu trawiennego. **Zwraca uwagę wysoka pozycja chorób obwodowego układu nerwowego, które są leczone nawet trochę częściej niż przewlekłe choroby układu oddechowego.**

Wyniki przeprowadzonego badania PolSenior2 wskazują na **znaczne rozpowszechnienie zaburzeń poznawczych w populacji geriatrycznej i dowodzą, że opieka nad chorym z otępieniem powinna stać się priorytetowym zadaniem dla sytemu ochrony zdrowia i dla pomocy społecznej w Polsce.** Z racji wieloletniego przebiegu otępienia, postępującego charakteru schorzenia oraz współistniejących z zaburzeniami poznawczymi zaburzeń zachowania i objawów psychotycznych, nasilających się wraz z czasem trwania choroby, opieka nad chorym z demencją należy do najbardziej obciążających. Rodzi to pilną potrzebę wsparcia dla opiekunów rodzinnych poprzez wdrożenie różnorodnych rozwiązań systemowych.

Częstotliwość występowania zaburzeń funkcji poznawczych w populacji osób starszych w Polsce jest wysoka. Średnio co szósta osoba w wieku 60 i więcej lat w Polsce prezentuje deficyt poznawczy w stopniu nasuwającym podejrzenie otępienia. Najczęściej deficyt poznawczy występował u najstarszych, najsłabiej wykształconych seniorów, którzy równocześnie, w codziennej praktyce klinicznej, stanowią populację szczególnie narażoną na opóźnioną diagnozę i leczenie otępienia (PolSenior2).

Liczba geriatrów (ponad 500) i łóżek geriatrycznych (ok. 900) w Polsce są kilku-, a nawet kilkunastokrotnie niższe niż w innych krajach europejskich. Szacuje się, że 30 proc. populacji w wieku 65 i więcej lat wymaga opieki geriatrycznej, a każdy specjalista geriatrii może mieć pod opieką 700 podopiecznych. Dla spełnienia tych wymogów w Polsce obecnie powinno praktykować 3000 geriatrów, a w najbliższej przyszłości około 4500. Za minimum należy uznać osiągnięcie co najmniej średniej europejskiej, czyli 2,5 lekarzy geriatrów na 100 tys. mieszkańców. Na Mazowszu w 2020 r. było 18 poradni geriatrycznych i 8 oddziałów geriatrycznych.

Odsetek występowania niepełnosprawności gwałtownie wzrasta w starszych grupach wieku, osiągając 50 proc. u osób powyżej 80. roku życia. Odsetek niepełnosprawnych seniorów i liczba lat przeżytych w niepełnosprawności są w Polsce większe w porównaniu z krajami Europy Zachodniej. Wśród osób starszych w Polsce 9,7 proc. wykazywało co najmniej jeden deficyt w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego, a 24,3 proc. zaklasyfikowano jako niesprawne w złożonych czynnościach dnia codziennego. Z wiekiem wzrastał odsetek osób niesprawnych zarówno z niesprawnością umiarkowaną, jak i ciężką. W starszych grupach wieku dochodzi również do rosnącej liczby upadków, często powikłanych złamaniami (PolSenior2).

Na Mazowszu, według OZPS, niepełnosprawność była w 2021 r. powodem uzyskania świadczeń pomocy społecznej przez 33,3 tys. mazowieckich rodzin w 2017 r. było ich 38,7 tys. Osoby z niepełnosprawnościami korzystają m.in. z usług asystentów osób niepełnosprawnych, poradnictwa rodzinnego, dedykowanych programów usług opiekuńczych oraz opieki wytchnieniowej.

Jednym z najważniejszych problemów zdrowia psychicznego seniorów są zaburzenia depresyjne, które stwierdzono również w badaniach na Mazowszu. Badania PolSenior1 wykazały obecność objawów depresyjnych u co czwartej osoby w wieku 65–79 lat i co trzeciej w wieku 80 i więcej lat, w tym częściej u kobiet. W badaniu PolSenior2 widoczny jest wyraźny związek objawów depresyjnych z wykształceniem, stanem cywilnym, rodzajem wykonywanej pracy, sytuacją materialną i miejscem zamieszkania. Najwyższe średnie wartości stwierdzono na obszarach wiejskich, co każe przypuszczać, że większe wskaźniki depresji są konsekwencją gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej na wsi w porównaniu z miastami.

Objawy depresyjne w populacji osób starszych w Polsce występują u prawie co czwartego seniora, a ich częstość narasta wraz z wiekiem. Wiążą się one z istotnym upośledzeniem funkcjonowania społecznego oraz gorszym stanem zdrowia psychicznego i fizycznego seniorów, a także z obciążeniami takimi jak cukrzyca, przewlekły ból, przebyty udar, deficyt funkcji poznawczych, niski poziom sprawności funkcjonalnej. Występowaniu objawów depresyjnych sprzyjają: płeć żeńska, zła sytuacja materialna, niski status wykształcenia, zamieszkiwanie na wsi, zapotrzebowanie na pomoc osób drugich i poczucie osamotnienia.

Kluczową dla polityki senioralnej kwestią jest odpowiedź na pytanie jak zmienia się kondycja zdrowotna i sprawność funkcjonalna osób starszych na Mazowszu wraz z wydłużaniem się życia. Istotne znaczenie w tym kontekście ma nie tylko dostęp do leczenia i rehabilitacji, ale również profilaktyka zdrowego starzenia się i badania przesiewowe, pozwalające odpowiednio wcześnie wykryć groźne dla zdrowia i życia schorzenia.

Odsetek osób w wieku 75 lat i więcej, które mają długotrwały problem zdrowotny lub chorobę przewlekłą

AKTYWNOŚĆ OSÓB STARSZYCH

W ciągu dekady systematycznych działań na rzecz seniorów znacznie rozwinęły się na Mazowszu różne formy aktywności seniorów. Oferta czasu wolnego dla osób starszych jest jednak znacznie bardziej dostępna i rozbudowana w miastach niż na terenach wiejskich.

22 proc.	Tyle osób w wieku 60-69 lat zadeklarowało, że nie ma żadnych obowiązków
650	Liczba klubów seniora i miejsc aktywizacji seniorów (2021)
72,1 proc.	Tylu seniorów deklaruje krótkie spacery co najmniej raz w tygodniu
74,7 proc.	Odsetek seniorów, którzy nigdy nie podejmują aktywności sportowej
ok. 70	Liczba uniwersytetów trzeciego wieku (2022)
ok. 60	Liczba gminnych rad seniorów (2022)

Osoby starsze dysponują dużą ilością wolnego czasu. Wśród osób w wieku 60–69 lat blisko 22 proc. zadeklarowało, że nie ma żadnych obowiązków codziennych. Wśród 70-latków odsetek ten wyniósł 28 proc., podczas gdy w grupie osób w wieku 80 lat i więcej – blisko 44 proc. **Z tej perspektywy istotna jest oferta spędzania czasu wolnego oraz aktywizacja seniorów, by utrzymać ich zaangażowanie społeczne i sprawność.**

Aktywizacja seniorów oraz rozwinięcie oferty czasu wolnego przez gminy i powiaty jest jednym z najbardziej widocznych efektów działań podejmowanych przez samorządy. Są one realizowane m.in. przez ponad 650 klubów seniora i innych miejsc spotkań dla seniorów (niesformalizowanych) monitorowanych w ramach OZPS (Ocena Zasobów Polityki Społecznej), a także w ramach działań własnych samorządów, organizacji pozarządowych, sieci społecznych, grup zainteresowań, sektora prywatnego itd. Są one również wspierane przez programy samorządu województwa. W ramach programu wojewódzkiego na lata 2014-2020 na Mazowszu realizowanych było ok. 140 inicjatyw, aktywizujących i wspierających osoby 60+.

Z Badania spójności społecznej GUS (2018) wynika, że spośród różnych form spędzania czasu wolnego **polscy seniorzy najczęściej wybierali zajęcia bierne, realizowane w domu** (oglądanie telewizji – 92 proc., prasa 68,1 proc., książki – raz w tygodniu czytało je 27,7 proc. osób starszych). Z zajęć odbywających się poza domem seniorzy preferują chodzenie na spacery oraz odpoczynek na świeżym powietrzu (np. na działce). Odsetek seniorów uprawiających tego typu aktywność przynajmniej raz w tygodniu wyniósł 55,1 proc. Raz w tygodniu lub częściej sport uprawiało 12,2 proc. osób w wieku 60 lat i więcej. 74,7 proc. seniorów nie uprawia sportu nigdy albo prawie nigdy.

Osoby starsze w Polsce rzadko uczestniczą w typowych sportowych formach aktywności fizycznej. Najczęściej deklarowanymi formami praktykowanej aktywności fizycznej były: krótkie spacery w okolicach domu (74,4 proc. seniorów), praca na działce lub w ogrodzie (53,2 proc.), kilkugodzinne spacery, piesze wycieczki w dalszej odległości od domu lub miejsca pobytu (37,9 proc.), zbieranie grzybów w lesie (37,7 proc.) i jazda na rowerze (35,0 proc.). Aktywniejsze „sportowo" są osoby mieszkające w miastach oraz osoby z młodszej grupy seniorów (65–74 lata).

Liczba miejsc, w których na terenie Mazowsza spotykają się w różnych celach grupy seniorów

Seniorzy relatywnie często korzystają z oferty kulturalnej centrów kultury, domów i ośrodków kultury oraz klubów i świetlic, a także zrzeszają się. Odsetek osób starszych w ogólnej liczbie uczestników kół, klubów, sekcji w centrach, domach i ośrodkach kultury, klubach i świetlicach jest zróżnicowany regionalnie. W 2020 r. najwyższy udział osób w wieku powyżej 60 roku życia wśród członków kół (klubów, sekcji) odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (53,2 proc.), łódzkim (46,7 proc.) oraz zachodniopomorskim (42,8 proc.), najniższy zaś w województwie dolnośląskim i małopolskim (odpowiednio 23,1 proc. i 29,7 proc.).

Badania GUS wskazują na utrzymujący się, wieloletni trend w zakresie podejmowania pewnych aktywności wśród osób starszych – **od lat największą popularnością wśród osób starszych zarówno na wsi, jak i w mieście, cieszą się kluby seniora**. Na wsi popularne były również zajęcia organizowane przez koła gospodyń wiejskich i inne organizacje społeczne, a wśród seniorów mieszkających w miastach – zajęcia turystyczne i sportowo-rekreacyjne.

W badaniu ewaluacji polityki senioralnej na Mazowszu 64 proc. gmin zadeklarowało, że działa w nich placówka aktywizująca i integrująca seniorów. **Zatem placówek takich brakuje w 1/3 gmin, co utrudnia aktywizację i integrację seniorów.** Ponad 61 proc. gmin wskazało z kolei, że ułatwia dostęp do imprez poprzez organizację ich w UTW lub klubach seniora, transport do placówek, gdzie odbywają się spektakle i wystawy, organizacje wycieczek, wyjazdów etc. 36 proc. badanych wskazało, że w ich gminach rozwija się wolontariat międzygeneracyjny, który wspiera seniorów w organizacji czasu wolnego, co ma istotne znaczenie zarówno dla rozwoju więzi społecznych, jak i dla aktywizacji kulturalnej i fizycznej osób starszych.

Tyle badanych na potrzeby ewaluacji polityki senioralnej gmin na Mazowszu wskazało na brak na ich terenie miejsca aktywizującego seniorów

Istotnym elementem aktywizacji seniorów są **uniwersytety trzeciego wieku** (UTW), które wspierają seniorów nie tylko w zakresie animacji i organizacji czasu wolnego oraz integracji społecznej. Na terenie Mazowsza działa ich ponad 87. Podmioty te mają zróżnicowane formy organizacyjno-prawne, część z nich funkcjonuje w strukturze organizacji pozarządowych, uczelni oraz domów i ośrodków kultury. Zróżnicowana jest również ich aktywność, zarówno pod względem zakresu, jak i częstotliwości.

Liczba uniwersytetów trzeciego wieku na Mazowszu – najwięcej wśród polskich regionów

Istotna jest w tym kontekście również **działalność Rad Seniorów**, organów o charakterze konsultacyjnym, doradczym i inicjatywnym, wspierającym rady gmin, miast, powiatów i samorządów województw. Rady senioralne są istotnym narzędziem partycypacji obywatelskiej i ważnym głosem w tworzeniu lokalnych polityk senioralnych. Ich liczba na Mazowszu wynosi ponad 60 (2022), kolejne są w procesie tworzenia.

Analizy zaangażowania seniorów w województwie w działania kulturalne, społeczne, sportowe i obywatelskie są fragmentaryczne i nie dają pełnego obrazu aktywności senioralnej. **Jak się wydaje, w makroregionie występują znaczne różnice zakresu i dostępności oferty aktywizacyjnej.** Spore znaczenie ma wykluczenie komunikacyjne oraz poziom aktywności środowisk senioralnych. W działania aktywizujące zaangażowana jest relatywnie niewielka grupa seniorów, a punktem wyjścia jest tu wola i zainteresowanie osób starszych.

KORZYSTANIE Z INTERNETU I WYKLUCZENIE CYFROWE

Cyfryzacja zasobów i usług postępuje, a ponad połowa osób w wieku 60+ nie korzysta z Internetu. Cyfrowe wykluczenie ma w Polsce i na Mazowszu twarz seniora, a sprzyjają mu niskie wykształcenie i niskie dochody.

56,6 proc.	Osoby w wieku 60+ niekorzystające z Internetu (PolSenior2)
37/43,2 proc.	Osoby w wieku 65–74 lata korzystające z sieci 2019/2020 (GUS)
91,1 proc.	Osoby w wieku 80+, które nie korzystają z Internetu
53,2 proc.	Osoby w wielu 60–69 lat korzystające z Internetu regularnie
25,9 proc.	Tyle osób starszych używa Internetu do opłat rachunków
39,8 proc.	Tyle osób w wieku 60+ deklaruje chęć kontaktu z lekarzem online
46,4 proc.	Tyle osób w wieku 60+ deklaruje chęć monitoringu swojego zdrowia online

Starzejące się społeczeństwo żyje w świecie, który staje się coraz bardziej cyfrowy. Instytucje i firmy w coraz większym zakresie przenoszą informacje i zasoby do sieci internetowych. Niektóre są już dostępne wyłącznie cyfrowo. **Tymczasem ponad połowa (56,6 proc.) populacji polskich seniorów jest dotknięta wykluczeniem cyfrowym, utożsamianym z nieużywaniem Internetu.** Odsetek osób korzystających z Internetu maleje wraz z wiekiem. Z roku na rok jest on jednak coraz wyższy, zwłaszcza w starszych grupach wieku. W gronie osób w wieku 65–74 lata korzystający z Internetu stanowili w 2020 r. 43,2 proc., wobec 37,0 proc. w roku poprzednim i 21,3 proc. w roku 2015 (GUS).

Wśród ogółu badanych osób w wieku 60+ w badaniu PolSenior2, 56,6 proc. nie korzysta z Internetu, w tym: 91,1 proc. osób w wieku 80 i więcej lat, 69,5 proc. w wieku 70–79 lat i 39,0 proc. w wieku 60–69 lat. **Dane GUS wskazują, że 2/3 najstarszej badanej grupy wieku (65–74 lata) było wykluczone cyfrowo. Nieużywanie komputera/laptopa częściej wynika z braku potrzeby niż z braku umiejętności – to brak potrzeby tworzy „cyfrową przepaść".**

Tyle osób w wieku 60+ w ogóle nie korzysta z Internetu według badania PolSenior2

Główne powody korzystania z Internetu wskazane przez osoby starsze używające tego narzędzia to: wyszukiwanie informacji (55,7 proc.), uzyskanie informacji o służbie zdrowia (48,3 proc.), zakup rzeczy (28,2 proc.), opłacenie rachunków (25,9 proc.).

Kwestia dostępu do technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT) stała się szczególnie mocno widoczna w czasie pandemii, która spowodowała przeniesienie wielu aktywności do przestrzeni wirtualnej (m.in. edukacja, e-recepty, teleporady). Według raportu „Wykluczenie cyfrowe podczas pandemii. Dostęp oraz korzystanie z internetu i komputera w wybranych grupach społecznych", **cyfrowe wykluczenie w Polsce ma twarz seniora, co pandemia pokazała szczególnie mocno**.

Główne przyczyny niekorzystania z internetu, zdiagnozowane przez Urząd Komunikacji Elektronicznej to: brak umiejętności (54,6 proc.), brak potrzeby (47,1 proc.), brak odpowiedniego sprzętu (26,8 proc.) oraz zbyt wysokie koszty dostępu do internetu (18,5 proc.). Natomiast głównymi przyczynami niekorzystania z komputera są: brak umiejętności obsługi (56,9 proc.), brak potrzeby (52,5 proc.), brak dostępu do sprzętu (35,1 proc.), konieczność proszenia innych o pomoc (10,7 proc.).

Odsetek wykluczonych cyfrowo osób w wieku 60+, którzy nie są zainteresowani nauką korzystania z komputera i Internetu

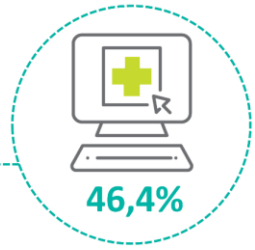
Według badania PolSenior2, kobiety są wykluczone cyfrowo częściej niż mężczyźni (odpowiednio: 59,4 proc. i 52,7 proc.). Około 72,3 proc. seniorów nie jest zainteresowanych nauką podstawowej obsługi komputera / Internetu. Brak tego zainteresowania rośnie istotnie statystycznie wraz z wiekiem. **Z Internetu w sprawach związanych ze zdrowiem nie korzysta blisko dwie trzecie seniorów (65,1 proc.).**

Czynnikiem, który wpływa na fakt korzystania z internetu jest m.in. wykształcenie. W grupie osób w wieku 55–74 lat z niższym wykształceniem niemal 80 proc. osób nigdy nie korzystało z internetu. W grupie seniorów z wyższym wykształceniem takie osoby stanowiły 6 proc. **Seniorzy z wyższym wykształceniem częściej korzystają z Internetu, rzadziej grozi im wykluczenie cyfrowe.** Badania GUS (2020) potwierdzają te obserwacje: wśród osób w wieku 65–74 lat z wykształceniem wyższym odsetek regularnych użytkowników Internetu wyniósł 77 proc., zaś wśród osób z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym 7,7 proc.

Niskie dochody również przyczyniają się do poszerzania kręgu osób wykluczonych cyfrowo. **Osoby starsze zazwyczaj na czwartym miejscu wymieniają jako powód niekorzystania z internetu wysoki koszt.** Na wykluczenie cyfrowe najbardziej narażone są gospodarstwa domowe o najniższych miesięcznych dochodach (poniżej 2500 zł netto). Dominują one wśród wszystkich gospodarstw nieposiadających dostępu do technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT). **Zbyt wysokie koszty sprzętu oraz dostęp stanowią barierę w korzystaniu z internetu w domu zwłaszcza dla gospodarstw domowych w mniejszych miastach i na wsiach.**

Odsetek wykluczonych cyfrowo rośnie istotnie statystycznie wraz z wiekiem. **Osoby starsze, z niższym poziomem wykształcenia, zamieszkujące mniejsze miejscowości rzadziej korzystają z Internetu, co może przyczyniać się do pogłębiania społecznych nierówności w zdrowiu, gdzie część usług staje się cyfrowa.** Co istotne, zainteresowanie możliwością dodatkowego, poza tradycyjnym, kontaktu z lekarzem na odległość deklaruje 39,8 proc., a możliwością dodatkowego monitorowania stanu zdrowia na odległość – 46,4 proc. seniorów.

Tylu seniorów deklaruje w badaniach zainteresowanie możliwością dodatkowego monitoringu stanu zdrowia na odległość



Należy zakładać, że wraz z wchodzeniem w okres starości kolejnych grup wiekowych umiejętności cyfrowe osób w wieku 60+ będą rosły. „Wyspowe" wykluczenie cyfrowe może jednak pogarszać jakość życia wielu seniorów, również ze względu na szybkie zmiany w obszarze technologii, za którymi nie nadążają także osoby w średnim wieku. **Oswojenie technologii cyfrowych ma znaczenie zwłaszcza w kontekście usług teleopieki, monitoringu zdrowia oraz telemedycyny, które będą się w najbliższej przyszłości dynamicznie rozwijać.**

SENIORZY NIESAMODZIELNI I WYMAGAJĄCY OPIEKI

Sprawność i samodzielność seniorów zmniejszają się wraz z wiekiem. Większość seniorów o ograniczonej samodzielności otrzymuje pomoc od najbliższych sieci społecznych. Najbardziej usług opiekuńczych i wsparcia potrzebują osoby samotne w wieku 80+.

10 proc.	Odsetek osób niesamodzielnych w makroregionie wymagających pomocy
14,5 tys.	Liczba osób korzystających ze świadczeń opiekuńczych (2020)
91 proc.	Liczba osób potrzebujących opieki, którym dostarcza jej rodzina i bliscy
80 proc.	Osoby wymagających codziennych usług opiekuńczych (w ogólnej liczbie)

Badania PolSenior2 wskazują, że **zdecydowana większość osób starszych w Polsce jest sprawna w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego**. Zdolność do codziennej samoobsługi oraz prowadzenia gospodarstwa domowego maleje jednak wraz z wiekiem, po 80. roku życia. Osoby nieopuszczające łóżka stanowiły w skali kraju 1,0 proc. populacji seniorów – są one najczęściej osoby w wieku 85–89 lat (4,2 proc.) i 90+ (8,9 proc.).

Odsetek osób w wieku 60+ w ogólnej liczbie korzystających ze świadczeń opiekuńczych w regionie

Na Mazowszu osoby starsze są objęte różnymi formami finansowej i rzeczowej pomocy społecznej, m.in. ze względu na przewlekłe choroby, ubóstwo czy niepełnosprawność. **Z punktu widzenia polityki senioralnej kluczowa jest opieka nad osobami niesamodzielnymi.** Osoby starsze korzystają w makroregionie z oferty domów pomocy społecznej (34), domów dla osób przewlekle i somatycznie chorych (38), a także dziennych domów pomocy (54). Z usług opiekuńczych skorzystało w 2021 r. 14,5 tys. osób – w 2020 r. było ich 15,1 tys. Osoby w wieku 60+ stanowią ponad 81 proc. ogólnej liczby korzystających ze świadczeń opiekuńczych na Mazowszu.

Jak wynika z badania PolSenior2, **wsparcie społeczne (pomoc, opieka, usługi pielęgnacyjne) dla niesamodzielnej osoby starszej realizowana jest głównie przez członków rodziny**. Grupa rodzinna jest głównym ośrodkiem wsparcia i zapleczem opiekuńczo-zabezpieczającym dla osób doświadczających kryzysu niesamodzielności. Wskazało na to w badaniu PolSenior i PolSenior2 odpowiednio 93,5 i 91 proc. seniorów potrzebujących opieki. 9,9 proc. wskazało inną grupę opiekunów nieformalnych, jakimi są sąsiedzi, przyjaciele i znajomi, a 5,7 proc. opiekunki i opiekunów z OPS (PolSenior2). Od 71 proc. do 92 proc. osób starszych wymagających pomocy, otrzymuje ją od sieci społecznego wsparcia co najmniej tak często, jak się tego spodziewa. Znikomy odsetek osób starszych liczy na pomoc ze strony pracowników podmiotów instytucjonalnych.

Na podstawie badania PolSenior2 można zakładać, że **na Mazowszu ok. 10 proc. seniorów wymaga pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego i potrzebują one świadczeń opiekuńczych lub pielęgnacyjnych**. Zapotrzebowanie na pomoc zwiększa samotne zamieszkiwanie. Odsetek kobiet wymagających pomocy jest wyższy niż mężczyzn. Wśród osób bardziej uzależnionych od pomocy widać przewagę mężczyzn. Może to być spowodowane nie tylko niższym poziomem sprawności, ale i czynnikami kulturowymi (mniejsze zaangażowanie starszych mężczyzn w prace domowe, ograniczone umiejętności). Wśród seniorów oczekujących pomocy, 80 proc. wymaga jej stale lub codziennie.

Szacowany odsetek seniorów na Mazowszu, którzy wymagają pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego i potrzebują świadczeń opiekuńczych lub pielęgnacyjnych

Mazowsze ma niewiele mieszkań chronionych wspieranych, przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku lub przewlekle chorych lub niepełnosprawnych, w szczególności fizycznie lub z zaburzeniami psychicznymi, jako alternatywa dla pobytu w placówce opieki całodobowej. W województwie prowadzone jest 68 mieszkań chronionych z 268 miejscami (2020). Liczący 14,5 proc. ludności kraju obszar posiada zatem 6,5 proc. zasobu mieszkań chronionych w kraju. Rozwiązanie to jest praktycznie poza zasięgiem niesamodzielnych seniorów, podobnie jak dostęp do usług asystenckich (asystentura senioralna).

Tyle osób korzysta na Mazowszu z usług opiekuńczych świadczonych przez jednostki pomocy społecznej

Jak wynika z przeglądu badań, w proces opieki nad osobami starszymi o ograniczonej samodzielności zaangażowani są różni członkowie rodziny. **Największy ciężar spoczywa na kobietach należących do pokolenia tworzonego przez dojrzałe dzieci osób sędziwych.** Według badania EUROFAMCARE w Polsce najczęściej opiekunami osób starszych są kobiety w wieku 50-69 lat zajmujące się rodzicami lub teściami. Utrudnia to im radzenie sobie z innymi obowiązkami, a w konsekwencji powoduje wcześniejsze odchodzenie z rynku pracy bądź w przypadku młodych kobiet – odkładanie macierzyństwa lub mniejszą liczbę dzieci.

W badaniu „Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Środowiskowa opieka formalna i nieformalna" opiekunowie nieformalni, wskazywali na konsekwencje natury psychicznej wynikające z nadmiernego obciążenia obowiązkami. Opiekun nieformalny może być narażony na doświadczanie negatywnych zjawisk, do których można zaliczyć, np. wypalenie opiekuńcze, czy „syndrom opiekuna", co w konsekwencji może doprowadzić do pogorszenia jego stanu zdrowia. Najważniejszymi problemami w opinii opiekunów nieformalnych były: brak czasu na opiekę, brak wsparcia innych osób i niedostateczne wsparcie ze strony instytucji.

CHOROBY OTĘPIENNE

W kontekście starzenia się populacji szczególnie istotne są choroby otępienne. Zmiany demograficzne i zdrowotne będą skutkować wzrostem ich liczby, co będzie wyzwaniem dla opiekunów nieformalnych.

ok. 70 tys.	Szacowana liczba osób z chorobami otępiennymi (2021)
ok. 140 tys.	Szacowana liczba osób dotkniętych skutkami – chorzy i opiekunowie
ok. 170 tys.	Prognozowana liczba osób z demencją w 2050
8 proc.	Statystyczne ryzyko wystąpienia demencji w wieku 75-79 lat
22 proc.	Statystyczne ryzyko wystąpienia demencji w wieku 85-89 lat
28/72 proc.	Statystyczne występowanie demencji u mężczyzn/kobiet
90 proc.	Liczba chorych przebywających w domu od diagnozy do śmierci

Choroby otępienne dotyczą głównie osób w wieku 65+, a ryzyko zachorowania na chorobę Alzheimera po ukończeniu 65 roku życia ulega praktycznie podwojeniu z upływem każdych kolejnych pięciu lat. Jak wynika z wieloletnich analiz Alzheimer Europe, statystyczne rozpowszechnienie demencji w wieku 75-79 lat dotyczy w populacji 8 proc. osób, i rośnie wraz z wiekiem osiągając prawie 22 proc. w przedziale 85 – 89 i ponad 40 proc. w wieku powyżej 90 lat. **Występowanie demencji jest przy tym bardziej powszechne w populacji kobiet niż mężczyzn: dotyczy 72 proc. kobiet i 28 proc. mężczyzn. Znaczne różnice na niekorzyść kobiet występują zwłaszcza po 80 roku życia.**

W ciągu ostatniej dekady według badań PolSenior2 **wzrosła w starszej populacji nie tylko częstość podejrzenia otępienia ogółem, ale wzrost ten dotyczył również bardziej zaawansowanych etapów choroby (umiarkowanego i znacznego)**. Wzrost ten obserwowano zwłaszcza w grupie kobiet.

Szacowane ryzyko wystąpienia demencji u osób w wieku 90 lat i więcej

Liczbę osób cierpiących na choroby otępienne w Polsce trudno określić. Według analiz Alzheimer Europe, **jest to 525 tys. – 586 tys. osób (2018)** – 1,38 proc. populacji. Krajowe szacunki osób z demencją w różnych stadiach mówią o 500 tys. – 650 tys. osób, z czego z chorobą Alzheimera 300 – 350 tys. osób. Większość z tych osób jest niezdiagnozowana. **Liczbę osób z chorobami otępiennymi mieszkających na terenie Mazowsza można zatem obliczać na nawet 70 tys. osób.**

Alzheimer Europe przewiduje do 2026 r. wzrost liczby osób z chorobami otępiennymi do 654 tys., z czego większość również będą stanowić kobiety. Według prognoz w 2050 r. na demencję będzie cierpieć już w Polsce 1,07 mln osób, czyli 3,23 populacji, z czego 2/3 będą stanowić kobiety (727 tys.). **Polska wpisuje się tu w szerszy europejski trend, w którym liczba osób z demencją do 2050 r. prawie się podwoi.** Oznacza to ok. 140 tys. osób z chorobami otępiennymi na Mazowszu w 2050 r. Wzrost ten będzie oznaczać **większy popyt na usługi opiekuńcze i wsparcie**. Obecna infrastruktura społeczna, np. dziennych ośrodków wsparcia dla seniorów, nie jest dostępna dla osób zmagających się z chorobami otępiennymi, a specjalistyczne placówki są nieliczne.

Dodatkowym czynnikiem pogłębiającym ryzyko wystąpienia chorób neurodegradacyjnych może być pandemia COVID-19. Według badań przeprowadzonych przez naukowców brytyjskich, konsekwencje neurologiczne przechorowania COVID-19 mogą mieć wpływ na rozwój demencji (2021). Potwierdzenie wyników tych badań może oznaczać znacznie większą liczbę chorych na choroby otępienne w kolejnych dekadach.

Elementem społecznego obrazu chorób otępiennych jest zaangażowanie w chorobę najbliższej rodziny. Zakładając, że w opiekę nad chorymi na AD i inne choroby otępienne – częściową lub całkowitą – zaangażowana jest co najmniej jedna osoba bliska, liczba osób, które mają do czynienia bezpośrednio lub pośrednio z efektem chorób otępiennych **można szacować na około milion osób w całym kraju** (chorzy i opiekunowie). W skali Mazowsza, biorąc pod uwagę rozkład populacji, to ok. 140 tys. osób. To opiekunowie ci – wywodzący się z najbliższej rodziny chorego – ponoszą największy ciężar opieki nad osobami z chorobami otępiennymi.

W Polsce nie zostały przeprowadzone szczegółowe badania dotyczące sposobów opieki nad osobami z chorobami otępiennymi. Według ekspertów gerontologii, ok. 90 proc. polskich chorych na demencję przebywa w domu od zdiagnozowania choroby aż do śmierci. Oznacza to, że **najczęściej opiekunami osób z demencją stają się małżonkowie, osoby również starsze, zbliżone wiekiem do chorych (65+), które same są mniej sprawne i potrzebujące różnego rodzaju wsparcia**.

50 proc. opiekunów nieformalnych poświęca czas na opiekę nad najbliższymi z demencją w wymiarze 10 godzin dziennie, włączając dni wolne. Opieka nad osobą z chorobą Alzheimera oznacza zatem opiekę praktycznie przez 24 godziny na dobę. Diagnoza jest równoznaczna z koniecznością porzucenia pracy i praktycznie całodobowej opieki nad chorym, jeśli jest to współmałżonek lub rodzice / krewni. Dla wielu osób oznacza to koniec zawodowego życia – i w ogóle życia w formie takiej jak wcześniej.

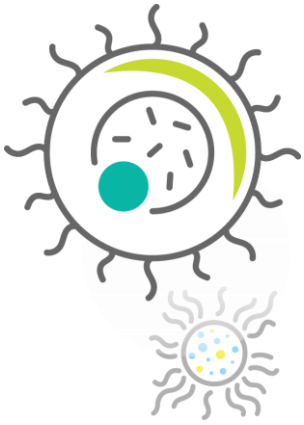
Szacowana możliwa liczba chorych na choroby otępienne (w różnym stadium) oraz ich opiekunów na Mazowszu

II. Kontekst pandemii COVID-19 oraz wojny w Ukrainie

Na sytuację osób starszych silnie wpłynęła pandemia COVID-19. Przez dwa lata seniorzy doświadczali izolacji i wykluczenia, a ich kontakty społeczne i możliwość korzystania z usług społecznych została mocno utrudniona.

Seniorzy ze względu na wiek i stan zdrowia byli najbardziej wrażliwą i narażoną na zachorowanie częścią populacji. Pandemiczne obostrzenia znacznie ograniczyły ich kontakty międzyludzkie i dostęp do usług społecznych. **W czasie pandemii osoby starsze doświadczały wielowymiarowej izolacji i fizycznego dystansu.** Seniorzy obawiali się o swoje życie i zdrowie, a także o życie członków rodziny i najbliższych przyjaciół. Ich kontakty zostały mocno ograniczone, zarówno z najbliższą rodziną, jak i z przyjaciółmi. Doświadczyli wielu ograniczeń w poruszaniu się i możliwości załatwiania swoich spraw, a także poczucia zagubienia, samotności, bezradności, opuszczenia.

Także dla instytucji wsparcia nie był to czas „normalnego", lecz kryzysowego funkcjonowania. Działalność dziennych domów wsparcia, dziennych domów pomocy, kluby seniora, osiedlowych klubów seniora i inne miejsc spotkań dla seniorów została w efekcie lockdownów zawieszona. W efekcie osoby starsze z dnia na dzień utraciły możliwość spotkań z innymi osobami. Zwłaszcza w 2020 r., podczas pierwszego, bardzo rygorystycznego lockdownu, zabronione zostały wszelkie formy aktywności i spotkania, również te na otwartej przestrzeni. Wielotygodniowy brak ruchu i kontaktów spowodował uszczerbek na zdrowiu fizycznym i psychicznym seniorów.



W szczególnie trudnej sytuacji znalazły się osoby przebywające w całodobowych ośrodkach opieki, narażonych na masowe zachorowania. Z badania „Funkcjonowanie domów pomocy społecznej w czasie pandemii" (2021) wynika, że był to trudny okres zarówno dla mieszkańców, jak i dla kadry zatrudnionej w domach pomocy społecznej. Ograniczono możliwość odwiedzin przez rodziny (97,4 proc. placówek) i opuszczania DPS. Około 48 proc. pracowników DPS stwierdziło, że w okresie pandemii musiała poszerzyć swoje obowiązki. Badania w ramach Sektorowej Rady Kompetencji wskazały, że sytuacja zwiększyła poziom stresu i niepewności, i tak już spory w zawodzie pracownika pomocy społecznej (2021). Ujawniła także luki kompetencyjne kadr.

Ponad 60 proc. osób starszych wskazywało na ograniczony dostęp do służby zdrowia w trakcie trwania pandemii. Poczucie zagrożenia i utrudniony dostęp do usług medycznych wzmocniły poczucie samotności i izolacji, odczuwane przez część seniorów także wcześniej, a także lęk przed hospitalizacją i śmiercią. W miejsce ograniczonych usług społecznych pojawiło się niewiele alternatyw takich jak telefon zaufania dla czy wolontariat towarzyszący online, pozwalający na regularny kontakt i wsparcie psychiczne. **Wsparcie instytucji i wolontariuszy zostało w dużej mierze ograniczone do zapewnienia podstawowego bezpieczeństwa socjalnego – pomocy w zakupach żywności i leków.**

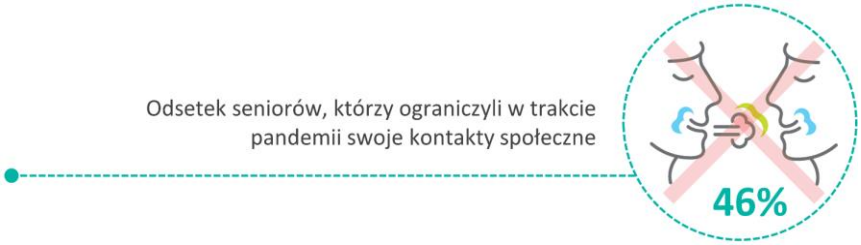
Inne badania wskazały, że kondycja psychiczna 59,5 proc. seniorów znacznie pogorszyła się w czasie pandemii, a 62,8 proc. respondentów ograniczyło aktywność fizyczną. Około 46 proc. seniorów ograniczyło w trakcie pandemii relacje społeczne. Nie przeprowadzono szerszych badań, w jakim stopniu doświadczenie pandemii było traumatyzujące dla osób starszych i jak wpłynęło na ich stan zdrowia (w tym psychicznego), a także badań jakie komplikacje zdrowotne powodują zachorowania na COVID-19. **Należy jednak zakładać, że w obu tych obszarach wystąpią różne negatywne konsekwencje.**

Tylu seniorów wskazało na pogorszenie się ich kondycji psychicznej podczas lockdownu i pandemii COVID-19

Pandemia negatywnie wpłynęła na aktywność społeczną seniorów i zaangażowanie w działalność. W pandemicznym 2020 r. blisko 170 tys. osób powyżej 60 roku życia było członkami różnych kół, klubów lub sekcji – rok wcześniej zanotowano ponad 210 tys. takich osób. Oznacza to, że w skali roku liczba seniorów w tego typu instytucjach zmalała o 19,3 proc. Udział osób starszych w ogólnej liczbie członków kół ukształtował się na poziomie 36,4 proc., podobnie jak rok wcześniej, kiedy to wyniósł 36,6 proc. (GUS).

Poczucie alienacji pogłębiło realne wykluczenie cyfrowe seniorów. Czas pandemii pokazał, jak duże znaczenie mają kompetencje cyfrowe w tej grupie wiekowej. Internet umożliwił przeniesienie części życia społecznego, publicznego, kulturalnego i instytucjonalnego do świata cyfrowego. Nie wszyscy seniorzy mogli jednak z tej możliwości skorzystać zarówno ze względu na brak urządzeń, jak i umiejętności.

W szerszym kontekście, pandemia wskazała na mankamenty i słabości różnych polityk publicznych, w tym polityki edukacyjnej, zdrowotnej, społecznej, a także słabość planowania kryzysowego i tworzenia scenariuszy w instytucjach. Z drugiej strony, podejmowane w tym czasie działania w zakresie wspierania seniorów wzmocniły wolontariat senioralny i wyczuliły opinię publiczne na potrzeby seniorów związane z opieką i zdrowiem. Zwiększyły również świadomość, że jest to grupa wymagająca szczególnej troski, zwłaszcza w przypadku osób niesamodzielnych.



Do czynników, które mogły wywołać dodatkowe stresy i napięcia wśród osób starszych należy zaliczyć również atak Rosji na Ukrainę na początku 2022 r. Części seniorów mogło to przypomnieć wojenne traumy, zmniejszając ich poczucie bezpieczeństwa. Poczucie zagrożenia konfliktem zbrojnym należy do czynników stresogennych. Innym źródłem napięć może być trudniejszy dostęp do specjalistów medycznych ze względu na pojawienie się większej liczby osób starszych z Ukrainy, objętych opieką zdrowotną w Polsce. Ostatnim czynnikiem, który może mieć znaczenie dla kondycji seniorów w trakcie realizacji Programu, jest wzrost inflacji i związany z tym spadek siły nabywczej.

III. Wnioski z realizacji polityki senioralnej w latach 2019–2021

Ewaluacje rezultatów działań prowadzonych w ostatniej dekadzie na Mazowszu dla seniorów wskazują, jakie obszary wsparcia seniorów należy zmodyfikować lub rozszerzyć. Definiują one, jakie obszary powinny być szczególnie objęte uwagą w najbliższych latach.

Dekada 2010–2020 była dla Mazowsza okresem rozwoju gospodarczego i społecznego, poprawy jakości warunków życia, a także dzięki wdrażanym politykom senioralnym – poprawy jakości życia seniorów i **dostrzeżenia osób starszych jako ważnego adresata polityki społecznej**.

Osiągnięciem tego okresu jest rozwój oferty czasu wolnego dla seniorów oraz form aktywizacji, w tym zawodowej. Znacznie mniej udało się osiągnąć w obszarze wsparcia seniorów niesamodzielnych i ich opiekunów, aktywizacji osób nieopuszczających mieszkania czy wzrostu kompetencji cyfrowych.

Szczególne wyzwania wiążą się z sytuacją osób niesamodzielnych i ich opiekunów, sytuacją seniorów samotnych i nieopuszczających domu, którzy są mniej widoczni w przestrzeni publicznej, występowaniem depresji oraz chorób psychicznych. Istotną grupą wymagającą interwencji są osoby we wczesnym stadium chorób otępiennych oraz ich opiekunowie.

Szczegółowe kierunki działań i interwencji:

- W ostatnich latach dostęp oferty kulturalnej i sportowej w gminach znacznie się poprawił, ale jest gorszy na terenach wiejskich. Obszar ten wymaga nadal rozwijania **i tworzenia zachęt dla osób o mniejszej aktywności**.
- **Działania aktywizujące osoby, które nie opuszczają mieszkań** (np. dostarczania do domu książek z biblioteki publicznej, zapewnienie dostępu do treści cyfrowych, transmisje internetowe z gminnych wydarzeń kulturalnych).
- Zwiększenie liczby i zakresu **działań międzypokoleniowych**, zwłaszcza nastawionych na integrację międzypokoleniową oraz liczby usług, inicjatyw i projektów społecznych uwzględniających relacje między generacjami. Silniejsze uwzględnianie perspektywy senioralnej we wszystkich działaniach kulturalnych, sportowych i wydarzeniach organizowanych przez JST.
- Wzmocnienie w działaniach aktywizacyjnych **tematyki prozdrowotnej**, w tym promocji regularnej aktywności fizycznej, właściwego odżywiania się (edukacja żywieniowa), regularnych badań profilaktycznych i regularnego korzystania z podstawowej opieki medycznej. Działania te powinny być w większym stopniu elementem polityki aktywizacyjnej i programów LLL (long-life-learning).
- Stworzenie **programów rehabilitacji** dla osób, które przebyły COVID-19, pozwalających na powrót do sprawności fizycznej, psychicznej i intelektualnej.
- Samorządowe **programy rozwijania świadomości zdrowotnej i życia w zdrowiu**, w tym senioralne, odgrywają ważną rolę w makroregionie i powinny być rozwijane. W działaniach prozdrowotnych potrzebne są rozwiązania skłaniające starsze osoby do regularnych badań i wykrywania chorób przewlekłych (cukrzyca, osteoporoza, choroby otępienne etc.) – zwłaszcza tam, gdzie dostęp jest gorszy i zwłaszcza adresowane do mężczyzn.
- Sytuacja finansowa seniorów powoduje, że gminy i powiaty powinny rozwijać w większym stopniu **systemy ulg i zniżek dla seniorów**, dotyczące m.in. usług finansowanych przez gminy. Działają one obecnie w niewielu gminach.
- Wzmocnienie działań na rzecz **aktywizacji zawodowej**. Potencjał powrotu seniorów na rynek pracy (nawet częściowego) wymaga oferty wsparcia, szkoleń i doradztwa. Działania te powinny być prowadzone w bliskiej współpracy z pracodawcami i kluczowymi lokalnie przedsiębiorstwami, bo wówczas przynoszą najlepsze i trwałe efekty.
- Rozwijanie form **edukacji seniorów i uczenia się przez całe życie**, wzmacnianie organizacyjne uniwersytetów trzeciego wieku i innych form edukacji seniorów poprzez ich dofinansowywanie i usieciowienie.
- Zmniejszanie problemu **osamotnienia seniorów**, zwłaszcza wśród osób powyżej 80. roku życia – uwzględnienie w działaniach osób mieszkających w jednoosobowych gospodarstwach, przede wszystkim owdowiałych kobiet.

- W związku z tym, że gorsza jest **sytuacja psychospołeczna starszych kobiet** niż mężczyzn, należy tworzyć programy psychologicznego wsparcia seniorek (np. stymulowanie kontaktów społecznych seniorki przez asystenta osoby starszej, rozmowy prowadzone z pracownikami telefonów zaufania, jak i zespołowe, np. zajęcia integracyjne i terapeutyczne realizowane w ośrodkach dziennego pobytu dla seniorów, klubach seniora itd.).
- Wraz ze starzeniem się społeczeństwa jednym z największych wyzwań zdrowia publicznego w województwie może stać się **depresja wieku podeszłego**. Wymaga to działań, które mogą poprawić rozpoznawanie i leczenie depresji u osób starszych.
- Nieformalne sieci wsparcia słabną i będą coraz słabsze z powodu demografii. Luki w opiece nad osobami niesamodzielnymi trzeba zastępować **systematyczną pomocą środowiskową**, w oparciu o tworzenie wielosektorowych usług.
- Rozwijanie mieszkań chronionych jako alternatywy dla pobytu w domach pomocy społecznej. Zwiększanie liczby i dostępności **mieszkań chronionych wspomaganych**, które są rozwiązaniem dla seniorów niesamodzielnych – ich rozwój powinien być jednym z istotnych celów Mazowsza w najbliższej dekadzie. Rozwijanie innych form opieki pozainstytucjonalnej, zwłaszcza dziennych.
- Wprowadzenie rozwiązań takich jak asystentura senioralna, regionalna infolinia dla seniorów, program wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi, rozwijanie wsparcia wytchnieniowego.
- Ankiety i ewaluacje potwierdzają potrzebę rozwijania pomocy udzielanej osobom starszym w formie **nieodpłatnych lub przystępnych cenowo usług związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego**.
- W bardzo trudnej sytuacji obciążenia są **opiekunowie osób chorujących na choroby otępienne**, w tym chorobę Alzheimera. Należy tworzyć system ich edukacji, poradnictwa, mentoringu, wsparcia psychologicznego i wytchnieniowego. W oparciu o doświadczenie tych osób można tworzyć nowe formy opieki środowiskowej nad osobami z chorobami otępiennymi (dzienne domy o częściowej odpłatności).
- Należy dążyć do stworzenia zintegrowanego, bardziej dostępnego **systemu opieki** długoterminowej, zwiększenia zatrudnienia w tym sektorze usług oraz rozbudowy infrastruktury. Powinien być to system mieszany, wielosektorowy.
- Poprawa **warunków zamieszkiwania osób starszych w placówkach całodobowych** typu DPS oraz większy nacisk na indywidualizację usług i upodmiotowienie mieszkańców oraz umożliwienie im doświadczania swojego sprawstwa i decyzyjności w kwestiach dotyczących ich codziennego życia np. wyboru posiłku.
- Wprowadzanie do rozwiązań na Mazowszu w większym stopniu **teleopieki**, tworzenie rozwiązań w tym obszarze w wielosektorowych porozumieniach.
- Zwiększenie monitoringu przez pracowników socjalnych jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby 75+, w szczególności osoby samotne czy po hospitalizacji, w celu identyfikacji sytuacji i zapewnienia pomocy.

- Podnoszenie **kompetencji cyfrowych osób starszych**, które chcą je rozwijać. Tworzenie rozwiązań zapewniających seniorom w małych miejscowościach dostęp do sprzętu umożliwiającego korzystanie z Internetu, który będzie nie tylko prosty w obsłudze, ale również ekonomicznie dostępny. Miejscem świadczenia tego typu usług, a także kursów obsługi i korzystania ze sprzętu i z Internetu mogłyby być m.in. świetlice, koła gospodyń wiejskich, biblioteki i inne miejsca publiczne.
- Inne działania **zmniejszające wykluczenie cyfrowe**, np. organizowanie doradztwa IT, spacerów cyfrowych w celu zapoznania seniorów z zasadami obsługi miejskich urządzeń elektronicznych (biletomaty, stacje rowerów miejskich, itp.), wykorzystanie mentoringu seniorów sprawnych cyfrowo, dofinansowania sprzętu komputerowego i dostępu do sieci na preferencyjnych, zniżkowych warunkach itp.
- Intensywniejsze zachęcanie gmin do tworzenia konkursów na miejsca przyjazne seniorom, miejsca bez barier, miejsca dostrzegające seniorów jako grupę społeczną czy konsumencką (**„przestrzeń przyjazna seniorom”**).

Jak wynika z przeprowadzonych analiz, istotne znaczenie dla poprawy efektywności i skuteczności w realizacji Programu miałyby:

- Dążenie do **deinstytucjonalizacji form wsparcia**, rozwijanie kultury sprzyjającej wielosektorowości i tworzeniu nowych, „szytych na miarę” usług społecznych.
- Bardziej precyzyjne adresowanie działań polityki senioralnej **do konkretnych grup seniorów**, biorące pod uwagę specyfikę tych grup (np. opiekunowie nieformalni, osoby niesamodzielne, osoby z chorobami otępiennymi etc.). Do poszczególnych grup adresatów powinny być zaprojektowane konkretne ścieżki interwencji, dopasowane do najważniejszych potrzeb.
- Poprawa **systemu informowania** o polityce senioralnej, przepływu wiedzy oraz **lepsza koordynacja działań na poziomie makroregionu**. Bardziej aktywne informowanie pracowników powiatów i gmin oraz innych interesariuszy o celach Programu i podejmowanych działaniach, większe motywowanie interesariuszy Programu do współpracy i wspólnej realizacji celów.
- Ściślejsza współpraca instytucji regionalnych, powiatowych i gminnych oraz organizacji pozarządowych, PES, sieci wsparcia i innych podmiotów. Stworzenie **platformy promowania dobrych praktyk i wymiany doświadczeń**. Formą mogłaby być np. „giełda dobrych praktyk”, organizacja Mazowieckiego Forum Społecznego ze ścieżką senioralną, wymiana praktyk on-line etc.
- Zachęcanie seniorów do większego **zaangażowania w tworzenie rad seniorów**, UTW oraz innych inicjatyw, zwiększanie zaangażowania innych podmiotów: rozwój wolontariatu, mentoringu i tutoringu seniorów. Wzmocnienie (empowerment) lokalnych środowisk senioralnych i ich liderów, np. przez wdrożenie programu ich wsparcia merytorycznego i mentoringu.

- **Uproszczenie zasad konkursów** dla organizacji pozarządowych, by jak najwięcej takich podmiotów mogło brać udział w realizacji działań na rzecz seniorów. Zwiększanie liczby projektów takich jak „Bony dla seniorów", które aktywizują społeczności lokalne osób starszych do działania.
- Stymulowanie i poszukiwanie nowych rozwiązań instytucjonalnych i technologicznych w opiece nad seniorami, w tym korzystanie z rozwiązań z zakresu nowych technologii – telemonitoring, teleopieka itp., pilotaże, testowanie nowych rozwiązań.

IV. Analiza trendów w zakresie polityki i usług społecznych

Ostatnim elementem Diagnozy jest analiza trendów i podejść do polityki społecznej, polityki senioralnej oraz usług społecznych, które wynikają z europejskich i krajowych polityk wobec seniorów. Powinny one być uwzględnione w realizacji Programu Polityki Senioralnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2026.

1. **Inwestycyjna polityka senioralna** – traktowanie polityki senioralnej jako inwestycji w dobrobyt społeczny, której celem jest poprawa jakości życia osób starszych, i która zwraca się w perspektywie dekady lub w perspektywie międzygeneracyjnej.
2. Włączanie problematyki ludzi starych i starości do jak największej liczby regionalnych polityk publicznych (**tzw. mainstreaming ageing**). Uwzględnianie potrzeb seniorów i specyfiki tej grupy we wszystkich planach, projektach i działaniach publicznych podejmowanych na Mazowszu, horyzontalne i nie zawężające do jednej perspektywy podejście do potrzeb osób starszych.
3. **Deinstytucjonalizacja, decentralizacja i demonopolizacja** – zapewnianie wsparcia nie tylko przez instytucje (np. stacjonarne domy pomocy), ale przede wszystkim przez rozwijanie usług w środowisku lokalnym, świadczonych również przez podmioty nieinstytucjonalne oraz sektor nieformalny (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi). Wzmacnianie roli środowiska lokalnego i społecznych więzi w tworzeniu rozwiązań zapewniających sprawność i wysoką jakość życia seniorów.
4. **Wielosektorowość działań na rzecz seniorów** – realizacja wsparcia społecznego nie tylko przez tradycyjne instytucje pomocy społecznej, ale w koordynacji i w sieci współpracy podmiotów z różnych sektorów: publicznego, prywatnego, pozarządowego, ekonomii społecznej, nieformalnego. Współpraca taka pozwala na lepsze rozpoznanie potrzeb oraz zwiększa skuteczność i jakość interwencji.

5. **Polityka społeczna zorientowana na usługi** – stymulowanie rozwijania nowych usług społecznych, jako jednego z wymiarów oddziaływania nowoczesnego państwa dobrobytu (welfare state). Stymulowanie tworzenia nowych usług społecznych, świadczonych przez podmioty z różnych sektorów, w tym pozarządowy i prywatny.
6. **Indywidualizacja i personalizacja usług** – tworzenie spersonalizowanych usług społecznych (personal social services). Dążenie do oferowania usług „szytych na miarę", dopasowanych do potrzeb konkretnego odbiorcy, oferowanych na zasadzie większego uprawomocnienia odbiorcy (empowerment) i zapewnienia mu możliwości wyboru.
7. **Integracja i koordynacja usług społecznych** – uspójnianie sposobu oferowania wsparcia społecznego, tak by wszystkie usługi były oferowane seniorom kompleksowo. Ułatwianie korzystania z usług społecznych: tworzenia „jednego okienka" i bliższa współpraca instytucji świadczących wsparcie.
8. **Ponadgminna współpraca w tworzeniu usług** – promowanie porozumień gmin i zwiększenia znaczenia ponadgminnej współpracy w rozwiązywaniu problemów społecznych. Tworzenie wspólnych rozwiązań i przedsięwzięć, pozwalających dzięki łączeniu potencjału gmin skuteczniej aktywizować i wspierać seniorów.
9. **Mieszane usługi społeczne (social services mix) i współodpłatność (finance mix)** – Rozwijanie mieszanych form usług społecznych (social welfare mix), dostarczanych przez różnych lokalnych producentów usług. Tworzenie deficytowych usług na zasadzie współodpłatności, np. dziennych domów wsparcia dla osób z demencją, w partnerstwach z innymi podmiotami (np. usługi w oparciu o nowe technologie, z zakresu monitoringu zdrowia i teleopieki).
10. **Usługi społeczne oparte na dowodach naukowych (evidence-based)** – opieranie procesów decyzyjnych dotyczących polityki senioralnej na dowodach naukowych, na podstawie wniosków z badań, analiz, testowania różnych modeli pomocy, rozwiązań organizacyjnych czy regulacji. Nacisk na stosowanie obiektywnej wiedzy, metod badawczych i naukowych, opieranie się na mocnych wnioskach statystycznych i ewaluacjach.
11. **Profesjonalizacja i rozwój kadr pomocy społecznej** – rozwijanie i profesjonalizacja pracowników i kadry zarządzającej instytucji pomocy społecznej. Tworzenie programów rozwoju umiejętności, innowacyjności, współpracy oraz motywowania pracowników i kadr instytucji. Rozwijanie nowych, niezbędnych w sektorze pomocy społecznej zawodów (np. animator, facylitator, organizator społeczności lokalnych, asystent seniora).
12. **Wykorzystywanie nowych technologii i innowacji** – wykorzystanie w tworzeniu rozwiązań i usług społecznych dla seniorów technologii cyfrowych, robotyki, automatyzacji, wspomagających opiekę i monitoring. Monitorowanie sytuacji oraz wprowadzanie w usługach społecznych i zarządzaniu instytucjami nowych rozwiązań, w tym w profilaktyce i poradnictwie (np. chatboty z pomocą psychologiczną, czy stosowanie VR w terapiach depresji i fobii). W ciągu dekady rozwiązania te staną się bardziej powszechne w aktywizacji seniorów i opiece nad nimi.

ROZDZIAŁ IV

PROPOZYCJE KIERUNKÓW DZIAŁAŃ DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDÓW TERYTORIALNYCH I NGO NA MAZOWSZU

Poniższe zestawienie opisuje szczegółowe działania w każdym z trzech priorytetów polityki senioralnej w makroregionie. Wskazuje na kilka najbardziej pilnych i zarazem ważnych zadań w każdym z nich. Działania przypisane są do poszczególnych kierunków interwencji. Pozwala to jasno określić, w jakim ujęciu międzyinstytucjonalnym (partnerzy) powinny być realizowane poszczególne zadania.

CEL PRIORYTETOWY I

Poprawa jakości życia osób starszych, zarówno aktywnych jak i wymagających wsparcia i opieki, poprzez utrzymanie ich samodzielności

Tabela 23. Propozycja działań dla celu priorytetowego I.

Wyszczególnienie	Opis
Cele szczegółowe	**CS1.** Zwiększenie działań aktywizujących seniorów społecznie i zawodowo. **CS2.** Propagowanie zdrowego stylu życia osób starszych. **CS3.** Rozwijanie różnego rodzaju form edukacji seniorów. **CS4.** Kształtowanie przestrzeni publicznej przyjaznej seniorom.
Najważniejsze działania w tym obszarze	1. Rozwijanie u osób 50+ **kompetencji cyfrowych**. 2. Zwiększenie zakresu działań w obszarze **profilaktyki zdrowego trybu życia i godnego starzenia się**. 3. Projektowanie działań aktywizacyjnych adresowanych nie tylko do seniorów pozostających w domu (**„usługi aktywizacyjne dla osób niesamodzielnych z dostawą”**).

Wyszczególnienie	Opis
	4. Stymulowanie tworzenia przez powiaty i gminy, w porozumieniu z organizacjami pracodawców i przedsiębiorstwami, lokalnych „biur karier” i targów ofert pracy, w celu **aktywizacji zawodowej**. 5. Rozwijanie różnych form **edukacji seniorów**, od edukacji w zakresie np. praw konsumenckich, przez wsparcie osób mających potencjał na mentorów i liderów społecznych, po umiejętności poszukiwane dziś na rynku pracy.
Kierunek interwencji: infrastruktura społeczna	● Rozwijanie i zwiększanie dostępności **usług wspierających aktywność seniorów i podnoszących ich komfort życia** (m.in. zajęcia kulturalne, rekreacyjne, sportowe, edukacyjne, wspierające samorozwój, zwiększanie kompetencji cyfrowych). ● **Poprawianie jakości i zakresu informacji na temat oferty aktywizującej i edukacyjnej dla osób starszych** na stronach prowadzonych przez JST, wprowadzenie transmisji online z organizowanych wydarzeń. ● **Rozwijanie działań aktywizujących seniorów zawodowo:** tworzenie w JST senioralnych biur karier, współpraca z sektorem prywatnym w zachęcaniu seniorów do uczestnictwa w rynku pracy. ● **Promocja zdrowego trybu życia**, odżywania się, sportu i rekreacji, dbania o zdrowie psychiczne, zwiększanie dostępu do oferty w tym zakresie, rozwijanie samorządowych programów prozdrowotnych. ● **Rozwijanie usług zwiększających bezpieczeństwo osób starszych, w tym ekonomiczne, fizyczne, cyberbezpieczeństwo.** Działania informacyjne ostrzegające seniorów przed możliwościami oszustw finansowych i nadużyć zaufania. ● **Zwiększenie bezpieczeństwa** seniorów w ruchu drogowym ● **Wspieranie rozwoju usług umożliwiających seniorom prowadzenie niezależnego, samodzielnego życia w swoim środowisku** (m.in. teleopieka, łączenie działań zdrowotnych i społecznych, innowacje, rozwój usług z wykorzystaniem nowoczesnych technologii, usługi sąsiedzkie). ● **Wspieranie rozwoju usług integracji społecznej**, w tym międzypokoleniowej (np. tworzenie domów sąsiedzkich), stymulowanie różnych nowych form integracyjnych.

Wyszczególnienie	Opis
	• **Tworzenie ofert zniżkowych i ulgowych dla seniorów w gminach.** • **Wspieranie dostosowywania infrastruktury i przestrzeni publicznej do potrzeb osób starszych** (np. audyty i standardy dostępności, projektowanie uniwersalne, standardy dostępności w komunikacji publicznej, współpraca z architektami i uczelniami).
Kierunek interwencji: usługi społecznej	• Włączanie działań z zakresu wsparcia aktywności i samodzielności osób starszych w tematykę otwartych konkursów ofert JST. • Wspieranie **tworzenia miejsc świadczenia usług dla osób starszych** (m.in. domów sąsiedzkich, klubów seniora), niekoniecznie tworzonych przez JST (NGO/PES/PS, spółdzielnie socjalne, inne). • Wspieranie we współpracy z pracodawcami **usług społecznych wspomagających seniorów w podjęciu aktywności zawodowej** i uzyskiwaniu dodatkowych dochodów. • Wspieranie **rozwoju wielosektorowych usług społecznych w zakresie promocji zdrowego trybu życia**, programów edukacji zdrowego życia, telediagnostyki, teleopieki itp. • Rozwijanie rynku **mieszkań ze wsparciem dostosowanych do potrzeb osób starszych**, łączących usługi społeczne i zdrowotne, innowacyjne rozwiązania oraz działania profilaktyczne (np. chronionych, wspomaganych, treningowych, socjalnych, komunalnych, TBS).
Kierunek interwencji: aktywność społeczna i obywatelska	• **Kreowanie i wzmacnianie pozytywnego wizerunku osób starszych**, idei solidarności międzypokoleniowej, pobudzanie mieszkańców do zaangażowania na rzecz aktywności seniorów. • **Pobudzanie aktywności społecznej i obywatelskiej osób starszych** (m.in. z uwzględnieniem metody OSL, animacji senioralnej), programy mentoringu i wsparcia dla lokalnych liderów senioralnych. • **Stymulowanie rozwoju NGO/PES/PS działających na rzecz aktywnych osób starszych** (m.in. uniwersytetów trzeciego wieku, klubów seniora). Wspieranie tych podmiotów w zakresie wiedzy i kompetencji zarządczych i rozwojowych.

Wyszczególnienie	Opis
	• Wspieranie tworzenia ciał konsultacyjno-doradczych, działających na rzecz osób starszych (**m.in. rad seniorów**). • Stymulowanie rozwoju **wolontariatu na rzecz osób starszych oraz wolontariatu osób starszych**, programów mentoringowych i tutoringowych dla seniorów. • Wspieranie w tworzeniu **grup samopomocowych osób starszych**, w tym grup sąsiedzkich.
Kierunek interwencji: włączenie społeczne	• Wspieranie seniorów w zakresie **przeciwdziałania wykluczeniu cyfrowemu**: wsparcia rzeczowe, finansowe i wspieranie rozwoju kompetencji cyfrowych (m.in. asystent cyfrowy seniora, spacery cyfrowe, szkolenia jak bezpiecznie korzystać z e-usług i e-zdrowia). • Wspieranie **działań zapobiegających izolacji, samotności i marginalizacji seniorów** (m.in. punktów cyfrowego wsparcia seniorów, wolontariatu towarzyszącego etc.) • Wspieranie **działań przeciwdziałających ubóstwu i zadłużeniu seniorów** (w tym: edukacja finansowa i ekonomiczna, edukacja cyfrowa, przeciwdziałanie bezdomności, edukacja konsumencka). • Wspieranie **edukacji seniorów w modelu long-life-learning oraz poradnictwa dla seniorów** (np. prawnego, psychologicznego, ekonomicznego, finansowego, zawodowego). • Wspieranie **działań umożliwiających wykorzystanie potencjału i doświadczenia, w tym zawodowego, osób starszych** (np. mentoring, społeczna odpowiedzialność biznesu – CSR). • Wspieranie **działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa osób starszych**, w tym: przeciwdziałanie przemocy wobec osób starszych, ochrona przed oszustwami i inne).
Kierunek interwencji: koordynacja współpracy	• **Monitorowanie sytuacji osób starszych pod kątem aktywności i warunków zachowania samodzielności**: badania, analizy potrzeb, planowanie, w tym programowanie działań przez samorząd województwa. Rozpowszechnianie analiz i badań do wszystkich sektorów zaangażowanych we wsparcie seniorów. • **Komunikowanie innych sektorów o inicjatywach i działaniach**, które podejmą samorząd województwa oraz

Wyszczególnienie	Opis
	samorządy powiatowe i gminne na rzecz zwiększania aktywności i samodzielności seniorów. ● **Promowanie pozytywnego wizerunku osób starszych** (np. kampanie społeczne, zlecanie zadań, działania informacyjne), rzecznictwo na rzecz osób starszych. ● **Promowanie dobrych praktyk i rozwiązań** w zakresie wsparcia aktywności i samodzielności osób starszych, giełdy wymiany dobrych praktyk i inspiracji. ● **Inicjowanie, wdrażanie i upowszechnianie innowacji społecznych odpowiadających na potrzeby aktywnych osób starszych** (m.in. w ramach regionalnych inkubatorów innowacji, otwartych konkursów i włączania w projektowanie działań sektora innowacyjnych usług.

CEL PRIORYTETOWY II

Zwiększenie dostępności i poprawa jakości usług realizowanych na rzecz seniorów oraz ich opiekunów

Tabela 24. Propozycja działań dla celu priorytetowego II.

Wyszczególnienie	Opis
Cele szczegółowe	**CS 5.** Zwiększenie zakresu i dostępności środowiskowych usług społecznych. **CS 6.** Zwiększenie dostępu do usług opieki całodobowej oraz placówek półstacjonarnych i dziennych. **CS 7.** Rozwijanie programów wsparcia dla seniorów z wykorzystaniem technik teleinformatycznych. **CS 8.** Wspieranie opiekunów nieformalnych osób starszych.
Najważniejsze działania w tym obszarze	1. **Rozwijanie środowiskowych form wsparcia i pomocy osobom z ograniczoną samodzielnością i niesamodzielnym**: dziennych domów wsparcia, mieszkań wspomaganych, usług opiekuńczych świadczonych w domu, asystentury senioralnej, wsparcia przez sieci sąsiedzkie i społeczne oraz wolontariat.

Wyszczególnienie	Opis
	2. **Rozwijanie „szytych na miarę" usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osób niesamodzielnych**: wsparcie w czynnościach życia codziennego, zakupach, przeciwdziałanie samotności. 3. **Rozwijanie innowacyjnych, opartych o nowe technologie form monitorowania stanu zdrowia i potrzeb seniorów**, systemów teleopieki, monitoringu, infolinii wsparcia. 4. **Rozwijanie wsparcia osób chorych na choroby otępienne we wczesnej fazie** oraz ich opiekunów nieformalnych. 5. **Rozwijanie form opieki wytchnieniowej dla opiekunów osób niesamodzielnych** oraz systemów wsparcia sieciowego i samopomocy dla tej grupy, przeciwdziałających wypaleniu i pozwalających na wykorzystanie ich potencjału w edukacji rodzin, które opiekują się seniorami tracącymi samodzielność.
Kierunek interwencji: infrastruktura społeczna	• Wspieranie działań służących **upodmiotowieniu osób starszych w placówkach całodobowych** (innowacje organizacyjne, personalizacja wsparcia). • **Rozwijanie instytucjonalnych form wsparcia dla osób niesamodzielnych w środowisku najbardziej zbliżonym do rodzinnego** (np. DPS w formie zdeinstytucjonalizowanej jako niewielkie placówki wielofunkcyjne, otwarte na środowiskowe i domowe formy pomocy; gospodarstwa opiekuńcze, mieszkania ze wsparciem, centra opiekuńczo-mieszkalne, rodzinne domy pomocy, inne). • Rozwijanie w województwie **sieci ośrodków wsparcia dziennego** poprzez tworzenie w gminach i powiatach dziennych domów pomocy, środowiskowych domów samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej i innych. • Zwiększenie **kompetencji cyfrowych niesamodzielnych seniorów**, zwiększenie wykorzystania narzędzi teleinformatycznych (teleopieka, telemedycyna, dedykowane aplikacje) w usługach społecznych w środowisku lokalnym. • **Rozwijanie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych**, m.in. z wykorzystaniem teleopieki i nowoczesnych technologii). **Rozwijanie usług asystenckich wspierających osoby starsze**, m.in. w zakresie przeciwdziałania poczuciu samotności i odrzucenia.

Wyszczególnienie	Opis
	• **Rozwijanie specjalistycznego wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi**, w tym z chorobą Alzheimera w pierwszym stadium jej rozwoju, z uwzględnieniem organizacji transportu typu door-to- door (m.in. przez tworzenie dziennych placówek wsparcia z częściową odpłatnością). • **Rozwijanie usług rehabilitacyjno-aktywizujących** (m.in. Dzienne Domy Opieki Medycznej, rehabilitacja w miejscu zamieszkania). • **Rozwijanie wsparcia dla opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych**, zwłaszcza ciężko i przewlekle chorych, wymagających stałej opieki i nadzoru: usługi wytchnieniowe, wsparcie merytoryczne, wsparcie psychiczne. • **Zwiększenie skali działań promocji zdrowego trybu życia osób niesamodzielnych w wieku 65+ i 85+** (np. geriatria, profilaktyka upadków, neuroprofilaktyka, profilaktyka żywienia, profilaktyka odleżyn). • **Poprawianie dostępu do usług psychoprofilaktycznych i terapeutycznych dla osób starszych wymagających wsparcia** (m.in. wsparcie psychologiczne, psychiatryczne, dostęp do różnych form terapii). • **Wsparanie informacyjne, edukacyjne i psychologiczne opiekunów nieformalnych,** które obecnie sprawują opiekę nad bliskimi. Tworzenie przestrzeni wymiany wiedzy i doświadczenia oraz kręgów wsparcia dla nich. • Zapewnienie **lepszego dostępu do opieki paliatywnej** (m.in. hospicja domowe). • **Uwzględnianie obszaru wsparcia niesamodzielnych osób starszych w tematyce otwartych konkursów ofert na poziomie JST.**
Kierunek interwencji: usługi społecznej	• Wspieranie **dostępu i tworzenia miejsc opieki całodobowej dla niesamodzielnych osób starszych**, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii (np. domy pomocy społecznej, instytucje o charakterze quasi-rodzinnym, mieszkania wspomagane, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady opiekuńczo-lecznicze). • Stymulowanie **rozwoju w modelu wielosektorowym usług dziennego wsparcia dla osób niesamodzielnych**

Wyszczególnienie	Opis
	(m.in. dzienne domy pobytu, kluby samopomocy, spółdzielnie socjalne tworzone przez osoby niesamodzielne i ich opiekunów, gospodarstwa opiekuńcze, placówki opiekuńczo-mieszkalne, inne). ● Rozwijanie **mieszkań wspomaganych, oferowanych razem z usługami pozwalającymi na wspierane funkcjonowanie osób niesamodzielnych** (zakupy, przygotowanie posiłków, utrzymanie czystości w mieszkaniu), pielęgniarskich (dyżury pielęgniarskie lub opiekuna medycznego) i pielęgnacyjno-opiekuńczych. ● Rozwijanie, promowanie i wspieranie **usług opieki krótkoterminowej i wytchnieniowej dla opiekunów osób niesamodzielnych**. ● Wspieranie **tworzenia i rozwoju placówek dziennych dla osób z chorobami otępiennymi**, m.in. z chorobą Alzheimera, w tym placówek o charakterze częściowo odpłatnym, z wykorzystaniem potencjału i wiedzy opiekunów nieformalnych (zatrudnianych w nich jako personel). ● Rozwijanie **usług wsparcia w postaci teleopieki, „opasek zdrowia", telemonitoringu** – stymulowanie podmiotów we wszystkich sektorach do współpracy w tworzeniu innowacyjnych i masowych rozwiązań i aplikacji w tym zakresie. ● **Stymulowanie tworzenia usług asystenta osoby starszej, „wolontariatu towarzyszącego"**, usług sąsiedzkich. ● **Promowanie lokalnych usług „telefon wsparcia opiekuna"** – dostępnego zarówno dla osób starszych, jak i opiekunów, telefonu zaufania dla opiekunów osób niesamodzielnych.
Kierunek interwencji: aktywność społeczna i obywatelska	● **Wspieranie inicjatyw lokalnych na rzecz wsparcia niesamodzielnych osób starszych**, m.in. z uwzględnieniem metody OSL – organizowanie społeczności lokalnej. ● **Wspieranie rozwoju NGO/PES/PS działających na rzecz osób starszych wymagających wsparcia.** Tworzenie pola do wymiany doświadczeń i dobrych praktyk pomiędzy tymi podmiotami. ● Rozwijanie **wolontariatu na rzecz osób starszych wymagających wsparcia** (m.in. senioralnego, pracowniczego, szkolnego, międzypokoleniowego).

Wyszczególnienie	Opis
	Propagowanie wzorców zaangażowania na rzecz osób starszych wymagających wsparcia w lokalnych społecznościach. ● Wspieranie **tworzenia grup samopomocowych na rzecz osób starszych wymagających wsparcia**, wspieranie ich logistyczne i infrastrukturalne.
Kierunek interwencji: włączenie społeczne	● Identyfikowanie w gminach i powiatach **osób najbardziej narażonych na wykluczenie**: w wieku 80+, ze zmniejszoną samodzielnością, utrudnionymi relacjami z ludźmi, w celu oferowania im dostępnych lokalnie świadczeń i usług społecznych. ● **Włączenie w tworzenie rozwiązań dla osób niesamodzielnych opiekunów nieformalnych**: wykorzystanie ich wiedzy, doświadczenia i potencjału, w tym pracy opiekuńczej, w tworzeniu nowych rozwiązań, np. usług społecznych (dzienne domy opieki, które świadczą opiekę dla osób niesamodzielnych, gdzie zatrudniani są opiekunowie nieformalni).
Kierunek interwencji: koordynacja współpracy	● Monitorowanie **sytuacji społeczno-demograficznej niesamodzielnych osób starszych** pod kątem liczby, specyfiki, potrzeb, oczekiwań. Realizacja lokalnych badań dotyczących ich potrzeb (m.in. usługi opiekuńcze, wsparcie krótkoterminowe, choroby otępienne, sytuacja mieszkańców placówek). ● **Informowanie powiatów i gmin o sytuacji i potrzebach osób niesamodzielnych i ich opiekunów.** Tworzenie przestrzeni do wymiany informacji, dyskusji o potrzebach i najlepszych praktykach, nowych rozwiązaniach, usługach społecznych i technologiach. ● Stymulowanie **dyskusji w makroregionie o możliwościach tworzenia rozwiązań opiekuńczych z wykorzystaniem innowacji społecznych, nowych technologii i aplikacji** – przeglądy dobrych praktyk, innowacji technologicznych, współpraca z klastrami technologicznymi, inkubatorami innowacji etc. ● **Nadawanie priorytetu politycznego i strategicznego**, rzecznictwo rozwiązań prawnych adekwatnych do potrzeb niesamodzielnych osób starszych i ich opiekunów.

Wyszczególnienie	Opis
	• **Promowanie dobrych praktyk i modelowych rozwiązań**, w tym kampanie społeczne skierowanych do osób starszych wymagających wsparcia m.in. wsparcie seniora w domu, organizowanie opieki poszpitalnej, organizacji domów pomocy społecznej, opieki krótkoterminowej). • **Dostarczanie zasobów do wsparcia osób niesamodzielnych** (m.in. dotacje celowe dla JST, otwarte konkursy ofert, wsparcie w pozyskiwaniu środków z innych źródeł) **i wspieranie merytoryczne** (m.in. modele, wsparcie szkoleniowe) realizacji usług dla niesamodzielnych seniorów. • **Wspieranie powiatów i gmin w koordynacji i organizacji usług na rzecz niesamodzielnych osób starszych** (m.in. sieciowanie interesariuszy, wsparcie w uruchamianiu usług, w tym finansowe, szkoleniowe, doradcze, upowszechnianie modeli, tworzenie przestrzeni do wymiany doświadczeń między JST w zakresie organizacji usług, wizyty studyjne), stymulowanie porozumień między gminami.

CEL PRIORYTETOWY III

Wspieranie procesu deinstytucjonalizacji, poprawa koordynacji działań na rzecz seniorów na Mazowszu oraz rozwój kompetencji pracowników instytucji pomocy społecznej

Tabela 25. Propozycja działań dla celu priorytetowego III.

Wyszczególnienie	Opis
Cele szczegółowe	**CS 9.** Zwiększenie udziału seniorów w tworzeniu i realizacji polityki senioralnej. **CS 10.** Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji usług zorientowanych na pomoc seniorom. **CS 11.** Poprawa koordynacji realizacji polityki senioralnej w województwie. **CS 12.** Rozwijanie kompetencji pracowników kadr pomocy społecznej i wolontariatu zaangażowanych w działania na rzecz seniorów.

Wyszczególnienie	Opis
Najważniejsze działania w tym obszarze	1. **Zachęcanie seniorów do zrzeszania się**, zaangażowania społecznego i aktywnego działania na rzecz swojego środowiska. **2. Dążenie do decentralizacji oraz deinstytucjonalizacji wsparcia seniorów, wzmacnianie różnych form wsparcia środowiskowego.** 3. **Rozwijanie współpracy międzysektorowej**, tworzenie płaszczyzny wymiany doświadczeń, dobrych praktyk, tworzenia innowacyjnych usług społecznych na rzecz seniorów. 4. **Zwiększenie kontraktowania usług społecznych oferowanych przez podmioty inne niż JST** – zakup usług społecznych dla seniorów oferowanych przez podmioty inne niż jednostki pomocy społecznej. 5. **Rozwijanie kompetencji i umiejętności pracowników i kadr zarządzających pomocy społecznej**, w szczególności umiejętności współpracy, komunikacji, działania w sieci relacji.
Kierunek interwencji: infrastruktura społeczna	● Propagowanie **wiedzy na temat starości, zdrowego starzenia się oraz potrzeb osób w starszym wieku** wśród populacji Mazowsza i różnych sektorów. Przeprowadzanie **badań i analiz dotyczących kondycji seniorów** oraz rozpowszechnianie ich wyników. ● **Zachęcanie seniorów do samoorganizacji** i informowanie o możliwościach sieciowania się seniorów i włączania w aktywność. ● Wdrażanie na Mazowszu **decentralizacji i deinstytucjonalizacji usług społecznych**, tworzenie CUS-ów, modyfikacja form działania, wspieranie JST i placówek w procesie DI (m.in. tworzenie regionalnych i lokalnych modeli DI). ● Zwiększanie **kompetencji kadr jednostek pomocy społecznej w makroregionie**. Podnoszenie kwalifikacji, umiejętności, innowacyjności i motywacji pracowników pracujących z seniorami. ● **Rozwijanie umiejętności kadr zarządzających jednostek pomocy społecznej**, zwłaszcza w kontekście umiejętności współpracy zespołowej i działania w sieci podmiotów.

Wyszczególnienie	Opis
Kierunek interwencji: usługi społecznej	• **Zachęcanie do tworzenia nowych usług społecznych dla seniorów sektora prywatnego, pozarządowego i spółdzielczego.** Tworzenie rozwiązań pozwalających na zaspokojenie potrzeb seniorów w modelu wielosektorowym. • **Rozwijanie współpracy międzysektorowej**, tworzenie płaszczyzny wymiany doświadczeń i dobrych praktyk. • **Zwiększanie rynku usług społecznych przez kontraktowanie usług społecznych oferowanych przez podmioty inne niż JST.** Zwiększenie udziału oferty usług społecznych w miksie usług społecznych oferowanych seniorom w powiatach i gminach. • Rozwijanie współpracy z sektorem innowacyjnych technologii i usług **w celu stymulowania tworzenia w modelu wielosektorowym nowych e-usług**, przede wszystkim w zakresie teleopieki, monitoringu zdrowia, telediagnostyki, aplikacji dla seniorów itp.
Kierunek interwencji: aktywność społeczna i obywatelska	• **Wzmacnianie Rad Seniorów działających w gminach (GRS), poprzez wspieranie ich inicjatyw.** Zachęcanie osób starszych do podejmowania działalności społecznej i obywatelskiej. • **Rozwijanie kompetencji i sprawności organizacyjnej organizacji NGO/PES/PS**, które mają potencjał rozwijania aktywności społecznej i obywatelskiej na rzecz wsparcia seniorów (m.in. uniwersytetów trzeciego wieku, klubów seniora, sieci społecznych). Zapewnianie im warunków do działania i wzrostu. • **Rozwijanie i wzmacnianie osób – liderów środowisk senioralnych działających na rzecz seniorów**, rozwijanie ich kompetencji, np. poprzez dedykowany program rozwoju identyfikujący te osoby i wyposażający ich w dodatkowe umiejętności. Rozwijanie programów mentoringowych i tutoringowych dla seniorów. • Stymulowanie rozwoju **wolontariatu na rzecz osób starszych**, w tym w placówkach opieki społecznej oraz innych podmiotach. **Rozwijanie zaangażowania mieszkańców w wolontariat na rzecz seniorów oraz rozwijanie wolontariatu senioralnego.**

Wyszczególnienie	Opis
Kierunek interwencji: włączenie społeczne	• Włączanie w programowanie i realizację programu **reprezentantów społeczności, które są zazwyczaj słabo słyszalne w definiowaniu swoich potrzeb**: m.in. opiekunów osób niesamodzielnych, rodzin opiekujących się osobami chorymi na choroby otępienne, stowarzyszeń i organizacji zajmujących się zagadnieniami dotyczącymi mniejszej liczby seniorów – w celu uwzględnienia ich perspektywy. • Wspieranie **powstawania grup samopomocowych** wśród osób starszych. Kreowanie i wzmacnianie **wartości solidarności społecznej**, troski o seniorów, opieki sąsiedzkiej.
Kierunek interwencji: koordynacja współpracy	• Poprawianie obiegu informacji na temat polityki senioralnej na Mazowszu oraz inicjatyw senioralnych podejmowanych przez samorządy lokalne pomiędzy JST a podmiotami z innych sektorów. • Zwiększanie **jakości i poprawa dostępności informacji dotyczących oferty dla seniorów na stronach www oferujących je instytucji** oraz w innych kanałach. • Zwiększenie **koordynacji działań pomiędzy jednostkami JST**, dostawcami usług społecznych z różnych sektorów, podmiotami pozarządowymi, organizacjami społecznymi i sieciami wsparcia – poprzez wymianę danych, sieciowanie, klastrowanie, wspólne przedsięwzięcia, szkolenia i inne formy współpracy. • Stworzenie **przestrzeni wymiany dobrych praktyk i doświadczeń** w zakresie wsparcia seniorów pomiędzy wszystkimi sektorami i podmiotami działającymi w województwie (doroczne Mazowieckie Forum Społeczne). • **Współpracowanie wszystkich sektorów w promowaniu pozytywnego wizerunku osób starszych** oraz kampanie dotyczące starości (np. kampanie społeczne). Tworzenie wielosektorowych, regionalnych kampanii na rzecz zdrowego starzenia się. • **Inne działania sieciujące i zwiększające gęstość kontaktów i sieci społecznych** w środowisku osób instytucji działających na rzecz seniorów.

PODSUMOWANIE

Zachowanie samowystarczalnego, niezależnego funkcjonowania to jedna z podstawowych potrzeb człowieka. Utrzymanie na odpowiednim poziomie stanu zdrowia, samodzielności i niezależności osób starszych staje się w makroregionie mazowieckim wielkim wyzwaniem. Można mu sprostać jedynie przez współpracę, solidarność społeczną i rozwój usług społecznych.

Sukcesem polityki społecznej na Mazowszu w ostatnich latach bez wątpienia jest **zmiana percepcji dotyczącej osób starszych**. „Złoty wiek" nie jest już traktowany jako „kosztowny problem", ale czas życia który może być aktywny, twórczy, zdrowy, w dobrej jakości.

Zjawiska demograficzne, wzrost liczby osób starszych, starzenie się całej populacji Mazowsza, spadek liczby osób pracujących, rosnąca liczba osób w wieku 80+ a także pogarszanie się zdrowia fizycznego i psychicznego **będą w najbliższych dekadach mocno utrudniać zapewnienie aktywności i opieki nad seniorami**. Dlatego polityka senioralna planowana na lata 2022–2026 nie jest jedynie prostą kontynuacją celów zawartych w poprzednich programach. W wielu dziedzinach to „nowy początek". **Program Polityki Senioralnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2026 to program na nowe czasy.**

Kluczowym wyzwaniem jest zachowanie równowagi pomiędzy dwoma obszarami: **aktywizacją seniorów i podtrzymaniem jakości ich życia oraz wsparciem seniorów niesamodzielnych, wymagających opieki**. Oba te zadania wymagają innowacyjnych, wielosektorowych działań.

Program Polityki Senioralnej zakłada, że dążenie do zapewniania seniorom dobrej jakości życia wymaga bliskiej współpracy wszystkich sektorów, tworzenia nowych usług społecznych, zwiększania zaangażowania społecznego i obywatelskiego. Stąd szczególna rola koordynacji, wymiany informacji, wymiany dobrych praktyk oraz zarządzania sieciowego.

Starość dobrej jakości i w dobrej kondycji jest zależna od wielu czynników. Wymaga świadomości i uwagi seniorów, funkcjonowania systemu wsparcia ze strony najbliższej rodziny i krewnych, wsparcia szerszych sieci społecznych oraz rozsądnej polityki publicznej, która skupia się na działaniach przynoszących wymierne rezultaty. Najbardziej jednak zależy od poczucia wspólnoty i solidarności, niezbędnej by zapewnić seniorom na Mazowszu to, na co zasługują – dobrej jakości, zdrową starość.

ŹRÓDŁA DANYCH

DOKUMENTY STRATEGICZNE

- Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności, Rada Ministrów, 2013.
- Plan Rozwoju Ekonomii Społecznej na Mazowszu na lata 2021–2030, MCPS, 2021.
- Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo. Uczestnictwo. Solidarność, Rada Ministrów, 2018.
- Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), Rada Ministrów, 2017.
- Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021–2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030
- Strategia Polityki Społecznej dla Województwa Mazowieckiego na lata 2014–2020, MCPS, 2014.
- Strategia Polityki Społecznej dla Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2030, MCPS, 2022.
- Strategia Rozwiazywania Problemów Społecznych Warszawy, UmW, 2021.
- Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.), MRiPS, 2022.
- Wojewódzki Program Polityki Senioralnej na lata 2019–2021 dla Województwa Mazowieckiego, MCPS, 2019.
- Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2018–2022, MCPS, 2018.
- Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiazywania Problemów Alkoholowych Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2025 oraz Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2025, MCPS, 2021.
- Wojewódzki Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2025, MCPS, 2021.
- Wojewódzki Program Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2025, MCPS, 2021.
- Wojewódzki Program Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych i Przeciwdziałania ich Wykluczeniu Społecznemu oraz Pomocy Realizacji Zadań na Rzecz Zatrudniania Osób Niepełnosprawnych w Województwie Mazowieckim na lata 2019–2021, MCPS, 2019.

DANE STATYSTYCZNE I ANALIZY

- Badanie opinii publicznej w zakresie funkcjonowania rynku usług telekomunikacyjnych oraz preferencji konsumentów. Raport z badania klientów indywidualnych w wieku 60+, Urząd Komunikacji Elektronicznej, 2019.
- Biuletyn Statystyczny Województwa Mazowieckiego, GUS, 2021.
- Budżety gospodarstw domowych w 2019, GUS, 2020.
- Jakość życia i kapitał społeczny w Polsce. Wyniki badania spójności społecznej 2018, GUS, 2020.
- Jakość życia osób starszych w Polsce, GUS, 2020.
- Mieszkalnictwo społeczne – raport o stanie polskich miast, Instytut Rozwoju Miast i Regionów, 2018.
- Ocena zasobów pomocy społecznej w oparciu o analizę sytuacji społecznej i demograficznej Województwa Mazowieckiego za 2020 rok, MCPS, 2021.
- Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin, NIK, 2017.
- Poverty Watch 2021. Raport Polskiego Komitetu Europejskiej Sieci Przeciwdziałania Ubóstwu (EAPN Polska) na temat zasięgu ubóstwa w pierwszym roku pandemii COVID-19, EAPN, 2021.
- Raport – stan mieszkalnictwa w Polsce, Ministerstwo Rozwoju, 2020.
- Rejestry i wykazy Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie.
- Rozwój regionalny Polski – raport analityczny, GUS 2020.
- Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2020, GUS, 2020.
- Sprawozdanie MRPiPS-03, MRiPS 2020.
- Sprawozdanie MRPiPS-05, MRiPS 2020.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2019, GUS, 2021.
- Starość po polsku. Propozycja reformy systemu opieki nad osobami starszymi, Raport 03/2021, 2021.
- Sytuacja osób starszych w 2019 roku, GUS, Warszawa, 2021.
- Sytuacja społeczno-ekonomiczna seniorów, CBOS nr 129/2019.
- World Alzheimer Report 2021. Journey through the diagnosis of dementia, Alheimer's Desease International, 2021.
- Wykluczenie cyfrowe podczas pandemii. Dostęp oraz korzystanie z internetu i komputera w wybranych grupach społecznych, Federacja Konsumentów, 2021.
- Zasoby mieszkaniowe w województwie mazowieckim w 2020, GUS, 2021.

PUBLIKACJE I OPRACOWANIA

- Bojanowska E., Chaczko K., Krzyszkowski J., Zdebska E. (red.), Pomoc społeczna. Idea – rozwój – instytucje, Warszawa 2022.
- Buczkowski K., Hausz-Piskorz B., Diagnostyka i leczenie choroby Alzheimera w warunkach praktyki lekarza rodzinnego, „Forum Medycyny Rodzinnej", 2013, tom 7, nr 4.
- Dementia as a European Priority. A Policy Overview 2020, Alzheimer Europe, 2019.
- Dementia in Europe Yearbook 2019, Estimating the prevelance of dementia in Europe, Alzheimer Europe 2019.
- Diagnoza, leczenie, opieka i dobre praktyki w chorobach otępiennych, RPO, Warszawa 2020.
- Doiczman-Łoboda N., Frąckowiak-Sochańska M., Hermanowski M., Kasprzak T., Kotlarska-Michalska A., Necel R., Oliwa-Ciesielska M., Zaręba M., Funkcjonowanie domów pomocy społecznej w czasie pandemii, Poznań 2021.
- Dudzińska A., Potrzeby i oczekiwania osób z różnymi niepełnosprawnościami dotyczące przyszłej sytuacji mieszkaniowej, Łódź 2011.
- Durda M., Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się, „Gerontologia Polska", tom 18 nr 2.
- Giezek M., Iwański R., Mieszkania chronione i wspomagane dla osób starszych w ujęciu społeczno-ekonomicznym, „Handel Wewnętrzny", nr 4/2017.
- Grewiński M., Lizut J. (red.), Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej – szanse i zagrożenia, Radom 2022.
- Grewiński M., Usługi społeczne we współczesnej polityce społecznej. Przegląd problemów i wizja przyszłości, Warszawa 2022.
- Jurek Ł., Opieka nad osobami niesamodzielnymi: model realizowany a model pożądany, „Polityka Społeczna", nr 45/2018.
- Krzyszkowski J. i in., Utworzenie i funkcjonowanie modelowego przykładu mieszkania chronionego oraz lokalu aktywizującego, Warszawa 2017
- Kubicki P., Polityka publiczna wobec osób z niepełnosprawnościami, Warszawa 2017.
- Kucharska, B. (red.), Deinstytucjonalizacja i rozwój usług społecznych na Mazowszu, Warszawa 2016.
- Lepszy, K., Mieszkanie chronione jako forma pomocy osobom z niepełnosprawnością intelektualną – założenia, Jarosław 2013.
- Marciniak-Madejska, N., Stenka, R., Weiner, K., Podręcznik dobrych praktyk w zakresie deinstytucjonalizacji. Rozwiązywanie problemu bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego w oparciu o usługi świadczone w lokalnej społeczności, Poznań 2016.
- Mieszkania chronione dla osób opuszczających pieczę zastępczą w Małopolsce. Analiza dostępnej oferty oraz zapotrzebowania, Kraków 2015.

- Nowak E., Budny J., Kowalski K., Mieszkanie dostępne dla osób z dysfunkcją ruchu, Warszawa 1997
- Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności. Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, Bruksela 2021.
- Rola Uniwersytetów Trzeciego Wieku w procesie aktywizacji kulturalnej seniorów, Kraków 2016.
- Szarfenberg R., Monitoring ubóstwa finansowego i polityki społecznej przeciw ubóstwu w Polsce w 2020 r., Warszawa 2021.
- Warszewska-Makuch M., Uwarunkowania gotowości do kontynuowania pracy w wieku emerytalnym, „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka” nr 1/2018.