

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

(NR 24)

z dnia 16 kwietnia 2026 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego (nr 24)

16 kwietnia 2026 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia psychicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Grzegorza Napieralskiego (KO)**, zastępcy przewodniczącej podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji na temat opieki psychiatrycznej i psychologicznej nad seniorami.

W posiedzeniu udział wzięli: **Marzena Okła-Drewnowicz** sekretarz stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, pełnomocnik rządu ds. polityki senioralnej wraz ze współpracownikami, **Kuba Sękowski** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Błażej Kmieciak** główny koordynator ds. ochrony zdrowia psychicznego Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wraz ze współpracownikami, dr **Marta Zin-Sędek** kierownik Działu Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, **Elżbieta Kilan** główny specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Renata Mizerska** prezes zarządu Polskiej Rady Psychoterapii, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej oraz dr **Aleksandra Kühn-Dymecka** konsultant wojewódzki w dziedzinie psychologii klinicznej, woj. mazowieckie.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter** i **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Szanowni państwo, rozpoczniemy. Ponieważ dzisiejszy dzień, w ogóle ten tydzień, jest niesamowity, jeżeli chodzi o komisje i podkomisje, posłowie i posłanki będą po prostu rotowali. Czasami jest taka sytuacja, tym bardziej że, jak mówię, pan marszałek tyle nam tych komisji zwołał i rozpoczął od wtorku, że i tak nie dajemy rady, więc bardzo przepraszam, ale rozpoczniemy dzisiejsze posiedzenie podkomisji. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej.

Witam członków podkomisji, zaproszonych gości.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat opieki psychiatrycznej i psychologicznej nad seniorami. Przedstawiają: minister zdrowia, minister rodziny, pracy i polityki społecznej oraz pełnomocnik rządu ds. polityki senioralnej. Przystępujemy do realizacji programu.

Informuję, że materiały zostały do państwa posłów wysłane na maile i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej.

Informuję, że minister zdrowia upoważniła pana Kubę Sękowskiego, zastępcę dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia, do przedstawienia stanowiska ministra zdrowia. Co najważniejsze, mamy dzisiaj na naszej sali panią minister Okłę-Drewnowicz. Witam serdecznie panią minister. Bardzo dziękujemy za przyjście osobiście na posiedzenie naszej podkomisji.

Proszę przedstawiciela. To może Ministerstwo Zdrowia troszeczkę bym zmienił, skoro jest pani minister, i pani minister oddałbym głos jako pierwszej. W takim razie przechodzimy od razu do realizacji porządku obrad. Pani minister, bardzo proszę, oddaję pani głos.

Sekretarz stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, pełnomocnik rządu ds. polityki senioralnej Marzena Okła-Drewnowicz:

Bardzo dziękuję.

Panie przewodniczący, szanowna podkomisjo, problematyka zdrowia psychicznego to w dużej mierze problematyka dotycząca osób starszych. Nie będę prezentowała danych, ale pozwolę

sobie od razu przejść do konkretów, bo myślę, że później pan dyrektor z Ministerstwa Zdrowia i, jak rozumiem, przedstawicielka Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przedstawiają swoje zakresy wynikające z naszej wspólnej pracy, jeśli tak mogę powiedzieć.

Myślę, że dużym kamieniem milowym ze strony Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, jeśli chodzi o działania pod kątem osób starszych z uwagi na choroby neurodegeneracyjne, było przede wszystkim przyjęcie w grudniu ubiegłego roku „Krajowego programu działań wobec chorób otępiennych”. Myślę, że to był krok milowy. Wiele środowisk oczekiwało przyjęcia takiego dokumentu. Co jednak ważne, ten dokument nie jest dokumentem teoretycznym, który jest tylko strategiczny, wyznaczający kierunki, lecz jest to dokument, który mówi o bardzo konkretnych działaniach. Powiem tylko o tych działaniach, które są po stronie pełnomocnika rządu ds. polityki senioralnej, który na dzisiaj jest obsługiwany właśnie przez KPRM.

W dokumencie tym zapisaliśmy – oprócz wielu wspólnych działań Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej – bardzo konkretne działania, które mają odbywać się w środowisku osoby starszej. Często jest tak, że nie tylko osoba starsza, ale również rodzina wymaga szczególnego wsparcia, czy też inaczej: wymaga wsparcia jej w organizacji, w udzielaniu pomocy bliskiej osobie starszej dotkniętej na przykład chorobą otępienną. Przyjęliśmy założenie, że kiedy będziemy tworzyć na przykładienne domy pobytu, szczególny nacisk położymy tam na tworzenie przestrzeni zaadresowanej dla osób starszych, które wymagają wsparcia z uwagi na chorobę.

W grudniu ubiegłego roku przyjęliśmy nowy, wieloletni rządowy program – przyjęła Rada Ministrów – zatytułowany „Aktywni Seniorzy – ASY”. Program ten ma pięć priorytetów. Priorytet V dotyczy tworzenia dziennych form wsparcia, czyli na przykład dziennych domów pobytu czy klubów seniora. W programie wprost wpisaliśmy, że tworząc dzienny dom pobytu, trzeba szczególnie zaopiekować się osobami dotkniętymi chorobami neurodegeneracyjnymi. Na dzisiaj mogę dopowiedzieć, że konkurs na priorytet V został ogłoszony i nabór trwa bodajże prawie do końca kwietnia. Jest to konkurs zaadresowany przede wszystkim do jednostek samorządu terytorialnego, które chcą tworzyćienne domy pobytu i w których miejsce mogą znajdować specjalne programy, działania i mogą być realizowane projekty realizowane na rzecz osób, które tego rodzaju wsparcia potrzebują, ale samorząd terytorialny może zlecić prowadzenie tego typu domu również organizacji pozarządowej. To już się dzieje.

Reasumując, Rada Ministrów przyjęła w grudniu „Krajowy program działań wobec chorób otępiennych”, tutaj wiodące i właściwe jest Ministerstwo Zdrowia, za co bardzo dziękuję, bo to naprawdę ogrom pracy. Dużą rolę ma również Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Również my w tym współuczestniczymy, z ramienia pełnomocnika rządu ds. polityki senioralnej. Program został przyjęty w grudniu.

Również w grudniu przyjęty został nowy wieloletni program rządowy na rzecz osób starszych, czyli „Aktywni seniorzy”. Są ogłoszone konkursy. Można powiedzieć, że pierwsze działania będą realizowane już w tym roku. Ja na razie tyle ze swojej strony...

Pan dyrektor mi sprawdził, że nabór wniosków mamy do 24 kwietnia, czyli jednostki samorządu terytorialnego do 24 kwietnia będą mogły składać swoje oferty. Generalnie pieniędzy na tego typu działalność i placówki będzie coraz więcej, dlatego że w tym programie przewidzieliśmy wzrost środków finansowych właśnie na tworzenie dziennych form pobytu – naienne domy pobytu czy na kluby seniora. Z tego, co pamiętam, środków na cały ten program mamy o ok. 20% więcej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję, pani minister. Mówiąc szczerze, cieszę się, że dzisiaj mogę uczestniczyć w tym spotkaniu, bo miałem możliwość przyjrzenia się osobie, która nie ma takiej opieki, będąc na świętach u rodziny. To faktycznie jest bardzo duży problem, więc bardzo się cieszę, szczególnie jeżeli chodzi o choroby bardziej neurologiczne, bo – mówiąc szczerze – one są bardzo powszechne.

Jeżeli pani minister pozwoli, miałbym jeszcze przed panem dyrektorem jedno pytanie. Spotkałem się z opinią, jeżeli chodzi o osoby starsze czy o seniorów – nie wiem, jak to delikatnie ująć – że jest niechęć czy bojaźń, szczególnie jeżeli chodzi o kontakt z psychiatrą, że gdzieś jest zakodowane coś takiego, że pójście do psychiatrii oznacza, że coś jest już bardzo, bardzo złego

społecznie, tak to nazwę. Czy macie taką wiedzę albo taki ogląd sprawy, że seniorzy boją się psychiatry, psychologa, tak bardziej społecznie niż faktycznie?

Sekretarz stanu w KPRM, pełnomocnik rządu ds. polityki senioralnej Marzena Okła-Drewnowicz:

Dzisiaj dostrzegamy, że seniorzy boją się przede wszystkim samotności. Myślę, że to jest bardzo duże wyzwanie, jak przeciwdziałać tej samotności. W dużej mierze jest tutaj niebezpieczeństwo, bo wtedy mamy duże prawdopodobieństwo kryzysu psychicznego. Dlatego bardziej skupiamy się na profilaktyce, na uświadamianiu. Oczywiście takie stereotypy funkcjonują i oczywiście jest tak, że czasami jest to krępujące czy wstydlive, żeby powiedzieć, że potrzebujemy tego rodzaju wsparcia, a czasami nawet nie zdajemy sobie z tego sprawy, że go potrzebujemy. Natomiast w sytuacji osób starszych, które coraz częściej bywają samotne nie dlatego, że nie mają dzieci, tylko dlatego, że ich dzieci mieszkają daleko, pracują daleko, co też nie oznacza, że nie kochają swoich bliskich, osób starszych, tylko ich centrum życia jest zupełnie gdzie indziej... Zmieniła się mentalność życia, pokolenia wyglądają inaczej, więzi rodzinne są mocno rozluźnione i dzisiaj coraz częściej mamy do czynienia z osobami mocno osamotnionymi. Dlatego chyba jak nigdy dotąd ta samotność osobom starszym coraz bardziej doskwiera.

To najbardziej widzimy, a samotność bardzo często styka się z kryzysem psychicznym albo w niego się przeradza. Dlatego wszelkie działania nakierowane na formy integracyjne, na możliwość wyjścia, spędzenia wspólnie czasu wolnego, tego typu formy jak na przykładienne domy pobytu czy kluby seniora, ale nie tylko, bo na przykład uniwersytet trzeciego wieku czy jakieś inne aktywności w miejscu mieszkania, są po prostu bezcenne.

Wcześniej powiedziałam tylko o jednym z konkursów, który ogłosiliśmy w ramach programu, który przygotowaliśmy, ale ten program jest dużo szerszy i dużo bogatszy. Po raz pierwszy w historii przewiduje on dofinansowanie na przykład do rad seniora. Rady seniora są takimi podmiotami na terenie danej gminy, które inicjują różnego rodzaju przedsięwzięcia, projekty i programy. Przy tej okazji...

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

My będziemy za to płacić, tak?

Sekretarz stanu w KPRM, pełnomocnik rządu ds. polityki senioralnej Marzena Okła-Drewnowicz:

Tak. Jako rząd po raz pierwszy w tym programie rządowym przewidzieliśmy konkretne środki finansowe, żeby radę seniorów wesprzeć w funkcjonowaniu. Do tej pory rady seniorów właściwie nie sięgały po żadne środki finansowe. Jako przykład funkcjonowania rady seniora chcę podać Rybnicką Radę Seniorów, która prowadzi w swoim mieście rybnicki telefon zaufania dla seniorów, który jest prostym narzędziem, polegającym tylko albo aż na tym, że członkowie rady seniora dyżurują tam od poniedziałku do piątku w określonych godzinach i osoba starsza może do nich zadzwonić, czasami się poradzić, a czasami po prostu porozmawiać. To jest bardzo konkretny i namacalny przykład, jak przeciwdziałać samotności czy też osamotnieniu. To jest bardzo ważne, bo to jest profilaktyka, która jest najbardziej efektywna, jeśli chodzi o zapobieganie kryzysom psychicznym. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję. Spojrzałem jeszcze raz na kwotę, którą przeznaczacie. Jest naprawdę imponująca, więc gratuluję i dziękuję, pani minister. Jeżeli pani minister pozwoli, poproszę jeszcze o głos pana dyrektora i przejdziemy dalej do dyskusji.

Proszę bardzo, panie dyrektorze.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Kuba Sękowski:

Dziękuję, panie przewodniczący.

Pani minister, szanowni państwo, pozwolę sobie nie odczytywać informacji, która została państwu doręczona z naszego resortu, ani nie epatować liczbami, ponieważ wydaje mi się, że – szczególnie w kontekście tego, co zostało powiedziane przez panią minister, i odpowiedzi na pytanie pana przewodniczącego – warto zwrócić uwagę na jedną rzecz.

Mianowicie jesteśmy w szczególnej sytuacji. O zdrowiu psychicznym mówimy coraz więcej. Pojęcie problemów zdrowia psychicznego w populacji generalnej już oswoiiliśmy, generalnie rzecz

biorąc. Tak nam się wydaje z perspektywy – zastrzegam – pewnej profesjonalnej, a może wręcz warszawskiej bańki, natomiast populacja, nad którą się dzisiaj pochylamy, to nie jest mały wycinek naszego społeczeństwa. To jest ponad 26% obywateli naszego kraju, osoby w wieku powyżej 60. roku życia. One żyją w troszeczkę innej rzeczywistości. Ich świat wygląda troszeczkę inaczej.

To, o co zapytał pan przewodniczący, jak najbardziej jest zasadnym pytaniem, a odpowiedź na nie brzmi tak: perspektywa problemów zdrowia psychicznego w tej grupie demograficznej jest inna. Perspektywa proszenia o pomoc jest inna. Wyzwania, z którymi te osoby się spotykają, są inne. Rzeczywistość, w której one żyją, jest nie tylko inna od tej, w której my funkcjonujemy, ale też inna od tej, w której oni się wychowali i której się spodziewali. Wyzwaniami tych osób są zmiany społeczne, które zaszły: atomizacja społeczeństwa, oddzielenie się od siebie poszczególnych pokoleń, większa mobilność, którą postrzegamy jako zaletę, ale która staje się wyzwaniem dla utrzymania relacji, które są podstawowym czynnikiem chroniącym przed problemami zdrowia psychicznego.

Jeżeli spojrzymy na zaistniałą sytuację od strony liczby zgłoszonych tzw. potrzeb zdrowotnych, będziemy mogli zobaczyć, że ponad 0,5 mln osób z dziesięciomilionowej grupy rokrocznie korzysta z pomocy psychiatrycznej. W większości oczywiście są to świadczenia udzielane w trybie ambulatoryjnym. Na te 0,5 mln osób przypada ponad 2,5 mln porad, czyli średnio jedna taka osoba pięć razy w roku korzysta z jakichś form wsparcia ambulatoryjnego, ale przypada też ponad 50 tys. hospitalizacji na łączną długość 3 mln dni.

Jest kilka pozytywnych tendencji, na które zwrócę uwagę, ale chciałbym, żebyśmy jeszcze poświęcili uwagę całej tej grupie, a mianowicie jest to grupa wysoce zróżnicowana. Nie możemy wszystkich osób powyżej 60. roku życia wrzucić do jednej kategorii. Warto też zwrócić uwagę, że wśród tych 10 mln osób jest ponad 1,5 mln osób, które są w wieku 80+, a to – też z medycznego punktu widzenia – jest zupełnie inna kategoria.

Jest to jednak grupa silnie zróżnicowana, nawet jeżeli chodzi o samo korzystanie z opieki przez kobiety i mężczyzn. Kobiety stanowią prawie dwie trzecie osób, które korzystają z pomocy psychiatrycznej w tym wieku, mężczyźni tylko jedną trzecią, a wiemy, że epidemiologia problemów zdrowia psychicznego nie notuje takiej różnicy pomiędzy kobietami a mężczyznami. Obydwie te grupy – co może stanowić odpowiedź na pytanie pana przewodniczącego – leczone są głównie z powodu zaburzeń psychicznych, ale o podłożu organicznym. Jednym słowem mówiąc, to dopiero problem anatomii lub funkcji naszego układu nerwowego powoduje, że osoby te zgłaszają się po pomoc psychiatryczną, co prawdopodobnie potwierdza tezę o takiej obawie albo przynajmniej pewnej nieśmiałości związanej ze skorzystaniem z tej formy pomocy.

W dalszej kolejności odnotowujemy zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju, czyli m.in. choroby, o których w większym szczególe zaraz powiem. Na czwartym miejscu w populacji kobiet mamy do czynienia z zaburzeniami afektywnymi, w szczególności pod postacią schizofrenii, a wśród mężczyzn – co stanowi odzwierciedlenie innych problemów zdrowotnych naszego społeczeństwa – kwestie związane z uzależnieniami. To rozróżnienie pojawia nam się już na tym poziomie.

Na co jeszcze warto zwrócić uwagę? Tak jak powiedziałem, stopień korzystania z pomocy tylko w pewnym sensie odzwierciedla skalę epidemiologii występowania problemów, bo – jak powiedział pan przewodniczący – udzielane świadczenia są odzwierciedleniem tylko zgłoszonych potrzeb zdrowotnych, a nie faktycznie istniejących potrzeb zdrowotnych. Dlatego na te dane, które przedstawiamy, warto patrzeć nie pod kątem skali problemu liczonej w tysiącach osób, które z tego korzystają, ale pewnego nasilenia tych problemów.

To bardzo wyraźnie widać w przypadku zaburzeń o charakterze depresyjnym. Jakkolwiek liczba osób, które w wieku 60+ są leczone z tego powodu, a która oscyluje wokół stu dwudziestu kilku tysięcy w przypadku kobiet i niecałych 150 tys. w przypadku mężczyzn, może wydawać się stosunkowo niewielka, to tak naprawdę jest to szczyt w tej kategorii. Akurat osoby pomiędzy 65. a 74. rokiem życia to jest największa pojedyncza grupa demograficzna z osób, które leczą się z powodu depresji. To doskonale koreluje ze zidentyfikowanymi problemami wynikającymi z braku naturalnych czynników wsparcia i profilaktyki zaburzeń psychicznych.

Niestety mamy też do czynienia z bardzo smutnym, ale istniejącym zjawiskiem, z którym musimy się zmierzyć, a mianowicie samobójstwami osób starszych. To ciągle jest zjawisko po części niedostrzegane. Starsi ludzie najczęściej odchodzą w ciszy. O ile sama liczba samobójstw, zgonów samobójczych, w populacji osób powyżej 60. roku życia mniej więcej utrzymuje się,

a w niektórych subgroupach demograficznych ulega obniżeniu, o tyle liczba zamachów samobójczych utrzymuje się na względnie tym samym poziomie. Zawsze decyzja o odebraniu sobie życia, o skończeniu pewnej drogi jest wyrazem cierpienia i braku zaspokojenia potrzeb tej osoby, która – nie winimy jej za to, żeby było jasność – nie miała kompetencji, nie miała możliwości sięgnięcia po pomoc.

Powiem może kilka słów na temat tego, co w związku z tym i gdzie tej pomocy można szukać. W pierwszej kolejności chciałbym wymienić w zasadzie sztandarowe działanie Ministerstwa Zdrowia, ale tak naprawdę całego naszego państwa, związane z transformacją opieki psychiatrycznej w kierunku modelu tzw. opieki środowiskowej, czyli opieki w pewnym sensie zdeinstytucjonalizowanej, niepolegającej na odrywaniu pacjenta, stygmatyzowaniu pacjenta przez fakt udzielenia mu pomocy czy rzeczonej hospitalizacji, ale pomocy udzielonej możliwie szybko i możliwie blisko naturalnego środowiska – w tym momencie zamieszkania, bo już nie pracy – w tej części naszej populacji.

Centra zdrowia psychicznego (CZP), o których mówię, są przedmiotem najdłużej trwającego w Polsce pilotażu. Tutaj wszyscy to wiemy, ale warto jednocześnie zwrócić uwagę, że w chwili obecnej trwają prace nad tym, aby efektywnie zakończyć ten pilotaż i aby centra zdrowia psychicznego, które do tej pory obejmują swoim obszarem działania i populację Polski na poziomie połowy, 45–50 %, stały się podstawową, normalną, dostępną dla każdego uprawnionego formą pomocy psychiatrycznej.

To, co tę formę wyróżnia, to mianowicie łatwość dotarcia, niski próg wejścia, ten punkt zgłoszeniowo-konsultacyjny, ten asystent zdrowienia, który jest na miejscu, który bardzo często jest nikim innym jak osobą w średnim, czasami starszym wieku, która sama doświadczyła kryzysu psychicznego i która jest naturalnym przewodnikiem tego nowo przychodzącego człowieka, która wprowadza ją w ten świat, pokazuje jej, że to nie jest coś, co jest obce. Może to będzie opiekun osoby, która na przykład ma problemy, o których też zaraz powiem, związane z chorobami neurodegeneracyjnymi. Prośbienie o pomoc, a w zasadzie wystąpienie o pomoc, która tej osobie się należy jako świadczenie gwarantowane, finansowane ze środków publicznych, nie jest niczym złym, nie jest niczym zdrożnym, nie jest niczym, czego należy się wstydzić.

Warto też zwrócić uwagę, że przy centrach zdrowia psychicznego działają organizacje samopomocowe, kluby pacjenta, które doskonale zapewniają taki element swobodnego, łagodniejszego wejścia w system podtrzymania relacji o charakterze terapeutycznym, ale zaspokajają też potrzebę bliskości życia w społeczeństwie. Tak jak powiedziałem, ten rok ma być ostatnim rokiem realizacji świadczeń CZP w formie pilotażu. Od przyszłego roku powinno być to świadczenie dostępne dla wszystkich osób uprawnionych na terenie kraju.

Jak już wspomniała w swojej wypowiedzi pani minister, tak jak są lokalne inicjatywy mające charakter interwencji, a w zasadzie pomocy interwencyjnej w postaci telefonów zaufania, dyżurów zaufania, tak jest to też realizowane na poziomie ogólnokrajowym. Tak jak do młodych ludzi interwencję kryzysową, centrum wsparcia – popularnie nazywane telefonem albo telefonem zaufania – realizujemy z wykorzystaniem w dużej mierze nowych technologii, tak do osób starszych ciągle adresowane są te formy, które polegają na dyżurze żywego konsultanta przy linii telefonicznej, gdzie spokojnie można zgłosić swój problem i zasięgnąć często w większym stopniu porady, jak postępować, pierwszego ośmielenia do skorzystania z pomocy, wyżalenia się, że problem istnieje, również dla osób, które są same opiekunami osób, które mają problemy zdrowia psychicznego. Jest to więc nie tylko porada osobista, co chciałem powiedzieć, ale też wskazanie miejsca i drogi w systemie. Tak jak powiedziałem, dla starszych osób bardzo istotna jest głównie ta tradycyjna forma.

Pani minister wskazała już na różnego rodzaju inne, bardziej lokalne czy regionalne formy pomocy. Ja natomiast chciałbym powiedzieć, że oprócz działań o charakterze systemowym podejmowanych w zakresie opieki psychiatrycznej, interwencji na poziomie centralnym, bardzo istotne jest to – co, znowu, zostało zaakcentowane w wypowiedzi pani minister – że w zdrowiu psychicznym jak w zasadzie w żadnej innej... Bo w niewielkim stopniu są tylko porównywalne interakcje w innych dziedzinach pomiędzy, właśnie, tą, wydawałoby się, kliniczną dziedziną a zdrowiem publicznym, dlatego że czynniki, które są czynnikami chroniącymi, jednocześnie po drugiej stronie – czynnikami zagrażającymi zdrowiu psychicznemu, są rozsiane po całym spektrum funkcjonowania człowieka i działania różnych organów i instytucji publicznych.

W działaniach promocyjnych, promujących zdrowie czy wzmacniających zdrowie jako pewien kapitał, który umożliwi nam m.in. samorealizację... Samorealizacja to nie są wielkie, ambitne cele rozwoju osobistego, które stawiają sobie dwudziestolatkowie. Nie. To jest po prostu poczucie sprawczości i możliwość pełnienia ról społecznych, bycia nawet tym seniorem, od którego oczekuje się pewnego rodzaju zestawu cech i zachowań, które osobom, które doświadczają problemów zdrowia psychicznego, może być trudno spełnić.

Dla budowy tego kapitału zdrowia istotne są nie tylko działania o charakterze stricte medycznym, ale tak prozaiczne działania jak codzienna aktywność fizyczna, jak kontakty, które, jeżeli nie mogą być kontaktami w rodzinie, mogą być kontaktami w lokalnej społeczności. Pomysły, które doskonale sprawdziły się przy aktywizacji młodych ludzi, młodzieżowe rady gmin, młodzieżowe sejmiki czy Sejm Dzieci i Młodzieży, który będzie obradował niedługo, 1 czerwca, tak samo doskonale sprawdzają się w przypadku populacji osób starszych, które dzięki temu zyskują poczucie sensu i dalszej przydatności w społeczeństwie.

Tutaj warto zwrócić uwagę na to, że paradoksalnie budżety obywatelskie też są miejscem, w którym osoby starsze potrafią pokazać swoją aktywność na równi z osobami najmłodszymi, którym przypisałibyśmy rolę aktywistów. To też kwestia zdrowego odżywiania, kwestia regularnych kontroli zdrowia. To wszystko są elementy, które mogą powodować, że ten kapitał zdrowia nie uleci nam, że go wzmocnimy.

To są elementy, które są też bardzo mocno zaakcentowane we wspomnianym już „Krajowym programie działań wobec chorób otępiennych”. Ten program, przyjęty w grudniu zeszłego roku przez Radę Ministrów, zawiera siedem obszarów, które dotyczą m.in. podnoszenia świadomości społecznej, czyli tak naprawdę zmiany, pewnej detabuizacji problemów zdrowia psychicznego, dostrzeżenia tego, że seniorzy też mogą je mieć.

Zastrzegam, że program dotyczy oczywiście chorób otępiennych, w związku z tym ze zdrowiem psychicznym wspólną ma tylko tę część, która dotyczy zaburzeń psychicznych o podłożu organicznym, ale metodyka podejścia do tego programu jest wspólna dla wszystkich działań zdrowia publicznego. To zmniejszanie ryzyka zachowań, czyli de facto wzmacnianie czynników chroniących, redukcja czynników zagrażających. To wczesna diagnostyka, która jest oczywiście elementem świadomości w naszym otoczeniu, abyśmy potrafili nawet u naszych bliskich współpracowników, znajomych rozpoznać pierwsze objawy chorób neurodegeneracyjnych, ale też abyśmy w przypadku całości zdrowia psychicznego po prostu wykazali się troską o stan ich zdrowia psychicznego. To wreszcie opieka nad tymi osobami, która została zaprezentowana w przekazanych państwu danych.

To, co bardzo mocno wybrzmiało i za co bardzo dziękuję, to mianowicie dostrzeżenie, że problem zdrowia psychicznego, występowania choroby otępiennej u jednej osoby, to często problem całej rodziny, która wymaga systemowego wsparcia. Zaadresowanie potrzeb opiekunów, w szczególności tych nieformalnych opiekunów, czyli po prostu nas wszystkich, którzy musimy nagle wcielić się w rolę pielęgniarzki, czasami lekarza podejmującego decyzje czy wspomagającego chorego w decyzjach o dawkowaniu leków, salowej czy pielęgniarza w czynnościach samoobsługowych związanych z życiem tego seniora, to wszystko są rzeczy, które stanowią duże obciążenie, które, jak powiedziałem, we współczesnym, troszeczkę bardziej zatomizowanym świecie często bywa nieakceptowane albo z kolei jest przedmiotem ukrywania. Fakt, że mam pod opieką kogoś, kim muszę się zająć, może być obciążeniem samym w sobie.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Panie dyrektorze, bardzo przepraszam, dopytam, jeżeli mogę w tym punkcie. Przepraszam, że przerywam. Czy dla tych osób jest jakaś specjalna droga? Pytam być może mało profesjonalnie, za co przepraszam. Mamy na przykład drogę, jeżeli chodzi o choroby onkologiczne. Czy jest taka droga dla osób starszych z podejrzeniem choroby otępiennej? To faktycznie jest bardzo duży problem. Teraz jestem trochę znawcą, bo widziałem to na własne oczy. Czy jest jakaś szybsza droga, że z taką starszą osobą pójdziemy, nie wiem, na przykład do neurologa, do jakiegoś specjalisty, żeby stwierdził, że faktycznie tak to jest, czy jest zwykła droga: najpierw jeden lekarz, drugi, trzeci, dopiero później trafiamy do neurologa?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Tutaj musimy rozróżnić dwie rzeczy, oczywiście dla dużej jasności. Pierwsza rzecz to postępowanie z samym pacjentem i chorobą samego pacjenta, czyli osoby, u której podejrzewamy

wystąpienie choroby otępiennej. To powinno zacząć się od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z tego chociażby względu, że zakładamy, że po konsultacjach, diagnostyce, ustawieniu leczenia pacjent będzie dalej przez lata funkcjonował w swoim środowisku. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej będzie koordynatorem, tym, kto w ramach zaleceń wydanych przez lekarza specjalistę po takim – że tak powiem – objeździe systemu będzie dalej prowadził leczenie tegoż chorego. Roli tzw. POZ nie powinniśmy więc postrzegać jako pewnej przeszkody, natomiast element dotyczący budowy świadomości tak jak dotyczy społeczeństwa, tak samo musi dotyczyć również samych pracowników ochrony zdrowia, aby oni ten element dostrzegali.

Pragnę zwrócić uwagę na to, że w zakresie szkolenia podyplomowego lekarzy, bo umówmy się, nie wszystko może się zdarzyć przed uzyskaniem dyplomu w trakcie studiów, akurat tam, gdzie sam mam z nim do czynienia, kształcąc lekarzy z zakresu zdrowia publicznego, promocji zdrowia – to są takie kursy, które przechodzi każdy lekarz specjalizujący się w Polsce – bardzo mocno podkreślamy, że ok. 8% obywateli naszego kraju doświadcza problemów z pamięcią, co oznacza, że jeżeli taki lekarz w ciągu dyżuru przyjmuje kilka, kilkanaście osób, a ma do czynienia z osobami chorymi, w związku z tym ryzyko wystąpienia innych problemów zdrowotnych jest wyższe, to kilka z nich prawdopodobnie nie będzie przestrzegało wydanych im zaleceń nie dlatego, że nie chcą, że się do nich nie stosują, tylko nie będą potrafiły odtworzyć udzielonych im zaleceń. Lekarze otrzymują więc tę wiedzę, że to nie jest już kwestia marginalna. To jest już kwestia, z którą w swojej praktyce gabinetowej mogą się spotkać codziennie na oddziale, codziennie w poradni. To jest jeden element dotyczący pomocy samej tej osobie.

Opowiadając natomiast troszeczkę szerzej na pytanie pana przewodniczącego dotyczące całościowego zajęcia się tym tematem, czyli na przykład tego, czy rodzina tej osoby uzyska wsparcie – co mamy w onkologii, bo onkologia ma to do siebie, że tam jest też psychoonkologia, jest wsparcie psychologiczne dla samego pacjenta, bo jest to bardzo istotne, ale też możliwość uzyskania pewnych świadczeń dla rodziny tegoż pacjenta – tutaj czegoś takiego nie mamy, ale z kolei model oparty na centrach zdrowia psychicznego umożliwia takie interakcje z systemem, dlatego że jest miejsce, do którego pacjenta albo rodzinę pacjenta będzie można odesłać.

Pokładamy w tym modelu tak wielkie nadzieje, ponieważ centra zdrowia psychicznego jako jednostki odpowiedzialne za zdrowie psychiczne populacji danego regionu, bo, zaznaczam, mimo... Żadnej rejonizacji, ale odpowiedzialności terytorialnej za populację danego regionu, one będą takim naturalnym miejscem, do którego będzie można kierować pacjenta, a mając pewną swobodę w kształtowaniu formy udzielanej pomocy, będą mogły ją dostosować do potrzeb czy to opiekunów osób starszych, osób z chorobami neurodegeneracyjnymi, czy to w ogóle opiekunów osób niepełnosprawnych, bo umówmy się, że pewne doświadczenia są tak naprawdę wspólne w przypadku osoby, która opiekuje się osobą chorą na chorobę otępienną, i osoby opiekującej się nawet młodszym niepełnosprawnym, i wiążą się one z pewnymi przeżyciami po stronie samego opiekuna, a choroba wyjściowa opiekowanego ma tutaj mniejsze znaczenie.

Uważamy, że pojawienie się w systemie takich hubów odpowiedzialności za zdrowie psychiczne populacji danego regionu będzie stanowiło możliwość kierowania tam nie tylko samego chorego, ale przede wszystkim jego rodziny, aby sytuacja nieformalnej opieki, z którą będziemy mieli do czynienia, mogła być uznana przez społeczeństwo, bo zapewnienie tym osobom opieki jest de facto formą uznania przez społeczeństwo, że wykonywana przez nich praca – bo to jest praca – jest społecznie uznawana za wartościową, istotną i że poświęcenie tych osób nie idzie na marne.

Między innymi w tym kontekście Ministerstwo Zdrowia realizuje już taki duży program finansowany ze środków europejskich, z funduszy europejskich na rzecz społeczeństwa, który polega właśnie na wsparciu psychologicznym dla nieformalnych opiekunów i opiekunek osób starszych. W połowie zeszłego roku zakończyliśmy nabór realizatorów tegoż programu. Założenie jest takie, że w chwili obecnej w każdym województwie powstaje kilkanaście modyfikowanych grup samopomocowych dla tychże osób. Jest tego 32 na makroregion, a makroregiony to mniej więcej po dwa województwa. Budujemy od dołu system uznania tego wysiłku społeczeństwa i zaspokojenia potrzeb zdrowotnych nie tylko samych pacjentów cierpiących na choroby otępienne, ale również ich środowiska.

Tak jak powiedziałem, w samym przekazanym materiale jest dużo informacji o charakterze liczbowym, których nie będę tutaj przytaczał, żebyśmy mieli jeszcze czas na ewentualne pytania i odpowiedzi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję za tę wypowiedź i dziękuję za odpowiedzi. Dziękuję za optymistyczne spojrzenie na tę sprawę.

Mam jeszcze jedno pytanie, jeżeli państwo pozwolicie, do pani minister. Jak to wygląda, jeżeli chodzi o ten projekt z samorządami? Jaki to będzie wkład? Rozumiem, że musi być wkład własny samorządu w tym projekcie, tak? Jak to jest procentowo? Tylko o to chciałem zapytać. Czy to jest jakoś opisane? Jeżeli mogę prosić o taką drobnostkę, dopytuję o to po prostu z ciekawości.

Sekretarz stanu w KPRM, pełnomocnik rządu ds. polityki senioralnej Marzena Okla-Drewnowicz:

Zgodnie z regulaminem samorządy muszą oczywiście ponosić wkład własny, ale z tego, co pamiętam, w wysokości 20%... Przy pierwszym module 50%, a przy module drugim 20%. Odwrotnie, przepraszam bardzo. Przepraszam, minutkę. Przepraszam, bo mamy jeszcze moduły w tym programie. Czym innym jest stworzenie dziennych form pobytu, a czym innym jest dofinansowanie funkcjonowania już istniejących placówek. W przypadku tworzenia mówimy o dwudziestoprocentowym wkładzie własnym, a w przypadku funkcjonowania mówimy o wkładzie własnym w wysokości 50%. Tak wygląda dofinansowanie samorządów, jeśli chodzi o priorytet V.

Wspomniałam też natomiast o nowym działaniu, priorytecie. To priorytet III w programie „ASY”, bo tak mówimy na niego w skrócie, dotyczącym na przykład rad seniorów i różnych inicjatyw senioralnych, które rady seniorów chcą prowadzić. Rady seniorów nie mają osobowości prawnej. Do tej pory było tak, że rada seniorów sama z siebie nie mogła wystąpić o dofinansowanie żadnej swojej działalności. Musiała się zarejestrować jako stowarzyszenie, a chodzi przecież nie o to, żeby rady seniorów były stowarzyszeniami, tylko żeby znaleźć jakiś sposób na dofinansowanie ich działalności i tę działalność umożliwić. W tym priorytecie stworzyliśmy więc taką konstrukcję, że to samorząd, który powołuje radę seniorów, składa ofertę na dofinansowanie inicjatywy senioralnej realizowanej przez radę seniorów i tam samorząd musi również partycypować w kosztach w wysokości 20%. Jeśli więc na przykład rada seniorów otrzyma takie dofinansowanie w wysokości 20 tys. zł, to samorząd dokłada 4 tys. zł. Do tej pory takiej możliwości w ogóle nie było. W tym programie to wprowadziliśmy.

To jest pierwszy, pilotażowy rok funkcjonowania tego programu. Zobaczymy, jakie będą efekty po roku, ale założyliśmy sobie, że te umowy w tym roku będą tylko roczne po to, żeby wyciągnąć wnioski, żeby to, co jest dobre, kontynuować, a to, co się nie sprawdza, w odpowiednim czasie wyeliminować. Kolejne umowy – bo program jest pięcioletni – planujemy już jako umowy wieloletnie, czyli zostanie nam po dwa lata.

Robimy wszystko, aby polityka senioralna osób starszych była systemowa, kompleksowa. To są nowe rzeczy, ale mam nadzieję, że wspólnie z Ministerstwem Zdrowia, tak jak udało nam się przygotować... Podkreślam, że to Ministerstwo Zdrowia jest właściwe, wiodące, jeśli chodzi o „Krajowy program działań wobec chorób otępiennych”, natomiast program i jego założenia były omawiane u nas, w międzyresortowym zespole ds. systemowych rozwiązań na rzecz osób starszych powołanym w KPRM. Ostatnie dwa lata naszej pracy to takie właśnie konkretne efekty. Za tę współpracę przy tej okazji dziękuję.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję, pani minister. Bardzo rzadko to mówię, ale dzisiaj to powiem. Jestem pod naprawdę wielkim wrażeniem tego, co mówicie i co robicie. Ja na przykład o tym nie wiedziałem, więc moja propozycja jest taka, żebyście się tym bardziej chwalili, bo mimo że jestem osobą zainteresowaną, to naprawdę niewiele o tym słyhać, a to, co robicie, to jest coś naprawdę wspaniałego.

Sekretarz stanu w KPRM, pełnomocnik rządu ds. polityki senioralnej Marzena Okla-Drewnowicz:

Panie przewodniczący, to jeszcze skorzystam z tej okazji, bo z panem dyrektorem Aleksandrem Jakubowskim jesteśmy tuż po Stałym Komitecie Rady Ministrów (SKRM) i po raz pierwszy tak oficjalnie na forum parlamentu mogę powiedzieć, że SKRM przyjął dzisiaj projekt ustawy o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych. To jest ustawa. Oczywiście przed nami posiedzenie Rady Ministrów, oczywiście przed nami parlament. Proszę wybaczyć, że tutaj czasami jeszcze działam, ale musimy coś powysyłać, a wiecie państwo, jak to jest. Tu liczą się nawet nie dni, tylko godziny.

Ustawa ta będzie miała bardzo duży wpływ, jeśli chodzi o przeciwdziałanie samotności, która w dużej mierze, tak jak powiedziałam na wstępie, łączy się z kryzysami psychicznymi, bo ta ustawa – oczywiście jeśli przejdzie w tym kształcie – będzie wprowadzała „instytucję” koordynatora, który będzie miał za zadanie udzielić informacji, gdzie należy się jakie wsparcie na przykład rodzinie czy osobie potrzebującej tego wsparcia, gdzie uzyskać pomoc, z czego dana osoba może skorzystać. Dzisiaj ten system jest rozczłonkowany. Ludzie krążą między resortami, ochroną zdrowia i pomocą społeczną. Ludzie krążą w tym systemie, nie wiedzą, z czego mogą skorzystać, gdzie tę pomoc mogą mieć. Ten koordynator będzie miał za zadanie pokierować, powiedzieć, co człowiekowi się należy, z czego może skorzystać. W przypadku osób samotnych zadania będą miały już poszczególne instytucje, które będą wymieniały się między sobą informacjami. To pierwszy krok w łączeniu systemów: koordynacja opieki długoterminowej.

Ustawa ta wprowadza również bon senioralny, o którym w ostatnim czasie bardzo dużo mówiłam, który był bardzo mocno konsultowany, ale dzisiaj można powiedzieć, że przybrał już dość ostateczny kształt, ponieważ będzie to program rządowy, wieloletni, z konkretnymi pieniędzmi. Najpierw będziemy kierować środki finansowe do tych gmin, które w ogóle nie realizują usług opiekuńczych, żeby seniorzy, którzy tam mieszkają, też byli zaopiekowani. Na to będziemy przeznaczać środki rządowe.

Będziemy budować rynek usług opiekuńczych, bo to jest dzisiaj bardzo ważne, jeżeli mówimy o starzeniu się, a – tak jak powiedział pan dyrektor – największe wyzwanie będzie w grupie osób starszych, a tak naprawdę najstarszych, po 85. roku życia. Tutaj dane są alarmujące. Na dzisiaj osób po 85. roku życia mamy ponad 800 tys., natomiast w ciągu ok. 20 lat osób po 85. życia będzie drugie tyle. Mówimy o ponad 1,7 mln osób. Wiemy, że jeżeli ta grupa wiekowa dynamicznie wzrośnie, to akurat w tej grupie wiekowej potrzeba wsparcia opieki długoterminowej jest bardzo prawdopodobna. Przygotowujemy się, patrzymy na dane statystyczne, patrzymy na politykę senioralną i projektujemy ją tak, żeby była systemowa i żebyśmy byli przygotowani na to wielkie wyzwanie.

Dlatego dzisiaj na stałym komitecie mamy pierwszą dobrą wiadomość i chwalimy się. Jak pan przewodniczący mówi, że się nie chwalimy, to się pochwaliliśmy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Gratuluję, gratuluję, jeszcze raz gratuluję i dziękuję, że mogliśmy tego wysłuchać jako pierwsi. Jak was słucham, to z optymizmem patrzę w swoją przyszłość, na to, co mnie czeka, oczywiście jeżeli dożyję tego wieku. Staram się czasami chodzić do lekarza.

Czy ktoś z państwa chciałby zadać pytanie bądź zabrać głos w tym punkcie? To mam jeszcze jedną propozycję, pani minister, też do pana dyrektora. Wczoraj też trochę o tym rozmawialiśmy na posiedzeniu innej podkomisji dotyczącym onkologii. Są takie kanały, które uważam za bardzo tanie do wykorzystania, jeżeli chodzi o promocję i informowanie o takich rzeczach, a – jak myślę – bardzo rzadko wykorzystywane. To m.in. telewizje śniadaniowe, które akurat starsze osoby oglądają w stu procentach, moja mama na pewno, a ma już ponad 80 lat. Myślę, że to jest takie miejsce, gdzie nie trzeba dużych nakładów finansowych. Rozumiem, że telewizje chcą mieć opłacane takie rzeczy, jeżeli lokuje się produkt, ale być może można umówić się z telewizjami, żeby takie rzeczy w tych telewizjach promować, jak i lokować je w serialach, bo to są kolejne miejsca, które starsze osoby po prostu oglądają.

Uważam, że wielkim sukcesem tego programu będzie też to, że to wszystko oczywiście zostanie przegłosowane, że będzie to funkcjonować i że będą na to pieniądze. To jest pierwszy sukces, ale drugi sukces to to, żeby ludzie po prostu o tym wiedzieli, żeby to naprawdę się działo. Myślę, że wykorzystywanie takich niestandardowych form komunikacji z Polkami i Polakami można spokojnie wykorzystać. Myślę, że jak spotkacie się ze wszystkimi telewizjami – może poza jedną, bo ona ogólnie woli bardziej kłamać niż coś powiedzieć – to nikt nie będzie żądał od was jako jednego czy drugiego ministerstwa pieniędzy i takie rzeczy w danym miejscu ulokuje. Dokładnie przecież wiemy, że telewizje zamawiają konkretne serie. Jak popatrzymy na oglądalność danego serialu, to są olbrzymie pieniądze. Tam nieraz już lokowaliśmy różne rzeczy. Myślę, że tak ważną sprawę jak opieka nad seniorami spokojnie można tam ulokować. To taka moja odpowiedź na koniec.

Szanowni państwo, jeszcze raz wam dziękuję i jeszcze...

Przepraszam bardzo. Proszę uprzejmie, tylko jedna prośba... Pytałem wcześniej, a nie zgłaszaliście się. Dobrze. Proszę tylko, żebyście się państwo przedstawiali, bo to wszystko jest nagrywane i trafia do protokołu. Oddaję pani głos, później panu, później panu.

Prezes zarządu Polskiej Rady Psychoterapii Renata Mizerska:

Renata Mizerska, psycholog, psychoterapeuta, supervisor, opiekun osoby doświadczającej choroby neurodegeneracyjnej i choroby otępiennej. Pozwolę sobie powiedzieć to z różnych perspektyw.

Po pierwsze, bardzo się cieszę, że tak bardzo dużą wagę przykładacie teraz w ministerstwach do tego, żeby zaopiekować kwestię problematyki związanej z wiekiem podeszłym. To jest niezwykle istotna kwestia, ponieważ jeżeli przyjąłbyśmy, że teraz zaczynamy o tym temacie mówić i mówimy o zmianach systemowych, on będzie towarzyszył przez następne dekady nam wszystkim, bo on nie zniknie, proszę państwa.

Bardzo się cieszę, że podejmowane i przeznaczone są środki na różnego rodzaju programy. Jednocześnie trudno mi nie oprzeć się wrażeniu, że dotyczą one osób, które w dużej mierze potrzebują wsparcia i jednocześnie mają możliwość sięgnięcia po to wsparcie. Przysłuchiwałam się dzisiejszej dyskusji i bardzo niepokoi mnie pomijanie sytuacji osób, które nie mają możliwości wzięcia udziału w klubie seniora.

Proszę państwa, wybaczcie, ale żeby brać udział w klubie seniora, trzeba być po prostu sprawnym, trzeba mieć energię, możliwości. Są takie osoby, niewątpliwie. Kilka osób z mojej osobistej rodziny, kobiety powyżej 90. roku życia od kilku lat biorą udział w klubie seniora i mają się świetnie. Jednocześnie – w związku z tym, że mam bardzo dużą rodzinę – wielu moich bliskich nie ma takiej możliwości. Jest tak nie dlatego, że nie chcieliby, tylko jest to dla nich niemożliwe. Dlaczego jest niemożliwe, proszę państwa? Problem jest prozaiczny. Jak dojechać na takie spotkanie? To taka prosta sprawa. Chcę państwu powiedzieć, że, owszem, można taksówką, ale można, jak jest się sprawnym. To pierwsza, podstawowa bariera. Druga to często wbrew pozorom brak możliwości opuszczenia budynku. Nie chcę państwu mówić, jaką kondycję trzeba mieć, żeby otwierać drzwi, jak się jest osobą niepełnosprawną albo opiekunem osoby niepełnosprawnej. To już wymaga wielkiej sprawności. Sama tego doświadczam.

W związku z tym bardzo cieszy mnie zwrócenie uwagi na ten problem i bardzo niepokoi mnie to, że – przynajmniej w dzisiejszej dyskusji – nie wybrzmiało, w jaki sposób państwo zamierza opiekować się osobami, które nie mają takiego poziomu energii, nie mają takiego poziomu dochodów, które nie mają takiej rodziny, którą stać na przykład na dofinansowanie opieki dla osoby bliskiej w kwocie co najmniej 15 tys. zł miesięcznie. Na ten moment to są takie kwoty. Opieka dwudziestoczerogodzinna, nie pielęgnarska, tylko po prostu opieka opiekuna, to jest opłata rzędu nie mniej niż 13 tys. zł. Do tego dochodzą koszty rehabilitacji.

Kolejna rzecz, na którą chciałam państwu zwrócić uwagę, to ośrodki dziennego pobytu. Nie wiem, czy państwo zdajecie sobie sprawę, że żeby być pod opieką ośrodka dziennego pobytu, osoba musi być samodzielna. Musi być samodzielna, proszę państwa. Zastanówmy się więc, w jaki sposób można z tego skorzystać, kiedy na przykład ktoś ma zaawansowaną chorobę Parkinsona. Chcę państwu powiedzieć, że wtedy słyszy się, że to już nie jest ten moment, lepiej zostać w domu. Sama tego doświadczylam ze strony opiekunów z takiego właśnie miejsca. To samo dotyczy osób, które doświadczają stwardnienia rozsianego. Akurat w Warszawie te placówki są połączone dla tych dwóch grup. Czy to dobrze? Możemy dyskutować, bo są różne potrzeby.

Kolejna kwestia jest taka, że ośrodki dziennego pobytu nie są w pełni dostosowane do osób, które mają zaawansowane postacie chorób. W związku z tym, jeśli ta pomoc będzie kierowana do osób, które są na początku swojej drogi – nie odmawiam tutaj wagi profilaktyki i wczesnych interwencji – to pomijanie tych osób, które doświadczają i są w zaawansowanej chorobie, to jest niezwykle istotna kwestia, którą bardzo łatwo pominąć. Dzisiaj w tej dyskusji też tego doświadczylam. W ostatnich trzech latach, proszę państwa, 1,6 tys. seniorów popełniło samobójstwa. Kolejny pik skutecznych zamachów samobójczych jest w przedziale wiekowym 75–85. To są próby skuteczne, proszę państwa. Lekarze w POZ w żaden sposób nie są w stanie tego zaopiekować.

Jako opiekun chcę państwu również powiedzieć, że brak wsparcia jest na tyle duży, że trzeba mieć osobę bliską, ponieważ moje zadanie polega teraz na przewożeniu zaświadczeń pomiędzy jednym specjalistą a lekarzem w POZ, ponieważ lekarz w POZ nie chce przepisać na przykład środków higienicznych czy pewnych leków, dlatego że nie ma informacji od lekarza specjalisty.

W związku z tym moje zadanie na przykład na ten tydzień, czyli jutro, polega na pojechaniu do Otwocka i przewiezieniu do Warszawy takiego zaświadczenia po to, żeby dostać rzecz, która moim bliskim po prostu się należy. Tak wyglądają realia.

Dlatego też bardzo się cieszę... Jeszcze raz podkreślę, proszę państwa, to są bardzo ważne rzeczy profilaktyczne i jednocześnie absolutnie niewystarczające. Jeśli te programy będą ślepe na potrzeby osób, które tego naprawdę potrzebują, to będziemy mieli problem związany ze zwiększeniem skutecznych prób samobójczych w przypadku osób seniorów. Tak się dzieje w wielu krajach na świecie. To pierwsza tendencja, która jest, a druga dotyczy osób, które opiekują się tymi osobami. Jako opiekun osobiście doświadczyłam bardzo mało wsparcia. Myślę, że nie jestem jedyną taką osobą. Pan przewodniczący też mówił, że miał okazję to zobaczyć.

W związku z tym zachęcałabym również do zwrócenia uwagi na realia i faktyczne możliwości. Zgadzam się z panem przewodniczącym i dziękuję za zwrócenie uwagi, że być może coś na kształt szybkiej ścieżki – tak jak jest szybka ścieżka onkologiczna – mogłoby dotyczyć również osób, które doświadczają chorób związanych z wiekiem podeszłym. Niestety nie wykorzystujemy też potencjału psychogeriatrici. To jest specjalność, która być może powinna być językiem u wagi dla Ministerstwa Zdrowia w nadchodzących dekadach.

Z pewnością chciałabym usłyszeć... Jeśli na dzisiejszym posiedzeniu nie macie państwo takiej możliwości, to chciałabym zachęcić do tego, żeby zorganizować spotkanie, żebyśmy przyjrzeni się sytuacjom osób, które nie są na początku drogi chorowania, ale są w połowie albo w drugiej części, ponieważ te problemy będą narastać i one nie są małe, a niestety te osoby nie przyjdą pod Sejm, by protestować tak, jak dzisiaj są protesty, bo nie są w stanie i nigdy nie będą w stanie, więc będą odchodziły w ciszy, tak samo jak w ciszy będą się starać sobie radzić opiekunowie, póki oni będą. Zachęcam państwa do tego, żeby na to zwrócić uwagę.

Ostatnia rzecz, na którą chciałam zwrócić uwagę. Dzisiaj nie usłyszałam o centrach usług społecznych. To również wydaje mi się cenna inicjatywa, którą warto wspierać, ponieważ o samotności osób wiedzą te osoby, które mieszkają najbliżej. Działania związane ze wzrostem świadomości jak najbardziej są bardzo dobre. Dziękuję za pomysł z lokowaniem produktów. Jednocześnie nie bójmy się i nie lękajmy się pokazywać tej nieładnej dla wielu, nieestetycznej strony wieku podeszłego i doświadczania chorób neurodegeneracyjnych i chorób związanych z demencją. To nie są jedyne choroby, ale niewątpliwie problematyka zdrowia psychicznego osób starszych jest bardzo ważna.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Dziękuję bardzo.

Pani minister, bardzo proszę.

Sekretarz stanu w KPRM, pełnomocnik rządu ds. polityki senioralnej Marzena Okła-Drewnowicz:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący.

Przepraszam, że siedzę tyłem. Jakoś spróbuję się do pani odwrócić. Proszę wybaczyć. Próbuje jakoś nieporadnie.

Bardzo dziękuję za praktyczny głos, bo tak go odbieram. Od początku misji tworzenia polityki senioralnej szczególnie zwracam uwagę na opiekę długoterminową. Ona jest cicha, zgadzam się z panią. Bardzo często mówię, że nigdy tych osób nie zobaczymy, ani ich, ani ich bliskich, bo oni po prostu nie są w stanie, oni są w domach. Patrzę natomiast na system, który mamy, i oczywiście wiem, że jest bardzo dużo do zrobienia. To, co w ciągu ostatnich dwóch lat udało nam się zrobić, to jest częściowo to, co powiedziałam. Wydaje mi się, że przyjęcie tego programu... Wydaje się, że to dokument, a jednak jest on dokumentem oczekiwanym przez środowiska od naprawdę długiego czasu. Zawiera on konkretne działania czy też wskazania do podejmowania przez nas konkretnych działań.

Teraz tak. Powiedziała pani o tym, że opiekunowie nie mają wsparcia i wiele osób starszych dotkniętych chorobami otępiennymi pozostaje w domach. Przed chwilą powiedziałam, że Stały Komitet Rady Ministrów przyjął ustawę o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych. Tam jest zaprojektowany wieloletni program rządowy: bon senioralny, który będzie miał za zadanie finansować usługi wsparcia w miejscu zamieszkania. Po raz pierwszy w historii mamy tam zaplanowaną kwotę 1 mld zł tylko na pierwsze trzy lata. Nigdy nie było takich pieniędzy na organizację systemu wsparcia w miejscu zamieszkania. Wierzę, że jeśli uda nam się wprawić

te środki finansowe w ruch i samorządy będą sięgać po te pieniądze, to uda nam się stworzyć miejsca pracy dla opiekunek, opiekunów szczególnie w środowiskach wiejskich i miejsko-wiejskich, bo one są mocno deficytowe.

Mamy też założenie, że w pierwszych latach funkcjonowania program byłby skierowany przede wszystkim do gmin, gdzie w ogóle nie ma usług opiekuńczych albo gdzie te usługi są realizowane w niewielkim zakresie. Wygląda to tak, że na dzisiaj ok. 10% gmin w ogóle nie realizuje usług opiekuńczych, mimo że jest to zadanie własne, a w ok. 30% gmin realizowane są one dla nie więcej niż 10 osób. Tam chcemy zacząć, bo inna jest sytuacja seniora w dużym mieście, a inna jest na wsi. Mamy tego świadomość. Dlatego ustawa po wejściu w życie da nam możliwość budowania rynku tam, gdzie w ogóle go nie ma. Tam zaczynamy. To jest jedna rzecz.

Druga kwestia. Jeśli chodzi o kluby seniora, ma pani rację. Jest tak, że to są osoby aktywne. To jest przeciwdziałanie, profilaktyka. To bardzo ważne, ale mówiła pani też o transporcie. Polityka senioralna to zadanie własne gminy. W dużej mierze jest tak, że od samej gminy zależy, jak ona widzi tę politykę senioralną i jak ją realizuje. Rzeczywiście są gminy, gdzie w ogóle nie ma klubów seniora, z różnych powodów: nie mają budynku, nie mają pieniędzy. Po to jest program rządowy.

Czym innym jest klub seniora, a czym innym jest dzienny dom pobytu. Osobiście uważam, żeienne domy pobytu powinny mieć przestrzeń wspierającą osoby dotknięte chorobami neurodegeneracyjnymi. Tak bywa, tak też się dzieje. Może to było rok temu, ale byłam w jednym z takich domów na Bielanach w Warszawie. Tam spotkałam się z taką ofertą w dziennym domu pobytu jak pokój wycieszenia i wsparcie dla osoby dotkniętej na przykład chorobą Alzheimera. Niby niewiele. Tam taka przestrzeń jest stworzona. To jest tak naprawdę pokój wycieszenia, zajęcia, wiedza. Wystarczy powiełać.

Nie da się tu zrobić wszystkiego naraz, ale te dobre praktyki na pewno będziemy promować, wspierać je, też finansującienne domy pobytu, na które, jak powiedziałam, mamy więcej o ok. 20% środków. Tyle udało się uzyskać na nowy wieloletni program rządowy. Są też jednak przykłady gmin wiejskich. Dużo jeżdżę po Polsce, szanowni państwo, dlatego mogę nie tylko podzielić się wiedzą teoretyczną i ogólnym sformułowaniem, ale mogę państwu podać konkrety, gdzie to widziałam i gdzie to funkcjonuje.

Mam przykłady gmin wiejskich, miejsko-wiejskich, które prowadzą na przykład dzienny dom pobytu, czy to w ramach programu rządowego – podam państwu jeden taki przykład – czy to nie w ramach programu rządowego. Gmina go organizuje, bo uważa, że to jest najefektywniejsza i dużo tańsza forma pomocy dla jej mieszkańców. Pierwszy przykład to gmina Otyń w województwie lubuskim. Tam funkcjonuje dzienny dom pobytu, który polega m.in. na tym, że są zajęcia dla osób starszych, ale gmina organizuje tam transport. Jest autobus czy bus, który – powiem kolokwialnie, może nieładnie – zbiera osoby, które są uczestnikami zajęć, przywozi na zajęcia i odwozi. To gmina Otyń, województwo lubuskie. Przykład z ostatniej chwili w moim województwie, województwie świętokrzyskim, to gmina Sworów w powiecie staszowskim. Jest tam uruchomiony nowy dzienny dom pobytu. Gmina oferuje również transport dla uczestników z poszczególnych wsi.

Takie przykłady w Polsce mają miejsce. Polityka senioralna i wsparcie osób wymagających pomocy, osób starszych to przede wszystkim partnerstwo rządu i samorządu. Najpierw jest rodzina. Jeśli rodzina z różnych powodów nie może wypełnić funkcji opiekuńczych – pracuje, ma swoje rodziny, to bardzo skomplikowane sytuacje – to samorząd jest tym pierwszym, który powinien organizować wsparcie, ale rząd jest od tego, żeby tworzył warunki do tego, żeby samorząd mógł takie wsparcie organizować. Budujemy systemowe rozwiązania i to partnerstwo. Uważam, że jednak w krótkim czasie, po latach niepatrzenia na systemowe rozwiązania udaje nam się powoli je łączyć. Przed nami dużo więcej, ale to, co już zrobiliśmy... Może efektów tego nie widzimy, bo dopiero wprawiamy te rozwiązania w ruch, ale mam nadzieję, że za rok, za dwa lata, po pierwszym okresie powiemy, że coś już nam się sprawdziło.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, chciałabym, żeby pan dyrektor Jakubowski też jeszcze zabrał głos, bo właśnie przygotowujemy nasze uwagi do ustawy, która jest w ramach konsultacji publicznych, a uwagi dotyczą ustawy o pomocy społecznej.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję, pani minister.

Panie dyrektorze, bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów Aleksander Jakubowski:

Dziękuję serdecznie. Dziękuję również za ten głos.

Tak jak wspomniała pani minister, akurat duża, znacząca nowelizacja ustawy o pomocy społecznej znajduje się obecnie na etapie konsultacji, opiniowania i uzgodnień. Organizacje społeczne, wszelkie podmioty, które chciałyby zgłosić uwagę, mają termin do 30 kwietnia. To jest niezwykle ważne, żeby w aspekcie nowelizacji, zmiany, doskonalenia systemu pomocy społecznej wybrzmiał również ten głos, głos praktyczny – tak jak słyszeliśmy – w obszarze działań wobec osób, które mierzą się z chorobami otępiennymi. Termin na zgłoszenia jest do 30 kwietnia. Można wysłać takie uwagi do Ministerstwa Rodziny, Pracy, Polityki Społecznej. Takie uwagi, rzecz jasna, zostaną tutaj przedstawione przez pełnomocnika rządu ds. polityki senioralnej. Już rozmawialiśmy z panią minister.

Tak jak pani mówiła à propos klubów seniora, jedna z tych uwag dotyczy takiego problemu, że oto jest senior, który jest w klubie seniora, jest sprawny, ale pojawia się choroba otępienna. I teraz co? To jest uczestnik klubu seniora bardziej wymagający i może pojawić się pokusa, żeby ten człowiek – przepraszam za brzydkie słowo – już nie korzystał z usług klubu, żeby został niemalże wypchnięty.

Rozmawialiśmy z panią minister o tym, że o ile jako departament i pani pełnomocnik działamy, aby odformalizować dostęp do klubu seniora – tutaj były zgłaszane i uwzględniane uwagi, żeby już nie było wywiadów środowiskowych, żeby nie było wątpliwości co do tego, że nie trzeba przeprowadzać wywiadu środowiskowego z osobą, która chce być w klubie seniora – o tyle skreślenie z listy uczestników klubu seniora, żeby było proceduralnie zagwarantowane pewne bezpieczeństwo, jak na przykład w procedurze administracyjnej przy wydawaniu decyzji administracyjnej, żeby senior, który może być w trudniejszej sytuacji, na przykład dlatego, że pojawiła się choroba otępienna, miał swoje gwarancje.

To jest jeden z przykładów uwag, które są przez nas zgłaszane, ale powtórzę: to jest właśnie ten moment, żeby zachęcać, jeśli mają państwo kontakt z osobami zainteresowanymi, do tego, aby nadsyłały te uwagi do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, sugerowały rozwiązania, ewentualne też postulaty doskonalenia w projekcie ustawy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Dziękuję, pani minister. Dziękuję, panie dyrektorze. Myślę, że jeszcze później, na etapie prac w parlamencie będzie dyskusja, będziemy mogli jeszcze wprowadzić konkretne rzeczy, jeżeli się pojawiają, jeżeli będzie dobry pomysł.

Bardzo proszę, oddaję panu głos. Później wrócimy do pana i znowu wracamy do tamtego rzędu, żeby było po kolei.

Główny koordynator ds. ochrony zdrowia psychicznego Biura Rzecznika Praw Obywatelskich Błażej Kmiecik:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Błażej Kmiecik, pełnomocnik rzecznika praw obywatelskich ds. ochrony zdrowia psychicznego. Bardzo dziękuję za zaproszenie na to posiedzenie i w ogóle za podjęcie tego tematu. W marcu, podczas naszej ostatniej komisji ds. ochrony zdrowia psychicznego, jaka działa przy polskim rzeczniku praw obywatelskich, podjęliśmy temat depresji osób starszych i nazwaliśmy go – może troszeczkę poetycko – niedostrzeganym cierpieniem. Myślę, że nie pomyliliśmy się, ponieważ – o tym mówił pan dyrektor Sękowski – mówimy o bardzo istotnie zwiększającej się statystycznie grupie osób, które powyżej 65. roku życia doświadczają szeroko rozumianych zaburzeń psychicznych.

W dyskusji, którą państwo prezentujecie, którą przedstawicie też w ramach kolejnych programów i bardzo ciekawych projektów ustaw dotyczących zagadnień związanych z chorobami neurodegeneracyjnymi, wróć na chwilę do przedmiotu posiedzenia, czyli do psychiatrii, do psychologii, jeżeli państwo pozwolicie. To wszystko jest oczywiście powiązane, ale pozwolę sobie zwrócić uwagę na kilka kwestii.

Pierwsza kwestia jest taka, że kwestie, o których państwo mówicie, na pewno stanowią istotny element prewencji zaburzeń zdrowia psychicznego czy kryzysu zdrowia psychicznego w postaci piku, który widzimy powyżej 65. roku życia, czyli zwiększenia się liczby osób, u których rozpoznana jest depresja kliniczna, tzn. depresja, która jest rozumiana jako zaburzenie

psychiczne. Tutaj bardzo ważną rolę, na co zwróciliśmy uwagę w komisji, odgrywają lekarze rodzinni, lekarze pierwszego kontaktu. Są konkretne procedury, konkretne działania. Bardzo ważne jest to, żeby specjaliści medycyny rodzinnej mieli tę wiedzę z zakresu psychopatologii. To jest niezwykle istotne, żeby osoby starsze czy seniorzy potrafili odróżnić, że pewne sytuacje, których doświadczają, nie są tylko, mówiąc zupełnie wprost, pokłosiem starzenia się organizmu, ale są elementem doświadczania konkretnego kryzysu.

Pan przewodniczący zatrzymał mnie i nas, myślę, pytaniem, czy jest tak, że osoby starsze boją się psychiatry czy w ogóle tej tematyki. Myślę, że ten strach, ten lęk dotyczy instytucji, bo, drodzy państwo, dzisiaj jest tak, że młodzi ludzie... Wiem, że komisja dzieci i młodzieży debatuje dzisiaj na temat chociażby przemocy rówieśniczej i tam, mam wrażenie, temat pomocy psychologicznej, psychoterapii, wsparcia w jakiś sposób zadomowił się jako coś, co jest ważne i potrzebne, i mamy świadomość tego, że potrzebujemy wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

Dla naszych seniorów kontakt z psychiatrą to bardzo często jest strach. Dlaczego? Bo obraz psychiatrii przez dekady był – pojadę całkowitym sloganem – obrazem z „Lotu nad kukułczym gniazdem” Miloša Formana. Wiem, że jest to nagrywane, zrobiłem straszne uproszczenie i zrobiłem to bardzo celowo, ale, drodzy państwo, porównywanie psychiatrii do „Lotu nad kukułczym gniazdem” nadal nie jest całkowicie nieobecne, na przykład w polskich mediach. Są tego typu sytuacje i jeżeli mamy osobę, która ma lat 67, 70, to jej strach dotyczy tego, że ona nagle przestaje być samodzielna. Jeżeli trafia do szpitala psychiatrycznego, to szpital psychiatryczny – nawet z perspektywy bardzo nieśmiesznych dowcipów – wiąże się z tym, że zostanie się tam na stałe albo zostanie się na długo.

Pomysł, który pan przewodniczący podał, czyli medialnego przemycania w śniadaniowej telewizji, jest ciekawy. Pójdę krok dalej. Nie będę podawać tytułów seriali, ale mamy seriale w Polsce, które są od kilku dekad, i one miały w swojej treści bardzo ciekawe elementy, które były bardzo ważne na przykład właśnie z perspektywy psychiatrii, ochrony zdrowia, demitologizacji, odrzucenia pewnego strachu. Drodzy państwo, ponieważ mówimy o zdrowiu psychicznym, w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, która ma ponad 30 lat, oprócz szpitali psychiatrycznych, które mogą wzbudzać lęk... Chociażby projekt najnowszej nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dąży do tego, żeby odejść na przykład od stygmatyzującego języka choroby psychicznej. To jest bardzo ważne.

Wiem, że Ministerstwo Zdrowia nad tym pracuje, bo rozmawiamy o tym, ale oprócz szpitali psychiatrycznych w tejże ustawie mamy domy pomocy społecznej. Drodzy państwo, wiem, że wszystkiego od razu nie ulecymy systemowo, jako urzędnik państwowy i badacz naprawdę mam tego świadomość, ale jeżeli zapomnimy o wątku domów pomocy społecznej, to zostawimy ten element, którego szczególnie seniorzy się boją.

Może powiem konkretnie. Analizy, jakie od wielu lat prowadzi Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, Najwyższa Izba Kontroli, mówią wprost i wniosek jest bardzo jasny. Od razu chcę zaznaczyć, że nie chcę obrażać nikogo, kto pracuje w domach pomocy społecznej, bo to są niezwykle ważne miejsca, ale obraz tych domów z perspektywy kontroli jest bardzo niepokojący z perspektywy poszanowania praw człowieka i obywatela. Zachęcam państwa do zapoznania się z ostatnim raportem Najwyższej Izby Kontroli z 2024 r. i kolejnymi raportami Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur i polskiego rzecznika praw obywatelskich. Znowu, nie chcę generalizować, mówiąc, że to są miejsca złe czy coś takiego. Nie, tylko ludzie, którzy są w starszym wieku, seniorzy, ich rodziny... To jest ten lęk, o którym powiedział pan przewodniczący. To jest na przykład, nie wiem, mój lęk, czy mogę „oddać” – nawet to sformułowanie jest bolesne – czy mogę zdecydować się na to, żeby mój tata, moja mama trafili do domu pomocy społecznej, ponieważ z perspektywy mojego zdrowia psychicznego nie wiem na przykład, jak poradzić sobie z osobą doświadczającą choroby neurodegeneracyjnej.

Znowu zaznaczam, że mam świadomość, że nie wszystko tutaj zagospodarujemy, ale jeżeli zostawimy w kontekście pewnych standardów poszanowania praw człowieka temat domów pomocy społecznej, to ten strach i lęk przed kierowaniem do tych placówek starszych osób wymagających pomocy będzie bardzo wysoki. To są jedne z niewielu instytucji w Polsce, które kiedyś Goffman nazywał instytucjami totalnymi, które nadal mają bardzo niepokojący wskaźnik naruszania praw człowieka. To jest bardzo poważny problem.

Drodzy państwo, ostatnia kwestia to seniorzy, którzy mają dzieci z niepełnosprawnością. Polecam państwu wstrząsający materiał, jeżeli nie czytaliście, pana red. Dariusza Farena

z Wirtualnej Polski, który opisał poruszającą historię rodziny z Poznania dotyczącą śmierci. Nie chcę teraz tego opisywać, bo nie czas i miejsce, ale to jest pytanie o starzejących się – przepraszam za sformułowanie, naprawdę nie chcę nikogo stygmatyzować – seniorów, którzy mają świadomość tego, że ich na przykład pięćdziesięcioletnie dziecko z głębokim stopniem niepełnosprawności intelektualnej zostanie samo. Ostatnio podjęliśmy ten temat w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich i zaczynamy się zastanawiać, jak stworzyć system, który będzie alarmował gminę, że na poziomie gminy dorosły człowiek intelektualnie funkcjonujący na poziomie dziecka zostaje sam. To jest lęk wielu starszych rodziców dotyczący tego, co będzie z tymi osobami.

Podzielam optymizm pana przewodniczącego, bo rzeczywiście projekt tej ustawy może *step by step* zmieniać rzeczywistość. Sam mieszkam na terenie gminy, gdzie w weekendy nie ma słynnego PKS, a w tygodniu jest albo nie ma, zależy, czy przyjedzie. Zmierzam do tego, że drobne elementy są ważne. Uważam, że tutaj dzieje się naprawdę wiele dobra, natomiast zachęcam do tego, żebyśmy nie zostawiali strachu przed pojawieniem się w instytucji i żebyśmy różnymi medialnymi metodami podejmowali kroki destygmatyzacji pewnych miejsc, a jednocześnie – z respektem dla ludzi, którzy tam pracują – podwyższenia poziomu poszanowania praw człowieka w miejscach, które obiektywnie są przykładem naruszania praw człowieka. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję. Dziękuję za ten głos.

Chciałem powiedzieć ze swojej obserwacji, już absolutnie odchodząc od jakichś różnic politycznych. Pierwszy raz widzę w polskim parlamencie – a w polskim parlamencie jestem dosyć długo – że pojawiają się ludzie, też w rządzie, którzy mają pewne funkcje, którzy zajmują się wyłącznie polityką senioralną, co trzeba i warto jest... Zwracam się z podziękowaniami szczególnie do pani minister, bo są to ludzie niesamowicie empatyczni i – może niech pani minister zatka uszy – z potężną siłą wewnętrzną, bo to jest, tak jak pan pokazał, bardzo trudny temat.

On jest bardzo trudny na wielu poziomach. Wydawałoby się, że zrobimy to, zrobimy to, zrobimy to i będzie działać, a okazuje się, że jest tyle niuansów i tyle bardzo ważnych spraw do rozwiązania, powiązanych z różnymi resortami, ministrami czy przepisami, które trzeba rozwiązać.... Rozumiem, że staramy się to robić, staramy się powoli pokazać, że nasz rozwój cywilizacyjny jest olbrzymi, i skupiamy się na różnych grupach społecznych, zajmujemy się ludźmi bardzo młodymi, którzy są w kryzysach, ale też osobami starszymi. Te osoby starsze – tak też rozumiem ideę funkcji, którą pełni pani minister – to są ludzie, którzy swoim życiem budowali naszą pozycję, pozycję Polski na arenie międzynarodowej, ale i wewnętrznie, i za to należą im się od nas podziękowania. Ta opieka, to wsparcie, to wszystko, o czym mówiła pani minister, pani dyrektor, pan dyrektor i drugi pan dyrektor z Ministerstwa Zdrowia, pokazuje tylko, że cały czas mamy ich jako priorytet wystawiony na szczycie listy potrzeb w naszym kraju.

Widzę panią, ale musimy po kolei, więc oddaję panu głos. Bardzo proszę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Nazywam się Jerzy Płókarz, reprezentuję Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, ale również zrzeszenie – bo to nie stowarzyszenie, a zrzeszenie – Łódzki Sejmik Osób Niepełnosprawnych. Jest to zrzeszenie ponad 50 organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych, w tym w znacznej części seniorów.

Najpierw chciałbym zasygnalizować problem zgodny z tematem posiedzenia, a więc pomoc psychologiczną. Mam pytanie do pani minister, jak i do Ministerstwa Zdrowia, bo ministerstwo prowadzi, z relacji, programy pomocy psychologicznej, jakie znalazły się w konkursach polityki senioralnej, problem pomocy, m.in. telefon zaufania. Ostatnio wypłynął problem, w naszej ocenie bardzo poważny i wymagający skupienia się na nim. Mianowicie przy okazji tworzenia ustawy o zawodzie psychologa wprowadzono w naszej ocenie kuriozalny zapis zezwalający na to, żeby pomocy psychologicznej udzielały osoby niemające uprawnień psychologa. Konkretnie to art. 23 ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie psychologów. Mam nadzieję, że uda się to zmodyfikować, zanim ustawa wejdzie w życie. Czasu jest niewiele, ale trochę jest.

W naszej ocenie jest to bardzo ważny problem, ponieważ nie bez przyczyny w tej chwili mamy w Polsce utrzymujący się wysoki odsetek prób samobójczych. Przy tworzeniu telefonu zaufania obsługujący telefon zaufania będą się spotykali na przykład z tego typu problemami. Pytanie do pani minister i do resortu jest takie: czy przewidujecie państwo w sposób kategoryczny

uwarunkowanie, aby przy tego typu działaniach był zaangażowany uprawniony psycholog? Jeżeli pomoc psychologiczną będzie próbowała wykonywać osoba, która nie ma uprawnień, doświadczenia, wiedzy – nie chodzi o uprawnienia, chodzi o wiedzę i doświadczenie pracy – to może być nieskuteczna, i pewnie w wielu przypadkach będzie nieskuteczna, na przykład próba pomocy psychologicznej i odwiedzenia kogoś od chęci dokonania próby samobójczej.

W naszej ocenie jest to bardzo poważny problem. Chciałbym w imieniu naszych organizacji zwrócić uwagę na ten problem. Zwłaszcza w świetle tego przepisu, który w naszej ocenie wręcz zachęca do tego, żeby pomocy psychologicznej podejmowały się osoby, które nie mają wiedzy i doświadczenia w pracy psychologicznej, trzeba jednak stawiać żelazny warunek, że w tego typu działaniach musi uczestniczyć psycholog. Nie mówię, że on musi być operatorem telefonu zaufania na co dzień, ale to wszystko musi odbywać się przynajmniej pod nadzorem psychologa.

Ponieważ troszeczkę odeszliście państwo od tematu, jeżeli chodzi o opiekę, jest apel do pani minister ze strony naszych organizacji o zainteresowanie się, zastanowienie się i w jakiś sposób podjęcie interwencji z ramienia rządu, jeżeli chodzi o ministerstwo rodziny i wojewódzkie zespoły orzekania o niepełnosprawności, które dokonują oceny poziomu potrzeby świadczenia wspierającego. To, co dzieje się w świadczeniu wspierającym dotyczącym seniorów – i to bardzo często z problemem psychologicznym otępiennym – to jest zgroza. W tej chwili pan z Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wyszedł, a szkoda, bo w naszej ocenie mamy tu problem rażącego naruszania praw obywatelskich, praw człowieka.

Ministerstwo rodziny wydało zalecenie obcinania punktów, zaniżania poziomu oceny, tak, dosłownie zaniżania, w stosunku do seniorów w wieku powyżej chyba 70., a nawet 75. roku życia. Nie rozumiem, dlaczego do tej pory nie ma reakcji na liczne protesty i sygnały zarówno w sferze mediów społecznościowych, jak i zgłaszane w komisjach m.in. przez naszą organizację, że czegoś takiego nie wolno robić. Jest to pewna manipulacja argumentem, że zdolności psychofizyczne osób w wieku 70 czy 75 lat są w sposób naturalny bardziej ograniczone, więc ta punktacja też musi być obniżona. Jest to manipulacja. To jest półprawda. Nie oceniamy w ramach programu wsparcia osób niepełnosprawnych i seniorów tego, czy potrafią wysoko skakać, szybko biegać czy przenosić ciężary. Tam się ocenia, czy ta osoba może przejść do toalety, czy ta osoba może zejść po schodach, czy ta osoba może poruszać się w domu, czy może zjeść. W sposób naturalny w tym wieku te funkcje psychofizyczne nie są ograniczone. W związku z tym twierdzenie, że obcinamy, i takie traktowanie tych ludzi naprawdę nie powinno mieć miejsca.

Stąd taki gorący apel, pani minister. Niestety trzeba to jasno powiedzieć. Urzędnicy ministerstwa rodziny nie reagują na taki – dosyć oczywisty – problem dotyczący seniorów, tak jakby, nie wiem, lekceważyli, uważali, że zjedli wszystkie rozumy i już strona społeczna oraz liczne grono rodzin nie mają pojęcia i mówią tylko bzdury. Nie. Jest prośba, pani minister, żeby zainterweniować. Może z ramienia kancelarii premiera uda się wreszcie to kuriozum zmienić. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Dziękuję bardzo.

Zbierzemy wszystkie pytania, dlatego że – przepraszam bardzo – salę mamy do godziny 17.00, nawet nie, bo o godzinie 17.00 zaczyna się tutaj posiedzenie połączonych komisji, więc mamy 10 minut. Dorzucę jeszcze tylko pytanie do pana dyrektora, jeżeli mogę, w tej serii. Zrobimy to okrażenie i szybkie odpowiedzi.

Panie dyrektorze, mam jeszcze pytanie. Co będzie ze starszą osobą, która jest w pełni świadoma, dobrze funkcjonuje, jest w jakiś sposób unieruchomiona, a potrzebuje psychiatry? Co z takim problemem?

Przepraszam, kto jeszcze chciał się wypowiedzieć? Jeszcze pani oddają głos i kończymy.

Prezes zarządu PRP Renata Mizerska:

Pani minister, panie dyrektorze, chciałam serdecznie podziękować za to odniesienie. To jest bardzo ważne, żebyśmy byli w dialogu, żeby zobaczyć różne perspektywy, żeby głos tych, o których mówimy, którzy mniej mogą o siebie zawalczyć, poprzez nas wybrzmiał. Myślę, że społeczne zaangażowanie i odpowiedzialność nas do tego zobowiązują.

Chciałabym też zwrócić uwagę na aspekty, które w kontekście zdrowia psychicznego osób w wieku podeszłym, jak się wydaje i jak powiedziała pani minister, mogłyby wybrzmiewać w różnych miejscach. To jest też wkładanie do treści programowych w szkołach czy w różnego

rodzaju szkoleniach problematyki wieku senioralnego, wieku podeszłego, ponieważ, tak jak powiedziałam, demografia jasno pokazuje, że ten temat nie zniknie ani za 5, ani za 10, ani za 20 lat, wręcz przeciwnie. W związku z tym jest to niezwykle istotne. Dotyczy to różnych zawodów i profesji pomocowych – ja reprezentuję psychologów, psychoterapeutów – również innych zawodów czy pracowników socjalnych, pomocy społecznej, też lekarzy. Wydaje się, że zwrócenie uwagi na tę problematykę, jeśli chodzi o środowisko lekarskie, pielęgniarские, jest niezwykle istotne.

Proszę państwa, dzisiaj jestem chyba przedstawicielem takiego głosu doświadczenia. Jeden z członków mojej rodziny, osoba, która ma początek choroby otępiennej, na wizycie u lekarza dowiedział się, że problemy z pamięcią są adekwatne do wieku, i teraz przekonanie tej osoby, żeby znowu udała się na badania, kiedy rodzina widzi problem, jest niezwykle trudne, ponieważ lekarz niedawno powiedział, że nie ma problemu, jest to adekwatne do wieku.

Prosiłabym więc o zwrócenie uwagi. Być może z poziomu Ministerstwa Zdrowia jest możliwość stworzenia takich kursów w ramach doskonalenia zawodowego, a być może również wprowadzenie obowiązkowych modułów w programach specjalizacji w różnych dziedzinach, żeby problematyka osób w wieku podeszłym, jeśli chodzi o zdrowie psychiczne, mogła wybrzmiewać.

Chciałam jeszcze odnieść się do pana, jeśli chodzi o pomoc psychologiczną i ustawę o zawodzie psychologa.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

To szybciutko.

Prezes zarządu PRP Renata Mizerska:

Tak. Po pierwsze, ta ustawa nie mówi, że pomocy psychologicznej mają udzielać osoby, które nie są do tego przygotowane. To jest mit. To jest bardzo szkodliwy mit. To pierwsza sprawa.

Druga sprawa jest taka, że chciałabym zwrócić pana i państwa uwagę na to, że ustawa o zawodzie psychologa w żaden sposób nie wymaga umiejętności udzielania pomocy psychologicznej, żeby być wpisanym do rejestru psychologów. Wydaje się, że na poziomie kontraktowania usług w programach warto zwrócić uwagę, czy chodzi o absolwentów psychologii, innych specjalistów, inne zawody pomocowe, czy też psychologów w rozumieniu ustawy o zawodzie psychologa, a jeśli tak, czy taki psycholog nie powinien w kryteriach umieć wykazać się doświadczeniem w udzielaniu pomocy psychologicznej. Ustawa, która została przyjęta w 2026 r., nie nakłada takiego obowiązku, żeby osoba wpisywana do rejestru psychologów posiadała umiejętności potwierdzone stażem udzielania pomocy psychologicznej.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję.

Teraz tak: pani minister i panowie dyrektorzy.

Sekretarz stanu w KPRM, pełnomocnik rządu ds. polityki senioralnej Marzena Okła-Drewnowicz:

Powiem tylko jedno zdanie. Chciałam odpowiedzieć w kwestii tego szkolenia. Jeszcze przy ministrze ds. polityki senioralnej funkcjonowała Rada ds. Polityki Senioralnej i wtedy, kiedy były konsultacje dwóch nowych przedmiotów w podstawie programowej: edukacja zdrowotna i obywatelska, wprost zapisaliśmy tam potrzebę kształcenia, jeśli chodzi o w ogóle starzenie się, w tym też choroby neurodegeneracyjne. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Dziękuję bardzo, pani minister.

Panie dyrektorze?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Panie przewodniczący, bardzo szybko odniosę się do trzech kwestii, które z perspektywy resortu zdrowia zostały tutaj podniesione, bo myślę, że czwarta kwestia – związana z psychologami, definicją i kompetencjami zawodowymi – troszeczkę wykracza poza zakres naszego dzisiaj spotkania.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Tak.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Troszeczkę od tyłu: kwestia dostępu do świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dla osoby, która sama po tę pomoc nie może się udać. To jest właśnie różnica między opieką psychiatryczną realizowaną w modelu instytucjonalnym: poradni zdrowia psychicznego, szpitala, do którego trzeba się udać, a modelem środowiskowym i centrum zdrowia psychicznego, w którym istotnym elementem jest zespół leczenia środowiskowego. Co prawda do zespołu leczenia środowiskowego osoby są kwalifikowane, ale idea centrum zdrowia psychicznego zakłada to, że o pomoc do punktu zgłoszeniowo-konsultacyjnego może zgłosić się nie tylko sama osoba zainteresowana, ale na przykład jej osoba bliska. W tym momencie, jeżeli w centrum zdrowia psychicznego funkcjonuje tzw. ZLS, czyli zespół leczenia środowiskowego, jest możliwość odbycia takiej wizyty. Ona nie jest niczym trudniejszym do zorganizowania przez takie centrum w miejscu zamieszkania pacjenta, tak jak później pacjenci...

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Do psychiatry trzeba mieć skierowanie?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Nie, nie trzeba mieć skierowania. Teraz już nie trzeba też mieć skierowania do psychologa. To też jest istotne, bo też była bariera. Dzieciom wcześniej zniesiono obowiązek posiadania skierowania do psychologa właśnie po to, żeby pokonać tę barierę, że trzeba najpierw pójść po niwie stricte medycznej, farmaceutycznej wręcz czy farmakologicznej, jak by się chciało powiedzieć.

Jeszcze zostaną jednak przy temacie zmian w samym systemie ochrony zdrowia i przy elemencie podniesionym przez przedstawiciela rzecznika praw obywatelskich, prof. Kmiecika, czyli strachu, obawy przed instytucjami, wizji szpitala psychiatrycznego czy poradni zdrowia psychicznego jako miejsca wstydu. Mam świadomość utrwalania tej wypowiedzi, więc mówię, troszeczkę to przerysowując, ale musimy się z tym liczyć. Ulega to zmianie w sytuacji, w której kładziemy nacisk na deinstytucjonalizację, kiedy stawiamy na realne alternatywy dla hospitalizacji w postaci oddziałów dziennych, czyli możliwości zajęcia w sposób terapeutyczny czy diagnostyczno-terapeutyczny pacjentowi dnia, ale i powrotu do funkcjonowania normalnie w swoim miejscu zamieszkania. To jest oferta adresowana nie tylko do osób czynnych zawodowo, ale również do osób doświadczających problemów psychicznych w wieku starszym, oczywiście nie dla każdego. Uważam, że zmiana ta będzie bardzo dobrą zmianą w kierunku modelu środowiskowego.

Przy tematach zdrowotnych podnoszona była przez panią jeszcze kwestia krążenia z dokumentacją, czyli czegoś, co jest bolączką nie tylko opiekunów osób starszych, ale nas wszystkich w naszym systemie, co m.in. dzięki ustawie o e-zdrowiu, która ostatnio była przyjmowana, ma się zakończyć w sytuacji, kiedy to nie będzie tylko opcja w systemie. Każdy z nas ma w IKP możliwość upoważnienia do dostępu do swojej dokumentacji medycznej wskazanej placówki. Problem polega tylko na tym, żeby po tej drugiej stronie istniała też gotowość skorzystania z tej elektronicznej dokumentacji, żeby w tej dokumentacji była nie tylko informacja o odbytej wizycie i postawionym rozpoznaniu, ale na przykład wydanych zaleceniach, bo to jest coś, co jest potrzebne lekarzowi POZ, żeby przedłużyć recepty, wydać środki zaopatrzenia medycznego. To problem, który zogniskował nam się tutaj, ale tak naprawdę dotyczy on całego systemu: przepływ informacji w systemie, to, żeby to nie pacjent był nośnikiem informacji, tylko żeby informacja była dostępna w systemie, była w ramach jednego zasobu dostępnych informacji.

Ostatnia rzecz, szybko. Wysłuchałem pani wypowiedzi odnośnie do barier wejścia, barier skorzystania z wielu środków pomocy. Myślę, że ta wypowiedź pewnie nie miała na celu dezawuowania samych tych form pomocy. Mamy pełną świadomość tego, że nie wszystkie formy pomocy są dostępne dla wszystkich. To nie jest mowa tylko o świadczeniach, gdzie staramy się wychodzić naprzeciw takim oczekiwaniom, ale również o działaniach z otoczenia nierealizowanych przez samo Ministerstwo Zdrowia. Tutaj mogę zwrócić uwagę na jedno. Jesteśmy tylko ludźmi. Ludzie, którzy podejmują te działania, bardzo często są tylko ludźmi. Oni z dobrych chęci zrobienia czegoś, co jest pożyteczne, czasami nie dostrzegają, że pewne rzeczy mogą pogłębiać nierówności w społeczeństwie, mogą pogłębiać nierówności zdrowotne.

Naszym zadaniem z poziomu rządowego – jak pani minister to zaakcentowała – jest przekazać im wiedzę i umiejętności takiego kreowania polityki publicznej, aby do pogłębiania tych nierówności nie dochodziło. To będzie coś, co my znowu będziemy robili w ramach działań

edukacyjnych zdrowia publicznego w Ministerstwie Zdrowia. Znowu udało nam się pozyskać na to środki europejskie. Nazwaliśmy to roboczo Akademią Zdrowia Publicznego, gdzie chcemy lokalnych realizatorów zadań zdrowia publicznego, nie polityki zdrowotnej, nie dostawców świadczeń, ale tych, którzy podejmują działania na pograniczu polityki społecznej, edukacyjnej, zdrowotnej, lokalnie uczyć perspektywy, spojrzenia na to, że wydłużamy nie tylko życie, poprawiamy nie tylko jego jakość, ale też zmniejszamy społeczne nierówności w zdrowiu.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Za ten głos dziękuję, panie dyrektorze. Dodam tylko jedną rzecz, ale to nie jest na dzisiejszą podkomisję, moim zdaniem to jest na Komisję Zdrowia, żebyśmy tam z tym wrócili. Pani powiedziała, że lekarz, do którego idziemy... Nie chcę powiedzieć, że on umniejsza chorobie, ale – tak jak pani powiedziała – ja też spotkałem się z tym cytatem. To jest wszystko adekwatne do wieku. Ta droga jest otwarta dla starszej osoby. Jak ta starsza osoba będzie miała dobrego opiekuna, nie podda się i pójdzie dalej, to się okazuje, że to nie jest adekwatne do wieku, tylko można sobie poradzić z tym inaczej. Uważam, że to jest bardziej problem na Komisję Zdrowia.

Szanowni państwo, musimy już kończyć. Wyczerpaliśmy dzisiaj porządek.

Prezes zarządu PRP Renata Mizerska:

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Nie, już nie możemy, naprawdę, bo już słyszę, że są inne komisje i będziemy mieli problem.

Pani minister, nim zakończę, chciałem jeszcze bardzo podziękować, przede wszystkim za obecność. To się rzadko zdarza i za to bardzo serdecznie dziękuję. Chciałem powiedzieć jeszcze raz, że wśród pełnomocników jest pani niesamowita. Naprawdę bardzo to doceniam.

Panowie dyrektorzy, bardzo wam dziękuję. Szanowni państwo, dziękuję.

Na tej ostatniej dyskusji wyczerpaliśmy porządek obrad.

Zamykam posiedzenie podkomisji.

Mam nadzieję, do spotkania następnego, z jeszcze lepszymi pomysłami. Wszystkiego dobrego i do zobaczenia.