

IX kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

(NR 22)

z dnia 8 marca 2023 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego (nr 22)

8 marca 2023 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia psychicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Pawła Rychlika (PiS)**, przewodniczącego podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat zdrowia psychicznego seniorów.

W posiedzeniu udział wzięli: **Dariusz Poznański** dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, **Joanna Jeleniewska** zastępca dyrektora Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, **Damian Marciniak** dyrektor Departamentu do spraw Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta wraz ze współpracownikami, **Janusz Heitzman** pełnomocnik ministra zdrowia do spraw psychiatrii sądowej, **Tomasz Targowski** konsultant krajowy w dziedzinie geriatry, **Renata Mizerska** prezes Polskiej Rady Psychoterapii, **Grzegorz Wrona** sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej oraz **Tadeusz Pietras** kierownik II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

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

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dzień dobry państwu. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego. Witam członków podkomisji i zaproszonych gości.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat zdrowia psychicznego seniorów. Informację tę zaprezentują przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. Czy są uwagi do zaproponowanego porządku dziennego? Jeśli nie, to porządek dzienny uważam za przyjęty.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że wszystkie materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile. Informuję, że wpłynęło upoważnienie do reprezentowania resortów dla pana Dariusza Poznańskiego, dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ, oraz dla pani Joanny Jeleniewskiej, zastępcy dyrektora Departamentu Polityki Senioralnej w MRiPS. Proszę przedstawicieli MZ oraz MRiPS o przedstawienie informacji.

Witam serdecznie zaproszonych i przybyłych gości. Witam pana profesora Janusza Heitzmana, pełnomocnika ministra zdrowia do spraw psychiatrii sądowej i wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Dobry wieczór, panie profesorze. Witam panią Joannę Jeleniewską, zastępcę dyrektora Departamentu Polityki Senioralnej w MRiPS. Dzień dobry. Witam panią Sylwię Kozarzewską, starszego specjalistę w Departamencie ds. Zdrowia Psychicznego, i pana Damiana Marciniaka, dyrektora tego departamentu w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta.

Witam pana profesora Tadeusza Pietrasa, kierownika II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Dzień dobry, panie profesorze. Witam pana Dariusza Poznańskiego, dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ; pana profesora Tomasza Targowskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie geriatry z Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie, oraz pana Grzegorza Wronę, sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej.

Proszę przedstawicieli ministra zdrowia oraz ministra rodziny i polityki społecznej o przedstawienie informacji.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dariusz Poznański:

Dariusz Poznański, dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ.

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, pozwolę sobie podać trochę informacji, które posiadamy w resorcie, jeżeli chodzi o zagadnienie będące przedmiotem dzisiejszego posiedzenia.

Jeśli chodzi o zdrowie psychiczne osób w wieku podeszłym, jakkolwiek byśmy je definiowali, to wymiar psychologiczny zdrowia psychicznego jest niezwykle istotnym wymiarem życia tych osób. Jest on zarówno uwarunkowany aspektami biologicznymi, jak i w różnym stopniu uwarunkowany wymiarem społecznym, który oddziałuje na psychikę człowieka. Czynnikiem, które wpływają na aspekt psychologiczny zdrowia, są funkcje poznawcze, ale też indywidualne predyspozycje danego człowieka.

Niestety z wiekiem funkcje poznawcze ulegają osłabieniu w zakresie przyswajania nowych informacji i uczenia. Zmniejsza się również podzielność uwagi i koncentracji. Następuje znaczne spowolnienie tempa wykonywanych zadań i rozwiązywania problemów. Niektóre funkcje mózgu ulegają osłabieniu. Zmniejszają się pamięć operacyjna oraz koordynacja wzrokowo-ruchowa. Z częścią tych zmian osoby starsze są w stanie sobie poradzić za pomocą różnego rodzaju zapisków i organizatorów, dzięki którym ważne dla nich informacje pozostają zanotowane, co ułatwia planowanie i organizację codziennych spraw, ale może też prowadzić to u nich do wystąpienia uczucia lęku i zaniepokojenia, co znacząco wpływa na dobrostan psychiczny.

Polskie społeczeństwo się starzeje, na pewno każdy z państwa doskonale zdaje sobie z tego sprawę. Udział osób w wieku 65 plus w 2040 r. wyniesie niemal 13 mln osób, więc z tego punktu widzenia każdy aspekt zdrowia tej populacji będzie się jednoznacznie przekładał na obciążenie czy to systemu opieki zdrowotnej, czy to innych systemów opiekuńczych wspierających te osoby. Wydaje się, że mało prawdopodobne jest odwrócenie tych trendów demograficznych.

Szacuje się, że odsetek osób powyżej 65. roku życia będzie się nieustająco zwiększał, co z jednej strony jest oczywiście sytuacją korzystną, bo cieszymy się, że osoby żyją coraz dłużej, a bierze się to z poprawy warunków życia, poziomu wykształcenia, zmiany zachowań prozdrowotnych i właśnie zmniejszenia zachowań antyzdrowotnych, niemniej jednak będzie to po prostu coraz większym wyzwaniem dla szeroko rozumianej polityki publicznej.

Przedstawię państwu trochę informacji, które mamy z unikalnych w zasadzie badań, w których kompleksowo został zbadany stan zdrowia psychicznego społeczeństwa. Będzie to badanie wykonane już kilkanaście lat temu. Ponad 10 lat temu było przeprowadzone pierwsze badanie epidemiologii zaburzeń zdrowia psychicznego w populacji dorosłej o akronimie „Ezop I”. Dwa lata temu zakończyła się druga edycja tego badania, która zbadała stan zdrowia psychicznego w całej populacji. Były tam również osoby w wieku bardzo podeszłym, bo nawet 100-latkowie byli badani. Zgodnie z wynikami tego badania...

Trzeba zwrócić uwagę na to, że zależnie od tego, na jakie źródło danych będziemy patrzyli, taki obraz będziemy widzieli. Jeżeli popatrzymy na dane rozliczeniowe Narodowego Funduszu Zdrowia, to będziemy widzieli, jakie świadczenia w ramach systemu publicznego zostały udzielone, ale nie jest to najpełniejsza informacja, dlatego że po pierwsze jest ona uwarunkowana formami wsparcia, ale też dostępnością opieki, która też jest zróżnicowana terytorialnie. Z punktu widzenia oceny sytuacji zdrowotnej badania epidemiologiczne, w których wyszkoleni ankieteryzy według sparymetryzowanego, jednolitego narzędzia badawczego po prostu badają pacjentów, przeprowadzają z nimi wywiady, robią testy psychologiczne, są w stanie zbadać tę sytuację w sposób powtarzalny i metodycznie poprawny.

Właśnie w ramach badania „Ezop” stwierdzono, że jeżeli chodzi o uogólnione zaburzenia lękowe, to one najczęściej występują wśród osób po 65 r.ż. Natomiast rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych łącznie zwiększa się z wiekiem aż do 65. r.ż. Rozpowszechnienie wśród seniorów różnych zaburzeń przypada na wiek 65–69 lat, a następnie obserwuje się spadek. Zwraca się uwagę na to, że jest to krytyczny okres wiekowy, związany ze stresem przejścia na emeryturę i pierwszymi latami życia na emeryturze.

Jeżeli chodzi o zaburzenia nerwicowe związane ze stresem, to szacuje się, że w ciągu całego życia około 1,16% dorosłych osób doświadczyło zaburzeń lękowych uogólnionych. Częściej występują one u kobiet. To rozpowszechnienie wykazuje u obu płci tendencję rosnącą z maksimum w grupie osób po 65 r.ż. Porównanie dwóch grup wiekowych osób młodszych w wieku produkcyjnym, czyli 18–64 lat, i starszych, czyli powyżej 65 r.ż., wykazuje, że zaburzenia lękowe uogólnione istotnie częściej występują u osób w wieku senioralnym – 2,04% niż w młodszym – 0,94%.

Z kolei napady lęku, które cechuje gwałtowne narastanie wielu przykrych doznań fizycznych i psychicznych, występują siedmiokrotnie częściej niż zaburzenia lękowe z napadami lęku. Tutaj też porównanie rozpowszechnienia w populacji osób młodszych, czyli poniżej 64 r.ż., do starszych populacji wykazuje, że te napady lęku istotnie statystycznie, bo niemal dwukrotnie częściej występują w populacji starszej niż w populacji młodszej. Z kolei tutaj też obserwuje się, że w ciągu całego życia napady lękowe występują dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Jeżeli chodzi o lęk separacyjny, częściej występuje on w populacji osób starszych.

Jednym z dużych problemów, jeżeli chodzi o zdrowie osób starszych, szczególnie zdrowie psychiczne, jest depresja. Oczywiście ona jest rozpowszechniona w całej populacji. Notuje się zwiększenie wykrywalności tej jednostki chorobowej. Niestety widzimy też, że rozpowszechnienie depresji kiedykolwiek w życiu, bo jest taka jednostka badawcza, w grupach wiekowych poniżej 65 lat i powyżej... Z tego badania wynika, że depresja występuje dwukrotnie częściej w grupie osób starszych niż w grupie osób młodszych. Jest ona istotna statystycznie zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet. Przedstawiając to w liczbach bezwzględnych, w grupie wiekowej młodych dorosłych 18–29 lat jest 118 tys. takich osób, natomiast w grupie najstarszej, powyżej 65 r.ż., to jest niemal 400 tys. osób. Takie są szacunki ekstrapolowane z wyników badań.

Informacje pochodzą też z porównywalnego w skali badania różnych aspektów zdrowia, rozpowszechnienia chorób i uwarunkowań zdrowia osób starszych „PolSenior 2”. To też jest takie badanie, które zostało wykonane w odstępie około 10 lat. Objawy depresji występują u prawie co czwartego seniora. Częstość występowania depresji wzrasta wraz z wiekiem. To się oczywiście nakłada na inne jednostki chorobowe charakterystyczne dla wieku podeszłego występujące częściej, jak cukrzyca, ból przewlekły, przebyty udar, deficyt funkcji poznawczych i ogólny niski poziom sprawności funkcjonalnej. Te problemy chorobowe nakładają się w efekcie negatywnej synergii.

Jeżeli popatrzymy na przeżycia bliskie psychotycznym, typu schizofrenia i zaburzenia schizoafektywne, rozpowszechnienie tych chorób jest mniej więcej podobne, jeśli chodzi o obie płcie, bo jest to niemal 1% osób badanych. Natomiast jeżeli chodzi o populację osób starszych, to akurat tu rozpowszechnienie jest trochę niższe.

Związane z zaburzeniami depresyjnymi i psychotycznymi zachowania samobójcze w postaci zamachów i prób samobójczych wskazują, że pomiędzy płciami nie ma dużej różnicy istotnej statystycznie. Takie myśli deklaruje 1,4% seniorów. Ten odsetek w zasadzie nie zmienia się bardzo istotnie w starszych grupach wiekowych i pomiędzy płciami. Jak popatrzymy łącznie na udział zamachów samobójczych w tej grupie wiekowej, to jest to około 4% ogółu liczby zamachów samobójczych, przy czym jeżeli chodzi o próby samobójcze zakończone zgonem, to udział był na poziomie 7%. Występuje tutaj takie charakterystyczne zjawisko, że liczba zamachów samobójczych po 69 r.ż. z kolei znacząco spada. Jeżeli popatrzymy na przyczyny, to w większości nie udaje się w jednoznaczny sposób przypisać przyczyn zamachu, natomiast w tych przypadkach, kiedy było to możliwe, to jako powód były wskazane choroba, zaburzenie psychiczne, pogorszenie lub nagła utrata zdrowia.

Przechodząc do zagadnienia istotnego z punktu widzenia wymiaru funkcjonowania psychologicznego i poznawczego, oczywiście mamy cały obszar chorób otępiennych, które wydają się coraz większym wyzwaniem zarówno po stronie systemu opieki zdrowotnej, ale też systemu wsparcia społecznego i wydolności opiekuńczej rodzin czy osób bliskich. Zależnie od źródeł danych szacuje się, że demencja może dotyczyć około 4% osób w wieku 60 plus.

Natomiast przewiduje się, że z uwagi na to, że będą dożywały coraz starsze grupy populacji, to rozpowszechnienie może sięgać 6–7%, a jak patrzymy już na państwa rozwinięte Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), to może to wynosić nawet 8% populacji osób starszych. Jest to więc gigantyczna skala osób, które cierpią z powodu chorób otępiennych. Są różne dane, ale ten rząd wielkości oraz postępowanie rozpowszechnienia zaburzeń otępiennych i choroby Alzheimera są bardzo widoczne. Jest to zjawisko bardzo powszechne i dotyczące bardzo dużej grupy pacjentów.

Przechodząc z kolei do kwestii dostępności świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dla osób od 65 r.ż., to tutaj oczywiście chodzi o dostęp do pomocy medycznej w różnych formach, czy to opieki ambulatoryjnej, czy to opieki środowiskowej, oddziałów dziennych, oddziałów stacjonarnych. Oczywiście są pełne uprawnienia dla tych osób na ogólnych zasadach. Nie ma żadnych szczególnych uwarunkowań.

Z danych NFZ, jeżeli chodzi o korzystanie z systemu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, wynika, że w zasadzie w ostatnich czterech latach jest to mniej więcej utrzymująca się na podobnym poziomie liczba pacjentów. To jest około 330 tys. unikalnych numerów PESEL, jak to mówi NFZ, czyli osób, które mają więcej niż 65 lat i skorzystały z jakiejś formy opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień. Najczęściej były to formy ambulatoryjne, czyli poradnia zdrowia psychicznego, ale też osoby te korzystały z centrów zdrowia psychicznego i z leczenia środowiskowego, domowego. Niespełna 9 tys. pacjentów było hospitalizowanych. Jeżeli chodzi o kwestie uzależnień, to jest bardzo mała grupa pacjentów, która była z tego tytułu leczona, bo zaledwie 6,5 tys.

Natomiast patrząc na rozpoznania, to przede wszystkim były to zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną, w następnej kolejności zaburzenia lękowe i zaburzenia depresyjne, schizofrenia, epizod depresyjny, reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. To, jeśli chodzi o rozpoznania. W jednostkach opieki psychiatrycznej przyjmowana jest też część pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera. Jest to 18 tys. osób, ale nie są leczone tylko i wyłącznie w poradniach zdrowia psychicznego, ale też w innych formach opieki, zależnie od stanu somatycznego i szczegółowego rozpoznania.

Jeżeli chodzi o to, co robimy, to w zasadzie tak naprawdę nie ma swoistej prewencji zaburzeń psychicznych, szczególnie w tej populacji. Nie ma działań, które mogłyby być podejmowane, więc to, co możemy zapewniać w ramach działań rządowych, to jest oczywiście zapewnianie dostępu do opieki zdrowotnej i różnego rodzaju badań przesiewowych, jak też szkolenia dla opiekunów nieformalnych osób z zaburzeniami otępiennymi, bo dużo tych osób po prostu nie jest w jakiejś zinstytucjonalizowanej opiece. Opieka najczęściej jest zapewniana przez członków rodziny, przez dzieci.

W tym roku planujemy uruchomienie właśnie takiego wsparcia dla opiekunów nieformalnych. Opracowane jest narzędzie pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Mamy to przetłumaczyć i w tym roku chcemy to uruchomić. Chcemy również uruchomić program wsparcia psychologicznego i profilaktyki w zakresie zdrowia psychofizycznego dla nieformalnych opiekunów osób starszych i testować te rodzaje wsparcia.

Jeżeli chodzi o zachowania samobójcze, to oczywiście są działania dostępne z perspektywy całej populacji. Realizowane są kampanie społeczne pod hasłem „Zobacz człowieka”, żeby zauważyć osobę cierpiącą, a nie patrzeć tylko z perspektywy jednostki chorobowej. Kampania będzie realizowana przez najbliższe dwa lata.

Od ubiegłego roku są szkolenia dla personelu i różnych grup zawodowych mających kontakt z pacjentem cierpiącym na zaburzenia psychiczne oraz jego rodziną. Na obszarze kraju są organizowane szkolenia w zakresie komunikacji z takimi osobami. Jest bardzo duże zainteresowanie, bo to nie tylko pracownicy medyczni, ale też i pracownicy niemedyczni zatrudnieni w podmiotach leczniczych, pracownicy zatrudnieni w systemie pomocy społecznej, w sądach i w Policji. Różnego rodzaju służby czy jednostki wsparcia też mają kontakt z osobami chorującymi psychicznie czy w kryzysie psychicznym.

Funkcjonuje też całodobowa infolinia wsparcia pod numerem 800 702 222. Jest też możliwość wsparcia i mailowo, i przez czat, i przez wideorozmowę. Jest też strona internetowa centrumwsparcia.pl – tutaj jest informacja, gdzie można szukać szybciej pomocy telefonicznej, ale też i wykwalifikowanej pomocy specjalistycznej jak najbliższej miejsca

zamieszkania; są grafiki dyżurowania specjalistów, psychiatry, prawnika, pracownika socjalnego, terapeuty uzależnień, asystenta zdrowienia czy seksuologa. To zadanie dla MZ realizuje Fundacja Itaka.

Patrząc ogólnie na kwestię zmian w systemie ochrony zdrowia psychicznego, od 2017 r. intensywnie zmieniamy nasz system w kierunku takiej opieki środowiskowej, żeby pacjent mógł jak najdłużej pozostawać w miejscu zamieszkania, żeby nie musiał być objęty stacjonarnymi formami opieki. Te powinny być zarezerwowane w zasadzie dla opieki planowej oraz pacjentów będących w ostrym kryzysie psychicznym i wymagających krótkoterminowej interwencji. To jak najbardziej.

Natomiast opieka psychologiczna, psychoterapeutyczna i psychiatryczna powinna być środowiskowa i realizowana jak najbliżej miejsca zamieszkania, z wykorzystaniem potencjału i zasobów pacjenta oraz jego rodziny, właśnie w sposób kompleksowy, także z wykorzystaniem potencjału innych form pomocy, takich jak pomoc społeczna czy różne inne zasoby, które są dostępne lokalnie.

Bardzo dziękuję. W razie pytań jesteśmy do państwa dyspozycji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę teraz przedstawiciela MRiPS.

Zastępca dyrektora Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej Joanna Jeleniewska:

Joanna Jeleniewska, zastępca dyrektora Departamentu Polityki Senioralnej w MRiPS.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, przedstawię państwu informację dotyczącą zdrowia psychicznego seniorów w kontekście działań podejmowanych przez MRiPS, ale od razu zaznaczam, iż oczywiste jest, że ministerstwem wiodącym i dominującym, jeśli chodzi o temat zdrowia psychicznego, jest MZ. Wszystkie działania, które podejmujemy jako MRiPS, są natomiast niejako działaniami komplementarnymi do tego, co dzieje się po stronie systemu zdrowia. Trudno mówić o odpowiednim zabezpieczeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, odrywając te dwa systemy od siebie. Mam na myśli system ochrony zdrowia i system pomocy społecznej.

W związku z tym, niejako uzupełniając do wypowiedzi pana dyrektora, krótka informacja naszego ministerstwa. Na samym początku zaznaczę, iż w tych wszystkich działaniach, o których za chwilę będę mówić, nie traktujemy seniorów w kategorii osób z zaburzeniami psychicznymi jako grupy odrębnej. Dla nas to są po prostu osoby z zaburzeniami psychicznymi. Seniorzy są po prostu częścią tej grupy.

Oczywiście podstawowe regulacje prawne, z których wynikają wszystkie rozwiązania, o których będę za chwilę mówić, to przede wszystkim ustawa o pomocy społecznej, ale również ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Warto również wspomnieć o ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Pan dyrektor wspominał przed chwilą o nowym kierunku, w którym idziemy. Chciałabym też zaznaczyć, iż w ubiegłym roku został przyjęty dokument strategiczny „Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)”, który bardzo dokładnie i jasno precyzuje nam, w jakim kierunku idziemy, również jeśli chodzi o zabezpieczenie zdrowia psychicznego osób z zaburzeniami psychicznymi. W dokumencie jasno określono kierunek, czyli odchodzimy od zinstytucjonalizowanych form opieki na rzecz wsparcia środowiskowego.

O tym troszeczkę więcej w dalszej części mojej wypowiedzi, ale pozwolę państwu, iż zacznę od tych rozwiązań, które osobom z zaburzeniami psychicznymi proponuje się w ramach systemu pomocy społecznej. Chciałabym podkreślić i zacząć od tego, iż działania jednostek organizacyjnych systemu pomocy społecznej w zakresie tworzenia oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi wynikają wprost z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Konkretnie z art. 8, który zobowiązuje jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej na obszarze swojego działania do organizowania tego systemu wsparcia we współpracy z podmiotami leczniczymi, które udzielają wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi.

Tak jak już wspominałam, jeśli chodzi o system pomocy społecznej, możemy mówić o różnego rodzaju formach wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi – od wsparcia

środowiskowego po wsparcie instytucjonalne. Pierwszą formą wsparcia środowiskowego są oczywiście specjalistyczne usługi opiekuńcze, za których organizację i świadczenie odpowiadają gminy. Robią to w ramach zadań zleconych z zakresu administracji rządowej. To są usługi finansowane z budżetu państwa. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi są dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzajów zgłaszanych niepełnosprawności. Świadczone są przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Mam na myśli m.in. pracowników społecznych, ale usługi specjalistyczne może również świadczyć psycholog, pedagog, logopeda, terapeuta zajęciowy, czyli każdy ze specjalistów, który praktycznie jest w stanie tę osobę wesprzeć.

Droży państwo, jeśli chodzi o dane statystyczne za poprzedni rok, to usługami specjalistycznymi w miejscu zamieszkania objętych było około 14 tys. osób. Z informacji, które mamy, wynika, iż 85% gmin w ogóle nie realizuje usług specjalistycznych. Nieco lepiej wyglądają te dane, jeśli mówimy o usługach opiekuńczych, bo wiadomo, że źródeł finansowania realizacji tych usług mamy kilka. Były one realizowane m.in. ze środków unijnych. Odsetek gmin, które nie realizują usługi opiekuńczej, czyli tej podstawowej usługi, jest około 10%. Dla zestawienia – usług specjalistycznych nie realizuje aż 85% gmin.

Kolejną formą wsparcia, którą możemy objąć osoby z zaburzeniami psychicznymi, są wszystkie dzienne i środowiskowe formy wsparcia. Mam na myśli środowiskowe domy samopomocy i kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Jeśli chodzi o środowiskowe domy samopomocy, świadczą one usługi zarówno w ramach zajęć indywidualnych, jak i zajęć grupowych.

Są to treningi samoobsługi i treningi umiejętności społecznych. W dużej mierze polegają one na nauce, ale również na rozwijaniu i podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym. Warto podkreślić, iż oprócz dziennego pobytu środowiskowe domy samopomocy mogą również oferować pobyt całonocny, oczywiście przy wsparciu specjalistycznej kadry. Jeśli chodzi o dane, to są wstępne dane za 2022 r. W naszym kraju funkcjonowało 855 środowiskowych domów samopomocy z łączną liczbą 32 852 miejsc.

Warto również wspomnieć o instytucjonalnych formach wsparcia osób z niepełnosprawnościami i z zaburzeniami psychicznymi. Na koniec 2022 r. funkcjonowały w Polsce 823 domy pomocy społecznej, w tym 174 domy profilowane dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Niemniej jednak warto zwrócić uwagę na fakt, iż coraz częściej zaciera nam się profil klienta w poszczególnych domach. Trudno mówić o tym, że np. domu dla osób somatycznie chorych nie znajdzie się osoba z zaburzeniami psychicznymi. Z poziomu funkcjonowania domów pomocy społecznej bardzo często obserwujemy istotne zatarcia, jeśli chodzi o profile i o osoby, które są w nich umieszczane.

Bardzo ważnym ogniwem na ścieżce osoby z zaburzeniami psychicznymi pomiędzy środowiskiem a instytucją, oprócz form dziennych, są wszelkiego rodzaju mieszkania chronione, treningowe i wspierane, gdzie osoby z zaburzeniami psychicznymi pod okiem wykwalifikowanej kadry specjalistów są przygotowywane do prowadzenia samodzielnego życia. Droży państwo, warto zwrócić uwagę na to, że rozmawiamy nie tylko o kierunku środowisko–instytucja, ale warto wspomnieć też o tym, iż strategia rozwoju usług mówi o kierunku odwrotnym, czyli o usamodzielnianiu i o umożliwieniu m.in. osobom z zaburzeniami psychicznymi opuszczenia instytucjonalnych form opieki i powrotu do środowiska zamieszkania. W tym procesie element, jakim są właśnie mieszkania wspomagane, jest bez wątpienia jednym z kluczowych elementów całego procesu usamodzielniania osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wspominałam o strategii rozwoju usług. Pozwolę państwu, że w kilku słowach streszczę jej założenia. Tam jest dosyć szczegółowo opisany plan działania na najbliższe lata, czyli do 2030 r. Pierwsza podstawowa i w naszej ocenie kluczowa rzecz to jest koordynacja usług, które już mamy. Mam na myśli nie tylko system pomocy społecznej, ale również służbę zdrowia i wszystkie usługi, które możemy skierować na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. Bardzo mocno promowana jest idea powoływania lokalnych koordynatorów tych usług. Ma to działać na tej zasadzie, że po prostu jako osoba

w potrzebie mam jedno miejsce, do którego się udaję i tam jestem kompleksowo obsłużona w zakresie wszystkich usług, z których mogłabym skorzystać.

Bardzo dużo mówi się w strategii na temat profilaktyki i przeciwdziałania wszelkiego typu sytuacjom, które mogą skutkować w dalszej perspektywie koniecznością umieszczenia osoby, w tym osoby z zaburzeniami psychicznymi, w instytucjonalnych formach opieki. Bardzo duży nacisk kładzie się na współpracę zarówno z najbliższą rodziną i otoczeniem, jak i sąsiadami osób z zaburzeniami psychicznymi. To wszystko po to, żebyśmy po prostu powszechnie mieli wiedzę na temat tego, jak działać i jak sobie radzić z zaburzeniem psychicznym. Druga rzecz, drodzy państwo, którą strategia również przewiduje, to jest audyt instytucji opieki całodobowej właśnie w kontekście możliwości przeprowadzania procesu usamodzielnienia.

Warto również wspomnieć o wszystkich programach realizowanych przez MRiPS, które w mojej ocenie należałoby traktować m.in. jako programy profilaktyczne, które zmierzają do polepszenia jakości funkcjonowania i zwiększenia aktywności osób starszych. Program „Senior plus” dedykowany jest jednostkom samorządu terytorialnego. W jego ramach tworzone są dzienne domy pobytu oraz kluby seniorów.

Myślę, że drugiego programu nie trzeba nikomu przedstawiać. Program „Aktywni plus” to wszystkie działania, które podejmowane są przez organizacje pozarządowe, a których celem jest podnoszenie aktywności społecznej osób starszych. To wszystko. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję, pani dyrektor, panie dyrektorze.

Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO) – spoza składu podkomisji:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, przyznam szczerze, że w zasadzie nie wiem, od czego zacząć.

System wsparcia seniorów, jeżeli chodzi o pomoc w ich trudnej sytuacji psychicznej, w ogóle nie działa. Zresztą zanotowałam sobie, jak to powiedział przedstawiciel MZ, że jeżeli chodzi o działania na rzecz zapewnienia wsparcia dla osób 65 plus, nie ma działań, jakie mogłyby być podejmowane. Nie działa.

Państwo mówią tutaj o jakichś liczbach, o statystykach, ale chciałabym przypomnieć, szanowni państwo, że osób starszych w Polsce obecnie jest ponad 9 mln. Jak to się ma do liczb, które państwo tutaj przedstawiają?

Chciałam państwu powiedzieć, że jeżeli chodzi o napady lękowe, zaburzenia lękowe, depresje czy epizody depresyjne, to proszę mi uwierzyć, że każda z osób starszych, szczególnie w granicach 70 lat i powyżej, ma do czynienia z tego typu problemami i zaburzeniami. Skąd to wiem? A mianowicie stąd, że od wielu lat pracuję z seniorami w różnym wieku. Żaden z seniorów, z którymi miałam do czynienia, nie został przebadany pod kątem zaburzeń lękowych, zaburzeń psychicznych, depresji. Dotyczy to również mojej mamy, która ma w tej chwili 82 lata.

Gdzie takie wsparcie ma znaleźć pacjent będący osobą starszą? W podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), powiatowej czy gminnej, w szpitalu powiatowym, gdzie są ginekologia, położnictwo, chirurgia i interna? Mówią państwo o centrach. Przedstawiciel ministerstwa mówił tutaj dokładnie o centrach zdrowia psychicznego. Są 73 centra zdrowia psychicznego. Wiedzą państwo, ile przypada na jedno województwo? To 4,5 centrum zdrowia psychicznego na całe województwo. Kto ma do tego dostęp?

Tak jak mówiłam, obszar jest bardzo szeroki, a zaniedbań co niemiara. Wymieniają państwo różnego rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych. Przepraszam, co to jest za liczba 216 tys.? Kto ma do tego dostęp? Proszę mi pokazać, gdzie są te świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, do których nie ma dostępu, a jeżeli w ogóle są, to trzeba na takie świadczenie czekać wieki? Świadczenia opieki zdrowotnej w centrum zdrowia psychicznego – 35 tys. To jest żart. Jak wygląda leczenie środowiskowe domowe? Przepraszam, bo nie spotkałam się z tym, żeby któryś z moich podopiecznych, a miałam ich trochę, miał dostęp do leczenia środowiskowego domowego. Nigdy się z czymś takim nie spotkałam.

To, co teraz czytam... Naprawdę mocno otwieram oczy. Jestem zdziwiona, że w ogóle jest coś takiego. Świadczenie psychiatryczne dla dorosłych? Terapia uzależnień i współ-uzależnień od alkoholu? Szanowni państwo, przecież te komisje w ogóle nie działają. Kto się interesuje zdrowiem psychicznym osób starszych? Nie ma się co dziwić, że potem dochodzi do tragedii, że oni popełniają samobójstwa, bo nie mają tego wsparcia. Nikt się tym tak naprawdę nie zajmuje.

Przedstawiciel MRiPS mówi o tym, że podejmujecie szereg działań. Domy dziennego pobytu, kluby seniora – to pięknie brzmi, tylko że dostępność dla osób z naprawdę dużymi zaburzeniami jest bardzo ograniczona. Nie ma wykwalifikowanej kadry. W domach pomocy społecznej nie ma psychologów, a psychiatry są, owszem, ale w tych jednostkach, które zajmują się *stricte* psychicznie chorymi. Chciałam też zwrócić uwagę pani przedstawiciel MRiPS, że do placówek niecałodobowego pobytu i do domów pomocy społecznej dla psychicznie chorych są kolejki. Bardzo trudno się tam dostać, nie mówiąc już o odpłatności.

Obserwując to, co się dzieje, szanowni państwo, powiem, że współpraca między MZ i MRiPS jest po prostu konieczna, wręcz nakazana, ponieważ to wsparcie, jeżeli chodzi o seniorów, musi iść w parze z jednym i z drugim ministerstwem. Mówią państwo o dostępności np. opieki środowiskowej, że taka opieka jest świadczona. Kto w domu opiekuje się osobą chorą psychicznie, z demencją, z alzheimerem? Rodzina, która choruje razem z pacjentem.

Nie tak dawno, bo dwa tygodnie temu, byłam w domu dziennego pobytu. Podam państwu taki przykład. Opowiem państwu. Małżeństwo seniorów, obydwójce starsi już ludzie. Myślę, że około osiemdziesiątki. Pani choruje na alzheimera. Pan jest schorowany, niewielki, już skurczony, bardzo chory. Jedynym wsparciem dla niego jest właśnie pobyt w domu dziennego pobytu. Szanowni państwo, ale ten dom działa do godziny 14.00 i potem nie ma tej opieki. Potem musi sam zajmować się swoją żoną w domu, a widziałam, w jakim stanie jest już ta pani.

Rozmawiałam z burmistrzem, że oni muszą mieć dodatkową opiekę. Opiekunowie z ośrodków pomocy społecznej, którzy przychodzą, szanowna pani z MRiPS, owszem przychodzą – do godziny 15.00. Nie wiem, czy pani wie, że te godziny są realizowane do godziny 15.00, a senior nie funkcjonuje tylko do godziny 15.00. On funkcjonuje całą dobę i choroba działa na niego przez całą dobę. Potrzebuje on opieki przez całą dobę, a nie tylko do godziny 15.00. Przy tak niskich emeryturach i rentach, jakie mają seniorzy, nie stać ich na to, żeby wynająć opiekunkę od godziny 15.00 do godziny 22.00, do momentu położenia się spać, a jeszcze nie wiadomo, co się wydarzy w nocy. Nie ma takiej możliwości.

Państwo nie wspiera tego w żaden sposób. Nie pomaga, bo się tym w ogóle nie interesuje. Przepraszam, ale to, co państwo tutaj wypisali, nie ma nic wspólnego z faktami i z tym, co się dzieje w życiu. Absolutnie nic. Żałuję bardzo, że w związku ze starzejącym się społeczeństwem nie podejmują państwo żadnych działań, które rzeczywiście wspierałyby życie seniorów, szczególnie w trudnej sytuacji psychicznej, w środowisku.

Chodzi przede wszystkim o to, żebyście wspierali i pomagali rodzinom, na które spada obowiązek opieki nad osobą bardzo ciężko chorą, a to jest praca 24 godziny na dobę. Bardzo często, tak jak w przypadku małżeństwa, o którym państwu mówiłam, chorymi z otępieniem, z alzheimerem opiekują się rodziny. Albo schorowani i w podeszłym wieku członkowie rodzin albo dzieci, które są aktywne zawodowo i w zasadzie nie wiedzą, jak mają zapewnić opiekę swoim rodzicom, swoim dziadkom. Jak mają realizować swoje marzenia o pracy, o karierze zawodowej? Przepraszam, że robię to może trochę nie w takim porządku, jak powinnam, ale mogłabym o tym mówić godzinami.

Pani z MRiPS mówiła też o środowiskowych domach samopomocy. Czy pani czytała wszystkie te listy, które do nas napływały w ubiegłym roku i w tym roku, jeżeli chodzi o pomoc finansową dla tych środowiskowych domów? Cały karton tych listów wysłałam do państwa do ministerstwa, ponieważ jest niedofinansowanie tych jednostek. Jak one mają działać, skoro przy tak wysokiej inflacji muszą zapewnić wszystkie potrzeby uczestnikom tych jednostek? Nie wiem, może pani nie czytała, ale wysyłałam to do minister Maląg, więc proponowałabym naprawdę mocno się z tym zapoznać.

Mówią państwo o strategii. Strategia strategią, a życie się toczy. Osoby starsze są i będzie ich coraz więcej, będą miały problemy psychiczne. O tę populację, najważniejszą w naszym społeczeństwie, najbardziej doświadczoną, trzeba zadbać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję uprzejmie, pani poseł.

Myślę, że wszyscy stali członkowie podkomisji bardzo się cieszą, że swoim udziałem i wsadem merytorycznym wzbogaciła pani to nasze dzisiejsze posiedzenie. Jednakże muszę zaprotestować, ponieważ słowa o tym, że nic się nie dzieje, że nic się nie wydarzyło w kwestii psychiatrii osób starszych, są przede wszystkim niesprawiedliwe wobec zaproszonych gości, którzy są dzisiaj na tej sali. Już nie mówię o politykach, ale o osobach, które na co dzień otaczają troską osoby starsze, jak również o pracownikach społecznych i pracownikach ministerstw, które te programy tworzą.

Powiedziała pani o wielkich zaniedbaniach, tylko że te zaniedbania w kwestii psychiatrii sięgają dziesięcioleci, również rządów pani partii i przywódców. Naprawdę jest to bardzo skomplikowane, a przede wszystkim wynika z braków kadrowych, jeśli chodzi o psychiatrię. Taka jest przynajmniej moja opinia. Tak samo mówię o lekarzach psychiatrach i o psychologach. Oczywiście ma pani prawo wypowiadać swoje opinie. Po to mamy w podkomisji stałą pole do dyskusji, żeby rozmawiać na ten temat, ale prosiłbym po prostu o argumentowanie, o podawanie argumentów, bo takimi ogólnymi hasłami, że nic się nie dzieje... To nie jest żaden argument.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO) – spoza składu podkomisji:

Mogę *ad vocem*?

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Myślę, że sporo uwag podała pani w stronę MRiPS, więc pozwólmy, że pani odpowie.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO) – spoza składu podkomisji:

Mogę tylko *ad vocem*? Dwa zdania, tak?

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Tak, tak. Proszę.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO) – spoza składu podkomisji:

Dziękuję, panie przewodniczący.

Po pierwsze, panie przewodniczący, pracowałam w takich placówkach, więc mówiłam o tym, co wiem z praktyki. Jestem praktykiem. Nie czytam książek o seniorach, tylko jestem praktykiem i wiem, jak to wygląda faktycznie. Powiedziałam, że żaden z moich podopiecznych, a wielu ich miałam i mam nadal, bo mam z nimi kontakt, nie został przebadany pod kątem zdrowia psychicznego. Czy to nie jest konkretnie? Proszę mi nie mówić, że nie mówiłam o konkretnych, bo mnie pan obraża. Mówiłam o konkretnych. To jest jedna rzecz.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

W jakikolwiek sposób pani nie obrażam...

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO) – spoza składu podkomisji:

Przepraszam. Zaraz skończę, panie przewodniczący.

Po drugie, proszę nie zasłaniać się tym, że za czasów rządów mojej opcji było tak czy tak. Szanowni państwo, to nie jest ważne kiedy. Ważne, co się na teraz realizuje. Ważne, co się realizuje teraz. Czekamy na lekarzy psychiatrów. Czekamy na wyspecjalizowane pielęgniarki. Była szansa przez wiele lat. Nie będę mówiła tego, co pan mówi, ale przez wiele lat można było przygotować odpowiednią kadrę, ale tej kadrze, która opiekuje się takimi seniorami, należy też dobrze zapłacić. To, co pan powiedział. Można było przez kilka lat to zrobić, więc to jest tylko...

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Tak, lekarzy psychiatrów wykształcić w ciągu pięciu lat...

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO) – spoza składu podkomisji:

Ostatnie moje zdanie. Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję. Pozwolę, dobrze, panie profesorze. Za momentik przejdziemy do dyskusji. Myślę, że w końcu merytorycznej.

Natomiast chciałem zadać pytanie pani dyrektor odnośnie do tych właśnie programów dotyczących seniorów, czyli m.in. „Senior plus” czy różnych miękkich – można powiedzieć – projektów, które dotyczą spędzania czasu przez seniorów, jak i tworzenia takich miejsc przez samorządy. Mam również pytanie, czy w ramach środków, z których te programy mogą być finansowane, również w programie „Senior plus”, możliwa jest opieka psychiatryczna czy konsultacje osób starszych?

Drugie pytanie do MZ, ponieważ właśnie jesteśmy w stanie tworzenia centrów zdrowia psychicznego, żeby ta opieka była jak najbliżej pacjenta. Nie właśnie w jakimś ośrodku, ale jak najbliżej jego. Pani poseł powiedziała, że teraz mamy 73 te ośrodki. Jaki w tym roku jest plan dalszego rozwoju tych ośrodków?

Zgłaszał się pan poseł Wicher, ale to może teraz pozwólmY właśnie...

Zastępca dyrektora departamentu MRiPS Joanna Jeleniewska:

Panie przewodniczący, dzienne domy pobytu „Senior plus” to są generalnie domy, w których co do zasady przebywają osoby wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, jednak specyfiką środowiskowych domów samopomocy jest formuła wsparcia w zakresie zdrowia i tego funkcjonowania psychicznego. Oczywiście w dziennych domach, jeśli... Tak została skonstruowana oferta, bo przypominam, że to gminy wnioskują do nas. Może być przewidziane wsparcie psychologa.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Dariusz Poznański:

Szanowny panie przewodniczący, odpowiadając na to pytanie, jesteśmy po konsultacjach społecznych, publicznych rozporządzenia, które ma zwiększyć liczbę centrów zdrowia psychicznego.

Na ten rok zaplanowane jest takie rozszerzenie, żeby centra funkcjonowały dla połowy dorosłej populacji, więc jest to bardzo duże zwiększenie przewidziane na ten rok. Tak naprawdę barierą są nawet nie środki finansowe, tylko kwestia dostępności kadry i placówek. Po prostu jest część białych plam, gdzie tradycyjnie, na przykład w danym obszarze województwa, funkcjonował duży szpital psychiatryczny. Tej opieki środowiskowej i specjalistów, którzy mają doświadczenie w takiej pracy, po prostu jest mniej, ale pracujemy nad tymi problemami.

Patrząc na liczbę specjalistów, lekarzy psychiatrów dla osób dorosłych, to w 2014 r. tych lekarzy było 3,5 tys., natomiast teraz mamy ich niemal 4,8 tys. Każdego roku po prostu więcej absolwentów medycyny uzyskuje tę specjalizację. Jeżeli chodzi o finansowanie nakładów na opiekę psychiatryczną, to od 2013 r. nakłady zwiększyły się o ponad 100% – z 2,2 mld zł na 4,5 mld zł, więc tutaj też wzrost jest dość zauważalny.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Bardzo proszę.

Kierownik II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie Tadeusz Pietras:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, przypomnę, że jestem kierownikiem II Kliniki Psychiatrycznej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, która pod swoją opieką ma m.in. oddział psychogeriatryczny. Powiedziałbym, że najbardziej prestiżowy w Polsce. Ponadto pracuję w środowisku, w domu pomocy społecznej w Rąbieniu pod Łodzią, bo mieszkam w Łodzi i dojeżdżam do Warszawy, a także w Towarzystwie Przyjaciół Niepełnosprawnych, które jest organizacją trzeciego sektora.

Chcę nawiązać i jakby wesprzeć panią poseł... Od razu mówię, że nie mam żadnych uwarunkowań politycznych. Po pierwsze, jest bardzo dużo wydziałów medycznych. W tej chwili sprawdziłem. Na stronie ministerstwa jest czterdzieści kilka podmiotów, które kształcą lekarzy, natomiast miejsc rezydentów na psychiatrii nie przybywa. Jest

ograniczona pula miejsc rezydenckich psychiatrów, więc jeżeli rząd chce tworzyć centra zdrowia psychicznego, to najpierw trzeba tych psychiatrów wykształcić.

Ponadto jeżeli już wykształcę takiego psychiatrę, to nie chce on pracować ani w klinice, ani w centrum zdrowia psychicznego, ani w szpitalu, ponieważ w prywatnej służbie zdrowia zarobi dużo więcej. Jeśli pracownicy naukowci, na przykład uniwersytetów medycznych, szpitali czy instytutów, nie będą godziwie zarabiać, to przecież jestem bezbronny jako szef wobec argumentu: „Panie profesorze, mam żonę i dwoje dzieci. Muszę z czegoś żyć. Nie będę pracował w państwowej służbie zdrowia. Pójdę pracować prywatnie”. Chciałem na to zwrócić uwagę.

Ponadto przynajmniej świadczenia psychogeriatryczne są niedofinansowane. Ciągłe jestem na dywaniku u dyrekcji szpitala, że psychogeriatryka jest za droga, że za drogo leczymy. Na Boga, proszę państwa, my stosujemy podstawowe leki. Senior powinien być szczególnie zadbany, dlatego że to nie jest pacjent, który ma jedną chorobę, tylko to jest pacjent, który ma dziesięć chorób.

Ponadto wraz z seniorem choruje cała jego rodzina. To w psychiatrii nazywać się będzie *sandwich generation*. Choruje jakby cała rodzina, a najbardziej przeciążone są zazwyczaj córki, które opiekują się starzejącymi się rodzicami chorymi na alzheimera, a same pracują zawodowo i jeszcze mają dzieci, które mają różne problemy. To jest w ogóle grupa osób narażonych na depresję. Trzeba dać więcej pieniędzy na świadczenia geriatryczne i psychogeriatryczne.

Proszę państwa, jak byłem w Japonii, to widziałem, jak przywieziono starszą kobietę do szpitala. Wszyscy lekarze się zbiegli, bo ta kobieta pracowała na rzecz Japonii. Miała 95 lat. Patriotyzm jest tam więc rozumiany w ten sposób, że się właśnie szanuje ludzi starych, seniorów, bo to oni tworzyli dobrobyt.

Proszę państwa, chciałem poruszyć kolejną sprawę. Pracuję w domu pomocy społecznej jako zwykły lekarz, mimo że pełnię funkcję profesora w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Rzeczywiście, jeśli chodzi o domy pomocy społecznej, mieszkalnictwo jest w tragicznym stanie. To jest stary dom pomocy społecznej. Nie ma pieniędzy na jego remont. Ludzie nie chcą pracować, bo zarabiają najniższą krajową.

Co do centrów zdrowia psychicznego, proszę państwa, reforma środowiskowa to jest wielkie osiągnięcie, ale jest dużo „ale”. Po pierwsze, proszę państwa, moim zdaniem powiat to jest za duży rejon. Jeżeli ma być opieka środowiskowa w środowisku pacjenta, to ona musi być w środowisku, a nie na powiat.

Ponadto nie rozumiem pewnych procesów. Podam przykład powiatu zgierskiego. W powiecie zgierskim jest Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych założone przez rodziny chorych pacjentów. Jest to bardzo sprawnie działająca organizacja i ona, mając pełne przygotowanie, nie dostała centrum zdrowia psychicznego, dlatego że powiedziano im wprost, że ma dostać szpital, który jest organem samorządowym. Oni byli dużo lepiej przygotowani, a szpital nie jest zainteresowany, więc to też nie jest tak, że te centra są tworzone chętnie i w sposób łatwy. Są różne uwarunkowania miejscowe, regionalne, polityczne, co, jak uważam, nie powinno mieć miejsca, powinny być argumenty merytoryczne.

Tak że, proszę państwa, podsumowując wypowiedź, jest za mało rezydentów na psychiatrii, a psychiatrzy za mało zarabiają. Każdy państwu powie, że za mało zarabia, ale rzeczywiście mało zarabiają. Jeżeli u mnie lekarz zarabia kilka tysięcy i założy rodzinę, a pójdzie prywatnie pracować za 70 tys. zł, gdzie nie będzie musiał dyżurować, gdzie noc będzie mógł spędzić z dziećmi, z rodziną, to, proszę państwa, nie ma o czym mówić. Kariera akademicka czy kariera szpitalna dla tych ludzi nie jest karierą życiową, dlatego że jest stresująca, są liczne roszczenia, a pieniądze są za małe. Kolejna sprawa – nie ma przygotowanych kadr do pełnienia funkcji w centrach zdrowia psychicznego. Jest po prostu za mało psychiatrów, a ci, co są, wyciekają.

Wreszcie, proszę państwa, kolejna sprawa. Cały system opieki społecznej i psychiatrii środowiskowej jest po prostu totalnie niedofinansowany, dlatego że po prostu ci ludzie żyją na pewnej granicy ubóstwa, nawet w domach pomocy społecznej, tylko że oni są przystosowani. To jest zespół pewnej adaptacji. Oni już po prostu tak żyją, ale, na Boga, tak nie powinno być. Jeżeli mamy zreformować psychiatrię, jeżeli mamy

zreformować geriatrię, to najpierw trzeba włożyć duże środki w wykształcenie kadry, duże środki w promocję społeczną i duże środki w infrastrukturę. Jeśli się tego nie zrobi, to nic z tego niestety nie będzie. To będą działania pozorowane. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję, panie profesorze.

Bardzo proszę, panie profesorze. Pan profesor Heitzman.

Pełnomocnik ministra zdrowia do spraw psychiatrii sądowej Janusz Heitzman:

Dziękuję bardzo.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, troszeczkę w uzupełnieniu do wypowiedzi wszystkich państwa chciałbym zwrócić uwagę na kilka obszarów, na które trzeba popatrzeć obiektywnie. Otóż poza centrami zdrowia psychicznego istnieje w Polsce około 700 poradni zdrowia psychicznego, które udzielają jednak pomocy psychiatrycznej osobom, które tego wymagają i są w podeszłym wieku. To nie budzi wątpliwości. Też pracuję w takiej poradni i przynajmniej 50% pacjentów jest powyżej 50 r.ż., a zdarzają się też osoby, które są powyżej 80 r.ż., i tę pomoc dostają.

Natomiast zmieniło się coś takiego, co musimy sobie teraz uświadomić, że z jednej strony jest to kwestia leczenia zaburzeń psychicznych, a z drugiej strony udzielania wsparcia psychicznego. Te rzeczy należy rozdzielić. Wsparcie psychiczne osoby w wieku podeszłym nie jest tylko i wyłącznie obszarem służby zdrowia, ale jest obszarem nas wszystkich, obszarem całego państwa. To jest wykluczenie, choćby cyfrowe. To jest kwestia izolacji, osamotnienia. To jest często kwestia narażenia na dezinformację, która gdzieś jest. To jest wreszcie zaniedbanie leczenia chorób podstawowych.

Pokazał nam to covid. Wtedy mieliśmy zgony nadmiarowe i równocześnie średnia długość życia naszych seniorów w stosunku do średniej życia w Europie spadła o blisko dwa lata. Jeżeli średnia życia mężczyzn w Polsce to 75 lat, a kobiet 80 lat, to na tle Europy widoczne jest obniżenie się długości życia.

Przyczyna nie leży w zaburzeniach psychicznych, w złej opiece psychiatrycznej, ale przede wszystkim w zaniedbaniu identyfikowania i leczenia chorób podstawowych. Tutaj jest dla mnie ciężar wsparcia psychicznego i leczenia osoby w wieku podeszłym, jak również identyfikowania zaburzeń psychicznych, przede wszystkim w podstawowej opiece zdrowotnej. Jeżeli POZ będzie wykluczała jakieś osoby w wieku podeszłym, choćby komunikacyjnie, że nie mogą dojechać do lekarza, bo mieszkają 20 km dalej, to jest to problem. Faktycznie powinno się zrobić więcej na miarę możliwości państwa.

Na pewno musi się zrobić więcej, bo z jednej strony wzrosły świadczenia socjalne dla osób w wieku podeszłym w ostatnich latach... Nie będę trywializował i mówił, o ile wzrosły itd., ale jest to przez te osoby zauważane. Mówią o tym wprost. Zapomnieliśmy też o tym, że są dostępne „Leki 75 plus”, prawda? Być może lista tych leków nie jest pełna. Trzeba to zwiększać. W tej chwili trzeba te leki znaleźć i zidentyfikować, żeby wśród nich znalazły się również leki o działaniu nasennym, przeciwlękowym itd.

Kolejny obszar to są konsultacje internistyczne czy konsultacje w szpitalach osób, które trafiają tam przecież nie z powodu zaburzeń psychicznych, ale z powodu niewydolności krążenia, niewydolności oddechowej itd. W tej chwili jest wyraźna tendencja, czego nie można bagatelizować, że bardzo wielu lekarzy prosi o konsultację psychiatryczną prawie dla każdej takiej osoby, bo mamy faktycznie coś takiego, o czym mówił też pan profesor, że jednak coraz więcej osób cierpi na zaburzenia otępienne, depresję, zaburzenia świadomości. One są często pokłosiem chorób somatycznych.

Lekarz zajmujący się pacjentem somatycznym faktycznie ma problem z konsultacją specjalistyczną. Nie ma pod ręką dostępu do psychologa. Nie ma często dostępu do psychiatry. Psychiatra jest gdzieś daleko, w poradni, w centrum. Faktycznie trudno jest się tam dostać z pacjentem w wieku podeszłym. On sam nie pojedzie, jego trzeba tam zawieźć. W związku z tym angażowanie pewnej liczby osób do tego, żeby wesprzeć, zbadać, zdiagnozować takiego pacjenta jest niezwykle istotne i wymagające wsparcia.

Wreszcie kolejna sprawa – kryzys humanitarny. W czasie covid kryzys humanitarny najbardziej objawił nam się w domach pomocy społecznej (DPS), kiedy jeden dom za drugim był zamykany, kiedy masowo umierali tam seniorzy. To pokazało różnego rodzaju

słabości tego systemu. Myślę, że to jest rzeczywiście obszar do naprawienia, ale tego się nie da zrobić od jednego dnia, bo nie ma kadr, bo nie ma środków, a te domy bardzo często są w opłakanym stanie, niedoinwestowane, rozlatujące się itd. Na to faktycznie trzeba znaleźć środki.

Gdybyśmy jeszcze identyfikowali obszary tzw. kryzysu humanitarnego albo braku humanitarnych warunków do życia, to są dwa obszary, o których się tutaj nie mówi, a chciałbym o nich wspomnieć. Mianowicie są to osoby w wieku podeszłym, które znajdują się pod kreską, czyli poza pewną barierą. Są to zakłady karne i są to oddziały psychiatryczne realizujące środki zabezpieczające, jak również DPS dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a często są to osoby z niepełnosprawnościami intelektualnymi, które nie mają tam humanitarnych warunków do życia. Tutaj jest ogromny obszar dla samorządów. Nie można wszystkiego zrzucić na MZ, bo ono się nie zajmie DPS. Samorządy i mieszkańcy muszą się też, nie wiem, opodatkować, żeby ich babcia czy mama mogły w godnych warunkach dożyć w DPS. Gdzieś tutaj jest problem.

Natomiast jeżeli chodzi o zakłady karne czy oddziały o różnych stopniach zabezpieczenia dla chorujących psychicznie sprawców przestępstw, muszą być przekształcane. Taki program przekształcania systemu, żeby w Polsce stworzyć przynajmniej dwa tzw. ośrodki długoterminowej opieki sądowo-psychiatrycznej, w tej chwili jest opracowywany. Być może on zmieni też charakter pobytu takich osób w szpitalach na bazie humanitarnej i zgodnej z potrzebami. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję, panie profesorze. O głos prosił pan poseł Wicher.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Panie przewodniczący, panowie profesorowie, szanowni państwo, część rzeczy została już wyartykułowana w międzyczasie w wypowiedzi pana profesora, ale generalnie rzecz ujmując, chciałbym zwrócić uwagę na pewien dysonans i rozdzźwięk w niektórych wypowiedziach.

Zgadzam się, że liczba centrów powinna być wzmocniona, niekoniecznie jeden na powiat, ale za chwilę się mówi, że nie mamy kadr. To jak możemy tworzyć te centra, jak w chwili obecnej nie mamy kadr? Tak więc spójność wypowiedzi też jest konieczna.

W związku z tym oczywiście przypominam państwu, że w ciągu ostatnich 8 lat zwiększyliśmy liczbę miejsc na studiach medycznych praktycznie do blisko 10 tys., ale ci pierwsi studenci – przyjmijmy – sprzed 6 lat dopiero w tym, a tak naprawdę w przyszłym roku... Dokładnie w przyszłym roku dopiero będziemy mieć pierwszych absolwentów tzw. wzmożonej ilości, którzy zrealizują trudne studia medyczne. Żeby jednak wykształcić eksperta, specjalistę, jak państwo wiedzą, mówimy o okresie minimum 12 lat. Dopuszczenie go do samodzielnego wykonywania specjalizacji, choćby na przykład psychiatrii, wymaga jeszcze nabywania doświadczenia po odpowiednich stażach, praktykach i rozwoju kadrowego. W związku z tym tego nie zrobimy tego ot tak, jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki. Generalnie rzecz biorąc – proces trwa.

Znowu jednak jest też pewien rozdzźwięk w środowisku profesorskim i uczelnianym, ponieważ kiedy zwiększamy liczbę miejsc, to z drugiej strony tworzy się pewien bunt: „Za dużo tych ośrodków zaczyna się robić”. Brakuje ok. 60–70 tys. lekarzy w skali kraju, podnosimy do 10 tys., więc powiedzmy, że osiągniemy 10,5 tys., jeśli wszystkie uczelnie, które złożyły aplikacje, osiągną zdolność kształcenia lekarzy, a już słyszę od rektorów, że rozbija się monopol uniwersytecki, że będzie słaba jakość kształcenia. A kto powiedział o obniżeniu rangi kształcenia? Wymogi są jednolite. Są procesy certyfikacji, określone wymogi kadrowe, efekty kształcenia, które trzeba osiągnąć. Czy się kształci na politechnice, czy na uniwersytecie, gdzie się prowadzi jeden kierunek, trzeba spełnić pewne oczekiwania. Później i tak jest krajowy egzamin, który musi być przez lekarza zdany. Później i tak idzie on na praktyki do szpitala. Tak naprawdę prawdziwej medycyny uczy się już w praktyce w czasie wykonywania swojego zawodu.

Moi drodzy, to są więc takie rzeczy, na które musimy zwrócić uwagę, musi być jakaś jednolitość systemu i opinii też w środowisku profesorskim – przepraszam, że to powiem do czcigodnych panów profesorów. Z jednej strony mówimy, że nam brakuje kadr,

że potrzebujemy szybkiego doksztalcenia kadr, a z drugiej strony mówimy: „Ale hola, hola, za dużo, stop, bo predestynowanych jest tylko kilka ośrodków w kraju”. Jest złamany ten monopol. Oczywiście pokłósie czy żniwa z tego wszystkiego osiągniemy w pełni niestety dopiero za 5–8 lat. Wtedy będziemy mogli mówić o wzroście kadr.

Było powiedziane, że niedawno mieliśmy 3,5 tys. psychiatrów w kraju, a dzisiaj mamy 4,7 tys., czyli już widać, że zaczyna się wzrost dostępnych psychiatrów na rynku, co jest cieszącym nas faktem, ale nadal jest to za mało. Oczywiście mało jest też geriatrów, bo jeszcze dodajmy do tego, że patrzymy holistycznie na zajmowanie się seniorami. Powiedziałbym nawet, że w chwili obecnej chyba większy problem jest z geriatrami niż z psychiatrami. To jest paradoksalne, ale taka jest prawda. Generalnie, moi drodzy państwo, powinniśmy równocennie rozwijać wszystkie dyscypliny, które w przyszłości razem kształtują dobrostan naszego drogiego seniora, którym powinniśmy się opiekować.

Natomiast druga uwaga, moi drodzy państwo, jest taka, że państwo ma rolę wspierającą wobec rodziny, z jednej strony w opiece nad dziećmi, a z drugiej strony nad seniorami, ale nie zastępującą. Centra mają więc wspierać, gdy ktoś chce być aktywny zawodowo, bo o to chodzi, żeby uratować rodziny, żeby one nie stały się współchore, tak jak tu było to określone. Tak naprawdę, jeśli w domu jest osoba chora, to choruje cała rodzina, jeżeli nie będzie odpowiedniego wsparcia. To jest zasadne. Zjawisko jest znane powszechnie.

Natomiast generalnie rzecz ujmując, moi drodzy państwo, trzeba właśnie doprowadzić do aktywności. Tak jak pan profesor mówił, najczęściej to córki opiekują się rodzicami. To też da się zauważyć. Jest to zjawisko, które widzimy na co dzień. Faktycznie członkowie rodziny chcą być aktywni zawodowo. Wiem to też po mojej mamie, która w pewnym momencie tak naprawdę poświęciła karierę zawodową na rzecz opieki nad rodzicami, którzy z biegiem lat stawali się coraz bardziej niedołężni.

W związku z tym, moi drodzy państwo, oczywiście centra, które są czynne od godziny 7.00 do 15.00–16.00, tak mniej więcej powinny pracować, bo to jest taki ideał, co właśnie pozwala wykonywać czynności zawodowe i zrobić jakieś zakupy, ale dalej wrócić z tym rodzicem seniorem do domu, ponieważ on też potrzebuje rodziny. On nie ma być wyrzutkiem, który jest niepotrzebny, bo najlepiej wrzucić go do jakichś centrów, do jakichś ośrodków zewnętrznych. On też ma poczucie osamotnienia, odseparowania się od rodziny, od bliskich, a więc nie mamy zastępować tego w 100%, tylko mamy wspierać wszystkimi możliwymi metodami.

Patrząc na ten punkt holistycznie, tak całościowo, moi drodzy państwo, ten system właśnie się rozwija, ale żeby się rozwijał, wszystkie elementy muszą rozwijać się ze sobą, równocennie, równomiernie. W związku z tym sformułowaniu, że nic się nie dzieje i wszystko stoi w miejscu, w kilku punktach już zadałem kłam, ponieważ – to, co było powiedziane – mamy większą liczbę nowych psychiatrów, mamy nowe kierunki, które rozwijamy, pojawiają się nowe centra wsparcia, pojawiają się też kluby seniora.

Moi drodzy państwo, to jest to, co pan profesor powiedział. Nie zawsze leczenie psychologiczne czy też psychiatryczne jest ważne, bo czasami jest tzw. wsparcie. Tych ludzi trzeba wyciągnąć z domu, zaktywizować, żeby oni wyszli z samotności, z depresji, bardzo często wynikającej po prostu z tego, że są zamknięci w czterech ścianach i nie wiedzą, co mają ze sobą zrobić.

Dzisiaj kluby seniora robią fenomenalne zadania. Na przykład w Krakowie jest grupa Kolpinga i nie tylko. To właśnie *decoupage*, spacer, wyjścia do teatrów. To poczucie grupowości, otwartości, sensu życia, który wraca, bardzo czasu powoduje z biegiem czasu, że te osoby odkładają leki, antydepresanty i nie tylko, wracając do równowagi dzięki tej grupie. W naszych wypowiedziach w ogóle nie doceniamy tych grup wsparcia, klubów seniorów, innych centrów. Nie patrzymy więc na system wsparcia psychiatrycznego tylko i wyłącznie jak na jedyny punkt całego systemu. Patrzymy na człowieka, na jego psychikę, na kruchość tej psychiki i to, że tę psychikę da się odwrócić, tak? Przy odpowiednim leczeniu i wsparciu jesteśmy w stanie poprawić dobrostan psychiczny i fizyczny naszego seniora, który nie będzie młodniał, nie będzie zdrowszy, ale będzie dobrze zaopiekowany.

Jeśli w związku z tym popatrzymy na to w tym kontekście, moi drodzy państwo, to naprawdę w Polsce robimy krok za krokiem. Może te kroki nie są wielkie, ale idziemy

do przodu. Naprawdę skupmy się na merytoryce, a nie na rozpatrywaniu, rozdrapywaniu, politykowaniu i patrzeniu wstecz, tylko patrzymy w przyszłość. Dziękuję panom profesorom za bardzo dobre głosy, z jednej strony częściowo krytyczne, bardzo merytoryczne, ale one pokazują kierunek działań.

Natomiast oczywiście co do wyboru, jaki podmiot ma być operatorem centrum, to my zostawiamy to merytoryce. Nie wyobrażam sobie, że jako polityk będę wpływał na to, kto będzie prowadził takie centrum. Na litość boską, będzie prowadził ten, który ma ekspertów, który ma specjalistów, który ma doświadczenie i który jak najbardziej holistycznie będzie mógł się tym zająć. Pan profesor ma oddział psychogeriatryczny, a więc generalnie to jest oddział idealny, ponieważ on się zajmuje takim pacjentem w szerokiej gamie. To bowiem zarówno kwestie chorób sprzężonych, tzw. wielochorobowości, jak i oczywiście kwestie psychologiczne i psychiatryczne tego wsparcia. Taki oddział jest predestynowany do prowadzenia przy nim np. centrów dodatkowych, ponieważ ma wszystkich specjalistów, możliwe są konsultacje, a więc może całościowo pochodzić do pacjenta.

Panie przewodniczący, bardzo przepraszam za przydługawą wypowiedź, ale myślę, że trzeba się po prostu łączyć, integrować i patrzeć w przód, a nie w tył. Bardzo dziękuję za merytoryczne uwagi państwa profesorstwa. Życzę wszystkiego dobrego. Przepraszam za przedłużenie.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Bardzo proszę, panie pośle. O głos prosiła pani poseł.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO) – spoza składu podkomisji:

Dziękuję, panie przewodniczący.

Chciałabym stanąć w obronie domów pomocy społecznej, bo padło sporo negatywnych opinii na temat tych placówek i tego, co się tam dzieje. Jestem dyrektorem DPS. W tej chwili jestem na urlopie, ale przez wiele lat czynnie pracowałam w placówce, kierowałam nią. Proszę mi wierzyć, że naprawdę tam pracują ludzie, którzy są pełni poświęcenia. Dyrektorzy robią, co mogą, żeby ściągnąć środki na realizację dobrych zadań na rzecz osób, które tam przebywają, ale ściągają również środki na realizację różnego rodzaju inwestycji. W moim domu czy w tych domach, w których byłam, dyrektorzy są bardzo zaangażowani. Robią wszystko, co możliwe, aby standard był jak najlepszy dla seniorów, dla osób starszych czy dla osób z niepełnosprawnościami czy dla dzieci z głębokim upośledzeniem, bo w takich placówkach też byłam.

Proszę mi wierzyć, to nie jest tak, że... Owszem, organem prowadzącym jest oczywiście najczęściej powiat, samorząd, ale w przypadku chociażby mojego domu nasz organ nie dofinansowywał w ogóle naszej jednostki. Byliśmy w stanie utrzymać się z odpłatności za mieszkańców, jak również potrafiliśmy zrobić spore inwestycje z regionalnych środków, ze środków europejskich, które dały naprawdę świetne rezultaty. Z tych środków wybudowaliśmy m.in. mieszkania chronione, o czym państwo też mówią. Cieszę się, że zwróciliście na to uwagę. To dla seniorów, którzy są właśnie w trudnej sytuacji psychicznej. Mieliliśmy seniora, który chciał popełnić samobójstwo. Przebywał u nas kilka miesięcy. Wrócił do swojego środowiska i w tej chwili bardzo fajnie funkcjonuje. Często się z nim spotykam.

Prosiłabym więc, żeby państwo jednak zastanowili się, kiedy mówią o DPS, bo naprawdę to nie jest najgorsze, co może spotkać seniora. Czasami to jest coś, co jest najlepsze. Zdarzają się takie sytuacje, że seniorzy są w tych placówkach szczęśliwi, bo wcześniej nie mieli wsparcia, nie mieli pomocy, byli sami, tak jak też państwo to podkreślali, że byli w czterech ścianach. W końcu mają towarzystwo. Jest terapia zajęciowa, jest rehabilitacja. W takich jednostkach naprawdę dużo dobrego się dzieje i bardzo się dba o te osoby.

Natomiast problemem jest rzeczywiście kadra, ponieważ niskie wynagrodzenia powodują, że odchodzi wielu wspaniałych opiekunów, rehabilitantów, fizjoterapeutów, terapeutów. To jest ciężka praca, ale też są bardzo niskie wynagrodzenia. Dziękuję, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję bardzo, pani poseł.

Czy pan profesor też jeszcze? Nie.

Bardzo proszę.

Prezes Polskiej Rady Psychoterapii Renata Mizerska:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Panie i panowie posłowie, zaproszeni goście, reprezentuję grupę zawodową, jaką są psychoterapeuci. Myślę, że jest to też bardzo ważny aspekt, szczególnie że, tak jak pan wspomniał, panie profesorze, niezwykle istotne jest nie tylko oddziaływanie dotyczące leczenia, ale również i wsparcie psychiczne. Ta część jest realizowana z pewnością przez psychoterapeutów, jak również przez kolegów i koleżanki psychologów.

Jeśli chodzi o osoby w wieku podeszłym, to chciałam się podzielić z państwem moim osobistym doświadczeniem z Narodowego Instytutu Onkologii, gdzie w ramach Poradni Psychoonkologii prowadziłam grupy psychoterapeutyczne. Co zauważyłam i co zauważyli moi koledzy i koleżanki oraz lekarze psychiatry?

W pewnym momencie zorientowałam się, że właściwie mam zapisane do grupy i prowadzę osoby w wieku podeszłym. Zaczęłam się zastanawiać, co się dzieje. Okazało się, że wszyscy, którzy wiedzieli o istnieniu tej grupy, doszli do wniosku, że to jest najlepszy pomysł, żeby te osoby skierować do takiej grupy. To byli pacjenci, z którymi trudno było sobie w inny sposób radzić lub którzy potrzebowali kontaktu ze względu na dużą samotność czy chociażby ze względu na cierpienie, jeśli chodzi o zaburzenia depresyjne, lękowe czy też związane ze stresem. W ten sposób właściwie stało się tak, że prowadziłam grupę psychoterapeutyczną dla osób w wieku podeszłym.

Myślę, że to jest taki problem, który przechodzi gdzieś niezauważony. Tej grupy już niestety nie prowadzę, ponieważ nie mogę sobie na to pozwolić, żeby prowadzić grupę przy tym poziomie wyceny świadczeń.

Jednocześnie też badania naukowe mówią, że psychoterapia jest skuteczna również w przypadku osób w wieku podeszłym. Psychoterapeuci oraz psycholodzy powinni być jednak kształceni w specjalistyczny sposób. Dlaczego? Dlatego że trzeba uwzględnić kontekst związany z wiekiem. Osoby, do których kierowana jest taka pomoc, mają inne wartości niż młodzi ludzie. Mają oni inne umiejętności niż młodzi ludzie. Mają również inne oczekiwania.

Jest jeszcze kolejny aspekt – gotowość na pracę w obszarze umierania i żałoby. To jest również rzecz, która wymaga specjalistycznego przygotowania. Na pewno państwo, którzy pracują w Narodowym Instytucie Geriatrii... Spartańska również robi świetną robotę, jak również oddział pana profesora, ale takich oddziałów jest za mało. Sądzę, że to, o czym moglibyśmy myśleć, jeśli chodzi o strategię, to wspólne programy doszkalające specjalistów z problematyki osób w wieku podeszłym, związane również z wielochorobowością, którą pan poseł wspomniał. Być może pomysłem jest również objęcie geriatrii jako specjalizacji deficytowej? Jeżeli stosowalibyśmy wskaźniki WHO, jeśli chodzi o osoby w wieku podeszłym, to dzisiaj mówimy o populacji 1,4 mln Polaków i Polek. Będzie więcej. W pewnym momencie każdy z nas będzie w wieku podeszłym. Myślę, że warto, żebyśmy już dzisiaj podjęli te działania.

Jeszcze raz chciałam powiedzieć, że z pewnością jest to kwestia, w której potrzebne jest specjalistyczne przygotowanie nie tylko dla opiekunów, nie tylko dla pracowników specjalnych, ale również dla psychologów i psychoterapeutów. Istnieje bowiem specyfika pracy z osobami, które są w wieku podeszłym, a szczególnie z osobami, które doświadczają innych chorób.

Wspominają państwo o chorobach związanych z otępieniem. Taką chorobą, o której się mówi, a dotyczy 1% populacji, w Polsce ok. 100 tys. osób, jest choroba Parkinsona. To jest choroba, która odbiera możliwość funkcjonowania fizycznego, jak również w długim okresie wpływa na funkcjonowanie psychiczne. Proszę państwa, mam osobiste doświadczenie towarzyszenia osobie z tą chorobą. Proszę mi wierzyć, że w Warszawie mamy tylko jeden ośrodek dziennego pobytu dla osób z chorobą Parkinsona. Ten ośrodek

byłby zamknięty w tym roku, gdyby nie heroiczna walka pacjentów. Na całą Warszawę jest jeden taki ośrodek.

To jest bezcenna pomoc dla osób, które tego doświadczają. Sądzę, że myślenie o osobach w wieku podeszłym i o problematyce zdrowia psychicznego powinno i musi uwzględniać właśnie nałożenie się na siebie kilku czynników. Nie dość, że to jest międzyresortowe, to również i z uwzględnieniem samorządu.

Proszę państwa, apelowałabym o to, żeby pomyśleć o jakichś programach kompleksowych, ponieważ chociażby większość osób z chorobą Parkinsona w Warszawie i w Polsce siedzi zamknięta bez opieki. Ci pacjenci są zamrożeni, oni się nawet nie ruszą z domu, nie będą mogli nawet poprosić o pomoc. Apelowałabym, żeby uwzględniać również inne choroby poza tymi, które zazwyczaj kojarzą nam się z zaburzeniami psychicznymi, dlatego że w wieku podeszłym doświadczenie depresji, lęku czy też przewlekłego stresu dotyczy również osób, które doświadczają innych chorób, a które są bardzo łatwo pomijane i wykluczane. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Czy są jeszcze jakieś głosy w dyskusji?

Bardzo proszę, pani poseł.

Posel Elżbieta Płonka (PiS):

Dziękuję bardzo i przepraszam, że się spóźniłam. Podglądałam pracę w podkomisji na tablicie, bo byłam na spotkaniu.

Poustawiałam to sobie jako lekarz rodzinny, który opiekuje się wszystkimi grupami w rodzinie – od dziecka do późnej starości. Najgorsze rozwiązanie dla osób starszych to jest opuszczenie własnego domu. Za nic w świecie nie chcą go opuścić i najlepiej czują się właśnie tam. Czyli nasza opieka, jak myślimy o tym, jak to rozwiązywać, bo jest coraz trudniej, dlatego że mamy dziurę demograficzną i przesunięcie wiekowe zaczyna nas przytłaczać... Dlatego konieczne jest działanie międzyresortowe. Przypominam sobie czasy, kiedy ministerstwa zdrowia i opieki społecznej były razem. Zostały rozdzielone. Zadania po jednej i po drugiej stronie są duże, ale rzeczywiście chyba trzeba zaprosić do tej pracy i współpracy samorządy.

Powiedziałabym, że nie jest potrzebne ludziom starym tak dużo tej opieki lekarskiej. Nie jest to potrzebne, dlatego też te wszystkie dzienne oddziały czy nawet DPS... To jest konsultacja w razie potrzeby i raz na jakiś czas nadzorowanie tego leczenia czy zapisanie i sprawdzenie, co się dzieje z osobą starszą.

Czytałam niedawno artykuł medyczny na ten temat. Czy geriatria, czy interna? Medycy zastanawiają się nad tym, jak rozwiązać problem opieki nad osobą starszą, bo to jest wielochorobowy organizm. Nie dość, że narządy się starzeją, to przychodzą też różne choroby i tu jest pole dla geriatrów, ale my nie wyszkolimy geriatrów. Musimy sobie zdać sprawę z tego, że tak jak nie uzyskamy psychiatrów w takiej liczbie, jak chcemy, tak i geriatrów też nie, bo nikogo nie zmusi się siłą, żeby się uczył.

Proszę sobie wyobrazić, że młode pokolenie, naszych dzieci i naszych rosnących wnuków, zupełnie inaczej patrzy na problemy życia. Oni nie widzą aż takiej potrzeby zajmowania się prognozowaniem opieki w starszym wieku, dlatego też potrzebne są różnorodne formy. Naprawdę różnorodne formy są potrzebne, pod jednym warunkiem... Widzę na co dzień, że człowiek starszy, także schorowany, najbardziej sprawny jest we własnym miejscu, tam, gdzie dotychczas funkcjonował.

Znam też DPS. Oczywiście, że one funkcjonują fantastycznie i w tej chwili są drogie, bo cała instytucjonalna opieka jest droga. Nie stać na to gmin, nie stać samorządów, nie stać rodzin. To są drogie rzeczy, więc nie możemy iść dalej, proponując to samorządom. One nie chcą tego robić, nie chcą budować tego typu instytucji. W tym momencie to się po prostu nie opłaca.

Poza tym nie jesteśmy też tak zamożnym społeczeństwem. Odbiliśmy przez parę lat. Funkcjonujemy coraz lepiej dzięki programom rządowym, ale nie jesteśmy w stanie zapewnić wszystkiego osobom, których liczba nagle i systematycznie wzrasta. Nie wiem, jak tutaj państwo proponują... Oczywiście nie słyszałam każdej wypowiedzi. Faktycznie jednak jest to problem międzyresortowy z udziałem samorządów, bo one mają opiekę

społeczną. Nie łudźmy się, że jesteśmy w stanie dobrze zorganizować to w następnych latach, bo musimy dobrze zorganizować opiekę medyczną, a już to jest bardzo dużym zadaniem. To jest bowiem od dziecka, przez osoby, które pracują, po wiek starszy. Sama opieka społeczna jest zadaniem wyodrębnionym, jak też trudnym.

Chciałam powiedzieć, ale mi uciekło, że młode pokolenie niechętnie patrzy na trudy wieku starszego i chce się tym zajmować. Każdy opiekun osoby przewlekle chorej i starszej oczywiście się wypala. Przy udziale wszystkich nas tutaj i lekarzy rodzinnych uczymy rodziny, jak mają się zachowywać, bo nie rozumieją swoich podopiecznych, starszych rodziców czy krewnych; nie wiedzą, na czym to polega.

Trzeba by więc chyba pomyśleć w tym momencie o jakimś zespole międzyresortowym na ten czas, żeby pracować nad jakimiś projektami, które będą adresowane do samego dołu. Instytucjonalnie niewiele jesteśmy w stanie zrobić, oczywiście poza wyszkoleniem psychiatrów i podniesieniem stawek. Wiem, że na psychiatrii są one ciągle nie za wysokie. Ciągłe absolutnie konkurencyjny jest rynek prywatny. Tak samo, jeśli chodzi o psychologów, jest mnóstwo rzeczy do zrobienia.

Tym, co na nas spada i spadnie na każdy następny układ polityczny, jaki będzie, jest właśnie zapewnienie bezpiecznej... Potrzebne są pieniądze i seniorzy dostają te pieniądze, bo potrzeba dużo leków, które są drogie. Jest projekt „Leki 75 plus”, są bezpłatne leki. Jako obecny układ polityczny zrobiliśmy mnóstwo rzeczy, żeby wiek starszy był bezpieczny. Natomiast jak do tego starszego wieku dochodzą już choroby, to sytuacja zaczyna się znacznie komplikować.

Tutaj są dwie jednostki. Otepienie różnego pochodzenia, bo to nie tylko alzheimer, zaburzenia pamięci plus niedołęstwo, upadki – to jest geriatryka, której nie zdobędziemy nagle, więc musimy się oprzeć na każdej pomocy, na każdym rozwiązaniu. Tak proponuję. Tam, gdzie trzeba, wesprzeć finansowo. Tam, gdzie trzeba, zwiększamy szkolenie. Poruszamy wszystkie struny na tym trudnym instrumencie, jakim jest społeczeństwo. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję.

Bardzo proszę, panie profesorze.

Kierownik kliniki IPiN Tadeusz Pietras:

Dziękuję jeszcze raz za udzielenie mi możliwości wypowiedzenia się.

Chciałem poruszyć zupełnie inny problem, który tu nie padł, ale opowiedzieć też państwu o badaniach. Spotykamy się w Polsce z fenomenem ableizmu i fenomenem geriatryzmu, czyli dyskryminacji seniorów. To jest, proszę państwa, problem powszechny, natomiast mnie przeraża coś innego.

Robiłem kiedyś ankietę wśród studentów medycyny i wśród studentów logopedii, co myślą o seniorach. Oczywiście znaczna część osób miała – nazwijmy to tak – właściwy stosunek, ale usłyszałem wypowiedzi, że zajmują miejsce młodym, że są wredni, że są krytycznie nastawieni, że chcieliby wszędzie wchodzić bez kolejki i wszędzie otrzymywać przywileje itd.

Proszę państwa, jest to przerażające. Przerażający jest stopień geriatryzmu w polskim społeczeństwie, i to nawet wśród lekarzy, którzy powinni to rozumieć. Mówią: „Nie idź na interne, bo to jest sama geriatryka” albo „Nie bądź lekarzem rodzinnym, bo będziesz się zajmował starszymi osobami”. Proszę państwa, to jest problem edukacji – edukacji pozytywistycznej u podstaw. Jeśli nie zmienimy podejścia społecznego, to my jako forpochta, jako te osoby, które są elitą, która ma zmieniać rzeczywistość, niewiele zrobimy, jeśli nie będzie przyzwolenia społecznego.

Podobno jesteśmy społeczeństwem bardzo moralnym, lojalnym i opartym na wartościach chrześcijańskich, niemniej nie widać tego jakoś w stosunku do seniorów. Problem ageizmu w Polsce jest problemem bardzo ważnym, dlatego że ta dyskryminacja jest zarówno autentycznie – nazwijmy to tak – fizycznie widoczna, ale ona jest też w sferze symbolicznej. Na przykład nie zatrudnia się ludzi starszych, jak chcą pracować, bo są już na emeryturze. Nie mogą poradzić sobie z pewnymi barierami architektonicznymi czy

też, tak jak już tu powiedziała pani psycholog obecna na sali, osoby z chorobą Parkinsona nie wyjdą z domu.

Zatem oprócz działań z zakresu kompetencji *stricte* MZ i MRiPS ważne znaczenie ma edukacja, bo ci młodzi ludzie, którzy wypowiadają takie poglądy, też kiedyś będą starzy.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję, panie profesorze. Czy są jeszcze głosy w dyskusji?

Myślę, że dzisiaj naprawdę wyczerpująco omówiliśmy ten temat, dlatego też bardzo serdecznie dziękuję za wszystkie głosy oraz za przybycie paniom i panom posłom, jak i zaproszonym gościom.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia. Zamykam posiedzenie podkomisji. Bardzo serdecznie dziękuję.