### Przemówienie senatora Ryszarda Majera w dyskusji nad punktem 2. porządku obrad

Czas starości jest okresem nieustannej zmiany człowieka, zarówno w obszarze biologicznym, jak i społecznym oraz psychologicznym. Proces starzenia się jest silnie zindywidualizowany, ale w każdym przypadku nieodmiennie kończy się śmiercią, kategorycznie wyznaczającą ostatnią fazę życia ludzkiego. Naukowe zdefiniowanie starości jest złożone, a sam proces jest tak samo trudny do wytłumaczenia jak proces życia, uczeni uznają starość za fenomen pierwotny, poddający się badaniu jedynie w przebiegu i prawidłowościach. Badacze postrzegają starość jako zjawisko kulturowe, na podłożu biologicznym, wiążące się z osłabianiem sił życiowych. Skala zjawiska ulega zmianom. Zatrzymajmy się na chwilę na sytuacji demograficznej, zdrowotnej i ekonomicznej najstarszych mieszkańców naszego kraju.

Zmieniająca się sytuacja demograficzna, a w szczególności postępujące demograficzne starzenie się społeczeństw, przejawiające się wzrostem liczby osób starszych w populacji, implikujące szereg zmian zarówno w sferze społecznej, jak i kulturowej, jest wielopłaszczyznowym procesem demograficznym. Do jego podstawowych determinantów zaliczamy umieralność i rozrodczość, które z kolei są kształtowane przez zmiany społeczne, ekonomiczne, technologiczne, wreszcie rozwój cywilizacji. Zmiany te, polegające m.in. na wydłużeniu życia, wiążą się jednak ze zwiększeniem narażenia danej osoby na choroby o charakterze przewlekłym oraz schorzenia specyficzne dla wieku podeszłego. Skala tego zjawiska jest znaczna: aż 41% mieszkańców naszego kraju, którzy przekroczyli sześćdziesiąty rok życia, choruje na 4 i więcej schorzeń przewlekłych. Najczęściej są to choroby układu krążenia i kostno-stawowego. Liczba seniorów niezgłaszających żadnych dolegliwości i problemów zdrowotnych o charakterze przewlekłym nie przekracza 10%. Naturalną konsekwencją starzenia się i współistniejących chorób przewlekłych jest niepełnosprawność, która w sposób istotny przyczynia się do narastania niesamodzielności wraz z upływem kolejnych lat życia. Jak wynika z prowadzonych analiz, w grupie osób powyżej sześćdziesiątego roku życia 2,1% pozostaje w łóżku, 5,8% nie jest w stanie opuszczać mieszkania, 17,1% zachowuje ograniczoną mobilność tylko w otoczeniu domowym, a kilkanaście procent nie potrafi wykonać podstawowych czynności, jak mycie i ubieranie się.

Sytuacja ekonomiczna seniorów w Polsce jest zróżnicowana. Analizując dochody i wydatki tej grupy społecznej, można dojść do wniosku, że chociaż po przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych sytuacja wyraźnie się poprawiła, to wewnątrz tej grupy występuje silne zróżnicowanie. Nie doszło do istotnych zmian w strukturze dochodów, natomiast zmieniła się struktura wydatków. Porównując seniorów z innymi grupami społecznymi ulegającymi radykalnym zmianom w ciągu minionych lat, można powiedzieć, że ich sytuacja nie uległa poważniejszym zmianom. Analizy jakości życia seniorów sporządzane na podstawie ich subiektywnych opinii dowodzą, że oni sami uznają swoją sytuację materialną za niezadowalającą.

Teraz o polityce społecznej realizowanej wobec starości i wobec seniorów – takie rozróżnienie stosują najczęściej gerontolodzy, którzy wskazują dwie perspektywy badawcze: strukturalną i cyklu życia, owocujące badaniem seniorów jako zbiorowości i starości jako fazy życia. Celem polityki społecznej w odniesieniu do ludzi starych będą działania, które planowo i kompleksowo będą wpływały na poprawę życia seniorów m.in. poprzez kształtowanie odpowiednich relacji pomiędzy starszym pokoleniem a młodszymi generacjami zapobiegających marginalizacji ludzi starszych oraz sprzyjających kształtowaniu międzypokoleniowej solidarności.

Podnoszenie jakości życia osób starszych, a w szczególności jak najdłuższe utrzymanie ich samodzielności, jest jednym z najważniejszych wyzwań zarówno narodowej, jak i lokalnej polityki społecznej. Rozwijając istniejące jej instrumentarium oraz traktując starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie, a nie obciążenie istniejącego systemu, należy podnosić jakość życia osób starszych poprzez 3 obszary działań: partycypację, aktywizację, opiekę.

Partycypację w tym ujęciu rozumiem jako zwiększanie udziału osób starszych w ciałach decyzyjnych na poziomie samorządu lokalnego, gminnego, powiatowego wojewódzkiego, tak by mogli współdecydować o kierunkach realizowanych wobec nich polityki, co może się odbywać poprzez:

— procesy programowania lokalnej polityki społecznej (na poziomie samorządu gminnego i powiatowego funkcjonuje lokalna strategia rozwiązywania problemów społecznych, która poprzez diagnozę i strategiczny charakter winna ujmować także kwestie rozwoju kapitału społecznego starszych);

— uszczegółowienie strategii (winien być przyjęty na krótszy okres program aktywizacji i wsparcia osób starszych) oraz powołanie gminnej rady seniorów (powołana zgodnie z ustawą o samorządzie gminnym jako organ pomocniczy rady gminy skupiający seniorów, który może inicjować i wspierać działania prosenioralne w środowisku lokalnym);

— rozwój inicjatyw międzygeneracyjnych umożliwiających integrację międzypokoleniową i przygotowanie młodszych pokoleń do lepszego rozumienia starości;

— rzecznictwo interesów osób starszych (realizowane w formie projektów podejmowanych przez organizacje pozarządowe i samorząd, mających na celu zwiększenie poziomu wiedzy osób starszych o przysługujących im uprawnieniach i prawach, m.in. konsumenckich).

Aktywizację postrzegam jako poszerzanie przestrzeni dla aktywności społecznej osób starszych, w szczególności poprzez:

— wzmacnianie potencjału organizacji pozarządowych działających w środowisku wiejskim i realizujących projekty z udziałem środków zewnętrznych, m.in. ASOS;

— rozwój inicjatyw społecznych, kulturalnych, rekreacyjnych adresowanych do seniorów;

— rozwój współpracy międzysamorządowej w podejmowaniu wspólnych inicjatyw zwiększających uczestnictwo osób starszych w życiu społecznym i kulturalnym (np. karty seniora uprawniające do zniżek, które obejmują swoim zasięgiem zarówno miasta, dysponujące zwykle bogatszą ofertą kulturalną, jak i gminy wiejskie).

Opiekę traktuję w kategoriach wysokiej jakości panelu usług zarówno w zakresie ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej, w szczególności obejmującego:

— upowszechnienie dostępności lekarza geriatry;

— zwiększenie infrastruktury zdrowotnej w zakresie miejsc opieki długoterminowej i hospicyjnej;

— zwiększenie dostępności usług świadczonych przez ośrodki pomocy społecznej (praca socjalna wobec starszych, usługi opiekuńcze);

— wystandaryzowanie usług świadczonych przez ośrodki pomocy społecznej (praca socjalna wobec starszych, usługi opiekuńcze);

— rozwój szkoleń adresowanych do służb publicznych zajmujących się osobami starszymi, lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych.

Funkcjonowanie triady senioralnej „partycypacja, aktywizacja, opieka” ma szczególne znaczenie dla osób starszych. Administracja publiczna, samorząd terytorialny, organizacje pozarządowe powinny być zainteresowane systematyczną zmianą tej sytuacji, co w obliczu bardzo szybko zmieniającej się sytuacji demograficznej musi następować znacznie szybciej, niż to się dzieje obecnie.

Dziś rząd Rzeczypospolitej wychodzi naprzeciw osobom starszym, przedkładając, zadeklarowany w programie wyborczym Prawa i Sprawiedliwości, program darmowych leków dla seniorów. Wyrażam głębokie uznanie dla przygotowanego projektu ustawy, a jednocześnie mam nadzieję, że to początek zamian w budowie Polski przyjaznej osobom starszym.