

Osoby starsze i ich potrzeby – odpowiedzi opieki psychosocjalnej.

Thomas Klie

Na początku chciałbym bardzo serdecznie podziękować za zaproszenie tu do Erkner. Bardzo się cieszę z powodu możliwości uczestnictwa w wymianie polsko-niemieckiej. Po raz ostatni odwiedziłem Polskę w 2001 roku i miałem wówczas możliwość bardzo intensywnego wglądu w sytuację życiową i opiekę nad starszymi ludźmi. Wielkie wrażenie wywarły na mnie różnorodne i trudne wyjściowo uwarunkowania dla profesjonalistów i instytucji w zakresie działań, które w Niemczech określamy jako pomoc dla osób starszych, jak również zaangażowanie wszystkich osób, na których spoczywa odpowiedzialność za te zadania w gminach i instytucjach. Za wyjątkiem opieki medycznej w ostrych przypadkach wszelkie inne formy opieki prawie nie istniały. To zmieniło się wraz z wejściem do Unii Europejskiej. Równocześnie coraz bardziej mogły się rozwinąć oczekiwania związane z opieką psychosocjalną wobec osób starszych – w różnym stopniu w środowisku miejskim i wiejskim. Moim zadaniem nie jest jednak oszacowanie sytuacji opieki psychosocjalnej w Polsce. To uczynił już mój przedmówca.

Pozwólcie Państwo, bym mógł postawić w moim wystąpieniu 4 centralne pytania, które są ważne dla odpowiedzi związanych z opieką psychosocjalną wobec osób starszych w Niemczech. Po pierwsze chodzi mi o sytuację prawną i ustawowo przewidziany i uregulowany przepisami stan faktyczny osób starszych potrzebujących opieki. Po drugie chodzi mi o opiekę psychosocjalną w systemie zabezpieczenia opartym na subsydiowaniu i wraz z tym o pytanie jak mają się do tego dobrowolne zadania rodziny, sąsiadów a także spełniane przez państwo i rynek - z działającymi między tymi obszarami służbami socjalnymi. Po trzecie chciałbym zarysować swoiste i modelowe odpowiedzi na potrzeby opieki psychosocjalnej, by po czwarte móc zająć się głównymi wyzwaniami i zaleceniami.

Pozwólcie Państwo, że zanim rozpocznę, zróżnicuję nieco pytanie – co oznacza właściwie pojęcie grupy „ludzi starszych”. Polsko-Niem Tow Zdr Psychicznego z pewnością zajmie się najpierw tymi ludźmi, którzy w starości cierpią na chorobę psychiczną, albo którzy takowymi są zagrożeni. W tym mieści się duża grupa ludzi chorujących na depresję, często nie zdiagnozowanych, a jeszcze częściej nie leczonych. Do tej grupy należą też w coraz większej liczbie osoby z otępieniem, stawiające nas przed różnorodnymi wyzwaniami. Do nich należy również grupa chorych psychicznie, którzy się zestarli, np. starsze osoby chorujące na schizofrenię, które często są zagrożone brakiem ciągłości opieki. Ale wobec przemian demograficznych, ale również socjalnych i kulturowych nie bez znaczenia jest przyjrzenie się ogólnej sytuacji życiowej osób starszych. W swojej nowej książce, Christie Swientek napisała co starsze osoby popycha do śmierci: niepełnosprawność, lęk, samotność, cierpienie, bieda i depresja. Píše też, że pomimo wszelkich starań o pozytywne określenie starości lub złagodzenie jej obrazu, oraz pomimo podkreślania tkwiących w starości potencjałów, wizerunek starszych osób w społeczeństwie często nie jest pozytywny. Widać to w powszechnie używanych określeniach: lawina starości, wojna pokoleń, odsetek obciążenia starością, przestarzałe społeczeństwo, problem nadmiernie długiego życia, fala rencistów. Lęk przed otępieniem, przemocą, przed ludzkimi tragediami za zamkniętymi drzwiami pchają starsze osoby do zamachu samobójczego. Takie uwarunkowania ramowe są z punktu widzenia psychosocjalnego w dużej mierze problematyczne i prowadzą do indywidualnych kryzysów w sytuacji, gdy brakuje sieci przejmujących część odpowiedzialności i instytucji udzielających pomocy.

Sytuacja prawna i fragmentaryczna odpowiedzialność.

Gdy popatrzymy na prawnie przewidziane odpowiedzi opieki psychosocjalnej nad osobami starszymi chorymi psychicznie, widzimy bogactwo przewidzianych świadczeń, które jednak w ramach sfragmentaryzowanego prawa o świadczeniach socjalnych zostały „dobrze” podzielone i od siebie ściśle oddzielone. Najpierw widzimy świadczenia w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, które przewiduje równe traktowanie chorych somatycznie i psychicznie w działaniach związanych z profilaktyką, leczeniem i oddziaływaniami paliatywnymi. W rzeczywistości jednak świadczenia psychosocjalne w systemie opieki medycznej są nadal marginalizowane. Co prawda świadczenia psychoterapii ujęto w ustawie – lekarze rodzinni i domowi mają w wytycznych diagnozę psychosocjalną umieszczoną w zakresie psychosomatyki. Znamy świadczenia socjoterapii, spokrewnionej z case-managementem, obowiązki opieki w Klinikach, opiekę paliatywną dla ludzi z chorobami przewlekłymi i przy końcu ich życia, które całkiem niedawno zostały rozbudowane i poszerzone; przy czym akcent położono tutaj na sferę medyczno-opiekuńczą. Świadczenia psychiatryczne w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego są przewidziane ustawowo, ale jednak w odniesieniu do osób starszych, często nie są tak dla nich dostępne, jak przewidziano to w SGB I i w paragrafie 17: tzn szybko, wg najnowszego stanu wiedzy, bez ograniczeń i nadmiernej biurokracji. To właśnie starsze osoby mają wielorakie trudności z dostępem do świadczeń psychosocjalnych w ramach ustawowo zagwarantowanego ubezpieczenia zdrowotnego. Dotyczy to psychoterapii, też wytycznych odnośnie socjoterapii – dla osób z demencją w ogóle nie przewidziano takich świadczeń. De facto to dotyczy również świadczeń rehabilitacyjnych, gdy przekraczają one ramy standardowych zaburzeń takich, jak udar mózgu.

Szczególnie dla osób w bardzo podeszłym wieku, których najczęściej dotyczy otępienie zabezpieczenie opieki socjalnej jest najbardziej ważne. Zabezpieczenie to uwzględnia podstawowe świadczenia opiekuńcze w ramach związków rodzin obejmujące w zamian za nie pewną gratyfikację. Przy czym już w samym określeniu: co oznacza potrzeba opieki, na plan pierwszy wysunięto aspekt somatyczny, co wpływa na przewidziane w niemieckim ubezpieczeniu opiekuńczym świadczenia, zwłaszcza w opiece ambulatoryjnej. Świadczenia psychosocjalne przewidziano tylko jako dodatek („appendix”), a przede wszystkim pod pojęciem „opieka”, które nie zostało bliżej zdefiniowane, i którego nie ujęto w ramach dyskusji nad opieką społeczną. Ustawa o rozwoju opieki została poszerzona. Zwiększono liczbę świadczeń w ramach opieki nad osobami chorymi psychicznie, w szczególności z otępieniem. Ich zakres wzrósł z „homeopatycznego” na akceptowalny, jednak nie wystarcza to w żadnym razie na zaspokojenie wszystkich potrzeb życia codziennego. Wraz z nadziejami prawodawcy na zaktywizowanie wieloletnich bezrobotnych do zadań wsparcia psychosocjalnego, rosną też obawy, że zadania te w całości postrzegane będą jako całkowicie poza wszelkimi ramami i obowiązkami profesjonalnymi. Nie chcę tu umniejszać zadań, które przewidziano w ramach owego poszerzenia ustawy – jednak nie ma tam odpowiedzi na pytanie, jak zaspokoić potrzebę na opiekę w stopniu, który postrzegany jest przez psychiatrię społeczną. Odczuwalny jest nacisk na utrzymanie składki zdrowotnej na obecnym poziomie oraz na ograniczenie liczby świadczeń. Również nierealistyczne wydaje mi się szukanie odpowiedzi pod postacią społecznego ubezpieczenia od potrzeby zdania się na opiekę osób trzecich w życiu codziennym, które w swej istocie jest niczym innym jak pełnym ubezpieczeniem autokasko, ale nie dla samochodu, a dla ludzi. Więcej na ten temat w dalszej części wykładu. Wg niemieckiego prawa zadania wsparcia społecznego w zasadzie spełniać powinna Opieka Społeczna (Sozialhilfe). Jej forma została doskonale określona i opisana w nowym kodeksie prawa cywilnego SGB IX – w sposób wzorcowy dla całej Europy. Jednak wprowadzenie w życie owego prawa szwankuje na całej linii z powodu swoistego autyzmu poszczególnych płatników

pomocy społecznej jak również całych grup zawodowych, który to blokuje przewidzianą w przepisach bliską współpracę. Jest to szczególnie szkodliwe dla chorych psychicznie, ponieważ w chwilach kryzysu właśnie ta bliska współpraca różnych służb potrzebna jest celem dostarczenia pełnej, zrozumiałej dla osoby w potrzebie pomocy. Ale wróćmy do świadczeń socjalnych, określonych na poziomie opieki społecznej, czyli wg wysokości przychodów i zobowiązań socjalnych opisanych w SGB XII. Faktycznie propozycje pomocy rehabilitacyjnej w Niemczech prawie w ogóle nie obejmują osób powyżej 65 rż. Jest to praktyka prawna sprzeczna z Prawem Europejskim oraz z Prawem o jednakowym statusie obywateli wobec prawa – mimo tego tak wygląda życie codzienne. Niejednolite stosowanie SGB XII chroni w pewnym stopniu gminy przed nadmiernymi obciążeniami w ramach ograniczania świadczeń. Gminy bronią się przed tym, aby postrzegać je jako instytucję przejmującą zadania, których nikt inny nie chciał spełniać, a robią to szczególnie kosztem osób starszych. To mogą odczuć osoby starsze chorujące na schizofrenię, które muszą opuścić swoje domy opieki, wraz z ukończeniem 65 rż, i „przejsć na rentę”. Podobnie mogą to odczuć osoby chore psychicznie i upośledzone w wieku podeszłym, dla których nie przewidziano celów reintegracji socjalnej. Jeśli chodzi o udział w życiu społecznym, ujęto to w ramach ubezpieczenia opiekuńczego pod pojęciem „opieka”. Poza tym tylko pojedyncze gminy przewidywały tego typu świadczenia: np. w Bremie – świadczenia reintegracji dla osób z otępieniem, również stacjonarnie; w niektórych gminach – jak np. w Ahlen w ramach pomocy dla osób starszych z perspektywy prewencji. Podstawowe założenie, że dla starszych ludzi rehabilitacja jest ważniejsza od samych zadań opiekuńczych nie jest realizowane z powodów finansowych. Nie możemy jednak patrzeć na indywidualne roszczenia prawne, musimy uwzględniać całe ustawy o opiece socjalnej. Dla struktury opieki psychosocjalnej infrastruktura niezależna od indywidualnych roszczeń jest co najmniej tak samo ważna. Jednak też tutaj starsze osoby często są zaniedbywane. Psychosocjalne służby w Badenii-Wirtembergii, które przez lata finansowane były przez kasy chorych, gminy i związki dobroczynne ograniczają swoją klientelę do osób poniżej 65 rż. Tylko w Nürtingen uczyniono wyjątek. Oplacałoby się spojrzeć na to, jak funkcjonuje to w innych landach, jak odbierana jest struktura opieki dla osób starszych i chorych psychicznie.

Opieka psychosocjalna i zasada subsydiowania.

Niemiecki system opieki socjalnej jest ugruntowany na zasadzie subsydiowania. Małe „jednostki organizacyjne” powinny samodzielnie rozwiązywać problemy swojego funkcjonowania w dniu codziennym. Państwo ma je w tym wspierać, nie ma jednak dominować ani marginalizować ich działań poprzez świadczenia państwowe. Właśnie przy świadczeniach psychosocjalnych, państwo socjalne powinno widzieć rodziny, sąsiadów, gminy jako zobowiązane do tego, aby w odpowiednim stopniu zaspokoić potrzeby swoich członków. Niemieckie ubezpieczenie opiekuńcze zakłada gotowość rodzin do sprawowania opieki. Dla 70% osób przebywających w domach, opieka nad nimi w całości spełniana jest przez rodziny. W przyszłości takie klasyczne formy opieki nie będą możliwe do spełnienia w takim stopniu jak widzimy to dzisiaj. Pojawiają się tu pytania o sprawiedliwość międzypokoleniową i między płciami. O wiele bardziej dramatycznie wybrzmiewa kwestia dostępności pomocy. Dla psychicznie chorych starszych ludzi brakuje często przewidywanych sieci socjalnych w rodzinach, w sąsiedztwie. Niemieckie państwo zakłada obecnie w znacznym stopniu, że poprzez gratyfikacje finansowe, takie jak pieniądze na opiekę, wzmocni się możliwość opieki w rodzinach i gotowość do wsparcia. Znamy w ramach opieki tzw. „pieniądze na opiekę” – ale w znacznym stopniu brakuje kontroli ich skuteczności. Jeżeli chcemy po-

ważnie potraktować zasadę subsydiowania w warunkach nowoczesnego społeczeństwa, musimy bardzo wiele zainwestować w architekturę socjalną dzielnic, gmin, sieci społecznych tak, aby poszerzyły one swoją gotowość solidarności społecznej również o starsze chore osoby. Tego dowiedzieliśmy się z dyskusji o psychiatrii społecznej toczonej w ostatnich dekadach. Jeżeli chcemy znaleźć rozwiązania dla problemów opieki nad osobami starszymi, musimy się o wiele bardziej postarać. Chodzi tu nie tylko o świadczenia społeczne, służby i instytucje w klasycznym znaczeniu, a bardziej o inwestowanie w infrastrukturę wspierającą, w case management. Warunkiem wyjściowym dla tego jest zdolność do działania, kompetencja i władza na poziomie gminy. Mamy sporo działających przykładów, ale niestety tego typu subsydiowanie nie należy do paradygmatów współczesnej polityki socjalnej. Analityczny i strategiczny zarys takiego podejścia daje nam naukowo-społeczne podejście z punktu widzenia pluralizmu dobrobytu. Chodzi tu o nowe zarysowanie podstawowych sieci społecznych, zadań państwa, rynku i tak zwanego sektora trzeciego. Możemy pozwolić tym sektorom, w ramach ich zasad działania i ich kompetencji na wypełnianie zadań społecznych w szczególności jeśli chodzi o temat, który nas dzisiaj interesuje: opieki psychosocjalnej nad osobami starszymi. Już wspomniane zasady działania oparte na case managementie są strategicznymi elementami budulcowymi nowego, mieszanego systemu opieki społecznej.

Odpowiedzi modelowe

W ostatnich latach mieliśmy w Niemczech możliwość wypróbowania bardzo dobrych, nowych metod odpowiedzi na problemy opieki nad osobami starszymi. Przedstawiają one sposoby rozwiązania problemów niedostatków opieki, fragmentaryzacji odpowiedzialności i świadczeń, dając równocześnie przykłady skutecznego, mieszanego systemu opieki społecznej (welfare mix). Należy tutaj tzw case management, który w swoich interwencjach dokonuje rozróżnienia na poziom przypadku i poziom systemu, bierze uważnie pod lupę sytuację życiową danego klienta i próbuje na poziomie systemowym uporządkować ewentualne obszary niejasności. Model ten inicjuje też korzystanie z nowych propozycji rozwiązań i z zasady zna te propozycje i próbuje ponad granicami podziału odpowiedzialności wciągnąć w skuteczną pomoc wszystkie jednostki, które tej pomocy udzielić mogą. Szczególnie dobrze zadziałał ten model w mieście Ahlen. Tutaj udało się zbudować zdolną do działania sieć wszystkich gotowych do niesienia pomocy, stworzono kulturę współpracy, dzięki owocom której udało się zmniejszyć o 40% odsetek osób umieszczanych w domach opieki.

Również istotne dla przyszłych rozwiązań w ramach zasady subsydiowania i modeli lokalnych wydaje mi się podejście wg którego osoby z podobnymi trudnościami żywymi wspólnie próbują sprostać im czoła. Np. w Eichstetten, małej społeczności w Południowej Badenii podpisano nowe porozumienie międzypokoleniowe, stanowiące niejako podstawę do spełniania zadań solidarnościowych w ramach gminy. Porozumienie to obejmuje szczególnie osoby starsze i z otępieniami, a również uczniów i uczennice wymagających dodatkowej opieki. Poprzez inteligentny model mieszanej opieki społecznej (welfare mix) udaje się tutaj utworzyć dla wszystkich członków społeczności propozycje finansowo niedrogiej opieki o szczególnej jakości jeśli chodzi o kwestie psychosocjalne: a mianowicie zagwarantowane są nie tylko refinansowane przez płatników opieki społecznej świadczenia, ale również – i to często w oparciu o model pracy dobrowolnej, honorowej, opieka psychosocjalna.

W ostatnich 5 latach mieliśmy możliwość zbierania doświadczeń w pracy z modelem opartym na osobistym budżecie dla osób z niepełnosprawnością i wymagających opieki. Również tutaj udaje się przezwyciężyć klasyczne problemy wynikające z zapisanej w niemieckim prawie fragmentaryzacji świadczeń. Dzięki modelowi case management możliwe było ustalenie takich konstelacji opieki, które elementy psychosocjalne opieki nie tylko uwzględniały, ale nawet stawiały je w centrum zainteresowania. Okazało się, że w porównaniu z tzw grupą kontrolną osób bez budżetu osobistego, osoby starsze nim dysponujące częściej korzystały z pomocy w gospodarstwie domowym, wsparcia psychosocjalnego oraz w tzw zakresie *wellness* co prowadziło u nich do większego zadowolenia z życia i lepszej stabilizacji struktury opieki. Jednak zainteresowanie tym modelem jest niestety niewielkie, co zrozumiałe jest, jeśli spojrzymy na nadal istniejący podzielony, zdefragmentowany system opieki.

Istnieje więcej przykładów – które dzisiaj tu obecni na pewno potrafią przytoczyć. Są też stabilne modele opieki ze świadczeniami zapisanymi w niemieckim prawie socjalnym, których jakości nie sposób kwestionować a priori. Tym niemniej potrzebne jest zasadnicze przeorientowanie kierunku socjopolitycznego tak, aby zainteresowaniem objęto szczególnie osoby starsze i ich potrzeby. Bez tego nie sprostamy przyszłym wyzwaniom demograficznym i społecznym.

Wyzwania

Propozycje pomocy dla osób starszych w przyszłości przyciągać będą znacznie więcej uwagi. W nowoczesnym, a nawet postmodernistycznym społeczeństwie integracja społeczna osób starszych nie jest już zrozumiała sama przez się. Wymagane jest inwestowanie szczególnie na poziomie gmin, które należy wzmocnić, a które w ostatnich dekadach w Niemczech były w defensywie, jeśli chodzi zadania z tego obszaru. Jestem przekonany o tym, że będziemy musieli zasadniczo zmienić strukturę naszego państwa socjalnego, na korzyść większej samodzielności gmin. To dotyczy również moim zdaniem koniecznej reformy ubezpieczenia opiekuńczego.

Na szczęście wiemy dziś więcej o podstawach zdrowia psychicznego w wieku podeszłym, o możliwościach leczenia zaburzeń psychicznych. Również wzbogaciła się nasza wiedza jeśli chodzi opiekę nad osobami z otępieniem. Dlatego konieczne jest zapewnienie na każdym poziomie odpowiedniej opieki psychosocjalnej dla osób starszych. Równie ważne jak związki społecznościowe są tutaj formy zintegrowanej opieki z całościową oceną lekarską i opieką psychosocjalną.

Oczekiwanie, że wszystkie potrzeby starszych ludzi zaspokoić można poprzez płatne świadczenia wydaje mi się nie tylko nierealistyczne, ale również nie na miejscu ze względów kulturowych. A mianowicie, jeżeli w Niemczech za ok. 10 lat będziemy mieli ok. 2 mln osób z otępieniem, to czy będziemy w stanie w ramach sąsiedztwa czy dzielnicy zapewnić im opiekę stanie się kwestią wydolności naszego społeczeństwa, tego, czy jako ich bliscy chcieć będziemy dzielić z nimi nasze życie.

Wczoraj Klaus Doerner z pewnością podzielił się z Państwem swoimi przemyśleniami na ten temat. Solidarność społeczna wymaga dobrej komunalnej i społecznej architektury, w którą wszyscy musimy inwestować. Wspomniałem o mieszanej opiece społecznej (*welfare mix*); jeżeli ludzie dobrowolnie, honorowo wykonują odpowiedzialne zadania, potrzebna jest również nowa perspektywa u osób zajmujących się tym profe-

sjonalnie. Jeżeli chcemy mieszkania chronione prowadzić wg zasady podziału odpowiedzialności, tak jak czynimy to we Freiburgu, potrzebne są nowe, adekwatne do tego reguły gry dla rodzin, profesjonalistów, płatnych pomocników i pomocników honorowych. Jeżeli sąsiedzi zdecydują się poświęcić swoją życzliwą uwagę cierpiącym na otępienie starszym osobom w ich otoczeniu muszą być pewni, że w razie potrzeby liczyć mogą na wsparcie profesjonalne. I tak dochodzimy znowu do struktur case-managementu, bez których już po prostu nie damy sobie rady, jeżeli chcemy znaleźć odpowiedzi na pytania o opiekę psychosocjalną dla osób starszych.

Wszystkie powyższe przemyślenia nie powinny jednak odwrócić naszej uwagi od problemu dyskryminacji starszych osób chorych psychicznie, którą w razie potrzeby zwalczać należy również środkami prawnymi.

Życzyłbym sobie bardzo, aby wymiana polsko-niemiecka przyniosła owoce, abyśmy mogli odnosić korzyści z różnych sposobów rozwiązań. Pewien jestem, że leży to w zakresie naszych możliwości.