

**Sigrid Leitner**

*Fachhochschule Köln*

## ***Praca socjalna z osobami starszymi w Niemczech***

### ***Wstęp***

Pojęcie „pracy socjalnej z osobami starszymi” obejmuje zarówno wspieranie osób w sędziwym wieku (polegające na opiece lub pielęgnacji), jak i tzw. działania otwarte, ukierunkowane na promowanie rozwoju i aktywności seniorów (Mennemann 2005, s. 47). Celem obydwu wymiarów pracy socjalnej jest zidentyfikowanie indywidualnych potrzeb osoby starszej i opracowanie wspólnie z nią rozwiązań. W celu zorganizowania potrzebnych struktur wspierających można skorzystać z szeregu świadczeń finansowych (takich jak np. podstawowe zabezpieczenie na starość oraz świadczenia rzeczowe i finansowe w ramach ubezpieczenia pielęgnacyjnego), jak również z opieki domowej (półstacjonarnej i stacjonarnej), które są oferowane w ramach systemu opieki. W rozdziale drugim zostaną opisane społeczno-polityczne ramy systemu w jakim działamy. Jednakże praca socjalna z osobami starszymi nie ogranicza się do kwestii organizacji świadczeń pieniężnych i usług opiekuńczych, jej zadaniem jest aktywowanie z perspektywy społeczno-pedagogicznej kompetencji i potencjału rozwojowego seniorów. O podstawach tego podejścia będzie mowa w rozdziale trzecim, w którym również zostaną przedstawione różne obszary działania pracy socjalnej z osobami starszymi. Ostatni, czwarty rozdział poświęcony jest najistotniejszemu wyzwaniu, jakim praca socjalna z osobami starszymi będzie musiała stawić czoła w przyszłości.

### *Ramy społeczno-polityczne*

W 2010 r. w Niemczech żyło 81,6 mln ludzi, z tego 16,8 mln — czyli 21% — to osoby powyżej 65. roku życia (Federalny Urząd Statystyczny 2012a). Do roku 2060 udział osób powyżej 65. roku życia w społeczeństwie wzrośnie do 34%, w szczególności znacząco się podwyższy liczba osób sędziwych, 80-letnich i starszych (Federalny Urząd Statystyczny 2009:5). Tym samym wzrośnie także dla społeczeństwa znaczenie pracy socjalnej z osobami starszymi.

Jeżeli przyjrzymy się sytuacji dochodowej osób powyżej 65. roku życia, okaże się, że w Niemczech Zachodnich kształtuje się ona na poziomie 95% ogólnoniemieckiej mediany dochodów<sup>1</sup>, zaś w Niemczech Wschodnich wynosi tylko 87%. Sytuacja ta odzwierciedla zresztą istniejące zróżnicowanie dochodów w nowych i starych Krajach Związkowych. Głównym źródłem dochodów starszego pokolenia są emerytury, przy czym w Zachodnich Niemczech w przypadku mężczyzn dodatkową rolę odgrywają, np. dochody z kapitału, zaś u wielu kobiet duże znaczenie ma tam utrzymanie przez partnera. Ogółem prawie 13% osób powyżej 65. roku życia ma dochody poniżej 60% wskaźnika zagrożenia ubóstwem. Jednak analizując wydatki na konsumpcję, można stwierdzić, iż ogółem tylko 8% osób powyżej 65. roku życia znajduje się poniżej 60% granicy, czyli wydaje mniej niż 60% średnich miesięcznych wydatków gospodarstwa domowego. To oznacza, że gospodarstwa domowe osób w starszym wieku często dysponują rezerwami finansowymi, dzięki którym mogą rekompensować deficyty dochodu na starość (Noll/Weick 2012).

W ramach polityki społecznej przewidziano szereg świadczeń, które mają umożliwić osobom starszym udział w życiu społecznym oraz zapewnić im odpowiedni poziom zaspokojenia potrzeb. Kwestie te zostaną dokładnie omówione poniżej.

### *Świadczenie z tytułu starości*

Pojęcie „zależnego od potrzeb świadczenia z tytułu starości”<sup>2</sup> zostało wprowadzone w 2003 r., a w roku 2005 odpowiednie regulacje zamieszczono w XII Księdze Kodeksu Socjalnego (SGB XII<sup>3</sup>). Wnioski o takie świadczenie można składać po ukończeniu 65. roku życia. Przyznawane jest ono jedynie osobom żyjącym w niedostatku, przy czym podczas rozpatrywania wniosku uwzględniane są ewentualne dochody własne i majątek danej osoby oraz jej współmałżonka/ki lub partnera/ki. Ochronie podlegają jedynie dochody dzieci (chyba, że przekraczają rocznie 100.000 € — wówczas sięga się również po nie). Takie regulacje mają zapobiec sytuacji, gdy będące w potrzebie osoby starsze nie decydują się na składanie wniosków, ponieważ nie chcą obciążać swoich dzieci (Stapf-Finé 2011).

Świadczenie to jest finansowane przez gminę i stanowi kwotę zryczałtowaną w wysokości 374 € miesięcznie dla osób samotnych i 674 € miesięcznie dla par (od 01.01.2012).

<sup>1</sup> Dane na podstawie urzędowych statystyk dochodów i wydatków z 2008 r.

<sup>2</sup> Świadczenie pomocy społecznej dla ludzi starych o niskich dochodach.

<sup>3</sup> Kodeks Socjalny Księga XII (§ 41–46).

Ponadto pokrywane są koszty mieszkania i ogrzewania, przy czym każda gmina musi ocenić wielkość mieszkania i wysokość czynszu pod kątem ich „stosowności“. W niektórych sytuacjach można wnioskować również o przyznanie dodatkowych kwot, np. ze względu na niepełnosprawność, kosztowną dietę wynikającą z choroby lub wyposażenie mieszkania (Spindler 2010).

Już od dłuższego czasu toczą się publiczne dyskusje o niskim poziomie świadczenia z tytułu starości, które wynosi poniżej 60% wskaźnika zagrożenia ubóstwem. Osiągnięcie politycznego celu w postaci godnego zabezpieczenia podstawowego (jak zapisano w Konstytucji) wydaje się raczej wątpliwe chyba również rządowi, ponieważ obecnie dyskutowane jest wprowadzenie tak zwanej emerytury dotowanej (Zuschussrente), co miałyby doprowadzić do zwiększenia podstawowego świadczenia emerytalnego. Osobie posiadającej przynajmniej 35 lat składowych w obowiązkowym systemie ubezpieczeń społecznych (wliczane tu są również okresy wychowywania dzieci i opieki nad członkami rodziny) oraz przynajmniej 35 lat składowych w prywatnym ubezpieczeniu emerytalnym, powinna w przyszłości przysługiwać miesięczna emerytura gwarantowana w wysokości 850 €. Ma to poprawić sytuację osób, które zarabiałały mało, ale pracowały długo i płaciły składki również do prywatnych ubezpieczeń (Federalne Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych 2011).

Obecnie mniej niż 3% wszystkich emerytów otrzymuje świadczenie z tytułu starości. Liczba ta wzrosła z 257734 w roku 2003 do 399837 w roku 2009 (Federalny Urząd Statystyczny 2012b). Jednakże ze względu na spodziewane długofalowe skutki reformy emerytalnej z przełomu XX i XXI wieku oraz coraz częściej przerywane i trudne biografie zatrudnienia, liczba osób pobierających świadczenie z tytułu starości w najbliższych latach i dziesięcioleciach jeszcze drastycznie wzrośnie (Bäcker 2008).

### *Obowiązkowe ubezpieczenie pielęgnacyjne*

Abstrahując od „normalnych“ kosztów utrzymania, po wkroczeniu w wiek emerytalny stale wzrastają koszty związane z ochroną zdrowia, które zaczynają stanowić u osób powyżej 75. roku życia największą pozycję w wydatkach (Fachinger 2009: 80). Szczególnym obciążeniem dla budżetu osób starszych i członków ich rodzin jest opieka długoterminowa, gdyż z reguły po 80. roku życia zapotrzebowanie na usługi tego rodzaju znacznie wzrasta. Wprowadzając w 1995 r. ubezpieczenie pielęgnacyjne<sup>4</sup>, osiągnięto poprawę sytuacji finansowej osób potrzebujących świadczeń opiekuńczych oraz ich rodzin. Ubezpieczenie pielęgnacyjne jest rodzajem obowiązkowego repartycyjnego ubezpieczenia, do którego składki wpłacają pracownicy i pracodawcy<sup>5</sup>. Wysokość środków będąca do dyspozycji ubezpieczenia pielęgnacyjnego jest tym samym ograniczona przez ustalenie wysokości składki, zwłaszcza, że wydatki powinny odpowiadać wpływom ze składek.

<sup>4</sup> Kodeks Socjalny Księga XI.

<sup>5</sup> Od 01.07.2008 składka dla osób z dziećmi wynosi 1,95%, a dla bezdzietnych 2,2%.

Na podstawie orzeczenia Służb Medycznych Kasy Chorych następuje zaszeregowanie podopiecznego do jednej z trzech grup pielęgnacyjnych. Kryterium zaszeregowania jest czas trwania niezbędnych czynności pielęgnacyjnych w ciągu dnia. I tak dla grupy I zakłada się przynajmniej 90 minut dziennie, dla grupy II — przynajmniej 3 godziny, zaś dla grupy III — przynajmniej 5 godzin. W zależności od grupy pielęgnacyjnej i rodzaju czynności pielęgnacyjnych przysługują świadczenia finansowe i/lub rzeczowe w różnej wysokości (patrz Tabela 1.).

**Tabela 1. Świadczenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego w € miesięcznie (stan obowiązujący od 01.01.2012)**

		grupa pielęgnacyjna I	grupa pielęgnacyjna II	grupa pielęgnacyjna III	grupa pielęgnacyjna III (szczególnie ciężkie przypadki)
opieka domowa	świadczenia	450	1.100	1.550	1.918
	zasilek pielęgnacyjny	235	440	700	–
opieka stacjonarna		1.023	1.279	1.550	1.918

Źródło: Federalne Ministerstwo Zdrowia 2012.

W przypadku opieki stacjonarnej stawki są wyższe niż przy opiece domowej. Wyjątek stanowią świadczenia przy opiece domowej w grupie pielęgnacyjnej III, których wysokość jest taka sama jak przy opiece stacjonarnej. W ramach opieki domowej można wybrać pomiędzy świadczeniami rzeczowymi a finansowymi lub kombinacją obu rodzajów świadczeń, przy czym świadczenia pieniężne są najniższe. Wycena pracy pielęgnacyjnej, świadczonej w ramach rodziny, wypada bardzo skromnie i jest daleka od świadczenia wyrównującego utratę dochodów dla członka rodziny, zajmującego się pielęgnacją osoby starszej. Odpowiada ona jednak — w pewnym sensie — logice ubezpieczenia pielęgnacyjnego, którego rolą jest udostępnienie pomocy uzupełniającej i odciążającej, nie zastępującej jednak podstawowego systemu zabezpieczenia, stąd mamy różne grupy pielęgnacyjne i górne granice wsparcia (Evers 1995)<sup>6</sup>. W szczególności w opiece stacjonarnej koszty znacznie przewyższają przyznawane ryczałty, w związku z tym w celu ich pokrycia trzeba dodatkowo wykorzystać dochody własne i majątek osób wymagających opieki oraz członków ich rodzin. W wypadku osób żyjących w niedostatku można złożyć wniosek o tak zwaną „pomoc na pielęgnację” („Hilfe zur Pflege”<sup>7</sup>), przyznawaną przez gminę jako zasilek socjalny na pokrycie kosztów świadczeń pielęgnacyjnych. W 2009 r.

<sup>6</sup> W kwestii społecznej (nie-)sprawiedliwości tej struktury świadczeń patrz Kantel 2000, s. 1084 i Landenberger 1994, s. 331.

<sup>7</sup> Kodeks Socjalny Księga XII (§ 61–66).

korzystało z tego zasiłku 241321 osób powyżej 65. roku życia, wymagających świadczeń opiekuńczych, przebywających w placówkach opieki stacjonarnej (Federalny Urząd Statystyczny 2012b).

Od momentu wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego, obserwujemy tendencję do przechodzeniem od świadczeń pieniężnych do świadczeń rzeczowych (w opiece domowej), jak również rezygnację z opieki domowej na rzecz opieki stacjonarnej. Ponadto, coraz bardziej surowa praktyka w zakresie zaszeregowania do grup pielęgnacyjnych doprowadziła do przesunięcia ubezpieczonych z wyższych grup do niższych:

- w 2010 r. otrzymywało świadczenia z ubezpieczenia pielęgnacyjnego ogółem 2,3 mln osób, z tego 1,8 mln świadczeniobiorców miało ponad 65 lat;
- 54% osób, wymagających opieki, otrzymywało świadczenia z tytułu przyznanej grupy pielęgnacyjnej I, 33,5% świadczenia w ramach grupy pielęgnacyjnej II, a 12,5% świadczenia w ramach grupy pielęgnacyjnej III;
- 70% osób otrzymywało świadczenia w ramach opieki domowej, 30% — w ramach opieki stacjonarnej;
- w opiece domowej 78% zdecydowało się na zasiłki pielęgnacyjne, a 22% — na świadczenia rzeczowe (Federalne Ministerstwo Zdrowia 2012).

W Raporcie OECD *Help wanted?* (2011) oceniono systemy opieki długoterminowej dla seniorów. Porównanie pokazało, że Niemcy wypadają poniżej średniej — i to zarówno w zakresie zapewnienia opieki, jak i w relatywnych wydatkach na opiekę długoterminową. Z jednej strony, nie wszystkie osoby wymagające opieki otrzymują świadczenia z ubezpieczenia pielęgnacyjnego, ponieważ procedury, na podstawie których przyznaje się indywidualną grupę zaszeregowania, stanowią dla wielu osób barierę dostępu do świadczeń. W 2009/2010 zostało pozytywnie rozpatrzonych 72% wniosków (Federalne Ministerstwo Zdrowia 2012). Z drugiej strony, w Niemczech dużą część wydatków na opiekę długoterminową trzeba sfinansować z własnej kieszeni, ponieważ przyznawane ryczałty nie pokrywają pełnych kosztów opieki. Wyniki Niemiec w finansowaniu opieki długoterminowej utrzymują się poniżej średniej, gdyż różnica pomiędzy stosunkowo niskimi ryczałtami na świadczenia opiekuńcze, przyznawanymi (w najlepszym przypadku) przez ubezpieczenie pielęgnacyjne, a faktycznymi kosztami świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych ponoszonymi przez seniorów (i ich bliskich) jest pokrywana w niewystarczającym stopniu<sup>8</sup>. Z tej perspektywy dane OECD wskazują na niedostateczne objęcie profesjonalną opieką osób potrzebujących.

---

<sup>8</sup> Wprawdzie w sytuacjach życia w niedostatku przysługuje prawo do „pomocy na pielęgnację” zgodnie z KSK XII (SGB XII), istnieje jednak pewna „szara strefa”, gdzie osoby potrzebujące opieki i ich członkowie rodziny muszą decydować między tym, co konieczne, pożądane a możliwe.

### *Opieka domowa, półstacjonarna i stacjonarna*

Zgodnie z dostępnymi danymi, w Niemczech ponad 2/3 osób potrzebujących opieki pozostaje pod opieką domową, z reguły sprawowaną wyłącznie przez członków rodziny. Tylko w przypadku 1/5 tych osób, część świadczeń (lub wszystkie) wykonują profesjonalści podczas wizyt domowych. Około połowę tych wizyt organizują podmioty pożytku publicznego<sup>9</sup>, pozostałą połowę zapewniają prywatne firmy, świadczące usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze. Od 1995 r., czyli od wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego, udział prywatnych podmiotów znacznie wzrósł, a publiczne podmioty nie odgrywają znaczącej roli w zakresie wizyt domowych u osób wymagających opieki (Federalny Urząd Statystyczny 2011).

23% osób niesamodzielnych, oprócz opieki sprawowanej przez bliskich i profesjonalistów w ramach ubezpieczenia pielęgnacyjnego, korzysta również z prywatnie finansowanych usług, takich jak pomoc w prowadzeniu domu, przy posiłkach i innych czynnościach życia codziennego. Do tego dochodzi jeszcze pomoc sąsiedzka i wsparcie ze strony organizacji społecznych oraz zatrudnianie (z reguły nielegalne) cudzoziemców (wykwalifikowanych lub nie) w charakterze pomocy w opiece nad seniorami (List i in. 2009). Z oczywistych względów trudno jest ocenić rozmiary szarej strefy na rynku świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, ale samo jej istnienie wyraźnie wskazuje na zapotrzebowanie, którego nie pokrywa istniejąca oferta.

W opiece stacjonarnej 96% miejsc jest oferowanych jako miejsca opieki długoterminowej. Opieka półstacjonarna — dzienna lub nocna — stanowi obecnie niewielki obszar, którego rozwój należałoby w przyszłości znacznie bardziej wspierać w ramach tzw. „mieszanej umowy opiekuńczej” („gemischtes Pflegearrangement”). W opiece długoterminowej obłożenie wynosi 87%, także i tu podmioty miałyby jeszcze pewne możliwości działania (Federalny Urząd Statystyczny 2011). Ponad połowa domów opieki prowadzona jest przez podmioty będące organizacjami pożytku publicznego, około 1/3 stanowią prywatne placówki, pozostałe podlegają służbom publicznym. Obecnie zauważalna jest jednak tendencja do spadku liczby placówek publicznych na rzecz prywatnych domów opieki. Przy czym prywatne domy opieki są raczej mniejszymi placówkami (średnio 53 pensjonariuszy), zaś w domach prowadzonych przez organizacje pożytku publicznego umieszczonych jest średnio 71 osób, a w publicznych zakładach opieki średnio 80 osób (List i in. 2009).

Zarówno w opiece stacjonarnej, jak i domowej, zauważalne są wyraźne braki w zakresie jakości świadczonych usług: w przypadku około 1/3 pacjentów brakuje właściwej profilaktyki przeciwoleżynowej, również dieta i dozowanie płynów są nieodpowiednie. U 1/5 pacjentów z nietrzymaniem moczu opieka jest niewystarczająca, a u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi wieku podeszłego jest ona w wielu przypadkach nieprofesjonalna (List u. a. 2009).

---

<sup>9</sup> Jako podmioty pożytku publicznego określane są niemieckie instytucje charytatywne, zorganizowane jako organizacje społeczne, dotowane przez państwo i nie pracujące dla osiągnięcia zysków.

### *Perspektywa społeczno-pedagogiczna*

Ustawowo do zadań gmin<sup>10</sup> należy tworzenie infrastruktury pomocy społecznej dla osób starszych, jak również doradztwo i wsparcie w sprawach mieszkaniowych, opieki stacjonarnej i domowej. Wynikają z tego dla pomocy społecznej przede wszystkim zadania doradcze i koordynacyjne w sensie zarządzania świadczeniami opiekuńczymi. Oprócz tego § 71 KSK XII (SGB XII) przewiduje, że osoby starsze powinny być zachęcane do zaangażowania społecznego oraz realizowania swoich potrzeb w zakresie rozrywki, kształcenia i kultury. I tu, otwiera się druga perspektywa pracy socjalnej z osobami starszymi, mająca związek z dyskursem społeczno-pedagogicznym, toczonym w dziedzinie pracy socjalnej.

Ustawodawca nałożył na gminy nie tylko obowiązek klasycznej opieki społecznej, ale również działań otwartych dla seniorów. Drugie z zadań nie ma charakteru roszczeniowego (ze strony osób starszych), w związku z tym gminy mają stosunkowo dużą swobodę w jego realizacji. Dlatego też, w zależności od priorytetów i możliwości finansowych, istnieją duże różnice między gminami w zakresie oferty i sposobów realizacji wspomnianych regulacji. Dotychczas otwarte działania na rzecz osób starszych nie stanowiły priorytetu w agendzie polityki komunalnej (Hammerschmidt 2010), jednakże przy podejściu całościowym praca społeczno-pedagogiczna z osobami starszymi jest ważnym uzupełnieniem pracy socjalnej z seniorami. Społeczno-polityczny paradygmat, mówiący o autonomicznej i samostanowionej starości, który kraje członkowskie Unii Europejskiej zapisały na swoich sztandarach w ramach „Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej”, wymaga wręcz pracy socjalnej z osobami starszymi, która wzmocniłaby ich kompetencje i potencjał rozwojowy.

### *Autonomia i samostanowienie w podeszłym wieku*

Prawo do rozwoju osobowości przysługuje każdemu, niezależnie od wieku, jako jedno z praw podstawowych. Chodzi tu o trwałe, przebiegający przez całe życie proces, którego ze względu na stałe zmiany — zachodzące w społeczeństwach — oraz subiektywne okoliczności nie możemy nigdy określić mianem zakończonego. Aby umożliwić osobom starszym autonomię i samostanowienie w tych procesach, potrzebne jest odpowiednie spojrzenie na to, w jakich warunkach możliwa jest realizacja indywidualnych koncepcji życia przez seniorów. Po pierwsze, musi być zachowana integralność i tożsamość jednostki, po drugie należy stworzyć warunki społeczne, umożliwiające równy udział osobom starszym (Winkler 2005).

To, jak będzie przebiegała i wyglądała starość w dużej mierze zależy od indywidualnych życiorysów oraz wynikających z nich kompetencji i zasobów. Dlatego w różnych momentach mogą być potrzebne zróżnicowane formy wsparcia lub pomocy. Indywidualne koncepcje życia w podeszłym wieku związane są nie tylko z własną biografią, lecz również z socjalnym, kulturowym i społecznym otoczeniem, do których można nawiązywać, aby mieć subiektywne poczucie zadowolenia i sensu życia (Schweppe 2005).

<sup>10</sup> Kodeks Socjalny Księga XII (§ 71).

Jeżeli celem pracy socjalnej z osobami starszymi jest umożliwienie im autonomii i samostanowienia w podeszłym wieku, należy również wspierać rozwój indywidualnych pomysłów na starzenie się (nawet jeżeli mamy do czynienia z uporem), a także ich realizację poprzez tworzenie odpowiednich struktur, przestrzeni i możliwości w otoczeniu seniorów. Osoby starsze posiadają zasoby i potencjał rozwojowy, które powinny być aktywnie rozwijane przez otoczenie (Schweppe 2005). Należy jednak krytycznie zauważyć, że nie chodzi o udzielenie poparcia dla zdominowania przez pedagogikę społeczną wieku dojrzałego (Winkler 2005). Osoby starsze mają również prawo do wycofania się, bycia nieaktywnymi, do odpoczynku. „Brak zaangażowania” z wyboru jest jednym ze stylów życia i jako taki musi być akceptowany przez pedagogikę społeczną (patrz też Schönbrodt/Veil w tym tomie).

### *Obszary działania pracy socjalnej z osobami starszymi*

W pracy socjalnej z osobami starszymi rozróżniamy zasadniczo dwa obszary: „zdrowie i opieka” oraz „czas wolny, kultura i kształcenie”. W przypadku choroby i niesamodzielności ważnym obszarem działalności jest doradztwo dla seniorów i ich bliskich. Doradztwo i zorganizowanie pomocy mają przede wszystkim umożliwić samodzielne funkcjonowanie chorego w dotychczasowym otoczeniu (zasada: opieka domowa przed stacjonarną). Chodzi tu o udzielenie ogólnych informacji na temat oferty świadczeń i placówek, doradztwo z zakresu dostosowania mieszkania, pomoc w składaniu wniosków o świadczenia, indywidualne doradztwo psychospołeczne, jak też o zaplanowanie pomocy i towarzyszenie w indywidualnych przypadkach. Jest to również oferta wspierająca dla członków rodziny zajmujących się opieką, która łączy się z dziedziną „pracy z członkami rodzin”. W tym obszarze oferowana jest np. łatwo dostępna czasowa opieka dla osób z demencją, która pozwala na przynajmniej chwilowe odciążenie członków rodziny, oraz specjalna oferta informacyjna i wspierająca dla bliskich, opiekujących się osobami niesamodzielnymi, której celem jest osiągnięcie odpowiedniej jakości pielęgnacji i opieki domowej (temat *Przemoc w opiece domowej* — patrz Brosey/Lotz w tym tomie).

Praca socjalna z osobami starszymi świadczona jest zarówno w formie opieki domowej, jak i opieki stacjonarnej. Chodzi tu o dostosowaną do otoczenia osoby niesamodzielnej holistyczną opiekę w ramach działania placówek socjalnych i służb opiekuńczo-pielęgnacyjnych (*Sozialstationen und Pflegediensten*), opartą na współpracy z członkami rodziny, wolontariuszami i siecią organizacji na danym terenie, której ważnym aspektem jest stałe podnoszenie umiejętności personelu pielęgniarstwa. Na zadania stacjonarnych placówek opiekuńczych składają się: zarządzanie obłożeniem, doradztwo i towarzyszenie pensjonariuszom, praca z członkami rodziny, organizacja i przeprowadzanie zajęć w czasie wolnym oraz działania PR i praca socjalna. Szczególnym obszarem działalności są służby socjalne w szpitalu, które zajmują się opieką, doradztwem i towarzyszeniem przy przechodzeniu z opieki szpitalnej do domowej lub stacjonarnych placówek opiekuńczych. One przejmują zadania koordynujące pomiędzy różnymi służbami opiekuńczymi dla osób starszych, w celu zapewnienia całościowej i wydolnej opieki poszpitalnej.



W obszarze „czas wolny, kultura i kształcenie” największym wyzwaniem jest dostosowanie otwartej działalności na rzecz osób starszych do różnorodnych stylów spędzania czasu wolnego, poziomu wykształcenia i zainteresowań, różnic wynikających z płci i pochodzenia etnicznego oraz dużego zróżnicowania sytuacji zdrowotnej, finansowej i społecznej seniorów. Tworząc i realizując odpowiednią ofertę należy uwzględnić warunki życia i konteksty działania osób starszych. Można również wspierać samoorganizację seniorów. Zasada „tyle autonomii, jak tylko można, a pomocy, tyle ile konieczne” w wielu dziedzinach pracy socjalnej z osobami starszymi przypomina stałe balansowanie na krawędzi.

### *Przyszłe wyzwania dla pracy socjalnej z osobami starszymi*

Ze względu na zmiany demograficzne praca socjalna z osobami starszymi będzie odgrywała coraz większą rolę, przy czym przyjdzie jej się zmierzyć ze szczególnymi zadaniami, wynikającymi z specyfiki różnych obszarów pomocy społecznej. Czy praca socjalna z seniorami przygotowana jest na osoby niepełnosprawne, emigrantów, bezdomnych lub osoby z chorobami psychicznymi?

Osoby niepełnosprawne w starszym wieku nie będą pasowały do istniejącego systemu warsztatów i domów pomocy. Procesy starzenia u osób niepełnosprawnych z reguły rozpoczynają się wcześniej, w szczególności u osób z trisomią 21. Warsztaty powinny więc oferować możliwość elastycznego wychodzenia z pracy zarobkowej, tworzyć własne grupy emerytów/rencistów lub wprowadzać uzupełniające działania, pomagające w organizacji dnia. Podobnie jest w przypadku domów pomocy, w których trzeba będzie rozwijać ofertę spędzania czasu wolnego po zakończeniu aktywności zawodowej, odpowiadającą życzeniom i zainteresowaniom osób niepełnosprawnych. Należy również zastanowić się nad tym, co można zrobić, aby przy wzrastającej potrzebie opieki, osoby te mogły pozostać w dotychczasowych placówkach.

Sceptyczni (lub bezbronni) wobec niemieckiego systemu pomocy prawdopodobnie są również starzejący się emigranci i emigrantki. Potrzebne są im odrębne placówki i programy doradztwa, aby mogli zapoznać się z ofertą pomocy we własnym języku. Konieczne jest kulturowe otwarcie systemu pod kątem praktyki wspierania, opieki i pielęgnacji. Zwłaszcza w przypadkach osób chorych na demencję, komunikowanie w języku ojczystym ma kluczowe znaczenie. Czy należy w związku z tym tworzyć odrębne służby socjalne i placówki stacjonarne dla cudzoziemców, czy — zgodnie z ideą włączania — praca socjalna z osobami starszymi powinna być generalnie ukierunkowana interkulturowo? To z kolei niesłoby ze sobą konieczność wspierania kompetencji interkulturowych w systemach edukacji.

Co właściwie dzieje się z bezdomnymi, jeżeli zaczynają wymagać opieki? Ze względu na ciężkie warunki życia na ulicy osoby bezdomne często dużo wcześniej się starzeją. Są więc z reguły znacznie młodsze od „normalnych” pensjonariuszy stacjonarnych domów opieki. Często mają też złe doświadczenia z systemem opieki zdrowotnej, są niedostosowane i uchodzą wśród pracowników opieki za „trudną” klientelę, której włączenie do systemu jest prawie niemożliwe. W jaki sposób roztoczyć opiekę nad starszymi bezdom-

nymi, nie naruszając ich poczucia godności i jak otworzyć istniejący system na tę grupę podopiecznych? Również tu potrzebne są nowe kompetencje i stworzenie struktur współpracy pomiędzy systemami pomocy społecznej.

Ważne wydaje się również powiązanie pracy socjalnej z osobami starszymi z psychiatrią. Jak zapewnić opiekę osobom chorym psychicznie zgodnie z potrzebami wynikającymi z obrazu klinicznego ich choroby psychicznej i fizycznej? Tu praca socjalna z osobami starszymi natrafia na swoje granice, ponieważ zasada samostanowienia może stać się zagrożeniem dla dobra seniora. Od jakiego momentu sytuacja staje się nie do zniesienia — nie tylko dla sąsiadów lub bliższego otoczenia — ale dla samego seniora? Jak można interweniować w razie potrzeby, gdy pomoc jest odrzucana, bez wdrażania procedury przymusowego skierowania do zakładu opieki? Praca w zespołach interdyscyplinarnych mogłaby być rozwiązaniem, które trzeba by było jednak dopiero stworzyć.

Jeżeli chcemy umożliwić wszystkim ludziom godne starzenie, należy znaleźć odpowiedzi na sformułowane powyżej pytania.

(Tłumaczenie z języka niemieckiego — Katarzyna Koperska,  
opracowanie tłumaczenia — Emilia Jaroszevska)

## Bibliografia

- Aner, Kirsten und Ute Karl (Hg.) (2010) *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*, Wiesbaden: VS Verlag.
- Bäcker, G. (2008) *Altersarmut als soziales Problem der Zukunft?*, w: „Deutsche Rentenversicherung” 4/2008.
- Federalne Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych (2011) *Wystartował dialog w sprawie emerytur*, Informacja prasowa z 09. 09. 2011., w: <http://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/regierungsdialog-rente-2011.html>, dostęp z dnia 15. 03. 2012.
- Federalne Ministerstwo Zdrowia (2012) *Dane i fakty odnośnie ubezpieczenia pielęgnacyjnego*, w: <http://www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html>, dostęp z dnia 15. 03. 2012.
- Evers, A. (1995) *Die Pflegeversicherung. Ein mixtum compositum im Prozeß der politischen Umsetzung*, w: „Sozialer Fortschritt” 44 (2), 23–28.
- Fachinger, U. (2009) *Wovon leben die „Alten“ und wofür geben sie ihr Geld aus? Eine empirische Analyse für Deutschland*, w: *Die Lebenslagen Äterer: Empirische Befunde und zukünftige Gestaltungsmöglichkeiten. DRV-Schriften Band 85*, Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, 65–96.
- Hammerschmidt, P. (2010) *Soziale Altenhilfe als Teil kommunaler Sozial(hilfe)-politik*, w: Aner, K., Karl, U. (2010), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*, Wiesbaden: VS Verlag, 19–31.
- Kantel, H.-D. (2000) *Das Gesetz der Pflegeversicherung: Je pflegebedürftiger, desto weniger Hilfe*, w: „Zeitschrift für Sozialreform” 46 (12), 1075–1088.

- Landenberger, M. (1994) *Pflegeversicherung als Vorbote eines anderen Sozialstaates*, w: „Zeitschrift für Sozialreform” 40 (5), 314–342.
- List, S. M., Ryl, L. i Schelhase, T. (2009) *Angebote der ambulanten und stationären Versorgung*, w: Böhm, K., Tesch-Römer, C., Ziese T. (2009) *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Berlin: Robert-Koch-Institut, 167–193.
- Mennemann, H. (2005) *Sozialpädagogik als theoriestiftende Disziplin für die soziale Altenarbeit — subjekttheoretische Überlegungen*, w: Schweppe, C. (2005), *Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder*, Hohengehren: Schneider Verlag, 47–63.
- Noll, H.-H. i Weick, S. (2012) *Altersarmut: Tendenz steigend*, w: „GESIS Informationsdienst Soziale Indikatoren” 47/2012, 1–7.
- OECD (2011) *Help wanted? Providing and paying for long-term care*, Paris: OECD.
- Schweppe, C. (2005) *Alter und Sozialpädagogik — Überlegungen zu einem anschlussfähigen Verhältnis*, w: Schweppe, C. (2005), *Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder*. Hohengehren: Schneider Verlag, 32–46.
- Spindler, H. (2010) *Sicherungsleistungen zum Lebensunterhalt außerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung*, w: Aner, K., Karl, U. (2010), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. Wiesbaden: VS Verlag, 259–265.
- Stapf-Finé, H. (2011) *Altenhilfe und die Möglichkeiten des SGB XII*, w: Zippel, Ch., Kraus, S. (2011), *Soziale Arbeit für alte Menschen. 2. Auflage*, Frankfurt a. M.: Mabuse, 443–461.
- Federalny Urząd Statystyczny (2012a) *Bevölkerung nach Altersgruppen, Familienstand und Religionszugehörigkeit*, w: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft-Staat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/AltersgruppenFamilienstand.html?nn=50732>, dostęp z dnia 15. 03. 2012.
- Federalny Urząd Statystyczny (2012b) *Zahlen und Fakten: Sozialhilfe*, w: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialeleistungen/Sozialhilfe/Sozialhilfe.html>, dostęp z dnia 15. 03. 2012.
- Federalny Urząd Statystyczny (2011) *Pflegestatistik 2009*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Federalny Urząd Statystyczny (2009) *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Winkler, M. (2005) *Sozialpädagogik im Ausgang der Freiheit*, w: Schweppe, C. (2005), *Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder*, Hohengehren: Schneider Verlag, 6–31.

*Summary*

The article explores the field of social work with older people in Germany. On the one hand, there are support structures of the welfare state like a minimum income for the elderly and the benefits in cash and kind from long-term care insurance. Social work helps to organise these support structures for individual clients. On the other hand, social work enables older people to further develop their personal resources and interests in order to promote autonomous and self-determined ways of living. This establishes ties to the formula of “active ageing” although there are limitations to the activation of older people. The article closes with identifying future challenges for social work with older people.