

Rafał Bakalarczyk

*Instytut Polityki Społecznej
Uniwersytet Warszawski*

Opieka nad seniorami w państwie opiekuńczym — przykład Szwecji

Wprowadzenie

Szwedzka polityka społeczna, a w zasadzie społeczno-gospodarcza, ewoluowała w kierunku specyficznego modelu, określanego mianem szwedzkiego państwa dobrobytu, w wielu punktach zbieżnego z tym, co powstało w sąsiedzkich krajach nordyckich. Celem niniejszego artykułu jest ustalenie, na ile cechy owego modelu znalazły odzwierciedlenie w polityce opieki wobec osób starszych oraz na ile ów model — w odniesieniu do sytuacji tejże grupy wiekowej — przetrwał w obliczu takich zjawisk, jak *welfare retrenchment* w latach 90, rządy koalicji centro-prawicowej oraz wyzwania demograficzne oraz kryzys ekonomiczny.

Po przedstawieniu ogólnych cech modelu szwedzkiego polityki społecznej, pokażę demograficzne i kulturowe uwarunkowania opieki nad seniorami w Szwecji. Następnie zarysuję jej ramy finansowe i prawne. W kolejnej części ukazę kwestie dostępności do świadczeń i ich zakresu. W podsumowaniu będę próbował — na podstawie wcześniej zaprezentowanych danych — odpowiedzieć na postawione na wstępie pytanie o obecność symptomów socjaldemokratycznego modelu w systemie opieki nad osobami starszymi w Szwecji.

Model socjaldemokratycznej polityki społecznej

Nim przejdę do omówienia sytuacji osób starszych, warto przypomnienia jest to, czym jest model szwedzki, a szerzej — skandynawski. Jak pisze W. Anioł, model ten, zwany również nordyckim lub redystrybucyjno-instytucjonalnym (w zależności od zastosowanej typologii), charakteryzuje się uniwersalnymi zasadami przyznawania różnych świadczeń pieniężnych, wsparciem obywateli przez wszystkie fazy życia, powszechnością i wysokim poziomem świadczeń opiekuńczych dla różnych grup (dzieci, niepełnosprawnych, osób starszych). Model ten ma również swoje charakterystyczne cechy jeśli chodzi o politykę gospodarczą oraz formę stosunków pracy — z dużym udziałem związków zawodowych i ogólnie dialogu społecznego, a niewielkim udziałem regulacji ze strony państwa (Anioł 2010). Warto pamiętać, że aspekt gospodarczy i społeczny tworzą integralną całość (oba elementy wzajemnie się podtrzymują). Część badaczy przestrzega przed wyłączeniem analizy szwedzkiego systemu *welfare* z całokształtu tamtejszego modelu społeczno-gospodarczego (Kowalik 2012). Jednakże, jako że celem niniejszej analizy nie jest opis modelu społecznego tego kraju, a jedynie podsystemu polityki społecznej, w artykule punktem odniesienia będą te cechy modelu szwedzkiego, które wiążą się z polityką społeczną w ścisłym sensie tego słowa. Wydaje się, że u jego źródeł leży koncepcja obywatelstwa socjalnego (sformułowana w latach 50. przez anglosaskiego uczonego T. H. Marshalla). W kontekście skandynawskim oznacza ona, że wiele praw społecznych (realizowanych przez świadczenia zarówno dochodowe, jak i usługowo-rzeczowe), przynależy jednostkom z tytułu samego obywatelstwa, a niekiedy wręcz samego zamieszkiwania terytorium danego kraju. Oczywiście nie wszystkie z tych świadczeń są dostarczane całemu społeczeństwu, ale jego poszczególnym obywatelom w sytuacji zaistnienia określonych potrzeb (np. choroba, niepełnosprawność, starość, potrzeba opieki i wychowania w przypadku małych dzieci, konieczność przekwalifikowania). Realizacji owej zasady służy rozbudowany sektor usług publicznych, którego wielkość jest możliwa dzięki szerokiej bazie podatkowej, a podatki te mają charakter progresywny.

Innych kategorii opisu i różnicowania modeli polityki społecznej dostarczają prace G. Espinga-Andersena. W swym pionierskim dziele *Trzy światy kapitalistycznego państwa dobrobytu* (2010) wprowadza on pojęcie „dekomodyfikacji”, oznaczające stopień, w jakim dostęp do zasobów pieniężnych jest uniezależniony od pozycji rynkowej jednostki. W myśl tej teorii model socjaldemokratyczny, reprezentowany właśnie przez Szwecję, charakteryzuje wysoki poziom dekomodyfikacji w porównaniu z krajami reprezentującymi kraje bliskie modelowi liberalnemu i konserwatywnemu. Pierwotnie dekomodyfikacja odnosiła się do świadczeń pieniężnych, ale w niniejszym artykule będę rozpatrywał dekomodyfikację szerzej — jako uniezależnienie dobrostanu jednostki od jego (przeszłej i aktualnej) pozycji rynkowej. Dekomodyfikacja dokonuje się więc w tym poszerzonym ujęciu poprzez uniwersalne, niezależne od dochodu świadczenia — nie tylko pieniężne, ale także usługowe. Zwłaszcza w kontekście zapewniania opieki nad seniorami rozszerzone ujęcie dekomodyfikacji wydaje się przydatne z racji tego, że polityka w tym zakresie jest realizowana głównie w formie usług, a nie transferów pieniężnych.

W kolejnych pracach Esping-Andersen, pod wpływem krytyk badaczek feministycznych, zaczął w większym stopniu rozpatrywać udział rodziny w zapewnianiu dobrobytu jednostkom oraz analizować poziom niezależności pozycji społecznej jednostki od jej sytuacji rodzinnej.

Służy temu kategoria defamilizacji. Jak pisze autor: „Terminu 'defamilizacja', choć nie należy on do najzręczniejszych, będę używał dla określenia polityki, która zmniejsza zależność jednostki od rodziny, maksymalizuje kontrolę jednostki nad zasobami ekonomicznymi i uniezależnia ją od wzajemnych zobowiązań rodzinnych czy małżeńskich. Podobnie jak w przypadku koncepcji odtowarowienia (czyli dekomodyfikacji — R. B.), pod względem empirycznym jest ona bardziej kwestią stopnia niż wyboru, ponieważ obowiązki rodzinne kobiet (lub przynajmniej matek) ograniczają ich zdolności zyskania pełnej niezależności ekonomicznej poprzez pracę zawodową, ich defamilizacja — co wykazały badania — zależy wyłącznie od państwa opiekuńczego” (G. Esping-Andersen 2010, s. 63).

W kontekście analizy polityki opieki (czy to nad dziećmi, czy osobami starszymi), kategoria (de)familizacji wydaje się szczególnie użyteczna, gdyż ta sfera potrzeb zawsze była w mniejszym lub większym stopniu zależna od działań w obrębie rodziny. To, co charakteryzuje model socjaldemokratyczny, to wysoki poziom defamilizacji (częściowe uniezależnienie jednostek od konieczności opieki nad osobami zależnymi ze względu na rozwój publicznych instytucji opiekuńczych oraz uniezależnienie szans otrzymania opieki przez jednostkę niesamodzielną od zasobów rodziny) oraz generalnie stosunkowo niewielki udział rodziny w zapewnianiu opieki.

Reasumując, można powiedzieć, że model socjaldemokratyczny polityki społecznej charakteryzują trzy powiązane z sobą cechy :

- Po pierwsze, duży udział sektora usług publicznych, które zapewniane są przy pomocy techniki zaopatrzeniowej, z podatków, najczęściej przy braku lub niewielkiej odpłatności świadczeniobiorcy.
- Po drugie, dostęp jest uniwersalny, niezależny od kryterium dochodowego (co wynika z zasady obywatelstwa socjalnego).
- Po trzecie, w świadczeniu opieki występuje relatywnie duży udział państwa, a relatywnie niewielki — rynku i rodziny.

Przez pryzmat tych cech będę próbował spojrzeć na szwedzką politykę opieki wobec osób starszych. Pomogą w tym następujące grupy pytań:

Jak wysoki jest udział nakładów publicznych? Jakie jest dominujące źródło finansowania? Czy występuje współpłatność? Czy wsparcie opiera się na technice zaopatrzeniowej, czy ubezpieczeniowej? Jaka jest partycypacja władz centralnych i lokalnych?

Jakie jest stosowane kryterium dostępu? Czy są to świadczenia dostarczane w oparciu o test dochodów (*means-test*), czy w oparciu o diagnozę potrzeb (*needs-test*)? Jak duży i różnicowany zestaw potrzeb obejmują publiczne świadczenia?

Jaka jest konfiguracja odpowiedzialności pomiędzy rodziną, rynkiem a państwem? Czy prowadzona jest polityka wsparcia rodziny, opiekującej się starszymi osobami?

Uwarunkowania demograficzne opieki nad ludźmi starymi

Szwecja należy do jednych z najstarszych społeczeństw na świecie. W 2010 r. udział osób w wieku 65+ w populacji wynosił tam 18% przy średniej dla OECD 15%, zaś tych w wieku 80+ około 5,3%, przy średnio 4% w krajach OECD (OECD 2011). Przewiduje się, że ów proces podwójnego starzenia się (wzrostu udziału osób starszych i — jeszcze szybszego — najstarszych) będzie w tym kraju postępował w najbliższych dekadach. Według jednego z szacunków, w połowie XXI w. co czwarty mieszkaniec Szwecji będzie miał powyżej 65 lat, a co dziesiąty powyżej 80. (*The future Needs for Care* 2010).

W 2008 r. przewidywana długość życia wynosiła 78,6 lat dla mężczyzn i 83,2 dla kobiet. W perspektywie najbliższych dekad ma ona się bardziej zrównoważyć w przypadku obydwu płci, co nie powinno pozostać bez wpływu na potencjalną organizację opieki.

Co warto podkreślić, Szwecję już teraz charakteryzuje najwyższy na świecie odsetek osób w wieku 80+, a więc szczególnie zagrożonych ryzykiem niedołęstwa starczego, którego zabezpieczenie wymusza nakłady na opiekę zdrowotną i długoterminową. Co więcej, w stosunku do tej grupy wieku przewidywany jest najwyższy wzrost procentowy, jak i w liczbach bezwzględnych, co rodzi presję na dalsze podnoszenie (oraz racjonalizację) już i tak wysokich nakładów na obydwie wspomniane segmenty zabezpieczenia społecznego. Ów niepokojący obraz szwedzkiej struktury demograficznej warto uzupełnić o dwa ważne elementy.

Uwarunkowania zdrowotne opieki nad osobami starszymi

Po pierwsze, szwedzkie społeczeństwo charakteryzuje się wyjątkowo wysokim wskaźnikiem długości życia w zdrowiu. W 2007 r. przewidywana długość życia w zdrowiu wynosiła 72 lata dla mężczyzn i 75 dla kobiet, co jest jednym z najwyższych wskaźników dla obydwu płci wśród krajów UE. Dla porównania, w Polsce wynosiły one 64 i 70 (*European Health Report* 2009)

Relatywnie dobry stan zdrowia Szwedek i Szwedów (w tym w odpowiednich proporcjach — także tych starszych) powoduje, że długo oni zachowują samodzielność (co pozwala na zmniejszenie kosztów zdrowotnych i opiekuńczych) oraz zdolność do produktywnej pracy do późnego wieku, wykraczającego poza przyjętą granicę wieku poprodukcyjnego (65 lat). Ów dobry stan zdrowia jest skutkiem nie tylko działania służb medycznych, ale szeregu innych czynników, które składają się na politykę zdrowia publicznego. Wiele z nich jest pochodną przyjętego w Szwecji modelu społeczno-gospodarczego zmierzającego do zmniejszenia nierówności i zapewnienia uniwersalnego bezpieczeństwa socjalnego, co potencjalnie może redukować poziom niekorzystnego dla zdrowia stresu, jakiego mogą doświadczyć członkowie zbiorowości o bardziej hierarchicznych i niestabilnych stosunkach społecznych. Można tu postawić hipotezę o wpływie socjaldemokratycznego modelu na stan zdrowia społeczeństwa, a więc pośrednio także na uwarunkowania opieki długoterminowej. Oprócz tego w Szwecji stosuje się szereg instrumentów, które bezpośrednio są ukierunkowane na profilaktykę zdrowotną i prewencję starości oraz niesamodzielności. Przykładem jest rozwiązanie (praktykowane także w sąsiedniej Finlandii) polegające na

przepisywaniu seniorom na receptę określonych rodzajów aktywności fizycznej (często w połączeniu z lekarstwami), których realizacja i efekty są przez lekarzy monitorowane (Swedish Institute 2010).

Jest to zgodne z holistycznym podejściem do zdrowia pacjenta. Takiej, wskazanej z punktu widzenia skuteczności jak i efektywności, perspektywie sprzyja relatywnie szeroka w porównaniu z innymi krajami dostępność opieki geriatrycznej w tym kraju. Według danych *European Union Geriatric Medicine Society*, na 100 tys. mieszkańców Szwecji przypada 7,7 geriatrów, co jest najwyższym wskaźnikiem wśród krajów UE. Dla porównania w Danii wynosi on 3,1, w Niemczech i Hiszpanii po 2,2, w Wielkiej Brytanii 1,3, a w Polsce tylko 0,2 (por. Bień 2012, s. 154) Dlaczego dostępność opieki geriatrycznej sprzyja efektywności ekonomicznej? Pozwala bowiem zdiagnozować sytuację zdrowotną pacjenta, dzięki czemu można uniknąć kosztów rehospitalizacji — nieraz koniecznej w sytuacji braku wcześniejszej kompleksowej diagnozy, a także uniknąć konieczności dodatkowych badań (Tamże).

Drugą ważną cechą szwedzkiej struktury demograficznej jest jeden z najwyższych w UE wskaźników dzietności (choć i tak poniżej poziomu zastępowalności pokoleń) na poziomie 1,9. Dzięki temu społeczeństwo szwedzkie, choć jest obecnie jednym z najstarszych, nie czeka aż tak silna dynamika starzenia populacji, jakiej można oczekiwać w Polsce, gdzie współczynnik dzietności jest niski. Nie ma to bezpośredniego przełożenia na sytuację osób najstarszych, ale wpływa pośrednio na szansę zapewnienia im godnych warunków życia, a w bardziej ogólnym sensie — radzenie sobie społeczeństwa ze starzeniem się populacji. Dzięki ograniczeniu spadku dzietności, możliwe jest zabezpieczenie przed zaburzeniem piramidy wieku, polegającym na zbyt dużym udziale osób w wieku poprodukcyjnym, a zwłaszcza tych w wieku sędziwym, zazwyczaj niezdolnych do pracy, a nieraz także do samodzielnej egzystencji. Warto jednak pamiętać, że nie wystarcza podnoszenie dzietności, ale także potrzebne jest skuteczne zapewnienie dzieciom szans rozwojowych, by nie doświadczały ubóstwa i wykluczenia, które hamuje ich potencjał i późniejszą produktywność. Szwedzka polityka na rzecz rodzin z dziećmi zdaje się to uwzględniać. Wysoki poziom dzietności w Szwecji to rezultat zarówno pośredni, jak i bezpośredni, polityki społecznej w tym kraju. Z jednej strony, wysoki i dość równomiernie rozdzielony poziom dobrobytu, idący w parze z liberalną polityką migracyjną, sprawia, że kraj ten jest celem imigracji, także pozaeuropejskiej, a owe mniejszości to grupy, w których współczynnik dzietności jest średnio wyższy. Z drugiej strony, Szwecja prowadzi od lat aktywną i kompleksową politykę rodzinną, która sprzyja decyzją prokreacyjnym, także u rdzennych mieszkańców i to także tych w post-tradycyjnym paradygmacie spoglądania na rolę rodziny. Na ową politykę składają się takie rozwiązania, jak wysokie, comiesięczne świadczenia pieniężne przez okres wychowywania dziecka, długie i dostępne dla obojga rodziców urlopy rodzicielskie z dość wysoką stopą zastąpienia oraz — *last but not least* — powszechnie dostępne publiczne usługi opieki i edukacji dla małego dziecka (por. Bakalarczyk 2011, Skubiszewska 2011).

Widzimy, że potencjał opieki nad osobami starszymi w dużej mierze jest warunkowany przez kształt polityki rodzinnej, w tym także tej adresowanej dla rodzin z dziećmi. Warto

zatem spojrzeć na dobrobyt jednostki, uwzględniając ciągłość między różnymi jej fazami życia, zaś na dobrobyt społeczeństwa z uwzględnieniem współzależności poszczególnych generacji żyjących w jego ramach. Szwedzka polityka społeczna zdaje się materializować obydwie zasady.

Uwarunkowania kulturowe opieki nad ludźmi starymi

Model szwedzki jest wypadkową rozwiązań instytucjonalnych i specyficznej kultury, która kształtuje postawy aktorów życia społecznego, określa wzajemne obowiązki wobec siebie pomiędzy członkami wspólnoty, w tym także między członkami rodziny. To, co jest charakterystyczne dla modelu szwedzkiego — zwłaszcza w kontekście systemu opieki nad osobami zależnymi — to relatywnie (zwłaszcza w porównaniu z krajami takimi, jak Polska) luźne więzi, słabe poczucie powinności między członkami rodziny, a stosunkowo duże obowiązki przypisywane wspólnocie politycznej, realizowane przy pomocy instytucji publicznych. Dotyczy to tak dzieci, jak i osób starszych. Zauważmy, że między kulturą a instytucjami działa tu sprzężenie zwrotne. Niska rola przypisywana rodzinie przekłada się na duże zaangażowanie państwa, a to z kolei dalej osłabia poczucie powinności opiekuńczych wobec niesamodzielnych krewnych, którzy mogą liczyć na wsparcie państwa.

Warto jednak odnotować, że od pewnego czasu polityka państwa zmierza ku rewaluacji roli rodziny jako podmiotu świadczącego opiekę i w tym celu tworzy odpowiednie prawne i finansowe zachęty dla uzupełnienia instytucji państwa w tym obszarze oraz instytucjonalizuje wsparcie dla opiekunów nieformalnych.

Innym ważnym rysem szwedzkiej kultury jest wysoka ranga takich wartości, jak niezależność i autonomia oraz uwewnętrzniony imperatyw aktywności na rzecz wspólnoty. Mówiąc o autonomii chodzi jednak bardziej o autonomię jednostki niż rodziny (w której funkcjonowanie — w określonych przypadkach — są gotowe ingerować służby społeczne, przy zdecydowanie większym przyzwoleniu społecznym niż mogłoby to mieć miejsce w polskim społeczeństwie). Z kolei potrzeba aktywności — w kontekście seniorów — ujawnia się w wysokim poziomie partycypacji społecznej tej grupy wiekowej i tworzeniu ku temu możliwości przez społeczności lokalne. Wydaje się, że owe cechy szwedzkiej mentalności stanowią korzystne podłoże dla promowanej i realizowanej w tym kraju koncepcji *active ageing*, zgodnie z którą dąży się do tego, by osoby starsze (nawet te nie w pełni samodzielne) jak najdłużej pozostawały w swoim środowisku zamieszkania i mogły uczestniczyć w życiu społeczności lokalnej (czemu służy np. odpowiedni wspólnotowo-pomocowy sposób organizacji transportu i usług żywieniowych dla tych osób).

Ramy finansowe i prawne opieki nad ludźmi starymi

Mimo czynników zdrowotnych, społecznych i kulturowych łagodzących nieco uboczne skutki starzenia się społeczeństwa szwedzkiego, sytuacja demograficzna rzutuje jednak na wzrost kosztów, związanych ze wzmożonym popytem na coraz bardziej wyspecjalizowane usługi zdrowotne i opiekuńcze. Szacuje się, że do 2050 r. — w porównaniu z rokiem 2010

— koszt opieki nad osobami starszymi (*elderly care*) wzrośnie o 70%, zaś nakłady na służbę zdrowia o 30% (*Future care need for care* 2011). Jak to wygląda obecnie?

Wydatki na opiekę nad seniorami są w Szwecji jednymi z najwyższych na świecie. Według danych raportu OECD, Szwecja w 2008 roku 3,6% PKB wydawała na opiekę długoterminową, z czego ok. 0,9 % PKB — na usługi powiązane ze zdrowiem, a 2,9% — na usługi typowo socjalne (OECD 2011). Opiekę długoterminową — z uwagi na charakter potrzeb jakie zaspokaja i ryzyko jakie zabezpiecza — charakteryzuje bowiem socjalno-medyczny dualizm. Choć wiąże się z psychofizycznymi ograniczeniami jednostki, sam charakter wsparcia jest bardziej opiekuńczo-socjalny niż medyczny.

Interesująca jest dynamika nakładów na ten cel. W jednym z raportów czytamy, że w latach 1980–2005 łączne nakłady na opiekę nad seniorami wzrosły, uwzględniając inflację, o 60%, choć w tym samym okresie liczba osób starszych otrzymujących w różnych formach opiekę długoterminową zmalała o ok. 40% z 400 000 tys. do 245 000 tys. (SALAR 2007). Samo zmniejszenie liczby beneficjentów tłumaczy się poprawą poziomu zdrowia w tym okresie. Wynika z tych zestawień, że koszt opieki nad jednym pacjentem niemalże się podwoił. To z kolei wiąże się z tym, że dzisiejsi świadczeniobiorcy otrzymują znacznie bardziej intensywną i specjalistyczną opiekę niż niegdyś, co związane jest z rozwojem technologiczno-medycznym oraz wzrostem społecznych oczekiwań co do jakości usług.

We wspomnianym okresie, a konkretnie od połowy lat 90. zaszła też inna istotna zmiana jakościowa, również częściowo związana z unowocześnieniem medycznych i poza-medycznych technik wsparcia, a częściowo ze zmianą w podejściu do opieki nad osobami starszymi. Rozwój technologiczny uczynił mniej kosztowną opiekę sprawowaną w domu, co sprawiło, że stała się ona bardziej atrakcyjna dla finansujących ją i organizujących samorządów. W 2006 r. 9,8% osób powyżej 65. roku życia otrzymywało opiekę długoterminową w domu, a 6,8% w instytucjach (OECD 2011).

Mówiąc o organizacji publicznej opieki nad seniorami, warto wspomnieć o podziale kompetencji między różnymi szczeblami administracyjnymi. Odpowiedzialność za świadczenie opieki jest w różnym stopniu rozłożona między wszystkie trzy szczeble administracyjne. Na poziomie centralnym ustalane są cele i zalecenia przy pomocy instrumentów legislacyjnych i częściowo finansowych. Na szczeblu regionalnym dostarcza się usługi zdrowotne i medyczne. Z kolei na poziomie lokalnym świadczone są usługi socjalno-opiekuńcze. Ów podział funkcjonuje od czasów reformy Adel z 1992 r., która decentralizowała i uporządkowywała system opieki nad osobami starszymi, główną odpowiedzialność przypisując władzom lokalnym, zwłaszcza gminom. Odpowiedzialności finansowej władz lokalnych (obecnie ok. 82–85% kosztów jest pokrytych z podatków lokalnych, około 10% z podatków krajowych i 5–6% stanowią opłaty świadczeniobiorców) towarzyszy duży zakres autonomii, jeśli chodzi o sposób organizacji opieki. Wyraża się on także we wspomnianym pobieraniu przez gminy i władze regionalne podatków (Socialstyrelsen 2009).

Jeśli chodzi o udział władz centralnych, odgrywają także niemałą rolę. Po pierwsze regulacyjną — ustalają limity odpłatności świadczeniobiorcy za usługi opiekuńcze, po drugie alokacyjno-dotacyjną — w ramach specjalnych grantów przeznacza się środki na

określone cele. Zazwyczaj są to środki finansowe, mające stanowić bodziec dla wywołania określonych procesów na poziomie lokalnym.

Zgodnie ze współczesnym paradygmatem polityki dąży się do tego, by w większym niż niegdyś stopniu wykorzystać opiekuńczy potencjał rodziny. Sprzyja to także realizacji bardziej ogólnego założenia normatywnego — pozostawienia osób starszych jak najdłużej w ich środowisku zamieszkania.

Sama decentralizacja organizacji opieki również wydaje się czynnikiem sprzyjającym realizacji tego paradygmatu. W założeniach decentralizacja to właśnie sposób na przybliżenie polityki publicznej do potrzeb społeczności lokalnej i lepsze wykorzystanie ich potencjału.

Dostępność i zakres świadczeń opiekuńczych

Kolejny aspekt systemu opieki nad seniorami, który jest wart poruszenia, to kwestia dostępności, skali odpłatności oraz zakresu świadczeń. Są to parametry ważne zarówno z punktu widzenia systemu, jak i samego świadczeniobiorcy.

Wachlarz dostępnych usług jest szeroki. Są to świadczenia instytucjonalne (określane wspólnym mianem „mieszkalnictwa specjalnego”), oraz usługi domowe, takie jak zakupy, gotowanie, sprzątanie, pranie, a także usługi pielęgnacyjne, np. kąpanie, pomoc w ubieraniu się czy korzystaniu z toalety. Dopełnieniem i ważnym elementem systemu wsparcia są środowiskowe usługi dla osób starszych, takie jak transport, wyżywienie, przystosowanie mieszkania (Socialstyrelsen 2009). Wiele z tych usług nie jest świadczonych ani w domu, ani w instytucjach opiekuńczych, tylko w lokalnym środowisku. Obecność tego typu wsparcia jest kluczowa dla umożliwienia godnego życia osób w starszych w środowisku zamieszkania. Nie wystarczy zastąpić opiekę stacjonarną opieką domową, ale należy też dać możliwość osobom starszym, uczestniczenia jak najdłużej w życiu społecznym poza domem.

Uzyskanie wsparcia — czy w formie stacjonarnej, czy domowej — przebiega według podobnych procedur. Osoba potrzebująca zgłasza się po wsparcie do instytucji gminnych, które następnie mają za zadanie dokonać diagnozy potrzeb i na tej podstawie przyznać świadczenia w określonym zakresie. Dostęp do usług opiekuńczych jest oparty na potrzebach (*needs-tested*), a nie na dochodzie (*means-tested*). Nie ma też na poziomie krajowym dokładnych regulacji, a gminy same oceniają zakres dostępnych usług, zaś ich przydział zależy od decyzji osoby dokonującej diagnozy indywidualnej — menadżera opieki. W efekcie, to jakie wsparcie otrzyma osoba starsza zgłaszająca się po pomoc jest nieco uznaniowe, aczkolwiek osoba niezadowolona z decyzji, może odwołać się do sądu administracyjnego (co nadaje roszczeniowego charakteru tego typu świadczeniom i wzmacnia podmiotowość ich odbiorcy). Określenie potrzeb opiera się na rozmowie ze starszą osobą, jej rodziną oraz konsultacji z profesjonalistami, by uzyskać rzetelną informację. Przyznanie wsparcia danej osobie zależy w przeważającej mierze od jej możliwości funkcjonalnych i poznawczych. Uwzględnia się także wiek i to, czy osoba ta żyje samotnie. Decyzja nie jest natomiast zależna od jej płci, dochodu i sytuacji materialnej.

Oprócz tego rozwija się świadczenia, których przyznanie nie jest poprzedzone wywiadem środowiskowym. W 2006 r. weszło prawo, pozwalające gminom na dostarczanie usług bez oszacowania potrzeb (*needs assessment*). Przykładem są różne usługi domowe, np. związane z zawieszaniem firanek, przenoszeniem mebli, wkręcaniem żarówek itp. Zwykle kryterium dostępu jest wiek — najczęściej 65 lat (SALAR 2007). Świadczenia te zdają się najpełniej wyrażać logikę świadczeń uniwersalnych i zaopatrzeniową technikę zabezpieczenia społecznego. Warto zauważyć, że wiele z tych usług pośrednio pełni też funkcję prewencji niesamodzielności. Wiele tych czynności, gdyby były wykonywane przez same osoby starsze, mogłoby doprowadzić do złamań i wypadków zagrażających zdrowiu, a nieraz wręcz życiu osób starszych.

Nowy etap szwedzkiego modelu opieki?

Ciekawym wątkiem jest rola rodziny w zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych ludzi starszych. Przez wiele lat nie budziła ona zainteresowania ani polityków, ani badaczy. Po pierwsze, sądzono, że zapewnienie opieki najstarszym to obowiązek wspólnoty, realizowany za pośrednictwem służb publicznych. Po drugie, rodzina jako podmiot sprawujący opiekę jest tematem niewdzięcznym do badania na szerszą skalę z uwagi na przynależność do sektora nieformalnego. Jednak nawet w dobie największego rozwoju powojennego *welfare state* rodzina odgrywała niemałą rolę w zaspokajaniu części potrzeb, składających się na indywidualny i w konsekwencji społeczny dobrobyt. Tak jest do dziś. Oczywiście w krajach nordyckich w mniejszym stopniu niż w krajach Europy Południowej, czy postkomunistycznej.

Jak już była mowa, w latach 90. zaczęto w Szwecji zwracać uwagę na potencjał rodziny, a także szukać sposobu na jego lepsze wykorzystanie. Jednak przez lata system wsparcia opiekunów nie rozwinął się zgodnie z politycznymi ambicjami. W 2009 r. parlament szwedzki przyjął nowe prawo, zgodnie z którym gminy mają obowiązek zaoferować wsparcie dla osób opiekujących się ludźmi starymi, przewlekle chorymi i osobami z funkcjonalnymi ograniczeniami (Socialstyrelsen 2009). Wśród form wsparcia nieformalnych opiekunów, jakie stosuje się w Szwecji, można wymienić: dostęp do tzw. opieki wytchnieniowej, poradnictwo, szkolenia, uelastycznienie organizacji pracy, płatny urlop na opiekę, zasiłek dla opiekuna i zasiłek dla osoby wymagającej opieki (OECD 2011, s. 139). Wiele władz lokalnych organizuje też miejsca spotkań dla rodzin osób niesamodzielnych i opiekunów nieformalnych. Dążenie do większego wsparcia rodziny jest stymulowane i wspierane na poziomie krajowym, przy pomocy zarówno regulacji prawnych, jak i specjalnych funduszy celowych, przeznaczanych przez rząd.

Niektórzy twierdzą, że promowanie i upowszechnianie domowych form opieki oznacza nową erę w rozwoju szwedzkiej opieki nad seniorami (Fukushima, Adami, Palme, 2010). Można się z tym zgodzić, choć warto zapytać, czy nastanie tej epoki kłóci się z podstawowymi zasadami modelu (wykraczając poza jego ramy), czy też stanowi po prostu kolejny etap jego rozwoju? Autor niniejszego artykułu skłania się ku drugiej interpretacji. Po pierwsze, nie kłóci się to z zasadą obywatelstwa socjalnego. Potencjalny beneficjent może nadal starać się o usługi w ramach służb społecznych, tylko są one realizowane w innej

formie. Po drugie, praw społecznych nabiera nie tylko świadczeniobiorca, ale także opiekun, wobec czego w sensie podmiotowym zakres realizacji obywatelstwa socjalnego się poszerza i pogłębia. Po trzecie, państwo nie wycofuje się jako główny podmiot odpowiedzialny za wsparcie niesamodzielnego seniora, choć zmienia się nieco międzysektorowa konfiguracja bezpośrednich świadczeniodawców. Po czwarte, wachlarz form pomocy rozszerza się, wobec czego system staje się bardziej uniwersalny, gdyż im szersze spektrum możliwych form wsparcia, tym łatwiej odpowiedzieć dokładnie na potrzebę w danym przypadku. Po piąte, coraz większe oparcie opieki na formach środowiskowych pozwala rozszerzyć zakres zaspokajanych potrzeb — już nie tylko jest to opieka, ale także inkluzja i autonomia, ważne dla (nie tylko) szwedzkiego społeczeństwa.

Podsumowanie

Powyższe rozważania pozwalają odpowiedzieć twierdząco na pytanie o to, czy system opieki nad osobami starszymi wyraża cechy modelu socjaldemokratycznego, jaki od lat jest obecny (co nie znaczny niezmienny!) w tym kraju. Potwierdzają to następujące obserwacje i wypływające z nich wnioski.

Po pierwsze, szwedzka opieka nad osobami starszymi jest silnie zakorzeniona w systemie usług publicznych świadczonych przy pomocy techniki zaopatrzeniowej. Świadczenia są finansowane w dominującej mierze z podatków (lokalnych), a dostęp do nich nie jest uzależniony od aktualnej ani wcześniejszej sytuacji jednostki potrzebującej na rynku pracy (zachodzi tu dekomodyfikacja). Owa zaopatrzeniowość i wynikająca z niej dekomodyfikacja to cechy ewidentnie socjaldemokratyczne.

Po drugie, szwedzkie państwo przeznacza bardzo wysokie, w porównaniu z innymi państwami, wydatki publiczne na ten cel, dzięki czemu zakres przedmiotowy, jak i podmiotowy, usług jest szeroki. Mogą one być świadczone na wysokim poziomie, nie sprowadzając się do czynności pielęgnacyjnych dla osób głęboko niesamodzielnych, ale obejmując także działania opiekuńczo-pomocowe, zaspokajające szerszy wachlarz potrzeb i podtrzymujące jak najdłuższe pozostawanie osób starszych w środowisku.

Po trzecie — i najważniejsze — dostęp do świadczeń jest w dużej mierze zgodny z bliską socjaldemokracji ideą obywatelstwa socjalnego, a przede wszystkim z filozofią uzależnienia świadczeń od potrzeb (*needs-tested*), a nie dochodu (*means-tested*). W związku z tym nie tylko ubogie osoby starsze mogą aplikować o pomoc do gminy, która na podstawie diagnozy potrzeb przyznaje pomoc. Dochód nie może stanowić kryterium nieprzyznania pomocy. Świadczenia są zatem w swej ogólnej konstrukcji — co charakterystyczne dla modelu socjaldemokratycznego — uniwersalne, a nie selektywne. Jeszcze pełniejsza realizacja obywatelstwa socjalnego zachodzi w przypadku świadczeń w pełni uniwersalnych, których nie poprzedza wywiad środowiskowy — są to świadczenia związane z pomocą w prowadzeniu gospodarstwa domowego, usługi transportowe i żywieniowe w ramach społeczności lokalnej.

Ostatnia cecha kluczowa dla modelu socjaldemokratycznego, czyli duża rola państwa w zakresie opieki, przy jednoczesnym niewielkim udziale rynku i rodziny, również znajduje

potwierdzenie w kontekście opieki nad osobami starszymi. Jednocześnie widać rosnącą rolę opiekuńczą rodziny, wzmacnianą przy pomocy świadomej polityki państwa. Warto zauważyć, że władze publiczne, choć są skłonne częściowo przekazywać świadczenie opieki podmiotom niepublicznym (prywatnym, społecznym i nieformalnym), nadal zachowują odpowiedzialność za finansowanie (które w ostatnich latach nie spadło i według prognoz nawet wzrośnie), dzięki czemu nadal pozostaje gwarantem realizacji praw socjalnych najstarszych obywateli. Owe symptomy refamilizacji — jak próbowałem wykazać wyżej — nie kłócą się z modelem socjaldemokratycznego państwa dobrobytu, w tym z jego jądrem, opartym na idei obywatelstwa socjalnego uniwersalnych świadczeniach, a do pewnego stopnia zdaje się go rozwijać.

Jeśli przyjąć, że model nordycki cechuje umiejętne łączenie ambitnych celów społecznych z elastycznym poszukiwaniem ich skutecznej i efektywnej ekonomicznie realizacji, ilustracją tej konstatacji możemy dostrzec właśnie w sposobie w jaki próbuje się adresować problem „podwójnego” starzenia się społeczeństwa. Widać to zarówno w działaniach profilaktycznych, zmniejszających popyt na usługi opiekuńcze (poprzez opóźnienie niesamodzielności osób starszych), jak i w poszukiwaniu opłacalnych form organizacji podaży opieki (poprzez promocję opieki domowej i szerzej — środowiskowej, która przy obecnie stosowanych możliwościach technologicznych jest tańsza niż opieka stacjonarna).

Mimo że w ostatnich dekadach istniała presja na restrukturyzację szwedzkiego modelu polityki społecznej w kierunku ograniczenia zakresu realizacji części świadczeń społecznych, jeśli chodzi o opiekę nad osobami starszymi system zachował swą zasadniczą cechę, jaką jest możliwie powszechne zaspokojenie potrzeb opiekuńczo-bytowych obywateli na wysokim poziomie. Zmieniła się natomiast międzysektorowa struktura świadczeniodawców (mniejszy udział podmiotów publicznych) oraz form, w jakich publiczna troska jest realizowana (większa pluralizacja form wsparcia i silniejsze ich osadzenie w środowisku zamieszkania). Tendencje te mogą prowadzić nie tylko do efektywniejszego i bardziej adekwatnego zaspokojenia potrzeb (jednocześnie inkluzji i opieki), ale też swego rodzaju „uspołecznienia” silnie etatystycznej ongiś polityki społecznej w tym kraju, co powinni docenić także bardziej sceptyczni wobec modelu szwedzkiego komentatorzy.

Bibliografia

- Anioł, W. (2010) *Europejskie modele polityki społecznej: czynniki i kierunki zmian*, w: Adamowski, J., Wojtaszczyk, A. K. (2010) *Strategie rozwoju Unii Europejskiej*, Warszawa.
- Bakalarczyk, R. (2011) *Edukacja przedszkolna w Szwecji — lekcje dla Polski*, w: „Analizy Fundacji Naukowej Norden Centrum”, nr 4/2011.
- Bień, B. (2012) *Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności Polski*, w: Hryniewicz, J. [red.] (2012) *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa.
- Care of older people in Sweden 2008* (2009) Socialstyrelsen.
- Care of elderly in Sweden today 2006* (2007) Swedish Association of Local Authorities and Regions.

- Elderly care. Ensuring quality of life* (2010) Swedish Institute.
- Esping-Andersen, G. (2010) *Trzy światy kapitalistycznego państwa dobrobytu*, Wydawnictwo Difin.
- Esping-Andersen, G. (2010) *Spoleczne podstawy gospodarki postindustrialnej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa.
- European Health Report, 2009.
- Fukushima, N., Adami, J., Palme, M. (2010) *The long-term care system for the elderly in Sweden*, Enepri research report No.89.
- Kowalik, T. (2012) *Strategia dla Polski: wzór skandynawski*, w: „Res Humana”, nr 1/16 2012
- OECD, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, 2011.
- The Future need for care. Results from the Lev project*, Government Offices of Sweden 2010.
- Skubiszewska, K. (2011) *Szwedzka polityka rodzinna — lekcje dla Polski*, Analizy Fundacji Norden Centrum 2/2011.

Summary

Article treats about elderly care in Sweden in the reference to the socjal-democratic regime of welfare state. The purpose of it was to examine whether — and to what extend — the key characteriscs of so called „swedish model” are reflected in organisation, financing and provision of elderly care there. In first part I briefly describe the features of Swedish model in general. Then, I present demographic as well as cultural preconditions of elderly care in Sweden. Later I move to the financial and legal framework of it. Consequently, I tackle the problem of axcess and aligibility of elderly care in the context of the „social citizenship” concept. I also present the recent tendencies such as refamilization and promotion of home and comunnity care as the alternative to the stacionary one. Finally, I summarize the former considerations that lead to conclusion that elderly care in Sweden appears to reflect the most distinctive aspects of Swedish model such as big commitment of the state, wide range of public services funded from taxes and comprehensive access to the public support, based on needs not means-test.