

Goda levnadsvillkor för äldre i socialtjänstlagen?

Förslag till rättighetsområden och insatser

Ett diskussionsunderlag

2023-11-25

*Bernt Lundgren, folkhälsopolitisk expert
<http://www.valfardsanalys.se>*

Innehåll

Förord	sid 3
1. LSS och goda levnadsvillkor för vissa funktionshindrade	sid 4
1.1 Personkretsen för LSS omfattar tre grupper	sid 4
1.2 Insatserna ska tillförsäkra mottagaren goda levnadsvillkor	sid 4
1.3 Insatserna för särskilt stöd och service till funktionshindrade	sid 4
2. Skälig levnadsnivå för äldre enligt socialtjänstlagen	sid 5
2.1 Allmänt om personkretsen äldre	sid 5
2.2 Insatser med inriktning på skälig levnadsnivå	sid 5
2.3 Inga begränsningar i SoL angående vilket stöd som kan sökas	sid 5
2.4 Specifika kommunala tjänster för äldre enligt SoL	sid 6
2.5 Avgifter för kommunala tjänster med högkostnadsskydd	sid 6
3. Forskares syn på skälig levnadsnivå respektive goda levnadsvillkor	sid 6
3.1 Synpunkter på skälig levnadsnivå	sid 6
3.2 Äldres sårbarhet	sid 8
3.3 Biståndsbedömningens rättsliga ramar	sid 10
3.4 Särskilt boende och prejudikat av Regeringsrätten år 2007	sid 10
3.5 En inblick i kommunala riktlinjer	sid 11
3.6 Underrättspraxis och sårbarhet	sid 12
3.7 Rättighetsskydd för äldre	sid 13
4. Förslag till goda levnadsvillkor för äldre i socialtjänstlagen	sid 14
4.1 Personkretsen äldre	sid 14
4.2 Av riksdagen antagna mål för sociala tjänster till äldre	sid 15
4.3 Förslag till rättighetsområden och insatser för goda levnadsvillkor	sid 16
5. Några utgångspunkter för att beräkna kostnader för det allmänna	sid 18
5.1 Faktorer som bör beaktas	sid 18
5.2 Vägen framåt	sid 19
Referenser	sid 20
Appendix	sid 21

Förord

Att reglera ”goda levnadsvillkor” för äldre i socialtjänstlagen (SoL) är en önskan sedan många år tillbaka från äldreorganisationer och andra aktörer. Den "skäliga levnadsnivå" som finns i SoL idag är inte definierad i lagen eller i förarbetena och har enligt utvärderingar i stor utsträckning blivit ett tak istället för ett golv för insatser som äldre behöver. Det fanns förhoppningar om att goda levnadsvillkor för äldre skulle lyftas fram i valrörelsen 2022 men andra frågor kom att prioriteras framför äldrefrågorna.

Ett förslag om insatser för goda levnadsvillkor för äldre inom SoL har naturligen en utgångspunkt i Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). LSS är tydlig i flera avseenden, till exempel: LSS definierar den personkrets som kan få stöd, den anger att insatserna som ges ska tillförsäkra mottagaren goda levnadsvillkor och den definierar vilka insatser som utgör särskilt stöd.

På motsvarande sätt är det angeläget att klargöra innebörden av goda levnadsvillkor för äldre inom SoL. Detta bedöms kunna ske genom att ställa och besvara fyra frågor, varav svaren i det här diskussionsupplägget enbart är översiktliga för att senare fördjupas.

- Vilken personkrets avses tillförsäkras goda levnadsvillkor?
- Vilka insatser med en hög kvalitet är tänkbara?
- Vilket högstkostnadsskydd bör den enskilde ha avseende avgifter?
- Vilka ekonomiska konsekvenser för det allmänna kan det handla om?

Efter en genomgång av nuläget för LSS respektive SoL behandlar jag juridiska forskarsynpunkter på äldres villkor enligt SoL. Därefter redovisar jag ett förslag avseende personkretsen och insatser inom fyra rättighetsområden för goda levnadsvillkor i SoL. Rättighetsområdena är: 1. Aktivt åldrande – egenkontroll över livssituationen ska stärkas; 2. Hälsosamt åldrande – en god hälsa ska stödjas 3. God vård och omsorg – ett värdigt liv ska vara utgångspunkt; 3. Ett högstkostnadsskydd som täcker normala levnadsomkostnader ska utformas.

Texten avslutas med en skiss till utgångspunkter för att beräkna kostnader för det allmänna vid genomförande av goda levnadsvillkor för äldre inom socialtjänsten.

Bernt Lundgren

E-post: bernt.lundgren@valfardsanalys.se

Webb: <http://www.valfardsanalys.se>

1. LSS och goda levnadsvillkor för vissa funktionshindrade

Personer med funktionsnedsättning kan enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ha rätt till stöd. För att få insatser utifrån lagen ska den sökande tillhöra lagens personkrets och ha behov av den sökta insatsen. Rätt till insatsen gäller om behovet inte kan tillgodoses på annat sätt.

Syftet med lagen är att personer som omfattas av lagen ska uppnå *jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet*. Personerna ska kunna få den *hjälp de behöver i det dagliga livet* och även kunna påverka vilket stöd och service de får. *Målet* är att de ska kunna leva som andra, vilket enligt förarbetena till lagen innebär att den enskilde ska få leva som andra i motsvarande ålder (Prop. 1992/93:159, s. 172). *Bärande principer* i lagen är tillgänglighet, inflytande, delaktighet, självbestämmande, helhetssyn och kontinuitet. I verksamheten ska finnas den personal som behövs för att kunna ge ett gott stöd, en god service och omvårdnad.

1.1 Personkretsen för LSS omfattar tre grupper

Grupperna består av personer med

1. utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd,
2. betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom
3. andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Åldersgränsen för att söka LSS-insatser höjdes från 65 år till 66 år den 1 januari 2023 och avses ändras till 67 år den 1 januari 2026 till följd av att en riktålder för pension har beslutats av riksdagen.

1.2 Insatserna ska tillförsäkra mottagaren goda levnadsvillkor

LSS är en rättighetslag bestående av tio preciserade insatser. Gemensamt för alla insatser är att de ska anpassas till mottagarens individuella behov och tillförsäkra mottagaren goda levnadsvillkor.

1.3 Insatserna för särskilt stöd och service till funktionshindrade är:

1. rådgivning och annat personligt stöd
2. personlig assistans
3. ledsagarservice
4. kontaktperson
5. avlösarservice i hemmet
6. korttidsvistelse utanför det egna hemmet
7. korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
8. boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom
9. bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad
10. daglig verksamhet

Organisationer som är intresserade av förbättrade offentliga insatser för äldre brukar hänvisa till LSS-lagstiftningen och framhålla dels att personer som får funktionsnedsättning av allvarlig art och grad efter att ha uppnått pensionsåldern 65 år (66 år från 2023), borde

på lika villkor ges tillgång till insatserna enligt LSS-lagstiftningen, dels att "goda levnadsvillkor" borde etableras även inom äldreområdet i socialtjänstlagen. Frågan om en vidgning av personkretsen inom LSS till att omfatta även personer 65 (66) år och äldre diskuteras inte här.

2. Skälig levnadsnivå för äldre enligt socialtjänstlagen

Att etablera "goda levnadsvillkor" inom socialtjänstlagen (SoL) är en önskan sedan många år tillbaka från äldreorganisationer och andra aktörer. Den "skäliga levnadsnivå" som finns i SoL idag är inte definierad i lagen eller i förarbetena och har enligt utvärderingar i stor utsträckning blivit ett tak istället för ett golv för insatser som äldre behöver. (Eneroth, E. red. (2014), sid 19)

2.1 Allmänt om personkretsen äldre

Ålderskategoriseringar förekommer i olika sammanhang med betoning på såväl kronologisk, biologisk som social ålder. I socialtjänstens praktiska verksamhet handlar insatser för äldre i de flesta avseenden om personer som är 65 år eller äldre. Gränsen för pension är 66 år från och med år 2023. I vissa fall talas det också om den tredje åldern mellan 60–79 år alternativt 65–79 år och den fjärde åldern från 80 år och uppåt. Till denna senare karaktäristik ska synpunkter lämnas senare i rapporten.

2.2 Insatser med inriktning på skälig levnadsnivå

Äldre personer som behöver hjälp med sin dagliga livsföring kan ansöka om bistånd hos kommunen. Rätten till bistånd regleras i SoL 4 kap. Där anges att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden till sin *försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt*. Den enskilde ska genom biståndet *tillförsäkras en skälig levnadsnivå*. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes *möjligheter att leva ett självständigt liv*.

I kap. 5 redovisas att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre ska få *leva ett värdigt liv och känna välbefinnande* (värdegrund) Vidare sägs att socialnämnden ska verka för att äldre människor får *möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden* och ha en *meningsfull tillvaro i gemenskap med andra*.

Socialnämnden ska också verka för att äldre får *goda bostäder* och ska därutöver ge dem som behöver det *stöd och hjälp i hemmet* och annan lättåtkomlig service. Kommunen ska *inrätta särskilda boendeformer* för service och omvårdnad för äldre som behöver särskilt stöd. Kommunen får även inrätta särskilda boendeformer för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att *bryta önskad isolering*.

2.3 Inga begränsningar i SoL angående vilket stöd som kan sökas

Det finns i princip inga begränsningar i socialtjänstlagen avseende vad den enskilde kan ansöka om för typ av bistånd. Det är den enskildes behov som avgör om bistånd ska beviljas och hur det i så fall ska utformas. En person kan behöva olika typer av stöd utifrån sina behov utöver stödet i den dagliga livsföringen; det kan till exempel handla om ekonomi, missbruk, våld, hemtjänst eller särskilt boende.

2.4 Specifika kommunala tjänster för äldre enligt SoL

De kommunala tjänster som redovisas här som specifika tjänster för äldre redovisas i kap. 8 SoL och har rubriken avgifter.

1. hemtjänst (serviceinsatser och personlig omvårdnad)
2. dagverksamhet,
3. bostad i särskild boende,
4. kommunal hälso- och sjukvård knuten till hemtjänst, dagverksamhet och boende i särskilt boende,
5. annan liknande social tjänst (avlösning, trygghetslarm, mat, hyra/boendeavgift, etcetera)

Med beaktande av ett i SoL angivet högkostnadsskydd får kommunen för tjänsterna 1–4 ta ut skäliga avgifter. För tjänst 5, annan liknande social tjänst, får kommunen ta ut skäliga avgifter utanför högkostnadsskydd.

2.5 Avgifter för kommunala tjänster med högkostnadsskydd

Kommunen får enligt SoL, 8 kapitlet, ta ut skäliga avgifter för

- hemtjänst och dagverksamhet tillsammans med avgift för kommunal hälso- och sjukvård med högst en tolfedel av 0,5392 av prisbasbeloppet per månad.
- bostad i särskilt boende med högst en tolfedel av 0,5539 av prisbasbeloppet per månad. I avgiften ingår kommunal hälso- och sjukvård.

Avgifterna får inte uppgå till ett så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader. Kommunen ska bestämma den enskildes förbehållsbelopp genom att beräkna den enskildes levnadskostnader, utom boendekostnaden med ledning av ett minimibelopp. Detta minimibelopp ska alltid per månad utgöra lägst en tolfedel av 1,4789 av prisbasbeloppet för ensamstående och av 1,2066 prisbasbeloppet för var och en av sammanlevande makar och sambor. Socialstyrelsen redovisar i ett Meddelandeblad 7/2022 från december 2022 med rubriken ”Uppgifter för beräkning av avgifter inom äldre- och funktionshinderomsorgen år 2023” att Konsumentverkets referensvärden för levnadskostnader ”bör ligga till grund för vissa av de kostnadsposter som minimibeloppet ska täcka”. Detta är viktigt med tanke på att minimibeloppet är avsevärt lägre än både Konsumentverkets hushållsbudget avseende hushållskostnader och skälig levnadsnivå enligt bostadstillägg för pensionärer (BTP). En diskussion om konsekvenserna av Socialstyrelsens meddelande beräkning av minimibeloppet redovisas längre fram i texten under punkt 4.3 och i Appendix.

3. Forskares syn på skälig levnadsnivå respektive goda levnadsvillkor i SoL

Merparten av texten i detta avsnitt 3 innehåller citat från två publikationer som har sin utgångspunkt i juridisk forskning inom äldreområdet. All indragen text är citerad text.

3.1 Synpunkter på skälig levnadsnivå

En forskarkommentar om skälig levnadsnivå är följande:

Dels är skälig levnadsnivå ett mått på vilken kvalitet och vilket innehåll som kan krävas av socialtjänstens insatser, dels är begreppet ett politiskt ställningstagande om en

smärtgräns för individernas levnadsvillkor. I Sverige ska ingen behöva leva under sämre förhållanden än en skälig levnadsnivå, vilket avses motsvara ”vad en låginkomsttagare på orten har möjlighet att kosta på sig”. (Eneroth, E. red. (2014), sid 94)

Av samma författare redovisas även hur rättigheter inom socialområdet kan delas in i tre kategorier:

Till den första gruppen hör en egentlig (eller *legal*) rättighet som utgörs av ett individuellt krav som det allmänna kan uppfylla, exempelvis rätten till bistånd enligt SoL. Förmånens innehåll och förutsättningar är då klart definierade i lag. Dessutom finns en möjlighet till överklagande för den enskilde, det vill säga rättigheten är utkrävbar. Rättigheten ska stå under statlig tillsyn och det ska finnas kontroll över myndigheter som handhar förvaltningen. (a.a., sid. 33).

Andra gruppen. Med *kvasirättighet* (eller *servicerättighet*) menas en begränsad rätt för den enskilde att ställa krav på en omsorgsgivare i den mån den senare har befintliga resurser. Individen har i anslutning till denna rättighet ingen rätt till domstolsprövning, men däremot andra klagomöjligheter. En lag som innehåller en kvasirättighet stadgar ofta skyldigheter för det allmänna. (a.a., sid. 33–34).

Till den tredje kategorin, *målrelaterade rättigheter*, räknas en serviceåtgärd. I förhållande till en sådan rättighet har inte den enskilde några möjligheter att klaga, utan ansvaret för genomförandet av rättigheterna ligger helt på omsorgstagaren. Exempel på en sådan rättighet är hälso- och sjukvårdslagens regler om god vård. (a.a., sid 34)

Inom ramen för socialrätten kan dessutom frågan om rättigheten är beroende av ekonomiska resurser (budgetanslag) och om det är möjligt att med stöd av sanktioner utkräva rättigheten läggas till som två extra parametrar för att bedöma rättighetens styrka eller tyngd. Därmed har vi nu närmat det som brukar kallas *ramlagstiftning*, vilket SoL är ett exempel på. Tanken bakom en ramlagstiftning är att undvika detaljregleringar och istället stifta målriktade ramregler som ska främja helhetssyn och flexibilitet. ... Ramlagar förutsätter att lagen fylls ut med regler som beslutas av regeringen eller av förvaltningsmyndigheter som har fått bemyndigande av regeringen för att besluta om regler. (a.a., sid 34)

Forskarna skriver vidare att SoL, förutom att vara en målinriktad ramlag, även kan karaktäriseras som en *skyldighetslag med rättighetsinslag*.

Med skyldighetslag menas att socialnämnden genom sociallagstiftningen är ålagd ett visst ansvar, som exempelvis att under angivna förutsättningar utreda individers behov av hjälp. Angivelserna av sådana skyldigheter i SoL är dock inte något som tjänar som grund för att enskilda personer kan kräva något från socialnämnden. ...

Av betydligt större värde för de enskilda hjälpbehövandena är istället de stadganden i SoL som är utformade som *individuella materiella rättigheter*; närmare bestämt de bestämmelser som avser rätten till bistånd. ... Rättigheterna är knutna till de individer som uppfyller de förutsättningar som anges i kap. 4 SoL, och de är utkrävbara. Det sista betyder att rättigheten är sammanbunden med en möjlighet för den som får ett beslut som ”går denne emot” att överklaga detta och få en ny prövning av sitt ärende av förvaltningsdomstol. För att få en verklig tyngd bör lagen ge en precis formulering

vad ”gäller såväl förutsättningarna för att rättigheten ska föreligga och vad den består i. (a.a., sid 56).

Några ytterligare intressanta synpunkter avseende skillnader mellan SoL och LSS redovisas av forskarna.

Begreppen goda levnadsvillkor och skälig levnadsnivå måste fyllas med ett innehåll. Tillämpningen av SoL och LSS sker först och främst på kommunal nivå, och en kommunal praxis har därför utvecklats. Denna praxis kan se olika ut från kommun till kommun. Då rätten till stöd och service och rätten till bistånd kan överklagas till förvaltningsdomstol, kan begreppens innehåll och nivå förtydligas eller justeras av förvaltningsdomstolarna. Men *det är i mångt och mycket kommunerna som bestämmer vad som är goda levnadsvillkor eller vad som är skälig levnadsnivå*. I praktiken har det uppstått skillnader mellan skälig levnadsnivå och goda levnadsvillkor. Goda levnadsvillkor uppfattas som kvalitativt bättre än skälig levnadsnivå. Stöd för att tillförsäkra den enskilde skälig levnadsnivå koncentreras ofta till vad den enskilde behöver för att klara sitt liv i hemmet, vare sig det gäller vanligt eller särskilt boende. Stöd för att tillförsäkra goda levnadsvillkor har större bredd, det handlar om att göra ett aktivt liv utanför hemmet möjligt, med inköp av varor, umgänge med andra människor, kultur- och fritidsaktiviteter och liknande. (a.a., sid 225).

3.2 Äldres sårbarhet

I den äldrerättsliga forskningen har under senare år Martha Finemans *sårbarhetsteori* använts som analysverktyg, bl.a. i en artikel om åldrandets och samhällets välfärdsansvar med avseende på särskilt boende (Forsman, M & Löfgren, L. 2021). I nämnda artikel redovisas att sårbarhetsteorin utgår från iakttagelsen att vi alla, oavsett ålder och hälsotillstånd, delar en universell sårbarhet. En central idé är att lagstiftningen bör anpassas till att tillgodose hjälpbehov i livets olika skeden (a.a., sid 13). I studien anges att den

... inrymmer en fördjupad analys av totalt 14 underrättsavgöranden, varav sju från kammarrätt och sju från förvaltningsrätt, från det senaste året (augusti 2019-september 2020). Avgörandena avser att exemplifiera hur bedömningar om skälig levnadsnivå formas i förhållande till äldre människors ansökan om att få tillgång till särskilt boende. Granskningen utgår från tre utvalda teman inom sårbarhetsteorin:

- det sårbara subjektet och autonomi,
- äldre som individer och grupp,
- tanken om en responsiv stat.

Med hjälp av dessa sårbarhetsteman undersöks om det utkristalliserar sig mönster i underrätternas resonemang om äldre människor, särskilt boende som stödinsats och normen skälig levnadsnivå. För att bredda materialet – och ge en bakgrund till bilden av rättstillämpningen – ingår i studien även en överblick på biståndshandläggares bedömningsvägledning i form av kommunala riktlinjer, från 21 olika kommuner.” (a.a., sid 14).

Det första temat:

En viktig del av sårbarhetsteorin är Finemans indelning i det *autonoma rättssubjektet* respektive det *sårbara rättssubjektet*. Det autonoma rättssubjektet beskrivs som en social aktör som har förmågan att ”negotiate contract terms, assessing their options and making rational choices” och som förkroppsligar eftersträvansvärda ideal i form av självständighet, personligt ansvar och kompetens. Detta rättssubjekt kan ta sig en rad olika – för samhället särskilt lönsamma – roller: Arbetstagaren, föräldern, konsumenten eller den skattskyldige. I huvudsak återfinns dessa roller bland vuxna. Fineman menar att det finns en tendens att det autonoma rättssubjektet – med hänsyn till dess färdigheter och engagemang i samhällslivet – privilegieras av det rättsliga regelverket.

Till de sårbara rättssubjekten hör barn, människor med funktionsvariationer, sjuka eller äldre människor; grupper som på olika verklighetsförankrade sätt speglar livets skiftningar, faser och villkor. De sårbara subjekten illustrerar att förmågor och förutsättningar kan förändras eller försämrans under livets gång, och medföra behov av skydd och stöd. I sårbarhetsteorin betonas även att modellen om formell jämlikhet och likabehandling – dess ”sameness of treatment” – kan leda till bristande jämlikhet för sårbara grupper, medan de autonoma subjekten gynnas.

I förhållande till den åldrande människan är det ”Finemanska” betraktelsesättet att begreppet autonomi inte enbart bör reduceras till eller definieras utifrån det icke-hjälppbehövande och – i många fall ouppnåeliga – rättsliga idealet. Autonomi, menar Fineman, måste också nyanseras och vidareutvecklas utifrån ett mer realistiskt narrativ om mänsklig sårbarhet och ett oundvikligt ökat hjälpbehov över tid. (a.a., sid 14–15)

Det andra temat:

För att kunna tala om äldre människor, bör det konkretiseras vem som är äldre. Definitionen av äldre behöver vara nyanserad och rättsligt kontextualiserad, vid sidan av åldrandets oundvikliga koppling till kronologi. I den äldrerättsliga doktrinen framhålls ofta mer nyanserade indelningar än de traditionella livsstadierna barndom, vuxenskap och ålderdom. Åldrandet har exempelvis delats in i en tredje och fjärde ålder, där den förstnämnda (omkring åldersspannet 60–79 år) kan kännetecknas av resor, studier eller självförverkligande medan den sistnämnda (de äldre, 80 år +) i större utsträckning präglas av sjukdom och hjälpbehov. De personer som enligt lag är berättigade till äldreomsorgsinsatser från socialtjänsten är personer som är 65 år eller äldre, vilket utgör en nedre avgränsning för *äldre* enligt lagstiftningen.

Det tredje temat:

Inom sårbarhetsteorins ram talas det om ”a responsive state” som, av jämlikhetsskäl, bör åläggas den viktiga uppgiften att anpassa rättssystemet för olika hjälpbehov. Utgångspunkten är att vi människor behöver det gemensamma samhället för att överleva. Den mänskliga utsattheten karakteriserar såttillvida individernas ställning visavi lagstiftaren. Staten – snarare än familj eller anhöriga – bör garantera en rättslig och social ordning. ... (s.s., sid. 17–18).

3.3 Biståndsbedömningens rättsliga ramar

Enligt SoL 4:1 ... ska den enskilde genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Vad som utgör ”skälig levnadsnivå” ska enligt lagens förarbeten bedömas med utgångspunkt i den tid och de förhållanden under vilka den hjälpbehövande lever. Ytterst avgör kommunen; skäligheten utgår från ett slags miniminivå utifrån en låginkomsttagare på orten. En nutida observation är att begreppet skälig levnadsnivå, istället för att stå för en slags undre gräns för en garanterad levnadsstandard, börjat betraktas som ett ”tak”: Att bättre levnadsnivå än skälig kan inte garanteras genom de socialrättsliga insatserna. ...

Enligt 4:1 ... ska biståndet utformas så att det stärker människans möjlighet att *leva ett självständigt liv*. I doktrinen anförs att denna formulering inte ska avgränsa biståndet på samma vis som normen skälig levnadsnivå. Socialtjänstens primära uppgift är att förstärka den enskildes egna resurser; biståndet kan anses rehabiliteringsinriktat. Den enskilde ska själv ha gjort allt som står i människans makt för att tillgodose sina behov, och alla andra möjligheter att sörja för behoven ska vara uttömda. Utgångspunkt tas i vuxenskapet och det liberala rättssubjektets kompetens och (fullständiga) förmågor. Inriktningen på ”hjälp till självhjälp” får en annan betydelse i relation till äldre, där åldrandet är ett naturligt skede i livet snarare än ett episodiskt tillstånd. Det ligger i åldrandets natur att få ett ökat hjälpbehov med tidens gång, vilket gör egenansvaret problematiskt i förhållande till äldre. (a.a., sid. 19–20)

3.4 Särskilt boende och prejudikat av Regeringsrätten år 2007

Med den hemmaboendeideologi som växte fram under 1950-talet, följde tanken att den äldre skulle bo kvar i sitt hem så länge som möjligt, den s.k. *kvarboendeprincipen*. Idén att medicinsk och social service i första hand ska tillgodoses i den ursprungliga bostaden återspeglas i förarbetena. När behovet av tillsyn eller kraven på trygghet och säkerhet inte längre kan tillgodoses i det egna hemmet, ska det finnas en möjlighet att flytta till en särskild boendeform. Samlingsbegreppet *särskilt boende* avser en rad olika boendeformer som anpassas för den äldres människans behov. Till dessa hör exempelvis vård- och omsorgsboenden, demensboenden, ålderdomshem, omvårdnadsboenden, sjukhem och vårdboende. ... (a.a., sid. 21).

I ett prejudikat som materiellt behandlar äldres rätt till särskilt boende (RÅ 2007 ref. 86) var frågan huruvida en 90-årig ensamstående kvinna med hjärtsvikt, yrsel, känslor av otrygghet och ensamhet behövde beredas plats i en särskild boendeform för att vara tillförsäkrad en skälig levnadsnivå. Hon kunde inte gå ut på egen hand och ville komma till ett särskilt boende för att råda bot på sin sociala isolering. Kvinnan var av meningens att tillräcklig hänsyn inte tagits till hennes totala livssituation. (a.a., sid 22).

I målet förtydligade Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) att även om förarbetena främst tar sikte på det *fysiska* omvårdnadsbehovet, så finns det inte något hinder för att beakta även *sociala och psykologiska faktorer* i bedömningen om den äldres skäliga levnadsnivå och behov av särskilt boende. ... Vid en helhetsbedömning fann HFD att kvinnan var i behov av särskilt boende för att tillförsäkras en skälig levnadsnivå. *Den äldres vilja* framhölls också, i relation till kvarboendeprincipen. ... Den äldres känsla av *otrygghet* var central i bedömningen, och HFD lyfte att hänsyn bör tas till *hög ålder*, vilken talade för att den äldres hjälpbehov snarare skulle komma att öka än minska. Det sistnämnda – som öppnar upp för att inte enbart grunda bedömningen på de aktuella förhållandena vid den givna tidpunkten – skulle enligt vår mening kunna formuleras som en slags *åldrandeprincip*: En skyddsmekanism för den äldre människans trygghet; även utifrån att

rättsprocessen kan vara långsam i förhållande till den äldres hastigt förändrade behov. (a.a., sid. 22–23).

3.5 En inblick i kommunala riktlinjer

Utifrån en granskning av kommunala riktlinjer avseende biståndsbedömningar för äldre kan konstateras att det främsta behovet, och det uttryckliga syftet, med de kommunala riktlinjerna är att säkerställa ett *enhetligt synsätt vid biståndsbedömningar så att personer med likvärdiga behov bedöms på samma sätt*. ... De kommunala riktlinjernas (förmenta) rättsliga betydelse är ofta beskriven i desamma: Exempelvis att riktlinjerna inte ska utgöra *hinder* att bevilja den hjälp som den enskilde är i behov av för att uppnå en skälig levnadsnivå; att nivåerna för insatserna måste vara sådana att den enskilde får sina behov (inte önskemål) tillgodosedda; även om det samtidigt är väsentligt att ur ett helhetsperspektiv beakta ekonomisk hushållning för kommunen. ... (a.a., sid. 23–24).

En princip om att hemtjänstinsatser alltid ska prövas först, formuleras ibland som att personer med bestående hemtjänsttimmar överstigande 100 timmar per månad alltid ska erbjudas särskilt boende som alternativ (om kriterierna för ett sådant är uppfyllda och med beaktande av den enskildes vilja), att gränsen för omfattande behov är hemtjänst- eller andra insatser motsvarande 120 timmar per månad, eller att gränsen går när de insatser som krävs för att tillgodose den enskildes behov i ordinärt boende är så kostsamma att behovet bättre och mer kostnadseffektivt tillgodoses på ett särskilt boende. (a.a., sid. 25–26).

I riktlinjer framlyfts ofta tydligt den äldres *medicinska behov* (tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser och kontinuerlig närhet till personal), och i förhållande till *psykiska faktorer* exempelvis att den äldre upplever så stor otrygghet, ofrivillig ensamhet, känner sig isolerad, inte kan leva ett aktivt liv eller ha inflytande över sin vardag – i sitt ordinära boende – att välbefinnandet hotas. Det kan handla om att den äldre uttrycker stark och ständig oro eller utgör en fara för sig själv, har bestående oförmåga att kalla på hjälp (genom trygghetslarm i den egna privatbostaden) alternativt påkallar hjälp oavsett om det föreligger behov eller ej. I förhållande till trygghet och oro framhålls att endast ett *upplevt behov* av trygghet inte föranleder bifall till ansökan om särskilt boende.; konsekvenserna oron ger i det dagliga livet ska vara väl dokumenterade och den enskilde ska om möjligt erbjudas andra insatser för att tillgodose behovet av trygghet. (a.a., sid. 26).

Den äldre människan kan, enligt specificerade riktlinjer, också ha oro orsakad av psykisk ohälsa, livssituationen i sig eller demenssjukdom som påverkar förmågan att fungera i ordinärt boende. I förhållande till trygghet framhålls även att *anhörigas behov av trygghet* inte ska beaktas i bedömningen av behov av särskilt boende. (a.a., sid. 26).

Mer övergripande summeringar av när insatsen särskilt boende kan aktualiseras är när hjälpbehovet är omfattande inom flera livsområden, och bedöms varaktigt. Möjligheterna att bo kvar i det egna hemmet med hjälp av hemtjänst, hemsjukvård och rehabilitering ska vara uttömda. Detta uttrycks också som att behovet av särskilt boende anses ”tillgodosett på annat sätt” om personens behov kan tillgodoses med (utökade) insatser från hemtjänst, dagverksamhet eller andra insatser, hjälpmedel eller bostadsanpassning respektive rehabilitering eller habilitering. (a.a., sid. 26–27).

Riktlinjernas innehåll, inklusive beskrivningar av hur riktlinjerna ska användas - deras roll i ett gränsland mellan lagstiftning, behovsbedömning och önskad kommunal styrning –

belyser en viktig mötesplats mellan juridiken och det sociala arbetet. Som konkret rättslig vägledning till biståndshandläggaren återkommer i flera fall formuleringen att ”vid bedömningen av vad som i det enskilda fallet ska ses som skälig levnadsnivå kan handläggaren vid tveksamhet söka stöd i rättspraxis (tydligt relaterat till RÅ 2007 ref. 86), dessa riktlinjer samt vid gemensamma ärendedragningar. (a.a., sid. 27).

3.6 Underrättspraxis och sårbarhet

Efter en genomgång av flera rättsfall summerar forskarna: I underrättspraxis uppehålls – närmast oavsett beskrivning av livsvillkor – ofta vid möjligheten att den äldre kan tillgodose sina egna behov eller få dem tillgodosedda genom hemtjänst istället för plats på särskilt boende, vilket är betänkligt utifrån sårbarhetstemat om en responsiv stat. I ett avgörande anförde en 84-årig svårt sjuk kvinna att:

”[h]on [...] i flera år [har] önskat att få komma till ett äldreboende. Hon känner att hon blir sämre och sämre och hon känner sig otrygg med att själv hantera den försämring hon känner av. Hon mår även mycket dåligt psykiskt. Hon har svår artros i sitt ena knä vilket medför att hon nästintill aldrig går ut.”

Den äldre kvinnans beskrivning bekräftades av att det i målet fanns ett läkarutlåtande med uppgifter om att sjuksköterskorna i hemsjukvården larmat om *total misär* i hemmet. Vidare fanns i ett medicinskt intyg en stark rekommendation att den äldre kvinnan skulle få en plats på ett demensboende snarast.

FR bedömde att den äldre kvinnans behov av omvårdnad och hjälp i den dagliga livsföringen visserligen inte var så omfattande att det *i sig* kunde föranleda att hon var berättigad till särskilt boende. Dock ansåg FR att hennes svårigheter att lämna sin bostad, försämrade psykiska hälsa samt fallrisk gjorde att hon sammantaget inte kunde anses tillförsäkrad en skälig levnadsnivå i den egna bostaden, varför hon kunde beviljas bistånd i form av särskilt boende. Bedömningen i detta mål visar tydligt hur pass omfattande omvårdnadsbehov som behövs för att särskilt boende ska bli aktuellt. Det framstår som att skälig levnadsnivå kan likställas med, som det uttrycks i målet, ”total misär”; att det utgör norm för särskilt boende. Ur ett sårbarhetsperspektiv ska också noteras det betydelsefulla att hemsjukvården och ansvarig läkare vidarebefordrade sina synpunkter.

Avslutningsvis, så kan med två förvaltningsrättsavgöranden frågan ställas om nivån för skälig levnadsnivå är ytterligare höjd i rättstillämpningen idag, jämfört med tiden för senaste prejudikatet år 2007: Inte till följd av förändrad lagstiftning eller nya prejudikat, utan i – och genom – varierad praxisbildning i underrätter och kommunala riktlinjers styrande inverkan. Omständigheterna i det ena avgörandet påminner om de i RÅ 2007 ref. 86, men utgången antyder svag följsamhet till prejudikatet.

Målet gällde en 86-årig kvinna med bland annat nedsatt syn, hörsel och balans, samt känsla av utsatthet och otrygghet. I utredningen fanns ett läkarintyg som bekräftade den äldres situation och som angav att den äldre kvinnan skulle få en *mycket bättre livskvalitet* på ett särskilt boende. FR fann stöd i socialnämndens utredning att kvinnan hade det allt svårare att klara av vardagssituationer och kände sig otrygg i sitt hem. Men:

”Enligt förvaltningsrättens mening ger utredningen i målet [...] inte tillräckligt stöd för att hennes behov i nuläget är så omfattande att de inte kan tillgodoses genom redan beviljade insatser i form av hemtjänst. [Den äldre kvinnan] har därför inte gjort sannolikt att hon är i behov av bistånd i form av särskilt boende för att vara tillförsäkrad en skälig levnadsnivå. Omständigheten att hon känner sig otrygg med hemtjänstpersonal föranleder ingen annan bedömning.”

I det andra avgörandet anförde en 89-årig kvinna, som av nämnden nekats särskilt boende, bland annat att det inte tagits hänsyn till hennes *sociala behov* och *oro för att bo ensam*:

”Som nämnts i ansökan är hon rädd för att släppa in hemtjänsten då hon inte känner sig säker på att de som kommer verkligen är hemtjänstpersonal. Det har gjort att hon sagt ifrån sig hjälp som hon egentligen behöver. Livet är inte längre värt att leva. Hon har på sistone tappat i vikt på grund av ensamhet och förlorad motivation till att äta. Det är inte en skälig levnadsstandard att på dagarna bara vänta på att det ska bli kväll så att hon kan gå och lägga sig.”

I sin bedömning uttalade FR inledningsvis, likt ett rekvisit, att ”för att beviljas ett särskilt boende ska den enskilde ha ett omfattande omvårdnads- och tillsynsbehov som sträcker sig under en stor del av dygnet.” Utredningen ansågs inte ge tillräckligt stöd för beviljande av särskilt boende, och vad den äldre anförde om osäkerhet kring hemtjänstpersonalens identitet ansågs inte tillräckligt *för att bedöma* att hennes behov av tillsyn, omsorg eller krav på trygghet och säkerhet inte kunde tillgodoses i ordinärt boende.

I relation till avgörandena kan sammanfattningsvis noteras att tröskeln för att utredningen i målet ska kunna visa att den äldres tillvaro är tillräckligt oskälig är hög i relation till den äldres förmågor, i såväl faktisk som processuell mening. (a.a., sid. 34–37)

3.7 Rättighetsskydd för äldre

En framtida reglering och rättstillämpning rörande äldres välfärd behöver beakta att äldre människor inte enbart är äldre (som grupp), utan också unika individer med skiftande förutsättningar och inneboende resurser. Att åldras behov inte uteslutande betyda att stagnera eller att förlora tidigare förmågor. I denna studie har sårbarhetsteorin som analysverktyg kunnat *synliggöra* den sköra äldre individen i förhållande till ett rättsligt ideal och tydliggöra äldre människors beroendeställning till samhällets maktinstitutioner. Vi vill avslutningsvis framhålla två teman som särskilt intressanta (teori-)spår för framtida forskning och nytänkande kring äldres rättigheter.

Det första rör *äldrerättens rätts(vetenskap)liga släktskap med barnrätt*. Även om det rör vitt skilda behov och förutsättningar, så är det fråga om två sårbara grupper, i livets inledande respektive avslutande stadie: Sårbara subjekt som i ena änden inte fullt utvecklat sina förmågor, och i den andra änden fått dem försvagade. Barns rättigheter är idag påtagligt fokuserade genom barnkonventionen och dess inkorporering. I specifika rättsliga frågor och kontexter – i synnerhet rörande sociala rättigheter och mötet med myndigheter med makt – finns många intressanta analogier att göra, i ett slags synvända. Exempel på tematiker är äldres tillgång till rättvisa och rättssystemet, ett äldrevänligt rättsväsende, domskrivning i äldremål som relaterar till mottagaren och inte minst *den äldres bästa*: I biståndsbedömningen får den äldre de facto sitt bästa bedömt, men utan att detta har särskilt tydliga (rättssäkrande) bedömningsfaktorer. En analogi med den bedömning som enligt Barnrättskommittén ska göras av ett individuellt barns bästa väcker intressanta äldre aspekter, inte minst i förhållande till den äldres synsätt och vilja samt rättigheter i övrigt (såsom rätten till hälsa, och rätt till skydd i utsatta situationer).

Behovet av ett starkare äldrerättsligt skydd blir dessutom tydligt vid ett tankeexperiment att byta ut samtliga av de äldre biståndsbehövande människorna i de refererade avgörandena mot biståndsbehövande barn. Skillnaderna mellan barn och äldre är givetvis många, men den gängse bilden får anses vara att barn inte skulle (kunna) låtas leva i den utsatta situation som i dagsläget är många äldre människors verklighet. En viktig notering är också att barns och äldres processuella ställning i sammanhanget är närmast varandras

motsatser: Medan den biståndssökande äldre vanligen *har* rättslig kompetens men däremot vacklande reell förmåga, så *saknar* biståndsbehövande barn (under 15 år) vanligen rättslig kompetens (processbehörighet), även om de kan besitta reell förmåga att föra sin talan.

Det andra spåret rör *social hållbarhet*, som framträder i det senaste utredningsbetänkandet om en hållbar socialtjänst (SOU 2020:42). Utgångspunkt för lagförslaget tas – vällovligt – i att socialtjänsten är en viktig aktör för arbetet med hållbar utveckling i Sverige och därmed för uppfyllandet av FN:s globala hållbarhetsmål (Agenda 2030). För ett socialt hållbart samhälle förutsätts arbete inom socialtjänsten för fattigdomsbekämpning, hälsa och välbefinnande i alla åldrar, jämställdhet, minskad ojämlikhet (även inom landet), och trygga och hållbara boendemiljöer. De olika hållbarhetsaspekterna hör samman, och en gemensam faktor är att de mest sårbara individerna ska fokuseras främst. För ett hållbart samhälle är det avgörande att ha förberett sig för den åldrande befolkningen och dess behov, inklusive att beakta äldres sårbarhet och risk för exkludering och diskriminering samt att tillse att äldre erkänns som viktiga i samhällsutvecklingen.

Den sociala dimensionen av hållbar utveckling leder tydligt tillbaka till 1:2 RF och de sociala rättigheterna. Vid sidan av den sociala rättvisan inrymmer hållbarhetsagendan även formell rättvisa med ansvarsfulla institutioner där människor har lika tillgång till rättvisa och möjligheter att utöva ansvarsutkrävande över beslutsfattande (mål 16). Medan hållbarhetsagendan har integrerats som ett viktigt teoretiskt ramverk på barnrättens fält, syns även intressanta, framtida, äldrerätts(vetenskapliga)liga utmaningar i relation till detta. Detta särskilt längs linjen att socialrättens innehåll måste förklaras än mer i ljuset av våra samtida utmaningar.

Föreliggande studie pekar både på materiellrättsliga brister, och på formell rätts(o)säkerhet. I förhållande till den för hållbara samhällen och för välfärdsstaten eftersträlvade likheten inför lagen, är det inte tillräckligt att samhället tillhandahåller överklagandemöjlighet och en domstolsapparat; den enskilda individens *faktiska förutsättningar* att komma i åtnjutande av sina rättigheter – såsom ett värdigt liv på ålderns höst – måste säkerställas. (a.a., sid. 41–44).

4. Förslag till goda levnadsvillkor för äldre i socialtjänstlagen

Det här avsnittet handlar om att samla ihop en del av trådarna i de föregående avsnitten med inriktning på personkretsen och insatserna som skulle kunna ge äldre goda levnadsvillkor. Rubrikerna i avsnittet gäller personkretsen äldre, mål för sociala tjänster till äldre som har antagits av riksdagen samt förslag till rättighetsområden och insatser för goda levnadsvillkor. Före redovisningen nämns åter det sista stycket i föregående avsnitt.

”I förhållande till den för hållbara samhällen och för välfärdsstaten eftersträlvade likheten inför lagen, är det inte tillräckligt att samhället tillhandahåller överklagandemöjlighet och en domstolsapparat; den enskilda individens faktiska förutsättningar att komma i åtnjutande av sina rättigheter – såsom ett värdigt liv på ålderns höst – måste säkerställas”.

4.1 Personkretsen äldre

Ålderskategoriseringar förekommer i olika sammanhang med betoning på såväl kronologisk, biologisk som social ålder. De personer som enligt lag är berättigade till äldreomsorgsinsatser

från socialtjänsten är personer som är 65 (66) år eller äldre, vilket utgör en nedre avgränsning för *äldre* enligt lagstiftningen.

I ett äldrerättsligt sammanhang framhålls ofta andra indelningar när det gäller ålderdomen. Åldrandet delas inte sällan in i en tredje och en fjärde ålder, där den förstnämnda (omkring åldersspannet 60–79 år) kan kännetecknas av resor, studier eller självförverkligande medan den sistnämnda (de äldre, 80 år +) i större utsträckning präglas av sjukdom och hjälpbehov.

Det är viktigt att beakta att äldre människor inte enbart är äldre (som grupp), utan att de även är unika individer med skiftande sociala villkor, förutsättningar och inneboende resurser. Att åldras behöver därför inte uteslutande betyda att stagnera eller att förlora tidigare förmågor. Samtidigt, är det ostridigt att med ökande ålder följer i genomsnitt en ökande sårbarhet. I målet (RÅ 2007 ref. 86) formuleras en åldrandepincip. För personer i hög ålder, som i rättsfallet, med omfattande behov av stöd och hjälp kan det enligt rätten antas att den äldres hjälpbehov inte ska minska, utan snarare öka med ökande ålder. Detta har Högsta förvaltningsdomstolen tagit fasta på.

Utöver att reflektera över om personkretsen äldre eventuellt bör indelas i olika segment, t.ex. yngre äldre 65(66)–79 år och äldre äldre 80+ år kan även det förhållandet beaktas att hälsa och välbefinnande (utfall av medicinska, psykologiska och sociala omständigheter) också är avhängigt individernas socio-ekonomiska villkor. Det kan nämnas att de juridiska forskarna inte diskuterat denna aspekt i de texter som har redovisats.

Ett sammanvägt ställningstagande med avseende på redovisade förhållanden när det gäller äldre och åldrande är att personkretsen äldre bör kvarstå som den nu föreligger i socialtjänstens praktiska verksamhet och enligt aktuell lagstiftning. Det betyder att personkretsen ska omfatta alla äldre från 65 (66) år och uppåt.

Som komplement till detta bör insatserna utvecklas till att motsvara de behov som äldre i olika åldrar och med olika sociala villkor och individuella förutsättningar har.

4.2 Av riksdagen antagna mål för sociala tjänster till äldre

Politiken för sociala tjänster, område äldre, omfattar följande av riksdagen antagna övergripande mål (Prop. 2023/24:1 Utgiftsområde 9):

Äldre ska

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt,
- ha tillgång till god vård och omsorg, och
- erbjudas en jämställd och jämlik vård och omsorg.

De politiska målen är ett klart uttryck för ett aktivitetsinriktat och hälsofrämjande perspektiv på äldre människors behov och villkor. Med avseende på hälsa, sjukdom och funktionsnedsättningar hos äldre och de skillnader i hälsa som finns mellan olika grupper av äldre skulle målen kunna kompletteras, förslagsvis enligt följande.

Äldre ska

- kunna leva ett långt och aktivt liv med god livskvalitet,
- kunna leva ett friskt liv med bevarad funktionsförmåga,

- kunna få stöd till en hälsosam livsstil genom information och genom utveckling av fysiska, sociala och kulturella miljöer som främjar äldres hälsa,
- ges förutsättningar att kunna välja lämplig boendeform.

4.3 Förslag till rättighetsområden och insatser för goda levnadsvillkor

Baserat på nämnda mål definieras nu äldres rätt till insatser för goda levnadsvillkor med anknytning till fyra rättighetsområden; aktivt åldrande, hälsosamt åldrande, god vård och omsorg och ett högkostnadsskydd vid kommunal vård och omsorg som täcker normala levnadsomkostnader. I ett senare skede avses en närmare analys göras av var och en av rättighetsområdena och insatserna.

De första två rättighetsområdena har hämtats från publikationer av WHO. Socialstyrelsen skriver i sin rapport Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2023 under rubriken ”Vi lever allt längre, men det finns sociala skillnader” (sid 17):

Äldre är en mycket heterogen grupp och olika individer har olika förutsättningar för ett aktivt och hälsosamt åldrande där aktivt åldrande av WHO definieras som att människor kan förbli aktiva socialt, ekonomiskt, kulturellt, andligt och medborgerligt när de åldras. Hälsosamt åldrande syftar enligt WHO till att bibehålla och förbättra funktionsförmågan som möjliggör välbefinnande under åldrandet (WHO 2019)

Under rubriken ”Hälsa och ohälsa vid ökad ålder” (sid 18) noterar Socialstyrelsen:

Kvinnor lever i genomsnitt längre än män, men har också fler år med nedsatt aktivitetsförmåga där nedsatt aktivitetsförmåga är ett sammansatt mått på hälsa att likna vid funktionsnedsättning. Nedsatt aktivitetsförmåga har de personer som uppgett att de har svårt att delta i aktiviteter eller klara av sysslor som de flesta andra klarar av samt att det beror på hälsan och att svårigheterna pågått i minst sex månader. Vid 60 års ålder har kvinnor i genomsnitt drygt 26 år kvar att leva och män drygt 23 år, varav 6,5 respektive 5,1 år med nedsatt aktivitetsförmåga. Skillnaden mellan könen är inte statistiskt signifikant.

Aktivitetsförmågan minskar med ökad ålder, och andelen återstående år med nedsatt aktivitetsförmåga är hög vid 80 års ålder: drygt 4 av 10 återstående år för kvinnor och ungefär 3 av 8 återstående år för män. Nästan tre av fyra i åldern 60–69 år upplever sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra, men andelen minskar med stigande ålder, till ungefär sex av tio i åldern 70–79 år och knappt hälften bland dem som är 80 år eller äldre. I EU uppfattar 40 procent av de 65 år och äldre sin hälsa som bra eller mycket bra. Det finns dock sociala skillnader i hälsa. Generellt har personer med eftergymnasial utbildning bättre hälsa än personer med förgymnasial utbildning, och gifta eller sammanboende personer har bättre hälsa än ensamstående.

Sammanfattningsvis är alltså aktivitetsförmågan vid 60 respektive 80 års ålder följande. Se tabell:

Kön	Ålder från vilken mätning sker	Tid kvar att leva i genomsnitt	Tid med nedsatt aktivitetsförmåga
Kvinna	60 år	26 år	6,5 år
Man	60 år	23 år	5,1 år
Kvinna	80 år	10 år	4 år
Man	80 år	8 år	3 år

Här är det främst informationen om nedsatt aktivitetsförmåga vid mätning från 60 års ålder som är angelägen att uppmärksamma; den innebär att varken kvinnor eller män i genomsnitt har full aktivitetsförmåga när 80 års ålder uppnås, vilket är en betydelsefull information med avseende på ett eventuellt längre arbetsliv för äldre.

Denna information kan kompletteras med övrig information från Socialstyrelsen att nästan 75 procent i åldern 60–69 år upplever sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra, medan ungefär 60 procent i åldern 70–79 år skattar sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra. En gräns för ett längre arbetsliv för merparten äldre tycks alltså finnas någonstans mellan 75–80 års ålder. Detta genomsnittsvärde innebär naturligtvis inte att inte gränsen successivt kan flyttas uppåt i ålder genom insatser både från den enskilde äldre själv och från olika hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande samhälls- och civilsamhällesinsatser.

De förslagna fyra rättighetsområdena med insatser är följande:

1. Aktivt åldrande - egenkontroll över livssituationen ska stärkas genom

- Medborgarinflytande utifrån egna förutsättningar
- Anpassad samhällsinformation
- Åldersvänliga fysiska, sociala och kulturella miljöer i kommunen
- Noll tolerans avseende åldersdiskriminering
- Insatser för säkerhet och frihet från våld
- Pensioner som det går att leva väl på under tiden för åldrandet

2. Hälsosamt åldrande – en god hälsa ska stödjas genom

- Social gemenskap och aktiviteter via organisationslivet
- Stöd för att bryta ofrivillig ensamhet och social isolering
- Meningsfulla aktiviteter inklusive möjligheter till arbete vid behov
- Lämplig fysisk aktivitet enskilt eller i grupp
- Näringsriktig, vällagad och välsmakande mat i verksamheter för vård och omsorg
- Information om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande levnadsvanor från 70 års ålder

3. God vård och omsorg – ett värdigt liv ska vara en utgångspunkt vid

- Hemtjänst (serviceinsatser och personlig omvårdnad)
- Dagverksamhet
- Bostad i särskild boende när funktionshinder och/eller upplevd otrygghet hindrar fortsatt boende i det egna hemmet
- Daglig utomhusvistelse i samband med hemtjänst, dagverksamhet och särskilt boende
- Kommunal hälso- och sjukvård knuten till hemtjänst, dagverksamhet och boende i särskilt boende
- Annan liknande social tjänst (trygghetslarm, rådgivning, annat personligt stöd, ledsagning, kontaktperson, avlösning, korttidsvistelse utanför det egna hemmet, etcetera)
- Garanti som ger rätt att kunna förstå och bli förstodd av personal i äldreomsorgen genom krav på personalen att tala den äldres eget språk
- Fast omsorgskontakt av utbildad personal vid samtliga former av omsorg och vård

4. *Ett högkostnadsskydd vid kommunal vård och omsorg som täcker normala levnadsomkostnader ska utformas genom*

- Höjning av minimibeloppet för levnadsomkostnader enligt 8 kap. 7 par. socialtjänstlagen (SoL) med utgångspunkt från Konsumentverkets referensvärden för levnadskostnader och ytterligare kostnader för öppen hälso- och sjukvård, resor och läkemedel enligt anvisningar i SoL. Ett nytt minimibelopp kan genom en sådan höjning bli 9 715 kronor istället för 6 470 kronor för närvarande. Se [Appendix](#) för en beräkning.

5. Några utgångspunkter för att beräkna kostnader för det allmänna

5.1 Faktorer som bör beaktas

En beräkning av kostnader för det allmänna för goda levnadsvillkor enligt förslaget i avsnitt 4 är inte helt enkelt. Här redovisas sju faktorer som förutses bli utgångspunkter för analysen.

En första faktor är att klargöra *aktuella kostnader* för äldreomsorgen. Med kostnader avses här kommunala och regionala kostnader inklusive transfereringar för äldreomsorg från staten. Om det är möjligt bör kostnader för åtminstone två åldersgrupper redovisas, gruppen 65 – 79 år och gruppen 80+ år; detta med tanke på att åldersgruppen från 80+ har ett genomsnittligt större vårdbehov än den yngre gruppen som är under 80 år.

En andra faktor är data för den *prognosticerade demografiska utvecklingen* fram till exempelvis år 2031. År 2031 kan vara ett lämpligt år av det skälet att SKR har redovisat en prognos för personalbehov i välfärden som helhet och i kommuner respektive regionerna för perioden 2021–2031. (SKR, 2022a). En fördel med nämnda period, som är kort, är att den sannolikt är tillräckligt lång för att det ska vara möjligt att få till stånd en förändring av omsorgsverksamheten. En förutsättning för att ha 2031 som slutår är dock att trenden i den fortsatta demografiska utvecklingen, säg till åren 2040 eller 2050, inte skär sig mot data för 2031. Socialstyrelsen bedömer till exempel att antalet 80+ åringar som var 510 000 personer år 2021 ökar till 900 000 personer 2040, vilket innebär en ökning med ca 76 procent under en 20-årsperiod (Socialstyrelsen, 2022a). För den kortare perioden 2021–2031 skattar SKR att personer som är 80+ ökar med 264 000 personer, eller drygt 47 procent till 774 000 personer (med Socialstyrelsens mått för 2021 som utgångspunkt). Detta redovisar SKR i en rapport år 2022. (SKR, 2022b). När den demografiska utvecklingen i äldregrupperna är klargjord finns det förutsättningar för att beräkna de kostnader som följer av förändringen i demografin.

En tredje faktor är behovet att bedöma *kvantitet och kvalitet hos de nya tjänsterna* för goda levnadsvillkor och när detta är gjort göra en jämförelse med de nu aktuella tjänsterna inom äldreomsorgen. Från en sådan jämförelse kan sedan en analys göras av skillnaderna i kostnader mellan de gamla tjänsterna och de nya. I nuläget är de nya tjänsterna oklart specificerade men det bör inte hindra att en grov uppskattning kan göras av kostnadsskillnaderna. I denna tredje faktor ingår också att *vikta betydelsen av insatserna inom de fyra rättighetsområdena* med avseende på Goda levnadsvillkor. Vad betyder de hälsofrämjande och förebyggande insatserna för Aktivt åldrande och Hälsosamt åldrande jämfört med God vård och omsorg och ett bättre Högkostnadsskydd jämfört med i dag? Vilka kostnadskonsekvenser kan det handla om med koppling till viktningen?

En fjärde faktor är att göra en bedömning av hur *kostnaderna ökar vid en höjning av minimibeloppet* för levnadsomkostnader enligt 8 kap. 7 par. SoL. Utgångspunkten för en höjning är, som har redovisats under avsnitt 4.3 och i appendix, en uppräknings av minimibeloppet med stöd av Konsumentverkets referensvärden för levnadskostnader och ytterligare kostnader för öppen hälso- och sjukvård, resor och läkemedel enligt anvisningar i SoL. Ett nytt minimibelopp kan genom en sådan höjning bli 9 715 kronor istället för 6 470 kronor för närvarande, vilket är en höjning med 50 procent.

En femte faktor är att inkludera i kostnadskalkylen att de *hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna* sannolikt kan minska vård- och omsorgsbehovet i en viss omfattning och därmed även minska kostnaderna för det allmänna. (Lundgren, 2022)

En sjätte faktor är att analysera *personalbehovet både kvantitativt och kvalitativt*. SKR:s personalprognos visar på behov av mer personal än idag för att klara av den demografiska förändringen. Förbundet visar också mått på behovet av ersättare när många i personalen går i pension fram till 2031. Utöver kvantitativa analyser behövs även analyser av de kvalitativa aspekterna på tjänsterna för goda levnadsvillkor för äldre. Vad detta sammantaget innebär i kostnadstermer behöver klargöras.

En sjunde faktor är den så kallade *Baumoleffekten avseende löner*. (Baumol, 1967, 1993, 2012; Edebalk, 2021) Generellt gäller att industrisektorn genom teknisk utveckling, större användning av kapital och ofta stordrift kan nå produktionsresultat per arbetstimme som över tid ökar med ränta på ränta, vilket innebär höga produktivitetsnivåer som inte är möjliga i motsvarande grad i tjänstesektorn. De tjänster som Baumol pekar ut som särskilt svåra att rationalisera är sådana som innebär direkta möten mellan människor, där tjänsteutövarens närvaro är själva ”tjänsten”. Dessa tjänster kan gälla möten med kunder, patienter, elever eller till exempel konsertbesökare. Produktivitetsskillnaderna till trots är löneutvecklingen inom hela ekonomin, både varor och tjänster, ungefär densamma och följs åt över tid. Detta beror i sin tur på systemet för löneförhandlingar och på det faktum att en löneutveckling inom tjänsteverksamheten som inte i stort sett följer löneutvecklingen i industrin gör det svårare för huvudmännen att behålla och nyrekrytera arbetskraft till den politiskt styrda tjänstesektorn. Konsekvensen blir i slutändan att verksamheter med en låg produktivitet utveckling, som vård, omsorg och utbildning, får en kostnadsökning relativt den som gäller för den industriella verksamheten. Detta är en faktor som har stor betydelse och som bör beräknas eftersom en löneutveckling som anställda i vård, omsorg och utbildning inte anser nöjaktig innebär att de offentliga verksamheterna inte får tillräckligt med kvalificerad personal.

5.2 Vägen framåt

Som framgår av redovisningen av viktiga faktorer som bör beaktas vid framtagande och analys av data är en beräkning av kostnader för det allmänna av föreliggande förslag till rättighetsområden och insatser en ganska komplex fråga.

I det här diskussionsunderlaget är dock förslaget till rättighetsområden och insatserna inom dessa det centrala. Data för kostnadsanalys ska tas fram när ett slutligt förslag till rättighetsområden och insatser har stabiliserats.

Referenser

Baumol, W. J. (1967), Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, *The American Economic Review*, Vol. 57, No. 3, pp. 415-426.

Baumol, W. J. (1993). Health care, education and the cost disease: A looming crisis for public choice. *Public Choice* 77: 17-28.

Baumol, W. J. (2012). *The Cost Disease: why Computers get cheaper and Health care doesn't*. New Haven, Conn.: Yale University Press.

Edebalk, P. G. (2021). Baumols besparingar blir omsorgens dilemma. *Äldre i Centrum* #4/21

Eneroth, E. red. (2014). *Juridik för socialt arbete*. Falkenberg: Författarna och Gleerups Utbildning AB, 2014.

Forsman, M & Löfgren, L. (2021). Om åldrandets rätt och samhällets välfärdsansvar. En sårbarhetsanalys av rätten till särskilt boende för äldre människor, *Särtryck Nordisk Socialrättslig Tidskrift* 27–28.

Lag (1993:387). Om stöd och service till vissa funktionshindrade

Lundgren, B (2022). *Äldres hälsa ur ett folkhälsoperspektiv Vilka faktorer främjar en god hälsa?* Stockholm: BL Välfärdsanalys.

Prop. 1992/93:159. Stöd och service till vissa funktionshindrade

Prop. 2023/24:1. Budgetproposition för 2023

Sveriges Kommuner och Regioner (2022a). *Välfärdens kompetensförsörjning. Personalprognos 2021–2031 och hur välfärden kan möta kompetensutmaningen*.

Sveriges Kommuner och Regioner (2022b). *Fakta om vårdplatser*

Socialstyrelsen (2022a). *Vård och omsorg för äldre*. Lägesrapport 2022.

Socialstyrelsen (2022b). *Uppgifter för beräkning av avgifter inom äldre- och funktionshinderomsorgen år 2023*. Meddelandeblad 7/2022.

Socialtjänstlag (2001:453)

Appendix

Som ett fjärde rättighetsområde nämns i texten att *Högekostnadsskyddet vid kommunal vård och omsorg som täcker normala levnadsomkostnader – bör uppgraderas till ett högre belopp genom* höjning av minimibeloppet för levnadsomkostnader enligt 8 kap. 7 par. socialtjänstlagen (SoL). Detta med utgångspunkt från Konsumentverkets referensvärden för levnadskostnader och ytterligare kostnader för öppen hälso- och sjukvård, resor och läkemedel enligt anvisningar i SoL. Ett nytt minimibelopp kan genom denna höjning bli 9 715 kronor istället för 6 470 kronor som för närvarande gäller. Formulerat som en kvot är KV:s kostnadsposter, med komplettering av kostnader enligt SoL, 1,5 gånger högre än SoL:s formella minimibelopp. Följande skattningar har gjorts.

A. Minimibelopp 2023 med utgångspunkt från Konsumentverkets (KV) kostnadsposter plus högekostnadsskydd för öppen hälso- och sjukvård, tandvård, resor och läkemedel (OBS resor avser här Stockholms län)	Kronor per månad
Livsmedel (belopp för mat som lagas hemma)	3070
Kläder och skor	650
Fritid	610
Hygien (inkl tandvård)	670
Medier (familjeabonnemang)	1600
Mobiltelefon	100
Hemförsäkring (mellanstor stad)	130
Hushållsel	590
Förbrukningsartiklar	130
Hemutrustning	1040
Vatten och avlopp (gäller bara KV, ej SoL)	160
Öppen hälso- och sjukvård (1 300 kr högekostnadsskydd / 12)	108
Resor (SL-kort för pensionär / månad)	640
Läkemedel (högekostnadsskydd 2 400 kr / 12)	217
Glasögon (nämns varken enligt SoL eller KV)	
Summa	9 715
B. Minimibelopp 2023 enligt procentsatser SoL	6 470
1,4789 x prisbasbasbelopp 52 500 kr/år = 77 642,25, dvs. 6 470,19 kr/mån	
C. Differens A – B	3 245
D. Kvot A / B	150%
KV:s kostnadsposter plus öppen hs, tandvård, resor och läkemedel dividerat med minimibeloppet enligt SoL är 1,50 Om det önskvärda utrymmet enligt SoL:s förarbeten ska knyta till KV:s kostnadsposter så saknas det med andra ord 3 245 kr i det formella minimibeloppet per månad för en ensamstående person.	