

# Äldres hälsa och livsvillkor – omvärldsbevakning



# Innehållsförteckning

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>	<b>3</b>
<b>FÖRORD</b>	<b>4</b>
<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>5</b>
<b>DEMOGRAFI</b>	<b>7</b>
Befolkningsutvecklingen	7
Den kommunala verksamhetens åldersberoende	11
<b>DE ÄLDRE HAR ALLT BÄTTRE HÄLSA</b>	<b>13</b>
Nationella rapporter	13
Äldres situation i några länder	16
Lokala äldrerapporter	17
<b>TANDHÄLSA</b>	<b>18</b>
Självskattad tandhälsa	18
Tandvård	18
<b>JÄMLIK HÄLSA?</b>	<b>20</b>
Malmökommissionen	20
Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland	21
Ojämlighet i hälsa bland äldre, doktorsavhandling	21
<b>ÄLDRES DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE I SAMHÄLLET</b>	<b>22</b>
De politiska partierna	22
Frivilligorganisationer	23
Skillnader mellan unga och äldre	23
<b>PENSION</b>	<b>24</b>
Pensionsåldersutredningen	24
Skillnader mellan kvinnors och mäns pensioner	26
Utrikes födda i pensionsåldern	27
Utträdesåldern från arbetslivet – ett internationellt perspektiv	27
<b>NATIONELLA STRATEGIER OCH UPPDRAG</b>	<b>28</b>
Mål för folkhälsan	28
En folkhälsopolitik med människan i centrum	28
Våld mot äldre	29
Seniorguiden på webben	30
Hjälpmiddelsinstitutets regeringsuppdrag	30
LEV-projektet, empati och high tech	31
<b>INSATSER OCH VERKSAMHETSUTVECKLING...</b>	<b>33</b>
Hälsofrämjande insatser	33
Förändringsarbete inom vård och omsorg till sjuka äldre	36
<b>WHO OCH EU</b>	<b>38</b>
WHO	38
EU	39
<b>FRAMTIDSKOMMISSIONEN</b>	<b>40</b>

# Förord

Befolkningen åldras och de äldre blir allt fler. En i sig mycket positiv utveckling men som också innebär nya utmaningar för kommuner och landsting. De som blir äldre idag är i flera avseenden en annan grupp än de som blev äldre för 20 år sedan och utvecklingen, exempelvis den tekniska, innebär nya möjligheter. För att möta de äldres behov behöver vi mer kunskap om äldres hälsa och livsvillkor nu och helst också för framtiden.

Ambitionen med denna rapport har varit att göra en omvärldsbevakning och om möjligt spana i framtiden kring äldres hälsa och livsvillkor. Förhoppningsvis ska rapporten bidra till diskussion i kommuner och landsting om framtida utmaningar och möjligheter när det gäller äldres livsvillkor och hälsa. Med äldre avses här i första hand människor som är 65 år och äldre. Gruppen äldre är en mycket heterogen grupp i många avseenden, exempelvis skiljer det en generation mellan de som är 65 år och de som är 90 år. Avgränsning har gjorts mot vård och omsorg av äldre.

Underlag är rapporter/artiklar/utredningar/webbplatser/notiser som belyser äldres hälsa och livsvillkor. De flesta kapitlen består i huvudsak av urklipp ur dessa. Då ambitionen varit att omvärldsbevaka och spana i framtiden kring äldres hälsa och livsvillkor varierar innehållet och kan kanske ibland uppfattas som ad hoc betonat. Viss information kan också återkomma i olika tappningar.

Rapporten har gjorts i samverkan mellan olika avdelningar på Sveriges Kommuner och Landsting. Stefan Ackerby har skrivit det inledande kapitlet om demografi. Elina Berg har bidragit med avsnittet om psykisk ohälsa, Jenny Carlsson med kapitlet Tandhälsa, Emma Everitt med avsnitten om Handikappinstitutets regeringsuppdrag och LEV-projektet Empati och high tech samt Maj Rom med Förändringsarbete inom vård och omsorg till sjuka äldre. Mårten Lagergren Äldrecentrum har bistått med goda råd. Karin Berensson har varit redaktör.

Stockholm i juni 2013

Ulrika Johansson

Sektionschef

Avdelningen för vård och omsorg

# Sammanfattning

Vi lever allt längre och de äldre blir allt fler. En i sig mycket positiv utveckling, men som innebär nya utmaningar för kommuner och landsting.

Cirka en halv miljon svenskar är idag 80 år eller äldre, fördelade på 300 000 kvinnor och 200 000 män. Sedan sekelskiftet har antalet varit relativt stabilt och beräknas vara så ytterligare några år. Men därefter kommer antalet äldre att öka kraftigt och 2050 beräknas en miljon svenskar vara äldre än 80 år.

Försörjningsbördan stiger. Idag motsvarar gruppen 80 år eller äldre cirka 9 procent av 20–64-åringar. 2050 har den siffran ökat till 16 procent. Försörjningsbördan stiger i alla Europeiska länder och till 2050 är uppgången större i EU-länderna som genomsnitt än i Sverige.

## Äldre får bättre hälsa

Äldre lever allt längre och får allt bättre hälsa. De år vi fått efter 65 års ålder består av 3–4 friska år, dvs. år då vi klarar oss själva och inte är beroende av hjälp. Antalet år med funktionsnedsättningar som ADL, rörelsehinder med mera förefaller inte minska, men äldre får allt fler friska år dessförinnan.

Andelen äldre som uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott har ökat och äldre personer verkar må bättre psykiskt än vad yngre gör. Besvär med ångslan och oro samt sömnbesvär är dock vanligt förekommande bland de äldre liksom depression.

## Ojämlig hälsa uppmärksammas mer

Det förekommer socioekonomiska skillnader mellan arbetare och tjänstemän på flertalet områden till tjänstemännens hälsofördel och ensamboende uppgår oftare att de har sämre hälsa än samboende.

Den ojämlika hälsan har uppmärksamats allt mer under senare år. Trots detta är kunskap och handlingsplaner om den ojämlika hälsan när det gäller äldre relativt begränsade, men flera initiativ har tagits under senare tid.

Delaktighet och inflytande i samhället är viktigt för folkhälsan. Olika undersökningar av den demokratiska delaktigheten visar att unga är mindre delaktiga än äldre. Ungdomar har dock generellt ett högre socialt och kulturellt deltagande än äldre och högre tillgång till Internet i hemmet.

## **Längre arbetsliv**

Pensionsåldersutredningen liksom Framtidskommissionen diskuterar den demografiska förändringen med allt fler äldre och hur arbetslivet ska kunna förlängas. Pensionsåldersutredningen föreslår bland annat satsningar på arbetsmiljön och fortsatta åtgärder mot åldersdiskriminering.

## **Initiativ på äldreområdet**

Äldres hälsa och livsvillkor ingår inte som särskilt målområde/byggsten i ledande nationella styrdokument på folkhälsoområdet men de innehåller satsningar på äldre. En rad statliga regeringsuppdrag på äldreområdet finns exempelvis till Handikappinstitutet: Bo bra på äldre dagar och Teknik för äldre.

Insatser görs, inte minst på lokal nivå, för bättre hälsa och livsvillkor bland äldre. Det kan gälla samhällsplanering, särskilda kommunala äldreplaner och insatser för äldre invandrare. Med stöd av statliga stimulansmedel pågår ett förändringsarbetet Bättre liv för sjuka äldre, på Sveriges Kommuner och Lands-ting

EU liksom Världshälsoorganisationen WHO tar olika initiativ på äldreområdet. WHO:s Strategi och handlingsplan för hälsosamt åldrande 2012–2020 är ett sådant exempel liksom Europeiska innovationspartnerskapet för aktivt och hälsosamt åldrande som Kommissionen har lanserat. Vidare finns internationella nätverk på äldreområdet.

# Demografi

Andelen äldre har stigit och beräknas fortsätta stiga i framtiden. Detta påverkar bland annat försörjningsbördan och kommunala kostnader.

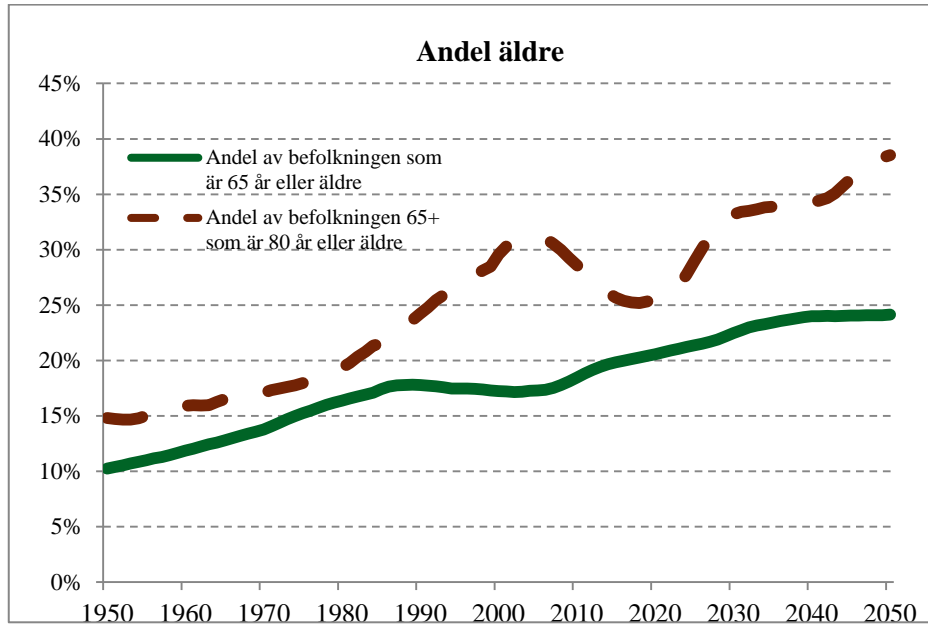
## Befolkningsutvecklingen

Av Sveriges totala befolkning på 9,5 miljoner är 19 procent eller 1,8 miljoner personer 65 år eller äldre. Andelen äldre har, med undantag för en period mellan 1990 och 2005, stigit kontinuerligt och beräknas fortsätta stiga i framtiden. Samtidigt har skett en förskjutning mot de högsta åldrarna. Av de äldre är det idag en betydligt större andel som passerat 80 års ålder än för några decennier sedan. Det är dock som framgår av diagram 1, för närvarande en krympande andel, men den kommer att börja öka igen om ca tio år.

Cirka en halv miljon svenskar är 80 år eller äldre, fördelade på 300 000 kvinnor och 200 000 män. Antalet personer som nått 100 år eller mer är ca 1 800 stycken, till 85 procent kvinnor. Denna åldersgrupp ökade kontinuerligt under hela efterkrigstiden, för femtio år sedan fanns det bara 150 000 personer som var 80 år eller äldre. Sedan sekelskiftet har antalet varit relativt stabilt och beräknas vara så ytterligare några år. Men därefter kommer antalet äldre att öka kraftigt och 2050 beräknas en miljon svenskar vara äldre än 80 år och ca 7 000 av dessa över 100 år.

**Diagram 1. Andel äldre av befolkningen**

Procent



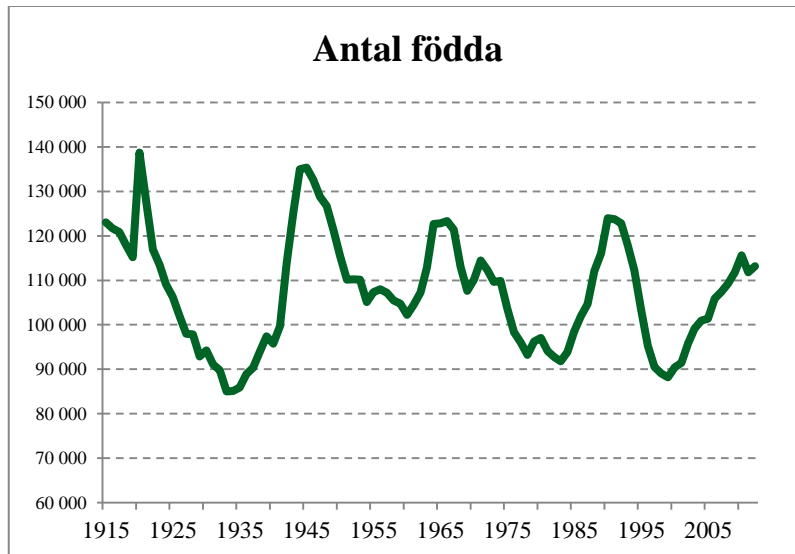
Källa: Statistiska centralbyrån.

Bakom den växande andelen äldre och de svängningar som kan observeras över tid finns demografiska faktorer:

Den första är att födelsetalen historiskt har svängt. Diagram 2 visar att kohorterna födda vid mitten på 1930-talet, som nu blir 80 år, är förhållandevis små. De yngre kohorterna är desto större. Därför minskar just nu de allra äldsta sin andel.

**Diagram 2. Födelsetal 1915 och framåt**

Antal



Källa: Statistiska centralbyrån.

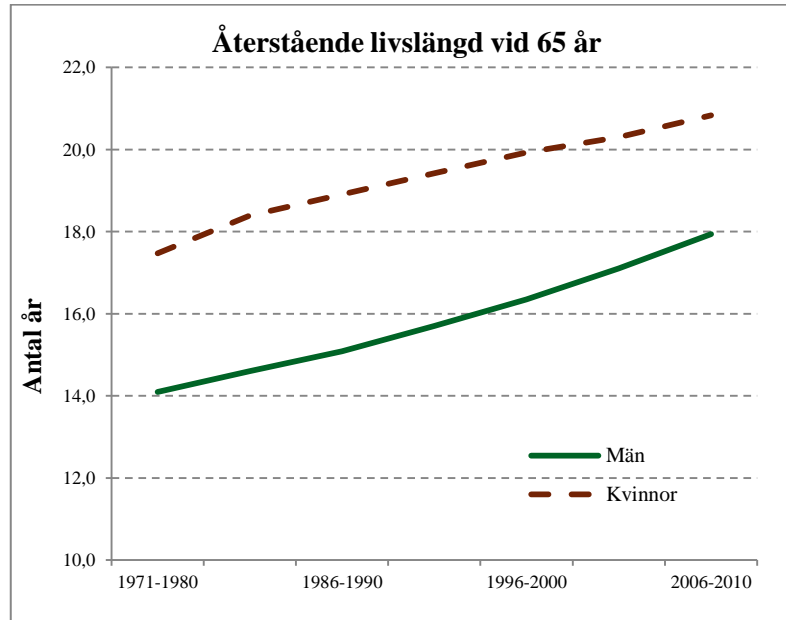
Den andra faktorn bakom den åldrande befolkningen är den stigande livslängden. Diagram 3 visar förväntad livslängd vid uppnådda 65 år. Bakom denna



utveckling finns både bättre allmänt hälsotillstånd bland de äldre och framsteg inom sjukvården som bidrar till att förlänga livet.

**Diagram 3. Återstående livslängd vid 65 år**

Antal år



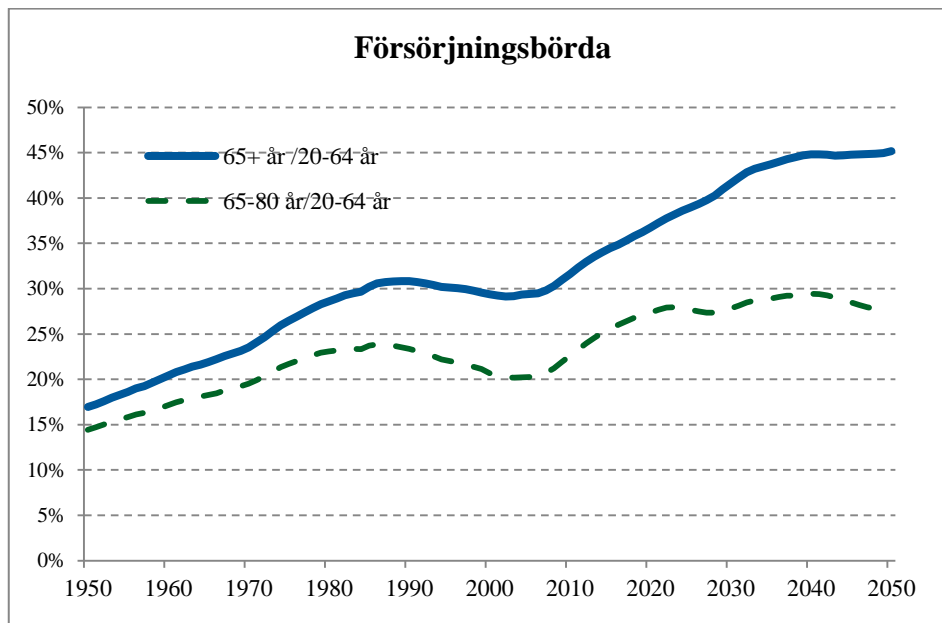
*Källa:* Statistiska centralbyrån.

Dessa båda faktorer har olika innebörd. Att vi lever längre kan motivera att vi också arbetar högre upp i åldrarna. Varierande kohortstorlekar är däremot ett fördelningsproblem.

För att få ett samhällsekonomiskt perspektiv på den åldrande befolkningen bör antalet äldre relateras till antalet personer i de åldrar där de flesta är yrkesverksamma, 20–64 år. Diagram 4 visar försörjningsbördan, dvs kvoten mellan personer 65+ och personer mellan 20 och 65 år sedan 1950 och med Statistiska centralbyråns prognos till 2050. Som framgår av diagrammet är det främst gruppen över 80 år som svarar för den ökande försörjningsbördan.

**Diagram 4. Försörjningsbörda**

Procent

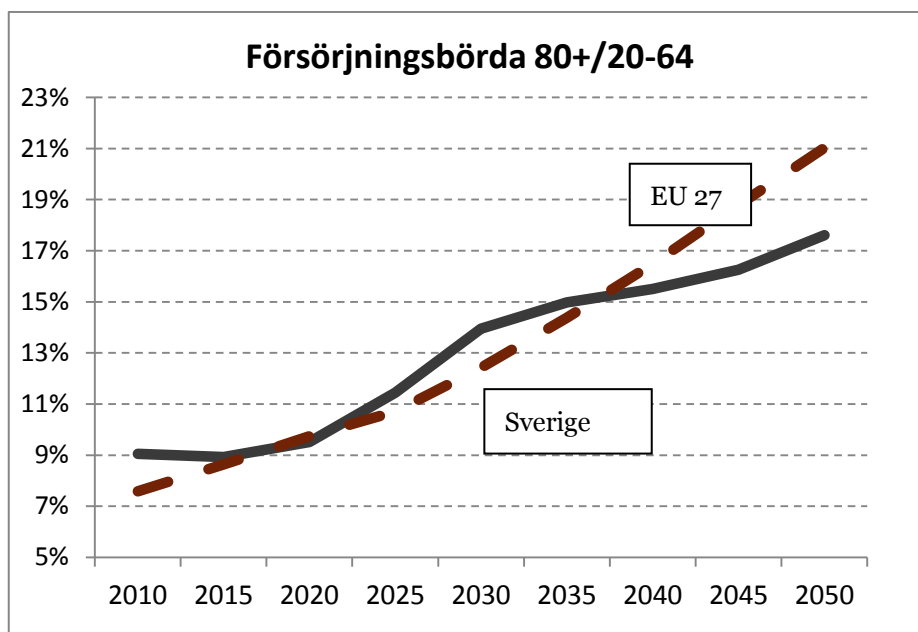


Källa: Statistiska centralbyrån och egna beräkningar.

Jämfört med andra länder har Sverige på sikt en något mer gynnsam demografi. Försörjningsbördan stiger i alla Europeiska länder, men till 2050 är uppgången större i EU-länderna än i Sverige.

**Diagram 5. Försörjningsbörda 80+/20-64**

Procent



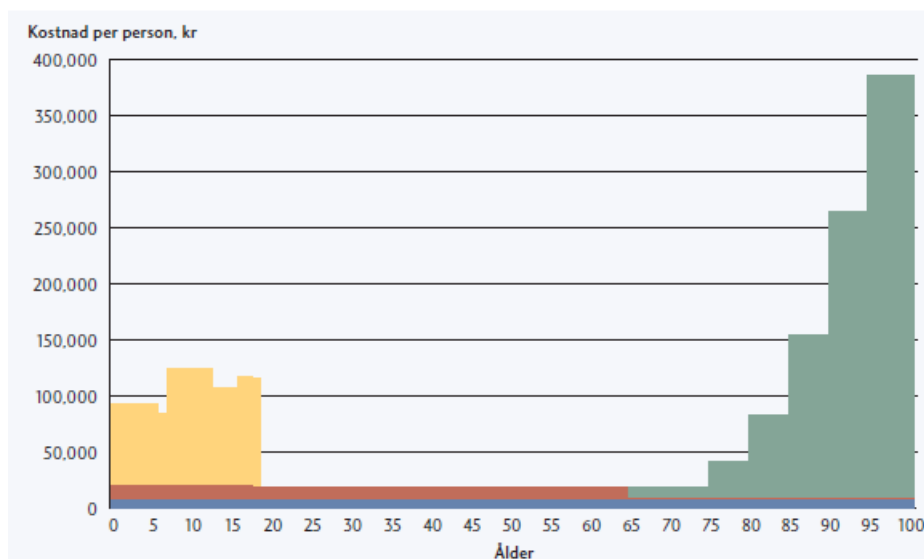
Källa: Europeiska kommissionen.

## Den kommunala verksamhetens åldersberoende

Den demografiska utvecklingen kan beskrivas på flera olika sätt beroende på syfte. Avgränsningen i olika ålderskategorier görs olika och ibland ge olika resultat. Om syftet är att belysa demografins roll för kommunernas ekonomi är en indelning i kategorierna 0–20, 20–64 resp. 80+ lämplig. Med dagens konsumtionsmönster sker en tydlig kostnadsökning för kommunerna vid 80 årsåldern. Mellan 65 och 75 år är anspråken på kommunal service tämligen begränsad.

**Diagram 6. Kommunala kostnader för invånare i olika åldrar**

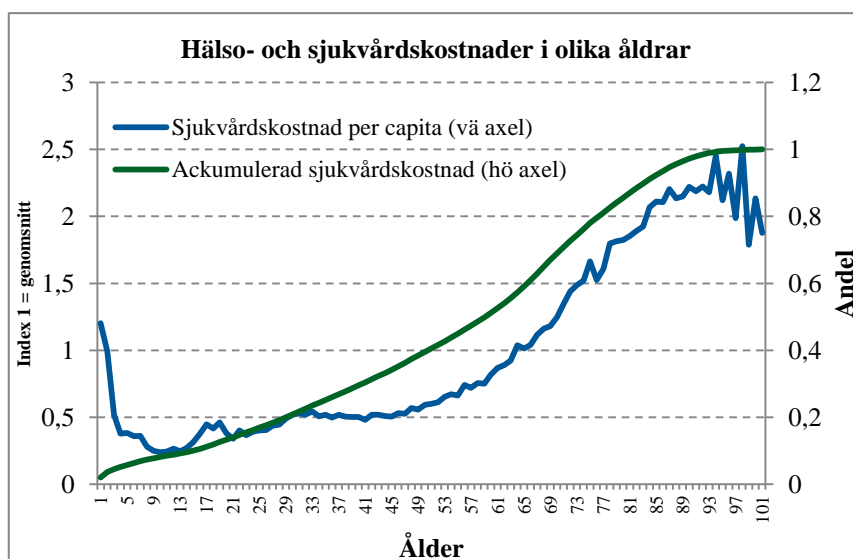
Kostnad per person, kronor



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

För sjukvården är det annorlunda. Där sker en kontinuerlig ökning i vårdbehovet i takt med stigande ålder från ca 55 år och uppåt. Men de allra äldsta, över 85 år, har en i kostnadstermer lägre vårdkonsumtion.

**Diagram 7. Sjukvårdskostnader i olika åldrar**

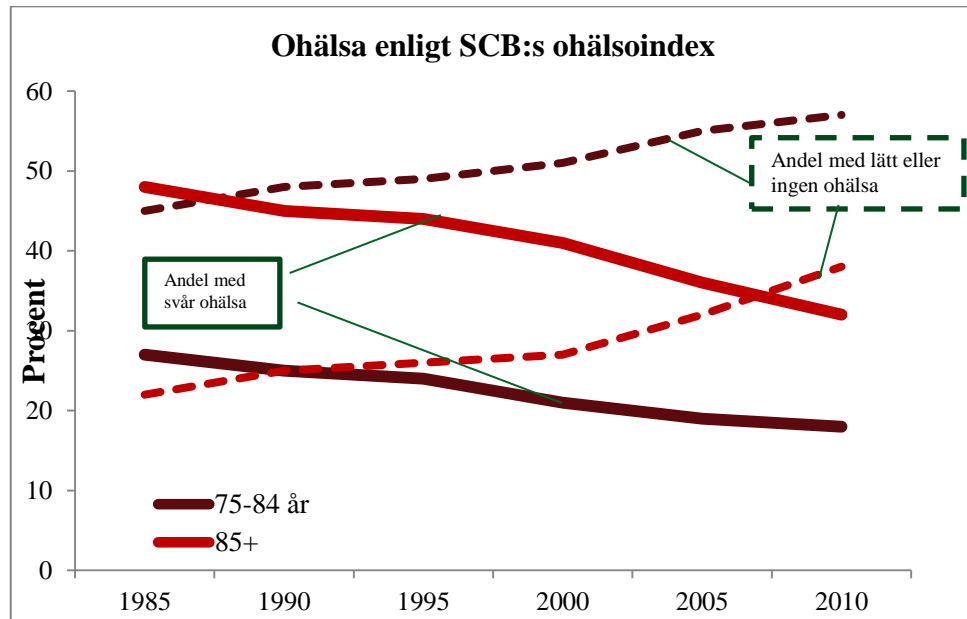


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Det är väl känt att äldre tenderar att bli allt friskare. Diagram 8 nedan visar ett mått på detta. Det är ett subjektivt ohälsomått, dvs. den egna bedömningen av hälsotillståndet. Andelen som anser sig lida av svår ohälsa tenderar att minska bland de äldsta. Denna utveckling är konsekvenser av ett allmänt förbättrat hälsotillstånd till följd av arbetsförhållanden, boende, ändrad kost etc. Men det är även en följd av bättre möjligheter inom sjukvården, som kan åtgärda fler sjukdomar men också underlätta att leva med kroniska sjukdomar.

**Diagram 8. Ohälsa enligt SCB:s ohälsindex**

Procent



Källa: Statistiska centralbyrån och Socialdepartementet.

# De äldre har allt bättre hälsa

Mellan 1980 och 2010 ökade den förväntade återstående livslängden efter 65 års ålder med tre år för kvinnor och fyra år för män till 21 respektive 18 år. Enligt en kommande rapport från Socialstyrelsen "Friska eller sjuka år till livet" har ökningen av den återstående livslängden under de senaste trettio åren inneburit ett tillskott av "friska år". Antalet år med upplevt nedsatt hälsotillstånd och funktionsnedsättningar efter 65 års ålder är i stort sett densamma under perioden, men de kommer allt senare i livet. Antalet år med funktionsnedsättningar som ADL-beroende, rörelsehinder med mera förefaller alltså inte minska, men äldre får allt fler friska år dessförinnan.

Enligt Mårten Lagergren, Äldrecentrum så ser denna utveckling ut att fortsätta. Förbättringarna beror också på att vi fått fler möjligheter att klara oss själva. Förutsättningarna att klara sig själv bestäms i stor utsträckning av samhället och individens fysiska omgivning som bostaden och närmiljön, som närheten till post, bank och affär liksom samhällsplanering och cybermiljön. Ett exempel, vad innebär det att bo i ett hus med hiss, men där hissen inte går ner i källaren där tvättstugan finns? Ju mer samhällsfunktioner som styrs av teknik ju svårare kan det dock bli för äldre, men teknikutvecklingen innebär också stora möjligheter. Hälsa och funktionshinder är något som måste ses i relation till omgivningen.

Gruppen äldre förändras mycket och det är stor skillnad på de som blir 65 år idag jämfört med de som blev 65 för 15 år sedan. Den nya gruppen äldre har en annan världsbild och identifierar sig ofta inte som äldre.

Hälsoutvecklingen är central om de äldre ska kunna klara sig själva. En god hälsoutveckling skjuter upp behovet av omsorg och vård. Äldreomsorg är beroende av äldres hälsa och villkor, vilket i sin tur är beroende av samhället i stort.

## Nationella rapporter

På nationell nivå rapporteras hälsoutvecklingen bland äldre bl.a. av Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut. Inom vissa områden, exempelvis alkohol, finns rapporter som är av särskilt intresse och redovisas därför här.

Texten nedan under Hälsotillstånd och Medellivslängd bygger på Socialstyrelsens folkhälso rapport 2009 och den uppdaterade versionen år 2012 av Folkhäl-

sorapporten ”Health in Sweden: The National Public Health Report 2012” (<http://www.socialstyrelsen.se/folkhalsa>).

### **Medellivslängd**

Medellivslängden i Sverige år 2011 var 83,7 år för kvinnor och 79,8 år för män. Framförallt män i Sverige lever längre än nästan alla andra män, det var bara män från Schweiz, Island, Japan och Australien som hade en högre medellivslängd. Svenska kvinnor ligger på delad nionde och tionde plats tillsammans med kanadensiska kvinnor. I flera länder i Sydeuropa, men också i Finland, Japan och Australien var medellivslängden bland kvinnor högre än i Sverige. Det är framförallt bland kvinnor i åldern 60–74 år som dödligheten är högre i Sverige än i flertalet av de europeiska länderna. Bland yngre kvinnor är dödligheten däremot bland de lägsta. En viktig anledning är att svenska kvinnor som idag är medelålders och äldre har rökt i högre utsträckning än vad kvinnor gjort i de flesta andra länder. Det beror på att rökning bland kvinnor blev vanligt förhållandevis tidigt i Sverige.

Bland dem som uppnått 65 års ålder hade kvinnor år 2011 i genomsnitt 21 år kvar att leva och män hade 18 år kvar.

Könsskillnaderna i medellivslängd minskar, men skillnaderna i medellivslängd mellan låg- och högutbildade ökar i befolkningen. Sociala skillnader i dödsrisiker är större bland yngre än bland äldre.

De vanligaste dödsorsakerna bland äldre är hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. Risken att insjukna i stroke eller hjärtinfarkt har minskat och insjuknandet har förskjutits till högre åldrar. Insjuknandet i cancer har däremot ökat, medan dödligheten har minskat. Detta beror på att cancer oftare upptäcks tidigare. De vanligaste cancerformerna bland äldre är prostatacancer, bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer samt lungcancer.

### **Hälsotillstånd**

Andelen äldre som uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott har ökat men bland kvinnorna är det framförallt de yngre pensionärerna som rapporterar bättre hälsa. Bland männen har förbättringar av det allmänna hälsotillståndet skett i alla åldersgrupper enligt SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden. Andelen äldre som rapporterar att de har någon långvarig sjukdom har ökat, medan andelen som har sjukdomar eller besvär som hindrar deras dagliga liv har minskat. Andelen som har nedsatt rörelseförmåga har minskat sedan 1980-talet, medan värkbesvär är ungefär lika vanligt.

Besvär med ångslan och oro samt sömnbesvär är vanligt förekommande bland de äldre, och liksom i yngre åldrar vanligare bland kvinnor än bland män. Bland de allra äldsta, 85 år och äldre, rapporterar var tredje kvinna och närmare var femte man att de besväras av ångslan, oro eller ångest. Kvinnor konsumerar också betydligt mer psykofarmaka än män. Dock är det fler män än kvinnor som begår självmord. En fjärdedel av alla självmord begås av personer över 65 år.

Demenssjukdom är mycket åldersrelaterad. I Sverige beräknas 142 000 personer lida av en demenssjukdom. Det finns fler dementa kvinnor än män, dels beroende på att kvinnor löper högre risk att drabbas, dels för att deras andel i befolkningen är högre än männens i de äldsta åldersgrupperna.

Varje år drabbas ungefär var tredje person som är 60 år eller äldre av en fallolycka, och varannan person över 80 år. Frakturer i handleden är vanligt bland yngre pensionärer, medan höftfrakturer oftast drabbar de allra äldsta.

Dagens äldre motionerar betydligt mer än tidigare generationer. Andelen som ägnar sig åt trädgårdsarbete, promenader eller strövar i skog och mark har ökat.

### **Psykisk ohälsa/sjukdom**

Andelen personer med psykisk sjukdom minskar inte hos befolkningen vid stigande ålder, trots att äldre enligt den nationella folkhälsoenkäten, se nedan, uppger bättre psykiskt välbefinnande än yngre. Den psykiska ohälsan hos äldre är ofta ett bortglömt problem som förknippas med skamkänslor. En rapport från Socialstyrelsen "Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd" (<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-22>) visar att 12 till 15 procent av alla över 65 år har depression samt att hälso- och sjukvården och omsorg har svårt att identifiera, diagnostisera och behandla äldre personer med psykisk ohälsa.

En annan trend är att äldre personer oftare hänvisas till psykofarmaka istället för att erbjudas psykologisk samtalsbehandling, till exempel KBT. Socialstyrelsens rapport visar också att gruppen har ökad risk för att få olämplig läkemedelsbehandling. Det var 2010 cirka fem gånger vanligare för personer över 85 att hämta ut tre olika psykofarmaka jämfört med yngre 18–64 år. Det vill säga att det är vanligare för gruppen att blanda antipsykotiska, antidepressiva, ångstdämpande och sömnmedel, med följande ökad risk för biverkningar.

### **Självupplevd hälsa**

Text har hämtats ur "Hälsan bland 55–84-åringar Enligt den nationella folkhälsoenkäten (HLV)" från Statens folkhälsoinstitut (<http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Halsan-bland-5584-aringar-Enligt-den-nationella-folkhalsoenkaten-Halsa-pa-lika-villkor-HLV/>).

Män uppger sig generellt må bättre än kvinnor. Nedsatt rörelseförmåga och svårt rörelsehinder ökar markant i åldersgruppen 75–84 år från att dessförinnan ha varit ungefär i nivå med befolkningen som helhet (16–84 år).

Åldersgruppen 55–64 år uppger sämre hälsa än de i åldern 65–84 år när det handlar om svår värk i ryggen, i händerna och i nacken.

Gruppen 55–64 år uppger lägre grad av fysisk aktivitet jämfört med 65–74-åringarna och hela gruppen 16–84 år. Åldersgruppen 75–84 år är dock den åldersgrupp som uppger allra lägst grad av fysisk aktivitet.

Åldersgruppen 55–84 år, och i synnerhet åldersgruppen 65–74 år, uppger i lägre grad än befolkningen som helhet att de har ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Äldre personer verkar alltså generellt må bättre psykiskt än vad yngre gör. En större andel kvinnor än män uppger genomgående ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland de äldre i undersökningen utjämnas könsskillnaderna dock något i takt med ökad ålder.

Personer i åldern 65–84 år har ett lägre socialt deltagande än befolkningen som helhet och detta är allra tydligast i gruppen 75–84 år.

En något större andel män än kvinnor i alla åldrar har ett lågt socialt deltagande. Det finns stora socioekonomiska skillnader, där arbetare genomgående uppger lägst socialt deltagande.

En större andel ensamboende än samboende män i åldern 55–74 år uppger ett lågt socialt deltagande. Bland kvinnor finns det en tendens till att ensamboende i åldern 55–64 år har ett lågt socialt deltagande i större utsträckning än samboende. Ensamboende kvinnor i åldern 75–84 år uppger däremot att de har ett lågt socialt deltagande i mindre utsträckning än samboende.

Det är mindre vanligt att personer som är 55–84 år har blivit utsatta för kränkande behandling jämfört med hela gruppen 16–84 år.

Det förekommer socioekonomiska skillnader mellan arbetare och tjänstemän på flertalet områden till tjänstemännens hälsofördel.

Det finns betydande socioekonomiska skillnader gällande ekonomisk kontantmarginal där kvinnliga arbetare (55–84 år) saknar kontantmarginal i högre utsträckning än kvinnor i övrigt.

### **Alkoholkonsumtion bland äldre**

Personer över pensionsåldern dricker betydligt mindre alkohol än yngre och liksom i andra åldersgrupper dricker män mer än kvinnor. Alkoholforskarna Mats Ramstedt och Jonas Raninen beskriver dock i Alkohol & Narkotika Nr 3/2012 att alkoholkonsumtionen bland de äldre har ökat de senaste åren och varnar för en ökning av alkoholrelaterade skador i de äldre åldersgrupperna (65–80 år). År 2004 hade 54 procent av de äldre druckit någon alkohol under de senaste 30 dagarna medan motsvarande siffra år 2011 var 62 procent. En av flera tänkbara faktorer till den ökande alkoholkonsumtionen bland äldre är att dagens äldre har helt andra alkoholvanor med sig än tidigare generationer.

### **Äldres situation i några länder**

Rapporten "Ageing Across Europe", DEMOS for WRVS May 2012, jämför situationen för de äldre i Storbritannien, Tyskland, Nederländerna och Sverige.

Rapporten omfattar fem olika områden: inkomst och fattigdom, hälsa och hälsovård, välbefinnande, social integration och delaktighet samt åldersdiskriminering. Rapporten placerar sammantaget Sverige på första plats men med Nederländerna hack i häl.



**Tabell 1. Sammanfattade fynd**

	Område 1 <b>Inkomst o fattigdom</b> (ranking)	Område 2 <b>Hälsa o hälsovård</b> (ranking)	Område 3 <b>Välbe- fin- nande</b> (ranking)	Område 4 <b>Social inte- gration o delaktighet</b> (ranking)	Område 5 <b>Åldersdis- kriminering</b> (ranking)	<b>Totalt</b> (ranking)
Tyskland	50.42 (3)	48.97 (4)	49.19 (4)	48.97 (4)	49.96 (2)	49.50 (4)
Stor- britannien	48.01 (4)	50.45 (3)	50.68 (3)	50.84 (3)	49.73 (4)	49.94 (3)
Neder- länderna	53.81 (1)	52.20 (2)	51.13 (2)	51.48 (1)	49.82 (3)	51.69 (2)
Sverige	51.84 (2)	52.63 (1)	51.32 (1)	51.20 (2)	51.59 (1)	51.72 (1)

*Källa:* "Ageing Across Europe", DEMOS for WRVS. (Särskilda mått för data utvecklades utifrån 30 indikatorer i European Social Survey.)

Analysen av korrelationerna mellan de olika områdena visade positiv korrelation mellan indikatorerna inkomst, hälsa och socialt deltagande för vart och ett av de studerade länderna. Det fanns också positiv korrelation i de fyra länderna mellan välbefinnande och hälsa samt mellan välbefinnande och socialt deltagande. Styrkan i korrelationerna varierade mellan de olika länderna. Det indikerar att i vart och ett av de fyra länderna är det sannolikt att om en person har hög inkomst så har den troligen god hälsa och bättre hälsonivåer var associerade med högre nivåer av social delaktighet.

Fynden belyser hur viktigt det är att beslutsfattare tar hänsyn till den komplexa interaktionen mellan de olika områdena när de utformar strategier ämnade att tackla fattigdom, dålig hälsa eller socialt utanförskap bland äldre människor ([http://www.wrvs.org.uk/Uploads/Documents/Reports%20and%20Reviews/ageing\\_across\\_europe\\_may24\\_2012.pdf](http://www.wrvs.org.uk/Uploads/Documents/Reports%20and%20Reviews/ageing_across_europe_may24_2012.pdf)).

## Lokala äldre rapporter

Stockholms läns landsting har en särskild variant av folkhälsoenkät för personer 65 år och äldre utan övre åldersgräns. Även Landstinget i Värmland har en folkhälsoenkät utan övre åldersgräns. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) från Statistiska centralbyrån (SCB) har från och med 2002 inte heller någon övre åldersgräns. Den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på Lika Villkor" (HLV) har dock en övre åldersgräns på 84 år.

Landsting/regioner och kommuner rapporterar på olika sätt utvecklingen av de äldres hälsa, till exempel genom särskilda folkhälsorapporter för äldre. Några nedslag:

- "Att åldras i Östergötland 65 år och äldre" ([www.lio.se/upload/101289/Rapport\\_orange.pdf](http://www.lio.se/upload/101289/Rapport_orange.pdf))
- "Folkhälsorapport 2011: Folkhälsan i Stockholm – I dag och i morgon" (<http://www.sll.se/upload/Folkh%C3%A4lsorapport%202011.pdf>)
- En delrapport "Hälsa och levnadsvanor bland äldre personer i Stockholms län" till folkhälsorapporten ovan är ett samarbete mellan Stockholms läns landsting och Äldrecentrum i Stockholm.
- "Äldres liv och hälsa i Sörmland och Örebro län" (<http://www.fou.sormland.se/media/8788/%C3%A4ldrerapport%20kortversion.pdf>)

# Tandhälsa

## Självskattad tandhälsa

Tandhälsan är bäst i åldersgruppen 20–29 år och sämst i åldersgrupperna 30–39 år samt 80 år och äldre. Det finns inga signifikanta skillnader mellan könen när det kommer till självskattad tandhälsa.

Socioekonomiska faktorer och födelseland har stor betydelse i frågan. Personer födda utanför Sverige uppger oftare att de har sämre tandhälsa än svenskfödda. Sämst tandhälsa har personer födda utanför Europa där endast 35 procent uppger att de har mycket god eller ganska god tandhälsa.

Ensamstående med hemmavarande barn, låginkomsttagare, lågutbildade, pensionärer, långtidssjukskrivna och arbetssökande har alla sämre tandhälsa. Sämst tandhälsa har gruppen långtidssjukskrivna.

**Tabell 2. Självskattad tandhälsa – Hur tycker du att din tandhälsa är?**

Andel svar i procent

Ålder	Mycket bra	Ganska bra	Varken bra eller dålig	Ganska dålig	Mycket dålig
20–29 år	28	49	17	5	1
30–39 år	23	41	22	9	3
40–49 år	24	46	16	7	6
50–59 år	20	50	15	12	2
60–69 år	20	51	17	8	3
70–74 år	20	50	19	6	3
75–79 år	20	49	18	8	1
80– år	17	47	20	10	2
<b>Alla</b>	<b>22</b>	<b>48</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>3</b>

Källa: Socialstyrelsens rapport "Befolkningens tandhälsa 2009", tabell 25.

## Tandvård

Uppgifter tagna från Socialförsäkringsrapport 2012:7. Uppgifterna omfattar endast individer som tagit del av det statliga tandvårdsstödet. De personer som har rätt till landstingens särskilda tandvårdsstöd, uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, på grund av ett varaktigt behov av omfattande vård och omsorgsinsatser ingår därmed inte i statistiken. Antal registrerade intyg till

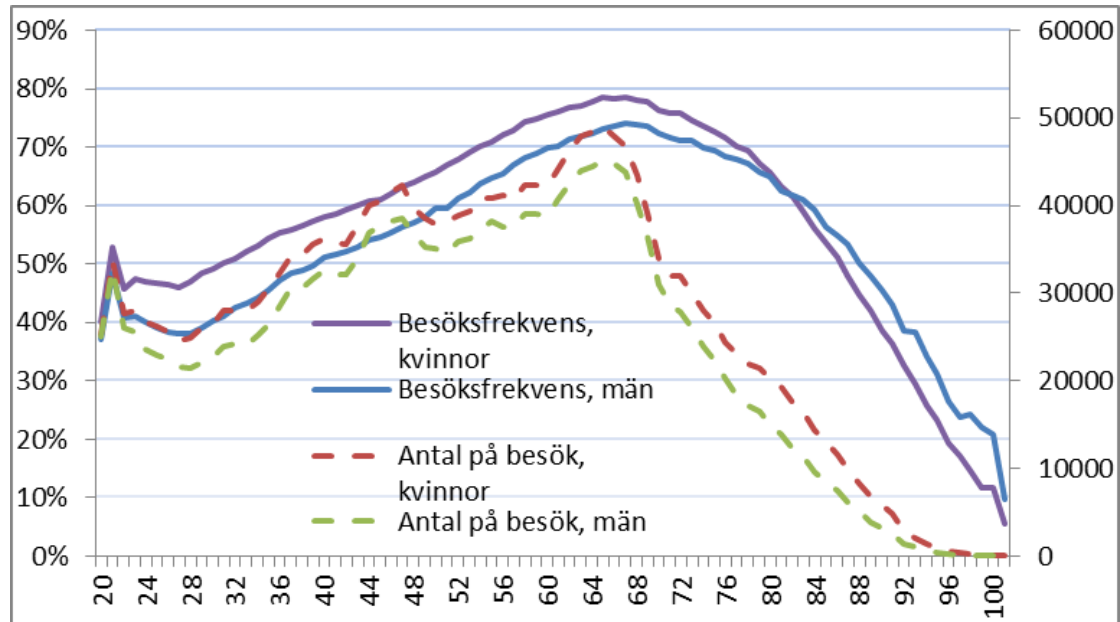
personer som ska kunna erhålla erbjudande om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård var år 2011 cirka 171 800.

## Besök i tandvården

Av diagram 9 nedan framgår att en större andel av kvinnorna besöker tandvården. Detta skiftar dock vid 83 års ålder.

**Diagram 9. Andel av befolkningen och antal som besökt tandvården år 2011, uppdelat på ålder och kön**

Procent och antal



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

## Akuta tandvårdsbesök

De åldersgrupper som hade hög besöksfrekvens totalt sett hade lägre andel akuta besök. Det gäller till exempel dem som är mellan 60 och 75 år.

## Behandling

Drygt 25 procent av patienterna i åldersgruppen 25–75 år fick behandling till följd av karies. Efter 75 års ålder ökade andelen patienter med karies ytterligare. Högst andel fanns bland 83-åringarna där 29 procent hade karies.

# Jämlik hälsa?

Det övergripande målet för folkhälsa är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Arbetet för att motverka ojämlikhet i hälsa utgör en av hörnstenarna i WHO:s hälsostrategi Health 2020 för Europe-regionen som antogs 2012.

Den ojämlika hälsan har uppmärksammats allt mer under senare år. Trots detta är kunskap och handlingsplaner om den ojämlika hälsan när det gäller äldre relativt begränsade.

I ”Ökande skillnader i livslängd – den svenska paradoxen”, bilaga 2 av professor Olle Lundberg i skriften ”Gör jämlikt – gör skillnad!” från Sveriges Kommuner och Landsting diskuteras sociala skillnader i hälsa i befolkningen: Det finns skillnader i exempelvis arbetsvillkor, inkomster och boendestandard mellan olika individer men även systematiska skillnader mellan grupper av människor. Generellt är mer resursstarka personer friskare och lever längre. Det innebär att människor med mer utbildning, högre inkomst, i högre samhällsskikt eller födda i Sverige har bättre hälsa och lägre dödlighet. Och trots att Sverige är ett rikt och på många sätt mer jämlikt samhälle än de flesta andra länder i världen finns det systematiska skillnader i dödlighet och medellivslängd också här.

En annan aspekt av jämlikhet gäller ålder. Det finns exempelvis osynliga gränser vid den magiska åldern 65 år.

I april 2013 gav regeringen Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att, i samverkan med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och i samråd med relevanta forskningsgrupper, analysera vilken betydelse det har för folkhälsan och för hälso- och sjukvården att allt fler skaffar sig en högre utbildning, samtidigt som det finns grupper som alltjämt ligger kvar med en låg utbildningsnivå.

## Malmökommissionen

Den politiskt oberoende Kommission för ett socialt hållbart Malmö lämnade i mars 2013 sin slutrapport (<http://www.malmo.se/kommission>).

De sociala skillnaderna i hälsa som påvisas i den äldsta delen av befolkningen kan ofta spåras till barndomen. Kommissionen konstaterar att vid 75 års ålder drar ohälsan bland de äldre iväg och även då ser man tydliga skillnader i hälsa beroende på vilken socioekonomisk position de har.

För kommissionen har rapporten ”Prediktorer för livstillfredsställelse, funktionsförmåga och aktiviteter i det dagliga livet” tagits fram. Data från longitudinella befolkningsstudien ”Gott åldrande i Skåne (en delstudie inom SNAC-projektet, The Swedish National study on Ageing and Care) en sexårsuppföljning av 60 till 93 år gamla malmöbor” har använts. Inledningsvis konstateras att det finns omfattande kunskap kring sociala bestämningsfaktorer för hälsa. Däremot finns betydande kunskapsluckor kring äldres förhållanden.

Rapporten visar att en lägre ålder, högre utbildning och ett större antal tillgängliga aktiviteter predicerar en högre livstillfredsställelse, bättre funktionell rörelseförmåga och ett bättre ADL. Dessutom att vara född i Sverige, ha självskattad god ekonomi, att vara sammanboende samt ha goda sociala kontakter och social förankring predicerar en högre livstillfredsställelse. Särskilt tillgängligheten till aktiviteter är något som har potential att förbättras.

## Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland

En handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland har tagits fram. Bland tre folkhälsopolitiska utmaningar med ett livsloppsperspektiv finns Åldrande med livskvalitet. Nedan delar av informationen.

Även om sambanden är oklara talar flera studier om att sämre socioekonomiska förhållanden tidigare i livet tenderar att leda till snabbare försämring av hälsa med ökande ålder.

Två viktiga dimensioner av tillgänglighet, den fysiska och den ekonomiska tas upp. I Västra Götaland finns det flera exempel på hur tillgängligheten brister för olika grupper bland de äldre. 42 procent av kvinnor över 65 år har en så kallad låg inkomst (under 60 procent av medelinkomsten). Samma siffra för män över 65 år är 28 procent. Det kan jämföras med gruppen mellan 30–64 år där andelen som har en låg inkomst varierar mellan 13–17 procent.

## Ojämlighet i hälsa bland äldre, doktorsavhandling

Avhandlingen ”Blood on the tracks. Life-course perspectives in health inequalities in later life” av Stefan Fors, Stockholms universitet har ett uttalat klass- och könsperspektiv, där äldre människors hälsa och risk att dö antas bero på klass-tillhörighet och ekonomisk status under livsförloppet.

Avhandlingen visar att det finns betydande skillnader i hälsa bland 55-åringar och äldre, där klass och kön är avgörande. Arbetare har i högre grad hälsoproblem än tjänstemän. Och kvinnor har i sin tur i större utsträckning hälsoproblem än män. Stefan Fors visar också att den kognitiva förmågan hos 77-åringar och äldre påverkas av sociala och socioekonomiska förhållanden under barn- och ungdomen, och att personer med låg utbildning, som har haft manuella arbeten har ökad risk för sämre kognitiv förmåga, minnesstörningar och liknande, när de blir gamla.

– Min forskning visar att det är viktigt med utbildning och sociala insatser för barn, tidigt i livet. Men det är aldrig för sent att påverka och agera längs hela livsförloppet, säger Stefan Fors (<http://www.aldrecentrum.se/Nyheter/Farskdoktorsavhandling-om-ojamlikhet-i-halsa-bland-aldre/>).

# Äldres delaktighet och inflytande i samhället

”Delaktighet och inflytande i samhället är en av de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsan. Brist på inflytande och möjligheter att påverka den egna livssituationen har ett starkt samband med hälsa.” Delaktighet och inflytande i samhället är ett av målområdena i Mål för folkhälsan. Inledningsvis citeras Statens folkhälsoinstituts webbplats (<http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/delaktighet-inflytande/>)

Rätten till delaktighet och inflytande gäller oavsett kön, etnisk eller religiös tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

För att nå det övergripande nationella folkhälsomålet ska särskild vikt läggas vid att stärka förmågan och möjligheten till social och kulturell delaktighet för ekonomiskt och socialt utsatta personer samt vid barns, ungdomars och äldres möjligheter till inflytande och delaktighet i samhället.

Vikten av mötesplatser för äldre och den roll som kulturen kan spela för delaktighet och hälsa bör framhållas, se gärna avsnittet Hälsofrämjande insatser. Se data om socialt deltagande i avsnittet Självpupplevd hälsa.

## De politiska partierna

Regeringens Framtidskommission konstaterar följande i sin slutrapport ”Svenska framtidsutmaningar” ([http://www.framtidskommissionen.se/wp-content/uploads/2013/03/Slutrapport\\_svenska\\_framtidsutmaningar.pdf](http://www.framtidskommissionen.se/wp-content/uploads/2013/03/Slutrapport_svenska_framtidsutmaningar.pdf)). I början av 1960-talet var cirka 1,3 miljoner svenskar eller var fjärde väljare medlem i något politiskt parti. Andelen väljare som identifierar sig med något svenskt parti har sjunkit från 65 procent 1968 till 28 procent i samband med valet 2010. Andelen som är starkt övertygade anhängare har sjunkit från 39 till 17 procent. Samma utveckling finns i många andra västländer.

Vid slutet av 2011 hade riksdagspartierna sammanlagt 277 000 medlemmar. Av dessa är cirka 80 000 aktiva, vilket betyder att cirka hälften av alla aktiva partimedlemmar har ett förtroendeuppdrag. Att vara partimedlem betyder allt mer att vara förtroendevald.

## Frivilligorganisationer

Socialstyrelsens rapport ”För varandra – vad gör de äldre för frivilligorganisationerna och vad gör frivilligorganisationerna för de äldre?” (2006) bygger på en kartläggning och fördjupade fallstudier. Underökningen har ett lokalt perspektiv och är avgränsad till Bollnäs och Värmdö ([http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9666/2006-123-49\\_200612349.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9666/2006-123-49_200612349.pdf)).

I den avslutande och framåtblickande diskussionen dras bland annat slutsatsen att äldre gör många olika saker inom ramen för frivilligorganisationer. Samtidigt som verksamheter där äldre gör hjälpinsatser för ännu äldre utgör en begränsad del av de verksamheter som engagerar den äldre delen av befolkningen i de två studerade kommunerna. Organisationerna erbjuder ett brett spektrum av aktiviteter som intresserar äldre. Dessa aktiviteter bedrivs till stor del av organisationer som inte riktar sig speciellt till äldre. Pensionärsorganisationerna har en omfattande verksamhet men sett till antalet äldre som deltar antingen som aktiva eller frivilliga är både det kulturella och det humanitära området större och då ofta i organisationer som inte har äldre som målgrupp.

## Skillnader mellan unga och äldre

Statens folkhälsoinstitut skriver i rapporten ”Delaktighet och inflytande i samhället. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010” (<http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Delaktighet-och-inflytande-i-samhallet-Kunskapsunderlag-for-Folkhalsopolitisk-rapport-2010/>) att det är skillnader mellan unga och äldre. Olika undersökningar av den demokratiska delaktigheten visar att unga är mindre delaktiga än äldre. Det gäller valdeltagande, olika former av politiskt inflytande samt förmågan att själv kunna överklaga ett myndighetsbeslut. Ungdomar har dock generellt ett högre socialt och kulturellt deltagande än äldre och högre tillgång till Internet i hemmet.

Rapporten ”Frivilliga insatser och hälsa” belyser temat socialt kapital och hälsa och beskriver de samband som finns mellan hälsa och frivilligt arbete, informella nätverk samt informellt hjälparbete. Rapporten har tagits fram av Sköndalsinstitutet på Ersta Sköndals högskola, på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut (<http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Frivilliga-insatser-och-halsa/>).

Inom gruppen frivilligt aktiva finns det skillnader, där bland andra äldre aktiva har större positiva skillnader i självskattad hälsa än vad yngre har. I gruppen 60–64 år är skillnaden mellan aktiva och icke aktiva som störst. Bland de yngre finns det inga statistiskt signifikanta skillnader i självskattad hälsa mellan aktiva och icke aktiva. Det finns större hälsoskillnader mellan kvinnor än män. De frivilligt aktiva kvinnorna har i genomsnitt mindre värk i axlar, nacke, rygg, händer, armbågar, ben och knän, medan de frivilligt aktiva männen i vissa fall har mer besvär än vad de icke frivilligt aktiva männen har. En stor del av den generella hälsoskillnaden skulle kunna härledas till de frivilligt arbetande kvinnornas bättre hälsa. Dessa kvinnor har en markant högre utbildningsnivå än de kvinnor som inte arbetar frivilligt och de frivilligt arbetande männen.

# Pension

Att lämna arbetslivet och gå i pension innebär stora förändringar. I detta kapitel tas Pensionsåldersutredningen upp, vidare finns data från SCB om pensioner och utrikes födda i pensionsåldern.

## Pensionsåldersutredningen

I april 2013 överlämnade Pensionsåldersutredningen sitt slutbetänkande ”Åtgärder för ett längre arbetsliv” SOU 2013:25 (<http://www.sou.gov.se/content/1/c6/21/41/61/ee99bca5.pdf>) till regeringen. Utredningen har skickats på remiss. Följande har hämtats ur sluttänkandet.

Pensionsreformen, generösa skatteregler, stora informationssatsningar m.m. förväntades leda till att äldre arbetar längre i takt med att medellivslängden ökar. Trots vissa positiva tendenser i de äldres sysselsättning är förändringarna blygsamma. Sverige har fortfarande en de facto normal pensionsålder på 65 år. Antalet arbetade timmar ökar bland äldre, men mycket långsamt.

Det är inte uthålligt. När vi lever längre måste vi arbeta längre, annars blir pensionsnivåerna för låga, försörjningsbördan orimlig och välfärdens finansiering hotas. Allt fler äldre har goda förutsättningar för ett längre arbetsliv.

Fler och fler vill också arbeta längre, men möter olika hinder i regelsystem, avtal och i arbetslivet. Utredningen föreslår därför ett flertal åtgärder som omfattar satsningar för att förbättra arbetsmiljön, för att stärka de äldres möjligheter att bevara och utveckla sin kompetens, öka informationen, förstärka de ekonomiska incitamenten, motverka åldersdiskriminering osv.

Enligt utredningen bör det införas en riktålder för när man ska gå i pension. Riktåldern ska följa medellivslängden. Avsikten är att riktåldern blir ett tydligt icke valsalternativ för pensionering för de som vill få en godtagbar pensionsnivå. Åldersgränserna i det allmänna pensionssystemet och närliggande system bör anknyta till riktåldern. Detta innebär bl.a. följande:

- 61-årsgränsen för tidigaste uttag av ålderspension höjs till 62 år från och med 2015 och enligt nuvarande prognoser till 63 år från och med 2019.
- 65-årsgränsen för garantipension, sjukersättning m.fl. förmåner höjs till 66 år från och med 2019, allt enligt nuvarande prognoser.
- LAS-åldern höjs från 67 till 69 år från och med 2016.
- 55-årsgränsen för att börja ta ut tjänstepensioner och privata pensioner höjs till 62 år från och med 2017.



Pensionsåldersutredningen behandlar en mängd frågor, bl.a. följande:

### **Arbetslinjen behövs, också för äldre**

Fortfarande anser många att en tidig pensionering, eller senast vid 65 år, höjer välfärden. Värderingarna bygger till stor del på gamla föreställningar och myter. Varken ekonomisk teori eller empiri ger något stöd för att personer som fortsätter att arbeta tränger ut yngre från arbetsmarknaden.

Cirka 80 procent tar ut sin pension vid 65 års ålder eller tidigare. Även om det finns vissa positiva tendenser ökar inte sysselsättningen bland personer i 60 års ålder och äldre i takt med den ökande medellivslängden. Nya analyser pekar på att föreställningen om 65 år som den normala pensionsåldern är fastare etablerad i Sverige än i andra länder, trots åtskilliga reformer i syfte att stimulera till ett längre arbetsliv.

### **Jämställdhet**

Kvinnors och mäns utträdesmönster skiljer sig åt på flera punkter. Kvinnor lämnar generellt arbetslivet tidigare än män. Utträdesåldern, den ålder då de flesta som vid 50 år befann sig i arbetskraften permanent har lämnat arbetslivet, var 2010 knappt 64 år för män och drygt 63 år för kvinnor.

Vägarna från arbetslivet är flera och det är vanligt för både män och kvinnor att inte gå direkt från arbete till pension. Knappt hälften av männen och 40 procent av kvinnorna går direkt från arbete till ålderspension. Sjukersättning, dvs. den ersättningsform som tidigare kallades förtidspension, är den vanligaste alternativa vägen från arbetslivet. År 2009 lämnade 40 procent av kvinnorna och 30 procent av männen arbetslivet med sjukersättning.

Hälften av alla kvinnor som nybeviljas ålderspension får någon del av ålderspensionen i form av garantipension, en tredjedel av samtliga nybeviljade pensionärer. Av den totala gruppen med garantipension består 80 procent av kvinnor. Detta speglar främst att det i tidigare generationer var mycket mer vanligt att kvinnor, främst gifta kvinnor, inte hade några eller mycket små inkomster av förvärvsarbete under perioder av livet.

Olikheter i pensionsnivåer mellan kvinnor och män speglar olikheter i livsinkomster mellan könen. Män tjänar generellt sett mer än kvinnor och kvinnor arbetar generellt sett mer deltid. Sådant påverkar nivån på pensionen när man lämnat arbetslivet.

### **Stärk äldres förutsättningar och resurser att arbeta längre**

#### *Satsningar på arbetsmiljön*

Trots förbättringar i arbetsmiljön är det fortfarande en betydande andel av alla arbetstagare som uppger sig ha slitsamma och enformiga arbeten och upplever brister i arbetsmiljön. Mellan 20 och 30 procent av alla arbetstagare upplever fysiska arbetsmiljöproblem. Enligt pensionsåldersutredningen finns det behov av en bred och långsiktig satsning på arbetsmiljön.

- Arbetsmiljöverkets arbete förstärks.
- En kunskapsatsning för skyddsombud föreslås.
- En ny funktion inrättas för forskning.

- Resurser bör avsättas för interventionsstudier.

#### *Fortsatta åtgärder mot åldersdiskriminering*

Diskrimineringslagen (2008:567) har till ändamål att motverka diskriminering och på andra sätt främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder (1 kap. 1 §).

Fr.o.m. den 1 januari 2013 har skyddet mot diskriminering på grund av ålder utvidgats till att omfatta fler samhällsområden. Diskriminering på grund av ålder är numera även förbjuden inom samhällsområdena varor, tjänster och bostäder, anordnande av allmän sammankomst och offentlig tillställning, hälso- och sjukvård, socialtjänsten, socialförsäkringen, arbetslöshetsförsäkringen, studiestöd, samt i vissa avseenden för alla dem som har offentlig anställning. Förbudet är försett med undantag genom att det inte hindrar tillämpning av bestämmelser i lag som föreskriver viss ålder.

Internationell forskning pekar på att en effektiv lagstiftning och tillämpning mot åldersdiskriminering har en positiv effekt på äldres sysselsättning.

Pensionsåldersutredningen bedömer att följande åtgärder bör vidtas:

- Lagstiftning mot åldersdiskriminering förstärks.
- En översyn av diskrimineringslagen bör genomföras om några år.
- Läget när det gäller frågor som rör åldersdiskriminering bör regelbundet undersökas och rapporteras.
- Olikheter i lagar, regler och avtal bör kartläggas och följas upp.
- Forskningsfinansiering behövs.

## Skillnader mellan kvinnors och mäns pensioner

Uppgifter från SCB:s webbplats visar medelvärdet år 2011 i tusen kronor för kvinnors respektive mäns pensioner, se tabellen nedan. Siffrorna inkluderar avtalspension och frivillig pension. Det är betydande skillnader mellan kvinnors och mäns pensioner. Det skiljer också mycket mellan olika åldersgrupper, där de äldsta har de lägsta pensionerna.

Motsvarande medelvärde för samtliga i åldern 20–64 år när det gäller sammanräknad förvärvsinkomst är 241 345 kronor för kvinnor och 318 522 kronor för män, vilket innebär en stor skillnad mellan de med förvärvsinkomst och de med pensioner ([http://www.scb.se/Pages/ProductTables\\_\\_\\_\\_302201.aspx](http://www.scb.se/Pages/ProductTables____302201.aspx), se pensioner).

**Tabell 3. Pension i olika åldersgrupper 2011**

År och kronor

Kvinnor / år	1 000 kr	Män / år	1 000 kr
65–69	168,2	65–69	238,5
70–74	153,5	70–74	226,3
75–79	137,4	75–79	207,1
80–84	123,9	80–84	196,6
85–89	113,1	85–89	192,9
90–	107,0	90–	192,4

Källa: Statistiska centralbyrån, Inkomster och skatter (Riket, pensioner).

## Utrikes födda i pensionsåldern

De vanligaste åldrarna att invandra är i åldrarna runt 30 år och antalet utrikes födda i åldrarna 65 år och äldre har därför länge utgjort en liten del både av antalet utrikes födda totalt sett och av antalet 65 år och äldre. Sedan 1990 har antalet äldre utrikes födda fördubblats och gruppen passerade 200 000 i antal under 2010. Fram till år 2030 förväntas antalet öka till 400 000 personer. SCB:s rapport "Integration – utrikes födda i pensionsåldern", som citeras här ([http://www.scb.se/statistik/\\_publikationer/LEO105\\_2012A01\\_BR\\_BE57BR1201.pdf](http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LEO105_2012A01_BR_BE57BR1201.pdf)) beskriver levnadsvillkoren för den utrikes födda befolkningen 65 år och äldre i jämförelse med inrikes födda. Nära hälften av de utrikes födda över 65 år från Norden. Övriga kommer ofta från ett EU-land eller annat land i Europa. De flesta utrikes födda har vistats lång tid i Sverige, 85 procent har bott i Sverige i minst 20 år och utrikes födda bor ofta i storstadsområdena.

Inkomstnivåerna för utrikes födda 65 år och äldre skiljer sig kraftigt beroende på när i livet man invandrat till Sverige. De som invandrat före 35 års ålder har en medianinkomst nästan i nivå med inrikes födda. Efter det sjunker medianinkomsten med stigande ålder vid invandring och de som invandrat vid 45 års ålder eller senare har betydligt lägre inkomst än inrikes och övriga grupper utrikes födda.

## Utträdesåldern från arbetslivet – ett internationellt perspektiv

Pensionsmyndigheten har tagit fram rapporten "Utträdesåldern från arbetslivet – ett internationellt perspektiv". Sveriges utträdesålder är med drygt 63 år fortfarande nästan högst i Europa, men lägre än i utomeuropeiska OECD-länder. Den har stigit en del under årens lopp, fast i lägre takt än i ett flertal andra länder. En viktig iakttagelse är att den svenska sysselsättningsgraden närmast före 65 års ålder är praktiskt taget högst i världen, men att den är låg efter 65 års ålder. Detta tyder på att tanken på 65 år som den naturliga pensionsåldern är fastare etablerad här än i andra länder.

Betydligt högre (över 64 år) var utträdesåldern i flera utomeuropeiska länder som USA och Japan, samt i Island, som toppar listan.

Se rapporten som finns på Pensionsmyndighetens webbplats ([http://secure.pensionsmyndigheten.se/download/18.51c42ff713cdd49a1308747/Uttradesaldern\\_fran\\_arbetslivet\\_ett\\_internationellt\\_perspektiv.pdf](http://secure.pensionsmyndigheten.se/download/18.51c42ff713cdd49a1308747/Uttradesaldern_fran_arbetslivet_ett_internationellt_perspektiv.pdf)).

# Nationella strategier och uppdrag

Bland statens styrdokument på folkhälsoområdet märks propositionen ”Mål för folkhälsan” och skrivelsen ”En folkhälsopolitik med människan i centrum”. Äldres hälsa och levnadsvillkor finns inte som ett eget målområde/byggsten i dessa dokument, däremot finns olika insatser för äldre.

## Mål för folkhälsan

Det övergripande målet för folkhälsa är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Utgångspunkten för folkhälsoarbetet i Sverige är de elva övergripande målområdena för folkhälsa. De anger centrala bestämningsfaktorer för hälsan.

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
3. Barn och ungas uppväxtvillkor
4. Hälsa i arbetslivet
5. Miljöer och produkter
6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
7. Skydd mot smittspridning
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
9. Fysisk aktivitet
10. Matvanor och livsmedel
11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel

Statens folkhälsoinstitut har ett övergripande ansvar för uppföljning och utvärdering (<http://www.fhi.se/Om-oss/Uppdrag-och-styrdokument/>).

## En folkhälsopolitik med människan i centrum

I skrivelsen 2011/12:166 till Riksdagen redogör regeringen för en folkhälsopolitik med människan i centrum. Folkhälsopolitiken bör vara framåtsyftande, stimulerande och inspirerande. Människor bör få möjlighet att själva definiera sin hälsa, att formulera sina eventuella problem och få möjlighet att finna lösningar på dessa. Respekten för varje människas integritet och kraft bör sättas i första rummet. Att ta ansvar för och påverka den egna hälsan ska kännas lustfyllt,

engagerande och angeläget. Det bör finnas såväl verktyg för den enskilde som samhällsliga förutsättningar för att stödja en sådan utveckling. Den enskildes ansvarstagande stöds genom en effektiv samverkan mellan offentliga, privata och civilsamhällets aktörer.

Förverkligandet av en sådan politik vilar på fem viktiga byggstenar:

- Start – Barns och ungas uppväxtvillkor
- Stöd – För att underlätta hälsosamma val
- Skydd – Ett effektivt och säkert skydd mot hälsohot
- Samverkan – Det gemensamma ansvaret för en god hälsa
- Stärkt kunskapsstyrning – För ett effektivare folkhälsoarbete

### **Insatser för äldre**

En central målsättning i den nationella folkhälsopolitiken är att ge människor förutsättningar att leva ett gott liv med hög livskvalitet på äldre dagar. För att möta den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning är det angeläget att arbeta med att stärka det friska och förebygga ohälsa och skador bland äldre människor. Genom att påverka de äldres hälsa minskas behovet av och kostnaderna för vård och omsorg samtidigt som den enskilda människan får en förbättrad livskvalitet.

Uppdrag har givits till olika myndigheter. Statens folkhälsoinstitut ska, i samarbete med Socialstyrelsen, dels utarbeta en vägledning till kommuner och lands-ting för att främja ett aktivt och hälsosamt åldrande, se Seniorguiden nedan, dels starta och administrera försöksverksamheter med hälsocoacher och sociala mötesplatser (personer 60 och 75 år). Kriterierna för att ingå i försöksverksamheten är att ha lätt förhöjt blodtryck, lätt förhöjt blodsocker, förhöjt midjeomfång och lättare depression utan medicinering.

Regeringen initierade under 2011 en satsning i syfte att öka och fördjupa kunskapen om hur kultur långsiktigt kan bidra till att stärka äldres hälsa.

En plan ska tas fram för det fortsatta arbetet avseende riskabel och skadlig alkoholkonsumtion bland äldre.

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram vägledning för att utveckla det psykiatiska stödet till äldre personer med psykisk ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har också lanserat en nationell webbaserad kunskapsportal på psykiatri- och äldreområdet (<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-1-2>).

### **Våld mot äldre**

Äldre kvinnor och män som utsätts för våld och övergrepp är en mycket utsatt grupp. Riksdagen har uppmanat regeringen att under 2013 komma med en samlad redovisning om vilken strategi man valt för att motverka våld mot äldre (Socialutskottets betänkande 2012/13:SoU12 Äldrefrågor).

Socialstyrelsen har inom ett regeringsuppdrag till uppgift att ta fram ett kompetensstöd för våld mot äldre, en preliminärversion beräknas vara klar under hösten 2013.

## Seniorguiden på webben

Seniorguiden, en nationell vägledning för ett hälsosamt åldrande, som finns på Statens folkhälsoinstituts webbplats öppnades i april 2013. Det är en webbaserad vägledning som ska ge inspiration och kunskap om hur personal i kommuner och landsting i samverkan med ideell sektor kan skapa förutsättningar för en god hälsa för personer över 60 år (<http://www.fhi.se/Aktuellt/Nyheter/Seniorguiden-nu-pa-webben/>).

## Hjälpmedelsinstitutets regeringsuppdrag

### **Bo bra på äldre dar, år 2010–2012**

Utgångspunkten för regeringsuppdraget var att 25 procent av befolkningen beräknas vara över 65 år om 20–30 år. En åldrande befolkning i kombination med brister i det befintliga bostadsbeståndet gör att kommunerna på ett effektivt sätt måste planera för att möta kommande behov. Inom ramen för programmet skulle kommuner stödjas till nya idéer om funktionella bostäder och boendemiljöer för äldre. Kommuner med flera kunde söka stöd till förstudier, projekt och arkitekttävlingar. Under arbetets gång har ett sjuttioal projekt om äldres bostäder och boendemiljöer satts runt om i landet.

#### *Flyttmönster – äldres flyttningar och motiv till att flytta eller bo kvar*

Inom Bo bra på äldre dar, fanns också ett uppdrag med syftet att öka kunskapen om hur äldres flyttmönster ser ut och förändras, analysera skälen till att människor flyttar respektive bor kvar och att ange möjligheter och hinder för att äldre ska få en bostad i samklang med sina önskemål och behov. Rapporten visar att äldre människor i hög utsträckning bor kvar och även vill bo kvar i sin gamla bostad så länge man kan. Närmare hälften av pensionärerna bor i eget småhus. När hälsan och krafterna börjar svikta, ofta i 80-årsåldern och däröver, blir emellertid flyttning till en bostad i flerbostadshus med hyresrätt eller bostadsrätt allt vanligare. Rapporten visar också på ett ökande intresse för olika former av senior- och trygghetsboende, även bland något yngre pensionärer. Hur flyttmönstret kommer att utvecklas framöver beror i hög grad på hur marknaden kommer att möta de äldres behov och önskemål beträffande bostäder, service och boendeformer. Rapporten finns tillgänglig bl.a. på Hjälpmedelsinstitutets webbplats ([www.fhi.se](http://www.fhi.se)).

#### *Lärdomar för det fortsatta arbetet*

Lärdomar som Hjälpmedelsinstitutet och regeringsuppdraget vill skicka med för framtida förvaltning av andra aktörer har de samlat i sju punkter:

1. *Bristande samverkan* och samarbete inom och mellan kommuner är ett betydande problem. Bostäder för äldre bör vara en kommunledningsfråga.
2. *Erfarenhetsbyte*, nätverksarbete och att visa på goda exempel är vägar att gå.
3. *Mer forskning* och utveckling behövs vad gäller bostäder och boendemiljö.
4. *Bristande tillgänglighet* i stora delar av bostadsbeståndet är ett stort problem. Samhället kan skapa incitament och bygg och fastighetsbolag kan bidra genom att tänka långsiktigt.
5. *Öppna för delaktighet*. De som ska bo i bostäderna (dagens och framtidens äldre) bör delta i arbetet.

6. *Stöd lokala initiativ.* Det finns en initiativ kraft hos många äldre som samhället bör ta vara på.
7. *Det civila samhällets roll* skulle kunna utvecklas och ha en mer avgörande roll när det gäller bostäder för äldre personer.

## **Teknik för äldre**

Hjälpmiddelsinstitutet har också haft ett flerårigt uppdrag, sammanlagt 2007 tom 2012 att utföra ett utvecklingsprogram Teknik för äldre. Närmare 90 projekt har genomförts och utgör goda exempel på hur kommunerna kan ta hjälp av välfärdsteknologi. Erfarenheter om hur ny teknologi och nya tjänster kan ge ett bättre vardagsliv och tryggare boende för äldre har samlats ihop genom projekten och ett antal nyttokostnadsstudier över olika insatser och hjälpmedel har också genomförts. Försökskommuner har fått bidrag till att utvärdera teknikstöd, t ex robotar och påminnelsestöd, hos personer över 80 år. Samverkan och metoder för att skapa bättre tillgänglighet i bostäder har utvecklats. Erfarenheter och kunskap från försöksverksamheten ska förhoppningsvis komma till användning i andra kommuner. Välfärdsteknologin är en betydande del i att hantera den ökande gruppen äldre och många kommuner tar nu hjälp av välfärdsteknologi för att utveckla äldreomsorgen. Samtidigt ökar intresset hos äldre och anhöriga för teknikstöd som gör vardagen enklare och ökar tillgängligheten ([www.teknikforaldre.se/](http://www.teknikforaldre.se/)).

## **LEV-projektet, empati och high tech**

Dagens sjukvård och omsorg behöver mer empati och mer high tech. Det är en av slutsatserna i den andra delrapporten från LEV-projektet som studerar den långsiktiga efterfrågan på välfärdstjänster. Rapporten är skriven av Anders Ekholm, analyschef på Socialdepartementet och Drasko Markovic.

Rapporten ska ses som ett tankeexperiment som beskriver ett tänkbart framtidsscenario om hur vård och omsorg kan se ut år 2050. Rapporten är inte Science fiction och de flesta exempel som nämns finns redan någonstans i världen. Den innehåller iakttagelser av vård och omsorg som kan inspirera till nytänkande och som förhoppningsvis kan leda till att fler börjar experimentera med alternativa sätt att utföra hälso- och omsorgstjänster.

För att klara hälso- och äldrevård år 2050 så måste vården gå från sjukvård till "riskvård" med fokus på att minska risken för att sjukdomar uppstår. Ny teknik kommer att vara katalysatorn som gör nytänkande inom sjuk- och äldrevård möjligt. Mildare åkommor kommer patienterna att kunna sköta själva i hemmet eller på telefon, medan screening och automatiserad diagnosticering på vårdcentraler och sjukhus kommer leda till att allvarigare åkommor upptäcks i tid.

Inom äldreomsorgen kan ny teknologi ta över många av de tunga arbetsuppgifterna. Människors behov av integritet och viljan att klara sig själva är det som varit drivkraften kring den explosion av välfärdrobotik som finns år 2050. Det mesta av städning, matlagning och personlig hygien sköts av robothjälpmiddel. De gamla farhågorna om kostnadsexplosion till följd av den demografiska utvecklingen har snarare vänts till en kostnadsminskning som gör det möjligt att prioritera empatin. Resurser kan istället användas till att ordna verksamhet och

en värdig vardag. Nu är empatin manuell och det andra arbetet är industrialiserat.

Ett förändrat boendemönster beskrivs för år 2050 och nu bor generationerna i större utsträckning i samma stad igen till följd av den fortsatta industrialiseringen, vilket underlättar socialt umgänge. De nya hjälpmedlen hjälper till att klara ett normalt stadsliv med exempelvis trappor. Särskilt anpassade lägenheter är inte längre nödvändiga, framförallt för att hjälpmedlen inte behöver anpassas till omgivningen på samma sätt. Människor i alla åldrar har höga krav på boende med inbyggda hushållstjänster, vilket också gjort att utvecklingen av hjälpmedel har snabbats på.

Läs hela rapporten som finns på regeringens webbplats

([http://www.regeringen.se/download/08a34c17.pdf?major=1&minor=204043&cn=attachmentPublDuplicator\\_o\\_attachment](http://www.regeringen.se/download/08a34c17.pdf?major=1&minor=204043&cn=attachmentPublDuplicator_o_attachment)).



# Insatser och verksamhetsutveckling...

Det finns en mängd olika insatser för bättre hälsa och livsvillkor bland äldre. Det gäller dels hälsofrämjande åtgärder som samhällsplanering, men också utvecklingsarbete för bättre hälsa inom vård och omsorg till sjuka äldre. Nedan redovisas några exempel.

## Hälsofrämjande insatser

### **Delaktighet och inflytande i samhällsplaneringen i Kristianstad**

I Kristianstads kommun har bedrivits utvecklingsarbete där äldre och personer med funktionsnedsättningar varit djupt delaktiga i samhällsplanering och genomförande. "Kom så går vi"-projektet syftar till en säkrare, tillgängligare och tryggare utemiljö för äldre i ett bostadsområde. Genomförandet av handlingsplanen för handikappositionen Ett samhälle för alla syftar till att öka tillgängligheten för personer med funktionsnedsättningar i lokaler och utemiljö, i kommunal information, webb och i bemötande. Genom att ta vara på äldres och funktionsnedsattas erfarenheter skapas förutsättningar för dessa grupper att fortsätta att vara delaktiga medborgare.

Forskare från Lunds Tekniska Högskola/Lunds Universitet samarbetade med bland annat Vägverket, kommunen inklusive politiker, fastighetsägare, Skånetrafiken och de äldre. Ett samhälle för alla genomfördes i samverkan mellan alla kommunala verksamheter och handikapporganisationerna.

I bostadsområdet har bland annat bänkar utplacerats på många platser, övergångsställen och trottoarer har förbättrats och mer yta till gångbanor på bekostnad av bilens körbanor har genomförts. Att det är vardagsnära åtgärder som är angelägna för de äldre förändrade attityderna hos samhällsplanerarna. Den sociala gemenskapen bland äldre i bostadsområdet utvecklades i nya former efter projektet.

### **Gör bra för äldre**

Äldre göteborgare ska kunna bo kvar längre i sina hem när Göteborgs stad och flera bostadsbolag nu investerar i ökad gemenskap, bättre tillgänglighet och ny

teknik för att skapa goda boendemiljöer. Staden är en nationell försöksverksamhet för att förbättra boendet för äldre och anhöriga. Projektet får inspiration och pengar av Hjälpmedelsinstitutet.

Det består av fyra delprojekt: Inventera och matcha boende, Enkla förbättringar i allmänna utrymmen och utemiljöer, Bygg om/renovera badrum, Vardagsteknik för äldre och anhöriga. Hjälp tas av äldre hyresgäster och anhöriga för rätt åtgärder (<http://gorbraforaldre.se/>).

### **Haninge vann tävlingen Seniorvänlig kommun 2012**

Haninge kommun har utsetts till Sveriges seniorvänligaste kommun 2012 av Sveriges Pensionärsförbund. Fem kommuner var nominerade: Falun, Göteborg, Haninge, Kristianstad och Mönsterås.

Haninge kommun utsågs med följande motivering: ”Kommunen strävar efter att ligga steget före befintliga krav utifrån lagar, förordningar och regler genom att utveckla nya koncept i samråd med äldre och deras organisationer. Arbetet mot olämplig medicinering och för förbättrad nutrition är aktivt och nyfikat. Haninge kommun försöker både underlätta konstruktiv nedtrappning i arbetslivet före 65/67 och fortsatt arbete för dem som så önskar efter pensionering. Kommunen uppvisar överhuvudtaget ett engagemang för det friska: för att den äldre människan skall känna sig inkluderad, kunna fortsätta som coach/mentor eller i eget nyföretagande, kunna aktivt utforma och delta i äldreverksamheter och sammantaget ha goda möjligheter att i glädje vara upptagen av sina livsuppgifter” ([http://www.spfpension.se/spf/uploads/Rot/om\\_spf/press/2013/Pressmeddelande%20Seniorv%C3%A4nlig%20kommun%2026%20feb.pdf](http://www.spfpension.se/spf/uploads/Rot/om_spf/press/2013/Pressmeddelande%20Seniorv%C3%A4nlig%20kommun%2026%20feb.pdf)).

### **Äldreplan 2011–2018 Haninge kommun**

Haninge kommuns äldreplan tar upp en mängd olika områden som Delaktighet och inflytande, Jämställdhet och mångfald, Förebyggande och hälsofrämjande arbete, Närvård i samverkan, Tillgängligt boende, IT, Teknik och miljö ([http://www.haninge.se/upload/44/Äldreplan\\_w.pdf](http://www.haninge.se/upload/44/Äldreplan_w.pdf)).

### **Transfer Mälardalen och Örebro kommun**

I Örebro kommun har internet-caféer erbjudits på sju Träffpunkter för äldre, varav en på dagrehab och en på dagvård. Fjorton nysvenska ungdomar som varit i Sverige två till fem år har varit It-guider. Detta är ett samarbete med den ideella föreningen Transfer Mälardalen och Örebro Kommun. Det är ett integrationsprojekt som syftar till att förbättra ungdomars språkkunskaper och ge dem ingångar i arbetslivet samtidigt som det ökar den digitala delaktigheten hos seniorer (<http://www.youtube.com/watch?v=gd9qcOCvjuw!>).

### **EI WISH**

”Äldre invandrares välbefinnande och integration i sitt andra hem – Att åldras med värdighet” (Elder Immigrant Well-being and Integration in a Second Home – Growing Old with Dignity), ett projekt inom Europeiska Integrationsfonden juni 2010–juni 2012.

Syftet är att skapa förutsättningar för att ”äldre invandrare” (nyanlända tredjelandsmedborgare som också är anhöriginvandrare) skall kunna åldras med välbefinnande och värdighet i sitt nya hem, Sverige.

EI WISH-programmet prioriterar tre områden, som är kopplade till hälsa, kommunikation och samarbetsmetoder inom EIF-programmet, för att kunna öka möjligheterna att integrera de äldre nyanlända tredjelandsmedborgare i det svenska samhället.

EI WISH är ett aktionsbaserat projekt för att skapa social innovation och en inre och yttre integration i tre dimensioner; individuell – i gruppen/föreningarna – och en tredje dimension för en integration i samhället.

Projektägare är Chalmers Industriteknik. Projektpartners är Göteborgs stad samt flera etniska och kulturella föreningar. Chalmers, Göteborgs stad och Västra Götalandsregionens avdelning för folkhälsofrågor är medfinansierare. Se Chalmers webbplats (<http://www.cit.chalmers.se/en/node/229>) samt filmen på YouTube (<http://www.youtube.com/watch?v=9Th2z2eSuwY>).

### **EI WISH – Att åldras med värdighet i Västra Götaland!**

Projektet drivs av Kommittén för folkhälsofrågor och Kommittén för rättighetsfrågor i Västra Götalandsregionen, ABF samt Stiftelsen IMIT under februari 2013–juni 2015 och är en utvidgning av projektet ovan.

### **”Som vi skrattat i Grubbnäsudden”**

I en bok av Ann-Katrin Tideström skildras hur det är att vara kvinna, bli äldre och leva i glesbygd. I Grubbnäsudden, Kalix kommun, har en grupp äldre kvinnor samlats i den så kallade Dagträffen sedan början av 1990-talet för att gemensamt bedriva studier och diskutera viktiga frågor. Boken ”Som vi skrattat i Grubbnäsudden” har tagits fram utifrån minnesanteckningar och bilder från 1944. Kommunförbundet Norrbotten och Norrbottens läns landsting står bakom boken.

### **Kultur för äldre**

Kulturrådet har samlat exempel om kultur för äldre i ”Kultur för äldre – En inspirationsskrift”. Kulturrådets skriftserie 2012:5 ([http://www.kulturradet.se/Documents/publikationer/2012/kultur\\_aldre\\_low.pdf](http://www.kulturradet.se/Documents/publikationer/2012/kultur_aldre_low.pdf)).

### **Våldet går inte i pension!**

Våld mot äldre är ett ämne som det sällan pratas om. Det finns en bild av äldre som snälla och svaga som gör det svårt föreställa sig att någon kan slå en äldre person – eller att äldre själva slår. Men i själva verket är det inte särskilt ovanligt att äldre utsätts för våld. I sitt eget hem kan äldre utsättas för våld av en partner, ett barn eller barnbarn, och på ett äldreboende kan en granne eller personal vara förövare.

Nätverket som driver kampanjen ”Våldet går inte i pension!” samordnas av Sveriges Pensionärsförbund (SPF) och Brottsofferjourernas Riksförbund med representanter från Socialstyrelsen, Länsstyrelsen i Stockholm, Kommunal, Väns-terpartiet, Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (Roks),

Pensionärernas Riksorganisation (PRO) och Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF). Nätverkets förhoppning är att en lokal samverkan kommer till stånd i varje kommun för att rikta fokus på äldres utsatthet för våld och övergrepp (<http://www.spf.se/subPage1.asp?nodeid=112733>).

### **Äldretelefonen**

Äldretelefonen 020-22 22 33, drivs av Föreningen Psykisk Hälsa och vänder sig i första hand till äldre som mår psykiskt dåligt. Den bemannas av volontärer som har fått specialutbildning i att bemöta äldre med psykiska problem. Även anhöriga är välkomna att ringa (<http://www.psykiskhalsa.se/aldretelefonen/>).

### **Även äldre har ont i själen**

I satsningen Bättre liv för äldre, se nedan, har Sveriges Kommuner och Landsting ett uppdrag att utveckla stödet till äldre med psykisk ohälsa. Under 2013 ska ett utbildningsprogram tas fram som ska öka möjligheten att upptäcka livsleda och suicidrisk hos äldre.

Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention av Psykisk ohälsa har fått i uppdrag anpassa utbildningen Första hjälpen till psykisk hälsa så att den fungerar för personal som möter äldre i sitt arbete ([http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/socialomsorgochstod/aldre/aven-aldre-har-ont-i-sjalen](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/aven-aldre-har-ont-i-sjalen)).

### **Förändringsarbete inom vård och omsorg till sjuka äldre**

Med stöd av statliga stimulansmedel pågår ett förändringsarbete inom vård och omsorg till sjuka äldre i hela landet. Sveriges Kommuner och Landsting har sedan 2010 arbetat med den prioriterade frågan *Bättre liv för sjuka äldre* ([www.skl.se/battreliv](http://www.skl.se/battreliv)). Några viktiga utvecklingslinjer är:

#### **Strukturerade och evidensbaserade arbetssätt leder till förbättrad hälsa**

Med stöd av kvalitetsregister har alla kommuner och landsting tagit ett stort steg mot att arbeta systematiskt, strukturerat och evidensbaserat. Systematiska riskbedömningar där konstaterad risk följs av förebyggande åtgärder och en uppföljning minskar förekomsten av fall och fallskador, trycksår och undernäring. Systematiska symtomskattningar vid demenssjukdom som följs av omvårdnadsåtgärder ökar välbefinnandet bland de äldre. Läkemedelsgenomgångar, läkemedelsberättelser och vårdplaneringar är andra exempel på framgångsrika systematiska arbetssätt som sprids snabbt i hela landet ([www.senioralert.se](http://www.senioralert.se) och [www.bpsd.se](http://www.bpsd.se)).

#### **Aktiv rehabilitering och förebyggande arbete leder till förbättrad funktionsförmåga**

Satsning på trygg hemgång från sjukhus och aktiv rehabilitering efter sjukdom förbättrar återhämtningen och leder till bestående förbättring av livskvalitet och hälsa och leder till ett minskat omsorgsbehov. Modeller utvecklas och sprids. Några exempel: Trygg hemgång i Ronneby ([http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/socialomsorgochstod/aldre/battreliv/berattelser-fran-vardens-vardag/ronnebys-aldre-trygga-hemma](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/battreliv/berattelser-fran-vardens-vardag/ronnebys-aldre-trygga-hemma)) och från Rengsjö

(<http://www.aleris.se/Sjukvard/Aleris-vardenheter/Aleris-Vardcentral/Bollnas/Vara-mottagningar/Rengsjomottagningen/>).

### **God omvårdnad ersätter olämpliga läkemedel**

Andelen äldre som ordineras och hämtar ut läkemedel som är olämpliga för äldre minskar nu efter många år av ökning. Det handlar om sömnläkemedel, läkemedel mot ångest och oro samt neuroleptika vid demenssjukdom. Denna utveckling leder till minskade fall och fallskador samt bättre ork och livskvalitet. Ett exempel från Skara

([http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/socialomsorgochstod/aldre/battreliv/berattelser-fran-vardens-vardag/demensboendet-utan-somnmedel](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/battreliv/berattelser-fran-vardens-vardag/demensboendet-utan-somnmedel)).

### **Vård på sjukhus ersätts av vård i öppna vårdformer och hemsjukvård**

Sjukhus utgör en riskmiljö för äldre. En stor del av den sjukhusvård som äldre erhåller idag är inte särskilt värdeskapande. Var femte sjuk äldre som vårdas på sjukhus har varit inskriven en gång tidigare samma månad. Genom att bygga upp nya rutiner och ett teamomhändertagande i primärvård och hemsjukvård är det möjligt att minska antalet vårdtillfällen och vårddagar på sjukhus för sjuka äldre. En god vård i livets slutskede minskar risken för korta vårdepisoder på sjukhus under den sista tiden i livet. Exempel från Lidköping

(<http://www.narsjukvarden.se/om-narvard/>) och Multi7 i Umeå (<http://www.umea.se/umeakommun/kommunochpolitik/planerochstyrdokument/utvecklingochplanering/projekt/pagaendeprojekt/omsorgochhjalp/projektmulti7.4.4166f9b6137178df873coc8.html>).

# WHO och EU

Den demografiska utvecklingen är en utmaning för stora delar av världen. År 2025 kommer över 20 procent av EU:s befolkning att vara äldre än 65 år. Antalet personer över 80 år ökar särskilt snabbt. Antalet européer som fyllt 65 år kommer att nästan fördubblas de kommande 50 åren; från 87 miljoner år 2010 till 148 miljoner år 2060 (EU:s webbplats).

EU har inga särskilda rättigheter när det gäller äldre. Men den allt äldre befolkningen är en av de största sociala och ekonomiska utmaningarna för våra samhällen. EU liksom Världshälsoorganisationen WHO tar olika initiativ för ett möta denna utmaning. Nedan ges olika exempel.

## WHO

### **Health 2020**

WHO lanserade sin nya hälsostrategi Health 2020 för Europaregionen hösten 2012. Arbetet för att motverka ojämlikhet i hälsa utgör en av hörnstenarna (se <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020>).

### **Strategi och handlingsplan för hälsosamt åldrande WHO 2012–2020**

WHO:s Europakontor lanserade också hösten 2012 den första samlande europeiska strategin och handlingsplanen för hälsosamt åldrande 2012–2020. Den innehåller fyra strategiska handlingsområden och fem prioriterade interventioner tillsammans med tre stödjande interventioner (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/eurrc6210-rev.1-strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe,-20122020>).

Strategiska handlingsområden: Hälsosamt åldrande i ett livscykelperspektiv, Stödjande miljöer, Hälso- och sjukvårds- samt omsorgssystem som passar äldre, Stärkt evidensbas och forskning.

Prioriterade interventioner: Främja fysisk aktivitet, Fallskadeprevention, Vaccinationer av äldre människor och förebyggande av sjukhusinfektioner, Stöd till informell vård med fokus på vård i hemmet, Geriatrisk och gerontologisk kompetens bland anställda i vård och omsorg.

Stödjande interventioner: Förebygg social isolering och utanförskap, Förhindra dålig behandling, Kvalitet i handlingsplaner inom vården inklusive demensvård och vård i livets slutskede.

## **The European health report 2012**

WHO:s Europakontor har lanserat en ny hälsorapport (<http://www.euro.who.int/en/home>). Rapporten omfattar Europas 53 länder med tillsammans nästan 900 miljoner invånare.

*“While the overall level of health across the WHO European Region has clearly improved, European health statistics show inequities within and between countries, according to the European health report 2012. The report is WHO/Europe’s flagship publication, issued every three years”.*

WHO planerar en “Global report on health and ageing” år 2014 eller tidigt 2015.

## **Nätverk**

WHO har olika nätverk. I januari 2004 bildades ett nationellt nätverk för Healthy Cities i Sverige (<http://www.healthycities.se/>) i vilket 13 kommuner och en region ingår. Inom nätverket finns också WHO-Healthy Ageing Sub-Network. Vidare finns ett globalt WHO-nätverk ”Age-friendly cities” ([http://www.who.int/ageing/age\\_friendly\\_cities\\_network/en/](http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_network/en/)).

## **EU**

### **EU:s tillväxtstrategi Europa 2020**

I EU:s tillväxtstrategi Europa 2020 konstateras att ”en stor insats kommer att behövas för att bekämpa fattigdom och social utestängning samt minska ojämlikheten i hälsa”.

### **EU:s hälsoprogram**

EU:s hälsoprogram ”Tillsammans för hälsa” avser 2008–2013. Kommissionen presenterade 2011 ett förslag till ett tredje hälsoprogram ”Hälsa för tillväxt” 2014–2020, som nu behandlas av Ministerrådet och Europaparlamentet.

### **Europeiska innovationspartnerskapet för aktivt och hälsosamt åldrande**

Kommissionen har, bland andra initiativ, lanserat ”European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing” som är ett pilotprojekt för att möta den utmaning som den åldrande befolkningen utgör. Målet är att ge EU:s befolkning ytterligare två friska levnadsår till år 2020 och uppnå en trippelvinst för EU: bättre hälsa och livskvalitet för äldre, förbättrad hållbarhet och effektivitet i hälso- och sjukvårdssystemen samt ökade tillväxt- och marknadsmöjligheter för näringslivet. I partnerskapet samlas offentliga och privata berörda parter i syfte att påskynda spridningen av viktiga innovationer genom att parterna åtar sig att vidta åtgärder på utbuds- och efterfrågesidan, sektorsövergripande och i hela innovationssystemet ([http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index\\_en.cfm?section=active-healthy-ageing](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing)).

# Framtidskommissionen

Framtidskommissionen, som består av statsministern och de övriga tre partiledarna i regeringen samt nio personer från olika delar av det svenska samhället, presenterade sin slutrapport "Svenska framtidsutmaningar – slutrapport från regeringens Framtidskommission" Ds 2013:19 våren 2013. Syftet har varit att identifiera de samhällsutmaningar som Sverige står inför på längre sikt, framåt 2020–2050.

Särskilt fokus har riktats mot fyra områden: den demografiska utvecklingen; hållbar tillväxt; integration, jämställdhet, demokrati och deltagande; samt rättvisa och sammanhållning. Fyra delutredningar har genomförts, varav den fjärde är "Framtidens välfärd och den åldrande befolkningen". Samtliga delutredningar och rapporter finns att ladda ner på [www.framtidskommissionen.se](http://www.framtidskommissionen.se). Texten nedan bygger på utdrag ur "Svenska framtidsutmaningar" som behandlar den demografiska utvecklingen.

En av 1900-talets verkligt stora framgångar handlar om att vi lever och är friska allt längre. Att vi lever allt längre för samtidigt med sig nya utmaningar, inte minst när det gäller välfärdssystemens och välfärdsfinansieringens hållbarhet. En del av utmaningen handlar om att andelen som är i det som traditionellt räknas som yrkesverksam ålder sjunker. Det leder till att allt färre ska försörja allt fler.

Den åldrande befolkningen innebär också att kostnaderna för äldreomsorg och hälso- och sjukvård kan förväntas stiga. Många äldre är allt friskare, men några kommer att drabbas av olika åldersrelaterade sjukdomar och antalet multisjuka kan komma att öka. Parallellt med att befolkningen har blivit äldre och att allt färre ska försörja allt fler förutspås urbaniseringen fortsätta. En allt större andel bor i storstäder, förortskommuner och större städer. En allt mindre andel bor i små städer och på glesbygden. Skillnaderna mellan stad och land tenderar att bli större, inte bara när det gäller befolkningsstorlek utan också när det gäller utbildningsnivåer och skattekraft.

Även om urbaniseringen skulle minska i omfattning innebär det ändå större påfrestningar för många mindre kommuner, främst i glesbygden. Det kanske tydligaste uttrycket för det handlar om den prognosticerade försörjningskvoten under de kommande decennierna. Redan idag är försörjningskvoten högre i glesbygdskommuner och mindre städer än i större städer och förortskommuner.



För att försörjningsbördan i framtiden ska kunna ligga kvar på ungefär samma nivå som idag skulle sysselsättningen enligt en bedömning behöva öka med cirka 600 000 personer. Det som i det perspektivet skulle ha störst betydelse vore om arbetslivet kunde förlängas genom att fler äldre arbetar längre.

## Äldres hälsa och livsvillkor – omvärldsbevakning

---

Befolkningen åldras och de äldre blir allt fler. En i sig mycket positiv utveckling men som också innebär nya utmaningar för kommuner och landsting. För att möta de äldres behov behöver vi mer kunskap om äldres hälsa och livsvillkor. Förhoppningsvis ska denna rapport bidra till diskussion i kommuner och landsting om framtida utmaningar och möjligheter när det gäller äldres livsvillkor och hälsa.

Upplysningar om innehållet

Karin Berensson

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2013

ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7164-963-8

Text: Stefan Ackerby, Karin Berensson, Elina Berg, Jenny Carlsson, Emma Everitt, Maj Rom.

Produktion: Elisabet Jonsson

Beställ eller ladda ner på [webbutik.skl.se](http://webbutik.skl.se). ISBN 978-91-7164-963-8