

## Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringen beslutade den 22 december 1998 att tillkalla en parlamentarisk beredning med uppgift att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken.

Utgångspunkterna för beredningens arbete är de förändrade krav som ställs på samhället när både antalet och andelen äldre i befolkningen ökar. Analyser och förslag ska utformas med utgångspunkt från situationen år 2005 och framåt. Beredningens direktiv (dir. 1998:08) återges i bilaga 1.

Genom regeringens beslut bemyndigades chefen för Socialdepartementet att förordna ledamöter, sakkunniga och annat biträde som fordras för uppdraget. Beredningens sammansättning framgår av bilaga 2.

Beredningen, som antagit namnet SENIOR 2005, överlämnade den 9 april 2002 diskussionsbetänkandet *Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring* (SOU 2002:29) till regeringen. Detta diskussionsbetänkande har legat till grund för såväl ett remissförfarande som beredningen själv ansvarat för och en bred diskussion genom en rad utåtriktade aktiviteter.

SENIOR 2005 överlämnar härmed slutbetänkandet *Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning* (SOU 2003:91).

Ledamöterna Margareta Arvidson, Sven Brus, Ulla Bäckström, Åke Eriksson, Cristina Husmark Pehrsson, Roland Larsson, Harald Nordlund och Marietta de Pourbaix-Lundin har avgett reservationer. Särskilda yttranden har lämnats av ledamöterna Sven Brus, Ulla Bäckström, Olof Johansson, Roland Larsson och

Harald Nordlund samt av sakkunniga Stig Alkebratt, Inger Hestvik  
och Irene Lindström.

Uppdraget är nu slutfört.

Stockholm i oktober 2003

*Claes-Bertil Ytterberg*

Margareta Arvidson  
Ulla Bäckström  
Cristina Husmark Pehrsson  
Lennart Klockare  
Harald Nordlund  
Catherine Persson  
Marina Pettersson  
Tullia von Sydow  
Conny Öhman

Sven Brus  
Åke Eriksson  
Olof Johansson  
Roland Larsson  
Eva Olofsson  
Margareta Pettersson  
Marietta de Pourbaix-Lundin  
Siw Wittgren-Ahl

/ Pär Alexandersson  
Helena Axestam  
Per Svante Landelius  
Lena Thornberg

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>13</b>
<b>1 Vårt uppdrag och arbetssätt</b> .....	<b>51</b>
1.1 Uppdrag.....	51
1.2 Arbetssätt .....	52
1.2.1 Tidsperspektivet .....	52
1.2.2 Diskussionsbetänkandet <i>Riv ålderstrappan!</i> <i>Livslopp i förändring (2002:29)</i> .....	53
1.2.3 Arbetet med vård och omsorg .....	54
1.3 Slutbetänkandets volymer .....	55
1.4 Att forma framtiden .....	55
1.4.1 Backcasting.....	56
1.4.2 Scenarier .....	57
1.4.3 Underlag.....	58
<b>2 Åldrande, individ och samhälle – utmaningar inför framtiden</b> .....	<b>61</b>
2.1 En del av livet .....	61
2.1.1 Olikhet oavsett ålder .....	61
2.1.2 Vad är åldrande?.....	62
2.1.3 Medvetna och omedvetna attityder .....	65
2.1.4 Åldrande och livslopp.....	69
2.2 En åldrande befolkning.....	73
2.2.1 Sveriges väg in i ”åldrandefasen”.....	73
2.2.2 Samhällsekonomi .....	84
2.2.3 Resurser hos morgondagens äldre .....	94

2.2.4	Vård- och omsorgsbehov hos en åldrande befolkning.....	110
2.3	Att åldras.....	118
2.3.1	Kropp och psyke .....	118
2.3.2	Anpassning till åldrandet .....	134
2.3.3	Kultur och samhälle .....	139
2.3.4	Åldrande, genus och etnicitet.....	146
<b>3</b>	<b>En ny dagordning för äldrepolitiken .....</b>	<b>155</b>
3.1	Äldrepolitikens roll inför framtiden .....	155
3.1.1	Hur väl förberett är Sverige att möta följderna av de demografiska förändringarna? .....	155
3.1.2	Vad krävs för hållbarhet i de politiska besluten framöver?.....	156
3.1.3	Vilka är erfarenheterna av arbetet med den nationella handlingsplanen för äldrepolitik? .....	158
3.1.4	Vad kan äldrepolitiken bidra med inför framtiden?.....	159
3.2	Vilket samhälle ska äldrepolitiken forma? .....	162
3.2.1	Varför en framtidsbild?.....	162
3.2.2	Vår framtidsbild .....	163
3.3	Människans värde och väl – våra etiska utgångspunkter.....	166
3.3.1	Vår etiska grundsyn .....	166
3.3.2	Etik och prioriteringar .....	169
3.3.3	Etik i andra officiella texter .....	170
3.4	Mål och inriktningar.....	172
3.4.1	Nationella mål .....	172
3.4.2	Prioriterade inriktningar.....	178
3.5	Genomförande, uppföljning och utvärdering.....	181
3.5.1	Strategi .....	182
3.5.2	Ansvarsfördelning.....	183
3.5.3	Nationella åtgärder inom andra politikområden.....	185
3.5.4	Internationellt erfarenhets- och kunskapsutbyte .....	187
3.6	Konsekvenser av våra förslag.....	189

<b>4</b>	<b>Riv ålderstrappan och forma flexibla livsloppsmönster .....</b>	<b>191</b>
4.1	Varför behöver ålderstrappan rivas? .....	191
4.1.1	Traditionella livsfaser bryts upp .....	191
4.1.2	En nyckelfråga i äldrepolitiken .....	194
4.1.3	Hur kan livsloppsmönster förnyas? .....	196
4.2	Öka människors vilja och möjligheter att förvärvsarbeta fram till pensioneringen och därefter .....	200
4.2.1	Utgångsläge.....	201
4.2.2	Framtida utveckling.....	204
4.2.3	Förslag till åtgärder (nr. 11–20).....	231
4.3	Öka och ta till vara äldre människors engagemang i politiska beslutsprocesser, kulturliv och social ekonomi ....	236
4.3.1	Utgångsläge.....	237
4.3.2	Framtida utveckling.....	247
4.3.3	Förslag till åtgärder (nr 21–27).....	256
4.4	Öka möjligheterna för människor med utsatta livslopp att vara aktiva och delaktiga i samhället under åldrandet ....	260
4.4.1	Utgångsläge.....	261
4.4.2	Framtida utveckling.....	264
4.4.3	Förslag till åtgärder (nr 28–35).....	267
<b>5</b>	<b>Bryt åldersbarriärer.....</b>	<b>271</b>
5.1	Varför behöver åldersbarriärer brytas? .....	271
5.1.1	Mänskliga rättigheter.....	271
5.1.2	Internationella överenskommelser och dokument... ..	272
5.1.3	Finns det åldersbarriärer i Sverige?.....	274
5.1.4	Hur kan åldersbarriärer brytas? .....	275
5.2	Synliggör och bekämpa negativ särbehandling på grund av hög ålder.....	277
5.2.1	Utgångsläge.....	278
5.2.2	Framtida utveckling.....	284
5.2.3	Förslag till åtgärder (nr. 36–42).....	292
5.3	Stärk utvecklingen av ny teknik för äldre människor.....	294
5.3.1	Utgångsläge.....	294

5.3.2	Framtida utveckling .....	299
5.3.3	Förslag till åtgärder (nr. 43–47) .....	304
<b>6</b>	<b>Planera för aktivt åldrande .....</b>	<b>307</b>
6.1	Varför planera för aktivt åldrande? .....	307
6.1.1	WHO om aktivt åldrande .....	307
6.1.2	Ett ansvar för individ och samhälle .....	309
6.1.3	Förebyggande hälsoarbete .....	313
6.1.4	Tillgänglighet och användbarhet .....	314
6.2	Öka människors möjligheter att ta ansvar för sin hälsa under åldrandet .....	317
6.2.1	Utgångsläge .....	318
6.2.2	Framtida utveckling .....	326
6.2.3	Förslag till åtgärder (nr 48–53) .....	332
6.3	Öka människors möjligheter att ta ansvar för boende och livsmiljö under åldrandet .....	335
6.3.1	Utgångsläge .....	336
6.3.2	Framtida utveckling .....	349
6.3.3	Förslag till åtgärder (nr 54–63) .....	364
6.4	Förbättra kunskaperna om vad tillgång till service i hemmet betyder för självständighet och hälsa .....	368
6.4.1	Utgångsläge .....	368
6.4.2	Framtida utveckling .....	385
6.4.3	Förslag till åtgärder (nr 64–67) .....	395
6.5	Möjliggör ett aktivt åldrande för människor som behöver vård och omsorg .....	398
6.5.1	Utgångsläge .....	398
6.5.2	Framtida utveckling .....	403
6.5.3	Förslag till åtgärder (nr 68–72) .....	406
<b>7</b>	<b>Stärk sammanhållning och ansvarstagande över generationsgränser .....</b>	<b>409</b>
7.1	Varför behöver sammanhållning och ansvarstagande över generationsgränser stärkas? .....	409
7.1.1	Hållbar utveckling .....	409
7.1.2	En tyst revolution? .....	410

7.1.3	På väg mot generationskrig? .....	412
7.1.4	”Generationskontraktet” .....	413
7.2	Beakta effekter på förhållandet mellan åldersgrupper vid politiska beslut och i samhällsplanering .....	415
7.2.1	Utgångsläge .....	415
7.2.2	Framtida utveckling .....	428
7.2.3	Förslag till åtgärder (nr. 73–75) .....	429
7.3	Öka möjligheterna till möten mellan människor över generationsgränser .....	430
7.3.1	Utgångsläge .....	431
7.3.2	Framtida utveckling .....	435
7.3.3	Förslag till åtgärder (nr. 76–80) .....	440
<b>8</b>	<b>Tydliggör och säkerställ det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre människor .....</b>	<b>443</b>
8.1	Fyra vägar till framtidens vård och omsorg .....	443
8.1.1	Inledning .....	443
8.1.2	Fyra scenarier inom vård och omsorg om äldre .....	450
8.1.3	Analys av scenarierna i förhållande till några viktiga områden .....	453
8.1.4	Vad skulle de fyra vägarna betyda för olika äldre människor? .....	460
8.1.5	Sammanfattning av för- och nackdelar med scenarierna .....	470
8.2	Bredda och fördjupa de politiska processer som formar det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre människor .....	472
8.2.1	Utgångsläge .....	473
8.2.2	Framtida utveckling .....	484
8.2.3	Förslag till åtgärder (nr 81–84) .....	486
8.3	Följ upp prioriteringar och utveckla prioriteringsunderlag inom vård och omsorg om äldre .....	488
8.3.1	Utgångsläge .....	488
8.3.2	Framtida utveckling .....	498
8.3.3	Förslag till åtgärder (nr. 85–89) .....	501

8.4	Formulera en kvarboendeprincip .....	504
8.4.1	Utgångsläge .....	504
8.4.2	Framtida utveckling .....	510
8.4.3	Förslag till åtgärder (nr. 90–94) .....	512
8.5	Förtydliga stödet till anhöriga/närstående till äldre människor som behöver vård och omsorg.....	513
8.5.1	Utgångsläge .....	514
8.5.2	Framtida utveckling .....	521
8.5.3	Förslag till åtgärder (nr. 95–100) .....	522

**Reservationer och särskilda yttranden..... 525**

**Förkortningar och ordförklaringar ..... 555**

**Litteratur..... 561**

**Bilagor**

*Bilaga 1* Kommittédirektiv .....

*Bilaga 2* Sammansättning av SENIOR 2005 .....

**Bilagedelar till slutbetänkandet**

I anslutning till detta diskussionsbetänkande publiceras fyra bilagedelar med underlagsrapporter som sammanställts inom beredningens sekretariat eller som skrivits av experter på uppdrag av beredningen:

**Bilagedel A. Etik**

*Etik för politik. Med äldrepolitik som exempel* av teol.dr. Erik Blennberger, forskare vid Ersta Sköndal högskola



**Bilagedel B. Arbetsliv och samhälle**

*Olika sätt att belysa omfattningen av de äldres deltagande i arbetslivet*  
av Ingemar Svensson, Riksförsäkringsverket

*Seniorpolitiska initiativ i Danmark, Finland och Norge*

*Möjliga metoder för skattestimulanser för äldres fortsatta förvärvs-  
arbete* av professor Sven-Olof Lodin

*Deltidspension – ett sätt att höja antalet arbetade timmar i ekonomin?*  
av professor Eskil Wadensjö, Stockholms universitet

*Kollektivaavtalade tjänstepensioner som incitament för högre arbets-  
kraftsdeltagande*

*Teknik för hela livet – äldres behov, teknikens och marknadens ut-  
veckling* av Britt Östlund i samarbete med Agneta Stark, Jan-  
Erik Hagberg, Peter Lorentzon och Torbjörn Hedqvist

*Äldre i samhället* av Sören Holmberg, Åsa Nilsson och Lennart  
Weibull, SOM-institutet, Göteborgs universitet

*Sammanställning av remissvar på diskussionsbetänkandet Riv ålders-  
trappan! (SOU 2002:29) och översikt över utåtriktat arbete inom  
de områden som behandlades i diskussionsbetänkandet*

**Bilagedel C. Vård och omsorg**

*Arbetet med vård och omsorg inom SENIOR 2005*

*Hearingar om framtidens vård och omsorg om äldre i januari och feb-  
ruari 2003. Faktaunderlag och redovisning av synpunkter*

*Komplettering av faktaunderlaget inför hearingarna: Individbaserad  
statistik istället för mängdbaserad inom vård och omsorg om äldre,  
Kvarboende, Vård och omsorg om äldre invandrare samt Vård och  
omsorg om äldre tillhörande nationella minoriteter*

*Vägar till framtidens vård och omsorg om äldre människor – fyra  
scenarier*

*Sociala insatser för äldre människor enligt lagstiftningen – från fattig-  
vård till socialtjänst* av f.d. chefsjurist Gunnar Fahlberg

*Komplexa problem och vårdbehov hos äldre* av överläkare och med.dr. Gunnar Akner, ordförande i Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi

*Framtidens anhörigomsorg*, sammanfattning av ett underlag från Socialstyrelsen

#### **Bilagedel D. Service i hemmet**

*Service i hemmet för äldre människor – kunskapsläge, utvecklingsarbete och juridiska förutsättningar*

*Kommer äldres inkomster att räcka för att köpa service i hemmet?*

*Statliga utredningar och Svenska Kommunförbundets Äldreberedning om servicetjänster i hemmet till äldre och eventuella subventioner*

*Mervärdesskatt på social omsorg och servicetjänster i hemmet* av Eva Posjnov, ämnesråd vid Finansdepartementets enhet för mervärdesskatt

*Konsekvenser och effekter av ökad tillgång till service i hemmet* av docent Mårten Lagergren, Stockholms universitet och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

*Studie av förutsättningar för upphandling och konkurrens avseende service i hemmet för äldre* av AffärsConcept AB

# Sammanfattning

## Utgångspunkter

Den parlamentariska äldreberedningen (S 98:08), som antagit namnet SENIOR 2005, har i uppdrag av regeringen att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken. Enligt direktiven (dir 1998:109, se bilaga 1) är utgångspunkterna för vårt arbete de förändrade krav som ställs på samhället när både antalet och andelen äldre i befolkningen ökar. Våra analyser och förslag ska utformas med tanke på äldres situation i samhället från år 2005 och framåt.

Vi tolkar direktiven så att vi ska lämna förslag som avser förhållanden för de personer som år 2005 och tiden därefter själva anser sig eller av andra anses vara "äldre". Inom arbetslivet bedömer vi att ålder i dag är en viktig faktor för många från åtminstone 50 års ålder. Det innebär att analyser och slutsatser i första hand avser personer födda fram till mitten av 1950-talet. Analyserna och slutsatserna avser deras fortsatta situation som äldre under åtminstone 2010- och 2020-talen. Samtidigt lägger vi stor vikt vid att dessa personer är en del av *hela* befolkningen och att frågor om deras situation också gäller hela samhället.

## Människans värde och väl

Äldrepolitiken behöver, som all annan politik, en värdegrund som hävdar människans värde och människans väl. Idén om det *höga, lika och givna människovärdet* uttrycker en grundläggande värdeerfarenhet knuten till den mänskliga existensen. Idén innebär ett slags kärleksförklaring till det mänskliga livet. Människors upplevelser och livsförhållanden har betydelse därför att människan först är obetingat värdefull, oavsett sina erfarenheter. Människovärdet är inte beroende av en persons samhällsnytta och sociala

status, inte heller av personens egen livsuppskattning. Det är också rimligt att tolka människovärdesidéen som en rätt till integritet och som en jämlikhetsinriktad rättviseprincip. Även om vi uppfattar människovärdesprincipen som en nödvändig bas för etiken så ger den oss i många bedömningssituationer endast knapphändiga kriterier för hur man ska handla. Konsekvensetikerna kan då ge viktiga uppslag till bedömningar. Konsekvensetikerna hävdar att den handling är rätt som sammantaget ger bästa möjliga konsekvenser med *hänsyn till alla* som kan bli berörda.

Utifrån idéerna om människans värde och väl kan övergripande etiska argument urskiljas. Det gäller särskilt mänskliga och medborgerliga fri- och rättigheter, humanitet och solidaritet. Vissa andra vanliga etiska argument framstår däremot som mindre relevanta. Det gäller bl.a. idéen om äldres välfärd som en form av "återbetalning" från samhällets sida. Många officiella texter, inte minst från statliga utredningar, innehåller etisk argumentation och etiska positioner. Någon enhetlig linje i texter om t.ex. äldrepolitiska frågor är dock inte alltid lätt att urskilja. Den kombination av människovärdesidé och konsekvensetik som vi argumenterar för står, så vitt vi kan se, inte i strid med bedömningar och slutsatser från andra kommittéer som under det senaste decenniet arbetat med de frågor som vi uppmärksammar.

### **Attityder till åldrande och äldre människor**

Med vår etiska grundsyn är det viktigt att negativa attityder till åldrande och äldre människor blir centrala att granska och förändra. Negativa attityder och stereotyper kan skada människors hälsa, självkänsla och självständighet under åldrandet. Lösningen kan dock inte vara att helt ersätta "negativa bilder" med "positiva bilder", och därmed nya myter om åldrandet och äldre personer. Istället måste vi alla vara öppna för att människor oavsett ålder är olika och att de ska få kunna vara det även i högre åldrar.

Bilden av äldre bestäms till stora delar av samhällets struktur och maktförhållanden. I dag överväger de negativa bilderna i vår del av världen. Det blir vanligare med positiva bilder av äldre som konsumenter av varor och tjänster och som aktiva i olika fritidsverksamheter, men bilder av äldre människor som producenter saknas däremot nästan helt. Historiskt sett är denna dubbelhet inte något nytt. Genom kulturer och epoker har ett genomgående drag i

inställningen till äldre människor och till hög ålder varit just kluvenhet, ambivalens. Hög ålder har representerat både visdom och skröplighet, respekt och förakt, prestige och lidande. Under senare år har begreppet "ålderism" börjat användas av forskare som studerar hur ålder och åldersnormer begränsar äldre människors möjligheter att delta på samma villkor som andra i arbetsliv och samhällsliv. På svenska har "ålderism" definierats som "stereotypa föreställningar eller diskriminering som utgår från en människas ålder". Ålderism är dock ett omdebatterat begrepp.

Ålder har sedan länge också spelat en viktig roll när det gäller att dela in människors liv i olika faser. Under det senaste seklet har livsloppet institutionaliserats och "kronologiserats" i tre separata fack: skolgång, arbete och livet efter pensioneringen. Samtidigt tycks människor lägga större vikt vid annat än kronologiskt bundna fack och roller när de ser på sig själva. I Sverige har enkätundersökningar inte givit något stöd för att äldre människor generellt känner sig illa bemötta eller diskriminerade i det dagliga livet. På arenor där makt utövas, speglas och granskas är deltagandet i Sverige dock starkt åldersuppdelat. 65-årsgränsen har blivit bestämmande för när man normalt lämnar eller avstår från att åta sig politiska förtroendeuppdrag och styrelseuppdrag i näringslivet. I massmedierna är äldre personer underrepresenterade i förhållande till den andel av befolkningen som de utgör. Om de syns i tv, radio och tidningar så är det oftast som "drabbade" av skandalösa förhållanden, främst inom vården, eller för att de kan klara av något trots sin ålder.

Attityder till äldre människor tycks skilja sig från attityder till flera andra grupper i samhället. Till skillnad från negativa attityder gentemot t.ex. etniska och religiösa grupper så odlas och exponeras negativa åldersstereotyper inte av någon särskild grupp i samhället. Tvärtom tycks de finnas hos människor i alla åldrar, även hos äldre människor som under mer än ett halvsekel tagit till sig negativa attityder till åldrande och äldre människor innan de själva ingår i den grupp som dessa attityder avser. Eftersom det till stor del handlar om attityder som omedvetet förs vidare ifrågasätts de aldrig på allvar. När dessa attityder väl är etablerade minskar de i regel inte i styrka för att den som bär på dem möter argument eller exempel på att de är felaktiga. Möjligen kan sådana argument eller exempel accepteras som undantag från regeln.

I detta slutbetänkande föreslår vi både åtgärder som direkt och indirekt berör attitydfrågor. Inom praktiskt taget alla områden ut-

gör negativa attityder till åldrande och äldre människor någon form av hinder för en positiv utveckling, även om det inom de flesta området också finns andra hinder. Den mest kraftfulla attitydförändringen tror vi kan åstadkommas genom att flera av de åtgärder som vi föreslår genomförs samtidigt. Några enstaka isolerade åtgärder kan knappast åstadkomma en varaktig förändring.

### Livsloppsperspektiv

Ett alternativ till att enbart uppmärksamma "äldre" som grupp är att se åldrandet som en del av hela livet, lika sammansatt och värdefull som de andra delarna. Livsloppsperspektiv – "life course" på engelska – har under senare år blivit ett viktigt begrepp i forskning om åldrandet. Till skillnad från ett livscykelperspektiv förutsätter livsloppsperspektivet inte att ett cyklisk förlopp med fasta livsstadier är det enda möjliga sättet att leva och åldras, utan möjligheter att dröja kvar, backa eller börja om.

Med ett livsloppsperspektiv kan fokus vändas från åldrandet som anpassning till särskilda förhållanden i den enskildes liv till ålder som en organiserande princip i samhället, i likhet med bl.a. kön, etnicitet och socioekonomisk ställning. Det blir tydligare hur ålder och åldersnormer påverkar människors möjligheter, förväntningar och beteenden under livet. Åldersnormer kan beskrivas som enhetliga uppfattningar om den "typiska" åldern då man innehar vissa roller under livsloppet. Det blir också lättare att se skillnader i åldrande mellan generationer, som gjort olika erfarenheter under tidigare delar av livet, liksom skillnader mellan hur bl.a. män och kvinnor kan och förväntas forma sina livslopp.

Ett utslag av föreställningen om äldre människor som en enhetlig grupp är en påfallande stor brist på kunskaper om vad socioekonomiska förhållanden, genus, etnicitet, funktionshinder och sexuell läggning betyder under åldrandet. Eftersom skillnader mellan individer och grupper tenderar att öka med stigande ålder är dessa brister oroande. Vi tror att ett livsloppsperspektiv kan vara fruktbart inte minst för att se vad dessa olika faktorer betyder under *hela* livet, men det behövs också studier med andra utgångspunkter.

Vi tror att ett livsloppsperspektiv ytterst kan hjälpa oss alla att se att "de äldre" inte är några andra än oss själva i en senare del av livet. Här spelar också livets sista skeden, med dess behov av vård och omsorg, en viktig roll. Också denna fas är en del av livsloppet.

Vilka förutsättningar som samhället och den enskilde individen ger denna fas har betydelse också under tidigare delar av livet. En utbredd osäkerhet inför samhällets möjligheter att ge stöd, vård och omsorg under den sista tiden i livet kan leda till en otrygghet under hela livsloppet och till att olika former av lösningar för den sista tiden utvecklas vid sidan av de som samhället reglerar och avsätter resurser till. Precis som vid livets början berör den sista tiden i livet också grundläggande frågor om vad det innebär att vara till och att vara människa.

### Att åldras

För att gå bakom attityderna om äldre människor måste vi se på åldrandet med nya ögon. Åldrandet är en långsam process utan bestämda gränser och med en stor variation mellan olika människor. Det finns stora möjligheter att påverka den del av åldrandet som har att göra med att människor lever eller har levat i en viss miljö. Ofta påverkar miljöfaktorer även sådana förändringar som ger intryck av att bero på biologiska förhållanden.

Åldrandet är något normalt och inte någon sjukdom. Äldre personer bedömer ofta sin egen hälsa mer positivt än vad man skulle kunna förvänta sig utifrån resultaten från t.ex. läkarundersökningar. Främst bland de allra äldsta kan dock förändringar som kommer med stigande ålder tillsammans med miljöpåverkan göra att man lättare drabbas av sjukdom. Kvinnor har i allmänhet sämre hälsa än män och arbetare har i allmänhet sämre hälsa än tjänstemän. När äldre personer har hälsoproblem har de ofta två eller flera icke-akuta sjukdomar eller funktionshinder. Kunskaperna om hur sådana kombinationer påverkar det dagliga livet är i dag otillräckliga.

Vanebundenhet och annat som ibland upplevs som annorlunda hos äldre beror ofta på generationsskillnader. Viss ökad passivitet, inåtvändhet och försiktighet kan ses som en reaktion och ett försvar i en situation med hälsoproblem eller förlust av anhöriga och vänner. Med stigande ålder tar det ofta längre tid att reagera på signaler och fatta beslut. En viss nedgång i en del minnesfunktioner förefaller också vara en del av det normala åldrandet. Till viss del kan sådana minnesförluster kompenseras på olika sätt, bl.a. genom de erfarenheter som äldre personer har. Mer omfattande minnes-

försämring beror däremot vanligen på sjukdomar, skador och andra yttre faktorer.

Åldrandet innebär ofta anpassningar till genomgripande förändringar. Det grundläggande för ett bra liv för äldre personer är i stora delar detsamma som för yngre: en trygg ekonomi, god hälsa, ett bra socialt nätverk, meningsfull sysselsättning och att kunna bestämma över sitt liv. Att ha tillgång till flera meningsfulla livsområden kan minska sårbarheten och öka möjligheterna att skapa och bevara sammanhang i tillvaron vid förändringar och förluster. För de flesta tycks pensioneringen ge en åtminstone tillfällig avlastning som påverkar den subjektiva hälsoupplevelsen positivt. Forskare har dock pekat på att mer successiva övergångar mellan förvärvsarbete och pensionering kan göra det lättare att hitta och utöva engagerande aktiviteter även efter pensioneringen.

De flesta 80-åringar i dagens Sverige mår bra och sköter sig själva i ordinärt boende. Många blir dock sjuka och behöver i varierande utsträckning vård och omsorg. En liten del blir "multisjuka" och kommer att konsumera mycket stora vård- och omsorgsresurser. Ofta används termerna "åldersrelaterade sjukdomar" och "åldersrelaterade skador". Vanliga exempel på åldersrelaterade sjukdomar är hjärtsvikt, demens och cancer medan vanliga exempel på åldersrelaterade skador är stroke (slaganfall), fraktur (benbrott) och trycksår i huden. I själva verket är dock nästan alla sjukdomar åldersrelaterade i den meningen att förekomsten ökar kraftigt med åldern.

### Utmaningar med en åldrande befolkning

Som framgått lägger regeringen särskild vikt vid att antalet och andelen äldre människor i befolkningen beräknas öka fram över i direktiven till SENIOR 2005. Denna utveckling ger de frågorna om etik, attityder, livslopp och åldrande som vi redan nämnt ännu större tyngd. Den kanske största utmaning som följer av befolkningsförändringarna är att se de *individuella* variationerna mellan människor i alla åldrar och de faktorer som påverkar dessa under olika delar av livet.

En åldrande befolkning är en naturlig utveckling av den demografiska omvandling som de flesta europeiska länder gick igenom under 1800- och 1900-talen. Denna omvandling fortsätter nu på global nivå. Under omvandlingens sista skede, åldrandefasen, ligger



tyngdpunkten i befolkningsökningen i de äldsta åldersgrupperna. Den del av befolkningen som är under pensionsåldern förblir då konstant eller börjar t.o.m. att minska. Till år 2030 beräknas Europas västra hälft bli den första region i världen som kommer in i åldrandefasen.

För Sveriges del innebär detta att nära 23 procent av invånarna år 2030 kommer att vara över 65 år, jämfört med drygt 17 procent i dag. Antalet personer som är 80 år och äldre kommer under samma period att öka från knappt en halv miljon till omkring 750 000. På ytterligare ett par decenniers sikt blir ökningen av andelen och antalet äldre ännu större. Prognosernas säkerhet för de olika åldersgrupperna är beroende av antaganden om dödlighet, födelsetal och nettomigration. Ända fram till år 2050 beräknas medellivslängden vara längre för kvinnor än för män, men ökningen av medellivslängden beräknas bli större för männen. Fram till mitten av 2000-talet beräknas "kvinnoöverskottet" därför minska något både bland i gruppen 65–79 år och i gruppen 80 år och äldre.

De globala trenderna i befolkningsutvecklingen ger förutsättningar för nya tyngdpunkter i världsekonomin. Regioner som befinner sig i vissa tidigare faser av ålderstransitionen förväntas få en ökad ekonomisk aktivitet när Nordamerikas, Europas och Östasiens befolkning blir allt äldre. För de länder och regioner som går in i åldrandefasen kommer tillgången till arbetskraft att bli en alltmer kritisk fråga, främst Europa. Prognoser och scenarier som har gjorts i Sverige och andra länder ger något olika resultat när det gäller balansen mellan de delar av befolkningen som förväntas förvärvsarbeta och de delar som behöver stöd och hjälp i olika former. Även om metoder och antaganden varierar så är trenden tydlig och delvis dramatisk på några decenniers sikt. De demografiska förändringarna beräknas också leda till ökade skillnader mellan olika län och lokala arbetsmarknader i Sverige.

Det kommer att fordras kraftfulla åtgärder inom många av de områden som i dag diskuteras i Sverige och andra länder för att möta de exceptionella förändringar som en åldrande befolkning kommer att ställa oss inför under de närmaste decennierna. Under alla förhållanden kommer samhället att bli mer beroende av de insatser som den äldre delen av befolkningen kan bidra med inom bl.a. arbetslivet. Olika försök att teckna den framtida utvecklingen visar att den svenska ekonomin redan om ett par decennier kan komma att befinna sig i en vanskelig situation. Samma framskrivningar pekar dock på att en fortsatt ökning av den genomsnittliga

materiella standarden. Det politiska beslutsfattandet måste därför kunna möta konsekvenserna av en åldrande befolkning utan att det uppstår stora motsättningar inom och mellan olika åldersgrupper.

Morgondagens äldre, dvs. de som i dag är 50 år och äldre, förefaller att ha relativt goda egna resurser. Det gäller såväl hälsa som ekonomi, sociala nätverk och utbildningsnivåer. När det gäller hälsa och ekonomi spelar dock många faktorer in, som det i dag inte är möjligt att fullt ut överblicka. Följderna av ändrade familjemönster för äldre är ännu ett relativt outforskat fält. Och ny teknik kan snabbt resa krav på kunskaper som det kan vara svåra att skaffa sig, särskilt om man har lämnat arbetslivet.

Skillnaderna i tillgång till olika resurser bland äldre personer under kommande decennier kan bli betydligt större än vad som varit vanligt i Sverige. Den ökade medellivslängden gör att flera generationer samtidigt kommer att ingå i åldregruppen, vilket gör att skillnader mellan dessa kommer att få genomslag under längre tid och i högre åldrar än vad vi har varit vana vid. Skillnader mellan kvinnor och män, olika socioekonomiska grupper och mellan invandrare och personer som är födda i Sverige kommer sannolikt också att bli större och tydligare inom vissa områden. När det gäller hälsa och ekonomi finns det oroande tecken på att skillnaderna mellan äldre och yngre generationer har ökat under de senaste decennierna. Utvecklingen har varit positiv i åldersgrupperna över 45 år, men inte för personer under 45 års ålder.

Under det senaste decenniet har flera prognoser tagits fram med syftet att prognostisera behov av vård och omsorg om äldre i framtiden och med dessa som grund även kostnaderna. Prognoserna har gjorts med olika metoder och leder därmed till mycket olika resultat. Enkla linjära framskrivningar, som utgår från dagens kostnader för vård och omsorg för olika grupper och multiplicerar det med det ökande antalet äldre, ger stora ökningar av kostnaderna. Komplexa linjära framskrivningar, som tar hänsyn även till andra faktorer som t.ex. att hälsan bland de äldre förbättras, ger betydligt mindre kostnadsökningar. Oavsett vilken metod som används är det ovanligt att prognoserna utgår ifrån en analys av vilken vård och omsorg som ingår i den aktuella summan eller vilken kvalitet som vården och omsorgen har. Aspekter som de stora skillnaderna mellan olika kommuner respektive mellan olika landsting samt tillgänglighets- och kvalitetsproblem diskuteras vanligen inte. Det är för övrigt inte möjligt att ge ett exakt svar på frågan vad den offentligt finansierade vården och omsorgen om äldre kostar i dag.

När det gäller hälso- och sjukvård visar flera studier från Sverige, övriga Europa och Nordamerika att den medicinsktekniska utvecklingen kommer att innebära förbättrade möjligheter till diagnos och behandling av flera diagnoser högre upp i åldern än tidigare. Olika åldersgrupper kommer dock att ställa större krav än i dag samtidigt som ny teknologi ofta leder till nya möjligheter att diagnostisera, behandla och bota sjukdomar vilket leder till högre kostnader. För svensk del är det viktigt att notera att de kanske största kraven på resurser kommer att ställas inom den kommunala vården och omsorgen om äldre människor när befolkningen åldras.

## Äldrepolitikens roll inför framtiden

### Hur väl förberett är Sverige att möta följderna av de demografiska förändringarna?

Under flera år har vi tagit del av ett stort antal analyser av vad en åldrande befolkning kan innebära för Sverige. Vi har lyssnat till experter inom en stor mängd områden och mött företrädare för statliga myndigheter, landsting, kommuner, organisationer och företag. Många enskilda människor i olika åldrar och i olika delar av landet har kommit till tals. Vi har ringat in några viktiga utmaningar inför framtiden och frågat en rad andra aktörer: Vad kan ni göra för att möta dessa utmaningar inom de områden som ni själva arbetar med och har ansvar för? Vad anser ni att regering och riksdag bör göra?

Vi tvingas konstatera att det finns flera skäl att känna allvarlig oro. Samordningen av insatser brister i alltför stor utsträckning, inte minst på den nationella nivån. Inom politiken bromsar gamla schablonbilder av åldrandet och äldre människor nytänkande och social uppfinnarförmåga. Äldre människor ses fortfarande främst i relation till vård- och omsorgsbehov och ignoreras alltför ofta när frågor om makt, diskriminering och utveckling behandlas. Det är hög tid att inse att samhället också är beroende av äldre människor, och inte enbart tvärtom.

Särskilt allvarligt är det att så mycket kunskaper om åldrandet och äldre människors roll i samhället saknas. Det gör att analyser ofta måste stanna på halva vägen, med frågetecken snarare än med färdiga förslag till åtgärder. I kapitel 4–8 ger vi flera exempel på detta. Vilka strategier och metoder är effektiva för att öka män-

niskors vilja och möjligheter att arbeta i högre åldrar? Vilka metoder och strategier är effektiva när det gäller att förebygga och skjuta upp behov av vård och omsorg under åldrandet? Hur främjar man sammanhållning och ansvarstagande över generationsgränser? Hur används de resurser som i dag går till vård och omsorg om äldre och vilka effekter ger de? Vilken vård och omsorg ska de offentliga aktörerna i dag utlova inför människors åldrande om tio, tjugo och trettio år, och vad kräver det av investeringar och andra förberedelser dessförinnan?

Bland de goda förutsättningarna inför framtiden finns kanske främst de äldre personerna själva. Även om skillnaderna är stora mellan olika äldre personer kommer det under allt längre tid att finnas allt fler äldre personer med bättre hälsa, bättre ekonomiska resurser samt större vilja och vana att vara aktiva i samhällslivet än hos tidigare generationer som fyllt 60, 70 eller 80 år.

De strukturella förutsättningarna att möta de demografiska förändringarna har också förbättrats inom flera områden. Det nya pensionssystemet ger en god grund för flexibelt deltagande i arbetslivet i högre åldrar och för tydlighet i förhållandet mellan generationer. Möjligheterna att klara sig själv och bo kvar i sin ordinarie bostad har förbättrats; bara för ett par decennier sedan bodde många äldre människor trångt och med dålig standard. Inom vården och omsorgen finns det kunskaper och arbetsformer som tidigare saknades om hur olika behov under åldrandet kan förebyggas och tillgodoses.

Men detta räcker inte. Det är hög tid att Sverige tar *alla* de utmaningar som följer med en åldrande befolkning på allvar. Hinder för att fullt ut ta till vara de förutsättningar som finns måste undanröjas. Men innan detta kan ske behöver kunskapsunderlaget förbättras inom flera områden så att olika effekter av beslut går att bedöma.

### **Vad krävs för hållbarhet i de politiska besluten framöver?**

I Sverige har diskussionen om en åldrande befolkning till stor del knutits till den stora 1940-talsgenerationen. Med tanke på hur lång tid det tar att se effekter av förebyggande insatser och hur långa infasningstider som i regel behövs för mer omfattande finansiella och organisatoriska förändringar inom välfärdssystemen börjar det redan bli sent att åstadkomma lösningar som främst utgår från

1940-talsgenerationens förutsättningar. Det gäller inom arbetslivet, på bostadsmarknaden och den långsiktiga finansieringen av vård och omsorg om äldre. Det börjar bli dags att också ge 1950- och 1960-talsgenerationernas åldrande plats i framtidsdiskussionen, liksom livsloppen för människor i alla andra generationer som ska leva i morgondagens samhälle.

De prognoser och scenarier som vi redovisar i detta slutbetänkande antyder att utvecklingen kan delas in i olika perioder, som ställer olika krav på det politiska beslutsfattandet och de offentliga systemen:

- Fram till omkring år 2010 finns det tid för beslut som kan förbättra förutsättningarna för tillväxt och välfärd under följande decennier. Eftersom sådana beslut kräver kunskapsunderlag som i dag till stor del saknas handlar det i praktiken om en mycket liten marginal för att ta fram dessa och fatta nödvändiga beslut. Samtidigt måste de dagsaktuella problem som vi ser i dag med t.ex. sjukskrivningar bland personer i 50- och 60-årsåldrarna och inom vården och omsorgen om äldre människor hanteras.
- Under 2010-talet finns det skäl att räkna med en ökande tillväxt, men också med hårda diskussioner om hur dessa ökande tillgångar ska fördelas mellan privat och offentlig konsumtion, mellan sektorer och över generationsgränser. Sverige kommer då att ha stora grupper som är i 70-årsåldern, 50-årsåldern och 20-årsåldern. Det innebär att vi kan räkna med krav på "reparativ" sjukvård som t.ex. starroperationer och höftledsoperationer samtidigt som en ny stor grupp personer i arbetslivet åldras och en ny stor ungdomsgrupp måste få möjligheter att etablera sig i arbetslivet och på bostadsmarknaden.
- Under 2020-talet kommer behoven av regelbunden vård och omsorg om äldre människor att öka när andelen personer i 80-årsåldern snabbt blir större. Samtidigt börjar den stora generation som föddes under 1960-talet närma sig de åldrar när det blir aktuellt med pension, på heltid eller deltid, och i vissa fall "reparativ" sjukvård av det slag som nämndes ovan. Det går inte heller att ta för givet att någon ny stor generation står beredd att gå ut i arbetslivet och bidra till de resurser som behövs för att klara välfärden. Däremot krävs det fortsatta och

kanske större investeringar i utbildning av de ungdomskullar som finns (och vars storlek vi inte vet i dag).

Dessa perspektiv ställer stora krav på de politiska besluten framöver. Inte minst på nationell nivå måste politiker också våga avstå från förhastade beslut om genomgripande förändringar och istället snabbt förbättra möjligheterna att bedöma konsekvenserna av olika alternativa beslut. Särskilt angeläget är det att beslut som gäller långsiktiga effekter av komplexa sammanhang föregås av sårbarhetsbedömningar av det slag som tillämpas inom t.ex. miljöområdet. Bristande kunskaper utgör i dag ett avgörande hinder för omfattande juridiska, finansiella och organisatoriska reformer inom flera av de områden som vi behandlar i detta betänkande. Både för samhället och för enskilda människor handlar dessa beslut om viktiga värden. Under sådana omständigheter är i stort sett varje förändring förknippad med betydande svårigheter att uppnå avsedda effekter och stora risker för oförutsedda och negativa effekter.

En sådan hållning får inte tjäna som ursäkt för passivitet. Tvärtom är det nödvändigt att snabbt förbättra kunskapsunderlaget inom flera områden så att det går att bedöma om mer genomgripande beslut behöver fattas inom kort. I detta slutbetänkande anges flera konkreta exempel på detta. Just miljöområdet visar för övrigt hur en tidigare diskussion om trovärdigheten i omfattande katastrofscenarier börjar avlösas av olika insatser för att mer systematiskt minimera risker samt stärka och ta till vara positiva förutsättningar.

### **Vilka är erfarenheterna av arbetet med den nationella handlingsplanen för äldrepolitik?**

Äldrepolitiken handlar om äldre människors roll i samhället och samhällets roll för äldre människor. Därför måste äldrepolitiken ses *både* som en del av socialpolitiken, som syftar till att minska skillnader mellan olika grupper i samhället, och som en del av det politiska arbetet med värdefrågor, tillväxt och maktfrågor inom olika områden. Detta synsätt har under senare tid också kommit att dominera i den internationella diskussionen om åldrande och de demografiska förändringar som inom några decennier kommer att

märkas i stora delar av världen. Det gäller bl.a. i FN:s andra internationella handlingsplan för äldrefrågor som antogs år 2002.

Den nationella handlingsplan för äldrepolitik som riksdagen beslutade om år 1998 var framsynt i sin ansats att fånga in både äldre människors möjligheter och behov. Att denna ansats måste fullföljas understryks av de framtida utmaningar som vi beskriver i kapitel 2. Att befolkningen åldras kräver att samhället i vid mening klarar att möta vård- och omsorgsbehov hos äldre människor samtidigt som det främjar aktivitet och delaktighet hos människor i högre åldrar och förebyggande insatser under åldrandet. Dessa områden hänger dessutom nära samman. För att samhället ska kunna tillgodose vård- och omsorgsbehoven hos människor i alla åldrar behöver också de resurser som äldre människor själva kan skapa tas till vara i samhället.

Samtidigt kan vi konstatera att de mer långsiktiga insatserna inom ramen för den nationella handlingsplanen främst gällde vård och omsorg om äldre människor. Särskilt uppmärksammades frågor med tydlig anknytning till den traditionella äldreomsorgen medan t.ex. äldre människors ställning inom akutsjukvård och primärvård inte behandlades i större utsträckning.

Även om de konkreta åtgärderna i handlingsplanen har givit många värdefulla kunskaper och erfarenheter saknades så tydliga målformuleringar att det säkert går att avläsa eventuella förändringar inom vården och omsorgen eller andra områden. På det sättet skiljer sig handlingsplanen från motsvarande handlingsplaner inom andra politikområden som riksdagen beslutat om under de senaste åren. Inför framtiden måste även äldrepolitiken tas på samma allvar när det gäller organisation och uppföljning.

### **Vad kan äldrepolitiken bidra med inför framtiden?**

Behövs det då en särskild äldrepolitik framöver? Ja, så länge människors möjligheter att leva sina liv begränsas av olika övre åldersgränser och så länge människor över dessa åldersstreck inte tillräckligt väl beaktas i det politiska arbetet i Sverige. Att undanröja detta behov av en särskild äldrepolitik måste vara äldrepolitikens yttersta mål. Av allt att döma ligger det målet ännu långt borta.

För att möta de utmaningar inför framtiden som anges i kapitel 2 behövs det åtgärder inom många områden. Äldrepolitiken kan ge flera viktiga bidrag, men det är också angeläget att politiska insatser

för ökad tillväxt och långsiktig hållbarhet utformas med avseende på de demografiska förändringarna. Äldrepolitiken får inte bli liktydig med äldreomsorgspolitik, men den får inte heller bli det enda område där frågor som har att göra med det ökande antalet och den ökande andelen äldre i befolkningen behandlas. Vi menar att äldrepolitikens uppgift är att främja och möjliggöra åtgärder av alla berörda aktörer inom alla berörda områden, inte att ta över dessa områden. Den roll som äldrepolitiken kan ha i förhållande till andra politikområden är att påskynda processer och samordna åtgärder i gränslandet mellan individ, samhälle och åldrande.

Det är viktigt att prioriteringar mellan och inom samhällssektorer diskuteras öppet utifrån de demografiska förändringarna. En ökande andel äldre personer kommer sannolikt att leda till att mer gemensamma resurser måste avsättas för olika former av stöd, vård och omsorg om äldre. Kan detta lösas utan omprioriteringar mellan olika delar av de offentliga utgifterna? Om inte, vilka områden kommer då att behöva stå tillbaka? Ska mindre gemensamma resurser gå till utbildning och andra insatser för barn och ungdomar när dessa utgör en mindre andel av befolkningen, eller krävs det tvärtom större gemensamma insatser för att dessa mindre generationer ska kunna bidra till Sveriges konkurrenskraft och den tillväxt som är nödvändig för att klara såväl privata som offentliga utgifter?

På motsvarande sätt måste diskussionen om äldrepolitikens inriktning och åtgärder hållas levande. Vad innebär den demografiska utvecklingen i fördelningen av ansvar mellan den enskilde och samhället under åldrandet? Hur kan stat, landsting och kommuner stärka både det egna ansvarstagandet och förtroendet för de insatser som man åtar sig att klara med gemensamma resurser och i lagreglerade former? Vilken roll kan organisationer, samfund och företag spela i detta sammanhang och hur kan samspelet mellan aktörer främjas? Att förtroendet för vården och omsorgen om äldre människor nu i viss mån sviktat kan delvis bero på att stegvisa omprioriteringar har gjorts under flera år utan samlade politiska bedömningar och beslut på nationell nivå. För denna utveckling har alla politiska partier i riksdagen ansvar. De demografiska förändringarna manar till ett mer långsiktigt politiskt ansvarstagande för äldrepolitikens frågor och mindre av konkreta utfästelser i enskilda delar. Att vården och omsorgen om äldre människor inger förtroende är viktigt för människors känsla av trygghet under hela livet. Ett allvarligt sviktande förtroende kan bryta sönder de system som finns och leda till att människor känner sig mer utsatta och



binder upp resurser som skulle behövas för gemensam tillväxt och utveckling av rädsla för att stå utan offentlig hjälp i hög ålder.

Det är också viktigt att äldrepolitiken används för att främja nya möjligheter och perspektiv på samhällsutvecklingen. Att Sverige och många andra länder inom några år kommer att ha en större grupp äldre människor än kanske något annat samhälle i historien innebär också att en ny och delvis okänd resurs uppkommer. Det pågår i dag en livlig diskussion om hur nya teknologier ska kunna användas när det gäller t.ex. IT och bioteknik. En liknande diskussion saknas när det gäller möjligheterna att ta till vara de resurser som finns i en åldrande befolkning. Åldrandet medför vissa begränsningar i människors möjligheter att vara aktiva och delaktiga i samhället; äldre människor behöver mer av återhämtning och kan i mindre utsträckning förväntas utföra fysiskt tunga sysslor eller skaffa sig helt nya utbildningar. Men vi kan inte utgå från att människor i högre åldrar ska fortsätta att bidra till samhällslivet enbart på det sätt som i dag är möjligt. Det behövs därför lyhördhet och experimentlusta för att utveckla nya former för aktivitet, delaktighet och inflytande.

Om äldrepolitiken används på detta sätt, och om underlaget för det politiska beslutsfattandet om åldrande och äldre människors förhållanden snabbt förbättras, kan Sverige nå resultat och erfarenheter som inget annat land ännu har uppnått. Sverige hade relativt tidigt en stor andel äldre människor i befolkningen och utvecklade bl.a. vård och omsorg vid demenssjukdomar, som länder där andelen äldre människor senare snabbt ökat nu hämtar kunskaper och inspiration från. På motsvarande sätt finns det nu unika möjligheter att utveckla lösningar och modeller för hur både resurser och behov hos en åldrande befolkning kan mötas i Sverige. Om detta lyckas så kan det ge kunskaper och erfarenheter som många andra länder kommer att fråga efter. Men det kräver att alla berörda aktörer tar de frågor som vi behandlar här på allvar och arbetar offensivt och konstruktivt för att lösa dem. Vi vill att regering och riksdag nu prioriterar satsningar som kan göra Sverige till ett exempel på hur en åldrande befolkning kan vara en tillgång.

## Att forma framtiden

All politik handlar om vilket samhälle som människor vill leva i. De mål, inriktningar och åtgärder som vi föreslår i detta betänkande handlar ytterst också om hur människor vill och kan forma sina liv. Den beskrivning av åldrandet och effekterna av en åldrande befolkning som vi gör i kapitel 2 pekar på att den framtida utvecklingen ger starka skäl att fundera över de samhällsinstitutioner som har byggts upp under det senaste seklet i ljuset av hur de påverkar livsloppen i helhet. Om dessa institutioner skulle byggas upp i dag, med den demografiska situation vi nu ser konturerna av, skulle då utbildning främst ses som en verksamhet för personer upp till 25 år, förvärvsarbete och karriär främst som en verksamhet för personer upp till 55–60 år och maktutövning i alla dess aspekter som något som personer bör avstå från bara för att de lämnat arbetslivet?

Äldrepolitiken måste förena nytänkande och realism. Om vi i den generella bedömningen tryckte hårt på behovet av väl underbyggda beslut så vill vi här peka ut det samhälle som vi menar att dessa beslut ska ge förutsättningar för. Vi har avstått från att fixera framtidsbilden till ett exakt årtal. Även om det skulle bidra till att göra bilden tydligare så vore det en skenbar tydlighet. Att politiker skulle kunna sätta upp tydliga tidsplaner för så komplexa processer som det handlar om här är knappast möjligt. Vi har dock formulerat framtidsbilden med tanke på de olika perioder som beskrevs i den generella bedömningen ovan, dvs. fram till och med 2020-talet.

Vårt arbetssätt bygger, i förenklad form, på en metod som kallas backcasting. Backcasting innebär att man först beskriver en önskvärd framtid och därefter stakar ut en väg för att förverkliga den: Vad behöver göras? Hur kan det genomföras? När behöver olika åtgärder vidtas? Vem ska genomföra dem? Metoden är vanlig bl.a. vid långsiktigt arbete för ekologisk hållbarhet. Backcasting är nära besläktat med visionsarbete. Någon allmänt vedertagen definition av ordet "vision" vid arbete med framtidsbilder finns inte, trots att ordet används flitigt i t.ex. samhällsplanering. Ett par gemensamma drag kan dock urskiljas. Det som visionen beskriver bör vara eftersträvansvärt och visionen bör inspirera till handling. Visionen bör också vara möjlig att förverkliga. Dessa båda drag präglar också vår framtidsbild.

Huvuddelen av detta slutbetänkande ägnas åt analyser av *hur* framtidsbilden kan förverkligas. De olika åtgärder som vi föreslår utgår från framtidsbilden.

## Vår framtidsbild

### Flera generationer

Vår framtidsbild omfattar flera generationer. Där finns den generation som föds i dag. Den kommer att växa upp i ett samhälle med fler människor i 70-, 80- och 90-årsåldrarna än någonsin tidigare och under flera decennier kommer den att få vara med om att möta effekterna av en åldrande befolkning. Det är under de närmaste åren som vi lägger grunden för deras bild av åldrandet och ett samhälle för människor i alla åldrar, bilder som bidrar till att forma hela detta sekel.

Där finns också den generation som föddes under 1940-talet, en av de största i Sveriges historia och där de äldsta år 2005 fyller 65 år. Det innebär att de första tonåringarna nu börjar gå i pension, de som var de första att växa upp med en särskild ungdomskultur och de som var först med att växa upp i ett samhälle med allmänt spridd materiell välfärd. Hur kommer de att se på sig själva och sin roll i samhället? Kommer de att ta över den *pensionärsroll* som tagit form, eller kommer de hellre att bara *ha pension* och leva sina liv på tvärs mot de förväntningar som finns om hur man bör bete sig efter pensioneringen? Och är samhället redo att möta deras nya krav och initiativ?

Framtidsbilden omfattar också de som redan haft pension i flera år och som kommer att vara en del av vår framtid under lång tid framåt. Den omfattar även de som i dag är i 50-årsåldern och kanske märker hur de börjar ses som *äldre* av sina arbetsgivare, arbetskamrater och andra. Den omfattar också personer i alla andra åldrar som behövs i ett samhälle rikt på erfarenhet och mångfald.

### Fler möjligheter att variera livsloppet

Vår framtidsbild handlar om ett samhälle med fler möjligheter att kombinera och variera arbete, fritid och samhällsengagemang än i dag - oavsett ålder. Det är ett samhälle som tar hänsyn till att fler människor lever och mår bra allt längre. Där går det att överblicka

och forma ett liv som inte styckas upp i block efter normer från en annan tid med andra förutsättningar.

I vår framtidsbild finns det 80-åriga studerande, 75-åriga statsråd, 25-åriga kommunfullmäktigeordförande och 30-åringar som arbetar tillsammans med 60-åriga mentorer. Ett arbetsliv kan rymma flera karriärer, varvade med utbildning, familjeliv och samhällsengagemang. Pensionen ger en ekonomisk bas, men arbete i olika former behöver inte upphöra för alla vid en viss ålder. En person som är äldre än 65 år och vill påverka politiska beslut eller arbeta frivilligt funderar inte över om han eller hon är "för gammal". Ömsesidiga kontakter över generationsgränser är en självklar och omistlig del av arbetsliv, demokrati, lärande och skapande.

I det samhälle vi beskriver är det allt mindre viktigt att dela upp människor efter ålder och att tala om "äldre" som en enhetlig grupp. Däremot har åldrandet fått större betydelse. Kunskapen om åldrandets rikedom på variationer, möjligheter till utveckling och påverkan har ökat hos myndigheter, organisationer och företag liksom hos enskilda människor. Det är självklart för de flesta att vilja behålla och använda de resurser som man har oavsett ålder, på samma sätt som det länge har varit att trygga ålderdomen ekonomiskt.

### **Att bli beroende av vård och omsorg är en del av livsloppet**

Under de sista levnadsåren är åldrandet för de flesta förknippat med omfattande behov av vård och omsorg som gör att man blir beroende av andra. Precis som vid livets början berör denna tid i livet grundläggande frågor om vad det innebär att vara till och att vara människa. Att veta att man har tillgång till god vård och omsorg under denna tid är därför viktigt under hela livet. Människor måste kunna känna tillförsikt att gå vidare med sina liv utan oro för att stå utan den hjälp de behöver under livets sista del. De måste också veta vilken roll de har som anhöriga för att vid behov komplettera den offentliga vården och omsorgen.

I vår framtidsbild kan människor i alla åldrar och i alla delar av livsloppet känna trygghet inför denna del av livet. Man vet att de offentliga instanserna har ett yttersta ansvar för att ge hjälp i detta skede, och man vet vilken hjälp som man själv eller ens anhöriga kan få utifrån egna behov. Man vet också att denna hjälp inte varierar orimligt mycket beroende på tillfälliga omständigheter och att de skillnader som finns går att förklara. De politiskt ansvariga

tar ett samlat ansvar för långsiktiga prioriteringar och utfästelser och förankrar dessa i en ständig dialog med medborgarna.

I vår framtidsbild är det också självklart att en äldre människa som behöver omfattande vård och omsorg också är en individ med egna resurser, erfarenheter och önskemål som kan stärkas, utvecklas och tas till vara.

### Utveckling för både individ och samhälle

Vi utgår från att åldrandet rymmer stora möjligheter till variation, dynamik och individuell utveckling. Bilderna av åldrande och äldre människor måste bli lika varierade och dynamiska som åldrandet och de måste främja människors möjligheter att utvecklas i alla åldrar.

Att dessa bilder kan ändras visade den åldringsdebatt som rasade just under 1940-talsgenerationens barndom. Den började med att Ivar Lo Johansson (och fotografen Sven Järlås) reste runt bland svenska ålderdomshem. Resultatet blev artikelserier, böcker och radioprogram. Människor som inte setts och hörts i samhället fick plats och uppmärksamhet. Ett halvsekel har gått. Knappast någon ser det längre som nödvändigt och naturligt att människor ska behöva lämna sina hem när de går i pension och flytta ihop med människor som de kanske bara har födelseåret gemensamt med. Att åldras innebär inte längre att bo på ett särskilt sätt, avskild från övriga samhället. Människor i högre åldrar kan nu på ett helt annat sätt forma sina liv och sin vardag.

Ivar Lo Johanssons framtidsbild var tydlig och kraftfull. Den handlade om att göra åldrandet till en naturlig del av människors liv. I viktiga delar har den förverkligats. Vår framtidsbild har ytterst samma syfte, även om förutsättningarna nu på många sätt både är annorlunda och bättre än för ett halvsekel sedan.

### Vägar till framtidens vård och omsorg om äldre människor – fyra scenarier

När det gäller vård och omsorg om äldre människor har framtidsbilden medvetet gjorts mer nedtonad än de andra delarna. Det beror på att vi under arbetet funnit betydande skillnader mellan mängden visioner och utfästelser när det gäller olika delar av vårt

uppdrag. Medan det på nationell nivå nästan helt saknas policy-formuleringar och mål om de andra frågor som vi behandlar så finns det snarast ett överrikt utbud av mål och utfästelser om vård och omsorg om äldre människor i såväl juridiska texter som i uttalanden från politiskt ansvariga beslutsfattare. Det mest angelägna nu är inte att bidra med fler sådana formuleringar. Tvärtom behöver de utfästelser om vård och omsorg som gjorts genom åren nu diskuteras samlat inför ett långsiktigt beslut om hur målen ska förhålla sig till äldre människors behov och till de resurser som kan komma att stå till buds i samhället.

Frågan om hur man ska klara framtidens vård och omsorg om äldre har under senare år tagits upp i olika sammanhang. Vårt intryck är att dessa diskussioner sällan har tagit ett samlat grepp om frågan utan ofta har behandlat en eller ett par aspekter utan att belysa effekter och konsekvenser av ett visst handlingsätt. I princip samtliga beräkningar av de framtida kostnaderna utgår t.ex. från aktuella kostnader och vissa antaganden om framtida förhållanden. Mycket få av dessa beräkningar innehåller någon form av analys av vad som ingår i den nuvarande vården och omsorgen. I praktiken är detta också delvis oklart. Lagtexter, förarbeten och rättspraxis ger i många fall begränsad vägledning. Det saknas t.ex. en definition av "äldre" i dessa sammanhang.

En analys av innehåll och argument för olika idéer och förslag visar att grundfrågan är denna: Hur kan det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre tydliggöras i ett samhälle där antalet och andelen äldre ökar samtidigt som det offentliga åtagandet säkerställs avseende finansiering och personalförsörjning? Utifrån denna analys har vi tagit fram fyra scenarier som beskriver vägval inför framtidens vård och omsorg om äldre. Utgångspunkter för scenarierna är områden som är möjliga att påverka på den nationella nivån inom de politiska systemen. Scenarierna har sin grund i de olika sätt att lagreglera vård och omsorg som finns i dag. Scenarierna utspelar sig år 2025, dvs. vid den tidpunkt i Sverige då 40-talisterna är i 80-årsåldern och de som är födda under första delen av 1960-talet uppnår 65-årsåldern och vissa lämnar arbetslivet.

## Den juridiska vägen

Sedan år 2012 regleras rätten till hälso- och sjukvård samt till äldreomsorg i två rättighetslagar: Lagen om äldreomsorg och Hälso- och sjukvårdslagen. I lagstiftningen är det noggrant preciserat i vilka situationer den enskilde har rätt till hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Det framgår också vilka insatser som den enskilde kan få hjälp med och vilken kvalitet det ska vara på insatserna. Det är noga preciserat i vilka situationer och vilka hjälpmedel som den enskilde kan få inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen. Insatserna och besluten är preciserade och standardiserade. Den person som uppfyller de i lagen angivna kriterierna för olika insatser beviljas och får dessa. Det finns däremot inga möjligheter att få andra insatser än de som är angivna i lagstiftningen. Av den lagstiftning som preciserar den enskildes rättigheter framgår också det offentliga ansvar. Politikerna har huvudansvaret för att ordna finansiering och se till att det finns tillgång till personal med rätt kompetens. Uppgiften för den handläggande personalen är att utreda om den enskilde uppfyller de krav som lagstiftningen uppställer, bevilja insatserna och följa upp att de tillgodoses. En av tillsynsmyndighetens uppgifter är att se till att lagstiftningen följs och att den tillämpas likartat över hela landet.

Sammanfattningsvis ger den juridiska vägen:

- Hög tydlighet över livsloppet avseende vad som ingår i det offentliga åtagandet för vård och omsorg
- Hög tydlighet avseende vilka krav som ställs på det offentliga för att kunna garantera att det utlovade verkställs
- Låg flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till individuella behov
- Låg flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till samhällsekonomiska förändringar

## Den politiska vägen

Den nya Hälso- och sjukvårdslagen och den nya Socialtjänstlagen, som båda trädde i kraft år 2012, innebär att den enskilde har rätt till en behovsbedömning. Politikerna har gjort vissa preciseringar av vilka behov som den enskilde kan få hjälp med och vilka insatser som kan utgå i olika situationer. Det finns beskrivningar av vilken kvalitetsnivå som ska gälla för olika insatser. Det finns också poli-

tiskt beslutade riktlinjer för vilka situationer och vilka hjälpmedel som den enskilde kan få inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen. De situationer och de insatser som det offentliga åtagandet omfattar är till stor del preciserat, och därmed även vad som inte ingår i det offentliga åtagandet. Inom dessa ramar finns vissa möjligheter att göra individuella bedömningar. Av lagstiftningen och andra politiska dokument framgår både den enskildes rättigheter och det offentligas ansvar. Politikerna har ansvar för att precisera insatsernas innehåll och kvalitet samt ordna finansiering och tillgång till personal med rätt kompetens för att utföra de insatser som den enskilde har rätt till. Sedan år 2012 har det gjorts två mer omfattande utvärderingar av innehåll och kvalitet i insatserna, vilket lett till mindre justeringar i både lagstiftning och de politiska riktlinjerna. Den handläggande personalens uppgift är att göra en prövning av den enskildes behov och därefter fatta beslut om insatser i enlighet med de politiska prioriteringarna.

Sammanfattningsvis ger den politiska vägen:

- Viss tydlighet över livsloppet avseende vad som ingår i det offentliga åtagandet för vård och omsorg
- Viss tydlighet avseende vilka krav som ställs på det offentliga för att kunna garantera att det som preciseringar omfattar kan verkställs
- Viss flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till individuella behov
- Liten flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till samhällsekonomiska förändringar

### Förvaltningsvägen

Socialtjänstlagen moderniserades något år 2012, men grunderna finns kvar från år 1982. Hälso- och sjukvårdslagen har sedan år 2012 kompletterats med att den enskilde har rätt till bedömning av behovet av hälso- och sjukvård. Däremot finns det inte i någon av lagstiftningarna några preciseringar, vare sig juridiskt eller politiskt, av i vilka situationer den enskilde kan få hjälp, med vilka insatser och vilken kvalitet det ska vara på insatserna. Bedömningen görs med utgångspunkt i lagstiftningens mål och tillgängliga resurser. Det är den handläggande personalen som gör behovsbedömningen och den enskilde beviljas de insatser han eller hon bedöms behöva och som det finns resurser till. Lagstiftningen och politiska beslut



anger ramarna för när den enskilde kan få tekniska hjälpmedel inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen. Det är arbetsterapeuter och sjukgymnaster som efter en individuell bedömning fattar beslut om vilka hjälpmedel som den enskilde får med hänsyn till de ekonomiska resurserna. Den enskildes rätt till vård och omsorg och det politiska ansvaret är till viss del preciserat och reglerat. För politikerna är den viktigaste uppgiften att ordna de ekonomiska förutsättningarna för vården och omsorgen om de äldre.

Sammanfattningsvis ger förvaltningsvägen:

- Låg tydlighet över livsloppet avseende vad som ingår i det offentliga åtagandet för vård och omsorg
- Låg tydlighet avseende vilka krav som ställs på det offentliga för ge vård och omsorg till de äldre
- Viss flexibilitet när det gäller möjligheten att ta hänsyn till individuella behov
- Stor flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till samhällsekonomiska förändringar

### Expertvägen

Hälso- och sjukvårdslagen har moderniserats något år 2012, men grunderna från år 1983 finns kvar. Socialtjänstlagen förändrades år 2012, så att den blev en skyldighetslag i likhet med Hälso- och sjukvårdslagen. Den enskilde har inte längre några preciserade rättigheter, utan insatser ska ges inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet samt tillgängliga resurser. Insatserna och dess kvalitet är inte preciserade utan en bedömning görs i varje fall av de professionella yrkesutövarna. Målen i lagstiftningen, vetenskap och beprövad erfarenhet samt tillgängliga resurser styr bedömningen. Av Hälso- och sjukvårdslagen framgår att tekniska hjälpmedel kan vara en åtgärd som ingår i den enskildes rehabilitering eller för att kompensera funktionsnedsättningar. Det är arbetsterapeuter och sjukgymnaster som efter en individuell bedömning prövar ut hjälpmedel med hänsyn till ekonomiska resurser och vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet. Politikerna har ansvar för lagstiftningen och att ställa ekonomiska resurser till förfogande. I scenariet satsades under perioden 2005–2025 stora offentliga resurser på forskning inom socialtjänstens områden. Syftet med denna satsning har varit att ta fram vetenskapliga underlag, vilket till stora delar saknats tidigare.

Sammanfattningsvis ger expertvägen:

- (Mycket) Låg tydlighet över livsloppet avseende vad som ingår i det offentliga åtagandet för vård och omsorg om de äldre
- Låg tydlighet avseende vilka krav som ställs på det offentliga för ge vård och omsorg till de äldre
- Stor flexibilitet när det gäller möjligheten att ta hänsyn till individuella behov
- (Mycket) Stor flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till samhällsekonomiska förändringar

### Förslag till åtgärder

De åtgärder som föreslås i detta slutbetänkande är främst inriktade på att förbättra förutsättningarna för den utveckling som vi vill se på längre sikt. Det handlar bl.a. om insatser för att starta processer av olika slag samt för att initiera och förstärka forskningen inom olika områden. Vi anger dock i några fall även att regelverk och användningen av statliga styrmedel bör ses över eller förändras. Sammantaget innebär detta att vi inte föreslår nya åtaganden för någon aktör eller så omfattande statliga insatser att dessa inte kan klaras inom ramen för de prioriteringar som regeringen kontinuerligt måste göra inom ramen för sina budgetar.

Förslagen till åtgärder är numrerade från 1 till 100. Denna numrering ska *inte* tolkas som någon rangordning av förslagen.

### Mål och inriktningar (avsnitt 3.4)

1. Ersätt de nuvarande nationella målen för äldrepolitiken med två nya mål, ett som avser trygghet och ett som avser utveckling:
  - Trygghetsmålet: Alla människor skall kunna åldras i självständighet med möjligheter att vara aktiva och ha inflytande över vardagslivet samt med tillgång till god vård och omsorg.
  - Utvecklingsmålet: Alla människor skall oavsett ålder kunna utvecklas som individer, påverka och bidra till samhällsutvecklingen samt bemötas med respekt.

2. Komplettera de nationella målen för äldrepolitiken med fem inriktningar för det fortsatta arbetet – fem nycklar till framtiden:
  - Riv ålderstrappan och forma flexibla livsloppsmönster
  - Bryt åldersbarriärer
  - Planera för aktivt åldrande
  - Stärk sammanhållning och ansvarstagande över generationsgränser
  - Tydliggör och säkerställ det offentliga ansvaret för vård och omsorg om äldre människor.

### Genomförande, uppföljning och utvärdering (avsnitt 3.5)

3. Arbetet med att uppnå de nationella målen för äldrepolitiken bör byggas på en samlad strategi som vilar på två pelare:
  - Inkludera frågor om åldrande och äldre människor inom andra berörda politikområden
  - Urskilj och säkerställ de lösningar som behövs just för människor över en viss ålder.
4. En nationell ledningsgrupp för äldrepolitik bör inrättas inom regeringskansliet för att hålla ihop arbetet med att genomföra och följa upp samt organisera samverkan mellan flera berörda departement och regelbunden rapportering till riksdagen, som ansvarar för att utvärdera de äldrepolitiska insatserna utifrån uppställda mål.
5. Ansvaret hos regering och riksdag bör kompletteras med ett sektorsansvar hos olika berörda myndigheter, liknande det som finns inom bl.a. ungdomspolitik och handikappolitiken.
6. Regeringen bör tillsätta en kommitté som utreder både de samhällsekonomiska och regionala effekterna av en åldrande befolkning i syfte att skapa bred politisk enighet om långsiktigt hållbara lösningar.
7. Regeringen bör utreda tillämpning av och metoder för mainstreaming i politiken, dvs. vilka områden som bör inkluderas i olika politikområden och hur detta kan ske på bästa sätt.
8. Regeringen och andra berörda aktörer bör uppmärksamma de utmaningar som följer med en åldrande befolkning inom arbe-

tet med långsiktig hållbarhet inom ramen för det omfattande arbetet med Agenda 21 och Habitat som redan pågår i landet.

9. Regeringen bör se över arbetet med värdegrundsfrågor inom olika politikområden i syfte att skapa en mer enhetlig etisk grundhållning inom dessa.
10. Fördjupa erfarenhets- och kunskapsutbyte med andra länder när det gäller möjligheterna att möta de utmaningar som följer med en åldrande befolkning, såväl inom Norden och EU som inom FN.

#### **Riv ålderstrappan och forma flexiblare livsloppsmönster (kapitel 4)**

Med flexiblare livsloppsmönster kan utbildning, arbete, samhälls-engagemang och fritid bli parallella spår i alla åldrar och inte bara aktiviteter förknippade med vissa åldrar. Flexiblare livsloppsmönster kan bidra till en frigörelse från roller och begränsningar som i dag utgår från uppdelningen av livsloppet i avgränsade fack. Den frigörelsen behöver inte begränsas till åren kring pensions-åldern och därefter. Större möjligheter till karriär och vidareutbildning i 50-årsåldern skulle också kunna underlätta för människor att ägna mer tid åt bl.a. sina barn när man är i 30- och 40-årsåldern.

#### **Öka människors vilja och möjligheter att förvärvsarbeta fram till pensioneringen och därefter (avsnitt 4.2)**

11. Regeringen bör etablera ett femårigt nationellt projekt med syfte att stärka de äldres (50+) ställning i arbetslivet och öka arbetskraftsdeltagandet bland personer som är 50 år och äldre.
12. Regeringen bör främja ytterligare forskning för att kunna möta de frågor som kommer att bli aktuella på den framtida arbetsmarknaden med en åldrande arbetskraft och generations-skiften.
13. Regeringen bör ta initiativ till forskning om effekter på arbetskraftsutbudet om fler ges möjlighet till deltidslösningar i samband med pensioneringen.
14. Utveckla arbetsmiljötillsynen.

15. Utveckla mått och metoder för att beskriva och följa förändringar av arbetskraftsdeltagandet för personer som är femtio år och äldre.
16. Vi uppmanar parterna på arbetsmarknaden att granska och överväga förändringar av pensionsavtalen så att dessa avtal ger större möjligheter till flexibilitet vid utträdet från arbetslivet, inte motverkar rörlighet på arbetsmarknaden och ger ekonomiskt utbyte för den som vill arbeta efter 65 års ålder.
17. Förbättra informationen om det förväntade sammanlagda pensionsutfallet från både det allmänna pensionssystemet och tjänstepensionssystemen till enskilda individer.
18. Regeringen bör ta initiativ till att utveckla nya system för studiefinansiering för vuxna.
19. Regeringen bör beakta värdet av validering för den del av befolkningen som är femtio år och äldre och som vill skaffa sig ny yrkeskompetens i de förslag om hur validering ska genomföras och organiseras som regeringen har för avsikt att lägga fram.
20. Regeringen bör ge NUTEK i uppdrag att sammanställa fakta om äldres företagande och utifrån internationella exempel bedöma värdet av riktade insatser för äldre.

#### **Öka och ta till vara äldre människors engagemang i politiska beslutsprocesser, kulturliv och social ekonomi (avsnitt 4.3)**

21. Frågor om äldre människors inflytande och delaktighet måste bli självklara delar av det statliga arbetet med att utveckla medborgarnas inflytande och delaktighet i kulturliv och social ekonomi.
22. De politiska partierna måste ta ett större ansvar för att förnyelse av demokrati och medborgarroll inte blir liktydigt med förnygring och aktivt arbeta för att förändra attityderna till äldre människors roll i politiken.
23. Människor i alla åldrar måste omfattas av arbetet med att utveckla inflytande och delaktighet i lokalsamhället. Dagens pensionärsråd bör utvecklas så att deras möjligheter att förmedla äldre människors kunskaper och erfarenheter tas till

vara i alla berörda beslutsprocesser, men andra typer av rådslag och dialoger bör också prövas, t.ex. med grupper med personer i olika åldrar i bostadsområden.

24. Det lokala arbetet för att främja och ta till vara äldre människors delaktighet i kultur- och fritidsaktiviteter bör utvecklas och i större utsträckning överskrida de sektorsgränser som i dag lätt begränsar perspektiven.
25. Forskningen om äldre människors användning av sin fria tid bör stärkas och kunskaper om åldrande och äldre människor spridas i utbildningar inom kultur- och fritidssektorn.
26. Det lokala arbetet med att utveckla den sociala ekonomins möjligheter bör fortsätta utifrån de erfarenheter som vunnits de senaste åren.
27. Stat, landsting och kommuner bör så snart som möjligt vidta åtgärder som leder till att lokaler som allmänheten har tillträde till är tillgängliga för personer med funktionshinder senast år 2010.

#### **Öka möjligheterna för människor med utsatta livslopp att vara aktiva och delaktiga i samhället under åldrandet (avsnitt 4.4)**

28. Forskningen om utsatta livssituationer under åldrandet och vilket samband denna utsatthet har med tidigare delar av livsloppet måste förbättras.
29. Regeringen bör slå broar mellan å ena sidan äldrepolitiken och det politiska arbetet för ekonomisk trygghet under åldrandet och å andra sidan handikappolitiken, integrationspolitiken, jämställdhetspolitiken och andra relevanta politikområden.
30. Regeringen bör se över de åldersgränser som gäller för bilstödet så att det blir möjligt att behålla eller få bilstöd även efter 65 års ålder för att kunna förvärvsarbeta om man i övrigt uppfyller kraven för detta.
31. Brottsoffermyndigheten bör få i uppdrag att utreda hur kunskapsunderlaget kan förbättras när det gäller upptäckt och aktivt stöd till äldre brottsoffer inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård.

32. Regeringen bör se över möjligheterna att förbättra arbetet med att förebygga psykisk ohälsa bland äldre invandrare, inklusive effekter av traumatiska erfarenheter.
33. Alla äldre människors lika rätt till bl.a. vård och omsorg måste understrykas i utbildningar av vård- och omsorgspersonal.
34. En del av de resurser som i dag används inom staten och kommunerna för att motverka negativa attityder gentemot personer med olika kulturell bakgrund eller sexuell läggning bör avsättas till verksamheter som riktar sig till äldre personer, t.ex. inom pensionärsorganisationerna.
35. Människor som invandrar sent i livet till Sverige från länder utanför Europa och Nordamerika måste få bättre möjligheter att integreras i ett liv med självständighet, aktivitet och delaktighet.

### **Bryt åldersbarriärer (kapitel 5)**

Negativ särbehandling på grund av ålder är en diskrimineringsgrund bland andra. En aktiv diskussion om de bilder och beskrivningar som förekommer i bl.a. massmedierna är en nödvändig del av det demokratiska samtalet. Även här finns det exempel på insatser i andra länder som kan ge inspiration. Också när det gäller utveckling av ny teknik utgör förlegade föreställningar och bristande kunskaper om äldre människors vardagsliv och teknikanvändning hinder för en utveckling som skulle kunna vara till nytta för enskilda äldre människor, deras anhöriga, företag och samhället som helhet.

### **Synliggör och bekämpa negativ särbehandling av människor på grund av hög ålder (avsnitt 5.2)**

36. En samlad diskrimineringslagstiftning med ålder som en av flera diskrimineringsgrunder bör införas i Sverige, och vi utgår från att Diskrimineringsutredningen så snart som möjligt lämnar konkreta förslag på hur en sådan lagstiftning ska utformas.

37. Det statliga språkbruket om åldrande och äldre människor måste ses över och förbättras så att staten föregår med gott exempel på hur grundlagens förbud mot diskriminering på grund av ålder ska tillämpas i det offentliga livet.
38. Översynen av det statliga språkbruket bör även omfatta förtydliganden och utmönstringar av formuleringar i lagtexter som för negativa stereotyper om åldrandet och äldre människor vidare.
39. I anslutning till arbetet med att se över det statliga språkbruket bör det anordnas seminarier eller liknande med företrädare för branschorgan, professionsföreträdare och företag som arbetar med massmedier eller reklam och som har egna riktlinjer där diskriminering på grund av ålder kan ingå.
40. Statligt finansierad statistik bör inte innehålla några övre åldersgränser.
41. Organisationer och företag bör så snart som möjligt se över sina etiska regler och policydokument samt implementeringen av dessa i syfte att synliggöra och motverka negativ särbehandling på grund av hög ålder.
42. Organ som arbetar med uppföljning, tillsyn och etik inom medieområdet bör uppmärksamma diskriminering på alla de grunder som anges i regeringsformen, inklusive ålder.

#### **Stärk utvecklingen av ny teknik för äldre människor (avsnitt 5.3)**

43. Insamlandet av offentlig statistik om tillgång till och användning av teknik bör förbättras så att diskriminerande urval och den osammanhängande bilden av äldres situation undanröjs.
44. Kunskapen om äldre teknikanvändare bör synliggöras och förbättras genom ökad forskning om äldre människors vardagsliv och teknikanvändning samt om teknikens roll i samband med åldrandet.
45. Regeringen bör överväga förutsättningarna för att få till stånd en innovationsprocess som har plats för äldre teknikanvändare och som motverkar trögheter som hindrar företag från att



möta en oexploaterad efterfrågan på användbara och ändamåls-  
enliga produkter och tjänster för äldre människor.

46. Regeringen bör också stödja utbildningsinsatser i samverkan mellan näringsliv och etablerade utbildningar.
47. De roller och strategier varigenom äldre själva får och försöker få tillgång till ny teknik bör stödjas.

### **Planera för aktivt åldrande (kapitel 6)**

Vi delar den bedömning som Världshälsoorganisationen WHO gjort att aktivt åldrande handlar om att fortlöpande kunna vara delaktig i sociala, ekonomiska, andliga, kulturella och medborgerliga frågor. Insatser för att uppnå aktivt åldrande bör minska skillnader mellan kvinnor och män samt mellan socioekonomiska grupper och utformas med uppmärksamhet på förhållandet mellan generationer. Ytterst handlar aktivt åldrande om beslut som enskilda människor själva fattar om livsstil och levnadsförhållanden. En central uppgift för myndigheter och andra aktörer är att skapa förutsättningar för den enskildes egen planering och eget ansvarstagande för ett aktivt åldrande.

### **Öka människors möjligheter att ta ansvar för sin hälsa under åldrandet (avsnitt 6.2)**

48. Det arbete som nu pågår med att utveckla indikatorer och uppföljningsinstrument inom folkhälsopolitiken när det gäller åldrande och äldre människors förhållanden måste gå vidare, liksom det arbete som redan bedrivs på olika nivåer för bl.a. minskad rökning, ökad fysisk aktivitet och bättre kostvanor i alla åldersgrupper.
49. Regeringen bör ta initiativ till att utarbeta en nationell strategi för förebyggande hälsoarbete under åldrandet så att folkhälsopolitiken kan utvecklas ytterligare inför de demografiska förändringarna.
50. Olika organisatoriska lösningar för tvärssektoriella förebyggande insatser under åldrandet bör prövas och följas upp.

51. Kunskaperna hos nyckelgrupper inom samhällsplanering, socialtjänst, hälso- och sjukvård m.m. bör öka när det gäller möjligheterna att uppnå positiva effekter på äldre människors hälsa genom livsstilsförändringar som rökstopp, ökad fysisk aktivitet och ändrade kostvanor, men också när det gäller betydelsen av kultur och natur.
52. Arbetet med att utveckla och följa upp förebyggande hembesök som metod för uppsökande arbete bland äldre människor bör fortsätta.
53. Regeringen bör tillsätta en Äldresäkerhetsdelegation för förebyggande insatser när det gäller risker för olycksfall bland äldre personer, samverkan med pensionärsorganisationerna om informationsinsatser men också med uppgift att sammanställa statistik och föreslå strukturella åtgärder som kan minska riskerna.

### **Öka människors möjligheter att ta ansvar för boende och livsmiljö under åldrandet (avsnitt 6.3)**

54. Den sociala bostadspolitiken bör också bli en förebyggande boendepolitik med utgångspunkt i människors eget ansvar för boende och livsmiljö under åldrandet, deras varierande förutsättningar att göra val på bostadsmarknaden samt kommunernas nyckelroll när det gäller boende- och samhällsplanering.
55. Informationen till den enskilde om boendets och livsmiljöns betydelse under åldrandet behöver förbättras, inte minst om vad olika typer av boende under åldrandet innebär och vilka villkor som är förknippade med dessa.
56. Kommunerna bör ta till vara de möjligheter som planmonopolet ger för att skapa goda boendeförhållanden och livsmiljöer under åldrandet genom lokala processer som mobiliserar alla berörda aktörer och låter dem komma till tals.
57. Boverket bör få i uppdrag att analysera de statliga styrmedlen inom området i förhållande till hur de kan främja människors självständighet och delaktighet under åldrandet.

58. I det fortsatta arbetet med att öka tillgängligheten i samhället bör behov av insatser i boendet ges större vikt, och regeringen bör snabbt utreda hur den fysiska tillgängligheten i nyproduktion och befintligt bestånd kan främjas på lång sikt och skapa fler alternativ för äldre människor att välja boende och livsmiljö.
59. Forskning och utbyte av kunskaper och erfarenheter när det gäller boende och livsmiljö under åldrandet bör stärkas.
60. När det gäller offentliga miljöer bör en ”hundravision” om tillgänglighet för alla till offentliga miljöer vara det naturliga steget när de insatser som nu pågår för att öka tillgängligheten utifrån den nationella handlingsplanen för handikappolitik avslutats; redan nu bör en sådan vision vara vägledande när nya offentliga miljöer planeras eller befintliga miljöer görs om.
61. Kunskaperna om funktionsnedsättningar och funktionshinder under åldrandet bör förbättras, och den kunskap som finns bör föras ut till de aktörer som ansvarar för utformningen av bostäder, transportmedel, offentliga miljöer, affärslokaler, nöjesarrangemang etc.
62. Staten bör ta ett ökat ansvar för att post- och teletjänster organiseras så att de många äldre personer som bor i landsbygds- och glesbygdsområden får möjligheter att åldras med fortsatt självständighet.
63. Vi utgår från att den kommitté som på uppdrag av regeringen ser över plan- och bygglagstiftningen behandlar frågor om regelverket för fysisk tillgänglighet i nyproduktion och befintligt fastighetsbestånd samt när det gäller tillgången till handel och extern service i olika delar av landet.

#### **Förbättra kunskaperna om vad tillgång till service i hemmet betyder för självständighet och hälsa (avsnitt 6.4)**

64. Utveckla olika former av behovsbedömningar för olika typer av insatser inom äldreomsorgen inom ramen för nuvarande socialtjänstlag.

65. Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att stödja utvecklingen av metoder för seriösa men enklare behovsbedömningar inom ramen för nuvarande socialtjänstlag.
66. Regeringen bör ta initiativ till en uppföljning av den enskildes erfarenheter och upplevelser av olika former av behovsbedömningar.
67. Regeringen bör överväga att stödja en försöksverksamhet med ökad tillgång till service i hemmet för äldre inom ramen för nuvarande lagstiftning.

#### **Möjliggör ett aktivt åldrande för människor som behöver vård och omsorg (avsnitt 6.5)**

68. Öka kunskaper och insikter om möjligheter till ett aktivt åldrande för äldre människor med behov av vård och omsorg, och motverka föreställningar om att dessa inte kan eller vill vara aktiva.
69. Kommuner och landsting bör ta till vara möjligheterna att förebygga ytterligare vård- och omsorgsbehov hos äldre människor genom ett förebyggande förhållningssätt och arbete.
70. Huvudmännen för vård och omsorg måste på ett bättre sätt uppmärksamma äldres behov av rehabilitering, habilitering och funktionsuppehållande träning och betydelsen av detta för både individ och samhälle.
71. Utveckla det lokala folkhälsoarbetet och de lokala kultur- och fritidsaktiviteter som avser personer med behov av vård och omsorg.
72. Öka personalens kompetens att arbeta med frågor som berör olika former av aktiviteter hos äldre med behov av vård och omsorg.

#### **Stärk sammanhållning och ansvarstagande över generationsgränser (kapitel 7)**

De utmaningar som en åldrande befolkning innebär för samhället kräver fortsatta insatser för en hållbar utveckling mellan generationer över tid. Särskilt måste ömsesidigheten över generations-

gränser stärkas och utvecklas inom områden av betydelse för samhällsekonomin och maktstrukturen i samhället. Med en sådan ömsesidighet blir äldre personers delaktighet även en fråga om att delta i och ta ansvar för politiska beslut. Ett sådant arbete måste botten i förbättrade möjligheter till möten och samverkan mellan personer ur olika generationer i alla delar av det dagliga livet.

### **Beakta effekter på förhållandet mellan åldersgrupper vid politiska beslut och i samhällsplanering (avsnitt 7.2)**

73. Regeringen bör pröva möjligheterna att mer systematiskt belysa effekter för olika åldersgrupper i samband med uppdrag som gäller generella välfärdsfrågor samt tillväxt och långsiktig hållbarhet, t.ex. inom ramen för vissa uppdrag till myndigheter och kommittéer.
74. Staten bör stödja den lokala planeringen genom att utveckla och sprida kunskap om modeller för marknadsundersökningar och långsiktiga effekter av demografiska förhållanden.
75. Frågor om förhållandet mellan generationer bör regelbundet ställas i någon eller några av de större mätningar som görs i Sverige, t.ex. av SCB eller SOM-institutet vid Göteborgs universitet.

### **Öka möjligheterna till möten mellan människor över generationsgränser (avsnitt 7.3)**

76. Mötesplatserna i det offentliga livet för människor i olika åldrar måste bli fler.
77. Möjligheterna till mentorskap mellan personer i olika åldersgrupper i arbetslivet bör stärkas.
78. Statens kulturråd bör få i uppdrag att föreslå hur möten över generationsgränser kan främjas inom olika delar av kulturlivet.
79. Gör det möjligt för fler äldre människor att delta i skolarbete och annan verksamhet som gäller barn och ungdomar.
80. Forskning och erfarenhetsutbyte när det gäller möjligheterna till möten över generationsgränser i bl.a. arbetsliv, kulturliv, skola och lokalsamhälle bör stärkas.

### **Tydliggör och säkerställ det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre människor (kapitel 8)**

Beslut om framtidens vård och omsorg om äldre människor berör och påverkar alla i befolkningen. Dessa frågor är viktiga för den enskilde individen under olika delar av livsloppet: som äldre, som anhörig till en äldre person i behov av vård och omsorg, som medfinansiär av sin egen framtida vård och omsorg som äldre samt som medfinansiär av offentlig vård och omsorg. Vård och omsorg om äldre är också viktigt för samhället för att skapa stabila levnadsförhållanden. Det är därför oroande att förtroendet för vården och omsorgen om äldre människor tycks svikta. Behovet av förtydliganden av innehållet i det offentliga åtagandet inom vård och omsorg om äldre har nästan inte alls uppmärksammats tidigare politiskt i Sverige. I flera fall har regering och riksdag haft ambitioner att förtydliga ansvaret för vård och omsorg för de äldre, men resultaten har i de flesta fall i stället inneburit nya visioner och nya organisatoriska lösningar. I vårt arbete har vi kunnat konstatera att det finns en bred uppslutning kring att det även i fortsättningen ska vara så att samhället har det yttersta ansvaret för vård och omsorg om de äldre. Det finns t.ex. inget stöd för att lägga ett större ansvar på anhöriga för äldres vård och omsorg. Vad detta yttersta ansvar innebär måste dock klargöras.

#### **Bredda och fördjupa de politiska processer som formar det offentliga åtagande för vård och omsorg om äldre människor (avsnitt 8.2)**

81. Regeringen bör ta initiativ till breda diskussioner i samhället om hur man kan tydliggöra det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre i ett samhälle där antalet och andelen äldre ökar samtidigt som det offentliga åtagandet säkerställs avseende finansiering och personalförsörjning.
82. Regeringen bör peka ut vård och omsorg om äldre som ett område för den andra etappen av Ansvarsutredningen.
83. Stärk forskningen om sambandet mellan policyutveckling och medborgarnas förtroende för vården och omsorgen om äldre människor.

84. Utveckla indikatorer för att följa upp och kvalitetssäkra verksamheten ur olika perspektiv inom vård och omsorg om äldre.

### **Följ upp prioriteringar och utveckla prioriteringsunderlag inom vård och omsorg om äldre (avsnitt 8.3)**

85. Regeringen bör fortsätta att följa upp prioriteringar inom hälso- och sjukvården bl.a. mot bakgrund av Socialstyrelsens bedömning att prioriteringsgrunderna inte följs när det gäller äldre personer.
86. Regeringen bör ta initiativ till ett arbete där frågor om prioriteringar inom vård och omsorg om äldre tas upp till diskussion.
87. Inför individbaserad statistik inom vård och omsorg om äldre.
88. Utveckla statistiken avseende hälso- och sjukvården så att uppföljningar och utvärderingar av vården och omsorgen om äldre människor kan förbättras.
89. Utnyttja den förbättrade statistiken till mer kompletta och detaljerade analyser av hur resurserna inom vården och omsorgen om äldre människor används.

### **Formulera en kvarboendeprincip (avsnitt 8.4)**

90. Regeringen bör göra en utvärdering av kvarboendet både i det ordinära boendet och i det särskilda boendet ur såväl ett individperspektiv (inklusive bl.a. etiska frågor) som ett samhällsperspektiv (här ingår även ekonomiska frågor som investeringar).
91. Regeringen bör ta initiativ till ett arbete där frågor om kvarboende tas upp till diskussion.
92. Regeringen bör ta initiativ till att kvarboendeprincipen klarläggs på ett tydligare sätt än i nuvarande lagstiftning för såväl den enskilde som för det offentliga.
93. Regeringen behöver initiera en översyn av begreppet särskilda boendeformer och konsekvenserna av det i annan lagstiftning.

94. Utred behovet av statliga insatser inom boendet för att möjliggöra kvarboende även vid omfattande vård- och omsorgsbehov.

**Förtydliga stödet till anhöriga/närstående till äldre människor som behöver vård och omsorg (avsnitt 8.5)**

95. Lagreglera kommunernas skyldighet att stödja anhöriga/närstående.
96. Regeringen bör ta initiativ till en översyn av hur termerna anhörig och närstående används i lagstiftning som på olika sätt berör vård och omsorg om bl.a. äldre.
97. Kommunernas arbete med att utveckla stödet till anhöriga och närstående behöver fortsätta.
98. Uppmärksamma de varierande förutsättningarna för olika anhöriga/närstående som ger vård och omsorg åt äldre människor.
99. Utred hur tillgång till vård och omsorg om äldre påverkar jämställdhet mellan män och kvinnor.
100. Utred ansvaret för tekniska hjälpmedel till anhängvårdare/närståendevårdare.



# 1 Vårt uppdrag och arbetssätt

## 1.1 Uppdrag

Den parlamentariska äldreberedningen (S 98:08), som antagit namnet SENIOR 2005, har i uppdrag av regeringen att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken. Enligt direktiven (dir. 1998:109, se bilaga 1) är utgångspunkterna för vårt arbete de förändrade krav som ställs på samhället när både antalet och andelen äldre i befolkningen ökar. Våra analyser och förslag ska utformas med tanke på äldres situation i samhället från år 2005 och framåt.

Vårt arbete ska bidra till att de nationella målen för äldrepolitiken uppfylls. Om det finns skäl ska vi föreslå nya mål. De nationella mål som riksdagen beslutade om år 1998 (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307) innebär att äldre människor ska

- kunna åldras i trygghet och med fortsatt oberoende
- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag
- bemötas med respekt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

I direktiven lägger regeringen särskild vikt vid att vi lämnar förslag som syftar till att öka äldre människors möjligheter att delta och ha inflytande i arbetsliv och samhälle. Regeringen skriver:

Det är angeläget att beredningen särskilt beaktar behov av åtgärder som innebär att äldres resurser i form av erfarenheter, kompetens och kunskaper i högre utsträckning tas till vara inom olika samhällssektorer. Frågor som rör service, vård och omsorg är angelägna att belysa. Dessa områden har dock behandlats av ett flertal utredningar under senare år. Beredningen bör därför ge stort utrymme åt att belysa andra frågeställningar av betydelse för äldre personers villkor i samhället.

Viktiga områden som vi bör beakta är bl.a.

- äldres inflytande och delaktighet i beslutsprocesser
- tillgänglighet i samhället för äldre med funktionshinder
- utveckling av IT-hjälpmiddel för äldre i hemmiljö liksom inom vård och omsorg
- kvalitet inom vård och omsorg
- anhörigas roll i vård och omsorg
- sociala kontakter och umgänge över generationsgränser
- äldres delaktighet i arbetslivet och möjlighet att fortsätta ett aktivt yrkesliv efter uppnådd pensionsålder
- äldres möjligheter att delta i eller ta del av kulturlivet.

Till våra uppgifter hör också att belysa skillnader mellan mäns och kvinnors förutsättningar och villkor och att beakta det ökande antalet äldre med utländsk bakgrund.

Enligt direktiven ska vårt arbete bidra till att skapa en bred diskussion om äldrepolitikens roll, möjligheter och begränsningar. Arbetet ska bedrivas utåtriktat. Ett skäl till detta är att många olika aktörer bör bli delaktiga i den framtida äldrepolitiken. Det gäller inte bara regering, riksdag, kommuner, landsting och myndigheter utan även arbetsmarknadens parter, föreningsliv, trossamfund, andra sammanslutningar och enskilda människor. Med utgångspunkt från de äldrepolitiska målen kan kommuner, myndigheter och organisationer t.ex. utarbeta äldrepolitiska handlingsprogram inom sina ansvars- eller intresseområden.

Enligt direktiven skulle resultatet av vårt arbete redovisas till regeringen senast den 1 maj 2003. Tiden har senare förlängts till den 1 november 2003 (Regeringens beslut 2002a).

## **1.2 Arbetssätt**

### **1.2.1 Tidsperspektivet**

Vi tolkar direktiven så att vi ska lämna förslag som avser förhållanden för de personer som år 2005 och tiden därefter själva anser sig eller av andra anses vara "äldre". Inom arbetslivet bedömer vi att ålder i dag är en viktig faktor för många från åtminstone 50 års ålder. Det innebär att analyser och slutsatser i första hand avser personer födda fram till mitten av 1950-talet. Analyserna och slutsatserna avser deras fortsatta situation som äldre under åtmin-

stone 2010- och 2020-talen. Samtidigt lägger vi stor vikt vid att dessa personer är en del av *hela* befolkningen och att frågor om deras situation också gäller *hela* samhället.

### **1.2.2 Diskussionsbetänkandet *Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring* (2002:29)**

Utifrån den prioritering av arbetsområden och frågeställningar som görs i direktiven valde vi i inledningen av vårt arbete att särskilt uppmärksamma de delar av äldrepolitiken som gäller äldre människors möjligheter till aktivitet, delaktighet och inflytande.

Beredningens arbete inom dessa områden kan beskrivas som en process i tre steg. I steg 1 analyserade vi underlag samt presenterade vår framtidsbild och våra principiella slutsatser i diskussionsbetänkandet *Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring* (SOU 2002:29) som gavs ut i april 2002. Steg 2 utgjorde en dialog om framtidsbild och slutsatser, dels genom en formell remissomgång, dels genom regionala konferenser och seminarier med särskilt berörda aktörer. Trådarna har nu knutits ihop i steg 3, genom att ett slutbetänkande med förslag på åtgärder lämnas till regeringen.

Remissomgången i steg 2 pågick från april till oktober 2002. Remissen sändes till 197 instanser, av vilka 123 besvarade den. Av de remissinstanser som besvarade remissen angav 13 att de inte hade några synpunkter på betänkandet. Sammanlagt lämnade således 110 remissinstanser synpunkter. En sammanställning av de inkomna synpunkterna, som varit av stort värde för vårt arbete med innehållet i slutbetänkandet, finns i bilagedel B.

I anslutning till diskussionsbetänkandet gav SENIOR 2005 ut fyra bilagedelar med underlagsrapporter från experter inom olika områden. Under våren 2002 gav SENIOR 2005 även ut en antologi med tio röster om ålder och åldrande, *I livsloppet*. I slutet av april 2002 gav SENIOR 2005 ut en engångstidning, som spreds genom kvällspressen, om de frågor som behandlades i diskussionsbetänkandet. Under år 2002 arrangerade SENIOR 2005 sex regionala konferenser om den framtida äldrepolitiken. Samma år genomfördes också sju framtidsverkstäder i olika kommuner i samarbete med stiftelsen Cesam. En översikt över vårt utåtriktade arbete, och de värdefulla synpunkter som framkommit vid bl.a. de regionala konferenserna och framtidsverkstäderna, finns i bilagedel B.

Information och material från SENIOR 2005 har varit tillgängligt på beredningens hemsida ([www.senior2005.gov.se](http://www.senior2005.gov.se)).

### 1.2.3 Arbetet med vård och omsorg

Vårt arbete med frågor som berör vård och omsorg om äldre människor skiljer sig något från arbetsprocessen inom de områden som tas upp i diskussionsbetänkandet. Ett skäl till detta är den tonvikt på frågor om delaktighet och inflytande som regeringen givit i direktiven till SENIOR 2005. Ett annat skäl är läget inom detta område med ett stort antal visioner och målsättningar i lagstiftning och förarbeten samt flera mycket aktiva aktörer på nationell nivå. Vi har därför bedömt att det funnits mindre behov av en samlande framtidsbild inom detta område och mer av fördjupad diskussion av vilka målsättningar och visioner som ska vara bärande inför framtiden.

Mot bakgrund av detta har vi valt att ta upp frågan om det offentliga åtagandet inom vård och omsorg om äldre människor. Vårt fokus ligger på frågeställningar som är påverkbara på nationell nivå och som berör politiska ställningstaganden. Samtidigt har vi valt att göra några avgränsningar i vårt arbete med vård- och omsorgsfrågor. Vi tar inte direkt upp frågor som direkt gäller framtida finansiering, huvudmannaskap, personal- och kompetensförsörjning eller avgifter. Vi menar att det är först när man tagit ställning till vad som ska ingå i det offentliga åtagandet som man kan och behöver ta ställning till hur verksamheten ska organiseras.

I januari och februari 2003 genomförde SENIOR 2005 fem hearingar om framtidens vård och omsorg om äldre människor. Som underlag för dessa hearingar tog vi fram ett underlag med fakta och frågeställningar. Detta underlag återfinns i bilagedel C tillsammans med en sammanställning av de synpunkter som framkom vid hearingarna.

### 1.3 Slutbetänkandets volymer

Slutbetänkandet innehåller följande delar:

- *Huvudvolym* med principiella ställningstaganden och motiveringar till dessa inom samtliga behandlade områden.
- *Bilagedel A* med en underlagsrapport om etik (ansluter till avsnitt 3.3 i huvudvolymen)
- *Bilagedel B* med underlagsrapporter om arbetsliv och samhälle (ansluter till kapitel 3–7 utom avsnitt 6.4 och 6.5 i huvudvolymen).
- *Bilagedel C* med underlagsrapporter om vård och omsorg om äldre människor (ansluter till avsnitt 6.5 samt kapitel 8 i huvudvolymen).
- *Bilagedel D* med underlagsrapporter om service i hemmet för äldre människor (ansluter till avsnitt 6.4 i huvudvolymen).

I huvudvolymen ägnas kapitel 2 åt en beskrivning av vad åldrandet innebär för den enskilde individen och vilka utmaningar som en åldrande befolkning ställer samhället inför. I kapitel 3 har vi samlat våra generella överväganden och förslag om äldrepolitikens roll, mål, inriktningar och arbetsformer inför framtiden. Här presenterar vi också våra etiska utgångspunkter och vår framtidsbild. I kapitel 4–7 analyserar vi utgångsläge och förutsättningar för en önskvärd framtida utveckling inom de inriktningar som vi föreslår i kapitel 3. Vi föreslår också åtgärder som bör vidtas för att stärka de positiva förutsättningarna och undanröja olika hinder. Dessa förslag är numrerade från 1 till 100, vilket inte ska tolkas som någon rangordning av dem. I kapitel 8 presenterar vi några scenarier över framtidens vård och omsorg om äldre människor, som kan bidra till fördjupad diskussion om de aspekter på vård och omsorg som vi tar upp i framtidsbilden, och föreslår åtgärder för fortsatt utveckling inom några centrala områden.

I anslutning till slutbetänkandet ger vi också ut en kortversion som sammanfattar våra överväganden, bedömningar och förslag.

### 1.4 Att forma framtiden

Inga framtidsprognoser är säkra, det vet alla. Men samma prognosmakare, planerare och framtidsforskare som ständigt betonar det osäkra i allt som har med framtiden att göra, är sedan ofta snabba med säkra prognoser. De inleder framtidsseminarierna med några skämt-

samma ord om hur osäkert allt är. ”Det är svårt att sia, särskilt om framtiden”, säger de, och då skrattar alla, det lättar upp stämningen, och ger en mänsklig touche åt det hela. Men sedan dröjer det inte länge så börjar de visa diagram i overheadprojektorn.

Så skriver Ludvig Rasmusson i essäsamlingen *Tjusexton* från år 1996. Rasmusson arbetade i början av 1980-talet vid Sekretariatet för framtidsstudier, och myntade då begreppet ”40-talister” om 1940-talsgenerationen. Citatet pekar på grundläggande svårigheter vid framtidsstudier av det slag som SENIOR 2005 arbetar med.

#### 1.4.1 Backcasting

Vårt arbetssätt bygger, i förenklad form, på en metod som kallas backcasting. Backcasting innebär att man först beskriver en önskvärd framtid och därefter stakar ut en väg för att förverkliga den: Vad behöver göras? Hur kan det genomföras? När behöver olika åtgärder vidtas? Vem ska genomföra dem? Metoden är vanlig bl.a. vid långsiktigt arbete för ekologisk hållbarhet. Den skiljer sig både från scenariometoden (se nedan) och från prognosmetoden, som bygger på kvantifierande framskrivningar av nuvarande trender och förhållanden, ofta uträknade med matematisk exakthet.

Det som kännetecknar backcasting är inte någon särskild uppsättning tekniker utan att framtidsbilden och andra förslag knyts till en tydlig vilja att forma framtiden. Backcastingstekniken beskrivs så här i anslutning till ett projekt som Miljövårdsberedningen bedrivit (SOU 2001:20): ”Backcasting som metod är bland annat lämplig att använda när de problem som ska studeras är komplexa och berör flera sektorer och nivåer i samhället samt när problemen orsakas av yttre faktorer som marknaden inte på ett tillfredsställande sätt kan hantera. Vidare är backcasting lämplig att använda när tidshorisonten är tillräckligt lång för att i tillräcklig omfattning möjliggöra frivilliga val.”

Backcastingmetoden har även fått kritik. Ansatsen vid backcasting har anklagats för att lätt bli endimensionell (IVA 1999a). Därmed försvåras möjligheterna att undersöka bra och dåliga framtider och att fundera över vilka konsekvenser som en effektiv respektive utebliven anpassning till omvärldsutvecklingen kan innebära. Vi försöker undvika problemen genom att uppmärksamma risker och bedömningar som experter inom olika områden har gjort.

Backcasting är nära besläktat med visionsarbete. Någon allmänt vedertagen definition av ordet ”vision” vid arbete med framtidsbilder finns inte, trots att ordet används flitigt i t.ex. samhällsplanering. Ett par gemensamma drag kan dock urskiljas. Det som visionen beskriver bör vara eftersträvansvärt och visionen bör inspirera till handling. Visionen bör också vara möjlig att förverkliga (SOU 1986:34). Dessa båda drag präglar också vår framtidsbild.

### 1.4.2 Scenarier

När det gäller vård och omsorg om äldre människor har vi valt att komplettera bilden av en önskvärd framtida situation med scenarier över möjliga vägar att uppnå denna situation. Att arbeta med scenarier tillåter att man målar upp framtiden på ett sätt som gör valmöjligheter begripliga och visar på sambanden mellan orsak och verkan, reaktioner och motreaktioner.

Scenariometoden beskrivs i *Att analysera omvärlden och framtiden* (Ds 1994:116), utgiven av det dåvarande Civildepartementet. Där konstateras att ett scenario, i likhet med ett skådespel, ska beskriva ett skeende i tiden. Scenariot bygger på vissa förenklade antaganden som måste redovisas i klartext. Det får inte vara osannolikt utan måste vara begripligt, logiskt sammanhängande och möjligt att förstå. Vidare bör ett scenario innehålla fem huvudingredienser:

- aktörer, dvs. personer, organisationer, institutioner, partier eller företag
- handlingar av olika slag utförda av aktörerna och som påverkar den framtida utvecklingen
- material, dvs. realkapital, kunskap, infrastruktur, arbete m.m. som behövs för att utföra dessa handlingar
- beskrivning av rum och tid
- beskrivning av hur processen fortgår från början till slut.

I rapporten *Scenarier för Teknisk Framsyn – Huvudrapport* (1999), skriven av FOA Försvarsanalys på uppdrag av Ingenjörsvetenskapsakademiens projekt Teknisk Framsyn, finns en beskrivning av scenariometoden som vi utgått ifrån i vårt arbete. Rapportens författare ansluter sig till den tradition som kallas *scenarioplanering* eller *användning av scenarier som skräddarsydda verktyg för strate-*

*giska samtal*. Ett syfte med att använda scenarier är, enligt denna tradition, att utveckla strategier som är robusta i förhållande till osäkra omvärldsfaktorer.

FOA Försvarsanalys skriver att scenarier inte är någon slutprodukt utan något man använder för att, förhoppningsvis, fatta klokare beslut. Scenarier beskriver mer eller mindre avlägsna framtider, även om det är nu eller i en nära framtid som de ska användas för att på bästa sätt förbereda oss på framtiden. Scenarierna ska vara relevanta, genom att belysa s.k. nyckeldrivkrafter som är osäkra men viktiga för de ställningstaganden som scenarierna ska ligga till grund för. Samtidigt ska scenarierna vara trovärdiga och utmanande.

Vid utformningen av scenarierna bör man först formulera det problem som de ska belysa i en s.k. fokusfråga. Man bör också undvika att ha för många scenarier eller bara två eller tre stycken, vilket kan leda till överdriven polarisering eller en tendens att välja mittalternativet. Överhuvudtaget bör man undvika katastrof- och lyckoscenarier; varje scenario bör tvärtom innehålla såväl fördelar som nackdelar med en viss utveckling.

### 1.4.3 Underlag

Vad kan man veta om framtiden? De amerikanska forskarna Wendell Bell och Jeffrey K. Olick har angivit några ”vetbara utgångspunkter” för framtidsstudier som fångar in merparten av de källor som vi använder (Ds 1994:116):

- Människors nuvarande föreställningar om en möjlig framtid
- Människors förväntningar på en trolig framtid
- Människors preferenser för olika framtidsalternativ
- Människors nuvarande avsikter att handla i en bestämd riktning, t.ex. hur de tänker rösta, investera etc.
- Människors skyldigheter och åtaganden gentemot varandra
- Människors historia, traditioner, erfarenheter och deras tidigare beslut i en speciell fråga
- Trendanalyser av tidsseriesdata

Mycket av det underlag som vi använder beskrivs i anslutning till *andras* framtidsbilder. Det handlar bl.a. om scenarier och prognoser som myndigheter, forskare och andra kommittéer gjort av effekterna av en åldrande befolkning. Även de mest seriösa studierna rym-



mer dock mer eller mindre omfattande osäkerhet. När vi belyser de samhällsekonomiska konsekvenserna av en åldrande befolkning är det *möjliga* framtidsbilder som vi ser konturerna av, inte någon säker förutsägelse av framtiden.

Även den till synes exakta prognosmetoden har sina fallgropar. Nya idéer, ny teknik och plötsliga politiska händelser ligger ofta utanför prognosernas räckvidd (IVA 1999b). Ett exempel är den prognos för den framtida trafiksituationen i London som gjordes kring förra sekelskiftet. Prognosen angav med stor exakthet när stadens gator skulle bli igenkorkade av hästpilling, men hade inte mycket att säga om bilismens effekter (Sekretariatet för Framtidsstudier 1987). Osäkerheten är också betydande i de studier som bygger på enkätsvar om hur människor ser på sitt eget åldrande och liv som äldre.

## 2 Åldrande, individ och samhälle – utmaningar inför framtiden

### 2.1 En del av livet

#### 2.1.1 Olikhet oavsett ålder

Vårt uppdrag har utgått från den befolkningsförändring som innebär att antalet och andelen äldre människor ökar. Denna förändring har pågått länge, men under de närmaste decennierna kommer den enligt de prognoser vi tagit del av att få dramatiska effekter. Det innebär att många politikområden står inför nya utmaningar, inte minst äldrepolitiken. Utmaningarna handlar både om hur samhället organiseras och om förutsättningarna för enskilda människor att själva formar sitt liv. I båda dessa sammanhang måste kunskaper om åldrandet få större betydelse.

De demografiska förändringarna beskrivs ibland som en ”åldringsbomb” eller en ”äldrechock”. Det finns flera skäl att se på förändringar i den *grupp* människor som är t.ex. 65 år och äldre, både när det gäller deras antal och deras möjligheter och behov i olika sammanhang. (Även om formuleringarna ovan varken bidrar till ökad klarhet eller bottenar i något respektfullt förhållande till äldre människor.) Detta får dock inte dölja att den kanske största utmaning som följer av befolkningsförändringarna är att se de *individuella* variationerna mellan människor i alla åldrar och de faktorer som påverkar dessa under olika delar av livet. Kanske är det just den ekonomiska, sociala och politiska kategoriseringen av människor i olika åldrar, som fick särskild tyngd under 1800- och 1900-talen, som nu är det största hindret för en allsidig diskussion om både möjligheter och hotbilder till följd av befolkningsförändringarna.

I det här kapitlet summerar vi en del av de kunskaper som vi tagit del av om åldrandets innebörder och konsekvenser för individ och samhälle. I vårt diskussionsbetänkande *Riv ålderstrappan!* (SOU 2002:29) behandlar vi framför allt de aspekter av åldrandet

och en åldrande befolkningen som inte direkt berör vård- och omsorgsbehov. Här kompletterar vi bilden genom att även beröra dessa behov. Utförligare redovisningar av frågor som gäller äldre människors behov av vård och omsorg finns i bilagedel C av detta slutbetänkande.

Både när det gäller åldrandet och en åldrande befolkning förbättras kunskaperna successivt, men vi tvingas konstatera att kunskapsläget inom många områden fortfarande är otillfredsställande när det gäller åldrandets biologiska, psykiska, kulturella och sociala innebörder för den enskilda individen. De prognoser och scenarier som finns om effekterna av en åldrande befolkning måste dessutom tolkas med viss försiktighet, inte minst när det handlar om ekonomiska effekter.

### 2.1.2 Vad är åldrande?<sup>1</sup>

Åldrandet är en långsam process utan bestämda gränser och med en stor variation mellan olika människor. Det finns stora möjligheter att påverka den del av åldrandet som har att göra med att människor lever eller har levt i en viss miljö. Ofta påverkar miljöfaktorer även sådana förändringar som ger intryck av att bero på biologiska förhållanden. De biologiska processerna och miljön påverkar människor på olika sätt och gör att människor under åldrandet blir mer och mer olika varandra – alltmer unika. Man blir, lite tillspetsat, mer lik sig själv ju äldre man blir.

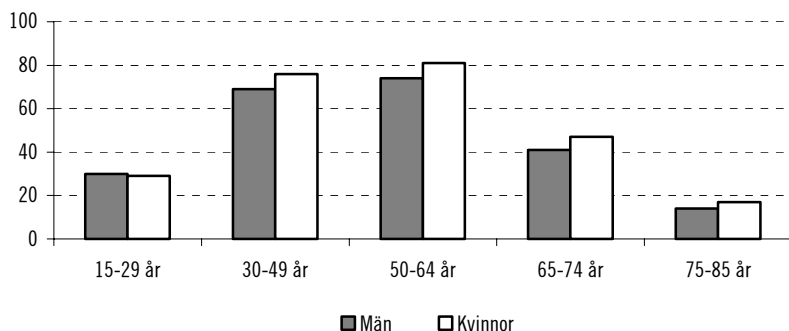
Det vanligaste sättet att ange ålder är den kronologiska åldern, dvs. hur lång tid en person levt i år och dagar. Sedan antiken har det varit en vanlig uppfattning i västvärlden att ålderdomen börjar vid ungefär 60 års ålder (Minois 1988). Denna uppfattning finns fortfarande kvar. Men att 60-årsgränsen numera inte enbart förknippas med ålderdom anar man av svaren på ett par frågor som SOM-institutet vid Göteborgs universitet ställt på uppdrag av oss i sina undersökningar bland personer i åldersgruppen 15–84 år (se rapport i bilagedel B). Det är först efter 60 års ålder som en majoritet kryssar i alternativerna på övre halvan av en skala från 0 till 10, där 0 står för mycket ung och 10 för mycket gammal. Samtidigt väljer nästan hälften av personerna i åldersgruppen 65–75 år att hålla sig i

---

<sup>1</sup> Professor Stig Berg vid Institutet för gerontologi vid Hälsohögskolan i Jönköping har bidragit med underlag för detta avsnitt där inte annat anges. För ytterligare referenser se Berg 1996.

eller omkring mitten av denna skala, dvs. i praktiken beskriva sig själva som medelålders (se figur 2.1). SOM-institutet har också ställt en öppen fråga om när en människa bedöms bli medelålders. Medeltalet för alla svarande i gruppen 15–84 år var 47 år. Bland de yngsta sattes gränsen dock lägre, vid 43 år, medan de äldsta satte den högre, vid 53 år.

Figur 2.1. Andel i procent som betraktar sig som medelålders



Källa: SOM-institutet 2003 (se bilagedel B).

Men kronologisk ålder säger inte mycket om hur en människa är eller fungerar – i varje fall inte sedan hon uppnått vuxen ålder. Eftersom åldrandet skiljer sig mellan olika individer och i olika funktioner kan man istället tala om tre olika typer av ålder. *Biologisk ålder* utgör ett mått på hur en individ fungerar fysiologiskt, dvs. den kapacitet som viktiga organ och organsystem har, t.ex. hjärtkapacitet och njurfunktion. *Psykologisk ålder* anger en persons förmåga att anpassa sig till sin miljö och förändringar i denna. Viktiga aspekter av den psykologiska åldern är intelligens, minne, inlärningsförmåga och personlighet. *Social ålder* definieras som en människas kontakter med andra människor samt hennes positioner i samhället som helhet och i olika grupper. En viktig indikator för social ålder är pensionering.

En vanlig föreställning är att den tidiga vuxenåldern är den bästa tiden när det gäller fysisk och psykisk förmåga och att det därefter bara går utför med prestationerna. Möjligen gäller detta för en del funktioner. Men det finns exempel på att toppunkten för intelligens, problemlösning, kreativitet och skaparförmåga ligger i medel-

åldern eller ännu senare i livet. Mycket tyder på att utvecklingen under livet innehåller stora delar av dynamik och såväl positiva som negativa variationer. Ett sätt att uttrycka detta är att beskriva livet som fyra olika faser:

- Mognadsfasen under barndomen och ungdomen då det mesta grundläggs och utvecklas.
- Platåfasen under den dominerande delen av livet med stabila funktioner och befästande av den livsstil som kan få effekter senare i livet.
- Återgångsfasen relativt sent i livet då en del funktioner börjar att försämrans samtidigt som andra funktioner – både fysiska och psykiska – kan utvecklas positivt genom träning.
- Slutfasen då de flesta funktioner snabbt försämrans och reservkapaciteten i olika organ inte räcker till för att upprätthålla livet.

Åldrande är något normalt och inte någon sjukdom. Tillsammans med miljöpåverkan kan emellertid de förändringar som kommer med stigande ålder göra att marginalerna krymper och att man lättare drabbas av sjukdom. Inom åldrandeforskningen har det förts en omfattande diskussion om hur man ska definiera sjukdomar under åldrandet och hur de skiljer sig från det normala åldrandet, dvs. vad som är hälsa eller ohälsa. Det kan vara svårt att skilja mellan normalt åldrande och sjukdom. Exempel på biologiska åldrandeförändringar är att immunförsvaret förändras, möjligheterna till celledelning minskar, lungfunktionen blir mindre effektiv, njurfunktionen går ned, muskelmassan och skelettätheten minskar och hjärtats prestationer förändras.

Med åldrandet följer ofta funktionsnedsättningar och sjukdomar. De flesta sjukdomar är "åldersrelaterade" i den meningen att de oftast förekommer hos personer som fyllt 75–80 år. Särskilt bland de allra äldsta finns det personer som har flera olika diagnoser och/eller symtom som leder till behov av vård och omsorg. Betydelsen av att tillgodose "de äldres behov" lyfts ofta fram i studier och diskussioner om vård och omsorg om äldre människor. De äldres behov kommer dock att variera oerhört mycket när det gäller antalet problem, deras grad av allvar och utvecklingen över tid, precis som de varierar redan i dag. Ett alternativ till grupperspektivet är att bättre specificera vilka problem som bör behandlas med

vilka åtgärder hos varje enskild äldre person som behöver vård och omsorg.

### 2.1.3 Medvetna och omedvetna attityder

Fortfarande frodas många myter om vad åldrandet innebär och vad äldre människor kan och bör göra. På olika sätt påverkar de äldre människors beteende och handlingsmöjligheter, inte minst genom att sätta gränser för vad människor i olika åldrar tror är möjligt. Dessa myter har varit seglivade, trots att högen av vetenskapliga studier som slår hål på dem vuxit under många år. Myterna avspeglas bl.a. i förenklade föreställningar om äldre människors intressen och förmåga, s.k. negativa stereotyper. Sociologen Lars Tornstam vid Uppsala universitet har tolkat myterna som uttryck för ett dolt förakt för svaghet i ett prestationsinriktat samhälle, där var och en förväntas vara stark, produktiv och självständig (Tornstam 1998). Andra menar att myterna mera bottnar i människors egen skräck för åldrandet eller i okunskap och slentriantänkande.

Bilden av äldre bestäms till stora delar av samhällets struktur och maktförhållanden. I dag överväger de negativa bilderna i vår del av världen. En av de mest använda synonymordböckerna i Sverige ger t.ex. inte några positivt laddade synonymer till att "åldras" (Andersson 2002). Istället ges bl.a. alternativen att avtyna, bli senil, vissna, ha sett sina bästa dagar, överleva sig själv, tackla av, gubba till sig, bli gammal och att komma upp i åren. Även i statens, kommunernas och landstingens eget språkbruk finns en liknande tendens att enbart använda ordet "äldre" i sammanhang som gäller behov av vård och omsorg. Samtidigt blir det vanligare i bl.a. massmedier och reklam med positiva bilder av äldre som *konsument* av varor och tjänster och som aktiva i olika fritidsverksamheter. Bilder av äldre människor som *producenter* saknas däremot fortfarande nästan helt.

Negativa och positiva attityder till äldre människor kan förekomma samtidigt. Lars Tornstam visade genom några studier under 1980-talet att en generellt positiv värdering av äldre människor kan förekomma samtidigt som det finns en utbredd motvilja mot t.ex. att personer över 65 år skulle vara politiska beslutsfattare (Tornstam 1998). Bakom den generellt positiva bilden går det att spåra en utbredd okunskap om äldre människors levnadsförhållanden. En följd av detta blir att äldre människor tillskrivs fler och allvarigare

problem än vad de själva anser sig ha. Särskilt gäller detta ensamhet, sjuklighet och beroende av vård och omsorg.

SOM-institutet vid Göteborgs universitet har på vårt uppdrag studerat vissa attityder till äldre människor (se rapport i bilagedel B). Institutet har upprepat några av de frågor som Tornstam ställde till ett större urval personer i åldern 15–84 år. Resultaten visar samma tendens som Tornstam fann, även om styrkan i denna förefaller vara svagare i början av 2000-talet än två decennier tidigare. Fortfarande finns det dock en överdriven föreställning om att äldre människor mår sämre än de själva uppger och avviker mer från befolkningen i övrigt när det gäller t.ex. boende och ekonomi än de gör. Samtidigt finns det en stor majoritet i de flesta åldersgrupper för att en större andel av samhällets resurser ska gå till att tillgodose äldre människors behov. Resultaten från Tornstams och SOM-institutets studier ger vid handen att det finns en dominerande föreställning om äldre människor som svaga och utsatta, men i hög grad värda vårt gemensamma stöd. Så till vida påminner resultaten om den dominerande stereotypen av äldre människor som forskare pekat på i USA: att de lite nedlåtande ses som ”stappliga men rara” (”doddering but dear”) (Cuddy & Fiske 2002).

Om man ställer samman några olika svar från SOM-institutets studier så framträder dock ett mindre entydigt mönster när det gäller attityder till äldre människors roll i samhället. I flertalet studerade åldersgrupper instämmer en majoritet i det allmänt hållna påståendet att äldre människors erfarenheter inte tas till vara i Sverige, en uppfattning som tycks växa i styrka med kronologisk ålder. Samtidigt tycks det finnas en utbredd uppfattning att äldre människor själva inte är särskilt intresserade av att engagera sig i politik och samhälle, också bland äldre människor. Tydliga ålderskillnader ser man i uppfattningarna om huruvida äldre människor är underrepresenterade i svensk politik och om andelen ålderspensionärer bör öka bland politiska beslutsfattare i Sverige. En utbredd okunskap om äldre människors underrepresentation, som är tydlig i t.ex. riksdag, landsting och kommuner (se avsnitt 4.3), kan delvis förklara varför så få i dessa åldersgrupper anser att andelen äldre beslutsfattare bör öka. Mer förvånande är kanske att de minsta skillnaderna mellan olika åldersgrupper finns i synen på om riksdagsledamöter ska få vara äldre än 65 år.

Tabell 2.1. Andel i procent som instämmer i påståenden om äldre människor i politik och samhälle år 2002 (med äldre menas här personer som är 65 år och äldre)

	15–29	30–49	50–64	65–74	75–84	Totalt
Äldre människors erfarenheter tas inte till vara i Sverige	46	55	66	71	78	60
Äldre människor är intresserade av att engagera sig i politik och samhälle	33	34	41	39	44	37
Äldre människor är underrepresenterade i svensk politik	22	22	33	52	68	32
Öka andelen ålderspensionärer bland politiska beslutsfattare i Sverige	14	17	26	48	58	26
Ingen politiker i riksdagen borde vara äldre än 65 år	38	40	40	35	43	39

Källa: SOM-institutet 2003 (se bilagedel B).

En förklaring till att så många inte vill att riksdagsledamöter ska vara äldre än 65 år kan vara att många svarande utgått från att de som sitter i riksdagen har gjort det under många år och att det är dags att låta yngre krafter ta över vid det som brukar beskrivas som "den allmänna pensionsåldern" i yrkeslivet. Men svaren kan också spegla "implicita" eller "omedvetna" och "självpåtagna" attityder till åldrande och äldre människor. Eftersom människor ofta införlivar sådana attityder med sina egna självbilder och bär med sig dem utan att formulera dem öppet kan detta också förklara varför så många som själva fyllt 65 år anser att detta bör vara den högsta tillåtna åldern i riksdagen. Betydelsen av omedveten påverkan har länge diskuterats, och uppfattningen att den skulle ha bestående effekter är ännu inte helt accepterad. Den amerikanska forskaren Becca Levy, verksam vid Yaleuniversitet, och hennes medarbetare har genomfört flera experiment som visar hur omedvetna attityder påverkar människors handlande under åldrandet. De har bl.a. visat att omedvetna åldersstereotyper påverkar de äldre försökspersonernas hjärt-kärlfunktion och kan leda till försämrat minne och lägre livsvilja (Levy & Banaji 2002).



Levy pekar på att attityder till äldre människor skiljer sig från attityder till flera andra grupper i samhället. Till skillnad från negativa attityder gentemot t.ex. etniska och religiösa grupper så odlas och exponeras negativa åldersstereotyper inte av någon särskild grupp i samhället. Tvärtom tycks de finnas hos människor i alla åldrar. Att även äldre människor kan hysa dessa föreställningar kan, menar Levy, bero på att människor under mer än ett halvsekel tagit till sig negativa attityder till åldrandet och äldre människor innan de själva ingår i den grupp som dessa attityder avser. Eftersom det till stor del handlar om attityder som omedvetet förs vidare ifrågasätts de aldrig på allvar. När dessa attityder väl är etablerade minskar de i regel inte i styrka för att den som bär på dem möter argument eller exempel på att de är felaktiga. Möjligen, menar Levy, kan sådana argument eller exempel accepteras som undantag från regeln, som t.ex. bilderna av astronauten John Glenn som deltog i en rymdfärd vid 78 års ålder.

Att också människor i högre åldrar ser ungdomlighet som ett viktigt värde framgår för övrigt av ett par undersökningar om attityder till kroppen och det fysiska åldrandet som gjorts bland svenskar i åldern 20–85 år (Öberg & Tornstam 1999, Öberg & Tornstam 2001). Resultaten visar att ungdomlighet har ett starkt positivt värde i dagens Sverige. Sju av tio mellan 20 och 85 år säger att de känner sig yngre än sin kronologiska ålder och att de ser yngre ut. Lika många uppger att de helst vill vara yngre än de är. Skillnaderna mellan åldersupplevelse och faktisk ålder var störst bland personer äldre än 55 år. Mer än hälften i åldern 75–85 år uppgav att de såg tio år yngre ut än vad de var, att de kände sig 20 år yngre och att de helst ville vara 30 år yngre.

Oavsett om attityderna till åldrande och äldre människor är medvetna eller omedvetna, positiva eller negativa, så bygger de på ett kategoritänkande som leder till förenklade bilder av människor. Förekomsten av sådana bilder är i sig ett tecken på att äldre människor uppfattas som *avvikande* från normen i samhället. En tydlig bild av t.ex. medelåldern existerar inte. Men enskilda individer lever sällan upp – eller ned – till samtliga uppfattningar om en grupp. Istället måste vi alla vara öppna för att människor oavsett ålder är olika och att de ska få kunna vara det även i högre åldrar. Detta är också utgångspunkten för det gemensamma ansvar som vi har för att forma och utveckla samhället.

### 2.1.4 Åldrande och livslopp

Ett alternativ till att enbart uppmärksamma "äldre" som grupp är att se åldrandet som en del av hela livet, lika sammansatt och värdefull som de andra delarna. Livsloppsperspektiv – "life course" på engelska – har under senare år blivit ett viktigt begrepp i forskning om åldrandet. Perspektivet har också fått en officiell status genom att Världshälsoorganisationen WHO och den ekonomiska samarbetsorganisationen OECD använt det i analyser av betydelsen av ett aktivt åldrande. Till skillnad från ett livscykelperspektiv förutsätter livsloppsperspektivet inte att ett cyklisk förlopp med fasta livsstadier är det enda möjliga sättet att leva och åldras, utan möjligheter att dröja kvar, backa eller börja om. Medan ett livscykelperspektiv är viktigt för att beskriva dagens verklighet inom t.ex. nationalekonomin kan ett livsloppsperspektiv bidra till att problematisera och på sikt förändra de livsstadier som i dag förefaller självklara.

I den samhällsvetenskapliga litteraturen finns det många olika definitioner av livslopp. Gerontologen Peter Öberg vid Uppsala universitet ger en översikt över dessa i en ny antologi om socialgerontologi (Öberg 2002). Enligt honom innebär livsloppsperspektivet att åldrandet ses som en livslång process, att åldrandet är mångdimensionellt och att ingen åldersperiod är viktigare eller bättre än någon annan. Istället för att se "de äldre" som en homogen grupp kan man med ett livsloppsperspektiv också urskilja olika åldersgrupper som "historiska enheter" med särskilda livserfarenheter skapade av förhållanden under tidigare delar av livet.

Med ett livsloppsperspektiv kan fokus vändas från åldrandet som anpassning till särskilda förhållanden i den enskildes liv till ålder som en organiserande princip i samhället, i likhet med bl.a. kön, etnicitet och socioekonomisk ställning. Det blir tydligare hur ålder och åldersnormer påverkar människors möjligheter, förväntningar och beteenden under livet. Åldersnormer kan beskrivas som enhetliga uppfattningar om den "typiska" åldern då man innehar vissa roller under livsloppet. Det blir också lättare att se skillnader i åldrande mellan generationer, som gjort olika erfarenheter under tidigare delar av livet, liksom skillnader mellan hur bl.a. män och kvinnor kan och förväntas forma sina livslopp. I dag suddas sådana olikheter ofta ut i en föreställning om "äldre" som en enhetlig grupp, på samma sätt som de fortfarande osynliggörs när det gäller människor i yngre åldrar.

I flera andra länder har livslopps forskning fått större genomslag än i Sverige. I t.ex. USA pågår en diskussion om den fortsatta utvecklingen inom området. Vissa forskare varnar för "mikrofiering", dvs. att större samhällsfrågor förbigås till förmån för åldrande individers omedelbara omgivning under livsloppet (Hagestad & Dannefer 2001). Denna mikrofiering påstås botten i en allt starkare inriktning på individer, men också på en fortgående medikalisering av åldrandet och ett starkt tryck från problemorienterade påtryckargrupper och politiker. En risk med mikrofieringen är att den försvårar möjligheterna att möta effekter av ett åldrande samhälle i en tid av globala ekonomiska och teknologiska förändringar. En annan risk är att möjligheterna att hitta nya sätt att närma sig välkända frågeställningar inom olika forskningsområden försvåras.

Andra forskare har lyft fram den enskilde individen som "agent" för förändring av det egna livsloppet (Giarrusso, Mabry & Bengtson 2001, Ferraro 2001). Dessa hävdar att livslopps forskningen ibland har försummat individers aktiva insatser och mera sett till historiska förhållanden som är utom den enskildes kontroll. De pekar på att den teoretiska diskussionen under senare år har utvecklats mot en allt starkare betoning på att människor trots sociala och historiska krafter aktivt gör vad de kan för att själva forma sina liv. Individer väljer (även om urvalet är begränsat) miljöer som påverkar hur senare skeden av deras liv gestaltar sig. Det finns studier som tyder på att denna strävan efter att själv forma sitt liv är starkare hos personer som är 65 år och äldre, men också på att faktorer som genus och etnicitet spelar stor roll i sammanhanget. Ett livsloppsperspektiv skulle kunna bidra till att förbättra möjligheter att studera utvecklingen av den enskildes "jag" i relation till tid, kultur och social struktur. Därmed kan det bli lättare att förstå varför människor väljer vissa roller under olika delar av livsloppet, vad som gör att de upprätthåller dessa roller eller lämnar dem vid vissa tidpunkter och hur tidiga val av olika roller påverkar möjligheterna att göra nya val senare i livet.

Ytterligare några forskare har försökt knyta samman strukturella och individuella perspektiv genom att peka på hur vissa övergripande förhållanden direkt påverkar individens möjligheter att välja t.ex. olika roller genom att begränsa urvalet eller förutsättningarna för valen. Inte minst har värdet av ett livsloppsperspektiv som sammanför individuella liv med institutioner, genus och ålder lyfts fram (Moen 2001). Med ett sådant perspektiv på mäns och kvinnors liv kan bilden av genusaspekter på åldrandet bli fullständigare

och medvetenheten om de historiska, strukturella och biografiska krafter som formar mäns och kvinnors liv i högre åldrar fördjupas. Under 1900-talet och 2000-talets första år har, enligt dessa forskare, såväl åldrande som genus bokstavligen förändrats genom att män och kvinnor åldrats i takt med att tre viktiga trender tagit form: den ökande medellivslängden och befolkningens fortgående åldrande, kvinnors skiftande erfarenheter och möjligheter samt pensioneringens institutionalisering. Dessa forskare pekar på att det nu behövs en ingående diskussion om existerande livsloppsmönster inklusive det dolda hemarbete och den dolda vård och omsorg som varit kvinnornas uppgift. En sådan diskussion kan leda till en förändring av livsloppsmönstren i riktning mot fler möjligheter och större variation för män och kvinnor i alla åldrar

Att sociala olikheter direkt påverkar enskilda livslopp har också betonats inom forskningen (O’Rand 2001). Ofta studeras tillgången till olika resurser på individnivå, och det verkar då som om fördelningen av dem inte har att göra med livsloppet. Det blir också svårt att avgöra vad som kommer först, t.ex. god hälsa eller goda socioekonomiska förutsättningar. Studier över längre tid kan bidra till att visa hur olika sorters kapital hänger samman med effekter över livsloppet och vad som är orsak och verkan.

Vi tror att ett livsloppsperspektiv ytterst kan hjälpa oss alla att se att ”de äldre” inte är några andra än vi själva i en senare del av livet. I det sammanhanget erbjuder livsloppsperspektivet möjligheter att se samband mellan olika delar av livet, t.ex. när det gäller livsstil och hälsa eller när det gäller att skapa trygghet i situationer där beroendet av andra ökar. Sedan länge finns det en politisk medvetenhet om betydelsen av samhällsinsatser under denna del av livsloppet som en investering för framtiden. På motsvarande sätt, men med ett lite annat tidsperspektiv, kan samhällets insatser under livsloppets senare delar ses som en investering i trygghet både i denna del av livet och i de faser som föregått den, då människor frågar sig om de får den hjälp de behöver när de inte längre helt klarar sig själva.

Här spelar också vård och omsorg under livets sista skeden en viktig roll. Också denna fas är en del av livsloppet. Vilka förutsättningar som samhället och den enskilde individen ger denna fas har betydelse också under tidigare delar av livet. En utbredd osäkerhet inför samhällets möjligheter att ge stöd, vård och omsorg under den sista tiden i livet kan leda till en otrygghet under hela livsloppet

och till att olika former av lösningar för den sista tiden utvecklas vid sidan av de som samhället reglerar och avsätter resurser till.

Precis som vid livets början berör den sista tiden i livet också grundläggande frågor om vad det innebär att vara till och att vara människa. Vid en konferens som SENIOR 2005 arrangerade förra året beskrev författarinnan Aino Trosell detta. Hon sade att hon ville få vara aktiv och delaktig i samhället så länge som möjligt, men att hon också har en uppgift att fylla under den sista tiden för sina barn – nämligen att visa att beroendet och döendet också är en del av livet som kan och bör hanteras väl. Under slutet av sitt liv vill hon "ligga som en fender mot evigheten och skydda sina närmaste".



Varje form av kategorisering leder till förenklade bilder. Åldrandet är en långsam process utan bestämda gränser och med en stor variation mellan olika människor. Men gamla myter och schablonbilder gör att vi inte alltid ser detta. Med ett livslöppsperspektiv blir åldrandet en del av hela livet, lika sammansatt och värdefull som de andra delarna. Livslöppsperspektivet kräver att vi alla är öppna för att människor är och vill vara olika varandra oavsett ålder.

*Tecknare: Cinna Gross.*

## 2.2 En åldrande befolkning

### 2.2.1 Sveriges väg in i "åldrandefasen"

#### Den långa ålderstransitionen

Att befolkningen åldras är, historiskt sett, en naturlig utveckling av den demografiska omvandling som de flesta europeiska länder gick igenom under 1800- och 1900-talen. Denna omvandling är ett övergångsskede, när ett land går från en situation med höga dödstal och höga födelsetal till en situation med låga dödstal och låga födelsetal. Först faller dödligheten, vilket innebär en snabbt växande befolkning. När även födelsetalen börjar falla bromsas befolkningstillväxten. I Sverige inleddes den demografiska omvandlingen med fallande dödstal på 1820-talet, medan födelsetalen började sjunka på 1870-talet.

Övergången från en dominans av barn och ungdomar i befolkningen till ökande inslag av medelålders och äldre kallas *ålderstransition*. Under ålderstransitionens sista skede, *åldrandefasen*, ligger tyngdpunkten i befolkningsökningen i de äldsta åldersgrupperna. Den del av befolkningen som är under pensionsåldern förblir konstant eller börjar t.o.m. att minska. Till år 2030 beräknas länderna i Europas västra hälft som första region komma in i åldrandefasen. År 2050 beräknas även Östeuropa, Nordamerika och Östasien att befinna sig i åldrandefasen. Stora delar av världen kommer vid det laget att präglas av effekter av en kraftigt åldrande befolkning som hittills varit okända på denna nivå, men som kan ses i vissa områden som t.ex. Norrlands inland.

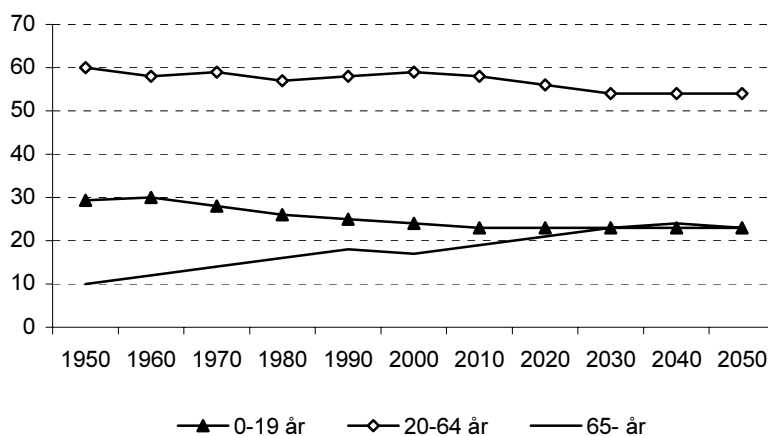
#### SCB:s senaste befolkningsframskrivning

Sedan 1700-talet har "kris i befolkningsfrågan" varit ett återkommande tema i den politiska debatten i Sverige (SCB 2001a). Nu, i början av 2000-talet, präglas diskussionen av det låga barnafödandet och den långsiktigt åldrande befolkningen. Drygt 17 procent av befolkningen är i dag 65 år och äldre. Om 30 år kommer nära 23 procent av invånarna i Sverige att vara över 65 år enligt Statistiska Centralbyråns (SCB) prognoser (SCB 2003d).

Under de närmaste två decennierna beror befolkningens åldrande i första hand på att det föddes relativt många barn under 1940-talet i kombination med en längre medellivslängd. Ökningen

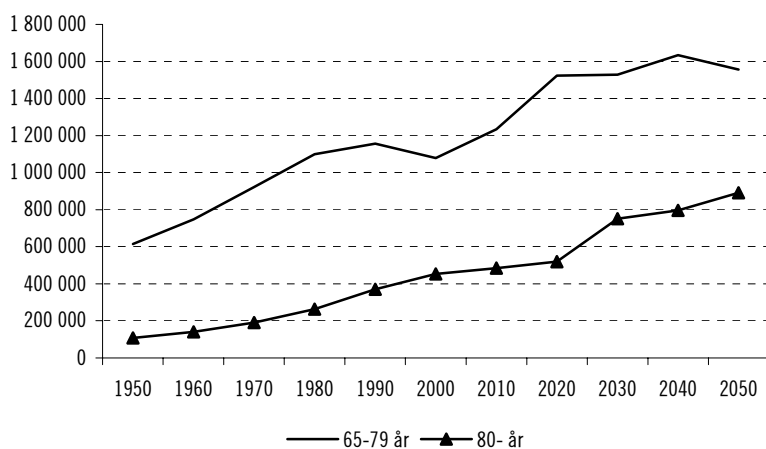
av antalet personer över 65 års ålder börjar på allvar först efter år 2005, då de som föddes år 1940 fyller 65 år. Under perioden 2005–2020 beräknas antalet personer som är 65 år och äldre öka från omkring 1,5 miljoner till omkring 2 miljoner. Under de följande 20 åren ökar antalet personer i denna ålder med ytterligare omkring 400 000 personer. Ökningen av antalet personer över 80 år börjar först efter år 2020. Först ökar antalet personer i denna ålder från omkring 470 000 år 2002 till cirka 750 000 på tio år och med ytterligare 100 000 personer under de följande 20 åren.

Figur 2.2. Andelar personer i befolkningen i åldrarna 0–19, 20–64 och 65– år 1950–2050 (enligt SCB:s huvudalternativ för utvecklingen fram till 2050)



Källa: SCB 2003d.

Figur 2.3. Antal personer i befolkningen äldre än 65 respektive 80 år 1950–2050 (enligt SCB:s huvudalternativ för utvecklingen fram till 2050)



Källa: SCB 2003d.

Enligt SCB kommer befolkningstillväxten under de närmaste 50 åren uteslutande att gälla personer 65 år och äldre. Det innebär att både antalet och andelen äldre kommer att förändras väsentligt. Ålderssammansättningen och könsfördelningen kommer också att förändras.

Under perioden 2000–2030 kommer antalet personer 65 år och äldre att öka med 748 000 personer, vilket är en ökning med 49 procent. Av denna ökning utgör personer 80 år och äldre 40 procent eller 299 000 personer.

Enligt prognosen kommer kvinnors andel av personer 65 år och äldre att minska under prognosperioden. År 2000 var kvinnornas andel ca 58 procent och männens 42 procent. År 2030 beräknas motsvarande andelar vara 53 procent kvinnor och 47 procent män. Förändringen blir ännu större i åldersgruppen 80 år och äldre. Andelen kvinnor i åldern 80 år och äldre var 65 procent år 2000 och beräknas vara 57 procent år 2030.



Tabell 2.2. Folkmängd år 1970–2000 och prognos för perioden 2005–2050 för personer 65 år och äldre. Båda könen

År	65–79 år	80–år	Totalt
1970	923 000	190 000	1 113 000
1980	1 099 000	263 000	1 362 000
1990	1 157 000	370 000	1 526 000
1995	1 129 000	415 000	1 543 000
2000	1 078 000	453 000	1 531 000
2005	1 077 000	483 000	1 560 000
2010	1 234 000	485 000	1 719 000
2015	1 430 000	482 000	1 912 000
2020	1 523 000	519 000	2 042 000
2025	1 514 000	640 000	2 154 000
2030	1 528 000	752 000	2 279 000
2040	1 634 000	797 000	2 431 000
2050	1 556 000	892 000	2 448 000

Källa: SCB 2003d.

Som framgår av tabell 1 ökade antalet personer i åldern 65 år och äldre under perioden 1970–1995 för att sedan minska under några år och därefter åter öka fram till år 2040. Antalet personer i åldersgruppen 65–79 år har minskat sedan år 1995 för att återigen börja öka efter år 2005. Antalet personer i åldersgruppen 80 år eller äldre har ökat under perioden 1970–2000 och kommer att fortsätta öka fram till år 2010 för att sedan minska något kring år 2015 och därefter öka kraftigt fram till år 2050.

Motsvarande tabell uppdelad på män och kvinnor återfinns i bilagedel C.

Tabell 2.3. Folkmängd år 1970–2000 samt prognos för perioden 2005–2050 för personer 80 år och äldre fördelat på åldersgrupper. Båda könen

År	80–84 år	85–89 år	90–94 år	95– år	Totalt
1970	123 000	52 000	14 000	2 000	191 000
1980	163 000	74 000	22 000	4 000	263 000
1990	220 000	108 000	35 000	7 000	370 000
2000	248 000	140 000	54 000	12 000	454 000
2005	258 000	152 000	58 000	14 000	482 000
2010	242 000	161 000	66 000	16 000	485 000
2015	238 000	155 000	70 000	19 000	482 000
2020	274 000	156 000	70 000	20 000	520 000
2025	367 000	182 000	70 000	20 000	639 000
2030	398 000	249 000	83 000	21 000	751 000
2040	379 000	256 000	126 000	35 000	796 000
2050	431 000	298 000	125 000	38 000	892 000

Källa: SCB 2003d.

Ovanstående tabell visar att i åldersgruppen 80 år och äldre är ökningen under perioden 2005–2030 stor även bland de allra äldsta, dvs. åldersklasserna 90–94 år och 95 år och äldre, 43 respektive 50 procent. Enligt prognosen fortsätter ökningen under åren 2030–2050 i åldersgruppen 90–94 år med 50 procent och i åldersgruppen 95 år och äldre med 80 procent. Motsvarande tabell uppdelad på kvinnor och män återfinns i bilagedel C.

Under hela prognosperioden är medellivslängden längre för kvinnor än för män. Ökningen av medellivslängden beräknas dock bli större för männen fram till år 2050. Detta påverkar ”överskottet” på kvinnor i högre åldrar. År 2002 fanns det cirka 90 000 fler kvinnor än män i åldern 65–79 år, ett antal som beräknas sjunka till cirka 60 000 i mitten av 2000-talet. När det gäller personer som är 80 år och äldre beräknas ”kvinnoöverskottet” minska från drygt 130 000 år 2002 till 110 000 år 2050.

Tabell 2.4. Medellivslängd för män och kvinnor i Sverige år 1950–2050 vid födelsen och vid 65 års ålder (enligt SCB:s huvudalternativ för utvecklingen fram till 2050)

År	Vid födelsen		Vid 65 år	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
1951–60	74,1	70,9	15,0	13,9
1961–70	76,1	71,7	16,1	13,9
1971–80	78,1	72,3	17,5	14,1
1981–90	79,9	74,0	18,7	14,9
1991–95	81,0	75,6	19,4	15,7
2002	82,1	77,7	20,0	16,9
<i>Prognos</i>				
2003	82,3	77,9	20,2	17,0
2010	83,2	79,2	20,8	17,8
2020	84,2	80,8	21,5	18,9
2030	85,0	81,9	22,1	19,7
2040	85,7	82,9	22,6	20,3
2050	86,2	83,6	22,9	20,8

Källa: SCB 2003d.

Den förväntade ökningen av medellivslängden i Sverige är inte unik. Som framgår av tabell 2.5 väntas motsvarande ökning bli minst lika stor i flera andra länder.

Tabell 2.5. Medellivslängden för män och kvinnor i ett urval länder år 1950–2050 vid födelsen

	Kvinnor		Män	
	2001	2001–50	2001	2001–50
Belgien	80,8	+ 8,1 år	74,6	+ 9,3 år
Finland	81,5	+ 4,9 år	74,6	+ 7,8 år
Frankrike	82,8	+ 8,2 år	75,4	+ 8,9 år
Grekland	80,7	+ 6,2 år	75,5	+ 7,5 år
Italien	82,9	+ 5,2 år	76,7	+ 4,7 år
Japan	85,2	+ 4,0 år	78,1	+ 2,9 år
Norge	81,5	+ 6,6 år	76,2	+ 8,0 år
Schweiz	83,0	+ 4,0 år	77,4	+ 4,5 år
Sverige	82,1	+ 4,0 år	77,6	+ 5,4 år
Tyskland	81,0	+ 3,5 år	75,0	+ 3,1 år
USA	80,0	+ 6,7 år	74,4	+ 6,8 år
Österrike	81,7	+ 5,3 år	75,9	+ 6,1 år

Källa: SCB 2003d.

### Antaganden om dödlighetsutvecklingen

För att göra befolkningsprognoser krävs antaganden om förändringar när det gäller födelsetal, in- och utvandring samt dödlighet i olika åldersgrupper. Vissa utvecklingstendenser kan förutses med stor precision, medan andra är osäkra. I SCB:s befolkningsprognoser finns ett huvudalternativ, som anses mest realistiskt, och ett par alternativa prognoser (SCB 2003d). De äldsta åldersgrupperna, 65–74 år och 75 år och äldre, framför allt den senare, påverkas främst av hur risken att avlida vid olika åldrar förändras. Medan äldre prognoser i regel underskattat den faktiska dödlighetsutvecklingen har prognoserna från och med mitten av 1980-talet väl förutsett det framtida antalet personer 80 år och äldre, enligt vad SCB skriver i sin senaste befolkningsframskrivning.

SCB:s antagande om den framtida utvecklingen av risken att avlida i vissa åldrar bygger i grunden på de två senaste decenniernas utveckling. Dödligheten har under dessa år sjunkit på ungefär samma sätt för kvinnor som för män med tyngdpunkten på åldrarna över 50 år. Livsstilsförändringar har viktiga faktorer bakom detta, även om andelen rökare bland kvinnor fortsatt att öka successivt bland kvinnor i högre åldrar. Stor betydelsen har också

de förbättrade behandlingsmöjligheterna vid hjärt-kärlsjukdomar haft, särskilt kanske för män. Inför framtiden finns det en mängd tendenser som kan påverka utvecklingen i positiv såväl som negativ riktning. Vissa livsstilsfaktorer tycks fortsätta att förbättras medan andra inger oro, t.ex. den ökande andelen rökare bland medelålders och äldre kvinnor samt den ökande andelen överviktiga och feta.

SCB:s alternativa framskrivningar ger vid handen att särskilt antalet män i åldern 65–79 år kan komma att variera mycket beroende på främst dödlighetsutvecklingen, från omkring 650 000 år 2050 i högriskalternativet till närmare 800 000 enligt huvudalternativet och drygt 800 000 enligt lågriskalternativet. För kvinnor i åldern 65–79 år är motsvarande mellan omkring 750 000 personer och drygt 800 000 personer. När det gäller personer som är 80 år och äldre är variationerna stora bland både män och kvinnor. I denna åldersgrupp skulle det enligt högriskalternativet år 2050 finnas omkring 250 000 män och närmare 400 000 kvinnor. Motsvarande antal är enligt huvudalternativet närmare 400 000 män och omkring 500 000 kvinnor. Enligt lågriskalternativet skulle det år 2050 finnas drygt 500 000 män och omkring 650 000 kvinnor.

### Äldre invandrare

I anslutning till den senaste generella befolkningsframskrivningen gav SCB också ut en särskild framskrivning för personer med svensk respektive utländsk bakgrund 2003–2020 (SCB 2003e). Sammantaget visar denna prognos att andelen utrikes födda ökar från knappt 11 procent av befolkningen år 2000 till drygt 15 procent år 2020.

Åldersfördelningen bland utrikes födda förväntas förändras mer än bland inrikes födda under de närmaste två decennierna. Detta är en effekt av att immigranter ofta är i åldrarna omkring 30 år. År 2000 fanns det cirka 200 000 män och lika många kvinnor i åldersgruppen 40–64 år. Både kvinnor och män beräknas öka med cirka 100 000 personer fram till år 2020, kvinnorna något mer och männen något mindre. I åldersgruppen 65 år och äldre fanns det år 2000 cirka 85 000 kvinnor och cirka 55 000 män. Fram till år 2020 förväntas båda dessa öka till cirka 150 000 respektive cirka 120 000 personer. Sett till hela befolkningen i åldersgruppen 65 år och äldre innebär det att andelen utrikes födda beräknas öka från cirka 9 procent år 2000 till cirka 13 procent år 2020.

När det gäller personer som är födda i Norden utom Sverige beräknas personer i åldersgruppen 65 år och äldre öka snabbt fram till år 2015, då antalet stabiliseras på cirka 65 000 kvinnor och 40 000 män för att så småningom avta något. Detta är en hög nivå; bland kvinnor kommer det att finnas fler födda i Norden utom Sverige som är 65 år och äldre år 2015 än bland t.ex. 40–64-åringar.

Bland personer som födda inom EU-området utom Norden och i andra delar av världen väntas också betydande ökning av antalet personer som är 65 och äldre. Där ser SCB inte heller någon motsvarande stabilisering följt av en successiv minskning.

Av alla personer som var 50 år och äldre och bosatta i Sverige den 31 december 2002 var 377 000 personer födda i andra länder. Att dessa 377 000 personer var födda i 180 olika länder säger något om svårigheten att beskriva invandrare eller äldre invandrare som en enhetlig grupp. Närmare 60 procent av de cirka 325 000 personer som har kommit från de tjugo största immigrantländerna var i åldern 50–64 år. Särskilt i de äldre åldersgrupperna var andelen kvinnor avsevärt större än andelen män. Drygt 70 procent av de utrikes födda i åldersgruppen 80 år och äldre var kvinnor.

Tabell 2.6. Utrikes födda personer som kommit från de tjugo största immigrantländerna och bosatta i Sverige den 31 december 2002, 50 år och äldre

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Totalt</i>
50–64 år	98 459	90 385	188 844
65–79 år	66 750	45 246	111 996
80– år	18 067	7 633	25 700
<i>Totalt</i>	<i>183 276</i>	<i>143 264</i>	<i>326 540</i>

Källa: Integrationsverket.

Den särklassigt största gruppen var personer födda i Finland. Andra stora grupper kom från Tyskland och Norge. Som framgår av tabell 2.7 var antalet personer från andra europeiska länder och från icke-europeiska länder betydligt mindre, med undantag från den grupp som var födda i det tidigare Jugoslavien. Andelen kvinnor och män i de olika grupperna varierade kraftigt, från 68 procent kvinnor bland personer födda i Polen till 38 procent bland personer födda i Storbritannien.

Tabell 2.7. De tjugo största immigrantgrupperna i Sverige den 31 december 2002, 50 år och äldre

	<i>Totalt</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>
Finland	120 987	40 %	60 %
Tyskland	25 577	43 %	57 %
Norge	24 563	38 %	62 %
Jugoslavien	24 118	51 %	49 %
Danmark	23 163	51 %	49 %
Polen	16 916	32 %	68 %
Bosnien-Hercegovina	12 035	45 %	55 %
Iran	9 707	52 %	48 %
Ungern	8 877	54 %	46 %
Estland	7 888	44 %	56 %
Turkiet	7 323	50 %	50 %
Irak	7 116	55 %	45 %
Chile	6 546	46 %	54 %
Grekland	5 200	61 %	39 %
USA	4 928	50 %	50 %
Tjeckoslovakien	4 767	48 %	52 %
Storbritannien	4 638	62 %	38 %
Österrike	4 334	57 %	43 %
Rumänien	3 964	45 %	55 %
Ryssland	3 893	37 %	63 %

*Källa:* Integrationsverket.

Om man ser till utrikes födda personer i åldern 65–79 år var fördelningen på länder och kön relativt likartad. De flesta av dessa har bott många år i Sverige, men som tabell 2.8 visar så finns det även grupper där de flesta vistats bara några år i Sverige. Särskilt gäller detta personer som kommit från krigsdrabbade områden.

Tabell 2.8. Antal år sedan invandringen\* för personer i åldersgruppen 65–79 år från de tjugo störst immigrantgrupperna och som var bosatta i Sverige den 31 december 2002 (procent)

	0–2 år	3–5 år	6–9 år	10–19 år	20– år
Finland	0,5	0,4	0,6	1,6	96,9
Tyskland	1,3	1,3	1,1	1,2	95,2
Norge	5,4	1,4	1,3	3,6	88,3
Jugoslavien	2,3	1,4	12,8	9,0	74,4
Danmark	1,9	0,9	1,3	2,5	93,4
Polen	0,7	1,3	5,6	16,2	76,3
Bosnien-Hercegovina	2,5	6,2	89,7	0,3	1,3
Iran	3,1	4,4	16,8	71,4	4,4
Ungern	0,6	0,5	1,3	2,9	94,7
Estland	0,2	0,3	0,6	1,4	97,5
Turkiet	1,4	2,0	8,7	27,8	60,1
Irak	24,3	18,0	27,6	24,6	5,5
Chile	2,6	2,6	6,7	50,7	37,4
Grekland	3,5	1,9	3,1	7,0	84,5
USA	1,8	1,3	1,4	4,1	91,4
Tjeckoslovakien	0,6	0,3	0,7	3,6	94,9
Storbritannien	3,7	2,4	3,1	8,0	82,8
Österrike	0,6	0,4	0,6	1,1	97,3
Rumänien	1,3	1,8	11,6	46,8	38,5
Ryssland	0,4	0,3	3,9	12,5	82,9

\* Utgår från året för senaste invandring till Sverige. För personer som invandrat före år 1968 finns ingen uppgift om invandringsår.

Källa: Integrationsverket.

Relativt många utrikes födda i högre åldrar bor i kommuner med ett mycket litet antal personer i samma åldersgrupp och från samma land. I 38 procent av landets kommuner bodde det 1–4 personer i åldern 65–79 år födda i Ryssland. I 25 procent av landets kommuner bodde det 1–4 personer i åldern 65–79 år födda i Bosnien-Hercegovina, och i 23 procent av kommunerna bodde det 1–4 personer i åldern 65–79 år födda i Turkiet.



## 2.2.2 Samhällsekonomi

### Globala förskjutningar i världsekonomin?

De globala trenderna i befolkningsutvecklingen kan komma att motsvaras av betydande ekonomiska förändringar. Osäkerheten är dock genuin i prognoser och scenarier inom detta område. Ålderstransitionen ger förutsättningar för utvecklingen, men flera andra faktorer har avgörande betydelse. Det gäller bl.a. miljö- och resursfrågor.

I flera delar av världen finns det förutsättningar för en snabb inkomstökning under 2000-talets första decennier (Institutet för Framtidsstudier 2000). Ett antal tidigare utvecklingsländer går då in i ålderstransitionens senare faser. Därmed kan tyngdpunkten i den ekonomiska aktiviteten i världen komma att förskjutas avsevärt. I dag dominerar Nordamerika, Europa och Östasien helt. Till år 2015 beräknas Östasiens ekonomiska styrka överstiga Nordamerikas. Vid det laget skulle dessutom Sydasiens ha etablerats som en av de viktiga tyngdpunkterna i världsekonomin. Även för flera andra regioner förutspås betydande inkomstökningar, vilket skulle innebära en period av global ekonomisk tillväxt utan motstycke i historien. År 2030 skulle även Sydasiens ha passerat Nordamerika i samlade inkomster medan Latinamerika skulle vara uppe i en total inkomst som nästan motsvarar Västeuropas. År 2050 skulle Sydasiens ha etablerat sig som världens ekonomiska centrum. Nordamerika och Västeuropa skulle vid det laget ha minskat sin andel av världens samlade inkomster från 60 till 20 procent.

### Arbetskraftsbehovet

För de länder som går in i ålderstransitionens slutskede kommer tillgången till arbetskraft att bli en kritisk fråga. Ett vanligt sätt att visa detta är genom den s.k. försörjningskvoten. Försörjningskvoten beskriver förhållandet mellan den del av befolkningen som anses vara i *produktiv* ålder, dvs. 20–64 år, i relation till övriga åldersgrupper, dvs. 0–19 år och 65 år och äldre. Det bör dock noteras att SCB:s prognos för försörjningskvoten i vissa avseenden mer beskriver ett teoretiskt försörjningsförhållande än en verklig situation. För några decennier sedan försörjde en stor del av dem som i dag räknas som barn sig själva och ibland också egna familjer, vilket innebär att försörjningskvoten överskattas för den förra delen av

perioden. På samma sätt studerar i dag många över 19 års ålder, vilket innebär att de är beroende av andra för sin försörjning och leder till en underskattning av beroendekvoten (Lindh & Johansson i SOU 2002:29 bilagedel B).

I sin senaste arbetskraftsprognos stannar SCB vid år 2020 (SCB 2002a). Fram till dess beräknas antalet sysselsatta öka i Sverige, trots att de stora kullarna från 1940-talet då förväntas ha lämnat arbetsmarknaden. En av orsakerna till detta är att några andra stora årskullar, födda omkring år 1990, på allvar börjat komma ut på arbetsmarknaden vid det laget. En av förutsättningarna i prognosen är dock att de medelålders har ett högre arbetskraftsdeltagande än dagens personer i motsvarande åldrar. Om inte den förutsättningen uppfylls beräknar SCB att sysselsättningen minskar. Enligt arbetskraftsprognosen kommer försörjningskvoten att vara i stort sett oförändrad de närmaste 10–15 åren. Fram till år 2020 väntas kvoten öka något.

Det finns dock mer oroande prognoser som blickar längre framåt. SCB:s regelbundna befolkningsframskrivningar innehåller beräkningar av försörjningskvoten fram till år 2050. Med försörjningskvoten avser SCB här relationen mellan antalet personer i åldern 20–64 år och summan av antalet personer under 20 år och över 65 år. I den befolkningsframskrivning som presenterades år 2003 konstaterar SCB att antalet personer över 65 år ökade under hela 1900-talet utan någon motsvarande kraftig ökning av försörjningskvoten. Sedan 1950-talet har kvoten legat mellan 0,65 och 0,75 och SCB antar att den kommer att fortsätta ligga i detta intervall fram till omkring år 2015 (SCB 2003d). Därefter väntas försörjningskvoten öka. Åren 2030–2050 beräknas kvoten vara omkring 0,85. Ökningen beror främst på en kraftig förväntad ökning av andelen personer över 65 år per person i åldern 20–64 år.

FN:s avdelning för ekonomiska och sociala frågor (DESA) presenterade år 2000 en prognos för försörjningskvoten fram till år 2050 i bl.a. de länder som först kommer in i ålderstransitionens sista fas (FN 2000). De framtidsutsikter som prognostiseras i rapporten är dramatiska. Utan tillskott i form av arbetskraftsinvandring måste den faktiska pensionsåldern i EU-området ligga på drygt 75 år i mitten av 2000-talet om den nuvarande balansen mellan förvärvsarbetande och icke-förvärvsarbetande andelar av befolkningen ska kunna upprätthållas. Möjligheterna att lösa problemet genom arbetskraftsinvandring är å andra sidan begränsade. Enligt DESA:s prognos handlar det om ett tillskott på i genomsnitt

4 000 personer per miljon invånare varje år i ett halvt sekel för att ha samma antal personer i befolkningen mellan 16 och 64 år som i dag. Med en sådan invandringstakt skulle de invandrare som kommit under 2000-talet och deras barn uppgå till omkring en tredjedel av befolkningen fram emot seklets mitt. En ännu kraftigare arbetskraftsinvandring skulle behövas för att upprätthålla den nuvarande balansen i befolkningen mellan personer under 65 år respektive över 65 år. Inom EU-området skulle det handla om drygt 36 000 invandrare per miljon invånare varje år t.o.m. år 2050 – dvs. flera hundra miljoner invandrare.

För Sveriges del har Riksförsäkringsverket (RFV) på uppdrag av SENIOR 2005 beräknat de samhällsekonomiska konsekvenserna av att människor stannar kvar längre i yrkeslivet (Riksförsäkringsverket 2002). Beräkningarna visar att det krävs stora ökningarna av de äldres deltagande i arbetskraften för att försörjningskvoten ska minska eller bruttonationalprodukten öka. Försörjningskvoten kan inte ens upprätthållas på dagens nivå om man antar att de personer som är kvar i arbetskraften vid 64 års ålder arbetar fram till 67 års ålder samtidigt som bl.a. förtidspensionsrisken förändras extremt mycket. Även med dessa antaganden sjunker försörjningskvoten till cirka 1,5 yrkesaktiva per pensionerad år 2030. Den samhällsekonomiska kalkylen visar dock att tillväxten gynnas om de äldre väljer att arbeta mer. (Med de antaganden som redovisas ovan ökar bruttonationalprodukten med cirka 6 procent år 2030 jämfört med om dessa förutsättningar inte uppfylls.) Huruvida välfärden ökar beror på om värdet av de positiva effekterna av ett ökat arbetsutbud överväger värdet av de negativa effekterna av till exempel minskad fritid och ökad påfrestning i arbetslivet.

För att några positiva effekter på tillväxten ska åstadkommas måste fler utnyttja sin lagstadgade rätt att stanna kvar i anställning till 67 års ålder. Om försörjningskvoten år 2030 ska ligga kvar på samma nivå som i dag behövs det, enligt Riksförsäkringsverket, ytterligare 2 140 000 yrkesaktiva förutom de 4 337 000 yrkesaktiva som redan är inräknade i prognosen. En bild av vad detta innebär i praktiken får man om man utgår från referensalternativet och räknar med att hälften av alla som uppnår 65 års ålder fortsätter att förvärvsarbeta. Dessa måste då arbeta fram till 79 års ålder för att dagens försörjningskvot ska vara oförändrad fram till år 2030.

## Tillväxt och sparande

Långtidsutredningens analyser (SOU 2000:7) tyder på att det på sikt blir svårare att finansiera välfärdssystemen via skatter, om nuvarande ambitioner ska bibehållas. I kombination med en minskning av antalet personer i arbetskraften innebär detta svårigheter att öka utrymmet för offentligt finansierade välfärdstjänster. För tillväxt i skatteinkomsterna är det enligt Långtidsutredningen viktigt med bl.a. en hög sysselsättning även för den äldre arbetskraften.

I en bilaga till Långtidsutredningen 1999/2000 tecknar Konjunkturinstitutet – utifrån sina prognosmodeller – några scenarier för den svenska ekonomins utveckling mellan åren 1998 och 2015 (SOU 2000:7 bilaga 1). Institutet betonar att de närmaste decenniernas ekonomiska utveckling starkt kommer att präglas av stora förskjutningar i befolkningens ålderssammansättning, särskilt av det ökande antalet äldre. Ett stycke in på 2000-talet kan detta leda till arbetskraftsbrist och svårigheter att finansiera de stigande utgifterna för pensioner, sjukvård och äldreomsorg. Avgörande för möjligheterna att hantera situationen blir enligt Konjunkturinstitutet utvecklingen på arbetsmarknaden. Oavsett hur vård och omsorg m.m. finansieras kommer det i princip inte att finnas mer att fördela mellan generationerna än vad de som förvärvsarbetar i framtiden producerar.

Fram till år 2015 ter sig den offentligfinansiella utvecklingen, med Konjunkturinstitutets ord, ”relativt friktionsfri”. För tiden efter år 2015 pekar Konjunkturinstitutet på en växande försörjningsbörda för dem som förvärvsarbetar och stigande krav på offentlig service, som kan befaras leda till spänningar för den offentliga sektorn. Med en väl fungerande arbetsmarknad, fortsatt låg inflation och god tillväxt i skattebaser och hushållens realinkomster betecknar institutet ändå möjligheterna som ”rimligt goda” även på längre sikt. Nya konjunkturkriser, minskande arbetskraftsdeltagande, dåligt fungerande pris- och lönebildning samt ”eroderande” skattebaser kan dock göra situationen allvarlig.

I slutet av år 2003 kommer huvudbetänkande från Långtidsutredningen 2003 att ges ut. Arbetet berör två block av frågeställningar. Det första blocket rör framtida tillväxtförutsättningar för svensk ekonomi. Där kommer resultaten av de beräkningar som görs för den framtida ekonomiska utvecklingen fram till år 2020 att redovisas. Det andra blocket rör den framtida fördelningen och de offentliga välfärdssystemen. Utgångspunkten för analysen är fram-

tida möjligheter och utmaningar för ekonomin och välfärdssystemen. Bland dessa kan nämnas den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning, utvecklingen mot ett kunskapssamhälle och en fortsatt internationalisering av ekonomin. I anslutning till huvudbetänkandet kommer expertbilagan *Den demografiska utmaningen – en strategi för långsiktigt hållbara offentliga finanser* att publiceras.

Svenska Kommunförbundet anlägger ett långsiktigt perspektiv i *Kommunala framtider – en långtidsutredning om behov och resurser till år 2050* (Svenska Kommunförbundet 2002). Även i denna utredning är de demografiska förändringarna en viktig utgångspunkt. En slutsats i utredningen är att kommunerna utan skattehöjningar på sikt kommer att få svårt att bibehålla den ambitionsnivå de har i dag. Särskilt från 2020-talet blir situationen besvärlig, när behoven av äldreomsorg väntas öka mer än kommunernas resurser. Även om barnafödandet ökar eller andelen studerande i yrkesverksam ålder växer så blir de positiva effekterna av detta otillräckliga i förhållande till de långsiktiga utmaningar som kommunerna ställs inför. År 2050 skulle dessa alternativa vägar t.o.m. kunna innebära ännu större svårigheter för kommunerna att tillhandahålla välfärdstjänster på samma nivå som i dag. Det beror på att resurser då inte på samma sätt kan frigöras från barnomsorg och utbildningsverksamhet till äldreomsorg som annars.

Svenska Kommunförbundet varnar för en överdriven tilltro till att staten kan tillföra de resurser som krävs med hänsyn till kraven på budgetbalans och möjligheterna att höja de statliga skatterna. En annan varning gäller nivån på den kommunala servicen. Det är inte säkert att framtidens medborgare nöjer sig med den service som medborgarna i dag är vana vid. Stigande inkomster och en gradvis ökad materiell levnadsstandard kan leda till ökande krav på kommunerna. Så har fallet varit förr. Under de närmaste fyrtio åren beräknas hushållens privata konsumtion fördubblas i reala termer räknat per invånare. En del av den efterfrågeökning som de stigande inkomsterna gör möjlig kommer sannolikt att riktas mot sådana tjänster som kommunerna i dag tillhandahåller.

## Långsiktiga samband mellan demografi och ekonomi – scenarier från Institutet för Framtidsstudier

Nya forskningsrön har visat att många samhällsekonomiska företeelser påverkas av förändringar i befolkningens åldersstruktur. Institutet för Framtidsstudier har på uppdrag av SENIOR 2005 beskrivit några scenarier utifrån dessa nya rön och med hjälp av SCB:s befolkningsprognoser (Lindh & Johansson i SOU 2002:29 bilagedel B). Utgångspunkten har varit framskrivningen från år 2001, inte den från 2003 som har redovisats ovan.

Inom forskarvärlden diskuteras hur bestående sambanden mellan demografi och ekonomi är över tid. Det råder t.ex. osäkerhet om hur människor anpassar sitt beteende till bl.a. de demografiska förändringarna. Det finns också många andra faktorer än demografien som påverkar den ekonomiska utvecklingen. Institutet för Framtidsstudier skriver dock att kontrollstudier har visat att dessa samband är relativt stabila, bl.a. genom att framskrivningar av åldersstrukturen ett antal år in i framtiden är betydligt mer pålitliga än prognoser utifrån någon ekonomisk variabel.

De slutsatser som Institutet för Framtidsstudier drar har stora likheter med Långtidsutredningens. Den svenska ekonomin kommer om 20 år med stor säkerhet att befinna sig i en prekär situation med låg tillväxt, lågt sparande, budgetunderskott och förmodligen också bytesbalansunderskott. Trots detta visar framskrivningarna att den materiella standarden i genomsnitt kommer att vara dubbelt så hög som i dag. Utvecklingen kommer dock att ställa den samhälleliga solidariteten och välfärdssamhället inför en svår utmaning när det gäller fördelningen av denna standard.

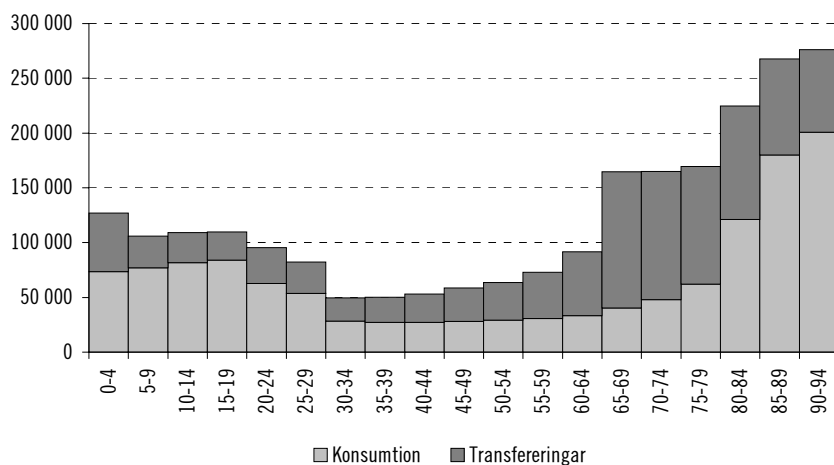
När det gäller det *offentliga sparandet* skriver Institutet för framtidsstudier att den framtida demografiska situationen kommer att sätta press på den offentliga sektorns finanser. Reformen för att undvika att en sådan situation uppstår kan genomföras under de närmaste tio åren när det statsfinansiella läget är relativt gynnsamt. Möjliga anpassningar kan ligga i att öka inkomsterna och/eller minska utgifterna. Olika sätt att förlänga den faktiska tiden i arbetslivet är ett komplement till övrig politik. Institutet för framtidsstudier pekar också på behov av ökad invandring av arbetskraft (viktigt för de närmaste åren i första hand), åtgärder som främjar ett ökat barnafödande och satsningar på den unga generationens humankapital.

Åldersstrukturens effekter på den *ekonomiska tillväxten* har visats i flera rapporter under 1990-talet. Enligt dessa påverkas den ekonomiska tillväxten positivt av en hög andel personer i medelåldern medan fler unga och fler gamla har motsatt effekt. I det scenario som Institutet för Framtidsstudier tecknar har Sverige under 2000-talets början goda utsikter att få en snabb ekonomisk tillväxt. I scenariot försämras förutsättningarna för ekonomisk tillväxt dock starkt redan efter år 2010, då antalet unga pensionärer kan börja växa mycket snabbt. Ur välfärdssynpunkt behöver detta dock inte vara något stort problem, eftersom inkomsten per person nära nog fördubblas under perioden. Fortsätter utvecklingen på samma sätt kommer detta dock att leda till problem senare. (Scenariot är beroende av att antagandena i SCB:s huvudalternativ för befolkningsprognoserna slår in. Om dödligheten är mindre än i huvudalternativet, kommer det att finnas fler pensionärer. Enligt den modell som ligger till grund för scenariot är detta negativt för den ekonomiska tillväxten.)

När det gäller den *offentliga sektorns finansiella sparande* beror ålderssambandet främst på att den största efterfrågan på offentlig service och offentliga transfereringar kommer från de åldersgrupper som betalar minst till den offentliga sektorn i form av skatter och avgifter. Med offentlig sektor menas här stat, landsting, kommuner och offentliga transfereringssystem. De offentliga utgifterna har en U-formad profil: stora utgifter i barndomen i form av barnbidrag, föräldraförsäkring, förskola, skola m.m. och små utgifter i vuxen ålder. I högre åldrar ökar de offentliga utgifterna i form av pensioner och ökade sjukvårdskostnader. Den offentliga sektorns inkomster uppvisar motsatt mönster: inkomsterna från de yngsta åldersgrupperna är små, men de stiger därefter för att kulminera i medelåldern och sedan sjunka kraftigt från befolkningen över 65 års ålder.

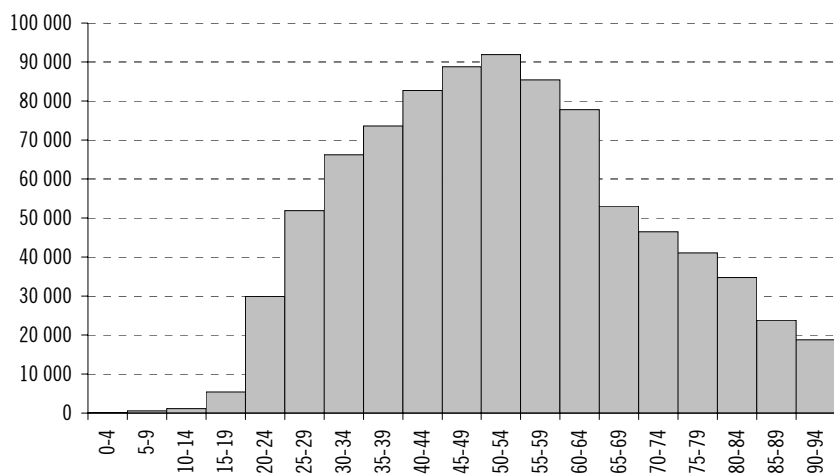
Enligt det scenario som Institutet för Framtidsstudier tecknar kan den offentliga sektorn förvänta sig ökade överskott fram till år 2008, då utvecklingen snabbt vänder. Redan år 2014 förväntas underskott i den offentliga sektorns budget enligt modellen. Den negativa utvecklingen fortsätter fram till år 2035, då underskottet planar ut på en nivå på ungefär 12 procent av BNP. (Även detta scenario är beroende av att antagandena i SCB:s huvudalternativ för befolkningsprognoserna slår in. En lägre dödlighet än i huvudalternativet ger fler pensionärer vilket ökar underskotten i den offentliga sektorn i åldersmodellen.)

Figur 2.4. Offentlig konsumtion och offentliga transfereringar per invånare i olika åldersgrupper 1998. Omräknat till 2000 års penningvärde. Tusentals kronor



Källa: Institutet för Framtidsstudier.

Figur 2.5. Genomsnittlig slutgiltig skatt per invånare i olika åldersgrupper 1997. Omräknat till 2000 års penningvärde. Tusentals kronor



Källa: Institutet för Framtidsstudier.



## Skillnader inom landet

De demografiska förändringarna beräknas leda till ökade skillnader mellan olika län och lokala arbetsmarknader i Sverige. Konsekvenserna av denna utveckling på lokal och regional nivå berör många områden som inte ingår i vårt uppdrag, men som även kommer att påverka möjligheterna att långsiktigt utveckla äldrepolitiken.

SCB har beräknat att Stockholms, Uppsala, Skåne, Hallands och Västra Götalands län ökar sin befolkning med 10–30 procent mellan år 2000 och år 2030 (SCB 2003b). (Denna prognos bygger på en tidigare befolkningsframskrivning än den som vi berättade om i avsnitt 2.2.1.) Under samma period beräknas befolkningen i Norrbottens, Västernorrlands, Gävleborgs, Jämtlands och Dalarnas län minska med 10–15 procent. Andelen personer som är 65 år och äldre beräknas fram till år 2030 öka i alla län med en variation på mellan fyra och tolv procentenheter. Under samma tid beräknas andelen personer under denna ålder att minska i alla län.

Länen går således åt samma håll, men i olika takt, vilket innebär att de regionala skillnaderna kommer att öka. Andelen personer mellan 20 och 64 år beräknas förändras minst i storstadslänen och i Jönköpings län, som kommer att befästa sin relativt gynnsamma åldersstruktur gentemot andra län. Mellan år 2000 och år 2030 beräknas andelen personer mellan 20 och 64 år att minska med mellan sju och åtta procentenheter i Norrbottens, Gotlands, Västernorrlands och Gävleborgs län.

I denna prognos använder SCB en något annorlunda definition av försörjningskvoten än i den senaste befolkningsframskrivningen, som vi berättade om i avsnittet ovan om arbetskraftsbehovet. Här är försörjningskvoten detsamma som relationen mellan hela befolkningen och den del av befolkningen som är i åldern 20–64 år. I samtliga län beräknas försörjningskvoten – i denna betydelse – stiga under de närmaste decennierna. Dessutom ökar spännvidden mellan länen, från ett intervall på 1,61–1,79 år 2000 till 1,72–2,02 år 2030. Stockholms län hade den lägsta försörjningskvoten år 2000 och beräknas ha det även år 2030. Högst försörjningskvot år 2030 beräknas Gotlands län ha, men Västernorrlands, Dalarnas, Norrbottens, Kalmar och Jämtlands län beräknas ligga på nästan samma höga nivå. Dessutom kommer spännvidden mellan kommunerna i länen att öka avsevärt mer än skillnaderna mellan länen. År 2000 var den lägsta försörjningskvoten i någon svensk kommun 1,52 och

den högsta 2,06. År 2030 beräknas motsvarande tal bli 1,52 respektive 2,63. Medan omkring två tredjedelar av landets kommuner år 2000 hade en försörjningskvot mellan 1,52 och 1,82 kommer mindre än var tionde kommun att ha detta år 2030. Då kommer istället en tredjedel av kommunerna att ha en försörjningskvot mellan 2,06 och 2,64, dvs. över den högsta nivån i någon kommun år 2000.

En grov kalkyl över hur kommunalskatten kan komma att påverkas av den förändrade befolkningsstrukturen visar att flertalet kommuner skulle få en lägre skatt år 2020 än år 2030, men att skatten skulle behöva höjas väsentligt under 2020-talet för nästan alla kommuner. Totalt sett för hela perioden 2003–2030 pekar SCB:s beräkningar på att de allra flesta kommuner måste ta ut högre skatt år 2030 än år 2003, i många kommuner väsentligt högre.

Resultaten fram till år 2020 kan te sig överraskande. En förklaring är att antalet personer upp till 19 år beräknas minska, vilket uppväger att de som är 65 år och äldre blir fler. Andra bidragande orsaker är att de stora årskullarna från 1940-talet ännu inte är i den ålder när vård- och omsorgsbehoven väntas öka och att de stora årskullar som föddes omkring år 1990 kommer ut i arbetslivet under tiden fram till år 2020. Under 2020-talet kommer dock andelen personer som behöver stora vård- och omsorgsinsatser öka samtidigt som en annan stor generation – de årskullar som föddes under 1960-talet – uppnår pensionsålder.

I rapporten *Befolkningsutvecklingen fram till år 2010 och därefter* (SOU 2000:36, rapport 19) analyseras befolkningsutvecklingen i Sveriges 109 lokala arbetsmarknader (LA). En lokal arbetsmarknad består oftast av flera kommuner som bildar gemensamma pendlingsregioner. De lokala arbetsmarknaderna delas in i nio regionfamiljer som liknar varandra sinsemellan när det gäller folkmängd, näringsstruktur, och tillgång till högskola. Regionfamiljerna är Stockholmsregionen, Göteborgsregionen, Malmöregionen, högskoleregioner, övriga regionala centrum, större tjänsteregioner, små industriregioner, små tjänsteregioner och större industriregioner.

I rapporten presenteras sex scenarier med olika antaganden om flyttningsströmmar mellan LA fram till år 2030. Av de 109 regionala arbetsmarknaderna får 73 LA en folkminskning oavsett antagande. I samtliga fall kommer de tre storstadsregionerna att fortsätta öka sin befolkning. Förutom storstadsregionerna förväntas även högskoleregionerna öka sin befolkning. Alla andra

regionfamiljer får sammantaget en minskande befolkning i de olika scenarierna.

Resultatet beror inte enbart på flyttströmmarna. I rapporten finns ett scenario med det orealistiska antagandet att ingen flyttning sker mellan LA. Även i detta scenario ökar befolkningen i de tre storstadsregionerna och i högskoleregionerna, medan befolkningen i övriga regioner minskar. Detta beror på att åldersstrukturen i de sistnämnda regionerna är ogynnsam med få kvinnor i barnafödande åldrar.

Även åldersstrukturen kommer att utvecklas olika i regionerna. Andelen av befolkningen mellan 20 och 64 år varierade år 1999 med 11 procent mellan LA med högst och lägst andel (Stockholm respektive Dorotea). Om 30 år kan skillnaderna mellan LA med högst och lägst andel nästan ha fördubblats till 20 procent (Stockholm respektive Laxå). För hela riket förväntas andelen av befolkningen mellan 20 och 64 år sjunka från 58,5 procent till 54,8 procent.

### 2.2.3 Resurser hos morgondagens äldre

#### Hälsa

Under de senaste två decennierna förefaller medelålders och äldre personer ha haft den gynnsammaste hälsoutvecklingen i Sverige (Socialstyrelsen 2001a). De som är över 45 år betraktar i ökande utsträckning sin hälsa som god. I åldrarna 16–44 år har andelen inte förändrats under större delen av 1980-talet och under 1990-talet har den långsamt minskat. I synnerhet har psykisk ohälsa som ångslan, oro och ångest och sömnproblem blivit vanligare i dessa åldrar under 1990-talet. Dessa problem minskade i alla åldrar under 1980-talet för att sedan öka något under 1990-talet, utom bland kvinnor över 65 år, för vilka förbättringen fortsatt. Dessa problem är annars i slutet av 1990-talet vanligast bland personer som är födda utomlands, framför allt i länder utanför Europa.

Under 1990-talet har risken att insjukna i kranskärlssjukdom, framför allt i hjärtinfarkt, minskat med cirka 20 procent, och risken att dö i kranskärlssjukdom har minskat ännu mer. Detta är den viktigaste förklaringen till att medellivslängden ökat så mycket på senare år. Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar är betydligt högre bland män än bland kvinnor, men det är männen som vunnit mest i

livslängd när dessa sjukdomar blivit mindre vanliga och mindre dödliga. Förändringarna har varit mindre dramatiska när det gäller cancer, en annan viktig sjukdomsgrupp bland äldre. Risken att insjukna i någon cancersjukdom ökade med drygt en procent per år under 1980-talet, men ökningstakten har minskat till en halv procent per år under 1990-talet. Dödligheten i cancer har minskat med i genomsnitt 1,5 procent per år den senaste tjugoårsperioden.

Allt färre personer över 65 år rapporterar minskade andelar nedsatt rörelseförmåga, nedsatt syn, lättare psykiska besvär och dålig tandhälsa. Självorden fortsätter att minska. Regelbunden motion har blivit vanligare bland äldre, mest bland män. Negativa förändringar för personer som är 65 och äldre är att fler nu rapporterar långvariga sjukdomar, att problem med värk tycks öka och att hörseln har försämrats i vissa grupper.

Enligt Socialstyrelsen kvarstår de skillnader i hälsa som funnits mellan olika sociala grupper sedan slutet av 1980-talet (Socialstyrelsen 2001a). Störst är klyftorna bland män medan de ökar mest bland kvinnor. En manlig högre tjänsteman beräknas leva två år längre i åldersintervallet 35–84 år än en icke facklärdd arbetare. Motsvarande skillnad bland kvinnor är 0,7 år. Antalet år med full hälsa har sedan början av 1980-talet minskat för kvinnor i alla socioekonomiska grupper. De konstanta sociala skillnaderna bland män och ökade skillnaderna bland kvinnor förekommer även bland personer i åldern 65–84 år. Flera svenska studier visar att den faktor som har det starkaste sambandet med ohälsa är inkomst.

Under senare delen av 1990-talet var skillnaden i medellivslängd mellan länen med högst och lägst medellivslängd cirka 2,5 år för män och cirka 1,5 år för kvinnor. Män i Uppsala län och kvinnor i Hallands län levde längst. När det gäller självskattad hälsa är utvecklingen allmänt sett sämre bland män i norra glesbygden än i övriga delar av landet. Bland personer i åldern 65–84 år hade både kvinnor och män i norra glesbygden kortare livslängd och färre år med full hälsa än personer i andra områden. Skillnader i livslängd och ohälsa finns även inom regioner. Åren 1993–1997 skilde det 4,2 år i återstående medellivslängd för en 65-årig man och 2,6 år för en 65-årig mellan kommunerna i Stockolms län (Äldrecentrum 2001). Under samma tidsperiod skilde det i genomsnitt 5,7 år i återstående medellivslängd för en 65-årig man och 5,2 år för en 65-årig kvinna i de områden i länet där medelinkomsten var högst jämfört med de områden där den var lägst.

Data om äldre invandrares hälsa saknas i stor utsträckning. De få uppgifter som finns är inte heller samstämmiga. Enligt kommittén Vårldsbokslut är hälsoskillnaderna påtagliga: äldre invandrare har sämre hälsa, och skillnaderna ökade dessutom under 1990-talet (SOU 2001:79). År 2002 presenterade Statens folkhälsoinstitut rapporten *Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige* (2002). Studien visar att det finns stora skillnader i hälsa både mellan olika etniska grupper och mellan svenskfödda och vissa etniska grupper. Flera av de stora invandrargrupperna har en markant ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar samt en större psykisk ohälsa jämfört med svenskfödda. Det är samma invandrargrupper som är utsatta i samtliga studerade områden. Samtidigt ser situationen helt annorlunda ut för andra invandrargrupper. Några invandrargrupper har överlag samma hälsotillstånd som svenskfödda medan vissa grupper har en bättre hälsa och jämfört med både andra etniska grupper och med svenskfödda.

När det gäller psykisk ohälsa finns det skäl att ta upp post-traumatiskt stressyndrom (PTSD). PTSD kan uppstå efter svåra traumatiska eller livshotande upplevelser i samband med olyckor, fysiska eller sexuella övergrepp, naturkatastrofer eller krig. Det finns två svenska studier som beskriver hur utsatthet för tortyr kan ge upphov till PTSD. Ingen av de svenska kontrollpersonerna visade symtom på PTSD.

Det finns också stora skillnader när det gäller levnadsvanor. I de flesta invandrargrupper är t.ex. andelen rökare större än bland svenskfödda, särskilt för män. Bakom hälsoskillnaderna ligger ett komplicerat samspel mellan olika faktorer på individ- och grupp-nivå samt samhällsfaktorer både i hemlandet och i Sverige, bl.a. stor arbetslöshet och olika levnadsvanor. Det innebär att många av de faktorer som spelar en avgörande roll för invandrares hälsa är påverkbara.

## Privatekonomi

### *Inkomster*

Andelen pensionärer med de lägsta inkomsterna har successivt minskat och under 1990-talet fanns de huvudsakligen bland de allra äldsta pensionärerna (Andersson, Berg & Klevmarken i

SOU 2002:29 bilagedel B). Även om pensionärernas relativa inkomstnivå och inkomstspridning varit mindre än i den övriga befolkningen under 1990-talet så är en utjämning på väg i förhållande till den aktiva befolkningen. Detta innebär att den jämna inkomstfördelningen som hittills gått att se bland de äldre troligen kommer att ersättas med en fördelning med betydligt större spridning. Till detta bidrar den allt mindre betydelse för pensionärernas inkomster som socialförsäkringarna får och deras allt större beroende av pensioner och avtalsförsäkringar relaterade till arbetslivet samt av kapitalinkomster.

Inte minst kan inkomstskillnader mellan kvinnor och män komma att få ökat genomslag efter pensioneringen. Jämfört med ensamstående män har kvinnor cirka 15 procent lägre inkomststandard, vare sig de är gifta, samboende eller ensamstående. Ensamstående kvinnor är i relativt hög grad beroende av bostadsbidrag, särskilt i de högsta åldrarna. Även icke-nordiska invandrare har en lägre inkomststandard, liksom egenföretagare och jordbrukare. De regionala skillnaderna är inte heller obetydliga. De högsta inkomstnivåerna finns i Stockholm och de lägsta i den norrländska glesbygden.

Skillnaderna mellan personer som är födda under avgränsade tidsperioder är tydliga när det gäller inkomstfördelningen. Förändringarna under 1990-talet beror till stor del på att nya födelsekohorter kommer in i äldregruppen. Beroende på variationer i ekonomisk tillväxt och utvecklingen på marknader för fastigheter, värdepapper och andra tillgångar kommer olika kohorter också framöver att lämna ett aktivt arbetsliv med olika inkomster. I hög grad blir detta bestämmande för deras inkomststandard efter pensioneringen. De som föddes under 1960- och 1970-talen har t.ex. inte haft samma gynnsamma inkomstutveckling som 1930- och 1940-talisterna. Om denna grupps relativa nackdel består kommer de som pensionärer någon gång på 2030-talet att få en lägre inkomststandard än t.ex. 1940-talsgenerationen.

SCB:s senast tillgängliga inkomstuppgifter avser år 2000. Då var den disponibla inkomsten för alla typer av *hushåll* störst i gruppen 45–54 år och minskade med stigande ålder (SCB 2003h). Mellan åldersgrupperna 20–64 år och 65 år och äldre var skillnaden cirka 45 000 kronor per år för ensamstående män och kvinnor. För sammanboende var skillnaden hela 140 000 tusen kronor per år. För ensamstående kvinnor i åldersgruppen 65 år och äldre stod bostadsstöd för en större andel av inkomsten än för ensamstående

män och sammanboende. Den disponibla inkomsten hade större spridning i gruppen 20–64 år än i gruppen 65 år och äldre både när det gäller ensamstående och sammanboende. Kapitalinkomsterna hade stor betydelse för personer i denna åldersgrupp, särskilt för äldre kvinnor, men skillnaderna i tillgång till kapital var stora (se nedan).

För *individer* år 2000 var bruttoinkomsten störst i gruppen 45–54 år för att sedan minska med stigande ålder. Mäns bruttoinkomst var större än kvinnors i alla åldersgrupper. Fördelar man individerna på födelseland ser man liknande mönster, men här är underlaget för litet för alltför långtgående slutsatser.

SCB:s inkomststatistik visar också att en större andel personer i åldern 20–64 år avstod från tandvård på grund av utgiftens storlek år 2000 än i gruppen 65 år och äldre (16 procent respektive 10 procent). De som avstod sjukvård och läkemedel på grund av utgiftens storlek var 1–2 procent i gruppen 65 år och äldre samt något högre för de yngre. Året innan, dvs. 1999, avstod 16 procent av hushållen helt från hemtjänst eller hemsjukvård på grund av avgiftens storlek.

På vårt uppdrag har SCB också beräknat äldre människors ekonomiska förutsättningar att själva köpa servicetjänster (se avsnitt 6.4 samt bilagedel D). Dessa beräkningar visar att ungefär 20 procent av alla ensamstående män och kvinnor som är 65 år och äldre kommer att ha inkomster under den nivå som enligt riksdagen ska ge en grundläggande försörjning motsvarande skälig levnadsnivå. Detta gäller både för ensamstående kvinnor och män, men antalet ensamstående kvinnor beräknas bli betydligt större än antalet ensamstående män i denna åldersgrupp. Den ovan refererade inkomststatistiken visar att andelen ensamstående personer med mycket låga inkomster kan komma att bestå ännu längre fram i tiden, då det är mycket stora inkomstskillnader även bland personer i åldrarna 45–54 år och 55–64 år. För sammanboende personer som är 65 och äldre ser situationen betydligt ljusare ut. Det är dock för denna grupp som risken är störst att den ekonomiska situationen snabbt förändras om en av de sammanboende personerna avlider.

*Förmögenheter*

Pensionärernas samlade tillgångar bestäms i hög grad av den ekonomiska tillväxten under den period i livet när man arbetar, var i Sverige man bor och hur priserna på bostäder och aktier utvecklas sedan man skaffat sig dessa tillgångar. De äldre generationerna har mindre nettoförmögenhet än de generationer som nu befinner sig i medelåldern, men under 1980- och 1990-talen kom en allt större andel av de samlade förmögenheterna att ägas av äldre människor (Andersson, Berg & Klevmarken i SOU 2002:29 bilagedel B). Dagens skillnader i samlade tillgångar mellan medelålders och äldre kan bero på att de äldre kohorterna haft sämre förutsättningar att bygga upp en förmögenhet när de var yngre.

De kohorter som kunnat dra nytta av den goda tillväxten under decennierna närmast efter andra världskriget och investerat i bostäder och aktier, som sedan ökat i värde, kommer att ha förutsättningar för att få en hög levnadsstandard som pensionärer. Inte minst gäller detta 1940-talsgenerationen. De regionala skillnaderna är dock betydande. De som t.ex. investerat i ett eget boende i Stockholm för något eller några årtionden sedan har fått en kraftig värdestegring på sin investering. De har således fått en betydligt större förmögenhet än vad de annars skulle ha haft. Motsvarande investeringar i Göteborg, Malmö eller andra större städer har också givit en god utdelning. Det är en öppen fråga om framtidens pensionärer i storstäderna kommer att kunna och vilja göra de tillgångar som är bundna i fastigheter likvida. Det förutsätter att man säljer sin bostad och flyttar till en billigare bostad eller att man kan öka sin belåning.

Fördelningen av den totala förmögenheten bland hushåll är betydligt ojämnare än fördelningen av de totala inkomsterna. Utvecklingen av förmögenhetsspridningen över tiden kommer till stor del att bero på hur priserna på olika tillgångar utvecklas. Aktier och andra finansiella instrument är mer koncentrerade till hushåll med stora förmögenheter och därför kommer förmögenhetsspridningen att öka i tider med ökande priser på finansiella tillgångar relativt andra tillgångar. Fastighetstillgångar, framför allt egnahem, är jämnare fördelade bland hushåll.

För de allra flesta personer i Sverige utgör pensionsförmögenhet i det offentliga systemet och i avtalspensioner den största förmögenhetstillgången. För hälften av alla över 44 år utgör pensions-tillgångarna minst 80 procent av de totala tillgångarna. Det pen-



sionssystem som nu håller på att ta form i Sverige skiljer sig radikalt mot tidigare system. En större del av risktagandet flyttas över från den aktiva generationen till dem som av åldersskäl har lämnat arbetslivet. Fortsatta kraftiga kast i priserna på bostads- och värdepappersmarknaderna påverkar också den privata förmögenheten.

Även här är SCB:s senast tillgängliga uppgifter från år 2000, dvs. innan effekterna av de senaste årens sjunkande börskurser kunnat ge utslag i förmögenhetsstatistiken. Dessa uppgifter visar att en större andel ensamstående kvinnor i gruppen 65 år och äldre hade reala eller finansiella tillgångar än i åldersgruppen 20–64 år (SCB 2003h). När det gäller banktillgångar handlade det om över 64 procent respektive knappt 38 procent. Nettoförmögenheten var mer än dubbelt så stor för personer 65 år och äldre än personer i gruppen 20–64 år bland ensamstående kvinnor. För ensamstående män gällde samma förhållanden, men medelvärdena var genomgående högre för männen än för kvinnorna. Bland sammanboende var andelen med tillgångar ungefär lika stor i gruppen 65 år och äldre som i gruppen 20–64 år. Medelvärdet för finansiella tillgångar var dock betydligt större för gruppen 65 år och äldre; nettoförmögenheten var i medelvärde mer än 50 procent större för denna grupp än för gruppen 20–64 år.

Spridningen av nettoförmögenhet ser tämligen lika ut i de olika åldersklasserna. Skillnaden mellan den tiondel som har störst förmögenhet och den tiondel som har minst tenderar att vara större i högre åldrar. Tittar man på de regionala skillnaderna ser man att medelvärdena i Stockholm/Södertälje var mycket högre än i övriga riket.

Andelen med realisationsvinst eller realisationsförlust år 2000 var ungefär lika stor i gruppen 65 år och äldre som i gruppen 20–64 år, men andelen med reaförlust var dubbelt så stor bland 20–64 år, både för män och kvinnor (SCB 2002d). Reavinstbeloppet för kvinnor 65 år och äldre var nästan dubbelt så stort som för kvinnor i gruppen 20–64 år. De reala reavinsterna uppvisar det största medelvärdet för ensamstående kvinnor 65 år och äldre.

*Framtidsperspektiv*

De som är mellan 50 och 65 år i dag har genomsnittligt sett en relativt god ekonomisk situation och det gäller även för de yngre pensionärerna. De äldre pensionärskohorterna har en lägre inkomst och förmögenhet, men de kommer successivt att ersättas med kohorter som i medeltal har större tillgångar. Pensionsutfästelserna från de offentliga pensionssystemen utgör den största tillgången för dagens och morgondagens pensionärer, men det är troligt att kapitalinkomsterna kommer att spela en allt större roll för framtidens pensionärer. De privata pensionsförsäkringarna kommer successivt att falla ut för potentiella pensionärer och den nuvarande trenden är bara en början. År 1999 uppskattades fonderingen för privata pensionsförsäkringar omfatta 589 miljarder kronor. Det motsvarar drygt 25 procent av bruttonationalprodukten för detta år.

Vid minskad tillväxt och sämre utveckling på börserna kan de förmånsbaserade pensionssystemen, som det gamla ATP-systemet och vissa avtalsbaserade pensionssystem förbli opåverkade. Pensionsbesparingarna i de avgiftsbestämda systemen kommer däremot att bli mindre. Detta kan också komma att gälla den allmänna pensionen. Vid en lägre inkomstillväxt än 1,6 procent minskar den allmänna pensionen för alla pensionärer. Skulle även arbetskraftutbudet bli mindre än det prognostiserade kan den s.k. bromsen i det nya offentliga pensionssystemet slå till, vilket reducerar pensionerna. Det finns nu "raka rör" mellan t.ex. finansiella chocker och pensionärernas plånböcker.

En annan risk är faran för stora prisfall för värdepapper från 2010-talet och framåt. Under 1990-talet var en relativt stor andel av befolkningen i de rika länderna i åldern 50–65 år, vilket är den ålder då hushållen sparar mest både i egen regi och i pensionsfonder. En stor del av detta sparande har placerats i värdepapper. Efter år 2010 kommer de första efterkrigsgenerationerna successivt att gå i pension och då eventuellt sälja sina aktier och andra värdepapper. Ett utbudsöverskott kommer att uppstå, priserna kommer att falla och därmed värdet på det hopsamlade kapital dessa generationer ska ha för sin försörjning. Det är dock inte omöjligt att utvecklingsländerna kan få en allt snabbare ekonomisk tillväxt. En ökad efterfrågan på kapital från dessa länder kan möjligen balansera det ökade utbudet från Västeuropa, Nordamerika och Japan.

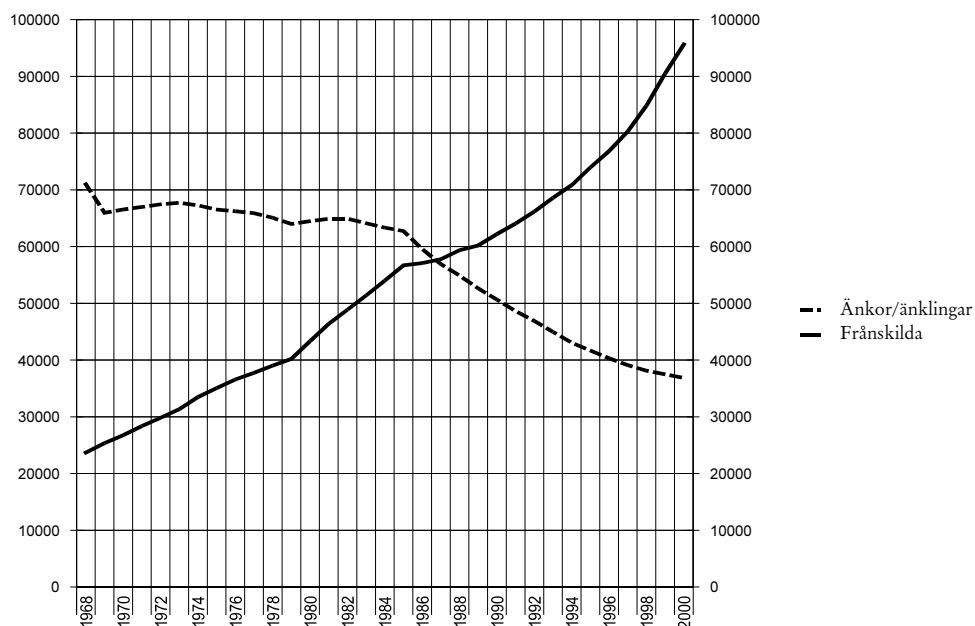
Är pensionärer med inkomster som bara motsvarar garantipensionen på väg att bli ett minne blott? I början av 1990-talet var inkomstspridningen bland de äldsta pensionärerna förhållandevis liten, men det var en spridning kring en låg inkomstnivå. Sedan dess har både inkomstnivån och inkomstspridningen utjämnats mellan åldersgrupperna. Bland de äldsta har således inkomstspridningen ökat, men nu kring en högre nivå. Med tanke på att de förmånsbestämda pensionernas betydelse minskar till förmån för avgiftsbestämda pensioner och kapitalinkomster är det inte osannolikt att inkomstspridningen kommer att öka ytterligare bland framtidens pensionärer.

Även om morgondagens pensionärer i genomsnitt kommer att ha en relativt god inkomststandard, kommer det fortfarande också att finnas en grupp som huvudsakligen blir beroende av den offentliga garantipensionen. Hur stor denna grupp blir är det naturligtvis svårt att förutsäga. Många av de pensionärer som i dag bara har garantipension kommer dock att finnas i denna grupp ännu under många år, inte minst med tanke på att fler kvinnor än män ingår i gruppen och att kvinnor i genomsnitt lever längre än män. I en del av det material som vi refererar i detta avsnitt har inte alla tabeller delats upp efter kön, och det finns därför betydande risker att kvinnor i vissa undergrupper kommer att ha ännu lägre inkomster än vad som redovisats. Även bland äldre invandrare kommer det att finnas personer med mycket låga inkomster, både från pensioner och äldreförsörjningsstöd.

### **Familj och sociala nätverk**

Samlevnadsrelationer har under andra hälften av 1900-talet fått en alltmer tillfällig karaktär. Denna förändring kommer på sikt sannolikt också att påverka de äldres livsmönster. Med varje ny generation ökar mångfalden i samlevnadsrelationer, men detta är en familjerevolution i det tysta. Under de senaste decennierna har t.ex. antalet frånskilda personer kraftigt kommit att överstiga antalet änkor och änklingar i åldern 60–65 år.

Figur 2.6. Antal fränskilda och änkor/änklingar i åldersgruppen 60–65 år i Sverige åren 1968–2000



Källa: Borell/Ghazanfareon (2001).

Den ökade medellivslängden innebär att traditionella roller och situationer i familjelivet och umgängeskretsen kan vara på väg att förändras. För många som är i 60–70-årsåldrarna kan det handla om att stå mitt i livet, med de förväntningar på att hjälpa barn, barnbarn, jämnåriga släktingar och vänner samt gamla föräldrar som många medelålders kvinnor i dag möter. Samtidigt kan personer i mycket hög ålder komma att uppleva att deras barn behöver vård och stöd när dessa är i 60–70-årsåldrarna, eller att barnen avlider när de är i den åldern.

Data från SCB:s ULF-undersökningar ger en bild av de förändringar i familjeliv och sociala nätverk som skedde under 1980- och 1990-talen (SCB 2000). Under denna period ökade andelen personer över 65 år som bor ihop med make, maka, sambo och/eller barn. Särskilt gäller detta bland män i åldern 75–84 år. I yngre åldrar har utvecklingen varit en annan. Färre kvinnor i åldern

45–54 år bor nu ihop med egen familj än i början av 1980-talet. Under 1980- och 1990-talen ökade ensamboendet, främst bland personer upp till 45 års ålder men även i åldersgruppen 45–54 år. Fortfarande är ensamboendet dock mest omfattande bland personer äldre än 65 år. En tredjedel av alla i åldersgruppen 65–74 år bor ensamma, liksom hälften av personerna i åldersgruppen 75–84 år. Bakom de generella uppgifterna finns viktiga skillnader mellan kvinnor och män. I åldrarna upp till 55 år dominerar männen bland de ensamboende. Därefter ökar andelen kvinnor och i åldersgruppen 75–84 år är det nästan dubbelt så många kvinnor som män som bor ensamma. Den viktigaste förklaringen till detta är kvinnornas längre medellivslängd. Eftersom medellivslängden för män har ökat mer än för kvinnor under senare år är det möjligt att andelarna förändras på sikt.

Ungefär 60 procent av alla mellan 20 och 84 år träffar en nära anhörig – dvs. barn, förälder eller syskon som inte bor i hushållet – minst en gång varje vecka. Andelen har varit stabil under de senaste två decennierna och variationerna mellan generationerna är små. Bland personer äldre än 65 år tycks det dock ha skett en viss ökning. Bland de äldre är det också fler kvinnor än män som ofta träffar en nära anhörig. Omkring en femtedel av alla mellan 20 och 85 år saknar nära anhöriga eller träffar en nära anhörig högst en gång per år. Skillnaderna mellan generationer och kön är inte särskilt stora, men andelen som saknar eller sällan träffar en nära anhörig har minskat påtagligt bland personer äldre än 65 år.

Andelen som umgås med någon granne minst en gång i veckan har minskat sedan början av 1980-talet och ligger nu under 30 procent bland personer mellan 20 och 84 år. Störst har minskningen varit bland 20–44-åringar och bland personer som är 65 år och äldre. Men andelen har också minskat i åldersgruppen 55–64 år, den åldersgrupp där grannkontakterna är mest fåtaliga. Minskningarna gäller för både kvinnor och män. Umgänget med andra vänner och bekanta har däremot ökat, i första hand bland 20–44-åringar. I alla åldersgrupper mellan 20 och 85 år uppger mindre andelar i dag att de saknar en nära vän än för tjugo år sedan. Skillnaderna är dock betydande mellan åldersgrupper och kön. Bland personer i åldern 75–84 år saknar uppåt 40 procent en nära vän, vilket är avsevärt fler än i yngre åldersgrupper. I samtliga åldersgrupper är det fler män som saknar en nära vän.

När man studerar betydelsen av ensamhet och socialt nätverk är det viktigt att skilja på faktisk och upplevd ensamhet. En person

som lever ensam behöver inte känna sig ensam. Å andra sidan kan en person som har många runt sig ändå uppleva ensamhet. En studie i de dåvarande EU-länderna och Sverige 1992/93 visade att det fanns en stor skillnad i upplevd ensamhet bland personer 60 år och äldre. I Sverige och Danmark var andelarna som *ofta* kände sig ensamma 4–6 procent, att jämföra med 17 procent i Italien, 23 procent i Portugal och 36 procent i Grekland. Upplevelse av ensamhet är således betydligt vanligare i de traditionellt familjeorienterade kulturerna i södra Europa än i de mer individualistiska i norra Europa (Äldrecentrum 2001). Tar man hänsyn till civilstånd är ensamhet i Sverige mest utbredd hos ogifta män – och minst utbredd hos gifta män. För f.d. arbetare är andelen personer som saknar en nära vän högre än för tjänstemän på högre och mellannivå. Dessa skillnader ökade under 1990-talet (SCB 2000).

Isolering, dvs. total eller nästan total avsaknad av sociala relationer, är ett starkare begrepp än ensamhet. En liten andel av de äldre i Sverige kan betraktas som isolerade. Andelen är högre i storstäderna än i landet i övrigt och då särskilt bland pensionärer med låga inkomster. (Statens folkhälsoinstitut 2003a). Socialstyrelsen konstaterar i en rapport om framtidens anhörigomsorg, som skrivits på vårt uppdrag, att relativt få äldre besväras av ensamhetskänslor. I en studie bland personer som är 75 år och äldre handlade det om 8 procent av de svarande. De viktigaste orsakerna till ensamhetsupplevelser är besvär med hälsan, ensamboende, glesa sociala kontakter och nedsatt funktionsförmåga (se bilagedel C).

En undersökning om frivilligt och informellt arbete som genomfördes på Demokratiutredningens uppdrag år 1998 visar att 23 procent av personer mellan 16 och 74 år inte ingår i *informella nätverk*, hjälper anhöriga som de bor tillsammans med eller arbetar frivilligt (SOU 1999:84). Gruppen domineras av lågutbildade och låginkomsttagare i storstäder. (Med informella nätverk avsågs här sammanhang där minst tre personer träffas regelbundet för att göra något tillsammans utanför föreningslivet eller familjekretsen.)

### *Civilstånd, ensamboende och sammanboende*

Civilstånd och om en person är ensamboende eller sammanboende är faktorer som visat sig ha stor betydelse för behov av vård och omsorg. Uppgifter om en persons civilstånd ger idag bara till viss del information om en person är ensamboende eller samman-

boende. I det följande redovisas befolkningens civilstånd år 2001 i åldern 45 år och äldre.

Tabell 2.8. Civilstånd i åldern 45 år och äldre fördelade efter kön och ålder. Procent. Hela riket

<i>Kön/Ålder</i>	<i>Ogifta</i>	<i>Gifta</i>	<i>Änkling/Änka</i>	<i>Frånskilda</i>
<i>Män</i>				
45–54 år	25,1	57,9	0,6	16,4
55–64 år	13,8	65,7	2,1	18,5
65–74 år	10,0	69,4	6,6	14,0
75–84 år	9,2	64,9	17,6	8,2
85–89 år	8,8	50,8	35,4	4,9
90– år	8,6	34,6	53,2	3,6
<i>Kvinnor</i>				
45–54 år	17,5	60,6	2,0	19,8
55–64 år	8,6	63,2	7,2	21,0
65–74 år	6,0	55,6	23,3	15,1
75–84 år	6,4	33,4	50,6	9,6
85–89 år	7,8	12,9	72,3	6,9
90– år	10,6	4,6	79,3	5,4

Källa: SCB 2002b.

Andelen ensamboende och sammanboende i hela befolkningen undersöktes senast vid Folk- och bostadsräkningen 1990. Därefter har man med hjälp av undersökningen om levnadsförhållanden (ULF), som är en urvalsundersökning, skattat antalet sammanboende ej gifta. ULF-undersökningarna omfattar personer i åldern 16–84 år, varför uppgifter om personer 85 år och äldre saknas (SCB 2002b).

Tabell 2.9. Sammanboende och ensamboende i åldern 45–84 år fördelade efter kön och ålder enligt Undersökningen om levnadsförhållanden (ULF) 2001. Procent. Hela riket

Kön/Ålder	Ensamstående	Sammanboende	Totalt
<i>Män</i>			
45–54 år	27	73	100
55–64 år	23	77	100
65–74 år	27	73	100
75–84 år	36	64	100
<i>Kvinnor</i>			
45–54 år	23	77	100
55–64 år	27	73	100
65–74 år	43	57	100
75–84 år	65	35	100

Källa: SGB 2002b.

Som framgår av tabell 2.9 är de flesta män sammanboende t.o.m. 84 års ålder. De flesta kvinnor är sammanboende upp t.o.m. åldersgruppen 65–74 år, medan två tredjedelar är ensamboende i åldersgruppen 75–84 år.

En jämförelse mellan tabell 2.8 och tabell 2.9, för de åldersgrupper som återfinns i båda, visar att det enbart för åldersgruppen 75–84 år förefaller finnas ett klart samband mellan andelen gifta och andelen sammanboende. För personer i åldrarna 45–74 år finns det en betydligt lägre samstämmighet mellan civilstånd och om personen är ensamboende eller sammanboende.

Det finns också tecken på att särrelationer ökar bland yngre äldre (Borell 2001, Borell/Ghazanfareon 2001). Internationella studier pekar på att det finns en viktig social könsskillnad. Ensamstående män i 60- och 70-årsåldrarna är intresserade av att etablera mer konventionella relationer medan kvinnorna däremot vill pröva andra former för intimitet, utan de åtaganden och bindningar som är typiska för äktenskapet. Ännu är särboendet dock inte särskilt utbrett. I Sverige lever uppskattningsvis bara omkring 4 procent av svenskarna i särboenderelationer. Uppgifterna är osäkra, men andelen förefaller vara störst bland *yngre äldre*.

Enligt uppgifter i Integrationsverkets databas STATIV är de flesta utrikes födda personer (55 procent) som bor i Sverige och är i åldern 65–79 år gifta. Sett till situationen den 31 december 2002



gäller detta särskilt för bl.a. personer från Sydeuropa, Bosnien-Hercegovina, Irak, Grekland, Turkiet och Iran. I dessa länder varierade andelen gifta mellan 63 och 73 procent. Att vara skild var vanligast bland personer födda i centraleuropeiska länder som t.ex. Polen, Ungern, Rumänien och Ryssland.

### *Barn*

Barn är de anhöriga, som utöver make/maka och sambo, ger mest omsorg (Socialstyrelsen 1994, 2000a och underlag i bilagedel C i detta betänkande). Det är i första hand döttrar och svärdöttrar som är omsorgsgivare (Szebehely i SOU 2000:38 och underlag i bilagedel C i detta betänkande).

Andelen äldre som inte har barn har förändrats över tiden. Uppgifter från SCB:s Flergenerationsdatabas visar att 16 procent av kvinnorna födda år 1925 var barnlösa, 12 procent bland kvinnor födda år 1947 och 15 procent av kvinnorna födda år 1956. Motsvarande siffror för män är 23 procent bland män födda år 1925, 18 procent bland män födda år 1947 och 23 procent av männen födda år 1956. Av detta följer att en hög andel kommer att ha barn bland dem som går i pension under de närmaste tio åren, med en viss minskning därefter. En aktuell undersökning från AMF visar att av personer i åldern 62–70 år har 90 procent barn, 77 procent barnbarn och 10 procent saknar både barn och barnbarn.

Under första delen av 1900-talet var antalet barn i en barnkull i genomsnitt fler än idag. Det har ofta tolkats som att de flesta hade många syskon. Fakta bakom visar att i genomsnitt hade man fler syskon, samtidigt som många fler helt saknade syskon. Andelen enda barn minskar stadigt i befolkningen. Som exempel kan nämnas att cirka 6 procent av dagens 20-åringar saknar syskon jämfört med cirka 13 procent bland medelålders personer.

Andelen personer i åldern 45–59 år som hade minst en förälder kvar i livet var 35 procent år 1981 och 58 procent år 2002. En annan undersökning visar att av personer i åldersgruppen 46–55 år hade 83 procent minst en förälder kvar i livet och 58 procent i åldersgruppen 56–64 år. Av personer i åldern 65–74 år har 5 procent minst en förälder kvar i livet.

En uppgift som är av intresse är hur långt avståndet är mellan äldre personer och deras närmast boende barn. Uppgifter för personer i åldern 75 år och äldre redovisas i tabell 2.10.

Tabell 2.10. Avstånd för personer i åldern 75 år och äldre till närmast boende barn år 2000. Procent

Avstånd till närmast boende barn	Andel
Bor i samma bostad	2
0–15 km	51
16–54 km	15
55–150 km	5
> 150 km	10
Barnlös	17
Summa	100

Källa: Socialstyrelsen, 2000a.

Med antalet barn ökar möjligheten att ha ett barn som bor nära. SCB:s Flergenerationsdatabas visar att den som har tre barn eller fler nästan dubbelt så ofta har ett barn boende i närheten som den som bara har ett barn. De regionala skillnaderna är små, dvs. äldre i glesbygd har nästan lika ofta något barn boende nära som äldre i tätorter eller större. Det är dock fler i glesbygd som har barnet(en) mycket långt bort. Det är relativt vanligt att akademiker, tjänstemän m.fl. i genomsnitt har barnen boende på långt avstånd.

## Utbildning

Utbildning är en avgörande faktor för att kunna verka som medborgare och förstå och kunna påverka det omgivande samhället. Få resurser är så tydligt bundna till kohorter eller generationer som utbildning. Skillnaderna är tydliga om man jämför de generationer som i dag har lämnat arbetslivet med 1940- och 1950-talsgenerationerna. Andelarna med högst förgymnasial utbildning skiftade i slutet av 1990-talet från omkring 60 procent bland 75–84-åringar till under 30 procent bland 45–64-åringar (SCB 2001c). De tidigare könsskillnaderna förefaller också att jämnas ut över tid.

Andelarna med eftergymnasial utbildning har under de senaste två decennierna legat på några få procent bland personer över 65 år. De äldre som genomgått eftergymnasial utbildning har till stor del varit män. Bland 45–64-åringarna i slutet av 1990-talet hade omkring 15 procent eftergymnasial utbildning, varav något fler kvin-

nor än män. Bland 45–54-åringarna var andelen med eftergymnasial utbildning till och med högre än i de yngre åldersgrupperna.

Bland utrikes födda varierar utbildningsnivån kraftigt mellan personer från olika länder. Enligt uppgifter i Integrationsverkets STATIV har närmare hälften av de invandrade personerna (45 procent av männen och 53 procent av kvinnorna) enbart förgymnasial utbildning. Bland personer från Turkiet, Grekland och Chile var andelen med låg utbildning mellan 60 och 85 procent. Eftergymnasial utbildning var vanligare bland männen än kvinnorna. Bland män födda i Storbritannien, Polen, Irak, USA och Iran var andelen som hade eftergymnasial utbildning mellan 35 och 46 procent.

#### 2.2.4 Vård- och omsorgsbehov hos en äldre befolkning

Den största delen av en människas vårdbehov inträffar under de sista levnadsåren. Den ökande livslängden också i höga åldrar har lett till diskussioner om vad detta kan betyda i framtiden för hälsa och behovet av sjukvård och omsorg. Tre olika hypoteser brukar användas för att beskriva vad som kan komma att ske:

- Att den del av livet då äldre människor är sjuka pressas ihop till ett smalare åldersintervall än tidigare. Den tid då man är sjuk och behöver vård blir då alltså kortare. Detta kallas *förkortad sjuklighet* eller *compression of morbidity*. Människor skulle alltså leva friska längre än i dag, men det skulle finnas en övre gräns för medellivslängden.
- Att livslängden ökar och att sjukligheten på motsvarande sätt har skjutits upp i högre ålder. Man behöver vård och omsorg under en lika lång tid som tidigare generationer, men denna period inträffar i genomsnitt i något högre åldrar jämfört med tidigare generationer. Detta benämns *uppskjuten sjuklighet* eller *postponement of morbidity*.
- Att människor lever allt längre, men att den sjuka perioden också blir längre jämfört med tidigare. Detta benämns *växande sjuklighet* eller *expansion of morbidity*. Den ökande livslängden innebär bara att åren med sjukdom och behov av vård och omsorg ökar.

Forskningen har inte givit något direkt svar på vilken av de tre hypoteserna som är den rätta. Det första alternativet verkar ännu inte aktuellt eftersom livslängden fortsatt att öka. De få studier som gjorts kan dock tolkas som att både det andra och tredje alternativet tillsammans är riktiga. Den ökande livslängden har gjort att de friska åren ökat, men det tycks också finnas en liten ökning av den sjuka perioden (Berg 1996). I en bilaga till Långtidsutredningen 1999/2000 analyseras data från omfattande amerikanska studier samt de svenska ULF-undersökningarna. Enligt rapporten stödjer dessa empiriska data i första hand hypotesen om uppskjuten sjuklighet (SOU 2000:7 bilaga 8). Den forskning som finns om detta är dock mycket begränsad och det saknas i stor utsträckning säker kunskap om förändringarna över tid i sjukligheten under senare delen av livet.

Det är inte möjligt att ge ett exakt svar på frågan vad den offentligt finansierade vården och omsorgen om äldre kostar i dag. Utgångspunkten för beräkningarna är kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre och personer med funktionshinder samt landstingens kostnader för hälso- och sjukvård inklusive kostnader för läkemedel men exklusive kostnader för tandvård. Då det inte finns några exakta uppgifter om hur stor andel av respektive verksamhet som går till personer 65 år och äldre görs beräkningarna med hjälp av vissa skattningar.

År 2001 uppgick kostnaderna för den offentligt finansierade vården och omsorgen om äldre till drygt 134 miljarder enligt dessa beräkningar. Av kostnaderna utgjordes 63 miljarder av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård till personer 65 år och äldre och drygt 71 miljarder av kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre. Det finns inga exakta uppgifter om den kommunala hälso- och sjukvårdens andel av kommunernas totala kostnader för vård och omsorg. Skattningar pekar mot att cirka 15 procent av de kommunala kostnaderna för vård och omsorg för äldre går till sjukvård för äldre (Socialstyrelsen 2003h).

Både dagens och framtidens kostnader för vård och omsorg om äldre påverkas av ett stort antal faktorer. Dessa kan grovt delas in i fyra huvudgrupper:

- Antalet äldre
- Hälsa och funktionsförmåga
- Kostnad för vård och omsorg per insats
- Informell omsorg och privatfinansierad omsorg.

I varje huvudgrupp finns det en mängd variabler som behöver tas hänsyn till i en prognos som bygger på en mer komplex framskrivning. När det gäller antalet äldre är åldersfördelning, kön, civilstånd, ensamboende/sammanboende, utbildningsbakgrund och etnicitet faktorer som påverkar behov av vård och omsorg. Kostnad för vård och omsorg per insats påverkas av bl.a. löneutveckling för personalen i vård- och omsorgssektorn i förhållande till övriga sektorer samt medicinsk-teknisk utveckling. Hur stor andel av vården och omsorgen som utförs av anhöriga och andra närstående eller som finansieras med privata medel påverkar självklart efterfrågan på offentligt finansierad vård och omsorg. När det gäller den informella omsorgen påverkar den i första hand behov av omsorg.

Några exempel ska redovisas som visar hur ålder och kön och socioekonomisk bakgrund påverkar kostnader per person för äldreomsorg.

*Tabell 2.11.* Beräknade genomsnittskostnader per person för kommunernas äldreomsorg fördelade på ålder och kön år 2001. Kronor

<i>Åldersgrupp</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>
65–74	10 300	9 500
75–79	32 900	25 800
80–84	74 500	52 300
85–89	153 600	110 700
90–w	272 700	212 900

*Källa:* Svenska Kommunförbundet 2002b.

Inom ramen för det kommunala statsbidrags- och utjämnings-systemet finns sedan år 1993 en modell för beräkning av s.k. normkostnaderna för äldreomsorg som ska avspegla vårdbehoven hos den äldre befolkningen i en kommun. Principen i normkostnadsberäkningarna för äldreomsorgen är att ställa vårdbehov mot omsorgsinsatserna. Beräkningarna bygger på en indelning av den äldre befolkningen i delgrupper utifrån ålder, kön, civilstånd, socioekonomisk grupp och en etnisk faktor. Detta kompletteras med data som beskriver ohälsa och vårdbehov för de olika delgrupperna i befolkningen, dels data som beskriver insatserna och kostnader i relation till ohälsan för samma grupper. Beräkningarna visar att kostnaderna varierar bl.a. med graden av ohälsa och mellan

olika socioekonomiska grupper. Skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper hänger samman med graden av ohälsa. Kostnaderna är högre för ej gifta (ogifta, skilda, änka/änkling) än för gifta, vilket till stor del förklaras av att sammanboende får hjälp av make/maka/sambo.

Utjämningskommitténs nyligen överlämnade slutbetänkande *Gemensamt finansierad utjämning i kommunsektorn* (SOU 2003:88) föreslås att man ska gå över till nedan redovisade femårsgrupper i stället för nu gällande tioårsgrupper. Nya beräkningar visar att det är stor skillnad inom en tioårsgrupp. Som exempel ges att i de åldrar där vårdbehoven är som störst är normkostnaden i flera fall mer än dubbelt så stor i det övre intervallet som i det nedre. I de lägre åldrarna är skillnaderna ännu större.

Tabell 2.12. Normkostnader i olika åldrar. Kronor per invånare i respektive grupp

		Födda i Norden		Födda utanför Norden	
		Gifta	Ej gifta*	Gifta	Ej gifta*
Kvinnor	65–69	1 429	9 238	1 683	10 739
	70–74	6 055	24 293	7 122	27 818
	75–79	17 259	37 122	19 622	41 151
	80–84	34 018	74 588	37 837	80 417
	85–89	101 768	143 438	111 290	153 910
	90–w	181 720	246 211	196 410	266 068
Män	65–69	2 043	15 736	2 510	17 938
	70–74	3 772	18 607	4 459	20 766
	75–79	11 472	37 875	13 287	41 185
	80–84	24 666	66 118	27 532	71 379
	85–89	57 636	130 198	61 724	141 336
	90–w	97 451	215 621	106 045	233 165

\* Ej gifta är ogifta, skilda, änkor/änklingar.

Källa: SOU 2003:88.

I en bilaga till Utjämningskommitténs nyligen överlämnade betänkande (bilaga 8 till SOU 2003:88) redovisas uppdaterade uppgifter från en fältundersökning som genomförts i ett antal kommuner under hösten 2002. I tabell 2.13 visas resultatet i form av beräknad årlig normkostnad för äldreomsorgen per person givet ohälsograd, ålder, kön och civilstånd. Kostnaden ökar starkt med ohälsograden.

Gifta har lägre kostnader än ej gifta och äldre betydligt högre kostnader än yngre i alla ohälsograder.

Tabell 2.13. Normkostnader för äldreomsorgen per person per ohälsograd, ålder, kön och civilstånd

		65–69 år	70–74 år	75–79 år	80–84 år	85–89 år	90– år
<i>Full hälsa eller lätt ohälsa</i>							
Kvinnor	Gifta	260	190	1 640	2 236	13 882	103 202
	Ej gifta*	1 582	3 571	7 906	18 061	32 565	99 927
Män	Gifta	58	141	144	4 329	10 566	63 063
	Ej gifta*	2 577	4 192	8 575	15 984	37 068	136 099
<i>Måttlig ohälsa</i>							
Kvinnor	Gifta	434	2 258	2 812	16 392	77 284	162 639
	Ej gifta*	7 518	16 103	21 394	55 764	142 543	186 274
Män	Gifta	36	1 200	1 172	12 384	33 276	83 936
	Ej gifta*	12 238	18 845	22 004	51 453	103 180	184 303
<i>Svår ohälsa</i>							
Kvinnor	Gifta	12 697	47 807	93 994	136 760	143 164	212 508
	Ej gifta*	59 199	131 928	136 535	202 808	253 243	320 285
Män	Gifta	27 179	37 835	83 597	114 077	125 628	143 958
	Ej gifta*	122 677	101 770	162 660	211 225	287 607	333 480

\* Ej gifta är ogifta, skilda, änkor/änklingar.

Källa: SOU 2003:88, bilaga 8.

Under det senaste decenniet har flera prognoser tagits fram med syftet att prognostisera behov av vård och omsorg om äldre i framtiden och med dessa som grund även kostnaderna. Prognoserna har gjorts med olika metoder och leder därmed till mycket olika resultat. Vid s.k. *enkla linjära framskrivningar* (t.ex. Ds 1998:15 och Söderström m.fl. 1999) utgår man från dagens kostnader för vård och omsorg för olika grupper och multiplicerar det med det ökande antalet äldre. Denna form av framskrivning ger mot bakgrund av ökningen av antalet äldre mycket stora ökningar av kostnaderna. Vid *komplexa linjära framskrivningar* (SOU 1996:163, Svenska Kommunförbundet 1999b och SOU 2000:7, bilaga 8) tar man förutom ökningen av antalet äldre även hänsyn till andra faktorer som t.ex. att hälsan bland de äldre förbättras. Ökningen av kostnaderna blir betydligt mindre med denna form av framskrivning.

Statskontoret har på uppdrag av SENIOR 2005 gjort en genomgång av ett antal prognoser för behov och kostnader för vård och

omsorg om äldre i framtiden. Gemensamt för dessa prognoser är att de utgår från samhällets kostnader ett visst år (Statskontoret 2002c). Det är ovanligt att prognoserna utgår ifrån en analys av vilken vård och omsorg som ingår i den aktuella summan eller vilken kvalitet som vården och omsorgen har. Aspekter som de stora skillnaderna mellan olika kommuner respektive mellan olika landsting samt tillgänglighets- och kvalitetsproblem tas vanligen inte ens upp till diskussion. Ett undantag är slutrapporten från Svenska Kommunförbundets Äldreberedning (Svenska Kommunförbundet 1999b).

Statskontorets (2002c) bedömning är att Batljans och Lagergrens prognos (SOU 2000:7, bilaga 8) är den mest gedigna som gjorts på svenska data. De antaganden som beräkningarna är gjorda på grundar sig på såväl resultaten från internationell forskning som på empiriska undersökningar på svenska data. I prognosen utgår författarna från att framtidens äldre kommer att ha bättre hälsa och funktionsförmåga jämfört med äldre i dag. Prognosen avser perioden 2000–2030. Antagandet om förbättrad hälsa och funktionsförmåga får stora konsekvenser för de framtida kostnadsökningarna, i synnerhet inom äldreomsorgen. Sjukvårdskostnaderna ökar med 10–12 procent fram till år 2030 jämfört med de 15–20 procent som följer av ett antagande om oförändrad hälsa och funktionsförmåga. Kostnaderna för äldreomsorgen ökar med 20–30 procent jämfört med de 60–70 procent som följer av en enkel demografisk framskrivning.

Statskontoret anför vidare att man inte kan dra slutsatsen att det är möjligt att med Batljans och Lagergrens prognos som underlag förutsäga hur stort behovet av resurser till vården och omsorg om äldre kommer att bli i framtiden. Prognosen tar enligt Statskontoret inte hänsyn till förändringar av andra antaganden som skulle kunna leda till andra prognoser. Batljans och Lagergrens slutsats, att den starka ökningen av antalet äldre kommer att leda till begränsade kostnadsökningar, bygger på att ett antal antaganden kommer att hålla för hela prognosperioden:

- Ökningen i förväntad livslängd får inte bli högre än i huvudalternativet i SCB:s huvudprognos.
- Vårdens och omsorgens inriktning, kvalitet och omfattning kommer att vara oförändrad.
- Löneutvecklingen inom vård- och omsorgssektorn kommer inte att vara större än inom andra sektorer.



- SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) ger en riktig bild av utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga under perioden 1975–1997, trots att personer över 85 år inte ingår i undersökningarna och att de med starkt nedsatt hälsa och/eller funktionsförmåga sannolikt är överrepresenterade i bortfallet.
- Den förbättring av svår och måttligt svår ohälsa hos de äldre som kunnat iaktas i ULF under de senaste åren kommer att fortsätta fram till år 2030.
- Den ökning i lätt ohälsa som redovisas i ULF får inga konsekvenser för kostnadsutvecklingen.

Det har framförts andra synpunkter som berör äldres förbättrade hälsa. Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen (Rosén & Stenbeck 2000) har pekat på att framtidens sjukdomspanorama kommer att innebära minskade risker för individen men en ökad sjukdomsburden för samhället. I artikeln anförs som exempel att ökad överlevnad i en sjukdom (hjärtinfarkt) kan leda till ökad förekomst och dödlighet i en annan sjukdom (stroke, hjärtsvikt, demenssjukdomar). Vidare anförs att förändrade levnadsvanor påverkar sjukdomar i framtiden. Som exempel anges att dagens rökvanor kommer att påverka hur många som får lungcancer och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) i framtiden. För män kommer det att minska medan det ökar för kvinnor. Andra faktorer som kommer att påverka sjukdomspanoramats är den ökande andelen av befolkningen med övervikt och den ökade alkoholkonsumtionen.

En annan synpunkt på Batljans och Lagergrens prognos är att den inte i tillräcklig utsträckning tagit med konsekvenserna av demenssjukdomar för behoven av vård och omsorg.<sup>2</sup> Förekomsten av demenssjukdomar är starkt relaterade till ålder och risken för att insjukna ökar med ökande ålder. Äldre med demenssjukdom i ett framskridet skede har ett omfattande behov av vård och omsorg. Av de äldre som bor i en särskild boendeform har en stor andel, 50–70 procent, en diagnos som innefattar demenssjukdom.

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) redovisade i delbetänkandet *Behov och resurser i vården – en analys* (SOU 1996:163) de tio mest kostnadskrävande

---

<sup>2</sup> Framfört av docent Anders Wimo vid en hearing med SENIOR 2005 i mars 2000.

sjukdomarna för befolkningen i åldern 65 år och äldre. Sjukdomsgrupperna är följande:

- Sista levnadsåret
- Cancer
- Stroke m.m.
- Diabetes
- Inflammatorisk ledsjukdom
- Artros
- Hjärtsjukdom (ischemisk)
- Höftfraktur
- Astma och Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)
- Schizofreni och övriga psykoser.

Kostnaderna för dessa tio sjukdomar utgjorde drygt 75 procent i åldersgruppen 65–84 år och drygt 86 procent för åldersgruppen 85 år och äldre. Den klart största ”sjukdomen” är det sista levnadsåret, 18 procent i åldersgruppen 65–84 år och 35 procent i åldersgruppen 85 år och äldre. Därefter följer cancer och ischemisk hjärtsjukdom.

HSU 2000 byggde sina beräkningar på demografisk framskrivning men konstaterade samtidigt att medicinska landvinningar haft större betydelse för kostnadsutvecklingen än befolkningens sammansättning. HSU 2000 konstaterade att medicinska framsteg ofta medför högre kvalitet och bättre utfall mätt i överlevnad och livskvalitet men till priset av avsevärda kostnadsökningar. Utredningen pekar på den medicinska paradoxen som innebär att ju effektivare sjukvården är när det gäller att behandla vissa sjukdomar, desto mer ökar kraven på vård och behandling och därmed också kraven på resurser till hälso- och sjukvården. Som ett komplement till de demografiska framskrivningarna lät HSU ta fram ett tiotal expertrapporter. Sammantaget ledde dessa expertbedömningar till att behovet av resurser för hälso- och sjukvården inom landstingssektorn skulle kunna ligga i linje med vad som genereras av en demografisk framskrivning. Visserligen bedömdes behovet för de äldre öka mer än vad demografin angav, bl.a. som följd av nya metoder. Detta skulle dock kompenseras av att bl.a. den medicinska utvecklingen leder till minskat resursbehov i åldrarna 15–64 år. För den kommunala sjukvården tydde expertbedömningarna i fråga om vård i livets slutskede och de sjukdomar som drabbar äldre människor på

att en demografisk framskrivning av kostnaderna underskattar framtida krav på resurser.

När det gäller de mest kostnadskrävande sjukdomarna var bedömningen av utvecklingen inte entydig. För cancer, astma, diabetes och höftfraktur bedömdes sjuklighet och kostnader öka. För ischemisk hjärtsjukdom samt schizofreni och övriga psykoser var bedömningen att sjuklighet och kostnader skulle minska. För stroke, kronisk ledgångsreumatism, artros och demensvård bedömdes sjukligheten vara oförändrad men kostnaderna öka.

Landstingsförbundet har gjort en sammanställning av olika nationella och internationella studier av den medicinska utvecklingens konsekvenser för sjukvårdens resursbehov i framtiden (Landstingsförbundet 2002b). Gemensamt för studier från Storbritannien, Frankrike, Tyskland, Kanada, EU och Sverige är att man pekar på att den medicinsk-tekniska utvecklingen kommer att innebära:

- förbättrade möjligheter till diagnos och behandling av flera diagnoser högre upp i åldern än tidigare
- att olika åldersgrupper kommer att ha större krav än i dag, vilket delvis hänger samman med att patienter är bättre utbildade och informerade än tidigare
- att ny teknologi ofta leder till nya möjligheter att diagnostisera, behandla och bota sjukdomar vilket leder till högre kostnader.

## 2.3 Att åldras<sup>3</sup>

### 2.3.1 Kropp och psyke

#### Biologiskt åldrande

Biologiskt åldrande innebär en nedgång av funktion och kapacitet i celler, vävnader, organ och organsystem hos individen. Det är en förändring som för en del system och organ kan börja relativt tidigt sedan man uppnått vuxen ålder medan det för andra organsystem kan börja senare. Under en betydande del av livet märks detta inte så mycket eftersom reservkapaciteten är stor. Förändringen i reservkapacitet sker gradvis och för de flesta omärkligt. Enligt en beräkning skulle den genomsnittliga nedgången vara ungefär en

---

<sup>3</sup> Professor Stig Berg vid Institutet för gerontologi vid Hälsohögskolan i Jönköping har bidragit med underlag för avsnitt 2.3.1 och 2.3.2. För ytterligare referenser se Berg 1996.

procent om året från 30-årsåldern. Andra menar att försämringen börjar senare, och att man måste vara försiktig med allt för stora generaliseringar. De individuella skillnaderna är stora, och det finns dessutom variationer mellan olika organ och organsystem.

Ett viktigt begrepp när det gäller biologiskt åldrande är homeostas eller jämvikt. Med det menas att kroppens olika system hålls i balans inom vissa bestämda gränser. Kroppstemperaturen måste t.ex. hållas inom ett intervall på några få grader kring 37 grader C för att man ska överleva och olika kemiska värden i kroppen måste i stort sett hållas oförändrade. Om något av de olika systemen börjar avvika startar komplicerade processer för att återföra värdena till normal jämvikt. Nedgången i reservkapacitet gör att det högt upp i åren blir svårare att behålla jämvikten. Olika påfrestringar får större effekter.

Det är främst bland de allra äldsta som sjukdomar blir mer vanliga – de allra flesta äldre är förhållandevis friska. Kvinnor har i allmänhet sämre hälsa än män trots att de lever avsevärt längre. Skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper är också stora. Enligt flera svenska studier är inkomst den faktor som har det starkaste sambandet med ohälsa (Svenska Kommunförbundet 1998, SCB 2000, Socialstyrelsen 2001a). Tjänstemän tycks t.ex. kunna bli mellan fem till tio år äldre än arbetare innan de blir sjuka. Även bland de allra äldsta finns det betydande skillnader mellan socioekonomiska grupper när det gäller ohälsa och dödlighet. Trots att ohälsan ökar med stigande ålder är andelen med svår ohälsa bland män i åldern 80–84 år med inkomst i den högsta inkomstgruppen lägre än för män i åldern 65–69 år i den lägsta inkomstgruppen, cirka 7 procent respektive 12 procent. Detta kan uttryckas som att det är mer än 15 års skillnad i hälsa mellan personer i den högsta inkomstgruppen och personer i den lägsta.

Den subjektiva hälsan är ett bra sammanfattande mått som tar hänsyn till individen som en helhet och inte bara till speciella sjukdomar eller symptom. Subjektiv hälsa har också visat sig ge ett gott underlag för att förutsäga överlevnad eller död. Resultaten från de stora undersökningar om åldrandet, där frågor om subjektiv hälsa ingått, visar att äldre har en mer positiv subjektiv hälsa än vad man skulle kunna förvänta sig utifrån resultaten från läkarundersökningar eller andra bedömningar grundade på en medicinsk definition av hälsa. Det tycks alltså finnas förutsättningar för att man som äldre ska kunna anpassa sig till sjukdom och funktionsnedsättningar. En anpassning som kan vara positiv för individen,

men som också kan vara negativ om det leder till att man inte söker vård och rehabilitering när det är möjligt.

Upplevelsen av den egna hälsan och funktionsförmågan påverkas alltså inte bara av sjukdomar eller handikapp utan också av olika sociala och psykologiska faktorer. Nedstämdhet, depressioner och bristande tillfredsställelse med livet gör lätt att människor upplever sin hälsa som sämre än vad den egentligen är. Ensamhet och isolering kan också påverka den subjektiva hälsan negativt. Den roll äldre ges i samhället och attityderna till äldre är även viktiga för hälsoupplevelsen. En negativ syn på äldre och inställningen att de inte klarar av så mycket gör att många äldre upplever sig som svaga och sjuka utan att för den skull vara det.

Felaktiga förväntningar om det normala åldrandet kan dock göra att människor inte söker hjälp fastän de skulle kunna få bot eller hjälp. Många tror t.ex. att urininkontinens är något som kan uppträda som en del i det normala åldrandet och inte går att göra något åt. Istället är urininkontinens ett symptom som kan bero på en rad olika sjukdomar, av vilka många kan botas eller bättras och om det inte går så finns det hjälpmedel som kan minska problemen.

### Psykiskt åldrande

Psykiskt åldrande består av förändringar i olika förmågor som minne, inlärningsförmåga, intelligens, kreativitet och personlighet men också förmåga till anpassning och upplevelse av tillfredsställelse med livet. Psykologiskt åldrande påverkas både av grundläggande biologiska förändringar och av den omgivande miljön. De *normala* förändringar som sker i hjärnan och nervsystemet med stigande ålder tycks ha relativt liten betydelse för olika psykiska funktioner under ålderdomen. Däremot påverkas den psykiska funktionsförmågan av sjukdomar, såväl demenssjukdomar som vissa fysiska sjukdomar. Erfarenheter och upplevelser under livet kan också påverka den psykiska funktionsförmågan.

En vanlig psykologisk förändring med stigande ålder är nedgång i den psykiska snabbheten. Det tar längre tid att reagera på signaler och fatta beslut – reaktionstiden blir längre. Den förlängda reaktionstiden beror på normala förändringar i nervsystemet, men den allmänna hälsan tycks också ha betydelse. Den psykiska snabbheten varierar mycket mellan olika individer i alla åldrar och studier visar att fysiskt vältränade äldre kan ha en bättre reaktionsförmåga än

yngre fysiskt otränade personer. I praktiken spelar den minskande snabbheten ganska liten roll, men den kan vara viktig i speciella situationer där kraven på snabbhet är stora.

Intelligens kan definieras på ett antal olika sätt beroende på teoretiska utgångspunkter, men en vanlig beskrivning av intelligens är att det är förmågan att klara av problem och klara sig i nya situationer. Det är en vanlig föreställning, både hos äldre och yngre, att åldrandet för de flesta innebär en nedgång av intelligensen. Åsikten om en kraftigt minskad intelligens med stigande ålder har inte kunnat bekräftas i undersökningar där man följt personer under längre perioder. Dessa studier visar oftast mycket liten eller ingen nedgång under åldrandet och om det sker en nedgång så börjar den sent i livet.

Vad är det då som gör att en del människor själva anser att det blir svårare att lösa problem och klara av nya situationer med stigande ålder? Det tycks oftast vara olika problem med hälsan. Redan en mycket liten försämring i hälsotillståndet visar sig i den intellektuella förmågan. Påverkan sker vid en försämrad hälsa i allmänhet, men har visat sig särskilt tydlig vid hjärt- och kärlsjukdomar. Demenssjukdomar påverkar hjärnan direkt och ger en kraftig effekt på den intellektuella förmågan.

Faktorer som utbildning, arbete och tidigare och nuvarande intressen och aktiviteter har stor betydelse för möjligheterna att bibehålla och utveckla den intellektuella förmågan – en förmåga som förändras och påverkas under hela livet.

Försämrat minne är något som många eller nästan alla människor förväntar sig – och befarar – med ökande ålder. Ett dåligt fungerande minne gör lätt att man inte klarar sig själv och förlorar sitt oberoende. Minnesproblem kan ha en rad olika orsaker. Det är viktigt att skilja mellan normala förändringar och förändringar orsakade av sjukdomar. En viss nedgång i en del minnesfunktioner tycks vara en del av det normala åldrandet medan andra delar av minnet är oförändrat med stigande ålder. Till viss del kan sådana minnesförluster kompenseras på olika sätt, bl.a. genom de erfarenheter som äldre personer har. Mer omfattande minnesförsämring beror vanligen inte på det naturliga åldrandet utan orsakas av sjukdomar, skador och andra yttre faktorer.

Förmågan att minnas är en komplex process och det finns ett antal olika minnesfunktioner som mer eller mindre påverkas av åldrandet. En vanlig uppdelning av långtidsminnet är i semantiskt och episodiskt minne. Semantiskt minne består av den generella

kunskapen om världen och livet i stort, t.ex. faktakunskaper som att Vättern är Sveriges näst största sjö. De flesta studier visar inte någon påtaglig förändring med stigande ålder i denna typ av minnesförmåga.

Episodiskt minne består av sådant som man har varit med om, t.ex. vad man gjorde på midsommaren förra året, vad man gjorde på arbetet i går eller vad någon heter. Den del av det episodiska minnet som gäller fri återgivning – dvs. där man minns utan att behöva ”ledtrådar” – visar en gradvis försämring med ökande ålder. Man kan se en nedgång hos relativt unga vuxna, medelålders, unga äldre och bland de allra äldsta. De flesta studier tyder på att försämringen är jämn och långsam över hela det vuxna livet. Bland de äldre som drabbas av demenssjukdom blir nedgången däremot dramatisk.

### Funktionsnedsättningar under åldrandet

Funktionsnedsättningar är vanliga under åldrandet. De kan bero på naturliga åldersförändringar eller på sjukdomar och skador som många äldre människor – men långt ifrån alla – drabbas av. När funktionsnedsättningarna medför begränsningar i tillvaron utgör de funktionshinder. SCB har gjort en sammanställning av antalet personer som uppger att de har vissa funktionsnedsättningar, och denna ger en bild av spridningen i olika åldersgrupper (SCB 2003a). Medan bl.a. hjärtbesvär och svåra rörelsehinder är särskilt vanliga bland personer i åldern 65–84 år är t.ex. besvär till följd av allergi eller psoriasis inte lika utbredda. (Här är det givetvis en brist att uppgifterna inte omfattar personer som är 85 år och äldre.)

Tabell 2.14. Uppskattat antal personer med olika funktionsnedsättningar baserat på ULF 1996–1997 respektive 1996–1999

	25–64 år	65–84 år
Hjärtsjuka	80 000	220 000
Astmatiker	270 000	110 000
Allergiker	380 000	85 000
Diabetiker	85 000	115 000
Mag-/tarmsjuka	125 000	55 000
Psoriatiker	180 000	40 000
Psykiska besvär	150 000	55 000
Rörelsehindrade	130 000	260 000
därav svårt rörelsehindrade	45 000	155 000
Nedsatt syn	25 000	80 000
Nedsatt hörsel	435 000	380 000
Höggradigt nedsatt arbetsförmåga/förmåga att klara sig själv	425 000	270 000
Hjälppberoende	45 000	110 000

Källa: SCB 2003a.

Det finns klara skillnader mellan hur vanligt det är med funktionsnedsättningar hos kvinnor respektive män. Endast när det gäller diabetes, nedsatt hörsel och hjärtsjukdom är andelen drabbade män högre än andelen drabbade kvinnor. Framför allt på äldre dagar får kvinnor i större utsträckning än män problem med rörelseorganen. Särskilt bland kvinnor i högre åldrar påverkar nedsättningar i funktionsförmågan möjligheterna att utföra vardagliga sysslor. Tabell 2.15 och 2.16 visar förekomsten av några sådana problem.



Tabell 2.15. Fysisk funktionsförmåga

	Män		Kvinnor	
	65–74 år	75–84 år	65–74 år	75–84 år
Har svårt att bära ca 5 kg	9,0	14,5	21,2	41,9
Svårt att gripa, t.ex. vrida kranar	3,8	6,9	12,7	16,6
Kan ej gå i trappor utan besvär	16,6	22,4	19,5	39,3
Kan ej stiga på en buss obehindrat	6,4	12,8	10,4	29,5
Använder hjälpmedel inomhus	4,4	9,1	4,2	15,3
Använder hjälpmedel utomhus	5,7	14,1	6,9	25,4
Behöver hjälp med städning	8,8	23,1	12,0	28,3
Behöver hjälp med matinköp	7,0	14,9	10,9	26,3
Behöver hjälp med matlagning	6,3	16,3	3,6	10,6
Behöver hjälp med tvätt	7,7	23,9	6,6	20,1

Källa: SCB 2000.

Tabell 2.16. Hjälpbehov hos personer 85 år och äldre

Städning	58 procent	(varav delvis behov av hjälp: 21 procent)
Tvätt	46 procent	(varav delvis behov av hjälp: 10 procent)
Matinköp	46 procent	(varav delvis behov av hjälp: 14 procent)
Matlagning	28 procent	(varav delvis behov av hjälp: 15 procent)

Källa: Socialstyrelsen 2000a.

Bland äldre personer med funktionshinder finns det en påtaglig överlappning mellan olika funktionshinder. Här är dock kunskaperna i dag begränsade. Hur många i befolkningen som beräknas ha olika funktionshinder beror t.ex. på hur gruppen avgränsas. I Sverige har olika avgränsningar använts, och resultaten skiljer sig därför mellan olika studier. Kunskaperna är också otillräckliga om hur olika kombinationer av funktionshinder påverkar det dagliga livet (SOU 2001:56). Det pågår dock viktiga arbeten för att förbättra kunskapsunderlaget och relatera de olika kombinationerna av funktionshinder till den enskilde individens möjligheter att hantera fysisk miljö, både utomhus och inomhus (se t.ex. Carlsson, Iwarsson & Ståhl 2002 samt Carlsson 2002). SCB:s sammanställning visar att levnadsförhållandena för dem som har fler funktionsnedsättningar skiljer sig både från befolkningsgenomsnittet och från dem som bara har en funktionsnedsättning. I yngre åldrar har

de ofta starkt begränsade möjligheter att delta i arbetslivet, och till följd av detta får de ofta en sämre ekonomisk situation än andra – både före och efter pensioneringen. SCB beskriver också hur vanligt det är att äldre personer med vissa funktionsnedsättningar också har andra funktionsnedsättningar. Några exempel på detta återges i tabell 2.17.

Tabell 2.17. Andel personer i åldern 65–84 år med kombinationer av funktionsnedsättningar baserat på ULF 1996–1997 respektive 1996–1999 (procent)

	<i>Hjärtsjuka</i>	<i>Rörelse- hindrade</i>	<i>Nedsatt hörsel</i>	<i>Nedsattarbets- förmåga</i>
Hjärtsjuka	-	29	19	29
Astmatiker	12	15	11	15
Allergiker	9	13	7	14
Diabetiker	18	18	11	17
Mag-/tarmsjuka	5	8	5	9
Psoriatriker	4	3	3	4
Psykiska besvär	7	10	6	12
Rörelsehindrade	34	–	24	62
därav svårt rörelsehindrade	20	60	14	42
Nedsatt syn	8	19	9	17
Nedsatt hörsel	34	35	–	37
Höggradigt nedsatt arbetsförmåga/motsvarande	36	65	26	–
Hjälppberoende	14	35	9	31

Källa: SCB 2003a.

Eftersom funktionsnedsättningar är vanliga bland äldre människor har den fysiska tillgängligheten ofta avgörande betydelse för möjligheterna till självständighet och delaktighet under åldrandet. Detta gäller inte bara i och i närheten av den egna bostaden utan också på allmänna platser och i alla lokaler som är tillgängliga för allmänheten. För ett samhälle med en åldrande befolkning är det en stor utmaning att forma miljöer som gör det möjligt för människor i alla åldrar att klara sig själva och delta i fysiska aktiviteter samt kulturella och sociala sammanhang. Detta förutsätter en ingående kunskap om funktionsnedsättningar under åldrandet, inte minst

kombinationer av olika funktionsnedsättningar, och en insikt om att äldre människor precis som människor i andra åldrar har mycket varierande önskemål om aktiviteter. En annan förutsättning är att alla berörda aktörer – inklusive den enskilde själv – tar ansvar för dessa frågor. En påtaglig risk är annars att brister i den fysiska miljön direkt och indirekt leder till ökade behov av vård och omsorg.

### Vård- och omsorgsbehov under åldrandet

De flesta 80-åringar i dagens Sverige mår bra och sköter sig själva i ordinarie boende. En mindre andel blir dock sjuka och behöver i varierande utsträckning vård och omsorg. En liten del blir "multi-sjuka" och kommer att konsumera mycket stora vård- och omsorgsresurser (se rapport av Akner i bilagedel C).

Den engelska gerontologen Vladimir Korenchovsky, som bildade det första gerontologiska sällskapet i världen, konstaterade för mer än fyrtio år sedan: "Ingen människa har hittills påträffats, vars åldrande, livslopp och död är fysiologiskt normalt. Den åldrade individen är utsatt för så många sjukliga processer att döden, som ett naturligt biologiskt fenomen, ligger bortom hans möjlighet."

Ofta används termerna "åldersrelaterade sjukdomar" och "åldersrelaterade skador". Vanliga exempel på åldersrelaterade sjukdomar är hjärtsvikt, demens och cancer medan vanliga exempel på åldersrelaterade skador är stroke (slaganfall), fraktur (benbrott) och trycksår i huden. I själva verket är dock nästan alla sjukdomar åldersrelaterade i den meningen att förekomsten ökar kraftigt med åldern. I åldrarna 65–84 år uppgår så många som 80 procent sjukdomar i skelett/rörelseorgan, 60 procent i cirkulationsorgan, 30 procent i nervsystem/sinnesorgan och hormonbildande organ samt 7 procent cancer. Det är viktigt att komma ihåg att de allra flesta, omkring 80 procent, av alla människor i Sverige dör "den långsamma döden", dvs. efter en period under åldrandet med nedsatt hälsa och behov av vård och omsorg (SOU 2001:6). Det sistnämnda kan vara mer eller mindre omfattande och under kortare eller längre tid.

Figur 2.7–2.10 visar antalet individer som i samband med slutenvård fått diagnoserna demens, stroke och cancer samt det kirurgiska ingreppet höftfraktur fördelade på huvud- respektive bidiagnos, kön samt femårsklasser från 20–100 år. Uppgifterna

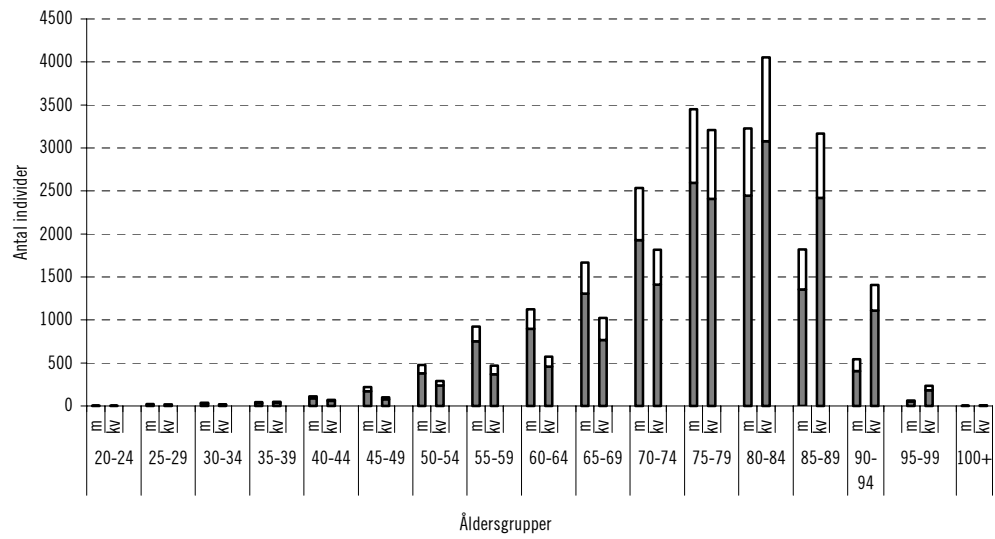
avser år 2001 och har tagits fram av Statistiska Centralbyrån. De tre diagnoserna och det kirurgiska ingreppet har valts då de är vanligt förekommande hos äldre människor, varierar mellan könen och får stor betydelse för behov av hälso- och sjukvård och omsorg (motvarande figurer när det gäller några andra diagnoser och kirurgiska ingrepp redovisas i Akners rapport i bilagedel C). Det sistnämnda kan avse vård och omsorg (inklusive rehabilitering) i olika former under olika lång tid och i vissa fall under resten av livet. Då uppgifterna enbart avser slutenvård finns ingen information om hur många som får vård i den öppna hälso- och sjukvården för dessa diagnoser.

Några kommentarer till figurerna:

- Som framgår av figur 2.7 är det fler kvinnor som har diagnosen demens vid vård på sjukhus än män vilket till stor del förklaras av att det är fler äldre kvinnor. I de flesta fallen är demens biddiagnos och inte huvudorsaken till sjukhusvård.
- Enligt figur 2.8 är det fler män än kvinnor upp till åldersgruppen 75–79 år som vårdas på sjukhus för diagnosen stroke. Efter 80-årsåldern är det fler kvinnor än män som drabbas av stroke, beroende på att det finns fler kvinnor i dessa åldersgrupper. Diagnosen är i de flesta fall huvudorsaken till sjukhusvården.
- Enligt figur 2.9 är det fler män än kvinnor i åldern 65–89 år som vårdas på sjukhus med diagnosen cancer. I åldersgrupperna 90 år och äldre är det ungefär lika många män som kvinnor som får denna diagnos. I detta sammanhang omfattar ”cancer” alla former av cancer. Cancerdiagnosen är i de flesta fall huvudorsaken till sjukhusvården.
- Av figur 2.10 framgår att det är betydligt fler kvinnor än män som vårdas på sjukhus med diagnosen höftfraktur.

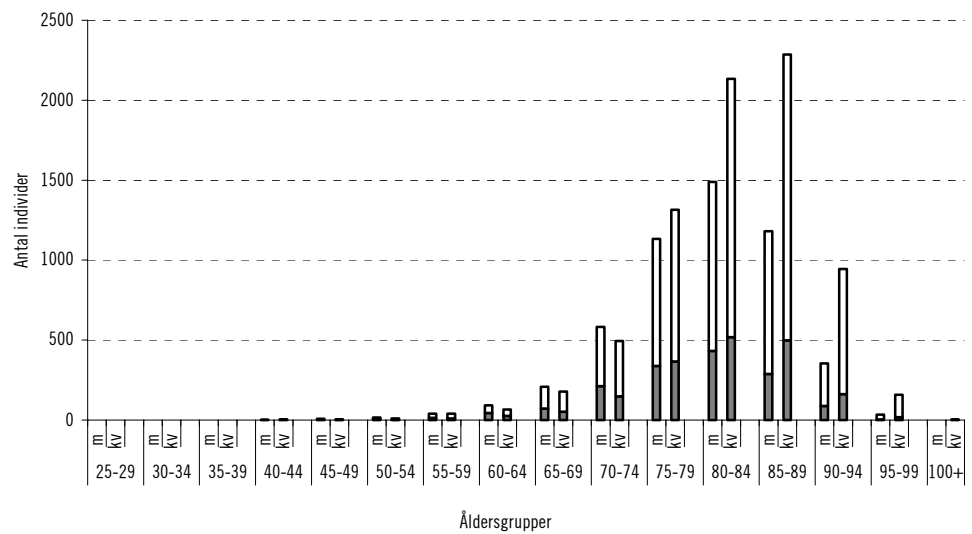
Figur 2.7. Antal män (m) och kvinnor (kv) med diagnos ”Stroke” 2001

Mörk stapel = huvuddiagnos, ljus stapel = bidiagnos

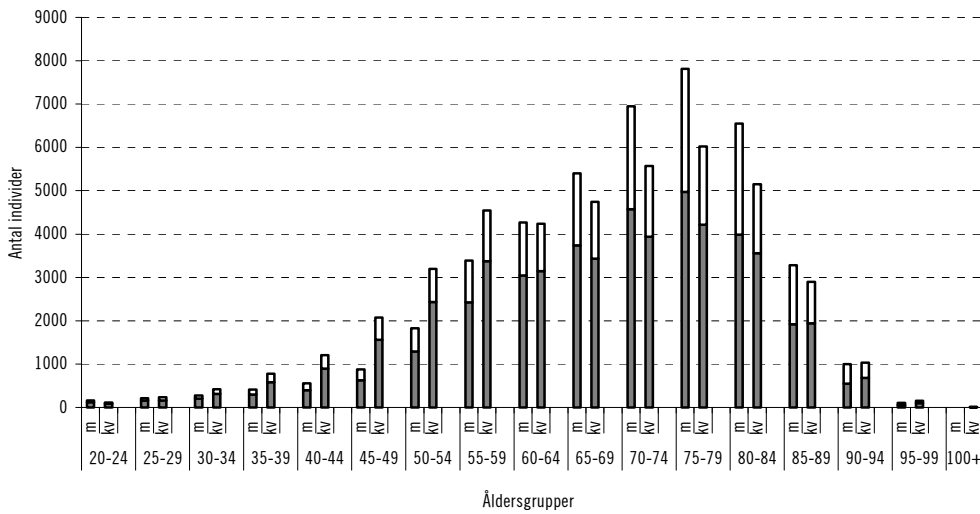


Figur 2.8. Antal män (m) och kvinnor (kv) med diagnos ”Demens” 2001

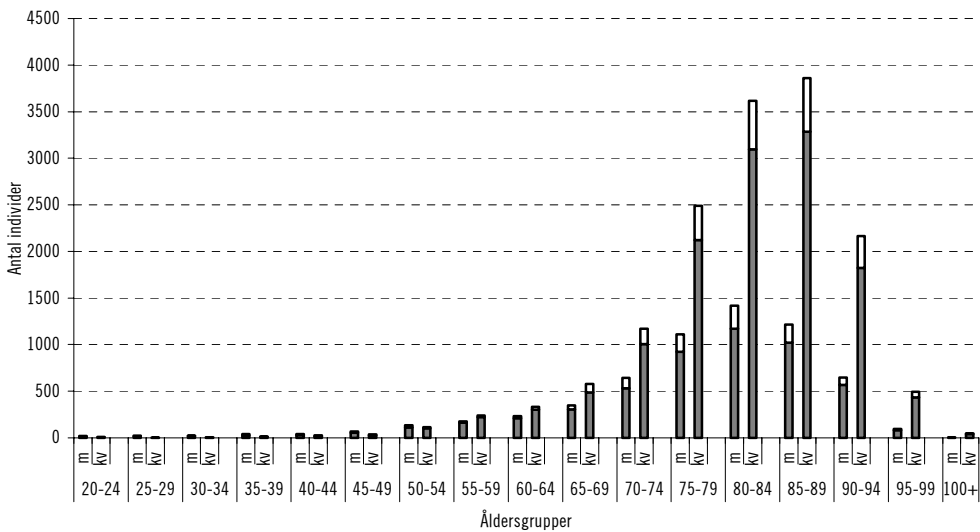
Mörk stapel = huvuddiagnos, ljus stapel = bidiagnos



Figur 2.9. Antal män (m) och kvinnor (kv) med diagnos ”Cancer” 2001  
 Mörk stapel = huvuddiagnos, ljus stapel = bidiagnos



Figur 2.10. Antal män (m) och kvinnor (kv) med diagnos ”Höftfraktur” 2001  
 Mörk stapel = huvuddiagnos, ljus stapel = bidiagnos



Trots att så många sjukdomar och skador är vanliga bland människor i högre åldrar är kunskapen om de äldsta och sjukaste patienterna ofta bristfällig. I en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) kartläggs publicerade undersökningar på olika områden inom äldrevården och visar att många kunskapsluckor behöver fyllas (SBU 2003). Särskilt stort är behovet av forskning som gäller patienter över 75 år och studier som rör symtomlindrande vård, förvirringstillstånd, kronisk smärta, undernäring, akutvård för äldre, Parkinsons sjukdom, högt blodtryck, urininkontinens, hjärtsvikt, benskörhet och samordnad vårdplanering. Författarna till rapporten skriver att det innebär en oacceptabel åldersdiskriminering om personer över en viss ålder inte får tillgång till samma kvalificerade medicinska bedömning och behandling som yngre.

En diagnos som är av stor betydelse när det gäller vård- och omsorgsbehov hos äldre människor är demens. Detta gäller inte minst i ett långsiktigt perspektiv, med en åldrande befolkning. Regeringens Demensarbetsgrupp presenterar sin slutrapport *På väg mot en god demensvård – samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga* (Ds 2003:47) nästan samtidigt som vi ger ut detta slutbetänkande. Vi kommenterar därför inte frågor som särskilt gäller demens närmare här.

Termer som "multisjuka äldre", "multiskräpliga äldre" och "äldre med sammansatta behov" har alltmer börjat användas i rapporter och utredningar. Någon allmänt accepterad definition som kan ligga till grund för en klassificering av dessa personer inom hälso- och sjukvården finns dock inte (se rapport av Akner i bilagedel C). Inom vetenskapen är dessa termer påfallande lite studerade, liksom de patientgrupper som de syftar på. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har konstaterat att det vetenskapliga underlaget i dag är som sämst för de patientgrupper som får mest sluten vård och mest "multibehandling". Ett skäl till detta är att många behandlingar som används för äldre människor baseras på vetenskapliga studier av effekter hos yngre personer. Ett annat skäl är att lokala behandlingstraditioner fortfarande spelar stor roll i vården av äldre människor.

I en rapport definieras "multisjuka äldre" som personer över 75 år som under ett år vårdats på sjukhus vid tre eller fler olika tidpunkter och då fått tre eller fler olika sjukdomsdiagnoser registrerade. Med denna definition skulle 3,6 procent av alla personer över 75 år i Stockholm räknas som "multisjuka". En något annor-

lunda definition används i en annan rapport. Där dras gränsen vid personer 75 år eller äldre som under de senaste tolv månaderna har varit inläggande tre gånger eller mer inom slutenvården och med tre eller fler diagnoser i tre eller fler skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD 10. Med denna definition skulle 7 procent av alla som var 75 år eller äldre år 2000 i landet kunna vara "multisjuka", med variationer mellan 5 procent i Värmlands län och 9 procent i Västerbottens och Norrbottens län. Oavsett hur de "multisjuka" definieras så är det uppenbart att de har en hög vårdkonsumtion. Enligt Socialstyrelsens studie var 24 procent av alla inläggande personer i slutenvården som var 75 år och äldre "multisjuka". De "multisjuka" äldre konsumerade sammantaget knappt hälften av all sjukhusvård bland personer som var 75 år eller äldre.

Vid sidan av "multisjuka" äldre urskiljs även en annan grupp i den senare rapporten – de "multisviktande" äldre. Dessa definierades som personer över 75 år med någon eller flera sjukdomsdiagnoser, problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabiliterings- och/eller funktionsuppehållande insatser under lång tid, vilket sammantaget innebär en skör livssituation, som snabbt kan förändras och som medför behov av återkommande omprövning av vård, omsorg och rehabilitering.

Sannolikt innebär definitioner av "multisjuka" och "multisviktande" som utgår från ett visst antal formella diagnoser på sjukhus en betydande underskattning av antalet komplext sjuka äldre med funktionsnedsättningar. I antalet sjukdomsdiagnoser ingår inte uppgifter från primärvården, kommunernas äldreomsorg eller den informella äldreomsorg som ges av närstående. En annan väsentlig orsak till att äldre personers multipla sjuklighet underskattas är att "multisjukligheten" inte sammanställs i sin helhet inom den reguljära sjukvården. De diagnoser som ställs i samband med ett slutenvårdstillfälle anger bara de sjukdomar och/eller skador som varit aktuella under vårdtiden. I ett forskningsprojekt på ett särskilt boende urskildes i genomsnitt 17 "aktuella kliniska problem" hos 76 äldre personer. Här ingår alla de sjukdomar, symtom och skador som påverkar bedömning och/eller handläggning i ett icke akut skede. Många av dessa diagnosförs vanligtvis inte i samband med akut vård på sjukhus.



### Hur tillgodoses hjälpbehov under åldrandet?

Äldres behov av vård och omsorg tillgodoses av olika omsorgsgivare: anhöriga och andra närstående, den offentliga vården och omsorgen, privat betald hjälp och frivilligorganisationer.

Anhörigomsorg har alltid varit den vanligaste formen för vård och omsorg om de äldre. Olika undersökningar visar att omfattande anhörigomsorg nästan uteslutande ges av personer som hör till den närmaste familjen. För gifta personer är make/maka den vanligaste omsorgsgivaren och få gifta personer har hemhjälp. För ensamstående äldre är barnen de vanligaste omsorgsgivarna. Syskon, syskonbarn och barnbarn ger också omsorg och är av stor betydelse för enskilda äldre. Vänner och grannar ger också stöd och hjälp, som är viktiga i speciella avseenden, men ger i mycket få fall mer omfattande omsorg (Se Socialstyrelsen i bilagedel C).

Make/maka är som nämnts den viktigaste omsorgsgivaren för gifta personer. Av gifta personer i åldern 75 år och äldre får 9 av 10 sitt omsorgsbehov tillgodosett av partnern. Flera undersökningar (t.ex. Szebehely 1998) visar att det är vanligare att gifta kvinnor ger vård och omsorg till maken än tvärtom. Andra undersökningar visar att det är ungefär lika många gifta män som vårdar sin hustru som det omvända (Socialstyrelsen 2000a och bilagedel C av detta betänkande). En förklaring till dessa resultat skulle kunna vara att mäns och kvinnors behov av hjälp skiljer sig åt. Män drabbas oftare än kvinnor av akut och allvarlig sjukdom och avlider utan att behöva hjälp dessförinnan. Kvinnor däremot drabbas oftare av långvariga sjukdomar, som leder till behov av hjälp under längre tid innan de dör. Det är mycket få gifta män och kvinnor som flyttar till särskilt boende, vilket innebär att män och kvinnor med behov av hjälp i stor utsträckning bor kvar i hemmet med make/maka.

Barnens insatser för ensamboende äldre har ökat under 1990-talet. En närmare granskning visar att det i huvudsak är döttrar som ger hjälpen och att det är deras insatser som ökat kraftigt. I de fall den äldre har flera barn är oftast ett av barnen ensam omsorgsgivare. Svärdöttrar ger främst hjälp när en äldre person enbart har söner.

Tabell 2.18. Omsorg från barnen och från hemhjälpn år 1994 och 2000 för ensamboende som är 75 år och äldre. Procent

	Alla		Har barn		Har barn inom 15 km		Barnlös	
	1994	2000	1994	2000	1994	2000	1994	2000
Hjälp av								
Barn	12	22	16	28	16	36	..	..
Hemhjälp	25	20	24	18	23	19	27	29

Källa: Socialstyrelsen.

Kommunernas äldreomsorg enligt socialtjänstlagen omfattar många olika insatser varav flertalet kan ges i såväl ordinärt som särskilt boende. Hemhjälp i ordinärt boende respektive boende i en särskild boendeform med hemhjälp är de två vanligaste formerna av hjälp. Den 1 oktober 2002 hade knappt 240 700 personer i åldern 65 år och äldre beviljats någon av dessa två insatser. Av dessa var 26 procent i åldern 65–79 år och 74 procent 80 år och äldre. Av dem som fick hemhjälp eller bodde i särskilt boende var 70 procent kvinnor och 30 procent män.

Tillgänglig statistik svarar enbart på frågan hur många äldre som nås av samhällets insatser vid en given tidpunkt. Begränsade studier pekar på att det är betydligt fler äldre som får insatser från den offentliga vården och omsorgen någon gång efter fyllda 65 år. Många äldre får hjälp under kortare eller längre tid och i mer eller mindre omfattning.

Inom ramen för kommunernas hemtjänst enligt socialtjänstlagen finns förutom hemhjälp även insatser som matdistribution, trygghetslarm, avlösarservice och ledsagarservice. Dessa former av insatser ingår inte i den offentliga statistiken varför det inte går att säga hur många äldre som nås av dessa. Uppgifter från kartläggningar i ett par kommuner visar att det är ett stort antal äldre som nås av andra insatser än hemhjälp från hemtjänsten.

Variationerna mellan kommunerna är stora när det gäller andelen som får hemtjänst i ordinärt boende eller bor i en särskild boendeform. I den kommun (Salem) där andelen är lägst fick 8 procent av befolkningen över 65 år någon av dessa insatser medan motsvarande siffra för kommunen (Vilhelmina) med högst andel var 25 procent. Medelvärdet för riket var 15 procent.

Privat betald vård och omsorg står för en mycket liten del av hälso- och sjukvården och äldreomsorgen i Sverige. Det finns dock uppgifter om att en ökad andel äldre med bra inkomster köper hjälp i hemmet på den privata marknaden.

Frivilligorganisationerna har under 1990-talet åter uppmärksammats som viktiga aktörer för att tillgodose behov hos äldre (t.ex. prop. 1996/97:124 och prop. 1997/98:113). Pensionärs- och handikapporganisationerna, Svenska Kyrkan, frikyrkor och andra religiösa organisationer samt Röda Korset är några frivilligorganisationer med verksamhet riktad till äldre. Det finns inga kartläggningar av vilka insatser som utförs eller omfattningen av dem. De uppgifter som finns tyder dock på att det främst är fråga om sociala insatser och serviceinsatser och sällan om omvårdnad. Aktiviteterna kan rikta sig både till äldre i ordinärt boende och i särskilt boende. Insatserna kan rikta sig både till enskilda äldre och till grupper.

### 2.3.2 Anpassning till åldrandet

Vad är det som gör att människor tycker att de har ett bra liv som äldre? Åldrandet innebär trots allt för de flesta att de måste anpassa sig till förändringar, ofta av mycket genomgripande slag. Det kan vara pensionering, förlust av make eller maka, förändrade relationer till vänner och ibland också en nedgång i resurser som hälsa och ekonomi. Ålderdomen anses ibland också vara en tid av visdom, då man kan utforma sitt liv på ett bättre och annorlunda sätt än när man var ung.

Det grundläggande för ett bra liv för äldre personer är i stora delar detsamma som för yngre (Berg 1996). Bland annat gäller det en trygg ekonomi, god hälsa och ett bra socialt nätverk, särskilt kontakt med barnen. De flesta undersökningar där man försökt beskriva personlighetsdrag visar relativt få, om ens några, förändringar från relativt tidig vuxen ålder till upp i ålderdomen. Det som ibland upplevs som annorlunda hos äldre beror vanligen på generationsskillnader. Den som i dag är i 80-årsåldern har upplevt en helt annan uppfostran och helt andra sociala, politiska och ekonomiska förhållanden än den som är i 30-årsåldern. En amerikansk studie av ett stort antal personlighetsdrag visar att skillnaderna mellan generationerna var större än åldersförändringarna bland individerna inom de olika generationerna.

Viss ökad passivitet, inåtvändhet, försiktighet osv. hos en del äldre kan ofta ses som en reaktion och ett försvar i en situation med t.ex. hälsoproblem eller förlust av anhöriga och vänner. Om en människa möts av negativa förväntningar är det naturligt att försvara självkänslan med att i så liten utsträckning som möjligt utsätta sig för dessa negativa upplevelser. Passivitet och inåtvändhet blir då ett försvar och självkontrollen ökar. Man blir försiktig för man vill inte utsätta sig för misslyckanden. Förändringar i personligheten beror då mer på miljön än på åldrandet i sig.

Vanebundenhet, rigiditet, konservatism eller att hålla fast vid det som är gammalt och vant ses ofta som vanliga personlighetsdrag hos äldre. Undersökningar, där man vid ett tillfälle undersöker personer i olika åldrar, visar ofta på skillnader i vanebundenhet mellan äldre och yngre. Studier där man följer samma personer under många år visar däremot inte någon direkt förändring med ökande ålder. Mycket av det som uppfattas som en ökande vanebundenhet är istället skillnader i föreställningar och åsikter mellan olika generationer om vad som är rätt eller fel.

SOM-institutet vid Göteborgs universitet har i samverkan med oss frågat människor i åldern 15–84 år om de upplever att de har förändrats under de senaste fem åren (se rapport i bilagedel B samt Nilsson 2003). När det gäller att vara ”med i svängen” (t.ex. att träffa nya människor och lära sig nya saker) finns det en tydlig koppling till åldrandet så till vida att de äldre svarande upplevde att de blivit mindre intresserade av detta. Inom andra områden finns det, enligt resultaten, större individuella variationer oavsett var i livet människor befinner sig. Det gäller områden som reflektion (t.ex. över framtiden eller livets mening), njutning (t.ex. nöjdhet med livet), samhälle (t.ex. intresse av politik och lokala frågor) samt radio och TV. Att bli äldre är något man kan bli på många sätt – och något som man själv kan påverka mer än man ofta själv tror, konstaterar SOM-institutet.

Forskare har tidigare uppmärksammat risken för en ”pensioneringschock” när människor lämnar arbetslivet. Även om övergången från förvärvsarbete till livet efter pensioneringen kan vara besvärlig för många har det inte gått att belägga någon generell ”chock”. För de flesta tycks pensioneringen tvärtom ge en åtminstone tillfällig avlastning som påverkar den subjektiva hälsoupplevelsen positivt. Det framgår av en analys som Lars Andersson vid Stockholms läns Äldrecentrum gjort på uppdrag av SENIOR 2005 (Andersson i SOU 2002:29, bilagedel A). Resultaten visar att det

sker en avtrappning i ohälsoutvecklingen vid pensioneringen och det dröjer ofta minst fem år innan andelen personer med besvär börjar öka igen. Andelen med besvär är oftast större bland kvinnor än bland män, och större bland arbetare än bland tjänstemän.

Pensioneringens betydelse för den enskilde individen har studerats av Hans Jonsson vid Karolinska Institutet. Bland annat har en grupp personer intervjuats vid olika tillfällen, från yrkesverksamhet vid 63 års ålder till en etablerad "pensionärstillvaro" vid 71 års ålder (Jonsson 1999 och 2000). Hans Jonsson beskriver pensioneringen som en ofta abrupt övergång från en obalans till en annan – från en tillvaro som alltför mycket domineras av förvärvsarbete till ett liv som helt saknar denna yttre struktur med en "frihetens paradox", utan yttre krav och med långsammare rytm samt nedskruvade anspråk. Att kunna ägna sig åt engagerande verksamheter kunde dock bidra till att upprätthålla en balans mellan inre motivation och yttre krav eller förväntningar av det slag som strukturerade vardagen under yrkeslivet.

Den norska gerontologen Kirsten Thorsen har pekat på betydelsen av att man under åldrandet har tillgång till flera meningsfulla livsområden (Thorsen 1996). Detta minskar sårbarheten och ökar möjligheterna att skapa och bevara sammanhang i tillvaron även när man utsätts för förändringar och förluster. Antingen kan man vara aktiv inom sinsemellan olika verksamheter, eller så kan man ha möjlighet att växla mellan olika aktiviteter inom en mer begränsad verksamhet. Det förra är vanligare i högre samhällsklasser, det senare bland kvinnor. Om tillgången till olika livsområden förvandlas till krav på olika aktiviteter kan den snarare bli ett problem än en tillgång. Den enskilde kan till och med känna skuld över att inte orka eller vilja delta i den utsträckning som omgivningen eller han eller hon själv förväntar sig.

Kirsten Thorsen diskuterar också betydelsen av att ålderdomen, som institutionaliserades som livsfas under 1900-talet, nu individualiseras. De krav på förändringar och utmaningar som nu finns hos yngre och medelålders personer kommer om bara några år också att vara utmärkande för de äldre generationerna. Färre äldre kommer att slå sig till ro med de gamla, etablerade livsmönstren som i dag gör det möjligt för många att känna förnöjsamhet inom begränsade ramar under åldrandet. Fler kommer att söka nya utmaningar och individuella kombinationer av aktiviteter och vila. Åldrandet blir på det sättet alltmer den enskildes eget val och ansvar. Det leder, varnar Thorsen, också till nya risker för att åld-

randet upplevs som ett "fiasko" om lusten eller orken tryter. Att tidigt bli beroende av andras hjälp och stöd kan komma att skuldbeläggas.

Margareta Ågren vid Hälsohögskolan i Jönköping har undersökt äldre äldres glädjeämnen och påfrestningar. Hennes studie omfattade ett antal 85-åringar som hon följde upp när de var 92 år (Ågren 1999). Undersökningen visar på stor variation mellan olika personer, men upplevelsen av tillvaron kunde vägas samman till sju olika anpassningsmönster:

- *Självförverkligande*: De som ingick i detta mönster upplevde ålderdomen som den mest meningsfulla tiden i livet. Nu hade man tid att förverkliga sig själv genom studier, resor, läsande, reflekterande och att hjälpa andra. Handikapp och kroppsliga problem hade underordnad betydelse och man kände sig psykiskt stark med goda relationer till släktingar och vänner.
- *Moget åldrande*: Åldrandet upplevdes som en naturlig och bra fortsättning på ett i övrigt gott liv. Man var mycket aktiv, fysiskt och psykiskt, och hade ofta speciella hobbyer och intressen och inte minst ett bra socialt nätverk.
- *Accepterande*: För denna grupp hade åldrandet medfört problem som sjukdom, handikapp och ensamhet, men de kände att de fortfarande hade förmåga att påverka sitt liv, vilket gjorde att de fortfarande upplevde livet som tillfredsställande. Man har sänkt kraven på sig själv men är medveten om att det är viktigt att ändå försöka vara aktiv. Sjukdom och handikapp är problem som man måste försöka övervinna.
- *Beroende*: Livet domineras främst av en kvardröjande sorg efter en makes död. Man har en relativt positiv syn på sig själv men kan inte riktigt klara av sitt liv utan är beroende av andra och då särskilt barnen som anses vara det som gör livet värt att leva.
- *Uppgivet accepterande*: Individerna i denna grupp upplever livet som enformigt och glädjelöst. Åldrandet har mest inneburit förluster och man har starkt begränsad rörelseförmåga och sällan kontakt med andra. De försöker inför sig själva acceptera sin situation men gör det passivt och uppgivet genom att sänka kraven till den mycket låga nivå som man själv känner att man klarar av.
- *Förtvivlade*: I denna grupp känner man sig hjälplös, överflödig, trött på livet och förtvivlad. Man lider av att inte kunna klara av vad man brukat kunna göra och tycker att åldrandet plötsligt

har medfört svårigheter och förluster och man har inte några försvarsmekanismer att ta till.

- *Avskärmade*: Här ingår de med nedsatt mental förmåga. De anpassar sig genom att sluta sig i sin egen tankevärld där de inte störs av omgivningen. Bilden av det nuvarande livet är fragmentarisk och man går ofta tillbaka till händelser tidigare i livet, särskilt barndom och ungdom, som upplevs som en betydligt bättre tid.

Viktigt för livstillfredsställelsen vid 85 och 92 års ålder var att man upplevde att man hade kontroll över sitt liv. I uppföljningen vid 92 års ålder var livet ofta lite mer problematiskt än vid 85 års ålder. Många av de personer som deltog i uppföljningen hade problem med syn och hörsel, sjukdomar var vanligare och för en del gjorde demenssymptom livet förvirrande. En allmän förändring jämfört med 85 år var att man hade fått sitt livsrum mer begränsat. Det var inte lika lätt att på olika sätt komma ut och man var mer beroende av andra människor.

För en del människor kan det också vara viktigt att få en fördjupad upplevelse av mening i det liv som man levte. Det finns olika teorier och modeller för att beskriva detta. Sociologen Lars Tornstam vid Uppsala universitet har beskrivit hur ålderdomen kan utgöras av en utveckling mot större vishet (Tornstam 1998). Visheten innebär en ny känsla av samhörighet med världsalltet, ett nytt sätt att uppfatta tid och rymd, ökad samhörighet med tidigare och kommande generationer och ett accepterande av livet och att man ser det som meningsfullt – en s.k. gerotranscendens.

Forskning om människors behov i allmänhet och av social omsorg i synnerhet har uppmärksammat betydelsen av existentiella behov. När det gäller behov i allmänhet är att det vanligt att dela in dem i fysiska, psykiska, social och existentiella behov. Äldre människors behov av social omsorg, dvs. behov som inte är av direkt medicinsk karaktär, har på motsvarande sätt delats in i tre kategorier: praktiska omsorgsbehov, emotionella omsorgsbehov och existentiella omsorgsbehov (Thoraeus Olsson 1990). Med existentiella behov avses i detta sammanhang att finna en mening i den tid som är kvar, att finna en mening i livet sammantaget och att förbereda sin bortgång. Existentiella behov kan också indelas i en allmänmänsklig del, som rör tankar om människans existens och livsvillkor, och en religiös del, som också innefattar tron på en högre makt (SOU 2000:6).

### 2.3.3 Kultur och samhälle

#### Ambivalens och ålderism

Ålder och åldrande är genomsyrat av sociala och kulturella innebörder. Ett genomgående drag i inställningen till äldre människor och till hög ålder har i de flesta epoker och kulturer varit kluvenhet, ambivalens (Andersson 2002). Hög ålder har representerat både visdom och skröplighet, respekt och förakt, prestige och lidande. Äldre har respekterats, förskjutits, ärats eller dödats – allt efter omständigheterna. Det är svårt att hitta någon gyllene epok då äldre bemötts med värdighet oberoende av kön, ställning i samhället eller hälsotillstånd. Däremot har fattiga äldre praktiskt taget alltid varit särskilt utsatta, i olika samhällen och kulturer (Brogden 2001). I den mån äldre personer har hyllats för sin visdom och erfarenhet har det i praktiken nästan alltid handlat om äldre män. Många äldre kvinnor har däremot varit utsatta för dubbla negativa attityder (Minois 1988).

Det har hänt tidigare i historien att andelen äldre i befolkningen ökat. I delar av Romarriket blev de äldre snabbt fler under det första århundradet efter år 0, och efter pestens härjningar under 1300- och 1400-talen ökade andelen äldre kraftigt i delar av Väst-europa (Minois 1989). Resultaten blev båda gångerna ett ökat intresse för åldrandet i litteratur, konst och filosofi, men också slitningar mellan generationerna. Samtidigt som åldrandet uppmärksammades mer, och skildrades mer mångfasetterat, kom bilden av ”de äldre” som grupp inte att bli mycket mer positiv. I dessa samhällen, där äldre män hade en stark position, kom många yngre personer att vända sig mot att den politiska och ekonomiska makten under allt längre perioder behölls av deras fäder och farfäder. I den striden kom gamla stereotyper och nidsbilder av äldre människor att bli ett vapen. Även i Sverige har generationskonflikter blossat upp när andelen äldre personer ökat, lokalt eller i hela landet, och de befintliga systemen under respektive period inte klarat att ge äldre människor försörjning, vård och omsorg utan att alltför kraftigt belasta yngre generationer (Odén m.fl. 1993).

Under de senaste decennierna har negativa bilder av åldrande och äldre människor lyfts upp till ytan och ifrågasatts. I sociologisk och kulturvetenskaplig forskning har begreppet *ageism* – *ålderism* i svensk översättning – myntats för att ge en tolkningsram åt sådana analyser (Andersson 2002). Beteckningen lanserades i slutet av



1960-talet av den amerikanske psykiatern och gerontologen Robert Butler. Butler skrev om ”en systematisk stereotypisering och diskriminering av människor därför att de är gamla, precis som rasism och sexism åstadkommer detta med hudfärg och kön”. Drygt ett decennium senare återkom han med en beskrivning som vidgade perspektivet något. Vid sidan av fördomsfulla attityder pekade han nu på att ålderism också kan ske genom diskriminerande praxis och vedertagna vanor (”institutional practices”).

Ålderism är dock ett omdebatterat begrepp (Andersson 2002, Jönsson 2001 och Thorsen 1996). Ska det enbart avse diskriminering av äldre eller gäller det samtliga åldrar? Finns det inte en ”ungdomism” hos många äldre, som markerar sin egen identitet och grupptillhörighet gentemot ett främmande och hotfullt ungdomskollektiv? Ska ålderism enbart avse en negativ diskriminering, eller ska det avse både negativ och positiv diskriminering? Och kan negativ särbehandling på grund av ålder jämföras med diskriminering av människor som hela sina liv mer eller mindre ställs utanför samhället på grund av t.ex. etnicitet eller sexuell läggning – att ses som ”för ung” eller ”för gammal” är ju något som de allra flesta har varit med eller kommer att vara med om i livet? Aktivister och forskare som motarbetat ålderism har till och med anklagats för att indirekt befästa problematiken.

Enkätundersökningar bland äldre personer har inte givit något stöd för att äldre människor i Sverige känner sig illa bemötta eller diskriminerade i det dagliga livet. Äldres livssituation och attityder belystes genom en intervjuundersökning år 1993 bland ett representativt urval personer som var 60 år eller äldre och som bodde i sina vanliga hem (SOU 1993:111). Motsvarande undersökning genomfördes i samtliga EG-länder år 1992. En fråga gällde om man som äldre behandlas med mer eller mindre respekt än när man var yngre. I Sverige svarade 78 procent att det ”var som vanligt”, dvs. varken bättre eller sämre. Tolv procent tyckte att de behandlades med mer respekt och 10 procent att de behandlades med mindre respekt. Män tyckte i högre utsträckning att de behandlades med mer respekt. Åldrandet förefaller ur denna aspekt vara relativt odramatiskt i Sverige jämfört med t.ex. Tyskland, Belgien och Grekland, där närmare en tredjedel av de äldre känner sig behandlade med mindre respekt. De intervjuade fick också ta ställning till bemötandet hos myndigheter, institutioner o.d. Få äldre svenskar ansåg att de bemöts nedsättande i dessa sammanhang.

Siffrorna var genomgående lägre i Sverige jämfört med övriga länder i Europa.

En liknande intervjuundersökning genomfördes år 1999 i EU:s medlemsländer. Då ställdes i första hand frågor om pensionssystem och synen på olika former av vård och omsorg (Andersson i SOU 2002:29 bilagedel A samt Walker 1999). En mer övergripande fråga gällde om regeringen bör införa lagar mot åldersdiskriminering. Generellt var stödet för sådana lagar starkt – i genomsnitt svarade 71,8 procent av de tillfrågade personerna från 15 år och uppåt ”ja” på frågan. Störst var stödet i Grekland, Nederländerna, Storbritannien och Irland. Även i Sverige svarade en majoritet ”ja” (54,8 procent). Denna andel var dock lägre än i något annat EU-land.

### Pensioneringen som gräns i livsloppet

Sedan länge spelar ålder en viktig roll när det gäller att dela in människors liv i olika faser. En tydlig bild av detta gav ålderstrappan. Där framställde livet som en väg framåt, i enlighet med de individualistiska ideal som växte fram i norra Europa efter reformationen, men också som starkt bundet till ålder och samhälle (Cole 1992 och Bringéus 1988). På ålderstappans olika steg förekom män och kvinnor i kläder och roller som förväntades höra samman med deras ålder lika väl som med deras familjesituation och sociala position. I Sverige har ålderstrappan avbildats i böcker, målningar och på bonader i hemmen. Det breda genomslaget som ålderstrappan fått som bild av livsloppet framgår inte minst av den också fanns i versifierad form i *Bondepraktikan*, som spreds från slutet av 1600-talet i otaliga upplagor (Fehrman 1952):

Itt Barn kallas till tijo åhr,  
En Yngling in till tiughu nåhr,  
Trettijo åht går mans krafft an,  
Fyratijo en fuller Man.  
Femtije åhr gör stillestånd,  
Sextijo föör åldren tillhånd.  
Sjuttije åhr gammal och grå,  
Ottotije lägger i wråå,  
Nittije åhr til barna spått,  
Längre lefwa är intet gått.

I dag tycks pensioneringen ha starkt genomslag som gräns i livsloppet. Den allmänna folkpensionen infördes i Sverige år 1913. Äldre former av ålderspension har förekommit i Sverige, men de var förbehållna särskilda grupper som yrkesmilitärer och stats-tjänstemän. Först i mitten av 1900-talet blev folkpensionsbeloppen så stora att de gjorde det möjligt för de allra flesta människor att helt lämna arbetslivet när man fyllt 67 år, senare 65 år (Odén 1993). Med en stadigt ökande medellivslängd och en förbättrad hälsa högt upp i åren blev det under 1900-talets sista decennier möjligt för ett stort antal människor att leva många år som friska pensionärer. Det var också först vid 1900-talets mitt som "pensionär" blev en vanlig beteckning på äldre människor. Beteckningen lanserades både nedifrån, genom pensionärsorganisationernas uppkomst under 1940-talet, och uppifrån, genom statliga utredningar och beslut om pensionärsgruppens del i välfärden. Under pensionärsorganisationernas första, delvis stormiga tid var *pensionär* något av ett kamprop för en folkpension som det var möjligt att leva på (Gaunt 1999).

Efter pensioneringen sätter många igång med sådant de tidigare inte kunnat, av brist på tid, pengar eller båda. Etnologen Owe Ronström har beskrivit hur det uppkommer en ny social och kulturell praxis, där sinnlighet är ett viktigt inslag, kring pensionärsföreningar och pensionärsaktiviteter (Ronström 1998). När deltagarna berättar om sina aktiviteter framhåller de dock ofta rationella, logiska och instrumentella skäl, som motion, minnes-träning och att bryta isolering. Långt ifrån alla äldre deltar dock i pensionärskulturen. Ronström beskriver en skiljelinje mellan de som är pensionärer och de som *har* pension. En del äldre vill inte gärna delta i organiserade pensionärsverksamheter och undviker helst att umgås i grupp med andra pensionärer.

Ronström tolkar båda dessa hållningssätt som strategier att hantera den marginalisering av äldre som gör att de får allt svårare att behålla sina jobb och sina uppdrag i politik och föreningsliv. En del gör motstånd, slåss för sin individualitet och kämpar för att behålla sitt tidigare liv. Andra går med liv och lust in i pensionärlivet, deltar i studiecirklar, seniorgympa, tipspromenader, bingoaftnar och "russindisco". I förlängningen av detta ligger möjligheten att pensionärskulturen blir en särartspolitik, där de äldre odlar sin särprägel för att flytta fram sina positioner i samhället, konstaterar Owe Ronström.

Den svenska "pensionärskulturen" är inte unik; liknande kulturer finns i många andra länder. Där talar man ofta om den "tredje åldern". Formuleringen uppkom i Frankrike på 1970-talet vid starten av ett särskilt universitet för personlig utveckling efter pensioneringen, L'Université du Troisième Age (Laslett 1989). Den tredje åldern syftar på den tid då man efter uppväxt och yrkesliv – ofta för första gången – har tid och kraft att leva sitt liv som man själv önskar. Förespråkarna för den tredje åldern har kritiserats för att – direkt eller indirekt – laborera med en "fjärde ålder", präglad av tilltagande sjuklighet och vårdberoende. Med en sådan uppdelning kommer de aspekter på åldrandet som bryter mot vår tids ideal om aktivitet och produktivitet att ytterligare tabubeläggas, hävdar kritikerna. Klyftan ökar mellan den tredje ålderns aktiva tid och den fjärde ålderns fysiska nedgång och beroende – mellan "go-go" och "no-go", som den brittiske gerontologen Andrew Blaikie skrivit (Blaikie 1999).

Många av de attityder och handlingsmönster som brukar hänföras till åldrandet är knutna till enstaka generationer. Det innebär att många kulturella och sociala särdrag hos "de äldre" skiftar över tid. Den nuvarande pensionärsrollen har i Sverige formats ungefär samtidigt som särskilda tonårskulturer eller ungdomskulturer vuxit fram i landet (Mazzarella 2001). Under de närmaste två decennierna kommer de första generationerna som växte upp med egna ungdomskulturer att lämna arbetslivet. Hur kommer de att se på sig själva och sin roll i samhället efter pensioneringen? Kommer de att "vara pensionärer" och delta i den nuvarande pensionärskulturen? Eller kommer alltfler att "ha pension" och sedan leva sina liv på tvärs mot de förväntningar som omvärlden har på vad man bör göra och inte göra efter pensioneringen? Och är samhället redo att möta nya krav och initiativ?

## Åldrande och makt

På arenor där ekonomiska värden framställs och där makt utövas, speglas och granskas har den tidigare "allmänna" pensionsåldern kommit att bli norm för deltagandet. Det gäller i arbetslivet, men också i politiken och massmedierna. I politiskt valda församlingar är bara några enstaka procent av ledamöterna äldre än 66 år (Svenska Kommunförbundet & Landstingsförbundet 2002c och SCB 2003c). Även i näringslivet följer innehavet av uppdrag samma

åldersstruktur. Bland de drygt 290 000 styrelseledamöterna i svenska aktieföretag var 6 procent 66 år eller äldre i juli 2001. Andelen styrelseledamöter mellan 61 och 65 år var 7 procent, medan nästan en tredjedel var mellan 51 och 60 år (uppgifter från företaget UC AB). När det gäller mediabilden av äldre har forskare genomgående påvisat en underrepresentation av äldre i media i förhållande till den andel av befolkningen de utgör (Andersson 2002). Äldre syns således inte, och i den mån de gör det är det oftast i två skepnader, antingen i kategorin ”drabbad”, dvs. som ett offer för skandalösa förhållanden, främst inom vården. Alternativt återfinns de äldre i kategorin ”titta jag kan”, dvs. de kan klara av något trots sin ålder.

I en kommentar till de positiva svaren i Sverige på Europabarometern i början av 1990-talet har Lars Andersson vid Stockholms läns Äldrecentrum ställt maktfrågan på sin spets (Andersson 2002): Kan svaren bero på att välfärdssamhället har skapat trygga medborgare där andra grupper av människor inte ses som konkurrenter? Eller kan det vara så att äldre människors makt och inflytande har beskrivits mer här än i andra samhällen och att den som saknar makt är ofarlig nog att på sin höjd få medlidande?

Det tydligaste uttrycket för dagens maktförhållanden är kanske etiketteringen av människor över vissa åldersstreck som ”äldre”. Denna kategorisering förutsätter att det finns en eller flera grupper icke-äldre, t.ex. ungdomar och medelålders. Därmed uppstår lätt en uppdelning i ”vi” och ”dem”, där likheten mellan ”de äldre” betonas och skillnaden mot andra åldersgrupper framhävs. I Europabarometern i början av 1990-talet fick dock just ”äldre” störst stöd bland svenskar över 60 år när dessa tillfrågades om vilken benämning de själva föredrog (SOU 1993:111).

### **Kulturella aspekter på vård och omsorg**

Kulturella förhållanden spelar stor roll i hur vården och omsorgen om äldre människor organiseras. Historiskt har det funnits stora skillnader mellan olika perioder i Sverige, och i dagens Europa finns det stora skillnader mellan synen på vad som ger en god vård och omsorg under åldrandet.

Inom ramen för det tvärvetenskapliga forskningsprojektet ”Äldre i samhället” gjordes i början av 1990-talet en periodisering av de äldres svenska samhällshistoria (Odén m.fl. 1993). Periodi-

seringen skedde utifrån ett flertal kriterier, men särskild vikt lades vid formerna för resursöverföringar till fattiga och vård- och omsorgsbehövande äldre personer vid olika tidpunkter. Följande fem perioder urskildes:

- Det medeltida bondesamhällets feodalt och kyrkligt präglade period, iakttagbar från landskapslagarna till tiden för 1734 års lag. Huvudansvar för resursöverföring på arvsberättigade släktingar i kombination med en barmhärtighetsideologi som erbjöd kompensation för uppoffringar efter döden samt med kyrklig institutionsvård och ansatser till borgerliga vårdinstitutioner som komplement.
- Övergångsperioden under 1700-talet och 1800-talets första hälft, präglad av svaga insatser och statligt experimenterande med olika lösningar i ett samhälle där den gamla agrarstrukturen var under upplösning. Släktens ansvar för resursöverföring omformades till undantagssystemet för att passa ett mer kommersialiserat jordbruk medan barmhärtighetsideologin inordnades i ett av staten pålagt ansvar för sockenstämman att vårda och underhålla de medellösa.
- Fattigvårdsperioden cirka 1850–1950, när de äldre blev ett politiskt problem i en förändrad demografisk och ekonomisk situation och när industrialisering, urbanisering och kapitalism i grunden omstrukturerade det svenska samhället. Kommunala skatter ersatte personlig barmhärtighet medan staten införde pensioner som var för låga att leva på, selektiva och behovsprövade tilläggs-pensioner.
- Valfärdsperioden 1950 – tidigt 1990-tal, då den svenska ekonomiska tillväxten skapade utrymme för en generös utformning av det ekonomiska stödet till dem som byggt upp välfärden. Markant ökande resurstransfereringar, avvecklade selektivitet inom många områden till förmån för personliga behov som styrinstrument, utbyggt pensionssystem och utbyggt offentligt ansvar för äldrevård och äldreomsorg.
- Omprövningsperioden tidigt 1990-tal – framtiden, då välfärdsstatens kostnader stigit så högt att själva den kollektiva och solidariska välfärdspolitikerna börjar ifrågasättas. Ändrat pensionssystem, diskussioner om ökade avgifter för vård och omsorg samt ökad konkurrens mellan vårdgivare.

Den modell med ett betydande offentligt åtagande som utformats i de skandinaviska länderna är i dag bara en av flera modeller för vård och omsorg om äldre människor som finns inom EU-området. I många länder i Mellaneuropa och Sydeuropa har de anhöriga av tradition ett uttalat ansvar för sina äldre släktingar som inte har någon motsvarighet i Sverige. Och i Storbritannien finns ett större inslag av marknadsbaserad och helt privat betalad vård och omsorg än i de flesta andra EU-länder (se bilagedel C).

Att dessa sätt att organisera vården och omsorgen bottnar i sociala och kulturella traditioner kan anas genom resultaten i den Eurobarometer som genomfördes år 1999. Där fick de sinsemellan mycket olika modellerna stor uppslutning i respektive land (se bilagedel C samt Walker 1999). I Skandinavien ansåg en stor majoritet att den enskilde själv ska ha stort inflytande över vården och omsorgen och att man som äldre ska få bo kvar i sitt eget hem. I bl.a. Tyskland och flera medelhavsländer lade de svarande större vikt vid att anhöriga och vårdpersonal – särskilt läkare – ska ha ett stort inflytande över vården och omsorgen och vid att äldre människor bör flytta ihop med sina barn.

#### 2.3.4 Åldrande, genus och etnicitet

”Äldre” är inte bara en kategori som tenderar att osynliggöra skillnader mellan individer. Andra faktorer som ofta uppmärksammas i forskning och politisk debatt när det gäller personer under 65 års ålder skjuts lätt i bakgrunden när människor har lämnat arbetslivet. Det gäller bl.a. skillnader mellan kvinnor och män, personer med olika etnisk bakgrund och personer med olika socioekonomiska förhållanden. Inte ens funktionshinder tas alltid upp i studier och utredningar som gäller människor som passerat 65-årsstrecket, trots att funktionshinder är vanligast i hög ålder.

Den brist på kunskap som vi har om hur dessa faktorer påverkar åldrandet under livsloppet är oroande, inte minst eftersom skillnader mellan individer tenderar att öka med stigande ålder. Åldrandet som den stora likriktaren är bara ytterligare en myt. Hur dessa faktorer påverkar varandra är också relativt lite studerat. SCB:s hälsoindex visar att sannolikheten för svår ohälsa i slutet av 1990-talet var störst för den som är i 80–84-årsåldern, bor ensam, är född utomlands och har en inkomst som ligger i den lägsta inkomstgruppen. För män med denna ”profil” var sannolikheten att ha svår

ohälsa 36 procent, medan den för kvinnor med samma ”profil” var 42 procent.

Det behövs mer forskning om åldrande i relation till genus och etnicitet, men också om bl.a. funktionshinder och socioekonomiska förhållanden. Bristen på kunskap om hur dessa faktorer påverkar och samverkar med livslopp och åldrande är oroande. Skillnader mellan individer och grupper tenderar att öka med stigande ålder.

## Genus

Sambanden mellan åldrande och genus har uppmärksammats i flera andra länder. I Sverige har forskningen och diskussionen om genusfrågor dock bara till en mindre del omfattat äldre kvinnors och mäns olika förhållanden. Detta är förvånande. En majoritet av personerna i högre åldrar är kvinnor, och många av de frågor som vi behandlar i detta betänkande borde kunna ses som angelägna även ur ett genusperspektiv. Det osynliggörande av äldre människor i samhällslivet som vi pekar på borde också kunna analyseras ur ett genusperspektiv. Kan osynliggörandet se som ett utslag av manliga normer som prioriterar prestationer som gäller människor i andra åldrar? Vilken betydelse har det att kvinnor i vårt samhälle förväntats – och fortfarande förväntas – tillgodose de behov och beroenden som är vanliga bland de allra äldsta personerna?

Ord som ”äldre” och ”pensionär” borde knappast kunna användas utan att sättas in i ett genusperspektiv. Båda orden används i regel för att beteckna en situation där människor har lämnat förvärvsarbetet bakom sig, vilket från början i praktiken bara gällde för män. För äldre kvinnor som i dag lämnar yrkeslivet vid pensioneringen innebär detta inte att de lämnar hemarbete och vård och omsorg om anhöriga bakom sig (se t.ex. avsnitt 4.1 och 8.4). Så till vida bygger föreställningarna om ”äldre människor” och ”pensionärer” som enhetliga grupper på en norm som tidigare nästan enbart gällt för män och som nu fortfarande är annorlunda för kvinnor än för män. Detta blir tydligt om man ser åldrandet ur ett livsloppsperspektiv. Som vi berättade i avsnitt 2.1 har genusforskare i andra länder sett detta perspektiv som fruktbart för att studera mäns och kvinnors olika förhållanden under åldrandet. (I avsnitt 4.4 ger vi ett exempel på svensk forskning om genus, åldrande och livslopp).



Inför framtiden är det nödvändigt att kunskaperna fördjupas och analysen intensifieras när det gäller genusaspekter på åldrandet. Det är t.ex. hög tid att ta frågor som gäller möjligheterna att kombinera yrkesliv och karriär för medelålders och äldre kvinnor med stöd och hjälp åt olika anhöriga på allvar, och inte enbart fokusera möjligheterna att förena yrkesliv med barnafödande och barnuppfostran. Detta är en av de viktigaste utmaningarna inför framtiden, både till följd av de demografiska förändringarna och till följd av kvinnors ökade deltagande i arbetslivet under senare decennier. Just denna utmaning kan också användas som exempel på en fråga som blir lättare att urskilja med ett livsloppsperspektiv, där individens möjligheter att göra olika val under hela livet ses i relation till såväl historiska och kulturella förändringar som till genus.

Ett livsloppsperspektiv kan hjälpa till att visa vilka tidigare skillnader mellan kvinnor och män som består i högre åldrar och i vissa fall fördjupas, men det behövs givetvis också andra teoretiska modeller och praktiska studier som kan påvisa orsakerna till dessa skillnader. Denna forskning bör också kunna bidra till mer ingående kunskaper om de möjligheter till frigörelse från roller och normer för både kvinnor och män som åldrandet kan innebära. Det kan handla om en ny frihet att leva oberoende och finna äkthet bortom förväntade roller. Åldrandet kan också innebära att traditionellt ”manligt” och ”kvinnligt” beteende blandas och byts. Som anhöriga får män möjligheter att ta på sig vårdande uppgifter, medan många kvinnor får huvudansvaret för t.ex. hushållets ekonomi när deras män blir sjuka.

Den norska gerontologen Kirsten Thorsen har i en studie av ett antal äldre norska män och kvinnor pekat på flera av dessa skillnader. Hon betonar att äldre personers sätt att *konstruera* uppfattningen om sig själva är könsbestämd, klassbetingad och präglad av civilstånd (Thorsen 1996). Koder och ”tidtabeller” för bl.a. yrkesliv, pensionering och förlust av make eller maka skiljer sig mellan klasser och kön. Det ”vanliga” livsloppet är mindre vanligt för arbetare, som i högre grad än andra får ställa in sig på oväntade förändringar i form av sjukdom, arbetslöshet, funktionshinder och död. För män innebär pensioneringen ofta en social förlust, när möjligheterna att vara aktiva inom traditionellt manliga livsområden beskärs. För dagens äldre kvinnor är pensioneringen ofta mindre dramatisk. Flertalet har under hela livet anpassat sig till sociala begränsningar av möjligheten att vara aktiva inom olika

områden. Men Thorsen betonar också att äldre personers sätt att *konstruera* uppfattningen om sig själva präglas av de särskilda historiska och kulturella erfarenheter de gjort. Om de tidigare livserfarenheterna förändras, som de nu gör bland många förvärvsarbetande kvinnor, kan också skillnaderna senare i livet bli andra.

Forskare har också pekat på de effekter som ansvar för vård och omsorg i hemmet får för kvinnors livslopp. I högre åldrar kan en sådan effekt vara sämre ekonomi, eftersom vård- och omsorgsansvar tidigare i livet ofta blir ett hinder för förvärvsarbete och därmed högre pensionsbelopp (Mossberg Sand 2000). I själva vård-situationen kan det finnas inslag av bundenhet och tvång. Den som vårdar en anhörig, inte minst en make eller maka, kan uppleva att det inte är möjligt att vägra ta på sig den uppgiften. Vård- och omsorgsarbete i hemmet går ofta inte heller att planera tidsmässigt.

I sin skrivelse till riksdagen (skr. 2002/03:140) om jämställdhet mellan könen lyfter regeringen också fram äldrepolitiken som ett område där jämställdhet framstår som särskilt viktig. Regeringen hänvisar bl.a. till vårt diskussionsbetänkande *Riv ålderstrappan!* (SOU 2002:29), där det framgår att skillnader mellan individer och grupper – och därmed mellan män och kvinnor – tenderar att öka med stigande ålder. Regeringen konstaterar att målen för äldrepolitiken inte särskilt tar upp män och kvinnor. Utgångspunkten är dock att män och kvinnor ska ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter inom alla områden i livet – även som äldre.

Regeringen pekar bl.a. ut äldreomsorgen som ett centralt område när det gäller att utveckla och tillämpa ett jämställdhetsperspektiv. Vi delar den bedömningen. En majoritet bland dem som får äldreomsorg är kvinnor, och flertalet av dessa är ensamstående, vilket till stor del beror på att kvinnor lever längre än män. Dessutom utför kvinnor huvuddelen av anhängvården. Av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård, läkemedel och äldreomsorg går mer än hälften av dessa till kvinnor. En förklaring till detta är att kvinnor lever längre än män. Socialstyrelsen pekar i rapporten *Vårdens värde – Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?* på att det finns flera olika faktorer kopplade till livsvillkor, levnadsvanor och beteende, som påverkar kvinnors respektive mäns behov av vård och omsorg (Socialstyrelsen 2002h). Kvinnor och män har olika sjukdomsmönster. Hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes är t.ex. vanligare bland män än kvinnor. Kvinnor har oftare problem med psykisk ohälsa i form av ångest, oro och depressioner samt har oftare smärta och andra symtom från rörelseorganen än män.

Kvinnor söker oftare vård men avstår också oftare än män på grund av kostnaderna.

När det gäller kostnaden för sjukvård och läkemedel är de lägre för äldre och yngre kvinnor jämfört med män. För kvinnor och män som tillhör samma diagnosgrupp skiljer sig den genomsnittliga kostnaden för både sjukhusvård och primärvård åt. Medelkostnaden för män är cirka 30 procent högre för höftfraktur, drygt 20 procent högre för schizofreni, knappt 15 procent högre för elakartade tumörsjukdomar och cirka 10 procent högre för stroke och hjärtinfarkt. Det är enligt Socialstyrelsen inte möjligt att avgöra hur stor del av dessa skillnader som kan förklaras av skilda behov och hur mycket som beror på andra faktorer. Socialstyrelsen anser dock att det är anmärkningsvärt att kostnaderna för läkemedel och sjukvård är lägre för äldre kvinnor som har högre sjuklighet än för äldre män.

Kommittén Valfärsbokslut, som studerade sambandet mellan funktionshinder och välfärd, konstaterade att kvinnor var överrepresenterade i alla studerade grupper av funktionshinder (SOU 2001:56). Samtidigt visade andra uppgifter att kvinnor fick stöd och service i mindre utsträckning än män.

För att kunna bedöma om kvinnor och män får vård på lika villkor behövs mer studier och forskning om mäns och kvinnors behov, sjuklighet och lämpliga behandlingsmetoder. I juni 2002 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag (S2002/4751/HS) att i samverkan med sjukvårdshuvudmännen och berörda myndigheter analysera och redovisa könsskillnader inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhetsområden. Slutredovisning av uppdraget ska ske senast den 31 mars 2004. Under våren 2002 inrättades också ett Centrum för genusmedicin vid Karolinska Institutet. Centret ska stimulera utbildning, forskning och information med ett genusmedicinskt perspektiv.

### Etnicitet

I vårt diskussionsbetänkande *Riv ålderstrappan!* (SOU 2002:29) konstaterade vi att begreppen "etnicitet" och "kultur" inte ensamma kan förklara invandrares erfarenheter, nuvarande livssituation och framtidsvyer. Tvärtom kan de lätt skymma betydelsen av bl.a. socialt utanförskap och ekonomiska omständigheter. Istället för att beskriva etniska grupper som väl avgränsade enheter behövs en

öppenhet för att alla människor – oavsett ålder – är kulturellt föränderliga. Samtidigt behöver olika hierarkier, även etniska, uppmärksammas när det gäller bl.a. boende, inkomst, möjligheter på arbetsmarknaden och individernas handlingsutrymme att forma sina liv.

För att förstå sambanden mellan åldrande och etnicitet krävs nyanserade beskrivningar av enskilda individers upplevelser och förhållanden och insikt om betydelsen av begrepp som just kultur och etnicitet. I diskussionsbetänkandet redovisas resultat från en studie som Mångkulturellt Centrum har genomfört på uppdrag av SENIOR 2005. Det handlar om en kvalitativ intervjustudie bland 30 personer i åldern 53–65 år födda i Argentina, Bosnien, Chile, Grekland, Hongkong, Indien, Iran, Italien, Somalia, Spanien, Turkiet och Uruguay (Akaoma & Öhlander i SOU 2002:29 bilagedel A).

De intervjuade förenas av att de delar erfarenheter av vad det innebär att leva som immigrant i Sverige. Den ena immigrantens erfarenhet behöver dock inte helt likna den andres. Studien visar hur de intervjuades beskrivningar om Sverige som mottagarland beskrivs olika, beroende på när de intervjuade kom till Sverige. Beskrivningar av 1960-, 1970- och det tidiga 1980-talets Sverige som möjligheternas land övergår till beskrivningar av dagens vardagsliv i ett utanförskap. De somalier som kom hit på 1990-talet har en annan erfarenhet av Sverige redan från ankomsten. Deras beskrivningar av sina livsvillkor är genomgående mera präglade av känslan av utanförskap. Erfarenheterna av livet i ett utanförskap tar man sannolikt med sig in i livet som pensionär och äldre.

”Utanförskapet” ska i detta sammanhang dels förstås utifrån individens uppfattade brist på acceptans och delaktighet, dels utifrån mer konkreta faktorer som t.ex. möjligheter på arbetsmarknaden, möjligheter att välja boende och diskriminering. Detta utanförskap har förmodligen en central roll i många immigranternas liv, både innan och efter den åldersrelaterade pensioneringen. Utanförskapet är dock inte en företeelse som enbart kan förklaras utifrån immigranterna själva. Det kan, enligt forskarna vid Mångkulturellt Centrum, endast förstås som ett fenomen i det svenska samhället som helhet. De intervjuades beskrivningar av utanförskap är ett tecken på att en integration präglad av mångfald inte har förverkligats i Sverige. Tvärtom utmärks Sverige, i likhet med många andra länder, av utpräglade etniska hierarkier när det gäller

bl.a. boende, inkomst, möjligheter på arbetsmarknaden och individernas handlingsutrymme för att på egen hand utforma sitt liv.

Sannolikt ska det utanförskap som beskrivs i intervjuerna inte heller främst eller enbart förstås i termer av kultur. Det är ett *socialt* utanförskap som bör förstås utifrån relationen mellan immigranter och det som brukar kallas "majoritetssamhället" och dess institutioner. Begreppen kultur och etnicitet ses vanligen som viktiga i beskrivningar och analyser av immigranter. Dessa begrepp kan dock inte ensamma beskriva och förklara immigranternas erfarenheter, nuvarande livssituation och framtidsvyer. Tvärtom kan de lätt skymma betydelsen av sociala och ekonomiska omständigheter och villkor. Ett alternativt sätt att använda begreppen kultur och etnicitet är att se dem som föränderliga företeelser beroende av bl.a. livsvillkor, sociala omständigheter och möjligheter samt kulturella flöden. Istället för att beskriva etniska grupper som väl avgränsade enheter, präglade av specifika kulturer, behövs en öppenhet för att alla människor – i alla åldrar – är kulturellt föränderliga, dynamiska och, kanske, motsägelsefulla.

Vårt angreppssätt på frågor om åldrande och etnicitet har under remissomgången fått stöd från bl.a. Samarbetsorganisationen för Invandrarorganisationer i Sverige (SIOS). SIOS betonar inte minst vikten av att socioekonomiska skillnader uppmärksammas i relation till etnicitet under åldrandet (se remissammanställning i bilagedel B). Äldre invandrare ska inte ses som en enhetlig "problemgrupp", men det behövs politiska åtgärder för att möta och förebygga olika former av utanförskap och bristande delaktighet som finns bland grupper av äldre invandrare i dag och i morgon. I studien från Mångkulturellt Centrum anges immigranternas framtida ekonomi som pensionärer samt deras val och önskemål kring eventuellt boende som äldre samt vård och omsorg som viktiga områden att uppmärksamma i detta sammanhang.

En grupp äldre invandrare som vi inte berörde i diskussionsbetänkandet är de personer som kommer till Sverige sent i livet, som anhöriga till sina barn. År 2000 var 2,1 procent av alla personer som invandrade till Sverige 65 år och äldre. Eftersom ålderdomen i vissa länder utanför västvärlden anses börja tidigare än vid 65 års ålder kan denna gräns dock vara problematisk. Om gränsen istället sätts vid 55 års ålder så handlade det år 2000 om 5,8 procent av alla som invandrade till Sverige. Som forskare har påpekat kan det för många i denna grupp vara svårt att bli integrerade i det svenska samhället på det sätt som förväntas vara möjligt för alla invandrare

(Torres 2002). Det gäller främst invandrare som kommer från länder utanför Europa och Nordamerika. Inte minst saknar dessa personer ofta tillgång till miljöer där de på ett naturligt sätt regelbundet kan umgås med människor som deltar i svensk kultur och svensk samhällsliv, t.ex. skolor och arbetsplatser. Många av dem som invandrar sent i livet har också låga utbildningsnivåer och svårigheter att lära sig ett andra språk. Det har därför föreslagits särskilda program för att underlätta dessa invandrares integration i sina respektive etiska grupper istället för direkt i det svenska samhället som helhet. Med sådana program skulle bl.a. de sociala kontakterna kunna öka, syssloslösheten minska och risken för konflikter mellan de äldre invandrarna och deras barn reduceras.

Frågor om äldre invandrare i vård och omsorg har behandlats i rapporten *Invandrare i vård och omsorg – en fråga om bemötande av äldre* (SOU 1997:96) från utredningen om bemötande av äldre. I rapporten redovisas att åren 1995–1996 var ”äldre invandrare” underrepresenterade både bland dem som hade hemtjänst och dem som bodde i särskilda boendeformer i Halmstad, Göteborg och Stockholm. I vilken utsträckning personer fick sådana insatser varierade dock med hans eller hennes hemland. Äldre som kom från Norden och andra länder i Sveriges närhet (Tyskland, Polen och Estland) hade hemtjänst och nyttjade den offentliga vården och omsorgen i samma omfattning som genomsnittet av äldre. För personer som kommer från utomeuropeiska länder var med ett undantag, Chile, siffrorna klart lägre. Skillnaderna var störst vad det gällde särskilt boende jämfört med hemtjänst i ordinärt boende. Detta styrks av den studie som gjordes år 2000 på uppdrag av Utjämningskommittén (SOU 2003:88 och bilaga 8 i samma SOU).

Inom ramen för det arbete som pågått med att utveckla stödet till anhöriga, det s.k. Anhörig 300, har det genomförts tre studier för att belysa hur några grupper äldre invandrare (bosnier, iranier och olika utomeuropeiska länder) och deras anhöriga uppfattar sin situation. Gemensamt är att anhöriga, både kvinnor och män, gör stora insatser för sina äldre. Kvinnor hjälper förutom med praktiska sysslor till med personlig omvårdnad. I många fall är de anhöriga ensamma med ansvaret för vård och omsorg. De flesta anhöriga vill dock ha en bra äldreomsorg som man kan dela ansvaret med. Det fanns äldre vars hjälpbehov nästan enbart var relaterat till svårigheter att ta sig fram på ett främmande språk i ett nytt land, och där deras höga ålder (vid sidan av språket) lyftes fram som det främsta skälet till att de behövde hjälp från sina anhöriga. Anhöriga som

hade erfarenheter av offentlig äldreomsorg var kritiska medan de ofta hade positiva erfarenheter av sjukvården. Några hade tackat nej till insatser då de inte uppfattats som anpassade till den äldres specifika behov, främst när det gällde att få hjälp på det egna språket.

Det är viktigt att påpeka att frågor om åldrande och etnicitet inte enbart gäller äldre invandrare. Sedan den 1 april 2000 har Sverige, enligt riksdagens beslut (prop. 1998/99:143, bet. 1999/2000:KU6, rskr 1999/2000:69), fem nationella minoriteter och fem erkända minoritetsspråk. De nationella minoriteterna är samer, sverigefinnar, tornedalingar, romer och judar. Minoritetsspråken är samiska, finska, meänkieli (tornedalsfinska), romani chib och jiddisch. Enskilda har bl.a. rätt att få äldreomsorg helt eller delvis på dessa språk i vissa geografiska områden. För samiska omfattar det Arjeplogs, Gällivare, Jokkmokks och Kiruna kommuner och för finska och meänkieli Gällivare, Haparanda, Kiruna, Pajala och Övertorneå kommuner.