Förlängt arbetsliv?

- En litteraturstudie av faktorer med betydelse för förlängt arbetslivet som alternativ till tidig pensionsavgång

Arbetslivsinstitutet

Kerstin Nilsson
Arbetslivsinstitutet Syd
2003

Copyright © Arbetslivsinstitutet och författaren 2004

Kerstin.L.Nilsson@arbetslivsinstitutet.se

Tryck: Just Nu, Malmö, 2004-04-06

Ytterliggare exemplar kan beställas från:
Eva Linde
Arbetslivsinstitutet
205 06 Malmö
Elektronisk post: eva.linde@arbetslivsinstitutet.se

Webbplats: www.arbetslivsinstitutet.se/syd

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING 2
INLEDNING 4
Hur gammal är äldre? 4
SYFTE 5
METOD 5
RESULTAT 6
Äldre i ett samhällsperspektiv 6
Äldre i ett grupperspektiv 9
Äldre ur ett individperspektiv 11
Hälsobegreppet 13
Arbetslivets betydelse 15
Vad ger äldre motivation och stimulans i arbetslivet? 16
SUMMERANDE ANALYS OCH DISKUSSION 19
REFERENSER 21

INLEDNING

Senectus ipsa est morbus! – ålderdom är i sig själv en sjukdom, lär den romerske dramatikern Terentius ha sagt. Detta är ett kontroversiellt uttalande och kan inte ses som en sann tes då den samlade effekten av livsstil, sociala omständigheter, skada, sjukdom och genetiska åldersförändringar sammanvägt är det vi kallar åldrande och ålderdom. Hur åldern och ålderdomen gestaltar sig är därför i hög grad individuellt.

Under hösten 2002 initierade projektet *Förlängt arbetsliv* inom det pågående samarbetsprojektet för att integrera forskningen mellan Arbetslivsinstitutet Syd och Region Skånes hälso- och sjukvård. Projektet startades utifrån frågeställningen *Hur kan Region Skåne skapa ett attraktivt och gott arbetsliv för de äldre medarbetarna?* Syftet med initieringen av projektet var att skapa ett kunskapsunderlag inom området förlängt arbetsliv som ett led i Region Skånes målsättning att bli en attraktiv arbetsplats för medarbetarna och Arbetslivsinstitutet Syd forskning och utveckling inom ramen för *Villkor i arbete med människor*.

Hur gammal är äldre?

Ålder och äldre är inte enkelt att definiera. Förutom den kronologiska åldern som börjar ticka från det att vi föds och som framför allt används i socialrättsliga och politiska sammanhang, finns det även en biologisk, funktionell och social ålder. Ålder och äldre används i olika sammanhang främst som en enhet för att relatera någon eller något till någon eller något annat. Men vad relateras det till och vad sätts som normalvärde? Det har inom äldreforskningen utvecklats olika tester för att se om arbetskapaciteten har försämrats för den äldre. Men vad är då det normala värdet för en arbetstagare, det vill säga vilket referensvärde har normalåldern och när inträffar detta? Hög ålder kan sägas ge visdom, respekt, erfarenhet och prestige, men kan samtidigt även sägas orsaka skröplighet, lidande och ett hopplöst föråldrat synsätt. Den subjektivt upplevda åldern är inte minst viktig i diskussionen kring äldre i arbetslivet. Vi känner alla till att man i vissa situationer känner sig som ett barn, medan man i andra känner sig vuxen uppgiften eller kanske alldeles föråldrad i sitt synsätt. En vanlig kommentar är ”man är inte äldre än vad man känner sig!” Kan detta vara en lämplig tes att utgå ifrån vid diskussionen kring äldre i arbetslivet eller är det personnumrets fyra första siffror som ska bestämma när det är dags att avsluta det yrkesverksamma livet? Med denna typ av resonemang är ålder och äldre komplicerat att definiera. I denna studie kommer definitionen av begreppet äldre att utgå ifrån antalet år individen har levt.

Enligt Prognosinstitutet, Statistiska centralbyrån, temarapport 2002:1 (Olsson, 2002) är vid 64 års ålder, ett år före pensionsåldern, endast var fjärde person i arbete. Resterande har någon typ av pension, är arbetslösa eller sjukskrivna. Anledningen till att sluta förvärvsarbeta i förtid är olika för olika individer eftersom de som benämns äldre enligt variabeln födelseår inte är en homogen grupp. Individer drabbas inte av en genomgående försvagning som direkt kan kopplas till antalet firade födelsedagar. Det som framför allt gör att de äldre i arbetslivet inte kan ses som en homogen grupp är variationer av fysiologiska åldersförändringar, kogniti-

va åldersförändringar samt arbetsuppgifternas berikande eller förslitande inverkan på individen. Den samlade effekten av livsstil, sociala omständigheter, skada, sjukdom och genetiska åldersförändringar varierar mellan olika individer och utgör det vi kallar åldrande. Detta innebär att spridningen mellan olika individers åldrande ökar med ökande ålder. I många avseende blir en årskull allt mindre homogen med stigande ålder, de egenskaper vilka framför allt kan antas avta med stigande ålder är kroppskraft och snabbtänkthet. Det finns en större spridning av arbetsförmågan hos personer med samma yrke i 60-årsåldern än vad som visade sig hos personerna 10 år tidigare (Olsson, 2002). I Finland följde en grupp forskare 6257 äldre arbetare under en elvaårsperiod. De kunde konstatera att arbete, livsstil, biologiska faktorer, hälsa och åldrande interagerar. Livsstil, arbete och ålder påverkade drabbandet av sjukdom. Å andra sidan så hade sjukdom, livsstil och arbete effekt på graden av åldrande (Ilmarinen, 1997). Världshälsoorganisationen (WHO) kom vid sitt möte om de äldre arbetstagarna i Helsingfors 1991 med ett antal förebyggande rekommendationer till medlemsstaterna angående de äldre arbetstagarnas hälsa, funktionskapacitet och arbetsförmåga för att öka möjligheten till ett förlängt arbetsliv (Ilmarinen, 1999 sid. 256).

SYFTE

Det övergripande syftet med denna litteraturstudie är att kartlägga olika faktorer som påverkar äldre medarbetare till ett förlängt arbetsliv alternativt tidig pensionsavgång. Studien utgår från följande frågeställningar:

Hur ser de äldre medarbetarnas villkor ut i ett samhällsperspektiv, i ett grupperspektiv och i ett individperspektiv?
Vad finns det för pull och push faktorer till ett förlängt arbetsliv respektive en tidig pensionsavgång?
Vad ger äldre motivation och stimulans i arbetslivet?

METOD

Litteratursökning för att finna relevant litteratur har bedrivits på PubMed, Medline, Arbline, Libris, Lunds universitetsbibliotek, Social- och beteendevetenskapliga biblioteket i Lund, Vårdvetenskapliga biblioteket i Lund, Malmöhögskolas bibliotek, Riksförsäkringsverkets hemsida, Socialstyrelsens hemsida, Statistiska centralbyråns hemsida, Socialdepartementets hemsida, Arbetsmiljöverkets hemsida och Arbetslivsinstitutets hemsida. Litteratur och artiklar har även sökts ur referenslistorna i den studerade litteraturen.

RESULTAT

Åldrandet kan ses som ett vetenskapligt problem och kan studeras i tre olika teoretiska nivåer. Den tredje nivån, samhällsnivån eller makronivån, ser på samhälletsstruktur, ekonomisk fördelning, förändringar och värderingar i samhället och hur detta förhåller sig till äldre individer och åldrandet. Den andra nivån, eller mikro-makronivå ser på individen som gruppdeltagare, hur individer påverkar varandra, gruppmiljön och på hur individerna agerar i olika roller. Den första nivån, individnivån eller mikronivå, ser till hur kroppens organ och intellekt förändras med ökande ålder och hur detta påverkar individen fysiskt och psykiskt. (Tornstam, 1995).

Äldre i ett samhällsperspektiv

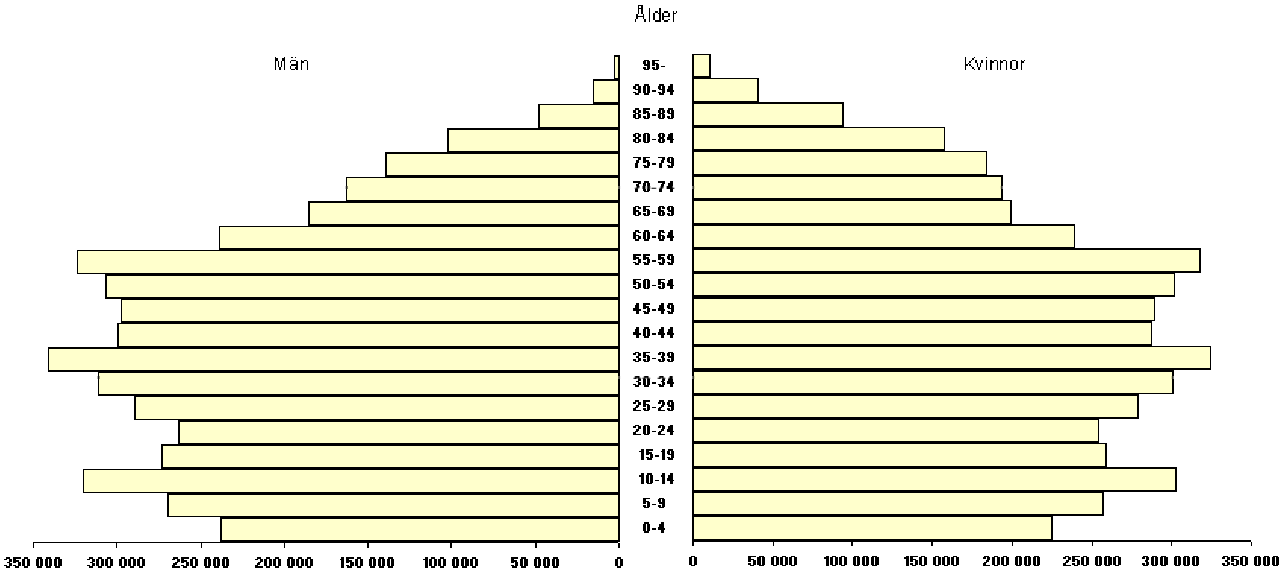
RFV analysen ”Vad får oss att arbeta fram till 65?” (RFV, 2001:4) fann att 48 procent av kvinnorna och 46 procent av männen i åldern 55-64 år ville lämna yrkeslivet i förtid. 67 procent av dessa angav samtidigt att de hade en nedsättning av arbetsförmågan till minst 60 procent. Men det visade sig även att 57 procent av dem som angav att de inte har någon nedsättning av arbetsförmågan även angav att de planerar lämna arbetslivet före 65 år. Det var främst individer med inkomster över det pensionsgrundande inkomst taket på 7,5 basbelopp som planerade att lämna yrkeslivet före 65 år. Sammantaget visade resultatet av undersökningen att individens ålder, den psykosociala arbetsmiljön, arbetsförmåga och ekonomiska drivkrafter är viktiga faktorer för att arbeta fram till 65 (RFV, 2001:4). Detta resultat sammanfaller med två modeller kring orsaken till tidig pensionsavgång vilka är knutna till pensionsvillkor respektive till arbetsmiljöbetingelser. Dessa två modeller benämns attraktionsmodellen och utstötningsmodellen (Marklund, 1995). Attraktionsmodellen ger förklaringar på det minskande arbetsmarknadsdeltagandet med faktorer kring en ökad generositet i socialförsäkringssystemet som vidgat sjukdomsbegrepp, hög ersättning och svag sjukkontroll. Utstötningsmodellen har helt andra faktorer som främst är knutna till arbetet och arbetsmiljön exempelvis dålig fysisk arbetsmiljö, dålig psykosocial arbetsmiljö, arbetslöshet/konjunkturer, yrkesförändringar och låg utbildning. Mycket talar för att det inte går att ge en orsaksförklaring som bara bygger på den ena modellen utan förhållandet är komplext (Marklund, 1995).

När det svenska pensionssystemet infördes 1913 var pensionsåldern 67 år. Medellivslängden var betydligt lägre och de flesta hann aldrig få någon pension. Pensionssystemet infördes som en försäkring som föll ut för att trygga ålderdomen då de blivit orkeslösa efter ett långt arbetsliv. Numera finns det inte längre någon fast pensionsålder utan man kan gå i pension när man vill från 61 års ålder och fram till 70 års ålder. Den ekonomiska ersättningen varierar beroende av vid vilken ålder individen väljer att gå i pension. Medellivslängden i Sverige har ökat till 76,9 år för män och 81,8 år för kvinnor. De flesta som går i pension är även långt ifrån orkeslösa och den faktiska pensionsåldern kryper samtidigt ner i ålder. Den faktiska pensionsåldern beräknad genom ett medelvärde av dem som arbetade vid 50 års ålder, men som någon gång därefter utträtt ur arbetskraften genom förtidspension, tjänstepension eller ålderspension. Beräkningar på detta sätt visar att den

faktiska pensionsåldern år 2000 var cirka 62 år för både kvinnor och män. År 1970 var den faktiska pensionsåldern 66,1 år för män och 61,4 år för kvinnor. Vidare ingick år 1970 cirka 80 procent av de 60-64 åriga männen i arbetskraften mot 56 procent år 2000 (Olsson, 2002).

Utbildningslängden har visat sig ha betydelse för hur länge individen stannar kvar i arbetskraften. Arbetskraftundersökningen (AKU) 2000 visar att av kvinnor 55-64 år med högst 10 års utbildning var bara 55 procent med i arbetskraften, vilket kan jämföras med 71 procent för dem med längre utbildning. För gruppen män 55-64 år var arbetskraftsdeltagandet för med en utbildningslängd på högst 10 år 66 procent, medan det var 76 procent för dem med en längre utbildning (SCB). Det kan förklaras med att en längre utbildning ger möjlighet till ett mindre fysiskt belastande arbete och samtidigt förskjuts debuten ut till arbetskraften uppåt i åldrarna och senareläggs. Eftersom den lagstiftade ålderspensionsutträdet från arbetsmarknaden ligger fast minskar den samlade livsarbetstiden (Olsson, 2002). Den generellt ökande utbildningstiden kommer därför att medföra att hela befolkningens livsarbetstid kommer att bli kortare, allt färre kommer att behöva försörja allt fler (se figur 1). Denna ökande försörjningsbörda ger samhällsekonomiska konsekvenser (RFV 2002:3).

Figur 1:
Sveriges befolkning 31 december 2002 efter ålder och kön

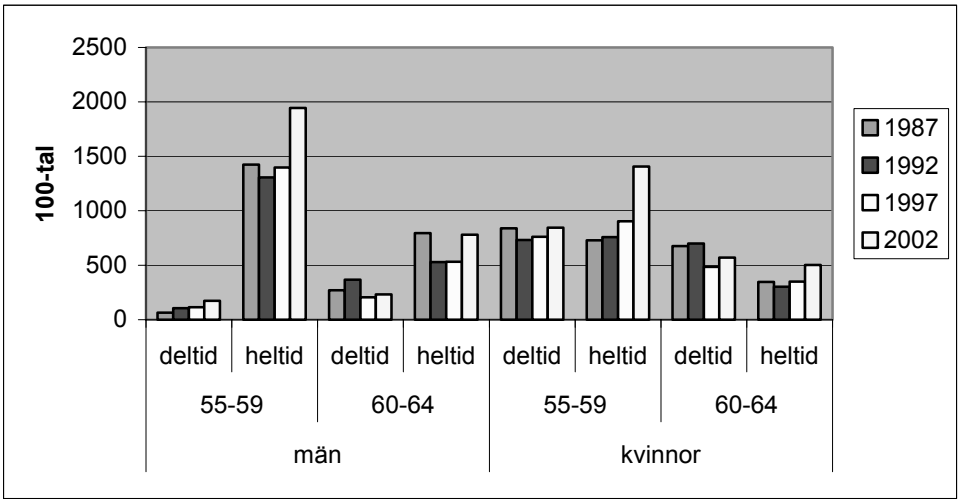


Källa: SCB (http://www.scb.se/)

Det nya pensionssystemet skapades för att ge möjlighet till en större flexibilitet mellan förvärvsarbete och pension. Det finns även ett ekonomiskt incitament genom att förvärvsarbete högt upp i åren ger en högre pensionssumma. Det ger större möjlighet till vidareutbildning och karriär efter 50-årsåldern och för föräldrar i 30- och 40-årsåldern att ägna mer tid åt barnen istället för att slitas mellan föräldrarollen och karriären då karriären kan senareläggas. En förutsättning för detta är att åldersgränser och andra hinder för äldre personers förvärvsarbete och delaktighet i samhällslivet undanröjs (SOU 2002:29).

Vid en granskning av SCB:s arbetskraftundersökning (AKU) går det att skönja en uppåtgående trend av andelen äldre anställda under åren 1987 till 2002 (se figur 2). Trots detta finns det fortfarande tydliga skillnader i antalet anställda mellan åldersgrupperna 55-59 och 60-64 år.

Figur 2:
Antal anställda äldre indelade efter deltid, heltid, ålder och kön.



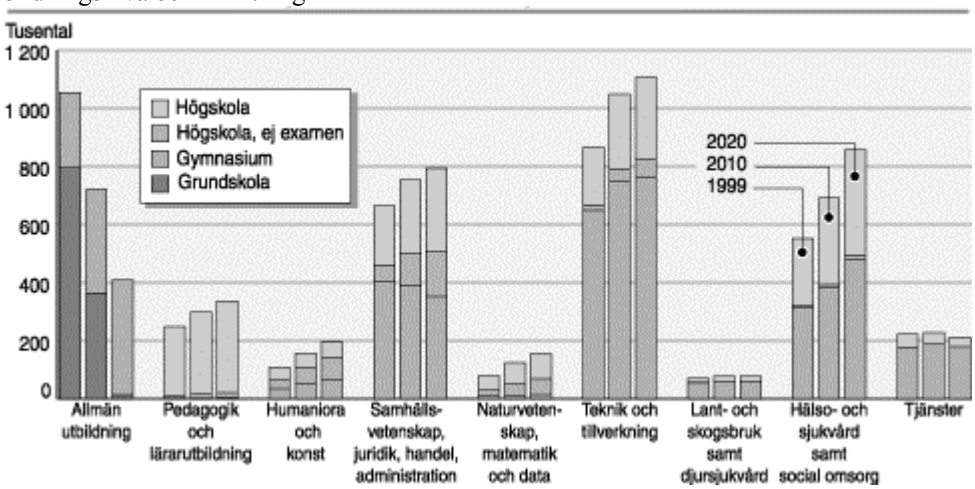
Källa: Siffrorna hämtade från SCB:s AKU undersökning (http://www.scb.se/)

Arbetskraftsdeltagandet minskar även mellan åldersintervallerna 50-54 till 55-59 år med 7-8 procent. Detta har varit i stort sett konstant historiskt sett, bortsett från de konjunkturmässigt svåra åren mellan 1990 och 1995 då det var uppe i en minskning med 11-12 procent (Olsson, 2002). Anledningen till en förtida pensionering är inte enbart av medicinsk eller biologisk karaktär. För tidigt utträde från arbetskraften har även samband med yrke, utbildningens längd, social miljö, socialpolitik och förhållande på arbetsmarknaden (Kilbom, Westerholm, 1996). Det finns en tendens till att de med låg utbildning blir kvar i fysiskt belastande yrken genom hela livet trots att kroppskrafterna sviktar med åren. Kön, socialgrupp, yrkestillhörighet och ålder är samverkande faktorer som gör att individers hälsa och arbetsförmåga till viss del kan förutses. Resultat från folkhälsoforskning och arbetsmiljöforskning måste därför tillsammans bidra till ett långsiktigt arbete med inriktning på att främja hälsan hos de yrkeskategorier och grupper i samhället som visar tecken på sviktande hälsa och nedsatt arbetsförmåga (Kilbom, Torgén, 1996).

Över hälften av kvinnorna i åldern 55-64 år arbetar inom kommun och landsting. Av dessa sektorers anställda är 80 procent kvinnor. Den fysiska arbetsmiljön har tekniskt sett varit svårare att förbättra inom vårdsektorn jämfört med industrimiljöerna. Därtill har resurserna för detta varit begränsade som resultat av besparingskrav under senare år (Olsson, 2002) I ett framtidsperspektiv kommer efterfrågan på arbetskraft inom hälso- och sjukvården att öka (se figur 3). Den ökade efterfrågan på arbetskraft kommer framför allt att gälla högskoleutbildad personal. För att klara av det ökande behovet av personal är det därför av stor vikt att ta tillvara det humankapital som den personal, kunskap och kompetens vilka redan finns inom hälso- och sjukvården utgör (Olsson, 2002). Studier av äldre i arbetslivet har framför allt varit inriktade på yrkesgrupper inom tekniska och manuella

yrken och inte inom vård- och sociala yrken och det finns därför inte tillräcklig kunskap om äldre inom dessa yrkesområden (Hallsten, Solem, 1996).

Figur 3:
Förvärvsarbetande 1999 samt beräknad efterfrågan på arbetskraft 2010 och 2020 fördelad efter utbildningsnivå och inriktning



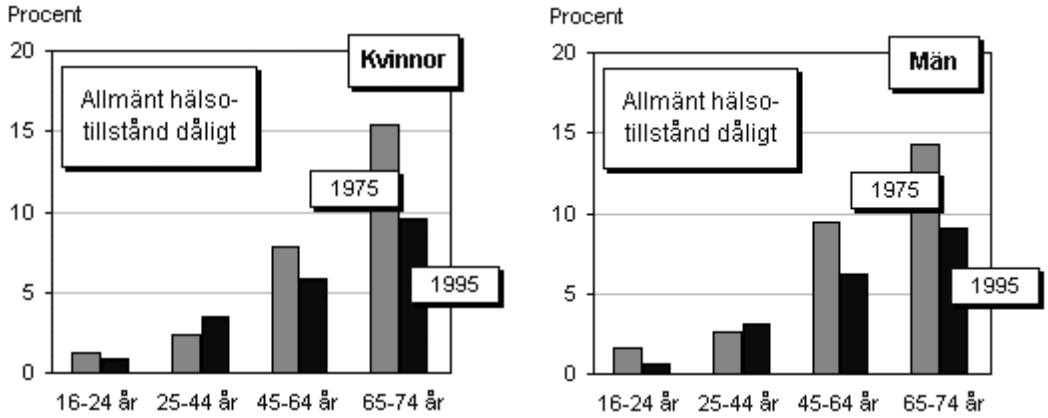
Källa: SCB (http://www.scb.se/)

Äldre i ett grupperspektiv

Oinspirerande arbete, dåligt ledarskap, brist på frihet och missnöje med arbetstidsschemat samt även övervikt är högt relaterat till dålig arbetsförmåga hos äldre. Faktorer som påverkar arbetsförmågan och arbetstillfredsställelsen positivt är någon typ av artistisk hobby och fysisk aktivitet på fritiden. (Tuomi, 2001). Det är viktigt att kraven är i balans med kapacitet hos de äldre arbetstagarna för att de ska orka arbeta kvar (Nygård et al, 1997). En ökad känslighet för stress och en ökning av stressymtom har samband med ökande ålder och med förändringar av arbetet. Särskilt hos äldre kvinnor ökar de psykiska symtomen mer ju mer arbetet förändras, men även de kardiovaskulära och respiratoriska symtomen ökar. Motivations reaktioner som apati, likgiltighet och håglöshet samt lust att stanna hemma på morgonen ökade mest i Huuhtanen et.al (1997) studie av äldres påverkan av stress och omorganisation. Ökad möjlighet till inflytande på arbetet och även en förbättring av arbetstillfredsställelsen minskade stressymtomen hos de äldre (Huuhtanen et al. 1997).

Rapporten Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975-1995 (SCB, 1997) visade på att de som var 65-74 år 1995 angav mindre upplevd ohälsa än den gruppen som var 65-74 år 1975 (se figur 4). Detta visar på en positiv hälsotrend bland de äldre. Åldersskillnaderna i upplevd hälsa minskade därmed genom att de äldres hälsa förbättrats snabbare än de yngres.

Figur 4:
Upplevd ohälsa redovisad i procent efter ålder 1975 och 1995



Källa: SCB (http://www.scb.se/) *Källa:* SCB (http://www.scb.se/)

Seitsamo och Klockars (1996) studie av äldre arbetstagares förändring i hälsa visar på en skillnad mellan diagnostiserad ohälsa och upplevelsen av hälsa. 1981 var det fler som uppvisade en upplevd ohälsa än vad som var diagnostiserat. 1992 upplevde samma personer som nu i högre grad uppvisade diagnostiserad ohälsa en bättre upplevd hälsa. Författarna angav att detta kunde bero på en ändrad uppfattning om sig själv och sin uppfattning vid ökande ålder eller att kriterierna för en god hälsa förändrades med åldern. RFV Arbetsförhållande – orsak till sjukskrivningar (RFV 2003:10) baseras på datamaterial från RFV-HALS 2002 där 10 800 individer i åldern 20-64 år vilka varit sjukskrivna minst 15 dagar mellan den 14 och 27 januari 2002. Analysen från denna undersökning visar att av de kvinnor som varit med om nedskärningar, omorganisationer och mobbing på arbetsplatsen i hög utsträckning angav detta som orsak till sjukskrivningen. De personer som varit sjukskrivna mer än 60 dagar angav i högre utsträckning än de som varit sjukskrivna en kortare tid, att det var arbetet som låg bakom sjukskrivningen. Sammanfattningsvis konstateras att den genomsnittlige individen som uppfattar att sjukskrivningen är arbetsrelaterad är en långtidssjukskriven person med psykiska besvär, allt för höga krav i arbetet, dålig fysisk arbetsmiljö, dåligt socialt stöd samt dålig anknytning till arbetsplatsen. Detta gällde oavsett den sjukskrivnes kön, ålder, civilstånd och födelseland. Det fanns ingen skillnad i uppfattning om orsaken till arbetsrelaterad sjukskrivning som var direkt relaterat till ålder (RFV 2003:10).

I Riv ålderstrappan (SOU 2002:29) beskriver äldreberedningen SENIOR 2005, att det grundläggande för ett bra liv för äldre personer är det samma som för yngre personer, det vill säga en trygg ekonomi, god hälsa, ett bra socialt nätverk, meningsfull sysselsättning och att ha egenmakt att bestämma över sitt liv. Att ha tillgång till flera meningsfulla livsområden minskar sårbarheten och ger en ökad möjlighet att skapa och bevara sammanhang i tillvaron vid förändring och förlust. SENIOR 2005 efterlyser en ökad individualisering av livsloppet istället för en ålderstrappa där det finns nya utmaningar med individuella kombinationer mellan aktivitet och avkoppling för äldre (SOU 2002:29). Vid en undersökning i Japan (Takashi et.al. 2003) av 488 män i åldersgruppen 61 till 64 år visade det sig att de som arbetade mådde bättre fysiskt och psykiskt än de som inte arbetade. Bland dem som arbetade och inte var engagerade i någon fysisk aktivitet hade en hög andel även i övrigt en ohälsosam livsstil och var mer utsatta för livsstilsrelaterade

sjukdomar. Det som sedan 1985 enligt världs hälsoorganisationen (WHO) kallas för arbetsrelaterade sjukdomar inkluderar även den typen av sjukdomar som är livsstilsrelaterade. För att stärka möjligheten till en god fysisk och psykisk hälsa hos de äldre arbetstagarna är det därför viktigt att implementera hälsofrämjande-program på arbetsplatserna och i samhället (Takashi et.al. 2003).

Äldre ur ett individperspektiv

Vid diskussioner kring olika åldersgrupper refereras det ibland till olika åldersstereotyper. Gruppen äldre arbetare beskrivs som långsammare, mindre intresserade av att lära nytt, mindre flexibla och har lättare för att bli uttröttade än sina yngre kolleger. Å andra sidan beskrivs äldre arbetare även som pålitliga, lojala, noggrannare, ordentligare, omsorgsfulla och plikttrognare än deras yngre kolleger. Denna syn förändras då attityden till enskilda individer studeras och övervägs i stället för attityden till äldre som grupp (Warr, 1994). WHO: s dokument ”Activ Ageing, a policy framework” (WHO, 2002) beskriver att den naturliga minskningen av fysisk och kognitiv kapacitet kan kompenseras av de äldres kunskap, visdom och erfarenhet. Minskningen av kognitiv kapacitet hos äldre beror oftast inte på åldrandet i sig utan på motivationsbrist, livsstilsfaktorer, sjukdom och negativ förväntan (WHO, 2002).

Kognitiva funktioner delas upp i kognitiva processer för informationsbearbetning och kognitiva strukturer som kunskap, färdigheter och erfarenheter. Kognitiva strukturer försämras inte med åldern, men den kognitiva processen för generell informationsbearbetning blir med åldern långsammare. Detta har sannolikt att göra med individens fysiologiska förändringar att göra (Hallsten, 1996). Reaktionstiden tycks öka med åldern, men korttidsminnet det vill säga arbetsminnet vilket används för att lagra information för en kortare tid som exempelvis telefonnummer blir inte sämre utan förmågan beror snarare på individens sätt att organisera uppgiften. Att organisera informationen tycks bli bättre om individen har erfarenhet av att ha utfört liknande uppgifter tidigare och utvecklat ett system för åtgärden. Kommer informationen på ett annorlunda sätt än vad den äldre individen är van vid tar det emellertid längre tid för den äldre än för den yngre att strukturera upp och lära in uppgiften, det vill säga det erfarenheten av att bearbeta informationen på ett inövat sätt tycks här istället öka reaktionstiden och ny informationen tar längre tid att lagra. Den formella förmågan till inlärning försvåras trots detta främst av äldre individers lägre tilltro till sina möjligheter att lära (Warr, 1994; Hallsten, 1996).

Kognitiva funktioner skapas genom en kognitiv process. Tidigare erfarenheter formar ett associationsnät vilket inom kognitionsforskning ofta kallas schemata. Schemata kan liknas vid ett program eller instruktion för handling, reaktioner och förväntning vid olika välbekanta situationer. De kognitiva funktioner som bygger på schemata tycks vara stabila eller utvecklas och förbättras över åren. Yrkesfärdigheter kan sägas vara uppbyggda av schemata. Vid tester har äldre varit bättre än yngre på att klara denna typ av kristalliserad intelligens. Skillnaden mellan olika individers försämring av förmågan för denna typ av intelligens vid stigande ålder förklaras troligen av olika individer har tränat dessa förmågor i olika grad och

därmed utvecklat olika stora och olika typer av schemata (Hallsten, 1996). Salthouse (Hallsten, 1996) gjorde tester med yngre och äldre maskinskriverskor. De yngre uppvisade en snabbare reaktionstid och gjorde fler nedslag med tangenterna, men ändå var de äldre lika snabbt färdiga med texten vilket troligen berodde på att de äldre var mer strategiska vid inläsningen av texten. De hade skapat sig egna system att läsa in en längre text och hade därför längre tid på sig för vare tangentnedslag. Detta visar på att äldre har bättre förutsättningar än yngre att fungera väl i situationer i arbetslivet som de har erfarenhet av. Svårigheter kan däremot uppträda när äldre försätts i en helt ny kontext som ställer krav på nytt lärande. I dessa situationer förefaller det betydelsefullt vid inlärningssituationen att den äldre dels ges längre tid och dels får större möjlighet att påverka uppläggningen. Det är särskilt viktigt med en förlängning av inlärningstiden om den äldre personen inte har kunnat utvidga och modifierat sitt schemata genom att förkovrat sig inom sitt eget eller närliggande yrkesområde under en längre tid (Hallsten, 1996).

Åldersförändringar i kroppens anatomi och fysiologi börjar synas redan före 40 års ålder. Detta beror dels på att kroppen åldras, men även på de sjukdomar och skador som individen har varit drabbad av genom livet. Genom faktorer som individens val av kost och motionsvanor kan den fysiologiska åldersprocessen fördröjas. (Kilbom, Torgen, 1996). Äldre individer kan ha lättare att drabbas av sjukdomar genom att de levt längre och därför utsatt för mer yttre-, livstils- och miljöpåverkan som kan orsaka ökad benägenhet för sjukdom än deras yngre landsmän (WHO, 2002). Variationer i muskelstyrkan mellan individer beror till cirka 40 procent på ärftliga faktorer, men kan förbättras och underhållas med fysisk träning (Socialstyrelsen, 2001). Mellan 40 och 65 år försämras det komplicerade samspelet mellan hjärnan, sinnesorganen och rörelseorganen. Åldersförändringar börjar under de här åren även att uppträda i cirkulationsorganen (Kilbom, Torgen, 1996). Hjärt- och kärlsjukdomar ses ibland som en del av det naturliga åldrandet, men den höga andelen förändringar i cirkulationsorganen hos den äldre västerländska befolkningen ska inte enbart tillskrivas en normal åldersförändring utan individernas livsstil ger även här en orsaksförklaring till sjukdomsbenägenhet (Lindeberg, 1994).

De äldre medarbetarna har betydligt större kapacitet än vad vissa stereotyper kring äldre vill göra gällande (Warr, 1994). Åldrandet ska inte ses som en sluttande nedförsbacke för alla funktioner, eftersom förnyelser av celler fortsätter genom hela livet och träning kan därför leda till förbättrade förmågor genom hela livet. Regelbunden fysisk träning ger ett ökat välbefinnande, motverkar hjärt- och kärlproblem, ger ett starkare skelett och en god fysisk förmåga högt upp i åren. (Kilbom, Torgén, 1996). Undersökningar med arbetskapacitetsinstrumentet Work Ability Index (WAI) visar att en minskande arbetsförmåga med stigande ålder uppvisas hos individer i fysiskt krävande arbete och som samtidigt angav låg kontroll över sitt arbete (Pohjonen, 2001). Att inte själv ha fått välja yrke ger en negativ påverkan på hälsan och en ökad psykisk börda som tycks öka med ökande ålder (Volkoff S. 1998). Ökad ålder i sig tycks generellt inte försämra människors förmåga att utföra sitt arbete. Svårigheter som uppstår för äldre kan oftast lösas genom vidareutbildning, anpassning av arbetet, tätare pauser och regelbundna hälsokontroller. Regelbundna hälsokontroller torde även vara ett alternativ för att förebygga ohälsa hos äldre arbetstagare särskilt i yrken med stora säkerhetsrisker.

Sådana satsningar kan öka förutsättningen för att de äldre i arbetslivet ska kunna arbeta fram till pensionsåldern (Hallsten, Solem, 1996).

Hälsobegreppet

Hälsa är ett begrepp som ofta återkommer i samband med äldre i arbetslivet och är en av de viktigaste faktorerna kring ett förlängt arbetsliv. Hur man upplever och definierar hälsa är inte oomtvistat och är av stor betydelse för både individen och samhället. Individens sjukdom, hälsa och restarbetsförmåga ligger tillgrund för Försäkringskassans bedömning av rätten till sjukersättning och utträde ur arbetslivet. Arbetsmiljöns beskaffenhet påverkar på många sätt medarbetarens fysiska, psykiska och sociala hälsa. Individens självskattade hälsa har stor betydelse för motivationen till ett förlängt arbetsliv. Det är viktigt att i diskussioner kring hälsa verkligen lyfta fram hälsa och det friska, det vill säga inte förvirras att enbart stirra sig blind på ohälsa, sjukdom och hinder. Nedan följer några kända teorier kring hälsobegreppet.

Christopher Boorses teorier (Nordenfelt, 1991) om hälsa kan enklast förklaras som avsaknad av sjukdom och kan ses som representant för det klassiska biomedicinska synsättet. En sjukdom enligt Boorse (Nordenfelt, 1991) är en funktionsnedsättning eller abnormalitet som nedsätter överlevnads och reproduktions förmåga, vilket Boorse (Nordenfelt, 1991) kallar för disease. Boorese (Nordenfelt, 1991) definierar sjukdomsbegreppet med: ”*en sjukdom är ett tillstånd hos en individ som förhindrar normalfunktionen hos något organ eller något organsystem hos tillståndets bärare.”* (sid. 76 Nordenfelt, 1991) Enligt biomedicinen så fastställs en sjukdom genom att en läkare ställer en diagnos genom att konstatera avvikelse från en statistiskt fastställd normalfunktion i kroppens och organens maskineri. Den individ som uppvisar värden inom normalintervallen är därmed frisk. Har individen en av läkare diagnostiserad disease så kan individen även lida av illness, det vill säga ett av individen upplevt inre tillstånd som nedsätter den fysiska eller psykiska funktionen och som är oönskad av individen samt motiverar behandling. Illness förutsätter alltid att det finns en disease (Nordenfelt, 1991).

WHO teori är att hälsa enklast kan beskrivas som välbefinnande. WHO har vidareutvecklat sitt hälsobegrepp från den oftast citerade definitionen som återfinns i inledningen till WHO :s konstitution från 1947: ”*Hälsa är ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, ej blott frånvaro av sjukdom eller handikapp*” (sid. 21 Haglund och Svanström 1995). Definitionen anknöt till FN antagna deklaration om de mänskliga rättigheterna. WHO :s definition av hälsa har omformulerats övertiden och 1984 rekommenderade WHO att hälsa betraktas som den grad i vilken individer eller grupper är kapabla att, å ena sidan, förverkliga sina mål och tillfredställa sina behov; å andra sidan, förändra eller hantera sin omgivning. Hälsa ska således betraktas som en resurs i det dagliga livet, inte som livets mål; det är ett positivt begrepp som betonar sociala och personliga resurser såväl som fysisk kapacitet (Ewles och Simnett, 1994).

Ingemar Pörns teori (Nordenfelt, 1991) om hälsa kan enklast förklaras som en teori om balans eller anpassning i livet som ger möjlighet till hälsa. Denna teori

bygger på equilibriumteorin som först lanserades av amerikanskan Caroline Whitbeck (Nordenfelt, 1991). Equilibriumteorin beskriver att hälsan beror på ett tillstånd av jämvikt eller balans mellan individens handlingsförmåga på grund av yttre och inre omständigheter och individens handlingsmål. Grundtanken är att en individ är vid hälsa om hon kan uppnå sina handlingsmål. Pörn beskriver hälsa, enligt Nordenfelt (1991, sid 83) som: "*Health is the state of a person which obtains exactly when his repertoire is adequate relative to his profile of goal. A person who is healthy in this sense carries with him the intrapersonal resources that are sufficient for what his goal require of him.*" Det vill säga "*om en individ inte fullt ut kan förverkliga sina mål då har hon någon grad av ohälsa. Hälsa blir därmed svåruppnåeligt och ohälsa kan ses som graderingen ända upp till den högsta dimensionen och gränsvärdet hälsa"* (enligt Nordenfelt 1991, sid. 83). I denna teori är sjukdom inte ohälsa men kan vara orsaken till att en individ har ohälsa genom att begränsa sin bärares handlingsförmåga. En individ som har en sjukdom men som inte begränsas i sin handlingsförmåga har därmed hälsa. Pörn teori kallas även för adaptednessteorin (anpassningsteorin) eller balansteorin och bygger på att individers förmåga ska väga jämnt med individens mål för att uppnå hälsa. Miljön påverkar individens möjlighet till anpassning eller brist på anpassning för att nå sina mål i livet. Därmed är anpassning (adaptedness) en förmåga hos individen och samhället som skapar möjlighet till hälsa hos individer och grupper (Nordenfelt, 1991).

Lennart Nordenfelts teori (1991) om hälsa kan den förmåga eller kapacitet som en individ har för en god hälsa. Även denna teori bygger på equilibriumteorin (se Pörn ovan). Nordenfelt (1991) definierar hälsobegreppet till att individer har full hälsa om och endast om individen har förmåga att under normalaomständigheter eller standardomständigheterna kan förverkliga alla sina vitala mål. Individen anses inte ha full hälsa om hon bara delvis kan uppnå sina vitala mål. Nordenfelt (1991) beskriver vitala mål som ett tillstånd vilket är nödvändigt för att en specifik individs minimala lycka. Nordenfelt (1991) kopplar samman begreppen hälsa och lycka till att bli: att vara vid hälsa är det samma som att ha förmågan att under standardomständigheter förverkliga sin minimala lycka. Nordenfelt (1991) beskriver tillstånd som tenderar att (men behöver inte) orsaka nedsättning av individens förmåga att uppnå vitala mål. Dessa tillstånd som tenderar att skapa ohälsa kallar Nordenfelt (1991) för maladies. Maladies tillstånd är sjukdom (processer), defekter (medfött) och skador (förvärvat). Maladies behöver inte orsaka nedsättning av individens förmåga att uppnå sina vitala mål, och därmed få ohälsa

Linda Ewles och Ina Simnett (1991) har klassificerat de olika dimensionerna i hälsobegreppet enligt följande:

- FYSISK HÄLSA – berör kroppens mekaniska funktioner
- PSYKISK HÄLSA – förmågan att tänka klart och sammanhängande
- EMOTIONELL HÄLSA – förmågan att uppleva känslor som rädsla, glädje, sorg, vrede och att uttrycka dessa på ett adekvat sätt samt förmågan att hantera stress, spänning, depression och ångest
- SOCIAL HÄLSA – förmågan att skapa och upprätthålla relationer till andra människor
- ANDLIG HÄLSA – livsfilosofi, principer för beteende samt olika sätt att nå sinnesfrid och känna ro i själen

• SAMHÄLLSBETINGAD HÄLSA - en persons hälsa är oupplösligt förknippad med allt som omger honom. Det vill säga, det är svårt att uppleva hälsa i ett sjukt samhälle utan resurser att tillgodose grundläggande fysiska och emotionella behov som mat, kläder och husrum. Det kan även vara svårt att vara uppleva hälsa i ett samhälle som saknar grundläggande mänskliga rättigheter, grundläggande hälso- och sjukvård, kommunikations och rekreationsmöjligheter. Det är inte heller lätt att uppleva en god hälsa när man är utan arbete i ett samhälle som värderar yrkesmässiga insatser högt (Ewles och Simnett, 1994).

Arbetslivets betydelse

Offe (1985) beskriver att det sociologiskt sett finns två mekanismer av stor betydelse för att arbete spelar en så stor roll för individens existens. Den ena mekanismen är nödvändigheten, det vill säga möjligheten till fysisk överlevnad. Den andra mekanismen med betydelse för individen benägenhet till arbete kan ses som graden av socialintegration, med arbete som en av samhällets normativt sanktionerade plikter vilken individen bör uppfylla för att leva ett rättskaffens och moraliskt liv. Offe (1985) anser att i dagens västerländska samhälle är inte arbetet av lika stor betydelse för människors överlevnad som det varit tidigare. Arbetsmoralen är på väg att försvagas på grund av välfärdssamhällets skyddsnät griper in och skyddar ekonomiskt. Att inte arbeta betraktas inte heller längre som ett personligt misslyckande och arbetstiden förkortas alltmer.

Maslows (1970) studier av den mänskliga naturen ledde honom bland annat till den centrala tesen att människor har en medfödd tendens att drivas till en högre nivå av hälsa, kreativitet och självförverkligande. Han beskrev att människor ser tillfredställelse som motivation till att söka ny tillfredställelse och att individer därför driver sig vidare. Så fort ett behov hos en mänskligvarelse är tillfredställt så traktar individen efter ett högre mål. Individens behov organiserade i hierarkisk ordning och är relativ efter styrkan. Organismen domineras och beteendet är organiserat beroende av otillfredsställda behov. Exempelvis så är hungern ointressant för individen då den inte är hungrig (Maslow,1970). Vid en sammanvägning av dessa två teorier finns det risker för att den åldrande medarbetaren upplever en brist på motivation till ett förlängt arbetsliv om de båda mekanismerna för arbetets nödvändighet som beskrivs av Offe (1985) upplevs vara uppfyllda eller undanröjda av den äldre medarbetaren. Möjligen torde även behovstrappans påverkan på motivationen som Maslow (1970) beskriver den göra att motivationen till pension upplevas som större än motivationen till arbetslivet om pensionen ger möjlighet till en bättre upplevd hälsa genom minskad belastning och/eller till en ökad fritid med möjlighet till efterlängtad självförverkligande på ålderns höst.

Vad ger äldre motivation och stimulans i arbetslivet?

Det är inte *vad* som ger stimulans i arbetet, utan *att få* stimulans i arbetet som är viktigt för att behålla en god hälsa och vilja arbeta kvar på arbetsplatsen (Rollof, 1999). Seitsamo och Ilmarinen (1997) har i sin forskning bland annat tittat på arbetstillfredsställelse och livsstil hos äldre arbetstagare. De fann att högst livstillfredsställelse angav de arbetstagare som upplevde sig ha en god eller normal arbetsförmåga. Vid uppföljningsstudien visade det sig att de som visade på en minskande arbetsförmåga även visade på en minskande tillfredsställelse med livssituationen. Studien uppvisade även ett samband mellan fysisk aktivitet minst två gånger per vecka, studier, läsning deltagande i en förening och en god eller normal arbetsförmåga. Ilmarinen et al. (1997) visar i sina resultat att delaktighet i arbetet ensam inte hindrar en minskande arbetsförmågan med åldern. Arbetsförmågan beror även på arbetsinnehållet. Arbetstagare med fysiskt ansträngande arbete uppvisade med ökande ålder den största nedgången i arbetsförmågan. En förändring i hälsostatus hos de anställda har troligen det starkaste sambandet med arbetsförmågan. Seitsamo och Klockars. (1997) menar att istället för att undersöka vilken ohälsofaktor som associerar mest med minskande arbetsförmåga så ska vi istället försöka erbjuda fysisk, psykisk och social aktivering av dem med minskande arbetstillfredsställelse och därmed bryta den onda cirkeln. Tuomi et.al.(1997) visar i sina resultat av studie kring åldrande, arbete, livsstil och arbetsförmåga att det som hade störst samband och praktisk betydelse med förbättring av arbetsförmågan hos de äldre var tillfredsställelse med chefens attityd. Störst samband med en minskning av arbetsförmågan uppvisade variabeln brist på erkännande och uppskattning i arbetet. Andra faktorer som särskilt påverkade äldres arbetsförmåga var statisk fysisk belastning, en orolig och bullrig miljö med stimmande personer, samt missnöje med arbetsrummet vilket förklarades med att en minskad arbetsförmåga även kan ha att göra med upplevelsen av minskad status vid ökat åldrande (Tuomi et.al.1997).

Statistiska centralbyråns (SCB) Arbetskraftundersökning (AKU) har i sin arbetsmiljöundersökning ställt frågor till dem som uppnått 50 år eller mer kring möjligheten att orka jobba fram till ordinarie pensionsålder (se tabell 1). Det mest framträdande för att orka arbeta kvar var förändring av arbetstakten och kortare arbetstid (SCB, 2003).

Tabell 1:
Andel sysselsatta (procent) fördelade efter kön och åldersgrupper 2001.

	Män i ålder 50-64	Kvinnor i ålder 50-64
Har idag svårt att klara av arbetsuppgifterna p.g.a sin ålder	8,1	9,1
Bedömer att man inte kommer att kunna orka arbete fram till ordinarie pensionsålder i nuvarande yrke	15,2	24,1
Bedömer att man endast kommer att orka jobba fram till (av de som sagt att de inte orkar till ordinarie pensionsålder)		
50-54 års ålder	0,7	1,5
55-59 års ålder	14,0	9,8
60-64 års ålder	85,3	88,7
Förändringar som behövs för att man skall kunna arbeta kvar i nuvarande yrke till ordinarie pensionsålder		
Av dem som svarat att de inte bedömer sig orka jobba fram till ordinarie pensionsålder		
Kortare arbetstid	46,8	56,4
Förändring av arbetstidens förläggning	19,0	22,4
Förändring av de fysiska arbetskraven	33,6	36,3
Förändring av den psykosocial arbetsmiljön	29,0	44,2
Förändring av arbetstakten	49,6	58,1

Källa: SCB (2003)

Arbetslivsinstitutet undersökte under 2000 ”Ett hållbart arbetsliv för alla åldrar” (Torgen et.al 2001; SOU 2002:5). Undersökningen studerade under vilka villkor människor kan och vill yrkesarbeta i ljuset av nuvarande erfarenheter från arbetsliv, individ och familjeförhållande samt hälsa. I undersökningen belystes även möjligheter och hinder för att arbeta fram till normal pensionsålder. Enkätundersökningen besvarades av 3 493 personer i åldrarna 25-75 år. Motivationen att stanna kvar i arbetslivet till pensionsåldern varierade mellan individerna, men hälsa och arbetsmiljö var det som ansågs avgöra beslutet. Rätt utbildning ansågs också vara viktigt för att passa in i dagens arbetsliv. De som hoppades att arbeta kvar även efter normal pensionsålder angav att de upplevde att detta vara önskvärt från företagets sida, samt att de behövde vidareutbilda sig för att kunna fortsätta sitt yrkesliv. De psykosociala faktorer som framför allt visade sig ha betydelse för om individen ansåg sig kunna arbeta fram till pensionen var om kraven var högre än den egna förmågan, låg allmän trivsel samt att inte få användning för yrkeserfarenhet och kunskap. Anledningen till att lämna arbetslivet före pensionsåldern ansåg kvinnorna i åldersgruppen 65-75 år var bristen på möjlighet till deltidsarbete. Männen i denna åldersgrupp ansåg att anledningen var att det fanns för få nedtrappningsjobb för äldre. Det var även dessa skäl som angavs i högst utsträckning för åldersgruppen 45-64 år. En stor andel framför allt kvinnor kunde tänka sig att trappa ner på arbetstiden för att underlätta att arbeta kvar. En ledig dag i veckan eller deltidspension ansågs framför allt vara ett alternativ som skulle underlätta att arbeta kvar till pensionen (Torgen et.al. 2001; SOU 2002:5).

En fördjupad analys av studien ovan gjordes av de 784 arbetsmarknadsaktiva i åldrarna 50 till 75 år, i avseende att undersöka under vilka förhållande som man vill yrkesarbeta i framtiden (Nylén, Torgén, 2002). 60 procent av männen och 49

procent av kvinnorna i denna grupp trodde sig arbeta kvar till normal pensionsålder. 21 procent av männen och 11 procent av kvinnorna ville även arbeta kvar efter normal pensionsålder. Många, 54 procent av männen och 68 procent av kvinnorna, ville minska sin arbetstid de sista åren före pensionen. I stora drag hade gruppen som ville arbeta kvar till pensionen en bättre hälsa och ville arbeta heltid. Många av dessa ville arbeta i egna företag, ha goda karriärmöjligheter, en hög inkomst och anställningstrygghet. Deras arbete präglades av låga krav och låg kontroll och de har inga negativa erfarenheter av omorganisation. Kvinnorna i denna grupp bodde oftast ensamma. Gruppen som ville gå ner i arbetstid hade sämre hälsa och arbetsförmåga. De hade ofta ett fysiskt tungt arbete och negativ erfarenhet av organisationsförändringar. Mest markant var att de upplevde att arbetsliv och familjeliv var svårt att förena, vilket gjorde att de kände sig för trötta för att orka med fritidssysselsättningar. I gruppen fanns ett intresse av en minskad arbetstid för att kunna ägna mer tid år fritidsaktiviteter även om detta medförde lägre lön. Det var många i denna grupp som sparade för att kunna sluta tidigare. De kvinnor som ville minska arbetstiden före pension kunde vid undersökningstillfället inte bestämma arbetstiden själv, de ansåg att arbetet påverkade familjelivet men även att familjelivet i viss mån påverkade arbetslivet. Det var viktigt för dem att styra sina arbetstider. Männen som vill gå ner i arbetstid har ofta ergonomiskt belastande arbete. Den grupp som vill fortsätta förvärvsarbeta efter normal pensionsålder visade sig i hög utsträckning ha högskoleutbildning, de arbetade inte regelbundet dagtid, de var egna företagare och hade erfarenhet av ett bra socialt klimat på arbetsplatsen. De som ingick i denna grupp arbetar ofta på en liten arbetsplats och de tycker att det var viktigt med karriärmöjligheter. Speciellt männen i gruppen uppfattade inte att arbetet påverkade familjelivet i speciellt hög utsträckning (Nylén, Torgén, 2002).

De äldres och samhällets attityder är troligen också en mycket viktig variabel både för att de äldre ska stanna kvar i yrkeslivet och för de äldres livskvalité (Vercruyssen, 2003). Finn Age-projektet (Ilmarinen, Louhevaara, 1999) i Finland som syftade till att öka välbefinnandet, hälsan och arbetsförmågan hos äldre, fann att det som uppfattades som viktigast för att arbeta kvar var en reduktion av tidspress och mängd arbete, flexibla arbetstider, en bra arbetsmiljö, en god arbetstillfredsställelse, möjlighet till rehabilitering samt bra företagshälsovård och ledarstil (Ilmarinen, Louhevaara, 1999). För att förebygga fysiska påfrestningar behöver den äldre arbetstagare möjligheter att reglera det egna arbetet och då framförallt att ta pauser i arbetet. För alla äldre och framför allt dem med kroniska hälsoproblem är en hälsofrämjande livsstil ett kraftfullt verktyg. En aktiv fysisk-, psykisk- och sociallivsstil förebygger en allt för tidig nedgång av individens kapacitet och funktionsförmågor. Vid vidareutbildning och kompetensutveckling av äldre medarbetarna är en pedagogik som learning by doing bra, då detta ger en praktisk och aktivt deltagande i lärandet som underlättar de äldres inlärning av ny kunskap. Det är också viktigt att den äldre får ta sig den tid det tar att inhämta den nya kunskapen och väva samman den med sin tidigare erfarenhet (Illmarinen, 2003).

SUMMERANDE ANALYS OCH DISKUSSION

Nedan följer en summering av de faktorer som påverkar de äldres villkor, ger motivation och stimulans, samt fungerar som pull och push faktorer för ett förlängt arbetsliv. Ur dessa faktorer växte det fram en teoretisk modell, vilken visas nedan (figur 5).

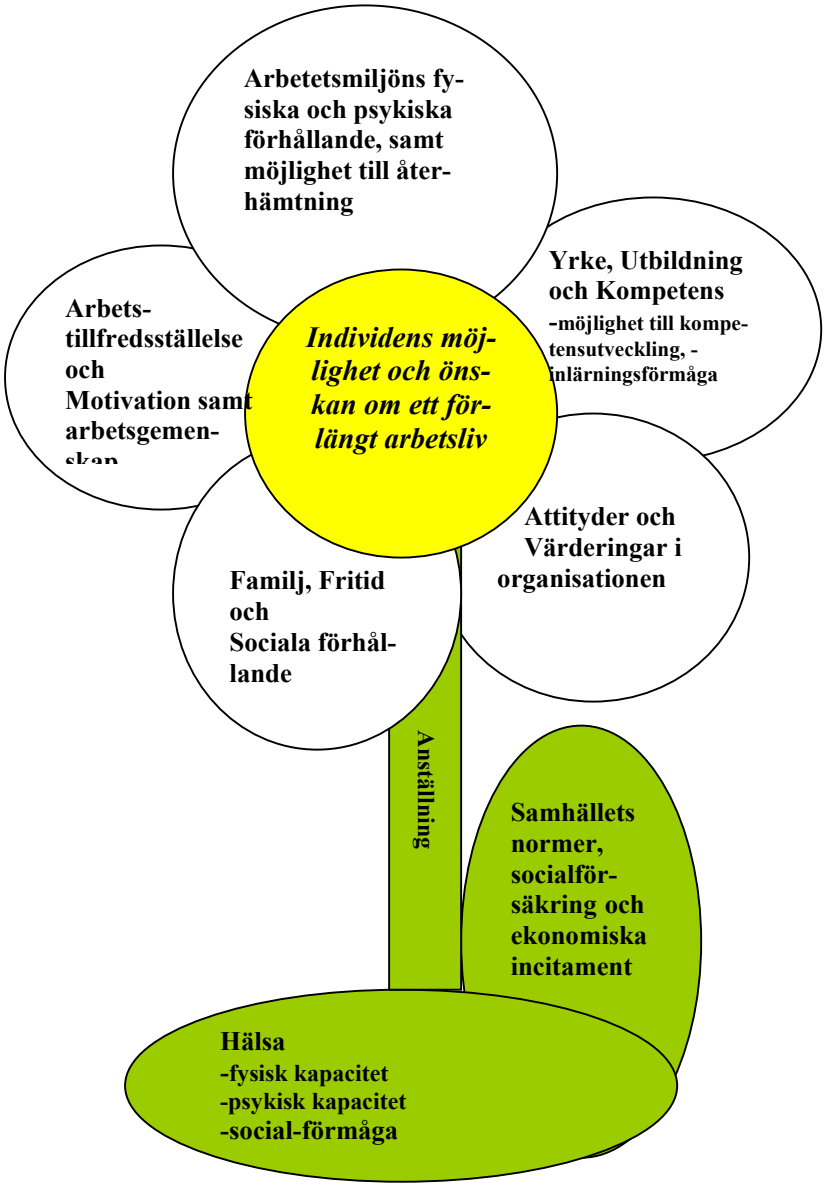
Det framkommer i den studerade litteraturen att individens möjligheter och önskan om ett förlängt arbetsliv utgår ifrån den äldres hälsa. En god fysisk, psykisk och social kapacitet och förmåga skapar de grundläggande förutsättningarna för ett förlängt arbetsliv, utan dessa förmågor finns det inga förutsättningar för att kunna arbeta. En annan grundläggande förutsättning är samhällets normer, socialförsäkring och ekonomiska incitament. Hur är samhället normer ställda? Finns det en kultur att arbeta till 65 år eller ses det som normalt och acceptabelt att genom arbete sluta bidra till den sociala välfärden redan vid 55 år? Vid vilken ålder är det enligt socialförsäkringen möjligt att börja ta ut sin pensionsförsäkring? Det tycks även finnas ett viktigt incitament i vilken ekonomisk ersättning som finns vid en pensionsavgång alternativt ett förlängt arbetsliv. Om den ekonomiska ersättningen vid en tidig pensionsavgång blir i det närmaste lika hög som vid arbete, så försvinner lönearbetets lockande effekt på individen.

En annan viktig faktor är att ha ett arbete. De äldre som befinner sig i arbetslöshet har oftast mindre möjligheter till ett förlängt arbetsliv. Arbetsförmedlingarna har ofta som policy att i första hand arbeta med dem som står närmast arbetsmarknaden. En äldre person kan därför få en lägre prioritet eftersom dessa ofta har någon form av sämre hälsa och kanske en kortare utbildning. En äldre person har även en nackdel i att de inte har så många verksamma år kvar på arbetsmarknaden och det kan av den anledningen upplevas mindre lockande.

De äldre med en anställning har fler förutsättningar till ett förlängt arbetsliv. Här kommer även andra pull och push faktorer in, med möjlighet till ett förlängt arbetsliv alternativt tidig pensions avgång. Arbetstillfredsställelse och motivation är viktiga faktorer för ett förlängt arbetsliv. Det är även viktigt vilka attityder och värderingar som finns i organisationskulturen. Betraktas den äldres kunskap och erfarenhet som viktig eller som förlegad? Är policyn inom organisationen att de äldre ska gå i avtalspension vid 58 år? Detta påverkar den äldres val av tidig pensionsavgång alternativt förlängt arbetsliv. En annan viktig faktor är om den äldre har ett yrke vars kompetens är efterfrågad eller om utvecklingen har sprungit ifrån. Det är därför viktigt att även den äldre får möjlighet till kompetensutveckling och utbildning, samt att dessa läggs på en nivå som underlättar för den äldre. Äldre personer lär på ett annorlunda sätt än barn och yngre, det är därför viktigt att ta med vid planeringen av utbildningar och kompetensutveckling. Den äldre kan annars få en känsla av att vara mindre begåvad i stället för att bli stimulerad av utbildning och kompetensutveckling.

Ytterliggare en annan viktig faktor är hur den äldres familjesituation och fritidsintresse. Det har visat sig att detta kan ha en lockande effekt ut ur arbetslivet om den äldre upplever sig mer stimulerad här än i arbetslivet. Det finns även en tendens till en ökad benägenhet till ett förlängt arbetsliv vid brist på familj och fritidsintresse. Till sist så är arbetsmiljön en mycket viktig faktor för ett förlängt ar-

betsliv alternativt tidig pensionsavgång. Vid en dålig fysisk, psykisk och social arbetsmiljö kan detta öka på den redan åldrade kroppens slitage. Fysiskt svåra förhållande, brist på möjlighet till tillräcklig återhämtning, stress, höga krav och låg kontroll, utfrysning och andra arbetsmiljöproblem är inga goda förutsättningar för ett förlängt arbetsliv. En god arbetsmiljö är därför en mycket viktig faktor som kan förebygga den grundläggande förutsättningen för arbetet, nämligen ***hälsan.***



Figur 5:
Äldre män och kvinnors förmåga och möjlighet till ett förlängt arbetsliv
(Källa: Nilsson 2003).

REFERENSER

Ewles L. Simnett I. (1994) *Hälsoarbete – en praktisk vägledning*. Lund: Studentlitteratur.

Grahn M-L. (2003) Hur ska vi orka till 65? – En kvalitativ studie om äldre medarbetares villkor i arbetslivet på Landskona Lasarett. Malmö, Arbetslivsinstitutet.

Haglund B. och Svanström L. (1995) *Samhällsmedicin – en introduktion*. Studentlitteratur, Lund.

Hallsten L (1996) *Arbete och psykologiska åldersförändringar*. Aronsson G. red. Arbete efter 45. Solna, Arbetslivsinstitutet

Hallsten L. Solem P.E. (1996) *Ålder och arbetsprestation*. Aronsson G. red. Arbete efter 45. Solna, Arbetslivsinstitutet

Huuhtanen P et.al. Changes in stress symptoms and their relationship to changes at work in 1981-1992 among elderly workers in municipal occupations. *Scand J Work Environ Health 1997;23 suppl 1:36-48.*

Ilmarinen J. Aging and Work – coping with strengths and weaknesses. *Scand J Work Environ Health 1997;23:3-5.*

Ilmarinen J. et.al. Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. *Scand J Work Environ Health 1997;23 suppl 1:49-57.*

Ilmarinen J. (1999) *Aging workers in the European Union – Status and promotion of work ability, employability and employment.* Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health Ministry of Social Affirs and Health Ministry of Labour.

Ilmarinen J. Louhevaara V. (1999) *FinnAge – Respect for the aging: Action programme to promote health, work ability and well-being of aging workers in 1990-96.* Helsinki, Finnish institute of Occupational Health.

Ilmarinen J.(2003) *Promotion of Work Ability during Aging*. Ed. Kumashiro M. Aging and Work. London, Taylor & Francis.

Kilbom Å. Torgén M. (1996) *Fysisk förmåga och hälsa bland äldre i yrkeslivet*. Aronsson G. (red.) Arbete efter 45. Solna, Arbetslivsinstitutet.

Kilbom Å, Westerholm P (1996) *Sannolikheten för äldre att arbeta fram till pensionen*. Aronsson G. (red.) Arbete efter 45. Solna, Arbetslivsinstitutet.

Lindeberg S. (1994) *Apparent absence of cerebrocardiovasular disease in Melanesians: risk factors and nutritional conciderations: the Kitava study*. Lund.

Maslow A. H. (1970) *Motivation and Personality, third edition.* New York, Addison Wesley Longman.

Marklund S. (1995) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv.* Lund, Studentlitteratur.

Nilsson K. (2003) *Arbetstillfredsställelse hos äldre läkare och sjuksköterskor*. Malmö, Arbetslivsinstitutet.

Nygård C-H. Et.al. Perceived work changes between 1981 and 1992 among aging workers in Finland. *Scand J Work Environ Health 1997;23 suppl 1:12-9.*

Nylén L. Torgén M. (2002) *Under vilka förhållanden vill äldre personer yrkesarbeta? Arbetslivsrapport 2002:2.* Stockholm, Arbetslivsinstitutet

Nordenfelt L. (1991) *Livskvalitet och Hälsa*. Lindköping, Almqvist och Wiksell.

Offe C. (1985) *Disorganized Capitalism*. Cambridge, Polity Press.

Olsson H. (2002) *Den äldre arbetskraften – Temarapport 2002: 1*. Stockholm, Prognosinstitutet, Statistiska centralbyrån.

Pohjonen T. Preceived work ability of home care workers in relation to individual and work-reated factors in different age groups. *Occup. Med. Vol. 51 No 3,pp. 209-217, 2001.*

RFV Analyserar 2001:4 *Vad får oss att arbeta fram till 65? Stockholm*. Riksförsäkringsverket.

RFV Analyserar 2001:9. *Arbetsgivarens attityder till äldre yrkesverksamma*. Stockholm, Riksförsäkringsverket.

RFV Analyserar 2002:3 *Äldres utträde ur arbetskraften – nu och i framtiden*. Stockholm, Riksförsäkringsverket.

RFV Analyserar 2003:10. *Arbetsförhållande – orsak till sjukskrivningar*. Stockholm, Riksförsäkringsverket.

Rollof J. (1999) *Kreativitet - en handbok för individer och organisationer.* Stockholm, W&W.

Seitsamo J. Ilmarinen J. Life-style, aging and work ability among active Finnish workers in 1981-1992. *Scand J Work Environ Health 1997;23 suppl 1:20-6.*

Seitsamo J. Klockars M. Aging and changes in health. *Scand J Environ Health 1997;23 suppl 1:27-35.*

Statistiska centralbyrån (1997) *Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975-1995.* Stockholm, SCB Välfärdsprogrammet.

Statistiska centralbyrån (2003) *Statistisk årsbok för Sverige2003*. Stockholm, Elanders Novum AB.

Socialstyrelsen (2001) *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm, Epidemiologisktcentrum Socialstyrelsen

SOU 2002:5. *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Stockholm, Socialdepartementet.

SOU 2002:29. *Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring*. Stockholm, SENIOR 2005 Socialdepartementet.

Takashi M. et.al. (2003) *Health Status and Lifestyles of Elderly Japanese Workers.* Ed. Kumashiro M. (2003) Aging and Work. London, Taylor & Francis.

Torgén M. et.al. (2001) *Ett hållbart arbetsliv för alla åldrar*. Stockholm, Arbetslivsinstitutet.

Tornstam L. (1995) *Åldrandets socialpsykologi.* Uppsala, Rabén Prisma.

Tuomi K. et.al. Aging, work, life-styl and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scand J Work Environ Health 1997;23 suppl 1:58-65.*

Tuomi K. et.al. Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occup. Med. Vol- 51 No. 5, pp. 318-324, 2001.*

Vercruyssen M. (2003) *Lifespan Functional Fitness: Encouraging Human Struggle (Physical Activity) and Warning About the Cost of Technology*. Ed. Kumashiro M. (2003) Aging and Work. London, Taylor & Francis.

Volkoff et.al. (1998) *The Statistical Study of the Links Between Age, Work and Health and the ESTEV Survery Example*. Ed. Marquié J.C. Paumès C'au-Bareille D. Volkoff S. (1998) London, Taylor & Francis.

Warr P. (1994) *Age and Employment.* Ed. Triandis H. C. et.al. (1994) Handbook of Industrial and Organizational Psykology. Vol. 4 . California, Consulting Psychologists Press, Inc.

WHO (2002) Active Ageing A Policy Framework. Spain, World Health Organisation.