

VI FÖRÄNDRAR ARBETSMARKNADEN

Äldre i arbetslivet

- en omvärldsanalys

Maria Albin, Emilia Liljefrost, Marianne Parmsund
och Eskil Wadensjö

Stockholm oktober 2017



Förord

Långt och hållbart arbetsliv är en del av socialfondsprogrammets målsättning för att uppnå EU 2020 strategin om ett inkluderande arbetsliv som omfattar alla. I svenska ESF-rådets fokusmål för 2018–2020 finns flera målområden varav några omfattar äldre i arbetslivet. Exempelvis mål om att rikta insatser som rustar kvinnor som är 45 år eller äldre och som har funktionsnedsättningar som medför nedsatt arbetsförmåga. Det finns även verksamhetsmål om att främja insatser som arbetar mot fördomar om målgruppen och som ökar arbetsgivarnas efterfrågan av personer med funktionsnedsättningar som arbetskraft. Andra mål handlar om att initiera insatser som bidrar till att individer som är 55 år och som blivit arbetslösa i syfte att säkerställa att dessa kommer i arbete samt att det görs med satsningar som tar sin utgångspunkt från deras behov och förutsättningar.

Dessa målsättningar för verksamhetsperioden är en strategi för att nå de utpekade förväntade resultaten som finns formulerade i socialfondsprogrammet och som omfattar utvecklad arbetsorganisation, förbättrade arbetsmiljöförutsättningar samt kunskapsöverföring mellan äldre och yngre arbetstagare samt att fler ska kunna arbeta längre.

Rådande normer och föreställningar i arbetslivet är ofta både starka och omedvetna. Det krävs kunskap men även mod och medvetenhet för att bryta. Detta underlag är framtaget för att skapa en kunskapsgrund och för att ge inspiration till evidensbaserade insatser i syfte att förändra arbetsmarknaden för att skapa ett mer hållbart arbetsliv.

Oktober 2017

Lars Löw

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| Förord | 2 |
| Inledning | 5 |
| <i>Socialfonden och mål om ett långt arbetsliv</i> | 5 |
| <i>Socialfonden och mål om hållbart arbetsliv</i> | 6 |
| Sammanfattning | 8 |
| <i>Arbetsmarknad</i> | 8 |
| <i>Åldrande och hälsa</i> | 8 |
| <i>Kritiska huvudområden</i> | 10 |
| <i>Arbetsmarknad</i> | 11 |
| <i>Efterfrågan på arbetskraft</i> | 11 |
| <i>Utbudet av arbetskraft</i> | 13 |
| <i>Lönebildning</i> | 14 |
| <i>Arbetslöshet</i> | 15 |
| <i>Institutionella förändringar</i> | 16 |
| <i>Särskilt utsatta grupper</i> | 17 |
| <i>Några huvudresultat</i> | 18 |
| Modeller för arbetskraftsdeltagande bland äldre | 18 |
| <i>Det normala åldrandet – Ålder är ingen sjukdom</i> | 18 |
| <i>Kognitiv förmåga</i> | 20 |
| <i>Fysisk förmåga</i> | 20 |
| <i>Sinnesorgan (hörsel, syn)</i> | 20 |
| <i>Påverkar arbetet åldrandet?</i> | 21 |
| <i>Är det bra eller dåligt för hälsan att arbeta länge?</i> | 22 |
| <i>Några huvudresultat</i> | 22 |
| Utveckling av befolkningens hälsa | 23 |
| Kronisk sjukdom och arbete | 25 |
| <i>Konsekvenser för arbetsplatsen</i> | 25 |
| <i>Hjärt- och kärlsjukdomar</i> | 25 |
| <i>Lungsjukdomar</i> | 26 |
| <i>Diabetes</i> | 26 |
| <i>Cancersjukdomar</i> | 26 |
| <i>Ett arbete efter individens förutsättningar</i> | 27 |
| Sårbara grupper | 27 |



EUROPEISKA UNIONEN
Europeiska socialfonden

| | |
|--|-----------|
| Gränssnitt till socialförsäkringarna..... | 28 |
| Arbetskraftsdeltagandets relation till välfärdstjänster och pendling..... | 29 |
| Arbetsförmåga | 30 |
| Kompetensutveckling och karriärväxling..... | 34 |
| <i>Möjligheter och hinder för ett hållbart arbetsliv.....</i> | <i>34</i> |
| <i>Förberedelser för omställning.....</i> | <i>35</i> |
| <i>Insatser på arbetsplatsnivå</i> | <i>36</i> |
| <i>Samspel mellan individ och organisation</i> | <i>39</i> |
| <i>Att fortsätta vara anställningsbar.....</i> | <i>40</i> |
| <i>Exempel på interventioner för ett hållbart arbetsliv</i> | <i>42</i> |
| <i>Några utgångspunkter för det vidare arbetet.....</i> | <i>44</i> |
| Exempel på strategier som är värda att ta vidare..... | 45 |
| Tack till..... | 47 |
| Om författarna..... | 48 |
| Referenser | 49 |



Inledning

Svenska ESF-rådet förvaltar Europeiska socialfonden. Förvaltningen sker inom ramen för socialfondsprogrammet vilken är en del av Europa 2020-strategin som sedan 2010 utgör EU:s gemensamma tillväxt- och sysselsättningsstrategi. Strategin syftar till att förbättra förutsättningarna för full sysselsättning och hållbar tillväxt för alla till år 2020 och är uppbyggd kring tre prioriteringar:

- Smart tillväxt; utveckla en ekonomi baserad på kunskap och innovation,
- Hållbar tillväxt; främja en resurseffektivare, grönare och konkurrenskraftigare ekonomi
- Tillväxt för alla; stimulera en ekonomi med hög sysselsättning och med social och territoriell sammanhållning.

Socialfonden har koppling till samtliga överordnade mål men den tredje prioriteringen har särskild betydelse. Det landspecifika målet om sysselsättningsriktlinje omfattar en strävan efter att öka sysselsättningsgraden bland kvinnor och män i åldrarna 20–64 år till 75 procent, bl.a. genom ökat deltagande av ungdomar, äldre arbetstagare och lågutbildade samt genom bättre integration av utrikes födda legala invandrare.¹

EU2020 strategins sverigespecifika mål om sysselsättningsgraden är redan uppfyllt. Under våren 2017 låg sysselsättningsgraden på närmare 82 procent bland kvinnor och män i åldrarna 20–64. Det är den högsta sysselsättningsgraden inom hela EU. Samtidigt visar arbetsmarknadens utveckling på ökande skillnader mellan olika grupper. Exempelvis är arbetslöshetssiffrorna 22 procent för utrikesfödda medan motsvarande tal för inrikes födda är ca 4 procent. Arbetsförmedlingens statistik visar att antalet långtidsarbetslösa ökar. Vissa grupper framstår som mer sårbara på arbetsmarknaden är andra. Personer som har låg utbildningsnivå, är utrikesfödda, har en funktionsnedsättning eller är 55 år eller äldre och som riskerar eller hamnat i arbetslöshet riskerar en svagare förankring i arbetslivet jämfört med andra grupper. Denna rapport fokuserar särskilt på äldre i arbetslivet.

Socialfonden och mål om ett långt arbetsliv

Sverige har en hög sysselsättningsgrad bland äldre i arbetskraften och personer som är över 55 år och som har ett arbete har ofta en stark position på arbetsmarknaden. Samtidigt utgör denna grupp en omfattande del av de långtidsarbetslösa vilket kan tolkas som att om man är äldre än 55 år och hamnar i arbetslöshet råder högre sannolikhet att arbetslösheten blir långvarig. Forskning har även visat att det råder diskriminering i arbetslivet där ålder ges betydelse. En nyligen publicerad IFAU-rapport visar att arbetsgivare tenderar att ge ålder betydelse i samband med rekryteringsprocesser och att ålder blir en negativ faktor redan vid 40 års ålder i urvalsprocesser samt att sannolikheten att bli kontaktad faller snabbare med åldern för kvinnor än för män.²

Utmaningarna och hindren som omfattar äldre i arbetslivet beskrivs i socialfondsprogrammet. Där formuleras problemet i termer av att arbetslösheten bland äldre personer förvisso är jämförelsevis låg

¹ Mer om socialfonden och EU2020 strategin kan exempelvis hittas på s. 8 i Socialfondsprogrammet 2014–2020

² Carlson och Eriksson (2017).



sett till andra EU-länder. Samtidigt noteras det att de äldre som har en svag förankring i arbetslivet riskeras att drabbas av långa tider i arbetslöshet.

Det står även skrivet att det kan finnas flera förklaringar till äldres relativt svaga ställning på arbetsmarknaden. Exempelvis högre anställningskostnader, arbetsgivarnas attityder, avtalspensionssystemets utformning och normerna för utträdet från arbetslivet.³ Socialfonden uppmärksammade även gruppen äldre i arbetslivet i samband med föregående programperiod.

Erfarenhet från bl.a. EU:s temaår om solidaritet mellan generationerna och projekt inom Socialfonden omnämns också i denna programperiod.⁴ Erfarenheten visar bl a betydelsen av en strukturerad kompetensöverföring från äldre till yngre på arbetsplatsen. Resultatet från aktiviteterna under temaåret pekar på värdet av en öppenhet för att ta till vara potentialen i en ömsesidig kunskapsöverföring eftersom det medför ett värde för såväl berörda personer som för arbetsplatsen.

Målgruppen äldre i arbetslivet uttrycks både direkt och indirekt genom mål om ett långt och hållbart arbetsliv exempelvis i termer av vikten av möjlighet till ett livslångt lärande. I förhandsvillkoren och urvalskriterierna för målområde 1 och där socialfondsmålen om att utveckla möjligheterna till kompetensutveckling nämns bl a äldre arbetstagare som en av de grupper som är relevanta att göra insatser för.⁵

Socialfonden och mål om hållbart arbetsliv

Hållbart arbetsliv är en röd tråd i socialfondsprogrammet och formuleras som betydelsen av att skapa ett långsiktigt hållbart arbetsliv där människors potential tas till vara och utvecklas under hela arbetslivet.⁶

Sammanhanget som målet är placerat i omfattar bl a de demografiska förändringarna på arbetsmarknaden och som innebär att färre ska försörja fler. I socialfondsprogrammet står att detta ställer ökade krav på ett mer hållbart arbetsliv som gör det möjligt för kvinnor och män att stanna kvar på arbetsmarknaden högre upp i åldrarna.⁷

Möjligheten att utforma utlysningar och bedriva projekt för personer som är äldre och som finns i arbetskraften ryms i programområde 1. Detta målområde ska bidra till sysselsättning, tillväxt och ett hållbart arbetsliv genom kompetensutveckling som utgår från verksamhetens krav och arbetsmarknadens behov. Ett av de förväntade resultaten för programområde 1 är att projekt bidragit till ett hållbart arbetsliv genom att fler stannat kvar längre i arbetslivet.⁸

Programområde 1 innefattar möjligheten att synliggöra befintlig kompetens och erfarenhet i problemanalysen. Vilket kan belysa hur:

³ Socialfondsprogrammet 2014–2020

⁴ S. 15 Socialfondsprogrammet 2014–2020

⁵ S. 149 Socialfondsprogrammet 2014–2020. Se även sidan 151 och formuleringarna om yrkesutbildning. Även här utgör äldre arbetstagare en av de utpekade målgrupperna.

⁶ S. 14 Socialfondsprogrammet 2014-2020

⁷ S. 24 Socialfondsprogrammet 2014-2020

⁸ S. 39 Socialfondsprogrammet 2014-2020



- De personer som deltar i insatser kan stärka sin position på den egna arbetsplatsen samtidigt som deras anställningsbarhet och förmåga till omställning och karriärväxling ökar.
- Utveckla såväl individernas kompetens som arbetsorganisationen, t.ex. genom att synliggöra och dokumentera kompetensöverföring mellan erfarna och nyanställda medarbetare.

I socialfondsprogrammet beskrivs även att andra insatser kan innebära utveckling av arbetets organisering t.ex. för att minska arbetsrelaterade besvär och att sådana insatser bidrar till ett hållbart arbetsliv med goda möjligheter till utveckling för både kvinnor och män samtidigt som verksamheten utvecklas positivt.⁹

Möjligheten till kompetensutveckling är också något som formuleras som ett sätt att skapa goda förutsättningar för ett hållbart arbetsliv. Detta uttrycks i socialfondsprogrammet i termer: "Med hjälp av kompetensutveckling och ett individuellt utformat stöd att finna, få och behålla ett arbete kan Socialfonden bidra till ett hållbart arbetsliv där kvinnors och mäns kompetens och potential utvecklas och tas till vara."¹⁰

En annan övergripande princip som uttrycks i programmet är tillämpning av jämställdhet mellan kvinnor och män. Vilket även är en av de tre horisontella principer som också utgör krav för programgenomförandet under programperioden 2014–2020. I socialfondsprogrammet uttrycks att jämställdhet ska bidra till att skapa förutsättningar för ett hållbart arbetsliv för både kvinnor och män.¹¹

Äldre i arbetslivet framstår som en av de grupper som är centrala i socialfondsprogrammet. Områden som stöds av programmet och som kan ligga till grund för möjliga projekt som främjar ett långt och hållbart arbetsliv är exempelvis följande:

- Möjligheten till kompetensutveckling.
- Arbetsgivares förmåga att ta tillvara på äldre arbetstagares kompetens.
- Kunskapsöverföring mellan generationerna.
- Organisatoriska och arbetsmiljöförutsättningar som innebär goda förutsättningar för ett långt och hållbart arbetsliv.
- Jämställdhet mellan könen

Dessa utpekade områden är några av de saker som beskrivs i socialfondsprogrammet och som framhålls som av särskild stor vikt för äldre arbetstagare. Denna rapport ger en översikt över äldres personers möjligheter och vad vi vet om vad det innebär att åldras i arbetslivet samt hur arbetslivets normkorridorer skapar förutsättningar i praktiken för ett långt och hållbart arbetsliv.

⁹ S. 142 Socialfondsprogrammet 2014-2020

¹⁰ S.177 Socialfondsprogrammet 2014-2020

¹¹ S.181 Socialfondsprogrammet 2014-2020

Sammanfattning

Arbetsmarknad

Nedan sammanfattas viktiga trender vad gäller arbetsmarknad och åldrande och hälsa, samt några huvudfrågor vad gäller kompetensutveckling och karriärväxling. Avslutningsvis identifieras några kritiska huvudområden.

Befolkningen i Sverige åldras, liksom i många andra länder. Därmed åldras också arbetskraften. Parallellt sker en ökning av kraven på arbetskraften vad gäller utbildning, vidareutbildning och social kompetens. Arbetskraftsutbudet har förändrats genom att den genomsnittliga utbildningsnivån ökat kraftigt (äldre tenderar dock att ha kortare utbildning än yngre), att en ökande andel är född i utlandet, att befolkningen i aktiv ålder i högre utsträckning är 55 år och äldre, och åldern då man lämnar arbetskraften tenderar att stiga. De äldre arbetar i högre omfattning deltid och det är vanligt att övergå från heltid till deltid innan man lämnar arbetslivet.

Lönen tenderar att stiga med anställningstiden (utöver den generella löneökningen). Det innebär att äldre ofta har högre lön än yngre som har liknande arbetsuppgifter. Detta kan innebära att det är svårt för en äldre person som blir arbetslös att få ett nytt arbete med samma lön. Det är vanligt att söka och ta arbeten med lägre kvalifikationskrav och lägre lön fram till pensioneringen.

Unga blir arbetslösa oftare än äldre, men äldre som förlorar sin anställning har en betydligt högre risk för långa arbetslöshetsperioder än unga. Arbetsförmedlingen och de olika trygghetsråden har en viktig roll. Det är viktigt att ansträngningarna att hitta ett nytt arbete sker redan under uppsägningstiden och den tid som täcks av olika former av ersättningar. Det är vanligt att de som har låga eller osäkra inkomster inte är medlemmar av en arbetslöshetskassa.

Introduktionen av det nya inkomstpensionssystemet har haft olika effekter för olika grupper och de föreslagna reformerna med högre pensionsålder m m kommer troligen att öka dessa effekter. Särskilt utsatta grupper är de som redan nu har betydande problem att hålla sig kvar på arbetsmarknaden fram till 65 eller 67 år: personer med kort utbildning/okvalificerade yrken, utrikes födda samt personer med funktionsnedsättning. Funktionsnedsättning har i merparten av fallen tillkommit under livsloppet. Många tillhör mer än en av dessa kategorier. De som har lättare att fortsätta att arbeta upp till högre ålder, som ofta önskar detta och där höjningar av åldersgränser i pensionssystemen kan underlätta, är personer med högre utbildning i kvalificerade tjänstemannaarbeten. Totalt kan alltså de föreslagna förändringarna bidra till ett högre arbetskraftsdeltagande bland de äldre – men skillnaderna i utträdesålder mellan olika grupper kan komma att öka. Detta talar för att åtgärder som förbättrar arbetsmiljön i t ex fysiskt krävande yrken, samt anpassning av anställningar och arbetsuppgifter vid funktionsnedsättning, är angelägna för att underlätta för dem som tillhör dessa utsatta grupper att fortsätta arbeta under fler år.

Åldrande och hälsa

Ålder kan beskrivas utifrån födelseår (kronologisk ålder) eller utifrån fysisk och mental kapacitet (biologisk ålder). Under våra första levnadsår kommer dessa båda åldersmått att vara närmast identiska, men med tilltagande ålder kommer de att variera allt mer mellan individer. Spridningen i både mental och fysisk kapacitet vid en given kronologisk ålder ökar. Det normala åldrandet är i allmänhet ingen begränsande faktor i arbetslivet vad gäller mental förmåga. Åldersrelaterade förändringar av syn och hörsel kan hanteras med enkla åtgärder vad gäller t ex belysning och akustisk miljö. Däremot är den minskade fysiska styrkan begränsande för många som har ett fysiskt



krävande arbete, återhämtningstiden efter en kraftig ansträngning ökar också med åldern. Problemet accentueras av om den enskilde har låg kontroll över sitt arbete och om det finns otillräcklig tid för återhämtning. Detta ställer höga krav på arbetsplatsstrategier för möjlighet till karriärväxling för dem som har ett tungt arbete, men också en förstärkt samhällslig infrastruktur för att växla arbetsgivare/yrke "mitt i livet".

Folkhälsan förbättras, inte bara vad gäller livslängd utan också vad gäller antalet friska år. Förändringen sker snabbt, med påtagliga iakttagbara effekter under en så kort period som de senaste 15 åren. Ett bekymmersamt inslag är att hälsovinster har en stark social gradient (mätt exempelvis som utbildningsnivå), vilket gör att framstegen är väsentligt mindre för dem som enbart har förgymnasial utbildning jämfört med dem som har en eftergymnasial sådan. För kvinnor med enbart förgymnasial utbildning har medelåldern ökat med bara 0,3 år mellan år 2000 och 2015, för kvinnor med eftergymnasial utbildning är ökningen 1,6 år under samma period. För både män och kvinnor är medellivslängden för dem som har gymnasieutbildning tre år längre än för dem som har förgymnasial utbildning. För den som har eftergymnasial utbildning är den ytterligare två till tre år längre. Det innebär att de hälsomässiga förutsättningarna för att arbeta upp till t ex 67 eller 69 års ålder varierar starkt med utbildningsnivå.

Risken att drabbas av kronisk sjukdom ökar med åldern, men förbättrad behandling gör att allt fler kan arbeta trots att de har eller har haft en allvarlig sjukdom. Även om de allra flesta inte behöver en anpassning av arbetet, kommer arbetsplatserna ändå att behöva vara mer flexibla med tanke på de anpassningsbehov som kommer på grund av att en högre andel av arbetskraften har en kronisk sjukdom.

Flera vanliga folksjukdomar har kända riskfaktorer i arbetsmiljön (t ex kombinationen av höga krav och låg kontroll, s k job-strain, långa arbetsdagar, skiftarbete, luftföroreningar, buller), men relativt lite är känt om hur en sjukdoms prognos påverkas av arbetet. I avsaknad av annan information kan det vara rimligt att anta att det som kan orsaka att en sjukdom också tenderar att försämra dess prognos. Det är viktigt att olika åtgärder genomförs i samförstånd med den anställde då det är viktigt att den som fått en kronisk sjukdom känner en trygghet i sin anställning.

Betydande andelar av befolkningen anger att arbetets mentala eller fysiska krav överstiger deras kapacitet, liksom att de inte tror att de kommer att kunna klara sitt arbete om två år. Rapportering av detta är prediktivt för en ökad risk för att lämna arbetslivet i förtid. I Stockholms län angav 20 procent av kvinnorna och 16 procent av männen i åldrarna 50–64 år att de inte trodde att de kunde klara sitt arbete om två år. Bland kvinnor och män födda utanför Norden var andelen betydligt större – 35 respektive 32 procent.

I vissa yrkesgrupper var det betydande andelar (20–40 procent) som upplevde att arbetets krav översteg den egna förmågan och för flera grupper gällde det både de mentala och fysiska kraven. Andelen som är kvar i arbete vid 65 års ålder varierar kraftigt mellan olika yrkesgrupper med högst andelar för högre tjänstemän och betydligt lägre (omkring hälften) för tunga och eller okvalificerade arbetsuppgifter. Skillnaderna mellan män och kvinnor i samma yrkesgrupp är små. En slutsats är att nationella förändringar i policy som enbart lutar till ekonomiska incitament riktade mot den enskilde och ett förstärkt anställningsskydd riskerar att ytterligare minska överensstämmelsen mellan den enskildes kapacitet och arbetets krav och i längden påverka arbetshälsan negativt med en accentuerad social gradient.

Det finns en viktig interaktion mellan arbetskraftsdeltagande och välfärdstjänster (t ex äldreomsorg) framför allt för kvinnor.

Kritiska huvudområden

Vår genomgång visar att det finns betydande glapp mellan krav och förväntningar från samhällets sida vad gäller ett förlängt arbetsliv, samt möjligheter och förutsättningar för enskilda branscher, organisationer och individer att agera. Det betyder att det är angeläget att klargöra både de möjligheter och hinder som finns för äldre arbetskraft att vara fortsatt anställningsbar för att kunna arbeta kvar till nya normer för en höjd pensionsålder.

Såväl på europeisk som nationell nivå finns ett flertal initiativ för att öka antalet arbetade år i befolkningen. Den europeiska arbetsmiljöbyrå (EU-OSHA) har påtalat ett behov av att öka samarbetet mellan arbetsgivare, medarbetare och företagshälsovård för att uppnå ett hållbart arbetsliv i alla åldrar. Insatser på arbetsplatsnivån är avgörande för att genomföra de förändringar som krävs. Ett problem är att infrastrukturen för att t ex genomföra ett åldersmedvetet systematiskt arbetsmiljöarbete har försvagats genom att företagshälsovården i Sverige har en minskande täckningsgrad med både en tydlig gradient i relation till socioekonomisk ställning på arbetsmarknaden (lägre för arbetare än för tjänstemän) och till kön (lägre för kvinnor), samt en kraftig försvagning av det förebyggande arbetsmiljöarbetet. De anställda eller deras representanter medverkar inte i majoriteten av upphandlingarna av företagshälsovård vilket försvagar anpassningen till verksamhetens behov.

Även med en sådan infrastruktur på plats kan möjligheterna att tillgodose ett anpassningsbehov hos den befintliga arbetsgivaren vara begränsade. Modellen med arbetsgivarringar är därför en intressant möjlighet att närmre utvärdera, liksom Finsam, som samordnar rehabiliteringsinsatser mellan olika offentliga aktörer.

Kanske finns ändå de största utmaningarna i att utveckla medvetna strategier för kompetensutveckling på arbetsplatsen, värdering/validering av erfarenhetskunskap och internutbildning, stärka samhällets infrastruktur vid byte av arbetsgivare/yrke sent i livet samt att åtgärda de arbetsmiljöer som inte är hållbara i ett livsloppsperspektiv. Det gäller t ex fysisk belastning, arbetstider och arbeten med bristfällig organisatorisk och social arbetsmiljö. Alltför höga mentala krav ger sjukdom och utträde från arbetsmarknaden i unga år, medan fysisk belastning och otillräcklig återhämtning är utslagsgivande i högre åldrar.

Samtidigt kvarstår givetvis i högre ålder en effekt av arbetsvillkoren i unga år. Det finns flera intressanta projekt som pågår runt om i landet för att komma tillrätta med dessa problem, men det är ofta svårt att veta om de har avsedd effekt därför att de inte utvärderas systematiskt. Det finns ett betydande behov av att göra detta och också att starta nya projekt som med hjälp av den forskningsbaserade kunskap som finns genomför systematiskt utvärderade interventioner.

Det är viktigt att få ett tillräckligt stort antal projekt som täcker särskilt utsatta grupper och också olika typer av arbetsmarknadsregioner. Samtidigt finns också ett behov av att utvärdera effekter av insatser på makronivå – t ex förändring av pensionssystemet – med avseende på arbetslivslängd (med hänsyn tagen till olika exitvägar), hälsa och ekonomiska effekter på individ- och samhällsnivå. Eftersom arbetsvillkor och hälsoläge blir alltmer heterogena är det angeläget att följa utfallet i relation till bl a socioekonomisk grupp, kön, födelseland och medfödda och förvärvade funktionshinder.

Sektorer med betydande utmaningar vad gäller att arbeta till högre ålder är tillverkningsindustrin, byggsektorn, service (hotell, restaurang, städ m m), samt vård, omsorg och skola. Huvuddelen av de nya arbetstillfällena kommer i småföretag och många blir också egenanställda. Det finns skäl att närmre följa utvecklingen här både vad gäller svårigheter och de lösningar som skapas.

Arbetsmarknad

Arbetsmarknaden genomgår i Sverige som i andra länder ständigt omfattande förändringar. Det gäller utbudet av arbetskraft, efterfrågan på arbetskraft, lönebildningen och olika lagar och överenskommelser som reglerar villkoren på arbetsmarknaden. Här ska huvuddragen beskrivas med speciellt fokus på effekterna för dem som är 55 år och äldre.

Sverige har som många andra länder en åldrande befolkning och därmed också en åldrad arbetskraft. Huvudorsaken till att arbetskraften åldras är att fertiliteten är lägre än den nivå som krävs för en stabil befolkningsstorlek och att mortaliteten är låg bland dem i aktiv ålder. Att mortaliteten är lägre bland dem som är i åldersgruppen över aktiv ålder innebär att försörjningsbördan för dem i aktiv ålder ökar. Kvoten mellan antalet som inte är i aktiv ålder och antalet som är i aktiv ålder ökar gradvis även om denna utveckling är mindre markant i Sverige än i flertalet andra europeiska länder.

Befolkningens åldrande motverkas av en invandring som framför allt består av personer i yngre aktiv ålder och deras barn (det kommer dessutom ett inte oväsentligt antal ensamkommande barn). Tillskottet till antalet sysselsatta blir dock mindre genom att många av dem som kommer till Sverige har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden.

Vi ska nedan behandla förändringar i arbetsmarknadens olika komponenter i Sverige och i andra länder för att sedan sammanfatta några av de viktigaste slutsatserna.

Efterfrågan på arbetskraft

Sammansättningen av efterfrågan av arbetskraft förändras kontinuerligt. Den kan beskrivas och analyseras på olika sätt och på olika nivåer. En övergripande förändring är förskjutningen mellan olika sektorer. Utvecklingen har gått från ett land med merparten sysselsatta i jordbruket till en under många decennier ökande andel sysselsatta inom tillverkningsindustri, och sedan 1960-talet till ett allt större antal och andel sysselsatta inom olika servicesektorer.

Inom sektorerna sker också stora förändringar. En förändring inom många tillverkningsföretag är en utlokalisering av olika funktioner till serviceföretag och andra företag. Funktioner som tidigare gjordes internt inom företagen som städning, bevakning, lunchservering, transporter, bokföring, marknadsföring mm utförs nu ofta av företag inom främst olika delar av servicesektorn. Tillfälliga variationer av efterfrågan på arbetskraft möts av inhyring av arbetskraft från bemanningsföretag (dvs. företag som klassificeras som att ingå i servicesektorn i den offentliga statistiken).

En annan förändring är en teknisk utveckling som innebär att allt fler av arbetsmomenten görs av maskiner och de anställda främst programmerar, styr och övervakar maskinernas arbete. Produktiviteten ökar – det krävs mindre arbetskraft per producerad enhet. Denna utveckling mot ökad produktivitet är betydligt långsammare inom servicesektorn än inom industrin, framför allt inom de delar av servicesektorn där kontakten mellan anställda och kunder/nyttjare är mycket väsentlig.

Men man ska dock inte glömma bort att det finns en utveckling bort från rutinarbeten också inom betydande delar av tjänstesektorn som t ex inom bankverksamhet och handel.

En annan viktig förändring inom tillverkningsindustrin, men också inom andra delar av arbetsmarknaden, är en förändrad yrkesstruktur inom företagen. Andelen som har tjänstemannaarbeten ökar och andelen som har arbetaryrken minskar. Bland såväl tjänstemän som arbetare ökar kraven på kunskaper. Fler av tjänstemännen har arbeten som kräver akademisk utbildning och fler av arbetarna är yrkesarbetare med en långvarig yrkesutbildning bakom sig.

Delvis sammanhängande med dessa utvecklingstendenser är en utveckling mot att arbetsställena har färre anställda. De riktigt stora industriarbetsställena med tusentals anställda finns inte längre eller har betydligt färre anställda. De arbetsgivare som har flest anställda återfinns inom kommunal och landstingskommunal sektor och till viss del inom statlig sektor (som universitet, försvar och arbetsförmedling). Det finns också mycket stora företag inom handeln som IKEA och H&M. Det finns också kedjor inom detalj- och grosshandel med totalt många anställda som ICA, Hemköp och Coop.

Att näringslivets sammansättning förändras innebär också att arbetskraftefterfrågans sammansättning förändras regionalt. Långsiktigt sker det en urbanisering av Sverige liksom av andra länder. Det innebär att det finns delar av landet som har en minskande befolkning. Det gäller bland annat delar av Norrland men också Blekinge. De unga lämnar i betydande omfattning avfolkningsbygderna (flickor gör det i större utsträckning än pojkar) medan de äldre blir kvar. De äldre påverkas därvid indirekt av den regionala omvandlingen. Det är i avfolkningsområden ofta ett överskottsutbud av personer med kort utbildning och okvalificerade yrken samtidigt som det är svårt att rekrytera kvalificerad arbetskraft som t ex läkare, psykologer, lärare och socialsekreterare.

Vad innebär då dessa förändringar av näringslivet och den offentliga sektorn för arbetskraften och då speciellt för den äldre arbetskraften? Dessa förändringar innebär ökade krav på arbetskraften. För det första innebär de ökade krav på utbildning – såväl teoretisk utbildning som yrkesutbildning. Går vi tillbaka några decennier var gymnasieutbildning (att ha tagit studenten) en hög utbildning – merparten av ungdomarna gick ut i arbetslivet utan en sådan utbildning. Nu är det snarast en miniminivå. Merparten genomgår en gymnasieutbildning och en stor del av ungdomarna fortsätter till högre utbildning. Det är svårt för unga att få ett arbete utan att ha en fullständig gymnasieutbildning. Äldre kan till viss del kompensera en kort utbildning med att ha mer arbetslivserfarenhet.¹²

Snabbare omvandling av arbetslivet innebär också att det blir större krav på dem som är i arbetskraften att byta arbetsgivare och arbetsuppgifter. De livslånga anställningarna blir mindre vanligt förekommande. Det pekar på ökade krav på vidareutbildning.

En annan viktig förändring är ökade krav på social kompetens. Där är utvecklingen mot en större vikt för servicesektorn en viktig del av förklaringen men inte hela. Samarbete i arbetslag och bemötande av kunder har blivit allt viktigare. Det innebär bland annat att de som har vissa typer av funktionsnedsättningar, speciellt psykiska, har fått det svårare på arbetsmarknaden.

Hur påverkar då dessa utvecklingstendenser de äldre i arbetslivet? Många av de äldre har kort utbildning. I många fall kan det kompenseras av att de har erfarenhet som uppväger den korta

¹² I det etablerade sambandet för att förklara vilka faktorer som påverkar en persons inkomst, Mincerekvationer, ingår som förklarande faktorer dels antal utbildningsår som personen har, dels antal år som personen varit i arbete. Det senare i både linjär och kvadrerad form – vilket pekar på avtagande avkastning av antalet år i arbetslivet.

utbildningen. Problemet är oftast inte att behålla ett arbete (många äldre har mycket långa anställningar på svensk arbetsmarknad), utan att de som har förlorat sin anställning ofta har svårigheter att få ett nytt arbete. Många företag lägger varje år ner sin verksamhet och många gör större omstruktureringar där också de äldre får lämna. Och då får många det svårt att få ett nytt arbete – många arbetsgivare anställer istället yngre som har en längre utbildning (och som kanske inte har samma lönekrav). En del av de äldre som har längre utbildning har kanske inte heller den utbildning som efterfrågas av arbetsgivarna.

Utbudet av arbetskraft

Arbetskraftsefterfrågan och arbetsutbudet möts på arbetsmarknaden. Även arbetsutbudet har genomgått stora förändringar över decennierna. En viktig förändring är att den genomsnittliga utbildningsnivån har höjts mycket. En andra viktig förändring är att en ökande andel av arbetskraften är född i utlandet. En tredje viktig förändring är att fler i aktiv ålder är äldre och att gränsen för i vilken ålder man lämnar arbetskraften har tenderat att stiga sedan mitten av 1990-talet¹³.

Som tidigare nämnts har den genomsnittliga utbildningsnivån höjts markant. Det har blivit ovanligt att ha en utbildning som är kortare än gymnasieutbildning. Att inte ha fullständig gymnasieutbildning innebär en risk att sorteras bort tidigt vid rekrytering av arbetskraft, att ofta inte bli kallad till en anställningsintervju.

Många har akademisk utbildning. Detta att ha en utbildning innebär inte att man är färdigutbildad – mycket av färdighetsutbildning sker i praktiken på arbetsplatserna. Kraven på kunskaper inom olika yrken förändras över tiden, vilket pekar på vikten av vidareutbildning. Det pekar också på att avbrott från arbete genom arbetslöshet eller av andra skäl kan innebära att de kunskaper som personen har kan bli obsoleta och att det därför kan bli svårt att få ett nytt arbete. Det kan vara fallet inte minst för äldre arbetstagare.

Att ha en viss utbildning innebär inte alltid att man får ett arbete som motsvarar den utbildning som man har. En del har mer kvalificerade arbeten (de är underutbildade), men betydligt oftare har personer arbeten som kräver mindre kvalifikationer än de som de har (de är överutbildade). Detta att vara överutbildad är betydligt vanliga bland dem som har vissa utbildningar¹⁴ och bland dem som är utrikes födda.¹⁵

Sverige har varit ett invandringsland sedan andra världskriget.¹⁶ De som kom under 1940-talet och 1950-talet har pensionerats och lämnat arbetskraften. Under 1960-talet och 1970-talets första år kom många arbetskraftsinvandrare. Den största gruppen kom från Finland, men många kom också från andra nordiska länder och från medelhavsländer. Många av arbetskraftsinvandrarna fick fysiskt krävande arbeten inom tillverkningsindustrin och inte så få lämnade arbetskraften tidigt genom förtidspensionering. Det var av olika skäl svårare för dem att komma vidare till arbeten med mindre krav vad gäller fysisk kapacitet. Många av dem som är kvar i arbetslivet är nu äldre och är på väg att

¹³ Se Wadensjö (2011) för en genomgång av utvecklingen från de första åren av 1960-talet fram till 2010-talet enligt arbetskraftsundersökningarna.

¹⁴ Se Boguslaw och Wadensjö (2011) för en jämförelse av grupper med olika typer av akademisk utbildning.

¹⁵ Se Andersson Joona, Datta Gupta och Wadensjö (2014) för en undersökning av överutbildning bland utrikes födda i Sverige.

¹⁶ Se Wadensjö (2012) för en översikt av svensk invandringshistoria.

lämna det. Vi ska emellertid komma ihåg att det under hela efterkrigstiden också funnits en arbetskraftsinvandring av mycket högt kvalificerad arbetskraft, specialister av olika slag.

Från mitten av 1970-talet har flyktinginvandringen varit mer omfattande än arbetskraftsinvandringen. Även i denna grupp finns både personer med kort och personer med lång utbildning. Gemensamt för båda grupperna är att en del av dem har haft betydande svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden. Många av de flyktingar som kom på 1970-talet (från bland annat Chile), på 1980-talet (från bland annat Iran) och på 1990-talet (från bland annat Bosnien-Hercegovina) är nu i äldre aktiv ålder eller kommer att bli det under de närmaste decennierna. Dessa flyktinggrupper har lyckats etablera sig på arbetsmarknaden (t ex Ekberg 2016), men de grupper av flyktingar som har kommit senare har haft betydligt större svårigheter. Det innebär en utmaning för arbetsmarknaden och arbetsmarknadspolitiken.

Med en åldrande befolkning så ökar andelen av dem i aktiv ålder som är i äldre aktiv ålder (55 år och äldre) och också antalet som är i åldern närmast över (65 år och äldre). Det finns åtgärder som har gjorts för att öka andelen i äldre ålder som är i arbetskraften. Några exempel är: 1) införandet av det nya avgiftsbaserade pensionssystemet, 2) höjningen av LAS-åldern från 65 till 67 och 3) olika förändringar av systemet för förtidspension/sjukersättning som gör det svårare att få ersättning för dem som är äldre.¹⁷ Andelen som arbetar bland de äldre har också ökat markant både bland dem som är mellan 55 och 65 år och bland dem som är än äldre.

Sammanställningen av utbudet av arbetskraft bland de äldre skiljer sig i olika avseenden från det för dem som är yngre. Den största skillnaden är att en högre andel arbetar deltid. Det är så också i en del andra europeiska länder medan det i andra europeiska länder är det helt dominerade att gå direkt från heltidsarbete till ett liv som pensionär. (Dubois, Runeanu och Anderson 2016). Sverige ligger på fjärdeplats i Europa efter Nederländerna, Finland och Belgien vad gäller hur vanligt det är att gå från heltidsarbete via deltidarbete till att helt lämna arbetslivet. Det skiljer sig mellan olika yrken hur vanligt det är sett i europeiskt perspektiv. Det är bara något vanligare för kvinnor än för män att gå från heltid till deltid. Däremot vet vi från andra undersökningar att det är vanligt att kvinnor i olika åldrar arbetar deltid, men i den här undersökningen redovisas andelen som övergår från heltid till deltid åren före utträdet i arbetslivet och inte den totala andelen som arbetar deltid bland dem i äldre aktiv ålder.

Lönebildning

Lönerna sätts dels genom beslut av arbetsgivare vid anställningen och även senare, dels genom förhandlingar med fackliga organisationer och med dem som anställs och dem som redan är anställda. Lönesystemen skiljer sig mellan olika arbetsgivare. Vanligt är att lönen stiger med anställningstiden (utöver den generella löneökningen). Äldre har högre lön än yngre i samma företag med liknande arbetsuppgifter – med en senioritetsbaserad lön får de med högre senioritet högre lön. En förklaring till förekomsten av sådana lönesystem är att de kan ge incitament till goda prestationer – om du presterar bra får du stanna kvar och får en högre lön. Det är alltså ett sätt att behålla arbetskraft för företaget. Det innebär dock att lönen kan vara högre än värdet av bidraget till produktionen när en person blir äldre. Företag gör sig dock i regel inte sig av med personer före

¹⁷ Se Sjögren Lindquist och Wadensjö (2009) för en genomgång av utvecklingen av det svenska pensionssystemet över tiden och Sjögren Lindquist och Wadensjö (2013) för de olika åldersgränserna.

"pensionsåldern". Det skulle då förlora i trovärdighet när det vill anställa nya medarbetare. Se olika arbeten av Edward Lazear för en analys av denna fråga.¹⁸

Men om en person förlorar sitt arbete i högre ålder men före pensionsåldern innebär det samtidigt att denne har svårt att få ett arbete med samma lön och om personen kräver en sådan lön blir resultatet i regel arbetslöshet. Vanligt är då att söka och ta arbeten med lägre kvalifikationskrav och lägre lön fram till pensioneringen – vad som i amerikansk terminologi kallas "bridging jobs". I USA ledde finanskrisen 2008 till att många som redan var pensionerade fick lägre pensioner (pensionsfonder gjorde stora förluster och kunde inte stå fast vid sina utfästelser). De ledde till en återgång till arbetslivet för inte så få och ofta till just denna typ av okvalificerade arbeten.

Vid mindre löneökningar med åldern på arbetsplatserna ökar svårigheterna för äldre som förlorar sitt arbete att få ett arbete på samma lönenivå. I USA ledde först höjningen av åldern för rätt att stanna kvar på en arbetsplats (höjning av lägsta ålder för "mandatory retirement") och sedan ett avskaffande av denna åldersgräns till att företagen förändrade lönesystemen så att lönerna ökar mindre med åldern.

Arbetslöshet

Unga blir arbetslösa oftare än äldre. De har ofta svårt att hitta ett första arbete och de arbeten de får är ofta av tillfällig art – inte tillsvidareanställning utan vikariat, provanställningar eller andra typer av kortvariga anställningar. De har också enligt lag (Lagen om anställningsskydd, LAS) och överenskommelser mindre anställningstrygghet.

De äldre som förlorar sin anställning och blir arbetslösa har däremot ofta långa arbetslöshetsperioder, betydligt längre än vad de unga har. Det tar längre tid innan de får ett nytt arbete och en del lämnar arbetsmarknaden och tar en pension tidigare än vad de planerade innan de förlorade sitt arbete. Den ersättning som utgår under arbetslösheten varierar med längden på arbetslöshetsperioden, om personen är medlem av en arbetslöshetskassa eller inte och om personen är täckt av ett kollektivavtal och i så fall på hur detta är utformat.

Hur omfattande arbetslösheten blir beror främst på konjunkturvariationerna. Vid lågkonjunkturer ökar arbetslösheten för de flesta grupper i samhället. Men arbetslösheten beror också på hur snabbt strukturomvandlingen går. Både för unga och äldre gäller att en låg allmän arbetslöshet motverkar risken för att bli arbetslös också för dem.

Risken för långa arbetslöshetsperioder för de äldre som förlorar sina arbeten innebär att Arbetsförmedlingen och också de olika trygghetsråden har en viktig roll (Walter m fl 2015). Det är viktigt att ansträngningarna med att hitta ett nytt arbete sker redan under uppsägningstiden och under den tid som täcks av olika former av ersättningar. Många är inte medlemmar av arbetslöshetskassor. Antalet som inte är medlemmar ökade sedan medlemsavgifterna höjdes 2007. Det är vanligt att de som har låga eller osäkra inkomster inte är medlemmar av en arbetslöshetskassa.

¹⁸ Se t.ex. Lazear (1979) för det första av hans många bidrag till forskningsområdet.

Institutionella förändringar

Olika institutioner och olika institutionella förändringar har betydelse för hur det går för de äldre och också för andra grupper på arbetsmarknaden. Sådana institutioner och förändringar av dem kan påverka arbetskraftsefterfrågans sammansättning, utbudets sammansättning, lönebildningen och arbetslösheten. Vi ska här koncentrera oss på de förändringar som kan ha mer direkt inflytande på de äldres arbetskraftsdeltagande.

Viktigt är utformningen av socialförsäkringarna och kompletterande avtalsförsäkringar. Det gäller reglerna för pensionssystemet men inte bara det. Åldersreglerna i pensionssystemet är av central betydelse. Vad är den lägsta tillåtna pensionsåldern? Vad är den normala pensionsåldern? Till vilken ålder finns ett skydd enligt Lagen om anställningsskydd (LAS)? Hur varierar pensionens storlek med i vilken ålder den börjar tas ut? Hur är reglerna för deltidspensionering? Det är några viktiga frågor och vad svaren är på dem påverkar utträdesåldern.

Den lägsta åldern vid vilken man tidigare kunde ta ut en ålderspension var 60 år. I det nya inkomstpensionssystemet är den 61 år. Den årliga pensionen blir lägre om den tas ut från 61 år än om den tas ut vid högre ålder, eftersom pensionen är avgiftsbaserad och då den tas ut tidigare ska betalas under fler år. Det finns förslag om att den lägsta pensionsåldern ska höjas ytterligare – till 63 års ålder.¹⁹

Det finns ingen formell pensionsålder i det nya inkomstpensionssystemet. Den vanligaste åldern vid vilken man börjar ta ut pension är fortfarande 65 år (en rest från det tidigare systemet) men en ökande andel börjar ta ut pensionen vid en annan ålder än 65. Den genomsnittliga pensionsåldern är stigande. Här är det viktigt att komma ihåg att den ålder en individ börjar ta ut pension och den ålder samma individ slutar arbeta ofta inte är densamma.

En faktor bakom den stigande pensions- och utträdesåldrarna är att Lagen om anställningsskydd (LAS) numera gäller fram till 67 år ålder mot tidigare fram till 65 års ålder. Det har gjort att fler fortsätter att arbeta efter 65. Det gäller främst vissa grupper med längre utbildningar. Det finns ett förslag om att höja denna ålder ytterligare, närmast till 69 års ålder.

Det finns i den nya inkomstpensionen ett skydd för dem som kommer att få en låg pension för att de har haft låga inkomster från arbete. Denna pension, garantipensionen, som kan tas ut från 65 års ålder är prisindexerad till skillnad från inkomstpensionen som är indexerad till den allmänna inkomstutvecklingen i ekonomin. Det innebär långsiktigt att de som endast har en garantipension kommer att få en allt lägre inkomstnivå jämfört med andra pensionärer.

Vilka är det då som kommer att ha så låga inkomster att de får en hel eller en partiell garantipension? Det är de som har varit utanför arbetskraften under längre perioder eller har arbetat deltid. Kvinnor har oftare än män haft en sådan arbetslivskarriär när de pensioneras. Denna skillnad mellan kvinnors och mäns arbetskraftsdeltagande minskar dock efterhand. Andra grupper som ofta har haft låga eller inga inkomster under aktiv ålder är personer med olika typer av funktionsnedsättningar samt inte så få utrikesfödda. Flyktingar som kommer i aktiv ålder har ofta färre år i arbetskraften i Sverige (att de har arbetsår i hemlandet räknas inte) och många av dem har svårt att etablera sig på

¹⁹ Det finns en utveckling mot högre pensionsålder i flertalet europeiska länder. Ett undantag kan bli Polen. Pensionsåldern höjdes där till 67 år men det finns ett förslag från den nya polska regeringen att sänka den till 60 år för kvinnor och 65 år för män. Se Chlon-Domincak (2016).

arbetsmarknaden i Sverige och får därmed också färre år med avgifter till det inkomstgrundande svenska pensionssystemet.

Även regler inom andra delar av socialförsäkringssystemet har betydelse. Hur ser reglerna ut för tidig pensionering av hälsoskäl; förtidspensionering/sjukersättning? Hur länge går det att uppbära arbetslöshetsersättning för någon som i äldre aktiv ålder har blivit arbetslös? På båda dessa områden har stora förändringar skett under de senaste decennierna. Förändringarna innebär att det blivit svårare för äldre att lämna arbetskraften tidigt och få ersättning från andra socialförsäkringar än ålderspension. Under ett par decennier fanns det en möjlighet för dem som var 58 år och tre månader eller äldre och som blev arbetslösa att först få arbetslöshetsersättning under ett år och nio månader och sedan en förtidspension av arbetsmarknadsskäl upp till 65 års ålder, en konstruktion som kallades 58,3-pensioner. Den möjligheten togs bort i början av 1990-talet, men det fanns en liknande möjlighet under ytterligare ett antal år.

Även avtalspensioner är viktiga för många. För vissa grupper med relativt höga inkomster är de belopp som betalas från dem betydligt högre än de belopp som de får från inkomstpensionen. Avtalspensionerna kan ha andra regler för från vilken ålder pensionen kan tas ut än vad som gäller för inkomstpensionen. Avtalspensionerna har förändrats markant under de senare decennierna. Det finns en utveckling från förmånsbestämda ("defined benefit") till avgiftsbestämda ("defined contribution") system inom de olika avtalsområdena. Det har inneburit en försäkring för dem som har arbetat deltid under ett antal år (vilket främst gäller kvinnor). Alla sysselsatta har inte rätt till en avtalspension. Många egenföretagare har inte tecknat avtal om en avtalspension och en del anställda är inte täckta av kollektivavtal.

Särskilt utsatta grupper

Introduktionen av det nya inkomstpensionssystemet har haft olika effekter för olika grupper och de föreslagna reformerna (högre pensionsålder mm) kommer troligen att få än mer olika effekter för olika grupper. De grupper där det främst finns många som redan nu har betydande problem att hålla sig kvar på arbetsmarknaden fram till 65 eller 67 år är de som har kort utbildning/okvalificerade yrken, de som har någon form av funktionsnedsättning och de som är utrikes födda. Dessa kategorier är inte varandra uteslutande. Många tillhör två eller alla tre av dessa grupper.

De som har kort utbildning och har haft okvalificerade arbetaryrken har oftare haft fysiskt mer krävande arbeten och har redan nu i många fall svårigheter att arbeta fram till den vanliga åldern för uttag för pension (65 år), och de lämnar därför ofta arbetslivet med andra typer av inkomstersättningar (som sjukersättning). En förändring av åldersgränserna kommer knappast att underlätta för denna grupp att arbeta kvar under fler år.

En del personer har sedan födseln funktionsnedsättningar, andra får sådana under barndomen, men merparten av dem som har funktionsnedsättningar får det senare under livet. Det innebär att andelen som har funktionsnedsättningar är högre bland dem i äldre aktiv ålder än bland dem i yngre aktiv ålder. Inte heller för denna grupp kan ha höjning av pensionsåldern förväntas få några effekter på arbetskraftsdeltagandet bland dem som är äldre.

De arbetskraftsinvandrarerna som kom under 1960-talet och början av 1970-talet kom i många fall till fysiskt krävande arbetaryrken. Inom sådan yrken är det som nämnts ofta svårt att vara kvar under

äldre år. Detta att komma till fysiskt krävande yrken gäller också för en betydande del av flyktinginvandrarna. Många är i yrken där det är svårt att fortsätta att arbeta högre upp i åldrarna.

För personer med högre utbildning i kvalificerade tjänstemannaarbeten är det ofta lättare att fortsätta att arbeta upp till högre ålder. De önskar ofta också att fortsätta att arbeta. En höjning av olika åldersgränser i pensionssystem kan underlätta ett sådant fortsatt arbete. Totalt sett kan de föreslagna förändringarna bidra till ett högre arbetskraftsdeltagande bland de äldre – men skillnaderna mellan olika grupper vad gäller utträdesålder kan komma att öka.

Det som här anförts pekar på vikten av åtgärder som förbättrar arbetsmiljön i fysiskt krävande yrken och också att anpassa anställningar och arbetsuppgifter för dem som har olika typer av funktionsnedsättningar. Sådana åtgärder skulle kunna underlätta för personer i de här beskrivna riskgrupperna att fortsätta att arbeta under fler år.

Några huvudresultat

De äldre påverkas av olika utvecklingstendenser på arbetsmarknaden. Här har främst några uppmärksammats: i) strukturomvandlingen av näringslivet och därmed efterfrågan på arbetskraft, ii) ökade krav på utbildning, iii) lönesystemet och iv) lagar och avtal. Det är viktigt att fördjupa studierna på samtliga dessa delar av arbetsmarknaden för att bättre förstå den äldre arbetskraftens möjligheter och villkor. Det är också viktigt att uppmärksamma de grupper som har svårt att arbeta upp till högre aktiv ålder

Modeller för arbetskraftsdeltagande bland äldre

Det är som framgått av flera olika orsaker viktigt att underlätta för äldre att arbeta fler år än vad som för närvarande är fallet. Olika modeller kan därvid var för sig eller gemensamt bidra till en sådan utveckling. Förändrade, mindre fysiskt påfrestande arbetsuppgifter med stigande ålder kan vara en modell. En annan modell kan vara att underlätta en nedgång i arbetstid eller en förändrad förläggning av arbetstiden. En tredje modell kan vara vidareutbildning som kan göra att äldre bättre kan klara av förändrade arbetsuppgifter eller kunna gå vidare till nya arbetsuppgifter eller nya arbeten och arbetsplatser.

Det normala åldrandet – Ålder är ingen sjukdom

I det följande beskrivs de förändringar i mental och fysisk förmåga som följer med det normala åldrandet. Detta är förändringar som på gruppnivå skiljer en äldre från en yngre medarbetare. Samtidigt skall man vara medveten om att skillnaderna i detta "biologiska åldrande" mellan olika individer också ökar med åldern. I början av livet är det ingen skillnad mellan vår kronologiska och biologiska ålder, men i sen medelålder är den variationen betydande. Ökande ålder är en stark riskfaktor för olika kroniska sjukdomar. Detta behandlas i ett separat, senare avsnitt. Det finns flera modeller som utvecklats för att förklara samband mellan arbete – arbetskraftsdeltagande och hälsa.

Den modell som utvecklats av Kerstin Nilsson (Nilsson 2013) beskriver individens överväganden utifrån bl a följande fyra aspekter:

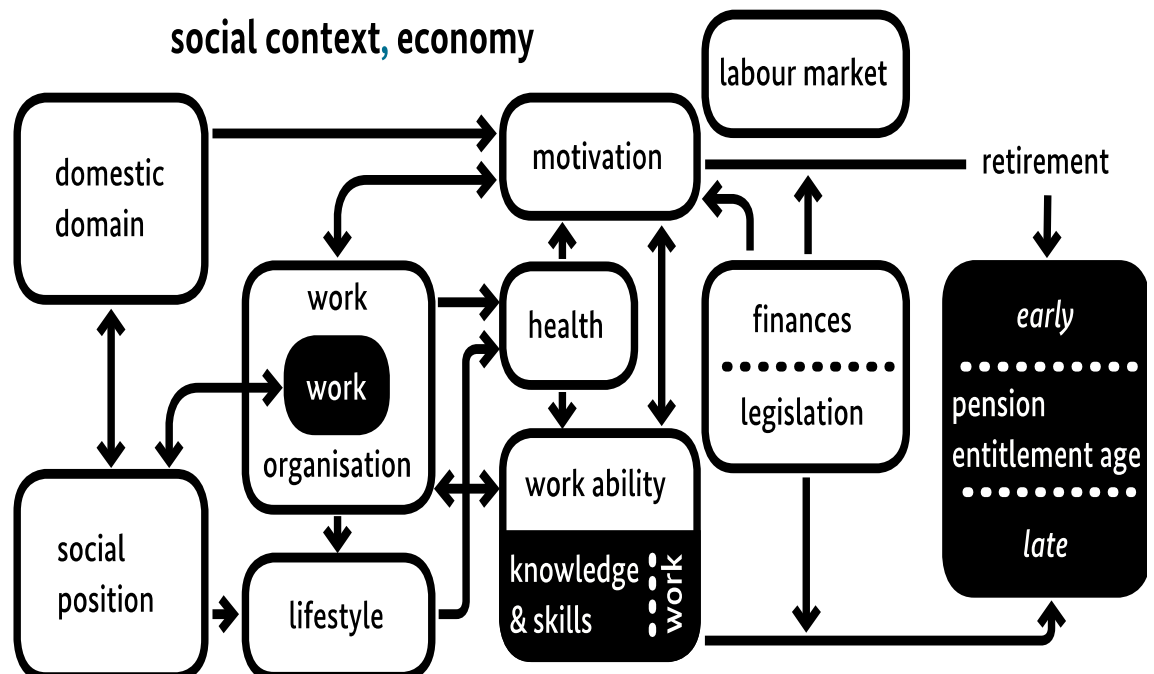
1. Arbetsmiljö i relation till egen hälsa

2. Privatekonomi
3. Social inkludering och deltagande
4. Möjlighet till meningsfulla och berikande aktiviteter

Modeller som baseras på studier av arbetshälsa i ett livsloppsperspektiv betonar följande faktorer för ett hållbart arbetsliv (M Härmä, Finska arbetsmiljöinstitutet, Helsingfors, muntligt meddelande)

- 1) Ungdomsår: Etablering i arbetslivet. Olycksfallsrisk. Risk för mental ohälsa.
- 2) Mellanperiod: Risk för överbelastning. Balans mellan aktiviteter i livet. Vidareutbildning för att vidmakthålla kompetens
- 3) Äldre: Risk för fysisk överbelastning. Behov av ökad kontroll över den egna arbetssituationen och ökad flexibilitet vad gäller t ex tjänstgöringsgrad.

Studier av arbetskraftsdeltagande i Tyskland identifierade att sambanden mellan hälsa/sjukdom och arbetskraftsdeltagande visserligen är tydliga, men att det ändå är en betydande del som arbetar med sjukdom och en lika viktig del som inte arbetar trots att de är friska. Utifrån detta konstruerade Hasselhorn och medarbetare en modell med nio domäner (vita boxar i Figur 1) som påverkar deltagandet. Centralt i detta är samspelet mellan arbetsplats och individ, men flera faktorer påverkar arbetet och ramverket kring detta, liksom individens kompetens, hälsa, motivation, och egna preferenser (Hasselhorn, Apt 2015). Modellen tydliggör att samhället indirekt kan påverka arbetskraftsdeltagande via ett stort antal domäner/områden.



• **Figur 1.** Områden (domäner) som påverkar arbetslivsdeltagande (Källa: Hasselhorn och Apt 2015)

Kognitiv förmåga

Den del av vår mentala förmåga som betecknas som kognition (tänkande, uppmärksamhet, minne, inläring, medvetande, språk, beslutsfattande och problemlösning) är sällan begränsande för den äldre i arbetslivet (Fastbom m fl 2014, Johansson B 2011). Med åldern sker en viss nedgång, bl a i mental snabbhet, minne för händelser och ny information, som kan visas t ex med psykologtest och som på befolkningsnivå blir påtaglig i 80-årsåldern. Samtidigt ses en bättre förmåga till överblick och att särskilja det väsentliga från det oväsentliga, och individen har en större erfarenhet.

Detta, tillsammans med att vi har en viss reservkapacitet, är sannolikt förklaringen till att man ännu i 65-årsåldern (vilket är så långt det studerats) inte ser någon generell nedgång i prestation. Äldre individer har också en jämnare prestation än yngre under arbetsdagen och mellan arbetsdagar. Det kan naturligtvis också vara så att erfarenhetskunskapen är en tillgång i sig själv.

Fysisk förmåga

Den fysiska förmågan kan grovt indelas i uthållighet, styrka och rörelsekvalitet (se vidare Torgén 2016). Uthålligheten i vår fysiska förmåga påverkas generellt mindre än den maximala styrkan. Styrkan i vår muskulatur avtar från 40-årsåldern och framåt, framför allt i ben och bål medan den bibehålls bättre i armar och händer. Rörelsekvaliteten påverkas, framför allt vad gäller komplexa rörelser och koordination – inklusive balans. Det betyder att t ex möjligheten att parera ett fall, eller att återvinna balansen då man snavat, minskar. Det kan betyda att konsekvensen av ett givet tillbud blir större för en äldre än för en yngre person.

För att fysiskt ansträngande arbete inte ska ge skador är det viktigt att det finns tillräcklig tid för återhämtning. Den tid som behövs för återhämtning efter ett fysiskt krävande arbetspass är längre för den äldre än för den yngre medarbetaren.

I flera vanligt förekommande arbeten inom t ex vård, omsorg och byggverksamhet kan arbetets fysiska krav ligga nära den maximala kapaciteten för en betydande andel av de anställda redan innan en åldersrelaterad minskning börjat. En god arbetsteknik ökar möjligheterna att klara sådant arbete över en längre tid, men tvärtemot vad man tidigare trott verkar träningseffekten av tungt arbete vara begränsad. Skillnaden i fysisk kapacitet mellan individer ökar med åren, vilket gör att behovet av en individuell bedömning ökar.

Samtidigt som det är tydligt att den som åldras i ett tungt arbete är i en sårbar position, är det också värt att notera att det finns yrkesgrupper med tungt arbete där relativt många fortsätter till hög ålder. Hit hör bl a lantbrukare. En förklaring är sannolikt att detta är ett arbete med hög egen kontroll över hur arbetet ska utföras och med stor möjlighet att själv styra över arbetstider och nödvändiga pauser, trots att det finns perioder med mycket hög belastning. Det kan finnas anledning att ytterligare studera i vilken utsträckning detta är strategier som används/kan användas av andra yrkesgrupper.

Sinnesorgan (hörsel, syn)

Åldersrelaterade ögonförändringar ger i allmänhet en försämrad synskärpa, som framträder vid låg kontrast, vid bländning och en sämre synfunktion vid svag belysning (Favero m fl 2012). Detta

innebär att det finns ett behov av en högre belysningsnivå, men samtidigt en ökad känslighet för bländning. Det intervall där äldre ser skarpt är också mycket snävare än för en yngre person. Eftersom den enskilde kompenserar detta med en anpassning av huvud- och kroppsställning för att kunna se bra, men som kan vara ergonomiskt olämplig, finns en ökad risk för belastningsbesvär. Sammantaget innebär detta att kraven på en synergonomiskt god utformning av arbetet ökar, särskilt om arbetet är synkrävande. Det ökade ljusbehovet är relativt kraftigt eftersom åldersförändringar medför att en 80-åring beräknas behöva fyra gånger så hög ljusnivå som en 20-åring.

Det finns en biologisk åldersrelaterad försämring av hörseln, men med stigande ålder samlar vi också på oss effekter av hörselskadande ljud i arbetsmiljö och på fritid samt andra hörselskadande faktorer (läkemedel, skallskada, cigarettökning ; Persson Waye 2016). Det finns också en ärftlig komponent som ger en accelererad åldersrelaterad hörselnedsättning i delar av befolkningen. Upp till medelåldern har cirka 2 procent av befolkningen en hörselnedsättning, i åldrarna 50-60 år ca 11 procent och för åldersgruppen 60–70 år 42 procent. Det är vanligare bland män än bland kvinnor att ha en sådan nedsättning.

Nedsättningen drabbar ofta framför allt uppfattningen av höga toner (diskanten) vilket gör att det kan vara svårt att höra konsonanterna som är viktiga för taluppfattbarheten. Särskilt svårt är det då det finns ett bakgrundsbrus. Sådana svårigheter leder till en ökad anspänning och med detta en ökad uttrötning och också minskad prestation. I arbeten som ställer krav på god taluppfattbarhet ökar därför kraven på en god akustisk miljö med en åldrande arbetskraft. Här kan många miljöer i det moderna arbetslivet vara problematiska (kontorslandskap, klassrum, butiksmiljöer, lunchrum). En god akustisk arbetsmiljö kan därför vara en viktig del av ett åldersmedvetet systematiskt arbetsmiljöarbete på många arbetsplatser (Nilsson 2016).

Påverkar arbetet åldrandet?

En fascinerande fråga är om vårt arbete påverkar hastigheten i det normala åldrandet och hur vi har det när vi kommer upp i riktigt hög ålder. Det korta svaret är att vi inte vet därför att det bara finns ett fåtal studier av det. Några punkter kan ändå vara av intresse att beröra. Självskattad fysisk och mental arbetsförmåga²⁰ vid 44–58 års ålder hos kommunalt anställda i Finland var en prediktor för hur man 28 år senare klarade enkla dagliga aktiviteter (ADL; von Bonsdorff m fl 2012). Framför allt arbetssituationer med tungt fysiskt arbete verkade ligga bakom en nedsättning. Detta antyder att ett hälsofrämjande arbetsliv, som gör att individen inte belastas över sin förmåga och att fler avslutar med god hälsa, skulle kunna bidra till att förskjuta den ålder då man blir beroende av stöd från andra för sina dagliga aktiviteter uppåt.

Ett par studier har undersökt samband mellan arbete och kognitiv funktion. En arbetssituation karakteriserad av höga krav och låg kontroll ("job-strain" eller spänt arbete) var i två studier förenade med en negativ effekt på kognitiv funktion, med ytterligare försämring efter pensioneringen (Andel m fl 2015, Agbenyikey m fl 2015), medan höga krav i sig inte hade en sådan effekt och möjligen (Pool

²⁰ Mätt som work-ability index, Självrapporterad nedsatt arbetsförmåga är starkt förknippad med senare sjukskrivning och förtidspension.



m fl 2016, Agbenyikey m fl 2015) var förenade med en bättre funktionell kapacitet också upp i hög ålder.

Är det bra eller dåligt för hälsan att arbeta länge?

Det är metodologiskt svårt att studera om utträde från arbetslivet är positivt eller negativt för hälsan, eftersom utträdet ofta är relaterat till hälsotillståndet. Studier där alla går i pension vid en viss ålder, eller ännu hellre då pensionsåldern förändras utan relation till hälsotillstånd, är därför att föredra. Det är också troligt att svaret inte är detsamma för alla typer av arbete, men det är relativt sällan det belysts. Behovet av fler studier som tar in dessa aspekter har påtalats i en översikt (van der Heide 2013).

En studie av självrapporterad hälsoutveckling talar för att effekten av pensionering varierar med den utbildningsnivå man har (Schuring m fl 2015), men det är oklart om detta beror på det samband som finns mellan utbildningsnivå och arbetsvillkor, eller på att utbildningsnivå i sig har effekt på hälsotillståndet. En svensk studie av sänkt pensionsålder bland militärer talar för en positiv effekt framför allt hos dem med kort utbildning/låg inkomst (Hallberg och Johansson 2015) och en studie av franska gasverksarbetare på en positiv effekt på dem som inte hade fullgoda arbetsförhållanden, medan ingen sådan effekt sågs hos dem som hade goda sådana (Westerlund m fl 2009). Detta är dock förhållanden som behöver studeras vidare.

Några huvudresultat

- Vi blir inte sämre som arbetskraft i övre medelåldern, men annorlunda. Den kognitiva förmågan är sällan begränsande eftersom den generellt åldersrelaterade nedgången i snabbhet kompenseras av en förbättrad överblick och prioriteringsförmåga. Däremot är arbetets fysiska krav begränsande för många individer i fysiskt tungt arbete. Det underlättar för individen att hantera ett fysiskt krävande arbete vid hög ålder om det finns ett större eget inflytande över hur arbetet genomförs.
- Återhämningsbehovet (fysiskt och mentalt) ökar med åldern. Det innebär att arbetstidsscheman som tillåter tillräcklig återhämtning blir allt mer väsentliga med en åldrande arbetskraft.
- Det normala åldrandet innebär en försämring av syn och hörsel. Detta ökar kraven på arbetsplatsens akustik och synergonomiska utformning. Betydelsen av en god synergonomi och akustisk miljö ökar med en åldrande arbetskraft.
- Variationen i individuella förutsättningar ökar med åldern. Arbetsplatser som kan hantera detta blir också bättre anpassade för de i arbetslivet som redan har en funktionsvariation.
- Grupper som riskerar att i övre medelåldern få en sänkt arbetsförmåga i bemärkelsen att arbetets fysiska och eller mentala krav överstiger deras förmåga är framför allt de som har tungt fysiskt arbete eller arbete med otillräcklig tid för återhämtning (t ex nattarbete, skiftarbete, overtidsarbete, eller hårt styrt arbete med högt tempo).
- Arbetsförhållandenas betydelse för att påskynda eller fördröja det biologiska åldrandet är endast sparsamt studerad

- Det finns viktiga kunskapsluckor vad gäller hälsoeffekter på senarelagd pensionsålder i relation till arbetsförhållanden.
- Möjligheten att arbeta till hög ålder (67–69 år) varierar kraftigt över arbetsmarknaden och är för närvarande betydligt bättre för de som t ex inte har fysiskt krävande arbeten. Detta ställer mycket höga krav på arbetsplatsstrategier för intern karriärväxling, liksom för ökade möjligheter att växla arbetsgivare/yrke ”mitt i livet”. Avsaknad av sådana lösningar riskerar att leda till en ökad arbetsrelaterad sjuklighet därför att människor behöver arbeta utöver sin förmåga av ekonomiska skäl. Det ger också sannolikt en lägre arbetsprestation.

Utveckling av befolkningens hälsa

Befolkningens hälsa förbättras över tid vad gäller både livslängd och friska år (Kommissionen för jämlik hälsa 2016). Det är starka effekter och en tydlig förbättring ses även över en så begränsad period som t ex de senaste 15 åren. Effekten ses både hos män och kvinnor, men är något starkare bland män så försprånget för kvinnor minskar. Det finns dock en påtaglig skillnad i relation till socioekonomiska faktorer, mätt t ex som utbildningsnivå.²¹ Hos alla grupper ses en ökning av den förväntade medellivslängden, men den är mycket liten hos kvinnor med enbart grundskoleutbildning och ett par år hos dem som har eftergymnasial utbildning (tabell 1 nedan). En annan väsentlig trend är att spridningen (mätt som standarddeviation) i de olika utbildningsgrupperna visar olika trender. I gruppen med grundskoleutbildning ökar spridningen, medan den minskar i gruppen med eftergymnasial utbildning. Detta gäller för både män och kvinnor. Man kan uttrycka det så att hälsoläget i gruppen med grundskoleutbildning visar en relativt liten förbättring (särskilt bland kvinnor) och att skillnaderna inom gruppen ökar, medan grupperna med eftergymnasial utbildning visar en god förbättring och blir mer homogent friska. Det innebär att även om hälsoläget generellt förbättras i befolkningen så ökar de systematiska sociala skillnaderna i hälsa vid en given ålder, särskilt bland kvinnor. För både män och kvinnor är medellivslängden för den som har gymnasieutbildning tre år längre än för den som enbart har grundskoleutbildning. För den som har högskoleutbildning är medellivslängden ytterligare 2–3 år längre.

Medelålder vid död och spridning (SD)

Kvinnor och män efter utbildningsnivå och period

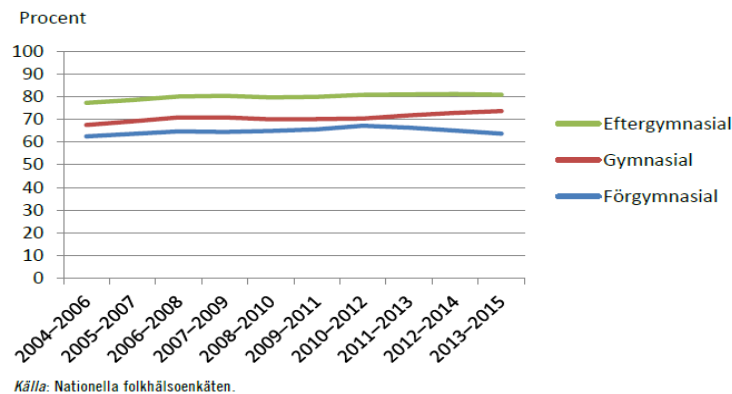
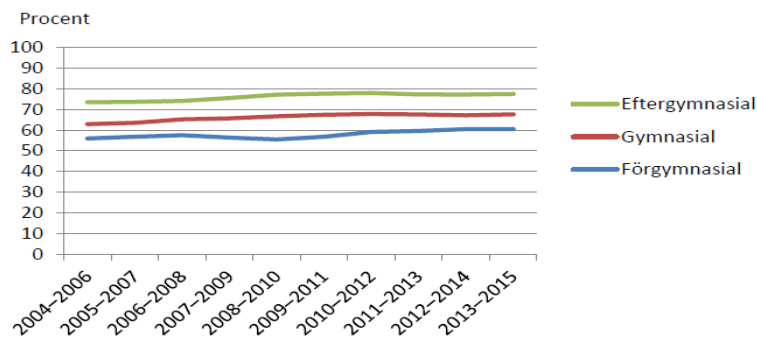
| Period | Kvinnor | | | Män | | |
|---------------------------|--------------|-----------|----------------|--------------|-----------|----------------|
| | Förgymnasial | Gymnasial | Eftergymnasial | Förgymnasial | Gymnasial | Eftergymnasial |
| 2000–2002 | | | | | | |
| Medelålder vid död | 81,1 | 83,2 | 85,2 | 76,9 | 79,0 | 81,5 |
| SD i år från 30 års ålder | 13,0 | 11,6 | 10,5 | 13,1 | 12,0 | 10,8 |
| 2006–2008 | | | | | | |
| Medelålder vid död | 81,3 | 83,9 | 85,8 | 77,8 | 80,1 | 82,5 |
| SD i år från 30 års ålder | 13,5 | 11,4 | 10,5 | 13,3 | 12,0 | 10,7 |
| 2013–2015 | | | | | | |
| Medelålder vid död | 81,4 | 84,4 | 86,8 | 78,1 | 81,1 | 83,9 |
| SD i år från 30 års ålder | 13,7 | 11,5 | 10,3 | 14,1 | 12,0 | 10,5 |

Källa: SCB.

²¹ Liknande mönster ses för inkomstfördelning

Tabell 1. Medelålder vid död (och spridning, standardavvikelse, SD) hos kvinnor och män efter utbildningsnivå och period (Kommissionen för jämlik hälsa 2016)

Det finns också systematiska skillnader efter utbildningsnivå och kön vad gäller att ha en god självskattad hälsa²². De med kort utbildning rapporterar mer sällan en god hälsa än de med lång utbildning, men det finns också en systematisk könsskillnad, – en lägre andel kvinnor än män rapporterar god hälsa för en given utbildningsnivå. Detta mönster är relativt konstant över tid (Kommissionen för jämlik hälsa 2016)



Figur 2: Självskattat hälsotillstånd (bra eller mycket bra) i olika grupper, 30–74 år, för kvinnor (ovan) respektive män (under). Källa: Kommissionen för jämlik hälsa (2016).

En paradox är att även om den förväntade livslängden för kvinnor fortfarande är längre än för män har kvinnor färre antal förväntade friska levnadsår än män (Marmot 2013).

²² Självskattad hälsa är starkt korrelerad med dödlighet oberoende av utbildningsnivå (Burstrom och Fredlund 2001)

Kronisk sjukdom och arbete

Risken att drabbas av en långvarig sjukdom eller ohälsa ökar med åldern. I yngre vuxenålder har 20 procent sådan sjukdom, men i åldrarna 65–74 år är det drygt 50 procent. (SCB: ULF-undersökningen 2014–15). Risken att insjukna i vanliga folksjukdomar som hjärtinfarkt, stroke och cancer ökar kraftigt med åldern, men en förbättrad behandling gör att fler överlever och också har en god funktionsförmåga och därmed kan arbeta trots sin sjukdom. Förekomsten av diabetes i befolkningen ökar, troligen till stor del på grund av att överlevnaden förbättrats. I unga år är mental ohälsa en viktig orsak till sjukdom och arbetsförmåga, men i de övre åldersgrupperna är de kroniska kroppsliga sjukdomarna mer betydelsefulla.

Konsekvenser för arbetsplatsen

Eftersom arbetskraften åldras och vi i allt större utsträckning kan arbeta även med allvarliga sjukdomar, kommer det generellt att bli en allt större andel av de anställda på en arbetsplats som har sådan sjukdom. För det mesta kräver det inte några särskilda åtgärder på arbetsplatsen. Även om de som arbetar generellt är friskare än de som inte arbetar i en given åldersgrupp och sjukdagarna är relativt lika från 55-årsåldern och uppåt, ökar ändå behovet av att kunna anpassa arbetsvillkoren efter den enskildes förutsättningar. Det kravet ökar också därför att vi alldeles fränsett kronisk sjukdom blir mer olika med åldern (se tidigare avsnitt).

En viktig fråga är om det finns en risk för att vissa delar av arbetet kan förvärra sjukdomen. Här finns tydliga kunskapsluckor, då antalet studier är mycket begränsat. Det är rimligt att i avsaknad av mer specifik kunskap utgå från att faktorer som kan orsaka sjukdomen (t ex job-strain²³ för hjärtinfarkt) också innebär en ökad risk att återinsjukna. För job-strain är detta studerat och man fann att både risken att återinsjukna och att avlida i sjukdomen var kopplad till om man fortsatt var utsatt för job-strain (Lazlo m fl 2010, Aboa-Eboulé m fl 2007), men också att risk att förlora arbetet ökade återinsjuknandet (Lazlo m fl 2013). Det talar för vikten av en dialog med den enskilde om arbetssituationen och för vikten av att vederbörande samtidigt kan känna trygghet i sin anställning. Företagshälsovården är här en naturlig resurs för arbetsgivaren i riskbedömning och vad gäller anpassningsbehov. För flera andra faktorer (buller, motoravgaser m m), som sannolikt ökar risken för hjärtinfarkt, vet vi inte hur risken för att återinsjukna påverkas.

Nedan ges en mycket kortfattad översikt över kända samband mellan några vanliga folksjukdomar och arbetet.²⁴

Hjärt- och kärlsjukdomar

Risken att insjukna i hjärtinfarkt minskar generellt i befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2014) och förbättrad behandling ger bättre överlevnad och att fler kan återvända till arbetslivet. Brister i *organisatoriska och sociala faktorer* på arbetsplatsen kan leda till långvariga stresstillstånd. Detta ger en förändring av blodfetter och blodsocker som på sikt är skadlig och ökar risken för hjärt-kärlsjukdom, men mycket talar också för att sådana brister påverkar levnadsvanorna negativt (t ex mindre fysisk aktivitet; SBU 2015) och därmed även indirekt ger negativa effekter på bl a blodfetter. Brister i organisatorisk och social arbetsmiljön är vanligare i kvinnodominerade sektorer på

²³ En kombination av höga krav och låg kontroll i arbetet, ibland kallad skadlig eller negativ stress.

²⁴ För en mer utförlig genomgång hänvisas till Albin (2016).

arbetsmarknaden än i de sektorer som är mansdominerade eller har en jämn könsfördelning. Nattarbete, långa arbetsveckor och buller på arbetsplatsen har också visats medföra en ökad risk för hjärtinfarkt (SBU 2015). Exponering för luftföroreningar, t ex motoravgaser, ökar risken för hjärtinfarkt (SBU 2017).

Den som har en hjärt-kärlsjukdom påverkas också mer av värmestress, och tungt arbete kan vara problematiskt för den som har en reducerad hjärtfunktion efter t ex en hjärtinfarkt. Mycket talar för att riskfaktorerna för stroke liknar dem för hjärtinfarkt (låg kontroll, skiftarbete, bullerexponering), men även exponering för joniserande strålning verkar ge en ökad risk (Jakobsson och Gustavsson 2013, SBU 2015).

Flera studier visar att nattarbete är en riskfaktor för hypertoni (blodtryckssjukdom), liksom en spänd arbetssituation och en obalans mellan ansträngning och belöning (SBU 2015). Hypertoni ökar risken för stroke och hjärtinfarkt, så det är därför att vänta att riskfaktorerna delvis ska vara de samma.

Lungsjukdomar

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) drabbar i första hand rökare, men omkring 15 procent av all KOL beräknas bero på yrkesmässig exponering för damm, rök och gaser. Bland icke-rökare kan så mycket som hälften av fallen vara orsakade av sådan exponering (Blanc 2012). Sjukdomen är potentiellt mycket allvarlig och det är därför angeläget att eliminera alla förvärrande faktorer. Astma är en vanlig sjukdom, omkring 15 procent av alla insjuknanden bland vuxna anses vara orsakad av exponeringar på arbetsplatsen. Det är också vanligt att de som har astma av annan anledning (t ex en pollenastma) upplever att det finns faktorer på arbetet som förvärrar deras sjukdom. Gränsvärden för luftföroreningar i arbetsmiljön är i allmänhet inte tillräckligt låga för att undvika en sådan försämring. Förstahandsåtgärden är att försöka reducera exponeringen. Om astman primärt orsakats av arbetet anses prognosen vara bäst om man helt kan undvika fortsatt exponering för den faktor som orsakat astman (Friedman-Jimenez m fl 2015).

Diabetes

Diabetes typ 2 debuterar oftast i medelåldern och är en vanlig sjukdom i äldre åldersgrupper, från 65 år och uppåt har drygt 10 procent diabetes (Backhans m fl 2015). Mycket talar för att skiftarbete, särskilt nattarbete, ökar risken att insjukna. Det verkar också påverka kontrollen över sjukdomen negativt, vilket ökar risken för komplikationer, men det finns endast ett fåtal studier av detta. Sannolikt kan många arbeta skift med god kontroll över sjukdomen, men andra kan behöva byta till dagtidsarbete (Knutsson och Kempe 2013).

Cancersjukdomar

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor och prostatacancer den vanligaste bland män. En av nio kvinnor i Sverige riskerar att få bröstcancer före 75 års ålder med en medianålder bland dem som drabbas på drygt 60 år. Det överväldigande flertalet (80–90 procent) överlever sin sjukdom (Folkhälsomyndigheten 2015). Risken att insjukna är kraftigt kopplad till hormonella faktorer.

Under senare år talar allt fler studier för att skiftarbete som stör den biologiska klockan (särskilt nattarbete) ökar risken för bröstcancer. Detta har gjort att nordiska arbetsmedicinare föreslagit att den som behandlats för bröstcancer inte bör ha sådant arbete (Bonde m fl 2012). Bedömningen måste dock givetvis bygga på individens totala situation.

Mer än var tionde man insjuknar i prostatacancer före 75 års ålder och även här är överlevnaden mycket god. Kunskapen om bakomliggande faktorer är betydligt mer bristfälliga än för bröstcancer. Det finns sannolikt en ökad risk kopplad till skiftarbete, samt en riskökning vid exponering för bekämpningsmedel (Knutsson och Krstev 2017)

Ett arbete efter individens förutsättningar

För den som har en kronisk sjukdom är det viktigt både att arbetsmiljön generellt är god och att det finns en beredskap för individuella lösningar. I en studie av kronisk sjukdom och utträde från arbetsmarknaden minskade en god psykosocial arbetsmiljö (särskilt hög autonomi och gott stöd) behovet av sjukersättning och risken för utträde från arbetsmarknaden (Leijten m fl 2015). Detta är viktigt att studera vidare också i Sverige.

Företagshälsovården (FHV) är arbetsgivarens expertresurs för att minska risker på arbetsplatsen och för att anpassa arbetets mentala och fysiska krav till den enskilde anställdes förmåga (ILO 1985), men tillgången till FHV har generellt sjunkit och är mycket ojämnt fördelad (se avsnittet om Systematiskt arbetsmiljöarbete och tillgång till FHV).

Sårbara grupper

Sårbara grupper ur ett arbetsmarknadsperspektiv har berörts i arbetsmarknadsavsnittet. Ur ett arbetsmedicinskt perspektiv framträder följande:

- Grupper med fysiskt tungt arbete
- Grupper med bristande möjlighet till återhämtning (bl a skiftarbete, långa arbetsdagar)
- Grupper med låg kontroll över den egna arbetssituationen (särskilt kombinerat med att arbetet är fysiskt tungt)
- Grupper utan tillgång till FHV
- Personer med kronisk sjukdom som orsakats av eller förvärras av den aktuella arbetssituationen
- Födda utanför Norden p.g.a en etnisk gradient i riskfyllda exponeringar

En särskilt intressant fråga är i vilken utsträckning flera av dessa sårbarhetsfaktorer tenderar att finnas ansamlade i vissa grupper och att undersöka tidstrender för detta. Detta har hög relevans för prioriteringar i relation till beslut om en ytterligare höjning av pensionsåldern. Det är också tydligt att flera av dessa faktorer är åtkomliga för åtgärder.

Generellt kan sägas att tungt fysiskt arbete har en mycket starkt socioekonomisk gradient (vanligare bland arbetare, vanligare bland grupper med kort utbildning) och en gradient efter födelseland (överrepresenterat bland de som ej är födda i Sverige, även då hänsyn tagits till t ex utbildningsnivå). Arbete utanför kontorstid är vanligare bland kvinnor än bland män. Låg kontroll över den egna arbetssituationen har en social och etnisk gradient liksom tungt fysiskt arbete, och är vanligare i kvinnodominerade än i mansdominerade sektorer (Forte 2016, Arbetshälsorapport 2016). Eftersom fördelning av t ex utbildningsnivå, liksom näringslivsstruktur, varierar geografiskt, kommer det också att finnas regionala skillnader vad gäller sårbara grupper.

Gränssnitt till socialförsäkringarna

Det finns ett tydligt gränssnitt mellan arbetsmarknadsdeltagande och socialförsäkringarna eftersom dessa i stor utsträckning tillkommit för att täcka inkomstförluster. Omfattande förändringar har gjorts i socialförsäkringarna under senare år som innebär en betydande minskning av beviljade sjukersättningar. En utredning från Inspektionen för Socialförsäkringen (2014) visar att jämfört med 2003 går 60–64-åringar som varit mycket sjukskrivna i högre utsträckning i tidig ålderspension och har högre risk att vara sjukskrivna och arbetslösa.

Utvecklingen kan till viss del förklaras av att reglerna inom sjukförsäkringen skärpts på olika sätt sedan år 2003. Samtidigt har andelen 60–64-åringar som i huvudsak försörjer sig på förvärvsarbete ökat markant under samma period, särskilt bland dem som tidigare har haft en hög sjukskrivning. Även om det är positivt att en större andel förvärvsarbetar, så är utvecklingen mot att en större andel lämnar arbetslivet genom tidig ålderspension problematisk. Denna utveckling var särskilt stark för låginkomsttagare, som riskerar få låga inkomster under resten av livet (Nilsson m fl 2016). Tidigare handläggare på Försäkringskassan framför vid kontakt att även en större restriktivitet vad gäller längre sjukskrivning på deltid under senare år varit en orsak till att äldre lämnar arbetslivet.

En särskild problematik rör dem som av medicinska skäl behöver byta arbete för att inte få en bestående nedsättning av arbetsförmågan. Sjukersättning utgår först då det finns en nedsättning av arbetsförmågan. Arbetsförmedlingen prioriterar inte insatser till dem som har ett arbete. Om den enskilde säger upp sig inträder en karens i arbetslöshetsersättningen och den ekonomiska situationen blir otrygg.

Möjligheter till omskolning och att pröva på ett nytt arbete under sjukskrivning skulle här kunna minska inlåsnings effekter och minska risken för en bestående påtaglig arbetsoförmåga. Problematiken har bl a iakttagits vid de arbets- och miljömedicinska enheternas patientmottagningar med anledning av vibrationsskadade som behöver byta arbete (M Albin, Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting, muntligt meddelande).

Försäkringskassan betalar ut aktivitets- eller sjukersättning helt eller delvis för att ge ekonomisk trygghet till personer med långvarigt nedsatt arbetsförmåga²⁵. År 2015 fick ungefär 345 000 personer sådan ersättning (58 procent kvinnor och 42 procent män). 99 500 av dessa var i åldern 60–64 år (60 procent kvinnor, 40 procent män). Fördelningen av aktivitets- och sjukersättning varierar mellan personer födda i olika delar av världen, bland annat beroende på skillnader i hälsa, livs- och

²⁵ Aktivitetsersättning beviljas för personer yngre 30 år, sjukersättning för personer 30 år eller äldre



arbetsvillkor. Sju procent av kvinnor födda i Sverige fick sådan ersättning 2015 jämfört med 12 procent födda i "övriga Europa" (utanför Norden/EU), Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet.

Bland svenskfödda män fick fem procent aktivitets- eller sjukersättning jämfört med 10 procent av männen från "övriga Europa" och nio procent från Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet. Antalet mottagare ökar med stigande ålder. I åldersgruppen 60–64 fick 22 procent av kvinnorna och 14 procent av männen denna typ av ersättning, helt eller delvis. Partiell aktivitets- eller sjukersättning är generellt vanligare bland kvinnor än bland män – 30 respektive 20 procent – och vanligare bland äldre jämfört med yngre (Försäkringskassan 2016).

Arbetskraftsdeltagandets relation till välfärdstjänster och pendling

Möjligheten att delta i arbetslivet är delvis relaterad till hur mer generell infrastruktur i samhället fungerar. Ett självklart exempel är att småbarnsföräldrars möjlighet att delta delvis betingas av tillgången till barnomsorg.

Men även en stor börda vad gäller omvårdnad om äldre anhöriga påverkar arbetskraftsdeltagande, inkomster och välbefinnande. Under de senaste 30 åren har äldreomsorgens omfattning minskat påtagligt och en större del av omvårdnaden utförs av anhöriga. En omfattande intervjustudie (Szebehely m fl 2014) med personer i åldrarna 45–66 år visar att 42 procent av både kvinnor och män i dessa åldrar ger anhörigomsorg (i 8 fall av 10 till en person över 65 år) minst en gång i månaden; kvinnor i något större omfattning än män (i genomsnitt 5,4 timmar hjälp i veckan, bland män 3,8 timmar). Sex procent av kvinnorna och 4 procent av männen i befolkningen hjälper en närstående varje dag (kvinnor 19 tim/v, män 13 tim/v).

Det fanns en effekt på arbetsmarknadsdeltagandet som var relaterat till anhörigomsorgens omfattning: Av dem som gav anhörigomsorg minst en gång i månaden hade 13 procent av kvinnorna och 8 procent av männen minskat sin arbetstid, sagt upp sig eller gått i pension tidigare än planerat som en konsekvens av omsorgsgivandet. Bland dem som gav daglig hjälp var motsvarande andelar för kvinnor 32 procent och för män 27 procent. Omräknat till hela befolkningen motsvarar det drygt 90 000 kvinnor och drygt 50 000 män i åldrarna 45–66 år som minskat sin arbetstid eller lämnat sitt arbete på grund av anhörigomsorg.

Arbetet påverkades också i form av svårigheter att hålla arbetstider, hinna med sina arbetsuppgifter, fokusera på arbetet, åta sig övertidsarbete eller nya uppdrag, eller att delta i möten eller kurser. Detta rapporterades av 12–19 procent av dem som gav anhörigomsorg minst en gång per månad och bland dem som gav daglig hjälp var motsvarande andel 33–39%. Data baserade på den återkommande Undersökningen av Levnadsförhållanden (ULF) talar för att det främst är bland äldre med kortare utbildning som anhörigomsorgen ökat (SCB 2008).

Även om omsorg om åldrade föräldrar helt dominerar äldreomsorgen, rör kvinnors anhörigvård barn i åtta procent av fallen, medan motsvarande siffra för män är fyra procent. Omsorgen är här ofta mer omfattande än den genomsnittliga omsorgen om äldre anhöriga och påverkar därför arbetslivet mer. Enligt Försäkringskassan ökade utbetalningar av så kallad närståendepeng för vård av sjuk anhörig kraftigt under perioden 2008–2015. År 2015 var antalet mottagare knappt 16 000, varav ungefär tre fjärdedelar var kvinnor (Försäkringskassan 2016).

Det finns en strävan att utvidga arbetsmarknadsregionerna för att få en bättre matchning mellan individ och arbete. Det ger en större valfrihet för individen men tenderar också att öka tiden man är borta från hemmet och kan därmed potentiellt skapa en obalans mellan arbete och andra aktiviteter. Pendlingsmöjligheter är en viktig faktor när en individ överväger att byta arbete (Furåker 2010). Det finns ett antal studier av aktiv pendling (cykling, gång) som potentiellt hälsofrämjande faktor.

Effekter på hälsa, välbefinnande och arbetskraftsdeltagande av pendlingstidens längd i övrigt är mycket sparsamt studerat. En tvärsnittsstudie talar för en ökning av sömnstörning, utmattning, daglig stress och möjligen sjukskrivning som är mer generellt relaterad till pendlingstidens längd (Hansson m fl 2011).

Arbetsförmåga

Andelen som är kvar i ett visst yrke vid 65 års ålder varierar mycket kraftigt över den svenska arbetsmarknaden. Yrkesgrupper med en hög sådan andel är exempelvis tjänstemän och experter på hög nivå, samt företagsledare och chefer (omkring 70–75 procent), medan det är väsentligen lägre andelar inom byggnadsindustri, tillverkning, transport samt butiksarbete, service och arbeten med låga krav på formell kompetens (omkring 35–40 procent), med förhållandevis liten variation mellan könen i en grupp (Kadefors m fl, 2017).

Den genomsnittliga utträdesåldern från arbetslivet är 64 år för män och 63 år för kvinnor. Könsskillnaden är störst i kommuner och landsting, där 57 procent av kvinnorna och 47 procent av männen slutar före 65 års ålder, och minst bland privatanställda tjänstemän (Forte 2016). En jämförelse med övriga Norden visar att män och kvinnor på Island arbetar längst (till 69 respektive 68 år), i Norge till 64 respektive 63 år, i Finland till 62 år och i Danmark till 63 respektive 61 års ålder (Poulsen m fl, kommande).

Begreppet arbetsförmåga är relativt och innefattar individens olika förmågor i förhållande till de krav som arbetet ställer. Forskningen visar ett tydligt samband mellan ålder, nedsatt arbetsförmåga och skattning av framtida arbetsförmåga. Att ha god arbetsförmåga innebär att individens förmågor motsvarar de fysiska, psykisk/kognitiva och sociala krav som ställs i arbetet. Nedsatt arbetsförmåga som orsakas av sjukdom utgör grunden för sjukpenning och sjukersättning (tidigare kallat förtidspension). Att låta individen själv skatta sin arbetsförmåga har visat sig användbart för att kunna förutsäga utträde från arbetslivet i form av långtidssjukskrivning, förtidspension och arbetslöshet.

Spridningen mellan olika socioekonomiska grupper är stor. Forskare i Finland har utvecklat instrumentet Work Ability Index (WAI) för denna typ av självskattning. Detta används inom företagshälsovården för att identifiera individer som befinner sig i riskzonen för att lämna arbetslivet i förtid, och används även i internationell forskning om arbetsförmåga (Sell m fl 2009, Alavinia m fl 2009, Lundin m fl 2015).

Vi redovisar här enkätdata från Stockholms län (Arbetshälsorapport 2016). Med tanke på att hälsan bland länets befolkning är bättre än hos riksgenomsnittet är det sannolikt att motsvarande siffror för riket skulle visa ännu högre andel med nedsatt arbetsförmåga.

I Stockholms län ökar andelen som skattar att de har nedsatt fysisk arbetsförmåga med stigande ålder, och personer med låg utbildningsnivå skattar att de har nedsatt fysisk arbetsförmåga i större utsträckning än personer med längre utbildning. Som framgår av tabell 2 rapporterar nio procent av de förvärvsarbetande männen och 13 procent av kvinnorna att de har nedsatt arbetsförmåga i förhållande till de fysiska krav som ställs.

När det gäller psykiska krav uppger 10 procent av männen och 16 procent av kvinnorna nedsatt arbetsförmåga. I åldersgruppen 50–64 år rapporterar 16 procent av kvinnorna och 13 procent av männen nedsatt fysisk arbetsförmåga, medan motsvarande siffror är 11 respektive åtta procent i åldersgruppen 35–49 år. Skillnaden kan förklaras av att den fysiska förmågan naturligt minskar med stigande ålder. Nedsatt psykisk arbetsförmåga bland kvinnorna är enligt samma undersökning högst i yngre åldrar och lägst i åldersgruppen 50–64 (19 respektive 15 procent) men jämnt fördelad bland männen (cirka 10 procent). Lång erfarenhet och förvärvad kompetens anges som tänkbara orsaker till att den psykiska förmågan inte försämras eller kvarstår med åren.

Deltagarna i Folkhälsoenkäten i Stockholms län skattade också sin *framtida* arbetsförmåga (tabell 2). Arton procent bland kvinnorna och 12 procent bland männen är med tanke på sin hälsa tveksamma till att kunna arbeta kvar i nuvarande yrke om två år. En jämförelse mellan olika åldersgrupper visar att 20 procent av kvinnorna och 16 procent av männen i gruppen 50–64 år bedömer och att de knappast eller inte alls kommer att kunna arbeta om två år, medan motsvarande siffror för åldern 35–49 är 14 respektive 10 procent.

Tabell 2. Andel (%) förvärvsarbetande kvinnor och män i Stockholms län, i olika åldersgrupper, som rapporterar nedsatt arbetsförmåga

| Nedsatt arbetsförmåga | 18-34 år | 35-49 år | 50-64 år | Totalt |
|-----------------------|----------|----------|----------|-----------|
| Kvinnor | | | | |
| Fysisk | 12 | 11 | 16 | 13 |
| Psykisk | 19 | 16 | 15 | 16 |
| Framtida | 21 | 14 | 20 | 18 |
| Män | | | | |
| Fysisk | 6 | 8 | 13 | 9 |
| Psykisk | 11 | 9 | 10 | 10 |
| Framtida | 12 | 10 | 16 | 12 |

Källa: Arbetshälsorapport 2016²⁶

Femton procent av alla anställda på den svenska arbetsmarknaden är födda utanför landets gränser (SCB 2016). Utrikes födda har i större utsträckning än inrikes födda med motsvarande utbildning ett

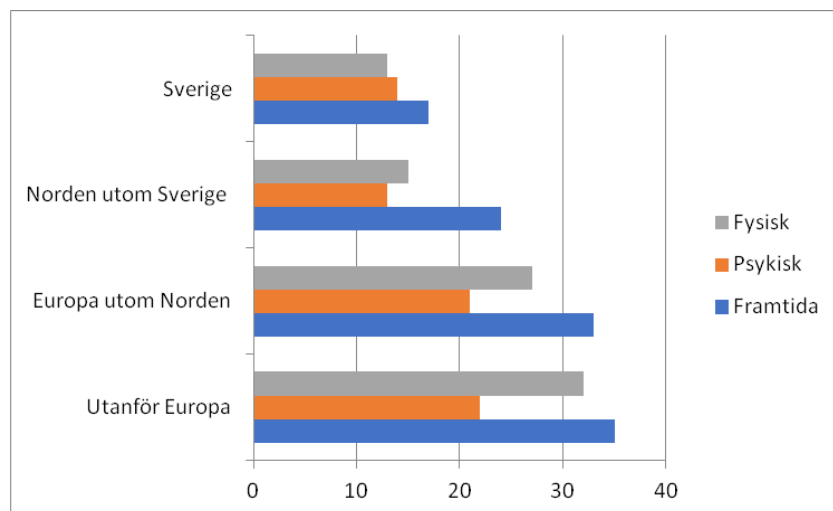
²⁶ Data från underlaget till Arbetshälsorapport 2016 har vidarebearbetats för denna rapport av statistiker Magnus Alderling, Centrum för Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting, 2016-08-16

arbete med tydliga arbetsmiljörisker och också i större utsträckning nedsatt arbetsförmåga (Arbetshälsorapport 2016).

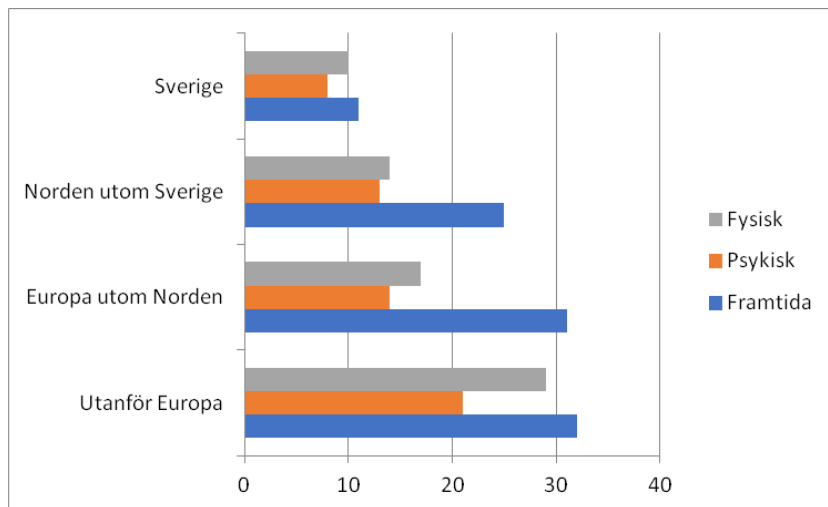
I en studie där repetitivt arbete och belastande arbetsställningar bland kvinnor mättes objektivt inom ett trettiotal yrken visade sig städning ge den allra högst belastningen (Dahlqvist m fl 2016). Städare är det allra vanligaste yrket bland dem som är födda utanför Sverige. År 2014 var nära två tredjedelar av alla manliga och närmare hälften av alla kvinnliga städare utrikes födda (SCB 2016).

Av figur 2 framgår att en tredjedel av kvinnor i åldern 50–64 som födda utanför Europa, rapporterar nedsatt fysisk arbetsförmåga, vilket är mer än dubbelt så stor andel som bland födda i Sverige och övriga Norden i samma åldersgrupp. Mönstret är likartat bland män (figur 3). Även nedsatt psykisk arbetsförmåga rapporteras i högre grad av kvinnor och män födda utanför Europa.

En liknande trend finns när det gäller framtida arbetsförmåga i samma åldersgrupp: 35 respektive 32 procent av kvinnor och män födda utanför Europa är tveksamma till att kunna arbeta kvar i yrket om två år jämfört med 17 respektive 11 procent bland inrikes födda kvinnor och män. Gruppen födda i Norden men utom Sverige intar här en mellanställning där en fjärdedel bland både kvinnor och män känner tveksamhet till att kunna vara kvar i yrket om två år.



Figur 3. Andel (%) förvärvsarbetande kvinnor i Stockholms län, 50–64 år, uppdelade på födelseregion, som rapporterar nedsatt fysisk, psykisk respektive framtida arbetsförmåga



Figur 4. Andel (%) förvärvsarbetande män i Stockholms län, 50–64 år, uppdelade på födelseregion, som rapporterar nedsatt fysisk, psykisk respektive framtida arbetsförmåga. Källa: Arbetshälsorapport 2016²⁷

Skattningar av den egna arbetsförmågan skiljer sig åt även mellan olika yrken, vilket framgår av tabell 3. Städare är den yrkesgrupp i Stockholms län där störst andel män rapporterar nedsatt arbetsförmåga, både när det gäller fysiska och psykiska krav, liksom tveksamhet till att kunna arbeta kvar i yrket om två år. Även en stor andel manliga fordonsförare och byggnadsarbetare anger att de har nedsatt fysisk arbetsförmåga. Bland lagerarbetare och maskinförare finns en stor andel män som skattar att de har nedsatt psykisk arbetsförmåga. Kvinnliga köks- och restaurangbiträden, städare samt vård- och omsorgspersonal anger i hög utsträckning både att de har nedsatt fysisk och psykisk arbetsförmåga och att de är tveksamma till att arbeta kvar i yrket om två år. Även en stor andel kvinnliga lärare, sjuksköterskor och kassapersonal rapporterar att de har nedsatt psykisk arbetsförmåga.

Kraven på fysisk och mental/kognitiv förmåga varierar mellan olika yrken, vilket innebär att den som på grund av sjukdom eller skada har en nedsatt kapacitet kan ha lägre arbetsförmåga i vissa yrken än i andra (Arbetshälsorapport 2012).

²⁷ Data från underlaget till Arbetshälsorapport 2016 har vidarebearbetats för denna rapport av statistiker Magnus Alderling, Centrum för Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting

Tabell 3. Exempel på yrkesgrupper i Stockholms län som rapporterar en hög andel (%) nedsatt fysisk eller psykisk arbetsförmåga. Män respektive kvinnor.

Källa: Arbetshälsorapport 2016

| Män | | Kvinnor | |
|----------------------|-------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Fysisk | Psykisk | Fysisk | Psykisk |
| Städare 27% | Städare 27% | Städare 34% | Städare 26% |
| Fordonsförare 25% | Lagerarbetare 24% | Köks- och restaurangbiträden 43% | Köks- och restaurangbiträden 31% |
| Byggnadsarbetare 19% | Maskinförare 21% | Vård- och omsorgspersonal 21% | Vård- och omsorgspersonal 21% |
| | | | Kassapersonal 23% |
| | | | Lärare 19-23% |
| | | | Sjuksköterskor 20% |

Kompetensutveckling och karriärväxling

Arbetsmiljöverkets antologi om åldrande (Vingård 2016) belyser hälsoaspekter i förhållande till ett långt/förlängt arbetsliv. I takt med att en ökande andel av arbetskraften arbetar högre upp i åldrarna kommer också allt fler att ha en kronisk sjukdom och/eller drabbas av annan ohälsa. Behoven av flexibilitet och anpassningar i arbetslivet kommer därför att öka med tiden.

Möjligheter och hinder för ett hållbart arbetsliv

Som tidigare beskrivits har den omfattande strukturomvandlingen lett till en förändrad arbetsmarknad med ökad produktivitet, utflyttning av arbetsuppgifter, nya professioner och högre krav på individen ifråga om utbildningsnivå och social kompetens. Detta kan innebära särskilda svårigheter för personer med kort formell utbildning, bristfälliga språkkunskaper eller någon form av psykisk funktionsnedsättning.

För att få en fördjupad bild av möjligheter och utmaningar kring gruppen äldre med svag förankring i arbetslivet bjöd Europeiska socialfonden våren 2016 in forskare och representanter för arbetsmarknadens parter, intresseorganisationer och myndigheter till två kunskapsseminarier om ansvarsfördelning respektive system för kompetensutveckling och ökad rörlighet.

De inlägg som gjordes visar, tillsammans med vår genomgång av regelverk, avtal och policies kring omställning och kompetensutveckling i samband med strukturförändringar, att det finns glapp mellan krav och förväntningar från samhällets sida och möjligheter och förutsättningar för enskilda branscher, organisationer och individer att agera. Det innebär att insatser behöver göras för att tydliggöra de möjligheter och hinder som finns för äldre arbetskraft att vara fortsatt anställningsbar och kunna arbeta kvar fram till ordinarie pensionsålder eller längre.

I följande avsnitt diskuteras olika typer av förberedelser som kan vidtas för att underlätta omställning både på övergripande strukturell nivå och inom branscher och organisationer. Ett intressant exempel finns inom den privata sektorn, där IF Metall, Livsmedelsarbetareförbundet och GS-facket och respektive branschorganisation genom kollektivavtal avsätter en del av lönesumman för att ge utrymme för deltidspension från 60 års ålder (Fora 2016). Ett annat exempel är den s k 80-90-100-modellen för tjänstemän inom främst offentlig sektor. Konstruktionen innebär möjlighet att från en viss ålder trappa ned till 80 procent arbetstid och få 90 procent av lönen samtidigt som man fortsätter tjäna in 100 procent tjänstepension. Modellen anses öka förutsättningarna för äldre att orka arbeta fram till pensionen och samtidigt underlätta generationsväxling och kommande strukturförändringar (Svenska kyrkan 2016).

Förberedelser för omställning

Hur kan olika myndigheters verktyg användas för att underlätta för äldre i arbetslivet? Kan samverkan förbättras mellan exempelvis Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården och arbetsplatsen?

I en systematisk kunskapsöversikt om interventioner för återgång i arbete (Clayton m fl 2011) jämförs olika samhälleliga insatser inom OECD för att förändra arbetsgivares beteende, bland annat lagstiftning (t ex antidiskriminering, kvotering), incitament till arbetsgivaren (t ex lönebidrag) och stöd för anpassningar på arbetsplatsen. Forskarna finner att anpassning är den mest framgångsrika åtgärden medan ekonomiska incitament kan fungera om de är tillräckligt generösa. I den sk sjukflexibilitetsmodellen (Johansson 2007) beskrivs individens incitament att återgå i arbete efter sjukfrånvaro som en kombination av förmåga och motivation. Möjligheten att prioritera bort vissa arbetsuppgifter kan bidra till anpassningsmöjligheter medan alltför höga närvarokrav, t ex att åläggas uppgifter som överskrider den faktiska förmågan, utgör ett hinder. Motsvarande resonemang borde kunna tillämpas när det handlar om äldres möjligheter att stanna kvar i arbetslivet. Jämför Hasselhorn och Apts modell om områden som påverkar arbetslivsdeltagande i tidigare avsnitt.

Behovet av omställning diskuteras inte enbart i Sverige utan liknande frågeställningar är aktuella inom övriga Norden och EU, vilket exemplifieras i nästa avsnitt. I det följande uppmärksammar vi även insatser som kan underlätta förändringar på arbetsplatsnivå, t ex system för kompetensutveckling och värdering av informellt lärande. Här kan HR-funktionen och FHV vara ett viktigt stöd.

INSATSER I NÅGRA ANDRA LÄNDER

Andelen äldre ökar generellt i Europa och inom EU finns en allmän strävan att öka andelen 55–64-åringar i arbetskraften. För att bromsa de snabbt ökande pensionskostnaderna har många medlemsstater höjt den allmänna pensionsåldern till 65 år och vissa planerar att gå längre än så. En förutsättning för att dessa åtgärder ska kunna få genomslag är att arbetsplatserna anpassas och tar hänsyn till de anställdas fysiska och psykiska arbetsförmåga. Enligt en översikt utförd för EU-OSHA inom temat Safer and Healthier Work at Any Age krävs satsningar på forskning kring åldrande och arbetsförmåga och ett ökande systematiskt samarbete mellan arbetsgivare, medarbetare och FHV för att uppnå ett hållbart arbetsliv (EU-OSHA 2016).

I Norge används begreppet "seniorpolitik" för att uppmärksamma insatser som kan komma äldre arbetskraft till del. Det nationella *Senter for seniorpolitikk* (SSP) har i uppdrag att stimulera och förbättra förutsättningarna för denna grupp. Grundinställningen är att äldre utgör en resurs i arbetslivet och att människan lär och utvecklas genom hela yrkeslivet. SSP koordinerar och bidrar till samarbete mellan myndigheter, arbetsmarknadens parter m fl och finansierar FoU inom området.

I Norge ökade möjligheterna till deltidspension för 62–66-åringar år 2011. I samtliga nordiska länder finns en koppling mellan åldersdiskriminering och vid vilken ålder man lämnar arbetsmarknaden. I Danmark, som har den lägsta utträdesåldern i Norden, finns även starka samband mellan långtidsarbetslöshet och tidigt utträde. Äldre arbetskraft i Sverige har betydligt högre utbildningsnivå än motsvarande grupp i Danmark. En möjlig orsak är att lagen om anställningsskydd, som ger företräde åt anställda med lång anställningstid, ökar arbetsgivarnas motivation att satsa på äldre anställdas kompetensutveckling. (Poulsen m fl, kommande)

Insatser på arbetsplatsnivå

Inom företagen har HR-avdelningarna fått en allt mer strategisk roll vad gäller personalrekrytering, personalpolitik (inklusive kompetensutveckling) och rehabilitering. De har därmed en nyckelroll ifråga om företagets anställning av äldre individer, generell policy vad gäller anpassning till äldre anställdas behov och önskemål (t ex om deltidarbete), samt anpassning av arbetet till individens förmåga. Som expertresurser kan HR-avdelningarna för företagets räkning anlita företagshälsovård jämte annan expertis, och ofta ansvarar man också för att det systematiska arbetsmiljöarbetet genomförs.

SYSTEMATISKT ARBETSMILJÖARBETE OCH TILLGÅNG TILL FÖRETAGSHÄLSOVÅRD

I Sverige har alla arbetsplatser skyldighet att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM). Genom att kartlägga arbetsmiljön, göra riskbedömningar och vid behov sätta in åtgärder kan arbetsgivaren upptäcka risker, förebygga skador och sjukdom och skapa en arbetsmiljö som bidrar till personlig utveckling och arbetstillfredsställelse. Företagshälsovården (FHV) har en nyckelroll i detta strategiska arbete för god arbetshälsa, både för primärprevention och för insatser vid sjukdom för att anpassa arbetet till individens förutsättning.

I praktiken varierar tillämpningen av SAM och tillgången till FHV mellan olika socioekonomiska grupper och mellan kvinnor och män, vilket framgår av tabell 4²⁸. Skillnaderna har ökat de senaste åren så att endast omkring hälften av de kvinnliga ej facklärd arbetarna har tillgång till FHV, mot drygt tre av fyra bland tjänstemän av båda könen på mellan- och hög nivå (SCB 2013). Detta är ett allvarligt problem eftersom gruppen icke facklärd arbetare i högre utsträckning än högre socioekonomiska grupper har fysiskt krävande arbete, skiftarbete och arbete med exponering för luftföroreningar och en högre andel kronisk sjukdom i slutet av arbetslivet. Tillgången till FHV motsvarar alltså inte behoven.

Tillväxten av nya arbetstillfällen sker i stor utsträckning i små företag och i större omfattning i service- än i tillverkningssektorn. Gemensamt för servicesektorn och småföretag är att anslutningen till FHV är lägre än för större företag/andra sektorer. Anslutningen till FHV är även markant lägre för egenföretagare än för de som är anställda. Nya anställningsformer och arbetssätt med otydligare

²⁸ De här redovisade talen är från Arbetsmiljöundersökningen 2013, senare undersökningar redovisas ej uppdelade på socioekonomiskt index

gränser vad gäller arbetsgivaransvar, var arbetsplatsen finns geografiskt och när uppgifterna ska utföras, utgör en ytterligare utmaning mot den hittillsvarande strukturen för arbetarskydd.

Tabell 4: Andel bland förvärvsarbetande män och kvinnor i olika socioekonomiska grupper som rapporterar tillgång till företagshälsövård samt att systematiskt arbetsmiljöarbete pågår på arbetsplatsen

| Ålder | Män | | | | Kvinnor | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 16–29 | 30–49 | 50–64 | Alla | 16–29 | 30–49 | 50–64 | Alla |
| Tillgång till FHV 2011-2013 (1999–2001) | | | | | | | | 45% (65%) |
| Ej facklärd arbetare | 46% (59%) | 65% (75%) | 61% (74%) | 59% (71%) | 27% (50%) | 52% (70%) | 55% (69%) | |
| Facklärd arbetare | 62% (-*) | 73% (77%) | 75% (82%) | 71% (77%) | 34% (-*) | 64% (76%) | 64% (76%) | 58% (73%) |
| Lägre tjänstemän | *(-*) | 73% (73%) | 74% (-*) | 68% (72%) | 45% (-*) | 63% (74%) | 67% (76%) | 61% (71%) |
| Tjänstemän på mellannivå | 65% (-*) | 75% (84%) | 80% (84%) | 75% (82%) | 55% (-*) | 70% (81%) | 76% (81%) | 69% (79%) |
| Högre tjänstemän | *(-*) | 75% (80%) | 74% (77%) | 72% (78%) | 59% (-*) | 77% (77%) | 74% (78%) | 74% (76%) |
| Företagare | *(-*) | 33% (-*) | 31% (-*) | 31% (31%) | *(-*) | 17% (-*) | *(-*) | 18% (-*) |
| Samtliga | 53% (63%) | 69% (74%) | 68% (73%) | 66% (72%) | 40% (54%) | 65% (74%) | 66% (73%) | 60% (71%) |
| Systematiskt arbetsmiljöarbete 2011-2013 (1999-2001) | | | | | | | | 41% (35%) |
| Ej facklärd arbetare | 39% (35%) | 53% (48%) | 51% (54%) | 49% (46%) | 25% (26%) | 48% (40%) | 49% (36%) | |
| Facklärd arbetare | 40% (-*) | 61% (55%) | 58% (58%) | 55% (55%) | 32% (-*) | 61% (52%) | 63% (47%) | 56% (47%) |
| Lägre tjänstemän | *(-*) | 62% (47%) | 69% (-*) | 58% (49%) | 29% (-*) | 52% (52%) | 57% (52%) | 49% (50%) |
| Tjänstemän på mellannivå | 54% (-*) | 63% (58%) | 70% (62%) | 64% (56%) | 48% (-*) | 65% (56%) | 70% (56%) | 64% (54%) |
| Högre tjänstemän | *(-*) | 60% (56%) | 64% (69%) | 59% (59%) | 46% (-*) | 61% (56%) | 71% (56%) | 62% (56%) |
| Företagare | *(-*) | 42% (-*) | 48% (-*) | 45% (50%) | *(-*) | 34% (-*) | *(-*) | 32% (-*) |
| Samtliga | 41% (39%) | 59% (53%) | 60% (60%) | 56% (53%) | 33% (33%) | 58% (50%) | 62% (50%) | 54% (47%) |

*-För få svarande Källa: Arbetsmiljöundersökningen 2013

I en svensk forskningsöversikt om äldres "anställningsbarhet" konstateras att enskilda medarbetares behov blir alltmer varierande med stigande ålder, vilket kräver lyhördhet och flexibilitet av såväl enskilda arbetsplatser som arbetsmarknaden i stort när det gäller anpassning i arbetet (Kadefors 2010). Det systematiska arbetsmiljöarbetet borde kunna utvecklas så att samverkan, rutiner och handlingsplaner osv. genomförs utifrån ett tydligt "åldersmedvetet" perspektiv (Nilsson 2016).

En undersökning som granskat innehållet i FHV-avtal och processen kring hur dessa avtal formulerats pekar på att FHV är en relativt outnyttjad resurs när det gäller systematiskt arbetsmiljöarbete och primärpreventiva insatser riktade mot risker på arbetsplatsen (Åström Paulsson m fl 2014). De anställda eller deras representanter medverkar endast i omkring 39% av avtalen (LO, PTK, Svenskt näringsliv 2017), vilket begränsar anpassningen till verksamhetens behov och rollen som en gemensam resurs.

En intervjustudie med beställare av FHV-tjänster visar vidare att bristande kunskap om arbetsmiljöarbete och avsaknad av genomarbetade strategier kan bidra till ineffektiva insatser och onödiga kostnader (Lohela-Karlsson m fl 2016). Vid ett av ESFs sk kunskapsseminarier, som tidigare nämnts, föreslogs att FHV skulle kunna utveckla tjänster för ledarskap och matchning, mentorsprogram, livs- och karriärplanering eller "omställningsstöd mitt i livet" till anställda som av olika skäl behöver byta arbetsuppgifter för att orka arbeta fram till ålderspensionen.

I en holländsk randomiserad studie bland anställda på ett elektronikföretag utvärderades en insats som primärt syftade till att minska andelen anställda (≥ 50 år) som fick förtidspension, eller som avsåg att gå i förtidspension och där stress var det huvudsakliga problemet. Konsultationer gavs av FHV-läkare för att kartlägga orsaker till önskan om förtidspension samt att formulera individuella handlingsplaner. Vid tvåårsuppföljningen var andelen som erhållit förtidspension lägre i gruppen som fått insatser jämfört med kontrollgruppen. Inga skillnader mellan grupperna fanns ifråga om arbetsförmåga, sjukpension, utmattning eller livskvalitet vid tvåårsuppföljning (Bergström m fl 2015).

ARBETSGIVARRINGAR OCH FINSAM

Arbetsgivarrieringar har funnits i Sverige sedan 1990-talet och kan beskrivas som en organiserad samverkan mellan arbetsgivare på en ort kring personalrörlighet och kompetensförsörjning för att förebygga ohälsa, effektivisera rehabilitering och förbättra tillväxt bland medlemsorganisationerna.

En genomsnittlig arbetsgivarriering består av 15 företag/organisationer med omkring 8000 anställda. Verksamheternas tyngdpunkt varierar mellan livs- och karriärplanering och rehabilitering. Ett tungt inslag är möjligheten att vid återgång i arbete arbetsträna, byta arbetsuppgifter och/eller att byta arbete mellan medlemsorganisationerna. En mer proaktiv inriktning är sk reflekterande samtal om utveckling i arbetet, som kan bidra till frivillig rörlighet där individens initiativförmåga och resurser får komma till sin rätt, dvs att förhindra så kallad inlåsning. (von Otter 2010, [Riksringen 2015](#)).

Vid Vinnovas uppföljning av programstöd till arbetsgivarrieringar (von Otter) fanns år 2010 ett trettiotal aktiva arbetsgivarrieringar som startats utifrån behov på den lokala arbetsmarknaden. Inom nätverket Riksringen fanns fem år senare tio arbetsgivarrieringar med ca 420 företag och offentliga verksamheter

på såväl små och mellanstora orter som i Stockholmsregionen. Det är oklart hur stor andel av alla arbetsgivarringar som ingår i detta nätverk, men uppgiften skulle kunna spegla en minskning över tid.

Ett annat exempel på strukturell samverkan är Finsam, ett finansiellt samarbete mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, landsting och kommun kring rehabilitering av enskilda individer som har en osäker ställning på arbetsmarknaden och som annars riskerar att mista sin försörjning. Insatserna varierar utifrån regionala behov och förutsättningar. Flertalet kommuner deltar i sådan samverkan och uppskattningsvis 300 000 personer ingår i målgruppen (Finsam 2017).

Samspel mellan individ och organisation

I Arbetsmiljöverkets antologi om hållbart arbetsliv (Nilsson 2016) anges fyra områden av stor betydelse för individens egen vilja att arbeta länge: arbetets krav i förhållande till den egna hälsan, privatekonomin, social inkludering och deltagande samt om arbetet upplevs meningsfullt och bidrar till självförverkligande (se även tidigare avsnitt om modeller för arbetskraftsdeltagande).

När det gäller arbetsgivarens ansvar pekar författarna bland annat på betydelsen av förebyggande fysiskt arbetsmiljöarbete, delaktighet vid organisationsförändringar, att ta vara på allas erfarenhetskunskap och ge möjlighet till livslångt lärande, organisatorisk rättvisa, hänsyn till individuella behov vid schemaläggning samt tillgång till FHV.

I intervjuer med 400 anställda, äldre än 55 år, på ett stort norskt sjukhus, förknippades begreppet "senior kompetens" med såväl ålder som erfarenhet, kompetens och problemlösningsförmåga. Forskarna finner att kompetensen är mångfacetterad, skiljer sig mellan individer och är beroende av organisatoriskt sammanhang. En förutsättning för att äldres erfarenheter ska tas tillvara är att de fortfarande förväntas bidra, involveras i aktiviteter, och får möjlighet att utvecklas, till exempel som mentor eller fadder och när man sätter samman nya arbets- eller projektgrupper. I annat fall uppstår lätt en negativ spiral där äldre varken satsas på eller är beredda att satsa själva (Hilsen 2016).

Av en intervjustudie med kvinnor och män i åldern 69–75 år, som fortfarande arbetade minst halvtid, framgår att viktiga förutsättningar för att fortsätta arbeta var att de själva kunde styra tidpunkt och omfattning. De hade börjat "modellera" sin nuvarande arbetssituation redan i 50-årsåldern, dvs "mitt i livet", var hälsomedvetna och hade socialt stöd i sin närhet. En slutsats i rapporten är att ett förlängt arbetsliv skulle underlättas av samhälleliga insatser i form av kontinuerligt lärande, rätt till ledighet för att prova annat arbete samt studie- och yrkesvägledning för vuxna (Wentz och Gyllensten 2016).

Det har påtalats att arbetsgivarperspektivet hittills är bristfälligt belyst när det gäller äldre arbetskraft (Hasselhorn och Apt 2015). I en svensk studie (Hörnstedt m fl, 2017) deltog 26 första linjens chefer för arbetare och tjänstemän i både kvinno- och mansdominerade områden och inom såväl offentlig som privat sektor.

Cheferna intervjuades i fokusgrupper om attityder till äldre i arbetslivet. De intervjuade såg inga principiella hinder för tjänstemän att arbeta kvar längre upp i åren, men däremot för arbetare med tanke på dessas ofta fysiskt krävande arbeten. Skillnader i fråga om äldres arbetsförmåga och attityder till att arbeta kvar bedömdes som större mellan individer än mellan olika åldersgrupper.

Inga skillnader rapporterades ifråga om möjlighet till kompetensutveckling. I intervjuerna efterfrågades mer kunskaper om preventiva insatser för att möjliggöra ett längre arbetsliv, exempelvis genom byte eller anpassning av arbetsuppgifter.

Att fortsätta vara anställningsbar

Synen på arbetets betydelse har förändrats över tid från ett sätt att försörja sig till en form av självförverkligande, vilket ställer nya krav på arbetsplatserna. Begreppet "anställningsbarhet" diskuteras i en holländsk forskningsöversikt och handlar, enligt författarna, om såväl attityder som motivation. För att uppnå och vidmakthålla anställningsbarhet krävs att arbetsgivarens och den anställdes uppfattningar överensstämmer så att de uppgifter som känns utvecklande och värdefulla för individen också värderas av arbetsgivaren (van der Klink m fl 2016).

Det råder brist på kvalificerade yrkesarbetare inom flera områden och var femte rekrytering avbryts på grund av att det saknas kompetenta sökande (Svenskt Näringsliv 2014). Vilka möjligheter finns och vilka insatser behövs på samhälls-, organisations- och individnivå för att underlätta omställning "mitt i livet"?

PÅ ORGANISATIONSNIVÅ

Strategiskt tänkande kring kompetensutveckling, snarare än att se sådana åtgärder som en "personalförmån", underlättar för arbetsgivaren att förutse behov av omställning och också att validera individens kompetens. Ofta finns en förenklad syn på vad som ingår i begreppet kompetens. Såväl utbildning som erfarenhet, individuella egenskaper och praktiska förmågor spelar in. En angelägen uppgift är att hitta former för att "formalisera det informella lärandet" (Kock & Ellström 2011).

Arbetsgivare satsar generellt mindre resurser för kompetensutveckling på äldre. Enligt Arbetsmiljöundersökningen (SCB 2013) fick 53 procent av kvinnorna i åldern 50–64 utbildning på betald arbetstid året innan, jämfört med 58 procent i åldersgruppen 30–49. Bland männen var motsvarande siffror 47 procent respektive 55 procent (Arbetsmiljöundersökningen 2013). En enkätundersökning bland privatanställda tjänstemän visar samma tendens. Var tredje i gruppen mellan 51 och 64 år ansåg att deras ålder hade negativ betydelse i sammanhanget (Kompetensbarometer 2015).

I en enkätundersökning bland kommunanställda över 55 år uppgav en tredjedel att de önskade ökade utvecklingsmöjligheter för att kunna arbeta kvar till 65 år och en fjärdedel ville också få tillgång till personalutbildning. Samtidigt rapporterade femton procent att de inte fick erbjudanden om kompetensutveckling och projektarbeten i samma utsträckning som tidigare, vilket de hänförde till sin ålder (Nilsson 2005).

Ett skäl till att arbetsgivare inte prioriterar äldre medarbetares kompetensutveckling kan vara att de saknar ekonomiska incitament. Även om äldre anställda anses värdefulla i produktionen har de relativt få år kvar vilket gör att det kan upplevas som en osäker investering. Mot detta står en modell för livslång utveckling av humankapitalet där argumentet är att för de flesta utbildningar har investeringen tjänats in redan efter tre–fem år, vilket gör äldre och yngre medarbetare mer

jämförbara.²⁹ Exempel på hinder är att företag inte kan göra avskrivning för personalutbildning och oro för att den anställda slutar efter genomförd utbildning. För att underlätta rörlighet "mitt i livet" behövs system på bransch- och/eller organisationsnivå för att kontinuerligt dokumentera kompetens och för validering av sådana kunskaper och erfarenheter som förvärvats genom praktiskt arbete³⁰

Följande konkreta råd på individ-, arbetsgivar- och samhällsnivå formulerades i Best Agersprojektet (2012) för att öka äldres anställningsbarhet:

Individen:

- Välj arbetsgivare som satsar på god arbetsmiljö och värnar om äldre arbetskraft
- Undvik skiftarbete och slitsamt tungt och repetitivt arbete och träna regelbundet
- Ta vara på möjligheter till kompetensutveckling och uppdatera ditt CV även med praktiskt förvärvat kompetens
- Påverka fack och ledning att uppmärksamma åldersmedvetet ledarskap

Arbetsgivare:

- Utveckla arbetsmiljö och organisation som tar hänsyn till variationen i anställdas arbetsförmåga
- Utveckla åldersmedvetet ledarskap och ge utrymme för kunskapsöverföring till yngre
- Erbjud alla anställda kompetensutveckling
- Ge flexibla pensioneringsmöjligheter för att kunna behålla kompetens under längre tid
- Uppmärksamma mellancheferna på att tillvarata äldres kompetens

Samhällsnivå:

- Ta bort åldersdiskriminerande inslag från arbetslivslagstiftningen
- Undvik särbehandling på grund av ålder
- Var föregångare genom att engagera äldre personer i offentlig verksamhet

Under de närmaste åren väntar stora pensionsavgångar inom bland annat kommuner och landsting. Detta kommer att ställa stora krav på organisationernas förmåga att rekrytera och behålla yngre medarbetare samtidigt som man på ett systematiskt sätt tar vara på kompetens från dem som är på väg att lämna arbetslivet. Satsningar på introduktion, handledning och stöd av mentorer har visat sig bidra till minskad personalomsättning bland nyutbildade socialsekreterare och sjuksköterskor (Forte,

²⁹ Se vidare R Kadefors i slutrapporten från EU-projektet Best Agers Lighthouses, http://www.best-agers-lighthouses.eu/downloads/Public/Evaluation%20and%20Case%20Studies/bal_cof_ansicht.pdf.

³⁰ ESFs kunskapsseminarier 2016 – se avsnittet **Möjligheter och hinder för ett hållbart arbetsliv**

2016). En intervjustudie bland små och medelstora svenska företag med låg personalomsättning men med stora kommande pensionsavgångar, visar en positiv attityd till äldre arbetskraft. Produktions-, service- och kunskapsföretag ingick i studien.

Flertalet företag saknade rutiner för att anpassa arbetet utifrån särskilda behov hos äldre. Däremot hade man utvecklat strategier för kunskapsöverföring mellan nyanställda och erfarna. Dessa varierade utifrån typ av verksamhet och bestod exempelvis av att "se och lära", muntliga instruktioner, arbete parallellt, mentorskap, tvärprofessionella team, seminarier eller speciella program för detta (Kadefors 2011).

Det behövs även insatser som underlättar för individen att analysera sin arbetssituation och hitta lämpliga åtgärder för att gå vidare och kunna arbeta fram till pensionen. Man kan vilja eller behöva byta arbete av sociala skäl, för att förebygga otrivsel och ohälsa eller av medicinska skäl när en skada redan skett eller sjukdom visat sig. För statligt anställda finns möjligheten att vara tidsbegränsat tjänstledig för att pröva nytt arbete. Kanske kan detta tillämpas även inom andra sektorer?

Faktorer på individnivå som kan bidra till så kallad inlåsningseffekt är exempelvis:

- LAS, som ger mest anställningstrygghet åt dem med längst anställning
- ekonomisk oro på grund av stelbenta pensionsregler eller karens i A-kassa om man säger upp sig (för att förebygga ohälsa) innan man hittat ett nytt arbete systemet (tidigare fanns större möjlighet till "godkänd arbetsskada" och få livränta som stöd för omskolning).
- oro att förlora sitt sociala sammanhang på arbetsplatsen

För den som är sjukskriven och skulle behöva byta jobb kan hindren upplevas som ännu större och fler stödinsatser krävas från arbetsgivarens eller FHV:s sida.

Exempel på interventioner för ett hållbart arbetsliv

I följande avsnitt beskrivs ett antal interventioner, som valts ut för att illustrera några principiellt olika sätt att ta sig an utmaningen "ett hållbart arbetsliv", till exempel ledarstöd, minskade arbetsgrupper, arbetstidsförkortning och åtgärder för att förebygga sjukfrånvaro. En begränsning är att denna typ av insatser ofta genomförs som tidsbegränsade projekt på lokal nivå utan någon systematisk utvärdering, vilket gör att resultaten sällan sprids utanför organisationen.

TYDLIGARE UPPDRAG FÖR BÄTTRE HÄLSA – NYNÄSHAMNS KOMMUN

I politiskt styrda organisationer behöver ambitionen att uppnå ett gott arbetsliv för de anställda balanseras mot medborgarnas krav på högkvalitativa tjänster. Sjukfrånvaron är generellt hög i kommuner och landsting, vilket leder till höga kostnader och ställer stora krav på flexibilitet inom organisationen när det gäller schemaläggning och bemanning. Antalet anställda per chef är ofta stort, särskilt inom kvinnodominerade förvaltningar där många har så kallade relationsyrken. Långa avstånd till närmaste chef kan bidra till otydlighet, exempelvis när det gäller prioritering av arbetsuppgifter (Härenstam 2014, Svartengren m fl 2013).

I en strävan att dels vara en så attraktiv arbetsgivare, dels minska kostnaderna för sjukfrånvaro, bedriver Nynäshamns kommun ett treårigt projekt inom social- samt barn- och utbildningsförvaltningarna. En av utgångspunkterna är Arbetsmiljöverkets föreskrift om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4). Interventionerna består av att minska antalet underställda per enhetschef, coaching av cheferna samt att skapa ökad tydlighet i uppdragsbeskrivningarna både för individen och arbetsgruppen. Detta förväntas underlätta bedömningen av på vilken nivå i organisationen olika frågor som hör hemma. Ytterligare en åtgärd är livs- och karriärplanering för medarbetarna. Planen är att på sikt sprida modellen, som kallas uppdragsdialog, till samtliga förvaltningar (Nynäshamns kommun 2016).

ÖKAD FLEXIBILITET FÖR MINSKAD STRESS I HEMTJÄNSTEN – LANDSKRONA KOMMUN

Arbete i hemtjänsten är ofta såväl fysiskt som psykiskt krävande och det är vanligt med hård styrning både när det gäller tidsåtgång och vilka uppgifter som ska utföras (Målvist 2010, Målvist och Lundin 2015). Höga krav och låg grad av kontroll i arbetet är välkända riskfaktorer när det gäller personalens hälsa. Insatser som ökar individens kontroll över arbetet kan däremot reducera skadlig stress.

Landskrona kommun införde 2014 ett system inom hemtjänsten som är mer flexibelt än tidigare för både brukare och personal. Insatserna bedöms och planeras nu utifrån sex olika vårdnivåer, från hjälp med inköp och städning till omfattande hjälp flera gånger per dygn. Inom ramen för tilldelad tid har brukarna möjlighet att styra över vad de behöver hjälp med den aktuella dagen, vilket i sin tur minskat detaljstyrningen för hemtjänstens medarbetare. Dessa rapporterar minskad stress i arbetet och brukarna är nöjdare. Förändringen uppges även ha lett till minskad administration och ekonomiska besparingar.³¹

FÖRSÖK MED 6 TIMMARS ARBETSDAG – GÖTEBORGS STAD

Arbetstidsförkortning som redskap för förbättrad arbetsmiljö har diskuterats och provats i många olika sammanhang, men sällan följts upp på ett systematiskt sätt. Försöken har särskild relevans för äldre i arbetslivet på grund av den längre tid som behövs för återhämtning (se tidigare avsnitt).

I en litteraturöversikt om försök med arbetstidsförkortning hittades exempel på positiva effekter ifråga om självrapporterad upplevd hälsa men inga säkra belegg för förbättrad medicinsk hälsa. Eventuella långtidseffekter kunde inte mätas på grund av korta uppföljningstider (Brynja och Bildt 2005). En nyligen publicerad randomiserad studie från Stressforskningsinstitutet har emellertid gjort en uppföljning efter 18 månader. Den redovisar en intervention vid 33 svenska arbetsplatser, där 600 medarbetare minskade arbetstiden till 75 procent med bibehållen lön. Deltagarna rapporterade minskad upplevd stress och trötthet samt ökad sömnlängd under de dygn de arbetade. Resultaten kvarstod vid uppföljningen (Schiller m fl 2016).

³¹ Projektet har beskrivits i tidskriftsartiklar i Sydsvenska dagbladet 150726, Dagens Nyheter 150803, och Helsingborgs dagblad 141212



I Göteborgs stad gjordes 2015–16 ett tvåårigt försök med 6 timmars arbetsdag inom ett äldreboende. Projektet utvärderas ifråga om individuella effekter på hälsa och levnadsförhållanden samt betydelse för bemanning och samhällsekonomi. Stadens övriga äldreomsorg utgör kontrollgrupp.

Vid såväl 12- som 18-månadersuppföljningen rapporterade försöksgruppen bättre upplevd hälsa, sjukfrånvaron hade sjunkit och betydligt fler aktiviteter genomfördes för brukarna jämfört med kontrollgruppen. Stadens kostnader hade ökat på grund av nyanställningar för att täcka arbetstiden, men vissa besparingar hade samtidigt gjorts på grund av minskad frånvaro. (Pacta Guideline 2016)

Sammanfattningsvis talar alltså mycket för att en förkortning av arbetsdagen inom äldreomsorgen ger önskvärda effekter på deltagarnas välbefinnande, sjukfrånvaro och arbetsprestation. En cost-benefitanalys skulle även kunna påvisa effekter på personalförsörjning, kvalitet för brukarna samt eventuella övervältringskostnader mellan offentliga ersättningsystem.

FÖREBYGGANDE SJKPENNING OCH ANDRA TIDIGA INSATSER – TORSBY KOMMUN

Långvarig sjukfrånvaro kan försvåra återgång i arbete (Lidwall 2015). En av Försäkringskassans insatser är så kallad förebyggande sjukpenning, som kan ges som alternativ till sjukskrivning för att förebygga sjukdom eller långtidssjukskrivning. Trots att åtgärden funnits sedan 2010 används den i mycket ringa omfattning.³²

Torsby kommun samarbetar med FHV för att identifiera medarbetare som riskerar att bli långtidssjukskrivna. Chefsutbildning och förebyggande sjukpenning är tunga inslag i satsningen. Under den "förebyggande sjukskrivningen" görs en kartläggning och medarbetaren får föreläsningar och tid för reflektion kring förändring av arbets- som livssituationen. Insatsen mynnar ut i en handlingsplan. Samma erbjudande ges även till långtidssjukskrivna som ett led i rehabiliteringen för återgång i arbete. Interventionen rapporteras ha lett till avsevärt minskad sjukfrånvaro (Suntarbetsliv.nu 2016).

Några utgångspunkter för det vidare arbetet

Under projektets gång har vi funnit en rad exempel på strategier för att underlätta för äldre att stanna kvar i arbetslivet med stöd av bl a flexibla organisations- och arbetsformer, ledningsstöd, system för kunskapsöverföring och kompetensutveckling. Vissa åtgärder tillämpas redan i större skala, andra utgörs av lokala initiativ eller tidsbegränsade försök.

³² I december 2015 fanns drygt 850 pågående fall med förebyggande sjukpenning i riket, flest i åldersgruppen 50-54 år bland både män och kvinnor (Personligt meddelande, Försäkringskassans statistiker, Försäkringskassan 2016).

Exempel på strategier som är värda att ta vidare

Avslutningsvis, med utgångspunkt ifrån ovanstående kunskapssammanställning formuleras här nedan evidensbaserade exempel på olika områden som är möjliga att ta vidare och pröva i projektform. En del av dessa områden skulle med fördel kunna användas som grund för utlysning av socialfondsmedel och ligga till grund för en analys och plan för ESF-finansierade projekt i syfte att uppfylla formuleringarna i socialfondsprogrammet om ett långt och hållbart arbetsliv.

- **Insatser vid fysiskt tunga arbeten**

Utforma utlysningar för projekt som prövar metoder för att hantera fysiskt tunga arbeten bättre. Exempelvis flexibel schemaläggning med utökat utrymme för återhämtning eller särskilda gränsvärden ifråga om fysisk belastning skulle kunna underlätta. Eftersom den individuella variationen är stor är dock åldersrelaterade gränsvärden ett trubbigt instrument. Ett annat alternativ är träning på arbetstid, som finns sedan länge inom bl a försvar och räddningstjänst, och som skulle kunna övervägas för äldre inom exempelvis vård och omsorg. Sådan träning har visat positiva effekter på kort sikt för olika yrkesgrupper, men det är inte lika väl belagt om vinsterna kvarstår över tid eller huruvida grupper som redan har fysiskt tung belastning riskerar att överbelastas vid långvarig träning (Fristedt och Fransson 2015, Proper 2003).

- **Arbete för äldre invandrare.**

Efter hand blir allt större andel av dem som invandrat till Sverige äldre. Många, både arbetskraftsinvandrare och flyktingar, har haft fysiskt krävande arbeten. I synnerhet de som kommit som flyktingar har relativt få år med en arbetsinkomst i Sverige, vilket leder till låga eller mycket låga pensioner om de slutar att förvärvsarbeta tidigt. Det är därför mycket viktigt att hitta metoder för att öka möjligheten för dem som invandrat att hitta nya arbeten när de förlorar det de tidigare har haft av olika orsaker.

- **Ökat inflytande över arbetsuppgifternas utförande och involvering av brukare**

Arbete med människor ställer höga krav i många avseenden. Under senare år har inflytandet över hur arbetet kan utföras och det upplevda professionella stöder minskat vilket skapar en betydligt större mental belastning ("job-strain", se vidare Albin m fl 2017). Använd möjligheten inom PO1 och utforma utlysningar för projekt som syftar till att utveckla arbetsorganisationen. Insatser som prövar ledningssystem som återskapar ett inflytande över hur arbetsuppgifterna löses, samt pågående lärandeprocesser för att lösa dem, är viktiga för att öka förutsättningarna för ett hållbart arbetsliv i välfärdssektorn. De bör sannolikt kombineras med åtgärder för ett ökat brukarinflytande för att undvika målkonflikter.

- **Arbetstidsförkortning**

Förkortning av arbetsdagen med bibehållen lön har prövats i tidsbegränsade försök och bedömts som alltför kostsamt. Detta vore intressant att utforma utlysningar och projekt som möjliggör att pröva samt närmare studera effekter i branscher där man i kollektivavtal avsatt en del av lönen för att kunna trappa ned arbetstiden de sista åren före pensionen (t ex byggbranschen och den sk 80-90-100-modellen för tjänstemän). En alternativ modell vore generell arbetstidsförkortning efter en viss ålder i sektorer med tung fysisk belastning, exempelvis äldreomsorgen. En cost-benefitanalys bör även innefatta effekter på

personalomsättning, kvalitet för brukarna, samt även effekter på andra välfärdssystem (t ex sjukförsäkringen).

- **System för kunskapsöverföring**

Äldres erfarenhetskompetens borde i högre utsträckning tas tillvara inom branscher och organisationer genom dokumentation/validering av erfarenhetskunskap och genom praktisk kunskapsöverföring, handledning eller mentorskap. Erfarenheter finns exempelvis från privata företag (Kadefors 2011) och inom Sveriges kommuner och landsting (SKL)³³. Utforma utlysningar för projekt som möjliggör att pröva system för kunskapsöverföring.

- **Hälsofrämjande ”mitt i livet-samtal”**

Såväl FHV som företagets HR-funktion skulle kunna utveckla modeller för utvidgade medarbetarsamtal, som hjälper individer att analysera sin arbetssituation och formulera en långsiktig individuell handlingsplan (”mitt i livet-samtal”) och som kan utmytna i matchning och nya karriärvägar.

- **Samverkan på strukturell nivå - Arbetsgivarvringar och Finsam**

Arbetsgivarvringar har funnits under en längre tid och förefaller vara aktiva på flera orter i landet. Finsam är en etablerad samverkansform mellan offentliga aktörer i hela landet och besitter god kännedom om lokala förhållanden. Finns konkreta mätbara resultat? Skulle arbetsgivarvringar kunna organiseras inom ramen för Finsam? Lösningarna kan se olika ut på mindre och större orter.

- **Förebyggande sjukpenning**

Försäkringskassans åtgärd Förebyggande sjukpenning förefaller värdefull men utnyttjas i liten utsträckning. Här behövs mer kunskap och projekt som prövar i praktiken. Kan förebyggande sjukpenning göras mera känd och kombineras med andra förebyggande insatser? I vilka sammanhang och för vilka individer gör den störst nytta? Vilka arbetsgivare använder det i högst utsträckning?

- **Utveckla arbetsmiljö och organisation som tar hänsyn till variationen i anställdas arbetsförmåga.**

Variationen i enskilda individers arbetsförmåga vid en given ålder ökar med de ökade systematiska skillnaderna i hälsa i befolkningen och den ökar också med en åldrande arbetskraft. En arbetsmiljö och arbetsorganisation som tar hänsyn till detta kommer också att bli mer inkluderande med hänsyn till funktionshinder samt tillfällig variation i arbetsförmåga som kan uppstå till följd av t ex livshändelser.

- **Utveckla åldersmedvetet ledarskap.**

Ett åldersmedvetet ledarskap tar fasta på de särskilda tillgångar respektive större sårbarhet som typiskt sett finns hos medarbetare i olika åldersgrupper och med olika anställningstid på arbetsplatsen. Strategier finns för arbetsuppgifter som ofta är för tunga för äldre medarbetare, alternativt kräver mentorskap för en yngre medarbetare. Även det

³³ Utifrån kommande pensionsavgångar bland vård- och omsorgspersonal diskuteras inom SKL behov av flexibla former för kompetensutveckling, icke-diskriminerande rekryteringsmetoder och system för att tillvarata erfarna medarbetares och chefers kompetens (EFS kunskapsseminarium 2016).



systematiska arbetsmiljöarbetet är åldersmedvetet (exempelvis vad gäller belysning, akustik, arbetstyngd, återhämtning och olycksfallsrisker).

- **Attitydpåverkande projekt om icke-diskrimineringen och lika behandling samt tillgänglighet för att minska särbehandling på grund av ålder**

Åldersdiskriminering finns som negativ särbehandling av äldre medarbetare exempelvis vad gäller kompetensutveckling, men också negativa förväntningar vad gäller förmåga att lära nytt och möjlighet att prestera vid högre ålder. Arbetsplatsens – arbetsledningens perspektiv är otillräckligt studerat. Första linjens chefer och HR-avdelningar är särskilt intressanta grupper vad gäller att kartlägga kunskapsluckor och de hinder och möjligheter man ser för ett längre arbetsliv för äldre medarbetare och att arbeta med att finna lösningar. Förutsättningarna bör här vara särskilt goda i branscher med aktuell eller kommande kompetensbrist. Lösningarna kan se olika ut i glesbygd och tätort.

Denna kunskapssammanställning pekar både på de rådande trenderna i arbetslivet vilka framstår som allt mer komplext. Detta samtidigt som utvecklingen av arbetskraften blir allt mer heterogen. Arbetsmarknaden har utvecklats till att bli mer polariserat och vissa grupper är mer sårbara än förut.

De sårbara brukar beskrivas som de med låg utbildningsgrad, migranter, de som har en funktionsnedsättning samt äldre arbetslösa. Individer tillhör ibland flera av dessa kategorier samtidigt. I denna rapport har vi fokuserat på hur förutsättningarna ser ut för att åldras i arbetslivet. Ett arbetsliv där arbetsgivare har en hög förmåga att attrahera och behålla arbetstagare med olika bakgrund och förutsättningar är ett generellt arbetsmarknadsbehov som behövs för att vi ska kunna möta framtiden. Ett arbetsliv mer förmåga att möta medarbetare som åldras skulle kunna ha kapacitet att agera inkluderande även för andra arbetstagare med särskilda behov. Ett arbetsliv som det är möjligt att åldras i är ett universellt utformat arbetsliv som är bra för alla.

Sammanfattningsvis konstaterar vi att det finns starka skäl att vidare utforska och i praktiken pröva strategier för ett hållbart och inkluderande arbetsliv för alla åldrar med åtgärder på individ-, arbetsplats- och samhällsnivå. Utgångspunkten bör vara att kunna hantera en framtida ökad diversitet i såväl arbetets art som den enskildes förutsättningar. För flera sådana strategier finns vetenskaplig evidens för vilken inriktningen bör vara, men det är angeläget att studera hur det bör utformas för att ha avsedd effekt och att undersöka att det inte finns oavsiktliga negativa sidoeffekter. Ett sådant arbete är angeläget såväl för de enskilda individernas hälsa och välbefinnande som för samhällets sammanhållning och utveckling.

Tack till

Tack till professor Roland Kadefors, Göteborgs universitet, som lämnat värdefulla uppgifter, samt till Magnus Alderling, statistiker vid Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting, som bidragit med specialbearbetningar av underlaget till Arbetshälsorapporten 2016.



Om författarna

Maria Albin är läkare och professor i Arbets- och miljömedicin vid Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet och verksamhetschef vid Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting. Hon leder ett forskningsprogram om äldre i arbetslivet (<http://swaw.se/>) Maria Albin har varit huvudansvarig för avsnittet om åldrande och hälsa.

Emilia Liljefrost är ekonomhistoriker och verksam som senioranalytiker på svenska ESF-rådet. Är sakfrågeansvarig för kunskapsområdena jämställdhet, icke-diskriminering, tillgänglighet och ekologisk hållbarhet. Hon har tidigare arbetat med regeringsuppdraget Kvinnors arbetsmiljö på Arbetsmiljöverket samt som utredningssekreterare på regeringskansliet i den statliga offentliga utredningen om jämställdhet i arbetslivet. Emilia Liljefrost har varit huvudansvarig för arbetsprocessen för denna rapport samt avsnitten som omfattar hållbart arbetsliv och dess plats i socialfundsprogrammet.

Marianne Parmasund är samhällsvetare, verksam vid Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting. Hon har lång erfarenhet av studier om organisationsförändringar och hälsofrämjande ledarskap. Marianne Parmasund har varit huvudansvarig för avsnittet om kompetensutveckling

Eskil Wadensjö är nationalekonom och professor i arbetsmarknadspolitik. I sin forskning har han behandlat arbetsinvandring, arbetsmarknads- och socialpolitik och arbetsmarknadens funktionssätt. Han är verksam vid Institutet för social forskning, Stockholms universitet. Eskil Wadensjö har varit huvudansvarig för avsnittet om arbetsmarknaden.

Referenser

- Aboa-Eboulé C, Brisson C, Maunsell E, Mâsse B, Bourbonnais R, Vézina M, Milot A, Thérioux P, Dagenais GR (2007). Job strain and risk of acute recurrent coronary heart disease events. *JAMA*. Oct 10;298(14):1652–60.
- Agbenyikey W, Karasek R, Cifuentes M, Wolf PA, Seshadri S, Taylor JA, Beiser AS, Au R (2015). Job strain and cognitive decline: a prospective study of the framingham offspring cohort. *Int J Occup Environ Med*. 2015 Apr;6(2):79–94.
- Alavinia SM, de Boer AG, van Duivenbooden JC, Frings-Dresen MH, Burdorf A (2009). Determinants of work ability and its predictive value for disability. *Occup Med (Lond)*. 2009;59(1):32–7.
- Albin M (2016). Kronisk sjukdom. I Vingård E (red): Friska arbetsplatser för kvinnor och män i alla åldrar. Kunskapssammanställning 2016:8, Arbetsmiljöverket.
- Albin M, Gustavsson P, Kjellberg K, Theorell T. Arbetsmiljö och jämlik hälsa (2017). Underlagsrapport nr 5 till Kommissionen för jämlik hälsa S 2015:02, Stockholm 2017.
- Andel R, Infurna FJ, Hahn Rickenbach EA, Crowe M, Marchiondo L, Fisher GG (2015). Job strain and trajectories of change in episodic memory before and after retirement: results from the Health and Retirement Study. *J Epidemiol Community Health*. 2015 May;69(5):442–6.
- Andersson Joonas P, Datta Gupta N, Wadensjö E (2014). Overeducation among immigrants in Sweden: Incidence, wage effects and state dependence. *IZA Journal of Migration*, 2014, 3:9.
- Arbetshälsorapport 2012. Centrum för arbets- och miljömedicin. Stockholms läns landsting.
- Arbetshälsorapport 2016. Centrum för arbets- och miljömedicin. Stockholms läns landsting.
- Arbetsmiljöverket (2015). Organisatorisk och social arbetsmiljö. Arbetsmiljöverkets författningssamling, AFS 2015:4).
- Backhans M, Stjernschantz Forsberg J, Lager A (redaktörer)(2015): Folkhälsorapport 2015. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting .
- Bergström G, Lundin A, Vaez M, Cedstrand E, Hillert L, Jensen I (2015.) Insatser som ges via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa. En kartläggning av forskningen. Rapport 1: 2015, Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Best Agers (2012). The Labour Market and Demographic Change in the Baltic Sea Region Study Results and Recommendations of the Best Agers Project.
- Blanc PD (2012). Occupation and COPD: a brief review. *J Asthma*. 2012;49:2–4.
- Boguslaw J, Wadensjö E (2011). Humanisterna och den svenska arbetsmarknaden. I *Humanisterna och framtidssamhället*, Forskningsrapport 2011:1, Stockholm: Institutet för Framtidsstudier.



Bonde JP, Hansen J, Kolstad HA, Mikkelsen S, Olsen JH, Blask DE, Härmä M, Kjuus H, de Konig HU, Olsen J, Möller M, Schernhammer ES, Stevens RG, Åkerstedt T (2012). Work at night and breast cancer – report on evidence-based options for preventive actions. *Scand J Work Environ Health*. 2012 Jul; 38(4):380–90.

Bonsdorff MB, Seitsamo J, Ilmarinen J, Nygård CH, von Bonsdorff ME, Rantanen T (2012). Work ability as a determinant of old age disability severity: Evidence from the 28-year Finnish Longitudinal Study on Municipal Employees. *Aging Clin Exp Res*. 2012 Aug;24(4):354–60.

Brynja O, Bildt C (2005). Arbetstidsförkortning och hälsa. En litteraturgenomgång av befintlig forskning. Arbetslivsinstitutet, Arbetslivsrapport 2005:11.

Burström B, Fredlund P (2001). Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health*. 2001 Nov;55(11):836–40.

Carlson, M, Eriksson, E (2017). Påverkar arbets sökandes ålder och kön chansen att få svar på jobbsökans?. IFAU, Rapport 2017:8.

Chlon-Domincak A (2016). Reversing the 2013 retirement age reform in Poland. European Social Policy Network, Flash report 2016/7.

Clayton S, Barr B, Nylén L, Burström B, Thielen K, Diderichsen F, Dahl E, Whitehead M (2011). Effectiveness of return-to-work interventions for disabled people: A systematic review of government initiatives focused on changing the behavior of employers. *European Journal of Public Health*, Vol. 22, No. 3, 434–439.

Dahlqvist C, Enquist H, Nordander C, Forsman M (2016). Mätning av arbetsbelastning för höger överarm vid kontorsstädning. *Arbets- och miljömedicin Syd*, rapport 12/2016.

Dubois H, Runceanu G, Anderson R (2016). Extending working lives through flexible retirement schemes: Partial Retirement, Eurofound, Luxembourg: Publication Office of the European Union.

Ekberg J (2016). Det finns framgångsrika flyktingar på arbetsmarknaden. *Ekonomisk Debatt*, Vol. 44(5), s. 6–11.

EU-OSHA (2016). The ageing workforce: Implications for occupational safety and health. A research review. Executive summary. European Agency for Safety and Health at Work, 2016.

Fastbom J, Fors S, Lövdén M (2014). Åldrande och minne. *Forskning i korthet*, nr 3, 2014. Forskningsrådet FORTE.

Favero F, Glimne S, Teär Fahnehjelm K, Eklund J (2012). Syn och belysning för äldre i arbetslivet. Kunskapsöversikt. Rapport 2012:16. Arbetsmiljöverket.

Finsam (2017). <http://www.finsam.se/omfinsam>. Accessed 2017-02-10.

Folkhälsomyndigheten (2014). Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014. Folkhälsomyndigheten.

Fora AB (2016) www.fora.se/foretag/rapportering/rapportera-extra-pensionspremier-for-avtalspension-saf-lo/avtal-med-deltidspension. Accessed 2017-01-30



Forte (2016). Arbetsmiljö i kvinnodominerade sektorer. Regeringsuppdrag att genomföra en förstudie inför utlysning av forskningsmedel.

Friedman-Jimenez G, Harrison D, Luo H. Occupational asthma and work-exacerbated asthma. *Semin Respir Crit Care Med*. 2015 Jun;36(3):388–407.

Fristedt S, Fransson E (2015). Fysisk aktivitet och träning – möjlig prevention av arbetsrelaterade belastningsbesvär. Kunskapssammanställning, Arbetsmiljöverket. Rapport 2015:11.

Furåker B (2010). Inlåsning på den svenska arbetsmarknaden. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 16 (4): 55–70.

Försäkringskassan (2016). Socialförsäkringen i siffror.
https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/32edb6fd-2008-4a65-b345-d6c7ffadb14e/socialforsakringen_i_siffror_2016_06.pdf?MOD=AJPERES. Accessed 2017-01-30

Hallberg D, Johansson P (2015). Är en höjning av pensionsåldern ensidigt positiv? *Ekonomisk Debatt* 2015;43:31–40.

Hansson E, Mattisson K, Björk J, Östergren PO, Jakobsson K (2011). Relationship between commuting and health outcomes in a cross-sectional population survey in southern Sweden. *BMC Public Health*. 2011 Oct 31;11:834

Hasselhorn HM, Apt W (eds) (2015). Understanding employment participation of older workers. Report. Joint programming initiative More Years Better Lives.

Hilsen A I (2016). Hva er seniorkompetanse? Fafo-rapport 2016:21 ISBN 978-82-324-0304-2,
<http://www.fafo.no/images/pub/2016/20583.pdf>:

Härenstam A, Östebo A (red) (2014). Chefskapets förutsättningar och konsekvenser. Metoder och resultat från CHEFiOS-projektet – slutrapport del 1. ISM-rapport 14:1.

Hörnstedt K, Nilsson K, Albin M, Håkansson C (2017). Managers' perception of older workers and an extended working life in Sweden. *Int J Gerontol Geriatr Res* 2017; 1(1):014-013.
 ILO 1985. The ILO Convention on Occupational Health Services, No 161, 1985.

Inspektionen för socialförsäkringen (2014). Striktare sjukförsäkring och tidig ålderspensionering. Rapport 2014:7.

Jakobsson K, Gustavsson P (2013). Systematiska kunskapsöversikter; 5. Arbetsmiljöexponeringar och stroke – en kritisk granskning av evidens för samband mellan exponeringar i arbetsmiljön och stroke. *Arbete och Hälsa* 47(4).

Johansson B (2011). Kognitiv hälsa och funktion under åldrandet. Pensionsåldersutredningen. SOU. 2011:05.

Johansson G (2007). The illness flexibility model and sickness absence. Doktorshandling, Karolinska Institutet, Stockholm.

Kadefors R (2010). Employability of older people: A scientific review, conclusions and recommendations. BestAgers. Dept of work Science, Gothenburg.



Kadefors R (2011). Competence preservation and transfer in a generation shift. WP3, Activity 4 BestAgers. Dept of work Science, Gothenburg.

Kadefors R, Nilsson K, Rylander L, Östergren P-O, Albin M (2017). Occupation, gender and work-life exits. A Swedish population study. *Ageing & Society* 20 March 2017 (E-pub ahead of print).

Knutsson A, Kempe A (2013). Systematiska kunskapsöversikter; 4. Diabetes och arbete. *Arbete och Hälsa* 2013;47:3.

Knutsson A, Krstev S. Arbetsmiljö och prostatacancer. *Arbete och hälsa* 2017;51(1).

Kock H, Ellström P-E (2011). Formal and integrated strategies for competence development in SMEs, *Journal of European Industrial Training*, Vol. 35 Iss: 1, pp.71 – 88.

Kommissionen för jämlik hälsa (2016). Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete (SOU 2016:55).

Kompetensutvecklingsbarometer (2015). En undersökning av kompetensutveckling bland medlemmar i Unionen.

Lazear E (1979). Why is there mandatory retirement? *Journal of Political Economy*, Vol. 87(6), s. 1261–1284.
László KD, Engström K, Hallqvist J, Ahlbom A, Janszky I (2013). Job insecurity and prognosis after myocardial infarction: the SHEEP study. *Int J Cardiol*. 2013 Sept 10;167(6):2824–30.

László KD, Ahnve S, Hallqvist J, Ahlbom A, Janszky I (2010). Job strain predicts recurrent events after a first acute myocardial infarction: the Stockholm Heart Epidemiology Program. *J Intern Med*. 2010 Jun;267(6):599–611.

Leijten FRM, de Wind A, van den Heuvel S, Fekke Ybema J, van der Beek AJ, Robroek SJW, Burdorf A (2015). The influence of chronic health problems and work-related factors on loss of paid employment among older workers. *J Epidemiol Community Health* 2015;69:1058–1065.

Lidwall L (2015). Sick leave diagnoses and return to work: a Swedish register study, *Disability and Rehabilitation*, 37:5, 396–410.

LO, PTK, Svenskt Näringsliv (2017). Hur använder företag arbetsmiljö- och hälsotjänster för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa. Rapport.

Lohela-Karlsson M, Martinsson C, Kwak L, Bergström G, Hellman T (2016). Viktiga incitament för svenska arbetsgivare vid genomförande av arbetsmiljöinsatser. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet

Lundin A, Kjellberg K, Leijon O, Punnett L, Hemmingsson T (2015). The Association Between Self-Assessed Future Work Ability and Long-Term Sickness Absence, Disability Pension and Unemployment in a General Working Population: A 7-Year Follow-Up Study. *J Occup Rehabil*. 2015 Aug 30.

Marmot M Health inequalities in the EU- Final report of a consortium (2013). Consortium lead: Sir Michael Marmot, European Union.

Målvqvist I (2010) Styrningens påverkan på ekonomi, arbetsförhållanden och kvalitet i hemtjänsten. Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Rapport 2010:10.



Målvqvist I (2015). En långsiktigt hållbar hemtjänst. Del 1: Projektbeskrivning och resultat. Utmaningar och möjligheter för den kommunala hemtjänsten. Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting. Rapport 2015:04.

Målvqvist I, Lundin A (2015). En långsiktigt hållbar hemtjänst. Del 2: Förslag på hur kommuner kan förbättra omsorgskvaliteten och förebygga arbetskraftsbrist hos utförare av hemtjänst. Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting. Rapport 2015:05.

Nilsson K (2016) Att kunna och vilja arbeta längre. I Vingård E (red): Friska arbetsplatser för kvinnor och män i alla åldrar. Kunskapssammanställning 2016:8, Arbetsmiljöverket.

Nilsson K, Borell J, Blomé M, Håkansson C (2016). Formulering av organisatoriska åtgärder för ett hållbart arbetsliv. AFA – Ett längre arbetsliv.

Nilsson K (2013). To work or not to work in an extended working life? Factors in working and retirement decisions. I: Lund University, Faculty of Medicine. Doktorsavhandling. Series 2013:4.

Nilsson K (2005). Pension eller arbetsliv? Medarbetare 55 och äldre inom hälso- och sjukvården. Arbetslivsinstitutet, Malmö.

Nilsson K, Östergren P-O, Kadefors, Albin M (2016). Has the participation of older employees in the work force increased? Study of the total Swedish population regarding exit from working life. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2016; 44(5): 506–516.

Nilsson K (2012). Why work beyond 65? Discourse on the decision to continue working or retire early. *Nordic Journal of Working Life Studies* 2012; 2(3):7–28.

Nilsson K (2016). Conceptualization of ageing in relation to factors of importance for extending working life – a review. *Scandinavian Journal of Public Health* 2016;44(5): 490–505.

Nynäshamns kommun (2016). Jaget, laget och uppdraget – en strategi för ett friskt arbetsliv. Projektplan 2016-03-08.

Pacta Guideline AB (2016). 12 månader med 6 timmar – Sammanhang och samband. Följeforskning om försök med reducerad arbetstid, Göteborgs stad, Svartedalens äldrecentrum, 2016-06-08.

Pacta Guideline AB (2016). 18 månader med 6 timmar. Följeforskning med försök med reducerad arbetstid. Göteborgs stad, Svartedalens äldrecentrum. 2016-10-11.

Persson Wayne K (2016). Sensoriskt åldrande – hörsel och ljudmiljö. I Vingård E (red) Friska Arbetsplatser för kvinnor och män i alla åldrar. Arbetsmiljöverket 2016.

Pool LR, Weuve J, Wilson RS, Bültmann U, Evans DA, Mendes de Leon CF (2016). Occupational cognitive requirements and late-life cognitive aging. *Neurology* 2016;86(15):13386–1392..



Poulsen OM, Tómasson K, Hilsen A I, Sivesind Mehlum I, Midtsundstad T, Nilsson K, Albin M (kommande). The impact of the working environment on work retention of older workers. Rapport till Nordiska ministerrådet

Proper KI, Koning M, van der Beek A, Hildebrandt VH, Bosscher RJ, van Mechelen W (2003). The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. *Clin J Sport Med* 2003;13, 106–117.

Riksringen (2015). Ett nätverk av arbetsgivarripar i Sverige. www.riksringen.se. Accessed 2017-01-19

Senter for seniorpolitikk. Hva er seniorpolitikk? (2016)
<http://www.vinnvinn.org/hva-er-seniorpolitikk.102369.no.html>. Accessed 2017-02-10

SBU (2015). Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); SBU-rapport nr 240.

SBU. Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom – Exponering för kemiska ämnen. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2017. SBU-rapport nr 261.

SCB (2016). Städtjobb vanligt bland utrikes födda. www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Arbetsmarknad/Sysselsattning-forvarvsarbete-och-arbetstider/Yrkesregistret-med-yrkesstatistik/59064/59071/Behallare-for-Press/399983/. Accessed 2017-02-10

SCB. Arbetsmiljöundersökningen 2013.
 SCB: ULF-undersökningen 2014-15
 SCB (2008). Valfärd nr 2, Statistiska Centralbyrån.

Schiller H, Lekander M, Rajaleid K, Hellgren C, Åkerstedt T, Barck-Holst P, Kecklund G (2016?). The impact of reduced worktime on sleep and perceived stress – a group randomized intervention study using diary data. *Scand J Work Environ Health* 2017;43(2):109–116.

Schuring M, Robroek SJ, Lingsma HF, Burdorf A (2015). Educational differences intrajectories of self-rated health before, during, and after entering or leaving paid employment in the European workforce. *Scand J Work Environ Health*. 2015;41(5):441–50.

Sell L, Bultmann U, Rugulies R, Villadsen E, Faber A, Sogaard K (2009). Predicting long-term sickness absence and early retirement pension from self-reported work ability. *Int Arch Occup Environ Health*. 2009;82(9):1133–8.

Sjögren Lindquist, Gabriella och Eskil Wadensjö (2009), "A viable public-private pension system", i Berndt Ebbinghaus (red.), *Varieties of Pension Governance: Pension Privatization in Europe*, Oxford: Oxford University Press.

Sjögren Lindquist, Gabriella och Eskil Wadensjö (2013), "Om åldersgränser i pensionssystemet och andra kringliggande system", Rapport till Pensionsåldersutredningen.

Suntarbetsliv.nu (2016) Torsby väger in livets svängningar i hälsoarbetet. 160518

Svartengren M, Stoetzer U, Parnsund M, Eriksson T, Stöllman Å, Vingård E (2013). Hälsa och framtid i kommuner och landsting. Centrum för arbets- och miljömedicin, Uppsala universitet, Karolinska Institutet. Rapport 2013:1.



Svenska kyrkan (2016). Arbeta deltid vid 62 år med bibehållen pensionsbetalning www.kyrka.se/80-90-100. Accessed 2017-02-03.

Svenskt Näringsliv (2014). Bättre matchning med fler inträdesjobb. Rekryteringsenkäten 2014. http://www.svensktnaringsliv.se/material/rapporter/rekryteringsenkaten-2014-battre-matchning-med-fler-intradesjobb_582699.html

Szebehely M, Ulmanen P, Sand AB (2014). Att ge omsorg mitt i livet: Hur påverkar det arbete och försörjning? Arbetsrapport/Institutionen för socialt arbete, 2014:1, Stockholms universitet.

Torgén M (2016). Fysiologiskt åldrande. I Vingård E (red) Friska arbetsplatser för kvinnor och män i alla åldrar. Kunskapssammanställning 2016:8, Arbetsmiljöverket.

Wadensjö, Eskil (2011), "De äldres återkomst till arbetsmarknaden – ett långsiktigt perspektiv", i *Arbetskraftsundersökningarna (AKU) 50 år – Fyra forskarperspektiv på arbetsmarknaden*, Bakgrundsfakta 2011:3, Stockholm: SCB.

Wadensjö, Eskil (2012), *Framtidens migration*, Rapport 5 till Framtidskommissionen, Stockholm: Framtidskommissionen.

Walter, Lars (red.) (2015), *Mellan jobb. Omställningsavtal och stöd till uppsagda i Sverige*, Stockholm: SNS förlag.

van der Heide I, van Rijn RM, Robroek SJ, Burdorf A, Proper KI (2013). Is retirement good for your health? A systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health* 2013 Dec 13; 13:1180.

van der Klink JJJ, Bültmann U, Burdorf A, Schaufeli WB, Zijlstra FRH, Abma FI, Brouwer S, Van der Wilt GJ (2016). Sustainable employability – definition, conceptualization, and implications: A perspective based on the capability approach. *Scand J Work Environ Health* 2016;42(1):71–79.

Wentz K, Gyllensten K (2016). Att modellera karriären. En idealisk arbetssituation i åldern 69–75 år. *Arbets- och miljömedicin*, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Rapport från Arbets- och miljömedicin, nr 154.

Westerlund H, Kivimäki M, Singh-Manoux A, Melchior M, Ferrie JE, Pentti J, Jokela M, Leineweber C, Goldberg M, Zins M, Vahtera J (2009). Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study. *Lancet* 2009;374:1889–96.

Vingård E (red) (2016). Friska arbetsplatser för kvinnor och män i alla åldrar. Kunskapssammanställning 2016:8, Arbetsmiljöverket.

von Bonsdorff MB, Seitsamo J, Ilmarinen J, Nygård CH, von Bonsdorff ME, Rantanen T. Work ability as a determinant of old age disability severity: evidence from the 28-year Finnish Longitudinal Study on Municipal Employees. *Aging Clin Exp Res*. 2012 Aug;24(4):354–60.

von Otter C (2010). Arbetsgivningar: samverkan, stöd, rörlighet och rehabilitering. En programuppföljning. Vinnova. Rapport 2010:01

Åström Paulsson S, Parmasund M, Axelsdotter Höök Å, Eriksson T, Nyman T, Schmidt L, Torgén M, Svartengren M (2014): Stimulerar avtal mellan arbetsgivare och företagshälsovård till samarbete för hälsosamma arbetsplatser? En genomlysning av avtal och avtalsprocess. *Arbets- och miljömedicin Uppsala*, rapport 5/2014.

