

## Ensamståendes hälsostrategier inför pensionering

Med dagens kunskap om sjukdomar, ständiga utveckling av mediciner och sociala omsorg om äldre så lever allt fler personer till en hög ålder. Hur kan insatser utformas så att de äldre personerna bevarar sin friskhet så länge som möjligt? Är det möjligt att fånga upp äldre personer som riskerar att utveckla ohälsa på ett preventivt stadium? Detta är frågor som enhetschefen för Folkhälsoenheten Skaraborg och folkhälsoplanerarna för Vara respektive Lidköping ställer. Projektet syftar till att skapa förståelse för hur ett samhälle kan utformas för att stödja sociala faktorer av hälsosamt åldrande bland ensamstående. Förståelsen uppnås genom att utreda förutsättningar för god hälsa vid pensionering. Data samlas in genom fokusgruppsintervjuer med individer 60-64 år som får diskutera sina behov av insatser och stöd för att behålla hälsa så länge som möjligt. På så vis lokaliseras främjande och preventiva insatser som befrämjar friskhet för dem som är på väg in i pension.

Nycklar till att motverka ohälsa i hög ålder kan dels vara aktivering genom volontärarbete och deltagande i aktiviteter. Dels kan det vara att bibehålla ett socialt liv trots exempelvis pensionering eller förlust av partner. Ett socialt kapital tros kunna vara stommen för att bibehålla hälsa vid åldrande eftersom det både engagerar till aktiviteter samtidigt som det genereras av aktiviteter. Vid pensionering förändras förutsättningarna för privatekonomi, social status och socialt liv. Projektet fokuserar därför på hur män och kvinnor förbereder sig inför de omställningar pensionering innebär och mer specifikt vilka strategier de använder sig av för att behålla eller uppnå hälsa genom denna livsförändring. Att åldras innebär även förändrade förutsättningar för boende likaväl som ändrade fysiska och kognitiva funktioner. Dess ändringar i förutsättningar och funktioner kan bidra till ohälsa vid åldrande.

Aktivt åldrande handlar dock om hur den äldre personen upplever sig själv (Tornstam 2005). På detta vis blir den åldrande personens identitet ålderslös och mindre avhängig kroppen. Tornstam problematiserar att åldrande medför ett minskat socialt inflytande och att de symboler som används för att bygga uttrycket av sig själv ändrar karaktär. En problematisering av hälsosamt åldrande behöver därmed ta i beaktande det sociala sammanhang en åldrande individ befinner sig i. Beroende på socialt sammanhang kan individen antas utveckla ett högre eller lägre välbefinnande. Därför fokuserar detta projekt på sociala faktorer som bidrar till hälsosamt åldrande och vilka insatser som kan stödja dessa faktorer.

Socialstyrelsen (2016a) beskriver ”dåligt välbefinnande” som en hög upplevelse av ångest, oro och ångslan samt ensamhet. Ungefär hälften av Sveriges äldre befolkning (65+) upplever lätta till svåra besvär av ångslan, oro och ångest eller att de besväras ibland eller ofta av ensamhet (Socialstyrelsen, 2016b). Socialstyrelsen (2014) kopplar upplevelser av dåligt välbefinnande till bemötande eller missnöjdhet med utbudet av aktiviteter och möjligheter till utevistelse. Socialstyrelsens (2016c, 2016d) statistik från brukarundersökningar 2013-2016 visar liknande nationella mönster oavsett om den äldre personen bor hemma eller på SÄBO. Män och kvinnor skattar hälsotillstånd på liknande vis men fler kvinnor upplever ångslan, oro och ångest samt ensamhet. Dessa upplevelser minskar dock med ålder. De som skattar ångslan, oro och ångest högre bedömer sitt hälsotillstånd som sämre, bor tillsammans med andra vuxna i större utsträckning och besväras mer av ensamhet. En skillnad mellan boendeformerna är dock att skattningen mellan könen är jämnare för de äldre personer som bor på SÄBO.

Att känna till den äldre personens behov anses vara källan till att främja välbefinnande hos honom eller henne (Socialstyrelsen, 2016b). I pressmeddelande den 18 oktober 2016 anger Socialstyrelsens representant att orsaker till ångslan, oro och ångest kan bero på kroppslig sjukdom likaväl som

psykosociala faktorer (såsom mindre fysisk aktiv, brist i kost, och bieffekter av läkemedel). Ensamhet anges kunna bero på förlust av partner, minskad rörlighet, samt avsaknad av kontakt med vänner och bekanta. Pressmeddelandet poängterar att fördjupat arbete behövs för att förstå dåligt välbefinnande bland äldre personer. De psykosociala faktorer som identifieras av Socialstyrelsen (2016a) behöver kompletteras med sådana som fångar sociala aspekter av åldrande, alltså vikten av exempelvis solidaritet, socialt kapital och tillit.

## WHO och Europakommissionen

Hälsosamt åldrande är inte bara en nationell och regional fråga, den är även del av WHO:s internationella dialog (WHO, 2017). Europas population åldras snabbt och tros öka från 14% (2010) till 25% år 2050. Att populationen åldras innebär dock inte att de är hälsosamma i de högre åldrarna. WHO påpekar att riskerna för social isolering och fattigdom ökar med åldern och att den äldre delen av populationen skapar stort behov av en socialpolitik som säkrar bibehållande av positiva trender samt att fördelarna med längre liv kan omfatta hela befolkningen – oavsett var man bor eller vilken socioekonomisk grupp man tillhör. För att befrämja god hälsa genom livsloppet arbetar WHO för att minska eventuell ojämlikheter, stärkande av vårdssystem för att möta ändrade behov, samt evidensbaserad utformning av vård och omsorg för äldre personer. Målet är att äldre personer ska kunna ta del av stödjande och anpassade miljöer, ha tillgång till högkvalitativ och individuell utformad vård och omsorg, få stöd i att bibehålla maximal hälsa och funktionell kapacitet, samt stärks till att leva och dö med värdighet.

WHO:s (2012) strategiplan för 2012-2020 identifierar fyra prioriteringsområden. Det första handlar om hälsopromotion under hela livsloppet där särskilt personer upp till 50 år är i fokus för preventivt arbete. Det andra området handlar om stödjande miljöer och innefattar tillgänglighet likaväl som att tillåta äldre personer att ta en aktiv roll i att bygga deras sociala miljöer och identifiera lokala riktlinjer för hälsosamt åldrande. Det tredje området fokuserar på utformning av hälsosystem som bygger på högkvalitativ service samt finansiellt och socialt skydd. Området betonar ett stärkande (empowerment) av både den äldre personen och dess vårdgivare. Det sista området handlar om att stärka evidensbaseringen genom att utvärdera och bevaka äldre personers hälsa och funktionella status samt deras tillgång till vård- och omsorgssystem.

Strategiplanen följs upp av WHO:s (2013) strategi för "Hälsa 2020" (H2020). Här identifieras hälsosamt åldrande som en viktig prioritet för socialpolitik och forskning. Flera lösningar presenteras som innefattar utformning av lagar och riktlinjer, socialt skydd (inkomst, samt utformning av stadsmiljöer, boende och transporter), folkhälsopromotion, vård och omsorg, samt stöd för informell omsorg och sociala nätverk. Målet är att minska orättvisor och att stärka den äldre personen genom hälsokunskap och självreglering av sjukdom.

Europakommissionen (2012) utkommer vid samma tidsperiod med en specialbarometer som fokuserar på aktivt åldrande. Slutsatser från denna visar att de flesta Européer (till skillnad från experter och de som utformar lagar och riktlinjer) inte bekymras av åldrande även om de är medvetna om det. Statistiken visar att nära hälften av befolkningen anser att personer borde tillåtas arbeta efter pensionsålder om de vill och att de får möjlighet till deltidsarbete och -pension. Vidare visar statistiken att de äldre personerna jobbar ideellt och att de anser att regeringarna kan göra mer för att stödja vårdpersonal. Inom området "Hälsosamt åldrande" bedömer de flesta att deras närområden är tillgängliga men att de gärna ser förbättrade möjligheter att hålla sig i form och förbli hälsosamma genom exempelvis utformning av lokaler. Ett hinder som identifieras av rapporten är att flera offentliga instanser och företag använder informationsteknologi vid kommunikation. Samtidigt betonas digitala innovationer vid Europakommisionens (2016) toppmöte om aktivt och

hälsosamt åldrande. Barometern (Europakommissionen, 2012) poängterar även att det är den lokala nivån av styrning som spelar störst roll för att möta åldrandets utmaningar.

### Statistik om åldersgrupp 55-64

Sammanfattningsvis kan sägas att det finns större skillnader mellan socioekonomiska grupper än mellan kön vad gäller hälsofrämjande faktorer likaväl som riskfaktorer för hälsa.

Statistiska centralbyråns data över individer mellan 55 och 64 år visar att detta är en aktiv åldersgrupp. Tre fjärdedelar (75.8%) har arbete. Denna siffra är högre bland tjänstemän (89.7) än bland arbetare (77.5%). Den är även högre bland män (73%) än bland kvinnor (68.1%). Följande kan sägas om åldersgruppens arbetsmiljö: 40.9% anger att deras arbeten är psykiskt ansträngande, 52.3% anger att de jobbar under tidspress, en fjärdedel (25.1%) anger att de har stillasittande jobb, 30.7% uppger att de upplever buller på sina arbetsplatser, 32.9% anger att deras arbeten innebär upprepade och ensidiga rörelser, och 15.2% anger att deras arbeten innebär tunga lyft. Stillasittandet och den psykiska ansträngningen är större bland tjänstemän än bland arbetare. Grupperna är dock likvärdiga vad gäller upplevelse av att arbeta under tidspress. Åldersgruppen utmärks även av att 87.5% av individerna i gruppen har tillgång till bil. 3.2% har ekonomiska problem och 15.8% saknar kontantmarginal, varav andelen bland arbetare (28%) nästan är tre gånger så hög som bland tjänstemän (10%).

Förutom att gruppen är arbetsför, så håller den sig aktiv på fritiden. Ungefär 80% har idrottat utomhus eller inomhus under 2014-2015 och nästan hälften har strövat i skog och mark under samma tidsperiod. Enbart 13% uppger att de "praktiskt taget aldrig" motionerar sammanhängande. Majoriteten (92.2%) använder internet på fritiden och hälften är medlemmar i något socialt nätverk på internet. Tre fjärdedelar läser böcker på fritiden. 64% har deltagit i kulturella aktiviteter (besök av teater, konserter, opera, dans) minst en gång under 2014-2015.

Ungefär en fjärdedel (27.9%) är medlemmar i en idrotts- eller friluftsförening. Andel tjänstemän som är medlemmar (33.3%) är högre än andelen arbetare (23.1%). 13.4% av totala befolkningen är medlemmar i kultur-, musik-, dans- eller teaterförening. Andelen tjänstemän som är medlemmar (14%) är dubbelt så hög som bland arbetare (7%).

Gällande socialt umgänge så är en fjärdedel (23.8%) ensamboende medan resterande (75.1%) har familj. Andelen tjänstemän med egen familj (76%) är större än andelen bland arbetare (65.1%). Det sociala livet utmärks av att en större andel (60.4%) av individerna i gruppen umgås med anhöriga varje vecka, med undantag för högre tjänstemän (40%). En sjättedel (17.1%) anger att de inte umgås med anhöriga varje vecka. Strax under hälften (48%) umgås med vänner varje vecka medan någon sjättedel (17.9%) anger att de inte har en nära vän.

Samtidigt som gruppen består av individer som är aktiva på sin fritid så är 59.2% överviktiga eller feta, varav en större andel av män (65.9%) än bland kvinnor (52.3%). Ungefär en fjärdedel (25.5%) röker eller snusar dagligen, varav arbetare ligger något högre (31%) i andel än vad tjänstemän (18.1%) gör. Samtidigt upplever 73.8% av individerna att de är vid god hälsa.

Detta är alltså en åldersgrupp som är aktiva samtidigt som deras arbetsliv och livstilsvanor kan bidra till ohälsa. Gruppen är även socialt aktiva och kan tänkas ha förväntningar på utbudet av kultur- och fritidsaktiviteter.

### Tidigare forskning om sociala faktorer som bidrar till hälsosamt åldrande

Hälsosamt åldrande definieras som " En process där möjligheterna till fysisk, social och psykisk hälsa optimeras så att äldre människor kan ta aktiv del i samhället och åtnjuta ett självständigt liv med god

livskvalitet utan att diskrimineras på grund av ålder” (Statens folhälsoinstitut, 2007). McKee och Schüz (2015) poängterar hur flera delar samverkar till att forma hälsosamt åldrande. Detta projekt avgränsar sig till de sociala faktorer som påverkar hälsosamt åldrande. De sociala faktorerna inverkar på flera delar enligt McKee och Schüz. Exempelvis ökas fysisk aktivitet av aktiva sociala nätverk och stöd från familj. Den fysiska aktiviteten påverkar i sin tur aptit och graden av hälsosam diet. Även dieten beror på mängden social kontakt. Det sociala sammanhanget påverkar även individens meningsskapande kring sitt eget åldrande och åldrande generellt.

Sammanfattningsvis visar tidigare forskning att äldres uppfattningar om funktionell nedsättning varierar över regioner till skillnad från uppfattningar av kognitiv nedsättning. Den funktionella nedsättningen kan ta sig uttryck i allt från svårigheter att knyta sina egna skor till att handla i affär på egen hand. Uppfattningen om den egna hälsan samvarierar i sin tur med individers livslängd. Desto högre upplevelse av hälsosamt åldrande som individer har, desto mer tillfredsställelse känner de. När äldre själva reflekterar över hälsosamt åldrande så definieras det som något som uppnås genom aktivt individuellt engagemang och som stöds genom sociala band oavsett försämringar i hälsa, ekonomi och socialt liv. Äldre personer finner tre övergripande aspekter viktiga för hälsosamt åldrande: att kunna vara självständig trots beroende, att känna frid, och att vara en värdefull person.

Hur kan man då arbeta preventivt kring individers förberedelser inför pensionering för att skapa ett socialt sammanhang som gynnar hälsosamt åldrande? En arbetsrelaterad intervention för att öka arbetarnas medvetenhet om eget ansvar för hälsa och egna beteenden hade ingen effekt på produktivitet, arbetsförmåga och vitalitet. Däremot hade interventionen positiva effekter på attityd till arbete, självförmåga, och delar av arbetstillfredsställelsen. Därmed kan medvetenhet om eget ansvar för hälsa tänkas öka individers känsla av att kunna påverka sitt välbefinnande. Ökad arbetstillfredsställelse och en positiv attityd till arbete kan även tänkas bidra till att individer vill vara aktiva i arbetslivet längre. Kvalitativ forskning visar att en ideal pensioneringsprocess har tre komponenter: individens möjligheter att påverka sin egen pensionering (tidpunkt och tillvägagångssätt), arbetsgivarens attityder till pensionering och erbjudanden om olika alternativ, samt individens tillgång till resurser för att förbereda sig (finansiering, hälsa, socialt sammanhang, samt känsla av meningsfullhet i och planering inför pensionering). Dessa resurser har visat sig vara viktiga friskfaktorer vid och efter övergång från arbetsliv till pensionering.

En ökad medvetenhet kan även påverka individens benägenhet att delta i hälsokontroller. I dagsläget är kvinnor och åldersgrupp 51-60 mer villiga att kontrollera sin hälsa årligen. Faktorer som påverkar villigheten är livsstil (träning och diet), relationer och miljö (hem och jobb). Oavsett är det mer vanligt att ha ekonomisk plan snarare än en hälsoplan trots rädslor för åldersrelaterad ohälsa. Ensamstående tenderar dock att ha en bristande planering (överlag) inför pensionering. Ensamstående kvinnor saknar ofta sparande inför pensionering och desto fler barn, desto större sannolikhet att pensionssparande nedprioriteras.

Interventioner har även genomförts för att minska ensamhet vid åldrande. Här har det visat sig att äldre som deltar i program för sociala aktiviteter har en mer positiv upplevelse av egen hälsa, social funktion och mentalt välbefinnande. Deltagandet ökade även deras positiva upplevelse av eget deltagande och uppfattningar om andra deltagare och de sociala sammanhang som kan erbjudas. Sociala interventioner har dock visat sig kräva ett par år för att förankras i målgrupper och tyck inte ha några övergripande effekter på ensamhet trots en ökad upplevelse av socialt stöd.

Hälsosamt åldrande ökas när individer känner att de tillhör och är del av samhället samt när de känner en meningsfullhet. Studier visar att hälsosamt åldrande ökar när individerna har balans mellan jobb och familj eller fritid samt att det är av vikt att personerna tar sig hemifrån. Socialt kapital i form av tillit och deltagande påverkar fysisk rörlighetsförmåga, självständighet, och mental hälsa hos äldre personer utan kroniska tillstånd. Forskningen visar dock inte hur socialt kapital kan byggas och bibehållas redan innan pensionering, vilket borde vara en viktig grund med tanke på de effekter ett socialt sammanhang beskrivs ha på alla delar av hälsosamt åldrande.

Hälsosamt åldrande är även knutet till socioekonomisk status. Vid lägre socioekonomisk status, ökar exempelvis benägenhet till övervikt. Flera folkhälsovetenskapliga studier menar att socioekonomin är nyckeln till hälsosamt åldrande. Därmed anser forskarna att resurser bör fördelas efter behov och att proportionen resurser därför bör ökas till utsatta områden där hälsan och livslängden är lägre. Psykosociala faktorer har inte en medierande roll mellan socioekonomisk position och hälsa och därför anser forskarna att insatser för att öka äldre personers hälsa ska fokusera på materiella sammanhang och interventioner som ökar fysisk aktivitet och som därmed påverkar de funktionella kapaciteterna direkt. Detta perspektiv är dock avgränsat från den modell som McKee och Schüz (2015) föreslår och som kopplar samman hälsosamt åldrande med sociala faktorer. Enligt denna modell så beror hälsobeteenden på det sociala sammanhanget. Det sociala sammanhanget kanske inte väger upp socioekonomiska risker, men har potential att vara en konstruktiv kraft vad gäller individens tro på sin egen förmåga att påverka sin hälsa. Därmed behåller projektet sitt fokus på sociala faktorer. Detta fokus bjuder dock på två utmaningar enligt tidigare forskning: hur skapas kännedom om de insatser som främjar hälsosamt åldrande och hur når man individer som ej deltar i sociala sammanhang?

Att vara ensamstående är oftast inte självvalt för äldre individer och är relaterat till bristande känslor av personlig säkerhet, ekonomisk trygghet och hälsa. Forskning kring ensamstående visar individer som genomgått skilsmässa och därefter varit partnerlösa tenderar att skjuta fram sin pensionering. Detta är särskilt framträdande bland dem som haft olika yrken och/eller flera arbetsplatser. De skilda individerna har visats vara mindre tillfredsställda med livet efter pensionering och är mer benägna att sakna arbetslivets sociala dimensioner. Att vara gift eller ha en partner vid pensionering bidrar till större trygghet vid pensionering. Kvinnor som, utöver sitt arbete, har varit aktiva med att sköta om sina hem och familjer har en lättare övergång vid pensionering då de kan gå in i och förstärka rollen som omhändertagare av hemmet. Ensamstående upplever ofta mer problem med att anpassa sig till att de förlorar sin yrkesroll. Förutom denna sociala fördel av att ha en partner så bidrar äktenskap eller samboskap till en större ekonomisk trygghet – särskilt för kvinnor. Ensamstående får generellt kämpa mer för att det ska gå ihop ekonomiskt och detta gäller särskilt kvinnor som dessutom varit hemmafruar under delar av sitt yrkesliv.

Att leva ensam är relaterat till en lägre upplevelse av att socialt stöd och större benägenhet att känna ensamhet efter pensionering. Detta har visat sig särskilt tydligt hos män som även beskrivs lägga större vikt vid framgångsrik hantering av pensionering än kvinnor gör. Upplevelser av bristande socialt stöd och ensamhetskänslor har visat sig bidra till fysiska likaväl som psykiska hälsoproblem. Forskningen poängterar därmed vikten av att insatser fokuserar på ökat socialt stöd och främjande av vänskap under och efter pensionering. Ensamstående pensionärer upplever egentid mindre positivt än de som är gifta eller sammanboende och är i riskzonen för social isolering. Att vara singel är relaterat till upplevelser av isolering och ensamhet oavsett hur rikt nätverk av vänner individen har. Det bör dock poängteras att forskning även visar att äldre personer spenderar mer tid ensamma än yngre vuxna samtidigt som de upplever ensamhet i lägre utsträckning. Huruvida ensamstående

personer upplever ensamhet och hur deras partnerlöshet inverkar på upplevelser av samt hälsa under och efter pensionering är därmed en komplex fråga. Ett mönster kan dock konstateras: kvinnor tenderar att ha ett större socialt nätverk än män vid pensionering och män tenderar dessutom att reducera sitt sociala sammanhang efter pensionering. Kvinnor som upplever god hälsa har även en mer positiv inställning till pensionering än män med god hälsa.

Oavsett demografisk grupp så bjuder åldrandet på utmaningar för individen. Från barndomen genomgår människor olika faser och hanterar olika slags kriser. Pensioneringen är en påtaglig sådan som möter den medelålders individen. Tidigare forskning visar att de individer som stegvist pensionerat sig (gått från heltid till deltid i olika utsträckning) har skapat fritidsvanor parallellt med arbetslivet som de tar med sig in i pensioneringen. Det ger en god grund till att behålla identitet och att forma en ny meningsfull tillvaro. Fritidsvanorna ger även ett nytt socialt sammanhang som stödjer individen genom processen kring pensionering. Nedan följer ett teoretiskt närmande sätt till att se pensioneringen som en naturlig krispunkt i åldrandet som kan leda till konstruktiv utveckling och därmed hälsosamt åldrande.

### Möjliga teoretiska perspektiv

Den stegvisa utvecklingen till samhällsmedborgare kallas socialisering (Berger & Luckmann, 1979). Genom interaktion med andra individer i och representanter för samhällets olika delar så tar man till sig regler och normer, förväntningar och rättigheter. Vid större förändringar i livet kan vi behöva omforma våra roller i samhället och följaktligen även vår bild av oss själva. Vi genomgår en så kallad resocialisation där våra normsystem och självbilder omformas för att passa vårt nya sammanhang. Det är möjligt att se på åldrande som en resocialisation då våra fysiska, psykiska och sociala förutsättningar förändras. Pensionering är en livsomvälvande process – hur mycket man än har sett fram emot den – och innebär att man behöver omdefiniera sig själv i relation till både partner, familj, vänner och samhälle. Allteftersom våra fysiska kapaciteter förändras, så ändras även våra möjligheter att delta i samhället så samma villkor som innan. Att förlora socialt sammanhang (i form av pensionering eller partners bortgång) och förlora del av ens kapacitet att delta i samhällslivet kan ge upphov till det dåliga välbefinnande som Socialstyrelsen beskriver. En god socialisation innebär att man finner sin plats i ett sammanhang. Därmed kan ett fokus för studier ligga på hur man kan stödja äldre personers internalisering av nya normer och sammanhang, vilket möjliggör att de kan uppleva en meningsfullhet.

Potentialen i att använda resocialisation som teoretiskt angreppssätt stärks av Eriksson (2004) beskrivningar av åldrande som del av livscykelns kriser. Åldrandet innefattar livets två sista kriser och föregås av sju stycken under barn- och vuxenåldern. Hur de tidigare sju kriserna har hanterats har en påverkan på hur individen tar sig igenom de sista två kriserna. Detta är ett resonemang som ligger nära både Berger och Luckmanns (1979) poäng om vikten av att se till en individs tidigare erfarenheter för att förstå dess aktuella meningskonstruerande.

I femtioårsåldern pågår en övergång mellan vuxenliv och åldrande. Vuxenlivets fas kännetecknas av en kris mellan generativitet och stagnation. Redan nu börjar man förhålla sig till åldrande. Rädslan att bli gammal leder ofta till att man blir kreativ för att skapa mening i livet. Eriksson menar att en positivt färgad fas leder till att individer lägger stort fokus på omhändertagande av de egna barnen och kommande generationer. Det finns dock de personer som har en känsla av meningslöshet och därför isolerar sig från personer utanför familjen. Dessa personer har, enligt Eriksson, inte uppnått mognad och stannar kvar vid ett egocentrerat intresse. Denna egocentrering leder till att individerna inte utvecklar berikande relationer eller tar sin plats i kollektivet. De beskrivs som att ha fastnat i

gamla hjulspår (trots att de kanske inte uppskattar detta) och istället för att känna omsorg och ansvar inför sin omvärld så utvecklar man ett avståndstagande och en motsträvighet.

Den första av åldrandets livskriser sker under sen vuxen ålder och ofta i samband med pensionering. Krisen består av en kamp mellan integration och förtvivlan då man funderar över vem man blivit, vad man uppnått, och vad som är syftet med den egna tillvaron. Ett positivt utfall av dessa funderingar (och hur man hanterat dem) är en vishet och att man finner en distans till världen. Ett negativt utfall är att man upplever hopplöshet, att man är ouppfylld och ett skuldbeläggande. Man kan även utveckla en arrogans eller självbelåtenhet. Under denna period så är det främst relationen till samhället och "sin egen sort" som är i fokus.

Det nionde stadiet i livet kännetecknas av en förlorad autonomi och en försvagad position i samhället. Eriksson (2006) betonar vikten av hopp och tilltro i denna ålder och använder Tornstams (2005) begrepp gerotranscendens för att beskriva hur tillvaron kan förändras. Gerotranscendens innebär att den äldre personen släpper taget om den världsiga tillvaron och "blir del av något större". Oftast innebär denna livsfas att den äldre personen blir inåtvänd och framförallt fokuserar på sin relation till "det stora hela". Nyckeln till att uppleva gerotranscendens är att man har gjort upp med sitt förflutna, "sitt bagage", under den tidigare åldrandefasen.

Erikssons (2006) teori visar att vi, helt naturligt, genomgår olika kriser under livets gång. De faser som hör till, kännetecknas av olika behov av stöd och utrymme till varande. Den äldre person som nått sin åttonde livskris kan exempelvis behöva samtalsstöd för att hantera övergången från arbetsliv till pensionering. Personen kan även behöva fångas upp socialt för att finna en ny gemenskap och ett nytt sammanhang. En person som nått sin nionde livsfas kan behöva stöd för att acceptera sina begränsade funktioner och att han/hon är i behov av vardaglig hjälp. En person i denna sista fas kan även få minskade sociala behov i jämförelse med den person som befinner sig i den näst sista fasen. Oavsett, så visar teorierna vikten av att komma ihåg att välbefinnande-"problem" som uppstår i dessa senare åldrar har sin rot i de tidigare. Därmed är tidiga och preventiva insatser av vikt för att främja ett hälsosamt åldrande där friskheten bevaras så länge som möjligt.

## Urval

Urvalet för studien består av ensamstående män i åldrarna 60-64 år. Urvalet begränsas för att belysa en grupp som är särskilt utsatta för ensamhet och hälsa i äldre åldrar. Förhoppningen är att forma fem fokusgrupper med femdeltagare i var grupp. För att nå deltagare bjuds organisationer i kommunen in för samarbete. Exempelvis Cementa, Volvo, Försvarsmakten, Högskolan och olika sportklubbar kontaktas för inbjudan till samarbete.

## Fokusgruppsintervjuer

För att nå en förståelse för hur ett samhälle kan utformas för att stödja sociala faktorer av hälsosamt åldrande vid pensionering används fokusgruppsdiskussioner som metod. Ensamstående män mellan 60 och 64 år bjuds in till fokusgrupperna. Målet är att individerna har jämn fördelning av kön och ålder samt att de representerar olika demografiska grupper, socioekonomiska grupper, livsstilar, kulturer och etablering. Individerna delas in i fem grupper om fem deltagare med spridning i karaktäristik. Fokusgruppsamtalen spelas in efter medgivande från deltagarna och transkriberas. Data analyseras och resultat presenteras.

Ett semistrukturerat upplägg på intervjuer föreslås. Därmed fokuseras tre teman: pensionering, hälsa vid pensionering och socialt sammanhang vid pensionering. Temana inleds med öppna frågor kring hur deltagarna definierar de olika termerna och intervjuaren intar en modererande roll.

Modereringen uppnås genom öppna följdfrågor som ber deltagarna att utveckla resonemang,

exemplifiera tankegångar, beskriva praktisk innebörd, och relatera resonemang till tänkbara insatser. Intervjuarens uppgift är att få samtliga i gruppen delaktiga och höras deras individuella röster likaväl som att se till helheten som genereras. Förhoppningen är att deltagarna spontant diskuterar temana med stöd av uppföljningsfrågor i stil med "hur menar du?", "kan du ge ett exempel?" och "vad tycker ni övriga?". Semistrukturerade frågor förbereds ifall att spontanitet och dynamik inte uppstår i grupperna.

### Instrument

Deltagarna ombeds fylla i en kort enkät med bakgrundsfrågor. Dessa frågor kommer omfråga ålder, utbildningsnivå, inkomstsnivå, boendeform, bostadsområde, land för födsel och uppväxt m.m. samt en självskattningsfråga för hälsa. Dessa frågor fylls igenom enkät för att skydda individernas integritet och konfidentialitet.

Fokusgruppsintervjun bygger sedan på tre teman:

#### Pensionering

Hur tänker ni inför er pension och att inte längre ha ett arbete att gå till?

#### Hälsa vid pensionering

Vad är hälsa? Vad får er att må bra?

Hur gör man för att må bra efter pensionering?

Vad tror ni kommunen kan göra för att ni ska må bra efter pensionering?

#### Socialt sammanhang vid pensionering

Hur stor roll spelar vänner och släkt för hur ni mår?

Vad gör ni för att ha ett gott nätverk efter pensionering?

Vad tror ni att kommunen kan göra för att ni ska ha ett gott socialt nätverk när ni pensionerar er?

Har ni förslag på aktiviteter ni skulle vilja delta i och skulle få er att må bra efter pensionering?

### Avrapportering

Studien avrapporteras skriftligen genom rapport och en power-point presentation som folkhälsostategerna kan använda vid framtida presentationer av studien. Rapporten presenteras vid möte med ledningsgrupp för projektet (Emma, Anna, Inger och Anne) Sammanlagt beräknas projektet uppgå till 40 timmar. Om forskaren förväntas delta i muntliga avrapporteringar så tillkommer arbetstid motsvarande förväntad närvaro och restid (10 timmar per presentation).

### Referenser

Berger, P. & Luckmann, T. (1979). *Kunskapssociologi – Hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Eriksson, E.H. (2004). *Den fullbordade livscykeln*. Stockholm: Natur & Kultur.

Europakommissionen (2012). *Active ageing*. Special Eurobarometer 378. Hämtad [17-03-06]: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_378\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf).

Europakommissionen (2016). Speech at the European Innovation Summit on Active and Healthy Ageing #AgeingSummit. Hämtad [2017-03-06]: [https://ec.europa.eu/commission/commissioners/2014-2019/oettinger/announcements/speech-european-innovation-summit-active-and-healthy-ageing-ageingsummit\\_en](https://ec.europa.eu/commission/commissioners/2014-2019/oettinger/announcements/speech-european-innovation-summit-active-and-healthy-ageing-ageingsummit_en).

Socialstyrelsen (2014). Många äldre på äldreboende känner sig ensamma. Pressmeddelande den 22 oktober 2014 kl. 11:00. Hämtad [2017-02-08]: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2014oktober>.

Socialstyrelsen (2016a). Många äldre upplever ensamhet och oro. Pressmeddelande den 18 oktober 2016 kl. 09:00. Hämtad [2017-02-08]: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2016>.

Socialstyrelsen (2016b). Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016. En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende. Hämtad [2017-02-08]: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

Socialstyrelsen (2016b). Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016. En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende. Bilaga: Hemtjänst – resultat från riksnivå till stadsdelar. Hämtad [2017-02-08]:

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-10-2/Sidor/default.aspx>.

Socialstyrelsen (2016b). Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016. En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende. Bilaga: Särskilt boende – resultat från riksnivå till stadsdelar. Hämtad [2017-02-08]:

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-10-2/Sidor/default.aspx>.

Statens folkhälsoinstitut (2007). *Äldres hälsa – en utmaning för Europa. Kortversion av Healthy Ageingprojektets huvudrapport*.

Tornstam, L. (2005). *Åldrandets socialpsykologi*. (7:e uppl.) Stockholm: Nordstedts akademiska förlag

WHO (2012). *Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

WHO (2013). *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

WHO (2017). World Health Organization Regional Office for Europe. Hämtad [17-03-06]: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing>.

## Bilaga 1 Inbjudan till deltagande i intervjuer

Avsändare: VGregion, avdelning Folkhälsa. Avrapportering tillbaka och til regionförbundet + strategigruppen. APT.