



UPPSALA  
UNIVERSITET

# “50+ i Europa”

## En åldrande befolknings hälsa och ekonomi

De första resultaten från en intervjuundersökning i tio länder

**Axel Börsch-Supan (projektkoordinator)**  
**Anders Klevmarken (redaktör)**



Forskningsprojektet EUROPA 50+ (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe, SHARE) har finansierats av anslag från EUs femte ramprogram (projekten QLK6-CT-2001-00360 och QLK6-CT-2002-002426), US National Institute of Aging samt av anslag från nationella fonder. Till den svenska delen av undersökningen har Forskningsrådet för Arbetslivs- och Socialvetenskaplig forskning (FAS), Försäkringskassan, och Riksbankens Jubileumsfond bidragit.

Projektets hemsida: <http://www.share-project.org/>

Projektkoordinator: Professor Axel Börsch-Supan, Mannheim Reserach Institute for the Economics of Ageing (MEA), L13, 17, 68131 Mannheim

Svensk projektledare: Professor Anders Klevmarken, Nationalekonomiska institutionen, Uppsala Universitet, Box 513, 75120 Uppsala

© Nationalekonomiska institutionen, Uppsala Universitet

# **”50+ i Europa”**

## **En åldrande befolknings hälsa och ekonomi**

**De första resultaten från en intervjuundersökning i tio  
länder**

**Axel Börsch-Supan (projektkoordinator)**

**Anders Klevmarken (redaktör)**

# 50+ i Europa

## En åldrande befolknings hälsa och ekonomi

### Innehållsförteckning

<b>Förord</b>	5
<b>1. Varför undersöka 50+ i Europa?</b> <i>Axel Börsch-Supan</i>	7
<b>2. Hälsa, hälsorisker och hälso- och sjukvård.</b> <i>Kristian Bolin, Sören Höjgård, Björn Lindgren och Petter Lundborg</i>	22
<b>3. Närhet och kontakt inom familjen samt stöd från familj och anhöriga.</b> <i>Daniel Hallberg</i>	44
<b>4. Arbete och pension.</b> <i>Mårten Palme och Annika Sundén</i>	52
<b>5. Förtidspension och hälsa</b> <i>Axel Börsch-Supan</i>	60
<b>6. Inkomster, förmögenhet, konsumtion och fattigdom.</b> <i>Patrik Hesselius, Fredrik Johansson och Anders Klevmarken</i>	69
<b>7. Sammanfattande slutord</b> <i>Anders Klevmarken</i>	93
<b>Referenser</b>	97

## Förord

Denna skrift presenterar preliminära resultat från en intervjuundersökning som genomfördes i 10 europeiska länder under 2004. Undersökningen genomfördes i Sverige under namnet ”EUROPA 50+”. Dess engelska namn är ”Survey of Health ageing and Retirement in Europe” (SHARE). I detta projekt har mer än 120 forskare samverkat för att få jämförbara data från de medverkande länderna. Det är ett av de största samhällsvetenskapliga forskningsprojekt som genomförts i Europa.

Denna svenska presentation bygger i stor utsträckning på en utförligare rapport på engelska, *Health Ageing and Retirement. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* redigerad av Axel Börsch-Supan, Agar Brugiavini, Hendrik Jürges, Johan Mackenbach, Johannes Siegrist, och Guglielmo Weber. (Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), 68131 Mannheim 2005.) Förutom att göra en sammanfattning av den engelska rapporten har vi försökt lyfta fram och kommentera de resultat som kan vara av speciellt intresse för en svensk publik. Figurer och tabeller har vi ofta, men inte alltid, lånat från den engelska rapporten och då med angivande av källan. Den svenska projektgruppen vill framföra sitt tack till sina kollegor för att vi fått använda deras material på detta sätt.

Det bör observeras att de resultat som presenteras i denna skrift är mycket preliminära och bygger på preliminära data, som inte genomgått en fullständig analys. Större delen av det vetenskapliga arbetet ligger ännu framför oss. Även om denna sammanställning väcker fler frågor än den ger svar, har vi ansett att den ger så intressanta perspektiv på de åldrande samhällena i Europa med möjligheter till unika jämförelser mellan länder, att

det väl motiverar att publicera den nu. Att ställa bra frågor är en god början på en vetenskaplig analys!

Projektet EUROPA 50+ har till största delen finansierats med forskningsanslag från EU:s femte ramprogram. Därutöver har vi även erhållit stöd från National Institute of Aging, Washington D.C. och från nationella källor. Den svenska delen av undersökningen har fått stöd av Försäkringskassan (fd Riksförsäkringsverket), Riksbankens Jubileumsfond och Forskningsrådet för Arbetslivs- och Socialvetenskaplig Forskning. Vi önskar framföra vårt tack för det stöd vi fått från dessa organisationer, utan vilket det inte hade varit möjligt att genomföra projektet. Vi riktar också ett varmt tack till de respondenter som medverkat i undersökningen och till Intervjubilagens intervjuare och övriga medarbetare som genomförde intervjuerna i Sverige.

Uppsala den 29 april 2005

Anders Klevmarken

# 1. VARFÖR EUROPA 50+ ?<sup>1</sup>

*Axel Börsch-Supan*

Denna bok handlar om hur européer som är över 50 år lever. Den tecknar en bild av deras hälsa, familjer och sociala nätverk, deras ekonomiska situation och deras välfärd. Den visar den stora variation i levnadsförhållanden som finns i varje land, och den avslöjar också slående skillnader mellan länderna i Europa.

Två olika observationer utgör bakgrunden till denna bok. För det första, Europa har en stor tillgång i variationsrikedomen i kultur, historia och politiska lösningar. Mer än någon annan kontinent är Europa välsignad med stora kulturella, historiska och politiska skillnader, även på förhållandevis små avstånd. Att jämföra länder och regioner för att helt enkelt observera hur dessa skillnader har påverkat européernas beteende är en fascinerande uppgift; att förstå de mekanismer genom vilka kultur, historia och politik påverkas oss alla är ännu mer fascinerande.

För det andra, Europa åldras. "Gamla Europa" som en icke europeisk betraktare uttryckte det, är redan den kontinent som har den största andelen äldre medborgare, och det demografiska åldrandet kommer att fortsätta under större delen av detta århundrade. Att förstå hur åldrandet kommer att påverka oss alla, och hur det påverkar på olika sätt i de europeiska länderna, därför att deras kultur, deras historiskt bestämda samhällsstrukturer och deras politiska lösningar skiljer sig åt, är en viktig uppgift för forskare i de ekonomiska vetenskaperna, samhällsvetenskaperna och folkhälsovetenskaperna för att omvandla den

---

<sup>1</sup> Detta är en översättning av en del av Axel Börsch-Supans inledningskapitel i skriften Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J. and Weber, G. (red.), *Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA).

utmaning som den åldrande europeiska befolkningen utgör till nya möjligheter för Europa.

Att förstå åldrandet och hur det påverkar enskilda individer i Europas skilda kulturer är huvuduppgiften för EUROPA 50+.<sup>2</sup> I detta projekt har vi redan samlat in data om individuella levnadsförhållanden för omkring 22000 personer som är över 50 år i 11 europeiska länder, från Skandinavien till Medelhavet, och datainsamlingen pågår ännu.

### **En åldrande befolkning i Europa**

Åldrandet är en av de största sociala och ekonomiska utmaningarna för de europeiska samhällena under det 21:a århundradet. Av världens regioner har Europa den högsta befolkningsandelen, som är över 65 år; endast Japan har en liknande ålderssammansättning. Denna redan höga andel äldre kommer att öka till en nivå som är unik i historien. För närvarande är cirka 16 procent av befolkningen i EU15 över 65 år. Enligt Eurostats grundprognos kommer denna andel i det närmaste att fördubblas och bli drygt 28 procent år 2050. Denna ökning kommer att medföra en betungande finansiell börda för samhället på grund av de skattefinansierade pensionssystemen och hälso- och vårdsystemen.

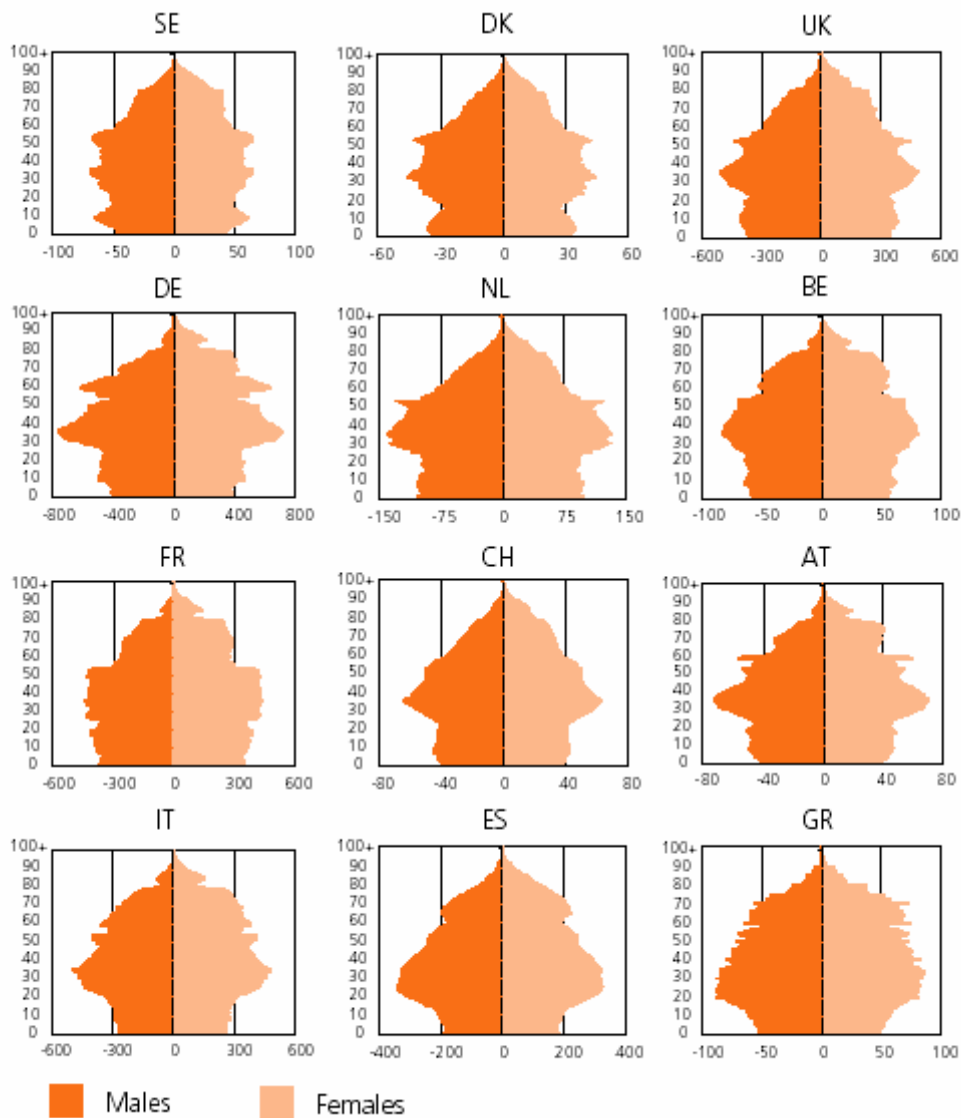
Det internationella perspektivet i EUROPA 50+ bidrar stort till att förstå hur vi ska hantera dessa utmaningar, därför att vi huvudsakligen lär från skillnader. De i EUROPA 50+ deltagande länderna skiljer sig inte bara i sin politik och kultur, utan på ett grundläggande sätt redan i sin demografi. Fastän alla europeiska länder åldras, skiljer de sig åt i den hastighet med vilken detta sker och i sina utgångslägen. Figur 1.1 visar variationsrikedomen i åldrandeprocessen. Ingen av dessa figurer är i ordets verkliga betydelse en befolkningspyramid, men skillnaden mellan t ex Frankrike och Sverige å ena sidan och Tyskland och Italien å den andra är slående. Medan Frankrike och

---

<sup>2</sup> The Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE), (red. Anm.)



Figur 1.1 *Befolkningspyramider i EUROPA 50+ länder år 2000*

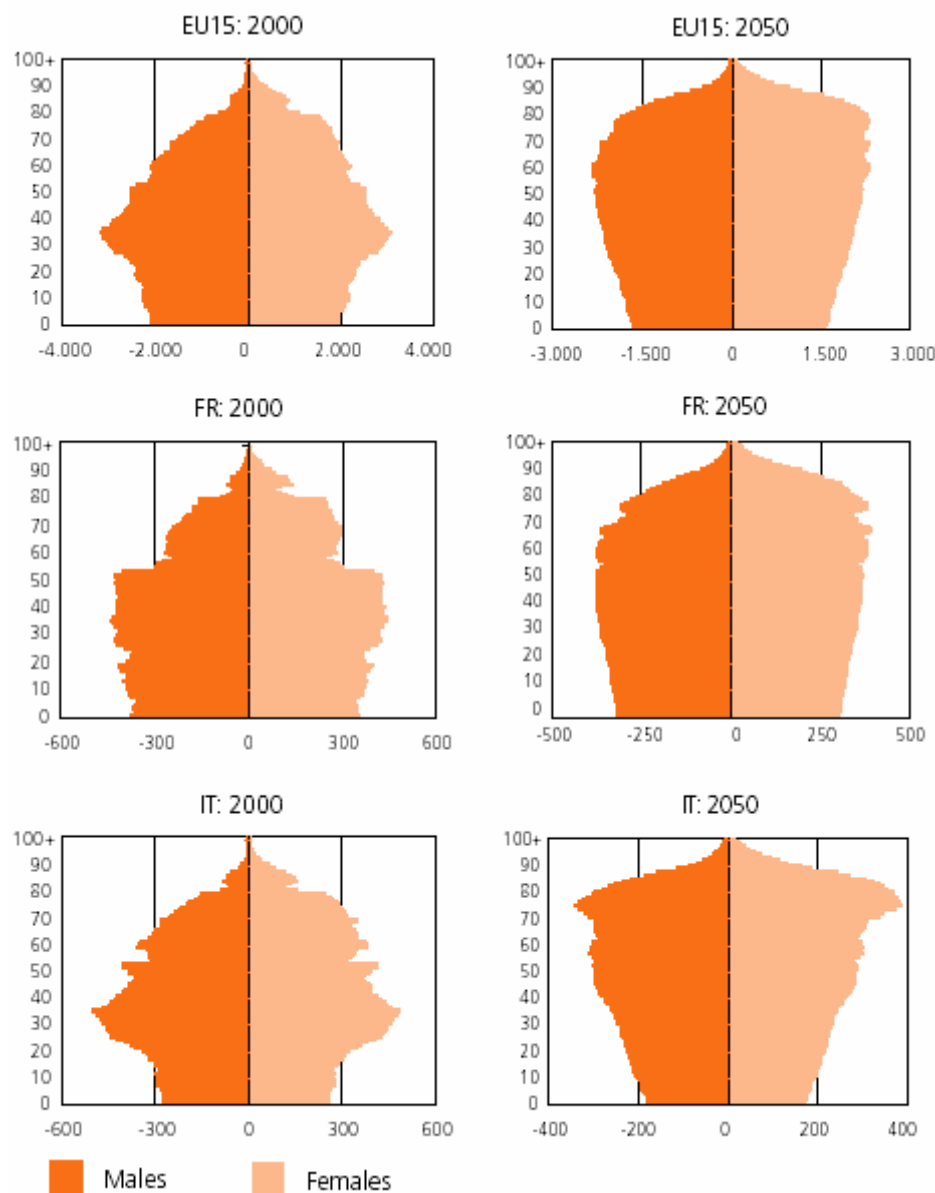


Källa: Eurostat: Befolkning efter kön och ålder per den 1 januari.

Sverige inte har någon ”inbuktning” vid basen pga av dessa länders höga fertilitet, är de unga generationerna i Tyskland och Italien endast hälften så stora som den största ”baby-boom” kohorten från 1940-talet. Spanien och Grekland följer utvecklingen i Italien, men med en fördröjning på omkring 5 respektive 10 år. Den tyska ålderspyramiden avslöjar särskilt djupa ärr från två världskrig och

en djup depression; medan dessa drag är betydligt mindre markanta i den schweiziska pyramiden.

Figur 1.2 *Befolkningens åldrande i EU, Frankrike och Italien, 2000-2050*

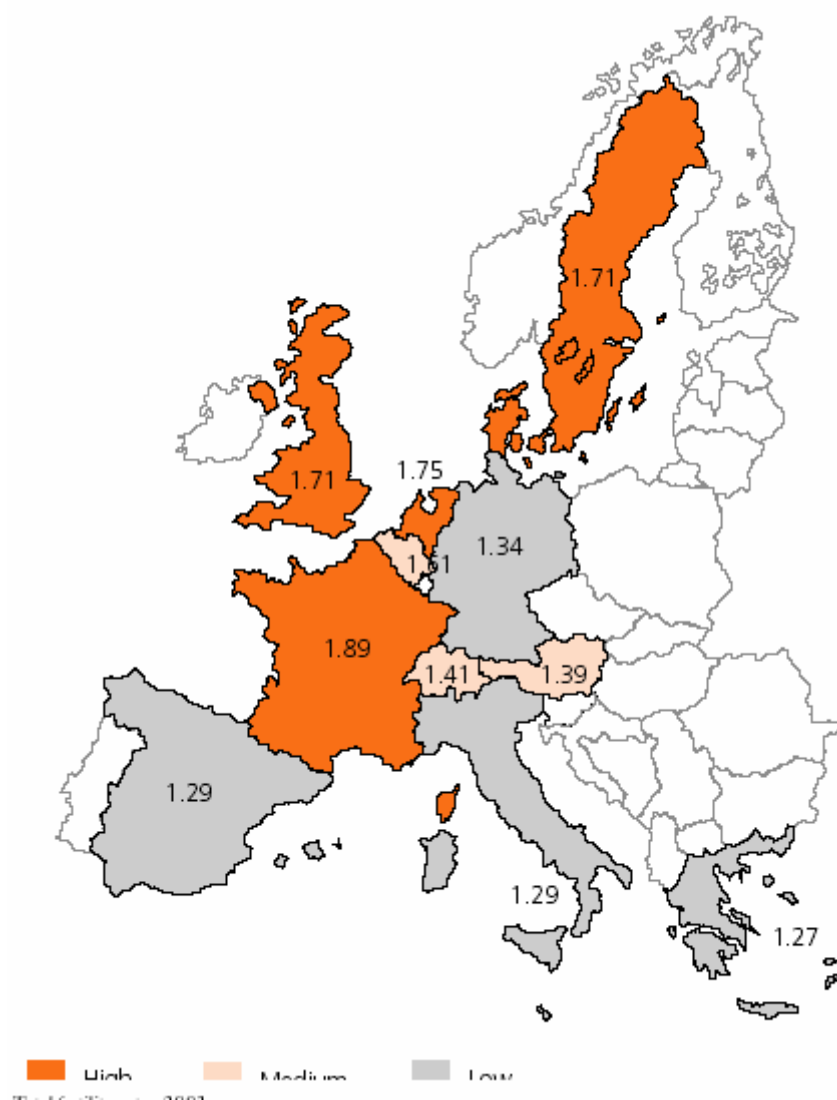


Källa: Eurostat: Population by sex and age on 1st January of each year. Population projections – baseline scenario (Eurostat projections 1995, revision 1999)

Det finns inte bara nationella skillnader i status quo utan också skillnader i utveckling. Som demonstreras i figur 1.2 muterar den europeiska befolkningsstrukturen från formen av en romb till formen av en urna till år 2050.

Urnformen kommer faktiskt att bli karaktäristisk för alla de europeiska länderna. Det finns emellertid slående skillnader i Eurostats befolkningsprojektioner. I Frankrike, vars pyramid finns i mitten av figur 1.2, kommer basen av nyfödda barn år 2050 att bli nästan lika stor som de stora kohorterna av 50-åringar, medan Italien, p g a dess låga födelsetal, kommer att få ständigt minskande kohorter.

Figur 1.3 *Födelsetal år 2003*



Källa: Eurostat. Obs! Födelsetalen i figuren indikerar det totala antalet barn en kvinna i genomsnitt väntas föda.

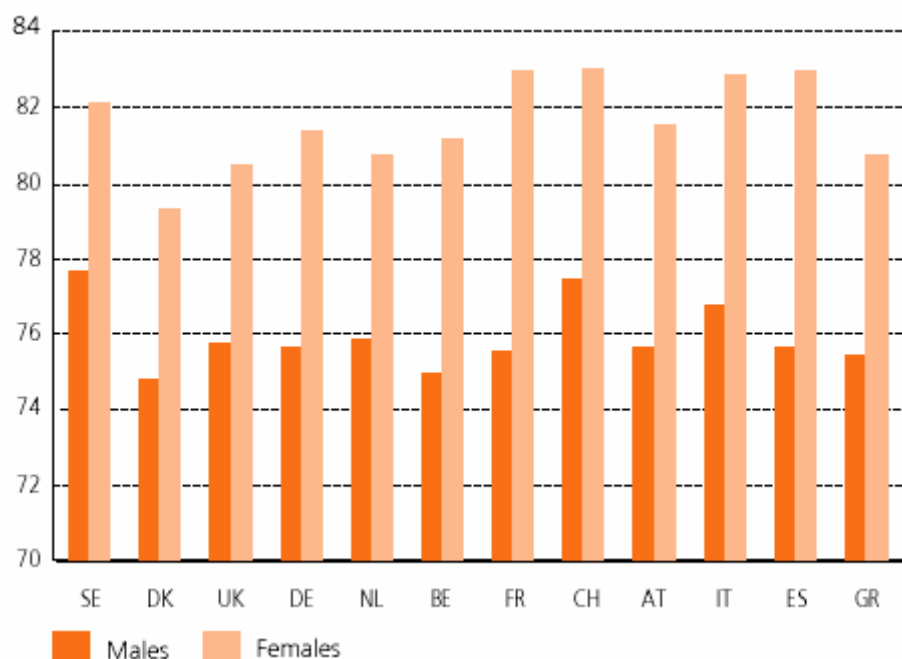
Som bekant är det två förhållanden som skapar åldrandet: Den låga fertiliteten och den gradvisa ökningen av den förväntade livslängden. Medelhavsländerna och Tyskland har mycket låg fertilitet, medan Frankrike, Storbritannien, Belgien, Holland och de skandinaviska länder, som deltar i undersökningen, har relativt höga födelsetal, se figur 1.3.

Skillnaderna i förväntad livslängd är lika dramatiska. En nyfödd flicka i Schweiz förväntas leva nästan fyra år längre än en nyfödd danska, och denna skillnad är nästan lika stor mellan Danmark och grannen Sverige, se figur 1.4. Vi behöver förstå vad som döljer sig bakom dessa betydande skillnader (genetik, levnadssätt eller tillgång på hälsovård?) för att bättre förstå människans åldrande. Våra data från EUROPA 50+ kommer att bidra med detta.

Kraften i åldrandet, dvs kombinationen av få födslar och lång levnad, uttrycks bäst med sk beroendekvoter, se figur 1.5. De sätter antalet äldre, här något godtyckligt definierat som de som är åtminstone 60 år, i relation till antalet personer i arbetsför ålder, definierat som de som är mellan 20 och 59 år. Italien har den högsta beroendekvoten, medan Spanien står inför den kraftigaste ökningen. Danmark kommer att behöva ytterligare ca 15 år innan man når den grad av åldrande som Italien redan har. Att lära från denna variabilitet och att kunna förutsäga vad som kommer att ske i ett land genom att studera ett annat är en viktig forskningsuppgift i vårt projekt.

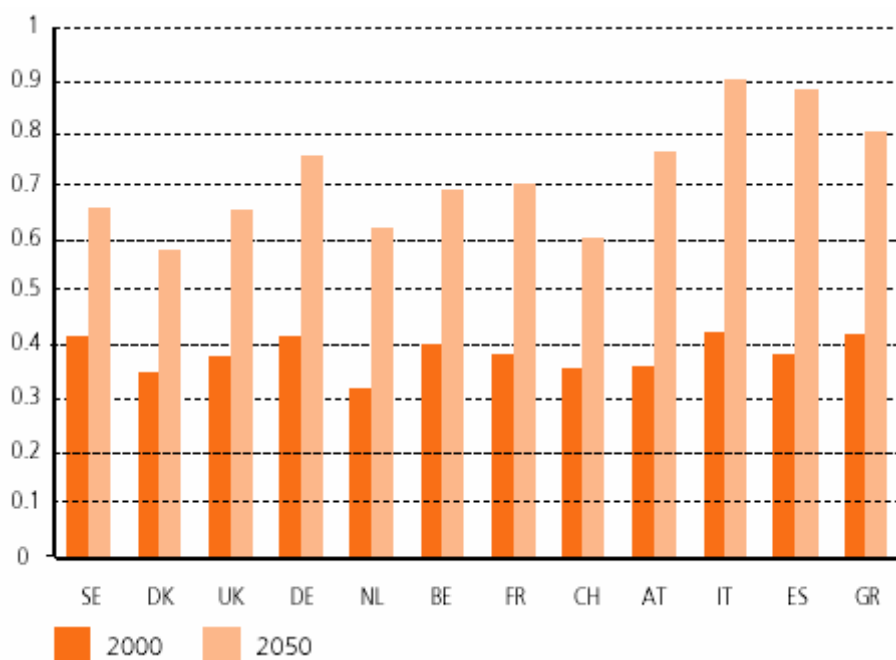
Beroendekvoten har uppmärksamats mycket därför att man nästan omedelbart kan dra slutsatser från den om den skatte- och avgiftsbörda, som de sociala utgifterna relaterade till åldrandet föranleder, såsom utgifterna för pensioner, hälsovård och social omsorg. Ordet "nästan" är dock en viktig begränsning. Demografin bestämmer inte allt, utan arbetskraftsdeltagandet är en viktig faktor mellan demografin och den sociala utgiftsbördan. Dessutom finns det stora skillnader i utformningen av pensionssystemen och hur hälsovård och social omsorg organiserats i Europa. EUROPA 50+ gör det möjligt för oss att

Figur 1.4 *Förväntad livslängd vid födseln, 2001*



Källa: OECD Health Data 2004, 3rd edition

Figur 1.5 *Beroendekvoter åren 2000 och 2050 (Andelen invånare som är minst 60 år i förhållande till andelen som är 20-59 år.)*

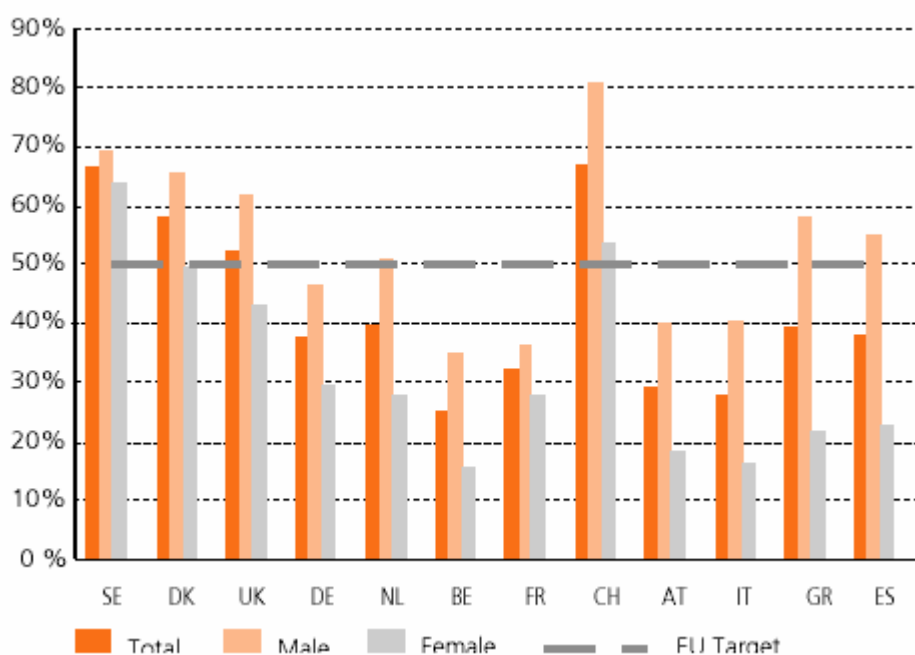


Källa: Eurostat, se figur 1.3

studera hur olika system påverkar hälsoläget, de ekonomiska förhållandena och familjerna och de sociala nätverken i Europa.

En nyckelvariabel är sysselsättningen, ty de sysselsatta betalar den största delen av alla skatter och avgifter. Den andel av befolkningen som är sysselsatt varierar mycket mellan de i EUROPA 50+ deltagande länderna. Skillnaderna är störst i åldersgrupperna mellan 55 och 64 år, se figur 1.6.

Figur 1.6 *Sysselsättningsandelar för 55-64 åriga arbetare år 2004, samt sysselsättningsmålet enligt EU-överenskommelserna i Lissabon och Stockholm.*



Källa: Eurostat, EU Labour force survey

Figur 1.6 visar också att det bara är Sverige, Danmark och Storbritannien - och icke EU-landet Schweiz - som överskrider sysselsättningsmålet enligt EU-överenskommelserna i Lissabon och Stockholm. Belgien, Frankrike, Österrike och Italien ligger långt under detta mål. Det är inte alldeles självklart vilka orsakerna är till dessa skillnader. En uppenbart tänkbar förklaring är den

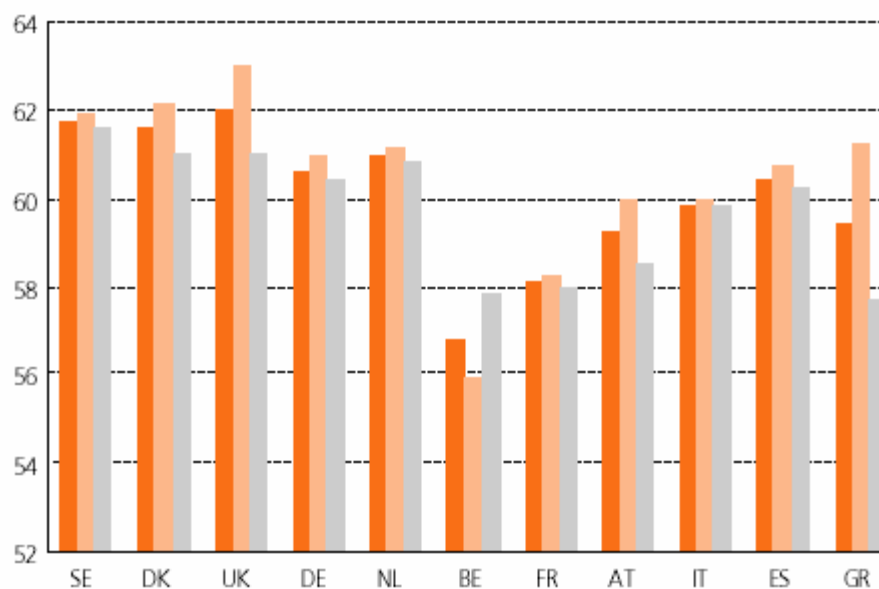
pensionsålder som bestäms av pensionssystemen. Men som figur 1.7 visar är detta inte hela förklaringen. Medan Sverige, Danmark och Storbritannien har den högsta genomsnittliga pensionsåldern och Belgien den lägsta, visar figurerna 1.6 och 1.7 inte en nära proportionalitet. Att bättre förstå vad som bestämmer arbetskraftsdeltagandet bland äldre arbetare och de olika vägarna ut ur arbetskraften är ytterligare en viktig forskningsuppgift till vilken våra data kommer att bidra. De är idealiska för denna uppgift då projektet EUROPA 50+ ger över nationsgränserna verkligt jämförbara individdata om sysselsättningen och dess förklaringsfaktorer såsom hälsa och arbetsmiljö.

Generositeten i de offentliga pensionssystemen är en tredje komponent som - tillsammans med demografin och sysselsättningen - förklarar utgifterna för de allmänna pensionerna. Figur 1.8 visar de stora nationella skillnaderna i generositet i Europa.

För närvarande varierar utgifterna för de allmänna pensionssystemen från omkring 5 procent av bruttonationalprodukten (BNP) i Storbritannien till nästan 15 procent i Österrike. Variationen i de beräknade framtida pensionsutgifterna är lika dramatisk: På lång sikt kommer utgifterna i Storbritannien att minska, medan Eurostat förutspår att Grekland kommer att använda nästan 20 procent av BNP endast för allmänna pensioner.

Man bör emellertid inte glömma att de allmänna pensionssystemen också har en viktig social uppgift. I de flesta EU-länder är fattigdomen bland de äldre relativt låg, se figur 1.9, och i många länder t o m väsentligt lägre än bland barnfamiljer. I Europa kan vi vara stolta, som har en betydligt mindre fattigdom bland de äldre än i USA. Det är dock störande att några länder trots höga utgifter för allmänna pensioner ändå har relativt hög fattigdom, såsom Belgien och Grekland. EUROPA 50+ ger de data som behövs för att bättre förstå vem som är fattig och vilka följder fattigdom får för hälsa och välbefinnande.

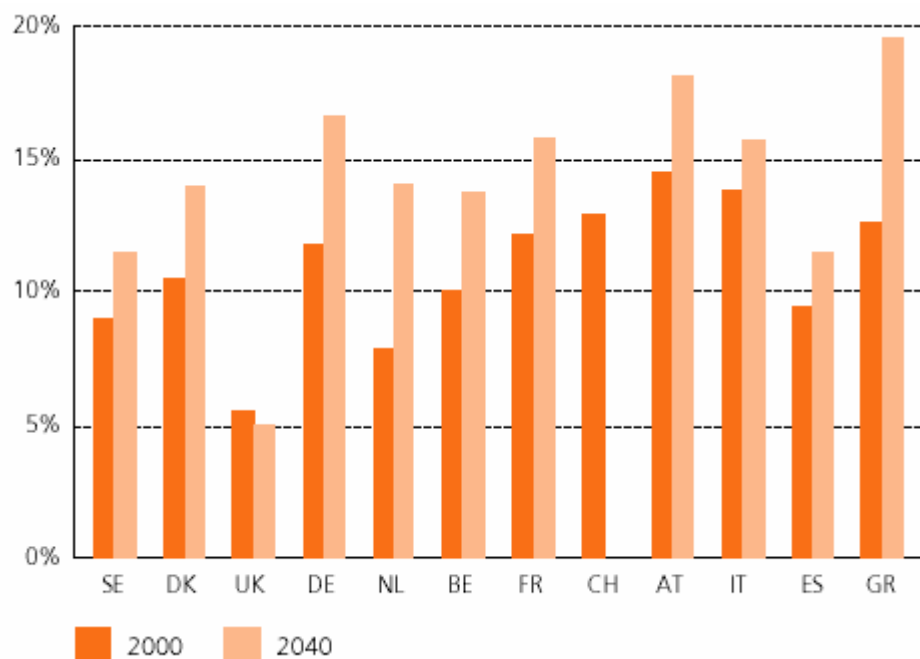
Figur 1.7 *Genomsnittlig ålder vid utträdet från arbetsmarkanden, 2001*



Not: Staplarna för respektive land avser från vänster till höger: Samtliga, män och kvinnor.

Källa: Eurostat, EU Labour force survey

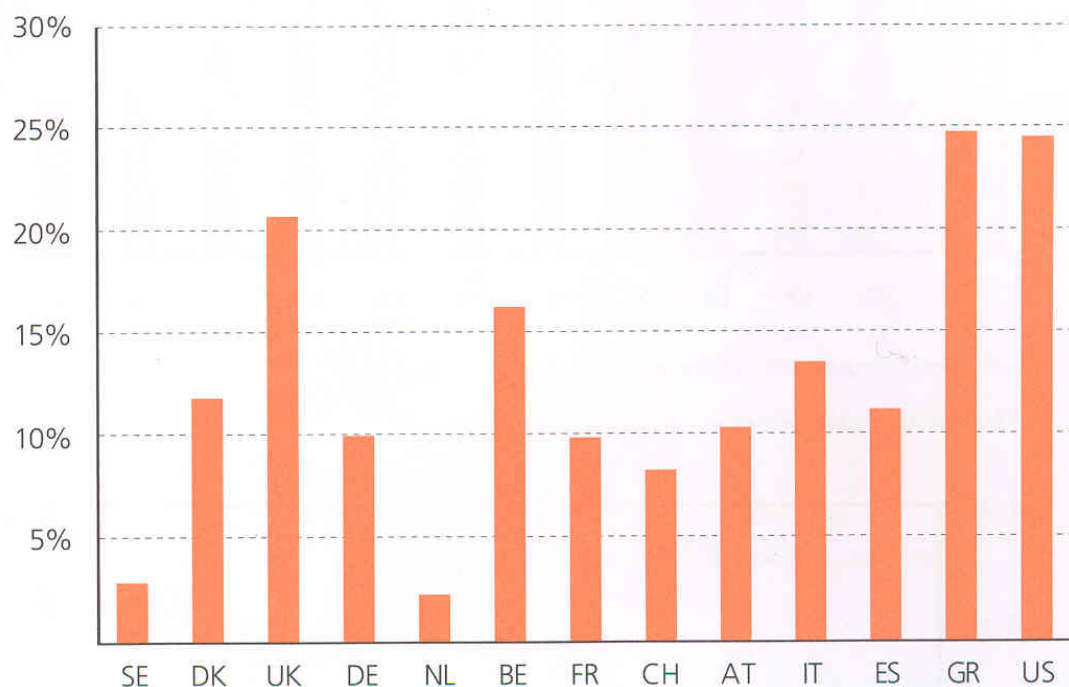
Figur 1.8 *Utgifterna för allmänna pensioner i procent av BNP, 2000 och 2040*



Källa: Economic Policy Committee/ECFIN/655/01-EN .nal. CH: Eurostat: ESSPROS



Figur 1.9 *Andel fattiga bland dem som är minst 65 år (Antal individer med en inkomst som är mindre än 50% av medianinkomsten i procent av samtliga i åldergruppen)*



Källa: Luxembourg Income Study

Det är en av de stora fördelarna med EUROPA 50+ att vi både mäter hälsotillståndet hos befolkningen och deras ekonomiska och sociala förhållanden. Utöver flera mått på hälsa har EUROPA 50+ även uppgifter om utnyttjandet av hälsovården och dess kvalitet. Ännu en gång, det internationella perspektivet i EUROPA 50+ är värdefullt för att avslöja de stora skillnader som finns mellan de i undersökningen deltagande länderna.

Låt oss börja med de stora linjerna. Figur 1.10 visar samhällets utgifter och de privata utgifterna för hälsovård per capita. De varierar från ca 1200 euro i Grekland och Spanien till nästan 3000 euro i Danmark och mer än 4000 euro i Schweiz.

En avgörande fråga är om dessa utgiftsandelar återspeglar verkliga skillnader i vårdens kvalitet. Det är emellertid inte omedelbart klart att man får vad man betalar för. Figur 1.11 visar ett mycket grovt mått på vad hälsovården

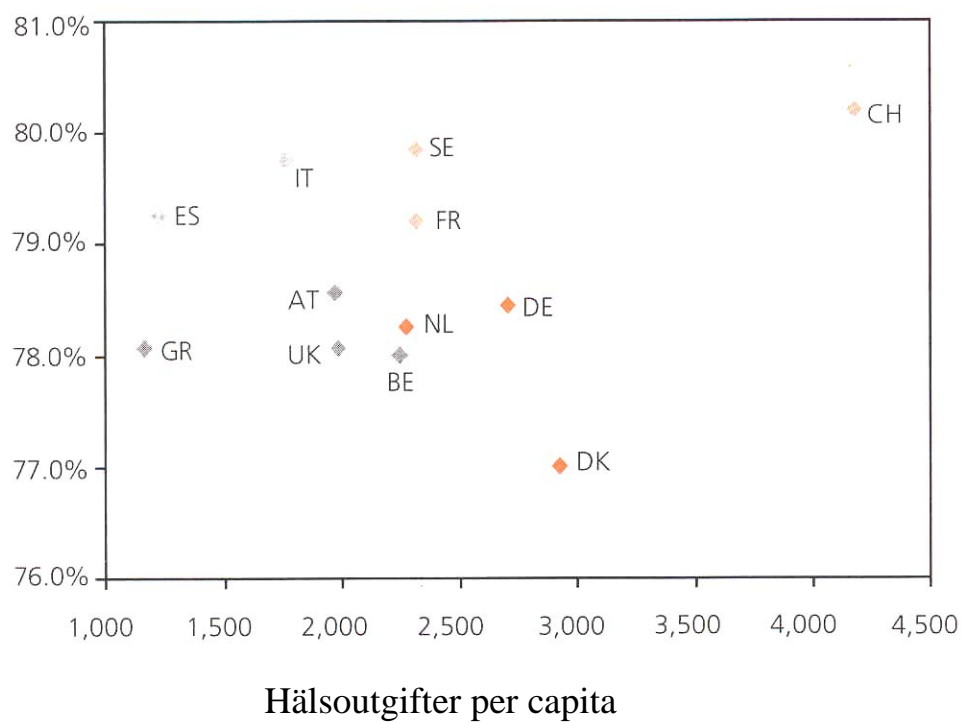
Figur 1.10 *Hälsoutgifter per capita i Europa år 2001*



Källa: OECD Health Data 2004, 3<sup>rd</sup> edition

Figur 1.11 *Hälsoutgifter per capita i förhållande till förväntad livslängd*

År



Källa: OECD Health Data 2004, 3<sup>rd</sup> edition

åstadkommer, nämligen förväntad livslängd (från figur 1.4), som man möjligen kan se som det slutliga målet för hälsovården. Figur 1.11 visar praktiskt taget ingen korrelation mellan utgifterna för hälsovård i förhållande till BNP och förväntad livslängd!

Man kan indela de i EUROPA 50+ deltagande länderna och Storbritannien i fyra vida grupper: Länder i vilka utgifterna för hälsovård grovt sett överensstämmer med förväntad livslängd - antingen länder med höga utgifter och goda resultat i form av hög förväntad livslängd, såsom Frankrike, Sverige och Schweiz - eller länder med låga utgifter och låg förväntad livslängd, främst Storbritannien, men även Grekland, Österrike och Belgien. Det finns också länder som lyckats ha en förväntad livslängd som överstiger genomsnittet men har mindre utgifter i förhållande till BNP än genomsnittligt, såsom Italien och Spanien. Den mest problematiska gruppen består emellertid av de länder som har en låg förväntad livslängd men högre utgifter för hälsovård än genomsnittligt som Holland, Tyskland och Danmark.

Pensionsreformer och hälsovårdsreformer står högt på den politiska dagordningen. Det talas en hel del om att skära i de offentliga utgifterna, dvs. att reducera de offentliga tjänsterna. Vi kommer emellertid endast att kunna genomföra framgångsrika reformer om vi förstår de mekanismer som bestämmer kostnaderna till de tjänster som erbjuds. Det fågelperspektiv som denna introduktion givit visar att dessa samband inte är enkla och inte så lätta att förstå.

### **Hur EUROPA 50+ skapades.**

Idén om EUROPA 50+ vilar på kombinationen av tre egenskaper som gör undersökningen unik: En longitudinell undersökning med genuint multidisciplinär och internationell design. Kombinationen av dessa tre egenskaper är en vetenskaplig utmaning. Vi har använt senaste teknik. Som exempel kan nämnas att för att kunna beakta alla landspecifika och språkliga

krav i en enda gemensam design har forskargruppen tillsammans med CentERdata vid universitetet i Tilburg utvecklat några innovativa dataprogram såsom ett översättningsprogram och ett program för följa och styra en så komplex undersökning som EUROPA 50+.

Många har bidragit till utvecklingen av EUROPA 50+. Kombinationen av interdisciplinär fokus och longitudinell ansats har gjort The English Longitudinal Survey of Ageing (ELSA) och The Health and Retirement Survey (HRS) till våra förebilder. Utan det pionjärarbete som gjorts i HRS och ELSA skulle inte EUROPA 50+ kunnat skapas på så kort tid. Samarbetet mellan EUROPA 50+, HRS och ELSA är nära och fortgående, och en viktig designfråga för oss har varit hur vi skulle kunna göra en stor del av våra data jämförbara med dem från HRS och ELSA, så att nationella jämförelser kunde utsträckas från det kontinentala Europa till de anglosaxiska länderna.

Vi har också dragit lärdom från nationella studier av åldrandet som den tyska ”Alterssurvey” och The Italian Longitudinal Survey on Ageing. Vi har även fått erfarenheter från mer specialiserade internationella studier som The European Community Household Panel Survey (ECHP), dess efterföljare The Survey of Income and Living Conditions (SILC), The European Social Survey (ESS) och några hälsostudier utförda av WHO.

Designen av EUROPA 50+ påbörjades i januari 2001. Det första engelskspråkiga frågeformuläret var färdigt under våren 2001 och testades i pilotundersökningar i Storbritannien med hjälp av National Centre of Survey Research i London. Frågeformuläret reviderades därefter och översattes till alla deltagande länders språk, inklusive språkvarianter som belgisk flamländska och schweizisk franska. Hela undersökningen genomgick en stor ny test i alla länder under juni månad 2003. Efter ytterligare förbättringar genomfördes den första huvudundersökningens intervjuer mellan april och oktober 2004 med användande av slumpmässiga urval av hushåll i alla länder. Ytterligare datainsamling pågår ännu.

Projektgruppen i EUROPA 50+ kommer att eftersträva att göra data tillgängliga för forskning även innan de genomgått mer omfattande kontroller och rättningar, vilket utan svårighet kan ta ytterligare något år. Våra data kommer att kunna användas av forskare – utan avgifter – fr o m slutet av april 2005 via ett webbaserat kontrollsystem.

De resultat som presenteras i denna bok bygger på ännu mer preliminära data, som förelåg i november 2004. Även om vi gjort en mängd kontroller, konsistens- och rimlighetsjämförelser och s k imputationer, återstår det ännu mycket att göra. Alla resultat i denna bok är därför preliminära.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> För en beskrivning av design och metoder hänvisas till kapitel 7 i Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J. and Weber, G. (red.), *Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA).

## 2. HÄLSA, HÄLSORISKER OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRD<sup>4</sup>

*Kristian Bolin, Sören Höjgård, Björn Lindgren och Petter Lundborg*

Kapitlet redovisar kortfattat hur hälsa, livskvalitet och vissa personliga hälsorisker varierar i Europa enligt undersökningen EUROPA 50+. Det redogör också för skillnader mellan länderna beträffande egenavgifter och utnyttjande av hälso- och sjukvård.

### **Hälsa**

Hälsan är något som inte är direkt observerbart i sig. Det finns därför inget entydigt mått på hälsan, däremot många tänkbara indikatorer. I EUROPA 50+ finns uppgifter om såväl självupplevd hälsa som självrapporterad sjukdom och funktionsbegränsningar.

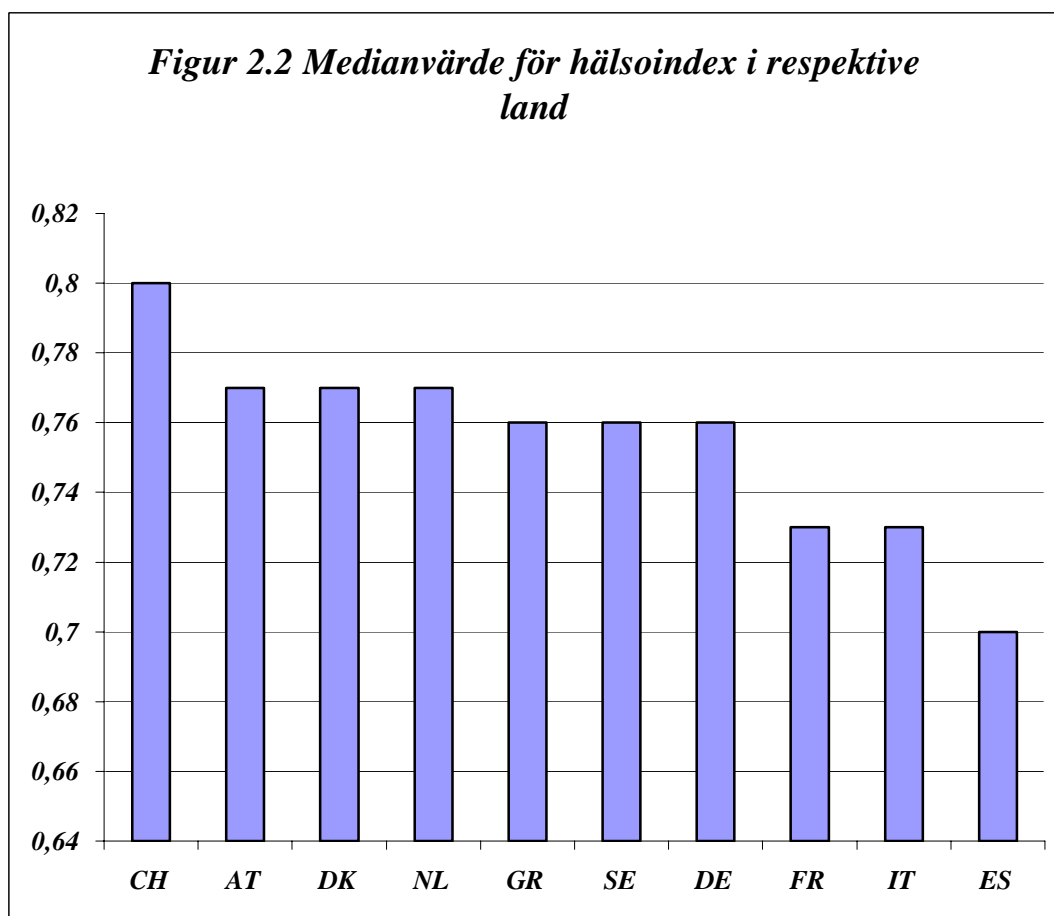
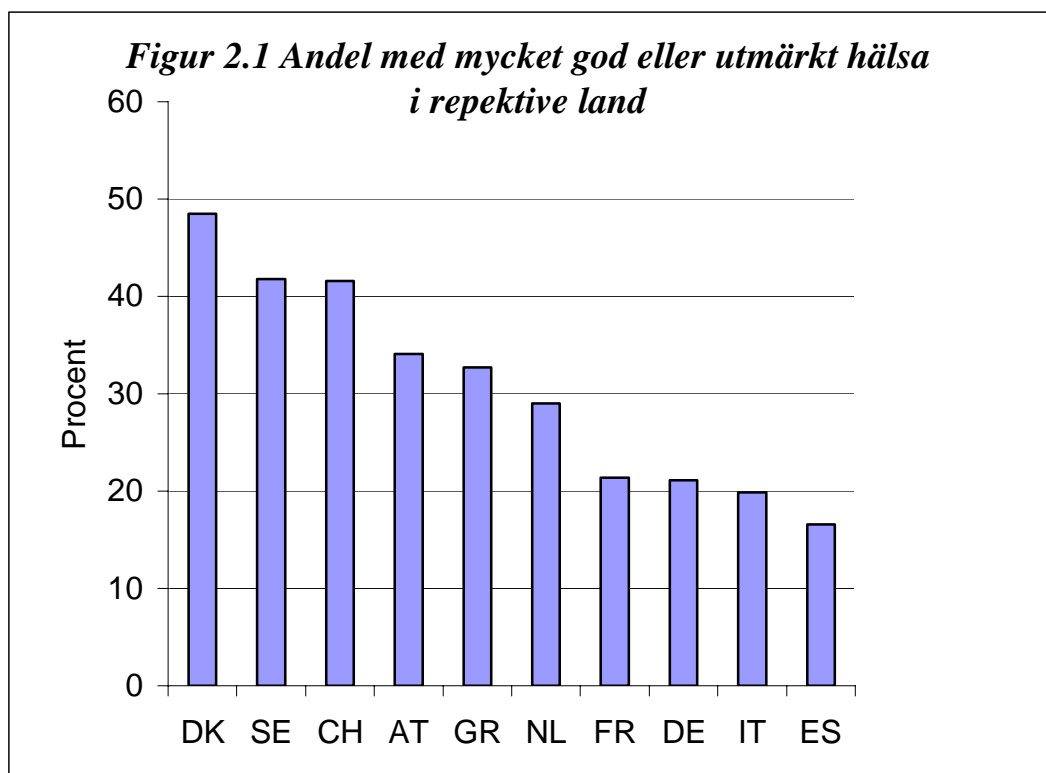
Ungefär 40 procent av alla som deltog i undersökningen svarade att de uppfattade sin hälsa som sämre än ”bra” och hela 10 procent som ”dålig” eller ”mycket dålig”. Omkring 40 procent anger att de har någon begränsning i sin förmåga att utföra dagliga aktiviteter och cirka 50 procent att de har någon långvarig sjukdom eller något funktionshinder.

Mellan länderna är det stor spridning i den självrapporterade hälsan. Bland dem som intervjuades i Danmark tyckte nästan 50 procent – den högsta andelen bland undersökningens länder – att de hade mycket god eller utmärkt hälsa, följt av Sverige strax över 40 procent, medan Spanien hade lägst andel med knappt 20 procent.

Om dessa resultat verkligen återspeglar reella skillnader eller individuella och kulturella olikheter i synen på vad som är ”bra” eller ”dålig” hälsa kan diskuteras. I projektet EUROPA 50+ har man också konstruerat ett

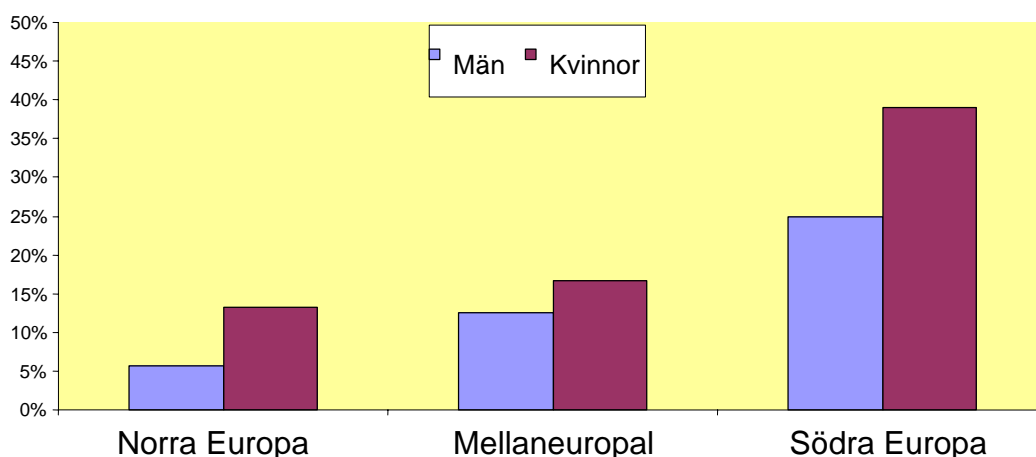
---

<sup>4</sup> Detta kapitel bygger delvis på kapitel 3 ”Health and Health Care” redigerat av Johan Mackenbach i Börsch-Supan m fl (2005)



hälsoindex (på en skala från 0 till 1), som utnyttjar annan information i undersökningen för att justera den uppgivna självrapporterade hälsan.<sup>5</sup> Tillämpar man detta index, så blir det mindre skillnader mellan länderna, och ordningsföljden mellan länderna förändras. Både Danmark och Sverige kommer längre ner, även om de behåller ordningen sinsemellan. Schweiz får det högsta genomsnittliga värdet på hälsoindex, följt av Österrike, Nederländerna och Danmark. Sverige kommer nu på sjunde plats, medan Italien och Spanien behåller sina platser i slutet.

Figur 2.3 *Nedsatt gånghastighet*



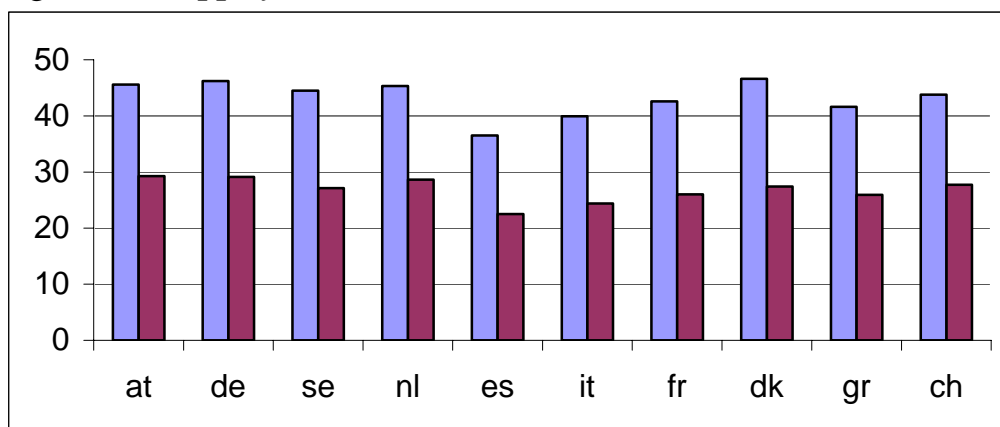
Både gånghastighet och handgreppsstyrka har uppmätts i EUROPA 50+ som funktionella indikatorer på hälsa. De båda måtten uppvisar markanta skillnader

<sup>5</sup> Vid konstruktionen av hälsoindexet har man använt såväl information om respondenternas egna självupplevda hälsa, som information om hur respondenter i olika länder värderar samma hälsotillstånd (som beskrivits för dem i sk ”anchoring vignettes”) för att korrigera för eventuella kulturella skillnader i hur hälsotillstånd värderas. Man har också utnyttjat information om förekomsten av kroniska sjukdomar, funktionshinder och mentala problem, samt information om greppstyrka och gånghastighet. En respondent utan några kroniska sjukdomar, funktionshinder eller mentala problem som anser sig ha perfekt hälsa får således värdet 1 i hälsoindexet. Varje hälsoproblem (kronisk sjukdom, funktionshinder, mentalt problem) påverkar respondentens hälsoindexvärde negativt. Hur stor minskningen blir varierar beroende på hälsoproblem. Däremot är vikten för ett och samma hälsoproblem densamma för alla individer.

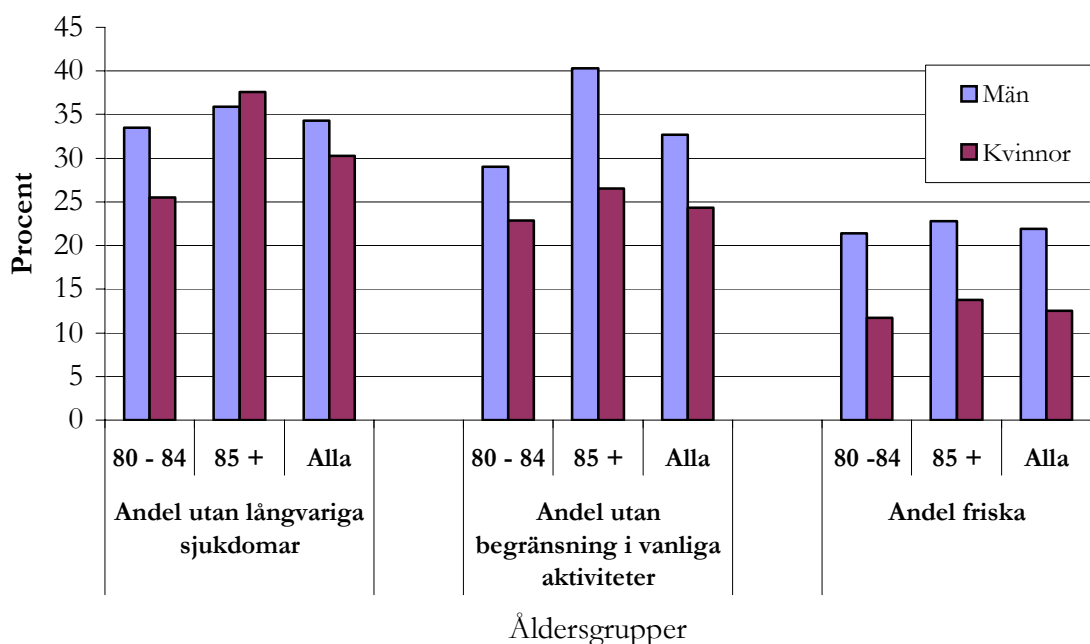


mellan de 10 länderna, med en tydlig nord-syd-gradient. Högsta värdena har Danmark och Sverige, därefter de mellaneuropeiska länderna, medan de tre Medelhavsländerna har de lägsta värdena – både för gånghastighet och för handgreppstyrka.

Figur 2.4 *Greppstyrka*



**Figur 2.5 Andel utan långvariga sjukdomar, respektive utan begränsningar i vanliga aktiviteter, samt andel som klassificerats som friska bland de äldsta**



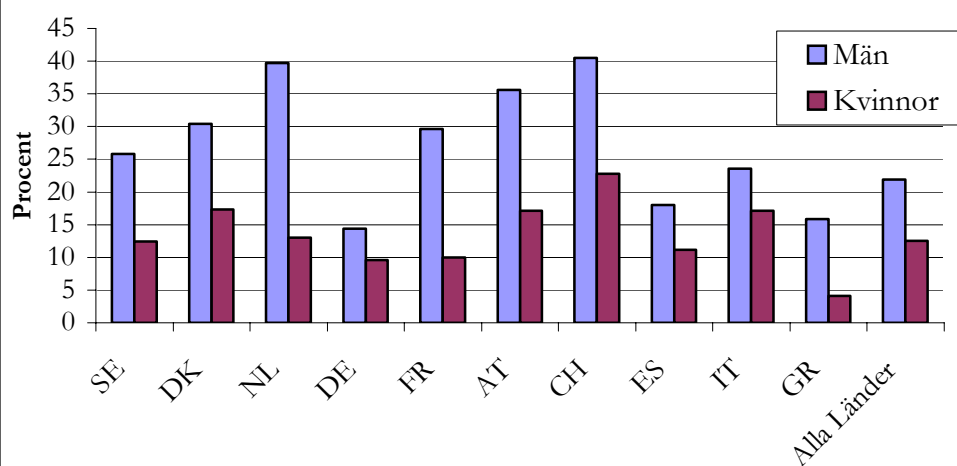
De *äldsta* (personer som är 80 år och äldre) förväntas ha fler sjukdomar och fler begränsningar i förmågan att utföra dagliga aktiviteter än dem som tillhör yngre årgångar. I EUROPA 50+ har man frågat de äldsta intervjupersonerna om de har några långvariga sjukdomar, är rörelsehindrade eller om de anser sig förhindrade att utföra sina vardagliga aktiviteter på grund av hälsoproblem. Man har också mätt förmågan att utföra vardagliga aktiviteter med hjälp av de båda instrumenten ADL ("Activities of Daily Living") och I-ADL ("Instrumental Activities of Daily Living").

Över 30 procent av de äldsta männen och ca 30 procent av de äldsta kvinnorna i EUROPA 50+ uppger att de inte har några långvariga sjukdomar; 33 procent av männen och 24 procent av kvinnorna uppger att de inte anser sig begränsade i sina vanliga aktiviteter; medan 22 procent av männen och 13 procent av kvinnorna bedöms som "friska" (här definierat som varken rörelsehindrade eller begränsade i att utföra sina dagliga aktiviteter enligt ADL eller I-ADL). I motsats till förväntningarna tycks personer i den allra äldsta åldersgruppen (85 år och äldre) vara friskare än i åldern 80 – 84 år. Det kan emellertid bero på att sannolikheten att leva till 85 års ålder är större för personer utan långvariga sjukdomar och funktionsbegränsningar.

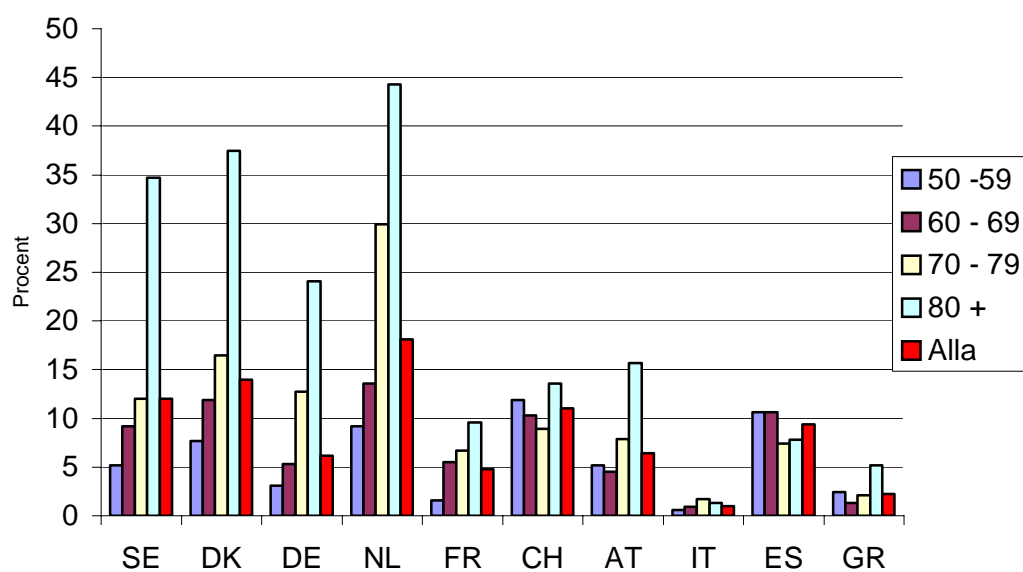
Det finns skillnader mellan länderna i de äldstas hälsa. Oavsett kön tycks andelen "friska" (definierat som ovan) bland de äldsta vara högst i Schweiz, medan Sverige kommer på sjätte plats. Hur övriga länder placerar sig beror på om man rangordnar dem, efter andelen friska män eller kvinnor.

Det är stor spridning mellan länderna i hur stor andel av de äldre som bor i bostäder anpassade för personer med funktionsnedsättningar. Jämför vi t ex andelen personer i samtliga åldersgrupper som bor i anpassade bostäder, kommer Sverige på tredje plats efter Nederländerna och Danmark. Jämför vi dem som är minst 80 år gamla kommer, Sverige också på tredje plats efter Nederländerna och Danmark.

**Figur 2.6 Andel 80 år och äldre som klassificerats som friska (inte rörelsehindrade eller begränsade i dagliga aktiviteter enligt ADL och I-ADL)**



**Figur 2.7 Andel med bostäder anpassade för personer med funktionsnedsättningar i olika åldersgrupper**

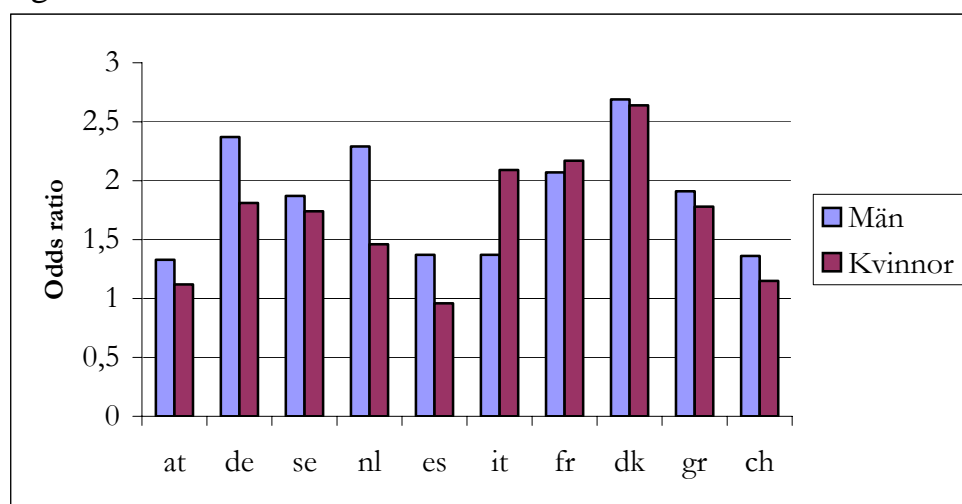


I åldersgruppen 50 – 59 år kommer Sverige däremot på femte plats (efter Schweiz, Spanien, Nederländerna och Danmark).

Generellt för de studerade länderna gäller att den största andelen av intervjupersonerna som bor i anpassade bostäder finns bland dem som är 80 år eller äldre. Här är det ungefär fyra gånger så vanligt att bostaden är utrustad med hjälpmedel som i åldersgruppen 50 – 59 år, men sambandet ser olika ut beroende på vilket land vi undersöker. I de nordiska länderna, Tyskland, Nederländerna, Frankrike och Österrike ökar andelen med åldersgrupp, medan sambandet är U-format (dvs lägst andel i mellanåldersgrupperna) i Schweiz och Grekland, puckelformat (högst andel i mellanåldersgrupperna) i Italien och närmast avtagande i Spanien.

I EUROPA 50+ har man också undersökt sambandet mellan socioekonomisk status och hälsa. Socioekonomisk status har mätts med hjälp av individens inkomst, medan hälsan har mätts med hjälp av självskattad hälsa

Figur 2.8 *Socioekonomiska skillnader i hälsa*



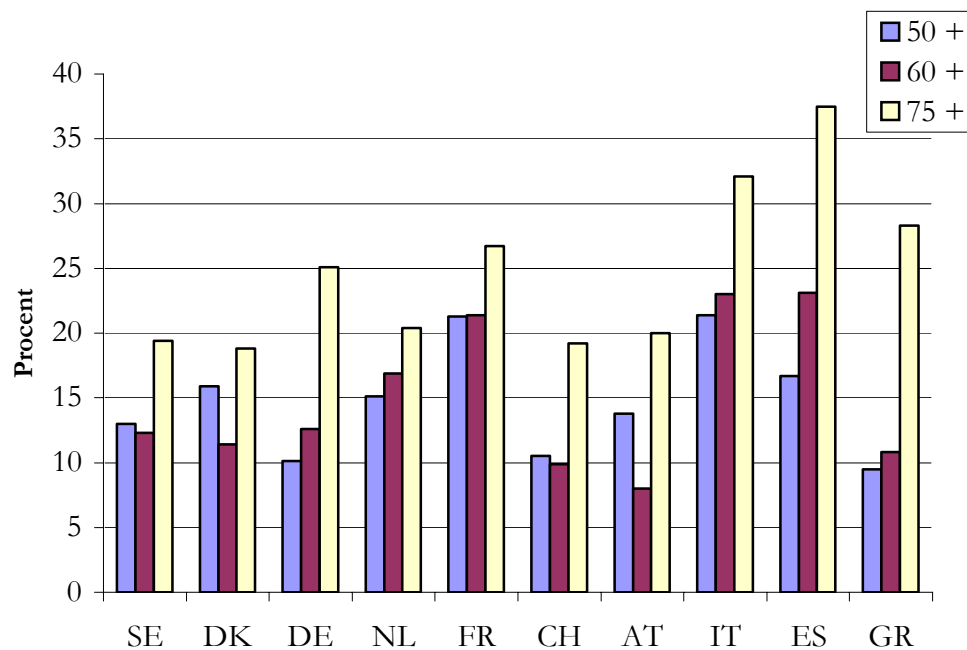
Figur 2.8 visar kvoten mellan sannolikheterna för fattiga respektive rika att uppge att den självskattade hälsan inte är bra. Om kvoten är större än 1 är det fler fattiga än rika som anser sig ha dålig hälsa. Med något undantag finner vi att det är så både för män och kvinnor och i alla länder. Vi ser också att länderna

uppvisar ganska stora inbördes skillnader i sambandet mellan hälsa och socioekonomisk status och att sambandet är olika starkt för män och kvinnor i de olika länderna. Oavsett kön, är sambandet dock starkast i Danmark och svagast i Spanien medan Sverige placerar sig på 4:e plats både vad gäller män och kvinnor.

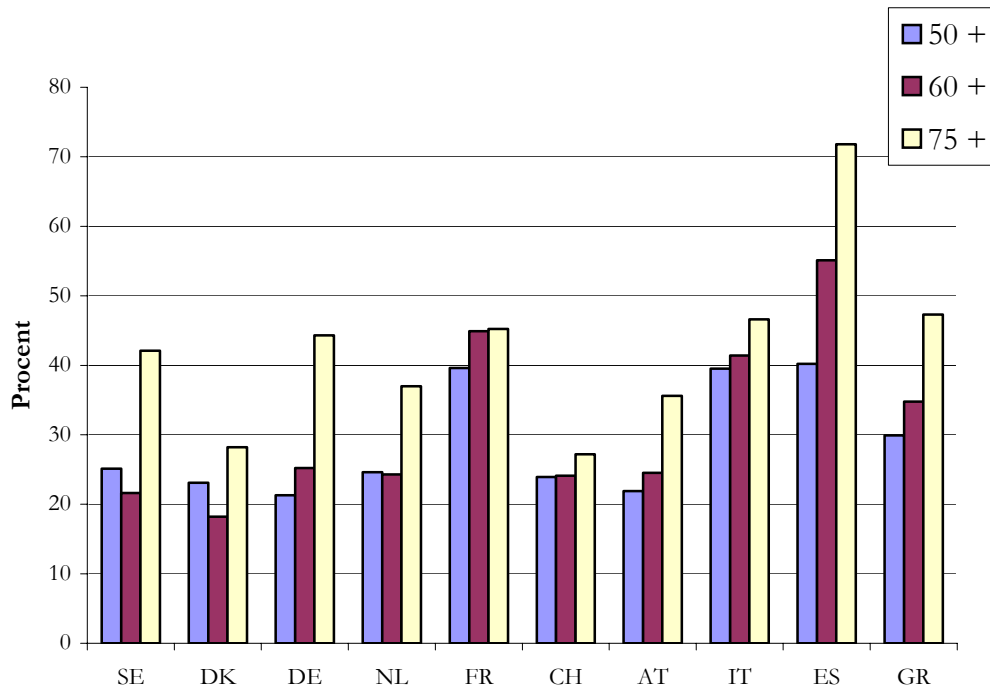
När det gäller mental hälsa, är depression en viktig indikator. Intervjuerna i EUROPA 50+ innehöll frågor om detta, och svaren ingår i ett mätinstrument som kallas EURO-D, som visar förekomsten av depression. I det här sammanhanget har kliniskt betydelsefull depression definierats som ett värde på skalan större än 3. Förekomsten av depression i de studerade länderna redovisas efter ålder och kön. I alla de 10 länderna är det fler kvinnor än män som är deprimerade. Förekomsten ökar med åldern, men olika snabbt i olika länder. Stora skillnader råder mellan länderna. Depression i de äldsta åldersgrupperna är vanligast i Medelhavsländerna.

Kognitiv funktion är en annan viktig indikator på mental hälsa, särskilt på äldre dagar. Även om alla drabbas av sämre minne och andra försämrade kognitiva funktioner, är det en minoritet som kommer att få kliniskt relevant demens. Av alla i åldersgruppen 65-70 år är det omkring 2 procent som har demenssjukdom i Europa, medan det är 25-30 procent bland dem som är 85 år eller äldre. I EUROPA 50+ testades flera kognitiva funktioner. Tre av dem redovisas i figurerna 2.10 – 2.12. (minne, verbal förmåga och förmåga att genomföra enklare räkneuppgifter). Åldersberoendet framgår klart, men inte några klara skillnader mellan könen. Däremot är det stora skillnader mellan länderna, där Medelhavsländerna har störst andelar män och kvinnor med kognitiva problem.

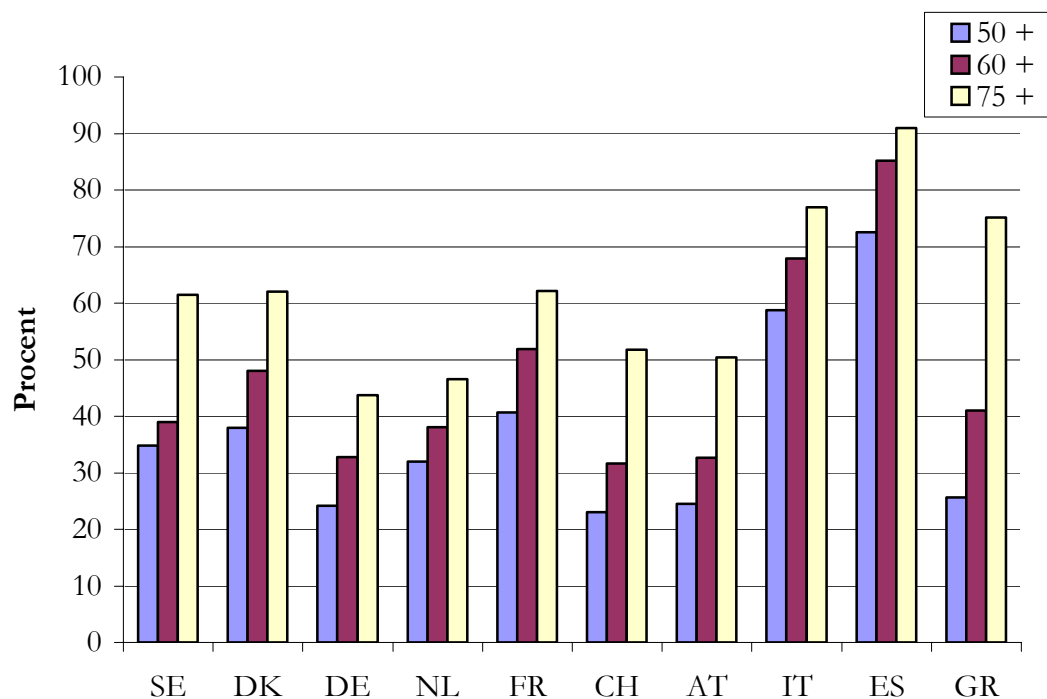
**Figur 2.9a Andel män i olika åldersgrupper som säger sig vara deprimerade i respektive land**



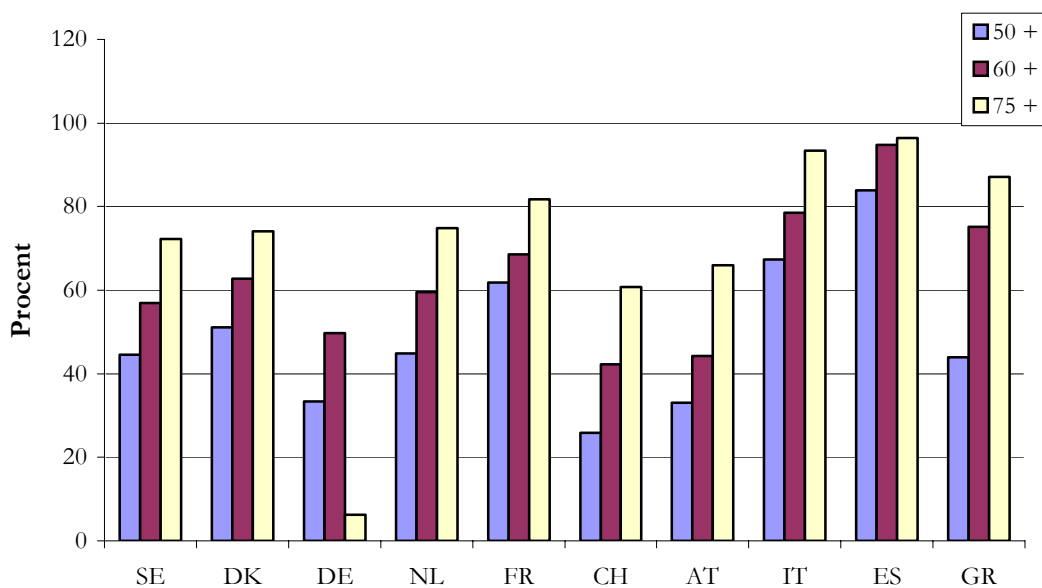
**Figur 2.9b Andel kvinnor i olika åldersgrupper som uppger sig vara deprimerade i respektive land**



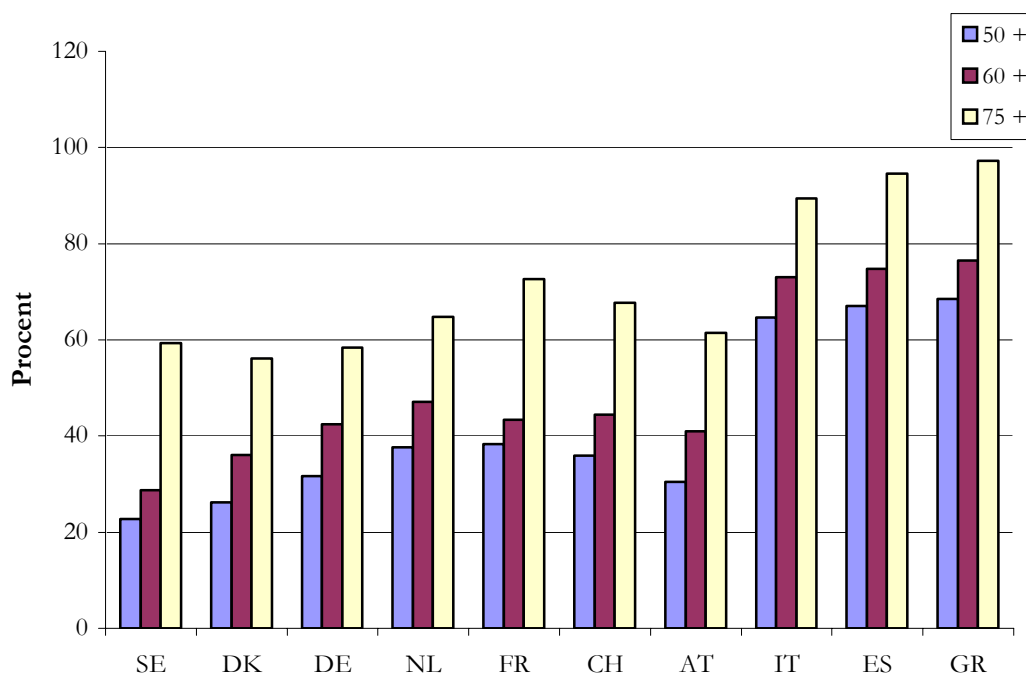
**Figur 2.10a Andel män med nedsatt numerisk förmåga i olika åldergrupper i respektive land**



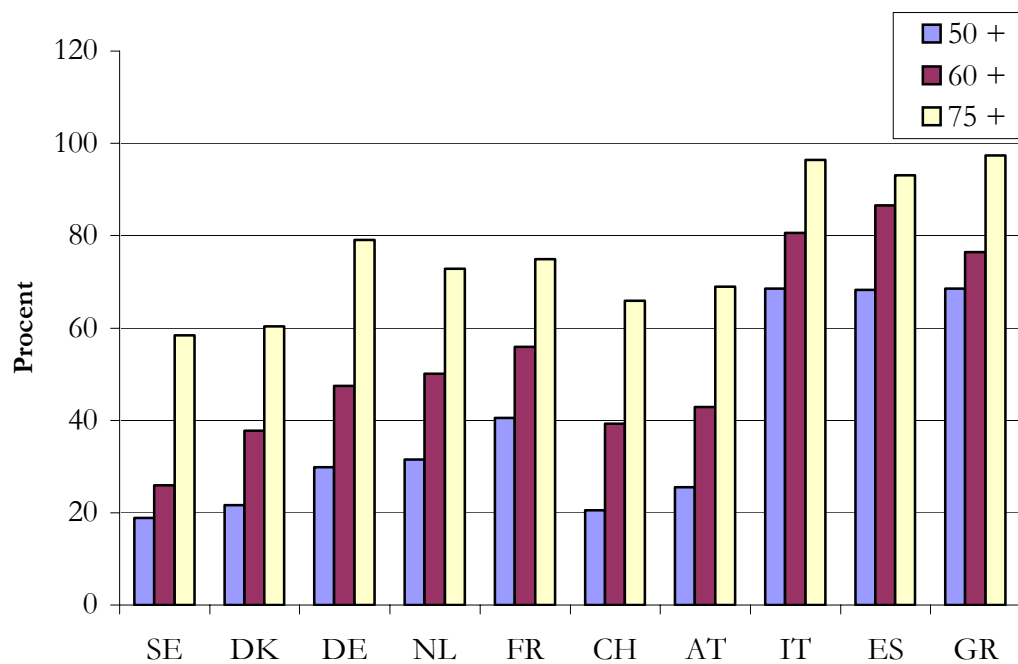
**Figur 2.10b: Andel kvinnor med nedsatt numerisk förmåga i olika åldersgrupper i respektive land**



**Figur 2.11a Andel män med dålig verbal förmåga i olika åldersgrupper i respektive land**

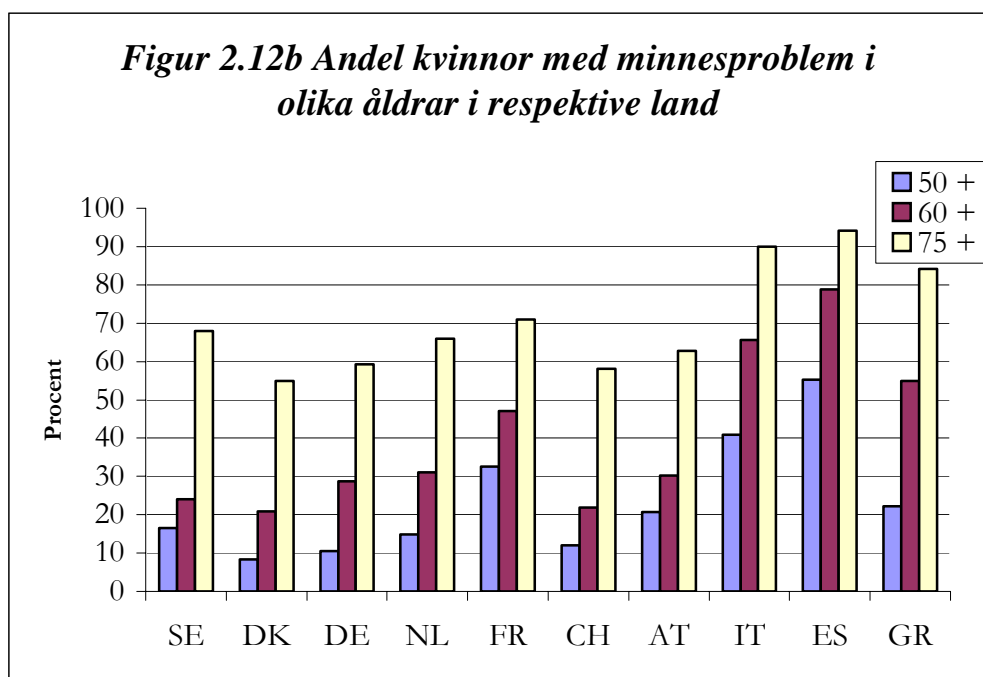
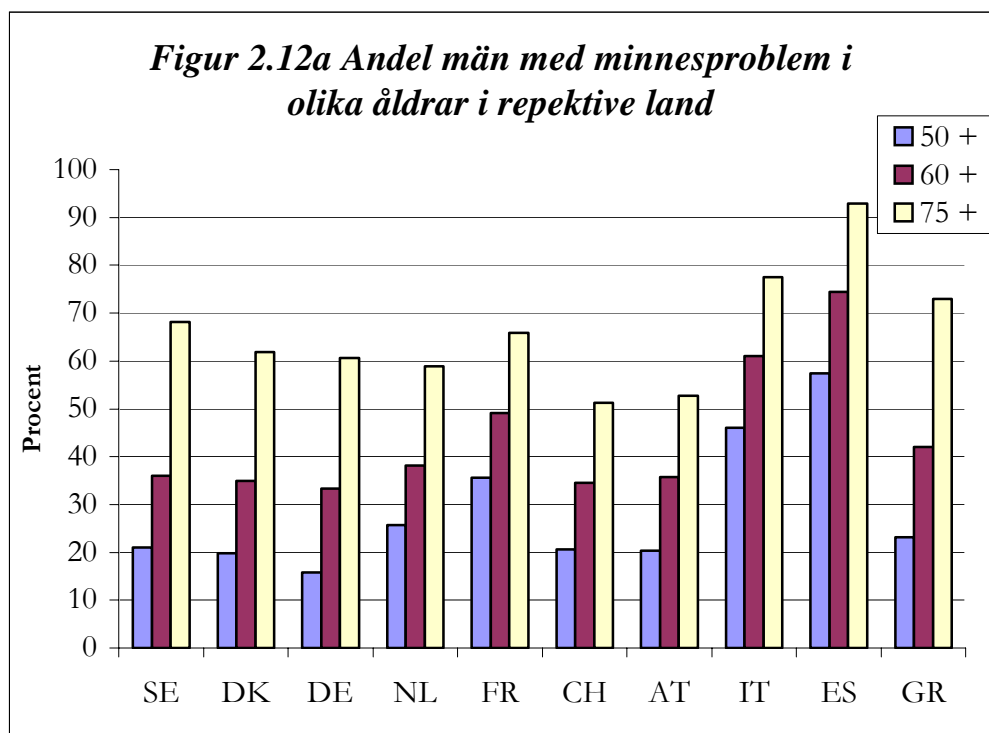


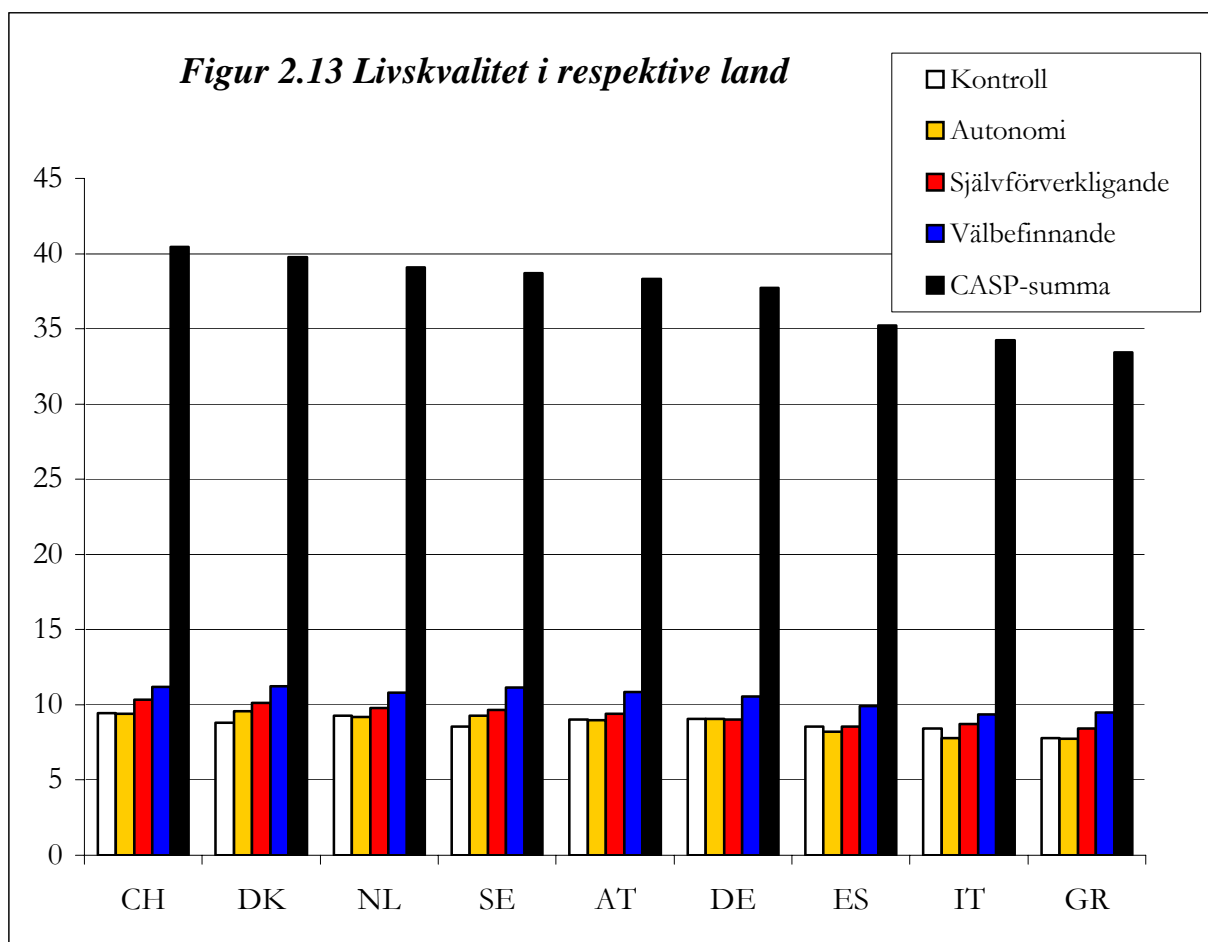
**Figur 2.11b Andel kvinnor med dålig verbal förmåga i olika åldersgrupper i respektive land**





S



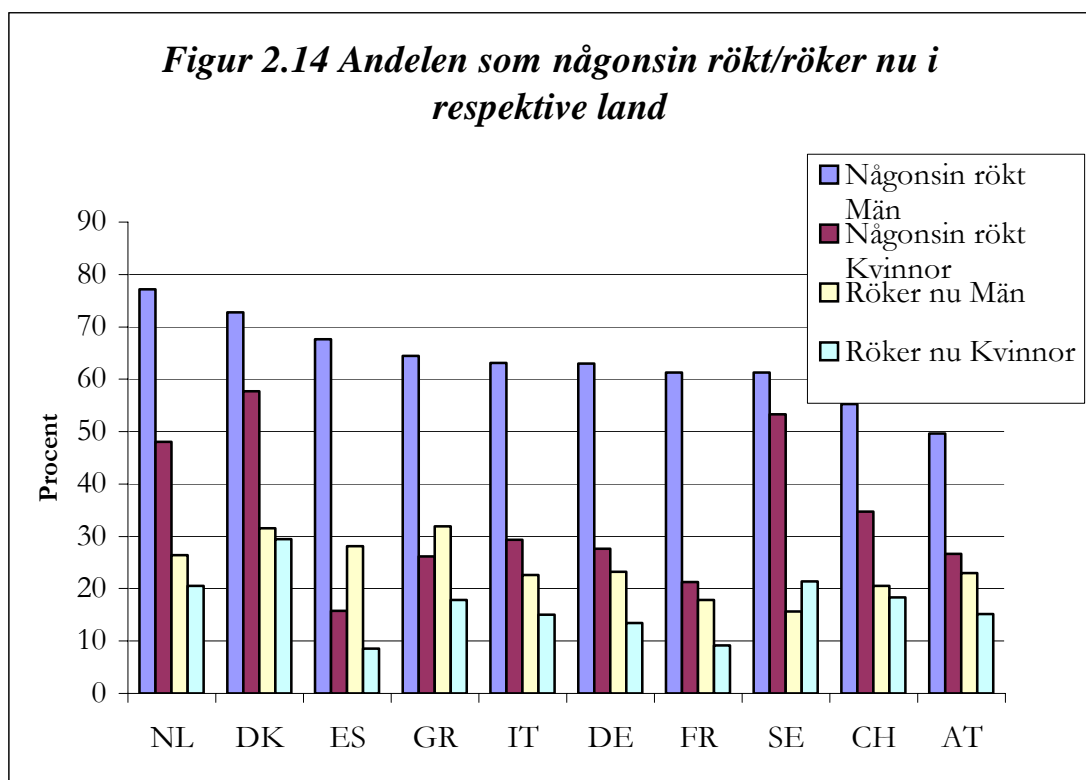


Livskvalitet mäts i EUROPA 50+ med ett livskvalitetsindex CASP, bestående av fyra delområden: kontroll (control), autonomi (autonomy), självförverkligande (self-realisation) och välbefinnande (pleasure). Inom varje delområde får intervjupersonen ange sin grad av tillfredsställelse på en s k Lickert-skala. CASP-värdet får man genom att summera resultaten för varje delområde (med samma vikt för varje delområde). Livskvalitetsindex enligt CASP finns för samtliga EUROPA 50+-länder utom Frankrike. Jämför man livskvalitet enligt figur 2.13 med hälsa enligt figur 2.2, framgår att länderna i stort sett har samma rangordning. Undantagen är Österrike och Grekland.

## Hälsorisker

Tidigare studier har visat att individens hälsa påverkas starkt av valet av livsstil och konsumtionsmönster. Det är t ex känt att dricka måttligt med alkohol, att inte röka, att vara fysiskt aktiv och att hålla kroppsvikten under kontroll är positiva faktorer för hälsan både för yngre och för äldre.

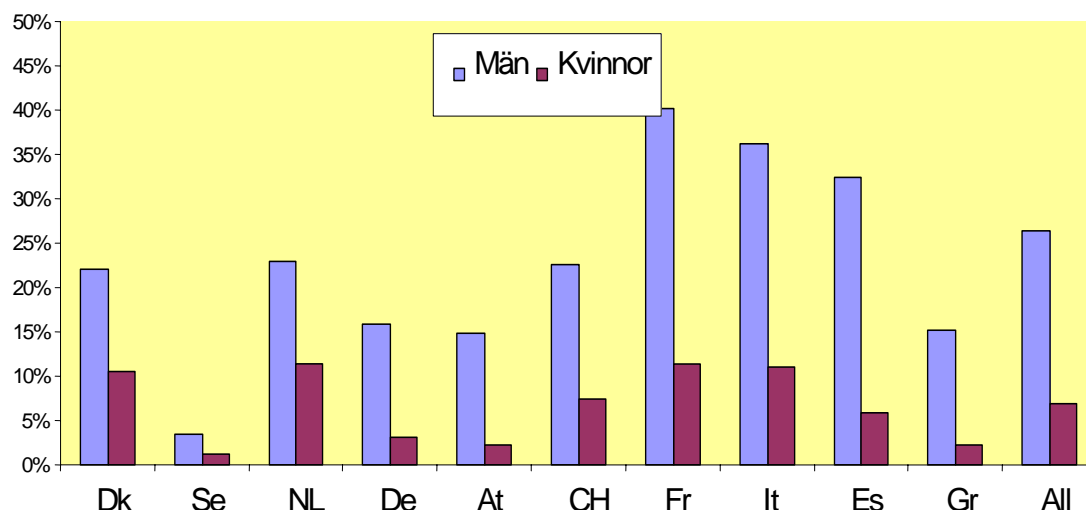
Mer än 2/3 av de män och mer än 1/4 av de kvinnor som intervjuats i EUROPA 50+ uppger att de rökt under minst ett år. Av dessa hade dock 63 procent av männen och 55 procent av kvinnorna slutat röka. Vid intervjutillfället var 24 procent av männen och 13 procent av kvinnorna rökare.



Vi ser dock att det är stor spridning mellan länderna och att deras position beror på om vi rangordnar dem efter andelen intervjupersoner som någonsin har rökt eller efter andelen nuvarande rökare eller efter kön. Andelen svenska män som

någonsin har rökt eller som röker nu är låg i jämförelse med övriga länder. Bland kvinnorna är det bara Danmark som har högre andel än Sverige.

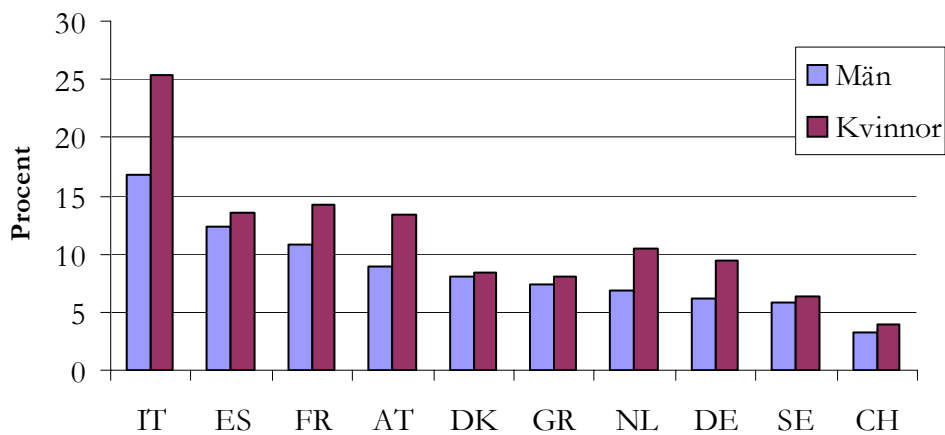
Figur 2.15 *Andelen som dricker 2 eller flera glas alkohol dagligen eller nästan dagligen i respektive land*



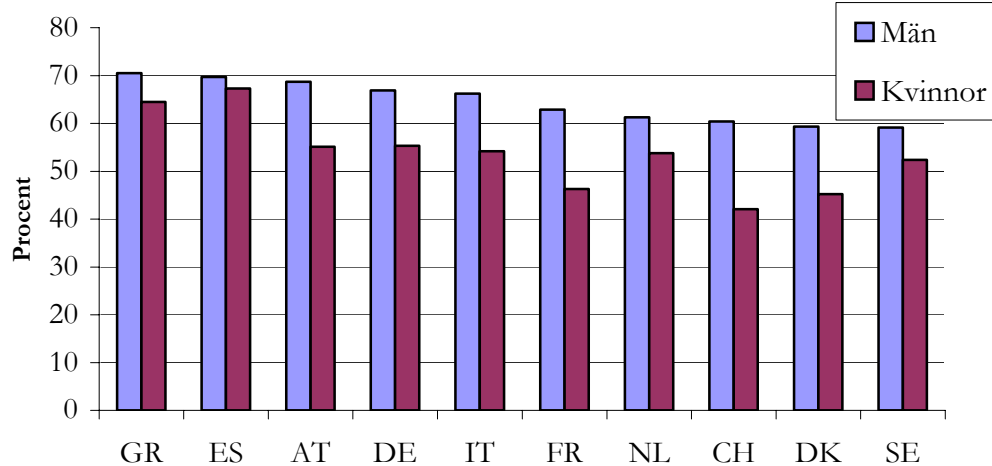
På frågor om alkoholkonsumtion uppgav 42 procent av kvinnorna och 19 procent av männen att de inte hade druckit någon alkohol under de senaste sex månaderna, medan 7 procent av kvinnorna och 26 procent av männen hade druckit mer än två glas alkohol per dag. Figur 2.15 visar att dagligt drickande är relativt ovanligt i Sverige. Om vi i stället mätt, hur mycket ren alkohol man dricker per person i respektive land skulle Sverige förmodligen inte ha visat lika goda resultat.

Ungefär 9 procent av männen och 15 procent av kvinnorna uppgav att de var fysiskt inaktiva, dvs. varken ägnade sig åt lätt eller intensiv fysisk aktivitet (figur 2.16). Åter finner vi stora skillnader mellan de europeiska länderna (särskilt för kvinnor). Italien har den högsta, Sverige den näst lägsta och Schweiz den lägsta andelen fysiskt inaktiva, oavsett vilket kön vi studerar.

**Figur 2.16 Andel fysiskt inaktiva i respektive land**



**Figur 2.17 Andel överviktiga och feta i respektive land**



I genomsnitt för samtliga länder var 67 procent av männen och 55 procent av kvinnorna feta eller överviktiga. Med överviktig menas här personer som har ett BMI mellan 25 och 30 ("Body Mass Index" = kroppsvikten i kg dividerad med kvadraten på kroppslängden i cm); med fet den som har ett BMI överstigande

30. Grekland visar sig ha den största andelen överviktiga och feta män och Sverige den minsta. Däremot är det Spanien som har den största andelen överviktiga och feta kvinnor, medan Sverige här kommer på 7:e plats.

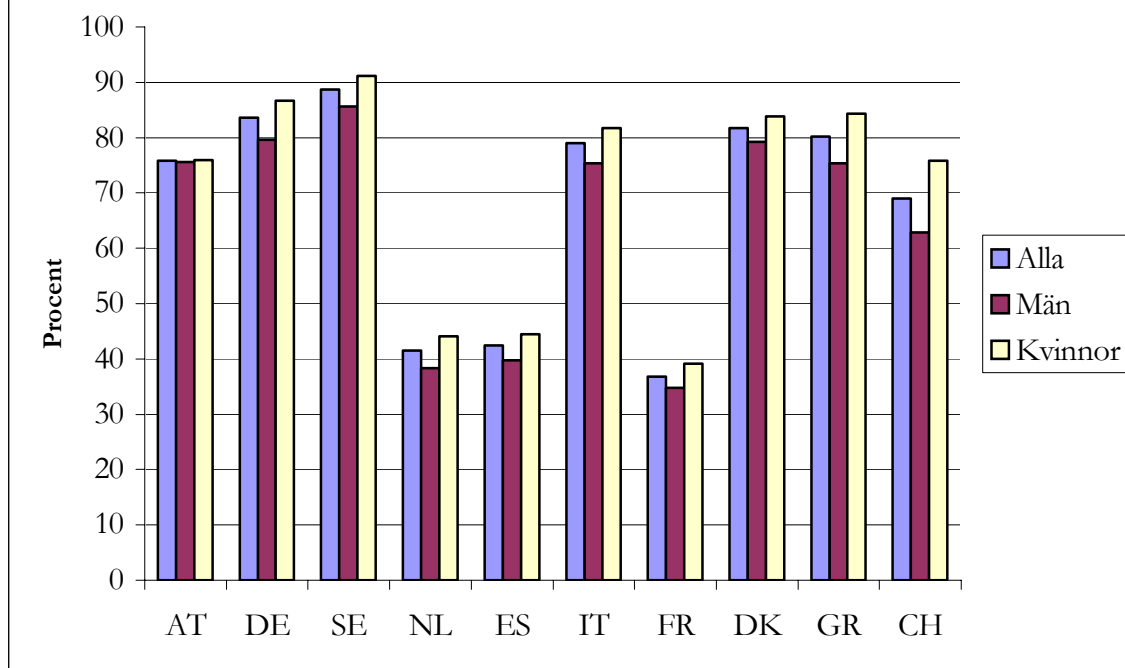
För båda könen är skillnaderna mellan länderna mindre än för andelen fysiskt inaktiva, vilket kan ses om man jämför figurena 2.16 och 2.17. Ländernas rangordning är också annorlunda. Skillnaderna kan exempelvis bero på olikheter i kaloriintag. Av avsnittet om privat konsumtion framgår att det finns betydande skillnader i hur mycket som spenderas på mat.

### **Hälso- och sjukvård**

Inom EUROPA 50+-projektet har man försökt karaktärisera ländernas sjukvårdssystem, bl a i termer av hur de finansieras. Höga egenavgifter kan nämligen vara avskräckande, när man söker vård. Höga egenavgifter minskar också hur mycket pengar som finns kvar för annan konsumtion bland de äldre och sjuka.

Av de 10 länderna har hälften – Danmark, Grekland, Italien, Spanien och Sverige – skattefinansierade hälso- och sjukvårdssystem. De resterande fem länderna – Frankrike, Nederländerna, Schweiz, Tyskland och Österrike – har försäkringsfinansierade system. I dessa länder finns det en obligatorisk grundförsäkring för de flesta invånare, medan frivilliga tilläggsförsäkringar bara är vanliga i Frankrike (86 procent av invånarna) och Nederländerna (64 procent av invånarna). I alla länder förekommer egenavgifter, men i olika stor utsträckning. I samtliga länder, utom Nederländerna och Sverige, utgör avgifter för receptbelagda läkemedel den största delen av egenavgifterna (från ca 54 procent i Schweiz och Tyskland, till 78 procent av egenavgifterna i Österrike).

**Figur 2.18 Andel som betalat egenavgifter under det senaste året i respektive land uppdelat på kön**

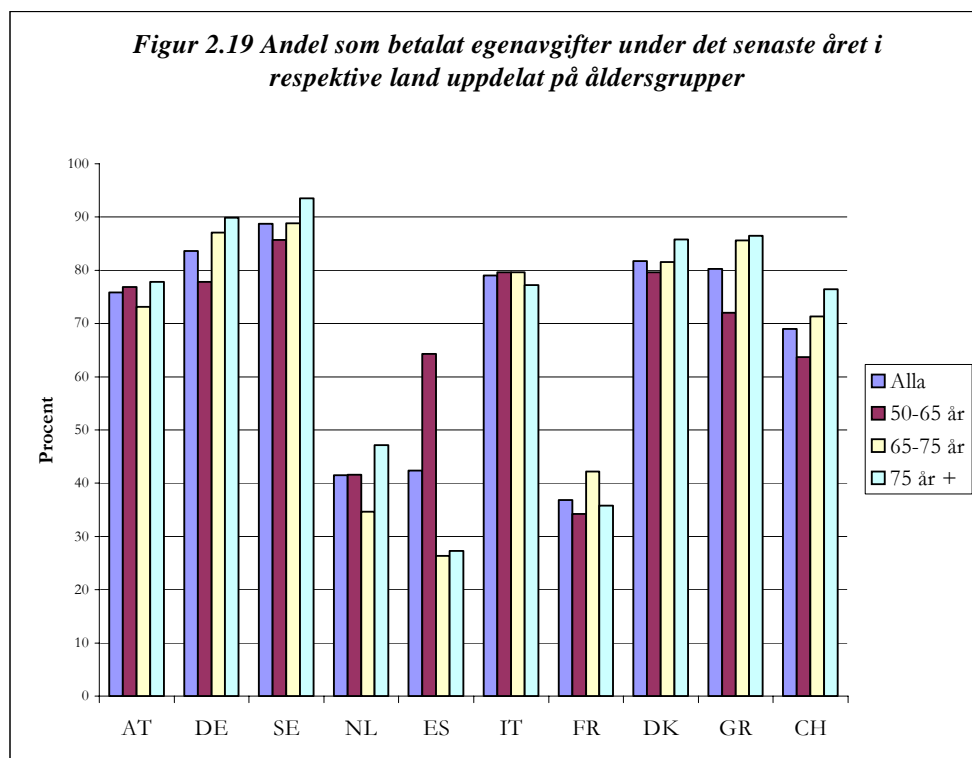


Den högsta andelen intervjupersoner som betalat egenavgifter för hälso- och sjukvård under det senaste året finns i Sverige och den lägsta i Frankrike. I samtliga länder är det en större andel av kvinnorna än av männen som betalat egenavgifter för hälso- och sjukvård under det senaste året. I allmänhet finns den största andelen som betalat egenavgifter i den äldsta åldersgruppen. Undantagen utgörs av Frankrike, Italien och Spanien.

Det bör emellertid noteras att skillnader mellan länderna i hur vanligt det är att betala egenavgifter för hälso- och sjukvård inte nödvändigtvis säger något om skillnaderna i avgifternas storlek.

För att undersöka sjukvårdsutnyttjandet har EUROPA 50+ frågat intervjupersonerna om de har besökt allmänläkare eller specialist, samt om de har varit inlagda på sjukhus under de senaste 12 månaderna. Som framgår av figur 2.20 är andelen intervjupersoner, som besökt allmänläkare minst en gång

*Figur 2.19 Andel som betalat egenavgifter under det senaste året i respektive land uppdelat på åldersgrupper*

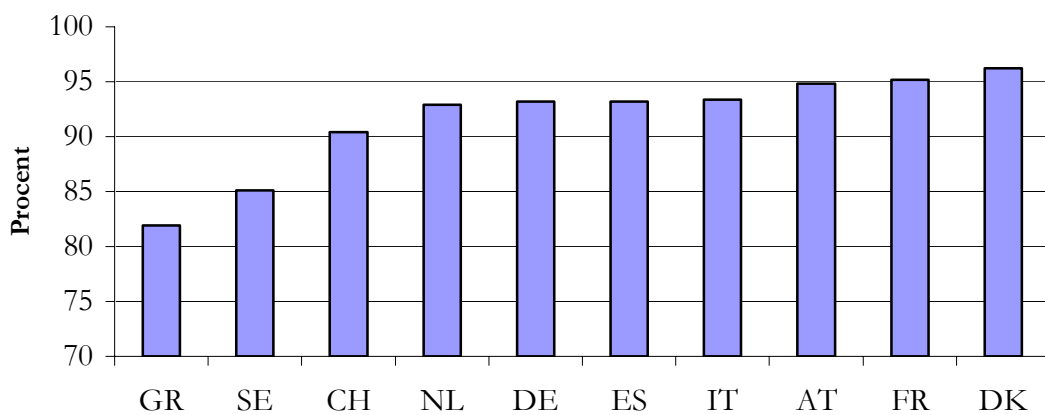


under det senaste året, relativt lika (93 - 96 procent). Undantagen är Grekland och Sverige, där andelen som anger att de har besökt allmänläkare under de senaste 12 månaderna är 82 respektive 85 procent.

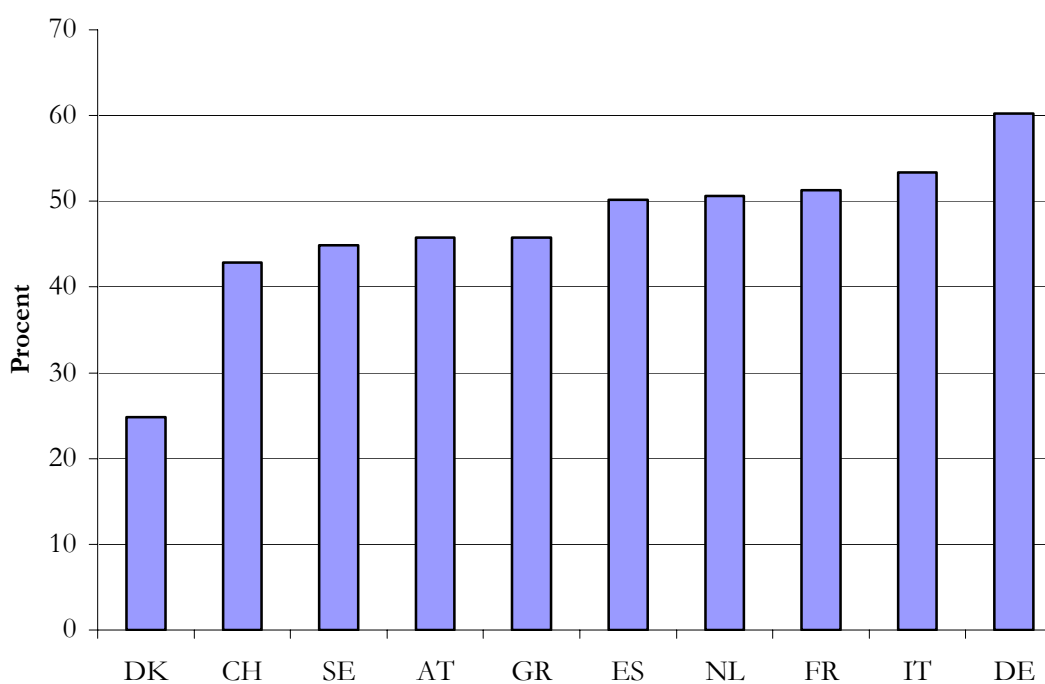
Ser vi istället på besök hos specialistläkare (figur 2.21), finner vi (a) att specialistbesök är mindre vanliga än allmänläkarbesök, (b) att skillnaderna mellan länderna blir större och (c) att rangordningen mellan dem ändras. Danmark, som har den största andelen intervjupersoner som besökt allmänläkare, har i stället den minsta andelen som besökt specialistläkare. Tyskland däremot, som kom på 6:e plats vad gäller allmänläkarbesök, uppvisar den största andelen som besökt specialistläkare. Sveriges plats i figuren ändras bara marginellt.



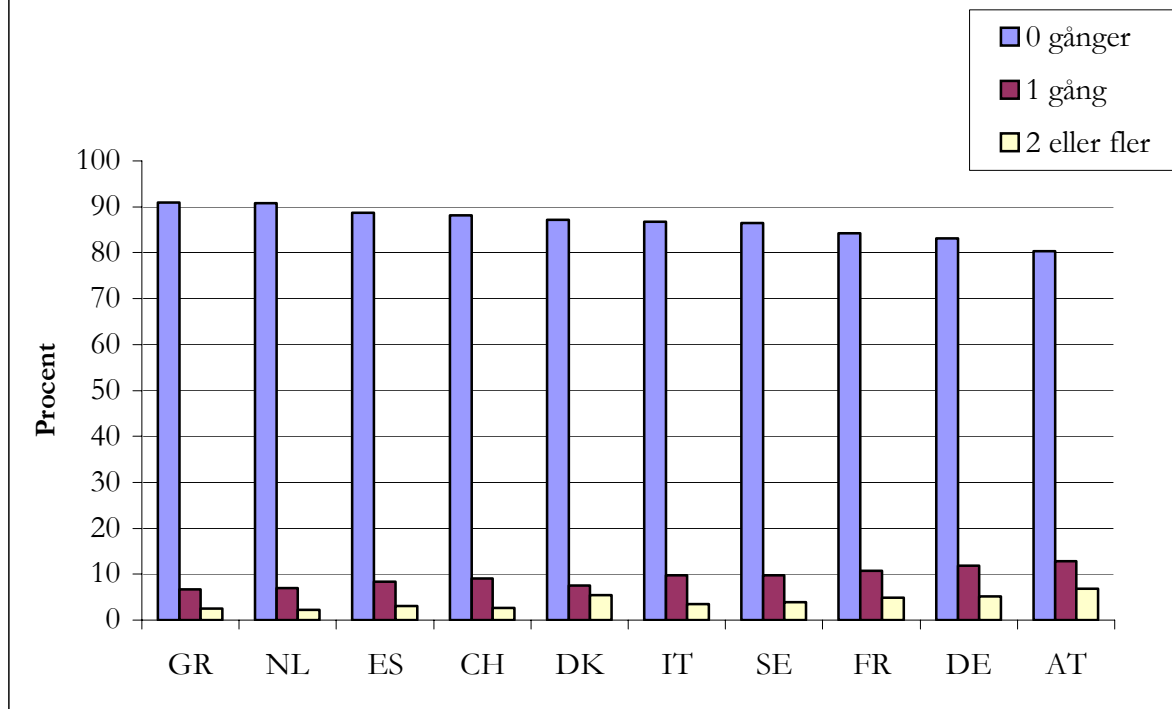
**Figur 2.20 Andel som besökt allmänläkare minst en gång under de senaste 12 månaderna i respektive land**



**Figur 2.21 Andel som besökt specialist minst en gång under de senaste 12 månaderna i respektive land**



**Figur 2.22 Andel som varit inlagda på sjukhus under de senaste 12 månaderna i respektive land**



Slutligen, beträffande sjukhusvistelse (figur 2.22), är skillnaderna mellan länderna ännu mindre. Däremot ser vi att ländernas rangordning ändras igen. Sverige kommer nu på 4:e plats efter Österrike, Tyskland och Frankrike, medan Grekland, Nederländerna och Spanien uppvisar den lägsta andelen intervjupersoner som varit inlagda på sjukhus. Danmark skiljer sig något från övriga länder genom att ha en relativt låg andel intervjupersoner som varit inlagda endast en gång (7,5 procent, den tredje lägsta) men en relativt hög andel som varit inlagda två eller flera gånger (5,4 procent, den näst högsta).

### Sammanfattning

Sverige kommer på andra plats när det gäller andel personer som anser sin hälsa vara utmärkt eller god och på delad tredje plats vid ranking efter hälsoindex.

Fler svenska kvinnor än män uppger att de är deprimerade (ungefär dubbelt så många) och depressioner är vanligast bland de äldsta. Jämfört med övriga länder i Europa kommer Sverige på femte och sjätte plats för kvinnor respektive män.

Livskvaliteten i Sverige ligger väl till men är inte den högsta. Jämfört med andra länder i vår undersökning kommer Sverige på sjätte plats när det gäller självupplevd kontroll, på fjärde plats när det gäller autonomi och självförverkligande och på tredje plats när det gäller välbefinnande. Vid en sammanvägning av de fyra delområdena till ett samlat livskvalitetsindex (CAPS) får Sverige en tredje plats.

Resultaten beträffande hälsorisker visar att Sverige har den minsta andelen nuvarande rökare bland männen (sjunde plats om man i stället ser till andel män som någonsin har rökt), men den näst största andelen kvinnor som röker nu eller som någonsin rökt. När det gäller alkoholkonsumtion uppvisar Sverige den minsta andelen, både för män och kvinnor, som dricker mer än ett glas alkohol dagligen. Övervikt är ett något mindre problem i Sverige än övriga Europa. Sverige har den minsta andelen överviktiga män och den tredje minsta andelen överviktiga kvinnor. Dessutom är andelen fysiskt aktiva stor, den näst högsta bland de undersökta länderna för såväl män som kvinnor.

### **3. NÄRHET OCH KONTAKTER INOM FAMILJEN – STÖD FRÅN FAMILJ OCH ANHÖRIGA<sup>6</sup>**

*Daniel Hallberg*

Om vi kommer att få adekvat vård när vi blir gamla – vare sig den ges av någon till oss anhörig, av privata vårdgivare eller av det allmänna – är det säkert många som frågar sig när andelen äldre i framtiden kommer att bli större. En viktig debatt fortgår om hur vi ska lyckas åstadkomma den omsorg och vardagliga hjälp de äldre kommer att behöva. Det allmännas utgifter för vård och omsorg av äldre väntas växa, men om den ekonomiska tillväxten blir svag kan kraven på hushållning med knappa resurser sätta kännbara gränser för hur mycket äldreomsorgen kan öka. Redan idag utgör familjen och andra närstående en viktig källa till stöd och hjälp.

EUROPA 50+ innehåller information om vilka sociala nätverk de äldre har; t ex vilken kontakt barn och föräldrar har, och vilken typ hjälp och stöd och hur mycket man ger till varandra. Med EUROPA 50+ kan vi få en bild av familjens roll, hur gamla och unga utbyter tjänster, och i vilka familjer detta är vanligt.

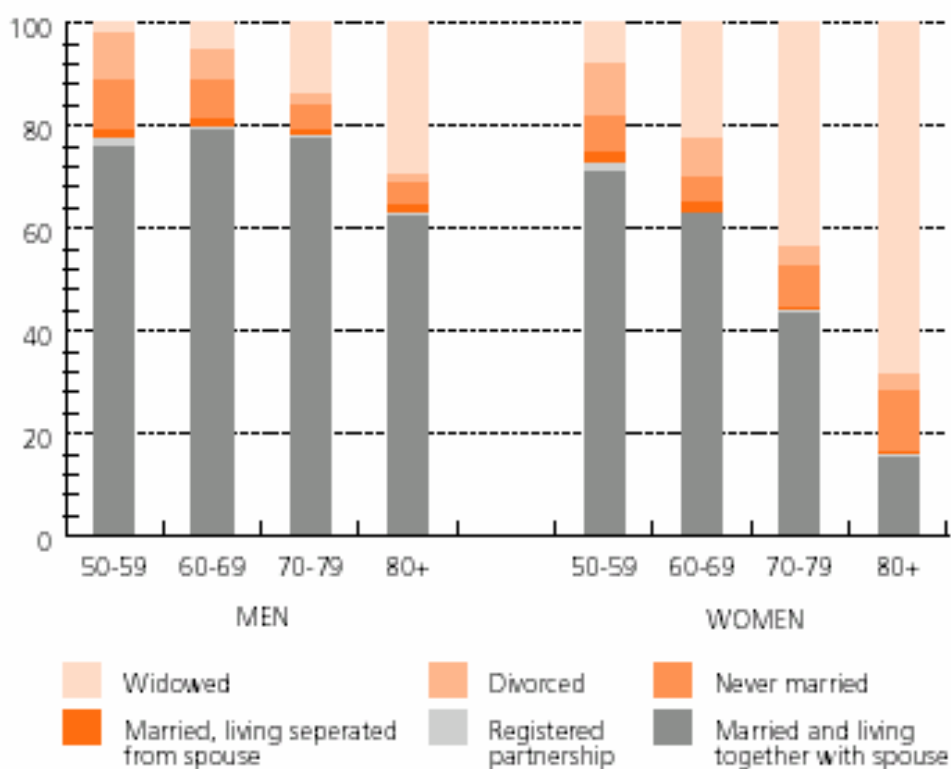
---

<sup>6</sup>. Detta är en sammanställning av resultat presenterade i avsnitten 4.1 "Family Structure, Proximity and Contact", författat av Martin Kohli, Harald Kunemund, och Jörg Lüdicke, och 4.2 "Family Support" författat av Claudine Attias-Donfut, Jim Ogg, och François-Charles Wolff i Börsch-Supan m fl (2005)

### Att leva ensam eller i par

Den som står närmast att hjälpa till i en svår situation är vanligtvis den egna makan/maken eller sambon. Den historiska nedgången i äktenskapsfrekvensen – färre gifter sig och att fler skiljer sig nu jämfört med förr – verkar ännu inte ha resulterat i en stor andel ensamstående i de åldersgrupper vi studerat.

Figur 3.1 *Fördelning på civilstånd för män och kvinnor efter ålder. (procent)*



Källa: Kohli m fl (2005) Figure 1

partner. Figur 3.1 gäller samtliga länder i undersökningen. I den yngsta åldersgruppen, 50-59 år, är andelen respondenter som är gifta och lever tillsammans med sin partner drygt sjuttio procent. Andelen som lever skilda och ensamma är relativt liten, men något högre i denna åldersgrupp jämfört med de ännu äldre. Även gruppen ensamstående som aldrig varit gifta är relativt liten.

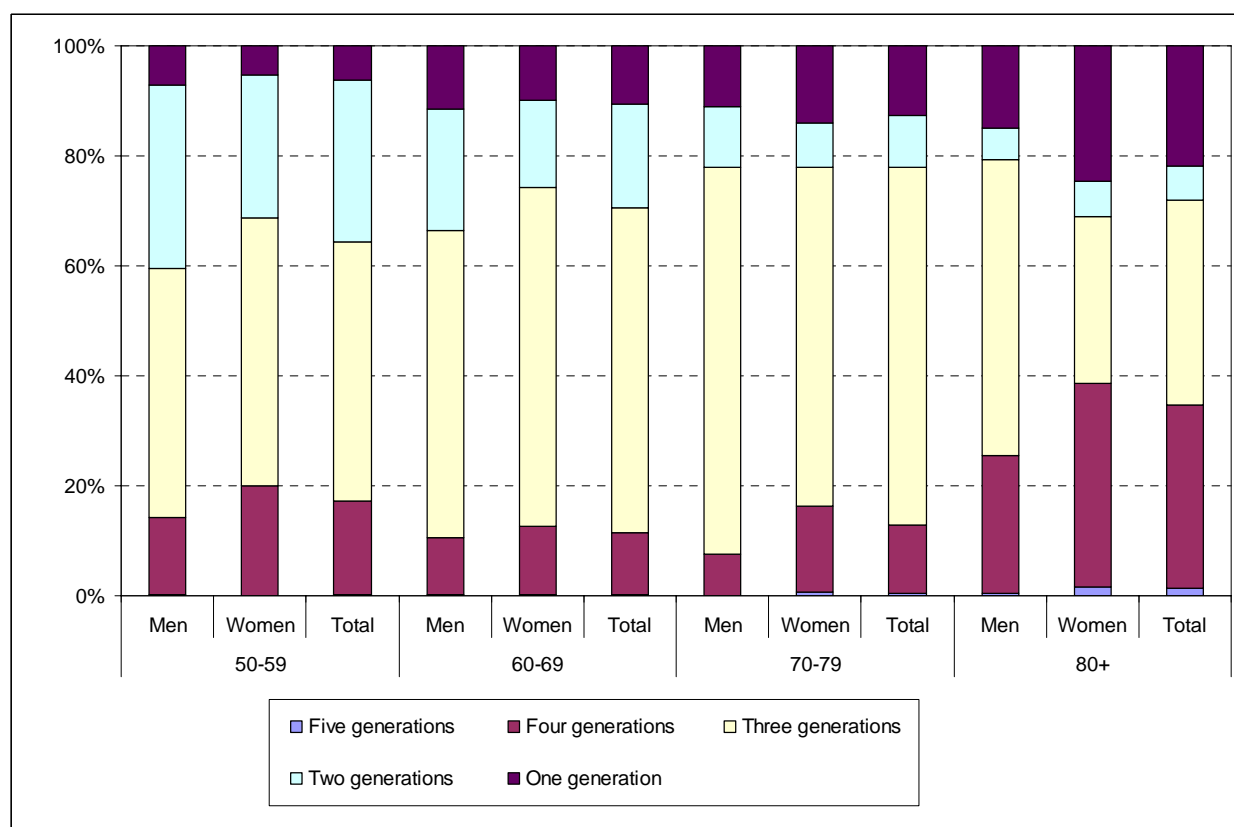
Den mest dramatiska förändringen i åldrandet är dock fränfallet av en partner. Med ökande ålder minskar sannolikheten att båda makarna ska vara i livet, vilket i figuren visar sig i den med stigande ålder ökande andelen änklingar och änkor. Eftersom det oftast är mannen som är äldst i en parrelation och han också har en något högre mortalitet, är det i regel kvinnan som får leva ensam i livets slutskede. Av de kvinnor som är över 80 år är ca 84 procent ensamstående, medan endast knappt 40 procent av männen i samma åldergrupp är ensamstående.

### **Hur många generationer är i livet?**

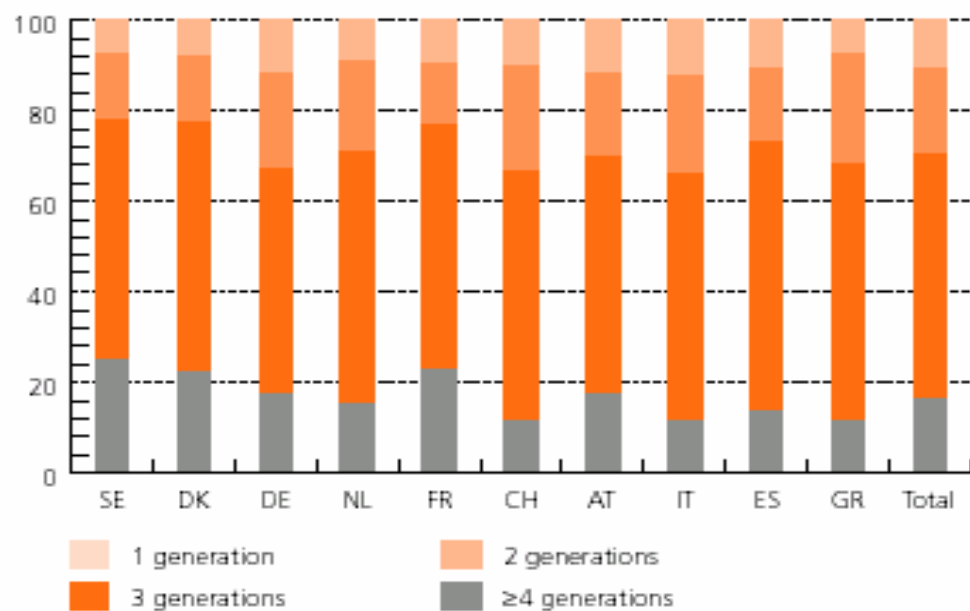
I medelåldern är det inte ovanligt att ha både sina föräldrar i livet och att ha barn och kanske barnbarn. Ju äldre man blir desto mindre blir sannolikheten att de egna föräldrarna är i livet och ibland kan även egna barn ha avlidit. Andelen personer med barnbarn och ibland t o m barnbarns barn ökar emellertid också. Med ökande ålder ökar således både andelen personer med få eller inga närstående i andra generationer och andelen med många levande generationer. Detta illustreras i figur 3.2

Andelen familjer med tre levande generationer är omkring 60 procent i alla länder. Andelen familjer med minst fyra generationer är högst i Sverige, Danmark och Frankrike och minst i Italien, Spanien, Schweiz och Grekland. En del av förklaringen ligger i att de sistnämna länderna har låg fertilitet, och alltså fler ”ofödda” barnbarn, än t ex Sverige. Andelen personer som står helt ensamma i livet är relativt liten i nästan alla länder. Det betyder dock inte nödvändigtvis att de flesta kan räkna med hjälp från barn och barnbarn vid behov, ty de kan leva långt från sina föräldrar och far- och morföräldrar.

Figur 3.2 *Andel en- och flergenerationsfamiljer efter ålder och kön (procent).*



Figur 3.3 *Andel en- och flergenerationsfamiljer efter land (procent).*

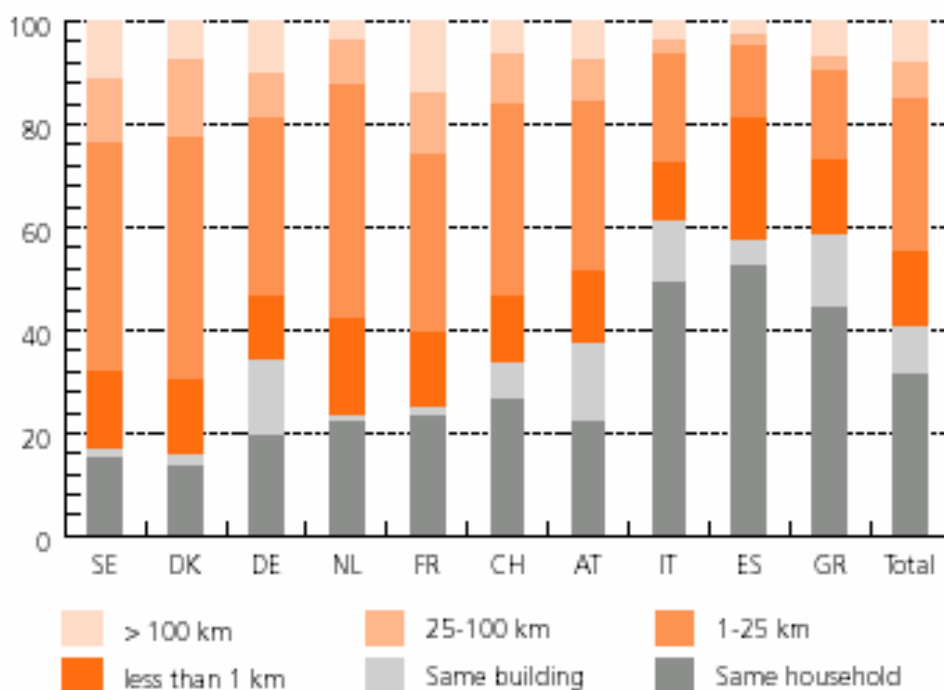


Källa: Kohli m fl (2005) Figure 2

## Kontakt, omsorg och hjälp

En förutsättning för att ett barn eller barnbarn ska kunna ge sina föräldrar och far- och morföräldrar regelbunden och frekvent hjälp, är att man bor ganska nära varandra. Figur 3.4 visar hur nära föräldrarna bor det närmaste barnet i de i undersökningen deltagande länderna.

Figur 3.4 *Närhet till närmsta barn. (Procentandel föräldrar per avståndsgrupp.)*



Källa: Kohli m fl (2005) Figure 3

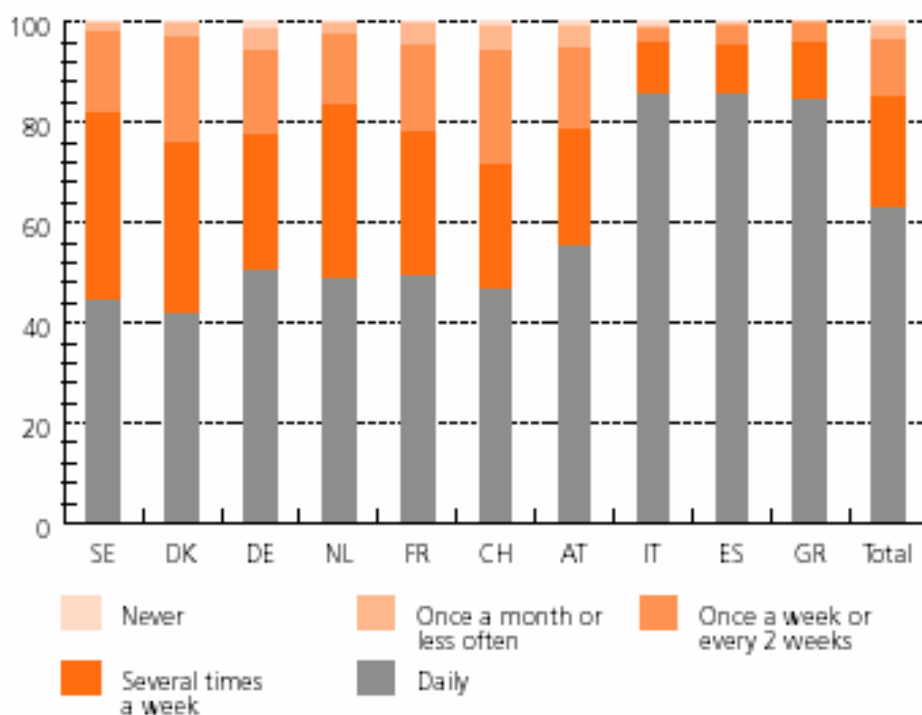
För alla länder tillsammans finner vi att över 50 procent har barn som bor mindre än 1 km bort, och 84 procent har barnen högst 25 km bort. Det finns dock intressanta skillnader mellan länderna. I södra Europa finns en stark familjesammanhållning då barnen bor nära eller tillsammans med sina föräldrar, medan det i norra Europa är mycket vanligare att barnen bor långt bort. I



medelhavsländerna flyttar barnen hemifrån relativt sent. Det beror dels på svårigheterna att finansiera den första bostaden, men även på en kulturellt betingad närhet mellan generationerna.

Dessa skillnader framträder också när man undersöker hur ofta föräldrarna har kontakt med sina barn. I medelhavsländerna har nästan alla föräldrar kontakt med något barn dagligen eller flera gånger i veckan. I norra och mellersta Europa gäller det endast 70-80 procent av föräldrarna.

Figur 3.5 *Kontaktfrekvens med det mest kontaktade barnet. (procent)*



Källa: Kohli m fl 2005) Figure 4

Även om omflyttningen ökar i Europa och familjebanden blir svagare, visar resultaten från EUROPA 50+ att det finns en ganska hög potential för att få stöd och hjälp i vardagen från den egna familjen.

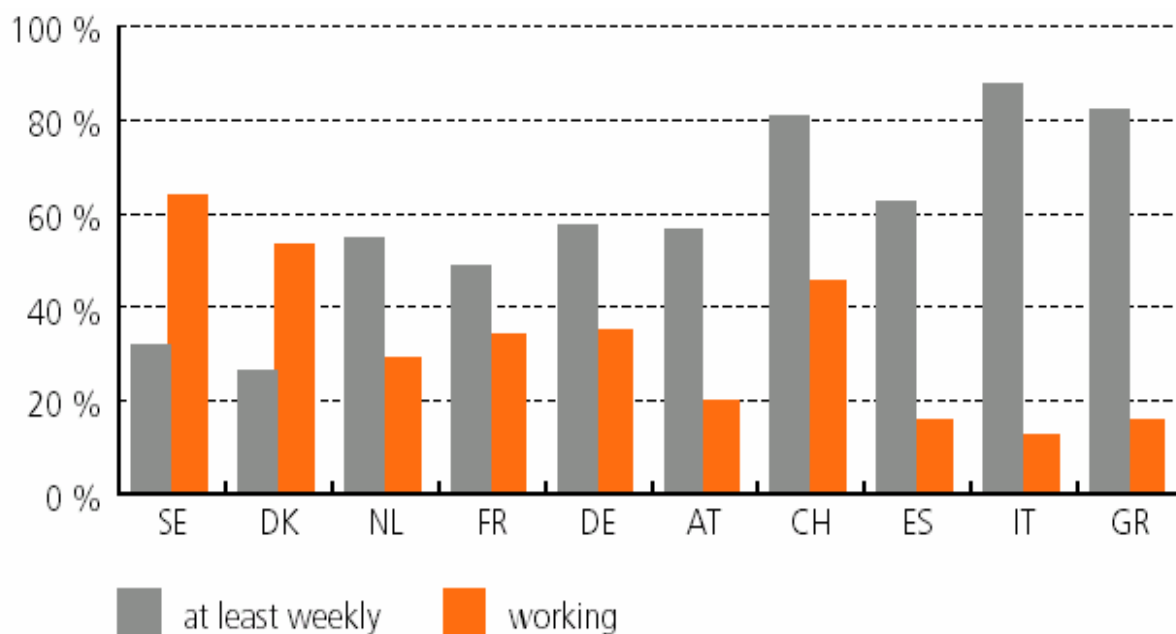
## **Individens roll i familjen som givare och tagare av vård varierar med åldern**

Den hjälp som personer i övre medelåldern ger familjemedlemmar riktas främst till de egna föräldrarna och till barnbarnen. Under den tidiga pensionsåldern ges än mer tid till barnbarnen. Senare med ökande ålder kommer den egna partnern att vara den som behöver den mesta hjälpen. Ofta är det kvinnor som hjälper sina män.

Det finns dock tydliga nationella skillnader i hur stöd ges mellan generationer. I medelhavsländerna är det mycket vanligt att mormor eller farmor hjälper till med att ta hand om barnbarnen medan föräldrarna arbetar. I övriga Europa, speciellt i Sverige och Danmark, anlitas i mycket högre grad hjälp från utomstående för att sköta barnomsorgen.

Figur 3.6 ger en ganska slående bild av detta. Jämfört med övriga Europa är förvärvsfrekvensen hög bland mor- och farföräldrar under 65 år i Sverige och Danmark. Det är däremot relativt få som hjälper till med sina barnbarn minst en gång per vecka. Det innebär dock inte att far- och morföräldrar i Sverige och Danmark inte har kontakt med sina barnbarn. Det sker dock inte lika ofta som i Sydeuropa. Den lägre förvärvs- frekvensen bland äldre kvinnor och närheten mellan generationerna i Sydeuropa, samt också en mindre utbyggd barnomsorg utanför familjekretsen gör således att utbytet av tjänster mellan generationerna är större i Sydeuropa än i resten av Europa och speciellt i Skandinavien. Om dessa levnadsmönster består är det främst i Skandinavien som den s k informella vården och omsorgen måste ersättas med motsvarande tjänster från det offentliga eller från privata vårdgivare utanför familjen.

Figur 3.6 *Andelen mor- och farmödrar (<65 år), som anger att de passat barnbarnen åtminstone en gång/vecka, och andelen som uppger att de förvärvsarbetar efter land.*



Källa : Attias-Donfut m fl (2005) Figure 2

## 4. ARBETE OCH PENSION

*Mårten Palme och Annika Sundén*

Europa åldras och i framtiden kommer allt färre att behöva försörja allt fler. Om 20 år är nästan var fjärde person i Sverige över 65 år jämfört med var sjätte person i dag. Den demografiska utvecklingen sätter naturligtvis stor ekonomisk press på pensionssystem, äldreomsorg och hälso- och sjukvård och mycket av dagens politiska debatt handlar om hur samhället ska tackla detta försörjningsproblem. En lösning på problemet som ofta framhålls är att vi i framtiden förvärvsarbetar längre än för närvarande. Mycket talar för att detta skulle kunna vara en möjlig lösning, ty de äldre är friskare i dag och förväntas fortsätta vara det i framtiden; livslängden ökar; dagens och framtidens yrken är mindre fysiskt ansträngande; och de äldre har bättre utbildning och har därmed bättre förutsättningar att anpassa sig till förändringar i arbetslivet.

I vilken utsträckning arbetar de äldre i dag? Figur 4.1 visar andelen individer som rapporterat att deras huvudsakliga sysselsättning är arbete. Jämfört med andra europeiska länder har Sverige ett högt arbetskraftsdeltagande i gruppen 50+. Bland kvinnor 50-54 år arbetar nästan 80 procent – bara Danmark har en högre andel. Arbetskraftsdeltagandet är nästan lika stort i gruppen 55-59 år och bland dem som börjar närma sig pensionsåldern (60-64-åringarna) arbetar fortfarande nästan 60 procent. Detta är mer än dubbelt så mycket som i de andra länderna i Europa, t ex i Tyskland arbetar bara 40 procent av kvinnor 55-59 år och mindre än 20 procent bland 60-64-åringarna.

Till skillnad från de flesta andra länder i Europa arbetar alltså kvinnor i Sverige i nästan lika stor utsträckning som män. Också bland män 50+ har Sverige bland det högsta arbetskraftsdeltagandet i Europa. Framför allt arbetar svenska män 60-64 år mer än i andra europeiska länder och i denna

åldersgrupp arbetade 60 procent av männen. Efter 65 år är det emellertid mycket få kvinnor och män som arbetar både i Sverige och i övriga Europa.

Figur 4.1. *Arbetskraftsdeltagande i Europa*



Källa: Brugiavini m fl (2005) Figure 2

Det höga arbetskraftsdeltagandet avspeglar sig också i pensionsåldern i Sverige. Det finns många definitioner av pensionsålder, men ett sätt är att beräkna pensionsåldern som den genomsnittliga åldern vid vilken individer som arbetade vid 50 år lämnade arbetskraften. Definierad på detta sätt har pensionsåldern successivt stigit under de senaste 15 åren i Sverige och är i dag i genomsnitt 62,3 år. Beräkningar gjorda av Statistiska Centralbyrån visar

att om detta avgångsmönster fortsätter att gälla i framtiden skulle det betyda att 70 procent av män 60-64 år och 30 procent män 65-70 år skulle vara sysselsatta år 2012. Bland kvinnor skulle 59 procent i åldern 60-64 år arbeta och 16 procent i åldern 65-70 år.

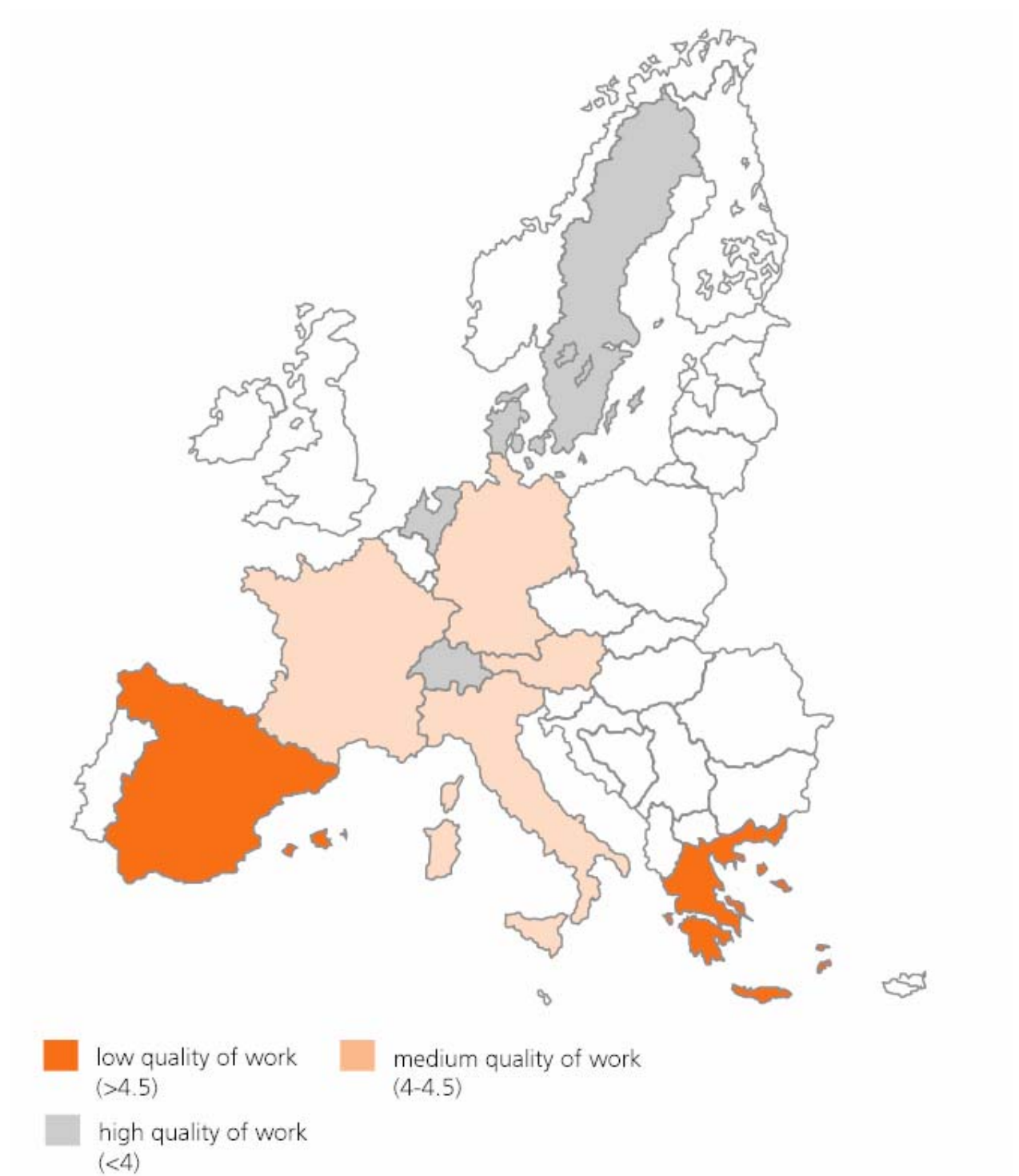
Många faktorer bidrar till det höga arbetskraftsdeltagandet i Sverige, bl a reglerna om anställningsskydd och utformningen av pensionssystemet. Men en bra arbetsmiljö kan också vara en del av förklaringen. I undersökningen ställdes ett antal frågor om individernas arbetsmiljö – bl a hur fysiskt och psykiskt krävande arbetet är och vilken kontroll och inflytande individer har över sin arbetssituation. Utifrån dessa frågor har ett index skapats som mäter kvalitén på arbetet (figur 4.2).

Figur 4.2 visar att Sverige tillsammans med Danmark, Nederländerna och Schweiz har den bästa arbetsmiljön i Europa. Detta är samma grupp länder som har det högsta arbetskraftsdeltagandet i gruppen 50+. Resultaten från undersökningen visar också att kvalitén på arbetet påverkar det allmänna välbefinnandet och länder med låg arbetskvalité hade också högre sannolikhet för dålig hälsa och depression bland befolkningen.

Synen på vad som menas med pension har förändrats över tiden. Fram till 1970-talet betraktades pensionering ofta som ett ofrivilligt beslut som orsakades av dålig hälsa, uppsägning, eller obligatorisk pensionering. Sedan dess har pensionering i mycket större utsträckning kommit att betraktas som en frivillig process som framför allt påverkas av ekonomiska drivkrafter i det allmänna pensionssystemet och avtalspensionssystemen. Forskning på det här området har visat att en viktig förklaring till det låga arbetskraftsdeltagandet i gruppen 50 + i många av de europeiska länderna är just att ländernas pensionssystem gör det förmånligt att gå i pension tidigt.

I de flesta europeiska länder kommer den huvudsakliga inkomsten under pensionen från tre källor: allmän pension, avtalspension och privat pensionssparande. Den allmänna pensionen omfattar generellt hela befolkningen

Figur 4.2. *Arbetets kvalité*



Källa: Siegrist m fl (2005) Figure 2

och förmånen är oftast relaterad till tidigare arbetsinkomster. Många allmänna pensionssystem innehåller också en garantipension som betalas ut för att säkerställa levnadsstandarden bland dem med låga eller inga inkomster. I Sverige var den allmänna pensionen liktydig med folkpension och ATP fram till den pensionsreform som genomfördes 1999. Idag består den allmänna pensionen av garantipension, inkomstpension och premiepension.

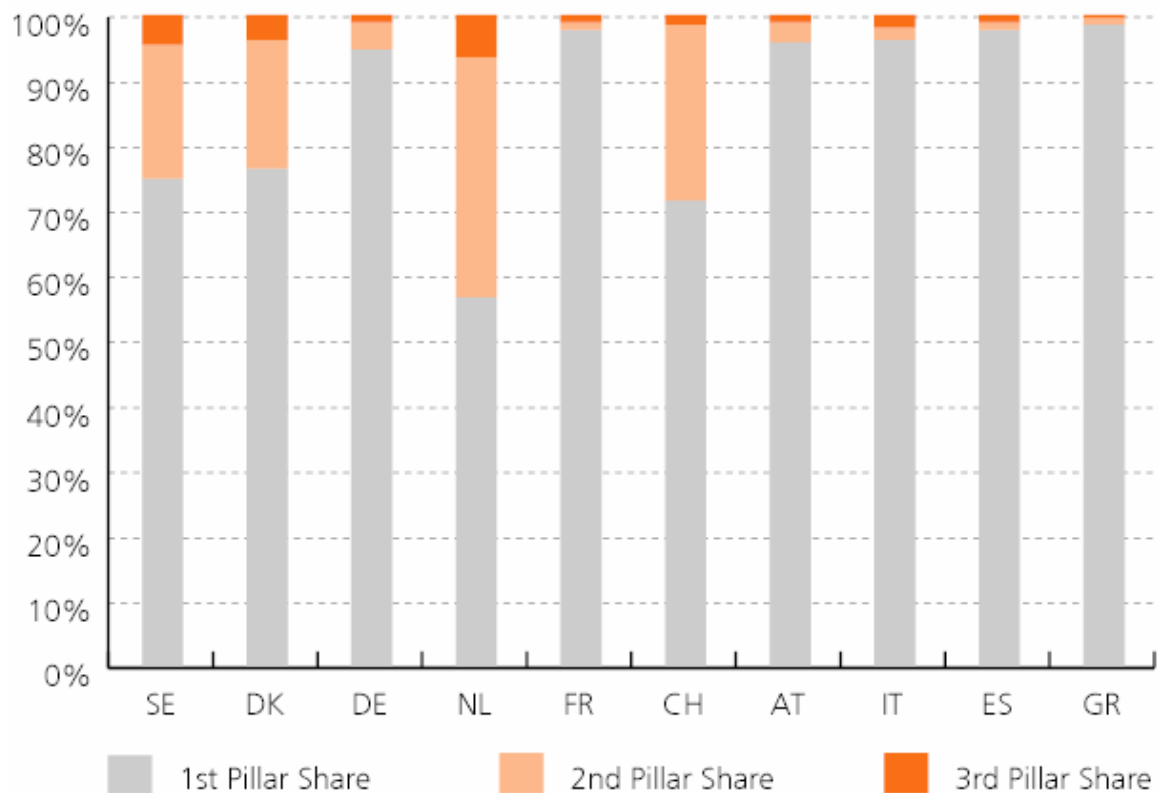
Förutom allmän pension kommer pensionsinkomsten från avtalspensioner. Med avtalspensioner menas förmåner som är knutna till en individs arbetsgivare eller sektor och för att omfattas måste således individen arbeta på ett företag eller sektor som har en avtalspension. I Sverige baseras avtalspensionerna på kollektivavtal mellan arbetsmarknadens parter vilket betyder att de allra flesta har en avtalspension från ett av de fyra stora avtalsområdena vilka omfattar privatanställda arbetare, privatanställda tjänstemän, kommunal- och landstingsanställda och statsanställda. Den tredje inkomstkällan under pensionen är privat pensionssparande. I många europeiska länder uppmuntras denna typ av sparande ofta genom fördelaktiga skatteregler.

De tre inkomstkällornas betydelse för pensionsinkomsten varierar bland de europeiska länderna. Figur 4.3 visar sammansättningen av pensionsinkomsten för de individer i undersökningen som gått i pension. I samtliga länder är inkomst från den allmänna pensionen den viktigaste inkomstkällan och framför allt i centrala och södra Europa dominerar den helt pensionsinkomsten. Undantaget är Schweiz som tillsammans med Nederländerna är det land där avtalspensionerna spelar störst roll och här utgör denna typ av pension ungefär 20 procent av den totala pensionsinkomsten. Även i Skandinavien är avtalspensionerna relativt viktiga och utgör ungefär 10-15 procent av den totala inkomsten. Privat pensionssparande utgör den minsta delen av pensionsinkomsten.



Den åldrande befolkningen sätter stor ekonomisk press på pensionssystemen i Europa. Förutom nödvändigheten att individer fortsätter att arbeta längre i framtiden diskuterar många länder behovet av en pensionsreform.

Figur 4.3: *Pensionsinkomstens sammansättning*

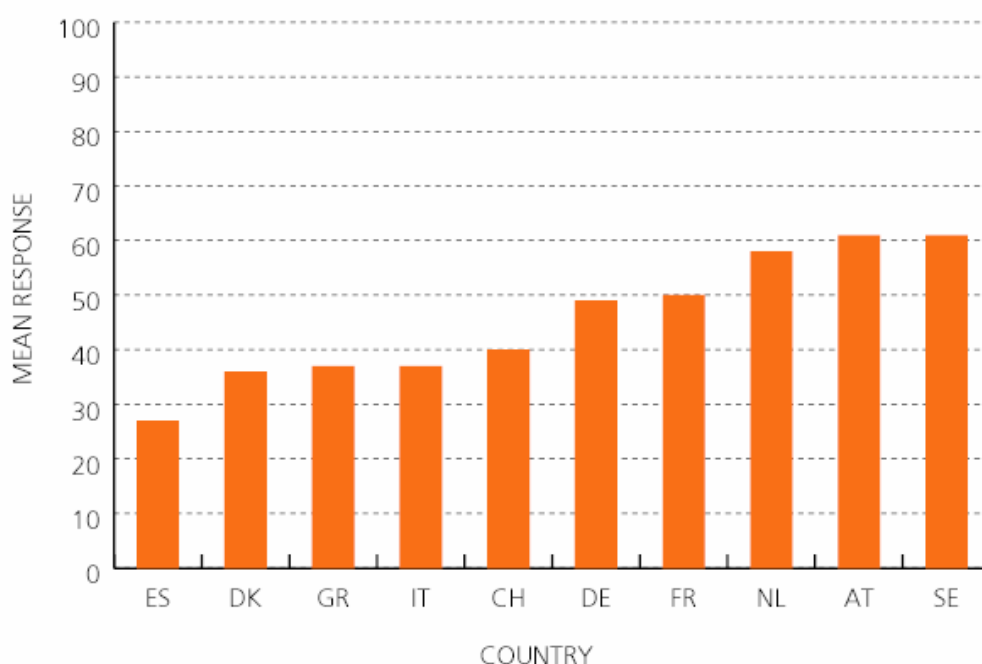


Källa: Brunner m fl (2005) Figure 2

Syftet är att skapa finansiellt stabila system och reformerna innebär ofta en sänkning av pensionsnivåerna eller en höjning av pensionsåldern. Sverige är ett av få länder som redan har genomfört en pensionsreform och det reformerade pensionssystem trädde i kraft 1999. Eftersom den allmänna pensionen är den dominerande inkomstkällan för en pensionär har framtida förändringar i pensionssystemen stor betydelse för hur mycket vi europeer kommer att behöva arbeta och spara i framtiden. I undersökningen ställdes en fråga om vad respondenterna trodde risken var att den lagstadgade pensionen skulle minskas

innan de gick i pension. Resultaten visas i figur 4.4. Något förvånande rapporterar de tillfrågade individerna i de två länder som just genomgått pensionsreform och där risken för förändringar borde vara minst – Sverige och Österrike – de största riskerna för att pensionerna kommer att sänkas i framtiden. Möjligen kan det bero på att diskussioner, som föregått pensionsreformerna gjort medborgarna mer medvetna om vilka problem en åldrande befolkning har för våra pensionssystem.

**Figur 4.4. Risk för att den lagstadgade pensionen minskar innan pensioneringen.**

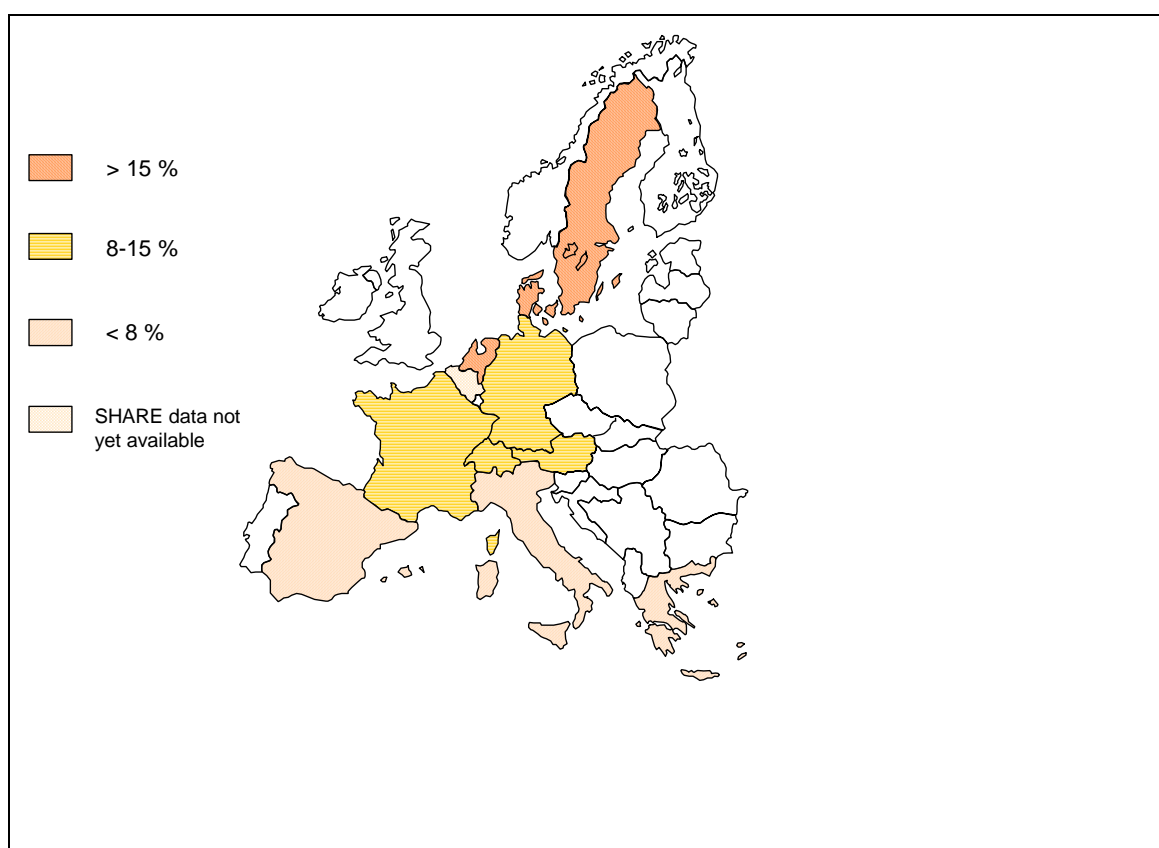


Källa: Guiso m fl (2005), Figure 2

Ytterligare en aspekt på pension och arbete är på vilket sätt individer går i pension. Under de senaste 20 åren har pensionering blivit mer av en process i stället för ett allt-eller-inget beslut – man lämnar sitt huvudsakliga jobb men fortsätter att arbeta deltid som konsult, man börjar ta ut sin ålderspension på deltid och fortsätter att arbeta deltid. Just möjligheten att kunna arbeta deltid

framförs ofta som den förändring som skulle göra det möjligt att delta i arbetskraften längre. Samtidigt ger deltid en möjlighet att kombinera betalt arbete med andra aktiviteter som frivilligt arbete i föreningar och hjälp till andra. I flera länder i Europa är denna typ av aktiviteter en viktig aspekt av livet i gruppen 50+. Figur 5 visar att Sverige tillhör den grupp av länder i Europa där frivilligt arbete är vanligast. Mer än 15 procent av personer 50+ ägnar sig åt någon typ av frivilligt arbete. En förklaring till den relativt stora andelen frivilligarbete i Sverige kan vara folkrörelsernas och speciellt idrottsrörelsens starka ställning i vårt land.

Figur 4.5 *Frivilligt arbete i Europa, andel av gruppen 50+*



Källa: Hank och Erlinghagen (2005) Figure 1

## 5. FÖRTIDSPENSION OCH HÄLSA<sup>7</sup>

*Axel Börsch-Supan*

Förtidspension – försäkring mot permanent förlorad arbetsförmåga – är en viktig del av socialförsäkringsutgifterna i nästan alla europeiska länder. Förtidspensionssystemen står inför liknanden avvägningar som många andra socialförsäkringssystem. Å ena sidan är de en välkommen och nödvändig del av skyddsnätet och ersätter förlorad arbetsinkomst för dem som förlorar arbetsförmågan före den normala pensionsåldern. Å andra sidan kan förtidspension också utnyttjas som ett sätt att lämna arbetskraften i förtid, trots att arbetsförmågan är opåverkad. Med bakgrund av de finansiella påfrestningar som socialförsäkringssystemen står inför är det viktigt att ta hänsyn till dessa avvägningar i utformningen av systemen så att de fortfarande ger största möjliga inkomstskydd (Aarts m fl 1996).

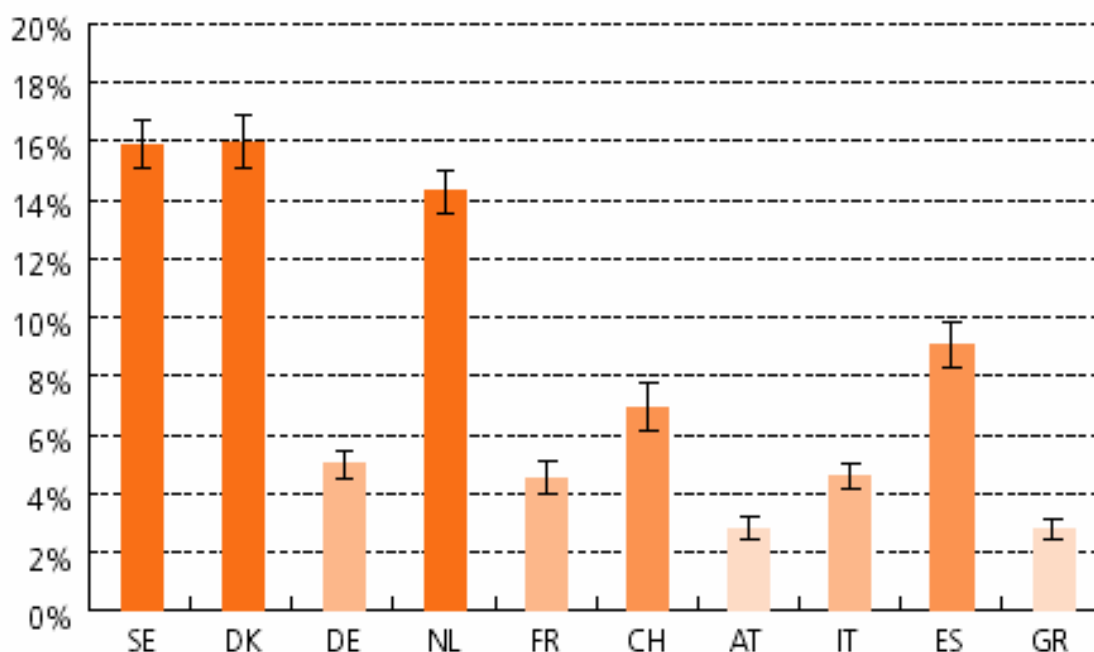
Det är en påtaglig skillnad i andelen individer med förtidspension mellan de europeiska länderna. Detta visas i figur 5.1.

Fyra grupper kan urskiljas. Danmark, Nederländerna och Sverige har mycket höga andelar förtidspensionärer. Mellan 14 och 16 procent av individer mellan 50 och 65 år har förtidspension i denna grupp. Den andra gruppen utmärks av en lägre andel – men fortfarande över den genomsnittliga andelen förtids-pensionärer – och består av Spanien och Schweiz. Här varierar andelen mellan 7 och 9 procent. I Frankrike, Tyskland och Italien, den tredje gruppen, är andelen förtidspensionärer under genomsnittet och ligger mellan 4 och 5 procent. Slutligen, i Österrike och Grekland har mindre än 3 procent av individer mellan 50 och 65 år förtidspension.

---

<sup>7</sup> översättning Annika Sundén

Figur 5.1 *Andel förtidspensionärer i Europa 2004*<sup>8</sup>



## Möjliga förklaringar till användningen av förtidspension

Hur har variationerna i utnyttjandet av förtidspension uppstått? Tre förklaringar brukar föras fram: demografi, hälsa och institutioner. För det första blir

<sup>8</sup> Figuren baseras på 17731 individer i åldrarna 50-65 år som intervjuades i EUROPA 50+ under 2004. Data har vägts med kalibrerade urvalsvikter. Standardavvikelser markeras i toppen på varje stapel. Uppgifterna avser andelen personer som har någon av följande pensioner eller ersättningar: Sverige (SE): "förtidspension (sjukersättning)", "yrkesskadepension", and "sjukbidrag". Danmark (DK): "offentlig sygedagpenge" and "offentlig førtidspension". Tyskland (DE): "Erwerbsminderungsrente" and "Beamtenpension wegen Dienstunfähigkeit". Nederländerna (NL): "WAO, Waz of invaliditeitspensioen and Algemene bijstandswet (Abw), IOAW/IOAZ, aanvullende bijstandsuitkering, Toeslagenwet (TW)". Frankrike (FR): "prestation publique d'invalidité (AAH, APA)". Schweiz (CH): "Invalidenrente aus IV", "assurance in-validité légale (AI)" and "Rendita invalidità (AI)". Österrike (AT): "Staatliche Invaliditätspension". Italien (IT): "assicurazione pubblica di disabilità (anche assegno di accompagnamento)" and "pensione pubblica di invalidità o di inabilità". Spanien (ES): "pensión pública contributiva y no contributiva de invalidez/incapacidad". Grekland (GR): „ýióáîç áíáðçñßáo".

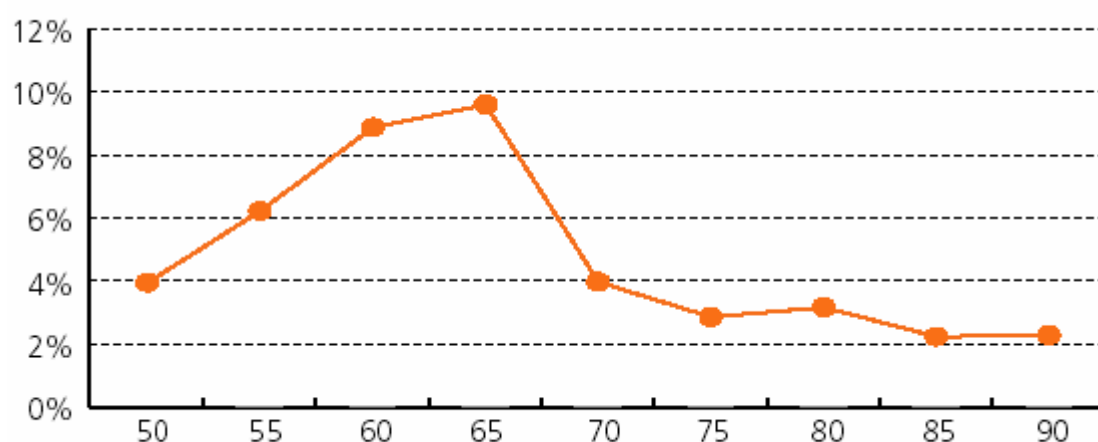
befolkningen äldre i alla europeiska länder men – som diskuterats tidigare i denna skrift – i varierande grad. Den första förklaringen påstår att ett land med en äldre befolkning också har en högre andel förtidspensionärer. En andra möjlig orsak är variationen i hälsa mellan länderna. Kan skillnaderna i fysiskt och psykisk hälsa som diskuterats tidigare förklara varför andelen med förtidspension är så mycket högre i vissa länder? För det tredje visar flera forskningsstudier att ekonomiska drivkrafter i de allmänna pensionssystemen har bidragit till ökningen av andelen individer som gått i pension före den normala pensionsåldern (Blöndal och Scarpetta 1998; Gruber och Wise 1999). Finns liknande ekonomiska drivkrafter i förtidspensionssystemen? Förklarar skillnader i länders lagstiftning skillnaderna i andelen individer med förtidspension?

Data från EUROPA 50+ gör det möjligt att analysera dessa frågor på nytt eftersom undersökningen innehåller information för de olika europeiska länderna både om individers socialförsäkringsförmåner och om deras fysiska och psykiska hälsa. EUROPA 50+ ger alltså en unik möjlighet att relatera förtidspensionering bland européer till deras olika egenskaper. Figur 5.2 visar andelen med förtidspension i olika åldrar.

För alla länder sammantaget stiger andelen med förtidspension stiger kraftigt från 4 procent vid 50 års ålder till nästan 10 procent vid 65 års ålder. I de flesta länder omvandlas förtidspension automatiskt till ålderspension vid 65 års ålder. Andelen individer över 65 år med förtidspension sjunker därför till en nivå som är lägre än för 50-åringar.

Den fortsatta analysen begränsas till individer som befinner sig i intervallet 50-65 år, då förtidspension kan komma i fråga som en tidig utträdesväg. Syftet är att undersöka hur stor betydelse de möjliga förklaringarna – demografi, hälsa och institutioner – har för att förklara utnyttjandet av förtidspension i Europa. Vi använder data från EUROPA 50+ för att relatera

Figur 5.2 *Andel förtidspensionärer efter ålder*



Not: Procentuell andel individer med förtidspension efter ålder.

individers utnyttjande av förtidspension till demografiska egenskaper och hälsa. Vi använder flera olika mått på hälsa – från självrapporterad hälsa till mer objektiva mått på fysisk och psykisk hälsa. Vi beräknar sedan hur utnyttjandet av förtidspension skulle se ut om alla länder hade samma demografiska egenskaper. Om demografi var den huvudsakliga förklaringen skulle andelen med förtidspension var ungefär den samma i alla länder när skillnaderna i demografi tagits bort. Vi använder sedan samma metod för att undersöka betydelsen av hälsa. Om skillnaderna i utnyttjande fortfarande är väldigt olika mellan länder när effekterna av skillnader i demografi och hälsa tagits bort är den tredje förklaringen – skillnaden i ekonomiska drivkrafter – den troliga orsaken.

### **Kan demografi förklara skillnaderna i utnyttjandet av förtidspension?**

Det första steget i analysen är att justera utnyttjandet av förtidspension för skillnaderna i demografiska egenskaper mellan de europeiska länderna. Italien

har till exempel en äldre befolkning än i genomsnitt i Europa medan Danmark har en yngre befolkning. Vi tar bort skillnaderna i demografi genom att först beräkna effekterna av skillnader i ålders- och könsfördelningen för utnyttjandet av förtidspension. Vi beräknar sedan andelen individer med förtidspension i de olika länderna om alla länder hade samma ålders- och könsfördelning som genomsnittet av länderna i EUROPA 50+. Resultatet visas i figur 5.3.

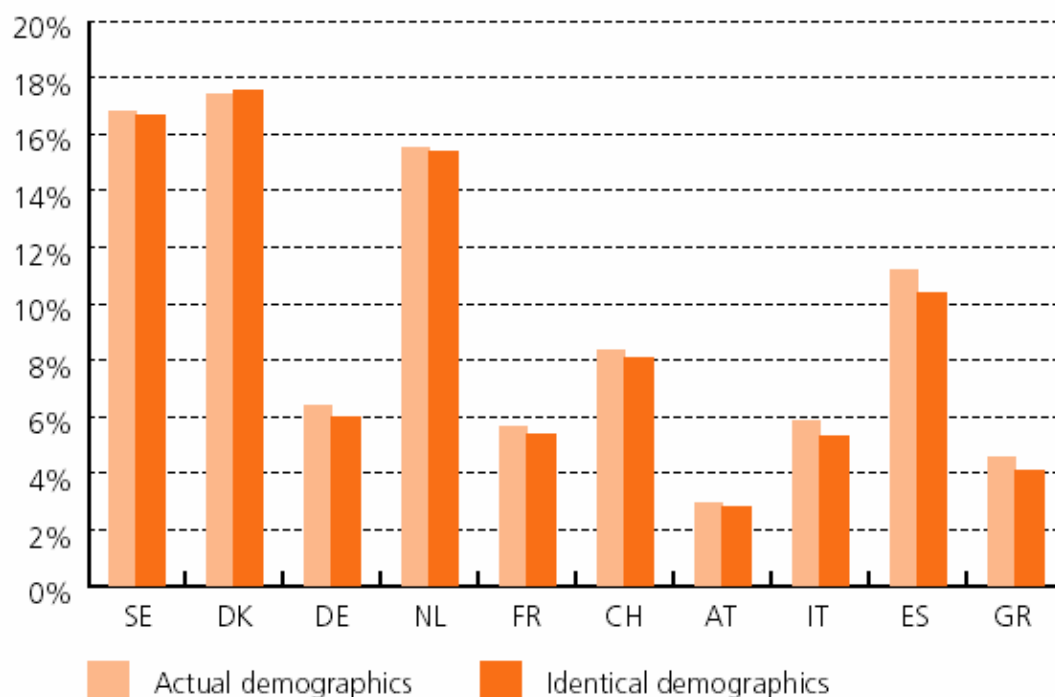
Figuren visar tydligt att effekten av skillnader i demografi inte är så stor. Italien och Spanien som är de äldsta länderna bland EUROPA 50+ länderna skulle ha en något lägre andel förtidspensionärer om deras åldersfördelning var den samma som genomsnittet. I Danmark som är det yngsta landet sker det omvända. Förändringarna är emellertid mycket små och skillnaderna i demografi kan inte förklara skillnaderna i utnyttjandet av förtidspension.

### **Kan hälsa förklara skillnaderna i utnyttjandet av förtidspension?**

Nästa steg är att undersöka betydelsen av skillnader i hälsa. Hälsan skiljer så åt på många olika sätt mellan länderna. En första dimension på hälsa är självupplevd hälsa. Den självupplevda hälsan är relativt dålig i Italien och Spanien, den är bäst i Schweiz. Som diskuterats i Börsch-Supan m fl (2005) kap. 3 motsvarar inte alltid självupplevd hälsa förmågan att utföra allmänna dagliga aktiviteter som att gå eller tvätta sig. Sett i denna dimension har Tyskland störst begränsningar i hälsa och Grekland minst. En tredje och viktig dimension på hälsa är fysisk styrka, t ex greppstyrka som mättes i undersökningen. Också för detta mått finns stora variationer mellan länder. Italien och Spanien har åter sämst värden medan Tyskland och Nederländerna har bäst hälsa när den mäts med greppstyrka. En fjärde dimension är psykisk hälsa. Depression, som är en vanlig diagnos för dem med förtidspension, varierar avsevärt mellan EUROPA 50+ länderna. Spanien, Italien och Frankrike har de sämsta värdena på EURO-D



Figur 5.3 *Predikterade andelar förtidspensionärer efter land om alla länder hade samma ålders- och könsfördelningar, i jämförelse med observerade andelar.*



Note: Prediktionerna är gjorda från logistiska regressioner av variabeln 'om förtidspensionär' på demografiska variabler (ålderspolynom och dummyvariabel för kön) och hälsovariabler.

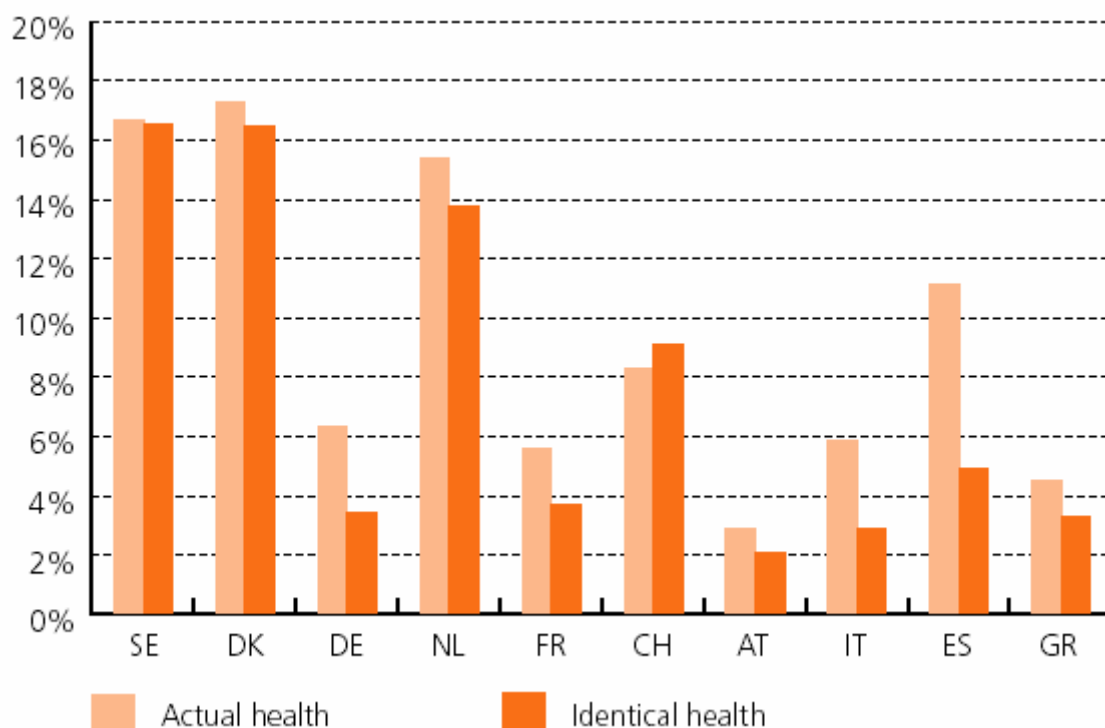
depressionsskalan medan Danmark, Tyskland och Schweiz har den lägsta andelen individer med depression. Skillnader i hälsa förefaller således att vara en bra kandidat för att förklara skillnader i utnyttjande av förtidspension.

Vi använder samma metod för att korrigera för skillnader i hälsa som vi gjorde för skillnader i demografi. Vi beräknar först betydelsen av hälsa för sannolikheten att utnyttja förtidspension. Sedan beräknar vi hur stor andelen individer med förtidspension hade varit i de olika länderna om hälsan enligt de fyra dimensionerna vore den samma som genomsnittet för länderna i EUROPA 50+. Resultatet visas i figur 5.4.

Skillnaderna i utnyttjandet av förtidspension mellan situationen med faktisk hälsa och den med hypotetiskt lika hälsa är nu tydlig. Om italienarna och

spanjorerna hade samma hälsa som genomsnittseuropén i EUROPA 50+ skulle andelen med förtidspension i Italien och Spanien vara mycket lägre, ungefär hälften av i dag. I Schweiz skulle andelen vara något högre. Men om hälsa är

Figur 5.4 *Predikterade andelar förtidspensionärer efter land om hälsostatus vore densamma i alla länder i jämförelse med observerade andelar.*



Note: Prediktionerna är gjorda från logistiska regressioner av variabeln 'om förtidspensionär' på demografiska variabler och hälsovariabler (EU och US varianter av självrapporterad hälsa, GALI index på funktionsförmåga, EURO-D depressionsmått, mått på greppstyrka)

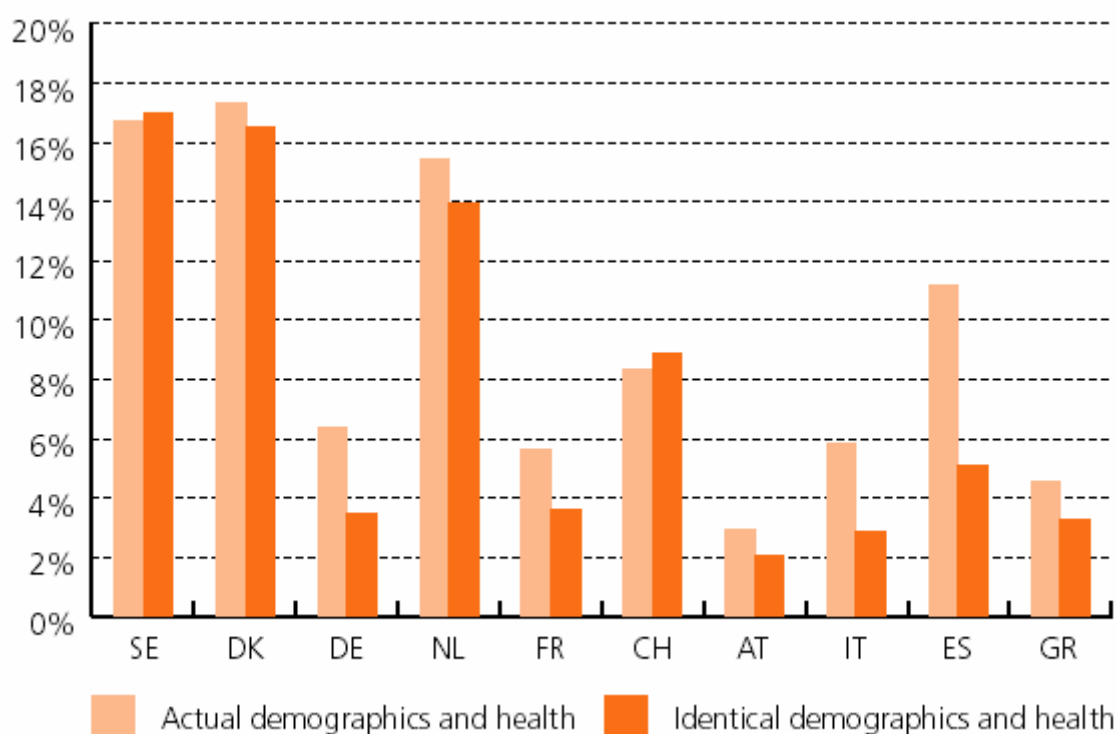
den viktigaste förklaringen för utnyttjande av förtidspension skulle andelen med förtidspension vara den samma i alla länder, när hälsan är identisk. Figur 5.4 visar att så inte är fallet, utan att det fortfarande finns tydliga skillnader. Den höga andelen förtidspensionärer i Sverige, Danmark och Holland förblir relativt stabil efter korrigering för hälsoskillnader. Vi drar därför slutsatsen att skillnader

i hälsa inte är förklaringen till skillnader i utnyttjandet av förtidspension i Europa.

### Om det inte är demografi och hälsa, vad är det?

Nästa steg är att samtidigt korrigera för demografi och hälsa. Figur 5.5 visar resultaten. Bilden förändras endast marginellt. Slutsatsen blir alltså att andelen

Figur 5.5 *Predikterade andelar förtidspensionärer efter land om ålders- och könsfördelningarna samt hälsostatus vore de samma i alla länder i jämförelse med observerade andelar.*



Note: Prediktionerna är gjorda från logistiska regressioner med ålders, köns och hälsovariabler

med förtidspension i EUROPA 50+ länderna inte skulle förändras särskilt mycket om alla länder hade samma fördelning för ålder, kön och hälsa. Särskilt det höga utnyttjandet av förtidspension i Sverige, Danmark och Nederländerna måste ha en annan förklaring än en äldre befolkning eller sämre hälsa.

Vad kan förklaringen vara? Genom att utesluta de två första av de tre vanliga förklaringarna – demografi och hälsorelaterade skillnader – återstår den tredje förklaringen, nämligen skillnader i institutioner, särskilt regler som gör att det är enklare att få förtidspension i vissa länder och generösare förmåner. Sådana regler skapar drivkrafter som liknar de drivkrafter för tidig pensionering som identifierats i ålderspensionssystem. I många länder är den medicinska prövningen för beviljande av förtidspension svag. I sådana fall är det möjligt att förtidspension används av arbetsmarknadsmässiga skäl för att underlätta pensionering före den normala pensionsåldern (Börsch-Supan 2001). Under perioder av hög arbetslöshet har många länder gjort avkall på den medicinska prövningen och beviljat förtidspension endast av arbetsmarknadsskäl.

Ett sista steg i analysen skulle därför vara att hålla reglerna för förtidspension konstanta för alla individer i EUROPA 50+ och sedan beräkna andelen med förtidspension på samma sätt som för figurerna 5.3-5.5. Data från EUROPA 50+ passar utmärkt för denna typ av analys. Det är emellertid en krävande uppgift som kräver tid och internationellt samarbete av den typ som finns i SHARE gruppen. Det är ett lovande framtida forskningsprojekt som kommer att leda till ökad förståelse av hur de europeiska socialförsäkrings-systemen fungerar.<sup>9</sup>

## 6. INKOMSTER, FÖRMÖGENHET, KONSUMTION OCH FATTIGDOM<sup>10</sup>

*Patrik Hesselius, Fredrik Johansson och Anders Klevmarken*

### **Hushållens inkomster**

Ett hushålls inkomster bestämmer i stor utsträckning dess konsumtionsmöjligheter. Vad som påverkar inkomstens storlek, inkomstskillnader och inkomstförändringar har därför varit centrala forskningsområden inom samhällsvetenskaperna. Det finns många olika sätt att definiera inkomst. Vanligen användes den s.k. disponibla inkomsten, som är summan av hushållets alla inkomster och bidrag minskat med den direkta skatten.

I EUROPA 50+ har vi bitt respondenterna att lämna uppgift om vilka inkomster de haft under året 2003. Däremot vet vi inte vilka skatter, som de betalat. Bruttoinkomsten skulle visserligen kunna ses som en indikator på summan av den privata och offentliga konsumtion ett hushåll får, då skatterna åtminstone delvis användes för att ge medborgarna tillgång till offentligt finansierade tjänster. En stor del av statens intäkter går emellertid till transfereringar som redan ingår i bruttoinkomsten och skattesystemet har dessutom en omfördelande uppgift, vilket medför att somliga hushåll får mer i bidrag och offentliga tjänster än vad man betalar i skatt, andra mindre. I en jämförelse av inkomstnivåerna mellan länder finns det dock något större fog för att använda bruttoinkomsterna än i en jämförelse mellan enskilda individer och hushåll. I de jämförelser som görs nedan kommer vi att använda bruttoinkomsten, men vi gör också ett försök att uppskatta den disponibla inkomsten genom att dra bort en uppskattning av de direkta skatterna respektive hushållsmedlem betalat. I dessa jämförelser försöker vi också beakta växelkurser och skillnader i genomsnittlig prisnivå genom att justera inkomsterna med s.k.

---

<sup>10</sup> Detta kapitel sammanfattar resultat från kapitel 6 "Socio-Economic Status" redigerat av G. Weber i Börsch-Supan m fl (2005)

köpkraftspariteter. Vi beaktar även att den genomsnittliga hushållsstorleken skiljer sig mellan norra och södra Europa.

Frågorna i EUROPA 50+ gällde flera olika slags inkomster såsom arbetsinkomster, pensioner, bidrag och kapitalinkomster. I hushåll med två makar eller samboende har var och en svarat på frågorna om arbetsinkomster och pensioner, medan frågor om avkastning på finansiella tillgångar och om bidrag till hushållet endast besvarats av en av makarna för hela hushållet, den som makarna uppgivit har de bästa kunskaperna om dessa förhållanden. I inkomstmåttet är inte medtaget värdestegring på finansiella eller reala tillgångar eller realiserade kapitalvinster. Gåvor inom familjen ingår inte heller i inkomsten.

En beräknad komponent i inkomstmåttet är schabloninkomst av eget hem. Detta är ett mått på den nettoinkomst hushållet skulle ha fått ifall det skulle hyra ut sitt hus istället för att hushållsmedlemmarna bor där själva. När denna tillräknade inkomst är med blir det lättare att jämföra individer som väljer att placera sin förmögenhet i eget boende med dem, som hyr sin bostad och placerar i tillgångar med avkastning. De som väljer att placera sin förmögenhet i eget boende förlorar ju avkastningen på den förmögenhet, som är låst i bostadsfastigheten, men får den i stället i form av boende.

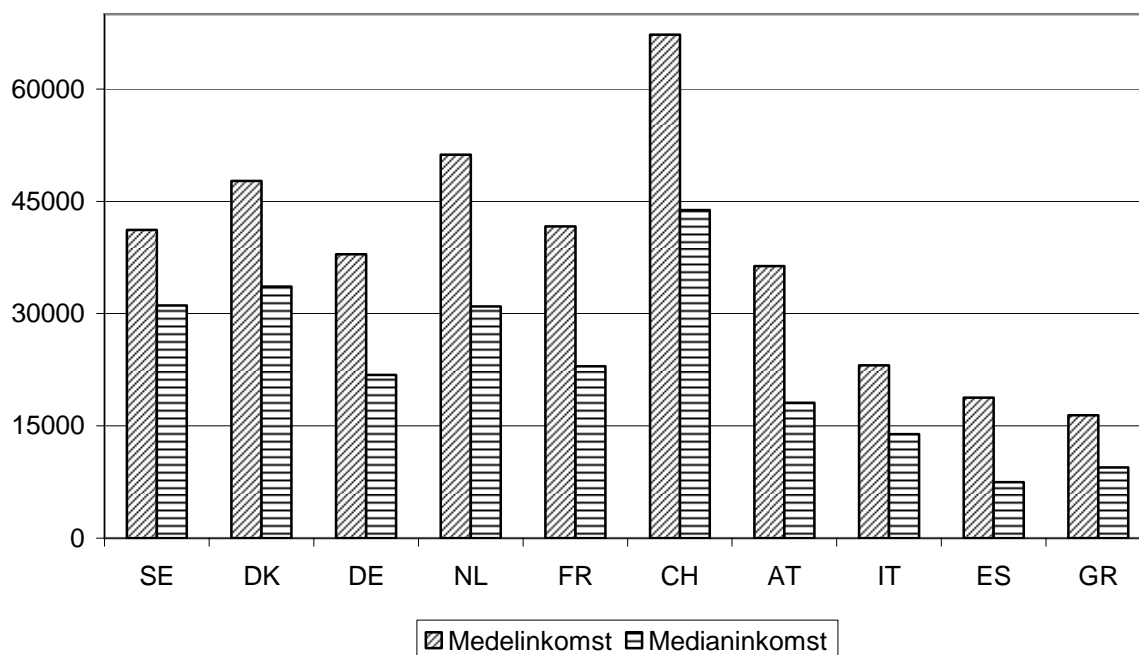
I figur 6.1 redovisas medel- och medianinkomsten (brutto) för varje land.<sup>11</sup> Tre länder har medelinkomster över €45 000, Danmark, Nederländerna och Schweiz. Frankrike, Sverige, Tyskland och Österrike har medelinkomster mellan €30 000 och €45 000, medan Grekland, Italien och Spanien har de lägsta bruttoinkomsterna (under €30 000). Då fördelningen av inkomster är skev, dvs det finns ett litet antal hushåll med mycket stora inkomster, kommer medelvärdet att bli större än medianen. Skillnaden mellan medelvärdet och

---

<sup>11</sup> Medianinkomsten definieras så att 50 procent av hushållen har lägre inkomst än medianinkomsten och 50 procent har högre.

medianen är ett mått på inkomstspridningen, ju större skillnad desto större spridning. Vi ser i figuren att skillnaden mellan de två måtten är särskilt stor för

Figur 6.1 *Medel- och medianinkomster (brutto) i respektive land.*



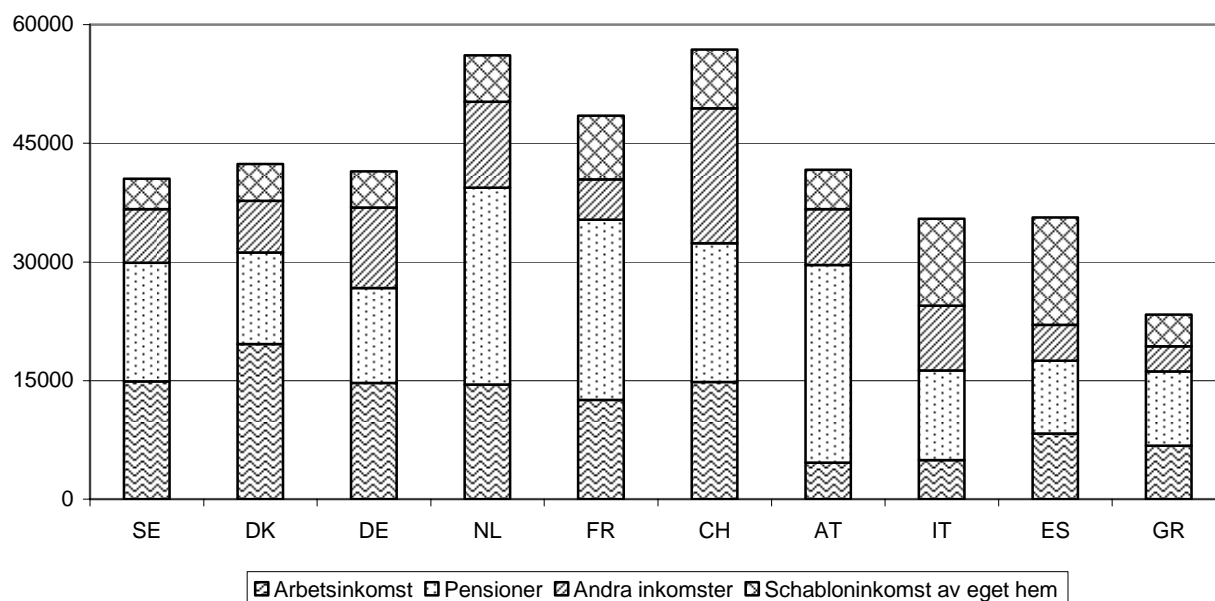
Schweiz och Holland. Vi återkommer till frågan om inkomstspridningens storlek i slutet av detta kapitel.

Köpkraftsjusterad medelinkomst (brutto) och dess delkomponenter presenteras i figur 6.2 för varje land. Den minsta medelinkomsten, €23320 har Grekland medan den högsta medelinkomsten, €6856 uppmättes i Schweiz. Av delkomponenterna så ser vi att pensioner, arbetsinkomster och schabloninkomst av eget hem utgör de största delarna av den totala bruttoinkomsten.

I figur 6.2 kan man se hur de största delkomponenterna varierar i storlek mellan länderna. Schabloninkomst av eget hem utgör en liten andel av total inkomst i Sverige, Danmark, Tyskland och Österrike, men är av stor betydelse i Spanien, Frankrike och Italien. Vi finner också att arbetsinkomstens andel är mindre i Österrike, Italien, Spanien och Grekland än i de andra

länderna. Även pensionsinkomsterna relativa betydelse varierar. I Nederländerna, Frankrike och Österrike har hushållen med medelålders och

Figur 6.2 *Köpkraftsjusterad medelinkomst (brutto) och dess komponenter i respektive land.*



äldre förhållandevis stora pensionsinkomster. Övriga inkomster i vilka bl a kapitalinkomsterna ingår, verkar vara relativt små i de flesta länder förutom i Schweiz och Nederländerna.

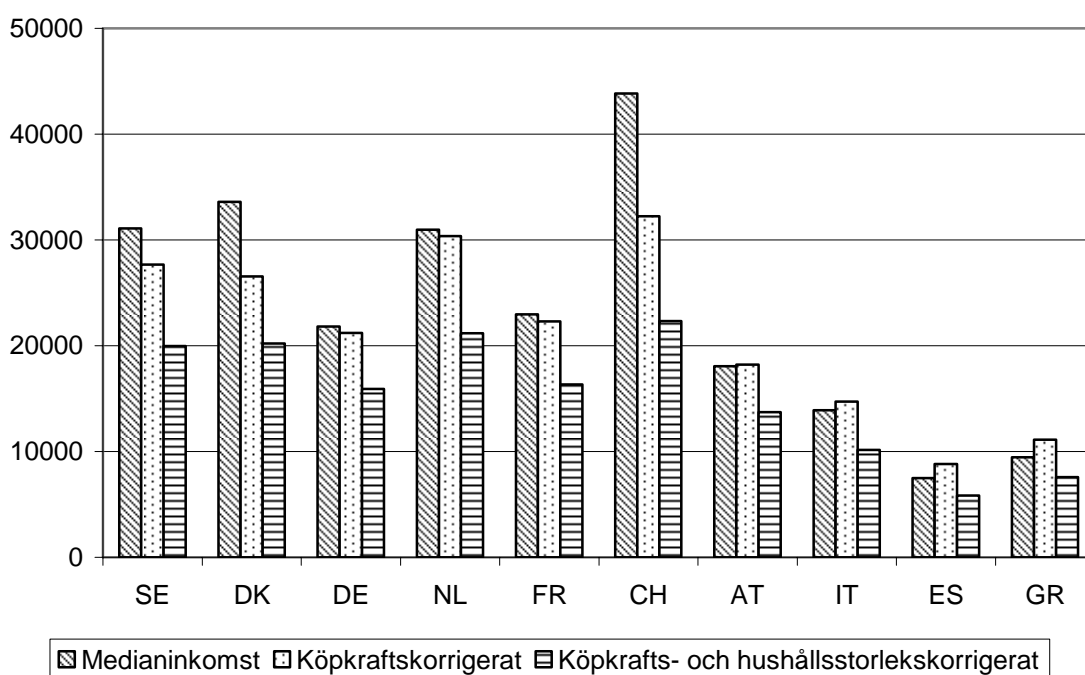
### *Korrigeringar av inkomsten för ökad jämförbarhet*

Som tidigare nämnts är jämförelser av bruttoinkomster för att mäta hushållens konsumtionsmöjlighet mellan länderna inte helt rättvisande då prisnivån, hushållens sammansättning samt skattesystemen varierar mellan länderna. Först kommer effekten av köpkrafts- och hushållsstorleksjusteringarna att presenteras, därefter effekten av att justera för den direkta skatt hushållen betalat.



I figur 6.3 presenteras tre olika definitioner av hushållens medianbruttoinkomst, först den okorrigerade, sedan korrigerat för köpkraftsskillnader och till sist köpkraft- och hushållsstorleksjusterat. I dessa

Figur 6.3. *Medianinkomst (brutto) med och utan korrigeringar för skillnader i köpkraft och hushållsstorlek efter land.*

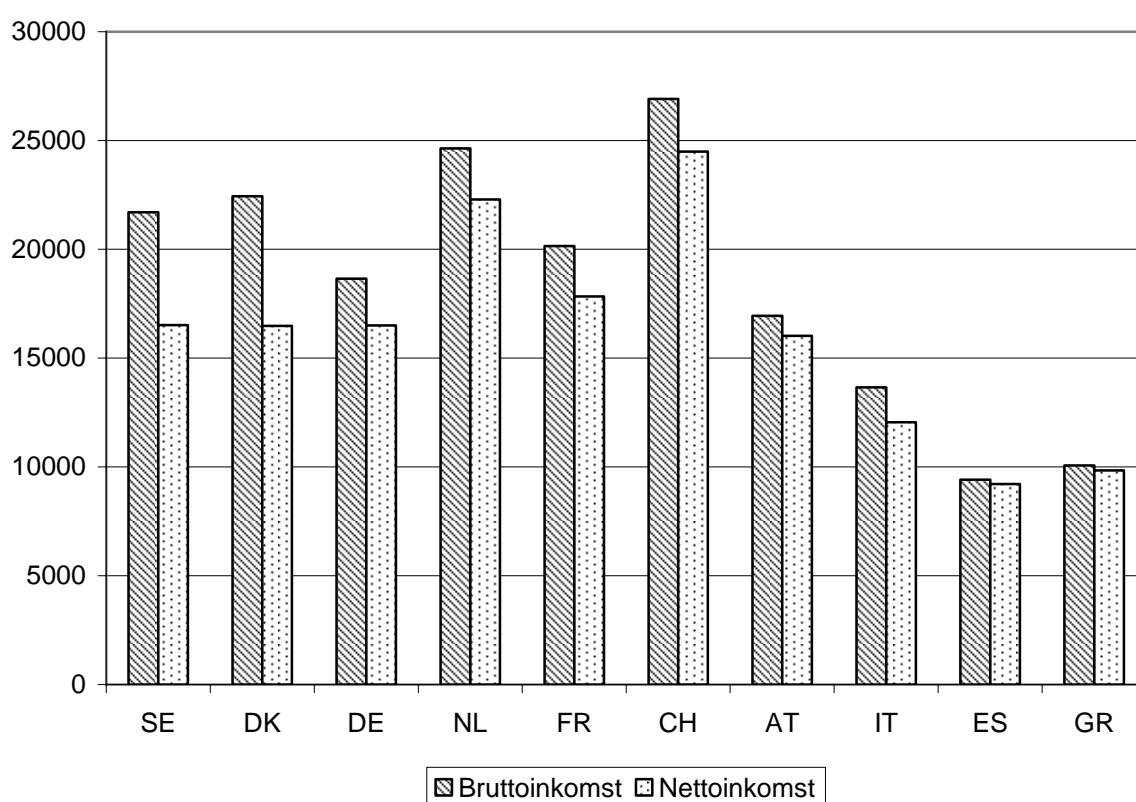


mått är inte schabloninkomst av eget hem medtaget. I figuren ser vi att köpkraftsjusteringen minskar inkomstmått för Sverige, Danmark och Schweiz relativt mycket, medan den höjer inkomstmått för Italien, Spanien och Grekland. Detta är en effekt av att priserna i de nordiska länderna och i Schweiz är högre men i några av medelhavsländerna lägre än genomsnittet i Europa. Köpkraftskorrigeringen ger ett mått på hur mycket hushållen kan konsumera av en likvärdig varukorg.

Hushållens storlek varierar mellan länderna och ett mer rättvisande mått på inkomster är per capita inkomster, d.v.s. inkomst per vuxen hushållsmedlem. Den hushållsstorleksjusterade inkomsten är beräknad genom

att dividera inkomsten med antalet vuxna hushållsmedlemmar. Resultaten visar att köpkraftskorrigerade inkomster per capita är relativt lika i Sverige, Danmark, Nederländerna och Schweiz. Tyskland, Frankrike och Österrike har något lägre inkomster medan Italien, Spanien och Grekland har de lägsta bruttoinkomsterna enligt detta mått.

Figur 6.4. *Köpkrafts- och hushållsstorleksjusterade medianinkomster före och efter skatt.*



I figur 6.4 presenteras brutto och nettoinkomsterna (medianer) för varje land. Dessa inkomster är köpkrafts och hushållsstorleksjusterade samt innehåller även schabloninkomst av eget hem. Nettoinkomsterna är inkomsten efter inkomstskatt och sociala avgifter. Den är beräknad genom att ta köpkrafts och hushållsstorleksjusterad bruttoinkomst och sedan dra ifrån inkomstskatt och sociala avgifter beräknade med hjälp av OECDs genomsnittliga skattesatser (inkl. hushållens sociala avgifter) för arbetsinkomster i fyra olika

inkomstgrupper för sammanboende respektive ensamstående. Övriga inkomster, förutom schabloninkomst av eget hem, antas vara beskattade med medelskattesatsen. Schabloninkomst av eget hem lämnas obeskattad. Detta förfarande ger givetvis endast en grov uppskattning av skattebelastningen i respektive land.

Vid jämförelse mellan bruttoinkomsten och bruttoinkomsten inklusive schabloninkomst av eget hem, ser vi återigen att effekten av schabloninkomst av eget hem är olika i de studerade länderna. I Spanien, Italien, Frankrike och Schweiz ökar inkomsterna relativt mycket när man tar hänsyn till denna komponent. Som kommer att visas i det följande beror detta på att hushållen i dessa länder investerat förhållandevis stora tillgångar i egna hem. Effekten är betydligt mindre i de nordiska länderna och i Tyskland.

Figuren visar också att effekten av att ta hänsyn till beskattning är att nettoinkomsterna är betydligt lägre än bruttoinkomsterna i de nordiska länderna, medan inkomstbeskattningen betyder relativt lite i Grekland och Spanien. Med den grova approximation av disponibel inkomst (nettoinkomst) vi använt, finner vi således att de disponibla inkomsterna är störst i Schweiz, Holland och Frankrike. Sverige, Danmark, Tyskland och Österrike utgör en mittgrupp, medan medelhavsländerna har de lägsta disponibla inkomsterna.

### **Förmögenhetens storlek och sammansättning**

Finansiell förmögenhet tillsammans med fastigheter och andra tillgångar utgör en bas för framtida konsumtionsmöjligheter. Att spara är inte bara ett sätt att föra över inkomster till en senare tidpunkt i livet, utan också ett sätt att försäkra sig mot osäkerheten i framtida inkomster och mot oväntat stora utgifter. Många europeiska länder, men inte alla, har allmänna pensionssystem, som mer eller mindre liknar det svenska. Beroende på hur stora pensioner medborgarna får från detta, varierar behovet att komplettera med yrkesrelaterade och privata pensioner och annat sparande. Den demografiska utvecklingen i Europa med

åldrande befolkningar och en relativt låg tillväxt har ökat osäkerheten om pensionssystemet verkligen kommer att ge de pensioner medborgarna förväntar sig. För de äldre generationerna finns även osäkerheten om det framtida behovet av vård och omsorg. Osäkerheten gäller dels om och när man själv kommer att vara i behov av hjälp och dels om det då kommer att finnas hjälp att få. Dessa förhållanden bidrar till att intresset för att spara för pensionsåldern ökat.

Tillväxten i ett hushålls förmögenhet beror inte bara på hur mycket hushållet sparar utan även på avkastningen på de tillgångar hushållet har. Olika placeringar ger olika avkastning och är förenade med större eller mindre risk. Det är därför av stort intresse att studera inte bara förmögenheternas samlade storlek utan även hur de fördelas på olika slags tillgångar. Hur hushållen väljer att placera sina tillgångar påverkas av flera faktorer. Förutom pensionssystemet bestämmer även skattesystemets utformning hushållens placeringsinriktning. Skillnader i beskattningen av banksparande, aktier och andra värdepapper och av fastigheter påverkar hushållens val av sparformer. Dessa förhållanden gör att nationella skillnader i utformningen av pensions- och skattesystemen kommer att bidra till nationella skillnader i sparande och placeringsinriktning. Datamaterialet i EUROPA 50+ möjliggör en jämförelse mellan ett flertal europeiska länder av tillgångarnas storlek och hur de är fördelade, vilket är temat i detta avsnitt.

### *Data*

Frågor om förmögenhet och boende har besvarats av den individ i hushållet som är ansvarig för hushållets ekonomi eller har de bästa insikterna i hushållets ekonomiska förhållanden. Om hushållets medlemmar inte har gemensam ekonomi, har dock varje respondent lämnat uppgifter enbart för sig själv.

Frågorna i undersökningen berör ett stort antal olika placeringsformer och utifrån dessa kan total förmögenhet och dess delkomponenter beräknas. Finansiella tillgångar inkluderar sju huvudgrupper:

sparande i bank och liknande sparformer, obligationer, aktier, aktiefonder, individuellt pensionssparande, bostadssparande och kapitalförsäkringar (livförsäkringar). Reala tillgångar består av bostadsfastigheter; fritidshus, fastigheter i egen näringsverksamhet och övriga fastigheter; samt fordon. Undersökningen innehåller även frågor angående hushållet skulder såsom lån på eget hem, billån, kreditkortsskulder och andra banklån.

Värdet på de förmögenhetsskattningar som presenteras i detta kapitel kommer givas i euro både omräknade enligt 2003 gällande växelkurser och köpkraftsjusterade (PPP). Då förmögenhetsfördelningen är ännu skevare än inkomstfördelningen nöjer vi oss i detta avsnitt med att presentera medianvärden per hushåll.

Tabell 6.1, *Nettoförmögenhet och total finansiell förmögenhet (medianer).*

	Netto förmögenhet		Total finansiell förmögenhet	
	PPP-justerat	Ej PPP-justerat	PPP-justerat	Ej PPP-justerat
Sverige	86,7	97,5	21,3	24,0
Danmark	110,6	139,9	31,9	40,3
Tyskland	99,1	102,0	16,5	17,0
Nederländerna	135,3	138,0	16,7	17,0
Frankrike	136,3	140,3	8,7	9,0
Schweiz	201,3	273,8	42,2	57,4
Österrike	103,9	103,0	6,0	6,0
Italien	159,3	150,5	2,6	2,5
Spanien	149,5	127,1	2,4	2,0
Grekland	109,5	93,1	2,4	2,0

**Not:** Medianvärden på nettoförmögenhet och total finansiell förmögenhet justerat och icke-justerat för ländernas köpkraft. Beloppen anges i tusentals euro.

### *Tillgångarnas storlek*

I tabell 1 presenteras medianvärdena för nettoförmögenheten i varje land. Nettoförmögenheten skiljer sig ganska kraftigt åt mellan de europeiska länderna, bland vilka Schweiz har den högsta och Sverige den lägsta nettoförmögenheten. Den köpkraftsjusterade medianförmögenheten per hushåll är ca 100 000 euro i Sverige, Tyskland, Danmark, Grekland och Österrike. I Nederländerna, Frankrike, Italien och Spanien ligger den mellan 135 000 euro och 160 000 euro, medan skattningen för Schweiz är drygt 200 000 euro. Justeringen med köpkraftspariteter medför att förmögenhetsbeloppen sjunker i Sverige, Danmark och Schweiz. Detta beror på den relativt höga prisnivån i dessa länder. Motsatsen kan observeras för Spanien och Grekland, som har en lägre prisnivå än europagenomsnittet.

Jämförelsen av nettoförmögenheterna visar att Sverige är ett av de fattigaste länderna i Västeuropa, vilket är lite förvånande. Låt oss därför dela upp den totala förmögenheten i finansiella och reella tillgångar. I tabell 6.1 finns medianvärdena för de finansiella tillgångarna redovisade. Enligt dessa siffror har Schweiz, Danmark, Sverige, Nederländerna samt Tyskland i nämnd ordning de högsta finansiella tillgångarna. I Grekland, Italien och Spanien har hushållen en hög mediannettoförmögenhet men mycket lite finansiella tillgångar. Ett nord/syd mönster kan skönjas. Hushållen runt Medelhavet har placerat stora delar av sin förmögenhet i reala tillgångar (framförallt i bostadsfastigheter), medan hushåll i norra Europa i större utsträckning placerat sina pengar i finansiella instrument snarare än i bostaden. Svenska hushåll har således relativt stora tillgångar i finansiella placeringar, men i jämförelse med Medelhavsländerna är nettovärdena i egna hem och andra fastigheter små. Det kan t ex bero på att fastighetspriserna är lägre i Sverige och att belåningsgraden är större.

Dessa jämförelser har endast gällt privata tillgångar. Svenska hushåll har dessutom stora tillgångar i form av fordringar på det allmänna pensionssystemet och de kollektiva pensionssystemen. En beräkning gjord till utredningen "Senior 2005" som presenterades i Andersson m fl (2002) visade att värdet av dessa fordringar i genomsnitt var minst lika stora som den privata nettoförmögenheten. Liknande beräkningar har ännu inte gjorts för alla i EUROPA 50+ deltagande länder, men möjligen skulle man kunna förmoda att en sådan jämförelse skulle ge Sverige en något högre placering på en rankinglista.

Tabell 6.2 *Andelen hushåll som sparar i olika placeringsformer.*

	Bankkonto	Obligationer	Aktier	Aktiefonder	Bospar	Kapital o. livförsäkringar
Sverige	85,9	16,5	38,0	52,3	1,7	24,8
Danmark	79,1	24,0	31,6	13,6	0,9	21,5
Tyskland	86,2	11,8	12,6	13,0	20,4	28,3
Nederländerna	90,8	5,2	16,3	11,7	9,7	25,3
Frankrike	90,2	5,7	14,7	17,8	26,6	12,1
Schweiz	87,5	14,9	25,1	15,3	0,5	20,9
Österrike	73,5	6,7	5,0	5,0	39,5	21,3
Italien	54,8	10,3	4,0	6,2	0,0	6,0
Spanien	80,8	0,1	3,0	3,2	0,4	4,8
Grekland	54,7	1,1	4,7	2,0	0,0	1,8

#### *Finansiella tillgångar och dess sammansättning*

Tabell 6.2 visar andel av hushållen i respektive land, som placerar i obligationer,

aktier, aktiefonder och kapitalförsäkringar. Nord/syd mönstret, som noterades i samband med de finansiella förmögenheternas storlek, kan även skönjas i dessa siffror. Andelen hushåll, som placerar i aktier, varierar från 3 procent i Spanien till 38 procent i Sverige, och andelen som placerar i obligationen varierar från 0.1 procent i Spanien till 24 procent i Danmark. Variationen i andelen hushåll som placerar i aktiefonder följer samma mönster, där Sverige har den högsta andelen på 52.3 procent. Det är få hushåll som har kapitalförsäkringar (livförsäkringar) i Spanien, Italien och Grekland medan dessa tillgångar är vanligare i de övriga länderna. Individuellt pensionssparande verkar bara vara vanligt i Sverige, Danmark och Frankrike medan bosparformen är mycket vanlig i Österrike och till viss del i Tyskland, Frankrike och Nederländerna.

Fördelningen av sparande mellan mer riskfyllda placeringsformer (t.ex. aktier) och relativt säkra placeringsformer (obligationer och bankkonton) visar hushållen riskbenägenhet. Genom att sätta värdet av placeringar i aktier och aktiefonder i förhållande till den totala finansiella förmögenheten kan hushållens sammanlagda riskprofil i olika länder analyseras. Resultatet återfinns i figur 6.5. De svenska hushållen har en relativt stor andel riskfyllda placeringar (mer än 30 procent). Den är t o m något större än i Schweiz. De andra länderna har mindre än 20 procent av sina placeringar i riskfyllda tillgångar. I denna jämförelse framstår således svenska hushåll som riskbenägna, men även i detta fall måste man beakta deras fordringar på pensionssystemen, som trots den nuvarande osäkerheten om framtidens pensioner, många förmodligen betraktat som förhållandevis säkra.

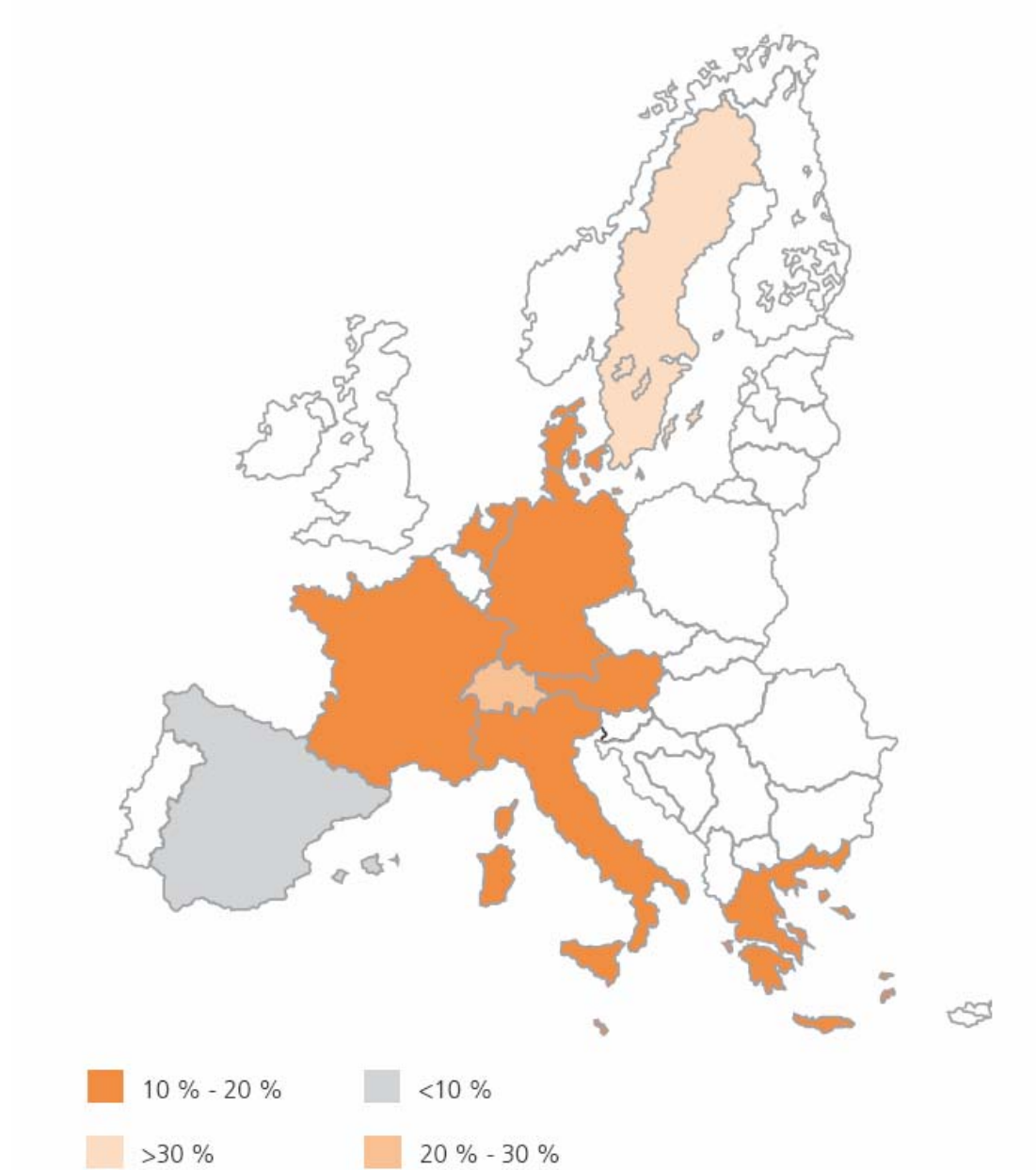
### *Sammanfattning*

Vi har funnit stora nationella skillnader i de privata förmögenheterna, både till nivå och placeringsinriktning. Det är något av en paradox att svenska hushåll har höga inkomster jämfört med hushållen i Medelhavsländerna, men betydligt mindre privata tillgångar. De sydeuropeiska hushållens tillgångar är dock i



mycket stor utsträckning låsta i det egna hemmet, medan en stor del av de svenska hushållen har förhållandevis stora finansiella tillgångar. De är dessutom till större del än i andra länder placerade i riskfyllda aktierelaterade instrument.

Figur 6.5. *Andelen placeringar i riskfyllda tillgångar efter land*



Källa: Christelis, Jappelli och Padula (2005) Figure 4.

## Européernas livsmedelskonsumtion

I EUROPA 50+ har ett antal frågor ställts om hushållens konsumtionsutgifter. Frågorna har bl a handlat om livsmedelskonsumtionen och en av dem löd: *”Tänk tillbaka på de tolv senaste månaderna, ungefär hur mycket spenderade ditt hushåll under en normal månad på livsmedel att konsumera i hemmet?”* Det är svaren på den frågan som givit de resultat som presenteras i detta avsnitt.

Livsmedelskonsumtionen måste till stor del betraktas som baskonsumtion, som är nödvändig för ett gott liv. Den är inte särskilt känslig för variationer i inkomsten utan förändras endast marginellt när inkomsten minskar eller ökar. Ekonomisk teori förutsäger att den som går i pension försöker bibehålla sin konsumtionsstandard även efter pensioneringen. Man kan därför se livsmedelskonsumtionen som ännu en indikator på hushållens levnadsstandard.

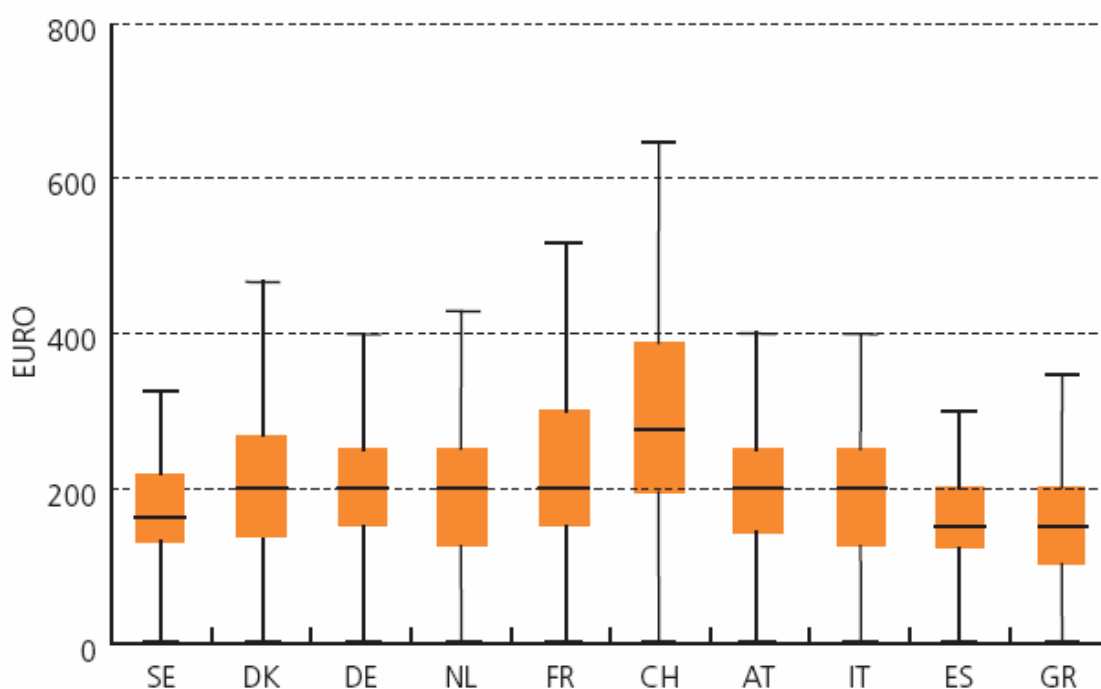
I Figur 6.6 visas den genomsnittliga konsumtionen av livsmedel och icke-alkoholhaltiga drycker i hemmet per capita efter land. Den vågräta linjen i centrum av de fyllda rektanglarna är medianlinjen för respektive land. Den delar populationen i två lika stora delar, 50% av hushållen har mindre utgifter för livsmedel under en typisk månad och 50% större utgifter. Rektangelns övre gräns markerar den sk övre kvartilen och den undre gränsen den undre kvartilen. Det innebär att 50 procent av hushållen i ett land har utgifter för livsmedel mellan dessa gränser. De yttre horisontella markeringarna anger den högsta respektive den lägsta observerade konsumtionsutgiften.

Skillnaderna i medianvärden är inte så stora. I Sverige, Spanien och Grekland är konsumtionen per capita något mindre än 200 euro per månad. I övriga länder är medianutgiften praktiskt taget 200 euro med undantag för Schweiz vars medianvärde är 260 euro. För Sverige är medianvärdet i figur 6.6 160 euro. Den aktuella kursen mellan euro och den svenska kronan var cirka 9.1,

så den svenska mediankonsumtionen av livsmedel i hemmet var cirka 1440 kronor per person under en normal månad.

Figuren visar också att det finns stora nationella skillnader i konsumtionsutgifternas spridning. Spridningen är liten i Sverige, Grekland och Spanien och störst i Frankrike och Schweiz.

Figur 6.6 *Livsmedelsutgifter per capita efter land (euro)*



Källa: Browning och Madsen (2005), Figure 1.

Dessa observerade skillnader i utgifterna för livsmedel döljer emellertid till viss del skillnader i konsumtion av livsmedel då prisnivåerna inte är desamma i alla länder. Tabell 6.3 nedan visar de köpkraftspariteter för de undersökningen medverkande länderna. Den genomsnittliga prisnivån för alla länder är 100. Vi finner således från tabellen att prisnivån på livsmedel och icke alkoholhaltiga drycker var 12 procent högre i Sverige än genomsnittligt, 27 procent högre i Danmark och 40 procent högre i Schweiz. Den spanska prisnivån låg endast på 75 procent av genomsnittet. En del av dessa skillnader

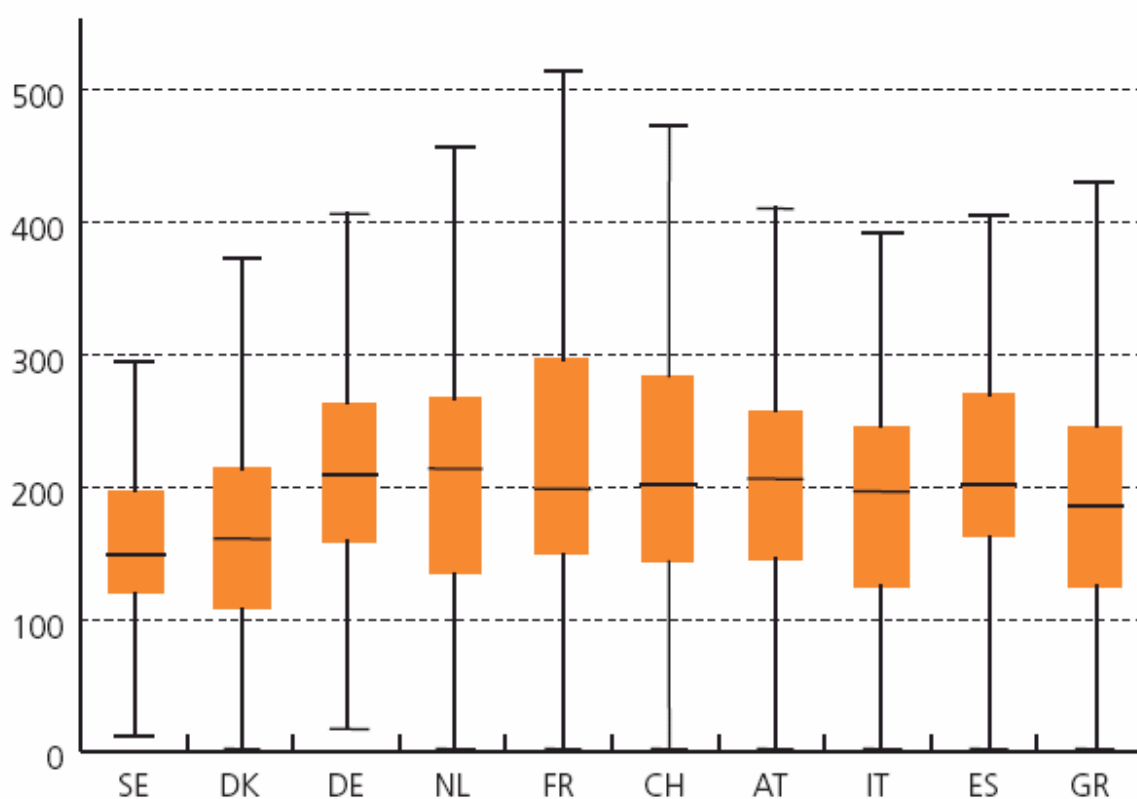
kan förklaras av att den indirekta beskattningen (MOMS) är olika. Det är dock inte hela förklaringen. Schweiz har endast en moms på 2.4 procent och Sverige har 12 procent.

Tabell 6.3 *Prisnivåindex för livsmedel och icke-alkoholhaltiga drycker (Alla EUropa 50+ länder = 100)*

Land	CH	DK	SE	IT	FR	AT	DE	NL	GR	ES
livsmedelsprisindex	140	127	112	103	102	98	96	94	85	75

Källa: För en närmare beskrivning och definitioner se Browning och Madsen (2005).

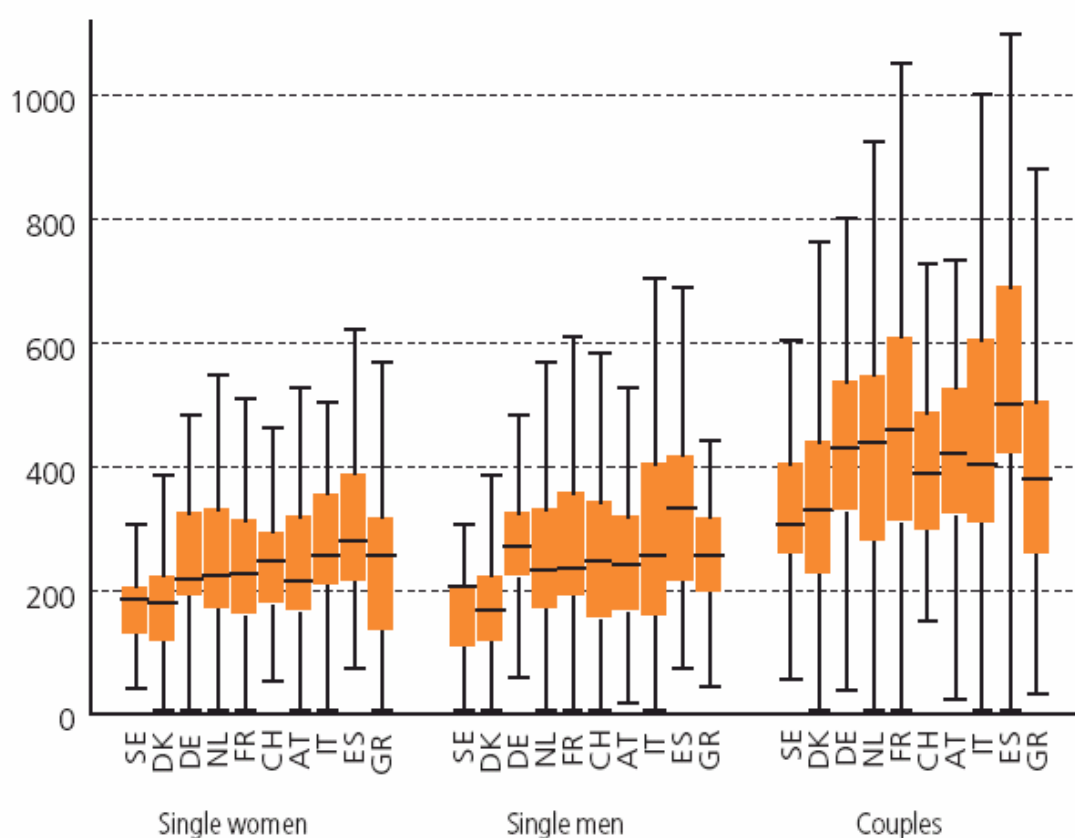
Figur 6.7 *Konsumtionen av livsmedel i hemmet, justerad för antalet personer i hushållet och nationella skillnader i prisnivåindex. (euro per capita)*



Källa: Browning och Madsen (2005), Figure 2.

När vi nu justerar för dessa skillnader i prisnivå blir resultatet bättre jämförbara konsumtionsnivåer, se figur 6.7. Vi finner att Sverige och Danmark har lägre konsumtion av livsmedel än de övriga länderna. Browning och Madsen (2005) undersöker om detta skulle kunna bero på att det finns förhållandevis många ensamstående kvinnor med låg konsumtion i dessa två länder. Det visar sig dock att detta inte är förklaringen, se figur 6.8. Oavsett civilstånd är konsum-

Figur 6.8 *Konsumtion av livsmedel i hemmet efter hushållstyp och land*  
(Köpkraftsparitetsjusterade utgifter per hushåll i euro)



Källa: Browning och Madsen (2005), Figure 3.

tionen lägre i Sverige och Danmark. Vad kan då skillnaderna i livsmedelkonsumtion bero på? Ekonomisk teori säger att man i första hand bör söka efter inkomst- och prisskillnader. Hushållen i Sverige och Danmark har dock, som vi

sett ovan, högre nettoinkomster än hushållen i Medelhavsländerna, vilket borde leda till något större konsumtion i Skandinavien än i de sydliga länderna i stället för tvärt om. Den förklaring som återstår är då prisskillnaderna.

### **Individuella skillnader i inkomst, konsumtion och förmögenhet samt förekomst av fattigdom.**

I ett internationellt perspektiv har alla i studien deltagande länder en förhållandevis hög levnadsstandard utan utbredd fattigdom, men även inom Europa finns det betydande skillnader i standard både mellan länder och inom varje land. Undersökningen EUROPA 50+ ger en unik möjlighet att jämföra inkomst-, konsumtions- och förmögenhetsskillnaderna i de deltagande länderna. Tabell 6.4 visar s k Ginikoefficienter för nettoinkomsten, livsmedelskonsumtionen och nettoförmögenheten. Ginikoefficienten är ett vanligt mått på ojämnheter i inkomst och förmögenhetsfördelningar. Den antar värden mellan 0 och 100. Värdet 0 betyder att alla har lika stora inkomster (förmögenhet) och 100 att alla inkomster (förmögenhetsvärden) är koncentrerade till en enda person. Ju större värde på Ginikoefficienten, desto större är de individuella skillnaderna i inkomst (förmögenhet).

För att standardisera för skillnader i hushållsstorlek och hushållets sammansättning har alla inkomst-, konsumtions- och förmögenhetssuppgifter dividerats med OECDs ekvivalensskala. Det innebär t ex att i hushåll med två vuxna har vi dividerat med 1.5. Varje barn som var minst 15 år räknades som 0.5 vuxna och barn under 15 år som 0.3 vuxna. För hushåll med t ex två vuxna, ett barn över 15 år och ett under 15 år har vi således dividerat med  $1.5+0.5+0.3=2.3$ . Vad vi studerar är inkomst (förmögenhet) per vuxenekvivalent.

För länder som inte är med i den europeiska monetära unionen har de nationella valutorna räknats om till euro med hjälp av köpkraftspariteter. Med inkomst avses här hushållets sammanlagda inkomster efter skatt. Kapitalvinster

och kapitalförluster har inte räknats med. Då det inte finns några uppgifter om betalda inkomstskatter i EUROPA 50+ har dessa uppskattats på samma sätt som ovan med hjälp av OECDs beräkningar av genomsnittliga skattesatser i fyra inkomstklasser för gifta/samboende respektive ensamstående. Detta bör rimligtvis innebära att man underskattar progressiviteten något i det svenska skattesystemet, vilket i sin tur leder till att inkomstutjämningen underskattas. I svensk statistik brukar man vanligen redovisa Ginikoefficienter för disponibel inkomst i storleksordningen 25% medan Tabell 6.4 ger en skattning på 33%.

Uppgifterna om livsmedelskonsumtionens storlek bygger på uppskattningar som hushållen själva gjort och som vi redan använt i föregående avsnitt. Med förmögenhet avses summan av alla tillgångar i form av fastigheter, finansiella tillgångar och fordon med avdrag för alla skulder.

Tabellen visar att inkomstskillnaderna är betydligt mindre i Sverige och Danmark än i övriga Europa. I de flesta internationella jämförelser brukar Sverige och de övriga nordiska länderna framstå som de länder, som har den längst drivna inkomstutjämningen, vilket således bekräftas i denna studie.

Skillnaderna i utgifterna för mat är mindre än inkomstskillnaderna, men några länder (Holland, Frankrike, Italien och Spanien) har förvånande stora individuella skillnader i livsmedelskonsumtion. Som vi sett i det föregående avsnittet konsumerar svenska hushåll förhållandevis lite livsmedel. Tabell 6.4 visar dessutom att skillnaderna i livsmedelskonsumtion är mindre mellan svenska hushåll än mellan hushåll i andra europeiska länder. Den svenska livsmedelskonsumtionen är således liten och jämlik!

Förmögenheterna är som väntat mer ojämnt fördelade än inkomsterna. Skillnaderna mellan länderna är i detta avseende förhållandevis små. Sverige framstår nu inte som mer egalitärt än övriga Europa. I officiell förmögenhetsstatistik brukar SCB redovisa Ginikoefficienter i storleksordningen 85%. Dessa uppgifter avser dock hela befolkningen oavsett ålder. Då yngre som regel har betydligt mindre tillgångar än äldre, är Ginikoefficienten för hela

befolkningen större än för gruppen 50+. Den skattning som redovisas i Tabell 6.4 för Sverige stämmer relativt väl med de skattningar man får från nationell statistik när gruppen begränsas till personer som är 50 år och äldre.

Ett annat vanligt sätt att studera hur stora inkomst- och förmögenhetsskillnader det finns i ett samhälle är att undersöka hur stor fattigdomen är. Det finns många olika mått på fattigdom. Ett vanligt mått är att

Tabell 6.4 *Ginikoefficienter efter region och land*

<i>Region och land</i>	<i>Urvals- storlek</i>	<i>Ginikoefficienter(%)</i>		
		<i>Inkomst</i>	<i>Mat- konsumtion</i>	<i>Förmögenhet</i>
<i>Norra europa</i>	2981	33	24	60
SE	1787	33	22	59
DK	1194	32	28	62
<i>Mellersta europa</i>	6867	46	35	63
DE	1825	42	25	62
NL	1741	49	46	65
CH	743	47	38	63
AT	1589	51	33	58
FR	969	47	45	61
<i>Södra europa</i>	4021	47	41	65
IT	1445	41	47	64
ES	897	56	26	68
GR	1679	45	28	52

Källa: Bonsang, Perlman och Van den Bosch (2005)



se efter hur många som har inkomster (tillgångar) som är mindre än 50% eller 60% av medianinkomsten (medianförmögenheten). I det föregående avsnittet om hushållens inkomster fann vi t ex att medianen av den årliga nettoinkomsten per vuxenekvivalent för dem som var minst 50 år var ca 18 000 euro i Sverige. Ett sätt att mäta fattigdomen i Sverige är således att undersöka hur många som har en inkomst som är mindre än hälften av detta, dvs 9000 euro. Den medianinkomst vi använt är emellertid inte den nationella utan medianinkomsten för samtliga i undersökningen deltagande länder. Figur 6.9 visar vilka frekvenser man då får för Sverige och övriga länder.

Figur 6.9 *Fattighedsfrekvenser per land enligt två fattighedsdefinitioner*



Källa: Lyberaki och Tinios (2005) Figure 1

Oavsett om man använder 50% eller 60% av medianinkomsten som fattighedsgräns, framstår Sverige som det land, som har den minsta fattigdomen. De angivna frekvenserna kan uppfattas som relativt höga i jämförelse med vad man är van att se från andra studier. En förklaring till detta

är att fattigdomsgränsen i detta fall definierats i förhållande till medianinkomsten för dem som är minst 50 år. Då pensionärer i regel har lägre inkomster än förvärvsarbete kommer medianen för denna grupp att vara lägre än för samtliga vuxna. Ett försök att korrigera för denna skillnad genom att använda medianinkomsten för hela den vuxna befolkningen från den europeiska hushållspanelundersökningen (ECHP) redovisas i Lyberaki och Tinios (2005). Deras resultat visar att frekvenserna då sjunker för de flesta länder. Undantag är Danmark och Grekland vars äldre befolkning har förhållandevis låga inkomster. En annan förklaring till de relativt höga frekvenserna kan vara att den grova uppskattningen av de inkomstskatter, som hushållen betalat, resulterat i lite för låga nettoinkomster för de hushåll, som har de lägsta inkomsterna. Även med dessa reservationer måste man dock konstatera att vi har ett inte obetydligt fattigdomsproblem i Europa, som inte bara är koncentrerat till Medelhavsländerna.

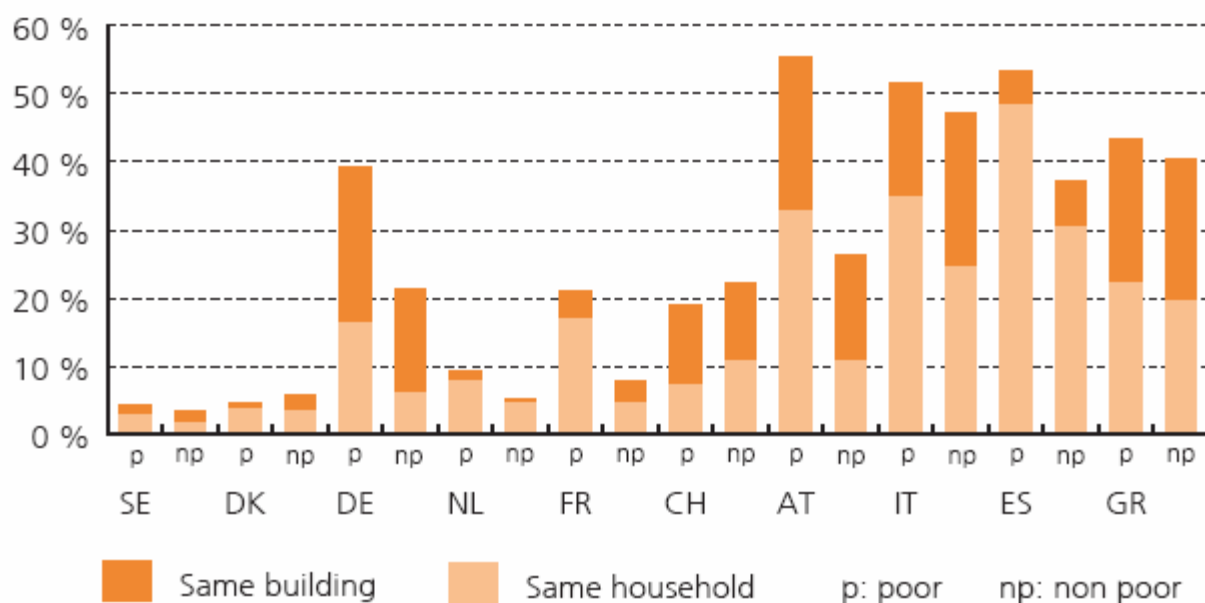
Ett sätt att reducera fattigdomens bördor för de äldre är att hjälpa varandra över generationsgränserna. Detta förutsätter att barn och föräldrar bor i närheten av varandra. Figur 6.10 visar hur stor andel av dem som deltagit i vår undersökning, som har sina barn boende i samma hushåll eller i samma byggnad. Andelarna redovisas för fattiga och icke fattiga i respektive land. Vi finner att det är mycket få äldre i de Nordiska länderna och i Holland som har sina barn i samma hushåll eller i samma byggnad, medan detta är mycket vanligt i Medelhavsländerna och i Österrike och inte helt ovanligt i Tyskland. Det är också vanligare att ha detta stöd över generationsgränserna bland fattiga hushåll än bland rika.

Ytterligare ett sätt att mäta fattigdom är att fråga hushållen hur lätt det är att få hushållsekonomin att gå ihop. I EUROPA 50+ ställde vi följande fråga: *"Om Du tänker på Ditt hushålls totala månatliga inkomst, skulle Du säga att Ditt hushåll får ekonomin att gå ihop 1. med stor svårighet, 2. med viss svårighet, 3. ganska lätt, eller 4. lätt?"* Figur 6.11 visar hur stor andel av de

svarande som gav det första eller det andra alternativet som svar fördelat efter hushållstyp och land.

I Medelhavsländerna är det många som anser att det är svårt att få hushållsekonomin att gå ihop oavsett hushållstyp. I övriga Europa är detta ett problem främst för ensamstående och i Sverige särskilt för ensamstående kvinnor. Närmare 40 procent av dem finner det svårt att få hushållsekonomin att gå ihop.

Figur 6.10 *Andel individer som har sina barn boende i det egna hushållet eller i samma byggnad.*



Källa: Lyberaki och Tinios (2005) Figure 4.

### *Sammanfattning*

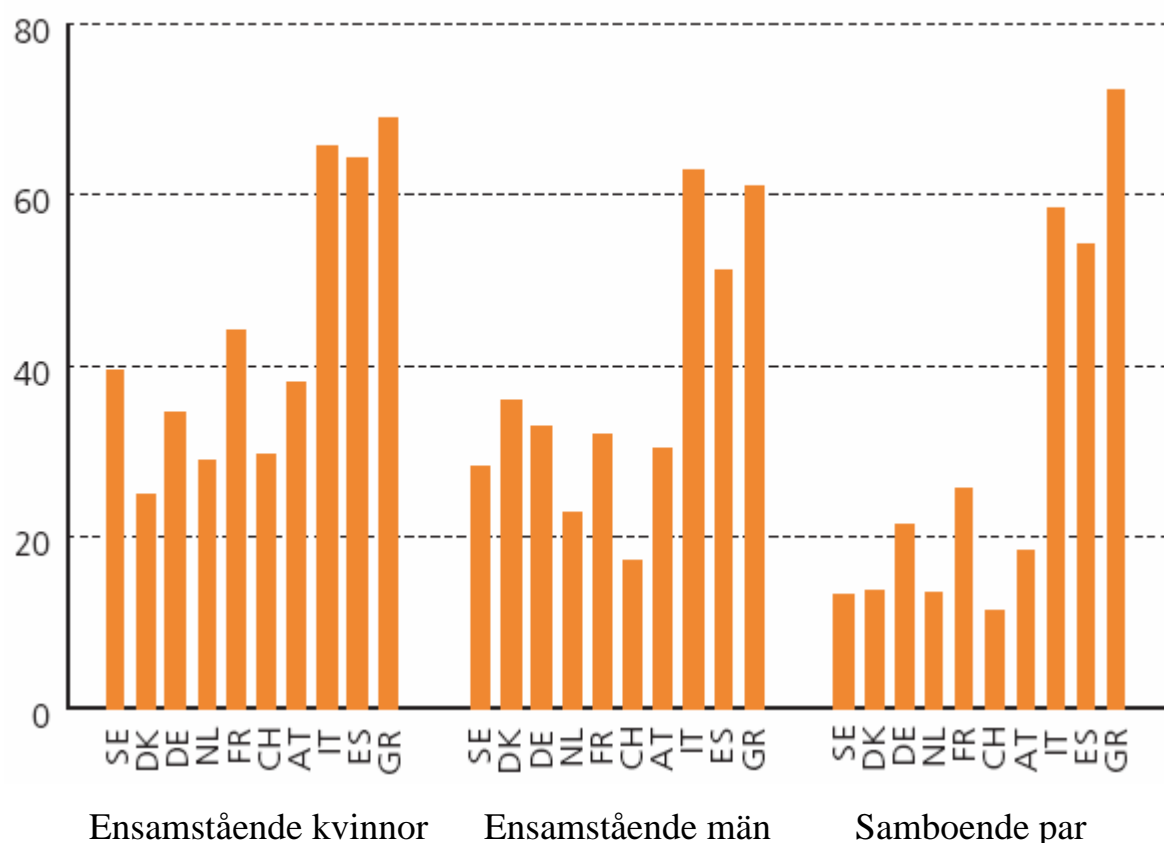
Även i början på det tjugonde århundradet framstår Sverige i denna europeiska jämförelse som ett land med små skillnader i inkomst- och konsumtionsstandard. Även fattigdomen är liten i Sverige i jämförelse med de

flesta övriga länder. Ensamstående och särskilt ensamstående kvinnor är dock en grupp som är mer utsatt för ekonomiska svårigheter än andra hushåll.

Inkomstspridningen och fattigdomen är störst i södra Europa, men skillnaderna mellan södra Europa och de länder som ligger mitt i Europa är inte så stora utan det är snarast de nordiska länderna som avviker med låg inkomstspridning och liten fattigdom. Däremot finns inga stora nationella skillnader i förmögenhetsspridning. I detta avseende skiljer sig inte Sverige från övriga Europa.

Figur 6.11 *Andel respondenter som anser att hushållsekonomin går ihop med stor eller viss svårighet, fördelat efter hushållstyp och land.*

Procent



Källa: Browning och Madsen (2005) Figur 4

## 7. Sammanfattande slutord

*Anders Klevmarken*

Västeuropas befolkning åldras, men de demografiska obalanserna är inte lika allvarliga i Sverige som i andra länder i södra och mellersta Europa. Antalet invånare i Sverige som är 60 år eller äldre i förhållande till antalet mellan 20 och 59 år väntas öka från drygt 0,4 år 2001 till mellan 0.6 och 0.7 2050, medan ökningen i Italien och Spanien är från 0.4 till 0.9.

Sker åldrandet med god hälsa? Såsom hälsa mäts i denna undersökning är svenskarna förhållandevis friska även om Sverige inte är det land som har den allra högsta rankingen. Samma slutsats når man med det mått på livskvalitet vi använt. I jämförelse med övriga länder är det dock en ganska stor andel som har någon form av depression, särskilt bland svenska kvinnor.

Kan de nationella skillnaderna i hälsa spåras till skillnader i utgifterna för hälsovård eller till några andra förhållanden? Det är en fråga vi ännu inte kan besvara utan den kommer att bli föremål för fortsatt forskning. Vi kan dock konstatera att hälsoutgifterna per capita i Sverige är ca 2300 euro (20700 kronor). Detta är ungefär lika mycket som i flera andra Europeiska länder, men mindre än t ex i Schweiz, Danmark och Tyskland. Det finns dock inget starkt samband mellan utgifterna för sjuk- och hälsovården och hälsoläget i landet. Andra förklaringar till de nationella skillnaderna kan vara att man är olika exponerad för risker. Vi har t ex funnit att en stor andel svenska kvinnor röker. Däremot dricker vi svenskar något mindre alkohol, motionerar mer och har mindre problem med övervikt än i de andra länderna. Den goda svenska arbetsmiljön kan också bidra till det relativt goda hälsoläget i landet. Det bör också påpekas att de mått på hälsa vi använder i stor utsträckning bygger på självrapporterad hälsa och att det finns en risk att de nationella jämförelserna blir missvisande då det kan finnas nationella skillnader i vad man anser är god hälsa och därmed i hur man svarar på frågorna.

Det är relativt få européer som förvärvsarbetar i åldrarna 55-64 år. Sverige och Schweiz de enda undersökta länder som har en förvärvsfrekvens som överstiger 60 procent. I Sverige är den genomsnittliga åldern vid utträdet från arbetsmarknaden är 62 år, vilket kan tyckas lågt, men är i själva verket högre än i de flesta andra länder. Det som är speciellt anmärkningsvärt är att svenska män och kvinnor mellan 60 och 64 har en mycket högre förvärvsfrekvens än i övriga Europa.

Även för de mor- och farmödrar som är yngre än 65 år är förvärvsfrekvensen hög i Sverige. Det betyder bl.a. att de inte kan hjälpa till lika mycket med sina barnbarn, som mor- och farmödrar gör i södra Europa. Till detta bidrar även att man i Sverige bor längre från barnbarnen än i Sydeuropa.

Jämfört med övriga Europa är många svenskar engagerade i s.k. frivilligarbete, dvs. i föreningar, organisationer, politiska partier, välgörenhet etc. I Sverige tycks vi således ägna mer tid åt förvärvsarbete och frivilligarbete än i övriga Europa, men kanske mindre tid åt familjen.

Av dem som inte förvärvsarbetar är en stor del förtidspensionerade. I själva verket är andelen förtidspensionerade i Sverige och Danmark den högsta bland de undersökta länderna. Som Axel Börsch-Supan visat i kapitel 5 kan inte skillnader i ålder, andel kvinnor eller i hälsa förklara detta. Då Sverige och Danmark tillhör de länder som har den bästa arbetsmiljön, kan inte heller detta förklara den höga andelen förtidspensionärer. Rimligen måste förklaringen i stället sökas i den politiska och administrativa generositeten när förtidspensioner beviljats.

Inkomststandarden i Sverige ligger på en nivå som är något högre än genomsnittligt för de undersökta länderna. Den är dock högre i Schweiz, Holland och Frankrike. Avspeglar sig dessa inkomstskillnader också i skillnader i konsumtionsstandard? Vi har hittills endast undersökt konsumtionen av livsmedel utan att finna några starka samband. De svenska hushållens livsmedelskonsumtion är den lägsta bland alla undersökta länder. Åtminstone en

del av förklaringen ligger i de relativt höga livsmedelspriserna i Sverige. Att ha en god livsmedelsstandard är givetvis grundläggande för ett hälsosamt åldrande samtidigt som en överkonsumtion leder till överviktsproblem, ett problem som vi redan konstaterat är mindre i Sverige än i de övriga länderna. Fortsatta studier av de äldres livsmedelkonsumtion är angelägna.

Inkomstspridningen är mycket låg i Sverige och fattigdomen bland de äldre är liten. En grupp som dock har svårt att få hushållsekonomin att gå ihop är de ensamstående, särskilt de ensamstående kvinnorna.

Mätt med privat förmögenhet är Sverige det fattigaste av de undersökta länderna, men samtidigt har svenska hushåll näst hushållen i Schweiz och Danmark i genomsnitt de största finansiella tillgångarna. Av detta följer att de reala tillgångarna, främst fastigheter i form av egna hem, är mindre i Sverige än i de övriga länderna. Förklaringar till detta kan vara att en mindre andel av hushållen har ett eget hem i Sverige, att fastighetspriserna i genomsnitt är lägre i Sverige och att belåningsgraden är högre.

Svenska hushåll är i större utsträckning än hushåll i många andra länder utsatta för marknadsrisker, både i sitt privata sparande, då andelen aktierelaterade tillgångar är större, och i det allmänna pensionssystemet, som via premiepensionen och den s.k. balansmekanismen ("bromsen") är beroende av aktiemarknaden och den ekonomiska tillväxten.

Hur svårt det blir att möta den demografiska utmaningen i form av en åldrande befolkning beror den ekonomiska tillväxten. Ett sätt att öka tillväxten är att öka arbetsinsatsen. Jämfört med övriga europeiska länder har Sverige en mindre potential i detta avseende då andelen förvärvsarbetande i åldrarna före normal pensionsålder redan är hög. Även om det finns en del att vinna genom en reducering av förtidspensioneringen, sjukskrivningarna och arbetslösheten innebär detta att Sverige förmodligen är mer beroende av en ökad arbetskraftsinvandring eller en högre produktivitetstillväxt än länderna i södra och mellersta Europa.

Undersökningen EUROPA 50+ ger en intressant överblick av hälsostillstånd och ekonomi bland medelålders och äldre i Europa och möjlighet till meningsfulla jämförelser mellan de deltagande länderna. Det mesta av analysarbetet återstår för att vi bättre ska förstå varför det finnas så stora skillnader mellan våra länder. Det bästa sättet att förstå åldrandet, hur den åldrande europeiska befolkningens hälsa, ekonomi och övriga livsbetingelser förändras, är att följa dessa förändringar för samma urval av hushåll medan de åldras med upprepade intervjuer. Först då kan man särskilja vad som beror på åldrandet och vad som hänger samman med unika förändringar ett visst kalenderår. Vi är ofta intresserade av att försöka bedöma effekter av politiska åtgärder. Ett sätt att göra det är att göra mätningar före och efter förändringen i politik, helst på samma individer. Även för detta ändamål är således paneldata det kraftfullaste verktyget. Av dessa skäl söker vi fortsatt finansiering för att göra vår undersökning longitudinell.



## REFERENSER

- Aarts, L.J.M., R.V. Burkhauser and Ph.R. de Jong. Eds. 1996. *Curing the Dutch Disease, An International Perspective on Disability Policy Reform*, Avebury: Aldershot.
- Andersson, B., L. Berg och A. Klevmarken (2002), "Inkomst- och förmögenhetsfördelningen för dagens och morgondagens äldre", i SOU 2002:29, *Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring*, Bilagedel B.
- Attias-Donfut, C., J. Ogg och F-C. Wolff, (2005) "Family Support, Ch. 4.2 in Börsch-Supan m fl (2005)
- Blöndal, S. and S. Scarpetta. 1998. The retirement decisions in OECD countries, *OECD Economics Department Working Paper*, No. 202, Paris: OECD.
- Bonsang E, S. Perlman och K. Van den Bosch (2005), Income, Wealth and Consumption Inequality Ch 6.5 in Börsch-Supan et al (2005)
- Browning, M. och Madsen E. (2005). Consumption. in Börsch-Supan et al (2005)
- Brugiavini, A., E. Croda och F. Mariuzzo, (2005) "Labour Force Participation of the Elderly: Unused Capacity?" Ch. 5.1 in Börsch-Supan m fl (2005)
- Brunner, J. C. Riess och R. Winter-Ebmer, (2005) "Public and Private Pension Claims", Ch. 5.2 in Börsch-Supan m fl (2005)
- Börsch-Supan, A.. 2001. Incentive Effects of Social Security Under an Uncertain Disability Option. In *Themes in the Economics of Aging*, ed. D.A. Wise, , 281-310, Chicago: University of Chicago Press.
- Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J. and Weber, G. (red.) (2005), *Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA).

- Christelis D., T. Jappelli och M. Padula (2005). Wealth and Portfolio Composition. in Börsch-Supan et al (2005)
- Gruber, J. and Wise, D. Eds. 1999. *Social Security and Retirement around the World*, Chicago: University of Chicago Press.
- Guiso, L. A. Tisenso och J Winter, (2005) "Expectations", Ch. 6.6 in Börsch-Supan m fl (2005)
- Hank, K. och M. Erlinghagen, (2005) "Volunteer Work", Ch. 5.5 in Börsch-Supan m fl (2005).
- Kohli, M., H. Künemund och J. Lüdiche, (2005) "Family Structure, Proximity and Contact", Ch. 4.1 in Börsch-Supan m fl (2005)
- Lyberaki A. och P.Tinios (2005), Poverty and Social Exclusion: A New Approach to an Old Issue, Ch 6.2 in Börsch-Supan et al (2005)
- Siegrist, J. O. von dem Knesebeck, M. Wahrendorf, (2005), "Quality of Employment and Well-Being" Ch. 4.5 in Börsch-Supan m fl (2005)