

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringsbeslut den 4 februari 1999 bemyndigades chefen för Socialdepartementet, statsrådet Lars Engqvist, att tillkalla en kommitté bestående av forskare med uppdrag att göra ett välfärdsbokslut över 1990-talet (dir. 1999:7, se bilaga 1). Med stöd av bemyndigandet förordnades docent Joakim Palme som ordförande samt docent Åke Bergmark, docent Johan Fritzell, docent Olle Lundberg, tf. professor Elisabet Näsman, docent Lena Sommestad samt docent Marta Szebehely som övriga ledamöter i kommittén. Till sekreterare för kommittén utsågs filosofie kandidaterna Mia Hultin och Martin Hörnqvist. Ann-Charlotte McCarthy och Monica Berglund har varit kommittéassistenter. Kommittén antog sedermera namnet "Kommittén Välfärdsbokslut".

Det föreliggande betänkandet svarar mot det krav i direktiven som anger att kommittén ska lämna ett delbetänkande senast januari 2000. Eftersom det ännu saknas underlag för att göra ett bokslut för hela 1990-talet och kommittén anser det vara väsentligt att göra fördjupade analyser på vissa områden kan detta första betänkande från Kommittén Välfärdsbokslut rubriceras som ett delbokslut. Kommittén skall lämna sitt slutbetänkande år 2001.

Delbokslutet baserar sig på olika typer av underlag. Kommitténs ledamöter har själva utfört och sammanställt forskning på olika områden, men också uppdragit åt ett antal externa forskare att utarbeta översikter inom sina respektive forskningsområden. Följande forskare har medverkat till att utarbeta underlag för kommittén: Roger Andersson, Maria Appelqvist, Karin Barron, Donald Broady (med Mats B. Andersson, Mikael Börjesson, Jonas Gustafsson, Elisabeth Hultqvist och Mikael Palme), Gunilla Fredriksson, Roland Granqvist, Jan Eric Gustafsson (med Anette Andersson och Michael Hansen), Håkan Johansson, Mikko Kautto, Thomas Lindh, Per Lundborg, Tommy Lundström, Dimitris Michailakis, Michael Nordenmark, Lars Oscarsson, Håkan Regnér, Diane Sainsbury, Tapio Salonen, Karin Svedberg Nilsson, Måns Svensson, Hans Swärd, Mårten Söder, Rune Åberg samt Karsten Åström.

SCB har givits särskilda uppdrag att analysera fruktsamhetsutveckling och inkomstfördelning. På dessa områden har Britta Hoem och Kjell Jansson lämnat underlagsrapporter. Dessutom har kommittén gjort beställningar på bearbetningar av nationalräkenskaperna från SCB. Här ska också nämnas att SCB:s Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) har utgjort grundmaterial för kommitténs beskrivning och analys av människors levnadsvillkor i Sverige under 1990-talet.

Kommittén har i sitt arbete även använt sig av kunskapsöversikter sammanställda av Riksförsäkringsverket, Skolverket och Socialstyrelsen. Dessa myndigheter gavs den 20 maj 1999 i uppdrag av regeringen att bistå kommittén med statistik och annan tillgänglig kunskap inom sina respektive verksamhetsområden.

Ett stort tack riktas till alla som bidragit med underlag till kommittén. Ett stort tack riktas också till det stora antal experter som läst och kommenterat de underlag som delbetänkandet baseras på. Experternas medverkan har också varit viktig för att identifiera kunskapsluckor kring välfärdsutvecklingen. Samtliga slutsatser och bedömningar är dock kommitténs egna.

Kommittén får härmed överlämna sitt delbetänkande "Välfärd vid vägskäl".

Stockholm den 18 januari 2000

Joakim Palme

Åke Bergmark

Elisabet Näsman

Johan Fritzell

Lena Sommestad

Olle Lundberg

Marta Szebehely

/Mia Hultin

/Martin Hörnqvist

Innehåll

Inledning	11
Delbokslut: Välfärd under 1990-talet – en sammanfattning	17
1 Strukturella förutsättningar och förändringar.....	37
1.1 Ekonomiska förutsättningar och förändringar.....	38
Arbetslösheten drabbade alla sektorer i ekonomin	42
Arbetslösheten har totalt sett slagit hårdare mot män än mot kvinnor.....	46
1.2 Demografiska förutsättningar och förändringar	47
1.2.1 Barnafödandet har minskat kraftigt.....	47
Fruksamheten har minskat mest bland yngre kvinnor	48
Fruksamheten är relaterad till sysselsättnings- situation och ekonomiska förutsättningar	48
1.2.2 Barnen och de allra äldsta har blivit fler	51
1.2.3 Stor flyktinginvandring och förstärkt boende- segregation.....	53
Stora förändringar i svenskt flyktingmottagande	55
Boendesegregationen har förstärkts.....	56
Etniskt grundad boendesegregation – inte bara ett storstadsproblem	57
2 Socialpolitikens förutsättningar och förändringar	61
2.1 Välfärdsstat och försörjning.....	65
2.1.1 Arbetsmarknadspolitikerna har differentierats och decentraliserats	69
Antalet aktiva arbetsmarknadsåtgärder har ökat kraftigt ...	70
Kommunerna har fått ökat ansvar för arbetsmarknadspolitikerna	72

2.1.2	Förändringar av arbetslöshetsersättningarna	75
	Förändringar av kvalificeringsvillkor och täcknings- grad	75
	Förändringar av ersättningsnivåer och ersättnings- tider	76
2.1.3	Förändringar på socialförsäkringarnas område.....	78
	Förändringar i kvalificeringsvillkor och täcknings- grad	79
	Förändringar av ersättningsnivåer och ersättnings- tider	84
	Förändringar i försäkringens tillämpning.....	86
	Ersättning från socialförsäkringen till personer med funktionshinder.....	87
2.1.4	Förändringar i familjestöden.....	88
2.1.5	Allt fler har fått socialbidrag och kostnaderna har ökat kraftigt	92
	Fördubblat socialbidragstagande bland ungdomar	94
	Flyktinginvandringen och socialbidragstagandet	98
	Normerna för socialbidrag har blivit mer restriktiva.....	99
	Arbetslinjen har förstärkts i första hand för ung- domar	101
	Kommunernas arbete med att hålla nere social- bidragskostnaderna har intensifierats	102
2.1.6	Förändringar i försörjningssystemen	104
2.2	Utvecklingen på välfärdstjänsteområdet	109
2.2.1	Fler barn får barnomsorg trots minskade offentliga utgifter.....	113
	De totala kostnaderna för barnomsorgen har varit stabila	113
	Barngruppernas storlek har ökat	116
	Barnomsorgsavgifterna har ökat och varierar kraftigt mellan kommuner	117
	Barn till arbetslösa föräldrar har bristande tillgång till barnomsorg	118
	Allt fler barn skrivs in i privat driven barnomsorg.....	119
	Jämlikhet och skiktning i barnomsorgen	119
2.2.2	Ett turbulent decennium på skolans område	121
	Kostnaderna per elev har minskat	122
	Kommunerna har fått allt större ansvar för skolans verksamhet	123
	Utsatta områden får större del av resurserna.....	124
	Allt fler elever går i fristående skolor	124
	Fler elever går ut skolan med ofullständiga betyg	125

	Allt fler elever har ett annat modersmål än svenska, men hemspråksundervisningen har minskat	126
	Antalet elever i särskolan har ökat	127
	Det individuella programmet på gymnasiet – en första andrachans?.....	128
	Den sociala snedrekryteringen i gymnasievalen minskade i början av decenniet	128
	Universitets- och högskolesystemet har expanderat kraftigt.....	129
2.2.3	Ökat tryck på barn- och ungdomsvården.....	132
	Antalet omhändertaganden av barn och ungdomar ökar..	134
	Antalet barn och ungdomar med kontaktperson/kontaktfamilj har ökat	136
	Bristande kunskaper om resursutveckling och resultat.....	137
2.2.4	Missbrukarvårdens utveckling	138
	Antalet missbrukare intagna på institution minskar.....	140
	Kraftig minskning av antalet alkoholmissbrukare i institutionsvård	141
	Förskjutning från slutet till öppen vård.....	142
	De privata inslagen i missbrukarvården har ökat.....	142
2.2.5	Sjukvård och vårdutnyttjande	145
	Patienternas utgifter för hälso- och sjukvård har ökat	147
	Betydande personalminskningar inom hälso- och sjukvården	149
	Antalet vårdplatser har minskat	149
	Vårdtiderna har blivit kortare.....	151
	De yngres vårdkonsumtion har minskat	152
	Drygt var tionde person med vårdbehov avstår från att söka läkarvård.....	155
	Läkemedelskostnaderna har ökat kraftigt	156
	Läkemedelsanvändningen har ökat bland de yngre.....	158
2.2.6	Ökad ambitionsnivå, men också ökad differentie- ring i insatserna för personer med funktionshinder ...	159
	Handikappreformen och psykiatrireformen	159
	Täcker insatserna de befintliga behoven?	161
	Ökade kostnader, men ofullständig behovstäckning	162
	Förbättrade villkor för vissa – försämrade villkor för andra	163
	Bristande samverkan och bristande information är ett problem	165

2.2.7	Äldreomsorgens utveckling – allt färre får hjälp.....	167
	Färre får del av äldreomsorgens resurser	170
	Strängare biståndsbedömningar och hårdare prioriteringar	172
	Äldreomsorgens utformning och kvalitet.....	173
	Nya organisationsformer och ökad kommunal variation ..	174
2.2.8	Stora organisationsförändringar på välfärdstjänsternas område	177
	Decentraliseringen har förstärkts	177
	Marknadsinfluerade förändringar av välfärdstjänsternas organisering	178
	Välfärdstjänster i privat drift har ökat i omfattning	180
	Välfärdspersonalens arbetsförhållanden och brukarnas välfärd	184
3	Välfärd, ofärd och ojämlikhet	187
3.1	Sysselsättning, arbetsförhållanden och utbildning	190
3.1.1	1990-talet – ett decennium präglat av sysselsättningskris	191
	Ungdomar och invandrare hårt drabbade av arbetslöshet	193
3.1.2	Andra större förändringar på arbetsmarknaden	198
	Fler har fått tillfälliga anställningar	199
3.1.3	Arbetsdagarnas fysiska och psykiska arbetsförhållanden	202
	Fysiskt krävande och enformiga arbeten fortfarande vanligt förekommande	202
	Kvinnor har fått sämre psykisk arbetsmiljö	205
	Andra gruppskillnader i arbetsvillkor.....	207
3.1.4	Utbildningsnivåerna har ökat för både äldre och yngre	209
	Vuxenutbildningen har expanderat	209
3.2	Sänkta inkomster och ökade inkomstskillnader	212
	Inkomstskillnaderna mellan kvinnor och män har minskat något ..	212
	De genomsnittliga inkomstnivåerna har sänkts.....	213
	Inkomstskillnaderna har ökat	215
	Inkomstnivåer och inkomstskillnader över livscykeln	218
	Allt fler har inkomster som underskrider socialbidragsnormen	220
	Allt fler barn lever i hushåll med mycket låga inkomster	224
	Allt fler lever under stora ekonomiska svårigheter	225

3.3	Förändringar i dödlighet och ohälsa	228
	Sociala skillnader i dödlighet kvarstår	229
	Tendenser till ökad ohälsa under decenniets första hälft	232
	Ohälsan är ojämnt fördelad mellan befolkningsgrupper	233
	Klasskillnaderna i ohälsa kvarstår	235
	Ojämligheten i hälsa har inte ökat i omfattning	236
3.4	Social förankring, boende och hemlöshet	239
3.4.1	Människors sociala förankring har inte försvagats ...	240
	Bristande sociala nätverk och avsaknad av vän- skapsrelationer vanligare bland utrikesfödda	242
3.4.2	Förändringar av bostads- och boendeförhållanden	243
3.4.3	Hemlöshetsproblematik – ett område präglad av stora kunskapsluckor	246
	Orsakerna bakom hemlöshet är otillräckligt belysta	248
	Effekterna av insatserna är i stort sett okända	248
3.4.4	Regionala skillnader i välfärd	250
3.5	Utsatthet och ackumulering av ofärd	254
	Bristande ekonomiska resurser – ett centralt välfärdsproblem	255
	Vissa grupper har särskilt höga risker för att drabbas av flera olika välfärdsproblem	259
	Välfärdsproblem bland de arbetslösa	261
3.6	Välfärdsförändringar – har 1990-talet varit ett unikt årtionde?	264
4	Ofärd, kunskapsluckor och vägval	269
4.1	Ofärd	270
4.2	Kunskapsluckor	273
4.3	Välfärd vid vägskalet	279
	Referenser	283
 Bilagor		
<i>Bilaga 1</i>	Kommittédirektiv	299
<i>Bilaga 2</i>	Underlag till Kommittén Välfärdsbokslut	305

Inledning

Uppdraget

Kommitténs uppdrag är att beskriva utvecklingen av människors välfärd under 1990-talet. Denna beskrivning görs mot bakgrund av hur strukturella och institutionella förutsättningar förändrats under perioden. I enlighet med de direktiv som föreligger lämnar vi med detta betänkande en första delrapport.

Den centrala uppgiften för kommittén är att göra en samlad bedömning av välfärdsutvecklingen under decenniet. Kommittén har tolkat uppdraget så att detta också inbegriper en översikt av hur viktiga strukturella villkor och de socialpolitiska stödsystemen förändrats. Ett uttalat mål för arbetet har dessutom varit att identifiera viktiga kunskapsluckor samt att peka ut forskningsuppgifter av särskild relevans för 2000-talets socialpolitiska utmaningar.

Flera av de områden som kommittén förväntas belysa är eller har nyligen varit föremål för utredning i olika statliga kommittéer eller är en del av de statistik- och rapporteringsuppdrag som åvilar olika statliga myndigheter. Kommittén har mot denna bakgrund valt att ägna mindre uppmärksamhet åt vissa områden som belyses i andra sammanhang, såsom vuxenutbildning, rehabiliteringsfrågor, frivilligsektorn, regional utveckling och konsekvenser av boendesegregation.

Underlaget

Delbetänkandet grundar sig på olika typer av underlag som dels tagits fram direkt för kommittén, dels funnits tillgängliga på annat sätt i statistik, forskning och andra utredningar. De underlag som tagits fram inom ramen för kommitténs arbete är av olika karaktär. För det första har kommittén gjort egna analyser och författat självständiga underlag och sammanställningar. För det andra har en rad forskare givits i uppdrag att författa underlag på olika områden. För det tredje har ett antal myndigheter bidragit med underlag. Ett flertal analysuppdrag har lagts på Statistiska Centralbyrån. Socialdepartementet har lämnat uppdrag till

Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket medan Utbildningsdepartementet har lämnat uppdrag till Skolverket att komma med underlag om 1990-talsutvecklingen. Samtliga underlag har i seminarieform granskats och diskuterats av externa experter och finns förtecknade i bilaga 2 i detta betänkande. Underlagen kommer senare att publiceras genom kommitténs försorg eller göras tillgängliga på annat sätt.

Ett delbokslut över välfärdsutvecklingen

Ett ekonomiskt bokslut består dels av en översikt över ett företags eller en förenings intäkter och kostnader under en viss period, dels av en sammanställning av verksamhetens tillgångar och skulder vid periodens slut. Medan valutan i företagsekonomiska bokslut är kronor och ören är valutan i ett välfärdsbokslut istället välfärd i vid mening. Ett bokslut utgör normalt ett underlag för bedömning av ett företags verksamhet och därmed för beslut om dess framtida inriktning. Ett bokslut för välfärden syftar på samma sätt till att utgöra ett underlag för bedömningar av välfärdens och socialpolitikens utveckling och därmed för beslut om politikens framtida inriktning. Eftersom det ännu saknas underlag för att göra ett bokslut för hela 1990-talet rubriceras detta första betänkande från Kommittén Välfärdsbokslut som ett delbokslut.

Hur ska man då förstå ”välfärd i vid mening”? I den dominerande svenska forskningstraditionen har välfärd ofta definierats som *”förfogande över resurser i pengar, ägodelar, kunskaper, psykisk och fysisk energi, sociala relationer, säkerhet m.m. med vars hjälp individen kan kontrollera och medvetet styra sina livsvillkor”* (Johansson 1970: 25). I stället för att söka mäta ett eftersträvansvärt idealtillstånd som gäller för alla individer, mäter man vilka resurser och möjligheter individen har att förverkliga sina egna mål i livet, vilka dessa än är. Med ett sådant perspektiv är pengar bara en av många resurser som individen kan omsätta i sin strävan efter ett gott liv. Utgångspunkten är att frågor om välfärdens utveckling inte kan besvaras enbart utifrån kunskap om ekonomiskt välstånd.

En orsak till förvirring är att begreppet välfärd i debatten omväxlande används om individuella levnadsförhållanden, om landets tillväxt och för att beskriva de strukturer av offentliga transfereringar och tjänster som utgör ett lands socialpolitik. Vad välfärdsforskningen lär oss är dock att de flesta individers välfärd i väsentliga avseenden är avhängig socialpolitikens utformning. Medan goda individuella levnadsförhållanden otvivelaktigt har ett egenvärde, avgörs enligt vårt förmenande värdet av de välfärdsstatliga systemen ytterst av deras förmåga att garantera medborgarna den typ av resurser som beskrivs ovan.

Vi kommer att betrakta människors resurser, i vid bemärkelse, som den "valuta" med vars hjälp välfärden kan beskrivas. Det inbegriper inte bara en översikt över tillgång och fördelning av resurser i största allmänhet, utan också att särskild vikt läggs vid bristande resurser, det vill säga ofärdsproblem av olika slag. Trots uppenbara skillnader mellan ekonomiska och sociala bokslut vad gäller deras respektive "valutor", finns det tankegångar i det traditionella bokslutsförfarandet som är relevanta för en översikt av välfärdsutvecklingen under 1990-talet. Ett bokslut ska präglas av en tydlig, men försiktigt hållen, beskrivning av relevanta förhållanden. Det ska i ett bokslut inte göras några explicita specifikationer eller analyser av vilka motiven eller orsakerna är bakom de utfall som kan observeras. Däremot är det brukligt att i den så kallade förvaltningsberättelsen beskriva viktiga händelser som inträffat under den studerade perioden och som kan ha haft betydelse för det observerade utfallet. En förvaltningsberättelse översatt till en välfärds-kontext består i bakgrundsbeskrivningar mot vilka välfärdsutvecklingen bör ses. För ett företag är det relevant att beskriva olika marknadens utveckling och andra omvärldsförändringar. På välfärdsområdet är det viktigt att beskriva såväl ekonomiska och demografiska förändringar som utvecklingen i de socialpolitiska åtgärdssystemen.

En vägledande och viktig princip i ett bokslut är att beskrivningen tydligt går att särskilja från bedömningarna av den. Bokslutet ska kunna ligga till grund för bedömningar av utvecklingen, men ska däremot inte i sig vara bemängt av bedömningar eller konkreta förslag. Vi har strävat efter att följa denna princip.

Något som är viktigt att komma ihåg när man tar del av den bild som förmedlas inom ramen för detta välfärdsbokslut är att den enbart är baserad på uppgifter som man, med någorlunda rimliga vetenskapliga anspråk, kan anse stabila och rättvisande. Kommittén är genomgående sammansatt av forskare och värderingen av olika sorters kunskap har varit central i arbetet med betänkandet. Vidare är fokus så gott som uteslutande riktat mot vad som hänt sett på nationell nivå, vilket innebär att utvecklingen för enskilda kommuner, landsting eller regioner inte fångas upp. Sammantaget innebär detta att det finns välfärdspolitiskt relevanta utvecklingsdrag som inte fångas upp i denna genomgång. Mycket som har hänt under decenniet undandrar sig beskrivningar utifrån tillgängliga data och vissa kommuner har genomgått förändringar som radikalt avviker från det generella mönstret.

Betänkandet

I betänkandet presenteras sådan kunskap om välfärdsutvecklingen i Sverige på 1990-talet som kommittén anser att det finns rimliga belägg för. Huvudresultaten finns sammanfattade i avsnittet ”Delbokslut: Välfärden under 1990-talet – en sammanfattning”. Betänkandet är i övrigt uppdelat i fyra kapitel.

I det första kapitlet behandlas de strukturella förutsättningar som gällt under 1990-talet. Med detta avses de ekonomiska, sysselsättningsmässiga och demografiska förhållanden som inte bara påverkat människors levnadsförhållanden, utan också utgjort förutsättningar för de socialpolitiska åtgärdssystemen och den välfärdspolitik som syftar till fördelning av ekonomiskt välstånd och av välfärd i en vidare mening.

I det andra kapitlet granskas i två delar välfärdspolitikens utveckling. I den första behandlas utvecklingen när det gäller olika insatser som syftar till att förbättra människors försörjningssituation. Här beskrivs huvuddragen för arbetsmarknadspolitiken och arbetslöshetsersättningarna, förändringar inom socialförsäkringarna och familjestödet och hur socialbidraget utvecklats. I den andra delen behandlas den del av välfärdsstaten som är inriktad på produktionen av olika typer av välfärdstjänster, eller som det i dagspolitiken ofta benämns ”vård, skola och omsorg”. Inledningsvis görs en översikt över hur de offentliga resurserna till olika områden varierat över decenniet. Framställningen därefter följer i någon mån ett livscykelperspektiv. Först behandlas barnomsorg och skola samt den sociala barn- och ungdomsvården. Därefter följer genomgångar av missbrukarvården, hälso- och sjukvården, omsorgen om personer med funktionshinder samt äldreomsorgen. Avsnittet om välfärdstjänsterna avslutas med en diskussion om de många organisationsförändringar som skett under det kristyngda 1990-talet.

I det tredje kapitlet redovisas en bild av den individuella välfärdsutvecklingen under decenniet. Först beskrivs befolkningens situation med avseende på sysselsättning, arbetsförhållanden och utbildning. Därefter studeras inkomster, inkomstfördelning och andra aspekter på ekonomiska resurser. Hälsa och dödlighet avhandlas i ett särskilt avsnitt som följs av en beskrivning av social förankring, boende och hemlöshet. Kapitlet avslutas med ett avsnitt om grupper som upplever resursbrister i mer än ett avseende.

I betänkandets fjärde kapitel söker vi i korthet lyfta fram några centrala välfärdsproblem i olika befolkningsgrupper. Vi pekar också på

ett antal kunskapsluckor vad gäller centrala aspekter av välfärdsutvecklingen, och anger inriktningen på kommitténs fortsatta arbete. Avslutningsvis urskiljs några viktiga vägval inför den framtida inriktningen på socialpolitiken.

Delbokslut: Välfärd under 1990-talet – en sammanfattning

Befolkningsförändringar

Under 1990-talet har befolkningens sammansättning i Sverige förändrats på ett sätt som har haft direkta konsekvenser för välfärden och de socialpolitiska stödsystemen. Vi har bevittnat en kraftig ökning av antalet äldre pensionärer, en omfattande flyktinginvandring under decenniets första hälft och ett snabbt fall i barnafödandet.

Ökningen av antalet äldre personer i befolkningen under decenniet gäller enbart dem som är 80 år eller äldre. Antalet yngre pensionärer har till och med minskat något. Uppgången utgör en förlängning av en trend som inleddes redan under tidigare decennier, och mellan 1990 och 1998 ökade antalet personer i gruppen 80 år eller äldre med 17 procent. Ur ett välfärdsstatsperspektiv är denna utveckling av stor betydelse, då man i denna åldersgrupp använder en relativt stor del av de resurser som finns inom de offentliga vård- och omsorgssystemen.

Ett flertal internationella konflikter och inbördeskrig har lett till att Sverige i olika vågor under 1990-talet har tagit emot flyktingar. De ojämförligt starkaste strömmarna kom under perioden 1992 till 1994 från det sönderfallande före detta Jugoslavien. Invandringen under decenniet i övrigt ligger i stort sett i nivå med siffrorna för 1980-talets senare del. Av dem som beviljats uppehållstillstånd under 1990-talet kom drygt hälften från det forna Jugoslavien, knappt 20 procent från Iran eller Irak och cirka fem procent från Etiopien eller Somalia. De stora flyktinggrupperna anlände samtidigt som den svenska samhälls-ekonomi och arbetsmarknaden genomgick sina mest ogynnsamma faser. Möjligheterna för de nyanlända flyktingarna att hitta försörjningsmöjligheter på den öppna arbetsmarknaden var därför starkt begränsade och eftersom inga andra skyddsnet egentligen fanns för denna grupp blev de i stor omfattning hänvisade till att klara sig med hjälp av socialbidrag.

Fruktbarheten i Sverige har under de senaste årtiondena präglats av mycket kraftiga svängningar och i början av 1990-talet var barnafödandet uppe i det för europeiska förhållanden mycket höga talet 2,1 barn per

kvinnor. Efter 1992 började dock fruktsamheten att sjunka mycket snabbt och i dag ligger den i genomsnitt på 1,5 barn per kvinna, vilket är den lägsta nivå som någonsin registrerats i vårt land. Nedgången har varit tydligast bland yngre kvinnor, vilket har inneburit en successiv förskjutning av barnafödandet mot allt högre åldrar. Kvinnor med låga arbetsinkomster och låg utbildning uppvisar också en lägre fruktsamhet än andra grupper. Sammantaget finns det mycket som talar för att barnafödandet blivit allt mer av en resursfråga under 1990-talet. En viktig konsekvens av de snabbt fallande födelsetalen under decenniet är att barnkullarnas storlek i dag varierar kraftigt. De största barnkullarna är i dag runt tio år gamla, medan antalet barn som är i förskoleåldern är betydligt mindre.

Sysselsättning och arbetslöshet

Under 1990-talet nådde arbetslösheten i Sverige nivåer som inte förekommit sedan krisåren på 1930-talet. Mellan 1990 och 1993 ökade den öppna arbetslösheten i Sverige från knappt två till drygt åtta procent. Sysselsättningen minskade totalt med mer än en halv miljon personer under samma period. Under åren 1993 till 1997 var arbetslösheten i stort sett oförändrad, medan en kraftig nedgång inleddes 1998. Totalt sett har recessionen slagit hårdast mot tillverknings- och byggnadsindustri, medan man inom den privata tjänstesektorn t o m haft en sysselsättningsökning under decenniet. Under andra halvan av 1990-talet har sysselsättningsfallet varit störst inom hälso- och sjukvård och sociala tjänster.

Mest har arbetslösheten ökat bland ungdomar. Också för dessa skedde den mest markanta uppgången under decenniets första hälft, och 1994 hade var tredje person i åldrarna 16-23 år varit arbetslös någon gång under året. För perioden därefter har den öppna arbetslösheten dock minskat i gruppen. Ungdomarnas svårigheter på arbetsmarknaden har också kommit till uttryck i att allt fler har stått utanför arbetskraften. Denna trend har varit mer ihållande än arbetslöshetens uppgång för de unga. Mellan 1990 och 1997 fördubblades i stort sett andelen unga mellan 20 och 25 år som inte stod till arbetsmarknadens förfogande. Ingen annan åldersgrupp har varit i närheten av en sådan utveckling. En anledning till detta är att det för unga ligger mer nära till hands att fortsätta med utbildning när möjligheterna till arbete är små. Jämfört med 1980-talets senare hälft har också andelen studerande bland ungdomar 20 till 25 år fördubblats under 1990-talet. Noterbart är att det inte skett någon ökad utslagning från arbetskraften i de högsta förvärvsaktiva åldrarna (56 till 65 år) under perioden.

Vid sidan av ungdomar har invandrare drabbats särskilt hårt av arbetslösheten. Det är dock skillnad mellan olika invandrargrupper. Invandrare födda utanför Europa har haft en kraftigare arbetslöshetsuppgång och ett mer omfattande sysselsättningsfall än europeiska invandrare. Också för dessa upphör emellertid ökningen av arbetslösheten vid decenniets mitt. Ser vi till kön kan vi konstatera att arbetslösheten, som i slutet av föregående årtionde var jämnt fördelad, ökade mer bland män än kvinnor under 1990-talets inledande år. Mellan 1994 och 1996 minskade ånyo skillnaderna mellan könen, men sammantaget har dock arbetslösheten under decenniet drabbat män något hårdare. I övrigt har arbetslösheten också slagit hårt mot ensamstående, med eller utan barn. Men medan uppgången för de senare, i likhet med för andra hushållstyper, upphör efter 1994 fortsätter arbetslösheten att öka för de ensamstående med barn.

Den aktiva arbetsmarknadspolitiken har, som ett resultat av arbetslöshetens uppgång, vuxit i omfattning i så måtto att antalet personer som är föremål för individuella åtgärder ökat kraftigt under decenniets första hälft. Däremot har den andel av de arbetslösa som varit i åtgärder sjunkit under arbetslöshetens mest expansiva fas, då antalet arbetslösa ökat snabbare än de individuella åtgärderna. En annan tendens är att kommunerna successivt har tagit över ett större ansvar för den aktiva arbetsmarknadspolitiken och att utbudet av olika former av åtgärder har breddats. Generellt sett har denna utveckling inneburit en uttunning av de aktiva åtgärderna i meningen att fler kommit att delta i jämförelsevis billiga program. Denna utveckling har emellertid brutits de allra senaste åren.

Boendesegregation

En av de samhällsfrågor som diskuterats mest ingående under senare år är otvivelaktigt de tendenser till segregation som kunnat iakttagas. Politiskt har frågan varit aktuell under i stort sett hela det gångna decenniet, men det saknas i allt väsentligt systematiska studier av segregationens konsekvenser. Analyser av utvecklingen under 1990-talet visar att såväl den ekonomiska som etniska boendesegregationen har ökat.

Mönstret för den ekonomiska segregationen kan framför allt iakttagas i storstäderna, där människor med låga inkomster blivit allt mer geografiskt koncentrerade. Utvecklingen – som varit mest accentuerad under den första halvan av decenniet – visar att andelen låginkomsttagare ökat i de områden där inkomsterna totalt sett är allra lägst och att

de minskat i höginkomstområden. Resultatet är en ökad geografisk åtskillnad mellan personer med höga respektive låga inkomster.

Den etniska boendesegregationen ökade i de tre storstadsregionerna under första hälften av 1990-talet och var i stort sett konstant mellan 1995 och 1998. Den geografiska åtskillnaden mellan inrikes och utrikes födda är under hela perioden mer utpräglad i Malmö och Göteborg än i Stockholm. Betraktar vi utvecklingen utanför storstäderna finner vi en ökad segregation också mellan 1995 och 1998.

Inkomster och ekonomiska resurser

Nedgången i den svenska ekonomin och den ökade arbetslösheten under 1990-talets inledande år har satt tydliga avtryck i hushållens ekonomi. De genomsnittliga disponibla inkomsterna sjönk fram till 1995 för att därefter vända uppåt. Uppgången tycks av allt att döma hålla i sig, men inkomstnivån 1997 var alltså väsentligt lägre än vid decenniets inledning. Perioden utmärks också av att inkomstskillnaderna ökat. Detta är en fortsättning på en trend som påbörjades under 1980-talet. De genomsnittligt ökade inkomsterna efter 1995 innebär inte att denna trend brutits. Tvärtom är det under detta senare skede som vi finner den mest markanta ökningen i inkomstjämlighet.

Närmare analyser av inkomsternas fördelning visar att det framför allt är höginkomsttagare som fått ta del av den generella uppgången under periodens senare del. Hushåll med mycket höga inkomster skiljer sig från övriga i det att de har betydande kapitalinkomster och den relativa vikten av sådana inkomster har också ökat över tid för gruppen. Låginkomsttagare har en helt annan inkomstsammansättning och är i väsentligt högre grad beroende av inkomster från socialförsäkringar och bidragssystem. I denna grupp har socialbidragens relativa betydelse som inkomstkälla ökat över tid. Vi kan också se att andelen som har årliga inkomster under socialbidragsnormen ökat under större delen av decenniet.

Ser vi till utvecklingen för olika hushållstyper uppvisar ensamstående (i huvudsak kvinnor) med barn och gifta/samboende med många (tre eller fler) barn de största relativa inkomstminskningarna. Det är också dessa hushållskonstellationer som vid en jämförelse faller sämst ut när inkomst relateras till försörjningsbörda. Sammanboende pensionärer är de som haft den mest positiva utvecklingen gällande inkomstnivå, ett faktum som bland annat förklaras av att kullar med hög ATP gjort entré i pensionärsgruppen under perioden. När det gäller utvecklingen för olika åldersgrupper är det ungdomar som upplevt de största försämringarna.

De sjunkande inkomsterna under decenniet har lett till ekonomiska svårigheter för stora grupper. Detta framgår också av ett ökande antal personer som anger att de haft svårigheter att få pengarna att räcka till eller att de saknar kontantmarginaler för eventuella oförutsedda utgifter. Ökningen är kraftigast under decenniets inledande år. Generellt sett har unga hushåll och ensamstående med barn större svårigheter än andra, men utsattheten har ökat i alla grupper, undantaget de allra äldsta. Problemen är större i storstäder än i övriga landet.

Ohälsa

En viktig indikator på välfärdens utveckling är hälsoläget i befolkningen. Ungefär en fjärdedel av alla vuxna människor brukar ange att deras hälsa inte är god. Under 1990-talets inledande år skedde en viss ökning av denna självskattade ohälsa följt av en tendens till minskning från mitten av decenniet. Större förändringar skedde för olika former av nervösa besvär. Andelen i befolkningen som kände ängslan, oro eller ångest ökade markant i början av den aktuella perioden för att sedan stabiliseras på en jämförelsevis hög nivå.

Ohälsan är inte jämnt fördelad mellan olika befolkningsgrupper. Äldre, kvinnor, utrikes födda och arbetare är grupper med relativt sett högre förekomst av hälsoproblem än yngre, män, svenskfödda och tjänstemän. Skillnaderna mellan grupperna har dock inte förändrats under decenniet. Fördelningen av nervösa besvär ser i allt väsentligt ut på samma sätt, även om skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper är mindre. Utvecklingen under 1990-talet har medfört en utjämning mellan åldersgrupper, såtillvida att det psykiska välbefinnandet försämrats betydligt mer bland de yngre än bland de äldre.

Ett annat mått på hälsoläget i befolkningen är dödlighet. Dödligheten i Sverige har sedan lång tid tillbaka minskat. Från mitten av 1970-talet till mitten av 1990-talet sjönk den med närmare 30 procent. Utvecklingen under 1990-talet som helhet är i allt väsentligt likartad. Män uppvisar generellt sett högre dödlighet än kvinnor, men skillnaderna tenderar att minska eftersom männens dödlighet alltsedan början av 1980-talet har sjunkit snabbare än kvinnornas. Arbetare har högre dödlighet än tjänstemän. Denna skillnad är tydligast bland män även om det föreligger skillnader också bland kvinnor. Utvecklingen under den aktuella perioden har dock inneburit att medan klasskillnaderna i dödlighet hållit sig oförändrade bland män så har de ökat bland kvinnor. Faktum är att kvinnor i okvalificerade arbetaryrken är en av få grupper för vilka

dödligheten inte gått ned under 1990-talet. Skillnaden mellan män och kvinnor är dock så stor att kvinnor i okvalificerade arbetaryrken alltså har en lägre dödlighet än män i högre tjänstemannaryrken.

De förvärvsarbetandes villkor

Arbetslivets fysiska och psykiska villkor har genom den mängd människor som berörs och genom den genomgripande effekt som arbetet kan ha på välbefinnandet en betydelse som knappast kan överskattas. Beträffande utvecklingen av fysiskt krävande arbeten visar data att dessa är i det närmaste lika vanligt förekommande i slutet av decenniet som i dess början. Också förekomsten av monotona arbeten har varit relativt stabil. Ingenting i utvecklingen stöder med andra ord tanken på att tunga eller repetitiva arbeten i större skala automatiserats bort eller förflyttats till andra delar av världen. Om så har skett, har det skett parallellt med en ökad belastning eller grad av monoton i sektorer som inte påverkats av en sådan strukturomvandling.

En betraktelse av de psykosociala arbetsvillkoren visar att förekomsten av jäktiga arbeten ökat under hela 1990-talet, medan psykiskt ansträngande arbeten av olika slag blivit vanligare under dess inledande år för att sedan gå tillbaka något. Såväl psykiskt ansträngande som jäktiga arbeten är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män, och skillnaderna har ökat påtagligt under perioden. Ökningen bland kvinnorna har varit särskilt stark inom sektorer som vård, omsorg, skola och socialt arbete. Bland kvinnliga lärare, socialsekreterare, skötare inom den psykiatriska vården och bland vårdare av psykiskt utvecklingsstörda ansåg, i mitten av decenniet, 80 procent eller mer att de hade ett psykiskt påfrestande arbete. Det kan jämföras med 46 procent för kvinnorna totalt sett och 38 procent för männen. Utöver könsskillnader finns det också stora skillnader i den psykosociala arbetsmiljön med avseende på ålder, etnicitet och klass. Här har det dock inte skett några större förändringar under decenniet.

Jämför vi förvärvsarbetande med arbetslösa och personer utanför arbetskraften framkommer att de som har ett arbete har det bättre på de allra flesta områden. Svag arbetsmarknadsförankring har tydliga samband med nedsatt hälsa, svaga politiska resurser och allvarliga ekonomiska problem.

Boende, social förankring och hemlöshet

Beträffande grundläggande aspekter av boendet – såsom trångboddhet och ägandeformer – har 1990-talet inte inneburit några märkbara förändringar. Trångboddheten i Sverige uppgår under hela perioden till drygt två procent och andelen individer som bor i bostadsrätt, villa eller radhus har varit konstant. Däremot finns en klar tendens att ungdomar bor kvar hos sina föräldrar längre än tidigare. Andelen i åldrarna 20 till 24 år som bor kvar i föräldrahemmet har ökat från 30 till 35 procent under den aktuella perioden.

Social förankring är ett annat område som utmärks av förhållandevis hög stabilitet. Betraktar vi de aspekter som fångas upp i surveyundersökningar framgår att människors tillgång till sociala nätverk varit oförändrad: omkring fem procent uppger i intervjuer att de sällan träffar vänner eller släktingar utanför hushållet. Det har inte heller blivit vanligare att människor saknar socialt stöd i form av en förtroelig relation med en nära vän utom familjen.

Ett mer omfattande uttryck för bristande social förankring är hemlöshet. Här är dock kunskapsunderlaget alltför bristfälligt för att man med säkerhet ska kunna säga någonting om utvecklingen under decenniet. Endast ett par större kartläggningar har gjorts, och då med tillvägagångssätt som inte är helt jämförbara. Av dessa att döma har antalet hemlösa minskat med ungefär 15 procent mellan 1993 och 1999. Av samma material kan man dock utläsa en ökning av problem i gruppen; jämförelsevis fler har vid det senare mättillfället missbruksproblem eller psykiska problem.

Socialförsäkringar och familjestöd

Socialförsäkringarnas utveckling under 1990-talet präglas av att antalet förändringar i systemen varit högre än under tidigare årtionden och av att de förändringar som vidtagits till övervägande del varit av begränsande karaktär, det vill säga att de inneburit minskad generositet och räckvidd. Expansiva beslut som verkat i motsatt riktning har också förekommit, men under perioden 1991 till 1997 har de begränsande besluten hela tiden överstigit de expansiva i antal. De viktigaste regel­förändringarna har rört kvalifikationskrav och ersättningsnivåer eller, annorlunda uttryckt, vilka som ska ha rätt till stöd och med hur mycket.

Generellt sett har kvalificeringsreglerna varit mer stabila än ersättningsnivåerna. På vissa områden har det dock genomförts principiellt betydelsefulla förändringar. Ett sådant är förtidspensionerna där de särskilda arbetsmarknads- och åldersskälen som grund för pension har

avskaffats och där rätten till förtidspension sedan 1995 är formulerad så att den ska ha sin grund i medicinska skäl. Ett annat område är folkpensionerna där Sverige, som en konsekvens av undertecknandet av EES-avtalet, skärpte reglerna så att det numera krävs minst 40 års boende i Sverige för full folkpension. Det har också gjorts inskränkningar i efterlevandeskyddet, bland annat genom att folkpensionsdelen i änkepensionen inkomstprövas sedan 1997. En mer restriktiv definition av vad som ska betraktas som arbetsskada har lett till en dramatisk nedgång i antalet ersatta arbetsskador.

Utvecklingen av beslutade ersättningsnivåer har präglats av instabilitet. Ett genomgående mönster är att första halvan och mitten av decenniet inneburit sänkta nivåer medan vissa höjningar gjorts under de allra senaste åren. Det gäller exempelvis pensionssystemet där besparingar gjorts genom förändrade indexeringar 1993 och 1996, men där pensionerna från och med 1999 indexeras fullt ut. De sammantagna konsekvenserna är dock att pensionerna för större delen av 1990-talet blivit lägre än vad som annars skulle ha blivit fallet, såväl för ålders- som för förtidspensionärer. Ersättningsnivåerna för de senare har också sänkts genom olika beslut 1995 och 1997, men där har man genom en förstärkning av pensionstillskottet sökt skydda dem med låg eller ingen ATP. Ett annat område som genomgått många förändringar är sjukpenningen. Där har ersättningsnivån sänkts i flera omgångar, 1991, 1993 och 1996, för att 1998 höjas tillbaka till 1993 års nivå. Ersättningstiden i sjukförsäkringen har också påverkats genom införandet av en karenstdag 1993. I arbetslöshetsförsäkringen har ersättningsnivåerna förändrats på samma sätt och det har införts en karenstid på fem dagar.

I de stöd som mer direkt är riktade till barnfamiljer har det också skett ett stort antal förändringar. Bland annat har ersättningsnivån inom föräldraförsäkringen förändrats i ungefär samma takt och omfattning som sjukpenningen. För barnbidragen höjdes ersättningsnivån i ett par omgångar under decenniets inledande år för att sedan genomgå nedskärningar i form av en nominell sänkning och slopade flerbarnstillägg 1996. Barnbidragen återställdes 1998 i stort sett till det som gällde tidigare. Bostadsbidragen gjordes generösare i början av 1990-talet, men genomgick åtstramningar i mitten av årtiondet då rätten till bidrag för barnlösa över 29 år drogs bort och bidragen stramades åt eller sänktes.

Socialbidrag

Socialbidragen har under 1990-talet ökat i de flesta tänkbara avseenden. Kostnaderna har stigit, bidragstiderna har blivit längre och bidragstagarna har blivit fler. Utvecklingen kan på många sätt beskrivas som

dramatisk, och saknar motsvarighet i modern tid i Sverige. Uppgången var som kraftigast till och med 1994, varefter ökningstakten minskade något för att bytas in en nedgång efter 1997. Ökningen har varit särskilt kraftig vad gäller kostnaderna för socialbidragen. År 1997 uppgick de till 12,4 miljarder kronor, vilket är mer än en fördubbling jämfört med 1990. Andelen bidragstagare i befolkningen ökade från 6 till 8,5 procent under samma period. Noterbart här är dock att den nedgång som skedde 1998 var av en omfattning som förde andelen bidragstagare tillbaka till 1993 års nivå. Bidragstidernas genomsnittliga längd ökade från drygt fyra månader 1990 till fem och en halv månad 1998 och det skedde dessutom en påtaglig ökning av andelen hushåll som med olika definitioner kan betraktas som långvarigt socialbidragsberoende. Vad beträffar långvarigt socialbidragsberoende har det inte skett någon nedgång 1998.

Socialbidragens expansion under decenniet är av en sådan omfattning att i stort sett alla grupper i samhället har ökat sitt bidragstagande. De mest markanta uppgångarna kan dock noteras för framför allt två grupper; ungdomar och utländska hushåll. Bidragstagandet för ungdomar i åldrarna 18 till 24 år har i det närmaste fördubblats under den aktuella perioden. Den generella nedgången i bidragstagandet 1998 har emellertid haft ett tydligt genomslag just bland de unga. Uppgången bland utländska hushåll kan i huvudsak föras tillbaka på den omfattande flyktinginvandringen under årtiondets första hälft. Mellan 1990 och 1995 ökade de utländska hushållen sin andel av samtliga bidragshushåll från 25 till 30 procent och sin andel av kostnaderna från 47 till 52 procent. Under åren därefter har gruppens relativa betydelse för bidragstagandets omfattning minskat något. Vistelsetid i Sverige har avgörande betydelse för risken att behöva socialbidrag. Medan de som vistats i Sverige ett eller ett par år har kraftigt förhöjda nivåer, har utrikes födda som levt här i 15 år eller mer ett bidragstagande som i allt väsentligt är jämförbart med de inrikes föddas.

Parallellt med socialbidragens expansion har också regelverk och kommunal policy förändrats under decenniet. Sammanfattningsvis kan utvecklingen sägas ha gått i riktning mot minskad generositet och ökade krav. Socialbidragsnormen har, genom ett antal regeringsrättsdomar och genom den reviderade Socialtjänstlag som trädde i kraft 1998 successivt urholkats och kommit att innebära en allt högre grad av detaljprövning. Med den reviderade lagen har också den enskildes möjligheter att överklaga beslut om socialbidrag begränsats. Kommunernas möjlighet att ställa krav i form av medverkan i kommunala arbetsmarknadsinsatser av olika slag har utökats, i synnerhet för ungdomar, och kommunernas tolkning av vad det innebär att stå till arbetsmarknadens förfogande har skärpts. Överhuvudtaget har kommunernas åtaganden när det gäller

aktiva arbetsmarknadsinsatser ökat under perioden, liksom den uttalade kopplingen mellan dessa och socialtjänstens arbete med socialbidragstagare.

Barnomsorg

Barnomsorg är en sektor där 1990-talet måste beskrivas som händelserikt. Ansvar för verksamheten har överförts från socialtjänstens till skolans område och sedan 1995 har kommunerna ett lagreglerat ansvar för att utan dröjsmål tillhandahålla plats till barn vars föräldrar arbetar eller studerar. Merparten av Sveriges kommuner har anpassat sig till detta utökade ansvar, men många har samtidigt infört bestämmelser som begränsar arbetslösas rätt till barnomsorg.

Antalet barn inskrivna i barnomsorgen har ökat under hela decenniet, medan kostnaderna för verksamheten legat i stort sett stilla. Sammantaget har antalet inskrivna barn ökat med drygt 30 procent mellan 1990 och 1997. En expansion av detta slag inom ramen för oförändrade resurser innebär med nödvändighet att mindre pengar läggs på varje barn. I fasta priser handlar det om en kostnadsminskning inom förskolan på cirka 14 procent per barn mellan 1991 och 1998. Utvecklingen innebär att barngruppernas storlek och antalet barn per anställd har ökat markant såväl i förskolan som, än mer uttalat, inom fritidshemmen.

Ett annat utvecklingsdrag är att de avgifter som kommunerna tar ut av föräldrar som utnyttjar barnomsorgen har stigit under 1990-talet. Den andel av barnomsorgens bruttokostnader som täcks genom föräldrarnas avgifter har ökat från 10 till 17 procent mellan 1990 och 1998. Bakom de ”oförändrade resurser” som nämns ovan ligger därför ett minskat offentligt åtagande och en ökad ekonomisk börda lagd på barnfamiljerna. Kommunerna har också i övrigt gjort stora förändringar av själva taxekonstruktionerna, främst genom att införa olika typer av inkomst- och tidsrelaterade avgiftssystem. I praktiskt taget alla Sveriges kommuner finns det i dag en direkt koppling mellan barnets närvarotid och avgifternas storlek, men avgifternas storlek varierar mycket mellan olika kommuner.

Vi har under 1990-talet också sett en ökning av den barnomsorg som sker i privata driftsformer. Den privata barnomsorgens andel av det totala antalet barnomsorgsplatser ökade från 4 till 12 procent mellan 1990 och 1998. Föräldrakooperativ är alltjämt den vanligaste formen av privat driven barnomsorg, men efter en lagändring 1992 – som innebär att barnomsorg i aktiebolagsform kan få statsbidrag – har den bolagsdrivna barnomsorgen ökat i omfattning och står i dag för ungefär en fjärdedel av den privata driften.

Skola

På skolans område har under 1990-talet kommunernas ansvar och handlingsutrymme successivt ökat på bekostnad av det statliga inflytandet. Detta är en fortsättning på en utveckling som pågått sedan länge. Ett viktigt steg i denna process var den mål- och resultatstyrning som infördes 1989 och som i grova drag innebär att riksdagen fastställer mål och riktlinjer för verksamheten medan kommunerna ansvarar för organisation och genomförande. Från och med 1993 har kommunerna också givits möjlighet att själva bestämma om vilka medel som ska disponeras för skolverksamheten. Samtidigt stärktes den ovan beskrivna ansvarsfördelningen ytterligare.

Decentraliseringen har lett till en variation i hur kommuner och skolor organiserar sin verksamhet och i hur mycket pengar som satsas på området. Generellt präglas decenniet av en kraftig utgiftsminskning under dess inledande år, följt av en utplaning och en viss ökning från och med 1996. Dessa svängningar gäller framför allt grundskolan. Kostnaderna för gymnasiet har på det hela taget varit konstanta. Ökningen under periodens senare del följer i stort den ökning av elevantalet i grundskolan som sker under andra halvan av decenniet. Totalt sett har utgifterna per skolelev minskat med nio procent mellan 1991 och 1997.

Utgiftsminskningarna har framför allt skett genom att de resurser som avsätts för undervisning har minskat. Utgifterna för undervisning i grundskolan var 1997 bara drygt 80 procent av vad de var 1991. Detta avspeglas bland annat i att lärartätheten sjunkit från 9,1 lärare per 100 elever i grundskolan 1991, till 7,5 lärare 1998. För läromedel och liknande gick kostnaderna upp efter 1996, efter att ha varierat måttligt under större delen av decenniet. Till övervägande del beror denna uppgång på IT-satsningen i skolan. Om utgifterna för IT räknas bort har läromedelskostnaderna snarare minskat över tid.

År 1992 gavs skolor med en icke-offentlig huvudman rätt att få kommunala bidrag till sin verksamhet. Detta ledde till att antalet så kallade friskolor växte mycket snabbt. I runda tal handlade det om en tredubbling mellan 1992 och 1998. Det är dock alltså en mycket liten andel av landets elever som går i friskola – omkring tre procent i dagläget. Antalet ansökningar om att starta friskolor fortsätter emellertid att öka kraftigt.

Under decenniet har också det relativa femgradiga betygssystemet ersatts av mål- och kunskapsrelaterade betyg med omdömena ”godkänd”, ”väl godkänd” och ”mycket väl godkänd”. Elever som inte når upp till de utsatta målen ges inget betyg. De första årskullarna som lämnat grundskolan med de nya betygen gick ut vårterminen 1998. Det

är en aning tidigt att uttala sig om effekterna av förändringen, men vad man kunnat notera är att andelen med kompletta betyg och behörighet till gymnasiet sjunkit med det nya systemet. Annars kännetecknas inledningen av decenniet av att den sociala snedrekryteringen i valen till gymnasiet studieförberedande utbildningar minskade. Tendensen under de allra senaste åren är dock att den sociala snedrekryteringen ökar.

Under 1990-talet har högskolesystemet expanderat kraftigt. Mellan 1990 och 1997 ökade antalet inskrivna på högskola och universitet med 55 procent. Expansionen har skett genom en betydande utbyggnad av antalet platser, men trots detta har det blivit svårare att få plats beroende på att efterfrågan ökat kraftigt. Antagningssystemet till högskolan har förändrats så att högskoleprovet fått en väsentligt ökad betydelse, dels genom att allt fler antas på basis av resultat på högskoleprovet, dels genom möjligheten till upprepad provtagning. Kombinationen av dessa två förändringar har lett till att den sociala snedrekryteringen inte minskat i så hög grad som den annars skulle ha gjort.

Social barn- och ungdomsvård

Frågor som berör utsatta barn har under lång tid intagit en framskjuten position i samhällsdebatten. Etablerandet av FN:s barnkonvention 1989 och en Barnombudsman i Sverige har ytterligare bidragit till att rikta uppmärksamheten mot barnens villkor. För den socialtjänstbaserade barn- och ungdomsvården innebär den reviderade socialtjänstlagen – i kraft från och med 1998 – att skyldigheten att beakta barnens situation (bevaka deras rättigheter och ta hänsyn till deras inställning) fått en mer framträdande plats än tidigare. Med den reviderade lagen har också anmälningsskyldigheten till socialtjänsten för vissa yrkesgrupper utvidgats och tidsgränser för hur lång tid barnavårdsutredningar får ta har införts. Ett år efter lagändringen visar det sig dock att få kommuner beslutat om nya riktlinjer för arbetet med barn och unga och att barnperspektivet brister i många utredningar.

En utveckling som kunnat iakttas i den sociala barn- och ungdomsvården är att såväl antalet anmälningar som antalet utredningar har ökat sedan decenniets inledning. Det går inte med säkerhet att avgöra vad denna ökning beror på. Möjliga förklaringar är att problemen ökat, att anmälningsbenägenheten blivit större, att anmälningar registreras i större omfattning än tidigare eller att skolrelaterade problem i högre utsträckning än tidigare kommit att definieras som barnavårdsproblem. Den statistik som finns här är av dålig kvalitet och tillåter inga säkra slutsatser avseende varför anmälningarna ökat. Ser man på det samlade kunskapsläget avseende barn- och ungdomsproblemets omfattning är det

också svårt att dra några entydiga slutsatser. Det finns inga säkra data för att beskriva utvecklingen av barn som far illa i sina familjer (till exempel i form av misshandel eller sexuella övergrepp), och för äldre barn och ungdomar förefaller brottsligheten ligga relativt stilla, även om vissa indikatorer pekar på att våldsbrottsligheten kan ha ökat under senare år.

Att försöka uppskatta den sociala barnvårdens utveckling avseende personal eller samlade resurser är också förenat med stora svårigheter på grund av brister i data och statistikföring. De uppgifter som finns pekar emellertid relativt entydigt på att nedskärningar inte har gjorts på området. Kommunernas kostnader för placeringar av barn och unga har ökat under decenniet, vilket främst beror på att antalet barn i så kallad dygnsvård ökat med i runda tal 20 procent mellan 1993 och 1998. Parallellt med denna ökning har det skett en viss förskjutning från familjehemsvård till mer kostnadskrävande institutionsvård och en påtaglig ökning av vård inom privat drivna institutioner.

Missbrukarvård

Tillgängliga data ger oss ingen möjlighet att på ett säkert sätt uppskatta hur missbruket av alkohol utvecklats under 1990-talet. Vad som finns är olika indikatorer som kan hjälpa oss att få en grov bild av missbrukets utveckling. Systembolagets försäljningssiffror visar på en knappt tioprocentig försäljningsminskning mellan 1990 och 1998. Konsumtionsundersökningar bland vuxna tyder på en svag ökning av kvinnors konsumtion, medan männens är oförändrad. Däremot tycks ungdomar i åldrarna 16 till 24 år ha ökat sin konsumtion under perioden. Sammantaget finns det dock inga data som tyder på att alkoholkonsumtionen, den alkoholrelaterade dödligheten eller antalet missbrukare har ökat under decenniet. Osäkerheten avseende narkotikamissbrukets utveckling är också stor. Sammantaget pekar dock de indikatorer som finns på att antalet missbrukare har ökat.

Det saknas tillförlitlig löpande statistik för att bedöma utvecklingen av resurser eller kostnader för den socialtjänstbaserade missbrukarvården. De enstaka skattningar som finns täcker endast perioden 1993 till 1996 och visar på i stort sett oförändrade resurser mellan dessa år, men också på avsevärda variationer mellan kommuner. När det gäller rättsliga och administrativa förändringar på området märks bland annat kommunernas övertagande av utrednings- och ansökningsansvar för tvångsvård från länsstyrelserna 1994 och inskränkningar av den enskildes rätt att överklaga beslut om missbrukarvård med hjälp av förvaltningsbesvär i den reviderade socialtjänstlag som trädde i kraft 1998.

Antalet missbrukare som får behandling på institution har minskat under hela 1990-talet. Detta gäller såväl frivillig vård som tvångsvård. Inom båda vårdformerna är det vården av alkoholmissbrukare som står för hela nedgången. Omfattningen av vård av bland- och narkotikamissbrukare har i stort sett varit konstanta. För alkoholmissbrukare i frivillig institutionsvård har antalet nästan halverats mellan 1990 och 1997. Uppgifter från kommunerna antyder att ökade satsningar på öppenvård i någon mån kompenserat för detta. En annan förskjutning inom institutionsvården avser huvudmannaskap, där antalet platser som tillhandahålls av kommuner och landsting minskat medan antalet platser i privata driftsformer ökat markant.

Sjukvård

Hälso- och sjukvården är ett område som under det gångna decenniet präglats av relativt stora förändringar. Genom ett antal reformer har stora delar av landstingens omvårdande verksamheter flyttats ut till kommunerna. Viktigast av dessa är Ädel-reformen från 1992, vilken bland annat innebar att kommunerna övertog ansvaret för sjukhemsvård och långvård från landstingen. Vidare har det under decenniet skett stora förändringar av styr- och ägandeformer i sjukvården. Ett flertal landsting har infört beställar-utförarmodeller med intern prestationsersättning, samtidigt som privata vårdgivare blivit vanliga framför allt inom primärvården. År 1998 gjordes nästan vart femte läkarbesök i primärvården hos privata läkare.

De samlade utgifterna för sjukvården (dit också kostnader för läkemedel och tandvård räknas) har under 1990-talet varit förhållandevis konstanta, eller till och med ökat något. En allt större del av kostnaderna har dock finansierats med hjälp av brukaravgifter. Mellan 1993 och 1998 ökade patienternas utgifter för läkarvård, tandvård och mediciner med närmare 30 procent. Höjda avgifter för tandvård och läkemedel svarar för största delen av denna ökning. Inom läkarvården har det också skett en generell taxehöjning, men genom ett ökat inslag av differentierade taxor har avgifterna utvecklats mycket olika mellan olika typer av vård och mellan olika landsting.

Inom ramen för i stort sett oförändrade sjukvårdskostnaderna har det skett en mycket kraftig ökning av de belopp som spenderas på läkemedel. I löpande priser handlar det om en fördubbling mellan 1990 och 1998; från drygt 10 till drygt 20 miljarder kronor. Bakom uppgången döljer sig i huvudsak ett antal nya och förhållandevis dyra preparat som slagit igenom i stor skala under perioden.

Parallellt med detta har också antalet vårdplatser minskat och vårdtidernas längd förkortats avsevärt. Också detta är processer som påverkats av bland annat Ädel-reformen. Dock har det skett omfattande reduktioner också i de delar som inte berörts av denna reform. Antalet läkarbesök i befolkningen har dock varit relativt konstant under decenniet. Det har skett en omfattande neddragning på personalsidan under 1990-talet. Även om man korregerar för de personalöverföringar som följt av Ädel-reformen och andra förändringar kvarstår en mycket kraftig minskning. Merparten av denna gäller personalgrupper med förhållandevis kort utbildning, såsom undersköterskor och sjukvårdsbiträden.

Omsorg om funktionshindrade

Den lagstiftning som reglerar omsorgerna om funktionshindrade har genomgått betydelsefulla förändringar under 1990-talet. Handikapp-reformen som trädde i kraft 1994 innebar att insatserna delades upp i Socialtjänstlagen (SoL) och den nyinrättade Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Inom ramen för reformen sjösattes också Lagen om assistansersättning (LASS). Till skillnad mot SoL som omfattar alla med "behov" av hjälp, inbegriper LSS och LASS endast personer med en viss typ av funktionshinder inom ramen för särskilt definierade personkretsar. En annan skillnad är att insatser enligt LSS och LASS i regel är kostnadsfria, medan brukaravgifter för bistånd enligt SoL har ökat kraftigt under decenniet.

Handikappreformen innebar också tillsammans med psykiatrireformen en förstärkning av den trend mot avinstitutionalisering som påbörjats under tidigare decennier. Psykiatrireformen, som trädde i kraft 1995, gav kommunerna ett utökat ansvar för personer med funktionsnedsättande psykiska besvär. Bland annat fick kommunerna betalningsansvar för de patienter som efter tre månaders sammanhängande vård inom psykiatri bedöms vara färdigbehandlade. Sedan 1990 har vårdhem och specialsjukhus för utvecklingsstörda personer nästan helt avvecklats och mer än 6 000 personer flyttat till gruppboenden eller eget boende. Dessutom har antalet vårdplatser inom psykiatri minskat från drygt 14 000 till drygt 6 000 mellan 1990 och 1997.

De samlade offentliga utgifterna för stöd och service till personer med svåra funktionshinder har ökat med uppskattningsvis 40 procent mellan 1993 och 1997. Statistik som beskriver utvecklingen och fördelningen av olika former av omsorg över tid saknas dock i allt väsentligt. Vad man kan se är att kommunernas insatser enligt LSS och LASS ökat i omfattning under senare år, medan insatser enligt SoL minskat ända sedan 1980-talet. Det antal som erhåller LSS-insatser är

dock bara hälften så stort som man räknat med. Detta glapp har till en del tolkats som en konsekvens av att LSS kräver att individen aktivt ansöker om hjälp, vilket kan vara ett problem för många personer med funktionshinder och för psykiskt funktionshindrade i synnerhet. Beträffande konsekvenser av Handikappreformen i övrigt finns det tecken som tyder på att personer med mycket omfattande funktionshinder fått det bättre efter dess genomförande och särskilt då de personer som fått personlig assistent enligt LASS. Den kraftiga fokuseringen på klart definierade personkretsar medför dock att de som har mindre allvarliga problem riskerar att lämnas utan hjälp. Dessa har sannolikt också berörts negativt av den ökade restriktiviteten i system som hemtjänst och färdtjänst.

Äldreomsorg

Den offentliga äldreomsorgen har genomgått påtagliga förändringar under 1990-talet. Kommunerna har genom Ädel-reformen 1992 övertagit sjukhemsvården samt ansvaret för medicinskt färdigbehandlade personer från landstingen. Samtidigt har också en klar ökning av antalet äldre tillsammans med ett minskat antal sjukhusplatser inneburit ett ökat tryck på omsorgssystemen.

I allmänhet har kommunerna mött detta ökade tryck genom att göra striktare behovsbedömningar och genom att prioritera särskilt omfattande behov. Allt mer av insatserna har koncentrerats på de allra mest hjälpbehövande samtidigt som grupper av äldre vilka tidigare fick del av de offentliga omsorgsinsatserna nu i ökad utsträckning får hjälp av anhöriga eller köper privata tjänster. Framför allt har hemtjänstens täckningsgrad minskat, samtidigt som de som får hjälp får fler hjälptimmar än tidigare. De personer som i dag får hjälp från hemtjänsten är betydligt äldre och mer vårdkrävande än vad som var fallet tidigare.

Kommunerna har också höjt de avgifter som tas ut av dem som utnyttjar äldreomsorgen och har allt mer kommit att utnyttja inkomstrelaterade taxor. En konsekvens av detta är att det för dem som har en relativt god pension och måttliga hjälpbehov vanligtvis blivit billigare att köpa hjälp på den privata marknaden än att ta emot kommunal äldreomsorg. Samtidigt har det visat sig att så mycket som var tionde pensionär helt har avstått från att söka hemtjänst med hänvisning till avgiftens storlek. Särskilt vanligt är detta bland kvinnor med låg pension.

I de utvärderingar som gjorts av Ädel-reformen har det framkommit brister i såväl de kommunala vårdformerna som i vårdkedjan mellan sjukhusvård och vård i hemmet. Inom sjukhemsvården har tillgången till

medicinsk personal och medicinska resurser minskat, trots att vårdtyngden ökat. De äldre som i dag bor och vårdas i olika former av särskilt boende har sämre fysisk och mental funktionsförmåga än vad som var fallet före Ädel-reformen. En annan förskjutning som ägt rum under decenniet är att allt mer av de offentligt finansierade omsorgsinsatserna tillhandahålls genom privata entreprenader.

Mönster för 1990-talets välfärdsutveckling

Vad kan då sammanfattningsvis sägas om välfärdens utveckling under 1990-talet? Ser vi till den period vi kunnat täcka in inom ramen för detta delbetänkande kan vi konstatera att några entydiga utvecklingsdrag knappast föreligger. Det är dock uppenbart att utvecklingen under den första halvan av decenniet inneburit en mer negativ utveckling i fråga om individuell välfärd och mer genomgripande nedskärningar i de välfärdspolitiska systemen än vad som skett under periodens senare del. Inom ramen för detta generella mönster ryms en mängd olika förlopp.

På försörjningssidan har arbetslösheten utvecklats enligt ett mönster som på många sätt är typiskt för perioden; en kraftig expansion de första tre åren, därefter en fas av relativ stabilitet och en tydlig minskning efter 1997. Inkomstutvecklingen följer ett delvis annorlunda mönster med fallande inkomster fram till 1995 och därefter en uppgång. Socialbidragstagandet i befolkningen ökar kraftigt under decenniets första fyra år, stiger därefter mer måttligt fram till 1997 för att sedan falla mycket snabbt. Inom samtliga dessa områden går det dock att hitta avvikande drag. Arbetslösheten för ensamstående kvinnor med barn fortsätter att gå upp när den faller för andra grupper, inkomstjämligheten ökar under hela perioden och accelererar när de allmänna inkomstnivåerna stiger och de genomsnittliga socialbidragstidernas längd minskar inte när socialbidragstagandet går ned.

För de individuella välfärdsmått vi har intresserat oss för är bilden på det hela taget mindre enhetlig. Visserligen finns det också här områden som kännetecknas av en försämring i början av decenniet, följt av en stabilisering eller förbättring under dess senare del. Dit hör exempelvis sådant som självskattad ohälsa, psykiskt välbefinnande och förekomst av psykiskt ansträngande arbetsförhållanden. På andra områden är dock välfärdsnivåerna i stort sett oförändrade över perioden. Det gäller bland annat social förankring och boendevillkor i termer av trångboddhet och ägandeformer. En genomgående negativ utveckling kan iakttagas när det gäller förekomst av jäktiga arbeten och då i synnerhet för kvinnor. Motsatsen gäller för dödligheten i befolkningen som under 1990-talet

fortsatt att sjunka i samma takt som den gjort under föregående decennier.

Utvecklingen för socialförsäkringar och familjestöd är sammansatt av en så stor mängd olika beslut att enkla och entydiga beskrivningar inte låter sig göras. Generellt sett kan man dock tala om en utveckling som från och med något år in på decenniet och till och med 1997 framför allt kännetecknas av beslut som reducerar ersättningsnivåer och som skärper villkoren för att uppbära ersättning. Under 1998 och 1999 har det fattats ett antal beslut i motsatt riktning när det gäller nivåerna, men i regel utan att dessa fullt återställs till de nivåer som gällde i början av årtiondet.

Att rättvisande periodisera de rörelser som skett på välfärdstjänsternas område är inte alldeles enkelt då relevant statistik saknas eller är av dålig kvalitet. I de fall där resurserna till ett område totalt sett minskats har neddragningen vanligtvis varit koncentrerad till början av 1990-talet. Det gäller till exempel för skolan där perioden inleddes med en kraftig utgiftsminskning, följt av en viss utplaning och en ökning från och med 1996. Totalt sett har dock utgifterna per elev minskat påtagligt. För barnomsorgen har kostnaderna i stort sett varit konstanta, men antalet inskrivna barn har ökat mycket snabbt. Räknat i kostnad per barn är detta en resursminskning som i huvudsak genomförts under första halvan av decenniet. Vissa sektorer har förändrats med avseende på hur resurserna fördelas mellan olika former av insatser och till vilka hjälpen når. Det gäller exempelvis äldreomsorgen där hemtjänstens täckningsgrad minskat och där allt fler av insatserna koncentreras på de mest hjälpbehövande. Detta är i allt väsentligt en kontinuerlig process som sträcker sig över hela årtiondet. Inom sjukvården har det skett en resursöverföring som innebär att mer pengar satsas på mediciner samtidigt som vårdtiderna har kortats och personalnedskärningar genomförts. Också detta är en trend som utvecklats förhållandevis kontinuerligt under decenniet.

På välfärdstjänsternas område har 1990-talet också präglats av förändringar som handlat om decentralisering, ökade inslag av privata driftsformer och en förskjutning mot mer av marknadsinfluerade modeller för arbetets organisering. Det går inte att med säkerhet säga i vilken utsträckning detta är utvecklingsdrag som är lika framträdande under alla enskilda faser av decenniet. Vad som däremot är ställt utom allt rimligt tvivel är att de karakteriserar den aktuella perioden i sin helhet. Det är därför anmärkningsvärt att så litet är känt om vad dessa förändringar betytt för verksamheterna och för de personer som berörs av dem.

Den samlade bilden handlar inte bara om välfärdens nivåer, utan i högsta grad också om dess fördelning. Den mest relevanta frågan är

kanske då om vi kan urskilja befolkningsgrupper vars levnadsvillkor har förvärrats mer än andras under decenniet. I genomgången framträder försämringar för framför allt tre grupper, nämligen utrikes födda personer, ensamstående mödrar och yngre personer. Dessa grupper har fått vidkännas en kraftigt minskad sysselsättningsnivå, vilket avspeglats i att de i högre grad än andra fått stora ekonomiska problem. De utrikes födda, ensamstående mödrar och yngre har drabbats hårdare än andra också när det gäller andra aspekter av välfärden. Exempelvis tycks det psykiska välbefinnandet framför allt ha förvärrats för yngre personer. Utrikes födda personer uppvisar särskilda brister vad gäller politiska resurser och social förankring. Ensamma mödrar är i större utsträckning än många andra grupper utsatta för våld och hot om våld. Det bör tilläggas att de långtidsarbetslösas ekonomiska situation blivit alltmer pressad under perioden.

Om man summerar utvecklingen under 1990-talet så långt fram som underlaget tillåter kan man säga att vi i dag på många områden har en lägre välfärd jämfört med vid decenniets inledning, även om det inte saknas exempel på motsatsen. Många kurvor pekar dock för närvarande ”i rätt riktning”. Det kan inte uteslutas att de inom ett antal år kan tangera och till och med passera många av de nivåer som var för handen vid ingången till detta årtionde. Det finns därför anledning att fråga sig om den uppgång i ofärds- och resursproblem vi nu bevittnat endast utgjort ett tillfälligt ”hack” i utvecklingen eller om vi bevittnat början på en mer varaktig kursändring. Kan vi under kommande årtionden förvänta oss en fortsättning av den generella välfärdsuppgång som i allt väsentligt kännetecknat utvecklingen i Sverige under ett halvsekel, eller kommer ekonomiska och politiska förhållanden tvinga oss att acceptera en annan utveckling?

Det är rimligt att anta att människors välfärd också framöver kommer att vara beroende av en mängd förhållanden som ligger utanför den traditionella välfärdspolitiken. De erfarenheter som gjorts under 1990-talet ger emellertid ingen anledning att tro annat än att välfärdspolitiken kommer fortsätta att spela en stor roll för välfärdens nivå och kanske framför allt för dess fördelning. Utvecklingen har synliggjort ett flertal brister och oönskade förlopp som inte enbart är en avspegling av den ekonomiska krisen utan också av välfärdspolitikens utformning. Det är därför troligt att det blir nödvändigt med en del principiella ställningstaganden kring politikens utformning och inriktning framgent. Här kommer sannolikt tillgången på resurser att vara viktig, men också hur resurserna används. I den meningen befinner sig välfärden vid ett vägskäl vid ingången till det tjugoförsta århundradet.

1 Strukturella förutsättningar och förändringar

Utvecklingen av människors välfärd är starkt beroende av en rad strukturella förhållanden och förändringar. Detta kapitel syftar till att ge en bakgrundsteckning av några av de villkor som varit betydelsefulla för 1990-talets välfärdsutveckling. Den ekonomiska krisen, arbetslösheten, fruktsamhetsutvecklingen, förändringarna i befolkningens sammansättning samt invandring och boendemönster kan delvis ses som avspeglningar av människors levnadsförhållanden, men de utgör också grundläggande förutsättningar för socialpolitiken.

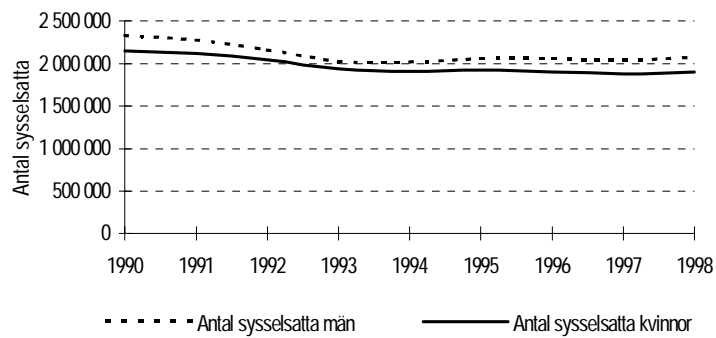
När decenniet inleddes var det knappast möjligt att förutse att Sverige stod inför den djupaste ekonomiska krisen sedan 1930-talet. De goda åren under slutet av 1980-talet hade snarast skapat förväntningar på en fortsatt positiv ekonomisk utveckling. Vid ingången till 1990-talet var arbetslösheten låg, statsbudgeten i balans, och Sverige uppvisade ett av de högsta födelsetalen i Europa. Politiskt förbereddes den stora skattereformen, vars syfte var att förbättra de långsiktiga förutsättningarna för företagande och ekonomisk tillväxt. Redan vid ingången till decenniet fanns det dock vissa kristecken, som varslade om möjliga svagheter i svensk ekonomi. Inflationen var hög, konkurrenskraften urholkades, det rådde arbetskraftsbrist och investeringarna var låga. På den politiska arenan inträffade en regeringskris i ett parlamentariskt osäkert läge. Även ur demografisk synvinkel var läget mindre gynnsamt. Sverige hade en ur europeiskt perspektiv hög andel äldre i befolkningen, samtidigt som barnkullarna växte, vilket på kort sikt innebar ytterligare påfrestningar.

1.1 Ekonomiska förutsättningar och förändringar

När den ekonomiska krisen drabbade Sverige i början av 1990-talet föll sysselsättningen dramatiskt och arbetslösheten ökade till en nivå som tidigare hade varit i det närmaste otänkbar. Mellan 1990 och 1993 föll sysselsättningen med drygt en halv miljon personer (se Figur 1.1:1). Bruttonationalprodukten (BNP) sjönk tre år i rad (se Figur 1.1:2) och det blev kraftiga underskott i statens finanser (se Figur 1.1:3). År 1993 markerar bottenläget i ekonomin. Därefter vände tillväxttenden och BNP ökade under resten av decenniet. Denna ökning av BNP från 1993 har dock inte följts åt av en motsvarande uppgång i sysselsättningen.

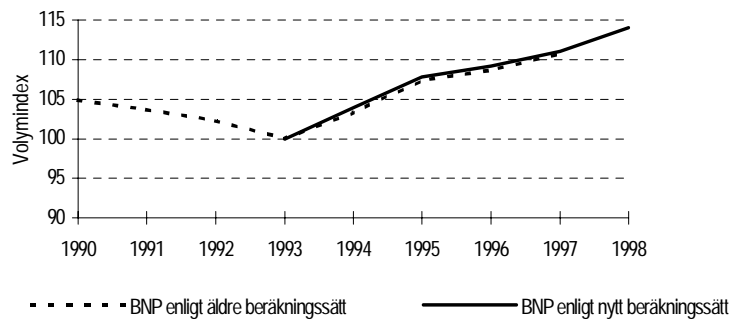
Trots att det skett en viss ökning av sysselsättningen framför allt för män under senare år, har sysselsättningsproblemen kommit att kvarstå under hela decenniet. Sysselsättningsnivån är fortfarande väsentligt lägre än före krisen, vilket framgår av Figur 1.1:1. Sysselsättningsnedgången ledde inte bara till ökad arbetslöshet, utan också till att arbetskraftsdeltagandet successivt minskade. År 1993 brukar betecknas som det värsta krisåret under 1990-talet, men arbetskraftsdeltagandet var trots allt högre då än vad det var 1998. Vi kommer nedan att beskriva olika faser i krisen som medverkat inte bara till dess utdragna förlopp, utan också till den i allmänhet svaga efterfrågan på arbetskraft. Vid sidan av dessa efterfrågerelaterade faktorer kan förhållanden på arbetsutbudssidan ha medverkat till det begränsade arbetskraftsdeltagandet. Genomsnittsåldern för inträde i arbetslivet har successivt höjts och många, framför allt nyanlända invandrare, har haft betydande svårigheter att överhuvudtaget komma in på arbetsmarknaden (Wadensjö 1999). I kapitel 3 ges en närmare beskrivning av hur sysselsättningsnedgången drabbat olika befolkningsgrupper under årtiondet.

Figur 1.1:1. Antalet sysselsatta män och kvinnor, 1990–1998



Källa: SCB.

Figur 1.1:2. Bruttonationalprodukten (BNP) i fasta priser 1990–1998. Volymindex (1993=100)

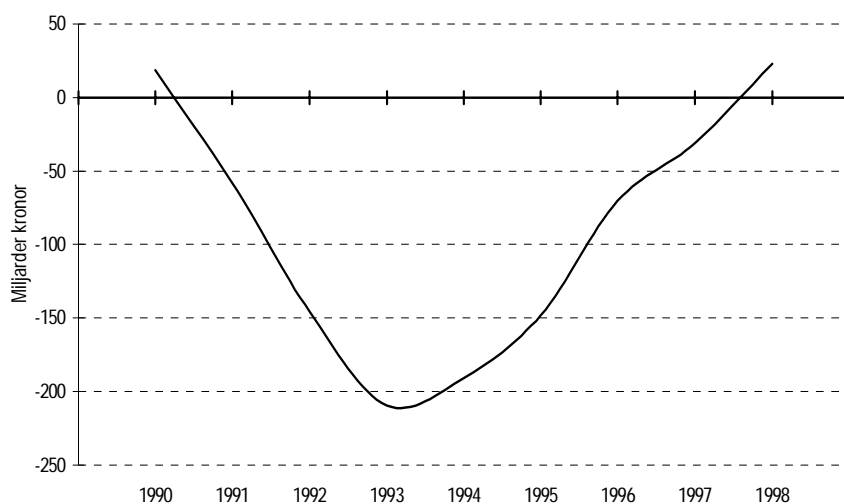


Källa: Nationalräkenskaperna (SCB)¹

¹ Tidsserie för hela perioden saknas på grund av förändrade beräkningsmetoder för BNP. I diagrammet redovisas därför volymutvecklingen både enligt den gamla beräkningsmetoden för perioden 1990–1997, och enligt den nya för 1993–1998.

Sysselsättningskrisen fick också förödande konsekvenser för statens finanser. Den minskade sysselsättningsgraden medförde dels att skatteintäkterna krympte, dels att de offentliga utgifterna ökade. Detta resulterade i ett snabbt accelererande underskott i statens finanser, vilket framgår av Figur 1.1:3. År 1990 uppvisade statens finanser ett överskott på nästan 19 miljarder kronor. Från 1991 befann sig underskottet mer eller mindre i fritt fall och uppgick 1993 till närmare 210 miljarder kronor. Detta belopp motsvarade det årets samlade utgifter för social trygghet, försvaret och polis- och domstolsväsendet. År 1994 var underskottet fortfarande närmare 200 miljarder kronor, men minskade därefter och 1998 förelåg ett överskott på drygt 20 miljarder kronor. En rad inslag i den ekonomiska politiken har direkt och indirekt påverkat det statsfinansiella utrymmet för de socialpolitiska åtgärdssystemen i vid mening. Den stora skattereformen och försvaret av den fasta växelkursen utgör två viktiga exempel.

Figur 1.1:3. Statens finansiella sparande (skillnader mellan inkomster och utgifter), 1990–1998. Miljarder kronor i löpande priser

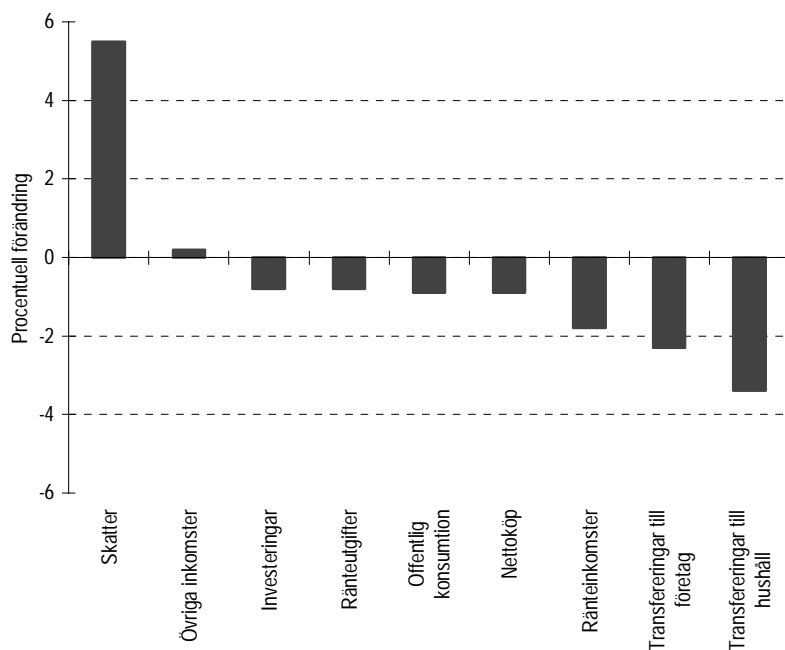


Källa: Finansdepartementet.

Det är uppenbart att utvecklingen av statsfinanserna var en viktig utlösande faktor för de beslut om skatthöjningar och utgiftsminskningar som fattats under 1990-talet. En del av saneringen kom att ske genom skatthöjningar, men en ännu större del utgjordes av utgiftsminskningar av olika slag, vilket framgår av Figur 1.1:4. Huvuddelen av dessa besparingar kom att falla på transfereringarna till hushållen.

De välfärdstjänster som tillhandahålls genom primärkommuner och landstingskommuner påverkas inte bara av statsbidragen, utan också av kommunernas egna skatteintäkter och utgiftsbehov. De finansiella besluten om välfärdstjänsterna faller emellertid i slutändan oftast på landstingen och kommunerna själva, bortom de prioriteringar som sker på den nationella nivån. Dessa beslut har, som vi ska se längre fram i detta betänkande, i många fall fått långtgående konsekvenser för välfärdstjänsterna.

Figur 1.1:4. Förändringar i offentliga sektorns inkomst- och utgiftsposter i andelar av BNP, 1994–1998. Procent



Källa: Finansdepartementet.

Arbetslösheten drabbade alla sektorer i ekonomin

Arbetslösheten i Sverige utvecklades dramatiskt i jämförelse med många andra västeuropeiska länder.² Arbetslösheten kom, om än i olika skeden, att slå över i stort sett hela den svenska ekonomin. Det faktum att vågorna av arbetslöshet slog över ekonomins sektorer i olika sekvenser innebar att arbetslösheten har legat kvar på mycket höga nivåer, samtidigt som den totalt sett har fördelats över stora delar av arbetskraften. För att belysa denna process kan man dela in den svenska utvecklingen i tre olika, men delvis överlappande, faser under vilka olika delar av ekonomin drabbades. De tre faserna kan benämnas ”den internationella fasen”, ”realräntefasen” och ”budgetsaneringsfasen”.

Den internationella fasen, under perioden 1990 till 1993, karakteriserades av en kombination av internationell lågkonjunktur och inhemsk kostnadskris. Utomlands försvagades konjunkturen, samtidigt som svensk ekonomi under slutet av 1980-talet med hög fart hade gått in i en överhettad konjunktur. Under den fasta växelkursregim som rådde, kom i synnerhet svensk exportindustri att drabbas av en kraftigt minskad lönsamhet. Detta framtvängde neddragningar i sysselsättningen i första hand i de exportkonkurrerande sektorerna och i de branscher som var beroende av exportsektorn. En återhämtning skedde dock från november 1992, sedan den fasta växelkurspolitiken hade övergivits och kronans värde justerats nedåt.

Den andra fasen, realräntefasen, inleddes med kronförsvaret 1992. Försvaret av den fasta växelkursen i kombination med en politik inriktad mot inflationsnedväxling ledde till mycket höga realräntor. Värdet på inhemska reala tillgångar föll, vilket medförde en ökning av sparkvoten och kraftigt minskad konsumtion. Den inhemska efterfrågan på varor och arbetskraft minskade påtagligt framför allt i sektorer inriktade på hemmamarknaden, till exempel handel, transport, byggindustri och inhemsk tillverkningsindustri.

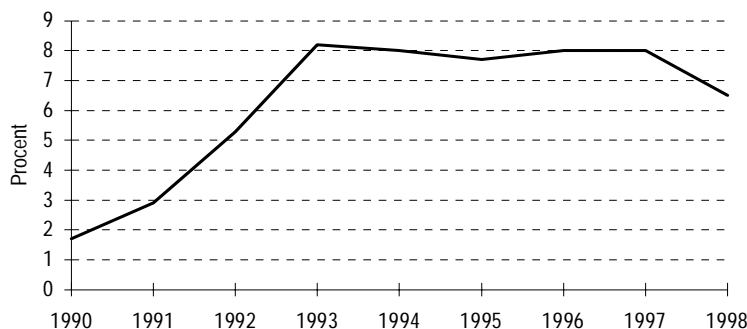
Från 1993 inleddes parallellt med realräntefasen den tredje krisfasen, budgetsaneringsfasen. Arbetslöshetskrisen i den privata sektorn hade resulterat i minskande skatteinkomster, vilket ledde till budgetproblem och krav på budgetsanering i både stat och kommuner. Budgetsanereringen skedde främst genom utgiftsminskningar, vilket påverkade den offentliga sysselsättningen. Den finansiella upprepningen pågick i stort sett till 1997, med början i staten och sedan, mycket utdraget, i kommunerna. I takt med att realräntorna började sjunka under slutet av 1990-talet gick dock Sverige ut ur såväl budgetsaneringsfasen som realräntefasen.

² Framställningen i detta avsnitt är baserad på Per Lundborgs underlag till kommittén (F:XV, se bilaga 2).

Arbetslösheten kunde stabiliseras och sedan minskas och förutsättningar skapas för en bättre statsfinansiell situation.

Figur 1.1:5 nedan visar hur den totala arbetslösheten i Sverige utvecklades under perioden 1990 till 1998. Mellan 1990 och 1993 steg arbetslösheten i absoluta tal från 75 000 personer till 356 000 personer, vilket motsvarar en ökning från 1,6 procent till 8,2 procent av arbetskraften. Åren 1993 till 1997 var den öppna arbetslösheten i stort sett oförändrad runt åtta procent av arbetskraften, men en nedgång inleddes från 1997. Denna minskning av arbetslösheten har fortsatt under 1999.

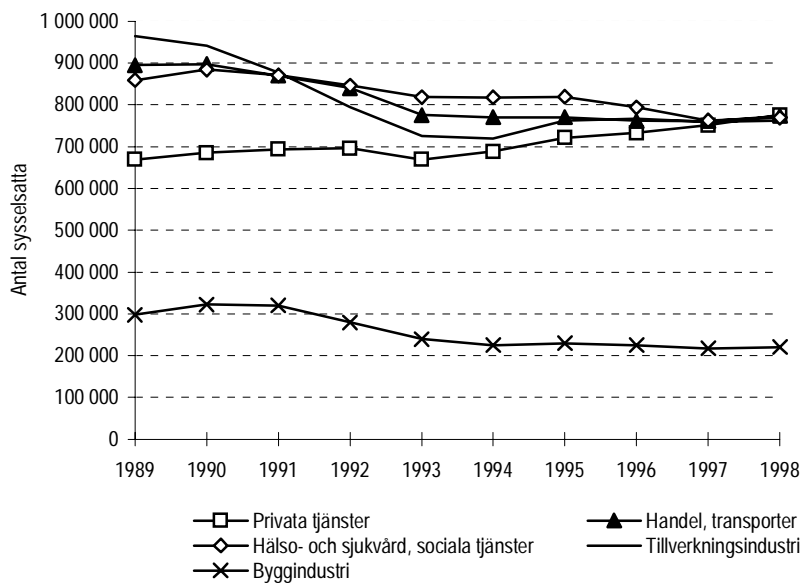
Figur 1.1:5. Den öppna arbetslösheten, 1990–1998. Procent



Källa: AKU (SCB).

I Figur 1.1:6 visas sysselsättningssituationen i ett antal delsektorer av ekonomin, nämligen tillverkningsindustrin, handel och transport, hälso- och sjukvård (inkluderande sociala tjänster), privata tjänster (inkluderande bland annat banker, försäkringsbolag, datakonsulter, företags-service och övrig service) samt byggnadsindustri. Här framgår det hur olika grupper på arbetsmarknaden kom att drabbas vid olika tidpunkter och med olika kraft. Med undantag för delar av den privata tjänstesektorn omfattade arbetslösheten ekonomins alla sektorer.

Figur 1.1:6. Sysselsättning i delsektorer av ekonomin, 1989–1998



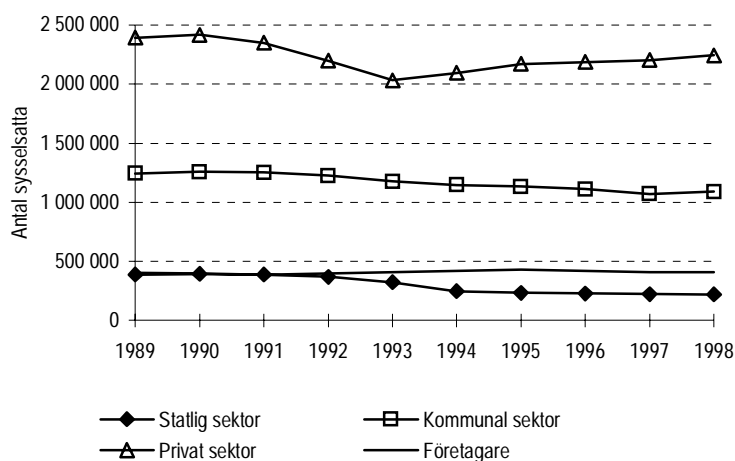
Källa: AKU (SCB).

Det står klart att sysselsättningsfallet absolut sett var som störst i tillverkningsindustrin, som drabbades såväl av den internationella fasen som realräntefasen. Sysselsättningen minskade brant i denna sektor i synnerhet mellan 1990 och 1993, och ökade därefter svagt till 1995, varefter sysselsättningen i stort sett legat konstant på ungefär 760 000 personer. De sektorer som är mer beroende av inhemsk efterfrågan, såsom handels-, transport- och byggsektorn, drabbades under realräntefasen med sysselsättningsneddragningar framför allt under 1992 och 1993, varefter den stabiliserades efter 1994. Sysselsättningsnedgången i dessa sektorer har emellertid inte varit lika stor som i tillverkningsindustrin. Offentlig verksamhet, såsom hälso- och sjukvård och sociala tjänster, uppvisade sysselsättningsökningar fram till 1990, men därefter har sysselsättningen minskat (med undantag för 1995), i första hand under budgetsaneringsfasen. Nedgången i den offentliga verksamheten har dock inte varit tidsmässigt koncentrerad, utan utdragen över i stort sett hela 1990-talet. De privata tjänstesektorerna har, med undantag för 1993, kontinuerligt ökat sin sysselsättning och har i dag till och med något fler sysselsatta personer än vad tillverkningsindustrin har.

Att den privata sektorn drabbades av sysselsättningsnedgången tidigare än den offentliga sektorn framgår tydligt av Figur 1.1:7. Mellan 1990 och 1993 sjönk antalet sysselsatta från 2,4 till 2 miljoner. Därefter

har den totala sysselsättningen i den privata delen av ekonomin stigit tämligen kraftigt. De statligt anställda drabbades i synnerhet under 1993 och 1994. Nedgången i den kommunala sektorn inleddes ungefär samtidigt som i den statliga, men har varit mer utdragen. Icke obetydliga neddragningar i sysselsättningen har skett varje år under perioden 1991 till 1997. Mellan 1990 och 1998 minskade sysselsättningen i den kommunala sektorn (inklusive landstingen) från nästan 1,3 miljoner till knappt 1,1 miljoner personer.

Figur 1.1:7. Sysselsättning i statlig, kommunal och privat sektor samt sysselsättning för egna företagare, 1989–1998



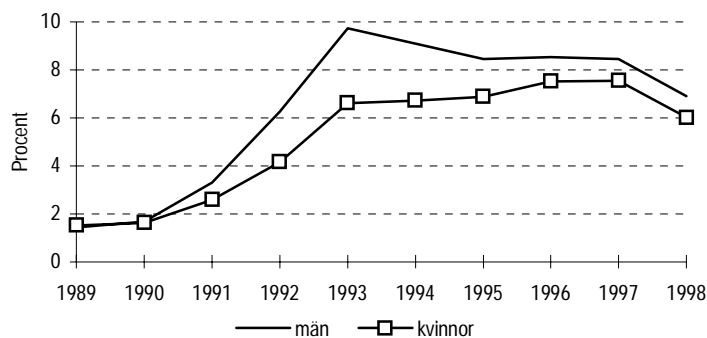
Källa: AKU (SCB).

Vi ser också att sysselsättningen i gruppen egna företagare, liksom bland medhjälpande familjemedlemmar, har varit i stort sett konstant. Detta bör dock inte tolkas som att gruppen företagare inte skulle ha drabbats nämnvärt av sysselsättningsnedgången. Vissa anställda personer som förlorar sitt arbete startar eget och eftersom gruppen företagare ständigt fylls på med nya personer blir kurvan i stort sett oförändrad över tid, trots att antalet företagskonkurser nästan fyrdubblades mellan 1988 och 1992. Efter 1992 har dock konkurserna minskat i antal och 1995 var de nere på samma nivå som 1990 (SCB 1999d).

Arbetslösheten har totalt sett slagit hårdare mot män än mot kvinnor

Det faktum att krisen har slagit mot olika sektorer och branscher under olika tidsperioder har viktiga konsekvenser för hur arbetslösheten har drabbat män och kvinnor. Den svenska arbetsmarknaden är kraftigt könssegregerad bland annat i så måtto att män är överrepresenterade i den privata sektorn och kvinnor dominerar i den offentliga. Med tanke på den sektoriella utvecklingen av sysselsättningen som redovisades i figurerna 1.1:6 och 1.1:7 ovan, borde vi förvänta oss att arbetslösheten i inledningsskedet drabbade män hårdare och att kvinnor drabbades med en viss eftersläpning. Detta är också fallet, vilket framgår av figur 1.1:8. Under senare delen av 1980-talet var den öppna arbetslösheten jämnt fördelad mellan kvinnor och män. I krisens inledningsskede ökade den som förväntat kraftigare för män än för kvinnor. I samband med återhämtningen i den privata sektorn och den offentliga sektorns fortsatta sysselsättningsnedgång åren därefter, minskade könsskillnaderna mellan 1994 och 1996. Totalt sett har dock arbetslösheten slagit hårdare mot män än mot kvinnor.

Figur 1.1:8. Arbetslöshet i procent av arbetskraften för män och kvinnor, 1989–1998



Källa: AKU (SCB).

Sammantaget är det ofrånkomligt att 1990-talets arbetslöshetskris på ett flertal sätt har påverkat välfärden i Sverige. Vi har därför skäl att återkomma till sysselsättningsfrågorna även senare i detta betänkande. Bland annat kommer vi att i kapitel 3 mer ingående beskriva hur arbetslösheten har slagit mot olika grupper i befolkningen.

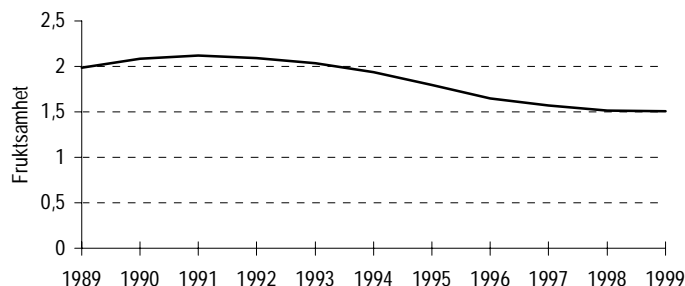
1.2 Demografiska förutsättningar och förändringar

Befolkningsförändringar är av stor betydelse för ekonomisk utveckling, välfärdsutveckling och välfärdspolitik, både på kort och lång sikt.³ I detta avsnitt ligger tyngdpunkten på demografins betydelse för välfärdsutvecklingen i det korta perspektivet. Vi granskar först fruktsamhetsutvecklingen under 1990-talet, därefter förändringar i befolkningens ålderssammansättning och slutligen invandringen.

1.2.1 Barnafödandet har minskat kraftigt

En slående demografisk förändring under 1990-talet är de snabbt fallande födelsetalen.⁴ Vid decenniets inledning uppvisade Sverige ett av de högsta fruktsamhetstalen i Europa (2,1 barn per kvinna), en nivå som bibehölls fram till 1992. Sedan dess har barnafödandet minskat mycket kraftigt. Fruktsamheten är i dag i genomsnitt ungefär 1,5 barn per kvinna, vilket är den lägsta nivå som någonsin registrerats i vårt land. Sedan 1997 är det fler som avlider än som föds i Sverige, vilket inte har varit fallet sedan 1809. I figur 1.2:1 ges en översiktlig bild av fruktsamhetsutvecklingen från slutet av 1980-talet till slutet av 1990-talet.

Figur 1.2:1. Summerad fruktsamhet (antal barn per kvinna), 1989–1999



Källa: SCB.

³ Thomas Lindhs underlag till kommittén (F:XIV, se bilaga 2).

⁴ Detta avsnitt baseras i huvudsak på Britta Hoems underlag till kommittén (F:X, se bilaga 2).

Fruksamheten har minskat mest bland yngre kvinnor

Nedgången i förstabarnsfruktsamheten under senare år har varit tydligast bland yngre kvinnor. Fruksamheten för kvinnor under 30 år har minskat för varje år under 1990-talet och det har skett en successiv förskjutning av barnafödandet mot allt högre åldrar. År 1998 var över 70 procent av alla svenskfödda kvinnor som var 25 år eller yngre barnlösa, vilket kan jämföras med 45 procent tjugo år tidigare.⁵ Kvinnors val att senarelägga barnafödandet har ofta förklarats med att det har blivit vanligare att kvinnor skaffar sig en längre utbildning och etablerar sig på arbetsmarknaden innan de bildar familj. Mönstret i Sverige har dock hittills varit att kvinnor har kompenserat sig i högre åldrar för det låga barnafödandet i yngre år, vilket har inneburit att senareläggningen av barnafödandet hittills inte haft någon större påverkan på den slutliga barnlösheten bland kvinnor i 40–45-årsåldern. Det är dock en öppen fråga om en sådan kompensation är möjlig även i dag, när andelarna barnlösa kvinnor har ökat kraftigt ända upp i 30-årsåldern.

Fruksamheten är relaterad till sysselsättningssituation och ekonomiska förutsättningar

Traditionellt har man ofta antagit att det finns en konflikt mellan barnafödande och kvinnligt förvärvsarbete. Det föreligger dock inte någon sådan tydlig konflikt i Sverige i dag. Tvärtom utgör förvärvsarbete och en stabil inkomst viktiga förutsättningar för barnafödande. Fruksamhetsuppgången under senare delen av 1980-talet inträffade samtidigt som förvärvsfrekvensen ökade och arbetslösheten var i det närmaste obefintlig. På motsvarande sätt skedde nedgången i barnafödande under 1990-talet parallellt med att den ekonomiska situationen försämrades och arbetslösheten ökade.

Kvinnors benägenhet att skaffa det första barnet är starkt kopplad till sysselsättningssituationen i hemkommunen. Ju mer sysselsättningsgraden i kvinnans hemkommun minskar, desto mindre blir hennes benägenhet att bli mor för första gången. Vidare kan vi konstatera att de kvinnor som saknar egen arbetsinkomst eller som har lägre inkomster av arbete än 100 000 kronor per år har mycket låg förstabarnsfruktsamhet jämfört

⁵ Analyserna av fruktsamheten begränsas till kvinnor födda i Sverige 1950 och senare, till följd av brister i statistiken för de kvinnor som invandrat till Sverige. Bland annat saknas fullständiga uppgifter om de barn som fötts av invandrade kvinnor före invandringstidpunkten.

med kvinnor som har en årlig arbetsinkomst på minst 100 000 kronor (se Tabell 1.2:2 nedan). Det bör dock poängteras att den låga fruktsamheten bland kvinnor med låga arbetsinkomster till övervägande del kan förklaras med att många av dessa kvinnor är studenter.

Tabell 1.2:2. Betydelsen av kvinnans arbetsinkomst för första nedkomsten, 1986–1997 (standardiserat för period och kvinnans ålder)

Kvinnans årliga arbetsinkomst (kronor)	Index för fruktsamheten ^a
0	100
1 000–49 000	120
50 000–99 000	210
100 000–149 000	300
150 000–199 000	310
200 000 eller mer	310

^a Fruktsamheten för dem som saknar arbetsinkomster är satt till 100.

Källa: Hoem (F:X, se bilaga 2).

En annan faktor som är viktig att beakta i detta sammanhang är kvinnors utbildning. Högutbildade kvinnor har högre fruktsamhet än lågutbildade. Vidare har kvinnor med en utbildningsinriktning mot vård och pedagogik särskilt stor sannolikhet att få första barnet. Skillnaderna i fruktsamhet mellan kvinnor i olika utbildningsgrupper har förstärkts påtagligt under 1990-talet.

Sammantaget finns det mycket som talar för att barnafödandet blivit alltmer av en resursfråga under 1990-talet. Under senare år har välutbildade kvinnor med stark förankring på arbetsmarknaden och med stabila arbetsinkomster i större utsträckning än andra kvinnor fött barn, oavsett om det handlar om första, andra eller tredje barnet. Det har aldrig i modern tid varit så stora skillnader i barnafödande mellan olika utbildningsgrupper som i dag.

Rimligen har även andra faktorer än kvinnors socioekonomiska situation haft inverkan på den sjunkande fruktsamheten. En viktig faktor att belysa är naturligtvis vilken roll männen spelar i detta sammanhang. Det saknas i dag i stor utsträckning kunskaper över tid om hur mannens och kvinnans situation i samverkan påverkar benägenheten att skaffa barn. Andra faktorer av betydelse kan vara försämringar i stödet till barnfamiljer, ökade boendekostnader, eller en allmänt sviktande framtidstro i den ekonomiska krisens spår.

1990-talets kraftigt sjunkande födelsetal utgör i sig en indikator på den ekonomiska kris som har präglat årtiondet. Fertilitetsfallet signalerar att många potentiella föräldrar kan ha saknat bland annat de ekonomiska

förutsättningar som krävs för att våga bilda familj. Den dramatiska fertilitetsutvecklingen är emellertid inte bara en krisindikator, utan också en central förutsättning för årtiondets välfärdsutveckling och välfärds politik. För det första har födelsetalen påverkat försörjningbördan. De stora barnkullar, som föddes åren kring 1990, innebar ett stort ekonomiskt åtagande, både för föräldrar, stat och kommuner, medan det snabba fallet i fruktsamheten under decenniets andra hälft på motsvarande sätt innebar en ekonomisk lättnad. För det andra har de snabbt föränderliga födelsekullsstorlekarna skapat planeringsproblem, i synnerhet för kommunerna. Under åren 1990 till 1992 föddes drygt 120 000 barn i Sverige, mot knappt 90 000 barn 1998. Detta har i första hand påverkat barnomsorg och skola.

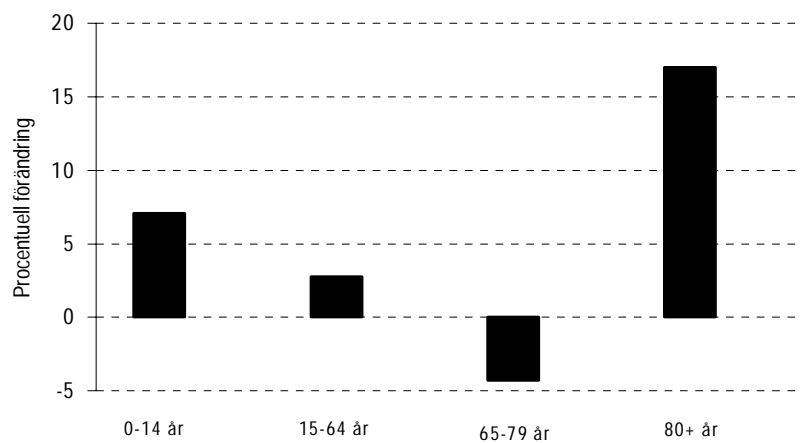
1.2.2 Barnen och de allra äldsta har blivit fler

Sverige uppvisar i likhet med många andra rika länder en åldrande befolkning. På lång sikt påverkar detta självfallet både behoven av och förutsättningarna för olika socialpolitiska program och åtgärder, såsom pensioner och omsorg. Här ska vi dock ta ett mer kortsiktigt perspektiv och fokusera på de befolkningsförändringar som skett mellan 1990 och 1998.

I Figur 1.2:3 visas de procentuella förändringarna av respektive åldersgrupps storlek mellan 1990 och 1998. Vi ser då tydligt att det skett en markant ökning av de allra äldsta (de som är 80 år eller äldre), vilket är en trend som etablerats redan under tidigare decennier. Ur ett socialpolitiskt perspektiv är denna utveckling givetvis av stor vikt, eftersom de allra äldsta tenderar att vara mottagare av en stor del av välfärdstjänsterna. Det faktum att personer i dessa åldrar har ökat i antal med 17 procent under 1990-talet är en strukturell förändring som måste beaktas inte minst när vi studerar utvecklingen inom vård och omsorg. Det bör noteras att också gruppen barn i åldrarna 0 till 14 år har vuxit under decenniet, om än inte lika mycket som de allra äldsta. Till skillnad från ökningen i äldregruppen, som utgör en fortsättning på en redan tidigare etablerad trend, är dock ökningen i barngruppen en tillfällig expansion, skapad av den stora babyboomen omkring år 1990. De största barnkullarna är i dag omkring 10 år, det vill säga i grundskoleåldern. Antalet personer i åldrarna 15 till 64 år, det vill säga den grupp som brukar beskrivas såsom varande i arbetsför ålder, har ökat något under decenniet.⁶ Däremot har antalet yngre pensionärer i stort sett förblivit konstant.

⁶ Dock har det normala arbetslivsinträdet kommit att ske i allt högre åldrar.

Figur 1.2:3. Procentuella förändringar av olika åldersgruppernas storlek, 1990–1998



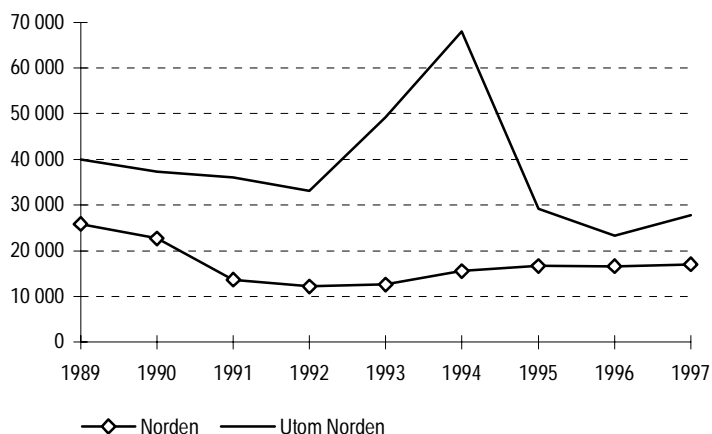
Källa: SCB:s befolkningsstatistik.

1.2.3 Stor flyktinginvandring och förstärkt boendesegregation

Ett lands demografiska förutsättningar påverkas även av invandring. Under 1990-talet har ett flertal konflikter och inbördeskrig i världen lett till att Sverige i olika vågor tagit emot flyktingar. Den ojämförligt kraftigaste invandringen kom under 1992, 1993 och 1994 från det sönderfallande före detta Jugoslavien. Det rörde sig om människor – flertalet bosnier och etniska albaner – som flydde undan förföljelse, massmord och krig. Av dem som beviljades uppehållstillstånd av flyktingskäl eller flyktingliknande skäl under 1990-talet kom drygt 77 000 eller 53 procent från det forna Jugoslavien. Därutöver var knappt 20 procent från Iran och Irak, samt 5 procent från Etiopien eller Somalia. Det kom under 1990-talet också tämligen många flyktingar från Libanon och Vietnam, vilka sedermera beviljades uppehållstillstånd.

Ser man till den totala invandringen (se Figur 1.2:4) är den stora flyktingströmmen från Bosnien och det forna Jugoslavien klart urskiljbar i den starka uppgång som sker av antalet utomnordiska invandrare 1993 och 1994. Antalet invandrare från de nordiska länderna sjönk fram till 1991, varefter antalet legat kvar på en relativt låg nivå.

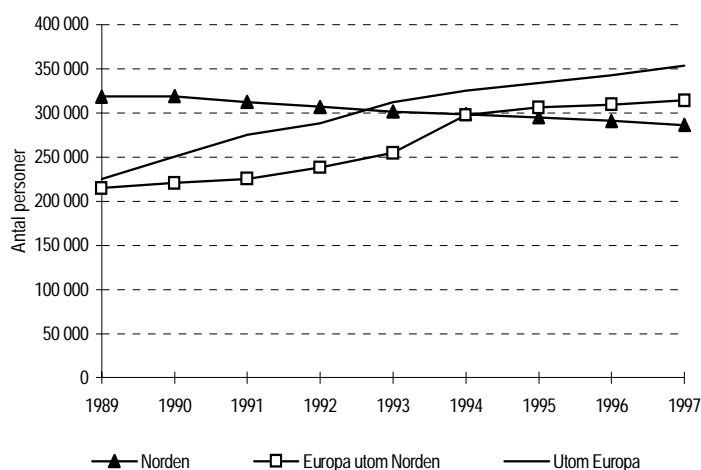
Figur 1.2:4. Antalet nordiska och utomnordiska invandrare, 1989–1997



Källa: SCB.

En viktig aspekt av invandringen är att den ändrar förutsättningarna för socialpolitik och utbildningspolitik genom att befolkningssammansättningen förändras. Som jämförelse kan nämnas att det 1960 fanns ungefär 300 000 utrikes födda i Sverige och av dessa kom 174 000 från Norden, 32 000 från Sovjetunionen (framför allt från Baltikum), 79 000 från övriga Europa och 12 000 från USA. Endast 3 000 personer kom från länder utanför dessa regioner. År 1997 var det totala antalet utrikesfödda cirka 955 000, varav 287 000 kom från de nordiska länderna, 314 000 från Europa utanför Norden, 23 000 från Nordamerika, 8 000 från före detta Sovjetunionen samt 322 000 från den övriga världen. På knappt 40 år har Sverige gått från att vara ett kulturellt och etniskt relativt homogent land till att bli ett mångkulturellt och etniskt sammansatt land, med de möjligheter och påfrestningar som följer av en sådan utveckling. Under de sju första åren under detta årtionde har antalet utomeuropéer i befolkningen ökat med 40 procent, vilket framgår av Figur 1.2:5. Antalet personer som kommer från Europa utom Norden har också ökat relativt kraftigt, medan antalet personer i befolkningen som invandrat från Norden har minskat något under perioden.

Figur 1.2:5. Utrikes födda i befolkningen med uppdelning på födelseområde, 1989–1997

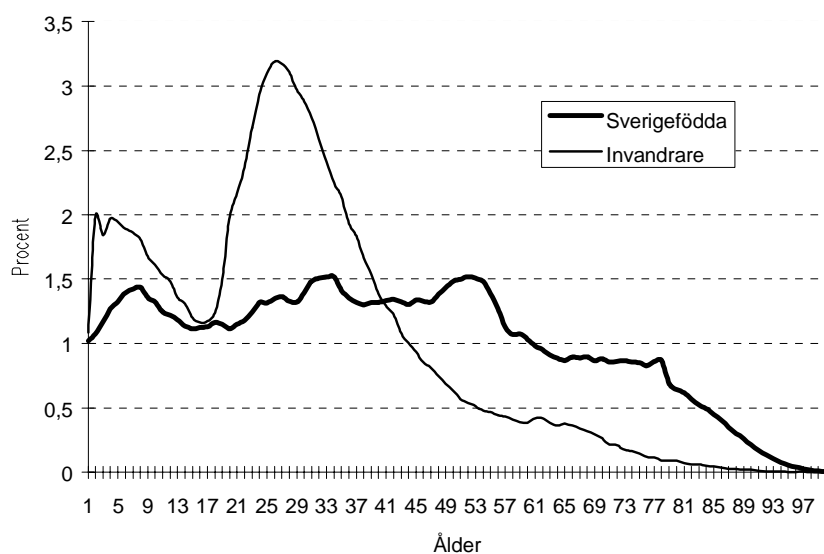


Källa: SCB.

Figur 1.2:6 visar att åldersstrukturen skiljer sig kraftigt åt mellan personer födda i Sverige och nyanlända invandrare. Bland invandrare är barn och personer i reproduktiva åldrar klart överrepresenterade, vilket speglar det faktum att det finns många barnfamiljer bland dem som

invandrat under perioden. Det finns också betydligt färre personer som är äldre bland nyanlända invandrare jämfört med bland personer födda i Sverige. I denna överrepresentation av yngre i arbetsför ålder bland invandrare ligger – under förutsättning att arbetsmarknadssituationen förbättras för nyanlända invandrare – en möjlighet att förbättra försörjningsbalansen i en åldrande svensk befolkning.

Figur 1.2.6. Åldersfördelning 1997 bland inrikes födda och bland invandrare som anlänt under åren 1990–1996. Procent



Källa: SCB.

Stora förändringar i svenskt flyktingmottagande

Sverige har anslutit sig till den internationella målsättningen att de som tvingas fly till ett annat land en dag ska kunna återvända till sitt ursprungsland.⁷ Tidsbegränsade uppehållstillstånd var i första hand tänkt för massflyktssituationer, men har sedan 1995 fått ökad betydelse i det svenska flyktingmottagandet. Det har sålunda skapats en ny kategori av flyktingar som ges tillfälligt skydd och som förväntas återvända till sitt hemland när situationen tillåter detta. Ett ofta uppmärksammat problem inom flyktingmottagningens område är de långa väntetider som i många fall präglar avgöranden om permanent uppehållstillstånd. Långvariga

⁷ Detta avsnitt baseras delvis på Maria Appelqvists underlag till kommittén (F:II, se bilaga 2).

vistelser på flyktingförläggningar innebär dels att integrationen i det svenska samhället för dem som beviljas uppehållstillstånd försvåras, dels försämrade förutsättningar för återvändande för dem som avvisas. De långa väntetiderna medför också stora kostnader för samhället.

Från och med 1985 har staten och kommunerna ett gemensamt ansvar för flyktingmottagandet. Det statliga ansvaret åvilar Statens invandrarverk och det nya Integrationsverket som inrättades 1998. Antalet mottagna flyktingar i landets kommuner har minskat från drygt 60 000 år 1994 till knappt 12 000 år 1998. Statens utgifter för kommunernas flyktingmottagande har minskat väsentligt från och med 1996 till följd av den minskade flyktinginvandringen (Regeringen 1999). Kommunerna svarar för att tillhandahålla bostäder, undervisning i svenska och en allmän orientering om utbildning, samhälle och samhällsliv. Det förekommer över lag stora kommunala variationer i flyktingmottagandet och det saknas på det hela taget systematiska utvärderingar av kommunernas verksamhet inom detta område.

Mottagandet av asylsökande sker antingen i förläggningar eller, sedan 1994, i eget boende. I dag väljer merparten av de asylsökande att bo hos släktingar och vänner under utredningstiden. Det är inte ovanligt att flyktingar redan under introduktionsperioden flyttar ifrån mottagningskommunen. De flyktingar som tagits emot under 1990-talet har i stor utsträckning flyttat från landsorten till storstäderna och från de norra delarna av landet till de södra (Svenska Kommunförbundet 1999a). Många flyttar till någon av utbildningsorterna för att börja studera eller söka arbete, men flertalet anger att de flyttar i avsikt att komma nära släktingar och andra landsmän (Tunevall 1994).

Boendesegregationen har förstärkts

Det finns indikationer på att såväl den ekonomiska som den etniska boendesegregationen har fördjupats i Sverige under 1990-talet.⁸ Under första halvan av decenniet har den ekonomiska segregationen i storstäderna ökat i så måtto att låginkomsttagarna har blivit alltmer geografiskt koncentrerade. Generellt sett har andelen låginkomsttagare ökat i de bostadsområden där inkomsterna är allra lägst. Än mer iögonfallande är emellertid den förstärkta etniska boendesegregationen. Vi ska i det följande rikta uppmärksamheten mot denna typ av segregering, som mot bakgrund av decenniets stora flyktinginvandring är av särskilt intresse.

⁸ Avsnittet om boendesegregation baseras i huvudsak på Roger Anderssons underlag till kommittén (F:I, se bilaga 2).

I Tabell 1.2:7 visas hur den etniska boendesegregationens omfattning förändrats i de tre storstadsregionerna under 1990-talet. Beskrivningen görs med hjälp av ett så kallat segregationsindex. Värde 0 på detta index innebär att människor i olika befolkningsgrupper är exakt jämnt fördelade över samtliga bostadsområden, medan värde 1 betyder att människor i olika befolkningsgrupper bor helt åtskilda från varandra. Ju högre värden, desto mer omfattande är segregationen. Att döma av tabellen har den etniskt grundade boendesegregationen ökat under första hälften av 1990-talet, framför allt i Malmö och Göteborg. Den geografiska åtskillnaden mellan Sverigefödda och utrikesfödda är överhuvud taget mer utpräglad i Malmö och Göteborg än i Stockholm.⁹ Segregationens omfattning har legat i stort sett stabil mellan 1995 och 1998.

Tabell 1.2:7. Segregationsindex för utrikesfödda personer i de svenska storstadsregionerna 1990, 1995 och 1998

	1990	1995	1998
Utrikesfödda, Stockholm	0,27	0,28	0,29
Utrikesfödda, Malmö	0,35	0,39	0,39
Utrikesfödda, Göteborg	0,33	0,38	0,37

Källa: Andersson (F:1, se bilaga 2).

Etniskt grundad boendesegregation – inte bara ett storstadsproblem

Den etniskt grundade boendesegregationen finns inte bara i storstäderna, utan existerar i alla typer av orter, stora såväl som små (Andersson och Molina 1996). Dock är det troligt att effekterna av segregationen är mer genomgripande i storstäderna än ute i landet. I större städer är risken större att segregationen leder till skillnader i tillgänglighet till olika typer av kommersiell och offentlig service. I större städer finns också utrymme för att barn från skilda etniska och sociala miljöer sorteras till olika skolor. Sådana effekter torde vara mindre påfallande i mindre orter där det finns färre daghem och skolor och där offentliga mötesplatser är

⁹ Här görs genomgående en distinktion mellan Sverigefödda och utrikesfödda. Den etniska boendesegregationen skulle framstå som än mer påtaglig om uppgifter om utländsk bakgrund inkluderades. Det har tidigare visats att ungefär hälften av de Sverigefödda som bor i områden med mycket få Sverigefödda invånare har minst en utrikesfödd förälder (Andersson 1997).

relativt få och ofta besöks av invånarna oavsett vilket område de bor i. I Tabell 1.2:8 visas hur Sverigefödda och utrikesfödda i hela landet fördelar sig över bostadsområden med olika etnisk profil. Mellan 1995 och 1998 har det skett en minskning av andelen utrikesfödda i bostadsområden där relativt många av de boende är Sverigefödda och det har blivit vanligare att utrikesfödda bor i svenskglea områden.¹⁰ År 1995 bodde cirka 19 procent av de utrikesfödda i svenskglea områden. År 1998 hade denna andel stigit till nästan 23 procent.

Tabell 1.2:8. Fördelning av Sverigefödda respektive utrikesfödda över hela landets bostadsområden med olika representation av Sverigefödda, 1995 och 1998

Områdestyper	Andel av alla Sverigefödda, 1995	Andel av alla Sverigefödda, 1998	Andel av alla utrikesfödda, 1995	Andel av alla utrikesfödda, 1998
Svenskglea områden	3,0	3,7	19,3	22,8
Övriga områden	97,0	96,3	80,7	77,2
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0

Källa: Andersson (F:1, se bilaga 2).

Också när boende i ett urval av 16 medelstora kommuner i landet studeras framkommer att den etniska boendesegregationen har förstärkts mellan 1995 och 1998.¹¹ Segregationen har ökat i omfattning i tolv av de studerade kommunerna och minskat i bara tre.¹² I analyserna av de 16 kommunerna framkommer också att personer som invandrat från Etiopien, Chile, Irak, Iran, Libanon och Turkiet bor mer åtskilt från Sverigefödda än vad utrikesfödda generellt sett gör. Dessutom är tendensen i flertalet kommuner att boendesegregationen förstärkts för just dessa invandrargrupper.

Det är svårt att dra några säkra slutsatser om hur individer och hushåll mer konkret påverkas av att bo i segregerade miljöer. Den svenska forskningen på området är begränsad och har inte givit upphov till några entydiga slutsatser. En viktig fråga för framtida forskning att belysa är

¹⁰ De bostadsområden där mindre än 70 procent av de boende är födda i Sverige betecknas som svenskglea.

¹¹ De specialstuderade kommunerna är Uppsala, Eskilstuna, Norrköping, Jönköping, Halmstad, Trollhättan, Karlstad, Örebro, Västerås, Borlänge, Gävle, Sundsvall, Östersund, Umeå, Skellefteå och Luleå.

¹² Segregationen har minskat i Luleå, Umeå och Östersund.

huruvida inflyttning till respektive kvarboende i bostadsområden med omfattande etnisk eller ekonomisk segregation innebär försämrade livschanser i ett längre tidsperspektiv.

Sammantaget har Sverige haft en ur socialpolitisk synvinkel problematisk ekonomisk och demografisk situation under 1990-talet. Det faktum att både barnen och de allra äldsta blivit fler, samtidigt som arbetslösheten har varit rekordhög och flyktinginvandringen tidvis stor, har inneburit att de offentligt finansierade välfärdssystemen har mött stora och ofta växande behov. Samtidigt har arbetslösheten och den statsfinansiella krisen medfört att dessa ökade behov över lag inte kunnat mötas med ökade resurser. I nästa kapitel ges en översikt av utvecklingen inom de socialpolitiska systemen under decenniet.

2 Socialpolitikens förutsättningar och förändringar

Det gångna decenniet framstår som något av en brytningsperiod för den svenska välfärdsstaten. Efter årtionden av förhållandevis obruten och entydig expansion, har 1990-talet präglats framför allt av begränsande beslut och åtgärder, även om det inte saknats inslag av såväl fortsatt utbyggnad som återställande av tidigare nedskärningar. Mängden av förändringar har varit massiv, vilket kan ses som ett problem i sig självt. Vissa åtgärder är ännu föremål för utrednings- och lagstiftningsarbete. Det är dock viktigt att poängtera att allt som föreslås inte genomförs, och att somt av det som genomförts senare dragits tillbaka.

En del av bakgrunden till de förändringar som skett har tecknats i föregående kapitel. Det är uppenbart att de stora strukturella förändringarna under perioden starkt påverkat förutsättningarna för politiken, men de socialpolitiska förändringarna måste också ses som konsekvenser av politiska värderingar och prioriteringar. I detta avseende syftar det föreliggande betänkandet inte till att utröna vad som varit nödvändigt, önskvärt eller möjligt i denna process, utan till att beskriva vad som faktiskt hänt.

Årtiondet som helhet har präglats av ett stort antal förändringar i försörjningssystemen och välfärdstjänsterna. Syftet med det här kapitlet är att beskriva och granska karaktären av förändringarna. I kapitlets första delavsnitt behandlas de system som direkt har att göra med människors försörjning. Här ingår såväl arbetsmarknadspolitikens aktiva inslag som dess kontanta ersättningar, liksom socialförsäkringarna och familjestödet, och dessutom socialbidragen. I kapitlets andra delavsnitt granskas det vi valt att kalla välfärdstjänsterna. Här ingår barnomsorg och skola, sjukvården och de delar av socialtjänsten som har med barn- och ungdomsvården liksom vården av missbrukare att göra, och dessutom äldre- och handikappomsorg. Vi kommer i denna del också att presentera en översikt över organisationsförändringar på välfärdstjänsternas område.

Gemensamt för försörjningssystemen och välfärdstjänsterna är att de syftar till att påverka nivån och fördelningen av välfärd i vid mening.

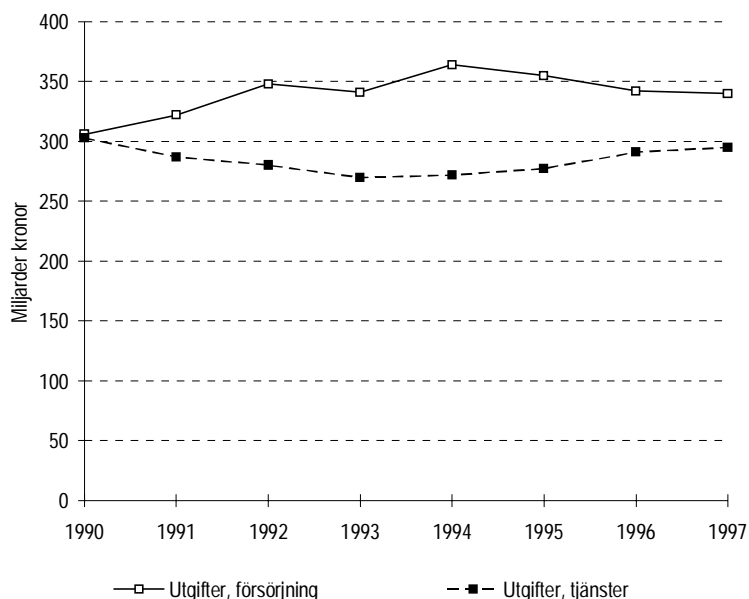
Ofta kan detta avläsas direkt på individnivå, bland annat genom hushållens inkomster och utnyttjande av sjukvård, men ibland finns bara indirekta indikationer. Det är möjligt att följa hur många personer som faktiskt uppbär en ersättning eller brukar en tjänst, men många har rätt till och behov av förmåner av olika slag utan att direkt uppbära eller utnyttja dem. För att kunna bedöma välfärdens utveckling under 1990-talet är det därför både relevant och nödvändigt att inte bara granska de faktiska utgifterna och antalet personer som får del av insatserna, utan också andra aspekter av trygghetssystemens utveckling.

I detta betänkande söker vi ge en beskrivning av utvecklingen av resurstilldelningen på de olika områdena och i möjligaste mån sätta den i relation till den behovsutveckling som kan identifieras. Vid sidan av att beskriva nivån på resurstilldelningen är det vår strävan att också belysa hur resurserna fördelats inom respektive område. Vi söker också ge en beskrivning av hur förändringar i regelsystemen och andra förhållanden har påverkat tillgänglighet och innehåll i såväl försörjningsstöd som social service. Det framstår därför som angeläget att beskriva de förändringar som skett med avseende på organisation och produktion av välfärdstjänster.

Både i forskning och debatt kring socialpolitiken har man ofta fokuserat på de offentliga utgifterna. Utvecklingen av de sociala utgifterna är onekligen av central betydelse, men man bör också beakta att de observerade utgiftsnivåerna är ett resultat av flera och ibland samverkande faktorer. Vid sidan av lagstiftningens utformning påverkar även demografiska faktorer och ekonomiska förhållanden hur mycket de enskilda programmen kostar. I studier av förändringar i de socialpolitiska åtgärdssystemen ger utgiftsnivåerna sålunda bara indirekta indikationer. Därför ägnas huvuddelen av uppmärksamheten i det här kapitlet åt förändringar av innehållet i de granskade socialpolitiska systemen.

Vi ska emellertid avsluta detta inledande avsnitt med att beskriva den offentliga utgiftsutvecklingen på de två huvudområdena vi identifierat, nämligen försörjningssystemen och välfärdstjänsterna (se Figur 2:1 och 2:2). Eftersom vi vill ge en bild av hur de offentliga medlen fördelats mellan sektorerna ingår inte brukaravgifterna i figurerna. Detta hade heller inte varit möjligt av praktiska skäl eftersom det saknas systematiska uppgifter om brukaravgifternas omfattning på flera tjänsteområden. Vi ska emellertid i kapitlets andra del visa att det under 1990-talet skett en betydande ökning av brukaravgifterna på de områden för vilka vi har data. I Figur 2:1 framgår utvecklingen av de offentliga utgifterna på respektive område i 1998 års priser, där utgifterna deflaterats med hjälp av konsumentprisindex, och i Figur 2:2 redovisas samma uppgifter som procent av BNP.

Figur 2:1. Utvecklingen av de offentliga utgifterna för välfärdstjänsterna och försörjningssystemen, 1990–1997. Miljarder kronor i 1998 års priser^a

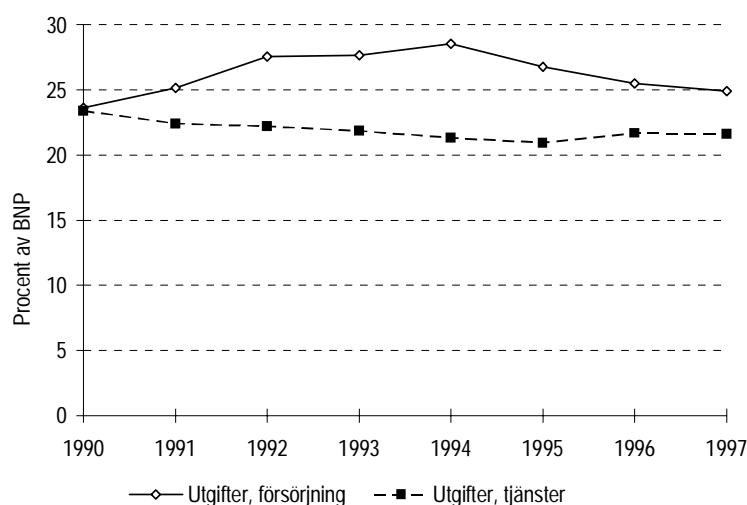


^a I välfärdstjänsterna ingår barnomsorg, skola, sjukvård, barna- och ungdomsvård, missbrukarvård samt äldre- och handikappomsorg. I försörjningssystemen ingår aktiv och passiv arbetsmarknadspolitik, socialförsäkringar, familjestöd och socialbidrag.

Källa: Nationalräkenskaperna (SCB).

När vi studerar de offentliga utgifterna för de två områdena framträder olika mönster. Det skedde en tydlig uppgång på försörjningssidan fram till 1994. Därefter följde en nedgång till 1997. När vi ser till offentliga utgifterna för välfärdstjänsterna kan vi konstatera att det, tvärt emot vad som noterades för försörjningsutgifterna, skedde en nedgång under 1990-talets början. Botten nås 1993, varefter en uppgång startar som dock till 1997 inte riktigt fört upp de offentliga utgifterna till 1990 års nivåer. På välfärdstjänsternas område saknas det ännu data för åren efter 1997. Därför kan vi ännu inte registrera konsekvenserna av de tillskott av de offentliga utgifter som budgeterats för dessa år.

Figur 2:2. Utvecklingen av de offentliga utgifterna för välfärdstjänsterna och försörjningssystemen som procent av BNP, 1990–1997^a



^a I välfärdstjänsterna ingår barnomsorg, skola, sjukvård, barna- och ungdomsvård, missbrukarvård samt äldre- och handikappomsorg. I försörjningssystemen ingår aktiv och passiv arbetsmarknadspolitik, socialförsäkringar, familjestöd och socialbidrag.

Källa: Nationalräkenskaperna (SCB).

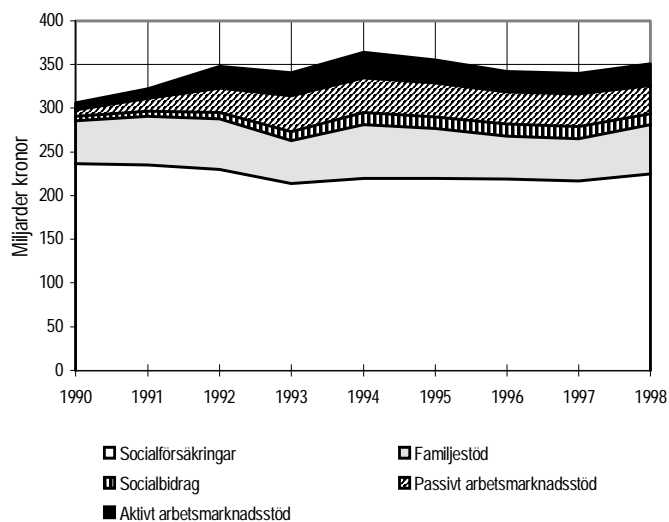
Uppgången i utgifterna på försörjningssidan är tydlig också om de offentliga utgifterna räknas som andel av BNP. Den relativa ökningen är kraftigare, vilket kan förklaras av att BNP sjönk tre år i rad. Efter 1994 sker en nedgång i försörjningsutgifterna också betraktade som andel av BNP. Nedgången i de offentliga utgifterna på välfärdstjänsteområdet i början på 1990-talet ter sig mindre dramatisk eftersom också BNP föll dessa år, dessutom inträdde uppgången senare. Utgiftsnivåerna har i slutet av perioden kommit att närma sig dem som gällde 1990, dock utan att nå ända fram.

2.1 Välfärdsstat och försörjning

Stora delar av välfärdsstaten är relaterade till medborgarnas försörjningsmöjligheter och försörjningsproblem. I detta avsnitt ska vi utöver de klassiska trygghetssystemen, såsom socialförsäkringar, familjestöd och socialbidrag, också behandla arbetsmarknadspolitikens olika delar. Skälet till detta är att arbetsmarknadspolitikens så kallade aktiva del kan ses som en förebyggande strategi för att motverka försörjningsproblem samt att de kontanta arbetslöshetsersättningarna har stora likheter med socialförsäkringarna.

Den bild av den offentliga utgiftsutvecklingen gällande de försörjningsrelaterade systemen som gavs ovan bekräftas av Figur 2.1:1. Utgifterna ökade från 1990 till 1998. Den kraftigaste expansionen skedde fram till 1994, varefter det vidtog en svag nedgång, men mellan 1997 och 1998 ökade utgifterna ånyo. Bakom dessa aggregerade siffror döljer sig dock stora skillnader mellan de olika områdena. Det som förklarar uppgången under årtiondets första hälft är de arbetsmarknadsrelaterade utgifterna, medan utgifterna sjönk för den traditionella socialpolitiken. Inom ramen för den traditionella socialpolitiken är det i praktiken endast socialbidragskostnaderna som ökar, men eftersom de utgör en så liten del av de totala utgifterna, gav ökningen av denna utgiftspost inget avtryck på de totala utgifterna.

Figur 2.1:1. Utvecklingen av de offentliga utgifterna för försörjningsrelaterade förmåner, 1990–1998. Miljarder kronor i 1998 års priser



Källa: Nationalräkenskaperna (SCB).

Motsatta trender kunde observeras under slutet av 1980-talet, då sjukpenning- och arbetsskadeförsäkringarna stod för utgiftsexpansionen, medan utgifterna för exempelvis arbetslösheten sjönk och kostnaderna för pensionssystemet var relativt stabila. Under 1990-talets inledning var det i stället alltså så, att kostnaderna för sjukpenning och så småningom även arbetsskador sjönk, medan kostnaderna för den aktiva arbetsmarknadspolitiken, arbetslöshetsförsäkringen och socialbidragen ökade kraftigt. Kostnaderna för dessa system låg därefter under några år kvar på en fortsatt hög nivå, men har under senare tid börjat sjunka. Däremot inträffade en ökning av utgifterna för sjukpenning 1998.

Vi har tidigare påpekat att det finns en rad problem med att använda utgifternas nivå och förändring som enda indikator på utvecklingen av de socialpolitiska systemen. Eftersom det ligger i kommitténs uppdrag att studera välfärdens nivå och fördelning är det angeläget att i beskrivningen av de välfärdspolitiska programmen inkludera andra aspekter vid sidan av de strikt ekonomiska. För denna uppgift krävs en begreppsapparat som kan fånga de förändringar i de socialpolitiska åtgärdssystemen som enligt vårt förmenande har stor relevans för individens välfärd. I detta avseende föreligger det betydande skillnader mellan den så kallade aktiva arbetsmarknadspolitiken och transfereeringarna (inklusive arbetslöshetsersättningarna).

När det gäller arbetsmarknadspolitiken är det viktigt att beakta den relativa betydelsen av aktiva åtgärder i förhållande till de rena konstantsättningarna. Inslagen av olika typer av åtgärder i den aktiva arbetsmarknadspolitiken varierar också över tid, vilket framstår som viktigt att både beskriva och analysera. I detta betänkande ska vi dock nöja oss med att försöka beskriva förloppet. Utifrån ett välfärdsperspektiv framstår det emellertid som en viktig uppgift för framtiden att analysera vilka konsekvenser olika typer av aktiva åtgärder får för individens kunnande och förmågor i arbetslivshänseende. Det saknas dock idag underlag för att göra denna typ av analys. Med de budgetrestriktioner som gällt under 1990-talet har konflikten mellan kvalitets- och volymmål blivit uppenbar. Antalet personer i åtgärder har ökat samtidigt som man haft dåliga resurser att tillse att åtgärderna varit av hög kvalitet.

Ur välfärdssynpunkt bör man alltså beakta en rad olika aspekter på transfereringssystemen. En grundläggande aspekt gäller de *kvalificeringskrav* som styr rätten till olika typer av förmåner. Det handlar dels om inträdeskrav för att man överhuvudtaget ska vara försäkrad, dels om sådana krav som bestämmer om en skada eller en sjukdom ska ersättas eller inte. Villkoren skiljer sig i allmänhet åt mellan socialförsäkringar och bidrag. På socialförsäkringssidan brukar det mest grundläggande kravet indikeras av namnet på respektive försäkringsgren. För ålders-

pension gäller exempelvis ett ålderskrav. Därtill kan det i vissa fall finnas krav rörande förvärvsarbete och bosättning. Vad gäller bidragen kan man göra en åtskillnad mellan å ena sidan allmänna bidrag till olika kategorier (exempelvis barnfamiljer) och å andra sidan selektiva bidrag som är förknippade med olika grad av inkomst- eller behovsprövning. Även de förmåner som normalt kopplas till socialförsäkringen kan inkomstprövas. Utformningen av vissa kvalificeringskrav påverkar, tillsammans med förändringar i den aktuella befolkningskategorins sammansättning, hur hög *täckningsgraden* blir, det vill säga hur stor andel som faktiskt är försäkrade för en viss typ av ersättning. Andra kvalificeringsvillkor påverkar sedan hur många av de försäkrade som faktiskt kommer att uppbära en förmån. Ett exempel på detta är utformningen av beviskraven för att en skada ska godkännas som arbetsskada.

En annan viktig aspekt på förmånerna gäller *ersättningsnivån*, det vill säga hur mycket av den normala inkomsten som faktiskt ersätts vid sjukdom, arbetslöshet och så vidare. *Ersättningstiden* kan också vara av avgörande betydelse för hur individers ekonomiska välfärd säkerställs av försäkringen. Här kan vi skilja mellan karenstid och varaktighet som fångar ersättningstidens båda tidsmässiga ändrar i kronologisk ordning. Sammantaget innebär brister i täckningsgraden, låga ersättningsnivåer och ofullständig ersättningstid en ökad risk för ekonomisk ofärd för de individer som drabbas av sjukdom, arbetslöshet, ålderdom eller förändringar i försörjningsbördan.

Konsekvenser av regelförändringar går alltid igenom ett administrativt filter. Här kan det också ske förändringar i försäkringsadministrationens tillämpning av arbetslöshets- och socialförsäkringen utan att det sker förändringar i själva lagstiftningen, eller ens i de allmänna råd som verk och myndigheter utfärdar. Även om dessa fenomen uppmärksammas och studerats (se exempelvis Hetzler 1994) saknas det fortfarande bredare empiriska studier som täcker hela 1990-talsutvecklingen. Själva problemets natur, som innebär att man ofta måste studera hur de enskilda fallen behandlas, gör sådana studier till en grannlaga och tidsödande uppgift. Vi ska i det här betänkandet bara peka på några exempel som visar att den administrativa dimensionen är viktig för hur lagar och förordningar påverkar enskilda människors välfärd.

Beskrivningen av 1990-talsutvecklingen i de försörjningsrelaterade programmen tar sin början i den aktiva arbetsmarknadspolitikerna och fortsätter med en genomgång av arbetslöshetsersättningarna. Därefter

följer beskrivningar av socialförsäkringarna och familjestödet och en genomgång av utvecklingen på socialbidragsområdet. Den översikt som presenteras över förändringar gällande socialbidrag för ungdomar och den nyligen införda särskilda ungdomsgarantin leder beskrivningen tillbaka till den aktiva arbetsmarknadspolitiken.

2.1.1 Arbetsmarknadspolitiken har differentierats och decentraliserats

Den snabbt ökande arbetslösheten under 1990-talets första år innebar en kraftig påfrestning på den svenska arbetsmarknadspolitiken. Den öppna arbetslösheten ökade från ungefär tre procent 1991 till drygt åtta procent 1993. År 1998 låg arbetslösheten fortfarande kvar på en enligt svenska förhållanden hög nivå (6,5 procent) och trots att sysselsättningen har gått upp under 1999 är antalet arbetslösa fortfarande nästan en kvarts miljon.¹

De aktiva arbetsmarknadspolitiska åtgärderna betraktas tillsammans med de offentliga arbetsförmedlingarna som kärnan i den svenska arbetsmarknadspolitiken.² Politiken har flera mål. Ett är att motverka den arbetslöshet som uppstår på grund av tillfälliga obalanser på arbetsmarknaden, det så kallade stabiliseringspolitiska målet. Ett andra mål är att i olika avseenden förbättra svaga gruppers ställning på arbetsmarknaden, vilket brukar kallas det fördelningspolitiska målet. Ett tredje mål, det så kallade allokeringspolitiska målet, är att påverka arbetsmarknaden så att resurserna används mer effektivt. Det riktäckande nätet av arbetsförmedlingar ska tillhandahålla information om tillgängliga vakanser i alla län och har personal som ger yrkes- och studie vägledning. Allokeringen kan också påverkas genom att man söker förbättra matchningen mellan de arbetssökande och de lediga platserna på arbetsmarknaden. Flera åtgärder syftar till att anpassa de arbetslösas kvalifikationer till dem som krävs för tillgängliga arbeten och att påverka de arbetssökande att mer effektivt och aktivt söka arbete.

Under 1990-talet har antalet personer i aktiva arbetsmarknadsåtgärder ökat. Den aktiva politiken har också förändrats i ett flertal andra avseenden genom den differentiering, individualisering och kommunalisering som skett under perioden. Det har också skett en uttunning av de aktiva åtgärderna i så måtto att fler kommit att delta i billiga åtgärder, som exempelvis olika former av praktik.

¹ Avser november 1999, enligt Arbetsmarknadsverkets statistik.

² Detta avsnitt bygger i huvudsak på Håkan Regnérs underlag till kommittén (F:XX, se bilaga 2).

Antalet aktiva arbetsmarknadsåtgärder har ökat kraftigt

De aktiva arbetsmarknadsåtgärderna kan i princip delas in i tre grupper, nämligen yrkesutbildning, subventionerad sysselsättning och praktik. Därtill finns också olika typer av jobbsökaraktiviteter. Antalet typer av aktiva åtgärder har ökat dramatiskt samtidigt som särskilda åtgärder har kommit att profileras mot vissa grupper. Innehållet i dessa särskilda åtgärder liknar dock i stort innehållet i de åtgärder som erbjuds i övrigt. Exempelvis finns datorutbildning både som särskild åtgärd och som arbetsmarknadsutbildning. I början av 1990-talet fanns det fyra aktiva åtgärder som var tillgängliga för arbetslösa vuxna personer, nämligen arbetsmarknadsutbildning, handikappåtgärder, beredskapsarbete och rekryteringsstöd.

Arbetsmarknadsutbildning erbjuds personer som behöver förbättra sin kompetens eller byta till ett nytt yrke. Deltagare får utbildningsbidrag och nivån på bidraget beror av medlemskap i arbetslöshetskassa och familjeförhållanden. Mätt i antal deltagare har arbetsmarknadsutbildning vid sidan av handikappåtgärderna varit den viktigaste åtgärden under 1990-talet. *Handikappåtgärderna* inkluderar verksamhet inom Samhall, lönebidrag, arbetsmarknadsinstitutet samt offentligt skyddat arbete.

Åtgärden *beredskapsarbete* (som upphörde 1997) gav arbetslösa personer tidsbegränsad sysselsättning under sex till tolv månader i verksamhet finansierad av den offentliga sektorn. Deltagarna skulle vara äldre än 25 år och de fick lön enligt gällande kollektivavtal på den vanliga arbetsmarknaden. Ett beredskapsarbete har traditionellt omfattat infrastrukturinvesteringar och har främst erbjudits till män, men under senare decennier har åtgärden i större utsträckning inriktats mot hälso- och sjukvårdssektorn (Forslund och Krueger 1995) och en betydande del av dem som placeras i beredskapsarbete är kvinnor. År 1998 ersattes åtgärden av individuellt anställningsstöd.

Rekryteringsstöd är en annan åtgärd som fanns i början av 1990-talet. Åtgärden innebar subventionerad sysselsättning i privat och offentlig sektor. Subventionsgraden varierade mellan 50 och 70 procent av den totala lönesumman och arbetsgivarna kunde erhålla subventionen i mellan sex och tolv månader beroende på individens egenskaper. Rekryteringsstödet försvann 1998 och ersattes av *individuellt anställningsstöd*. Nya åtgärder har introducerats successivt under hela 1990-talet. Tabell 2.1:2 ger en översikt över denna utveckling samt över hur många deltagare de olika åtgärderna har haft.

Tabell 2.1:2 Antal deltagare i aktiva arbetsmarknadspolitiska åtgärder, 1990–1998^a

År	Arbetsmarknadsutbildning	Beredskapsarbete	Handi-kappåtgärder	Rekryteringsstöd	Ungdomsåtgärder	Utbildningsvikariat	Arbetslivsutveckling	Datortek
1990	38 600	8 100	87 700	2 300	4 800	-	-	-
1991	58 600	10 800	86 000	4 800	13 200	-	-	-
1992	86 300	15 800	84 800	13 500	34 600	8 300	-	-
1993	53 200	14 000	84 000	9 200	67 700	9 800	35 100	-
1994	59 500	16 700	87 200	25 500	56 900	12 700	44 500	-
1995	54 600	14 500	92 000	21 000	20 400	11 200	41 300	5 900
1996	45 600	8 300	85 900	12 300	-	9 800	52 300	11 900
1997	36 900	7 100	85 200	3 700	-	3 500	52 500	14 000
1998	41 900	-	89 600	-	-	-	38 900	11 500
	Arbetsplatsintroduktion	Starta eget	Kommunala program för ungdomar	Offentligt tillfälligt arbete (OTA)	Individuellt anställningsstöd	Resursarbete i offentlig verksamhet	Projektarbete med a-kassa	IT-satsning
1990	-	-	-	-	-	-	-	-
1991	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	-	-	-	-	-	-	-	-
1993	-	-	-	-	-	-	-	-
1994	-	10 200	-	-	-	-	-	-
1995	21 500	10 100	-	-	-	-	-	-
1996	32 400	10 300	12 600	-	-	-	-	-
1997	34 300	12 300	14 200	5 400	-	-	-	-
1998	19 400	12 500	12 200	7 800	10 600	4 100	300	700

^a Ungdomsåtgärder inkluderar särskilda och avtalade inskolningsplatser. Handikappåtgärder inkluderar Samhall, lönebidrag, arbetsmarknadsinstitutet och offentligt skyddat arbete. Arbetsplatsintroduktion ersatte akademikerpraktik, invandrarpraktik och ungdomsintroduktion från den 1 juli 1995.

Källa: AMS statistiktjänst.

År 1992 introducerades *utbildningsvikariat* som innebär att arbetslösa personer ersätter redan anställda som deltar i utbildning på heltid. Deltagarna väljs ut av arbetsförmedlingen och företagen får göra vissa skatteavdrag för anställningen samtidigt som de kan göra avdrag för utbildningskostnaderna för den anställde som deltar i utbildning. Åtgärden fick inte så stora deltagartal och ersattes 1998 av kombinationen *utbildningsstöd* och *anställningsstöd*.

År 1993 tillkom *arbetslivsutveckling* (ALU) med syfte att förstärka arbetslinjen, öka möjligheterna till återinträde på arbetsmarknaden och förhindra utförsäkring. Arbetslösa personer som har rätt till arbetslöshetsersättning anställs för att genomföra projekt som inte är del av den vanliga verksamheten i företaget. Projektet ska pågå i högst sex månader och deltagarna får arbetslöshetsersättning under projektperioden.³ *Arbetsplatsintroduktion* (API) tillkom 1995 och ersatte åtgärderna akademikerpraktik, invandrarpraktik och ungdomsintroduktion.

Under andra hälften av 1990-talet har det även tillkommit vissa åtgärder som har en utbildningsprofil. En åtgärd är de så kallade *datorteken* som ska ge utbildning i IT och olika datorprogram på halvtid, medan resterande tid ska ägnas åt arbetsmarknadsinriktade projekt. En annan och mer kvalificerad åtgärd är det så kallade SWIT-projektet eller den nationella *IT-satsningen* som erbjuder avancerad arbetsmarknadsutbildning för bristyrken inom IT-branschen. År 1998 deltog 12 200 personer i dessa åtgärder.

Starta eget-bidrag, *offentligt tillfälligt arbete* och *kommunala program för ungdomar* är tre andra åtgärder som tillkommit under senare delen av 1990-talet. Den förstnämnda åtgärden ger stöd till arbetslösa som vill starta egen verksamhet. Offentligt tillfälligt arbete är en arbetslivsutveckling för äldre och innebär att långtidsarbetslösa som är äldre än 55 år arbetar i offentlig sektor samtidigt som de erhåller arbetslöshetsersättning. *Kommunala program för ungdomar* innebär att kommunerna ska ordna praktik eller sysselsättning för ungdomar i åldrarna 20 till 24 år

Kommunerna har fått ökat ansvar för arbetsmarknadspolitiken

Åtgärderna inom ramen för den individinriktade aktiva politiken har ökat i antal under de senaste åtta åren, men arbetsmarknadspolitiken har förändrats även i andra avseenden. Arbetsmarknadspolitiken har decentraliserats successivt under 1990-talet och kommunerna har fått allt större inflytande på området och större möjligheter att utforma politiken efter lokala behov. Kommunerna har numera även ansvar för vissa arbetsmarknadspolitiska åtgärder. År 1995 övergick det politiska ansvaret för ungdomar under 20 år från stat till kommun och 1997 vidgades detta kommunala ansvar till att gälla även ungdomar mellan 20 och 24 år. Genom införandet av denna så kallade utvecklingsgaranti ska

³ Projektarbete med arbetslöshetsersättning som introducerades år 1998 är utformad på samma sätt.

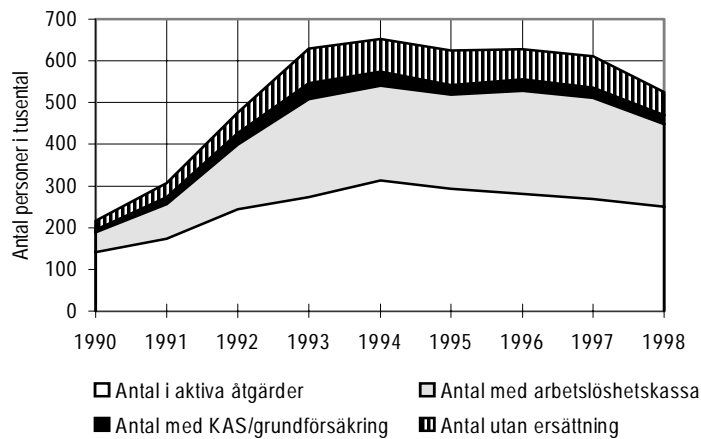
kommunen sysselsätta arbetslösa ungdomar som inte har fått ett arbete, en reguljär utbildning eller en arbetsmarknadspolitisk åtgärd under en period av 90 dagar. Sysselsättningen ska vara på heltid och stärka deltagarens möjligheter att komma in på arbetsmarknaden eller fortsatt utbildning. Åtgärden kan omfatta såväl praktik som utbildning. Idén med en decentraliserad arbetsmarknadspolitik har förstärkts under senare hälften av 1990-talet.

Förutsättningarna för arbetsmarknadspolitiken har också påverkats av inträdet i den europeiska unionen (EU), där arbetsmarknadspolitiken har fått nya möjligheter till försöksverksamhet genom EU:s så kallade strukturfonder. Under 1990-talet har också AMS fått större möjligheter att finansiera ny verksamhet genom ersättning med otraditionella medel. Dessa infördes för första gången 1993 för att bekosta otraditionella insatser som motiveras av arbetsmarknadsskäl, men som inte ryms inom ordinarie verksamhet.

Sammantaget framträder två huvudsakliga trender i den aktiva arbetsmarknadspolitiken utveckling under 1990-talet. För det första har utrymmet för arbetsmarknadspolitisk försöksverksamhet ökat och för det andra har ansvaret för politiken i allt större utsträckning flyttats över på kommunerna. Kommunerna har fått större ansvar och fler möjligheter att utforma politiken efter lokala behov, samtidigt som en sådan profilering riskerar att försämra flexibiliteten på arbetsmarknaden.

Det sammanlagda antalet deltagare i aktiva arbetsmarknadspolitiska åtgärder har varierat under 1990-talet. År 1998 uppgick andelen deltagare till 3,8 procent av arbetskraften. I Figur 2.1:3 beskrivs utvecklingen under 1990-talet med avseende på antalet arbetslösa, antalet personer i aktiva åtgärder och antalet mottagare av arbetslöshetsersättningar. Ökningen av det totala antalet arbetslösa åtföljs i tiden av en uppgång av antalet personer i aktiva åtgärder och i än högre grad av antalet mottagare av kontantersättning. Det skedde inledningsvis en stor förskjutning mellan aktiva och passiva arbetsmarknadsåtgärder. Dock var nedgången i antalet aktiva åtgärder 1998 inte lika stor som nedgången i antalet med kontantersättning. Den över lag kraftiga expansionen av aktiva åtgärder har sannolikt utgjort ett problem när det gäller kvaliteten i åtgärderna.

Figur 2.1:3. Antalet arbetslösa i olika åtgärder samt utan ersättning, 1990–1998. Tusental



Källa: Bearbetningar av Regné (F:XX, se bilaga 2).

Det finns betydande kunskapsluckor om arbetsmarknadspolitikens konsekvenser med avseende på de uppställda målen. Det är dessutom inte uppenbart om man ska mäta konsekvenser av åtgärderna var för sig eller sammantaget. Det är dock möjligt att studera mer indirekta indikatorer på arbetsmarknadspolitikens konsekvenser. En möjlig effekt av arbetsmarknadspolitikerna är att vi i Sverige inte fått lika omfattande långtidsarbetslöshet som kan konstateras i en mängd andra västeuropeiska länder.

2.1.2 Förändringar av arbetslöshetsersättningarna

I samhällen av Sveriges typ finns det ett uppenbart behov av en försäkring mot risken att bli arbetslös.⁴ Här har såväl effektivitetsskäl som fördelningsskäl anförts (se exempelvis Regnér 1999). Den passiva arbetsmarknadspolitiken, eller arbetslöshetsersättningarna, kan därför ses som del av både arbetsmarknadspolitiken och socialpolitiken. Den svenska arbetslöshetsförsäkringen har historiskt följt den så kallade Ghent-modellen, baserad på frivilligt medlemskap i kassor organiserade av fackföreningarna och med finansiellt understöd från staten. Sedan mitten av 1970-talet har det funnits ett kontant arbetsmarknadsstöd (KAS) för dem som stått utanför den frivilliga försäkringen. Så såg systemet ut vid ingången till 1990-talet och i huvudsak ser det ut på samma sätt 1999.

Det har dock skett vissa förändringar på arbetslöshetsersättningarnas område. Arbetslöshetsförsäkringen omfattar numera dels en inkomstrelaterad förmån, dels en grundersättning (på samma nivå som KAS). För att administrera grundersättningen för dem som inte är medlemmar i en frivillig kassa har en ny kassa, den så kallade alfa-kassan, bildats. Vidare har den nya förmånen generationsersättning införts. I det följande ska vi redogöra för förändringar i kvalificeringskrav, ersättningsnivåer och ersättningstider.

Förändringar av kvalificeringsvillkor och täckningsgrad

För att vara berättigad till arbetslöshetsersättning måste en person vara arbetslös och registrerad som arbetssökande på en arbetsförmedling. Vidare krävs att den arbetslöse uppfyller ett medlemsvillkor och ett arbetsvillkor. År 1998 gällde att den arbetslöse måste ha varit medlem i en arbetslöshetskassa i minst tolv månader samt ha arbetat i minst sex månader under en period av tolv månader före arbetslöshetsperioden för att vara berättigad till ersättning. Deltagande i de flesta aktiva arbetsmarknadspolitiska åtgärderna räknas som arbete. Personer som uppfyller dessa villkor och är yngre än 57 år har rätt till ersättning i högst 300 dagar. De som är 57 år eller äldre har rätt till ersättning i högst 450 dagar. Fram till år 1998 var åldersgränsen 55 år.

Arbetsvillkoret i arbetslöshetsersättningen har förändrats flera gånger under 1990-talet. Med undantag för en kortare period har kravet i huvudsak varit att den arbetslöse arbetat fyra månader under den

⁴ Detta avsnitt bygger i huvudsak på Håkan Regnérs underlag till kommittén (F:XX, se bilaga 2).

tolvmånadersperiod som föregick arbetslöshetsperioden. Arbetsvillkoret utökades till sex månader 1997. Den 1 januari 1998 bytte ersättningssystemet namn till frivillig inkomstrelaterad försäkring, men den nya försäkringen överensstämmer i de flesta avseenden med det system som gällde före 1998. De arbetslösa personer som uppfyller arbetsvillkoret, men inte medlemsvillkoret, erhåller grundersättning.

Förändringar av ersättningsnivåer och ersättningstider

Den formella ersättningsnivån i arbetslöshetsförsäkringen har förändrats samtidigt som nivån i sjukförsäkringen förändrats, det vill säga från 90 procent till 80 procent 1993 och till 75 procent 1996. Från september 1997 är ersättningsnivån åter 80 procent. År 1993 infördes fem dagars karenstid i försäkringen. Taken i försäkringen har traditionellt legat under dem som tillämpats i exempelvis sjukförsäkringen. Många inkomsttagare får därför den maximala ersättningen och deras faktiska ersättningsnivå blir lägre än vad den formella procentsatsen anger. För att bedöma utvecklingen av den faktiska ersättningsnivån är det därför minst lika viktigt att beakta förändringarna i maxbeloppet.

När KAS 1998 bytte namn till grundförsäkring förändrades de maximala ersättningstiden så att den överensstämmer med ersättningstiden i den inkomstrelaterade försäkringen. Personer som är yngre än 55 år hade sedan år 1974 och fram till år 1998 kunnat erhålla KAS i 150 dagar medan de som är äldre än 55 år hade kunnat få ersättning i högst 300 dagar.

I Tabell 2.1:4 redovisas de maximala dagliga ersättningsbeloppen från de båda ersättningssystemen i 1998 års priser. Det framgår av tabellen att det maximala ersättningsbeloppet från arbetslöshetskassan i genomsnitt är mer än dubbelt så högt som ersättningen från det kontanta arbetsmarknadsstödet KAS/grundersättning. Utvecklingen av ersättningsbeloppen har varit ganska blygsam under 1990-talet. Den inkomstrelaterade ersättningen har tappat något i värde, medan grundersättningen ökat i ungefär motsvarande utsträckning.

Tabell 2.1:4. Förändringar av arbetslöshetsersättningarnas nivå, 1990–1998. Kronor per dag i 1998 års priser^a

År	Maxersättning, arbetslöshetskassa	Maxersättning, grund-ersättning (KAS)
1990	613	215
1991	614	216
1992	624	219
1993	614	216
1994	583	253
1995	569	247
1996	566	231
1997	563	230
1998	580	240

^a År 1993 ändrades ersättningsnivån två gånger. I tabellen redovisas ett genomsnitt av de två beloppen.

Källa: Olli (1996) och Arbetsmarknadsstyrelsens statistiktjänst för perioden 1996–1998.

Under början av 1990-talet skedde en kraftig ökning av antalet arbetslösa som saknar arbetslöshetsersättning. Andelen av de arbetslösa som har ersättning från arbetslöshetskassan har ökat under perioden mellan 1990 och 1998, medan andelen som har KAS/grundersättning har minskat. Andelen av de arbetslösa som inte har rätt till någon ersättning har minskat med nästan 10 procentenheter under 1990-talet. Fortfarande är det dock nästan 30 procent av de arbetslösa som inte har rätt till kompensation från den inkomstrelaterade arbetslöshetsförsäkringen. Ungefär 20 procent av de arbetslösa saknar ersättning från såväl arbetslöshetskassan som grundförsäkringen. Utvecklingen av de arbetslösas ekonomiska situation diskuteras närmare i avsnitt 3.5.

2.1.3 Förändringar på socialförsäkringarnas område

Det har framgått ovan enligt figur 2.1:1 att de offentliga utgifterna för socialförsäkringarna sjunkit i reala termer under 1990-talet.⁵ Pensionsutgifterna har ökat något, medan utgifterna för sjukdom och handikapp först minskade under flera år och sedan ökade från 1998. Socialförsäkringarnas utveckling på 1990-talet har dock i de flesta andra avseenden varit dramatisk. Ett sätt att beskriva utvecklingen är att se till själva antalet förändringar som skett i lagstiftningen. Antalet förändringar är stort och förändringstakten har varit högre under 1990-talet jämfört med under tidigare årtionden. Förändringarna kan kategoriseras utifrån om de är expansiva (exempelvis att ersättningsnivåer höjs eller att fler får rätt till ersättning) eller begränsande (Marklund 1997). I detta avseende har det skett ett tydligt trendbrott under 1990-talets första hälft. Efter 1990 skedde en kraftig uppgång av antalet begränsande beslut, samtidigt som antalet expansiva beslut minskade efter 1991. Därefter och fram till 1997 har de begränsande besluten överstigit de expansiva i antal. År 1998 har återigen de expansiva besluten blivit fler än de begränsande (Försäkringskassaförbundet 1999). Vi ska här granska de förändringar som skett också med avseende på hur de påverkat försäkringarnas kvalificeringskrav, ersättningsnivåer och ersättningstider.

Följande huvuddrag i utvecklingen kan identifieras:

- Förändringarna som gäller villkoren för att överhuvudtaget täckas av försäkringen har varit förhållandevis små. Samtidigt har det skett förändringar i sysselsättningen och på arbetsmarknaden som verkat mot lägre täckningsgrad, men dessa förändringar är alltså inte resultat av förändringar i socialförsäkringen. Inom arbetsskade- och sjukförsäkringen har det successivt skett skärpningar av de kvalificeringsvillkor som gäller själva skadans eller sjukdomens art (till exempel huruvida en skada verkligen är orsakad av arbetet).
- Ersättningsnivåerna har förändrats huvudsakligen genom att procentsatsen i försäkringen har sänkts och genom att förmånerna inte indexerats fullt ut. Under 1990-talets inledning skedde små förändringar i delvis olika riktning. År 1993 och 1996 skedde tydliga neddragningar över hela linjen, medan det 1998 och 1999 skedde förbättringar inom vissa områden.
- Ersättningstiderna förändrades formellt sett främst i början av decenniet. Därtill har det införts en rad mindre förändringar, som i vissa fall dock är av stort principiellt intresse.

⁵ Detta avsnitt bygger på Joakim Palmes underlag till kommittén (F:XIX, se bilaga 2).

För att något komprimera beskrivningen tematiseras den följande framställningen efter de olika aspekter som tidigare diskuterats, nämligen kvalifikationsvillkor, täckningsgrad, ersättningsnivåer och ersättningsgrad, ersättningsnivåer och ersättningsgrad, ersättningsgrad, ersättningsnivåer och ersättningsgrad. För var och en av dessa diskuteras de olika systemen i följande ordning: pensioner, sjukpenning, arbetsskadeförsäkring och övriga förmåner. Vissa av de förmåner som utöver förtidspensionerna är relaterade till funktionshinder och handikapp tas upp i ett särskilt avsnitt.

Förändringar i kvalificeringsvillkor och täckningsgrad

De svenska folkpensionerna har i princip utgått till alla bofasta i landet som uppnått den normala pensionsåldern. Det har dock alltid funnits vissa tidsmässiga boendevillkor som måste uppfyllas innan man fått rätt till pension. Det svenska undertecknandet av det så kallade EES-avtalet 1992 fick konsekvenser för pensionsområdet i ett viktigt avseende. År 1993 skärptes kvalificeringsreglerna för folkpension så att det numera krävs 40 års boende i Sverige för full folkpension. Det finns visserligen vissa övergångsregler i detta avseende, men förändringarna i kvalificeringsreglerna resulterade i en minskning av andelen av den äldre befolkningen som faktiskt får full folkpension. Storleken på den grupp som inte får full folkpension är beroende av omfattningen av framför allt den utomeuropeiska invandringen, eftersom EU-rätten ger visst skydd före dem som flyttar inom unionen. Det är just denna typ av invandring som varit särskilt omfattande under 1990-talet. Problemen med att uppfylla kvalificeringsvillkoren skulle emellertid ha varit uppenbara för många gamla invandrare även med det gamla systemet, men problemet har accentuerats som en konsekvens av de hårdare ställda kraven.

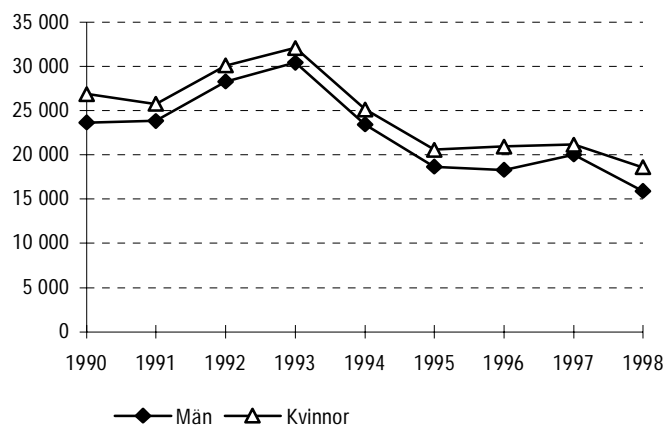
Ett sätt att studera konsekvenserna av de förändringar som görs i socialförsäkringarna är att se på antalet mottagare av olika förmåner. Därtill måste man självklart beakta förmånernas nivå och fördelning. När det gäller antalet ålderspensionärer har det inte skett särskilt stora förändringar under 1990-talet. År 1990 fanns det 1,55 miljoner mottagare av offentliga ålderspensioner och 1998 hade denna siffra stigit till 1,59 miljoner. Av dessa är det – och har alltid varit – fler kvinnor än män.

Det har skett stegvisa förändringar av kvalificeringsvillkoren i förtidspensionerna. År 1991 avskaffades de särskilda arbetsmarknads-skälen. I de tidigare särskilda regler som innebar att ansökningar från äldre skulle behandlas i särskild ordning infördes 1992 en fast åldersgräns på 60 år. År 1993 infördes nya nivåer för förtidspension och sjukbidrag innebärande att dessa kan utges som fjärdedelar och inte bara som halva eller hela bidrag. År 1997 togs äldrereglerna bort helt och

1998 mildrades reglerna för att få full förtidspension. Av större betydelse för utvecklingen av antalet nybeviljade förtidspensioner har sannolikt varit dels de förändringar som gällt grunden för rätten till förtidspension, dels förskjutningarna i praxis. Från oktober 1995 är rätten till förtidspension formulerad så att pensionen ska ha sin grund i medicinska skäl, vilket lett till att kvalificeringsvillkoren skärpts och att antalet nybeviljade förtidspensioner minskat.

Figur 2.1:5 visar utvecklingen av antalet nybeviljade förtidspensioner bland män och kvinnor från 1990 till 1998. Nivån på antalet nybeviljade förtidspensioner är högre för kvinnor än för män, men på det hela taget finns inga stora könsskillnader. Uppgången 1992 och 1993 följdes åt av en ännu kraftigare nedgång. Uppgången har delvis att göra med att många långa sjukfall "bortpensionerades" 1993. Nedgången inträffade innan skärpningar infördes i kvalificeringsvillkoren. Det skedde en viss uppgång i förtidspensionerna för kvinnor 1996 och för både män och kvinnor 1997. Det sista året vi har siffror för är 1998 och då registrerades det lägsta antalet nybeviljade förtidspensioner under hela 1990-talet. Det skedde visserligen en viss uppgång av förtidspensioneringen i samband med att arbetslösheten ökade, men detta hade alltså andra orsaker. Det mest slående är att den höga arbetslösheten inte lett till samma kraftiga ökning av antalet förtidspensionerade som i övriga Europa.

Figur 2.1:5 Antal nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag för män och kvinnor, 1990–1998



Källa: Riksförsäkringsverket (M:I, se bilaga 2).

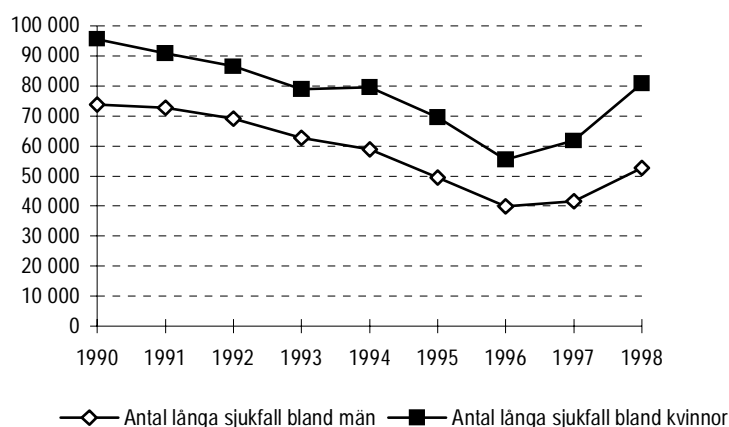
Om vi istället för att se till nybeviljade förtidspensioner betraktar hur många förtidspensionärer (inklusive mottagare av sjukbidrag) som faktiskt finns framstår bilden något annorlunda. Nedgången i antalet nybeviljade pensioner efter 1993 har ännu inte givit utslag i stocken av pensionärer. År 1991 fanns det 361 000 mottagare och 1998 hade antalet växt till 417 000.

Beslut som fattats under 1980-talet kom från 1990 att innebära en successiv utfasning av änkepensionerna. Samtidigt infördes en ny typ av efterlevandeskydd, en omställningspension som gäller för både änkor och änklingar. För personer som har barn under 12 år utbetalas förlängd efterlevandepension och till hemarbetande utgår en särskild efterlevandepension. En principiellt viktig förändring kom 1997, då folkpensionsdelen i änkepensionen kom att inkomstprövas för dem som är under normal pensionsålder. Antalet mottagare av dessa förmåner har förskjutits i förväntad riktning. Antalet änkepensioner minskade från 60 000 år 1990 till mindre än 16 000 år 1998. Under samma period ökade antalet efterlevandepensioner från 2 000 till 4 500.

Sjukpenningförsäkringen har under decenniet genomgått en rad förändringar som påverkat såväl kvalificeringsvillkor som ersättningsnivåer och ersättningstider. Liksom för förtidspensionerna gäller nya regler för rätt till sjukpenning från oktober 1995. Det är oklart om detta påverkat omfattningen av de korta sjukfallen. Konsekvenserna har sannolikt varit större för de långa sjukfallen. När det gäller registreringen av den ersatta korttidsfrånvaron är det två regelförändringar som leder till svårigheter att göra jämförelser över tid. Införandet av en karensdag 1993 har lett till att en mindre del av den totala sjukfrånvaron registreras som ersatt sjukfrånvaro. Införandet av en sjuklöneperiod 1992 och de förändringar i periodens längd som gjorts 1996 och 1998, först från 14 till 28 dagar och sedan åter till 14 dagar, innebär svårigheter att jämföra den ersatta sjukfrånvaron över tid. Det underlag som finns när det gäller den ersatta korttidsfrånvaron tyder på att det skett en kraftig nedgång under årtiondet. Bristerna i data gör dock att vi vill undvika att redovisa utvecklingen av den ersatta korttidsfrånvaron i Figur 2.1:6 nedan. I stället beskriver vi där bara utvecklingen gällande sjukfall som är längre än 30 dagar.⁶ Det framgår att de långa sjukfallen minskade fram till 1996 och att denna utveckling varit starkare för kvinnor än för män. Även den kraftiga uppgång som sker av de långa sjukfallen mellan 1997 och 1998 är mest markant för kvinnor.

⁶ Uppgifterna gäller antalet pågående fall.

Figur 2.1:6. Antal pågående långa sjukfall (inklusive fall av rehabiliteringsersättning) för män och kvinnor, 1990–1998



Källa: Riksförsäkringsverket (M:I, se bilaga 2).

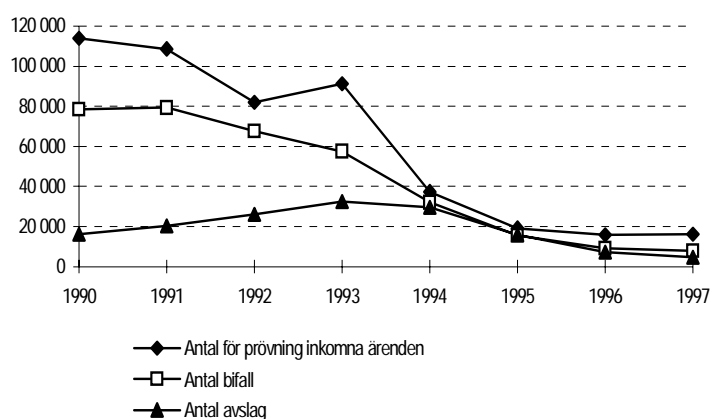
Det saknas för närvarande ett adekvat kunskapsunderlag gällande den så kallade golvproblematiken, det vill säga de villkor utifrån vilka det fastställs om individen har en sjukpenninggrundande inkomst. Den bedömning som Riksförsäkringsverket (RFV) gör utgår ifrån regelsystemet snarare än ifrån en systematisk genomgång av hur systemet fungerar i praktiken.⁷ RFV:s bedömning är att en person kan bära med sig rätt till sjukpenning som grundats i en tidigare anställning och att det i princip räcker att man har för avsikt att förvärvsarbeta för att man ska ha rätt till sjukpenning vid sjukdom. Det redovisas dock ingen direkt statistik av hur många som inte har rätt till sjukpenning till följd av att de saknar inkomstgrund för ersättning (vid sidan av de villkor som rör sjukdomen eller arbetsförmågan). Det finns dock situationer av oförsäkring som RFV uppfattar som problematiska, till exempel när arbetssökande som inte hunnit etablera sig på arbetsmarknaden och som visserligen har rätt till en grundförsäkring i arbetslöshetsförsäkringen saknar motsvarande förmån om de blir sjuka. Frågan om vilka konsekvenser olika kvalificeringsvillkor får för den ökade grad av oförsäkring som kunnat identifieras inte minst bland ungdomar har väckt en intensiv debatt. Kunskaperna om vilka som saknar försäkring för exempelvis sjukpenning är emellertid begränsade.

År 1993 förändrades arbetsskadebegreppet så att en högre grad av sannolikhet krävs för att en skada eller sjukdom ska betraktas som

⁷ Riksförsäkringsverkets underlag till kommittén (M:I, se bilaga 2).

orsakad av arbetet. Samtidigt avskaffades den särskilda arbetsskade-sjukpenningen. Fortfarande kan de som fått sin arbetsskada klassad som permanent uppbära livränta. Dessa förändringar får stora konsekvenser för både antalet ansökningar och antalet godkännanden av arbetsskador. I praktiken blir många arbetsskador sannolikt inte anmälda, eftersom det inte utgår någon extraersättning från den allmänna försäkringen om inte skadan klassas som permanent. Det har också skett en betydande minskning av antalet ansökningar och andelen beviljade ansökningar. Denna minskning inleddes redan i slutet av 1980-talet och har fortsatt under början av 1990-talet. I samband med att ett striktare arbetsskadebegrepp implementerats skedde en tillfällig höjning av antalet anmälningar till följd av att ansökningarna under en övergångsperiod skulle behandlas enligt de gamla reglerna. Efter det att det nya striktare arbetsskadebegreppet infördes skedde en skarp nedgång i såväl antalet anmälda som andelen beviljade ansökningar, vilket framgår av Figur 2.1:7. Den tydligaste nedgången gäller belastningsskador, vilket framför allt gäller kvinnor.

Figur 2.1:7. Antalet ansökningar om arbetsskadeersättning samt antalet beviljanden och avslag, 1990–1997



Källa: Riksförsäkringsverket (M:I, se bilaga 2).

Förändringar av ersättningsnivåer och ersättningstider

Nivån på pensionsförmånerna har varit föremål för olika ingrepp under 1990-talet. År 1990 höjdes pensionstillskottet och samma år beslutade man att ge pensionstillskott även till de så kallade undantagande pensionärerna, det vill säga de som i samband med ATP-systemets införande valt att stå utanför denna del av det offentliga pensionsskyddet. Denna utgiftshöjande inledning avbröts dock ganska snart och besluten har därefter i huvudsak gått i motsatt riktning. Det viktigaste instrumentet för att göra besparingar i pensionssystemet har varit att förändra indexeringen, vilket skedde både 1993 och 1996. Från och med 1999 indexerades dock pensionerna fullt ut. Vissa åtgärder har vidtagits för att inte de sämst ställda pensionärernas försörjningssituation skulle försämrats, såsom höjda pensionstillskott och förändringar i bostadstilläggen.

Flertalet förändringar under 1990-talet har inneburit att pensionerna blivit lägre än vad som hade varit fallet om dessa förändringar inte kommit till stånd. Samtidigt har pensionärskollektivet över lag fått bättre inkomster, bland annat därför att de nytillkomna pensionärerna har haft relativt sett höga intjänade offentliga och avtalsbaserade pensioner. Det faktum att de offentliga pensionerna har blivit bättre för gruppen äldre som helhet, samtidigt som de enskilda pensionärerna upplevt urholkade förmåner, har träffande summerats under rubriken "Sämre för mig, bättre för oss" (Socialdepartementet 1999a).

Nivåerna på förtidspensionerna påverkas på samma sätt som ålderspensionerna av de förändringar i indexeringen som gjorts vid olika tidpunkter, men konsekvenserna blir delvis annorlunda. Förtidspensionernas ersättningsnivåer har också påverkats av särskilda beslut. När man minskat förtidspensionsnivåerna har man samtidigt skyddat dem som haft de lägsta pensionerna. När regeringen 1995 beslutade om en särskild minskning av förtidspensionernas ATP-del med sex procent kompenenserades de pensionärer som hade låg eller ingen ATP genom att det gjordes en motsvarande höjning av det särskilda pensionstillskottet med sex procent. År 1997 gjordes en liknande utgiftsminskning i efterlevandeskyddet när folkpensionsdelen i omställningspensionen sänktes från 96 procent till 90 procent av det minskade basbeloppet, samtidigt som pensionstillskottet höjdes i motsvarande grad. Intentionen var också i detta fall att nedskärningen skulle ske utan att förmånerna för dem med de lägsta pensionerna reducerades.

I mars 1991 infördes nya ersättningsnivåer för korta sjukfall. Ersättningen för de första sjukdagarna minskades mest och det infördes regler som begränsade avtalsförmånerna. De nedskärningar som skett sedan dess har gällt sjukpenningen i allmänhet. År 1993 blev ersättningsnivån

80 procent, 1996 ändrades den till 75 procent och 1998 blev den återigen 80 procent. Det ska dock understrykas att procentsatserna inte fångar det faktum att inkomstunderlaget för sjukpenningen har förändrats under 1990-talet, vilket i sin tur fått förhållandevis stora effekter på såväl ersättningar som utgiftsnivåer.

Ersättningsnivån i socialförsäkringarna bestäms alltså inte bara av procentsatsen av det fastställda inkomstunderlaget. En annan viktig faktor är hur högt upp i inkomsthierarkin som taket för de förmånsgrundande inkomsterna ligger. I det svenska systemet har taket under de senaste årtiondena legat på 7,5 basbelopp i såväl pensions- som sjukpenningförsäkringen. Det faktum att taket är bestämt av det prisindexerade basbeloppet gör att antalet personer med inkomster över taket stiger när reallönerna växer. Detta leder till att försäkringsgraden blir lägre för allt fler inkomsttagare. 1990-talet inleddes med en snabb ökning av arbetslösheten och minskade arbetsinkomster för många, vilket återspeglas i att andelen av dem i förvärvsaktiva åldrar som har inkomster över 7,5 basbelopp sjönk från 1990 till 1992. Därefter var denna andel förhållandevis stabil under några år, men sedan 1997 har andelen som har inkomster över taket ökat snabbt. Mot bakgrund av den allmänt sett höga reallönetillväxten 1998 och 1999 finns all anledning att tro att andelen fortsätter att stiga. Närmare 20 procent av männen i förvärvsaktiv ålder hade 1997 inkomster över taket, medan motsvarande andel var knappt 5 procent för kvinnorna. Det finns också betydande åldersskillnader bland heltidsarbetande i detta avseende. De största andelarna med inkomster över taket återfinns bland personer i åldrarna 40 till 59 år. Det finns också stora skillnader mellan olika fackliga grupper på arbetsmarknaden. Endast 1,7 procent av de heltidsanställda LO-kvinnorna och 8 procent av LO-männen har inkomster som överstiger taket. Bland de TCO-an slutna är motsvarande siffror 6,8 procent respektive 40,1 procent och i SACO är andelarna med inkomster över taket 27,5 procent respektive 61,5 procent. Takproblematiken ställer viktiga frågor om vem ska vara försäkrad för vad i framtiden och hur höga inkomster som ska försäkras, men tyder också på att det redan i dag finns brister i det offentliga försäkringsskyddet. För många finns det kompletterande kollektiva eller individuella avtalsskydd, men sådana typer av system är inte lika heltäckande som de obligatoriska systemen.

Frågan om pensionsåldern har diskuterats upprepade gånger under 1990-talet. Det fanns till och med i den så kallade krisöverenskommelsen 1992 en passus om höjd lagstadgad pensionsålder, även om det aldrig fattades några beslut om detta. Pensionsåldern har också diskuterats i relation till deltidspensionssystemet och till 1994 års pensionsreform. År 1997 halverades ersättningstiden i omställningspensionen i efterlevandeskyddet från 12 månader till 6 månader och samtidigt

infördes en förlängd omställningspension för dem som har barn under 12 år. Särskild omställningspension kan utbetalas om den efterlevande saknar egna möjligheter till försörjning. I förtidspensionssystemet har ersättningstiden påverkats indirekt av den höjda nivån för och sedermera avskaffandet av de så kallade äldrereglerna.

År 1993 infördes en karensdag i sjukpenningförsäkringen och det har också skett förändringar i sjuklöneperiodens längd. I det här sammanhanget är det på sin plats att påminna om att det 1992 infördes en sjuklöneperiod där arbetsgivaren betalar sjukersättning den första tiden. Varaktigheten i sjukpenningen är i stor utsträckning beroende av försäkringskassans agerande, vilket kommer att diskuteras nedan.

Förändringar i försäkringens tillämpning

Betydelsen av försäkringsadministrationen är viktig att beakta rent allmänt, men har särskild betydelse för arbetsskadeförsäkringen, långa sjukfall och förtidspensionering. Vad gäller arbetsskadeförsäkringen finns det exempelvis anledning att uppmärksamma de stora förändringar som skett av andelen beviljade ansökningar. Denna andel sjönk redan i slutet av 1980-talet och fortsatte att minska under början av 1990-talet. Det inträffade en skarp nedgång i andelen beviljade ansökningar i samband med att det nya striktare arbetsskadebegreppet infördes. Det faktum att andelen avslag ökade så markant redan innan lagen ändrats indikerar dock att det skett en kraftig förskjutning i praxis. Det har också skett betydande förändringar av försäkringskassornas handläggning av långa sjukfall, och dessa förändringar har inte alltid haft sin grund i lagändringar. Det skedde en betydande "bortpensionering" av långa sjukfall 1993, vilket innebar att antalet nybeviljade förtidspensioner ökade samtidigt som antalet långa sjukfall minskade. Det sammanlagda antalet långa sjukfall och förtidspensioner ökade fram till 1994, men minskade 1995 och 1996. Kunskaperna om vilka som fått avslag på sina ansökningar om exempelvis förtidspension och arbetsskada är begränsade.

Ersättning från socialförsäkringen till personer med funktionshinder

Utöver förtidspensionerna finns det tre ersättningar som riktas till personer med mer varaktiga handikapp och funktionsnedsättningar, nämligen närståendepenning, handikappersättning och bilstöd. Dessa har inte påverkats av förändringar av indexering under decenniet och det har inte skett någon dramatisk nedgång i antalet mottagare eller i de registrerade genomsnittliga utbetalningsbeloppen. Närståendepeningen infördes 1989 och ska göra det möjligt för en person att vara hemma från arbetet för att ge en sjuk anhörig vård. Antalet mottagare har ökat kraftigt sedan 1991 då närmare 2 000 personer fick närståendepenning. Flertalet av dessa var kvinnor. Expansionen stagnerade mellan 1995 och 1997, men 1998 hade antalet stigit till 7 477 mottagare, varav 72 procent var kvinnor. Genomsnittsbeloppet var 42 033 kronor och kvinnor uppbar generellt sett högre belopp än män.

Det finns inom ramen för socialförsäkringssystemet också en handikappersättning som syftar till att ge ekonomisk trygghet för personer som har merkostnader på grund av sitt funktionshinder. Det genomsnittliga bidragsbeloppet var 1998 cirka 1 400 kronor, och totalkostnaden var ungefär en miljard kronor. Antalet personer med handikappersättning har ökat något från cirka 49 000 personer 1990 till ungefär 56 000 personer 1998. Resultat från en studie utförd 1987 tyder på att män fick högre handikappersättning än kvinnor med liknande behov (Hetzler 1994). Det saknas dock mer aktuella kunskaper om huruvida insatser och ekonomiska ersättningar fördelas jämnt mellan kvinnor och män i förhållande till deras behov.

Sedan 1988 finns det ett särskilt bilstöd för personer som har varaktiga funktionshinder och som är under normal pensionsålder. Året efter införandet var det mer än 5 000 personer som fick del av denna förmån. Sedan dess har ungefär 2 000 män och kvinnor per år fått rätt till bilstöd. Eftersom bilstödet kan erhållas vart sjunde år inträffade en ökning 1996. Det är något fler män än kvinnor som uppbar bilstöd.

2.1.4 Förändringar i familjestöden

Det här avsnittet syftar till att beskriva de förändringar som gjorts i det ekonomiska stödet till barnfamiljerna. Liksom på socialförsäkringarnas område har det här skett ett stort antal förändringar. 1990-talet har som helhet inneburit stora påfrestningar på många barnfamiljers ekonomi. Årtiondet inleddes med att de ekonomiska familjestöden ökade, vilket delvis var en kompensation för att de direkta boendekostnaderna ökade. Därefter minskade dock sysselsättningen samtidigt som det skett utgiftsminskningar på familjestödets område och skatthöjningar på bland annat förvärvsinkomster. Det här avsnittet syftar till att beskriva de förändringar som gjorts i det ekonomiska stödet till barnfamiljerna. Liksom på socialförsäkringarnas område har det här skett ett stort antal förändringar. Till sin uppbyggnad har emellertid systemet behållit sin grundläggande karaktär. Barnbidragen är allmänna och utgår utan inkomstprövning och med tillägg för familjer med tre eller fler barn. Föräldrapenningen och den särskilda föräldrapenningen är inkomstrelaterade. Föräldrapenningen utgår med ett mycket lågt grundbelopp till den som inte har ersättningsgrundande inkomster. Bostadsbidrag utgår till de barnfamiljer som har låga inkomster i förhållande till sina hyreskostnader (inom vissa givna utrymmes- och kostnadsramar). Bidragförskottet benämns visserligen underhållsstöd numera, men betalas fortfarande ut till de ensamstående föräldrar som inte får tillräckligt stort underhållsbidrag från den förälder som inte är vårdnadshavare. Vårdbidrag utgår till föräldrar som har funktionshindrade barn.

Även om huvuddragen i familjestöden har stått sig, har det skett betydande regelförändringar och förändringar av ersättningarnas storlek som fått konsekvenser för barnfamiljernas ekonomiska välfärd. För att bedöma välfärdsutvecklingen under 1990-talet är det därför motiverat att granska de olika stödformernas utveckling närmare.

Barnbidragen har alltså förblivit allmänna och utbetalas utan inkomst- eller behovsprövning. Barnbidragen höjdes 1990 då beloppet blev 560 kr per barn och månad. År 1991 höjdes beloppet till 750 kr per månad och flerbarnstilläggen förstärktes. I reala termer nådde barnbidragen då sin högsta nivå någonsin. Det låg i skattereformens upplägg att barnbidragen skulle höjas ytterligare. I den ekonomiska krisens och de försämrades statsfinansernas spår uteblev emellertid denna höjning. År 1995 justerades flerbarnstilläggen ned. Barnbidragen blev 1996 föremål för en nominell sänkning för första gången sedan de infördes. Flerbarnstillägget avskaffades för de barn som föddes den 1 januari 1996 och senare, medan övriga fick behålla tillägget. Den 1 januari 1998 höjdes barnbidragen åter till den nominella nivå som gällde 1995, det vill säga 750 kr per månad, och flerbarnstilläggen kom åter att gälla alla.

Föräldraförsäkringen har påverkats av de flesta av de förändringar som gjorts av ersättningsnivåerna i sjukpenningförsäkringen. I princip har ersättningsnivån gått från 90 till 80 till 75 och åter till 80 procent. Därtill har ersättningsnivåerna för den individualiserade mamma- respektive pappamånaden – som är reserverad för respektive förälder – ändrats ytterligare ett antal gånger, men utgår vid årtiondets slut med samma procentsats som föräldrapenningen i övrigt. Det kan noteras att det under 1990-talet skett förändringar i den tillfälliga föräldrapenningen, det vill säga den ersättning som utgår när man vårdar sjukt barn. År 1990 förlängdes ersättningstiden till 120 dagar. Denna ersättning har inte omfattats av den karensdag som införts i den vanliga sjukpenningen.

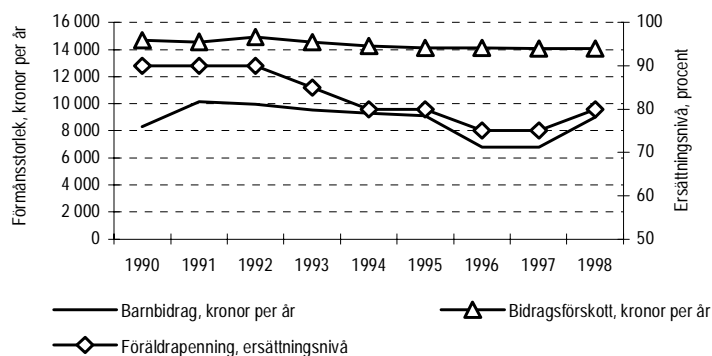
Under 1990-talet har utvecklingen mot att ge bostadsbidragen karaktär av ren familjepolitik stärkts. Liksom barnbidragen var bostadsbidragen ett av de instrument som användes för att öka omfördelningsgraden av 1991 års skattereform och fick därmed en ökad betydelse utgiftsmässigt. I samband med att försäkringskassan 1994 övertog ansvaret för utbetalningarna av bostadsbidragen ändrades principerna för hur de sökandes inkomster skulle fastställas. Generösare bidragsnivåer och nya beräkningar av inkomstunderlaget ledde i kombination med massarbetslöshetens inträde till att kostnaderna för bostadsbidraget ökade snabbare än vad man budgeterat för. Kraven på besparingar kom att bli starka inte minst på detta område. Resultatet blev att en rad förändringar föreslogs och så småningom genomfördes. I 1995 och 1996 års vårpropositioner föreslogs förändringar gällande bidragens nivåer och såväl belopp som ytnorm stramades åt. Vidare beslutades att inget bostadsbidrag betalas ut för dem som är över 29 år och saknar barn. Från 1997 infördes också ett helt nytt system för beräkning av bidragens storlek och för återbetalning av för högt utbetalade belopp (liksom utbetalning i efterskott av för lågt utbetalade belopp).

År 1997 ersattes det gamla systemet med bidragsförskott med ett nytt där förmånen kallas underhållsstöd. Den kanske största förändringen i detta system gäller hur nivån på underhållsskyldigheten fastställs och utformningen av villkoren för hur underhållsskyldigheten ska betalas. Det har också skett en viktig principiell förändring när det gäller hur nivån på det sammanlagda underhållsstödet bestäms. Tidigare räknade man upp bidragsförskottet så att det utgjorde 40 procent av basbeloppet. Underhållsstödet är emellertid ett nominellt belopp som inte räknas upp med pris- eller löneutvecklingen. Det fanns visserligen en svag skrivning i förslaget till det nya systemet om att man skulle låta inkomstutvecklingen hos de underhållsskyldiga styra bidragets storlek. I praktiken har denna skrivning inte fått några konsekvenser. Sedan 1994 har den nominella nivån varit 1 173 kronor per månad.

Även barnpensionerna brukar räknas till familjestödet. Barnpension i form av den avlidne förälderns folkpension och ATP-del utgår till efterlevande barn upp till 18 års ålder. Antalet barnpensioner ligger stabilt omkring 30 000 under hela decenniet. Här har reglerna i huvudsak varit oförändrade, vilket också gäller vårdbidraget. Vårdbidrag kan utgå till föräldrar och syftar till att underlätta för föräldrar att i hemmet ta hand om barn som är sjuka eller har funktionshinder. Antalet föräldrar som får detta bidrag har nästan fördubblats mellan 1990 och 1998. År 1990 betalades vårdbidrag ut till ungefär 15 000 föräldrar och 1998 var antalet omkring 27 000. Helt vårdbidrag utgår som 250 procent av basbeloppet, men kan också utgå som delar av helt belopp. Dessutom kan kostnadsersättningar utgå. Bidraget var i genomsnitt 4 500 kr per månad 1998, och den totala kostnaden för insatsen var 1,5 miljarder kronor.

Figur 2.1:8 beskriver utvecklingen av några av familjestöden under 1990-talet. Kurvorna beskriver dels barnbidragens och bidragsförskottens/underhållsbidragens belopp i 1998 års priser, dels föräldrapenningens ersättningsnivå i procent. Barnbidragens reala värde ökade i samband med skattereformen vid decenniets inledning. Inflationen var visserligen låg under de följande åren, men det oförändrade nominella barnbidraget innebar att köpkraften sjönk något fram till mitten av 1990-talet. När det nominella barnbidraget sänktes 1996 fick det till konsekvens att det reala värdet under ett par år låg under ingångsvärdet för 1990-talet. Det återställande av det nominella beloppet som skedde 1998 lyfte upp värdet över det som gällde 1990, men inte upp till 1991 års nivåer. Förändringarna när det gäller bidragsförskott/underhållsbidrag är mindre dramatiska i reala termer. Det fasta nominella beloppet har under årtiondets andra hälft inte påverkats nämnvärt, tack vare den låga inflationen.

Figur 2.1:8. Barnbidragens storlek (kronor per år i 1998 års priser), bidragsförskottens storlek (kronor per år i 1998 års priser) samt ersättningsnivå för föräldrapenningen (procent), 1990–1998



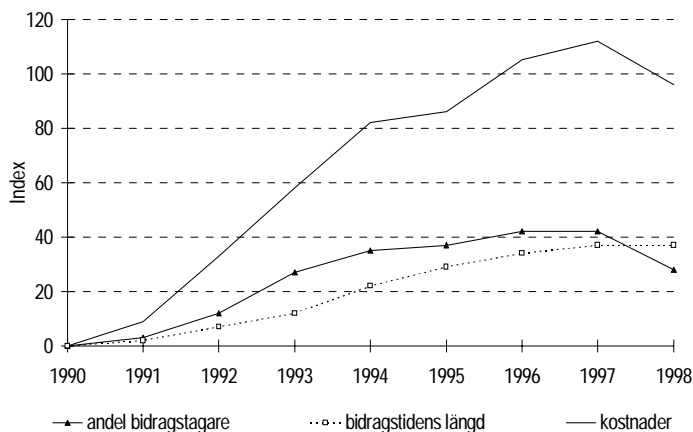
Källa: Riksförsäkringsverket (M:I, se bilaga 2).

Värdet av bostadsbidraget är svårare att fastställa på något enkelt sätt eftersom bostadsbidraget gjorts beroende av så många faktorer. De beräkningar som gjorts över de medelbelopp som utbetalats i bostadsbidrag under 1990-talet pekar i linje med utgiftsutvecklingen på att det skedde en stor ökning fram till mitten av årtiondet. Sedan dess har beloppen sjunkit något såväl i nominella som reala termer. Antalet mottagare har också sjunkit, särskilt bland gifta och samboende (Socialdepartementet 1999). Sett över hela årtiondet har bostadsbidragens betydelse som inkomstkälla ökat, men måhända inte i samma utsträckning som bostadskostnaderna ökat sin betydelse som utgiftspost.

2.1.5 Allt fler har fått socialbidrag och kostnaderna har ökat kraftigt

Socialbidragen har under 1990-talet fått allt större betydelse för många människors försörjning.⁸ Arbetslösheten har medfört att stora grupper haft problem att etablera sig på arbetsmarknaden och därmed i mindre grad kommit att omfattas av de gängse socialförsäkringssystemen. Ungdomar och invandrare har haft särskilt stora problem på arbetsmarknaden och har därför en stor del i expansionen på socialbidragsområdet. Vi kommer därför att ägna särskilt intresse i detta avsnitt åt ungdomars och invandrares socialbidragstagande. Socialbidragen har ökat kraftigt i omfattning under större delen av 1990-talet. Kostnaderna har stigit, bidragstiderna har blivit längre och bidragstagarna har blivit fler. Det är först under de allra senaste åren som denna trend har brutits.

Figur 2.1:9. Andel bidragstagare i befolkningen, genomsnittligt antal månader som bidrag utgått per år samt totala kostnader för socialbidragen i fasta priser, 1990–1998. Index 1990=0



Källa: Bergmarks bearbetningar av data från SCB och Socialstyrelsen (F:IV, se bilaga 2).

Av Figur 2.1:9 framgår att socialbidragens expansion generellt sett var som kraftigast till och med 1994, varefter ökningstakten minskat något och övergått till en nedgång efter 1997. Andelen i befolkningen som fått socialbidrag någon gång under året har ökat från 6 procent år 1990 till

⁸ Detta avsnitt bygger på Åke Bergmarks samt Håkan Johanssons och Tapio Salonens underlag till kommittén (F:IV, F:XII och F:XXII, se bilaga 2).

8,5 procent år 1997. Socialbidragstagandets nivå kan betraktas som mycket hög utifrån ett historiskt perspektiv och man får söka sig tillbaka till krisåren på 1930-talet för att hitta liknande siffror (se exempelvis Knutsson och Stridsman 1988). Det är dock värt att notera att nedgången 1998 är av en omfattning som för andelen bidragstagare tillbaka till 1993 års nivå. Kvartalsdata för 1999 från Socialstyrelsen tyder också på en fortsatt kraftig minskning efter 1998. Vi vet dock ännu för lite för att uttala oss mer preciserat om vilka grupper som trots denna generella nedgång kommer att kvarstå med bidrag. Marginaliseringsmönstren i tider av sjunkande bidragstagande kan komma att se annorlunda ut och omfatta andra grupper än vad som är fallet i tider av ökning.

Förutom att bidragstagarna blivit fler under 1990-talet har också bidragsbehoven blivit mer genomgripande i så måtto att de genomsnittliga hjälpperioderna blivit längre. Genomsnittstiden har ökat från drygt fyra månader 1990 till cirka fem och en halv månad 1998 och man kan se en påtaglig ökning av andelen hushåll som utifrån olika definitioner kan betraktas som långvarigt beroende. Till skillnad från vad som gäller andelen bidragstagare sker ingen minskning av bidragstidernas längd 1998.

Kostnaderna för socialbidragen beskriver den mest markanta expansionen under perioden. I fasta priser har socialbidragskostnaderna ökat från knappt 6 miljarder kronor 1990 till totalt 11,4 miljarder kronor 1998, med en topp på 12,4 miljarder 1997. Att denna kurva stiger brantare än de båda övriga i Figur 2.1:9 har att göra med att kostnaderna inte bara är en funktion av antal bidragstagare, utan också av bidragstidernas längd och av hur mycket som i genomsnitt betalas ut till bidragshushållen per månad. Genomsnittsbeloppet för de bidrag som betalas ut har ökat med sju procent i fasta priser under perioden. Storleken på de utbetalda bidragen kan inte utan vidare betraktas som ett mått på generositet i förhållande till mottagarna, utan påverkas också av förändringar i bidragstagargruppens sammansättning och behov. Exempelvis har socialbidragstagare som behöver hjälp på grund av arbetslöshet i regel mer omfattande behov än vad socialbidragstagare i övrigt har (Bergmark 1991). Mot bakgrund av att 1990-talet utmärks av att de arbetslösa påtagligt har ökat sin andel av bidragstagarna kan den sju-procentiga ökningen av de genomsnittliga bidragsbeloppen snarast betraktas som låg.

Tabell 2.1:10 visar att bidragstagandet ökat i flertalet hushållstyper under 1990-talet. Ensamboende män har ökat sitt bidragstagande framför allt under periodens inledande år, varefter de uppvisar en nedgång. Bidragstagandet bland ensamstående kvinnor utan barn har ökat kontinuerligt under 1990-talet och uppvisar en minskning först 1998. Denna

grupp utgör också en väsentligt högre andel av bidragshushållen 1998 än 1990. Ensamstående kvinnor med barn är sedan ett antal decennier tillbaka den hushållskategori som haft det allra högsta bidragstagandet. Detta gäller alltså under 1990-talet, trots att en viss minskning kan noteras under den senare delen av perioden. Generellt sett har vi i dag alltför lite kunskap om vilka orsakerna är bakom de ensamståendes höga socialbidragstagande. I synnerhet bör mer uppmärksamhet riktas mot processerna bakom det mycket höga bidragstagandet bland ensamstående kvinnor med barn. Vad gäller kvinnors och mäns socialbidragstagande i allmänhet är fördelningen slående jämn, även om det finns en svag tendens mot en relativt större ökning av bidragstagandet bland kvinnor under 1990-talet. Utvecklingen vad gäller bidragstider och utbetalda belopp har i allt väsentligt varit likartad för män och kvinnor.

Tabell 2.1:10. Andel bidragshushåll i olika hushållstyper 1990, 1994 och 1998, samt olika hushållstypers andel av bidragshushållen 1990 och 1998. Procent

	1990	1994	1998	Andel av bidragshushållen	
				1990	1998
Ensamstående män utan barn	12,4	16,0	13,6	37,6	36,1
Ensamstående män med barn	18,8	17,8	12,4	2,2	1,9
Ensamstående kvinnor utan barn	10,0	13,1	12,6	22,3	25,5
Ensamstående kvinnor med barn	35,2	35,2	32,3	17,7	15,5
Gifta/samboende utan barn	1,9	2,5	2,2	5,7	6,1
Gifta/samboende med barn	4,3	6,2	6,0	14,5	14,9

Källa: SCB och Socialstyrelsen.

Fördubblat socialbidragstagande bland ungdomar

Utvecklingen på socialbidragsområdet under 1990-talet präglas framför allt av den markanta ökningen av ungdomars socialbidragstagande. Av Tabell 2.1:11 framgår att ungdomar i åldrarna 18 till 24 år har haft en utveckling av socialbidragstagandet som ingen annan grupp kommer i närheten av. Bidragstagandet i ungdomsgruppen har i stort sett fördubblats under den aktuella perioden. Den generella nedgången i bidragstagandet under 1998 har dock haft ett tydligt genomslag framför allt bland de unga.

Tabell 2.1:11. Andel bidragshushåll i olika åldersgrupper 1990, 1994 och 1998 samt olika åldersgruppers andel av bidragshushållen 1990 och 1998

	1990	1994	1998	Andel av bidragshushållen	
				1990	1998
Ålder					
18–24 år	8,3	15,5	14,8	21,1	26,1
25–29 år	12,0	14,2	12,4	17,7	13,6
30–39 år	10,7	13,6	11,8	27,5	25,1
40–49 år	6,2	8,5	9,1	17,2	17,9
50–59 år	3,6	4,4	4,5	7,0	8,8
60–64 år	2,5	2,9	3,2	2,3	2,2
65–	a	a	a	6,4	5,9

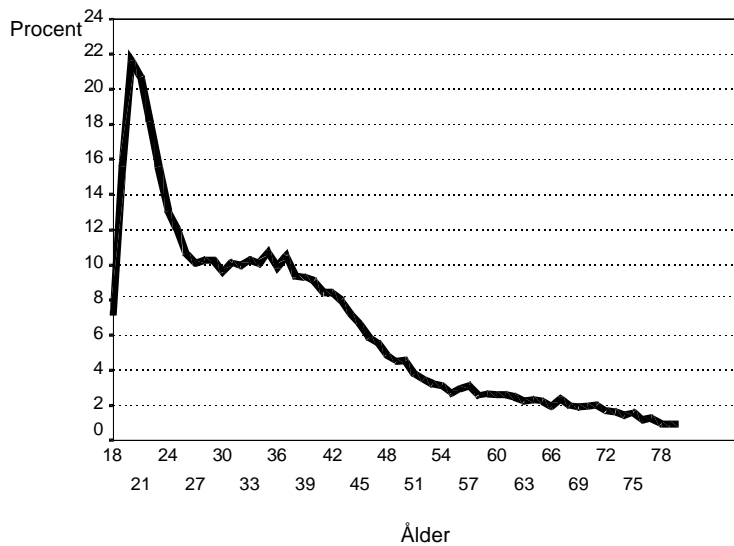
^a Uppgift saknas.

Källa: SCB och Socialstyrelsen.

Bidragstagandet har ökat också för dem i högre åldrar. Bland annat kan vi notera en stadig, om än jämförelsevis begränsad, ökning av bidragstagandet i förvärvsaktiva åldrar från 40 år och uppåt. Nedgången mellan 1997 och 1998 är inte lika uttalad för denna åldersgrupp som för de yngre. Andelen bidragshushåll bland grupperna över 40 år har minskat med mellan 4 och 6 procent mellan 1997 och 1998, vilket kan jämföras med minskningar på mellan 8 och 16 procent för personer i åldrarna 18 till 39 år.

Vid en närmare granskning av ungdomars socialbidragsmönster finner man stora variationer inom åldersgruppen (se Figur 2.1:12). Socialbidragstagandet är särskilt omfattande i åldrarna 19 till 22 år, det vill säga under åren direkt efter gymnasietiden. Ungefär en femtedel av såväl 20-åringarna som 21-åringarna hade socialbidrag 1997. Andelen med bidrag minskar successivt med ökad ålder.

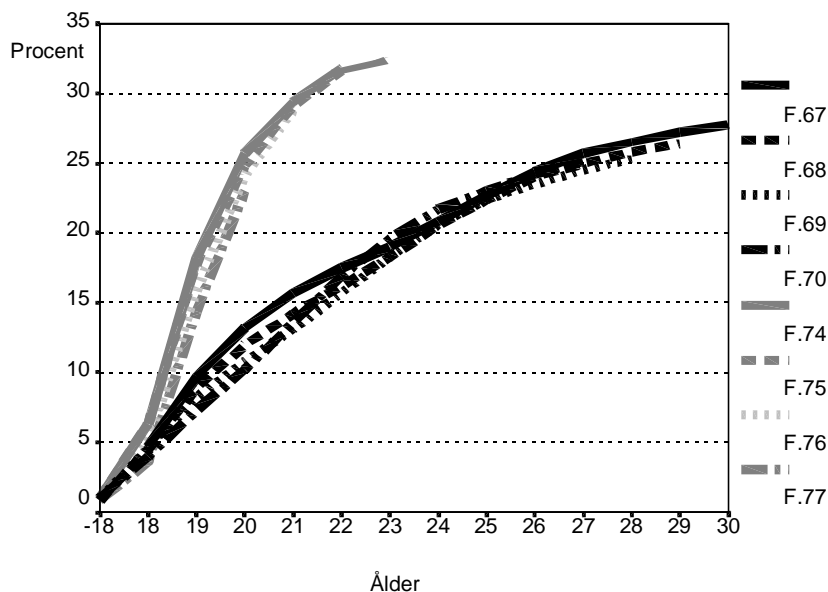
Figur 2.1:12. Andel personer med socialbidrag 1997 i procent av samtliga personer i varje årsklass. Procent



Källa: Salonen (F:XXII, se bilaga 2).

Inom ramen för ett forskningsprojekt där hushållens socialbidragsmönster studerats under en lång följd av år har olika ungdomskullars socialbidragserfarenhet särskilt följts upp (Salonen 1997). I Figur 2.1:13 presenteras en jämförelse av bidragsmönstret mellan å ena sidan fyra årsklasser som blev 18 år under 1980-talets andra hälft och å andra sidan fyra kullar som nått myndighetsåldern från det att arbetslöshetskrisen slog genom i början av 1990-talet. Dessa två gruppers bidragserfarenhet skiljer sig åt markant. Socialbidragserfarenheten är mycket lägre för de äldre årskullarna som föddes mellan 1967 och 1970 än för dem som föddes mellan 1974 och 1977. Av de förra hade knappt 20 procent haft socialbidrag vid 23 års ålder, medan motsvarande andel för de senare var ungefär en tredjedel.

Figur 2.1:13. Ackumulerad bidragserfarenhet bland ungdomar födda 1967–1970 respektive 1974–1977. Procent av samtliga personer i respektive årsklass



Källa: Salonen (F:XXII, se bilaga 2).

För flertalet ungdomar har socialbidraget varit en akut hjälp under kortare perioder i skarven mellan utbildning och arbete, vid deltagande i kortare arbetsmarknadsåtgärder eller i avvaktan på jobb eller utbildning. Ungdomars bidragstider är kortare än de som gäller för äldre hushåll i allmänhet och för barnfamiljer i synnerhet. Dock har det under 1990-talets första hälft skett en successiv ökning av andelen ungdomar med långvariga bidragstider. Före sysselsättningskrisen 1991 uppgick andelen med långvariga bidrag av de debuterande ungdomarna till 19 procent.⁹ Denna andel hade 1994 och 1995 stigit till 26 procent. Ungdomarnas genomsnittliga bidragstid per kalenderår har ökat med en tredjedel mellan 1990 och 1998 (från 3,6 månader till 4,8 månader).

⁹ Långvarig bidragstid anses föreligga när individen haft socialbidrag under minst tio månader under ett kalenderår.

En fjärdedel av de ungdomar som debuterat i socialbidrag under 1994 och 1995 har haft socialbidrag så länge att det rimligen haft en påtaglig inverkan på deras ekonomiska och sociala ställning. Från 1990 till 1995 har sammanlagt drygt 46 000 ungdomar varit långvarigt beroende av socialbidraget för sin försörjning. Invandrarungdomar och ungdomar med flyktingstatus är klart överrepresenterad i denna grupp. Medan i genomsnitt 16 procent av samtliga Sverigefödda ungdomar med socialbidrag hade långa bidragsperioder var motsvarande andel 34 respektive 69 procent bland ungdomar med utländskt medborgarskap respektive bland unga flyktingar. Risken att kvarstå under längre tider med socialbidrag är större ju yngre man är när man får socialbidrag för första gången. En kartläggning 1992 och 1993 visar att debutanter i övre tonåren har betydligt längre bidragstider än deras något äldre kamrater.

Flyktinginvandringen och socialbidragstagandet

Den ökade flyktinginvandringen under decenniets inledande år har haft tydliga effekter på socialbidragets omfattning. Bidragstagandet var redan före denna period tre till fyra gånger högre bland utländska hushåll än bland svenska. Eftersom den ökade invandringen sammanföll med den vikande konjunkturen och krisen på arbetsmarknaden blev effekterna på socialbidragstagandet oundvikliga. I dag utgör de utländska hushållen knappt 30 procent av samtliga bidragshushåll och de svarar sammantaget för ungefär 45 procent av socialbidragskostnaderna. I jämförelse med svenska socialbidragshushåll har invandrarhushållen väsentligt längre bidragstider och erhåller högre utbetalda belopp per månad, det senare även beaktat hushållsstorlek (Socialstyrelsen 1999c). Invandrare med socialbidrag har med andra ord i regel mer genomgripande behov av hjälp än vad Sverigefödda har, vilket förklarar det faktum att invandrarhushållens andel av kostnaderna är större än vad deras andel av samtliga bidragshushåll är.

Tabell 2.1:14. Andel utländska hushåll^a av samtliga socialbidragshushåll samt de utländska hushållens andel av de samlade socialbidragskostnaderna, 1990, 1995 och 1998. Procent

	1990	1995	1998
Andel av bidragshushåll	25	30	29
Andel av kostnader	47	49	45

^a Avser hushåll där någon av de vuxna är utländsk medborgare.

Källa: Bergmark (F:IV, se bilaga 2).

Av Tabell 2.1:14 framgår att ökningen av socialbidragen bland utländska hushåll i allt väsentligt har varit koncentrerad till 1990-talets första hälft. Eftersom andelen utländska hushåll ökat parallellt med bidragstagandet totalt sett, har det absoluta tillskottet av utländska hushåll varit omfattande. Tiden efter 1995 kännetecknas av en viss minskning när det gäller de utländska hushållens andel av bidragshushållen och av kostnaderna. En rimlig tolkning är att effekterna av den "nyanländandeproblematik" som följde på den omfattande flyktinginvandringen under 1990-talets första år gradvis har börjat klinga av. I diskussionen av invandrades socialbidragstagande är det viktigt att komma ihåg att det förekommer stora variationer i mönster och rörelser inom gruppen. Ursprungsland, vistelsetid i Sverige och invandringsorsak har visat sig vara av stor betydelse för risken behöva söka socialbidrag och för att bli kvar i bidragsberoende. Bidragstagandet särskilt omfattande bland tämligen nyanlända invandrare. Utrikesfödda som vistats i landet i 15 år eller mer uppvisar ett bidragstagande som i stort sett är jämförbart med svenskföddas (Franzén 1997, Franzén 1999, Socialstyrelsen 1999c). Huruvida detta kommer att gälla också för dem som anlänt till Sverige under 1990-talet får vi dock låta vara osagt.

Normerna för socialbidrag har blivit mer restriktiva

Nivån på bidragstagandet bestäms inte enbart av hur efterfrågan eller behoven utvecklas, utan påverkas också av förändringar i regler och system. Kännetecknande för socialbidraget är att det innehåller en jämförelsevis låg grad av detaljreglering. Genom lagstiftning och rättspraxis anges ett slags yttre ramar, men inom dessa har aktörer på olika nivåer ett spelrum som gör att villkor och ersättningar varierar inte bara över tid, utan också geografiskt. Utvecklingen under 1990-talet brukar sammanfattande karakteriseras som en period av hårdare krav och för-

sämrade villkor för socialbidragstagarna. Kraven har otvivelaktigt ökat för centrala grupper och den generella tendensen när det gäller bidragets storlek eller vad bidraget ska omfatta har varit ökad restriktivitet.

Det som tilldragit sig mest uppmärksamhet under decenniet är utvecklingen av socialbidragsnormen. Enligt den lagstiftning som alltjämt gäller ska socialbidraget vara av en omfattning som tillförsäkrar den enskilde en skälig levnadsnivå. Fram till dess att Socialtjänstlagen reviderades 1998 skulle vad som var en skälig levnadsnivå bedömas med hänsyn till den allmänna standardutvecklingen och bestämmas i ett samspel mellan rättspraxis och preciseringar i Socialstyrelsens allmänna råd. Utanför Socialstyrelsens norm lades dock boendekostnader, kostnader för lokala resor, barnomsorgsavgifter och fackavgifter, vilka skulle prövas individuellt. Socialstyrelsens norm blev från 1993 den rådande genom rättspraxis på området, men många kommuner visade sig dock underskrida Socialstyrelsens rekommenderade nivå (se exempelvis Socialstyrelsen 1996a). Bland annat tillämpades på flera håll en så kallad "Tingsrydsnorm", med ett lägre schabloniserat belopp där kostnader för möbler, husgeråd samt läkar- och tandvårdskostnader exkluderades. Genom en dom i Regeringsrätten 1994 gavs kommunerna möjlighet att använda sig av "Tingsrydsnormen". I och med revisionen av Socialtjänstlagen 1998 fullbordades utvecklingen gentemot en ökad detaljgranskning av faktiska utgiftsposter i den ekonomiska prövningen. I lagen görs en åtskillnad mellan försörjningsstöd och så kallat annat bistånd. I försörjningsstödet ingår dels ett schablonbidrag (den så kallade riksnormen), dels ett individuellt prövat bidrag för vissa utgiftsposter som exempelvis boende, arbetsresor, el, hemförsäkring, läkarvård och akut tandvård. Medan riksnormen är bestämd av regeringen och gäller för landets alla kommuner, kan kommunerna själva bestämma vad som är att betrakta som skäligt för övriga kostnader. Utöver detta kan kommunerna frivilligt bevilja socialbidrag för sådant som inte innefattas i försörjningsstödet, såsom icke-akut tandvård. Medan beslut om försörjningsstödet kan överklagas genom så kallat förvaltningsbesvär kan inte den enskilde överklaga beslut som gäller sådana bidrag som kommunerna själva kan välja att ge (Åström F:XXVIII, se bilaga 2).¹⁰

Konstruktionen med en enhetlig riksnorm som kombineras med ett kommunalt självbestämmande om nivåer för de individuellt prövade bidragen och om vilka bidrag som därutöver medges, kan betraktas som en kompromiss genom vilken såväl krav på rättvisa som rätten till

¹⁰ Mindre än två år efter att de nya reglerna trätt i kraft har Socialtjänstutredningen lagt fram ett förslag till förändringar där man bland annat föreslår att socialbidraget får en egen separat lagstiftning (men förblir socialtjänstens ansvar) och att överklagningsrätten återställs (SOU 1999:97).

kommunal handlingsfrihet ska tillfredsställas. Någon systematisk utvärdering av systemet har ännu inte genomförts, men Socialstyrelsens intervjuer med chefer inom socialtjänsten pekar i riktning mot att själva lagändringen har haft marginell betydelse för bedömningen av rätten till bistånd (Socialstyrelsen 1999i). Länsstyrelsernas årliga tillsyn av socialtjänsten 1998 visar att de nya reglerna resulterat i att flera kommuner enbart prövar den enskildes rätt utifrån den så kallade riksnormen, utan att någon prövning görs av individuella behov i övrigt. Denna utveckling står i strid med lagens intentioner, men är inte helt oväntad mot bakgrund av det generellt sett ökade besparingstrycket i kommunerna. Rättssäkerheten för den enskilde har dessutom försvagats till följd av det faktum att besvärsrätten i den nya lagkonstruktionen visat sig vara svår att förstå för den sökande (Socialstyrelsen 1999e).

Arbetslinjen har förstärkts i första hand för ungdomar

Det har under decenniet också skett förändringar av vilka villkor socialbidragstagande ska behäftas med. Det grundläggande villkoret har varit att den enskilde ska stå "till arbetsmarknadens förfogande" och i början av 1990-talet preciserade Socialstyrelsen detta villkor så att det kom att inkludera en skyldighet att (i) söka heltidsarbete, (ii) delta i statligt organiserade arbetsmarknadspolitiska åtgärder och (iii) ta anvisat arbete (Socialstyrelsen 1992). Många kommuner kom då att utveckla modeller som bland annat inriktades på att få den enskilde att delta i praktik av olika slag, vilket uppfattades som problematiskt av Socialstyrelsen, som därför slog fast att ingen bör vägras socialbidrag för att han eller hon nekar att arbeta utan avtalsenlig lön och utan de försäkringar som följer av ett vanligt arbete (Socialstyrelsen 1992). Men i takt med att kommunerna förändrade praxis skedde en rad prövningar i förvaltningsdomstolarna och så småningom kom nya tolkningar av den enskildes skyldighet att stå till arbetsmarknadens förfogande. I mitten av 1990-talet beslutade Regeringsrätten att den enskilde hade en skyldighet att inte bara delta i statlig arbetsmarknadspolitisk verksamhet, utan även i kommunala arbetsmarknadspolitiska insatser (Se Regeringens proposition 1995/96:25; 1995/96:148).

Under 1990-talet har det skett en kontinuerlig decentralisering av arbetsmarknadspolitiken utifrån en strävan att öka samverkan mellan stat och kommun, effektivisera resursanvändningen och ta tillvara kommunernas speciella kunskaper om arbetslösa ungdomar. År 1995 tog kommunerna över ansvaret för arbetsmarknadspolitiska insatser för arbetslösa 18- och 19-åringar. Ungdomarna fick lägre ersättningsnivåer för deltagande i de kommunala programmen och fick inte längre ta del

av övriga statliga arbetsmarknadspolitiska åtgärder. I den reviderade Socialtjänstlagen från 1998 angavs att socialbidragstagare under 25 år kunde ges skyldighet att delta i kompetensutvecklande verksamhet för att vara berättigade till socialbidrag. Socialbidragstagande ungdomar fick därigenom utökade skyldigheter och särskildes från övriga bidragsberättigade. Kommunerna fick också rätt att vägra att ge eller sänka försörjningsstödet om den enskilde utan godtagbara skäl inte deltog i den anvisade praktiken (Regeringens proposition 1996/97:124). Den nya lagstiftningen innebar att kommunerna fick möjlighet att ta på sig en så kallad utvecklingsgaranti för långtidsarbetslösa ungdomar och därigenom ta över ansvaret för de arbetslösa ungdomar som arbetsförmedlingen inte lyckats få ut på arbetsmarknaden eller inte lyckats finna lämpliga åtgärder för.¹¹ Utvecklingsgarantin är dock inte en skyldighet för kommunen, och därigenom inte heller en rättighet för den arbetslöse. För ungdomar har biståndsrätten sålunda fått en tydlig koppling till arbetsmarknadspolitiken.

Utvecklingsgarantin har fått starkt genomslag och i politiska diskussioner har man tagit fasta på utvecklingsgarantin som en bidragande orsak till den sjunkande arbetslösheten. I den ungdomspolitiska propositionen 1999 uttalade sig regeringen i positiva ordalag om utvecklingsgarantin och såg helst att den skulle få en fortsättning och en stark ställning. Man kan dock konstatera att det utifrån tillgängliga data inte går att klarlägga vilken betydelse utvecklingsgarantin har haft för den nedgång som skett av ungdomsarbetslösheten på senare tid. Åtgärdens betydelse för arbetslösa ungdomars chanser på arbetsmarknaden måste tills vidare betraktas som en öppen fråga.

Kommunernas arbete med att hålla nere socialbidragskostnaderna har intensifierats

Parallellt med utvecklingen av det mer formella regelverket har arbetet med socialbidragen under 1990-talet i flertalet kommuner präglats av uttryckliga ansträngningar att hålla kostnaderna för socialbidragen nere. Det finns inga systematiska studier av förändringar i kommunernas förhållningssätt, men de iakttagelser som finns tyder tämligen entydigt på minskad generositet och skärpta krav. Man kan på goda grunder anta att kommunernas mer restriktiva hållning har haft en återhållande effekt

¹¹ För en översikt över bland annat hur många kommuner som tagit på sig en utvecklingsgaranti och antalet deltagande ungdomar, se Svenska Kommunförbundet (1999c).

på bidragstagandets expansion, men det saknas kunskap om i vilken omfattning detta skett och till vilka konsekvenser för dem som berörs.

I en undersökning från 1994 av prioriteringar i socialtjänsten i fyra kommuner framgår att kommunpolitikerna betraktar socialbidragsområdet framför allt som ett lämpligt objekt för besparingar, medan satsningar på bidragstagarnas välfärd har låg prioritet (Bergmark 1995). I samma studie angav drygt 80 procent av tjänstemännen inom individ- och familjeomsorgen att ett ökat kostnadsmedvetande i kommunen lett till att kraven på socialbidragstagarna ökat. I en studie av 22 kommuner 1996 framkom att ökade krav på arbetssökande var ett av de viktigaste inslagen i kommunernas insatser för att minska socialbidragskostnaderna (Socialstyrelsen 1996a). Det står klart att arbetslinjen vunnit terräng i kommunernas arbete och att insatserna framför allt rört ungdomar, men också invandrare och långvariga socialbidragstagare mer generellt.

Under 1990-talet har man också kommit att fokusera insatser på grupper som identifierats som särskilt utsatta eller som anses särskilt påverkbara i positiv riktning, medan mindre görs i övriga ärenden (Byberg 1998, Socialstyrelsen 1996a). Det saknas dock data som möjliggör beskrivningar över tid av de insatser som sker i syfte att göra socialbidragstagare självförsörjande. De studier som överhuvud taget finns på detta område är i regel lokala och av tvärsnittskaraktär och har dessutom så olika upplägg att rimliga jämförelser inte kan ske. Dessa kunskapsbrister är anmärkningsvärda mot bakgrund av att i stort sett alla kommuner bedriver olika typer av verksamheter i syfte att minska antalet socialbidragstagare och att möjligheterna att åstadkomma positiva resultat i detta arbete kanske är det som ytterst motiverar att socialtjänsten överhuvud taget har ansvaret för socialbidragen.

2.1.6 Förändringar i försörjningssystemen

De strukturella förändringarna, fallet i sysselsättningen och den ökade arbetslösheten, har utgjort förutsättningar för försörjningssystemens utveckling under 1990-talet. Det som huvudsakligen präglat mönstret i denna utveckling är förändringarna i antalet mottagare av olika arbetslöshetsrelaterade stödformer. Den snabba ökningen fick långtgående konsekvenser för utgiftsutvecklingen, vilket i sin tur återverkat på innehållet i såväl arbetsmarknadspolitiken som socialförsäkringarna och bidragen.

På arbetsmarknadsområdet har det skett förskjutningar mellan de olika försörjningssystemens relativa betydelse. Tyngdpunkten har skiftat från aktiva åtgärder till kontantersättning och från dyrare till billigare aktiva åtgärder. Sedan mitten av 1990-talet har arbetslösheten minskat, vilket på senare år lett till att färre personer deltar i aktiva åtgärder och att färre får arbetslöshetsersättningar.

Det har skett en rad institutionella förändringar i arbetslöshetsförsäkringen, socialförsäkringarna och bidragen. Dessa förändringar har i sin inriktning tydligt följt arbetslöshetens och statsfinansernas svängningar. Besluten om att sänka ersättningsnivåerna i de inkomstrelaterade förmånerna, men också i delar av familjestödet, kom då konjunkturen var nära bottenläget. Sedan konjunkturen vänt har nivåerna justerats uppåt, om än inte ända upp till de nivåer som rådde vid decenniets ingång. Med nedgången följde också beslut som på olika sätt skärpte kvalificeringsvillkoren i systemen. Först skärptes beviskraven i arbets-skadeförsäkringen och därefter infördes hårdare krav i förtidspension och sjukförsäkring. Dessa åtgärder har inte minskat antalet försäkrade, men däremot antalet som faktiskt uppbär ersättning.

Man kan också säga att villkoren i försäkringarna skärptes genom införandet av karenstider i både arbetslöshetsförsäkringen och sjukpenningförsäkringen. Det faktum att arbetsgivaren genom införandet av sjuklöneperioden fick ta hela kostnaden för de första veckornas frånvaro medförde indirekt att arbetsgivarnas uppmärksamhet kom att skärpas mot den korta sjukfrånvaron. Till skillnad från ersättningsnivåerna och de nominella bidragsbeloppen har det inte skett någon återgång till de tidigare kvalificeringskraven.

De inkomstprövade bidragen uppvisar ett något annorlunda mönster. För bostadsbidraget avbröts expansionen av antalet mottagare och av medelbeloppen senare än för de andra systemen. Också kontrollen och villkoren har stramats upp med viss eftersläpning. Villkoren för socialbidrag har också successivt kommit att skärpas, bland annat genom att socialbidragsnormen sedan 1998 blivit föremål för mer detaljprövning. Från detta år fick också kommunerna genom den så

kallade utvecklingsgarantin ökade möjligheter att skärpa kraven på unga socialbidragstagare genom exempelvis medverkan i olika typer av kommunala arbetsmarknadsinsatser.

Vid slutet av 1990-talet utgår många förmåner i försörjningssystemen med lägre nivåer än vid decenniets inledning. Kvalificeringsvillkoren har i allmänhet skärpts, liksom den allmänna kontrollen av utbetalningarna. Sammantaget har dock försörjningssystemens grundläggande karaktär i huvudsak bibehållits. I ett historiskt och internationellt perspektiv har inget modellskifte kunnat beläggas.

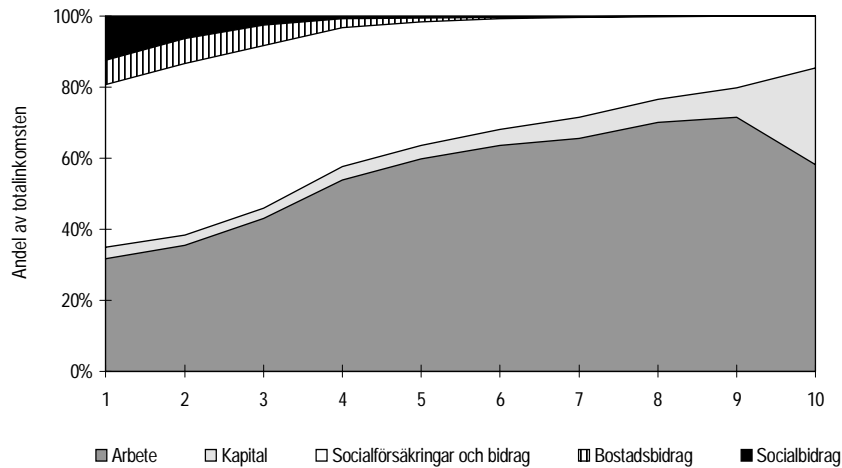
Ett sätt att studera konsekvenserna för befolkningens välfärd av försörjningssystemens förändringar är att se i vilken mån ersättningarna påverkar inkomster och inkomstfördelning.¹² I det följande kommer vi att ge en bild av hur stor betydelse olika transfereringar har volymmässigt för olika inkomstgrupper och hur detta förändrats under 1990-talet. Vid sidan av att studera inkomsternas sammansättning kommer vi också att belysa vilken roll socialförsäkringarna, skatterna och bidragen spelar för inkomstfördelningen.

I Figur 2.1:15 och 2.1:16 redovisas inkomststrukturen (det vill säga betydelsen av olika typer av inkomster) i Sverige 1997 utifrån en så kallad decilgruppsindelning.¹³ Detta innebär att vi först rangordnat inkomsterna efter storlek och därefter delat in befolkningen i tio lika stora grupper, från låga till höga inkomster. Utifrån denna indelning har vi först beräknat hur stora andelar av totalinkomsterna för respektive grupp som utgörs av de olika inkomstslagen. Därefter har vi beräknat hur stora belopp (i kronor) som utgörs av olika inkomstslag i de olika inkomstgrupperna. I figurerna särskiljs arbetsinkomster, kapitalinkomster, socialförsäkringar och bidrag (pensioner, sjukpenning, barnbidrag m.m.), bostadsbidrag samt socialbidrag.

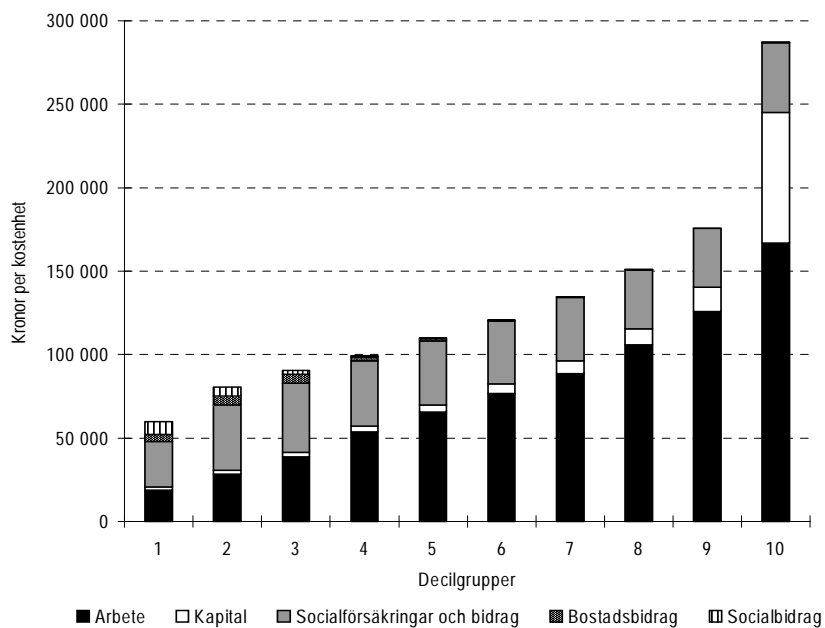
¹² Analyserna i det följande baseras på SCB:s inkomstfördelningsstudier.

¹³ Inkomstfördelningens utveckling kommer att belysas närmare i avsnitt 3.2 där bland annat olika inkomstdefinitioner diskuteras. Där beskrivs också förändringar i inkomstutvecklingen för olika befolkningsgrupper. De figurer som presenteras här baseras på Kjell Janssons underlag till kommittén (F:XI, se bilaga 2).

Figur 2.1:15. Olika inkomstslags andelar av totalinkomsterna per kost-enhet (procent) i olika decilgrupper. Inkomståret 1997



Figur 2.1:16. Olika inkomstslags belopp i kronor per kostenhet i olika decilgrupper. 1999 års priser. Inkomståret 1997



Källa: Jansson (F:XII, se bilaga 2).

Figurerna visar att kapitalinkomsterna är mycket skevt fördelade mellan de olika inkomstgrupperna. För de tio procent som har högst inkomster utgör kapitalinkomsterna en stor del av totalinkomsterna. I de underlag som kommittén förfogat över (Jansson F:XII, se bilaga 2) har vi också kunnat konstatera att betydelsen av kapitalinkomster har ökat på 1990-talet för dem som har de högsta inkomsterna. Socialförsäkringarna utgör ett betydelsefullt inslag i samtliga inkomstgrupper, vilket kan hänföras till att pensionärerna är relativt jämnt fördelade över inkomstgrupperna (med undantag för grupperna med de allra lägsta respektive de allra högsta inkomsterna). Vidare är framför allt socialbidragen, men även bostadsbidragen, koncentrerade till inkomstfördelningens nedre skikt. Sammantaget utgör transfereringarna en avsevärt större del av totalinkomsterna för dem med låga inkomster än för dem med höga. Under 1990-talet har särskilt socialbidragen också kommit att utgöra en allt större del av de två lägsta inkomstgruppernas totala inkomster. För den tiondel av befolkningen som har de lägsta inkomsterna utgjorde socialbidragen något mer än tolv procent av inkomsterna 1997, vilket kan jämföras med knappt åtta procent fyra år tidigare.

Inom det inkomstslag som utgörs av socialförsäkringar m.m. har det skett vissa förskjutningar, i så måtto att de generella bidragen (framför allt barnbidraget) fått en allt mer progressiv profil, medan pensionerna fått minskad betydelse i de lägre inkomstskikten. Båda dessa trender kan i huvudsak hänföras till att barnfamiljer i högre grad kommit att befinna sig i inkomstfördelningens nedre del, medan motsatsen gäller för ålderspensionärerna. Dessa stora förskjutningar kan inte förklaras av förändringar som gjorts i försörjningssystemets olika delar. Nedskärningarna av pensionerna kan självklart inte förklara pensionärernas förbättrade positioner. De sänkta barnbidragen kan heller inte förklara hela nedgången för barnfamiljerna även om förändringen går i förväntad nedåtgående riktning. Barnfamiljernas ekonomi har i stor utsträckning också påverkats av minskade arbetsinkomster medan pensionärskollektivets inkomster har påverkats uppåt till följd av de allt högre pensioner (ATP-pensioner, avtalspensioner och privata individuella pensioner) som de nya pensionsavgångarna disponerat.

Det är väl belagt i andra inkomstfördelningsstudier att såväl transfereringar som skatter har en utjämnande inverkan på inkomstfördelningen. Vi har i det material som vi haft till vårt förfogande kunnat konstatera att denna utjämnande effekt ökade när den ekonomiska krisen tilltog. I någon mån kom alltså de socialpolitiska systemen initialt sett att fungera i enlighet med intentionen att de ska träda in som ett skydd för människor som står utanför den reguljära arbetsmarknaden. Arbetsinkomsterna uppvisade naturligt nog en högre grad av ojämlikhet när sysselsättningskrisen inträffade till följd av att gruppen som antingen

saknar arbetsinkomster eller endast har tillfälliga inkomster ökade. Trots detta var den initiala ökningen av ojämlikheten blygsam vad beträffar de disponibla inkomsterna. Först under andra hälften av 1990-talet har det skett en tydligare ökning av de disponibla inkomsternas spridning och en viss nedgång av socialförsäkringarnas omfördelningseffekt. Sammantaget har försörjningssystemen haft en stor och ökande betydelse för de hushåll som har låga inkomster, medan den uppgång av inkomstojämlikheten som inträffade åren 1996 och 1997 inte har kunnat kompenseras.

För att man ska kunna ge en samlad bedömning av hur människors välfärd påverkats av förändringar i försörjningssystemen krävs att man också beaktar de förändringar som skett på välfärdstjänsternas område. En försämring i försörjningssystemen skulle i viss mån kunna kompenseras av en förbättring på välfärdstjänsteområdet och vice versa. Men för många grupper kan även små förändringar i negativ riktning på båda områdena få stora konsekvenser för deras välfärd.

2.2 Utvecklingen på välfärdstjänsteområdet

I detta betänkande använder vi ”välfärdstjänster” som ett samlande begrepp för de verksamheter som i den politiska debatten under slutet av 1990-talet ofta benämnts ”vård, skola och omsorg”. I välfärdstjänsterna ingår både mer förändringsinriktade insatser som syftar till att bota, fostra eller utbilda människor, och mer omsorgsinriktade insatser för människor som varaktigt eller tillfälligt behöver hjälp för att överleva eller ha ett dragligt liv. Sammantaget omfattar välfärdstjänsterna hälso- och sjukvård, barnomsorg, skola, insatser för funktionshindrade, äldreomsorg samt de sociala tjänster som inom socialtjänsten benämns individ- och familjeomsorg, här främst missbrukarvård och barna- och ungdomsvård.

Den totala mängden välfärdstjänster i ett samhälle är inte konstant över tid. I ett historiskt perspektiv har den totala volymen ökat kraftigt. Höjda politiska ambitioner, teknikutveckling inom sjukvårdens område och ökade krav på arbetskraftens utbildningsnivå är bara några av de faktorer som påverkat utbyggnaden av välfärdstjänsterna. I ett längre perspektiv kan exempelvis utbyggnaden av sjukvården, förlängningen av skolplikten och gymnasieskolans genomslag ses som avspeglningar av dessa höjda ambitionsnivåer.

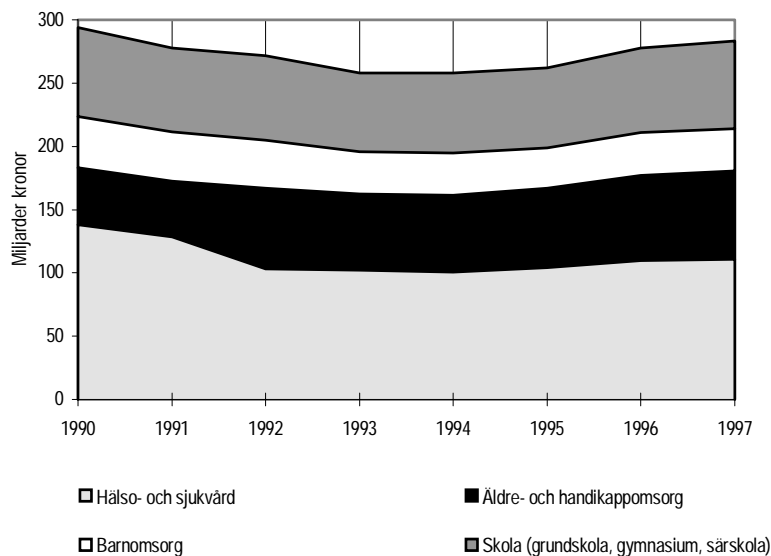
Det har aldrig varit en självklarhet vem som ska utföra välfärdstjänstearbetet. Särskilt när det gäller de mer omsorgsinriktade delarna av välfärdstjänsterna har en viktig gränsdragning gällt om arbetet ska vara oavlönat eller avlönat, vilket i praktiken är en fråga om huruvida arbetet ska utföras inom eller utom familjens ram. En annan gränsdragning som rör alla former av välfärdstjänster har gällt hur den avlönade delen av arbetet ska finansieras, det vill säga hur stor del av finansieringen som ska bekostas av offentliga respektive privata medel. Ytterligare en gränsdragning har gällt huruvida arbetet ska utföras av offentligt eller privat anställda personer. Alla dessa gränsdragningar skiftar över tid och mellan länder, men också mellan olika delar av välfärdstjänsterna.

I alla länder – även i dem som i likhet med Sverige har en relativt omfattande offentligt finansierad och organiserad omsorgssektor – utförs en stor del av omsorgsarbetet i form av oavlönat arbete inom familjen. I alla länder utförs också merparten av såväl det avlönade som det oavlönade välfärds- och omsorgsarbetet av kvinnor. Sverige, i likhet med de övriga skandinaviska länderna, utmärks dock av att de offentligt organiserade och finansierade omsorgstjänsterna är mer omfattande än i många andra länder och av att en förhållandevis stor del av omsorgsarbetet är avlönat. Ytterligare ett svenskt särdrag är att såväl högutbildade som lågutbildade kvinnor uppvisar ett mycket högt arbetskraftsdeltagande. Framväxten av de offentliga välfärdstjänsterna i

Sverige skapade en arbetsmarknad som främst kom att befolkas av kvinnor, samtidigt som tillgången till kraftigt subventionerade omsorgstjänster, såsom barnomsorg och äldreomsorg, gjorde det möjligt för kvinnor från alla samhällsklasser att kombinera omsorgsansvar och förvärvsarbete. Utmärkande för Sverige är också att olika sociala skikt under de senaste årtiondena generellt sett har utnyttjat samma tjänster, det vill säga samma slags sjukvård, skolor, barnomsorg och äldreomsorg.

De offentliga medel som avsatts för välfärdstjänster har ökat kraftigt under efterkrigstiden fram till i slutet av 1980-talet, vilket också avspeglas i en kraftig ökning av antalet personer som får del av dessa tjänster. Under 1990-talet har dock de offentliga utgifterna för dessa verksamheter minskat. Figur 2.2:1 visar de offentliga utgifterna för skola, barnomsorg, äldre- och handikappomsorg samt hälso- och sjukvård. Utgifterna för dessa verksamheter har minskat under 1990-talets första del, och därefter ökat något mellan 1995 och 1997. Den starka minskningen av de offentliga utgifterna för sjukvården mellan 1991 och 1992 och motsvarande ökning för äldre- och handikappomsorgen kan hänföras till Ädel-reformen, vilken innebar att delar av sjukvården överfördes till äldreomsorgen. Justerat för effekterna av denna överföring var nedgången i de offentliga utgifterna under 1990-talets första del i stort sett lika stark för samtliga studerade välfärdsområden. Där- emot har återhämtningen varit svagare inom barnomsorgen än inom framför allt äldre- och handikappomsorgen. Sammantaget är de offentliga utgifterna för skola, vård och omsorg cirka fyra procent lägre 1997 än 1990.

Figur 2.2:1. Offentliga utgifter för skola, barnomsorg, hälso- och sjukvård samt äldre- och handikappomsorg, 1990-1997. Miljarder kronor i 1998 års priser



Källa: Nationalräkenskaperna, SCB.¹⁴

Minskningen av de offentliga utgifterna återspeglar inte fullt ut utvecklingen av det faktiska ekonomiska utrymmet inom verksamheterna. Med undantag för skolans område har i själva verket det totala ekonomiska utrymmet varit konstant eller ökat något under 1990-talet. Detta har varit möjligt genom att det under perioden har skett en ökning av brukaravgifternas andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård, äldreomsorg och – alldeles särskilt – barnomsorg. Det minskade offentliga åtagandet har således till viss del kompenseras med ekonomiska insatser från dem som använder de olika välfärdstjänsterna. Höjda brukaravgifter i kombination med minskade offentliga utgifter innebär en förskjutning av välfärdstjänsternas finansiering i riktning från offentlig mot privat finansiering.

I det följande kommer utvecklingen inom olika välfärdstjänstområden att beskrivas. Ordningföljden på de olika avsnitten följer

¹⁴ Diagrammet baseras på den offentliga konsumtionen enligt Nationalräkenskaperna (NR). Vi har dock inkluderat även vissa andra utgifter som inte ingår i den offentliga konsumtionen som den definieras i NR. Det gäller ersättningen för personlig assistent enligt LASS samt kommunernas bidrag till föräldrakooperativa daghem och till fristående skolor.

huvudsakligen ett livscykelperspektiv. De insatser som specifikt riktas till barn och unga presenteras först och äldreomsorgen behandlas sist i avsnittet. Däremellan beskrivs de välfärdstjänster som inte har någon utpräglad åldersprofil. Fokus i framställningen ligger inom alla områden både på omfattningen av tjänsterna och på verksamheternas organisering och innehåll. I ett avslutande avsnitt sammanfattas de omfattande organisatoriska förändringar som har ägt rum på välfärdstjänsternas område under perioden, främst den tilltagande decentraliseringen och det ökade inslaget av marknadsinfluerade organisationsmodeller.

2.2.1 Fler barn får barnomsorg trots minskade offentliga utgifter

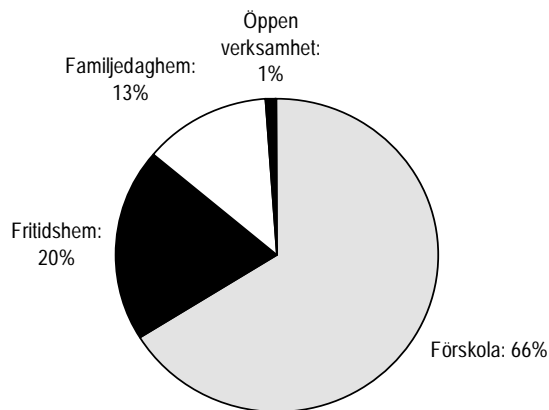
Barnomsorgen i Sverige har av tradition haft en dubbel funktion. Verksamheten ska dels möjliggöra för föräldrar att förena föräldraskapet med förvärvsarbete eller studier, dels stimulera barnens utveckling genom pedagogiska insatser. Barnomsorgssektorn har under 1990-talet utsatts för ett kraftigt tryck i och med de stora barnkullar som föddes under slutet av 1980-talet och i början av 1990-talet. Sedan 1995 är kommunerna skyldiga att utan oskäligt dröjsmål tillhandahålla plats till alla barn mellan 1 och 12 års ålder vars föräldrar förvärvsarbetar eller studerar samt till barn som har eget behov av barnomsorg. Våren 1995 uppgav drygt 95 procent av landets kommuner att de kunde tillhandahålla plats inom kommunen till såväl förskolebarn som skolbarn inom tre till fyra månader efter det att föräldrarna anmält behov (Skolverket, M:II, se bilaga 2).

Under 1990-talet har ansvaret för barnomsorgen överförts från den sociala sektorn till skolans område. År 1996 fördes barnomsorgsfrågorna över från Socialdepartementet till Utbildningsdepartementet och 1998 överfördes bestämmelserna om förskoleverksamhet och skolbarnomsorg från Socialtjänstlagen till Skollagen. I samband med detta gjordes också Skolverket, i stället för som tidigare Socialstyrelsen, till tillsynsmyndighet på barnomsorgens område. Avsikten med denna ansvarsförskjutning har varit att understryka barnomsorgens pedagogiska aspekter och att stärka bilden av att skola och förskola bör betraktas som en integrerad helhet.

De totala kostnaderna för barnomsorgen har varit stabila

De offentliga utgifterna för barnomsorg har minskat under 1990-talet, men genom en ökad grad av avgiftsfinansiering har de totala kostnaderna varit i stort sett konstanta. Efter en viss nedgång vid mitten av decenniet avsätts det totalt sett lika mycket pengar till barnomsorgen vid 1990-talets slut som vid årtiondets början. Bruttokostnaderna (som förutom de offentliga utgifterna även inkluderar föräldrarnas avgifter) för barnomsorgen var såväl 1990 som 1997 cirka 42 miljarder kronor, räknat i 1997 års priser. Som framgår av Figur 2.2:2 gick 1998 nästan två tredjedelar av pengarna till förskolan, 20 procent till fritidshemmen, 13 procent till familjedaghemmen och 1 procent till öppna verksamheter.

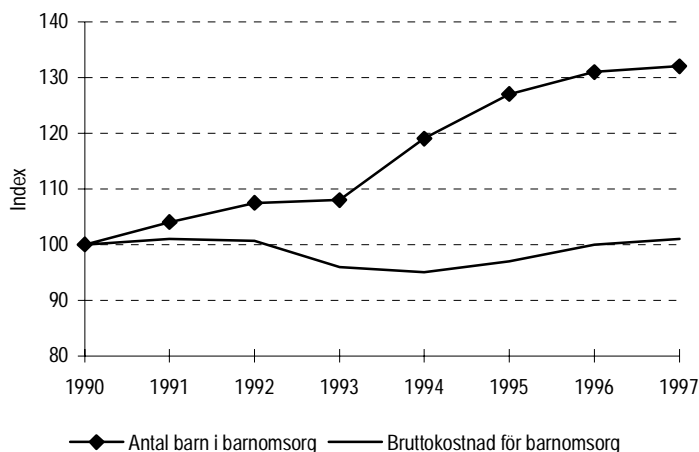
Figur 2.2:2. Fördelningen av barnomsorgens totala kostnader på olika verksamhetstyper, 1998. Procent



Källa: Skolverket (M:II, se bilaga 2).

Kostnadsutvecklingen för barnomsorgen under 1990-talet kan beskrivas som en påtaglig utplaning i förhållande till den kraftiga expansion som skedde på barnomsorgens område under framför allt 1980-talet. Den utbyggnad av sektorn som då genomfördes åtföljdes av ett proportionerligt tillskott av ekonomiska resurser och sammantaget var barnomsorgen den del av socialtjänsten som växte allra mest under 1980-talet (Bergmark 1997). Trots att kostnaderna i stort sett legat stilla under 1990-talet har antalet inskrivna barn i barnomsorgen ökat under hela perioden. Sammantaget omfattade barnomsorgsverksamheten 750 000 barn år 1997, vilket är omkring 180 000 fler än 1990. Detta motsvarar en ökning med drygt 30 procent, vilket framgår av Figur 2.2:3. Enligt Skolverket (1999d) är såväl kostnaderna som antalet inskrivna barn i barnomsorgen oförändrade mellan 1997 och 1998.

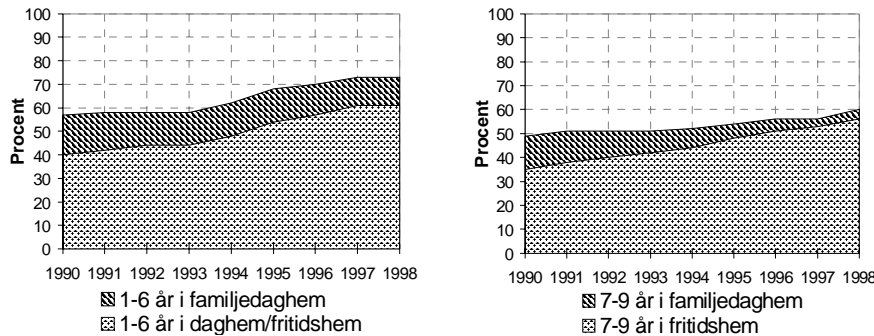
Figur 2.2:3. Antal barn i barnomsorg samt bruttokostnader för barnomsorgen, fasta priser. Index 1990=100



Källa: Socialstyrelsen (1996c), Regeringen (1999) och SCB (1998).

Av Figur 2.2:4 framgår att utbyggnaden omfattat såväl förskolebarn som yngre skolbarn. I slutet av 1998 gick nästan tre fjärdedelar av alla förskolebarn i förskola eller familjedaghem, jämfört med knappt 60 procent 1990. Expansionen har dock inte gällt antalet inskrivna barn i familjedaghem, där det i stället skett en minskning. Insatserna för äldre skolbarn avviker också från det generella mönstret. År 1990 gick åtta procent av barnen åldersgruppen 10 till 12 år på fritidshem eller på familjedaghem och 1998 var motsvarande andel sju procent (SCB 1998). Enligt skollagen kan skolbarnsomsorgen i denna åldersgrupp även ske i form av öppen fritidsverksamhet, men denna typ av verksamhet fanns 1998 bara i en fjärdedel av kommunerna. År 1996 fanns denna typ av verksamhet i en tredjedel av kommunerna (Skolverket 1999d).

Figur 2.2:4 Barnomsorgens utveckling från 1990 till 1998. Andelar barn i åldern 1–6 år, respektive 7–9 år inskrivna i daghem, fritidshem och familjedaghem. Procent^a



^a Åldersgränserna 1998 skiljer sig från tidigare år genom att omsorgen om förskolebarn omfattar åldersgruppen 1–5 år och skolbarnomsorgen omfattar åldersgruppen 6–9 år.

Källa: SCB (1998) och Skolverket (1999c).

Barngruppernas storlek har ökat

En expansion av tillgängligheten inom ramen för oförändrade resurser innebär med nödvändighet att mindre pengar läggs på varje barn. I förskolan har det i fasta priser skett en kostnadsminskning med 20 procent per barn mellan 1990 och 1995. Under åren därefter ökade åter kostnaden per barn, men totalt sett är bruttokostnaden per barn 14 procent lägre 1998 än 1990 (Skolverket 1999b). Barngruppernas storlek har ökat under 1990-talet. År 1990 var den genomsnittliga gruppstorleken i förskolan 13,8 barn, medan motsvarande siffra är 16,5 år 1998. Huvuddelen av denna ökning skedde under decenniets inledande år och under de senaste åren kan skönjas en viss minskning. Antalet barn per årsarbetare i förskolan har ökat från 4,4 till 5,6 mellan 1990 och 1998. Ökningen av barngruppernas storlek har varit än mer markant på fritidshemmen. År 1990 fanns i genomsnitt 18 barn i varje grupp och 1998 var antalet 29. Också personaltätheten på fritidshemmen har minskat under 1990-talet. År 1990 gick det 8,3 barn per årsarbetare och motsvarande siffra för 1998 är 15,3 (Skolverket 1999d). Det saknas i allt väsentligt kunskap om vad uttunningen på personalsidan har inneburit för barnomsorgens kvalitet och dess beredskap att möta behov hos särskilt utsatta grupper av barn.

Barnomsorgsavgifterna har ökat och varierar kraftigt mellan kommuner

Kommunerna har rätt att ta ut "skäliga avgifter" för barnomsorgen, men avgifterna får inte bli så betungande att föräldrar av ekonomiska skäl avstår från en verksamhet som är gynnsam för barnen. Avgiftsnivån har generellt sett stigit under 1990-talet, samtidigt som barnfamiljernas ekonomiska standard har försämrats. Den andel av barnomsorgens bruttokostnader som täcks av föräldrarnas avgifter har ökat från 10 till 17 procent mellan 1990 och 1998. Avgiftsfinansieringen är högre inom fritidshemsverksamheten än inom förskoleverksamheten. År 1998 täckte föräldrarnas avgifter drygt 20 procent av kostnaderna för fritidshemmen, medan 15 procent av förskolans kostnader täcks av avgifter (Skolverket 1999d). Mellan 1996 och 1999 har avgifterna höjts i ungefär hälften av landets kommuner. Höjningarna har i genomsnitt varit mellan 10 och 15 procent beroende på inkomstnivå (Skolverket 1999a).

Avgifternas storlek varierar kraftigt mellan kommuner och skillnaderna har ökat under 1990-talet. En familj med genomsnittliga inkomster och med två barn i förskola 40 timmar per vecka betalar år 1999, beroende på hemkommun, mellan 1 560 och 4 200 kronor per månad för barnomsorgen.¹⁵ För lågavlönade föräldrar – i synnerhet ensamstående – har barnomsorgsavgifterna blivit en allt större utgift. En ensamstående lågavlönad förälder med två barn i förskola 40 timmar per vecka betalar år 1999 mellan 350 och 3 090 kronor per månad. I flertalet kommuner har denna familjetyp ett konsumtionsutrymme som understiger socialbidragsnormen när barnomsorgsavgiften är betald. Avgiftsskillnaderna är så stora att Skolverket anser det berättigat att fråga hur mycket avgifterna kan tillåtas variera utan att komma i konflikt med kravet på lika tillgång till barnomsorg oavsett i vilken kommun familjen bor (Skolverket 1999a).

Kommunerna har också i stor utsträckning förändrat taxekonstruktionerna, främst genom att införa olika typer av inkomst- och tidsrelaterade avgiftssystem. Avgifterna och taxornas konstruktion har allt mer kommit att användas som ett medel för kommunerna att styra efterfrågan och därmed hålla tillbaka kostnaderna (Socialstyrelsen 1996c). Avgifternas koppling till barnens vistelsetid har ökat starkt under 1990-talet. Mellan 1993 och 1999 har andelen kommuner som har barnomsorgstaxan uppdelad på minst tre tidsintervall ökat från drygt 40 till 85 procent. År 1999 har endast två procent av kommunerna avgiftssystem som inte alls relateras till barnens närvarotid, medan 18 procent

¹⁵ Kommunen Ragunda, som har avgiftsfri barnomsorg, ingår inte i jämförelsen.

har en taxekonstruktion som innebär betalning per timme (Skolverket 1999a). Den tidsrelaterade taxan har sannolikt haft större konsekvenser för ensamföräldrar som inte har samma möjligheter som många samboende att på olika sätt förkorta barnens tid i barnomsorgen. De tids- och inkomstrelaterade barnomsorgsavgifterna har också visat sig innebära starka marginaleffekter för de föräldrar som återgår i arbete efter arbetslöshet, ökar sin arbetstid eller på andra sätt höjer sin arbetsinkomst. Marginaleffekterna är särskilt starka för ensamstående föräldrar (Utbildningsdepartementet 1999).

Barn till arbetslösa föräldrar har bristande tillgång till barnomsorg

Samtidigt som kommunerna har fått ökad skyldighet att tillhandahålla barnomsorg till alla föräldrar som förvärvsarbetar eller studerar har barnomsorg till arbetslösas barn kommit att begränsas.¹⁶ År 1998 uppgav 40 procent av kommunerna att förskolebarn förr eller senare mister sin plats i daghem eller familjedaghem om en förälder blir arbetslös. För skolbarn gäller denna situation i närmare 60 procent av landets kommuner. Än svårare är det för redan arbetslösa föräldrar att få tillgång till barnomsorg. I nästan 60 procent av kommunerna kan barn till arbetslösa föräldrar inte erbjudas barnomsorgsplats och nästan 70 procent har motsvarande regler för skolbarnomsorgen (Skolverket 1999d). Bara 8 procent av kommunerna erbjuder barnomsorgsplats utan begränsning av vistelsetiden till förskolebarn med en arbetslös förälder (Skolverket, M:II, se bilaga 2). Hösten 1996 hade ungefär 80 000 barn i åldrarna 1 till 5 år minst en arbetslös förälder och ungefär hälften av dessa barn stod utanför barnomsorgen samtidigt som drygt tre fjärdedelar av dessa föräldrar önskade barnomsorgsplats. I Stockholm, som är en kommun där arbetslösa föräldrar kan behålla plats i barnomsorgen för sina barn, har det visats att arbetslösa föräldrar upplever förskolan som ett stöd och en avlastning under arbetslösheten (Olsson 1997). Öppna förskolan är en verksamhet som är öppen för alla barn och skulle därmed kunna vara ett stöd för arbetslösa föräldrar. Under 1990-talet har dock denna verksamhet minskat kraftigt i omfattning. År 1990 fanns det 1 600 öppna förskolor i landet och 1998 var antalet 928 (Skolverket, M:II, se bilaga 2). Det finns i dag mycket begränsade kunskaper om hur tillgänglig barnomsorgen i praktiken är för ekonomiskt utsatta föräldrar

¹⁶ Det har även skett begränsningar i barnomsorgen till barn vars föräldrar är föräldralediga.

som berörts såväl av skärpta regler vid arbetslöshet som av höjda barnomsorgsavgifter.

Allt fler barn skrivs in i privat driven barnomsorg

Det har under 1990-talet skett en ökning av den barnomsorg som sker i enskild drift. År 1990 fanns ungefär 16 000 barn i privata daghem och fritidshem och 1994 var antalet 47 000 (Montin 1997). År 1998 var antalet barn i privat barnomsorg 58 000 (Skolverket 1999c). Den privata barnomsorgens andel av det totala antalet barnomsorgsplatser har ökat från 4 till 12 procent mellan 1990 och 1998. Privata driftsformer är vanligare inom förskoleverksamheten än i skolbarnomsorgen. År 1998 var drygt 13 procent av barnen i förskola och daghem inskrivna i privata verksamheter, medan motsvarande siffra för fritidshemmen var 4 procent (Skolverket 1999d). Ökningen av barnomsorg i privat drift berör inte alla grupper av barn på samma sätt. År 1992 hade 1 procent av LO-barnen plats på privat daghem jämfört med 8 procent av SACO-barnen (Antman 1996).

Föräldrakooperativ är den vanligaste formen av enskild barnomsorg och omfattade 1998 drygt 40 procent av samtliga barn inom verksamheter i enskild regi. Den bolagsdrivna barnomsorgen har dock ökat i omfattning och stod 1998 för ungefär en fjärdedel av platserna i den enskilda barnomsorgen (Skolverket 1999c). Denna utveckling i riktning mot att barnomsorg drivs i aktiebolagsform möjliggjordes genom en lagändring 1992 som innebar att sådana verksamheter kunde få statsbidrag (Skolverket, M:II, se bilaga 2). De privata utförarna har möjlighet att själva besluta i frågor som rör avgifter och öppettider. Kommunerna har dock möjlighet att villkora de ekonomiska bidragen och därmed sätta vissa gränser för avgiftsnivåerna.

Jämlikhet och skiktning i barnomsorgen

Utvecklingen under 1990-talet riskerar att leda till en mer skiktad barnomsorg, dels genom att arbetslösa föräldrars barn utestängs från den kommunala barnomsorgen, dels genom att mer resursstarka föräldrar tenderar att söka sig till barnomsorg i privat drift. Detta innebär sannolikt ett trendbrott i en utveckling där den offentliga barnomsorgen i ökad utsträckning kom att användas av föräldrar från alla samhällsklasser. Under den tidigare delen av 1980-talet när barnomsorgen var mindre utbyggd än i dag var barn med arbetarbakgrund underrepresenterade i barnomsorgen i allmänhet och på daghemmen i synnerhet. Från senare

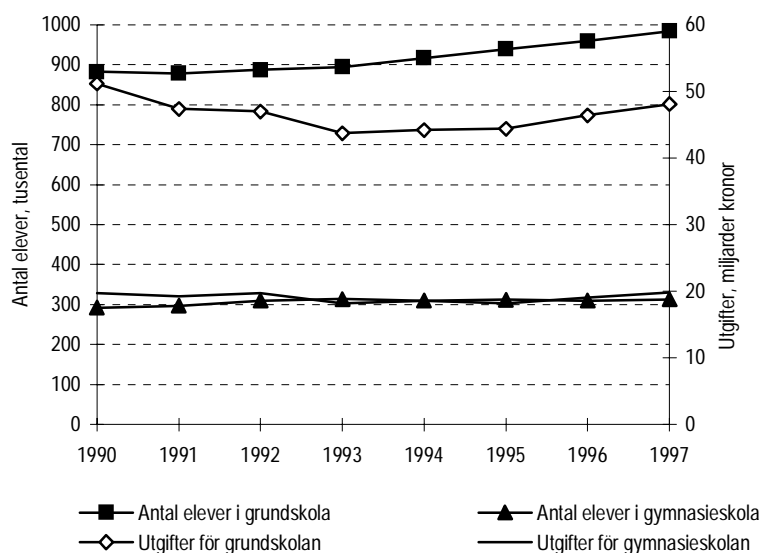
delen av 1980-talet ökade andelen barn med arbetarbakgrund, men fortfarande är barn till föräldrar från högre sociala skikt överrepresenterade i barnomsorgen. (Skolverket, M:II, se bilaga 2). Detta bör dock delvis sättas i relation till att det finns skillnader i förvärvsarbetsfrekvens mellan kvinnor i olika samhällsklasser. Samtidigt som utrikes födda föräldrar efterfrågar barnomsorgsplatser i samma utsträckning som andra föräldrar, är deras barn underrepresenterade i barnomsorgen. Detta förklaras i stort sett helt av det faktum att invandrarföräldrar oftare är arbetslösa jämfört med Sverigefödda föräldrar. Ser man till förvärvsarbetande föräldrar finns inga skillnader i barnomsorgstäckning mellan utrikes födda och andra (Socialstyrelsen 1997b). Enligt förskolans läroplan ska förskolan bidra till att barn med annat modersmål än svenska får möjlighet att utveckla både det svenska språket och sitt modersmål. Bland förskolebarn har trots detta andelen som får stöd i sitt modersmål minskat från nästan 60 procent år 1990 till 15 procent år 1998 (Skolverket 1999b).

2.2.2 Ett turbulent decennium på skolans område

Under 1990-talet har det skett stora förändringar i skolan vad beträffar huvudmannaskap, organisationsformer, betygssystem, läroplaner och arbetsformer. Det har skett en omfattande decentralisering av beslutsfattandet ned till kommun- och skolnivå och antalet privat drivna skolor har ökat. Dessa förändringar tillsammans med demografiska förändringar och krav på utgiftsminskningar har lett till att skolans förutsättningar har förändrats på ett flertal sätt.¹⁷

Som framgår av Figur 2.2:5 minskade de offentliga utgifterna till skolan under inledningen av 1990-talet, men under senare år har de ökat. Detta gäller framför allt grundskolan, men i viss mån även gymnasieskolan. Antalet elever i grundskolan ökade från 881 000 läsåret 1990/91 till 984 000 läsåret 1997/98 samtidigt som de årliga utgifterna minskade med sex procent. Utvecklingen för gymnasieskolan är något mindre dramatisk och där har såväl utgifterna som elevantalet legat tämligen konstant över tid.

Figur 2.2:5. Kostnader för grundskola och gymnasieskola (miljarder kronor i 1998 års priser) samt antal elever (i tusental) på grundskola och gymnasieskola, 1990-1997



Källa: Nationalräkenskaperna (SCB) samt SCB (1995; 1998).

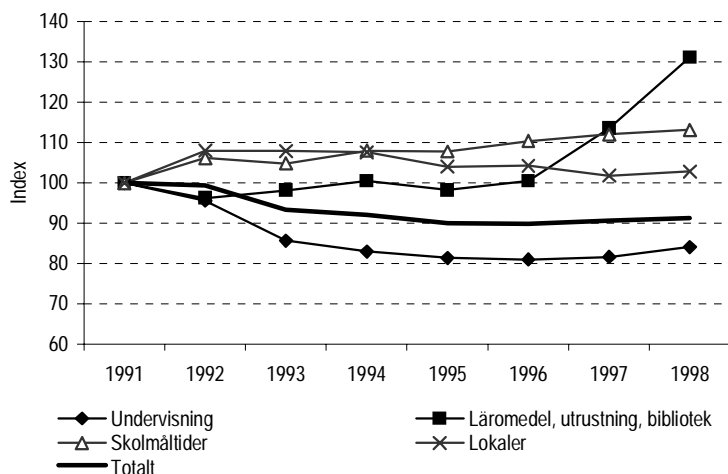
¹⁷ Expansionen på vuxenutbildningens område diskuteras närmare i avsnitt 3.1.

Kostnaderna per elev har minskat

Av Figur 2.2:6 framgår hur kostnaderna per elev har förändrats för olika delar av grundskoleverksamheten under 1990-talet. Totalt sett har kostnaderna per elev minskat med nio procent, medan utgifterna för undervisning 1998 har minskat med drygt 15 procent sedan 1991. Detta avspeglas i att lärartätheten, mätt som antal heltidstjänster per 100 elever, minskat i grundskolan under hela 1990-talet. År 1991 fanns i genomsnitt 9,1 lärare per 100 elever och 1998 fanns 7,5 lärare per 100 elever. Samtidigt har andelen ej pedagogiskt utbildade lärare i den kommunala grundskolan ökat från knappt 7,5 procent 1993/1994 till drygt 10 procent 1997/1998 (Skolverket 1993a; 1998b).

Utgifterna för skollokaler och skolmåltider har i princip varit oförändrade under perioden. Däremot har utgifterna för läromedel och liknande ökat kraftigt, framför allt under senare år, vilket till övervägande del beror på IT-satsningen i skolan. Om utgifterna för IT exkluderas har läromedelskostnaderna snarare minskat över tid. IT-satsningen har skett ojämnt över landet och snabbast utvecklades datortillgången i glesbygdsskolorna där datortätheten fortfarande är som störst.

Figur 2.2:6. Kostnad per elev för olika verksamheter i grundskolan, 1991–1998. Index 100=1991 (1991 års priser)



Källa: Skolverket (M:II, se bilaga 2).

Kommunerna har fått allt större ansvar för skolans verksamhet

Ansvar för skolan har stegvis kommit att föras ned på kommunal nivå.¹⁸ År 1989 infördes ett nytt system med mål- och resultatstyrning som innebär att riksdagen fastställer mål och riktlinjer för kommunernas verksamhet, medan kommunerna ansvarar för organisationen och genomförandet av verksamheten (Regeringens proposition 1988/89:4). Skolverket, som inrättades 1991, har ansvar för tillsyn, uppföljning och utvärdering av skolväsendet. I övrigt är det kommunerna och skolorna själva som styr skolans verksamhet, men även skolor och kommuner har ett uppföljnings- och utvärderingsansvar. Från och med 1993 bestämmer kommunerna själva vilka medel som ska disponeras för skolan.

Skolan har under 1990-talet kommit att allt mer öppnas för medbestämmande och brukarinflytande. Föräldrar och elever inbegrips allt mer i styrningen av skolan och planeringen av undervisningen. Skolverkets attitydundersökningar tyder på att föräldrarna är mest intresserade av att få information om och ha inflytande över sådant som är direkt relaterat till deras egna barn, medan det uppfattas som mindre angeläget att ha inflytande över den övergripande pedagogiken och skolans styrning. I vissa skolor finns dock styrelser med föräldramajoritet och från 1997 har även elevrepresentanter rösträtt i dessa styrelser.

En viktig målsättning i skolans verksamhet är att det råder likvärdighet i den meningen att kvaliteten i undervisningen inte varierar mellan skolor. En viktig fråga i detta sammanhang är huruvida kommunaliseringen och den ökande decentraliseringen på skolans område har lämnat avtryck i form av ökade skillnader i resultat mellan elever i olika kommuner. Här finns betydande kunskapsluckor, men under första halvan av årtiondet har det i exempelvis ämnet engelska skett en märkbar ökning av den kommunala variationen. Tolkningen av detta resultat är inte självklar. Det kan betyda att elever i olika kommuner i allt högre grad får olika god undervisning, men också att elever i olika kommuner allt mer har kommit att skilja sig åt i sina förutsättningar. Den ojämna fördelningen av nyinvandrade elever mellan kommuner kan möjligen tala för den senare förklaringen.

¹⁸ Avsnitten om kommunaliseringen och friskolor bygger i huvudsak på Donald Broadys (m.fl.) underlag till kommittén (F:V, se bilaga 2) samt Skolverkets underlag till kommittén (M:II, se bilaga 2).

Utsatta områden får större del av resurserna

Ett sätt att förbättra svaga gruppers möjligheter att klara av skolans kunskaps- och värdemål är att förstärka resurserna på skolor i utsatta områden. En sådan resursfördelning är inte reglerad på nationell nivå, även om den impliceras i måldokumentet för skolan. I ansvarspropositionen (Regeringens proposition 1990/91:18) står att "Kommunerna skall se till att skolan får de resurser som behövs för att skolverksamheten skall uppnå de nationella målen och uppfylla nationella riktlinjer." Inom ramen för denna formulering avgör kommunerna själva hur de vill prioritera och fördela de resurser de har till sitt förfogande. Antalet lärartimmar per elev är i genomsnitt större i de områden som har de svåraste förutsättningarna (Skolverket 1999f). Detta indikerar att det föreligger en kompenserande resursfördelning som innebär att de mest behövande skolorna också får mer resurser. Det är dock oklart om kompensationen är tillräcklig och hur mycket man kan kompensera med resursförstärkning i svaga områden.

Allt fler elever går i fristående skolor

I Sverige har grund- och gymnasieskolorna hittills med mycket få undantag varit drivna i offentlig regi. Det är fortfarande en liten andel (omkring tre procent 1999) av landets elever som går i fristående skolor, det vill säga skolor med annan huvudman än stat, kommun och landsting. Under 1990-talet har det dock skett en kraftig ökning av antalet sådana skolor och av antalet elever i dessa skolor. År 1992 gavs skolor med en icke-offentlig huvudman rätten att få kommunala bidrag till sin verksamhet. Denna regeländring innebar att det totala antalet fristående skolor växte snabbt. Antalet elever i fristående grundskolor har mer än fyrdubblats mellan 1990 och 1999, och även på gymnasieområdet har de fristående skolorna expanderat kraftigt. Antalet ansökningar om att starta fristående skolor fortsätter att öka kraftigt.

Fristående skolor finns i samtliga län och i 124 av landets 289 kommuner, men de är framför allt koncentrerade till storstadsregionerna. I de fristående skolorna har endast 64 procent av lärarna pedagogisk utbildning läsåret 1998/99. Detta är en mindre andel jämfört med i de kommunala skolorna, där 89 procent har pedagogisk utbildning. Eleverna i de fristående skolorna lämnar dock grundskolan med högre betygsgenomsnitt än eleverna i den kommunala grundskolan. Denna skillnad beror sannolikt till stor del på att eleverna i fristående skolor i högre utsträckning kommer från socialt mer gynnade miljöer.

Det är framför allt de som är prestationsmässigt och socialt starkast som utnyttjar möjligheten att välja skola (Skolverket 1996; 1998b). Barn med högutbildade föräldrar tenderar att byta skola i större utsträckning och när de byter skola väljer de oftare friskola än vad andra gör. Det finns på det hela taget begränsade kunskaper om vilka konsekvenser de fristående skolornas utbyggnad har för eleverna och för de sociala skillnaderna mellan olika elevgrupper. Man vet också mycket lite om vilka konsekvenser etableringen av friskolor får för de kommunala skolorna.

Fler elever går ut skolan med ofullständiga betyg

En av skolans huvuduppgifter är att förse eleverna med kunskaper och färdigheter med vars hjälp barnen och ungdomarna kan skapa sig gynnsamma livschanser i ett långt perspektiv. Det är svårt att bedöma hur kunskapsinhämtningen har förändrats över tid i den svenska skolan, då det i dag råder brist på återkommande och jämförbara kunskaps- och färdighetsmätningar på grundskolans område. Åren 1989, 1992 och 1995 utfördes stora nationella kunskapsmätningar, men dessa omfattar delvis olika ämnen, olika områden inom samma ämnen och olika årskurser, vilket gör det svårt att dra några slutsatser om hur elevernas kunskapsinhämtning utvecklats över tid. Skolverket fick 1994 i uppdrag att utarbeta nationella prov och dessa prov har börjat utföras, men har pågått under så kort tid att inga mer sammanhängande tidsserier finns. De enda systematiska kunskapsmätningar som gjorts över tid har skett inom ramen för det så kallade UGU-projektet i Göteborg.¹⁹ De bristande förutsättningarna för att göra jämförelser över tid begränsas ytterligare av det faktum att betygssystemet har förändrats under den aktuella perioden. Det är dessvärre inte möjligt att på ett adekvat sätt jämföra exempelvis avgångsbetyg mellan det gamla och det nya systemet.

Det nya mål- och kunskapsrelaterade betygssystemet har ersatt det relativa femgradiga betygssystem som infördes i samband med grundskolereformen 1962. De nya betygen ges i förhållande till hur väl eleven uppfyllt de mål som finns för kursen de genomgått. I det nya systemet ges tre betyg (Godkänd, Väl godkänd och Mycket väl godkänd) och elever som inte når upp till målen för kursen ges inget betyg. De första eleverna som lämnade grundskolan med de nya betygen gick ut vårterminen 1998. I det nya betygssystemet krävs betyget "Godkänd" i svenska, engelska och matematik för behörighet till gymnasiet. Mellan 1990 och 1997 har det skett en svag ökning av andelen elever som

¹⁹ Se Jan Eric Gustafssons (m.fl.) underlag till kommittén (F:IX, se bilaga 2).

lämnar grundskolan utan kompletta betyg. Från det att det nya betygssystemet började gälla 1998 har det skett en dramatisk ökning av andelen elever med ofullständiga betyg, även om de flesta som lämnar den nya gymnasieskolan utan kompletta betyg har godkänt i kärnämnen. Det är uppenbart att övergången till ett nytt betygssystem har medfört att kraven hårdnat.

Barn med utländsk bakgrund – framför allt de som invandrat efter 10 års ålder – har svårare i skolan än barn med två svenska föräldrar.²⁰ Under första halvan av 1990-talet var det endast omkring hälften av de barn som kommit till Sverige efter 10 års ålder som lämnade grundskolan med kompletta avgångsbetyg, vilket kan jämföras med 95 procent av barn med svensk bakgrund. Motsvarande siffra för barn som har utländsk bakgrund men som är födda i Sverige eller som kommit till Sverige vid lägre ålder är drygt 85 procent. Efter läsåret 1997/98, då det nya mål- och kunskapsrelaterade betygssystemet började gälla, var 80 procent av barnen med utländsk bakgrund behöriga till gymnasieskolan, vilket kan jämföras med drygt 90 procent av barnen med svensk bakgrund (Skolverket 1999c).

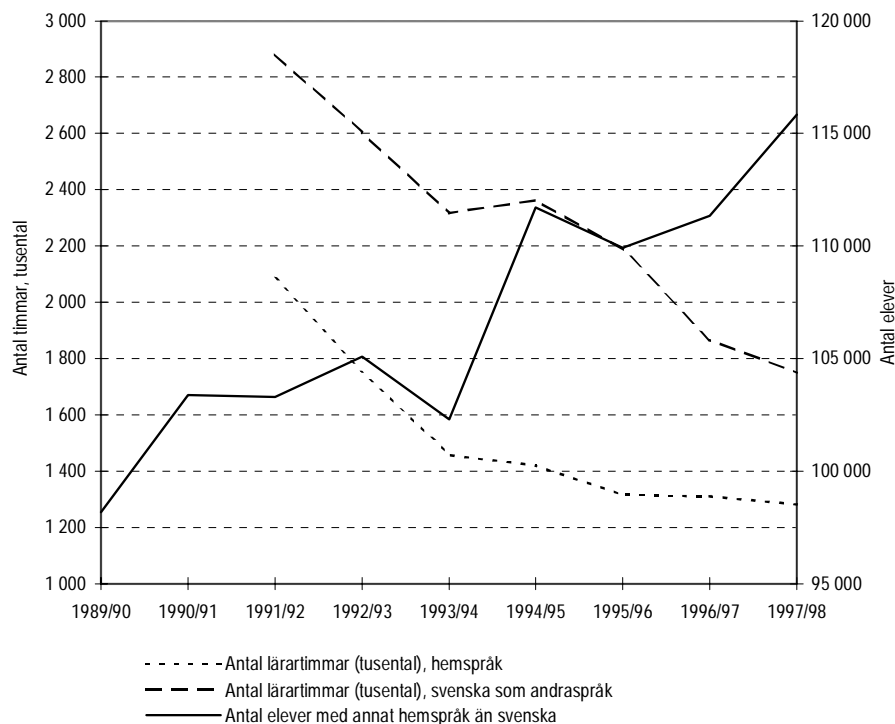
Allt fler elever har ett annat modersmål än svenska, men hemspråksundervisningen har minskat

Under 1990-talet har antalet elever med annat modersmål än svenska ökat kraftigt.²¹ Av Figur 2.2:7 framgår att det under läsåret 1989/90 fanns lite mer än 98 000 elever i grundskolan som hade annat hemspråk än svenska. Till läsåret 1997/98 ökade antalet med 18 procent och uppgick då till närmare 116 000. Under denna period skedde en dramatisk minskning av lärarresurserna till hemspråksundervisning (som numera benämns ”undervisning i modersmålet”) och undervisning i svenska som andraspråk. Antalet lärartimmar i hemspråk, liksom antalet lärartimmar i svenska som andraspråk, sjönk med omkring 40 procent mellan 1991/92 och 1997/98. Även andelen som går i hemspråksundervisning av dem som är berättigade har minskat under decenniet. En orsak till detta är att en allt större del hemspråksundervisningen kommit att förläggas utanför skoltid. Det har också skett rationaliseringar såtillvida att man exempelvis samordnar hemspråksundervisningen och samlar elever från många skolor i en större grupp.

²⁰ Se Jan Eric Gustafssons (m.fl.) underlag till kommittén (F:IX, se bilaga 2).

²¹ Avsnittet om hemspråksundervisning baseras i huvudsak på egna bearbetningar samt Skolverkets underlag till kommittén (M:II, se bilaga 2).

Figur 2.2:7. Antal hemspråkstimmar respektive timmar med svenska som andraspråk (i tusental) och antal elever med annat hemspråk än svenska, 1989/90–1997/98



Källa: Egna bearbetningar av Skolverket samt SCB (1995; 1998).

Antalet elever i särskolan har ökat

Särskolan ska ge utvecklingsstörda barn och ungdomar en individuellt anpassad utbildning som så långt det är möjligt motsvarar den som ges inom ramarna för grundskolan och gymnasieskolan. Den obligatoriska särskolan motsvarar åldersmässigt grundskolan och omfattar barn och ungdomar mellan 7 och 16 års ålder. Mellan 1994 och 1998 ökade elevantalet i den obligatoriska särskolan med nästan 30 procent, medan det totala elevantalet i grundskolan ökade med 10 procent. För gymnasiesärskolan var elevökningen 20 procent mellan 1994 och 1998, medan antalet elever i gymnasieskolan generellt sett låg stabilt under samma period (Skolverket 1999d). En orsak till det ökade antalet elever i särskolan är att lätt utvecklingsstörda elever kan ha fått det svårare att nå målen i grund- och gymnasieskolan. Skolverket har också angivit

resursminskningar i grundskolan som ett skäl till varför elevantalet i den obligatoriska särskolan ökat.

Det individuella programmet på gymnasiet – en första andrachans?

Kommunerna är skyldiga att erbjuda samtliga barn och ungdomar undervisning fram till och med första kalenderhalvåret då de fyller 20 år.²² För elever som antingen inte kommit in på ett nationellt gymnasieprogram eller som antagits men som har problem att nå studiemålen, inrättades 1992 det så kallade individuella programmet (IV). Tanken var att dessa elever inom ramen för IV skulle ges ett extra ”preparandår”, som skulle bereda dem ökade möjligheter att klara en övergång till ett nationellt eller specialutformat gymnasieprogram. Endast en fjärdedel av dem som varit inskrivna på IV lämnar dock gymnasiet med en examen inom fem år. Den största kategorin på IV-programmet utgörs av dem som kommer antingen direkt från grundskolan eller från avbrutna studier på ett nationellt program. År 1993 fanns det drygt 10 500 elever som gick denna IV-variant och 1998 var antalet uppe i 14 000. Detta kan delvis bero på att kraven på teoretiska kunskaper har höjts på de yrkesförberedande gymnasieprogrammen samt på att de tidigare tvååriga teoretiska programmen inte fått någon motsvarighet i det nya gymnasiesystemet.

Den sociala snedrekryteringen i gymnasievalen minskade i början av decenniet

Ett viktigt mål med den svenska skolan är att alla barn ska ha samma chanser att skaffa sig en god utbildning, oberoende av uppväxtförhållanden och social bakgrund.²³ Vi vet dock sedan länge att snedrekryteringen i utbildningssystemet fortgår, dels genom att barn med olika social bakgrund har olika chanser att skaffa sig goda betyg, dels genom att barn med olika social bakgrund väljer olika även då de har samma betyg (Erikson och Jonsson 1993).

²² Avsnittet om individuella program bygger i huvudsak på Donald Broadys (m.fl.) underlag tillkommittén (F:V, se bilaga 2), Skolverkets underlag till kommittén (M:II, se bilaga 2) samt Skolverket (1999).

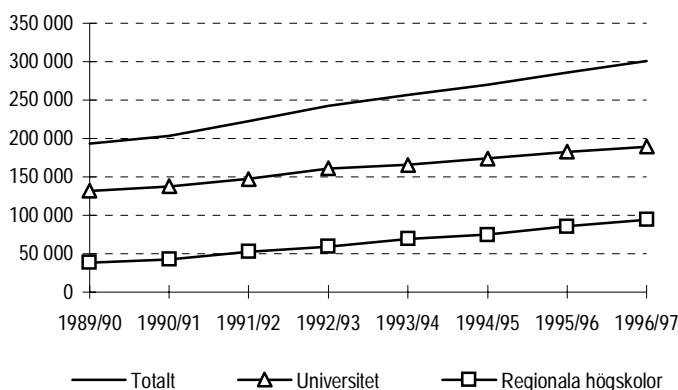
²³ Avsnittet om den sociala snedrekryteringen baseras i huvudsak på Jan Eric Gustafssons (m.fl.) underlag till kommittén (F:IX, se bilaga 2) samt Donald Broadys (m.fl.) underlag till kommittén (F:V, se bilaga 2).

Lejonparten av den sociala selektionen i utbildningssystemet sker i valet till gymnasiet. De mer socialt gynnade väljer i större utsträckning studieförberedande utbildningar, medan elever med svagare social bakgrund oftare väljer yrkesförberedande utbildningsprogram. Den sociala snedrekryteringen till studieförberedande program på gymnasiet minskade under första hälften av decenniet. Det är mycket som talar för att denna minskning främst är orsakad av en kraftig utbyggnad av gymnasieskolan i kombination med minskande födelsekullar. En annan förklaring kan vara att elever från de tidigare teoretiska tvååriga programmen kommit att välja det studieförberedande samhällsprogrammet. När utbildningssystemet expanderar, vilket var fallet under 1990-talet, brukar andelen socialt mindre gynnade ungdomar först öka och sedan minska i omfattning på studieförberedande utbildningar. Uppgifter för slutet av 1990-talet tycks bekräfta denna bild, såtillvida att snedrekryteringen ånyo ökar.

Universitets- och högskolesystemet har expanderat kraftigt

Under 1990-talet har universitets- och högskolesystemet expanderat kraftigt. Andelen av varje årskull som går över till högre utbildning har ökat under decenniet och antalet inskrivna på olika universitets- och högskoleutbildningar har ökat med 55 procent mellan 1990 och 1997 (se Figur 2.2:8). Ökningstakten har i absoluta termer varit ungefär densamma i större och mindre högskoleorter, men relativt sett har de mindre högskolorna växt snabbast. Trots universitetsväsendets expansion har det blivit allt svårare att komma in på en utbildningslinje. Detta har framför allt att göra med att arbetslösheten lett till att stora grupper, inkluderande ett stort antal äldre personer, sökt sig till universiteten.

Figur 2.2:8. Antalet inskrivna studenter i universitets- och högskoleutbildning, 1989/90–1996/97



Källa: SCB (1998).

Fortfarande föreligger skillnader mellan individer med olika social bakgrund vad gäller benägenheten att gå över till högre utbildning. Denna snedrekrytering är för det första en effekt av att barn från arbetarhem i genomsnitt har lägre betyg än vad barn från tjänstemannahem har. Det är dock viktigt att poängtera att könsskillnaderna i betyg är större än klasskillnaderna. För det andra väljer arbetarbarn och tjänstemannabarn att söka till högskolan i olika hög grad även då de har samma betyg (Erikson och Jonsson 1993). Det finns tecken som tyder på att den sociala snedrekryteringen har minskat något under 1990-talet, men utjämningen är tämligen svag och skillnaderna är fortsatt stora.²⁴ Beräkningar visar att den sociala snedrekryteringen skulle minska med 50 procent om man kunde ta in elever till högskolan enbart på basis av betyg, under förutsättning att arbetarbarn sökte högskolan i samma utsträckning som tjänstemannabarn gör.

Under 1990-talet har systemet för antagning till högre utbildning genomgått en rad förändringar, varav en av de mest betydelsefulla torde ha varit den starkt ökade vikten som Högskoleprovet fått som urvalsgrund. Avsikten med införandet av Högskoleprovet var delvis att minska snedrekryteringen (SOU 1985:57). Det har dock kunnat visas att den sociala bakgrunden påverkar Högskoleprovets resultat i ungefär lika hög grad som gymnasiebetygen gör. I detta avseende tycks det alltså

²⁴ Se Jan Eric Gustafssons (m.fl.) underlag till kommittén (F:IX, se bilaga 2).

vara tämligen egalt om man antar på basis av betyg eller på basis av Högskoleprovet. Det har i studier visats att det finns en inlärningsfaktor i provförfarandet som gör att poängen tenderar att öka vid varje nytt provtillfälle (Gustafsson och Westerlund 1994). Den sociala snedrekryteringen förstärks av det faktum att sökande från högre socialgrupper tenderar att ta provet fler gånger än andra och därmed förbättrar sina resultat.

2.2.3 Ökat tryck på barn- och ungdomsvården

Under de två senaste årtiondena har frågor om barns ställning blivit mycket viktiga i samhällsdebatten, inte minst efter antagandet av FN:s barnkonvention 1989.²⁵ Det har etablerats en särskild Barnombudsman och socialtjänsten har sedan Socialtjänstlagen reviderades 1997 ett särskilt ansvar för att i sitt arbete särskilt beakta barnens situation, bevaka deras rättigheter och ta hänsyn till deras inställning. Anmälningsskyldigheten till socialtjänsten för vissa yrkesgrupper har utvidgats och lagstiftaren har satt upp tidsgränser för hur lång tid utredningar i barnavårdsärenden får ta. Ett flertal utredningar och forskningsrapporter har pekat ut just utdragna utredningar som ett påtagligt problem i den sociala barnavården (SOU 1994:139, Sundell och Humlesjö 1996). Ett år efter lagändringen var det dock få kommuner som beslutat om nya riktlinjer för arbetet med barn och unga (Socialstyrelsen 1999j). Trots att de flesta kommuner har rutiner för hur barnets inställning ska lyftas fram i barnavårdsutredningarna, visade det sig vid en kartläggning att barnperspektivet brister i många utredningar i kommunerna (Socialstyrelsen och Länsstyrelserna 1999).

Det är i dag inte möjligt att exakt ange omfattningen av den sociala barna- och ungdomsvården i termer av exempelvis hur många familjer som är föremål för barnavårdsinsatser. Det saknas också i stort sett systematiskt insamlade uppgifter om barnavårdsproblemens omfattning, sammansättning och förändringar. Socialstyrelsen och SCB har dock utfört vissa undersökningar om barnavårdsanmälningar och ansökningar om vård (SCB 1993, Socialstyrelsen 1998a; M:III, se bilaga 2).²⁶ Socialstyrelsen konstaterar i sin undersökning från 1998 att såväl antalet anmälningar som antalet utredningar tycks ha ökat sedan 1993, särskilt i de större kommunerna. Enligt Socialstyrelsen kan denna ökning delvis ha att göra med en allmänt sett ökad anmälningsbenägenhet, men den kan också vara en konsekvens av att skolrelaterade problem i ökad utsträckning kommit att definieras som sociala barnavårdsproblem, att socialtjänsten förbättrat sitt samarbete med andra myndigheter och att kommunerna under senare år blivit bättre på att registrera anmälningar. Sammanfattningsvis visar uppgifterna från kommunerna att den sociala barnavårdens belastning (mätt i antalet barnavårdsanmälningar) ökat under 1990-talet. Den kommunala statistiken är emellertid av mycket dålig kvalitet och möjliggör inga entydiga slutsatser om ökningarnas

²⁵ Detta avsnitt bygger i huvudsak på Tommy Lundströms underlag till kommittén (F:XVI, se bilaga 2).

²⁶ Ansökningar hänför sig till de fall då föräldrar eller barn och ungdomar själva begär hjälp.

storlek, vilka som anmäler eller skälen till anmälningarna. Det underlag som ligger till grund för Socialstyrelsens undersökningar är med andra ord svagt och en viktig slutsats av dessa studier är att kommunerna i stort helt saknar gemensamma rutiner för systematisk insamling av statistik om anmälningar.²⁷

Vid sidan av information från kommunerna finns vissa andra uppgifter med vars hjälp man kan söka belysa barn- och ungdomsproblemen under 1990-talet. Sedan slutet av 1980-talet har antalet polisanmälningar om misshandel av barn upp till 14 års ålder ökat stadigt från 1 800 år 1989 till 5 700 år 1998 (Brå 1999). På motsvarande sätt har antalet samtal till BRIS²⁸ jourtelefoner om barnmisshandel och andra barnvårdsproblem ökat kraftigt under 1990-talet (Lundström 1997). Detta kan bero på att antalet barnmisshandelsfall faktiskt har ökat, men kan också bero på att benägenheten att anmäla har blivit större.

Liknande tolkningsproblem gäller sexuella övergrepp. I en färsk kunskapsöversikt konstaterar Svedin (1999) att det, i likhet med vad som gäller barnmisshandel, är omöjligt att med någon rimlig grad av exakthet fastställa omfattningen av sexuella övergrepp mot barn. Antalet polisanmälningar av misstänkta sexualbrott (våldtäkt, sexuellt tvång och sexuellt ofredande) riktade mot barn upp till 15 års ålder har fördubblats från slutet av 1980-talet. Det har emellertid skett en minskning från 3 000 anmälningar år 1993, då antalet var som störst, till 2 400 år 1997. En annan omdiskuterad fråga rör ungdomsbrottslighetens omfattning och utveckling. Det finns mycket som talar för att ungdomars brottslighet efter en kraftig ökning under hela 1900-talet legat relativt stilla sedan mitten av 1970-talet. Vad gäller våldsbrottsligheten är utvecklingen emellertid mer svårtolkad. Å ena sidan visar de i kriminalstatistiken registrerade misshandelsbrotten bland unga en tydlig ökning från slutet av 1980-talet och framåt. Å andra sidan visar resultat från offerundersökningar, liksom förekomsten av dödligt våld bland unga, på mer stabila mönster över tid (Estrada 1999). Många av förändringarna i lagstiftningen på ungdomsproblemens område har rört samhällets reaktioner på ungdomsbrott och den komplicerade gränsdragningen mellan kriminalvård och socialtjänst. Två av de viktigaste förändringarna gäller de särskilda ungdomshemmen (§12-hemmen), vars historia går tillbaka till de gamla ungdomsvårdsskolorna. För det första har dessa, efter att under omkring tio år varit ett kommunalt och landstingskommunalt ansvar, överförts till Statens institutionsstyrelse

²⁷ Antalet kommuner som kan lämna någon form av uppgifter om antalet anmälningar har dock ökat under 1990-talet.

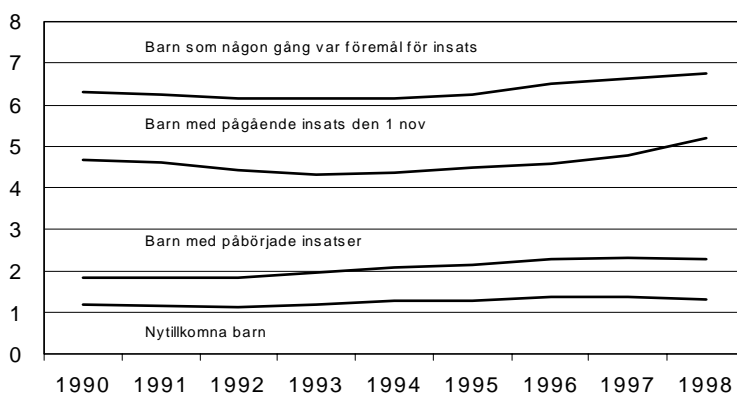
²⁸ Barnens rätt i samhället.

(SiS). För det andra har det blivit möjligt att döma ungdomar till tidsbegränsade straff som ska avtjänas på §12-hemmen (Korpi 1996).

Antalet omhändertaganden av barn och ungdomar ökar

Den mest omdiskuterade och utforskade åtgärden inom den sociala barnvården är dygnsvården, det vill säga omhändertaganden för samhällsvård med placering i familjehem (fosterhem) eller vid institution. Andelen barn och ungdomar som är föremål för omhändertaganden för dygnsvård under ett givet år har minskat sedan socialtjänstlagen trädde i kraft 1982. Denna minskning gäller särskilt tvångsomhändertagna barn och ungdomar. En bit in på 1990-talets tycks det emellertid ha skett ett trendbrott och antalet omhändertagna barn ökar nu stadigt (se Figur 2.2:9). Den 1 november 1993 var omkring 10 500 barn placerade i dygnsvård, medan motsvarande antal 1998 var 12 400. Ökningen gäller framför allt frivilliga omhändertaganden.

Figur 2.2:9. Antalet barn och unga som varit föremål för omhändertaganden per 1000 barn i befolkningen, 1990–1998



Källa: Socialstyrelsen (M:III, se bilaga 2).

Majoriteten av alla barn som placeras i dygnsvård återfinns i familjehem, men andelen har minskat något under 1990-talet. I förarbetena till Socialtjänstlagen från 1982 framgår tydligt att lagstiftaren tänkt sig en fortsatt minskning av institutionsvården i förhållande till familjehemsvården. Under 1990-talet ökade dock antalet barn placerade på institution, eller så kallade HVB-hem (Hem för vård eller boende). De institutionsplacerade barnen utgjorde i början av 1990-talet 21 procent av samtliga placerade barn, medan motsvarande siffra 1998 var 27 pro-

cent. Det är vanligt att vården av barn som placerats med tvång enligt LVU (Lagen om vård av unga) åtminstone inledningsvis förläggs till institution, men även andelen frivilligt placerade barn på institution har ökat under decenniet (från 12 procent 1990 till 20 procent 1998). Utgår man från samtliga påbörjade placeringar framkommer en ännu större förskjutning från familjehemsvård till institutionsvård. Fosterhemsvårdens andel av alla påbörjade placeringar har minskat från 70 procent i mitten av 1980-talet till 55 procent tio år senare (Vinnerljung, Sallnäs, Oscarsson 1999).

I lagstiftningen på området framkommer avsikten att institutionsvården ska fortsätta att drivas av offentliga huvudmän (Lundström 1995, Sallnäs 1995). Utvecklingen har emellertid tagit en helt annan riktning än den avsedda. Bakom ökningen av institutionsvården ligger framför allt en uppgång för enskilda, privat drivna institutioner. I dag drivs nästan 60 procent av HVB-hemmen av enskilda ägare, det vill säga aktiebolag, handelsbolag och enskilda firmor. Antalet platser på privat drivna institutioner har ökat från drygt 600 till nästan 1 500 mellan 1990 och 1999, medan antalet platser på offentligt drivna institutioner²⁹ har minskat från nästan 1 100 till drygt 300 under samma period (Socialstyrelsen, M:III, se bilaga 2).³⁰

Det mesta talar för att HVB-vården är ett av de fält inom vård och omsorg där privata driftsformer är mest vanliga. Många av de privat drivna institutionerna fungerar som mer eller mindre familjehemsliknande HVB-hem med fyra till fem platser (Sallnäs 1999). För de barn som är föremål för de mest långtgående ingripandena har alltså vården kommit att anta delvis nya former. Denna förskjutning har skett utan formella beslut från centralt håll och utan att man vet särskilt mycket om innehållet i de nya privata vårdformerna. Generellt sett tycks förskjutningen gentemot privata driftsformer ha gått längre inom barna- och ungdomsvården än inom exempelvis den institutionsbaserade missbrukarvården. Frivilligorganisationer är i dag viktiga serviceproducenter i vissa specifika nischer inom barnavården, men spelar på det hela taget en relativt sett marginell roll (Lundström och Wijkström 1997).

²⁹ Ej inräknat platser i tvångsvård på §12-hem för ungdomar.

³⁰ Statistiken bör tolkas med försiktighet eftersom rapporteringsbenägenheten bland institutionerna varierar. Den trendmässiga ökningen av antalet institutionsplatser och den ökade privatiseringen av hemmen är dock klagjord.

Antalet barn och ungdomar med kontaktperson/kontaktfamilj har ökat

En insats som tillämpas i så gott som samtliga kommuner är kontaktperson/kontaktfamilj (Bergmark och Lundström, kommande). Denna insats innebär att socialtjänsten erbjuder en blandning av avlastning och socialt stöd genom att engagera lekmän som till en oftast mycket låg ersättning hjälper barn och föräldrar. Denna insats har ökat kraftigt i omfattning under 1990-talet. År 1990 påbörjades 4 400 insatser av denna typ, medan motsvarande siffra för 1997 var 7 500 (Socialstyrelsen 1998d). Trots att kontaktperson/kontaktfamilj är en väletablerad åtgärd finns mycket litet forskning på området och det råder en total avsaknad av utvärderingar om insatsens effekter. De studier som gjorts tyder emellertid på att insatsen uppskattas såväl av de familjer mot vilka insatsen inriktas som av de frivilliga kontaktpersonerna/kontaktfamiljerna (Andersson 1992, Sundell, Humlesjö och Carlsson 1994).

Såväl i Sverige som i andra länder har man funnit att fattiga familjer, familjer med ensamstående mödrar, invandrarfamiljer samt familjer där föräldrarna är arbetslösa och beroende av bidrag är kraftigt överrepresenterade i barna- och ungdomsvården i allmänhet och vad beträffar omhändertaganden i synnerhet (Andersson 1995, Lundström 1993, Vinnerljung 1996). En undersökning utförd av Stockholms socialförvaltning visar att omkring 90 procent av dem som hade kontaktfamilj var ensamstående föräldrar, vilket i praktiken oftast betyder ensamstående mammor (Sundell, Humlesjö och Carlsson 1994). Noterbart är också den kraftiga överrepresentationen av invandrarungdomar i alla typer av insatser (Bergström och Sarnecki 1996, Socialstyrelsen 1998c). Det saknas dock i allt väsentligt uppgifter som beskriver förändringar under 1990-talet gällande sammansättningen av de familjer som är föremål för barna- och ungdomsvårdens insatser.

Bristande kunskaper om resursutveckling och resultat

Det finns stora problem med att avgränsa den sociala barnvården med avseende på organisation, personal och insatser, vilket innebär att det är svårt att mer specifikt uttala sig om resurstillgång och resursförändringar under 1990-talet. Det finns dock ingenting som talar för att det skett personalneddragningar bland kommunernas socialsekreterare (Svenska Kommunförbundet 1998b). De olika undersökningar av den sociala barnvården som bland annat Socialstyrelsen genomfört pekar relativt entydigt på att den sociala barnvården inte utsatts för resursminskningar under decenniet. Kommunernas kostnader för placeringar av barn och unga har i stället ökat, vilket bör ses i relation till att antalet placeringar ökat och att det skett en förskjutning mot jämförelsevis dyrare vårdformer (Regeringen 1999). Betydelsen av det ökade tryck som kommer till uttryck i ett ökat antal anmälningar har inte analyserats närmare. Det kan inte uteslutas att detta reellt sett inneburit urholkade resurser på sina håll. Den sociala barnvården har dock haft en hög prioritet inom kommunerna i jämförelse med annan kommunal barninriktad verksamhet, såsom elevvård i skolan och barnomsorg. Mycket talar också för att den sociala barnvården under 1990-talet prioriterats högre än exempelvis missbrukarvården (Bergmark 1995, Socialstyrelsen 1998a; 1998c).

Det råder förhållandevis stor enighet om att den sociala barnvårdens praktik alltför lite baseras på vetenskapliga kunskaper och beprövad erfarenhet, vilket återspeglas i frånvaro av systematisk dokumentation av arbetet, av beprövade metoder och utvärderingar av de insatser som tillämpas. Bristerna har att göra dels med att det existerar få dokumenterade och väl fungerande metoder, dels med att socialarbetare i allmänhet inte systematiskt tillägnar sig den vetenskapligt grundade kunskap som faktiskt finns (Bergmark och Lundström, kommande).

2.2.4 Missbrukarvårdens utveckling

Det finns i dag inga heltäckande mått på missbrukets omfattning under 1990-talet och det saknas helt löpande uppgifter med vars hjälp man kan bedöma utvecklingen av missbrukets svårighet eller behovet av vård i befolkningen.³¹ Det är dock möjligt att utifrån vissa indikatorer och skattningar ge åtminstone en grov bild av missbrukets utveckling. Systembolagets statistik ger vid handen att alkoholförsäljningen minskat under 1990-talet. År 1990 såldes 6,4 liter ren alkohol per invånare över 15 år, medan motsvarande siffra var 5,8 liter år 1998. Inte heller antalet levercirrhoser eller förekomsten av alkoholrelaterad dödlighet tyder på att det tunga alkoholmissbruket skulle ha ökat. Det har dock skett vissa förskjutningar i alkoholkonsumtion mellan olika grupper. Konsumtionsundersökningar bland vuxna tyder på en svag ökning under 1990-talet av kvinnors veckokonsumtion, medan mäns konsumtion inte förändrats nämnvärt. Dryckesmönstren inom kvinnogruppen har också förändrats. Andelen helykterister bland yngre kvinnor har ökat samtidigt som högkonsumenterna blir äldre, och indikatorerna på problematiskt drickande visar på en ökning (Helmersson Bergmark 1999). Också inom ungdomsgruppen visar alkoholkonsumtionen en ökande trend under decenniet, såväl för pojkar som för flickor. Ökningen i ungdomsgruppen gäller såväl den genomsnittliga alkoholkonsumtionen som förekomsten av berusningsdrickande. För flickor har dock berusningsdrickandet minskat mellan 1995 och 1998. Det finns ett samband mellan ungdomars ökade alkoholkonsumtion och den ökning som skett under senare decennier av andelen alkohol som konsumeras på restaurang (Lenke 1999).

Det har under senare delen av 1990-talet inte gjorts några nationella undersökningar av antalet narkotikamissbrukare, vilket gör det svårt att mer exakt uttala sig om narkotikamissbrukets omfattning under decenniet. Sammanfattningsvis pekar dock existerande indikatorer i riktning mot att antalet missbrukare har ökat. År 1990 hade knappt 6 procent av de mönstrade använt narkotika, medan motsvarande siffra var 16 procent 1998. En liknande utveckling kan iakttagas för skolelever i årskurs nio. Antalet personer som lagförts för narkotikabrott har ökat från drygt 7 000 år 1990 till drygt 11 000 år 1997. Antalet personer som dömts för

³¹ Statistiken om missbrukets omfattning är hämtad från CAN (1999). I övrigt bygger framställningen på Lars Oscarssons underlag till kommittén (F:XVIII, se bilaga 2).

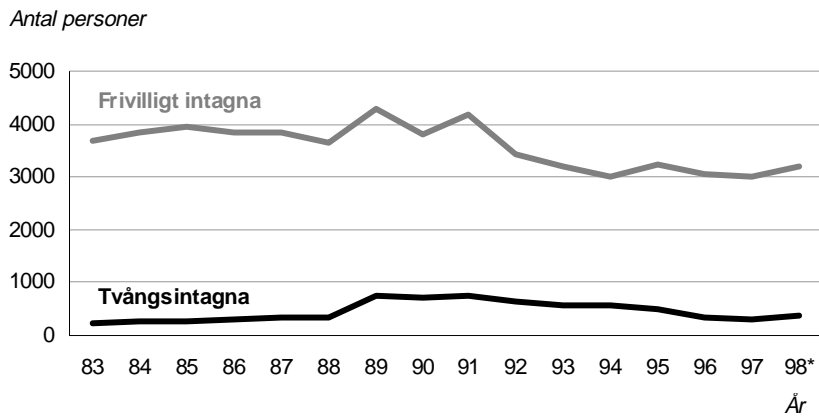
narkotikabrott uppvisar en motsvarande ökande trend. Uppgifter avseende slutna sjukhusvård med narkomani som huvuddiagnos, andel av de mönstrade som använt heroin och antalet lagförda för narkotikabrott tyder också på en ökad nyrekrytering till tyngre missbruk av ungdomar under 25 år.

Den svenska vården av vuxna missbrukare är i stor utsträckning förlagd utanför hälso- och sjukvården. Kommunerna har huvudansvaret för merparten av de långsiktiga behandlings- och rehabiliteringsinsatserna, medan landstingen i allmänhet svarar för avgiftning och behandling av somatiska och psykiatriska konsekvenser av alkohol- och narkotikamissbruk. Det kommunala ansvaret för vuxna missbrukare regleras i Socialtjänstlagen (SoL) och i Lagen om Vård av Missbrukare i vissa fall (LVM). Insatser av frivillig karaktär genomförs vanligen med stöd av Socialtjänstlagen medan tvångsinsatser utförs på basis av LVM. Staten bedriver viss institutionsvård i egen regi, men bidrar även ekonomiskt till missbrukarvården genom statsbidrag till kommunerna. I SoL stadgas att kommunerna ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel samt aktivt sörja för att individer får hjälp att komma ifrån sitt missbruk. Det saknas tillförlitlig löpande statistik för kostnadsutvecklingen inom missbrukarvården, vilket gör det svårt att med någon större säkerhet uttala sig om huruvida de totala resurserna har ökat eller minskat under 1990-talet. Statistik för 1993, 1994 och 1996 tyder dock på att kommunernas kostnader för missbrukarvården i stort sett legat still under denna period (Socialstyrelsen 1998b). Det bör dock påpekas att det råder avsevärda variationer i kostnader mellan kommuner.

Antalet missbrukare intagna på institution minskar

Under hela 1990-talet är det inom institutionsvården fler missbrukare som vårdas i frivillig form än som är föremål för tvångsvård, vilket framgår av Figur 2.2:10.

Figur 2.2:10. Vuxna missbrukare inskrivna i institutionsvård, 1983–1998



*År 1998 är de frivilligt intagna 21 år och äldre. Övriga uppgifter gäller personer som är 18 år och äldre. År 1998 är mät dagen 1 november och övriga år 31 december.

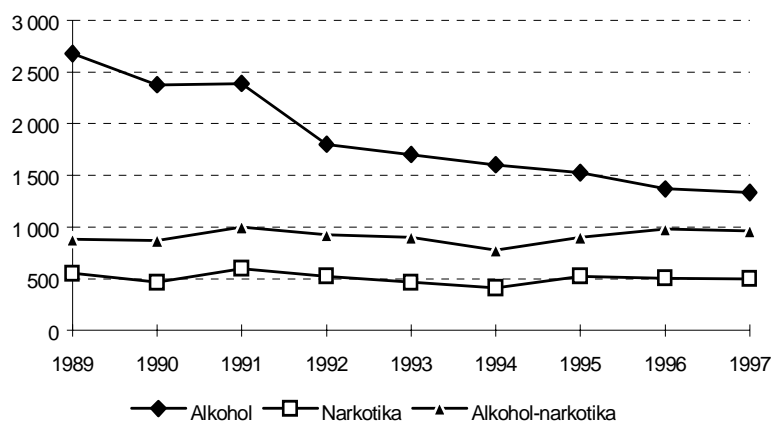
Källa: Socialstyrelsen (M:III, se bilaga 2).

År 1990 fanns totalt cirka 4 500 personer intagna på institutioner för vård av missbrukare. År 1998 var antalet knappt 3 600. Under hela 1990-talet är alkoholmissbruk den vanligaste orsaken till att missbrukare vårdas på institution. Som vi kan se av Figur 2.2:10 sjönk antalet personer inom den frivilliga institutionsvården markant efter 1991 fram till och med 1994, men antalet har därefter stabiliserats till omkring 3 000 personer. Tvångsvården uppvisar en längre nedåtgående trend från 1992 till och med 1997, varefter en uppgång sker till 1998. Under hela 1990-talet utgör kvinnor ungefär en femtedel av dem som vårdas frivilligt på institution, medan andelen kvinnor inom tvångsvården enligt LVM fördubblats under perioden till ungefär 40 procent 1997.

Kraftig minskning av antalet alkoholmissbrukare i institutionsvård

Figur 2.2:11 visar att antalet narkotika- och blandmissbrukare inom den frivilliga institutionsvården har varit relativt konstant under 1990 till 1997, medan antalet alkoholmissbrukare har minskat kraftigt under denna period. De rena alkoholmissbrukarna utgör 1997 mindre än hälften av samtliga personer som är frivilligt intagna på institution.

Figur 2.2:11. Antal frivilligt intagna för institutionsvård enligt Socialtjänstlagen den 31 december, 1989–1997. Uppdelning efter missbrukets art



Källa: Socialstyrelsen (M:III, se bilaga 2).

Tvångsvården har genomgått stora administrativa förändringar under 1990-talet. År 1994 tog socialnämnderna i kommunerna över utrednings- och ansökningsansvaret för LVM-vården från Länsstyrelserna. Samma år tog Statens institutionsstyrelse över huvudmannskapet för själva handhavandet av vården. Ansökningarna till länsrätterna om beredande av tvångsvård på institution enligt LVM visar en liknande utveckling som den som gäller för frivilligt intagna. Antalet narkotikamissbrukare har varit relativt konstant under decenniet, medan antalet alkoholmissbrukare minskat kraftigt. Alkoholmissbrukarna har kommit att utgöra mindre än hälften av populationen. Andelen narkotikamissbrukare är större här än inom den frivilliga institutionsvården.

Förskjutning från slutna till öppen vård

Öppenvården började registreras i den offentliga statistiken först 1998, vilket gör att det är svårt att uttala sig om omfattningen av öppenvårdens insatser under 1990-talet. Dock finns enstaka studier som kan tjäna som utgångspunkt för en diskussion av öppenvårdens utveckling. En försiktig jämförelse av två olika enkätundersökningar (Socialstyrelsen 1994b; 1996b) ger vid handen att antalet insatser i öppenvården varit relativt stabilt mellan 1991 och 1994. En senare studie (Socialstyrelsen 1998b) pekar i riktning mot att öppenvårdsresurserna troligen byggts ut sedan 1994. Vårdtiderna inom institutionsvården har minskat samtidigt som vårdtiderna inom öppenvården förefaller ha ökat. Det tycks med andra ord ha skett en förskjutning från slutna vårdformer mot insatser i öppna vårdformer. Denna tendens till förskjutning från institutionsvård till öppenvård är tydligast bland alkoholmissbrukare. Det finns studier från första hälften av 1990-talet som pekar i riktning mot att såväl mer socialt integrerade alkoholmissbrukare som gravt socialt utslagna alkoholmissbrukare i större utsträckning än tidigare kommit att hänvisas till öppenvård istället för till institutionsvård (Socialstyrelsen 1996b, Blomquist 1996). En kartläggning av öppenvården riktad till tunga missbrukare i två län visar att verksamheterna ofta är ambitiöst upplagda, men att de tunga missbrukarna kommer i åtnjutande av ganska få insatser vars resultat sällan utvärderas (Socialstyrelsen 1998b).

De privata inslagen i missbrukarvården har ökat

Produktionen av missbrukarvård har traditionellt haft ett stort inslag av privata huvudmän, såsom religiösa samfund, stiftelser, föreningar och aktiebolag (Stenius 1999). Inom institutionsvården har omfattningen av privat producerad vård förstärkts under 1990-talet. Det finns ingen löpande statistik med vars hjälp man systematiskt kan följa utvecklingen av antalet hem och platser som drivs av olika huvudmän och vilka de olika målgrupperna är. Socialstyrelsens årliga förteckning över hem för vård eller boende (det vill säga institutionsvård) och familjevårdsenheter kan dock ge åtminstone en grov bild av huvudmannaskapsförändringar under decenniet. Som framgår av Tabell 2.2:12 har antalet platser inom privat institutions- och familjehemsvård ökat med ungefär 70 procent från knappt 1 200 år 1990 till drygt 2 000 år 1999. Under samma period har antalet platser som tillhandahålls av kommuner och landsting minskat från drygt 2 400 till knappt 1 900. Inom den volymmässigt relativt begränsade tvångsvården som tillhandahålls av Statens

institutionsstyrelse har antalet platser sjunkit från drygt 1 100 till knappt 350 mellan 1990 och 1999. Privata huvudmän utgör i dag den enskilt största gruppen av producenter gällande den institutionsbaserade institutionsvården.

Tabell 2.2:12. Antal platser för vuxna missbrukare i Hem för vård och boende (HVB) med uppdelning på olika huvudmän, 1990, 1994 och 1999^a

	1990	1994	1999
Privata vårdgivare	1 193	2 084	2 053
Kommuner och landsting	2 428	2 368	1 875
Stiftelser	2 931	2 319	1 598
Statens institutionsstyrelse ^b	1 122	954	346

^a Ungefär fem procent av de hem som finns representerade i förteckningen tar emot personer som har andra sociala problem än missbruk. Denna siffra har emellertid legat relativt konstant under 1990-talet.

^b Tvångsvård enligt LVM.

Källa: Socialstyrelsen (M:III, se bilaga 2).

I den nya Socialtjänstlagen från 1998 har det bland annat inom missbrukarvårdens område skett inskränkningar av individens rätt att överklaga genom förvaltningsbesvär. Det går exempelvis inte längre att överklaga beslut om vilken vård som ska tillämpas eller hur länge vården ska pågå. I Socialstyrelsens uppföljning av effekterna av den begränsade besvärsrätten framkommer att kommunerna endast i undantagsfall ändrat sina riktlinjer för vård och behandling av missbrukare (Socialstyrelsen 1999b). Det tycks som om organisatoriska, ekonomiska och vårdmässiga faktorer spelar en klart viktigare roll än den senaste lagändringen för exempelvis omorienteringen av insatserna för missbrukare från institutionsvård till olika typer av öppenvård.

Dagens kunskaper om missbrukarvårdens insatser och deras effekter är bristfälliga. Missbrukarvårdens utveckling tycks endast i liten utsträckning styras av tydliggjorda och underbyggda insatsbehov och av evidensbaserad kunskap. Det har från statligt och regionalt håll skett genomgripande ekonomiska satsningar med syfte att stimulera en mer

evidensbaserad utveckling inom missbrukarvården,³² men dessa har hittills endast givit punktvisa resultat. I dag förekommer också behandlings- och utvärderingsinriktade utbildningar och kurser inom såväl högskolan som olika myndigheter, förvaltningar och organisationer, men även dessa satsningar tycks ha givit relativt lite genomslag på fältet.

³² Exempelvis i form av Socialstyrelsens och Länsstyrelsernas projektmedel, satsningar på ekonomiskt stöd för uppbyggnad av regionala FoU-enheter och inrättandet av CUS (Centrum för Utvärdering av Socialt Arbete) vid Socialstyrelsen.

2.2.5 Sjukvård och vårdutnyttjande

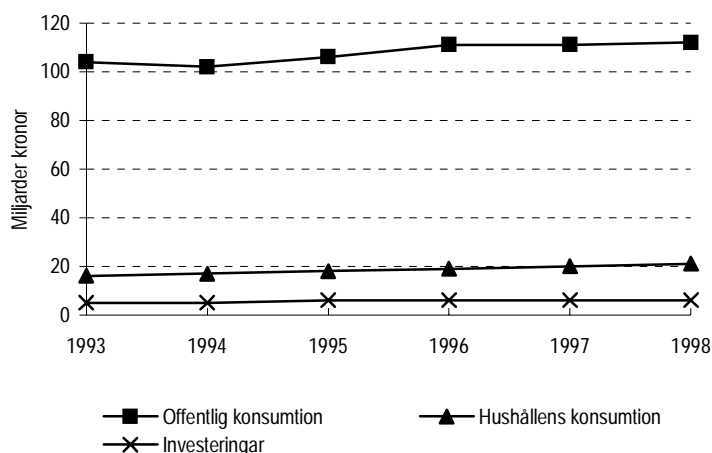
I sjukvården möts välfärdsstatens hälsopolitiska ambitioner, den medicinska teknikens möjligheter och medborgarnas behov av vård. Hälsa är ett centralt värde i människors liv, vilket bland annat tar sig uttryck i att närmare 90 procent anser att hälsan är mycket viktig (Holmberg och Weibull 1999). Sjukvården åtnjuter också ett stort förtroende i befolkningen.

En god sjukvård präglad av tillgänglighet och hög kvalitet utgör en viktig resurs för medborgarna och kan liknas vid en försäkring. Den som blir sjuk ska kunna räkna med ett gott omhändertagande och en behandling av hög medicinsk kvalitet. Precis som vad gäller andra försäkringar ska kostnaderna för den medicinska behandlingen fördelas på alla försäkrade så att de som drabbas inte behöver ta hela den ekonomiska bördan. Ur ett välfärdsperspektiv är möjligheten att besöka läkare, möjligheten att få god sjukhusvård och korrekt medicinering liksom den enskildes direkta kostnader för erhållen vård viktiga att belysa.

Hälso- och sjukvården har under det gångna decenniet varit föremål för tämligen stora förändringar vad gäller finansiering och organisering. Flera av dessa förändringar har inneburit att omvårdande verksamheter flyttats ut från landstingen till kommunal regi. Ädelreformen som i huvudsak genomfördes 1992 är den största av dessa omdaningar. Förändringarna har inneburit en administrativ omfördelning av resurser mellan olika huvudmän, liksom en ometikettering av exempelvis landstingens sjukhem och långvårdsavdelningar till så kallat särskilt boende i kommunernas regi. Det finns en tendens att de administrativa reformerna i sig skapat ett slags polarisering av kommuners och landstings åtaganden, så att landstingen i allt mindre utsträckning tycks ägna sig åt omvårdnad och överlåter detta till kommunerna att ombesörja. Samtidigt har det skett andra stora omvälvningar av sjukvården vid sidan av dessa stora reformer.

Om man bortser från utgiftsminskningar orsakade av Ädelreformen och andra reformer, har de samlade utgifterna för sjukvården förblivit relativt konstanta, eller till och med ökat något, under 1990-talet. Hälso- och sjukvårdens andel av det samlade värdet av varor och tjänster (BNP) har enligt Nationalräkenskaperna sjunkit från 8 till 7,4 procent mellan 1993 och 1998. Att beskriva sjukvårdens kostnader genom andelen av BNP är dock problematiskt, bland annat eftersom denna andel kan variera såväl beroende på förändringar av utgifterna för hälso- och sjukvården som beroende på förändringar i den totala ekonomin (Anell och Persson 1998). I Figur 2.2:13 ges en översiktlig bild av kostnadsutvecklingen i absoluta termer inom hälso- och sjukvården mellan 1993 och 1998.

Figur 2.2:13. Utgifter för hälso- och sjukvård i miljarder kronor, 1993–1998 (1998 års priser)



^a Uppgifterna för 1997 och 1998 är preliminära.

Källa: Nationalräkenskaperna, SCB.

Sjukvårdens förändringar vid sidan av reformer som Ädel är av flera slag. Bland annat har statsmakterna ändrat spelreglerna för sjukvårdshuvudmännen, bland annat genom införandet av vårdgarantin och husläkarreformen. Vidare har det under decenniet skett stora förändringar av styr- och ägarformer i sjukvården. Ett flertal landsting har infört beställar-utförarmodeller med intern prestationsersättning, samtidigt som privata vårdgivare blivit vanliga framför allt inom primärvården. År 1998 gjordes nästan vart femte läkarbesök i primärvården hos privata läkare. De sammantagna konsekvenserna av dessa förändringar är svåra att överblicka. I en sammantagen bedömning av beställar-utförarmodellernas konsekvenser konstaterar Socialstyrelsen att prestationerna ökat mer i de landsting som infört prestationsersättning, medan de landsting som behållit den traditionella anslagsfinansieringen tycks ha lyckats bättre med att begränsa kostnadsutvecklingen (Socialstyrelsen, M:III, se bilaga 2).

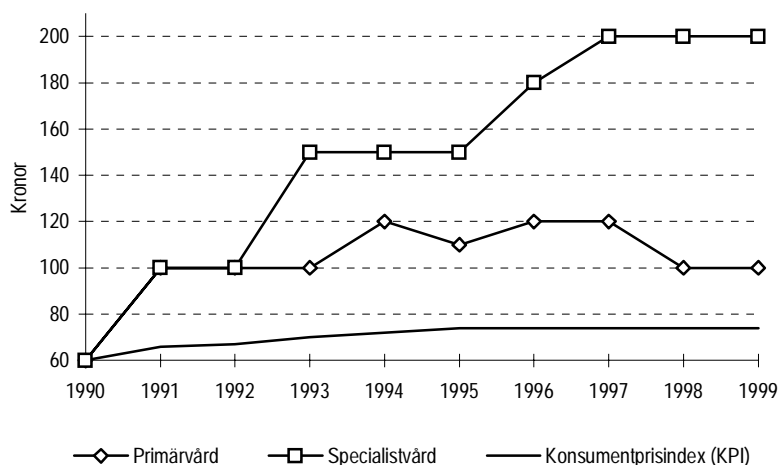
Patienternas utgifter för hälso- och sjukvård har ökat

Det är viktigt att notera att de sammanlagda utgifterna för sjukvård inte bara inkluderar offentliga utgifter för sjukvård driven i offentlig regi, utan också läkemedelssubventioner, ersättningar till privata vårdgivare, patienternas utgifter för läkarvård, tandvård, mediciner, och glasögon samt olika typer av investeringar. Totalt användes närmare 140 miljarder kronor för hälso- och sjukvård 1998.³³ Samhällets åtaganden för vården (exklusive investeringar) har reellt sett ökat med sju procent mellan 1993 och 1998. Patienternas utgifter har ökat med närmare 30 procent under samma period, varvid det skett en viss förskjutning av kostnaderna för hälso- och sjukvård från det offentliga till den enskilde. År 1993 bekostades 13 procent av sjukvårdskonsumtionen av vårdtagarnas brukaravgifter, medan motsvarande andel 1998 var 16 procent. Det är framför allt kostnaderna för tandvård och mediciner som står för denna ökning, men det har också skett förändringar av individens kostnader för läkarbesök. Under 1970-och 1980-talen var patientavgiften för läkarbesök enhetliga. År 1990 var avgiften 60 kronor, men därefter har sjukvårdens huvudmän haft möjlighet att själva bestämma nivån på patientavgifterna. Detta har medfört en snabbare ökning, men också en differentiering av avgifterna för besök i primärvården respektive specialiserad sjukhusvård. Utvecklingen av patientavgifterna under 1990-talet framgår av Figur 2.2:14.³⁴ Patientavgiften i såväl primärvård som specialiserad vård har ökat snabbare än konsumentprisindex (KPI). Avgifterna i specialistvården beskriver den kraftigaste ökningen och det kan konstateras att differentieringen mellan avgifterna i de olika vårdformerna har ökat kraftigt under decenniet.

³³ Denna uppgift, liksom följande redovisning av resursanvändningen för hälso- och sjukvården, baseras på det reviderade beräkningsförfarande som Nationalräkenskaperna använder sedan 1993. Beräkningar utförda med den äldre metoden finns tillgängliga endast fram till 1996.

³⁴ Avgiftsnivåerna i figuren är beräknade som medianvärden för hela landet, där patientavgifterna i respektive sjukvårdsområde vägts med invånarantalet.

Figur 2.2:14. Patientavgifter i öppen vård, 1990–1999. Kronor



Källa: Socialstyrelsen (M:III, se bilaga 2).

Variationen i avgiftsnivå mellan de olika landstingen har varit relativt stor under 1990-talet och detta gäller särskilt den specialiserade vården. År 1999 varierar patientavgiften i specialistvården från 120 kronor till 250 kronor. Patientavgiften i primärvården är i flertalet landsting 100 kronor, men det finns landsting som tar ut upp till 140 kronor per besök. Det finns dock ett högkostnadsskydd för vård som gäller gemensamt för hela landet. Högkostnadsskyddet innebär för närvarande att ingen behöver betala mer än högst 900 kronor för läkarbesök under en tolv månadersperiod. För barn och ungdomar under 20 år införes den 1 januari 1998 dessutom avgiftsfrihet för läkarbesök i öppenvård.

Inom tandvården utgör patientavgifterna en betydande del av de totala kostnaderna. Patientavgifterna för tandvård har ändrats åtskilliga gånger under 1990-talet, men är generellt sett högre i slutet än i början av decenniet. Den del av den totala kostnaden som betalas av patienten har ökat kraftigast för dyrare behandlingar och sammantaget har de enskildas kostnader för tandvård ökat dramatiskt. Det bör dock noteras att tandvård till barn och ungdomar i åldrarna upp till 19 år är avgiftsfri.

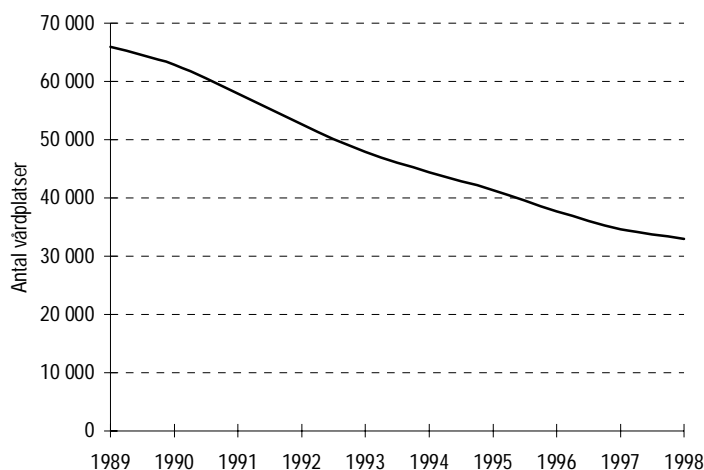
Betydande personalminskningar inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvård är en personalintensiv verksamhet, vilket innebär att personalkostnaderna svarar för en betydande del (ungefär två tredjedelar) av de totala sjukvårdskostnaderna. Landstingens kostnader för personal har minskat kraftigt under 1990-talet, vilket till stor del kan förklaras av de förskjutningar från landsting till kommun som Ädel-reformen innebar. Dock har såväl antalet anställda som antalet årsarbetare i landstingen minskat även då man korrigerar för de personalöverföringar som Ädel-reformen medförde. Både antalet anställda och antalet årsarbetare minskade kontinuerligt mellan 1990 och 1996. Arbetstiden per sysselsatt var till en början relativt konstant, men ökade sedan mot slutet av perioden. Neddragningarna inom landstingen har främst gällt personalgrupper med kort utbildning, såsom undersköterskor och sjukvårdsbiträden, medan antalet läkare och sjuksköterskor fortsatt att öka något. Personalminskningarna i hälso- och sjukvården är svåra att kvantifiera. Totalt sett har personalen inom sjukvård och äldreomsorg minskat med ungefär 75 000 personer under 1990-talet, och merparten av personalminskningarna har skett inom sjukvården. Inom den sjukvård som landstingen bedriver har antalet årsarbetare per 1000 invånare minskat från 20,4 till 18,0 mellan 1992 och 1998, vilket motsvarar en minskning med 12 procent. Denna totala minskning kan helt och hållet förklaras med att sjukvårdsbiträden och personer i liknande personalgrupper blivit färre. Detta kan ses som en avspegling av den renodling som skett av den landstingsbaserade sjukvården och som inneburit att de omvårdande inslagen tonats ned.

Antalet vårdplatser har minskat

Samtidigt som personalen totalt sett har minskat i omfattning har också antalet vårdplatser minskat. Också denna minskning har delvis att göra med förskjutningar till följd av Ädel-reformen och reformer som psykiatri- och handikappreformerna, men även beaktat detta har det skett en betydande minskning av antalet vårdplatser i Sverige under 1990-talet. Exempelvis har antalet vårdplatser inom läns- och regionsjukvården, som inte berördes av Ädel-reformen, minskat med närmare 30 000 platser mellan 1990 och 1998, vilket framgår av Figur 2.2:15.

Figur 2.2:15. Antalet vårdplatser inom läns- och regionsjukvård, 1989–1998

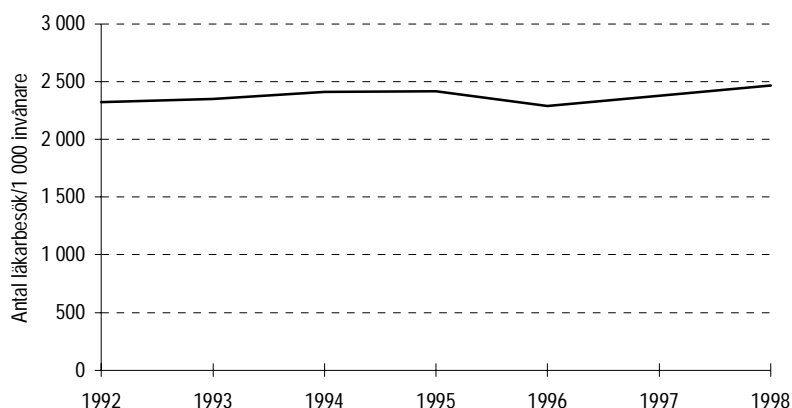


Källa: Landstingsförbundet.

Trots att personalen och vårdplatserna har minskat, har sjukvårdens konkreta verksamhet i termer av antal behandlingar och antal behandlade personer förblivit relativt konstant under 1990-talet. Såväl antalet vårdtillfällen som antalet läkarbesök är större 1997 än 1990. Även antalet läkarbesök i relation till befolkningen beskriver en viss ökning, vilket framgår av Figur 2.2:16.³⁵ Det faktum att antalet besök och vårdtillfällen ökat något under 1990-talet trots att vårdplatserna och personalstyrkan på det hela taget minskat, kan förklaras med förändringar i medicinsk teknologi som inneburit ett minskat behov av att lägga in patienter för operation minskat och att vårdtiderna kortats.

³⁵ Det bör dock poängteras att statistiken över antalet vårdtillfällen och läkarbesök inte gäller personer utan "händelser", varvid en och samma person kan bidra med flera vårdtillfällen och läkarbesök. På basis av statistiken går det därför inte att uttala sig om vårdens fördelning i befolkningen.

Figur 2.2:16. Antalet läkarbesök per 1 000 invånare, 1992–1998



Källa: Landstingsförbundet.

Vårdtiderna har blivit kortare

Det faktum att antalet platser i sjukvården minskat samtidigt som antalet vårdtillfällen i stort sett varit oförändrade innebär med nödvändighet att varje vårdtillfälle blivit kortare. Medelvårdtiden, det vill säga det genomsnittliga antalet dagar för varje avslutat vårdtillfälle, har sjunkit från drygt 11 till 7 dagar under 1990-talet. Denna generella minskning uppträder också för vårdkrävande sjukdomstillstånd som slaganfall (stroke), där medelvårdtiden minskat från 27 till 12 dagar för män och från 37 till 13 dagar för kvinnor. Minskningarna har varit som störst bland de äldre, och medelvårdtiderna är 1997 ungefär desamma för medelålders som för de äldsta. Detta ställer självfallet stora krav på kommunernas äldreomsorg, på rehabilitering i öppen vård samt på anhöriga.

En orsak till kortare medelvårdtider är att Ädel-reformen inneburit en överflyttning av äldre patienter med långa vårdtider till kommunernas äldreomsorg. Detta avspeglas också i en särskilt kraftig minskning av medelvårdtiden mellan 1991 och 1992. Samtidigt har förbättrade medicinska tekniker och utvecklat kunnande möjliggjort skonsammare ingrepp, vilket också sänker vårdtiderna. På grund av förändrade behandlingsrutiner kan många behandlingar och ingrepp utföras utan att patienten behöver stanna kvar på sjukhus. Detta torde kunna ses som en välfärdsvinst under förutsättning att patienter inte skrivs ut från sjukhusen i ett så dåligt skick att detta i sig leder till oro, lidande eller

direkta hälsorisker. På basis av tillgängliga underlag är det svårt att uttala sig om i vilken mån vårdens resultat har förändrats under 1990-talet, liksom om huruvida patienterna bemöts bättre eller sämre i dag än för tio år sedan. Studier utförda i Stockholms län pekar dock i riktning mot att andelen som inte anser sig botade, eller till och med försämrats, efter sjukhusvård ökade mellan 1990 och 1993, varefter andelen legat relativt konstant på 32 procent (Bäckström och Henriksson 1999).

De yngres vårdkonsumtion har minskat

Ovanstående beskrivning av hälso- och sjukvården har framför allt gällt förändringar i sjukvårdssystemet som sådant och väcker vissa frågor om skillnader mellan olika befolkningsgruppers tillgänglighet till vård.³⁶ Nedan ska vi söka utröna huruvida möjligheterna att besöka läkare förändrats under 1990-talet och om det blir mer eller mindre vanligt att människor avstår från läkarbesök.³⁷

³⁶ Avsnittet om befolkningens vårdkonsumtion baseras på Johan Fritzells och Olle Lundbergs underlag till kommittén (F:VII, se bilaga 2).

³⁷ Vi ska söka besvara dessa frågor på basis av SCB:s ULF-undersökningar från 1988/1989 och 1996/1997 då särskild uppmärksamhet ägnades åt hälsa och vård.

Tabell 2.2:17. Andelar i olika befolkningsgrupper som besökt läkare för egen sjukdom under de senaste tre månaderna, 1988/1989 och 1996/1997. Procent

		Andel som besökt läkare	
		1988/1989	1996/1997
<i>Kön</i>			
	Kvinnor	29	27
	Män	24	24
<i>Ålder</i>			
	16–24	25	22
	25–34	24	23
	35–44	23	22
	45–54	26	25
	55–64	31	29
	65–74	28	31
	75–84	35	36
<i>Födelseland</i>			
	Sverige	26	26
	Utrikes	30	28
<i>Familjetyp</i>			
	Ensamstående utan barn	28	26
	Sammanboende utan barn	28	28
	Sammanboende med barn	22	22
	Ensamstående med barn	30	27
<i>Klass</i>			
	Högre tjänstemän	23	24
	Tjänstemän, mellannivå	26	24
	Lägre tjänstemän	26	28
	Arbetare i kval. yrken	27	27
	Arbetare i okval. yrken	29	28
	Egen företagare	24	24
	Övriga	28	18
<i>Alla</i>		27	26

Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Av Tabell 2.2:17 framgår att drygt var fjärde person träffat en läkare för egna sjukdomar och besvär under de senaste tre månaderna. Detta gäller vid båda mättillfällena. Det föreligger dock variationer mellan befolkningsgrupper i detta avseende. Exempelvis besöker äldre personer läkare oftare än vad yngre gör och arbetare besöker läkare oftare än vad högre tjänstemän gör. Dessa skillnader förefaller rimliga, med tanke på

de skillnader i hälsotillstånd som föreligger mellan de nämnda grupperna. Ser vi till förändringar under 1990-talet framkommer att yngre kommit att besöka läkare i allt mindre grad, medan det skett en viss ökning av andelen av de äldre som gör läkarbesök. För att tolka dessa förändringar i termer av välfärd och ofärd måste vi dock ta hänsyn till att sjukdomsbördan skiljer sig åt mellan olika befolkningsgrupper.³⁸ De skillnader i vårdutnyttjande som kvarstår efter det att vi beaktat individers hälsotillstånd ger en rimligare bild av i vilken utsträckning vården fördelas på ett rättvist sätt.

Skillnaderna i vårdutnyttjande mellan olika befolkningsgrupper kan delvis förklaras av skillnader i hälsotillstånd. Detta innebär att grupper med större behov av vård generellt ett också verkar erhålla vård i större utsträckning. Dock gäller inte detta mönster generellt, eftersom det fortfarande kvarstår skillnader mellan olika grupper även då deras hälsotillstånd kan sägas vara jämförbara. Även då hälsoskillnader beaktas, har kvinnor i något högre grad än män besökt läkare. Av Tabell 2.2:17 framgår att arbetare besöker läkare i större utsträckning än vad högre tjänstemän gör. Standardiserat för skillnader i ålder, hälsotillstånd m.m. besöker tjänstemän läkare i högre grad än vad arbetare gör. Denna svaga tendens till "överutnyttjande" av läkarvård bland högre tjänstemän förstärks ju fler typer av läkarkontakter som inkluderas. Framför allt ökar skillnaderna då även läkares hembesök (som dock är mycket ovanliga) och telefonkontakter beaktas. Skillnaderna mellan arbetare och tjänstemän var lika starka 1996/1997 som 1988/1989. Däremot finner vi att de yngres vårdkonsumtion har minskat över tid medan de äldres har ökat, givet hälsotillstånd. Särskilt ungdomar i åldrarna 16 till 24 år har minskat sitt utnyttjande av läkarvård utan att det tycks kunna förklaras med ett förbättrat hälsotillstånd.

Vi finner vidare att det skett en viss minskning under perioden av andelen i befolkningen som varit inlagd på sjukhus eller sjukhem under de senaste tre månaderna (från 4,7 till 4,1 procent). Beaktat individernas hälsotillstånd är sjukhusvården relativt jämnt fördelad mellan olika befolkningsgrupper.

³⁸ Vi beaktar skillnader i individers hälsa med avseende på självskattad hälsa, förekomsten av begränsande långvarig sjukdom, långvarig sjukdom med svåra besvär samt förekomsten av ängslan, oro eller ångest.

Drygt var tionde person med vårdbehov avstår från att söka läkarvård

Samtidigt som det skett en viss minskning under decenniet av de direkta kontakterna med läkare, har telefonkonsultationerna ökat i omfattning, varvid kontakterna med läkare totalt sett minskat endast marginellt. Men givet att avgifterna för läkarbesök ökar kan det inte helt uteslutas att vissa människor inte besöker eller kontaktar läkare trots att de egentligen har behov av det. Andelen som under de senaste tre månaderna någon gång ansett sig vara i behov av läkarvård men inte sökt vård är nästan 11 procent 1988/1989 likväl som 1996/1997. Av dessa har drygt hälften ändå besökt läkare någon gång under de senaste månaderna, medan övriga stått helt utan läkarvård. Det har inte skett några förändringar under decenniet härvidlag, vilket delvis går på tvärs emot vad man skulle kunna vänta sig utifrån de ökade patientavgifterna. Dock står det klart att det bland yngre personer är vanligare än bland äldre att helt avstå från vård trots att det föreligger ett vårdbehov, och denna tendens förstärks då hänsyn tas till skillnader i hälsotillstånd mellan åldersgrupperna. Vidare har personer som är födda utomlands i långt högre grad än andra, givet sitt hälsotillstånd, avstått från att söka vård trots att de ansett att de haft behov.

Sammantaget kan konstateras att det inte skett någon ökning under 1990-talet av andelen som anser sig haft behov av vård men av någon anledning inte sökt läkare, trots att det skett stora förändringar i vårdsystemet. Ändå väcks vissa frågor om systemets funktion när omkring 11 procent av befolkningen under en tremånadersperiod uppger att de inte sökt vård trots att de tyckt sig behöva det. Mer systematiska tolkningar av innebörden av att framför allt yngre människor tycks avstå från att söka läkarvård måste dock anstå i väntan på underlag som gör det möjligt att uttala sig om hur allvarliga hälsoproblemen är och vilka orsakerna är till varför människor ibland inte söker den vård de anser sig behöva.

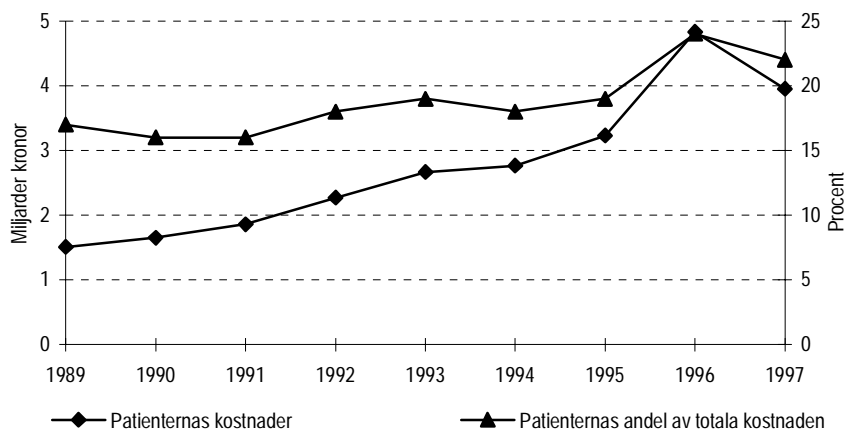
Läkemedelskostnaderna har ökat kraftigt

Det faktum att kostnaderna för vården totalt sett varit oförändrade under decenniet trots de neddragningar som skett beror bland annat på att kostnaderna för läkemedel har ökat dramatiskt.³⁹ År 1990 uppgick läkemedelskostnaderna till ungefär 10,1 miljarder kronor. Sex år senare var motsvarande belopp 20,1 miljarder kronor. Läkemedelskostnaderna fördubblades alltså på sex år, mätt i löpande priser, men ökningen mätt i fasta priser var nästan lika stor (88 procent). Denna utveckling beror bland annat på introduktionen av nya dyrare läkemedel. Läkemedelskostnadernas andel av de totala sjukvårdskostnaderna ökade från 8,4 till 15,7 procent mellan 1990 och 1996. I ett internationellt perspektiv uppvisar dock Sverige en relativt måttlig läkemedelskonsumtion. År 1996 var läkemedelskostnadernas andel av sjukvårdskostnaderna i Sverige lägre än OECD-ländernas genomsnitt.

Under 1990-talet har det skett tre stora förändringar i samhällets subventioner av kostnaderna för receptbelagda läkemedel. Det är framför allt de två senaste förändringarna (1 januari 1997 och 1 januari 1999) som inneburit ökade kostnader för den enskilde.

³⁹ Läkemedel finansieras för det första offentligt genom sjukvårdshuvudmännen med statsbidrag från staten (läkemedelsförmånen), för det andra offentligt enbart genom sjukvårdshuvudmännen (sluten vård) och för det tredje privat (det vill säga av patienterna). När vi här diskuterar kostnader avses de totala kostnaderna, vilka alltså inkluderar även den del som betalas av allmänheten. Sedan 1996 bidrar patienterna genom egenavgifter och inköp av receptfria läkemedel med drygt 30 procent av de sammanlagda läkemedelskostnaderna varje år (Anell m.fl. 1998). Huvuddelen är egenavgifter för receptförskrivna läkemedel. En förskjutning av läkemedelskostnaderna har skett från den slutna till den öppna vården, varvid landstingens kostnader för läkemedel som används i sluten vård har minskat samtidigt som patienternas andel av de totala läkemedelskostnaderna ökat från 1996.

Figur 2.2:18. Patienternas kostnader för läkemedel i miljoner kronor (löpande priser) samt patientkostnadernas andel av de totala läkemedelskostnaderna, 1989–1997



Källa: Anell m.fl. (1998).

Av Figur 2.2:18 framgår att allmänhetens kostnader för receptbelagda läkemedel har stigit från 1,5 miljarder kronor 1989 till närmare 4 miljarder kronor 1997. Samtidigt har de totala kostnaderna för läkemedel ökat stadigt, vilket innebär att patienternas andel av kostnaderna har förblivit relativt konstant fram till 1996.⁴⁰ Därefter har patienternas andel av kostnaderna ökat. År 1997 stod allmänheten för 31 procent av de totala läkemedelskostnaderna, inkluderat receptfria läkemedel.

⁴⁰ De särskilt höga kostnaderna för 1996 kan till en del förklaras av att många personer hamstrade läkemedel (motsvarande en kostnad på 1,3 miljarder kronor) inför det första steget i läkemedelsreformen. Nedgången under 1997 ska sålunda ses mot bakgrund av hamstringen året före. Under 1999 har de totala läkemedelskostnaderna ökat på nytt, och var under första kvartalet 1999 14 procent högre än under motsvarande period 1998.

Läkemedelsanvändningen har ökat bland de yngre

Ökningen av medicinanvändningen under 1990-talet framkommer också utifrån en analys av befolkningsdata då individernas hälsotillstånd beaktas.⁴¹ Det ökade medicinbruket tycks sålunda inte kunna förklaras av försämrat hälsotillstånd. När vi beaktar hälsoskillnader mellan grupper framkommer vissa intressanta skillnader i medicinanvändning. Kvinnor använder mer medicin än vad män gör, personer födda i Sverige använder mer medicin än vad utrikes födda personer gör, tjänstemän på hög nivå och på mellannivå brukar mediciner i högre grad än vad arbetare gör och äldre personer använder medicin mer än vad yngre gör. Dessa skillnader mellan befolkningsgrupper har förblivit konstanta under 1990-talet, med ett viktigt undantag. De yngres medicinanvändning har ökat mellan 1988/1989 och 1996/1997, medan äldres användning har förblivit konstant (och därmed minskat i jämförelse med yngres). Samtidigt som de yngre ökat sin medicinkonsumtion under 1990-talet har de minskat sitt utnyttjande av läkarvård, vilket inte kan förklaras av att hälsotillståndet har förbättrats. Det är oklart om denna förskjutning bland de yngre från läkarvård till mediciner kan tolkas som en positiv eller negativ utveckling ur ett välfärdsperspektiv.

⁴¹ Analyserna baseras på ULF-data (SCB).

2.2.6 Ökad ambitionsnivå, men också ökad differentiering i insatserna för personer med funktionshinder

Personer med funktionshinder utgör en heterogen grupp människor med det enda gemensamt att de har någon typ av fysisk, psykisk eller begåvningsmässig funktionsnedsättning av varierande omfattning.⁴² En funktionsnedsättning kan, men behöver inte, medföra ett handikapp. Om funktionshindret ger ett handikapp som innebär svårigheter i vardagen avgörs i ett samspel mellan funktionsnedsättningens art, tillgången till hjälpinsatser och hjälpmedel samt det omgivande samhällets tillgänglighet. Denna syn på handikapp har under årtionden präglat den svenska handikappolitiken som därmed varit inriktad både på generella insatser som syftar till att göra arbetslivet och övriga samhällsinstitutioner tillgängliga också för personer med funktionsnedsättning och på specifika insatser med syfte att underlätta vardagen för personer med funktionshinder. Under senare delen av 1990-talet har det dock skett en tydlig förskjutning från generella till specifika insatser.

Det är sedan tidigare känt att funktionshindrade personer över lag har sämre levnadsförhållanden än vad befolkningen i övrigt har, men det saknas i dag systematiska kunskaper om i vilken mån det skett förändringar under 1990-talet härvidlag. Personer med funktionshinder har betydligt lägre sysselsättningsgrad, lägre utbildningsnivåer och lägre löner än vad befolkningen i gemen har (se exempelvis SCB 1997a). Det finns uppenbara brister i samhällets tillgänglighet för funktionshindrade personer, både vad gäller den yttre miljön och allmänna kommunikationsmedel. Särskilt personer med psykiska funktionshinder har begränsade möjligheter till delaktighet och inflytande i samhället (SOU 1999:97).

Handikappreformen och psykiatrireformen

Den officiella målsättningen att också personer med svåra funktionshinder ska kunna vara fullt delaktiga i samhället ligger bakom två stora ambitionshöjande reformer som genomförts under 1990-talet och som speciellt berör personer med funktionshinder, nämligen handikappreformen och psykiatrireformen. Båda reformerna innebar att kommunerna fick ett större ansvar för funktionshindrade personers välfärd.

⁴² Denna framställning bygger på Karin Barrons, Dimitris Michailakis och Mårten Söders underlag till kommittén (F:III, se bilaga 2).

En central ambition med handikappreformen, som trädde i kraft 1994, var att stärka funktionshindrade personers inflytande över sina hjälpinsatser. Reformen innebar att två nya lagar, LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) och LASS (lagen om assistansersättning), inrättades.⁴³ Den lag som fram till dess hade reglerat omsorgen om utvecklingsstörda ersattes samtidigt av LSS. Med reformen ändrades också huvudmannskapet för omsorgen om utvecklingsstörda som successivt från 1991 till 1995 hade övergått från landstingen till kommunerna. Ett statligt stimulansbidrag om sammanlagt 2,6 miljarder kronor utgick också.

Psykiatrireformen, som trädde i kraft 1995, innebar att kommunerna fick ett utökat ansvar för personer med funktionsnedsättande psykiska besvär. Bland annat fick kommunerna betalningsansvar för de patienter som efter tre månaders sammanhängande vård inom psykiatrin bedöms vara färdigbehandlade. Kommunerna fick också ansvar för att erbjuda lämpliga boendeformer och stöd i hemmet samt för att samordna de insatser som personer med omfattande psykiska funktionshinder kan behöva. I syfte att stimulera samverkan mellan landsting och kommuner och för att utveckla nya stödformer framför allt i form av kommunala dagverksamheter utgick också ett statligt stimulansbidrag på totalt 1,1 miljarder kronor.

Handikapp- och psykiatrireformerna innebar en förstärkning av en pågående trend i riktning mot avinstitutionalisering av handikappomsorg och psykiatrisk vård som påbörjats under tidigare decennier och som har fortsatt under 1990-talet. Sedan 1990 har vårdhem och specialsjukhus för utvecklingsstörda personer nästan helt avvecklats och mer än 6 000 personer har flyttat till gruppboenden eller eget boende (Socialstyrelsen 1999d). Vidare har antalet vårdplatser inom psykiatrin minskat från 14 500 till 6 300 mellan 1990 och 1997, och många psykiskt funktionshindrade personer har flyttat till egna lägenheter eller olika former av kommunala stödboenden (Regeringen 1999).

I och med handikappreformen kom insatser till personer med funktionshinder att delas upp i insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) och insatser enligt LSS/LASS. Medan SoL gäller alla, gäller LSS/LASS en avgränsad grupp med omfattande funktionshinder och stora svårigheter att klara sitt dagliga liv. LSS och LASS är således kompletterande lagar som syftar till att ge bättre stöd och hjälp i vardagen för personer med särskilt omfattande och varaktiga funktionshinder och på detta sätt skydda dem som uppfattas som särskilt utsatta. Det rör sig dels om per-

⁴³ LASS innebär att den som har behov av personlig assistans mer än 20 timmar per vecka får denna insats täckt genom en statlig ersättning administrerad genom försäkringskassan.

soner med utvecklingsstörning och andra begåvningsmässiga funktionshinder, dels om personer med betydande svårigheter i sin dagliga livsföring orsakade av omfattande fysiska eller psykiska funktionshinder som inte beror på normalt åldrande.

De insatser som regleras av LSS består av tio specifika insatser, bland annat bostad med särskild service, daglig verksamhet och den kanske mest uppmärksammade insatsen "personlig assistans". Samtliga insatser är kommunens ansvar utom insatsen "råd och stöd" som vilar på landstingen. Med undantag för insatsen personlig assistans, som endast gäller personer som inte fyllt 65 år, finns ingen övre åldersgräns för LSS-insatserna. Dock var det 1998 endast sex procent av insatserna som kom äldre personer till del (Socialstyrelsen 1999a).

Täcker insatserna de befintliga behoven?

Det är svårt att uppskatta hur många personer som behöver stöd i sin vardag till följd av funktionsnedsättningar. Därför är det också svårt att beräkna i vilken mån de samlade insatserna når de personer som behöver stöd. Den statistik som står till buds om insatsernas omfattning har också vissa begränsningar som försvårar en bedömning av insatsernas täckningsgrad. Eftersom en och samma person kan ha insatser enligt SoL, LSS och LASS samtidigt, och eftersom det saknas statistik på individnivå är det inte möjligt att bedöma den totala omfattningen av insatser och eventuella förändringar över tid. Det går därför inte att med någon större precision uttala sig om i vilken utsträckning insatserna täcker de befintliga behoven av stöd, service och omsorg.

Kommunernas insatser enligt SoL som rör särskilt boende och hemtjänst i ordinärt boende har minskat i omfattning ända sedan 1980-talet. Bland personer under 65 år minskade antalet hemhjälpsmottagare från 24 000 till 16 000 mellan 1990 och 1997 (delvis som en följd av inrättandet av LSS), medan antalet som bodde i särskilda boendeformer enligt SoL ökade något, från 4 300 till 5 700. Betydligt fler funktionshindrade personer får insatser enligt LSS än enligt SoL. LSS-insatserna omfattade cirka 50 000 personer år 1998, vilket var en ökning från 43 000 år 1996. Av alla som får insatser enligt LSS är 56 procent män, vilket till stor del kan förklaras av att det är fler män än kvinnor som har en utvecklingsstörning.

Antalet som beviljats personlig assistent enligt LASS ökade från 6 000 år 1994 till cirka 8 000 personer 1998. Även antalet timmar med personlig assistent har ökat, från i genomsnitt 66 till 82 timmar per

vecka (Socialstyrelsen 1999g). Sammanlagt beräknas de offentliga utgifterna för personlig assistans till drygt 5 miljarder kronor 1998 (Riksförsäkringsverket 1999a). Ett centralt motiv vid etableringen av insatsen personlig assistans var att öka den enskildes inflytande och valfrihet. Förutom en möjlighet att själv välja den personliga assistenten finns i reformen också en möjlighet för den enskilde att välja anställningsform för assistenten. De personer som är föremål för LASS kan välja att själva vara arbetsgivare eller att låta kommunen eller någon annan organisation vara arbetsgivare. År 1997 fördelades arbetsgivaransvaret så att drygt 70 procent av omsorgstagarna fick assistans genom kommunerna, drygt tre fjärdedelar genom privata företag, brukarkooperativ och liknande, medan ett par procent var sin egen arbetsgivare (Riksförsäkringsverket 1999b).

Ökade kostnader, men ofullständig behovstäckning

De samlade offentliga utgifterna för stöd och service till personer med funktionshinder uppskattas ha ökat från 16 miljarder kronor år 1993 till 23,5 miljarder år 1997 uttryckt i löpande priser (Socialdepartementet 1999b). Omräknat till fasta priser innebär detta en ökning på 40 procent. Trots ökningen av antalet personer som erhåller LSS-insatser når insatserna totalt sett endast ungefär hälften av det antal som prognosticerades inom ramen för Handikapputredningen (SOU 1992:52). Utredningen beräknade att cirka 100 000 personer skulle vara berättigade till LSS-insatser, varav ungefär 40 000 skulle vara personer med utvecklingsstörning och andra begåvningsmässiga funktionshinder och cirka 60 000 personer skulle vara personer med andra omfattande fysiska och psykiska funktionshinder. Inom den förstnämnda gruppen, som före handikappreformen omfattades av omsorgslagen, får i stort sett det förväntade antalet insatser enligt LSS. Inom den andra gruppen, som före handikappreformen inte på samma sätt omfattades av någon rättighetslag, är täckningsgraden betydligt lägre; endast 9 000 psykiskt eller fysiskt funktionshindrade personer får LSS-insatser. Bland personer med psykiska funktionshinder är täckningsgraden särskilt låg (endast drygt 2 000 personer får insatser) och antalet är betydligt mindre än vad både handikapputredningen och psykiatriutredningen hade beräknat. Behovet av LSS-insatser tycks således inte vara täckt i vissa grupper (Socialstyrelsen 1997; M:III, se bilaga 2).

Förbättrade villkor för vissa – försämrade villkor för andra

Utifrån individens perspektiv finns stora skillnader mellan att få insatser enligt LSS och att få insatser enligt SoL. För det första är ambitionsnivån högre ställd i LSS än i SoL. Insatser enligt LSS ska tillgodose *goda* levnadsvillkor, medan insatserna enligt SoL ska tillförsäkra den enskilde en *skälig* levnadsnivå. För det andra är insatser enligt LSS och LASS med något enstaka undantag kostnadsfria, medan egenavgiften för omsorgsinsatser enligt SoL har ökat kraftigt under 1990-talet. Dessutom är den enskildes inflytande över insatserna betydligt större i LSS än i SoL, framför allt vad gäller personlig assistans. Handikappreformen har sålunda inneburit påtagligt förbättrade villkor särskilt för den grupp som får personlig assistans, men också för de personer som får del av flera av de övriga LSS-insatserna.

Däremot har LSS i praktiken inneburit en ökad betoning av individens eget initiativ. Den funktionshindrade förväntas nämligen själv aktivt göra sina behov kända och begära insatser. Detta kan i praktiken medföra att även individer som har sådana funktionshinder att de skulle vara berättigade till LSS-insatser får begränsad del av insatserna. Det finns mycket som talar för att det låga antalet LSS-insatser bland personer med fysiska och psykiska funktionshinder åtminstone delvis kan relateras till kraven på eget initiativ, vilket kan vara ett problem för många personer med funktionshinder i allmänhet och för psykiskt funktionshindrade i synnerhet. Många personer med funktionshinder påtalar också att de måste vara mycket påstridiga för att få det stöd och den service de är berättigade till (SOU 1999:48).

Den tydliga avgränsningen av vilka som omfattas av den nya lagstiftningen innebär en risk för att behoven bland andra grupper av funktionshindrade personer förbises. Enligt 1989 års Handikapputredning (SOU 1991:46) skulle de specifika åtgärderna riktade till den avgränsade gruppen kompletteras med ett mer omfattande och generellt program med syfte att öka tillgängligheten för större grupper av personer med funktionshinder. Dessa förändringar genomfördes dock aldrig. Det finns mycket som talar för att den kraftiga fokuseringen på särskilda personkretsar i LSS tillsammans med ökad restriktivitet i de system som mer generellt riktas mot funktionshindrade (såsom hemtjänst och färdtjänst) har medfört att vissa grupper inte fått del av förbättringarna (Socialstyrelsen 1997a). De förändringar av Socialtjänstlagen som trädde i kraft 1998 innebar också att vissa insatser som regleras av denna lag inte längre kan överklagas av den enskilde med så kallat förvaltningsbesvär. Det gäller bland annat insatser för funktionshindrade

och innebär att de personer som inte omfattas av LSS-insatserna i praktiken har fått försämrade möjligheter till stöd och service.⁴⁵

En rättighetslag av den karaktär som LSS utgör stärker den enskildes ställning gentemot myndigheten, men kräver alltså samtidigt aktiva och starka individer för att insatserna ska komma till stånd. Även starka individer kan dock få problem att få de insatser de enligt lagstiftningen har rätt till. Detta understryks av det faktum att ett förhållandevis stort antal avslag om insatser enligt LSS överklagas av den sökande. Under åren 1994 till 1996 rör det sig om cirka 2 000 beslut. Nästan 40 procent av dessa överklaganden ledde till beslut som var till individens fördel. Uppföljningar har visat att en tredjedel av dessa för individen gynnande överklaganden aldrig verkställdes av kommunerna, ofta med hänvisning till resursbrist (Socialstyrelsen 1997a). Kommunernas domstolstrots har kritiserats kraftigt och det har framförts förslag om att införa böter för kommuner som inte inom rimlig tid verkställer domstolarnas beslut (SOU 1999:21).

Sammanfattningsvis kan funktionshindrade personer med förhållandevis stark förhandlingsposition antas ha gynnats av 1990-talets lagstiftningsförändringar, även om kommunernas domstolstrots innebär problem även för denna grupp. Förlorarna är dels de personer som har svårt att ta egna initiativ och föra sin egen talan, dels de funktionshindrade personer som inte bedöms tillhöra LSS personkrets. Båda grupperna är speciellt utsatta för de förändringar och åtstramningar som skett i de allmänna systemen. Personer med psykiska funktionshinder är uppenbart en grupp som inte har fått del av de förbättringar som ambitionerna i såväl handikappreformen som psykiatrireformen pekar mot. Däremot saknas kunskap om i vilken mån kön, social klass och etnisk bakgrund har betydelse för individens förmåga att aktivt begära hjälp och därmed få del av insatserna. Eftersom det är troligt att den ökade betoningen av individens eget ansvar att efterfråga insatser missgynnar personer med mindre sociala resurser, torde det vara viktigt att belysa hur exempelvis socioekonomisk bakgrund påverkar tillgången till de samhälleliga handikappinsatserna.

⁴⁵ Måns Svenssons underlag till kommittén (F:XXIV, se bilaga 2) och Karsten Åströms underlag till kommittén (F:XXVIII, se bilaga 2).

Bristande samverkan och bristande information är ett problem

Kommunernas insatser för den enskilde ska karakteriseras av varaktighet och samordning, vilket ställer stora krav på samverkan mellan kommunerna och exempelvis landstingen och försäkringskassorna. Det finns tecken som tyder på att denna samverkan inte alltid fungerar. Även inom kommunen kan samverkan vara ett problem. Detta gäller i synnerhet de kommuner där insatser enligt LSS respektive SoL administreras inom olika förvaltningar. Det finns mycket som talar för att en centralt organiserad enhet för handikappfrågor dels utvecklar och breddar personalens kunskaper, dels underlättar för dem som söker stöd att hitta rätt i organisationen. På många håll förekommer olika typer av satsningar för att utöka personalens kompetens, men ett flertal studier visar att det sällan sker en mer systematisk fortbildning och kunskapsutveckling bland personal som arbetar med personer med funktionshinder (Socialstyrelsen, M:III, se bilaga 2).

I Socialstyrelsens utvärdering av psykiatrireformen framhålls att samverkan mellan socialtjänsten, psykiatrin och primärvården fungerar mindre bra, att många psykiskt funktionshindrade personer inte får den sjukvård och tandvård de skulle behöva och att den psykiatriska öppenvården inte har varit tillräckligt tillgänglig för psykiatrireformens målgrupp. Även de kommunala mobila team som har till uppgift att stödja psykiskt funktionshindrade skulle behöva byggas ut. Socialstyrelsens slutsats är att reformen inneburit förbättringar för många psykiskt funktionshindrade personer, men att samtidigt mycket återstår innan reformens målsättningar uppnåts. Särskilt betonas att även om cirka 16 000 personer har daglig sysselsättning i kommunala verksamheter, är behovet sannolikt dubbelt så stort. Till skillnad från utvecklingsstörda har psykiskt funktionshindrade inte rätt enligt LSS till insatsen daglig verksamhet. Socialstyrelsen föreslår att LSS ska utvidgas på denna punkt. Bristen på meningsfull daglig sysselsättning accentueras av att arbetstränings- och rehabiliteringsinsatser för personer med psykiska funktionshinder har minskat samtidigt som antalet på psykisk grund förtidspensionerade har ökat under 1990-talet. Ett problem i uppföljningen av psykiatrireformen är att många av de nya insatser som utvecklats i kommunerna, bland annat med hjälp av de statliga stimulansbidragen, inte fångas upp av den reguljära statistiken över socialtjänstens insatser (Socialstyrelsen 1999h).

Kommunerna har en uttalad skyldighet att sprida information och hålla sig informerad om de eventuella behov som inte är tillfredsställda i befolkningen. Denna skyldighet skärptes i samband med handikapp- och psykiatrireformerna, då kommunen fick ett explicit ansvar att genom

uppsökande och upplysande verksamhet hålla sig förtrogen med levnadsförhållandena bland personer med fysiska och psykiska funktionshinder samt att upplysa om socialtjänstens verksamhet på dessa områden. Enligt utvärderingen av såväl handikapp- som psykiatrireformen brister kommuner i dessa avseenden. En regelbundet uppsökande verksamhet, så som den föreskrivs i lagstiftningen, är sannolikt av stor betydelse för att även resurssvaga grupper av funktionshindrade får de insatser de har rätt till.

2.2.7 Äldreomsorgens utveckling – allt färre får hjälp

Det har skett mycket stora förändringar av den offentliga äldreomsorgens organisation under 1990-talet.⁴⁶ Genom Ädel-reformen 1992 övergick det samlade ansvaret för äldreomsorgen till kommunerna, som därmed bland annat fick ta över 31 000 sjukhemsplatser och arbetsgivaransvaret för 70 000 anställda inom sjukhemsvården. Kommunerna fick genom Ädel-reformen också ett betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk sjukvård och geriatrisk vård. Däremot har det inte skett någon mer grundläggande förändring av äldrepolitikens inriktning under decenniet. De nya nationella målen för äldrepolitiken som trädde i kraft 1999 (Regeringens proposition 1997/98:113) betonar, i likhet med tidigare målformuleringar, äldre människors rätt till ett aktivt liv, inflytande i samhället och över sin vardag, trygghet, oberoende, ett respektfullt bemötande samt tillgång till god vård och omsorg i hemmet eller i så kallade särskilda boendeformer. I propositionen slås också fast att äldreomsorgen ska vara ”demokratiskt styrd”, ”solidariskt finansierad genom skattemedel” och ”tillgänglig efter behov, inte efter köpkraft”.

Den offentligt organiserade vården och omsorgen om gamla människor sker i huvudsak genom insatser i de äldres vanliga bostäder, i särskilda boendeformer och på sjukhus. Insatser i de äldres egna bostäder sker främst genom den sociala hemtjänsten som regleras av Socialtjänstlagen (SoL) och genom hemsjukvården som regleras av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Enligt SoL har kommunerna skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för äldre människor med behov av särskilt stöd. Dessa äldreboenden innefattar dels traditionella institutioner som sjukhem och ålderdomshem, dels mer moderna former av institutioner och kategoribostäder som gruppboenden för dementa samt servicehus.

Utvecklingen av de samlade ekonomiska resurserna till äldreomsorgen är enligt flera bedömare svår att uppskatta. En orsak till svårigheterna är att kommunernas kostnader för äldreomsorg respektive insatser för funktionshindrade inte redovisas separat. En annan orsak är att Ädel-, handikapp- och psykiatrireformerna inneburit att uppgifterna om vård och omsorg i omgångar förts över från landstingen till kommunerna. År 1998 beräknas kommunernas bruttokostnader för vård och omsorg om äldre (det vill säga exklusive insatserna för personer med funktionshinder) uppgå till cirka 60 miljarder kronor (Socialstyrelsen 1999g). Denna summa omfattar dels kommunernas egna kostnader, dels

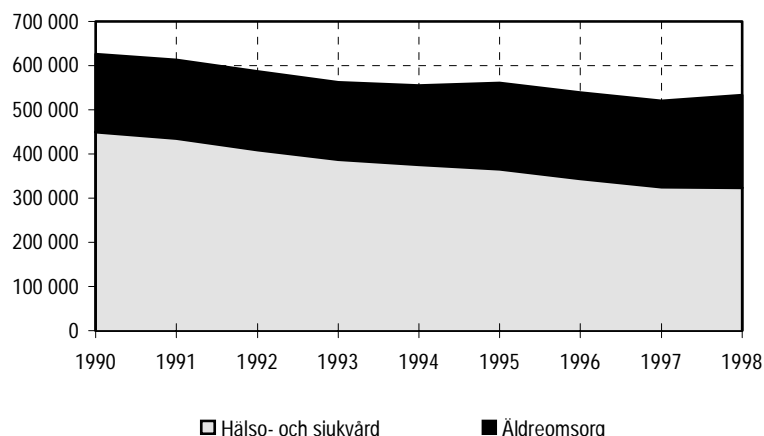
⁴⁶ Detta avsnitt bygger på Marta Szebehelys underlag till kommittén (F:XXVI, se bilaga 2).

de avgifter för vård och särskilt boende som den enskilde omsorgsmottagaren betalar. De samlade offentliga utgifterna för äldreomsorgen uppskattades 1997 till 48 miljarder kronor, vilket var en ökning från 43 miljarder kronor 1993 (Socialdepartementet 1999b). Omräknat till fasta priser innebär detta en ökning med sex procent. De offentliga utgifterna för äldreomsorgen har därmed ökat betydligt mindre än utgifterna för insatser inom handikappområdet.

Äldreomsorgen kan inte ses isolerat från hälso- och sjukvården. Som framgått av tidigare avsnitt har antalet sjukhusplatser minskat kraftigt under 1990-talet. Borträknat överflyttningen av sjukhemsplatserna till kommunerna rör det sig om en minskning av antalet sjukhusplatser med 45 procent mellan 1990 och 1997. Den största relativa minskningen gäller den geriatriska vården som minskade från drygt 11 000 till knappt 4 000 platser under perioden (Svenska Kommunförbundet 1999d). Den genomsnittliga vårdtiden i geriatrisk vård minskade från 52 dagar år 1992 till 22 dagar år 1996 (Socialstyrelsen 1998f). Sammantaget innebär förändringarna inom hälso- och sjukvården att äldre personer i dag oftare än vid början av 1990-talet lämnar sjukhuset med kvarstående vårdbehov, vilket ställer stora krav på omsorgsinsatser från både den kommunala äldreomsorgen och från de anhöriga.

På grund av huvudmannaskapsförändringar är det svårt att uppskatta nettoförändringarna av antalet personer som arbetar med äldreomsorg respektive med hälso- och sjukvård. De sammantagna personalminskningarna är dock utan tvekan betydande. Antalet personer som arbetar med vård och omsorg inom hälso- och sjukvården eller inom äldreomsorgen kan uppskattas med hjälp av SCB:s arbetskraftsundersökningar (AKU). En översikt av personalutvecklingen ges i Figur 2.2:19.

Figur 2.2:19. Antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg, 1990–1998^a



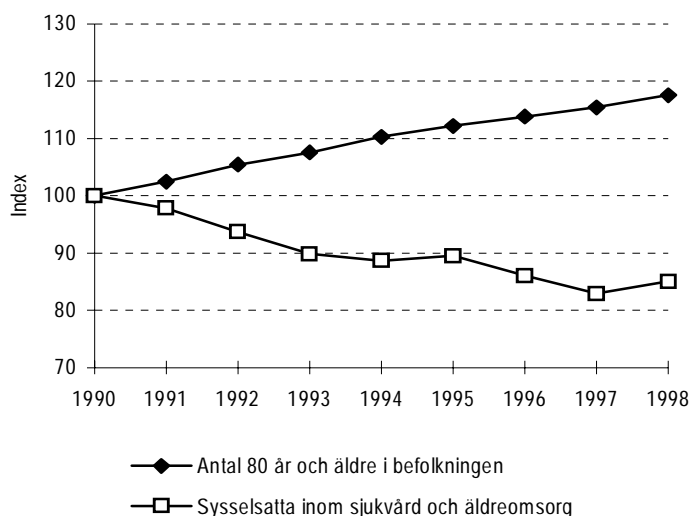
^aDiagrammet visar antalet personer och inte antalet årsarbetare. Till personal inom äldreomsorg räknas de som arbetar inom hemtjänst, dagcentraler, servicehus och ålderdomshem. Personal inom hälso- och sjukvård består av dem som arbetar inom sluten och öppen hälso- och sjukvård samt med tandvård. Dessutom ingår veterinärer. Personal inom sjukhemsvården räknas här till hälso- och sjukvårdens personal såväl före som efter Ädel-reformen.

Källa: AKU (SCB).

Som framgår av Figur 2.2:19 minskade antalet personer som sammanlagt var sysselsatta inom hälso- och sjukvård eller äldreomsorg med drygt 90 000 personer under 1990-talet. Andra uppskattningar anger en något mindre personalminskning, men enligt en försiktig beräkning rör det sig om en nettominskning om cirka 75 000 personer. Eftersom den genomsnittliga arbetstiden har ökat, är minskningen omräknat till årsarbetare något mindre än minskningen av antalet sysselsatta personer. År 1998 innebär möjligen ett trendbrott, eftersom nedgången av antalet sysselsatta inom sjukvården då tycktes upphöra, medan antalet sysselsatta inom äldreomsorgen tycktes öka. Sannolikt är detta en följd av de extra statsbidrag som från 1997 avsatts för vård, omsorg och skola.

Även om inte alla vård- och omsorgsanställda arbetar med äldre människor är det uppenbart att utvecklingen på personalsidan följer ett mönster som går i rakt motsatt riktning jämfört med utvecklingen av antalet äldre personer i befolkningen. Som framgår av Figur 2.2:20 har antalet sysselsatta minskat med cirka 15 procent samtidigt som antalet personer som är 80 år eller äldre i befolkningen har ökat med 17 procent.

Figur 2.2:20. Antal sysselsatta inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg respektive antal personer 80 år och äldre i befolkningen, 1990–1998. Index 1990=100



Källa: AKU (SCB) samt SCB:s befolkningsstatistik.

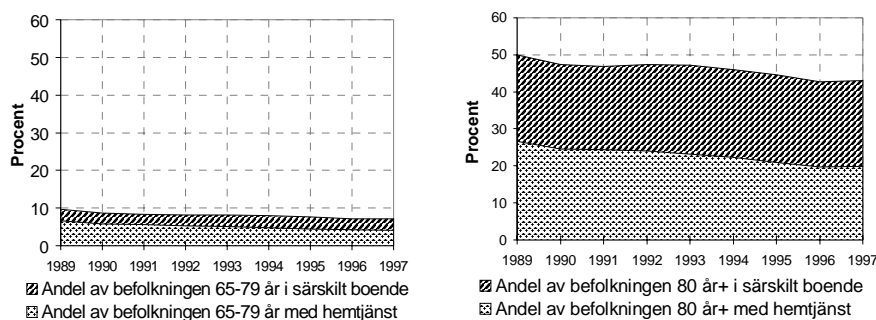
Färre får del av äldreomsorgens resurser

Hälso- och sjukvårdens förändringar med en minskad personalstyrka, ett minskat antal sjukhusplatser samt förkortade vårdtider har tillsammans med det ökade antalet äldre människor i befolkningen skapat ett ökat tryck på den kommunala äldreomsorgen. Äldreomsorgens resurser i form av ekonomiska medel eller personal har inte ökat i takt med dessa förändringar. Kommunerna har i allmänhet valt att möta de knappare resurserna genom en ökad koncentration av de offentliga vård- och omsorgsinsatserna till de allra mest vårdbehövande, vilket medfört en kraftig minskning av det totala antalet äldre som får hjälp från äldreomsorgen.

Det totala antalet äldre som får del av de offentliga äldreomsorgsinsatserna har minskat starkt under de senaste två decennierna. Antalet personer med äldreomsorg i form av hemtjänst har minskat med ungefär 100 000 hjälpmottagare sedan 1980 och omfattade 1997 cirka 145 000 personer. Antalet äldre i särskilt boende har ökat med drygt 20 000

under samma period och omfattade 1997 ungefär 140 000 personer. Samtidigt har det totala antalet personer som är 80 år och äldre ökat med 170 000 (Socialdepartementet 1999). Visserligen har det skett vissa förbättringar av de äldres hälsa över tid, men dessa förändringar torde långt ifrån kunna förklara den kraftiga nedgången av antalet personer som får del av äldreomsorgens insatser.

Figur 2.2:21. Andelar av befolkningen i åldrarna 65–79 samt över 80 i särskilt boende och med hemtjänst, 1989–1997



Källa: Socialdepartementet (1999b).

Av Figur 2.2:21 framgår att andelen av de allra äldsta (det vill säga de som är 80 år eller äldre) med äldreomsorg i form av hemtjänst eller plats i särskilt boende minskat från 50 procent 1989 till 43 procent 1997. I åldersgruppen 65-79 år har andelen med äldreomsorg minskat från 10 till 7 procent under samma period. I åldersgruppen 80 år och äldre fick 48 procent av kvinnorna och 34 procent av männen offentlig omsorg i form av hemhjälp eller plats i särskilt boende 1997. Bland äldre män är hustrun den vanligaste omsorgsgivaren, medan det bland gamla kvinnor är vanligast att få hemhjälp eller att vistas i någon form av äldreboende (Szebehely 1998). Denna skillnad i omsorgsmönster hänger främst samman med att kvinnor lever längre än män och att det därför finns betydligt fler äldre kvinnor som lever ensamma och som har stora behov av äldreomsorgens insatser.

Under första halvan av 1990-talet har hemhjälpstäckningen minskat både bland ensamboende och bland sammanboende äldre, vilket framgår av Tabell 2.2:22. Andelen med hemhjälp har minskat särskilt kraftigt bland äldre makar, och framför allt i de fall mannen är den omsorgsbehövande. En hustru som vårdar står därför mer ensam om omsorgsansvaret än vad en äldre man i samma situation gör (Szebehely 1998).

Tabell 2.2:22. Andelen med hemhjälp bland hemmaboende äldre över 75 år, 1988/1989 och 1994

	1988/1989	1994
Ensamboende	33	25
Sammanboende	14	6
Samtliga	24	16

Källa: Daatland (1997).

Minskningen av antalet personer som får hemtjänst har inte följts åt av ett minskat totalt antal hjälptimmar. Det totala antalet hjälptimmar inom hemtjänsten har varit oförändrat mellan 1993 och 1997, men har kommit att fördelas på färre personer som därmed har fått fler hjälptimmar än tidigare. De personer som i dag får hjälp från hemtjänsten är äldre och mer vårdbehövande än vad som var fallet tidigare. Behoven av omsorg, tillsyn och sjukvårdsinsatser har ökat bland dem som får hemtjänst, bland annat beroende på att andelen med demens har ökat. Antalet personer som får hjälp på kvällar, nätter och helger har ökat, liksom antalet personer som får sjukvårdande insatser i hemmet (Socialstyrelsen, M:III, se bilaga 2).

Strängare biståndsbedömningar och hårdare prioriteringar

I allmänhet har kommunerna mött de allt större finansieringsproblemen i äldreomsorgen genom att göra striktare behovsbedömningar och prioritera de mest hjälpbehövande. Det har kommit att krävas en större grad av funktionsnedsättning för beviljande av hemtjänst eller plats i särskilt boende, och kommuner har i ökande utsträckning börjat att utöver behovsbedömningar också väga in den sökandes privatekonomi och närheten till anhöriga i beslut om hemhjälp.

Vissa äldre har också mer eller mindre frivilligt avstått från den offentliga äldreomsorgen. Brukaravgifterna i äldreomsorgen har höjts och i ökad utsträckning kommit att inkomstrelateras. Detta har sannolikt lett till att äldre med såväl höga som låga inkomster har avstått från den kommunalt organiserade hemhjälp. För den som har relativt god pension och måttliga hjälpbehov är det i dag ofta billigare att köpa hjälp på den privata marknaden än att ta emot kommunal äldreomsorg. För den som har låg pension kan även en måttlig hemhjälpkostnad vara svår att bära. De äldre som har hemhjälp eller som bor i särskilt boende har lägre inkomster än genomsnittspensionären, och när hemhjälp- och

sjukvårdsavgifter var betalda var det 37 procent av hemhjälpsmottagarna som 1995 låg under socialbidragsnormen (SOU 1999: 33).⁴⁷ Enligt en studie har var tionde pensionär som anser sig behöva hjälp avstått från att söka hemhjälp med hänvisning till avgiftens storlek. Särskilt vanligt är detta bland kvinnor som har låg pension (Socialstyrelsen 1997c).

En växande grupp äldre som har mer måttliga hjälpbehov och som tidigare omfattades av hemtjänstens insatser står därför i dag utanför äldreomsorgen och hänvisas till att få hjälp från anhöriga eller till att köpa privat hjälp. Området är bristfälligt studerat, men mycket tyder på att både anhörigas omsorgsinsatser och privata omsorgstjänster har ökat i omfattning under 1990-talet.

Äldreomsorgens utformning och kvalitet

Det har i Socialstyrelsens rapportering inom ramarna för Ädel-utvärderingarna och Äldreuppsdraget framkommit brister och problem i såväl den hembaserade som den institutionsbaserade äldreomsorgen, liksom i vårdkedjan mellan sjukhusvård och vård i hemmet. Det är dock inte möjligt att utifrån befintlig kunskap få en översiktlig bild av hur dessa problem utvecklats över tid.

En uttalad ambition i Ädel-reformen var att göra de gamla institutionerna mer "normala" och mer lika vanliga bostäder; både genom höjd bostandard och genom att boendet regleras via ett hyreskontrakt. Boendestandarden i äldreboendet har också höjts efter Ädel-reformen, bland annat till följd av att ett särskilt statligt stimulansbidrag för ombyggnad och nyproduktion av äldreboendestäder utgått till kommunerna mellan 1991 och 1995. Mellan 1992 och 1997 minskade andelen flerbäddsrumsrum från 7 till 5 procent, medan andelen bostäder med egen dusch/bad ökade från 46 till 67 procent. Vidare har andelen bostäder med kokmöjlighet ökat från 48 till 68 procent (SOU 1999:33). De flesta ofullständiga bostäder för äldre finns inom sjukhemmen, men även här har det skett en viss förbättring. Mellan 1991 och 1998 har andelen som bor i eget rum ökat från 40 till 60 procent. Samtidigt har dock den enskildes kostnad för boendet ökat dramatiskt (Socialstyrelsen 1998e).

De äldre som i dag bor och vårdas i olika former av särskilt boende har sämre fysisk och mental funktionsförmåga än vad som var fallet före Ädel-reformen (Sandman 1998, Thorslund 1997). Trots ökad vårdtyngd inom sjukhemsvården är den totala personaltätheten oförändrad och

⁴⁷ Ungefär 22 procent av hemhjälpsmottagarna låg under socialbidragsnormen redan innan hemhjälp- och sjukvårdsavgifter var betalda.

tillgången till medicinsk personal och medicinska resurser har minskat (Socialstyrelsen 1998f). Det är dock inte möjligt att på mer generell nivå bedöma om personaltätheten inom olika former av äldreboenden har ökat eller minskat i förhållande till de faktiska vårdbehoven.

Också inom hemtjänsten har det skett vissa förändringar som kan ha påverkat kvaliteten i omsorgen om de äldre. Traditionellt sett har varje hjälptagare haft sitt fasta vårdbiträde och i förväg bestämda hjälptider, medan det i dag oftast är en grupp vårdbiträden som gemensamt svarar för en persons hjälp. Enligt forskning på hemhjälpområdet är det för flertalet gamla personer viktigt att ha så få hjälpare som möjligt, att ha fasta hjälptider och att kunna påverka hjälpens utförande. Hjälpens innehåll har förskjutits och har mer kommit att röra personlig omvårdnad och i allt mindre utsträckning hemmets skötsel. Tidsutrymmet för social samvaro och promenader har också minskat kraftigt. Kommunala brukarstudier genomförda under 1990-talet visar att hjälpmottagarna generellt sett är positivt inställda till hjälpen och till personalen. Däremot har brukarna blivit mer kritiska till de villkor under vilka hjälpen ges och ofta påtalas tidsbrist som ett problem (Svenska Kommunförbundet 1998a). Enligt en studie av hjälpmottagare i Stockholm har andelen som uppfattar att de får otillräcklig hjälp ökat från 26 procent till 42 procent mellan 1995 och 1998. Det är också fler 1998 än 1995 som anger att de får kompletterande hjälp från anhöriga (Fried 1998). Det behövs ytterligare kunskaper om i vilken mån hjälpen motsvarar faktiska behov och huruvida den hjälp som ges är av god kvalitet.

Nya organisationsformer och ökad kommunal variation

Socialtjänstlagen (SoL) är en ramlagstiftning och lämnar ett stort tolkningsutrymme såväl för olika kommuner som för olika tjänstemän att avgöra vem som ska få del av äldreomsorgens insatser och vad insatserna ska bestå i. Detta ger naturligtvis upphov till kraftiga variationer mellan kommuner vad gäller ett flertal aspekter av äldreomsorgen. Detta gäller exempelvis hur stor andel av de äldre som får del av insatserna, insatsernas utformning och kvalitet samt avgifternas utformning och storlek. Under 1990-talet har kommunerna också fått större frihet att förändra organiseringen av äldreomsorgen och andra välfärdstjänster. Etablerandet av alternativa styrformer uppvisar stora variationer över landet och har fått starkast genomslag i de större kommunerna. År 1999 tillämpar över hälften av landets kommuner en organisationsmodell som innebär att myndighetsutövning och biståndsbedömning har skilts från själva utförandet av äldreomsorgen. Utvecklingen i riktning mot en

sådan delad organisation har varit särskilt stark under senare delen av 1990-talet (Socialstyrelsen, M:III, se bilaga 2).

Antalet timanställda inom äldreomsorgen har mer än fördubblats under 1990-talet, och vid slutet av 1990-talet var drygt var fjärde person inom äldreomsorgen anställd på timbasis (Svenska Kommunförbundet 1999d). Timanställning var, åtminstone vid mitten av decenniet, vanligare i kommuner som hade en organisation som skilde på beställare och utförare (Socialstyrelsen 1995). Frågan om vad den ökade andelen timanställd personal innebär för personalens arbetsvillkor eller för omsorgens kvalitet har inte närmare studerats.

En bärande tanke under 1990-talet har varit att skapa förutsättningar för konkurrens mellan olika aktörer för att effektivisera och förnya den offentliga verksamheten. Det har också skett en förskjutning i riktning mot alternativa driftsformer inom äldreomsorgen, såtillvida att en ökande andel av äldreomsorgsinsatserna genom extern anbuds konkurrens har överförs till privata entreprenader. Andelen hemhjälp mottagare som får sin hjälp från ett privat hemhjälpbolag har ökat från 2 till 4 procent mellan 1993 och 1997, medan andelen personer i särskilda boendeformer i privat regi har ökat från 5 till 10 procent under samma period (Socialstyrelsen, M:III, se bilaga 2). Konkurrensutsättningen kan innebära att hela enheter, till exempel ett ålderdomshem eller ett hemtjänstdistrikt, övergår i privat drift. Den enskilde får härigenom inte någon ökad valfrihet, men däremot kan kommunen välja utförare efter pris- och kvalitetskonkurrens. Empiriska studier har inte funnit några större kvalitetsskillnader mellan äldreomsorg i privat och offentlig drift (Anell m.fl. 1999). Konkurrensutsättningen kan i sig dock innebära en risk för upprepade byten av utförare, vilket kan minska kontinuiteten i omsorgen (Socialstyrelsen 1996d).

Vi har begränsad systematisk kunskap om vilka det är som inte längre omfattas av den offentliga äldreomsorgen och hur dessa personer och deras anhöriga påverkats av denna situation. Det finns också mycket lite systematisk uppföljning av de nya styr- och driftsformerna inom äldreomsorgen. Vi vet därför mycket lite om innehållet i, omfattningen av och konsekvenserna av dessa organisatoriska förändringar. Vad som däremot är känt är att en överväldigande majoritet av de äldre föredrar att få hjälp från den offentliga äldreomsorgen, hellre än från anhöriga, privata aktörer och frivilligsektorn (Andersson 1993, Sundström 1994, Svallfors 1996; 1999).

Kunskapsläget om äldreomsorgens förändringar har vidare försvårats av den omläggning av Socialstyrelsens statistik som skedde 1998 och som inneburit försämrade möjligheter att göra jämförelser med tidigare år. Statistikomläggningen minskar därmed möjligheterna att göra en uppföljning av de extra statsbidrag som från 1997 och fem år framåt har

avsatts för skola, vård och omsorg. Åtstramningen inom äldreomsorgen ställer ökade krav på uppföljning av konsekvenserna för de grupper som i dag står utan de kommunalt organiserade insatserna. Kommunerna har också sedan länge ett sådant ansvar, som finns formulerat i Socialtjänstlagen. Utan några lagmässiga förändringar har det dock sedan 1980-talet skett en påtaglig reduktion av kommunernas uppsökande verksamhet, vars syfte var att ge information om eventuella otillfredsställda hjälpbehov i befolkningen och att erbjuda hjälpinsatser till grupper av äldre som i mycket liten utsträckning själva efterfrågar hjälp. Det har sålunda skett en individualisering av äldreomsorgen i så måtto att det ställs högre krav än tidigare på att individen själv aktivt efterfrågar hjälp. Här finns en parallell med utvecklingen som gäller insatserna för yngre funktionshindrade personer. Även när det gäller de äldre är det viktigt att söka utröna i vilken mån personer med begränsad förmåga att efterfråga hjälp i ökad utsträckning står utan omsorgsinsatser som de är i behov av. Det är också viktigt att granska om minskningen av antalet personer som får del av den offentliga äldreomsorgen innebär en ökad belastning för anhöriga, det vill säga i praktiken främst gamla hustrur och medelålders döttrar.

2.2.8 Stora organisationsförändringar på välfärdstjänsternas område

De välfärdstjänster som har beskrivits i föregående avsnitt berör mycket stora grupper i samhället.⁴⁸ Exempelvis går i dag ungefär 1,2 miljoner barn och ungdomar i skolan, 750 000 barn finns inskrivna i barnomsorgen och 270 000 äldre personer har hemhjälp eller bor i särskilt boende. Också på personalsidan berörs många människor, bland annat 140 000 personer anställda i skolan, 110 000 personer anställda inom barnomsorgen, drygt 200 000 som arbetar inom sjukvården och 250 000 som arbetar inom äldre- och handikappomsorgen. Inom alla dessa yrkesområden är en stor majoritet kvinnor. Ytterligare stora grupper av människor är indirekt berörda av välfärdstjänsterna, såsom anhöriga till personer som får del av välfärdsinsatserna, men också anhöriga till personer som behöver, men som inte får, vård eller omsorg. Tillgängligheten till, utformningen av och kvaliteten på tjänsterna inom barnomsorg, skola, sjukvård, äldreomsorg och socialvård har därför stor betydelse för stora gruppers välfärd och välbefinnande. Av genomgången i avsnitten ovan har det blivit tydligt att det gångna decenniet präglats av stora förändringar inom flertalet tjänsteområden. Förändringarna följer delvis likartade och delvis olikartade spår och i detta avsnitt ska vi söka sammanfatta förändringarna av de organisatoriska ramar inom vilka välfärdstjänsterna utförs.

Decentraliseringen har förstärkts

Välfärdstjänsterna under 1990-talet har präglats av en decentralisering av ansvaret från stat och landsting till kommuner samt från kommuner till kommundelar. Under decenniet har kommunerna övertagit ansvaret för bland annat skolan, särskolan, omsorgerna för utvecklingsstörda, sjukhemsvården för äldre samt delar av hemsjukvården och vården av personer med psykiskt funktionshinder. Statens styrmedel gentemot kommuner och landsting har också ändrat karaktär. Det har skett en avreglering såtillvida att statsbidragssystemet med ”öronmärkta” bidrag kombinerade med detaljerade anvisningar för hur medlen ska användas (så kallad resurs- och regelstyrning) har ersatts av generella statsbidrag kombinerade med utvärdering och tillsyn (så kallad mål- och resultatstyrning) (SOU 1996:169).

⁴⁸ Om inte annat anges, bygger detta avsnitt på Marta Szebehelys underlag till kommittén (F:XXVI, se bilaga 2).

1992 års förändring av kommunallagen innebar att kommunerna och landstingen fick ökad frihet att fatta beslut om bland annat nämndorganisation, interna styrformer, driftsformer och avgifter. Omorganisationer inom de kommunala verksamheterna är inget unikt för 1990-talet, men lagändringen ledde generellt sett till mycket snabba organisatoriska förändringar. År 1995 hade bara var tredje kommun kvar den traditionella sektorsindelningen för sina nämnder och inga landsting uppvisade sinsemellan likadana organisationer. Ungefär tio procent av kommunerna (främst storstäder, andra större städer och förortskommuner) hade genomfört radikala förändringar, medan ungefär en fjärdedel av kommunerna (främst landsbygds- och glesbygdskommuner) inte hade förändrat sin organisation mellan 1988 och 1995 (SOU 1996: 169). Organisationsförändringarna har fortsatt under hela decenniet. Mellan 1995 och 1999 förändrade 82 procent av kommunerna liksom alla landsting utom ett sin politiska organisation, exempelvis genom att förändra antalet nämnder eller genom att införa organisationsmodeller som skiljer beställare och utförare åt (Statskontoret 1999).

Inom samtliga välfärdsområden finns det nationella mål i lagstiftning och centrala policydokument som på olika sätt formulerar individens rätt till likvärdig och god service, oavsett hemort. Samtidigt innebär den ökade decentraliseringen att landstingen, och i än högre grad kommunerna, har fått större frihet att i praktiken utforma sjukvård, skola, äldreomsorg, barnomsorg och sociala tjänster. De kommunala skillnaderna i tjänsternas organisering har ökat kraftigt. Det är möjligt att också skillnaderna i tjänsternas omfattning och kvalitet har ökat, men här föreligger stora kunskapsluckor. Kommunernas organisatoriska mångfald har lett till att det också har blivit svårare att på nationell nivå följa utvecklingen över tid, bland annat genom att insamlandet av nationell statistik försvårats. Detta begränsar möjligheterna att bedöma hur decentraliseringen har påverkat uppfyllandet av de nationella målen på skolans, vårdens och omsorgens områden.

Marknadsinfluerade förändringar av välfärdstjänsternas organisering

Förändringen av kommunallagen 1992 innebar en förstärkning av en redan pågående utveckling i riktning mot ökad variation av organisationsmodeller i kommuner och landsting. "New Public Management" kan som samlingsbegrepp sammanfatta en rad pågående organisationsförändringar inom traditionellt offentliga verksamheter. Omorganisationerna har det gemensamt att de hämtat inspiration från det privata näringslivet. Dessa förändringar har trätt fram på bred front under 1990-

talet, som kan betecknas som "marknadens decennium" (Forssell 1999, Svedberg Nilsson F:XXIII, se bilaga 2). Man har bland annat betonat tydligt ledarskap, resultatkontroll, explicita kriterier för produktivitet och effektivitet samt konkurrens och icke-offentliga utförare av välfärdstjänsterna (Montin 1997). Det har införts nya styrformer, såsom beställar-utförarmodeller och resultatenheter, det har skett en övergång från anslagsfinansiering till prestationsersättning och man har infört alternativa driftsformer, såsom kommunala bolag, entreprenader, personal- och brukarkooperativ samt köp av tjänster från privatägda bolag eller ideella organisationer. Denna utveckling innefattar också en perspektivförskjutning till att se brukarna som kunder. I linje med detta har det införts olika typer av kundvalssystem, till exempel vouchers och skolpeng (Forsell 1994, Håkansson 1996). Utvecklingen mot mer marknadsinriktade organisationsmodeller tog fart på allvar vid slutet av 1980-talet, och fick snabb spridning inom kommuner och landsting. Det kraftiga genomslaget kan ses som ett resultat av flera samverkande faktorer. På efterfrågesidan kan nämnas en önskan från kommunerna att hitta metoder för att effektivisera den offentliga sektorn på kommunnivå. På utbudssidan har framhållits organisationskonsulters och privata vård- och omsorgsentreprenörers aktiva roll i spridandet av nya organisationslösningar hämtade från näringslivets område (se exempelvis Antman 1994, Montin 1997).

Det saknas i dag underlag för att systematiskt beskriva utbredningen av marknadsmodellerna inom olika välfärdstjänsteområden. Det finns till exempel mer kunskap om omfattningen av verksamheter i privat drift än om de marknadsinspirerade styrformerna. En bidragande orsak till svårigheterna att skaffa en överblick över de olika organisationsmodellerna är att samma beteckning har givits olika innebörd i olika kommuner, vilket är en aspekt av den ökade variationen i kommunal organisering. Att genomslaget för de nya, marknadsinspirerade styrformerna varit starkt framgår dock av en inventering som Statskontoret genomförde 1995. Det året hade minst 200 kommuner infört olika former av resultatenheter inom barnomsorg, äldreomsorg och grundskola. I nästan 70 procent av kommunerna förekom privata utförare av barnomsorg, medan privata utförare av äldreomsorg och grundskola förekom i ungefär en fjärdedel av kommunerna. Konkurrensutsättning (eller så kallad extern anbudskonkurrens) var relativt sett vanligast inom äldreomsorgen, medan kundvalssystem främst hade prövats inom barnomsorg och grundskola (SOU 1996:169).

Någon privatisering i snäv mening – det vill säga att både utförande och finansiering överförs till privat drift – kan knappast sägas ha ägt rum under decenniet (Montin 1997). Ett undantag finns dock inom äldreomsorgen, där det i dag finns en tendens till privatisering genom att

äldre personer som inte beviljas kommunal hemhjälp i vissa kommuner explicit hänvisas till att själva köpa sig tjänster på den privata marknaden. I vissa fall sker detta genom en ekonomisk behovsprövning där den som har en inkomst över socialbidragsnormen hänvisas till att själv ordna sin hjälp. Oavsett om den enskilde i dessa fall verkligen köper sin hjälp på marknaden eller om hjälpinsatserna i stället utförs av anhöriga, är detta en form av privatisering där varken finansiering, utförande eller kontroll finns kvar inom det offentliga åtagandet. Dessa olika former av privata lösningar har också visat sig fördelas klassmässigt ojämnt, såtillvida att mer resursrika äldre personer tenderar att ersätta den offentliga äldreomsorgen med marknadshjälp, medan äldre med mindre resurser oftare får anhörighjälp (Szebehely 1999).

En stegvis privatisering av välfärdstjänsternas finansiering har också ägt rum under decenniet genom att den andel av finansieringen som täcks genom kollektiva skattemedel har minskat samtidigt som den andel som täcks av avgifter från de personer som använder tjänsterna har ökat. Denna förskjutning från offentligt till privat på finansieringens område genom höjda brukaravgifter gäller främst barnomsorg och äldreomsorg, men har även berört sjukvårdsområdet och särskilt då läkemedel och tandvård.

Välfärdstjänster i privat drift har ökat i omfattning

Den allra största delen av de offentligt finansierade (eller snarare offentligt subventionerade) välfärdstjänsterna utförs av offentliganställd personal. Omfattningen av privata utförare mätt som andelen sysselsatta i privata alternativ har dock fördubblats mellan 1991 och 1997, vilket framgår av Tabell 2.2:23.⁴⁹ De privata alternativen omfattar såväl vinstdrivande bolag som ekonomiska och ideella föreningar. Totalt sett har andelen sysselsatta i privat drift inom välfärdstjänsteområdet ökat från 4,2 till 8,5 procent mellan 1991 och 1997. Medan andelen sysselsatta i privat drift är störst inom hälso- och sjukvården, har ökningstakten varit starkast inom äldreomsorg, barnomsorg och skola.

⁴⁹ Samtliga anställda på samma arbetsplats redovisas tillsammans, vilket innebär att exempelvis de som arbetar med städning på ett sjukhus redovisas som hälso- och sjukvårdspersonal om de är anställda av sjukhuset, men som anställda i städbranschen om städningen har lagts ut på en entreprenad. I det senare fallet ingår de anställda inte i redovisningen. Detta innebär att entreprenadiseringen av exempelvis sjukvårdens "kringverksamhet" inte blir synlig som en ökning av andelen i privat drift i tabellen.

Inom dessa områden har andelen anställda i privat drift blivit mellan tre och fyra gånger större under perioden (SOU 1999:133).

Tabell 2.2:23. Andel sysselsatta i privata alternativ inom barnomsorg, hälso- och sjukvård, äldre- och handikappomsorg och skola, 1991 och 1997. Procent

	1991	1997
Barnomsorg inom förskola	2,5	9,2
Annan barnomsorg	1,3	3,7
<i>Barnomsorg, totalt</i>	2,2	8,0
Sluten sjukvård	2,5	4,4
Läkarmottagningar och vårdcentraler	11,6	20,5
Annan hälso- och sjukvård (lab., blodcentraler m.m.)	38,7	66,1
Tandvård	29,2	43,1
<i>Hälso- och sjukvård, totalt (inkl. sjukhemsvård)</i>	7,6	12,0
Servicehus och ålderdomshem	1,9	9,1
Hemtjänst, dagcenter och handikapptransporter	1,8	7,9
<i>Äldre- och handikappomsorg, totalt (exkl. sjukhemsvård)</i>	1,9	8,6
Grundskoleutbildning	0,6	2,6
Gymnasieutbildning	1,4	3,5
<i>Skola, totalt</i>	0,8	2,8
<i>SUMMA</i>	4,2	8,5

Källa: SOU 1999:133.

I den mån det finns uppgifter om verksamheternas fördelning mellan offentlig och privat drift sammanfaller dessa ganska väl med de uppgifter om personalens fördelning som redovisas i Tabell 2.2:23. Inom barnomsorgen har andelen barn inskrivna i privat barnomsorg (daghem/förskola och fritidshem) ökat från ungefär fyra till tolv procent mellan 1990 och 1998. Andelen grundskole- och gymnasieelever i fristående skolor har ökat från knappt en procent 1990 till cirka tre procent 1998. Den äldreomsorg som drivs i entreprenadform har fördubblats i omfattning mellan 1993 och 1997 och omfattar i dag omkring fyra procent av hemtjänsten och tio procent av det särskilda boendet för äldre. Inom samtliga områden har ökningen av de privata driftsformerna pågått under hela decenniet, och förväntas fortsätta också under de närmaste åren.

Inom vården av utsatta barn och ungdomar samt av vuxna missbrukare är de privata driftsformerna mer omfattande än inom andra väl-

färdstjänster, vilket framgår av Tabell 2.2:24. Inom både barn- och ungdomsvården och missbrukarvården har det under 1990-talet blivit vanligare att vården äger rum på privatägda institutioner. Särskilt påtaglig är aktiebolagsformens ökade dominans på bekostnad av offentligt drivna institutioner och institutioner drivna av stiftelser och föreningar. Inom missbrukarvården har många av de nya aktiebolagen varit kortlivade. Mellan 1992 och 1995 etablerades 120 nya institutioner inom missbrukarvården, varav de flesta var aktiebolag. Endast hälften av dessa fanns fortfarande kvar 1997 (Stenius 1999).

Tabell 2.2:24. Andel av institutionsplatserna i enskild drift inom missbrukarvård och social barn- och ungdomsvård, 1990 och 1999. Procent

	1990	1999
<i>Barn- och ungdomsvård (inkl. tvångsvård),</i>	37	65
varav:		
Aktiebolag, handelsbolag och andra enskilda firmor	26	50
Stiftelser	11	15
<i>Missbrukarvård (inkl. tvångsvård),</i>	54	62
varav:		
Aktiebolag, handelsbolag och andra enskilda firmor	16	35
Stiftelser	38	27

Källa: Socialstyrelsen (M:III, se bilaga 2).

Även inom andra områden har det under 1990-talet skett en förskjutning av den icke-offentliga delen av verksamheten i riktning mot vinstdrivande organisationer. Föräldrakooperativ är fortfarande den vanligaste formen av enskild drift inom barnomsorgen, men den bolagsdrivna barnomsorgen har ökat och omfattar nu 24 procent av platserna i privat drift (Skolverket 1999c). Både inom barnomsorgen och inom skolan har det varit ovanligt att ett företag bedriver verksamhet på flera orter. Flertalet privata utförare har drivit endast en enhet och oftast med en pedagogisk eller ideologisk profil, som exempelvis Waldorf- eller Montessori-inriktning (Svenska Kommunförbundet 1999b). Det har nu både inom skolans och barnomsorgens område börjat växa fram privata utförare som i aktiebolagsform driver verksamhet på flera orter och utan någon särskild pedagogisk profil. Ett nytt fenomen är också att ett och samma aktiebolag etablerar sig inom flera olika välfärdsområden, exempelvis inom såväl sjukhusvård som skola och barnomsorg.

På äldreomsorgens område saknas reguljära statistikuppgifter om de enskilda driftsformernas sammansättning, men redan 1994 hade fram-

växten av alternativa driftsformer med ideella inslag avtagit, medan andelen vinstdrivande utförare ökat (ESO 1995). År 1999 fanns det 500 entreprenörer som utförare av äldreomsorg i Sverige. Av dessa var 400 aktiebolag med minst en miljon kronor i omsättning (Svenska Kommunförbundet 1999b). Bland annat genom sammanslagningar av mindre företag finns i dag inom äldreomsorgen flera stora entreprenörer som var och en bedriver verksamhet i tiotals kommuner (KommunAktuellt 16/9 1999).

Offentligt finansierade välfärdstjänster i privat drift är förutom när det gäller missbrukarvård och barn- och ungdomsvård i stor utsträckning ett storstadsfenomen. Exempelvis hade alla kommuner med mer än 100 000 invånare entreprenadiserat någon del av äldreomsorgen år 1999, medan endast åtta procent av kommunerna med färre än 10 000 invånare hade gjort det (KommunAktuellt 16/9 1999). Den privata driftens andel av de totala bruttokostnaderna för äldreomsorgen var 19 procent i storstäderna och 1 procent i landsbygdskommunerna 1996. Motsvarande uppgifter för barnomsorgens del var 8 procent i storstäderna och 2 procent i landsbygdskommunerna och för grundskoleverksamheten knappt 5 respektive knappt 2 procent (Svenska Kommunförbundet 1999b).

Kundvalsmodeller förekommer i stort sett endast där det finns ett tillräckligt stort befolkningsunderlag för en marknad. Konsekvenserna av kundvalsmodeller kan gå i olika riktningar, och det är möjligt att effekterna skiljer sig mellan olika områden. En möjlig positiv effekt är att förekomsten av konkurrens blir kvalitetshöjande, men de få studier som genomförts ger inte utrymme för några långtgående slutsatser. En annan möjlig effekt är att det blir en skiktning i verksamheterna, och att detta får negativa konsekvenser för vissa grupper. Här finns endast ett fåtal studier. För skolans del har det visats att det är vanligare att högpresterande och socioekonomiskt resursstarka barn väljer friskolor. Det är särskilt vanligt att resursstarka familjer flyttar barnen från skolor i områden där andelen högutbildade föräldrar är relativt låg. Den socioekonomiska och etniska segregation som är en följd av det segregerade boendet tenderar på detta sätt att förstärkas av de utökade möjligheterna att välja skolor i andra områden och av utbyggnaden av friskolor (Skolverket 1996; 1998b).

Även inom barnomsorgens område tenderar kundvalsmodeller att leda till en klassmässigt ojämn fördelning av olika former av barnomsorg. Högutbildade och på andra sätt resursstarka föräldrar använder sig oftare än andra grupper av barnomsorg i privat drift. Ett daghem eller fritidshem som bedrivs av annan huvudman än kommunen har rätt att ta ut en högre avgift och kan därmed förstärka verksamhetens ekonomi (Skolverket 1999b). Offentligt subventionerad barnomsorg i privat

drift kan därmed innebära ett alternativ för bättre ställda grupper vid åtstramningar inom den kommunala barnomsorgen, vilket kan leda till en skiktning av barnomsorgen efter betalningsförmåga. Både inom skolans och barnomsorgens område kan sålunda en ökad andel privata alternativ leda till ökad segregering. Detta torde försvåra uppfyllandet av de nationella målen om likvärdig tillgång till utbildning och omsorg för alla barn.

Välfärdspersonalens arbetsförhållanden och brukarnas välfärd

De offentliga utgifterna för vården, skolan, barnomsorgen och äldre- och handikappomsorgen har minskat något under 1990-talet uttryckt i fasta priser, och många verksamheter har utsatts för sparkrav. Lärar- och personaltätheten i barnomsorg och skola har minskat, samtidigt som antalet elever i skolan och antalet barn i barnomsorgen har ökat. Totalt sett är de anställda inom sjukvård och äldreomsorg omkring 75 000 färre 1998 än 1990. Ett i stort sett oförändrat antal personer tar således hand om fler barn och ungdomar i barnomsorg och skola, och ett minskat antal anställda inom sjukvård och äldreomsorg har att möta en åldrande befolknings ökande behov.

Välfärdstjänsterna har det gemensamt att de skapas i en relation mellan utförare och mottagare, exempelvis mellan sjuksköterskan och patienten, mellan läraren och eleven och mellan hemtjänstens vårdbiträde och hemhjälpsmottagaren. Denna relation är i varierande grad av långvarig art och har ofta en känslomässig karaktär som sträcker sig utöver de praktiska tjänster som utförs i situationen. Mottagandet av välfärdstjänster skiljer sig därmed från köp av både varor och service-tjänster på en vanlig marknad. Den som tar emot tjänsten har också ofta en svagare position gentemot tjänsteutföraren med avseende på ålder, sjukdom, skröplighet eller social problematik.

Relationen mellan utförare och mottagare innebär att tjänsternas kvalitet är nära förknippade med personalens arbetsvillkor. Om allt fler av de anställda upplever att arbetet medför krav som de inte kan hantera, påverkas sannolikt inte bara deras arbetsmiljö och hälsa, utan också välbefinnandet hos de personer som får del av vården, utbildningen eller omsorgen. Det är därför rimligt att beakta arbetsförhållandena inom välfärdstjänsteområdet som en viktig välfärdsfråga inte bara för personalen, utan också för brukarna. Här är bilden av 1990-talsförändringarna entydigt negativ. Personal inom sjukvård, äldreomsorg, barnomsorg och skola hade redan tidigare ett mer psykiskt ansträngande arbete än många andra yrkesgrupper, men decenniet har inneburit en

förlängning och förstärkning av en tidigare trend mot ökad arbetsbelastning och allt stressigare arbete.⁵⁰ Upplevelser av att ha för mycket att göra i arbetet och att inte kunna bestämma sin arbetstakt har överlag blivit vanligare under 1990-talet, både bland män och kvinnor. Emellertid är nivåerna högre och ökningen starkare bland kvinnor som arbetar inom barnomsorg, skola, hälso- och sjukvård och äldreomsorg (Arbetskyddsstyrelsen och SCB 1997; 1998, Eklund 1999, SOU 1999:66).

Personalens arbetssituation har med all sannolikhet påverkats av 1990-talets ekonomiska åtstramningar inom vård, skola och omsorg. Sannolikt har arbetsvillkoren också påverkats av den utveckling som innebär att välfärdstjänsternas organisering allt mer präglats av organisationsmodeller hämtade från varu- och tjänstemarknaden. Mycket lite är dock känt om konsekvenserna av dessa förändringar på personalens arbetsvillkor och på vårdens, utbildningens och omsorgens kvalitet. Eftersom personalens arbetsvillkor och välfärdstjänsternas kvalitet är sammankopplade förefaller det centralt att relatera dessa frågor till varandra och till de resursmässiga och organisatoriska villkor under vilka tjänsterna utformas. Frågor av denna typ är visserligen svåra att besvara, delvis beroende på att de organisatoriska förändringarna har skett samtidigt med de ekonomiska åtstramningarna i kommuner och landsting, men det bör konstateras att dessa frågor hittills inte har följts upp systematiskt.

Inte minst saknas nationella uppföljningar av konsekvenserna av den förändrade kommunallagen och den allt större variation av styr- och driftsformer som följde på denna lagändring. Medan Ädel-, handikapp- och psykiatireformen på regeringens uppdrag har följts upp och utvärderats av Socialstyrelsen, har det inte skett motsvarande systematiska uppföljningar av konsekvenser av decentraliseringen och den ökade förekomsten av ekonomiska styrningsmodeller och privata driftsformer. Eftersom så många människor nyttjar och är beroende av de olika välfärdstjänsterna framträder detta som en allvarlig kunskapslucka som försvårar bedömningen av välfärdsutvecklingen under 1990-talet.

⁵⁰ I nästa kapitel diskuteras närmare hur arbetsmiljön har förändrats för dessa personalgrupper liksom för den arbetande befolkningen generellt.

3 Velfärd, ofärd och ojämlikhet

I detta kapitel ges en översikt över hur individers levnadsförhållanden kommit att förändras under 1990-talet. Det är i huvudsak tre frågor som står i fokus. i) Har olika typer av välfärdsproblem blivit mer eller mindre vanliga? ii) Hur är dessa välfärdsproblem fördelade mellan olika befolkningsgrupper? iii) Har ofärdens fördelning förändrats under det gångna decenniet?

Vår utgångspunkt är att välfärd ytterst måste betraktas som olika former av resurser med vars hjälp människor kan styra sina liv. Detta innebär att de faktiska villkor som människor lever under ställs i fokus. Dessa villkor kan i flera avseenden ha ett egenvärde samtidigt som de utgör viktiga resurser, vilket utbildning och hälsa är tydliga exempel på. Denna fokusering på individuella resurser och levnadsförhållanden kan härledas från Amartya Sens diskussioner av välbefinnandets filosofiska grundvalar (se exempelvis Sen 1985; 1992), men bygger också på en lång tradition inom svensk och nordisk välfärdsforskning (Erikson 1993). I sina överväganden kring utformandet av den första svenska levnadsnivåundersökningen 1968 tog Sten Johansson avstamp dels i den brittiska socialpolitiska forskaren Richard Titmuss arbeten (se exempelvis Titmuss 1958), dels i den kritik som växt fram under 1950- och 1960-talen mot användningen av BNP-tillväxt som det enda måttet på utveckling och välstånd. Den definition av begreppet levnadsnivå som därvid kom att formuleras lyder: ”förfogande över resurser i pengar, ägodelar, kunskaper, psykisk och fysisk energi, sociala relationer, säkerhet m.m. med vars hjälp individen kan kontrollera och medvetet styra sina livsvillkor” (Johansson 1970:25).

Det är i allmänhet lättare att nå konsensus kring vad som är onda förhållanden än vad som mer exakt kännetecknar det goda livet (för mer utförliga diskussioner, se exempelvis Allardt 1998; Popper 1969). Vilka slags villkor som mer konkret ska studeras är inte självklart. Vår utgångspunkt är att välfärden är mångdimensionell och att det inte räcker att studera endast en av dessa dimensioner för att få en rättvisande bild. Inte heller är välfärd liktydigt med offentliga transfereeringar och tjänster, som exempelvis pensioner, barnbidrag, vård och skola, även om människors välfärd självfallet påverkas av hur dessa

system är utformade och hur de fungerar. Den konkreta forskningen kring individens välfärd har kommit att organiseras kring ett antal områden eller levnadsnivåkomponenter, såsom hälsa, arbetsförhållanden och sociala relationer. Även om det finns samband mellan dessa olika slag av levnadsförhållanden är det knappast möjligt att sammanjämka dem i ett enda sammanfattande mått på välfärd. Därför riskerar en beskrivning av välfärdsförändringar under ett helt decennium att bli tämligen omfattande och svåröverskådlig. Vi har i detta sammanhang därför valt att fokusera på ett mindre antal välfärdsområden som är av stor vikt för människors dagliga liv, med tyngdpunkten lagd på arbete, ekonomi och hälsa. Denna fokusering ligger också i linje med kommitténs direktiv.

En viktig del i vår analys är att studera fördelningen av resurser mellan olika grupper i befolkningen, samt om och i så fall hur denna fördelning förändrats under 1990-talet. En stark tradition i svensk välfärdsforskning har varit att knyta analysen av ofärdens fördelning till de stora fördelningspolitiska konflikterna i samhället. Att kön är en viktigt kategori i sådana konflikter är självskrivet i detta sammanhang. Mäns och kvinnors skilda möjligheter och villkor är inte bara alltjämt viktiga att belysa, utan har också i allt högre grad kommit att uppmärksammas. Också skillnader i förhållanden mellan olika samhällsklasser har diskuterats i den politiska debatten under lång tid. Fastän dagens arbetsliv kan tyckas väsensskilt från den tidiga industrialismens, kvarstår på många sätt de grundläggande skillnaderna mellan arbetare, tjänstemän och företagare. Förutom klass och kön ska position i livscykeln eller familjeförhållanden uppmärksammas, liksom födelseland. Vi ska också söka belysa vilka förändringar som har skett av mer avgränsade gruppers förhållanden. Välfärden för de yngsta (de i åldrarna 0 till 15 år) och de äldsta (de som är 85 år eller äldre) kommer dock inte att belysas annat än marginellt. Detta beror på åldersbegränsningar som gäller för de material som merparten av analyserna bygger på.

Analyserna som presenteras i detta kapitel baseras i huvudsak på de undersökningar om levnadsförhållanden som Statistiska centralbyrån genomför årligen (ULF-undersökningarna, för en översikt, se SCB 1997b). Detta material kompletteras i första hand med bearbetningar av SCB:s inkomstfördelningsundersökningar. ULF-materialet utgör en rik och utifrån ett internationellt perspektiv unik källa för att följa välfärdsförändringar på individnivå. ULF genomförs som intervjuer med ett representativt urval av befolkningen i åldrarna 16 till 84 år och inkluderar frågor om en rad olika levnadsförhållanden. Inom respektive välfärdsområde har en mängd olika frågor ställts för att fånga människors faktiska förhållanden snarare än deras värderingar eller upplevelser av dessa förhållanden. Detta innebär att exempelvis arbets-

förhållanden ringas in med hjälp av frågor om huruvida det krävs tunga lyft i arbetet och i så fall hur ofta, om arbetet är jäktigt och så vidare. På motsvarande sätt söker man fånga hälsotillstånd, ekonomiska förhållanden och andra villkor med hjälp av konkreta frågor om faktiska förhållanden.

För att göra framställningen överskådlig har vi valt att fokusera på tre tidpunkter under 1990-talet, nämligen 1989/1990, 1993/1994 och 1997/1998. Dessa nedslag får representera tre olika faser i den ekonomiska kris som präglat 1990-talet. Åren 1989/1990 utgör kulmen på det sena 1980-talets gyllene år, och uppgifter från dessa år kan belysa frågor om hur vanliga olika välfärdsproblem var och hur de fördelades mellan olika grupper i befolkningen *före* krisen. Åren 1993/1994 representerar de år *under* krisen som varit svårast rent ekonomiskt sett, medan vi utifrån data från åren 1997/1998 söker fånga vad som hänt med människors levnadsförhållanden *efter* den makroekonomiska och statsfinansiella krisen. Analyserna bygger på intervjuer med totalt drygt 36 000 personer. På basis av dessa tvärsnittsuppgifter kan vi analysera olika befolkningsgruppers förhållanden. Då urvalen de olika åren inte innehåller samma individer kan vi däremot inte här följa individuella livsförlopp genom 1990-talets krisår. Förändringar för en grupp innebär därför inte självklart förändringar för enskilda individer.

Vid sidan av sammanfattande mått som procent och medelvärden krävs i många fall någon form av multivariat analysteknik för att det ska gå att jämföra olika befolkningsgruppers välfärdsutveckling över tid. Här kommer vi att använda en särskild teknik som brukar benämnas logistisk regression. Med hjälp av denna metod kan den stora mängden information göras hanterbar och metoden möjliggör också att jämförelser mellan befolkningsgrupper kan renodlas (eller standardiseras). Detta innebär att exempelvis hälsoskillnader mellan utrikes och inrikes födda kan analyseras med hänsyn tagen till att dessa grupper skiljer sig åt vad gäller ålder, kön och så vidare. På så sätt undviker vi att skillnader mellan grupper över- eller underskattas till följd av att grupper skiljer sig åt i sin sammansättning. Denna analysteknik gör det också möjligt att bedöma huruvida de skillnader vi finner är statistiskt signifikanta, det vill säga att de är så stora att de rimligen inte uppkommit genom slumpen. Dessutom kan vi pröva i vilken mån skillnaderna mellan olika grupper förändras över tid.

3.1 Sysselsättning, arbetsförhållanden och utbildning

Ett central arena för människors välfärd är utan tvivel arbetsmarknaden. Såväl ekonomiska som andra aspekter av arbetets villkor är centrala som välfärdsindikatorer i sig, men är också viktiga orsaksfaktorer bakom andra typer av levnadsförhållanden (se exempelvis Lundberg 1990, Tåhlin 1987). När Sverige drabbades av recessionen i början av 1990-talet skedde de mest dramatiska förändringarna på arbetsmarknaden. Arbetslöshetstalen och sysselsättningsgraden förändrades på ett sätt som tidigare hade varit närmast omöjligt att föreställa sig.

I följande avsnitt ska vi belysa sysselsättningsförändringar och arbetslöshetens variationer, men också visa hur arbetsvillkoren har förändrats under den senaste tioårsperioden. Sysselsättningsförändringar under olika faser av krisen och i olika arbetsmarknadssektorer belystes i kapitel 1, där vi också visade hur krisen slog mot kvinnor respektive män. Därför fokuserar vi i detta avsnitt främst på recessionens direkta konsekvenser på arbetsmarknaden för andra befolkningsgrupper.

3.1.1 1990-talet – ett decennium präglat av sysselsättningskris

I tabell 3.1:1 redovisas andelarna i olika grupper som i SCB:s ULF-undersökningar angivit att de vid intervjutidpunkten var anställda eller företagare.¹ Det framgår tydligt av dessa uppgifter att 1990-talets sysselsättningskris varit av generell karaktär. I samtliga här redovisade grupper är det betydligt färre som har ett arbete 1997/1998 än vid perioden före recessionen. Även om risken att inte ha ett arbete har ökat för alla grupper är nedgången mer markant för vissa. För det första gäller detta för personer i den yngsta åldersgruppen, det vill säga för dem som är mellan 16 och 24 år. Att inte stort mer än var tredje yngre person hade ett arbete 1997 är till stor del en effekt av arbetslöshetsproblematiken, men är också en återspeglning av utbildningsexpansionen under decenniet. Även personer som är födda utanför Sverige har haft en mycket kraftig nedgång i förvärvsfrekvens. Denna grupp hade förvisso ett betydligt lägre arbetsmarknadsdeltagande redan före krisen, men avståndet till de inrikesfödda har ökat kraftigt under 1990-talet. År 1997/1998 saknar knappt varannan person som är född utanför Sverige arbete.

Det är också värt att notera en förändring som inte skett, nämligen att sysselsättningskrisen inte inneburit att kvinnor återgått till hemmafrurollen. Nedgången i andelen sysselsatta har varit ungefär lika stor bland män som bland kvinnor. Detta är kanske ett välkänt faktum i dag, men får ändå betraktas som ett utfall som var långt ifrån självklart när krisen inleddes. Det är uppenbart att kvinnors inträde på arbetsmarknaden är en genomgripande samhällsförändring som inte i någon större utsträckning låter sig påverkas av en recession, hur kraftigt den än slår på sysselsättningen.²

¹ Detta avsnitt bygger i huvudsak på Per Lundborgs respektive Johan Fritzells och Olle Lundbergs underlag till kommittén (F:XV; F:VII, se bilaga 2).

² Det bör dock noteras att tabell 3.1:1 visar på en tendens till att sysselsättningen ökat något för män, men inte för kvinnor, mellan de två senare mättpunkterna (se även avsnitt 1.1).

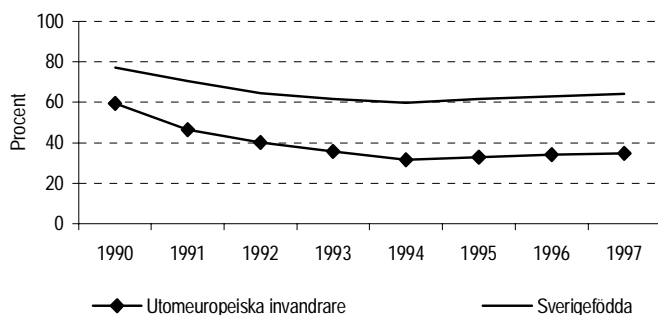
Tabell 3.1:1. Andelen sysselsatta i åldrarna 16 till 64 år med uppdelning på kön, ålder, födelseland och hushållstyp, 1989/1990-1997/1998. Procent

	1989/1990	1993/1994	1997/1998
<i>Kön</i>			
Kvinnor	80	71	70
Män	84	74	75
<i>Ålder</i>			
16-24	59	40	35
25-34	90	76	78
35-44	93	86	85
45-54	93	87	86
55-64	71	66	66
<i>Födelseland</i>			
Sverige	83	75	75
Utom Sverige	72	58	54
<i>Hushållstyp</i>			
Ensamstående utan barn	67	55	53
Sammanboende utan barn	85	78	78
Sammanboende med barn	94	85	86
Ensamstående med barn	84	70	74

Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Utomeuropeiska invandrare har särskilt låg sysselsättningsfrekvens. Om vi studerar förankring på arbetsmarknaden utifrån hur många som är sysselsatta under hela året tycks det som om situationen har försämrats mer för utomeuropeiska invandrare än för Sverigefödda under 1990-talet. Av Figur 3.1:2 framgår att andelen helårssysselsatta bland utomeuropeiska invandrare har minskat från ungefär 60 procent 1990 till drygt 30 procent 1997. Även för infödda svenskar har andelen helårssysselsatta minskat, men inte alls lika kraftigt och dessutom från en högre nivå.

Figur 3.1:2. Reguljärt sysselsatta hela året bland utomeuropeiska invandrare och personer födda i Sverige, 1990–1997



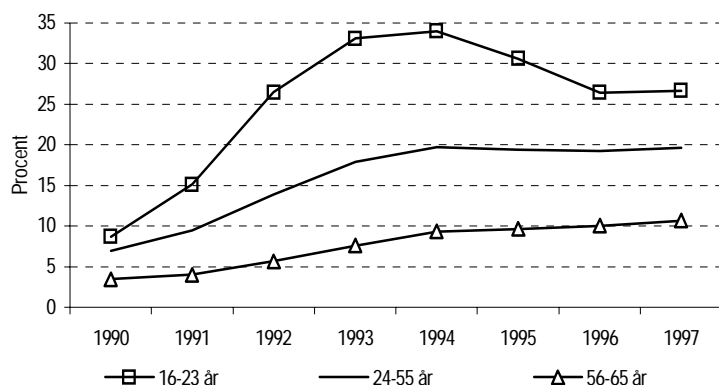
Källa: Lundborg (F:XV, se bilaga 2).

Ungdomar och invandrare hårt drabbade av arbetslöshet

1920-talet, 1930-talet och 1990-talet kommer man att minnas som århundradets arbetslöshetsårtionden. Det är sedan tidigare känt att ungdomar drabbades särskilt hårt av arbetslösheten under krisens inledande skede i början av 1990-talet. I Figur 3.1:3 framgår att närmare 35 procent av ungdomarna i åldrarna 16 till 23 år var arbetslösa någon del av året 1994.³ I åldrarna 24 till 55 år ökade andelen som upplevt arbetslöshet någon gång under året till nästan 20 procent till 1994, medan arbetslösheten bland de allra äldsta ökade till 10 procent. Efter 1994 vände den negativa trenden för ungdomarna, medan arbetslöshetsnivån för övriga åldersgrupper har förblivit i stort sett stabil.

³ Arbetslöshet någon gång under året hänför sig till dem som någon gång under året lyft någon form av arbetslöshetsersättning. Detta förfaringssätt leder till en viss underskattning av antalet som erfarit arbetslöshet någon gång under året.

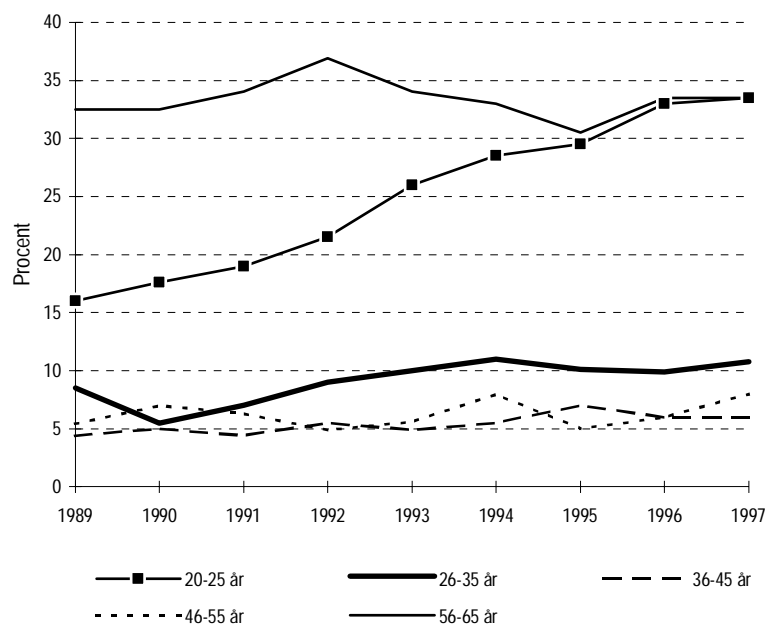
Figur 3.1:3. Arbetslöshet någon gång under året för olika ålderskategorier, 1990-1997. Arbetslös någon gång under året, baserat på arbetslöshetsersättning. Procent



Källa: Lundborg (F:XV, se bilaga 2).

Att stå utanför arbetskraften kan ses som ett alternativ till arbetslöshet. Mönstret för arbetskraftsutträde är kraftigt åldersbetingat, såtillvida att det för ungdomar ligger nära till hands att fortsätta med någon utbildning när möjligheterna till arbete är små. För äldre personer kan en arbetslöshetskris i stället påskynda en utslagningsprocess med exempelvis ökad risk för förtidspensionering. Av Figur 3.1:4 framgår att det är en relativt sett stor del av de äldre som står utanför arbetskraften, men denna andel har inte ökat under 1990-talet. Krisen under 1990-talet tycks således inte ha lett till en starkare utträngning av äldre personer från arbetskraften. Däremot framgår det tydligt att allt fler av personerna i åldrarna 20-25 år kommit att stå utanför arbetskraften. Denna ökning har varit mest markerad för ungdomar som kommer från arbetarhem. Det har också skett en ökning av andelen utanför arbetskraften bland personer i åldrarna 26-35 år, om än på lägre nivåer.

Figur 3.1:4. Andel personer utanför arbetskraften i olika åldersgrupper, 1986–1997. Procent



Källa: Åberg och Nordenmark (F:XXVII, se bilaga 2).

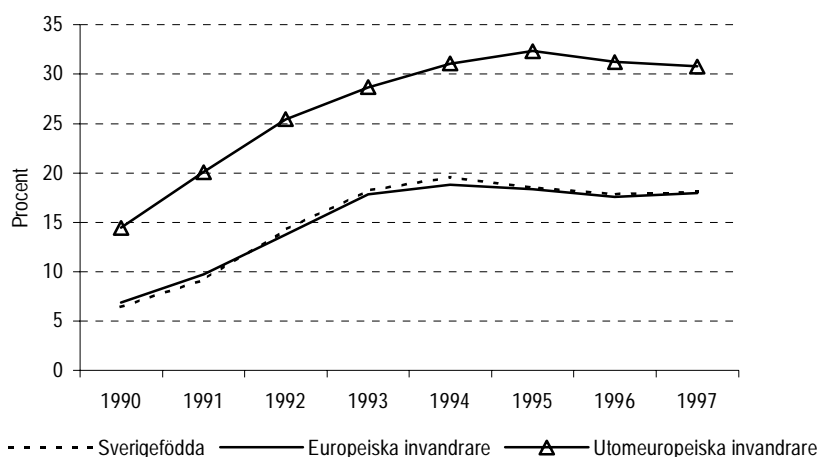
Alternativen till förvärvsarbete är såväl före som efter arbetslöshetskrisen i början av 1990-talet starkt åldersrelaterade. Andelen studerande i åldrarna 20-25 har i stort sett fördubblats under 1990-talet (från drygt 8 procent till nästan 16 procent). Däremot tycks det inte ha blivit vanligare med förtidspensionering bland personer i åldersgruppen 46-65 år, utan andelen ligger stabilt på drygt 11 procent.

Vi konstaterade ovan att andelen sysselsatta har minskat kraftigt för utrikesfödda personer. Av Figur 3.1:5 framgår att europeiska invandrare och Sverigefödda uppvisar liknande nivåer och förändringar vad gäller förekomsten av arbetslöshet någon gång under året⁴. Däremot finns betydande skillnader i arbetslöshetserfarenhet mellan utomeuropeiska invandrare å ena sidan och europeiska invandrare och Sverigefödda å den andra, även om skillnaderna inte verkar ha ökat särskilt dramatiskt under perioden. I början av 1990-talet var andelen som upplevt arbetslöshet under året mer än dubbelt så hög bland utomeuropeiska

⁴ Däremot har europeiska invandrare något fler arbetslöshetsdagar.

invandrare som bland infödda svenskar och europeiska invandrare. Arbetslöshetserfarenheten har ökat i omfattning för samtliga dessa tre grupper, men under senare år har nivåerna stabiliserats vid knappt 20 procent för såväl infödda svenskar som europeiska invandrare och vid drygt 30 procent för utomeuropeiska invandrare.

Figur 3.1:5. Arbetslöshet bland Sverigefödda, europeiska invandrare och utomeuropeiska invandrare, 1990-1997. Arbetslös någon gång under året, baserat på arbetslöshetsersättning. Procent



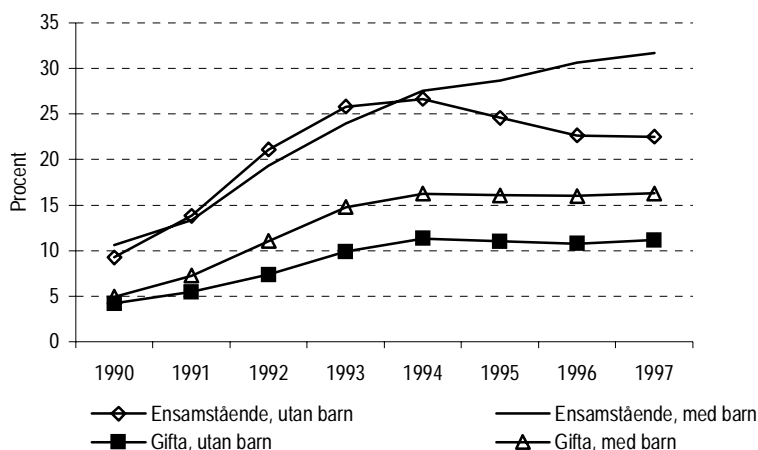
Källa: Lundborg (F:XV, se bilaga 2).

Arbetslösheten steg under decenniet i alla utbildningsgrupper, men den inbördes rangordningen mellan grupperna förändrades inte. Det huvudsakliga mönstret är att den relativa ökningen av arbetslösheten under 1990-talet slagit förhållandevis jämnt över olika utbildningsgrupper, men att arbetslöshetstalen är högst för de lågutbildade.

I allmänhet är arbetslösheten såväl i tider av låg arbetslöshet som i tider av hög arbetslöshet mer omfattande bland ensamstående än bland dem som bor tillsammans med en partner. Vi kan utifrån Figur 3.1:6 konstatera att ökningen av arbetslösheten varit starkast för de ensamstående i allmänhet och för de ensamstående med barn i synnerhet. Det bör poängteras att de ensamstående med barn i huvudsak är kvinnor. Mellan 1990 och 1994 var förändringarna i arbetslösheten i stort sett likartade för ensamstående utan barn och ensamstående med barn. Efter 1994 har dock arbetslösheten fortsatt att öka för de ensamstående med

barn, medan den minskat för de ensamstående som inte har barn.⁵ Lundborgs analyser (F:XV, se bilaga 2) pekar i riktning mot att den negativa trenden under senare delen av 1990-talet för ensamstående med barn till stor del kan förklaras av att dessa uppvisar en ogynnsam fördelning över utbildnings- och yrkesstrukturen.

Figur 3.1:6. Arbetslöshet för personer i olika hushållstyper, 1990-1997. Arbetslös någon gång under året, baserat på arbetslöshetsersättning. Procent



Källa: Lundborg (F:XV, se bilaga 2).

⁵ De ensamstående med barn är också överrepresenterade bland dem som varit arbetslösa hela året. År 1990 är skillnaderna mycket små mellan de olika hushållstyperna, men skillnaderna ökar kraftigt efter hand som arbetslösheten ökar under 1990-talet. Till skillnad från vad som gällde ovan när vi studerade arbetslöshet någon gång under året (se Figur 3.1:6), kan vi konstatera att helårsarbetslöshetstalen minskar kraftigt bland ensamstående med barn efter 1996. Det bör också noteras att Figur 3.1:6 bygger på registerdata där det under tidsperioden finns en ökad osäkerhet om huruvida personer är ensamstående eller sammanboende. Enligt Lundborg (F:XV, se bilaga 2) innebär detta att arbetslösheten bland de ensamstående sannolikt underskattas.

3.1.2 Andra större förändringar på arbetsmarknaden

Arbetsmarknadens omvandling under 1990-talet handlar inte enbart om att sysselsättningen minskat och arbetslösheten ökat.⁶ Som framgår av Tabell 3.1:7 föreligger påtagliga och systematiska förändringar av yrkesstrukturen på den svenska arbetsmarknaden. Andelen tjänstemän på högre nivåer ökar medan andelen arbetare minskar över tid, vilket är en trend som varit synlig långt före 1990-talets ekonomiska kris (se exempelvis Szulkin och Tåhlin 1994). Vid decenniets inledning fanns totalt sett fler arbetare än tjänstemän, men vid slutet av 1990-talet finns det betydligt fler tjänstemän än arbetare. Samtidigt är det värt att notera att arbetare i okvalificerade yrken fortfarande i slutet av decenniet är den enskilt största sociala klassen.

Tabell 3.1:7. Klasstrukturens förändringar bland sysselsatta (inklusive tjänstlediga) i åldrarna 16 till 64 år. Procent

	1989/1990	1993/1994	1997/1998
Högre tjänstemän	10,9	12,7	14,3
Tjänstemän på mellannivå	17,2	19,1	20,3
Lägre tjänstemän	15,5	15,3	13,7
Arbetare i kval. yrken	16,8	15,8	15,8
Arbetare i okval. yrken	29,1	25,7	24,4
Företagare	10,5	11,4	11,5

Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Det bör också poängteras att de förändringar som framgår av tabellen inte nödvändigtvis återspeglar att de arbetsuppgifter som arbetare i okvalificerade yrken tidigare utförde har försvunnit. Det kan också vara så, att krisen lett till att mer kvalificerade anställda tenderat att överta dessa arbeten.

⁶ Avsnittet om förändringar i arbetslivet bygger på Johan Fritzells och Olle Lundbergs underlag till kommittén (F:VII, se bilaga 2).

Fler har fått tillfälliga anställningar

I dagens diskussioner kring arbetsmarknadens omvandlingar finns ofta frågor rörande mer flexibla och osäkra anställningsformer i blickpunkten. Att ha en tidsbegränsad anställning är förvisso inget enhetligt villkor, utan kan ha olika innebörd beroende på typ av anställningskontrakt och resursskillnader mellan olika grupper av anställda. Detta gör att tillfälliga anställningar inte entydigt kan ses som en indikator på ofärd, men för människor i allmänhet är det ofta önskvärt att ha den trygghet och förutsägbarhet som en fast anställning innebär. Tidsbegränsade anställningar kan också få andra negativa konsekvenser, som exempelvis rädsla att ge uttryck för sin mening på arbetet (Aronsson och Gustafsson 1999). Likväl är det ett generellt drag på den svenska arbetsmarknaden att fasta arbeten blivit mindre självklart. Bland dem som har en anställning ökar de tidsbegränsade anställningarna markant. Medan knappt var tionde anställd hade ett tidsbegränsat arbete vid decenniets inledning, var det ungefär 15 procent av de anställda som hade en sådan typ av anställning 1997/1998.

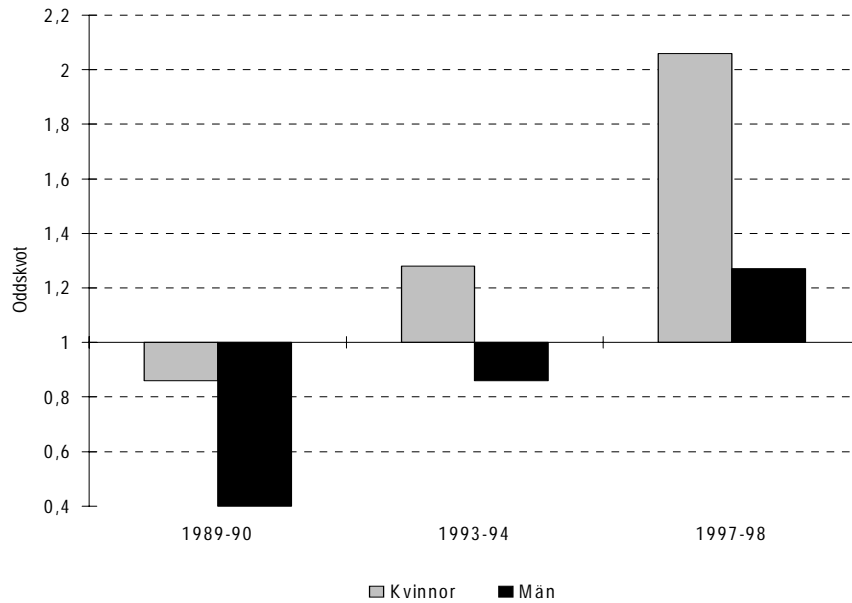
Det finns påtagliga skillnader mellan olika befolkningsgrupper i risken att ha en tidsbegränsad anställning. Denna anställningstyp är vanligast bland kvinnor, utrikesfödda, yngre och ensamstående, men också i klasstrukturens motpoler, det vill säga bland högre tjänstemän och arbetare i kvalificerade yrken. Detta understryker att innebörden av att ha en tidsbegränsad anställning inte är entydig. Det är föga förvånande att yngre personer oftare har tidsbegränsade anställningar, som exempelvis provanställningar, men mer överraskande är kanske att det är relativt vanligt också bland ensamstående med barn (av vilka flertalet är kvinnor).

Både de könsrelaterade och de etniska skillnaderna i förekomsten av tidsbegränsade anställningar har förändrats under 1990-talet, vilket framgår av figurerna 3.1:8 och 3.1:9. De relativa könsskillnaderna har utjämnats något under 1990-talet, men den huvudsakliga slutsatsen från Figur 3.1:8 är ändå att risken för tidsbegränsade anställningar har mer än fördubblats för både kvinnor och män.

En än mer påtaglig förändring av skillnaderna över tid i risken att ha en tidsbegränsad anställning finner vi när vi studerar inrikes och utrikes födda. Vi finner en allt tydligare skiljelinje mellan dessa kategorier, och vid den sista mättidpunkten 1997/1998 har utrikesfödda mer än dubbelt så stor risk jämfört med inrikesfödda för att ha en tidsbegränsad anställning. Här bör man kanske speciellt notera att de förändringar vi redovisar tar hänsyn till att grupperna skiljer sig åt med avseende på familjetyp, ålder och klasstillhörighet. Noteras bör också att denna skillnad ökar trots att utrikesfödda har en väsentligt lägre syssel-

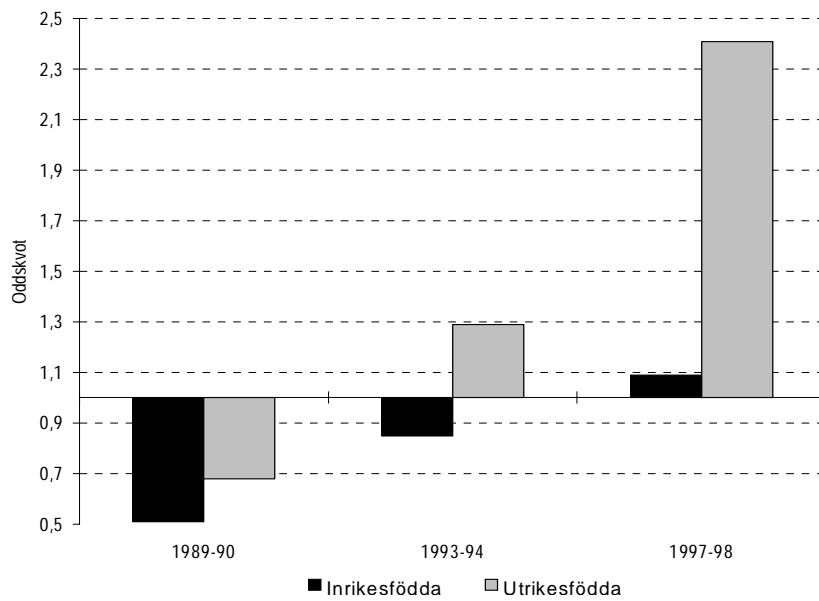
sättningsnivå än vad personer födda i Sverige har. Vi finner med andra ord en skillnad i dubbla led. Jämfört med personer födda i Sverige är utrikesfödda i betydligt lägre grad förvärvsarbetande och om de är det, har de i allt högre grad tidsbegränsade anställningar.

Figur 3.1:8. Förändrade skillnader i tidsbegränsade anställningar mellan anställda kvinnor och män. Standardiserat för ålder, födelseland, familjetyp och social klass. Genomsnitt=1,0



Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Figur 3.1:9. Förändrade skillnader i tidsbegränsade anställningar mellan inrikes och utrikes födda. Standardiserat för kön, ålder, familjetyp och social klass. Genomsnitt =1,0



Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

3.1.3 Arbetstagarnas fysiska och psykiska arbetsförhållanden

Sysselsättningsnedgången under decenniet innebär självfallet inte att de förvärvsarbetandes arbetsvillkor har kommit att bli mindre viktiga att studera.⁷ Tvärtom skulle man kunna hävda att det under en sysselsättningskris blir än mer viktigt att uppmärksamma huruvida förhållandena för dem som har arbete förvärras. Det finns exempelvis flera studier som indikerar att många människor känner en tyst vanmakt på arbetet, delvis som följd av rädslan att mista sitt arbete (se exempelvis Aronsson och Gustafsson 1999). I detta avsnitt ska vi ge en bild av hur arbetsförhållandena utvecklats under 1990-talet och hur de skiljer sig åt mellan olika sociala grupper.

Fysiskt krävande och enformiga arbeten fortfarande vanligt förekommande

Även om den psykosociala sidan av arbetsmiljön i allt större utsträckning har kommit att dominera diskussionen kring människors arbetsvillkor bör man inte glömma att det fortfarande är många arbetstagare som har ett fysiskt krävande arbete. De flesta tidiga teorier om omvandlingen från industriell varuproduktion till post-industriell tjänsteproduktion (Bell 1973) utgår ifrån att fysiskt påfrestande arbete är något som tillhör den gamla industriella eran. Av Figur 3.1:10 framgår att fysiskt krävande arbeten är i stort sett lika vanligt förekommande i slutet av 1990-talet som i början av decenniet.⁸ Fysiskt krävande arbeten är särskilt vanligt förekommande inom den tjänsteproduktion som direkt rör människor, till exempel inom vård och omsorg.

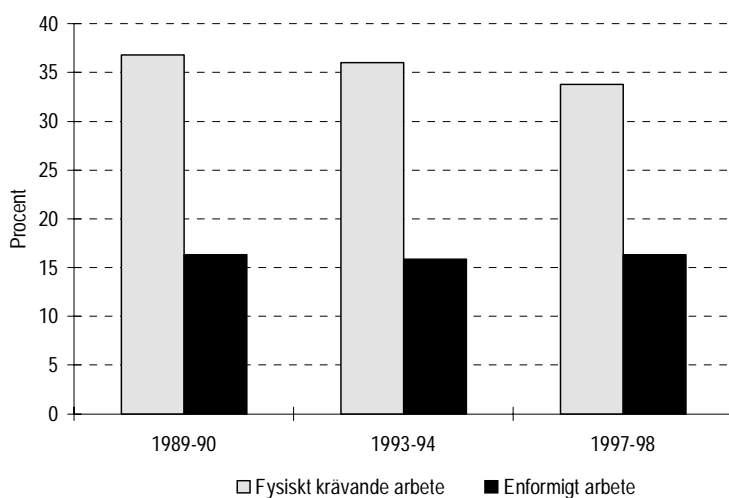
I Figur 3.1:10 framgår också hur stor del av arbetskraften vid respektive tillfälle som har ett enformigt arbete. Också förekomsten av enformiga arbeten kan sägas ha en direkt bäring på teorier om hur arbetets villkor förändras. En inte alltför ovanlig föreställning är att repetitiva och monotona arbeten i allt högre grad kommer att automatiseras bort eller förflyttas till andra delar av världen. Det är därför något överraskande att vi inte heller finner någon tydlig trend vad gäller före-

⁷ Avsnittet baseras på Johan Fritzells och Olle Lundbergs underlag till kommittén (F:VII, se bilaga 2).

⁸ Ett arbete anses som fysiskt krävande antingen när det innebär tunga lyft dagligen eller när det innebär både ensidiga arbetsrörelser och olämpliga arbetsställningar.

komsten av enformiga arbeten.⁹ Andelen av de sysselsatta som har ett enformigt arbete är ungefär densamma under hela undersökningsperioden. I de analyser där vi justerar för de strukturella förändringar som skett av yrkes- och klasstrukturen finner vi till och med att de enformiga arbetena ökat något i omfattning. Det har skett strukturella förändringar på arbetsmarknaden som motverkat denna ökning, så till vida att arbeten som sällan är enformiga (företrädesvis tjänstemannajobb på mellannivå och hög nivå) har blivit vanligare medan okvalificerade arbeten har blivit färre. Om man definierar omvandlingen till det post-industriella samhället utifrån ett gradvis försvinnande av fysiskt krävande och enformiga arbeten, finns det inget som talar för att Sverige under 1990-talet förflyttats speciellt mycket närmare denna typ av samhälle.

Figur 3.1:10. Förändringar i förekomsten av fysiskt krävande arbete och enformigt arbete. Procent



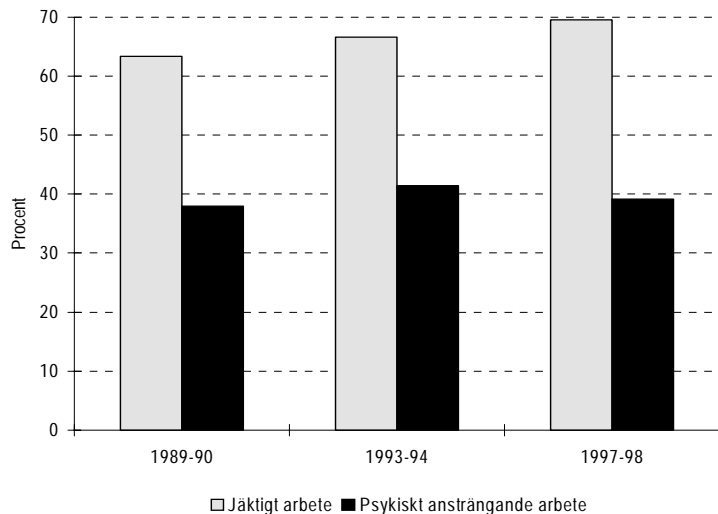
Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Vad gäller arbetets psykosociala villkor har vi valt att fokusera på dels huruvida arbetet är jäktigt, dels huruvida arbetet är psykiskt ansträngande. Figur 3.1:11 visar att förekomsten av psykiskt ansträngande arbeten ökade påtagligt under recessionen, varefter en viss nedgång kan

⁹ Resultatet överensstämmer dock med vad som framkommit ur de så kallade arbetsmiljöundersökningarna (Arbetskyddsstyrelsen och SCB 1998).

konstateras. Däremot tycks det som om jäktiga arbeten blivit allt vanligare under hela decenniet.

Figur 3.1:11. Förändringar i förekomsten av jäktigt arbete och psykiskt ansträngande arbete. Procent



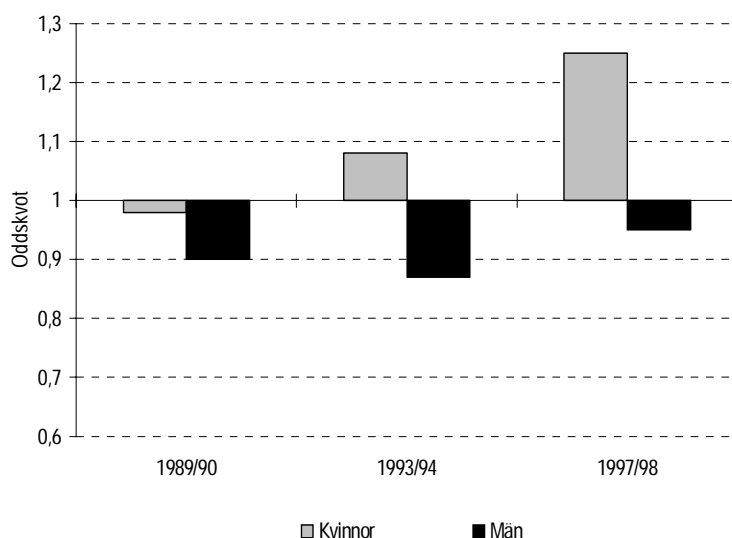
Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Kvinnor har fått sämre psykisk arbetsmiljö

Det föreligger inga statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor och män vad gäller risken för enformiga arbeten. Däremot finner vi att det är vanligare bland kvinnor än bland män att ha fysiskt krävande arbeten, såsom det definieras här. När könsskillnader i arbetsvillkor diskuteras är det dock främst den psykosociala arbetsmiljön som står i fokus (se exempelvis Härenstam m.fl. 1999, LO 1999). Den könssegregerade arbetsmarknaden innebär att kvinnor och män i hög grad arbetar i olika yrken och sektorer. När det gäller den psykosociala arbetsmiljön har denna uppdelning visat sig vara till kvinnors nackdel.

Såväl psykiskt ansträngande som jäktiga arbeten är vanligare bland kvinnor än bland män. I båda dessa avseenden framkommer också tydliga förändringar över tid. Vi konstaterade ovan att det blivit allt vanligare med jäktiga arbeten på den svenska arbetsmarknaden. Denna förändring berör i stort sett endast kvinnor. Av Figur 3.1:12 framgår att skillnaderna mellan kvinnor och män i risken för att ha ett jäktigt arbete var relativt blygsamma vid decenniets inledning, men i slutet av decenniet har kvinnor mer än 30 procent högre risk än män att ha ett jäktigt arbete. Könsskillnaderna i förekomsten av psykiskt ansträngande arbete har utvecklats på ett liknande sätt under decenniet.

Figur 3.1:12. Förändrade skillnader i förekomsten av jäktigt arbete mellan kvinnor och män. Standardiserat för ålder, födelseland, familjetyp och social klass. Genomsnitt=1,0



Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Många studier har visat att anställda inom vård, omsorg och pedagogiska yrken i högre grad än andra anger att arbetet är psykiskt ansträngande samtidigt som de upplevs som mer meningsfullt än många andra yrken (Arbetskyddsstyrelsen och SCB 1997; 1998, LO 1999). Enligt SCB:s arbetsmiljöundersökningar var det vid mitten av 1990-talet 38 procent av samtliga sysselsatta män och 46 procent av samtliga sysselsatta kvinnor som ansåg att de hade ett psykiskt påfrestande arbete. Bland kvinnliga lärare, socialsekreterare, skötare inom den psykiatriska vården och bland vårdare av psykiskt utvecklingsstörda var motsvarande andel 80 procent eller mer. Sjuksköterskor, undersköterskor, sjukvårdsbiträden, äldreomsorgens vårdbiträden och barnomsorgspersonal var andra kvinnodominerade yrkesgrupper där man i högre grad än genomsnittet upplevde arbetet som psykiskt påfrestande.

Inom arbetsmiljöforskningen har man betonat betydelsen av att de krav som ställs på individen i arbetet står i samklang med individens möjlighet att styra över sin egen arbetssituation. Det har visats att stora krav i kombination med låg kontroll i arbetet är ogynnsamt inte bara för individens arbetstillfredsställelse på kort sikt, utan också för hälsan på

längre sikt (Karasek 1979). De yrken som kännetecknas av kombinationen höga krav och bristande kontroll brukar betecknas högstressarbeten. Sådana arbeten har ökat i omfattning under 1990-talet, särskilt bland kvinnor i vårdande och pedagogiska yrken (Eklund 1999). Redan under 1980-talet ökade andelen med högstressarbeten drastiskt för sjukvårds- och barnomsorgspersonal samt klasslärare. De kvinnor som 1991 arbetade inom högstressarbeten hade också oftare än andra grupper psykiska besvär, såsom sömnbesvär och ångslan. Det var också vanligare att de hade kroppsliga besvär i form av exempelvis högt blodtryck och yrsel (Fritzell och Lundberg 1994a).

Andra gruppskillnader i arbetsvillkor

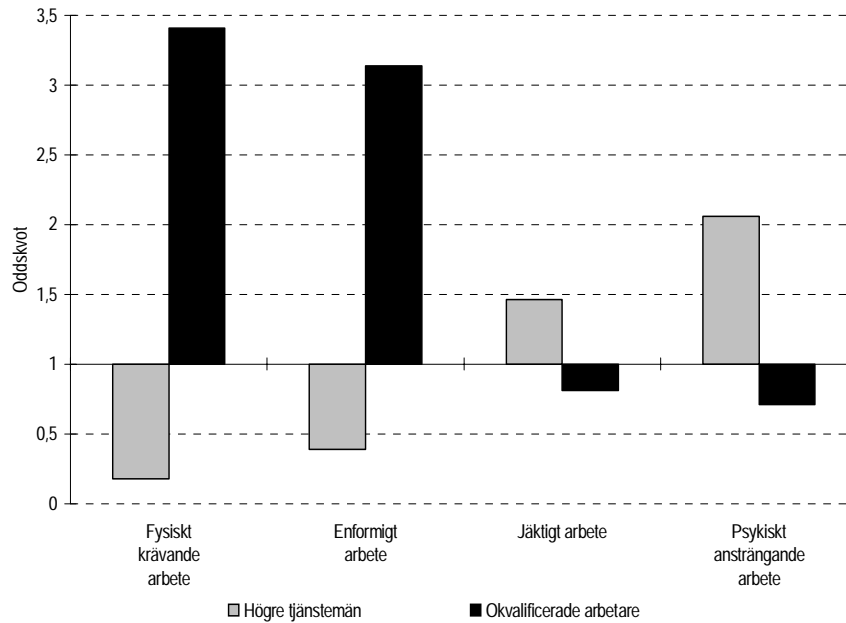
Åldersskillnaderna i arbetsvillkor följer relativt välbekanta mönster och har inte förändrats under 1990-talet. Yngre har i större utsträckning än äldre arbeten som är enformiga och fysiskt krävande. Däremot är jäktiga och psykiskt ansträngande arbeten vanligast förekommande bland arbetstagare i medelåldern. Det förekommer även skillnader mellan individer i olika familjetyper, såtillvida att ensamföräldrar oftare än andra har enformiga och psykiskt ansträngande arbeten.

Det finns markanta skillnader i arbetsvillkor mellan inrikes och utrikes födda arbetstagare, även beaktat skillnader mellan dessa grupper med avseende på ålder, kön, familjetyp och social klass. De utrikesfödda har nära nog dubbel så stor risk som svenskfödda för att ha ett arbete som är enformigt. Utrikesfödda har alltså inte bara en låg förvärvsfrekvens, utan de som är sysselsatta har också enformiga arbeten i större utsträckning än vad inrikes födda arbetstagare har.

De tydligaste arbetsmiljöskillnaderna föreligger trots allt mellan individer i olika sociala klasser, vilket i viss mån är förväntat med tanke på att själva klassindelningen till viss del bygger på en distinktion mellan arbeten med avseende på kvalifikationsnivå och på om yrket är manuellt eller inte. Dessa dimensioner har ju i sin tur en nära koppling till olika aspekter av arbetsmiljön. Klasskillnaderna i arbetsmiljö framgår i Figur 3.1:13, där vi redovisar arbetsmiljöskillnader mellan vad som kan benämnas klasstrukturens motpoler, det vill säga högre tjänstemän och arbetare i okvalificerade yrken. Jämfört med högre tjänstemän har arbetare nästan 20 gånger större risk att ha ett fysiskt krävande arbete och 8 gånger större risk att ha ett enformigt arbete. Vad gäller förekomsten av jäktiga och psykiskt ansträngande arbeten är klasskillnaderna de omvända. Högre tjänstemän har jämfört med okvalificerade arbetare ungefär 55 procent större risk att ha ett jäktigt arbete och nästan tre gånger så stor risk för att ha ett psykiskt

ansträngande arbete. Det har dock inte skett några markanta förändringar av klasskillnaderna i vare sig fysisk eller psykosocial arbetsmiljö under 1990-talet.

Figur 3.1:13. Skillnader i förekomsten av fysiskt krävande arbete, enformigt arbete, jäktigt arbete och psykiskt krävande arbete mellan högre tjänstemän och arbetare i okvalificerade yrken. Standardiserat för år, ålder, kön, födelseland och familjetyp. Genomsnitt=1,0



Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

3.1.4 Utbildningsnivåerna har ökat för både äldre och yngre

En god utbildning är inte bara en viktig resurs på arbetsmarknaden, utan underlättar också för individer att styra sitt liv i mer allmän mening.¹⁰ Ungdomsutbildningen har expanderat kraftigt under hela 1990-talet och numera går en överväldigande majoritet av alla ungdomar vidare till gymnasiet. Även andelen som går vidare till högskolestudier har ökat markant. Att ha en kortare utbildning kan utgöra ett hinder och försvåra chanserna att få arbete. Det är dock svårt att utifrån ett befolkningsperspektiv betrakta kort utbildning som ett direkt utslag av bristande resurser. Andelen i befolkningen som endast har en grundläggande utbildning samvarierar kraftigt med födelseår, såtillvida att äldre årskullar över tid ersätts av yngre kullar som på det hela taget har högre utbildningsnivåer. Andelen av befolkningen i åldrarna 19 till 84 år som har enbart grund- eller folkskoleutbildning har sålunda minskat kraftigt under 1990-talet (från 34 till knappt 26 procent).

Vuxenutbildningen har expanderat

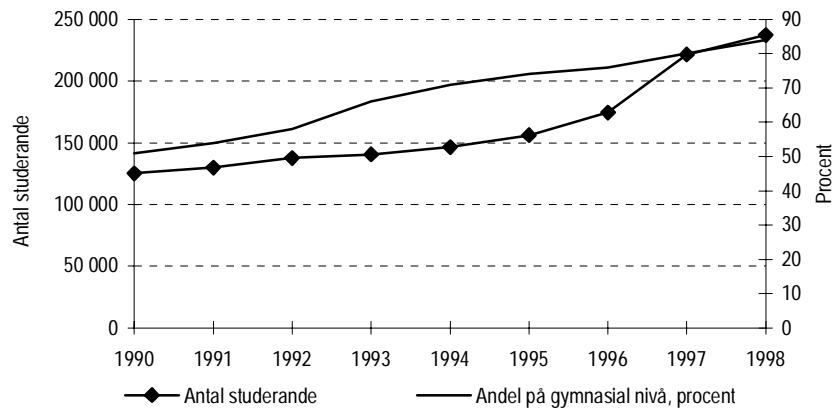
Det faktum att utbildningsnivån i befolkningen generellt sett ökar är dock svårt att tolka utifrån ett välfärdsperspektiv. Att ungdomar i 20-årsåldern i allmänhet har högre utbildning än personer som är 55 år eller äldre innebär inte nödvändigtvis att de ungas chanser att etablera sig på arbetsmarknaden eller deras möjligheter att styra sina liv är relativt sett bättre. Då är det av större intresse att studera personer som har låg utbildningsnivå jämfört med andra personer i deras egen åldersgrupp. Detta är även relevant med tanke på att det i Sverige skett tämligen omfattande satsningar på vuxenutbildning. Dessa satsningar har ökat i omfattning under 1990-talet, vilket manifesteras inte minst genom det så kallade Kunskslyftet som introducerades vid halvårsskiftet 1997 och vars huvudsyfte var att bidra till sänkt arbetslöshet och ökad tillväxt genom utbildningssatsningar.

I Figur 3.1:14 ges en grov bild av hur omfattningen av den kommunala vuxenutbildningen har utvecklats över tid. Antalet studerande i kommunal vuxenutbildning har nästan fördubblats mellan 1990 och 1998. Denna ökning har pågått kontinuerligt under decenniet, men det skedde en påtaglig tempoökning i och med införandet av Kunskslyftet 1997. Ökningen av elevantalet kan nästan uteslutande hänföras till

¹⁰ Detta avsnitt bygger på Johan Fritzells och Olle Lundbergs underlag till kommittén (F:VII, se bilaga 2).

utbildningar på gymnasienivå, vilket avspeglas i den kraftigt ökande andelen vuxna som studerar på denna nivå (SOU 1999:39). I figuren anges den totala volymen av vuxenutbildningen, men det kan därutöver också konstateras att andelen heltidsstuderande har ökat. Sammantaget har det alltså skett en kraftig expansion av den kommunala vuxenutbildningen under 1990-talet.

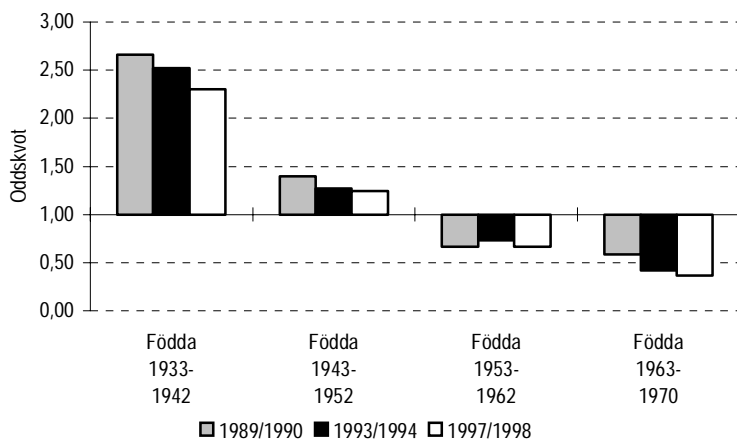
Figur 3.1:14. Antal studerande i kommunal vuxenutbildning samt andel på gymnasial nivå, 1990–1998



Källa: SOU 1999: 39.

Det finns självfallet stora variationer mellan olika befolkningsgrupper i andelen lågutbildade. Särskilt stora skillnader föreligger mellan personer i olika födelsekullar och i olika sociala klasser. Det är dock viktigt att notera att minskningen av andelen som har endast grundläggande utbildning har skett såväl bland de tidigaste som bland de senaste födelsekullarna, om än i snabbare takt bland de yngsta, vilket framgår av figur 3.1:15.

Figur 3.1:15. Förändrade skillnader i förekomsten av låg utbildning (enbart folk- eller grundskola) mellan personer i olika födelsekullar. Standardiserat för kön, familjetyp, födelseland och social klass. Genomsnitt=1,0



Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Många i den yngsta födelsegruppen har skaffat sig mer utbildning under 1990 talet och andelen med enbart grundutbildning i denna födelsekull har minskat från knappt 15 till drygt 9 procent. Detta stämmer väl med vad som tidigare konstaterats, nämligen att många ungdomar mött arbetslöshet och vikande arbetsmarknadschanser under krisens år med att bygga på sin utbildning. Även i de äldre födelsekullarna har det skett en minskning över tid av den andel som har enbart grundutbildning, vilket torde kunna hänföras till vuxenutbildningens expansion.

3.2 Sänkta inkomster och ökade inkomstskillnader

Hushållens inkomstutveckling under 1990-talet har framför allt påverkats av två stora förändringar.¹¹ Den stora skatteomläggning som genomfördes 1990 och 1991 innebar bland annat att skatteunderlaget breddades, att kapitalbeskattningen skildes ut från övrig inkomstbeskattning och att marginalsatserna sänktes. Den svenska ekonomin utsattes för en kraftig nedgång och bruttonationalprodukten (BNP) sjönk tre år i rad mellan 1991 och 1993. Den ekonomiska nedgången ledde till att hushållsinkomsterna generellt sett minskade. Krympande inkomster och höga realräntor tillsammans med att lånekostnaderna i och med skatteomläggningen i praktiken blev högre, föranledde hushållen att söka minska sina skulder. En konsekvens av detta blev att den svenska konsumtionen sjönk påtagligt. Samtidigt som arbetsmarknaden varit vikande och de löpande inkomsterna på det hela taget minskat har börsvärdet på aktiemarknaden präglats av en kraftig uppgång under i stort sett hela 1990-talet. Värdestegringarna på börsen har resulterat i att hushåll som haft placeringar i aktier och aktiefonder har fått se sina tillgångar öka kraftigt i värde. Vid olika tidpunkter har dessa värden omsatts, varvid dessa hushåll i taxeringen har uppvisat realiserade värdeökningar på sitt finansiella kapital.

Inkomstskillnaderna mellan kvinnor och män har minskat något

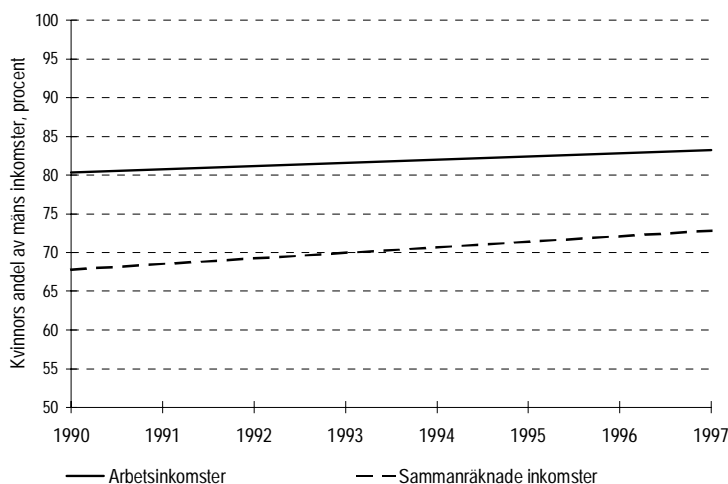
Innan vi övergår till att studera utvecklingen av inkomster, inkomstfördelning och inkomstskillnader mellan grupper baserade på hushållens inkomster finns det skäl att ge en bild av hur inkomstskillnaderna mellan kvinnor och män har förändrats under 1990-talet. I Figur 3.2:1 redovisas för det första helårs- och heltidsanställda kvinnors genomsnittliga andel av helårs- och heltidsanställda mäns arbetsinkomster. För det andra redovisas kvinnors sammanräknade inkomster i förhållande till mäns sammanräknade inkomster för individer i åldrarna 16 till 84.¹² Trots att de båda kurvorna baseras på olika inkomstmått ger de en relativt entydig bild. Det har skett en viss utjämning under 1990-talet av inkomstskillnaderna mellan kvinnor och män. Utjämningen är något tydligare

¹¹ Detta avsnitt bygger i huvudsak på Kjell Janssons underlag till kommittén (F:XI, se bilaga 2). Datamaterialet är SCB:s inkomstfördelningsundersökningar.

¹² I båda fallen redovisas skillnader i medianinkomster.

avseende samtliga individers inkomster än vad gäller arbetsinkomsten för helårs- och heltidsanställda, vilket pekar i riktning mot att kvinnors arbetsutbud närmat sig männens.

Figur 3.2:1. Kvinnors arbetsinkomster och sammanräknade inkomster i förhållande till mäns inkomster, 1990-1997. Linjär trend baserad på medianvärden. Arbetsinkomster baserade på helårs- och heltidsanställda. Sammanräknade inkomster baserade på hela befolkningen 16 till 84 år. Procent



Källa: SCB (1999a) samt bearbetningar av ULF (SCB).

De genomsnittliga inkomstnivåerna har sänkts

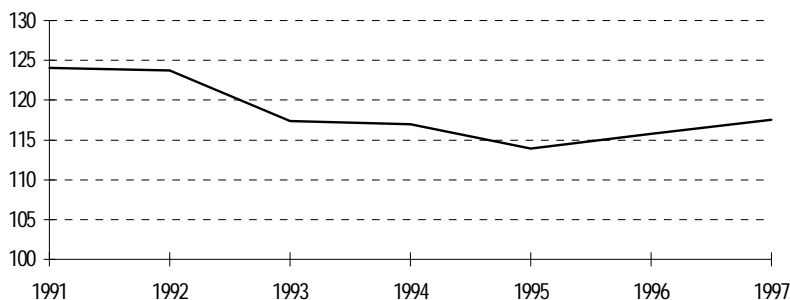
Ett problem för studier av inkomstfördelningen i Sverige är hur hushåll definieras och avgränsas. Ungdomar som är 18 år och äldre har i statistiken betraktats som egna hushåll även i de fall ungdomarna bor kvar i föräldrahemmet och oftast tar del av hushållets samlade ekonomiska resurser. Detta tillvägagångssätt har bland annat lett grova överskattningar av andelen fattiga ungdomar i Sverige. För en analys av välfärdens utveckling under 1990-talet är detta ett stort problem. Genom speciella bearbetningar av SCB kan vi nu beskriva inkomsternas nivåer

och fördelning utifrån en mer korrekt hushållsdefinition, som här benämns kostenhet.¹³ I Figur 3.2:2 framgår hur befolkningens jämförbara disponibla inkomster förändrats under 1990-talet. Denna inkomsttyp ger en förhållandevis god bild av hushållens och individernas ekonomiska standard, eftersom den tar hänsyn till skatter och transfereringar liksom till hushållens storlek och sammansättning.¹⁴

¹³ Dessa nya så kallade kosthushåll där kvarboende ungdomar betraktas ingå i föräldrahushållet kan för närvarande analyseras endast för perioden 1993 till 1997. För att trots denna begränsning kunna ge en så heltäckande beskrivning av 1990-talet som möjligt har vi skattat utvecklingen under 1991 och 1992 utifrån den tidigare hushållsdefinitionen. Justeringen har gjorts på så vis att vi för åren 1993 till 1997 beräknat avvikelser mellan trender som gjorts med de nya och med de gamla hushållsdefinitionerna. Därefter har situationen för 1991 och 1992, såsom den framstår med hjälp av de gamla hushållsdefinitionerna, justerats med hjälp av de genomsnittliga procentuella avvikelserna. Det bör tilläggas att vi endast gjort detta i de fall där vi anser oss ha en god tillförlitlighet i skattningarna. I några fall redovisar vi därför endast utvecklingen mellan 1993 och 1997.

¹⁴ I linje med den gängse inkomstfördelningsforskningen är individen analysenhet i detta avsnitt, även om inkomsterna är baserade på hushållet. Den ekvivalensskala som används för att jämföra inkomster i hushåll med olika sammansättning har sin grund i 1996 års socialbidragsnorm och har utvecklats av Jansson (1998). Enligt denna ekvivalensskala har den första vuxna personen i hushållet vikten 1,0, annan vuxen har vikten 0,55 och barn i åldrarna 0 till 17 år har vikten 0,47. Detta innebär exempelvis att en familj bestående av två vuxna och två barn och med en sammanlagd disponibel inkomst på 249 000 kronor har lika stor disponibel inkomst per kostenhet som en ensamstående person utan barn och med en inkomst på 100 000 kronor har. För exakta definitioner av ingående inkomstslag m.m., se vidare Kjell Janssons underlag till kommittén (F:XI, se bilaga 2).

Figur 3.2:2. Utvecklingen av befolkningens disponibla inkomster per kostenhet, 1991–1997. Medianvärden i 1999 års priser. Tusentals kronor



Källa: Bearbetningar av Jansson (F:XI, se bilaga 2).

Av figur 3.2:2 framgår tydligt den nedgång av befolkningens inkomster som inträffade i början av 1990-talet. Efter 1995 sker så en uppgång av den ekonomiska standarden som tycks hålla i sig så långt vi i dag kan beskriva utvecklingen. Trots denna uppgång har inte genomsnittsinkomsterna 1997 tagit sig upp till den nivå som rådde före nedgången, utan har i genomsnitt minskat med fem procent sedan 1991. På det hela taget har alltså den svenska befolkningen fått lägre inkomster mellan 1991 och 1997, men ovanstående figur säger ingenting om huruvida vissa grupper har fått det bättre och andra sämre och hur fördelningen mellan olika grupper har förändrats under 1990-talet.

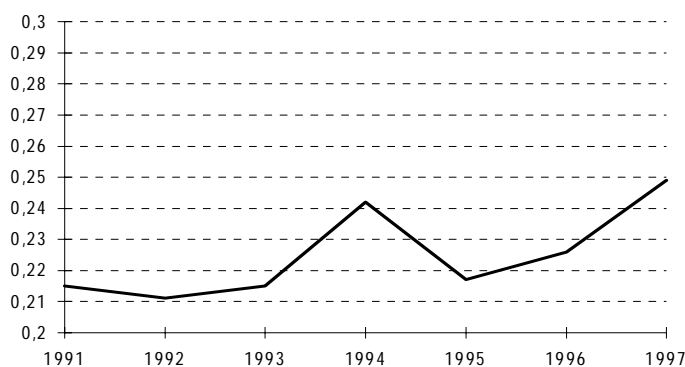
Inkomstskillnaderna har ökat

I Figur 3.2:3 ges en översiktlig bild av inkomstjämlighetens utveckling utifrån den så kallade Gini-koefficienten. Ju högre värde denna koefficient antar, desto större är inkomstspridningen. Den bild som framträder visar på ökade inkomstskillnader under 1990-talet. Den kraftiga uppgången av ojämlikheten 1994 förklaras till övervägande del av kraftiga realisationsvinster samt av att aktieutdelningar var skattefria detta år.¹⁵ Realisationsvinster speglar värdeförändringar och läses av först när det sker en försäljning av tillgångarna, trots att själva värdeförändringarna kan ha pågått under en längre tid. Den ökade tendensen till inkomstjämlighet framkommer dock även när vi i analyserna lämnar

¹⁵ Reavinstskatten var 25 procent 1993 och 12,5 procent 1994. År 1995 höjdes den till 30 procent.

dessa realisationsvinster utanför, men tendensen försvagas något. Det står helt klart att fördelningen är klart mer ojämn i slutet av 1990-talet än vid decenniets inledning. Uppgången av ojämlikheten enligt Gini-koefficienten är cirka 15 procent mellan 1991 och 1997. Räknar vi bort reavinsterna är uppgången strax under 10 procent. Detta är en större uppgång än vad som konstaterats för motsvarande period på 1980-talet, då ökningen av inkomstjämligheten i Sverige var högre än i många andra länder (Fritzell 1993). Utvecklingen under 1990-talet är således inget trendbrott, utan en fortsättning på den trend mot ökade inkomstskillnader som pågått sedan 1980-talet. Samtidigt bör det sägas att inkomstjämlighetens nivå i Sverige alltså är klart lägre än i de flesta länder.

Figur 3.2:3. Inkomstjämlighetens utveckling under perioden 1991–1997. Gini-koefficient, disponibel inkomst per kostenhet



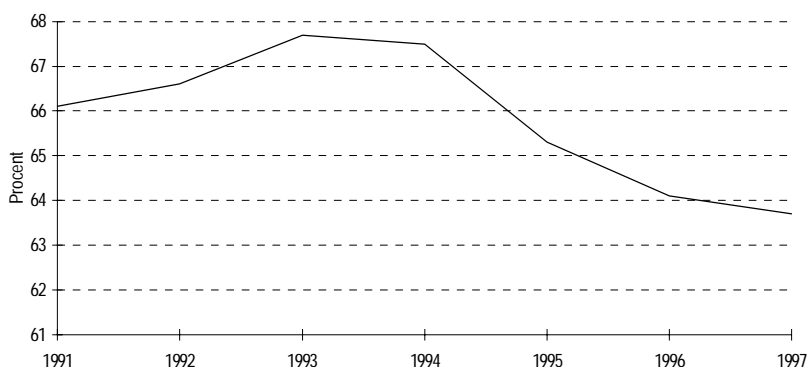
Anm. Notera att skalan på x-axeln inte börjar på 0.

Källa: Bearbetningar av Jansson (F:XI, se bilaga 2).

I figurerna 3.2:4 och 3.2:5 används så kallade percentilgränser som mått på förändringar av spridningen i olika delar av inkomstfördelningen. Genom detta förfarande sorteras samtliga inkomster i ordning från låga till höga. Percentil 10 uttrycker den inkomstnivå som avgränsar de 10 procent av befolkningen som har lägst inkomster, medan percentil 90 avgränsar de 10 procent som har högst inkomster. I båda fallen relaterar vi dessa inkomstnivåer till medianinkomsten (P50) för respektive år. Detta innebär att inkomstspridningen ökat om kurvan sjunker för dem med låga inkomster respektive stiger för dem med höga inkomster. Flera viktiga iakttagelser kan göras utifrån figurerna. Av figur 3.2:4 framgår att det skett en viss utjämning i den nedre delen av inkomstfördelningen under perioden från 1991 till 1993, men därefter ökar skillnaderna. Figur 3.2:5 ger vid handen att de stora reavinsterna 1994 medförde ökade

inkomstskillnader i den övre delen av fördelningen. Bortser vi från 1994 finner vi att det relativa avståndet mellan percentil 90 och medianen i stort sett är oförändrat från 1991 till 1995, varefter det ökar förhållandevis kraftigt. Den övergripande ökning av inkomstspridningen som framkom av redovisningen i figur 3.2:3 är alltså en effekt av en ökad spridning såväl i den nedre som den övre delen av inkomstfördelningen. Jämför vi de relativa inkomstnivåerna (det vill säga percentil 90 och percentil 10) med varandra, framkommer att inkomstspridningen har ökat med strax under 10 procent mellan 1991 och 1997. Således noterar vi med detta angreppssätt en något mindre ökning än vad som framkom enligt Gini-koefficienten.

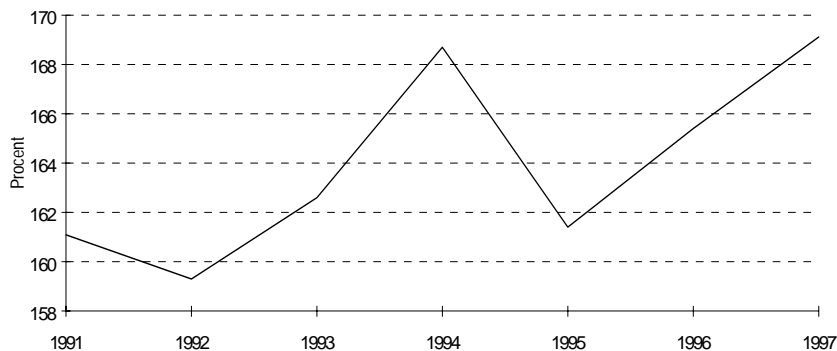
Figur 3.2:4. Förändringar av inkomstjämligheten i nedre delen av inkomstfördelningen. Utvecklingen av låga inkomster (P10) i förhållande till medianinkomsten (P50), 1991–1997. Disponibel inkomst per kostenhet. Procent



Anm. Notera att skalan på x-axeln inte börjar på 0.

Källa: Bearbetningar av Jansson (F:XI, se bilaga 2).

Figur 3.2:5. Förändringar av inkomstjämligheten i övre delen av inkomstfördelningen. Utvecklingen av höga inkomster (P90) i förhållande till medianinkomsten (P50), 1991-1997. Disponibel inkomst per kostenhet. Procent



Anm. Notera att skalan på x-axeln inte börjar på 0.

Källa: Bearbetningar av Jansson (F:XI, se bilaga 2).

Det är inte bara inkomsternas nivåer och fördelning som uppvisar en förändring under 1990-talet. Som framgått redan från avsnitt 2.1.6 uppvisar inkomsternas sammansättning en påtaglig variation både över tid och mellan dem med låga och höga inkomster. Personer med höga disponibla inkomster utmärks framför allt av att de har betydande kapitalinkomster och att den relativa vikten av detta inkomstslag ökar över tid. År 1997 utgjorde kapitalinkomsterna mer än en fjärdedel av de sammanlagda inkomsterna för den tiondel med högst inkomster. Bland dem med låga inkomster är inkomsternas sammansättning helt annorlunda. För dem utgör i stället socialförsäkringar, generella och selektiva bidrag betydande inslag i inkomsternas sammansättning. Den kanske största förändringen över tid för denna grupp avser socialbidragens växande betydelse. I den tiondel som har de lägsta inkomsterna utgjorde 1997 socialbidragen i genomsnitt mer än 12 procent av de sammanlagda inkomsterna.

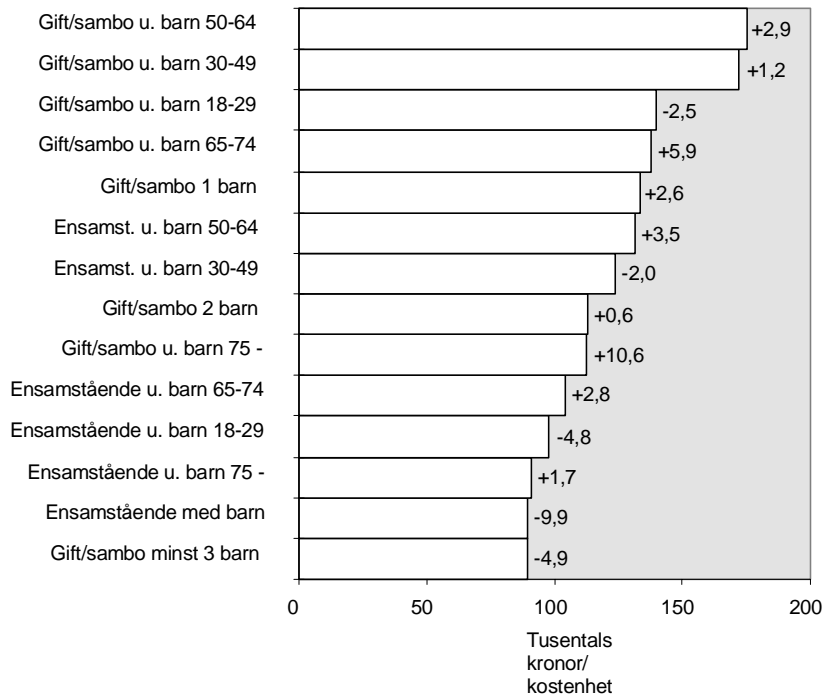
Inkomstnivåer och inkomstskillnader över livscykeln

Det föreligger tydliga inkomstskillnader beroende på vilken fas i livscykeln individer befinner sig i. I Figur 3.2:6 redovisas medianinkomster för fjorton olika hushållstyper och förändringar härvidlag

mellan 1993 och 1997.¹⁶ Av figuren framgår att ensamstående med barn inte bara har låga inkomster, utan också uppvisar den mest negativa trenden över tid. Det bör noteras att de ensamstående med barn till övervägande del är kvinnor. Inkomsterna för ensamstående med barn har minskat under perioden med närmare tio procent i fasta priser. Den hushållstyp som uppvisar de högsta inkomstnivåerna är de sammanboende i åldrarna 30 till 64 år som inte har barn. I denna kategori ingår även de hushåll där barnen har flyttat hemifrån. Sammanboende pensionärer, som grupp betraktat, uppvisar de mest positiva förändringarna gällande inkomstnivå. Detta beror bland annat på att nyblivna pensionärer över lag har högre ATP än vad de som avlider hade (Socialdepartementet 1999a).

¹⁶ Notera att figuren innehåller två typer av information, nämligen disponibel inkomst 1997 samt procentuella förändringar mellan 1993 och 1997. Detta gör att vissa kategorier kan ha relativt höga inkomster och samtidigt uppvisa förhållandevis låga inkomstökningar och vice versa.

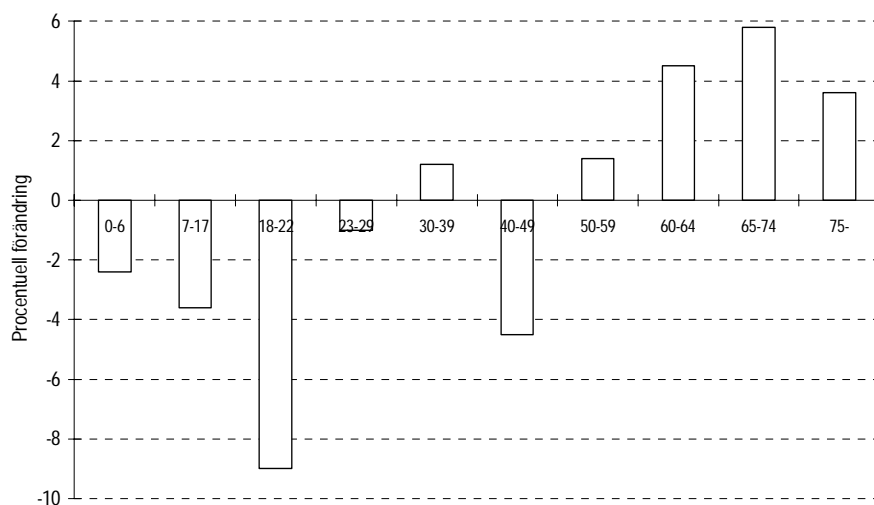
Figur 3.2:6. Disponibel inkomst per kostenhet 1997, samt procentuella förändringar jämfört med 1993. Tusentals kronor



Källa: Jansson (F:XI, se bilaga 2).

I Figur 3.2:7 redovisas inkomstutvecklingen för olika åldersgrupper mätt som procentuella förändringar av de disponibla inkomsternas medianvärden. Det framgår tydligt att det främst är de yngre som har tappat i inkomstutveckling medan de äldre förbättrat sin inkomstposition. Det finns sedan tidigare talrika belegg för att det under lång tid skett starka åldersförskjutningar i inkomstfördelningen, innebärande att de yngres relativa inkomster försämras och de äldres förbättras (se exempelvis Fritzell och Lundberg 1993, Fritzell 1999).

Figur 3.2:7. Procentuella förändringar av inkomstnivån för olika åldersgrupper mellan 1993 och 1997. Medianvärden av disponibla inkomster per kostenhet



Källa: Jansson (F:XI, se bilaga 2).

Allt fler har inkomster som underskrider socialbidragsnormen

Ett vanligt tillvägagångssätt vid beskrivningar av hur stor andel av befolkningen som lever i hushåll med mycket låga inkomster är att studera vilka som har inkomster som är mindre än hälften av medianinkomsten. Enligt den officiella statistiken är det ungefär åtta procent av hushållen som har inkomster som understiger denna gräns. Inom ramen för denna studie där hushållens sammansättning kunnat skattas mer korrekt med hjälp av en definition av kostenhet, är andelarna med inkomster som utgör mindre än hälften av medianinkomsten lägre. Som framgår av tabell 3.2:8 är det 1997 endast drygt tre procent av Sveriges befolkning som lever i hushåll där inkomsten är lägre än hälften av medianvärdet. Denna andel varierar måttligt över tid.

Tabell 3.2:8. Andel personer i hushåll med låga inkomster, 1991–1997.
Procent

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Inkomst lägre än hälften av medianinkomsten	2,6	2,7	2,6	2,7	2,7	3,1	3,1
Inkomst lägre än socialbidragsnormen	5,4	6,2	7,3	7,2	9,0	10,4	10,0

Källa: Bearbetningar Jansson (F:XI, se bilaga 2).

Eftersom de genomsnittliga inkomsterna har sjunkit under huvuddelen av den studerade tidsperioden leder förfarandet att fastställa låg inkomst i relation till medianen med automatik till att gränsen för låg inkomst ständigt justeras nedåt, varvid man löper en risk att underskatta hur många som faktiskt lever under knappa ekonomiska resurser. Vi har därför valt att också utgå ifrån vad som kan sägas uttrycka socialpolitikens synsätt på vilka som har låga inkomster, nämligen andelen individer som lever i hushåll med inkomster som understiger socialbidragsnormen.¹⁷ Det är viktigt att betona att detta är en låg-inkomstgräns baserad på årliga disponibla inkomster. Det innebär inte att de som faller under denna inkomstgräns med nödvändighet har rätt till socialbidrag. Socialbidrag utgår vid specifika tillfällen när bedömningen görs att "skälig levnadsnivå" inte på annat sätt kan uppnås. Detta innebär både att det finns personer som inte uppbär socialbidrag bland dem som har inkomster under socialbidragsnormen och att det finns socialbidragstagare bland dem som har årliga inkomster över denna gräns.

Vi kan utifrån Tabell 3.2:8 konstatera att vi finner större andelar som har låga inkomster när vi utgår från socialbidragsnormen jämfört med när låg inkomst definieras utifrån halva medianen. Andelen som har inkomster som understiger socialbidragsnormen har ökat påtagligt under den studerade perioden och når sin topp 1996 då mer än tio procent ingår i denna kategori. Med tanke på att inkomstnivåerna generellt sett minskade under den första delen av perioden är det inte särskilt förvånande att allt fler kom att ingå bland dem med inkomster som understiger socialbidragsnormen. Det är däremot anmärkningsvärt att denna andel inte sjunkit under den senare delen av 1990-talet. Detta

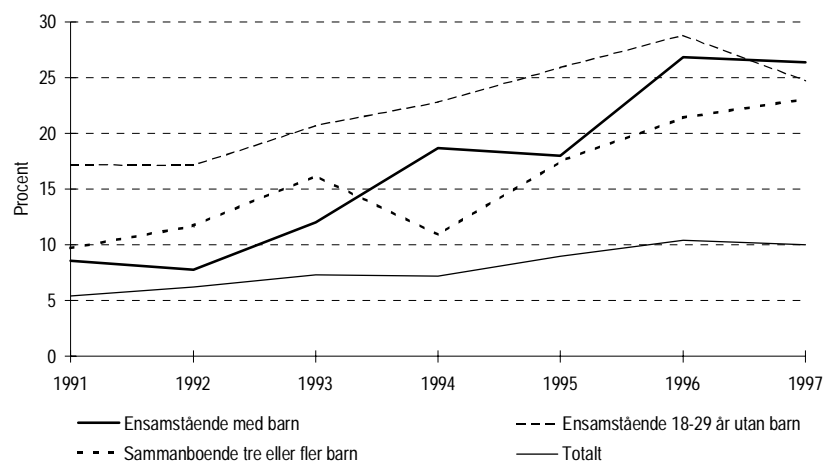
¹⁷ I enlighet med gängse fastställande av socialbidragsnormen har schabloniserade kostnader för boende, fackföreningsavgifter och resor till och från arbetet samt faktiska barnomsorgsutgifter dragits ifrån i beräkningarna.

understryker det faktum att en grupp av betydande storlek inte fått del av den ekonomiska uppgången mot slutet av den studerade perioden.

Vi ska i det följande uppmärksamma några av de grupper som har en särskilt utsatt situation i inkomsthänseende. De grupper vi valt att studera närmare är ungdomar i åldern 18 till 29 år som inte har barn, ensamstående personer med barn samt gifta eller sammanboende som har tre eller fler barn. Som framgår av figur 3.2:9 är det relativt sett många i dessa grupper som har inkomster under socialbidragsnormen och andelarna har också ökat över tid.¹⁸ Den mest dramatiska utvecklingen avser ensamstående med barn, vilket också visade sig ovan, när vi beskrev medianinkomsternas förändring över tid. Både 1996 och 1997 är det mer än var fjärde ensamstående med barn som har inkomster som understiger socialbidragsnormen. Vi kan också konstatera att sammanboende med tre eller fler barn kommit att närma sig dessa höga andelar. Andelen med inkomster som understiger socialbidragsnormen är också hög bland ensamstående ungdomar, men andelen minskar dock påtagligt mellan 1996 och 1997.

¹⁸ Beräkningarna för åren före 1993 bygger dock på något osäkra skattningar.

Figur 3.2:9. Andelar som har inkomster under socialbidragsnormen i vissa utsatta hushållstyper, 1991–1997. Procent

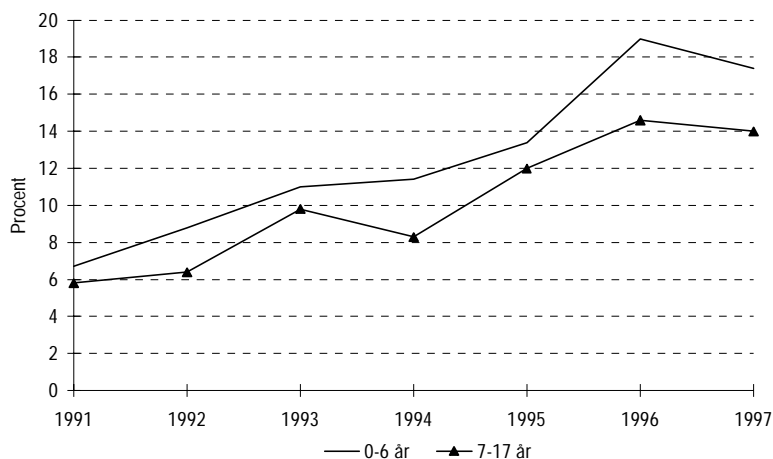


Källa: Bearbetningar av Jansson (F:XI, se bilaga 2).

Allt fler barn lever i hushåll med mycket låga inkomster

Sammantaget tycks det vara barnfamiljer som upplevt den mest negativa utvecklingen vad gäller genomsnittliga inkomster och risken för låg inkomst. Detta framgår än mer tydligt i figur 3.2:10 där vi studerar hur stor andel av alla barn mellan 0 och 6 respektive mellan 7 och 17 år som lever i hushåll där inkomsterna understiger socialbidragsnormen. Då vi jämför denna figur med de resultat som framkom i tabell 3.2:8 finner vi att barnen i början av 1990-talet endast är marginellt överrepresenterade i gruppen med inkomster under socialbidragsnormen. Under 1996 och 1997 är dock överrepresentationen av barn i låginkomstgruppen betydande, framför allt för de yngsta barnen. Lite grovt uttryckt kan man säga att risken för befolkningen i stort att tillhöra denna låginkomstgrupp nära nog har fördubblats mellan 1991 och 1997, medan barnens risk nästan har tredubblats under samma period.

Figur 3.2:10. Andelen barn mellan 0 och 6 respektive mellan 7 och 17 år som lever i hushåll med inkomster som understiger socialbidragsnormen, 1991-1997. Procent



Källa: Bearbetningar av Jansson (F:XI, se bilaga 2).

Sverige har i tidigare internationella jämförelser visat sig ha måttliga inkomstskillnader (Atkinson, Rainwater och Smeeding 1995, Gottschalk och Smeeding 1997). Sverige har också varit en smula unikt i den bemärkelsen att det funnits relativt låga andelar fattiga bland ensamstående mödrar (Jäntti och Danziger 1999, Förster 1994, Smeeding 1992), och att de sämst ställda barnen lever i familjer med högre inkomster än vad som gäller i de flesta länder (Rainwater och Smeeding 1995, Björklund och Freeman 1997). Vi har här visat att Sverige gått mot en ökad inkomstjämlighet och att framför allt ensamstående föräldrar – vilka i praktiken är i huvudsak kvinnor – har drabbats mycket hårt av den ekonomiska nedgången. Det är också oroande att andelen barn som lever i familjer med inkomster under socialbidragsnormen har ökat så markant.

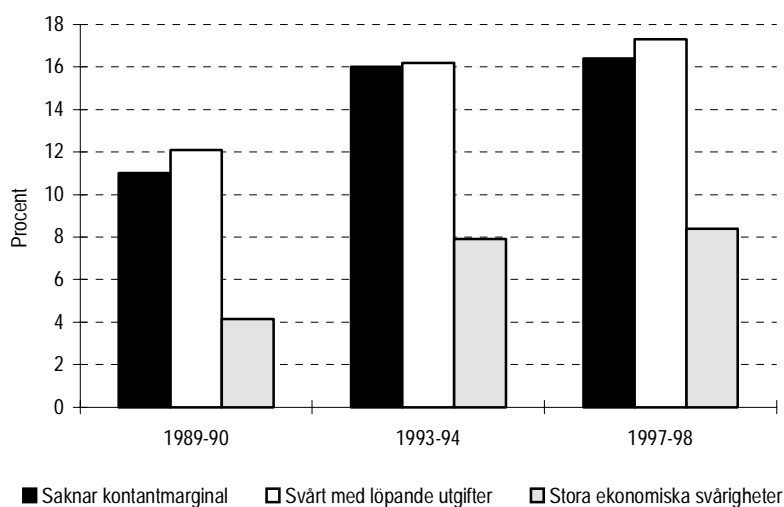
Allt fler lever under stora ekonomiska svårigheter

Människors ekonomiska situation fångas knappast upp fullständigt med hjälp av enbart information om årliga inkomster och det finns all anledning att studera ekonomisk utsatthet också utifrån mer direkta frågor till individer om deras ekonomiska situation.¹⁹ Inom svensk levnadsnivåforskning har avsaknad av kontantmarginal ofta setts som en viktig indikator på knappa ekonomiska villkor. Att ha, eller kunna skaffa, en summa pengar²⁰ för en oförutsedd utgift är självfallet en trygghet som är väsentlig för livsvillkoren. En annan indikator på konkreta ekonomiska svårigheter behandlar mer den vardagliga situationen och huruvida man har haft problem att få pengarna att räcka till de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.

¹⁹ Avsnittet om ekonomiska svårigheter baseras på Johan Fritzells och Olle Lundbergs underlag till kommittén (F:VII, se bilaga 2).

²⁰ Beloppet var 14 000 kronor 1998.

Figur 3.2:11. Andelar med ekonomiska svårigheter. Procent

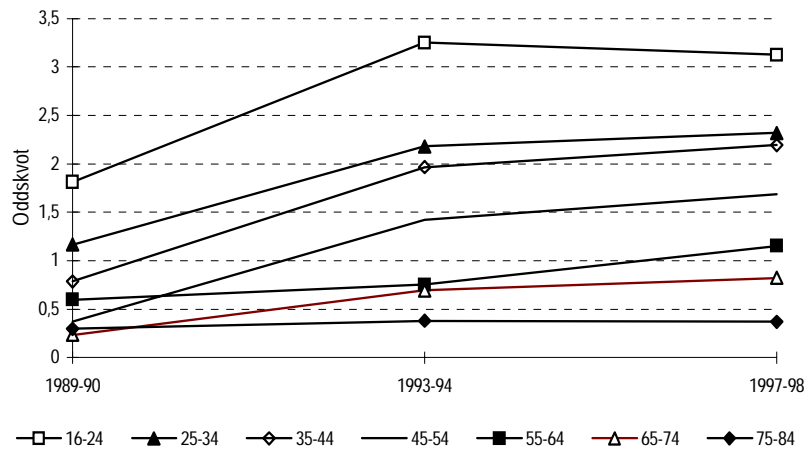


I Figur 3.2:11 framgår hur förekomsten av att sakna kontantmarginal respektive att ha problem med de löpande utgifterna har utvecklats över tid. Vi definierar också en grupp som både saknar kontantmarginal och som har problem med löpande utgifter och som därför kan anses leva under stora ekonomiska svårigheter. Vi kan konstatera att det under decenniets inledning skedde en markant ökning av andelen i befolkningen som saknar kontantmarginal och som har svårigheter att klara löpande utgifter. Ökningen har varit särskilt stark av andelen som är utsatta för båda dessa typer av problem och som därmed kan antas stora ekonomiska svårigheter. Trenderna vad gäller ekonomiska svårigheter liknar på många sätt dem som redovisats beträffande låga inkomster.

De stora förändringarna över tid i risken för att både sakna kontantmarginal och ha problem att klara löpande utgifter ser dock olika ut för olika åldersgrupper. Risken minskar för varje steg vi tar i åldersstegen och skillnaderna är mycket stora mellan de yngre åldersgrupperna och dem över pensionsåldern. Emellertid har samtliga åldersgrupper utom den allra äldsta (75 till 84 år) erfarit försämringar över tid vad gäller utsattheten för stora ekonomiska svårigheter, vilket framgår av figur 3.2:12. Det är alltså inte bara de yngre som erfarit ökade ekonomiska svårigheter. Det har blivit mycket vanligare att ha stora ekonomiska svårigheter också i de åldersgrupper där majoriteten av barnfamiljerna finns. Våra beräkningar har också visat att ensamstående med barn är kraftigt överrepresenterade bland dem som både saknar kontantmarginal och har svårt att klara löpande utgifter. Uppenbarligen

har den långvariga krisen satt sina tydliga spår i många människors ekonomiska villkor under 1990-talet.

Figur 3.2:12. Förändrade skillnader i förekomsten av stora ekonomiska svårigheter mellan olika åldersgrupper. Standardiserat för kön, födelse-land, familjetyp och social klass. Genomsnitt=1,0.



Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

3.3 Förändringar i dödlighet och ohälsa

Dålig hälsa är i många avseenden intimt förknippad med dåliga livsvillkor genom den nära kopplingen till smärta och lidande i såväl kroppslig som mental mening.²¹ Men en dålig hälsa kan också ha andra konsekvenser än det direkta lidande som sjukdomar eller andra hälsoproblem medför. En dålig hälsa kan dramatiskt minska arbetsförmågan och därmed minska möjligheterna till egen försörjning, samtidigt som fattigdom och arbetslöshet också ökar risken att bli sjuk. Förutom att vara en viktig välfärdsindikator i sig skulle befolkningens hälsa också kunna vara en indikator på konsekvenserna av 1990-talets ekonomiska kris. Nu är det dock knappast så enkelt att ökad arbetslöshet och försämrade ersättningsnivåer omedelbart ger avtryck i ökade hälsobesvär och ökad dödlighet. Folkhälsans bestämningsfaktorer är många och komplexa, och inte heller enskilda samhällsförhållanden som exempelvis arbetslöshet uppvisar några enkla och entydiga samband med hälsoläget i landet (se till exempel Lahelma 1994, Martikainen och Valkonen 1996). Samtidigt är naturligtvis hälsolägets förändringar av största vikt för ett bokslut rörande välfärden på 1990-talet.

Även om döden är oföränderlig och jämlik i det att alla en gång ska dö, kan dödligheten totalt sett förändras över tid och variera mellan olika grupper i samhället.²² Dödlighet mäts på gruppnivå, och om fler människor i en befolkning lever allt längre går dödligheten ner, vilket också varit fallet i Sverige under lång tid. Under 20-årsperioden från mitten av 1970-talet till mitten av 1990-talet minskade dödligheten med drygt 27 procent för såväl kvinnor som män. Också under 1990-talet har dödligheten minskat, men under denna period tycks utvecklingen gått snabbare för män än för kvinnor. Totalt sett sjönk dödligheten bland män med nästan 12 procent under perioden 1989 till 1996, medan minskningen för kvinnor under samma period stannade vid knappt 8 procent.

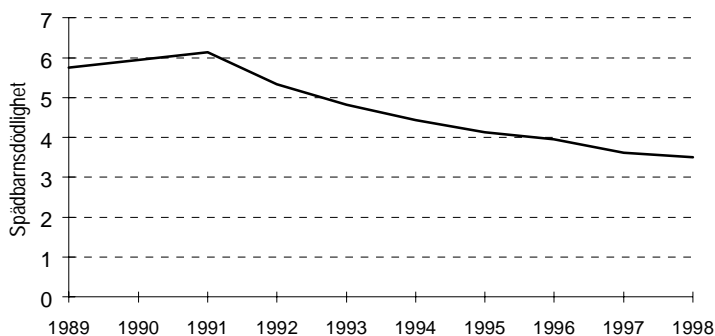
Spädbarnsdödligheten, det vill säga dödligheten bland barn som är yngre än ett år, brukar betraktas som en indikator på välstånd i vid mening. Sverige hade en internationellt sett mycket låg spädbarnsdödlighet redan vid 1990-talets inledning, men spädbarnsdödligheten har ändå nästan halverats fram till slutet av decenniet. Av Figur 3.3:1 fram-

²¹ Detta avsnitt bygger på Johan Fritzells och Olle Lundbergs underlag till kommittén (F:VII, se bilaga 2). Analyserna baseras i huvudsak på Statistiska Centralbyråns årliga undersökningar om levnadsförhållanden (ULF).

²² Dödligheten beräknas som antalet dödsfall per 100 000 genomlevda år under risk.

går att det 1990 inträffade ungefär 6 dödsfall per 1000 levande födda barn, medan denna siffra var nere i 3,5 år 1998.

Figur 3.3:1. Spädbarnsdödlighet. Antal dödsfall under första levnadsåret per tusen levande födda barn, 1989–1998



Källa: SCB (1998).

Sociala skillnader i dödlighet kvarstår

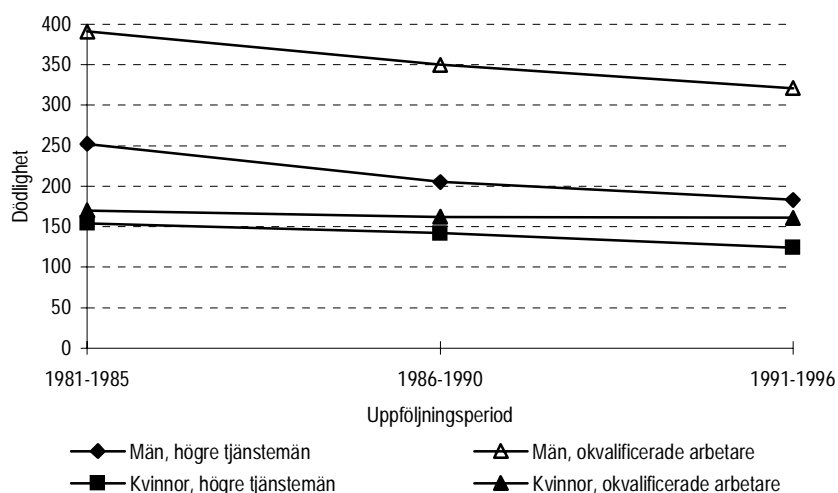
Även om utvecklingen av dödligheten totalt sett indikerar en kraftigt förbättrad folkhälsa sedan mitten av 1970-talet finns det fortfarande påtagliga skillnader mellan olika samhällsgrupper, såväl vad gäller dödlighetens nivå som dess utveckling över tid. Det föreligger stora skillnader mellan kvinnor och män och självfallet uppvisar dödligheten också stora skillnader efter ålder. Dödligheten ökar med ålder, men ökningstakten är högre bland män än bland kvinnor. Bland de äldre föreligger därmed en stor skillnad i dödlighet mellan kvinnor och män, men även i yngre åldrar är skillnaderna till männens nackdel. Under hela efterkrigstiden ökade dödlighetsskillnaderna mellan män och kvinnor, men sedan 1980-talets inledning har skillnaderna minskat genom en markant nedgång i dödligheten bland män (Hemström 1996). Orsakerna bakom männens högre dödlighet är av såväl social som biologisk natur (Hemström 1998) och sammantaget kan både köns- och åldersskillnader i dödlighet till viss del tolkas som utslag av välfärdsskillnader. Dessutom måste köns- och ålderssammansättningen beaktas då man jämför dödligheten mellan andra grupper, såsom individer i olika samhällsklasser och individer med olika etniskt ursprung.

I 1990-talets Sverige finns alltjämt påtagliga sociala skillnader i dödlighet (se exempelvis Lundberg 1998, Vågerö och Lundberg 1995). Arbetare har högre dödlighet än tjänstemän, vilket är tydligast bland män även om det föreligger klasskillnader också i kvinnors dödlighet (Socialvetenskapliga forskningsrådet 1998). Man kan även konstatera att dödligheten skiljer sig åt mellan olika utbildningsgrupper i samhället i så måtto att dödligheten blir lägre för varje steg uppåt i utbildningshierarkin. Skillnaderna mellan klasser och utbildningsgrupper genereras inte av någon specifik form av dödlighet, utan alla slags sjukdomar liksom olycksfall bidrar till ojämlikheten i dödlighet.²³ Huvudintresset här är dock om, och i så fall på vilka sätt, dödlighetskillnaderna i Sverige förändrats under 1990-talet. I Figur 3.3:2 redovisas dödlighetsutvecklingen för klasstrukturens ytterlighetskategorier, nämligen högre tjänstemän och arbetare i okvalificerade yrken.²⁴

²³ Man kan dock notera att hjärt- och kärlsjukdomar är den sjukdomskategori som i störst utsträckning bidrar till ojämlikheten.

²⁴ Klasstillhörigheten baseras på det yrke individerna angivit i Folk- och bostadsräkningarna 1980, 1985 respektive 1990. Dödligheten avser femårsperioden efter respektive folkräkning.

Figur 3.3:2. Dödlighet i åldrarna 20 till 64 år (antal döda per 100 000 levda år) mellan 1981–1985 och 1991–1996. Högre tjänstemän respektive okvalificerade arbetare. Kvinnor och män separat. Standardisering för ålder



Källa: Socialvetenskapliga forskningsrådet (1998).

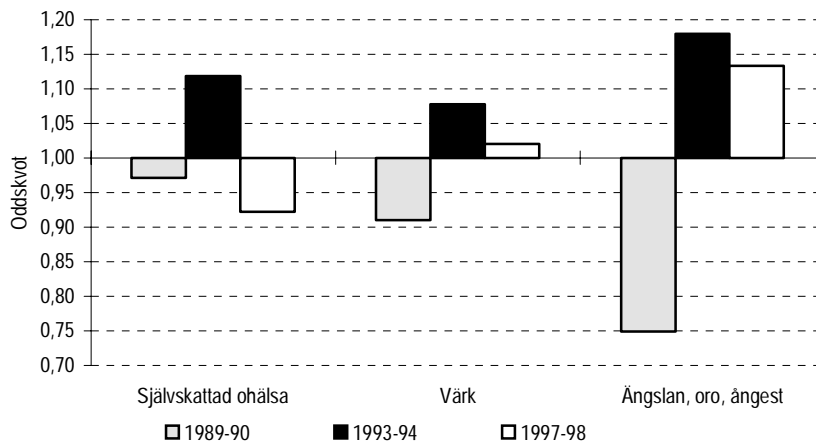
I absoluta tal har dödligheten bland män minskat lika mycket bland okvalificerade arbetare som bland högre tjänstemän under perioden 1986 till 1996. I det avseendet är alltså klassjämligheten i dödlighet oförändrad för män. För kvinnorna ser dock utvecklingen annorlunda ut. Till att börja med kan vi som konstatera att dödlighetsnivåerna över lag är lägre för kvinnor än för män. Klasskillnaderna är också mindre för kvinnor. Det är värt att notera att arbetarkvinnor i okvalificerade yrken har lägre dödlighet än vad män i högre tjänstemannapositioner har. Bland arbetarkvinnorna har dödligheten inte förändrats över perioden, medan den minskat bland kvinnor i högre tjänstemannapositioner. Detta innebär att klasskillnaderna i dödlighet ökat bland kvinnor under den studerade perioden. Sammantaget tycks det därmed som om välfärdsutvecklingen i termer av dödlighet varit minst gynnsam bland kvinnor i okvalificerade arbetaryrken.

Tendenser till ökad ohälsa under decenniets första hälft

Även om dödlighet är en relevant ofärdsindikator genom att den representerar den yttersta formen av ohälsa, finns det påtagliga nackdelar med att använda dödlighet som enda indikator på ohälsa. Många sjukdomar som orsakar lidande och besvär är inte dödliga och omvänt orsakas många dödsfall, särskilt i yngre åldrar, av olycksfall snarare än av sjukdom och ohälsa. Därför finns det goda skäl att gå vidare och analysera andra uppgifter som speglar hälsoproblem i befolkningen. En allmänt använd metod för att mäta hälsotillståndet i en befolkning är att helt enkelt be de intervjuade att själva ange hur de mår. Trots att denna typ av fråga kan synas väl enkel och grov finns studier som visar att den fungerar väl (för en genomgång, se Manderbacka 1998). Ungefär en fjärdedel av befolkningen i åldrarna 16 till 84 år anger att deras hälsotillstånd inte är gott. Av Figur 3.3:3 framgår att det skett en måttlig ökning av ohälsan mellan 1989/1990 och 1993/1994, varefter det skett en tendens mot minskning fram till 1997/1998.

Andelen som uppger att de har ledvärk ökade något under 1990-talets inledning (från 22 till 25 procent) varefter det skett en stabilisering. Vi återfinner alltså samma mönster över tid som för den självskattade ohälsan, det vill säga en viss ökning under 1990-talets första hälft. Olika former av nervösa besvär, ängslan, oro och ångest har ökat i omfattning under första halvan av 1990-talet. Det har skett en nära nog 60-procentig ökning av dessa typer av besvär i befolkningen mellan 1989/1990 och 1993/1994.

Figur 3.3:3. Förändringar i självskattad ohälsa, värk samt ängslan, oro och ångest. Standardiserat för kön, ålder, familjetyp, födelseland och social klass. Genomsnitt=1,0



Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Sammanfattningsvis kan vi utifrån figur 3.3:3 konstatera att de olika typerna av hälsoproblem ökade i omfattning fram till 1993/1994, varefter det skett en tendens till återgång fram till 1997/1998. Det är frestande att tolka mönstret av ökad ohälsa fram till mitten av 1990-talet utifrån den ekonomiska krisen. Även om förändringarna är så stora att de knappast kan återspegla slumpmässiga variationer bör man dock vara försiktig att tolka den ökade ohälsan som en effekt av den ekonomiska utvecklingen under perioden.

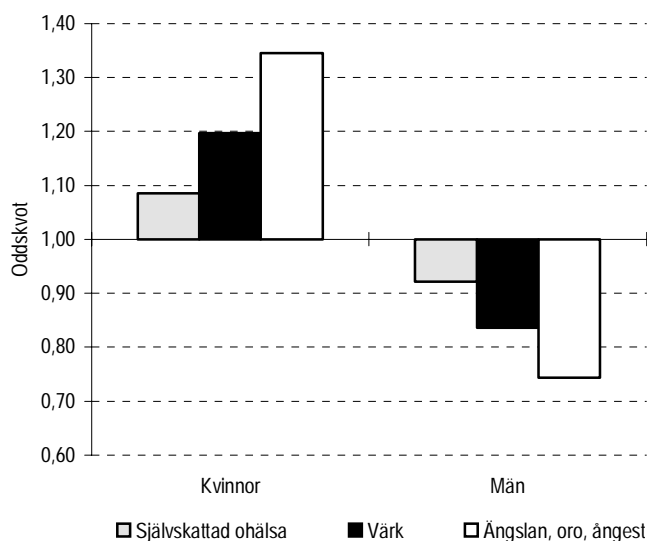
Ohälsan är ojämnt fördelad mellan befolkningsgrupper

Ofärd i termer av dålig hälsa är inte jämnt fördelad över olika befolkningsgrupper definierade utifrån kön, ålder, ursprungsland, familjetyp och social klass. Som väntat är ålderskillnaderna betydande oavsett vilket mått på ohälsa som studeras. Förekomsten av värk ökar dock med stigande ålder endast fram till pensioneringsåldern, varefter den minskar något. Denna utplaning i högre åldrar har även befunnits gälla hälso-utvecklingen under 1980-talet (Fritzell och Lundberg 1993).

Av Figur 3.3:4 framgår att kvinnor i något större utsträckning än män uppger att deras allmänhälsa inte är mycket god. Det finns också påtagliga könsskillnader i värk till kvinnornas nackdel. Ännu starkare

är kvinnors relativt ogynnsamma situation vad gäller det psykiska välbefinnandet. Trots att dödlighetstalen är lägre för kvinnor än för män är det kvinnor som uppvisar mest hälsoproblem. Denna så kallade könsparadox är väl känd och kan bland annat hänföras till det faktum att kvinnor i högre grad lider av sjukdomar som inte är dödliga, samt att de drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar senare i livet jämfört med män (för en diskussion, se Danielsson och Lindberg 1996).

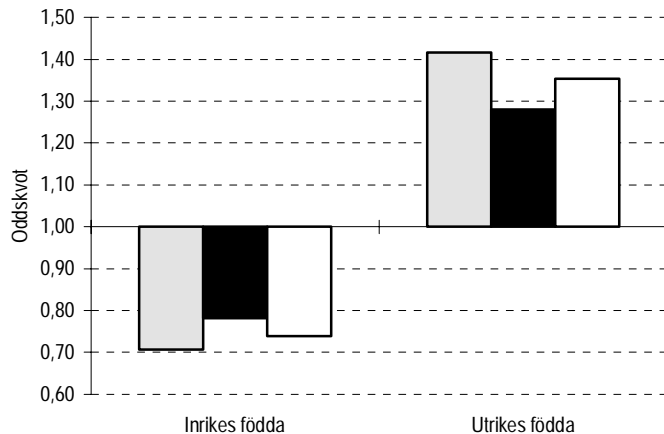
Figur 3.3:4. Skillnader i självskattad ohälsa, värk samt ängslan, oro och ångest mellan kvinnor och män. Standardiserat för år, ålder, familjetyp, födelseland och social klass. Genomsnitt=1,0



Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Av Figur 3.3:5 framgår att det finns förhållandevis stora skillnader mellan personer födda i Sverige och personer som är födda utomlands vad gäller hälsoproblem. Att döma av de höga oddskvoterna har utrikes födda personer över lag sämre hälsotillstånd än vad personer födda i Sverige har. Skillnaderna är särskilt slående vad gäller självskattad ohälsa.

Figur 3.3:5. Skillnader i självskattad ohälsa, värk samt ängslan, oro och ångest mellan utrikes och inrikes födda. Standardiserat för år, ålder, kön, familjetyp och social klass. Genomsnitt=1,0

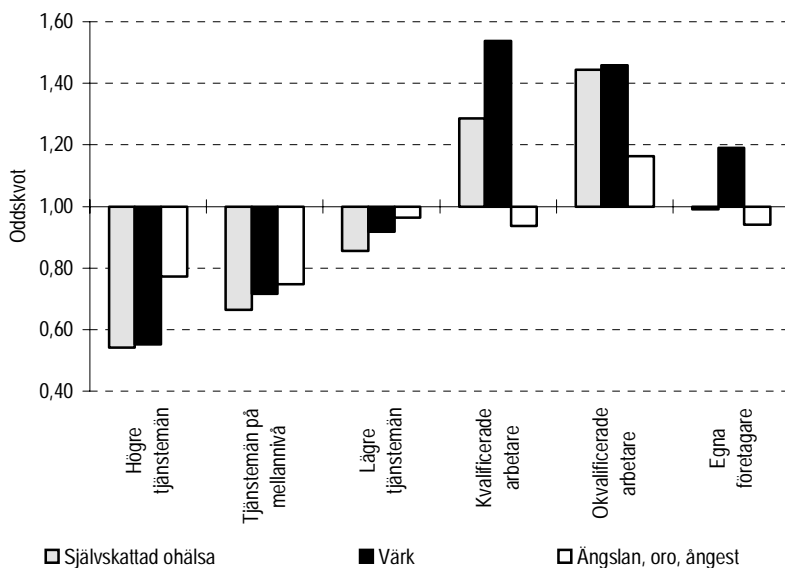


Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Klasskillnaderna i ohälsa kvarstår

Det finns påtagliga skillnader i hälsa mellan personer i olika sociala klasser. Dessa skillnader är som mest tydliga vad gäller värk och självskattad hälsa, men det finns också en klar relation mellan social klass och nedsatt psykiskt välbefinnande, vilket framgår av Figur 3.3:6. Tjänstemannagrupperna är alla friskare än genomsnittet, samtidigt som det finns en tydlig skillnad också mellan tjänstemannagrupperna såtillvida att högre tjänstemän har bättre hälsa än tjänstemän på mellannivå, vilka i sin tur har bättre hälsa än tjänstemän på lägre nivå. Det föreligger dock inga större hälsoskillnader mellan de olika grupperna av arbetare, även om tendensen är att arbetare i kvalificerade positioner har något bättre hälsa än vad andra arbetare har. Det föreligger betydande hälsoskillnader mellan klasstrukturens extremgrupper, nämligen högre tjänstemän och okvalificerade arbetare. Risken för att ha dålig självskattad hälsa eller värk är mer än 2,5 gånger så stor bland okvalificerade arbetare som bland högre tjänstemän, medan motsvarande överrisk för ängslan, oro och ångest är 1,5. Företagarna har mer värk än genomsnittligt, men är i övrigt vare sig mer eller mindre sjuka än vad befolkningen i allmänhet är.

Figur 3.3:6. Skillnader i självskattad ohälsa, värk samt ängslan, oro och ångest mellan sociala klasser. Standardiserat för år, ålder, kön, familjetyp och födelse-land. Genomsnitt=1,0



Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

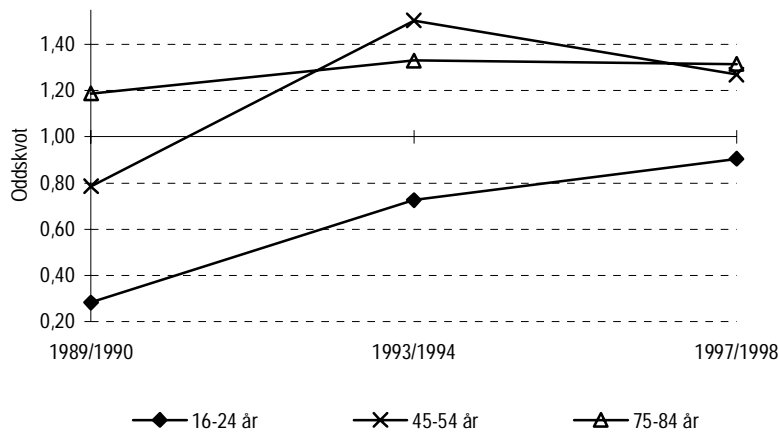
Ojämlikheten i hälsa har inte ökat i omfattning

En viktig fråga gäller huruvida ojämlikheter i ohälsa mellan kvinnor och män, mellan personer i olika åldrar, med olika födelse-land och i olika sociala klasser har förändrats under 1990-talet. Vi kan konstatera att dessa skillnader mellan olika befolkningsgrupper i nästan samtliga fall förblivit oförändrade under decenniet. Den försämring av hälsan som skedde under 1990-talets första hälft tycktes gälla i ungefär lika stor omfattning i samtliga grupper. Detta gäller även minskningen av ohälsoproblemen under 1990-talets andra hälft. Med andra ord har de relativa skillnaderna mellan kvinnor och män, mellan åldersgrupper, mellan inrikes och utrikes födda och mellan sociala klasser ha förblivit desamma genom 1990-talet.

När det gäller olika former av nervösa besvär, ängslan, oro och ångest är bilden på vissa punkter annorlunda jämfört med den som beskrivits ovan, även om de grundläggande mönstren liknar varandra. Ökningen under 1990-talets första hälft är större för olika former av nervösa besvär än för andra typer av ohälsoproblem. Vidare är ålders- och klasskillnaderna svagare och mer utslätade än vad som är fallet för

de övriga hälsoutfallen. Det har också skett en förändring av skillnaderna mellan olika åldersgrupper i utsattheten för ängslan, oro och ångest. Som framgår av Figur 3.3:7 ökade förekomsten av nervösa besvär i alla grupper mellan 1988/1989 och 1993/1994, men ökningen var kraftigare för yngre och medelålders än för äldre. Mellan 1993/1994 och 1997/1998 sker en minskning av problemen i form av ängslan, oro och ångest, men minskningen gäller framför allt bland dem i åldrarna 45 till 64 år. I den yngsta åldersgruppen sker ingen minskning, utan snarare finns en tendens till en svag ökning. Sammantaget har ålderskillnaderna utjämnats från 1989/1990 till 1997/1998, men utjämnningen är inte ett resultat av en positiv hälsoutveckling, utan beror på att det psykiska välbefinnandet försämrats mer bland de yngre än bland de äldre. Det är också värt att notera att de förbättringar av det psykiska välbefinnandet som skett under 1990-talets andra hälft inte kommit alla åldersgrupper till del.

Figur 3.3:7. Förändrade skillnader i ängslan, oro och ångest mellan olika åldersgrupper. Standardiserat för kön, födelseland, familjetyp och social klass. Genomsnitt=1,0



Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Vi har genomgående kunnat konstatera att hälsoläget i befolkningen försämrades under 1990-talets första hälft, men att hälsoläget därefter utvecklats svagt positivt eller i vart fall inte fortsatt att förvärras. Generellt sett har kvinnor har sämre hälsa än män, äldre sämre hälsa än

yngre, personer födda utomlands sämre hälsa än personer födda i Sverige och arbetare sämre hälsa än tjänstemän. Dessa skillnader mellan olika befolkningsgrupper har dock förblivit stabila under 1990-talet, med undantag för minskade skillnader mellan åldersgrupper vad gäller det psykiska välbefinnandet.

3.4 Social förankring, boende och hemlöshet

Kontakter mellan människor utgör en central del i livet, men sociala relationer utgör också ett viktigt kitt för att hålla ihop grupper och samhällen. Bristande sociala relationer i termer av ensamhet, isolering och utanförskap utgör därmed ett problem för den enskilde, men kan samtidigt utgöra ett samhällsproblem i form av marginalisering, social desintegration och minskande tillit människor emellan. Sociala relationer kan därmed analyseras på flera nivåer. På en nivå finns relationer mellan grupper i ett samhälle, exempelvis mellan sociala klasser och mellan etniska grupper. På en annan nivå sker samspel inom grupper, såsom skolklasser och arbetslag och på en tredje nivå finns relationer mellan enskilda människor. Sett i stort sammanhänger frågor om individuella sociala nätverk och personliga band med frågor som rör regionala karakteristika, liksom bostadsområdets och bostäders utformning.

3.4.1 Människors sociala förankring har inte försvagats

Vi skiljer här mellan två aspekter av social förankring, nämligen socialt stöd och sociala nätverk.²⁵ Med socialt stöd avses att individen har personer i sin närhet från vilka hon vid behov kan erhålla hjälp, uppmuntran och stöd. Sociala nätverk avser förekomsten av och strukturen på de relationer och band individen har med andra. Såväl socialt stöd som sociala nätverk är av stor betydelse i sig, men kan också ses resurser för andra aspekter av välfärd och välbefinnande. Ett välkänt exempel är att socialt stöd och sociala nätverk utgör resurser med vars hjälp människor bättre kan hantera stress och sålunda i större utsträckning undvika stressrelaterade sjukdomar (Cassel 1976; Berkman och Syme 1979). Det har också visat sig att även ytliga kontakter mellan människor kan skapa trygghet och bryggor mellan olika grupper i exempelvis ett bostadsområde (Granovetter 1982).

Med bristande eller svaga sociala nätverk avser vi här när individen endast har glesa kontakter med vänner och med föräldrar, barn och syskon som inte bor i hushållet. Att sakna en riktigt nära vän innebär att man också har ett svagt socialt stöd. Skälet till varför vi valt att endast studera avsaknad av relationer utanför det egna hushållet är bland annat att tillgång till sociala nätverk utom familjen utgör basen för social integration i samhället. Samtidigt är det självfallet viktigt att komma ihåg att flertalet människor lever i familjer. De som är sammanboende med en partner, liksom de ungdomar som bor hemma hos sina föräldrar, lever i en familj med de sociala relationer detta innebär.

Tabell 3.4:1. Förändringar av familjesituation under 1990-talet. Procent

	1989/1990	1993/1994	1997/1998
Ensamstående utan barn	25,3	26,2	26,4
Ensamstående med barn	2,6	3,1	3,6
Sammanboende/bor med föräldrar	72,1	70,7	70,0

Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Av Tabell 3.4:1 framgår att andelen ensamstående ökar något under 1990-talet. Ensamstående utan barn utgör cirka en fjärdedel av befolkningen i åldrarna 16 till 84 år. En liten del av dessa bor dock med någon annan, exempelvis genom att dela bostad med en vän eller ett syskon.

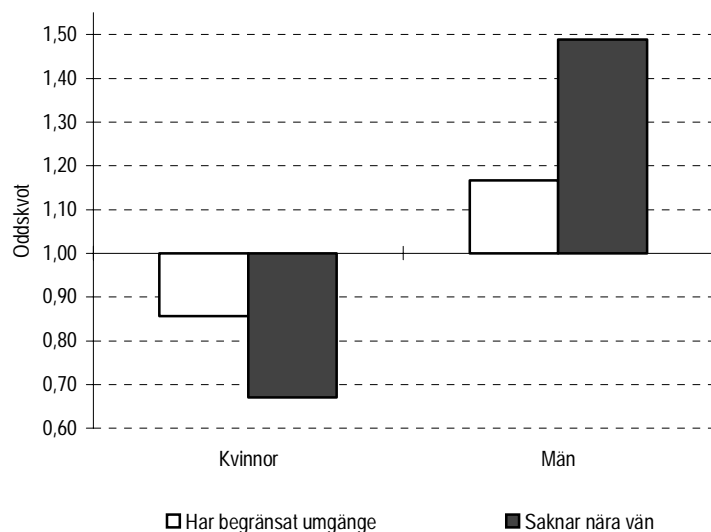
²⁵ Detta avsnitt bygger på Johan Fritzells och Olle Lundbergs underlag till kommittén (F:VII, se bilaga 2).

Det har skett en svag ökning också av denna grupps storlek. Det finns en klar tendens mot att det blivit vanligare bland ungdomar att bo kvar hos sina föräldrar relativt länge. Av dem i åldrarna 20 till 24 år var det i början av 1990-talet drygt 30 procent som bodde kvar i föräldrahemmet, medan motsvarande siffra var nästan 35 procent i slutet av decenniet. Det är vanligare bland unga män i denna åldersgrupp att bo hemma hos föräldrarna, men ökningen har skett bland ungdomar av båda könen. Däremot är det mycket få av de äldre som lever tillsammans med sina barn eller andra släktingar (Szebehely 1998).

Att ha ett svagt socialt nätverk såsom det definieras här är ganska ovanligt och det har skett måttliga förändringar härvidlag under 1990-talet. Omkring fem procent av befolkningen uppger att de sällan har kontakter med personer utanför hushållet, men det finns en svagt ökande tendens under periodens mitt. Andelen som uppger att de inte har någon nära vän har minskat något under 1990-talet.

I Figur 3.4:2 visas skillnader mellan män och kvinnors sociala förankring. Män är i högre grad än kvinnor socialt isolerade i den meningen att de sällan träffar vänner eller släktingar utanför hushållet. Förekomsten av bristande sociala nätverk ökar också med stigande ålder. Detta beror delvis på att människor i högre åldrar ofta mist sina föräldrar och många gånger även sina syskon, men även umgänget med vänner minskar med ökad ålder. Att sakna en riktigt nära vän att tala med är vanligare bland män än bland kvinnor, och vanligare bland äldre än bland yngre. Att det finns köns- och åldersskillnader vad gäller sociala nätverk och socialt stöd är känt från tidigare studier (se exempelvis Lennartsson 1993). Att människor i högre åldrar kan ha svårare att behålla vänner kan delvis förstås i termer av åldrandeprocesser av biologisk och social natur, liksom utifrån bristande social och geografisk rörlighet. Skillnaderna mellan män och kvinnor i detta avseende är emellertid svårare att förklara. Det viktigaste i detta sammanhang är dock att skillnaderna mellan könen och mellan åldersgrupperna förblivit konstanta under decenniet.

Figur 3.4:2. Skillnader i begränsat umgänge utom familjen respektive att sakna en nära vän mellan kvinnor och män. Standardiserat för år, ålder, födelseland, familjetyp och social klass. Genomsnitt=1,0



Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Bristande sociala nätverk och avsaknad av vänskapsrelationer vanligare bland utrikesfödda

Det är vanligare bland utrikes födda personer än bland Sverigefödda att ha ett bristande nätverk och att sakna nära vänner. Detta återspeglar sannolikt det enkla faktum att många av utrikesfödda personers släktingar och barndomsvänner lever kvar i ursprungslandet, vilket självfallet begränsar möjligheterna att träffas (jfr. Socialstyrelsen 1999f). Vi finner också att det är relativt vanligt bland barnfamiljer i allmänhet och bland ensamstående med barn i synnerhet att ha ett begränsat socialt umgänge. Bland de sammanboende har det mellan början och mitten av decenniet skett en ökning av dem som anger att de inte har sociala relationer utanför familjen. För de ensamstående har det däremot skett en svag, men kontinuerlig, minskning av bristande sociala nätverk mätt på detta sätt. Det är dock värt att notera att den egna familjen i allmänhet naturligtvis utgör en mycket viktig källa till socialt stöd. Därutöver kan bristande vänskontakter för sammanboende personer med barn spegla det faktum att familjelivet ofta tar tid från umgänge med vänner.

3.4.2 Förändringar av bostads- och boendeförhållanden

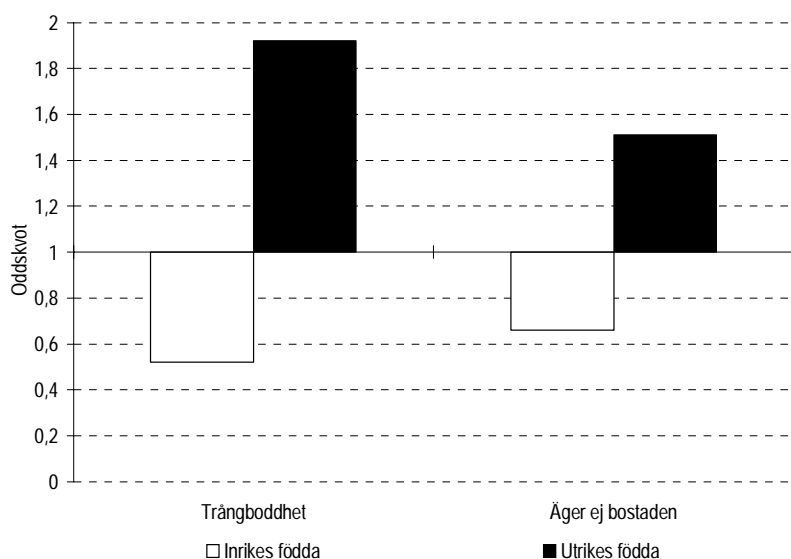
Det råder knappast något tvivel om att en bostad av godtagbar kvalitet och storlek är en central del av välfärden.²⁶ Samtidigt har frågor rörande såväl bostadsutrymme som bostadsutrustning varit relativt lågt prioriterade inom svensk välfärdsforskning under senare tid. När boendeförhållanden diskuteras i dag är det mer vanligt att frågorna rör boendesegregering (se avsnitt 1.2), ekonomiska spörsmål (såsom bostadssubventioner, hyror, fastighetsskatter och räntekostnader) och andra mer specifika problem som exempelvis "sjuka hus". En beskrivning av boendeförhållanden under 1990-talet måste mer allmänt göras mot bakgrund av de omvälvande förbättringar av utrymmes- och utrustningsstandard som skett under 1960- och 1970-talen. År 1968 var nästan 20 procent av befolkningen i åldrarna 18 till 75 år trångbodd. I början av 1980-talet var denna andel nere i cirka 3 procent och sjönk sedan ytterligare något under 1980-talet (Fritzell och Lundberg 1994a). I slutet av 1960-talet saknade också nästan vart tionde hushåll vattentoalett i fastigheten och en ännu större andel saknade vattentoalett i den egna bostaden (Johansson 1971).

Bristande utrymmesstandard i betydelsen avsaknad av värme, vatten, avlopp och andra basala bekvämligheter är i dag så ovanligt att det inte är meningsfullt att analysera. Även trångboddhet är i dag sällsynt och det är drygt två procent av befolkningen i åldrarna 16 till 84 år som är trångbodd. Samtidigt föreligger det alltjämt skillnader mellan olika befolkningsgrupper i förekomsten av trångboddhet. Bland annat finner vi en påtaglig skillnad mellan inrikes och utrikes födda i detta avseende. Även standardiserat för skillnader i sammansättning mellan dessa grupper har utrikes födda mer än tre gånger så stor risk att vara trångbodda (se Figur 3.4:3).

Utöver att vara ett hem är bostaden också viktig ur ett ekonomiskt perspektiv. För många är ett köp av en villa, ett radhus eller en bostadsrättslägenhet den största ekonomiska transaktion som görs under livet. Samtidigt är det viktigt att understryka att avsaknad av en bostad man äger inte utgör ett välfärdsproblem i sig, eftersom en hyrd bostad självfallet kan utgöra ett lika gott boende som en bostad som man själv äger. Några generella förändringar av andelen som bor i bostadsrätt respektive i villa eller radhus har inte skett under 1990-talet. Däremot finns påtagliga skillnader mellan personer födda i Sverige och personer födda utomlands även i detta avseende, vilket framgår av Figur 3.4:3.

²⁶ Detta avsnitt bygger på Johan Fritzells och Olle Lundbergs underlag till kommittén (F:VII, se bilaga 2).

Figur 3.4:3. Skillnader i trångboddhet respektive att inte äga sin bostad mellan inrikes och utrikes födda. Justerat för år, kön, ålder, familjetyp^a och social klass. Genomsnitt=1,0



^a Gäller endast i analysen av bostadsägande.

Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Det finns också tydliga och i stor utsträckning förväntade skillnader i boendemönster mellan personer i olika åldersgrupper och i olika sociala klasser. Det är betydligt vanligare bland yngre än bland äldre att vara trångbodd och att inte äga sin bostad. Trångboddheten har dock minskat i omfattning för de äldre, vilket utgör förlängningen av en trend som kunde konstateras redan under 1980-talet (Fritzell och Lundberg 1993).

Det finns fortfarande vissa skillnader mellan olika sociala klasser vad gäller trångboddhet och ägande av bostaden. Arbetare i okvalificerade yrken är i högre grad än tjänstemän trångbodda och äger inte heller sin bostad i samma utsträckning. Det bör poängteras att skillnaderna mellan klasserna är små, vilket understryker dels att trångboddhet i dag är mycket ovanligt också bland arbetarfamiljer, dels att det är vanligt att också arbetarfamiljer äger sin bostad.

Vad gäller besittningsform finns en klar skillnad mellan personer i olika familjesituation. Det är kanske inte så uppseendeväckande att ensamstående utan barn sällan äger sin bostad, utan mer intressant är den stora skillnad som föreligger mellan barnfamiljer. Ensamstående

föräldrar (som till allra största delen är kvinnor) har mer än sex gånger så hög risk att inte äga sin bostad jämfört med sammanboende med barn. Det är en allmänt förekommande föreställning att kvinnor i samband med skilsmässa oftast inte bara får ansvar för barnen, utan också bor kvar i den bostad familjen bodde i före skilsmässan. Eftersom en överväldigande majoritet av sammanboende barnfamiljer bor i en villa eller ett radhus som de äger, skulle man kunna tro att bostadsägande är vanligt förekommande bland ensamstående med barn. Att så inte är fallet, utan att det snarare är ovanligt att mamman och barnen ”bor kvar i huset” efter en skilsmässa, har också visats i tidigare forskning (Gähler 1997).

3.4.3 Hemlöshetsproblematik – ett område präglad av stora kunskapsluckor

Den mest grundläggande frågan vad gäller boende är självfallet om man över huvud taget har en bostad. En av de frågor rörande bostäder och boende som diskuteras mest i dag rör just den marginaliserade grupp som saknar eget boende, det vill säga de hemlösa. Kunskaperna om hemlöshetens orsaker, omfattning, karaktär och konsekvenser är i dag bristfälliga, vilket delvis har att göra med att det saknas en allmänt vedertagen definition av vilka som bör betraktas som hemlösa.²⁷ Nationella kartläggningar har gjorts sporadiskt och utifrån delvis olika definitioner och avgränsningar. Samtliga befintliga uppskattningar av antalet hemlösa bör därför tolkas med försiktighet. Den svenska hemlöshetsforskningen är förhållandevis utvecklad och det finns stora kunskapsluckor på en mängd områden. Det finns dock tecken som pekar i riktning mot att hemlöshetens omfattning har varit relativt konstant eller möjligen minskat något under 1990-talet. Vid den rikstäckande räkning av hemlösa som Socialstyrelsen utförde 1993 (Socialstyrelsen 1994a) framkom att det då fanns nästan 10 000 hemlösa i landet.²⁸ Enligt preliminära beräkningar utifrån Socialstyrelsens nya undersökning från 1999 har antalet hemlösa minskat med ungefär 15 procent mellan 1993 och 1999. Det är dock inte säkert att det skett en reell minskning av antalet hemlösa, då definitionen av vem som är hemlös hade skärpts något i undersökningen 1999.²⁹ Det bör också påpekas att det finns vissa problem behäftade med att söka uttala sig om hemlösheten under 1990-talet utifrån de två mättpunkterna 1993 och 1999. Det finns vissa uppgifter som talar för att utvecklingen var särskilt problematisk under 1990-talets inledande år, för vilka det alltså saknas rikstäckande statistik. Bland annat vet vi att antalet vräkningar ökade mellan 1990 och 1993, vilket kan ha åtföljts av ökad hemlöshet (Flyghed och Stenberg 1994).

²⁷ Detta avsnitt bygger på Hans Swärds underlag till kommittén (F:XXV, se bilaga 2)

²⁸ Som hemlösa räknades de personer som saknar egen eller förhyrd bostad, de som inte stadigvarande bor inneboende, de som är hänvisade till tillfälliga boendialternativ, de som bor på institution samt de som är uteliggare. Däremot betraktades inte de personer vara hemlösa som hyr bostad i andra hand eller som bor inneboende hos någon anhörig eller nära släkting.

²⁹ År 1999 räknades institutionsboende som hemlösa enbart om de saknade bostad inför en eventuell utskrivning inom tre månader.

Av de nästan 10 000 hemlösa 1993 fanns hälften i Stockholm, Göteborg och Malmö. Enligt Socialstyrelsens kartläggning 1999 fanns bara ungefär en fjärdedel av alla hemlösa i dessa tre städer. Minskningen av antalet hemlösa framstår som särskilt tydlig i Stockholm.³⁰ Sålunda tycks det under 1990-talet ha skett en viss geografisk förskjutning av hemlöshetsproblemen från storstadsområdena till resten av landet. Under 1990-talet har också kvinnornas andel av de hemlösa ökat något (från 17 procent 1993 till 23 procent 1999).

Även om antalet hemlösa inte verkar ha blivit större under 1990-talet finns det mycket som tyder på att problemen blivit mer omfattande i gruppen (ESO 1999, Ågren m.fl. 1997). Bland de hemlösa finns det i dag fler som har allvarliga och omfattande problem än som var fallet i början av 1990-talet. Enligt Socialstyrelsen tycks det ha skett en ökning mellan 1993 och 1999 av antalet hemlösa som har missbruksproblem (från två tredjedelar till nästan 80 procent av samtliga hemlösa) och psykiska problem som kräver behandling (från 17 procent till 35 procent). Vidare var antalet hemlösa personer som är uteliggare eller bor på härbärge större 1999 än 1993. Det är också värt att nämna att omkring en tredjedel av de hemlösa 1999 hade vistats på institution året före undersökningstillfället. Detta tyder på att det finns brister i de insatser som riktas mot att ordna boende inför utskrivningar av personer som vistas på institution.

Kartläggningar av hemlösheten i Stockholm visar på en ännu kraftigare ökning av hemlösa personer med psykiska problem (Ågren m.fl. 1997, Finne, kommande). Enligt uppgiftslämnarna, som var personer inom socialtjänsten, sjukvården och olika frivilligorganisationer, har andelen med psykisk störning bland de hemlösa ökat från 17 procent 1993 till 47 procent 1998. Psykiska problem är särskilt vanligt bland hemlösa kvinnor. År 1998 uppgavs 63 procent av de hemlösa kvinnorna och 42 procent av de hemlösa männen lida av påtagliga psykiska problem. Enligt kartläggningarna är förtidspension, sjukbidrag och socialbidrag de viktigaste försörjningskällorna för hemlösa. Den redan år 1993 låga andel av de hemlösa som fick sin försörjning genom lön (13 procent) hade 1998 sjunkit till endast 3 procent.

³⁰ Dessa uppgifter är inte oomstridda, vilket illustrerar de metodologiska svårigheter som är förknippade med att uppskatta hemlöshetens omfattning. Enligt lokala kartläggningar i Stockholm och Malmö har antalet hemlösa snarare ökat under 1990-talet.

Orsakerna bakom hemlöshet är otillräckligt belysta

Det förekommer stora rörelser in i och ut ur hemlöshet och för de flesta är hemlösheten inte ett permanent problem (Swärd 1999). En relativt liten grupp stannar kvar i hemlöshet under längre sammanhängande perioder.³¹ Just frågan om varför vissa människor år efter år misslyckas med att få och att behålla en bostad är den mest problematiska och svårförklarade. För de långvarigt hemlösa skapar själva hemlösheten i sin tur nya och fördjupade problem gällande bland annat försörjning och hälsa. Det råder i stort sett total avsaknad av systematiska studier om vilka faktorer som orsakar hemlöshet. Tämligen många av de hemlösa har missbruksproblem eller psykiska problem, men man kan inte utan vidare sluta sig till att sådana problem också utgör *orsaker* till hemlösheten. Det kan också vara så att hemlösheten i sig orsakar exempelvis missbruksproblem eller att bakomliggande problem som fattigdom ökar riskerna för såväl missbruk som hemlöshet. Bristande kunskaper på området gör att man bara kan uttala sig om tänkbara faktorer i orsakskomplexet bakom hemlöshet. Det är i dag vanligt att forskare talar om hemlöshetsgenererande processer snarare än om enskilda orsaksfaktorer. Till att börja med finns det faktorer på strukturell nivå, såsom arbetslöshet, socialbidragsberoende och osäkra boendeförhållanden, som kan påverka hur många som hamnar i riskzonen för hemlöshet. I denna riskgrupp kan sedan ogynnsamma eller för individen olyckliga händelser bli utlösande faktorer för faktisk hemlöshet. Det finns i dag inga svenska systematiska studier av grupper som har en svag position på bostadsmarknaden och av vilka faktorer som utlöser hemlöshet för dessa personer.³²

Effekterna av insatserna är i stort sett okända

Kommunerna har det yttersta ansvaret för att ge stöd och hjälp till människor i utsatta situationer, men vi vet i dag mycket lite om vilka insatser som ges och vilka effekter de har på hemlösheten och de hemlösa. Det föreligger stora regionala skillnader med avseende på hur kommuner och andra aktörer försökt motarbeta hemlöshetsproblemen, men man kan från mitten av 1980-talet och framåt urskilja några gene-

³¹ Dock saknas i dag systematiska kunskaper om denna grupp utifrån ett 1990-talsperspektiv.

³² Det har dock påbörjats viss svensk forskning om vilka problem och händelser som utgör riskfaktorer bakom hemlöshet.

rella tendenser. För det första har det utvecklats en ny logimarknad med härbärgen, hotellboenden och liknande. För det andra har det växt fram en sekundär bostadsmarknad med sociala kontrakt, för vilka socialtjänsten spelar en viktig roll. För det tredje har frivilligorganisationerna fått allt större utrymme. Resultat från Swärds studier (1998, 1999) visar att många hemlösa upplever sig ha stora problem att få hjälp och att hävda sina rättigheter. Det har också framförts farhågor om att vissa insatser kan inverka menligt på de hemlösas situation. Sahlin (1996) menar att hemlösheten kan förstärkas eller permanentas av exempelvis den sekundära bostadsmarknaden med hotell och härbärgen, som genom sin blotta existens kan förhindra att andra mer kraftfulla åtgärder vidtas för att normalisera de hemlösas situation. Sammantaget vet vi dock lite om vilka satsningar som varit effektiva, då det i stort sett saknas systematiska utvärderingar på området. Det bör i detta sammanhang nämnas att regeringen i december 1998 tillsatte en kommitté vars uppgift är att utifrån studier av de hemlösas situation föreslå och medverka till att genomdriva nya former för stöd åt de hemlösa (Dir. 1998:108).

3.4.4 Regionala skillnader i välfärd

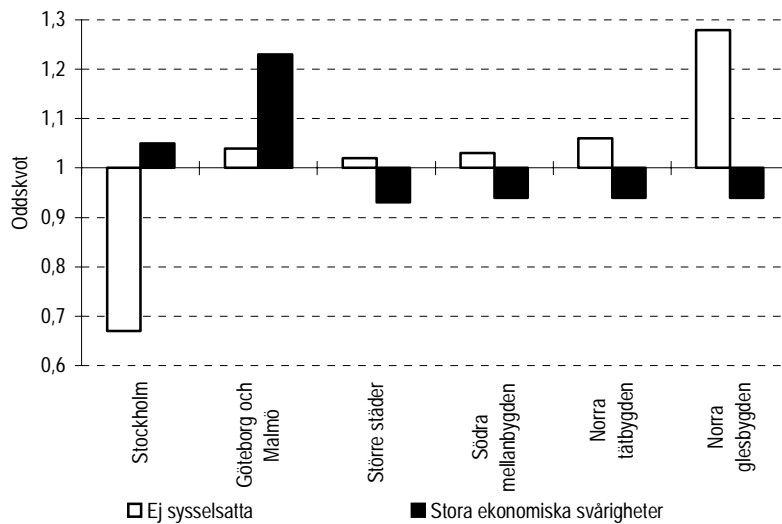
Skillnader i ofärd eller resurser mellan olika regioner är ofta föremål för politisk debatt.³³ Frågor som rör exempelvis EU-bidrag till särskilda regioner, statligt stöd till avfolkningsbygder och kommunala skatteutjämningsystem engagerar människor ur alla politiska läger. För en bedömning av hur välfärden förändrats över tid är det därför av intresse att studera om och i så fall hur individers levnadsförhållanden skiljer sig åt mellan olika delar av landet. Vi särskiljer här sex olika regioner på basis av ett mått som kan sägas fånga urbaniseringsgrad, så kallade homogenitetsregioner (H-regioner).³⁴ Vi kommer här att belysa regionala skillnader i levnadsförhållanden som dels rör arbete och försörjning, dels rör sociala relationer och hälsa. Vi kommer också att studera om skillnaderna har förändrats under 1990-talet.

För det första kan det konstateras att det finns svaga, men tydliga, tendenser till att det skett en fortsatt urbanisering under 1990-talet. Andelen av befolkningen som bor i Stockholm, Göteborg, Malmö eller någon av de andra större städerna har ökat från 68,2 till 70,6 procent. Dessa tätbefolkade områden – och särskilt då Stockholmsområdet – framstår som mest gynnade ur ett sysselsättningsperspektiv, vilket framgår av figur 3.4:4 Dessa regioner uppvisar störst andelar sysselsatta, medan det relativt sett finns flest icke sysselsatta i små kommuner i norra och mellersta Sverige. Detta mönster kan dock inte på något enkelt och entydigt sätt relateras till regionala skillnader i individers ekonomiska situation (se Figur 3.4:4). Andelarna av befolkningen som uppger att de har stora ekonomiska svårigheter, mätt som att både sakna kontantmarginal och att ha svårigheter att klara de löpande utgifterna, är störst i storstäderna och framför allt i Göteborg och Malmö. Detta resultat står i överensstämmelse med skillnader kommuner emellan i andelen socialbidragstagare respektive kostnader för socialbidrag, där Malmö och i viss mån Göteborg befunnits ligga högre än Stockholm, som i sin tur ligger högre än övriga kommuner i landet.

³³ Detta avsnitt baseras på Johan Fritzell's och Olle Lundbergs underlag till kommittén (F:VII, se bilaga 2).

³⁴ Regionernas benämningar hänför sig i huvudsak till var kommunerna är belägna (exempelvis Norra glesbygden), men det finns vissa avvikelser från denna princip. Exempelvis ingår Gotland och delar av Öland i Norra tätbygden, och Strömstads kommun ingår i Norra glesbygden.

Figur 3.4:4. Skillnader i förekomsten av icke sysselsatta personer och personer med stora ekonomiska svårigheter mellan olika regioner. Standardiserat för kön, ålder, födelseland, familjetyp och social klass. Genomsnitt=1,0



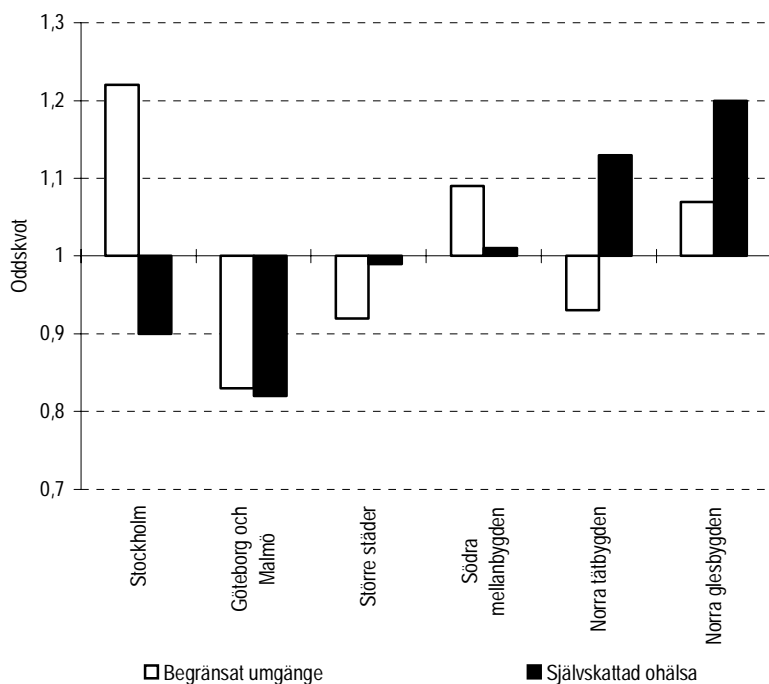
Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Sammantaget är alltså sysselsättningsgraden högre i storstadsområdena, samtidigt som förekomsten av ekonomiska svårigheter också är högre där. Försörjningsproblemen tycks med andra ord vara mindre på mindre orter, trots att sysselsättningsläget ofta är mindre ljust där. Denna paradox låter sig inte utforskas i någon större detalj här, men är rimligen ett uttryck för en polarisering i storstadsregionerna. I storstäderna finns en ansamling såväl av välutbildade som av resurssvaga. Dessutom är bostadskostnaderna relativt sett högre i storstadsregionerna samtidigt som hemproduktionen brukar anses vara mer betydelsefull för människor i glesbygd.

Skillnader mellan människors boende i olika delar av landet eller i olika ortstyper brukar beskrivas i såväl ekonomiska som sociala termer. Det finns föreställningar både om att storstäderna uppvisar ett stort ekonomiskt välstånd och att den sociala isoleringen är påtaglig i större städer. Analysen ovan visade att det ekonomiska välståndet dock inte omfattar alla som bor i storstäderna. Av figur 3.4:5 framgår att det inte heller finns några entydiga skillnader mellan regioner med avseende på förekomsten av bristande sociala relationer, mätt som begränsat umgänge utanför familjen. Det finns en viss förhöjd risk för begränsat umgänge både för dem som bor i Stockholmsregionen och för dem som

bor i det som kallas Södra mellanbygden och Norra glesbygden. Det kan också noteras att bristande umgänge är minst vanligt i Göteborg och Malmö. Dålig självskattad hälsa är vanligare i norra delarna av landet och mindre vanligt i storstadsregionerna, vilket framgår av figur 3.4:5. Ingen av dessa skillnader har förändrats nämnvärt under 1990-talet.

Figur 3.4:5. Skillnader i förekomsten av personer med begränsat umgänge utom familjen och självskattad ohälsa mellan olika regioner. Standardiserat för kön, ålder, födelse-land, familjetyp och social klass. Genomsnitt =1,0



Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Vi har alltså kunnat konstatera att det i flera fall finns påtagliga skillnader i levnadsvillkor mellan människor i olika delar av landet. Skillnaderna är dock inte entydigt till någon regions fördel. Försörjningsproblemen är störst i storstäderna, framför allt då Malmö och Göteborg, medan bristande umgänge utom familjen är vanligare i Norra glesbygden och Södra mellanbygden än i Stockholm. Hälsoproblem är vanligare i

norra delen av landet och mindre vanliga i storstadsregionerna. Det kan alltså knappast dras några entydiga slutsatser om den regionala fördelningen av ofärden. Däremot kan vi klart konstatera att skillnaderna mellan olika delar av landet varken har ökat eller minskat under 1990-talet.

3.5 Utsatthet och ackumulering av ofärd

Vi har så här långt analyserat olika centrala välfärdsområden var för sig.³⁵ Trots att vi erhållit en mångfacetterad bild av välfärden finns det goda skäl att påstå att bilden är ofullständig åtminstone när vi ska uttala oss om hur ojämlikheten i livsvillkor har förändrats mer generellt. En mer sammanhållen bild av ojämlikheten bör också innefatta något slags jämförelse mellan de olika sfärer och områden som vi innefattar i välfärdsbegreppet. Om det exempelvis är så att de individer som har mest bristfälliga ekonomiska resurser samtidigt över lag har en god välfärd i andra avseenden leder detta till andra slutsatser än om olika välfärdsproblem ansamlas hos samma individer. Även om vi inte på något enkelt sätt kan addera olika typer av ofärd och jämföra dem enligt någon gemensam måttstock, bör vi åtminstone kunna rangordna svårighetsgraden hos ofärdsproblemen. Om det exempelvis finns två ekonomiskt sett lika fattiga personer av vilka den ene också har allvarliga hälsoproblem så är, allt annat lika, levnadsnivån sämre för denne (jfr. Sen 1987). Att olika former av ofärd inte bör sammanhänga ligger i linje med rättvisefilosofens Walzers tes om komplex jämlikhet (Walzer 1983, jfr. Travers och Richardson 1993).

Generellt sett tänker vi oss tre olika slags relationer mellan olika ofärdsindikatorer (jfr Erikson och Uusitalo 1987). För det första kan det föreligga ett negativt samband i så måtto att de som har dåliga villkor i ett avseende tenderar att ha goda villkor i ett annat. För det andra kan två olika områden vara fullständigt orelaterade till varandra och för det tredje kan det finnas ett samband på så vis att de som har välfärdsproblem i ett avseende också tenderar att ha problem i andra avseenden.³⁶ På aggregerad nivå kan vi redan nu konstatera att det i flertalet avseenden tycks föreligga samband av den tredje typen, det vill säga att välfärdsproblem tycks vara positivt relaterade till varandra. Exempelvis går de skillnader vi funnit mellan sociala klasser respektive mellan inrikes och utrikes födda i hög utsträckning åt samma håll, det vill säga det finns ofta hos samma sociala grupper en högre risk för olika former av ofärdsproblem. Detta behöver dock inte innebära att det är samma individer inom de olika befolkningsgrupperna som drabbas. Här ska vi söka besvara tre olika frågor, nämligen: På vilka sätt hänger olika

³⁵ Detta avsnitt bygger på Johan Fritzell och Olle Lundbergs underlag till kommittén (F:VII, se bilaga 2).

³⁶ Det är viktigt att understryka att vi här inte kan uttala oss om hur olika sfärer sammanhängs orsaksmässigt. Om det exempelvis föreligger ett samband mellan utsatthet för våld och ekonomiska resurser behöver det inte betyda att de hör samman i kausal bemärkelse.

former av ofärdsproblem samman? Förändras dessa samband under 1990-talet? Vilka grupper är mest utsatta för flera välfärdsproblem samtidigt? Vi kommer i slutet av detta avsnitt ägna särskild uppmärksamhet åt de arbetslösas levnadsvillkor, men vi börjar med att söka teckna en mer generell bild av hur olika välfärdsproblem hänger samman.

Bristande ekonomiska resurser – ett centralt välfärdsproblem

Eftersom decenniets största välfärdsfråga kan sägas vara sysselsättningsproblematiken betraktar vi svag arbetsmarknadsförankring som särskilt central i dessa analyser, vilket gör att vi fokuserar på personer som är yngre än 65 år. Som ofärdsindikatorer har vi valt att studera svag arbetsmarknadsförankring³⁷, stora ekonomiska svårigheter, självskattad ohälsa, bristande politiska resurser (i bemärkelsen att inte kunna överklaga myndighetsbeslut respektive att inte känna någon som kan hjälpa till med ett överklagande), utsatthet för våld alternativt hot om våld samt begränsat umgänge utanför hushållet. I tabell 3.5:1 redovisas utvecklingen över tid gällande samtliga dessa indikatorer.

³⁷ I betydelsen att varken vara sysselsatt eller studera.

Tabell 3.5:1. Andelen av befolkningen i åldrarna 16 till 64 år som har olika typer av välfärdsproblem.^a Procent

Välfärdsproblem	1989/1990	1993/1994	1997/1998
Har svag arbetsmarknadsförankring	9,7	16,1	15,4
Har stora ekonomiska svårigheter	5,1	9,1	9,9
Har nedsatt hälsa	20,4	22,4	19,9
Har bristande politiska resurser	5,7	4,5	5,2
Har varit utsatt för våld alternativt hot om våld	6,5	7,0	6,9
Har bristande socialt nätverk	4,3	4,9	4,1
Andel utan problem	63,2	57,1	59,0
Andel med ett problem	25,7	27,6	26,4
Andel med två problem	8,7	11,4	10,6
Andel med tre eller fler problem	2,4	3,9	4,0

^a Ungdomar som är bosatta i föräldrahemmet har exkluderats.

Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

Människors förankring och deltagande i samhället berör ett flertal olika arenor. Vi har på ett flertal sätt i detta kapitel behandlat förankring på arbetsmarknaden, men också diskuterat olika former av social förankring. Däremot har vi inte diskuterat en tredje arena, som utgörs av politiken. Det kan ses som centralt för demokratin att politiskt deltagande och politiska resurser uppvisar en relativt jämlik fördelning mellan olika befolkningsgrupper. Den politiska jämlikhetens utveckling har nyligen belysts i en rapport för Demokratiutredningen (Teorell och Westholm 1999).³⁸ Den bild som tecknas i deras studie är i många avseenden positiv. Sett över en längre tidsperiod har flertalet skillnader, exempelvis mellan kvinnor och män respektive mellan arbetare och tjänstemän, minskat betydligt. Det finns dock en grupp som över lag kommit att uppvisa ett allt större politiskt utanförskap under 1990-talet, nämligen invandrarna.

Det har tidigare visats att det blir allt mindre förekommande att människor anser sig vara oförmögna att överklaga myndighetsbeslut i takt med att yngre generationer med högre utbildning ersätter äldre

³⁸ Studien baseras på data dels från de så kallade medborgarundersökningarna (utförda i huvudsak av forskare vid Statsvetenskapliga institutionen vid Uppsala Universitet), dels från levnadsnivåundersökningarna (utförda av forskare vid Institutet för social forskning vid Stockholms Universitet). Indikatorerna rör både förmågor (såsom förmågan att överklaga ett myndighetsbeslut) och handlingar (exempelvis att skriva en artikel).

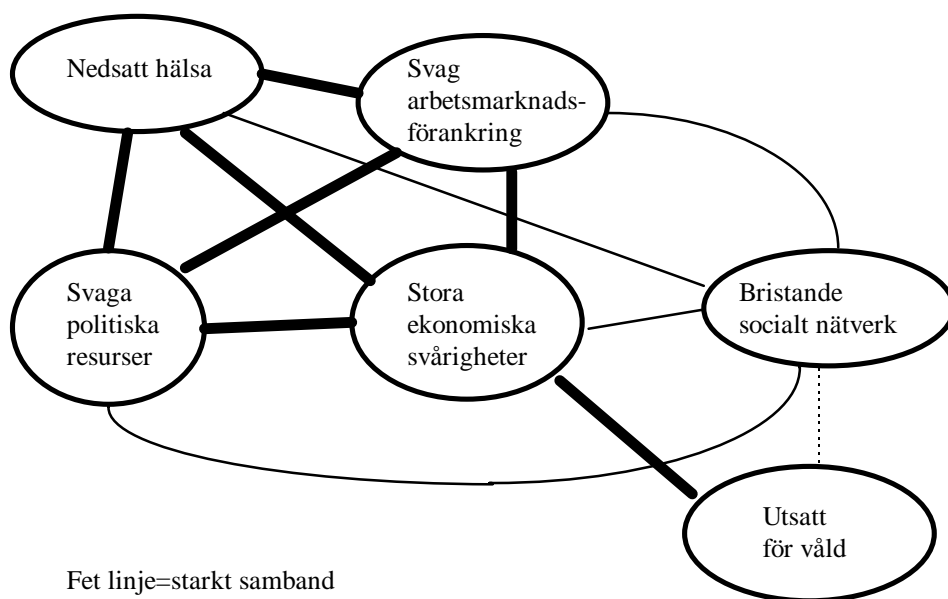
generationer. Här kan vi nu något överraskande konstatera att det under senare delen av decenniet skett en uppgång i förekomsten av denna typ av bristande kompetens (se tabell 3.5:1). Denna uppgång bekräftas också av Teorell och Westholms studie. Vad beträffar utsatthet för våld föreligger sannolikt ett visst mörkertal i offerundersökningar av denna typ. Med detta i åtanke kan noteras att andelen av befolkningen som varit utsatt för våld eller hot om våld i stort sett varit oförändrad under decenniet.³⁹

Som framgår av de nedersta raderna i tabell 3.5:1 är det vid slutet av decenniet sammantaget betydligt fler än vid decenniets början som har problematiska förhållanden i minst två avseenden. Samtidigt bör man komma ihåg att majoriteten av befolkningen saknar de problem som vi här urskiljt. Förändringarna av förekomsten av dessa olika problem säger dock ingenting om hur de hör samman och om det skett några förändringar härvidlag under 1990-talet. Det är fullt möjligt att omfattningen av ofärd inom olika områden ökar samtidigt som samgången av ofärd minskar eller tvärtom. Som exempel kan nämnas att Erikson och Tåhlin (1984) fann att sambanden mellan olika välfärdsproblem var ungefär lika starka i slutet av 1960-talet som i början av 1980-talet, trots att omfattningen av problemen hade minskat drastiskt under denna period.

I figur 3.5:2 ges en bild av hur de olika välfärdsproblemen hänger samman. Feta respektive heldragna linjer indikerar att det föreligger ett starkt respektive måttligt starkt samband, medan streckade linjer anger att det föreligger ett svagare, dock statistiskt säkerställt, samband. Att linjer saknas mellan indikatorer betyder att det inte föreligger någon relation dem emellan. Sambanden är dock i samtliga fall av vad som i statistiska termer brukar kallas positiv natur, vilket här innebär att välfärdsproblem inom en sfär medför högre risker för ofärd inom en annan sfär. Vi finner inte på någon punkt att förekomsten av ett problem innebär en tydligt minskad risk för ett annat problem.

³⁹ Andelen skulle bli betydligt lägre om vi också inkluderade ålderspensionärer.

Figur 3.5:2. Översiktlig bild av sambanden mellan olika välfärdsproblem



Fet linje=starkt samband

Heldragen linje=måttligt samband

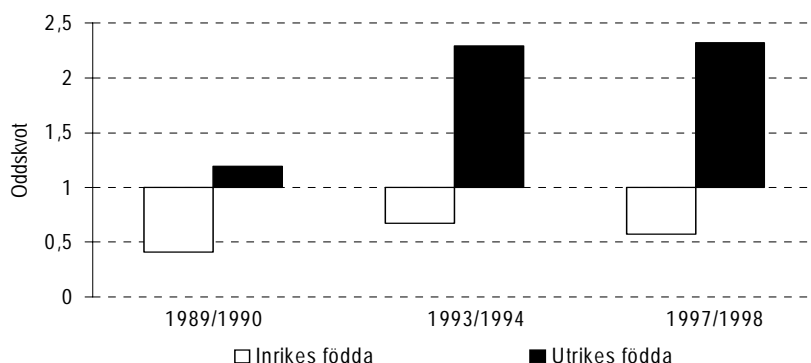
Streckad linje=svagt samband

Som framgår av figur 3.5:2 är många välfärdsproblem starkt relaterade till varandra. För det första kan vi tydligt konstatera ekonomins centralitet. Människor med stora ekonomiska svårigheter har i högre grad än andra personer problem också i de andra sfärerna. Sett utifrån denna aspekt befinner vi oss således ganska långt ifrån Walzers komplexa jämlikhet. Vi kan också notera att det finns en mycket stark inbördes relation mellan ekonomiska resurser och tre andra områden, nämligen arbetsmarknadsförankring, hälsostatus och politiska resurser. Bristande umgänge uppvisar också en tydlig samvariation med övriga områden, men denna association är svagare. Utsatthet för våld eller hot om våld har ett klart samband med ekonomiska resurser, men tycks därutöver inte ha någon koppling till andra problem. Detta har sannolikt att göra med att utsatthet för våld är extremt tydligt relaterat till två särskilda grupper, nämligen yngre män och ensamstående mödrar. Vi har också funnit att relationen mellan ekonomiska resurser och de övriga sfärerna har blivit något starkare under 1990-talet, medan kopplingen mellan bristande politiska resurser och andra problem blivit något svagare. På det hela taget är det dock snarare stabiliteten i kopplingen mellan olika välfärdsproblem än förändringarna som är det slående.

Vissa grupper har särskilt höga risker för att drabbas av flera olika välfärdsproblem

Vilka grupper är det då som i högre grad än andra tycks vara drabbade av flera välfärdsproblem? För att söka besvara denna fråga har vi valt att studera de individer som uppvisar bristande resurser på minst två av de fem områden som är tydligast relaterade till varandra. Vi utesluter således utsattheten för våld i denna analys. Den grupp som har minst två välfärdsproblem är betydligt större i slutet av 1990-talet än vid decenniets inledning, trots att det skedde en smärre nedgång mellan 1993/1994 och 1997/1998. Det framträder tydliga skillnader mellan olika sociala grupper i utsattheten för flera välfärdsproblem. Klassskillnaderna följer ett klart och förväntat mönster, såtillvida att arbetarkategorierna har större risker än tjänstemän att ha flera olika typer av välfärdsproblem. Det finns också stora och systematiska skillnader inom dessa kategorier beroende på arbetets kvalifikationsnivå. Dessa skillnader har varit i stort sett stabila under decenniet. Vi finner också stora skillnader mellan personer med olika familjesituation. Utsattheten för flera olika välfärdsproblem är relativt sett störst bland ensamstående med barn, men också ensamstående utan barn uppvisar större risker än sammanboende. Det bör noteras att ensamstående med barn till övervägande del är ensamma mödrar.

Figur 3.5:3. Förändrade skillnader i förekomsten av att ha två eller fler välfärdsproblem mellan inrikes och utrikes födda. Standardiserat för kön, ålder, familjetyp och social klass. Genomsnitt =1,0



Källa: Egna bearbetningar av ULF (SCB).

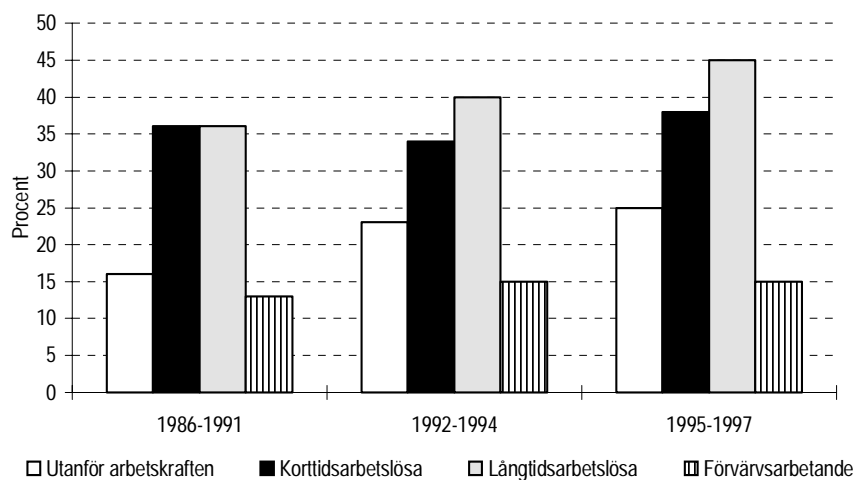
Det finns också tydliga skillnader i utsattheten för flera välfärdsproblem mellan inrikes och utrikes födda. Personer som är födda utomlands är mer utsatta än vad Sverigefödda är och denna skillnad har förstärkts under 1990-talet, vilket framgår av figur 3.5:3. Framför allt bör det betonas att vi inte ser någon förbättring för de utrikesfödda under senare delen av decenniet.

Vi finner också förändringar över tid av olika åldersgruppers utsatthet för samtliga välfärdsproblem. Risker mer än fördubblades för de yngsta mellan början och mitten av decenniet och fortsatte att öka något även därefter. Också för andra åldersgrupper ökade risken fram till 1993/1994, men över lag minskade risken till 1997/1998. Sammantaget var risken för samtliga välfärdsproblem större i slutet än i början av decenniet för samtliga åldersgrupper, med undantag för den äldsta åldersgruppen i våra analyser. För den gruppen var risken i stort sett oförändrad under decenniet. Det har under 1990-talet alltså skett stora åldersförskjutningar till de yngres nackdel vad beträffar utsattheten för flera typer av välfärdsproblem.

Välfärdsproblem bland de arbetslösa

Med tanke på att 1990-talet mycket präglats av den dramatiska arbetslöshetskrisen uppfattar vi det särskilt intressant att studera de arbetslösas levnadsförhållanden.⁴⁰ Arbetslöshet leder ofta till försämringar av individens ekonomiska och materiella standard liksom av det psykosociala välbefinnandet. Arbetslöshet är en huvudsaklig orsak till relativ ekonomisk fattigdom (se exempelvis Halleröd 1995) och ett flertal studier har visat att det är vanligt att arbetslösa saknar de sociala kontakter och den aktivitet, status och identitet som det tidigare arbetet erbjuder (se exempelvis Jahoda 1982, Nordenmark 1999). Arbetslösa mår över lag fysiskt och psykiskt sämre än vad förvärvsarbetande gör (Nordenmark och Strandh 1999). Föräldrars arbetslöshet påverkar också barnens villkor i negativ riktning (Näsman och Gerber 1996, Soidre 1998, Ström 1998).

Figur 3.5:4 Andelar som har svårt att klara löpande utgifter av dem som står utanför arbetskraften, de korttidsarbetslösa, de långtidsarbetslösa samt de förvärvsarbetande. Procent



Källa: Åberg och Nordenmark (F:XXVII, se bilaga 2).

Ekonomiska problem är vanligast förekommande bland de långtidsarbetslösa såväl under högkonjunkturen (1986/1991) som under lågkonjunkturens initialfas (1992/1994) och mognadsfas (1995/1997). Av

⁴⁰ Detta avsnitt bygger på Rune Åbergs och Mikael Nordenmarks underlag till kommittén (F:XXVII, se bilaga 2).

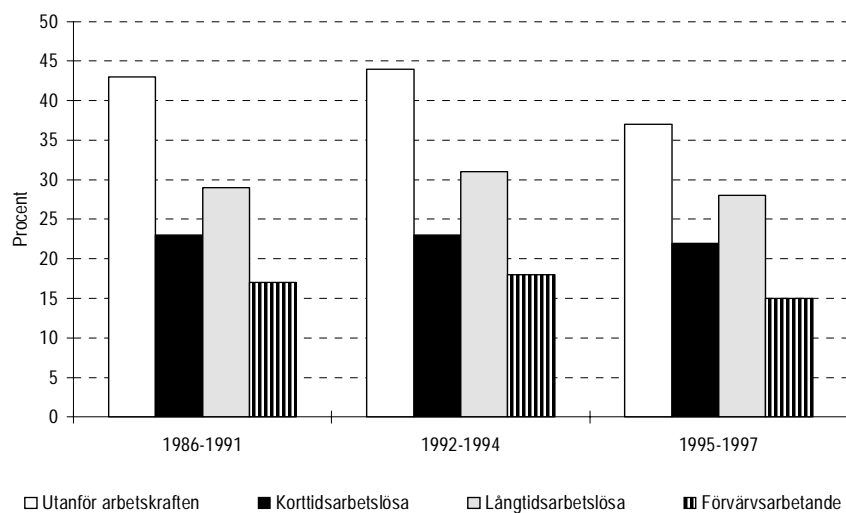
figur 3.5:4 framgår att andelen som har problem med att klara sina löpande utgifter är högst bland de långtidsarbetslösa och lägst bland de förvärvsarbetande under alla de tre studerade perioderna. Av de långtidsarbetslösa har omkring 40 procent svårt att klara sina löpande utgifter, medan motsvarande andel bland dem som förvärvsarbetar är runt 15 procent. Näst efter de långtidsarbetslösa är det personer med kortare arbetslöshetsperioder som har det sämst ställt ekonomiskt.⁴¹ Ett liknande mönster gäller ekonomiska svårigheter i termer av att sakna kontantmarginal. Exempelvis saknar drygt en tredjedel av de korttidsarbetslösa kontantmarginal, medan motsvarande andel av de förvärvsarbetande är omkring tio procent.

Den generella tendensen för samtliga kategorier är att den ekonomiska situationen försämrats under 1990-talet. För de två kategorierna arbetslösa sker dock ingen statistiskt säkerställd försämring gällande avsaknad av kontantmarginal och problem med löpande utgifter mellan de två inledande perioderna. Däremot finns det en tendens till att den ekonomiska situationen försämras mer för de arbetslösa än för övriga mellan de två senare perioderna. Exempelvis ökar andelen av de långtidsarbetslösa som saknar kontantmarginal med åtta procentenheter under denna period. Sammantaget pekar resultaten i riktning mot att det ekonomiskt sett blivit svårare att vara arbetslös under lågkonjunktens senare del.

Som framgår av figur 3.5:5 är andelen med hälsoproblem lägst bland de förvärvsarbetande och högst bland de långtidsarbetslösa och bland dem som står utanför arbetskraften. Det är ungefär dubbelt så vanligt bland långtidsarbetslösa jämfört med förvärvsarbetande att uppge att allmänhälsan inte är mycket god. I övergången mellan högkonjunktur och lågkonjunktur, det vill säga från 1986/1991 till 1992/1994 försämras hälsoläget något för samtliga grupper utom för de korttidsarbetslösa. Vid analyser där skillnader i gruppernas sammansättning beaktas framkommer att försämringen var relativt sett störst för de förvärvsarbetande. Hälsan för de båda grupperna av arbetslösa har förändrats marginellt över tid. Mellan perioden 1992/1994 och 1995/1997 förbättrades hälsoläget något för samtliga studerade kategorier, men relativt sett mest för de förvärvsarbetande.

⁴¹ Kortare arbetslöshetsperioder är de som varar mindre än sex månader.

Figur 3.5:5. Andelar som inte har mycket god hälsa av dem som står utanför arbetskraften, de korttidsarbetslösa, de långtidsarbetslösa samt de förvärvsarbetande. Procent



Källa: Åberg och Nordenmark (F:XXVII, se bilaga 2).

3.6 Välfärdsförändringar – har 1990-talet varit ett unikt årtionde?

Vi började detta kapitel med att ställa frågor om välfärdens nivå och fördelning samt förändringar härvidlag under 1990-talet. Givet de stora strukturella förändringar och kanske framför allt den sysselsättningskris som präglade 1990-talets inledning kan det synas som ett närmast självklart antagande att det skett försämringar av levnadsvillkoren för det stora flertalet under decenniet. Förändringarna av sysselsättning och arbetslöshet utgör en bakgrund till och en förutsättning för 1990-talets välfärdsförändringar, men är samtidigt en central del av välfärdspanoramat för de individer som berörs. Som diskuterades inledningsvis är emellertid människors välfärd något mer än enbart individuella reflektioner av makroekonomiska förhållanden (se exempelvis Kautto m.fl. 1999). För det första kommer vissa makroekonomiska och socialpolitiska förändringar att göra avtryck i människors vardagsliv först på längre sikt. För det andra fördelas inte krisens bördor jämnt mellan olika befolkningsgrupper. För det tredje påverkas välfärden också av sådant som ligger utanför såväl ekonomin som politiken. Hur kan vi då sammanfatta välfärdens mönster under det gångna decenniet? Om vi börjar med att studera välfärdens nivå, i meningen hur många som är utsatta för ofärd enligt olika indikatorer, alternativt den genomsnittliga ofärdsnivån, finns det dock tecken på försämrade välfärd inom centrala områden under decenniet.

Vid sidan av att arbetslösheten ökat har också villkoren för dem som har ett arbete förändrats på flera sätt. Exempelvis har det blivit vanligare med tidsbegränsade anställningar och jäkt i arbetet. Människors ekonomiska villkor har försämrats påtagligt, såväl genomsnittligt som gällande förekomsten av stora ekonomiska svårigheter. Vi har speciellt noterat att den allmänna ekonomiska uppgång som inträffade under andra halvan av decenniet inte tycks ha förbättrat situationen på något märkbart sätt för dem som har minst resurser, vilket också lett till ökad inkomstspridning. Åren 1997/1998 uppgav 18 procent av dem i åldrarna 16 till 84 år att de har problem att klara de löpande utgifterna för bland annat mat och hyra. Motsvarande andel var i början av decenniet 12 procent. Vidare är det exempelvis fortfarande 1997 ungefär tio procent av befolkningen som lever i familjer med inkomster som understiger socialbidragsnormen, vilket kan jämföras med drygt fem procent vid 1990-talets ingång. Speciellt oroande är att andelen barn som lever i familjer med så låga inkomster nära nog tredubblats fram till 1997. Trots en viss nedgång från året innan utgjorde de 1997 15 procent av alla barn.

Människors hälsotillstånd uppvisar mindre dramatiska förändringar. Vi har dock kunnat konstatera att befolkningens hälsostatus försämrades något under 1990-talets första hälft, medan det skett vissa förbättringar under slutet av decenniet. Om vi istället väljer att studera hälso-utvecklingen utifrån dödlighetsutvecklingen framkommer en mycket positiv bild. Spädbarnsdödligheten, som ofta används som indikator på välbefinnande mer allmänt, har nästan halverats under det gångna decenniet, från en internationellt sett redan låg nivå. Även dödligheten i befolkningen i stort har minskat, utom för kvinnor i arbetaryrken.

Sociala relationer människor emellan är inte något som bör vara föremål för direkta politiska ingripanden. Däremot skapar politiska beslut och andra sociala förändringar i stor utsträckning de förutsättningar och begränsningar som finns för människor att knyta och upprätthålla relationer av olika slag. Också med tanke på att sociala relationer har betydelse för andra livsvillkor kan sociala relationer ses som en viktig välfärdsdimension. Vi har inte funnit att det skett någon ökning av social isolering eller att de sociala nätverken försvagats under årtiondet. Om något, tycks utvecklingen gått i positiv riktning, vilket går på tvärs mot rådande föreställningar. Denna utveckling är en fortsättning på en trend som spårats i välfärdsundersökningar sedan slutet av 1960-talet.

Det finns en tydlig tendens i riktning mot att fördelningen av materiella resurser kommit att förskjutas uppåt i åldrarna under decenniet. Både vad gäller genomsnittliga inkomster och förekomsten av stora ekonomiska svårigheter finner vi att yngre drabbats betydligt hårdare än äldre. Samma grundläggande tendens finner vi också beträffande psykiska hälsobesvär i form av ångslan, oro och ångest. Dessa problem ökade mer i omfattning bland yngre och medelålders än bland äldre under första halvan av 1990-talet. En förklaring till denna åldersförskjutning i välfärdens fördelning är att sysselsättningsnedgången varit mest påtaglig bland de yngre. Samtidigt är förskjutningen av ålderskillnaderna inte enbart ett 1990-talsfenomen, utan denna tendens kunde konstateras redan under 1980-talet.

Att levnadsförhållandena delvis ser annorlunda ut för kvinnor och män är knappast någon nyhet. I många avseenden finner vi dock inga, eller endast ringa, förändringar av könsskillnaderna under årtiondet. Ett viktigt undantag är att den psykosociala arbetsmiljön tycks ha förvärrats för kvinnor. Detta resultat kan rimligen kopplas till den könsuppdelade arbetsmarknaden och det faktum att kvinnodominerade yrken inom vård, skola och omsorg i många fall påverkats mer än andra yrken av omstruktureringar och minskade resurser.

Vi har vidare funnit mycket stora och i en del fall ökande skillnader mellan inrikes och utrikes födda. När man beaktar de skillnader som

föreligger mellan dessa grupper med avseende på exempelvis ålder och klass, framkommer att utrikes födda personer i jämförelse med personer födda i Sverige har sämre hälsa, sämre ekonomi och lägre sysselsättningsgrad. Utrikes födda personer har också oftare än andra tidsbegränsade anställningar, de är oftare trångbodda och har oftare bristande sociala nätverk. De utrikes födda som grupp är med andra ord förfördelade med avseende på hela det välfärdspanorama vi studerat. Vi finner också att utrikes födda under decenniet har kommit att utgöra en allt större del av dem som är utsatta för fler än ett välfärdspåslag samtidigt.

Man har ofta funnit välfärdsskillnader mellan personer som är ensamstående och personer som är sammanboende. Här har vi kunnat konstatera att de ensamstående med barn, det vill säga i huvudsak ensamma mödrar, är en utsatt grupp. De ensamstående med barn har mycket stora ekonomiska problem och deras ekonomiska situation har förvärrats markant under decenniet. De har oftare än andra ofärdspåslag i fler än ett avseende. Det förtjänar också att påpekas att ensamstående mödrar i hög utsträckning varit utsatta för våld eller hot om våld. Vad de ensamstående mödrarnas utsatthet i olika avseenden innebär för deras barns välfärd kan vi inte direkt utläsa ur dessa data.

Klasskillnaderna har i flertalet avseenden varit stabila under 1990-talet, vilket också är ett mönster som i grova drag gällde under 1980-talet. Det är viktigt att poängtera att det alltså i slutet av detta sekel finns stora skillnader i välfärd beroende på klassposition. På så gott som samtliga områden som studerats här uppvisar arbetargrupperna, och då särskilt arbetare i okvalificerade yrken, mer av ofärd än vad tjänstemannagrupperna gör.

De beskrivningar av 1990-talets välfärdsutveckling som vi gjort i detta delbetänkande är i allmänhet baserade på uppgifter från studier av olika människor vid olika tidpunkter. Vi har med hjälp av dessa uppgifter beskrivit utvecklingen för olika grupper i samhället. Resultaten visar hur ofärdens fördelades vid olika tidpunkter under 1990-talet mellan kvinnor och män, inrikes och utrikes födda, yngre och äldre, arbetare och tjänstemän samt mellan personer med olika familjesituation. Vid en bedömning av dessa resultat är det viktigt att minnas att enskilda individers välfärdsutveckling i många fall är annorlunda än den som kan konstateras för en viss befolkningsgrupp i genomsnitt. Det finns självfallet variationer inom grupper som inte alltid fångas av medelvärden eller procenttal. Viktigare är dock att individer under sina livsförlopp passerar genom olika åldrar och civilstånd, byter bostadsort, skaffar sig ytterligare utbildning och byter yrke eller gör karriär inom ett och samma yrke. Att välfärden försämrats för ensamstående föräldrar som grupp under 1990-talet behöver inte innebära att enskilda ensamma

mammor fått det sämre. Motsvarande gäller för de äldre. Att pensionärer som grupp fått en reellt sett förbättrad ekonomisk situation är inte detsamma som att de individer som blivit pensionärer under 1990-talet fått det bättre. Detta beror istället på att nya pensionärskullar i genomsnitt har bättre villkor. För enskilda individer innebär pensioneringen oftast en försämrade ekonomi, och under flera år på 1990-talet har de äldre dessutom fått se sina pensioner urholkas.

Hur ska då välfärdsförändringarna i allmänhet respektive för olika befolkningsgrupper sammanfattas? För det första kan vi konstatera att 1990-talets inledning var unik i så måtto att välfärden inom flera områden – framför allt arbete, ekonomi och hälsa – försämrades generellt sett. Detta avviker tydligt från 1970- och 1980-talen. Den samlade välfärdsbilden handlar dock inte bara om nivåer, utan i högsta grad också om fördelning. Den kanske mest relevanta frågan är då om vi kan urskilja befolkningsgrupper vars levnadsvillkor har förvärrats mer än andra grupper. Våra analyser pekar främst ut tre grupper, nämligen utrikesfödda, ensamstående mödrar och yngre personer. Dessa kategorier kännetecknas för det första av en kraftigt minskad sysselsättningsnivå, vilket avspeglas i att dessa grupper i högre grad än andra har fått stora ekonomiska problem. Därutöver finner vi belägg för att dessa grupper har drabbats hårdare än andra när det gäller aspekter av välfärden som är av icke materiell karaktär. Exempelvis tycks det psykiska välbefinnandet framför allt ha förvärrats för yngre personer, situationen vad gäller politiska resurser och social förankring är speciellt bekymmersam för utrikesfödda, och för ensamma mödrar är våld och hot om våld en anmärkningsvärt vanlig företeelse. Samtidigt ska dessa förändringar inte skymma det faktum att vissa grupper haft en oförändrat stor utsatthet för ofärd på olika arenor. Delvis handlar det här om samma grupper. Ensamstående föräldrar samt utrikesfödda personer är i högre grad än andra utsatta för sjukdom, nu som i början av 90-talet. Dessutom har arbetargrupperna inom snart sagt alla här belysta områden en fortsatt sämre situation, åtminstone i jämförelse med tjänstemän på hög nivå och mellannivå.

Allra sist finns det skäl att poängtera att vi (förutom vad gäller utvecklingen av inkomstförhållanden) inte kunnat beskriva välfärdsförändringar för två breda ålderskategorier, nämligen barnen och de allra äldsta. Det förefaller mycket angeläget att i framtida välfärdsstudier också inkludera dessa grupper.

4 Ofärd, kunskapsluckor och vägval

Syftet med detta avslutande kapitel är att i all korthet; (i) lyfta fram några centrala välfärdsproblem, (ii) peka på de centrala kunskapsluckor om välfärden som vi funnit och (iii) identifiera några viktiga vägskäl för välfärdspolitiken. Fokus på ofärd är motiverat av socialpolitiska skäl. Det innebär inte att vi tycker man ska bortse ifrån de områden där vi kunnat konstatera att ofärden minskat. Tvärtom är kunskapen om framgångsrika processer väl så väsentlig för diskussionen om socialpolitikens framtida inriktning. Men det är ändå viktigt att fokusera på dåliga eller försämrade förhållanden eftersom dessa uppenbart är angelägna att åtgärda.

Vi har i Sverige jämförelsevis goda möjligheter att ge en i fakta välgrundad beskrivning av människors levnadsförhållanden. Förutom den reguljära statistikinsamling där offentliga verksamheter beskrivs ur ett myndighets- eller producentperspektiv finns regelbundna intervjustudier där ett stort antal människors erfarenheter kommer till uttryck. Dessa årligen återkommande studier av levnadsförhållanden gör det möjligt att följa välfärdsutvecklingen över tid. Samtidigt finns det viktiga aspekter av välfärden som inte speglas i traditionella levnadsnivåundersökningar. Det gäller bland annat mindre befolkningsgrupper med stora problem som inte fångas upp i den här typen av urvalsundersökningar, men också frågor om kvalitet och tillgänglighet i de olika socialpolitiska åtgärdssystemen. Detta motiverar att vi i avslutningen till det här betänkandet ger förhållandevis stor uppmärksamhet åt de kunskapsluckor som uppenbarligen finns. Vi ska i det sammanhanget också beröra inriktningen på kommitténs fortsatta arbete.

4.1 Ofärd

I det delboks slut som inleder detta betänkande sammanfattas 1990-talets välfärdsutveckling. Där redovisas både positiva och negativa förändringar inom de olika socialpolitiska försörjningssystemens och välfärdstjänsternas utformning liksom hur olika gruppers levnadsförhållanden ter sig med tyngdpunkt på ekonomi, arbete och hälsa. Vi har i huvudsak behandlat dessa olika välfärdsaspekter var för sig. Det innebär att vi exempelvis har redovisat inkomstutvecklingen för olika grupper skilt från redovisningen av förändringar inom sjukvården eller socialbidragsområdet. Fokus har varit de olika åtgärdssystemen respektive olika aspekter av levnadsförhållanden. I detta avslutande avsnitt ska vi ta vår utgångspunkt i förhållanden för olika befolkningsgrupper, och försöka se i vilken mån de samlade förändringarna inom flera olika områden kan ha inneburit ofärdsproblem. I många fall är dock kunskapsluckorna stora, vilket vi återkommer till i nästa avsnitt.

Barnfamiljer är en grupp som generellt sett haft en negativ välfärdsutveckling under 1990-talet. Framförallt gäller detta hushåll som består av en ensamförälder och familjer med många barn. Barnfamiljernas ekonomi har urholkats genom sjunkande förvärvsinkomster, nedskärningar i socialförsäkringar och bidrag samt höjningar av skatter och boendekostnader. Ensamföräldrarna har också drabbats hårt av arbetslösheten och uppvisar under decenniet ett fortsatt mycket högt socialbidragstagande. Ensamma mödrar har vidare sämre arbetsvillkor, sämre hälsa, och är oftare utsatta för våld eller hot om våld. Höjda barnomsorgsavgifter har ytterligare minskat många barnfamiljers ekonomiska utrymme. Det är bekymmersamt att andelen barn som lever i familjer med mycket låga inkomster har ökat markant.

Barns välfärd påverkas också av bland annat förhållanden inom barnomsorg och skola. Under perioden har barnomsorgen visserligen byggts ut kraftigt, men ökningen av antalet barn per anställd reser frågetecken kring hur barnomsorgens kvalitet utvecklats. Även skolbarnen har berörts av en resursuttunnning genom att antalet platser har expanderat trots oförändrade resurser, vilket bland annat lett till att lärartätheten sjunkit kraftigt.

Ungdomars inträde i vuxenlivet har sedan en längre tid framstått som en alltmer utdragen process. Under 1990-talet har denna trend accentuerats och unga människor har på en mängd områden haft en sämre välfärdsutveckling än andra grupper. Ungdomar bor kvar i föräldrahemmet allt längre, de har drabbats särskilt hårt av arbetslösheten och de har haft en mycket ogynnsam ekonomisk utveckling. Andelen socialbidragstagare bland de unga har i det närmaste fördubblats under 1990-talet, men det har skett en markant nedgång efter 1997. Många

utrikes födda ungdomar är särskilt utsatta för olika former av ofärd. Det är betydligt vanligare att sakna behörighet till gymnasieskolan bland barn med utländsk bakgrund än bland barn som är födda i Sverige. Arbetslösheten har också ökat markant bland de utrikes födda ungdomarna och dessa ungdomar är i högre grad än inrikes födda långvarigt beroende av socialbidrag för sin försörjning.

Sysselsättningsnedgången och de försörjningsproblem som följt i dess spår är kanske det som främst kännetecknar decenniet, och mycket stora grupper av befolkningen har berörts. Arbetslösa har sämre hälsa och större ekonomiska svårigheter än vad den arbetande befolkningen har, och under decenniet har den ekonomiska situationen för långtidsarbetslösa förvärrats. Vi har också kunnat se att inkomstskillnaderna i befolkningen har ökat och att det framförallt är personer i de högsta inkomstgrupperna som inkomstmässigt har kunnat tillgodogöra sig de senaste årens uppgång i landets ekonomi, bland annat genom att de fått kraftigt ökade kapitalinkomster. I de sämst ställda grupperna har åtstramningar i socialförsäkringssystemen bidragit till en inkomstminskning och socialbidraget har för dessa grupper blivit en allt viktigare inkomstkälla.

Även de som har arbete har berörts av påtagliga förändringar. En ökande andel anställda, särskilt kvinnor, har tidsbegränsade anställningar. Den psykosociala arbetsmiljön tycks ha förvärrats framförallt inom vård, skola och omsorg. Den könssegregerade arbetsmarknaden gör att dessa försämringar påverkat kvinnor i betydligt högre grad än män. De kvinnodominerade arbetsplatserna inom välfärdstjänsteområdet har sannolikt påverkats både av resursneddragningar och av organisatoriska förändringar, med följd att arbeten som redan tidigare upplevdes som mer jäktiga och psykiskt påfrestande än många andra arbeten har blivit än mer ansträngande. Klasskillnaderna i ohälsa har i huvudsak bestått under decenniet, med undantag för att klasskillnaderna i dödlighet har ökat bland kvinnor.

Invandrare är kanske den grupp som mer än andra berörs av olika former av ofärd. Jämfört med de inrikes födda har invandrare i betydligt högre grad nedsatt hälsa, bristande social förankring, lägre sysselsättningsnivå och högre andel socialbidragstagare. De invandrare som har arbete har generellt sett sämre arbetsvillkor än vad inrikes födda har. Bland annat har invandrare betydligt oftare tidsbegränsade anställningar och enformiga arbeten.

Det är oklart vad förändringarna under 1990-talet sammantaget har inneburit för personer med dålig hälsa eller olika slag av funktionshinder. Det finns ingen samlad bild av de totala effekterna av exempelvis karensdagar och sänkt ersättningsnivå i sjukförsäkringen, skärpningen av rätten till arbetsskadeersättning och förtidspension, höjda

brukaravgifter för sjukvård, tandvård, läkemedel, färdtjänst och äldreomsorg, det minskade antalet sjukhusplatser, den mer restriktiva tilldelningen av hemtjänst samt kvalitetsförändringar inom sjukvård och äldreomsorg. Det är emellertid troligt att förändringarna inom försörjningssystemen och välfärdstjänsternas avgiftsfinansieringsgrad, tillgänglighet och kvalitet sammantaget har haft ogynnsamma effekter för vissa befolkningsgrupper som är beroende av stöd från flera av dessa system samtidigt.

De äldre har som grupp klarat sig bra ur ett ekonomiskt perspektiv under 1990-talet, men samtidigt har tillgängligheten till omsorg för de äldre minskat. Såväl sjukvårds- som äldreomsorgsinsatserna har i ökad utsträckning kommit att koncentreras på de äldre som har störst hjälpbehov, samtidigt som en växande grupp äldre med mer måttliga behov hänvisas till att få hjälp av anhöriga eller till att köpa privat hjälp. Här finns också en klassmässig skevhet, såtillvida att mer resursrika äldre tenderar att ersätta den offentliga äldreomsorgen med marknadshjälp, medan äldre med mindre resurser oftare får anhörighjälp.

Huvuddelen av den ofärdsutveckling vi fångat upp i betänkandet har kretsat omkring utvecklingen för förhållandevis breda grupper i befolkningen. När det gäller mer extrema former av ofärd, såsom hemlöshet och barn som far illa, är tillgången på användbar kunskap i många fall alltför begränsad för att tillåta några säkra slutsatser om utvecklingen. Detta är naturligtvis en allvarlig brist när välfärdens utveckling över tid ska analyseras.

4.2 Kunskapsluckor

Som framgått föreligger det luckor i kunskapen om viktiga aspekter av välfärdens och ofärdens utveckling i Sverige på 1990-talet. En närmare diskussion av dessa kunskapsluckor är angeläget i sig, och ligger också i linje med kommitténs direktiv. De kunskapsbrister som lyfts fram i detta betänkande kan kategoriseras på flera sätt. Med utgångspunkt från hur kunskap skulle kunna användas om den fanns tillgänglig kan tre användningsområden urskiljas, nämligen generell kunskap, kunskap som krävs för att utvärdera eller följa upp specifika förändringar samt kunskap som krävs för löpande kontroll av en viss verksamhet.

Den första typen av kunskapsluckor representerar mer *generella brister* i vår bild av hur samhället fungerar och hur människors livsvillkor gestaltar sig. Sådan kunskap kommer rimligen aldrig att bli fullständig, men inom vissa områden framstår kunskapsluckorna som särskilt besvärande. Ett exempel utgörs av våra bristande kunskaper om barns livsvillkor, särskilt sedda ur barnens perspektiv. Någon generell undersökning om levnadsförhållanden bland barn har hittills inte gjorts i Sverige. Vissa indirekta uppgifter om barns villkor kan genereras via intervjuer med föräldrar, men sådan typ av information inbegriper inte relevanta uppgifter om barns relationer till vuxna och till andra barn, om situationen i skolan och om förhållanden hemma. Antalet samtal till BRIS jourtelefoner ökade under 1990-talet och fler fall av barnmisshandel anmäldes till polisen, men det är oklart om dessa indikatorer representerar en ökning av antalet barn som utsätts för olika former av ofärd i sina hem eller i skolan, eller om de speglar en ökande benägenhet att söka stöd hos BRIS och anmäla missförhållanden till polisen. På motsvarande sätt saknas det i traditionella intervjustudier kring levnadsförhållanden i många stycken uppgifter om de funktionshindrades och de allra äldstas levnadsvillkor, särskilt vad gäller förändringar över tid. Detsamma gäller flera av de så kallade utsatta grupper som är särskilt relevanta att studera ur ett socialpolitiskt perspektiv, exempelvis hemlösa eller nyanlända flyktingar.

Ett annat område där det saknas generell kunskap är motsättningen mellan principen om det kommunala självstyret och likvärdig behandling av människor. Mot bakgrund av att kommunernas ansvar och handlingsfrihet har utökats på en rad viktiga områden, som till exempel inom skola och omsorg, är det centralt att belysa konsekvenser i form av ökade skillnader mellan människor med likartade behov. Det saknas också studier av den etniska och klassmässiga boendesegregationens effekter för individens välfärd och livschanser. Hur de olika transferringssystemen samverkar är också otillräckligt belyst. Det saknas exempelvis systematisk kunskap om hur socialbidragstagandet påverkas

av förändringar i kvalifikationskrav och ersättningsnivåer i socialförsäkringssystemet.

Ansvar för att samla in uppgifter och sammanställa kunskap av detta mer generella slag bör åligga statistikförande myndigheter, men är också en uppgift för forskarvärlden. Forskningsinsatser krävs inte minst när det gäller analyser av samband mellan och mekanismer bakom olika fenomen.

En andra typ av kunskapslucka rör effekter av *specifika förändringar eller reformer*. Det finns tydliga exempel på denna typ av kunskap i uppföljnings- och utvärderingsstudier, såsom de uppföljningar som Socialstyrelsen gjort av Ädel-reformen och psykiatrireformen. Som visats i föreliggande betänkande har det dock skett många andra förändringar av styrformer, organisation och innehåll i framför allt produktionen av välfärdstjänster som inte följts upp på motsvarande sätt. Denna typ av riktade uppföljningsstudier är nödvändig inte bara när det gäller enstaka genomgripande reformer, utan också i de fall där förändringarna sker över längre tid, som vid gradvisa rationaliseringar och åtstramningar.

Det är noterbart att grundläggande kunskap många gånger saknas när det gäller omfattningen och karaktären på de organisationsförändringar som genomförts inom vård, skola och omsorg. Det är också oklart vilka konsekvenser dessa och andra förändringar haft för personalens villkor, liksom för möjligheterna att långsiktigt upprätthålla en god kvalitet på vård, omsorg och undervisning. Exempelvis finns stora brister i kunskaperna om konsekvenserna för såväl barn som personal av uttunningen av resurser inom skola och barnomsorg under 1990-talet. Personaltätheten har minskat och det offentliga åtagandet har minskat vad gäller kostnaderna, vilket inom barnomsorgen lett till höjda brukaravgifter. På sjukvårdens område är en viktig fråga vilka konsekvenser de dramatiskt förkortade vårdtiderna har haft för olika grupper av patienter. Det kan inte uteslutas att många äldre och resurssvaga personer skrivs ut från sjukvården i relativt dåligt skick. Däremot kan de förkortade vårdtiderna för yngre personer i många fall innebära minskade besvär och snabbare tillfrisknande.

Vidare saknas kunskaper om samspelet mellan arbetsmarknad, transfereringar och välfärdstjänster, det vill säga vilka konsekvenser olika typer av åtgärder och förändringar har haft för individers möjligheter att försörja sig. Ett exempel gäller föräldrars, särskilt ensamföräldrars, möjligheter till förvärvsarbete. Det är inte känt på vilket sätt arbetskraftsdeltagandet för denna grupp har påverkats av att betydelsen av inkomst- och behovsprövade bidrag har ökat samtidigt som barnomsorgsavgifterna höjts och i stor utsträckning kopplats till barnens närvarotid.

Den kunskap som krävs för dessa typer av analyser är av olika slag och det finns behov av såväl "enkel räkning" som mer svårfångade uppgifter som exempelvis rör välfärdstjänsternas innehåll och kvalitet. Ansvar för dessa typer av riktade undersökningar faller på ett brett spektrum av aktörer, såväl forskare som tillsynsmyndigheter och de olika huvudmännen för vård och omsorg.

En tredje typ av kunskapsluckor rör statens löpande uppföljning av den kommunala verksamheten, det vill säga *resultatkontrollen i mål- och resultatstyrningsmodellen*. Grundvalen för detta system är att medborgarna på olika sätt ska kunna följa om de uppställda målen uppnås eller ej. För detta krävs löpande och systematisk insamling, bearbetning och presentation av centrala resultatindikatorer. I den mån en sådan systematisk kunskapsinhämtning saknas eller inte fungerar får medborgarna mycket svårt att ta ställning till om kommunerna sköter sina åtaganden i enlighet med målen. Sådana brister finns exempelvis på skolans och vårdens områden. Utifrån det underlag som Skolverket levererat till kommittén förefaller det som om en systematisk bedömning av förändringar i elevernas kunskapsinhämtning under 1990-talet inte är möjlig, åtminstone inte utifrån sådana uppgifter som finns insamlade på rutinbasis. På motsvarande sätt möjliggör inte Socialstyrelsens underlag en adekvat bedömning av vilka konsekvenser sjukvårdens insatser har för patienterna samt vilka förändringar som skett under 1990-talet härvidlag. I flera fall skymms också utvecklingen över tid av statistikomläggningar, som inneburit förändringar av vilka uppgifter som samlas in. Dessa omläggningar omöjliggör eller försvårar utförandet av annat än grova beskrivningar över tid. Ansvar för att denna typ av löpande övervakning sker åligger i första hand de myndigheter som har ett tillsynsansvar, även om insatser av forskning och andra myndigheter också är viktiga.

Ovanstående beskrivning av kunskapsluckor om välfärdsutvecklingen tog sin utgångspunkt i kunskapens användningsområde. Utöver detta är det också centralt att bedöma i vilken utsträckning kunskapsbristerna går att åtgärda. En sådan diskussion kan vara av intresse när det ska fattas beslut om resurser för att tillfredsställa behoven av ny kunskap. I detta fall är det avgörande i vilken mån det över huvud taget finns kunskapsunderlag. Självfallet är det enklast att åtgärda kunskapsluckor på sådana områden där underlag finns, men där inga eller endast bristfälliga analyser gjorts. Ett exempel på en sådan kunskapslucka rör hur levnadsförhållanden gestaltar sig för personer med rörelsehinder. I de befintliga ULF-undersökningarna finns (dock utifrån tämligen grova indikatorer på rörelsehinder) uppgifter som skulle kunna bearbetas och presenteras. Kunskapsläget skulle också kunna förbättras avsevärt om

ensamstående föräldrars situation, om vilken det existerar olika typer av intervjumaterial och register.

Många kunskapsluckor är dock av sådan karaktär att de kräver extra insatser vad gäller sammanställning, förbättring och utveckling av befintliga uppgifter. Exempelvis krävs en sådan typ av samordning för att det ska gå att ge en mer fullständig bild av barns villkor. Kunskapsunderlaget om barns villkor skulle kunna förbättras påtagligt om den statistik som finns hos olika myndigheter samordnades och sammanställdes. Detta är fullt möjligt, men förutsätter att ett övergripande ansvar förläggs vid någon myndighet.

Slutligen föreligger det kunskapsluckor på områden där inga uppgifter överhuvudtaget finns tillgängliga, och där helt nya data måste tas fram. Detta är i de flesta fall fullt möjligt, men är samtidigt ofta resurs- och tidskrävande. Dessutom medger insamling av nya uppgifter i de allra flesta fall inte att man kan täcka in perioder bakåt i tiden, varför behovet av analyser av 1990-talets utveckling med avseende på exempelvis hälsotillståndet bland dem som skrivs ut från sjukhus svårigen kan tillgodoses. Icke desto mindre är initierandet av datainsamlingar i många fall avgörande för möjligheterna att i framtiden följa välfärdsutvecklingen.

Sammanfattningsvis finns kunskapsluckor av flera slag, av vilka framför allt de generella och de som gäller konsekvenser av specifika förändringar inom välfärdstjänsternas och transfereringarnas områden kommer att bli föremål för fortsatt arbete inom ramen för Kommittén Välfärdsbokslut. Detta arbete kommer att inkludera såväl analyser av befintliga material som medverkan till att helt nya data tas fram. Grovt sett kommer arbetet att inriktas mot studier av individuella välfärdsförändringar, levnadsförhållanden för speciella grupper i befolkningen, organiseringen av olika transfereringssystem och välfärdstjänster samt konsekvenser för individens välfärd av utvecklingen inom dessa system tillsammans med utvecklingen rörande arbetsmarknad och familjeförhållanden. Nedan diskuteras kort några motiv för dessa prioriteringar inför det fortsatta arbetet.

I detta betänkande har vi i huvudsak beskrivit skillnader mellan grupper vid olika tidpunkter. Detta ska inte förväxlas med hur välfärden utvecklas för enskilda individer. Att exempelvis utrikes födda som grupp fått vidkännas välfärdsförsämringar kan bero på försämrade förhållanden bland dem som funnits här en längre tid, men också på att nyinvandrade personer har sämre förhållanden än de som invandrat tidigare. För kommittén är båda dessa typer av välfärdsbedömningar centrala. Om specifika grupper fått erfara försämrade välfärd är detta en socialpolitiskt relevant kunskap, även om det inte är samma individer som fått se sin situation försämrade. Dock är det särskilt allvarligt om

individer fastnar i ogynnsamma levnadsförlopp. Sådana typer av analyser återkommer vi till i senare betänkanden, bland annat på basis av material från den longitudinella Levnadsnivåundersökning som genomförs under 2000. Denna undersökning gör det möjligt att följa samma individer under 1990-talets krisår och jämföra deras livsvillkor vid ingången och utgången av årtiondet. Att följa samma individer över tid är också en förutsättning för att kunna förstå och förklara underliggande orsaker till ofärd och varför olika former av ofärd är sammankopplade.

Som en del av Levnadsnivåundersökningen 2000 kommer det att genomföras en särskild datainsamling om barns villkor. Detta blir den första studien av sitt slag i Sverige, och kommittén har mot bakgrund av direktiven bedömt det som angeläget att medverka till att denna studie kan genomföras, samt till att en första beskrivning av barns villkor kan publiceras i kommitténs regi. Förutom att belysa barns villkor i allmänhet är det angeläget att utröna hur man kan förbättra kunskaperna om utsatta grupper av barn.

Vi har i det här betänkandet visat exempel på hur man kan studera effekterna av transfereringarnas fördelning i inkomststrukturen. I de underlag som lämnats till kommittén finns ytterligare exempel på försök att analysera effekterna på inkomstfördelningen av socialförsäkringar och familjestöd. Dock har analyserna fått begränsas till perioden 1993 till 1997, till följd av betydande mätproblem och det faktum att det ännu saknas data för flera år i slutet av årtiondet. Det framstår som en angelägen uppgift för kommittén att göra en mer fullständig belysning av 1990-talet och en mer ingående analys av omfördelningsprocessen. Mot bakgrund av den ökande betydelsen av kapitalinkomster i allmänhet och deras påverkan på inkomstjämligheten i synnerhet, framstår det som angeläget att också beakta de förmögenhetsdata som SCB för närvarande håller på att sammanställa och som tidigare varit behäftade med stora brister.

Det ökade socialbidragstagandet under 1990-talet är en av de tydligaste indikatorerna på den ekonomiska krisens konsekvenser. Den expansiva fasen var som tydligast under den första halvan av decenniet, men från och med 1998 har det skett ett kraftigt trendbrott som innebär att såväl kostnader som andelen bidragstagare minskar kraftigt. Kvartalsdata för 1999 tyder på en fortsatt kraftig nedgång. För kommitténs vidkommande är det av yttersta vikt att också kunna analysera de senaste årens utveckling på detta område. Socialbidragen är på många sätt en central välfärdsindikator och mycket tyder på att det under 1990-talets sista år kan vara helt nya grupper som hamnar i fokus. En viktig uppgift för kommittén blir därför att utifrån tillgängliga databaser analysera bidragsmönstren i slutet av 1990-talet.

Det förefaller också angeläget att öka kunskaperna om förändringarna inom välfärdstjänsteområdet vad gäller förekomst och konsekvenser av olika styr- och driftsformer. Det framstår också som viktigt att analysera motiven för dessa förändringar. Det är centralt att i detta sammanhang uppmärksamma konsekvenser för brukarna (det vill säga barn, sjuka, äldre och så vidare), men också för den berörda personalen, inte minst därför att personalens villkor i förlängningen sannolikt påverkar kvaliteten i de tjänster som produceras.

Arbetsförhållanden utgör en viktig aspekt på välfärd där det råder stora skillnader mellan olika yrkesgrupper och sektorer. 1990-talets svenska arbetsmarknad har utvecklats på ett dramatiskt sätt. Utvecklingen av arbetslösheten är väl dokumenterad, men det har också skett en rad andra viktiga förändringar inom arbetslivet. En sådan förändring är ökningen av andelen tillfälliga anställningar, en annan ett ökat inslag av uthyrningsföretag. Det är betydelsefullt att få klarlagt hur genomgripande dessa förändringar har varit på svenska arbetsplatser, samt hur dessa förändringar påverkat arbetsförhållanden och anställningsvillkor för enskilda löntagare.

Kommitténs sammansättning av forskare från olika discipliner och med olika inriktningar innebär att vi också fortsättningsvis har möjligheter att i egen regi genomföra studier av såväl transfereringssystem och välfärdstjänster som välfärdsutfall på individnivå. Dessutom kommer också fortsättningsvis uppdrag att läggas på externa forskare och på Statistiska centralbyrån.

4.3 Välfärd vid vägskäl

Utvecklingen av välfärd och ofärd under 1990-talet är i en mening bara historia. De förutsättningar som gällt under detta årtionde har i flera avseenden också varit unika. Det snabba fallet i sysselsättning och tillväxt tillsammans med arbetslöshetens uppgång till extremt höga nivåer åtföljdes i tiden av en mycket stor flyktinginvandring. Den fallande produktionen och de urholkade statsfinanserna utlöste så småningom en mycket kraftig saneringspolitik där skatthöjningar parades med nedskärningar på socialförsäkringar och bidrag, på vården i landstingen och på skola och omsorg i kommunerna.

Det är möjligt att en sådan dramatisk och djup nedgång i samhälls-ekonomi med alla dess konsekvenser inte kommer att upprepa sig. Det förefaller emellertid troligt att de stora förändringar som skett, såväl de strukturella som socialpolitiska, kommer att ha effekter som kan spåras i människors välfärd även under det tjugoförsta århundradets inledning. Många människor träder in i det nya seklet med den välfärd eller ofärd som är resultatet av deras erfarenheter under 1990-talet. Även i de fall där en förbättring skett i slutet på årtiondet kan tidigare missförhållanden få långsiktiga konsekvenser. Inte minst finns det skäl att uppmärksamma den generation som gick ut i vuxenlivet under de värsta krisåren.

Utvecklingen av den svenska befolkningens välfärd under 1990-talet innehåller också element som inte är unika för decenniet. Flera av de förändringar som gjorts i trygghetssystemen, exempelvis inom äldreomsorgen, kan ses som fortsättningar på mer långsiktiga förlopp. Ett stort antal av de välfärdsproblem som kunnat identifieras kan tolkas som delar i mer allmänna trender, som också kunnat iakttagas i många andra moderna industriländer. Dessutom rör många av de beskrivna problemen förhållanden som är mer eller mindre konstanta över tiden och förknippade med faser i livet som vi alla, om än på olika sätt och i olika utsträckning, har att möta och genomgå.

Det går att argumentera för att den beskrivning som vi gjort av välfärdens och ofärdens utveckling är relevant för diskussionen av socialpolitikens framtida inriktning, både därför att det tjugoförsta århundradet ärver vissa av 1990-talets sociala problem och därför att socialpolitiken utmanas av förhållanden som är av förhållandevis konstant natur. Det går också att hävda att 1990-talets utveckling förstärkt vissa tidigare etablerade tendenser, vilket ger oss anledning att precisera en del av utmaningarna för den svenska socialpolitiska modellen.

Sverige och de nordiska länderna har etablerat en universell modell för den sociala tryggheten där bidrag och social service till alla medborgare kombinerats med inkomstrelaterade socialförsäkringar med inslag av grundtrygghet för dem som saknar inkomster. Detta har kom-

binerats med en aktiv arbetsmarknadspolitik och utbyggd social omsorg som medverkat till en hög sysselsättningsnivå internationellt sett, inte minst bland kvinnorna. I ett jämförande perspektiv förefaller denna modell vara mer framgångsrik när det gäller att öka chanserna också för de sämst ställda medborgarna att hantera de påfrestningar som livets olika faser innebär. Man kan ha olika uppfattningar om hur angeläget det är att upprätthålla den universella modellen med gemensamma system för olika grupper i samhället, men 1990-talets utveckling har tydliggjort viktiga vägval.

I diskussionen om 1990-talets välfärdsstatsutveckling har det rests frågor om huruvida den svenska socialpolitiska modellen övergivits. Det har inte gått att belägga att det skett ett avgörande modellskifte vare sig på välfärdstjänsternas eller på försörjningssystemens område, även om för modellen problematiska förändringar har kunnat registreras. Vissa av dessa är av principiell natur, men även stegvisa eller förhållandevis marginella förändringar i systemen kan på sikt medföra att utvecklingen tar en annan riktning. Sänkta ersättningsnivåer ökar exempelvis utrymmet för individuella försäkringar eller kollektivavtalslösningar, vilket kan utgöra ytterligare press nedåt för de offentliga försäkringarna. På samma sätt kan kvalitetsförsämringar eller minskad tillgänglighet på välfärdstjänsternas område leda till att resursstarka grupper väljer lösningar som ligger utanför det offentliga systemet. En sådan utveckling kan i sin tur leda till minskat intresse för att bevaka kvaliteten i de allmänna systemen. Även brist på politiska beslut kan få långtgående konsekvenser för intressebildningen kring trygghetssystemen. Detta talar för att vi befinner oss vid vägskalet när det gäller den framtida inriktningen av socialpolitiken.

Det ligger i kommitténs uppdrag att sammanställa fakta som kan tjäna som underlag för diskussionen om den framtida inriktningen av socialpolitiken. Denna uppgift inbegriper en bedömning av vilka frågor som är mest angelägna att diskutera. Det finns som vi bedömer det viktiga vägval att göra inom flera områden.

På familjepolitikens område handlar valen om hur familjestödet ska dimensioneras, mot bakgrund av barnfamiljernas försämrade position i inkomstfördelningen. Denna försämring har inte bara att göra med de minskade förvärvsinkomsterna, utan också med de nedskärningar som gjorts i stödssystemen liksom med att förmånerna inte är utformade för att följa den allmänna inkomstutvecklingen. Det är svårt att upprätthålla en relativ standard för barnfamiljerna i förhållande till andra grupper i samhället när bidragens nivå bestäms i kronor och ören, utan att indexeras, och därmed blir beroende av återkommande riksdagsbeslut.

Barnens välfärd är inte bara beroende av familjernas inkomster, utan i stor utsträckning också av tillgången på barnomsorg och skola av god

kvalitet. Under 1990-talet har tillgängligheten ökat i barnomsorgen och gymnasieskolan. Det går inte att säga något säkert om kvaliteten annat än att resurserna per barn minskat och att personaltätheten blivit lägre. En möjlig konsekvens av denna uttunning är att de ekonomiskt resursstarka föräldrar som inte finner kvaliteten tillfredsställande i den offentliga omsorgen utnyttjar möjligheten att betala högre avgifter i en alternativ barnomsorg och på så sätt tillförsäkra sitt barn en god barnomsorg. Eftersom detta är en ekonomisk möjlighet som inte alla föräldrar har, kan konsekvensen bli att parallella, i huvudsak skattefinansierade, system växer fram där det uppväxande släktets villkor och livschanser i högre grad än hittills blir beroende av föräldrarnas betalningskraft.

När det gäller både arbetslöshetsförsäkringen och socialförsäkringarna finns det såväl golv- som takproblem. Golvproblemen innebär att det finns arbetslösa, gamla, sjuka och föräldralediga som saknar ersättning från de allmänna systemen och istället får förlita sig på det behovsprövade socialbidraget. Det som borde diskuteras är i vilken utsträckning dessa problem kan lösas inom ramen för socialförsäkringssystemet och i vilken utsträckning detta är problem som mer framgångsrikt kan hanteras inom ramen för den aktiva arbetsmarknadspolitiken. Det faktum att allt fler försäkrade har inkomster över det tak som finns för vad som är förmånsgrundande innebär att allt fler saknar adekvat inkomstbortfalls-skydd från den allmänna försäkringen. Denna brist kan få långtgående konsekvenser för medborgarnas stöd för socialförsäkringen, eftersom allt större grupper på arbetsmarknaden i ökad utsträckning kan komma att få förlita sig på privata, individuella eller kollektiva, försäkringslösningar för att få ett gott inkomstbortfalls-skydd.

Om de offentligt finansierade systemen på välfärdstjänsteområdet inte heller förmår att producera exempelvis vård av tillräckligt hög kvalitet för de bättre ställda, kommer en liknande flykt från de allmänna systemen att kunna bli stark. På sjukvårdens område råder det ett utbrett tvivel om huruvida resurstilldelningen är tillräcklig för att den allmänna vården på sikt ska kunna tillhandahålla det som en svensk socialminister en gång formulerade som: ”endast det bästa är gott nog för folket”. De indikationer vi har på arbetsförhållanden i vården pekar entydigt mot att villkoren i ökad utsträckning är ett problem för de anställda, och att detta kan ha negativa konsekvenser även för dem som vårdas. Hur kan tillgänglighet och god kvalitet säkras genom tillräcklig resurstilldelning och effektiv resursanvändning?

På äldreomsorgens område har 1990-talet förstärkt tidigare tendenser mot ett minskat offentligt åtagande med ett ökat inslag av anhörigomsorg och marknadstjänster som följd. Det faktum att universalismen inte

minst i äldreomsorgen i praktiken är starkt uttunnad ställer frågan om den framtida fördelningen av ansvar för omsorgen om ett växande antal gamla på sin spets.

Det går att hitta fler exempel där 1990-talets utveckling blottlagt brister i de offentliga välfärdssystemen. Att brukarna betalar en allt större andel av kostnaderna för läkemedel och tandvård för vuxna innebär att det skett en förskjutning mot privatisering av finansieringen av dessa system. Systemen för hur man tar ut avgifter har också skiftat såväl över tid som mellan olika områden. För medborgarnas möjligheter att styra sina liv torde det vara av stort värde om det fanns mer långsiktiga och robusta finansieringssystem på dessa, liksom på andra, områden.

Under de senaste åren har flera ofärdstrender brutits. Arbetslösheten har gått ner och socialbidragstagandet minskar. Samtidigt är det uppenbart att sysselsättningsutvecklingen är svag och att vissa grupper har haft svårt att dra nytta av den allmänna uppgången. Det långvariga socialbidragstagandet går inte ner. Sysselsättningsproblemen för de ensamstående föräldrarna kvarstår. Invandrarnas situation på arbetsmarknaden är uppenbart problematisk. Gäller nedgången i socialbidragstagandet alla ungdomsgrupper? Hur går det för dem som har bristfällig utbildning? Hur framgångsrika är utbildningssystemet och den aktiva arbetsmarknadspolitiken när det gäller att få människor i arbete? Ligger den ökade boendesegregationen hinder i vägen för resurssvaga gruppers deltagande på arbetsmarknaden och i samhällslivet?

Den grundläggande målsättningen att minska ofärden är lätt för alla att dela. Det är svårare att formulera hur detta bäst kan åstadkommas. En typ av frågor handlar om resurstilldelningen för respektive politikområde. En annan fråga rör effektiviteten i resursanvändningen. Svaren på den första typen av frågor är i viss utsträckning avhängig svaren på den andra. Ett grundläggande problem är att det på många områden saknas underlag för analys av kvaliteten och effektiviteten i de olika välfärdssystemen.

Ytterst handlar dessa frågor om vilken betydelse familj, marknad och den offentliga sektorn ska ha, inte bara för att fördela konsumtionsutrymme, utan också för vård, utbildning och omsorg. Om vi på flera viktiga områden befinner oss vid vägskäl för den framtida utvecklingen av socialpolitiken, är det viktigt att göra välinformerade val och att vi låter fakta och inte fördomar styra. I slutändan måste dock de socialpolitiska besluten byggas på värderingsgrundade prioriteringar. Här är alla medborgare experter.

Referenser

- Allardt, E., 1998, "Det goda samhället: Välfärd, livsstil och medborgargyger", *Tidskrift för velferdsforskning*, 1: 123–133.
- Andersson, G., 1992, *Stöd och avlastning: Om insatsen kontaktperson/familj*. Lund: Socialhögskolan.
- Andersson, G., 1995, *Barn i samhällsvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, L., 1993, *Äldre i Sverige och Europa. Ädel-utvärderingen 93:4*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Andersson, R., 1997, "Svenskglesa bostadsområden", *Invandrare och minoriteter 2*: 19–24.
- Andersson, R., Molina, I., 1996, *Etnisk boendesegregation i teori och praktik*. Bilaga till Invandrapolitiska kommitténs slutbetänkande *Vägar in i Sverige*, SOU 1996:55.
- Anell, A., Edebalk, P.G., Svensson, M., 1999, *Resursfördelning och finansiering, i 2000-talets äldrevård och äldreomsorg*. Spri rapport nr 491. Stockholm: Spri.
- Anell, A., Jönsson, B., Persson, U., 1998, *Läkemedelskostnaderna*. Lund: IHE och Stockholm: Handelshögskolan.
- Anell, A., Persson, M., 1998, "Mäta BNP-andel inte nog. Reala mått kompletterar", *Läkartidningen*, 95: 3315–3318.
- Antman, P., 1994, "Vägen till systemskiftet – den offentliga sektorn i politiken 1970–1992", i Gustafsson, R. Å. (red.), *Köp och sälj, var god och svälj? Vårdens nya ekonomistyrningssystem i ett arbetsmiljöperspektiv*. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.
- Antman, P., 1996, *Barn- och äldreomsorg i Tyskland och Sverige (Sverige-delen)*. Välfärdsprojektet, Socialdepartementet.

- Arbetskyddsstyrelsen och SCB, 1997, *Negativ stress i arbetet. De mest utsatta yrkena*. Information om utbildning och arbetsmarknad 1997:1. Stockholm: Arbetskyddsstyrelsen och Statistiska Centralbyrån.
- Arbetskyddsstyrelsen och SCB, 1998, *Arbetsmiljön 1997*. Statistiska meddelanden Am 68 SM 9801. Stockholm: Arbetskyddsstyrelsen och Statistiska Centralbyrån.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., 1999, "Kritik eller tystnad – en studie av arbetsmarknads- och anställningsförhållandens betydelse för arbetsmiljökritik", *Arbetsmarknad och arbetsliv*, Årg. 5, nr. 3, hösten 1999: 189–206.
- Atkinson, A.B., Rainwater, L., Smeeding, T.M. 1995, *Income Distribution in OECD Countries*. OECD Social Policy Studies No. 18. Paris: OECD.
- Bell, D., 1973, *The Coming of Post-Industrial Society: A Venture in Social Forecasting*. New York: Basic Books.
- Bergmark, Å., 1991, *Socialbidrag och försörjning*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms Universitet.
- Bergmark Å., 1995, *Prioriteringar i socialtjänsten: Rättvisa och ekonomi*. Rapport i socialt arbete nr. 73. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms Universitet.
- Bergmark, Å., 1997, "From Reforms to Rationing. Current Allocative Trends in Social Services in Sweden", *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 6: 74–81.
- Bergmark, Å., Lundström, T., kommande, *Socialarbetares kunskapsbas*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms Universitet.
- Bergström, U., Sarnecki, J., 1996, "Invandrarungdomar på särskilda ungdomshem i Stockholms län", i Armelius, B. Å., Bengtzon, S., Rydelius, P. A., Sarnecki, J., Carpelan, K. S. (red.), *Vård av ungdomar med sociala problem. En forskningsöversikt*. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.
- Berkman, L., Syme, L. 1979, "Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A Nine Year Follow-Up Study of Alameda County residents", *American Journal of Epidemiology* 109:186–204.

- Björklund, A., Freeman, R.B., 1997, "Generating Equality and Eliminating Poverty, the Swedish Way", i *The Welfare State in Transition – Reforming the Swedish Model*, Chicago, The University of Chicago Press och the National Bureau of Economic Research.
- Blomquist, J., 1996, *Från ideologi till ekonomi – institutionsförlagd missbrukarvård under tre decennier*. FoU-rapport 1996:2. Stockholm: Socialtjänsten, FoU-byrån.
- Brå, 1999, *Brottsstatistik*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Byberg, I., 1998, *Arbetsmetoder och socialbidrag*. Socialstyrelsens rapport 1998: 11. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Bäckström, C., Henriksson, C., 1999, *Vad tycker du om sjukvården? Vårdvärdering nr. 18/98*. Stockholm: Inregia.
- CAN, 1999, *Drogutvecklingen i Sverige 1999*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Cassel, J., 1976, "The Contribution of the Social Environment to Host Resistance", *American Journal of Epidemiology* 104:107–123.
- Daatland, S. O. (red.), 1997, *De siste årene – eldreomsorgen i Skandinavia 1960–1995*. Nova-rapport 22. Oslo: Nova.
- Danielsson, M., Lindberg, G., 1996, "Skillnader mellan mäns och kvinnors ohälsa – beständiga eller föränderliga?", i Östlin, P., Danielsson, M., Diderichsen, F., Härenstam, A., Lindberg, G. (red.), *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader i ett folkhälsoperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Dir. 1998:108, Socialdepartementet, *Nya former för stöd åt hemlösa*, Beslut vid regeringssammanträde den 22 december 1998.
- Eklund, I., 1999, "Kraven i arbetslivet ökar", *Välfärdsbulletinen*, 4/99, 4–5.
- Erikson, R., 1993, "Descriptions of Inequality: The Swedish Approach to Welfare Research", i Nussbaum, M., Sen, A. (red.), *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.
- Erikson, R., Jonsson, J. O., 1993, *Ursprung och utbildning – social snedrekrytering till högre studier*. SOU 1993:85. Stockholm: Fritzes.

- Erikson, R., Tåhlin, M., 1984, "Samgång mellan välfärdsproblem", i Erikson, R., Åberg, R. (red.), *Välfärd i förändring*. Stockholm: Prisma och Institutet för social forskning.
- Erikson, R., Uusitalo, H., 1987, "The Scandinavian Approach to Welfare Research", i Erikson, R., Hansen, E.J., Ringen, S. Uusitalo, H. (red.), *The Scandinavian Model: Welfare States and Welfare Research*. New York: M.E. Sharpe.
- ESO, 1995, *Vad blev det av de enskilda alternativen? En kartläggning av verksamheten inom skolan, vården och omsorgen*. Rapport till ESO (Ds. 1995:25). Finansdepartementet.
- ESO, 1999, *Bostad sökes*. Rapport till ESO (Ds. 1999:46). Finansdepartementet.
- Estrada, F., 1999, *Ungdomsbrottslighet som samhällsproblem. Utveckling, uppmärksamhet och reaktion*. Stockholm: Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Finne, E., kommande, *Statistik över missbrukare, hemlösa och psykiskt störda i Stockholm år 1998: totalinventering av socialtjänstens, sjukvårdens, ideella organisationers och institutioners kontakter*. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialtjänstförvaltningen.
- Flyghed, J., Stenberg, S-Å., 1994, *Vräkt i laga ordning*. Stockholm: Konsumentverket. Rapport 1993/94:1. Stockholm: Konsumentverket.
- Forslund, A., Krueger, A., 1995, *An Evaluation of the Swedish Active Labor Market Policy*. New and Received Wisdom. SNS Occasional papers nr. 65.
- Forssell, A., 1994, "Företagisering av kommuner", i Jacobsson, B. (red.), *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.
- Forssell, A., 1999, *Offentlig reformation i marknadsmodellernas spår? SCORE's Working Paper Series 1999:5*. Stockholm: Stockholms universitet.
- Franzén, E., 1997, "Invandrare och socialbidrag", *Socialvetenskaplig tidskrift*, 4: 279–304.
- Franzén, E., 1999, *Invandrare som socialbidragstagare*. Under publikation vid CUS, Socialstyrelsen.

- Fried, R., 1998, *Hemtjänsten i Stockholm 1998 – En enkät till hjälp-tagarna och jämförelser med 1995*. Stockholms stad: Stadsledningskontoret.
- Fritzell, J., 1993, "Income Inequality Trends in the 1980s: A Five Country Comparison", *Acta Sociologica*, 36: 47–62.
- Fritzell, J., 1999, "Changes in the Social Patterning of Living Conditions", i Kautto, M. m.fl. (red.), *Nordic Social Policy: Changing Welfare States*. London: Routledge.
- Fritzell, J., Lundberg, O., 1993, *Ett förlorat eller förlovat årtionde?* Stockholm: Institutet för social forskning.
- Fritzell, J., Lundberg, O., 1994a, "Kvinnor, män och välfärdens utveckling", i *Försäkringskassaförbundets FAKTA, Har vi råd att avvara välfärden?* Rapport från ett forskarseminarium januari 1994.
- Fritzell, J., Lundberg, O., 1994b, "Välfärdsförändringar 1968-1991", i *Vardagens villkor*, Fritzell, J., Lundberg, O. (red.), Stockholm: Brombergs.
- Förster, M., 1994, *Measurement of Low Income and Poverty in a Perspective of International Comparisons*, OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper No. 14, Paris: OECD.
- Försäkringskassaförbundet, 1999, *Socialförsäkringsguiden*. Stockholm: Försäkringskassaförbundet.
- Gottschalk, P., Smeeding, T. M., 1997, "Cross-national Comparisons of Earnings and Income Inequality", *Journal of Economic Literature*, Vol. V: 633–687.
- Granovetter, M., 1982, "The Strength of Weak Ties. A Network Theory Revisited", i Marsden, P., Lin, N. (red.), *Social Structure and Network Analysis*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Gustafsson, J. E., Westerlund, A., 1994, "Socialgruppskillnader i prestationer på Högskoleprovet", i Erikson, R., Jonsson, J. O. (red.), *Sorteringen i skolan*. Stockholm: Carlsson.
- Gähler, M., 1997, "Ekonomiska konsekvenser av skilsmässa – skillnader mellan kvinnor och män", i Ahrne, G., Persson, I. (red.), *Familj, makt och jämställdhet*. SOU 1997:138, Stockholm: Fritzes.
- Halleröd, B., 1995, "The Truly Poor: Indirect and Direct Measurement of Consensual Poverty in Sweden", *Journal of European Social Policy*, 5: 111–129.

- Helmersson Bergmark, K., 1999, "Om kvinnors bruk och missbruk", i *Alkohol och narkotika – politik, vård och dilemman*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.
- Hemström, Ö., 1996, "Biologiska förutsättningar och sociala förhållanden. Hypoteser om könsskillnader i dödlighet", i Östlin, P., Danielsson, M., Diderichsen, F., Härenstam, A., Lindberg, G. (red.), *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader i ett folkhälsooperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Hemström, Ö., 1998, *Male Susceptibility and Female Emancipation: Studies on the Gender Difference in Mortality*. Stockholm studies in sociology; N.S. 7. Stockholm: Almqvist & Wiksell International
- Hetzler, A., 1994, *Socialpolitik i verkligheten. De handikappade och försäkringskassan*. Lund: Bokbox förlag.
- Holmberg, S., Weibull, L., 1999, "Ljusnande framtid", i Holmberg, S., Weibull, L. (red.), *Ljusnande framtid*. SOM-undersökningen 1998. SOM-rapport nr 22. Göteborg: SOM-institutet.
- Håkansson, A. (red.), 1996, *Folket och kommunerna. Systemskiftet som kom av sig*. Rapport 1997:1, Stockholms universitet, Statsvetenskapliga institutionen.
- Härenstam, A. m.fl., 1999, *Vad kännetecknar och innebär moderna arbets- och livsvillkor?* Rapport 1999:8 från MOA-projektet, Stockholm, Yrkesmedicinska enheten.
- Jahoda, M., 1982, *Employment and Unemployment – A Social-Psychological Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jansson, K., 1998, *Översyn av ekvivalensskalor vid inkomstfördelningsstudier*, PM. Örebro: SCB.
- Johansson, L., 1971, *Den vuxna befolkningens bostadsförhållanden 1968*, Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Johansson, S., 1970, *Om levnadsnivåundersökningen*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Jäntti, M., Danziger, S., 1999, "Income Poverty in Advanced Countries", i Atkinson, A.B., Bourguignon, F.E., *Handbook on Income Distribution*. Elsevier: North Holland.
- Karasek, R., 1979, "Job Demands. Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign", *Administrative Science Quarterly*, 24: 285–308.

- Kautto, M., Heikkilä, M., Hvinden, B., Marklund, S., Ploug, N. (red.), 1999, *Nordic Social Policy: Changing Welfare States*. London: Routledge.
- Knutsson, G., Stridsman, K., 1988, *Fattiga i Sverige – vem behöver socialbidrag och varför?* Stockholm: Allmänna förlaget.
- KommunAktuellt Direkt 16/9 1999, Privat äldrevård klyver partierna. <http://kommunaktuellt.com/arkiv/enkat/entreprenad.htm> (1999-12-22).
- Korpi, S., 1996, "Samhällets insatser för ungdomar", i Armelius, B. Å., Bengtzon, S., Rydelius, P. A., Sarnecki, J., Carpelan, J. S. (red.), *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Lahelma, E., 1994, "The Patterning and Responses to Unemployment: Deprivation and Adaption", i Levin, L., McMahon, L., Ziglio, E. (red.), *Economic Change, Social Welfare and Health in Europe*. WHO Regional Publications, European Series, No. 54. Köpenhamn: WHO.
- Lenke, L., 1999, "Den svenska missbruksutvecklingen – en överblick", i *Alkohol och narkotika – politik, vård och dilemman*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.
- Lennartsson, C., 1993. *Fritid och social förankring. Om förändring och sociala skillnader under perioden 1981 till 1991*. Stockholm: Institutet för social forskning.
- LO, 1999, *Kvinnors och mäns arbetsmiljö och hälsa*. Stockholm: LO.
- Lundberg, O., 1990, *Den ojämlika ohälsan. Om klass- och könsskillnader i sjuklighet*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Lundberg, O., 1998, "...däruti få af de förmögnare sjukna" – Om hälsans ojämlika fördelning i dagens Sverige, i *En god hälsa – ett socialt privilegium?* Stockholm: Nationella folkhälsokommittén.
- Lundström, T., 1993, *Tvångsomhändertagande av barn: En studie av lagarna, professionerna och praktiken under 1900-talet*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms Universitet.
- Lundström, T., 1995, "Staten och det frivilliga sociala arbetet i Sverige", i Klausen, K. K., Selle, P., *Frivillig organisering i Norden*. Oslo: Tano.

- Lundström, T., 1997, *Barnavårdsorganisationer vid två sekelskiften. Frivilligt barnavårdsarbete förr och nu*. Sköndalsinstitutets skriftserie nr. 10. Stockholm: Sköndalsinstitutet.
- Lundström, T., Wijkström, E., 1997, *The Nonprofit Sector in Sweden*. Manchester: Manchester University Press.
- Manderbacka, K., 1998, *Questions on Survey Questions on Health*. Stockholm: Institutet för social forskning.
- Marklund, S., 1997, "Svensk socialpolitik i förändring", i SCB, *Levnadsförhållanden rapport nr. 91, Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975–1995*. Örebro; Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- Martikainen, P., Valkonen, T., 1996, "Excess Mortality of Unemployed Men and Women During a Period of Rapidly Increasing Unemployment", *Lancet* 348: 909–912.
- Montin, S., 1997, New Public Management på svenska, *Politica* 29: 261–278.
- Nordenmark, M., 1999, *Unemployment, Employment, Commitment and Well-Being*. Doktorsavhandling nr. 10. Umeå: Sociologiska institutionen, Umeå Universitet.
- Nordenmark, M., Strandh, M., 1999, "Towards a Sociological Understanding of Mental Well-being among the Unemployed – The Role of Economic and Psychological Factors", *Sociology*, 33: 577–597.
- Näsman, E., von Gerber, C., 1996, *Mamma pappa utan jobb*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Olli, Å., 1996, *Arbetsmarknadspolitiskt kalendarium*. Rapport till EFA, Arbetsmarknadsdepartementet.
- Olsson, L., 1997, *Förskolan och arbetslösheten: Förskolans betydelse för arbetslösa föräldrar och deras barn*. Stockholm: Socialtjänsten, FoU-byrån.
- Popper, K., 1969, *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*, 3:e utg., (rev.). London: Routledge.
- Rainwater, L., Smeeding, T.M., 1995. *Doing Poorly: The Real Income of American Children in a Comparative Perspective*, Luxembourg Income Study, Working paper 127, Luxembourg.
- Regeringen, 1999, *Utvecklingen inom den kommunala sektorn*. Regeringens skrivelse 1998/99:97. Stockholm.

- Regeringens proposition 1988/89:4, *Skolans utveckling och styrning*. Stockholm.
- Regeringens proposition 1990/91:18, *Om ansvaret för skolan*. Stockholm.
- Regeringens proposition 1995/96:25, *En politik för arbete, trygghet och utveckling*. Stockholm.
- Regeringens proposition 1995/96:148, *Lokal samverkan mot arbetslösheten*. Stockholm.
- Regeringens proposition 1996/97:124, *Ändring i Socialtjänstlagen*. Stockholm.
- Regeringens proposition 1997/98:113, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Stockholm.
- Regné, H., 1999, *Privatekonomiska effekter av arbetsmarknadsutbildning. En utvärdering av dem som deltog åren 1989, 1990 och 1991*. Rapport till ESO, Finansdepartementet.
- Riksförsäkringsverket, 1999a, *Socialförsäkringsboken 1999*. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Riksförsäkringsverket, 1999b, *Statlig assistansersättning – de fem första åren*. RFV redovisar 1999:11. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Sahlin, I., 1996, *På gränsen till bostad. Avvisning, utvisning, specialkontrakt*. Lund: Arkiv.
- Sallnäs, M., 1995, "Att utreda föräldraskap. Om modern institutionsvård för barn", *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2: 334–349.
- Sallnäs, M., 1999, *Barn- och ungdomshem*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms Universitet.
- Salonen, T., 1997, "Socialbidraget – mellan personliga bekymmer och systembrister", i *11 röster om socialbidrag*. Socialstyrelsen 1997:5. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sandman, P.O., 1998, *Att vårda dementa*, i *Äldreomsorgens vardag*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.
- SCB, 1993, *Barn som far illa – utredningar enligt paragraf 50 SoL*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- SCB, 1995, *Utbildningsstatistisk årsbok 1995*. Statistiska Centralbyrån.

- SCB, 1997a, *De funktionshindrades situation på arbetsmarknaden*, Information om utbildning och arbetsmarknad, 1997:3, Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- SCB, 1997b, *Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975–1995*. Levnadsförhållanden rapport nr. 91. Örebro; Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- SCB, 1998, *Utbildningsstatistisk årsbok 1998*. Statistiska Centralbyrån.
- SCB, 1999a, *Inkomstfördelningsundersökningen 1997*, Statistiska meddelanden If 21 SM 9901, Örebro: SCB.
- SCB, 1999b, *Konkurser och Offentliga Ackord 1998*, Statistiska meddelanden Nv 30 SM 9901, Örebro: SCB.
- Sen, A., 1985, "Well-being, Agency and Freedom. The Dewey lectures 1984", *Journal of Philosophy* 82:169–221.
- Sen A., 1987. *The Standard of Living, The Tanner lectures*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Sen, A., 1992, *Inequality Reexamined*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Skolverket, 1993, *Beskrivande data om skolverksamheten*. Skolverkets rapport nr. 8. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket, 1996, *Att välja skola: Effekter av valmöjligheter i grundskolan*. Skolverkets rapport nr. 109. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket, 1998a, *Beskrivande data om barnomsorg och skola*. Skolverkets rapport nr. 157. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket, 1998b, *Samhällsekonomiska effekter av ökad valfrihet inom skolektorn – en välfärdsteoretisk analys*. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket, 1999a, *Avgifter i förskola och fritidshem 1999*. Skolverkets rapport nr. 174. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket, 1999b, *Barnomsorg och skola. Jämförelsetal för huvudmän*. Skolverkets rapport nr. 172. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket, 1999c, *Barnomsorg och skola i siffror. Barn, personal, elever och lärare*. Skolverkets rapport nr. 167. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket, 1999d, *Beskrivande data om barnomsorg och skola 1999*. Skolverkets rapport nr. 173. Stockholm: Skolverket.

- Skolverket, 1999e, *Elevströmmar till, från och inom gymnasieskolan – en studie fokuserad på nybörjarna i gymnasieskolan 1993, 1994 och 1995*, PM, Dnr 1999:444. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket, 1999f, *Samband mellan resurser och resultat – en studie av landets grundskolor med elever i årskurs 9*. Skolverkets rapport nr. 170. Stockholm: Skolverket.
- Smeeding, T.M., 1992, "Why the U.S. Antipoverty System Doesn't Work Very Well", *Challenge*, January-February: 30–35.
- Socialdepartementet, 1999a, *Sämre för mig, bättre för oss*. Ds 1999:5. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet, 1999b, *Välfärdsfakta social: Sammanställning av fakta/nyckeltal inom välfärdsområdet*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen, 1992, *Allmänna råd från Socialstyrelsen*, 1992:4. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1994a, *De bostadslösas situation i Sverige*. Rapport 1994:15. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1994b, *Öppenvård för alkoholmissbrukare*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1994:7. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1995, *Beställar-utförarmodellen. Alternativa styr- och driftsformer i äldreomsorgen*, 1995:20. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1996a, *Hur kan kommunerna minska kostnaderna för socialbidrag? Aktiv uppföljning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1996b, *Kursändring i missbrukarvården – mot öppna former*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1996c, *Social service, vård och omsorg i Sverige 1996*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1996d, *Äldreomsorg på entreprenad. Alternativa styr- och driftsformer i äldreomsorgen*. SoS-rapport 1996:8. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1997a, *Handikappreformen. Slutrapport 1997*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:4. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen, 1997b, *Med eller utan barnomsorg?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1997c, *Pensionärshushållens kostnader för äldreomsorg och sjukvård.* Rapport 97:8, Äldreuppdraget. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998a, *Anmälan, utredning, insats. Individ- och familjeomsorgens arbete med barn.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998b, *Balans i missbrukarvården? Resurser och insatser i öppenvård och institutionsvård.* Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 1998: 3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998c, *Individ- och familjeomsorgens arbete med ungdomar.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998d, *Insatser för barn och unga.* Statistik Socialtjänst 1998:10. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998e, *Ädelparadoxen. Sjukhemmen före och efter Ädelreformen.* Äldreuppdraget 1998:11. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen, 1998f, *Äldreuppdraget, Årsrapport.* Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:9. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999a, *Insatser för personer med funktionshinder 1998.* Statistik Socialtjänst, 1999:10. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999b, *Inskränkta överklagningsmöjligheter för missbrukare – vilka effekter ser socialtjänsten och intresseorganisationerna?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999c, *Långvarigt socialbidragstagande under 1990-talet.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999d, *Avveckling av vårdhem.* Meddelandeblad nr. 23. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999e, *Resultatet av den nationella tillsynen 1998.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999f, *Social och ekonomisk förankring bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet.* Invandras Levnadsvillkor 2, SoS-rapport 1999:9. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999g, *Socialtjänsten i Sverige 1999.* Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen, 1999h, *Välfärd och valfrihet?* Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1. Stockholm: Socialstyrelsen .
- Socialstyrelsen, 1999i, *Ändringar i socialtjänstlagen. Konsekvenser under de 18 första månaderna.* Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999: 3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999j, *Ändringarna i socialtjänstlagen rörande barn och unga. Erfarenheter från de första 18 månaderna.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen och Länsstyrelserna, 1999, *Resultatet av den sociala tillsynen 1998.* Stockholm: Socialstyrelsen och Länsstyrelserna.
- Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR), 1998, *Ojämlighet i ohälsa – ett nationellt forskningsprogram.* Stockholm: SFR.
- Soidre-Brink, T., 1998, "Föräldrars arbetslöshet och barns utbildningschanser", i Palme, J., Stenberg, S-Å. (red.), *Arbetslöshet och välfärd.* Stockholm: Välfärdsprojektet.
- SOU 1985:57, *Tillträde till högskolan.* Betänkande av tillträdesutredningen. Stockholm: Liber.
- SOU 1991:46, *Handikapp, Välfärd, Rättvisa.* Betänkande av Handikapputredningen. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 1992:52, *Ett samhälle för alla.* Betänkande från Handikapputredningen. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 1993:52, *Ersättning vid arbetslöshet.* Betänkande från utredningen om en ny arbetslöshetsförsäkring. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 1994:139, *Ny socialtjänstlag.* Huvudbetänkande av Socialtjänstkommittén. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1996:51, *Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring: Alternativ och förslag.* Delbetänkande av utredningen om ersättning vid arbetslöshet. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1996:169, *Förnyelse av kommuner och landsting.* Slutbetänkande av Kommunala förnyelsekommittén. Stockholm: Norstedts.
- SOU 1999:21, *Lindqvists nia: Så här kan personer med funktionshinder behandlas bättre: Nio olika förslag.* Stockholm: Fakta info direkt.

- SOU 1999:33, *Bo tryggt – betala rätt*. Betänkande av Boende- och avgiftsutredningen. Stockholm: Fakta info direkt.
- SOU 1999:39, *Vuxenutbildning för alla? Andra året med kunskapslyftet*. Stockholm: Norstedts.
- SOU 1999:48, *Kontrollerad och ifrågasatt? – intervjuer med personer med funktionshinder*. Rapport till Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder.
- SOU 1999:66, *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati? Bilaga 1 till slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000*. Stockholm: Fakta info direkt.
- SOU 1999:97, *Socialtjänst i utveckling*. Slutbetänkande från Socialtjänstutredningen. Stockholm: Fakta info direkt.
- SOU 1999:133, *Kommunkontosystemet och rättvisan – momsen, kommunerna och konkurrensen*. Slutbetänkande från utredningen om utvärdering av kommunkontosystemet.
- Statskontoret, 1999, *Organisations-, styr- och verksamhetsformer i kommuner och landsting*. Rapport 1999:38. Stockholm: Statskontoret.
- Stenius, K., 1999, *Privat och offentligt i svensk alkoholistvård. Arbetsfördelning, samverkan och styrning under 1900-talet*. Akademisk avhandling. Lund: Arkiv.
- Ström, S., 1998, "Föräldrars arbetslöshet och barns olycksrisk", i Palme, J., Stenberg, S-Å. (red.), *Arbetslöshet och välfärd*. Stockholm: Välfärdsprojektet.
- Sundell, K., Humlesjö, E., 1996, *Sociala utredningar med fokus på barn*. Stockholm: Socialtjänsten, FoU-byrån.
- Sundell, K., Humlesjö, E., Carlsson, M., 1994, *Att hjälpa sin nästa. En undersökning av kontaktfamiljer i Stockholm*. Stockholm: Socialtjänsten, FoU-byrån.
- Sundström, G., 1994, *Hemma på äldre da'r*. Ädelrapport 94:17. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svallfors, S., 1996, *Välfärdsstatens moraliska ekonomi*. Umeå: Boréa.
- Svallfors, S., 1999, *Mellan risk och tilltro: Opinionsstödet för en kollektiv välfärdsolitik*. Umeå studies in sociology 114. Umeå universitet: Sociologiska institutionen.

- Svedin, C. G., 1999, *Sexuella övergrepp mot barn. Definitioner och förekomst*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svenska Kommunförbundet, 1998a, *Förändringar av kvalitet och produktivitet i barnomsorg, skola och äldreomsorg. 90 studier om 90-talet*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Svenska Kommunförbundet, 1998b, *Kommunal personal 1997*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Svenska Kommunförbundet, 1999a, *Fördel mångfald – en sammanhållen strategi för ökad integration*. Integrationsberedningens slutrapport. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Svenska Kommunförbundet, 1999b, *Konkurrens för fortsatt välfärd? Om förekomst, omfattning, effekter och erfarenheter av konkurrensutsättning och alternativa driftsformer*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Svenska Kommunförbundet, 1999c, *Utvecklingsgarantin – som kommunerna ser det*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Svenska Kommunförbundet, 1999d, *Vår framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet*. Slutrapport, Äldreberedningen. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Swärd, H., 1998, *Hemlöshet. Fattigdomsbevis eller välfärdsdilemma?* Lund: Studentlitteratur.
- Swärd, H., 1999, "Homelessness in Sweden – Discussion, Patterns, and Causes", *European Journal of Social Work*, 2: 289–303.
- Szebehely, M., 1998, "Hjälp i hemmet i nedskärningstid - hemtjänstens och anhörigas insatser för gamla kvinnor och män", i Sandqvist, A-M (red.), *Åt var och en efter behov*. Stockholm: Kommentus förlag.
- Szebehely, M., 1999, "Omsorgsarbetets olika former – nya klasskillnader och gamla könsmönster i äldreomsorgen", *Sociologisk forskning*, 1:7–32.
- Szulkin, R., Tåhlin, M., 1994, "Arbetets utveckling", i Fritzell, J., Lundberg, O. (red.), *Vardagens villkor. Levnadsförhållanden i Sverige under tre decennier*. Stockholm: Brombergs.
- Teorell, J., Westholm, A., 1999, "Var det bättre förr? Politisk jämlikhet i Sverige under 30 år", i *Medborgarnas erfarenheter*, Amnå E. (red.), SOU 1999:113. Stockholm: Fakta info direkt.
- Thorslund, M., 1997, *Kvalitetsutveckling inom äldreomsorgen. Äldres flyttningar till service och vård*. Stockholm: SPRI.

- Titmuss, R., 1958, *Essays on the Welfare State*. London: Allen & Unwin.
- Travers, P., Richardson, S., 1993, *Living Decently*, Oxford: Oxford University Press.
- Tunevall, C. M., 1994, *AMV:s medverkan i det samordnade flyktingmottagandet*. Stockholm: Arbetsmarknadsstyrelsen.
- Tåhlin, M., 1987, *Arbetets värde och kostnader. En studie av lönearbetets konsekvenser för individen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Utbildningsdepartementet, 1999, *Maxtaxa och allmän förskola*. Ds 1999:53. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Vinnerljung, B., 1996, *Fosterbarn som vuxna*. Lund: Arkiv.
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M., Oscarsson, L., 1999, *Dygnsvård för barn och ungdom 1983–1995*. Socionomens forskningssupplement, 11: 1–20.
- Vågerö, D., Lundberg, O., 1995, "Socio-economic Mortality Differentials Among Adults in Sweden: Towards an Explanation", i Lopez, A., Caselli, G., Valkonen, T. (red.), *Adult Mortality in Developed Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Wadensjö, E., 1999, "1990-talets ekonomiska utveckling och arbetsmarknaden", i *Individen och arbetslivet. Perspektiv på det samtida arbetslivet kring sekelskiftet 2000*, SOU 1999:69. Stockholm universitet, Institutet för social forskning.
- Walzer, M., 1983. *Spheres of Justice*. Oxford: Blackwell.
- Ågren, G., Berglund, E., Finne, E., Franér, P., 1997, *Hemlösa i Stockholm 1996*. FoU-rapport 1997:9. Stockholm: Socialtjänsten, FoU-byrån.

Kommittédirektiv



Välfärdsbokslut över 1990-talet

Dir.
1999:7

Beslut vid regeringssammanträde den 4 februari 1999.

Sammanfattning

För vägledning av socialpolitiken vid ingången till nästa årtusende önskar regeringen att förbättra kunskapsunderlaget kring välfärdsutvecklingen. Regeringen ger därför i uppdrag åt en grupp forskare att sammanställa den kunskap som finns och identifiera de områden där behovet av ökad kunskap kring välfärdsutvecklingen är angeläget.

Ett första viktigt steg är att sammanfatta och tolka den statistik och annan kunskap som finns tillgänglig, och identifiera de områden där behovet av ökad kunskap är angeläget. Detta är innebörden i det bokslut för 1990-talet som regeringen uppdrar åt en grupp forskare att göra.

Regeringen ser det som särskilt angeläget att beskriva välfärdsutvecklingen för kvinnor och män, för olika socioekonomiska grupper och ur ett livscykelperspektiv. Barns situation skall belysas. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt utsatta grupper. I alla dessa delar är uppgiften att dels beskriva välfärdsutvecklingen, dels identifiera kunskapsbehov.

Kommittén skall lämna en delrapport senast i januari år 2000 och slutredovisning skall lämnas i januari år 2001.

Bakgrund

Regeringens mål är att säkra alla människors välfärd i Sverige och verka för en jämlik fördelning av människors livsvillkor och livschanser. Ytterst handlar välfärd om individens förfogande över resurser som gör det möjligt att kontrollera och styra sitt liv.

Under 1990-talet har Sverige genomgått en ekonomisk kris som har inneburit stora påfrestningar på den svenska välfärden. Decenniet började med negativ tillväxt och kris i de offentliga finanserna. Detta utlöste

nedsänkningar i socialförsäkringar och bidrag, liksom en rad skattehöjningar. Förändringarna och resursläget inom vård, skola och omsorg har också varit föremål för uppmärksamhet under perioden.

Sverige har också under 1990-talet gått från full sysselsättning till en situation med omkring en halv miljon arbetslösa. Många lämnade arbetskraften vilket förändrat många människors försörjningsvillkor. Förutsättningarna för välfärdspolitiken har även påverkats av ränteutvecklingen, svenskt medlemskap i den Europeiska Unionen och en fortsatt internationalisering av ekonomin.

Utvecklingen under 1990-talet med hög arbetslöshet, besparingar i socialförsäkringar och bidrag har påverkat många människors välfärd. Samtidigt har välfärdsproblem i utsatta bostadsområden och regioner kunnat registreras. Ökad segregation medför utanförskap och riskerar att föda onda cirklar där sociala problem förstärker varandra.

Framför allt styrning och organisation för produktionen av välfärdstjänster har varit föremål för stora förändringar under decenniet. Bland annat har decentraliseringen från stat till kommun fortsatt och reformer som ÅDEL-reformen, psykiatireformen och handikapp-reformen inneburit att kommunerna fått vidgade och nya ansvarsområden, samtidigt som landstingen har fått minskade ansvarsområden.

På skolans område har en omfattande decentralisering skett. Flera reformer har genomförts under 1990-talet trots åren av besparingar.

Under 1990-talet har också stora demografiska förändringar skett i Sverige. Decenniet började med ett rekordhøgt, men avslutas med ett rekordlåg barnafödande. Dessutom ökar framförallt andelen äldre över 80 år mycket starkt.

Välfärdsbokslut över 1990-talet

För vägledning av socialpolitiken vid ingången till nästa årtusende önskar regeringen att förbättra kunskapsunderlaget kring välfärdsutvecklingen. Detta är av stor betydelse för regeringens mål att säkra alla människors välfärd.

Ett första viktigt steg är att sammanfatta och tolka den statistik och annan kunskap som finns tillgänglig samt identifiera de områden där behovet av ökad kunskap är angeläget. Detta är innebörden i det bokslut för 1990-talet som regeringen uppdrar åt en grupp forskare att göra.

Regeringen ser det som särskilt angeläget att beskriva välfärdsutvecklingen för kvinnor och män, för olika socioekonomiska grupper, och ur ett livscykelperspektiv. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt utsatta grupper. I alla dessa delar är uppgiften att dels beskriva välfärdsutvecklingen, dels identifiera kunskapsbehov.

Uppdraget

Kommitténs uppdrag är att beskriva utvecklingen av människors välfärd på de mest centrala områdena, sedd mot bakgrund av den samhällsekonomiska utvecklingen och de förändringar som gjorts av de välfärdspolitiska systemen på dessa områden under 1990-talet. Inom svensk välfärdsforskning har man betonat att människors faktiska levnadsförhållanden bör utgöra grunden för välfärdsbedömningar och att det framförallt är omfattningen och fördelningen av dåliga förhållanden som bör uppmärksammas. Kommittén bör i linje med detta fokusera på ofärdsutvecklingen, välfärdens baksida, vilket också ökar den socialpolitiska relevansen.

Bedömningen av välfärdens utveckling bör fokuseras på varaktiga förhållanden. Ofärd drabbar människor som under längre tider har låga inkomster, hälsobesvär eller är utan arbete.

När det gäller människors ekonomiska resurser är det tre förhållanden som får anses som särskilt angelägna att beskriva. Det första är den allmänna inkomstutvecklingen och dess fördelning. Det andra är hur förutsättningarna för individernas självförsörjning har förändrats. Det tredje är de särskilda försörjningsproblem som ligger bakom ett ökat socialbidragstagande.

I alla former av gruppbyggnader är människor knutna till varandra via olika slags sociala relationer. Om de sociala relationerna försvagas upplöses också det kitt som håller samman grupper av människor, allt från familjer till hela samhällen. Ett bokslut över 1990-talets välfärdsutveckling bör därför även belysa hur människors sociala förankring i familj, grupper och samhället utvecklats. Det välfärdsproblem som inlagt den kanske mest centrala positionen i den socialpolitiska debatten i Sverige under 1990-talet är marginalisering. Bristen på stabila sociala relationer, både när det gäller sysselsättning och familj och vänner, utgör kärnan i denna problematik. Det är därför en viktig uppgift för kommittén att beskriva brister avseende sysselsättning och brister på social förankring som ofärdsproblem.

Kommittén ska särskilt redovisa hur utsatta grupper som handikappade och invandrare, eller individer som på annat sätt har en svag ställning på arbetsmarknaden, har klarat sig under 1990-talet.

I den socialpolitiska debatten om marginalisering har två ofärdsindikatorer; vräkningar och hemlöshet, givits särskild uppmärksamhet. Här framstår kunskapsläget som angeläget att förbättra.

Frågor om folkhälsan och hälsans fördelning i befolkningen ska vara centrala för kommitténs bedömning av välfärdens utveckling under 1990-talet. Kommittén ska redovisa den allmänna hälsoutvecklingen i

landet och de skillnader i ohälsa som finns mellan olika sociala grupper och hur detta förändrats under 1990-talet.

En allt äldre befolkning ställer ökade krav på samhällets äldreomsorg, men även på de anhöriga. Kommittén skall därför söka belysa förändringar i den offentliga omsorgen och de anhörigas roll för vården av de äldre.

När det gäller hur kvaliteten och tillgängligheten inom vård- och omsorgssektorn utvecklats under 1990-talet kommer regeringen att ge Socialstyrelsen ett särskilt uppdrag att göra en samlad bedömning i denna fråga utifrån tillgängligt material. Avsikten är att Socialstyrelsens redovisning skall överlämnas till den nu aktuella kommittén för att utgöra ett underlag i dess arbete med ett välfärdsbokslut.

Utbildning är en grundläggande välfärdsfråga. Det är nödvändigt för individen att skaffa sig en god utbildning både för personlig utveckling och för att kunna hävda sig i ett framtida samhälls- och arbetsliv. Skolan utgör därmed en viktig del av välfärdssamhället. Skolan skall förmedla kunskap, den skall fostra och är dessutom unga människors arbetsmiljö under uppväxten. Det är angeläget att kommittén även belyser frågor om hur kvaliteten i den svenska skolan har utvecklats under detta decennium. Regeringen har för avsikt att uppdra åt Skolverket att göra en samlad bedömning utifrån tillgängligt material. Skolverkets rapport ska överlämnas till kommittén för att utgöra ett underlag i dess arbete.

Därutöver bör kommittén redovisa kunskapsläget och forskningsbehov vad gäller barn och ungdomars levnadsförhållanden. Inte minst ungdomars möjligheter till inträde i vuxenvärlden och på arbetsmarknaden bör belysas.

Att människor kan göra sin röst hörd i politiken och gentemot olika myndigheter är en viktig välfärdsfråga. Det är minst lika viktigt att myndigheter som arbetsförmedlingar, försäkringskassor och socialkontor, bemöter människor som värdiga medborgare. Det är angeläget att kommittén söker att belysa förändringar härvidlag.

Hela 1990-talets utveckling låter sig inte beskrivas med tillgänglig statistik. Här skall kommittén söka annan kunskap som är relevant för beskrivningen av välfärdsutvecklingen.

Den centrala uppgiften för kommittén är alltså att göra en samlad bedömning av välfärdsutvecklingen mot bakgrund av en beskrivning vad gäller förändringar av de socialpolitiska välfärdssystemen och de stora strukturförändringarna under 1990-talet. Därmed kan viktiga kunskapsluckor och centrala forskningsuppgifter, med särskild relevans för de utmaningar socialpolitiken står inför på 2000-talet, identifieras.

Vid bedömningen av utvecklingen i Sverige bör kommittén göra jämförelser med vad som inträffat i andra länder som genomgått en likartad utveckling och där jämförelsematerial finns tillgängligt.

Former för uppdraget

Flera av de områden som kommittén förväntas belysa är redan föremål för utredning i olika statliga kommittéer eller är en del av statliga myndigheters uppgifter. Kommitténs arbete skall mot den bakgrunden ske i kontakt med andra berörda statliga kommittéer och myndigheter.

För kommittén gäller kommittéförordningen (1998:1474).

Kommittén skall lämna en delrapport senast i januari år 2000 och slutredovisning skall lämnas i januari år 2001. Uppdraget skall också avslutas med en internationell konferens om utmaningar för socialpolitiken på 2000-talet som regeringen bjuder in till.

Underlag till Kommittén Valfärdsbokslut

Forskarunderlag:

- F:I Andersson, Roger
F:II Appelqvist, Maria
F:III Barron, Karin; Michailakis, Dimitris; Söder, Mårten.
F:IV Bergmark, Åke
F:V Broady, Donald (med Andersson, Mats B.; Börjesson, Mikael; Gustafsson, Jonas; Hultqvist, Elisabeth; Palme, Mikael).
F:VI Fredriksson, Gunilla.
F:VII Fritzell, Johan; Lundberg, Olle.
F:VIII Granqvist, Roland.
F:IX Gustafsson, Jan Eric (med Andersson, Anette; Hansen, Michael).
F:X Hoem, Britta.
F:XI Jansson, Kjell.
F:XII Johansson, Håkan.
F:XIII Kautto, Mikko
F:XIV Lindh, Thomas.
F:XV Lundborg, Per.
F:XVI Lundström, Tommy.
F:XVII Näsman, Elisabet.
F:XVIII Oscarsson, Lars.
F:XIX Palme, Joakim.
F:XX Regnér, Håkan.
F:XXI Sainsbury, Diane.
F:XXII Salonen, Tapio.
F:XXIII Svedberg-Nilsson, Karin.
F:XXIV Måns Svensson.
F:XXV Swärd, Hans.
F:XXVI Szebehely, Marta.
F:XXVII Åberg, Rune; Nordenmark, Mikael.
F:XXVIII Åström, Karsten.

Myndighetsunderlag:

- M:I Riksförsäkringsverket
M:II Skolverket
M:III Socialstyrelsen