Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet


Kommitténs ledamöter har själva utfört och sammanställt forskning på olika områden, men också uppdragit att ett antal externa forskare att utarbeta översikter inom sina respektive forskningsområden. SCB har givits särskilda uppdrag att analysera fruktsamhetsutveckling och inkomstfördelning. Kommittén har gjort analyser av och baserat sina beskrivningar på resultat från SCB:s Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF), SCB:s Longitudinella databas (LINDA), SCB:s Arbetsmiljöundersökningar, SCB:s
Inkomstfördelningsundersökningar, Socialmedicinska databasen vid Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen samt Levnadsnivåundersökningarna (LNU) vid Institutet för social forskning, Stockholms universitet. Kommittén har i sitt arbete även använt sig av kunskapsöversikter och analyser sammanställda av Riksförsäkringsverket, Skolverket och Socialstyrelsen.

Ett stort tack riktas till alla som bidragit med underlag till kommittén och till det stora antal experter som läst och kommenterat de underlag som betänket baserats på. Samtliga slutsatser och bedömningar är dock kommitténs egna.

Kommittén överlämnar sitt slutbetänkande ”Välfärdsbokslut för 1990-talet”. Uppdraget är härmed slutfört.

Stockholm den 23 oktober 2001

Joakim Palme

Åke Bergmark /Felipe Estrada
Johan Fritzell Olof Bäckman
Olle Lundberg Ola Sjöberg
Lena Sommestad
Marta Szebehely
Innehåll

Välfrådsbokslut för 1990-talet - en sammanfattning ............... 9

1  Bokslut över välfråden ................................................. 15
    1.1 Individuella resurser och institutionella förändringar ....... 20
    1.2 Individuella resurser I: Huvuddrag och breda
        samhällsskikt .......................................................... 26
    1.2.1 Hälsöförhållanden .................................................. 28
    1.2.2 Utbildningsresurser ............................................... 32
    1.2.3 Arbete, arbetsförhållanden och löner ........................ 35
    1.2.4 Inkomst och ekonomiska resurser ............................ 40
    1.2.5 Social förankring, trygghet och politiska resurser ...... 46
    1.2.6 Anhopning av ofärd .............................................. 51
    1.3 Individuella resurser II: Utvecklingen för särskilda
        grupper ........................................................................ 55
    1.3.1 Barn ................................................................. 58
    1.3.2 Ungdomar ............................................................ 62
    1.3.3 Ensamstående mödrar ............................................. 66
    1.3.4 Funktionshindrade ................................................ 70
    1.3.5 Äldre ................................................................. 74
    1.3.6 Utrikes födda ......................................................... 78
    1.3.7 Arbetslösa ............................................................ 81
    1.3.8 Långvariga socialbidragstagare ............................... 83
    1.3.9 Särskilt utsatta grupper och sociala problem ............. 85
    1.4 Sammanfattning: Individuella resurser .......................... 91
    1.5 Institutionernas förändringar: Välfrädstjänster ............... 95
        1.5.1 Barnomsorg ....................................................... 96
        1.5.2 Skola ............................................................... 99
Innehåll

1.5.3 Arbetsmarknadsåtgärder ............................................ 102
1.5.4 Sjukvård................................................................. 104
1.5.5 Handikappomsorg................................................... 108
1.5.6 Äldreomsorg............................................................ 111
1.5.7 Individ- och familjeomsorg ..................................... 114

1.6 Institutionernas förändringar: Försörjning ......................... 120
1.6.1 Kontanta familjestöd............................................... 122
1.6.2 Socialförsäkringar.................................................... 126
1.6.3 Ekonomisk ersättning vid arbetslöshet...................... 132
1.6.4 Socialbidrag............................................................. 135
1.6.5 Försörjningssystemens roll för befolkningens inkomster .................................................... 138

1.7 Sammanfattning: Institutionernas förändringar ................. 141

1.8 Förvaltningsberättelse ..................................................... 145
1.8.1 Demografiska förändringar..................................... 145
1.8.2 Förändringar i ekonomin och på arbetsmarknaden .......... 148
1.8.3 Centrala beslut och utvecklingslinjer i 1990-talets ekonomiska politik ............................................. 152
1.8.4 Utvecklingen i den kommunala sektorn .................... 161

2 Kunskapsluckor om välfärd och välfärdspolitik ............. 175

2.1 Kunskapsluckor om välfärdstjänster ................................ 176
2.1.1 Kostnader och personal .......................................... 177
2.1.2 Insatser .................................................................... 179
2.1.3 Organisatoriska förändringar .................................... 180
2.1.4 Kvalitet och tillgänglighet ........................................ 183

2.2 Kunskapsluckor om försörjningssystem ....................... 185

2.3 Kunskapsluckor om individers resurser och levnadsförhållanden ..................................................... 190

2.4 Slutsatser: Välfärdsbevakning, uppföljning och forskning ................................................................. 193
2.4.1 Statistikproduktion .................................................. 195
2.4.2 Angelägen kunskap och centrala forskningsuppgifter ................................................................. 197
2.4.3 Sammanfattande slutsatser ..................................... 199
3 Väljardspolitikens förutsättningar och utmaningar...... 203

3.1 Demografi: Mot ett äldrande samhälle.........................204
   3.1.1 Äldrande och statsfinanser ..................................206
   3.1.2 Demografiska utmaningar för socialpolitiken ........207
   3.1.3 Investerings för framtiden ..................................210

3.2 Arbetsliv och arbetsmarknad........................................215

3.3 Väljardens finansiering...............................................221
   3.3.1 Sysselsättnings arbetsutbud och incitament för arbetet........223
   3.3.2 Internationaliserings ...........................................224

3.4 Ojämlikhet och ofärd som utmaningar för
   socialpolitiken.............................................................229
   3.4.1 Inkomstojämlikhet och inkomstfattigdom...................230
   3.4.2 Skilda livsvillkor - bestående skillnader...................231
   3.4.3 Förskjutningar i väljardens fördelning ......................233
   3.4.4 Ökad ofärd..........................................................234

3.5 Väljardspolitikens legitimitet .....................................237

3.6 Väljardspolitiska modeller och handlingsalternativ.........240
   3.6.1 Den svenska socialpolitisiska modellen.....................241
   3.6.2 Nedskäringar och reformer ....................................245
   3.6.3 Handlingsalternativ.............................................251
   3.6.4 Kunskap och värderingar................................-------256

Referenser........................................................................261

Bilagor
Bilaga 1 Kommittédirektiv...............................................277
Bilaga 2 Tilläggsdirektiv....................................................283
Bilaga 3 Källhänvisningar till tabeller i avsnitt 1.2 och 1.3.....285
Bilaga 4 Underlag till Kommittén Väljardsbokslut .............291
Välfärdsbokslut för 1990-talet – en sammanfattning


Ensamstående mödrar framstår som en särskilt utsatt grupp. Framförallt gäller detta försörjningssidan där de ensamstående mödrarna hade en betydligt sämre situation vid 1990-talets slut jämfört med dess början. Detta skall ses mot bakgrund av att denna grupp redan vid ingången till 1990-talet hade sämre inkomster, större försörjningsproblem, högre arbetslöshet och lägre löner än befolkningen i övrigt.


Ungdomar är en tredje grupp där vi redovisar en problematisk utveckling. Deltagandet i utbildning ökade visserligen men de ungas etablering i arbetslivet försköts samtidigt markant uppåt i ålder, vilket medförde tydliga inkomstförluster för gruppen. Generellt sett skedde en åldersförskjutning i välfärdens fördelning. Utvecklingen av inkomster och ekonomiska resurser tenderade att vara mer gynnsam ju högre upp i åldrarna man befann sig. En särskilt oroande trend för de yngre var den kraftiga ökningen av psykisk ohälsa och otrygghet.

Våra analyser visar också att barn och barnfamiljer missgynnats av utvecklingen under decenniet. Andelen barn i hushåll med mycket låga inkomster eller i avsaknad av kontantmarginaler har ökat något under perioden, liksom skillnaderna gentemot övriga grupper. Detta gäller framförallt yngre barn, i åldrarna 0–6 år. Barn
till arbetare, utrikes födda samt ensamstående föräldrar lever särskilt ofta under knappa villkor.

I likhet med utvecklingen av befolkningens välfärd är många av förändringarna i såväl försörjningssystem som välfärdstjänster påverkade av makroekonomiska förändringar. Försörjningssystemen har genomgått ett mycket stort antal regeländringar under decenniet, de flesta av begränsande karaktär. Sedan konjunkturen vände har ersättningsnivåerna justerats uppåt, om än sällan till de nivåer som rådde vid decenniets ingång. Reallöneökningarna har samtidigt inneburit att allt större grupper har fått inkomster över de förmånsgrundande taken i de olika inkomstrelaterade försäkringarna, vilket innebär att dessa grupper inte längre kompenseras för inkomstbortfall i samma utsträckning som personer i lägre inkomstskikt. Detta har i sin tur ökat betydelsen av avtalslösningar och andra privata försäkringar. Kvalificeringskraven har skärpts för flera förmånsformer och som ett resultat av den lägre sysselsättningsnivån har täckningsgraden i de inkomstrelaterade försäkringarna sjunkit. För socialbidragen har kraven successivt skärpts och ersättningarnas nivåer sjunkit, en utveckling som är en följd av såväl ändrad lagstiftning som ändrad tillämpning i kommunerna.

På barnomsorgens område kan vi se att andelen barn med plats i förskola och fritidshem ökade kraftigt samtidigt som personal- tätheten och kostnaden per barn minskade och barngruppernas storlek ökade. Decenniet karakteriserades således av ökad univer- salism men också av resursuttunning. Även inom skolområdet, särskilt grundskolan, finner vi en liknande resursuttunning. Inom äldreomsorgen har 1990-talet i stället präglats av en koncentration av resurser på de mest vårdbehövande, medan övriga gruppers hjälpmönster har förskjutits i riktning mot familj och marknad. Tendensen är liknande när det gäller insatser för funktionshindrade: en ny rättighetslagstiftning samt kraftigt ökade ekonomiska resurser till detta område har inneburit förbättrade villkor för en grupp med mycket omfattande funktionshinder, samtidigt som de med mindre behov i ökad utsträckning hänvisats till familjens insatser eller köp av tjänster.


Kunskapsluckor kring välfärd och välfärdspolitik är viktiga att åtgärda för att medborgarna skall kunna följa utvecklingen av lev- nadsförhållandena och verksamheter finansierade av skattemedel. För att tillfredsställa detta krav på kunskap krävs ett väl fungerande system med bevakningsfunktioner, utvärdering och uppföljning samt forskning. Alla dessa verksamheter kräver statistik och andra kunskapsunderlag av god kvalitet.
1 Bokslut över välfärden


Uppdraget

Kommitténs uppdrag har varit att beskriva och göra en samlad bedömning av utvecklingen av människors välfärd i Sverige under 1990-talet. Detta har gjorts mot bakgrund av hur de strukturella förutsättningarna 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 kommande socialpolitiska utmaningar. Flera av de områden som kommittén förväntats belysa är, eller har nyligen varit, föremål för utredning i olika statliga uppdrag, eller är en del av de statistik- och rapporteringsuppdrag som åligger olika statliga myndigheter. Kommittén har mot denna bakgrund valt att ägna mindre uppmärksamhet åt områden som belyses i andra sammanhang.
Underlaget


Välfärd

Kommittén definierar välfärd med utgångspunkt i individuella resurser med vars hjälp medborgarna kan kontrollera och medvetet styra sina livsvillkor. I linje med den svenska traditionen av välfärdsforskning vilar vår bedömning av välfärdsutvecklingen på en analys av hur livsvillkoren utvecklats för enskilda medborgare. För en sådan analys krävs uppgifter om en rad levnadsförhållanden som hälsa, utbildning, arbete, ekonomi, trygghet, sociala relationer och politiska resurser. Därtill behövs uppgifter om individers tillgång till resurser kopplade till olika gemensamma institutioner för exempelvis vård och försörjning. Här avses inte bara de välfärdsstatliga systemen, utan också andra typer av kollektiva institutioner som frivilligorganisationerna, familjen, försäkringsbolagen och andra företag. Enligt kommitténs synsätt avgörs dessa institutioners värde i ett välfärdshänseende ytterst av deras förmåga att garantera medborgarna den typ av grundläggande resurser som behövs för att människor skall kunna kontrollera och styra sina liv.

Bokslut

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. Ett bokslut utgör ett underlag för bedömning av företagets verksamhet och därmed för beslut om dess framtida inriktning. Ett välfärdsbokslut syftar på samma sätt att utgöra ett underlag för bedömningar av välfärdens utveckling och beslut om politikens framtida inriktning.

Medan valutan i företagsekonomiska bokslut är kronor och ören, måste ett välfärdsbokslut i stället redovisa utvecklingen av flera olika slags "valutor", som dessutom inte är konvertibla i gångse mening. Exempelvis är en individs dåliga hälsa liktydigt med ofärd även om hennes ekonomi är god. Vi kommer därför att betrakta människors resurser som de olika "valutor" med vars hjälp olika dimensioner av välfärd kan beskrivas. Bokslutet omfattar inte bara en översikt över tillgång till och fördelning av resurser i största allmänhet, utan särskild vikt kommer att läggas på bristande resurser, det vill säga ofärdsproblem av olika slag.

Trots uppenbara skillnader mellan ekonomiska och sociala bokslut finns det tankegångar i det traditionella bokslutsförfarandet som är användbara 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 brutligt att i den så kallade förvaltningsberättelsen
beskriva viktiga händelser som inträffat under den studerade peri-
den och som kan ha haft betydelse för det observerade utfallet. En
förvaltningsberättelse översatt till en välfärdscontext består av
bakgrundsbeskrivningar mot vilka välfärdsutvecklingen bör ses.
För ett företag är det relevant att beskriva olika marknaders
utveckling och andra omvärldsförändringar. På välfärdsområdet är
det viktigt att beskriva såväl ekonomiska och demografiska för-
ändringar som beslut kring socialpolitikens organisatoriska utform-
nings.  

En vägledande och viktig princip i ett bokslut är att beskriv-
ningen tydligt går att särskilja från bedömningarna av den. Vi har
strävat efter att följa denna princip och att basera beskrivningen
enbart på uppgifter som man med rimliga vetenskapliga anspråk
kan anse stabila och rättvisande. I de fall vi gör bedömningar redo-
visas detta tydligt i texten. Kommittén är genomgående samman-
satt av forskare och en kritisk värdering av kunskapsunderlaget har
varit central i arbetet med betänkandet.  

I ett bokslutsperspektiv ligger fokus på jämförelser av tillståndet
vid ingången respektive utgången av den period som bokslutet
omfattar. Det innebär att de förhållanden som förelegat mellan
ändpunkterna ges mindre uppmärksamhet. Samtidigt är det uppen-
bart att mellanliggande förändringar i vissa fall måste beaktas om
bokslutet ska kunna utgöra ett underlag för framtida bedömningar.
För det första kan det finnas skäl att observera tydliga negativa
förlopp även i de fall då välfärdsnivåerna ligger förhållandevis nära
varandra vid ändpunkterna. För det andra kan det finnas anledning
att också identifiera starka trender mot slutet av perioden, som inte
upptäcks vid jämförelser av ändpunkterna. För det tredje kan det
vara motiverat att uppmärksamma sådana förändringar som kan
antas ha gjort avtryck på människors förfogande av resurser, men
där detta inte kan avläsas på den korta tid som det här är fråga om.

Ett bokslut omfattar normalt sett ett budgetår. Välfärdsbok-
slutet ska täcka en betydligt längre tidsperiod - ett årtionde. I
allmänhet har vi strävat efter att jämföra åren 1990 och 1999. Brist
på data har dock medfört att vi i flera fall varit tvungna att frångå
denna princip. Tillgång på data för år 2000 har gjort att vi ibland
valt att förlänga observationsperioden. Vi har gjort detta i de fall då
vi funnit att beskrivningarnas relevans för diskussionen av poli-
tikens framtida inriktning ökat. Här har det ofta handlat om att de
senaste åren inneburit stora förändringar.
Slutbetänkandet


I betänkandets andra kapitel diskuteras olika typer av kunskapsfrågor som rör välfärdsutvecklingen. Där redovisas ett antal luckor i kunskaperna om centrala aspekter av välfärden, och möjliga insatser inom såväl statistikproduktion som forskning diskuteras. I det tredje kapitlet behandlas de strukturella förutsättningarna som gällt under 1990-talet och de utmaningar som ekonomiska, sysselsättningsmässiga och demografiska förhållanden innebär för välfärdsbron. Avslutningsvis urskiljs några vita vägval och handlingsalternativ i syfte att ge underlag för diskussionen om socialpolitikens framtida inriktning. I bilagorna redovisas direkttiven och de olika underlag som använts.
1.1 Individuella resurser och institutionella förändringar


Beskrivningen av välfärd tar sin utgångspunkt i individuella resurser och levnadsförhållanden. Det är otillräckligt att studera ett samhälles välfärdsutveckling enbart utifrån aggregerade mått på ekonomiskt välstånd, såsom BNP, eftersom dessa inte förmår spegla välfärdens fördelning och heller inte täcker in centrala områden av människors liv, som exempelvis hälsa. Inte heller kan de strukturer av offentliga transfereringar och tjänster som utgör ett lands socialpolitik i sig själva betecknas som välfärd. Även om många individers välfärd i väsentliga avseenden är avhängig socialpolitikens utformning, avgörs enligt kommitténs synsätt dessa systems värde i slutändan av om de förmår att garantera medborgarna den typ av grundläggande resurser som inryms i det välfärdsperspektiv vi valt att anlägga.


Ett principiellt viktigt ställningstagande vad gäller vår definition av välfärd är att den tar sin utgångspunkt i människan som en aktiv varelse, kapabel att göra egna val under förutsättning att hon ges resurser därtill. Därmed blir frågan om individens handlingsutrymme en viktig del av välfärdsutvecklingen, vid sidan av resurs-


Det faktum att det inte är möjligt att på ett meningsfullt sätt väga samman olika dimensioner av välfärd till ett enda mått innebär inte att analyser av hur olika välfärdsområden hänger samman saknar relevans. Eftersom samtidig förekomst av två eller fler ofärdssproblem i en viss mening är en återspegling av sambanden mellan olika välfärdsområden på individnivå kan sådana analyser snarare betraktas som centrala. Genom att ägnar uppmärksamhet åt anhopning av ofärd hos vissa grupper av individer kan man få en mer samlad bild av ojämlikheten i levnads villkor och också potentiellt förklara olika typer av sociala förändringar (Fritzell & Lundberg 2000).

När det gäller läsningen av det följande är det viktigt att slå fast att de val av välfärdsdimensioner som gjorts, liksom den ordning som dessa dimensioner presenteras i, inte ska betraktas som given. I stället borde dessa frågor kunna utgöra diskussionspunkter i den demokratiska debatten om välfärd och välfärdspolitik. På samma sätt borde orsakssambanden mellan olika aspekter av välfärd och hur de socialpolitiska systemen påverkar individernas välfärd och handlingsmönster i ökad utsträckning göras till föremål för forskning och vetenskaplig debatt. Vidare bör valet av välfärdsdimensioner i det följande inte ses som något definitivt ställningstagande i frågan om vad som mer exakt skall innefattas i undersökningar av välfärd. Det kan dock noteras att det oavsett teoretisk ansats finns en ganska hög grad av samsyn inom välfärdsforskningområdet vad gäller vilka områden som bör beaktas för en bred välfärdsbeskrivning.

1990-talets välfärdsförändringar i Sverige är i viktiga avseenden knutna till olika aspekter av arbete och försörjning. Den kraftiga ökningen av arbetslösheten och fallet i sysselsättningen fick direkta konsekvenser för de många hundratusentals människor som förlorade sina arbeten. Arbetet och dess egenskaper utgör viktiga aspekter av välfärden för de förvärvsarbetande. Det handlar dels om själv arbete och dess konsekvenser för stress och hälsa, dels vilka belöningar som är kopplade till de enskilda jobben. Ur ett könsperspektiv framstår också utvecklingen av det obeta arbetet
som central för välfärdsutvecklingen, inte minst i relation till de förändringar som skett på det offentligt finansierade välfärds-
tjänstområdet. Här finns det hypotetiskt också kopplingar till
frågor om arbetsmiljö och hälsa, liksom till relationer mellan
generationer. I ett 1990-talsperspektiv framstår också kunskap och
utbildning som viktiga resurser. Sammantaget innebär detta att ett 
välfärdsbokslut över 1990-talet baserat på individuella resurser
måste belysa såväl arbete som hälsa, ekonomi och sociala relationer.
Många av de svårigheter och utmaningar som så gott som alla
människor ställs inför genom livet är det dock svårt eller ineffektivt
att hantera individuellt. Att växa upp och skaffa sig en utkomst-
möjlighet är en sådan utmaning, att bilda familj samt fostra och
försörja barn en annan, att klara det dagliga livet och försörjningen
vid sjukdom och ålderdom en tredje. De olika välfärdsstatliga
system som skapats för att tillhandahålla barnomsorg, utbildning,
sjukvård och äldreomsorg liksom transfereringar som barnbidrag,
sjukpenning och pensioner utgör därför också viktiga resurser för
medborgarna. Vid bedömningen av välfärdens nivå och utveckling
måste sålunda kollektiva resurser av detta slag inkluderas. Konkret
innebär detta exempelvis att kvaliteten och tillgängligheten i både
välfärdstjänster och försäkringssystem – och inte endast individens
hälsotillstånd eller inkomstnivå – måste inkluderas i en analys av
välfärden.

Samtidigt som den traditionella välfärdsforskningens medborgar-
centrerade teoriansats är öppen för ett sådant synsätt, saknas det i
stor utsträckning en närmare teoretisk diskussion om och mät-
instrument för att fånga medborgarens möte med välfärdsstaten.
Visserligen innefattar forskningen frågor om vårdutnyttjande, ut-
bildningsnivå och valdeltagande, men detta till trots är individers
möte med välfärdsstatens institutioner i väsentliga delar från-
varande i forskningen om levnadsförhållanden. Detta är otill-
fredsställande eftersom de välfärdsstatliga systemen för såväl eko-
nomiska transfereringar som tjänster kan utgöra resurser på flera
sätt. För det första är transfereringar och tjänster naturligtvis av
värde för dem som använder dem. Därutöver utgör dessa system en
potentiell trygghet och resurs för alla som inte nyttjar dem, på
samma sätt som en försäkring. Att det exempelvis finns en sjukvård
av god kvalitet tillgänglig för alla är således en kollektiv resurs för
samtliga medborgare. Också med tanke på att det har skett ett stort
antal förändringar under 1990-talet i såväl de offentliga som privata
institutionerna med välfärdsanknytning framstår det som särskilt
viktigt att belysa förändringar av såväl rent individuella som mer kollektivt knutna resurser i ett välfärdsbokslut för 1990-talet.

Efter årtionden av förhållandevis obruten och entydig expansion av den svenska välfärdsstaten har 1990-talet präglats av framför allt 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 på såväl välfärds- tjänsternas som försörjningssystemens områden. Kommittén har i sitt arbete sökt beskriva och granska karaktären av förändringarna ur ett resursperspektiv med fokus på tillgänglighet och kvalitet. Samtidigt saknas i många avseenden kunskaper om relationen mellan tjänste- och transfereringssystemens finansiering, organisation, bemanning etc. å ena sidan och graden av tillgänglighet och kvalitet å den andra. Kommittén har därför valt att beskriva förändringar i socialpolitiken i ett flertal olika avseenden.

En typ av förändringar som belyses i detta betänkande är utvecklingen av resurstilldelningen på de olika områdena och i möjligaste mån sätts denna utveckling i relation till den behovs-utveckling 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 gällande såväl försörjningsstöd som social service.

Socialpolitisk forskning och debatt fokuseras ofta på de offentliga utgifterna. Utecklingen av dessa är enkelt av central betydelse i flera avseenden, 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 på välfärdsutvecklingen. Förutom utgifter för olika välfärdsstjänster och transfereringssystem belyses därför olika indikatorer på tillgänglighet och resurstillgång i välfärdsstjänsternas, såsom avgiftsnivåer, personalät 度, andelen som får tillgång till tjänster och antalet utförda behandlingar eller andra insatser. För transfereringssystemen belyses kvalitet och tillgänglighet utifrån indikatorer som ersättningsnivå, täckningsgrad, kvalifikationsperioder och karenstider.
Avslutningsvis har kommittén i huvudsak valt att koncentrera sig på förhållanden såsom de faktiskt är (en beskrivande ansats) och inte på den enskildes grad av tillfredsställelse med sina förhållanden (en subjektiv ansats). Eftersom kommittén tagit sin utgångspunkt i resurser snarare än behov har det framstått som naturligt att fokusera på de faktiska levnadsvillkoren snarare än på hur nöjda människor är med dessa villkor.
1.2 **Individuella resurser I: Huvuddrag och breda samhällsskikt**

I linje med vad som anförts ovan kommer vi i detta avsnitt att belysa välfärdsutvecklingen inom olika områden, nämligen hälsa, utbildning, arbete, ekonomi, social förankring, trygghet och politiska resurser. Avslutningsvis belyser vi också anhopning av ofärd, det vill säga då människor erfar bristande resurser inom flera områden.


En andra viktig uppgift är att redovisa fördelningen av resurser mellan olika grupper i befolkningen, samt om och i så fall hur denna fördelning förändrats under 1990-talet. Det är dock inte självklart vilka grupper som är särskilt relevanta att belysa. I direktiven till kommittén ges dock viss vägledning: ”Regeringen ser det som angeläget att beskriva välfärdsutvecklingen för kvinnor och män, för olika socioekonomiska grupper, och ur ett livscykelperspektiv.” (Dir. 1999:7, s. 3, se Bilaga 1). Härvid anknys man till en stark tradition i svensk välfärdsforskning, i vilken analyserna av ofärdens fördelning följer de klassiska fördelningspolitiska konflikterna i samhället. Att kön är en sådan kategori är självklart i detta sammanhang. Mäns och kvinnors skilda möjligheter och villkor är alltjämt viktiga att belysa, och har också i allt ökande grad kommit att uppmärksammas.

Också skillnader i förhållanden mellan olika samhällsklasser har stått i fokus för mycket av den politiska debatten under lång tid. Arbetare, bönder och tjänstemän har haft i grunden olika villkor, såväl i som utanför arbetet. Fastän dagens arbetsliv kan tyckas väsentligt från den tidiga industrialismens, i vilken klassbegreppet tar sitt avstamp, kvarstår på många sätt de grundläggande skillnaderna mellan arbetare, tjänstemän och företagare. Vi har här i görigaste mån sökt placera alla personer i någon av samhällsklasserna. Eftersom klasspositionen baseras på det yrke människor har, klassificeras de som inte förvärvarbetar i huvudsak på basis av
tidigare yrke. För dem som ännu inte inträtt i arbetslivet utgår klassificeringen i stället från faderns eller moderns yrke.

Förutom klass och kön uppställas skillnader mellan breda åldersgrupper, vilka grovt sett motsvarar individers fas i livscykeln. I samband med analyser av utbildning är ålder utbytt mot vilken födelsekull man tillhör. Kön, klass och ålder har all karaktären av att utgöra breda samhällsskikt. En alternativ strategi är att beskriva utvecklingen för mer specifika eller särskilt utsatta grupper, exempelvis ensamstående mödrar, ungdomar, utrikes födda och funktionshindrade, vilket görs i avsnitt 1.3.


I det följande presenteras välfärdsutvecklingen med avseende på hälsa, utbildning, arbete, ekonomiska resurser, social förankring, trygghet och politiska resurser. Avsnittet avslutas med en analys av anhopning av ofärd, det vill säga i vilken mån olika välfärdsproblem drabbar samma individer. Här kommer vi också att redovisa
resultat från en longitudinell analys där vi studerat i vilken grad denna anhopning är varaktig över tid.

1.2.1 Hälsoförhållanden


Lika viktig som hälsan är för människor, lika svårt är det att klart definiera vad hälsa egentligen är. Även om försök att definiera hälsa har gjorts, 1 är merparten av de tekniker som utformats för att faktiskt mäta hälsa konstruerade för att på ett eller annat sätt fånga nedsatt hälsa eller ohälsa. Hälsan bestäms därmed i praktiken oftast utifrån ett negativt förfaringsätt, som exempelvis genom beskrivningar av frånvaron av hälsoproblem eller av dödligheten per 100 000 individer.

Om man tar utgångspunkt i dödligheten kan man klart säga att hälsoläget i Sverige har förbättrats generellt sett under 1990-talet. Den åldersstandardiserade dödligheten har sjunkit, för män såväl som för kvinnor (Tabell 1:1). Kvinnor har betydligt lägre dödlighet än vad män har. Procentuellt sett har dock skillnaden mellan könen förblivit konstant över tid, i så måtto att män har 60 procent högre dödlighet än kvinnor. Det absoluta gapet mellan kvinnor och män, det vill säga skillnaden mätt i antalet dödsfall per 100 000 individer, har dock minskat över tid.

1 Den mest kända definitionen av hälsa är troligen den som WHO lanserade 1946: "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande, och inte enbart frånvaron av sjukdom och svaghet". Hälsa blir med denna definition ett närmast ouppnåeligt ideelltillstånd, som paradoxalt nog riskerar att leda till ett slags medikalisering där ett mycket stort antal oönskade sociala förhållanden ses som sjukdomstillstånd.
Tabell 1.1. Åldersstandardiserad dödlighet (antal dödsfall per 100 000) och spädbarnsdödlighet (antal dödsfall per 1 000 levande födda), för män och kvinnor vid 1990-talets början (1990) och slut (1999)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Början</th>
<th>Slut</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Åldersstandardiserad dödlighet</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>934</td>
<td>833</td>
</tr>
<tr>
<td>Män</td>
<td>1 483</td>
<td>1 291</td>
</tr>
<tr>
<td>Spädbarnsdödlighet</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Flickor</td>
<td>5,3</td>
<td>2,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Pojkar</td>
<td>6,6</td>
<td>4,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Som indikator på ohälsan i befolkningen har dödlighetstal flera fördelar, men de har också den tydliga näckdelen att de inte speglar hela sjukdomspanoramata. Många sjukdomar och besvårs orsakar lidande, funktionsnedsättning och svårigheter i vardagen samtidigt som de inte ökar dödlighetsriskerna i någon större omfattning. Då vi studerar de intervjuades egen bedömning av hälsotillståndet, respektive uppgifter om långvariga sjukdomar samt ängslan, oro...
eller ångest, får vi en betydligt mörkare bild av hälsoutvecklingen under 1990-talet (Tabell 1:2) än då vi fokuserar på dödlighet.


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Självskattad ohälsa</th>
<th>Långvarig sjukdom</th>
<th>Ångslan, oro, ångest</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Början</td>
<td>Slut</td>
<td>Början</td>
</tr>
<tr>
<td>Befolkningen 16-84 år</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>28</td>
<td>28</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>Män</td>
<td>23</td>
<td>22</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>16-29</td>
<td>11</td>
<td>13</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>30-49</td>
<td>17</td>
<td>18</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>50-64</td>
<td>35</td>
<td>29</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>65-84</td>
<td>46</td>
<td>45</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>Högere tjänstemän</td>
<td>12</td>
<td>14</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Tjänstemän, mellannivå</td>
<td>15</td>
<td>17</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>Lägre tjänstemän</td>
<td>22</td>
<td>24</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i kval. yrken</td>
<td>27</td>
<td>28</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i okval. yrken</td>
<td>35</td>
<td>34</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>Egen företagare</td>
<td>28</td>
<td>25</td>
<td>46</td>
</tr>
</tbody>
</table>

O m man ser till den självskattade ohälsan framstår ohälsan i befolkningen som oförändrad, medan den tycks ha försämrats om man studerar andelen med minst en långvarig sjukdom respektive andelen som uppger att de känner ångslan, oro eller ångest.


Långvarig sjukdom är ett mått som fångar många olika former av hälsoproblem. Här finner vi en tydlig ökning av ohälsans nivå i

---


3 Levnadsnivåundersökningarna 1991 och 2000, i vilkas svarsalternativen varit oförändrade.
befolkningen. Om vi i stället begränsar oss till att studera sådana långvariga sjukdomar som är förknippade med svåra besvär finner vi dock ingen ökning. Detta betyder att det är sjukdomar av mindre allvarlig art som ökat i omfattning. En typ av problem som ökat markant i omfattning är nedsättning av det psykiska välbefinnandet i form av ångslan, oro och ångest, där nivån i befolkningen ökade med 50 procent mellan slutet av 1980-talet och slutet av 1990-talet.

Fördelningen av ohälsan i befolkningen är mycket ojämn. Bland äldre är andelen sjuka av naturliga skäl överlag högre än bland yngre. O hälaser vanligare bland kvinnor än bland män och vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. Dessa skillnader kvarstår också efter justering för sammansättningen av grupperna. Det betyder att de skillnader som framträdde i Tabell 1:2 inte i första hand är orsakade av en koncentration av äldre personer bland exempelvis arbetare och kvinnor.

Vi finner också att hälsans fördelning har förskjutits under 1990-talet mellan olika befolkningsgrupper i allmänhet och mellan olika åldersgrupper i synnerhet. Det tydligaste exemplet rör ångslan, oro och ångest där åldersskillnaderna helt har utraderats under den studerade perioden. År 1988–89 var det en betydligt högre andel i de äldre jämfört med i de yngre åldersgrupperna som angav att de led av ångslan, oro och ångest. I slutet av 1990-talet angav lika stora andelar i alla åldersgrupper dessa symtom. Detta kan sägas vara en negativ utjämning; skillnaderna mellan åldersgrupper i psykisk ohälsa har minskat eftersom de som hade bäst hälsa, det vill säga de unga, har fått vidkänna en försämring under perioden. Vi finner en motsvarande utveckling vad gäller skillnader i psykisk ohälsa mellan olika sociala klasser. Skillnaderna mellan klasser har utjämnats till följd av att ökningen av ångslan, oro och ångest har varit tydligare bland tjänstemännen än bland arbetarna. En liknande trend kan identifieras vad gäller långvariga sjukdomar.

Hälsoproblemen har således ökat under 1990-talet medan dödligheten har minskat. Detta är dock inte så motsägelsefullt som det först kan verka. För det första inträffar en majoritet av dödsfallen, närmare 70 procent, bland personer i åldrarna 75 år och äldre. Å ven om olika sjukdomar och hälsoproblem också ökar med stigande ålder är dödligheten i vårt land i betydligt högre grad koncentrerad till de allra äldsta än vad som är fallet med sjukligheten. För det andra är en stor del av de hälsoproblem som fångas i intervjuundersökningar inte livshotande. Därför bör den ökande ohälsan
ses som en påtagligt negativ aspekt av 1990-talets välfärdsutveckling trots att dödligheten har minskat.

1.2.2 Utbildningsresurser


Att ha en kortare utbildning kan försämra chanserna att få arbete. Det är dock svårt att utifrån ett befolkningsperspektiv betrakta kort utbildning som en direkt ofärdssindikator. Andelen i befolkningen som endast har en grundläggande utbildning samtvarier kraftigt med födelseår, såtillvida att äldre årskullar över tid ersätts av yngre kullar som på det hela taget har högre utbildningsnivåer. Andelen av befolkningen som enbart har obligatorisk utbildning minskar därigenom successivt, och av dem i åldrarna 19 till 84 år är det idag knappt en fjärdedel som enbart har grund- eller folkskoleutbildning.


I Tabell 1:3 beskrivs hur andelen med låg utbildning bland vuxna personer i olika födelsekorhorer har förändrats under 1990-talet. Födelseåren är valda så att vi vid respektive mättillfälle inkluderar
alla i åldrarna 20 till 60 år. Som framgår har andelen med låg utbildning minskat inte bara bland de yngre födelsekoorterna utan också bland personer i relativt höga åldrar. Samtidigt framgår tydligt den klara skillnad som föreligger mellan personer i tidiga och senare födelseårsköllar. Att det finns skarpa skillnader i utbildningsnivå mellan olika sociala klasser är inte särskilt förvånande, men bör ändå uppmärksammas. Samtidigt bör vi konstatera att det blivit mindre vanligt i alla samhällsklasser att ha enbart folkskole- eller grundskoleutbildning. Detta beror i huvudsak på att yngre generationer ersätter äldre, men också i någon mån på satsningen inom vuxenutbildningen.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Lågutbildade</th>
<th>Början</th>
<th>Slut</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Befolkningen 20-60 år</td>
<td>22</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>21</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Män</td>
<td>23</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>1931-1938</td>
<td>43</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>1939-1946</td>
<td>30</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>1947-1954</td>
<td>18</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>1955-1962</td>
<td>14</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>1963-1970</td>
<td>12</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>1971-1978</td>
<td>–</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Högere tjänstemän</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Tjänstemän, mellannivå</td>
<td>8</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Lägretjänstemän</td>
<td>19</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i kval. yrken</td>
<td>21</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i okval. yrken</td>
<td>37</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Egen företagare</td>
<td>32</td>
<td>20</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Figur 1:1. Andelar med examen från högskoleutbildning (minst treårig) efter födelseår. Årsperioderna 1965–1975


Det bör också nämnas att en könsskillnad i förekomsten av högre utbildning uppstått och successivt vidgats under decenniet. Trenden mot ökning av andelen högskoleutbildade som visas i Figur 1:1 är betydligt mer markerad för unga kvinnor än för unga


1.2.3 Arbete, arbetsförhållanden och löner


Arbetet och dess egenskaper utgör också ett viktigt inslag i välfärden för de förvärvsarbetande. Det handlar dels om själva arbetet och dess konsekvenser vad gäller stress och hälsa, dels om
vilka belöningar, exempelvis lön eller anseende, som är kopplade till de enskilda jobben.

Trots den återhämtning av sysselsättningsnivåerna som skedde under slutet av 1990-talet var andelen sysselsatta i befolkningen i åldrarna 16–64 år betydligt högre vid ingången av 1990-talet än i slutet av årtiondet (Tabell 1:4). Av tabellen framgår att andelen förvärvsarbeteande enligt ULF-undersökningarna minskade från 81 till 73 procent mellan måttillfällena. Om man i stället enbart räknar med dem i åldrarna 20 till 64 år är sysselsättningsnivåerna självklart högre, men skillnaderna över tid och mellan grupper är i stort sett desamma.

Två ”icke-händelser” på den svenska arbetsmarknaden är också viktiga att framhålla när den djupa lågkonjunkturens effekter på olika grupperns sysselsättning diskuteras. För det första innebar inte sysselsättningskrisen att kvinnor återgick till hemmafrurollen, utan nedgången i andelen förvärvsarbetande var ungefär lika stor bland män som bland kvinnor. För det andra har vi inte funnit belägg för att krisen fått till följd att de äldre trängts undan på arbetsmarknaden (se Tabell 1:4). I själva verket var sysselsättningsnedgången (räknad i antal procentenheter) minst för dem i åldrarna 50 år eller äldre.

Nedgången i förvärvsarbetsfrekvensen hade däremot en tydlig klassprofil och var påtagligt större bland arbetare än bland tjänstemän. Även ökningen av arbetslösheten hade en klassprofil, och var störst bland arbetare. Sysselsättningsnedgången var också sannolikt klassrelaterad på så vis att den förstärkte den omvandling av klassstrukturen som pågått under en lång period. Detta har bland annat fått till följd att andelen tjänstemän i dag överstiger andelen arbetare, vilket inte var fallet vid decenniets inledning (Fritzell & Lundberg 2000).

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Sysselsatta</th>
<th>Arbetssökande</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Början</td>
<td>Slut</td>
</tr>
<tr>
<td>Befolkningen 16-64 år</td>
<td>81</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>79</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>Män</td>
<td>83</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>16-29</td>
<td>68</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>30-49</td>
<td>92</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>50-64</td>
<td>78</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>Högre tjänstemän</td>
<td>84</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>Tjänstemän, mellannivå</td>
<td>83</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>Lägre tjänstemän</td>
<td>84</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i kval. yrken</td>
<td>82</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i okval. yrken</td>
<td>82</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>Egen företagare</td>
<td>84</td>
<td>76</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*a* Sysselsatta är de som föregående vecka aningen var anställda, drev eget eller hjälpte till i familjemedlems företag eller jordbruk (inklusive tjänstlediga) av alla 16–64 år.

*b* Arbetsökande är de som föregående vecka var arbetslösa, sökte eller väntade på arbete av alla 16–64 år.

Också för dem som haft arbete har 1990-talet inneburit en del uppmärksammade förändringar. För det första har arbetskonskatet i sig förändrats i så måtto att tidsbegränsade anställningar har blivit allt vanligare. Huruvida detta är del i en långsiktig förändring av arbetsmarknaden eller ett 1990-talsfenomen är långt ifrån givet. 4

Vad gäller människors arbetsförhållanden har diskussionen alltmer kommit att fokuseras på psykiska processer, medan fysiskt krävande arbetsförhållanden har kommit i bakgrunden. I Tabell 1:5 redovisas en aspekt av den fysiska arbetsmiljön, nämligen huruvida arbetet är fysiskt krävande. Av tabellen framgår att fysiskt krävande arbete har blivit något mindre vanligt under 1990-talet även om förändringarna inte är speciellt dramatiska. Fysiskt krävande arbeten - som det definierats hör - var något vanligare bland kvinnor och unga personer än bland män och äldre. Framförallt finns en

*le Grand, Szulkin och Tåhlin (2001a) fokuserar på andra dimensioner av anställningskontrakts karaktär och varaktighet, såsom anställningsstabilitet, och finner mycket små förändringar, vilket talar emot föreställningen om ett helt nytt arbetsliv karakteriserat av lösa förbindelser.*
mycket stark klassdimension och det kan konstateras att andelen arbetare med fysiskt krävande arbeten var lika stor vid slutet som vid början av 1990-talet.


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Fysiskt krävande arbete</th>
<th>Jäktigt arbete</th>
<th>Medianlön kr per timme</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Början</td>
<td>Slut</td>
<td>Början</td>
</tr>
<tr>
<td>Sysselsatta 16-64 år</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Män</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16-29</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>30-49</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>50-64</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>H övre tjänstemän</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tjänstemän, mellannivå</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lägre tjänstemän</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i kval. yrken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i okval. yrken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Egen företagare</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

\(^a\) Med fysiskt krävande arbete avses att ha upprepade och ensidiga arbetsrörelser samt krokiga, vridna eller på annat sätt olämpliga arbetsställningar eller att dagligen behöva göra tunga lyft.

\(^b\) Uppgiften om medianlön kommer från Levnadsnivåundersökningarna vid Institutet för social forskning och avser åren 1991 respektive 2000.

Förekomsten av jäktigt arbete, liksom förekomsten av ett flertal andra indikatorer på psykosociala arbetsförhållanden, har i stället ökat betydligt under decenniet. Också här finner vi en skillnad till kvinnors nackdel som dessutom vidgats mellan mättillfällena. Att ha ett jäktigt arbete har blivit vanligare i alla sociala klasser, men är generellt sett vanligare bland tjänstemän än bland arbetare. Kommittén har tidigare presenterat forskning som i detalj har analyserat den psykosociala arbetsmiljöns utveckling under 1990-talet (se exempelvis Bäckman 2001; le Grand, Szulkin & Tåhlin 2001a). Dessa studier har relativt entydigt visat att försämringarna av den psykosociala arbetsmiljön främst gäller välfärdstjänstemåndet (skola, vård och omsorg), men att det också skett försämringar i


Sammantaget har andelen sysselsatta minskat betydligt under 1990-talet trots den uppgång som skedde i slutet av decenniet. Reallönerna för dem som arbetar har samtidigt ökat påtagligt. Vad beträffar de skillnader mellan de breda grupper vi diskuterat här har förändringarna inte varit särskilt markanta, med ett betydande undantag. Såväl arbetsmiljön som den relativa lönenivån har försämrats kraftigt för anställda i offentlig sektor, det vill säga för anställda verksamma inom huvudsakligen vård, omsorg och utbildning. Det faktum att kvinnor är överrepresenterade bland de
anställda i dessa sektorer har medfört att den negativa utvecklingen drabbat fler kvinnor än män.

1.2.4 Inkomst och ekonomiska resurser

Det råder ingen tvekan om att befolkningens inkomstförhållanden och ekonomiska resurser har påverkats av de dramatiska förändringar som skett på arbetsmarknaden under 1990-talet. Vad gäller hushållens disponibla inkomstnivåer skedde en kraftig minskning under decenniets första hälft, och först vid decenniets sista år uppnåddes de nivåer som reellt sett gällde 1991. Förändringarna av inkomstfördelningen var däremot mycket små under decenniets första hälft, medan inkomstspridningen har ökat därefter.

I Tabell 1.6 åskådliggör vi inkomstfördelningens förändringar genom att visa hur stor inkomsten är vid olika inkomstskikt relativt medianinkomsten vid 1990-talets början och slut. Om kvoten \( P_{10}/P_{50} \) minskar har spridningen ökat genom att de med låga inkomster har tappt jämfört med dem i inkomstfördelningens mitt. Om kvoten \( P_{90}/P_{50} \) stiger har spridningen också ökat, men då som ett utslag av att gapet mellan dem med höga inkomster och dem med medelinkomster ökat.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inkomstojämlikhet</th>
<th>Början</th>
<th>Slut</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Låga inkomster ( P_{10}/P_{50} )</td>
<td>65,0</td>
<td>64,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Höga inkomster ( P_{90}/P_{50} )</td>
<td>162,4</td>
<td>174,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>


6 Detta görs genom att vi först rangordnar alla individer efter inkomst. Det 10:e percentilvärdet \( P_{10} \) motsvarar då inkomsten vid den punkt i fördelningen där 90 procent har högre inkomster och 10 procent lägre. På motsvarande sätt är \( P_{90} \) inkomstnivån där 10 procent har högre inkomster och 90 procent lägre. Kvoten \( P_{10}/P_{50} \) relaterar sådana inkomsten vid den tionde percentilen till medianvärdet medan kvoten \( P_{90}/P_{50} \) relaterar inkomsten vid den nittionde percentilen till samma medianvärde \( P_{90}/P_{50} \).


Vad beträffar klassskillnader i inkomster kan vi konstatera att dessa följer samma mönster som löneutvecklingen, nämligen att skillnaderna är mycket påtagliga, samtidigt som de har varit relativt

---

7 Detta gäller med undantag för år 1994, då förändrade skatteregler fick som följd att realiserade kapitalvinster blev osedvanligt stort detta år.
8 Inkomsternas sammansättning och spridningens påverkan av socialförsäkringar, bidrag och skatter redogörs för i avsnitt 1.6.5.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Disponibel inkomst per kostenhet, median(tkr)</th>
<th>Låg inkomst (andel under 60% av befolkningens medianinkomst)</th>
<th>Avsaknad av kontantmarginal</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Början</td>
<td>Slut</td>
<td>Början</td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>------</td>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td>Befolkningen</td>
<td>126</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>122</td>
<td>124</td>
</tr>
<tr>
<td>Män</td>
<td>130</td>
<td>130</td>
</tr>
<tr>
<td>18-34</td>
<td>126</td>
<td>124</td>
</tr>
<tr>
<td>35-44</td>
<td>130</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>45-54</td>
<td>163</td>
<td>154</td>
</tr>
<tr>
<td>55-64</td>
<td>161</td>
<td>166</td>
</tr>
<tr>
<td>65-</td>
<td>106</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>Högere tjänstemän</td>
<td>187</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>Tjänstemän, mellannivå</td>
<td>160</td>
<td>163</td>
</tr>
<tr>
<td>Lägre tjänstemän</td>
<td>151</td>
<td>155</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare</td>
<td>135</td>
<td>136</td>
</tr>
<tr>
<td>Egen företagare</td>
<td>125</td>
<td>136</td>
</tr>
</tbody>
</table>

a Disponibel inkomst per kostenhet utgår från hushållets sammanlagda inkomster efter transfereringar och skatter. För att göra inkomsterna jämförbara mellan hushåll med storlek och sammansättning justeras inkomsten med en faktor som beror på kosthushållets utseende (se vidare Jansson 2000). Datakälla: SCB:s inkomstfördelningsundersökningar.
b Andelen personer som lever i kosthushåll där den disponibla inkomsten per kostenhet understiger 60 procent av medianinkomsten respektive år. Datakälla SCB:s inkomstfördelningsundersökningar.
c Andelen som ej inom en vecka kan få fram en summa pengar (14 000 kronor 1999). Datakälla SCB:s ULF-undersökningar.
d Inkomsterna för olika sociala klasser baseras enbart på förvärvsarbete i åldrarna 20–64 år, medan uppgifterna om kontantmarginal baseras på hela befolkningen i åldrarna 16–84 år.

Ur ett socialpolitiskt perspektiv är det framförallt förekomsten av låga inkomster som är av intresse. Det har skett en viss ökning under perioden av andelen av befolkningen som har mycket låga inkomster. Den avgränsning av låga inkomster som används i Tabell 1:7 är relativ i och med att den utgår från 60 procent av medianinkomsten. Enligt detta mått är andelen som har låga in-

Riskerna att ha låg inkomst uppvisar starka variationer då vi studerar mer specifika grupper i befolkningen, vilket vi återkommer till i avsnitt 1.3. Vad som mer generellt kan påtalas här är att det under decenniets sista år skedde en återhämtning för de grupper som under 1990-talet hade den mest ogynnsamma inkomstsituationen. Denna utvisar de högkonjunkturerna och den förbättrade sysselsättningsituationen slutligen även kom dessa grupper till del, efter flera år av eftersläppning. Återhämtningen skedde dock från mycket låga inkomstnivåer och nivåerna har långtifrån kommit ikapp övriga grupper.

Människors ekonomiska situation fångas knappast upp fullständigt enbart med hjälp av information om årliga inkomster. Det finns därför all anledning att också studera ekonomisk utsatthet med hjälp av mer direkt frågor om den ekonomiska situationen. Inom svensk levnadsnivåforskning har begreppet kontantmarginal, eller snarare avsaknaden av denna, ofta setts som en viktig indikator på knappa ekonomiska villkor. Att ha respektive sakna kontantmarginal har också visat sig ha påtagligt samband med en mängd andra utfall. Att ha, eller enkelt kunna skaffa, en summa pengar för en oförutsedd utgift är självfallet en trygghet som är väsentlig för människors livsvillkor.10

Att bristande ekonomiska resurser blivit vanligare framkommer tydligt av denna och andra liknande indikatorer. Noterbart är att könsskillnaderna i fråga om ekonomiska resurser är betydande, vilket tyder på att makar inte anger samma svar på denna fråga (se Fritzell 1999). Ändringsutvecklingen för olika åldersgrupper återspeglas relativt väl också i fråga om ekonomiska resurser. Det kan vidare noteras att egenföretagarer låga inkomstnivåer inte alls

10 I SCB:s undersökningar är frågan ställd på följande sätt: Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 14 000 kronor, skulle du klara det? Det efterfrågade beloppet varierar mellan undersökningsåren för att ta hänsyn till prisförändringar.
avspeglas i att denna grupp saknar kontantmarginal i större utsträckning än andra.\(^{11}\) Däremot finner vi att arbetare har betydligt större risker än andra för ekonomisk utsatthet (mått på detta sätt) och att denna risk har ökat under 1990-talet.\(^{12}\)

**Förmögenhet och boendekostnader**


\(^{11}\) Detta problem är välkänt och indikerar att egenföretagares inkomster, såsom de mäts, mycket dåligt avspeglar gruppens faktiska ekonomiska resurser.

\(^{12}\) Detta gäller förvärvsaktiva arbetare i åldrarna 20–64 år.
siellt kapital, och då främst aktier. Fastigheter och andra så kallade rea- 
la tillgångar är mindre ojämnt fördelade och storleken på dessa 
båda typer av tillgångar påverkar spridningen i förmögenhets- 
fördelningen. Inte minst med tanke på de kraftiga förändringar 
som skett av såväl fastighetspriser som börsvärde under senare tid 
är det viktigt att fortsatt studera förmögenhetsfördelningen.

Annars är den egna bostaden (samt fritidshus) den tyngst 
vägande posten i många människors tillgångar och förmögenhets-
innehav. Boendet är centrat också utifrån ett utgiftsperspektiv i 
och med att en relativt stor andel av de flesta familjers totala 
inkomster går till boendekostnader.13 På basis av analyser för kom-
mittén som bygger på SCB:s inkomstfördelningsundersökningar 
framgår att medianvärdet för boendeutgifterna (exklusive amorte-
ringar) ökade mellan 1991 och 1995, det vill säga under samma 
period som de reaLA disponibla inkomsterna sjönk. Under andra 
hälfte av decenniet var de genomsnittliga boendeutgifterna för-
hållandevis stabila, vilket medförde att dessa utgifters andel av den 
med barn har dock ökat markant under perioden. Dessa resultat 
ligger väl i linje med de resultat som presenterats av Dellgran och 

1.2.5 Social förankring, trygghet och politiska resurser

På den individuella nivån kan man särskilja två aspekter av social 
förankring som är viktiga att lyfta fram, nämligen socialt stöd och 
sociala nätverk. Med socialt stöd avses vanligtvis att man har 
personer i sin närhet från vilka man kan erhålla hjälp, uppmuntran 
och stöd då man har bekymmer eller på annat sätt är i behov av 
hjälp. Sociala nätverk avser förekomsten av och strukturen på de 
relationer och band man har med andra personer.

De som endast i begränsad omfattning träffar och är tillsammans 
med släktingar och vänner utanför det egna hushållet kan anses ha 
svaga nätverk. Begränsat omgång i denna mening är dock tämligen 
ovanligt och har varken ökat eller minskat i omfattning under 
1990-talet (Tabell 1:8). De tydligaste skillnaderna i förekomsten av 
svaga nätverk återfinns mellan åldersgrupperna i så mått att 
begränsat omgång utanför hushållet ökar med stigande ålder.

13 Bostadspolitikens förändringar beskrivs i avsnitt 1.8.3.
Skillnaderna mellan män och kvinnor är små, men när hänsyn tagits till könsskillnader i åldersfördelning kan dock konstateras att män har något sämre nätverk än vad kvinnor har. På samma sätt är skillnaderna mellan sociala klasser små, men efter justering för de olika klassernas sammansättning framkommer resultatet att arbetare i okvalificerade yrken har svaga nätverk i något högre grad än andra.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Begränsat umgänge utanför hushållet</th>
<th>Saknar nära vän</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Början</td>
<td>Slut</td>
</tr>
<tr>
<td>Befolkningen 16-84 år</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Män</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>16-29</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>30-49</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>50-64</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>65-84</td>
<td>7</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Högre tjänstemän</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Tjänstemän, mellannivå</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Lägre tjänstemän</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i kval. yrken</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i okval. yrken</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Egen företagare</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Ej gått ut p.g.a. oro för våld</th>
<th>Utsatt för våld eller hot</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Början</td>
<td>Slut</td>
</tr>
<tr>
<td>Befolkningen 16-84 år</td>
<td>15</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>25</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Män</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>16-29</td>
<td>10</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>30-49</td>
<td>12</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>50-64</td>
<td>15</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>65-84</td>
<td>28</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Högre tjänstemän</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Tjänstemän, mellannivå</td>
<td>13</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Lägre tjänstemän</td>
<td>20</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i kval. yrken</td>
<td>11</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i okval. yrken</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Egen företagare</td>
<td>25</td>
<td>23</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Man kan också betrakta oro för våld som ett uttryck för bristande tillit till andra människor. I den mån tillit fångas med den indikator vi har till vårt förfogande har 1990-talet inte inneburit några påtagliga förändringar i detta avseende, förutom för unga män-
niskor för vilka vi kan konstatera en ökning.

Tanken om det sociala medborgarskapet innebär att med-
borgarna har vissa sociala rättigheter i form av ekonomiskt skydd och tillgång till vård, omsorg och utbildning (Marshall 1950). I Sverige administreras dessa rättigheter vanligen av offentliga insti-
tutioner och myndigheter. Som medborgare bör alla inte bara ha formella möjligheter att hävda sin rätt gentemot dessa myndigheter och deras beslut, utan helst även besitta de kunskaper och färdigheter som krävs för att utnyttja sin rätt. En viktig aspekt av denna förmåga är att kunna författa en skrivelse och överklaga ett myndighetsbeslut.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Kan ej överklaga beslut</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Början</td>
</tr>
<tr>
<td>Befolkningen 16-84 år</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Män</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>16-29</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>30-49</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>50-64</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>65-84</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>H övre tjänstemän</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Tjänstemän, mellannivå</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Lägre tjänstemän</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i kval. yrken</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i okval. yrken</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Egen företagare</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabell 1:10 visar att ungefär åtta procent av befolkningen inte kan överklaga ett beslut av en myndighet. Denna andel har inte ökat generellt under 1990-talet, men vi kan samtidigt konstatera att skillnaderna mellan äldre och yngre åldersgrupper har förändrats. Det faktum att förmågan att överklaga ett beslut har förbättrats bland dem i åldrarna över 50 år kan i huvudsak ses mot bakgrund av att senare födda och mer resursstarka generationer har ersatt tidigare födda och resurssvagare generationer. Däremot har andelarna som inte kan överklaga myndighetsbeslut ökat något bland de yngre under 1990-talet, trots utbildningsexpansionen. Denna negativa utveckling vad gäller politiska resurser bland de yngre är något nytt för 1990-talet (se vidare avsnitt 1.3.2). Klassskillnaderna har däremot förblivit stabila under 1990-talet, men består fortfarande i att det är en betydligt större andel i arbetargrupperna än i andra grupper som inte kan överklaga beslut.
1.2.6 Anhopning av ofärd

Välfärdsutvecklingen i Sverige under 1990-talet har hittills beskrivits på basis av olika centra områden var för sig, såsom arbete och hälsa. Det finns dock skäl att i tillägg till detta också söka teckna en mer sammanhållen bild av hur ofärd och ojämlikhet förändrats under 1990-talet. Ett sätt att göra detta på är att studera anhopning av ofärd av olika slag.


Samtidigt finns det goda argument för att hävda att ojämlikheten i ett samhälle förstärks i den mån vissa individer erfar flera typer av ofärd vid en och samma tidpunkt och i den mån samma personer lever under sämre förhållanden mer permanent (jfr Walzer 1983; Sen 1992).


eller hot under det senaste året. De individer som uppgjer minst två av dessa sex välfärdsproblem anses erfara anhopning av ofärd (Tabell 1:11). Det bör betonas att de absoluta nivåerna baserade på denna typ av mått är känsliga för hur vanliga de olika formerna av ofärd är som ingår i måttet. Uppmärksamheten bör därför i första hand riktas mot trender och skillnader mellan grupper.


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Två eller fler former av ofärd</th>
<th>Relativa risken att:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Början</td>
<td>Slut</td>
</tr>
<tr>
<td>Befolkningen 16-84 år(^b)</td>
<td>14</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>16</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Män</td>
<td>12</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>16-29</td>
<td>11</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>30-49</td>
<td>10</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>50-64</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>65-84</td>
<td>17</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Högere tjänstemän</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Tjänstemän, mellannivå</td>
<td>6</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Lågare tjänstemän</td>
<td>10</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i kval. yrken</td>
<td>16</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetare i okval. yrken</td>
<td>23</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Egen företagare</td>
<td>11</td>
<td>11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\(^a\) Baseras på följande sex former av ofärd: svag arbetsmarknadsförankring (ej anställd, ej egen företagare, ej studerande, ej militärtjänst), saknar kontantmarginal, självskattad ohälsa, kan ej överklaga beslut, begränsat umgänge utanför det egna hushållet, samt utsatt för våld eller hot. Personer i åldrarna 65–84 kan per definition ej ha svag arbetsmarknadsförankring och hemmaboende ungdomar 16–24 kan per definition ej sakna kontantmarginal.


\(^c\) Uppgifter baserade på 20–40 personer redovisas inom [ ]; då underlaget är mindre än 20 personer redovisas ingen uppgift.

Det har blivit något vanligare under 1990-talet att samtidigt ha två eller fler former av ofärd enligt de ovan angivna indikatorerna, även om situationen förbättrats sedan decenniets mitt. Såväl bland
kvinnor som bland män har andelen med två eller flera former av ofärd ökat. För männens del är denna ökning helt och hållet ett resultat av förstärkta problem med arbetsmarknadsförankring, medan det för kvinnorna också finns en ökande anhopning av ofärd vid sidan av den ofärd som är relaterad till situationen på arbetsmarknaden (framgår ej av tabellen). Andelen som erfor fler än två former av ofärd var dock högre bland kvinnor än bland män både i början och slutet av decenniet, även då svag arbetsmarknadsförankring inkluderas.


Klassskillnaderna vad gäller anhopning av ofärd är mycket påtagliga i så mått att andelen som har två eller flera typer av ofärd är högst bland okvalificerade arbetare och lägst bland högre tjänstemän. I alla klasser förutom bland egna företagare har dock 1990-talet totalt sett inneburit en försämring, som framträdde även då den typ av ofärd som härrör från bristande arbetsmarknadsanknytning räknas bort.

Som framgår av Tabell 1:11 var risken för att ha två eller fler former av ofärd 1998–99 45 procent för de individer som också erfor anhopning av ofärd åtta år tidigare. För dem som inte hade två eller fler välfärdsproblem i början av 1990-talet var motsvarande risk 10 procent. Detta visar att anhopning av ofärd inte enbart är ett temporärt problem för dem som drabbas, även om 55 procent

15 Personer i den äldsta gruppen kan per definition inte ha svag arbetsmarknadsförankring, vilket innebär att avräkningen av gruppen med anhopning av ofärd blir striktare i denna grupp (det vill säga två av fem möjliga i stället för två av sex möjliga).
av dem som hade flera problem 1990–91 hade lämnat detta tillstånd i slutet av 1990-talet.


Sammantaget har alltså förekomsten av ofärdsanhopning ökat under 1990-talet. Denna ökning gäller särskilt yngre och medelålders personer, medan skillnaderna mellan övriga breda samhällsgrupper varit stabila. Det finns också en påtaglig varaktighet i detta avseende då nära nog hälften av dem med fler välfärdsproblem vid början av 1990-talet också hade det åtta år senare.
1.3 Individuella resurser II: Utvecklingen för särskilda grupper


Ett annat perspektiv på utsatthet är att ta fasta på grupper som utgörs av människor som hamnar i svårigheter eller problem av olika slag. Exempel på sådana grupper är arbetslösa och långvariga socialbidragstagare. Mer långtgående problem finner vi i grupper som har svårigheter i termer av missbruk, kriminalitet och hemlöshet. Vår beskrivning av utvecklingen för dessa grupper blir dock mer övergripande och mindre systematisk än för andra grupper, delvis beroende på avsaknad av goda data. I vissa fall handlar det mer om att söka fastställa problemens omfattning än att redogöra för hur resurserna förändras inom grupperna. Arbetslösa och långvariga socialbidragstagare är också exempel på grupper vars storlek och sammansättning förändras efter konjunkturens variationer, vilket gör den senare typen av redogörelser mindre relevanta.

För de grupper som behandlas i avsnitt 1.3.1 till 1.3.6 utnyttjar vi ett förhållandevis standardiserat redovisningssätt. Varje avsnitt inleds med en tablå som beskriver välfärdens utveckling och för-
delning utifrån fem centrala dimensioner: hälsa, utbildning, arbete, inkomster/ekonomi och social förankring/trygghet. Vi redogör även för anhopning av ofärd, definierat som att ha minst två av sex möjliga välfärdsproblem samtidigt. Principen bakom tablåerna är för det första att beskriva situationen vad gäller varje välfärdsindikator för den aktuella gruppen i början respektive slutet av 1990-talet. För det andra redovisas och jämförs de olika gruppernas generella välfärdsnivå under decenniet med vad som gällt befolkningen i övrigt. För det tredje beskrivs hur de olika gruppernas välfärd har utvecklats under perioden i förhållande till befolkningen i stort, vilket möjliggör slutsatser om huruvida en viss grupp har vunnit eller förlorat mark i förhållande till andra grupper.

Det valda redovisningssättet motiveras primärt av boksluts-
tanken och den därav följande ambitionen att återge utvecklingen
på ett så enkelt och överskådligt sätt som möjligt. Tillvägagångs-
sättet innebär ett avstång från hur data normalt sett behandlats i
kommitténs arbeten, där relativa förändringar och justering för
sammansättningseffekter av olika slag ofta betonats. I den kom-
menterande texten kommer vi därför att, när det är påkallat, kom-
mentera i vilken utsträckning nivåskillnader eller förändringar
cvarstår efter kontroller för relevanta bakgrundsfaktorer. I vissa fall
kommer vi också att peka på skillnader mellan absoluta och relativa
förändringar. För mer utförliga analyser hänvisar vi dock till
tidigare betänkanden.
1.3.1 Barn

Tabell 1:12. Barns välfärdsresurser. Procent av barn (10–18 år) om ej annat anges

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Psykosomatiska besvär och psykiskt välbefinnande</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Huvudvärk minst en gång i veckan</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ofta leden eller nere</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Skola</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Inte lugnt i klassrummet</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Takten i skolan för hög</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Inkomst och ekonomi</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Disponibel inkomst per kostenhet i tusen kronor (0-17 år)(^a)</td>
<td>111</td>
<td>112</td>
<td>Sämre</td>
<td>→</td>
</tr>
<tr>
<td>Låg inkomst (0-17 år)(^b)</td>
<td>9</td>
<td>11</td>
<td>Sämre</td>
<td>≈</td>
</tr>
<tr>
<td>Varaktighet i låg inkomst (0-17 år)</td>
<td>58</td>
<td>62</td>
<td>Bättre</td>
<td>≈</td>
</tr>
<tr>
<td>Social förankring och trygghet</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Antal separationer per 1 000 barn (0-17 år)</td>
<td>29</td>
<td>35</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kommer inte så bra överens med mor</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kommer inte så bra överens med far</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mor har för litet tid</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Far har för litet tid</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Saknar nära vän i klassen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Utsatt för en typ av kränkning i klassen varje vecka</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Utsatt för flera typer av kränkningar i klassen varje vecka</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

\(^a\) Källor återfinns i Bilaga 3.

\(^b\) Uppgifterna avser situationen i barnets hushåll. Analysenheten är dock barn och inte hushåll (se vidare Bilaga 3).

Barn kan i mindre utsträckning än vuxna välja sina levnadsomständigheter och förändra sin livssituation, vilket gör barnen till en välfärdspolitisk nyckelgrupp. Enligt artikel 12 i FN:s barnkonvention skall barn beredas möjlighet att höras om sina åsikter.

\(^{16}\) När inte annat anges baseras resultaten i detta avsnitt på Jan Jonssons m.fl. underlag till kommittén (SOU 2001:55), se Bilaga 4.
Därför är det rimligt att barnens egna uppfattningar om sina levnads villkor beaktas. I den levnadsnivåundersökningsom (Barn-LNU) som - delvis inom ramen för kommitténs arbete - genomfördes år 2000 gavs för första gången i landet ett riksrepresentativt urval av barn och ungdomar mellan 10 och 18 år en möjlighet att själva teckna en bred bild av sina levnads villkor. Flera av de resultat som redovisas här är baserade på denna undersökning. För att spegla utvecklingen över tid har framställningen där det varit möjligt kompletterats med information baserade på ett antal andra indikatorer.

Barn i Sverige har i allmänhet goda levnadsförhållanden vad gäller exempelvis ekonomiska och materiella villkor, trygghet i när miljön, socialt stöd från föräldrar och omgivning, situationen i skolan samt fysisk och psykisk hälsa. Samtidigt har det framkommit att vissa ofärdsförhållanden är relativt spridda bland barn. Det framstår också som viktigt att uppmärksamma särskilt allvarliga ofärdsproblem även om de inte är särskilt vanliga. Det bör också poängteras att ofärdsproblem ofta är ojämnt fördelade mellan barn med olika bakgrund.

Barnhushållen har generellt sämre ekonomiska förutsättningar än befolkningen i övrigt (se Tabell 1:12). I vissa avseenden har situationen också försämrats under 1990-talet, såväl relativt som absolut. Exempelvis har andelen barn i hushåll med mycket låga inkomster ökat under perioden, och ökningen har varit kraftigare än för befolkningen i stort. Denna utveckling är särskilt tydlig för barn i åldrarna 0–6 år (Fritzell 2001). Skillnaderna mellan barn med olika bakgrund är i många fall betydande. Barn till arbetare, till utrikes födda och till ensamstående föräldrar lever betydligt oftare i ekonomiskt utsatta hushåll än vad andra barn gör. Skillnaderna är emellertid mindre framträdande vad gäller barnens personliga ekonomiska förhållanden, exempelvis avseende hur stor månadspeng man har eller huruvida man kan få fram 100 kronor med kort varsel. Detsamma gäller tillgängen till materiella resurser som egen mobiltelefon, TV, dator och CD-spelare. Det ligger därför nära till hands att dra slutsatsen att föräldrar med sämre ekonomiska förutsättningar anstränger sig för att barnen skall "få det som alla andra har".

En annan viktig dimension i barns och ungdomars liv är deras relationer till föräldrarna. De flesta barn har goda kontakter med båda sina biologiska föräldrar. Endast en minoritet uppger att de inte kommer överens med föräldrarna eller att föräldrarna har för


Barn- och ungdomsproblem sammanfattas ofta under rubriker som ”barn som far illa” eller ”barn/ungdomar i riskzonen”. I det förstnämnda fallet tänker man kanske framförallt på barn som har
det svårt på grund av föräldrarnas beteende vad gäller exempel missbruk och missbruk. I det senare fallet avses oftast ungdomar som själva utsätter sig för risker genom exempelvis eget missbruk eller kriminalitet.17 Oavsett vilka begrepp som används är det svårt att finna entydiga definitioner kring vilka olika betraktare kan enas. Eftersom mer officiella eller vetenskapligt vedertagna definitioner också saknas är svårighetererna att mer exakt uttala sig om hur många barn som far illa betydande (Lundström 2000).


17 För en diskussion om omhändertagande för samhällsvård av barn och ungdomar, se avsnitt 1.5.7 om barn- och ungdomsvård.
### 1.3.2 Ungdomar

Tabell 1:13. Ungdomars välfärdsresurser. Procent av ungdomar (16–24 år) om ej annat anges

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Hälsa</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Självskattad ohälsa</td>
<td>11</td>
<td>12</td>
<td>Bättre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Långvarig sjukdom</td>
<td>24</td>
<td>28</td>
<td>Bättre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ångslan, oro, ångest</td>
<td>6</td>
<td>17</td>
<td>Bättre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Långvariga psykiska besvär</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>Bättre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Utbildning</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O fullständigt avslutat från grundskolan (15-16 år)</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>..</td>
<td>..</td>
</tr>
<tr>
<td>Andel i en årsstudie som ej fullföljt gymnasiutbildningen vid 20 års ålder</td>
<td>21</td>
<td>26</td>
<td>..</td>
<td>..</td>
</tr>
<tr>
<td>Lågutbildade (20-24 år)</td>
<td>12</td>
<td>8</td>
<td>Bättre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>H högskoleutbildning vid 25 års ålder</td>
<td>25</td>
<td>39</td>
<td>..</td>
<td>..</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Arbete</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sysselsatta (20-24 år)</td>
<td>75</td>
<td>53</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetssökande (20-24 år)</td>
<td>7</td>
<td>15</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tidsbegränsat arbete (anställda 20-24 år)</td>
<td>26</td>
<td>52</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fysiskt krävande arbete (sysselsatta 20-24 år)</td>
<td>48</td>
<td>44</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jämfört arbete (sysselsatta 20-24 år)</td>
<td>56</td>
<td>68</td>
<td>Bättre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lön per timme, kronor (sysselsatta 20-24 år)</td>
<td>70</td>
<td>85</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Inkomst och ekonomi</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Disponibel inkomst per kostenhet i tusen kronor (18-24 år)</td>
<td>130</td>
<td>116</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Låg inkomst (18-24 år)</td>
<td>11</td>
<td>17</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Har ej kontantmarginal</td>
<td>23</td>
<td>26</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Varaktighet i låg inkomst (20-24 år)</td>
<td>44</td>
<td>46</td>
<td>Bättre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Socialbidrag (18-24 år)</td>
<td>8</td>
<td>13</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Social förankring och trygghet</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Har ej nära vän</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
<td>Bättre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kan ej överklaga beslut</td>
<td>10</td>
<td>11</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Avstått från att gå ut p.g.a. oro för vård</td>
<td>10</td>
<td>14</td>
<td>Bättre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Utsatt för vård eller hot</td>
<td>16</td>
<td>16</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Anhopning av ofråd</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Har minst två välfärdsproblem</td>
<td>10</td>
<td>13</td>
<td>Bättre</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Källor återfinns i Bilaga 3.
Ungdomar var en av de samhällsgrupper vars levnadsförhållanden utvecklades mest negativt under 1990-talskrisen. Även om ungdomar i vissa avseenden tillgodogjorde sig de förbättringar som skedde i slutet av årtiondet var livsvillkoren överlag fortfarande mer problematiska för de unga vid decenniets slutskede än vad de var 1990. Detta gäller i synnerhet ungdomars egen ekonomi och arbetsmarknads situation. Ökad otrygghet framstår som en annan av decenniets mest framträdande konsekvenser för denna grupp.


För ungdomar i åldrarna 20–24 år har enligt ULF-undersökningarna andelen lågutbildade, det vill säga personer med grundskola som högsta utbildning, minskat under 1990-talet. Denna minskning förklaras av att fler ungdomar under arbetslöshetskrisen gavs möjlighet att komplettera sin grundskoleutbildning genom exempelvis Komvux, folkhögskola eller någon form av yrkesutbildning. Ubyggnaden av högskolan ledde på motsvarande sätt till att fler ungdomar gavs möjlighet att läsa vidare på högre nivå. Under 1990-talet skedde också en påtaglig ökning av antalet unga som studerade på högskola (se avsnitt 1.2.2).

Det finns klara skillnader inom ungdomsgruppen med avseende på resultat i grundskolan och val av gymnasieutbildning. Överlag klarar sig unga kvinnor, svenskfödda och barn till högre tjänstemän bättre än unga män, barn till utrikes födda föräldrar samt arbetarbarn (Gustafsson, Andersson & Hansen 2000). Etnicitet har dock visat sig ha endast begränsad betydelse för studieresultaten när hänsyn tagits till elevernas sociala bakgrund (Dryler 2001, se avsnitt 1.3.6). Det bör också nämnas att den sociala snedrekrytering till högre utbildning minskade något under 1990-talet (se avsnitt 1.2.2).

förbättrades situationen under slutet av 1990-talet, men de unga nådde ändå inte upp till den ekonomiska standard som de hade i början av decenniet. Denna utveckling bör ses mot bakgrund av det faktum att de unga redan tidigare hade lägre inkomster än den övriga befolkningen. Sammantaget innebar utvecklingen under 1990-talet att ungdemor etablerade sig allt senare på arbetsmarknaden, vilket resulterade i en avtagande möjlighet att försörja sig på egen hand.


### 1.3.3 Ensamstående mödrar

Tabell 1:14. Ensamstående mödrars välfärdsresurser. Procent av ensamstående mödrar (16–84 år) om ej annat anges

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hälso</th>
<th>Början</th>
<th>Slut</th>
<th>Välfärd under 1990-talet i relation till övriga befolkningen</th>
<th>Välfärdsutveckling 1990-1999 i relation till övriga befolkningen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Självskattad ohälso</td>
<td>22</td>
<td>29</td>
<td>Likartad</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Långvarig sjukdom</td>
<td>32</td>
<td>47</td>
<td>Bättre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ängslan, oro, ångest</td>
<td>23</td>
<td>34</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Utbildning</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lågutbildade</td>
<td>21</td>
<td>16</td>
<td>Bättre</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbeta</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sysselsatta (16-64 år)</td>
<td>82</td>
<td>74</td>
<td>Likartad</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetssökande (16-64 år)</td>
<td>5</td>
<td>16</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tidsbegränsad anställning (anställda 16-64 år)</td>
<td>11</td>
<td>24</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fysiskt krävande arbete (sysselsatta 16-64 år)</td>
<td>40</td>
<td>43</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jäktigt arbete (sysselsatta 16-64 år)</td>
<td>64</td>
<td>75</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lön per timme, kronor (sysselsatta 18-64 år)</td>
<td>77</td>
<td>96</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inkomst och ekonomi</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Disponibel inkomst per kostenhet i tusen kronor</td>
<td>102</td>
<td>98</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Låg inkomst</td>
<td>12</td>
<td>11</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Har ej kontantmarginal</td>
<td>32</td>
<td>50</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Varaktighet i låg inkomst (25 år-)</td>
<td>47</td>
<td>53</td>
<td>Bättre</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Social förankring och trygghet</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Har ej nära vän</td>
<td>7</td>
<td>11</td>
<td>Bättre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kan ej överklaga beslut</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>Likartad</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Avstått från att gå ut p.g.a. oro för vård</td>
<td>24</td>
<td>23</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Utsett för vård eller hot</td>
<td>13</td>
<td>15</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anhopning av ofärd</td>
<td>23</td>
<td>36</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Vid millennieskiftet fanns det drygt 200 000 ensamstående mödrar i Sverige (SCB 2001b). Dessa kvinnor tillhör en grupp som historiskt varit ekonomiskt sårbar, vilket huvudsakligen kan förklaras...
utifrån tre förhållanden. För det första är ensamstående mödrar kvinnor, som generellt har lägre inkomster än män. För det andra är ensamstående mödrar familjförsörjare vilket innebär att de har ekonomiskt huvudansvar också för andra. För det tredje är ensamstående mödrar just ensamstående, vilket betyder att de saknar de stordriftsfördelar det innebär att vara flera inkomsttagare som kan dela på gemensamma utgifter. I ett komparativt perspektiv har dock kvinnor i Sverige och de nordiska länderna klarat sig bättre än kvinnor i andra länder i västvärlden, inte minst tack vare ett högt arbetsmarknadsdeltagande.


Förklaringen till den svaga inkomstutvecklingen bland de ensamstående mödrarna står inte att finna i en förändrad demografisk eller social sammansättning av gruppen. Inte heller kan försämringen förklaras av förändringar i de positiva transfereringarna. Bidragssummorna var i genomsnitt lika stora vid början som vid slutet av 1990-talet och var fortsatt mycket betydelsefulla för de
ensamstående mödrarnas ekonomi. Bidragen omfördelar också i stor utsträckning inkomster till de ensamstående mödrarnas fördel. Ökningar av de negativa transfereringarna, företrädesvis skatter, har emellertid bidragit till den absoluta minskningen av ensamstående mödrars inkomster. Denna utveckling är dock inte unik för de ensamstående mödrarna.


Ingenting i de analyser som genomförts tyder på att arbetsviljan bland de ensamstående mödrarna är låg. Gruppen som inte förvärvsarbetar vill enligt egen utsago förvärvsarbeta och de som deltidssarbetar vill ofta gå upp på heltid. Att så inte sker tycks inte bero på bristande barnomsorg eller att man tror att förvärvsarbeta inte lönar sig ekonomiskt. Problemet förefaller istället vara svårigheten att få ett arbete i allmänhet och ett heltidsarbete i synnerhet. I detta sammanhang är det vårt att notera att den totala marginaleffekten av ökade förvärvsinkomster är högre för ensamstående föräldrar än för någon annan grupp i samhället (Sjöberg & Bäckman 2001).

Den årsvisa andelen socialbidragstagare bland de ensamstående mödrarna uppgick under större delen av decenniet till över 30 pro-

### 1.3.4 Funktionshindrade

Tabell 1:15. Funktionshindrades välfärdsresurser. A Procent av personer med funktionshinder (16–64 år) om ej annat anges

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hälso</th>
<th>1990-talets början</th>
<th>Välfrd under 1990-talet i relation till övriga befolkningen 16-64 år</th>
<th>Välfrdsutveckling 1988-1999 i relation till övriga befolkningen 16-64 år</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Självskattad ohälsa</td>
<td>52</td>
<td>48</td>
<td>Sämre</td>
</tr>
<tr>
<td>Ångslan, oro, ångest</td>
<td>26</td>
<td>38</td>
<td>Sämre</td>
</tr>
<tr>
<td>Vårk i leder</td>
<td>42</td>
<td>44</td>
<td>Sämre</td>
</tr>
<tr>
<td>Assistans och hjälp</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Andel hemmaboende hjälpbehövande funktionshindrade som får:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kommunal hjälp</td>
<td>14</td>
<td>14</td>
<td>(\ldots)</td>
</tr>
<tr>
<td>Privat/annan men ej kommunal hjälp</td>
<td>5</td>
<td>7</td>
<td>(\ldots)</td>
</tr>
<tr>
<td>Endast informell hjälp</td>
<td>80</td>
<td>77</td>
<td>(\ldots)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ingen hjälp</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>(\ldots)</td>
</tr>
<tr>
<td>Utbildning</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lågutbildade</td>
<td>43</td>
<td>29</td>
<td>Sämre</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbete</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sysselsatta</td>
<td>68</td>
<td>61</td>
<td>Sämre</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetsökande</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
<td>Likartad</td>
</tr>
<tr>
<td>Fysiskt krävande arbete (sysselsatta 16-64 år)</td>
<td>44</td>
<td>38</td>
<td>Sämre</td>
</tr>
<tr>
<td>Jäktigt arbete (sysselsatta 16-64 år)</td>
<td>64</td>
<td>67</td>
<td>Likartad</td>
</tr>
<tr>
<td>Inkomst och ekonomi</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Disponibel inkomst per kostenhet i tusen kronor</td>
<td>119</td>
<td>129</td>
<td>Likartad</td>
</tr>
<tr>
<td>Låg inkomst</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>Likartad</td>
</tr>
<tr>
<td>Här ej kontantmarginal</td>
<td>17</td>
<td>26</td>
<td>Sämre</td>
</tr>
<tr>
<td>Social förankring och trygghet</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Här ej nära vän</td>
<td>29</td>
<td>27</td>
<td>Sämre</td>
</tr>
<tr>
<td>Kan ej överklaga beslut</td>
<td>9</td>
<td>8</td>
<td>Sämre</td>
</tr>
<tr>
<td>Avstått från att gå ut p.g.a. oro för vård</td>
<td>19</td>
<td>19</td>
<td>Sämre</td>
</tr>
<tr>
<td>Utsett för vård eller hot</td>
<td>6</td>
<td>11</td>
<td>Sämre</td>
</tr>
<tr>
<td>Anhopning av ofärd</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Här minst två välfrdsproblem</td>
<td>45</td>
<td>46</td>
<td>Sämre</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

**a** Källor återfinns i Bilaga 3.

**b** Uppgifterna är inte jämförbara med motsvarande uppgifter i övriga tabeller i avsnitt 1.2 och 1.3, se Bilaga 3.

---


Hur gruppen ”personer med funktionshinder” avgränsas har betydelse för storleken på välfärdsgapet mellan funktionshindrade och resten av befolkningen – ju strikta avgränsningen är, desto större blir skillnaden i välfärd mellan funktionshindrade och övriga. Däremot ter sig förändringen över tid ganska likartad oavsett avgränsning. Vi har i Tabell 1:15 valt att redovisa välfärdsutvecklingen för en relativt bred kategori av funktionshindrade, nämligen de som har minst ett av följande funktionshinder: nedsatt syn, nedsatt hörsel, rörelsehinder och långvariga psykiska besvär. Enligt denna avgränsning omfattade gruppen funktionshindrade vid decenniets slut cirka 13 procent av befolkningen i åldrarna 16–64 år, eller sammanlagt cirka 700 000 personer. Gruppen har ökat i storlek under 1990-talet, främst eftersom andelarna som har nedsatt hörsel och långvariga psykiska besvär har ökat i åldrarna under 55 år.

Personer med funktionshinder har sämre hälsa än andra i samma ålder. Detta är kanhända inte förvånande, men det bör noteras att skillnaden är påtaglig även i de fall när det inte finns någon anledning att förvänta sig ett samband mellan funktionshindret och den indikator på ohälsa som studeras. Exempelvis besvärar personer med nedsatt syn eller nedsatt hörsel mer än befolkningen i övrigt av värk och av oro, ängslan och ångest. Förändringarna under 1990-talet har gått i olika riktning beroende på vilken ohälsouskriterium som studeras. O, ängslan och ångest har ökat mer bland funktionshindrade än bland andra,20 men andelen som skattar sin hälsa som mindre god har minskat något bland funktionshindrade och ökat något i befolkningen i övrigt.

Under 1990-talet har andelen med låg utbildning minskat mer bland funktionshindrade än bland andra, men det var vid slutet av decenniet fortfarande betydligt vanligare att ha låg utbildning bland personer med funktionshinder jämfört med i befolkningen i stort.

20 Vi vill påminna om att vi här jämför ökningens storlek i absoluta termer (antal procentenheter). Den relativa förändringen är av ungefär samma storleksordning bland personer med funktionshinder som bland befolkningen i övrigt (se Szebehely, Fritzell & Lundberg 2001).
Detta gäller även om vi tar hänsyn till skillnader i ålder mellan funktionshindrade och övriga.

Det faktum att funktionshindrade förvärvsarbetar i betydligt lägre grad än vad andra gör kan inte enbart förklaras utifrån skillnader i arbetsförmåga. Lågt arbetskraftsdeltagande gäller alla de grupper av funktionshindrade som vi har studerat (förutom dem med nedsatt hörsel), och skillnaden mellan funktionshindrade och befolkningen i övrigt är lika stor vid slutet av decenniet som tio år tidigare. Personer med funktionshinder lämnade således arbetsmarknaden i samma utsträckning som andra under den ekonomiska krisen, och även sysselsättningsuppgången följde samma mönster för funktionshindrade som för befolkningen i övrigt. Att funktionshindrade personer inte drabbades hårdare av krisen är i ett internationellt perspektiv överraskande.

Anmärkningsvärt i internationell jämförelse är också att personer med funktionshinder har disponibla inkomster som inte avviker nämnvärt från inkomsterna för befolkningen i övrigt. Ur ett välfärdsperspektiv är det dock problematiskt att funktionshindrade personer i alla inkomstskikt betydligt oftare har ekonomiska svårigheter i vardagen jämfört med vad personer utan funktionshinder har, och att dessa svårigheter också gäller familjer med funktionshindrade barn. Ekonomiska problem är särskilt vanliga bland personer som är beroende av hjälp i vardagen. De ekonomiska svårigheterna gäller både avsaknad av kontantmarginal och problem med löpande utgifter. Att funktionshindrade betydligt oftare än andra har ekonomiska svårigheter trots att de i stort sett har genomsnittliga inkomster bör ses i relation till gruppens merkostnader i form av högre utgifter för sjukvård, läkemedel, kommunal hjälp och ofta också för transport, boende, mat och liknande. Under 1990-talet har andelen med ekonomiska svårigheter ökat mer bland funktionshindrade än bland befolkningen i övrigt.21

Funktionshindrade är generellt sett mer beroende av hjälp i vardagen än vad andra är. Personer med funktionshinder tenderar därför att vara mer berörda än befolkningen i stort av förändringar inom de offentliga hjälpsystemen. De flesta funktionshindrade som behöver praktisk hjälp får dock både vid ingången och utgången av decenniet all sin hjälp från familjemedlemmar och andra närstående. Detta gäller nio av tio av dem som bor tillsammans med

---

21 Detta gäller i absoluta termer, medan den relativa ökningen är av ungefär samma storleksordning i båda grupperna.
någon annan person, men även bland dem som bor ensamma är det vanligare att få hjälp från anhöriga än från kommunen (i form av hemhjälp eller personlig assistent). Totalt sett har inte andelen med kommunal hjälp förändrats under 1990-talet, men de som hade mindre omfattande hjälpbehov fick minskad kommunal hjälp medan de som hade störst hjälpbehov fick mer. De förändringar som skett inom de kommunala hjälpssystemen (se avsnitt 1.5.5) innebär i praktiken att förmågan att kunna överklaga ett myndighetsbeslut har blivit en allt viktigare velfärdssvens för många funktionshindrade. Det finns därför anledning att notera att personer med funktionshinder – och i synnerhet de som har långvariga psykiska besvär – saknar denna förmåga i högre grad än andra.

När det gäller de flesta velfärdsområden följer könsskillnaderna bland funktionshindrade i huvudsak de mönster som framträder för befolkningen i övrigt, vilket innebär att funktionshindrade kvinnor i allmänhet har sämre välfärd än vad funktionshindrade män har. De velfärdssförändringar som skett under decenniet har i allmänhet varit av samma omfattning för funktionshindrade kvinnor som för funktionshindrade män. Ett undantag är att andelen förvärvarbetande bland män med långvariga psykiska besvär minskade betydligt mer än vad den gjorde för kvinnor i samma situation, och minskningen var också mer markerad i denna grupp än i andra grupper av funktionshindrade. Ett annat undantag är risken att vara utsatt för våld eller hot – ett velfärdsproblem som ökat mer bland funktionshindrade än i resten av befolkningen. Ökningen är här större bland kvinnor än bland män, och särskilt markerad bland rörelsehindrade kvinnor där andelen som utsatts för våld eller hot har ökat från två till elva procent under decenniet. Alla grupper av funktionshindrade var vid slutet av 1990-talet mer utsatta än befolkningen i övrigt, och kvinnor med rörelsehinder eller nedsatt syn var också mer utsatta för våld eller hot än vad män med samma funktionshinder var. Detta är anmärkningsvärt eftersom män generellt sett är mer utsatta än kvinnor för våld och hot i befolkningen i övrigt. Våld mot funktionshindrade kvinnor har nyligen uppmärksammat som ett prioriterat arbetsområde för det av regeringen tillsatta N ationellt råd för kvinnofrid, men för närvarande saknas i huvudsak såväl offentlig statistik som forskning på området.
1.3.5 Äldre

Tabell 1:16. Äldres välfärdsresurser. Procent av äldre (75–84 år) om ej annat anges

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Hälsa</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Självskattad ohälsa</td>
<td>53</td>
<td>52</td>
<td>Sämre</td>
<td>→</td>
</tr>
<tr>
<td>Långvarig sjukdom</td>
<td>79</td>
<td>84</td>
<td>Sämre</td>
<td>→</td>
</tr>
<tr>
<td>Ångslan, oro, ångest</td>
<td>23</td>
<td>21</td>
<td>Sämre</td>
<td>→</td>
</tr>
<tr>
<td>Vård i leden</td>
<td>30</td>
<td>37</td>
<td>Sämre</td>
<td>→</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Assistans och hjälp</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Särskilt boende (80 år+)</td>
<td>23</td>
<td>22</td>
<td>..</td>
<td>..</td>
</tr>
<tr>
<td>Andel bland hemmaboende hjälpbehövande äldre som får:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kommunal hjälp</td>
<td>46</td>
<td>33</td>
<td>..</td>
<td>..</td>
</tr>
<tr>
<td>Privat/annan men ej kommunal hjälp</td>
<td>4</td>
<td>13</td>
<td>..</td>
<td>..</td>
</tr>
<tr>
<td>Endast informell hjälp</td>
<td>49</td>
<td>53</td>
<td>..</td>
<td>..</td>
</tr>
<tr>
<td>Ingen hjälp</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>..</td>
<td>..</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Inkomst och ekonomi</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Disponibel inkomst per kostenhet i tusen kronor (75 år—)</td>
<td>91</td>
<td>103</td>
<td>Sämre</td>
<td>→</td>
</tr>
<tr>
<td>Låg inkomst (75 år—)</td>
<td>13</td>
<td>6</td>
<td>Likartad</td>
<td>→</td>
</tr>
<tr>
<td>Har ej kontantmarginal</td>
<td>15</td>
<td>13</td>
<td>Bättre</td>
<td>→</td>
</tr>
<tr>
<td>Varaktighet i låg inkomst (75 år—)</td>
<td>82</td>
<td>85</td>
<td>Sämre</td>
<td>→</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Social förankring och trygghet</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Har ej nära vän</td>
<td>35</td>
<td>33</td>
<td>Sämre</td>
<td>→</td>
</tr>
<tr>
<td>Begränsat umgänge utom egna familjen</td>
<td>8</td>
<td>7</td>
<td>Sämre</td>
<td>→</td>
</tr>
<tr>
<td>Kan ej överklaga beslut</td>
<td>17</td>
<td>14</td>
<td>Sämre</td>
<td>→</td>
</tr>
<tr>
<td>Avstått från att gå ut p.g.a. oro för vård</td>
<td>33</td>
<td>34</td>
<td>Sämre</td>
<td>→</td>
</tr>
<tr>
<td>Utsett för våld eller hot</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>Bättre</td>
<td>→</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Anhopning av ofärd</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Minst två välfärdssproblem</td>
<td>22</td>
<td>19</td>
<td>Sämre</td>
<td>→</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Källor återfinns i Bilaga 3.

I detta avsnitt behandlas i huvudsak välfärds situationen för de cirka 600 000 personer som är mellan 75 och 84 år. I denna åldersgrupp är närmare hälften sammanboende, medan 40 procent är ensamboende kvinnor och 14 procent är ensamboende män. Jämfört med...
den grupp av äldre (65–84 år) som urskiljs i redovisningarna i avsnitt 1.2 är andelen ensamboende kvinnor högre, vilket påverkar den redovisade bilden av välfärden. Det bör noteras att den övre åldersgränsen i SCB:s ULF-undersökningar medför att vi till stor del saknar kunskap om välfärden bland de 200 000 personer i befolkningen som är 85 år eller äldre. Dessa personer utgör en grupp som i än högre grad domineras av kvinnor som lever ensamma.

Äldre människor i allmänhet och äldre kvinnor i synnerhet har sämre välfärd än vad resten av befolkningen har vad gäller flertalet av de ofärdssindikatorer som vi studerar, såsom hälsa, inkomster, politiska resurser, sociala relationer och oro för att utsättas för våld. I nom några områden har dock äldre bättre välfärd än andra. Bland annat är det färre av de äldre som har ekonomiska svårigheter och som är utsatta för våld eller hot. Om vi fokuserar på välfärddens förändringar är de äldre som kollektiv i flera avseenden något av en vinnargrupp i så måtto att de har varit mindre berörda än andra grupper av 1990-talets välfärdsförsämringar. I vissa fall, främst vad gäller ekonomi, har de äldres välfärd utvecklats i positiv riktning medan andra grupper har haft en negativ välfärdsutveckling. Här är det dock viktigt att hålla isär förändringar för äldre betraktade som individer respektive som grupp. Denna kollektiva förbättringen beror delvis på att nya pensionärsgrupper som har relativt hög ATP har ersatt äldre generationer som haft sämre pensionsförhållanden. Ur ett individperspektiv har de äldres välfärdsutveckling under 1990-talet i många fall varit mindre gynnsam. Detta kan illustreras av att andelen bland de äldre med låga inkomster som är fattiga två år i rad är betydligt högre än bland andra åldersgrupper, och relativt mindre skillnad från vad som gäller befolkningen i stort har denna andel ökat något mellan mättillfällena.

Även om personer över 75 år hade betydligt lägre inkomster än befolkningen som helhet under 1990-talet, var skillnaden mindre i slutet av decenniet än vid dess början. I befolkningen som helhet har de disponibla inkomsterna i stort sett inte ökat mellan 1991 och 1999, medan hushållsinkomsterna ökade med 20 procent bland äldre män och med 12 procent för äldre kvinnor. Detta innebär vidare att skillnaden mellan äldre mäns och kvinnors inkomster har
ökats under decenniet.\textsuperscript{23} Trots att de äldres genomsnittsinkomster var lägre, var andelen med låga inkomster vid slutet av 1990-talet inte högre än för befolkningen i stort. Personer över 75 år var uppenbarligen koncentrerade till inkomstfördelningsens nedre skikt, men befann sig i regel över den låginkomstgräns vi använder. Mönstret är liknande när det gäller ekonomiska svårigheter i så mått att andelen som saknade kontantmarginal ökade i befolkningen i stort medan andelen bland de äldre minskade något. Oavsett vilken indikator på ekonomisk utsatthet som vi fokuserar på är könsskillnaderna större bland äldre än i befolkningen i övrigt - exempelvis var det år 1999 tre gånger vanligare bland kvinnor än bland män att ha låga inkomster. Åldre med funktionshinder har betydligt oftare än andra äldre låga inkomster och äldre som behöver hjälp i vardagen har betydligt oftare ekonomiska svårigheter.

Att äldre har sämre hälsa än befolkningen i övrigt är knappast förvånande. Förändringarna under 1990-talet är i detta avseende delvis motstridiga. Till skillnad från vad som gäller i övriga åldersgrupper har de äldres psykiska välbefinnande förbättrats. Vidare har förekomsten av värk i rygg, leder och andra delar av rörelseapparaten ökat betydligt mer bland de äldre - och särskilt då bland kvinnor - än i befolkningen som helhet, trots att rörelseförmågan bland äldre har förbättrats generellt sett.

Tillgång till god äldreomsorg är en viktig välfärdsresurs för många äldre och vi behandlar förändringarna inom detta område närmare i avsnitt 1.5.6. Andelen äldre som får del av kommunala äldreomsorgen (främst hemtjänsten) har minskat under 1990-talet (även om minskningen var ännu mer markant under 1980-talet). Bland hemmaboende i åldersgruppen 75–84 år med behov av praktisk hjälp minskade den kommunala hjälpen mer bland kvinnor än bland män, och relativt sett var det bland sammanboende än bland ensamboende. Ungar var sju gånger i äldrarna 75 år och äldre som behöver hjälp avstår i slutet av 1990-talet från hemtjänst på grund av avgiftens storlek. Äldre med låga pensioner avstår oftare än andra (Socialstyrelsen 2001f).

Samtidigt med minskningen av den kommunala hjälpen har det skett en viss ökning av informella hjälpsätser, det vill säga hjälp som ges av make/maka eller andra närstående inom eller utanför

\textsuperscript{23} Att äldre kvinnor har lägre disponibla inkomster än män beror till viss del på att betydligt fler äldre kvinnor lever ensamma och därmed inte kan utnyttja de ekonomiska ”stordriftsfördelar” som ett delat hushåll innebär. Dock har äldre kvinnor lägre inkomster än män även om vi enbart jämför ensamtående kvinnor och män, och även här är könsskillnaderna betydligt större vid slutet än i början av decenniet.

Eftersom äldre har jämförelsevis sämre hälsa och större hjälpbehov har de sannolikt mer myndighetskontakter än andra. Att kunna överklaga ett myndighetsbeslut är därför sannolikt en viktigare välfärdsresurs för äldre än för många andra grupper. Därför är det värt att notera att andelen som inte kan överklaga ett beslut är dubbelt så stor bland de äldre som i befolkningen i stort.
1.3.6 Utrikes födda

Tabell 1:17. Välfärdsresurser för utrikes födda. Procent av 16–84 år om inte annat anges

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Hälsa</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Självskadad ohälsa</td>
<td>38</td>
<td>36</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Långvarig sjukdom</td>
<td>48</td>
<td>48</td>
<td>Likartad</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ångslan, oro, ångest</td>
<td>18</td>
<td>29</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Utbildning</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lågutbildade</td>
<td>33</td>
<td>29</td>
<td>Likartad</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Arbete</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sysselsatta (16-64 år)</td>
<td>70</td>
<td>55</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetslösa (16-64 år)</td>
<td>6</td>
<td>15</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tidsbegränsad anställning (anställda 16-64 år)</td>
<td>12</td>
<td>25</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fysiskt krävande arbete (sysselsatta 16-64 år)</td>
<td>39</td>
<td>36</td>
<td>Likartad</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jäktigt arbete (sysselsatta 16-64 år)</td>
<td>60</td>
<td>67</td>
<td>Likartad</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Löner per timme, kronor (sysselsatta 18-64 år)</td>
<td>85</td>
<td>108</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Inkomst och ekonomi</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Disponibel inkomst per kostenhet i tusen kronor</td>
<td>103</td>
<td>104</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Förvärvsinkomster</td>
<td>138</td>
<td>119</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Låg inkomst</td>
<td>20</td>
<td>21</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Varaktighet i låg inkomst (25 år−)</td>
<td>65</td>
<td>69</td>
<td>Likartad</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Socialbidrag</td>
<td>26</td>
<td>25</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Social förankring och trygghet</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Har ej nära vän</td>
<td>24</td>
<td>24</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kan ej överklaga beslut</td>
<td>12</td>
<td>11</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Avstått från att gå ut p.g.a. oro för vård</td>
<td>23</td>
<td>23</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Utställt för vård eller hot</td>
<td>9</td>
<td>7</td>
<td>Likartad</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Anhopning av ofärd</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Har minst två välfärdsproblem</td>
<td>30</td>
<td>36</td>
<td>Sämre</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Källor återfinns i bilaga 3.*

Antalet utrikes födda personer i Sverige uppgår i dag till närmare en miljon. Ett av 1990-talets tydligaste särdrag var de svårigheter som gruppen utrikes födda ställdes inför avseende arbetsmarknad

Invandrare som grupp har i de flesta avseenden sämre resurser än befolkningen i övrigt. Gruppen har också haft en mindre gynnsam utveckling än andra under 1990-talet vad gäller sysselsättning, arbetslöshet, tidsbegränsad anställning, förvärvsinkomster, kontraktmargin samt förekomsten av oro, ångslan och ångest. Den ekonomiska återhämtningen i slutet av decenniet har inneburit att vissa, men långt ifrån alla, nivåer kommit att bli jämförbara med dem som rådde vid decenniets inledning. Vad som inte framgår av uppgifterna i tablån ovan är den avsevärda heterogenitet som i de allra flesta avseenden präglar breda kategorier som "invandrare" eller "utrikes födda". Generellt sett gäller att förankringen på arbetsmarknaden liksom välfärdsnivåerna i övrigt är sämre ju kortare tid man har vistats i Sverige och ju mindre ekonomiskt utvecklade delar av världen man kommer ifrån (se till exempel Edin & Åslund 2001). En stor del av det som utgör invandrargruppens specifika svårigheter under krisåren har i realiteten "burits" av de invandrare som anlände hit som flyktingar under decenniets första hälft och som i stor utsträckning kom från det forna Jugoslavien samt från Iran och Irak.

Eftersom siffrorna i tabellen enbart beskriver årtiondets inledning respektive slut kan vi inte iakta de variationer som förekommit över tid och som till stor del återspeglar rörelserna i samhällsekonomin. Detta innebär att likheten mellan mättillfällena vad gäller exempelvis andelarna med socialbidrag inte är ett uttryck för stabilitet över tid, utan endast beskriver start- och ändpunkter för ett förlopp som karakteriseras av en inledningsvis kraftig uppåtgång följd av ett ännu kraftigare fall (den högsta nivån för utrikes födda nåddes 1996 då bidragstagandet i gruppen uppgick till över 40 procent). På samma sätt har inkomsterna i gruppen under decenniets mitt legat på nivåer som innebar väsentligt sämre resurser än vad som kan läsas ut från värdena i tabellen. I andra fall handlar det om en reell stabilitet, till exempel vad gäller författningen av dålig hälsa eller långvarig sjukdom. På hälsoområdet kan
vi dock notera att andelen som upplever ängslan, oro eller ångest har ökat kraftigt mellan mättilfällena. Denna ökning är något större än den som kan konstateras för svenskfödda, men ökningens omfattning skiljer sig inte signifikant åt mellan grupperna när hän-
syn tagits till relevanta bakgrundsfaktorer.

1990-talet har också präglats av ökad etnisk och socioekonomisk segregation. Den etniska boendesegregationen ökade i omfattning i de tre storstadsregionerna under första häften av årtiondet, men har varit i stort sett konstant mellan 1995 och 1998. Under 1990-
talets andra häft ökade däremot segregationen utanför storstads-
områdena (Andersson 2000). En effekt av den tilltagande boende-
segregationen är att skolor tenderar att skilja sig allt mer åt vad beträffar elevernas sammansättning. De analyser av segregerationens
betydelse för skolprestationer som kommittén har låtit göra ger vid
handen att betygsspridningen (givet elevernas sociala bakgrund) i början av 1990-talet påverkades negativt om eleverna gick i en skola där många elever hade invandrarbakgrund, medan en sådan positiv
koppling inte kunde konstateras i slutet av 1990-talet. Risken för
ofullständiga betyg var genomgående högre i invandrartäta skolor, men denna risk har inte ökat över tid. Eftersom hänsyn tagits till
sammansättningseffekter noterades även att elever i invandrartäta
skolor i större utsträckning än andra elever gick vidare på teoret-
tiska gymnasielinjer, såväl i början som i slutet av decenniet (Dryler
2001). Av tabellen ovan framgår också att utbildningsnivån för
utrikes födda i likhet med vad som gäller befolkningen i övrigt har
förbättrats under årtiondet. Även om nivåerna för svenskfödda och
utrikes födda i stort sett är jämförbara finns det vissa tendenser till
att de senare tappat mark under perioden, även med beaktande av
de förändringar som skett av gruppernas sammansättning.

De utrikes födda har i regel sämre social förankring, sämre
politiske resurser och känner ofta mer oro för att utsättas för våld
jämfört med med den övriga befolkningen. Dessa skillnader är relativt
väl etablerade, men har inte ökat under decenniet. Skillnaderna
mellan utrikes födda och svenskfödda är i dessa avseenden lika
stora vid ingången av decenniet som i dess slutskede. Vad gäller
utsatthet för våld är nivåerna för svenskfödda och utrikes födda i
stort sett jämförbara, även om den senare gruppen ligger någon
procentenheter högre än den förra, sett över decenniet som helhet.
Vid kontroll för relevanta bakgrundsinteckrar framträder dock
ingen signifikant skillnad mellan grupperna (Estrada & Nilsson
2001).
1.3.7 Arbetslösa


årtondets senare år svag (se även avsnitt 1.3.3 och 1.3.6). Ungdomar utgör däremot en grupp som generellt sett har ett förhållandevis stort utfäde ur arbetslöshet, varför deras arbetslöshetsperioder tenderar att vara i genomsnitt kortare än andra gruppers. Ungdomarna erfor också en kraftig återhämtning från arbetslöshet i slutet av årtiondet. För ungdomar utgör också studier en större utsträckning än för andra åldersgrupper en väg ut ur arbetslöshet. Det är värt att notera att det inom ungdomsgruppen fanns stora klassskillnader i utsatthet för arbetslöshet. Som påpekats i avsnitt 1.3.2 löpte ungdomar med arbetarklassbakgrund betydligt större risker än barn från tjänstemannaområden att drabbas av arbetslöshet. När ungdomar med rötter i arbetarklassen väl hamnat i arbetslöshet risikerade de också i större utsträckning än andra att hamna i långvarig arbetslöshet. Dessutom utgjorde inte fortsatt utbildning ett lika tydligt alternativ för ungdomar i arbetarklassen som för tjänstemannaungdomar.

1.3.8 Långvariga socialbidragstagare


---


<table>
<thead>
<tr>
<th>Status uppföljningsår:</th>
<th>Status uppföljningsår:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1991</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvinnor:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I kärnarbetskraft</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Ej socialbidrag</td>
<td>6,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Ej långvarigt socialbidrag</td>
<td>45,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Män:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I kärnarbetskraft</td>
<td>8,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ej socialbidrag</td>
<td>6,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Ej långvarigt socialbidrag</td>
<td>48,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Ungdomar 16-24 år:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I kärnarbetskraft</td>
<td>4,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Ej socialbidrag</td>
<td>9,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Ej långvarigt socialbidrag</td>
<td>56,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Invandrare -5 år i Sverige:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I kärnarbetskraft</td>
<td>4,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Ej socialbidrag</td>
<td>7,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ej långvarigt socialbidrag</td>
<td>43,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Vad tabellen visar är att svårigheterna ökat över tid för i stort sett samtliga grupper och oavsett vilket mått som används. Ungdomar utgör ett undantag härvidlag genom att deras övergångar från


1.3.9 Särskilt utsatta grupper och sociala problem

Alkohol- och narkotikamissbruk


Alkoholkonsumtionen uppvisar generellt sett ett starkt samband med utvecklingen av alkoholrelaterade skador och dödlighet. Under 1980-talet stabiliserades en sedan länge uppåtgående trend

vad gäller olika indikatorer på alkoholmissbruk. Systembolagets försäljningssiffror uppges en tänklig stabil nivå under 1990-talet - försäljningen sjönk från 6,4 liter ren alkohol per invånare (15 år och äldre) i början av 1990-talet till 6,1 liter 1999. Den skattade totalkonsumtionen uppges däremot en svag ökning från 7,8 till 8,4 liter per person och år (Kühlhorn m.fl. 1999; Leifman m.fl. 2000). Det finns dock inte några indikationer i form av exempelvis antalet levercirrhoser, dödsfall med alkoholdiagnos och dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar som tyder på att det tunga alkoholmissbruket har ökat generellt sett under 1990-talet.


Andra indikatorer på det tunga narkotikamissbruket (till exempel beslagsuppgifter från polis och tull, antal personer som missbäcksförs för narkotikabrott, antal personer som vårdats för narkotikarelaterade diagnoser o aktualtalet narkotikarelaterade dödsfall) bekräftar någorlunda bilden av att antalet missbrukare har ökat under 1990-talet. En del av nivåökningarna kan dock ha andra orsaker än ett ökat antal missbrukare. Exempelvis kan ökningen av den narkotikarelaterade dödligheten delvis bero på att personerna i missbrukargruppen blivit äldre, vilket berördes ovan. Det förefaller dock rimligt att dra slutsatsen att resultaten från de tre antalsräkningarna tillsammans med de alternativa indikatorerna speglar en faktisk uppgång av det tunga narkotikamissbruket under 1990-talet.

Kunskaperna om välfärdens utveckling bland drogmissbrukare är begränsade, även om det kan sägas att gruppen generellt sett är utsatt för mycket ofärd. Tillgängliga data tyder vidare på att det skett en förskjutning mot en alltmer marginaliserad narkomanpopulation under 1990-talskrigens inledande år (Svensson 2000) samt att situationen ytterligare förvärrats åtminstone vad gäller de tunga narkotikamissbrukarnas arbetsmarknadsanknytning (Olsson m.fl. 2001).

Kriminalitet27

Brotslighet kan på flera sätt betraktas som ett välfärdsproblem, inte minst för de människor som utsätts för brott. Kommittén har tidigare visat att andelen av den totala befolkningen som utsätts för

---

27 Avsnittet baseras i huvudsak på Felipe Estradas och Anders N. Olssons underlag till kommittén (SOU 2001:54), se Bilaga 4.


En stor del av intresset för kriminalitet fokuseras på ungdomsbrottslighet och frågan om ungdomsbrottslighetens utveckling har varit omdiskuterad inom kriminologin (Estrada 1999). Mycket talar emellertid för att utvecklingen av antalet unga lagöverträdare


Hemlöshet

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 är att betrakta som hemlösa. Nationella kartläggningar har endast gjorts sporadiskt och utifrån delvis olika definitioner och avgränsningar. Samtliga befintliga uppskattningsvis av antalet hemlösa bör därför tolkas med försiktighet.

En grov uppskattning ger vid handen att hemlöshetens omfattning har varit relativt konstant eller möjligen minskat något under 1990-talet. Vid den rikstäckande räkning av antalet hemlösa som Socialstyrelsen utförde 1993 (Socialstyrelsen 1994) framkom att det då fanns närmare 10 000 hemlösa i landet. År 1999 genomförde Socialstyrelsen (2000b) ytterligare en studie, och

---


1.4 Sammanfattning: Individuella resurser

En översikt av det slags vi givit här inbegriper välfärdsresurser av mycket varierande slag och utvecklingsförlopp som sammanvägda inte alltid är möjliga att tolka i termer av förbättringar eller försämringar. Vårt fokus har emellertid denna gång mer tydligt varit riktat mot tillstånden vid 1990-talets inledning respektive slut medan framställningen i mindre utsträckning än i kommitténs tidigare arbeten behandlade resursernas variationer under perioden mellan de två punkterna. Trots detta kan mängden redovisad information tyckas svåröverskådlig. Kriterierna på välfärdsproblem är inte bara många till antalet, de harrör också från en mängd olika källor och särredovisas för ett stort antal grupper. Vi menar dock att det vi valt att belysa har en självklar välfärdspolitisk relevans. Detta gäller inte bara i de fall utvecklingen beskriver ökade klyftor eller generella försämringar över tid. Det finns också skäl att beakta och söka dra lärdomar av de fall då välfärden kunnat upprätthållas eller till och med förbättras under decenniet.

Ser vi till hur välfärden utvecklats för det svenska folket som helhet, kan vi inledningsvis konstatera att det finns en mängd områden där levnadsvillkoren vid slutet av 1990-talet är bättre än vid dess inledning. Detta gäller lönor, utbildningsnivåer och dödlighet i befolkningen (generellt och bland spädbarn). På dessa områden kan utvecklingen beskrivas som gynnsam, även om graden av förbättring uppvisar variationer.

Att 1990-talet framförallt var en period av stora påfrestningar på den svenska välfärden speglas i det faktum att antalet områden där välfärdsresurserna kan sägas ha minskat överstiger antalet områden där det kunnat konstateras en ökning. Försämringar kan avläsas på områden som sysselsättning, arbetslöshet och psykiskt välbefinning samtidigt som vad gäller förekomsten av låga inkomster, bristande kontantmarginaler och jäktiga arbeten. Vidare ökade andelen långvariga socialbidragstagare markant samtidigt som missbruket av narkotika ökade i omfattning efter en längre tids nedgång. Tendenser till ökad ofärd kan också iakttas i form av en viss ökning av förekomsten av dålig hälsa och det vi kallat anhopning av ofärd. Vissa av de områden där "välfärdssnottot" över decenniet är negativt är mycket tydligt kopplade till arbetsmarknaden och de försörjningsmöjligheter denna ger. Här har dock utvecklingen i slutet av 1990-talet, liksom under de inledande åren av 2000-talet, varit klart mer gynnsam. Andra områden är mer indirekt bundna till den
Bokslut över välfärden

92

Samhällsekonomiska utvecklingen, och här var återhämtningen mer begränsad eller helt obeväntlig.

På ytterligare några områden är levnadsvillkoren vid decenniets slut i princip desamma som vid dess inledning. Detta gäller disponibla inkomster, politiska resurser, social förankring samt oro respektive utsättning för våld. Inkomstojämlikheten ökade totalt sett under perioden, men mer som en effekt av vad som hände i högre inkomstskikt än av vad som hände i lägre. Hur denna förändring ska värderas i sig är inte givet ur det välfärdsperspektiv som kommittén omfattar, men i förlängningen är det sannolikt att den förstärker eller permanentar existerande resursskillnader mellan olika samhälleliga skikt.

Klass är en grundläggande socioekonomisk kategori som innebär att välfärden fördelas olika beroende på var i den sociala strukturen individer befinner sig. Arbetare, och särskilt arbetare i okvalificerade yrken, har sämre resurser än tjänstemän på i stort sett samtliga välfärdsområden. Klassskillnaderna var vid ingången av 1990-talet mycket påtagliga vad gäller hälsa, utbildning, fysiskt krävande arbeten, inkomster och löner. Dessa skillnader har i allt väsentligt bestått under decenniet, men inte ökat i någon nennvärd omfattning. Sätt i ett längre tidperspektiv innebär detta att tidigare decenniers utveckling mot minskade klassklyftor bromsats upp. Ett område där klassskillnaderna var väsentligt större i slutet än i början av 1990-talet är arbetslöshet och sysselsättning, där utvecklingen totalt sett var mer negativ för arbetargruppen.


Bland kvinnorna är ensamstående mödrar en särskilt utsatt grupp, främst på de områden som gäller försörjning. Över hela 1990-talet hade de ensamstående mammorna sämre inkomster, större försörjningsproblem, högre arbetslöshet och lägre löner jämfört med befolkningen i övrigt. De uppskattade också större förekomst av jaktigt och fysiskt krävande arbete, större anhopning av välfärdsproblem och en högre utsatthet för våld än befolkningen i övrigt. De ensamstående mödrarna är också en av de grupper för vilka utvecklingen över tid i förhållande till befolkningen i övrigt varit sämst. Framförallt gäller denna negativa utveckling de välfärdsproblem som är kopplade till arbetet, inkomster och hälsa. Gruppens inkomster från förvärvsarbetete har utvecklats sämre än andras, vilket har att göra med höga arbetslöshetsnivåer och en ognynsam utveckling av arbetstiden för de ensamstående mödrar som har ett arbete.

En annan grupp som hade stora svårigheter på arbetsmarknaden under 1990-talet var de utrikes födda. I likhet med många andra grupper som tappade mark under perioden gick invandrarna in i decenniet med från början sämre förutsättningar på de allra flesta områden, såsom hälsa, psykiskt välbefinnande, sysselsättning, inkomster, social förankring och politiska resurser. Gruppens relativ position försvagades sedan ytterligare med avseende på framförallt sysselsättning och följa märkligt också förvärvsinkomster. De utrikes födda är emellertid en mycket heterogen grupp för vilken välfärdsnivåerna till stor del bestäms av vistelsetiden i Sverige och varifrån i världen invandringen skett. Ju kortare vistelsetiden är och ju mindre ekonomiskt utvecklade delar av världen invandringen skett ifrån, desto sämre blir individens resurser. Detta innebär att invandrargruppens specifika svårigheter under perioden i stor utsträckning bars av dem som anlände hit som flyktingar när arbetsmarknads situationen var som mest problematisk.

Vad gruppen ungdomar under 1990-talets krisår delade med de nyanlända invandrarna var en mycket uttalad problematik gällande tillträdet till arbetsmarknaden, orsakad inte bara av den fallande sysselsättningen utan också av relativt svårigheter att konkurrera
om de existerande jobben. Avsaknaden av tidigare arbetsmarknadsförrankring innebar vidare, för båge grupperna, att man sällan var kvalificerade för arbetslöshetsersättning och därför i grad hänvisades till socialbidrag för att klara sin försörjning. För andra blev utbildning en utväg och sammantaget har utvecklingen inneburit att den så kallade etableringsåldern, det vill säga den ålder vid vilken 75 procent av en årskull har sysselsättning, steg med fem år för män och nio år för kvinnor under årtiondet. En oroande trend under 1990-talet var annars den kraftiga ökningen av de ungas – och i synnerhet de unga kvinnornas – psykiska ohälsa. Generellt sett skedde också en åldersförskjutning i välfärdens fördelning under 1990-talet, såtillvida att utvecklingen av inkomster och ekonomiska resurser generellt sett var mer gynnsam i högre än i lägre åldrar.

Avslutningsvis visar också våra analyser att barn är en grupp som missgynnats under decenniet. Barnhushållen har generellt sett sämre ekonomiska förutsättningar än befolkningen i övrigt. Andelen barn som lever i hushåll med mycket låga inkomster respektive i familjer med avsaknad av kontantmarginal ökade något under perioden. Den negativa utvecklingen gällde framför allt små barn i åldrarna 0–6 år. Eftersom de nämnda försörjningsproblemen mäts på hushållsbasis följer barnens ekonomiska villkor i allt väsentligt föräldrarnas, vilket innebär att barn till arbetare, utrikes födda samt ensamstående föräldrar särskilt ofta levde under knappa villkor.
1.5 Institutionernas förändringar: Välfärdstjänster

I det föregående har 1990-talets välfärdsutveckling analyserats i perspektivet av olika befolkningsgruppers levnadsförhållanden och välfärdssalutor. I avsnitt 1.5 och 1.6 flyttas fokus till de olika välfärdstatliga institutionerna – först välfärdstjänster och därefter försörjningsystem – och deras roll som kollektiva välfärdssurser för medborgarna under 1990-talet. Gemensamt för försörjningsystemen och välfärdstjänsterna är att de syftar till att påverka nivån och fördelningen av välfärd i vid mening. Ibland kan detta avläsas direkt på individnivå, till exempel genom hushållens inkomster, men ofta finns det bara indirekta indikatorer på välfärdssystemens betydelse för individernas välfärd. Det är oftast 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 uppbära eller utnyttja dem. För att kunna bedöma välfärdens utveckling under 1990-talet är det därför både relevant och nödvändigt att granska inte bara de faktiska utgifterna och antalet personer som får del av insatserna, utan också andra aspekter av trygghetssystemens utveckling.


I följande avsnitt (1.5.1 till 1.5.7) söker vi ge en beskrivning av hur resurstilldelningen har utvecklats på olika välfärdstjänsteområden och i möjligaste mån sätta denna utveckling i relation till den behovsutveckling som kan identifieras. Kommittén har vidare sökt belysa hur resurserna fördelas inom respektive område. Efter-
1.5.1 Barnomsorg

Den svenska barnomsorgspolitiken har sedan länge som mål att dels stimulera barnens utveckling genom pedagogiska insatser och bidra till att utjämningsförmånen i uppdragssfält för barn i olika befolkningssställningar, dels underlätta för föräldrar att kombinera föräldraskapet med förvärvsarbete/studier.


Även när det gäller hur många barn som får del av barnomsorgen är det rimligt att tala om en expansion under 1990-talet. Antalet barn som var inskrivna i någon form av barnomsorg (förskola/daghem, familjedaghem eller fritidshem/skolbarnomsorg) ökade från 532 000 till 720 000 mellan 1990 och 1999. Årliga variationer i födelsebetalen påverkar givetvis denna utveckling men också täck-

Samtidigt har det skett en institutionell förskjutning av barnomsorgen på så vis att andelen barn i privat regi drivna daghem/förskolor ökade från 5 procent 1990 till 15 procent 1999. I nom barnomsorg i privat regi dominerar de icke vinstsyftande verksamheterna, framför allt föräldrakooperativ, men vinstsyftande verksamheter i aktiebolagsform ökade snabbast under 1990-talet (Trydegård 2001). Högutbildade och på annat sätt resursstarka föräldrar använder sig betydligt oftare än andra grupper av barnomsorg i privat regi, medan exempelvis barn till utrikesfödda är klart underrepresenterade i privata förskolor. Det kan därmed finnas en motsättning mellan målsättningen att öka föräldrarnas valfrihet genom utbyggnaden av barnomsorg i privat drift och ambitionen att barnomsorgen ska skapa "mötesplatser för barn med olika etnisk, kulturell och social tillhörighet" (Regeringens prop. 1999/2000:129 s. 8).

Under decenniet har också barnomsorgens finansiering förskjutits i riktning mot ökad privatisering. Barnomsorgsavgifterna höjdes och föräldrarnas andel av barnomsorgens totala resurser ökade från 10 till 18 procent. Under perioden kom också de allra flesta kommuner att koppla avgifterna till både föräldrarnas inkomster och barnens vistelsetid, samtidigt som de kommunala skillnaderna i avgiftsuttag ökade. I och med maxtaxereformen kommer detta att förändras och de flesta föräldrar får sänkta avgifter.


Barngruppernas storlek ökade med 20 procent inom förskolan och med 65 procent inom fritidshemsverksamheten. Personaltätheten varierar stort mellan olika kommuner, och de kommunala skillnaderna härvidlag ökade under decenniet (Bergmark 2001). I riket totalt sett ökade antalet barn per årsarbetare från 4,2 till 5,4 i förskolan och från 8,3 till 17,5 i fritidshemmen. Inom förskolan vände denna trend 1998, medan personalutglesningen inom fritidshemmen i stället accelererade under decenniets sista år i takt med det starkt ökade antalet inskrivna barn, se Figur 1:2.

Figur 1:2. Barnomsorg: Totalkostnad inklusive föräldraavgifter (fasta priser) per heltidsbarn i daghem/förskola samt personaltäthet inom förskola respektive fritidshem 1991–1999 (index, där 1991=100)


1.5.2 Skola

Den obligatoriska grundskolan syftar bland annat till att ge eleverna de kunskaper, färdigheter och skolning i övrigt som behövs för att delta i samhälslivet. Enligt skollagen ska alla barn ha tillgång till likvärdig utbildning, oberoende av kön, klass eller bostadsort.


decenniets slut brist på grundskolelärare (Svenska Kommunförbundet 2001a). I den mån lärarnas arbetsmiljö har återverkningar på verksamhetens kvalitet är det viktigt att notera, att andelen lärare som anser sig ha för mycket att göra och som besvärats av sömnsvårigheter och oro ökade kraftigt under perioden (Bäckman 2001).


Källa: Skolverket 2001c.

För gymnasieskolans del har resursförändringarna varit mindre dramatiska. I likhet med många andra välfärdsområden minskade resurstilldelningen under början av decenniet och följdes av en ökning under de sista åren av 1990-talet. År 1999 uppgick de sammanlagda kostnaderna till 22 miljarder kronor. Vid slutet av decenniet var kostnaderna per elev tio procent högre jämfört med 1991, medan lärartätetheten var tillbaka på samma nivå som vid decenniets ingång (Skolverket 2001d). Även inom gymnasieskolan
ökade dock andelen lärare utan pedagogisk högskoleutbildning under 1990-talet, från 7 till 18 procent (SCB 2000b).


1.5.3 Arbetsmarknadsåtgärder


---

Tabell 1.19. Antal deltagare i aktiva arbetsmarknadspolitiska åtgärder, 1 000-tal, 1990–1999*  

<table>
<thead>
<tr>
<th>År</th>
<th>Arbetsmarknadsutbildning</th>
<th>Beredskapsarbete</th>
<th>Handikappåtgärder</th>
<th>Rekryteringsstöd</th>
<th>Ungdomsåtgärder</th>
<th>Utbildningsvknariat</th>
<th>Arbetslivoutveckling</th>
<th>Datortek</th>
<th>Arbetsplatsintroduktion</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990</td>
<td>38.6</td>
<td>8.1</td>
<td>87.7</td>
<td>2.3</td>
<td>4.8</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>58.6</td>
<td>10.8</td>
<td>86.0</td>
<td>4.8</td>
<td>13.2</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>86.3</td>
<td>15.8</td>
<td>84.8</td>
<td>13.5</td>
<td>34.6</td>
<td>8.3</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>53.2</td>
<td>14.0</td>
<td>84.0</td>
<td>9.2</td>
<td>67.7</td>
<td>9.8</td>
<td>35.1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>59.5</td>
<td>16.7</td>
<td>87.2</td>
<td>25.5</td>
<td>56.9</td>
<td>12.7</td>
<td>44.5</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>1995</td>
<td>54.6</td>
<td>14.5</td>
<td>92.0</td>
<td>21.0</td>
<td>20.4</td>
<td>11.2</td>
<td>41.3</td>
<td>5.9</td>
<td>21.5</td>
</tr>
<tr>
<td>1996</td>
<td>45.6</td>
<td>8.3</td>
<td>85.9</td>
<td>12.3</td>
<td>-</td>
<td>9.8</td>
<td>52.3</td>
<td>11.9</td>
<td>32.4</td>
</tr>
<tr>
<td>1997</td>
<td>36.9</td>
<td>7.1</td>
<td>85.2</td>
<td>3.7</td>
<td>-</td>
<td>3.5</td>
<td>52.5</td>
<td>14.0</td>
<td>34.3</td>
</tr>
<tr>
<td>1998</td>
<td>41.9</td>
<td>1.1</td>
<td>89.6</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>0.3</td>
<td>38.9</td>
<td>11.5</td>
<td>19.4</td>
</tr>
<tr>
<td>1999</td>
<td>45.0</td>
<td>-</td>
<td>89.5</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>8.0</td>
<td>73.6</td>
<td>2.3</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Mått i antal deltagare har arbetsmarknadsutbildning vid sidan av handikappåtgärderna (som endast är tillgängliga för personer med olika funktionshinder) varit den största enskilda åtgärden sett över hela perioden. Andelsmässigt har åtgärden dock minskat. År 1990 deltog drygt 50 procent av de arbetslösa i arbetsmarknadsutbild-
ning. År 1999 hade andelen minskat till 16 procent. Införandet av övriga åtgärder, inte minst arbetslivsutvecklingen 1993, innebar med andra ord en betydande överflyttning från arbetsmarknadsutbildningen. De samlade utgifterna för de aktiva arbetsmarknadsåtgärderna (exklusive handikappåtgärder) ökade från knappt 9 till drygt 20 miljarder under decenniet (88 procent i fasta priser). Eftersom antalet deltagare ökade väsentligt mer, minskade de resurser som lades ned per individ i programmen. Andelen av arbetskraften som deltog i aktiva åtgärder varierade under 1990-talet mellan 1,2 och 5,3 procent, och uppgick 1999 till 3,1 procent.


1.5.4 Sjukvård

Sjukvården i Sverige skall enligt Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf syfta till en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (SFS 1982:763, 2§). Lagtexten stadgar vidare att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde, samt att den med störst behov av vår ska ges företräde.

Hur sjukvården ska finansieras, organiseras och drivs har varit centrala frågor i det senaste decenniets välfärdspolitiska debatt. Idag bedrivs sjukvården av 18 landsting, 2 regioner och 1 landsstingsfri kommun (Gotland). Under 1990-talet har flera stora förändringar av sjukvårdens avgränsning mot den kommunala omvårdnaden skett, och därigenom också påtagliga förändringar av finansieringen. Ådelreformen som i huvudsak genomfördes 1992 är den största av dessa omdaningar, men också psykiatrireformen från 1995 har varit betydelsefull. Sammantaget har den ändrade arbets-

31 Avsnittet bygger delvis på Olof Lundbergs (SOU U 2000:38) och Göran Berleens (opublicerat) underlag till kommittén, se Bilaga 4.
fördelningen mellan kommuner och landsting medförts en fokusering mot mer akut sjukvård inom landstingen, medan kommunerna övertagit en stor del av de mer långsiktigt omvårdnande uppgifterna. Sjukvården har under 1990-talet också genomgått stora förändringar med avseende på styr- och ägarformer. Ett flertal landsting har infört beställar-utförarmodeller med intern prestationsersättning, samtidigt som privata utförare blivit vanliga framförallt inom primärvården. De sammantagna konsekvenserna av dessa organisatoriska förändringar för kvalitet och tillgänglighet i vården är dock i dagslaget inte möjliga att kvantifiera.


Systemet för egenavgifter vid köp av receptbelagda läkemedel har ändrats i grunden vid ett par tillfällen under 1990-talet med ökade kostnader för den enskilde som en påtaglig konsekvens. Fram till 1990-talets inledning följde egenavgiften för läkemedel i huvudsak
den allmäna prisutvecklingen, men därefter har egenavgifterna ökat betydligt snabbare (Socialstyrelsen 2000c).


För sjukvården del har 1990-talet inneburit påtagliga minskningar av personalstyrkan. Även om olika datakällor ger en variierande bild av det exakta antalet, har åtminstone 60 000 anställda försvunnit från sjukvården utöver vad som orsakats av förändringar av huvudmannaskap. Minskningen har i huvudsak gått tillundersköterskor och biträden, det vill säga personal med i huvudsak omvårdande uppgifter. För sjukvården har utvecklingen snarast varit den motsatta.

Att antalet läkare ökat totalt sett i Sverige behöver inte innebära en ökad tillgång till läkare för den enskilde medborgaren. Inte heller det faktum att antalet landstingsanställda läkare per 1 000 invånare ökat från 2,2 i 1990 till 2,6 i 1999 (Socialdepartementet 2001) innebär nödvändigtvis en ökad grad av tillgänglighet. Här finner vi bland annat stora regionala variationer, både i antalet tjänster och, mer relevant, antalet bemannade tjänster. En kartläggning som kommittén låtit göra visar att bemanningssituationen vad gäller specialistutbildade allmänläkare varierar mellan och inom landsting. Kommuner/vårdcentraler i socialt utsatta områden har ofta färre allmänläkartjänster bemannade. Försöken med att införa en enhetlig bemanningsstatus i Sverige genom Ädelreformen innebar ett komplext projekt. Medan antalet vårdplatser i den slutna sjukvården halverades i det närmaste under 1990-talet utöver de kommunaliseringar av den geriatriske vården och sjukhemmen som Ädelreformen innebar. Samtidigt ökade antalet läkarbesök något liksom antalet operationer, medan antalet vårdfällen endast minskade marginellt, i huvudsak inom kirurgi. Dessa till synes motstridiga utvecklingsten-
denser sammanhänger dels med att de genomsnittliga vårdtiderna kortades markant inom den slutna vården, dels med ett ökande antal behandlingar i öppenvård.


Utvecklingen inom sjukvården med bland annat nya behandlingsmetoder innebär att fler kan behandlas, samtidigt som också antalet som kan komma ifråga för behandling ökar. Detta medför exempelvis, att antalet personer som väntar på ballongutvidgning inte har minskat trots det ökade antalet behandlingar, och att antalet som väntar på operation mot grå starr ökat från dryga 16 000 vid utgången av 1991 till nära 24 000 vid ingången av 1997 (Socialstyrelsen 2001b). En ökad behandlingskapacitet leder således inte nödvändigvis till minskade köer, och att använda sjukvårdsköer som enda indikator på sjukvårdens tillgänglighet är därför mindre lämpligt.

Diskussionen kring sjukvårdens köer har dock rimligen bidragit till att antalet privata sjukvårdsförsäkringar nära nog femdubblats under 1990-talet, från 23 000 1990 till ca 115 000 år 2000 (Grip 2001). Dessa försäkringar bör främst betrakta som ett sätt att öka tillgängligheten, genom att den försäkrade vid sjukdom snabbt och obehindrat skall få behandling. Denna typ av försäkringar utgör dock inget alternativ för dem som är sjukliga, eftersom de inte är försäkringsbara, och även för övriga kommer rimligen dessa försäkringar att fungera mindre väl om alltför många försäkrar sig.
Vid sidan av den ökade tekniska kvaliteten bör också förändringarna av bemanning och arbetsmiljö vägas in i en mer samlad bedömning av sjukvården kvalitet. Även om det inte finns något sätt att kvantifiera vad den försämrade arbetsmiljön inom vården (Bäckman 2001; le Grand, Szulkin & Tåhlin 2001a) haft för konsekvenser för exempelvis säkerhet och omvårdnad, är det en rimlig hypotes att hårt belastad sjukvårdspersonal riskerar att göra ett sämre arbete. Man kan här notera att antalet ärenden rörande olyckor och fel i sjukvården mer än fördubblades under 1990-talet. Denna ökning kan dock bero såväl på ökad anmälningsbenägenhet som på ett ökat antal olyckor, och vid både början och slutet av decenniet resulterade cirka 13 procent av de anmälda ärendena i något slags påföljd (Socialstyrelsen 2001b).

Sjukvården tillgänglighet påverkas också av personalsituationen, inte minst av vakanser inom socialt utsatta områden där vårdbehovet ofta är större. Även de höjda egenavgifterna för läkarbesök och mediciner riskerar att minska vårdutnyttjandet bland ekonomiskt utsatta grupper. Det finns dock ännu inget belägg för att andelen som avstår från att gå till läkaren trots behov har ökat under 1990-talet.

1.5.5 Handikappomsorg

Målet för handikappolitiken är att undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionshinder. Väl fungerande hjälpsystem är en av förutsättningarna för att funktionshindrade personer som behöver hjälp och assistans ska kunna delta i samhällslivet på samma villkor som andra medborgare.

Till skillnad från många andra välfärdsområden har 1990-talet varit ett relativt offensivt decennium när det gäller stöd för personer med funktionshinder, åtminstone för dem med störst behov av hjälp. Mitt under de svåraste krisåren introducerades handikappreformen och psykiatrireformen. Handikappreformen som trädde i kraft 1994 innebar bland annat införandet av särskild rättighetslagstiftning för de svårast funktionshindrade (lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS och lagen om assistentersättning, LA S). Psykiatrireformen som trädde i kraft 1995 inne-

bar bland annat att kommunerna fick utökat ansvar för psykiskt funktionshindrade personers situation.


Både handikappreformen och psykiatrireformen innebar en förstärkning av en trend mot avinstitutionalisering som påbörjats under tidigare decennier. Trots institutionsavvecklingen var det dock i stort sett lika många funktionshindrade som bodde i någon form av särskilt boende vid slutet av 1990-talet som vid decenniets inledning. Även om antalet var oförändrat, har formen för boendet förändrats. Framför allt har psykiskt funktionshindrade och utvecklingsstörda flyttat från mer traditionella institutionsformer till mer hemlika boenden, exempelvis gruppboenden.

För funktionshindrade personer under den reguljära pensionsåldern har tillkomsten av LSS/LASS som rättighetslagar inneburit att den enskildes ställning gentemot myndigheten har stärkts. Men lagkonstruktionen innebär samtidigt att individen själv aktivt måste efterfråga insatserna. Utvärderingar av handikappreformen och psykiatrireformen visar att färre än förväntat har fått del av tjänsterna. Handikapputredningen beräknade 1992 att cirka 40 000 personer med utvecklingsstörning och 60 000 med andra omfattande fysiska eller psykiska funktionshinder skulle vara berättigade till insatser enligt LSS. År 1999 fick hälften så många, eller totalt ca 50 000 personer, någon form av LSS-insats. Av dessa var 10 000

33 Det är inte möjligt att särskilja resurserna för funktionshindrades och äldres omsorg före 1993, och även efter detta år bygger uppgifterna på uppskattningar av den faktiska kostnadsfördelningen.
34 LSS omfattar tio olika insatser. De vanligaste insatserna är "daglig verksamhet", "råd och stöd" samt "bostad med särskild service för vuxna". Det sammanlagda antalet insatser var år 2000 cirka 100 000; samma person kan således få flera olika insatser (Socialstyrelsen 2001d).
fysiskt eller psykiskt funktionshindrade (varav 2 500 med psykiska
funktionshinder), medan övriga var personer med utvecklingsstör-
ning eller andra begåvningsmässiga funktionshinder. Detta innebär
att såväl fysiskt som - framför allt - psykiskt funktionshindrade
har fått del av insatserna i betydligt mindre omfattning än vad
handikapputredningen och psykiatriutredningen hade beräknat.

Personlig assistans är den nya insats för personer med funk-
tionshinder som fått mest uppmärksamhet. Det är en insats som
har inneburit en positiv utveckling för den grupp som kom att
omfattas av reformen (se till exempel Socialstyrelsen 1997). In-
satsen ”personlig assistans” svarar dock endast för en liten del av
det totala antalet insatser enligt LSS/LASS och omfattar en
begränsad grupp av funktionshindrade. D e närmare 9 000 personer
som vid decenniets slut hade personlig assistent enligt LASS hade
alla mycket stora hjälpbehov och fick i genomsnitt drygt 10 timmar
hjälp per dag. Kostnaderna för personlig assistans enligt LASS har
ökats med cirka 15 procent årligen under de senaste fyra åren och
uppgick år 2000 till cirka 7 miljarder kronor. Kostnadsökningen är
en följd av en ökning av både antalet personer med assistance-
sättning och antalet assistancestimmar per person och vecka. Män
har oftare än kvinnor personlig assistans, och män beviljas också
fler assistancestimmar, men det saknas kunskap om mekanismerna
bakom dessa könsskillnader (RFV 2001a).

För de funktionshindrade som inte omfattas av handikapp-
reformen har 1990-talet sannolikt inneburit minskad tillgång till
offentligt finansierad hjälp. Att få en samlad bild av hur många som
sammantaget får någon form av offentligt finansierad hjälp är dock
inte möjligt. De analyser av funktionshindrade personers hjälp i
hemmet som redovisades i avsnitt 1.3.4 visar att andelen med
kommunalt hjälp har minskat i alla grupper av funktionshindrade
utom bland dem med störst hjälpbehov. Handikappreformen har
inneburit en koncentration av resurserna till dem med störst
funktionshinder samtidigt som övriga funktionshindrade i ökad
utsträckning löser sina hjälpbehov på annat sätt, främst genom
familjemedlemmars insatser.

Personlig assistent kan beviljas enligt såväl LSS som LASS. Den som har behov av
grundläggande personlig hjälp som understiger 20 timmar per vecka får sin hjälp enligt LSS,
medan den som behöver mer än 20 timmar per vecka kan få sin insats enligt LASS. I dessa
fall bekostar kommunen de första 20 timmarna per vecka, medan överstigande timmar
bekostas genom försäkringskassorna.

1.5.6 Äldreomsorg


Framväxten av nya former för äldreomsorgens ledning och drift är organisatoriska förändringar där kunskapen om eventuella konsekvenser för de äldres välfärd är mycket knapp. Resultatenheter och prestationssbaserade finansieringssystem har införts på många håll, och mer än hälften av landets kommuner har infört en organisationssamhällenhet som innebär att ansvaret för biståndsbeslut skiljs från utförandet. Äldreomsorg på entreprenad, det vill säga offentligt finansierad och reglerad äldreomsorg som utförs av andra aktörer än kommunerna själva, fyrdubblades under decenniet, och omfattade år 2000 elva procent av det särskilda boendet och nio procent av hemhjälpstimmarna. Ökningenstakten var särskilt stark.

36 Avsnittet baseras huvudsakligen på Marta Szebehelys underlag till kommittén (SOU 2000:38), se Bilaga 4.


Äldreomsorgen kan inte betraktas isolerad från hälso- och sjukvården. Äldre människor har stort behov av sjukvård, och förändringar inom sjukvårdssektorn påverkar behovet av kommunal äldreomsorg. De ökade resurserna till den kommunala äldreomsorgen måste därför ses i ljuset av att antalet anställda inom sjukvården minskade påtagligt under 1990-talet, och att antalet sjukhusplatser nära nog halverades samtidigt som vårdtiderna kraftigt förkortades, särskilt för äldre patienter (se avsnitt 1.5.4). Äldre med stora omsorgsbehov, vilka tidigare ofta fanns inom sjukvården, tar idag en ökad andel av den kommunala äldreomsorgens

37 Det är inte möjligt att ge en jämförbar bild av äldreomsorgens ekonomiska resurser 1990-1993 beroende på huvudmannaskapsförändringar och ändrade definitioner i räkenskapsramdrag, men också på att kostnaderna för insatser för de äldre och för yngre med funktionshinder inte särredovisas.
resurser. Som en följd härav har hemtjäntens insatser alltmer koncentrerats på en mindre och allt mer hjälpbehövande grupp av äldre, och insatser som städning, tvätt, inköp och promenader har i ökad utsträckning ställts utanför det kommunala åtagandet.


Under 1990-talet har det sannolikt skett en viss ökning av omsorgsinsatser utförda inom frivilligsektorn; kunskapsläget är dock oklart (se Svedberg 2001). Som visades i avsnitt 1.3.5 har det samtidigt med minskningen av den kommunala hjälpen skett en ökning av anhörigas omsorgsinsatser och av hjälp köpt av privata företag och finansierad med egna medel. Det visades att dessa försjutningar, som kan betecknas som en informalisering respektive en marknadsföring av äldreomsorgen, fördelas klassmässigt ojämnt: äldre med högre utbildning tenderar att ersätta hemtjäntens insatser med marknadshjälp, medan lågutbildade äldre oftare får anhörighjälp. Försjutningar av hjälpmönstren tenderar därför att leda till en förstärkt skiktning av äldreomsorgen. Ur ett välfärdsperspektiv är det viktigt att uppmärksamma konsekvenser för såväl hjälptagare som hjälpgivare av dessa förskjutningar. Det är hän viktigt att notera att de anhöriga som har fått ett ökat omsorgsansvar var kvinnor, i första hand gamla hustrur och medelålders döttrar.

Försjutningen från officiellt finansierad äldreomsorg mot anhörigomsorg och privat köpt hjälp är sannolikt en följd av såväl striktare hjälpstilidning som avgiftshöjningar och innehålls-liga/organisatoriska förändringar av hemtjänsten. Risken att äldre av ekonomiska skäl avstår från kommunal hjälp har noterats, inte


1.5.7 Individ- och familjeomsorg

Socialtjänstens individ- och familjeomsorg består i allt väsentligt av tre sektorer: socialbidrag, barn- och ungdomsvård samt missbrukarvård. Det bistånd som förmedlas inom den förstnämnda sektorn räknas normalt sett till förorsörjningssfären och behandlas närmare i avsnitt 1.6.4, medan insatserna i de två senare kan betraktas som välfärdsstjänter. Organisatoriskt hör dock de olika delarna samman, även om en tydlig trend under 1990-talet varit att verksamheterna inom individ- och familjeomsorgen drivits mot en allt högre grad av specialisering.
Barn- och ungdomsvård

Barn- och ungdomsvården regleras i socialtjänstlagen (SoL) och i lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). SoL är en ramlag som ställer långtgående men relativt allmänt hållna krav på kommunerna, vilket innebär ett vidsträckt handlingsutrymme när det gäller hur verksamheten bör bedrivas. Syftet med verksamheten beskrivs där som att kommunerna bör "...verka för att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden". LVU är betydligt mer detaljreglerad, men också den i hög grad berorande av kommunernas praxis och uttolkningar med avseende på när och hur ofta den tillämpas.


---

att utsträcka den sociala barn- och ungdomsvårdens ansvar, inskränktes den enskildes rätt till bistånd på området, genom att rätten att överklaga sådana beslut om bistånd enligt SoL togs bort med den reviderade lagen 1998.\textsuperscript{40}

För det andra kan man nära sig frågan om resurser på barn- och ungdomsvårdens område genom att beskriva hur många som varit föremål för en viss åtgärd. Den statistik som produceras tillåter emellertid inga säkra angivelser av hur många familjer eller individer som berörs. Vad som finns är framförallt uppgifter om barn och unga i så kallad dygnsvård (det vill säga omhändertaganden med placering i familjehem eller på institution, frivilligt eller med tvång) samt om kontaktmannaskap (avlastning och socialt stöd genom att socialtjänsten engagerar lekmän som hjälper barn och föräldrar). För båda dessa åtgärder kunde man se en relativ tydlig uppgång under decenniet. Detta innebar ett trendbrott mot utvecklingen under tidigare årtionden som kännetecknats av växelvis sjunkande och mer stabila nivåer. År 1990 omhändertogs 1,8 barn/ungdomar (0–21 år) per 1000, att jämföras med 2,4 år 1999. I princip hela den iakttagna ökningen gällde ungdomar och inte små barn. Fördelen mellan frivilliga omhändertaganden och tvångsplaceringar var relativt oförändrad över tid. Barn till föräldrar med invandrarbakgrund hade en högre risk att hamna i dygnsvård, men ökningen under decenniet var relativt sett störst bland barn med svenskfödda föräldrar. Skillnaden mellan flickor och pojkar var mycket liten och förändrades inte heller på något tydligt sätt över tid. Den totala ökningen av omhändertagna ungdomar beror inte enbart på att fler ungdomar omhändertas, utan också på att samma ungdomar i ökad utsträckning tenderar att omhändertas vid upprepade tillfällen. Många av de placeringar som beslutats går ej att genomföra som avsetts, utan havererar och avslutas i förtid (Vinnerljung, Salnäs & Kyhle-Westernmark 2001).


\textsuperscript{40}Överklagningsrätten avseende allt bistånd enligt SoL kommer att återinföras från januari 2002 i enlighet med propositionen om ny socialtjänstlag (Regeringens prop. 2000/01:80). Detta gäller således även de inskränkningar som nedan beskrivs för missbrukarvård och socialbidrag.
period, men uppgifterna för dessa år antyder en försiktig fortsatt ökning.


För det fjärde bör utvecklingen av verksamhetens kvalitet beaktas när utvecklingen av resurserna på området behandlas. Frånvaron av fungerande rutiner för utvärdering av arbetet och dess resultat innebär emellertid att vi helt saknar möjligheter att uttala oss om i vilken utsträckning det gångna decenniet innehållit förändringar i kvalitet, eller i vilken utsträckning verksamheten gjorts mer ändamålsenlig eller effektiv.

**Missbrukarvård**

Vården av vuxna missbrukare är i Sverige i huvudsak förlagd utanför hälso- och sjukvården. Ansvaret för långsiktiga behandlings- och rehabiliteringsinsatser vilar i allt väsentligt på kommunerna, medan landstingen vanligtvis svarar för avgiftning och för behandling av sjukdomstillstånd orsakade av missbruk. Kommunernas ansvar regleras i SoL och i lagen om vård av missbrukare i

---

**Avsnittet om missbrukarvården bygger i huvudsak på Lars Oscarssons (SOU 2000:38) underlag till kommittén, se Bilaga 4.**
vissa fall (LVM). Insatser av frivillig karaktär genomförs vanligen med stöd av SoL, medan tvångsinsatser baseras på LVM.


En vanlig föreställning när det gäller missbrukarvårdens utveckling under decenniet är att resurserna minskat. Det är dock mycket svårt att få denna uppfattning bekräftad genom mer officiella källor. Huvudsaklet till detta är att det saknas tillförlitlig löpande statistik för kostnadsutvecklingen på området. Att döma av de nationella granskningar som gjorts vid olika tillfällen (som, om än

Att uttala sig om hur missbrukarvårdens kvalitet utvecklats under den aktuella perioden är heller inte möjligt. Avsaknaden av utvärderingar och uppföljningar på området innebär exempelvis att vi inte kan uttala oss om vad växlingen från institutionsvård till öppenvård betydd för de som varit berörda, för deras välbefinnande eller möjligheter att komma till rätta med missbruket. Den kritik som riktas mot missbrukarvården för att arbetet endast i liten utsträckning styrs av tydliggjorda insatsbehov eller systematisk kunskap är i princip lika relevant idag som vid 1990-talets inledning.
1.6 Institutionernas förändringar: Försörjning

Kärnan i det välfärdsbegrepp som kommittén använt utgörs av individuella resurser. Samhälleliga institutioner av olika slag kan utgöra sådana resurser och därmed påverka individers handlingsutrymme. På försörjningssidan handlar det dels om offentliga socialförsäkringar och bidrag, dels om institutioner på marknaden som till exempel försäkringsbolag. Även om det finns goda skäl att inbegripa olika typer av institutioner i en översyn av välfärden, är det inte alldeles enkelt att beskriva dessa institutioner till omfattning eller karaktär, då statistiken ofta är bristfällig. De försök till beskrivningar ur ett bokslutsperspektiv som görs i det följande blir därför delvis av preliminär karaktär.

De områden som granskas i detta avsnitt är socialförsäkringarna och familjestödet, arbetsmarknadspolitikens kontanta ersättningar och socialbidragen. Ur välfärdsynpunkt bör man beakta en rad olika aspekter av dessa system:

Grundläggande är täckningsgraden, det vill säga hur många i befolkningen eller arbetskraften som är försäkrade eller på annat sätt har rätt till en förmån. I korthet handlar det dels om inträdeskrav för att man överhuvudtaget skall vara försäkrad, dels om sådana krav som bestämmer om en skada eller en sjukdom ska ersättas eller inte. Täckningsgraden bestäms för det första av de allmänna villkor som är förknippade med alla typer av försäkringar eller trygghetssystem. Förändringar av dessa grundvillkor, men också förändringar i befolkningssammansättningen exempelvis genom ökad invandring, påverkar därmed täckningsgraden. För det andra avgörs hur många av de försäkrade som faktiskt kommer att uppbära en förmån av andra kvalificeringsvillkor. Ett exempel på detta är utformningen av beviskraven för att en skada ska godkännas som arbetsskada. När det gäller att beskriva täckningsgraden kan det vara relevant att granska både hur stor andel av den relevanta befolkningsgruppen i sammanhanget som är försäkrad och hur många av dem som drabbas av till exempel arbetslöshet som faktiskt uppbär ersättningen i fråga.

Villkoren skiljer sig i allmänhet åt mellan socialförsäkringar och bidrag. På försäkringsområdet brukar det mest grundläggande kravet indikeras av namnet på respektive försäkringsgren. För sjukpenning gäller exempelvis att arbetsförmågan skall vara nedsatt på grund av sjukdom. I fråga om bidragen kan man också göra åtskillnad mellan å ena sidan allmänna bidrag till olika kategorier

120
(exempelvis barnfamiljer) och å andra sidan selektiva bidrag som är förknippade med olika grad av inkomst- eller behovsprövning.

En annan viktig aspekt på förmånerna gäller ersättningsnivån, det vill säga hur mycket av den normala inkomsten som faktiskt ersätts vid sjukdom, arbetslöshet etc. Ersättningsnivån bestäms i praktiken inte bara av den procentsats som anges, utan också av var taket är satt för de förmånsgrundande inkomsterna och dessutom av hur inkomstunderlaget bestäms. När det gäller jämförelser av ersättningarnas storlek över tid kan det vara relevant att använda sig av olika typer av jämförelsegrunder. För inkomstbortfallsersättningar är det rimligt att relatera till inkomstnivåer för den övriga befolkningen, och i fråga om bidrag är det dessutom motiverat att se på såväl deras nominella som rea värd.


Konsekvenser av regelförändringar går alltid genom ett administrativt filter. Här kan det ske förändringar i administrationens tillämpning av regelsystemen utan att det gjorts förändringar i själva lagstiftningen, eller ens i de allmänna råd som verk och myndigheter utfärder. I betänkandet pekar vi på några exempel som visar att den administrativa dimensionen är viktig.

tydlig och stark. Av skäl som redovisats ovan är det emellertid inte tillräckligt att titta på utgifterna om man vill bedöma välfärdsutvecklingen i relation till de olika trygghetssystemen. Av den beskrivning som följer nedan framgår att de regelförändringar som gjorts i de olika systemens täckningsgrad, kvalifikationskrav, ersättningsnivåer och ersättningstider under 1990-talet, inte sällan följer andra mönster än dem som gäller för de registrerade utgifterna.


Källa: Grip 2001 och RFV 2001e, kommitténs egna bearbetningar.

1.6.1 Kontanta familjestöd

1990-talets ekonomiska konjunkturer och kriser gjorde tydliga avtryck i de ekonomiska försörjningsstöd som var riktade till barnfamiljerna. Inledningsvis ökade dock generositeten i familjestöden, delvis som kompensation för ökade omkostnader i samband med skattereformen, delvis för att kompensera minskad

omfördelning på skattesidan. Under krisåren sänktes sedan de allra flesta stöden, för att under 1990-talets sista år höjas, om än i olika utsträckning.

Föräldraförsäkring

Föräldraförsäkringen har påverkats av de flesta av de förändringar som gjorts av ersättningsnivåerna i sjukpenningförsäkringen. I princip har ersättningsnivån gått från 90 till 80 procent av inkomsten om vi jämför 1990 och 1999. Sänkningen av ersättningsnivån gäller också den tillfälliga föräldrapenningen vid vård av sjukt barn, som dock inte omfattats av den karensdag som införts för den vanliga sjukpenningen.


Barnbidrag


**Bidragsförskott och underhållsstöd**


**Bostadsbidrag**


**Barnpension och vårdbidrag**


1.6.2 Socialförsäkringar

De påfrestningar den svenska välfärdsstaten utsattes för under 1990-talet innebar att i princip alla offentliga försörjningssystem blev föremål för olika typer av utredningar och åtgärder. Inte minst gäller detta socialförsäkringarna. Under krisåren genomfördes en rad nedskärningar av betydelse. Under årtiondets andra hälft togs beslut om flera så kallade återställare, vilket innebär att skillnaden mellan 1990-talets början och dess slut i de flesta fall inte framstår som särskilt dramatiska (se avsnitt 1.8.3). Förändringarna skiljer sig mellan olika områden men har i allmänhet påverkat såväl ersättningarnas nivå och tid som kvalificeringskrav och täckningsgrad. I huvudsak har det handlat om förändringar i begränsande inriktning.

Sjukpenning


I sjukpenningförsäkringen har ersättningsnivåerna sänkts från 90 till 80 procent, men också påverkats av förändrade regler avseende de förmånsgrundande inkomsterna. Dessutom har en karensdag införts och kvalificeringsvillkoren skärpts i olika steg. Täckningsgraden torde inte ha påverkats negativt av regelförändringar, men reducerats på grund av förändringar på arbetsmarknaden i den minskade sysselsättningens spår. Den arbetsgivarperiod om två veckor som infördes i början av årtiondet var en stor principiell förändring men innebar i praktiken inga förändringar av ersättningsnivåerna.

I det svenska systemet har taket i socialförsäkringarna, det vill säga högsta möjliga inkomst som kan ligga till grund för beräkning av sjukpenningsgrundande inkomst (SGI), länge legat på 7,5 basbelopp. Det faktum att basbeloppet vanligtvis räknas upp med konsumentprisindex gör att antalet personer med inkomster över

---

taket ökar när reallönerna ökar, vilket var fallet under 1990-talets senare år. Under 1990 hade cirka 3 procent av kvinnorna och närmare 17 procent av männen i förvärvsaktiv ålder inkomster över detta tak. Motsvarande siffror tio år senare var 8 procent bland kvinnorna och 26 procent bland männen (Batljan & Andersson 2000).


**Arbetskadeförsäkring**

Utvecklingen på 1990-talet har dels inneburit att arbetsskadesjukpenning försvunnit och att de tillfälliga ersättningarna vid arbetsskada är desamma som vid sjukdom. Dessutom har beviskraven för att få en arbetsskada godkänd skärpts.

Alla personer som förvärvsarbetar i landet är försäkrade för arbetsskada, men arbetsskadebegreppet förändrades i juli 1993 så att en högre grad av sannolikhet krävs för att en skada eller sjuk-
dom ska godkännas som arbetsskada (RFV 2000). Samtidigt sam-
ordnades den tidigare arbetsskadesjukpenningen med den ordinarie
sjukpenningen. Endast om arbetsskadan medför en bestående ned-
sättning av arbetssjukdom, som kvarstår även efter att det akuta
sjukdomstillståndet upphört, kan ersättning i form av arbetsskade-
livränta komma i fråga.

Delvis som en följd av det förändrade arbetsskadebegreppet och
delvis som en följd av att arbetsskadesjukpenningen försvann,
minskade antalet till Försäkringskassan inkomna arbetsskade-
ärenden drastiskt under 1990-talet. Under 1990 behandlades drygt
94 500 ärenden varav 86 procent bifölls. År 1999 avgjordes drygt
16 500 ärenden varav 67 procent bifölls. Siffrorna för 1999 ska
tolkas med försiktighet eftersom rutinerna för statistikrapportering
på försäkringskassorna förändrades detta år. Andelen bifall var

För arbetsskalivränta var ersättningsnivån under hela decen-
niet 100 procent av en beräknad potentiell inkomst, dock högst
7,5 basbelopp. Även för den gamla arbetsskadesjukpenningen var
ersättningsnivån 100 procent, men i och med samordningen med
sjukpenningen kom alltså ersättningsnivån för arbetsskador i det
akuta sjukdomstillståndet att bestämmas till 80 procent av SGI, vid
årtondets utgång.

En stor del av den svenska arbetskraften har dessutom
kompletterande avtalsförsäkring vid arbetsolycksfall, dock inte för
arbetssjukdomar. Ersättningarna från avtalad försäkring har med
viss fördöjning följt dem för den allmänna försäkringen och de har
därför minskat under 1990-talet. Det saknas privata individuella
försäkringar på det här området.

Förtidspension

Förtidspensionerna har under 1990-talet genomgått förändringar
både när det gäller kvalificeringsvillkor och ersättningsnivåer.
Kombinationen av nedskärningar i vissa delar och ökade ersätt-
ningsnivåer i andra har gjort att för personer med ingen eller
mycket låg ATP har inga större förändringar av ersättningsnivåerna
skett, medan de med hög ATP sett sina förmåner minskar under
decenniet. Antalet nybeviljade förtidspensioner torde ha påverkats
av stegvis skärpta kvalificeringsvillkor.

Liksom ålderspension (se nedan) består förtidspension av tre delar: folkpension, allmän tilläggs pension (ATP) samt pensions tillskott (PTS) för pensionärer med låg eller ingen ATP, och förtidspensionerna har därmed påverkats av förändringarna av basbeloppet på samma sätt som ålderspensionerna. Eftersom PTS-delen i förtidspensionen är dubbelt så stor som den som gäller för ålderspension, har nedskärningarna slagit igenom i mindre utsträckning i de lägre inkomstskiktens förtidspensionärer jämfört med ålderspensionärer. Detta förhållande förstärks också av att folkpension i form av förtidspension eller sjukbidrag sänktes 1995, samtidigt som PTS för förtidspension/sjukbidrag höjdes i motsvarande mån.


Inom de avtalade sjukförsäkringarna ingår också ersättningar vid förtidspension och sjukbidrag. Därtill kommer de under 1990-talet kraftigt expanderande privata sjukförsäkringarna (se ovan), vilka som nämnts framför allt ger ersättning vid långvarig sjukkrivning och/eller förtidspensionering.
**Efterlevandepensioner och delpension**


Antalet mottagare av efterlevandepensioner har förskjutits på så sätt att änkepensioner i form av folkpension minskat från 60 000 år 1990 till 14 000 år 1999, samtidigt som antalet mottagare av omställningspension ökade från 2 000 till 5 000. Ånkepensioner i form av ATP ökade dock mellan 1990 och 1999 från 360 000 till 390 000.


**Ålderspension**


De svenska folkpensionerna har i princip utgått till alla bofasta i landet som uppnått den normala pensionsåldern. Det har dock


För att kompensera pensionärer med låg eller ingen ATP för ökande boendekostnader i samband med skattereforment 1991, infördes ett särskilt kommunalt bostadstillägg. Betydelsen av
bostadstilläggen ökade under årtiondet för de sämst ställda pensionärerna, samtidigt som antalet mottagare totalt sett minskade, från 453 000 år 1990 till 364 000 år 1999.


1.6.3 Ekonomisk ersättning vid arbetslöshet\(^{44}\)


\(^{44}\)Avsnittet om de kontanta arbetsmarknadstöden bygger i huvudsak på Håkan Regnérs (SOU 2000:37) underlag till kommittén, se Bilaga 4.


Andelen löntagare med inkomster över inkomsttaket ökade från 44,7 procent 1992 till 49,5 procent 1997, och den genomsnittliga ersättningsnivån (i procent av tidigare lön) sjönk samtidigt från 81,3 till 70,5 procent (Sjöberg & Bäckman 2001). I de första två kolumnerna av Tabell 1:20 redovisas de maximala dagliga ersättningsbeloppen för såväl arbetslöshetskassa som för KAS/grundförsäkring. Där framgår att den inkomstrelaterade ersättningen ökat mycket måttligt under årtiondet (i fasta priser i själva verket en minskning med ca 30 kronor), medan grundförsäkring/KAS faktiskt gjordes generösare (en ökning med cirka 20 kronor i fasta priser).

Tabell 1:20. Arbetslöshetsersättning och KAS (grundförsäkring) respektive andel av de arbetslösa med ersättning och utan ersättning från något av systemen, 1990 och 1999

<table>
<thead>
<tr>
<th>År</th>
<th>Arbetslöshetskassa</th>
<th>KAS (grundförsäkring)</th>
<th>med arbetslöshetskassa</th>
<th>med KAS (grundförsäkring)</th>
<th>utan ersättning</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990</td>
<td>495</td>
<td>174</td>
<td>63</td>
<td>8</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>1999</td>
<td>580</td>
<td>240</td>
<td>75</td>
<td>7</td>
<td>18</td>
</tr>
</tbody>
</table>


I tabellen redovisas också hur stora andelar av samtliga arbetslösa som hade ersättning från något av de bågge systemen, respektive hur stor andel som saknade ersättning. Vi kan se att andelen med ersättning från arbetslöshetskassan ökade under den aktuella perioden, medan andelen ej ersatta minskade i samma omfattning. En förklaring till detta kan vara att den höga ersättningen jämfört med KAS/grundersättning tillsammans med den osäkerhet som utvecklingen på arbetsmarknaden medfört, sammanlagt skapade starka incitament för medlemskap i arbetslöshetskassan. En annan förklaring är att antalet arbetslösa kassamedlemmar ökat över tiden.

I termer av utgifter för arbetsmarknadspolitiken har betydelsen av de kontanta ersättningarna ökat under 1990-talet. År 1990 var ungefär 34 procent av utgifterna för arbetsmarknadspolitiken kostnader för arbetslöshetskassa och KAS, år 1998 uppgick andelen till närmare 60 procent, eller 35 miljarder kronor. De samhällsekonomiska kostnaderna för stödformen steg mycket kraftigt i takt med arbetsmarknadens försämring. Sammantaget innebär dock den ovan beskrivna utvecklingen att generositeten i systemet minskade under decenniet.
1.6.4 Socialbidrag


Nivån på socialbidragstagandet i Sverige bestäms emellertid inte enbart av hur behoven eller efterfrågan utvecklas, utan påverkas också av förändringar i det regelverk och den praxis genom vilket stödformen regleras. Kännetecknande för socialbidraget är att det, i likhet med annat bistånd som omfattas av Socialtjänstlagen (SoL), innehåller en förhållandevis låg grad av detaljreglering. Lagstiftning och rättspraxis etablerar tillsammans en yttre ram, men inom denna har aktörer på olika nivåer ett spelrum som innebär att villkor och ersättningsnivåer varierar inte bara över tid, utan också geografiskt. Utvecklingen under 1990-talet brukar sammanfattande karakteriseras som en period av hårdare krav och försämrade villkor för socialbidragstagarna. Sett över tid är det också så att kraven otvivelaktigt har ökat och den generella tendensen när det gäller ersättningens storlek eller vad bidraget skall omfatta har varit ökad restriktivitet. Detta har två huvudsakliga konsekvenser: (i) färre än vad som

annars skulle varit fallet erhåller hjälp och (ii) sämre förhållanden
för dem som uppbär bidrag. Ingen av dessa konsekvenser har dock
studeras empiriskt.

Innehållet i lagstiftning och rättspraxis har genomgått viktiga
förändringar under årtiondet. I såväl ett antal regeringsrådsdomar
under perioden som i den reviderade socialtjänstlagen 1998, finner
vi förändringar som bidragit till att minska generositeten i syste-
met. Mest uppmärksamhet har utvecklingen kring socialbidrags-
normen tilldragit sig. Enligt den lagstiftning som alltjämt gäller
skall 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 preciseras i
ett samband mellan rättspraxis och riktlinjer, formulerade i Social-
styrelsens allmänna råd. Den norm för socialbidragen som Social-
styrelsen föreslog och som definierades med utgångspunkt från
Konsumentverkets kostnadsberäkningar för hushållsutgifter – hade
i inledningen av decenniet mycket stor betydelse för förvaltnings-
domstolarnas ställningstaganden i socialbidragsfrågor, och våren
1993 slog Regeringsrätten i två domar fast vad som var att betrakta
som en skälig levnadsnivå. Vid denna tidpunkt tillämpade dock
många kommuner väsentligt lägre normer. I flera fall utnyttjades en
så kallade "Tingsrydsnorm" med ett väsentligt lägre belopp än den
av Socialstyrelsen föreslagna och där ett antal kostnadsposter var
bortplockade. Genom en dom i Regeringsrätten 1994 gavs kom-
munerna möjlighet att använda sig av "Tingsrydsnormen", och ett
stort antal kommuner gick därefter också över till denna.

I den reviderade socialtjänstlagen 1998 reducerades antalet
poster i den generella normen ytterligare, till förmån för ett system
med utökad detaljgranskning av faktiska utgiftsposter. I den nya
lagtexten gjordes åtskillnad mellan försörjningsstöd och så kallat
annat bistånd. I försörjningsstödet ingick dels ett schablonbidrag
(den så kallade riksnormen), dels ett individuellt prövat bidrag för
vissa utgiftsposter som exempelvis boende, arbetsresor, el, läkar-
vård och akut tandvård. Medan riksnormen bestämdes av rege-
ringen och gällde lika för landets alla kommuner, kunde kom-
munerna själva bestämma vad som var att betrakta som skäligt för
övriga poster. Ovanpå detta gavs kommunerna frihet (men ej
skyldighet) att bevilja socialbidrag för kostnader som inte inne-
fattas i försörjningsstödet, som till exempel icke-akut tandvård.
Medan beslut om försörjningsstödet var överklagningsbart genom
så kallat förvaltningsbesvär kunde den enskilde inte överklaga beslut gällande de bidrag som kommunerna inte hade någon skyldighet att ge.


Parallellt med att det mer formella regelverket förändrats har arbetet med socialbidragen under 1990-talet i flertalet kommuner präglats av uttryckliga ansträngningar att hålla kostnaderna för stödformen nere. Det föreligger inga systematiska studier av hur kommunernas förhållningssätt förändrats, men de iakttagelser som finns tyder tämligen entydigt på att utvecklingen åtminstone under decenniets krisår gick mot minskad generositet och skärpta krav (se till exempel Bergmark 1995). Man kan på goda grunder anta att kommunernas mer restriktiva hållning har haft en återhållande effekt på socialbidragstagandets expansion, men det saknas i allt
väsentligt kunskap om i vilken omfattning detta skett och med vilka konsekvenser för dem som berörts.

1.6.5 Försörjningssystemens roll för befolkningens inkomster


Det är viktigt att komma ihåg att de förändringar vi registrerar i tabellen delvis är en effekt av att inkomstgrupperna har olika sammansättning när vi jämför över tid. Detta syns kanske tydligast beträffande pensionsinkomster som minskar kraftigt i låginkomstgruppen och ökar bland de 20 procent som har högsta inkomster. Detta är en sammansättningseffekt på så vis att färre ålderspensionärer finns bland låginkomsttagarna och fler bland höginkomsttagarna vid decenniets slut, orsakad av att de nya pensionärerna har högre inkomster än de som avlidit under årtiondet. Av tabellen

framgår den stora, och kraftigt ökade, betydelse kapitalinkomster-
ya har för dem med höga inkomster, något som framgår mer
markant om man gör motsvarande analys på den tiondel av be-
folkningen som har högst inkomster. Kapitalinkomsternas totala
storlek är mycket varierande över åren. Det kan därför finnas skäl
att påpeka att inkomståret 1991 tidigare ansågs vara ett speciellt år,
där de förändrade skattereglerna innebar att realiserade kapital-
vinster just detta år var mycket stora. Sett i ljuset av reavinsternas
sammanlagda storlek under slutet av decenniet framstår summorna
för 1991 som modesta.48

Av större socialpolitiskt intresse är de förskjutningar vi kan
notera bland dem med låga inkomster. Framförallt är det tydligt att
selektiva bidrag (bostadsbidrag och socialbidrag) har kommit att bli
allt viktigare inkomstkällor i inkomstfördelningens nedre skikt.
Mer detaljade analyser visar att detta var särskilt tydligt under
decenniets mitt men som synes var beloppen och andelarna be-
ydligt högre också vid slutet av 1990-talet än vad som var fallet vid
dess början. I tabellen har vi slagit ihop bostadsbidragen och
socialbidragen. Om dessa två inkomstkällor separeras finner man
att förändringen över tid främst är driven av socialbidragen.

48 Denna bild förstärks av det fakten att inflationen var lägre vid årtiondets slut.
Tabell 1:21. Olika inkomstlags betydelse i 1 000-tal kronor per kostenhet och i procent av den disponibla inkomsten per kostenhet för åren 1991 och 1999 i 2000 års priser för de 20 procent med lägst respektive högst inkomster

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1991 Tusental kronor per kostenhet</th>
<th>Procent</th>
<th>1999 Tusental kronor per kostenhet</th>
<th>Procent</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Låga inkomster</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arbete</td>
<td>25</td>
<td>32,9</td>
<td>27</td>
<td>34,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Kapital</td>
<td>4</td>
<td>5,0</td>
<td>2</td>
<td>2,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Pension</td>
<td>22</td>
<td>27,5</td>
<td>14</td>
<td>18,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Andra socialförsäkringar, generella bidrag</td>
<td>18</td>
<td>23,7</td>
<td>23</td>
<td>30,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Inkomstprövade bidrag</td>
<td>8</td>
<td>11,0</td>
<td>11</td>
<td>14,4</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Höga inkomster</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arbete</td>
<td>158</td>
<td>69,8</td>
<td>160</td>
<td>63,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Kapital</td>
<td>34</td>
<td>14,0</td>
<td>55</td>
<td>18,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Pension</td>
<td>23</td>
<td>10,2</td>
<td>34</td>
<td>13,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Andra socialförsäkringar, bidrag m.m.</td>
<td>13</td>
<td>6,1</td>
<td>11</td>
<td>4,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Inkomstprövade bidrag</td>
<td>0</td>
<td>0,1</td>
<td>0</td>
<td>0,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Det är väl belagt att såväl transfereringar som skatter har en utjämmande inverkan på inkomstfördelningen. Kommittén har i det material som vi haft till vårt förfogande kunnat konstatera, att denna inverkan blev mer betydande under den ekonomiska krisen. I någon mån kom alltså de socialpolitisiska systemen initialt att fungera i enlighet med intentionen att de ska träda in som ett skydd för människor som står utanför den reguljära arbetsmarknaden.

I vilken utsträckning inkomstfördelningen förändras i en lågkonjunktur kan förstås också bero på vilka grupper som drabbas av arbetslöshet. Då 1990-talets sysselsättningskris slog relativt generellt över befolkningen och inkomstbortfallet vid arbetslöshet dessutom var större för dem med höga inkomster var förändringens riktning inte given på förhand. Arbetsinkomsternas fördelning blev dock mer ojämn under första halvan av decenniet, till följd av att gruppen som antingen saknade inkomster eller endast hade tillfälliga inkomster ökade. Trots detta blev inkomstfördelningen efter skatter och transfereringar i stort sett oförändrad. Under andra halvan ökade dock inkomstspridningen som vi också visade i avsnitt 1.2.4.
1.7 Sammanfattning: Institutionernas förändringar

I likhet med utvecklingen av befolkningens välfärd är många av de ovan presenterade förändringarna i såväl försörjningssystem som välfärdstjänster betingade av förändringar i makroekonomin. Den dramatiskt ökade arbetslösheten innebar först och främst en ofärdsökning för de drabbade men innebar också att mottagandet av arbetslöshetsstöd, såväl aktivt som passivt, ökade dramatiskt. Detta förefaller ha lett till utträngningseffekter där det ekonomiska utrymmet för både andra försörjningssystem och välfärdstjänster begränsades.

Försörjningssystemen har genomgått ett mycket stort antal regeländringar under decenniet. Dessa förändringar har i sin inriktning tydligt följt arbetslöshetens och statsfinansernas svängningar. Beslutet om att sänka ersättningsnivåerna i de inkomstrelaterade förmånerna, men också i delar av familjestödet, kom då konjunkturen var nära bottenlåget. Sedan konjunkturen vände har nivåerna justerats uppåt, om än sällan 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 arbetsskadeförsäkringen och därefter infördes hårdare krav i förhållande till sjukförsäkring. Dessa åtgärder har inte minskat antalet försäkrade, men däremot påverkar antalet som faktiskt uppdrar ersättning. Villkoren i försäkringarna skärptes också genom införandet av karenstider i både arbetslöshetsförsäkringen och sjukpenningförsäkringen och villkoren för socialbidrag har också successivt kommit att skärpas.

Sammantaget har försörjningssystemens förändringar sett över hela decenniet till övervägande del varit av begränsande karaktär, även om skillnaderna i ersättningsnivåer är relativ blygsamma när vi jämför decenniets avslutning med dess inledning. Sysselsättningskritik och de politiskt fattade beslutet om förändringar i försörjningssystemen fick självfallet kraftiga återverkningar på befolkningen. En tydlig konsekvens var att de selektiva bidragen kom att få ökad betydelse för hushållens inkomstsituation, något som fortfarande vid slutet av decenniet var gälltigt för dem med låga inkomster (se avsnitt 1.6.5). En annan konsekvens var, som vi i en studie för kommittén (Grip 2001) kunnat visa, att privata försäkringar inom många delar av socialförsäkringsområdet expanderade under 1990-talet. Det är också viktigt att uppmärksamma
antalet regeländringar i sig eftersom omfattningen av dessa kan innebära att människors tilltro till försörjningssystemen minskar.


Välståndet innehåller också områden som snarast kännetecknas av offensiva satsningar. Detta är främst fallet inom handikappomsorgen, där rättighetslagar införts och där de offentliga ekonomiska resurserna i reala priser har ökat kraftigt. Utecklingen är dock inte entydig i och med att personer med funktionshinder inte omfattas av handikappreformen samt grupper med små möjligheter att tillvarata sina intressen kan ha missgynnats. Också inom barn- och ungdomsvården finns liknande ambitionshöjningar där barnens formella rättigheter har stärkts och åtminstone inga tecken på några generella nedskärningar skett.

Inom sjuksköterskans område har utgifterna ökat under decenniet, framförallt i dess slutskede, en ökning som främst orsakats av höjda läkemedelsskostnader. Personalstyrkan inom sjuksköterskan har minskat påtagligt under decenniet. Detta har haft negativa konsekvenser för arbetsmiljön, vilket i sin tur kan ha påverkat omvårdnaden negativt. Utifrån det välståndsperspektiv vi använder finns det samtidigt tydliga exempel på att medicinskt tekniska framsteg har minskat ofården för dem som drabbas av olika sjukdomar även om dessa förbättringar inte nödvändigtvis kommit alla till del.

Sammantaget är det väl att notera, att åtstramningarna såväl inom försörjningssystemen som inom välfärdstjänsterna i flera fall lett till en förskjutning både mot rent privata lösningar och mot marknadslösningar även om processerna är delvis olika. Individuella och avtsmässiga försäkringssystem har kommit att få ökad betydelse inom typiska socialförsäkringsområden, medan åldreomsorgen kännetecknas av en ökning av både anhörigas åldreomsorgsinsatser och av privat köpt hjälp. Att detta skett innebär dock inte att offentliga och privata tjänster nödvändigtvis kan ses som kommuniserande kärl i betydelsen att privata lösningar med automatiskt ersatt minskade offentliga åtaganden. Minskade offentliga insatser på till exempel tandvård för vuxna har inte kompenserats av privata försäkringslösningar. Vi har kunnat konstatera olika typer av skiktningsmönster i båda dessa förskjutningar av såväl försörjningssystem som välfärdsstämster. Inom inkomstförsäkringsområdet vet vi exempelvis, att det privata pensionssparandet är högst bland höginkomsttagare men också bland kvinnor och att avtalsförsäkringar av förklarliga skäl inte täcker alla medborgare. På motsvarande sätt kan vi inom äldreomsorgen notera, att resursrika äldre i ökad omfattning kommit att ersätta hemtjänsten med
marknadshjälp, medan mindre resursstarka äldre oftare fått förlita sig på anhörighjälp.
1.8 Förvaltningsberättelse

Utvecklingen av människors välfärd under 1990-talet påverkades inte bara av förändringar i olika välfärdsystem, utan också av demografiska och ekonomiska förändringar liksom av politiska beslut. I detta avsnitt ska vi redogöra för de ekonomiska och demografiska förutsättningar som har gällt under 1990-talet och för de politiska beslut som fattats på både den nationella nivån och inom den kommunala sektorn, vilka haft betydelse för individers välfärd och för de olika välfärdsstystemen.

1.8.1 Demografiska förändringar

Välfärdsstystemen påverkas på flera sätt av demografiska förändringar och förändringar i befolkningens sammansättning. I synnerhet spelar förändringar i befolkningens ålderssammansättning en viktig roll, eftersom olika åldersgrupper skiljer sig åt, både när det gäller behoven av olika välfärdsstystem och ifråga om förmågan att generera resurser för systemens finansiering. Invandring är i detta sammanhang också av stor betydelse, både ur ett individuellt välfärdsperspektiv och när det gäller vilka krav som riktas mot välfärdsstystemen.

Befolkningens ålderssammansättning


Under resten av 1990-talet stärktes försörjningskvoten (det vill säga förhållandet mellan förvärvsaktiva och övriga) i Sverige. Den yrkesaktiva befolkningen växte, medan tillväxten i pensionärsgruppen stannade av. Samtidigt förändrades sammansättningen i den yrkesaktiva befolkningen. Andelen äldre i förvärvsaktiv ålder (50–64 år) ökade starkt (Figur 1:5). Trots att förvärvsaktiviteten tenderar att avta i gruppen över 55 år, innebar denna förskjutning mot de äldre förvärvsaktiva en ur ekonomisk synvinkel positiv trend. Åldersgruppen 50–64 år är den befolkningsgrupp vars inkomster och sparande är genomsnittligt störst, vilket innebär att gruppen ger ett stort positivt bidrag till såväl inkomstskatt och socialavgifter som kapitalinkomstskatt.

Figur 1:5. Procentuella förändringar av olika åldersgruppers storlek, 1990–99

Källa: SCB:s befolkningsstatistik.

Den förbättrade försörjningskvoten innebär att den resursbas som var tillgänglig för välfärdssystemens finansiering stärktes. Samtidigt skedde dock förskjutningar i åldersstrukturen som i vissa avseenden ökade kraven på välfärdssystemen. Något som särskilt bör noteras är den markanta ökningen, cirka 18 procent, i den allra äldsta åldersgruppen, 80 år och äldre. De allra äldsta är mottagare av en stor del av samhällets välfärdstjänster, främst i form av vård och omsorg. De höga födelsealderen runt 1990 innebär också att barn-
gruppen 0–14 år växte under 1990-talet, samtidigt som den starka nedgången i fruktsamhet under decenniets senare år har inneburit en successiv förskjutning från småbarn till skolbarn. Denna utveckling är av stor betydelse för bedömningen av 1990-talets utveckling inom barnomsorgen och framför allt inom grundskolan.

**Invandring**


**Figur 1:6.** Antalet nordiska och utomnordiska invandrare, 1990–99

![Antalet nordiska och utomnordiska invandrare, 1990–99](image)

Källa: SCB.

Invandringen och kostnaderna för flyktingmottagandet innebar påfrestningar på många socialpolitiska institutioner. Samtidigt upplevde många invandrare, speciellt nyanlända flyktinginvandrare från

---

50 Detta avsnitt bygger i huvudsak på SOU 2000:3, se Bilaga 4.

En viktig aspekt av invandringen är att den ändrar förutsättningarna för socialpolitik och utbildningspolitik genom att befolkningssammansättningen förändras. Bland invandrare är barn och personer i reproduktiva åldrar klart överrepresenterade. Denna överrepresentation innebär, å ena sidan, ökade anspråk på de välfärdsystem som riktas mot barn och unga, bland annat skolan. Å andra sidan utgör den yngre åldersproffilen bland invandrare en möjlighet att förbättra försörjningsbalansen i en äldrande svensk befolkning – under förutsättning att arbetsmarknadssituationen förbättras för nyanlända invandrare.

1.8.2 Förändringar i ekonomin och på arbetsmarknaden

Förändringar i ekonomin och på arbetsmarknaden kom under 1990-talet på ett påtagligt sätt att prägla utvecklingen inom välfärdsområdet och förutsättningarna för den ekonomiska politiken. Av särskild betydelse var utvecklingen av sysselsättning och arbetslöshet, som inte bara påverkade enskilda individers levnadsnivå utan också på ett fundamentalt sätt kom att påverka de strukturella förutsättningarna för välfärdspolitiken under detta decennium.

När den ekonomiska krisen drabbade Sverige i början av 1990-talet föll sysselsättningen dramatiskt och arbetslösheten ökade till en nivå som tidigare varit i det närmaste otänkbar. Åven jämfört med många andra länder i Västeuropa var arbetslöshetsutvecklingen i Sverige dramatisk. Mellan 1990 och 1993 föll sysselsättningen med drygt en halv miljon människor, eller cirka 13 procent, och den öppna arbetslösheten steg från 1,7 till 8,3 procent (Figur 1:7).

Figur 1:7. Antal sysselsatta samt öppen arbetslöshet (procent), 1990–99


En viktig faktor som förklarar förbättringen i statens finansiella sparande efter 1993 är de nedskärningar i de offentliga utgifterna som såväl den borgerliga som de socialdemokratiska regeringarna lanserade. Dessa nedskärningar tillsammans med minskade skatteinkomster till följd av arbetslöshetskrisen i den privata sektorn ledde en sysselsättningsnedgång i de statliga och kommunala sektorerna och de offentliga verksamheterna, såsom hälso- och sjukvård och sociala tjänster. Viktigt att notera är också att sysselsättningsnedgången i dessa sektorer och verksamheter inte var lika tidsmässigt koncentrerad som i den privata sektorn, utan utdragen över större delen av 1990-talet, med särskilt stora sysselsättningsminskningar under 1996 och 1997. Mellan 1990 och 1998 minskade antalet sysselsatta i den kommunala sektorn (inklusive landstingen) varje år, och totalt minskade antalet sysselsatta i denna sektor från nästan 1,3 miljoner till knappt 1,1 miljoner personer mellan dessa båda år. Efter 1997 kan dock en viss återhämtning i sysselsättningen i den kommunala sektorn skönas, en återhämtning som alltså inleddes betydligt senare än i den privata sektorn.

I den ekonomiska krisens spår sjönk bruttonationalprodukten (BNP) tre år i rad (Figur 1:10). Medan sysselsättningsproblemet


Källa: SCB (Nationalräkenskaperna).

1.8.3 Centrala beslut och utvecklingslinjer i 1990-talets ekonomiska politik


skatteintäkter, till exempel genom ökad fastighetsbeskattning, och minskade utgifter, i form av minskade ränte- och skattesubventioner. Denna utveckling medförde att hushållen generellt sett under 1990-talets första halva fick bära en allt större del av bostadskostnaderna själva, vilket trängde undan annan konsumtion för många hushåll samtidigt som hushållens sårbarhet för framtida marknadsmässiga och bostadspolitiska förändringar ökade (Dellgran & Karlsson 2001).


Skattereformen, förändringar inom bostadspolitiken, övergången till en inflationsbekämpningspolitik och kreditavregleringen är slutsatser på olika sätt kom att prägla den ekonomiska utvecklingen, och därmed också välfärdsutvecklingen, under 1990-talet. När den ekonomiska krisen väl slagit till, följde en rad åtgärder som direkt föranleddes av de akuta ekonomiska svårigheterna.

1990–1992 års krispolitik och konkursförsvar


52 Detta avsnitt bygger i huvudsak på Södersten (1994); Jacobsson (1997); Jonung (1997, 1999); Regeringens proposition 2000/01:100 bilaga 5.


Under 1992 började så inflationen i Sverige att sjunka markant, delvis på grund av att de direkta effekterna av skattereformen på inflationen försvunnit och att de nominella löneökningarna genom det så kallade Rhenbergsavtalet blivit små. Fallande inflation tillsammans med höga nominella räntor i kronkursförsvarets spår ledde till mycket höga realräntor, vilket i sin tur fick till följd att den inhemska konsumtionen minskade och att sparandet ökade. Ytterligare incitament till ökat sparande och minskat låntagande hade också skapats genom skattereformen. Den höga realräntan tillsammans med den minskade konsumtionen ledde till ytterligare nedgång av investeringarna i bland annat byggsektorn och en omfattande utslagning av industrier och arbetstillfällen inom framför allt varuproducerande sektorer som var inriktade på hemmamarknaden. Vid det här laget hade därmed sysselsättningsnedgången och arbetslösheten spritt sig från de exportberoende sektorerna av ekonomin till de sektorer som var mer inriktade på hemmamarknaden.

Krispolitiken 1993–1997


53 Detta avsnitt bygger i huvudsak på Jacobsson (1997); Jonung (1997, 1999); Regeringens proposition 2000/01:100 bilaga 5.
satta av befolkningen mellan 20 och 64 år skulle vara 80 procent år 2004 (Regeringens proposition 1998/99:1).


Återställare 1997-2000


Inom transfereringssystemen kom de flesta av dessa s.k. återställare att gälla familjepolitiken, och innefattade bland annat höjt barnbidrag och återinförandet av flerbarnstillägg. Även ersättningsnivåerna inom försäkringsämnen, liksom inom sjukförsäkrings- och arbetslöshetsförsäkringen, höjdes. För pensionärerna förstärktes bostadstillägget (BTB).


Sysselsättningsminskningen och ökningen av antalet arbetslösa under 1990-talet satte arbetsmarknadspolitiken på härda prov. Efter 1993 började den öppna arbetslösheten att sjunka, men under 1996 och 1997 bromsades förbättringen på arbetsmarknaden upp, vilket ställde nya krav på insatser för att regeringens mål om fyra...
procents öppen arbetslöshet år 2000 skulle nås. Utbildningspolitiken kom i detta sammanhang att inta en central plats. Som ett led i denna inleddes 1997 det så kallade Kunskapslyftet, som bland annat syftade till att skapa 100 000 platser inom vuxenutbildningen, främst för vuxna arbetslösa utan fullständig gymnasieutbildning, samt 30 000 nya permanenta platser inom högskolan. Även nya arbetsmarknadspolitiska åtgärder tillkom, bland annat speciella åtgärder för att minska arbetslösheten bland lågutbildade ungdomar, åtgärder som syftade till att arbetslöshetsersättningen skulle kunna användas på ett mer aktivt sätt. Därtill infördes olika former av regelföreningar.

1.8.4 Utvecklingen i den kommunala sektorn

För utvecklingen av det vi valt att kalla välfärdstjänster är det viktigt att följa vad som händer i kommuner och landsting (det vill säga i primärrum som och landstingskommuner). Samtidigt som lokala och regionala politiska beslut har en mycket långtgående självständig inverkan på viktiga välfärdstjänster, är man inom hela den kommunala sektorn mycket påtagligt beroende av beslut som fattas på nationell nivå. Beroendet gäller såväl resursutrymme som graden av självstyre och autonomi. Resursutrymmet påverkas av de bidrag som staten ger och hur olika regleringar påverkar kommunernas möjligheter att ta ut eller tillgodogöra sig skatt. Handlingssutrymmet bestäms av ett flertal olika parametrar: statsbidragens grad av öronmärkning, lagstiftningens innehåll och utformning samt vilka strukturer som upprättats (via till exempel statliga verk) för implementering och uppföljning av statens intentioner på olika områden.

Utöver detta finns det i kommuner och landsting ideologiska strömningar som på olika sätt förändrar förutsättningarna för de tjänster som förmedlas. Ett av decenniets mer uppmärksammade utvecklingsdrag har, vid sidan av marknadsinfluera de modeller för arbetets organisering, handlar om ökade inslag av privata produktionsformer inom välfärdstjänstesektorn. Denna fråga behandlas mer ingående nedan, liksom de generella ekonomiska förutsättningarna för kommunerna och landstingen under 1990-talet.
Kommunerna

Kommunerna har ett huvudansvar för centrala sektorer som barnomsorg, skola, äldreomsorg och individ- och familjeomsorg. Hur kvalitet och tillgänglighet utvecklas i dessa verksamheter är i högsta grad avhänig mot mer generella processer och förändringar i sådant som kommunernas ekonomi, organisering och grad av självständighet gentemot staten. Under hela den svenska välfärdsstatens framväxt har detta varit områden där de grundläggande villkoren förändrats i relativt hög takt. 1990-talet utgör inget undantag härvidlag och i det följande skall vi övergripande beskriva årtiondets viktigaste förändringar i termer av decentralisering, privatisering och finansiering.

Decentralisering\(^\text{54}\)

Även om någon allmängiltig definition av begreppet "decentralisering" inte står att finna så utnyttjas begreppet i de allra flesta sammanhang för att beskriva en förskjutning inom ramen för en vertikal maktfördelning, från högre till lägre nivåer i samhället. Det rör sig med andra ord om en förflytning av politiska eller administrativa befogenheter från centrala till lokala sammanhang eller, om man så vill, ett tillbakadragande av nationalstatens ansvarsstagande till förmån för lokalt inflytande.

Att beskriva utvecklingen som en entydig rörelse mot ökat kommunalt självstyre och ökad decentralisering är knappast rättvisande. Decenniet innehöll beslut och händelser som såväl ökade som minskade den kommunala handlingsfriheten och både utsträckte och begränsade det kommunala ansvarsstagande. Väger man samman allt som hände under perioden blir dock slutsatsen att decentraliseringen totalt sett ökade, även om relationen mellan stat och kommun är komplex och det är svårt att värdera olika utvecklingsdrag mot varandra. Man kan dock konstatera att de viktigaste decentraliseringsbesluten togs under decenniets första hälft och att den andra halvan innehöll statliga initiativ som primärt syftade till att säkerställa nationella politiska mål.

\(^{54}\) Avsnittet om decentralisering bygger i huvudsak på Åke Bergmarks (SOU 2001:52) underlag till kommittén, se Bilaga 4.


Bland de beslut som på olika sätt begränsat det kommunala handlingsutrymmet märks på finansieringssidan för det första det kommunala skattestopp som infördes åren 1991 till 1993 och de incitament som staten också därefter arbetat med för att hålla de kommunala skattesatserna nere (se mer om detta nedan). För det andra finns det skäl att peka på hur staten under den senare delen av 1990-talet i ökad utsträckning började utnyttja riktade bidrag i syfte att stimulera kvalitet och tillväxt på särskilda områden. För

En konsekvens som i många sammanhang tillskrivits utökat kommunalt självstyre är en större spridning kommunerna emellan ifråga om hur mycket resurser som satsas på olika områden och hur många som får del av de kommunala tjänsterna. Av kommitténs analyser framgår dock att någon entydig eller alomfattande ökning av de kommunala variationerna inte skett under decenniet. Det går inte heller att spåra några tendenser till att variationerna skulle ha ökat i kölvattnet på de beslut som ur ett decentraliseringsperspektiv kan anses viktigast, det vill säga under årtiondets första hälft. Konstateras kan dock att skillnaderna kommunerna emellan är mycket omfattande på många områden.

Privatisering

Under 1990-talets inledning började många kommuner orientera sig mot en separering av politik och produktion i så kallade beställar-utförarmodeller och dela in verksamheten i resultatenheter med ett utökat eget ekonomiskt ansvar. Med begrepp som "kostnadseffektivitet genom konkurrensutsättning" infördes nya kommunala förvaltnings- och organisationsformer där marknadsliknande förutsättningar förväntades resultera i ökad produktivitet. Denna utveckling var under 1990-talet en internationell företeelse, mer uttalad i Sverige än i de nordiska grannländerna, men mer återhållsam än i vissa andra europeiska länder, exempelvis Storbritannien.

De nya modellerna fick störst genomslag efter det borgerliga regeringstillträdet 1991, då man proklamerade en "valfrihetsrevolution inom välfärdssystemen" och genomförde en rad strategiska lagändringar (till exempel den nya lagen om offentlig upphandling) för att underlätta entreprenadisering av den offentliga verksamheten. Efter det socialdemokratiska regeringstillträdet vid

valet 1994 skedde dock inte någon omfattande tillbakagång till tidigare system. Vid slutet av 1990-talet hade marknadsorienteringen åtminstone i någon form fått genomslag i flertalet av landets kommuner och landsting, men i olika omfattning, och med mer eller mindre genomgripande förändringar av tidigare strukturer.

Ett viktigt inslag i denna utveckling mot marknadsmodeller var privatisering av kommunernas verksamhet. Privatiseringstendensen innebar i allt väsentligt att utförandet (eller produktionen) av tjänster, som tidigare utförts av den offentliga sektorn, lämnades över till den privata sektorn - till en firma, ett bolag, ett kooperativ eller en ideell organisation - men med bibehållen offentlig finansiering och kontroll. Överlätelse av såväl finansiering som drift och kontroll från det offentliga till det privata var på det hela taget en mer marginell företeelse.

Andelen anställda i privat drift inom de kommunala välfärds tjänsterna mer än fördubblades under 1990-talet. I Tabell 1:22 redovisas andelen anställda i så kallade alternativa driftsformer (anställda i privat drift, enmansföretag och i offentligt ägda aktiebolag) 1993 och 2000. Vi kan konstatera att ökningen inte bara var olika omfattande i olika sektorer, utan dessutom utvecklades på mycket skilda nivåer. Den största relativt ökningen finner vi inom äldre- och handikappomsorg där det, från en initial låg nivå, handlar om en uppgång på över 400 procent. Iom hem för vård och boende (som omfattar barnhem, jourhem, behandlingshem för omhändertagna ungdomar samt behandlingshem för missbrukare) var uppgången med relativt mått mätt mer begränsad, medan den uttryckt i procentenheter var högre (+ 18 procent) än för någon annan sektor.

<table>
<thead>
<tr>
<th>År</th>
<th>Andel verksamma i alternativ drift, procent</th>
<th>Procentuell ökning av andelen verksamma i alternativ drift</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Barnomsorg</td>
<td>4,0</td>
<td>10,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Skola (^1)</td>
<td>1,2</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Åldre- och handikappomsorg</td>
<td>2,5</td>
<td>12,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Hem för vård eller boende</td>
<td>19,1</td>
<td>37,1</td>
</tr>
<tr>
<td>De primärmununala välfärdsstjänsterna totalt</td>
<td>4,4</td>
<td>9,6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\(^1\) För skolan avser jämförelsen 1994 och 2000, p.g.a. osäkerhet i data för 1993.


Finansiering\(^{56}\)

I samband med den kommunalekonomiska reformen 1993 genomfördes omfattande förändringar i de statliga bidragssystemen till kommuner och landsting. Bland annat avskaffades de flesta specialdestinerade statsbidragen till förmån för ett system med mer generella bidrag. Kommunerna tilldelades en klumpsumma pengar, den

\(^{56}\) Avsnittet om finansiering bygger i huvudsak på Åke Bergmarks (SOU 2001:54) och Ola Sjöbergs (SOU 2001:57) underlag till kommittén, se Bilaga 4.
så kallade ”påsen”, för att självständigt kunna prioritera mellan olika verksamhetsområden, men med bevarade åligganden i enlighet med lagstiftningen. I runda tal 85 procent av statsbidragen stoppades i ”påsen”. Efter denna omläggning följde också en period där andelen som fördelades i det generella systemet växte, medan de specialdestinerade bidragen minskade i omfattning. De senare kom i huvudsak att utgå som ersättningar för tjänster som kommunerna utförde åt staten, som till exempel flyktingbidraget och vissa arbetsmarknadspolitiska bidrag. Under senare delen av decenniet och med fortsättning in på innevarande årtionde började dock staten i ökad utsträckning utnyttja öronmärkta pengar i syfte att stimulera tillväxt och kvalitetshöjningar på särskilda områden, särskilt inom skola, vård och omsorg.


skattesatsen påtagligt detta år. För perioden 1997 till 1999 gälde att kommuner som höjde sina skatter förlorade statsbidrag motsvarande hälften av de ökade skatteintäkterna.

Finanser


57 Avsnittet om finanser bygger i huvudsak på Ola Sjöbergs (SOU 2001:57) underlag till kommittén, se Bilaga 4.

Källa: Uppgifter från SCB.

Landstingen

Under 1990-talet har det skett en del förändringar vad gäller landstingens ansvarsområden. Ådel-, handikapp- och psykiatrireformerna (se avsnitt 1.5.5 och 1.5.6) innebar att ansvaret för verksamheter som tidigare varit en angelägenhet för landstingen överfördes till kommunerna samtidigt som landstingsskatten sänktes i den skatteväxling som skedde. Sjukvården har dock förblivit landstingens huvudsakliga uppgift och utgör cirka 80 procent av verksamheten, sett över alla landsting.

Traditionellt har landstingen och länen geografiskt följts åt. Under 1990-talet har en äldre länsindelning dock uppluckrats genom att två sammanslagningar till större regioner genomförts, dels i Skåne, dels i Västra Götaland. Dessa styrs i dagsläget av folkvalda ledamöter i regionfullmäktige. Regioner har under en försöksperiod också fått ansvar för sådant som staten tidigare ansvart för via länsstyrelserna, exempelvis näringsliv, kultur, vägar och järnvägar. Sedan tidigare sköts sjukvården på Gotland av kommunen. Totalt finns därför 18 landsting, två regioner och en kommun som ansvarar för häls- och sjukvård, men även folk tand-
vård, kollektivtrafik, samt vissa verksamheter inom kulturliv, högskole- och gymnasieutbildning, tourism m.m.


I Tabell 1:23 redovisas andelen anställda i så kallade alternativa driftsformer inom landstingens hälso- och sjukvård (anställda i privat drift, enmansföretag och i offentligt ägda aktiebolag) 1993 och 2000. Det som kallas ”öppen och slutet hälso- och sjukvård” avser det vi kanske i första hand tänker på när vi talar om vården: anställda vid polikliniker och mottagningar, dagvård, sjukhus och i

58 Avsnittet om marknadsincitament och privatisering i landstingen bygger i huvudsak på Gun-Britt Trydegårds (SOU 2001:52) underlag till kommittén, se Bilaga 4.
detta sammanhang även sjukhem.\footnote{Sjukhemmen sorterar formellt under den primärkommunala äldreomsorgen, men har ej kunnat separeras i analyserna. Totalt handlar det om cirka 20-25 procent av samtliga anställda i sektorn.} Tillägget "annan hälso- och sjukvård" i anslutning till kategorin för tandvård avser sådant som medicinska laboratorier, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och dylikt. Av tabellen framgår att tillskottet av privatanställda var ofattande i båge sektorerna och att den procentuella ökningen, 114 procent, är jämförbar med den som vi tidigare redovisat för kommunerna.


<table>
<thead>
<tr>
<th>År</th>
<th>Andel verksamma i alternativ drift, procent</th>
<th>Procentuell ökning av andelen verksamma i alternativ drift</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Öppen och sluten hälso- och sjukvård</td>
<td>5,3 12,0</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>Tandvård och &quot;annan hälso- och sjukvård&quot;</td>
<td>32,9 63,9</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>Den landstings-kommunala sjukvården totalt</td>
<td>8,3 17,8</td>
<td>114</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Landstingen drabbades i likhet med kommunerna ekonomiskt av utvecklingen på arbetsmarknaden och det krympande skatteunderlag som följde. Landstingssektorns resultat har också, såsom framgår av Figur 1:12, varit negativt under större delen av decenniet. Noterbart är att så var fallet trots att landstingens netto-kostnader successivt minskade under hela perioden. De avgiftshöjningar som genomförts inom hälso- och sjukvården under 1990-talet (se avsnitt 1.5.4) har inte påverkat utvecklingen nämnvärt, då de totalt sett spelar en relativt blygsam roll som finansieringskälla. Höjda avgifter syftar sannolikt mer mot att påverka konsumtion och efterfrågan på ett sätt som minskar kostnaderna. Höjningar av olika avgifter kan därför bli mycket kännbara för människor i
behov av vård, utan att dessa avgifter för den skull ökar lands- 
tingens inkomster i nämnvärd grad.

Figur 1:12. Landstingens resultaträkning 1990–99

Landstingssektorns samlade resultat har varit negativt sedan 1994, 
och även det finansiella sparandet (det vill säga saldot mellan in- 
komster och utgifter) har varit negativt sedan 1996. Detta innebär 
att många landsting under slutet av 1990-talet i högre grad än 
tidigare tvingats använda fonderade medel eller ta lån för att finan-
siera den löpande verksamheten. Landstingsförbundet anger dock 
att hälften av landstingen har goda möjligheter att klara det av 
regeringen uppställda balanskravet 2001 (Landstingsförbundet 
2000). Framför allt är det de tre storlandstingen/regionerna Skåne, 
Västra Götaland och Stockholm som hade stora underskott i slutet 
av 1990-talet och som också kommer att ha svårt att klara balans-
kravet utan betydande kostnadsminskningar och/eller skattehöj-
ningar.

* * *

Negativ tillväxt, massarbetslöshet och rekordartade ökningar av 
budgetunderskottet utmärkte 1990-talets ekonomiska kris. För-
ändringar och beslut i vår omvärld påverkade otvivelaktigt den
ekonomiska och politiska utvecklingen under decenniet. Men med undantag för Finland saknar djupet och omfattningen av krisen motstycke bland de mest utvecklade industriländerna. Detta talar starkt för att beslut och processer på nationell nivå var av avgörande betydelse för krisens förlopp.