

3 Spelar ideella och informella insatser någon roll för svensk välfärd?

Lars Svedberg

Ideella och informella insatser har ofta bara en fotnotsposition vid granskningar och beskrivningar av svensk välfärd.¹ Tidigare fanns knappast någon systematisk kunskap om området, men möjligheterna att diskutera sådana insatser och deras betydelse är nu betydligt större än för bara ett årtionde sedan.²

Det här kapitlet behandlar ideella och informella insatser i Sverige – hur de aktualiseras i politik och forskning, vilken omfattning de har, vad de handlar om, om de har förändrats under 1990-talet samt vilken betydelse vi bör ge dessa insatser för att nå en ökad förståelse av den svenska välfärden. I ett första avsnitt görs några begreppsbestämningar av uttryck såsom till exempel *ideell* respektive *informell*.

3.1 Språkbruk och begrepp

I kapitlet används uttryck som *ideell insats*, *frivillig organisation*, *frivillig sektor* samt *informell insats*. Till viss del har vi en gemensam vardagsspråklig förståelse av dessa begrepp. Men i det här sammanhanget bör man precisera deras betydelse.

Uttrycket *ideell insats*, eller som det ibland också kallas *ideellt arbete*, knyter an till ett folkrörelseförankrat svenskt språkbruk och avser arbetsuppgifter som utförs obetalt och inom ramen för en organisation eller förening.³ Uttrycket *ideell organisation* – vilket

¹ Viktiga synpunkter på denna text har erhållits från Erik Blennberger, Emilia Forssell, Magnus Jegermalm, Gerdt Sundström, Filip Wijkström och Kommittén Valfärdsbokslut – speciellt av ledamöterna Åke Bergmark och Marta Szebehely.

² Det bör understrykas att kunskapen fortfarande är knapphändig och fragmentarisk, inte minst vad gäller förändringar över tid. Detta påverkar naturligtvis nedanstående presentation.

³ I den klassiska folkrörelsetraditionen har intresset framför allt inriktats mot å ena sidan medlemskap och å andra sidan styrelseuppdrag, men inte mot andra typer av insatser (se t.ex. Johansson 1980). Under senare år har också ett visst intresse, framför allt från statsvetenskapligt håll, riktats mot aktiviteter, till exempel närvaro vid årsmöte, deltagande i

inkluderar till exempel föreningar, riksorganisationer och stiftelser – har flera betydelseaspekter, men en kärnbetydelse är att det inte finns privata vinstintressen i organisationens verksamhet. Det innebär dock inte nödvändigtvis att verksamheten bygger på ideella oavlönade insatser. Många tusen svenskar har sitt förvärvsarbete inom en ideell organisation. En synonym till begreppet *ideell organisation* är uttrycket *frivillig organisation*. På motsvarande sätt blir *ideell sektor* och *frivilligsektor* synonyma. Med uttrycket *frivillig* knyter vi an till en internationell begreppsapparat som fått allt större genomslag, bland annat inom nordisk och övrig internationell forskningsvärld. Både begreppen ideell och frivillig för med sig vissa komplikationer men de har fått en etablerad användning inom både fält och forskning (för begreppsdiskussion, se Blennberger 1993a och Lorentzen 1998).

Med *informell insats* avses i detta sammanhang oavlönad hjälp eller stöd som utförs på regelbunden basis. Det avser med andra ord anhörigas, vänners, grannars och arbetskamraters insatser. I kapitlet görs en åtskillnad mellan informella insatser som görs för någon utanför respektive inom det egna hushållet. Informella insatser avgränsas både från ideellt obetalt arbete som utförs inom den ideella eller frivilliga sektorn, och från förvärvsarbete mot lön samt från ordinärt hushållsarbete (se Jeppsson Grassman & Svedberg 1999). Detta följer en inom samhällsvetenskapen vanlig indelning mellan olika typer av arbete/insatser (se t.ex. Tilly & Tilly 1994 samt Wilson & Musick 1997). Icke desto mindre kan det vara svårt att göra vissa klassificeringar. Det kan till exempel vara svårt att skilja mellan informella insatser och ordinärt hushållsarbete, särskilt när insatsen utförs inom det egna hushållet.

Tyngdpunkten i detta kapitel ligger på beskrivningar av ideella och informella insatser som i intention och handling har en primär välfärdsinriktning.⁴ Dessa insatser ses som uttryck för att med-

studiecirkel eller korplag, men också specifika insatser som riktas till någon/något utöver en själv (se t.ex. Petersson, Westholm & Blomberg 1989 samt Petersson m.fl. 1998). Man kan säga att folkrörelsetraditionens inriktning mot påverkan och i viss mån deltagande styrt intresset i angiven riktning. Den ansats att granska målinriktade insatser som här står i centrum för intresset får ofrånkomligen en snävare och mer nyttoinriktad inriktning som är mer i linje med internationell forskning på området (se Jeppsson Grassman & Svedberg 1999).

⁴ Inom denna sfär av insatser med primär välfärdsinriktning kan ytterligare en åtskillnad göras när det gäller de *ideella insatserna*, nämligen mellan sådana som har *direkt eller indirekt social inriktning* (se Blennberger 1993 b). Tyngdpunkten i detta kapitel ligger på insatser med direkt social inriktning och direkt relation till "brukare", men insatser med indirekt social inriktning, som att bedriva opinionsbildande arbete eller företräda någon grupp, beskrivs och kommenteras också.

borgarna har en aktiv samhällsroll. Under senare år har sådana här aktiviteter börjat beskrivas som en del i ett modernt utvidgat medborgarskap. Det är ett medborgarskap som går utöver den enskildes tillhörighet till en statsbildning och som innefattar ett antal olika roller,⁵ bland annat i det civila samhället.⁶

3.2 Ideella och informella insatser i socialpolitik och välfärdslitteratur

Fram till i början av 1990-talet förbigicks ideella och informella insatser i stort med tystnad, både i debatt och i texter, inom den parlamentariska nationella politikens sfär.⁷ När det gäller ideella insatser uppmärksammades i någon mån vad som kallades ett folk-rörelse- och föreningsengagemang⁸ samt organisationernas uppgift att företräda vissa medborgargrupper.

På den lokala kommunala arenan har man i relativt liten utsträckning utvecklat mer målmedvetna eller omfattande program, medan det i sak skett snabba förändringar. Det gäller framförallt i samspelet med ideell sektor, men också i samspelet med dem som gör informella insatser.⁹

Om man ser till ett vidare nationellt politiskt sammanhang – och inbegriper medierna – kan man emellertid konstatera att en förändring i debatten inträffade i mitten av 1980-talet. Den kom att beröra det civila samhället i stort, och inte minst de slag av ideella och informella insatser som här kommer att diskuteras. Denna debatt hade i huvudsak politiska och i någon mån samhällsvetenskapliga utgångspunkter. Det är viktigt att med Trägårdh (1999 och

⁵ För en mer ingående diskussion om detta slags medborgarskap hänvisas till t.ex. Bulmer & Rees 1996 och Jeppsson Grassman & Svedberg 1999.

⁶ Detta begrepp har under 1990-talets gång fått en mer neutral innebörd än tidigare och används ofta för att avgränsa vissa konstellationer, framförallt frivilliga organisationer och informella nätverk samt alla de aktiviteter som pågår där. Dessa skiljs ut från kärnfamiljen, staten och marknaden och de aktiviteter som pågår inom dessa sfärer (se t.ex. Keane (red.) 1988 och Janoski 1998). I en sådan avgränsning kan en del av det som här kallas informella insatser ingå, medan annat faller utanför. Det är med denna inriktning begreppet här används. En oenighet finns om huruvida familjens och släktens samvaro bör räknas till det civila samhället. En bredare deskriptiv definition där också familjen ingår har fått genomslag i den svenska debatten – se Trägårdh 1999 för en genomgång – och i det internationella samtalet (se t.ex. Cohen & Arato 1995 samt Giddens 1999).

⁷ Det finns ett fåtal undantag, till exempel det pionjärarbete avseende informella insatser som Sekretariatet för framtidsstudier genomförde (Tid för omsorg 1982).

⁸ Se t.ex. betänkandet från 1986 års folk-rörelseutredning (SOU 1987:33).

⁹ Se t.ex. Isaksson 1993; Bergmark 1994; Johansson 1998; Johansson 1999; Bring 1999; Hansson, Jegermalm & Whitaker 2000; Jegermalm & Whitaker 2000; Olsson 2000 samt Zetterberg 2000.

2000) understryka att nyupptäckten av det civila samhället, de organisationer som finns där och de insatser som görs, kom från både höger och vänster.

Sammanfattningsvis kan man säga att de nya perspektiven och synsätten fick en viss genomslagskraft i början av 1990-talet. Efterhand kom samtalet om framför allt de ideella insatserna och den frivilliga sektorn att bli något tydligare. Debattörerna har i ett annat sammanhang (se Svedberg 1996) delats in i en "tillskyndarlinje", en "motståndarlinje" och en "tredje ståndpunktens linje". Debatten fick dock ingen större omfattning i Sverige, till skillnad mot i till exempel Danmark och Norge. Där har uppmärksamheten kring dessa frågor varit betydligt större och mer långvarig, bland både de borgerliga och de socialdemokratiska partierna. Frivilligsektorn i sin helhet, inklusive de ideella obetalda insatserna, har inte erövat någon plats på den politiska dagordningen i Sverige i början av 2000-talet. Möjligen sker nu en förändring genom att regeringen i årets budgetproposition markerar ett mer bestämt intresse både för det som kallas civilt samhälle och för det som kallas social ekonomi.¹⁰

En av förklaringarna till det här beskrivna förloppet kan ha att göra med att tidpunkten för det nya intresset sammanföll med en era av vissa nedskärningar i de sociala välfärdssystemen. Denna uppmärksamhet kunde förknippas med helt andra och oönskade samhällsbetingelser, inte minst för en grupp medelålders och äldre svenskar med egna eller förmedlade minnen och erfarenheter av ett Sverige präglat av större klassklyftor och större utsatthet och där en paternalistisk välgörenhet utgjorde ett ofrånkomligt men oönskat inslag i många liv.¹¹

Går man därpå över till den *socialpolitiska litteraturen* kan det konstateras att det bland några av de mest använda läroböckerna knappast finns ett ord om ideella obetalda insatser, informella insatser eller frivilliga organisationer. Här kan till exempel hänvisas

¹⁰ Se proposition 2000/01:1 – Budgetproposition för 2000. Detta arbete kan sägas ha påbörjats under det sena 1990-talet, t.ex. genomfördes ett utredningsarbete av en arbetsgrupp inom Kulturdepartementet. Slutrapporten (Social ekonomi: en tredje sektor för välfärd, demokrati och tillväxt?) utgavs emellertid inte i någon av de gängse departementsserierna. Därmed fick den inte någon officiell status (se också Wijkström 2000b).

¹¹ Meeuwisse har beskrivit det på följande sätt: "Det som ibland tolkats som motstånd mot socialt arbete utanför stat och kommun har dock förmodligen snarare riktat sig mot välgörenhet och privatisering, än mot folkrörelser och frivilligorganisationer." (1999:27).

till en närmast klassisk lärobok som "Svensk socialpolitik" som nästan inte alls uppmärksammar dessa fenomen.¹²

Läggs tyngdpunkten på *forskning om välfärd och välfärdsstater* finner man att de fenomen som här diskuteras inte heller uppmärksammas, mer än i mycket begränsad utsträckning.¹³ En relativt omfattande kritik, inte minst från nordiska genusforskare, har gällt att de flesta modeller endast avser vad som ibland kallats socialförsäkringsstater och inte sociala servicestater.¹⁴ En effekt blir att insatser, av vilket slag de vara månde, knappast fått någon uppmärksamhet. Lite hårddraget kan man få intryck av att det som gjorts för och av de svenska medborgarna endast är betalda insatser och att dessa så gott som uteslutande skett inom offentlig sektor.¹⁵ I ett statsdominerat och omfattande välfärdssystem som det svenska har det varit lätt att förbise de insatser som gjorts utanför detta system. Vid beskrivningar av och forskning om de skandinaviska välfärdsstaterna har man helt enkelt förbigått ideella och informella insatser.

Det är också viktigt att påpeka att en konceptualisering och ett hänsynstagande till dessa insatser och aktiviteter medför avsevärda teoretiska och metodologiska svårigheter för forskningen. Ofta har till exempel ideella och informella insatser andra utgångspunkter och betingelser men ibland också andra mål än professionella insatser.¹⁶ Sett i ett helhetsperspektiv har också dessa insatser haft en oklar mellanställning med en inte sällan begränsad men kanske

¹² Se Elmér m.fl. 2000. Ett undantag utgörs av t.ex. Holgerssons bok "Socialpolitik och socialt arbete" från 1997.

¹³ Se t.ex. Esping-Andersen 1990 och 1996 (red.). I ett arbete från 1999 uppmärksammar visserligen Esping-Andersen familjen men inte de informella insatsernas omfattning i länder av Sveriges typ, liksom inte heller den ideella sektorn. När t.ex. Kautto, Heikkilä, Hvinden, Marklund & Ploug (1998) granskar insatser i de nordiska länderna slås allt som inte är offentligt i äldreomsorg och barnomsorg – det vill säga vinstdrivna vårdföretag, ideella stiftelser, föräldrakooperativ och informella insatser – samman under beteckningen "private providers".

¹⁴ Se t.ex. Anttonen & Sipilä 1996 samt Anttonen 1998.

¹⁵ När t.ex. Stephens (1996) utifrån ett internationellt perspektiv granskar de insatser som görs i Sverige framträder en sådan bild tydligt.

¹⁶ Försök till teoretiskt baserade analyser som fokuserar frivilliga verksamheter och insatser inom ramen för olika slags välfärdsstater och välfärdssystem lyser också i stort med sin frånvaro. Emellertid har t.ex. Janoski (1998) utifrån välfärdsstatsforskning intresserat sig för den frivilliga sektorns roll i olika välfärdssystem. Salamon (1987) har intresserat sig för frivilligsektorns roll i amerikansk välfärd och välfärdspolitik. På nordisk botten har t.ex. Kuhnle & Selle (1992) respektive Lundström & Wijkström (1995 och 1997) fokuserat samspelet mellan stat och frivilligsektor. I de nordiska ansatserna har det också funnits ett tydligt historiskt perspektiv. Alla dessa ansatser har emellertid rört överordnade system- och organisationsnivåer. Jeppsson Grassman & Svedberg (1999 och 2001) har mer specifikt försökt knyta ideella och informella insatser till teorier om medborgarskap och socialt kapital.

framför allt oviss räckvidd. Under välfärdsstatens guldålder fick vi också historiska beskrivningar av de socialt inriktade delarna av frivilligsektorn och dess traditioner, som starkt och ensidigt betonade det paternalistiska och filantropiska.¹⁷ I ett historiskt skede med en närmast oreserverad tilltro till alla slags vårdprofessioner sågs de flesta ideella och informella insatser dessutom som en rest från en svunnen tid som snarast borde ersättas med professionella insatser.¹⁸ Sammantaget har detta skymt sikten för den mångfald av insatser som hela tiden gjorts.

3.3 Aktuell forskning

Civilt samhälle och socialt kapital blev två av de mest uppmärksammade begreppen i internationell samhällsvetenskaplig forskning under 1990-talet. I Sverige kom motsvarande forskningsintresse att främst tematiseras under begreppen den ideella sektorn och frivilligt socialt arbete. Framför allt gäller det studier av sektorns funktioner/roller, samspelet mellan offentlig och frivillig sektor samt omfattningen av olika slags insatser. Det handlar om en ny svensk forskningstradition med stark internationell förankring som försöker att fånga in, avgränsa och karaktärisera hela den frivilliga sektorn ur olika perspektiv – studien "The nonprofit sector in Sweden" utgör här ett pionjärarbete (Lundström & Wijkström 1997), liksom de befolkningsstudier som presenteras nedan. Det rör sig också om mer avgränsade studier av inte minst de socialt inriktade delarna av frivilligsektorn och olika verksamheter och typer av insatser som pågår där. Åtskilliga av dessa studier har haft sin förankring vid Sköndalsinstitutet och Handelshögskolan i Stockholm. Dessutom finns det ett nytt intresse för att studera fenomen som mer specifikt knyter an till begreppet civilt samhälle men också för hur tillgången till socialt kapital ser ut och hur det genereras samt ett nygammalt intresse för hur samhället struktureras. I förståelsen av det sistnämnda intar frivilligorganisationer, både teoretiskt och empiriskt, en central plats.

¹⁷ Se t.ex. Qvarsell (1993) som diskuterat detta faktum.

¹⁸ Det finns en inbyggd motsättning mellan vård-, omsorgs- och socialarbetarpersonals professionaliseringssträvanden och de ideella samt informella insatser som präglas av "amatörism", det vill säga sådana insatser som inte följer professionella föreställningar och professionell standard (se också Meeuwisse & Sunesson 1998). Dessutom råder det knappast någon tvekan om att det i våra typer av moderna samhällen finns en grundläggande drift mot professionalisering av en del ideella insatser, inte minst under senare skeden av en organisations eller verksamhets utveckling (se t.ex. Ahrne 1996 & Olsson 1998).

Sammantaget har detta givit oss helt ny och systematisk kunskap om till exempel den frivilliga sektorns omfattning och roller samt de obetalda och betalda insatser som sker inom frivilliga organisationers verksamheter. Denna kunskap har också fördjupat och lagt nya aspekter till tidigare vetande. Studierna kompletterar en äldre svensk forskningstradition som främst studerat de frivilliga organisationernas/folkrörelsernas betydelse för demokratin och välfärdens framväxt samt hur banden mellan stat och organisationer utformas.¹⁹

När det gäller de informella insatserna är kunskaperna än mindre. I flera sammanhang har konstaterats att kunskapsläget är mycket svagt inte minst på övergripande empirisk nivå och när det gäller eventuella förändringar.²⁰ Under 1990-talet har emellertid några större empiriska studier publicerats som i viss utsträckning gör det möjligt att både göra vissa jämförelser över tid och att i någon mån jämföra med andra länder.²¹ Övrig forskning som funnits har i huvudsak rört specifika typer av anhöriginnsatser, till exempel till dementa. Genell André & Johansson (1998) konstaterar i sin kunskapsgenomgång av vad som där kallas närstående-insatser att det mesta av den forskning som finns har tagit sin utgångspunkt i den offentliga vården och omsorgen. Den har ofta utgått från ett professionsperspektiv med ett specifikt medicinskt fokus eller omvårdnadsfokus.²² Sammanfattningsvis kan man konstatera att den samhällsvetenskapliga forskningen inom detta område fortfarande befinner sig i sin linda och att det inte finns någon äldre forskningstradition att luta sig mot. Däremot finns det internationell forskning på området som bland annat knutit an till modern familjeforskning, genusforskning och forskning om sociala rättigheter.²³

Informella insatser och aktiviteter har ofta en *dubbelhet* och *tvetydighet* genom att de innefattar dels samvaro och "naturlig"

¹⁹ För presentationer och diskussioner, se t.ex. Ahrne 1990; Sjöstrand 1995; Ahrne, Roman & Franzen 1996; Lundström & Wijkström 1997; Lundström & Svedberg 1998; Rothstein 1998; SOU 1999:84 – Civilsamhället; Jeppsson Grassman & Svedberg 1999 och 2001; Trägårdh 1999 och 2000 samt Wijkström 1999.

²⁰ Se t.ex. Genell André & Johansson 1998; Jeppsson Grassman & Svedberg 1999; SOU 2000:3; Hansson, Jegermalm & Whitaker 2000 samt Jegermalm & Whitaker 2000.

²¹ Se framför allt Jeppsson Grassman 1993; Busch Zetterberg 1996; Jeppsson Grassman & Svedberg 1999; Sundström 1994a och b samt Sundström & Hassing 2000.

²² En viktig kunskapskälla är emellertid forskning som tagit utgångspunkt i mottagarens perspektiv. Den avser i huvudsak studier av de äldres betingelser (se framför allt Sundström 1994a och b samt Sundström & Hassing 2000).

²³ För en genomgång, se t.ex. Hansson, Jegermalm & Whitaker 2000 men också exempelvis Finch 1996 samt Rees 1996.

gemenskap, dels stöd och hjälpinsatser. Forskning har visat att detta inte sällan utgör ett kännetecken också för de obetalda ideella insatserna i Sverige. Denna dubbelhet ger en del teoretiska, empiriska och metodologiska problem inom forskningen. Det blir tydligt när man till exempel utgår från eller skall knyta an till den nordiska välfärdsforskningstraditionen. I denna använder man sig av utgångspunkter och ställer frågor som bara till begränsad del är relevanta om vi vill få en fördjupad förståelse för aktiviteter utanför det offentligas och professionellas sfär.

I det nedanstående presenteras först några uppgifter om ideella insatser i allmänhet och därpå mer specifika uppgifter om socialt inriktade verksamheter och insatser.

3.4 Många medborgare gör ideella insatser

I denna text görs en åtskillnad mellan å ena sidan medlemskap och deltagande/aktivitet och å den andra insatser i allmänhet och direkt socialt inriktade insatser i synnerhet. Här uppmärksammas i huvudsak de två sistnämnda.

I samband med ett uppdrag åt Socialtjänstkommittén att undersöka vad som kallades det frivilliga sociala arbetet genomfördes den första befolkningsstudien med inriktning på olika slags ideella insatser 1992. Genom en förnyad befolkningsundersökning som utfördes på uppdrag av Demokratiutredningen 1998/1999 kunde resultaten från början av decenniet följas upp.²⁴ Genom nedanstående tabell, som bygger på data från de båda befolkningsstudierna, får vi en bild av utvecklingen under 1990-talet.

²⁴ Den första befolkningsstudien (1992) bestod av ett riksrepresentativt urval av befolkningen. Nettourvalet utgjordes av 1 461 personer varav 1 045 intervjuades. Detta motsvarar en svarsfrekvens på 71 procent. Även uppföljningsstudien bestod av ett riksrepresentativt urval. Nettourvalet var 1 580 personer, varav 1 104 intervjuades. Detta ger en svarsfrekvens på 70 procent.

Tabell 1. De ideella insatsernas omfattning 1992 och 1998/1999. Andel (%) som utfört ideell insats, samt det genomsnittliga antalet insatstimmar. Totalt samt efter kön, 16–74 år

	1992			1998/1999		
	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor
Ideella insatser (%)	48	52	44	52	53	50
Antal timmar/månad	13	14	12	12	13	10

Den första befolkningsundersökningen av ideella insatser publicerades i SOU 1993:82, "Frivilligt socialt arbete i Sverige. Kartläggning och kunskapsöversikt". Där konstaterade Jeppsson Grassman att nästan hälften av alla svenskar i åldern 16–74 år hade bistått med något ideellt obetalt arbete inom en organiserad frivilligverksamhet under året före intervjutillfället.²⁵ De flesta gjorde insatser inom idrotts-, kultur-, fack- och boendeföreningar, och insatserna utfördes oftast av dem mellan 30 och 44 år. Något fler män än kvinnor var aktiva, som vi ser i Tabell 1, och flest insatser gjordes av dem som hade arbete, barn i hemmet och ägde sin bostad. Vi ser också att man i genomsnitt gjorde insatser under 13 timmar per månad. Resultaten visade också att 20 procent hade gjort en insats inom en organisation med direkt social inriktning.

Tabellen visar vidare att medborgarnas engagemang i form av ideella insatser förblev stabilt under ett på många sätt turbulent decennium. I den studie där resultaten från den förnyade befolkningsundersökningen publicerades, konstaterade Jeppsson Grassman och Svedberg (1999) att kvinnorna stod för den begränsade ökningen som hade skett. Dessa hade ökat sitt deltagande såväl i "traditionella kvinnliga" organisationstyper, till exempel humanitära organisationer, som i idrottsföreningar.

När man under 1990-talet följer vad människor gör i föreningslivet verkar det finnas ett stabilt mönster, samtidigt som vissa förändringar tycks ha inträffat. Detta man kan se i nedanstående tabell som är hämtad ur Jeppsson Grassman och Svedberg (1999:134):

²⁵ Uppgiften konfirmerades av andra data (se Häll 1994).

Tabell 2. Den ideella insatsens karaktär 1992 och 1998/1999. Andel (%) som ägnat sig åt olika typer av insatser i den organisation där den aktive givit mest tid

	1992	1998/1999
Utbildning eller ledarskap	24	21
Styrelseuppdrag/administration	58	56
Information/opinionsbildning	14	15
Penninginsamling	26	20
Direkta hjälpinsatser	12	12
Andra insatser	3	16

Tabellen visar att en stor del av de insatser som görs riktas inåt och utförs *i* och *för* organisationen, föreningen eller verksamheten. Det har också skett en snabb tillväxt av "andra insatser". Det tycks röra sig om dels uppgifter som till exempel skjutsning, dels tillfälliga insatser av olika slag. Inget tyder på att insatser i aktionsgrupper eller liknande skulle ha ökat över decenniet.

I en komparativ europeisk befolkningsundersökning som genomfördes 1994 (se Gaskin & Davis Smith 1995) visade sig ideella insatser vara vanligast i Holland, Sverige, Storbritannien och Belgien, i nu nämnd ordning. I till exempel Tyskland var de av betydligt mindre omfattning. Jeppsson Grassman & Svedberg (1995 och 1996) som ansvarade för den svenska delen av studien visade att det inte fanns några enkla samband mellan å ena sidan omfattningen på befolkningens ideella insatser och å den andra den frivilliga sektorns storlek och inriktning. Trots en gemensam hög andel ideellt verksamma i befolkningen visade de förstnämnda länderna upp skillnader vad gällde frivilligsektorns andel av och ansvar för den totala välfärdsproduktionen, liksom vad gällde samspelet mellan stat och frivilligsektor. En slutsats var att för att bättre förstå dessa stora skillnader måste man ta hänsyn till å ena sidan komplexa historiskt/politiska och kulturella förhållanden och å andra sidan till den frivilliga sektorns traditioner samt status och ställning.

Av den europeiska studien framgår att ett särskilt utmärkande drag för de svenskar som gjorde ideella insatser var att de också var medlemmar i den organisation där aktiviteten utfördes. I de två ovan nämnda nationella befolkningsstudierna kan man se att omkring 85 procent av alla som gör insatser också är medlemmar i den förening eller organisation där uppgifterna utförs och att denna

andel inte verkar sjunka. Detta pekar på att *medlemskapet* – i linje med svensk folkrörelsetradition – fortfarande verkar utgöra utgångspunkt och nav för mycket av de verksamheter som pågår.

I de komparativa studierna framstod svenskarna, jämte bland andra holländare och engelsmän, men också norrmän samt amerikaner, som mycket aktiva medborgare och utförare av ett omfattande ideellt arbete (se också Lundström & Wijkström 1997). Detta motsade föreställningar om att svenskarna hade blivit passiviserade medborgare, inte minst på grund av en allomfattande välfärdsstat.

Sammantaget utkristalliseras ett *folkrörelseinspirerat mönster* där inflytandet från folkrörelsetraditionen fortfarande är starkt samtidigt som nya typer av engagemang och insatser får ett tydligt genomslag. En del i detta är att många medborgare fortsätter att göra obetalda ideella insatser. Data från den ovan redovisade uppföljningsundersökningen 1998/1999 visar att sådana insatser motsvarar mer än 200 000 helårsarbeten. Det sociala engagemanget, avspeglat bland annat i uppgifterna i Tabell 2 om direkta hjälpinsatser, utgör ytterligare en begränsad, men ändå stabil del i mönstret. Totalt sett verkar omkring en halv miljon vuxna svenskar göra direkta hjälpinsatser varje år.²⁶ En fortsatt central uppgift är också att agera som företrädare och ombud för olika grupper.

Eftersom uppgiften här i huvudsak är att belysa ideella insatser med primär välfärdsinriktning finns det anledning att påpeka att föreningslivet samtidigt fyller andra och kanske än viktigare funktioner för både individer och samhälle, som till exempel att vara identitetsskapande, att ge glädje och eufori, att skapa sammanhang och tillhörighet, att lära sig samverka och få möjlighet att påverka samt att upprätthålla och skapa socialt kapital.²⁷

²⁶ Se Jeppsson Grassman & Svedberg 1999. Observera att uppgifterna i Tabell 2 endast visar hur insatserna fördelar sig i den organisation där de aktiva gör den mest omfattande insatsen i tid, inte fördelningen av samtliga ideella insatser.

²⁷ Se t.ex. SOU 1987:33; Proposition 1999/2000:79 – Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken; Jeppsson Grassman & Svedberg 1999 samt Wijkström 2000a. Samtidigt måste det sägas att den frivilliga sektorn i sin faktiska utformning och i sina faktiska funktioner inte till fullo, eller ibland ens till en del, stämmer in på ovanstående idealtypiska beskrivningar (se t.ex. Antman 1993; Eneroth 1993), liksom att den kan inrymma och bidra till att i samhället utveckla betydligt mörkare sidor (se Wijkström 1998 och 2000a). Den sistnämnde har på ett intressant sätt dels diskuterat några av de mer ljusskygga verksamheter som återfinns inom sektorn, t.ex. vissa typer av motorcykelklubbarr, dels diskuterat skillnaderna mellan olika sorter av socialt kapital. Författaren anknyter vad gäller socialt kapital till den internationella diskussionen om "bonding" respektive "bridging". Bonding kan både binda samman och skapa slutna grupperingar, medan bridging illustrerar alla de människor som agerar "brobyggare" mellan olika grupperingar och samhällsgrupper. Gundelach & Torpe (1997) menar i linje med detta

Amná (1995) betecknar föreningslivet som ett mångtydigt mellanrum i samhället – ett slags frizon mellan stat, kommun, marknad och familj.

Det finns också anledning att påpeka att den frivilliga sektorn kontinuerligt förändras och att två inriktningar nu tycks vara på väg att ta större plats än tidigare. Det gäller å ena sidan en intresseorganisering som bygger på direkt ekonomiskt egenintresse och å andra sidan en typ av organisering där sektorn används som arena för självförverkligande genom olika aktiviteter²⁸.

Sammanfattningsvis kan sägas att ideella insatser har en stor och stabil omfattning i Sverige och att det verkar ha skett en viss, om än relativt liten, ökning under 1990-talet. Här har visats att detta ideella arbete med sina olika inriktningar och funktioner får betydelse för medborgarnas välfärd, både direkt och indirekt.

3.5 Socialt inriktade insatser som görs av ideellt verksamma och anställda

I detta avsnitt är avsikten att beskriva inom vilka slags sammanhang socialt inriktade insatser görs och vad de kan bestå av. Fokus ligger fortsatt på obetalda ideella insatser men dessa utformas inte sällan inom verksamheter och i organisationer som också har anställda. I någon mån beskrivs också dessa.

Drygt en miljon svenskar uppgav 1992 att de hade gjort obetalda ideella insatser i en socialt inriktad frivilligorganisation under det år som föregick intervjutillfället.²⁹ I nedanstående tabell, som baseras på uppgifter från de båda ovan nämnda befolkningsundersökningarna, ges en bild av utvecklingen under 1990-talet.

att man måste göra en tydlig åtskillnad mellan föreningsdeltagande och demokratisk integration samt mellan socialt och politiskt kapital. Även Rothstein (2000) har uppmärksammat detta.

²⁸ Se t.ex. Wijkström 2000a; Selle 1996 samt Wollebaeck, Selle & Lorentzen 2000.

²⁹ Här avses de organisationer som både har en uttalad social målsättning och vad Blennberger (1993b) kallat en primär välfärdsinriktning. Det sistnämnda behöver emellertid inte gälla hela organisationens verksamhet.

Tabell 3. Andel (%) som utfört ideella insatser i socialt inriktade organisationer 1992 och 1998/1999. Totalt samt efter kön, 16–74 år

	1992			1998/1999		
	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor
Ideella insatser (%)	20	18	24	22	17	26

Som vi ser i Tabell 3 har den grupp som gör insatser i socialt inriktade organisationer blivit något större under 1990-talet. Vi ser också att vid båda tidpunkterna är denna typ av insatser betydligt vanligare bland kvinnor än män. Insatserna fördelas vid slutet av 1990-talet så att 12 procent av befolkningen gör ideellt arbete i organisationer som i första hand gör insatser för andra, 8 procent i organisationer som bygger på egenorganisering medan 2 procent utför insatser i offentlig regi (för beskrivning och diskussion av dessa tre typer av socialt inriktade organisationer, se nedan). Den ökning som skett verkar helt och hållet äga rum i den förstnämnda typen av organisation. Den tid man ägnar åt insatser verkar inte ha förändrats under 1990-talet. Däremot kan det påpekas att de aktiva i organisationer som bygger på egenorganisering i genomsnitt gör en liten tidsinsats.

Inför den fortsatta presentationen skall det sägas att forskningen om den socialt inriktade delen av frivilligsektorn har visat att man bör ta hänsyn till två grundläggande betingelser: dels den svenska folkrörelsetraditionen med sina specifika karaktäristika, dels den välfärdsstatsmodell som Sverige utvecklat och som med sin övergripande karaktär och utformning får betydelse för de socialt inriktade frivilligorganisationernas struktur, utbredning, inriktning och utformning.³⁰

Verksamheterna inom denna del av den frivilliga sektorn utgår från högst olika premisser och har mycket olikartad inriktning och utformning. Det blir därför av vikt att försöka skilja mellan olika typer av sådana verksamheter. En första grov indelning kan göras mellan å ena sidan verksamheter och insatser som tar sin utgångspunkt i *egenorganisering* och självhjälp (det vill säga sådant arbete som utförs i till exempel handikapp-, nykterhets- och pensionärsorganisationer), och å andra sidan sådana aktiviteter och insatser

³⁰ Se t.ex. Lundström 1995a och b; Lundström & Wijkström 1997 samt Svedberg 1996 och 2000.

som i första hand är inriktade på att göra *insatser för andra* och som i sin tur sker i till exempel humanitära organisationer och religiösa församlingar. I tredje hand har vi också frivillig organisering och *insatser som sker i offentliga verksamheter*.³¹

I avsikt att försöka precisera och klargöra med vilka skilda utgångspunkter och betingelser sådant här arbete bedrivs och samtidigt antyda ett antal viktiga funktioner görs här en skissartad presentation av tre analytiskt åtskilda organisationstyper.³²

Den första ges beteckningen en *skandinavisk icke-professionell och demokratisk styrd organisation* och karaktäriseras på nedanstående sätt:

Grundläggande betingelser och inriktning

- egenorganisering/intresseorganisering
- folkrörelseinriktning/demokratiska beslutsstrukturer
- ideologisk medvetenhet och enhetlighet
- självhjälpsinriktning i första hand
- huvudsakligen obetalda ideella insatser
- "aktiviteten" är primärt utåtriktad
- "ideologin" är till en del förändringsinriktad

Verksamhetsområden

- företrädar- och ombudsmannarbete
- utbildnings- och informationsaktivitet
- allmänna sociala aktiviteter och rekreationsaktiviteter
- direkta sociala insatser

De stora pensionärsorganisationerna kan stå som prototyp för denna första organisationsmodell.

³¹ För översikter se till exempel Svedberg 1993; Lundström & Svedberg 1998.

³² Avsikten är att för ett teoretiskt syfte lyfta fram och renodla centrala drag och dimensioner. Ingen av de här typerna kan i sin fulla vidd förväntas återfinnas bland faktiska organisationer, annat än undantagsvis (se också Sjöstrand 1995). Indelningen bygger vidare på tidigare typologiseringsförsök (se Svedberg 2000 och Lundström & Svedberg 1998). Detta typologiseringsförsök tar för det första utgångspunkt i grundläggande betingelser och inriktning samt avser för det andra att peka ut organisationernas centrala verksamhetsområden. Dessutom förhåller vi oss till en teoretiskt skapad typologi som Selle och Øymyr (1995) har presenterat för att fånga upp förändringar i det skandinaviska frivilligorganisationsväsendet. En första dimension avser aktivitet – här skiljer man mellan utåtriktade och inåtvända organisationer. En andra avser organisationens ideologi – här skiljer man mellan förändringsinriktade eller status quo-inriktade organisationer. En tredje avser organisationssocialisering – här skiljer man mellan om organisationen får en stark och betydelsefull ställning i den enskildes liv eller om den är begränsad och svag. Den sistnämnda beaktas inte här. Det empiriska underlaget för ovanstående indelning baseras på ett antal studier som genomförts av socialt inriktade frivilligverksamheter/organisationer (se Svedberg 1993; Jeppsson Grassman & Svedberg 1993, 1995, 1996; Johansson 1997a och b samt 1998; Nordfeldt 1994 och 1999).

Den andra organisationstypen ges beteckningen en *frivillig-organisation av anglosaxisk typ*, och kan kortfattat karakteriseras på följande sätt:

Grundläggande betingelser och inriktning

- idéburen men inte i en folkrörelsetradition/inga demokratiska beslutsstrukturer
- ideologisk medvetenhet, i huvudsak enhetlig
- insatser för andra
- professionella verksamheter med få/inga ideellt verkamma
- "aktiviteten" entydigt utåtriktad
- "ideologin" i huvudsak icke-förändringsinriktad

Verksamhetsområden:

- direkta sociala insatser av humanitärt slag
- direkta sociala insatser med tydliga professionella anslag

De stadsmissioner som finns i Sverige kan stå som prototyp för denna organisationsmodell.

Den tredje typen av organisering ges beteckningen en *kvasiideell verksamhet inom ramen för en offentlig organisation*, och kan ges följande attribut:

Grundläggande betingelser och inriktning:

- ofta utgångspunkt i lagstiftning
- ursprungligt idébaserad
- ej ideologiskt förankrad i den offentliga administrationen
- olikartade beslutsstrukturer
- snävt uppgiftsorienterad i avsikt att göra insatser för andra
- de facto professionellt ansvariga med ideellt och mer eller mindre yrkesmässigt verkamma utförare
- "aktiviteten" är entydigt utåtriktad och "ideologin" är icke-förändringsinriktad³³

Verksamhetsområden

- socialt stöd och direkta sociala insatser

³³ Ett försök att karakterisera dessa verksamheter försvåras av att det finns överordnade lagstiftningar som innefattar tydliga idéburna avsikter om medborgerligt deltagande och om behov av lekmannainsatser, samtidigt som dessa lagstiftningsambitioner lokalt skall organiseras av professionella vård- och omsorgsarbetare, vilket många varken verkar vara idémässigt eller kunskapsmässigt skolade för (för översikt, se Hammare 2001).

De kontaktfamilj- och kontaktpersonverksamheter som finns i den kommunala socialtjänsten, liksom övervakarna i kriminalvården kan få illustrera utförarna i denna tredje typ av organisering.

Vi vill dock understryka att svenska socialt inriktade frivilligorganisationer i sin konkreta utformning sällan är renodlade till sin karaktär. Organisationer av så olika slag som å ena sidan handikapporganisationer och å den andra Röda Korset och Rädda Barnen har drag av både den första och den andra organisations-typen. Den tredje typen av organisering avviker från de övriga, samtidigt som den är väl förankrad i svensk socialpolitisk tradition.

I en totalundersökning från 1993 av svenska riksorganisationer som gör direkta sociala insatser³⁴ visade sig dessa organisationer sammanlagt ha omkring 2,5 miljoner medlemmar. Uppskattningsvis 500 000 beräknades vara aktiva och göra insatser på reguljär basis. Av dessa uppskattades i sin tur nästan 200 000 göra direkta sociala insatser. Mycket lågt räknat utförde de sist nämnda arbetsinsatser motsvarande 10 000 helårsarbeten. Därtill kommer de anställda som gör direkta sociala insatser inom dessa organisationer, vilka utgör knappt 10 000 personer – beräknat på helårsarbeten. Om vi till detta lägger de insatser som medborgarna enligt befolkningsstudien från 1992 visade sig göra som ideellt verk-samma inom offentlig sektor, samt de insatser med direkt social inriktning som utförs av anställda i vad som här kallats frivillig-organisationer av anglosaxisk typ, når vi upp till minst 25 000 helårsarbeten.³⁵ Därmed kan det läggas fast att de direkta sociala insatser som sammantaget görs av ideellt verk-samma och anställda inom socialt inriktade frivilligorganisationer och av ideellt verk-samma i offentlig sektor har en betydande volym, både i absoluta och relativa termer.

Vad består då dessa omdebatterade socialt inriktade insatser av? Inledningsvis skall sägas att socialt inriktade insatser är svåra att avgränsa, bland annat därför att det i en svensk förenings- och folk-rörelsetradition inte alltid – eller kanske ens oftast – artikuleras som sociala.³⁶ I den ovan nämnda riksorganisationsstudien visade det sig dock att så gott som alla organisationer har *stödverksamheter*

³⁴ De här organisationerna har drag av framförallt den första men också av den andra av de ovan redovisade organisationstyperna.

³⁵ Se Svedberg (1993) men också Jeppsson Grassman (1993) och Lundström & Wijkström (1997).

³⁶ I den ovan anförda europeiska komparativa studien framkom också att framför allt vedertagna internationella begrepp såsom "service" och "klient", men också "insats", ofta saknar relevans i svensk frivillighet, åtminstone på lokalplanet (se Jeppsson Grassman & Svedberg 1995).

av olika slag; till exempel öppethusaktiviteter, insatser med stödpersoner och uppsökande verksamheter. Aktiviteterna är ibland mindre strikt organiserade och snarast uttryck för vänskapsrelationer inom föreningslivet. Därutöver bedriver en majoritet av organisationerna *biståndsverksamheter*, till exempel i form av rättshjälp eller ekonomiska bidrag. Nära hälften av organisationerna bedriver dessutom *behandlings-* och *omsorgsverksamheter*, till exempel behandlingshem för alkoholmissbrukare och eftervårdsverksamheter av olika slag. Inom det sistnämnda området är både antalet och andelen anställda större än inom de andra verksamhetsfälten. Samma studie visade vidare att de direkt socialt inriktade insatserna ibland har en stor och till och med avgörande betydelse inom vissa nischer av det sociala fältet, som till exempel i ungdomsverksamhet, i arbetet med alkohol- och narkotikamissbrukare, i stöd, kris- och rådgivningsverksamhet, i kontaktarbete av olika slag – inte minst för utsatta barn och familjer samt för utsatta grupper, som flyktingar, hemlösa och misshandlade kvinnor (se Svedberg 1993).

För att få en uppfattning om hur detta bistånd når ut kan man för ett ögonblick byta perspektiv. I befolkningsundersökningen från 1998/1999 undersökte Jeppsson Grassman och Svedberg (1999) i vilken utsträckning medborgarna fått del av insatser eller stöd från någon förening eller organisation – inkluderat Svenska kyrkan – under det senaste året. Så många som 12 procent svarade att så varit fallet. Sammanlagt omkring en halv miljon människor hade fått stöd från en socialt inriktad organisation och flera hundra tusen från en fackförening eller annan intresseorganisation – en ansevärd del av befolkningen.

I samma studie konstaterades att 75 procent av alla som gör en ideell insats i en socialt inriktad organisation också är medlemmar. Detta är, som vi sett, en något lägre andel än för dem som gör ideella insatser i allmänhet, men tyder ändå på att medlemskap och allmänt deltagande i föreningslivet verkar vara viktiga villkor för att mycket av de socialt inriktade insatserna skall komma till stånd.

Möjligen är det så att de mer lösligt strukturerade, eller till och med informellt baserade, aktiviteterna som uppstår spontant inom föreningslivets ramar har minst lika stor betydelse för välfärden som de ovan nämnda. Det sociala stödet eller den ömsesidiga hjälpen verkar vara mer eller mindre integrerade i övriga föreningsverksamheter och består nästan uteslutande av icke-professionella aktiviteter. En viss grad av ömsesidighet tycks utvecklas inom

organisationer inriktade såväl på egenorganisering som på insatser för andra. En slutsats är att en del av det som kan kallas sociala insatser eller hjälp och stöd inte fångas upp med de förståelseramar som karakteriserar både svensk välfärdsforskning och internationell frivilligforskning.³⁷

För att man inte skall luras att tro att verksamheterna i socialt inriktade organisationer karakteriseras av massiva och målinriktade insatser eller av strikt organiserade egenaktiviteter är det värt understryka att den totalt sett vanligaste verksamheten verkar vara allmänna sociala och rekreationsinriktade aktiviteter. De aktiva är, vid sidan av att bistå med stöd och hembesök, också i hög grad sysselsatta med inkomstbringande verksamheter, som tillverkning för försäljning, försäljning av lotter med mer.³⁸

De dominerande verksamheterna och insatserna kan karakteriseras som *folkrörelsebaserade sociala insatser* som fyller komplementära funktioner – närmast i meningen av att vara en extra välfärdsförstärkare – gentemot familj och offentliga verksamheter. Detta arbete har en ansenlig omfattning. Men vi har också sett att i Sverige, precis som i resten av Europa, utför frivilligorganisationerna mer fundamentala och grundläggande insatser för vissa begränsade grupper. Utifrån ett välfärds perspektiv blir det av stor vikt om alla de olika slagen av insatser och ömsesidigt stöd bidrar till att förbättra välfärden – eller ibland kanske snarare minska ofärden – och om de är unika eller lätta att ersätta med andra slags insatser. Om detta vet man i dag mycket litet. Dessa frågeställningar är svagt belysta när det gäller offentliga insatser, men i än högre grad frivilliginsatser. Den knappa forskning som finns pekar mot att det finns unika inslag i vissa verksamheter som knappast låter sig ersättas med något annat, som till exempel det erfarenhetsbaserade ömsesidiga stöd som där kan utvecklas. Vad som också tycks skilja ut vissa frivilligverksamheter – framförallt sådana som riktas mot mycket utsatta – från mycket av de offentliga insatserna verkar paradoxalt nog vara kontinuiteten, att

³⁷ Se Jeppsson Grassman & Svedberg 1995. Detta utgör naturligtvis också en grundläggande svårighet för den typ av ansatser som här refereras och som försöker avgränsa och beräkna omfattningen av insatser. Det knyter också an till de tidigare resonemangen om risken för att sektorn beskrivs och tolkas i paradigm som inte är avpassade efter dess egna förutsättningar.

³⁸ Dessa uppgifter är från studier av socialt inriktade organisationer genomförda 1994 (se Jeppsson Grassman & Svedberg 1995), men det finns knappast anledning att tro att dessa förhållanden på något avgörande sätt skulle ha förändrats.

någon finns på plats när människor efterfrågar hjälp och att tid ställs till förfogande.³⁹

Under senare år har också rollen som ombud för enskilda medborgare blivit allt viktigare, inte minst i förhållande till offentliga verksamheter.⁴⁰ Till exempel kvinnojourerna, handikapprörelsen och pensionärsorganisationerna – men också en del humanitära organisationer – fyller en central roll som företrädare vid sidan av att vara utförare av direkta sociala insatser. Handikapp-, pensionärs- och barnvårdsorganisationer har under de senaste årtiondena starkt bidragit till att få till stånd förändringar i både lagstiftning och praxis som förbättrat både handikappades och äldres men också utsatta barns villkor. Samtidigt finns det i de verksamheter och insatser som här beskrivits uppenbara begränsningar och tillkortakommanden sett ur ett vidare samhällsperspektiv. Den slutsats som kan dras från de internationellt komparativa studier där Sverige deltagit är att svenska frivilligorganisationer inte har den roll som serviceproducenter inom välfärdsstatens kärnområden som frivilliga eller så kallade non-profit organisationer har i många andra länder (se Jeppsson Grassman & Svedberg 1996 samt Lundström & Wijkström 1997).

Man kan dra några övergripande slutsatser:

- För det första har de socialt inriktade verksamheterna inom frivilligsektorn en betydande bredd – det gäller såväl direkta insatser som opinionsbildande och förebyggande verksamhet – och ibland en direkt avgörande betydelse, speciellt för vissa utsatta gruppers välfärd.
- För det andra är omfattningen av socialt inriktade serviceinsatser med avlönad personal inom den ideella sektorn begränsad, sett ur ett vidare samhällsperspektiv och ur ett europeiskt jämförande perspektiv.
- För det tredje verkar andelen av befolkningen som gör insatser i socialt inriktade frivilligorganisationer ha ökat något under 1990-talet.

³⁹ Se Jess (1998 och 2001) fallstudier av frivilliginsatser från ett brukarperspektiv, liksom Jeppsson Grassman & Svedberg 1993; Nordfeldt 1994; Helmersson Bergmark 1996; Karlsson 2000 och Bodin 2001.

⁴⁰ Det stora behovet av ombud illustreras i t.ex. länsstyrelsernas tillsyn av den kommunala socialtjänsten, se Socialstyrelsen 2000.

3.6 Åtskilliga medborgare gör informella insatser

Låt oss nu för ett ögonblick lämna de ideella insatserna och i stället vända uppmärksamheten mot de informella insatser som utförs bland medborgarna. Här skall inledningsvis nämnas att dessa insatser ofta äger rum i, eller i anslutning till, någons bostad men att de naturligtvis kan ske på helt andra håll som till exempel på arbetsplatser eller i det offentliga rummet.

Jeppsson Grassman fann i befolkningsstudien från 1992 att en oväntat hög andel medborgare utförde sådana insatser. I undersökningen ställdes frågan om man *regelbundet utför oavlönade insatser för anhöriga, grannar, vänner eller arbetskamrater som man inte bor med*. Dessa insatser förutsätts äga rum utanför det organisations- och föreningsliv som tidigare beskrivits, men det finns anledning att återigen poängtera att det kan vara svårt att dra gränser i vissa fall, till exempel mellan den väntjänstverksamhet som en pensionärsorganisation anordnar och där en medlem både regelbundet ringer till någon annan klubbmedlem och gör informella insatser utanför föreningens regi för samma person. Genom nedanstående tabell, som är hämtad ur Jeppsson Grassman & Svedberg (1999:154), får vi en bild av utvecklingen under 1990-talet.

Tabell 4. Omfattningen på regelbundna informella stöd och hjälpinsatser för någon utanför det egna hemmet, 1992 och 1998/1999. Andel (%) samt genomsnittligt antal insatstimmar. Totalt samt efter kön, 16–74 år

	1992			1998/1999		
	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor
Informella stödinsatser (%)	28	29	27	30	28	31
Antal timmar/månad	12	9	15	12	11	13

Andelen som gör informella insatser är, som vi ser i tabellen, stor och stabil under 1990-talet. Något fler verkar göra insatser vid slutet av decenniet än vid dess början. Totalt sett gör också kvinnorna en något större insats. Av dem som gör insatser är det tre fjärdedelar som ger stöd och hjälp till anhöriga som man inte lever med. Samtidigt är det en tredjedel som hjälper andra än

anhöriga eller både andra och anhöriga. En annan befolkningsstudie som genomfördes 1994 pekar mot att huvuddelen av det här slaget av insatser riktas mot äldre (se Busch Zetterberg 1996).⁴¹ Vad det främst handlar om är till exempel matinköp, städning, tvätt, trädgårdsskötsel och skjutsning. Det kan emellertid också vara mer renodlade vård- och omsorgsinsatser, liksom insatser som är av ett helt annat slag och som vänder sig till andra grupper. Här kan barn-omsorgsinsatser från mor- och farföräldrar nämnas.

Jeppsson Grassman och Svedbergs data från 1998/1999 visar att andelen bland dem mellan 60–74 år som gör regelbundna insatser är ännu större – 35 procent. Antalet insatstimmar per månad är 18 inom denna grupp, att jämföras med den övriga befolkningens genomsnittliga insats om 12 timmar per månad. Bland dessa äldre görs så mycket som hälften av insatserna för någon som man inte är släkt med.⁴² När det gäller de allra äldsta finns inga uppgifter över tid men både Sundströms och Hassings studie från 2000, jämte Jeppsson Grassman och Svedbergs data från 1998/1999, visar att påfallande många säger sig göra sådana här insatser.⁴³

Dessa insatser kan ses både som resurser, förpliktelser och handlingar. Genom att utföra dessa handlingar får man kontakter, uppskattning och erkänsla. Dessutom blir man delaktig och handlingarna kan ge mening, inte bara för den som får del av dem utan också för den som utför handlingarna. Men de äldres situation är sammansatt. Jeppsson Grassman och Svedberg (1999:159) beskriver den till exempel på följande sätt: "Kanske rör det sig för de äldre vid slutet av detta sekel om ett komplext samspel mellan att vara en resursstark grupp äldre med en stark tradition i ryggen, en potential samt vilja att göra insatser å ena sidan och att å andra sidan utsättas för ett visst och möjligen ökande tryck att hjälpa andra, till exempel förvärvsarbete barn som är pressade i

⁴¹ Denna undersökning baseras på ett riksrepresentativt urval för 16–89-åringar.

⁴² Både uppgifter från SCB (1992) och bearbetade av Rydenstam & Wadenskog (1997) och från Busch Zetterbergs tidigare citerade studie ligger i linje med dessa data men på något lägre nivåer.

⁴³ Sundström och Hassings undersökning består av ett riksrepresentativt urval av personer som var 75 år och äldre och som var vad som kallas hemmaboende. Både Jeppsson Grassman & Svedberg och Sundström & Hassing har frågat de äldsta om regelbundna insatser för någon man inte bor med – de förra med en mer allmän frågeställning och de senare med specifikationen "som är sjuk, handikappad eller äldre". Det blir rätt stora skillnader i svarsfrekvenser. Detta exempel illustrerar väl de analysrelaterade vanskligheter som genast uppstår när man försöker jämföra data som samlats in med olika frågeformuleringar. När precisionen i frågeställningen ökas på ovanstående sätt, verkar det mer än halvera antalet svar. Till detta skall läggas problemet med de stora bortfall som vidhåfter flera undersökningar av de allra äldsta åldersgrupperna.

arbetslivet och jämnåriga som inte får den hjälp och det stöd man egentligen behöver.”

Till skillnad mot de uppgifter som hittills presenterats och där det har varit möjligt att uttala sig om förändringar under 1990-talet finns det inga identiska uppföljningsundersökningar av hela befolkningens insatser av det slag som görs *regelbundet för någon som man bor tillsammans med och som är gammal, sjuk eller handikappad*. Det är naturligtvis både på teoretiska och på empiriska grunder viktigt att skilja mellan insatser som görs för någon man är släkt med och insatser som görs för andra än släktingar, liksom mellan insatser som görs inom respektive utom det egna hemmet. Dessa olika slag av stöd- och hjälpinsatser bedrivs på delvis olika grunder och under delvis olika betingelser. Av de studier som genomförts under 1990-talet kan vi ändå dra slutsatsen att mellan 5 procent och 7 procent av den vuxna befolkningen gör regelbundna insatser för någon *i det egna hemmet*. Bland de äldsta verkar det, naturligt nog, vara fler: nästan 10 procent i denna kategori tycks göra sådana insatser. I det senare fallet är det fråga om lika många män som kvinnor, och dessa gör mer omfattande insatser än yngre. Framför allt återfinns en grupp äldre kvinnor som gör stora insatser, mätt i tid. En överväldigande majoritet av de aktiva säger sig däremot inte ha ökat sina insatser under 1990-talet.⁴⁴

Om vi ser till hela den grupp i den vuxna befolkningen som gör en informell insats, i eller utanför det egna hemmet, är det i genomsnitt en *begränsad insats i tid* som görs. Sannolikt är detta en mycket viktig betingelse för att en så stor grupp som en tredjedel av den vuxna befolkningen ger sådan här hjälp och sådant stöd på regelbunden basis. Dessutom utförs naturligtvis sådana här insatser ofta i samspel med andra.

När man jämför med andra länder finner man en del studier som haft någorlunda lika utgångspunkter och likartade frågeställningar. Det visar sig att en ungefär lika stor andel av den danska befolkningen verkar göra sådana här insatser, liksom av den brittiska befolkningen. Busch Zetterberg (1996) har med jämförbara data kunnat visa att andelen som gör en insats för någon sjuk, handikappad eller gammal i det egna hemmet verkar vara mindre i Storbritannien än i Sverige. Svenskarna verkar alltså göra informella insatser i minst lika hög utsträckning som befolkningar i andra

⁴⁴ Se Busch Zetterberg 1996; Jeppsson Grassman & Svedberg 1999 samt Sundström & Hassing 2000.

jämförbara europeiska länder. Den amerikanska befolkningen verkar däremot göra sådana här insatser i högre utsträckning än många andra.⁴⁵

Vi vet att den kommunala hemhjälpen för äldre numera när betydligt färre än tidigare. Det genomsnittliga antalet timmar som medborgarna gjort insatser verkar dock, som vi sett, inte ha ökat mellan början och slutet av 1990-talet. Inte heller tycks andelen i befolkningen som säger sig göra stora insatser ha ökat under decenniet, varken bland män eller bland kvinnor (se Jeppsson Grassman & Svedberg 1999). Både Genell Andrén & Johansson (1998) och Szebehely (1994) poängterar att det under 1990-talet skett en informalisering av omsorgen bland de sammanboende äldre, såtillvida att en något större andel av de anhöriga själva får göra alla insatser. Huruvida detta lett till att en större andel av befolkningen gör regelbundna anhöriginnsatser vet vi emellertid ingenting om. Vad man kan säga är att huvuddelen av de äldre sammanboende, som gör insatser för någon i det egna hemmet vid intervjutillfället, säger att de inte utökat sitt eget stöd under 1990-talet. En mindre grupp – omkring 20 procent – tycks emellertid ha ökat sina insatser.

Situationen verkar sammansatt. Å ena sidan drar Jeppsson Grassman och Svedberg (1999:164) följande allmänna slutsats: "Våra data tyder på att det 'sociala kontrakt' som finns mellan anhöriga inte har genomgått några större förändringar under 1990-talet. Om det funnits försök att skriva om det kontrakt som vuxit fram mellan anhöriga och staten – här i form av kommuner och landsting – kan vi konstatera att detta inte verkar ha fått något tydligt utslag på befolkningsnivå." Å andra sidan drar de som undersökt *de äldstas* hjälpbehov slutsatsen att: "... andra former av omsorg än den klassiska hemhjälpen – både från andra offentliga insatser och hjälp från anhöriga m.fl. – täcker tomrummet efter den hemhjälp som 'försvunnit'." (Sundström & Hassing 2000:56.) Med utgångspunkt från sina data menar de också att fördelningen mellan informella insatser och formella insatser tycks ha förskjutits något under den andra delen av 1990-talet.⁴⁶

⁴⁵ Se t.ex. Anker & Koch Nielsen 1995; 1997 National Survey on Voluntary Activity (The United Kingdom). Technical Report 1998; Davis Smith 1998 samt Wilson & Musick 1997.

⁴⁶ Uppgifter som talar i samma riktning men som har andra utgångspunkter visar att bland dem som får hjälp från hemtjänsten i Stockholm har andelen som uppger att de får kompletterande hjälp från annat håll ökat från 38 procent till 52 procent mellan 1995 till 1998 (se Fried 1998).

Det finns – vilket till exempel Kommittén Valfärdsbokslut (SOU 2000:3) påpekat – så gott som ingen svensk forskning som mer ingående försökt ringa in samspelet mellan informella och formella insatser för de allra äldsta, varken på mikro- eller makro-nivå. Med utgångspunkt i de begränsade studier som dock utförts i Norden finns det inte anledning att i första hand betrakta relationen mellan informella insatser och den offentliga sektorns välfärdsinsatser som kommunicerande kärn. Lingsom (1998) fann i stället att andelen anhöriginnsatser i Norge verkar relativt opåverkad av satsningar eller neddragningar inom den offentliga omsorgen. Trots detta torde det vara rimligt att anta att mer omfattande förändringar inom till exempel offentlig äldreomsorg kommer att få något genomslag i andra slags insatser, bland annat i de informella (se också Szebehely 1999). Kanske utgör ökningen – visserligen modest men ändå – av anhöriginnsatser för de äldsta hemmaboende medborgarna ett exempel på detta.

Diskussionen om de äldre och deras behov av stöd och hjälp kan tyckas paradoxal. Å ena sidan har de informella insatserna knappast alls uppmärksamrats förrän under de sista åren. Å andra sidan har under dessa år ibland ett budskap förmedlats om att vad som ofta kallas anhöriginnsatser är större eller till och med mycket större till omfattningen än de formella insatserna.⁴⁷ Dessa påståenden kan granskas lite närmare. Johansson (1991) visade i ett banbrytande arbete att relationen mellan informella och formella insatser var 2 till 1 för de *hemmaboende* äldre. De befolkningsstudier som genomförts under 1990-talet ger något bättre möjligheter än tidigare att försöka göra en uppskattning av hur stora de regelbundet informella insatserna sammantaget skulle kunna vara. För att man skall kunna jämföra med anställdas insatser omvandlas den sammanlagda tid som medborgarna rapporterar till helårsarbeten. Man finner då att den totala mängden regelbundet utförda informella insatser för till exempel 1998/1999 skulle kunna uppskattas till att motsvara omkring 200 000 helårsarbeten. Om man också försöker ta hänsyn till hur stor del av dessa informella insatser som enligt tillgängliga data verkar ägnas äldre kan andelen uppskattas till mellan 120 000–150 000 helårsarbeten. Detta kan i sin tur jämföras med att omkring 200 000 personer samma år var

⁴⁷ Från att från början ha varit en diskussion om insatserna för de hemmaboende äldre (se t.ex. SOU 1994:139) så har det glidit över till att röra alla slags insatser för de äldre. Detta är fallet i en rapport från t.ex. Svenska Kommunförbundet (Bring 1999) och i proposition 1997/98:113 – Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.

anställda inom alla de olika delarna av äldreomsorgen och hos olika typer av arbetsgivare inom området. Om man drar bort dem som utförde administrativt arbete eller ledningsarbete och räknar om de anställdas tjänster till helårsarbeten finner man att det uppskattningsvis var mellan 110 000–130 000 heltidsanställda som hade direkta vård- och omsorgsuppgifter. Till detta kan läggas färdtjänstinsatser och andra slag av insatser. På grund av de osäkra och inte helt jämförbara underlagen bör man visserligen vara försiktig, men en tentativ slutsats är att *det tycks finnas en någorlunda jämn balans mellan mängden informella och professionella insatser för de äldre, antagligen med viss övervikt för de informella*.⁴⁸

Det bör understrykas att de informella insatserna uppstår i en annan sfär och utformas i en annan rationalitet och under andra betingelser än professionella insatser i offentlig eller annan regi. De olika typerna av insatser – informella och formella – är inte på något enkelt sätt utbytbara, och ansatsen att se dem som komplement – i meningen parallell resurs – till varandra har visserligen ett värde, men ett begränsat sådant.⁴⁹

De data och uppgifter som presenterats kan sammanfattas i två påståenden:

- För det första kan vi slå fast att de informella insatserna har avgörande betydelse för att skapa och upprätthålla välfärden för gamla människor i Sverige. Man kan också, på grundval av de uppgifter som finns att tillgå, utgå från att de har stor betydelse även för funktionshindrade eller sjuka i andra åldrar.

⁴⁸ Det här försöket till att klargöra insatsvolymerna skall närmast ses som ett räkneexperiment, samtidigt som de data som nu finns tillgängliga har en större täckning än vad som hittills varit fallet (se Busch Zetterberg 1996; Jeppsson Grassman & Svedberg 1999 samt Sundström & Hassing 2000). Beräkningarna utgår också konsekvent från dem som gör insatser. I de underlag som används här finns naturligtvis ett antal felkällor, både avseende informella och professionella insatser. Samtidigt är det värt att påpeka att uppgifter om hur stor andel av personalen som arbetar med äldreomsorg och hur stor andel som utför arbetsledande uppgifter samt sysslar med administrativt arbete, liksom hur deltid- respektive heltidssysselsättningen ser ut verkar bygga på relativt tillförlitliga uppskattningar (Socialstyrelsen 1999 samt muntliga uppgifter från Svenska Kommunförbundet 2001). Ett sådant här försök till överslagsberäkning omintetgår om man börjar värdera eller skilja på olika slag av insatser, samtidigt som det möjligen framstår som metodologiskt och empiriskt aningen dubiöst att jämföra t.ex. trädgårdsskötsel i anslutning till en gammal persons hem med omvårdnad i så kallat äldreboende. Andersson (1993 och 1994) tycks vara en av de få som tidigare försökt beräkna de totala insatserna. Författarens slutsats är att de offentliga insatserna är större.

⁴⁹ Det finns anmärkningsvärt lite skrivet om detta på svensk botten. För översikt se Hansson, Jegermalm och Whitaker 2000 samt avseende en internationell diskussion t.ex. Horowitz 1985 och Finch & Mason 1990.

- För det andra verkar de informella insatserna i sin helhet utmärkas av stabilitet, både vad gäller antal personer som gör insatser och vad gäller omfattningen på dessa, samtidigt som insatserna verkar öka något för vissa grupper under 1990-talet.

3.7 Medborgarnas syn på ideella och informella insatser

Mot bakgrund av den debatt som uppkom i början på 1990-talet ställdes i befolkningsstudien från 1992 en del frågor om medborgarnas syn på ideella insatser och på frivilligsektorn (se Jeppsson Grassman 1993). Sammanfattningsvis visade resultaten att svenskarna uttryckte en starkt negativ inställning till att frivilliga organisationer skulle ta över offentliga vård och omsorgsuppgifter. Däremot uttryckte en stor majoritet att det var viktigt att engagera sig själv för att lösa olika samhällsproblem.

I den europeiskt jämförande studien från 1994 ställdes återigen frågor om synen på ideellt arbete (se Jeppsson Grassman & Svedberg 1995 och 1996). Där framkom att svenskarna mer än de flesta andra betonade det ideella arbetets egenvärde och den frivilliga sektorns roll som egen självständig kraft. En tolkning var att detta kunde ses som en återspeglning av en fortsatt livskraftig folkrörelsetradition men kunde kanske i huvudsak förklaras med att den svenska frivilligsektorns tyngdpunkt återfinns i sport- och fritidsverksamheter och i till exempel fackliga verksamheter och boendesammanhang. Vid uppföljningsundersökningen från 1998/1999 av ideella insatser ställdes återigen samma frågor. Resultatet visar att synen på det ideella arbetets egenvärde och som demokratiskapande kraft verkar ha förstärkts under 1990-talets andra hälft (se Jeppsson Grassman & Svedberg 1999).

I detta kapitel har betonats att traditionella välfärdsstatliga forskningsansatser har ett begränsat värde om man vill försöka förstå ideella och informella insatser och deras plats i välfärdsbygget. Ett viktigt exempel på detta är de attitydundersökningar som under 1990-talet presenterat data om svenska folkets syn på välfärd och vilken form av stöd de skulle föredra vid eventuella framtida behov av insatser. Ett avgörande bekymmer med dessa studier är att frågeställningarna och de centrala begreppen utgår från ett välfärdsstatsparadigm som explicit eller implicit förutsätter professionella – ofta offentliga – insatser. Följande exempel

tydliggör detta: När Svallfors (se t.ex. 1996 och 1999), med utgångspunkt i den forskning som han bedrivit och som haft avgörande betydelse för vår förståelse av medborgarnas inställning till välfärdsfrågor och till välfärdstatens utformning, ställde frågor om medborgarnas syn på vem man ansåg vara bäst lämpad att sköta en viss insats användes endast begreppet service för att ange vad för slags hjälp, stöd eller insats det antogs handla om. Begreppet service är närmast entydigt förknippat med professionella insatser. Varför någon då vad gäller hjälp exempelvis till en äldre skulle välja eller föredra en anhöriginsats – detta anges som ett alternativ – framstår närmast som en motsägelse. Skälet till detta är att informella och ideella insatser ytterst sällan, vare sig i vardagsspråk eller något annat sammanhang, beskrivs eller förstås som service.⁵⁰ Att medborgarna mot bakgrund av sina erfarenheter och syn på ideella organisationer – också detta anges som alternativ under ett par olika beteckningar – skulle välja ett sådant alternativ för olika typer av "servicebehov" framstår knappast heller som möjligt. Detta förutsätter ett klagörande om att sådana verksamheter skulle komma att utföras på lika villkor som till exempel det offentliga – med för mottagaren garanterade insatser av visst slag utifrån ett politiskt uppdrag. Men så är inte fallet. Att medborgarna såsom Svallfors visar har en stark tilltro till offentliga insatser, liksom en allmänt negativ hållning till att *ersätta* sådana insatser med till exempel ideella eller informella insatser av olika slag, kan inte betvivlas. Men med det tillvägagångssätt som beskrivits här får vi veta litet, om något, om medborgarnas inställning till informella insatser. Det gäller också för hur medborgarna ser på att frivilligorganisationer utför service och omsorgsuppgifter som kontrakterade utförare med offentlig finansiering, liksom hur man ser på insatser från frivilligorganisationer som *komplement*, *alternativ*⁵¹ eller utförare av *pionjäruppgifter*.⁵²

⁵⁰ I Nationalencyklopedin (1998) och i Nationalencyklopedins ordbok (2000) beskrivs service som en åtgärd eller aktivitet som utförs för att betjäna kunder och som en uppsättning tjänster som ställs till förfogande för allmänheten eller kundkretsen.

⁵¹ När t.ex. ett representativt urval av Stockholms befolkning 1998 tillfrågades om hur de såg på Ersta Diakonistillskaps ställdes följande fråga: "Ersta Diakonistillskaps är en ideell förening som bedriver sjukvård, socialvård och vårdutbildningar. Anser Du att det behövs sådana alternativa vårdinrättningar i dagens samhälle eller anser Du inte det? På denna fråga svarade 91 procent ja, 5 procent nej och 4 procent var tveksamma (se SIFO 1998).

⁵² Ytterligare ett exempel är Andersson (1993) som i anslutning till en så kallad Eurobarometer har ställt frågan till ett riksrepresentativt urval av befolkningen 60 år och äldre, boende i hemmet: "Om du som gammal skulle få behov av hjälp och sjukvård under en längre tid ... vem skulle Du föredra att ta emot den nödvändiga hjälpen eller sjukvården av?" Utan preciseringar eller tillägg anges familj, kommun/landsting, frivilligorganisation och

Med en lite annorlunda optik kan man få andra resultat. När Sundström & Hassing (2000) i en befolkningsstudie bland de äldsta under 2000 med mer precisa och språkligt neutrala frågor undersöker vilket slags hjälp dessa föredrar för olika behov visar sig en överväldigande majoritet vilja ha hjälp från anhöriga vid kortare insatsbehov och knappt hälften vilja ha stöd från någon annan än det offentliga vid långvariga hjälpbehov, främst från den egna maken/maken.

Sammantaget kan man konstatera att kunskaperna är små vad gäller medborgarnas syn på ideella och informella insatser. Data pekar möjligen också på att det verkar ha ett begränsat värde att jämföra och jämföra ideella och informella insatser med till exempel offentliga insatser. Skall sådana jämförelser göras krävs ett hänsynstagande till de specifika betingelser som gäller för sådana slags insatser som här beskrivs.

3.8 Betingelser för att göra ideella och informella insatser

De befolkningsstudier som genomförts 1992 och 1998/1999 och som tidigare redovisats visar att drygt tre miljoner svenskar hade gjort en ideell insats inom en organisation under föregående år och att drygt två miljoner hade gjort regelbundna informella insatser. Till dels är det fråga om människor som gör insatser på olika områden samtidigt, men totalt sett innebär detta att två tredjedelar av alla medborgare mellan 16 och 74 år gör något slags oavlönad insats utanför det egna hemmet. Det betyder att dessa insatser utförs av alla slags medborgare, från alla slags klasskikt, i alla åldrar och under mycket olikartade betingelser. Det finns anledning att påminna om detta inför nedanstående redovisning. I detta avsnitt diskuteras betingelser och motiv för att göra ideella respektive informella insatser.

Vi har ingen säker kunskap om de direkta orsakerna till varför medborgarna gör insatser av de slag som här diskuteras. Det går endast att redovisa vissa bestämningsfaktorer som ökar sanno-

andra som svarsalternativ. Som bekant kan de flesta familjer inte ge sjukvård, och det finns ett mycket litet antal frivilligorganisationer som sysslar med sjukvård i vårt land. Författaren konstaterar att det offentliga får ett massivt stöd. Frågeställningen som använts utgör emellertid inte grund för att dra några slutsatser om vem/vilka de gamla föredrar att få hjälp av. Vad studien antagligen visar är att de äldsta ger den offentliga sjukvården ett starkt stöd.

likheten för att någon skall utföra ideella eller informella insatser samt att diskutera motiv och mönster.

Jeppsson Grassman (1993) fann i den första befolkningsstudien av ideella insatser från 1992 ett mönster som visade på ett relativt starkt positivt samband mellan människors allmänna grad av social exponering och att man faktiskt utförde insatser. Det som utmärkte de aktiva var därmed att de hade vad författaren kallat *tillgång till sociala arenor*, något som bland annat framgick av att nästan två tredjedelar av alla som gjorde insatser hade blivit ombedda att komma med i verksamheten. Liksom vid andra undersökningar av frivilligsektorn (se t.ex. Häll 1994) kunde Jeppsson Grassman också belägga ett annat mönster – inte särskilt starkt men ändå tydligt – som hade att göra med *socioekonomisk tillhörighet*. Det visade att LO-medlemmar, liksom de som bodde i hyreslägenheter, i något mindre utsträckning än andra gjorde insatser. Offentliganställda gjorde fler insatser än privatanställda. De som utförde ideellt arbete gjorde i större utsträckning också informella insatser. Frågan om vilka som gör vad i organisationerna besvaras så här: "Litet tillspetsat kan man dock hävda att medan de resursstarkaste, frivilligt aktiva utövar makten och styr organisationerna så är det de mindre resursstarka – äldre, kvinnor med låg utbildning och människor i hyreslägenheter – som bär upp den tidskrävande verksamheten på gräsrotsnivå genom penninginsamling och hjälpinsatser." (Jeppsson Grassman 1993:83). Trots att frivilligsektorn av tradition utgjort ett område där också svaga grupper kunnat få tillträde och komma till tals utgör den därmed ingen fredad zon från de köns- och klasstrukturer som styr samhället i övrigt. Parentetiskt skall sägas att dessa viktiga aspekter i liten utsträckning hittills har uppmärksamats av forskningen.⁵³

I den uppföljningsundersökning som Jeppsson Grassman och Svedberg (1999) genomförde under 1998/1999 bekräftades de ovan nämnda mönstren av dem som gör ideella insatser men med vissa förändringar. Det starkaste sambandet fanns nu mellan *utbildning* och ideella insatser. En förklaring som anges har att göra med att anspråksnivån och kraven på kompetens verkar ha ökat inom frivilligsektorn. I undersökningen konstateras också att det är de högutbildade som främst ökar sitt engagemang och i synnerhet kvinnor. Invånarna i storstäder tenderar nu också att vara mindre

⁵³ Starks och Hamréns (2000) nyligen påbörjade forskning utgör ett undantag. I en angelägen kunskapsgenomgång och granskning av tidigare forskning inom detta område intar de ett konsekvent genusperspektiv.

aktiva än de som bor i andra ortstyper. Studien visar vidare att det finns ett tydligt positivt samband mellan föräldrars ideella insatser och de vuxna barnens benägenhet att själva göra sådana insatser. Det finns slående likheter mellan dem som gör insatser i socialt inriktade organisationer, oberoende av om de görs inom till exempel kvinno- och handikapporganisationer eller i humanitära och kristna organisationer. Prototypen för dessa aktivister beskrivs som en resursstark men inte ekonomiskt privilegierad lite äldre kvinna som är aktiv både i socialt inriktade sammanhang och i andra sammanhang.

Under 1990-talet tycks medelåldern ha ökat för den grupp som gör de mest omfattande ideella insatserna. Författarna tolkar det som ett generationsfenomen. I den åldersgrupp där ideella insatser är vanligast – nämligen bland 45–54-åringarna – har man erfarenhet av att kunna påverka och förändra förhållanden samtidigt som många fostrats i en folkrörelsetradition. Detta verkar utgöra grogrund för ett långsiktigt och fortsatt engagemang.⁵⁴ Det är däremot bland de äldre – gruppen mellan 60–74 år – som engagemanget växer snabbast. Insatserna ökar allra mest inom det vi här kallat socialt inriktade organisationer, inte minst i pensionärsorganisationer och humanitära organisationer, men också inom idrotten. Också bland de allra äldsta – det vill säga de som är 75 år och äldre – verkar omkring en fjärdedel av alla vara aktiva och göra insatser.⁵⁵

De direkta individuella motiven för att göra ideella insatser låter sig inte enkelt fångas upp. Av den begränsade svenska forskning som finns om att göra insatser inom socialt inriktade organisationer framgår komplexiteten. Jeppsson Grassman (1997:102) beskriver det så här: "Genomförandet av det existentiella projektet är drivkraften – individens behov av att få något utträttat, hjälpa andra och gestalta sig själv." I en stor nordisk studie från mitten av 1990-talet av ideellt verksamma får fem motivdimensioner följande stöd bland de svenska deltagarna i studien:

⁵⁴ En parallell till denna utveckling tycks finnas i USA där Putnam (2000) visat på en "gyllene generation" av aktiva engagerade amerikaner. De flesta är födda från 1910-tal fram till 1940-tal, med tyngdpunkten på 1920-talet. Putnam visar också hur specifika betingelser och erfarenheter kan bidra till att förklara detta stora engagemang bland människor ur dessa generationer.

⁵⁵ De sistnämnda uppgifterna för de äldsta baseras dels på Sundström & Hassing 2000 och Jeppsson Grassman & Svedberg 1999.

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| - värdegrund/altruistisk hållning | - mycket starkt stöd |
| - lärande/personlig utveckling | - starkt stöd |
| - självuppfattning/självkänsla | - starkt stöd |
| - sociala förväntningar | - måttligt stöd |
| - arbetsmarknad/karriär | - litet stöd ⁵⁶ |

Om man för ett ögonblick lämnar de ideellt verksamma och granskar bakgrundsfaktorer för dem som gör informella insatser i 1998/1999 års befolkningsundersökning finns ett oväntat positivt samband mellan att ha högre utbildning och att göra insatser både utanför och i det egna hemmet. Naturligt nog slår också ålder igenom, så att insatserna ökar ju äldre man är. För den stora grupp medborgare som gör regelbundna insatser för någon eller några man inte bor med framstår dessutom, och återigen oväntat, inkomst som en viktig faktor. Sambandet skall tolkas så att ju högre inkomst man har, desto oftare tycks man vara benägen att göra regelbundna informella insatser för en släkting, vän, granne eller arbetskamrat. För dem som gör insatser för någon i det egna hemmet finns ett samband med ortstyp. Det visar sig att de som bor i storstäder gör betydligt färre insatser än andra.

När det gäller bakgrundsfaktorer som visar ett positivt samband med att man utför en aktivitet konstaterar Jeppsson Grassman och Svedberg (1999) sammanfattningsvis att det verkar finnas en hel del grundläggande likheter mellan de olika typerna av insatser men också vissa olikheter. Det är värt att återigen påpeka att de fenomen som granskas här har en bred förankring i stora samhällsskikt. Det innebär också att det inte tycks finnas några stora skillnader mellan invandrare och svenskfödda eller mellan arbetslösa och dem i arbete när det gäller att göra ideella och informella insatser.⁵⁷ Omvänt verkar det vara en knapp tredjedel av alla vuxna i befolkningen som inte utför någon av de här beskrivna insatserna. I denna kategori är det vanligare att man är *lägutbildad, låginkomsttagare som bor i storstad* och som dessutom haft *föräldrar som inte varit aktiva i föreningslivet*.

Sammantaget verkar det finnas vissa grundläggande dimensioner som synes bidra till att öka förståelsen för att människor utför

⁵⁶ Se Svedberg (red.) 2001.

⁵⁷ Det skall emellertid sägas att det finns ett positivt samband, inte särskilt starkt med ändock, mellan att vara invandrare och att göra något mer informella insatser för någon i det egna hemmet, liksom det finns ett positivt samband, inte heller det särskilt starkt, mellan att vara arbetslös kvinna och att bistå med mer omfattande hjälp och stödinsatser för någon man inte bor med.

insatser av olika slag. Några av dessa tycks vara: tillgång till egna resurser, tillgång till sociala arenor och traditioner.

Jeppsson Grassman & Svedberg (1999:172) finner också att åtskilliga individer har en aktiv samhällsroll som karaktäriseras på följande sätt: "Medborgarskapets gestaltning i form av frivilligt arbete och informella insatser verkar inte vara istället för några andra aktiviteter, utan tycks snarare ofta ha karaktären av ett både och; att både ingå i informella nätverk och ha ett frivillig-engagemang, att både göra informella och frivilliga insatser, att enkelt ha eller skaffa sig tillgång till flera arenor ...". Med detta sagt finns det anledning att betona att insatser också kan leda till en motsatt utveckling. Det sistnämnda gäller kanske för den grupp av äldre sammanboende som tar ett *omfattande ansvar* för någon i det egna hemmet. Detta ansvarstagande verkar kopplat till större isolering och mindre delaktighet, det vill säga man har glesare informella nätverk och gör betydligt mindre ideella och andra informella insatser än andra i samma ålder. Detta utgör möjligen ett exempel på när för stora åtaganden och ett för stort ansvar för den enskilde tenderar att urgröpa istället för att utveckla medborgarskapet.

Sammanfattningsvis kan man å ena sidan tala om resurser och handlingar som i ett växelspel förefaller generera kraft från varandra och mellan olika sfärer i det civila samhället. Detta kan antas skapa *tillhörighet* och bidra till ett inneslutande medan en frånvaro av samma resurser, handlingar och tillhörighet kan förväntas förstärka tendenser som kanske redan och på andra arenor verkar för ett uteslutande och en *social marginalisering*. Det här tycks bli till ett allvarligt och möjligen förstärkt dilemma.⁵⁸ Å andra sidan finns det skäl att påminna om att en del av den svenska och nordiska frivilligsektorns signum varit att man verkat som "röst" för dem som riskerar att marginaliseras och utestängas, samtidigt som dessa grupper själva deltagit som medlemmar och aktivister. Detta skiljer i viss utsträckning ut svensk frivilligsektor från stora delar av det övriga Europas. De ovan nämnda processerna tycks också fortsätta verka. Under 1990-talet har till exempel de som gör informella insatser – framför allt de så kallade anhörigvårdarna – organiserat sig i föreningar i långt större utsträckning än tidigare,

⁵⁸ Vad gäller en eventuell social marginalisering kan hänvisas till Svedberg 1998. Till exempel Maktutredningen (SOU 1990:44) har emellertid pekat på att ett karaktäristiskt drag för Sverige har varit att grupper, som i omställningstider tenderat att halka efter, så småningom åter kunnat förstärka sin ställning.

dels för att söka stöd hos varandra, dels för att ge "röst", både åt sin egen utsatta situation och åt de närstående man hjälper (se Gaskin & Davis Smith 1995 & Forssell 1998).

3.9 Diskussion

Uppgiften i detta kapitel har varit att beskriva omfattning av och inriktning på ideella och informella insatser samt där så varit möjligt beskriva förändringar som ägt rum under 1990-talet. I detta avsnitt presenteras först några viktiga resultat i punktform. Därefter diskuteras några av de rön och slutsatser som finns i texten, liksom ett par viktiga forskningsaspekter och slutligen kommenteras en hållning till framförallt ideella men också informella insatser som man nu kan skönja huvuddragen av.

Några av de centrala resultaten från den forskning som diskuteras kan summeras på följande sätt.

- Ideella insatser har en stor och stabil omfattning i Sverige, och en liten ökning tycks ha skett under 1990-talet. Också de informella insatserna har en stor och stabil omfattning, samtidigt som de verkar öka något bland vissa avgränsade grupper. Totalt sett innebär det att 2/3 av befolkningen mellan 16–74 år gör något slags oavlönad insats utanför det egna hemmet under ett år.
- De flesta aktiva individer gör en begränsad insats, räknat i tid. Det gäller både för dem som gör ideella och för dem som gör informella insatser.
- De ideella insatserna har avsevärd betydelse för medborgarnas välfärd, både direkt och indirekt.
- De insatser som utformas inom de socialt inriktade verksamheterna i frivilligsektorn har en betydande bredd och ibland direkt avgörande betydelse för vissa utsatta gruppers välfärd. Däremot är omfattningen av socialt inriktade serviceinsatser mycket begränsad.
- De informella insatser som utförs har avgörande betydelse för att skapa och upprätthålla välfärden för gamla människor i Sverige, men de är också viktiga för andra grupper, t.ex. funktionshindrade och sjuka.
- Omfattande ideella insatser görs i alla åldersgrupper men under 1990-talet framträder ett generationsfenomen. De som är födda på 1940-talet framstår som den mest aktiva åldersgruppen. De

- äldre gör i högre utsträckning informella insatser än de yngre, både inom och utanför det egna hushållet.
- Sammantaget framstår de äldre medborgarna som en allt handlingskraftigare grupp som gör allt fler ideella insatser av olika slag. Dessa insatser har i högre utsträckning än för andra grupper en direkt social inriktning.
 - Ideella och informella insatser görs av alla slags medborgare från alla slags klasskikt men den enskildes utbildningsnivå verkar under 1990-talet ha blivit en mer betydelsefull och särskiljande faktor. Det innebär att ju högre utbildningsnivå någon har, desto större är möjligheten att hon/han gör såväl ideella som informella insatser.
 - Den grupp som inte gör några insatser karaktäriseras i större utsträckning än andra av att man har låg utbildning, låga inkomster, bor i storstäder och har haft föräldrar som inte själva var aktiva i föreningslivet.
 - Medborgarna betonar det ideella arbetets egenvärde och frivilligsektorns roll som en egen självständig kraft. Hur medborgarna ser på informella insatser finns det föga kunskaper om.

Vid sidan av direkta stöd- och hjälpinsatser görs helt andra typer av insatser som har ett grundläggande värde för välfärden. Ett viktigt exempel på detta är att aktiva medborgare och organisationer agerar som företrädare och "röst" för utsatta. Detta sker både bland dem som gör ideella insatser och bland dem som gör informella insatser. Ett annat exempel är att insatser av olika slag kan bidra till att skapa gemenskap mellan människor.

I kapitlet har det samtidigt poängterats att detta relativt omfattande försök att redovisa, beräkna och kategorisera aktiviteter som ideella och informella insatser medför ett grundläggande tillkortakommande, såtillvida att en del av de aktiviteter som pågår såväl inom frivilligsektorn som inom den informella sektorn varken kan ses eller förstås utifrån begrepp som service eller ens insats. Den i kapitlet beskrivna dubbelhet och tvetydighet mellan å ena sidan samvaro och gemenskap och å den andra stöd och hjälpinsatser utgör ett särdrag, inte bara för många av de informella insatserna, utan också för avsevärda delar av de ideella insatser som kommer till stånd. I ett professions- eller serviceperspektiv får dessa insatser en ovisst mellanställning med en ofta oklar räckvidd. Det skapar svårigheter med förståelsen av dessa insatser, inte minst från vård och omsorgsprofessionernas sida. Detta utgör antagligen

också en del av förklaringen till varför dessa insatser i så liten utsträckning uppmärksammats av svensk välfärdsforskning. Men de ovan nämnda betingelserna skapar också svårigheter för den typ av forskning som här presenterats.

I denna text har utgångspunkten varit att de ideella och informella insatserna kan ses som uttryck för att medborgarna har en aktiv samhällsroll, samt att mycket av de aktiviteter som här beskrivits äger rum i det civila samhället men också inom familjen och i den offentliga sektorn. Resurser och handlingar har antagits samspela med och förstärka varandra. Ytterligare en typ av komponenter som lyfts fram är förpliktelser, traditioner och värdegrund. Det finns skäl att anta att sådana betingelser har betydelse både för dem som gör ideella och för dem som gör informella insatser, fastän med olika betoning för respektive insats. Det har emellertid också betonats att det inte blir begripligt att så mycket insatser görs – både ideella och informella – om man inte samtidigt påminner om att dessa aktiviteter ger delaktighet, mening och tillhörighet.

Det finns ett grundläggande värde i att man försöker förstå och förklara de insatser som här varit i blickfånget i dessas egen kontext. Det gäller inte minst informella insatser som görs av olika anhöriga och andra närstående. Det är viktigt att detta kan ske från för ändamålet anpassade teoretiska utgångspunkter och med specifika metodologiska anslag, vilka i sin tur kan generera såväl breda som djupgående empiriska studier. Så har hittills inte varit fallet i någon större utsträckning. I kapitlet har istället visats att mycket av forskningen om ideella och informella insatser tagit utgångspunkt i professions- och serviceperspektiv. Men de informella insatserna fyller komplexa funktioner och ingår i sammanhang som når långt utöver vad som framkommer vid den slags presentation som givits här. De slag av data som presenterats i detta sammanhang kan möjligen frammana bilden av en entydig givare som gör tydliga avgränsade insatser för en entydig mottagare. Handlingar och möten inom ramen för vad som här kallats informella insatser äger i stället rum i en sammansatt väv av långsiktigt verkande betingelser med komplexa innebörder där förväntningar, förpliktelser och traditioner utgör några viktiga faktorer. Ömsesidighet utgör inte sällan en viktig komponent. Dessutom kommer aktiviteterna till stånd och utformas i ett psykologiskt sammanhang där vänskap, kärlek, respekt, plikt, skuld och återgäldande kan förväntas ha stor betydelse.

Att betrakta ideella och informella insatser som komplement, det vill säga som parallell resurs till offentliga insatser eller som extra välfärdsförstärkare, verkar ha en viss men begränsad räckvidd. Det finns visserligen skäl att anta att medborgare och organisationer gör insatser utifrån komplementaritetssantaganden av olika slag. Läsaren har dock kunnat se hur ideella och informella insatser inte sällan verkar ha andra utgångspunkter och mål än offentliga insatser samt ske under andra betingelser. En slutsats blir att det bör få vara en empirisk fråga hur viktiga de offentliga välfärdsåtagandenas räckvidd och utformning de facto är för medborgarnas villighet att göra ideella och informella insatser.

I anslutning till vad som framkommit i detta kapitel blir det viktigt att de ideella och informella insatserna blir synliggjorda och får legitimitet. Ingen är dock betjänt av att de idealiseras, allra minst den svagare mottagande parten. Framför allt finns det ingen anledning att tillskriva de ideella och informella insatserna ett antal för sant hållna, och i sig goda, egenskaper som ställs i motsättning till avsaknaden av just dessa karaktäristika hos de offentliga insatserna. Hur det verkligen förhåller sig bör i stället betraktas som ytterligare en empirisk fråga, och man kan konstatera att det knappast finns någon mer inträngande forskning kring dessa komplexa frågeställningar.

Det finns starka skäl att tro att både tillskyndare och motståndare till frivilliga verksamheter och informella insatser har underskattat den övergripande och långsiktiga stabiliteten i offentliga eller på offentligt uppdrag bedrivna verksamheter. Det finns inte heller något i de data som här presenterats som pekar på att de som gör ideella eller informella insatser skulle vilja eller ens kunna göra mycket större insatser inom välfärdens kärnområden än vad som redan görs. Man kan konstatera att en hel del ensidigt ideologibaserade ställningstaganden bland både tillskyndare och motståndare har saknat egentligt empiriskt stöd. Det tycks inte heller alltid ha varit de frivilliga verksamheterna eller de informella insatserna som orsakat intresset. Ibland verkar i stället dessa insatser ha satts i blickfånget för att utgöra ett av flera ideologiska verktyg i kampen om välfärdspolitikens framtida inriktning.

Mycket av svensk och skandinavisk forskning kring den frivilliga sektorn pekar på att samspelet med staten och kommunerna under lång tid skett på någorlunda jämlika villkor och med en relativt sett stor autonomi för organisationerna. De senaste årens forskning visar att detta håller på att förändras. Det är inte företrädarrollen

eller inflytande- och demokratispekterna som uppmärksammas på samma sätt som tidigare, utan istället de målinriktade *insatserna*. Men det är inte heller sådana insatser i allmänhet som intresset egentligen riktas mot, utan snarare sådana specifika insatser som antas kunna utgöra komplement, alternativ eller ersättning till offentliga eller på offentligt uppdrag utförda insatser. Lundström och Wijkström (1995) har beskrivit detta som en rörelse "från röst till service" medan Demokratiutredningen några år senare – 2000 – talar om offentliga beslutsfattarens kläfingrighet och benägenhet att lägga sig i verksamheter. Ett nyttoperspektiv kan sägas ha fått en mer framträdande plats, först i samtalen om svensk frivillighet och därpå i handling. De begränsade studier som finns av kommuners agerande pekar mot att det finns en ökad beredskap att försöka använda medborgarnas engagemang och genuina relationer för vad som antas vara en överordnad samhällsnytta. Forskningen visar att insatser och engagemang är specifika och inte enkelt överflyttningsbara eller manipulerbara. I detta kapitel har betonats att det kanske just är den relativt sett begränsade insats som görs av de flesta som utgör det grundläggande villkoret för åtagandet. Det kan antas gälla både för dem som gör informella insatser och för dem som gör ideella insatser. Att på något enkelt sätt förändra det som här kallats folkrörelsebaserade sociala insatser mot ensartade nyttoinriktade insatser låter sig knappast göras. Det är inte självklart vilka möjligheterna överhuvudtaget är att styra frivilligorganisationernas verksamheter och medborgarnas ideella insatser.

Vad gäller frivilliga organisationer som driver verksamheter med anställd personal är det möjligt att en del större och väletablerade sådana organisationer i något högre utsträckning än hittills kommer att driva verksamheter med kontrakterad offentlig finansiering i olika former. Forskning pekar mot att en hel del av dem därmed antagligen kommer att likna andra stora professionella vård och omsorgsorganisationer. Vissa verkar också få svårt att behålla sin autonomi och identitet. Men det kan också innebära att de i större skala kan genomföra det som redan från början varit organisationens grundidé. De fåtal uppgifter som finns tycks peka mot att medborgarna ser ett värde i att det finns alternativa utförare av vård, omsorg och service. Mot bakgrund av de uppgifter som presenterats i detta kapitel finns det samtidigt anledning att betona att lejonparten av den frivilligsektor som här beskrivits tycks fortsätta att fylla sina viktigaste funktioner genom att skapa gemenskap mellan människor och genom att obetalda ideella

insatser utförs, samtidigt som sektorns representanter fortsätter att agera ombud och företrädare både för sårbara grupper och för enskilda utsatta.

Sammanfattningsvis kan sägas att de empiriska resultat som redovisats visar att det inte finns någon principiell eller grundläggande motsättning mellan en väl utbyggd välfärdsstat av skandinavisk modell och ett omfattande folkligt engagemang när det gäller att göra ideella insatser eller informella insatser. Data pekar också på att både inriktning och omfattning påverkas av andra aktörer – framförallt offentliga insatser – samtidigt som en hel del av aktiviteterna synes utformas utifrån sina egna utgångspunkter och målsättningar, samt ske på sina egna villkor. Denna dubbelhet utgör en grundläggande betingelse både för att förstå de ideella insatserna och de informella insatserna i ett land som Sverige.

Till sist: detta kapitel har främst handlat om ideella och informella insatser och i viss mån om dem som utför dessa. Hur de medborgare som blir brukare av dessa insatser ser på dem vet vi endast lite om, som påtalats i kapitlet. Det är naturligtvis av grundläggande vikt att få reda på hur deras erfarenheter ser ut och hur de bedömer kvaliteter, brister, möjligheter och begränsningar i sådana insatser.

Referenser

- 1997 National Survey of Voluntary Activity (The United Kingdom). Technical Report (1998).*
- Ahrne, G. 1990. *Agency and Organization: Towards an Organizational Theory of Society.* London: Sage.
- Ahrne, G., C. Roman & M. Franzén, 1996. *Det sociala landskapet. En sociologisk beskrivning av Sverige från 50-tal till 90-tal.* Göteborg: Bokförlaget Korpen.
- Amná, E. (red.), 1995. *Medmänsklighet att hyra? Åtta forskare om ideell verksamhet.* Örebro: Libris.
- Amná, E. 1995. "Det mångtydiga mellanrummet", i Amná, E. (red.), *Medmänsklighet att hyra? Åtta forskare om ideell verksamhet.* Örebro: Libris.
- Andersson, L. 1993. *Äldre i Sverige och Europa. Resultat från en Eurobarometer.* Ädelutvärderingen 93:4, Socialstyrelsen.
- Andersson, L. 1994. *Äldre och äldreomsorg i Norden och Europa.* Ädelutvärderingen 94:2, Socialstyrelsen.
- Anker, J. & I. Nielsen, 1995. *Det frivillige arbejde.* Köpenhamn: Socialforskningsinstitutet.
- Antman, P. (red.), 1993. *Systemskifte. Fyra folkhemsdebatter.* Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Antman, P. 1993. "Det livsfarliga föreningslivet", i Antman, P. (red.), *Systemskifte. Fyra folkhemsdebatter.* Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Anttonen, A. 1998. "Den sociala servicestaten som feministiskt kampbegrepp", i Eliasson-Lappalainen, R. & M. Szebehely (red.), *Vad förgår och vad består?* Lund: Arkiv förlag.
- Anttonen, A. & J. Sipilä, 1996. "European Social Care Services: Is It Possible to Identify Models?" *Journal of European Social Policy*, 6, 87-100.
- Bergmark, Å. 1994. *Från bidrag till ersättning? Om kommunernas stöd till de frivilliga organisationerna inom den sociala sektorn.* Sköndalsinstitutets skriftserie nr 1, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.
- Blennerger, E. 1993a. "Språkbruk och ordval", i SOU 1993:82 *Frivilligt socialt arbete. Kartläggning och kunskapsöversikt.*
- Blennerger, E. 1993b. "Begrepp och modeller", i SOU: 1993:82 *Frivilligt socialt arbete. Kartläggning och kunskapsöversikt.*

- Bodin, M. 2001. *Församlingars utdelning av ekonomisk hjälp till behövande – ett uttryck för diakoni i Stockholms stad*. Magisteruppsats. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Bring, S. 1999. *Välfärd i samverkan: om kommunerna och frivilligsektorn*. Svenska kommunförbundet. Stockholm: Kommentus förlag.
- Bulmer, M. & M.A. Rees (red.), 1996. *Citizenship Today. The Contemporary Relevance of T.H. Marshall*. London: UCL Press.
- Busch Zetterberg K. 1996. *Det civila samhället i socialstaten. Inkomstkällor, privata transfereringar, omsorgsvård*. Stockholm: City University Press.
- Cohen, J. & A. Arato, 1995. *Det civila samhället och den politiska teorin*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
- Davis Smith, J. 1998. *1997 National Survey of Voluntary Activity*. London: The National Centre for Volunteering.
- Eliasson, R. & M. Szebehely, (red.) 1998. *Vad förgår och vad består?* Lund: Arkiv förlag
- Elmér, Å. m.fl. 2000. *Svensk socialpolitik*. Lund: Studentlitteratur.
- Eneroth, T. 1993. "Nu föds de nya folkrörelserna", i Antman, P. (red.) *Systemskifte. Fyra folkhemsdebatter*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Esping-Andersen, G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: The Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (red.) 1996. *Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies*. London: Sage.
- Esping-Andersen, G. 1999. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Finch, J. 1996. "Family Responsibilities and Rights", i Bulmer, M. & A. M. Rees (red.), *Citizenship Today. The Contemporary Relevance of T. H. Marshall*. London: UCL Press.
- Finch J. & J. Mason, 1990. "Filial Obligations and Kin Support for Elderly People", *Ageing and Society*, 10, 151–175.
- Folkrörelse- och föreningsguiden*, 1999. Stockholm: Utbildningsförlaget Brevskolan.
- Forssell, E. 1998. *Anhörigas organisering – en studie av två anhörigföreningar*. Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie nr 6, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.
- Fried, R. 1998. *Hemtjänsten i Stockholm 1998 – en enkät till hjälptagarna och jämförelser med 1995*. Utvärdering av SDN-reformen, rapport nr 19, Stockholms stad.

- Gaskin, K. & J. Davies Smith, 1995. *A New Civic Europe*. London: The Volunteer Centre.
- Genell Andrén, K. & L. Johansson, 1998. *Att utveckla anhörigstöd*. Sos-rapport 1998:9, Socialstyrelsen.
- Giddens, A. 2000. *Tredje vägen. Om socialdemokratins förnyelse*. Stockholm: Atlas förlag.
- Gundelach, P. & L. Torpe, 1997. "Social Reflexivity and New Types of Citizen Involvement in Denmark", i Van Deth, J. W. (red.), *Private Groups and Public Life. Social Participation, Voluntary Associations and Political Involvement*. London: Routledge.
- Hammare, U. 2001. *Medmänsklighet i offentlig regi*. Ansökan till Vetenskapsrådet.
- Hansson, J.-H., M. Jegermalm & A. Whitaker, 2000. *Att ge och ta emot hjälp. Anhöriginsatser för äldre och anhörigstöd – en kunskapsöversikt*. Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie nr 15, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.
- Helmersson Bergmark, K. 1995. *Anonyma alkoholister i Sverige*. Stockholm studies in sociology N.S. 1. Diss. Sociologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Holgerson, L. 1997. *Socialpolitik och socialt arbete. Historia och idéer*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.
- Horowitz, A. 1985. "Family Caregiving to the Frail Elderly", *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 5, 194–245.
- Häll, L. 1994. *Föreningslivet i Sverige – en statistisk belysning*. Rapport nr. 86. Statistiska Centralbyrån och Ideella beredningen.
- Isaksson, K. 1993. "Socialtjänsten och frivilliga organisationer i Västerås och Gällivare", i SOU 1993:82, *Frivilligt socialt arbete. Kartläggning och kunskapsöversikt*.
- Janoski, T. 1998. *Citizenship and Civil Society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jegermalm, M. & A. Whitaker, 2000. *Upptäckten av anhöriga? Kommuners och frivilliga organisationers stöd till äldre anhöriga i Stockholms län*. Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie nr 17, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.
- Jeppsson Grassman, E. 1993. "Frivilliga insatser i Sverige. En befolkningsstudie", i SOU 1993:82 *Frivilligt socialt arbete. Kartläggning och kunskapsöversikt*.

- Jeppsson Grassman, E. 1997. *För andra och för mig. Det frivilliga arbetets innebörder*. Sköndalsinstitutets skriftserie nr 8, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.
- Jeppsson Grassman, E. & L. Svedberg, 1993. "Frivillig verksamhet på fältet – en närstudie av sju organisationer", i SOU 1993:82 *Frivilligt socialt arbete. Kartläggning och kunskapsöversikt*.
- Jeppsson Grassman, E. & L. Svedberg, 1995. "Frivilligt socialt arbete i Sverige – både mer och mindre", i Amnå, E. (red.), *Medmänsklighet att hyra? Åtta forskare om ideell verksamhet*. Örebro: Libris.
- Jeppsson Grassman, E. & L. Svedberg, 1996. "Voluntary Action in a Scandinavian Social Welfare Context: The Case of Sweden", *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 25, 415–427.
- Jeppsson Grassman, E. & L. Svedberg, 1999. "Medborgarskapets gestaltningar", i SOU 1999:84 *Civilsamhället*. Demokratiutredningens forskarvolym 8.
- Jeppsson Grassman, E. & L. Svedberg, 2001. "Civic Participation in the Welfare State: Patterns in Postmodern Sweden", i Boje, T. (red.), *Civil Society and The Welfare State*. Oxford: Oxford University Press (under utgivning).
- Jess, K. 1998. *Kvalitet för brukare – frivilligt socialt arbete ur ett brukarperspektiv*. Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie nr 8, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.
- Jess, K. 2001. *Effektivitet, brukarmedverkan och kommunala bidrag. En utvärdering av mål, resurser, insatser och brukarkommunikation inom sociala frivilligorganisationer i Stockholm*. Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie nr 20, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.
- Johansson, G. 1997a. *Möta hiv, möta sig själv. En studie av arbetet vid Stiftelsen Noaks Ark-Röda korset*. Sköndalsinstitutets skriftserie nr 5, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.
- Johansson, G. 1997b. *För mycke jag, för lite Jesus. LP-stiftelsens vård av missbrukare ur ett socialantropologiskt perspektiv*. Sköndalsinstitutets skriftserie nr 7, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.
- Johansson, G. 1998. *Det lilla extra – om frivilligcentralen i Tyresö*. Sköndalsinstitutets skriftserie nr 11, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.
- Johansson, H. 1980. *Folkrörelserna i Sverige*. Stockholm: Sober Förlags AB.

- Karlsson, M. 2000. *Delade erfarenheter. Om självhjälpgrupper i Sverige*. Sköndalsinstitutets skriftserie nr 14, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola
- Johansson, L. 1991. *Caring for the next of kin*. Diss. Socialmedicinska institutionen, Uppsala universitet.
- Johansson, S. 1999. "Självständiga aktörer eller pålitliga underleverantörer? En analys av offentliga organisationers inflytande på ideella organisationer inom kris och missbruk", i *Papers presenterade vid nordisk forskningskonferens. Social ekonomi och civilt samhälle. Stockholm den 20–22 oktober 1999*.
- Kautto, M., M. Heikkilä, B. Hvinden, S. Marklund & N. Ploug (red.), 1999. *Nordic Welfare Policy Changing Welfare States*. London: Routledge.
- Keane, J. (red.), 1989. *Civil Society and the State*. London: Verso.
- Klausen, K.K. & P. Selle (red.). *Frivillig organisering i Norden*. Oslo: Tano.
- Kuhnle S. & P. Selle, 1992. *Government and Voluntary Organizations*. Aldershot: Avebury.
- Kuhnle S. & P. Selle, 1992. "Government and Voluntary Organizations: a Relational Perspective", i Kuhnle, S. & P. Selle (red.), *Government and Voluntary Organizations*. Aldershot: Avebury.
- Lingsom S. 1998. *The Substitution Issue. Care Policies and Their Consequences for Family Care*. Diss. Oslo: NOVA.
- Lorentzen, H. 1998. "Normative forståelser av sivile sammenlutninger", *Socialvetenskaplig tidskrift*, 5, 244–267.
- Lundström, T. 1995a. "Frivilligt socialt arbete under omprövning", *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2, 39–59.
- Lundström, T. 1995b. "Staten och det frivilliga sociala arbetet", i Klausen, K.K. & P. Selle (red.) *Frivillig organisering i Norden*. Oslo: Tano.
- Lundström, T. & L. Svedberg, 1998. "Svensk frivillighet i internationell belysning – en inledning", *Socialvetenskaplig tidskrift*, 5, 106–127.
- Lundström, T. & F. Wijkström, 1995. *Från röst till service*. Sköndalsinstitutets skriftserie nr 4, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.
- Lundström, T. & F. Wijkström, 1997. *The Nonprofit Sector in Sweden*. Manchester: Manchester University Press.

- Meeuwisse, A. 1999. *Debatten om välfärdssamhället och det civila samhället*. Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie nr 11, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.
- Meuwisse, A. & S. Sunesson, 1998. "Frivilliga organisationer, socialt arbete och expertis", *Socialvetenskaplig tidskrift*, 5, 172–193.
- Nationalencyklopedin*, 1998. Höganäs: Bra böcker
- Nationalencyklopedins ordbok*, 2000. Höganäs: Bra böcker.
- Nordfeldt, M. 1994 *Frivilliga organisationers insatser för hemlösa*. Sköndalsinstitutets skriftserie nr 3, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.
- Nordfeldt, M. 1999, *Hemlöshet i välfärdsstaden*. Geografiska regionstudier nr 39. Diss. Kulturgeografiska institutionen, Uppsala Universitet.
- Olsson, L.-E. 1999. *Från idé till handling. En sociologisk studie av frivilliga organisationers uppkomst och fallstudier av: Noaks Ark, 512-rörelsen, Farsor och morsor på stan*. Stockholm studies in sociology, N.S. 8, Diss. Sociologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Olsson, L.-E. 2000. *På olika villkor – samverkan mellan kommun och frivilligorganisation*. Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie nr 12, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.
- Parker, G. 1993. "Informal Care of Older People in Great Britain: The 1985 General Household Survey", i Twigg, J. (red.) *Informal Care in Europe*. The Social Policy Research Unit, The University of York.
- Petersson, O., A. Westholm & G. Blomberg, 1989. *Medborgarnas makt*. Stockholm: Carlssons.
- Petersson, O. m.fl. 1998. *Demokrati och medborgarskap*. Demokratirådets rapport. Stockholm: SNS förlag.
- Proposition 1997/98:113*. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.
- Proposition 1999/2000:79*. Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken.
- Proposition 2000/01:1*. Budgetproposition för 2001.
- Putnam, R. 2000. *Bowling Alone*. New York: Simon & Schuster.
- Qvarsell, R. 1993. "Välgörenhet, filantropi och frivilligt socialt arbete – en historisk översikt", i SOU 1993:82 *Frivilligt socialt arbete. Kartläggning och kunskapsöversikt*.

- Rees, A. M. 1996. "T.H. Marshall and the process of citizenship", i Bulmer, M. & A. M. Rees (red.), *Citizenship Today. The Contemporary Relevance of T. H. Marshall*. London: UCL Press.
- Rothstein, B. 1998. *Social Capital in the Social Democratic State. The Swedish Model and Civil Society*. Paper presenterat vid The Paris Group on Political Theory and Social Policy, Paris, 8–10/5 1998.
- Rothstein, B. 2000. *Förtroende för andra och förtroende för politiska institutioner*. Opublicerat paper. Statsvetenskapliga institutionen, Göteborgs universitet.
- Rydenstam, K. & A. Wadeskog, 1997. "Vardagens organisation", i *Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975–1995*. Levnadsförhållanden, Rapport nr 91. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- Salamon, L. 1987. "Partners in Public Service: The Scope and Theory of Government-Nonprofit Relations", i W. Powell (red.), *The Nonprofit Sector. A Research Handbook*. New Haven: Yale University Press.
- SCB, 1992. *I tid och otid. En undersökning av kvinnors och mäns tidsanvändning 1990/91*. Levnadsförhållanden, Rapport 79.
- Selle, P. 1996. *Frivillige organisasjoner i nye omgjevnader*. Bergen: Alma Mater.
- Selle, P. & B. Øymyr, 1995. *Frivillig organisering og demokrati. Det frivillige organisasjonssamfunnet endrar seg 1940–1990*. Oslo: Samlaget.
- SIFO AB, 1998. *Synen på Ersta Diakonisällskap*. Dokument nummer 3282350.
- Sjöstrand S.-E. 1995. "I samspel med andra. Om organisering av ideell verksamhet", i Amnå, E. (red.), *Medmännisklighet att hyra?* Örebro: Libris.
- Smelser, N. & R. Swedberg (red.), 1994. *Handbook of Economic Sociology*. Princeton: Princeton University Press.
- Social ekonomi: en tredje sektor för välfärd, demokrati och tillväxt?* 1999. Stockholm: Fakta info direkt.
- Socialstyrelsen, 1999. *Socialtjänsten i Sverige 1999. Behov – insatser – utveckling*.
- Socialstyrelsen, 2000. *Social tillsyn 1999 – Resultat av länsstyrelsernas tillsyn*.
- SOU 1987:33 *Ju mer vi är tillsammans*. Betänkande från 1986 års folkrörelseutredning.

- SOU 1990:44 *Demokrati och makt i Sverige*. Maktutredningens huvudrapport.
- SOU 1993:82 *Frivilligt socialt arbete. Kartläggning och kunskapsöversikt*. Rapport av Socialtjänstkommittén.
- SOU 1994:139 *Ny socialtjänstlag*. Socialtjänstkommitténs huvudbetänkande.
- SOU 1999:84 *Civilsamhället*. Demokratiutredningens forskarvolym 8.
- SOU 2000:1 *En uthållig demokrati! Politik för folkstyret på 2000-talet*. Demokratiutredningens betänkande.
- SOU 2000:3 *Välfärd vid väggkäl. Utvecklingen under 1990-talet*. Delbetänkande av Kommittén Välfärdsboksut.
- Stark, A. & R. Hamrén, 2000. *Frivilligarbetets kön. En översikt*. Åjour nr 5, Svenska Kommunförbundet.
- Stephens, J. 1996. "The Scandinavian Welfare States: Achievements, Crisis and Prospects", i Esping-Andersen, G. (red.), *Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies*. London:Sage.
- Sundström, G. 1994a. *Hemma på äldre da'r*. Ädelrapport 94:17, Socialstyrelsen.
- Sundström, G. 1994b. "Care by families: An Overview of Trends", i *Caring for Frail Elderly People*, Social Policy Studies No 14, OECD.
- Sundström, G. & L. Hassing, 2000. *Bo hemma på äldre da'r*. Ädeluppdraget 2000:11, Socialstyrelsen
- Svallfors, S. 1996. *Välfärdsstatens moraliska ekonomi. Välfärdsopinionen i 90-talets Sverige*. Umeå: Boréa Bokförlag.
- Svallfors, S. 1999. *Mellan risk och tilltro*. Umeå Studies in Sociology No 114. Sociologiska institutionen, Umeå universitet.
- Svedberg, L. 1993. "Socialt inriktade frivilligorganisationer", i SOU 1993:82 *Frivilligt socialt arbete. Kartläggning och kunskapsöversikt*.
- Svedberg, L. 1996. "Frivillighet som ideologiskt slagträ och faktisk verksamhet", i *Ojämlighet från vaggan till graven, på väg in i 2/3-samhället*. FKF Fakta.
- Svedberg, L. 1998. *Marginella positioner. Kritisk diskussion om begrepp, teori och empiri*. Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.

- Svedberg, L. 2000. "A Scandinavian Voluntary Tradition in Transformation – The Case of Sweden", i Amná, E., T. Lundström & L. Svedberg, *Three Essays on Volunteerism and Voluntary Organisations*. Sköndal Institute Working Papers No 9, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.
- Svedberg, L. (red.), 2001. *Volunteers' Motives – A Nordic Study* (fortcoming).
- Szebehely, M. 1994. "Ger minskad offentlig omsorg varmare relationer?", *Socialvetenskaplig tidskrift*, 1, 326–346.
- Szebehely, M. 1999. "Omsorgsarbetets olika former. Nya klasskillnader och gamla könsmonster i äldreomsorgen", *Sociologisk forskning*, 36, 7–32.
- Tid för omsorg*, 1982. Slutrapport från projektet "Omsorgen i samhället". Sekretariatet för framtidsstudier. Stockholm: Liber förlag.
- Tilly, C. & C. Tilly, 1994. "Capitalist Work and Labor Markets", i Smelser, N. & R. Swedberg (red.), *Handbook of Economic Sociology*. Princeton: Princeton University Press.
- Trägårdh, L. 1999. "Det civila samhället som analytiskt begrepp och politisk slogan", i SOU 1999:84 *Civilsamhället*. Demokratiutredningens forskarvolym 8.
- Trägårdh, L. 2000. *Empowerment och egenmakt*. Stockholm: Timbro.
- Twigg, J. & K. Atkin (red.), 1993. *Informal Care in Europe*. The Social Policy Research Unit, The University of York.
- Twigg, J. & K. Atkin, 1993. "Factors Mediating the Relationship Between Carers and Service Provision", i Twigg, J. (red.), *Informal Care in Europe*. The Social Policy Research Unit, The University of York.
- Van Deth, J. W. (red.), *Private Groups and Public Life. Social Participation, Voluntary Associations and Political Movement*. London: Routledge.
- Wijkström, F. 1998. *Different Faces of Civil Society*. Diss. EFI, Handelshögskolan i Stockholm.
- Wijkström, F. 1999. "Svenskt organisationsliv", i *Folkrörelse- och föreningsguiden*. Stockholm: Utbildningsförlaget Brevskolan.
- Wijkström, F. 2000a. "Grilla ensam", *Moderna tider*, oktober, 26–30

- Wijkström, F. 2000b. "Politik är att vilja ... inte att vela", *Social Ekonomi*, 2, 1, 4.
- Wilson, J. & M. Musick, 1997. "Who Cares? Toward an Integrated Theory of Volunteer Work", *American Sociological Review*, 62, 694–713.
- Wollebaeck, D., P. Selle & H. Lorentzen, 2000. *Frivillig innsats. Social integrasjon, demokrati og ekonomi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Zetterberg, K. 2000. *Hur kan man se på frivilligt socialt arbete från olika politiska perspektiv?* C- uppsats, Sköndalsinstitutet, Ersta Sköndal högskola.

4 Med välfärdsstaten som arbetsgivare

– arbetsmiljön och dess konsekvenser inom välfärdstjänsteområdet på 1990-talet

Olof Bäckman

4.1 Bakgrund och syfte

De studier av arbetsmiljön under 1990-talet som publicerats under senare år visar på en för samhällsvetenskaperna ovanligt stor samstämmighet när det gäller utnämmandet av den psykosociala arbetsmiljön som decenniets stora arbetsmiljöproblem (t.ex. Arbetarskyddsstyrelsen 2000; Aronsson & Bejerot 2000; Bäckman & Edling 2000; Fritzell & Lundberg 2000; Tegsjö, Hedin & Eklund 2000; Socialstyrelsen 2001a). Exponeringen för denna typ av arbetsmiljöproblem tycks ha ökat i samtliga grupper på arbetsmarknaden (Bäckman & Edling 2000). Därutöver kan också konstateras att överlag är skillnaderna mellan olika grupper tämligen konstant under årtiondet. Två viktiga undantag från denna stabila utveckling utgörs emellertid av kvinnor och kommunal- och landstingsanställda (a.a.). Dessa har en klart sämre utveckling än övriga på denna punkt. Trots de senare årens privatiserings- och bolagiseringstendenser (se Trydegårds kapitel i denna volym) är det kvinnor i kommun och landsting som står för den absolut största andelen av de samlade välfärdstjänsterna i landet.

Ett kännetecken för de flesta tjänsteproducerande verksamheter och i synnerhet för välfärdstjänsteproduktion är att arbetet för de anställda inom dessa områden sker i en relation till mottagaren av tjänsten. Denna relation har inom välfärdstjänsteområdet ofta en känslomässig karaktär, som t.ex. den mellan barnomsorgspersonal och barn. Kvaliteten på den relationen kan på goda grunder antas vara beroende av bl.a. personalens arbetsförhållanden. Om exempelvis den negativa stressen inom dessa yrken ökar är det rimligt att anta att detta kommer att påverka kvaliteten i verksamheten. Om sådan stress dessutom leder till omfattande sjukskrivningar störs verksamheten även på detta sätt. Arbetsförhållandena inom välfärdstjänsteområdet kan därför i ett välfärdsperspektiv granskas utifrån flera infallsvinklar. För det första är det en fråga om den

individuella välfärden för de anställda inom dessa sektorer. För det andra handlar det om kvaliteten på välfärdstjänsterna och för det tredje ger ökade sjukskrivningar inom ett område som sysselsätter så pass stor del av arbetskraften ett stort avtryck i arbetsgivarnas och statens utgifter för sjuklön respektive sjukpenning.

Syftet med denna studie är i första hand explorativt, nämligen att ge en beskrivning av utvecklingen av arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär för de anställda inom vård, skola och omsorg under 1990-talet samt relatera detta till utvecklingen av sjukfrånvaron inom dessa områden. Särskilt fokus riktas mot bristande psykosocial arbetsmiljö och dess följdverkningar.

I de närmast följande avsnitten ges en kortfattad beskrivning av organisationsförändringar samt arbetsmiljö- och sjukfrånvaroutvecklingen under 1990-talet inom vård, skola och omsorg med utgångspunkt i befintliga studier. Därefter diskuteras undersökningens datamaterial, metod och metodproblem. I resultatdelen redovisas analyser av dels arbetsmiljöexponering, dels arbetsrelaterade besvär. Någon egen undersökning av sjukfrånvaro genomförs inte. Sjukfrånvaroutvecklingen kopplas istället endast via resultat från tidigare studier till de redovisade resultaten. Kapitlet avslutas med en diskussion.

4.2 Organisatoriska förändringar inom välfärdstjänsteområdet under 1990-talet

För välfärdstjänsteområdet har 1990-talet varit ett decennium präglat av decentralisering, omorganiseringar och nedskärningar. Kommunerna har tagit över allt mer av verksamheterna från stat och landsting. Enbart Ädelreformen 1992 då kommunerna tog över ansvaret för hela äldreomsorgen innebar att drygt 30 000 sjukhems- och långvårdsplatser fördes över från landstings- till primärkommunal regi (Szebehely 2000). Dessutom har statens sätt att styra kommunerna förändrats genom att man övergått från ett system med öronmärkta pengar (resurs- och regelstyrning) till ett system med generella statsbidrag, den s.k. påsen, där kommunerna i stor utsträckning själva kan avgöra hur pengarna ska användas för att uppnå vissa resultat och mål (mål- och resultatstyrning). År 1992 ändrades också kommunallagen på ett sätt som gjorde det möjligt för kommunerna att själva bestämma om t.ex. nämndorganisation och driftsformer. Denna lagändring kom att leda till

snabba förändringar av den kommunala sektorns organisation, en utveckling som har fortsatt genom hela decenniet (se Bergmarks kapitel i denna volym). En viktig del av denna utveckling är det ökade inslaget av marknadsinfluerade lösningar när det gäller organiseringen av välfärdstjänsterna, så som beställar- utförar-modell och vouchersystem (SOU 2000:3). Dessa omorganiseringar skedde samtidigt som kommunerna tvingades till nedskärningar pga. minskade resurser. Resurserna reducerades genom minskade statsbidrag, men också genom arbetslöshetskrisen som innebar en minskad skattebas för kommunerna. Arbetslöshetskrisen medförde också ett ökat antal socialbidragstagare (se t.ex. Socialstyrelsen 2001b), vilket tog resurser i anspråk som annars skulle ha kunnat användas till verksamheterna (Svenska Kommunförbundet 2000).

Korrigerat för huvudmannaskapsförändringar har antalet hel- och deltidsanställda inom det primärkommunala området minskat med 56 000 (9 procent) mellan 1990 och 1997 (Svenska Kommunförbundet 2000). Störst har sysselsättningsminskningen varit bland teknisk personal. Inom välfärdstjänsteområdet är det bland barnomsorgspersonalen som den största minskningen skett (a.a.). I förskolan har barngruppernas genomsnittliga storlek ökat från 13,8 till 16,5 mellan 1990 och 1998, bl.a. som ett resultat av den lagstadgade barnomsorgsgarantin som infördes 1995. Antalet barn per årsarbetare har ökat från 4,4 till 5,6 under samma period (SOU 2000:3).

Också inom grundskolan och gymnasieskolan har antalet elever ökat, dels som ett resultat av ett ökat antal barn i åldern 7–15 år, dels därför att de tidigare tvååriga linjerna inom gymnasieskolan blivit treåriga (Svenska Kommunförbundet 2000). Lärartätheten inom grundskolan har minskat från 9,1 lärare per 100 elever 1991 till 7,5 lärare per 100 elever 1998 (SOU 2000:3).

Även landstingen har under decenniet genomfört rationaliseringar och personalnedskärningar. Antalet årsarbetare inom den sjukvård som landstinget bedriver minskade från 20,4 till 18,0 per 1 000 invånare mellan 1992 och 1998. Minskningen kan helt förklaras av en reduktion av personalgrupper med omvårdande funktioner, som t.ex. sjukvårdsbiträden (Lundberg 2000). Sammantaget har antalet anställda inom äldreomsorg och sjukvård minskat med ca 15 procent från 1990 till 1998. Samtidigt har befolkningen i genomsnitt blivit allt äldre och därmed också mer vårdkrävande (SOU 2000:3).

Vid decenniets slut ska alltså, totalt sett, ett mindre antal anställda ge service till ett större antal brukare än vad som var fallet 10 år tidigare. Det finns starka skäl att anta att den utveckling inom arbetsmiljö- och hälsoområdet som redovisas i denna och andra studier åtminstone delvis har sin orsak i dessa ganska omfattande organisatoriska förändringar inom välfärdstjänsteområdet.

4.3 Arbetsmiljö, arbetsrelaterade besvär och sjukfrånvaro inom välfärdstjänsteområdet – befintlig forskning

4.3.1 Arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär

Som nämndes inledningsvis är den allmänt återkommande bilden i olika studier att det är kvinnor i offentlig sektor som är värst drabbade av 1990-talets negativa utveckling av den psykosociala arbetsmiljön. Bäckman & Edling (2000) visar exempelvis med data från Arbetsmiljöundersökningen att andelen exponerande för arbetsmiljö med hög anspänning inom kommunal sektor (inklusive landsting) ökat med 50 procent mellan 1991 och 1997. Mot svarande ökning för privat och statlig sektor är 20 respektive 10 procent. För fysiska besvär konstateras att det endast är inom kommunal sektor som andelen med tunga lyft ökat. Det resultatet bör dock tolkas med försiktighet eftersom frågeformuleringen i Arbetsmiljöundersökningen ändrats under perioden på ett sätt som har stor betydelse för hur personal inom barnomsorg svarar på frågan (se vidare nedan), vilket kan tänkas slå igenom för hela gruppen.

I Fritzells och Lundbergs (2000) analys av SCB:s undersökning om levnadsförhållanden (ULF) framträder också en påtaglig stabilitet i förekomsten av fysiskt ansträngande arbeten. Även skillnaden mellan mäns och kvinnors utsatthet för högstressarbeten (arbeten med en kombination av höga krav och låg kontroll) tycks förbli oförändrad under 1990-talet i denna studie. Däremot påvisas i Fritzells och Lundbergs analys en påtaglig ökning av könsskillnaderna med avseende på jäktigt arbete. I början av 1990-talet kunde endast en liten överrisk för att ha ett jäktigt arbete noteras för kvinnor. I decenniets slutskede (1997/1998) hade kvinnorna en överrisk på 30 procent.

I en analys av arbetsmiljöundersökningen 1991 och 1997 finner Tegsjö, Hedin & Eklund (2000) att andelarna med arbeten med

hög anspänning (arbeten med en kombination av höga krav och låg kontroll) räknat i procentenheter ökat mest bland anställda inom hälso- och sjukvård. Den största relativa ökningen av sådana arbeten finner författarna dock bland äldreomsorgens personal. Utanför utbildnings- och vård och omsorgssektorerna är det endast inom tillverkningsindustrin som en signifikant ökning kan iakttas. Den ökningen är dock långt från den storleksordning man finner inom vård, skola och omsorg.

I det s.k. MOA-projektets kvalitativa delar framträder en bild av arbetena inom offentlig sektor som avkvalificerade, dvs. att intervjupersonerna uppfattade sin egen kompetens som underutnyttjad.¹ Sjuksköterskor som utför omvårdande sysslor och förskollärare som städar är bara två exempel. De intervjuade uppger att detta har lett till att de har fått allt mindre tid till sådant de är utbildade för, och trots ansträngningar att inte låta nedskärningar gå ut över brukarna känner de sig ofta otillräckliga. Allt detta gör i sin tur att arbetet upplevs som mindre meningsfullt än tidigare (Härenstam m.fl. 2000). I dess kvantitativa analyser visas i MOA-projektet att andelen som upplever "hinder" (dvs. att en anställd måste dra in på raster, arbeta övertid m.m. för att hinna med) och mental överbelastning är klart större inom s.k. människoyrken än i andra grupper. Detta är särskilt tydligt för kvinnor (a.a.). MOA-projektets analyser bygger visserligen på små urval, men tendenserna i de avseenden som redovisas här får ändå anses tydliga. Liknande resultat har också påvisats i ett flertal studier (se t.ex. SCB/Arbetskyddsstyrelsen 1997; Arbetskyddsstyrelsen 2000; Aronsson & Bejerot 2000; Ds 2000:54; Stockholms läns landsting 2000; le Grand, Szulkin & Tählin 2001; Socialstyrelsen 2001a).

4.3.2 Sjukfrånvaro

Som nämnts ovan har arbetsmiljöproblem inom välfärdstjänsteområdet en potential att inte bara drabba de anställda utan även dem som utnyttjar de tjänster som produceras där. Att empiriskt koppla arbetsmiljö till kvaliteten på verksamheten är dock problematiskt och att särskilja direkta effekter av försämrad arbetsmiljö från direkta effekter av nedskärningar är sannolikt än mer svårgörsligt. Ett sätt att komma runt detta problem kan vara att studera

¹ Detta trots den allmänna trenden mot alltmer kvalificerade arbeten som påvisats i andra studier (t.ex. Fritzell & Lundberg 2000; le Grand, Szulkin & Tählin 2001).

sjukfrånvaro. Om sjukfrånvaron inom ett "människoyrke", av den typ som välfärdstjänsteyrkena är, är hög kan detta betraktas som ett kvalitetsproblem i sig. I den mån vikarier sätts in vid sjukdom leder nämligen hög sjukfrånvaro till hög omsättning på personal från dag till dag och kontinuiteten i verksamheten kan gå förlorad. I den mån vikarier inte sätts in störs verksamheten sannolikt i ännu högre grad. I detta sammanhang är det emellertid viktigt att påpeka att en låg sjukfrånvaro inte nödvändigtvis är eftersträvarvärd. Att vara närvarande på arbetet trots upplevd sjuklighet kan få negativa hälsokonsekvenser på lång sikt. Det har visat sig att det är just inom vårdande och lärande yrken som sådan "sjuknärvaro" är som högst (Aronsson, Gustafsson & Dallner 1999).

Sambandet mellan arbetsmiljö och sjukfrånvaro är därmed inte helt lättolkat. Det kan dessutom hävdas att en tillåtande attityd på arbetsplatsen gentemot tillfällig sjukfrånvaro kan betraktas som en positiv aspekt av arbetsmiljön, i så måtto att viss återhämtningsfrånvaro tillåts (se Bäckman 1998 för en mer utförlig diskussion). Trots dessa invändningar måste ändå de senaste årens kraftigt ökande sjukfrånvaro ses som ett övergripande välfärdsproblem som har konsekvenser såväl för de individer som direkt drabbas som för statsbudgeten. I och med att ökningarna är särskilt stora bland landstings- och kommunalanställda (SOU 2000:121) är det också ett problem som kan ha konsekvenser för kvaliteten på välfärdstjänsterna.

Mellan 1997 och 2000 har sjuktalet (antalet sjukdagar per försäkrad och år) för män ökat från 8,7 till 15,3. Motsvarande ökning för kvinnor är från 13,6 till 27,0. Den största delen av ökningen står således kvinnorna för. Trots ökningen under decenniets sista år når inte siffrorna upp till toppnoteringen 1988 då männens sjuktal var 22,0 och kvinnornas 28,7 (RFV 2001). Då ska man emellertid komma ihåg att sedan 1992 ingår inte de första 14 dagarna i sjuktalet, vilket gör att jämförelsen före och efter 1992 haltar något.² Ser vi endast till antalet sjukfall som varat minst 30 dagar passerades dock 1988 års noteringar redan 1999 för såväl kvinnor som män (Lidwall & Skogman Thoursie 2000).

Förutom att vara mer jämförbar över tid är statistiken över långvarig sjukskrivning också ur ett arbetsmiljöperspektiv mer intres-

² Den s.k. arbetsgivarperioden om 14 dagar infördes 1992. Under 1997 och första kvartalet 1998 var arbetsgivarperioden 28 dagar, varför även jämförelsen mellan 1997 och 2000 haltar något. Skattningar baserade på SCB:s Arbetskraftsundersökningar uppvisar dock samma mönster som RFV-statistiken (Lidwall & Skogman Thoursie 2000).

sant än korttidsfrånvaro. Det kan med fog hävdas att långvarig sjukskrivning i högre utsträckning än kortvarig är hälsobetingad. Dessutom är sambandet mellan långvarig sjukskrivning och arbetsmiljöindikatorer tydligare än det mellan kortvarig sjukskrivning och arbetsmiljöindikatorer (se t.ex. Vogel, Kindlund & Diderichsen 1992; Nilsson 1994). Därför finns det anledning att här närmare studera de långvariga sjukskrivningarnas utveckling och karaktäristik under 1990-talet. Det är dock viktigt att hålla i minnet att även långtidssjukskrivning är ett resultat av en mängd olika faktorer. På aggregerad nivå brukar framför allt försäkrings-systemets utformning och ekonomisk konjunktur framhållas som förklaringsfaktorer till sjukskrivning (se t.ex. Bäckman 1998). På individnivå är, förutom jobbkaraktäristika, kön, ålder, socioekonomisk gruppstillhörighet och givetvis hälsotillstånd ofta förekommande förklaringsfaktorer. Det kan också konstateras att andelen som blir förtidspensionerade har minskat under 1990-talet, vilket sannolikt bidragit till ökningen av antalet långtidssjukskrivna (Olkiewicz & Lidwall 2000).

Den nyligen avslutade Sjukförsäkringsutredningen (SOU 2000:121) har låtit undersöka i vilken mån de långa sjukskrivningarna och de långtidssjukskrivna i slutet av 1990-talet skiljer sig från desamma i slutet av 1980-talet. Ett första viktigt konstaterande är att mellan 1992 och 1999 har det totala antalet långa sjukfall (minst 60 dagar) ökat med 21 000 (från 154 000 till 175 000). Bland kvinnor har antalet ökat med 25 000 samtidigt som antalet bland män minskat med 4 000 (Olkiewicz & Lidwall 2000).³ Därmed har också andelen kvinnor bland de långtidssjukskrivna ökat i slutet av 1990-talet jämfört med situationen tio år tidigare, från 58 till 63 procent. De långtidssjukskrivna i slutet av 1990-talet är också i genomsnitt äldre än sina föregångare vid 1980-talets slutskede: andelen personer som var 55 år och äldre ökade från 22 till 27 procent. Det faktum att de långtidssjukskrivna genomsnittligt sett blivit äldre, samtidigt som deras sysselsättning minskade under 1990-talet, gör att återetableringen på arbetsmarknaden sannolikt blivit svårare (a.a.). Beräkningar gjorda av Socialstyrelsen visar dessutom att sannolikheten för personer med "omfattande sjukskrivning" 1992, enligt en definition utifrån inkomstdata, att vara etablerade på arbetsmarknaden fem år senare var mycket liten (Socialstyrelsen 2001b). Socialstyrelsens beräk-

³ Sett från 1997 och framåt sker dock en ökning även för männen (Lidwall & Skogman Thoursie 2000).

ningar ger visserligen ingen grund för att kunna uttala sig om detta som ett 1990-talsproblem, men de ger ändå en fingervisning om problemets omfattning. Ytterligare en viktig skillnad mellan 1990-talets och 1980-talets långtidssjukskrivna är att det bland kvinnor skett en signifikant ökning av diagnosgruppen psykiska sjukdomar; från 13 procent vid 1980-talets slut, till 18 procent 1999. Någon motsvarande förändring finner man inte för männen (Olkiewicz & Lidwall 2000).

I sin bilaga till sjukförsäkringsutredningens slutbetänkande redovisar Andersson (2000) resultat från en samkörning mellan Arbetsmiljöundersökningen 1999 och sjukskrivningsdata från Riksförsäkringsverket. Detta torde vara den mest aktuella sambandsanalysen av arbetsmiljö och sjukfrånvaro. Studien baseras på ett tvärsnitt, vilket gör att det är svårt att uttala sig om orsaksförhållanden. De som av olika skäl, inklusive sjukdom, inte varit närvarande på arbetsplatsen de tre senaste månaderna ingår inte i urvalet, vilket innebär att effekterna av olika typer av exponering sannolikt underskattas. Studiens aktualitet ger dock anledning att i detta sammanhang redovisa de viktigaste resultaten. Dessa kan dessutom i viss utsträckning jämföras med resultat från en tidigare studie av sjukfrånvaron 1975–1989 (Vogel, Kindlund & Diderichsen 1992).

En fysiskt påfrestande arbetsmiljö är i slutet av 1990-talet en viktig förklaringsfaktor för långa sjukskrivningar. Andelen med mer än 60 sjukdagar under 1999 är drygt 30 procent högre bland dem som uppger att de minst halva tiden arbetar ”rent kroppsligt”. I studien av Vogel, Kindlund & Diderichsen (1992) används ett annat utfallsmått än i Anderssons studie, nämligen antalet sjukdagar i sjukfall av olika längd per år. För de sammanslagna årgångarna 1986–1989 av SCB:s undersökning om levnadsförhållanden (ULF) har de som inte är exponerade för något av fem fysiska arbetsmiljöproblem i genomsnitt 12,1 dagar per år medan de som är utsatta för minst ett av dessa problem har i genomsnitt 25,4 dagar per år. Motsvarande siffror för genomsnittligt antal dagar i långa sjukfall (minst 89 dagar) är 4,7 för de oexponerade och 11,2 för dem som är exponerade för minst ett problem. Skillnaderna i definitioner omöjliggör en exakt jämförelse, men klart är att överrisken för dem som är exponerade för en fysiskt krävande arbetsmiljö kvarstår i slutet av 1990-talet. Som redan nämnts, och som vi ska se nedan (Figur 1), är dock andelen exponerade för fysiskt påfrestande arbetsmiljö i princip oförändrad

under 1990-talet. Även om det kan ske vissa förskjutningar i effekter av arbetsmiljöpåfrestning över tid är det svårt att se hur dessa skulle kunna vara av den storleksordningen att de i någon nämnvärd utsträckning kan påverka sjukfrånvaroutvecklingen.

Desto intressantare ur ett 1990-tals perspektiv är då sambandet mellan den psykosociala arbetsmiljön och sjukfrånvaro. I Anderssons studie är det en dubbelt så stor andel bland dem med en kombination av höga krav och låg kontroll i arbetet som har haft minst 60 dagar med sjukpenning (ingen större skillnad mellan män och kvinnor). I studien av Vogel m.fl. (1992) är det genomsnittliga antalet sjukdagar per år 1986–1989 för dem som har ett både jäktigt och enformigt arbete ungefär dubbelt så stort jämfört med övriga (något mer än dubbelt för kvinnor och något mindre än dubbelt för män). Motsvarande skillnad för de långa fallen är än större, närmare 2,5 gånger fler sjukdagar för dem med jäktigt och enformigt arbete. Kvinnor exponerade för jäktigt och enformigt arbete har nästan tre gånger fler dagar i denna typ av fall 1986–1989. Givetvis går det inte heller här att göra någon exakt jämförelse mellan de båda studierna. En rimlig bedömning är dock att sambandets storlek åtminstone inte minskat. I ljuset av den samstämmighet som råder om den psykosociala arbetsmiljöns negativa utvecklingen under 1990-talet kvarstår därför denna faktor som en potentiell förklaringsfaktor (bland flera) till sjukfrånvarons kraftiga ökning i 1990-talets slutskede.

Sambandet mellan yrkessektor och sjukfrånvaro har förändrats under 1990-talet. Siffror baserade på SCB:s arbetskraftsunderökningar visar att vid decenniets inledning låg sjukfrånvaron bland kommunal- och privatanställda på ungefär samma nivå, med statligt anställda något under. För kvinnor var sjukfrånvaron högst i privat sektor, medan den inte skilde sig mellan statlig och kommunal sektor (SOU 2000:72). Sjukfrånvaron sjunker sedan i samtliga grupper fram till 1996. Därefter sker åter en ökning fram till 1999, som fortfarande håller i sig (RFV 2001). För kvinnor drar, under denna ökningsperiod, kommunalanställda ifrån jämfört med de övriga två grupperna. År 1999 är det inom den kommunala sektorn som vi finner den högsta sjukfrånvaron. En stor del av den kraftigare ökningen för denna grupp förklaras dock av en förändrad åldersstruktur. Åldersstandardiserade serier visar ingen skillnad i nivån mellan privat och kommunal sektor för kvinnor, men ökningstakten från 1996 är fortfarande högst i den sistnämnda sektorn (SOU 2000:121).

4.4 Att mäta arbetsmiljö

Det finns i princip två huvudvägar att gå när man vill mäta arbetsmiljöindikatorer: Den "subjektiva" respektive den "objektiva", eller den "individuella-" respektive "jobbmetoden" (se Kristensen 1996). I den individuella metoden mäter man arbetsmiljö genom direkta frågor till individer om vilka arbetsmiljöproblem de är utsatta för. Med den tekniken finns dock en risk för s.k. positiv informationsbias, som innebär att personer med psykiska eller somatiska problem tenderar att överrapportera exponering. Det här kan leda till en överskattning av styrkan i samband mellan arbetsmiljöproblem och ohälsosymptom.

Jobbmetoden går ut på att man ger olika yrken värden på en skala som mäter någon sorts genomsnittlig exponering varefter man tilldelar individen det värde som dennes yrke har. Problemet här är att arbeten inom en och samma kategori tenderar att vara tämligen olikartade med avseende på exponering. Att komma runt detta problem skulle kräva extremt detaljerade nivåer för yrkesklassificering.

I det datamaterial som används för denna studie, Arbetsmiljöundersökningen (AMU), ställs frågor direkt till respondenterna om deras exponering för arbetsmiljöproblem. Det är således den individuella metoden som används här. Mätproblemen kan påverka nivåerna av rapporterad exponering, men eftersom intresset främst gäller utvecklingen över tid och skillnader mellan grupper, är riskerna för felaktiga slutsatser utifrån redovisningen av exponeringsnivåer mindre. Valideringsstudier visar dessutom att den typ av frågor om individens arbetsmiljö som kommer att analyseras är relativt tillförlitliga (Wikman 1991). Det finns därför ingen anledning att anta annat än att de speglar faktiska arbetsmiljöförhållanden tämligen väl. Det metodutvecklingsarbete som genomförts vid SCB har dessutom genererat frågor vars betydelse och innehåll inte anses förändras över tid genom t.ex. förändrat språkbruk (Marklund & Wikman 2000).

Detta till trots kvarstår problemet med positiv informationsbias i analyserna av sambandet mellan arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär. Om de som lider av arbetsrelaterade besvär av denna anledning är mer benägna än sina arbetskamrater att uppge att de är exponerade för arbetsmiljöproblem, kommer effekten av arbetsmiljö på besvär att överskattas. Det faktum att besvärfrågorna i Arbetsmiljöundersökningen i de flesta fall är ställda på ett sätt att

det tydligt framgår att det är just besvär orsakade av arbetet som efterfrågas kan förvärra överskattningen, i och med att frågorna därför kan uppfattas som arbetsmiljöfrågor snarare än frågor om besvär.

För att åtminstone komma närmare en uppskattning av hur mycket effekterna överskattas kommer kompletterande analyser enligt jobbmetoden att genomföras. Här används en psykosocial s.k. yrkesexponeringsmatris utarbetad av Fredlund, Hallqvist & Diderichsen (2000). Denna är en uppdatering av en motsvarande matris från slutet av 1970-talet. Den nya matrisen baseras på arbetsmiljöundersökningarna 1989–1997, vilka slagits samman till ett material för att komma upp i tillräckligt stort antal undersökningspersoner inom respektive jobbkategori. Materialet har dessutom delats efter variablerna kön, ålder och tid i yrket. Genom att ta fram medelvärden för exponering av krav, kontroll och stöd för respektive yrke (tresiffrig NYK-kod), uppdelat på var och en av de tre ytterligare faktorerna, skapades en matris med jobbspecifik exponering som kan samköras med material som innehåller dessa uppgifter.

Det finns två problem med att använda jobbmetoden. Det ena har redan nämnts. Mycket information går förlorad i och med att man går miste om variationer inom yrken, vilket leder till att estimat i sambandsanalyser sannolikt blir underskattade. Därutöver skulle det vara olyckligt att i en studie där fokus ligger på utvecklingen under 1990-talet använda ett mått som innebär att arbetsmiljöexponeringen inom respektive yrke inte kan variera under den studerade perioden. Därför används analysen med yrkesexponeringsmatrisen endast i kompletterande syfte. Eftersom det endast är psykosocial arbetsmiljö som täcks är det givetvis endast dessa variabler som kan kompletteras med hjälp av matrisen. I 1999 års arbetsmiljöundersökning upphör den s.k. NYK-kodningen av yrken och ersätts helt av SSK (se nedan). Eftersom matrisen baseras på NYK-koder kan den endast användas för analyser fram t.o.m. 1997.

4.5 Data och metod

Det datamaterial som används är, som nämnts, SCB:s arbetsmiljöundersökningar (AMU). AMU genomförs vartannat år sedan 1989 och urvalet bygger på arbetskraftsundersökningarna (AKU). Det

rör sig om upprepade tvärsnitt och avsaknaden av möjligheter att följa individer över tid gör att vi inte kan komma åt orsaksförhållanden på det sätt som skulle ha varit önskvärt. Dessutom innebär tvärsnittsansatsen att vi inte vet hur selektionen av personer till undersökningen ser ut. För att bli utvald till AMU-urvalet krävs att man i AKU blir klassad som tillhörande arbetskraften. Det medför att de som varit frånvarande från jobbet i minst tre månader inte kommer med. Långtidssjukskrivna kommer således inte med i AMU, vilket innebär att vi riskerar en underskattning av exempelvis sambandet mellan arbetsmiljö och symptom. Risken för underskattning av sambandet ökar också med ökat antal långtidssjukskrivna.

I denna studie används data från undersökningsåren 1991, 1993, 1995, 1997 och 1999. Urvalet består av ca 14 000 personer vid varje undersökningstillfälle. Bortfallet i den postenkät som utgör huvuddelen av AMU har ökat från knappt 20 procent 1991 till drygt 30 procent 1999. Storleken på de svarandegrupper som används respektive år i den här studien framgår av Tabell A i Bilaga 1.

AMU innehåller ett ganska vitt spektrum av frågor rörande arbetsförhållanden, vilket gör att man kan konstruera förhållandervis goda mått på de arbetsmiljöförhållanden och arbetsrelaterade besvär som är av intresse här.

Materialet delas upp på vård, skola, äldre- och handikappomsorg, barnomsorg och övriga förvärvsarbetande. Vi jämför således fyra grupper av välfärdstjänstepersonal med resten av arbetskraften.

Under undersökningsperioden sker det ett byte av yrkesklassificering från NYK till SSYK. NYK finns för 1991–1997 och SSYK finns för 1995–1999. Dessa två yrkesklassificeringssystem är inte helt kompatibla vilket orsakar en del problem. I och med överlappningen 1995–1997 går det ändå att skapa tämligen identiska grupper.

Av Tabell A i Bilaga 1 framgår att skillnaden i fördelningen mellan yrkesgrupperna i de två klassificeringar som konstruerats inte är särskilt stor. Fortsättningsvis används därför klassificeringen utifrån NYK-koder 1991–1993 och klassificeringen utifrån SSYK-koder därefter (i Bilaga 2 framgår vilka yrken och yrkeskoder som ingår i respektive yrkesgrupp).

De arbetsmiljöfaktorer som studeras är tunga lyft, olämplig arbetsställning och negativ stress/hög anspänning (för en närmare beskrivning av variabelkonstruktioner, se Bilaga 2). Samtliga faktorer konstrueras som dummyvariabler med värdet 1 vid förekomst

av arbetsmiljöproblemet, annars 0. Variabeln "Tunga lyft" konstrueras utifrån en fråga om hur ofta man lyfter 15–25 kg i arbetet.⁴ Arbete med "Olämplig arbetsställning" anses den ha som svarar att hon arbetar framåtböjd utan stöd eller arbetar i "vriden ställning" minst halva tiden.

Negativ stress/hög anspänning operationaliseras utifrån den s.k. krav-kontroll modellen (Karasek & Theorell 1990). Denna modell postulerar att det är kombinationen av psykologiska krav och graden av kontroll över arbetssituationen som är avgörande för hur psykologiskt pressande ett jobb är. Kombinationen höga krav och låg kontroll innebär störst hälsorisker. De bästa jobben är de med höga krav kombinerat med hög kontroll. Detta skapar en positiv stress som är utvecklande för individen (a.a.).

Kravdimensionen mäts genom frågor om huruvida arbetet kräver ständig koncentration, i vilken mån man har möjlighet att prata med arbetskamrater under arbetstiden, en fråga om övertidsarbete och en fråga om man anser sig ha alldeles för mycket att göra på arbetet. För *kontrolldimensionen* skapas på samma sätt en variabel genom att kombinera frågor om möjlighet att bestämma arbetets uppläggning, om möjlighet att bestämma när olika arbetsuppgifter ska utföras, om möjlighet att själv bestämma arbetstakten samt en fråga om graden av inflytande på arbetsplatsen. Som arbeten med negativ stress/hög anspänning definieras de som ställer höga psykiska krav och samtidigt innebär låg kontroll över arbetssituationen (se Tegsjö, Hedin & Eklund 2000). Eftersom det har visat sig svårt att finna belägg för den interaktionseffekt som modellen postulerar kan det finnas anledning att redovisa krav och kontroll separat (se Nilsson 1994; Bäckman & Edling 2000). Även en av variablerna som ingår i kravindexet, nämligen andelen som instämmer helt eller delvis i påståendet att de har *för mycket att göra*, redovisas separat. Orsaken till att denna variabel redovisas separat är att andelarna som rapporterar detta arbetsmiljöproblem är särskilt höga och variabeln dominerar därmed kravindexet.

De arbetsrelaterade besvär som redovisas är *värk, oro* samt *trötthet och utmattning*. Även de är skapade som dummyvariabler. Den förstnämnda kan i första hand förväntas vara en följd av fysisk belastning. Oro kan främst förväntas vara resultat av psykisk/psykosocial belastning medan trötthet och utmattning framför allt torde vara beroende av båda dessa typer av belastning. Dessa

⁴ Åren 1991–1993 gäller frågan ofta man lyfter 20 kg.

antaganden har också visat sig stämma ganska väl (Bäckman & Edling 2000). Det kan också nämnas att de här tre faktorerna faller ut som tydliga dimensioner i en faktoranalys av AMU 1991–1997 (a.a.). Utöver yrkesgrupp, arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär förs i de multivariata analyserna ett antal bakgrundsfaktorer in.

Analysen genomförs i två steg. Först redovisas den allmänna utvecklingen 1991–1999 av de olika arbetsmiljö- och besvärsvariablerna efter yrkesområde. I dessa figurer redovisas män och kvinnor tillsammans. De skillnader som nämns i texten är signifikantstestade med ensidiga test med 95-procentigt konfidensintervall.

Därefter genomförs multivariata analyser i form av logistiska regressioner där oddsen för att vara utsatt för de olika arbetsrelaterade besvärerna utgör beroende variabler. Dessa analyser genomförs i två dimensioner. Dels analyseras utfallen i modeller där alla undersökningsår slagits ihop. Här ges bl.a. svar på i vilken utsträckning skillnader i arbetsmiljö kan förklara skillnader vad gäller arbetsrelaterade besvär mellan de olika yrkesgrupperna. Dels undersöks interaktionseffekter mellan år och yrkesgrupp på de olika utfallsvariablerna. Dessa analyser ger framför allt svar på frågor om huruvida de utvecklingstendenser och skillnader mellan yrkesgrupper som framträder i de bivariata analyserna kan förklaras av de övriga faktorerna i modellerna.

4.6 Resultat

4.6.1 Arbetsmiljö

I Figur 1 redovisas ett antal grafer över utvecklingen av några arbetsmiljöindikatorer under 1990-talet för anställda inom sjukvård, barnomsorg, äldre- och handikappomsorg, skola samt inom övriga sektorer. Om vi först studerar utvecklingen av den *fysiskt belastande arbetsmiljön*, indikerat av andelen med tunga lyft (Figur 1a) samt olämplig arbetsställning (Figur 1b) inom respektive yrkesgrupp, ser vi att nivåerna legat ganska konstant för samtliga grupper. Den ökning av andelen med tunga lyft som kan iaktas för anställda inom barnomsorgen mellan 1993 och 1995 beror på att frågeformuleringen ändras 1995. Fram till 1993 gällde frågan hur ofta respondenten lyfter 20 kg. Fr.o.m. 1995 gäller frågan hur ofta man lyfter 15–25 kg. Det här gör att de barnomsorgsanställda i

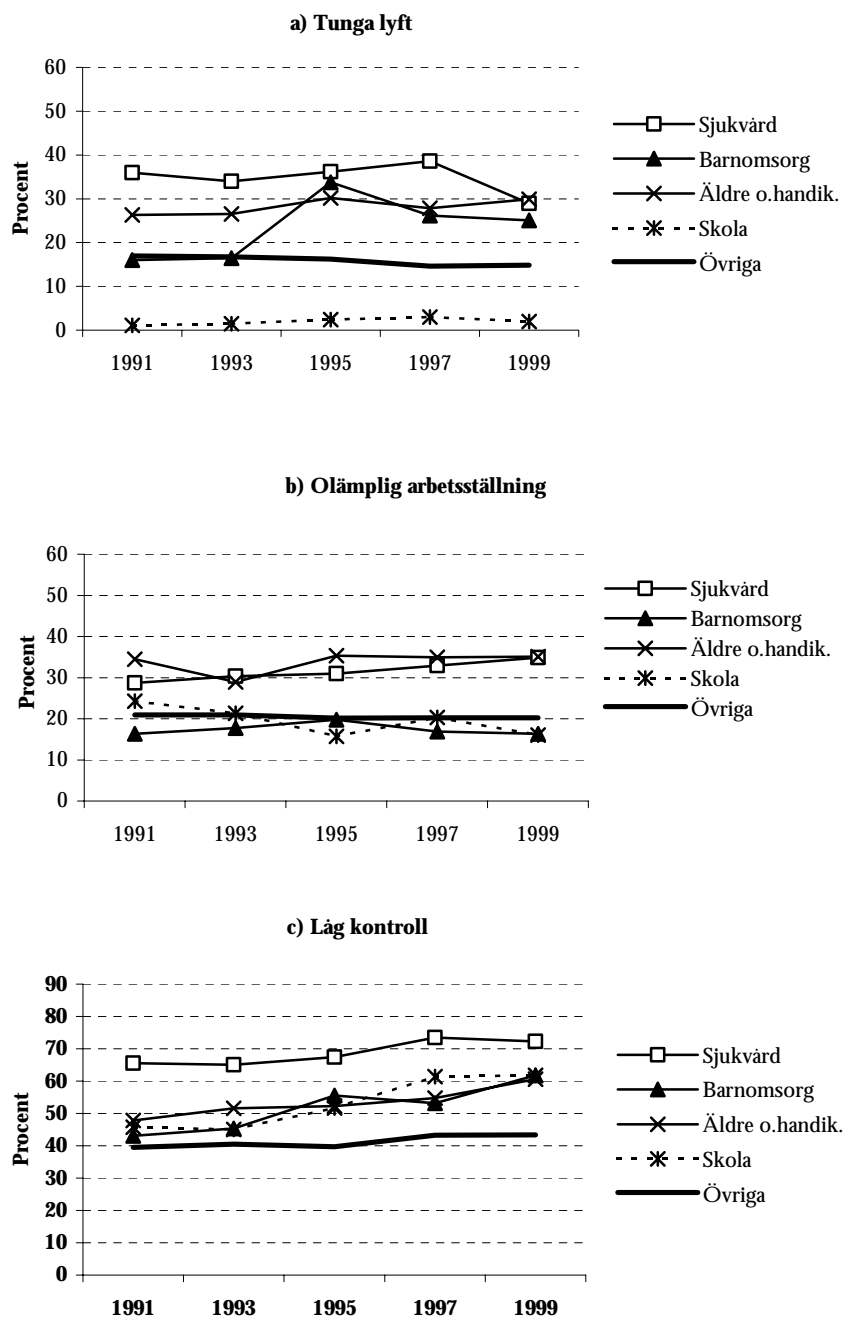
högre utsträckning svarar att de ofta lyfter tungt eftersom de yngre barnen i allmänhet väger under 20 kg, men ofta över 15 kg.

Ser vi till nivåerna ligger kurvan för såväl tunga lyft som olämplig arbetsställning högre för sjukvårds- och äldreomsorgspersonal än för övriga grupper. Förutom nedgången av andelen med olämplig arbetsställning 1991–1995 inom skolan går det inte att finna några statistiskt signifikanta förändringar över tid.

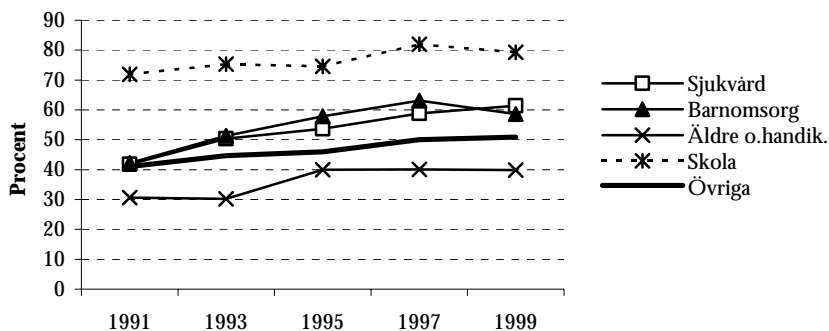
De fyra sista graferna i Figur 1 (Figur 1c–f) visar utvecklingen av några aspekter av den *psykosociala arbetsmiljön*. Låg kontroll och höga krav utgör de två dimensionerna i krav-kontroll modellen. Hög anspänning betecknar kombinationen av höga krav och låg kontroll, dvs. den cell där krav-kontroll modellen postulerar att de sämsta jobben finns. Även andelen som uppger att de har för mycket att göra på jobbet redovisas separat. Denna fråga utgör, som nämnts, en del av kravindexet.

Inom samtliga välfärdsyrkesgrupper är andelen med *låg kontroll* högre än i gruppen "övriga". Av dessa är anställda inom sjukvården den grupp som i högst grad upplever låg kontroll (Figur 1c). Det sker dock inte några större förändringar i detta avseende under årtiondet för gruppen. Däremot sker det en ökning för anställda inom de andra välfärdsområdena, vilket leder till att dessa närmar sig de sjukvårdsanställda. Mest påtaglig är den negativa utvecklingen för anställda inom skolområdet. Andelen skolanställda som rapporterar låg kontroll över sin arbetssituation har ökat från ca 45 procent 1991/1993 till 62 procent 1999. Anställda utanför välfärdstjänsteområdet (övriga) ligger kvar på en lägre nivå genom hela perioden.

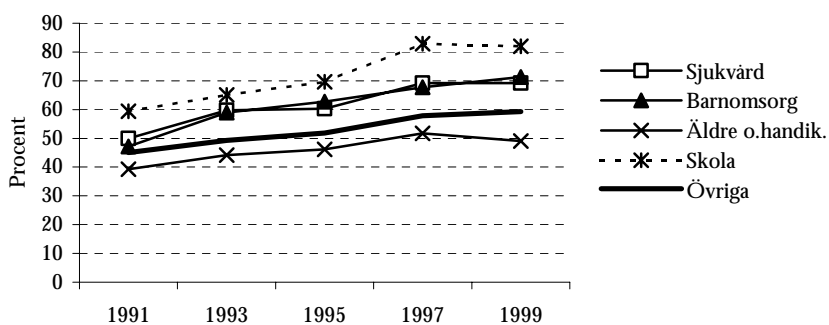
Figur 1a-f. Utveckling av några arbetsmiljöindikatorer bland förvärvsarbetande i Sverige 1991-1999, 16-64 år, efter yrke.



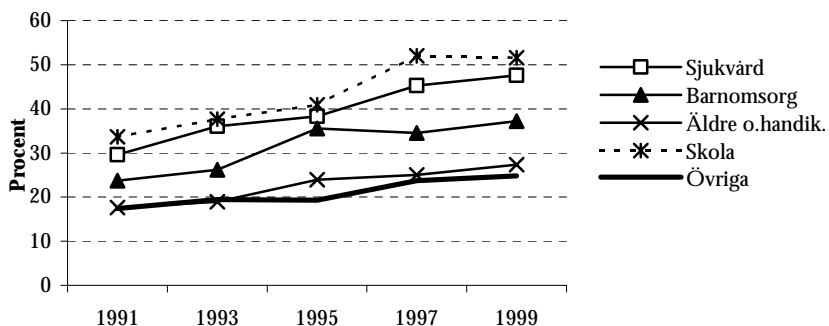
d) Höga krav



e) För mycket att göra



f) Hög anspänning



Skolpersonal ligger klart över övriga grupper när det gäller andelar som upplever *höga krav* i arbetet (Figur 1d). Några större förändringar sker dock inte under årtiondet. Den mest negativa utvecklingen ser vi för sjukvårdsanställda 1991–1999 och för barnomsorgsanställda 1991–1997. Den förbättring för barnomsorgspersonal mellan 1997 och 1999 som framträder i figuren är inte statistiskt signifikant. Anställda inom äldre- och handikappomsorgen har den lägsta andelen som upplever höga krav i arbetet. Denna grupp ligger även lägst när det gäller att ha *"för mycket att göra"* som ju ingår i kravvariabeln. Kurvorna i denna graf liknar i stora drag dem som kan iakttas för höga krav (Figur 1e). Skolpersonalen utgör dock ett undantag. Utvecklingen för denna grupp när vi endast tittar på *"för mycket att göra"* är klart sämre än när vi tittar på den sammansatta variabeln *"höga krav"*. Under 1997 och 1999 är det drygt 80 procent av de skolanställda som anser att de har för mycket att göra på arbetet. Relativt sett är dock ökningen inom skolområdet på samma nivå som inom sjukvården och klart mindre än inom barnomsorgen. När det gäller *"för mycket att göra"* är förändringarna mellan 1991 och 1999 statistiskt signifikanta för alla de undersökta grupperna.

Även utvecklingen av andelen med *hög anspänning* (Figur 1f), dvs. kombinationen av höga krav och låg kontroll, är negativ för samtliga grupper. Anställda inom sjukvården och inom skolan har den högsta andelen med hög anspänning genom hela perioden. Lägst nivå finner vi bland anställda inom äldre- och handikappomsorg samt bland *"övriga"*. Barnomsorgspersonalen intar en mellanposition. Den relativa ökningen 1991 till 1999 ligger igenomsnitt kring 50 procent. Sjukvårdsanställda har den största ökningen med drygt 60 procent. Den lägsta ökningen finner vi bland *"övriga"* med en ökning på drygt 40 procent. Det sker därmed en viss polarisering mellan välfärdsyrkena och *"övrigas"* psykosociala arbetsmiljö på så sätt att den negativa utveckling som kan iakttas för samtliga grupper som studeras här är brantare för välfärdsyrkena. Samtliga dessa välfärdsyrkesgrupper utom anställda inom äldre- och handikappomsorg går dessutom in i 1990-talet på högre nivåer än övriga anställda. Det bör dock poängteras att gruppen *"övriga"* är mycket heterogen när det gäller sammansättningen av yrken. Inom gruppen ryms flera yrken som har visat sig ha en situation liknande den som kan iakttas för anställda i välfärdsyrken här. Kassapersonal samt köks- och restaurangbiträden är exempel på sådana yrken (t.ex. SCB 2000).

Den yrkesklassificering som används här innebär att sjukhemspersonal, som oftast brukar hänföras till äldreomsorgen, i de här analyserna definieras som sjukvårdspersonal. Fördelen med en sådan kategorisering är att effekterna av 1992 års Ädelreform då sjukhemsvården fördes över från landstings- till primärkommunal regi och ca 50 000 personer bytte arbetsgivare inte behöver korrigeras i analyserna. Nackdelen är att sjukhemspersonalens arbetsförhållanden sannolikt avviker från såväl den övrig sjukvårds som övrig äldreomsorgspersonals och detta riskerar att döljas med den klassificering som använts här. I Figur A i Bilaga 3 redovisas arbetsmiljöutvecklingen för dessa tre grupper separat; dvs. anställda inom sjukhemsvård, övrig sjukhusvård samt övrig äldre- och handikappomsorg. Indelningen har gjorts genom att sjukvårdsanställda med primärkommunal arbetsgivare har definierats som sjukhemspersonal.⁵ I figuren framgår att när det gäller tunga lyft ligger sjukhemspersonalens exponering klart över de övriga två grupperna. Det är också tydligt hur den övriga sjukvårdspersonalens exponering sjunker mellan 1991 och 1993 då de tyngre sjukhemsjobben försvinner. Från 1993 och framåt ligger sjukhuspersonalens exponering t.o.m. något under den inom övrig äldre- och handikappomsorg. Även exponeringen för "olämplig arbetsställning" sjunker för personal inom övrig sjukhusvård då sjukhemspersonalen lyfts bort från kategorin. Någon större skillnad mellan nivåerna för personalen inom övrig äldre- och handikappomsorg respektive sjukhemspersonalen framträder inte. Däremot tycks utvecklingen för den senare kategorin vara mer negativ med en stadig uppgång av andelen exponerade mellan 1993 och 1999. Därmed är sjukhemspersonalen den enda yrkesgruppen, av dem som studeras här, för vilka vi kan se en negativ utveckling i detta avseende.

Om vi istället studerar de fyra grafer som speglar utvecklingen av den psykosociala arbetsmiljön framträder ett något annorlunda mönster. Här ligger exponeringsgraden överlag högre för personal inom sjukhusvården. Det är bara på den enskilda indikatorn "för mycket att göra" som sjukhemspersonalen kommer upp i samma nivåer som de sjukhusanställda. Personal inom övrig äldre- och handikappomsorg har den lägsta exponeringsgraden på samtliga av dessa indikatorer.

⁵ Privatanställda utgår från dessa analyser eftersom gruppen är för liten i materialet för att redovisa separat. De ingår dock i övriga analyser.

De sjukhemsanställda tycks således dra upp den observerade exponering för sjukvårdsanställda, så som det redovisas i Figur 1, vad gäller fysiskt belastande arbetsmiljö. När det gäller psykosociala arbetsmiljöproblem tycks dock förhållandet vara det motsatta, dvs. den observerade exponeringen för kategorin "sjukvård" i Figur 1 underskattas något pga. att sjukhemsanställda ingår i kategorin.

4.6.2 Resultat från regressioner på arbetsmiljö

I Tabell 1 redovisas resultaten från regressioner med två arbetsmiljövariabler som beroende variabel: tunga lyft och hög anspänning.⁶ Tre modeller för respektive utfall har estimerats. I den första har endast intervjuår och yrkesgrupp inkluderats. I den andra modellen har kontroll för ålder införts och i den tredje inkluderas ytterligare bakgrundsfaktorer. Analyserna är gjorda endast på kvinnor, eftersom antalet män i datamaterialet inom framför allt vård- och omsorgsyrkena är för lågt (se Bilaga 1). Estimaterna i tabellen är oddskvoter som betecknar den relativa avvikelser i odds från referenskategori för respektive övrig kategori. Odds definieras som sannolikheten eller risken att befinna sig i ett tillstånd (t.ex. att ha besvär av värk) dividerat med sannolikheten eller risken att inte göra det. Odds förhåller sig därmed till risk (eller sannolikhet) på så sätt att oddset för en händelse alltid är högre än risken. Ju vanligare händelse desto större är skillnaden mellan odds och risk.⁷

Dessa modeller ska inte betraktas som några kausala modeller där vi söker efter orsakssamband. Det är givetvis inte så att exempelvis ålder kan orsaka dålig arbetsmiljö. Däremot kan vi tänka oss att ålder kan påverka dels hur man uppfattar sin arbetsmiljö, dels hur man uppfattar och besvarar en fråga. I sådana fall skulle alltså variabeln ålder kunna ha en effekt på variabeln tunga lyft. Dessutom skulle en sådan effekt kunna innebära att de variationer mellan yrkesgrupper som kan iakttas egentligen beror på skillnader i ålderssammansättning. Det är alltså på detta sätt som modellerna i Tabell 1 ska ses.

⁶ Av de två indikatorerna på fysisk belastning har "Tunga lyft" valts eftersom det är där vi noterar de största skillnaderna mellan yrkesgrupperna (Figur 1).

⁷ odds= risk/(1-risk).

I linje med det som visas i Figur 1 ser vi i modellerna för tunga lyft att effekterna av intervjuår är små. Det är endast 1995 som en signifikant ökning kan iakttas. Vad denna ökning beror på är svårt att svara på. Förändringen av frågeformulering från och med 1995 kan vara en delförklaring, dock inte hela eftersom oddskvoterna faller tillbaka igen de följande åren. Dessutom visar Figur 1a att det framför allt är bland barnsomsorgspersonalen som förändringen av frågeformuleringen slår igenom, medan regressionsresultaten antyder att det finns en generell sådan effekt. Om vi antar att den största delen av nivåhöjningen 1995 är ett resultat av förändringen av frågeformuleringen, måste den sjunkande trenden efter 1995 tolkas som en generell nedgång av exponeringen för tunga lyft under 1990-talet.

Ytterligare ett viktigt resultat från regressionerna i Tabell 1 är att utvecklingstendenserna inte påverkas av den successiva kontrollen för övriga faktorer. Det betyder att utvecklingen inte kan förklaras av förändrad ålderssammansättning, förändrat antal deltids- eller tillfälligt anställda eller förändrad sammansättning när det gäller hushållstyp. Detta gäller för såväl tunga lyft som för hög anspänning. Det framgår också av tabellen att yngre i högre utsträckning än äldre har arbeten med tunga lyft.

Tabell 1. Resultat från logistiska regressioner på sannolikhet att vara exponerad för tunga lyft respektive hög anspänning. Odds-kvoter. Förvärvsarbetande kvinnor 16–64 år

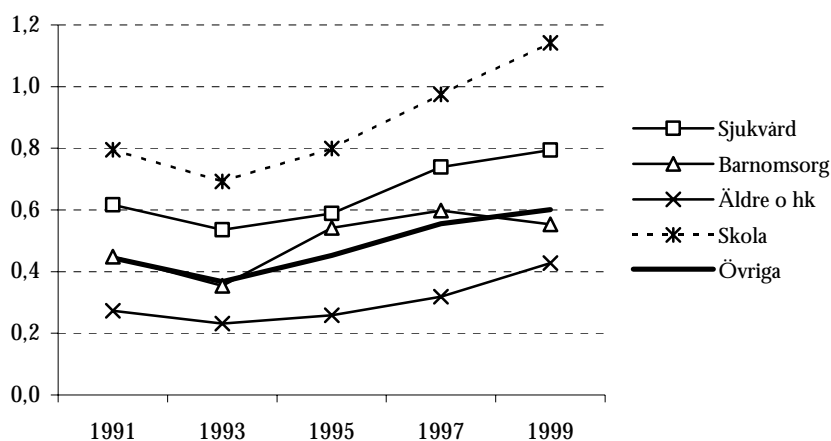
	Tunga lyft			Hög anspänning		
1991	1	1	1	1	1	1
1993	0,93	0,95	0,95	1,13**	1,12**	1,13**
1995	1,24***	1,28*	1,28***	1,21***	1,21***	1,22***
1997	1,07	1,11	1,12	1,55***	1,55***	1,56***
1999	1,01	1,07	1,07	1,64***	1,63***	1,65***
Övriga	1	1	1	1	1	1
Sjukvård	6,42***	6,54***	6,46***	1,79***	1,78***	1,77***
Barnomsorg	3,87***	3,84***	3,79***	1,25***	1,24***	1,25***
Äldre o. handik.	5,12***	5,15***	5,11***	0,82***	0,82***	0,82***
Skola	0,18***	0,19***	0,19***	2,23***	2,22***	2,25***
16-24		1,80***	1,98***		0,90*	0,93
25-34		1,61**	1,57***		1,01	1,01
35-44		1,17**	1,11		1,03	1,00
45-54		1	1		1	1
55-64		1,00	1,03		0,93	0,93
Heltid			1			1
Deltid			1,01			1,04
Fast anställd			1			1
Tillf. anställd			1,06			1,14**
Sambo u. barn			1			1
Sambo m. barn			1,09			1,07
Ensamst. u. barn			0,88*			1,08
Ensamst. m. barn			1,13			1,09
Konstant	0,08***	0,06***	0,06***	0,29***	0,29***	0,24***
n	26 016	26 016	26 016	24 826	24 826	24 826

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Som vi också kunde förvänta oss utifrån mönstret i Figur 1f är skillnaderna över tid påtagligt starkare i analysen av hög anspänning. Den generella risken (egentligen oddset) ökar med ca 65 procent mellan 1991 och 1999. Att sjukvård, barnomsorg och skola skulle ligga högre (skola allra högst) i odds kunde vi också förvänta oss utifrån Figur 1f. Däremot är det signifikant lägre oddset för äldre- och handikappomsorgen inte helt i linje med vad som kunde iaktas i Figur 1f. Som vi ska se nedan är detta framför allt en effekt av att män uteslutits från regressionsanalyserna. Värt att notera är att inte heller i modellerna för hög anspänning

påverkas effekten av yrkesgrupp när övriga faktorer inkluderas i modellen, vilket bl.a. betyder att mönstret i Figur 1f inte kan förklaras av exempelvis förändrad ålderssammansättning. Det finns en signifikant effekt för tillfälligt anställda, vilket tyder på att oberoende av yrkeskategori återfinns tillfälligt anställda i högre utsträckning än fast anställda i positioner med hög anspänning.

Figur 2. Interaktionseffekt ($p < 0,05$) mellan intervjuar och yrkesgrupper på hög anspänning. Kontrollerat för ålder, arbetstid, anställningsform och hushållstyp. Förvärvsarbetande kvinnor 16–64 år ($n = 24\,826$)



I Figur 2 visas interaktionseffekten mellan intervjuar och yrkesgrupp grafiskt. I figuren är de relativa oddskvoterna omräknade till absoluta odds. Det mönster som framträder avviker på vissa punkter från det som visas i Figur 1. Exempelvis ligger äldre- och handikappomsorg här lägre än kategorin "övriga" under hela perioden. Dessutom ligger barnomsorgen på ungefär samma nivå som "övriga". Huvudorsaken till dessa skillnader är att vi här endast analyserar kvinnor medan Figur 1f visar utvecklingen för båda könen. När männen tas ur analysen ökar den genomsnittliga exponeringen för gruppen "övriga". Välfärdstjänsteyrkena förblir emellertid i princip oförändrade pga. av deras låga andel män. I figuren framgår också att gapet mellan i synnerhet skola å ena sidan

och övriga kategorier å den andra accentueras något efter kontroll för övriga faktorer.

I modellen för tunga lyft har inga interaktionseffekter beräknats. Delvis eftersom studiens fokus ligger på den psykosociala arbetsmiljön, men framför allt eftersom effekten av förändringen av frågeformuleringen på barnomsorgspersonalens svar på frågan om tunga lyft skulle skapa svårigheter att tolka en sådan interaktionseffekt.

Sammanfattningsvis framträder inga överraskningar i regressionsanalyserna på tunga lyft och hög anspänning. De avvikelser från mönstren i Figur 1 som kan iakttas beror i högre utsträckning på att män utesluts ur analysen än på att kontroller för ett antal faktorer införts. Trots att ålder har signifikanta effekter på tunga lyft, på så sätt att yngre tenderar att ha tyngre arbeten än äldre, sker ingen justering av yrkeseffekterna då åldersvariabeln införs. Det betyder att skillnaderna mellan yrkesgrupper avseende exponeringen för tunga lyft är oberoende av ålderssammansättningen inom respektive yrkesgrupp.

Även om effekten av anställningsform ligger utanför studiens direkta fokus är det intressant att notera att tillfälligt anställda oberoende av yrkesgrupp har en överrisk för hög anspänning. Det är också intressant att notera att det är inom äldre- och handikappomsorgen som vi finner den högsta andelen tillfälligt anställda och att denna grupp trots detta ligger lägre än övriga grupper vad gäller exponering för hög anspänning. Effekten för äldre- och handikappomsorg förblir också oförändrad vid kontroll för anställningsform, vilket är något överraskande.⁸

4.6.3 Arbetsrelaterade besvär

Trots att andelen med tunga lyft och olämplig arbetsställning överlag är tämligen konstant under årtiondet, är tendensen den att andelen med problem av *värk* ökar (se Figur 3a). Ett undantag utgörs av skolpersonalen, vilka ligger på en oförändrad nivå under hela perioden. För "övriga" noteras också endast en måttlig ökning av andelen med besvär av värk. Den största relativa ökningen finner vi bland sjukvårdsanställda som ökar sina andelar med 75 procent

⁸ Ett test av interaktionseffekten mellan yrke och anställningsform visar att det endast är inom sjukvård och skola som effekten av att vara deltidsanställd är signifikant. Inom skolan på så sätt att deltidsanställda har högre risk för hög anspänning och inom sjukvården på så sätt att deltidsanställda, något förvånande, har lägre risk.

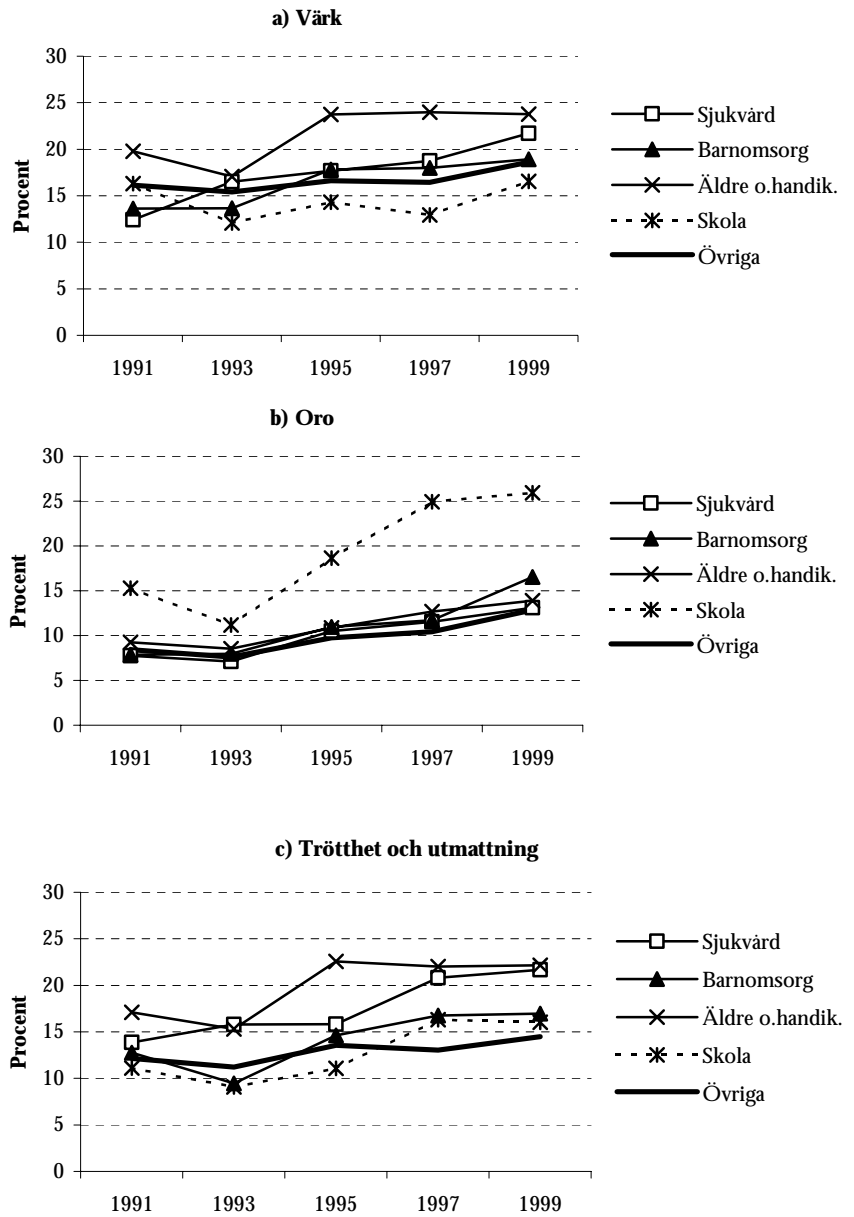
från 1991 till 1999. Dessa hamnar därmed på samma nivå som anställda inom äldre- och handikappomsorgen som är den grupp som sett över hela perioden har högst andel med besvär av värk.

När vi ser till absoluta förändringar av andelen som känner *oro* pga. arbetet finner vi den i särklass största ökningen bland skolpersonalen vars andelar ökar från drygt 15 procent 1991 till knappt 26 procent 1999 (Figur 3b). I relativa termer ökar dock andelen med besvär av oro mest bland barnomsorgspersonalen, där andelen mer än fördubblas under perioden (från knappt 8 procent 1991 till 16,5 procent 1999). De relativa ökningarna är överlag ganska stora när det gäller oro. De lägsta finner vi bland anställda inom äldre- och handikappomsorgen och bland "övriga", men dessa ökningarna ligger ändå på ca 50 procent.

För andelen som rapporterar besvär av *trötthet och utmattning* framträder samma mönster (Figur 3c). Den största relativa ökningen finner vi bland sjukvårdsanställda som därmed "kommer ifatt" anställda inom äldre- och handikappomsorgen. Till skillnad från när det gäller besvär av värk sker här en ökning även bland skolpersonalen. Ökningen bland välfärdsyrkena är i samtliga fall större än den för "övriga".

Även för arbetsrelaterade besvär har en kompletterande analys där sjukhemspersonal lyfts ut från kategorin sjukvårdsanställda genomförts. Resultaten redovisas i Figur B i Bilaga 3. I den graf som visar andelen med besvär av värk, framgår att under perioden ökar de sjukhemsanställdas nivå från de sjukhusanställdas nivå till de som gäller för de anställda inom den övriga äldre- och handikappomsorgen. Sett över hela perioden ligger de sistnämnda högst på denna variabel. Även för trötthet och utmattning ligger de sjukhemsanställda över de sjukhusanställdas nivåer. För oro däremot ligger alla de tre grupperna samlade kring 10 procent. Sammantaget tycks ändå det faktum att sjukhemsanställda ingår i kategorin "Sjukvård" dra upp den i Figur 3 observerade utsattheten för denna grupp.

Figur 3a-c. Utveckling av några arbetsrelaterade besvär bland förvärvsarbetande i Sverige 1991-1999, 16-64 år, efter yrke



4.6.4 Resultat från regressioner på arbetsrelaterade besvär

I Tabell 2 redovisas resultat från logistiska regressioner på besvärsvariablerna värk, oro samt trötthet och utmattning. Liksom ovan är analyserna gjorda endast på kvinnor. För varje besvärsvariabel redovisas tre modeller, en med endast intervjuår och yrkesgrupp, den andra med kontroll för bakgrundsfaktorer och i den tredje förs arbetsmiljövariablerna in.

I den första modellen för *värk* ser vi att endast anställda inom äldre- och handikappomsorg har högre risk än "övriga". Denna överrisk reduceras något vid kontroll för ålder, anställningsförhållanden och hushållstyp, och förbyts mot en underrisk när arbetsmiljövariablerna förs in i modellen. Personal inom skolan, barnomsorgen och sjukvården har lägre risker i den första modellen. I den andra modellen där ålder m.m. inkluderats är inte längre effekten för barnomsorgspersonalen signifikant, vilket sannolikt beror på att underrisken i den första modellen förklaras av den genomsnittligt yngre personalen i denna kategori (i Figur C i Bilaga 3 visas åldersfördelningen efter yrkesgrupp och år). I den modell där arbetsmiljö är konstanthållet sjunker oddsen för samtliga kategorier (jämfört med föregående modell), vilket syns som ett lägre värde på konstanten. Inom välfärdstjänsteyrkena sjunker dock oddsen i högre utsträckning än bland övriga. Ett annat sätt att uttrycka detta är att personalen i välfärdstjänsteyrkena har en låg andel med värk givet deras arbetsmiljö och andra faktorer.

Tabell 2. Resultat från logistiska regressioner på arbetsrelaterade besvär. Oddsquoter. Kontrollerat för ålder. Förvärvsarbetande kvinnor 16–64 år

	Värk			Oro			Trötthet och utmattning		
1991	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1993	1,01	0,98	0,97	0,89	0,85*	0,83**	0,90	0,90	0,87*
1995	1,14*	1,10	1,06	1,16*	1,12	1,07	1,18**	1,16**	1,12
1997	1,16**	1,12*	1,06	1,43***	1,36***	1,24**	1,23***	1,21**	1,12
1999	1,41***	1,34***	1,27***	1,78***	1,66***	1,50***	1,41***	1,38***	1,28***
Övrigt	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sjukvård	0,89*	0,86*	0,60***	0,98	1,05	0,84*	1,21***	1,24***	0,83***
Barnomsorg	0,81**	0,88	0,77***	1,12	1,16*	1,08	0,90	0,97	0,84**
Äldre o. hk.	1,16*	1,13*	0,85*	1,06	1,17*	1,10***	1,40***	1,38***	1,05
Skola	0,78**	0,69***	0,60***	2,40***	2,07***	1,74***	0,91	0,86	0,74***
16-24		0,38***	0,30***		0,36***	0,34***		0,76***	0,62***
25-34		0,46***	0,40***		0,59***	0,57***		0,70***	0,63***
35-44		0,65***	0,62***		0,74***	0,74***		0,79***	0,76***
45-54		1	1		1	1		1	1
55-64		1,28***	1,31***		1,13	1,14*		1,37***	1,41***
Heltid		1	1		1	1		1	1
Deltid		1,17***	1,09*		0,73***	0,70**		1,04	0,98
Fast anst.		1	1		1	1		1	1
Tillf.anst.		1,07	1,06		0,94	0,92		1,02	1,01
Sambo u. barn		1	1		1	1		1	1
Sambo m. barn		0,87**	0,86**		0,95	0,94		0,95	0,94
Ensamst. u. barn		0,96	0,97		1,11	1,09		1,09	1,10
Ensamst. m. barn		1,18*	1,17		1,24*	1,20		1,54***	1,53***
Ej tunga lyft			1			1			1
Tunga lyft			1,90***			1,15*			1,87***
Ej olämp. arbetsst.			1			1			1
Olämp. arbetsst.			2,83***			1,52***			2,60***
Ej hög anspänning			1			1			1
Hög anspänning			1,62***			2,47***			1,98***
Konstant	0,22***	0,28***	0,21***	0,09***	0,14***	0,10***	0,16***	0,17***	0,11***
n	22 253	22 253	22 253	24 462	24 462	24 462	23 726	23 726	23 726

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Av arbetsmiljövariablerna har "olämplig arbetsställning" den starkaste effekten på värk. Värde att notera är den tydliga effekt som den psykosociala arbetsmiljöindikatorn "hög anspänning" har på risken att ha besvär av värk. Effekten av hög anspänning på värk kan därmed delvis förklara varför det sker en ökning av andelen

som rapporterar besvär av värk, trots att ingen ökning kan iakttas vad gäller exponering för tunga lyft och olämplig arbetsställning.

Precis som man kunde förvänta sig utifrån Figur 3b har skolpersonalen en kraftig överrisk för att ha besvär av *oro* under 1990-talet. Överrisken reduceras något vid kontroll för övriga faktorer, men oddset är i modellen där arbetsmiljö kontrolleras fortfarande närmare 75 procent högre än för referenskategori. Detta innebär att överrisken endast delvis kan förklaras av de arbetsmiljöfaktorer som inkluderats i modellen. För anställda inom barnomsorgen framträder en överrisk för oro i den andra modellen, vilket återigen sannolikt beror på åldersfördelningen i gruppen. Effekten försvinner när vi även kontrollerar för arbetsmiljö. Sjukvårdspersonalens odds avviker inte från gruppen övriga i första och andra modellen. I den tredje modellen där arbetsmiljö inkluderats har denna grupp signifikant lägre odds än referenskategori "övriga", vilket innebär att denna grupp har en låg andel personal med besvär av oro, givet deras arbetsmiljöbelastning. Av arbetsmiljövariablerna är det, inte helt överraskande, hög anspänning som har den största effekten på besvär av oro.

I de två första modellerna för *trötthet och utmattning* finner vi en överrisk för sjukvårdspersonal och för äldre- och handikappomsorgspersonal. Även detta är något som man skulle kunna förvänta sig utifrån Figur 3. Dessa överrisker försvinner emellertid vid kontroll för arbetsmiljö, och för sjukvården blir effekten istället en underrisk. I modellen med kontroll för arbetsmiljö finner vi underrisker även för barnomsorgs- och skolpersonalen. Detta kan tolkas som att alla dessa yrkesgrupper har en lägre andel som är trötta och utmattade än vad man skulle förvänta sig utifrån deras arbetsmiljöbelastning. Olämplig arbetsställning är den arbetsmiljövariabel som har störst effekt. Som förväntat har dock samtliga arbetsmiljövariabler tydliga effekter.

Studerar vi effekten av de variabler som indikerar intervjuar finner vi som förväntat en ökad risk under perioden. Estimaten kan, i den första modellen för respektive utfallsvariabel, tolkas som hur stor den relativa ökningen i odds från 1991 skulle vara om sammansättningen avseende yrkesgrupp inte hade förändrats under perioden. Likaledes säger estimaten i de följande modellerna hur den relativa ökningen skulle ha sett ut om sammansättningen och effekterna av de inkluderade variablerna inte förändrats över perioden. I modellerna för oro påverkas oddskvoterna för intervjuar endast marginellt neråt. Även i modellerna för värk är

nedjusteringen begränsad. Det betyder att de faktorer som inkluderats i dessa analyser endast i mycket liten utsträckning kan förklara den ökande andelen personer med besvär av värk eller oro under 1990-talet. I analysen av trötthet och utmattning reduceras dock oddskvoterna i något högre utsträckning vid kontroll för arbetsmiljö, vilket följaktligen tyder på att arbetsmiljöutvecklingen i högre grad förklarar utvecklingen för trötthet och utmattning än för övriga utfallsvariabler.

Som nämndes i avsnitt 4.4 löper man med individmetoden en stor risk att överskatta effekter av arbetsmiljö på besvär. För att få en uppfattning om i vilken utsträckning detta är fallet även i denna studie har modellerna för värk, oro och trötthet ovan också estimerats enligt jobbmetoden. De nya modellerna som redovisas i Tabell 3 täcker endast åren 1991–1997 eftersom matrisen är skapad utifrån NYK-koder och dessa saknas i 1999 års undersökning. I dessa modeller används en indikator på hög anspänning som skapats utifrån den yrkesexponeringsmatris som redogjordes för ovan (Fredlund, Hallqvist & Diderichsen 2000). Inga andra arbetsmiljöindikatorer har tagits med i modellerna. I övrigt är modellerna desamma som i Tabell 2.

Tabell 3. Resultat från logistiska regressioner på arbetsrelaterade besvär. Kontrollerat för ålder, arbetstid, anställningsform, hushållstyp. Oddskvoter. Hög anspänning definierat utifrån yrkesexponeringsmatris. Förvärvsarbetande kvinnor 16–64 år

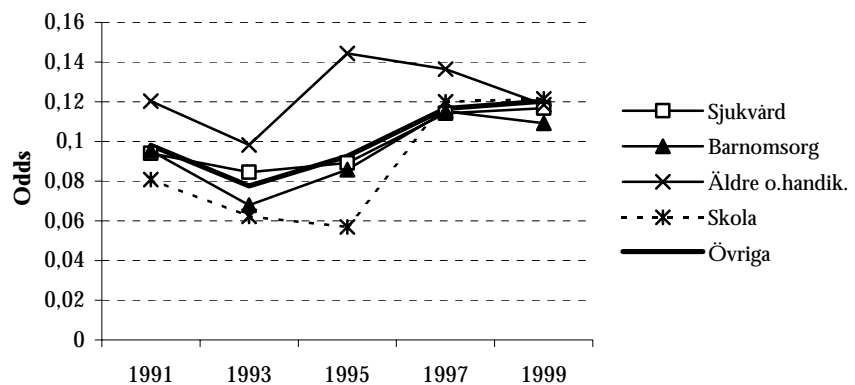
	Värk		Oro		Trötthet och utmattning	
1991	1	1	1	1	1	1
1993	0,95	0,95	0,85*	0,85*	0,85**	0,85**
1995	1,09	1,09	1,17*	1,17*	1,11	1,11
1997	1,12	1,12	1,42***	1,42***	1,23***	1,23***
Övrigt	1	1	1	1	1	1
Sjukvård	1,01	1,01	1,03	1,03	1,44***	1,44***
Barnomsorg	1,05	1,05	1,12	1,11	1,18*	1,19*
Äldre o. handik.	1,38***	1,38***	1,19*	1,18	1,71***	1,72***
Skola	0,84*	0,83*	1,99***	2,02***	0,97	0,96
Ej hög anspänning		1		1		1
Hög anspänning		1,01		0,95		1,04
Konstant	0,26***	0,26***	0,14***	0,14***	0,16***	0,16***
n	16 659	16 659	18 311	18 311	17 708	17 708

Two viktiga iakttagelser kan göras i Tabell 3. För det första ser vi att effekten av hög anspänning uteblir i samtliga modeller. För det andra sker det ingen som helst reduktion av effekterna av yrkesgrupp, vilket givetvis är en följd av den första iakttagelsen. Ska man då utifrån detta resultat dra slutsatsen att de samband som påvisas i Tabell 2 är skensamband, dvs. att resultaten bara är en effekt av att de med besvär har en tendens att redovisa högre exponering för bristfällig arbetsmiljö oavsett verklig exponering? Sannolikt vore det en förhastad slutsats. Som nämndes i metod-diskussionen ovan är den stora risken då man använder jobb-metoden att man istället underskattar effekter eftersom variationen inom yrken och över tid då går förlorad. Sannolikt är det fallet också här. Med stöd i en omfattande forskningslitteratur kan man med fog påstå att det förefaller osannolikt att arbeten med kombinationen höga krav och låg kontroll inte skulle innebära någon ökad risk för framför allt oro respektive trötthet och utmattning.⁹ Det visar sig också i en preliminär analys som inte redovisas här att andelen som rapporterar att de under någon del av mätveckan (i AKU) varit frånvarande pga. sjukdom (inkl. läkarbesök och tandläkarbesök) t.o.m. är lägre bland dem som har ett jobb med hög anspänning enligt jobbmetoden än för övriga. Det omvända förhållandet råder när vi istället använder individuella metoden. Även om resultaten baserade på jobbmetoden inte medför att vi kan förkasta resultaten i Tabell 2, understryker de samtidigt risken att resultaten i Tabell 2 är överskattade och att de bör tolkas med försiktighet.

⁹ Effekten uteblir även om alla andra variabler utesluts ur modellen.

De resultat från regressionsanalyserna av besvär som redovisats hittills ger ingen information om hur utvecklingen under 1990-talet ser ut för de olika yrkesgrupperna vid kontroll för andra variabler. Estimaten i Tabell 2 talar exempelvis endast om hur skillnaderna mellan yrkesgrupper sett ut oavsett undersökningsår och i vilken grad skillnader mellan yrkesgrupper kan förklaras av arbetsmiljöfaktorer. För att djupare kunna studera hur utvecklingen sett ut har interaktionseffekter mellan år och yrkesgrupp testats för modellerna i Tabell 2. Det visar sig att det endast är i modellen för trötthet och utmattning som det finns en statistiskt signifikant interaktionseffekt. Denna redovisas grafiskt i Figur 4.

Figur 4. Interaktionseffekt ($p < 0,05$) mellan yrke och år på trötthet och utmattning. Kontrollerat för ålder, arbetstid, anställningsform, hushållstyp och arbetsmiljö. Förvärvsarbetande Kvinnor 16–64 år $n = 23\,726$



Här ser vi att mönstret avviker en del från den utveckling över tid som visas i Figur 3c. Anställda inom äldre- och handikappomsorgen har enligt båda figurerna en högre risk än övriga, men enligt Figur 4 faller risken från 1995 och framåt. Detta kan bero på att hushållstyp är konstanthållet i den modell som producerat resultaten i Figur 4.¹⁰ Ensamstående med barn, vilka har en signifikant överrisk för trötthet och utmattning, är överrepresenterade bland anställda inom äldre- och handikappomsorgen. Andelen minskar fram till 1995 för att därefter åter öka. Ett slående mönster

¹⁰ Här påverkas inte mönstret nämnvärt av att männen utesluts.

i Figur 4 är annars hur skillnaderna mellan grupperna minskar under årtiondet. Det är svårt att avgöra vad som orsakar detta mönster. Kurvorna i Figur 4 visar hur utvecklingen skulle ha sett ut om yrkesgrupperna hade varit lika med avseende på de variabler som inkluderats i analysen. Det betyder att mönstret i Figur 4 bör ha uppkommit pga. att effekten på trötthet och utmattning av någon eller några variabler har ökat över perioden. En närmare granskning av data visar att den enda variabel vars effekt ökar över tid är "anställningsform". Det visar sig också att det finns en interaktionseffekt mellan yrkesgrupp och anställningsform som verkar på så sätt att inom välfärdsyrkena är tillfälliga anställningar förknippade med ökad trötthet och utmattning, medan det omvända förhållandet råder inom gruppen "övriga". Där är de tillfälligt anställda mindre trötta och utmattade än de heltidsanställda. Om orsaken till detta kan vi endast spekulera, men en förklaring kan vara att den variabel som används här inte gör någon skillnad på olika typer av tillfällig anställning. Aronsson, Gustafsson & Dallner (2000) har genom ett specialurval i SCB:s arbetskraftsundersökningar kunnat klassificera de tillfälligt anställda utifrån deras avstånd till den fast anställda kärnarbetskraften. Det visar sig att behovs- och vikariatsanställda är de grupper som i en multivariat analys har högst odds för att känna sig trötta och häglösa, en variabel som ingår i det här använda indexet på trötthet och utmattning. Grupperna behovs- och vikariatsanställda domineras av anställda inom den sociala sektorn samt vård och omsorg. Den ökande effekten av anställningsform skulle således kunna förklara det uppkomna mönstret i Figur 4. Det är dock viktigt att påpeka att detta är en preliminär slutsats som kräver ytterligare analyser för att kunna beläggas.

Med undantag för skolpersonalens upplevelse av oro visar regressionerna på arbetsrelaterade besvär att de överrisker som noteras i de första modellerna försvinner och t.o.m. förbyts till underrisker vid kontroll för arbetsmiljövariablerna. Detta bör tolkas som att överriskerna i stor utsträckning förklaras av problem i arbetsmiljön för dessa yrkesgrupper. När det gäller oron inom skolan kan alltså inte överrisken förklaras av de arbetsmiljövariabler som inkluderats här. Det betyder emellertid inte nödvändigtvis att arbetsmiljön inte har någon betydelse utan kan lika gärna bero på att de indikatorer på arbetsmiljö som analyserats inte fångar upp de aspekter av lärarnas arbetsmiljö som har betydelse för oro.

Dessa tolkningar gäller dock under förutsättning att estimaten för arbetsmiljövariablerna och reduktionerna av "yrkesestimaten" inte helt beror på den "positiva informationsbias" som diskuterades i metodavsnittet ovan (dvs. att de som har besvär av olika slag har en benägenhet att i högre utsträckning rapportera utsatthet för arbetsmiljöproblem än de som inte upplever några arbetsrelaterade besvär). Den kompletterande analysen enligt jobbmetoden som redovisas i Tabell 3 antyder att så skulle kunna vara fallet. Det kan dock med fog hävdas, särskilt som de med hög anspänning enligt yrkesmatrisdefinitionen har lägre frånvaro pga. sjukdom (inkl. läkarbesök och tandläkarbesök) än övriga, att de estimat som jobbmetoden producerar är kraftigt underskattade. Det antyder att vi åtminstone kan betrakta kraftiga arbetsmiljöeffekter och nedjusteringar av oddskvoter i Tabell 2 som befintliga, även om vi inte kan vara säkra på storleksordningen av vare sig arbetsmiljöeffekterna eller nedjusteringarna av yrkeseffekterna när arbetsmiljö kontrolleras i analyserna.

4.7 Diskussion

Sammantaget har arbetsmiljöutvecklingen för anställda inom vård, skola och omsorg framför allt inom det psykosociala området varit sämre än för den övriga arbetande befolkningen under 1990-talet. Det finns dock stora variationer inom gruppen. För det mest sammanfattande måttet på psykosocial arbetsmiljö, *hög anspänning*, ökar andelen utsatta inom samtliga studerade grupper. Minst är ökningen inom gruppen "övriga", dvs. de yrken som inte ingår i välfärdstjänsterna. Den största ökningen finner vi bland sjukvårdsanställda (inklusive sjukhemspersonal). Personalen inom sjukvården har också, tillsammans med skolpersonalen, den högsta andelen utsatta för hög anspänning i arbetet. Det finns en tendens till polarisering mellan vård, skola och omsorg å den ena sidan och å den andra sidan den övriga arbetande befolkningen under 1990-talet. Personalen inom välfärdstjänsteområdet som gick in i årtiondet på högre nivåer har också haft en sämre utveckling.

När det gäller fysisk arbetsmiljöbelastning ligger nivåerna tämligen stabila över perioden, vilket är i linje med tidigare studier (t.ex. Bäckman & Edling 2000; Fritzell & Lundberg 2000). Ett viktigt undantag från detta mönster framträder dock. När vi lyfter ut sjukhemspersonal ur gruppen sjukvårdsanställda visar det sig att

denna grupp, som den enda av de här studerade yrkeskategorierna, har en reell ökning av andelen med olämplig arbetsställning.

Skillnaderna mellan yrkesgrupper bekräftas i regressionsanalyserna på arbetsmiljöindikatorerna tunga lyft och hög anspänning. När det gäller *tunga lyft* visar analyserna kraftiga överrisker för samtliga välfärdsyrkesgrupper förutom skolpersonal. Sjukvårdspersonalen har, sett över hela 1990-talet, ett 6,5 gånger högre odds än "övriga". Motsvarande siffror för anställda inom äldre- och handikappomsorg och barnomsorg är drygt 5 gånger respektive närmare 4 gånger högre. Skolpersonalen har ca 80 procent lägre risk än "övriga". Dessa siffror påverkas inte av att bakgrundsfaktorer förs in i modellerna.

Inte heller i modellen för hög anspänning påverkas olika välfärdsyrkes överrisker av att kontroll för bakgrundsfaktorer införs. Här är dock överriskerna för välfärdsyrkena på en lägre nivå. Anställda inom äldre- och handikappomsorg (exklusive sjukhemspersonal) har en lägre oddskvot än referenskategorierna.

När det gäller de arbetsrelaterade besvären ökar andelen utsatta under 1990-talet, med några få undantag, på samtliga här studerade indikatorer (*värk, oro* samt *trötthet och utmattning*). Sjukvårdsanställda redovisar den kraftigaste ökningen av andelen med besvär av värk, men den största delen av denna ökning förklaras av ökningen inom gruppen sjukhemsanställda (se Figur B i Bilaga 3). Sett över hela perioden är det anställda inom äldre- och handikappomsorgen som har den största andelen med besvär av värk. Även när det gäller besvär av *trötthet och utmattning* finner vi den största ökningen bland sjukvårdspersonalen, men liksom för besvär av värk förklaras en stor del av denna ökning av ökningen bland sjukhemspersonalen. Den största absoluta ökningen av andelen med besvär av oro sker bland skolpersonalen där var fjärde anställd rapporterar sådana besvär 1999. I relativa termer är dock ökningen större bland barnomsorgspersonalen, för vilka andelen mer än fördubblas under perioden.

I de multivariata analyserna på arbetsrelaterade besvär (Tabell 2) visar det sig att en stor del av överriskerna bland välfärdstjänstepersonalen förklaras av dessa gruppers större utsatthet för arbetsmiljöproblem. De överrisker som redovisas för äldre- och handikappomsorgspersonal för värk, för barnomsorgspersonal när det gäller oro, och för anställda inom sjukvård och äldre- och handikappomsorg när det gäller trötthet och utmattning, försvinner eller förbyts till underrisker när indikatorerna på

arbetsmiljöproblem förs in i modellen. Detta kan tolkas som att om dessa personalgrupper hade haft samma exponering för negativa arbetsmiljöfaktorer som övriga yrkesgrupper, hade de inte haft högre utsatthet för de besvär som analyserats här. Den enda överrisk som kvarstår efter denna kontroll är den för skolpersonal när det gäller oro. Här är således även andra faktorer än de som studeras här verksamma. Det bör också påpekas att i analysen av värk är oddsen för skolpersonalen lägre än för referenskategorierna "övriga" även i de modeller där arbetsmiljö inte är konstanthållet.

Storleken på effekterna av arbetsmiljöindikatorerna och nedjusteringen av effekterna av yrkesgrupp bör dock tolkas med försiktighet. Även om effekterna av hög anspänning i den modell som skapats enligt den s.k. jobbmetoden sannolikt är underskattade, ger de resultaten ändå en fingervisning om att man bör vara försiktig med att tolka de andra resultaten "bokstavligt".

I inledningen av kapitlet nämndes tre aspekter av arbetsmiljöutvecklingen inom välfärdsyrkena. För det första som ett individuellt problem för de anställda, för det andra som ett potentiellt kvalitetsproblem för brukarna och för det tredje som ett kostnadsproblem för stat och arbetsgivare.

När det gäller den första aspekten, dålig arbetsmiljö som ett välfärdsproblem för de drabbade, är beläggen ganska klara. Kopplingen mellan dålig arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär framstår som tydlig, trots de invändningar som kan riktas mot den s.k. individmetoden i detta avseende. Vi har funnit överrisker för flera välfärdsyrkesgrupper för såväl exponering för dålig arbetsmiljö som för arbetsrelaterade besvär. I det senare fallet reduceras också överriskerna, i flera fall kraftigt, när arbetsmiljövariablerna förs in i respektive analys. I den mån exponering och besvär leder till långvarig sjukskrivning blir resultatet en välfärd förlust för de anställda som drabbas, inte bara som förlorad hälsa, utan på sikt även ekonomiskt och socialt eftersom vi vet att personer med omfattande sjukskrivning har svårt att komma tillbaka till arbetslivet (Socialstyrelsen 2001b).

Den andra aspekten, kvaliteten på verksamheten, är det svårare att säga något om. Det finns vissa indikationer på att kvaliteten i vissa fall försämrats (t.ex. Socialstyrelsen 1998; Arbetarskyddstyrelsen 2000; Gustafsson & Szebehely 2001), men det är svårt att säga i vad mån detta beror på arbetsmiljöproblem eller organisationsförändringar *per se*.

Arbetskyddsstyrelsen gör ändå en koppling mellan kvalitet och arbetsmiljöproblem i en rapport om sjukvårds- och omsorgspersonalens arbetsförhållanden (Arbetskyddsstyrelsen 2000). Rapporten bygger på arbetsmiljöinspektörernas iakttagelser och hävdar bl.a. att de anställda har fått alltmer att göra pga. personalminskningar och att de därför t.ex. fått svårigheter att leva upp till verksamhetsmålen.

Riksförsäkringsverket (RFV) rapporterar att 1999 var kostnaderna för sjukpenning och rehabiliteringsersättning 27,9 miljarder kronor. Det är en ökning med 12 miljarder eller 75 procent bara sedan 1997 (RFV 2000). Då är alltså inte arbetsgivarnas utgifter inräknade. Som nämndes ovan står kommun och landsting för en stor del av ökningarna av sjukfallen under senare år (SOU 2000:121). Det förtjänar också att upprepas att kvinnor står för hela ökningen av de långvariga sjukfallen mellan 1992 och 1999. Med tanke på den negativa utvecklingen av framför allt den psykosociala arbetsmiljön ligger det nära till hands att göra en kausal koppling mellan dessa utvecklingstrender. Säkert är det också så att de i viss mån hänger ihop, men precis som när det gäller att orsaksbestämma kvalitetsförändringar är det oerhört svårt att hålla isär effekterna av att vara utsatt för de förändringar som nedskärningarna inneburit och "rena" arbetsmiljöeffekter.

En naturlig fråga att ställa sig i detta sammanhang är om den försämrade arbetsmiljön inom vård, skola och omsorg beror på nedskärningarna. Även här ligger det nära till hands att dra slutsatsen att sambandet mellan nedskärningar och arbetsmiljöproblem över tid är ett orsakssamband. Sjukförsäkringsutredningen gör denna koppling med samvarierande trender av sjukfrånvaro respektive nedskärningar som enda belägg (SOU 2000:121). Detta är dock inte tillräckligt för att tala om orsakssamband. Det finns gott om trender som samvarierar utan att vara det minsta orsaksmässigt kopplade till varandra. När det gäller sjukfrånvaron kan åtminstone en del av ökningen sannolikt förklaras av konjunkturcykeln, vilken vi sedan tidigare vet har effekter på sjukfrånvaron (se t.ex. Bäckman 1998). Det är emellertid svårt att tänka sig att de kraftigt ökande långvariga sjukskrivningarna, som ju dessutom kräver läkarintyg, helt skulle kunna vara en effekt av högkonjunkturen.

Två tänkbara sätt att närma sig frågan om orsaksförhållandena är att dels se på diagnoser för långvariga sjukskrivningar, dels studera yrken på en mycket fin detaljeringsnivå för att kunna finna arbeten

där det skett förändringar av arbetsmiljön, men inte några nedskärningar och vice versa. Den senare strategin skulle dock kräva mycket stora longitudinella material där uppgifter om arbetsmiljö ingår, och framstår därför som ett svår genomförbart alternativ. Det första alternativet är dock en mer framkomlig väg. Uppgifter om diagnoser samlas in av bl.a. RFV. Det visar sig att sjukskrivningar pga. någon form av psykiska besvär ökat bland kvinnor under 1990-talet (Olkiewicz & Lidwall 2000). Vi vet att det framför allt är dålig psykosocial arbetsmiljö som orsakar den typen av besvär och att denna typ av arbetsmiljöproblem har ökat kraftigt i framför allt de grupper som också ökat sin sjukfrånvaro mest. Eftersom det också är dessa grupper genomliden de största nedskärningarna, kan det därför finnas visst fog för påståendet om orsakssamband.

Referenser

- Andersson, A. 2000. "Arbetsförhållanden och sjukskrivning med ersättning", SOU 2000:121, *Sjukförsäkring och sjukskrivning – fakta och förslag*, bilaga 7. Stockholm: Fritzes.
- Arbetskyddsstyrelsen, 2000. *Stress och belastning i vård och omsorg. Verksamhetsgemensamt tillsynsprojekt 1998 och 1999*. Solna: Arbetskyddsstyrelsen.
- Aronsson, G. & E. Bejerot, 2000. "Psykiskt och fysiskt tröttande arbete – tendenser under 1990-talet", i S. Marklund (red.), *Arbetsliv och hälsa 2000*. Solna: Arbetskyddsstyrelsen och Arbetslivsinstitutet.
- Aronsson, G., K. Gustafsson & M. Dallner, 1999. "Sjuk och på jobbet. En empirisk studie av sjuknärvaro." *Arbetsmarknad och arbetsliv*. 5 (1):27–43.
- Aronsson, G., K. Gustafsson & M. Dallner, 2000. "Anställningsformer, arbetsmiljö och hälsa i ett centrumperiferiperspektiv." *Arbete och Hälsa*, nr 2000:9.
- Bäckman, O. 1998. *Longitudinal Studies on Sickness Absence in Sweden*. Stockholm: Institutet för social forskning, Stockholms universitet.
- Bäckman, O. & C. Edling, 2000. "Arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär under 1990-talet", i S. Marklund (red.), *Arbetsliv och hälsa 2000*. Solna: Arbetskyddsstyrelsen och Arbetslivsinstitutet.
- Ds 2000:54. *Ett föränderligt arbetsliv på gott och ont. Utvecklingen av den stressrelaterade ohälsan*. Stockholm: Näringsdepartementet.
- Fredlund, P., J. Hallqvist & F. Diderichsen, 2000. "Psykosocial yrkesexponeringsmatris. En uppdatering av ett klassifikations-system för yrkesrelaterade psykosociala exponeringar" *Arbete och Hälsa*, nr 2000:11.
- Fritzell, J. & O. Lundberg, 2000. *Välfärd, ofärd och ojämlikhet*. SOU 2000:41. Delbetänkande från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- le Grand, C., R. Szulkin & M. Tählin, 2001. "Har jobben blivit bättre? En analys av arbetsinnehållet under tre decennier", i J. Fritzell, M. Gähler och O. Lundberg (red.), *Välfärd och arbete i arbetslöshetens årtionde*. SOU 2001:53. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.

- Gustafsson, R. Å. & M. Szebehely, 2001. *Arbetsvillkor och välfärdsopinion inom äldreomsorgen – en enkätbaserad fallstudie bland personal och politiker*. Arbetslivsrapport 2001:9. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Härenstam, A., H. Westberg, L. Karlqvist, O. Leijon, A. Rydbeck, K. Waldenström, P. Wiklund, G. Nise & C. Jansson, 2000. "Hur kan könsskillnader i arbets- och livsvillkor förstås? Metodologiska och strategiska aspekter samt sammanfattning av MOA-projektets resultat ur ett könsperspektiv", *Arbete och hälsa*. Nr 2000:15.
- Karasek, R. A., Jr. & T. Theorell, 1990. *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Kristensen, T. S. 1996. "Job Stress and Cardiovascular Disease: A Theoretical Critical review", *Journal of Occupational Health Psychology*. 1(3):246–60.
- Lidwall, U. & P. Skogman Thoursie, 2000. "Sjukskrivning och förtidspensionering under de senaste decennierna", i S. Marklund (red.), *Arbetsliv och hälsa 2000*. Solna: Arbetarskyddsstyrelsen och Arbetslivsinstitutet.
- Lundberg, O. 2000. "Sjukvård och vårdutnyttjande", i M. Szebehely (red.), *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- Olkiewicz, E. & U. Lidwall, 2000. "Långtidssjukskrivna. Bakgrund, diagnos och återgång i arbete. En beskrivning av utvecklingen från slutet av 1980-talet till 1999." SOU 2000:121, *Sjukförsäkring och sjukskrivning – fakta och förslag*, bilaga 7. Stockholm: Fritzes.
- Marklund, S. & A. Wikman, 2000. "Inledning", i S. Marklund (red.), *Arbetsliv och hälsa 2000*. Solna: Arbetarskyddsstyrelsen och Arbetslivsinstitutet.
- Nilsson, A. 1994. *Arbetsmiljö och sjukfrånvaro – en prövning av krav-kontroll modellen*. C-uppsats. Stockholm: Institutet för social forskning, Stockholms universitet.
- RFV, 2000. *Socialförsäkringsboken 2000*. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- RFV, 2001. <http://www.rfv.se/stati/sjukh/sjtal.htm>.
- SCB, 1990. *Systematisk förteckning över yrken*. Folk- och bostadsräkningen 1985. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- SCB, 1998. SSK 96. *Standard för svensk yrkesklassificering 1996*. MIS 1998:3. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

- SCB, 2000. *Arbetsmiljön 1999*. AM 68, SM 0001. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- SCB/Arbetsarkyddsstyrelsen, 1997. *Negativ stress i arbetet. De mest utsatta yrkena*. Information om utbildning och arbetsmarknad 1997:1. Stockholm: Statistiska centralbyrån/ Arbetsarkyddsstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998. *Ädelparadoxen. Sjukhemmen före och efter ädelreformen*. Äldreuppdraget 1998:11. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 2001a. *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 2001b. *Social rapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2000:3. *Välfärd vid vägskalet*. Delbetänkande från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2000:72. *Sjukförsäkringen – Basfakta och utvecklingsmöjligheter*. Delbetänkande från Sjukförsäkringsutredningen. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2000:121. *Sjukförsäkring och sjukskrivning – fakta och förslag*. Slutbetänkande från Sjukförsäkringsutredningen. Stockholm: Fritzes.
- Stockholms läns landsting, 2000. *Vårdens arbetskälsorapport*. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Svenska Kommunförbundet, 2000. *Hälsoutvecklingen för kommunalt anställda. Ett diskussionsunderlag*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Szebehely, M. 2000. "Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer", i M. Szebehely (red.), *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- Tegsjö B., G. Hedin & I. Eklund, 2000. *Kartläggning av magra organisationer*. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.
- Vogel, J., H. Kindlund och F. Diderichsen, 1992. *Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975–1989*. Levnadsförhållanden. Rapport 78. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Wikman, A. 1991. *Att utveckla sociala indikatorer*. Urval – Skriftserie utgiven av Statistiska centralbyrån, nr 21. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

Bilaga 2: Variabelkonstruktioner

Yrkesgrupper

I tablan nedan framgår vilka NYK- respektive SSYK-koder som har förts till de olika yrkesgrupperna (för NYK se SCB 1990; för SSYK se SCB 1998). Åren 1991–93 har NYK-koder använts och 1995–99 har SSYK-koder använts för klassificering.

Koder: Yrkesgrupp:	NYK	SSYK
Sjukvård	103 (sjuksköterskor); 104 (barnmorskor); 107 (undersköterskor, sjukvårdsbiträden)	2231-2236, 3230-3239 (sjuksköterskor, barnmorskor); 5132 (undersköterskor, sjukvårdsbiträden)
Barnomsorg	36 (förskollär., fritidsped.); 153 (barnskötare m.fl.)	3310 (förskollär., fritidsped.); 5131 (barnskötare m.fl.)
Äldre- o. handikapp	106 (skötare psyk.); 154 (vårdbitr, hemvårdare); 155 (vårdare m.fl. inst. för psyk.utv.störda)	5133 (vårdbitr, pers. ass. m.fl.); 5134 (skötare, vårdare)
Skola	32-35 (Lärare, ej högsk.)	2300-2309, 2311-2340 (Lärare, ej högsk.)
Övriga	Övriga NYK-koder < 990	Övriga SSYK-koder < 9999

Tunga lyft

Den som svarar "varje dag" på fråga om man flera gånger om dagen måste lyfta minst 20 kg (1991–93) eller 15–25 kg (1995–97) får värdet 1 på variabeln "Tunga lyft", annars 0.

Olämplig arbetsställning

Den som svara att de minst halva tiden arbetar framåtböjd och inte stödjer sig med händerna eller arbetar i vriden ställning får värdet 1 på variabeln, annars 0.

Krav-kontrollindex

Kravindexet skapas utifrån fyra dummyvariabler som skapas utifrån lika många frågor: i) Kräver arbetet hela din uppmärksamhet och koncentration? Svaret "Nästan hela tiden" ger värdet 1 på dummyvariabeln ii) Har du ibland så mycket att göra att du ibland blir tvungen att dra in på luncher, arbeta över eller ta med jobb hem? Den som svarar att så är fallet åtminstone ett par dagar får vecka får värdet 1 på dummyvariabeln. iii) Har du vissa tider så stressigt att du inte hinner prata om eller ens tänka på något annat än arbetet? Den som svarar att så är fallet minst halva tiden får värdet 1 på dummyvariabeln. iv) De som instämmer helt eller delvis i påståendet att de har alldeles för mycket att göra får värdet 1 på den fjärde dummyvariabeln.

Den som har värdet 1 på minst två av dessa dummyvariabler anses ha *höga krav* i arbetet.

Kontrollindexet skapas också utifrån fyra dummyvariabler skapade av fyra frågor: i) Kan du delvis bestämma själv när olika arbetsuppgifter ska göras (t ex genom att välja att jobba lite fortare vissa dagar och ta det lite lugnare andra dagar)? Svaren "För det mesta inte" och "Aldrig" ger värdet 1 på dummyvariabeln. ii) Händer det att du är med och beslutar om uppläggnings av ditt arbete (t.ex. vad som ska göras, hur det ska göras eller vilka som skall arbeta tillsammans med dig)? Svaren "För det mesta inte" och "Aldrig" ger värdet 1 på dummyvariabeln. iii) Har du själv möjlighet att bestämma arbetstakten? Den som svara att så är fallet högst halva tiden får värdet 1 på dummyvariabeln. iv) De som

instämmer helt eller delvis i påståendet att de har alldeles för lite inflytande på arbetet får värdet 1 på den fjärde dummyvariabeln.

Den som har värdet 1 på minst två av dessa dummyvariabler anses ha *låg kontroll* över arbetet.

Den som har både höga krav och låg kontroll enligt dessa definitioner anses ha ett arbete med *hög anspänning* och får värdet 1 på den variabeln.

Värk

De som svarar att de varje dag efter arbetet har ont i övre delen av ryggen eller nacken, i nedre delen av ryggen, i axlar eller armar, i handleder eller händer eller i höfter, ben, knän eller fötter får värdet 1 på variabeln "Värk", annars 0.

Oro

De som svarar att de minst ett par dagar per vecka under de tre senaste månaderna har haft svårigheter att sova pga. av tankar på jobbet, misströstat eller känt sig illa till mods pga. svårigheter på jobbet eller misströstat eller känt sig illa till mods pga. kritik de fått på jobbet får värdet 1 på variabeln "Oro", annars 0.

Trötthet och utmattning

De som svarar att de "så här års" varje dag känner sig uttröttad i kroppen eller att de under "de senaste tre månaderna" haft halsbränna, sura uppstötningar, sveda i maggropen eller orolig mage eller varit trött och häglös eller haft huvudvärk får värdet 1 på variabeln "Trötthet och utmattning", annars 0.

Arbetstid

De som i AKU uppger att de arbetar deltid (oavsett omfattning) får värdet 1, heltid ger värdet 0.

Anställningsform

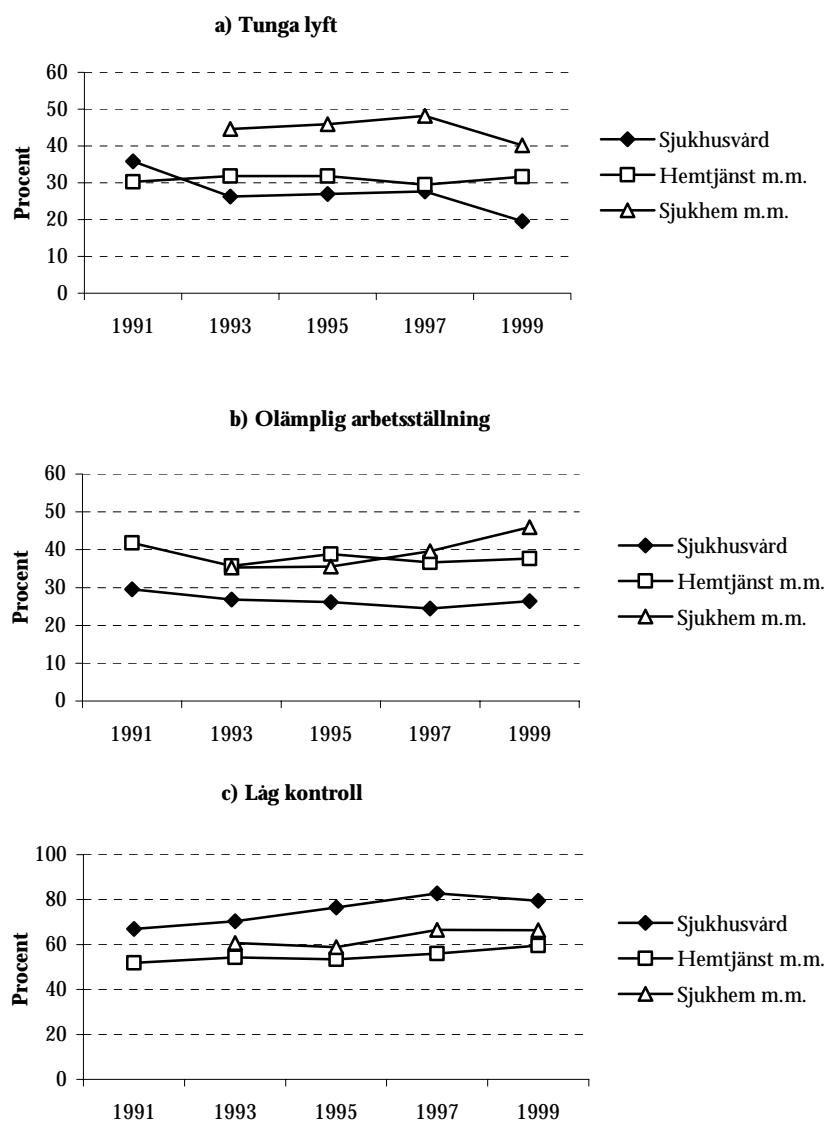
De som i AKU uppger att de är tillfälligt anställda (oavsett typ av tillfällig anställning) får värdet 1, fast anställning ger värdet 0.

Hushållstyp

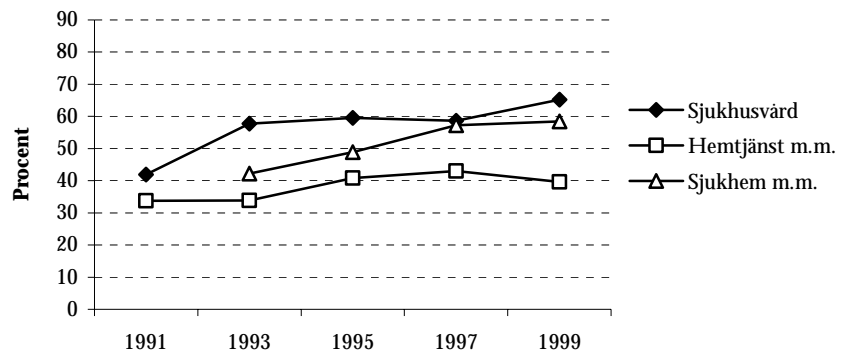
Hushållstyp delas in i fyra kategorier: i) Sambo eller gifta utan barn; ii) Sambo eller gifta med barn; iii) Ensamstående utan barn; iv) Ensamstående med barn. I regressionsanalyserna utgör den första kategorin referensgrupp.

Bilaga 3: Arbetsmiljö- och besvärutveckling inom sjukhusvård, sjukhemsvård och övrig äldre- och handikappomsorg samt åldersfördelning efter år och yrke

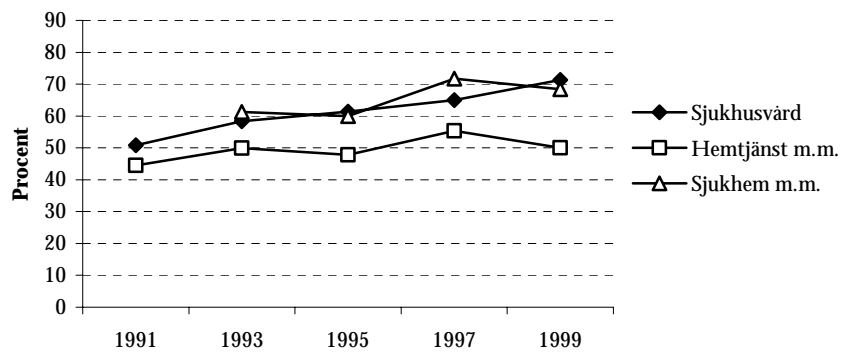
Figur A a-f. Utveckling av några arbetsmiljöindikatorer bland förvärvsarbetande inom sjukhusvård, sjukhemsvård samt övriga äldre- och handikappomsorg i Sverige 1991–1999, 16–64 år, efter yrke



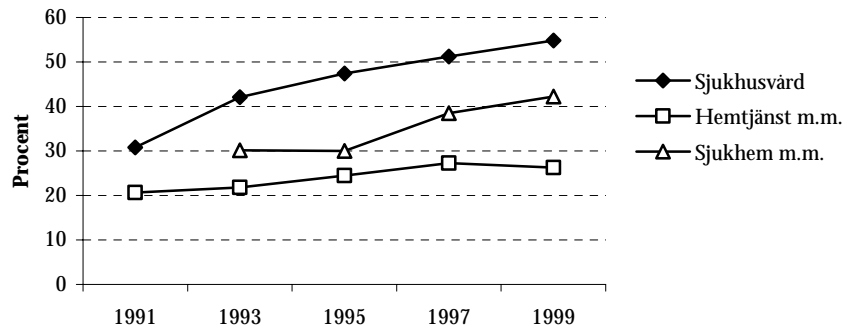
d) Höga krav



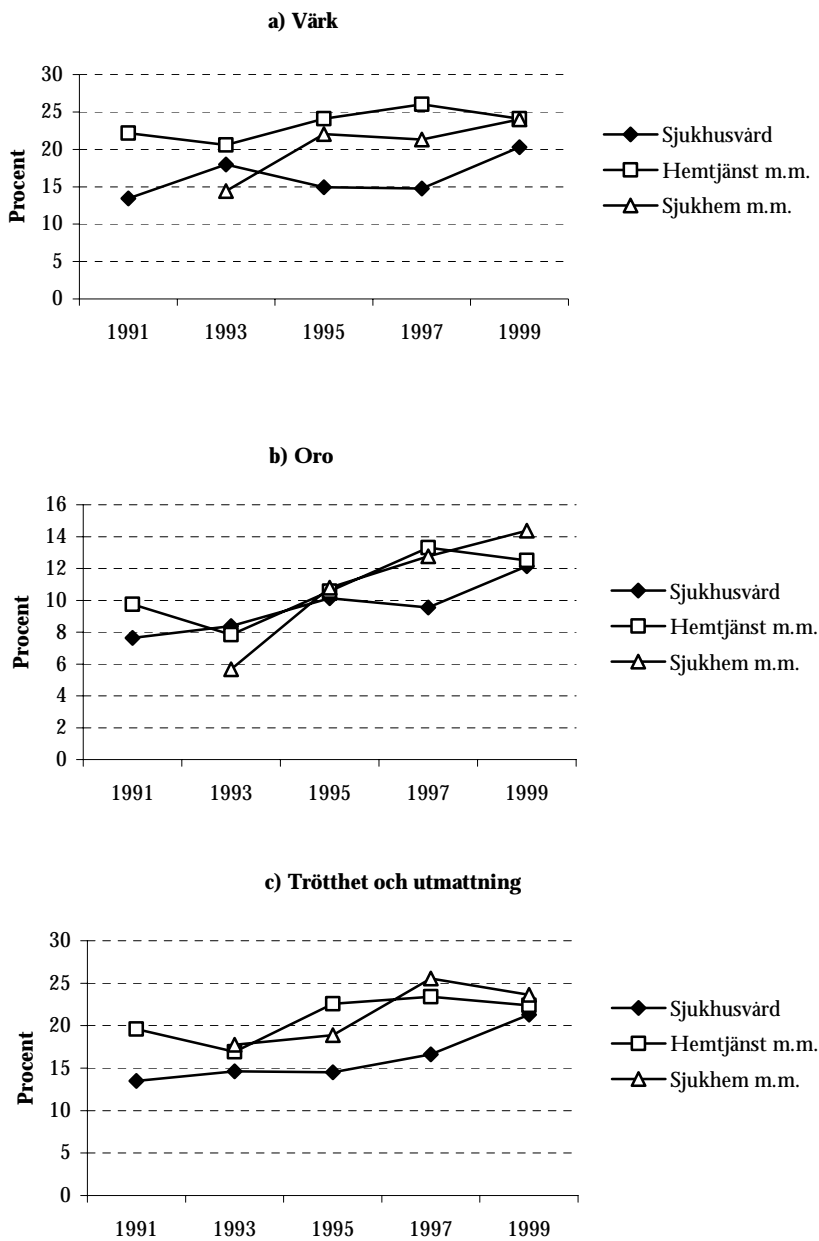
e) För mycket att göra



f) Hög anspänning



Figur B a-c. Utveckling av några arbetsrelaterade besvär bland förvärvsarbetande inom sjukhusvård, sjukhemsvård samt övrig äldre- och handikappomsorg i Sverige 1991-1999, 16-64 år efter yrke



Figur C. Åldersfördelning efter yrke. Förvärvsarbetande kvinnor och män 16–64 år.

