

# Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringsbeslut den 4 februari 1999 bemyndigades chefen för Socialdepartementet, statsrådet Lars Engqvist, att tillkalla en kommitté bestående av forskare med uppdrag att göra ett välfärdsbokslut över 1990-talet (dir. 1999:7, se Bilaga 1). Med stöd av bemyndigandet förordnades docent Joakim Palme som ordförande samt docent Åke Bergmark, docent Johan Fritzell, docent Olle Lundberg, professor Elisabet Näsman (intill 010115), professor Lena Sommestad samt docent Marta Szebehely som övriga ledamöter i kommittén. Som sekreterare för kommittén har fil dr Mia Hultin (990301-000229), fil kand Martin Hörnqvist (990501-010531), fil kand Anna Öström (000207-001006), fil dr Olof Bäckman (000501-), fil dr Felipe Estrada (000920-), fil dr Michael Gähler (010101-010630), fil dr Gun-Britt Trydegård (010101-010630) och fil dr Ola Sjöberg (010129-) verkat. Kommittén antog namnet "Kommittén Välfärdsbokslut". Regeringen fattade senare beslut om att ge kommittén tilläggsdirektiv att avge slutbetänkande senast oktober 2001 (dir. 2000:59, se Bilaga 2).

Föreliggande slutbetänkande baserar sig i huvudsak på de 13 delbetänkanden som med början den 18 januari 2000 överlämnats till statsrådet Engqvist (se Bilaga 4). Sara Sigfridsson har varit kommittéassistent och sammanställt slutbetänkandets bilagor. Kommittéassistent Monica Berglund har färdigställt slutbetänkandets text, tabeller och figurer.

Kommitténs ledamöter har själva utfört och sammanställt forskning på olika områden, men också uppdragit åt ett antal externa forskare att utarbeta översikter inom sina respektive forskningsområden. SCB har givits särskilda uppdrag att analysera frukt-samhetsutveckling och inkomstfördelning. Kommittén har gjort analyser av och baserat sina beskrivningar på resultat från SCB:s Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF), SCB:s Longitudinella databas (LINDA), SCB:s Arbetsmiljöundersökningar, SCB:s

Inkomstfördelningsundersökningar, Socialmedicinska databasen vid Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen samt Levnadsnivåundersökningarna (LNU) vid Institutet för social forskning, Stockholms universitet. Kommittén har i sitt arbete även använt sig av kunskapsöversikter och analyser sammanställda av Riksförsäkringsverket, Skolverket och Socialstyrelsen.

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

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

Stockholm den 23 oktober 2001

Joakim Palme

Åke Bergmark  
Johan Fritzell  
Olle Lundberg  
Lena Sommestad  
Marta Szebehely

/Felipe Estrada  
Olof Bäckman  
Ola Sjöberg

# Innehåll

Välfärdsbokslut för 1990-talet - en sammanfattning .....	9
<b>1</b> Bokslut över välfärden.....	<b>15</b>
1.1 Individuella resurser och institutionella förändringar .....	20
1.2 Individuella resurser I: Huvuddrag och breda samhällsskikt.....	26
1.2.1 Hälsförhållanden.....	28
1.2.2 Utbildningsresurser .....	32
1.2.3 Arbete, arbetsförhållanden och löner .....	35
1.2.4 Inkomst och ekonomiska resurser.....	40
1.2.5 Social förankring, trygghet och politiska resurser .....	46
1.2.6 Anhopning av ofärd .....	51
1.3 Individuella resurser II: Utvecklingen för särskilda grupper.....	55
1.3.1 Barn.....	58
1.3.2 Ungdomar .....	62
1.3.3 Ensamstående mödrar.....	66
1.3.4 Funktionshindrade.....	70
1.3.5 Äldre .....	74
1.3.6 Utrikes födda .....	78
1.3.7 Arbetslösa.....	81
1.3.8 Långvariga socialbidragstagare .....	83
1.3.9 Särskilt utsatta grupper och sociala problem.....	85
1.4 Sammanfattning: Individuella resurser .....	91
1.5 Institutionernas förändringar: Välfärdstjänster.....	95
1.5.1 Barnomsorg .....	96
1.5.2 Skola.....	99

1.5.3	Arbetsmarknadsåtgärder .....	102
1.5.4	Sjukvård.....	104
1.5.5	Handikappomsorg.....	108
1.5.6	Äldreomsorg.....	111
1.5.7	Individ- och familjeomsorg .....	114
1.6	Institutionernas förändringar: Försörjning .....	120
1.6.1	Kontanta familjestöd.....	122
1.6.2	Socialförsäkringar .....	126
1.6.3	Ekonomisk ersättning vid arbetslöshet.....	132
1.6.4	Socialbidrag.....	135
1.6.5	Försörjningssystemens roll för befolkningens inkomster .....	138
1.7	Sammanfattning: Institutionernas förändringar .....	141
1.8	Förvaltningsberättelse .....	145
1.8.1	Demografiska förändringar.....	145
1.8.2	Förändringar i ekonomin och på arbetsmarknaden .....	148
1.8.3	Centrala beslut och utvecklingslinjer i 1990-talets ekonomiska politik.....	152
1.8.4	Utvecklingen i den kommunala sektorn.....	161
2	Kunskapsluckor om välfärd och välfärdspolitik .....	175
2.1	Kunskapsluckor om välfärdstjänster .....	176
2.1.1	Kostnader och personal .....	177
2.1.2	Insatser.....	179
2.1.3	Organisatoriska förändringar .....	180
2.1.4	Kvalitet och tillgänglighet.....	183
2.2	Kunskapsluckor om försörjningssystem.....	185
2.3	Kunskapsluckor om individers resurser och levnadsförhållanden.....	190
2.4	Slutsatser: Välfärdsbevakning, uppföljning och forskning .....	193
2.4.1	Statistikproduktion .....	195
2.4.2	Ängelägen kunskap och centrala forskningsuppgifter .....	197
2.4.3	Sammanfattande slutsatser.....	199

<b>3</b>	<b>Välfärdspolitikens förutsättningar och utmaningar .....</b>	<b>203</b>
3.1	Demografi: Mot ett åldrande samhälle .....	204
3.1.1	Åldrande och statsfinanser .....	206
3.1.2	Demografiska utmaningar för socialpolitiken.....	207
3.1.3	Investeringar för framtiden .....	210
3.2	Arbetsliv och arbetsmarknad.....	215
3.3	Välfärdens finansiering.....	221
3.3.1	Sysselsättning, arbetsutbud och incitament för arbete.....	223
3.3.2	Internationalisering.....	224
3.4	Ojämlighet och ofärd som utmaningar för socialpolitiken.....	229
3.4.1	Inkomstjämlighet och inkomstfattigdom.....	230
3.4.2	Skilda livsvillkor – bestående skillnader.....	231
3.4.3	Förskjutningar i välfärdens fördelning .....	233
3.4.4	Ökad ofärd .....	234
3.5	Välfärdspolitikens legitimitet .....	237
3.6	Välfärdspolitiska modeller och handlingsalternativ .....	240
3.6.1	Den svenska socialpolitiska modellen.....	241
3.6.2	Nedskärningar och reformer .....	245
3.6.3	Handlingsalternativ.....	251
3.6.4	Kunskap och värderingar .....	256
	<b>Referenser.....</b>	<b>261</b>
	<b>Bilagor</b>	
<i>Bilaga 1</i>	Kommittédirektiv.....	277
<i>Bilaga 2</i>	Tilläggsdirektiv.....	283
<i>Bilaga 3</i>	Källhänvisningar till tabeller i avsnitt 1.2 och 1.3 .....	285
<i>Bilaga 4</i>	Underlag till Kommittén Välfärdsbokslut .....	291

# Välfärdsbokslut för 1990-talet – en sammanfattning

Kommitténs uppdrag har varit att beskriva och göra en samlad bedömning av utvecklingen av människors välfärd i Sverige under 1990-talet. Välfärd har av kommittén definierats med utgångspunkt i individuella resurser med vars hjälp medborgarna kan kontrollera och medvetet styra sina livsvillkor. Fokus i beskrivningarna ligger på det som är mest socialpolitiskt relevant, det vill säga bristande välfärd. Välfärdsutvecklingen beskrivs utifrån uppgifter om levnadsförhållanden såsom hälsa, utbildning, arbete, ekonomi, trygghet, sociala relationer och politiska resurser. Utgångspunkten för beskrivningen av de olika välfärdsstatliga institutionerna för socialförsäkringar, bidrag och välfärdstjänster har varit deras förmåga att utgöra resurser för individerna. Centralt i detta sammanhang är insatsernas tillgänglighet och kvalitet.

Befolkningens levnadsförhållanden har genomgått ett flertal stora förändringar under 1990-talet. Detta kommer främst till uttryck i att andelen av befolkningen som har olika former av ofärdsproblem har ökat. Vid sidan av ökad arbetslöshet och minskad sysselsättning har också arbetets villkor förändrats i flera avseenden. Negativa psykosociala arbetsförhållanden och tidsbegränsade anställningar har blivit vanligare. Allt större grupper har upplevt ekonomiska svårigheter och låga inkomster. På hälsans område finner vi i vissa fall tydliga försämringar, framförallt när det gäller psykiskt välbefinnande. Ifråga om varaktig ofärd kan vi konstatera att det långvariga socialbidragstagandet ökat väsentligt.

Det är samtidigt viktigt att peka på att också förbättringar skett. Reallönerna har ökat snabbare än på många årtionden. Dödligheten har fortsatt att sjunka allmänt sett och spädbarnsdödligheten har nästan halverats. Befolkningens utbildningsnivå har höjts. På andra områden är välfärden generellt sett på samma nivå vid slutet som vid början av decenniet. Befolkningens disponibla inkomster är ett sådant exempel, människors sociala förankring ett annat.

Vid ingången av 1990-talet fanns det mycket tydliga klass- och könsskillnader i individuella välfärdsresurser. Arbetare och kvinnor hade såväl mer hälsoproblem som lägre löner och större ekonomiska problem. I huvudsak kvarstod dessa skillnader i levnadsförhållanden vid decenniets slut.

Det relativa löneläget har försämrats i den offentliga sektorn – där kvinnor är överrepresenterade. Det har också skett en ökning av jäkt och negativ stress för anställda inom välfärdstjänsteområdet, varav de flesta är kvinnor.

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

Utrikes födda är en annan grupp som har haft stora svårigheter på arbetsmarknaden under 1990-talet. I likhet med många andra grupper som tappade mark under perioden gick invandrarna in i decenniet med från början sämre förutsättningar på de allra flesta områden: hälsa, psykiskt välbefinnande, sysselsättning, inkomster, social förankring och politiska resurser. Gruppens relativa position var ännu sämre vid 1990-talets slut, främst när det gäller sysselsättning och förvärvsinkomster. Utrikes födda är emellertid en mycket heterogen grupp, där välfärdsnivåerna till stor del bestäms av ursprungsland och vistelsetid i Sverige.

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

Våra analyser visar också att barn och barnfamiljer missgynnats av utvecklingen under decenniet. Andelen barn i hushåll med mycket låga inkomster eller i avsaknad av kontantmarginaler har ökat något under perioden, liksom skillnaderna gentemot övriga grupper. Detta gäller framförallt yngre barn, i åldrarna 0–6 år. Barn

till arbetare, utrikes födda samt ensamstående föräldrar lever särskilt ofta under knappa villkor.

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

Inom välfärdstjänstsektorn skiljer sig utvecklingen mellan olika områden. När det gäller organisatoriska förändringar finns dock några generella mönster. En sådan generell förändring är att decentraliseringen har ökat totalt sett, även om det finns exempel på det motsatta. De viktigaste decentraliseringsbesluten togs under 1990-talets första hälft, medan decenniets senare del innehöll statliga initiativ som primärt syftade till att säkerställa nationella politiska mål. Ett annat generellt drag är en ökad brukarfinansiering. Höjda och i ökad utsträckning inkomstrelaterade avgifter präglade barnomsorg och äldreomsorg. Patienternas utgifter för sjukvård ökade markant genom höjda patientavgifter och ökad egenfinansiering av läkemedel och tandvård. Privatisering av både finansiering och drift är alltså ett marginellt fenomen, medan offentligt finansierade tjänster, producerade av privata aktörer, ökade påtagligt inom alla välfärdstjänsteområden – barnomsorg, skola, sjukvård, äldreomsorg, missbrukarvård, barn- och ungdomsvård. Även inom den del av välfärdstjänsterna som är kvar i offentlig regi har marknadsorienterade styrformer fått ökad spridning. Sammantaget präglades således 1990-talet av ökad decentralisering, brukarfinansiering och marknadsorientering.



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

I kommitténs uppdrag har också ingått att identifiera områden där det saknas kunskap om välfärdsutvecklingen. I Sverige finns överlag ovanligt goda möjligheter att följa förändringar av välfärdsresurser och ofärd på individnivå genom väl utbyggd verksamhetsstatistik, befolkningsregister samt de regelbundna stora intervjubaserade undersökningar om människors levnadsförhållanden som ingår i den officiella statistikproduktionen. Trots detta finns ett antal områden där vi saknar betydelsefull kunskap om medborgarnas välfärd. Den kanske mest centrala kunskapsluckan gäller möjligheten att bedöma hur de olika välfärdsstatliga institutionerna fungerar som resurs för medborgarna. Framför allt på välfärdstjänsternas område saknar de tillsynsansvariga myndigheterna tillförlitliga uppgifter om verksamheternas kvalitet. De befolkningsbaserade intervjustudierna kan i nuläget inte kompensera för dessa brister, eftersom det där i huvudsak saknas frågor om den enskildes möte med välfärdstjänstesektorn. Konsekvenserna för medborgarnas välfärd av 1990-talsutvecklingen i form av resursförändringar, nya styr- och driftformer och avgiftshöjningar är därför i huvudsak okända.

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

Det välfärdsbokslut som kommittén nu överlämnar syftar till att ge underlag till diskussionen om välfärdspolitikens förutsättningar och framtida utmaningar. Den svenska samhällsstrukturen har genomgått viktiga förändringar under 1990-talet. Befolkningens sammansättning har ändrats, både åldersmässigt och i fråga om födelseland. Arbetsliv och arbetsmarknad har ändrats i vissa avseenden, delvis som avspeglningar av förskjutningar i näringsstrukturen. Avregleringar i ekonomin och en ökad rörlighet för de olika produktionsfaktorerna, inte minst kapital, har förändrat spelregler och förutsättningar i ekonomin. Sammantaget utgör detta stora utmaningar för välfärdspolitikerna. De skillnader som finns mellan olika grupper i samhället, och de förskjutningar av olika välfärdsresurser i samhällsstrukturen som 1990-talet resulterat i, är också en viktig del av de utmaningar som socialpolitiken står inför. På varje politikområde finns en rad olika handlingsalternativ som kan ställas mot dessa utmaningar. Den svenska välfärdspolitikerna står således inför viktiga vägval vid inledningen till 2000-talet. Syftet med de fjorton betänkanden som kommittén har överlämnat har varit att bidra med kunskap om vad 1990-talet inneburit i detta avseende. Kunskap är en viktig grund för att kunna göra väl-informerade val. Ytterst bör dock medborgarnas och de politiska partiernas ställningstaganden vägledas inte bara av faktabaserad kunskap, utan också av värderingsmässiga bedömningar av olika handlingsalternativ.

# 1 Bokslut över välfärden

I betänkandets första kapitel redovisar Kommittén Valfärdsbokslut det bokslut över välfärdens utveckling i Sverige under 1990-talet som varit dess huvuduppgift att sammanställa. Betänkandet i övrigt innehåller två kapitel. Det ena behandlar kunskapsluckor och det andra en diskussion av förändringar i samhällsstruktur och handlingsalternativ i socialpolitiken. I det inledande avsnitt som närmast följer, redogörs för kommitténs uppdrag och de underlag som slutbetänkandet grundats på. Här definieras kortfattat de centrala begreppsliga ställningstaganden som varit vägledande för kommitténs arbete samt några av de avgränsningar som gjorts. Avslutningsvis skisseras hur betänkandet är disponerat.

## **Uppdraget**

Kommitténs uppdrag har varit att beskriva och göra en samlad bedömning av utvecklingen av människors välfärd i Sverige under 1990-talet. Detta har gjorts mot bakgrund av hur de strukturella förutsättningarna och de socialpolitiska stödsystemen förändrats. Ett uttalat mål för arbetet har dessutom varit att identifiera viktiga kunskapsluckor samt att peka ut forskningsuppgifter av särskild relevans för kommande socialpolitiska utmaningar. Flera av de områden som kommittén förväntats belysa är, eller har nyligen varit, föremål för utredning i olika statliga uppdrag, eller är en del av de statistik- och rapporteringsuppdrag som åligger olika statliga myndigheter. Kommittén har mot denna bakgrund valt att ägna mindre uppmärksamhet åt områden som belyses i andra sammanhang.

## Underlaget

Slutbetänkandet grundar sig på underlag som dels har tagits fram direkt för kommittén, dels har funnits tillgängliga på annat sätt i statistik, forskning och andra utredningar. De underlag som tagits fram inom ramen för kommitténs arbete är av olika karaktär. För det första har kommittén gjort egna analyser och författat egna underlag och sammanställningar. För det andra har en rad forskare givits i uppdrag att producera underlag på olika områden. För det tredje har ett antal myndigheter bidragit med underlag. Flera analysuppdrag har därtill lagts på Statistiska Centralbyrån. Socialdepartementet har lämnat uppdrag till Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket medan Utbildningsdepartementet har uppdragit åt Skolverket att ta fram översikter över 1990-talsutvecklingen. De underlag som tagits fram för eller av kommittén har diskuterats i seminarieform och granskats av externa experter. Slutbetänkandet baserar sig på det delbetänkande (SOU 2000:3) som överlämnades till regeringen den 18 januari 2000 och på de övriga underlag som publicerats i tolv andra betänkanden från kommittén eller som gjorts tillgängliga på annat sätt genom kommitténs försorg. Samtliga underlag finns förtecknade i Bilaga 4.

## Välfärd

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

Kommitténs definition av välfärd tar vidare sin utgångspunkt i människan som en aktiv varelse. Eftersom människor har olika uppfattningar om vad som utgör det goda livet kan skillnader mellan människors levnadsförhållanden i viss utsträckning ses som resultat av de val individerna gjort. Det innebär vidare att välfärd, eller det goda livet, endast bör definieras indirekt. Detta – tillsammans med det faktum att tillstånd och situationer präglade av *bristande* välfärd är lättare att fastställa än välfärd i sig – leder också till att fokus i beskrivningarna bör ligga på ofärd. I avsnitten 1.1 och 1.2 motiveras definitionen av välfärdsbegreppet närmare, liksom hur det kan användas i ett 1990-tals perspektiv.

## **Bokslut**

Ett ekonomiskt bokslut består dels av en översikt över ett företags eller en förenings intäkter och kostnader under en viss period, dels av en sammanställning av verksamhetens tillgångar och skulder vid periodens slut. Ett bokslut utgör ett underlag för bedömning av företagets verksamhet och därmed för beslut om dess framtida inriktning. Ett välfärdsbokslut syftar på samma sätt till att utgöra ett underlag för bedömningar av välfärdens utveckling och beslut om politikens framtida inriktning.

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

Trots uppenbara skillnader mellan ekonomiska och sociala bokslut finns det tankegångar i det traditionella bokslutsförfarandet som är användbara för en översikt av välfärdsutvecklingen under 1990-talet. Ett bokslut ska präglas av en tydlig, men försiktigt hållen, beskrivning av relevanta förhållanden. Det ska i ett bokslut inte göras några explicita specifikationer eller analyser av vilka motiven eller orsakerna är bakom de utfall som kan observeras. Däremot är det brukligt att i den så kallade förvaltningsberättelsen

beskriva viktiga händelser som inträffat under den studerade perioden och som kan ha haft betydelse för det observerade utfallet. En förvaltningsberättelse översatt till en välfärdscontext består av bakgrundsbeskrivningar mot vilka välfärdsutvecklingen bör ses. För ett företag är det relevant att beskriva olika marknadens utveckling och andra omvärldsförändringar. På välfärdsområdet är det viktigt att beskriva såväl ekonomiska och demografiska förändringar som beslut kring socialpolitikens organisatoriska utformning.

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

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

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

## Slutbetänkandet

I betänkandet presenteras sådan kunskap om välfärdsutvecklingen i Sverige på 1990-talet som kommittén anser att det finns rimliga belägg för. Huvudresultaten finns sammanfattade i "Välfärdsbokslut för 1990-talet – en sammanfattning". Betänkandet är i övrigt uppdelat i tre kapitel. Därtill kommer ett antal bilagor.

Det första kapitlet utgör det egentliga bokslutet. Där redovisas först den individuella välfärdsutvecklingen med avseende på hälsa, utbildning, arbete, ekonomi, trygghet och social förankring. Här beskrivs inledningsvis de allmänna utvecklingsdragen för befolkningen samt de skillnader med avseende på kön, social klass och ålder som kunnat observeras, varefter en beskrivning av utvecklingen för olika utsatta grupper redovisas. Därefter diskuteras utvecklingen av välfärdsrelevanta institutioner som syftar till att förbättra människors resurser och handlingsutrymme – både olika typer av välfärdstjänster och de olika försörjningssystemen.

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

## 1.1 Individuella resurser och institutionella förändringar

Några av de utgångspunkter i synen på välfärd som varit vägledande för kommitténs arbete har beskrivits ovan och har alltså sina rötter i den svenska välfärdsforskningstraditionen (Johansson 1970, 1979). De har också starka likheter med andra ansatser som blivit tongivande i den internationella välfärdsforskningen (jfr Sen 1985a, 1985b; Erikson 1993). I flera avseenden har kommittén strävat efter att vidareutveckla beskrivningen av välfärdsförändringarna och försökt anpassa den efter de förhållanden som gällt under 1990-talet. Det har bland annat handlat om att tydligare föra in olika institutionella förhållanden i en beskrivning och bedömning av välfärdsutvecklingen utifrån ett individperspektiv. Detta har sammantaget lett till ett antal principiella ställningstaganden som är angelägna att klargöra.

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

Som antytts ovan utgår kommittén från att välfärd, eller det goda livet, endast kan definieras indirekt, eftersom människor har olika uppfattningar om vad som utgör detta goda liv. Det är lättare att enas om de negativa förhållanden som står i strid med ett gott liv. Mer precist kan man säga att onda förhållanden lättare kan bestämmas empiriskt, medan önskvärda idealtillstånd inte kan fastställas utifrån en sådan kunskapsbas (jfr Allardt 1975).

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



frågorna. Friheten att uppnå de möjliga levnadsförhållandena bestäms i mötet mellan den enskildes resurser och hennes möjligheter att använda dessa på det sätt hon önskar, exempelvis genom tillträde till arenor där resurserna kan nyttjas (Coleman 1971; Sen 1985a, 1985b). På ett allmänt och teoretiskt plan är det rimligt att väga in denna frihetsaspekt i välfärdsbegreppet. Den här typen av frihetsfrågor låter sig däremot inte enkelt fångas i empirisk forskning. Det är lättare att studera de liv människor faktiskt lever än de alternativa liv de kunde ha levt. Vi kan alltså konstatera att vissa välfärdsrelevanta förhållanden helt eller delvis undandrar sig empiriska beskrivningar. De levnadsförhållanden vi faktiskt studerar utgör resurser, det vill säga ett slags medel med vars hjälp individer kan forma sina levnadsförhållanden. Samtidigt är levnadsförhållanden vid en tidpunkt i många fall också konsekvensen av resurser tidigare i livet.

En annan viktig utgångspunkt i den svenska välfärdsforskningstraditionen är en strävan att urskilja flera dimensioner av välfärd. Här definieras ett antal olika levnadsförhållanden, såsom hälsa, utbildning, arbete, ekonomi, trygghet och social förankring, som resurser av grundläggande betydelse för människors möjligheter att styra sina egna liv medan begreppet välfärd används som en samlingsbeteckning. Kommittén delar den etablerade uppfattningen att välfärd inte går att sammanfatta i ett enda enkelt mått. Det synes inte möjligt att mer i detalj väga samman olika former av ofärd för att kunna jämföra, och ytterst rangordna, alla individer på en enda ofärdsskala. Detta beror på att det inte finns någon gemensam måttstock med vilken individens olika resurser kan jämföras. Med andra ord måste välfärdsutvecklingen som helhet belysas utifrån analyser av utvecklingen inom flera olika områden.

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

På ett principiellt plan är det dock viktigt att framhålla att frågan om förhållandet mellan olika aspekter på välfärd rymmer dels värderingsfrågor, dels mer renodlade forskningsfrågor. Att avgöra vad som är viktigast för människors välfärd är sålunda ett spörsmål som är öppet för olika värderingar och uppfattningar. I vilken mån och på vilka sätt politiken på olika områden ska ges skilda prioriteringar är därmed också en värderingsfråga och i grunden något som måste avgöras i den demokratiska processen. Ur ett forskningsperspektiv på välfärd väcks dock framför allt frågor som har med påverkansmönster att göra: Hur påverkar låga inkomster hälsan? Vad betyder ohälsa för förmågan att påverka sina inkomster och därmed den ekonomiska välfärden? Det är i och för sig tänkbart att forskningsresultat om förhållanden mellan exempelvis ekonomi och hälsa har betydelse för människors uppfattningar om hur man vill prioritera satsningar på välfärdspolitikens olika områden. Frågor som direkt rör politisk prioritering ligger dock utanför ramarna för det föreliggande betänkandet.

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

1990-talets välfärdsförändringar i Sverige är i viktiga avseenden knutna till olika aspekter av arbete och försörjning. Den kraftiga ökningen av arbetslösheten och fallet i sysselsättningen fick direkta konsekvenser för de många hundratusentals människor som förlorade sina arbeten. Arbetet och dess egenskaper utgör viktiga aspekter av välfärden för de förvärvsarbetande. Det handlar dels om själva arbetet och dess konsekvenser för stress och hälsa, dels vilka belöningar som är kopplade till de enskilda jobben. Ur ett könsperspektiv framstår också utvecklingen av det obetalda arbetet

som central för välfärdsutvecklingen, inte minst i relation till de förändringar som skett på det offentligt finansierade välfärds-tjänsteområdet. Här finns det hypotetiskt också kopplingar till frågor om arbetsmiljö och hälsa, liksom till relationer mellan generationer. I ett 1990-talsperspektiv framstår också kunskap och utbildning som viktiga resurser. Sammantaget innebär detta att ett välfärdsbokslut över 1990-talet baserat på individuella resurser måste belysa såväl arbete som hälsa, ekonomi och sociala relationer.

Många av de svårigheter och utmaningar som så gott som alla människor ställs inför genom livet är det dock svårt eller ineffektivt att hantera individuellt. Att växa upp och skaffa sig en utkomst-möjlighet är en sådan utmaning, att bilda familj samt fostra och försörja barn en annan, att klara det dagliga livet och försörjningen vid sjukdom och ålderdom en tredje. De olika välfärdsstatliga system som skapats för att tillhandahålla barnomsorg, utbildning, sjukvård och äldreomsorg liksom transfereringar som barnbidrag, sjukpenning och pensioner utgör därför också viktiga resurser för medborgarna. Vid bedömningen av välfärdens nivå och utveckling måste sålunda kollektiva resurser av detta slag inkluderas. Konkret innebär detta exempelvis att kvaliteten och tillgängligheten i både välfärdstjänster och försäkringssystem – och inte enbart individens hälsotillstånd eller inkomstnivå – måste inkluderas i en analys av välfärden.

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

viktigt att belysa förändringar av såväl rent individuella som mer kollektivt knutna resurser i ett välfärdsbokslut för 1990-talet.

Efter årtionden av förhållandevis obruten och entydig expansion av den svenska välfärdsstaten har 1990-talet präglats av framför allt begränsande beslut och åtgärder, även om det inte saknats inslag av såväl fortsatt utbyggnad som återställande av tidigare nedskärningar. Mängden av förändringar har varit massiv på såväl välfärdstjänsternas som försörjningssystemens områden. Kommittén har i sitt arbete sökt beskriva och granska karaktären av förändringarna ur ett resursperspektiv med fokus på tillgänglighet och kvalitet. Samtidigt saknas i många avseenden kunskaper om relationen mellan tjänste- och transfereringssystemens finansiering, organisation, bemanning etc. å ena sidan och graden av tillgänglighet och kvalitet å den andra. Kommittén har därför valt att beskriva förändringar i socialpolitiken i ett flertal olika avseenden.

En typ av förändringar som belyses i detta betänkande är utvecklingen av resurstilldelningen på de olika områdena, och i möjligaste mån sätts denna utveckling i relation till den behovsutveckling som kan identifieras. Vid sidan av att beskriva nivån på resurstilldelningen är det vår strävan att också belysa hur resurserna fördelats inom respektive område. Vi söker också ge en beskrivning av hur förändringar i regelsystemen och andra förhållanden har påverkat tillgänglighet och innehåll gällande såväl försörjningsstöd som social service.

Socialpolitisk forskning och debatt fokuseras ofta på de offentliga utgifterna. Utvecklingen av dessa är onekligen av central betydelse i flera avseenden, men man bör också beakta att de observerade utgiftsnivåerna är ett resultat av flera och ibland samverkande faktorer. Vid sidan av lagstiftningens utformning påverkar även demografiska faktorer och ekonomiska förhållanden hur mycket de enskilda programmen kostar. I studier av förändringar i de socialpolitiska åtgärdssystemen ger utgiftsnivåerna sålunda bara indirekta indikationer på välfärdsutvecklingen. Förutom utgifter för olika välfärdstjänster och transfereringssystem belyses därför olika indikatorer på tillgänglighet och resurstillgång i välfärdstjänsterna, såsom avgiftsnivåer, personaltäthet, andelen som får tillgång till tjänster och antalet utförda behandlingar eller andra insatser. För transfereringssystemen belyses kvalitet och tillgänglighet utifrån indikatorer som ersättningsnivå, täckningsgrad, kvalifikationsperioder och karenstider.

Avslutningsvis har kommittén i huvudsak valt att koncentrera sig på förhållanden såsom de faktiskt är (en beskrivande ansats) och inte på den enskildes grad av tillfredsställelse med sina förhållanden (en subjektiv ansats). Eftersom kommittén tagit sin utgångspunkt i resurser snarare än behov har det framstått som naturligt att fokusera på de faktiska levnadsvillkoren snarare än på hur nöjda människor är med dessa villkor.

## 1.2 Individuella resurser I: Huvuddrag och breda samhällsskikt

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

Det huvudsakliga uppdraget har varit att beskriva välfärdsutvecklingen under 1990-talet. Kommittén har i flera tidigare betänkanden redovisat detaljerade och metodologiskt relativt avancerade analyser som speglar 1990-talsutvecklingen. Dessa analyser utgör grunden för den beskrivning som görs i det följande. Här har vi dock valt att så nära det är möjligt följa tanken med ett bokslut. Det innebär att vi belyser utvecklingen under 1990-talet utifrån uppgifter om de tillstånd som rådde vid årtiondets början och slut.

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

Också skillnader i förhållanden mellan olika *samhällsklasser* har stått i fokus för mycket av den politiska debatten under lång tid. Arbetare, bönder och tjänstemän har haft i grunden olika villkor, såväl i som utanför arbetet. Fastän dagens arbetsliv kan tyckas väsensskilt från den tidiga industrialismens, i vilken klassbegreppet tar sitt avstamp, kvarstår på många sätt de grundläggande skillnaderna mellan arbetare, tjänstemän och företagare. Vi har här i görligaste mån sökt placera alla personer i någon av samhällsklasserna. Eftersom klasspositionen baseras på det yrke människor har, klassificeras de som inte förvärvsarbetar i huvudsak på basis av

tidigare yrke. För dem som ännu inte inträtt i arbetslivet utgår klassificeringen i stället från faderns eller moderns yrke.

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

Redovisningen i våra tabeller baseras i all huvudsak på *andelen med ofärd* enligt respektive indikator vid 1990-talets början och slut. Dessa andelar bildar ett underlag för en beskrivning av tillstånden, vilket är huvudsyftet med detta välfärdsbokslut. För mer analytiska syften, exempelvis för frågor som rör ålderssammansättningens betydelse för skillnaden mellan könen eller klasserna, är dessa procenttal mindre lämpade. För att hantera problem av detta slag måste så kallade multivariata analyser genomföras, där effekter av ålders-, köns- och klassammansättning kan urskiljas och särskiljas på statistisk väg. Sådana analyser finns väl företrädde i kommitténs tidigare publikationer och har tjänat som underlag för detta slutbetänkande. Vi har också utfört nya multivariata analyser av de indikatorer som används. I den mån skillnader mellan grupper eller förändringar av ofärdsnivåer orsakas av gruppernas sammansättning, lyfts detta fram i den kommenterande texten. På motsvarande sätt kommer större fluktuationer i välfärden under 1990-talets gång att kommenteras.

De sifferuppgifter som presenteras kommer i huvudsak från egna bearbetningar av SCB:s Undersökningar av Levnadsförhållanden (ULF). Här används främst årgångarna 1990–91 för att fånga 1990-talets början, och årgångarna 1998–99 för att fånga dess slut. Sammantaget inkluderar dessa fyra årgångar intervjuer med 23 483 personer i åldrarna 16–84 år. I tillägg används uppgifter från SCB:s Inkomstfördelningsundersökningar. I den mån andra datakällor används redovisas dessa i anslutning till respektive presentation.

I det följande presenteras välfärdsutvecklingen med avseende på hälsa, utbildning, arbete, ekonomiska resurser, social förankring, trygghet och politiska resurser. Avsnittet avslutas med en analys av anhopning av ofärd, det vill säga i vilken mån olika välfärdsproblem drabbar samma individer. Här kommer vi också att redovisa

resultat från en longitudinell analys där vi studerat i vilken grad denna anhopning är varaktig över tid.

### 1.2.1 Hälsförhållanden

Hälsa är en viktig aspekt av livet och välfärden för alla människor. Vid studier där människor tillfrågats om hur viktiga olika saker är, svarar cirka 90 procent att hälsa är mycket viktigt (Holmberg & Weibull 2001:20, se även Gillström 2001). En god hälsa är naturligtvis värdefull i sig, eftersom sjukdomar och skador i de flesta fall är kopplade till smärta och lidande. Hälsa utgör också en viktig resurs, eftersom nedsatt hälsa i många fall har konsekvenser för funktionsförmågan, och därmed för möjligheterna till arbete och försörjning liksom för möjligheterna att i stort "...kontrollera och medvetet styra sina livsvillkor" (Johansson 1979:52). Samhället satsar också betydande resurser på att motverka ohälsa och dess konsekvenser, direkt via hälso- och sjukvården och mer indirekt via sjukförsäkring, förtidspensioner och liknande.

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

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

---

<sup>1</sup> Den mest kända definitionen av hälsa är troligen den som WHO lanserade 1946: "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande, och inte enbart frånvaron av sjukdom och svaghet". Hälsa blir med denna definition ett närmast ouppnåeligt idealtillstånd, som paradoxalt nog riskerar att leda till ett slags medikalisering där ett mycket stort antal oönskade sociala förhållanden ses som sjukdomstillstånd.



*Tabell 1:1. Åldersstandardiserad dödlighet (antal dödsfall per 100 000) och spädbarnsdödlighet (antal dödsfall per 1 000 levande födda), för män och kvinnor vid 1990-talets början (1990) och slut (1999)*

	Dödlighet	
	Början	Slut
<i>Åldersstandardiserad dödlighet</i>		
Kvinnor	934	833
Män	1 483	1 291
<i>Spädbarnsdödlighet</i>		
Flickor	5,3	2,7
Pojkar	6,6	4,1

*Källa:* Socialstyrelsen 2001a och 2001b.

Också spädbarnsdödligheten har minskat under 1990-talet, dessutom från en internationellt sett redan mycket låg nivå. År 1990 inträffade 5,9 dödsfall under det första levnadsåret per 1 000 levande födda barn, medan motsvarande siffra för 1999 var 3,4 fall (pojkar och flickor sammantaget). Som framgår av tabellen finns dock en påtaglig könsskillnad också i dödligheten under det första levnadsåret. I absoluta termer har dödligheten minskat lika mycket för pojkar som för flickor. Detta innebär också att könsskillnaden består ograverad i absolut mening, medan den ökar relativt sett.

Dödligheten är även ojämnt fördelad mellan olika samhällsskikt, vilket framkommer vid analyser av dödlighetsskillnader efter utbildning och klass (SFR 1998). Eftersom statistik om sociala skillnader i dödlighet inte sammanställs och publiceras rutinmässigt är det vanskligt att uttala sig om huruvida klasskillnaderna förändrats under 1990-talet. Analyser baserade på dödligheten mellan 1981 och 1996 tyder dock på att utvecklingen för kvinnor ur arbetarklassen varit mindre gynnsam än för andra grupper (SFR 1998).

Som indikator på ohälsan i befolkningen har dödlighetstal flera fördelar, men de har också den tydliga nackdelen att de inte speglar hela sjukdomspanoramata. Många sjukdomar och besvär orsakar lidande, funktionsnedsättning och svårigheter i vardagen samtidigt som de inte ökar dödlighetsriskerna i någon större omfattning. Då vi studerar de intervjuades egen bedömning av hälsotillståndet, respektive uppgifter om långvariga sjukdomar samt ängslan, oro

eller ångest, får vi en betydligt mörkare bild av hälsoutvecklingen under 1990-talet (Tabell 1:2) än då vi fokuserar på dödlighet.

*Tabell 1:2. Ohälsa. Andelen med självskattad ohälsa, långvarig sjukdom respektive ångslan, oro, ångest vid 1990-talets början (åren 1990–91; för ångslan, oro, ångest 1988–89) och slut (åren 1998–99)*

	Självskattad ohälsa		Långvarig sjukdom		Ångslan, oro, ångest	
	Början	Slut	Början	Slut	Början	Slut
Befolkningen 16-84 år	25	25	42	46	12	18
Kvinnor	28	28	45	50	16	23
Män	23	22	40	43	8	14
16-29	11	13	24	29	7	18
30-49	17	18	31	35	11	18
50-64	35	29	54	55	15	18
65-84	46	45	73	77	19	19
Högre tjänstemän	12	14	29	37	7	15
Tjänstemän, mellannivå	15	17	32	41	10	15
Lägre tjänstemän	22	24	40	51	13	19
Arbetare i kval. yrken	27	28	44	47	9	15
Arbetare i okval. yrken	35	34	52	55	16	23
Egen företagare	28	25	46	46	12	17

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

Att studera självskattad ohälsa är en allmänt använd metod som syftar till att fånga hälsotillståndet på ett övergripande plan. När det gäller nivån på den självskattade ohälsan finns dock här problem med jämförbarheten över tid i ULF-materialet.<sup>2</sup> Analyser på annat material<sup>3</sup> visar att också den självskattade ohälsan ökat under decenniet, från 23 till 27 procent av befolkningen i åldrarna 18–75 år (se även Neramo & Stern 2001).

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

<sup>2</sup> Från och med 1996 års undersökning används fem istället för tre svarsalternativ. Alternativen som tillsammans utgör gruppen med ohälsa har ändrats från två av tre till tre av fem. Relativt sett utgör de därmed en mindre del av svarsmöjligheterna, vilket kan leda till en underskattning av ohälsans omfattning år 1998–99 jämfört med 1990–91.

<sup>3</sup> Levnadsnivåundersökningarna 1991 och 2000, i vilka svarsalternativen varit oförändrade.

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

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

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

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

ses som en påtagligt negativ aspekt av 1990-talets välfärdsutveckling trots att dödligheten har minskat.

### 1.2.2 Utbildningsresurser

En god utbildning är inte bara en viktig resurs på arbetsmarknaden, utan den underlättar också för individer att styra sitt liv i mer allmän mening. Utbildning är kanske den viktigaste individuella resursen när det gäller att verka som medborgare och förstå det omgivande samhället. Under 1990-talet har ungdomsutbildningen expanderat kraftigt och samtidigt har andelen ungdomar som går vidare till högskolestudier ökat markant. Omfattningen av den kommunala vuxenutbildningen har också expanderat kraftigt under decenniet (SOU 1999:39), vilket manifesteras inte minst genom det så kallade Kunskslyftet som introducerades vid halvårsskiftet 1997 med huvudsyftet att bidra till sänkt arbetslöshet och ökad tillväxt. Antalet elever på den gymnasiala vuxenutbildningen var dubbelt så stort i slutet av decenniet som i dess början.

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

Utbildning kan alltså, åtminstone delvis, ses som en relativ resurs och det finns en mängd teorier kring utbildningens roll på arbetsmarknaden som kan sägas utgå från detta antagande (se exempelvis Arrow 1973; Thurow 1975). Att ungdomar i 20-årsåldern i allmänhet har högre utbildning än personer som är 55 år eller äldre innebär inte nödvändigtvis att ungdomar har större chanser att etablera sig på arbetsmarknaden eller att deras möjligheter att styra sina liv är bättre. Det är därför av större intresse att studera personers utbildningsnivå jämfört med andra personer i deras egen åldersgrupp.

I Tabell 1:3 beskrivs hur andelen med låg utbildning bland vuxna personer i olika födelsekohorter har förändrats under 1990-talet. Födelseåren är valda så att vi vid respektive mättillfälle inkluderar

alla i åldrarna 20 till 60 år. Som framgår har andelen med låg utbildning minskat inte bara bland de yngre födelsekohorterna utan också bland personer i relativt höga åldrar. Samtidigt framgår tydligt den klara skillnad som föreligger mellan personer i tidiga och senare födelseårskullar. Att det finns skarpa skillnader i utbildningsnivå mellan olika sociala klasser är inte särskilt förvånande, men bör ändå uppmärksammas. Samtidigt bör vi konstatera att det blivit mindre vanligt i alla samhällsklasser att ha enbart folkskole- eller grundskoleutbildning. Detta beror i huvudsak på att yngre generationer ersätter äldre, men också i någon mån på satsningen inom vuxenutbildningen.

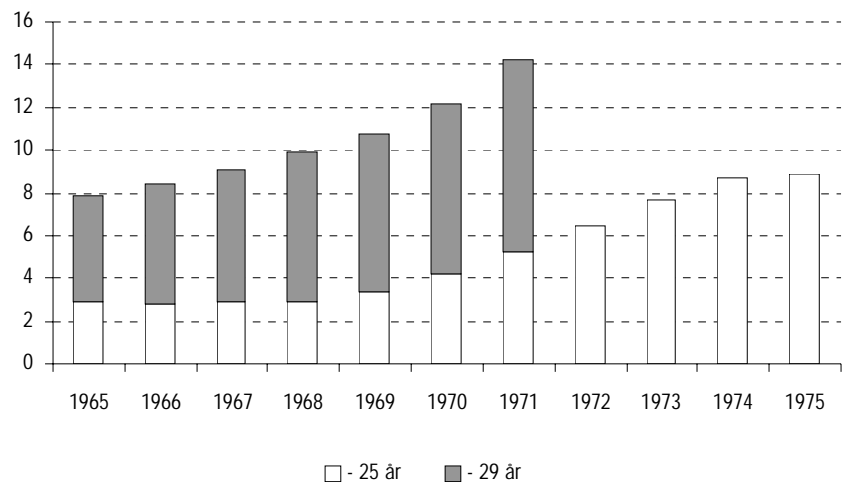
*Tabell 1:3.* Utbildning. Andelen med grundskoleutbildning eller mindre vid 1990-talets början (1990–91) och slut (1998–99) bland befolkningen i åldrarna 20 till 60 år

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

Som vi nämnde inledningsvis i detta avsnitt har också den högre utbildningen genomgått en kraftig utbyggnad under decenniet, vilken medfört att andelarna som påbörjar och avslutar högre utbildning bland yngre födelsekohorter ökat påtagligt under 1990-talet. I Figur 1:1 redovisas andelen av olika årskullar, födda mellan 1965 och 1975 som erhållit en högskoleexamen vid 25 års ålder. Som framgår av figuren sker en mycket kraftig ökning av andelen

examinerade vid högskolan, vilket kan illustreras med att över åtta procent av kullarna födda 1974–75 hade examen från högskoleutbildning vid 25 års ålder, medan detsamma gällde för endast drygt tre procent av dem födda 1965. I figuren redovisas motsvarande andelar vid 29 års ålder (vilket av förklarliga skäl gäller enbart för dem födda 1965–71) och trenden är som synes tydlig också vad gäller denna avgränsning. Bland personer födda i början av 1970-talet var andelen med högskoleexamen vid 29 års ålder ungefär 12–14 procent, vilket är en större andel jämfört inte bara med dem som är födda på 1960-talet utan också jämfört med personer födda under tidigare decennier. Motsvarande trender är också synliga när vi studerar övergång till högskolan. Andelen som påbörjat högskolestudier har ökat betydligt under decenniet och i slutet av 1990-talet hade nära 40 procent av dem födda 1974 påbörjat högskoleutbildning vid 25 års ålder.

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



*Källa:* Högskoleverket 2001a.

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

män. Vid 29 års ålder finns det ingen könsskillnad i andelarna med examen bland dem födda 1965, men bland dem födda 1971 är andelen med högskoleutbildning nästan fem procentenheter högre bland kvinnor än bland män. Samtidigt är det viktigt att framhålla att könssegregeringen inom den högre utbildningen alltjämt är mycket stor. När det gäller förändringar under 1990-talet härvidlag kan det noteras att andelen kvinnor på tekniska utbildningar har ökat, men också att andelen män i olika lärarutbildningar har minskat påtagligt.

Ett annat uppmärksammat område i studier av ojämlikhet i utbildning är det som brukar kallas social snedrekrytering. Med detta avses oftast i vilken grad individers utbildningsval och uppnådda utbildningsnivå påverkas av föräldrarnas sociala position, som oftast fastställs utifrån social klasstillhörighet (se Erikson & Jonsson 1993). Kommittén har tidigare redovisat forskningsresultat som tyder på att den sociala snedrekryteringen till högre studier har minskat något under huvuddelen av decenniet. Författarna (Gustafsson, Andersson & Hansen 2000) påpekade dock att det är möjligt att resultaten i huvudsak är en effekt av det försämrade arbetsmarknadsläget under lågkonjunkturen, vilket gör att tolkningar bör göras med försiktighet. Den sociala snedrekryteringen till högre studier tillhör annars de samhälleliga fenomen som förändras mycket långsamt (se till exempel Jonsson & Erikson 1997).

### 1.2.3 Arbete, arbetsförhållanden och löner

Många av 1990-talets välfärdsförändringar är knutna till olika aspekter av arbete. Det mest grundläggande förhållandet – om man har ett arbete eller ej – påverkades starkt av krisutvecklingen under decenniets första år. På kort tid minskade sysselsättningen dramatiskt och Sverige gick från full sysselsättning till massarbetslöshet. Detta hade stora konsekvenser i en mängd avseenden och kommittén har tidigare på olika sätt beskrivit denna process och verkningarna därav (se exempelvis Lundborg 2000; Åberg & Nordenmark 2000; Korpi & Stenberg 2001).

Arbetet och dess egenskaper utgör också ett viktigt inslag i välfärden för de förvärvsarbetande. Det handlar dels om själva arbetet och dess konsekvenser vad gäller stress och hälsa, dels om

vilka belöningar, exempelvis lön eller anseende, som är kopplade till de enskilda jobben.

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

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

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



Tabell 1:4. Sysselsättning. Andelen sysselsatta<sup>a</sup> respektive arbets-sökande<sup>b</sup> vid 1990-talets början (åren 1990–91) och slut (åren 1998–99), bland befolkningen 16–64 år

	Sysselsatta		Arbetsökande	
	Början	Slut	Början	Slut
Befolkningen 16-64 år	81	73	4	8
Kvinnor	79	70	4	9
Män	83	75	4	8
16-29	68	52	6	10
30-49	92	85	3	8
50-64	78	74	1	6
Högre tjänstemän	84	76	4	3
Tjänstemän, mellannivå	83	78	3	7
Lägre tjänstemän	84	77	4	9
Arbetare i kval. yrken	82	69	4	12
Arbetare i okval. yrken	82	71	5	13
Egen företagare	84	76	1	3

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

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

Också för dem som haft arbete har 1990-talet inneburit en del uppmärksammade förändringar. För det första har arbetskontraktet i sig förändrats i så måtto att tidsbegränsade anställningar har blivit allt vanligare. Huruvida detta är del i en långsiktig förändring av arbetsmarknaden eller ett 1990-talsfenomen är långt ifrån givet.<sup>4</sup> Vad gäller människors arbetsförhållanden har diskussionen alltmer kommit att fokuseras på psykiska processer, medan fysiskt krävande arbetsförhållanden har kommit i bakgrunden. I Tabell 1:5 redovisas en aspekt av den fysiska arbetsmiljön, nämligen huruvida arbetet är fysiskt krävande. Av tabellen framgår att fysiskt krävande arbete har blivit något mindre vanligt under 1990-talet även om förändringarna inte är speciellt dramatiska. Fysiskt krävande arbeten – som det definierats här – var något vanligare bland kvinnor och unga personer än bland män och äldre. Framförallt finns en

<sup>4</sup> le Grand, Szulkin och Tählin (2001a) fokuserar på andra dimensioner av anställningskontraktets karaktär och varaktighet, såsom anställningsstabilitet, och finner mycket små förändringar, vilket talar emot föreställningen om ett helt nytt arbetsliv karakteriserat av lösa förbindelser.

mycket stark klassdimension och det kan konstateras att andelen arbetare med fysiskt krävande arbeten var lika stor vid slutet som vid början av 1990-talet.

*Tabell 1:5. Arbetsförhållanden och lön. Andelen med fysiskt krävande<sup>a</sup> respektive jäktiga arbeten samt medianlön per timme<sup>b</sup> i 2000 års priser vid 1990-talets början (åren 1990–91) och slut (åren 1998–99), bland sysselsatta 16–64 år*

	Fysiskt krävande arbete		Jäktigt arbete		Medianlön kr per timme	
	Början	Slut	Början	Slut	Början	Slut
Sysselsatta 16-64 år	37	34	63	70	85	104
Kvinnor	39	36	64	73	78	98
Män	34	31	62	68	93	112
16-29	48	41	60	70	75	92
30-49	33	34	66	72	87	108
50-64	31	28	61	68	88	107
Högre tjänstemän	8	5	74	77	119	144
Tjänstemän, mellannivå	17	16	66	75	93	110
Lägre tjänstemän	17	18	64	70	79	98
Arbetare i kval. yrken	55	58	58	69	85	101
Arbetare i okval. yrken	60	58	57	65	75	91
Egen företagare	40	41	66	65	–	–

<sup>a</sup> Med fysiskt krävande arbete avses att ha upprepade och ensidiga arbetsrörelser samt krokiga, vridna eller på annat sätt olämpliga arbetsställningar *eller* att dagligen behöva göra tunga lyft.

<sup>b</sup> Uppgiften om medianlöner kommer från Levnadsnivåundersökningarna vid Institutet för social forskning och avser åren 1991 respektive 2000.

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

vissa andra delar av servicesektorn. Dessa utvecklingsdrag vad gäller koncentrationen av psykosociala arbetsmiljöproblem har medfört att kvinnor drabbats hårdare än män. Arbeten som innebär höga psykiska krav samtidigt som autonomi är låg, det vill säga arbeten präglade av negativ stress, har ökat markant i omfattning. Detta kan ses som ett välfärdsproblem i flera avseenden. Negativ stress är naturligtvis ett negativt tillstånd i sig, men det har också visat sig i forskning att förekomsten av negativ stress är tydligt kopplad till en mängd olika former av ohälsa. Eftersom negativ stress är särskilt vanligt i de arbeten som utförs i välfärdstjänstesektorn kan den också få konsekvenser för välfärdstjänsternas kvalitet och därmed för dem brukar dessa tjänster, det vill säga i huvudsak barn, sjuka och gamla.

Då vi betraktar utkomsten av arbetet kan vi konstatera att reallönerna har ökat mycket kraftigt under 1990-talet (se Tabell 1:5). Medianlönen har ökat med 22 procent mellan 1991 och 2000, och denna ökning överstiger vida den som skedde under 1980-talet. I ljuset av det tidiga 1990-talets stora sysselsättningsfall är utvecklingen anmärkningsvärd. Av tabellen framgår även att de faktiska löneskillnaderna mellan kvinnor och män har minskat. Om man tar hänsyn till utbildning och andra faktorer som normalt sett påverkar lön finner man däremot snarast en motsatt förändring (le Grand, Szulkin & Tåhlin 2001b). Detta kan förklaras genom att kvinnors ökade utbildningsnivå inte följts av en motsvarande ökning av deras lönenivåer. Klasskillnaderna i löner har i stort sett varit oförändrade mellan 1991 och 2000. Det finns dock två andra förändringar som är värda att uppmärksamma. För det första har lönespridningen i fördelningens övre skikt generellt sett ökat och detta är bland annat en följd av att lönepremier för chefs- och arbetsledaransvar har ökat. För det andra har relativlönerna för de offentligtanställda försämrats kraftigt.

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

anställda i dessa sektorer har medfört att den negativa utvecklingen drabbat fler kvinnor än män.

#### 1.2.4 Inkomst och ekonomiska resurser<sup>5</sup>

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

I Tabell 1:6 åskådliggör vi inkomstfördelningens förändringar genom att visa hur stor inkomsten är vid olika inkomstskikt relativt medianinkomsten vid 1990-talets början och slut.<sup>6</sup> Om kvoten P10/P50 minskar har spridningen ökat genom att de med låga inkomster har tappat jämfört med dem i inkomstfördelningens mitt. Om kvoten P90/P50 stiger har spridningen också ökat, men då som ett utslag av att gapet mellan dem med höga inkomster och dem med medelinkomster ökat.

*Tabell 1:6.* Relativa förändringar av inkomstjämligheten i nedre respektive övre delen av inkomstfördelningen. Låga inkomster (P10) respektive höga inkomster (P90) i förhållande till medianinkomsten (P50), vid 1990-talets början (1991) och slut (1999). Procent

	Inkomstjämlighet	
	Början	Slut
Låga inkomster (P10/P50)	65,0	64,4
Höga inkomster (P90/P50)	162,4	174,4

<sup>5</sup> Detta avsnitt bygger till stor del på Johan Fritzells underlag till kommittén (SOU 2001:57), se Bilaga 4.

<sup>6</sup> Detta görs genom att vi först rangordnar alla individer efter inkomst. Det 10:e percentilvärdet (P10) motsvarar då inkomsten vid den punkt i fördelningen där 90 procent har högre inkomster och 10 procent lägre. På motsvarande sätt är P90 inkomstnivån där 10 procent har högre inkomster och 90 procent lägre. Kvoten (P10/P50) relaterar sålunda inkomsten vid den tionde percentilen till medianvärdet medan kvoten (P90/P50) relaterar inkomsten vid den nittionde percentilen till samma medianvärde (P90/P50).

I tabellen ser vi att låginkomsttagarnas inkomster var oförändrade i relation till medianinkomsten vid decenniets slut jämfört med vid dess ingång. Inkomsten vid den 10:e percentilen var ungefär 65 procent av medianinkomsten både vid början och slutet av decenniet. De med höga inkomster har däremot dragit ifrån ytterligare under 1990-talet. Mellan decenniets ändpunkter skedde dock en del påtagliga svängningar. Under lågkonjunktrens inledande fas pekade förändringarna i den nedre delen av inkomstfördelningen snarast mot en inkomstutjämnning, medan i stort sett ingenting hände beträffande kvoten P90/P50 (framgår ej av tabellen).<sup>7</sup> Under decenniets andra hälft gick utvecklingen mot ökade inkomstklyftor, i huvudsak som följd av att skillnaderna ökade mellan dem med mycket höga inkomster och dem i mitten av inkomstfördelningen. Ökningen av skillnaderna avspeglar förändringar i inkomstfördelningens topp. Kapitalinkomsternas ökade betydelse är här en viktig delförklaring.<sup>8</sup> Realiserade kapitalvinster kan vara resultat av en värdetillväxt som pågått under lång tid och beräknas dessutom nominellt. Hur kapitalinkomsternas fördelningseffekter skall bedömas är därför långtifrån självklart (se vidare Fritzell 2001).

Hushållens genomsnittliga disponibla inkomster var i stort sett identiska 1991 och 1999 (se Tabell 1:7). Som nämndes inledningsvis minskade dock inkomsterna successivt fram till och med 1995 och så sent som 1998 var inkomstnivån klart lägre än vid decenniets början. Detta kan te sig förvånande, sett i ljuset av den kraftiga reallöneökning som konstaterades och diskuterades i avsnitt 1.2.3. Det är därför på sin plats att poängtera att vi här redovisar disponibla hushållsinkomster för den *totala* befolkningen, vilket betyder att vi inkluderar också dem utan lön och dessutom beaktar betydligt fler inkomstslag, som exempelvis kapitalinkomster och olika former av bidrag. Därutöver tas också hänsyn till skatter. Det finns med andra ord ett antal faktorer som gör att löneutvecklingen inte alls behöver överensstämma med befolkningens inkomstutveckling.

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

<sup>7</sup> Detta gäller med undantag för år 1994, då förändrade skatteregler fick som följd att realiserade kapitalvinster blev osedvanligt stort detta år.

<sup>8</sup> Inkomsternas sammansättning och spridningens påverkan av socialförsäkringar, bidrag och skatter redogörs för i avsnitt 1.6.5.

oföränderliga under 1990-talet.<sup>9</sup> Detsamma gäller inkomstskillnaderna mellan kvinnor och män. Att könsskillnaderna är närmast obefintliga i Tabell 1:7 beror på att vi mäter disponibla inkomster på hushållsnivå. Könsskillnaderna i individuella inkomster är däremot alltså betydande och har endast minskat marginellt under 1990-talet (se exempelvis Fritzell & Lundberg 2000; SCB 2001a). Som framgår av tabellen har det under decenniet skett tydliga åldersförändringar vad beträffar inkomster och ekonomiska resurser. Inkomstfallet är tydligast bland de allra yngsta, men det kan också konstateras att den genomsnittliga inkomsten har minskat även för dem i åldrarna 35–54 år. Samtidigt har en ökning skett för befolkningen i högre åldrar.

---

<sup>9</sup> Klasskillnaderna i Tabell 1:7 avser enbart förvärsarbetande personer i åldrarna 20–64 år. Detta innebär att de redovisade inkomsterna för olika klasser är betydligt högre än om även icke förvärsarbetande hade inkluderats (jfr Fritzell & Lundberg 2000:70).

Tabell 1:7. Inkomster och kontantmarginal. Disponibel inkomst per kostenhet<sup>a</sup>, medianinkomster i 2000 års prisnivå, andel med låga disponibla inkomster<sup>b</sup> samt andelen utan kontantmarginal<sup>c</sup> bland befolkningen<sup>d</sup>. Inkomster för åren 1991 och 1999, kontantmarginal åren 1990–91 respektive 1998–99

	Disponibel inkomst per kostenhet, median(tkr)		Låg inkomst (andel under 60 % av befolkningens medianinkomst)		Avsaknad av kontantmarginal	
	Början	Slut	Början	Slut	Början	Slut
Befolkningen	126	127	6,8	7,5	12	15
Kvinnor	122	124	7,0	7,7	15	19
Män	130	130	6,5	7,3	10	12
18-34	126	124	8,4	11,8	18	20
35-44	130	126	5,1	6,1	13	18
45-54	163	154	2,9	3,9	7	15
55-64	161	166	2,9	2,4	8	10
65-	106	117	7,9	4,8	12	12
Högre tjänstemän	187	190	0,7	1,0	3	3
Tjänstemän, mellannivå	160	163	1,3	1,7	5	6
Lägre tjänstemän	151	155	1,5	1,4	8	12
Arbetare	135	136	2,3	2,8	16	20
Egen företagare	125	136	16,5	14,8	5	7

<sup>a</sup> Disponibel inkomst per kostenhet utgår från hushållets sammanlagda inkomster efter transfereringar och skatter. För att göra inkomsterna jämförbara mellan hushåll med storlek och sammansättning justeras inkomsten med en faktor som beror på kosthushållets utseende (se vidare Jansson 2000). Datakälla: SCB:s inkomstfördelningsundersökningar.

<sup>b</sup> Andelen personer som lever i kosthushåll där den disponibla inkomsten per kostenhet understiger 60 procent av medianinkomsten respektive år. Datakälla SCB:s inkomstfördelningsundersökningar.

<sup>c</sup> Andelen som ej inom en vecka kan få fram en summa pengar (14 000 kronor 1999). Datakälla: SCB:s ULF-undersökningar.

<sup>d</sup> Inkomsterna för olika sociala klasser baseras enbart på förvärvsarbete i åldrarna 20–64 år, medan uppgifterna om kontantmarginal baseras på hela befolkningen i åldrarna 16–84 år.

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

komster oförändrad under 1990-talets senare år. Ökningen sett över hela decenniet är relativt måttlig, men den framgår även om man utgår från den tidigare socialbidragsnormen som låginkomstgräns. Förändringarna av andelarna med låga inkomster i olika åldersgrupper följer samma mönster som medianinkomsternas förändring. Andelarna med låg inkomst har ökat för de tre yngre åldersgrupper vi urskiljer och minskat för de två äldre grupperna. Dessa åldersförskjutningar antyder att barnfamiljerna har haft en relativt svag inkomstutveckling sammantaget under decenniet.

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

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

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

---

<sup>10</sup> I SCB:s undersökningar är frågan ställd på följande sätt: *Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 14 000 kronor, skulle du klara det?* Det efterfrågade beloppet varierar mellan undersökningsåren för att ta hänsyn till prisförändringar.



avspeglas i att denna grupp saknar kontantmarginal i större utsträckning än andra.<sup>11</sup> Däremot finner vi att arbetare har betydligt större risker än andra för ekonomisk utsatthet (mätt på detta sätt) och att denna risk har ökat under 1990-talet.<sup>12</sup>

### **Förmögenhet och boendekostnader**

I ett bokslut över befolkningens välfärd är det rimligt att också redovisa människors samlade ekonomiska resurser. Att mäta och studera förmögenhetsfördelningen och dess utveckling mer generellt är dock metodologiskt svårt. Detta beror på att den officiella statistiken som bygger på taxeringen inte speglar den reella förmögenhetsfördelningen, bland annat eftersom förmögenheter som understiger ett visst värde inte behöver tas upp i deklarationen och taxerade värden inte överensstämmer med marknadsvärden. SCB (2000a) har dock genomfört en omfattande kartläggning av förmögenhetsfördelningen för året 1997, med vissa jämförelser bakåt i tiden. Förmögenhetsfördelningen är mycket skev; exempelvis hade år 1997 ungefär 30 procent av landets hushåll förmögenhetsvärden som var mindre eller lika med noll och den rikaste procenten ägde cirka 20 procent av den totala förmögenheten. Förmögenhetsfördelningen har en tydlig åldersprofil och en mycket liten del av den totala förmögenheten återfinns bland dem i åldrarna under 45 år. Sett över en längre tidsperiod har det skett en tydlig åldersförskjutning uppåt. I slutet av 1970-talet hade de i åldersgruppen 45–54 de största förmögenheterna medan det år 1997 är de i åldersgruppen 65–74 år som ligger högst. Sålunda rör det sig i båda dessa studier om att personer födda på 1920-talet och i början av 1930-talet har störst förmögenheter. Vad gäller förändringarna i förmögenhetsfördelningens grad av skevhet tyder studien på att fördelningen blev mer jämn mellan 1990 och 1997. En nyligen publicerad rapport (SCB 2001d) om realisationsvinster-  
nas utveckling innehåller uppgifter om förmögenhetsfördelningen också vid slutet av decenniet. Denna studie är baserad på individer och därför inte helt jämförbar med den tidigare men ojämlikheten har fortsatt att öka. Trenden mot ökad ojämlikhet i förmögenhetsfördelningen drivs till stor del av den ökade betydelsen av finan-

---

<sup>11</sup> Detta problem är välkänt och indikerar att egenföretagares inkomster, såsom de mäts, mycket dåligt avspeglar gruppens faktiska ekonomiska resurser.

<sup>12</sup> Detta gäller förvärsaktiva arbetare i åldrarna 20–64 år.

siellt kapital, och då främst aktier. Fastigheter och andra så kallade reala tillgångar är mindre ojämnt fördelade och storleken på dessa båda typer av tillgångar påverkar spridningen i förmögensfördelningen. Inte minst med tanke på de kraftiga förändringar som skett av såväl fastighetspriser som börsvärde under senare tid är det viktigt att fortsatt studera förmögensfördelningen.

Annars är den egna bostaden (samt fritidshus) den tyngst vägande posten i många människors tillgångar och förmögensinnehav. Boendet är centralt också utifrån ett utgiftsperspektiv i och med att en relativt stor andel av de flesta familjers totala inkomster går till boendekostnader.<sup>13</sup> På basis av analyser för kommittén som bygger på SCB:s inkomstfördelningsundersökningar framgår att medianvärdet för boendeutgifterna (exklusive amorteringar) ökade mellan 1991 och 1995, det vill säga under samma period som de reala disponibla inkomsterna sjönk. Under andra hälften av decenniet var de genomsnittliga boendeutgifterna förhållandevis stabila, vilket medförde att dessa utgifters andel av den disponibla inkomsten minskade och kom att ligga på ungefär samma nivå 1999 som 1991. Boendeutgifterna för ensamstående med barn har dock ökat markant under perioden. Dessa resultat ligger väl i linje med de resultat som presenterats av Dellgran och Karlsson (2001) för kommitténs räkning.

#### 1.2.5 Social förankring, trygghet och politiska resurser

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

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

<sup>13</sup> Bostadspolitikens förändringar beskrivs i avsnitt 1.8.3.

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

*Tabell 1:8. Social förankring. Andelen som har begränsat umgänge utom hushållet samt andelen som saknar en nära vän vid 1990-talets början (åren 1990–91) och slut (åren 1998–99)*

	Begränsat umgänge utanför hushållet		Saknar nära vän	
	Början	Slut	Början	Slut
Befolkningen 16-84 år	5	4	20	19
Kvinnor	4	4	15	14
Män	5	5	25	25
16-29	2	2	9	8
30-49	5	4	19	17
50-64	6	5	25	24
65-84	7	6	31	30
Högre tjänstemän	4	5	17	16
Tjänstemän, mellannivå	4	3	19	16
Lägre tjänstemän	4	4	16	16
Arbetare i kval. yrken	5	5	20	20
Arbetare i okval. yrken	5	5	21	23
Egen företagare	5	4	25	19

Att ha en riktigt nära vän som man kan tala med om vad som helst är en indikator på socialt stöd. Att sakna en sådan vän är inte ovanligt, men minskar något under 1990-talet, åtminstone för vissa grupper. Hur vanligt eller ovanligt det är att sakna socialt stöd i denna mening är förstås delvis en definitionsfråga. Här räknas bara personer utanför det egna hushållet som eventuellt nära vänner, samtidigt som familjemedlemmar för många människor är en viktig källa till socialt stöd. Med en mer allmän definition blir också andelarna som saknar socialt stöd betydligt lägre (Nermo & Stern 2001). Också bristande socialt stöd är vanligare i äldre åldersgrupper. Dessutom finns en mycket tydlig könsskillnad till män-

nens nackdel, samt en klasskillnad till arbetargruppernas nackdel. Bland okvalificerade arbetare finns dessutom en tendens till ökning av ofärden på detta område. Alla dessa skillnader kvarstår också efter justering för ålderssammansättning och andra relevanta faktorer.

Analysen som gjorts i kommitténs regi pekar i riktning mot att ett gott socialt stöd fungerat som ett skydd mot ofärd under 1990-talet, och att de som tappat socialt stöd under arbetslöshetens årtionde också i större utsträckning än andra har fått försämrad ekonomi och hälsa (Nermo & Stern a.a). Synen på och förhållningssätten gentemot andra människor, även vid sidan av familj och vänner, är av betydelse såväl för den enskilde som för samhället i stort. Att kunna känna sig trygg och inte utsättas för våld eller hot är sålunda av central betydelse för välfärden. Det finns en svag tendens till en ökande oro för våld, men denna ökning är inte allmän utan koncentrerad till yngre grupper (Tabell 1:9). Det är också bland de yngre som den faktiska utsattheten för våld och hot är vanligast. Det finns dock inga säkra belegg för att utsattheten för våld eller hot har ökat under 1990-talet.

Det finns en mycket kraftig skillnad mellan män och kvinnor när det gäller oro för våld. Medan en fjärdedel av kvinnorna har avstått från att gå ut på grund av sådan oro gäller detta endast 6-7 procent av männen. Samtidigt är det en större andel av männen som varit utsatta för våld eller hot, medan det har skett en svag ökning bland kvinnorna i denna bemärkelse (Estrada & Nilsson 2001). Samtliga dessa skillnader kvarstår vid multivariata analyser där vi kontrollerar för befolkningens sammansättning i en rad olika avseenden.

*Tabell 1:9.* Trygghet. Andelen som avstått från att gå ut på grund av oro för överfall, rån eller ofredande, samt andelen som varit utsatt för våld eller hot vid 1990-talets början (åren 1990–91) och slut (åren 1998–99)

	Ej gått ut p.g.a. oro för våld		Utsatt för våld eller hot	
	Början	Slut	Början	Slut
Befolkningen 16-84 år	15	16	7	7
Kvinnor	25	26	5	6
Män	6	7	8	8
16-29	10	15	14	14
30-49	12	13	6	7
50-64	15	14	3	5
65-84	28	28	2	2
Högre tjänstemän	12	12	6	6
Tjänstemän, mellannivå	13	16	7	9
Lägre tjänstemän	20	21	6	5
Arbetare i kval. yrken	11	15	8	8
Arbetare i okval. yrken	10	10	6	7
Egen företagare	25	23	6	5

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

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

*Tabell 1:10.* Politiska resurser. Andelen som ej kan överklaga ett beslut och heller inte känner någon som kan hjälpa till vid 1990-talets början (åren 1990–91) och slut (åren 1998–99)

	Kan ej överklaga beslut	
	Början	Slut
Befolkningen 16-84 år	8	7
Kvinnor	8	7
Män	7	7
16-29	8	9
30-49	4	4
50-64	7	6
65-84	14	11
Högre tjänstemän	2	2
Tjänstemän, mellannivå	3	3
Lägre tjänstemän	4	5
Arbetare i kval. yrken	9	9
Arbetare i okval. yrken	13	13
Egen företagare	7	6

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

### 1.2.6 Anhopning av ofärd

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

Välfärdsproblem inom olika områden som hälsa, ekonomi och arbete kan inte enkelt summeras till ett enda ofärdsmått. Detta beror i huvudsak på att det inte finns någon gemensam måttstock med vilken ofärden inom så olikartade områden kan göras jämförbar. Följer man detta resonemang strikt innebär det att vi inte kan säga att den som är utsatt för två olika välfärdsproblem har sämre välfärd jämfört med någon som har problem enbart med exempelvis sin hälsa eller sin ekonomi.

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

Det är lätt att utifrån den redovisning som presenterats konstatera att vissa grupper så gott som genomgående uppvisar större förekomst av ofärd än andra. Exempelvis har arbetare oftare än andra dålig hälsa, dålig ekonomi och dåliga arbetsförhållanden. Detta är dock inte liktydigt med att det är samma personer i arbetarklassen som erfar dessa former av ofärd samtidigt. Vi ska här därför belysa vilka grupper som är mest utsatta för flera samtidiga välfärdsproblem vid 1990-talets början respektive slut. Vi kompletterar denna bild med en analys av risken att kvarstå i en situation som innebär två eller flera former av ofärd. Dessutom presenteras en analys av risken att hamna i denna grupp.<sup>14</sup> Vilka former av ofärd som ska inkluderas i dessa beskrivningar är dock inte givet. Mot bakgrund av sysselsättningsproblematiken under 1990-talet utgör svag arbetsmarknadsförankring en självskriven del av en analys av ofärdsanhopning. Dessutom inkluderar vi avsaknad av kontantmarginal, självskattad ohälsa, begränsat umgänge utanför hushållet, att inte kunna överklaga ett beslut samt utsatthet för våld

<sup>14</sup> Dessa analyser baseras på de personer som intervjuats vid två tillfällen i ULF-undersökningarna, 1990 och 1998 respektive 1991 och 1999. Dessa personer var vid det första intervjutillfället i åldrarna 16–76 år, och vid det andra 24–84 år. De analyser som presenteras bygger på uppgifter om 4 506 personer.

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

*Tabell 1:11.* Anhopning av ofärd. Andelen som har en respektive två eller fler former av ofärd<sup>a</sup> vid 1990-talets början (åren 1990–91) och slut (åren 1998–99), samt den relativa risken att kvarstå respektive inträda i gruppen med två eller fler former av ofärd.

	Två eller fler former av ofärd		Relativa risken att:	
	Början	Slut	Kvarstå	Inträda
Befolkningen 16-84 år <sup>b</sup>	14	16	45	10
Kvinnor	16	19	48	12
Män	12	14	40	8
16-29	11	14	29	9
30-49	10	15	58	9
50-64	21	21	40	11
65-84	17	16	58	12
Högre tjänstemän	4	6	<sup>c)</sup>	6
Tjänstemän, mellannivå	6	10	[30]	6
Lägre tjänstemän	10	14	40	8
Arbetare i kval. yrken	16	20	48	10
Arbetare i okval. yrken	23	27	46	16
Egen företagare	11	11	[33]	10

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

<sup>b</sup> Analysen av kvarstående respektive inträde i gruppen med två eller fler former av ofärd baseras på paneluppgifter, och begränsas därmed till dem som var 16–76 år gamla 1990–91. Uppgifterna om ålder och klassposition hänför sig för denna analys till tillståndet 1990–91.

<sup>c</sup> Uppgifter baserade på 20–40 personer redovisas inom [ ]; då underlaget är mindre än 20 personer redovisas ingen uppgift.

Det har blivit något vanligare under 1990-talet att samtidigt ha två eller fler former av ofärd enligt de ovan angivna indikatorerna, även om situationen förbättrats sedan decenniets mitt. Såväl bland



kvinnor som bland män har andelen med två eller flera former av ofärd ökat. För männens del är denna ökning helt och hållet ett resultat av förstärkta problem med arbetsmarknadsförankring, medan det för kvinnorna också finns en ökande anhopning av ofärd vid sidan av den ofärd som är relaterad till situationen på arbetsmarknaden (framgår ej av tabellen). Andelen som erfor fler än två former av ofärd var dock högre bland kvinnor än bland män både i början och slutet av decenniet, även då svag arbetsmarknadsförankring inkluderas.

Anhopningen av ofärd var generellt sett vanligare bland de äldre än bland de yngre. Det är endast måttets konstruktion som medför att det inte är högre andelar bland dem i den äldsta åldersgruppen som erfor anhopning av ofärd.<sup>15</sup> Det mest intressanta ur ett 1990-talsperspektiv är dock att ofärdsanhopningen ökade bland yngre åldersgrupper, men inte bland äldre, vilket lett till en utjämning mellan åldersgrupperna vad gäller ofärdsanhopning. Denna negativa utjämning drevs på av arbetsmarknadsläget, men detta tycks inte heller här vara hela förklaringen. Även då arbetsmarknadsförankring exkluderas från analysen kan det konstateras att andelen med två eller fler former av ofärd ökade bland yngre och medelålders, och allra kraftigast bland dem mellan 30 och 49 år (visas ej i tabellen). Det bör dock poängteras att bristande arbetsmarknadsförankring fortfarande kan vara grundorsaken till de observerade förändringarna.

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

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

---

<sup>15</sup> Personer i den äldsta gruppen kan per definition inte ha svag arbetsmarknadsförankring, vilket innebär att avgränsningen av gruppen med anhopning av ofärd blir striktare i denna grupp (det vill säga två av fem möjliga i stället för två av sex möjliga).

av dem som hade flera problem 1990–91 hade lämnat detta tillstånd i slutet av 1990-talet.

Det finns dock påtagliga variationer mellan olika grupper vad gäller risken att kvarstå med flera välfärdsproblem i slutet av 1990-talet. Kvinnor och arbetare hade större risker än andra att mer permanent befinna sig i ett tillstånd som innebär utsatthet för flera former av ofärd. Kvinnor och arbetare hade också relativt sett större risk att inträda i den grupp som är drabbad av flera former av ofärd samtidigt. Ett lägre utflöde och högre inflöde gav sammantaget den ökning av andelen som har flera problem som framgår av vänstra delen av Tabell 1:11.

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

### 1.3 Individuella resurser II: Utvecklingen för särskilda grupper

I kommitténs direktiv anges att välfärdsutvecklingen för olika grupper i samhället skall beaktas. Motiven till detta kan sökas i tidigare observerade skillnader i välfärdens fördelning mellan olika grupper i den sociala strukturen. I direktiven sägs att välfärdsutvecklingen ska belysas för kvinnor och män, för olika socioekonomiska grupper och ur ett livscykelperspektiv. Denna indelning var också vägledande för redovisningen i föregående avsnitt. Mot bakgrund av vad vi funnit i våra tidigare analyser och vad som uttryckligen anges i direktiven finns det dock anledning att ytterligare lyfta fram barns välfärdsutveckling. Vidare anges att särskild uppmärksamhet ska ägnas åt utsatta grupper. Vad som är att betrakta som utsatthet är dock i detta sammanhang på intet sätt självklart. Vi har valt att ge begreppet en förhållandevis vid innebörd, vilket innebär att vi tar fasta på utsatthet i termer av att ha generellt låga välfärdsnivåer, att ha genomgått en särskilt ogynnsam utveckling under 1990-talet samt att leva under förhållanden som på olika sätt skapar ett särskilt stort beroende av fungerande välfärdssystem. De grupper som enligt vårt förmenande möter ett eller flera av dessa kriterier är ungdomar, ensamstående mödrar, personer med funktionshinder, äldre och utrikes födda. I detta avsnitt ska vi ge en mer ingående och systematisk beskrivning av hur dessa gruppers resurser utvecklats under 1990-talet.

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

För de grupper som behandlas i avsnitt 1.3.1 till 1.3.6 utnyttjar vi ett förhållandevis standardiserat redovisningssätt. Varje avsnitt inleds med en tablå som beskriver välfärdens utveckling och för-

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

Mer konkret gäller följande: Tabläernas första kolumn beskriver *välfärdstillstånd* vid periodens början medan den andra kolumnen anger tillståndet vid periodens slut (på ett likartat sätt som i avsnitt 1.2). Vilka faktiska år som periodens början respektive slut avser varierar något beroende på vilka datakällor som kunnat utnyttjas. Vi har så långt det är möjligt baserat redovisningen på åren 1990 och 1999, men det förekommer mindre variationer på ett eller ett par år såväl uppåt som nedåt. Mer exakta uppgifter redovisas i tabellfotnoterna i Bilaga 3. Där framgår också vilka datakällor som använts. Den tredje kolumnen innehåller en beskrivning av gruppens *välfärdsnivå* i jämförelse med resten av befolkningen. "Sämre" betyder att gruppen haft en lägre välfärdsnivå (eller högre ofärdsnivå) gällande den indikator som redovisas. "Bättre" representerar givetvis motsatsen, medan "likartad" innebär att det inte föreligger några betydande skillnader mellan den aktuella gruppen och övriga. Jämförelserna avser genomgående genomsnitt för decenniet som helhet. I tabläernas fjärde kolumn redovisas *välfärdens utveckling* för den aktuella gruppen jämfört med övriga under 1990-talet. Här utnyttjas pilsymboler i tre olika riktningar. En uppåtriktad pil beskriver en bättre utveckling, en nedåtriktad en sämre och en vågrät pil indikerar att utvecklingen för den aktuella gruppen liknat den som befolkningen i övrigt haft. Om ingen relevant jämförelse är möjlig uttrycks detta med två punkter. Jämförelserna gäller här genomgående absoluta förändringar över tid, vilket innebär att det är förändringar i procentenheter eller kronor som jämförs med varandra och inte relativa förändringar i förhållande till ursprungsnivåer (vilket brukar uttryckas i termer av "en fördubbling", "en ökning med 25 procent" och liknande).

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

1.3.1 Barn<sup>16</sup>Tabell 1:12. Barns välfärdsresurser. Procent av barn (10–18 år) om ej annat anges<sup>a</sup>

	1990-talets		Välfärd under 1990-talet i relation till övriga befolkningen	Välfärdsutveckling 1990-1999 i relation till övriga befolkningen
	Början	Slut		
<b>Psykosomatiska besvär och psykiskt välbefinnande</b>				
Huvudvärk minst en gång i veckan	..	26	..	..
Ont i magen minst en gång i veckan	..	18	..	..
Ofta ledsen eller nere	..	16	..	..
<b>Skola</b>				
Inte lugnt i klassrummet	..	48	..	..
Takten i skolan för hög	..	13	..	..
<b>Inkomst och ekonomi</b>				
Disponibel inkomst per kostenhet i tusen kronor (0-17 år) <sup>b</sup>	111	112	Sämre	→
Låg inkomst (0-17 år) <sup>b</sup>	9	11	Sämre	↘
Varaktighet i låg inkomst (0-17 år)	58	62	Bättre	↘
<b>Social förankring och trygghet</b>				
Antal separationer per 1 000 barn (0-17 år)	29	35	..	..
Kommer inte så bra överens med mor	..	15	..	..
Kommer inte så bra överens med far	..	17	..	..
Mor har för lite tid	..	10	..	..
Far har för lite tid	..	15	..	..
Saknar nära vän i klassen	..	10	..	..
Utsatt för en typ av kränkning i klassen varje vecka	..	9	..	..
Utsatt för flera typer av kränkningar i klassen varje vecka	..	4	..	..

<sup>a</sup> Källor återfinns i Bilaga 3.

<sup>b</sup> Uppgifterna avser situationen i barnets hushåll. Analysenheten är dock barn och inte hushåll (se vidare Bilaga 3).

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

<sup>16</sup> När inte annat anges baseras resultaten i detta avsnitt på Jan Jonssons m.fl. underlag till kommittén (SOU 2001:55), se Bilaga 4.

Därför är det rimligt att barnens egna uppfattningar om sina levnadsvillkor beaktas. I den levnadsnivåundersökning för barn (Barn-LNU) som – delvis inom ramen för kommitténs arbete – genomfördes år 2000 gavs för första gången i landet ett riksrepresentativt urval av barn och ungdomar mellan 10 och 18 år en möjlighet att själva teckna en bred bild av sina levnadsvillkor. Flera av de resultat som redovisas här är baserade på denna undersökning. För att spegla utvecklingen över tid har framställningen där det varit möjligt kompletterats med information baserade på ett antal andra indikatorer.

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

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

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

lite tid för barnen. Här finns dock tydliga skillnader mellan barn i olika familjetyper. För en relativt stor andel barn till ensamstående föräldrar upphör umgänget med den frånlevande föräldern helt och hållet. Nära en tiondel av de yngre barnen (0–9 år) och tre av tio av de äldre barnen (10–18 år) som har frånlevande föräldrar träffar aldrig honom eller henne. Detta motsvarar ungefär fyra procent av alla barn. Detta förhållande bör ställas i relation till den minskning i familjestabiliteten som har fortsatt under 1990-talet.

De flesta barn med förvärvsarbetsande föräldrar har dock goda möjligheter att nå eller besöka dem på arbetstid och tillgängligheten har ökat mellan 1991 och 2000.

Äldre barn och ungdomar tillbringar en stor del av sin tid i skolan. Situationen där är naturligtvis viktig för möjligheten att inhämta kunskaper, men också den fysiska och psykosociala arbetsmiljön i skolan i sig är viktig för barns och ungdomars välfärd. Med detta i åtanke är det oroande att många elever är kritiska till sin skolsituation. Nära hälften av barnen och ungdomarna uppger exempelvis att det inte brukar vara lugnt i klassrummet under lektionerna. Mindre grupper av elever skulle också vilja gå långsammare fram med skolarbetet och/eller tycker att de inte får hjälp av lärarna. En liten, men långtifrån marginell, grupp elever är otrygga i skolan och har bristfälliga sociala relationer. De uppger att de saknar en nära vän i klassen respektive upplever att någon lärare behandlar dem illa eller orättvist. Nästan var tionde elev uppger sig vara utsatt för kränkning varje vecka och fyra procent är mycket utsatta i så måtto att de utsätts för två eller flera kränkningar varje vecka. De som utsätts för denna mobbning lider också ofta av andra typer av problem, som ett lägre psykiskt välbefinnande och psykosomatiska besvär.

Även om en majoritet av alla barn har en god psykisk hälsa är psykosomatiska besvär ganska vanliga. Vart femte barn har magont, vart fjärde har huvudvärk, vart tredje har svårt att somna och fyra av tio känner sig stressade minst en gång i veckan. Barns och ungdomars psykiska hälsa hänger samman med såväl hushållets som den personliga ekonomiska situationen. Ekonomiska begränsningar är relaterade till ett lägre psykiskt välbefinnande och en större risk för psykosomatiska besvär. På motsvarande sätt är goda relationer till kamrater och föräldrar hälsobefrämjande.

Barn- och ungdomsproblem sammanfattas ofta under rubriker som "barn som far illa" eller "barn/ungdomar i riskzonen". I det förstnämnda fallet tänker man kanske framförallt på barn som har



det svårt på grund av föräldrarnas beteende vad gäller exempelvis misshandel och missbruk. I det senare fallet avses oftast ungdomar som själva utsätter sig för risker genom exempelvis eget missbruk eller kriminalitet.<sup>17</sup> Oavsett vilka begrepp som används är det svårt att finna entydiga definitioner kring vilka olika betraktare kan enas. Eftersom mer officiella eller vetenskapligt vedertagna definitioner också saknas är svårigheterna att mer exakt uttala sig om hur många barn som far illa betydande (Lundström 2000).

Ett mått som emellanåt används för att fånga upp en del av problematiken är polisanmälningar om barnmisshandel. Sedan inledningen av 1980-talet har antalet anmälningar om våld mot barn i åldrarna 0–14 år stadigt ökat, och mellan 1990 och 1999 steg siffran från cirka 2 200 till ungefär 6 000 anmälningar per år (Brottsförebyggande rådet 2000; SOU 2001:72). På motsvarande sätt har antalet samtal till jourtelefonerna på BRIS (Barnens rätt i samhället) om barnmisshandel och andra barnavårdsproblem ökat mycket kraftigt under 1990-talet. Uppgången kan bero på att antalet barnmisshandelsfall faktiskt har ökat, men man kan inte utesluta möjligheten att benägenheten att anmäla har blivit större. För den senare tolkningen talar bland annat det faktum att antalet svåra skador kopplade till de anmälda fallen har minskat i förhållande till lindriga eller ej påvisbara skador (SOU 2001:72). Det har heller inte kunnat registreras någon ökning av antalet fall där barn upp till 15 års ålder avlidit till följd av mord, dråp eller misshandel.

En annan fråga som ofta diskuteras i detta sammanhang är sexuella övergrepp mot barn. Här, liksom vad gäller barnmisshandel, är de metodologiska problemen så stora att ingen med någon rimlig grad av exakthet kan fastställa övergreppens omfattning. Antalet polisanmälningar av misstänkta sexualbrott (våldtäkt, sexuellt tvång och sexuellt ofredande) mot barn upp till 15 år ökade under 1990-talets första år – från cirka 1 800 år 1990 till omkring 3 000 fall år 1993 – men har därefter stabiliserats (Brottsförebyggande rådet 2000). Osäkerheten om hur anmälningsbenägenheten utvecklats över tid gör att man inte heller i detta fall kan tolka nivåförändringarna på ett entydigt sätt.

---

<sup>17</sup> För en diskussion om omhändertagande för samhällsvård av barn och ungdomar, se avsnitt 1.5.7 om barn- och ungdomsvård.

## 1.3.2 Ungdomar

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

	1990-talets		Välfärd under 1990-talet i relation till övriga befolkningen	Välfärdsutveckling 1990-1999 i relation till övriga befolkningen
	Början	Slut		
<b>Hälsa</b>				
Självskattad ohälsa	11	12	Bättre	→
Långvarig sjukdom	24	28	Bättre	→
Ängslan, oro, ångest	6	17	Bättre	↘
Långvariga psykiska besvär	1	3	Bättre	↘
<b>Utbildning</b>				
Ofullständigt avgångsbetyg från grundskolan (15-16 år)	3	5	..	..
Andel i en årskull som ej fullföljt gymnasieutbildningen vid 20 års ålder	21	26	..	..
Lågutbildade (20-24 år)	12	8	Bättre	↘
Högskolestudier vid 25 års ålder	25	39	..	..
<b>Arbete</b>				
Sysselsatta (20-24 år)	75	53	Sämre	↘
Arbetsökande (20-24 år)	7	15	Sämre	↘
Tidsbegränsat arbete (anställda 20-24 år)	26	52	Sämre	↘
Fysiskt krävande arbete (sysselsatta 20-24 år)	48	44	Sämre	→
Jäktigt arbete (sysselsatta 20-24 år)	56	68	Bättre	↘
Lön per timme, kronor (sysselsatta 20-24 år)	70	85	Sämre	↘
<b>Inkomst och ekonomi</b>				
Disponibel inkomst per kostenhetsenhet i tusen kronor (18-24 år)	130	116	Sämre	↘
Låg inkomst (18-24 år)	11	17	Sämre	↘
Har ej kontantmarginal	23	26	Sämre	→
Varaktighet i låg inkomst (20-24 år)	44	46	Bättre	↘
Socialbidrag (18-24 år)	8	13	Sämre	↘
<b>Social förankring och trygghet</b>				
Har ej nära vän	7	7	Bättre	→
Kan ej överklaga beslut	10	11	Sämre	↘
Avstätt från att gå ut p.g.a. oro för våld	10	14	Bättre	↘
Utsatt för våld eller hot	16	16	Sämre	→
<b>Anhopning av ofärd</b>				
Har minst två välfärdsproblem	10	13	Bättre	→

<sup>a</sup> Källor återfinns i Bilaga 3.

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

1990-talet innebar vissa motstridiga utvecklingstrender vad gäller de ungas fysiska hälsa. Ungdomar har, föga överraskande, generellt sett ett bättre hälsotillstånd än andra befolkningsgrupper. Omkring nio av tio ungdomar bedömer sin allmänna hälsa som god. Antalet unga som dör av olyckor, sjukdomar och liknande har minskat tydligt från en redan låg nivå. En stor andel av ungdomarna motiverar regelbundet och det finns tecken på att tandhälsan har blivit bättre (Socialstyrelsen 2001c). Andelen unga med övervikt har dock ökat, i likhet med vad som gäller för den övriga befolkningen. Under 1990-talet sker också en ökning av andelen ungdomar som uppger att de har någon långvarig sjukdom. Utsatthet för våld eller hot är ett problem som är långt vanligare bland ungdomar än för resten av befolkningen. Under 1990-talet har utsattheten bland unga män varit stabil medan den ökat något bland unga kvinnor (Estrada & Nilsson 2001).

Tillgängliga data visar att andelen elever som gick ut med ofullständigt betyg från grundskolan ökade under åren 1990–1997 (Gustafsson, Andersson & Hansen 2000). Skolverkets (2001a) siffror som baseras på det nya betygssystemet visar att andelen elever som lämnar grundskolan utan gymnasiebehörighet fortsatte att öka under åren 1998–2000. Motsvarande trend gäller också på gymnasiet där det skett en ökning av andelen av en årskull som inte fick slutbetyg före 20 års ålder. En del av ökningen som framträder under 1990-talet kan sannolikt tillskrivas det nya betygssystemet som innebar att kraven för slutbetyg från gymnasiet skärptes från år 1997. De skärpta kraven påverkade framförallt eleverna på yrkesinriktade gymnasieprogram. Samtidigt visar dock Skolverkets statistik att andelen utan avslutad gymnasieutbildning vid 20 års ålder ökar även åren 1997–2000, det vill säga efter införandet av den nya gymnasieskolan (Skolverket 2001b). Ett annat förhållande som fått betydelse för skolområdet är den ökade invandringen av personer i ungdomsåldern.

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

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

Deltagandet i utbildning ökade samtidigt som arbetsmarknaden utvecklades mycket negativt för de unga. Arbetslösheten steg kraftigt under 1990-talets första år, och 1993 var närmare var femte 16–24-åring arbetslös. Speciellt problematisk blev situationen för pojkar med arbetarklassbakgrund. Dessa löpte större risk än andra att bli arbetslösa, de förblev långvarigt arbetslösa längre än andra och de vidareutbildade sig i mindre utsträckning än vad ungdomar från andra samhällsklasser gjorde (Åberg & Nordenmark 2000). Under senare delen av decenniet skedde en tydlig förbättring för ungdomsgruppen, men situationen år 1999 var fortfarande sämre än den som rådde vid 1990-talets ingång. Från 1990 till 1999 steg etableringsåldern, uttryckt som den ålder vid vilken 75 procent av en årskull har sysselsättning, från 21 till 26 år för män och från 21 till 30 år för kvinnor (Börjeson 2001). För den minskade andel ungdomar som hade arbete försämrades arbetsvillkoren under 1990-talet så till vida att andelen med tidsbegränsad anställning ökade markant. För ungdomar med arbete har den genomsnittliga lönen ökat, men ökningen är dock svagare än för övriga förvärvsarbetande och sker dessutom från en lägre nivå. Det minskade arbetskraftsdeltagandet fick omedelbara konsekvenser för ungdomsgruppen genom minskade ekonomiska resurser. Även här

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

Ungdomars medborgerliga resurser visade en tendens till att minska under 1990-talet. De ungas utveckling jämfört med den övriga befolkningen vad gäller att själv eller med hjälp av någon kunna överklaga ett myndighetsbeslut var sämre. Ytterligare analyser visar därutöver att de årskullar som var unga i början av 1990-talet inte hade nämnvärt större förmåga att överklaga ett myndighetsbeslut åtta år senare, det vill säga när de var 25 till 34 år gamla (Fritzell & Lundberg 2000). Röstdeltagandet bland förstagångsväljare (18–22 år) uppvisade också en klar minskning från 80 till 74 procent mellan 1991 och 1998 års riksdagsval. Minskningen var speciellt tydlig bland unga kvinnor.

En av de mest oroande trenderna under 1990-talet rör den kraftiga ökningen av ungas psykiska ohälsa. Ungdomar har erfarit en markant sämre utveckling än äldre åldersgrupper, både vad gäller ångslan, oro och ångest (Fritzell & Lundberg 2000) och långvariga psykiska besvär (Szebehely, Fritzell & Lundberg 2001). Denna negativa utveckling var särskilt framträdande för unga kvinnor. Ungdomar redovisar också en ökad oro för att utsättas för våldsbrott, också detta särskilt uttalat bland unga kvinnor (Estrada & Nilsson 2001). En allmänt ökad otrygghet, och då framförallt bland yngre kvinnor, framstår således som en av de tydligaste förändringarna av de ungas levnadsvillkor under 1990-talet.

Sammantaget ter sig 1990-talet som ett årtionde då unga människor i huvudsak fick se sina resurser inom olika välfärdsområden minska. Ungdomar tappade påtagligt i arbetsmarknadsanknytning och inkomster. Kommittén har tidigare visat att dessa två välfärdsresurser också utgör viktiga förutsättningar för unga kvinnors barnafödande (Hoem 2000). Det förefaller således rimligt att koppla den minskade förstabarnsfruktsamheten till den negativa utvecklingen av ungdomars levnadsvillkor under 1990-talet (se vidare avsnitt 3.1.3).

1.3.3 Ensamstående mödrar<sup>18</sup>Tabell 1:14. Ensamstående mödrars välfärdsresurser.<sup>a</sup> Procent av ensamstående mödrar (16–84 år) om ej annat anges

	1990-talets		Välfärd under 1990-talet i relation till övriga befolkningen	Välfärdsutveckling 1990-1999 i relation till övriga befolkningen
	Början	Slut		
<b>Hälsa</b>				
Självskattad ohälsa	22	29	Likartad	↘
Långvarig sjukdom	32	47	Bättre	↘
Ängslan, oro, ångest	23	34	Sämre	↘
<b>Utbildning</b>				
Lägutbildade	21	16	Bättre	→
<b>Arbete</b>				
Sysselsatta (16-64 år)	82	74	Likartad	→
Arbetsökande (16-64 år)	5	16	Sämre	↘
Tidsbegränsad anställning (anställda 16-64 år)	11	24	Sämre	↘
Fysiskt krävande arbete (sysselsatta 16-64 år)	40	43	Sämre	↘
Jäktigt arbete (sysselsatta 16-64 år)	64	75	Sämre	↘
Lön per timme, kronor (sysselsatta 18-64 år)	77	96	Sämre	→
<b>Inkomst och ekonomi</b>				
Disponibel inkomst per kostenhets i tusen kronor	102	98	Sämre	↘
Låg inkomst	12	11	Sämre	→
Har ej kontantmarginal	32	50	Sämre	↘
Varaktighet i låg inkomst (25 år-)	47	53	Bättre	↘
<b>Social förankring och trygghet</b>				
Har ej nära vän	7	11	Bättre	↘
Kan ej överklaga beslut	6	7	Likartad	→
Avstätt från att gå ut p.g.a. oro för våld	24	23	Sämre	→
Utsatt för våld eller hot	13	15	Sämre	→
<b>Anhopning av ofärd</b>				
Har minst två välfärdsproblem	23	36	Sämre	↘

<sup>a</sup> Källor återfinns i Bilaga 3.

Vid millennieskiftet fanns det drygt 200 000 ensamstående mödrar i Sverige (SCB 2001b). Dessa kvinnor tillhör en grupp som historiskt varit ekonomiskt sårbar, vilket huvudsakligen kan förklaras

<sup>18</sup> Resultaten i detta avsnitt baseras i huvudsak på Michael Gählers underlag till kommittén (SOU 2001:54), se Bilaga 4.

utifrån tre förhållanden. För det första är ensamstående mödrar *kvinnor*, som generellt har lägre inkomster än män. För det andra är ensamstående mödrar *familjeförsörjare* vilket innebär att de har ekonomiskt huvudansvar också för andra. För det tredje är ensamstående mödrar just *ensamstående*, vilket betyder att de saknar de stordriftsfördelar det innebär att vara flera inkomsttagare som kan dela på gemensamma utgifter. I ett komparativt perspektiv har dock kvinnor i Sverige och de nordiska länderna klarat sig bättre än kvinnor i andra länder i västvärlden, inte minst tack vare ett högt arbetsmarknadsdeltagande.

Under 1990-talet har dock utvecklingen för ensamstående mödrar varit negativ i flera avseenden (se Tabell 1:14). Försämringarna är särskilt framträdande vad gäller ekonomiska förutsättningar. Under 1990-talet ökade andelen ensamstående mödrar som saknar kontantmarginal från en tredjedel till hälften. En stor andel av de ensamstående mödrar som hade tillgång till kontantmarginal var dessutom tvungna att låna pengarna, medan man i de flesta andra hushållstyper uppgav att man hade pengarna på ett eget bankkonto.

De ensamstående mödrarna tillhör också förlorarna vad gäller inkomster, såväl absolut sett som relativt andra grupper. Medan övriga grupper generellt sett erfarit en ökning av realinkomsten under decenniet har de ensamstående mödrarna sett sina inkomster minska. Vid 1990-talets början var den justerade medianinkomsten 27 procent högre för "samtliga" jämfört med de ensamstående mödrarna. Vid slutet av decenniet hade gapet ökat till 39 procent. Fördjupade analyser tyder dock på att de ensamstående mödrarna erfarit relativt stora inkomstförbättringar under decenniets allra sista år (Fritzell 2001). Även om *inkomstnivåerna* naturligtvis skiljer sig åt inom gruppen ensamstående mödrar är den ogynnsamma *inkomstutvecklingen* av mer allmän karaktär. Över hela linjen har ensamstående mödrar erfarit inkomstminskningar, oberoende av bakgrundsförhållanden som ålder, födelseland, ortstyp och antal barn. Ett undantag utgörs dock av de högutbildade ensamstående mödrarna som har haft en klart bättre inkomstutveckling jämfört med de lågutbildade.

Förklaringen till den svaga inkomstutvecklingen bland de ensamstående mödrarna står inte att finna i en förändrad demografisk eller social sammansättning av gruppen. Inte heller kan försämringen förklaras av förändringar i de positiva transfereringarna. Bidragssummorna var i genomsnitt lika stora vid början som vid slutet av 1990-talet och var fortsatt mycket betydelsefulla för de

ensamstående mödrarnas ekonomi. Bidragen omfördelar också i stor utsträckning inkomster till de ensamstående mödrarnas fördel. Ökningar av de negativa transfereringarna, företrädesvis skatter, har emellertid bidragit till den absoluta minskningen av ensamstående mödrars inkomster. Denna utveckling är dock inte unik för de ensamstående mödrarna.

Den viktigaste förklaringen till att de ensamstående mödrarnas inkomster utvecklades så mycket sämre än andra gruppers är att utvecklingen av deras inkomster från förvärvsarbete var mer negativ. För det första saknade ensamstående mödrar oftare än andra arbete. Åren 1998–99 förvärvsarbetade knappt tre fjärdedelar av de ensamstående mödrarna, medan motsvarande andel var fyra av fem bland sammanboende mödrar. Arbetslösheten slog särskilt hårt mot gruppen (jfr Lundborg 2000) och konsekvenserna av att förlora arbetet blev särskilt allvarliga för ensamma familjeförsörjare. För det andra hade de ensamstående mödrar som förvärvsarbetade en dålig inkomstutveckling under 1990-talet. Detta beror till stor del på att veckoarbetstiden utvecklades dåligt i gruppen. Bland sammanboende mödrar ökade andelen heltidsarbetande ökat kraftigt medan andelen var i det närmaste oförändrad för de ensamstående mödrarna. Vid slutet av decenniet var det totala antalet veckoarbetstimmar klart högre för sammanboende mödrar än för ensamstående, medan skillnaden mellan dessa grupper var mycket liten vid decenniets början. Även arbetsmarknadskontrakten har utvecklats på ett liknande negativt sätt för ensamma mödrar: andelen med tidsbegränsad anställning ökade betydligt mer än för andra grupper. Löneutvecklingen, som mäts per arbetad timme, var däremot ungefär lika god för ensamstående mödrar som för befolkningen i övrigt.

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

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



cent, men här fanns en svag tendens till minskning (SOU 2000:3). En ökande andel kom dock, i likhet med andra grupper, att erhålla socialbidrag under hela året och längden på bidragsperioderna ökade likaså (Sainsbury 2000). Vidare visar kommitténs analyser att långvariga socialbidragstagare bland ensamstående mödrar mer sällan än andra grupper lyckades att helt lämna bidragsberoendet från ett år till ett annat. I den mån det långvariga socialbidragstagandet upphörde var kombinationen mellan förvärvsarbete och kortvarigt bidragstagande under den efterföljande perioden relativt vanlig i denna grupp (Bergmark & Bäckman 2001).

De ensamstående mödrarnas bristfälliga ekonomiska förutsättningar hänger också samman med andra problem. De löpte exempelvis en högre risk än andra kvinnor att utsättas för våld och/eller hot och denna risk var starkt relaterad till förekomsten av ekonomiska svårigheter. Den absoluta förändringen av denna risk under 1990-talet följde i stort sett mönstret för befolkningen i övrigt. Det fanns dock tendenser till att utvecklingen var sämre för de ensamstående mödrarna efter det att hänsyn tagits till deras och jämförelsegruppernas sammansättning vad gäller ålder, födelseland, arbetslöshet, ekonomiska förhållanden, boendeform och boenderegion (Estrada & Nilsson 2001). De ensamstående mödrarnas hälsoläge försämrades också i förhållande till andra grupper under 1990-talet. Vid slutet av decenniet uppgav de ensamstående mödrarna oftare än andra att de hade en dålig fysisk och psykisk hälsa och att de lidit av långvarig sjukdom.

1.3.4 Funktionshindrade<sup>19</sup>

Tabell 1:15. Funktionshindrades välfärdsresurser.<sup>a</sup> Procent av personer med funktionshinder (16–64 år) om ej annat anges

	1990-talets		Välfärd under 1990-talet i relation till övriga befolkningen 16–64 år	Välfärdsutveckling 1988-1999 i relation till övriga befolkningen 16–64 år
	Början	Slut		
<b>Hälsa</b>				
Självskattad ohälsa	52	48	Sämre	↗
Ängslan, oro, ångest	26	38	Sämre	↘
Värk i leder	42	44	Sämre	→
<b>Assistans och hjälp</b>				
<i>Andel hemmaboende hjälpbehövande funktionshindrade som får:</i>				
Kommunal hjälp	14	14	..	..
Privat/annan men ej kommunal hjälp	5	7	..	..
Endast informell hjälp	80	77	..	..
Ingen hjälp	1	3	..	..
<b>Utbildning</b>				
Lägutbildade	43	29	Sämre	↗
<b>Arbete</b>				
Sysselsatta	68	61	Sämre	→
Arbetsökande	3	9	Likartad	→
Fysiskt krävande arbete (sysselsatta 16-64 år)	44	38	Sämre	→
Jäktigt arbete (sysselsatta 16-64 år)	64	67	Likartad	↗
<b>Inkomst och ekonomi</b>				
Disponibel inkomst per kostenhets i tusen kronor <sup>b</sup>	119	129	Likartad	→
Låg inkomst	6	7	Likartad	→
Har ej kontantmarginal	17	26	Sämre	↘
<b>Social förankring och trygghet</b>				
Har ej nära vän	29	27	Sämre	→
Kan ej överklaga beslut	9	8	Sämre	→
Avstätt från att gå ut p.g.a. oro för våld	19	19	Sämre	→
Utsatt för våld eller hot	6	11	Sämre	↘
<b>Anhopning av ofärd</b>				
Har minst två välfärdsproblem <sup>b</sup>	45	46	Sämre	→

<sup>a</sup> Källor återfinns i Bilaga 3.

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

<sup>19</sup> Förutom nya analyser av SCB:s ULF-material baseras avsnittet främst på Marta Szebehely, Johan Fritzell och Olle Lundbergs underlag till kommittén (SOU 2001:56), se Bilaga 4. Det bör noteras att jämförelserna i detta avsnitt genomgående görs mellan 1988-89 och 1998-99 och att gruppen med funktionshinder avgränsas åldersmässigt till dem som är 16-64 år.

Personer med funktionshinder har en sämre situation än resten av befolkningen vad gäller flertalet av de välfärdsaspekter som vi studerar. Trots 1990-talets ambitionshöjande handikappolitik – men å andra sidan också trots den djupa ekonomiska krisen – är funktionshindrades välfärdseftersläpning lika stor vid decenniets slut som vid dess ingång.

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

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

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

---

<sup>20</sup> Vi vill påminna om att vi här jämför ökningens storlek i absoluta termer (antal procentenheter). Den relativa förändringen är av ungefär samma storleksordning bland personer med funktionshinder som bland befolkningen i övrigt (se Szebehely, Fritzell & Lundberg 2001).

Detta gäller även om vi tar hänsyn till skillnader i ålder mellan funktionshindrade och övriga.

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

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

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

---

<sup>21</sup> Detta gäller i absoluta termer, medan den relativa ökningen är av ungefär samma storleksordning i båda grupperna.

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

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

1.3.5 Äldre<sup>22</sup>Tabell 1:16. Äldres välfärdsresurser.<sup>a</sup> Procent av äldre (75–84 år) om ej annat anges

	1990-talets		Välfärd under 1990-talet i relation till övriga befolkningen	Välfärdsutveckling 1990-1999 i relation till övriga befolkningen
	Början	Slut		
<b>Hälsa</b>				
Självs kattad ohälsa	53	52	Sämre	→
Långvarig sjukdom	79	84	Sämre	→
Ängslan, oro, ångest	23	21	Sämre	↗
Värk i leder	30	37	Sämre	↘
<b>Assistans och hjälp</b>				
Särskilt boende (80 år+)	23	22	..	..
<i>Andel bland hemmaboende hjälpbehövande äldre som får:</i>				
Kommunal hjälp	46	33	..	..
Privat/annan men ej kommunal hjälp	4	13	..	..
Endast informell hjälp	49	53	..	..
Ingen hjälp	1	1	..	..
<b>Inkomst och ekonomi</b>				
Disponibel inkomst per kostenhet i tusen kronor (75 år–)	91	103	Sämre	↗
Låg inkomst (75 år–)	13	6	Likartad	↗
Har ej kontantmarginal	15	13	Bättre	↗
Varaktighet i låg inkomst (75 år–)	82	85	Sämre	↘
<b>Social förankring och trygghet</b>				
Har ej nära vän	35	33	Sämre	→
Begränsat umgänge utom egna familjen	8	7	Sämre	→
Kan ej överklaga beslut	17	14	Sämre	→
Avstått från att gå ut p.g.a. oro för våld	33	34	Sämre	→
Utsatt för våld eller hot	1	1	Bättre	→
<b>Anhopning av ofärd</b>				
Minst två välfärdsproblem	22	19	Sämre	↗

<sup>a</sup> Källor återfinns i Bilaga 3.

I detta avsnitt behandlas i huvudsak välfärdssituationen för de cirka 600 000 personer som är mellan 75 och 84 år. I denna åldersgrupp är närmare hälften sammanboende, medan 40 procent är ensamboende kvinnor och 14 procent är ensamboende män. Jämfört med

<sup>22</sup> Förutom egna analyser av ULF-undersökningarna bygger avsnittet främst på Marta Szebehelys underlag till kommittén (SOU 2000:38), se Bilaga 4.

den grupp av äldre (65–84 år) som urskiljs i redovisningarna i avsnitt 1.2 är andelen ensamboende kvinnor högre, vilket påverkar den redovisade bilden av välfärden. Det bör noteras att den övre åldersgränsen i SCB:s ULF-undersökningar medför att vi till stor del saknar kunskap om välfärden bland de 200 000 personer i befolkningen som är 85 år eller äldre. Dessa personer utgör en grupp som i än högre grad domineras av kvinnor som lever ensamma.

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

Även om personer över 75 år hade betydligt lägre inkomster än befolkningen som helhet under 1990-talet, var skillnaden mindre i slutet av decenniet än vid dess början. I befolkningen som helhet har de disponibla inkomsterna i stort sett inte ökat mellan 1991 och 1999, medan hushållsinkomsterna ökade med 20 procent bland äldre män och med 12 procent för äldre kvinnor. Detta innebär vidare att skillnaden mellan äldre mäns och kvinnors inkomster har

ökat under decenniet.<sup>23</sup> Trots att de äldres genomsnittsinkomster var lägre, var andelen med låga inkomster vid slutet av 1990-talet inte högre än för befolkningen i stort. Personer över 75 år var uppenbarligen koncentrerade till inkomstfördelningens nedre skikt, men befann sig i regel över den låginkomstgräns vi använder. Mönstret är liknande när det gäller ekonomiska svårigheter i så måtto att andelen som saknade kontantmarginal ökade i befolkningen i stort medan andelen bland de äldre minskade något. Oavsett vilken indikator på ekonomisk utsatthet som vi fokuserar på är könsskillnaderna större bland äldre än i befolkningen i övrigt – exempelvis var det år 1999 tre gånger vanligare bland kvinnor än bland män att ha låga inkomster. Äldre med funktionshinder har betydligt oftare än andra äldre låga inkomster och äldre som behöver hjälp i vardagen har betydligt oftare ekonomiska svårigheter.

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

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

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

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



den äldres eget hushåll. Ökningen av hjälp som köps på den privata marknaden (och som främst avser tvätt och städning) har dock varit betydligt kraftigare. Dessa förskjutningar av hjälpmönstren har berört äldre på olika sätt. Bland äldre med lägre utbildning har det framför allt skett en ökning av andelen som enbart får informell hjälp (främst från en person inom den hjälpbehövandes eget hushåll). Denna andel har ökat från 50 till 61 procent, vilket kan jämföras med en minskning från 44 till 35 procent bland dem med högre utbildning. Bland äldre med högre utbildning har det i stället skett en mycket stark ökning av hjälp köpt på den privata marknaden. I denna grupp har andelen med denna typ av hjälp ökat från 4 till 26 procent, medan motsvarande andel bland dem med kortare utbildning har ökat från 4 till 8 procent.

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

## 1.3.6 Utrikes födda

Tabell 1:17. Välfärdsresurser för utrikes födda.<sup>a</sup> Procent av 16–84 år om inte annat anges

	1990-talets		Välfärd under 1990-talet i relation till övriga befolkningen	Välfärdsutveckling 1990-1999 i relation till övriga befolkningen
	Början	Slut		
<b>Hälsa</b>				
Självskattad ohälsa	38	36	Sämre	→
Långvarig sjukdom	48	48	Likartad	↗
Ängslan, oro, ångest	18	29	Sämre	↘
<b>Utbildning</b>				
Lägutbildade	33	29	Likartad	↘
<b>Arbete</b>				
Sysselsatta (16-64 år)	70	55	Sämre	↘
Arbetsökande (16-64 år)	6	15	Sämre	↘
Tidsbegränsad anställning (anställda 16-64 år)	12	25	Sämre	↘
Fysiskt krävande arbete (sysselsatta 16-64 år)	39	36	Likartad	→
Jäktigt arbete (sysselsatta 16-64 år)	60	67	Likartad	→
Lön per timme, kronor (sysselsatta 18-64 år)	85	108	Sämre	→
<b>Inkomst och ekonomi</b>				
Disponibel inkomst per kostenhets i tusen kronor	103	104	Sämre	→
Förvärvsinkomster	138	119	Sämre	↘
Låg inkomst	20	21	Sämre	→
Har ej kontantmarginal	26	35	Sämre	↘
Varaktighet i låg inkomst (25 år-)	65	69	Likartad	↘
Socialbidrag	26	25	Sämre	→
<b>Social förankring och trygghet</b>				
Har ej nära vän	24	24	Sämre	→
Kan ej överklaga beslut	12	11	Sämre	→
Avstätt från att gå ut p.g.a. oro för våld	23	23	Sämre	→
Utsatt för våld eller hot	9	7	Likartad	→
<b>Anhopning av ofärd</b>				
Har minst två välfärdsproblem	30	36	Sämre	↘

<sup>a</sup> Källor återfinns i bilaga 3.

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

och försörjning. De ojämförligt starkaste flyktingströmmarna kom under perioden 1992 till 1994, det vill säga under samma år som den svenska ekonomin och arbetsmarknaden genomgick sin mest ogynnsamma fas. Möjligheterna för de nyanlända flyktingarna att finna försörjningsmöjligheter på den öppna arbetsmarknaden var därför starkt begränsade. Eftersom inga andra skyddsnet egentligen fanns för denna grupp blev man i stor utsträckning hänvisad till att klara sin försörjning med hjälp av socialbidrag.

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

Eftersom siffrorna i tabellen enbart beskriver årtiondets inledning respektive slut kan vi inte iaktta de variationer som förekommit över tid och som till stor del återspeglar rörelserna i samhällsekonomin. Detta innebär att likheten mellan mättillfällena vad gäller exempelvis andelarna med socialbidrag *inte* är ett uttryck för stabilitet över tid, utan endast beskriver start- och ändpunkter för ett förlopp som karakteriseras av en inledningsvis kraftig uppgång följt av ett ännu kraftigare fall (den högsta nivån för utrikes födda nåddes 1996 då bidragstagandet i gruppen uppgick till över 40 procent). På samma sätt har inkomsterna i gruppen under decenniets mitt legat på nivåer som innebar väsentligt sämre resurser än vad som kan läsas ut från värdena i tabellen. I andra fall handlar det om en reell stabilitet, till exempel vad gäller omfattningen av dålig hälsa eller långvarig sjukdom. På hälsoområdet kan

vi dock notera att andelen som upplever ängslan, oro eller ångest har ökat kraftigt mellan mättillfällena. Denna ökning är något större än den som kan konstateras för svenskfödda, men ökningens omfattning skiljer sig inte signifikant åt mellan grupperna när hänsyn tagits till relevanta bakgrundsfaktorer.

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

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

### 1.3.7 Arbetslösa<sup>24</sup>

1990-talet kan beskrivas som ett massarbetslöshetens årtionde. Sett över decenniet som helhet var det en betydande del av befolkningen som någon gång drabbades av arbetslöshet. Så mycket som 1,8 miljoner människor – närmare 40 procent av dem som var 18–60 år 1991 – var anmälda på Arbetsförmedlingen någon gång mellan 1992 och 1999. Närmare 1,6 miljoner människor var öppet arbetslösa någon gång under perioden, med en genomsnittlig arbetslöshetstid på 17 månader.

Denna utveckling har sin bakgrund i de stora förändringar av arbetslöshets- och sysselsättningstalen som kännetecknade årtiondet. Den öppna arbetslösheten var 5,6 procent 1999, vilket kan jämföras med 1,6 procent 1990 (AKU Årsmedeltal). Värst var situationen 1993 då den öppna arbetslösheten nådde 8,3 procent, vilket motsvarar drygt 350 000 personer. De uppgifter som avser arbetskraftsdeltagande visar en liknande utveckling i så måtto att deltagandet i åldrarna 16–64 år var drygt 84 procent 1990, och omkring 77 procent 1999.

En viktig skillnad mellan den arbetslöshet som drabbade landet under 1920- och 1930-talen och arbetslöshetskrisen under 1990-talet var att den nu drabbade breda folklager. Arbetslöshetsökningen under 1990-talet drabbade även traditionellt sett starka grupper på arbetsmarknaden, såsom högutbildade och medelålders. Den förändrade sammansättningen av gruppen arbetslösa gjorde att den blev materiellt sett starkare än den grupp som var arbetslösa under högkonjunkturen på 1980-talet. Exempelvis skedde det under 1990-talet en ökning av andelen arbetslösa som uppbar A-kassa (se avsnitt 1.6.3) medan risken för låg ekonomisk standard minskade, åtminstone under krisens inledande år. För de långvarigt arbetslösa ökade dock denna risk under krisens slutskede.

Trots att arbetslösheten slog så pass brett över befolkningen drabbades vissa grupper hårdare än andra. För ensamstående med barn och för utomeuropeiska invandrare ökade det genomsnittliga antalet arbetslöshetsdagar med 56 respektive 39 procent mellan 1992 och 1997. För gifta/samboende med barn och svenskfödda var motsvarande ökning 38 respektive 23 procent. För ensamstående med barn och för invandrare var dessutom återhämtningen under

---

<sup>24</sup> Avsnittet bygger på Per Lundborgs (SOU 2000:37), Rune Åbergs och Mikael Nordenmarks (SOU 2000:37) samt Tomas Korpis och Sten-Åke Stenbergs (SOU 2001:53) underlag till kommittén, se Bilaga 4.

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

Även om de arbetslösa som grupp betraktat blev materiellt sett starkare under krisåren på 1990-talet jämfört med tidigare, kan det konstateras att i synnerhet långvarig arbetslöshet hade tydliga negativa konsekvenser på den individuella välfärdsnivån. Bland personer som år 1991 var 24–55 år och som vid en uppföljning år 2000 (då de var 33–64 år) *inte* hade erfarit arbetslöshet under mätperioden minskade andelen som saknade kontantmarginal från 18 procent till 13 procent. För de personer i samma åldersintervall som hade erfarenhet av långvarig arbetslöshet ökade däremot andelen som saknade kontantmarginal från cirka 35 procent till drygt 40 procent. Denna negativa utveckling avspeglas också i att personer med erfarenhet av långvarig arbetslöshet under 1990-talet hade en påtagligt sämre utveckling av den psykiska hälsan än övriga grupper. Andelen med psykiska hälsoproblem ökade från närmare 5 till drygt 13 procent bland dem med erfarenhet av långvarig arbetslöshet, vilket kan jämföras med en ökning från 4 till 7 procent bland övriga. Det bör påpekas att det i dessa avseenden inte tycks finnas några skillnader mellan de långvarigt arbetslösa som befunnit sig i arbetsmarknadsåtgärder och de personer som till största delen varit öppet långvarigt arbetslösa.

### 1.3.8 Långvariga socialbidragstagare<sup>25</sup>

Socialbidragstagandets omfattning har under 1990-talet relativt väl följt utvecklingen i den svenska samhällsekonomin. Fram till 1997 registrerades en mycket kraftig uppgång med stigande bidragskostnader, längre bidragstider och allt fler i behov av hjälp. I takt med de bättre tiderna sjönk sedan såväl kostnader som andel bidragstagare i befolkningen under decenniets två avslutande år, medan längden på bidragstiderna fortsatte att öka. Antalet personer som fick socialbidrag tio månader eller mer under ett kalenderår var 1999 mer än dubbelt så många som 1990, medan det mer kortvariga bidragstagandet år 1999 var tillbaka på ungefär samma nivåer som de som rädde 1990.

Långvarigt socialbidragstagande är med andra ord inte bara något som karakteriserar det gångna decenniet i stort, utan utgör också en problematik som inför 2000-talet etablerats på väsentligt högre nivåer än tidigare i modern tid. Välfärdspolitiskt finns en uppenbar logik i att betrakta långvarigt socialbidragstagande som mer problematiskt än de socialbidragsbehov som uppstår på grund av mer tillfälliga svårigheter. Detta gäller oavsett om man ser bidragstagandet som en indikator på hur väl övriga välfärdssystem fungerar eller om man beaktar den grad av marginalisering eller utanförskap som drabbar de enskilda socialbidragstagarna. Generellt sett skiljer sig långvariga socialbidragstagare från dem som har mer kortvariga behov på samma sätt som socialbidragstagare totalt sett skiljer sig från befolkningen i övrigt. Bidragstagandets varaktighet samvarierar således med sämre arbetsmarknadsförankring, lägre utbildning, sämre politiska och ekonomiska resurser, flyktingstatus samt sämre fysisk och psykisk hälsa (Socialstyrelsen 1999a). Flyktinginvandringen under 1990-talet avsatte tydliga spår och antalet utländska medborgare med långvarigt socialbidragstagande (minst tio månaders bidrag under ett kalenderår) blev drygt fem gånger större under perioden 1990 till 1998. Motsvarande ökning bland svenska medborgare var ungefär hälften så stor. Ökningen av det långvariga socialbidragstagandet var särskilt koncentrerad till utomeuropeiska invandrare och till dem som vistats relativt korta perioder i Sverige (Socialstyrelsen a.a.).

---

<sup>25</sup> Detta avsnitt bygger på Åke Bergmarks och Olof Bäckmans (SOU 2001:54) underlag till kommittén, se Bilaga 4.

Kommitténs analyser visar att de som en gång blivit beroende av socialbidrag under längre perioder (minst tio månaders bidrag under ett kalenderår) framgent under decenniet hade stora svårigheter att etablera självförsörjning. Ytterst få tog steget ut på den öppna arbetsmarknaden och socialbidrag utgjorde en viktig inkomstkälla för påfallande många också under perioder som sträckte sig över flera år. I Tabell 1:18 visas hur stora andelar av långvariga socialbidragstagare som övergick till andra försörjningsformer mellan 1990 och 1991, respektive mellan 1997 och 1998. Tabellen läses på så vis att om till exempel 46 procent av kvinnorna övergick till kategorin "ej långvarigt socialbidrag" mellan 1990 och 1991 så kvarstod resterande 54 procent i långvarigt socialbidragstagande under uppföljningsåret.

*Tabell 1:18. Övergångar från långvarigt socialbidragstagande till annan status mellan åren 1990 och 1991, respektive 1997 och 1998. Procent<sup>a</sup>*

	Status uppföljningsår: 1991	Status uppföljningsår: 1998
<i>Kvinnor:</i>		
I kärnarbetskraft	3,4	2,7
Ej socialbidrag	6,8	4,5
Ej långvarigt socialbidrag	45,9	35,3
<i>Män:</i>		
I kärnarbetskraft	8,2	5,7
Ej socialbidrag	6,6	5,1
Ej långvarigt socialbidrag	48,8	37,7
<i>Ungdomar 16-24 år:</i>		
I kärnarbetskraft	4,5	4,3
Ej socialbidrag	9,3	5,6
Ej långvarigt socialbidrag	56,3	54,0
<i>Invandrare -5 år i Sverige:</i>		
I kärnarbetskraft	4,8	3,6
Ej socialbidrag	7,2	4,7
Ej långvarigt socialbidrag	43,8	26,7

<sup>a</sup> Kategorierna för annan status är ett urval av dem som redovisas av Bergmark & Bäckman (2001).

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



socialbidragstagande och till arbete i slutet av decenniet ligger nivåer som är jämförbara med dem som rådde i början av decenniet. Mot bakgrund av att ungdomarnas socialbidragsbehov i särskilt stor utsträckning kan beskrivas som konjunkturberoende, är deras jämförelsevis gynnsamma utveckling inte direkt överraskande. Nivåmässigt handlar det dock om siffror som också för ungdomarna beskriver ett allt annat än positivt utfall. Den relativt sett sämsta utvecklingen över tid kan iakttas för invandrare med korta vistelsetider och försämringen gäller framför allt deras chanser att över huvud taget lämna det långvariga socialbidragstagandet. I ljuset av att också flyktinginvandrades försörjningsproblem i hög grad är avhängiga arbetsmarknaden, är det anmärkningsvärt att endast var fjärde person i gruppen förmådde bryta sitt långvariga bidragstagande vid slutet av 1990-talet. Uppföljningar över flera år förstärker bilden av gruppens svårigheter i detta avseende.

De data som föreligger medger inte detaljerade analyser med 1999 som uppföljningsår, men vi vet att andelen som lyckades bryta sitt långvariga socialbidrag för såväl män som kvinnor var drygt tio procentenheter lägre detta år jämfört med 1990. Det är också noterbart att andelen som lyckades lämna ett långvarigt socialbidragsberoende endast var marginellt högre år 1999 jämfört med året före. Sålunda har återhämtningen under decenniets mer gynnsamma avslutande år varit begränsad.

### 1.3.9 Särskilt utsatta grupper och sociala problem

#### **Alkohol- och narkotikamissbruk<sup>26</sup>**

Alkohol- och narkotikamissbruk ger upphov till betydande problem i samhället. Det handlar både om direkta fysiska skador på den person som missbrukar, och om sociala skador. Till den senare typen av problem hör exempelvis misshandel och annan missbruksrelaterad kriminalitet samt negativa konsekvenser för barn som växer upp i hem där missbruk av alkohol och/eller narkotika förekommer.

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

---

<sup>26</sup> Avsnittet baseras i huvudsak på Lars Oscarssons (SOU 2000:38) underlag till kommittén, se Bilaga 4, och på uppgifter från CAN (2001).

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

Undersökningar visar att det har skett vissa förskjutningar i alkoholkonsumtionen mellan olika grupper över tid. I den vuxna befolkningen visar kvinnorna, men inte männen, en svag ökning av konsumtionen. Männen uppger dock fortfarande en klart högre konsumtion. En mer tydlig trend kan iakttas vad gäller ungdomars alkoholkonsumtion. Såväl den genomsnittliga alkoholkonsumtion som berusningsdrickandet har ökat både bland pojkar och flickor (i årskurs 9) under 1990-talet. För flickor minskade dock berusningsdrickandet något under andra hälften av decenniet. Man har vidare kunnat konstatera ett samband mellan ungdomars ökade alkoholkonsumtion och den ökning som skett under senare decennier av andelen alkohol som konsumeras på restaurang. Sammantaget har den målsättning om en minskning av den totala alkoholkonsumtionen med 25 procent till år 2000 som antogs av riksdagen i början av 1980-talet inte uppfyllts.

Under 1990-talet har såväl det mer tillfälliga och experimentella narkotikaanvändandet som det tunga narkotikamissbruket ökat i omfattning. Undersökningar visar att både andelen ungdomar som någon gång prövat narkotika och andelen som använt narkotika under senaste månaden har ökat kraftigt (i det förra fallet från 6 procent bland män 1992 till 17 procent 1999, och från cirka 4 procent bland eleverna i årskurs 9 år 1990 till 9 procent av pojkarna respektive 7 procent av flickorna 1999). Nivåerna som förelåg i slutet av 1990-talet är i stort jämförbara med dem som rådde under 1970-talet. Även andelen av den vuxna befolkningen som uppgav att de någon gång prövat narkotika ökade under 1990-talet. Det tunga missbruket (som brukar definieras som allt injektionsmissbruk respektive regelbunden användning av narkotika oavsett intagningsätt) går att följa utifrån en rad olika indikatorer. Åren 1979, 1992 och 1998 har det genomförts antalsräkningar av tunga missbrukare i Sverige. Dessa undersökningar är behäftade med

vissa problem vilket gör att resultaten bör tolkas försiktigt. Dessa studier tyder dock på att det har skett en ökning av det tunga missbruket i Sverige, särskilt mellan åren 1992 och 1998 då det skattade antalet tunga missbrukare ökade från omkring 19 000 till 26 000 (Olsson m.fl. 2001). Denna utveckling kan förklaras dels av en ökad nyrekrytering i så måtto att antalet tunga missbrukare som är yngre än 30 år har ökat, dels av att etablerade missbrukare inte i någon större omfattning har förmåtts bryta sitt missbruk. Av denna sistnämnda orsak har genomsnittsåldern i missbrukargruppen ökat från 32 år 1992 till 35 år 1998. Andelen kvinnor bland missbrukarna har hållit sig tämligen stabil omkring 25 procent.

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

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

### **Kriminalitet<sup>27</sup>**

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

---

<sup>27</sup> Avsnittet baseras i huvudsak på Felipe Estradas och Anders Nilssons underlag till kommittén (SOU 2001:54), se Bilaga 4.

våld eller hot inte ökat under 1990-talet. Vidare är det känt att utsatthet för brott i högre utsträckning drabbar grupper som har andra välfärdsproblem, och att det bland vissa särskilt utsatta grupper finns tendens till ökad utsatthet för våld under decenniet (se ovan samt Estrada & Nilsson 2001). Kriminalitet är också viktigt att uppmärksamma med tanke på att uppväxtförhållanden och livsvillkor för i synnerhet de mest marginaliserade lagöverträdarna kännetecknas av ofärd (Nilsson 2001).

Under 1990-talet bröts efterkrigstidens mer eller mindre kontinuerliga ökning av antalet polisanmälda brott i Sverige och nivån stabiliserades kring en miljon anmälda brott per år (Brottsförebyggande rådet 2001). Drygt 70 procent av dessa anmälningar handlar om stöld eller skadegörelse. Utvecklingen vad gäller polisanmälda våldsbrott skiljer sig från denna generella trend och visar under 1990-talet en tydlig ökning. Det finns vissa problem med att använda kriminalstatistiken som indikator för brottsutvecklingen, i synnerhet vad beträffar våldsbrott där förändringar av anmälningsbenägenheten tydligt påverkar utfallet. Ett viktigt komplement utgörs av SCB:s ULF-undersökningar där ett urval av Sveriges befolkning sedan 1978 intervjuats om sin utsatthet för brott. Andelen i befolkningen som rapporterar utsatthet för stöld eller skadegörelse uppvisar en ökning fram till 1990 och därefter en utplaning. Utvecklingen av medborgarnas självrapporterade utsatthet för stöld eller skadegörelse kan därför sägas bekräfta utvecklingen såsom den framträder i kriminalstatistiken. Den kraftiga ökningen av våldsbrottsligheten som antydts av kriminalstatistiken bekräftas däremot inte av offerundersökningarna. Åren 1990–1999 uppvisar andelen män i befolkningen som utsatts för våld eller hot en stabil nivå på omkring åtta procent, medan kvinnors utsatthet ökade från fem till sex procent (se avsnitt 1.2.5). En annan källa som ofta utnyttjas vid beskrivningar av våldsutvecklingen är dödsorsaksstatistiken, som har den fördelen att den är behäftad med ett minimalt mörkertal då i princip allt våld med dödlig utgång kommer till polisens kännedom. Vidare är våldsrelaterade dödsfall en indikator på det mer allvarliga våld som förekommer bland särskilt utsatta grupper. Enligt dödsorsaksstatistiken har det dödliga våldet inte ökat i Sverige under 1990-talet.

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

(vanligtvis i åldrarna 15–20 år) legat relativt stilla sedan mitten av 1970-talet, efter en kraftig ökning under hela efterkrigstiden. Ett undantag utgörs dock av våldsbrottsligheten där utvecklingen är svårtolkad, i likhet med vad som gäller för befolkningen i stort. Å ena sidan uppvisar de i kriminalstatistiken registrerade miss-handelsbrotten bland unga en tydlig ökning från slutet av 1980-talet och framåt. Å andra sidan framkommer mer stabila mönster utifrån alternativa indikatorer, såsom offer- och självrapportundersökningar och förekomsten av dödligt våld bland unga (Estrada 2001).

Det finns i princip inga uppgifter om välfärdens utveckling bland lagöverträdare. Genom en levnadsnivåundersökning som genomförts av Kriminologiska institutionen vid Stockholms universitet finns dock möjlighet att belysa välfärdssituationen för de omkring 4 000 personer som satt i fängelse (och som därmed representerade de mest marginaliserade lagöverträdarna) en given dag i slutet av 1990-talet (Nilsson & Tham 1999). I undersökningen användes ett flertal av de välfärdsåtgångar som Kommittén Välfärdsbokslut nyttjat i analyserna av befolkningen i stort. Inte oväntat är skillnaderna gentemot totalbefolkningen mycket stora till fängarnas nackdel. Med så gott som varje förekommande definition framstår fängarna som grupp som marginaliserade, utslagna eller socialt utestängda.

## Hemlöshet<sup>28</sup>

Kunskaperna om hemlöshetens orsaker, omfattning, karaktär och konsekvenser är i dag bristfälliga, vilket delvis har att göra med att det saknas en allmänt vedertagen definition av vilka som är att betrakta som hemlösa. Nationella kartläggningar har endast gjorts sporadiskt och utifrån delvis olika definitioner och avgränsningar. Samtliga befintliga uppskattningar av antalet hemlösa bör därför tolkas med försiktighet.

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

<sup>28</sup> Detta avsnitt bygger i huvudsak på Hans Swärds (SOU 2000:37) underlag till kommittén, se Bilaga 4.

denna gång uppgick antalet till knappt 8 500, vilket motsvarar en minskning med ungefär 15 procent. Det är dock inte säkert att skillnaden kan tolkas som en reell minskning, eftersom definitionen av vem som är hemlös hade skärpts något i den senare undersökningen. Det bör också påpekas att det finns vissa problem behäftade med att uttala sig om hemlösheten under 1990-talet utifrån de två mättidpunkterna 1993 och 1999. Vissa uppgifter talar för att utvecklingen var särskilt problematisk under 1990-talets inledande år, för vilka det alltså saknas rikstäckande statistik. Bland annat är det känt att antalet vräkningar ökade mellan 1990 och 1993, vilket kan ha åtföljts av ökad hemlöshet (Flyghed & Stenberg 1994).

Även om man utifrån de data som finns tillgängliga inte kan spåra någon ökning av antalet hemlösa under 1990-talet, finns det uppgifter som tyder på att andelen som hade allvarliga och omfattande problem i slutet av decenniet var större än vid decenniets inledning (Finne 1999; ESO 1999). Enligt Socialstyrelsen skedde en ökning mellan 1993 och 1999 av andelen av de hemlösa som hade missbruksproblem (från ungefär två tredjedelar till närmare 80 procent) och psykiska problem av sådan art och omfattning att de krävde behandling (från 17 till 35 procent). Vidare var antalet hemlösa personer som var uteliggare eller bodde på härbärke – en i sammanhanget liten grupp – större 1999 än 1993 (Socialstyrelsen 2000b).

## 1.4 Sammanfattning: Individuella resurser

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

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

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

samhällsekonomiska utvecklingen, och här var återhämtningen mer begränsad eller helt obefintlig.

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

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

Den viktigaste slutsatsen vad beträffar kön och individuella välfärdsresurser under 1990-talet är att de tydliga könsskillnaderna består. Kvinnor har sämre välfärd än män på flera centrala områden, främst vad gäller ekonomi, arbete och hälsa. Bristande ekonomiska resurser, såsom avsaknad av en ekonomisk buffert, är mer vanligt förekommande bland kvinnor än bland män. Kvinnors sysselsättningsnivå är lägre än mäns och fler kvinnor än män uppger att de har ett jäktigt eller fysiskt krävande arbete. Kvinnor har också sämre självskattad hälsa och rapporterar fler långvariga sjukdomar och mer oro och ångest. På några områden är dock kvinnors välfärd bättre än mäns. Kvinnor har längre livslängd, bättre social förankring och något bättre utbildning. Utvecklingen för unga kvinnor har varit särskild gynnsam under decenniet med avseende på hur många som har nått en högskoleexamen. Sammantagna visar våra analyser att kvinnor generellt sett inte drabbats hårdare än män av 1990-talets ekonomiska kris och förändringarna i välfärdssystemet.



men. Slutsatsen är att könsskillnaderna består, men att de inte har ökat. Det finns dock några viktiga undantag. Det främsta utgörs av det faktum att den psykosociala arbetsituationen har förvärrats mer för kvinnor än för män. Den ökade förekomsten av tidsbegränsade anställningar är också en förändring som framförallt berört kvinnor.

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

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

Vad gruppen ungdomar under 1990-talets krisår delade med de nyanlända invandrarna var en mycket uttalad problematik gällande tillträdet till arbetsmarknaden, orsakad inte bara av den fallande sysselsättningen utan också av relativa svårigheter att konkurrera

om de existerande jobben. Avsaknaden av tidigare arbetsmarknadsförankring innebar vidare, för bägge grupperna, att man sällan var kvalificerade för arbetslöshetsersättning och därför i grad hänvisades till socialbidrag för att klara sin försörjning. För andra blev utbildning en utväg och sammantaget har utvecklingen inneburit att den så kallade etableringsåldern, det vill säga den ålder vid vilken 75 procent av en årskull har sysselsättning, steg med fem år för män och nio år för kvinnor under årtiondet. En oroande trend under 1990-talet var annars den kraftiga ökningen av de ungas – och i synnerhet de unga kvinnornas – psykiska ohälsa. Generellt sett skedde också en åldersförskjutning i välfärdens fördelning under 1990-talet, såtillvida att utvecklingen av inkomster och ekonomiska resurser generellt sett var mer gynnsam i högre än i lägre åldrar.

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

## 1.5 Institutionernas förändringar: Välfärdstjänster

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

Hur barnomsorgen, skolan, sjukvården, äldreomsorgen och andra sociala tjänster fungerar är viktigt för de flesta människors välfärd och vardag. Det gäller inte bara dem som i livets olika skeden använder sig av tjänsterna. Väl fungerande välfärdstjänster är en viktig resurs även för människor som inte för tillfället behöver utnyttja tjänsterna, men som kan se dem som en försäkring inför eventuella kommande behov. Därutöver kan välfärdstjänsterna också utgöra resurser för medborgare som inte själva behöver tjänsterna; så är exempelvis en väl fungerande äldreomsorg en resurs för alla dem som har hjälpbehövande anhöriga, och en skola där ungdomar blir väl rustade för vuxenlivets krav är en resurs för alla medborgare. Centrala begrepp för att bedöma i vad mån välfärdstjänsterna kan fungera som kollektiva resurser för människors välfärd är tillgänglighet och kvalitet: är tjänsterna tillgängliga för de medborgare som behöver dem och svarar deras utformning och kvalitet mot medborgarnas behov?

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

som välfärdstjänsterna har det gemensamt att de skapas i mötet mellan den som utför och den som använder tjänsten, är personalen en central resurs. Vi strävar därför efter att inte bara beskriva resurserna i ekonomiska termer, utan även med hjälp av uppgifter om personalen, exempelvis antal anställda, personaltäthet, utbildningsnivå. Vidare beskrivs förändringar i regelsystemen och andra förhållanden som påverkat tillgänglighet och innehåll i tjänsterna. Fokus i framställningen ligger på omfattningen av tjänsterna och på verksamheternas organisering och innehåll, och syftar ytterst till en bedömning av välfärdstjänsterna som resurser för medborgarna.

### 1.5.1 Barnomsorg<sup>29</sup>

Den svenska barnomsorgspolitikerna har sedan länge som mål att dels stimulera barnens utveckling genom pedagogiska insatser och bidra till att utjämna skillnader i uppväxtvillkor för barn i olika befolkningsgrupper, dels underlätta för föräldrar att kombinera föräldraskapet med förvärvsarbete/studier.

Barnomsorgen under 1990-talet kan beskrivas i termer av både expansion och åtstramning. Lagstiftningsmässigt är det rimligt att tala om en expansion. Det offentliga åtagandet vidgades i och med att kommunerna från 1995 fick en förstärkt skyldighet att utan oskäligt dröjsmål tillhandahålla plats till alla barn mellan ett och tolv års ålder vars föräldrar förvärvsarbetar eller studerar. Bestämmelserna om barnomsorg överfördes 1998 från socialtjänstlagen till skollagen, begreppet daghem ersattes med förskola och verksamheten fick sin första läroplan. Den ökade betoningen av barnomsorgens pedagogiska roll kan ses som steg mot att göra barnomsorgen tillgänglig för alla barn, oavsett om föräldrarna förvärvsarbetar eller ej. Ytterligare steg i samma riktning togs av riksdagen i november 2000 genom beslutet att införa förskoleverksamhet om minst tre timmar per dag för barn till arbetslösa och föräldralediga.

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

<sup>29</sup> Avsnittet bygger i huvudsak på Christina Bergqvists och Anita Nybergs underlag till kommittén (SOU 2001:52), se Bilaga 4.

ningsgraden inom förskola och fritidshem ökade. Andelen med barnomsorg bland 3–6-åringarna ökade under 1990-talet från 64 till 82 procent, och bland 7–9-åringarna från 49 till 63 procent. *Antalet* barn i förskolan minskade med tio procent mellan 1996 och 1999, medan antalet barn i fritidshem ökade med 39 procent under samma period, återigen avspeglade förändringar i födelsetalen. *Andelen* inskrivna barn har ökat för varje år i såväl förskola som fritidshem. Barnomsorgen har med andra ord gått mot ökad universalism under 1990-talet.

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

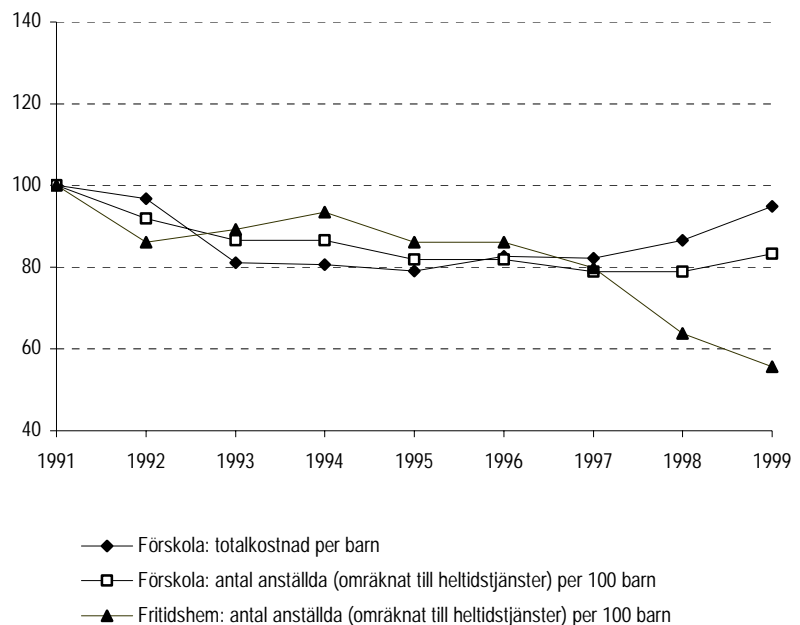
Under decenniet har också barnomsorgens finansiering förskjutits i riktning mot ökad privatisering. Barnomsorgsavgifterna höjdes och föräldrarnas andel av barnomsorgens totala resurser ökade från 10 till 18 procent. Under perioden kom också de allra flesta kommuner att koppla avgifterna till både föräldrarnas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

Sett ur barnens och föräldrarnas perspektiv är förstas frågan om barnomsorgens kvalitet central, men inte helt lätt att besvara. Mätt som den mängd ekonomiska resurser som avsatts för barnomsorgen har 1990-talet präglats av åtstramning. De offentliga medlen minskade totalt sett, men ökningen av föräldraavgifterna gjorde att det totala ekonomiska utrymmet för barnomsorgen var ungefär lika stort 1990 och 1999, cirka 40 miljarder kronor. Kostnaderna per barn i förskolan minskade under 1990-talets första hälft och trots

en uppgång under decenniets slutskede var nivån lägre 1999 än 1991, se Figur 1:2. Resursminskningen inom fritidshemmen var ännu kraftigare, och den fortsatte även under 1990-talets sista år (Skolverket 2001c).

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

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



*Källa:* Bergqvist & Nyberg 2001, egen bearbetning.

Resursuttunningen, den minskade personaltätheten och de utökade barngrupperna kan i sig ses som indirekta indikatorer på sänkt kvalitet inom barnomsorgen. En annan, ofta använd, indikator på kvalitet är personalens utbildningsnivå. Denna har ökat påtagligt under decenniet, såväl bland personal inom förskola och fritidshem som bland dagbarnvårdare. Inom fritidshemsverksamheten har dock andelen med pedagogisk utbildning åter minskat efter 1998 (Skolverket 2001c). I den mån barnomsorgspersonalens arbetsmiljö får konsekvenser för verksamhetens kvalitet är det noterbart att också denna försämrats. Exempelvis har andelen som är oroliga och har svårt att sova på grund av tankar på jobbet fördubblats (Bäckman 2001). En sammanfattande bedömning av vad alla dessa förändringar mer direkt har inneburit för barnen är dock inte möjlig att göra.

### 1.5.2 Skola

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

Skolan som institution genomgick stora förändringar under 1990-talet, beträffande såväl huvudmannaskap och organisationsformer som betygssystem och läroplaner. Skolan har successivt kommunaliserats och kommunerna har idag ansvar för både drift och finansiering. En annan institutionell förskjutning inom skolområdet rör förhållandet mellan det offentliga och det privata. Olika riksdagsbeslut möjliggjorde under 1990-talet en expansion av så kallade fristående skolor med offentlig finansiering. Andelen grundskoleelever i fristående skolor ökade mellan 1990 och 1999 från 0,9 till 3,4 procent (SCB 2000b). Motsvarande trend fanns också inom gymnasieskolan där andelen elever i fristående skolor ökade från 1,5 till 3,8 procent mellan 1995 och 1999 (Skolverket 2001c). Majoriteten av friskolorna var inte vinstsyftande, men vinstsyftande och stora företag expanderar snabbast. Friskolor är vanligast i storstadsområden samt i kommuner med liten andel lågutbildade i befolkningen (Trydegård 2001). Barn i friskolor hade oftare än barn i kommunala skolor föräldrar med hög utbildning och höga inkomster (Skolverket 2000b).

Med utgångspunkt från ett resursorienterat välfärdsperspektiv kan skolan bedömas utifrån olika infallsvinklar. I linje med skolans målsättning är då en första fråga i vilken utsträckning skolan förser eleverna med kunskaper och färdigheter som positivt påverkar deras kommande levnadsvillkor. Något direkt svar om hur 1990-talsutvecklingen varit utifrån detta perspektiv är dock inte möjligt att ge i och med att det råder stor brist på jämförbara kunskaps- och färdighetsmätningar på grundskolans område. På grund av det förändrade betygssystemet är det inte heller möjligt att följa avgångsbetygen över tid, och det är också svårt att jämföra hur många som uppnår behörighet till nästföljande steg i utbildningssystemet. Tillgängliga uppgifter indikerar dock att elever utan kompletta betyg från grundskolan ökade mellan 1990 och 1997, och att andelen elever utan behörighet för gymnasiestudier fortsatte att öka mellan 1998 och 2000 (Gustafsson, Andersson & Hansen 2000; se även avsnitt 1.3.2).

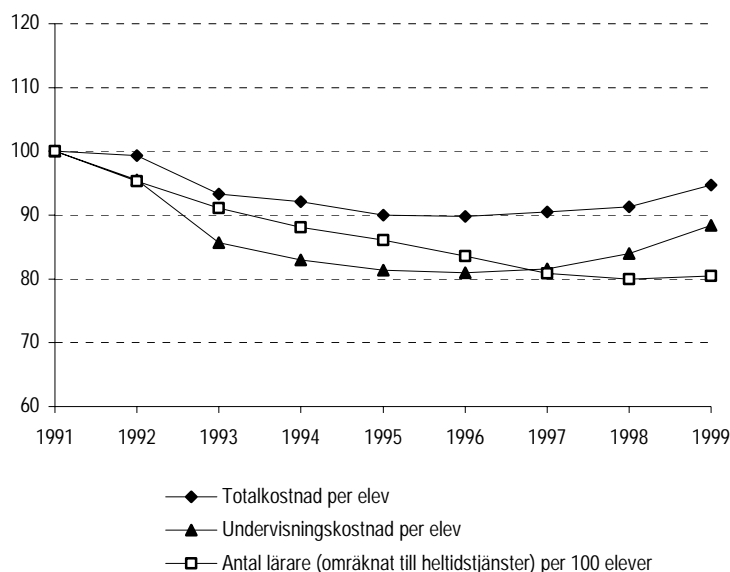
En traditionell men indirekt indikator på skolan som resurs för medborgarna är tilldelningen av ekonomiska medel. Grundskolans totala kostnader minskade med 15 procent under 1990-talets första hälft (räknat i fasta priser), men var efter tillskott under decenniets slutskede tillbaka på en nivå som var något högre än 1990 (56 miljarder kronor år 1999). Av demografiska skäl ökade dock samtidigt antalet grundskoleelever med hela 17 procent och år 1999 fanns det något fler än en miljon elever i grundskolan.

I Figur 1:3 visas utvecklingen under 1990-talet av grundskolans kostnader per elev, liksom av antalet lärare per 100 elever. Utifrån bokslutsperspektivet är det främst figurens ändpunkter som är centrala. Som framgår av figuren var den totala kostnaden per elev ungefär fem procent lägre 1999 jämfört med 1991. De undervisningsrelaterade kostnaderna minskade dock mer markant eller med tolv procent, trots ökade resurser till skolan under slutet av decenniet. Lärartätheten sjönk ännu mer, eller med nära 20 procent. Antalet lärare per 100 elever var 1999 7,6 vilket kan jämföras med 9,4 år 1991 (Skolverket 2001c). Trots att antalet skolbarn med annat hemspråk än svenska ökade under 1990-talet, minskade antalet lärartimmar i hemspråk och i svenska som andraspråk kraftigt (SOU 2000:3). Också andelen lärare med pedagogisk högskoleutbildning har minskat. Andelen utan sådana kvalifikationer ökade från 8 till 13 procent mellan början och slutet av decenniet (SCB 2000b) och ökade ytterligare till drygt 17 procent år 2000 (Skolverket 2001e). I drygt 70 procent av kommunerna rädde vid



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

*Figur 1:3.* Grundskola: Totalkostnad respektive undervisningskostnad per elev (fasta priser) samt lärartäthet 1991–1999 (index, där 1991=100)



*Källa:* Skolverket 2001c.

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

ökade dock andelen lärare utan pedagogisk högskoleutbildning under 1990-talet, från 7 till 18 procent (SCB 2000b).

De största förändringarna inom gymnasieskolan är annars att samtliga program numera är treåriga och ger formell behörighet till högskolestudier, samt tillkomsten av det så kallade individuella programmet. Detta program är främst avsett för elever som saknar behörighet eller inte antagits till studier vid gymnasieskolans så kallade nationella program. Antalet elever i det individuella programmet har ökat under 1990-talet och omfattade 1999 14 procent av eleverna i gymnasiet första årskurs (Skolverket 2001c). Det har riktats skarp kritik mot att det individuella programmet inte tycks ge de avsedda effekterna, och endast en minoritet av de inskrivna lämnar så småningom gymnasiet med en examen (se till exempel Broady m.fl. 2000). I likhet med vad som sagts om grundskolan är det svårt att bedöma om eleverna generellt sett lämnar gymnasieskolan mer eller mindre väl rustade kunskapsmässigt vid 1990-talets slut jämfört med decenniets början. Det bör dock noteras att andelen elever som fått slutbetyg inom fyra år efter gymnasiestarten har minskat varje år mellan 1998 och 2000 (se avsnitt 1.3.2).

### 1.5.3 Arbetsmarknadsåtgärder<sup>30</sup>

Den ökande arbetslösheten under 1990-talets inledande år innebar en kraftig påfrestning på den svenska arbetsmarknadspolitik. Antalet personer i aktiva arbetsmarknadsåtgärder ökade kraftigt, parallellt med att insatserna kom att differentieras och decentraliseras. I början av decenniet fanns det fem åtgärder tillgängliga: arbetsmarknadsutbildning, handikappåtgärder, beredskapsarbete, rekryteringsstöd och ungdomsåtgärder. Av dessa överlevde endast de två förstnämnda hela årtiondet. Övriga försvann successivt och kom att ersättas av andra åtgärder samtidigt som utbudet i sin helhet breddades väsentligt. Tabell 1:19 erbjuder en översikt över utvecklingen samt över hur många deltagare de olika åtgärderna haft.

---

<sup>30</sup> Avsnittet bygger i huvudsak på Håkan Regnérs underlag till kommittén (SOU 2000:37), se Bilaga 4.

**Tabell 1:19. Antal deltagare i aktiva arbetsmarknadspolitiska åtgärder, 1 000-tal, 1990–1999<sup>a</sup>**

År	Arbetsmarknadsutbildning	Beredskapsarbete	Handikappåtgärder	Rekryteringsstöd	Ungdomsåtgärder	Utbildningsvikariat	Arbetslivsutveckling	Datortek	Arbetsplatsintroduktion
1990	38,6	8,1	87,7	2,3	4,8	-	-	-	-
1991	58,6	10,8	86,0	4,8	13,2	-	-	-	-
1992	86,3	15,8	84,8	13,5	34,6	8,3	-	-	-
1993	53,2	14,0	84,0	9,2	67,7	9,8	35,1	-	-
1994	59,5	16,7	87,2	25,5	56,9	12,7	44,5	-	-
1995	54,6	14,5	92,0	21,0	20,4	11,2	41,3	5,9	21,5
1996	45,6	8,3	85,9	12,3	-	9,8	52,3	11,9	32,4
1997	36,9	7,1	85,2	3,7	-	3,5	52,5	14,0	34,3
1998	41,9	1,1	89,6	-	-	0,3	38,9	11,5	19,4
1999	45,0	-	89,5	-	-	-	8,0	7,3	2,3

	Starta eget	Kommunala progr. för ungdomar	Offentligt tillfälligt arbete (OTA)	Individuellt anställningsstöd	Resursarbete i offentlig verksamhet	Projektarbete med A-kassa	IT-satsning	Utvecklingsgaranti	Arbetspraktik
1990	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1991	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1993	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1994	10,2	-	-	-	-	-	-	-	-
1995	10,1	1,7	-	-	-	-	-	-	-
1996	10,3	12,6	-	-	-	-	-	-	-
1997	12,3	14,2	5,4	-	-	-	-	-	-
1998	12,5	12,2	7,8	10,6	4,1	0,3	0,7	2,8	-
1999	10,8	7,3	7,8	9,7	2,9	0,6	3,0	5,6	22,5

<sup>a</sup> Handikappåtgärder inkluderar Samhall, lönebidrag, arbetsmarknadsinstituterna och offentligt skyddat arbete. Ungdomsåtgärder inkluderar särskilda och avtalade inskolningsplatser. Arbetsplatsintroduktion ersatte från den 1 juli 1995 akademikerpraktik, invandrarpraktik och ungdomsintroduktion.

*Källa:* Regnér (2000) samt AMS statistiktjänst.

Mätt i antal deltagare har arbetsmarknadsutbildning vid sidan av handikappåtgärden (som endast är tillgängliga för personer med olika funktionshinder) varit den största enskilda åtgärden sett över hela perioden. Andelsmässigt har åtgärden dock minskat. År 1990 deltog drygt 50 procent av de arbetslösa i arbetsmarknadsutbild-

ning. År 1999 hade andelen minskat till 16 procent. Införandet av övriga åtgärder, inte minst arbetslivsutvecklingen 1993, innebar med andra ord en betydande överflyttning från arbetsmarknadsutbildningen. De samlade utgifterna för de aktiva arbetsmarknadsåtgärderna (exklusive handikappåtgärder) ökade från knappt 9 till drygt 20 miljarder under decenniet (88 procent i fasta priser). Eftersom antalet deltagare ökade väsentligt mer, minskade de resurser som lades ned per individ i programmen. Andelen av arbetskraften som deltog i aktiva åtgärder varierade under 1990-talet mellan 1,2 och 5,3 procent, och uppgick 1999 till 3,1 procent.

Decentraliseringen av arbetsmarknadspolitiken har tagit sig olika uttryck. Ett sådant är att kommunerna 1996 fick ett avgörande inflytande över de så kallade arbetsförmedlingsnämnderna, genom att de gavs rätt att utse en majoritet av ledamöterna. Vidare övertog kommunerna ett direkt ansvar för vissa arbetsmarknadspolitiska åtgärder och då särskilt på ungdomssidan – 1995 för ungdomar upp till 20 år (inom kommunalt program för ungdomar) och 1998 för ungdomar från 20 till 24 år (inom ramen för den så kallade utvecklingsgarantin). År 1998 inleddes också en försöksverksamhet där fem län gavs möjlighet till en friare användning av arbetsmarknadspolitiska medel.

#### 1.5.4 Sjukvård<sup>31</sup>

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

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

<sup>31</sup> Avsnittet bygger delvis på Olle Lundbergs (SOU 2000:38) och Göran Berleens (opublicerat) underlag till kommittén, se Bilaga 4.

fördelningen mellan kommuner och landsting medfört en fokusering mot mer akut sjukvård inom landstingen, medan kommunerna övertagit en stor del av de mer långsiktigt omvårdande uppgifterna. Sjukvården har under 1990-talet också genomgått stora förändringar med avseende på styr- och ägarformer. Ett flertal landsting har infört beställar-utförarmodeller med intern prestationsersättning, samtidigt som privata utförare blivit vanliga framförallt inom primärvården. De sammantagna konsekvenserna av dessa organisatoriska förändringar för kvalitet och tillgänglighet i vården är dock i dagsläget inte möjliga att kvantifiera.

Det är svårt att få en enhetlig bild av kostnaderna för sjukvården med utgångspunkt i de statistikkällor som finns att tillgå, bland annat beroende på förändringar av huvudmannaskap, men också på skiftande definitioner och avgränsningar. Allmänt kan dock konstateras att de offentliga utgifterna för sjukvård ökade under 1990-talet totalt sett, framförallt under 1998 och 1999. Ökningen bestod till stor del av de markant ökade kostnaderna för läkemedel. Sammantaget uppgick det offentliga åtagandet för sjukvården till drygt 120 miljarder kronor 1999 (SCB 2001c).

Även de kostnader för hälso- och sjukvård som hushållen betalar för direkt ökade under 1990-talet, och dessa utgifter uppgick 1999 till drygt 23 miljarder. Ökningen berodde bland annat på att de avgifter som patienterna betalar för läkarbesök, tandläkarbesök och läkemedel steg väsentligt under 1990-talet (Socialstyrelsen 2000c). År 1990 kostade ett läkarbesök 60 kronor både i primärvård och på sjukhus. År 1999 var avgiften i primärvården i genomsnitt 100 kronor, medan avgifterna för specialistvård hade ökat till 200 kronor i genomsnitt. Variationerna mellan olika landsting var vid slutet av 1990-talet stora. Om avgiftsnivån från 1990 endast höjts i takt med prisutvecklingen i allmänhet skulle patientavgifterna 1999 istället ha varit ungefär 75 kronor. För barn och ungdomar infördes 1998 avgiftsfrihet för läkarbesök i öppenvård, men denna har i vissa landsting senare urholkats. Högre egenavgifter har under 1990-talet delvis kommit att motiveras som ett sätt att minska "överkonsumtion" av sjukvård, men riskerar att också minska utnyttjandet av vård som verkligen hade behövts (Granqvist 2000).

Systemet för egenavgifter vid köp av receptbelagda läkemedel har ändrats i grunden vid ett par tillfällen under 1990-talet med ökade kostnader för den enskilde som en påtaglig konsekvens. Fram till 1990-talets inledning följde egenavgiften för läkemedel i huvudsak

den allmänna prisutvecklingen, men därefter har egenavgifterna ökat betydligt snabbare (Socialstyrelsen 2000c).

Även tandvården har varit föremål för åtskilliga avgiftsförändringar under 1990-talet. Grovt sett kan sägas att dessa förändringar har inneburit ökade kostnader för individerna samt att allt färre personer erhållit ersättning från försäkringen vid besök hos tandläkare/tandhygienist. I samband med det nya ersättningsystem som infördes 1999 infördes också fri prissättning, vilket lett till kraftigt ökade priser hos såväl folktandvård som privat tandläkare. De ökande avgifterna tycks också ha minskat benägenheten att söka tandläkarvård, även bland dem som har besvär (RFV 2001g). Däremot har privata tandvårdsförsäkringar inte kommit att bli någon framgång, trots att 1990-talet inneburit markant ökade brukaravgifter för den enskilde.

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

Att antalet läkare ökat totalt sett i Sverige behöver inte innebära en ökad tillgång till läkare för den enskilde medborgaren. Inte heller det faktum att antalet landstingsanställda läkare per 1 000 invånare ökat från 2,2 1990 till 2,6 1999 (Socialdepartementet 2001) innebär nödvändigtvis en ökad grad av tillgänglighet. Här finner vi bland annat stora regionala variationer, både i antalet tjänster och, mer relevant, antalet bemannade tjänster. En kartläggning som kommittén lätit göra visar att bemanningssituationen vad gäller specialistutbildade allmänläkare varierar mellan och inom landsting. Kommuner/vårdcentraler i socialt utsatta områden har ofta färre allmänläkartjänster bemannade. För de tre nordligaste landstingen (Jämtland, Västerbotten och Norrbotten) har bemanningssituationen försämrats sedan 1998 jämfört med riket i stort.

Antalet vårdplatser i den slutna sjukvården halverades i det närmaste under 1990-talet utöver de kommunaliseringar av den geriatriska vården och sjukhemmen som Ädelreformen innebar. Samtidigt ökade antalet läkarbesök något liksom antalet operationer, medan antalet vårdtillfällen endast minskade marginellt, i huvudsak inom kirurgi. Dessa till synes motstridiga utvecklingsten-

denser sammanhänger dels med att de genomsnittliga vårdtiderna kortades markant inom den slutna vården, dels med ett ökande antal behandlingar i öppenvård.

En samlad bedömning av hur sjukvården fungerar som gemensam resurs för medborgarna är svår att göra på basis av tillgängliga underlag. Att vårdtiderna har kortats och vårdplatserna blivit färre kan inte i sig tolkas som vare sig välfärd förluster eller välfärdsvinster, utan det är tillgängligheten och kvaliteten på den vård som kan erhållas som är av betydelse. Här finns ett flertal exempel där förbättrade vårdmetoder bidragit till en bättre kvalitet på vårdinsatserna, både i termer av överlevande och livssituation för dem med olika sjukdomar. Förbättringar av kranskärlssjukvården har enligt en bedömning av Socialstyrelsen förhindrat 3 000 dödsfall under 1990-talet, och likaså har sjukvården rimligen bidragit till minskad dödlighet i slaganfall och olika cancerformer (Socialstyrelsen 2001c). Åtgärder som förbättrar livskvalitet och funktionsförmåga har också ökat under 1990-talet. Exempelvis ökade antalet ballongutvidgningar av kranskärl från knappt 2 000 till nästan 7 000 ingrepp mellan 1991 och 1998, medan antalet gråstarrsoperationer ökade från cirka 28 000 år 1990 till 60 000 år 1999 (Socialstyrelsen 2001c).

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

Diskussionen kring sjukvårdens köer har dock rimligen bidragit till att antalet privata sjukvårdsförsäkringar nära nog femdubblats under 1990-talet, från 23 000 1990 till ca 115 000 år 2000 (Grip 2001). Dessa försäkringar bör främst betraktas som ett sätt att öka tillgängligheten, genom att den försäkrade vid sjukdom snabbt och obehindrat skall få behandling. Denna typ av försäkringar utgör dock inget alternativ för dem som är sjuka, eftersom de inte är försäkringsbara, och även för övriga kommer rimligen dessa försäkringar att fungera mindre väl om alltför många försäkrar sig.

Vid sidan av den ökade tekniska kvaliteten bör också förändringarna av bemanning och arbetsmiljö vägas in i en mer samlad bedömning av sjukvårdens kvalitet. Även om det inte finns något sätt att kvantifiera vad den försämrade arbetsmiljön inom vården (Bäckman 2001; le Grand, Szulkin & Tählin 2001a) haft för konsekvenser för exempelvis säkerhet och omvårdnad, är det en rimlig hypotes att hårt belastad sjukvårdspersonal riskerar att göra ett sämre arbete. Man kan här notera att antalet ärenden rörande olyckor och fel i sjukvården mer än fördubblades under 1990-talet. Denna ökning kan dock bero såväl på ökad anmälningsbenägenhet som på ett ökat antal olyckor, och vid både början och slutet av decenniet resulterade cirka 13 procent av de anmälda ärendena i något slags påföljd (Socialstyrelsen 2001b).

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

### 1.5.5 Handikappomsorg<sup>32</sup>

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

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

<sup>32</sup> Avsnittet baseras huvudsakligen på Karin Barrons, Dimitris Michailakis' och Märten Söders (SOU 2000:38) samt Marta Szebehelys, Johan Fritzellens och Olle Lundbergs (SOU 2001:56) underlag till kommittén, se Bilaga 4. Med funktionshindrade avses i detta avsnitt endast de som är under 65 år. Äldre personers omsorg diskuteras i nästföljande avsnitt.



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

De samlade offentliga ekonomiska resurserna för funktionshindrades vård och hjälp ökade mer än många andra välfärdsområden – från 15,5 miljarder kronor år 1993 till 27,5 miljarder år 1999 (SCB 2001c).<sup>33</sup> Omräknat till fasta priser innebär detta en ökning med 68 procent. Huvuddelen av ökningen ägde rum mellan 1993 och 1995, i samband med handikappreformens genomförande, därefter var utgifterna i stort sett oförändrade fram till 1998 och ökade sedan åter. År 1999 användes drygt 40 procent av resurserna till olika former av särskilt boende, något mindre till stöd i det vanliga boendet (i huvudsak personlig assistans och hemtjänst) och resten (drygt 20 procent) till färdtjänst, hjälpmedel, bostadsanpassning, rehabilitering mm. Jämfört med decenniets inledning innebär detta en ganska kraftig förskjutning av resurserna i riktning mot insatser i människors vanliga bostäder.

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

För funktionshindrade personer under den reguljära pensionsåldern har tillkomsten av LSS/LASS som rättighetslagar inneburit att den enskildes ställning gentemot myndigheten har stärkts. Men lagkonstruktionen innebär samtidigt att individen själv aktivt måste efterfråga insatserna. Utvärderingar av handikappreformen och psykiatrireformen visar att färre än förväntat har fått del av tjänsterna. Handikapputredningen beräknade 1992 att cirka 40 000 personer med utvecklingsstörning och 60 000 med andra omfattande fysiska eller psykiska funktionshinder skulle vara berättigade till insatser enligt LSS. År 1999 fick hälften så många, eller totalt ca 50 000 personer, någon form av LSS-insats.<sup>34</sup> Av dessa var 10 000

<sup>33</sup> Det är inte möjligt att särskilja resurserna för funktionshindrades och äldres omsorg före 1993, och även efter detta är bygget uppgifterna på uppskattningar av den faktiska kostnadsfördelningen.

<sup>34</sup> LSS omfattar tio olika insatser. De vanligaste insatserna är "daglig verksamhet", "råd och stöd" samt "bostad med särskild service för vuxna". Det sammanlagda antalet insatser var år 2000 cirka 100 000; samma person kan således få flera olika insatser (Socialstyrelsen 2001d).

fysiskt eller psykiskt funktionshindrade (varav 2 500 med psykiska funktionshinder), medan övriga var personer med utvecklingsstörning eller andra begåvningsmässiga funktionshinder. Detta innebär att såväl fysiskt som – framför allt – psykiskt funktionshindrade har fått del av insatserna i betydligt mindre omfattning än vad handikapputredningen och psykiatriutredningen hade beräknat.

Personlig assistans är den nya insats för personer med funktionshinder som fått mest uppmärksamhet. Det är en insats som har inneburit en positiv utveckling för den grupp som kom att omfattas av reformen (se till exempel Socialstyrelsen 1997).<sup>35</sup> Insatsen ”personlig assistans” svarar dock endast för en liten del av det totala antalet insatser enligt LSS/LASS och omfattar en begränsad grupp av funktionshindrade. De närmare 9 000 personer som vid decenniets slut hade personlig assistent enligt LASS hade alla mycket stora hjälpbehov och fick i genomsnitt drygt 10 timmar hjälp per dag. Kostnaderna för personlig assistans enligt LASS har ökat med cirka 15 procent årligen under de senaste fyra åren och uppgick år 2000 till cirka 7 miljarder kronor. Kostnadsökningen är en följd av en ökning av både antalet personer med assistansersättning och antalet assistanstimmar per person och vecka. Män har oftare än kvinnor personlig assistans, och män beviljas också fler assistanstimmar, men det saknas kunskap om mekanismerna bakom dessa könsskillnader (RFV 2001a).

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

---

<sup>35</sup> Personlig assistent kan beviljas enligt såväl LSS som LASS. Den som har behov av grundläggande personlig hjälp som understiger 20 timmar per vecka får sin hjälp enligt LSS, medan den som behöver mer än 20 timmar per vecka kan få sin insats enligt LASS. I dessa fall bekostar kommunen de första 20 timmarna per vecka, medan överstigande timmar bekostas genom försäkringskassorna.

Från flera olika håll har framhållits att rättighetslagstiftningen gynnar individer med stor förmåga att ta tillvara sina egna intressen, medan andra, mindre resursstarka, grupper kan ha fått svårare att få sina behov tillgodosedda (se exempelvis SOU 1999:21; Åström 2000). Personer med psykiska funktionshinder är här särskilt utsatta. Under senare år har det uppmärksammats att även de som har beviljats stöd enligt LSS/LASS har haft svårigheter att få insatserna att komma till stånd, eftersom det är relativt vanligt att kommunerna inte verkställer fattade beslut eller domslut. Detta har kritiserats från många håll, och från den 1 juli 2000 har länsstyrelserna fått rätt att ge vitesföreläggande för kommuner som inte verkställer domstolarnas beslut.

### 1.5.6 Äldreomsorg<sup>36</sup>

Enligt den nationella handlingsplan för äldrepolitiken som riksdagen antog 1998 (Regeringens prop. 1997/98:113) kvarstår de grundläggande principer för äldreomsorgen som gällt under det senaste decenniet: äldre ska kunna åldras i trygghet med bibehållet oberoende och ha tillgång till god vård och omsorg. I handlingsplanen slås också fast att äldreomsorgen skall vara offentligt finansierad och tillgänglig efter behov, inte efter köpkraft. De oförändrade målformuleringarna till trots var 1990-talet en turbulent period för äldreomsorgen, såväl organisatoriskt som resursmässigt. Vad dessa förändringar har betytt för äldreomsorgen som en välfärdsresurs för äldre människor och deras anhöriga är dock inte klarlagt.

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

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

mellan 1999 och 2000 (Socialstyrelsen 2001e). De vinstsyftande verksamheterna är mest omfattande och ökar snabbast: av alla anställda inom äldreomsorg i privat regi arbetade tre fjärdedelar i vinstsyftande företag år 2000; en ökning från 28 procent år 1993. Äldreomsorg i privat drift är vanligare i storstäder och i kommuner med liten andel lågutbildade i befolkningen (Trydegård 2001). En allt större del av äldreomsorgen drivs av ett litet antal stora företag; 1999 svarade de fyra största privata aktörerna för hälften av den entreprenad drivna verksamheten (Socialstyrelsen 1999b).

Resursmässigt präglades den första delen av decenniet av åtstramning – de offentliga resurserna för äldreomsorgen ökade inte i takt med antalet äldre. Under decenniets senare del ökade däremot resurserna reellt sett, det vill säga även med hänsyn tagen till ökningen av antalet äldre i befolkningen. De samlade offentliga resurserna för äldreomsorg uppskattades till drygt 55 miljarder kronor år 1999. Detta motsvarar en ökning i fasta priser med drygt 20 procent mellan 1993 och 1999, medan antalet 80 år och äldre i befolkningen ökade med 10 procent under samma period.<sup>37</sup> Den största utgiftsposten inom äldreomsorgen (73 procent av de samlade utgifterna år 1999) är kostnader för särskilda boendeformer, det vill säga sjukhem, ålderdomshem, gruppboenden för dementa, servicehus med mera. Jämfört med 1993 har kostnaderna för särskilt boende ökat med 22 procent medan kostnaderna för hemtjänst och hemsjukvård har ökat med 7 procent (SCB 2001c). I motsats till handikappomsorgen finns det således inom äldreomsorgen en förskjutning av resurserna från hjälp i hemmet i riktning mot institutionsbaserade hjälpformer.

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

---

<sup>37</sup> Det är inte möjligt att ge en jämförbar bild av äldreomsorgens ekonomiska resurser 1990–1993 beroende på huvudmannskapsförändringar och ändrade definitioner i räkenskapsmandrag, men också på att kostnaderna för insatser för de äldre och för yngre med funktionshinder inte särredovisas.

resurser. Som en följd härav har hemtjänstens insatser alltmer koncentrerats på en mindre och allt mer hjälpbehövande grupp av äldre, och insatser som städning, tvätt, inköp och promenader har i ökad utsträckning ställts utanför det kommunala åtagandet.

Andelen äldre som får del av äldreomsorgen började minska kraftigt för mer än 20 år sedan, och minskningen fortsatte även under 1990-talet, om än inte i samma takt som tidigare. Andelen av de äldre (80 år+) med plats i särskilt boende var i stort sett på samma nivå 1999 som 1990 (22 procent), medan andelen med hemtjänst eller hemsjukvård minskade från 25 till cirka 21 procent.<sup>38</sup> Den kommunala äldreomsorgen fördelas könsmässigt ojämnt och är vanligare bland män som bor ensamma jämfört med kvinnor i samma situation. Bland gifta par är det i stället vanligare med kommunal hjälp om det är hustrun som är den hjälpbehövande, vilket innebär att en äldre kvinna som vårdar sin man står mer ensam om omsorgsansvaret än en gift man i samma situation (Szebehely, Fritzell & Lundberg 2001).

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

Förskjutningen från offentligt finansierad äldreomsorg mot anhörigomsorg och privat köpt hjälp är sannolikt en följd av såväl striktare hjälptilldelning som avgiftshöjningar och innehållsliga/organisatoriska förändringar av hemtjänsten. Risken att äldre av ekonomiska skäl avstår från kommunal hjälp har noterats, inte

---

<sup>38</sup> Statistikomläggningar 1998 försvårar jämförelsen, se Socialstyrelsen (2001f).

minst att anhöriga till mindre bemedlade äldre har tvingats ta ett större omsorgsansvar än önskvärt. Ett förslag om skydd mot höga avgifter för äldreomsorgsinsatser ligger för närvarande på riksdagens bord (Regeringens prop. 2000/01:149).

I vad mån äldreomsorgen är en resurs för hjälpbehövande äldre och deras anhöriga beror naturligtvis i stor utsträckning på verksamhetens kvalitet. Möjligheten att följa utvecklingen under 1990-talet är här dock mycket begränsad, men i en uppföljning av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken konstaterar Socialstyrelsen (2001f) att ett antal problem kvarstår trots de senaste årens resurstillskott. Ett problem är bristande samverkan mellan den slutna sjukvården, primärvården och den kommunala äldreomsorgen, vilket innebär stora problem för de allt fler äldre med omfattande medicinska och sociala behov som vårdas i hemmet eller i kommunala äldreboenden. Ett annat problem är personalrekryteringssituationen som är mycket bekymmersam i majoriteten av Sveriges kommuner. Detta är delvis en följd av ökad konkurrens om arbetskraften, men Socialstyrelsen relaterar också problemen till rationaliseringar, omorganisationer och konkurrensutsättning, som i sin tur givit negativa återverkningar för "möjligheterna att rekrytera, utveckla och behålla personal och ytterst, att kunna erbjuda de äldre en god och säker vård och omsorg" (Socialstyrelsen 2001f:9).

#### 1.5.7 Individ- och familjeomsorg

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

## Barn- och ungdomsvård<sup>39</sup>

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

För kommunernas barn- och ungdomsvård var 1990-talet ett händelserikt årtionde. Förändringarna är dock inte entydiga. För det första pekar ett antal principiella markeringar och formella beslut mot en ambitionshöjning på området. Här märks framförallt ett antal beslut som på olika sätt syftat till att stärka barnens ställning. Efter det att Sverige antagit FN:s barnkonvention 1989 och inrättat en barnombudsman 1993, intensifierades också arbetet med att utveckla barnperspektivet inom socialtjänsten. Med 1998 års reviderade socialtjänstlag gavs socialtjänsten ett särskilt ansvar för att beakta barnens situation, bevaka deras rättigheter och i högre grad än tidigare ta hänsyn till barnens inställning. Vidare utvidgades anmälningsskyldigheten till socialtjänsten för vissa yrkesgrupper samtidigt som det sattes upp tidsgränser för hur lång tid utredningar i barnvårdsarbetet fick ta. Inom tvångsvården inleddes decenniet med en ny LVU-lagstiftning 1990, där en av de viktigaste förändringarna var att ribban för omhändertaganden i så kallade beteendefall (det vill säga då ungas eget beteende, till exempel missbruk eller kriminalitet, ligger till grund för åtgärden) sänktes genom att begreppet "allvarlig fara" byttes ut mot "påtaglig risk". I kölvattnet på förändrade regler och praxis för åtalsunderlåtelse i mitten av 1990-talet ökade också antalet ungdomar som av domstol överlämnades till vård enligt socialtjänstlagen mycket kraftigt. År 1999 förändrades också lagstiftningen så tillvida att domstolar gavs möjlighet att döma ungdomar till tidsbegränsade frihetsstraff att avtjänas inom socialtjänsten på så kallade §12-hem. Vid sidan av alla dessa förändringar som på olika sätt medverkat till

<sup>39</sup> Avsnittet om barn- och ungdomsvården bygger i huvudsak på Tommy Lundströms (SOU 2000:38) samt Tommy Lundströms och Bo Vinnerljungs (SOU 2001:52) underlag till kommittén, se Bilaga 4.

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

För det andra kan man närma sig frågan om resurser på barn- och ungdomsvårdens område genom att beskriva hur många som varit föremål för en viss åtgärd. Den statistik som produceras tillåter emellertid inga säkra angivelser av hur många familjer eller individer som berörs. Vad som finns är framförallt uppgifter om barn och unga i så kallad dygnsvård (det vill säga omhändertaganden med placering i familjehem eller på institution, frivilligt eller med tvång) samt om kontaktmannaskap (avlastning och socialt stöd genom att socialtjänsten engagerar lekmän som hjälper barn och föräldrar). För bägge dessa åtgärder kunde man se en relativ tydlig uppgång under decenniet. Detta innebar ett trendbrott mot utvecklingen under tidigare årtionden som kännetecknades av växelvis sjunkande och mer stabila nivåer. År 1990 omhändertogs 1,8 barn/ungdomar (0–21 år) per 1000, att jämföras med 2,4 år 1999. I princip hela den iakttagna ökningen gällde ungdomar och inte små barn. Fördelningen mellan frivilliga omhändertaganden och tvångsplaceringar var relativt oförändrad över tid. Barn till föräldrar med invandrarbakgrund hade en högre risk att hamna i dygnsvård, men ökningen under decenniet var relativt sett störst bland barn med svenskfödda föräldrar. Skillnaden mellan flickor och pojkar var mycket liten och förändrades inte heller på något tydligt sätt över tid. Den totala ökningen av omhändertagna ungdomar beror inte enbart på att fler ungdomar omhändertas, utan också på att samma ungdomar i ökad utsträckning tenderar att omhändertas vid upprepade tillfällen. Många av de placeringar som beslutats går ej att genomföra som avsetts, utan havererar och avslutas i förtid (Vinnerljung, Sallnäs & Kyhle-Westermarck 2001). Också när det gäller öppenvårdsinsatsen kontaktmannaskap – en insats som i hög grad riktar sig till ensamstående mödrar – var uppgången mycket tydlig. År 1990 påbörjades 4 400 kontaktmannaskap, medan motsvarande siffra för 1997 var 7 500. Statistiken över kontaktmannaskap 1998 och 1999 är inte jämförbar med tidigare

---

<sup>40</sup> Överklagningsrätten avseende allt bistånd enligt SoL kommer att återinföras från januari 2002 i enlighet med propositionen om ny socialtjänstlag (Regeringens prop. 2000/01:80). Detta gäller således även de inskränkningar som nedan beskrivs för missbrukarvård och socialbidrag.



period, men uppgifterna för dessa år antyder en försiktig fortsatt ökning.

Ett tredje sätt att återge resursutvecklingen inom den sociala barn- och ungdomsvården är att söka beskriva verksamheten i termer av kostnader eller personal. Svårigheter att avgränsa området innebär dock, tillsammans med avsaknaden av en enhetlig och ändamålsenlig statistik i dessa avseenden, att det är svårt att mer specifikt uttala sig om resurstillgång och resursförändringar under 1990-talet. Bland de uppgifter som finns tillgängliga finns dock ingenting som talar för att det skulle ha skett personalminskningar bland kommunernas socialsekreterare. Inte heller de undersökningar som genomförts av Socialstyrelsen pekar mot att det skulle skett några generella nedskärningar av ekonomiska resurser (Socialstyrelsen 1998a). Tvärtom har kommunernas kostnader för placeringar av barn och unga i dygnsvård ökat, vilket är en naturlig följd av det stigande antalet placeringar, men också en konsekvens av att det skett en förskjutning mot jämförelsevis dyrare vårdformer. Antalet familjehem har minskat till förmån för privata hem för vård och boende. Resultat från olika studier talar också för att barn- och ungdomsvården under 1990-talet prioriterades högre i kommunerna än exempelvis missbrukarvården (Bergmark 1997; Hessle & Vinnerljung 1999).

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

### **Missbrukarvård<sup>41</sup>**

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

<sup>41</sup> Avsnittet om missbrukarvården bygger i huvudsak på Lars Oscarssons (SOU 2000:38) underlag till kommittén, se Bilaga 4.

vissa fall (LVM). Insatser av frivillig karaktär genomförs vanligen med stöd av SoL, medan tvångsinsatser baseras på LVM.

Någon motsvarighet till den ambitionshöjning som ovan beskrivits för barn- och ungdomsvården finner vi inte inom missbrukarvården. Särskilt tydligt är detta om vi ser till statliga initiativ på området, där den enda förändringen av mer substantiell betydelse under decenniet var en inskränkning av den enskildes rätt till hjälp från kommunen, i och med att rätten att överklaga beslut om bistånd på området togs bort i den reviderade Socialtjänstlagen 1998. På kommunal nivå är de politiska signalerna svårare att överblicka, men resultat från olika fallstudier antyder att missbrukarvården haft relativt låg prioritet, och att man inom kommunerna under trycket av en försämrad ekonomi ofta uppfattat institutionsvården av vuxna missbrukare som ett område där besparingar kunnat göras (se till exempel Bergmark 1995).

Utvecklingen under 1990-talet kännetecknas av en förskjutning från slutna till öppna vård. Antalet personer som varit föremål för insatser inom den slutna missbrukarvården (det vill säga vårdats på institution, frivilligt eller under tvång) minskade under decenniet. Sammanlagt handlar det om en minskning med ca 1 200 personer, eller 27 procent, mellan 1990 och 1997 (siffrorna för 1998 och 1999 är inte helt jämförbara med tidigare år, men visar sinsemellan inte på någon fortsatt minskning). Nedgången var kraftigare inom tvångsvården än inom den frivilliga vården och var i allt väsentligt koncentrerad till vård av alkoholmissbrukare. Nivåerna för vård av narkotika- och blandmissbrukare har varit relativt oförändrade över tid. Parallellt med detta har en ökning av öppenvården kunnat iakttagas. Denna började emellertid inte registreras i den offentliga statistiken förrän 1998, vilket gör det svårt att uppskatta ökningen mer exakt. Att döma av ett antal studier genomförda av Socialstyrelsen förefaller dock antalet insatser inom öppenvården ha varit stabilt mellan 1991 och 1994, för att sedan öka under decenniets senare hälft (Socialstyrelsen 1998b). Vidare har vårdtiderna inom institutionsvården minskat medan vårdtiderna inom öppenvården förefaller ha ökat.

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

ej systematiskt, täcker in perioden mellan 1993 och 1996) har de samlade kostnaderna i stort sett legat still (Socialstyrelsen 1998b). Påpekas bör dock att kostnadsutvecklingen varierat avsevärt mellan olika kommuner, och att det inte saknas lokala exempel på kraftiga nedskärningar inom sektorn. Ett utvecklingsdrag som däremot varit mer tydligt är den förskjutning som skett under 1990-talet från statligt, kommunalt och landstingskommunalt drivna institutioner till privata institutioner. De senare ökade från att ha utgjort 21 procent av alla hem för vård och boende 1990, till 41 procent 1999.

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

## 1.6 Institutionernas förändringar: Försörjning

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

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

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

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

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

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

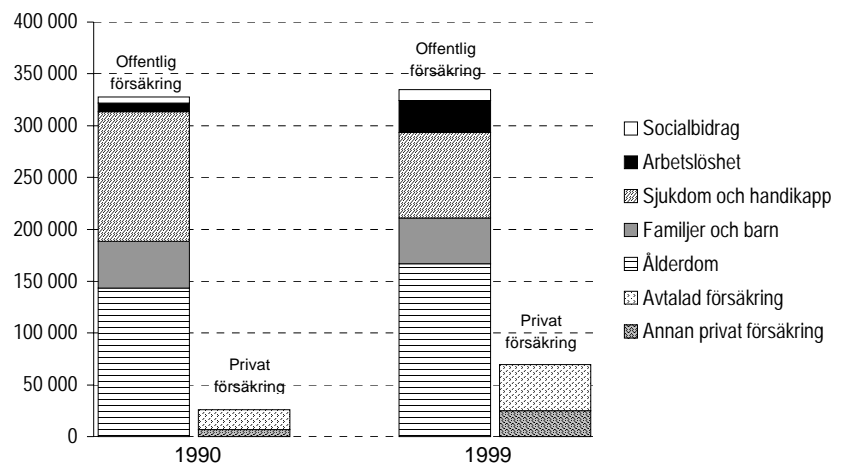
Ersättningstid kan också vara av avgörande betydelse för hur individers ekonomiska välfärd säkerställs av försäkringen. Här kan vi skilja mellan karenstid och varaktighet, vilka fångar ersättningstidens båda tidsmässiga ändrar i kronologisk ordning. Sammantaget innebär brister i täckningsgrad, låga ersättningsnivåer och ofullständig ersättningstid en ökad risk för ekonomisk ofärd för de individer som drabbas av sjukdom, arbetslöshet, ålderdom eller förändringar i försörjningsbördan. Men det räcker inte att beakta de offentliga försäkringarna och bidragen. Hänsyn bör också tas till de privata försäkringarnas nivå och täckningsgrad.

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

Genom att granska utgiftsnivåerna 1990 och 1999 för olika försörjningsrelaterade försäkrings- och bidragsområden, ges ett viktigt perspektiv på 1990-talet. Av Figur 1:4 framgår att de offentliga utgifterna för de försörjningsrelaterade förmånerna ökade från 1990 till 1999. Bakom dessa aggregerade siffror döljer sig dock stora skillnader mellan olika områden. Därtill framgår att den privata försäkringen vuxit snabbare än den offentliga. På den offentliga sidan har pensionsutgifterna ökat liksom kostnaderna för socialbidrag och arbetslöshetsersättningar. Familjestöden visar ungefär samma nivåer vid årtiondets in- och utgång, medan utgifterna för sjukdom och handikapp är väsentligen lägre 1999. Tillväxttrenden i de avtalade och privata försäkringssystemen är

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

*Figur 1:4.* Offentliga och privata utgifter för försörjningsrelaterade förmåner 1990 och 1999, uppdelat på område respektive försäkringsform. Miljoner kronor i 1999 års priser



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

### 1.6.1 Kontanta familjestöd<sup>42</sup>

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

<sup>42</sup> Avsnittet bygger på Joakim Palmes (SOU 2000:40) underlag till kommittén, se Bilaga 4, samt myndighetsunderlag från Riksförsäkringsverket (RFV 2001c).

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

### **Föräldraförsäkring**

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

Uttaget av förmåner från föräldraförsäkringen följer givetvis i stor utsträckning nativiteten. Exempelvis var antalet uttagna föräldradagar vid barns födelse 46 miljoner under babyboomen 1990, en siffra som sjönk till 36 miljoner 1999. Antalet dagar med tillfällig föräldrapenning vid barns sjukdom sjönk från 7 miljoner 1990 till ca 5 miljoner 1999. Föräldraförsäkringen omfattas inte av de avtalsförsäkringar som gäller för exempelvis sjukpenning, även om det finns exempel på att enskilda företag ger extra lönepåslag. Det gör att högsta ersättning för den som är hemma med barn grundas på inkomster motsvarande högst 7,5 basbelopp. Andelarna med inkomster över detta tak ökade betydligt under 1990-talet, inte minst bland kvinnor, varför inkomstskyddet urholkades för allt större grupper.

### **Barnbidrag**

Barnbidragen har under hela 1990-talet förblivit allmänna och betalas utan inkomst- eller behovsprövning. Beloppet 1999 är nominellt högre än vad som gällde 1990, 750 kronor per månad jämfört med 560 kronor per månad. Realt är dock detta en ökning med endast 50 kronor per månad (1999 års penningvärde). Antalet barnbidrag påverkas av naturliga skäl främst av födelsetalet och antalet barn i de aktuella åldrarna. Antalet barn i åldern 0–15 år ökade under 1990-talets första hälft med 7 procent, och totalt sett under 1990-talet från 1,66 miljoner 1990 till 1,74 miljoner 1999. Förändringarna av barnbidragets storlek hade dock långt större

konsekvenser för utgifterna än dessa förändringar av gruppens storlek. Højningen av barnbidraget till 750 kronor kom redan 1991, då också flerbarnstilläggen förstärktes. Under 1996 och 1997 låg barnbidraget på lägre nominella nivåer (640 kronor) och 1998 återställdes det till 750 kronor per månad.

### **Bidragsförskott och underhållsstöd**

År 1997 ersattes det gamla systemet med bidragsförskott med ett nytt där förmånen kallades underhållsstöd. Den största förändringen i systemet gällde hur nivån på underhållsskyldigheten skulle fastställas och de villkor som reglerade hur underhållsskyldigheten skulle betalas. År 1990 låg bidragsförskottet på 990 kronor per månad och 1999 var summan 1 173 kronor per månad. I 1999 års penningvärde motsvarar detta en sänkning med drygt 50 kronor.

Det gjordes dock en viktig principiell förändring när det gäller hur nivån på det sammanlagda underhållsstödet bestäms. Under decenniet övergavs ett tidigare system med basbeloppsuppräknings till förmån för nominella belopp. Dessa regelförändringar infördes redan 1995 och innebar att bidragsförskottet inte längre skulle indexeras automatiskt med 40 procent av basbeloppet, utan fastställas i nominella termer. Nivån sattes till samma belopp som gällde 1994, det vill säga 1 173 kronor per månad och har således varit oförändrad sedan dess. Antalet barn som var berättigade till bidragsförskott/underhållsstöd steg från knappt 280 000 år 1990 till cirka 345 000 år 1999. Förändringarna av reglerna för fastställande av underhållsskyldighet och betalning av underhåll innebar att underhållsskyldiga föräldrar fick betala en allt större del av underhållsstödets sammanlagda utgifter (Sjöberg 2001).

### **Bostadsbidrag**

Under 1990-talet stärktes utvecklingen mot att ge bostadsbidraget karaktär av ren familjepolitik. Mot slutet av årtiondet avgränsades det ytterligare och fick i praktiken karaktären av ett ensamförälderstöd. Under 1991 hade 328 000 hushåll bostadsbidrag och 1999 var antalet 378 000, vilket å andra sidan var en kraftig minskning sedan toppnoteringen 1995 då 556 000 hushåll uppbar bidraget.



Bostadsbidraget var, liksom barnbidraget, ett av de instrument som användes för att öka omfördelningsgraden i 1991 års skatte-reform, och fick därmed en ökad betydelse utgiftsmässigt. År 1992 fattades det också beslut om att överföra administrationen av bostadsbidragen från kommunerna till försäkringskassorna. Samtidigt ändrades principerna för hur de sökandes inkomster fastställdes. Generösare bidragsnivåer, ökade bostadskostnader och nya beräkningar av inkomstunderlaget ledde i kombination med massarbetslöshetens konsekvenser för hushållens inkomster till att kostnaderna för bostadsbidraget ökade mycket snabbare än vad man budgeterat för.

Resultatet blev att en rad förändringar föreslogs och så småningom kom att genomföras. Förändringarna gällde bidragens nivåer i både 1995 och 1996 års vårpropositioner. Det ledde till att såväl belopp som ytnorm stramades åt. Inget bostadsbidrag kom heller att betalas ut för dem över 28 år utan barn. Det förbättrade arbetsmarknadsläget under årtiondets sista år gjorde dessutom att antalet barnfamiljer som var berättigade till bostadsbidrag minskade.

### **Barnpension och vårdbidrag**

Även barnpensionerna brukar räknas till familjestödet. Barnpension i form av den avlidne förälderns folkpension och ATP-del utgår till efterlevande barn upp till 18 års ålder. Antalet barnpensioner låg stabilt omkring 30 000 under hela decenniet. Här förblev också reglerna i huvudsak oförändrade.

Det senare gäller också vårdbidraget, som syftar till att underlätta för föräldrar att i hemmet ta hand om barn som är sjuka eller har funktionshinder. Antalet föräldrar som fick detta bidrag fördubblades nästan mellan 1990 och 1999. År 1990 betalades vårdbidrag ut till ungefär 15 000 föräldrar och 1999 var antalet omkring 28 000.

### 1.6.2 Socialförsäkringar<sup>43</sup>

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

#### Sjukpenning

Rätt till sjukpenning har den som är försäkrad i den allmänna försäkringen, har en sjukpenninggrundande inkomst och vars arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel. Det finns formellt ingen borte gräns för hur länge en sjukskrivning kan pågå för dem i förvärsaktiv ålder. Dessa förhållanden har inte förändrats under 1990-talet.

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

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

---

<sup>43</sup> Avsnittet bygger på Joakim Palmes (SOU 2000:40), Ola Sjöberg och Olof Bäckmans (SOU 2001:57) och Gunvall Grips (SOU 2001:57) underlag till Kommittén, se Bilaga 4, samt myndighetsunderlag från Riksförsäkringsverket (RFV 2001c).

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

Att ha inkomster över taket innebär dock inte nödvändigtvis att man har lägre ersättning vid sjukdom. De flesta förvärsarbetande som omfattas av kollektivavtal har via dessa avtal ersättningar som ger likvärdiga ersättningsnivåer ända upp till inkomster om cirka 30 basbelopp. Ett viktigt undantag härvidlag gäller privatanställda inom LO-kollektivet som inte omfattas av avtal som kompenserar för fallande ersättningsnivåer ovanför taken. Dessutom har andelen tillfälligt anställda ökat under 1990-talet (SCB 2000c), och dessa omfattas oftast inte av kollektivavtal. Avtalsförsäkringar innebär också att de flesta anställda har ersättningsnivåer som ligger tio procentenheter över de lagstadgade. Därutöver har volymen av privat sjukförsäkring vuxit kraftigt under 1990-talet. Exempelvis ökade antalet individuella sjukförsäkringar i privat försäkring i fyra större försäkringsbolag från drygt 170 000 år 1992 till 395 000 år 2000, vilket motsvarar en ökning med 130 procent. De privata sjukförsäkringarna inträder dock i allmänhet först efter långvarig sjukskrivning eller förtidspensionering.

Antalet pågående sjukskrivningar i fall av minst 30 dagars varaktighet var i december 1990 169 300. Motsvarande siffra för december 1999 var 203 300, vilket motsvarar en ökning på 20 procent. Ökningen var störst i långa sjukskrivningar. Under 1990-talets första hälft sjönk emellertid antalet sjukskrivningar kraftigt, och jämför vi istället 1990-talets lägsta nivå (1995) med dess högsta (1999) finner vi en närmare 60-procentig ökning av 30-dagarsfallen.

### **Arbetskadeförsäkring**

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

Alla personer som förvärsarbetar i landet är försäkrade för arbetsskada, men arbetsskadebegreppet förändrades i juli 1993 så att en högre grad av sannolikhet krävs för att en skada eller sjuk-

dom ska godkännas som arbetsskada (RFV 2000). Samtidigt samordnades den tidigare arbetsskadesjukpenningen med den ordinarie sjukpenningen. Endast om arbetsskadan medfört en bestående nedsättning av arbetsförmågan, som kvarstår även efter att det akuta sjukdomstillståndet upphört, kan ersättning i form av arbetsskadelivränta komma i fråga.

Delvis som en följd av det förändrade arbetsskadebegreppet och delvis som en följd av att arbetsskadesjukpenningen försvann, minskade antalet till Försäkringskassan inkomna arbetsskadeärenden drastiskt under 1990-talet. Under 1990 behandlades drygt 94 500 ärenden varav 86 procent bifölls. År 1999 avgjordes drygt 16 500 ärenden varav 67 procent bifölls. Siffrorna för 1999 ska tolkas med försiktighet eftersom rutinerna för statistikrapportering på försäkringskassorna förändrades detta år. Andelen bifall var dock densamma 1998 (RFV 2001b).

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

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

### **Förtidspension**

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

Syftet med förtidspension och sjukbidrag är att ge ekonomisk trygghet vid långvarig nedsättning av arbetsförmågan. Vid decenniets inledning fanns det möjlighet att bevilja förtidspension också av arbetsmarknadsskäl. Därtill fanns det så kallade äldreregler, med lägre kvalifikationskrav, vilka emellertid avskaffades helt 1997. Dessutom har kraven på vad som gäller som nedsättning av arbetsförmågan skärpts i omgångar under 1990-talet.

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

Antalet mottagare av förtidspension ökade under 1990-talet från 361 000 1990 till 422 000 år 1999. Antalet nybeviljade förtidspensioner minskade å andra sidan från 50 500 under 1990 till 39 500 under 1999. Den siffran har dock fluktuerat kraftigt under årtiondet. Mellan 1991 och 1993 steg antalet ganska kraftigt, därefter sjönk det ännu kraftigare fram till 1995 då kurvan planade ut.

Andelen avslag på ansökningar om förtidspension eller sjukbidrag har ökat från två procent av antalet beslut till närmare fem procent mellan 1990 och 1999 (RFV 2001f). De som fick avslag på ansökan var i genomsnitt yngre än de som fick den beviljad. En uppföljning av de personer som fick avslag på ansökan 1994 visar att avslaget i sig inte hade någon påvisbar effekt på dessa personers ekonomiska standard (RFV 2001e).

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

### **Efterlevandepensioner och delpension**

Under 1980-talet fattades beslut om änkepensionerna som från 1990 kom att innebära en successiv avtrappning av dessa på lång sikt. Samtidigt infördes en ny typ av efterlevandeskydd, den så kallade omställningspensionen, som gällde för både änkor och änklingar till skillnad från änkepensionen som endast gällde änkor. År 1997 genomfördes vissa förändringar av ersättningsnivån, vilka ledde till sänkta nivåer för mottagare med höga ATP-poäng. Samtidigt halverades ersättningstiden från tolv till sex månader.

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

Delpension syftar till att ge möjlighet till en mjuk övergång mellan arbete och ålderspension genom en nedtrappning av arbetsinsatsen under de sista yrkesverksamma åren. Även om systemet var föremål för mycket diskussion och stor turbulens under 1990-talet, genomfördes få av de föreslagna förändringarna. Kvalificeringsvillkoren förändrades dock på så sätt att den lägsta pensionsåldern höjdes från 60 till 61 år 1994. Antalet mottagare minskade från 38 000 till 7 000 mellan 1990 och 1999. Med den nya pensionsreformens genomförande kommer detta förmånsslag successivt att försvinna.

### **Ålderspension**

År 1998 fattade riksdagen beslut om en stor reformering av pensionssystemet. Reformen följde i huvudsak de riktlinjer som lagts fast av riksdagen fyra år tidigare. Denna reform har inte gjort några direkta avtryck i förmåner som utgått under 1990-talet. Diskussionen av pensionsreformen sker därför i Kapitel 3. Det existerande systemet har emellertid varit föremål för många mindre förändringar som direkt gett avtryck i de utgående förmånerna. Det är dessa förändringar som skall uppmärksammas här och det gäller förändringar i både kvalificeringsvillkor och ersättningsnivåer.

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

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

Nivån på pensionsförmånerna blev föremål för olika ingrepp under 1990-talet. Det handlade framförallt om förändringar av basbeloppet. De tre delarna i ålderspensionen – folkpension, ATP och PTS – beräknas alla utifrån basbeloppet och har därför i olika utsträckning påverkats av den förändrade indexeringen. Mellan 1993 och 1999 beräknades folkpension och ATP på ett minskat basbelopp om 98 procent av det ordinarie basbeloppet. PTS berördes dock inte av detta, utan höjdes istället i olika omgångar under decenniet. År 1995 beslutades, att om statens budgetunderskott översteg en viss nivå, skulle basbeloppet inte räknas upp fullt ut enligt konsumentprisindex, vilket tidigare varit praxis. Detta påverkade pensionerna från och med 1996. Någon kompensation för detta har inte utgått, eftersom basbeloppet nu befinner sig på en nivå som är lägre än vad som skulle varit fallet med full uppräkningsnivå.

Som framgår av Figur 1:4 ökade utbetalningarna för ålderspension under 1990-talet. Detta beror delvis på att befolkningen blev äldre och delvis på att allt fler nyblivna pensionärer hade höga ATP-poäng. Därmed skulle en högre summa betalas ut till allt fler. I december 1990 var antalet mottagare av folkpension 1,55 miljoner och av ATP 1,17 miljoner. Vid 1999 års utgång fanns det 1,60 miljoner mottagare av folkpension och 1,36 miljoner ATP-mottagare.

För att kompensera pensionärer med låg eller ingen ATP för ökande boendekostnader i samband med skattereformen 1991, infördes ett särskilt kommunalt bostadstillägg. Betydelsen av

bostadstilläggen ökade under årtiondet för de sämst ställda pensionärerna, samtidigt som antalet mottagare totalt sett minskade, från 453 000 år 1990 till 364 000 år 1999.

De flesta arbetstagare har kompletterande pensionsförsäkringar via avtal. De förändringar som skett här får framför allt konsekvenser för framtida pensioner och diskuteras därför i relation till pensionsreformen i Kapitel 3. Premieintäkterna hos de liv- och fondförsäkringsbolag som tillhandahåller privata pensionsförsäkringar har ökat samtidigt som allt fler inkomsttagare gjort avdrag för pensionsförsäkringspremie i självdeklarationen. År 1990 var det 17 procent av befolkningen i åldrarna 18–64 år som pensions-sparade. År 1999 hade den siffran stigit till 35 procent. Pensions-sparande är mer vanligt bland kvinnor och de äldre bland dem i förvärvsaktiv ålder. Höginkomsttagare sparar också i högre utsträckning.

### 1.6.3 Ekonomisk ersättning vid arbetslöshet<sup>44</sup>

Ett viktigt inslag i det svenska trygghetssystemet utgörs av försäkringar som mildrar de ekonomiska konsekvenserna för dem som drabbas av arbetslöshet. Med 1990-talets dramatiska utveckling på den svenska arbetsmarknaden har betydelsen av sådana stöd accentuerats ytterligare. Berättigade till arbetslöshetsersättning är de personer som är arbetslösa och registrerade som arbetssökande på arbetsförmedlingen. Utöver detta måste ytterligare två villkor vara uppfyllda: ett medlemsvillkor och ett arbetsvillkor. Medlemsvillkoret innebär att den arbetslöse måste ha varit medlem i en arbetslöshetskassa i minst tolv månader, ett villkor som var oförändrat under hela 1990-talet. Arbetsvillkoret var däremot föremål för täta förändringar under decenniets mitt. Den sista i raden genomfördes 1997, med innebörden att det för rätt till ersättning krävdes sex månaders arbete (minst 70 timmar per månad) under den tolv månadersperiod som föregick arbetslösheten eller 450 timmars arbete under en sammanhängande sex månadersperiod. I jämförelse med de regler som gällde vid ingången av 1990-talet innebar detta en skärpning, om än ej dramatisk, av kvalifikationskraven.

---

<sup>44</sup> Avsnittet om de kontanta arbetsmarknadsstöden bygger i huvudsak på Håkan Regnérs (SOU 2000:37) underlag till kommittén, se Bilaga 4.



Ersättning utgick under större delen av decenniet i högst 300 dagar för personer yngre än 55 år och högst 450 dagar för dem som var 55 år eller äldre. År 1998 ändrades åldersgränsen till 57 år. Parallellt med arbetslöshetsersättningen har det sedan mitten av 1970-talet funnits ett kontant arbetsmarknadsstöd (KAS) för personer som uppfyller arbetsvillkoret men inte medlemsvillkoret i arbetslöshetsförsäkringen. År 1998 bytte denna stödform namn till grundförsäkring. Ersättningsnivåerna har här alltid varit mindre generösa än ersättningen i arbetslöshetskassan.

Ersättningsnivåerna i arbetslöshetskassan förändrades i flera omgångar under decenniet: från 90 procent av inkomsten till 80 procent 1993 och till 75 procent 1996. Från hösten 1997 sattes ersättningsnivån åter till 80 procent. Vid sidan om detta förändrades också det så kallade taket, det vill säga de maxbelopp som betalades ut. Taken i försäkringen har dock traditionellt legat under dem som tillämpas i exempelvis sjukförsäkringen. Många arbetslösa når därför upp till den maximala ersättningen, och de belopp de beviljas blir därför lägre än vad den formella procentsatsen anger. Andelen löntagare med inkomster över inkomsttaket ökade från 44,7 procent 1992 till 49,5 procent 1997, och den genomsnittliga ersättningsnivån (i procent av tidigare lön) sjönk samtidigt från 81,3 till 70,5 procent (Sjöberg & Bäckman 2001).<sup>45</sup> I de första två kolumnerna av Tabell 1:20 redovisas de maximala dagliga ersättningsbeloppen för såväl arbetslöshetskassa som för KAS/grund-ersättning. Där framgår att den inkomstrelaterade ersättningen ökat mycket måttligt under årtiondet (i fasta priser i själva verket en minskning med ca 30 kronor), medan grundförsäkring/KAS faktiskt gjordes generösare (en ökning med cirka 20 kronor i fasta priser).

---

<sup>45</sup> Med anledning av takproblematiken lanserades i slutet av 1990-talet kompletterande arbetslöshetsförsäkringar på den privata försäkringsmarknaden. Anslutningen till dessa har dock varit relativt blygsam (Grip 2001).

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

År	Ersättningssystem och maximal ersättning (kronor)		Andel av de arbetslösa:		
	Arbetslöshetskassa	KAS (grundförsäkring)	med arbetslöshetskassa	med KAS (grundförsäkring)	utan ersättning
1990	495	174	63	8	29
1999	580	240	75	7	18

*Källor:* Regnér 2000, Sjöberg & Bäckman 2001 samt Arbetsmarknadsstyrelsens statistiktjänst.

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

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

#### 1.6.4 Socialbidrag<sup>46</sup>

Socialbidragen var under 1990-talet en stödform som fick allt större betydelse för människors försörjning. Mellan 1990 och 1997 ökade andelen i befolkningen som någon gång under ett år fått socialbidrag med över 40 procent. Kostnaderna steg under samma period med över 100 procent i fasta priser. Framförallt drevs denna utveckling av den ökade arbetslösheten och det faktum att stora grupper hade problem att etablera sig på arbetsmarknaden och därför i mindre grad kom att omfattas av de gängse socialförsäkringssystemen. Mot bakgrund av den ekonomiska krisens karaktär och de kvalificeringsregler som gäller inom framförallt arbetslöshetsstödet, var den markanta ökningen av socialbidragstagande relativt given. När samhällsekonomin sedan förbättrades under decenniets senare år vände också kurvorna för socialbidragen nedåt. År 1999 var bidragstagandet i befolkningen i det närmaste tillbaka på 1990 års nivå, medan kostnaderna minskade långsammare och 1999 i runda tal var 70 procent högre (i fasta priser) än 1990. Totalt uppgick kostnaderna 1999 till 10,5 miljarder kronor. De genomsnittliga hjälpperiodernas längd ökade också under hela decenniet, från 4,1 månader 1990 till 5,8 månader 1999, samtidigt som en allt större del av bidragstagarna utgjordes av personer med långvariga och sammanhängande perioder med socialbidrag (se avsnitt 1.3.7).

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

<sup>46</sup> Avsnittet om socialbidragets reglering bygger i huvudsak på Åke Bergmarks (SOU 2000:40) och Håkan Johanssons (SOU 2000:40) underlag till kommittén, se Bilaga 4.

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

Innehållet i lagstiftning och rättspraxis har genomgått viktiga förändringar under årtiondet. I såväl ett antal regeringsrättsdomar under perioden som i den reviderade socialtjänstlagen 1998, finner vi förändringar som bidragit till att minska generositeten i systemet. Mest uppmärksamhet har utvecklingen kring socialbidragsnormen tilldragit sig. Enligt den lagstiftning som alltjämt gäller skall socialbidraget vara av en omfattning som tillförsäkrar den enskilde en skälig levnadsnivå. Fram till dess att socialtjänstlagen reviderades 1998 skulle vad som var en skälig levnadsnivå bedömas med hänsyn till den allmänna standardutvecklingen och preciseras i ett samspel mellan rättspraxis och riktlinjer, formulerade i Socialstyrelsens allmänna råd. Den norm för socialbidragen som Socialstyrelsen föreslog – och som definierades med utgångspunkt från Konsumentverkets kostnadsberäkningar för hushållsutgifter – hade i inledningen av decenniet mycket stor betydelse för förvaltningsdomstolarnas ställningstaganden i socialbidragsfrågor, och våren 1993 slog Regeringsrätten i två domar fast vad som var att betrakta som en skälig levnadsnivå. Vid denna tidpunkt tillämpade dock många kommuner väsentligt lägre normer. I flera fall utnyttjades en så kallade "Tingsrydsnorm" med ett väsentligt lägre belopp än det av Socialstyrelsen föreslagna och där ett antal kostnadsposter var bortplockade. Genom en dom i Regeringsrätten 1994 gavs kommunerna möjlighet att använda sig av "Tingsrydsnormen", och ett stort antal kommuner gick därefter också över till denna.

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

så kallat förvaltningsbesvär kunde den enskilde inte överklaga beslut gällande de bidrag som kommunerna inte hade någon skyldighet att ge.

I prövningen av den enskildes rätt till socialbidrag kan kommunerna också formulera villkor som måste uppfyllas för att bidrag skall utgå. Det i sammanhanget viktigaste villkoret har under lång tid varit att den sökande skall stå "till arbetsmarknadens förfogande". I början av 1990-talet preciserade Socialstyrelsen detta villkor så att det innehöll en skyldighet att (i) söka heltidsarbete, (ii) delta i statligt organiserade arbetsmarknadspolitiska åtgärder och (iii) ta anvisat arbete. I många kommuner utvecklades vid denna tid modeller som bland annat krävde av den enskilde att hon medverkade i praktik eller i arbetsliknade verksamhet som ett krav för att socialbidrag skulle beviljas. Socialstyrelsen reagerade negativt på denna typ av lösningar och slog därför i sina allmänna råd för 1992 fast, att ingen borde vägras socialbidrag för att hon nekar att arbeta utan avtalsenlig lön och utan de försäkringar som följer av ett vanligt arbete. I takt med att kommunernas praxis utvecklades åt ett annat håll kom dock förvaltningsdomstolarnas tolkningar av den enskildes skyldighet att stå till arbetsmarknadens förfogande att förskjutas. I mitten av 1990-talet beslutade också Regeringsrätten att den enskilde hade en skyldighet att inte bara delta i statlig arbetsmarknadspolitisk verksamhet, utan även i kommunala arbetsmarknadspolitiska insatser. I många fall har kommunernas skärpta krav exklusivt riktats mot ungdomar. I den reviderade socialtjänstlagen 1998 fick detta en mer institutionell inramning genom fastställandet av att ungdomar under 25 år kunde ges skyldighet att delta i kompetenshöjande verksamhet för att vara berättigade till socialbidrag. Socialbidragstagande ungdomar fick därigenom utökade skyldigheter och särskildes i detta avseende från övriga bidragsberättigade.

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

väsentligt kunskap om i vilken omfattning detta skett och med vilka konsekvenser för dem som berörs.

#### 1.6.5 Försörjningssystemens roll för befolkningens inkomster<sup>47</sup>

I föregående avsnitt har vi kortfattat redogjort för några av de väsentliga regelförändringarna inom olika delar av försörjningssystemet. Ett sätt att studera konsekvenserna för befolkningen är att se i vilken mån olika inkomstslag påverkar inkomster och inkomstfördelning. I det följande kommer vi att ge en bild av hur stor betydelse olika transfereringar har volymmässigt för olika inkomstgrupper och hur detta förändrats under 1990-talet. I Tabell 1:21 redovisas inkomststrukturen (det vill säga betydelsen av olika typer av inkomster) i Sverige 1991 och 1999 inom vissa inkomstskikt. Vi använder oss här av fördelningens kvartilvärden för att avgränsa grupper. Detta innebär att vi först rangordnat inkomsterna efter storlek och därefter delat in befolkningen i fem lika stora grupper, från låga till höga inkomster. Utifrån denna indelning har vi beräknat hur stora belopp och andelar av totalinkomsterna för respektive grupp som utgörs av de olika inkomstslagen. För överskådlighetens skull särskiljer vi endast fem olika inkomstslag: arbetsinkomster, kapitalinkomster, pensioner, andra socialförsäkringar och generella bidrag (sjukpenning, barnbidrag m.m.) samt inkomst- och behovsprövade bidrag (bostadsbidrag och socialbidrag) och vi fokuserar på den femtedel som har lägst inkomster och den femtedel som har högst inkomster. Alla beräkningar är gjorda med hänsyn tagen till den skatt man betalar. Alla skattepliktiga inkomster är med andra ord beräknade netto.

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

<sup>47</sup> Detta avsnitt bygger till stor del på Johan Fritzells underlag till kommittén (SOU 2001:57) se Bilaga 4.

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

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

---

<sup>48</sup> Denna bild förstärks av det faktum att inflationen var lägre vid årtiondets slut.

*Tabell 1:21.* Olika inkomstslags betydelse i 1 000-tal kronor per kostenhet och i procent av den disponibla inkomsten per kostenhet för åren 1991 och 1999 i 2000 års priser för de 20 procent med lägst respektive högst inkomster

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

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

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



## 1.7 Sammanfattning: Institutionernas förändringar

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

Försörjningssystemen har genomgått ett mycket stort antal regeländringar under decenniet. Dessa förändringar har i sin inriktning tydligt följt arbetslöshetens och statsfinansernas svängningar. Besluten om att sänka ersättningsnivåerna i de inkomstrelaterade förmånerna, men också i delar av familjestödet, kom då konjunkturen var nära bottenläget. Sedan konjunkturen vände har nivåerna justerats uppåt, om än sällan till de nivåer som rådde vid decenniets ingång.

Med nedgången följde också beslut som på olika sätt skärpte kvalificeringsvillkoren i systemen. Först skärptes beviskraven i arbetsskadeförsäkringen och därefter infördes hårdare krav i förtidspension och sjukförsäkring. Dessa åtgärder har inte minskat antalet försäkrade, men däremot påverkat antalet som faktiskt uppstår ersättning. Villkoren i försäkringarna skärptes också genom införandet av karenstider i både arbetslöshetsförsäkringen och sjukpenningförsäkringen och villkoren för socialbidrag har också successivt kommit att skärpas.

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

antalet regeländringar i sig eftersom omfattningen av dessa kan innebära att människors tilltro till försörjningssystemen minskar.

Utvecklingen av välfärdstjänsterna är på många sätt mer disparat. Några generella mönster är dock synliga. *Privatisering* och *brukarfinansiering* är två av dessa. Privatisering utan offentlig inblandning är alltså ett marginellt fenomen, medan offentligt finansierade tjänster "producerade" av en icke-offentlig aktör har blivit allt vanligare inom såväl barnomsorg, skola, individ- och familjeomsorg som äldreomsorg. Denna utveckling är direkt orsakad av politiska beslut och viljeinriktning. Ökad brukarfinansiering, det vill säga att individen själv i högre utsträckning betalar för tjänsten, är också ett generellt kännetecken. Exempelvis finner vi att andelen av den totala kostnaden som brukarna själva betalar i direkta avgifter har ökat såväl inom barnomsorgen som inom sjukvården, äldreomsorgen och tandvården. En tredje generell trend är *decentralisering*. Decentraliseringstendenserna kommer närmare att belysas i avsnitt 1.8.4. Det är viktigt att än en gång påpeka att konsekvenserna för medborgarnas välfärd och välfärdens fördelning av dessa tre generella förändringar – decentralisering, privatisering och brukarfinansiering – i huvudsak är okända.

Den ekonomiska åtstramning som har skett inom många, men inte alla, välfärdstjänsteområden har haft olika karaktär. Det mest uppenbara exemplet på att åtstramningarnas karaktär har varierat mellan olika välfärdstjänsteområden finner vi om vi jämför omsorgen om samhällets unga och gamla. På barnomsorgens område kan vi se att allt fler barn har någon form av barnomsorgsplats men att såväl kostnaden per barn som antalet vuxna per barn minskat, det vill säga åtstramningen har skett genom vad kommittén tidigare har benämnt resursuttuning. Inom äldreomsorgen är det snarare så att andelen som får hjälp har minskat genom att vissa sysslor numera faller utanför det offentliga åtagandet. Inom grundskolans område innebär skolplikten självfallet att besparingar inte har kunnat ske genom att neka utbildning. Här finner vi istället en mycket tydlig resursuttuning i så måtto att antalet elever per lärare har ökat markant. Vi kan också notera att andelen lärare utan pedagogisk utbildning har ökat i grundskolan, en trend som tycks accentueras i början av 2000-talet, till skillnad från barnomsorgen, där den pedagogiska utbildningsnivån ökat bland personalen. Kostnaden per elev är högre 1999 jämfört med 1991 och lärartätheten är oförändrad. Gymnasieskolans förändringar vad gäller kostnader och personal är mindre påtagliga.

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

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

Sammantaget är det värt att notera, att åtstramningarna såväl inom försörjningssystemen som inom välfärdstjänsterna i flera fall lett till en förskjutning både mot rent privata lösningar och mot marknadslösningar även om processerna är delvis olika. Individuella och avtalsmässiga försäkringssystem har kommit att få ökad betydelse inom typiska socialförsäkringsområden, medan äldreomsorgen kännetecknas av en ökning av både anhörigas äldreomsorgsinsatser och av privat köpt hjälp. Att detta skett innebär dock inte att offentliga och privata tjänster nödvändigtvis kan ses som kommunicerande kärl i betydelsen att privata lösningar med automatik ersatt minskade offentliga åtaganden. Minskade offentliga insatser på till exempel tandvård för vuxna har inte kompenseras av privata försäkringslösningar. Vi har kunnat konstatera olika typer av skiktningssmönster i båda dessa förskjutningar av såväl försörjningssystem som välfärdstjänster. Inom inkomstförsäkringens område vet vi exempelvis, att det privata pensionssparandet är högst bland höginkomsttagare men också bland kvinnor och att avtalsförsäkringar av förklarliga skäl inte täcker alla medborgare. På motsvarande sätt kan vi inom äldreomsorgen notera, att resursrika äldre i ökad omfattning kommit att ersätta hemtjänsten med

marknadshjälp, medan mindre resursstarka äldre oftare fått förlita sig på anhörighjälp.

## 1.8 Förvaltningsberättelse

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

### 1.8.1 Demografiska förändringar

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

#### **Befolkningens ålderssammansättning<sup>49</sup>**

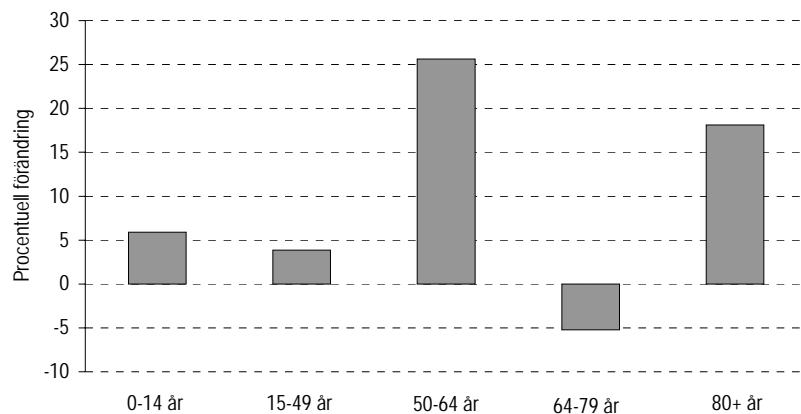
Vid inledningen till 1990-talet hade Sverige en ur ett europeiskt perspektiv mycket hög andel äldre i befolkningen. År 1990 var 18 procent av den svenska befolkningen över 65 år. Samtidigt var andelen småbarn i befolkningen också stor, ett resultat av den höga fruktsamheten under slutet av 1980- och början av 1990-talet. År 1992 uppgick andelen 0–4-åringar i Sverige till sju procent, den högsta nivån sedan slutet på 1960-talet. Den höga andelen äldre och småbarn innebar stora påfrestningar på ekonomi och välfärdsystem. Samtidigt som barn, och i än högre grad äldre, gör anspråk på en stor del av den offentliga konsumtionen och transfereringarna, bidrar de i mycket liten omfattning till systemens finansiering.

---

<sup>49</sup> Detta avsnitt bygger i huvudsak på SOU 2000:3 samt Thomas Lindhs bidrag till kommittén (SOU 2000:37), se Bilaga 4.

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

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



*Källa:* SCB:s befolkningsstatistik.

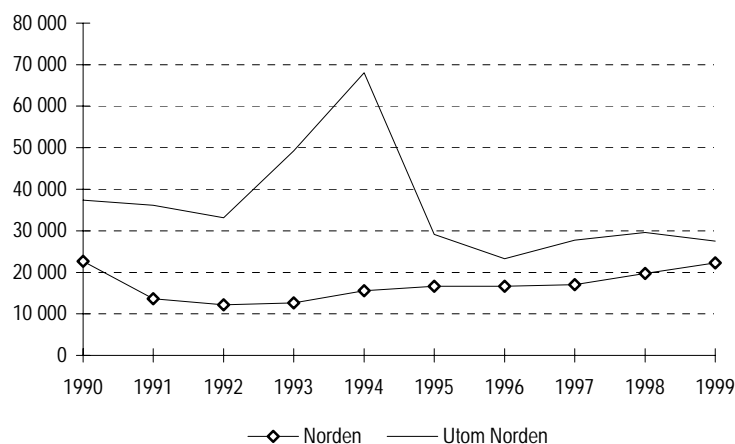
Den förbättrade försörjningskvoten innebär att den resursbas som var tillgänglig för välfärdssystemens finansiering stärktes. Samtidigt skedde dock förskjutningar i åldersstrukturen som i vissa avseenden ökade kraven på välfärdssystemen. Något som särskilt bör noteras är den markanta ökningen, cirka 18 procent, i den allra äldsta åldersgruppen, 80 år och äldre. De allra äldsta är mottagare av en stor del av samhällets välfärdstjänster, främst i form av vård och omsorg. De höga födelsetalen runt 1990 innebär också att barn-

gruppen 0–14 år växte under 1990-talet, samtidigt som den starka nedgången i fruktsamhet under decenniets senare år har inneburit en successiv förskjutning från småbarn till skolbarn. Denna utveckling är av stor betydelse för bedömningen av 1990-talets utveckling inom barnomsorgen och framför allt inom grundskolan.

### Invandring<sup>50</sup>

Under 1990-talet ledde ett flertal konflikter och inbördeskrig i världen till att Sverige i olika vågor tog emot flyktingar. Den ojämförligt kraftigaste invandringen kom från det forna Jugoslavien. Flyktinggruppen därifrån är tydligt urskiljbar i den starka uppgång som sker av antalet utomnordiska invandrare 1993 och 1994 (Figur 1:6). Av dem som beviljades uppehållstillstånd av flyktingkäl eller flyktingliknande skäl under 1990-talet kom drygt 77 000 eller 53 procent från det forna Jugoslavien.

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



Källa: SCB.

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

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

länder utanför västvärlden, betydande svårigheter att etablera sig på den svenska arbetsmarknaden (Edin & Åslund 2001). Av särskild vikt är därför att notera att antalet utrikes födda som kommer från länder utanför Europa ökade under 1990-talet. Under de sju första åren under detta årtionde ökade antalet utomeuropéer i befolkningen med 40 procent. Antalet personer som kom från Europa utom Norden ökade också ökat relativt kraftigt, medan antalet personer i befolkningen som invandrat från Norden minskade något under perioden.

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

### 1.8.2 Förändringar i ekonomin och på arbetsmarknaden<sup>51</sup>

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

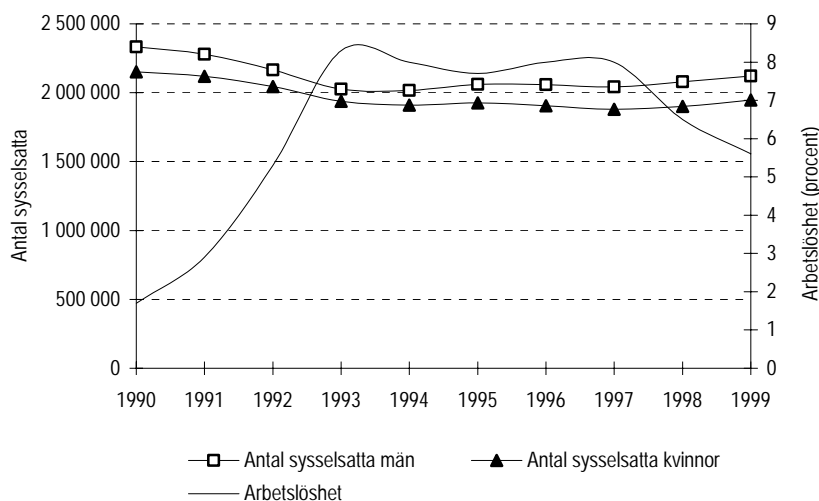
När den ekonomiska krisen drabbade Sverige i början av 1990-talet föll sysselsättningen dramatiskt och arbetslösheten ökade till en nivå som tidigare varit i det närmaste otänkbar. Även jämfört med många andra länder i Västeuropa var arbetslöshetsutvecklingen i Sverige dramatisk. Mellan 1990 och 1993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

---

<sup>51</sup> Detta avsnitt bygger på Per Lundborgs (SOU 2000:37) underlag till kommittén samt SOU 2000:3, se Bilaga 4.



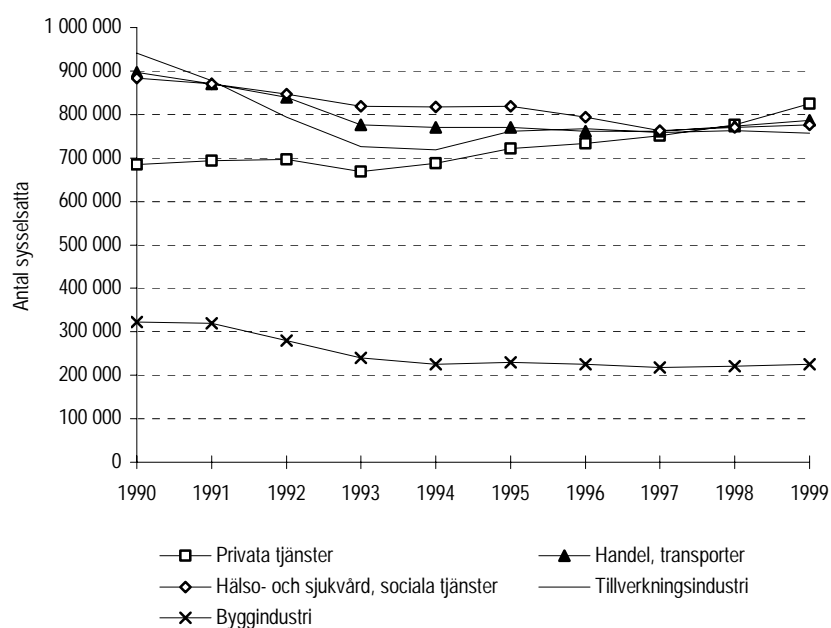
Figur 1:7. Antal sysselsatta samt öppen arbetslöshet (procent), 1990–99



Källa: SCB (AKU).

Nedgången i sysselsättning fram till årsskiftet 1992–93 kan delas in i dels en internationell fas, karakteriserad av en kombination av inhemsk kostnadskris och internationell lågkonjunktur, och dels en realräntefas, karakteriserad av höga realräntor och vidhängande fallande inhemsk efterfrågan på varor och arbetskraft. I den internationella fasen drabbades främst de exportberoende sektorerna i ekonomin, och särskilt tillverkningsindustrin, av sysselsättningsnedgången (Figur 1:8). I realräntefasen 1992–93 drabbades även de sektorer som är mer beroende av inhemsk efterfrågan, såsom handels-, transport- och byggsektorn, varefter sysselsättningen i dessa sektorer stabiliserades efter 1994. Noterbart är också att de privata tjänstesektorerna har, med undantag för 1993, kontinuerligt ökat sin sysselsättning och hade 1999 till och med något fler sysselsatta personer än tillverkningsindustrin.

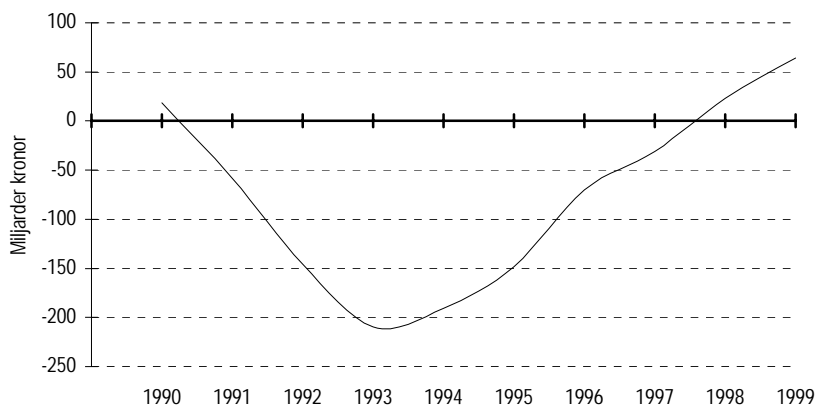
Figur 1:8. Sysselsättning i delsektorer av ekonomin, 1990–99



Källa: SCB (AKU).

Sysselsättningskrisen kom att få stora konsekvenser för statens finanser, eftersom den minskade sysselsättningen ledde till både minskade skatteintäkter och ökade offentliga utgifter, bland annat i form av arbetslöshetsersättning. Detta resulterade i ett snabbt accelererande underskott i statens finanser (Figur 1:9). År 1990 uppvisade statens finanser ett överskott på nästan 19 miljarder kronor. Från 1991 befann sig underskottet mer eller mindre i fritt fall och uppgick 1993 till närmare 210 miljarder kronor. År 1994 var underskottet fortfarande närmare 200 miljarder kronor, men minskade snabbt därefter och 1998 och 1999 förelåg ett överskott på drygt 20 respektive 60 miljarder kronor.

*Figur 1:9.* Statens finansiella sparande (skillnader mellan inkomster och utgifter), 1990–99. Miljarder kronor i löpande priser



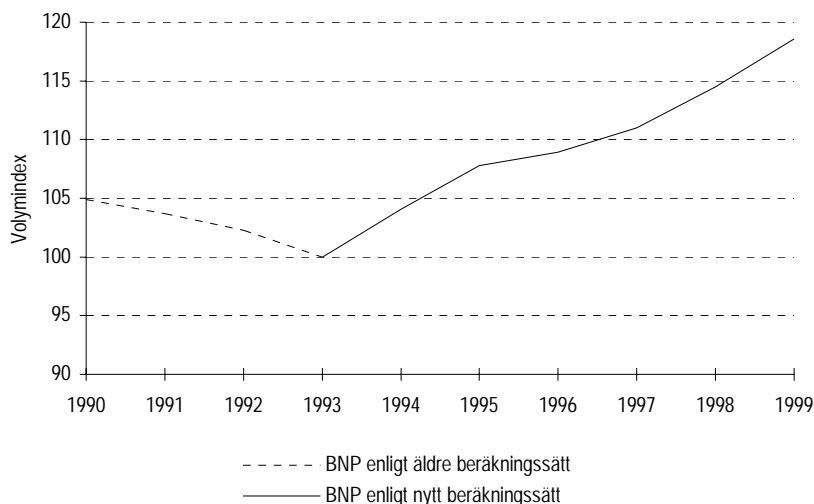
*Källa:* Finansdepartementet.

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

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

kom att kvarstå under hela decenniet vände tillväxttrenden redan 1993.

*Figur 1:10.* Bruttonationalprodukten (BNP) i fasta priser 1990–99. Volymindex (1993=100)



*Källa:* SCB (Nationalräkenskaperna).

### 1.8.3 Centrala beslut och utvecklingslinjer i 1990-talets ekonomiska politik

Ur ett övergripande perspektiv är det uppenbart att det finns ett samband mellan 1990-talets ekonomiska kris och välfärdsutvecklingen. När det gäller enskilda politiska beslut och institutionella förändringar under 1990-talet, är de samlade effekterna på välfärdsutvecklingen däremot mycket svårbedömbara. De många parallella politiska och institutionella förändringarna, under en period präglad av akut ekonomisk kris, gör det också svårt att isolera de politiska vägvalens betydelse. Vissa politiska beslut och utvecklingslinjer synes emellertid vara av särskild betydelse för att förstå hur såväl enskilda individers levnadsnivå som de strukturella förutsättningarna för välfärdspolitiken förändrades under detta decennium.

Redan före den ekonomiska krisens utbrott i Sverige fattades en rad beslut som antingen på ett direkt sätt präglade välfärdsutvecklingen under 1990-talet, eller genom att förändra villkoren för den ekonomiska politiken på ett mer indirekt sätt kom att påverka välfärdspolitiken. Ett beslut som hade både en direkt och en indirekt påverkan på välfärdsutvecklingen var beslutet att reformera det svenska skattesystemet, en reform som i huvudsak kom att implementeras under åren 1990–91. Syftet med denna reform kan sammanfattas i tre punkter: att reducera skatten på arbete och sparande och höja skatten på konsumtion och lånande, att införa samma skattebehandling för inkomst från arbete och kapital samt att motverka skatteplanering och skattefusk (Regeringens proposition 1989/90:110). De viktigaste inslagen i skattereformen kom att bli en utvidgning av skattebaserna, främst inom kapitalbeskattningen och mervärdesskatten, samt en sänkning av skattesatserna på inkomst från arbete och kapital. Skattereformen var kortsiktigt underfinansierad, och tanken var att så kallade dynamiska effekter, bland annat i form av ett ökat arbetsutbud, på lite längre sikt skulle öka statens skatteintäkter. Avsikten var att skattereformen skulle vara fördelningsmässigt neutral, där de fördelningsmässigt negativa effekterna av sänkta marginalsatser skulle uppvägas av att barn- och bostadsbidragen samtidigt höjdes. Analyser som gjorts (Björklund, Palme & Svensson 1995) pekar mot att skattesystemets samlade utjämnings effekt minskade påtagligt som en följd av skattereformen, men att detta motverkades fullt ut av de höjda barn- och bostadsbidragen. Sammantaget innebar således skattereformen att inkomster från olika försörjningssystem kom att utgöra en större del av framför allt många barnfamiljers disponibla inkomst.

Skattereformen 1990–91 markerar också inledningen på en omläggning av bostadspolitiken. Den ökade betydelse som bostadsbidragen fick i samband med denna reform innebar att bostadspolitiken fick en mer selektiv inriktning, en trend som kom att accentueras än mer i och med det borgerliga makttillträdet 1991. Denna regering inledde en radikal omläggning av bostadspolitiken, som vägledades av synsättet att frågor inom detta område skulle hanteras på samma sätt som frågor vilka rör andra marknader. Sammantaget har beslut under 1990-talet, tagna av både socialdemokratiska och borgerliga regeringar, inneburit att bostadssektorn gått från en stark subventionering till att vara en inkomstkälla för staten (Lindbom 2001). Detta har skett både genom ökade

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

Av central betydelse för att förstå den samhällsekonomiska utvecklingen under 1990-talet är att låg inflation, istället för full sysselsättning, kom att ses som det centrala stabiliseringspolitiska målet, ett mål som sågs som en förutsättning för att upprätthålla sysselsättningen och därmed välfärden. I själva verket togs dock de första stegen i denna inflationsbekämpningspolitik redan i samband med den s.k. superdevalveringen 1982. Efter denna devalvering, då den svenska kronans värde skrevs ned med 16 procent, var det tänkt att Sverige skulle slå in på en så kallad hårdvalutapolitik. Tanken var att bindningen till en fast växelkurs skulle hålla tillbaka pris- och löneökningarna även vid hög sysselsättning, och om kostnadsläget ändå blev för högt, skulle en anpassning ske genom en tids lägre vinster i näringslivet och lägre sysselsättning. Ytterligare steg i denna inflationsbekämpningspolitik togs 1993, då Riksbanken slog fast målet att inflationen skulle hålla sig mellan en och tre procent, samt 1999, då Riksbanken formellt blev mer självständig och målet om prisstabilitet lagfästes.

Kreditavregleringen 1985 kom också att påverka den samhällsekonomiska, och därmed också den socialpolitiska, utvecklingen under 1990-talet. Denna avreglering, och speciellt beslutet att slopa utlåningstaken för banker, bostadsinstitut och finansbolag, gav starka incitament för företag och hushåll att öka sin upplåning. Detta tillsammans med en låg realränta under slutet av 1980-talet drev upp utlåning och priser på främst fastigheter i vad som kan beskrivas som en självförstärkande spiral. När sedan fastighetspriserna sjönk under 1990-talets inledande år ledde detta till stora kreditförluster för banker och finansbolag. Staten kom i praktiken att stå för en stor del av dessa kreditförluster vilket ökade statens budgetunderskott. Samtidigt bidrog obalanserna i det finansiella systemet till nedgången i den privata konsumtionen och i investeringar och sysselsättning i fastighets- och byggsektorn under 1990-talets inledande år.

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

### **1990–1992 års krispolitik och kronkursförsvar<sup>52</sup>**

Slutet av 1980-talet, som ofta går under beteckningen överhettningen, kännetecknades bland annat av hög inhemsk inflation orsakad av höga pris- och löneökningar, vilket ledde till en försämring av den svenska industrins konkurrenskraft. Då den internationella konjunkturen började vika vid ingången till 1990-talet tappade den svenska exportindustrin marknadsandelar i snabb takt. Under 1990 sågs också de första tecknen på allvarliga obalanser i det finansiella systemet i spåren av valutaavregleringen (1989) och avregleringarna på kreditmarknaden samt den därpå följande kreditexpansionen. En tydlig sysselsättningsminskning kunde redan nu skönjas dels i byggsektorn och dels i de exportinriktade sektorerna och de branscher som var beroende av exportsektorn.

I detta läge inledde regeringen överläggningar med arbetsmarknadens parter för att om möjligt strama åt den ekonomiska politiken och bekämpa inflationsuppgången utan att arbetslösheten steg ytterligare. Dessa överläggningar ledde dock inte till några resultat, och i början av 1990 lade den socialdemokratiska regeringen därför fram det så kallade stoppaketet, som innebar lagstiftade ingrepp i pris- och lönebildningen genom bland annat lönestopp, prisstopp, hyresstopp och inskränkningar i konflikt-rätten. Regeringen förlorade emellertid omröstningen i riksdagen om stoppaketet och tvingades avgå. Uppdraget att bilda regering gick dock tillbaka till socialdemokraterna och en socialdemokratisk minoritetsregering tillträdde i slutet av februari 1990. Under våren kom regeringen tillbaka med förslag om finanspolitiska åtstramningar, bland annat drogs förslagen om en sjätte semestervecka och förlängd föräldraförsäkring tillbaka.

---

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

Den politiska oron hade vid det här laget smittat av sig på valutamarknaderna, och för att hindra det valutautflöde som uppstod och försvara den fasta växelkursen höjde Riksbanken räntan. Oron på valutamarknaden föranledde regeringen att under hösten 1990 lämna ytterligare förslag på budgetpolitiska åtgärder, vilka bland annat innefattade sänkt ersättningsnivå i sjukförsäkringssystemet. I samband med detta gav regeringen också besked om att den avsåg att starta en process som syftade till svenskt medlemskap i dåvarande EG, där man vid denna tid prioriterade fasta växelkurser inom ramen för växelkurssamarbetet EMS. I maj 1991 togs ytterligare ett steg i Sveriges nya Europapolitik, då Riksbanken annonserade att kronan ensidigt knutits till ecun.

Sveriges nya Europapolitik och de budgetpolitiska nedskärningarna stabiliserade läget på de inhemska ränte- och valutamarknaderna under första halvåret 1991. Under andra halvåret 1991 inträffade dock händelser i vår omvärld som ytterligare ökade det tryck som Sveriges ekonomi var satt under. I november skrev Finland ned värdet på den finska marken gentemot ecun i spåren av den akuta kris som bland annat nedgången i handeln med före detta Sovjetunionen skapat. Under denna period steg också realräntan utomlands. I detta läge tog spekulatioerna mot kronan ny fart och Riksbanken tvingades återigen höja räntan för att försvara kronkursen.

Valet i september 1991 ledde till ett maktskifte varpå en borgerlig fyrpartiregering under Carl Bildt bildades. Den borgerliga regeringens inriktning på den ekonomiska politiken, kallad *Ny start för Sverige*, lade tonvikten på avreglering, privatisering och strukturella reformer. Liksom tidigare sattes inflationsbekämpningen via en fast växelkurs i centrum för den ekonomiska politiken. De akuta problemen för den svenska ekonomin tornade dock upp sig, och den växande finanskrisen, produktionsbortfallet och den ökande arbetslösheten undergrävde ytterligare trovärdigheten för den fasta växelkursen. Kronan utsattes för en rad spekulativa attacker, och ju mer Riksbanken strävade efter att försvara den fasta växelkursen genom räntevapnet, desto djupare blev den inhemska krisen. I spåren av de ökande utgifterna för arbetslösheten och minskade skatteinkomster, främst på grund av lägre sysselsättning men också på grund av den underfinansierade skattereformen och kostnaderna för finanskrisen, började också det snabbt växande budgetunderskottet ses som ett alltmer centralt problem i den svenska ekonomin.



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

I detta läge, på hösten 1992, inledde den borgerliga regeringen förhandlingar med den socialdemokratiska oppositionen om en krisuppgörelse. Resultatet, som kallats krispaket 1, presenterades den 20 september 1992, och innebar att statens budget skulle förstärkas med 20 miljarder kronor genom en kombination av inkomstökningar och utgiftsminskningar. Läget på ränte- och valutamarknaderna förblev dock instabilt, bland annat beroende på att krisen i banksektorn blev alltmer akut. Efter en tid presenterades därför krispaket 2 för att förbättra näringslivets konkurrenskraft och därmed förbättra förutsättningarna, och därmed tilltron till, den fasta växelkursen. Paketet innehöll bland annat förslag om kortare semester och lägre arbetsgivaravgifter. Oron på valutamarknaderna fortsatte dock och i slutet av 1992 var Riksbanken i princip hänvisad till att stödköpa kronor för att försvara den fasta växelkursen, eftersom nya räntehöjningar skulle skynda på den ekonomiska nedgången. Stödköpen visade sig dock vara verkningslösa, och den 19 november 1992 släpptes kronan fri. När kronförsvaret släpptes bromsades sysselsättningsnedgången i exportindustrin och de importkonkurrerande sektorerna upp och den skarpa nedgången i den svenska ekonomin kunde brytas.

### Krispolitiken 1993–1997<sup>53</sup>

Som påpekats var inflationsbekämpning den ledande principen för den ekonomiska politiken under det tidiga 1990-talet för såväl de borgerliga som socialdemokratiska regeringarna. Därför sökte man inte angripa de budgetproblem som sysselsättningsnedgången i den privata sektorn gett upphov till genom att motverka arbetslösheten eller öka sysselsättningen, eftersom man menade att detta kunnat äventyra inflationsbekämpningen. Istället sågs nedskärningar i statens utgifter, eller "budgetsanering" som det kom att kallas, som en nödvändig förutsättning för ekonomisk återhämtning med stigande sysselsättning och sjunkande arbetslöshet i kombination med låg inflation. Under resten av den borgerliga mandatperioden fortsatte därför regeringen att lansera budgetbesparingar, och våren 1993 presenterades den så kallade Nathalieplanen med syfte att fungera som en långsiktig plan för budgetsaneringen.

Valet 1994 innebar att en socialdemokratisk regering kom till makten, som till utgiftsnedskärningar även lade inkomstökningar som ett medel för att bringa statens finanser i balans. Regeringen kom också att ange tydliga mål för den offentliga sektorns finanser och senare också för utvecklingen på arbetsmarknaden. Statskulden som andel av BNP skulle stabiliseras senast 1998 (ambitioner som senare kom att höjas till att stabiliseringen skulle ske redan 1996) och de offentliga finanserna skulle vara i balans 1998. I det så kallade Konvergensprogrammet från 1995, vilket i stort sett överensstämde med de konvergenskriterier som upprättats av EU inför bildandet av den ekonomiska och monetära unionen (EMU), angavs dessutom att underskottet i den offentliga sektorn inte fick överstiga 3 procent av BNP 1997. Vidare angavs att den offentliga bruttoskulden inte fick överstiga 60 procent av BNP eller, om denna nivå överstegs, skulle den minska i tillfredsställande takt (Regeringens proposition 1994/95: 25; Regeringens proposition 1994/95:150).

I mars 1996 angav den socialdemokratiska regeringen i sin regeringsförklaring målet att den öppna arbetslösheten skulle vara fyra procent år 2000 (Regeringens proposition 1995/96:207). I budgetpropositionen för 1999 fastställdes dessutom ett kompletterande mål för sysselsättningen, som innebar att andelen reguljärt syssel-

---

<sup>53</sup> Detta avsnitt bygger i huvudsak på Jacobsson (1997); Jonung (1997, 1999); Regeringens proposition 2000/01:100 bilaga 5.

satta av befolkningen mellan 20 och 64 år skulle vara 80 procent år 2004 (Regeringens proposition 1998/99:1).

Åtgärderna för att uppnå långsiktigt hållbara offentliga finanser innefattade även en tydligare målformulering för budgetpolitiken genom införandet av mål för det offentliga finansiella sparandet och utgiftstak. Utgiftstaken för den offentliga sektorn är nominella och sträcker sig tre år framåt i tiden och omfattar alla utgifter i statsbudgeten (förutom räntor på statsskulden), inklusive utgifter för de socialförsäkringar som redovisas utanför statsbudgeten (Regeringens proposition 1994/95:150). Målet om ett långsiktigt överskott i det offentliga finansiella sparandet, motsvarande två procent av BNP i genomsnitt över en konjunkturcykel, lades fast i vårpropositionen 1997 (Regeringens proposition 1996/97:150). Målet för år 2001 kom senare att revideras upp till 2,5 procent. Även för det kommunala finansiella sparandet sattes restriktioner upp genom införande år 2000 av det så kallade balanskravet, som innebär att kommuner och landsting skall upprätta sin budget så att intäkterna överstiger kostnaderna.

En viktig del i saneringen av statens budget var det så kallade Konsolideringsprogrammet som genomfördes under åren 1994–98 och som innebar en permanent förstärkning av de offentliga finanserna med 126 miljarder kronor, motsvarande 7,5 procent av BNP, inklusive de 18 miljarder som det redan fattats beslut om under föregående mandatperiod. Konvergensprogrammet innebar budgetförstärkningar på ytterligare sammanlagt 0,5 miljarder kronor under 1997 och 1998. Konsolideringsprogrammet kom till drygt 50 procent att bestå av utgiftsnedskärningar. Till större delen (nära 50 procent) bestod dessa utgiftsnedskärningar av minskade transfereringar till hushållen, medan andra delar av utgiftsminskningarna berörde offentlig konsumtion och minskade subventioner. Statsbidragen till kommuner och landsting undantogs dock i stort sett från besparingar, vilket inte innebar att kommuner och landsting var skyddade från ekonomiska påfrestningar då kommunernas och landstingens skattebas urholkats genom den höga arbetslösheten samtidigt som deras utgifter, bland annat för socialbidragen, ökat. Inkomstförstärkningarna kom till cirka en tredjedel att utgöras av höjda egenavgifter, vilka ökade från 0,95 procent 1994 till 6,95 procent 1998. Den så omdebatterade värnskatten, som innebar en höjning av den statliga skatten från 20 till 25 procent på inkomster över en viss nivå, utgjorde cirka sex procent av inkomstförstärkningarna.

### Återställare 1997–2000

I spåren av budgetnedskärningarna och det så kallade Konsolideringsprogrammet förbättrades de offentliga finanserna markant efter 1994, och 1998 var statens finansiella sparande (det vill säga skillnaden mellan inkomster och utgifter) för första gången sedan 1990 positivt. Dessa förbättringar i statens finanser hade under slutet av 1990-talet givit utrymme dels för att återställa en del av de försämringar som gjordes inom transfereringssystemen tidigare under decenniet, dels för satsningar inom den offentliga, och främst då den kommunala, sektorn och för utvidgade åtgärder mot arbetslösheten.

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

Förutom dessa s.k. återställare inom transfereringssystemen skedde under slutet av 1990-talet också resursförstärkningar inom den kommunala sektorn och utbildningsväsendet. En stor del av dessa satsningar ingick i det fempunktsprogram för arbete och utbildning som den socialdemokratiska regeringen presenterade i samband med 1997 års ekonomiska vårproposition. Resurstillskottet till den kommunala sektorn var i storleksordningen fyra miljarder kronor 1997 och åtta miljarder kronor per år under perioden 1998–2000. Regeringens ambition var att detta resurstillskott skulle användas för satsningar inom vård, skola och omsorg, bland annat för att minska väntetiderna i sjukvården, höja kvaliteten inom äldreomsorgen samt till stöd för elever med särskilda behov i skolan. Förhoppningen var att dessa satsningar skulle skapa ett utrymme för att sysselsätta cirka 25 000 personer fler än vad som annars varit möjligt. I budgetpropositionen för 1998 och 1998 års ekonomiska vårproposition utökades tillskottet till kommuner och landsting till att sammanlagt omfatta drygt 21 miljarder kronor under perioden 1997 till 2000.

Sysselsättningsminskningen och ökningen av antalet arbetslösa under 1990-talet satte arbetsmarknadspolitiken på hårda prov. Efter 1993 började den öppna arbetslösheten att sjunka, men under 1996 och 1997 bromsades förbättringen på arbetsmarknaden upp, vilket ställde nya krav på insatser för att regeringens mål om fyra

procents öppen arbetslöshet år 2000 skulle nås. Utbildningspolitiken kom i detta sammanhang att inta en central plats. Som ett led i denna inleddes 1997 det så kallade Kunskapslyftet, som bland annat syftade till att skapa 100 000 platser inom vuxenutbildningen, främst för vuxna arbetslösa utan fullständig gymnasieutbildning, samt 30 000 nya permanenta platser inom högskolan. Även nya arbetsmarknadspolitiska åtgärder tillkom, bland annat speciella åtgärder för att minska arbetslösheten bland lågutbildade ungdomar, åtgärder som syftade till att arbetslöshetsersättningen skulle kunna användas på ett mer aktivt sätt. Därtill infördes olika former av regelförenklingar.

#### 1.8.4 Utvecklingen i den kommunala sektorn

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

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

## Kommunerna

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

### *Decentralisering<sup>54</sup>*

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

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

---

<sup>54</sup> Avsnittet om decentralisering bygger i huvudsak på Åke Bergmarks (SOU 2001:52) underlag till kommittén, se Bilaga 4.

Två reformer framstår som särskilt viktiga i sammanhanget. Den ena är införandet av den nya kommunallagen 1992 och det därmed ökade utrymmet för kommunerna att självständigt utforma sin interna organisation. Den andra är systemskiftet från öronmärkta till generella statsbidrag ett år senare (se nedan), med vilket staten avstod en del av sina tidigare möjligheter att genom villkor och resursfördelning påverka fördelning och inriktning i de kommunala verksamheterna. Parallellt med detta övertog kommunerna genom Ädel-, handikapp- och psykiatrireformerna ansvaret för verksamheter som tidigare varit en angelägenhet för landstingen och fick dessutom ett mer genomgripande ansvar för skolan. Inom den aktiva arbetsmarknadspolitiken ökade det kommunala engagemanget under i stort sett hela decenniet.

I spåren av den nya kommunallagen följde också snabba organisatoriska förändringar i kommunerna. Visserligen präglades kommunernas verksamhet redan före 1992 av täta organisationsbyten, men med den nya lagen ökade takten och förändringarna kom allt mer att inbegripa den grundläggande nämndstrukturen. I mitten av 1990-talet hade två tredjedelar av kommunerna övergivit den traditionella sektorsindelningen för sina nämnder. Det totala antalet nämnder i landet minskade också som en följd av att kommuner av effektivitetsskäl valde att slå samman tidigare specialnämnder i mer övergripande beslutsorgan (SOU 1996:169, bilaga V).

Utvecklingen under 1990-talet kan inte heller helt förstås utan att man tar hänsyn till förändringar som genomfördes tidigare. Så måste till exempel det faktum att de svenska kommunerna gick in i den ekonomiska krisen med en – beroende på de ramlagar som införts – relativt oprecis styrning på många områden, betraktas som viktigt för den utveckling som sedan följde. Ett exempel på detta är socialbidragen där kommunerna, åtminstone fram till den reviderade socialtjänstlagen 1998, kunde driva utvecklingen i riktning mot minskade rättigheter och utökade skyldigheter för den enskilde.

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

det tredje innebar revideringen av skatteutjämningsystemet 1996 att de möjligheter som kommuner med hög skattekraft tidigare hade att ta ut en väsentligt lägre kommunalskatt än andra begränsades. För det fjärde ändrades vissa lagar på ett sätt som innebar en ambitionshöjning utan att kommunerna fick full kompensation för de kostnadsökningar som följde, till exempel genom den utökade skyldigheten att erbjuda barnomsorg från 1995.

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

### *Privatisering<sup>55</sup>*

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

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

---

<sup>55</sup> Avsnittet om privatisering bygger i huvudsak på Gun-Britt Trydegårds (SOU 2001:52) underlag till kommittén, se Bilaga 4.



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

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

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

*Tabell 1:22.* Andel verksamma i alternativa driftformer inom välfärdstjänsterna samt den procentuella ökningen mellan 1993 och 2000

År	Andel verksamma i alternativ drift, procent		Procentuell ökning av andelen verksamma i alternativ drift 1993-2000
	1993	2000	
Barnomsorg	4,0	10,8	170
Skola <sup>1)</sup>	1,2	3,4	183
Äldre- och handikappomsorg	2,5	12,9	416
Hem för vård eller boende	19,1	37,1	94
De primärkommunala välfärdstjänsterna totalt	4,4	9,6	118

<sup>1)</sup> För skolan avser jämförelsen 1994 och 2000, p.g.a. osäkerhet i data för 1993.

Analyser av mer detaljerade data visar att ökningen var kraftigare för vinstsyftande företag än för icke vinstsyftande (till exempel föräldrakooperativ inom barnomsorg och skola). Vidare framgår att ökningstakten tenderade att accentueras i övergången mellan år 1999 och år 2000. Om siffrorna bryts ned på kommunal nivå framkommer mycket stora variationer. Andelen anställda i privat drift varierade 1999 mellan 0 och 32 procent. I drygt hälften av Sveriges kommuner var mindre än fem procent av personalen inom välfärdstjänsterna anställda i privat drift detta år. Generellt sett var andelen privatanställda högre i kommuner med en hög andel moderatröster och med en jämförelsevis låg nivå på det kommunala serviceutbudet, medan den var lägre i kommuner med en hög andel lågutbildade i befolkningen.

### *Finansiering<sup>56</sup>*

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

<sup>56</sup> Avsnittet om finansiering bygger i huvudsak på Åke Bergmarks (SOU 2001:54) och Ola Sjöbergs (SOU 2001:57) underlag till kommittén, se Bilaga 4.

så kallade "påsen", för att självständigt kunna prioritera mellan olika verksamhetsområden, men med bevarade åligganden i enlighet med lagstiftningen. I runda tal 85 procent av statsbidragen stoppades i "påsen". Efter denna omläggning följde också en period där andelen som fördelades i det generella systemet växte, medan de specialdestinerade bidragen minskade i omfattning. De senare kom i huvudsak att utgå som ersättningar för tjänster som kommunerna utförde åt staten, som till exempel flyktingbidraget och vissa arbetsmarknadspolitiska bidrag. Under senare delen av decenniet och med fortsättning in på innevarande årtionde började dock staten i ökad utsträckning utnyttja öronmärkta pengar i syfte att stimulera tillväxt och kvalitetshöjningar på särskilda områden, särskilt inom skola, vård och omsorg.

Ett nytt utjämningsystem för kommunerna infördes också 1993. Det nya systemet innehöll ett garanterat grundbelopp för att tillförsäkra kommunerna en viss lägsta skattekraft och ett tillägg eller avdrag till grundbeloppet för att kompensera för strukturella skillnader. Utöver detta betalades ett särskilt tillägg om kommunens befolkning minskade med mer än två procent under en femårsperiod. Kritiken mot detta system var emellertid mycket stark, framförallt från storstadskommunerna. En revidering av systemet genomfördes 1996, med innebörden att omfördelningen inte längre gjordes genom att en kommuns skatteinkomster tillfördes en annan kommun. Istället svarade staten formellt för utjämningskostnaderna, men finansierat genom en utjämningsavgift uttagen från kommuner med hög skattekraft och gynnsamma strukturella förutsättningar. Mottagare av bidragen var kommuner med relativt låga skatteinkomster respektive höga strukturellt betingade kostnader. Reformen implementerades successivt under en period av tre år, 1996 till 1998.

De möjligheter som kommuner med hög skattekraft tidigare haft att ta ut en väsentligt lägre kommunalskatt än andra har begränsats med omläggningarna av skatteutjämningsystemet. En annan förändring som kringskar kommunernas finansiella handlingsutrymme under decenniet var de inskränkningar som staten gjorde i möjligheterna att höja kommunalskatten. Under perioden 1991 till och med 1993 tog sig detta uttryck i ett kommunalt skattestopp. Under 1994 utgick en ersättning på sammanlagt 4,2 miljarder till de kommuner som avstod från att höja skatten. Påföljande år avstod staten från att aktivt motverka skattehöjningar, och följdriktigt ökade den genomsnittliga kommunala

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

### *Finanser*<sup>57</sup>

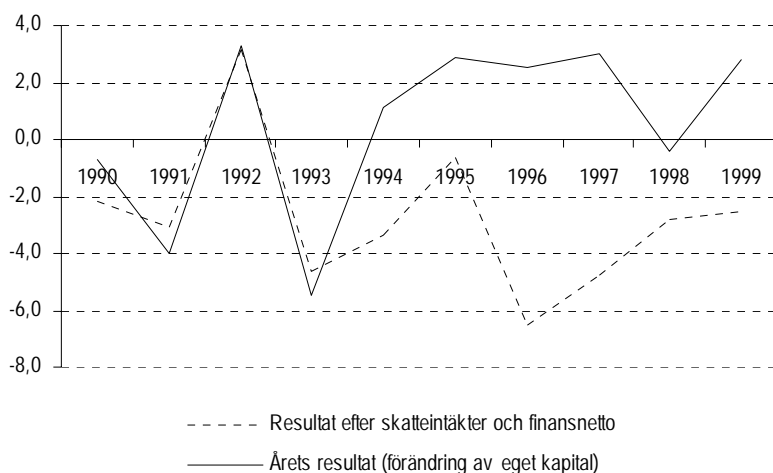
För kommunerna var 1990-talet en period med svåra påfrestningar på såväl intäkts- som på utgiftssidan. På intäktssidan innebar den vikande sysselsättningen under 1990-talets första hälft att kommunernas skatteintäkter urholkades. Kostnaderna drevs upp av en ökad efterfrågan på kommunernas tjänster. Efterfrågan på platser inom barnomsorgen ökade, fler barn började skolan, trycket på äldreomsorgen ökade och kostnaderna för socialbidrag steg kraftigt. Dessutom gjorde en rad reformer, såsom till exempel barnomsorgsgarantin och gymnasireformen, att trycket ökade ytterligare på kommunernas utgifter.

I Figur 1:11 redovisas kommunernas resultaträkning under 1990-talet. Vad vi ser är att kommunerna trots allt uppvisade ett relativt stabilt positivt resultat under perioden 1994–99, medan resultatet i början av årtiondet var betydligt sämre. Under varje enskilt år från mitten av 1990-talet fram till 1999 är det emellertid de extraordinära posterna som bidragit till att förbättra resultatet, som annars hade varit negativt. Ett typexempel på sådana extraordinära intäkter är de reavinster som uppkommer vid försäljning av ett kommunägt företag. Viktigt att komma ihåg här är dock att det ekonomiska läget och den ekonomiska utvecklingen under decenniet varierat avsevärt mellan olika kommuner. För ett inte obetydligt antal kommuner var situationen vid slutet av 1990-talet betydligt mörkare än vad som kan utläsas av figuren.

---

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

Figur 1:11. Kommunernas resultaträkning 1990–99



Källa: Uppgifter från SCB.

## Landstingen

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

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

vård, kollektivtrafik, samt vissa verksamheter inom kulturliv, högskole- och gymnasieutbildning, turism m.m.

Region Skåne bildades 1999 och ersatte Landstinget Kristianstads län och Malmöhus läns landsting. Malmö stad lämnade samtidigt över ansvaret för sjukvården till Region Skåne. Tre sjukvårdsorganisationer, övriga landstingsverksamheter och delar från två länsstyrelser slogs därmed samman till en organisation. År 1999 bildades Västra Götalandsregionen, som styrs av ett direktvalt regionfullmäktige. Regionen har tagit över ansvaret för de uppgifter som tidigare innehades av Landstinget Skaraborg, Landstinget i Älvsborg och Bohuslandstinget samt "landstingsverksamheterna" i Göteborgs Stad.

Också landstingen har påverkats av den typ av marknadsmodeller och marknadsincitament som ovan beskrivits för kommunerna.<sup>58</sup> År 1992 och 1993 ändrades lagstiftningen så att det blev möjligt för landstingen att kontraktera ut verksamheter till privat entreprenad. Under 1993 genomfördes husläkarreformen, och 1994 infördes fri etableringsrätt för privatpraktiserande läkare – reformer som inskränktes respektive upphävdes av den socialdemokratiska regeringen efter maktskiftet 1994 (Blomqvist & Rothstein 2001). Marknadsstyrningen av sjukvården fortsatte emellertid, även om det finns stora regionala skillnader i synen på t.ex. privata vårdgivare. I många landsting har entusiasmen svalnat medan man i andra, särskilt de som är borgerligt styrda, aktivt stimulerat privata vårdgivare. För första gången såldes år 2000 ett akutsjukhus, S:t Görans sjukhus i Stockholm, till ett vinstsyftande företag, och planer finns på att sälja ut även andra storsjukhus inom Stockholmslandstinget. Samma år tog emellertid riksdagen beslut om den så kallade stopplagen, som förhindrar utförsäljning av akutsjukhus till privata entreprenörer.

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

---

<sup>58</sup> Avsnittet om marknadsincitament och privatisering i landstingen bygger i huvudsak på Gun-Britt Trydegårds (SOU 2001:52) underlag till kommittén, se Bilaga 4.

detta sammanhang även sjukhem.<sup>59</sup> Tillägget "annan hälso- och sjukvård" i anslutning till kategorin för tandvård avser sådant som medicinska laboratorier, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och dylikt. Av tabellen framgår att tillskottet av privatanställda var omfattande i bägge sektorerna och att den procentuella ökningen, 114 procent, är jämförbar med den som vi tidigare redovisat för kommunerna.

*Tabell 1:23.* Andel verksamma i alternativa driftformer inom landstingens hälso- och sjukvård samt den procentuella ökningen mellan 1993 och 2000

År	Andel verksamma i alternativ drift, procent		Procentuell ökning av andelen verksamma i alternativ drift 1993-2000
	1993	2000	
Öppen och sluten hälso- och sjukvård	5,3	12,0	126
Tandvård och "annan hälso- och sjukvård"	32,9	63,9	94
Den landstings-kommunala sjukvården totalt	8,3	17,8	114

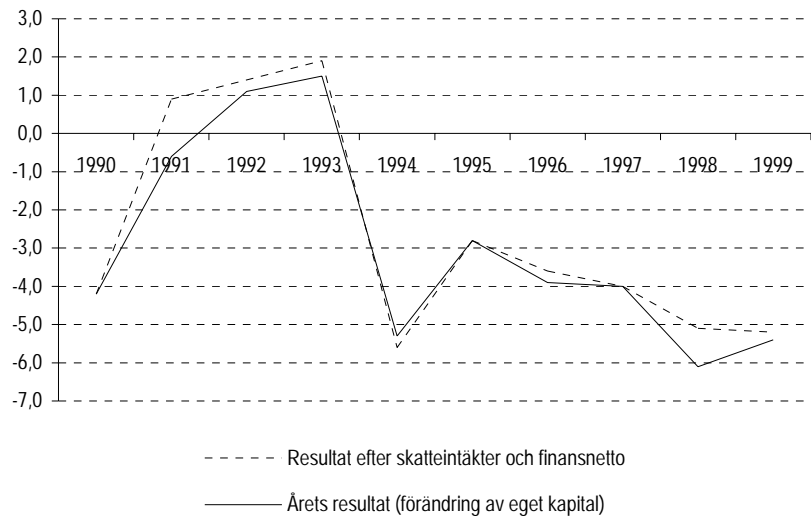
*Källa:* Trydegård (2001).

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

<sup>59</sup> Sjukhemmen sorterar formellt under den primärkommunala äldreomsorgen, men har ej kunnat separeras i analyserna. Totalt handlar det om cirka 20–25 procent av samtliga anställda i sektorn.

behov av vård, utan att dessa avgifter för den skull ökar landstingens inkomster i nämnvärd grad.

Figur 1:12. Landstingens resultaträkning 1990–99



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

\* \* \*

Negativ tillväxt, massarbetslöshet och rekordartade öknings av budgetunderskottet utmärkte 1990-talets ekonomiska kris. Förändringar och beslut i vår omvärld påverkade otvivelaktigt den



ekonomiska och politiska utvecklingen under decenniet. Men med undantag för Finland saknar djupet och omfattningen av krisen motstycke bland de mest utvecklade industriländerna. Detta talar starkt för att beslut och processer på nationell nivå var av avgörande betydelse för krisens förlopp.

Även om det i efterhand kan vara fruktbart att värdera såväl konsekvenserna av olika beslut som storleken på det beslutsutrymme som förelegat, inte minst som underlag och vägledning för den framtida ekonomiska politiken, ligger en sådan analys utanför kommitténs mandat. Vad som ur välfärdsperspektiv bör framhållas är dock att den makroekonomiska utvecklingen under 1990-talet på ett mycket påtagligt sätt kom att påverka välfärdsutvecklingen. Detta gäller såväl för de välfärdspolitiska systemens resurser som för de enskilda individerna. Arbetslösheten drabbade alla befolkningsgrupper, men för utsatta grupper välfärdsutveckling innebar den utdragna sysselsättningskrisen särskilda påfrestningar. Kommitténs slutsats är att när viktiga makroekonomiska beslut ska fattas, finns det all anledning att noga beakta konsekvenserna för välfärdsutvecklingen i den vida mening den givits i det här bokslutet. Sammantaget framstår det som en mycket angelägen uppgift att närmare utreda på vilket sätt makro-ekonomiska vägval under 1990-talet bidrog till den djupa sysselsättningskris, som kom att slå så hårt mot den svenska välfärden.