

Vilka är de utsatta? - perspektiv på svensk välfärd

En sammanfattande rapport

av Gunvall Grip

för Broderskapsrörelsen

Maj 2006

© Gunvall Grip, 2006

Omslagsbild: Marie-Louise Werner

Beställ rapporten från

BRODESKAPSRÖRELSEN

Sveriges Kristna Socialdemokraters Förbund

Box 704 03

107 25 Stockholm

08 545 555 330

eller per mail maarit@broderskap.se

Rapporten finns också att hämta på hemsidan www.broderskap.se

Innehåll

INNEHÅLL	3
I INLEDNING	5
Rapportens inriktning	6
II SVERIGE I ETT INTERNATIONELLT PERSPEKTIV.....	7
Hög ekonomisk tillväxt och god välfärd – inget givet samband.....	7
Ytterligare data om välfärdens utveckling i Sverige	15
III DE UTSATTA I SVERIGE.....	17
Barnen	17
Ungdomarna	20
De vuxna	22
Vräkta och hemlösa	22
Sjukskrivna och förtidspensionerade	24
De funktionshindrade	28
De arbetslösa	31
Boendesegregationen	33
De asylsökande och immigranter utan uppehållstillstånd	34
Tungt missbruk.....	34
Våld och brottsoffer	35
Pensionärerna	36
Kort om demografin	36
De äldres ekonomi.....	37
Hemtjänst, särskilt boende, sjukhusvård och anhörigas stöd.....	38
De äldre och läkemedelsanvändningen	39
IV SAMMANFATTNING	41
REFERENSER.....	45

Diagram, tabeller och tablåer

Diagram

Diagram 1. BNP/invånare för Västeuropa och Nordamerika m.fl. 2003.

Diagram 2. FN:s Human Poverty Index för utvecklade länder. 2001.

Diagram 3. Estes' WISP-index för Västeuropa och USA 2001.

Diagram 4. ZUMA:s välfärdsindex för EU-länder 1997/1999.

Diagram 5. Fattigdomskvoter inom EU vid mitten av 1990-talet.

Diagram 6. Jämförelse av BNP/invånare med WISP.

Diagram 7. BNP/invånare och inkomstjämlighet.

Diagram 8. BNP/invånare och spädbarnsdödlighet.

Diagram 9. BNP/invånare och kvinnorepresentation i parlamentet.

Tabeller

Tabell 1. Ekonomiskt utsatta barn i storstäderna och riket efter samboende och ensamstående föräldrar 1991 och 2003. Antal och i procent av samtliga barn.

Tabell 2. Övergripande beskrivning av hemlösa 2005.

Tabell 3. Antal pågående sjukfall längre än fyra veckor den 31 mars åren 1998 och 2003, efter falllängd och kön.

Tabell 4. Personer med funktionshinder – en sammanställning.

Tabell 5. Personer i arbetskraften och arbetslösa efter födelseland år 2003.

Tabell 6. Antal urbana grannskap i Storstockholm, Storgöteborg och Stormalmö med en befolkning större än 500 personer, indelade efter etnisk respektive ekonomisk typ av utveckling. 2002.

Tabell 7. Alkohol och narkotika.

Tablåer

Tablå 1. Insatsområden för funktionshindrade i Sverige.

Tablå 2. De utsatta i Sverige – en sammanfattande tablå.

I Inledning

I den svenska samhällspolitiska debatten diskuteras med jämna mellanrum välfärdens utveckling. Data inhämtas från universitet, SCB, Socialstyrelsen, Arbetslivsinstitutet, från regering och departement och från andra olika myndigheter och organ som på ett eller annat sätt ägnar tid och kraft åt sammanställning och granskning av data för bedömning av välfärdens utveckling i landet.

Svensk välfärd jämförs naturligtvis också med andra länder – bland annat tillhandahålls sådana jämförelser av SCB, OECD, EU (Eurostat) och FN:s olika organ. Vanligen visas att det som kallas för den svenska, skandinaviska eller nordiska modellen står sig mycket gott i internationell jämförelse.¹ Detta gäller inte minst jämförelser som inkluderar välfärdsindikatorer som hälsa, levnadslängd, barnadödlighet, utbildning, jämställdhet och sjukvård. Under senare tid gäller de positiva omdömena också den allmänekonomiska utvecklingen mätt i termer av BNP.²

Emellertid finns betydande risk att vissa grupper i samhället glöms bort i dessa positiva rapporter om svensk välfärd i ett internationellt perspektiv. Rapporterna riskerar att skymma bristerna i det svenska samhället. Att vi i Sverige har hög medelålder innebär t. ex. *inte* att dödligheten – eller friskheten – är jämnt fördelad i befolkningen. Att vi i ett internationellt perspektiv har god sjukvård innebär *inte* att alla i Sverige kan tillgodgöra sig den sjukvården. Att vi har god ekonomisk tillväxt innebär *inte* att alla medborgare i Sverige känner sig delaktiga i den positiva ekonomiska utvecklingen. Trots god ekonomisk tillväxt under senare tid tycks det dessutom vara svårt att påtagligt minska arbetslösheten, inte minst bland de unga. Många människors utanförskap rotar sig och växer fast.³

I ljuset av svensk välfärds goda internationella status finns alltså anledning att koncentrera också på de människor som är de mest utsatta i Sverige. Det är det senare som är huvudsyftet med denna rapport.

1 En närmare beskrivning av den svenska eller nordiska modellen följer inte här.

2 Till och med i den italienska valdebatten under april 2006 ansåg Romano Prodi att den svenska modellen kunde vara eftersträvansvärd också för Italien. Tyskland, för att ta ett annat exempel – och med barn- och familjeminister Ursula von der Leyen i spetsen – har genomdrivit en variant av den svenska föräldraförsäkringen och föreslår därtill en utbyggnad av barnomsorgen – allt i stort sett inspirerat av den svenska modellen. På liknande sätt diskuterar Ségolène Royal i Frankrike, som menar att den svenska modellen förenar trygghet och marknad. Och Japans premiärminister har nyss besökt Sverige för att bland annat informera sig om svensk barn- och äldreomsorg.

3 Sjuklighets- och dödlighetstalen är i allt väsentligt klassrelaterade. Detsamma gäller frågan om vilka grupper som tillgodogör sig den ekonomiska tillväxten. Även utanförskap i termer av etnicitet och socioekonomisk status kan kanske bäst beskrivas och förklaras utifrån ett klassperspektiv.

Rapportens inriktning

Denna korta och sammanfattande rapport har följande inriktning:

a) Inledningsvis redovisas vissa data där Sverige jämförs med andra länder. Avsnittet innehåller alltså länderjämförelser av bland annat välfärdens utveckling, dvs. Sveriges välfärdsstatus relativt andra länder. Ett flertal välfärdsindikatorer används.

b) Därefter inriktas rapporten på endast svenska förhållanden och därvid på de grupper medborgare i Sverige som kan sägas vara de mest utsatta vad gäller ekonomi, hälsa, utbildning och arbete, m.m. Vi menar nämligen att välfärdsbygget knappast är färdigbyggt. Mycket återstår att göra. Många människor står utanför. Många ges inte tillträde till arbetsmarknaden. Många lämnar skolan med otillräcklig skolunderbyggnad både i praktisk och teoretisk mening. Många är långtidssjukskrivna eller förtidspensionerade och många av dem står definitivt utanför arbetsmarknaden. Arbetslösheten är jämförelsevis hög – inte minst, som sagt, bland unga. Många läkemedels- och sjukvårdsbehövande har inte råd med vare sig läkarvård, tandvård eller läkemedelsköp.

Att påstå att välfärdssamhället står färdigbyggt är därför att lämna de mest utsatta i sticket. Och att slå sig för bröstet med positiva internationella jämförelser – och att nöja sig med det – är också det att lämna de utsatta här hemmavid åt sitt eget öde.

Den andra och, enligt vår mening, viktigare del av denna sammanfattande rapport koncentrerar således på de individer och grupper i samhället som kan anses ha de sämsta förutsättningarna för ett gott liv i Sverige.

II Sverige i ett internationellt perspektiv

Hög ekonomisk tillväxt och god välfärd – inget givet samband

I den allmänpolitiska debatten om levnadsförhållanden i Sverige sett i ett internationellt perspektiv påpekas inte sällan att Sverige långt ifrån ligger i topp när det gäller BNP-tillväxten. Sverige halkar efter har varit ett återkommande tema i diskussionen om den allmänekonomiska tillväxten.

I det sammanhanget är det av vikt att påpeka att BNP-måttet(n) inte har till uppgift att mäta välfärdens utveckling. Med BNP (och liknande mått) mäts just utvecklingen av den totala produktionen av varor och tjänster.

Forskarna Joachim Vogel och Michael Wolf menar till och med att data om BNP per invånare ”sedan årtionden missbrukats som välfärdsmått i bredare mening”.⁴ OECD, Eurostat och andra institut och forskare som James Tobin och Amartya Sen har påpekat att BNP aldrig var tänkt att beskriva social utveckling.

Vogel och Wolf fortsätter: ”BNP mäter inte värden som ett långt och hälsosamt liv, god natur- och arbetsmiljö, rik fritid, demokrati, politiskt deltagande, rättssäkerhet, låg brottslighet, familj och sociala nätverk, förtroende, gemenskap och solidaritet mellan människor, begränsade etniska, politiska och religiösa motsättningar samt jämlikhet mellan klasser, generationer, kön, familjer, regioner och etniska grupper.

BNP säger inget om hur produktionsresultatet är fördelat. Ett land kan ha hög BNP, men samtidigt en ojämn välfärdsfördelning, t. ex. stora inkomstskillnader och hög fattigdom. Stora delar av befolkningen kan leva i otillfredsställande levnadsförhållanden, t. ex. utan adekvat sjukvård, utbildning, bostad eller föda.”

BNP ska således ses som ett mått på produktionsbasen och därmed en förvisso viktig potential och källa för vidare fördelning av välfärd inom en nation. I det perspektivet har BNP naturligtvis en viktig roll i ett lands ekonomiska statistik.

Det finns alltså anledning att betona att hög BNP-tillväxt i ett land inte är liktydigt med spridning av god välfärd till ett lands hela befolkning. Ett exempel på det är USA. USA har under en relativt lång period haft en god ekonomisk tillväxt mätt i BNP. Den goda BNP-tillväxten resulterar dock inte i att USA hamnar högst i jämförande studier där olika slag av välfärdsindikatorer ingår – spridning av inkomster, fattigdom, hälsa, boendesegregation, etc. I sådana studier ligger USA vanligen betydligt under den

⁴ Joachim Vogel, Michael Wolf, kapitel 14, ”Index för internationella jämförelser”; se också Hans-Olof Hagén, kapitel 15, ”Att jämföra länders välfärd”, båda kapitlen i SCB:s *Perspektiv på välfärden, Levnadsförhållande nr 106, 2004*.

svenska och de övriga skandinaviska/nordiska ländernas nivå. I ett välfärdsperspektiv är USA således ett betydligt mer skiktat samhälle jämfört med Sverige/Skandinavien/Norden. Frukterna av en god BNP-tillväxt fördelas helt enkelt olika.

Av Diagram 1 framgår att USA (efter Norge) har näst högst BNP/invånare år 2003 medan Sverige ligger på femtonde plats. I FN:s Human Poverty Index⁵ (från 2001) ligger Sverige på den högsta nivån medan USA placerar sig på femtonde plats. Sverige byter alltså i stort sett plats med USA när det gäller välfärdens utveckling jämfört med den plats Sverige hade i fråga om BNP (se Diagram 2). I Sverige är alltså spridningen av ofärd bland befolkningen mindre än i USA. Annorlunda uttryckt: Den högre BNP-tillväxten i USA ger inte motsvarande positiva utslag på hela befolkningens välfärd jämfört med Sverige.

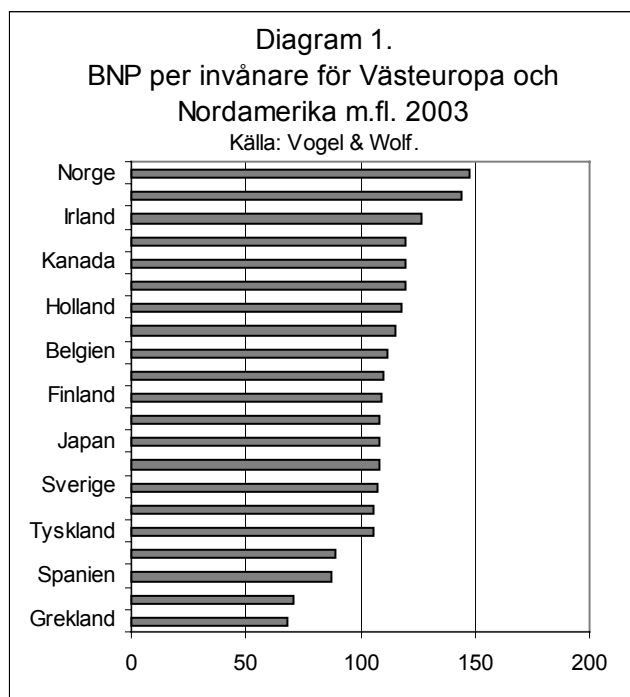


Diagram 1. BNP/invånare för Västeuropa och Nordamerika m.fl. 2003.

⁵ FN:s UNDP har producerat välfärdsindex sedan 1975. För mer utvecklade länder används ett s.k. deprivationsindex (FN:s Human Poverty Index), som inte mäter välfärd utan dess motsats, dvs. ofärd. Indexet bygger på fyra indikatorer: sannolikheten att inte överleva 60 års ålder, vuxna utan funktionell läskunnighet, andel av befolkningen som har mindre än halva disponibla medianinkomsten, andel långtidsarbetslösa minst 12 månader. Centrala välfärds-komponenter som inkomst, sysselsättning, utbildning och hälsa är alltså representerade. Källa: se not 4, Vogel och Wolf.

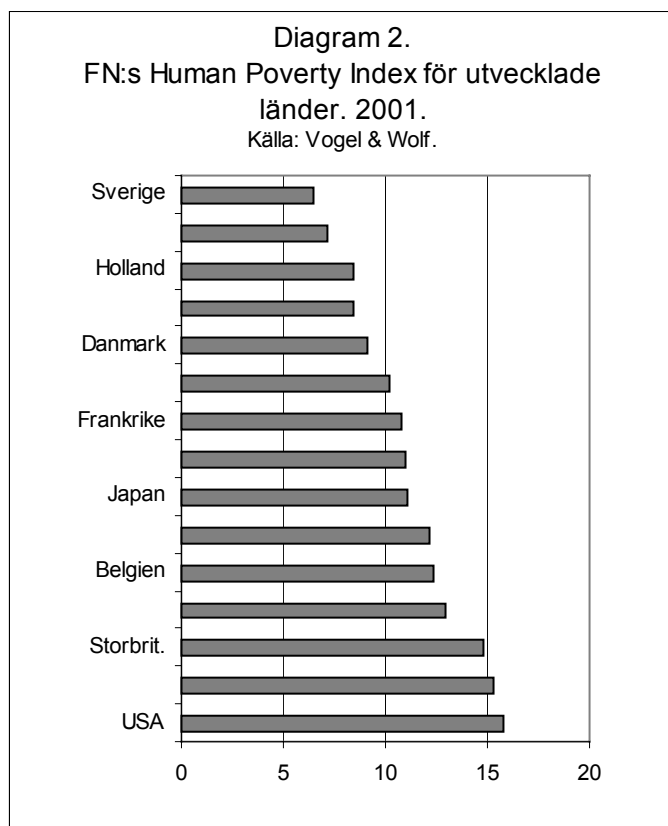


Diagram 2. FN:s Human Poverty Index för utvecklade länder. 2001.

Andra internationella jämförelser med andra indikatorer på välfärd (eller ofärd) redovisas i ett index kallat Weighted Index of Social Progress (WISP) som utarbetats av professor Richard Estes vid universitetet i Pennsylvania. WISP baseras på hela 40 sociala indikatorer inom tio komponenter – utbildning, hälsa, ekonomi, demografi, miljö, välfärdssystem, jämställdhet, socialt kaos, kulturell variation och försvar. Visserligen är flera av indikatorerna mindre utslagsgivande när det gäller de utvecklade länderna, men kan dock användas som översiktsmaterial i jämförande studier länder emellan.

Ytterligare ett annat välfärdsindex är ZUMA:s välfärdsindex. ZUMA är ett tyskt välfärdsinstitut som för tre tidpunkter har beräknat välfärdsindex under perioden 1985 till 1999. I beräkningarna ingår 25 indikatorer som mäter både individuella egenskaper (på mikronivå) och välfärdsaspekter på makronivå gemensamma för alla personer.⁶

⁶ I ZUMA:s index ingår följande: BNP/invånare, köpkraft/capita, utgifter för utbildning i procent av BNP, andel 15-24-åringar som går i gymnasiet eller högre, kvinnlig sysselsättningskvot, arbetslöshet, barnadödlighet, antal cigaretter/person, sociala utgifter/capita, järnvägsnät i km, trafikoffer/100000invånare, utsläpp av koldioxid och svaveldioxid, andel av de privata utgifterna som går till mat, TV-apparater/1000 invånare, personbilar/1000 invånare, andel 45-49-åringar som minst har gått gymnasiet, manlig medellivslängd, läkare/1000 invånare, andel av BNP som går till socialt skydd, andel av BNP som går till primärenenergi, andel personer som i sitt bostadsområde inte har besvär med vatten, buller, luftföroreningar, nedskräpning eller naturförstörelse. *Källa: Se not 4, Vogel och Wolf.*

**Diagram 3.
Estes' WISP-index för Västeuropa och
USA 2001.**

Källa: Vogel & Wolf.

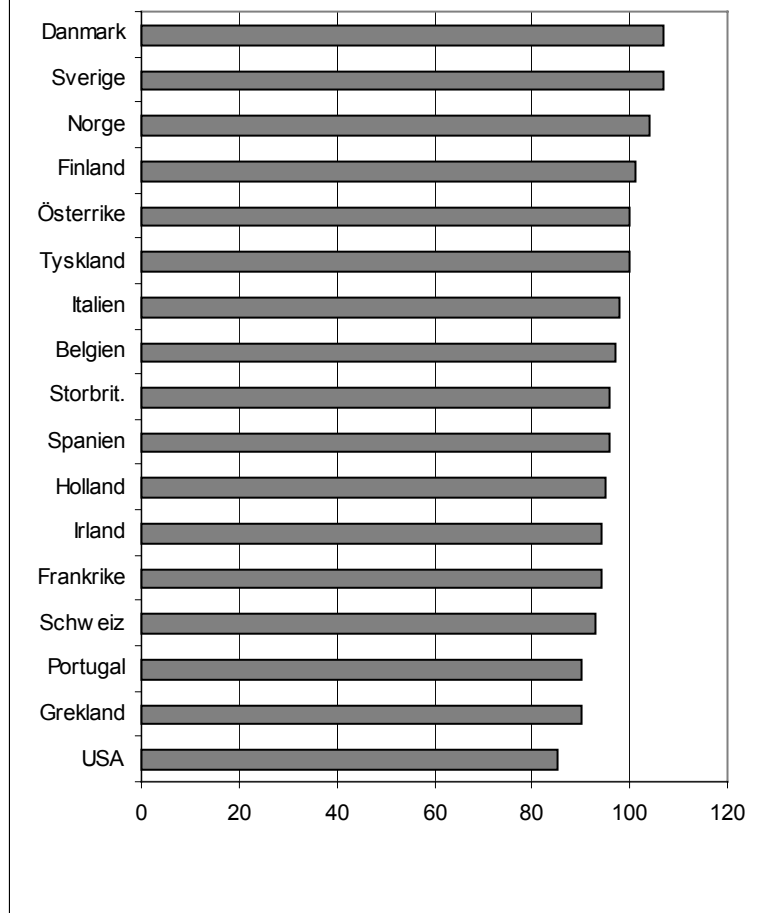


Diagram 3. Estes' WISP-index för Västeuropa och USA 2001.

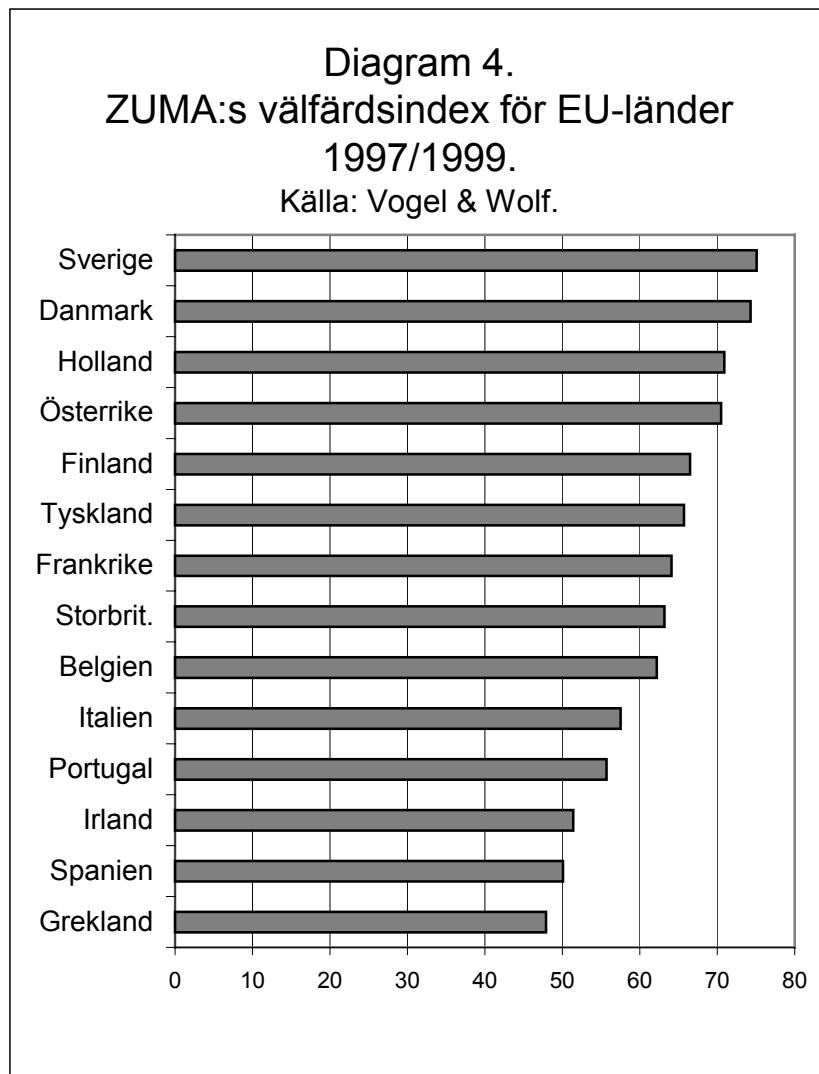


Diagram 4. ZUMA:s välfärdsindex för EU-länder 1997/1999.

Av Diagram 3 och 4 framgår att Sverige och de nordiska länderna ligger högt och uppvisar således goda resultat när det gäller olika slag av välfärdsindikatorer. I Estes' WISP index ligger Sverige, Danmark, Norge och Finland i topp medan USA ligger på sjuttonde plats. Av Diagram 4 – ZUMA:s välfärdsindex – framgår att Sverige, Danmark och Finland är bland de fem mest framträdande länderna när det gäller välfärd (Norge ingår inte eftersom indexet gäller EU-länder).

Även i termer av fattigdom ligger Danmark, Norge, Finland och Sverige på en ledande nivå inom EU, dvs. med låga fattigdomskvoter i respektive land jämfört med övriga länder (fattigdomsgränsen beräknas som halva genomsnittliga disponibla inkomsten inom EU), se Diagram 5.

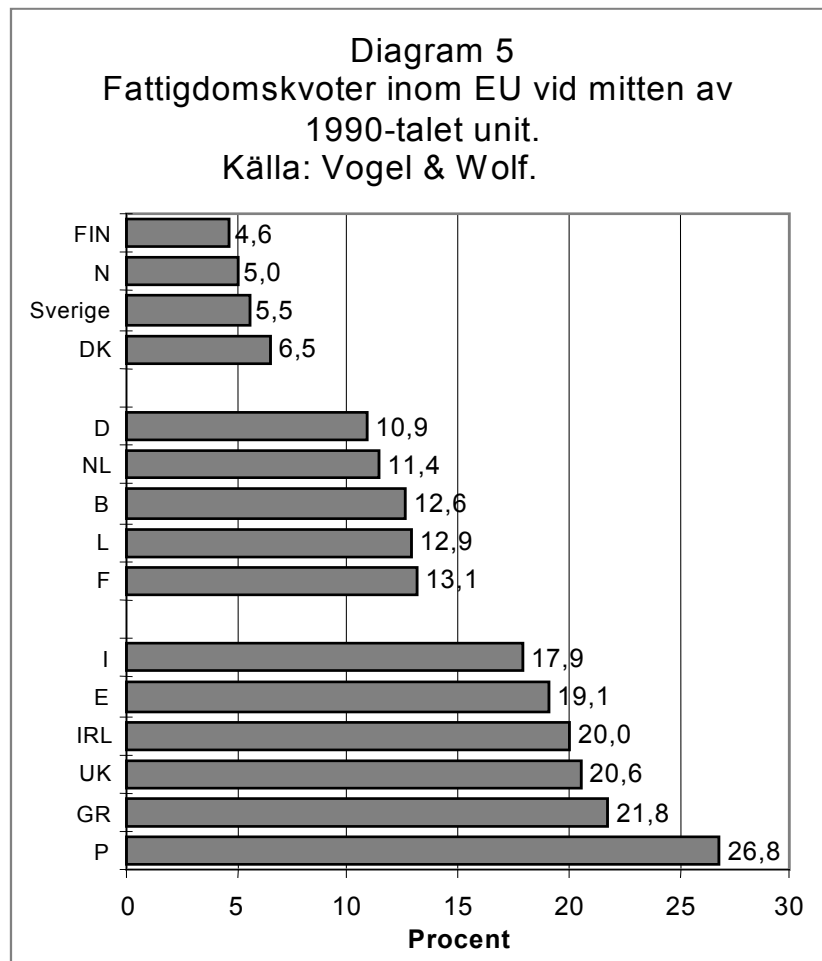


Diagram 5. Fattigdomskvoter inom EU vid mitten av 1990-talet.

Det som redan antytts ovan är alltså att det råder ett relativt svagt samband mellan BNP och olika välfärdsått. Därtill tycks det vara så att länderna hopar sig i olika grupper. Generellt sett framträder inom EU en nordisk nivå, en mellaneuropeisk och en sydeuropeisk. Av diagram 6, 7, 8 och 9 utkristalliserar dessa kluster av länder när det gäller jämförelse mellan BNP/invånare och WISP-indexet, BNP/invånare och inkomstjämlighet, BNP/invånare och spädbarnsdödlighet samt BNP/invånare och kvinnorepresentation i parlamentet.

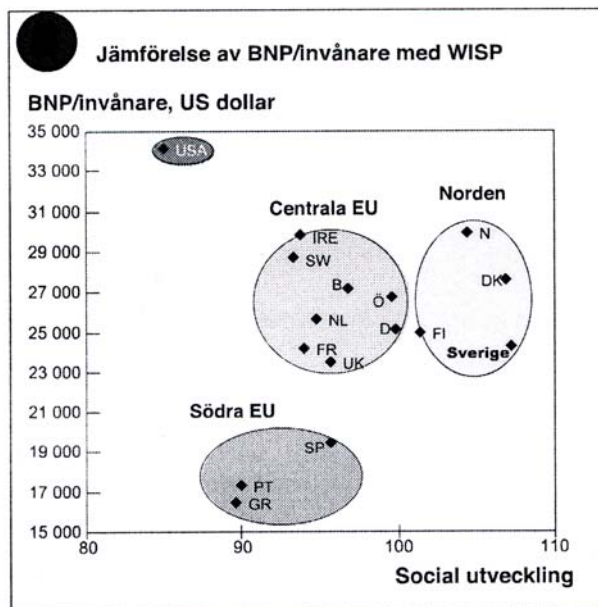


Diagram 6. Jämförelse av BNP/invånare med WISP. (Källa: Vogel & Wolf)

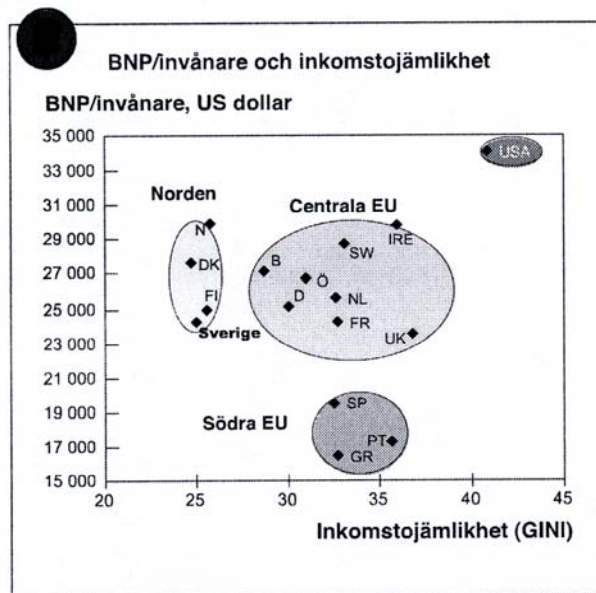


Diagram 7. BNP/invånare och inkomstjämlighet. (Källa: Vogel & Wolf)

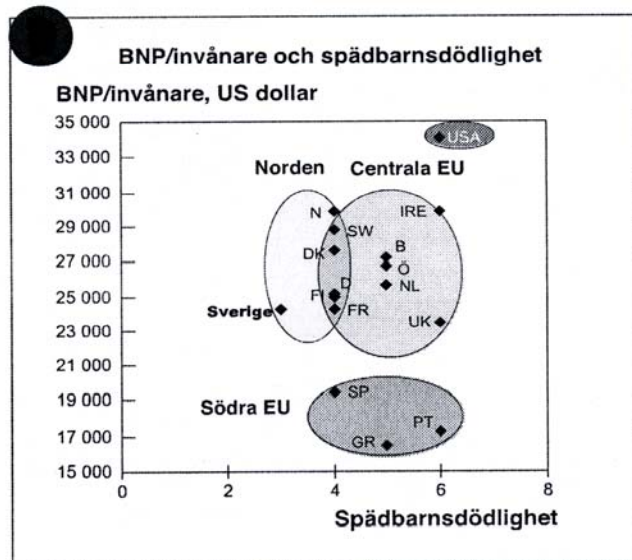


Diagram 8. BNP/invånare och spädbarnsdödlighet. (Källa: Vogel & Wolf)

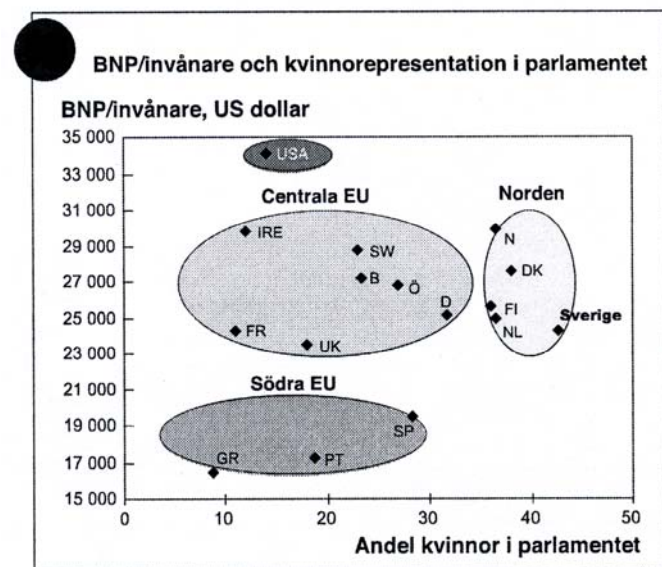


Diagram 9. BNP/invånare och kvinnorepresentation i parlamentet. >(Källa: Vogel & Wolf)

Också andra slag av internationella jämförelser mellan länder visar att Norden, Skandinavien och inte minst Sverige ligger mycket väl framme. Sverige har t.ex. en högre andel äldre i arbete (mellan 55 och 65 år) jämfört med många andra länder, detsamma gäller andelen kvinnor på arbetsmarknaden. Sverige anslår en relativt stor andel av BNP till forskning och utbildning och vi står oss kvalitativt relativt gott i internationella studier när det gäller utbildning. Vidare framgår att den svenska sjukvården ofta uppfattas som en av de främsta i världen.

Ytterligare data om välfärdens utveckling i Sverige

Nyligen presenterade data från Socialstyrelsen⁷ visar på positiv utveckling av välfärden inom flera områden. Allt fler i Sverige kan i början av 2000-talet försörja sig på eget arbete jämfört med 1990-talets början. Av rapporten framgår också att de fattiga blivit färre sedan 1997.

Till det bör nämnas att spädbarnsdödligheten är fortsatt en av de lägsta i världen och att levnadslängden fortsätter att öka både för män och kvinnor, vilket gäller både yngre och äldre. Det senare betyder att återstående medellivslängd ökat också för 65-åringarna.

Endast mellan 2003 och 2004 ökade medellivslängden med 0,44 år för män – den kraftigaste ökningen sedan 1994 – och 0,25 år för kvinnor.

Studier av överlevnaden i specifika sjukdomar visar att stora förbättringar har skett från 1990-talets början till idag. De som drabbades av cancer under 1990-talet lever sju år längre jämfört med de som hade diagnosen cancer under 1960-talet. Ytterligare en studie visar att 40 procent av den ökande förekomsten av cancer i Sverige beror på förbättrad överlevnad. Varje år upptäcks cirka 40 000 nya cancerfall i Sverige, medan det idag finns över 300 000 personer som någon gång haft en cancerdiagnos.

Särskilt framgångsrika har sjukvårdsinsatserna varit när det gäller hjärt-kärlsjukdomarna. Så kan nämnas att risken att dö efter hjärtsvikt i det närmaste har halverats bland många åldersgrupper mellan 1988 och 2000. Det bör påpekas att både den s.k. korttidsöverlevnaden och 5-årsöverlevnaden förbättrats mellan åren 1987 och 1999, vilket gäller både män och kvinnor.

Ytterligare några positiva trender i Sverige vad gäller t.ex. folkhälsan är att den alkoholrelaterade dödligheten åtminstone kortsiktigt kommer att kunna sjunka trots ökande alkoholkonsumtion.⁸ Självordsfrekvensen minskar generellt och vi ser inte en fortsatt ökning av narkotikarelaterad sjuklighet och dödlighet. Och även om snusningen ökar så kan konstateras att rökningen fortsätter att minska, vilket otvivelaktigt är folkhälsofrämjande.

Under senare år, särskilt från mitten av 1990-talet, har de psykosomatiska besvären ökat i den svenska befolkningen. Idag tycks den tidigare ökningen av besvären ångslan, oro och ångest och även sömnbesvären tendera att minska. Om detta är en allmän och hållbar positiv utveckling är dock ännu för tidigt att säga.⁹

⁷ Socialstyrelsen (2006) *Social rapport 2006*.

⁸ En stor del av ökningen av alkoholkonsumtion ligger på de yngre, vilket betyder att det tar tid innan alkoholskadorna uppkommer. Fortsätter utvecklingen kommer vi alltså att se ökade skador av alkohol först om något eller några årtionden.

⁹ När det gäller text och data om svenska folkets hälsa har material hämtats från Socialstyrelsen (2006) *Folkhälsa, Lägesrapport 2005*.

Flera indikatorer säger oss alltså att vi generellt sett bör kunna vara stolta över den allmänna välfärdens utveckling – trots de olika bekymmer som bland annat den privat- och statsfinansiella krisen framkallade under början av 1990-talet.

Ovanstående och andra liknande data har säkerligen också legat till grund för den allt mer framträdande debatt inom EU som visat på intresse för ”den nordiska modellen”, inte minst därför att de nordiska länderna, inklusive Sverige, kunnat kombinera bred spridning av välfärd med också allt högre BNP-tillväxt, särskilt under senare år. År 2005 låg BNP-tillväxten inom euroområdet på 1,3 procent, i Sverige på 2,7. År 2006 beräknas euroområdets tillväxt nå 2,1 procent mot Sveriges 3,6.¹⁰

Trots välfärdens framgångar: Välfärdssamhället är icke färdigbyggt. Långt därifrån. Många lämnas utanför – utanför arbetsmarknad, utan bostad, utan värdig vård. Många lever alltså ett utsatt liv i Sverige. Och dessvärre: Utsattheten tycks bli allt svårare att bryta sig loss från. Låt oss därför granska de mest utsattas situation litet närmare.

¹⁰ Prop. 2005/06:100.

III De utsatta i Sverige

Att vara utsatt kan betyda mycket – man kan vara utsatt för våld av olika slag eller vara ekonomiskt utsatt, dvs. sakna ekonomiska medel till det som anses som väsentligt för god materiell standard. Man kan vara sjuk, funktionshindrad eller arbetslös, dvs. stå utanför den ordinarie arbetsmarknaden utan möjligheter att på egen hand tjäna sitt levebröd.

Utsatthet kan således preciseras på ett flertal sätt. Inom ramen för denna rapport finner vi dock ingen anledning att fördjupa oss i hur utsatthet tydligast och effektivast definieras. Snarare vill vi lyfta fram olika gruppers levnadsförhållanden i samhället, dvs. sådana grupper som otvivelaktigt (och enligt gängse och vedertagen social forskning) lever under eller riskerar att leva under förhållanden som knappast kan anses vara tillfredsställande för ett samhälle som sätter välfärden för alla i centrum. Rapporten är alltså i huvudsak redovisande och i mindre utsträckning resonerande.

Låt oss inleda denna del av rapporten med barnen och ungdomarna och deras förhållanden.

Barnen

Barns ekonomiska levnadsförhållanden är naturligtvis i stor utsträckning beroende av föräldrarnas ekonomiska villkor. Föräldrarnas ekonomi skapas mestadels genom arbete, vilket i sin tur i hög grad är beroende av den allmänekonomiska utvecklingen. Inte minst var detta tydligt under 1990-talet då den ekonomiska krisen påverkade familjernas ekonomi i negativ riktning långt in mot slutet av 1990-talet och till och med in på 2000-talet.

I ett Valfärdskommitténs delbetänkande från 2001 påpekas att två grupper visade sig ha en lägre levnadsnivå än andra, nämligen barn till ensamstående föräldrar och barn vars båda föräldrar var utrikes födda.¹¹

Under åren 1991 till och med 1997 ökade också andelen barn som levde i hushåll med låg inkomststandard respektive med socialbidrag. Först efter 1997 har andelen kunnat minska. Andelen barn som levde i ekonomiskt fattiga familjer (låg inkomststandard) var år 2001 5,2 procent medan andelen barn som levde i familjer som uppbar socialbidrag var 5,6 procent. 2,8 procent av barnen tillhörde både gruppen med låg inkomststandard och socialbidragsgruppen. Sammantaget innebär detta att 262 000 barn eller 13,6 procent levde under pressade

¹¹ SOU 2001:55, *Barns och ungdomars välfärd. Forskarantologi från Kommittén Valfärdsboksut.*

ekonomiska villkor år 2001.¹² Detta är första gången som antalet/andelen understiger 1991 års nivå.

Barnfattigdomen uppvisar dock betydande skillnader över landet. Storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö har högre andel barn som lever i familjer med klen ekonomi. Data visar också – inte nämnvärt förvånande – att barnfattigdomen är lägst i förortskommuner där många av landets höginkomstområden återfinns.

När det gäller barnfattigdomen är det lätt att dra den slutsatsen att den etniska bakgrunden är en utomordentligt avgörande förklaring till fattigdomen. Vart tredje barn med någon utländsk bakgrund lever nämligen i hushåll som antingen har en låg inkomststandard eller socialbidrag. Motsvarande siffra för barn med svensk bakgrund är vart tolfte barn. Det är alltså mer än fyra gånger så stor risk för barn med någon form av utländsk bakgrund att leva i ett hushåll med ekonomiskt utsatt situation.

Ytterligare en viktig observation när det gäller barnfattigdomen är att stadsdelar med låg andel barnfattigdom ytterligare har förbättrat sin situation om år 1991 jämförs med 2001. Utvecklingen i stadsdelar med hög barnfattigdom har varit den omvända. I Rinkeby, Bergsjön och Rosengård ökade barnfattigdomen vid jämförelse av 2001 med 1991.¹³

Etnicitet särredovisas också i andra sammanhang när det gäller barn och ungdomars levnadsförhållanden. Inte minst gäller det skolan och skolprestationer. Analys visar att niondeklassare med utländsk bakgrund har sämre genomsnittsbetyg och i större utsträckning har underkänt i engelska och matematik jämfört med niondeklassare med två svenskfödda föräldrar. Förklaringarna till det, anser Skolverket, kan vara att ungdomar med utländsk bakgrund har bristande färdigheter i svenska, att dessa barn oftare går i sämre skolor i det att de skolorna har högre omsättning på lärare och att de skolorna har många elever med stort behov av särskilt stöd.

En intressant observation när det gäller skolprestationer är att det inte är den etniska bakgrunden som tycks vara avgörande för de sämre resultaten utan familjens socioekonomiska situation – föräldrarna har genomsnittligt lägre utbildning, lägre inkomster och mindre kontakt med arbetsmarknaden jämfört med familjer med svenskfödda föräldrar. Tas hänsyn till dessa faktorer försvinner det mesta av skillnaderna mellan elever med två infödda föräldrar och övriga elever. I stället för etnicitet borde vi alltså hellre diskutera förklaringar till skillnader i skolprestationer i termer av klass.

¹² Barn mellan 0 till 17 år.

¹³ SCB, *Perspektiv på välfärden, Levnadsförhållanden nr 106, 2004*, ”Rädda Barnens Barnindex”, kapitel 18.

Motsvarande gäller data om missbruk bland ungdomar. Ungdomar med två utlandsfödda föräldrar har en mer än fördubblad risk att vårdas på sjukhus på grund av narkotikamissbruk jämfört med ungdomar med två svenskfödda föräldrar. När man i analysen tar hänsyn till socioekonomiska variabler kvarstår inte längre några betydande överrisker för ungdomar med utländsk bakgrund. Återigen är det alltså levnadsförhållanden i termer av klass som slår igenom.¹⁴

Ett viktigt inslag i familjers socioekonomiska status består självfallet av inkomst av arbete. Under en längre tid har den disponibla inkomsten förbättrats för samboende med barn, men mycket beskedligt för ensamstående med barn. År 1991 hade samtliga hushåll en genomsnittlig disponibel inkomst på 135,3 tkr. År 2003 låg den inkomsten på 153,0 tkr. En liknande positiv utveckling hade samboende med barn, medan däremot ensamstående med barn hade en disponibel inkomst på 103,5 tkr år 1991 mot 106,8 tkr år 2003.

Under perioden förstärktes alltså de disponibla inkomsterna för samtliga hushåll med 13,0 procent medan förbättringen stannade på 3,2 procent för ensamstående med barn. Gentemot det genomsnittliga hushållen är detta en påtaglig ekonomisk eftersläpning.

En ytterligare viktig observation när det gäller barnfamiljers inkomstutveckling är att inkomststandarden för de med de lägsta inkomsterna ligger på i princip samma nivå år 2003 som den gjorde 1991. Rädda Barnen skriver i sin senaste rapport: ”Enkelt uttryckt är andelen ekonomiskt utsatta barnfamiljer oförändrat [2003 jämfört med 1991] samtidigt som många andra barnfamiljer fått en betydande höjning av sin inkomststandard fram till 2003.”¹⁵

Rädda Barnen drar följande slutsatser när det gäller barnfamiljernas ekonomiska utveckling: ”Resultaten från denna studie [se not 15] förstärker bilden av att barn i Sverige i allmänhet har fått det bättre, materiellt och ekonomiskt, under senare år. Trots detta lever fortfarande en kvarts miljon barn under omständigheter som kan betecknas som ekonomiskt utsatta. Uppväxtvillkoren för många barn i familjer med en ansträngd ekonomi kan i en relativ mening ses som försämrad med tanke på att de inte fått del av senare års ekonomiska uppsving. Gapet mellan ekonomiskt utsatta barnfamiljer och andra mer välbärgade barnfamiljer har successivt ökat under 2000-talets inledande år.” Se Tabell 1.

¹⁴ Socialstyrelsen, *Social rapport 2006*, kapitel 7, ”Utsatthet bland barn och ungdomar”.

¹⁵ Siffrorna angående disponibel inkomst är medianvärden i tkr per konsumtionsenhet i 2003 års priser. Källa: Tapio Salonen, ”Skilda uppväxtvillkor. En studie av ekonomisk utsatthet bland barn till ensamstående ur ett storstadsperspektiv.” Rädda Barnen. 2006.

Tabell 1

Ekonomiskt utsatta barn i storstäderna och riket efter samboende och ensamstående föräldrar 1991 och 2003
Antal och procent av samtliga barn

Kommun	Förälder	1991		2003	
		antal	%	antal	%
Stockholm	samboende	11 792	13,9	13 253	13,1
	ensamstående	11 873	38,1	13 244	32,3
	Summa	23 665	20,4	26 497	18,7
Göteborg	samboende	8 491	13,8	10 161	15
	ensamstående	7 290	41,3	8 763	36,6
	Summa	15 781	19,9	18 924	20,6
Malmö	samboende	6 093	19,3	10 326	27,3
	ensamstående	4 291	41,0	7 544	41,1
	Summa	10 384	24,7	16 070	31,1
S:a storstäder	samboende	26 376	14,8	33 740	16,3
	ensamstående	23 454	39,6	27 751	35,2
	Summa	49 830	21,0	61 491	21,6
Övriga riket	samboende	141 714	10,1	96 965	7,4
	ensamstående	81 809	33,5	88 241	25,8
	Summa	223 523	13,6	185 206	11,2
Riket	samboende	168 090	10,6	130 705	8,6
	ensamstående	105 263	34,6	115 992	27,6
	Summa	273 353	14,5	246 697	12,8

Källa: Tapio Salonen, *Skilda uppväxtvillkor, Rädda barnen*. 2006.

Tabell 1. Ekonomiskt utsatta barn i storstäderna och riket efter samboende och ensamstående föräldrar 1991 och 2003. Antal och i procent av samtliga barn.

Ungdomarna

Mot bakgrund av förlängda studietider, att det blivit allt svårare att komma in på arbetsmarknaden, karriärideal och utseendefixering och en ansenlig tid stillasittande framför datorspel och tv-tittande är det knappast underligt att ungdomar i allt högre utsträckning känner sig nedstämda, stressade och i allmänhet illa till mods. Den nya tiden påverkar sannolikt den mentala hälsan, vilket visar sig i studier om hur de unga mår.

Över 80 procent av kvinnorna mellan 15 och 25 år känner sig stressade av studier eller arbete – i mindre utsträckning gäller det män. Bortåt 60 procent av kvinnorna i den åldern känner sig på ett eller annat sätt stressade av utseendet, männen återigen i mindre grad. En stor del av ungdomarna får inte tillräckligt med sömn och allt för många har dåliga frukostvanor.¹⁶

Samtidigt som vi kan konstatera att oro, ångest och ängslan bland de äldre i befolkningen tenderar att minska gäller det motsatta bland de yngre. Mellan

¹⁶ LunarStorm, Pressmeddelande med anledning av en studie av LunarStorm Research AB.

2002/3 och 2004 är det allt fler i åldersgruppen 16-24 år som känner oro, ångest och ångslan, allt enligt 2006 års folkhälsorapport från Socialstyrelsen.

Visserligen har självmorden minskat sett över hela befolkningen, men från 2001 till 2003 har självmorden bland kvinnor i åldersgruppen 16-24 år ökat från 3,6 per 100 000 invånare till 6,4 – alltså nästan en fördubbling. Antalet självmordsförsök ökade under perioden 2001 till 2004 från 256 till 298.¹⁷

Antalet kvinnor som avsiktligt skadar sig genom självdestruktiv handling fortsätter dessutom att öka, en ökning som pågått sedan slutet av 1990-talet. Det är särskilt i åldrarna 15 till 24 år som antalet sådana skador är påtagligt många – kvinnorna svarar för bortåt 270 fall per 100 000 invånare mot cirka 80 fall bland män.¹⁸

Antalet barn och ungdomar med dygnsvård eller behovsprövad öppenvård har legat på ungefär samma nivå åren 2000 till 2004. Däremot visar det omedelbara omhändertagandet en problematisk situation. Visserligen har det omedelbara omhändertagandet minskat något för pojkar mellan 13 och 17 år, men å andra sidan har antalet omhändertaganden av pojkar 18 till 20 år ökat något under senare år. Mest alarmerande är ökningen av omhändertaganden bland de yngre flickorna. Bland flickor i åldern 13 till 17 år har omhändertagandena ökat konstant från mitten av 1990-talet och ligger nu på en nivå över pojkarna i samma ålder.

Kriminalitet bland unga är mestadel en tillfällig handling, vilket naturligtvis inte hindrar att unga fastnar i kriminalitet. Vissa ungdomsgång i socioekonomiskt ogynnsamma områden utgör därtill rekryteringsbas för den organiserade brottsligheten.

I åldrarna 15 till 20 år lagförs cirka 3,5 procent (23 000 ungdomar varav 14 procent flickor) för brott – oftast för snatteri eller skadegörelse med böter som påföljd. I början av 1980-talet dömdes årligen cirka 500 ungdomar till vård inom socialtjänsten. År 2004 dömdes 2 700 till sådan vård varav en femtedel fick tilläggsföljden ungdomstjänst.

Dessa siffror om de ungdomar som är i studerandeålder och därefter ska in på arbetsmarknaden är inte upplyftande. Allt fler unga märker alltså att de lever i ett glapp mellan studier och arbete. Och studietiderna förlängs – inte sällan ofrivilligt – på grund av bristen på arbete.

De ungas etablering på arbetsmarknaden har alltså under senare årtionde senarelagts, vilket vanligen förklaras av främst två faktorer: längre tid i utbildning

¹⁷ Socialstyrelsen (2006) *Folkhälsa, Lägesrapporter 2005*.

¹⁸ Socialstyrelsen (2006) *Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2003. Statistik. Hälsa och sjukdomar 2006:1*.

och hög arbetslöshet bland de yngre.¹⁹ Det resulterar i sin tur i att de yngres ekonomi försämras relativt övriga grupper i samhället. Omfattningen av det ekonomiska biståndet (tidigare socialbidrag) till de unga minskade mellan åren 1997 till 2003, men tenderar återigen att öka. 40 procent av alla ekonomiska biståndstagare i Sverige är i åldern 18 till 29 år, fler män än kvinnor. Det är inte en god start i vuxenlivet.

Till det bör nämnas att det ekonomiska biståndet är utsträckt i tiden. Den genomsnittliga biståndstiden ligger numera på nästan sex månader, medan den låg på närmare fyra under 1980-talet. Samtidigt ökar antalet med långvarigt bistånd. År 2004 erhöll var tredje biståndstagare långvarigt bistånd – en procent av befolkningen eller 90 000 personer erhöll år 2004 bistånd under 10-12 månader.

Återigen märker vi alltså att de hushåll som en gång erhåller ekonomiskt bistånd har allt svårare att ta sig ut ur biståndsberoendet till ett liv byggt på självförsörjning.²⁰

När det dessutom gäller dödlighet och ohälsa bland barn i familjer med ekonomiskt bistånd eller låg disponibel inkomst tycks förhållandet vara följande: Risken för dödlighet, psykiatrisk sjukdom, självmordsförsök, skador av yttre våld och alkohol- eller narkotikarelaterad sjukdom är generellt sett högre bland barn i familjer som erhåller ekonomiskt bistånd jämfört med barn i familjer med låg disponibel inkomst.²¹

Det är alltså åtminstone utifrån dessa aspekter mera gynnsamt för barnen om föräldrarna arbetar – även med lägre inkomster – än att de erhåller ekonomiskt bistånd. Att som förälder leva utanför arbetsmarknaden drabbar helt enkelt de egna barnen och ungdomarna.

De vuxna

Vräkta och hemlösa

Ett stadigvarande och tryggt boende är en mänsklig rättighet. I det moderna välfärdssamhället är det dock inte ovanligt vare sig med vräkta barnfamiljer eller hemlöshet bland familjer med barn.²² Efter det att bostadspolitiken i allt väsentligt lagts ut till kommunerna har situationen för vräkta och hemlösa knappast blivit bättre. Snarare finns risk att förhållandena försämrats. Statistiken har dock

¹⁹ SCB, 2005, *Ungdomars etablering. Generationsklyftan 1980-2003*. Ungdomsstyrelsens skrift 2003:9, Tapio Salonen, *Ungas ekonomi och etablering. En studie om förändrade villkor från 1970-talet till 2000-talets inledning*. SCB, 2005, *Utbildning. Nivå och inriktning 1975-2003. Levnadsförhållanden rapport 111*.

²⁰ Socialstyrelsen (2006) *Individ- och familjeomsorg. Lägesrapporter 2005*.

²¹ Socialstyrelsen (2006) *Social rapport 2006*, kapitel 7, Utsatthet bland barn och unga.

²² SOU 2005:88, *Vräkning och hemlöshet – drabbar också barn. Slutbetänkande av Utredningen om vräkning och hemlöshet bland barnfamiljer*.

varit så pass undermålig när det gäller detta vitala socialpolitiska område att säkra slutsatser nära nog inte varit möjliga att dra.

Emellertid, Socialstyrelsen skriver: ”En rad samhällsförändringar under de senaste decennierna antas kunna leda till en ökad hemlöshet. Avinstitutionaliseringen av psykiatrin, omstruktureringen av missbrukarvården, en ökad arbetslöshet, ökad psykisk ohälsa samt avregleringen av bostadspolitiken är här viktiga aspekter. Under senare år har nya grupper uppmärksammats som riskerar att hamna i hemlöshet eller redan är hemlösa, framför allt barnfamiljer.”²³

De personer som räknas som hemlösa är bland annat uteliggare eller personer som är hänvisade till akutboende och härbärge, personer som saknar bostad och som inom tre månader skrivs ut från någon form av institution eller stödboende och dessutom personer som ofrivilligt bor hos familj eller vänner. Sammantaget uppgår dessa grupper till cirka 18 000 personer bestående av tre fjärdedelar män och en fjärdedel kvinnor. Över 60 procent av de hemlösa har missbruksproblem och cirka 40 procent lider av psykiska besvär. Få har arbete och egen inkomst och är alltså beroende av försörjningsstöd. Cirka 30 procent av de hemlösa rapporteras ha barn. Se Tabell 2.

Tabell 2

Övergripande beskrivning av hemlösa 2005

Grupp 1 – uteliggare eller boende i härbärgen

Grupp 2 – på väg att skrivas från institution/stödboende (inom 3 månader)

Grupp 3 – intagen på behandlingsenhet eller i stödboende

Grupp 4 – tillfälligt boende hos bekanta, släktingar eller liknande

<i>Medelålder i gruppen</i>	Grupp 1 44 år	Grupp 1 38 år	Grupp 1 44 år	Grupp 1 35 år
Andel kvinnor inom resp. grupp	26	23	27	26
Andel utrikes födda	30	22	22	30
Andel förälder till barn under 18 år	36	35	23	38
Andel med missbruksproblem	67	74	59	55
Andel med psykiska problem	37	35	50	30
Andel med somatiska problem	21	16	19	13
Andel som varit hemlösa mindre än 1 år	40	41	21	56
Andel som varit hemlösa 7 år eller mer	16	13	29	6
Andel som har ekonomiskt bistånd	54	32	33	60
Andel som saknar sysselsättning	67	40	48	50

Källa: Socialstyrelsen, *Hemlöshet i Sverige 2005. Omfattning och karaktär*.

Tabell 2. Övergripande beskrivning av hemlösa 2005.

Lägger vi därtill de ungefär tusen barn som tillsammans med en eller båda föräldrarna årligen utsätts för vräkning från bostad mestadels på grund av bristande betalning av hyra, framträder en bild av en grupp människor – däribland

²³ Socialstyrelsen (2006), *Hemlöshet i Sverige 2005. Omfattning och karaktär*.

barn och yngre – som lever under mycket otrygga och närmast miserabla förhållande i välfärdslandet Sverige.²⁴

När det gäller barnen vill vi på samma sätt som SOU 2005:88 särskilt peka på följande: Barn bör rimligen ha rätt till god bostad. Rätten till bostad uttrycks i barnkonventionen, i den svenska bostadspolitikens mål och i socialtjänstlagen. Socialtjänstlagens regler borde vara tillräckliga för att garantera att barn inte vräks från sin bostad. Bristerna finns alltså i socialtjänstlagens tillämpning. Socialstyrelsen bör därför i föreskrifter eller allmänna råd förtydliga sin tolkning av barnets rätt till bostad.²⁵

*Sjukskrivna och förtidspensionerade*²⁶

Under det senaste årtiondet har utvecklingen av sjukskrivningar och förtidspensioneringar diskuterats – och utretts – i betydande omfattning. Skälet till det är enkelt: sjukskrivningstalens ökning från 1997 och framåt. Under de senaste två åren har dock ökningarna avstannat och vi kan nu i stället se en viss minskning av ohälsotalet. Det är glädjande.

Förklaringarna till de (ännu) höga sjukskrivningstalen har ventilerats i den allmänpolitiska debatten, bland forskare, experter och utredare och inte minst i media. Förklaringarna är sannolikt mångfacetterade – den undermåliga administrativa hanteringen på Försäkringskassan, effektiviseringar och rationaliseringar i kombination med hårdare arbetstempo på arbetsplatserna, ojämlig fördelning av hemarbete, försämrade arbetsmiljö, otillräcklig rehabilitering eller ingen rehabilitering alls, köer inom sjukvården, förskjutningar i attityder till arbete, förskjutningar i uppfattningen om vad som ska förstås med arbets(o)förmåga.

Studier visar att många anställda mer eller mindre vantrivs på sitt arbete, dels därför att de inte är nöjda med yrkesvalet, dels därför att de inte är nöjda med arbetsplatsen. Det kan på goda grunder antas att vantrivsel på arbetet är god jordmån för sjukskrivningar och senare också förtidspensioneringar.

Forskare på Arbetslivsinstitutet skriver: ”Att 36 procent av de fast anställda och 62 procent av de tillfälligt anställda är i någon form av negativ anställningssituation måste betecknas som mycket höga tal. Därmed finns annolikt en stor potential för bättre hälsa och ökat engagemang i att utveckla system som gör arbetsbyten/provanställningar på såväl interna som externa arbetsmarknader

²⁴ I början av 2000-talet ansöktes om närmare 12 000 vräkningar varav över 4 000 verkställdes. Det kan antas att upp till hela 30 till 40 procent av vräkta familjer har barn. Källa: Anders Nilsson, Janne Flyghed, ”Tryggare kan ingen vara? Vräkning av barnfamiljer: Förekomst, orsaker och konsekvenser.” i Ds 2004:41, *Ekonomiskt utsatta barn*.

²⁵ SOU 2005:88, *Vräkning och hemlöshet – drabbar också barn. Slutbetänkande av Utredningen om vräkning och hemlöshet bland barnfamiljer*, sid 152.

²⁶ Här används genomgående termerna förtidspension trots att termen numera heter sjukersättning.

mindre riskabla för den enskilde individen liksom stöd till utbildningsåtgärder med sikte på det önskade yrket och arbetet.”²⁷

I debatten har därtill framförts den ståndpunkten att inte få av de långvarigt sjukskrivna och de förtidspensionerade egentligen döljer en bakomliggande arbetslöshet. Senast har Försäkringskassan med generaldirektören i spetsen antytt något sådant. I en debattartikel skriver Försäkringskassan: ”Om de preliminära siffrorna stämmer kan det dock röra sig om upp till 35 000 [av 150 000] personer som bedöms ha arbetsförmåga – helt eller delvis – och kan påbörja vägen tillbaka till arbetsmarknaden men saknar arbete.”²⁸ Och det är väl det senare som måhända är kruxet – bristen på arbete.

Enligt vår mening finns anledning att lyfta fram tre aspekter av sjukskrivning och förtidspensionering som vi anser särskilt behöver uppmärksammas:

1. Kvinnor är mera sjukskrivna än män. Många av de sjukskrivna kvinnorna arbetar inom offentlig sektor. Mellan åren 2002 och 2004 var antalsökningen till förtidspension 51 000 personer. Av den ökningen svarade kvinnorna för 70 procent eller 36 000. Männerna svarade alltså för 30 procent eller 15 000. Noterbart är också att antalsökningen bland yngre kvinnor 16-29 år är betydligt högre än hos män.
2. Både sjukskrivningar och förtidspensioneringar har sjunkit ner till yngre åldrar, vilket bör betraktas som alarmerande. Glädjande nog tycks dock den trenden vara bruten.
3. Ökningarna av sjukskrivningstalen gäller först och främst de långa sjukfallen, dvs. de med längre sjukskrivningstid än ett år. Ju längre sjukskrivningstid, desto större ökning av antalet sjukfall. En större andel av de sjukskrivna är alltså sjuka och arbetsoförmögna under mycket lång tid. De kortare sjukfallen har däremot legat på i stort sett samma nivå sedan 1970-talet, till och med trendmässigt minskat. Från 2003 har vi sålunda kunnat se en nedgång av antalet sjukfall med sjukfallstider på under ett år. Men, som sagt, många går sjukskrivna mycket lång tid. I mars 2003 uppgick antalet sådana sjukfall (ett år och längre) till strax över 125 000 varav 87 500 var kvinnor (70 procent) och 37 800 var män (30 procent).²⁹ De långa sjukfallen är otvivelaktigt också en könsfråga.

Se Tabell 3 (nästa sida).

²⁷ Gunnar Aronsson, Margareta Dallner, Klas Gustafsson (2000) *Yrkes- och arbetsplatsinläsning. En empirisk studie av omfattning och hälsokonsekvenser*. Arbetslivsinstitutet nr 2000:5.

²⁸ Curt Malmberg, Benny Carlsson, Robert Granath på DN Debatt 2006.04.13.

²⁹ Försäkringskassan, *Pågående sjukfall med sjuk- och rehabiliteringspenning 31 december. Statistikinformation Is-I 2003:3. Pågående sjukfall längre än fyra veckor efter fallängd 1998-2003. Statistik 2005:5, Sjukersättning och aktivitetsersättning utbetalade i december 2003 och 2004*. Statistikenheten.

Tabell 3

Antal pågående sjukfall som 31/3 1998 resp 31/3 2003 varat längre än fyra veckor fördelade efter sjukfallets längd och kön

Sjukfallets längd	Kvinnor		Män	
	1998	2003	1998	2003
29-59 dagar	13 350	18 282	7 972	10 551
60-179 dagar	24 007	39 464	15 367	22 977
180-364 dagar	19 085	36 725	12 246	22 455
1-2 år	16 657	48 908	10 790	28 276
Över 2 år	10 945	38 630	7 584	19 589

Källa: Försäkringskassan, Statistikinformation IS-I 2003:3

Tabell 3. Antal pågående sjukfall längre än fyra veckor den 31 mars åren 1998 och 2003, efter falllängd och kön.

Den för närvarande arbetande och av regeringen tillsatta Socialförsäkringsutredningen skriver: ”Närmare 700 000 personer i Sverige har sjukersättning (motsvarande det som tidigare hette förtidspension) eller är sjukskrivna med sjukpenning sedan mer än ett halvår tillbaka.

Det rör sig om betydligt fler än var tionde invånare i den normalt förvärvsaktiva åldern. De lever under starkt skiftande villkor i fråga om hälsa, socialt liv och ekonomiska förutsättningar. Flertalet är naturligt nog äldre, men i starkt växande utsträckning har även yngre och medelålders blivit långtidssjuka. Fysiska orsaker, som belastningsskador och ryggsjukdomar dominerar, men en ökande del – särskilt bland yngre – har psykiska sjukdomar och syndrom som diagnos. Yrkesgrupper med låg inkomst är långtidssjuka i avsevärt högre utsträckning än höginkomsttagare.”³⁰

Återigen finns skäl att notera klassdimensionen även när det gäller sjukskrivningar, särskilt de långtidssjuka och förtidspensionerade. Socialförsäkringsutredningen noterar därtill att det är en mycket liten del av de långtidssjukskrivna som återvänder till arbetslivet. Detta gäller naturligtvis i ännu högre grad de förtidspensionerade.

Och rehabiliteringsprocessen – där nu någon rehabilitering alls sker – får mycket skarp kritik av regeringens utredare i Socialförsäkringsutredningen. Man skriver att Försäkringskassan efter ett års sjukskrivning har tagit kontakt med fyra av tio sjukskrivna. Var tredje arbetsgivare har vidtagit någon åtgärd för att få långtidssjukskriven i arbete igen. Två tredjedelar av arbetsgivarna hade alltså ingenting gjort. Och när det gäller sjukskrivna som dessutom är arbetslösa har Försäkringskassan särskilt ansvar för rehabiliteringen. År 2003 gjordes en reha-

³⁰ Socialförsäkringsutredningen (2005) *Samtal om socialförsäkring nr 6. Trygg i början – om samspelet sjukförsäkring, avtalsersättning och tid.*

biliteringsutredning för en femtedel av de arbetslösa, dessutom sent i sjukfallet.³¹

Rehabiliteringen framstår närmast som ett korthus fyllt av vackra ord endast.

Dessutom bör noteras att en stor del av de förtidspensionerade lider av psykisk ohälsa av något slag. Även arbetslösheten är större hos personer med psykisk ohälsa jämfört med andra funktionshindrade. Nationell psykiatrisamordning anser att systemet med fyra olika huvudmän – arbetsförmedlingen, försäkringskassan, socialtjänsten och hälso- och sjukvården – har skapat ”gränser och revir som ställer stora krav på psykiskt sjukas förmåga, men ganska små krav på de respektive huvudmännen”. Nationell psykiatrisamordning anser alltså att systemet med de fyra huvudmännen är ”ineffektivt och ibland låter organisationernas motstående intressen gå före individens behov”.³² Kritiken från Nationell psykiatrisamordning liknar alltså den som framförts av Socialförsäkringsutredningen.

Det finns därtill skäl att påpeka att lång tid med förtidspension har mycket negativa ekonomiska konsekvenser för de förtidspensionerade. Ett exempel: En person som förtidspensionerades 1980 har efter 15 års pensionering blott 67 procents ersättningsnivå relativt den lönenivå han/hon skulle ha haft om han/hon kunnat fortsätta arbeta. Efter 20 års förtidspensionering skulle den relativa ersättningsnivån ligga på 56 procent och efter 25 år på 52 procent.³³

Därutöver har förtidspensioneringen effekter på ålderspensionsnivån. Socialförsäkringsutredningen skriver: ”Det bör påpekas att eftersläpningen i levnadsstandard återverkar på den ålderspension som vid 65 års ålder ersätter sjukersättningen (förtidspensionen). Detta ligger i ålderspensionssystemets natur. Utvecklingen kan komma att resa krav på ekonomiska tillskott för denna nya kategori ’fattigpensionärer’ – både före och efter 65 års ålder.”³⁴

³¹ Anna Hedborg, Socialförsäkringsutredningen, på DN Debatt 2006.04.21. Se också Socialförsäkringsutredningen (2006), *Samtal om socialförsäkring nr 10, Rehabilitering – ett långt lidandes historia*. Om rehabiliteringsfrågan i den allmänna sjukförsäkringen, se också Tor Larsson, Staffan Marklund, Peter Westerholm (2005) *Den galopperande sjukfrånvaron. Sken, fenomen och väsen*. Arbetslivsinstitutet, RARs forskningsrapport nr 1.

³² Anders Milton, Kerstin Evelius, Nationell psykiatrisamordnare respektive utredningssekreterare i debattartikel i Aftonbladet 2006.04.20.

³³ Socialförsäkringsutredningen (2005) *Samtal om socialförsäkringen nr 6. Trygg i början – om samspelet sjukförsäkring, avtalsförsäkring och tid*.

³⁴ Socialförsäkringsutredningen (*Samtal om socialförsäkring nr 6*) redovisar ett exempel: Båda personerna A och B börjar arbeta vid 20 års ålder. Vid 40 års ålder blir A förtidspensionerad medan B fortsätter att arbeta. Reallöneökningen antas vara 2 procent fram till 60 års ålder. Vid 65 års ålder erhåller A 14 procents lägre pension jämfört med B.

De funktionshindrade³⁵

De personer som här ingår under begreppet funktionshindrade är de som upp-
bär assistansersättning från Försäkringskassan och som även kan ha insatserna
handikappersättning, vårdbidrag eller ersättning för bilstöd; dessa funktions-
hindrade är cirka 11 000 till antalet (se **grupp 1** i Tabell 4).

Dessutom ingår de funktionshindrade som inte erhåller assistansersättning från
Försäkringskassan, men som erhåller handikappersättning, vårdbidrag eller er-
sättning för bilstöd. De personerna är till antalet över 92 000 (se **grupp 2** i Ta-
bell 4). Sammantaget utgör gruppen funktionshindrade cirka 103 000 perso-
ner.³⁶

Tabell 4

Personer med funktionshinder - en sammanställning

	GRUPP 1		GRUPP 2	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Antal i respektive grupp	5 207	5 821	44 564	48 111
Andel av samtliga	5,0%	5,6%	43,0%	46,4%
Inom gruppen: 0-17 år	15,2%	17,0%	28,4%	44,3%
över 18 år	84,8%	83,0%	71,6%	55,7%
Etnicitet - Svensk	87,3%	86,4%	89,3%	89,9%
Annan etnicitet	12,7%	13,6%	10,7%	10,1%
18 år och äldre i resp. grupp	4 414	4 834	31 895	26 788
Osubventionerat förvärvsarbete?				
Nej	93,8%	91,6%	75,9%	70,3%
Ja	6,2%	8,4%	24,1%	29,7%
Registrerad hos arbetsförmedling?				
Ja	1,1%	1,8%	4,8%	6,1%
Nej	98,9%	98,2%	95,2%	93,9%
Finns i sysselsättningsåtgärder?				
Nej	97,1%	95,0%	93,4%	90,2%
Ja	2,9%	4,8%	6,6%	9,8%
Dekl. inkomst av lönearbete: 0 tkr	87,7%	85,4%	67,3%	62,2%
1-75 tkr	8,4%	8,8%	13,5%	11,8%
75-120 tkr	2,1%	2,9%	5,9%	5,3%
120-240 tkr	1,4%	2,1%	10,5%	12,4%
240 tkr -	0,4%	0,8%	2,8%	8,3%
Disponibel inkomst: 0-75 tkr	2,2%	1,7%	2,8%	2,1%
75-120 tkr	32,3%	28,1%	27,1%	22,1%
120-240 tkr	23,0%	24,7%	34,5%	35,4%
240 tkr -	42,5%	45,5%	35,6%	40,4%
Antal i gruppen i ålder 16-64 år	4 071	4 547	24 112	22 927
Har förtidspension? Nej	5,3%	7,9%	27,3%	38,7%
Ja	94,7%	92,1%	72,2%	61,3%

Källa: Socialstyrelsen (2006) *Handikappomsorg. Lägesrapporter 2005*.

Tabell 4. Personer med funktionshinder – en sammanställning.

³⁵ Detta avsnitt följer Socialstyrelsen (2006) *Handikappomsorgen. Lägesrapporter 2005*.

³⁶ Här följs den definition som används av Socialstyrelsen i Socialstyrelsen (2006) *Handikappomsorg. Lägesrapporter 2005*.

Insatserna för de funktionshindrade – vanligen kallad handikappomsorgen – är mycket varierande och alltså av olika slag. Insatserna enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) innehåller bland annat personlig assistans, ledsagarservice, avlösarservice, korttidsvistelse och särskilt boende. Insatserna enligt socialtjänstlagen (SoL) och sjuk- och hälsovårdslagen (HSL) innefattar bland annat hemtjänst, särskilt boende och den kommunala hemsjukvården. Dessutom innefattar insatserna frivillig institutionsvård, individuellt behovsprövad öppenvård och familjehemsvård. Därtill ingår färdtjänsten och särskild ersättning enligt lagen om assistansersättning (LASS). Till detta kommer den särskilda skolverksamheten som obligatorisk särskola, specialskola, gymnasiesärskola och särvux.

Även andra aktörer än kommuner verkar inom de funktionshindrades område: landstingen, som tillgodoser de funktionshindrade med hörapparater, synhjälpmedel, manuell rullstol och elrullstol; Försäkringskassan, som utger vårdbidrag, handikappersättning, assistansersättning, bilstöd, aktivitetsersättning och sjukersättning; Arbetsmarknadsstyrelsen, som ansvarar för anställning av funktionshindrade med lönebidrag och offentligt skyddad anställning (OSA); Samhall, som ansvarar för ett antal anställda med arbetshandikapp.

Sammantaget existerar ett fyrtiotal olika insatsområden riktade till de funktionshindrade i Sverige. De olika insatsområdena/tjänsterna handhas bland annat av kommuner, landsting, Arbetsmarknadsstyrelsen, Försäkringskassan och Samhall (se Tablå 1).

Tablå 1

Insatsområden för funktionshindrade i Sverige

Personlig assistans	Obligatorisk särskola
Ledsagarservice	Specialskola
Kontaktperson	Gymnasiesärskola
Avlösarservice	Särvux
Korttidsvistelse	Kommunal färdtjänst
Korttidstillsyn	Bostadsanpassningsbidrag
Boende, vuxna	Hörapparater
Boende, barn	Synhjälpmedel
Personligt ombud	Rullstolar (manuell och el)
Hemtjänst	Elektronisk kommunikation
Särskilt boende	Vårdbidrag
Dagverksamhet	Handikappersättning
Kommunal hemsjukvård	Assistansersättning
Behovsprövad korttidsvård	Bilstöd
Anhörigbidrag	Aktivitetsersättning
Objektsanställning	Sjukersättning
Bistånd som avser boende	Färdtjänst
Individuellt behovsprövad öppenvård	Anställning med lönebidrag
Frivillig institutionsvård	Offentligt skyddad anställning
Familjehemsvård	Anställning med arbetshandikapp

Källa: Socialstyrelsen (2006) Handikappomsorgen. Lägesrapporter 2005.

Tablå 1. Insatsområden för funktionshindrade i Sverige.

Trots att kostnaderna under senare år ökat inom ett flertal insatsområden och inom ett flertal kommuner – främst det särskilda boendet och assistansersättningen – kvarstår behov hos vissa funktionshindrade. Här nämns barn med neuropsykiatriska funktionshinder som riskerar att bollas mellan olika enheter inom kommunernas socialtjänst och ibland mellan kommunen och landstinget. Ytterligare en grupp funktionshindrade där vårdkedjan ofta brister gäller personer med förvärvade hjärnskador (alltså hjärnskador som inte är medfödda utan uppstått senare i livet). Andra personer vars behov inte alltid tillgodoses är personer med psykiska funktionshinder. I hög grad gäller detta personer som i kombination med de psykiska besvären dessutom har missbruksproblem.

Av de funktionshindrade är flertalet förtidspensionerade. Av de funktionshindrade med assistansersättning är andelen förtidspensionerade närmare 95 procent bland kvinnorna och 92 procent bland männen. Funktionshindrade utan assistansersättning är förtidspensionerade i mindre utsträckning, dock till över 72 procent bland kvinnor och 61 procent bland män.

Därav följer också att en mycket liten grupp av de funktionshindrade erhåller inkomst av lönearbete. I gruppen med assistansersättning saknar över 85 procent sådan deklarerad inkomst. En dominerande andel – över 90 procent – av de funktionshindrade deltar heller inte i några som helst sysselsättningsåtgärder, och ett ytterst litet antal står registrerade hos arbetsförmedlingen. Bland funktionshindrade med assistansersättning saknar över 90 procent osubventionerat förvärvsarbete.

Den bild som framträder är således att funktionshindrade i mycket begränsad utsträckning har – eller ges – möjligheter att beträda arbetsmarknaden, en möjlighet som med stor säkerhet inte förbättrats under senare tid.

Även den ekonomiska situationen för funktionshindrade är långt ifrån tillfredsställande. En viktig orsak till det är naturligtvis de funktionshindrades begränsade anknytning till arbetsmarknaden. En tredjedel av kvinnorna med assistansersättning har en disponibel inkomst på under 120 000 kronor och även om en relativt stor andel av de funktionshindrade har disponibla inkomster på över 240 000 kronor ska sådan inkomst ses i ljuset av de extra kostnader som funktionshindrade har för att klara ett någorlunda fungerande vardagsliv.

I detta avsnitt om funktionshinder finns all anledning att också beröra språket. Att behärska huvudspråket i det land man bor är sannolikt en av de viktigare förutsättningarna för till exempel tillträde på arbetsmarknaden. Många inflyttade – ävenså många infödda – saknar tillräckliga språk- och skrivkunskaper, vilket kan vara en bidragande orsak till att de blir mer eller mindre utlästa från arbetsmarknaden.

Ebba Witt-Brattström skriver: ”Idag lämnar var femte 16-åring skolan utan betyg i svenska, och ännu fler med otillräckliga svenskkunskaper.” Svenska skol-

elever får hälften så många lektioner i landets huvudspråk som elever i andra länder och hon menar med rätta att språket är ett utsorteringsinstrument genom att bristande kunskaper i landets huvudspråk riskerar att bli ett hinder för inträde på arbetsmarknaden. Språket kan alltså – även det – uppfattas som ett högst påtagligt funktionshinder.³⁷

De arbetslösa

Under de senaste tio, femton åren har det skett en betydande attitydförändring till frågan om arbetslösheten. I den politiska debatten talas för det första relativt litet om ett samhälle med full sysselsättning. För det andra tycks målsättningen när det gäller storleken på acceptabel arbetslöshet ha förskjutits uppåt. När vi under 1970- och 80-talen talade om att arbetslösheten kunde nå över två procent förskräcktes många. Idag ligger den öppna arbetslösheten på över fem procent – och hur stor den dolda arbetslösheten är vet vi dessvärre inte. Och de yngre är hårt drabbade. Här ligger arbetslösheten på åtminstone 12 procent – och verkar enligt regeringens vårbudget 2006 vara i tilltagande.

Det är också stora skillnader i arbetslöshet om vi ser till personer födda i Sverige och personer födda i utlandet. Av Tabell 5 framgår att arbetslösheten bland personer födda i Sverige år 2003 låg på 4 procent medan den låg på 9 procent bland utrikes födda. Även arbetskraftstalen skiljer sig åt. 83 procent av personer födda i Sverige tillhörde arbetskraften år 2003. Motsvarande andel bland de utrikes födda låg på 69 procent.

Tabell 5

Personer i arbetskraften och arbetslösa efter födelseland år 2003

	<i>Andel i arbetskraften i procent</i>	<i>Andel arbetslösa i procent</i>
Födda i Sverige	83,0	4,0
Födda i utlandet	69,0	9,4
Norden (exkl.Sverige)	74,0	5,4
Övriga Europa, USA mfl	71,0	8,8
Afrika, Asien, Sydamerika	63,0	13,0

Källa: Lön efter födelseland. Lön för arbetare och tjänstemän efter födelseland och invandringsår. LO. 2006.

Tabell 5. Personer i arbetskraften och arbetslösa efter födelseland år 2003.

De negativa effekterna av hög arbetslöshet är flera. Arbetslöshet i kombination med sjukdom förvärrar med stor säkerhet sjukdomen och läkeprocessen. Arbetslösheten kan till och med vara grogrunden för sjukdom på grund av de arbetslösas oro och ängslan över att inte ha ett arbete, inte minst gäller det barnfamiljer.

³⁷ Ebba Witt-Brattström på DN Debatt 2006.04.19 och 2006.05.13.

Arbetslöshet resulterar naturligtvis i försämrad ekonomi, vilket i sin tur försämrar levnadsbetingelserna för barn med arbetslös eller arbetslösa föräldrar. En stor ungdomsarbetslöshet riskerar att skjuta upp tiden för familjebildning, förmågan att skaffa eget boende minskar och flytten hemifrån försenas samtidigt som önskan att sätta barn till världen avtar. En jämförelse: År 1968 födde de 24-åriga kvinnorna flest barn. År 2005 var det åldersgruppen 31-åriga kvinnor som födde flest barn, således en förskjutning på sju år. En av flera förklaringar till denna förskjutning är självfallet längre studietider bland kvinnor.

Och för att även de yngre skulle våga bilda familj och skaffa sitt första barn tidigare än som sker idag fordras naturligtvis en bättre arbetsmarknad för de yngre, men kanske framför allt rejält höjda barnbidrag och/eller förbättrade studiemedel.

Det traditionella vuxenlivet påbörjas nu alltså allt senare. Och till det: Ju senare de unga kommer in på arbetsmarknaden, desto kortare tid återstår för intjänande av god pension.

Med ett senare inträde på arbetsmarknaden sammanpressas också den tid som står till förfogande för att just skaffa boende, bilda familj och skaffa barn. Och ju fler barn som föds av allt äldre mödrar, desto längre upp i åldrarna har föräldrarna små barn och ungdomar att ta hand om, vilket kan bli betungande nog, särskilt vid arbetslöshet också i de högre åldrarna.

Analysen har också gjorts där arbetslöshetstal i olika delar av landet kombinerats med områdenas studieresultat och valdeltagande i kommunalval. Områden med hög arbetslöshet, dåliga skolresultat och klen valdeltagande klassas som utanförskapsområden.

Utvecklingen av dessa områden i landet ser allt annat än hoppfull ut. Områdena karaktäriseras bland annat av mycket låg sysselsättning, särskilt bland kvinnor, andelen utlandsfödda är mycket hög och merparten av boendet består av hyreshus. I Malmö, Botkyrka och Landskrona bor mellan 35 och 40 procent av befolkningen i utanförskapsområden. I utanförskapsområdena tycks också antalet anmälda våldsbrott ha ökat under perioden 2002 till 2005 samtidigt som antalet anmälda skadegörelser (inklusive mordbrand) har ökat under samma period. Utanförskapsområdena karaktäriseras alltså av, som utredarna skriver, ”en social situation präglad av social desperation och destruktiva tendenser”.³⁸

Hög arbetslöshet i kombination med andra negativa välfärdsindikatorer visar på mer eller mindre utslagning eller på åtminstone påtagligt utanförskap, inte minst bland de yngre och de utrikes födda, och slår alltså hårt i flera riktningar – ekonomiskt, socialt och hälsomässigt.

³⁸ ”Utanförskapets karta 2006. En halv miljon människor i utanförskapets Sverige.” Rapport från folkpartiet. 2006.03.25. undertecknad av Lars Leijonborg, Nyamko Sabuni och Mauricio Rojas.

Betydande risk finns för att framtidstron minskar och att tilltron till samhället avtar.

Med hög arbetslöshet skapas helt enkelt ett risksamhälle.

Boendesegregationen

Med boendesegregation menar vi skillnader mellan olika befolkningsgruppers geografiska bosättningsmönster. Boendesegregation kan vara av olika slag: 1) Etnisk boendesegregation betyder att den etniska befolkningssammansättningen i olika delar av samhället är annorlunda än befolkningssammansättningen i samhället som helhet. 2) En annan form av boendesegregation är socioekonomisk boendesegregation, dvs. uppdelning av befolkningssammansättningen i utbildningsstatus, inkomst, yrke eller socialgrupp. 3) Ibland talas också om demografisk boendesegregation, dvs. segregation efter ålder, kön eller hushållstyp.

Det torde stå alldeles klart att boendesegregationen i etnisk och socioekonomisk mening till viss del sammanfaller. Data visar på betydande skillnader i resursrikedom mellan ett bostadsområde med en homogen svenskfödd befolkning jämfört med ett område med stora koncentrationer av invandrargrupper. Av Tabell 6 framgår att 23 grannskap i storstadsregionerna Storstockholm, Storgöteborg och Stormalmö klassificeras som mycket resurssvaga. Ytterligare 74 grannskap klassificeras som resurssvaga. Av dessa grannskap som är resurssvaga eller mycket resurssvaga bor en koncentration av invandrare. Av undersökningens 501 grannskap domineras de resurstarka grannskapen praktiskt taget helt av grannskap bestående av personer födda i Sverige.

Tabell 6

Antal urbana grannskap i Storstockholm, Storgöteborg och Stormalmö med en befolkning större än 500 personer, indelade efter etnisk respektive ek. utveckling

Etnisk utveckling	Ekonomisk utveckling				Totalt
	Resursstarka	Ekonomiskt integrerade	Resurssvaga	Mkt resurssvaga	
Dominerade av födda i Sverige	262	90	14	1	367
Etniskt integrerade, inslag av synliga invandrargrupper	10	32	34	1	77
Dominerade av synliga invandrargrupper	-	19	24	8	43
Mest dominerade av synliga invandrargrupper	-	-	1	13	14
Totalt antal urbana grannskap	272	132	74	23	

Källa: Socialstyrelsen 2006. Social rapport 2006.

Tabell 6. Antal urbana grannskap i Storstockholm, Storgöteborg och Stormalmö med en befolkning större än 500 personer, indelade efter etnisk respektive ekonomisk typ av utveckling. 2002.

Över tiden tycks inga nämnvärda positiva förändringar ha skett när det gäller den etniska och socioekonomiska boendesegregationen, i alla fall inte till det nämnvärt bättre. Socialstyrelsen anser att de områden som 1990 hade en befolkning med stora inslag av utrikesfödda oftast har fått en större koncentration av denna grupp, vilket i sin tur förstärkt området som socioekonomisk resurssvagt.

Det är således mycket slående att boendeområden som domineras av personer födda i Sverige har en mycket liten andel resurssvaga medborgare, men en desto större andel innevånare som är resursstarka. I områden som domineras av invandrargrupper gäller generellt sett det omvända förhållandet.

De asylsökande och immigranter utan uppehållstillstånd

I början av 2000-talet (2001-2004) uppgick antalet asylsökande i Sverige till mellan 23 000 och 33 000 per år. Cirka 65 procent av de asylsökande år 2004 var män samtidigt som en stor del – 28 procent – var barn under 18 år varav 388 var ensamkommande barn. Antalet asylsökande har successivt minskat sedan 1996. 2004 beviljades endast 6 000 asylsökande uppehållstillstånd varav 70 procent på grund av humanitära skäl. Inställningen till de asylsökande har alltså varit relativt strikt under senare år, vilket också resulterat i flertal protester mot inhuman flykting- eller asylpolitik.

I Sverige befinner sig dessutom immigranter utan uppehållstillstånd. Många av dem – uppskattningsvis cirka 20 000 personer – är i första hand personer och familjer som fått sin asylansökan avslagen (de gömda flyktingarna), men också andra, som kommit till Sverige för att arbeta utan arbetstillstånd (svart arbetskraft) samt den grupp som befinner sig i Sverige mot sin vilja för att utnyttjas i prostitution (alltså offer för trafficking). Enligt en uppskattning av Rikspolisstyrelsen utsattes år 2003 400-600 kvinnor i Sverige för sådan människohandel.

Tungt missbruk

Konsumtionen av alkohol ökar medan det råder större osäkerhet om narkotikamissbrukets ökar eller inte. Storkonsumenterna av alkohol har bland kvinnor ökat från 60 000 personer år 1990 till 152 000 år 2002. Under motsvarande tid ökade antalet storkonsumerande män från 177 000 till 261 000 personer. Förändringen i procent över perioden är 153 procents ökning bland kvinnor och 47 procents ökning bland män (se Tabell 7 – nästa sida).

Detta innebär alltså att vi i Sverige har över 400 000 personer som betraktas som storkonsumenter av alkohol. Den utvecklingen bör betraktas som mycket oroande, särskilt som konsumtionen under senare år krupit ner i åldrarna. Dock tycks ökningen av alkoholkonsumtionen bland yngre ha avstannat en aning,

åtminstone visar en studie av niondeklassare det. Dock bör märkas att alkoholkonsumtionen bland flickor anses vara högre än någonsin.

Tabell 7

Alkohol och narkotika

Beräknat antal storkonsumenter av alkohol

År	1990	1996	1998	2000	2002
Kvinnor	60 000	67 000	92 000	109 000	152 000
Män	177 000	151 000	167 000	223 000	261 000
Totalt	237 000	218 000	259 000	332 000	413 000

Skattning av antalet tunga missbrukare

År	2000	2001	2002	2003	2004
Alkohol	79 300	79 100	79 900	79 900	81 000
Narkotika	27 700	27 700	27 300	25 700	25 600
Totalt	107 000	106 800	107 200	105 600	106 600

Källa: Socialstyrelsen (2006) Individ- och familjeomsorg. Lägesrapporter 2005.

Tabell 7. Alkohol och narkotika.

Antalet tunga missbrukare av alkohol och narkotika har under några år legat på relativt konstant nivå. Antalet pendlar runt 100 000 personer varav 75 till 80 procent består av alkoholmissbruk och resterande andel missbruk av narkotika. Cirka 12 000 personer erhåller individuellt behovsprövad öppenvård i form av personligt stöd och behandling samt kontaktperson; under hela året 2004 gavs 25 000 öppenvårdsinsatser. Till det kommer att personer med missbruksproblem ges boendestöd i form av gruppboende, inackorderingshem, härbärge, mm. Drygt 3 200 personer vårdas på institution, de flesta frivilligt mot endast 6 procent med tvång.³⁹

Det torde stå alldeles klart att konsumtionen av alkohol kommer att resultera i ökat antal personer med tungt missbruk och därmed till ökat antal sjuka och döda. Det mest oroväckande är naturligtvis den kraftiga ökningen av alkoholkonsumtion bland kvinnor och flickor.

Våld och brottsoffer

Personer som utsätts för brott ska ges stöd och hjälp enligt brottsofferparagrafen i socialtjänstlagen. Socialtjänsten arbetar i första hand med brottsoffer som har med våld i nära relationer att göra, och även med barn som bevittnat våld samt med unga brottsoffer.

³⁹ Socialstyrelsen (2006) *Individ och familjeomsorg. Lägesrapporter 2005.*

Anmälda fall av grov kvinnofridskränkning uppgår till mer än 2 000 fall per år och har fördubblats under en femårsperiod. Antalet polisanmälningarna om kvinnomisshandel ligger på cirka 23 000 där för det mesta gärningsmannen är bekant med offret. Brå bedömer att våldet mot kvinnor har ökat och antalet kvinnor som uppger att de utsatts för våld uppgick år 2004 till 116 000 kvinnor. Lika många uppger att de utsatts för hot om våld.

Stödet till de våldsutsatta kvinnorna, som i form av skyddat boende, ges i huvudsak av frivilligorganisationer. Cirka 70 procent av kommunerna har någon form av handlingsplaner för de våldsutsatta. Nästan en tredjedel av kommunerna saknar alltså sådana handlingsplaner.

En särskilt utsatt grupp kvinnor består av de psykiskt sjuka inte sällan i kombination med missbruk. Betydligt över hälften av psykiskt sjuka kvinnor uppger ha utsatts för våld av en man i nära relation. Hjälpen och stödet till dessa utsatta finns dessvärre inte alltid till hands: Bortåt en tredjedel av brottsofferjourer, kvinnojourer och kommunala kriscentra uppger nämligen att de inte tar emot kvinnor med psykiska funktionshinder. De som kanske har det allra svårast när det gäller våld tycks alltså ha svårast att få komma i åtnjutande av stöd och hjälp.

Socialstyrelsen skriver: ”Flera kvinnojourer säger att de möter allt fler kvinnor med komplicerad problembild, psykisk ohälsa och missbruksproblem. I enkät-svaren tas upp att möjligheten för hotade och misshandlade kvinnor att få ny bostad och hjälp att bosätta sig på annan ort försämrats. Brister i samverkan och oklarheter om vem som ska svara för kostnader för skyddat boende hindrar.”⁴⁰

Ytterligare en grupp hotade och våldsutsatta har att göra med det som benämns hedersrelaterat våld. Vederhäftiga data om omfattningen av detta våld är svåråtkomliga. Vi vet ej heller hur många platser med skyddat boende som totalt finns i landet.

Pensionärerna⁴¹

Kort om demografin

Även om det numera torde vara allmänt bekant finns anledning att erinra om den demografiska situationen i Sverige särskilt med beaktande av de äldre, dvs. de som är 65 år och däröver.⁴²

⁴⁰ Socialstyrelsen (2006) *Individ- och familjeomsorg. Lägesrapporter 2005*.

⁴¹ Detta avsnitt om de äldre följer där inte annat anges i allt väsentligt Socialstyrelsens rapporter *Social rapport 2006, Vård och omsorg om äldre, Lägesrapporter 2005* och *Omsorg människor emellan. En översikt av omsorgs-givande i den svenska befolkningen* (2006).

⁴² Sverige är idag ett av världens mest åldringstäta samhälle. Många andra länder kommer visserligen snart i kapp – och förbi.

Den förväntade återstående medellivslängden för män har sedan 1984 fram till 2004 ökat från 73,8 till 78,4 år. Kvinnors medellivslängd har ökat från 79,9 till 82,7 år. Även återstående livslängd vid 65 års ålder har ökat. Längre levnad i kombination med en ålderspuckel (40-talisterna) resulterar i att antalet äldre kommer att öka relativt kraftigt de närmaste årtiondena. År 2000 var antalet 65-åringar och äldre drygt 1,5 miljoner. År 2030 beräknas antalet ha nått över 2,2 miljoner. Antalet 80-åringar och äldre kommer under motsvarande period att öka från cirka 450 000 till 750 000, dvs. med 300 000. Inte minst det senare kommer att ställa inte endast äldreomsorg utan också anhörigvård inför stora utmaningar.

De äldres ekonomi

I ett längre tidsperspektiv har de svenska pensionärernas ekonomi förbättrats radikalt. I mitten av förra århundradet utgjorde pensionärskollektivet det största socialpolitiska bekymret på grund av utbredd fattigdom bland de äldre. Idag, med olika slag av ordnade ålderspensioner, är situationen naturligtvis en annan. Andelen pensionärer med enbart folkpension har successivt minskat och ligger nu på tydligt under 10 procent bland kvinnor och på ett par procent bland män.

Till det bör sägas att pensionsnivåerna genomsnittligt naturligtvis har förbättrats. Från 1991 till 2002 förbättrades som grupp pensionärernas disponibla inkomster med 16 procent räknat i fasta priser. Om vi däremot studerar individens inkomstutveckling blir bilden annorlunda. Den person som 1991 var ålderspensionär ökade sin disponibla inkomst med knappt två procent fram till 2002.

Ser vi därtill på medelbeloppen av pension för kvinnor finner vi att beloppet – särskilt i högre åldrar – inte nämnvärt ligger över garantipensionens nivå⁴³. I åldrarna 75 år och äldre ligger medelbeloppet av pension på blott någon tusenlapp per år över garantipensionsnivån. I det sammanhanget bör också nämnas de allt fler invandrare som kommit till Sverige relativt sent i livet eller som inte kommit in på arbetsmarknaden eller som arbetat under kortare tid, dessa grupper kommer att erhålla mycket låga pensioner och kommer att tvingas komplettera sin pension med det särskilda försörjningsstödet för äldre.

Och i en nyligen publicerad studie om bland annat pensionssystemen i Sverige skrivs: ”Stora grupper av löntagare får vid nuvarande regler endast ut hälften av sin slutlön i sammanlagd pension från stat och arbetsgivare. Deras motivation att förlänga arbetslivet hämmas därtill av en implicit beskattning av extra yrkesverksamma år. Det är motiverat att tala om en äldrefälla där stora grupper konfronteras med en piska att fortsätta arbetslivet, men samtidigt är drabbade av en negativ skatteeffekt på pensionsförmögenheten om de så gör.” I studien påpe-

⁴³ Garantipensionsnivån i december 2005 låg på strax under 90 000 kronor per år.

kas vidare att ”de kraftigt ökande kostnaderna för äldres sjukvård och omsorg från 2020-talet skapar stort behov av nationell kapitaluppbyggnad”.⁴⁴

Marginalerna är och kommer alltså att vara begränsade – särskilt för kvinnorna som lever länge och som på äldre dagar i stor utsträckning lever ensamboende. Bland kvinnliga pensionärer har cirka fem procent svårt att klara löpande utgifter och många pensionärer – cirka 7 procent av männen och 12 till 25 procent av kvinnorna (andelen varierar med ålder) – saknar en mindre kontantmarginal på 14 000 kronor (år 2002/03).

Även efter taxereformen 2002 tycks pensionärer avstå från hjälp med vardagsysslor eller personlig omsorg på grund av avgifterna. Även kostnaderna för hälso- och sjukvård samt läkemedelskostnader kan kännas betungande för pensionärer. Omkring nio procent av pensionärerna uppger att de avstått från att söka läkare på grund av kostnaderna – kvinnorna avstod i högre utsträckning än män, naturligtvis på grund av skillnader i kontantmarginaler och pension dem emellan.

Även tandvårdskostnaderna lägger bördor på pensionärernas ekonomi. Studier visar att cirka sju procent av ålderspensionärerna avstår tandläkarbesök på grund av kostnaderna. Bland invandrade äldre är motsvarande andel 15 procent.

När det gäller de äldre finns anledning att se på sambandet mellan livslängd och inkomst. Socialstyrelsen skriver: ”I Stockholms län var återstående medellivslängd för män vid 65 års ålder i genomsnitt 5,7 år längre i områden med den högsta medelinkomsten jämfört med områden med den lägsta medelinkomsten, vilket samtidigt är områden där en hög andel utrikesfödda personer är bosatta. För kvinnorna var skillnaden 5,2 år. Motsvarande mönster fanns för sambandet mellan hälsa och inkomst. Trots att hälsoproblemen ökar med stigande ålder hade män 65-69 år med låg inkomst sämre hälsa än män 80-84 med hög inkomst. Samma förhållande gällde kvinnor. Skillnaden i hälsa mellan personer under de år som analyserades (1991-1995) kan alltså sägas vara 15 år.”

Alltså i korthet: Klasskillnaderna sätter sina påtagliga och direkta avtryck.

Hemtjänst, särskilt boende, sjukhusvård och anhörigas stöd

Parallellt med att antalet 80-åringar och äldre har ökat – och kommer att öka kraftigt de närmaste årtiondena – har antalet personer med hemhjälp i ordinärt boende trendmässigt minskat från slutet av 1970-talet fram till 2000. Idag är antalet hemhjälpstagare cirka 150 000 personer. En tendens till ökning skönjs dock sedan början av 2000-talet. Antalet äldre personer i särskilt boende har

⁴⁴ Göran Norrman (2005) “Har vi råd att bli äldre? En rapport om demografi, ekonomi och socialförsäkringar för individ och samhälle.” Länsförsäkringsbolagens Forskningsfond.

trendmässigt minskat sedan mitten av 1990-talet och ligger nu på strax över 100 000 personer, vilket motsvarar antalet i särskilt boende under slutet av 1970-talet.

Socialstyrelsen skriver om äldreomsorgen: ”Omfattningen av den kommunala äldreomsorgen har minskat under de senaste decennierna medan antalet äldre personer i befolkningen ökat. ... När ett flertal behovsrelaterade faktorer vägs samman står det klart att det minskade utbudet av äldreomsorg inte uppvägs av minskade behov i den äldre befolkningen. Tillgången till äldreomsorg har minskat och koncentreras numera framför allt till personer med mer omfattande hjälpbehov.”

I det sammanhanget bör naturligtvis nämnas att merparten av vård och omsorg till äldre ges av anhöriga – i Sverige som i andra länder. Var femte kvinna och var sjunde man i befolkningen hjälper någon utanför det egna hushållet som är sjuk, handikappad eller äldre.

Socialstyrelsen igen: ”Under de år som hemtjänsten expanderade, fram till 1980-talet, betraktades omsorg från anhöriga som ett komplement till äldreomsorgen. Betoningen låg på samhällets ansvar för att tillgodose befolkningens behov av vård och omsorg, och intresset för anhörigomsorg var begränsat. I takt med att andelen äldre med hemtjänst minskat har de anhörigas insatser ökat. Det förefaller som att anhöriga fått fylla ut gapet mellan de äldres behov och tillgängliga resurser för vård och omsorg. I stort sett alla kommuner prövar nu om make eller maka kan utföra hjälpinsatser till varandra, åtminstone när det gäller husliga sysslor.”

Socialstyrelsen fortsätter: ”En ny trend är att kommunerna också frågar om det finns vuxna barn i närheten som kan hjälpa de gamla föräldrarna. En fjärdedel av kommunerna inkluderar tillgång till vuxna barn i biståndsbedömningen, trots att detta saknar stöd i lagstiftningen.”

Antalet vårdplatser på sjukhus där många av patienterna är äldre har också reducerats under senare tid. Mellan 1992 och 2003 minskade antalet platser inom geriatrik med hela 69 procent och inom medicin med 27 procent. En inte ringa del av den minskningen beror på effektiviseringar av vården, men självfallet beror minskningarna också på rena besparingar. En inte oansenlig del av vårdbehovet förlades därför på det särskilda boendet och på vanligt hemboende. Det kvarstående vårdbehovet trycktes alltså ut från sjukhusinstitutionerna.

De äldre och läkemedelsanvändningen

Ett komplicerat område när det gäller äldre har med läkemedelsanvändningen att göra. Under de senaste två årtiondena har 80-åringar och äldre ökat användningen av läkemedel från drygt tre till drygt fem läkemedel per person. Den mest omfattande användningen av läkemedel finns hos demenssjuka och per-

soner som har multipel somatisk sjuklighet eller invaliditet. Inom dessa grupper har läkemedelsanvändningen ökat mycket kraftigt till i medeltal tio preparat per person.

Självklart resulterar läkemedelsanvändningen i att många äldre kan leva ett drägligare liv. Icke desto mindre påvisas att det råder kvalitetsbrister i läkemedelsanvändningen såväl för äldre i särskilt boende som för multisjuka i eget boende. Många läggs akut in på sjukhus och det rapporteras att mellan 10 och 20 procent av akutinläggningarna beror på läkemedelsbiverkningar orsakade av bland annat feldosering och att olika slag av läkemedel påverkar varandra på oavsett sätt.

Ett betydande missbruk av läkemedel förekommer alltså. Utan tvekan är det därför helt nödvändigt med – såsom läkemedelskommittéernas ordförandekollegium föreslog år 2005 – en ”nationell kraftsamling” kring äldres läkemedelsanvändning.

Summerar vi så de äldres situation finner vi fortfarande betydande ekonomiska skillnader inte minst mellan män och kvinnor (vilket bland annat beror på tidigare lägre arbetskraftsdeltagande och lägre löner bland kvinnor). Vi finner betydande skillnader i återstående medellivslängd vid 65 års ålder – även här i form av skillnader mellan män och kvinnor, men i minst lika stor utsträckning mellan äldre boende i områden med hög medelinkomst relativt boende i områden med låg medelinkomst, alltså en ren och skär klassfråga.

Samtidigt som antalet äldre ökat har både hemtjänst och antalet platser i särskilt boende under lång tid minskat. Sjukvårdsplatserna för geriatrik och medicin har drastiskt minskat parallellt med att läkemedelsanvändningen ökat – i vissa fall i sådan omfattning att den kan betraktas som direkt ohälsosam.

Det finns all anledning att arbeta profylaktiskt, dvs. förebyggande, även när det gäller äldre. Alla vet vi att rökning och fetma är hälsoneutraliserande. Socialstyrelsen påpekar att om äldre slutar röka och börjar motionera 30 minuter per dag så kan risken för stroke och hjärtinfarkt minska med 80 procent. Socialstyrelsen noterar också att benskörhet idag kan förebyggas. Även cancer kan förebyggas eller åtminstone fördröjas. Detsamma gäller åldersdiabetes.

En stor del av olycksfall bland äldre består av fallolyckor. Var tredje äldre råkar ut för en sådan – 1 000 äldre avlider och 40 000 skadas så allvarligt att de behöver sjukhusvård. Och var tredje kvinna över 80 år drabbas av höftfraktur och av dessa återfår hälften inte den funktionella förmåga de hade tidigare. Dessa fallolyckor, som alltså drabbar cirka en halv miljon pensionärer, kostar – förutom det mänskliga lidandet – nästan lika mycket som alla trafikskador i Sverige. Och dessutom: En viktig långsiktig förebyggande insats även för de äldre är att påtagligt minska de ekonomiska klyftorna, dvs. minska på klasskillnaderna i samhället.

IV Sammanfattning

Sverige uppvisar med övriga länder i Norden mycket goda resultat när det gäller länderjämförelser av välfärd. I det perspektivet är Sverige för många människor ett gott land att leva och bo i. Detta framgår – om inte annat summariskt – av denna rapport avsnitt II.

I inledning till denna rapport ville vi därutöver påminna om att god ekonomisk tillväxt i termer av BNP inte är liktydigt med spridning av god välfärd till ett lands hela befolkning.

Det huvudsakliga syftet med denna rapport har emellertid varit att i sammanfattande form lyfta fram de grupper människor som kan anses vara de mest utsatta i Sverige, alltså de grupper som till stora delar far illa. Vi vill ställa Sveriges höga internationella välfärdsstatus i relief till det faktum att det fortfarande finns utsatta grupper människor i Sverige. De människorna är inte enstaka eller få. De är vid närmare betraktande faktiskt ganska många.

Välfärden i Sverige fördelar sig nämligen mycket olika. Skillnaderna olika grupper emellan tycks dessutom öka. Hos vissa grupper biter sig ofärden fast. De som en gång hamnar i utanförskap tenderar också allt lättare att fastna där.

Detta gäller särskilt personer med långvarig arbetslöshet, långvarigt beroende av ekonomiskt bistånd (socialbidrag) och långvarigt sjukskrivna och förtidspensionerade. Många i dessa grupper har svårt att komma tillbaka till arbetsmarknaden. Dessutom kan det antas att de funktionshindrade får allt svårare att ta plats på den ordinarie öppna arbetsmarknaden.

Och dessvärre: Få, om några alls, talar om full sysselsättning nuförtiden. Uppfattningen och attityderna till arbetslöshetens rimliga nivå har alltså förändrats.

Att bli fast i utanförskap – utanför bland annat arbetsmarknad och därmed utanför den sociala gemenskap som arbete innebär – får långtgående konsekvenser för både den enskilde individen och för familjen: Ekonomin försämras, den medicinska statusen och hälsan försämras, missbruket av alkohol och narkotika ökar, risken för ökad dödlighet tilltar.

Utanförskap påverkar inte minst barnen. Barn och ungdomar som lever i familjer med ekonomiskt bistånd ådrar sig större risk för ökad dödlighet, psykiatrisk sjukdom, självmordsförsök, skador av yttre våld och alkohol- eller narkotikarelaterad sjukdom jämfört med barn till föräldrar som är i arbete om än till låg lön. Barn och ungdomar i familjer med långvarigt utanförskap får således betala ett mycket högt pris.

Vi vet att en kvarts miljon barn i Sverige lever i familjer med mycket knapp ekonomi. I Sverige vräks familjer med barn. Hemlösa i Sverige har barn. Och ungdomar studerar visserligen längre idag jämfört med tidigare, men det betyder inte att arbetsmarknaden står med öppen famn. Ungdomsarbetslösheten är oroväckande hög och inte få ungdomar studerar vidare på grund av bristen på jobb.

Osäkerheten tilltar bland de unga. Mycket oroande tecken finns inte minst bland flickor där självmorden och självmordsförsöken ökar och där skador genom självdestruktiv handling också ökar, vilket de gjort sedan mitten av 1990-talet.

Under en lång följd av år (från 1997 och framåt) har vi sett en närmast konstant ökning av sjukskrivna och förtidspensionerade, dock i något mindre grad under den senaste tiden. Mest oroande i det sammanhanget är mängden långtidssjukskrivna och förtidspensionerade och bland de grupperna dominerar kvinnorna. Dessutom har förtidspensioneringarna tenderat att sjunka ner i åldrarna.

Utredningar visar att rehabiliteringen av sjukskrivna är djupt undermålig. Inte sällan hamnar de behövande mellan olika stolar. Detsamma gäller personer med psykiska handikapp där rehabiliteringen beskrivs som högst otillräcklig – om någon alls. Även bland de funktionshindrade påtalas risken för att de drabbade lätt hamnar mellan olika stolar, dvs. mellan olika myndigheter.

Och de hemlösa är inte färre idag än de var för femton år sedan. De är snarare fler.

Alkoholkonsumtionen har ökat märkbart under senare år. Uppskattningsvis finns över 400 000 storkonsumenter av alkohol i Sverige, vilket är en kraftig ökning det senaste årtiondet. Inte minst oroande är den påtagliga ökningen av alkoholkonsumtionen bland kvinnor. Sedan 1990 har antalet storkonsumenter bland kvinnor ökat med 153 procent medan ökningen för män ligger på 47 procent.

Dessutom ligger antalet tunga missbrukare av alkohol och narkotika på en relativt konstant nivå på cirka 100 000 personer. Någon nämnvärd minskning är inte skönjbar. Snarare tenderar det tunga missbruket att öka något.

Ett växande samhällsproblem utgörs av mäns våld mot kvinnor. Cirka 116 000 kvinnor utätts för våld; lika många utsätts för hot om våld. Därutöver bör nämnas det hedersrelaterade våldet vars omfattning är svåröverblickbar.

Stödet och hjälpen till kvinnor utsatta för våld är ofta otillräcklig och återigen finns tecken på att de svårast utsatta hamnar mellan olika stolar. Särskilt gäller detta våldsutsatta kvinnor med psykiska funktionshinder i kombination med missbruksproblem.

Sverige uppvisar därutöver tydliga geografiska utanförskapsområden med en blandning av etniska och socioekonomiska skillnader. Generellt gäller att:

- Områden eller grannskap som domineras av boende födda i Sverige är mestadels relativt resursstarka i socioekonomisk mening.
- Områden eller grannskap som domineras av boende födda i utlandet är mestadels relativt resurssvaga i socioekonomisk mening.

Även inom detta samhällsområde har inga entydiga förbättringar varit synliga under senare år. Vissa studier tyder i stället på motsatsen, dvs. på successiva försämringar. Resultatet blir då självklart inte annat än ökad etnisk och socioekonomisk segregation – annorlunda uttryckt: ökade klassklyftor.

Och alltjämt finns ålderspensionärer som avstår läkar- och tandläkarbesök och inköp av läkemedel på grund av allt för knapp pension. Många pensionärer lever nämligen med pensioner som blott till ringa del överstiger garantipensionen, dvs. den mininivå som anses tillfyllest för livets nödvändigaste.

Bland äldre finns också uppenbara risker för läkemedelsmissbruk. Den mest omfattande användningen av läkemedel finns hos demenssjuka och personer som har multipel somatisk sjuklighet eller invaliditet. Inom dessa grupper har läkemedelsanvändningen ökat mycket kraftigt till i medeltal tio preparat per person.

Och fallolyckorna bland äldre kostar – förutom mänskligt lidande – nästan lika mycket som skadorna i trafiken.

Därutöver bör avslutningsvis påpekas att klassperspektivet långt ifrån är färdigt för skrotning. Ett exempel: I Stockholms län är återstående medellivslängd för män vid 65 års ålder i genomsnitt över 5,7 år längre i områden med den högsta medelinkomsten jämfört med områden med den lägsta medelinkomsten. För kvinnorna är skillnaden 5,2 år.

Trots att, som vi vet, hälsoproblemen ökar med stigande ålder har män 65-69 år med låg inkomst sämre hälsa än män 80-84 med hög inkomst. Samma förhållande gäller kvinnor.

Kort sagt: Välfärden är inte byggd färdig. Alla färdas inte väl. Många far illa. Mycket återstår därför att göra. Den sociala ingenjörskonsten – av varjehanda slag – bör åter nyttjas för den framtida välfärdsutvecklingens skull.

[En sammanställning av utsatthet i Sverige, se nästa sida Tablå 2.]

Tablå 2

De utsatta i Sverige - en sammanfattande tablå

Barn och ungdomar

En kvarts miljon barn lever med knapp ekonomi
Barnfamiljer vräks från sina hem
Hemlösa har barn
Själv mord och självmordsförsök ökar bland flickor
Självdestruktiv handling ökar
Barn och ungdomar lever i grannskap med utanförskap
Ungdomar i utanförskap utgör rekryteringsbas för organiserad brottslighet
Stress, oro och ängslan bland ungdomar
Korttidsomhändertagandena ökar
Hög alkoholkonsumtion bland yngre
Hög arbetslöshet bland unga

De vuxna

Ensamstående med barn lever med klen ekonomisk utveckling
För många sjukskrivna under lång tid
Många förtidspensionerade
Förtidspensioneringar går längre ner i åldrarna
Rehabiliteringen undermålig
400 000 storkonsumenter av alkohol
100 000 missbrukare av alkohol och narkotika
100 000 funktionshindrade
Över hundra tusen kvinnor utsätts för våldsmän, lika många utsätts för hot om våld
Psykiskt sjuka hamnar mellan stolar
De allra flesta funktionshindrade står utanför arbetsmarknaden
Boendesegregationen tilltar; allt fler utanförskapsområden

Pensionärerna

Många pensionärer med pensioner på blott något över garantipensionsnivå
Pensionärer avstår läkar- och tandläkarbesök på grund av klen ekonomin
Anhörigvården ökar och kommer att behöva öka
Nedskärningar i sjukvårdsplatser och äldreboende
Läkemedelsmissbruket ökar bland äldre
Fallolyckorna är många - och dyra

Referenser

- Gunnar Aronsson, Margareta Dallner, Klas Gustafsson (2000) *Yrkes- och arbetsplatsinläsning. En empirisk studie av omfattning och hälsokonsekvenser*. Arbetslivsinstitutet nr 2000:5.
- Försäkringskassan (2003) *Pågående sjukfall med sjuk- och rehabiliteringspenning 31 december*. Statistikinformation Is-I 2003:3.
- Försäkringskassan (2005) *Pågående sjukfall längre än fyra veckor efter fallängd 1998-2003*.
- Försäkringskassan (2005) *Sjukersättning och aktivitetsersättning utbetalade i december 2003 och 2004*, Statistik 2005:5, Statistikenheten.
- Hans-Olof Hagén (2004) ”Att jämföra länders välfärd”, kapital 15 i *Perspektiv på välfärden, Levnadsförhållanden nr 106*, SCB.
- Anna Hedborg (2006) på DN Debatt 2006.04.21.
- Tor Larsson, Staffan Marklund, Peter Westerholm (2005) *Den galopperande sjukfrånvaron. Sken, fenomen och väsen. Arbetslivsinstitutet, RARs forskningsrapport nr 1*.
- Lars Leijonborg, Nyamko Sabuni, Mauricio Rojas (2006) *Utanförskapets karta 2006. En halv miljon människor i utanförskapets Sverige. Rapport från folkpartiet*.
- LunarStorm, Pressmeddelande 2006.04.10 med anledning av en studie av LunarStorm Research AB (2006).
- Curt Malmberg, Benny Carlsson, Robert Granath (2006) på DN Debatt 2006.04.13.
- Anders Milton, Kerstin Evelius (2006) Debattartikel i Aftonbladet 2006.04.20.
- Anders Nilsson, Janne Flyghed ”Tryggare kan ingen vara? Vräkning av barnfamiljer: Förekomst, orsaker och konsekvenser.” i Ds 2004:41 *Ekonomiskt utsatta barn*.
- Göran Norrman (2005) ”Har vi råd att bli äldre? En rapport om demografi, ekonomi och socialförsäkringar för individ och samhälle.” Länsförsäkringsbolagens Forskningsfond. *Proposition 2005/06:100*.
- Tapio Salonen (2006) ”Skilda uppväxtvillkor. En studie av ekonomisk utsatthet bland barn till ensamstående ur ett storstadsperspektiv.” Rädta Barnen, 2006.
- Tapio Salonen (2003) *Ungas ekonomi och etablering. En studie om förändrade villkor från 1970-talet till 2000-talets inledning. Ungdomsstyrelsens skrift 2003:9*.
- SCB (2004) ”Rädta barnens Barnindex”, kapitalet 18 i *Perspektiv på välfärden, Levnadsförhållanden nr 106, 2004*.
- SCB (2005) *Ungdomars etablering. Generationsklyftan 1980-2003*.
- SCB (2005) *Utbildning. Nivå och inriktning 1975-2003. Levnadsförhållanden rapport nr 111*.
- Socialförsäkringsutredningen (2005) *Samtal om socialförsäkring nr 6. Trygg i början – om samspelet sjukförsäkring, avtalsförsäkring och tid*.
- Socialförsäkringsutredningen (2006) *Samtal om socialförsäkring nr 10, Rehabilitering – ett långt lidandes historia*.

- Socialstyrelsen (2006) *Folkhälsa. Lägesrapport 2005.*
- Socialstyrelsen (2006) *Handikappomsorgen. Lägesrapporter 2005.*
- Socialstyrelsen (2006) *Hemlöshet i Sverige 2005. Omfattning och karaktär.*
- Socialstyrelsen (2006) *Individ- och familjeomsorg. Lägesrapporter 2005.*
- Socialstyrelsen (2006) *Omsorg människor emellan. En översikt av omsorgsgivande i den svenska befolkningen.*
- Socialstyrelsen (2006) *Skador och förgifningar behandlade i slutenvård 2003. Statistik. Hälsa och sjukdomar 2006:1.*
- Socialstyrelsen (2006) *Social rapport 2006.*
- Socialstyrelsen (2006) *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapporter 2005.*
- SOU 2005:88, *Vräkning och hemlöshet – drabbar också barn. Slutbetänkande av Utredningen om vräkning och hemlöshet bland barnfamiljer.*
- SOU 2001:55, *Barns och ungdomars välfärd. Forskarantologi från Kommittén Välfärdsboksut.*
- Joachim Vogel, Michael Wolf (2004) ”Index för internationella jämförelser” kapitel 14 i *Perspektiv på välfärden, Levnadsförhållanden nr 106*, SCB.
- Ebba Witt-Brattström på DN Debatt 2006.04.19 och 2006.05.13.