

Kön, klass och etnicitet

Jämlikhetsfrågor i socialförsäkringen

Rapport från forskarseminariet i Umeå
18–19 januari 2012



Utgivare	Försäkringskassan Analys och prognos
Uppllysningar	Bodil Ljunghall 010-116 69 19 bodil.ljunghall@forsakringskassan.se
Hemsida	www.forsakringskassan.se
Tryck	Ineko AB, 2012

Förord

Forskarseminariet i Umeå har genom åren varit ett bra tillfälle för många engagerade inom socialförsäkringsområdet att lyssna, diskutera och få nya insikter. Jämlikhetsfrågor var temat på årets seminarium. Under rubriken ”Kön, klass och etnicitet” diskuterades frågor som – tyvärr kan man säga, med tanke på att vi skriver 2012 – är lika brännande aktuella som någonsin. Frågorna behöver ett fortsatt fokus och förtjänar att lyftas fram i många sammanhang och på olika arenor.

Steg mot större jämställdhet i socialförsäkringen togs i januari i år. Då infördes rätten för föräldrar att ta ut föräldrapenning samtidigt i 30 dagar under barnets första levnadsår. En annan förändring från årsskiftet är att jämställdhetsbonusen nu betalas ut automatiskt till alla föräldrar som delar jämställt på föräldrapenningen.

Försäkringskassans kunder ska känna trygghet i att de beslut som Försäkringskassans handläggare fattar bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Lagstiftaren ska kunna lita på att de underlag, som Försäkringskassan bidrar med till utvecklingen av socialförsäkringen, bygger på genuin kunskap och analys. All vår verksamhet bygger därför på en stark kunskapsbas och på beprövad forskning.

Lärandet sker på alla nivåer – från det enskilda mötet mellan kunden och handläggaren, till systematiska, kvalificerade analyser av verksamheten i stort. Det centrala är öppenhet och vilja att ständigt ompröva arbetssätt. Vi söker därför aktivt samarbete med andra myndigheter och organisationer i syfte att effektivisera socialförsäkringen och administrationen. Dialogen mellan forskare och oss praktiker är en viktig del i detta.

Nästa års seminarium har temat ”100 år av svensk välfärdspolitik” – väl mött då.

Dan Eliasson
Generaldirektör, Försäkringskassan

Innehåll

Socialförsäkringen och rättvisan _____	7
Staffan Marklund och Ulrik Lidwall Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet och Avdelningen för analys och prognos, Försäkringskassan	
Genusperspektiv på socialförsäkringen – Om kvinnors och mäns sjukfrånvaro _____	23
Gunnel Hensing Enheten för Socialmedicin, Göteborgs universitet	
Jämställdhet, Folkhälsa, och Föräldraförsäkring: Vilka sociala och hälsorelaterade förhållanden föregår pappaledighet? _____	33
Anna Månsdotter Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet	
Individuell ofärd, ojämlikhet och socialpolitik. Sverige i ett bredare europeiskt perspektiv _____	43
Kenneth Nelson Institutet för social forskning, Stockholms universitet	
Trygg, stöttande, tillitsfull? Svenskarnas syn på socialförsäkringarna 1992–2010 _____	59
Stefan Svallfors Sociologiska institutionen, Umeå universitet	
Utopia or dystopia? Well-being in the Nordic welfare states ____	75
Olli Kangas och Jon Kvist Kela, Finland och Odense universitet, Danmark	
Särreglering och exkludering i svensk sociallagstiftning: En lägesöversikt _____	103
Julia Boguslaw Institutet för social forskning, Stockholms universitet	
Likabehandling i sjukförsäkringen – föreställningar som påverkar? _____	115
Ruth Mannelqvist Juridiska institutionen, Umeå universitet	

Socialförsäkringen och rättvisan



Staffan Marklund och Ulrik Lidwall

Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet och
Avdelningen för analys och prognos, Försäkringskassan

Inledning – vad är rättvisa?

Det finns många olika rättviseteorier. Vi ska inte gå in på dessa utan har valt att fokusera på John Rawls teori från 1975 om distributiv rättvisa (Rawls 1975). Den har fått stort inflytande inom både filosofi och samhällsvetenskap. Rawls skiljer den distributiva rättvisan från den grundläggande rättvisa eller orättvisa som består i att vi föds med olika resurser i form av mer eller mindre rika föräldrar, i mer eller mindre rika länder och med mer eller mindre chans att få utbildning och arbete. Den distributiva rättvisan handlar hos Rawls om att staten eller välfärdssamhället inte onödigtvis ytterligare ska förstärka denna orättvisa. Rawls princip om distributiv rättvisa kan uttryckas i tre punkter:

1. Varje människa har så omfattande fri- och rättigheter som möjligt så länge de inte är oförenliga med andras fri- och rättigheter. Rättigheterna kan t.ex. gälla rösträtt, äganderätt, rätt till bostad, rätt till utbildning, rätt till sjukvård och rätt till arbete.
2. Omfördelning av skillnader i inkomst och andra grundläggande nyttigheter ska ordnas så att tillgångarna för de sämst ställda maximeras. Detta är den mest kontroversiella punkten hos Rawls, eftersom

den kan tolkas så att han menar att fullständig inkomstutjämning är det mest rättvisa. Men det menar han inte alls.

3. Skillnader i resurser kan motiveras med att dessa leder till en ekonomisk utveckling som även de sämst ställda har nytta av. Det innebär att bidrag som eventuellt leder till minskad motivation att arbeta eller att bidra i produktionen uppfattas som skadliga.

Rawls syn på distributiv rättvisa innebär också att han accepterar mer överordnade principer om att olika människors insats belönas olikartat utifrån en bedömning av hur viktig insatsen är för samhället. Det innebär också att insatser av olika typ kan belönas olika beroende på hur stor uppoffringen är för den enskilde. Det är alltså i någon grad accepterat att utbildning ger extra belöning i fördelningen av inkomster.

Det bör dock påpekas att det också finns forskning som visar att inkomstskillnaderna inte bör vara alltför stora därför att ett samhälle med jämlikhet är bättre för alla i en rad olika avseenden (Wilkinson & Pickett 2010). Stora inkomstskillnader leder enligt Michael Marmot till att alla i befolkningen får sämre hälsa och kortare livslängd, inte bara de fattiga utan även de rika (Marmot 2004). Det finns också studier som tyder på att situationen bland de fattiga och den sociala rörligheten inte alls är bättre i länder med stora inkomstskillnader (Kangas 2000).

Rättvisa i socialförsäkringen

Den svenska socialförsäkringsmodellen bygger på en vag och relativt okontroversiell princip om distributiv rättvisa, som vi uppfattar ligger nära Rawls synsätt. Den historiskt gemensamma erfarenheten har visat att människor behöver stöd i definierade situationer där de inte kan klara sig helt själva. Kollektiva avtalsbaserade försäkringar och privata försäkringar kan inte på ett tillfredsställande sätt garantera ett skydd för alla, framför allt därför att alla inte omfattas. Detta kan uttryckas så att inkomstbortfall eller oförmåga att arbeta i vissa angivna situationer helt eller delvis ska kunna täckas av statliga socialförsäkringar. Arbetslöshet ersätts med a-kassa eller kontanta arbetsmarknadsstöd. Nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skada kompenseras under olika villkor med sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning, arbetsskadelivränta och liknande. Behov av ledighet i samband med barns födelse eller adoption kompenseras med föräldrapenning i föräldraförsäkringen.

För att göra diskussionen om rättvisa i socialförsäkringen begriplig behöver den dock också ses från ett annat perspektiv. Det gäller i vilka dimensioner socialförsäkringen ska vara rättvis. Här ger Rawls och rättvisefilosoferna inte många ledtrådar. De talar bara om allmänna mänskliga rättigheter. Som vi uppfattar det

hela är det enklare att utgå från ett diskrimineringsperspektiv eller snarare från ett anti-diskrimineringsperspektiv. I Sverige och de flesta länder som har lagstiftning mot diskriminering betonas en rad situationer där olika behandling av människor inte får förekomma. Det gäller exempelvis förbud mot diskriminering på grund av kön, ålder, funktionshinder, etnicitet, religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Det är alltså inte tillåtet att villkoren i socialförsäkringen i Sverige diskriminerar människor på grund av att de har dessa egenskaper.

När socialförsäkringen ska granskas ur dessa perspektiv räcker det förstås inte med att studera om olika sociala grupper utnyttjar socialförsäkringen i olika grad. Det är trivialt att sjuka personer utnyttjar sjukförsäkringen i högre grad än friska och det är också trivialt att föräldrar utnyttjar föräldraförsäkringen i högre grad än personer utan barn.

För att tala om en diskriminering eller en orättvisa i dessa exempel krävs att skillnaderna i utnyttjandet är illegitima. Det betyder att vi måste veta att det inte är skillnader i hälsa eller arbetsförmåga mellan kvinnor och män som förklarar att det finns könsolikheter i utnyttjandet av sjukförsäkringen eller arbetsskadeförsäkringen. När det gäller föräldraförsäkringen uppfattar många det inte som könsdiskriminering gentemot männen att dessa tar ut mindre föräldraledighet än kvinnorna. Det kan i stället tolkas som en fråga om valfrihet för familjen och är inom familjen ofta en fråga om en kortsiktig maximering av den sammantagna inkomsten (Eriksson 2009). Det betraktas ofta inte som en orättvisa även om sådana ofta könsbundna val får konsekvenser för kvinnors och mäns möjligheter att hävda sig i arbetslivet. Det faktum att kvinnor som tar ut många föräldradagar får lägre framtida inkomster kan dock ses som en långsiktig diskriminering av mödrar jämfört med kvinnor som inte får barn.

På ett konkret plan menar vi att orättvisa i socialförsäkringen kan studeras och har studerats på framför allt två olika sätt:

1. Finns det forskning som visar på icke legitima skillnader i utnyttjande av de olika socialförsäkringarna? Det kan röra sig om skillnader med avseende på kön, ålder, yrke, utbildning, bostadsort, etnisk bakgrund och så vidare.
2. Hur ser skillnaderna i faktiska ersättningar från de olika socialförsäkringarna ut för olika grupper? Det vill säga hur mycket får de som får ersättning i förhållande till sin inkomst eller sitt inkomstbortfall.

Till detta kan man också lägga ytterligare en frågeställning som framför allt ekonomer studerat. Det gäller vilka konsekvenser olika kompensationsnivåer i socialförsäkringen kan ha för samhällets ekonomiska dynamik i exempelvis termer av incitament att arbeta. Detta är alltså den empiriska motsvarigheten till Rawls rättvisedimension om att vissa olikheter kan accepteras om de leder till att alla får det bättre.

Vi ska ge exempel på studier på de två första av dessa områden. Det finns begränsad forskning kring de olika aspekterna på rättvisa och det saknas nästan helt forskning som försöker bedöma om det svenska socialförsäkringssystemet är rättvist eller orättvist.

Icke legitima skillnader i utnyttjandet av socialförsäkringen – exemplet könsskillnader i arbetsskadeförsäkringen

En av oss författare gjorde tillsammans med en grupp från Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket för ett par år sedan en studie av könsskillnader i arbetsskadelivränta (Weiner m.fl. 2009).

En rad studier hade visat att det är stora skillnader mellan kvinnor och män när det gäller om en anmäld arbetsskada eller arbetssjukdom leder till arbetsskadelivränta (Försäkringskassan 2011b, Inspektionen för Socialförsäkringen 2011, Riksrevisionen 2007). Män har betydligt större chans att få livränta än kvinnor och dessa studier ser detta som ett rättviseproblem eller till och med som ett diskrimineringsproblem.

Det är dock inte helt lätt att avgöra om skillnaderna mellan kvinnor och män i arbetsskadeförsäkringen är rimliga eller orimliga. Man måste veta om villkoren mellan kvinnor och män är lika i en rad andra avseenden. Det gäller i fråga om yrke, ålder, diagnos, skadehändelse, bostadslän osv. För att kunna ta ställning till om kvinnor diskrimineras måste man försöka bedöma om kvinnor och män råkar ut för samma olyckor eller sjukdomar. För att hantera detta valde vi att granska bland annat alla arbetsskador och arbetssjukdomar som anmäldes till Arbetsmiljöverket 1994 (totalt drygt knappt 35000 fall) och sedan följde vi dem i 10 år för att se vad som hände i fråga om ersättning i form av beviljad arbetsskadelivränta. Det framkom stora skillnader mellan kvinnor och män, men också stora skillnader med avseende på ålder, yrke, bostadslän, diagnos och inkomst. Män hade i detta material vid den första beräkningen en 80 procent högre sannolikhet att få livränta jämfört med kvinnor. För att avgöra hur de olika faktorerna påverkar varandra beräknades hur denna förhöjda risk förändrades när man tog hänsyn till andra faktorer (Tabell 1).

Tabell 1 Hazard Ratios för utbetald livränta någon gång under åren 1994–2004 för anmälda arbetssjukdomar 1994. Stegvis kontroll

	HR för män i förhållande till kvinnor	p-värde för variabel utöver kön
Kön	1,8	
Kön + yrke	0,8	<0,0001
Kön + ålder/län/födelseland/inkomst/diagnos	1,7–2,1	<0,0001 (födelseland=0,17)
Kön + yrke + ålder + orsak + län + inkomst	0,8	

Redan när man för in yrke i analysen så försvinner skillnaderna helt mellan kvinnor och män. Sannolikheten är faktiskt något lägre för män än för kvinnor när man har justerat för yrkesskillnader. Om kvinnor och män hade haft samma yrken så hade skillnader i chansen att få livränta varit mycket små. När alla faktorer kontrollerades samtidigt blev också skillnaderna mellan könen små. Alla faktorer vi testade, utom födelseland, har stor betydelse för skillnader i utbetald livränta mellan kvinnor och män.

Detta resultat gällde även när vi granskade olycksfallen på motsvarande sätt. De ursprungliga könsskillnaderna minskar eller försvinner när man kontrollerar för andra faktorer. Det är alltså viktigt att ta reda på om det verkligen är den faktor vi tror som är den som skiljer olika grupper åt. Det är i verkligheten så att könsskillnaderna är mindre än alla andra skillnader utom födelseland. Skade-orsak, diagnos, ålder och bostadslän har mycket stor betydelse för om en anmäld arbetssjukdom eller arbetsskada leder till utbetald livränta för kvinnor och män, men om man tar hänsyn även till yrke så finns det inte några skillnader alls. Yrke och arbetsförhållanden skulle utifrån studiens resultat därmed kunna tolkas som en grundläggande orsaksfaktor för att bli beviljad arbets-skadelivränta.

Det finns en annan klurighet som de flesta studier inte har tagit hänsyn till och det gäller om det finns något inkomstbortfall att ersätta. Livränta utbetalas ju inte generellt bara för att man har en arbetsskada eller en arbetssjukdom. Det måste också bedömas finnas en varaktig nedsättning av inkomsten med 1/15-del för att livränta ska kunna utgå.

Tolkningen av dessa resultat är ändå inte helt självklar. Det finns ju uppenbara könsskillnader. Det faktum att kontroll för framför allt yrke minskar eller raderar ut skillnaderna mellan kvinnor och män kan hänga samman med mer generella diskrimineringsfenomen. Kvinnor och män fördelar sig mycket olika på den svenska arbetsmarknaden. Dessa arbetsmarknadsskillnader kan ses som en form av strukturell diskriminering där kvinnor och män har olika villkor. Även om Rawls inte skulle bekymra sig om detta i förhållande till begreppet

distributiv rättvisa så kan det ses som en arbetsmarknasmässig och strukturell könsdiskriminering.

Man kan förstås också fråga sig om arbetsskadeförsäkringen ska kompensera för de välfärdsskillnader som uppstår på en ”orättvis” arbetsmarknad? Är det individens egen förskyllan att man valt ett yrke med stor risk för arbetssjukdomar eller arbetsolyckor? Naturligtvis inte, men samtidigt är det kanske mer arbetsmarknadspolitik, arbetsmiljöpolitik och utbildningspolitik än socialförsäkring det handlar om då.

Generellt vill vi hävda att rättviseproblemet inte kan granskas genom att man tittar på en enda dimension i taget. Det är nödvändigt för forskningen att ta hänsyn till många olika möjliga skillnader för att undvika att verkligheten misstolkas. Det är också viktigt att om möjligt granska hur utfallet ser ut för de människor som befinner sig i marginalgrupper i flera olika avseenden samtidigt – det som brukar kallas ”intersektionalitet”. Det innebär exempelvis att kvinnor med låga inkomster i arbetaryrken och med psykiatriska diagnoser behöver studeras särskilt. Dessutom är det nödvändigt att försöka bedöma om en eventuell orättvisa faktiskt uppkommer i socialförsäkringssystemet självt eller om det snarare beror på arbetsmarknadsförhållanden eller inkomstförhållanden i samhället.

Inkomstbortfallsprincipen och socialförsäkringens golvproblem

Den andra frågeställningen rör inte vilka som får ersättning utan hur mycket ersättning de får. Är det svenska systemet rättvist i dessa avseenden? Här är bristen på systematiska studier ännu mer uppenbar. Som vi redan nämnt är en grundläggande princip i den svenska socialförsäkringen den så kallade ”inkomstbortfallsprincipen”.

Motivet till denna princip är enkel. Individen ska med hjälp av socialförsäkringarna kunna behålla sin levnadsstandard vid inkomstförlust som orsakas av sjukdom, arbetslöshet, barnafödande och så vidare. I huvudsak förutsätter alltså principen att det handlar om att förlust av inkomst ska kompenseras i proportion till inkomstbortfallet. Men principen är omringad av några förbehåll:

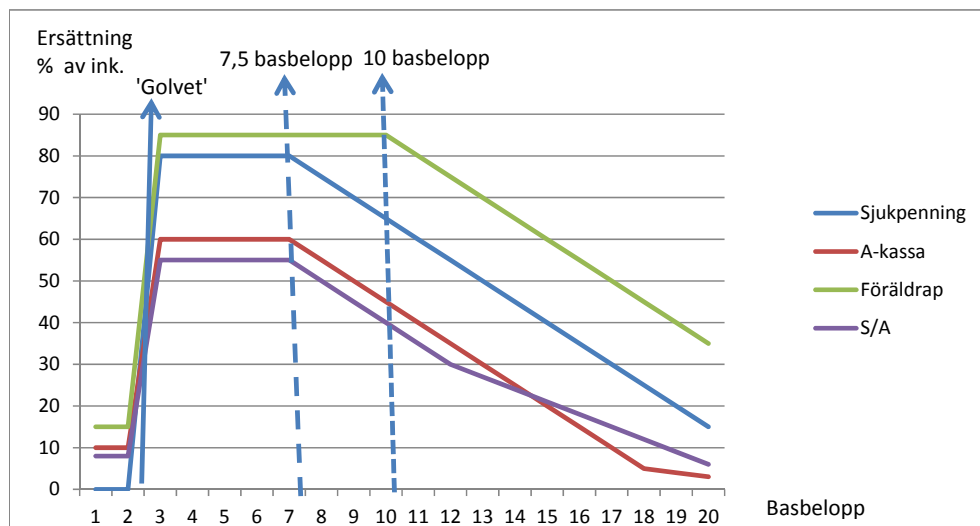
- Det finns ett så kallat **golv** vilket innebär att personer med mycket låg inkomst sätts i samma situation som personer helt utan inkomst.
- Ersättningarna utgår inte alltid helt från inkomstbortfallet utan har också självrisker i form av karensdagar och att inte hela inkomstförlusten ersätts. Självriskerna finns för att stävja eventuellt överutnyttjande av socialförsäkringarna. Att ersättningsnivån inte är 100 procent av inkomstbortfallet

brukar också motiveras med att det finns kostnader förknippade med förvärvsarbete i form av resor, arbetskläder och mat.

- Det finns också ett så kallat **tak** över vilket ingen inkomstförlust kompenseras. Det innebär att ersättningen inte helt följer inkomstbortfallet vid högre inkomster. Taket är 7,5 gånger basbeloppet¹ i sjukförsäkringen och 10 gånger basbeloppet i föräldraförsäkringen.
- Tidsbegränsningar förekommer i flera av systemen. Antingen innebär det att ersättningen upphör helt eller att den minskar om ersättningstiden blir lång. Även dessa begränsningar motiveras framför allt med att långa ersättnings-tider kan innebära inlåsning i ersättningarna.

I figur 1 vill vi skissartat visa hur inkomstbortfallsprincipen fungerar i några av socialförsäkringarna. Figuren är teoretisk, men ändå tänkt att ligga rätt nära den faktiska.

Figur 1 Inkomstbortfallsprincipens grunddrag



Golvet ligger i verkligheten mycket lågt i den meningen att det inte krävs särskilt höga månads- eller årsinkomster för att kvalificera in i det inkomstrelaterade systemet. I sjukförsäkringen räcker det med drygt 10 000 kronor i årsinkomst. Som framgår av figuren sjunker den relativa ersättningsnivån däremot snabbt för de individer som ligger över taket. Antalet inkomsttagare som ligger över taket har ökat kraftigt under senare år både bland män och bland kvinnor.

¹ Basbeloppet var 42 800 kr år 2011.

I *sjukförsäkringen* utgår ersättning bara om individen har haft ett faktiskt inkomstbortfall. Det betyder att individer som inte har några inkomster eller mycket låga inkomster inte ersätts. Tidigare fanns ett lågt belopp för sjuka som inte hade arbetat, framför allt tänkt för hemmafruar. Golvet i sjukförsäkringen är 0,24 procent av basbeloppet på årsbasis vilket innebar att individer som tjänade mindre än 10 272 kr år 2011 inte var sjukförsäkrade. Karensdagen ersätts inte, och de första 2 veckorna ersätts i de flesta fall av arbetsgivaren. Normal sjukpenning är knappt 78 procent av inkomstförlusten i 12 månader, och därefter drygt 73 procent upp till, 18 månader, men bara upp till taket på 7,5 basbelopp som innebar årsinkomster över 321 000 kr år 2011. Individer med inkomster över 26 750 kr per månad hamnar alltså över taket. Allmän sjukförsäkringsavgift tas dock ut på hela arbetsinkomsten, men ger således inga förmåner över taket. Det finns möjlighet för arbetsgivare att ersätta anställda även över taket. Många har också kollektiva försäkringar eller privata försäkringar som ger ersättning över taket. En majoritet på arbetsmarknaden har därför en bättre sjukförsäkring än vad villkoren i den allmänna sjukförsäkringen antyder. En viktig detalj i sammanhanget är dock att Försäkringskassans bedömning av rätten till ersättning i allmänhet ligger som grund för ersättning också från de avtalsbaserade och privata sjukförsäkringarna (Sjögren Lindquist & Wadensjö 2011).

Inom *föräldraförsäkringen* gäller skilda ersättningsnivåer beroende på hur länge föräldraledigheten pågår. Under 390 dagar är det samma kompensationsnivå som för sjukpenning, men ända upp till 10 prisbasbelopp. Under ytterligare 90 dagar utgår ersättning på så kallad lägstanivå med omkring 5 400 kr per månad för den som tar ut föräldrapenning varje dag i månaden. Individer med inkomster upp till knappt 36 000 per månad faller därmed inom ramen för inkomstbortfallsprincipen, vilket är betydligt fler än inom sjukförsäkringen. Individer som saknar eller har låg arbetsinkomst får en ersättning i paritet med ersättningen på lägstanivå, så kallad grundnivå som år 2011 var 180 kr per ersatt dag.

I *förtidspensionssystemet*, alltså det som i dag kallas sjuk- och aktivitetsersättning utgör den inkomstrelaterade ersättningen ungefär 64 procent av den så kallade antagandeinkomsten, men maximalt 7,5 prisbasbelopp vilket innebar 26 750 kr/mån år 2011, samma som taket inom sjukpenningförsäkringen. För personer utan inkomst eller med extremt låg inkomst utgår garantiersättning på mellan 2,1 och 2,35 prisbasbelopp det vill säga ungefär 7 500–8 400 kr/mån.

I *arbetslöshetsförsäkringen* var grundbeloppet såväl 2005 som 2010 320 kr per dag, dvs. ungefär 7 040 kr/mån. Inom arbetslöshetsförsäkringen gäller ett medlemskrav som innebär att individen ska ha varit medlem i 12 månader, men för icke medlemmar utgår ersättning från den så kallade Alfakassan, men ett arbetskrav på 6 månader inom 24 månader före arbetslösheten gäller generellt. En karenperiod på 7 dagar som inte ersätts alls gäller också. Grundbeloppet utbetalas alltså till personer som uppfyller arbetskravet men inte medlems-

kravet. Ersättning utgår i maximalt 300 dagar, men restriktioner för deltidsarbetande (75 dagar) och med förlängd tid till 450 dagar för föräldrar med försörjningsansvar. Det maximala beloppet är 680 kr per dag, dvs. knappt 15 000 kronor per månad. Ersättningen inom den inkomstrelaterade delen utgör 80 % av inkomsten under 200 dagar och 70 % av inkomsten under de kommande 100 dagarna.

Detta betyder att de olika socialförsäkringarna är något olika genom att grundersättningarna är olika och genom att det så kallade taket är olika (antingen 7,5 gånger basbeloppet eller 10 gånger basbeloppet).

Ersättningarna i det svenska socialförsäkringssystemet ser alltså i princip ut på tre olika sätt:

- a) Grundersättningar, garantiersättningar och liknande för personer som inte uppfyller inkomstkraven i de olika försäkringarna
- b) Ersättningar i procent av inkomstbortfallet för inkomster upp till 7,5 eller 10 basbelopp
- c) Ingen ersättning av inkomster över taket vilken ger en avtagande total ersättning i procent av inkomstbortfallet

Individer med olika inkomster befolkar därmed de olika delarna av socialförsäkringen. Eftersom olika grupper har olika inkomster leder detta också till att det finns skillnader med avseende på kön, ålder, utbildning och så vidare i fråga om vilken grupp man tillhör.

Orättvisorna kan enligt vår rättvisedefinition uppstå framför allt i de båda svansarna, det vill säga för personer som har ersättning under golvet och för personer som har ersättningar över taket. Genom att varken ”golvet” och ”taket” följer med vare sig prisutvecklingen eller löneutvecklingen har i själva verket inkomstbortfallsprincipen urholkats rejält under de senaste åren. En mycket stor grupp inkomstagare har inkomster över taket och en ökad andel i flera av försäkringarna har inkomster under golvet.

Även om många av de som har inkomster över taket också har kollektiva försäkringar eller privata försäkringar som faller ut i samband med sjukdom, handikapp, arbetslöshet eller föräldraskap som ger dem högre faktiska ersättningar påverkar denna utveckling självklart den allmänna socialförsäkringen i olika avseenden. Ett mer uppenbart rättviseproblem gäller dock de grupper av individer som bara har ersättningar under golvet.

Skillnader i kompensationsnivå för personer med grundbelopp i tre olika försäkringar

Intresset bland forskare att studera hur ersättningarna faktiskt ser ut för olika grupper i befolkningen har som nämnts varit mycket begränsat. En av oss författare publicerade tillsammans med Stefan Svallfors i mitten av 1980-talet en studie av hur den sociala fördelningen såg ut på några av socialförsäkringarnas grundbelopp under åren 1970–1985 (Marklund & Svallfors 1986). Det var alltså en studie av hur många och vilka som får de lägsta ersättningarna.

Resultaten från denna studie sammanfattas i tabell 2. En betydande andel av befolkningen omfattades inte av inkomstbortfallsprincipen på grund av att de inte hade några inkomster eller hade för låga inkomster. Det var också tydligt att fler kvinnor befann sig i socialförsäkringens marginalsysteem under denna tidsperiod. Samtidigt visade dock studien att framför allt andelen kvinnor i marginalposition minskade över tid.

Tabell 2 Andel (%) kvinnor och män i socialförsäkringens marginalgrupper 1970–85

	1970		1975		1980		1985	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Sjukförsäkring	41	7	32	7	20	7	21	13
Föräldrapenning	55	–	30	3	16	1	10	1
Arbetslöshetsförsäkring	–	–	60	36	55	42	37	34

Källa: Marklund & Svallfors 1986, tabell 2, ålderspensioner uteslutna

Det är den här problematiken vi ska uppdatera något här. Vi vill alltså visa hur fördelningen av grundbelopp, garantibelopp och lägsta belopp ser ut i arbetslöshetsförsäkringen, förtidspensionssystemet och föräldraförsäkringen. Skälet till att vi valt förtidspension i stället för sjukpenning är att sjukförsäkringen inte längre har något grundbelopp. Vi ska beskriva detta med avseende på kön och ålder. Avsikten är att längre fram granska detta även med avseende på utbildning och yrke och att även titta på fördelningen bland de som ryms inom inkomstbortfallsprincipens olika delar. Men det är ett lite större projekt så här handlar det bara om grundersättningarna.

Personer med grundbelopp i arbetslöshetsförsäkringen

Som framgår av tabellen är andelen faktiskt arbetslösa personer som bara får ersättning genom grundbeloppet generellt ganska betydande (Tabell 3). Det är också en tydlig åldersdimension i detta. Höga andelar av de arbetslösa ungdomarna får låga ersättningar i form av grundbelopp. Här finns också relativt stora grupper av ungdomar med problem av olika slag där både kommuner och

statliga myndigheter är inblandade (Mörk & Liljeberg 2011). Det är dock relativt höga andelar även högre upp i åldrarna.

Utvecklingen över tid är också intressant. Det sker en viss utjämning av ålders-effekten som innebär att det blir relativt flera äldre arbetslösa som bara får garantiersättning. Ända upp i 40-årsåldern är det nästan 10 procent av de arbetslösa männen och över 7 procent bland kvinnorna som bara får grundbelopp. Generellt är det en något högre andel bland männen än bland kvinnorna i alla åldersgrupper.

Tabell 3 Andel (%) kvinnor och män i olika åldergrupper med enbart grundbelopp i arbetslöshetsförsäkringen 2005 och 2010

	Kvinnor		Män	
	2005	2010	2005	2010
–24 år	51,2	32,1	58,4	27,5
25–29	21,8	19,2	23,1	17,9
30–34	8,0	9,8	11,2	12,5
35–39	5,3	7,1	7,6	9,7
40–44	5,3	6,2	7,0	8,8
45–49	5,2	6,1	7,0	8,3
50–54	4,2	5,6	5,8	7,7
55–59	3,0	4,6	4,6	6,2
60 +	1,7	2,3	2,5	3,7
Alla åldrar	14,3	9,8	16,3	11,1
Medelbelopp/mån	7 040	7 040	7 040	7 040

Källa: Egna beräkningar baserade på Inspektionen för arbetslöshetsförsäkringens databas, Astat/underrättelsedatabas 2005 och 2010

Jämfört med data från 1980-talet har utvecklingen visserligen gått mot en något lägre andel arbetslös med bara grundbelopp, men det är fortfarande mycket höga andelar bland yngre arbetslösa. Ersättningsbeloppen är låga och har inte följt med prisutvecklingen under senare år.

Grundnivå inom föräldraförsäkringen.

Föräldraförsäkringen ger en mer komplex bild än både arbetslöshetsförsäkringen och förtidspensionssystemet genom att föräldrarna kan välja relativt fritt hur de vill ta ut sin föräldraledighet. Det gäller även för de individer som inte har inkomstrelaterad ersättning (Försäkringskassan 2005 och 2011a).

Det är även inom föräldraförsäkringen betydligt högre andel bland de unga föräldrarna som tagit ut föräldrapenning på grundnivå (Tabell 4). Här är dock skillnaderna stora mellan kvinnor och män. Som framgår är det framför allt

bland unga föräldrar som grundersättning är aktuell och i betydligt större grad bland kvinnor än bland män. Särskilt bland kvinnorna sker det en ökning och den sker i alla åldersgrupper.

Tabell 4 Andel (%) kvinnor och män i olika åldersgrupper som tagit ut föräldrapenning under året på grundnivå (180 kr/dag) 2005 och 2010

	Kvinnor		Män	
	2005	2010	2005	2010
–24 år	46,1	51,6	18,0	19,8
25–29 år	15,2	20,5	5,8	7,3
30–34 år	7,2	10,5	2,7	4,0
35–39 år	6,2	6,9	2,1	2,7
40–44 år	6,5	6,6	2,8	2,8
45–49 år	6,4	6,6	4,2	4,0
50–54 år	6,1	8,9	5,7	6,6
55–59 år	6,9	13,6	9,5	8,9
60+ år	..	..	25,1	20,9
Alla åldrar	10,8	13,2	3,3	3,9
Medelersättning/månad	5 400	5 400	5 400	5 400

Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan Store-databasen

.. Uppgifterna grundar sig på färre än 10 individer

Ersättningsbeloppen är mycket låga och har inte följt med varken löneutvecklingen eller prisutvecklingen. Det bör också påpekas att dessa beräknar baserats på antagandet att uttaget sker alla dagar under en månad. En del föräldrar väljer i stället att bara ta ut en del av månaden för att i stället förlänga ersättningstiden, vilket leder till ännu lägre månadsbelopp.

Garantiersättning inom sjuk- och aktivitetsersättning (förtidspension)

När det gäller sjuk- och aktivitetsersättning är dramatiken ännu större. Det beror delvis på att en stor del av de unga som får aktivitetsersättning har medfödda fysiska eller psykiska handikapp som gör att de aldrig kommer in på arbetsmarknaden. Men även bland personer över 30 år ser det mycket bekymmersamt ut.

Det framgår även här att beloppen är mycket låga (Tabell 5). Det är också en kraftig ökning de fem senaste åren av andelen i alla åldersgrupper som bara får garantiersättning. Från knappt 10 procent till drygt 14 procent bland kvinnorna och från 14 procent till hela 22 procent bland männen. Det bör påpekas att fler och fler förtidspensionärer också har försörjningsansvar för barn vilket ökar den ekonomiska utsattheten (Försäkringskassan 2009).

Tabell 5 Andel % kvinnor och män med sjukersättning (30–64 år) eller aktivitetsersättning (19–29 år) med enbart garantiersättning i december respektive år

	Kvinnor		Män	
	2005	2010	2005	2010
–24 år	89,8	95,8	95,1	98,1
25–29 år	62,0	76,6	75,4	85,4
30–34 år	31,2	59,3	47,1	71,6
35–39 år	13,2	32,4	25,0	46,9
40–44 år	9,8	15,4	17,5	26,7
45–49 år	8,2	11,5	12,9	19,3
50–54 år	7,1	9,2	10,2	14,2
55–59 år	5,4	7,4	6,5	11,0
60–65 år	4,2	5,4	4,1	6,7
Alla åldrar	9,6	14,3	14,2	22,3
Medelersättning/månad	6 726	7 204	7 022	7 540

Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan Store-databasen

Om inkomstbortfallsprincipen betraktas som en viktig rättvisepprincip, så finns det uppenbara problem. Som framgått så är det relativt stora delar av befolkningen som bara får grundersättningar eller garantiersättningar. Både inom föräldraförsäkringen och inom förtidspensionssystemet ökar dessutom denna andel.

Ersättningarna för personer i denna del av systemet är generellt mycket låga och väl under den disponibla inkomst som kan anses ge en skälig levnadsnivå. Enligt Socialstyrelsen låg den relativa fattigdomsgränsen för en ensamstående individ på 9 575 kr i riket år 2007. Den absoluta fattigdomsgränsen, som varierar något över landet, var i Stockholm samma år 8 331 kr (Socialstyrelsen 2010). Grundersättningarna respektive garantiersättningarna ligger i allmänhet stilla vilket gör att de dessutom över tiden blir allt lägre.

Det bör också sägas att det finns problem även i den andra änden. När det gäller taket på 7,5 basbelopp, så omfattas knappt halva den vuxna befolkningen av inkomstbortfallsprincipen. Det är inte klarlagt vilka grupper som det framför allt gäller i dag, men även här finns skäl att misstänka att det finns stora skillnader mellan kvinnor och män, mellan åldersgrupper och mellan yrkesgrupper (Socialstyrelsen 2001).

Konklusioner – är socialförsäkringen rättvis?

Det finns inte något omfattande stöd i forskningen för att hävda att det förekommer illegitim diskriminering i socialförsäkringen. I den meningen är

socialförsäkringen rättvis. De skillnader som finns i utnyttjandet mellan kvinnor och män, mellan personer med olika yrkesbakgrund och mellan personer födda i Sverige och andra länder har framför allt att göra med primära skillnader i hälsa och med stora skillnader mellan yrkesgrupper. Detta har ytterst få studier kunnat hantera på ett tillfredsställande sätt.

Det finns stora skillnader i socialförsäkringen beroende på om man tillhör eller inte tillhör den grupp som faller inom inkomstbortfallsprincipens gränser. Personer med grundnivå har mycket dålig inkomststandard och personer över taken får ofta inte en rimlig andel av inkomsten från socialförsäkringen. Det är dessutom så att detta problem ser olika ut för olika grupper i samhället och i olika delar av försäkringen. Det är ofta unga och kvinnor som i högre grad bara har garantiersättning eller grundersättning i de olika systemen. Inom förtidspensionssystemet har en orimligt stor andel ersättning på en mycket låg garanti-nivå. Inom föräldraförsäkringen ser läget lite bättre ut, men även där är det många som inte har en rimlig försörjning.

Ett specifikt problem med föräldraförsäkringens konstruktion är dess möjliga påverkan på barnafödandet. Föräldraförsäkringen, som den ser ut i dag, stimulerar entydigt föräldrar att avvakta med att skaffa barn tills de skaffat sig stabila inkomster och därmed kan få rimlig ersättning enligt inkomstbortfallsprincipen. Det är alltså troligt att den ökade åldern bland nyblivna föräldrar påverkas av detta, samtidigt som detta långsiktigt kan minska nativiteten. Det faktum att nästan en femtedel av kvinnorna under 30 år i dag bara har en låg grundersättning kan tolkas som en indikator på att systemet har brister.

Legitimitet och tillit är två av de grundläggande komponenterna i sunda socialförsäkringar. Legitimitet innebär att ersättningar uppfattas ges till individer med rättmätiga anspråk, och tillit att de uppfattas ge en rimlig förväntad trygghet om olyckan skulle vara framme för en enskild individ (Müller 1999). Ofta brukar man tala om att sociala kontrakt upprättas mellan olika grupper i befolkningen som bygger på legitimitet och tillit och i allmänhet uppfattas den svenska socialförsäkringen ha en hög och stabil legitimitet och en hög grad av tillit.

Mot bakgrund av den genomgång vi gjort här finns det en risk att tilliten till socialförsäkringen urholkas. Många och stora förändringar av socialförsäkringarna kan leda till att tilliten försvagas i och med att osäkerheten i stora grupper ökar om förväntat utfall vid försäkringshändelser. Ett typexempel är sjukförsäkringen vars regler förändrats omkring 130 gånger sedan 1990 vilket innebär ungefär 6 förändringar per år (Försäkringskassan 2011c). Genom att allt fler individer samtidigt står utanför den kompensationslösning som inkomstbortfallsprincipen utlovar blir systemet mindre pålitligt för allt fler. I förlängningen kan en försvagad tillit förväntas minska viljan att solidariskt bidra till en allmän socialförsäkring. Det faktum att unga människor och kvinnor i högre grad får

låga ersättningar kan dessutom skapa motsättningar mellan olika grupper i samhället.

Det finns inte några idealiska data som mäter legitimitet och tillit, med det förefaller å ena sidan som att allt fler svenskar uppfattar socialförsäkringen som legitim, men å andra sidan förefaller tilliten till försäkringsskyddet att minska (Svallfors 2010). Om denna bedömning är riktig ökar risken för en annan välbekant välfärdsförlust när individer med lägre risk i allt högre grad väljer privata försäkringslösningar. Detta minskar ytterligare viljan bland dessa att bidra till en allmän socialförsäkring, vilket i sin tur riskerar att öka motsättningarna mellan olika grupper. Här ligger det stora hotet framför allt i att taket i socialförsäkringen är så lågt. Och hur takeffekten drabbar olika grupper är nästa undersökning som vi hoppas kunna genomföra de närmaste åren.

Referenser

Eriksson, H (2009) Är det verkligen ekonomin som styr? En studie av ekonomiska drivkrafter vid vård av barn. *Working Papers in Social Insurance* 2009:1. Försäkringskassan. Stockholm.

Försäkringskassan (2005) *Socialförsäkringstaket och föräldralön – ekonomin vid föräldraledighet*, Analyser 2005:7

Försäkringskassan (2009) *Inkomstutvecklingen för individer med sjukersättning och aktivitetsersättning*, Socialförsäkringsrapport 2009:12

Försäkringskassan (2011a) *Socialförsäkringstaket och föräldralön – ekonomin vid föräldraledighet*, Socialförsäkringsrapport 2011:11

Försäkringskassan (2011b) *Varför finns det skillnader i bifallsfrekvens inom arbetsskadeförsäkringen? – en studie om orsakerna till skillnader i bifall och avslag mellan kön, födelseland och var beslutet fattas*, Socialförsäkringsrapport 2011:16

Försäkringskassan (2011c) *Förändringar inom socialförsäkrings- och bidragsområdena 1968-01-01–2011-07-01*.

Inspektionen för Socialförsäkringen (2011) Beslut om arbetsskada ur ett jämställdhetsperspektiv – livränta till följd av sjukdom, Rapport 2011:15

Kangas, O (2000) Distributive Justice and Social Policy – Some Reflections on Rawls and Income distribution, *Social Policy & Administration*, Vol 34, No 5: 510-28

- Marklund S & Svallfors S (1986) Välfärd efter prestation – om arbetstvång inom socialförsäkringen, *Nordisk Sosialt Arbeid*, Vol 6, No 4: 17-31
- Marmot M (2004) *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, London, Bloomsbury
- Mörk, E & Liljeberg L (2011) *Fattig, sjuk och arbetslös – en beskrivning av personer i kläm mellan stat och kommun*, Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, Rapport 2011:17
- Müller, M. (1999). Socialförsäkringens idé. *Socialförsäkringsboken 1999*. B.-M. Anderson. Stockholm, Riksförsäkringsverket: 13-58.
- Rawls, J (1975) *A Theory of Justice*, Oxford: Oxford University Press
- Riksrevisionen (2007) Försäkringskassans hantering av arbetsskadeförsäkringen, Riksrevisionen 2007:32
- Sjögren Lindquist G & Wadensjö E (2011) *Avtalsbestämda ersättningar, andra kompletterande ersättningar och arbetsutbudet*. ESO 2011:4. Stockholm: Finansdepartementet.
- Socialstyrelsen (2001). *Social Rapport 2001*, Kap 4: Försörjning och fattigdom.
- Socialstyrelsen (2010). *Social rapport 2010*. Kap 3: Fattigdomens förändring, utbredning och dynamik.
- Svallfors S (2010) Trygg, stöttande, tillitsfull? – Svenskarnas syn på socialförsäkringarna, Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen, *SOU 2010:04*
- Weiner J, Bildt C, Ouchterlony H, Marklund S & Svanholm M (2009) Könsskillnader i ersättning vid arbetsskador – en 10årsuppföljning av arbetsskador 1994. *Arbete och Hälsa* Nr 2009:43(2)
- Wilkinson R & Pickett K (2010) Jämlikhetsanden – därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen, Stockholm: Karneval förlag

Genusperspektiv på socialförsäkringen

– Om kvinnors och mäns sjukfrånvaro



Gunnel Hensing

Enheten för Socialmedicin, Göteborgs universitet

En sökning på orden ”kvinnor, män, sjukfrånvaro” på nätet gav 150 000 träffar¹. Det kan jämföras med en sökning på orden ”arbetare, tjänstemän, sjukfrånvaro” som gav 24 600 träffar. Intresset för könsskillnaderna i sjukfrånvaro tycks, åtminstone mätt som träffar på nätet, vara betydligt större än intresset för socioekonomiska skillnader. Intresset för könsskillnaderna avspeglas också i de olika satsningar som gjorts på sjukfrånvaron från regeringens sida de senaste åren. 41 miljoner avsattes till specifika satsningar på forskning om kvinnors och mäns sjukfrånvaro och till utveckling av rehabilitering. En viktig del i den s.k. sjukskrivningsmiljarden har varit fokus på kvinnors hälsa som en sätt att minska könsskillnaderna i sjukfrånvaro. Det här är inte de första satsningarna som gjorts. Även under 1990-talet förekom riktade satsningar för att minska sjukfrånvaron bland kvinnor.

Kvinnors högre sjukfrånvaro har varit känd länge. Redan under 1940-talet skrev en brittisk läkare att möjliga förklaringar var kvinnors dubbla ansvar för betalt

¹ Sökningen gjordes i december 2011.

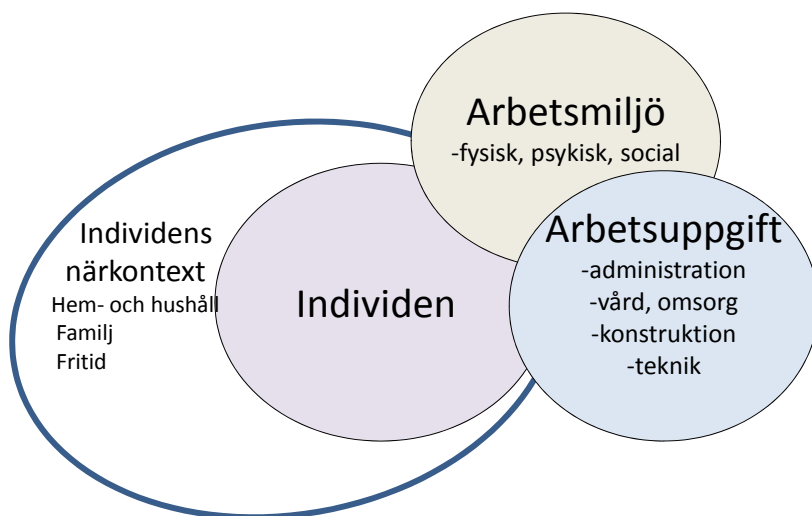
och obetalt arbete. Under kriget kom brittiska kvinnor in i arbetslivet och hade dessutom ofta ensamt ansvar för familjen. Flertalet studier om sjukfrånvaro är baserade på yrkeslivet och faktorer i det betalda arbetet. Det är relevant eftersom sjukfrånvaro har ett tydligt samband med arbetslivet men den närkontext som en individ befinner sig i påverkar förstås också hälsan och inte minst möjligheten att hantera hälsoproblem i behandling och rehabilitering.

Utgångspunkten för intresset för könsskillnader i sjukfrånvaro är de återkommande skillnaderna i sjukfrånvarostatistiken. I en stor studie från Norge baserat på drygt 2 miljoner individer i åldrarna 16–66 år fann vi att andelen kvinnor som blev sjukskrivna minst en gång i ett sjukfall med psykiatrisk diagnos och som varade 14/16 dagar eller längre var betydligt högre än andelen män (Hensing et al 2006). År 2000 var det t.ex. 4,61 procent av de sjukförsäkrade kvinnorna som blev sjukskrivna i ett psykiatriskt sjukfall medan motsvarande andel bland män var 2,24 procent. Om man jämför andelen sjukskrivna i några olika europeiska länder finner man att könsskillnaderna är genomgående d.v.s. de finns i alla länder, men de är störst i de nordiska länderna. Sverige och Norge är i särklass med både höga andel sjukskrivna och stora könsskillnader. Svenska kvinnors sjukfrånvaro är 50 procent högre än genomsnittet i de åtta länderna som studerats, medan svenska män ligger 15 procent högre. I Sverige svarar kvinnor för ungefär 2 tredjedelar av alla sjukfall.

Sjukfrånvaro är i Sverige resultatet av en medicinsk nedsättning av förmågan att arbeta. Följdriktigt har arbetsförmåga kommit i fokus i debatt, politik, tillämpning, åtgärder, utvärdering och forskning. Arbetsförmåga beskrivs ibland mycket förenklat som en individuell egenskap men är i själva verket i de flesta fall ett dynamiskt och komplext samspel mellan en rad faktorer (Figur 1).

Figur 1 Sjukfrånvaro – medicinsk nedsättning av arbetsförmågan

Arbetsförmåga
- ett dynamiskt och integrerat perspektiv



Individens förmåga att arbeta påverkas naturligtvis på olika sätt av sjukdom, skador och hälsoproblem men framför allt påverkas förmågan av arbetsmiljö och arbetsuppgifter. Med utgångspunkt i modellen i figur 1 finns det en rad intressanta aspekter att lyfta fram med utgångspunkt i ett genusperspektiv.

1. Könsskillnader i hälsa, tillgänglighet till vård och behandling, kunskap om kvinnors och mäns sjukdomsmönster och skillnader i bemötande av kvinnor och män kan påverka sjukfrånvaro.
2. Selektion till olika yrken, arbetsuppgifter och branscher är i hög grad könsbaserad. För att hantera selektionen bör fler studier designas så att kvinnor och män i jämförbara yrken, arbetsuppgifter och branscher jämförs. Även om selektionen till viss del kan hanteras kan arbetsmiljö och arbetsuppgifter variera mellan kvinnor och män. Kvinnliga och manliga läkare återfinns till exempel i hög grad inom olika specialiteter och i typiskt kvinnodominerade yrken återfinns män ofta i högre positioner än kvinnor. Den lokala arbetsmarknaden har också betydelse för möjligheten att byta arbete på grund av t.ex. hälsoskäl, vilket kan variera för kvinnor och män.
3. Faktorer i individens närkontext varierar med kön, som vi snart ska se. Kvinnor utför fortfarande majoriteten av det obetalda arbetet i hem- och hushåll, vilket t.ex. kan påverka återhämtning och hälsa vilket i sin tur kan påverka risken att bli sjukskriven. Familjesituation, obetalt arbete och återhämtning kan påverka inte bara risken att bli sjukskriven utan också möjligheten att återgå i arbete. Att hålla isär faktorer som påverkat att man blir

sjukskriven från faktorer som påverkar att man återgår till arbete är viktigt för den framtida forskningen men också för de satsningar som görs inom politik och praktik.

Det är väl känt att sjukfrånvaro är ett komplext fenomen och att det finns en rad faktorer som påverkar om en person blir sjukskriven eller inte och hur snabbt man återgår i arbete. För att studera en del av dessa faktorer och med fokus på könsskillnader och genusperspektiv driver vår forskargrupp Hälsoresursprojektet (se www.socmed.gu.se/publicerat för en rapport om Hälsoresursprojektets baslinjeundersökning). Hälsoresursprojektets baslinjedata samlades in våren 2008 och en uppföljning gjordes hösten 2009. Ett randomiserat urval av den allmänna befolkningen i Västra Götaland i åldrarna 18–64 år utgör ett av urvalen. Ett annat är ett totalurval av alla personer i den aktuella åldersgruppen som blev sjukskrivna efter en sjuklöneperiod under tiden 18/2–15/4 2008. Fördelen med urvalet är att det är nya sjukfall så svarsmönstret påverkas inte av att det t.ex. ingår personer som har långa, pågående sjukfall. Det tredje urvalet består av individer som blev sjukskrivna under samma period men som inte har en arbetsgivare d.v.s. ingen sjuklöneperiod. Det här sista urvalet kommer inte att beröras vidare.

De tre punkterna ovan utgick från att det kan finnas skillnader i hälsa, i arbetsvillkor och i närkontexten mellan kvinnor och män som kan förklara skillnaderna i sjukfrånvaro. I Hälsoresursprojektet använde vi fyra olika mått på hälsa. Samtliga är självrapporterade d.v.s. de baseras på deltagarnas enkätsvar men samtliga instrument är testade på olika sätt och har god validitet och reliabilitet. Vi har jämfört självskattad hälsa och förekomsten av symtom, psykisk hälsa och långvarig sjukdom hos kvinnor och män. Vi fann inga signifikanta skillnader mellan könen vare sig i självskattad hälsa, psykiska hälsa eller långvarig sjukdom. Däremot var det en högre andel kvinnor (39 %) som rapporterade mycket hög nivå symtom jämfört med andelen män (27 %) och på motsvarande sätt var det en högre andel män (20 %) som rapporterade mycket låg nivå av symtom jämfört med kvinnor (10 %). När det gäller långvarig sjukdom fanns det också en skillnad. Det var en högre andel män som rapporterade hjärt- och kärlsjukdom och en högre andel kvinnor som rapporterade symtom och smärta i muskler. Totalt sett med undantag för symtomdelen var skillnaderna mellan kvinnors och mäns sjuklighet liten. Symtom, som också ofta kallas medicinskt oförklarade symtom, är enligt flera studier och klinisk erfarenhet svåra att hantera för hälso- och sjukvården. Sjukvårdens arbetssätt innebär att undersöka om de symtom patienten uppvisar har sin grund i en sjukdom, vilket vanligen fungerar utmärkt. Symtom som däremot *inte* går att koppla till en specifik diagnos blir problematiska eftersom det kan leda till medikalisering. Man söker en medicinsk orsak till problem som antingen har sin grund i faktorer som har med arbetet eller den sociala situationen att göra men det kan också vara så att det fatiskt saknas kunskap om hälsoproblem av den här typen inom hälso- och

sjukvården. Forskarna Hølge-Hazelton och Malterud menar att det fortfarande finns en andronormativitet inom hälso- och sjukvården vilket bl.a. innebär att kunskapen om sjukdomar som oftare drabbar män än kvinnor, t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar, är högre än sjukdomar som oftare drabbar kvinnor, t.ex. smärt-syndrom av olika slag (Hølge-Hazelton B och Malterud K, 2009). Bristande kunskap om sjukdomar och besvär som är vanliga hos kvinnor kan leda till ett sämre bemötande och att man föreslår sjukskrivning för att man inte har några bra andra alternativ. Till stöd för tankegången finns en del kvalitativa studier där både kvinnor och män med erfarenhet av sjukskrivning och kontakt med hälso- och sjukvården beskriver att det är en markant skillnad mellan att bli trodd och behandlad med respekt. Ett respektfullt bemötande stärker den egna förmågan att hantera och förändra sin situation. Huruvida bristande kompetens att behandla smärt- och symptomrelaterad sjuklighet hänger samman med sjukfrånvaro hos kvinnor behöver utforskas vidare.

Punkt två på listan ovan över möjliga förklaringar till könsskillnader handlade om arbetet. Selektion in i arbetslivet är en viktig faktor som ofta underskattas vid jämförelser mellan kvinnor och män. Kvinnor och män väljer ofta traditionellt d.v.s. yrken som redan är vanliga hos män attraherar andra män att söka sig dit och detsamma gäller kvinnor. Det innebär att kvinnor och män kommer att hamna i olika yrken, olika branscher och med olika arbetsuppgifter. Utmärkande för de nordiska länderna är ett högt arbetskraftsdeltagande, vilket förklarar en del av skillnaderna mellan sjukfrånvaronivåerna bland kvinnor i Norden och andra delar av Europa. Utmärkande för Norden är också att omsorg och vård av barn, sjuka och äldre liksom undervisning sker i gemensamma lösningar som kompletterar familjens och släktens ansvar och insatser. Sektorn är offentligt finansierad även om utförarsidan nu består av både offentliga som privata aktörer och är en dominerande arbetsmarknad för kvinnor i Norden. Män återfinns inom bygg, industri och handel. Den svenska arbetsmarknaden är en av de mest tudelade i världen och 72 procent av männen i Sverige arbetar i mansdominerade yrken medan motsvarande siffra för kvinnor är 67 procent. Den kvinnodominerade verksamheten inom skola, vård och omsorg utmärks av höga krav på fysisk och mental närvaro, känslomässigt engagemang och etisk stress. De är personalintensiva och därmed kostsamma. Det finns ofta både en politisk och administrativ ledning och om inte en direkt ledning så åtminstone ett starkt politiskt intresse i verksamheten och därmed också ett starkt medialt intresse. Löneläge och karriärutveckling är långsammare än i många andra sektorer. En del av de här utmärkande dragen för kvinnodominerade yrken är också exempel på faktorer som visat sig öka risken för sjukfrånvaro. Kravet på fysisk närvaro är en faktor som kan påverka sjukfrånvaro. En undersköterska kan inte utföra sitt arbete hemifrån. Låg inkomst har visat sig vara en riskfaktor för sjukfrånvaro i en rad studier.

Med tanke på att arbetsmarknaden i Sverige är så delad är en rimlig hypotes att kvinnors och mäns sjukfrånvaro har att göra med att de återfinns i olika sek-

torer. I en studie från Finland har Mikko Laaksonen och hans medförfattare (2010) undersökt om det fanns några skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män som arbetade i samma typ av yrken respektive på samma typ av arbetsplats bland de anställda vid Helsingfors kommun. Man exkluderade alla yrken och arbetsplatser inom kommunen som enbart bestod av kvinnor eller av män. Det innebär framför allt att ett antal kvinnliga yrken och arbetsplatser exkluderades eftersom det bara fanns kvinnor i dessa. När man i det återstående materialet kontrollerade för yrke kunde man förklara omkring hälften av kvinnors högre sjukfrånvaro både i de kortare egencertifierade fallen och i de längre sjukfallen som certifierats av läkare via medicinskt underlag. I sjukfall som var medellånga förklarades ungefär en tredjedel av kvinnors högre sjukfrånvaro. Samma analys av arbetsplats gav motsvarande fynd men den analysen förklarade något lägre. Det var framför allt i sjukfrånvaro på grund av psykiska, muskuloskeletal och luftrörsrelaterad sjukfrånvaro. Det är två intressanta slutsatser man kan dra från Laaksonens studie. Det ena är att om man jämför kvinnor och män i samma yrke eller på samma arbetsplats så minskar den kvinnliga övervikten i sjukfrånvaro d.v.s. faktorer som har med yrke och arbetsplats att göra har betydelse för sjukfrånvaro och påverkar både kvinnor och män i samma yrkessituation. Skillnaderna är alltså mindre i sjukfrånvaro om man jämför en kvinnlig och manlig sjuksköterska på samma arbetsplats än om man jämför kvinnor och män generellt. Den andra intressanta slutsatsen är att det trots allt fortfarande kvarstår en kvinnlig övervikt i sjukfrånvaro. Den kvarvarande skillnaden skulle antingen kunna förklaras av att arbetsvillkoren aldrig blir riktigt desamma för kvinnor och män och att man skulle behöva andra sätt att mäta än de som använts i studien. Det kan också vara så att den oförklarade delen kan förklaras av faktorer som inte har med arbetsvillkoren att göra.

I en studie från Norge, som ännu inte är publicerad, har jag tillsammans med Arne Mastekaasa på ett liknande sätt men med en annan frågeställning analyserat sannolikheten för sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos som en funktion av andelen kvinnor i yrket eller på arbetsplatsen. Vår hypotes utgick från teorier om att det skulle innebära särskild stress och belastning att vara i minoritet på arbetsplatsen genom att man har högre förväntningar på sig om att prestera bra eller genom att man inte har samma sociala stöd som majoritetsgruppen har. Eftersom teorier utgår från psykosocial stress borde effekten på sjukfrånvaro om den finns vara särskilt tydlig i psykiatrisk sjukfrånvaro varför vi valde den diagnosgruppen. Intresset för den könssegrerade arbetsmarknaden har varit stor i samhällsvetenskaplig genusforskning, där den varit föremål för en rad olika studier. Det finns färre studier i hälsovetenskaplig genusforskning men vi har i ett par tidigare studier sett att kvinnor som var i minoritet på mansdominerade arbetsplatser hade högre sjukfrånvaro än andra kvinnor och på motsvarande sätt hade män som var i minoritet på kvinnodominerade arbetsplatser högre sjukfrånvaro än andra män. I den norska studien har vi ett mycket omfattande

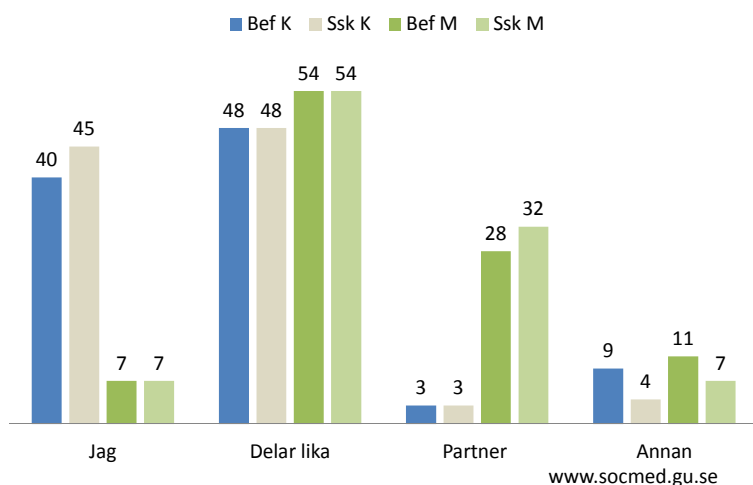
material baserat dels på flera års sjukfrånvaro, dels på hela den norska yrkesverksamma befolkningen. Vi fann att kvinnor som förväntat hade en högre incidens av sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos d.v.s. det var fler kvinnor som blev sjukskrivna. När vi prövade hypotesen att sannolikheten att vara sjukskriven med psykiatrisk diagnos var en funktion av andelen kvinnor i yrket eller på arbetsplatsen fann vi emellertid inget stöd för ett sådant samband. Det fanns en liten tendens till högre sjukfrånvaro bland män i yrken respektive arbetsplatser med en högre andel kvinnor. För att pröva om det var en effekt av selektion d.v.s. att män med hälsoproblem söker sig till kvinnodominerade yrken analyserade vi sjukfrånvaro hos individer som bytte arbete under uppföljningstiden. Vi fann då att sjukfrånvaronivån kvarstod också när man bytte till yrken eller, vilket var det vanligaste bytet, till arbetsplatser som inte var kvinnodominerade. Om sjukfrånvaron hade varit en effekt av arbetsplatsen borde den sjunkit när man bytte jobb men så skedde alltså inte.

Forskningen om arbete och sjukfrånvaro är omfattande och det finns en rad aspekter som kunde vara intressanta att följa upp ur ett genusperspektiv. Vi har själva en serie studier inriktade mot betydelsen av organisationsklimat och arbetsengagemang. Studierna inleddes av Kristina Holmgren med kvalitativa fokusgruppsintervjuer av kvinnor med erfarenhet av sjukskrivning för att genom dessa kunna identifiera nya perspektiv av betydelse för sjukskrivningsprocessen (Holmgren et al, 2004). Faktorer som var relaterade till konflikter på arbetet, stöd från ledning, svårigheter att sätta gränser och ansvarstagande är exempel på det som de intervjuade kvinnorna lyfte fram som betydelsefulla i utvecklingen mot försämrad hälsa och så småningom sjukfrånvaro. Vi har sedan gått vidare och utvecklat ett frågeformulär, the Work-Stress Questionnaire, som vi prövat i olika studier. I Hälsoresursprojektet har vi dels studerat risken att bli sjukskriven, dels betydelsen för återgång i arbete av organisationsklimat, arbetsengagemang och kombinationer av båda. I korthet ökade kombinationen av dåligt organisationsklimat och alltför stort arbetsengagemang risken att bli sjukskriven för både kvinnor och män, medan betydelsen för återgång i arbete endast återfanns hos kvinnor. Dessa fynd pekar också på behovet av det behövs mer kunskap om hur kvinnors behandling och rehabilitering ser ut i samband med sjukfrånvaro – inom hälso- och sjukvården, försäkringskassa, arbetsrehabilitering och hos arbetsgivare. Frågor om samverkan mellan aktörer och logistiken i sjukskrivningsprocessen behöver också mer utrymme vilket konstaterats i många utredningar, rapporter och vetenskapliga studier.

Den tredje punkten i den tidigare listan handlade om kvinnors och mäns närkontext. Ett av de viktigaste förhållandena i närkontexten rör hem- och hushållsarbetets omfång och fördelning men också i vilket klimat hem- och hushållsarbetet utförs. I jämförelse med det betalda arbetet finns det mycket lite hälsovetenskaplig forskning om obetalt arbete i hem och hushåll. I Hälsoresursprojektet frågade vi deltagarna om vem som planerar hem- och hushållsarbetet och gjorde en jämförelse mellan kvinnor och män som blev sjukskrivna under

perioden 18 februari till 15 april 2008 med det slumpmässiga urvalet ur Västra Götalands befolkning. 60 respektive 63 % av kvinnorna i de båda urvalen svarade att de planerar medan motsvarande var 8 respektive 9 % bland männen. På frågan vem som utför hem- och hushållsarbete svarade 40 respektive 45 % av kvinnorna att det var de ensamma medan motsvarande var 7 % hos männen i de båda urvalen.

Figur 2 Fördelningen av hem- och hushållsarbete bland kvinnor och män i ett slumpmässigt befolkningsurval (Bef K och Bef M) respektive ett konsekutivt urval av kvinnor och män som blev sjukskrivna (Ssk K och Ssk M), Västra Götaland, 2008



En högre andel män svarade att man delar lika på planering och utförande. Eftersom upplevelsen av en händelse eller livssituation har viss betydelse för graden av stress frågade vi också om hur nöjd man var med fördelningen av hem- och hushållsarbetet. 61 respektive 60 procent av kvinnorna var nöjda medan 79 respektive 80 procent av männen var nöjda med fördelningen. I en pågående studie studerar vi sambanden mellan hur man svarar på de här frågorna och sjukfrånvaro men analysen är inte klar ännu. I en tidigare studie har vi däremot studerat sambanden mellan en ansträngd hemarbetssituation och självskattad hälsa bland kvinnor (Staland-Nyman et al, 2008). Ansträngd hemarbets-situation mättes som fördelning och utförande av obetalt arbete i kombination med relationen till partnern. Skattningen av relationen till partnern använde vi som en grov indikator på det psykosociala klimatet i hemarbetssituationen. Vi fann ett samband med självskattad hälsa och starkast var sambandet med vitalitet.

Andra studier har också funnit samband med olika typer av hälsomått och upplevelsen av konflikter mellan betalt och obetalt arbete. Vår och andra studier

visar alltså att förhållanden i det obetalda arbetet har betydelse för hälsa. Emellertid är det svårare att visa ett tydligt samband mellan det obetalda arbetet och sjukfrånvaro. I vår studie fann vi t.ex. inte något samband mellan krav och kontroll och sjukfrånvaro i hemarbetet och heller inte mellan en ansträngd hemarbetssituation och sjukfrånvaro. Däremot fann vi samband mellan vissa specifika stressorer t.ex. barn med särskilda behov och livshändelser t.ex. skilsmässa och högre sjukfrånvaro. Ett av de stora problemen i forskning om obetalt arbete är att metodutveckling varit långsam trots att komplexiteten i det obetalda arbetet är så mycket högre vad gäller risken att utveckla stress och därmed sammanhängande hälsoproblem. Att arrangera ett studentfirande kan öka stress och belastning under ett antal veckor men kan också vara fyllt med stor glädje och öka tillfredsställelsen med livet. Hur det blir beror naturligtvis mycket på om man delar ansvar, krav och uppgifter och, oavsett hur fördelningen ser ut, om klimatet i familjen och mellan de involverade vuxna är bra eller inte. Kanske det tidigare diskuterade begreppen organisationsklimat och arbetsengagemang kan vara användbara också för att förstå samband och sammanhang i det obetalda arbetet. Ett positivt familjeklimat utan större konflikter i kombination med ett lagom individuellt engagemang för det obetalda arbetet låter ju mer hälsosamt än ett familjeklimat fyllt av konflikter, oklara roller och kanske orättvis arbetsfördelning i kombination med att alltför stort engagemang och ansvarstagande. Det finns emellertid inte några studier om detta i relation till sjukfrånvaro vare sig som faktor som bidrar till att orsaka medicinsk nedsättning av arbetsförmågan eller som faktor som predicerar återgång till arbete. I en studie från IFAU fann man kvinnors högre sjukfrånvaro samvarierade med första barnets födelse. Studien pekar på det obetalda arbetets betydelse men fler studier behövs för att också kunna identifiera skillnader mellan grupper av kvinnor och män och för att förstå mekanismerna bakom sjukfrånvaron.

Genusperspektiv på kvinnors och mäns sjukfrånvaro leder till tre utmaningar:

1. Den första är att vi behöver mer kunskap om arbetsvillkoren i kvinno-dominerade yrken. Det är en sektor där många kvinnor arbetar och även om risken att bli sjukskriven kan vara högre i andra sektorer så får även en relativt låg högre risk stor betydelse för sjukförsäkringen eftersom så många arbetar i sektorn. Den utmärks också av flera karaktäristika som i olika studier visat sig öka risken för sjukfrånvaro.
2. Vi behöver också bättre integrera närkontexten och utveckla metoder för att på ett mer detaljerat sätt kunna mäta fördelning, utförande och klimat för hem- och hushållsarbetet.
3. Den tredje utmaningen är att bättre förstå det som i genusteoretiska termer kallas konstruktionen av femininitet i mötet mellan kvinnor och hälso- och sjukvården och andra aktörer inom sjukfrånvaroområdet. Finns det tillräcklig

kunskap om kvinnors hälsoproblem? Hur stor betydelse har medikalisering? Hur kan vi möta kvinnor med medicinskt oförklarade symtom så att de får ett bra stöd att hantera sin livssituation och sina besvär på ett självständigt och ansvarstagande sätt.

Avslutningsvis ett citat från den brittiske läkaren dr Wyatt, som tidigare nämnts. Han skrev 1945: "Until recently, the problems of health and disease in women have attracted less interest and attention than other, less important causes of absence from work." Intresset, som jag nämnde i inledningen, är stort i dag för kvinnors högre sjukfrånvaro men vi saknar fortfarande några viktiga pusselbitar i forskningen. Genusperspektivet kan vara ett sätt att identifiera viktiga frågeställningar genom att det integrerar olika aspekter på kvinnors och mäns livssituation. Det blir kanske inte möjligt att komma med en eller ett par faktorer som förklarar skillnaderna, men medicinsk nedsättning av arbetsförmågan och sammanhängande sjukskrivning och återgång till arbete är komplexa fenomen. En fjärde utmaning till de tre ovanstående handlar om betydelsen av förbättrad logistik vid sjukskrivning. Den som blir sjukskriven behöver få information om vad som händer, när det händer och vem som har ansvaret. Med sådan information ökar individens egen förmåga att fatta beslut om sin hälsa och rehabilitering.

Referenser

Hensing G, Andersson L, Brage S. Increase in sickness absence with psychiatric disorders in Norway: a general population-based epidemiological study on age, gender and regional distribution. BMC Medicine, 2006, BMC Med. 2006 Aug 22;4:19.

[Hølge-Hazelton B, Malterud K. Scand J Public Health.](#) 2009 Mar;37(2):139-45. Epub 2009 Jan 13. Gender in medicine – does it matter?

Laaksonen M, Mastekaasa A, Martikainen P, Rahkonen O, Piha K, Lahelma E. Gender differences in sickness absence – the contribution of occupation and workplace. Scand J Work Environ Health 2010; 36(5): 394-403.

Holmgren K, Dahlin Ivanoff S. [Women on sickness absence--views of possibilities and obstacles for returning to work. A focus group study.](#) Disabil Rehabil. 2004 Feb 18;26(4):213-22.

Staland-Nyman C, Alexanderson K, Hensing G. Associations between strain in domestic work and self-rated health: a study of employed women in Sweden. Scand J Public Health. 2008 Jan; 36 (1): 21-7.

Angeloy N, Johansson P, Lindahl E, Lindström E-A. Kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, Rapport 2011:2

Jämställdhet, Folkhälsa, och Föräldraförsäkring: Vilka sociala och hälsorelaterade förhållanden föregår pappaledighet?



Anna Månsdotter

Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet

Om studien

Denna rapport är en sammanfattande och försvenskad version av en studie som publicerades i Journal of Public Health Policy, 2010, 31(3): 324-41 tillsammans med författarna Peeter Fredlund, Johan Hallqvist och Cecilia Magnusson. Studien finansierades huvudsakligen av TCO, men också med medel från FAS (Dnr 2007-0091) och Vetenskapsrådet (Dnr 2007-2804). Den var ursprungligen del av ett större samarbete mellan TCO och Karolinska Institutet under rubriken: "Aspekter av sambandet mellan jämställdhet, föräldraskap och hälsa".

Sammanfattning

Jämställdhet och folkhälsa utgör centrala politiska mål i Sverige. Forskningen tyder på att en jämnare fördelning av föräldraledighet mellan kvinnor och män kan bidra till båda dessa, men fortfarande saknas kunskap om orsak och verkan. Denna studie syftade till att undersöka hur chansen att vara pappaledig (1 juli

2003–31 december 2006) hörde samman med sociala och hälsorelaterade förhållanden före föräldraskapet (2002) bland 1 289 manliga respondenter i Stockholms läns folkhälsoenkät. Det framkom att socialt och hälsomässigt privilegierade män har störst chans att ta pappaledigt utöver ”pappakvoten” om 60 dagar. Om samhället önskar en mer könsjämn föräldraledighet kan insatser riktas mot äldre och förstagångspappor, utomlandsfödda och egenföretagare, samt möjligtvis ensamboende, lägre utbildade och anställda i privat sektor. Resultaten ger också stöd för insatser mot könsskillnader i inkomst och på arbetsmarknad. En specifik slutsats är att studier om samband mellan jämställdhet och folkhälsa måste beakta att sunda livsstilar och god hälsa är vanligast bland män som frångår det genustraditionella föräldraskapet – de som tar pappaledighet.

Introduktion

Föräldraskap, jämställdhet och folkhälsa

När ett barn föds är traditionen över hela världen att pappan tar ansvar för försörjningen av familjen och att mamman tar ansvar för vården av barnet. Detta är en central aspekt av det så kallade genussystemet, det vill säga, det system av sociala mekanismer som verkar för att göra flickor och pojkar, kvinnor och män olika ifråga om attityder och beteenden, arbeten och resurser, inflytande och makt (Connell 2002). Jämställdhet i betydelsen ”mer eller mindre likhet mellan kvinnor och män i alla livets sfärer” (Okin Moller 1989) kräver därmed förr eller senare att det könsuppdelade föräldraskapet upphör. I denna studie fokuseras pappors förflyttning mot det traditionella mamma-uppdraget indikerat av pappaledighet.

Sverige var det första landet i världen som möjliggjorde betald föräldraledighet för män 1974. Det officiella syftet var jämställdhet genom ökade möjligheter för pappor i den privata sfären av barn och hushåll, och för mammor i den offentliga sfären av arbete och försörjning (Ferrarini 2003). Mäns andel av föräldraledigheten har sedan dess ökat betydligt, från 0.5 % 1974, till 5.2 % 1980, 7.4 % 1990, 12.4 % 2000, och 23.1 % 2010 (Försäkringskassan). Det är inte lätt att bevisa, men denna ökning har förmodligen bidragit till att Sverige rankas högt i ekonomisk och politisk jämställdhet (United Nations Development Program).

Ökad pappaledighet kan också antas påverka folkhälsan. Om det bidrar till att långsiktigt utjämna fördelningen av det obetalda och betalda arbetet mellan könen kan det gynna kvinnor genom minskad ohälsosam stress från multipla roller (Barnett 2004). Det har också visats att engagerade pappor, vilket pappaledighet kan vara ett uttryck för, gynnar ett barns intellektuella och sociala utveckling, samt psykiska och fysiska hälsa (Sarkadi m.fl. 2004). En starkare position i vården av sitt barn kan också gynna papporna själva. I studier av

svenska föräldrar har framkommit att pappalediga män har lägre risk för sjukskrivning, slutenvård och förtidig död (Månsdotter m.fl. 2007), samt lägre risk för alkoholrelaterade problem, än ej pappalediga (Månsdotter m.fl. 2008). Män som väljer (eller tvingas till) vårdansvar kan till exempel utveckla mer försiktiga attityder och beteenden eftersom riskbenägenhet i allmänhet hotar barnets säkerhet, överdriven alkoholkonsumtion krockar med den praktiska vården och känslomässiga anknytningen till barnet, och så vidare. Det kan också vara så att denna människans expansion av roller gynnar dem då negativa omständigheter i en sfär (t.ex. arbetsliv) kan kompenseras med positiva omständigheter i andra sfärer (t.ex. äktenskap) (Backhans m.fl. 2007).

Pappaledighetens orsaker

Trots formella möjligheter fortsätter män att ta ut en mindre andel av föräldraledigheten. Till de strukturella orsakerna hör fortsatt genustraditionella synsätt på föräldraskap bland föräldrarna själva och arbetsgivare, större ekonomisk förlust vid pappaledighet än mammaledighet från inkomstrelaterad ersättning och mäns högre inkomster, samt valfrihetsprincipen i föräldraförsäkringen som tillåter överföring av dagar, i praktiken från pappan till mamman (WHO 2007).

De stora variationerna i pappaledighetsuttag mellan män tyder också på individuella orsaker. Det har till exempel framkommit att trygg arbetsmarknadsposition, höga inkomster och utbildning, samt att vara född i Sverige har ett positivt samband med pappaledighet (Bekkengen 2002, Plantin m.fl. 2003, Sundström och Duvander 2003). Dessutom verkar det lättare för män i kvinnodominerade och tjänsteproducerande organisationer att vara pappalediga än för män i mansdominerade och varuproducerande organisationer (Hwang och Haas 2007). I Norge har det visats att män som arbetade mer än 41 och mindre än 30 timmar per vecka, tog pappaledigt i lägre utsträckning än män som arbetade mellan 31 och 40 timmar (Brandt och Kvande 2003).

Mål och motiv

I Sverige utgör ökad jämställdhet ("likhet mellan könen i makt och inflytande, utbildning och arbete, obetalt hem- och omsorgsarbete, samt kroppslig integritet") och bättre folkhälsa ("höjda nivåer av hälsa och överlevnad i befolkningen, samt minskade skillnader mellan individer och grupper") centrala politiska målsättningar (Regeringen). Nuvarande forskning tyder på att en jämnare fördelning av föräldraledighet kan bidra till båda dessa, att pappaledighet kan gynna både föräldrarnas och barnens hälsa, samt att socialt privilegierade män tar mer pappaledigt än andra män. Men många studier lider av att inte kunna skilja selektion (vem var mannen före pappaledigheten?) från kausalitet (vilka effekter hade pappaledigheten?). Denna studie syftade till att undersöka hur sociala och hälsorelaterade förhållanden före föräldraskapet hänger samman med senare uttag av pappaledighet bland män i Stockholms län.

Metod

Population

Studien baserades på Stockholms läns landstings folkhälsoenkät 2002, vilken hade en svarsfrekvens på 62 % av det slumpmässiga urvalet om 50 000 individer. Populationen bestod av manliga respondenter som enligt Flergenerationsregistret (SCB) fick ett barn under perioden 1 januari 2003 till 31 december 2005, sammanlagt 1 289 pappor.

Sociala och hälsorelaterade förhållanden

Studerade sociala förhållanden var: födelsekohort (tre grupper), födelseland (i eller utanför Sverige), utbildning (grundskola, gymnasium eller universitet), inkomst (rik >150 % eller fattig <60 % av medianen), socioekonomisk indelning (SEI), arbetsgivare (offentlig eller privat), anställningsform (tillsvidare eller annan), tidigare barn (ja eller nej), samboende med partner och/eller barn (ja eller nej), hushållsarbete (mer eller mindre än 30 minuter per dag), inkomstfördelning mellan föräldrarna, samt andel män respektive kvinnor i pappans yrke.

Mätningen av de två senaste – jämställdhet i inkomst och yrke – baserades på den guidande principen i svensk jämställdhetsstrategi: "traditionella pappor" tjänade mer än 60 % av den sammanlagda föräldrainkomsten och hade yrken med mer än 60 % män, "jämställda pappor" tjänade mellan 40 och 60 % av föräldrainkomsten och hade yrken med mellan 40 och 60 % män, "otraditionella pappor" tjänade mindre än 40 % av föräldrainkomsten och hade yrken med mindre än 40 % män.

Studerade hälsorelaterade förhållanden var: frukost (daglig eller inte), stillasittande fritid (mindre än 2 timmar per vecka), fetma (BMI >30), rökning (daglig eller inte), hög alkohol konsumtion (24 gram för män och 15.5 gram för kvinnor 100 % alkohol per dag), självskattad ohälsa (dålig/mycket dålig), psykisk ohälsa (GHQ12, gräns 3), smärta i nacke, axlar eller rygg (minst 1 gång per vecka under 6 månader), långvarig sjukdom eller skada (mer än 3 månader), möjlighet att få stöd vid livskris (alltid/för det mesta), röstdeltagande (ja eller nej senaste valet), förtroende för hälso- och sjukvården (høgt/mycket høgt).

Information om inkomst, utbildning och jämställdhet kom från LISA 2002 (Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier, SCB), medan all annan information om sociala och hälsorelaterade förhållanden kom från Stockholms läns landstings folkhälsenkät 2002.

Pappaledighet

Männen följdes med avseende på pappaledighet i hela dagar från 1 juli 2003 till 31 december 2006 (LISA, SCB). Under denna period erbjöds sammanlagt 480 dagar (varav 390 dagar med 80 % av inkomster upptill 7.5 gånger prisbasbeloppet och 90 dagar med 60 kronor per dag) med reservationen att 60 dagar var öronmärkta för respektive förälder. Eftersom målet var att studera mäns föräldraledighet som uttryck för vård av barn snarare än ekonomisk rationalitet, definierades pappaledighet som ”mer än 60 dagar”.

Statistisk analys

För att skatta den relativa risken (i fortsättningen kallad ”relativ chans”) att ta pappaledigt (>60 dagar) användes en förenklad överlevnadsanalys: resultat under 1 innebär lägre chans och resultat över 1 högre chans för pappaledighet bland män med ett visst förhållande jämfört med män utan detta förhållande. I denna rapport presenteras: 1) det deskriptiva sambandet mellan olika sociala och hälsorelaterade förhållandena och pappaledighet, och 2) sambandet efter justering för födelseår och andra förhållanden kopplade till socioekonomisk position, arbetsvillkor, familjesituation och jämställdhet. Alla analyser genomfördes i SAS (version 9.1.3) och studien är godkänd av Etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr 2007/545-31).

Resultat

Resultaten visade statistiskt säkerställda deskriptiva samband mellan *sociala förhållanden och pappaledighet* (tabell 1) gällande: födelsekohort, födelseland, utbildningsnivå, inkomstnivå, SEI, arbetsgivare, anställningsform, samboende, och jämställdhet i inkomst. Efter justering för samtliga sociala förhållanden var den relativa chansen för pappaledighet: 67 % lägre i äldsta jämfört med yngsta födelsekohorten, 48 % lägre bland utlandsfödda jämfört med svenskfödda, 49 % lägre bland företagare och bönder jämfört med ej facklärd arbetare, 52 % högre om tidigare barn samt 44 % lägre bland traditionella jämfört med jämställda pappor mätt i inkomst.

Tabell 1 Sociala förhållanden och relativ chans vara pappaledig >60 dagar (95 % konfidensintervall)

	Deskriptiv Chans Pappaledighet	Justerad* Chans Pappaledighet
Födelsekohort:		
1983–1973	1	1
1972–1963	1,02 (0,79–1,31)	0,76 (0,55–1,05)
1962–1944	0,54 (0,37–0,79)	0,33 (0,20–0,56)
Socioekonomisk position:		
Född i Sverige	1	1
Född utanför Sverige	0,42 (0,31–0,58)	0,52 (0,34–0,80)
Grundskola	1	1
Gymnasium	1,31 (0,83–2,08)	0,81 (0,46–1,40)
Universitet	2,60 (1,65–4,10)	1,49 (0,83–2,67)
Hög inkomst	1,06 (0,83–1,36)	0,92 (0,67–1,25)
Mellan inkomst	1	1
Låg inkomst	0,63 (0,44–0,90)	0,99 (0,59–1,67)
Ej facklärd arbetare	1	1
Facklärd arbetare	1,01 (0,65–1,61)	0,97 (0,56–1,68)
Lägre tjänstemän	1,58 (0,94–2,64)	1,12 (0,61–2,06)
Mellan tjänstemän	1,95 (1,37–2,77)	1,37 (0,88–2,14)
Högre tjänstemän	1,91 (1,37–2,68)	1,20 (0,76–1,90)
Företagare/Bönder	0,54 (0,34–0,85)	0,51 (0,28–0,92)
Arbetsvillkor:		
Privat arbetsgivare	1	1
Offentlig arbetsgivare	1,55 (1,16–2,07)	1,33 (0,94–1,89)
Annan anställning	1	1
Tillsvidare anställning	1,85 (1,38–2,49)	1,12 (0,72–1,72)
Familjesituation:		
Inga tidigare barn	1	1
Tidigare barn	1,07 (0,86–1,33)	1,52 (1,11–2,06)
Samboende	1	1
Ensamboende	0,62 (0,39–0,97)	0,67 (0,38–1,19)
Jämställdhet:		
Mer hushållsarbete	1	1
Mindre hushållsarbete	0,79 (0,54–1,14)	1,00 (0,63–1,60)
Traditionell i inkomst	0,71 (0,56–0,90)	0,56 (0,42–0,75)
Jämställd i inkomst	1	1
Otraditionell i inkomst	0,40 (0,27–0,60)	0,66 (0,37–1,16)
Traditionell i yrke	0,66 (0,39–1,10)	0,72 (0,38–1,34)
Jämställd i yrke	1	1
Otraditionell i yrke	0,64 (0,33–1,26)	0,69 (0,31–1,58)

*) Justerat för födelseår, födelseland, utbildningsnivå, inkomstnivå, SEI, arbetsgivare, anställningsform, tidigare barn, samboende, hushållsarbete, jämställdhet i inkomst, jämställdhet i yrke

Den deskriptiva analysen visade samband mellan *hälsorelaterade förhållanden och pappaledighet* (tabell 2) gällande: daglig frukost, stillasittande fritid, rökning, självskattad ohälsa, smärta, stöd i livskris, röstdeltagande och förtroende för hälso- och sjukvården. Efter justering för samtliga sociala förhållanden var den statistiskt säkerställda relativa chansen för pappaledighet 42 % högre bland män med dagliga frukostvanor, samt 88 % högre bland män som röstade i senaste valet.

Tabell 2 Hälsorelaterade förhållanden och relativ chans vara pappaledig >60 dagar (95 % konfidensintervall)

	Deskriptiv Chans Pappaledighet	Justerad* Chans Pappaledighet
Livsstil:		
Daglig frukost (referens: ej)	1,57 (1,24–2,00)	1,42 (1,06–1,91)
Stillasittande fritid (referens: ej)	0,73 (0,54–0,99)	1,18 (0,80–1,75)
Fetma (referens: ej)	0,92 (0,57–1,46)	0,92 (0,52–1,60)
Daglig rökning (referens: ej)	0,61 (0,43–0,87)	0,79 (0,50–1,24)
Hög alkohol konsumtion (referens: ej)	0,80 (0,56–1,14)	0,76 (0,50–1,17)
Hälsa:		
Självskattad ohälsa (referens: hälsa)	0,45 (0,21–0,96)	0,37 (0,13–1,10)
Psykisk ohälsa (referens: hälsa)	0,77 (0,58–1,03)	0,72 (0,51–1,02)
Smärta rygg/axlar/rygg (referens: ej)	0,71 (0,53–0,95)	0,84 (0,59–1,19)
Långvarig sjukdom/skada (referens: ej)	1,04 (0,78–1,37)	1,03 (0,74–1,44)
Social tillit:		
Stöd i livskris (referens: ej)	2,41 (1,46–3,96)	1,77 (0,91–3,43)
Röstade senaste valet (referens: ej)	2,46 (1,68–3,61)	1,88 (1,12–3,14)
Förtroende hälso-/sjukvård (referens: ej)	1,57 (1,22–2,01)	1,11 (0,82–1,50)

*) Justerat för födelseår, födelseland, utbildningsnivå, inkomstnivå, SEI, arbetsgivare, anställningsform, tidigare barn, samboende, hushållsarbete, jämställdhet i inkomst, jämställdhet i yrke

Diskussion

Sociala förhållanden och senare pappaledighet

Män som var äldre, förstagångsföräldrar, utlandsfödda, egenföretagare, och traditionellt ojämställda i inkomst hade en stabilt lägre chans att vara pappalediga jämfört med andra män i Stockholm under åren 2003–2006. Resultaten indikerade också (inte statistiskt säkerställt) att universitetsutbildning, offentlig anställning, boende med partner och/eller barn ökade, medan otraditionell ojämställdhet i inkomst (pappan tjänade mindre än mamman) minskade, chansen för pappaledighet efter hänsyn till sociala förhållanden.

I stort sett bekräftar fynden det redan kända: ”moderna män med social förtur är pappalediga”. Värt att kommentera är att den starka deskriptiva kopplingen mellan universitetsutbildning och pappaledighet till stor del förklarades av ålder, födelseland, inkomst, SEI, arbetsvillkor, familjeliv och jämställdhet. Ett annat fynd är att låg-, medel- och höginkomsttagare hade i princip samma chans att ta pappaledighet efter justering för andra sociala förhållanden.

Intressant är också att en jämställd inkomstfördelning mellan föräldrarna tenderade att öka chansen för pappaledighet jämfört med både en traditionell och otraditionell fördelning. Detta U-formade samband får stöd av norska fynd gällande arbetstid (Brandt och Kvande 2003), och när det gäller traditionellt ojämställda, av antagandet att föräldrar är ekonomiskt rationella (Pindyck och Rubinfeld 2007). Men att de otraditionellt ojämställda (pappan tjänar mindre än mamman) i lägre utsträckning tog pappaledighet strider både mot ekonomisk logik och mot logiken att en man som opponerar sig mot den genustraditionella rollen som försörjare, borde göra det också i rollen som vårdare (Connell 1995). Kan detta vara ett uttryck för att inte vilja riskera en redan sårbar position i samhället med avseende på ”maskulinitet”? Det indikerades också (inte statistiskt säkerställt) att jämställdhet i yrke gynnade pappaledighetsuttag enligt samma U-form, vilket tyder på att både mansdominans och kvinnodominans bidrar till att cementera genustraditioner (Okin Moller 1989).

Hälsorelaterade förhållanden och senare pappaledighet

Män som åt daglig frukost och som röstade i senaste valet hade högre chans att vara pappalediga än andra män efter hänsyn till ålder, födelseland, inkomst, SEI, arbetsvillkor, familjeliv och jämställdhet. Det förstnämnda kan indikera regelbundet tidningsläsande och samhällsbevakning (frukosten i sig lär inte gynna pappaledighet), och det senare kan indikera tilltro till sin roll som påverkare (t.ex. i riktning mot mindre genustraditionellt föräldraskap) och till demokrati i allmänhet. Men hur ska vi förstå signalerna (inte statistiskt säkerställda) att cigaretter, alkohol, dålig självskattad hälsa och psykisk ohälsa föregår ett beslut att inte vara pappaledig? I framtida studier bör undersökas hur detta beror på attityder (t.ex. om det ”korrekta livet” kräver både hälsosamhet och jämställdhetspraktik) och konkreta förhållanden (t.ex. om riskfyllda vanor och ohälsa minskar ambitionen/möjligheten att vårda sitt barn).

Slutsatser

Den allmänna slutsatsen är att socialt och hälsomässigt privilegierade manliga stockholmare har större chans att vara pappalediga än andra manliga stockholmare. Målgruppsorienterade strategier för en mer könsjämn föräldraledighet, och förmodligen för jämställdhet i vidare mening, bör fokusera äldre förstagångspappor, utomlandsfödda och egenföretagare, samt möjligtvis ensam-

boende, lägre utbildade och anställda i privat sektor. Generella insatser för minskade inkomstskillnader mellan kvinnor och män, och för en mindre könssegregerad arbetsmarknad stöds också av fynden. En specifik slutsats är att forskningen om hur jämställdhet påverkar hälsa och överlevnad bland pappor, mammor och barn måste beakta att sunda livsstilar och god hälsa är vanligast bland män som frångår det genustraditionella föräldraskapet – de som tar pappaledigt.

Referenser

- Backhans M, Lundberg M, Månsdotter A. Does increased gender equality lead to convergence of health outcomes? A study of Swedish municipalities. *Social Science & Medicine* 2007; 64(9): 1892-1903.
- Barnett RC. Women and multiple roles: myths and reality. *Harvard Review of Psychiatry* 2004; 12: 158-164.
- Brandt B, Kvande E. *Fleksible fedre: maskulinitet, arbeid, velferdsstat*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003: 219-223.
- Connell RW. *Gender*. Cambridge: Polity Press, 2002.
- Ferrarini T. Parental leave institutions in eighteen post-war welfare states. Dissertation, Swedish Institute for Social Research, Stockholm University, 2003.
- Hwang P, Haas L. Gender and Organizational Culture: Correlates of Companies' Responsiveness to Fathers in Sweden. *Gender & Society* 2007; 21(1): 52-79.
- Månsdotter A, Lindholm L, Winkvist A. Paternity leave in Sweden – costs, savings and health gains. *Health Policy* 2007; 82: 102-115.
- Månsdotter A, Backhans M, Hallqvist J. The relationship between a less gender-stereotypical parenthood and alcohol-related care and death: A registry study of Swedish mothers and fathers. *BMC Public Health* 2008; 8: 312.
- Okin Moller S. *Justice, gender and the family*. New York: Basic Books, 1989.
- Bekkengen L. *Man får välja. Om föräldraskap och föräldraledighet i arbetsliv och familjeliv*. Dissertation, Departments of Economics and Working Life Science, Karlstad University, 2002.
- Pindyck RS, Rubinfeld DL. *Microeconomics*. Sixth edition. New Jersey: Prentice-Hall Inc, 2007.

Plantin L, Månsson SA, Kearney J. Talking and doing fatherhood. On fatherhood and masculinity in Sweden and Britain. *Fathering* 2003; 1: 3-26.

Sarkadi A, Kristiansson R, Bremberg S. Fäders betydelse för barns och ungdomars hälsa: en systematisk översikt av longitudinella. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, Rapport 17, 2004.

Sundström M, Duvander A. Gender division of childcare and the sharing of parental leave among new parents in Sweden. *European Sociological Review* 2003; 18(4): 433-447.

World Health Organization. Fatherhood and health outcomes in Europe. Copenhagen: Regional office for Europe, 2007.
<http://www.euro.who.int/document/e91129.pdf>.

Individuell ofärd, ojämlikhet och socialpolitik. Sverige i ett bredare europeiskt perspektiv



Kenneth Nelson

Institutet för social forskning, Stockholms universitet

De flesta personer har endast ett välfärdsproblem i taget. Det kan handla om arbetslöshet, ohälsa eller trångboddhet. I flera fall är problemet en isolerad händelse som inte tycks påverka individens livsvillkor i övrigt. Ibland uppträder dock problemen sida vid sida, något som för tankarna mot en negativ spiral där individens ofärd fortplantas från ett till flera områden och skapar ett nytt socialt fenomen: så kallade multipla välfärdsproblem. I ett rättvisefilosofiskt perspektiv har multipla välfärdsproblem en särställning (Walzer, 1983; Sen, 1992; Travers och Richardson, 1993). Graden av orättvisa är större om exempelvis samma personer är fattiga och sjuka än om endast de välbeställda har hälsoproblem. Ett centralt mål för socialpolitiken borde vara att bekämpa multipla välfärdsproblem.

Behovet av effektiva sociala trygghetssystem kommer sannolikt att öka i spåren av den globala finansiella krisen. Samtidigt kan kraven på fiskal konsolidering leda till socialpolitisk åtstramning. De sociala konsekvenserna är svåra att förutsäga och det kommer att dröja flera år innan de faktiska utfallen kan studeras i detalj. Behovet av ny kunskap kring välfärdsstatens konsekvenser för människors levnadsvillkor och ofärd är dock stor. Socialpolitikens organisering är här en naturlig utgångspunkt. Syftet med denna studie är att analysera

sambandet mellan ersättningarna i de offentliga sociala trygghetssystemen och multipla välfärdsproblem för befolkningen i arbetsför ålder i Europa. Det jämförande perspektivet ger dels möjlighet att placera Sverige i ett bredare internationellt sammanhang, dels goda förutsättningar att precisera analysen kring institutionella faktorerers betydelse för individuella levnadsutfall.

Diskussionen kring ekonomiska resurser och individuell ofärd är omfattande. Bland annat anses stora inkomstskillnader öka ohälsan i samhället. Det finns dock goda skäl att utvidga analysen bortom inkomstjämlighet och ohälsa. Hushållens ekonomiska resurser förväntas således påverka levnadsvillkoren på flera välfärdsområden. De individuella konsekvenserna av socialpolitiken är därför mångfasetterade och motiverar en mer ingående studie över de sociala trygghetssystemens koppling till multipla välfärdsproblem. Hypotesen är att andelen personer med multipla välfärdsproblem är lägre i länder med mer utvecklade sociala trygghetssystem.

Den empiriska analysen baseras på data över individuella levnadsvillkor från EU-SILC (*European Union Statistics on Income and Living Conditions*) och nya institutionella data över de sociala trygghetssystemen i 23 europeiska länder från SPIN (*Social Policy Indicator Database*). Följande områden ingår i vårt mått på multipla välfärdsproblem: hälsa, bostadsstandard, hushållets ekonomi och grannskapets karaktär. I måttet på ersättningar i de sociala trygghetssystemen ingår flera program såsom de stora socialförsäkringarna, barnbidrag och behovsprövade förmåner.

Studien organiseras enligt följande. Nedan följer en kort teoretisk genomgång av tidigare forskning. Därefter diskuteras de data och mått som används i den empiriska analysen, vars resultat sedan presenteras. Studien avslutas med en sammanfattande diskussion.

Perspektiv på välfärdsstaten och multipla välfärdsproblem

Socialpolitikens effekter på multipla välfärdsproblem har varit ett ganska eftersatt område inom forskningen. Det finns svenska studier som analyserat samverkan mellan olika typer av individuell ofärd (Erikson och Tåhlin, 1984; Fritzel och Lundberg, 2000; Gallie och Paugam, 2004; Wheelan et al., 2002; Korpi m.fl., 2007). Vissa studier har också analyserat förekomsten av multipla välfärdsproblem i ett jämförande perspektiv (Ferrarini m.fl., 2010). Hittills har dock inte socialpolitikens betydelse lyfts fram i tillräcklig utsträckning. Man kan konstatera att forskningsområdet är i behov av både teoretisk utveckling och empirisk prövning. På det teoretiska planet finns viss vägledning i de perspektiv på individuell ofärd och social stratifiering som utvecklats inom skilda discipliner.

En sociologisk förklaring till individuell ofärd och social stratifiering skiljer mellan tre typer av faktorer: grundläggande, betingande och utlösande (Korpi 1973). Det ekonomiska och politiska systemet tillhör den grundläggande nivån av social stratifiering. Här har det skett stora förändringar i Europa under senare år. Ett exempel är övergången till demokrati och ett marknadsorienterat ekonomiskt system i Östeuropa. Ett annat exempel är de återkommande finansiella kriserna och den budgetsanering som påbörjats i delar av Europa. De betingande faktorerna kretsar kring individens socioekonomiska position och den tillhörande differentiering av sociala risker som sker i anslutning till exempelvis social klass, etnicitet och kön. De utlösande faktorerna är de händelser som direkt kan leda till olika typer av individuell ofärd. Några exempel är arbetslöshet, sjukdom och olycksfall. Socialpolitiken har troligtvis betydelse för alla tre nivåerna av social stratifiering. Däremot är faktorerna på den grundläggande nivån svåra att förändra på kort sikt. Sannolikheten för mer omedelbara effekter är större på de lägre stratifieringsnivåerna, vilket uppmärksammats inom folkhälsoforskningen.

Inom den jämförande folkhälsoforskningen görs ofta en distinktion mellan ekonomiska och psykosociala förklaringar till ojämlikhet i hälsa. Enligt det ekonomiska perspektivet kan finansiella tillgångar relativt enkelt omvandlas till andra typer av resurser med positiva effekter på hälsa. Några exempel är de individuella avgifter som i olika utsträckning är kopplade till mediciner, sjukvård och annan social service. Dessutom talar mycket för att finansiella tillgångar gör det lättare att leva ett hälsosamt liv (Åberg Yngwe, 2010). Även på samhällsnivå har ekonomin betydelse för hälsa. Exempelvis har rika länder större finansiella möjligheter att erbjuda adekvat vård. Det ekonomiska perspektivet på ojämlikhet i hälsa har också använts för att understryka just betydelsen av ett lands ekonomiska utvecklingsnivå (Davey, 1996; Kaplan m.fl., 1996; Lynch och Kaplan, 1997; Lynch m.fl., 1998; 2000).

Det psykosociala perspektivet betonar i stället inkomstfördelningens specifika form (Marmot, 2004b; Preston, 1975; Rodgers, 1979; Wilkinson, 1992, 1996). Här antas graden av inkomstojämlikhet betyda mer för hälsoliv i samhället än landets finansiella rikedomar. De kausala mekanismerna är något ottydliga, även om man hänvisar till de psykiska påfrestningar som ofördelaktiga livsvillkor ofta leder till. Wilkinson och Pickett (1996) har breddat analysen och täcker in levnadsutfall som normalt inte analyseras inom den renodlade folkhälsoforskningen. Några exempel är kriminalitet, våld, skolresultat och social rörlighet. Det psykosociala perspektivet på ojämlikhet i hälsa har fört folkhälsoforskningen närmare det sociologiska studiet av social ofärd och samverkan mellan olika typer av välfärdsproblem. Man bör dock nämna att det psykosociala perspektivet har fått utstå en del kritik. Bland annat menar Goldthorpe (2010) att en stor del av sambandet mellan inkomstojämlikhet och ofärd i själva verket avspeglar betydelsen av social klass. Denna iakttagelse leder oss tillbaka

till det sociologiska perspektivet ovan och socialpolitikens konsekvenser för individuell välfärd och social stratifiering.

Det sociologiska perspektivet på social stratifiering öppnar för alternativa tolkningar och slutsatser kring individuell ofärd som går bortom ett lands ekonomiska utvecklingsnivå eller graden av inkomstjämlighet. Socialpolitiken förväntas ha en direkt effekt på multipla välfärdsproblem via de ekonomiska resurser som omfördelas inom systemet. Samtidigt kan socialpolitiken motverka de risker för ofärd som hänger samman med utbildning, kön och etnicitet. Därutöver kan det finnas en indirekt effekt som avspeglar socialpolitikens konsekvenser för inkomsternas spridning i befolkningen. Sambandet mellan inkomstjämlighet och multipla välfärdsproblem förväntas vara skenbart och avspegla en socialpolitisk effekt. Betydelsen av ett lands ekonomiska utvecklingsnivå är svårare att förutsäga. Att ett lands rikedom helt skulle eliminera effekten av en omfördelande socialpolitik är dock osannolikt.

Data och Metod

EU-SILC är en intervjubaserad undersökning med landsrepresentativa urval. Frågorna kretsar kring EU-medborgarnas ekonomiska och sociala levnadsvillkor. Analyserna baseras på data från 2006 års undersökning och begränsas till personer mellan 25 och 54 år. En anledning är att stratifieringsmekanismerna är annorlunda för äldre som till stor del står utanför arbetskraften. Mot bakgrund av tidigare forskning analyseras följande välfärdsproblem: ohälsa, ansträngd hushållsekonomi, arbetslöshet, oroligheter i grannskapet och bristfällig bostadsstandard. Personer med två eller fler problem ingår i gruppen med multipla välfärdsproblem.

Ohälsa mäts subjektivt och respondenterna har fått rangordna sin hälsa utifrån fem svarsalternativ. Ohälsa definieras utifrån svaret på de två lägst rankade kategorierna som anger om respondentens hälsa är väldigt dålig eller dålig. Liknande mått på subjektiv hälsa används ofta inom den jämförande folkhälsoforskningen (Åberg Yngwe, 2005). Hushålls ekonomin är ansträngd om respondenten upplever att det är mycket svårt att få inkomster och utgifter att gå ihop, vilket är det lägst rankade av sex svarsalternativ. Även denna indikator är vanlig inom forskningen (Wheelan m.fl., 2002). Oroligheter i grannskapet mäts med hjälp av en fråga som indikerar om respondenten upplever att kriminalitet, våld eller vandalism är ett problem i bostadsområdet. Liknande frågor kring bostadsområdets karaktär har tidigare använts för att undersöka grannskapets betydelse för ohälsa (Hill m.fl., 2005). Arbetslöshet mäts på hushållsnivå. Hit räknas respondenter som uppger själva att de eller deras partner är arbetslösa. Bostadsstandard kan mätas på olika sätt. Två vanliga kriterier är trångboddhet och fastighetens allmänna skick (Rybrowska och Schneider, 2001). Båda kriterierna måste vara uppfyllda för att rymmas inom den definition på bristfällig bostads-

standard som används i denna studie. Om antalet rum understiger antalet hushållsmedlemmar är personen trångbodd. Bostadens allmänna skick bestäms utifrån förekomsten av fuktproblem eller mögel. Deskriptiv information kring de olika välfärdsproblemen framgår av appendix.

Ersättningarna i de sociala trygghetssystemen utgörs av ett standardiserat index där de stora socialförsäkringarna (arbetslöshet, sjukdom, och föräldraskap) och de behovsprövade bidragsprogrammen (ekonomiskt bistånd och bostadsbidrag) ingår. Därutöver tillkommer barnbidragen och motsvarande ekonomiska förmåner riktade till barnfamiljer. Våra institutionella data baseras på typfallsberäkningar av nationell socialpolitisk lagstiftning (se Korpi, 1989). Två typfall används: en ensamstående person och en barnfamilj med två föräldrar. För att nå jämförbarhet mellan länder har ersättningarna i respektive program relaterats till 2005 års nettotinkomst för en genomsnittlig industriarbetare. En mer utförlig beskrivning av dessa data finns i Palme m.fl. (2009). För varje program har ersättningsnivåerna standardiserats efter det högsta värdet bland länderna. Därefter har en genomsnittlig ersättningsnivå beräknats. I vissa fall ger detta genomsnitt en missvisande beskrivning av systemens grundläggande karaktär, särskilt i Östeuropa där många program har en mycket låg täckningsgrad eller problem med ett kraftigt underutnyttjande av förmånerna. Här finns det inga jämförbara data och i stället måste andra strategier användas. Den standardiserade och genomsnittliga ersättningsnivån är viktad med köpkraftskorrigerade utgiftsdata, där utgifterna för respektive ersättning har delats med antalet potentiella mottagare. Logiken är att en hög ersättningsnivå och täckningsgrad borde resultera i höga utgiftsnivåer. Motsvarande gäller för ett högt utnyttjande av förmånen. En hög ersättningsnivå i kombination med en mycket låg täckningsgrad borde ge låga utgiftsnivåer. Även i detta fall gäller motsvarande för ett lågt utnyttjande av förmånen. En sådan utgiftsbaserad viktning av ersättningarna ger en mer realistisk bild av de sociala trygghetssystemens förväntade utfall.

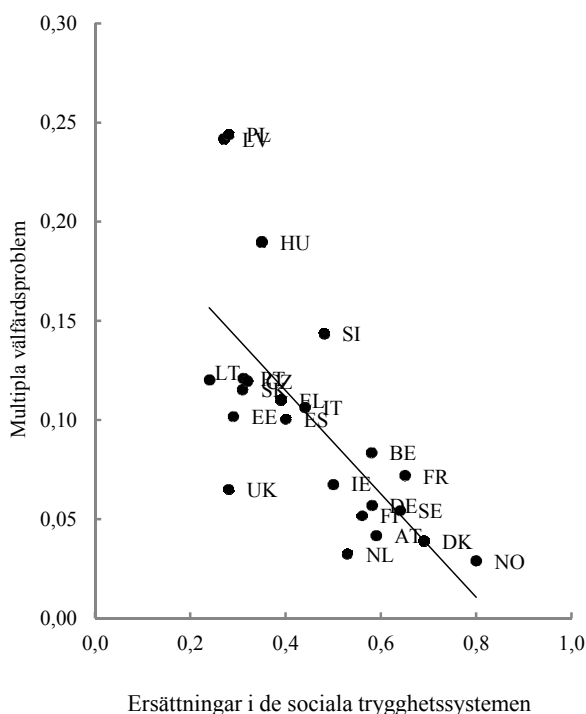
De empiriska analyserna är dels beskrivande, dels baserade på en regressionsansats. Känslighetsanalyser har genomförts där enskilda komponenter har uteslutits från det viktade måttet över ersättningarna i de sociala trygghetssystemen. Resultaten tycks dock inte drivas av utformningen i enskilda program. Enskilda områden har också uteslutits från måttet på multipla välfärdsproblem och inte heller här skiljer sig resultaten nämnvärt från dem som presenteras nedan. Analyserna har också genomförts utan viktning efter utgiftsnivå, vilket försvagar sambanden något. Dock är huvudresultatet angående länken mellan ersättningarna i de sociala trygghetssystemen och multipla välfärdsproblem tämligen robust. Analyserna inkluderar i möjligaste mån hela EU, med undantag för mikrostaterna. Ett potentiellt problem är att den sociala och ekonomiska utvecklingen skiljer sig kraftigt mellan de gamla och nya medlemsländerna. Vid sidan om sedvanlig granskning av länder som markant avviker från det generella mönstret har också de nya medlemsländerna uteslutits från analysen. Även

om denna begränsning av länderurvalet minskar möjligheten att kontrollera för alternativa förklaringar till ofärdens utbredning, framträder även här ett samband mellan ersättningarna i de sociala trygghetssystemen och multipla välfärdsproblem.

Resultat

Ersättningarna i de sociala trygghetssystemen och andelen personer i befolkningen 25–54 år med multipla välfärdsproblem varierar kraftigt mellan länder. Figur 1 visar sambandet mellan de två indikatorerna i 23 europeiska länder. Sambandet är tydligt negativt. Andelen personer med multipla välfärdsproblem tenderar att vara lägre i länder med höga och omfattande ersättningar. Sambandet stärks något ifall Lettland, Polen och Ungern utesluts från analysen.

Figur 1. Ersättningar i de sociala trygghetssystemen och multipla välfärdsproblem som andel av befolkningen i arbetsför ålder i 23 europeiska länder, 2006.



Not: (AU) Österrike, (BE) Belgien, (BG) Bulgarien, (CZ) Tjeckien, (DE) Tyskland, (DK) Danmark, (EE) Estland, (EL) Grekland, (ES) Spanien, (FI) Finland, (FR) Frankrike, (HU) Ungern, (IE) Irland, (IT) Italien, (LI) Litauen, (LV) Lettland, (NL) Nederländerna, (PL) Polen, (PO) Portugal, (SI) Slovenien, (SK) Slovakien, (SE) Sverige, (UK) Storbritannien.

Källa: SPIN och EU-SILC.

Flera faktorer kan inverka på sambandet mellan ersättningarna i de sociala trygghetssystemen och multipla välfärdsproblem. En mer ingående analys av alternativa förklaringar är därför motiverad. Tabell 1 visar de huvudsakliga resultaten från ett antal flernivåregressioner där effekten av både individuella och landsspecifika faktorer prövas. Av utrymmesskal visas endast effekten av de landsspecifika faktorerna. Resultaten för de mest centrala individuella faktorerna redovisas senare i analysen. Den negativa koefficienten visar att ersättningarna i de sociala trygghetssystemen minskar risken för multipla välfärdsproblem. Ersättningarna förklarar också en stor del av länderskillnaderna i utfallsvariabeln. Ungefär 12.5 procent av variationen i multipla välfärdsproblem kan förklaras av landsspecifika faktorer. Ersättningarna i de sociala trygghetssystemen minskar denna andel till 5 procent. Ersättningarna i de sociala trygghetssystemen reducerar således variationen i multipla välfärdsproblem mellan länder med ungefär 60 procent.

Tabell 1 Flernivåregressioner över multipla välfärdsproblem. Effekter av landsspecifika faktorer i 23 europeiska länder (standardfel inom parantes)

Model	I	II	III	IV	V	VI	VII
Ersättningar i trygghetssystemen		-3.507* (0.561)				-0.707 (0.866)	-1.301* (0.761)
Inkomstojämlikhet (Gini)			0.075* (0.028)			0.012 (0.021)	-0.004 (0.018)
Sociala tjänster				-0.212* (0.040)		-0.053 (0.041)	-0.035 (0.036)
BNP (ln)					-1.630* (0.202)	-1.107* (0.309)	-0.743* (0.311)
Lettland							0.821* (0.275)
Polen							0.565* (0.304)
Ungern							0.427 (0.296)
Konstant	-1.549* (0.171)	0.049 (0.285)	-3.788* (0.849)	0.087 (0.334)	14.320* (1.969)	9.611* (2.490)	6.586* (2.561)
<i>Varians</i>							
Mellan länder	0.469	0.171	0.356	0.207	0.118	0.086	0.055
Andel av totala	0.125	0.049	0.098	0.059	0.035	0.026	0.016
-2*Log likelihood	83980.9	83957.9	83974.6	83962.4	83949.9	83942.9	83945.4
Antal observationer	139453	139453	139453	139453	139453	139453	139453

Not: *p<0.05. Regressionsmodellerna inkluderar effekter av individuella faktorer där ålder, kön, familjetyp, födelseland och utbildning ingår. Följande länder ingår i analysen: Belgien, Bulgarien, Danmark, Estland, Finland, Frankrike, Grekland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Nederländerna, Polen, Portugal, Slovakien, Slovenien, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tjeckien, Tyskland, Ungern, Österrike.

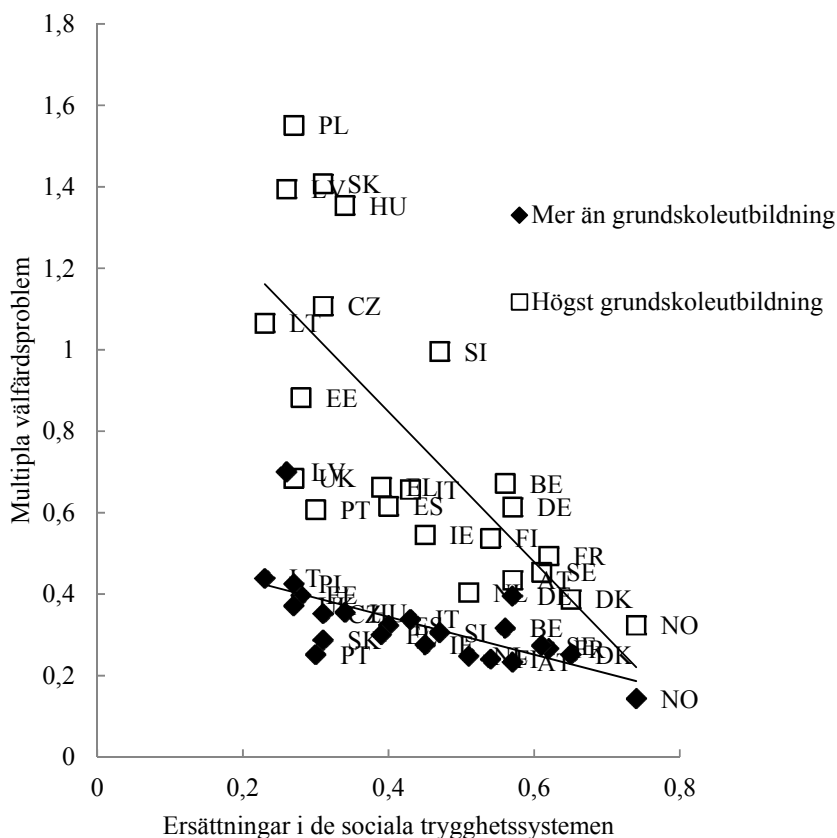
I de efterföljande regressionsmodellerna prövas om sambandet kvarstår även då hänsyn tas till effekten av alternativa kontextuella faktorer, såsom graden av inkomstjämlighet, ekonomisk utvecklingsnivå och omfattningen av sociala tjänster. Gradens av inkomstjämlighet mäts med Gini koefficienten, som kan variera mellan 0 och 1. Vid värdet 0 har alla personer samma andel av de totala inkomsterna. Vid värdet 1 är alla inkomster samlade hos en och samma individ. Som mått på ett lands ekonomiska utvecklingsnivå används BNP per invånare korrigerat för köpkraft. För de sociala tjänsterna finns endast utgiftsdata över vård och omsorg, som mäts i förhållande till BNP. Alla dessa data är från Eurostat.

I länder med hög inkomstjämlighet har invånarna en ökad risk för multipla välfärdsproblem, vilket är i linje med det psykosociala perspektivet på individuell ofärd. Även det ekonomiska perspektivet får empiriskt stöd. Ekonomisk utvecklingsnivå har ett negativt samband med multipla välfärdsproblem. Ett motsvarande negativt samband finns mellan de sociala tjänsterna och multipla välfärdsproblem. Ersättningsarnas effekt försvinner då alla kontextuella faktorer ingår i en och samma regressionsmodell. Analysen är dock svårtolkad då enskilda länder har stor inverkan på resultaten. Då de kontextuella variablerna är korrelerade sinsemellan ökar också osäkerheten i skattningarna. Det negativa sambandet mellan ersättningsarna i de sociala trygghetssystemen och multipla välfärdsproblem återkommer när kontroller införs för de tre länder som tydligast avviker från det generella mönstret (Lettland, Polen och Ungern). Betydelsen av ekonomisk utveckling består, medan effekten av inkomstjämlighet och sociala tjänster försvinner. Inkomstjämlighet kan således vara en mellankommande variabel som länkar ersättningsarna i de sociala trygghetssystemen med multipla välfärdsproblem. Avsaknaden av ett tydligt samband mellan sociala tjänster och multipla välfärdsproblem innebär inte att organiseringen av exempelvis barn- och äldreomsorg är verkningslös för individuell ofärd. Dock tycks ersättningsarna i de sociala trygghetssystemen vara viktigare för att förklara länderskillnader i multipla välfärdsproblem.

Analyserna har hittills visat att det finns en koppling mellan ersättningsarna i de sociala trygghetssystemen och multipla välfärdsproblem. Ytterligare en intressant aspekt är om ersättningsarna också påverkar effekten av individuella faktorer. Här undersöks hur ersättningsarna i de sociala trygghetssystemen interagerar med de risker som vanligtvis förknippas med utbildning, etnicitet och kön. Figur 2 visar sambandet mellan multipla välfärdsproblem och ersättningsarna i de sociala trygghetssystemen bland personer med låg och hög utbildning. Till den förra gruppen med en förhöjd risk för multipla välfärdsproblem räknas personer med högst grundskoleutbildning. För vårt vidkommande är det intressant att notera om de två diagonala linjerna i figuren är parallella. Om linjerna närmar sig eller glider ifrån varandra tycks ersättningsarna i de sociala trygghetssystemen påverka effekten av utbildning. Resultaten visar att sambandet mellan multipla välfärdsproblem och utbildningsnivå varierar mellan

länder. Samtidigt är ersättningarna i de sociala trygghetssystemen viktiga för att förstå dessa skillnader. Utbildning har mindre betydelse för förekomsten av multipla välfärdsproblem i länder med höga och mer omfattande ersättningar. Socialpolitiken tycks här nå ett av sina grundläggande syften – att skydda utsatta samhällsgrupper och utjämna sociala skillnader som har med utbildning att göra.

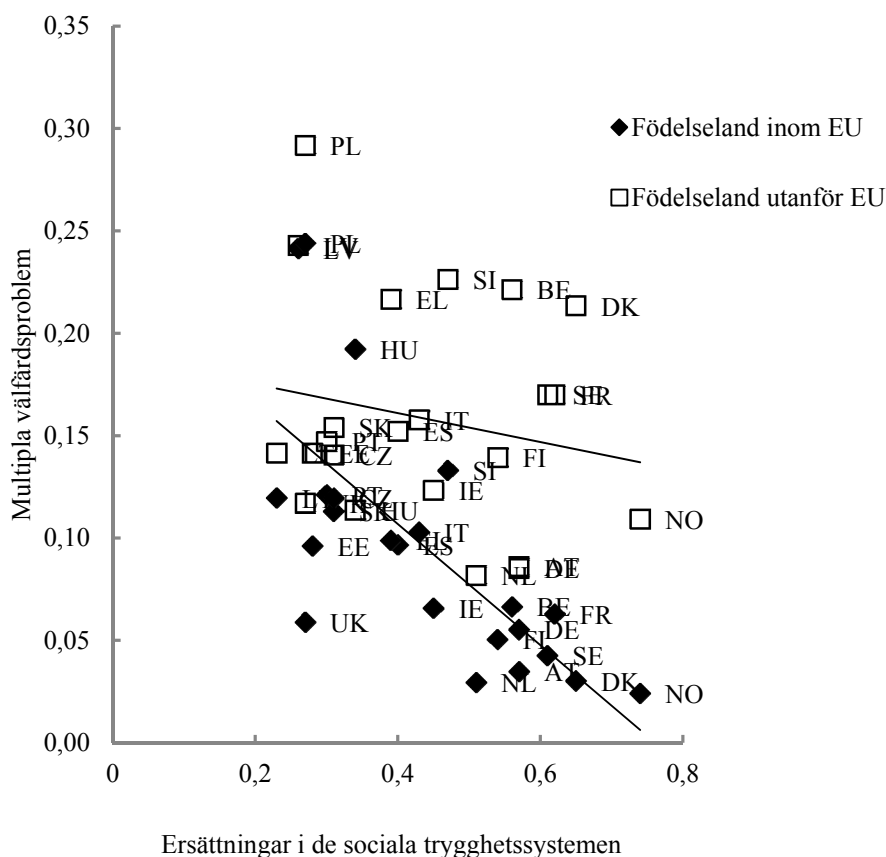
Figur 2. Ersättningar i de sociala trygghetssystemen och multipla välfärdsproblem efter utbildningsnivå som andel av befolkningen i arbetsför ålder i 23 europeiska länder, 2006.



Källa: SPIN och EU-SILC.

Även den förhöjda risk som förknippas med personer som är födda utanför EU varierar mellan länder. Figur 3 visar sambandet mellan multipla välfärdsproblem och ersättningarna i de sociala trygghetssystemen bland personer som är födda inom och utanför EU. Mönstret är nästan det motsatta jämfört med analysen kring utbildningsnivån. Skillnaden mellan personer som är födda inom och utanför EU är större i länder med höga och mer omfattande ersättningar. Vi återkommer till detta resultat inom kort. Dessförinnan skall vi dock undersöka hur ersättningarna i de sociala trygghetssystemen interagerar med familjetyp.

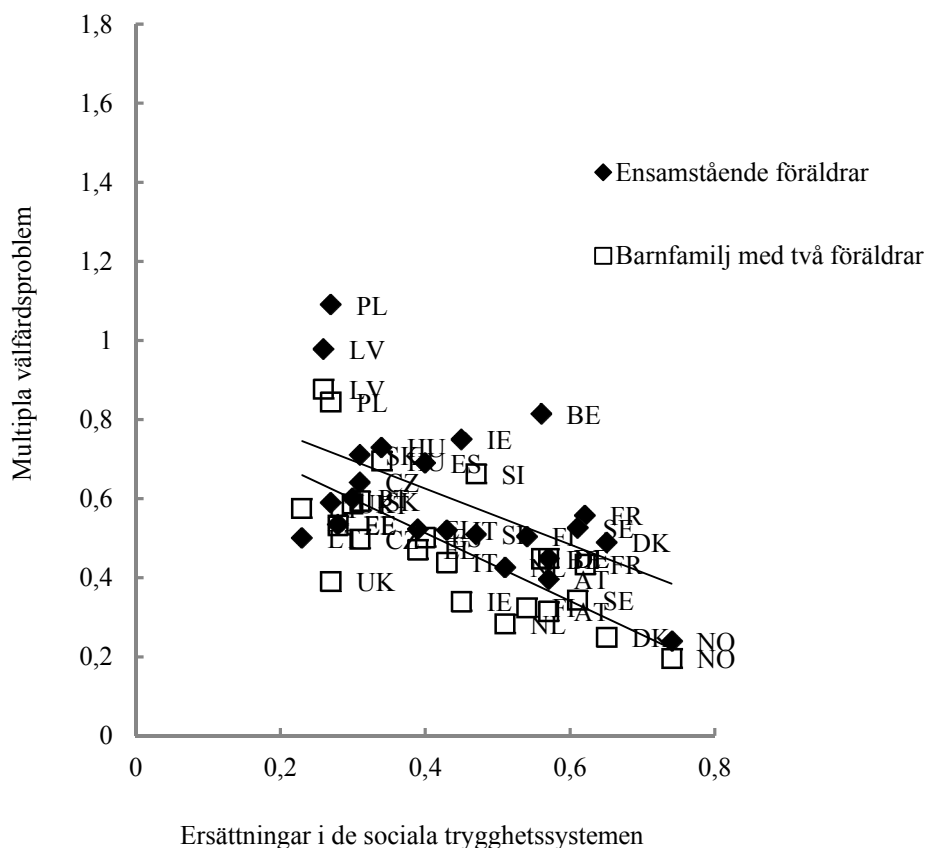
Figur 3. Ersättningar i de sociala trygghetssystemen och multipla välfärdsproblem efter födelseland som andel av befolkningen i arbetsför ålder i 23 europeiska länder, 2006.



Källa: SPIN och EU-SILC.

Figur 4 visar sambandet mellan multipla välfärdsproblem och ersättningarna i de sociala trygghetssystemen bland ensamstående föräldrar och barnfamiljer med två försörjare. Andelen personer med multipla välfärdsproblem är högre för ensamstående föräldrar. I övrigt är mönstret detsamma som i anslutning till analysen kring födelseland, om än inte lika tydligt. Skillnaden mellan ensamstående föräldrar och barnfamiljer med två föräldrar är något större i länder med höga och omfattande ersättningar.

Figur 4. Ersättningar i de sociala trygghetssystemen och multipla välfärdsproblem efter familjetyp som andel av befolkningen i arbetsför ålder i 23 europeiska länder, 2006.



Källa: SPIN och EU-SILC.

Hur kommer det sig att länder med de mest generösa ersättningarna inte förmår att minska den risk för multipla välfärdsproblem som normalt förknippas med födelseland och familjetyp. En möjlig förklaring är den tydliga koppling som ofta finns mellan socialpolitik och arbete i länder med en utvecklad välfärdsstat. För att få tillgång till de mest generösa och inkomstrelaterade försäkringsersättningarna måste individen ha haft en stadig förankring på arbetsmarknaden, något som troligtvis missgynnar vissa utrikes födda och ensamstående föräldrars möjligheter att kvalificera sig för ersättning. Efter kontroll av denna effekt borde socialpolitikens betydelse för multipla välfärdsproblem öka bland grupper med en svag förankring på arbetsmarknaden. Tabell 2 visar resultaten från ett antal flernivåregressioner som genomförts för undergrupperna ovan. Graden av arbetsmarknadsförankring avspeglar antalet månader under det senaste året som personen har arbetat. Arbetslöshet och arbetslöshetsförsäkringen ingår inte i dessa analyser.

Tabell 2 Flernivåregressioner över multipla välfärdsproblem. Effekter av arbetsmarknadsförankring och ersättningar i de sociala trygghetssystemen i 23 europeiska länder (standardfel inom parantes)

	Födelseland inom EU		Födelseland utanför EU		Ensamstående föräldrar		Barnfamiljer med två föräldrar	
Förankring på arbetsmarknaden	-0.868* (0.333)		-0.652* (0.109)		-0.525* (0.072)		-0.836* (0.0726)	
Ersättningar i trygghetssystemen	-4.439* (0.883)	-3.825* (0.817)	-1.386* (0.699)	-1.948* (0.805)	-2.747* (1.154)	-2.646* (1.205)	-6.398* (1.609)	-5.704* (1.500)

Not: * $p < 0.05$. Regressionsmodellerna inkluderar effekter av individuella faktorer där ålder, kön, familjetyp, födelseland och utbildning ingår. Arbetslöshet och arbetslöshetsförsäkringen ingår inte i dessa analyser.

Resultaten visar att en svag förankring på arbetsmarknaden ökar risken för multipla välfärdsproblem. Samtidigt förstärks den socialpolitiska effekten bland personer som är födda utanför EU, medan ersättningarnas effekt avtar för personer som är födda i ett EU-land. Den socialpolitiska effekten försvagas också för de ensamstående föräldrarna liksom för barnfamiljer med två föräldrar. Nedgången är dock mycket större för de ensamstående föräldrarna, något som jämnar ut skillnaden mellan de två familjetyperna. I illustrativa termer kan man säga att individens förankring på arbetsmarknaden gör de två diagonala linjerna i figurena 3 och 4 ovan mer parallella. Arbetsmarknadens funktionssätt har således stor betydelse för socialpolitikens förmåga att motverka skillnader i individuell ofärd som har med etnicitet och kön att göra.

Diskussion

I denna studie har länken mellan ersättningarna i de sociala trygghetssystemen och multipla välfärdsproblem analyserats bland personer i arbetsför ålder i 23 europeiska länder. Det finns ett negativt samband mellan ersättningarna och multipla välfärdsproblem, något som visar att socialpolitiken har betydelse för individuell välfärd. Sambandet är tämligen robust och påverkas inte nämnvärt av att enskilda socialpolitiska program eller välfärdsproblem utesluts från analysen. Det verkar således handla om en systemeffekt snarare än hur enskilda ersättningar är utformade. Ersättningarna i de sociala trygghetssystemen påverkar också den risk för individuell ofärd och multipla välfärdsproblem som normalt förknippas med låg utbildning. Dock fann vi ingen påtaglig socialpolitisk effekt i anslutning till födelseland eller familjetyp. En möjlig förklaring är den starka koppling som finns mellan socialpolitik och arbete i länder med en utvecklad välfärdsstat.

Det är dock för tidigt att avfärda betydelsen av inkomstojämlikhet för individuell ofärd. I studiet av multipla välfärdsproblem verkar emellertid inkomstfördelningen vara en mellankommande variabel som kopplar samman ersättningarna i de sociala trygghetssystemen och multipla välfärdsproblem. Ytterligare analyser är dock nödvändiga, framför allt i anslutning till den samverkan som finns mellan socialpolitik och arbetsmarknad. Resultaten från denna studie visar att socialpolitikens effekter för individuell levnadsnivå i vissa fall har en tydlig koppling till arbetsmarknadens funktionssätt, särskilt i länder med höga och omfattande ersättningar i de sociala trygghetssystemen.

Referenser

- Davey S.G. 1996. 'Income inequality and mortality: why are they related?', *British Medical Journal* 312(987): 987–988.
- Erikson, R. och Tåhlin, M. 1984. 'Samgång mellan välfärdsproblem' i R. Erikson och R. Åberg (red.) *Välfärd i förändring – levnadsvillkor i Sverige 1968–1981*, Stockholm: Prisma.
- Ferrarini, T., Nelson, K. och Sjöberg, O. 2010. 'Multipla välfärdsproblem: Sverige i ett jämförande perspektiv', i *SoS Social Rapport 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Fritzell, J. och Lundberg, O. 2000. *Välfärd, ofärd och ojämlikhet*. SOU 2000:41, Stockholm: Fritzes.
- Gallie, D. och Paugam, S. 2004. 'Unemployment, Poverty, and Social Isolation: An Assessment of the Current State of Social Exclusion Theory' i D. Gallie

(red.) *Resisting Marginalization. Unemployment Experience and Social Policy in the European Union*, Oxford: Oxford University Press.

Goldthorpe, J. 2010. 'Analysing Social Inequality: A Critique of Two Recent Contributions from Economics and Epidemiology', *European Sociological Review* 26(6): 731-744.

Hill, T. D., Ross, C. E., och Angel, R. J. 2005. 'Neighborhood disorder, psychophysiological distress, and health', *Journal of Health and Social Behavior*, 46(2): 170-186.

Kaplan G.A., Pamuk E.R., Lynch J.W., Cohen R.D. och Balfour J.L. 1996. 'Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways', *British Medical Journal* 312(999): 999-1003.

Korpi, T., Nelson, K. och Stenberg, S.Å. 2007. 'The Accumulation of Social Problems: Multiple Deprivation in Sweden 1974-2000', *International Journal of Social Welfare* 16(1): 91-103.

Korpi, W. 1973. *Fattigdom i välfärden*, Stockholm: Tiden.

Korpi, W. 1989. 'Power, Politics and State Autonomy in the Development of Social Citizenship: Social Rights During Sickness in 18 OECD-Countries since 1930', *American Sociological Review* 54(3): 309-28.

Lynch J.W. och Kaplan G.A. 1997. 'Understanding how inequality in the distribution of income affects health', *Journal of Health Psychology* 2(3): 297-314.

Lynch J.W., Kaplan G.A., Pamuk E., Cohen R.D., Heck K. och Balfour J.L. 1998. 'Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States', *American Journal of Public Health* 88(7): 1074-1080.

Lynch, J.W., Smith, G.D., Kaplan, G.A. och House, J.S. 2000. 'Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material condition', *British Medical Journal* 320(7243): 1200-1204.

Marmot, M. 2004. *A Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy*, London: Bloomsbury Publishing.

Palme, J., Nelson, K., Sjöberg O. och Minas, R. 2009. *European Social Models, Protection and Inclusion*. Research Report 2009/1, Institute for Futures Studies, Stockholm: Institute for Futures Studies.

Preston, S.H. 1975. 'The changing relation between mortality and level of economic development', *Population Studies* 29(2): 231-248.

Rodgers, G.B. 1979. 'Income and inequality as determinants of mortality: An international cross-section analysis', *Population Studies* 33(2): 343-51.

Rybkowska, A. och Schneider, M. 2011. *Housing Conditions in Europe in 2009*. Luxembourg: Eurostat.

Sen, A.K. 1992. *Inequality Reexamined*, Oxford: Clarendon Press.

Travers, P. och Richardson, S. 1993. *Living Decently: Material Well-Being in Australia*. Melbourne: Oxford University Press.

Walzer, M. 1983. *Spheres of Justice. A Defense of Pluralism and Equality*, Oxford: Blackwell.

Whelan, C.T., R. Layte och B. Maître. 2002. 'Multiple Deprivation and Persistent Poverty in the European Union', *Journal of European Social Policy* 12(2): 91-105.

Wilkinson, R.G. 1992. 'Income distribution and life expectancy', *British Medical Journal*, 304: 165-68.

Wilkinson, R.G. 1996. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*, London: Routledge.

Wilkinson, R. och Pickett, K. 2009. *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, London: Allen Lane.

Åberg Yngwe, M. 2005. *Resources and relative deprivation. Analysing mechanisms behind income, inequality and ill-health*. Health Equity Studies, no 5, Stockholm: Centre for Health Equity Studies (CHESS).

Åberg Yngwe, M., Fritzell J., Kölegård M. och Lundberg O. 2010. 'The potential power of social policy programmes: income redistribution, economic resources and health', *International Journal of Social Welfare*, 19: S2-S13.

Appendix

Tabell A1 Andel personer i befolkningen 25–54 år med olika typer av välfärdsproblem i 23 europeiska länder 2006

	Ohälsa	Ansträngd ekonomi	Oroligheter i grannskapet	Bristfällig bostadsstandard	Arbetslöshet
Belgien	8.2	5.8	20.0	1.2	11.4
Danmark	6.8	1.9	13.3	1.2	4.4
Estland	10.2	3.5	16.8	13.6	8.9
Finland	6.5	2.5	13.0	0.5	7.8
Frankrike	7.2	3.3	15.4	2.8	11.3
Grekland	4.8	17.5	8.7	8.6	12.7
Irland	3.2	8.6	17.2	1.5	8.0
Italien	5.8	14.0	12.5	7.4	12.2
Lettland	15.1	16.8	28.1	18.8	13.5
Litauen	12.7	6.9	8.1	16.1	12.5
Nederländerna	4.8	2.3	16.5	0.7	2.2
Norge	9.7	2.7	3.8	1.0	3.3
Österrike	5.3	1.8	12.6	2.6	6.3
Polen	15.3	20.2	8.3	25.9	23.6
Portugal	14.5	12.8	11.2	5.1	13.1
Slovakien	14.3	12.3	9.4	4.2	16.3
Slovenien	14.5	6.2	9.6	10.7	18.9
Spanien	8.9	10.3	17.3	1.5	14.6
Storbritannien	6.5	4.6	28.0	1.8	3.7
Sverige	7.3	3.7	14.2	1.3	5.9
Tjeckien	10.0	9.2	13.3	10.3	10.6
Tyskland	7.9	9.5	13.5	1.6	9.1
Ungern	17.8	17.0	9.0	16.5	12.5

Källa: EU-SILC

Trygg, stöttande, tillitsfull? Svenskarnas syn på social- försäkringarna 1992–2010



Stefan Svallfors

Sociologiska institutionen, Umeå universitet

Inledning¹

Att belysa allmänhetens syn på välfärdsstaten är viktigt av flera anledningar. Allmänheten är ju såväl välfärdspolitikens mottagare som dess finansiärer. Människors åsikter om välfärdsstatens omfattning, finansiering, organisering och effekter är därför av central betydelse för dess legitimitet. Det finns därför goda såväl samhällspolitiska som vetenskapliga anledningar att studera människors uppfattningar om välfärdspolitiken. Här finns numer en ganska omfattande forskning kring dessa attityder, hur de förändrats över tid och hur de skiljer sig mellan grupper och länder. Det finns ingen anledning att här sammanfatta resultaten av all denna forskning (för sammanfattningar, se Kumlin,

¹ Detta kapitel bygger i stor utsträckning på min rapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (Svallfors, 2011b)
www.psfu.se/uploads/files/4_trygg_stottande_tillitsfull_svenskarnas_syn_pa_socialforsakringarna.pdf.
2010 års Välfärdsstatsundersökning har finansierats av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap inom ramen för forskningsprojektet "Välfärdsopinion 2010" (FAS 2009-0026).

2007; Svallfors, 2010; Svallfors, 2012 : kapitel 1), utan syftet är bara att peka på en rik och allt mer sofistikerad forskningstradition.

Från en policy-relevant synpunkt är det däremot av intresse att fråga sig hur ett ”optimalt” stöd för välfärdspolitiken i allmänhet och socialförsäkringen i synnerhet borde se ut. Med ”optimalt” avses här helt enkelt ett stöd som i största möjliga utsträckning underbygger snarare än undergräver de välfärdsstatliga institutionerna. I relation till andra värden och attityder – till exempel ett utpräglat marknadsliberalt synsätt – kan naturligtvis ett sådant ”optimalt” opinionsstöd förefalla problematiskt eller rent dysfunktionellt.

Den primära legitimitetsdimensionen handlar om tilliten till välfärdsstatens målsuppfyllelse. Hur väl anser man att välfärdspolitiken kan lösa de uppgifter den inrättats för att klara? Känner man sig för egen del väl skyddad mot försörjningsproblem av olika slag? Litar man på att välfärdsstaten finns där den dag man behöver den? Och tror man att även andra grupper i samhället än den man själv tillhör får ett gott skydd från välfärdsstaten och socialförsäkringen? Om denna grundläggande tilltro är svag eller rubbas hjälper det inte mycket ifall man rent principiellt anser att en offentligt organiserad och kollektivt finansierad välfärdspolitik är önskvärd.

Den andra grundläggande stöddimensionen rör den kollektiva finansieringen. Om en kollektiv välfärdspolitik, inklusive socialförsäkringar som omfattar den större delen av befolkningen, ska vara möjlig krävs att det finns en betalningsvilja eller åtminstone acceptans i befolkningen. Det måste finnas stöd för höga välfärdspolitiska utgifter och de konsekvenser dessa för med sig ifråga om skatter och avgifter. Det måste också finnas en acceptans för kollektiva snarare än individuella finansieringsformer.

Den tredje dimensionen handlar om de andras beteende, närmare bestämt misstänksamheten om att det finns människor som åker snålskjuts, och fuskar med eller snyltar på systemen. Alla kollektiva system har inslag av ”moralisk risk” (*moral hazard*), dvs. risken att människor förändrar sitt beteende på ett sätt som är dysfunktionellt för systemets fortlevnad. Om allt för stora grupper till exempel låter bli att söka arbete för att man hellre lever på ersättningsarna från arbetslöshetsförsäkringen, eller sjukskriver sig utan att egentligen vara sjuka, kommer en kollektiv socialförsäkring inte att gå uppprätthålla. Och om stora grupper grips av misstankar om att andra är ”fripassagerare” och inte gör så gott de kan kommer detta i förlängningen att påverka deras egen acceptans för att vara med och finansiera systemen. Ingen vill bli exploaterad.

I den rapport som detta kapitel sammanfattar ligger fokus på utvecklingen över tid i dessa tre avseenden. Har tilliten för välfärdsstaten i allmänhet och socialförsäkringen i synnerhet ökat eller minskat under åren? Ökar eller minskar

betalningsviljan och stödet för kollektiv finansiering? Har misstänksamheten om att välfärdspolitikern missbrukas i olika avseenden vuxit eller krympt?

Det finns ingen anledning att utgå från – eller ens förvänta sig – att dessa förändringar ska se likadana ut i olika grupper. Välfärdsstaten omfördelar resurser och garderar mot den riskutsatthet som följer av marknadsberoende. Beroende på vilken position i samhället människor befinner sig i kan man därför anta att de kommer att ha skilda uppfattningar om välfärdsstatens omfattning och finansieringsformer, liksom att de kommer att uppvisa skilda grader av tillit. När attityderna förändras i dessa avseenden kan de också ändras åt olika håll i olika grupper. I rapporten jämförs därför attityderna och deras förändring i olika grupper. Män och kvinnor jämförs, liksom olika åldersgrupper och olika klasser. Dessutom jämförs attityderna bland dem som i olika avseenden är särskilt utsatta för välfärds- och försörjningsproblem med dem man finner bland de mindre problemutsatta.

Välfärdsstatsundersökningarna

Rapporten bygger på de svenska *Välfärdsstatsundersökningarna*. Det är en serie undersökningar där svenskarna tillfrågats om sin syn på välfärdspolitikens omfattning, finansiering och organisationsformer, om sin tillit för välfärdspolitikern i olika avseenden samt om man misstänker att välfärdspolitikern missbrukas. Den första undersökningen genomfördes 1986 och den har därefter replikerats 1992, 1997, 2002 och 2010. Vissa av frågorna från den första undersökningen 1986 hämtades från en tidigare undersökning om synen på skatter och skattesystemet i Sverige som genomfördes 1981. Vissa frågebatterier inkluderades i en survey 2006 inom ramen för det s.k. *International Social Survey Program*.

Nya frågor har tillförts undersökningarna efter hand. Beroende på exakt vilka aspekter av attityder till välfärdspolitikern som efterfrågats har vi tidsserier som omfattar 8–29 år med 2–6 mättillfällen. Frågor om tilliten för välfärdsstaten introducerades först 1997 och kompletterades med nya frågor 2002. För den kanske mest fundamentala stöddimensionen har vi alltså de kortaste tidsserierna. De för socialförsäkringen mest relevanta finansieringsfrågorna började ställas 1992. Så även på denna punkt blir tidsperspektivet något kortare än den fulla tidsserien. Utöver attitydfrågorna ingår en stor uppsättning demografiska och sociala och andra tänkbara förklaringsfaktorer i undersökningarna. Ett utdrag ur 2010 års frågeformulär, med de attitydfrågor som använts, återfinns i Svallfors (2011b).

Undersökningarna omfattar riksrepresentativa urval av den vuxna befolkningen. De har genomförts som postenkäter med upprepade påminnelser (i vissa undersökningar genom telefonuppföljning med suburval bland de som inte

svarat). Som framgår av Svallfors (2011b: Tabell 1) så är svarsfrekvensen sjunkande och för de senaste undersökningarna 2002 och 2010 problematiskt låg. Man bör dock notera att bortfallets nivå och struktur är mycket lika 2002 och 2010. Det finns därför liten anledning att befara att jämförelser mellan dessa båda år överhuvudtaget påverkats av bortfallet. I största allmänhet är skillnaderna i bortfallets struktur och omfattning inte så stora mellan undersökningsåren att det finns anledning att misstänka att detta skulle ligga bakom några av de trender som beskrivs i rapporten. Däremot finns goda skäl att tro att det vid varje undersökningstillfälle är de mest ointresserade och minst insatta som inte svarar och att andelen som svarat "vet ej" eller "bra som det är" skulle varit högre om även dessa grupper förmåtts att delta.

Tillitssvikt?

Hur står det till med tilliten för den svenska välfärdspolitiken? Och hur har tilliten förändrats under 2000-talet? Ett sätt att undersöka detta är att efterfråga vilken risk medborgarna ser för att de själva ska hamna i olika slags försörjnings- och välfärdsproblem. Tror man sig råka i allvarliga ekonomiska problem om man blir sjukskriven, eller tror man att man riskerar arbetslöshet? I Tabell 1 redovisas hur stor andel av de svarande som tror att det är "mycket" eller "ganska" sannolikt att de själva råkar i olika slags försörjningsproblem. Detta är en fråga som ställdes första gången 1997, i "nittiotalskrisens" slutfas.

Tabell 1 Tillit till välfärdspolitiken I: Bedömd risk för olika slags försörjningsproblem

Hur stor tror du sannolikheten är att du... (Sannolikt %)	1997	2002	2010
kommer att bli arbetslös inom de närmaste åren? (18–65 år)	20	14	16
inte får den sjukvård du behöver om du skulle bli sjuk?	27	23	17
inte klarar en månads sjukskrivning utan allvarliga ekonomiska konsekvenser? (18–65 år)	30	21	20
inom de närmaste åren måste avstå från läkarbesök på grund av att du inte har råd?	17	11	9
måste flytta från din bostad inom de närmaste åren p g a för höga boendekostnader?	15	11	11
får en statlig pension som inte ger dig en acceptabel levnadsstandard som pensionär?	56	47	45
(n-minimum)	1281	1046	3737

Som framgår minskar den upplevda riskutsattheten mellan 1997 och 2002. Färre ser en risk för egen del ifråga om arbetslöshet, försörjningsproblem vid sjukdom eller bristfälliga pensioner. Intressant nog ökar inte den upplevda risken överhuvudtaget mellan 2002 och 2010. Den nuvarande ekonomiska krisen har alltså

inte fått som följd att fler känner sig riskutsatta för egen del, åtminstone inte i dessa avseenden.

För flera av områdena förefaller förtroendet relativt gott. Det är ganska få som tror att de inte skulle få den sjukvård de behöver vid sjukdom, eller tror att de måste flytta eller inte har råd att gå till läkaren. Ifråga om sjukvården har dessutom förtroendet stärkts påtagligt sedan 1997. Det är intressant nog inte fler som tror att en månads sjukskrivning skulle fördärva hushållsekonomi 2010 än vad som var fallet 2002. Men då ska man lägga märke till att frågan inte gäller det som kommit att bli ett bekymmer under senare år, nämligen risken att bli av med sjukpenningen vid en längre tids sjukskrivning.

Det är framför allt ifråga om pensionerna som de upplevda välfärdsproblemen är stora. Nästan hälften av de tillfrågade tror att det är sannolikt att de inte får en pension som ger dem en acceptabel levnadsstandard som pensionär. Dessa siffror förbättrades visserligen mellan 1997 och 2002, men ligger fortfarande på anmärkningsvärt höga nivåer.

Men medborgarna kan ju ha uppfattningar om hur väl eller illa välfärdspolitiken fungerar i största allmänhet, oavsett om de själva upplever sig som riskutsatta eller inte. 2002 ställdes därför för första gången i Välfärdsstatsundersökningarna en uppsättning frågor kring hur man i största allmänhet upplever måluppfyllelsen hos välfärdspolitiken. Tabell 2 visar hur stor andel som upplever bristande måluppfyllelse, samt förändringen mellan 2002 och 2010.

Tabell 2 Tillit till välfärdspolitiken II: Välfärdspolitikens uppfattade måluppfyllelse

I hur stor utsträckning anser du att den offentliga sektorn i Sverige klarar att... (%)	Mycket/ganska liten utsträckning 2002	Mycket/ganska liten utsträckning 2010
svara för en god barnomsorg?	22	10
svara för att barn och ungdomar får en god skolutbildning?	34	20
upprätthålla en hygglig levnadsstandard för de arbetslösa?	22	26
upprätthålla en hygglig levnadsstandard för de sjukskrivna?	23	35
svara för att de sjuka får den sjukvård de behöver?	38	25
garantera ålderspensionärerna en hygglig levnadsstandard?	49	48
svara för en god äldreomsorg?	51	46
(n-minimum)	1075	3800

Vi finner en intressant skillnad mellan välfärdstjänster och socialförsäkringar i tabellen. Medan förtroendet stärks för välfärdstjänsterna, på flera punkter påtagligt, sjunker det för socialförsäkringarna. Förtroendet för utbildnings-systemet, sjukvården och barnomsorgen stärks medan det sjunker ifråga om sjukförsäkringen och (i viss mån) arbetslöshetsförsäkringen. Här ser man alltså en intressant skillnad för sjukförsäkringens del jämfört med vad som framkom i Tabell 1. Förtroendet för äldreomsorgen och pensionerna är fortsatt lågt, något som bekräftar vad vi kunde se även i Tabell 1.

Man kan sammanfatta detta avsnitt med att säga att den enda punkt där förtroendet för välfärdspolitiken försämrats påtagligt rör sjukförsäkringen, medan man på andra punkter hittar stabilt eller växande förtroende. Det finns inga tecken på att den ekonomiska krisen gjort att medborgarna känner sig generellt mer riskutsatta.

Bristande finansieringsvilja?

Hur står det till med betalningsviljan för välfärdspolitiken? Detta kan efterfrågas på flera sätt. Ett sätt är att helt enkelt fråga om skatteutgifter för olika välfärds-politiska områden. Det kan riskera att överskatta finansieringsviljan eftersom det inte står klart exakt vem som ska betala för dessa skatteutgifter. Ett annat sätt är att fråga hur beredd man själv är att betala mer skatt för angivna ändamål. Det kan riskera att underskatta finansieringsviljan, eftersom människor med låga inkomster och små resurser kan vilja ha en omfattande välfärdspolitik men göra den rimliga bedömningen att de själva inte klarar att betala mer.

I Välfärdsstatsundersökningarna har båda dessa vis att fråga använts. Dessutom återfinns här ett frågebatteri som fokuserar kollektiva kontra privata finansie-ringsformer av olika försäkringar. I Tabell 3 återfinns den fråga för vilken vi har den längsta tidsserien, som frågar efter om man vill öka eller minska skatteut-gifterna för en rad områden.

Som framgår av Tabell 3 är det en hög grad av stabilitet som utmärker åsikterna i denna fråga. Viljan att öka skatteutgifterna växer under 90-talskrisen – med all säkerhet som en reaktion på de omfattande välfärdsstatliga besparingarna – och är därefter relativt stabil. Mellan 2002 och 2010 minskar skillnaden mellan riktade program som social- och bostadsbidrag och mer universella program något. Men fortfarande är viljan att öka utgifterna störst för områden som sjuk- och hälsovård, pensioner och skolan.

Motsvaras detta av en vilja att själv betala mer skatt för angivna ändamål? I Tabell 4 återfinns några av områdena från Tabell 3, men nu med frågan om hur villig man själv är att betala högre skatt om den går till dessa områden.

Tabell 3 Attityder till frågan "Skatterna går till olika ändamål. Anser Du att den mängd skattepengar som går till de ändamål som nämns nedan bör ökas, hållas oförändrade, eller minskas?"

Andel som vill öka utgifterna (+) samt andel som vill minska (-)	1981	1986	1992	1997	2002	2010
Sjuk- och hälsovård	+45 -3	+47 -4	+53 -4	+77 -2	+79 -2	+66 -2
Stöd till äldre (pensioner, äldreomsorg m.m.)	+30 -1	+37 -3	+60 -2	+70 -2	+70 -1	+70 -2
Stöd till barnfamiljer (barnbidrag, barnomsorg m.m.)	+31 -12	+43 -8	+32 -15	+41 -11	+34 -8	+27 -8
Bostadsbidrag	+13 -36	+13 -36	+13 -38	+14 -34	+8 -48	+11 -25
Socialbidrag	+16 -22	+17 -22	+13 -26	+21 -21	+15 -21	+22 -15
Den vanliga skolan (grundskolan och gymnasieskolan)	+26 -7	+32 -2	+50 -1	+70 -1	+71 -1	+60 -1
Sysselsättningspolitiska insatser	+69 -6	+56 -10	+62 -7	+47 -20	+34 -19	+45 -9
Statlig och kommunal administration	+2 -56	+2 -55	+3 -71	+3 -68	+3 -62	+3 -58
(n-minimum)	949	978	1489	1297	1070	3754

Tabell 4 Individuell skattebetalningsvilja

Kan tänka sig att själv betala mer skatt om den går till... (%)	Ja 1997	Ja 2002	Ja 2010
Sjuk- och hälsovård	67	65	75
Stöd till äldre (pensioner, äldreomsorg m.m.)	62	60	73
Stöd till barnfamiljer (barnbidrag, barnomsorg m.m.)	42	39	51
Socialbidrag	29	25	40
Den vanliga skolan (grund- och gymnasieskolan)	62	61	71
Sysselsättningspolitiska insatser	40	31	54
(n-minimum)	1290	1075	3800

Viljan att själv betala högre skatt ökar markant mellan 2002 och 2010. För flera områden rör det sig om förändringar på över tio procentenheter, vilket är ganska kraftiga förändringar. På flera punkter är nu den andel som säger sig vara beredd att själv betala högre skatt *högre* än den andel som i Tabell 3 ville öka skatteutgifterna generellt, vilket är ett anslående resultat.

Dessa frågebatterier rör ju som framgår inte specifikt socialförsäkringarna – frågorna är snarast orienterade efter mottagargrupp och skiljer ibland inte ens på välfärdstjänster och kontantersättningar. Det finns därför anledning att mer fokuserat titta på attityder till kollektiv och mer individuell försäkringsfinansiering. Tabell 5 visar hur många som väljer kollektiva finansieringsformer när de

får välja mellan tabellens svarsalternativ och alternativet *bör i större utsträckning betalas av den enskilde genom särskilda försäkringspremier samtidigt som skatter och arbetsgivaravgifter sänks*.

Tabell 5 Attityder till socialförsäkringarnas finansiering

Andel som svarar "Bör som nu i huvudsak betalas genom skatter och arbetsgivaravgifter, vilka behålls på nuvarande nivå" (%)	1992	1997	2002	2006	2010
Sjukförsäkringen	78	74	79	74	85
Arbetslöshetsförsäkringen	71	68	66	62	66
Pensionerna	77	73	74	72	81
(n-minimum)	1501	1305	1078	1183	3801

Som framgår ser vi ett påtagligt ökat stöd för kollektiv finansiering 2006–2010. För två av de tre socialförsäkringarna i tabellen ser vi 2010 den högsta nivån någonsin för stödet för kollektiv finansiering. För den tredje (arbetslöshetsförsäkringen) vänder den tidigare nedåtgående trenden i stödet för kollektiv finansiering, trots att förändringarna 2006–2010 inte är lika stora som för sjukförsäkringen och pensionerna.

Sammanfattningsvis finns det alltså inga tecken på någon sviktande betalningsvilja på det välfärdsstatliga området. Tvärtom ökar den individuella skattebetalningsviljan under senare år, liksom stödet för kollektiv finansiering av socialförsäkringen.

Misstänksamhet?

Finns det utbredd misstänksamhet om att det fuskas och snyltas i välfärdsstaten? Och hur har denna misstänksamhet förändrats under åren? I Tabell 6 återfinns en rad påståenden om tänkbart fusk med och "överkonsumtion" av välfärds-tjänster, bidrag och socialförsäkringar, och den andel som "instämmer helt" i dessa påståenden.

Tabell 6 visar flera intressanta saker. Vid första undersökningen 1986 var misstänksamheten om missbruk ganska utbredd. Den minskade dock påtagligt på flera punkter under nittiotalskrisen (1997 års siffror), men ökade åter något fram till 2006. Till senaste undersökningstillfället 2010 minskar misstänksamheten åter markant. Den befinner sig nu på samtliga punkter på sin lägsta nivå någonsin.

Tabell 6 Attityder till frågan "Hur vanligt tror Du det är att sociala bidrag och tjänster utnyttjas av sådana som egentligen inte behöver dem?"

Andel som svarar "instämmer helt" (%)	1986	1992	1997	2002	2006	2010
Många av dem som utnyttjar sjukvården är inte alls särskilt sjuka	14	17	10	9	13	9
Många av dem som får arbetslöshetsersättning skulle kunna få ett arbete om de bara ville	42	29	28	34	30	20
Många av dem som får socialbidrag är egentligen inte fattiga	29	29	19	15	12	9
Många av dem som får bostadsbidrag borde flytta till mindre och billigare bostäder	24	29	28	22	17	16
Många av dem som sjukskriver sig är egentligen inte sjuka	27	28	14	16	21	11
(n-minimum)	972	1489	1299	1074	1168	3792

Om vi fokuserar misstankarna om fusk med socialförsäkringen, ser vi att misstankarna om att många som sjukskriver sig egentligen inte är sjuka minskar påtagligt mellan 2006 och 2010. Detsamma gäller misstankarna om att många som får arbetslöshetsersättning skulle kunna få ett arbete om de bara ville. Den mer omfattande politiska debatten kring fusk, och den flitigare medierapporteringen kring sådana frågor (Johnson, 2010; Lundström, 2011), har alltså inte fått som följd att misstankarna om fusk ökat bland allmänheten. I stället tycks det som egna och närståendes upplevelser av välfärdspolitisk utsatthet är en viktigare faktor bakom uppfattningarna i denna fråga.

Även ifråga om den välfärdspolitiska misstänksamheten har alltså stödet för den svenska välfärdspolitiken ökat. Färre än någonsin tror i dag att det förekommer ett omfattande missbruk av välfärdspolitiska bidrag och tjänster.

Klass, kön och ålder: vem tänker vad om socialförsäkringen?

Klass, kön och ålder är tre grundläggande potentiella konfliktdimensioner kring välfärdspolitiken. Välfärdspolitiken omfördelar resurser mellan grupper och garderar mot risker förknippade med marknadsberoende. Det innebär att grupper med olika position på arbetsmarknad och i arbetslivet i olika grad är beroende av välfärdspolitiska insatser för att trygga sin försörjning. Därför kan vi förvänta oss att skilda klasser har olika attityder till välfärdspolitiken omfattning och finansiering.

Men välfärdspolitiken omfördelar också mellan olika faser i livsrytmen. De unga och gamla får stöd för sin försörjning medan de i arbetsför ålder betalar. Här finns alltid risker att fördelningskonflikter uppstår mellan olika ålders-

grupper. I takt med att befolkningen som helhet blir allt äldre finns risker att fördelningskonflikter mellan yngre och äldre skärps.

Välfärdspolitiken har också skilda implikationer för män och för kvinnor. Män har i genomsnitt starkare marknadsposition än kvinnor, vilket gör dem mindre beroende av välfärdsstaten. Dessutom bär kvinnor i högre grad omsorgsansvaret om barn och äldre, vilket gör dem mer beroende av väl fungerande välfärdsstatliga stöd. Även om detta framför allt rör organiseringen av barn- och äldreomsorg så har det implikationer även för socialförsäkringen.

I rapporten undersöks därför hur klass-, köns- och ålderskillnader i attityder till socialförsäkringen ser ut och har förändrats. Rapporten fokuserar de frågor som rör just socialförsäkringarna, och perioden 1992–2010, eftersom åttiotalsundersökningarna innehåller få frågor av intresse för just socialförsäkringen.

Huvudresultaten kan sammanfattas i några punkter (för tabeller och mer utvecklade resonemang, se Svallfors (2011b: Tabell 8–13).

1. Klasskillnaderna i tillit är påtagliga. De högre tjänstemännen anser i mycket större utsträckning än arbetarna att socialförsäkringarna klarar sina uppgifter väl. Man bör här notera att frågan alltså inte gäller vad man anser är fallet för en själv, utan för samhället i stort. Trots detta uppträder alltså stora klasskillnader, som kanske beror på att man extrapolerar från sin egen och umgängeskretsens situation till samhället som helhet. Ifråga om synen på hur väl de arbetslösa levnadsstandard upprätthålls har klasskillnaderna förstärkts mellan 2002 och 2010. De högre tjänstemännen är dessutom avsevärt mindre bekymrade om att en tids sjukskrivning ska fördärva deras egen hushållsekonomi.
2. Köns- och ålderskillnaderna är små ifråga om hur väl man tycker att socialförsäkringarna i allmänhet klarar sina uppgifter. Däremot ser vi intressanta förändringar av dessa mönster ifråga om synen på den egna pensionen. Ålderskillnaderna inverteras under perioden. 1997 var det de yngsta som i större utsträckning trodde att den offentliga pensionen inte skulle räcka till en acceptabel levnadsstandard. 2010 är det i stället den faktiska pensionärsgruppen som i högst grad ser bristfällig pension som ett problem. Könsskillnaderna, som var obefintliga 1997, blir större under 2000-talet. Det är kvinnorna som i större utsträckning ser framtida problem på grund av bristfälliga pensioner. Både de förändrade åldersmönstren och de nya könsskillnaderna torde vara en följd av 90-talets stora pensionsreform och debatten kring denna. Kvinnor, pensionärer och arbetare har blivit mer bekymrade över den egna pensionsnivån jämfört med män, yngre och högre tjänstemän.
3. Arbetarna är i större utsträckning än de högre tjänstemännen för kollektiv finansiering. Vi ser dock intressanta förändringar av klasskillnaderna. Medan

dessas förstärktes i 90-talskrisen (1992–1997) har de minskat under 2000-talet. Fortfarande 2010 är de dock påtagliga när det gäller finansieringen av arbetslöshetsförsäkringen. Däremot har de minskat markant ifråga om synen på finansieringen av sjukförsäkringen. Det ökade stöd för kollektiv finansiering av socialförsäkringarna vi kunde se i Tabell 5 gäller alltså i synnerhet bland de högre tjänstemännen och företagarna (Svallfors, 2011a: Fig 3).

4. Kvinnor är genomgående mer för kollektiv finansiering än vad män är. Skillnaderna blev 2002 ganska påtagliga men har minskat igen till senaste undersökningstillfället.
5. Åldersskillnaderna i synen på kollektiv finansiering är stora, ja faktiskt större än klasskillnaderna. Det är genomgående den äldsta gruppen som i större utsträckning stöder kollektiv finansiering än de andra. Dessa åldersskillnader ökar kontinuerligt fram till och med 2002, och minskar därefter något till senaste undersökningstillfället. Särskilt stora är åldersskillnaderna kanske föga förvånande ifråga om pensionerna. Men att de också har den omfattning och riktning de har för de två andra socialförsäkringarna tyder på att det inte alls är bara en enkel ”åldersegoism” som ligger bakom mönstren. I så fall skulle man förvänta sig att den äldsta gruppen vore mer skeptisk till kollektiv finansiering än de yngre eftersom de själva inte har någon nytta av sjuk- och arbetslöshetsersättningar. I själva verket är det precis tvärtom: de äldre är även på dessa punkter mer positiva till kollektiv finansiering än vad de yngre är. Här finns intrikata kohort- och livscykeffekter som skulle förtjäna ytterligare belysning i annat sammanhang: är det de yngre generationerna (kohorterna) som är mer skeptiska till kollektiv finansiering, eller är det snarare de kumulerade effekterna av arbets- och familjeliv vi ser speglade i de äldres mer positiva inställning till kollektiv finansiering?
6. Vare sig klass-, köns- eller åldersskillnader är särskilt stora ifråga om den välfärdspolitiska misstänksamheten. 1992 (liksom för övrigt 1986) är klasskillnaderna i synen på arbetsviljan hos de arbetslösa ganska stora, och det är de högre tjänstemännen som är mindre misstänksamma än arbetarna. Men i 90-talskrisen minskar dessa klasskillnader och återfår aldrig samma storlek. Den minskade misstänksamhet om missbruk vi kunde se i Tabell 6 gäller alltså i synnerhet arbetarna.

Som en sammanfattning av detta avsnitt kan vi därför konstatera att klasskillnaderna är stora och något växande ifråga om den välfärdspolitiska tilliten, minskande men fortfarande påtagliga ifråga om finansieringen av socialförsäkringarna, och minskande och ganska små ifråga om den välfärdspolitiska misstänksamheten. Könsskillnaderna är konsistenta men modesta och har minskat något till den senaste mätningen. Åldersskillnaderna är stora vad gäller synen på kollektiv finansiering, där det är de äldsta som är mest positiva till kollektiv finansiering. De har dessutom genomgått fascinerande förändringar

ifråga om tilliten till pensionssystemet, där det nu är pensionärsgruppen som har svagast tillit till pensionernas förmåga att ge en acceptabel levnadsstandard.

Vi och dom? Medelmassan och de marginaliserade

De gruppjämförelser vi hittills ägnat oss åt rör grundläggande skiljelinjer som klass, kön och ålder. Under senare år har dock en ny skiljelinje diskuterats i större utsträckning: den mellan den väletablerade ”medelmassan” och grupper av ”utanförstående”, eller ”marginaliserade”. Det rör sig alltså om grupper som av en eller annan anledning inte arbetar, eller som är särskilt utsatta i försörjningsmässigt hänseende. Exakt hur detta ”utanförskap” ska definieras är oklart, och inom forskningen råder en stor skepsis inför gruppens särdrag och permanentens. Men politiskt har ”utanförskapet” kommit att definieras som centralt och ”det nya arbetarpartiet” Moderaterna representerar de *arbetande* gentemot de *icke-arbetande*.

Det är därför intressant av flera avledningar att titta närmare på hur attitydskillnader runt denna skiljelinje förändrats under senare år. Dels är det av intresse för att se om försöken att etablera detta som en ny viktig skiljelinje varit framgångsrika, i så måtto att människors uppfattningar kommit att struktureras tydligare av just denna skiljelinje. Dels är det intressant att se om kombinationen av skattesänkningar för de som arbetar samt skärpta ersättningsvillkor och förändrade finansieringsformer av socialförsäkringarna under de senaste åren fått som följd att klyftan vuxit mellan marginalgruppen och de mer väletablerade.

Tidigare undersökningar har pekat på att skiljelinjen mellan de marginaliserade och de icke-marginaliserade varit av en helt underordnad betydelse ifråga om att formera människors åsikter kring välfärdspolitiken jämfört med klasstillhörigheten (Svallfors, 2004: kap 8). Men dessa slutsatser byggde på en helt statistisk analys av attityderna i slutet av nittioalet, och det är därför av stort intresse att se vad som hänt under det senaste decenniet.

Det är långt ifrån givet hur marginalgruppen ska definieras. I de datamaterial vi har för handen finns dessutom inte särskilt många indikatorer att välja på när marginalgruppen ska operationaliseras. Jag har laborerat med två olika operationaliseringar. En där marginalgruppen definieras som alla som är (a) arbetslösa; (b) förtidspensionerade (dvs. lever på sjuk- och aktivitetsersättning vid undersökningstillfället 2010), eller (c) fått socialbidrag/försörjningsstöd någon gång under de senaste tre åren. I en annan definition inkluderas även de som varit arbetslösa minst en månad någon gång under de senaste tre åren. Definieras gruppen på det första viset omfattar den drygt 10 % av svarspersonerna, med den vidare definitionen omfattar den drygt 20 % av de svarande. Resultaten

skiljer sig dock inte så mycket mellan de olika definitionerna. Eftersom det är tveksamt om den senare definitionen verkligen skiljer de i dag marginaliserade från andra så redovisas bara resultaten från den snävare definierade marginalgruppen.

Analyserna i rapporten omfattar endast åren 2002 och 2010, eftersom fokus ligger på att studera hur marginalgruppens attityder förändrats under senare tid, efter politiseringen av skiljelinjen mellan arbetande och icke-arbetande och efter de skärpta villkoren i socialförsäkringssystemet. Marginalgruppen jämförs dels med befolkningen i stort, dels med de arbetare som inte tillhör marginalgruppen. Det skulle nämligen kunna vara så att eventuella attitydskillnader mellan marginalgruppen och resten av befolkningen bara beror på att den klassmässigt är annorlunda sammansatt (fler arbetare och färre högre tjänstemän).

Resultaten kan även här sammanfattas i punktform:

1. Marginalgruppen har ett mycket lägre förtroende för socialförsäkringarna, både för egen del och vid en bedömning av hur väl de fungerar i allmänhet. Dessa skillnader har dessutom vuxit mellan 2002 och 2010. Särskilt påtagliga är förändringarna när det gäller frågan om man tror sig klara en tids sjukskrivning utan allvarliga ekonomiska konsekvenser. Det är bara ifråga om att bedöma ålderspensionärernas levnadsstandard vi inte hittar påtagliga skillnader mellan marginalgruppen och de övriga. En del av skillnaderna mellan marginalgruppen och de övriga beror helt enkelt på att de i marginalen har en annan klassmässig sammansättning än resten av befolkningen. Men även när man jämför marginalgruppen med arbetarklassen så finns det påtagliga skillnader. Både ifråga om att klara en tids sjukskrivning, och i bedömningen av arbetslösas och sjukskrivnas levnadsstandard, har marginalgruppen betydligt lägre förtroende för välfärdssystemet än vad arbetarna utanför marginalgruppen har.
2. Skillnaderna i attityder till kollektiv finansiering mellan marginalgrupp och övriga var däremot små redan 2002, och minskar mellan 2002 och 2010 så att de vid det senare tillfället är närmast obefintliga. På det enda område där marginalgruppen är mer positiv till kollektiv finansiering, arbetslöshetsförsäkringen, beror detta till helt övervägande del på att de har en annan klassmässig sammansättning. När vi jämför dem med arbetarna finns nämligen inga skillnader av betydelse. Ifråga om finansieringen av sjukförsäkring och pensioner finns 2010 inga skillnader alls mellan marginalgrupp och andra. När vi på dessa punkter jämför dem med arbetarna är de faktiskt 2010 något *mindre* positiva till kollektiv finansiering.
3. Ifråga om den välfärdspolitiska misstänksamheten hittar vi inte heller några stora skillnader mellan marginalgruppen och de övriga. Ifråga om sjukskriv-

ningsfusk finns inga skillnader alls. De skillnader som fanns 2002 i synen på de arbetslösas arbetsvilja har halverats till 2010. Den minskade misstänksamheten om missbruk av arbetslöshetsersättningen (Tabell 6) rör alltså i synnerhet grupper som själva inte befinner sig i marginalen.

Som sammanfattning av detta avsnitt kan vi alltså se betydande och växande skillnader mellan marginalgruppen och de övriga ifråga om den välfärds-politiska tilliten. Däremot är attitydskillnaderna mellan marginalgruppen och de andra små och minskande, ja på flera punkter närmast obefintliga, i synen på kollektiv finansiering av socialförsäkringarna. Detsamma gäller ifråga om den välfärds-politiska misstänksamheten: det finns inga större attitydskillnader mellan dem som själva lever i marginalen och dem som inte gör det. Tidigare forskning, som fann små välfärds-politiska attitydskillnader mellan marginal-grupp och ”medelmassa” bekräftas alltså av dessa nya resultat (Svallfors, 2004: kapitel 8). Det finns inga tecken på att denna skiljelinje vuxit i betydelse under 2000-talet, när det gäller att påverka hur man anser att välfärds-politiken och socialförsäkringarna bör finansieras och organiseras. Snarare minskar skillnad-erna på flera punkter. Samtidigt kan man konstatera att tidigare forskning kanske letade efter attitydskillnader på fel ställe. Skillnaden mellan marginal-gruppen och de övriga uppträder inte ifråga om vad man anser borde vara fallet, utan i vilken tillit man har till att de existerande systemen faktiskt klarar sina uppgifter.

Avslutande kommentar

Att den nuvarande ekonomiska krisen *inte* fått svenskarna att känna sig mer försörjningsmässigt utsatta är ett intressant resultat. Skillnaderna mot 90-talskrisen är påtagliga. Huruvida detta beror på att krisens effekter ännu inte blivit märkbara i människors vardagsliv, eller ett tecken på att den överhuvud-taget inte kommer att få samma påtagliga välfärdseffekter som 90-talskrisen återstår att se.

Att förtroendet för välfärdstjänsterna stärks, medan det försvagats för socialförsäkringarna är även det ett intressant resultat. Eftersom regeringen och riksdagsmajoriteten sedan 2006 slagit vakt om vad man kallar välfärds-politikens ”kärnområden”, dvs. välfärdstjänsterna, medan man skärpt villkoren inom socialförsäkringen, är detta kanske inget oväntat resultat men dock intressant att notera.

Skillnaderna i tillit mellan marginalgruppen och medel-Svensson, liksom de stora och växande klasskillnaderna i förtroendet för socialförsäkringarna, stämmer onekligen till eftertanke. Att de grupper som är mest beroende av socialförsäkringen har det lägsta förtroendet för att den faktiskt fungerar kan på ett vis ses som ett politiskt misslyckande. Om en av välfärds-politikens viktigaste

uppgifter är att garantera marknadssvaga grupper en dräglig tillvaro är det naturligtvis ett problem om många av dem inte anser att den klarar denna uppgift.

Ur ett annat perspektiv kan detta minskande förtroende ses som ett fördelaktigt utfall. Om avsikten med förändringarna i socialförsäkringssystemet varit att öka avstånden i levnadsstandard och trygghet mellan de som arbetar och de som lever på ersättningar från välfärdsstaten, för att på detta vis stärka arbetsincitamenten, kan det naturligtvis ses som positivt att otryggheten ökat bland de marknadssvagaste grupperna. I så måtto är det en lyckad politik vi ser resultatet av i tillitstappet för socialförsäkringarna under 2000-talet.

Referenser

Johnson, B. 2010. *Kampen om sjukfrånvaron*, Lund, Arkiv.

Kumlin, S. 2007. The Welfare State: Values, Policy Preferences, and Performance Evaluations. In: Dalton, R. J. & Klingemann, H.-D. (eds.) *The Oxford Handbook of Political Behavior*. Oxford & New York: Oxford University Press, 362-382.

Lundström, R. 2011. *Den kalkylerande medborgaren. Bidragsfusk i svensk välfärdsdebatt 1990–2010*, Umeå, Umeå universitet.

Svallfors, S. 2004. *Klassamhällets kollektiva medvetande: klass och attityder i jämförande perspektiv*, Umeå, Boréa.

Svallfors, S. 2010. Public attitudes. In: Castles, F. G., Leibfried, S., Lewis, J., Obinger, H. & Pierson, C. (eds.) *The Oxford Handbook of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, 241-51.

Svallfors, S. 2011a. A bedrock of support? Trends in welfare state attitudes in Sweden, 1981–2010. *Social Policy & Administration*, 45 806-25.

Svallfors, S. 2011b. *Trygg, stöttande, tillitsfull? Svenskarnas syn på socialförsäkringarna* Stockholm, Parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

Svallfors, S. (ed.) 2012 *Contested Welfare States: Welfare Attitudes in Europe and Beyond* Stanford, CA: Stanford University Press kommande

Utopia or dystopia? Well-being in the Nordic welfare states



Olli Kangas och Jon Kvist

Kela, Finland och
Odense universitet, Danmark

The Nordic countries are world known for their comprehensive welfare states and their low levels of inequality. Some people think that such a welfare state is a dystopia to be avoided at all costs. Others believe the Nordic welfare state is a paradise on earth. Both critics and supporter agree that the Nordic countries share a number of features that in a catch term can be said to be ‘the Nordic welfare model’ with a distinct set of goals, policies and outcomes.

The goal of equality, most notably between rich and poor and between men and women, constitute a light tower for egalitarian thinking in many countries. At the same time other observers see the same phenomena, equality, as at odds with efficiency; The big trade-off between equality and efficiency, as aptly labelled by neo-classical economist Arthur Okun (1975) nearly 40 years ago. Okun’s idea is that providing generous benefits to people will result in economic inefficiencies as compared to a situation without such benefits. The other perspective is that benefits nurture the economy, most notably through social investments, by mitigating the detrimental effects of economic downturns and by stimulating productive but risk-based economic behaviour (Myrdal, 1960; Kuusi, 1964).

The ultimate goal of social policy is to prevent poverty. The main stream of poverty research has defined poverty contextually, always in relation to the

standards in that society where the individual is living (Townsend, 1979; Gordon & Townsend 2000). Or as Stein Ringen (1987a, 152) succinctly puts it: “To be poor is to be deprived in way of life. People need a certain standard in their life in order to avoid exclusion, and in order to be able to participate in and be accepted into normal activities in one’s society. Necessities are determined by social requirements.” Thus, poverty equals lack of resources and that lack leads to an inability to participate in the normal way of life of the surrounding society.

Although the very idea of linking human welfare and the command over resources was presented by a Briton Richard Titmuss in the 1950s (see Titmuss 1974), it got its strongest footings in Scandinavia and became inspiration for the Nordic level of living surveys (see e.g. Allardt 1976 and 1993; Ringen 1987; Erikson 1993; Erikson & Uusitalo 1987; Erikson & Åberg 1987). The crucial issue was that the approach was not only limited to economic scarcity but it continued to emphasize that there are also other important aspects that must be taken into consideration when analyzing well-being and the lack of well-being. The approach was crystallized by Sten Johansson (1970; 1979). According to Johansson human well-being can be measured and evaluated on nine components: health, employment, economic resources, knowledge and education, social integration, housing and neighborhood, security of life and property, recreation and culture, and political resources. Johansson’s conceptual map laid the basis for the successive Swedish level of living surveys that have been replicated later in some forms and with some modifications in all the Nordic countries, e.g. in his comparative Finnish project Erik Allard shifted focus from resources to the level of need-satisfaction described by the catch-words *having*, *loving* and *being* (Allard 1976 and 1993).

Despite differences in emphasis the underpinning theme in the Nordic approach is the very wide concept of welfare that always includes the quality of life aspect. The approach has some conceptual linkages to the Senian interpretation of individuals’ capabilities to fulfil their own potential (e.g. Sen 1992 and 1993). According to this brand of social philosophy, when debating on poverty we have much more than the elimination of the monetary hardship at stake. Non-poverty does not only mean that we have money enough to make our ends met but non-poverty also means that we have ability to function, i.e. we know how to make conscious life choices that we are capable of realizing. Since poverty is seen as relative and equality is set as the main object, the domain of social policy necessarily becomes large. The concept of relative poverty keeps social policy evolving and eliminating poverty is a constant shooting on a moving target. It is necessary to consider over and over again where the limits of public measures are and where the limits of responsibility have to be drawn.

In this chapter we focus on the principles, policies and outcomes in the Nordic welfare state. In the next section we introduce the goals of the Nordic model in

terms of key principles like universality and inequality and describe how these principles were first instigated in policies and what challenges they are said to confront in the 2010s. In the following section we analyse policy outcomes in a number of central areas in a comparative perspective. In the concluding section we assess these policy developments and welfare outcomes in view of current challenges in a discussion of the future for the Nordic welfare model in the Nordic countries and in other countries.

The Nordic welfare model key concepts: Inequality and mobility through universal, generous and high quality benefits

In this section, we present the goals of the Nordic welfare model and the policies used to try to achieve these goals. We focus on key concepts of inequality and mobility on the side of goals and outcomes and we focus on concepts like universalism and generosity when setting out the policy side. We briefly look into the roots and development of these concepts.

The Nordic welfare model is known under many names. The ‘Social Democratic welfare regime’ pertains to the alleged political forces behind the model (Esping-Andersen, 1990). The ‘institutional model’ pertains to the characteristics of the model that is seen as having institutionalised a lot of tasks in the social sphere vis-à-vis the market and the family. The ‘institutional model’ stands in contrast to the ‘residual model’ where the state is the provider of welfare of the last resort (Titmuss, 1974; Alber, 1981). ‘Encompassing model’ (Korpi and Palme, 2008) refers universal character of benefits that combine basic security and income-relatedness.

If we place the Nordic countries in a wider international perspective they look very much the same: long common history, shared cultural values, blurred boundaries between the state and civil society, strong state bureaucracy that is capable to implement various social policy measures and effectively collect taxes, heavy bias on public social services and transfers with high coverage among the populace, and consequently small income differences and low poverty rates (Kangas and Palme, 2005).

However, if we compare the Nordic countries with each other they look rather different and the verdict of intra-Nordic comparisons is condensed in the telling adage by Christiansen et al. (2005): One model with five variations. Although the Nordic countries are not identical they do share a high degree of family resemblance when compared to the situation in other countries. For this reason we find it justified to speak of a Nordic welfare model as an adequate label for the Nordic welfare states.

Poor laws and municipal poor help were the first forms of official social policy also in Scandinavia. Municipalities became gradually responsible for expanding welfare obligations and even now, social services are delivered by local authorities that have their own political decision-making arenas and right to collect taxes to finance services they are providing. Within certain limits the municipalities can decide on their own welfare activities and municipal tax rates to finance those activities (Kangas and Palme, 2005). This combination of centralized stateness and local democratic decision-making had important ramification for the subsequent development of the Nordic societies. The distance between the state/public sector and civil society came to be close and blurred, and often it is hard say where the civil society ends and the public sector begins. In Scandinavia, “state” is often used synonymously with “society” (Allardt, 1986; Alestalo and Kuhnle, 1987).

The Nordic countries differ in the timing of their first social policy programs. Usually Denmark and Sweden paved the way and Norway and Finland trot along a decade or so behind. For example, Denmark was one of the first countries in the world to implement a pension law (1891) followed by Sweden (1913), whereas Norway (1936) and Finland (1937) were late-comers. In some cases, e.g. in work accident insurance the order was reversed: Norway introduced the first scheme in 1894, followed by Finland a year later, while the Denmark and Sweden implemented the law in 1916. Whereas Sweden was first to complement national pensions by income-related pensions (in 1959), Finland was second (1962) and Norway on the third place (1966), in Denmark they never managed to legislate on income-related pensions but the need for income-loss compensations bifurcated into private individual and labour market pensions. In child and family policy and in social services it was typically Sweden that led the way, although the traditional laggard Finland was the first to introduce care allowances as an alternative to institutionalised care. However, if one inspects the development in these countries diachronically, there are lots of similarities. The countries follow a similar path but the chronological timing is different in their moves. Today, they are all modern comprehensive welfare states and changes in their social policies take place more or less simultaneously.

Goals and policies in the Nordic welfare model

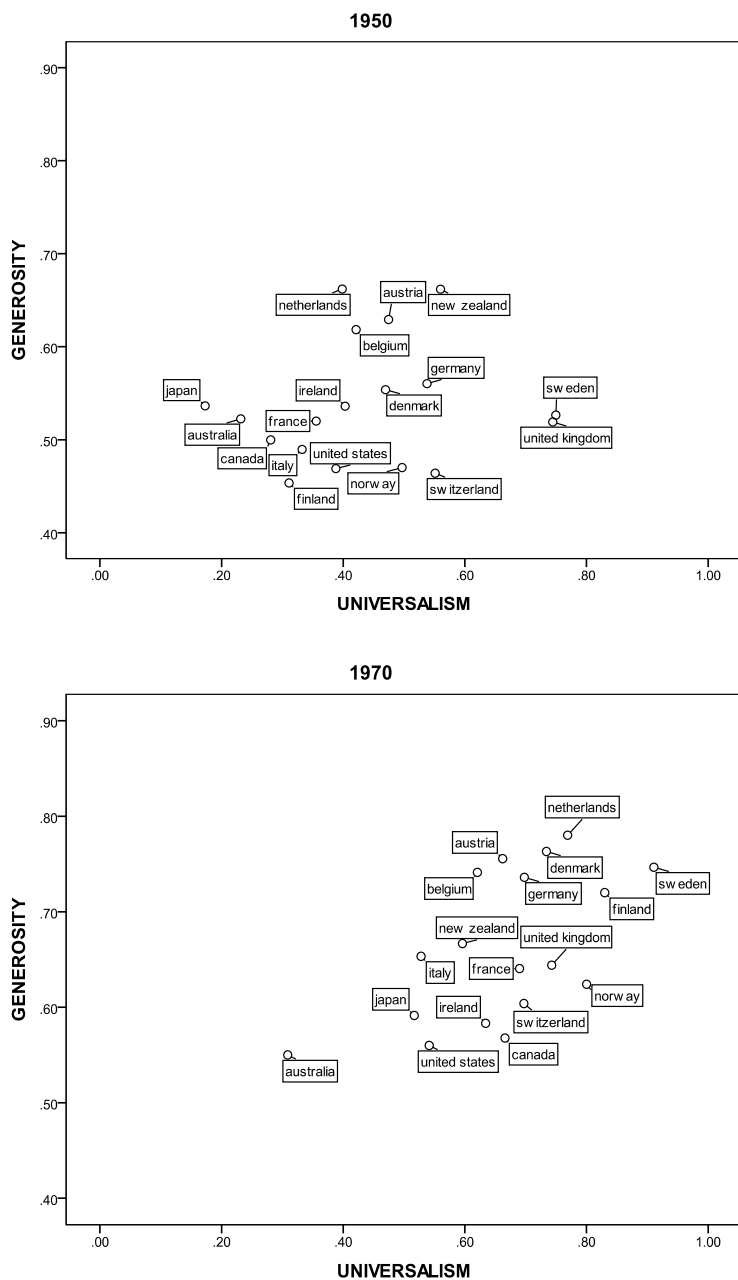
The goals of the modern Nordic welfare model reach further than the goal of alleviating poverty for the deserving needy as dominant in the Anglo-Saxon Model and the goal of securing income maintenance for insiders on the labour market in the Continental European model. The Nordic countries do try to tackle poverty and insurance against income loss, but also to address a wider range of social inequalities. The goal is not only to provide people with an amount of money they can live off but also provide people with skills and abilities that enable them to become full members in the society they are living

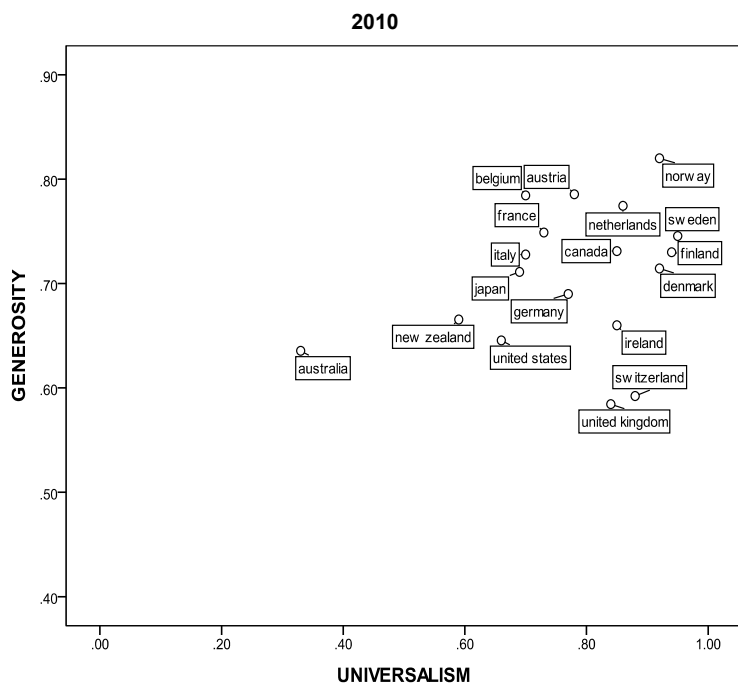
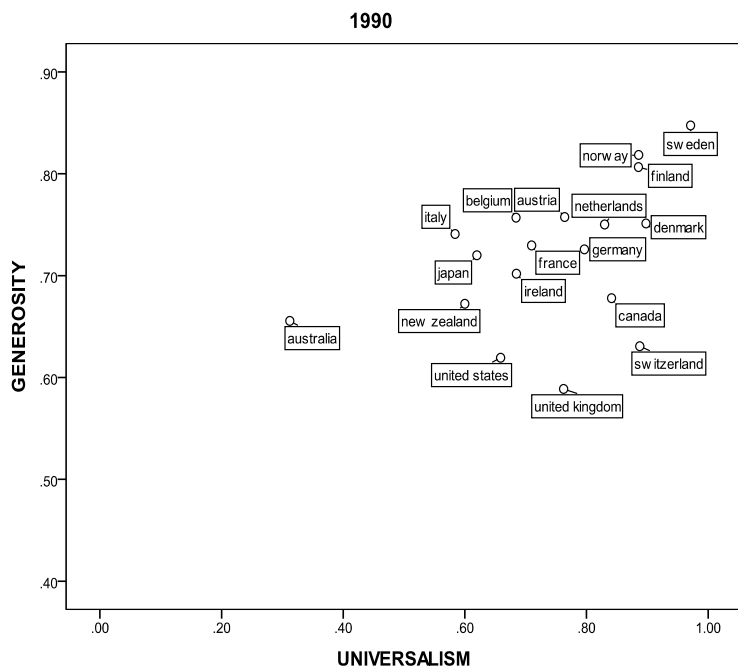
in through their own efforts, primarily in the labour market. The vision is to help people maximize their human potential in a belief that this is good for both individuals and the society at large. For example women should therefore have the same possibilities to participate in the labour market as men and children from less privileged backgrounds should be enabled to take education on par with children from privileged background. To serve such goals the Nordic welfare model is characterized by an encompassing benefits in cash and kind. The income maintenance system combines basic security with earnings-related benefits to prevent poverty and safeguard the achieved standard of living. Social, education and health services aim to give individuals possibilities to conduct a decent life independent of their socioeconomic background and capacity to pay.

The central policy features of the Nordic model usually refer to generous and universal social policy that is effective in combating poverty, reducing inequality and promoting social mobility. Universalism is about coverage of the national relevant population. Generosity deals with the adequacy of cash benefits and the quality of social, education and health services. Inequality and poverty refer to those factors in society that prevent persons from realising their human potential and in particular to raise the levels for less privileged groups.

One of the most important trade-marks of the Nordic welfare state is its universalism. In principle, social benefits are for all, neither are they targeted after need for some specific vulnerable groups nor are they exclusive benefits for privileged occupational groups. Thus, in the ideal Nordic model, all population categories are covered by the same programs – which is seen to be a solid guarantee for high popular support for the welfare state. Ideally, since everybody contributes and everybody benefits there is no wedge between the well-off payers and the worse-off beneficiaries; there is no room for ‘welfare backlash’ (Korpi, 1980; Svallfors, 1989). It has also been shown that good income-related benefits have guaranteed rather a high level of basic security as in basic pensions, social assistance etc. (Nelson, 2002).

Figure 1 Generosity and universalism of social insurance in 18 OECD countries 1950, 1970, 1990 and 2010





The Scandinavian inclination towards universalism is evident in the construction of the post WW II welfare state, see Figure 1¹. In the 1950s and 1960s national pension reforms guaranteed basic pension to everyone and the coverage of the other forms of social insurance expanded. The introduction of employment-related pensions and other income maintenance schemes, for their part, improved the income-loss part. The Nordic welfare states are not always the most generous, especially benefits in Central and Southern Europe may be higher (see e.g. Ferrera, 2010). The Scandinavian model is unique by combining generosity with universality. In Central Europe benefits might be more generous but not that universal and in the liberal or Anglo-American model they neither are universal nor generous (Kvist, 2007).

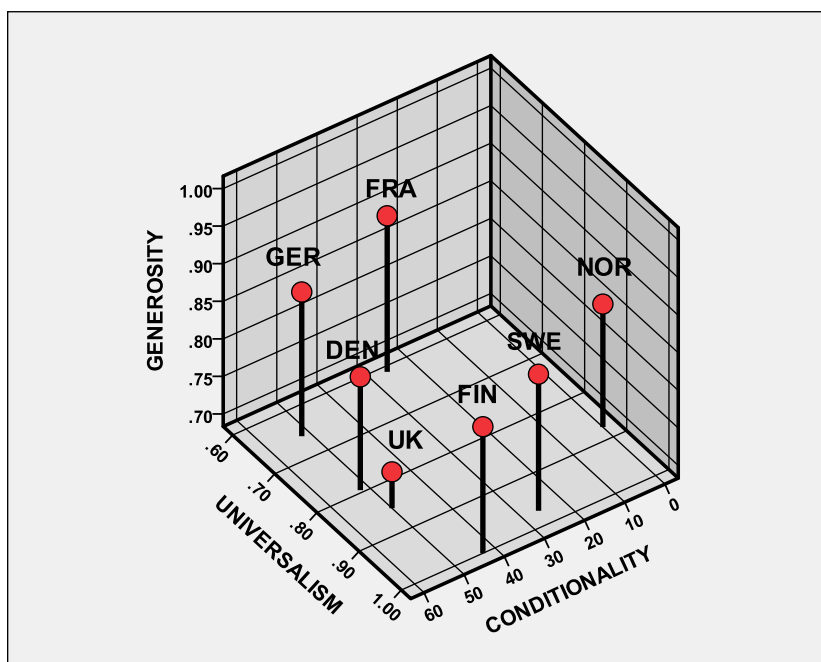
As can be seen in Figure 1 the Nordic model had its hey-day in the late 1980s and early 1990s. Sweden, Norway, Denmark and Finland formed a group with high degree of universalism and generous benefits. Reforms since then made the Nordic countries remain the most universal but they lost some of their distinctiveness in generosity. With the exception of Norway, benefit levels in social insurance schemes are cut and generosity is moving towards the OECD mean.

Social assistance has also been reduced. Because of the other aspects of the Nordic welfare model social assistance is expected to provide high benefit for a small group of claimants. Indeed, the level of social assistance in the North used to be high in comparison to those in other countries. However, during the past decade the replacement levels have been cut by about 10 percentage points. The cuts are mirrored in the efficacy of social assistance, and consequently, poverty rates among the social assistance recipients have increased markedly – from 30% in the early 1990s to 40% in the late 2000s (Kuivalainen and Nelson, 2012). The interaction of increasing unemployment and the decreasing adequacy of social assistance may result in increasing poverty rates. If this trajectory materializes, the Nordic model prized for its low poverty is history: bigger and bigger group is living on lower and lower benefits.

¹ Indicators used in the figure pertain to mean values of old-age pensions, sickness, work accident, and unemployment insurance programs. Universality is a mean for coverage of those schemes (insured / total population in pensions (%), and insurance / total labour force for other insurance programmes (%)). Pensions weight 2, work accident 0,5 and sickness and unemployment insurance 1 each. Generosity is mean replacement level for the four schemes expresses as a ratio between net benefit and net wage at the average income level. These numbers are weighted as explained above. The interpretation of the indices is straightforward: in universality 0% indicates that nobody is insured under any program and 100% tells that the total population in risk is covered. Consequently, 0% in generosity refers to a situation where there are no benefits at all available in any of the four schemes, while the maximum value of 100% pertains to full compensations in all the schemes (net benefit = net income). Data for the indicators are derived from the SCIP data based housed at the Swedish Institute for Social Research, University of Stockholm (see e.g. Korpi and Palme, 1998). Data for 2010 is very provisional.

Increasing conditions is a new trend that has already transformed the Nordic welfare model. So far we have examined universalism and generosity. However, this is too narrow a picture. In Scandinavia, as elsewhere, entitlements to benefits are more and more targeted by various forms of conditions. Taking this conditionality into account we expand from a two to a three-dimensional perspective as illustrated by unemployment insurance in Figure 2. First, we can see that the replacement levels (generosity) are higher in Germany and France than in any other country but the coverage among the labour force (universalism) is the highest in the Nordic hemisphere. With the exception of Norway, the Nordic countries are not significantly less conditional than France, Germany or the U.K.

Figure 2 Generosity, universalism and conditionality in unemployment insurance in some countries, 2010



Among the OECD countries there is a trend of increasing conditionality. In the case of unemployment the crucial condition is the contribution period, i.e. the time the unemployed must have been employed /a member of the unemployment insurance system before getting right to benefit. While up to early 1990s the reference period in the Nordic countries was on average 19 weeks, the number is now 30 weeks. The similar trend is visible also in the Continental Europe where the reference period has been lengthened from 37 to 42 weeks. In this process the Nordic cluster has become more similar, while there is growing diversification among the Continental cluster. Today the Nordic welfare model

can thus be characterized as less universal, less generous and more conditional than one to two decades ago.

Inequality, Poverty & Deprivation

International comparisons (Fritzell, Bäckman and Ritakallio, 2012) show that there are no major differences in factor income inequalities between developed countries, whereas there are substantial differences in inequalities of disposable income. The Gini-index for factor income in the Nordic countries is about the same as in the U.S. (Wang and Caminada, 2011: 13). However, due to the equalizing effects of taxes and income transfers the countries are placed in the opposite ends of the continuum of disposable income inequalities.

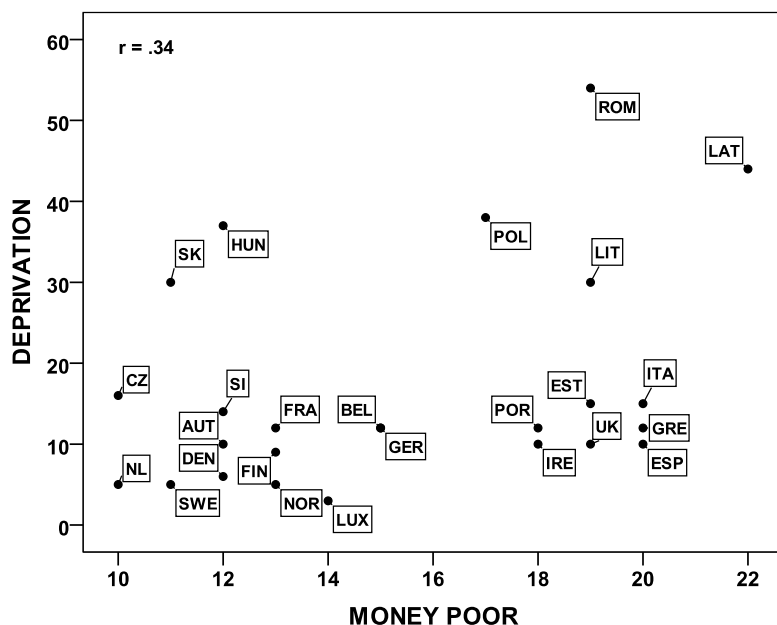
The same pattern is visible in poverty levels. The poverty alleviation effect in the Nordic countries is 75%, i.e. social transfers lift 75% of the pre-transfer poor out of poverty. The numbers for the Central-European states are about the same, while the corresponding percentage for the U.S. is less than 30% (Smeeding, 2005, table 4). The story is much the same when it comes to child poverty (see Gornick and Jäntti, 2009).

Social policy models thus differ in their capacity to decrease income inequalities and alleviate poverty. Although the Nordic welfare model has done well, the rise of poverty rates and inequality are faster in the Nordic countries than in countries with other welfare models (OECD 2008). However, the poverty gap, i.e. the distance from average income of the poor to the national mean, is still narrowest in the Netherlands and Nordic countries (OECD, 2011a: 52).

Monetary poverty is one measure to evaluate if people have insufficient means to participate in society. The measure is linked to income distribution: those countries with low income disparities display low poverty figures. For example, Hungary has the same low relative poverty levels as the Nordic countries but the poverty threshold in Scandinavia (about 11,000 €) is twice that as in Hungary (about 5,000 €). This means that the standard of living of the poor in Scandinavia is more than twice higher than in Hungary, or the other post-socialist countries showing low relative poverty levels.

To overcome this problem included in relative income-based poverty measures, a more absolute-kind deprivation indicators have been taken into use. Material deprivation is one of them. This measure expresses individuals' inability to afford basic necessities for adequate life. The picture given by the deprivation index is quite different as the income-poverty picture. The relationship (correlation coefficient $r = .34$) between the two poverty measures is given in Figure 3.

Figure 3 Monetary poverty (poverty threshold = 60% of median) and material deprivation in Europe around 2010



The two-way scatter-plot shows how some of the post-socialist countries have low income poverty but high levels of material deprivation. The Nordic countries, together with the Netherlands and Austria form a group with low levels of both monetary and deprivation poverty.

In the Anglo-American political discourse the working-poor phenomenon has been on the fore. Due to holes in the safety network many people do not have adequate social security. Even worse, in some cases getting employment does not help to escape poverty. European level comparisons show that in-work poverty is lowest in the Nordic countries (less than 5%) closely followed by the Central European and Liberal countries, whereas more than 10% of the working population is above the poverty threshold in Southern Europe (Hussain, Kangas and Kvist, 2012: 130).

Poverty, or more broadly social exclusion is a multidimensional phenomenon: social problems and lacks in well-being are linked to each other and the lack of essential welfare resources tends to accumulate in various vulnerable groups as indicated in appendix table 1 (Fridberg and Kangas 2008a). But as can be seen in the table, despite the cuts in their income maintenance systems the Nordic welfare states still perform rather well in comparison to the other regimes. Multilevel analyses (not shown here) indicated that individual level characteristics (age, gender, educational attainment, employment status, family structure, income, immigrant or not) explained at best some 15 % of the variance in

welfare problems, whereas inclusion of the welfare regime into the model increased the variance explained to 50–60%. The results emphasizes the importance of contextual variables in creating and eliminating welfare problems.

To conclude, despite growing inequality, the Nordic countries still are equal societies but perhaps less so than two decades ago.

Income mobility

In addition to the incidence of poverty it is important also to consider persistence of poverty, or more broadly, income mobility. According to John Rawls' (1971 and 1996) influential concept of justice even a high level of inequality is acceptable if it is based on openness of society. Thus high degree of cross-sectional inequality and poverty could be forgiven if there is high degree of income mobility and high exit-rates out of poverty.

Long-term poverty is a derivate of income mobility and poverty exit rates. The longitudinal ECHP data proves that the annual exit rate is 60% for Denmark (there are no data for the other Nordic countries), 48% for the Central European cluster of nations (Belgium, Germany, France, Luxembourg and the Netherlands), 45% for the liberal regime (UK, Ireland, the U.S. and Canada), and 42% for the Southern European regime (Greece, Italy, Portugal and Spain) (OECD 2011b). Due to these marked differences in poverty exit rates, there also are differences between welfare regimes in the incidence of long-term poverty. Countries with low cross-sectional poverty also display low levels of long-term poverty.

An alternative strategy to look at income mobility and poverty risks is to study various transitions that take place in the labour markets. Here we use pensions as an example of poverty risks (poverty threshold of 60% of the national equivalent income) related to transitions from the labour markets and as a example of transitional and long term poverty linked to social insurance. As indicated in appendix table 2 (based on EU-SILC data for 2004 to 2008) cross-sectional poverty among pensions tends to be lower in a number of Central European countries that in the Nordic hemisphere. Austria, France and the Netherlands in particular outperform all the Nordic countries and in Denmark and Finland old-age poverty is higher than in any Central European country but also in Sweden poverty is in rapid increase (9.1% in 2005 to 18.9% in 2008).

In table 1 we depict poverty rates for persons in different labour market and pension statuses. As indicated above, poverty among those in work is the lowest in the Nordic countries. In that respect the Nordic cluster is rather distinct. When it comes to the transition from employment to pension, Norway and Sweden (and to some extent Denmark, too) are doing comparatively speaking

well, whereas Finland is lacking behind Belgium, France, the Netherlands and Ireland. Poverty risk in transition from employment to pensions is the highest in Southern Europe. The Southern European countries and the UK display the highest (persistent) poverty rates among those who in two consecutive years have been on pension. The boundaries between the Central European and the Nordic clusters are now blurred – the Netherlands outperforming all the other countries.

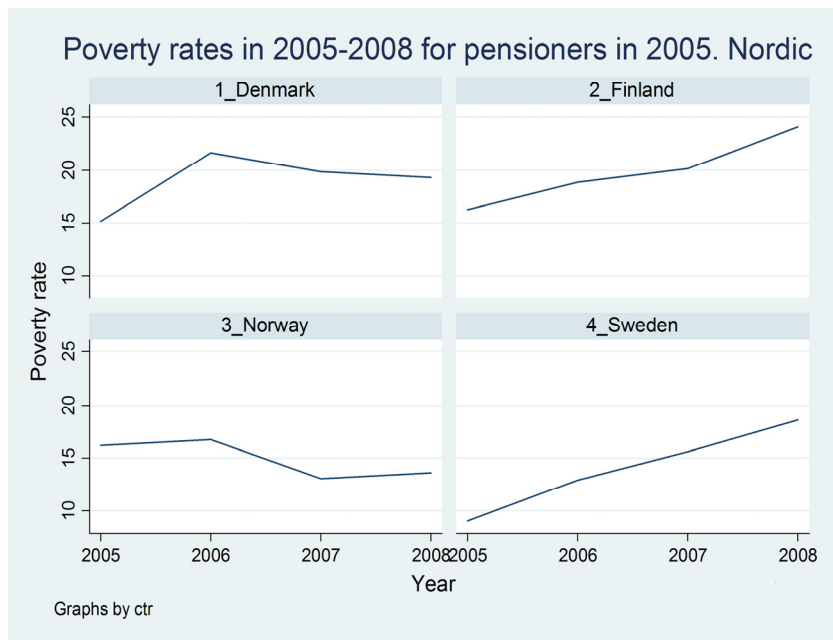
Table 1 Poverty (%) and transitions (t + t1) from employment to pensions 2004–2008

ctr	Transition from year t to t+1. NP=NonPensioner (working), P=Pensioner (Retired)			
	NP->NP	NP->P	P->P	Total
1_Denmark	3.8	4.1	19.2	8.2
2_Finland	3.8	6.8	18.6	8.5
3_Norway	3.3	2.9	14.8	5.9
4_Sweden	4.3	3.1	12.0	6.5
5_Austria	7.2	8.0	13.1	9.4
6_Belgium	4.5	4.6	16.5	8.6
7_France	6.5	5.4	13.4	9.0
8_Germany	6.6	12.9	15.8	10.4
9_Netherlands	6.0	4.1	6.2	6.0
10_Ireland	5.7	5.0	15.8	7.5
11_U.K.	5.7	16.7	29.2	13.1
12_Greece	14.1	15.8	25.4	17.8
13_Italy	10.3	9.0	15.9	12.1
14_Portugal	12.3	17.1	21.6	15.3
15_Spain	10.8	12.3	21.3	13.3
Total	7.7	10.2	17.8	11.0

(calculated from the EU-SILC 2004–2008)

An additional picture on the adequacy of pension protection is given in Figure 4 where we follow the same individuals that were on pension in 2005. The development of their poverty status is longitudinally followed 2005 to 2008. As is evident in the graph, three countries (Finland, Ireland and Sweden) display an increasing trend in poverty rates, in some other countries (Austria, UK, Belgium, the Netherlands) there is no clear trend, while in (Norway) France, Greece, Portugal and Spain the poverty rates have declined from the initial level. The trends are linked to economic cycles and the indexation of pension rights.

Figure 4 Development of poverty rates (%) among those who were on pension in 2005 (data for 2005 to 2008)



Poverty rates in 2005-2008 for pensioners in 2005. Liberal



Graphs by ctr

Poverty rates in 2005-2008 for pensioners in 2005. Sou Eur



Graphs by ctr

Due to improved availability of intergenerational data we can inspect intergenerational transmission of welfare. From the social justice perspective this opens new possibilities to discuss of justice: one important indicator of the Rawlsian openness is the correlation of incomes between children and their parents. The lower the association the more open the society is. The Nordic countries are not as open societies as they perhaps would like to be. But they may be less closed than some other countries. The intergenerational income correlation is highest in the U.K. (.50) and in the U.S. (.47), while it is lowest in Denmark (.15), Norway (.17), Finland (.18), and Canada (.19). Sweden is somewhat lagging behind her Nordic neighbours ($r=.27$) but displaying clearly lower coefficients than the continental France (.41) and Germany (.32). (Jäntti & al. 2006; Corak, 2006)

The educational system is crucial when explaining how strongly the parental background is inherited (Esping-Andersen, 2009). According to the educational achievements results from PISA, the family background explains 11% of the pupils' achievements in the Nordic countries, 16% in Central Europe, 14% in Liberal cluster, and 14% in the Southern and post-socialist countries, but the means conceal a substantial intra-regime variation, e.g. the numbers are low for Finland and Norway (7–8%) but comparatively speaking high for Denmark and Sweden (13–14%). Maintaining educational equality is a challenging task given the important role of private schools in Denmark and the expansion of private elite education in Sweden. The private school system plays minor role in Finland and Norway. In all countries we can detach effects of intra-generational transmission of educational attainment and in that sense no country fulfils the Rawlsian principle of open society but some countries are less closed than some others

http://www.oecd.org/pages/0,3417,en_32252351_46584327_1_1_1_1_1_1_1,00.html.

To combat the detrimental effects of poor childhood conditions it is important to invest in children early (Esping-Andersen, 2009; OECD, 2001b and 2006). Kinder gardens, pre-schools and primary education are investments in future. The idea is not new. Already in the 1930 a Swedish social democratic politician Alva Myrdal demanded that childcare was arranged collectively (Hirdman, 1989). Collective, public day care was seen to fulfil objectives of equality: children with different backgrounds were given equal chances. Child care provision accessible to everybody should provide a means of compensation for children with scarce resources at home. On the UNICEF child welfare index the four Nordic countries, the Netherlands and Switzerland are the six best performers (UNICEF, 2007).

The inspection of poverty and income mobility – be they short- or long-term – gives a relatively-speaking a good testimony of the Nordic countries. In fact, the Nordic welfare state has been well-suited to meet the 'old social risks' but it is perhaps not that distinctively good to combat 'new risks' of single parenthood, one person households, youth poverty etc. (Fritzell, Bäckman and Ritakallio,

2012). There also are problems in integrating immigrants into the labor markets and in that respect the liberal countries are doing better (Esping-Andersen, 2009: 129). There are also signs that educational attainments and educational skills among immigrant children are substantially lagging behind of those of natives. Thus, in the years to come, the Nordic countries may need to invest more on the integration of certain groups of immigrant children in kinder gardens, preschools and schools if emerging inequalities are not to expand.

Social services and employment

Universal, tax-financed social services are from many points of view a corner stone in the Nordic model. First, high quality child-care and school services provide equal possibilities for all children. Second, universal access to health care is essential for population health and well-being. Third, home service helps the elderly to live longer in their own homes and, if needed, institutional care is given in service homes. Fourth, public services are important from the employment and gender equality perspectives. Child-care gives possibilities for both genders to equally participate in paid labour and parenthood. In the Nordic countries the universal child care is most important facilitator for this goal.

However, when it comes to the utilization of public day-care, the Nordic countries display different trajectories (Meager and Szebehely, 2012). Whereas child care take-up rate among small children is about 90% in Denmark, Norway and Sweden, it is 45% in Finland. The explanation is home care allowance that is paid to those parents who either take themselves care of their children or use private providers. Most families choose the home care option and, consequently, the labour force participation of Finnish mothers with small children is as low as the Southern European levels at around 50%. In the other Nordic countries the maternal labour force participation rates are close to those of fathers. The Nordic picture becomes more homogenous if we look at mothers who have school-aged or older children. Now the Finnish female labour force participation rates are the highest in the OECD hemisphere (81%). Thus, the overall employment activity is high in all Nordic countries (including Finland): 73% for women and 78% for men. The corresponding numbers for Central Europe are 62% and 74%; for the Liberal regimes 63% and 78% and for the Southern European countries 56% and 77% (Hussain, Kangas and Kvist, 2012: 125).

The example of home care allowance indicates that policies can make a huge behavioural difference: home care allowance may be good from some points of view but there are clear class- and culture-related patterns in the utilization of care allowance. Working-class and immigrant mothers are more prone to use the possibility, which in turn, may jeopardize the equalizing efforts the educational system has as its overarching goal (see Meagher and Szebehely, 2012).

In all the Nordic countries there is a trend towards marketization and privatization of public services. With the motivation of choice, quality and efficiency private kinder-gardens and schools, private hospitals and elderly care institutions are gaining ground (Kautto, 2010; Kvist & Greve 2011). The development may nullify the Nordic ethos of equal treatment regardless of the thickness of the wallet. For-profit providers may offer good “products” for the “good” customers who can pay. The question is about the delicate balance between economic profit and good care. There are some warning examples how firms maximizing profits to their investment capital owners on Cayman Islands may neglect the principle of good care in Stockholm.

Subjective welfare

Francis Fukuyama (1995, 7) argues that “... a nation’s well-being, as well as its ability to compete, is conditioned by a single, pervasive cultural characteristic: the level of trust inherent in society.” This means that the level of trust has consequences for economic performance as well as for individual well-being. The Nordic countries are high-trust societies and despite their strong welfare states and heavy tax burdens – often said to be poison to competitiveness – they are doing well in economic terms: they are prosperous, have laborious populations, balanced budgets, low public debts and according to the global competitiveness indices (<http://gcr.weforum.org/gcr2011>) they occupy top positions in the list of competitive countries (in 2011 Sweden occupies the third position, Finland is number 4, Denmark 8 and Norway 16).

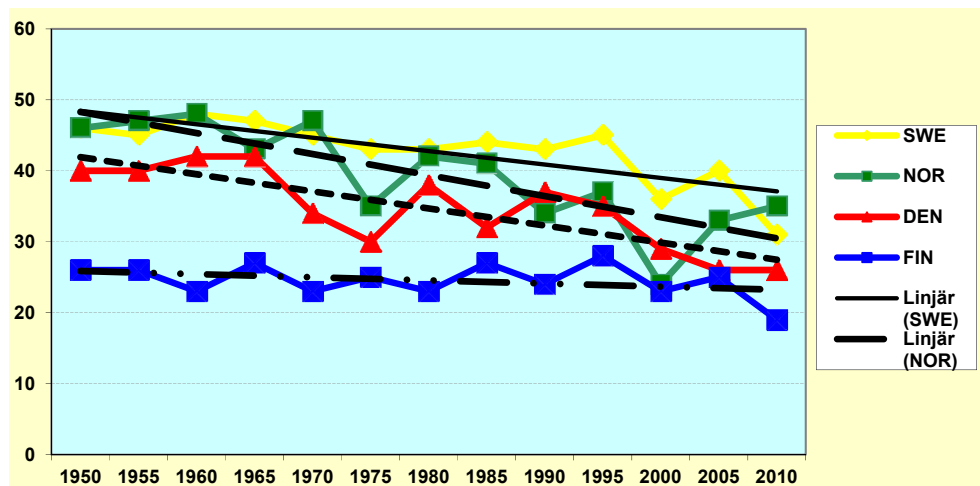
In the international debate on welfare there is a shift from money-based measures towards more subjective indicators of well-being, and consequently, e.g. EU-SILC and European Social Survey offer lots of material on subjective well-being. For space considerations we discuss only one dimension of them: general life satisfaction that is often regarded as the most important welfare indicator. According to the European Social Survey, the mean for the Nordic cluster is 8,0 which the highest regime mean (the scale goes 0=extremely dissatisfied to 10=extremely satisfied). Furthermore, the within regime variation is the smallest one ($\delta = 1.6$). The corresponding life-satisfaction scores for the other welfare clusters are 7.1 ($\delta = 2.1$) for the Liberal, 7.2 for the Continental European ($\delta = 2.1$), 6.9 ($\delta = 2.2$) for the Southern European, and as low as 5.8 ($\delta = 2.5$) for the East European cluster. (Fridberg and Kangas, 2008). Not only is the general life-satisfaction high among people from the Nordic countries, but also when it comes to the various aspects of trust the story is very much the same. The Nordic countries display high degrees of trust in all dimensions (trust in their national institutions and in their country wo/men). There seems to be a

‘good circle’ between the Nordic welfare model, social trust and various subjective measures of welfare.²

Eroding social democracy?

The Nordic welfare state has often been labelled as the Social Democratic welfare state. Historically speaking there may be some truth in this label. The Social Democratic parties have been historically very strong in Scandinavia. Up to the early 1970s Social democrats collected 40%–50% of the votes in national elections. The Finnish SDP has been weaker than its Western sister parties (getting 25%–35% of the votes) but together with the Communist party they have occasionally had absolute socialist majority at the Finnish parliament. Those days are gone and the social democratic appeal seems to be fading out: in the latest elections social democrats’ share of the votes were 31% in Sweden, 35% in Norway, 25% in Denmark and as low as 19% in Finland and neither do the latest opinion polls promise any rosy picture in the future. The question is whether the Nordic social democracy has been too successful in building their welfare state, the mission is completed and for the time being there are no signs of a new and appealing mission.

Figure 5 The share of Social democratic parties in the Nordic parliaments 1950–2010



² Health is one welfare component where the Nordic model is not doing that well.

Not only is the old political back-bone of the Nordic model losing its importance but there are substantial changes in the labour market relationships. During the formative period of the welfare state the social partners participated in the making of social policy, not least pensions (see e.g. Kangas, Lundberg and Ploug, 2010). In the pace of globalization the employers have acquired upper-hand vis a vis employees and they are willing to replace previous central-level negotiations by local agreements, which decreases possibilities for such “solidaristic” wage and social policies that was a Nordic trade mark during the hey-day of welfare social democracy. It remains to be seen how these shifts in the power-balance between political parties and social partners will be mirrored in the construction and basic principles of the Nordic welfare state. Geographically speaking, the Nordic model will always be ‘Nordic’ but in the future it definitively will be less ‘social democratic’.

Growth to the limits?

In his research project “Growth to the limits” Peter Flora (1984–86) anticipated that the welfare state growth is over. Whereas in many countries the welfare state is expanding (social services, in particular, are developing in Southern and Central Europe) the Nordic countries since the 1980s display a downward trend in spending (http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SOCX_AGG). The same goes for gross tax rates that used to be very high in Scandinavia. The overall tax rates reached their culmination (about 50% in Denmark and Sweden; 47% in Finland and 45% in Norway; cf. the OECD average 36%) by 2000 and since then the rates have gone down by ca. five percentage points. However, given the greying population and increasing age-based expenditure there are pressures to increase taxes. The problem is that the global tax-competition may circumvent possibilities to increase taxes. Also the shifts in political power limits tax increases, and if taxes are used to finance responses to the growing needs, most probably there the incidence of taxes will be shifted. While the socialist parties traditionally have supported progressive taxation, the bourgeois parties have favoured flat-rate and consumption taxes. The non-socialist tax policies may result in increases of consumption taxes combined with higher user fees on various social services. This development would eat up redistributive effects of taxation and thereby increase income inequalities. When it comes to income transfers the generosity may be target of austerity measures, pensions are the most obvious target for restructuration. In all transfer schemes we will see increased conditionality – which is linked to the growing efforts to streamline income transfer schemes to make them more employment friendly – which again, is more from the non-socialist political dictionary than from the traditional social democratic vocabulary.

Concluding remarks

By way of conclusion we discuss if challenges make the Nordic welfare model unsustainable or obsolete. The premise is that if the Nordic countries cannot maintain their previous welfare model, it seems unlikely that the model is sustainable elsewhere either. Indeed, the days of the Nordic welfare model has been numbered ever since it was first talked off. However, the diagnosis of the malaise has changed (Esping-Andersen, 1996, Jæger and Kvist, 2003). For the 2010s the list of challenges includes not least demographic change and its spill-over effects on economic sustainability and political dynamics.

Demographic changes are perhaps the biggest challenge to the Nordic welfare model. Because the Nordic welfare model is heavy on services and has a wide range of universal cash benefits the need for everybody in work is pertinent. With ageing populations the need increases for more social and health services at the same time as there are fewer persons in their working active age who can staff and finance those services. Already now municipalities who are largely responsible for the social services witness their elderly care workers retire and their tax base diminish due to not only economic crisis but also relative fewer working aged.

Ethnicity issues make up another set of demographic challenges, i.e. integration of persons from other countries, migration flows and levels of solidarity in national populations. Because of generally lower labour market participation rates among persons from third countries, especially women, much of the active labour market policies in recent years have been on integration such groups into the labour market. There have also been national debates in the Nordic countries of whether the universal, generous benefits would attract people from other countries interested in such benefits at the same time as making insiders in the Nordic labour market move abroad to avoid high(er) taxes to finance the social benefits. Primarily Denmark has led such fears result in lower minimum income benefits (although these were raised again after a change of government in 2011).

Is the support for universal welfare only possible in small and homogenous populations where benefits are for “us”? Does cultural and ethnic heterogeneity hollow out universalism? While empirical results show that Americans in particular are sensitive to in-group “us” and out-group “them” distinction, the Nordic attitudes are not that much affected by the dyadic division, therefore, the increasing ethnic diversity does not directly constitute a threat to the Nordic welfare state (Finseraas, 2012: 39). However, the impact may be indirect. Given the high level of unemployment among immigrants the in-group and out-group distinction may begin to play its role (Albrekt Larsen, 2012). In fact, populist parties using anti-immigration banderols take a substantial share of votes in the

Nordic countries: about 20% in Denmark, Finland and Norway and about 5% in Sweden.

Is the special Nordic passion for equality (Graubard, 1987) on the wane? Recent research (Jaeger, 2012) shows that the love of the Nordic people to their welfare state is as passionate or as luke-warm as elsewhere. General support for social policy in Scandinavia is high but not necessarily stronger than in Continental European countries but stronger than in the Liberal countries.

Our results indicate that it still is possible to talk about a welfare model consisting of the Nordic countries. The Nordic welfare model today is less universal, less generous and more conditional than it was twenty years ago. However, the Nordic welfare model is still distinct and fares well in comparison with other welfare state models on most dimensions of welfare. Poverty and inequality rates are low, income mobility – be it short-term or inter-generational – is high, all this combined with high level of subjective welfare. This is very much in line with the basic Nordic ideas how the state should work: it should provide individuals with resources to master their own lives. Whether the Nordic welfare model can continue to do so seems to be as much a question of political decisions than harsh economic or social realities.

References:

Alber, J. (1981). *Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat*. Frankfurt a.M.: Campus.

Albrekt Larsen, C. (2012). Ethnic heterogeneity and public support for welfare: Is the US experience replicated in Britain, Sweden, and Denmark? A paper presented at the 9th annual ESPAnet conference, Valencia, 8–10 September.

Alestalo, M. and Kuhnle, S. (1987). The Scandinavian Route: Economic, Social, and Political Developments in Denmark, Finland, Norway and Sweden. In R. Erikson, E.J. Hansen, S. Ringen and H. Uusitalo (eds.). *The Scandinavian Model. Welfare States and Welfare Research*. New York: M.E. Sharpe, pp. 3–38.

Allardt, E. (1986). The civic conception of the welfare state in Scandinavia', in R. Rose and R. Shriatori (eds.). *The Welfare State. East and West*. New York: Oxford University Press, pp. 107–25.

Christiansen, N.F., Petersen, K., Edling, N. and Haave, P. (2005). *The Nordic Model of Welfare*. Copenhagen: Museum Tusculanum Press.

Corak, M. (2006). Do Poor Children Become Poor Adults? Lessons from a Cross Country Comparison of Generational Earnings Mobility. *Research on Economic Inequality*, 13 no. 1: 143–188.

Esping-Andersen, G. (1990). *Three Worlds of Welfare Capitalism*. London: Polity Press.

Esping-Andersen, G. (2009). *The Incomplete Revolution. Adapting to women's new roles*. Cambridge: Polity Press.

Ferrera, M. (2010). The South European Countries. In F. Castles, S. Leibfried, J. Lewis, H. Obinger and C. Pierson (eds.) *The Oxford Handbook of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, pp. 616-629.

Finseraas, H. (2012). Anti-immigration attitudes, support for redistribution and party choice in Europe. In J. Kvist, J. Fritzell, B. Hvinden and O. Kangas (eds.). *Changing social equality: The Nordic welfare model in the 21st century*. Bristol: Policy Press, pp. 23-43.

Flora, P. (1986). *Growth to Limits: The Western European welfare states since World War II*. Berlin: De Gruyter.

Fridberg, T. and Kangas, O. (2008a). The welfare state, poverty and social exclusion. In Heikki Ervasti, Torben Fridberg, Mikael Hjerm & Kristen Ringdal (eds.): *Nordic attitudes in a European perspective*. Cheltenham: Edward Elgar, pp. 22-47.

Fridberg, T. and Kangas, O. (2008b). Social capital. In H. Ervasti, T. Fridberg, M. Hjerm and K. Ringdal (eds.): *Nordic attitudes in a European perspective*. Cheltenham: Edward Elgar, pp. 65-85.

Fritzell, J. Bäckman, O. and Ritakallio, V-M. (2012). Income inequality and poverty: do the Nordic countries still constitute a family of their own? In J. Kvist, J. Fritzell, B. Hvinden and O. Kangas (eds.). *Changing social equality: The Nordic welfare model in the 21st century*. Bristol: Policy Press, pp. 165-185.

Fukuyama, Francis (1995): *Trust: The social virtues and the creation of prosperity*. London: Penguin Books.

Gornick, J. and Jäntti, M. (2009). Child Poverty in Upper-Income Countries: Lessons from the Luxembourg Income Study. *LIS working papers series* - No. 509. Luxembourg: Luxembourg Income Study (LIS).

Graubard, S. (ed.) (1997) *Norden – Passion for equality*. Oslo: Norwegian University Press. Hirdman, Y. (1989) *Att lägga livet till rätta – studier i svensk folkhemspolitik* Stockholm: Carlssons.

<http://gcr.weforum.org/gcr2011> (retrieved 20. Nov. 2011)

- Hussain, A., M., Kangas, O., and Kvist, J. (2012). Welfare state institutions, unemployment and poverty. In J. Kvist, J. Fritzell, B. Hvinden and O. Kangas (eds.). *Changing social equality: The Nordic welfare model in the 21st century*. Bristol: Policy Press, pp. 119-142.
- Jæger, M.M.(2012). Do we all (dis)like the same welfare state? Configurations of public support for the welfare state in comparative perspective. In J. Kvist, J. Fritzell, B. Hvinden and O. Kangas (eds.). *Changing social equality: The Nordic welfare model in the 21st century*. Bristol: Policy Press, pp. 45-68.
- Jæger, M. M. and Kvist, J. (2003). Pressures on State Welfare in Post-industrial Societies: Is More or Less Better? *Social Policy & Administration*, 37(6), pp. 555-72.
- Jäntti, M., Bratsberg, B., Røed, K., Raaum, O., Naylor, R., Österbacka, E., Björklund, A. and Eriksson, T. (2006). American Exceptionalism in a New Light: A Comparison of Intergenerational Earnings Mobility in the Nordic Countries, the United Kingdom and the United States.” Discussion Paper 1938. Institute for the Study of Labor: Bonn, Germany.
- Jäntti, M. And Danziger, S. (2000). Income poverty in advanced countries. In A.B. Atkinson and F. Bourguignon (eds.). *Handbook of Income Distribution*. Amsterdam: Elsevier, pp. 309-378.
- Kangas, O., Lundberg, U. and Ploug, N. (2010). Three Roads to Pension Reform: Politics and institutions in Reforming Pensions in Denmark, Finland and Sweden. *Social Policy and Administration*, Vol. 44 (2010): 3, 265-284.
- Kangas, O. and Palme, J. (eds.) (2005). *Social Policy and Economic Development in the Nordic Countries*. Palgrave & MacMillan: Houndsmills.
- Kuivalainen, S. and K. Nelson (2012). Eroding minimum income protection in the Nordic countries. In J. Kvist, J. Fritzell, B. Hvinden and O. Kangas (eds.). *Changing social equality: The Nordic welfare model in the 21st century*. Bristol: Policy Press, pp. 69-87.
- Kvist, J. 2002. Changing rights and obligations in unemployment insurance. In R. Sigg and C. Behrendt (eds.), *Social Security in the Global Village*. Brunswick: Transaction Publishers, pp. 227-245.
- Kvist, J. (2007). Fuzzy set ideal type analysis. *Journal of Business Research*, 60(5), pp. 474-81.
- Kautto, M. (2010). The Nordic Countries. In F. Castles, S. Leibfried, J. Lewis, H. Obinger and C. Pierson (eds.) *The Oxford Handbook of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, pp. 586-600.

Korpi, W (1980). Social Policy and Distributional Conflict in the Capitalist Democracies', *West European Politics*, 3 (1980), pp. 294-316.

Korpi, W. and Palme, J. (1998). The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in the Western Countries, *American Sociological Review* 63 (1998), pp. 661-87.

Kuusi, P. (1964). *Social policy for the sixties*. Helsinki: Finnish Social Policy Association.

Meager, G. and Szebehely, M. (2012). Equality in the social service state: Nordic child care models in comparative perspective. In J. Kvist, J. Fritzell, B. Hvinden and O. Kangas (eds.). *Changing social equality: The Nordic welfare model in the 21st century*. Bristol: Policy Press, pp. 89-117.

Myrdal, G. (1960). *Beyond the Welfare State: Economic Planning and Its International Implications*. London: Duckworth.

Nelson, K. (2003). Fighting Poverty: Comparative Studies on Social Insurance, Means-tested Benefits and Income Redistribution. Stockholm: *Dissertation Series No. 60. Swedish Institute for Social Research*.

OECD, 2001a. *Employment outlook*. Paris: OECD.

OECD, 2001b, *Starting Strong: Early Childhood Education and Care*. Paris: OECD.

OECD 2006, *Starting Strong II: Early Childhood Education and Care*. Paris: OECD.

OECD (2008). *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*. Paris: OECD.

OECD (2011a). *How's life. Measuring well-being*. Paris: OECD.

OECD (2011b). <http://www.oecd.org/dataoecd/29/55/2079296.pdf> (retrieved 10 November 2011).

OECD (2011c). Social Expenditure. http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SOCX_AGG (retrieved 10 November 2011).

Okun, A. (1975). *Equality and Efficiency: The Big Trade Off*. Washington: Brookings.

Rawls, J. (1971). *A theory of social justice*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Rawls, J. (1996). *Political liberalism*. New York: Columbia University Press.

Smeeding, T. (2005). Government Programs and Social Outcomes: The United States in Comparative Perspective. *LIS working papers series* – No. 426. Luxembourg: Luxembourg Income Study (LIS).

Svallfors, S. (1989). *Vem älskar välfärdsstaten?: attityder, organiserade intressen och svensk välfärdspolitik*. Lund: Arkiv.

Titmuss, R. (1974). *Social Policy: An Introduction*. London: Allen & Unwin.

UNICEF (2007). *The State of the World's Children 2007*. New York: UNICEF.

Wang, C. and Caminada, K. (2011). Disentangling Income Inequality and the Redistributive Effect of Social Transfers and Taxes in 36 LIS Countries. *LIS Working Paper Series* – No. 567. Luxembourg: Luxembourg Income Study (LIS).

Appendix Tables

Table 1 The prevalence (%) of welfare problems in vulnerable groups in different welfare regimes in Europe in the 2000s (ESS)

Regime	Sick	Low educ	Immigrant	Unemployed	Poor	Aged	Unsafe	No, friends	Single parent	On social benefits	Mean
Suffering from loneliness											
Nordic	10.3***	10.6***	9.6*	9.6**	11.1***	14.2***	10.1***	–	9.3	12.7***	10.8
Continental	11.7***	12.6***	9.7***	10.9***	13.8***	14.8***	10.2***	–	9.1	13.8***	11.8
Anglo-S	12.1***	10.2***	7.6	11.7***	13.3***	15.4***	9.4**	–	20.8***	14.6***	12.6
Southern	18.1***	13.5***	10.2	13.4*	12.7***	17.4**	12.5**	–	17.8***	15.5***	14.6
Eastern	16.4***	13.4***	11.6	14.3***	14.7***	18.7***	12.2*	–	19.5***	16.5***	15.3
Suffering from poverty											
Nordic	15.0***	10.1	15.8***	25.4***	–	8.7	19.3***	15.1***	24.0**	16.7***	16.7
Continental	23.3***	24.3***	22.8***	42.1***	–	16.4	28.8***	28.5***	28.0***	23.7***	26.4
Anglo-S	20.6***	17.2	17.4*	42.2*	–	10.4*	23.3***	39.9***	26.6***	23.9***	24.6
Southern	51.1***	43.5***	42.4***	53.4***	–	45.6***	35.1***	40.6***	46.7***	49.1***	45.3
Eastern	50.1***	50.4***	28.8*	61.8***	–	41.7***	34.8***	51.2***	51.3***	50.2***	46.7
Suffering from sickness											
Nordic	–	35.0***	24.0	53.4***	41.1***	45.0***	38.4***	38.8***	35.2**	45.4***	39.6
Continental	–	26.8***	18.6*	47.8***	31.6**	41.0***	31.7***	32.8***	22.6	40.2***	35.6
Anglo-S	–	22.8***	17.6	47.1***	27.7***	38.5***	25.8***	28.5**	21.4	36.5***	29.5
Southern	–	23.0***	11.6*	18.6	25.0**	42.8***	21.2***	28.6**	28.4***	38.3***	26.4
Eastern	–	37.2***	43.5***	42.5***	42.3***	63.5***	38.6***	47.8**	44.1***	54.8***	46.0
Suffering from insecurity											
Nordic	19.1***	18.2***	17.5**	10.8	19.3***	21.4***	–	18.7***	14.4	19.8***	17.7
Continental	29.2***	24.8***	20.4	24.7**	28.8***	29.2***	–	26.5***	20.5	27.8***	28.0
Anglo-S	45.5***	37.4	34.4	44.4***	39.9**	41.5**	–	38.8*	42.4**	40.4***	40.5
Southern	35.1***	30.0***	24.5	31.9	35.1***	34.0***	–	32.6**	34.1**	33.2***	32.3
Eastern	33.7***	28.2***	28.4	29.0	34.8***	34.3***	–	31.0**	33.3***	33.0***	31.7
Summary of sufferings											
Nordic	14.8	18.5	16.7	24.8	23.8	22.3	22.6	24.2	20.7	23.7	21.2
Continental	21.4	22.0	17.9	31.4	24.7	25.4	23.4	29.3	20.1	26.4	24.2
Anglo-S	26.1	21.9	19.3	36.4	27.0	26.5	19.5	25.7	27.8	28.9	25.9
Southern	34.7	27.5	22.2	29.3	24.3	35.0	22.9	33.9	31.8	34.0	29.6
Eastern	33.4	32.3	28.1	36.9	30.6	40.0	28.5	43.3	37.1	38.6	34.9

Table 2 Poverty rates among pensioners. Cross section

ctr	PB010					Total
	2004	2005	2006	2007	2008	
1_Denmark	15.1	21.7	19.9	19.3		19.0
2_Finland		16.2	18.9	20.1	24.1	19.8
3_Norway		16.2	16.7	13.0	13.6	14.9
4_Sweden		9.1	12.9	15.6	18.6	14.2
5_Austria		12.0	14.3	12.4	12.8	12.9
6_Belgium		15.8	18.1	18.5	17.1	17.4
7_France	14.6	14.0	12.6	10.2		12.6
8_Germany		15.6	17.2	16.4	19.0	17.1
9_Netherlands		4.5	6.7	7.2	6.7	6.5
10_Ireland		13.1	15.8	20.3	21.6	18.4
11_U.K.		30.7	29.8	30.5	31.2	30.5
12_Greece	25.7	24.1	22.4	21.9		23.5
13_Italy		17.8	16.2	16.4	15.8	16.6
14_Portugal		20.7	21.7	23.3	21.0	21.7
15_Spain		25.5	22.5	20.7	22.4	22.7
Total	16.5	18.9	18.4	17.8	19.8	18.6

Särreglering och exkludering i svensk sociallagstiftning: En lägesöversikt



Julia Boguslaw

Institutet för social forskning, Stockholms universitet

1 Inledning

Alltsedan 1968 års socialförsäkringsreform finns i Sverige en uttalad jämlikhetssträvan och en princip om allas rätt till välfärdstjänster.¹ Trots detta görs åtskillnad mellan olika kategorier av invånare på de sociala rättigheternas område. Rätt till välfärdsförmåner beror på prestation på arbetsmarknaden, vistelsetid i landet och tidigare medborgarskap och i praktiken finns därför grupper i det svenska samhället som inte har tillgång till de sociala förmåner som andra har. Denna text klarlägger hur sociallagstiftningen förändrats med avseende på utländska medborgares och de utrikesföddas tillgång till socialförsäkringar i Sverige. Vilka är och har tidigare varit skillnaderna i social trygghet för personer med olika födelseland? Vilka rättigheter är förbehållna vissa

¹ År 1968 antog riksdagen nya riktlinjer för utlänningspolitiken och invandringen reglerades. De nya riktlinjerna slog fast att invandrare skulle ha möjlighet att leva på samma standard som den inhemska befolkningen. Dessutom infördes i lagen ett jämlikhetsmål.

invånare? En detaljerad undersökning av socialförsäkringarnas alla delar ligger utanför ramarna för denna presentation. Syftet är att göra en lägesöversikt baserad på existerande forskning och lämna några frågor till framtida forskning. Tyngdpunkten ligger på de delar av socialförsäkringen där särreglering förekommer med avseende på individers medborgarskap, vistelsetid i Sverige och prestation på arbetsmarknaden. Särskilt intresse ägnas åt ålderspensionsförsäkringen, som utgör en central del av socialpolitiken.

Utgångspunkten är svenska lagar och internationella konventioner som Sverige ratificerat på socialförsäkringsområdet sedan 1950-talet. Första delen redogör för dessa före och efter Sveriges medlemskap i EES år 1994. Därefter följer en diskussion om utländska medborgares möjlighet att få tillgång till sociala förmåner utifrån nuvarande ålderspensionsförsäkring och i vilken mån det finns grupper som helt eller delvis exkluderas ur socialförsäkringen samt några slutsatser.

2 Internationella konventioner om socialförsäkringar

2.1 Socialförsäkringskonventioner 1930–1993

På 1930-talet var nästan alla sociala rättigheter förbehållna svenska medborgare och utländska medborgare hade begränsad tillgång till sociala förmåner.² På 1950-talet tillkom sociala förmåner i fråga om folkpension för en del men inte alla utländska medborgare. Bakgrunden till det förstärkta skyddet var tillkomsten av internationella överenskommelser som främjade likställdhet mellan utländska medborgare och ländernas egna medborgare. År 1953 ratificerades tre olika överenskommelser inom Europarådet, som bl.a. innebar att medborgare i andra fördragsslutande stater i vissa avseenden skulle likställas med landets egna medborgare.³ Överenskommelserna gällde främst sociala rättigheter och förmåner.⁴ I slutet av 1960-talet förankrades jämlikhetsidealet i socialförsäkringarna i Sverige och genom 1968 års riktlinjer slogs det fast att invandrare skulle ha möjlighet till likvärdig social levnadsstandard med den inhemska befolkningen.⁵

² SFS 1946:431 och SFS 1959:291. Se även Boguslaw (2012) (kommande) för en mer utförlig genomgång.

³ SÖ 1955:31, SÖ 1955:32 och SÖ 1955:33.

⁴ Överenskommelserna innehöll även särskilda bestämmelser beträffande flyktingar.

⁵ Prop. 1978/79:75. Se lag (1962:381) om allmän försäkring.

Utländska medborgares sociala rättigheter i Sverige, bl.a. rätten till folkpension, reglerades främst genom bilaterala och multilaterala avtal med andra länder. I tabell 1 och 2 redovisas länder vars medborgare hade rätt till socialförsäkringsförmåner i Sverige vid årsskiftet 1976/77. Avtalen skiljde sig åt med avseende på kvalifikationstider och vissa utländska medborgare hade mer förmånliga villkor än andra. För medborgare i något av länderna redovisade i tabell 1 gällde grundprincipen att de likställdes med svenska medborgare i fråga om rätt till socialförsäkringsförmåner. De hade bl.a. rätt till folkpension under förutsättning att de uppfyllde samma krav som gällde för svenska medborgare och att de hade varit bosatta i Sverige under en viss kvalifikationstid.⁶

Tabell 1 Länder som omfattades av den provisoriska europeiska överenskommelsen vid årsskiftet 1976/77

Medborgarskapsland
Belgien
Cypern
Frankrike
Grekland
Irland
Nederländerna
Turkiet
Förbundsrepubliken Tyskland

Källa: SOU 1977:46

Tabell 2 Länder som omfattades av konventioner mellan Sverige och annat land vid årsskiftet 1976/77

Medborgarskapsland	Datum
Schweiz	17 december 1954
Italien	25 maj 1955
Danmark	15 september 1955
Norge	15 september 1955
Finland	15 september 1955
Island	15 september 1955
Storbritannien	9 juni 1956
Jugoslavien	5 juli 1968
Österrike	11 november 1975

Källa: SOU 1977:46

⁶ En medborgare i ett land som var anslutet till överenskommelsen hade rätt till folkpension i Sverige i samma omfattning som svenska medborgare under förutsättning att han eller hon efter 20 års ålder hade uppehållit sig i Sverige i sammanlagt minst 15 år, hade varit stadigvarande bosatt i Sverige under minst fem år i oavbruten följd omedelbart före ansökan om pension och därefter fortsatt att vara stadigvarande bosatt i Sverige (SOU 1977:46, s 149).

Medborgare i länder redovisade i tabell 2 var genom särskilda konventioner tillförsäkrade rätt till folkpension i Sverige på fördelaktigare villkor än dem som omfattades av den europeiska konventionen.⁷ Det fanns emellertid utländska medborgare som stod helt utan sociala rättigheter. Se tabell 3 för några exempel på länder med vilka Sverige inte hade något avtal vid årsskiftet 1976/77 och från vilka länder ett inte oväsentligt antal medborgare var bosatta i Sverige.

Tabell 3 Exempel på länder som inte omfattades av någon internationell överenskommelse vid årsskiftet 1976/77 (ej konventionsskyddade utländska medborgare)

Medborgarskapsland
Chile
Indien
Iran
Marocko
Polen
Portugal
Spanien
Tjeckoslovakien
Ungern
USA

Källa: SOU 1977:46

Pensionsreformen 1979 innebär att en person som inte var svensk medborgare, men som var bosatt i Sverige, var berättigad till folkpension på samma villkor och med samma tilläggsförmåner som en svensk medborgare i form av ålderspension, förtidspension eller handikappersättning, familjepension och vårdnadsbidrag för barn om han eller hon uppfyllde vissa krav på bl.a. vistelsetid.⁸ Trots den nya reformen var bilaterala avtal fortfarande viktiga eftersom de i många fall innebar mer förmånliga villkor gällande bl.a. kvalifikationstider och omfattade fler personer och förhållanden. Därutöver innebär de en möjlighet för utländska medborgare att få folkpension från Sverige efter flyttning till ett annat land, vilket annars inte reglerades i svensk lag.⁹ Åren efter pensionsreformen ingick Sverige nya avtal med en rad olika länder, som bl.a. innebär att en person som inte längre var bosatt i Sverige men som hade förvärvsarbetat i Sverige och tjänat in en tilläggs pension hade rätt till folkpension och ATP (allmän tilläggs pension) även efter flyttning till ett annat land. Storleken på folkpensionen var i

⁷ Villkoren i fråga om bosättningstid varierade mellan de olika konventionerna. För rätt till ålderspension för medborgare i Italien och Jugoslavien krävdes t.ex. minst fem års oavbruten bosättning i Sverige omedelbart före ansökan om pension samt en sammanlagd bosättningstid av minst 15 år efter 18 års ålder (SOU 1977:46, s 149).

⁸ Sjögren Lindquist & Wadensjö (2005), s 147.

⁹ Ohlson (2008), s 4.

dessa fall beroende av antalet poängår inom ATP och full folkpension utgick till den som erhöll ATP baserad på 30 poängår. År 1993 infördes ett nytt system för beräkning av folkpension. Enligt de nya reglerna skulle samma regler gälla för svenska och utländska medborgare vid intjänande av folkpension. Däremot gavs enbart svenska medborgare rätt att exportera folkpension vid bosättning utomlands. För full folkpension krävdes minst 40 års vistelsetid i Sverige mellan 16 och 64 års ålder eller minst 30 år med intjänade ATP-poäng. För personer med färre bosättningsår reducerades pensionen med 1/40 för varje år som saknades. För rätt till folkpension krävdes minst 3 års bosättning.

2.2 Gemensam nordisk arbetsmarknad

Nordiska medborgare har i regel erhållit fördelaktigare villkor i Sverige än medborgare i andra länder. År 1955 ingick Sverige en konvention om social trygghet för medborgare i Danmark, Finland, Island och Norge, som innebar att en medborgare i ett nordiskt land efter en vistelsetid av minst 5 år kunde erhålla ålderspension i det land där han eller hon var bosatt.¹⁰ 1981 och 1993 samordnades pensionssystemen inom Norden genom nordiska konventioner.¹¹ För rätt till ålderspension krävdes enligt 1981 års konvention minst tre års oavbruten bosättningsstid.¹² 1993 års revidering innebar att personkretsen utvidgades och den nya konventionen omfattade (med undantag i fråga om vissa förmåner) alla bosatta i Norden. Enligt 2004 års nordiska konvention är nordiska medborgare helt likställda med svenska medborgare i fråga om garantipension efter en vistelsetid av i regel tre år.

2.3 EES-lagstiftning

Med anledning av Sveriges inträde i Europeiska samarbetsområdet (EES) den 1 januari 1994 upphörde flertalet bilaterala avtal, som reglerade frågan om social trygghet för utländska medborgare som bodde eller vistades i Sverige eller svenska medborgare som bodde eller vistades utomlands att gälla. EU:s regler om social trygghet regleras främst i förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpning av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen och förordning (EEG) nr 574/72 om tillämpning av förordning 1408/71.¹³ Syftet med konventionen är att genom samordning av medlemsländernas förmånssystem tillförsäkra att personer som rör sig mellan medlemsländer är försäkrade i något land och att undvika uppkomsten av dubbelförsäkring. Det är dock upp till varje medlemsland att besluta

¹⁰ SFS 1956:491 och SÖ 1955:50.

¹¹ SFS 1981:1284 och SFS 1993:1529.

¹² Prop. 1980/81:152.

¹³ I vissa fall kan tredjelandsmedborgare omfattas av (EEG) förordning 1408/71 (Försäkringskassan Vägledning 2004:11 Version 3, s. 24).

om vilka förmåner som skall ingå i respektive lands försäkring, hur de skall beräknas och vilka kriterier och avgifter som skall gälla förutsatt att de inte verkar diskriminerande mot andra EU-medborgare. EU:s sociallagstiftning omfattar förmåner gällande sjukdom, faderskap och moderskap, olycksfall i arbetet, arbetssjukdomar, invaliditet, ålderdom m.m. EU har ingått särskilda avtal om likabehandling med en rad länder i Europa, Afrika och Mellanöstern.

**Tabell 4 Länder med vilka Sverige hade ett avtal
om social trygghet i december 1993**

Land
Övriga nordiska länder
Samtliga EG-länder utom Irland och Belgien
Israel
Jugoslavien
Kanada
Marocko
Schweiz
Turkiet
USA
Österrike
Kap Verde
Québec (kanadensisk provins)
Ungern
Algeriet
Australien
Polen
Estland

Källa: SOU 1993:115

År 1999 trädde en ny svensk socialförsäkringslag i kraft som innebar att socialförsäkringen delades in i en bosättningsbaserad och en arbetsbaserad försäkring. Ändringen innebar att alla personer, oberoende av medborgarskap, kunde få uppbära ATP-grundad folkpension vid bosättning utomlands. I den svenska lagstiftningen om socialförsäkring skulle det inte längre finnas särregler för svenska medborgare och varken svenskt medborgarskap eller inskrivning hos försäkringskassan skulle längre vara ett försäkringsvillkor. Särskilda regler kom att gälla för EES-medborgare och personer som omfattades av (EEG) nr 1408/71 samt medborgare som omfattas av en bilateral överenskommelse. I tabell 5 redovisas de länder med vilka Sverige ingått avtal om social trygghet efter 1993. Vissa länder i tabell 4 och 5 har senare blivit EU-medlemmar.

Tabell 5 Länder med vilka Sverige ingått ett avtal om social trygghet efter december 1993

Medborgarskapsland	Datum
Chile	1 januari 1996
Österrike	1 juli 1997
Turkiet	1 februari 2002
Bosnien-Hercegovina	23 maj 2002
Jugoslavien	20 januari 2003
Kanada	1 april 2003

2.4 Exkludering och särreglering i dag

Ålderspensionsförsäkringen berör i princip alla invånare i Sverige och har stor betydelse för individens inkomst i livets senare skede. Tillgängligheten till sociala förmåner i ålderspensionsförsäkringen bygger i dag både på antal bosättningsår och antal år i arbete (inkomsterna från arbete). Uteslutande mekanismer i form av etnisk diskriminering, bristande kunskaper i specifikt humankapital, bristande kunskaper i svenska samt bristande tillgång till informella nätverk gör det svårare för en del personer att etablera sig på den svenska arbetsmarknaden. Långt ifrån alla har varit bosatta i Sverige i minst 40 år som krävs för en hel garantipension, och graden av arbetsmarknadsintegration får via inkomstpensionen konsekvenser för individer livet ut.¹⁴ Med en allt större betoning på arbetslinjen blir gapet mellan utrikesfödda och personer födda i Sverige allt större i fråga om social trygghet och arbetsmarknadsintegrationen blir avgörande för en individs levnadsstandard.

Forskning (Sjögren Lindquist & Wadensjö 2010) visar att det finns stora skillnader i pensionsutfall dels mellan utrikes födda och personer födda i Sverige, dels mellan olika grupper av utrikesfödda.¹⁵ Rapporten *Varning för låg pension* visar att utrikesfödda personer i genomsnitt erhåller en lägre pension än svenskfödda och att skillnaden ökar över tid. Särskilt utsatta är personer som invandrat till Sverige i vuxen ålder. Förutsättningarna för att tjäna in en pension i nivå med den för en genomsnittlig svenskfödd invånare är sämre för personer som flyttat senare. De har det i regel svårare att etablera sig på arbetsmarknaden, och sämre förutsättningar på arbetsmarknaden medför sämre ekonomiskt skydd och pensionsutfall. Arbetslösheten och andelen utanför arbetskraften är högre bland utrikesfödda än personer födda i Sverige, 15,2 procent jämfört med

¹⁴ För en person som beviljats uppehållstillstånd som flykting eller som annan skyddsbehövande räknas som bosättningstid för garantipension även den tid under vilken han eller hon varit bosatt i sitt tidigare hemland, från och med den första ankomsten till Sverige till och med det år han eller hon fyllde 64 år. Lagen omfattar däremot inte personer som beviljats uppehållstillstånd av synnerligen ömmande omständigheter (tidigare s.k. humanitära skäl).

¹⁵ Se även ESO-rapport 2011:5 och Mikkonen (2011).

7,1 procent respektive 26,3 procent jämfört med 18,5 procent (Bilaga 4 till LU2011, tabell 2.5). Johansson (2010) undersöker vilken betydelse finansieringsformen (skattefinansierad eller avgiftsbaserad) har haft för utländska medborgares möjlighet att tillgå och exportera folkpension eller ATP. Slutsatsen är att tillgängligheten har varit större i den prestationsbaserade allmänna tilläggsförsäkringen än i den bosättningsbaserade folkpensionen.

3 Diskussion och slutsatser

Åtskillnad är en central mekanism i socialförsäkringarna. Trots jämlikhetssträvandena i slutet på 1960-talet och pensionsreformerna 1979, 1993 samt 1999 finns det fortfarande skillnader i villkor mellan olika kategorier av invånare. Syftet med denna text har varit att kartlägga hur villkoren i socialförsäkringen har förändrats över tid. För det första har kopplingen mellan medborgarskap och sociala rättigheter minskat.¹⁶ Sedan 1999 års socialförsäkringsreform har medborgarskapet helt förlorat betydelse i svensk lagstiftning, vilket innebär att det numera formellt sett råder full likställdhet mellan svenska och utländska medborgare. Det finns en internationell målsättning om likställdhet mellan medborgare inom EU. Tillgänglighet till pensionsförmåner och möjlighet att exportera pension ska vara oberoende av medborgarskap. Trots det förekommer särreglering för olika kategorier av invånare både i EES-lagstiftning och svensk sociallagstiftning. I EES-lagstiftningen görs åtskillnad mellan medborgare i länder som har en konvention med EU/EES och medborgare i länder som inte omfattas av någon konvention med EU/EES. Svensk sociallagstiftning delar in människor i olika kategorier av invånare grundat på personens juridiska ställning i landet och olika rättigheter gäller därför för nordiska medborgare, EU-medborgare och tredjelandsmedborgare. Dessutom ger lagen endast en begränsad möjlighet att exportera ATP-grundad folkpension vid vistelse i ett tredje land eller ett land som inte omfattas av EES-avtalet.¹⁷

För det andra har utvecklingen varit olika i socialförsäkringens olika delar, t.ex. vad gäller ATP och garantipension som studerats närmare i denna text. Här kan man se att utvecklingen har gått i två riktningar, dels omfattas fler av ålderspensionsförsäkringen, dels har villkoren för att få tillgång till försäkringen blivit hårdare. Täckningsgraden, d.v.s. hur många som kvalificerar sig för pensionsförsäkringen har ökat. Pensionsförsäkringen omfattar sedan 1999 års socialförsäkringsreform alla som är bosatta eller arbetar i Sverige. Dock gäller olika

¹⁶ Prop. 1998/99:119, s. 80. Se även Spång (2011), s. 30.

¹⁷ Prop. 1998/99:119, s. 81–82 och s. 146. För en utförligare beskrivning, se Johansson (2010), s. 20.

villkor för olika kategorier av invånare. Samtidigt som täckningsgraden har ökat har spridningen i ersättningsnivåerna blivit större. Olika kategorier av invånare får olika utfall i pensionsförsäkringen, vilket beror på hur de har presterat på arbetsmarknaden och hur länge de har bott i Sverige. Konsekvensen blir en dualisering av befolkningen – en grupp med arbete och sociala rättigheter och en med svag arbetsmarknadsanknytning och en begränsad tillgång till socialförsäkringarna. Den sistnämnda består av personer som diskrimineras på arbetsmarknaden, personer som kommit till Sverige i vuxen ålder eller personer som av andra skäl har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden (till exempel p.g.a. funktionsnedsättning).

Därmed diskriminerar sociallagstiftningen inte längre mellan invånare med svenskt medborgarskap och utländskt medborgarskap. Den fundamentala åtskillnaden blir i stället mellan dem som står innanför respektive utanför arbetsmarknaden och mellan dem som är födda i landet eller kommit till Sverige som unga och dem som kommit till Sverige efter 25 års ålder. Trots en ökad universalisering kvarstår därmed i allt väsentligt exkluderingsproblematiken, om än i en ny form. Uteslutande mekanismer i form av etnisk diskriminering, bristande kunskaper i specifikt humankapital, bristande kunskaper i svenska samt bristande tillgång till informella nätverk gör det svårare för många som är utrikes födda att etablera sig på arbetsmarknaden och en ökad betoning på prestation på arbetsmarknaden i socialförsäkringarna medför större skillnader i bl.a. pensionsutfall mellan svenskfödda och utrikesfödda.

Hur ser framtidens socialförsäkringar ut? Generellt sett ser vi en förskjutning från skattefinansierade till avgiftsbestämda pensioner. Pensionsförsäkringen består sedan 1999 års socialförsäkringsreform dels av en avgiftsbestämd del, dels en del som baseras på vistelsetid i Sverige (40 år för full pension), garanti-pensionen. Ålder vid ankomsten till Sverige och antalet arbetsår (arbetsinkomster) är avgörande för pensionens storlek och exkludering på arbetsmarknaden leder till skillnader i fråga om individers möjlighet att få tillgång till sociala förmåner som ålderspension. Formellt sett är socialförsäkringarna universella och omfattar i princip alla invånare i Sverige, men i praktiken finns det grupper som inte har tillgång till de sociala förmåner som andra har, vilket beror på att det görs åtskillnad på människor beroende på prestation på arbetsmarknaden, vistelsetid i Sverige och medborgarskap. Särreglering i socialförsäkringarna är därför ett ämne som inbjuder till en mer utförlig undersökning.

Referenser

Boguslaw, J. (2012) (kommande), *In- och utvandringspolitiskt kalendarium*, SULCIS.

Borevi, K. (2010), "Sverige: Mångkulturalismens flaggskepp i Norden". I G. Brochmann & A. Hagelund (red.), *Velferdens gränser*. Oslo: Universitetsforlaget.

de los Reyes, P. (2006), "Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet". I P. de los Reyes (red.), *Välfärdens gränser: ett villkorat medborgarskap i diskrimineringens skugga* (SOU 2006:37).

Elmér, E., Blomberg, S., Harrysson, L. & J. Petersson (2000), *Svensk socialpolitik*. Stockholm: Liber Förlag.

Försäkringskassan Vägledning 2004:11 Version 3, s. 24.

Hansen, P. & S. Brian Hager (2010), *The Politics of European Citizenship – Deepening Contradictions in Social Rights & Migration Policy*. Oxford: Berghahn Books.

Holzmann, R., Koettl, J. & T. Chernetsky (2005), *Portability regimes of pension and health care benefits for international migrants: An analysis of issues and good practices*, SP Discussion Paper, May 2005, Global Commission on International Migration.

Johansson, P. (2010), *Sociala rättigheter och migration. Det svenska pensions-systemet i internationella situationer 1946–1993*, Arbetsrapport/Institutet för framtidsstudier, 2010:15.

Mikkonen, M. (2011), *Internal Migration, Labour Market Integration, and Job Displacement: an Ethnic Perspective*. Doctoral dissertation, School of Business and Economics, Linnaeus University, Växjö.

Ohlson, M. (2008), *Essays on Immigrants and Institutional Change in Sweden*. Växjö: Växjö University Press.

Olli Segendorf, Å. & T. Teljosuo (2011), *Sysselsättning för invandrare – En ESO-rapport om arbetsmarknadsintegration*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2011:5.

Sainsbury, D. (2006), "Immigrants' social rights in comparative perspective: welfare regimes, forms of immigration and immigration policy regimes". *Journal of European Social Policy*, Vol. 16, s. 229–244.

Sjögren Lindquist, G. & E. Wadensjö (2005), *Inte bara socialförsäkringar – kompletterande ersättningar vid inkomstbortfall*. Rapport till Expertgruppen för Studier i Samhällsekonomi (ESS) 2005:2.

Sjögren Lindquist, G. & E. Wadensjö (2010), "Immigrants and the social security system in Sweden", Swedish Institute for Social Research, Stockholm University.

Socialförsäkringsboken 2005. Årets temadel: På gränsen till trygghet. Stockholm: Försäkringskassan.

Spång, M. (2011), "Svensk medborgarskapspolitik". I P. Bevelander, C. Fernandez & A. Hellström (red.), *Vägar till medborgarskap*. Lund: Arkiv förlag.

Varning för låg pension – En rapport om utrikesföddas pensioner, Folksam 2011.

Wadensjö, E. (2012), "Nationell migrations-, arbetsmarknads- och socialpolitik som utmaning för den europeiska arbetsmarknaden". I A.B. Engelbrekt, L. Oxelheim & T. Persson (red.), *Arbetslöshet, migrationspolitik och nationalism – hot mot EU:s sammanhållning? Europaperspektiv 2012*. Stockholm: Santérus förlag.

Prop. 1978/79:75 om vissa pensionsfrågor

Prop. 1998/99:119 Socialförsäkringens personkrets

SFS 1946:431 Lag om folkpensionering

SFS 1956:491 Kungl. Maj:ts kungörelse angående tillämpning av en mellan Sverige, Danmark, Finland, Island och Norge slutna konvention om social trygghet m. m.

SFS 1959:291 Lag om försäkring för allmän tilläggspension

SFS 1962:381 Lag om allmän försäkring

SFS 1981:1284 Förordning om tillämpning av en konvention den 5 mars 1981 mellan Sverige, Danmark, Finland, Island och Norge om social trygghet

SFS 1993:1529 Förordning om tillämpning av en nordisk konvention den 15 juni 1992 om social trygghet

SFS 1999:799 Socialförsäkringslag

SFS 2010:110 Socialförsäkringsbalk

SOU 1977:46 Pensionsfrågor m.m. Betänkande av Pensionskommittén

SOU 1992:26 Rätten till folkpension – kvalifikationsregler i internationella förhållanden

1408/71 Rådets förordning om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare och deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen

574/72 Rådets förordning om tillämpningen av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda eller deras familjer flyttar inom gemenskapen

Likabehandling i sjukförsäkringen – föreställningar som påverkar?



Ruth Mannelqvist

Juridiska institutionen, Umeå universitet

Svensk socialförsäkring baseras på grundläggande rättsliga principer om jämlikhet och jämställdhet. I grundlag framgår att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och det allmänna ska både verka för jämlikhet och motverka diskriminering på grund av exempelvis kön eller etniskt ursprung.¹ Detta regleras även i bland annat regeringens instruktion till Försäkringskassan, där det framgår att myndigheten ska integrera ett jämställdhetsperspektiv i sin verksamhet.²

I rapporter och genom statistiska beräkningar redovisar också Försäkringskassan hur kostnader i eller uttag ur socialförsäkringen fördelas utifrån kön, socioekonomisk grupp, etnisk tillhörighet med mera. Exempelvis framkommer i en rapport från år 2010 att det finns stora skillnader mellan olika yrkesgrupper avseende nyttjandet av sjukpenning under år 2008, och i rapporten påvisas en samvariation mellan socioekonomisk grupptillhörighet och sjukskrivningar.³ I en annan rapport från hösten 2011 analyseras skillnader i bifallsfrekvens inom arbetsskadeförsäkringen.⁴ Här konstaterar Försäkringskassan att beviljningen av

¹ 1 kap. 2 § regeringsformen.

² 2 § p.11 förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

³ Socialförsäkringsrapport 2010:17.

⁴ Försäkringskassan, rapport 2011-09-27. Se även Socialförsäkringsrapport 2008:3.

ersättning för arbetsskador är högre för män födda inom EU än för män från resten av världen och kvinnor födda såväl inom som utom EU. En förklaring uppges vara yrke eller arbete eftersom arbetsmarknaden i många avseenden är uppdelad i typiskt sett kvinnliga och manliga branscher eller arbetsplatser, och det finns mer vetenskaplig evidens för skadlig påverkan av arbete när det gäller typiskt sett manliga yrken. Vidare finns fler uppgifter om fritidsaktiviteter och konkurrerande skadeorsaker för kvinnor och utrikesfödda, i både medicinska underlag och Försäkringskassans utredning. I rapporten understryks också att skillnader mellan grupper av människor i samhället återspeglas i arbetsskade-försäkringen.

Synliggörande av kön, etnicitet och andra kategorier eller grupper har länge ansetts nödvändigt för att öka såväl jämlikhet och jämställdhet. Samtidigt har det under senare år också kommit att kritiseras för att dels bli deterministiskt eller oföränderligt, dels vara endimensionellt. Kategoriseringar har medfört tydliga dikotomier mellan kvinnor och män, invandrare och svenskar eller gamla och unga, vilka skapar associationer och tolkningsramar där någon grupp blir norm och andra avvikande eller onormal. Det väcker i sin tur farhågor om att föreställningar om eller förväntningar på grupper av människor blir styrande eller att det osynliggör hur olika dimensioner eller kategorier samverkar med eller motverkar varandra. Det anses också finnas risk för att den eller de avvikande grupperna blir likalydande med problem eller problemperspektiv och kritiker menar att människors levnadsvillkor inte skapas i en endimensionell ordning som beroende på antingen kön, klass eller etnicitet, utan de uppstår i skärningspunkten mellan olika samverkande aspekter.⁵

I stället för att utgå från kategorier eller grupper kan analysen ta utgångspunkt i de föreställningar eller uppfattningar om människor som lyfts fram olika sammanhang och därefter granska till vilken eller vilka grupper eller kategorier dessa sammankopplas. I den här artikeln diskuteras föreställningar om människor och dess koppling till genus, etnicitet, samhällsklass och ålder i ett antal domstolsavgöranden utifrån likabehandling och strävan mot ökad jämlikhet och jämställdhet.

Domstolsmaterialet som analyserats

I det tvärvetenskapliga forskningsprojektet ”Arbetsförmåga i rättsligt och medicinskt perspektiv”⁶ har förståelser och definitioner av begreppet arbets-

⁵ Se exempelvis Knocke, 1991, Hertzberg, 2005, Brune, 2005 samt De los Reyes, Molina och Mulinari, 2005. SOU 2005:56.

⁶ Finansierat av FAS (dnr 2007-0400), i samarbete med professor och överläkare Bengt Järholm och med dr och överläkare Berndt Karlsson, Arbets- och miljömedicin vid Umeå universitetet.

förmåga i sjukförsäkringen, i såväl lagstiftning som tillämpning av domstol och läkare, analyserats.⁷ Studien grundas på dels lagstiftningen och dess motiv sedan mitten av 1940-talet, dels drygt 300 domar från förvaltningsdomstol och knappt 350 medicinska intyg från 45 domstolsärenden mellan åren 2004–2008.

Diskussion i den här artikeln omkring olika föreställningar kopplade till kategoriseringar av människor utgår från 228 domar från fem förvaltningsrätter, varav 134 domar avser sjukpenning och 94 domar sjukersättning.⁸ Sjukpenningmålen omfattar i större utsträckning män, medan sjukersättningsärendena berör fler kvinnor.⁹ Vidare berör en större andel domar etniska svenskar, nämligen drygt 67 procent.¹⁰

Det är försäkrade som arbetar inom yrken med kort utbildning som dominerar i materialet, som exempelvis tidningsbud, lager- eller fabriksarbete, servitör, vårdbiträde eller dagbarnvårdare.¹¹ Även olika former av anpassade arbeten inom samhall, kommun eller hjälporganisationer, samt egenföretagare framför allt som snickare, målare eller matläggare återfinns.¹² En förklaring till varför flertalet försäkrade i domstolsmaterialet saknar eller har kort utbildning och arbetar med enklare men fysiskt sett mer krävande arbeten, är den sjukdomsmässiga avgränsning som gjorts i urvalet av domar, nämligen avgöranden där den försäkrade lider av sjukdomar eller smärtor i rörelseorganen. Antalet försäkrade i arbete eller arbetslöshet är ungefär lika och bland de arbetslösa finns fler kvinnor än män, medan andelen arbetslösa invandarmän är större än

⁷ Mannelqvist, 2008, Järnholm, Karlsson och Mannelqvist, 2009, Mannelqvist, 2010 samt Mannelqvist, Karlsson och Järnholm 2010.

⁸ De tidigare länsrätterna i Göteborg, Skåne, Stockholm, Jönköping och Västerbotten.

⁹ Målen inbegriper 117 män och 111 kvinnor. Domar om sjukpenning för män uppgår till 72 stycken, motsvarande ca 54 procent av alla domar om sjukpenning. Fördelningen är den motsatta när det gäller sjukersättning, där uppgår antalet domar avseende kvinnor till 49 stycken eller 52 procent av alla sjukersättningsdomar.

¹⁰ I 74 av 228 mål var den försäkrade invandrare, och av dem var 44 män och 30 kvinnor. Största andelen invandrare återfanns i domar från länsrätterna i Jönköping och Göteborg (48 stycken eller nästan 65 procent) varav mer än hälften av dessa var män. I målen från länsrätten i Västerbotten återfanns endast en manlig invandrare. Begreppet invandrare är vanligt förekommande när det gäller att kategorisera människor utifrån etnicitet, och används i såväl formella sammanhang (se ex. förordning (1994:895) om svenskundervisning för invandrare) som ett utpekande eller nedsättande omdöme (se ex. Corlin och Cvetic "Dags att skrota ordet invandare" i GP den 2 augusti 2010). I detta sammanhang används det som ett etablerat begrepp för att beskriva etniska skillnader. Det bör understrykas att det i domarna inte explicit framgår om den försäkrade är invandrare eller inte, utan bedömningen har gjorts utifrån den försäkrades namn och personnummer.

¹¹ Samhällsklass, socialgrupp eller socioekonomisk grupp är vedertagna begrepp inom samhällsvetenskapen och kan beskrivas som en beteckning av en avgränsad grupp i ett samhälle som delar liknande socioekonomiska förutsättningar eller möjligheter, se ex Boglind, Eliaeson och Månson, 2005.

¹² Det förekom en fåtal försäkrade som arbetade som socionom, psykolog och kurator.

andelen invandrarkvinnor.¹³ Åldersmässigt är de försäkrade i domarna födda mellan åren 1940 och slutet av 1980-talet. En majoritet av de försäkrade, 42 procent, är födda mellan åren 1950–1959. Det finns dock vissa skillnader av åldersfördelning mellan ersättningsformerna, där femtiotalisterna utgör 39 procent av antalet försäkrade i sjukpenningmålen, medan de uppgår till 46 procent för sjukersättning.

Det bör understrykas att resultatet av analysen av materialet inte är representativt för samtliga domar, för vare sig alla förvaltningsdomstolar i Sverige eller de domstolar som ingår i undersökningen. Studien besvarar inte heller frågor om antalet invandrare eller svenskar, kvinnor eller män, i vilken ålder, samt i eller utanför arbetsmarknaden, som faktiskt omfattas av en rättslig prövning. Slutligen är inte utgången i de enskilda målen – alltså om den försäkrade tillerkänns ersättning eller inte – av intresse, utan det är domstolarnas argumentation och diskussion, tillsammans med dels den försäkrades egen framställan, dels Försäkringskassans, läkares och försäkringsläkares yttranden, som analyseras.

Faktorer som lyfts fram i domarna

Rätten till sjukpenning eller sjukförsäkring förutsätter att två rättsliga kriterier är uppfyllda, nämligen att den försäkrade på grund av *sjukdom* har helt eller delvis nedsatt *arbetsförmåga*.¹⁴ Genomgången av domarna visar dock att det, utöver den försäkrades sjukdom och arbetarförmåga, finns vissa kontextuella faktorer av personlig eller social karaktär, som synliggörs i domarna.

Personliga faktorer

Personliga faktorer handlar framför allt om bristande motivation för att bli frisk eller för att arbeta. Det kan också avse övervikt eller alkoholmissbruk. I en dom, gällande en snart 40-årig svensk man, framgår att

¹³ I studien fördelades sysselsättning enligt följande; 45 procent hade arbete, nästan lika många, 41 procent, saknade arbete. I sju procent av fallen gick det inte att avgöra vilken typ av sysselsättning som den försäkrade hade, medan i sex procent hade den försäkrade sedan tidigare beviljat sjukersättning. I en procent av fallen var den försäkrade föräldraledig. Deltagande på arbetsmarknaden varierar mellan domstolsområde, där exempelvis andelen arbetslösa i domarna från Länsrätten i Jönköping uppgick till 62,2 procent, medan andelen arbetslösa i domarna från Länsrätten i Västerbotten endast omfattade 16,2 procent, något som dock inte motsvarar den faktiska arbetslösheten inom dessa båda domstolsområden.

¹⁴ 27 kap 2 § socialförsäkringsbalken (SFB).

[m]ed tanke på [den försäkrades] negativa inställning till ytterligare utredning/behandling/anpassning kan det vara svårt att ta tillvara hans restarbetsförmåga.¹⁵

I ett annat fall, som berör en invandrarkvinna i femtioårsåldern, framgår av utredningen att försäkringsläkaren inte anser att den försäkrade egentligen har några större medicinska orsaker till sin nedsatta arbetsförmåga. I stället är det den försäkrades egen livssituation som är avgörande. Försäkringsläkaren menar att

[f]ortsatt kontakt med socialvården bör sannolikt öka patientens resurser för att integreras i samhället som en plattform för välbefinnande och skapa möjligheter till att överblicka möjligheterna att svara för sin egen försörjning i framtiden om patienten så önskar och vill motivera sig.¹⁶

Försäkringsläkarens tycks mena att kvinnan inte är tillräckligt integrerad i samhället och saknar därmed kunskap, vilja och motivation för att arbeta. I ett liknande mål, som också rör en invandrarman i femtioårsåldern, framkommer i ett läkarutlåtande att patienten är frustrerad över att ha förlorat sitt hem, social trygghet och hemland.¹⁷

Även alkoholproblem, som inte är kopplade till någon diskussion om sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga, förekommer i materialet. I ett avgörande framgår att en svensk man i sextioårsåldern tidigare varit egen företagare, men att han på grund av ekonomiska svårigheter kommit att omfattas av skuldsanering.

Periodvis har överkonsumtion av alkohol förekommit. [...] Han har genomgått sjuårig folkskola.¹⁸

Att alkohol tycks vara en bidragande orsak till att människor inte kan eller vill arbeta framkommer implicit i materialet. I några fall, som exemplet ovan visar, framgår det dock tydligare.

I några domar berörs den försäkrades övervikt som både medicinsk orsak och social omständighet för att den försäkrade helt eller delvis saknar motivation till arbete. I ett avgörande framkommer i ett läkarintyg för en svensk kvinna i femtioårsåldern att kvinnan själv anser det vara roligt och stimulerande att

¹⁵ Länsrätten i Stockholm, mål nr 10348-07.

¹⁶ Länsrätten i Skåne län, mål nr 12741-03.

¹⁷ Länsrätten i Skåne län, mål nr 11664-03.

¹⁸ Länsrätten i Göteborg, mål nr 724-04.

arbete och att hon kämpar för att ”inte endast vara hemma och vara sjuk”.¹⁹ I andra avgörande framhåller de försäkrade att de själva försöker förbättra sin hälsa och därmed öka möjligheten att återgå i arbete genom att motionera. I dessa fall är den försäkrade vanligtvis en svensk kvinna i 40-årsåldern.²⁰

Sociala faktorer

Sociala faktorer, som bland annat utgörs av familj, försörjning eller möjligheter att klara hemsysslor, är mer vanligt förekommande än personliga faktorer. Den absolut vanligaste sociala faktorn som förekommer är den försäkrades familj. I ett fall som rör en svensk man i sextioårsåldern påtalas i domskälen att

*[h]an bor ensam men har tre barn från tidigare förhållanden.*²¹

Förekomsten av familj framkommer särskilt i domar som berör kvinnor, och framför allt invandrarkvinnor. I en dom anförs i domskälen att

*[den försäkrade] är arbetslös och har bott i Sverige sedan 1992. Hon är gift och maken studerar på komvux. I familjen finns sex hemmavarande barn.*²²

Familjen har betydelsen även för den försäkrade själv. I en dom anför den försäkrade själv – en svensk kvinna i 40-års ålder – att hon inte tidigare varit ute i normalt yrkesliv eftersom båda barnen krävt extra omsorg.²³ Liksom för svenska kvinnor har familjen betydelse för utländska kvinnor och i domarna förekommer yrkanden där familjen påtalas av den försäkrade själv. I en dom anför en drygt femtioårig utländsk kvinna att hon är beroende av hjälp från sin make i såväl hemmet som i något arbete. Kvinnan lyfter särskilt fram att hennes nedsatta förmåga är en ”störning” för både maken och henne själv.²⁴

I ett annat mål, som rör en 45-årig svensk kvinna, anger den försäkrade att hon inte kan ta hand om sitt barn på grund av sjukdom. Domstolen menar att den försäkrade ”på ett trovärdigt sätt” redogjort för sina sjukdomsbesvär och

¹⁹ Länsrätten i Göteborg, mål nr 5596-05.

²⁰ Se exempelvis Länsrätten i Jönköping, mål nr 593-06, 898-06 och Länsrätten i Skåne län, mål nr 10899-06.

²¹ Länsrätten i Göteborg, mål nr 724-04.

²² Länsrätten i Skåne län, mål nr 12741-03.

²³ Länsrätten i Skåne län, mål nr 13727-05.

²⁴ Länsrätten i Skåne län, mål nr 5649-05.

*[e]n moder som inte utan hjälp av annan kan lyfta, ta upp eller bära sitt barn kan enligt länsrättens mening inte anses ha full arbetsförmåga.*²⁵

Svårigheter att ta hand om familj eller hushåll är något som kvinnor själva ofta lyfter fram, oavsett etnicitet och ålder. I ett avgörande anger den försäkrade, en svensk kvinna i femtioårsåldern, att hennes funktionsnedsättning gör henne väldigt begränsad när hon ska sköta dagliga sysslor som att diska, städa och bädda sängen.²⁶ Ett annat exempel är en 50 år gamla invandrarkvinnan som anger att hon inte kan ta hand om hemmet och diska, laga mat eller städa, utan hennes man och barn får ofta hjälpa till.²⁷ Det finns dock också män som hänvisar till svårigheter att sköta hem och hushåll. En svensk man, 54 år gammal, anför i sitt yrkande att han behöver hjälp av sin far eller bror med disk, tvätt, städning och att handla mat.²⁸

En annan väsentlig faktor som lyfts fram i domstolsmaterialet är den försäkrades etablering i samhället, bland annat genom hur han eller hon försörjer sig. I ett fall som rör en 50 år gammal invandrare framgår i domskälen att den försäkrade aldrig har arbetat i Sverige.²⁹ I en annan dom framkommer att en 44-årig invandrarkvinna

*[...] är ensamstående med fyra barn, varav tre fortfarande bor hemma. Hon kom till Sverige under 1987. Under 1999 arbetade hon som vårdbiträde under nio månader och dessförinnan hade hon vikarierat som städerska.*³⁰

I domarna finns även information om hur den försäkrades familj försörjer sig. Ett mål rör en invandrarkvinna i fyrtioårsåldern.

*Hon är gift och bor med make och fem barn i skolåldern. Familjen uppbär socialbidrag.*³¹

Försörjningsargument finns också bland försäkrade som är svenskar. I ett mål som rör en 30-årig svensk man från norra Sverige framkommer i en journalanteckning från vårdcentralen att han inte genomfört någon gymnasieutbildning

²⁵ Länsrätten Göteborg, mål nr 4637-03.

²⁶ Länsrätten i Skåne län, mål nr 9173-06.

²⁷ Länsrätten i Skåne län, mål nr 12741-03.

²⁸ Länsrätten i Göteborg, mål nr 8058-03.

²⁹ Länsrätten i Stockholm, mål nr 2930-06.

³⁰ Länsrätten i Göteborg, mål nr 4261-03.

³¹ Länsrätten i Skåne län, mål nr 13692-03.

och att han under hela sitt haft varit föremål för arbetsmarknadsåtgärder av olika slag.³²

Ett annat argument rör antagandet om invandrades svårigheter att etableras i det svenska samhället av kulturella skäl. I en dom åberopar domstolen ett specialistutlåtande, som gäller en 54 år gammal manlig invandrare, där en ortoped uppges ha uttalat att

*[den försäkrades] språkliga och kulturella handikapp tillsammans med vårdnad om barn torde utgöra större begränsningar än de rent medicinska.*³³

Det finns också försäkrade som tycks att insett att sociala omständigheter kan inverka i bedömningen. I ett mål anför en 55 år gammal kvinna, som är svensk och arbetar som psykolog, att hon inte har några sociala problem, utan hennes trötthet och övriga symptom är medicinska problem.³⁴ En arbetslös svensk man i dryga 60-årsåldern, som tidigare haft alkoholproblem men som nu kommit över sin alkoholism, anger att han lider av dyslexi men saknar sociala problem.³⁵ En annan försäkrad, en lika gammal man med invandrarbakgrund som saknar arbete, åberopar just handikapp, sjukdom, ålder och att han är invandrare som skäl för att han inte kunnat skaffa ett annat arbete.³⁶ Sista exemplet rör en 31-årig svensk kvinna där domstolen framhåller att utredningen visar på att den försäkrade är

*[...] socialt väletablerad med svag förankring i arbetslivet.*³⁷

Föreställningar i domarna

Analysen av domstolsmaterialet visar på olika mönster för hur människor beskrivs utifrån kontextuella faktorer. Personliga skäl är något som sällan lyfts fram av den försäkrade, oavsett kön, härkomst eller ålder, utan är något som i stället framkommer i utredningen från Försäkringskassan eller via intyg från läkare. Däremot lyfts sociala skäl fram av alla aktörer i domarna, alltså såväl av den försäkrade som i utredningar, intyg eller domstolens motivering. Den försäkrades familj är särskilt synlig när den försäkrade är invandrarkvinna och till viss del även för svenska kvinnor, och familjen lyfts fram av både den

³² Länsrätten i Västerbotten, mål nr 512-04.

³³ Länsrätten i Skåne län, mål nr 4451-04.

³⁴ Länsrätten i Skåne län, mål nr 8880-05.

³⁵ Länsrätten i Göteborg, mål nr 724-04.

³⁶ Länsrätten i Skåne län, mål nr 11163-03.

³⁷ Länsrätten i Jönköping, mål nr 89-05.

försäkrade och de andra aktörerna, oavsett ålder. Om det beror på att kvinnor antas uppleva familjen viktigare än män, att kvinnor identifieras mer med familjen än män, att kvinnor är den som rent faktiskt tar ett större ansvar för familjen än män eller att kvinnor får frågor om, eller förväntas i högre utsträckning än män fokusera på familjen, är svårt att säga. Det går inte heller att säga om det finns kulturella föreställningar om invandrarkvinnor som gör att familjen i högre grad lyfts fram i dessa mål. Hänvisningen till sysslor som inte är kopplade till arbete utan till familj eller andra vardagssysslor, och framför allt svårigheterna att klara av dem, görs framför allt av kvinnor, såväl svenska och invandrare, medan män mer sällan hänvisar till sociala omständigheter.³⁸

Familjen tycks också vara viktig när det gäller (framför allt svenska) män, men då är det avsaknaden av den som blir central. Avsaknad av familj och alkoholbruk framkommer generellt sett i större utsträckning för män – framför allt svenska män i åldern 40–60 år – än för kvinnor i domarna, och är något som sällan nämns av den försäkrade utan framkommer i utredningar eller intyg. Orsakerna till varför detta lyfts fram kan vara flera, och en tänkbar delförklaring kan vara att det finns föreställningar om att män, i högre grad än kvinnor, saknar familj eller lever ensam på grund av alkoholmissbruk. Det skulle också kunna vara så att mäns alkoholvanor utreds i större utsträckning inom vården, varför det i läkarintyg eller journalhandlingar framgår tydligare om män missbrukar.

Gemensamt för båda typer av faktorer, såväl personliga som sociala, är att de direkt eller indirekt är kopplad till motivation att arbeta, för alla aktörer i domstolsmaterialet. Den försäkrade använder det som ett kompletterade argument för en nedsatt arbetsförmåga, medan Försäkringskassan och försäkringsläkaren (eller domstolen) tycks anses att det kan tala för bristande motivation att arbeta. Exempelvis anges övervikt (och alkoholproblematik) som ett indicium för att den försäkrade saknar motivation att återgå i arbete. Detta framskymtar även när familjen synliggörs som faktor. Det är vidare intressant att notera att i de fall där personliga eller sociala faktorer lyfts fram av den försäkrade bemöts det sällan av domstolen och i de fall det görs sker det med argument om att det inte relevant i målet. Om personliga eller sociala faktorer framkommer i utredningen tenderar dessa i stället att bli försvårande omständigheter, som talar för att den försäkrade saknar motivation för arbete. Vem som anför argumenten tycks därför till viss del vara avgörande för hur domstolen förhåller sig till dessa.

Människors förmågor torde påverkas av den försäkrades ålder, där yngre kan ha lättare att utgöra kroppsligt arbete och äldre har behjälplig erfarenhet. Trots detta är ålder en faktor som sällan lyfts fram i domarna. Inte någon av aktörerna framhåller exempelvis hög ålder som en försvårande omständighet, och det

³⁸ Se ex. Länsrätten i Jönköpings län, mål nr 1949-05. Det finns undantag, ex samma domstol, mål nr 2512-05.

skulle kunna tyda på att bedömningarna i viss mån är schabloniserade och därför påverkar inte ålder.

Samhällsklass, eller socioekonomisk bakgrund, är inte något som direkt berörs i materialet och frågan är därför om det går att dra några slutsatser omkring samhällsklass? Till viss del menar jag dock att det kan göras. Urvalet av domar är som tidigare framgått baserade på en specifik sjukdomskategori (sjukdomar i rörelseorganen) och redan här finns det en viss ”förskjutning” i materialet, eftersom dessa sjukdomar omfattar omkring en tredjedel av alla sjukdagar, och det är inom yrken med låga utbildningskrav och okvalificerat arbete, vilka vanligtvis karaktäriseras av en fysiskt ansträngande arbetsmiljö, som antalet sjukskrivningsdagar är högst.³⁹ Något som däremot framkommer i domarna är om den försäkrade försörjer sig genom arbete eller olika typer av försäkringar eller bidrag, vilket delvis kan förklaras av juridiska orsaker. Frågan om försörjning är dock särskilt framträdande bland invandrare, för såväl kvinnor som män, så här tycks det finnas ett särskilt intresse omkring hur den försäkrade faktiskt försörjer sig. I några fall nämns bland annat att den försäkrade får försörjningsstöd från kommunen samt att även maken har ersättning från sjukförsäkringen. Dessa aspekter nämns inte av den försäkrade, utan informationen framgår i huvudsak från Försäkringskassans utredning. I de 228 domstolsavgörandena är fördelningen mellan arbetslösa kvinnor och män från Sverige eller med invandrarbakgrund ungefär likvärdig, men samtidigt återfinns vissa typer av sociala faktorer i större utsträckning bland kvinnor i allmänhet och bland invandrar-kvinnor i synnerhet. Här kan det finnas fog för att tro att generell samhällsinformation på gruppnivå, om exempelvis fördelningen av arbetslöshet eller försörjning via statliga och kommunala ersättningsformer mellan invandrare och svenskar, också påverkar vilka faktorer som efterfrågas eller lyfts fram omkring en enskild försäkrad i ett individuellt fall. Något som däremot nämns av just den försäkrade, och som skulle kunna ses som ett utslag för socioekonomisk bakgrund eller grupptillhörighet, är att den försäkrade tränar och försöker leva hälsosamt.⁴⁰ Argumentet framförs framför allt av svenska kvinnor i fyrtioårs-åldern och där detta varit mest framträdande har de försäkrade också haft arbete inom skolan. Förutom att det kan ses som en socioekonomisk aspekt, finns också genus- och etnicitetsaspekt, där motionsutövande tycks framhållas som en acceptabel, för att inte säga en positivt laddad, verksamhet för svenska kvinnor.

Det finns slutligen en aspekt som sällan explicit berörs av domstolarna, nämligen kulturella faktorer, trots att många av de faktorer som lyfts fram i domarna kan misstänkas ha sin förklaring eller förförståelse i kulturella förväntningar.⁴¹

³⁹ Socialförsäkringsrapporterna 2010:17 och 2011:4.

⁴⁰ Se exempelvis studier om sociala skillnader i barns fysiska aktiviteter, Statens folkhälsoinstitut 2011:06

⁴¹ Se bl.a. Frykman och Hansen, 2009.

Det finns också skillnader mellan domstolarna när det gäller personliga eller sociala faktorer i domarna. I materialet från Länsrätten i Skåne är personliga och sociala faktorer vanligast förekommande, medan det i domarna från Västerbottens län och Jönköpings län finns färre diskussioner om dessa faktorer och en starkaste koppling till de juridiska rekvisiten sjukdom och arbetsförmåga.

Föreställningar och likabehandling

Vad innebär då likabehandling i sjukförsäkringen och påverkas den av föreställningar om människor? Likabehandling betyder att tillämpningen av juridiska regler ska baseras på enhetlighet och konsekvens; att samma omständigheter bedöms vara relevanta och att samma relevanta omständigheter som går att belägga ska leda till likadana slutsatser. De rättsliga kriterierna sjukdom och nedsatt arbetsförmåga ska således tolkas och bedömas på likvärdiga sätt i samtliga fall. Andra aspekter eller faktorer än dem som framkommer i regleringen ska alltså inte inverka i bedömningen. Samtidigt är det oerhört viktigt att understryka att varje enskilt fall – varje enskild försäkrad – måste av rättssäkerhetsskäl bedömas individuellt. Det innebär följaktligen att högst individuella faktorer och omständigheter måste tolkas och bedömas utifrån de kriterier som lagstiftaren uppställer. Exempelvis kan ålder, kön eller etnicitet påverka sjukdomars uppkomst, förlopp eller behandling, något som i sin tur kan påverka den individuella förmågan att arbeta. Därför måste också individuella faktorer och omständigheter vägas in i den rättsliga bedömningen och det är just här – i den skönsrättsliga bedömningen – som olika föreställningar om människor eller grupper av människor kan påverka bedömningen på ett sätt som går utanför den rättsliga regleringen.

Finns det belägg för att påstå att föreställningar om människor blir faktorer som påverkar domstolens bedömning i det material som granskats? Som framgått är materialet begränsat och det går därför inte att dra några generella slutsatser. Någon analys av utfallet i de enskilda avgörandena har inte heller gjorts, så om och i så fall hur olika faktorer har påverkat utgången i målet kan inte visas. Domstolarnas motiveringar är dessvärre ofta kortfattad och det kan därför vara vanskligt att uttala sig om de grunder som avgöranden vilar på. Samtidigt har informationen om såväl personliga som sociala faktorer hämtats från just domarna. I många fall är det den försäkrade, eller Försäkringskassan inklusive försäkringsläkaren, som framför dessa faktorer och i dessa fall är det svårt att veta om domstolen beaktat omständigheterna. I de fall där domstolen faktiskt resonerar omkring dem i sin beslutsmotivering, är det dock sannolikt så att de påverkat bedömningen i någon riktning.

Hur ska då tillämparen, vare sig det är domstolen eller Försäkringskassan, förhålla sig för att undvika att olika föreställningar om människor påverkar bedömningen i ett enskilt fall, vilket motverkar ökad jämlikhet eller jämställd-

het? Ja, ett bra sätt är att i det enskilda fallet fråga sig om slutsatsen blir den-samma om den försäkrade hade tillhört någon eller några andra kategorier eller grupper.

Referenser

Boglund, Anders, Eliaeson, Sven och Månson, Per, Kapital, rationalitet och social sammanhållning; en introduktion till klassisk samhällsteori, Norstedts förlag, Stockholm 2005.

Brune, Ylva, ”Invandrare i mediearkivets typgalleri, i De los Reyes, Molina och Mulinari (red), 2005, s. 150-181.

De los Reyes, Paulina, Molina, Irene och Mulinari, Diana (red), Maktens (o)lika förklådnader. Kön, klass och etnicitet i det postkoloniala Sverige. Atlas, Stockholm 2005.

Frykman, Jonas och Hansen, Kjell, I ohälsans tid. Sjukskrivningar och kultur-mönster i det samtida Sverige, Carlssons bokförlag, Stockholm 2009.

Försäkringskassan, Varför finns det skillnader i bifallsfrekvens inom arbets-skadeförsäkringen? En studie om orsakerna till skillnader i bifall och avslag mellan kön, födelseland och var beslutet fattas. Rapport 2011-09-27.

Hertzberg, Fredrik, Det olyfta lockets paradox. Att tala utan att låtsas om det, i De los Reyes, Molina och Mulinari (red), 2005, s. 207-236.

Järvholm, Bengt, Karlsson, Berndt och Mannelqvist, Ruth, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – så beskrivs begreppet i lagstiftningen, i Läkartidningen, 2009, s. 1178-1181.

Knocke, Wuokko, Invandrande kvinnor – vad är ”problemet”? I Kvinno-vetenskaplig tidskrift, nr 3 1991, s. 4-15.

Mannelqvist, Ruth, Läkarintyg om bedömning av arbetsförmåga klarar inte alltid rättslig prövning. Svårt för läkaren att förstå juridik – och för juristen att förstå medicin, i Läkartidningen, 2010, s. 3125-3127.

Mannelqvist, Ruth, Läkarintyg som bevis i förvaltningsprocessen, i FT 2010, s. 127-142.

Mannelqvist, Ruth, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – lagstiftarens motiv, i FT 2008, s. 509-533.

Socialförsäkringsrapport 2011:4, Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen? Kostnader för sjukpenning i sjukskrivningar (över 14 dagar) samt sjukersättning och aktivitetsersättning år 2009 fördelat på diagnos, Försäkringskassan.

Socialförsäkringsrapport 2010:17, Sjukskrivning i olika yrken. Antalet ersatta sjukskrivningsdagar från Försäkringskassan per anställd år 2008, Försäkringskassan.

Socialförsäkringsrapport 2008:3, Köns- och länsskillnader inom arbetsskadeförsäkringen. Beslut om livränta 2005–2006, Försäkringskassan.

SOU 2005:56 Det blågula glashuset – strukturell diskriminering i Sverige. Betänkande av Utredningen om strukturell diskriminering på grund av etnisk eller religiös tillhörighet.

Statens folkhälsoinstitut A 2011:06, Skolbarns vanor inom fysisk aktivitet, tv-tittande och datoranvändning. Trender och sociala skillnader 2001–2010. Delresultat från undersökningen om Skolbarns hälsovanor.

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2012:

- 2012:1 Med bristande känsla av sammanhang. De försäkrades upplevelse av tiden innan, under och efter programmet arbetslivsintroduktion
- 2012:2 Abonnemangstandvård. En beskrivning av abonnemangstandvården och de patienter som tecknar avtal
- 2012:3 Med målet i sikte. Analys av Försäkringskassans handläggningstider 2006–2010
- 2012:4 Kön, klass och etnicitet. Jämlikhetsfrågor i socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 18–19 januari 2012

Kön, klass och etnicitet

Jämlikhetsfrågor i socialförsäkringen

Rapport från forskarseminarium i Umeå 18–19 januari 2012

I januari varje år möts sedan mer än tjugo år forskare och representanter inom socialförsäkringsområdet under ett par dagar för att utbyta erfarenheter och knyta kontakter.

Vid årets seminarium hade vi glädjen att ha socialförsäkringsminister Ulf Kristersson som inledningstalare.

Arrangörer är Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) och Centralförbundet för socialt arbete (CSA).

I programgruppen ingår även representanter för Göteborgs universitet, Karolinska Institutet, Lunds Universitet, Stockholms universitet och Umeå Universitet.

2012 års seminarium planerades av en grupp bestående av följande personer: Professor Peter Allebeck Karolinska Institutet, professor Erland Hjelmquist FAS, platschef Alf Molin Försäkringskassan Skellefteå, professor Stefan Svallfors Umeå universitet, professor Hans Swärd CSA/Lunds universitet, professor Eskil Wadensjö Stockholms universitet, docent Maria Oskarson Göteborgs universitet, Inger Johannisson Pensionsmyndigheten, och Bodil Ljunghall Försäkringskassan.