

Folkhälsa och sociala förhållanden

LÄGESRAPPORTER 2007

Insatser och stöd till personer
med funktionsnedsättning

Individ- och familjeomsorg

Vård och omsorg om äldre

Hälso- och sjukvård

Folkhälsa och sociala förhållanden

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Lägesbeskrivning*. Det innebär att den innehåller redovisning och analys av kartläggningar och andra former av uppföljning av lagstiftning, verksamheter, resurser m.m. som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd och smittskydd. Den kan utgöra underlag för myndighetens ställningstaganden och ingå som en del i större uppföljningar och utvärderingar av t.ex. reformer och fördelning av stimulansmedel. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

ISBN 978-91-85999-11-8

Artikelnr 2008-131-8

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2008

Förord

Socialstyrelsens årliga lägesrapporter har blivit ett användbart verktyg för politiker och andra beslutsfattare. Syftet med lägesrapporterna är att ge underlag för omvärldsanalys och en snabb orientering om utvecklingen inom respektive område. Rapporterna har publicerats varje år sedan 2003 och har omfattat områdena individ- och familjeomsorg, vård och omsorg om äldre, insatser och stöd för personer med funktionsnedsättningar, hälso- och sjukvård samt folkhälsa och sociala förhållanden.

Socialstyrelsen rapporterar om folkhälsans utveckling i de nationella folkhälsorapporter som publiceras med tre till fyra års mellanrum på regeringens uppdrag. Utvecklingen av de sociala förhållandena rapporteras med samma intervall. Framför allt de långsiktiga trenderna analyseras i dessa rapporter.

Årets rapport om folkhälsa och sociala förhållanden visar att folkhälsan och levnadsstandarden har förbättrats i de flesta befolkningsgrupper. En grupp som kan uppmärksammas är ungdomar och unga vuxna. Deras psykiska ohälsa har ökat samtidigt som de haft försämrade sociala förhållanden med högre – och ökande – andelar fattiga än bland befolkningen i övrigt.

Rapporten har författats av Danuta Biterman, Örjan Hemström och Marie Berlin.

Socialstyrelsen hoppas att årets lägesrapporter, liksom de tidigare, ska ge värdefulla och användbara fakta om utvecklingen inom vård, omsorg och folkhälsa.

Kjell Asplund
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	10
Statistik om hälsa, sjuklighet och död	11
Folkhälsans utveckling	12
Medellivslängden ökar mer för män än för kvinnor	12
Spädbarnsdödligheten är fortsatt låg.....	13
Dödligheten i kranskärslsjukdom har minskat mest	13
Ökat insjuknande men oförändrad dödlighet i cancer	15
Ökad dödlighet i skador till följd av olycksfall de senaste åren	15
Självorden minskar, men inte i alla grupper	16
Psykisk ohälsa och smärta i rörelseorganen vanligast	18
Ängslan, oro eller ångest fortsätter att öka bland unga	18
Ständig trötthet vanligast bland 25–44-åringar	19
Smärta i nacke och skuldror är vanligt men ökar inte längre.....	20
Andelen rökare fortsätter att minska	22
Alkoholkonsumtionen är fortsatt hög	24
Riskabla alkoholvanor har ökat	26
Ökad alkoholrelaterad dödlighet i befolkningen över 45 år.....	26
Övervikt och fetma fortsätter att öka bland män	28
Hälsoutveckling bland barn och tonåringar	30
Minskad sjukhusvård för skador bland barn under 10 år	31
Självordsförsök ökar bland äldre tonåringar.....	32
Ökning av alkoholrelaterade skador bland 15–19-åringar	33
Sociala förhållanden	35
Återhämtning på arbetsmarknaden	35
Sysselsättningen ökar för andra året i rad	36
Dubbelt så hög arbetslöshet bland unga.....	37
Fler kvinnor än män utanför arbetskraften.....	37
Minskande sjuktal de senaste åren.....	37
Förbättrad sysselsättning för utlandsfödda	38
Föräldrarnas födelseland har betydelse.....	40
Fattigdom och försörjning	40
Jämnare inkomstfördelning i Sverige än i övriga EU	42
Färre fattiga	44
Fortfarande tre gånger fler fattiga bland invandrare	45
Fler välbeställda.....	46
Unga vuxna halkade efter under 2000-talet.....	47
Yngre har svårt att klara löpande utgifter	48
Betydelsen av förvärsarbete.....	49
Färre barn lever i fattiga familjer	51
Referenser	55
Bilaga	59
Begrepp och definitioner	59
Arbetsmarknadsdefinitioner	59
Inkomst- och hushållsbegrepp (SCB)	59
Den absoluta fattigdomsgränsen	60
Indelning i ursprungsregioner	61
Datakällor	62

Sammanfattning

Lägesrapportens syfte är att ge en översiktlig bild av några centrala faktorer för folkhälsan och dess utveckling.

Folkhälsan påverkas av många faktorer i samhället. I vissa fall kan det ta lång tid från det att människor utsätts för olika risker till dess att konsekvenserna märks på folkhälsan, i andra fall kan hälsoförändringar märkas även på kort sikt.

Det är väl känt att de sociala förhållanden som människor lever under har betydelse för deras hälsa. Genom att studera folkhälsans utveckling mot bakgrund av förändringar i sociala bestämningsfaktorer kan vi bättre förstå händelseförloppet. I ett välfärdsland som Sverige kan den direkta kopplingen mellan sociala förhållanden och hälsa ibland vara svår att genomskåda. Det finns vanligen en ömsesidig påverkan mellan sociala faktorer och hälsa, exempelvis kan dålig hälsa leda till utanförskap, och utanförskapet i sig kan försämra hälsan ytterligare.

Huvudresultat i rapporten är att folkhälsan har förbättrats i de flesta befolkningsgrupper, med undantag för ungdomar och unga vuxna vilkas psykiska ohälsa har ökat. Samtidigt har unga vuxna fått försämrade sociala förhållanden med högre – och ökande – andelar fattiga jämfört med befolkningen i andra åldersgrupper.

Medellivslängden fortsätter att öka

År 2006 var medellivslängden nästan 83 år för kvinnor och 79 år för män. De senaste 15 åren har medellivslängden ökat främst tack vare minskad dödlighet i kranskärslsjukdom och vissa sjukdomar i andningsorganen. Minskad rökning är en bidragande faktor till detta. Även spädbarnsdödligheten och självmorden i befolkningen 25 år och äldre minskar. Sedan 1990 har medellivslängden ökat med 1,4 år mer för män än för kvinnor i Sverige. Skillnaderna i dödlighet mellan könen minskar särskilt för dödsorsaker som har samband med rökning.

Psykisk ohälsa har minskat i flera grupper under senare år

Den självrapporterade psykiska ohälsan – som bland annat tar sig uttryck i ångslan, oro eller ångest och ständig trötthet – har sedan början av 2000-talet minskat något i flera befolkningsgrupper efter att tidigare ha ökat under flera år i rad. I vissa grupper har den psykiska ohälsan dock fortsatt att öka även åren efter 2000–2001. Detta gäller särskilt för de yngsta kvinnorna.

Andelen med psykisk ohälsa åren 2005–2006 motsvarar omkring 1,4 miljoner personer med lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest samt 740 000 med ständig trötthet i åldrarna 16 till 84 år. De äldsta männen har minst andelar med besvär och har påverkats minst av förändringarna under det senaste decenniet.

Minskad rökning men viss ökning av alkoholrelaterade skador

Tobaksrökning minskar för män och kvinnor i alla åldersgrupper. År 2006 rökte 17 procent av kvinnorna och 12 procent av männen varje dag. Alkoholkonsumtionen 2006, knappt 10 liter, var fortsatt högre än vid mitten av 1990-talet. Andelen som vårdas på sjukhus för alkoholförgiftning har under senare år ökat i den vuxna befolkningen. Dödligheten från alkoholrelaterade dödsorsaker har samtidigt också ökat något bland både män och kvinnor 45 år och äldre.

Andelen kvinnor som var överviktiga eller feta har legat kring 36 procent under ett par år och ökar inte längre. Något sådant trendbrott märks inte hos svenska män. Mer än varannan svensk man 16 till 84 år var överviktiga eller feta år 2006.

Barns hälsa och levnadsvanor har förbättrats

Barns hälsa har förbättrats under senare år, till exempel läggs barn under tio år i mindre utsträckning in på sjukhus för skador. Andelen i åldern 10–14 år som vårdats på sjukhus för alkoholförgiftning har minskat under de senaste åren. År 2007 var det fler pojkar och flickor i årskurs 9 som avstår alkohol än för några år sedan.

Försämrad psykisk hälsa bland ungdomar

Den psykiska hälsan bland tonårsflickor och unga kvinnor har haft en problematisk utveckling. Andelen som vårdas på sjukhus för självmordsförsök och alkoholförgiftningar ökar mest bland flickor i åldern 15 till 19 år, men även bland pojkar i samma ålder har självmordsförsöken ökat något. Sedan mitten av 1990-talet har självmorden minskat bland män och kvinnor i alla åldrar utom bland ungdomar i åldern 15 till 24 år. Under denna period har också den alkoholrelaterade dödligheten ökat något bland män i åldern 20 till 24 år.

Fler sysselsatta

Under 2000-talet har arbetsmarknaden i stort sett återhämtat sig efter 1990-talskrisen. Andelen personer utan förvärvsarbete – arbetslösa samt personer som stod utanför arbetskraften – har sjunkit de senaste två åren. År 2007 var 76 procent (drygt 4,4 miljoner) av alla 16–64-åringar förvärvsarbetande, omkring 4 procent (216 000) var arbetslösa och cirka 21 procent (lite mer än 1,2 miljoner) stod utanför arbetskraften.

Sjukskrivningarna har minskat under de senaste två åren, både för män och för kvinnor, men det är som tidigare fler kvinnor än män som är sjukskrivna eller har sjuk- och aktivitetsersättning. Detsamma gäller andelen personer med sjuk- och aktivitetsersättning mellan år 2005 och 2006, även om minskningen är liten och de personer som beviljas sjuk- och aktivitetsersättning blivit allt yngre.

Fortfarande betydligt högre arbetslöshet bland invandrare

Återhämtningen på arbetsmarknaden avspeglas också i en bättre situation för invandrare i Sverige även om det fortfarande finns stora skillnader mel-

lan personer födda utomlands och personer födda i Sverige. Arbetslösheten är 2,5 gånger så hög bland invandrare som bland personer som är födda i Sverige och vars båda föräldrar också är det. Det finns även stora skillnader i arbetsmarknadsanknytning mellan olika invandrargrupper.

Minskad fattigdom i de flesta grupper ...

Andelen människor med disponibla inkomster under det absoluta fattigdomsstrecket har minskat till drygt 4,5 procent under år 2006, vilket motsvarar cirka 400 000 personer. Andelen personer i hushåll med ekonomiskt bistånd har också minskat och är nu knappt 4,5 procent eller cirka 385 000 personer.

År 2006 levde drygt 6 procent eller 130 000 av alla barn i Sverige i familjer med en disponibel inkomst under det absoluta fattigdomsstrecket. Ungefär samma andel levde i familjer med ekonomiskt bistånd. Barns levnadsstandard varierar beroende på vilken hushållstyp de tillhör. De bästa ekonomiska villkoren har Sverigefödda barn som bor med två föräldrar som båda är födda i Sverige. Störst är barnfattigdomen i hushåll där båda föräldrarna är invandrade. Bland dem bor mer än vart femte barn i ett hushåll som har en inkomst som understiger den absoluta fattigdomsgränsen.

... men en allt större andel fattiga ungdomar

Den avgörande skillnaden för fattigdom i Sverige är mellan att ha och att inte ha förvärvsarbete. I början av 1990-talet var förekomsten av fattigdom omkring 4 gånger högre bland de icke förvärvsarbetande än bland de förvärvsarbetande. Mot slutet av 1990-talet ökade skillnaden. År 2006 var andelen fattiga mer än 6 gånger så hög bland icke förvärvsarbetande som bland förvärvsarbetande.

Fattigdomen är mest utbredd bland ungdomar i åldern 20 till 24 år (22 procent). Andelen fattiga är också hög bland invandrare från Mellanöstern och Nordafrika (20 procent), bland nyanlända invandrare (drygt 16 respektive 10 procent bland grupper med upp till 5 år och med mellan 6 och 12 år i Sverige), bland invandrare från Sydeuropa (över 9 procent) samt bland ensamstående med barn (9 procent). År 2006 fanns det färre fattiga än 15 år tidigare i alla grupper med undantag för ungdomarna. Unga vuxna i åldern 20 till 29 år är den enda grupp som sedan år 2000 har fått relativt sett betydligt fler fattiga.

Inledning

Denna lägesrapport ger en aktuell avstämning av folkhälsoläget och vissa centrala sociala förhållanden. Rapporten syftar till att kortfattat ge information om vad som skett under de senaste åren och gör inga anspråk på fullständighet. Utgångspunkten för rapporten är de trender som visats i tidigare folkhälsorapporter, sociala rapporter och lägesrapporter [1-4].

I lägesrapporten om folkhälsa 2006 [4] lyftes flera positiva hälsotecken fram. Det psykiska välbefinnandet bland vuxna och skolbarn såg ut att ha ökat. Besvär orsakade av arbetet visade en tendens till att ha minskat och ökningen av övervikt och fetma tycktes ha stannat av bland vuxna och möjligen också bland barn. Rökningen fortsatte att minska och alkoholkonsumtionen ökade inte längre.

Negativa tecken fanns också. Andelen riskkonsumenter av alkohol hade ökat. Mest oroande var att unga kvinnor i åldrarna 15 till 24 år hade en fortsatt problematisk hälsoutveckling, särskilt när det gällde deras psykiska hälsa. En ökande alkoholkonsumtion, allt fler som vårdades för alkoholförgiftningar, och allt fler självmordsförsök i denna grupp underströk denna utveckling.

De aspekter av folkhälsan som tas upp i denna lägesrapport beskriver utvecklingen av medellivslängden och några vanliga dödsorsaker. Vidare behandlas självs kattad psykisk ohälsa, värk och smärta från nacke eller skuldror, som är en etablerad indikator på sjukdomar och besvär i rörelseorganen, samt självmord och självmordsförsök. Bland andra frågor som tas upp finns utvecklingen av vissa specifika risk- och livsstilsfaktorer som har betydelse för olika hälsoproblem, som rökning, alkoholkonsumtion samt övervikt och fetma. Utvecklingen av hälsa, välbefinnande och vissa levnadsvanor bland barn och tonåringar betonas särskilt. Tyngdpunkten ligger på perioden från 2000-talets början, men längre tidsserier behövs ofta för att kunna tolka utvecklingen bättre.

I rapporten redogörs också för huvuddragen i utvecklingen av några centrala sociala förhållanden som sysselsättning, fattigdom och försörjning. Detta är faktorer som har grundläggande betydelse för människors livssituation och hälsa. Hur människors livsvillkor hänger ihop med deras hälsa har visats i forskning och i tidigare folkhälso- och sociala rapporter samt i Välfärdsbokslutet [5]. Även om denna kunskap är etablerad så kan sambanden vara svåra att belägga med statistik och urvalsundersökningar i ett kort tidsperspektiv, eftersom konsekvenser för människors hälsa ofta inträffar med en viss tidsförskjutning i förhållande till samhällsutvecklingen.

Rapporten är baserad på senast tillgängliga statistik och bearbetningar av statistiken, samt på forskningsresultat. Fördjupade analyser inom berörda områden kommer att redovisas i den nationella Folkhälsorapporten som publiceras hösten 2008 och i Social rapport år 2010.

Uppgifterna i rapporten är främst hämtade från olika nationella frågeundersökningar vid SCB, dödsorsaksregistret och hälsodataregister vid Social-

styrelsen. I rapportens bilaga finns en förteckning över de undersökningar och register som har använts.

Statistik om hälsa, sjuklighet och död

På Socialstyrelsens webbplats finns interaktiva statistikdatabaser tillgängliga med statistik som kan belysa folkhälsans utveckling i Sverige:

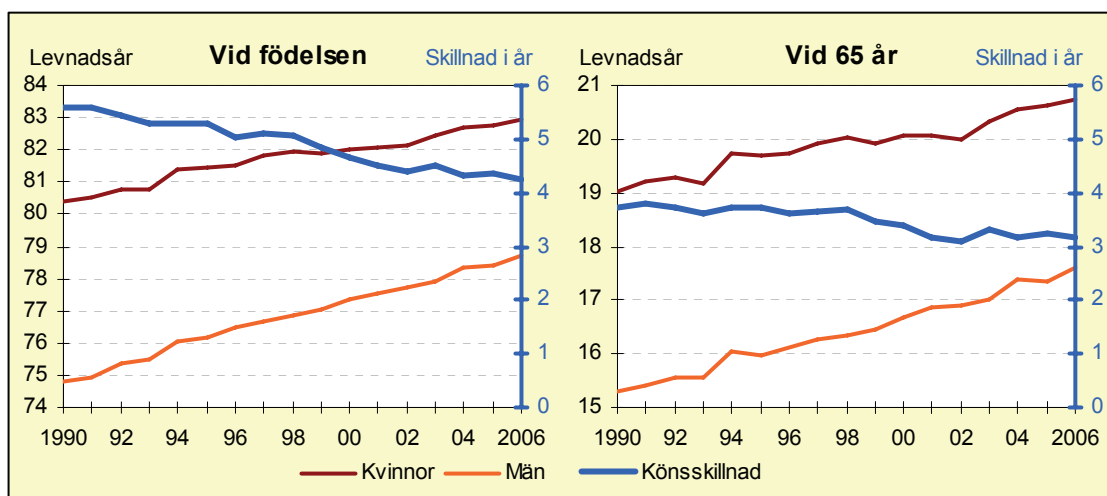
www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistikdatabas/

Folkhälsans utveckling

Folkhälsan i Sverige är på kort sikt relativt förutsägbar eftersom många hälsoutfall bestäms av förhållandevis långsiktiga historiska trender. Detta gäller särskilt cancersjukdomar [6]. Andra hälsoproblem kan däremot påverkas relativt snabbt av förändringar i samhället. Dit hör problem som rör psykisk hälsa, som ängslan och oro, eller olika självdestruktiva beteenden. Andra problem kan också förändras i ett kort tidsperspektiv: olika smärttillstånd i rörelseorganen samt problem som är relaterade till olycksfall, rökning, alkohol och narkotika.

Medellivslängden ökar mer för män än för kvinnor

Den förväntade återstående medellivslängden vid födelsen har ökat under lång tid, både för både män och kvinnor. År 2006 var den 82,9 år för kvinnor och 78,7 år för män (figur 1). Under perioden 1990–2006 ökade medellivslängden med 2,5 år för kvinnor och 3,9 år för män. Skillnaden mellan könen i förväntad medellivslängd vid födelsen har därmed minskat med 1,4 år under denna period.



Figur 1. Förväntad återstående medellivslängd (vänster skala) bland kvinnor och män samt könsskillnad (höger skala), vid födelsen och vid 65 år, 1990–2006. Källa: SCB.

En kvinna i Sverige kunde på sin 65-årsdag 2006 förvänta sig att leva i ytterligare nästan 21 år, alltså till 85,7 år (figur 1). En man i motsvarande ålder kunde förväntas leva i nästan 18 år till och dö vid 82,6 års ålder. Såväl den ökade medellivslängden som förändringen mellan könen, som skett sedan 1990, beror mer på hur dödligheten minskat i befolkningen yngre än 65 år än bland äldre. Perioden 1998–2002 var dock ett undantag, då ökade mäns förväntade återstående livslängd vid 65 år men inte kvinnors. Medel-

livslängdens förändringar kommer emellertid i allt större utsträckning att bestämmas av hur dödligheten förändras bland äldre. Det beror på att människor i dag lever längre tack vare bland annat minskad rökning, färre insjuknanden i vissa dödliga sjukdomar och förbättrad sjukvård. Därmed dör fler i hög ålder när antalet dödsfall i yngre åldrar minskar [7].

Den årliga ökningen av den förväntade återstående medellivslängden vid födelsen var i genomsnitt 0,16 år för kvinnor och 0,24 år för män under perioden 1990–2006. Enligt SCB:s prognoser beräknas medellivslängden stiga till 80,8 år för män och 84,2 år för kvinnor fram till år 2020 [8]. Det betyder att vi kommer att få en allt större andel äldre i befolkningen, samtidigt som skillnaden i medellivslängd mellan könen förväntas minska ytterligare.

Spädbarnsdödligheten är fortsatt låg

Spädbarnsdödligheten, dvs. andelen barn som dör under sitt första levnadsår, är fortsatt mycket låg i Sverige. Den har minskat stadigt sedan lång tid tillbaka, även om det enstaka år kan förekomma mindre ökning. År 2007 var spädbarnsdödligheten 2,5 barn per 1 000 levande födda. De flesta barn i Sverige som avlider under sitt första levnadsår dör under den första levnadsveckan. De dominerande dödsorsakerna under det första levnadsåret är medfödda missbildningar och vissa tillstånd som uppstått i samband med graviditet och förlossning.

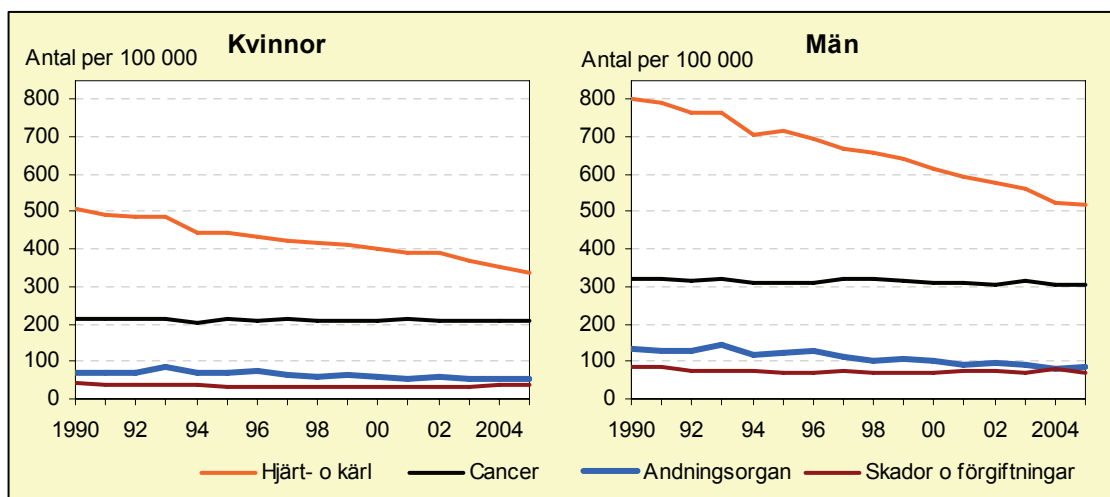
Vården av nyfödda har varit framgångsrik i Sverige, och allt fler för tidigt födda barn överlever längre, något som bidragit till minskad spädbarnsdödlighet. Plötslig spädbarnsdöd har också minskat. Det antas bero dels på rådet att spädbarn inte ska sova på magen, dels på minskad rökning bland föräldrarna [9]. Ett långsiktigt förebyggande arbete vid mödravårds- och barnvårdscentraler anses också ha haft stor betydelse för låg spädbarnsdödlighet i Sverige, och för en internationellt sett bra hälsa bland barn och unga [10].

Dödligheten i kranskärllsjukdom har minskat mest

År 2005 orsakades 42 procent av alla dödsfall av hjärt- och kärlsjukdomar, 25 procent av cancersjukdomar, 7 procent av andningsorganens sjukdomar samt 5 procent av skador och förgiftningar [9].

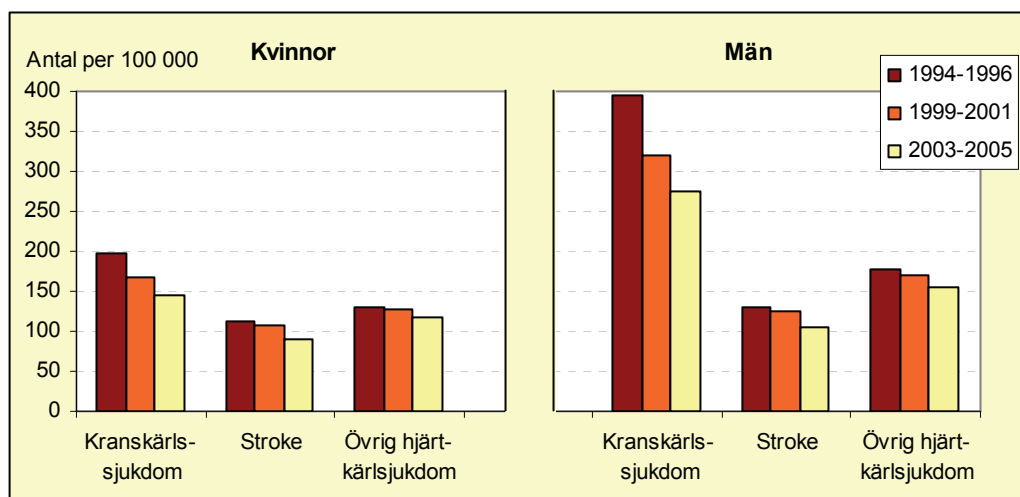
Skador och förgiftningar utgör en relativt liten andel av alla dödsfall i befolkningen, men dominerar bland barn och yngre vuxna. I åldrarna 20 till 34 år är självmord den vanligaste dödsorsaken inom gruppen skador och förgiftningar, följt av trafikolyckor.

Det är framför allt en minskad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar som har bidragit till den ökade medellivslängden efter 1990 (figur 2). Denna förändring är också av störst betydelse för att skillnaden i medellivslängd mellan könen har minskat. Dödligheten (per 100 000 i befolkningen) i hjärt- och kärlsjukdomar har sedan 1990 minskat från 508 till 335 dödsfall bland kvinnor och från 800 till 518 dödsfall bland män. Procentuellt sett var denna nedgång 34 procent bland kvinnor och 35 procent bland män. Dödligheten i sjukdomar i andningsorganen har, relativt sett, minskat med ungefär lika mycket som hjärt- och kärlsjukdomarna.



Figur 2. Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, andningsorganens sjukdomar samt skador och förgiftningar bland kvinnor och män 1990–2005, åldersstandardiserat. Hela befolkningen. Antal döda per 100 000.
Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Av alla hjärt- och kärlsjukdomar är det främst dödligheten i kranskärlssjukdom som har minskat (figur 3). För akut hjärtinfarkt, den vanligaste av kranskärlssjukdomarna, har också insjuknandet minskat sedan slutet av 1980-talet [11]. Relativt sett har dödligheten minskat mer än insjuknandet, cirka 4 procent per år jämfört med 1 till 2 procent per år för insjuknandet. Dödligheten i kranskärlssjukdomar minskar i snabbare takt för män än för kvinnor. Den absoluta skillnaden i dödlighet mellan könen i dessa sjukdomar minskade med 34 procent mellan 1994–1995 och 2004–2005: från 197 till 130 döda per 100 000 i befolkningen.



Figur 3. Dödlighet i kranskärlssjukdom, stroke och övrig hjärt- och kärlsjukdom bland kvinnor och män 1994–1996, 1999–2001 och 2003–2005, åldersstandardiserade genomsnitt för tre år. Hela befolkningen. Antal döda per 100 000.
Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Även dödligheten i stroke¹ samt övrig hjärt- och kärlsjukdom har minskat sedan mitten av 1990-talet, men i betydligt långsammare takt än vad som varit fallet för kranskärlssjukdomar.

Ökat insjuknande men oförändrad dödlighet i cancer

Cancersjukdomarna har olika svårighetsgrad och utvecklas olika. Tidigare upptäckt och bättre behandlingsmetoder har medfört ökad överlevnad under senare år [4].

Nyinsjuknandet i cancersjukdomar har ökat med 1,1 procent bland män och 0,5 procent bland kvinnor under det senaste decenniet. Däremot har den sammantagna dödligheten i cancer endast förändrats marginellt under senare år (figur 2). [12, 13]

Den vanligaste cancersjukdomen är bröstcancer för kvinnor och prostatacancer för män. För båda dessa cancersjukdomar ökar insjuknandet. Dödligheten i bröstcancer har däremot minskat något medan dödlighet i prostatacancer är i stort sett oförändrad.

Screening har lett till tidigare upptäckt av bröstcancer vilket har bidragit till att antalet insjuknade ökat samtidigt som dödligheten minskat. Under de allra senaste åren har lungcancer blivit en lika vanlig dödsorsak som bröstcancer bland kvinnor, trots att fler kvinnor drabbas av bröstcancer. En viktig orsak till detta är att överlevnaden i bröstcancer efter insjuknandet är betydligt högre än vad den är för lungcancer. Både insjuknande och dödlighet i lungcancer ökar bland kvinnor. Lungcancer kommer därför, för en tid framöver, vara den vanligaste cancersjukdom som kvinnor avlider i.

I ytterligare några av de vanligaste cancersjukdomarna har såväl insjuknande som dödlighet minskat under senare decennier. Detta gäller bland annat för magsäckscancer och livmoderhalscancer. När det gäller hudcancer har såväl insjuknande som dödlighet ökat något under senare år.

Ökad dödlighet i skador till följd av olycksfall de senaste åren

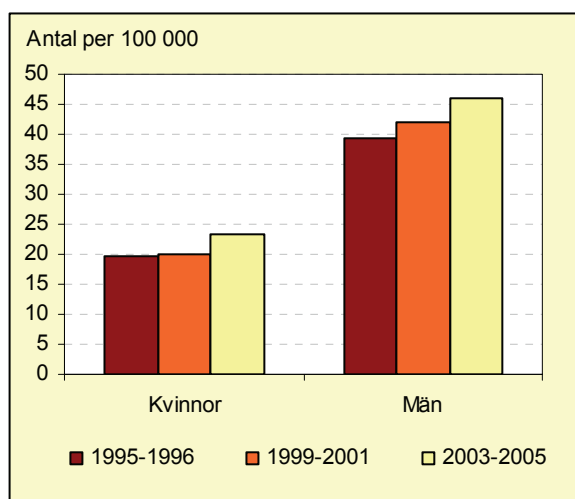
Dödligheten till följd av olycksfall, dvs. *oavsiktliga* skador och förgiftningar, har ökat sedan mitten av 1990-talet (figur 4). Dödligheten till följd av transportolyckor – i huvudsak vägtrafikolyckor – har däremot legat på en förhållandevis stabil nivå sedan mitten av 1990-talet, med 3 till 4 döda per 100 000 kvinnor och cirka 10 döda per 100 000 män per år.

Dödligheten till följd av olycksfall är högre bland män än bland kvinnor. Under hela perioden 1994–2005 har män haft ungefär dubbelt så hög dödlighet i skador till följd av olycksfall som kvinnor.²

¹ Stroke (slaganfall) är sjukdomar i hjärnans blodkärl och inkluderar sjukdomsfall som orsakas antingen av en blodpropp eller av att ett blodkärl brister (en blödning) i hjärnan. Den vanligaste orsaken är en propp.

² I beräkningen inkluderades inte 1994, eftersom Estonia-katastrofen innebar en exceptionellt hög dödlighet i olycksfall detta år. Den första perioden är därmed beräknad på medelvärden för två år, och övriga perioder för tre år. Omkomna i tsunamin 2004 var färre än Estonia-offren och påverkar inte på samma sätt genomsnittet för perioden 2003–2005. Om 2004 tas bort är nivån för den sista perioden (åren 2003 och 2005) ändå högre (21,9 för kvinnor och 44,1 för män) än för perioden 1999–2001 (19,9 för kvinnor och 41,9 för män).

Många äldre har fått allt bättre rörelseförmåga och lever ett aktivt liv i högre åldrar än tidigare. Paradoxalt nog ökar därmed risken att råka ut för olycksfall. Precis som för andra sjukdomar ökar risken att råka ut för olycksfall med stigande ålder. Mer än hälften av alla olycksfall som leder till dödsfall drabbar personer som är 65 år eller äldre trots att de utgör knappt en femtedel av befolkningen.



Figur 4. Dödlighet i oavsiktliga skador och förgiftningar (olycksfall) bland kvinnor och män 1995–1996, 1999–2001 och 2003–2005, åldersstandardiserade genomsnitt. Hela befolkningen. Antal döda per 100 000.

Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Ökad dödlighet till följd av fallolyckor har bidragit till den senaste tidens ökade dödlighet till följd av alla olycksfall sammantaget. Denna ökning är mest påtaglig i åldrarna över 64 år. I dessa åldrar ökade dödligheten till följd av fallolyckor med 39 procent bland kvinnor och med 46 procent bland män, mellan åren 1995–1996 och 2003–2005 [9]. År 2005 avled fler personer till följd av fallolyckor (788 personer) än till följd av transportolyckor (492 personer). Det visar att det är angeläget att förebygga fallolyckor bland äldre.

Höftfrakturer är särskilt vanliga bland äldre, speciellt bland kvinnor. Antalet patienter, 65 år och äldre, som vårdats på sjukhus för sådana frakturer har dock minskat under senare år [14]. Det behövs mer djupgående analyser bland äldre för att klargöra vilka typer av skador som kan ha ökat när dödligheten till följd av fallolyckor har ökat under senare år.

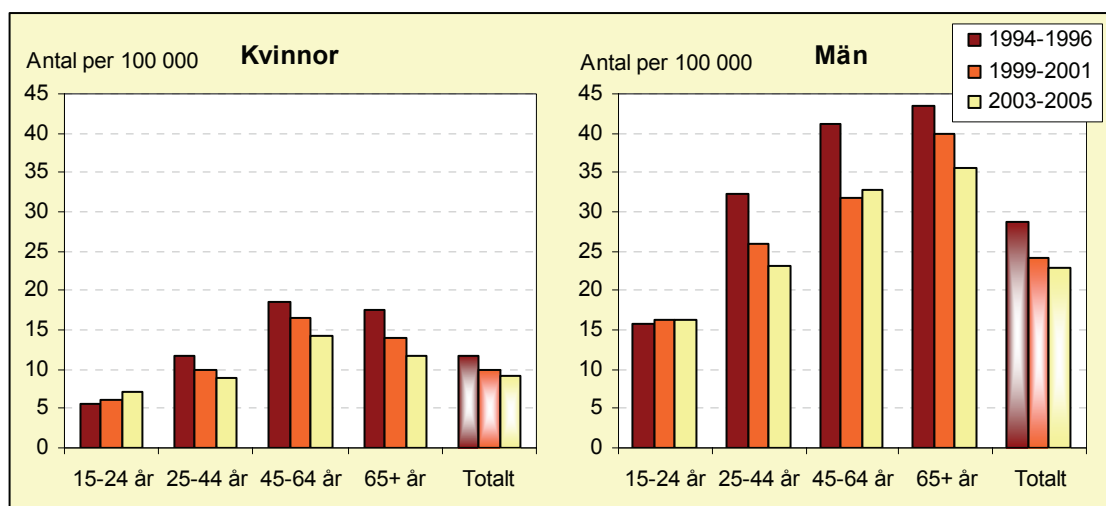
Självmoden minskar, men inte i alla grupper

Psykisk ohälsa är en betydande riskfaktor för självmord och självmordsförsök. När den psykiska ohälsan blivit vanligare i befolkningen sedan slutet av 1980-talet har självmorden samtidigt minskat. Denna paradoxala utveckling tyder på att den förändrade förekomsten av vanlig psykisk ohälsa inte varit av avgörande betydelse för hur självmorden förändrats under senare år. En svensk studie har emellertid visat att både kvinnor och män som rapporterat lätt eller svår ångslan, oro eller ångest löper högre risk att vårdas på sjukhus

för självmordsförsök eller begå självmord inom en femårsperiod, jämfört med dem som inte hade rapporterat sådana besvär [15]. Förändringar i självrapporterad psykisk ohälsa bör därför följas noga eftersom ökad förekomst kan vara ett tecken på ökade risker för självdestruktiva handlingar.

År 2005 inträffade 1 516 självmord (inklusive skadehändelser där det inte var klarlagt om skadan uppstått avsiktligt eller oavsiktligt), varav 481 bland kvinnor och 1 035 bland män. Dödsfall genom självmord har minskat under de senaste decennierna [16]. Eftersom det rör sig om förhållandevis få självmord i vissa åldrar, särskilt bland unga, är den statistiska osäkerheten förhållandevis stor och förändringar mellan enstaka år kan bli svårtolkade i vissa åldersgrupper. För att minska slumpvariationen har därför ett medelvärde för tre år under tre olika perioder beräknats.

Dödsfall till följd av självmord har minskat för såväl kvinnor som män i de flesta åldersgrupper (figur 5), men nedgången har varit något mindre under 2000-talet än tidigare. Det är endast för de yngsta männen och kvinnorna samt för männen i åldrarna 45 till 64 år som självmorden inte minskat de senaste åren.



Figur 5. Dödlighet i självmord, inklusive skadehändelser med oklar avsikt och åldersstandardiserad dödlighet för alla åldrar (totalt). Kvinnor och män 15 år och äldre, uppdelade i fyra åldersgrupper, 1994–1996, 1999–2001 och 2003–2005. Antal döda per 100 000.

Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Mönstret för självmord och självmordsförsök skiljer sig åt mellan kvinnor och män i olika åldersgrupper. Förgiftningar är vanligare vid självmordsförsök än vid självmord. I hela befolkningen är det drygt 2 gånger vanligare att självmord begås av män medan ungefär 1,5 gånger fler självmordsförsök görs av kvinnor.

Män har högre självmordstal än kvinnor i alla åldersgrupper. För män ökar självmorden med ökad ålder medan de bland kvinnor är vanligast i åldersgruppen 45–64 år.

Självmordsförsök är vanligast bland kvinnor i åldersgruppen 15–24 år och minskar därefter för att åter öka något i åldrarna över 74 år. Samma åldersmönster finns bland männen, men i de äldsta åldersgrupperna gör män något

fler självmordsförsök än kvinnor [16]. Omfattningen av självmordsförsök har sedan 1980-talet legat på i stort sett samma nivå i de flesta åldrar, med undantag för 15–24-åringar. I denna åldersgrupp har självmordsförsöken ökat under en längre tid, särskilt bland kvinnorna [4, 16]. Det är också i denna grupp som självmorden ökat något den senaste tioårsperioden.

Psykisk ohälsa och smärta i rörelseorganen vanligast

Uppgifter från dödsorsaksregistret och olika hälsodataregister ger inte en heltäckande bild av befolkningens hälsa. För att kunna uppskatta hur vanliga olika hälsobesvär är behövs även information om hur individer själva upplever sin hälsa. SCB och Folkhälsoinstitutet tar fram sådan information genom intervju- och enkätundersökningar, som de genomför regelbundet.

Dessa undersökningar har visat att de vanligast förekommande hälsoproblemen i befolkningen är psykisk ohälsa och olika smärttillstånd i rörelseorganen. Sådan ohälsa leder sällan till dödsfall eller sjukhusvård. Däremot är det denna ohälsa som dominerar som skäl vid sjukskrivning och sjukpension³ [17]. det vill säga som påtagligt minskar arbetsförmågan och individens möjlighet till egen försörjning.

Nedan redovisas utvecklingen av psykisk ohälsa mätt med indikatorerna *lätt eller svår ångslan, oro eller ångest* samt *ständig trötthet*⁴. Smärta och värk i rörelseorganen redovisas med *svår värk i nacke och skuldror*, vilket motiveras av att sådan värk eller smärta har blivit det vanligaste smärttillståndet i rörelseorganen under senare år [2].

Ängslan, oro eller ångest fortsätter att öka bland unga

Psykiska besvär som att känna ångslan, oro eller ångest ökade under 1990-talet. Det rapporterade Socialstyrelsen i sina folkhälso- och lägesrapporter, och det nämndes också i andra rapporter från exempelvis SCB och Arbetslivsinstitutet [4, 18-20]. Mellan åren 2000–2001 och 2005–2006 har utvecklingen av den psykiska ohälsan visat vissa förbättringar i de flesta åldersgrupper, men en fortsatt försämring bland 16–24-åringarna (figur 6). Dessa förändringar stämmer förhållandevis väl med hur självmorden förändrats i olika grupper under senare år, dvs. förbättringar för personer 25 år och äldre, men inte bland de yngsta (figur 5).

Förekomst av ångslan, oro eller ångest är förhållandevis hög. Drygt 25 procent av kvinnorna och 15 procent av männen uppgav år 2006 att de hade sådana besvär. Förekomsten av ångslan, oro eller ångest är klart högre för kvinnor än för män i samtliga åldersgrupper. Åldersmönstret är också olika för män och kvinnor. Bland kvinnor var det vanligast att känna ångslan, oro, eller ångest i den yngsta och den äldsta åldersgruppen. I båda dessa åldersgrupper uppgav 29 procent av kvinnorna att de hade dessa besvär åren

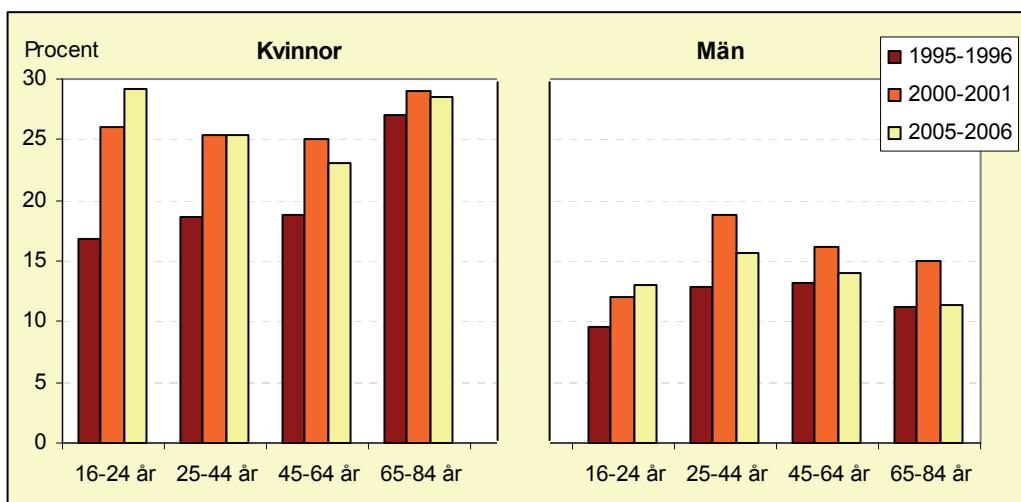
³ Sjukpension används i denna rapport som ett sammanfattande begrepp för förtidspension, sjukersättning eller aktivitetsersättning, eftersom Försäkringskassans terminologi för dessa ersättningar ändrats under senare år.

⁴ Med ständig trötthet menas att man är trött på morgonen, trött på dagen och trött på kvällen.

2005–2006 (figur 6). Bland männen var den högsta andelen personer med besvär i åldersgruppen 25–44 år, 16 procent. Lägst var denna andel bland de äldsta männen, 11 procent.

Andelen var lägre i samtliga åldersgrupper åren 1995–1996, men högre i flera grupper åren 2000–2001 jämfört med åren 2005–2006. Bland såväl kvinnor som män i åldersgruppen 16–24 år var andelen personer med besvär som högst åren 2005–2006. På 10 år har förekomsten nästan fördubblats bland unga kvinnor, från 17 till 29 procent.

I absoluta tal motsvarar andelen som uppgav ångslan, oro eller ångest 1,4 miljoner personer åren 2005–2006. Motsvarande siffror för perioderna 1995–1996 och 2000–2001 var cirka 1,1 miljon respektive knappt 1,5 miljoner personer. Drygt 60 procent har varit kvinnor.



Figur 6. Andelen som upplever lätt eller svår ångslan, oro eller ångest bland kvinnor och män, 16–84 år, uppdelade i fyra åldersgrupper 1995–1996, 2000–2001 och 2005–2006. Procent.

Källa: SCB/ULF.

Utvecklingen visar att psykisk ohälsa kan förändras påtagligt över korta tidsperioder, det var exempelvis 260 000 fler personer med ångslan, oro eller ångest åren 2005–2006 än tio år tidigare.

Människor i olika grupper är olika sårbara, och de förändringar eller riskfaktorer som påverkar förekomsten av psykisk ohälsa i befolkningen förefaller att orsaka olika stora hälsoförändringar för män och kvinnor och i olika åldersgrupper.

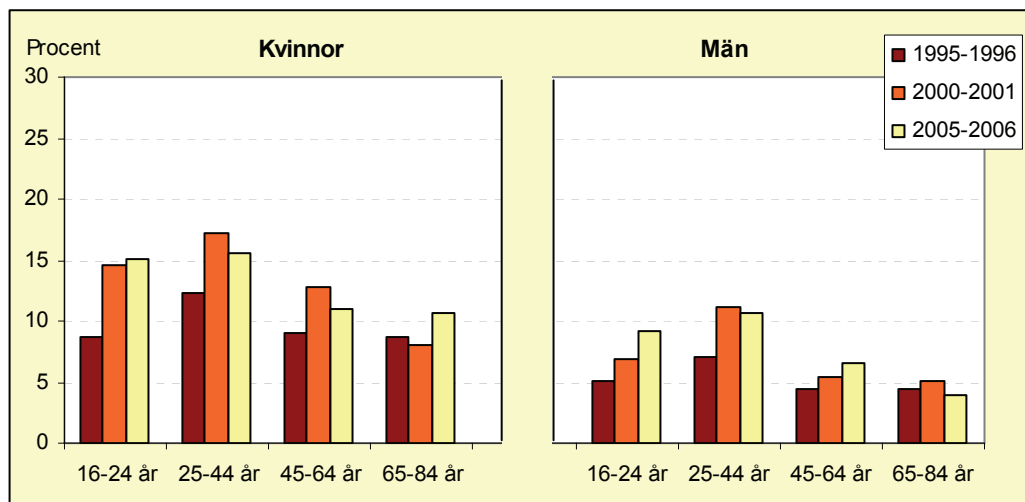
Ständig trötthet vanligast bland 25–44-åringar

Ständig trötthet är inte lika vanligt förekommande som ångslan, oro eller ångest. Med undantag för män i åldern 65 till 84 år har andelen ständigt trötta ökat i alla åldersgrupper mellan perioderna 1995–1996 och 2005–2006. Åren 2005–2006 varierade andelen ständigt trötta mellan 4 och 15 procent bland kvinnor och män i olika åldersgrupper (figur 7). Det motsvarar cirka 540 000 personer åren 1995–1996, 750 000 personer 2000–2001 och

740 000 personer 2005–2006. Ständig trötthet var vanligast i åldrarna 25 till 44 år bland både kvinnor och män, i alla redovisade perioder.

Utvecklingen av ständig trötthet de senaste åren skiljer sig något från motsvarande utveckling av ångslan, oro eller ångest, men även här har förändringarna varit olika i olika befolkningsgrupper (figur 7). Färre grupper upplevde en minskning av sina besvär efter 2000–2001 än vad som kunde observeras för ångslan, oro eller ångest. Detta tyder på att de olika måtten mäter delvis olika aspekter av den psykiska ohälsan.

De äldsta männen har haft den bästa utvecklingen när det gäller förekomsten av ständig trötthet, men under senare år har andelen ständigt trötta också minskat bland kvinnor i åldern 25 till 64 år. Andelen ständigt trötta har emellertid ökat i några grupper: de yngsta männen och kvinnorna, de äldsta kvinnorna samt män i åldern 45 till 64 år. Ökningen av ständig trötthet i den sistnämnda gruppen är intressant. Hos denna grupp har självmorden inte minskat under senare år, precis som bland de yngsta männen och kvinnorna (figur 5).



Figur 7. Andelen med ständig trötthet bland kvinnor och män 16–84 år, uppdelade i fyra åldersgrupper 1995–1996, 2000–2001 och 2005–2006. Procent.
Källa: SCB/ULF.

Smärta i nacke och skuldror är vanligt men ökar inte längre

En annan typ av vanliga hälsobesvär är värk och smärta i rörelseorganen. Tidigare folkhälsorapporter har visat att en del sådana besvär har ökat under en längre tid. Det gäller främst värk i nacke och skuldror, medan andra typer av besvär, som t.ex. smärta i ländryggen har legat på en stabil men hög nivå sedan början av 1980-talet. Den ökade förekomsten av värk i nacke eller skuldror har dock varit tydligare för lätta än för svåra besvär.

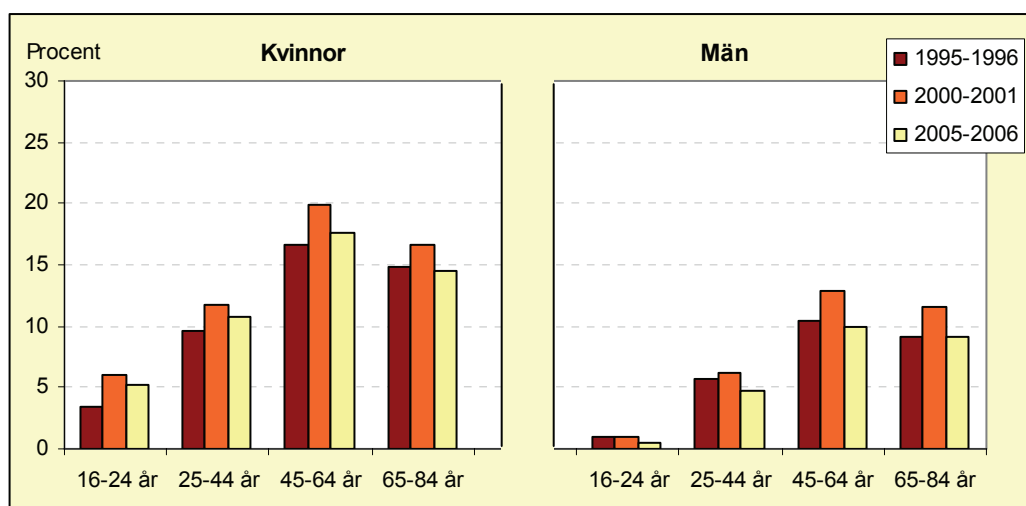
Smärta och värk i rörelseorganen är vanligare bland kvinnor än bland män, och vanligare i arbetaryrken än i tjänstemannayrken. Mer än 55 procent av kvinnliga arbetare hade lätta eller svåra smärtor i nacke och axlar och nästan hälften hade lätt eller svår värk i ländryggen 2002–2003. Det kan jämföras med att endast cirka 25 procent av manliga tjänstemän uppgav att de hade smärta i nacke eller skuldror, eller smärta i ländryggen under samma tidsperiod [2].

Många hälsobesvär, inklusive olika smärttillstånd, kan ta lång tid att utveckla och ökar normalt med stigande ålder. Det gäller också för svåra besvär av värk i nacke eller skuldror (figur 8). Dessa besvär är dock mindre vanliga i åldrarna över 64 år jämfört med åldrarna 45 till 64 år.

Förekomsten av svår smärta i nacke eller skuldror har ett tydligare förändringsmönster än de psykiska hälsobesvär som rapporterades ovan. Svår värk i nacke eller skuldror ökade i samtliga åldersgrupper utom bland de yngsta männen mellan åren 1995–1996 och 2000–2001. Därefter minskade besvären i samtliga åldrar fram till 2005–2006.

Omräknat till absoluta tal hade cirka 670 000 personer smärta i nacke eller skuldror åren 1995–1996. Åren 2000–2001 hade antalet ökat till 800 000 personer, men minskade sedan till 680 000 personer under den sista perioden, dvs. till nästan samma antal som tio år tidigare.

Det finns ett par tänkbara förklaringar till varför smärta i rörelseorganen generellt är vanligast i åldersgruppen 45–64 år. Uppföljningsstudier av från början helt friska individer har visat att en fysiskt krävande arbetsmiljö kan ge upphov till smärta redan efter några månaders förvärvsarbete [21].

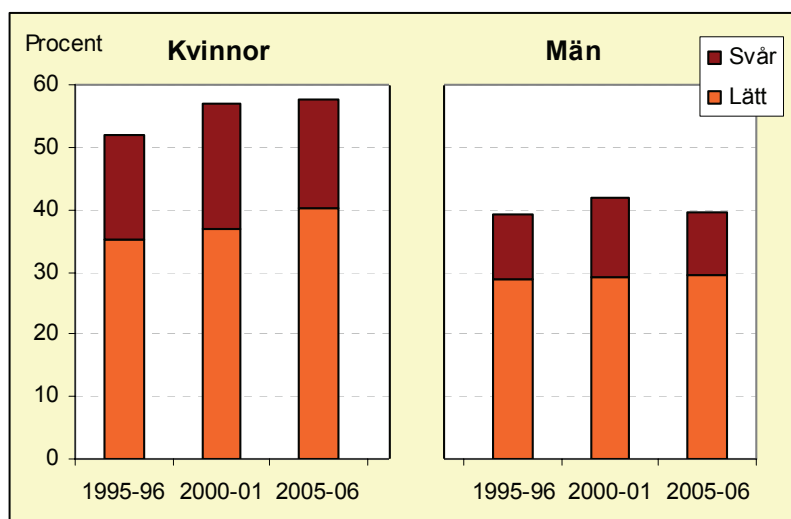


Figur 8. Andelen som hade svår smärta i nacke eller skuldror bland kvinnor och män 16–84 år, uppdelade i fyra åldersgrupper, 1995–1996, 2000–2001 och 2005–2006. Procent.

Källa: SCB/ULF.

Den sammanlagda tid som personer i yrkeslivet varit exponerade för olika yrkesbelastningar är som längst i åldersgruppen 45–64 år. Detta får effekter bland annat i form av många nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar på grund av sjukdomar i rörelseorganen i den här åldersgruppen [17]. I samband med ålderspensioneringen försvinner belastningarna från yrkesarbetet, och då minskar också andelen personer som har besvär. Likväl kvarstår vissa besvär som är relaterade till tidigare yrkesbelastningar och arbetsskador.

Gäller den senaste tidens minskande förekomst av svår smärta också för lättare värk? Här har presentationen begränsats till åldrarna 45 till 64 år, det vill säga den åldersgrupp som hade högst förekomst av svår smärta i nacke eller skuldror. När lätta besvär av smärta i nacke eller skuldror inkluderas är de senaste årens förbättringstrend inte längre tydlig (figur 9).



Figur 9. Andelen som hade lätt eller svår smärta i nacke eller skuldror bland kvinnor och män i åldern 45–64 år 1995–1996, 2000–2001 och 2005–2006. Procent. Källa: SCB/ULF.

Andelen med lätt eller svår smärta närmar sig 60 procent bland kvinnor 2005–2006 och har legat på en nivå kring 40 procent bland män sedan 1995–1996. Av alla som uppger att de har någon smärta eller värk i nacke eller skuldror uppger närmare tre av fyra att det är lätta smärtor.

Andelen rökare fortsätter att minska

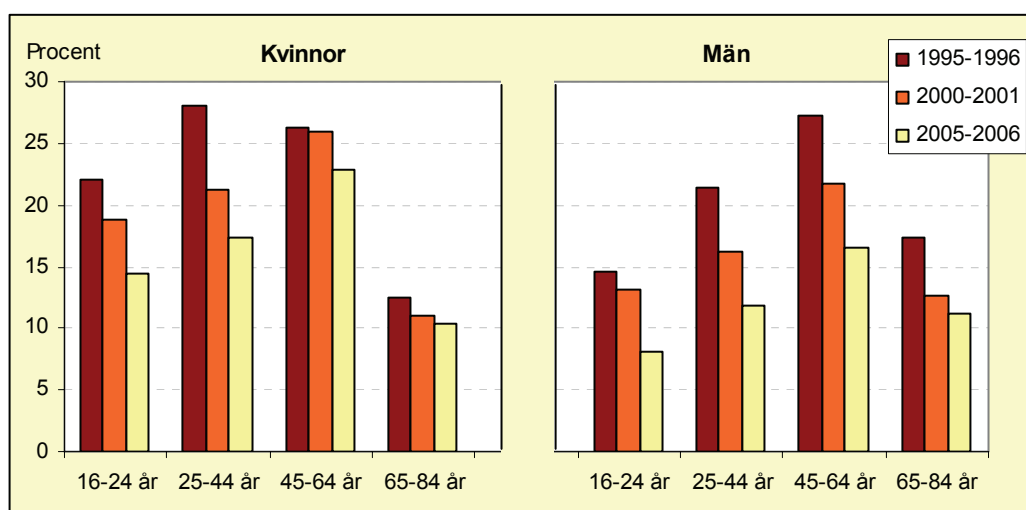
År 2006 var 17 procent av kvinnorna och 12 procent av männen dagligrökare.⁵ Bland män har rökning minskat sedan slutet av 1960-talet och bland kvinnor sedan slutet av 1970-talet [22]. Nedgången började alltså vid tidigare tidpunkt och har dessutom varit större för män än för kvinnor, och därför är rökning vanligare bland kvinnor än män sedan flera år tillbaka. I detta avseende utgör Sverige ett undantag. Enligt en rapport från Världshälsoorganisationen (WHO) är det bara Sverige och Island av de europeiska länderna som har en högre andel kvinnliga än manliga dagligrökare [23]. Den europeiska jämförelsen visar också att andelen svenska kvinnor som röker motsvarar genomsnittet för alla europeiska kvinnor, medan andelen rökare bland svenska män är lägst av alla länder i Europa. I genomsnitt röker 40 procent av europeiska män [23].

Det bör i sammanhanget noteras att i Sverige är snusning vanligt förekommande, en vana som knappast alls förekommer utanför Norden. År 2006 uppgav 24 procent av männen och 3 procent av kvinnorna i Sverige att de snusar dagligen. Snusning har troligen bidragit till att svenska män röker i så liten utsträckning i dag.

Förändringar i rökvanor sker delvis i kohortvisa steg. Det betyder att vid en viss tidpunkt kommer exempelvis 60–69-åriga kvinnor av äldre kohorter, som rökt i liten omfattning, att ersättas av 60–69-åriga kvinnor från födelsekohorter som röker i större omfattning. Den senaste tidens utveckling antyder att rökningen har minskat för både män och kvinnor i alla åldersgrupper

⁵ Enligt SCB:s undersökning om levnadsförhållanden (ULF).

sedan mitten av 1990-talet (figur 10). Minskningen har dock varit liten, bara 2 procentenheter, bland kvinnor i den äldsta åldersgruppen. Det är intressant att rökning i den yngsta gruppen var dubbelt så vanligt bland kvinnorna som bland männen åren 2005–2006: 16 procent jämfört med 8 procent.



Figur 10. Andelen som röker dagligen bland kvinnor och män i fyra åldersgrupper 1995–1996, 2000–2001 och 2005–2006. Procent.

Källa: SCB/ULF.

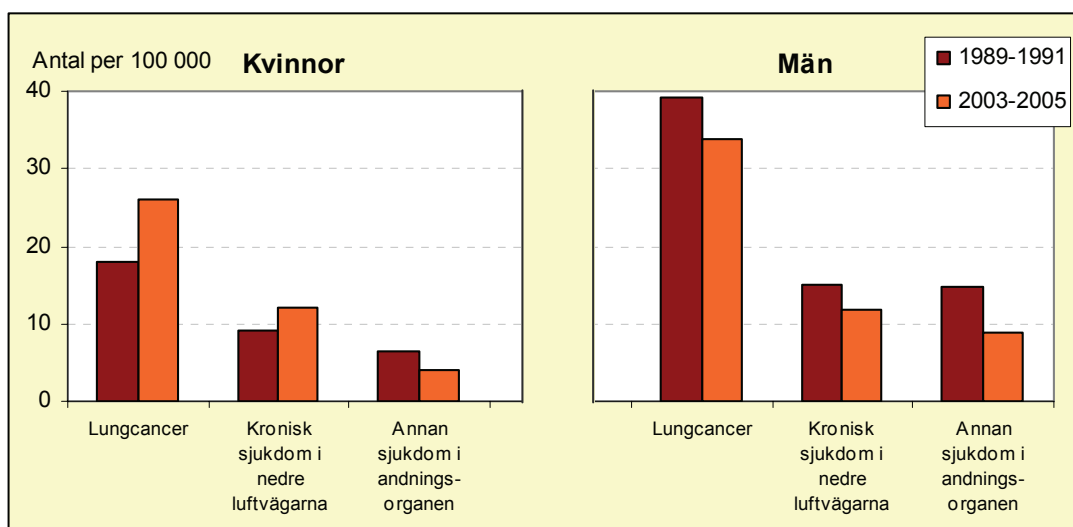
Rökningens negativa effekter på befolkningens hälsa, och därmed också på medellivslängden, är oomtvistad. Rökningen var vanligt förekommande bland svenska kvinnor redan på 1960-talet, och det har troligen bidragit till att svenska kvinnors medellivslängd är kortare än vad som är fallet i länder där kvinnor rökt i mindre utsträckning, t.ex. Spanien, Frankrike och Japan [24]. Danmark, som haft betydligt högre andel kvinnliga rökare än Sverige, ligger i början av 2000-talet flera år efter Sverige vad gäller den förväntade medellivslängden för kvinnor.

De negativa effekterna av rökning är tydligast för sjukdomar som uppkommer efter många års rökning. Insjuknande och dödlighet i sådana sjukdomar, främst lungcancer och KOL⁶, har inte förändrats mycket de senaste åren. Trots att männen dragit ner på rökningen mer än kvinnorna ökade dödligheten i KOL bland såväl män som kvinnor under perioden 1988–2004 [4]. Det kan bero på att sjukdomarna har långa latensperioder, och att tidigare rökning såväl som passiv rökning bidragit till insjuknandet. Den ökade dödligheten i KOL kan också tänkas bero på att sjukdomen under senare år uppmärksammats alltmer i sjukvården och att KOL därför oftare kommer att stå med på dödsorsaksintyget. Av dem som avlider i kroniska sjukdomar i nedre luftvägarna är det följaktligen en ökande andel som får KOL som underliggande dödsorsak, och en minskande andel som får andra kroniska sjukdomar i nedre luftvägarna (främst emfysem eller bronkit) som dödsorsak.

Förändrad dödlighet vid lungcancer respektive kroniska sjukdomar i nedre luftvägarna (inklusive KOL) följer mäns och kvinnors skilda utveckling

⁶ Kronisk obstruktiv lungsjukdom.

av rökvanorna under de senaste 15 åren (figur 11)⁷. Således har kvinnornas dödlighet i lungcancer och kroniska sjukdomar i nedre luftvägarna ökat med 46 respektive 32 procent mellan perioderna 1989–1991 och 2003–2005. Männens dödlighet i dessa sjukdomar har minskat med 14 respektive 22 procent. Dödligheten i övriga sjukdomar i andningsorganen, främst influensa och lunginflammation, har minskat med cirka 40 procent för båda könen. I hela befolkningen har dödligheten i andningsorganens sjukdomar minskat med sammanlagt 24 procent bland kvinnorna och med 34 procent bland männen under de senaste 15 åren. Den snabbt krympande könsskillnaden vid dessa dödsorsaker visar att dödligheten kan förändras relativt mycket på kort sikt.



Figur 11. Dödlighet i lungcancer, kronisk sjukdom i nedre luftvägarna (inkluderar bronkit, emfysem, astma och KOL) samt annan sjukdom i andningsorganen bland kvinnor och män 15–74 år, 1989–1991 och 2003–2005, åldersstandardiserat. Antal döda per 100 000.

Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Förändrade rökvanor kan också påverka utvecklingen vid andra, och betydligt vanligare dödsorsaker. Rökning är en av de ledande riskfaktorerna för såväl hjärt- och kärlsjukdomar som flera former av cancer.

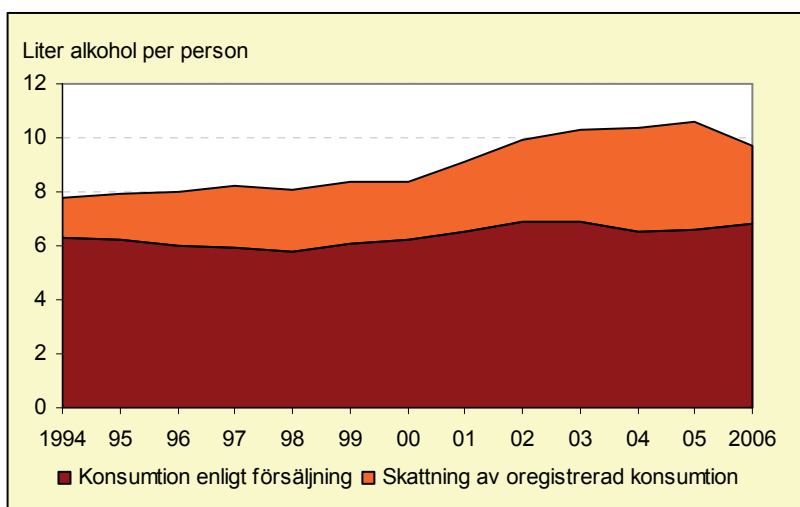
Minskad rökning har också stor betydelse för att dödligheten i kranskärlsjukdomar har minskat mer för män än för kvinnor sedan början av 1980-talet. Det gäller särskilt den del av befolkningen som är yngre än 65 år. Utvecklingen visar även att när många i befolkningen slutar röka leder det till att vissa dödsorsaker som har samband med rökning (bland annat kranskärlssjukdom) minskar snabbare än andra (t.ex. lungcancer).

Alkoholkonsumtionen är fortsatt hög

År 2006 skattades totalkonsumtionen av alkohol i Sverige till 9,7 liter 100-procentig alkohol per invånare 15 år och äldre [25]. Det är en liten nedgång

⁷ Här begränsas presentationen till åldrarna 15 till 74 år eftersom klassificeringen av dessa dödsorsaker är osäkrare för personer 75 år och äldre.

från föregående år. Vid mitten av 1990-talet var konsumtionen runt 8 liter alkohol per person och år men ökade till drygt 10 liter under början av 2000-talet (figur 12). Ökningen berodde främst på en ökad konsumtion av oregistrerad alkohol, dvs. alkohol som förs in i landet legalt eller illegalt. Andelen av den uppskattade konsumtionen av oregistrerad alkohol har ökat från cirka 20 procent av totalkonsumtionen vid mitten av 1990-talet, till drygt 30 procent de senaste åren. Skattningen av den totala konsumtionen är osäker, men ökningen av den oregistrerade konsumtionen under 2000-talets första år sammanfaller med den allmänna konsumtionsökning som baseras på Systembolagets, livsmedelsbutikernas och restaurangernas försäljnings-siffror. Den registrerade konsumtionen ökade med 1 liter 100-procentig alkohol per person och år mellan 1998 och 2002, men har därefter knappt förändrats alls.



Figur 12. Total alkoholkonsumtion uppdelad på registrerad försäljning och skattad oregistrerad konsumtion. Antal liter 100-procentig alkohol per person 15 år och äldre, 1994–2006.

Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; Statens Folkhälsoinstitut.

Den ökade konsumtionen kan troligen också delvis förklaras av förändrade attityder till alkohol, lägre priser och en liberalare alkoholpolitik som harmoniserats något med övriga EU-länder.

Den svenska dryckeskulturen präglades länge av att spritdryckerna utgjorde en hög andel av den totala konsumtionen. I slutet av 1970-talet utgjorde spritdrycker 54 procent av totalkonsumtionen i liter 100-procentig alkohol per person [26]. Fram till år 2006 hade denna andel minskat till 18 procent av den registrerade konsumtionen. Istället ökade konsumtionen av vin och starköl till 44 respektive 29 procent, och folköl stod för 9 procent av totalkonsumtionen år 2006. Med dessa förändringar har Sverige rört sig mot dryckesvanor som liknar de i andra väst- och sydeuropeiska länder [27]. Alkoholvanorna har också förändrats i många traditionella vinländer som Frankrike, Spanien och Italien. Där har den totala alkoholkonsumtionen minskat, samtidigt som bland annat ölkonsumtionen relativt sett har ökat [27].

Även om totalkonsumtionen har ökat i Sverige sedan mitten av 1990-talet är nivån inte särskilt hög i ett europeiskt perspektiv. En jämförelse av konsumtionen i 17 länder i Nord-, Väst- och Sydeuropa i början av 2000-talet antyder att konsumtionen är lägst i Norge och Sverige, dvs. länder som fortfarande har en förhållandevis restriktiv alkoholpolitik [26].

Riskabla alkoholvanor har ökat

Svenskarna har också haft en tradition av berusningsdrickande mestadels under veckoslut och storhelger [28]. Den ökande öl- och vinkonsumtionen tyder på att det blivit vanligare att dricka ett glas vin eller en öl till maten, kanske även på vardagar, precis som i många andra europeiska länder.

Ur folkhälsosynpunkt är det framför allt viktigt att regelbundet följa upp andelen med riskabla alkoholvanor. Uppgifter från ULF 2004–2005 visade att 8 procent av kvinnorna och 15 procent av männen var högkonsumenter⁸ av alkohol. Andelen med intensivkonsumtion⁹ var 7 respektive 21 procent. Såväl hög konsumtion som intensivkonsumtion har ökat bland både kvinnor och män mellan åren 1996–1997 och 2004–2005. Det är värt att notera att andelen som inte dricker alls har förändrats mycket lite över tid, och att det således är gruppen med låg konsumtion som minskar i befolkningen.

Riskabla alkoholvanor mäts också av Statens folkhälsoinstitut i den nationella folkhälsoenkäten. År 2005 var andelen med riskabla alkoholvanor högst i åldrarna 16–29 år (35 procent av männen och 25 procent av kvinnorna) men konsumtionen minskar sedan kontinuerligt med stigande ålder.

Alkoholkonsumtionen minskar normalt sett med åldern. Volymen alkohol som konsumeras är högst i åldersgruppen 20–24 år, cirka 20 liter 100-procentig alkohol under ett år för män och knappt 9 liter för kvinnor, medan konsumtionen är lägst bland 65–80-åringarna [28].

Ökad alkoholrelaterad dödlighet i befolkningen över 45 år

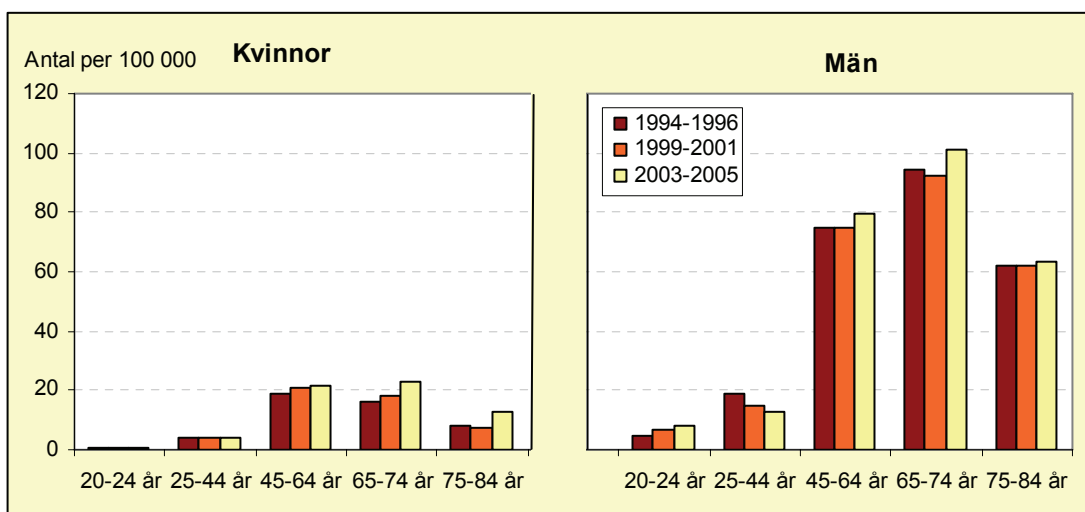
Alkoholens skadeverkningar är komplexa. Måttlig till hög konsumtion under lång tid ökar risken för ett flertal kroniska sjukdomar, t.ex. cancer i matstrupe och levercirros (skrumplever). Men alkohol kan också leda till en minskad risk för vissa sjukdomar, främst hjärtinfarkt och diabetes [29].

Berusningsdrickande medför också en ökad risk för skador och förgiftningar. Särskilt drunkningsolyckor, fallolyckor, transportolyckor, självmord, mord och förgiftningar inträffar många gånger under alkoholpåverkan [30, 31].

⁸ *Hög alkoholkonsumtion* motsvarar 30 gram 100-procentig alkohol eller mer per dag för män och 20 gram eller mer för kvinnor. Detta motsvarar 3,5 flaskor vin eller mer per vecka för män och 2,5 flaskor eller mer per vecka för kvinnor. *Medelkonsumtion* definieras som förtäring av mer än 2 men mindre än 3,5 flaskor vin per vecka för män och mer än 1 men mindre än 2,5 flaskor per vecka för kvinnor.

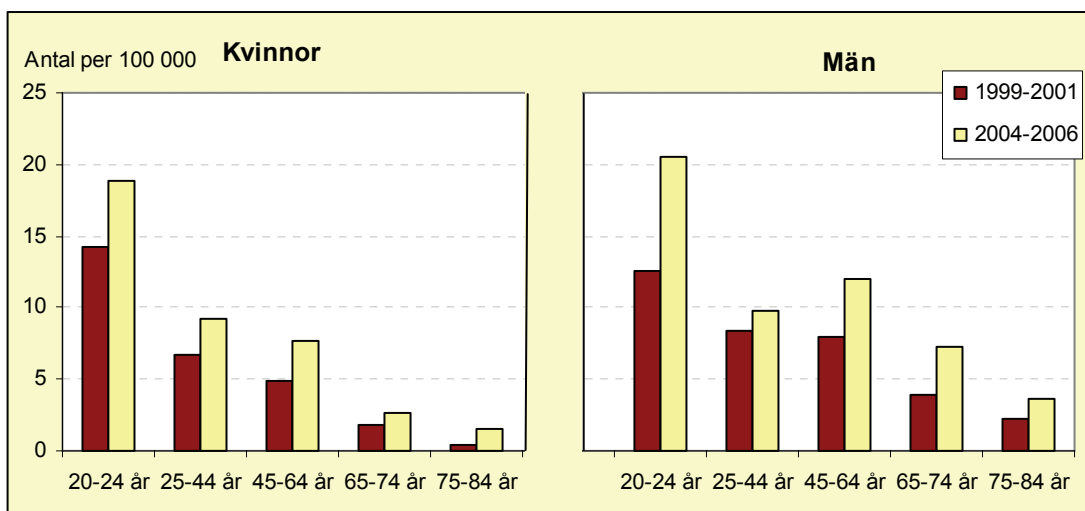
⁹ *Intensivkonsumtion* motsvarar 18 cl sprit, 1 flaska vin eller 4 burkar starköl vid ett och samma tillfälle.

Totalt avled 1 672 män och 472 kvinnor i alkoholrelaterade dödsorsaker¹⁰ år 2005. I dessa siffror inkluderas emellertid inga skador och förgiftningar. I en beräkning för Sverige år 2002, uppskattades antalet dödsfall till följd av alkoholrelaterade skador och förgiftningar till drygt 1 000 [29].



Figur 13. Alkoholrelaterad dödlighet bland kvinnor och män i fem åldersgrupper, 1994–1996, 1999–2001 och 2003–2005. Antal döda per 100 000.

Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.



Figur 14. Patienter vårdade på sjukhus för akut alkoholförgiftning (toxisk effekt av alkohol) bland kvinnor och män i fem åldersgrupper, 1999–2001 och 2004–2006. Antal patienter per 100 000.

Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret.

Den alkoholrelaterade dödligheten har totalt sett knappt förändrats alls sedan mitten av 1990-talet. Det har gått att se en ytterst svag ökning bland kvinnor, men inte bland män. En analys av åldersmönstret visar att dödlig-

¹⁰ Alkoholrelaterade dödsfall utgörs av sjukdomar och skador där alkoholmissbruk eller hög alkoholkonsumtion är en förutsättning för att dödsfallet ska inträffa. Socialstyrelsen använder en lista på 19 dödsorsaker, varav minst en ska ha förekommit som underliggande eller bidragande dödsorsak för att dödsfallet ska definieras som alkoholrelaterat.

heten i alkoholrelaterade dödsorsaker förefaller att öka något i åldersgruppen 45 år och äldre samt bland män i åldern 20 till 24 år (figur 13). Däremot har denna dödlighet minskat bland män i åldrarna 25 till 45 år. För kvinnor yngre än 45 år är den alkoholrelaterade dödligheten fortsatt låg och den har heller inte förändrats sedan mitten av 1990-talet.

Antalet som vårdats för akut alkoholförgiftning har ökat i befolkningen 20–84 år, bland både män och kvinnor och i alla åldersgrupper (figur 14). Det kan bero på att intensivkonsumtionen har ökat under senare år, något som rapporterades ovan. Kanske har svenskarnas alkoholvanor inte i alla avseenden förändrats mot det måttlighetsdrickande som är vanligare i många länder, främst i Sydeuropa.

Antalet som vårdats på sjukhus för alkoholrelaterad leversjukdom, levercirros, har ökat på ett likartat sätt som för alkoholförgiftning, både för män och kvinnor men bara i åldrarna 45 till 74 år. Det kan emellertid vara svårt att tolka utvecklingen av alkoholrelaterade sjukdomar utifrån hur många patienter som vårdas i slutna vård. Förändrade vårdformer, färre vårdplatser än tidigare, och kortare vårdtider har också betydelse i detta sammanhang [4].

Övervikt och fetma fortsätter att öka bland män

Världshälsoorganisationen (WHO) har definierat viktgränser för under- respektive övervikt. Det uttrycks som en relation mellan kroppslängd och kroppsvikt och mäts i BMI (kroppsmasseindex)¹¹.

Den ökade förekomsten av övervikt och fetma i Sverige och i resten av västvärlden är ett ökande folkhälsoproblem [32]. Fetma är en betydande riskfaktor för ett flertal hälsoproblem som diabetes, högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, ledproblem, cancer och för tidig död. Två nya avhandlingar från Lunds universitet tyder dock på att fetma i sig inte ger någon nämnvärd riskökning för hjärt- och kärlsjukdom. Det är istället fetma i kombination med andra riskfaktorer som diabetes, högt blodtryck, höga blodfetter och rökning som leder till en ökad risk [32, 33]. Män med fetma som samtidigt röker förefaller vara en grupp med särskilt hög risk för kranskärslsjukdom [32].

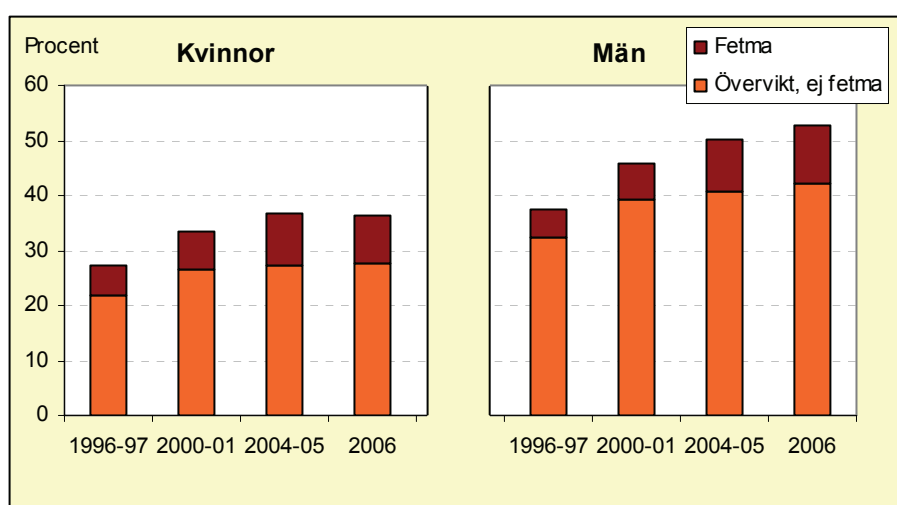
År 2006 var 36 procent av kvinnorna och 53 procent av männen 16–84 år överviktiga eller feta (figur 15). Skillnaden mellan könen är relativt stor när det gäller övervikt. Förekomsten bland män var nästan 15 procentenheter högre än bland kvinnor. För fetma är skillnaden mellan könen mindre, bara 2 procentenheter. Utvecklingen under de senaste tio åren har dock lett till att skillnaderna mellan könen har ökat både när det gäller övervikt och fetma. Andelen med övervikt och fetma har stabiliserats (eller möjligen börjat minska) bland kvinnor, men andelen ökar fortfarande bland männen. En del av skillnaderna mellan könen beror på att en större andel av mäns kroppsvikt, jämfört med kvinnornas, utgörs av muskler och skelett. Detta

¹¹ Kroppsmasseindex, *Body Mass Index* (BMI) = vikt (kg) dividerat med kroppslängd (m) i kvadrat. WHO definierar kroppsvikt och olika grader av övervikt utifrån följande BMI: Undervikt <18,5; Normalvikt 18,5 till <25; Övervikt 25 till <30; Fetma grad I 30 till <35; grad II 35 till <40; grad III 40 och däröver.

kan dock knappast förklara varför andelen med övervikt och fetma ökar mer för män än för kvinnor.

Undervikt är vanligast bland kvinnor i åldersgruppen 16–24 år. Andelen underviktiga i denna grupp har ökat från 7 procent 1996–1997 till knappt 10 procent under perioden 2000–2005. Det kan vara intressant att notera att undervikt är ett större problem bland unga kvinnor än fetma. Endast 4 procent av 16–24-åriga kvinnor led av fetma år 2006.

Enbart övervikt har inte visat sig ge överrisk för tidig död. Däremot utgör övervikt en ökad risk för sjukdomar i rörelseorganen liksom minskad livskvalitet [34, 35]. Även undervikt är en betydande riskfaktor för ohälsa. Undervikt har t.ex. visat sig öka risken för att avlida i förtid i minst samma utsträckning som fetma [36, 37], men det behöver inte bero på undervikten i sig. Undervikt kan vara en markör för annan allvarlig psykisk eller kroppslig sjukdom.



Figur 15. Andelen kvinnor och män med övervikt eller fetma och därav med fetma 16–84 år, 1996–1997, 2000–2001, 2004–2005 och 2006, åldersstandardiserat.

Procent.

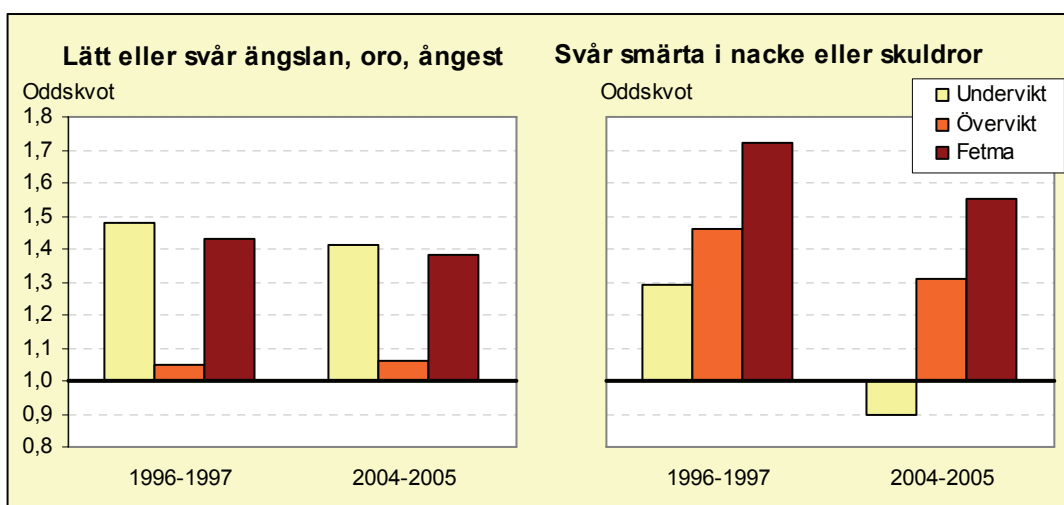
Källa: SCB/ULF.

Den riskbild som beskrivits för undervikt, övervikt och fetma stämmer någorlunda väl med hur förekomsten av vanliga hälsobesvär som ångslan, oro eller ångest och svår smärta i nacke och skuldror varierar mellan dessa grupper. Undervikt är mest relaterat till lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest. Fetma är mest relaterat till svår smärta i nacke och skuldror men också till ångslan, oro eller ångest (figur 16). Övervikt har en viss relation till smärta i nacke eller skuldror men inte till ångslan, oro eller ångest.

Skillnaderna mellan normalviktiga och andra BMI-grupper i hälsöhänsenande verkar vara konsekventa. Överlag har normalviktiga lägst förekomst av besvär. Underviktiga hade emellertid lägst förekomst av smärta från nacke och skuldror 2004–2005, men inte 1996–1997.

Alltså kan såväl undervikt, övervikt som fetma utgöra viktiga riskfaktorer för ohälsa. Detta stöds av resultat från en svensk studie som följde upp olika BMI-grupper i patientregistret och dödsorsaksregistret. Övervikt ökade risken för vård på sjukhus för sjukdom i rörelseorganen och hjärt- och kärl-

sjukdom, men ökade i sig inte risken att avlida i förtid [36]. På motsvarande sätt var undervikt inte relaterat till dessa sjukdomar, men däremot till ökad dödsrisk.



Figur 16. Relativa skillnader i två vanliga hälsobesvär för underviktiga (BMI <18,5), överviktiga (BMI 25 till <30) och för dem med fetma (BMI 30 eller mer) jämfört med normalviktiga (BMI 18,5 till <25), 1996–1997 och 2004–2005. Resultat från logistik regression. Oddsquoter.

Justerat för ålder och kön.

Jämförelsegrupp är normalviktiga och förekomsten av besvär i denna grupp är satt till 1,0.

Källa: SCB/ULF.

I ett längre perspektiv är befolkningens viktuppgång tydlig. Det är dock oklart vad det beror på. Två sannolika orsaker är ett för högt intag av kalorier och för låg fysisk aktivitet. Den fysiska aktivitetsgraden, mätt som fritidsmotion, har visserligen ökat något de senaste åren, både bland kvinnor och män. Denna ökning kanske inte har varit tillräckligt stor eftersom vi samtidigt rör oss allt mindre i vardagen. Andra tänkbara anledningar till viktuppgången är minskad rökning. Lägesrapporten om folkhälsa från 2006 visade att det tidigare fanns en högre andel med övervikt eller fetma bland icke-rökare jämfört med rökare [4]. Dessa skillnader mellan rökare och icke-rökare hade minskat mellan åren 1996–1997 och 2004–2005, och det berodde främst på att rökare hade haft en större ökning i andelen med övervikt eller fetma än icke-rökare. Ur folkhälsosynpunkt finns flera fördelar med att många slutar röka även om det innebär ökad vikt.

Hälsoutveckling bland barn och tonåringar

Flera nationella frågeundersökningar riktas direkt till barn. Bland dessa ingår Statistiska centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden bland barn och Statens folkhälsoinstituts undersökning om skolbarns hälsovanor [38]. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) genomför också regelbundet frågeundersökningar om alkohol och droger riktade till elever i årskurs nio och elever som går andra året på gymnasiet.

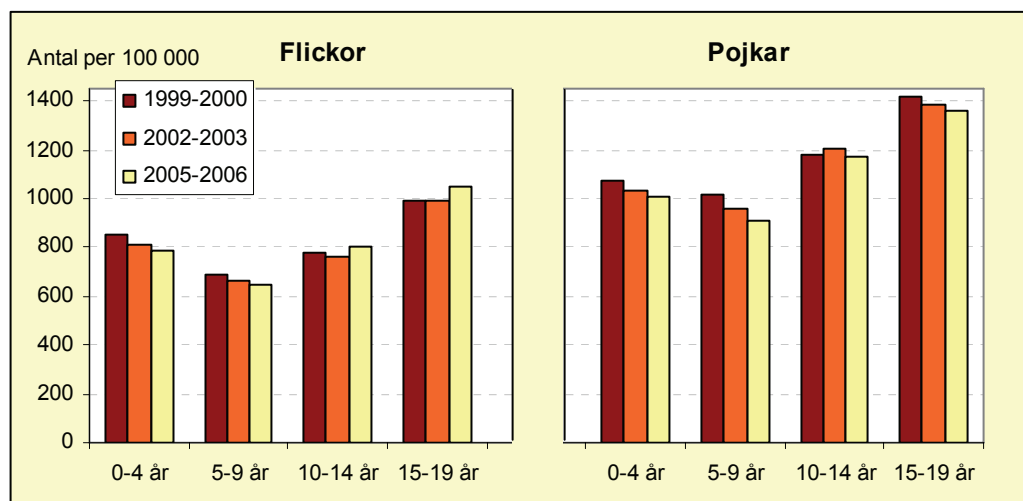
Undersökningen Skolbarns hälsovanor visade senast att såväl den psykiska hälsan som trivsel med livet i allmänhet har försämrats bland 15-åringa

flickor. Mellan åren 2001 och 2005 minskade förekomsten av minst ett besvär av nedstämdhet, nervositet, irritation eller sömnbesvär mer än en gång per vecka. Det gällde i alla grupper i undersökningen *utom* bland de 15-åriga flickorna [38]. Andra uppgifter om hälsoutvecklingen visade också på en bekymmersam situation för tonårsflickor [4]. De förbättringar som observerades var bland annat förbättrade kostvanor och tecken på att fetma minskat något bland flickor under senare år.

Minskad sjukhusvård för skador bland barn under 10 år

Olycksfall, skador och förgiftningar är den vanligaste huvudorsaken till såväl dödsfall som sjukhusvård bland barn [39]. År 2005 omkom sammanlagt 142 barn och tonåringar (0–19 år) till följd av skador och förgiftningar. 46 av dem var flickor och 96 var pojkar [12]. De allra flesta av dessa dödsfall (70 procent) inträffade i åldern 15 till 19 år. Endast 2 spädbarn omkom av en yttre orsak eller skadehändelse under år 2005.

Det finns ingen heltäckande registrering av skador bland barn. Det är bara när skadan leder till sjukhusvård eller besök på akutmottagning som det finns statistiska uppgifter om skadorna. I undersökningen av levnadsförhållanden bland barn 10–18 år (åren 2004–2005) uppgav 28 procent av flickorna och 40 procent av pojkarna att man minst en gång under det senaste halvåret skadat sig så illa att man blivit behandlad av en läkare eller en sjuksköterska [10]. Skador bland barn är alltså vanliga och viktiga att förebygga. Skadeplatserna varierar emellertid stort med barnens ålder och den miljö barnen mestadels vistas i. Barn i åldrarna 0 till 5 år skadar sig oftast inomhus i hemmet, medan äldre barn oftast skadar sig vid idrotts- och sportanläggningar.



Figur 17. Vårdade på sjukhus för skador, förgiftningar och yttre orsaker för flickor och pojkar 0–19 år, uppdelade i fyra åldersgrupper, 1999–2000, 2002–2003 och 2005–2006. Antal per 100 000.

Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret.

Uppgifter i Socialstyrelsens Patientregister visar att färre barn under 10 år vårdats på sjukhus för skador (figur 17). Den största minskningen, 10 procent, kan observeras för pojkar i åldern 5 till 9 år. En färsk rapport från

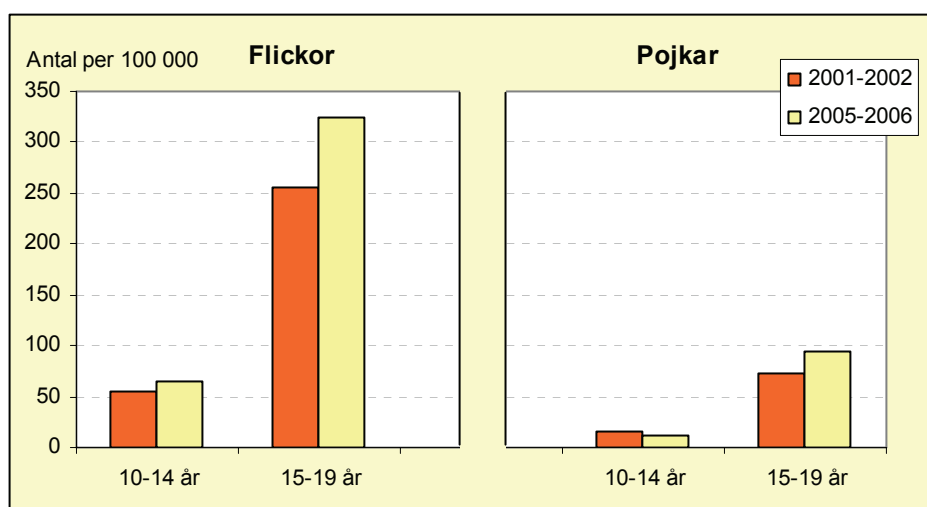
Räddningsverket visar emellertid att all vård på sjukhus (oavsett diagnos) under det första levnadsåret ökat sedan början av 1990-talet [40].

Bland 10–14-åringar finns inga markerade förändringar. I den äldsta gruppen, 15 till 19 år, har sjukhusvård för olika skador ökat med 6 procent för flickor men minskat med 4 procent för pojkar.

Självordsförsök ökar bland äldre tonåringar

Avsiktliga självdestruktiva handlingar, främst självmordsförsök, är en viktig orsak till att allt fler flickor i åldrarna 15–19 år vårdas på sjukhus (figur 18). Självordsförsöken har ökat bland såväl flickor som pojkar, men både antalet och ökningen är större bland flickorna. Tidigare har Socialstyrelsen visat att fullbordade självmord bland ungdomar 15–24 år har legat på ungefär samma nivå sedan mitten av 1990-talet (figur 5). Det finns ingen större förändring i självmordsförsök i åldrarna 10 till 14 år under senare år.

Självorden har alltså inte förändrats i samma utsträckning som självmordsförsöken bland unga. År 2005 inträffade ändå 24 procent av alla dödsfall i åldern 10 till 19 år (52 dödsfall av totalt 215) till följd av fullbordade självmord eller skadehändelse med oklar avsikt [12]. Förgiftning är den vanligaste metoden vid självmordsförsök, och utgör cirka 90 procent av försöken bland 15–24-åriga kvinnor och cirka 80 procent bland jämnåriga män [39]. Den absolut vanligaste typen av förgiftning är läkemedelsförgiftning.



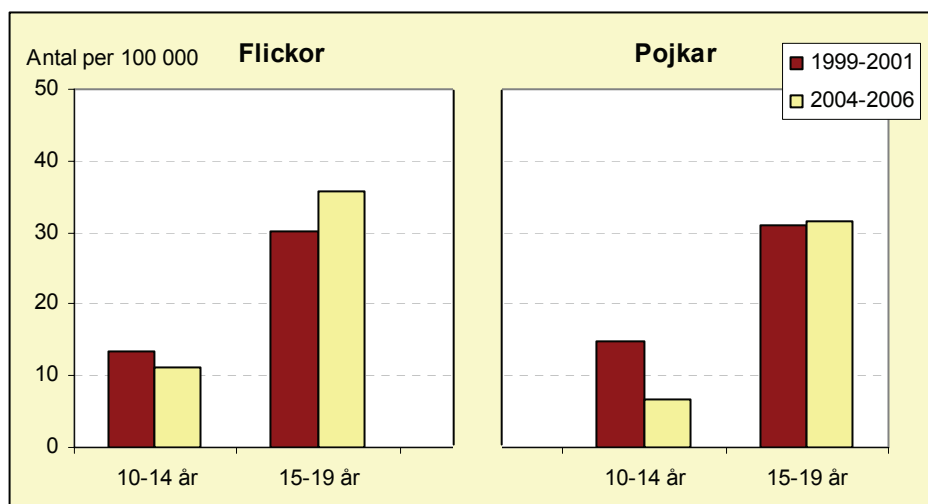
Figur 18. Patienter som vårdades för självmordsförsök, inklusive skadehändelser med oklar avsikt. Flickor och pojkar i åldrarna 10–14 år och 15–19 år, 2001–2002 och 2005–2006. Antal per 100 000.

Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret.

En brittisk studie bland skolbarn fann att skillnader mellan könen vad gäller självuppskattning och kroppsuppfattning förklarade en större del av skillnaderna i förekomsten av depression mellan flickor och pojkar [41]. Depression har ett samband med självmordsförsök. För Sveriges del kan man se att ångslan, oro, ångest eller nedstämdhet är vanligare bland flickor än bland pojkar. Detta kan vara en faktor som bidragit till att skador, alkoholförgiftningar samt självmordsförsök fortsätter att öka bland de äldre tonårsflickorna.

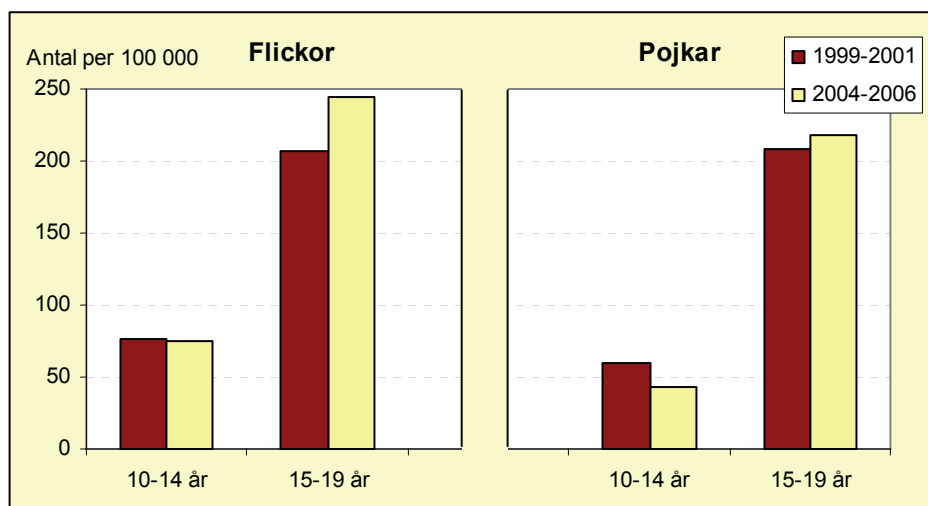
Ökning av alkoholrelaterade skador bland 15–19-åringar

Det har uppmärksammats att unga, särskilt flickor och unga kvinnor, allt oftare vårdas på sjukhus för alkoholförgiftningar och andra akuta tillstånd orsakade av berusningsdrickande. Frågeundersökningar i årskurs nio visar att flickor drack motsvarande 2,2 liter 100-procentig alkohol år 2007, vilket kan jämföras med pojkarnas 3 liter [26].



Figur 19a. Patienter som vårdades för akut alkoholförgiftning (toxisk effekt av alkohol, diagnos T51). Flickor och pojkar i åldrarna 10–14 år och 15–19 år, 1999–2001 och 2004–2006. Antal per 100 000.

Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret.



Figur 19b. Patienter som vårdades för psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol (diagnos F10). Flickor och pojkar i åldrarna 10–14 år och 15–19 år, 1999–2001 och 2004–2006. Antal per 100 000.

Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret.

I åldersgruppen 10–14 år är det färre som vårdats på sjukhus för alkoholförgiftning och andra negativa effekter orsakade av alkoholkonsumtion åren 2004–2006 jämfört med 1999–2001 (figur 19a och 19b). Minskningen gäller särskilt för pojkarna i åldersgruppen. Däremot har antalet som vårdats för

alkoholrelaterade akuta skador ökat bland äldre tonåringar, särskilt bland äldre flickor. Skillnaden mellan flickor och pojkar var små 1999–2001, men 2004–2006 var det vanligare att flickor i åldern 10 till 19 år vårdats på sjukhus för negativa hälsoeffekter orsakade av alkoholmissbruk.

CAN:s¹² frågeundersökningar tyder på att alkoholkonsumtionen troligen har minskat både bland pojkar och flickor i årskurs nio mellan åren 2005–2006 och 2007. I årskurs 2 på gymnasiet har däremot alkoholkonsumtionen ökat mellan dessa år, från 7,1 till 7,6 liter 100-procentig alkohol per år bland pojkar och från 4 till 4,2 liter per år bland flickor.

Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 som uppger att de inte dricker alkohol alls har ökat med några procentenheter under senare år, från omkring 26 till 29 procent bland flickorna och från omkring 29 till 33 procent bland pojkarna. I gymnasiets andra årskurs har andelen som inte dricker alkohol alls legat kring 10 procent för både pojkar och flickor under hela perioden åren 2004–2007. På motsvarande sätt visar CAN:s undersökningar att intensivkonsumtionen minskat i årskurs nio, särskilt bland pojkar, men de senaste åren har intensivkonsumtionen ökat i gymnasiets andra årskurs bland både pojkar och flickor. År 2007 uppgav 44 procent av flickorna och 52 procent av pojkarna i gymnasiets andra årskurs intensivkonsumtion någon gång per månad eller oftare.

¹² CAN – Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

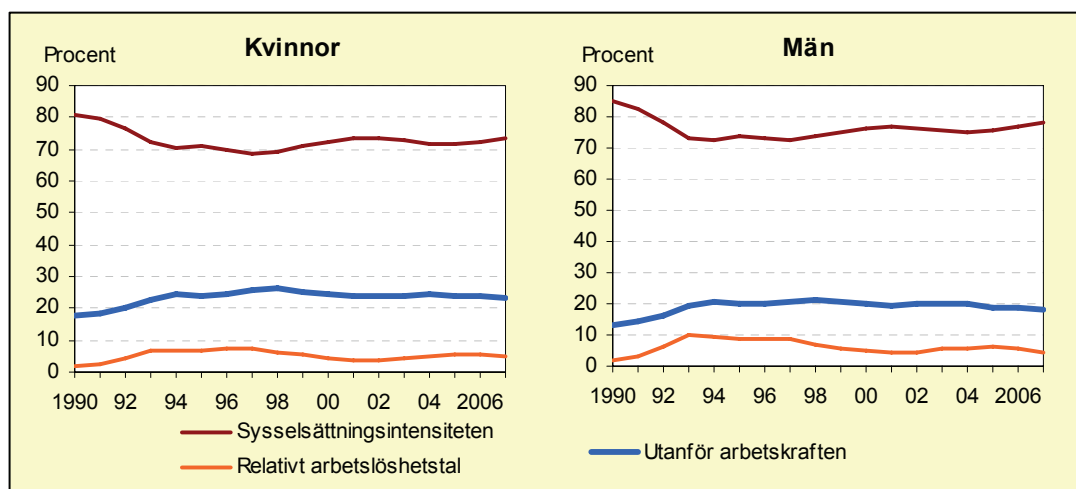
Sociala förhållanden

Detta avsnitt redogör för utvecklingen av sysselsättning, fattigdom och försörjning. Dessa förhållanden är centrala när det gäller att studera sociala bestämningsfaktorer för hälsa, eftersom de skapar förutsättningarna för människors livsvillkor. Ofta finns det inte ett direkt samband mellan sociala bestämningsfaktorer och hälsa, däremot kan man betrakta dem som ”orsaker till orsaker”. [42] Med det som bakgrund kan vi bättre förstå folkhälsans utveckling och vilka mekanismer som ligger bakom.

Redovisningen är koncentrerad kring de senaste åren men för att ge en bättre överblick visar tidsserierna utvecklingen från 1990-talets början¹³.

Återhämtning på arbetsmarknaden

Under år 2007 hade nästan 76 procent av alla 16–64-åringar ett förvärvsarbete, mindre än 4 procent var arbetslösa och nästan 21 procent stod utanför arbetskraften. Det motsvarar drygt 4,4 miljoner förvärvsarbetande (sysselsatta), knappt 216 000 arbetslösa och lite mer än 1,2 miljoner personer utanför arbetskraften.¹⁴



Figur 20. Sysselsättningsintensiteten, det relativa arbetslöshetstalet samt andelen utanför arbetskraften åren 1991–2007. Kvinnor och män 16–64 år. Procent.

Källa: SCB/AKU.

¹³ Analyserna i avsnittet grundas på tidsserier av tvärsnittsdata. De förlopp som visas i diagram och diskuteras i texten avser således förändringar i olika befolkningsgrupper, och speglar inte individers enskilda utveckling över tid. Data har hämtats från SCB:s statistikdatabas, SCB:s Arbetskraftsundersökning (AKU) samt SCB:s undersökning om Hushållens ekonomi (HEK).

¹⁴ I hela avsnittet om arbetsmarknaden är uppgifterna för år 2007 preliminära och grundar sig på ett medeltal för de fyra kvartalen år 2007.

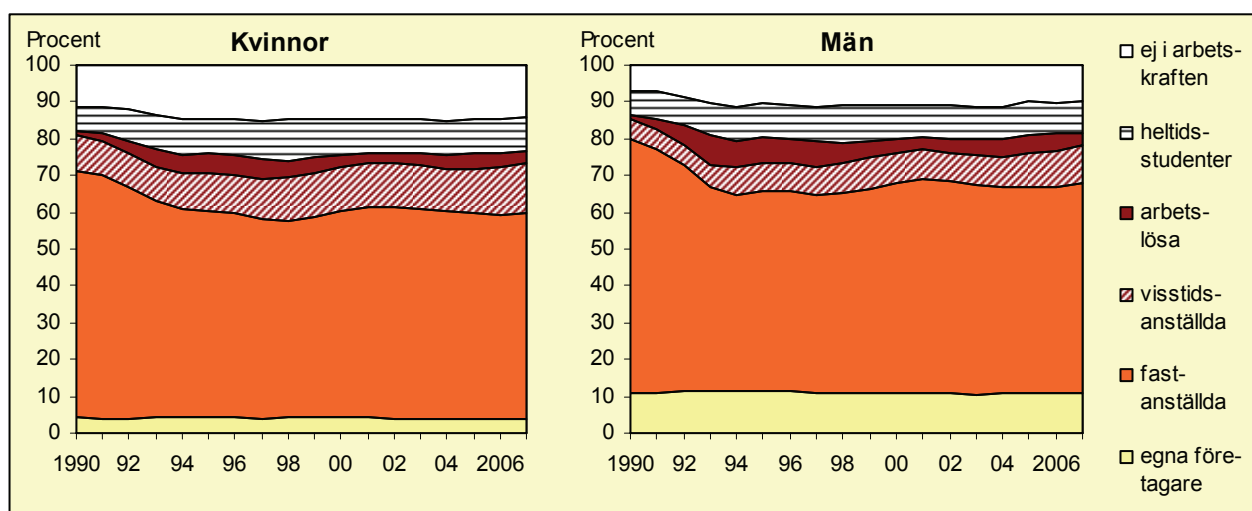
I figur 20 visas sysselsättningsintensiteten och det relativa arbetslöshetstalet under perioden 1991–2007. Sysselsättningsintensiteten visar andelen förvärvsarbetande *av hela befolkningen* medan det relativa arbetslöshetstalet, som vanligtvis används när man talar om arbetslöshet, anger hur många som är öppet arbetslösa *av dem som ingår i arbetskraften*. I *arbetskraften* ingår både förvärvsarbetande och arbetslösa medan övriga (alltså studerande, hemarbetande, värnpliktiga, förtidspensionärer och personer i vissa arbetsmarknadspolitiska åtgärder m.m.) står *utanför arbetskraften*¹⁵.

Sysselsättningen ökar för andra året i rad

Under 2000-talet har arbetsmarknaden så gott som återhämtat sig efter 1990-talskrisen, även om sysselsättningen ännu inte nått 1991 års nivå. Under konjunkturuppgången i slutet av 1990-talet ökade sysselsättningen fram till år 2001, därefter skedde en viss nedgång fram till år 2005 då sysselsättningsutvecklingen återigen vände uppåt.

Mellan åren 2005 och 2007 ökade sysselsättningen med drygt 4 procent, vilket motsvarar lite mer än 180 000 fler i förvärvsarbete. Generellt sett har männens sysselsättning legat på en högre nivå än kvinnornas. Vid början av 1990-talet var skillnaden mellan kvinnors och mäns sysselsättningsgrad bara någon enstaka procent. Sedan dess har denna skillnad återigen ökat till 5 procentenheter. Under år 2007 hade 78 procent av männen och 73 procent av kvinnorna i åldrarna 16 till 64 år ett arbete (figur 21).

Den största delen av sysselsättningsökningen bestod antalsmässigt av fast anställda, drygt 3,3 miljoner personer år 2007. Dessa ökade med över 5 procent, eller med drygt 164 000 personer, mellan år 2000 och 2007. Relativt sett har dock de tidsbegränsade anställningarna ökat mest, 21 procent under denna tidsperiod. 685 000 personer, det vill säga 17 procent av de anställda, hade en tidsbegränsad anställning år 2007.



Figur 21. Befolkningens sammansättning efter arbetskraftstillhörighet åren 1990–2007. Kvinnor och män 16–64 år. Procent.
Källa: SCB/AKU.

¹⁵ För detaljer se bilagan Begrepp och definitioner, Arbetsmarknadsdefinitioner.

Strukturen på sysselsättningen är något annorlunda för män än för kvinnor (figur 20). Kvinnor har oftare tidsbegränsade anställningar än män. Bland kvinnor ökade sådana anställningar från 16 till 20 procent mellan åren 2000 och 2007. Bland män ökade andelen från 11 till 15 procent under samma period.

Andelen egenföretagare har varit relativt stabil under de senaste 20 åren. Det är nära tre gånger så vanligt att män är egenföretagare som att kvinnor är det, 11 procent jämfört med knappt 4 procent.

Dubbelt så hög arbetslöshet bland unga

Mellan åren 2005 och 2007 minskade antalet arbetslösa med nästan 45 000 personer. Under 1990-talet var arbetslösheten högre bland män än bland kvinnor. Den skillnaden har dock minskat och är numera bara en bråkdel procent.

Sysselsättningen bland ungdomar (20–24 år) följer i stora drag utvecklingen av den generella sysselsättningen. Ungdomar drabbas dock vanligtvis hårdare i lågkonjunktur eftersom det är svårt för dem att komma in på arbetsmarknaden. Det allmänna mönstret har varit att ungdomsarbetslösheten legat ungefär två gånger högre än arbetslösheten för hela den förvärvsarbetande befolkningen. Under 2000-talet har arbetslösheten bland ungdomar varit som lägst åren 2001–2002, då omkring 5 procent var arbetslösa, och som högst år 2005, då 9 procent var arbetslösa. År 2007 var 7 procent i ungdomsgruppen arbetslösa.

Så gott som hälften av alla i ungdomsgruppen – två av fem bland män och tre av fem bland kvinnor – har en tidsbegränsad anställning. Det är en betydligt högre andel än bland övrig förvärvsarbetande befolkning, och den har ökat med 8 procent sedan år 2000.

Fler kvinnor än män utanför arbetskraften

År 2007 stod drygt 1,2 miljoner personer utanför arbetskraften. Det motsvarar 21 procent av alla personer i åldrarna 16 till 64 år. Ungefär en tredjedel av dem hade sjukpension eller var sjukskrivna utan anställning.

Under perioden 2005 till 2007 sjönk andelen personer utanför arbetskraften med knappt 2 procent, det vill säga med ungefär 22 000 personer. Fortfarande står fler kvinnor än män utanför arbetskraften, 23 respektive 18 procent år 2007 (figur 20).

Andelen heltidsstuderande *bland dem som befann sig utanför arbetskraften* var 42 procent. Bland 16–19-åringarna gäller det så gott som alla. Begränsas populationen till 20–64-åringar så minskar andelen studerande till 24 procent. Denna andel har minskat påtagligt sedan början av 2000-talet då drygt 30 procent av alla 20–64-åringar som stod utanför arbetskraften var heltidsstudenter.

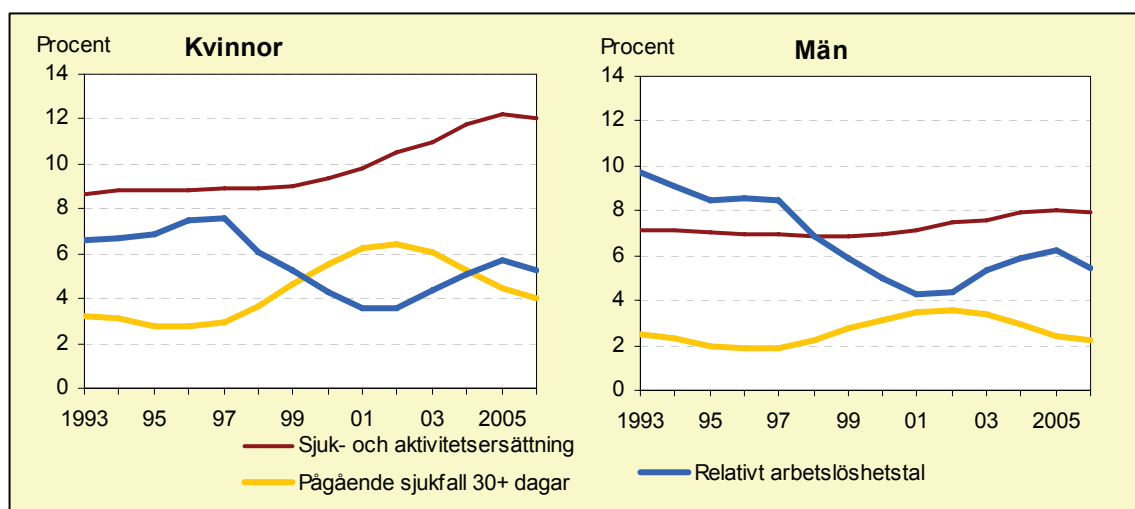
Minskande sjuktal de senaste åren

Under 1990-talet fram till början av 2000-talet följde kurvan över sjukskrivningar kurvan över arbetslösheten, fast omvänt (figur 22). När arbetslösheten gick upp gick sjukskrivningarna ned och omvänt, eftersom båda förete-

elserna påverkades av konjunktursvängningarna. Men under den senaste konjunkturuppgången från år 2005 gick sjukskrivningarna ned trots att arbetslösheten minskade. Omfattningen av sjuk- och aktivitetsersättningarna minskade också något.

Andelen sjukpensionärer (personer med sjuk- och aktivitetsersättning) minskade inte 2002, när sjukskrivningarna började minska, utan fortsatte att klättra uppåt. Det beror bland annat på att de personer som beviljas sjuk- och aktivitetsersättning blivit yngre. År 2006 var en fjärdedel av dem som fick sjuk- och aktivitetsersättning yngre än 40 år jämfört med en tiondel vid mitten av 1980-talet. [43]

Kvinnor är sjukskrivna eller har sjuk- och aktivitetsersättningar i större utsträckning än män, och det är ett mönster som består. År 2006 hade 12 procent av kvinnorna och 8 procent av männen i åldersgruppen 16–64 år sjuk- och aktivitetsersättning. Sammanlagt cirka 4 procent av kvinnorna och 2 procent av männen var sjukskrivna (figur 22).



Figur 22. Andelen sjukskrivna* respektive sjukpensionärer** samt det relativa arbetslöshetstalet åren 1993–2006. Kvinnor och män 16–64 år. Procent.

*) Sjukskrivna avser pågående sjukfall 30 dagar eller längre den 31 december respektive år.

**) Avser sjuk- och aktivitetsersättning. Fr.o.m. år 2003 infördes sjuk- och aktivitetsersättning istället för förtidspension, aktivitetsersättning ges bara till dem i åldern 19–29 år.

Källa: SCB/AKU och Försäkringskassan.

Sannolikheten för att den sjukskrivne återgår i arbete minskar när sjukskrivningen blir längre. Ungefär hälften av dem som varit sjukskrivna i ett år eller mer beviljas sedan sjuk- eller aktivitetsersättning. Dessa personer återgår sällan i arbete utan lämnar försäkringen först när de går i ålderspension. [44, 45]

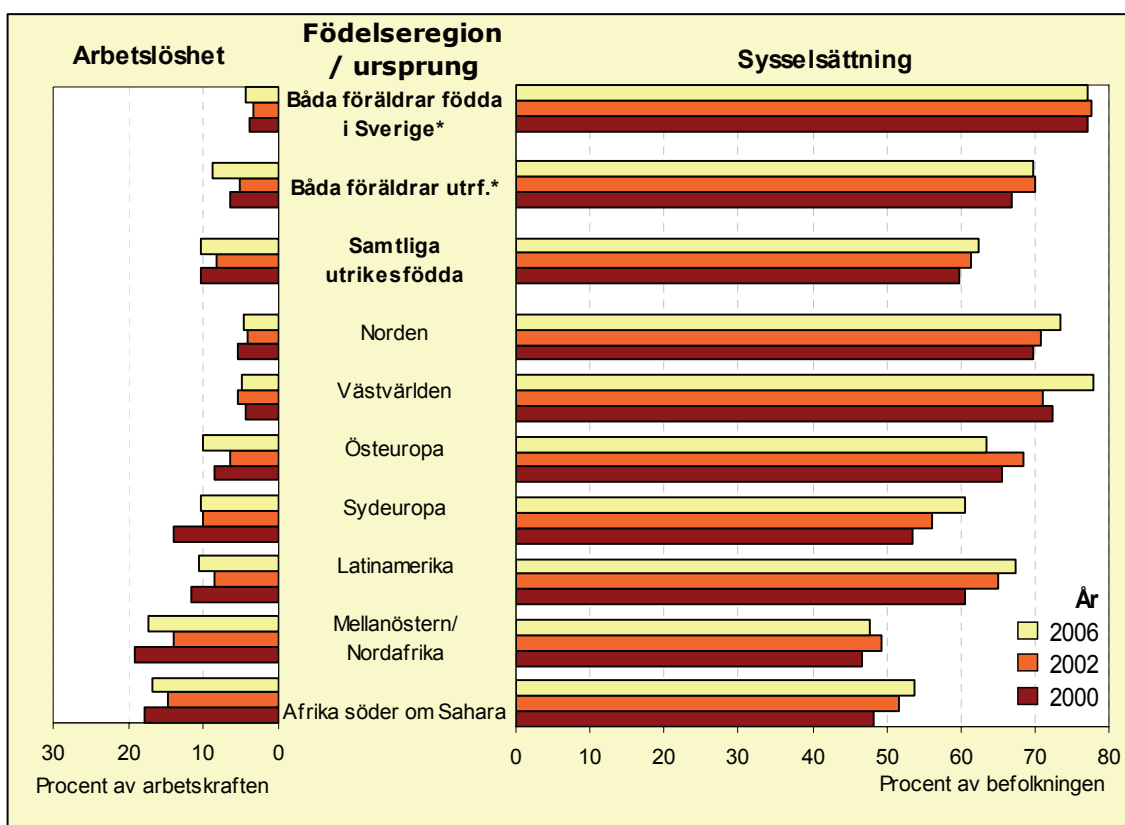
Förbättrad sysselsättning för utlandsfödda

Situationen för invandrare¹⁶ i Sverige har också förbättrats, även om det fortfarande finns stora skillnader mellan dem och personer som är födda i

¹⁶ Här används termen *invandrare* synonymt med *personer födda utomlands*. För landindelningen se bilagan Indelning efter ursprungsregioner, tabell A.

Sverige. Det finns också betydande skillnader mellan dem som är födda i Sverige men vars båda föräldrar är invandrade, och dem vars båda föräldrar är födda i Sverige.

År 2006 hade 62 procent av alla invandrare mellan 16 och 64 år ett förvärvsarbete medan 7 procent var arbetslösa. Motsvarande siffror var 77 procent respektive 3,5 procent för infödda svenskar. Med infödda svenskar menas personer som både var födda i Sverige och hade föräldrar som var det (figur 23). Skillnaderna i sysselsättning mellan dessa grupper var dock mindre år 2006 än under 1990-talets kris, 15 procentenheter nu mot 20 procentenheter då. Skillnaderna i arbetslöshet är också mindre i dag, även om arbetslösheten fortfarande är 2,5 gånger så hög bland invandrare som bland infödda svenskar.



Figur 23. Relativa arbetslöshetstal och sysselsättningsintensitet efter födelseland¹⁷ eller ursprung åren 2000, 2002 och 2006¹⁸. Personer 16–64 år.

*Personer födda i Sverige.

Källa: SCB/AKU.

Invandrare från Mellanöstern/Nordafrika samt från Afrika söder om Sahara, tillhör dem som har en särskilt utsatt position på arbetsmarknaden. I den gruppen förekommer hög arbetslöshet, en hög andel tidsbegränsade anställ-

¹⁷ På grund av en EU-anpassning är antalet utrikes födda i AKU-urvalet något lägre fr.o.m. 2005 jämfört med tidigare år. Detta medför en något större osäkerhet i skattningarna än förut.

¹⁸ I diagrammet jämförs år 2000 med senaste tillgängliga data (år 2006). Även år 2002 är medtaget då det rådde en tillfällig konjunkturtopp.

ningar och många som står utanför arbetskraften. Arbetslösheten bland invandrare födda i andra nordiska länder eller i västvärlden ligger emellertid på i stort sett samma nivå som den gör bland personer födda i Sverige med föräldrar som är också är det. Bland personer födda i Mellanöstern och Nordafrika ligger arbetslösheten däremot 4 gånger så högt.

Man kan också notera att mer än tre fjärdedelar av infödda svenskar har förvärvsarbete, medan knappt hälften av dem som är födda i Mellanöstern/Nordafrika har det. En knapp femtedel av de Sverigefödda med föräldrar också födda i Sverige står utanför arbetskraften, jämfört med ungefär en tredjedel av alla invandrare. Bland personer som är födda i Mellanöstern/Nordafrika står över två femtedelar utanför arbetskraften.

Andelen som har tidsbegränsade anställningar är också markant högre bland invandrare, liksom andelen egenföretagare. År 2006 hade 19 procent av de förvärvsarbetande invandrarna en tidsbegränsad anställning jämfört med 14 procent bland de Sverigefödda vars föräldrar också var födda i Sverige. Omkring var femte förvärvsarbetande person från Mellanöstern/Nordafrika drev eget företag år 2006, vilket är en dubbelt så hög andel som i hela gruppen förvärvsarbetande. Att starta egna företag kan vara en alternativ strategi för att kunna försörja sig.

Föräldrarnas födelseland har betydelse

För personer födda i Sverige med utlandsfödda föräldrar är situationen på arbetsmarknaden betydligt bättre än för utlandsfödda, men inte lika bra som för dem vars föräldrar är födda i Sverige. Det har också betydelse om båda eller bara den ena av föräldrarna är född utomlands. De vars båda föräldrar är födda i Sverige har ett relativt arbetslöshetstal som är omkring 2 procentenheter lägre än de vars ena förälder är född utomlands, och omkring 4 procentenheter lägre än de vars båda föräldrar är det.

Fattigdom och försörjning

Begreppet fattigdom är mångfacetterat och svårdefinierat. Det kan till exempel gälla tillgången till materiella resurser för att uppfylla de mest grundläggande behoven för överlevnad. Som utvidgat begrepp kan det även innefatta immateriella tillgångar som exempelvis utbildning eller socialt kapital. I dag definieras ofta fattigdom i förhållande till vad som är normalt i det samhälle där individen lever. Begreppet fattigdom, samt metoder för att mäta det definieras och diskuteras ingående i Social rapport 2006. I den här rapporten behandlas enbart ekonomisk fattigdom.¹⁹

Fattigdom används numera i såväl svenska som internationella officiella dokument [44, 46, 47]. Vanligtvis definieras två olika fattigdomsgränser, den *absoluta* och den *relativa*.

Den *absoluta* fattigdomsgränsen²⁰ (fattigdomsstrecket) definieras som ett tröskelvärde för den inkomstnivå (disponibla inkomst) som kan anses vara

¹⁹ Större delar av det här avsnittet baseras på underlaget från SCB:s undersökning Hushållens ekonomi (HEK), där värdena för 2006 är preliminära och värdena för 1992 är interpolerade.

²⁰ För detaljer se bilagan Begrepp och definitioner, Inkomst- och hushållsbegrepp.

minimum för att försörja en familj med mat, bostad, kläder, medicinska behov m.m. Definitionen av det absoluta fattigdomsstrecket utgår från vägledande normer för beslut om ekonomiskt bistånd. Den räknas upp så att summan motsvarar samma köpkraft över tid, dvs. att man tar hänsyn till inflationen. Fattigdomsstrecket sammanfaller också i stort sett med nivån för ekonomiskt bistånd²¹ (tabell 1), som avser att trygga en skälig levnadsnivå²² för människor i tillfällig ekonomisk kris [48]. Beloppen varierar över landet eftersom kostnadsläget skiljer sig åt i olika kommuner.

Tabell 1. Gränsvärden för det absoluta fattigdomsstrecket samt den ekonomiska biståndsnivån för olika typer av hushåll och kommuner. Kronor per månad år 2006.

Hushållstyp	Bostadsort Stockholm		Kommun med färre än 75 000 inv.	
	Fattigdomsstreck	Biståndsnivå	Fattigdomsstreck	Biståndsnivå
Ensamboende	8 204	8 180	7 315	7 466
Ensamstående med ett barn	11 243	11 669	10 300	10 826
Gifta/sammanboende utan barn	12 788	12 573	11 745	11 729
Gifta/sammanboende med två barn 11–17 år	18 739	18 723	17 626	17 810

Källa: SCB/HEK.

Omfattningen av ekonomiskt bistånd behöver inte sammanfalla med andelen som befinner sig under det absoluta fattigdomsstrecket. Långtifrån alla som är berättigade till ekonomiskt bistånd ansöker om det, och alla som ansöker kvalificerar sig inte för att få det. Därför kan ekonomiskt bistånd som mått på fattigdom underskatta omfattningen av allvarliga försörjningsproblem.

Under konjunkturedgången åren 1991–1996 ökade både andelen fattiga och andelen biståndstagare för att sedan minska igen efter år 1996 när situationen på arbetsmarknaden förbättrades. Under perioden 1996–1998 var skillnaden som störst. Då fanns omkring 2 procentenheter fler personer i hushåll med inkomster under fattigdomsgränsen än andelen personer i biståndshushåll (figur 24).

Den relativa fattigdomsgränsen definieras inom EU som ekvivalerade disponibla inkomster²³ som understiger 60 procent av landets medianinkomst. Egentligen är det ett fördelningsmått och brukar benämnas som gränsen för fattigdomsrisk²⁴ (*at poverty risk*). I Sverige låg gränsen på 8 761 kronor per månad år 2006.

Den relativa fattigdomen i Sverige har utvecklats på ett annat sätt än den absoluta fattigdomen. Från år 1994 ökade den relativa fattigdomen och har fortsatt att göra så ända fram till i dag. Det betyder att inkomstskillnaderna har ökat. Det beror bland annat på att förvärvsinkomsterna ökat i snabbare takt bland medel- och höginkomsttagare än bland låginkomsttagare. Inkomsterna bland höginkomsttagare har ökat kraftigast, och det beror också

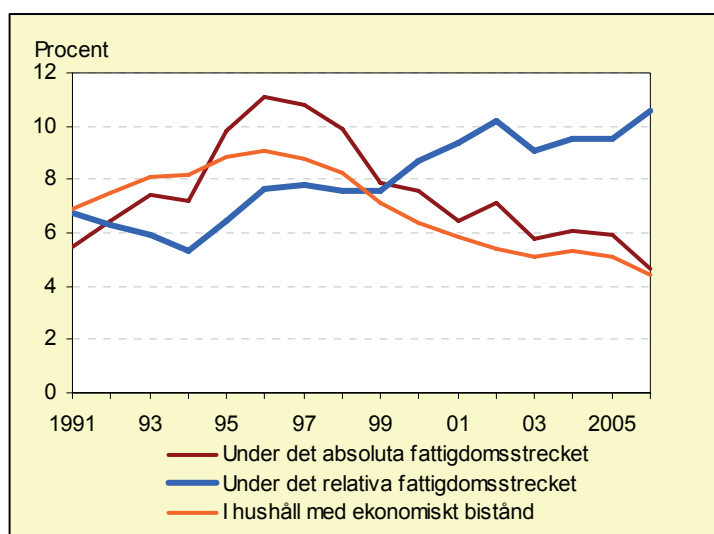
²¹ Den framräknade biståndsnivån består av riksnormen samt övrigt försörjningsstöd för år 2006.

²² En *skälig levnadsnivå* är en baskonsumtionsnivå som bestäms utifrån en jämförelse med ”vad människor i allmänhet kan kosta på sig”. Den ska avspegla samhällsutvecklingen och därför fastställs den inte en gång för alla utan anpassas efter den allmänna standardutvecklingen. Beräkningarna av skälig levnadsnivå utförs av Konsumentverket.

²³ För definition se bilagan Begrepp och definitioner, Inkomst- och hushållsbegrepp.

²⁴ Den benämns ibland också som *risk för ekonomisk utsatthet*.

på att kapitalinkomsterna under 1990- och 2000-talet kommit att få en allt större betydelse för hushållens ekonomi. Kapitalinkomsterna har i första hand tillfallit höginkomsttagarna [49].



Figur 24. Fattigdom enligt olika definitioner: Andelen personer i hushåll (kosthushåll) med ekvivalerade disponibla inkomster under det absoluta fattigdomsstreetet, under det relativa fattigdomsstreetet (60 procent av medianen) samt andelen personer i hushåll som någon gång under året mottog ekonomiskt bistånd åren 1991–2006. Hela befolkningen. Procent.
Källa: SCB/HEK.

Hur utvecklingen av den absoluta fattigdomen skiljer sig från den relativa framgår tydligt i figur 24. Under 2000-talet har andelen människor i den relativa riskzonen för fattigdom ökat och uppgår till nästan 11 procent år 2006, vilket motsvarar drygt 900 000 personer. Andelen fattiga enligt den absoluta fattigdomsgränsen såväl som andelen personer i hushåll med ekonomiskt bistånd har minskat till omkring 4,5 procent vardera. Det motsvarar cirka 400 000 personer, respektive 385 000 personer samma år, och det är mindre än hälften så många som enligt det relativa fattigdomsbegreppet.

Jämnare inkomstfördelning i Sverige än i övriga EU

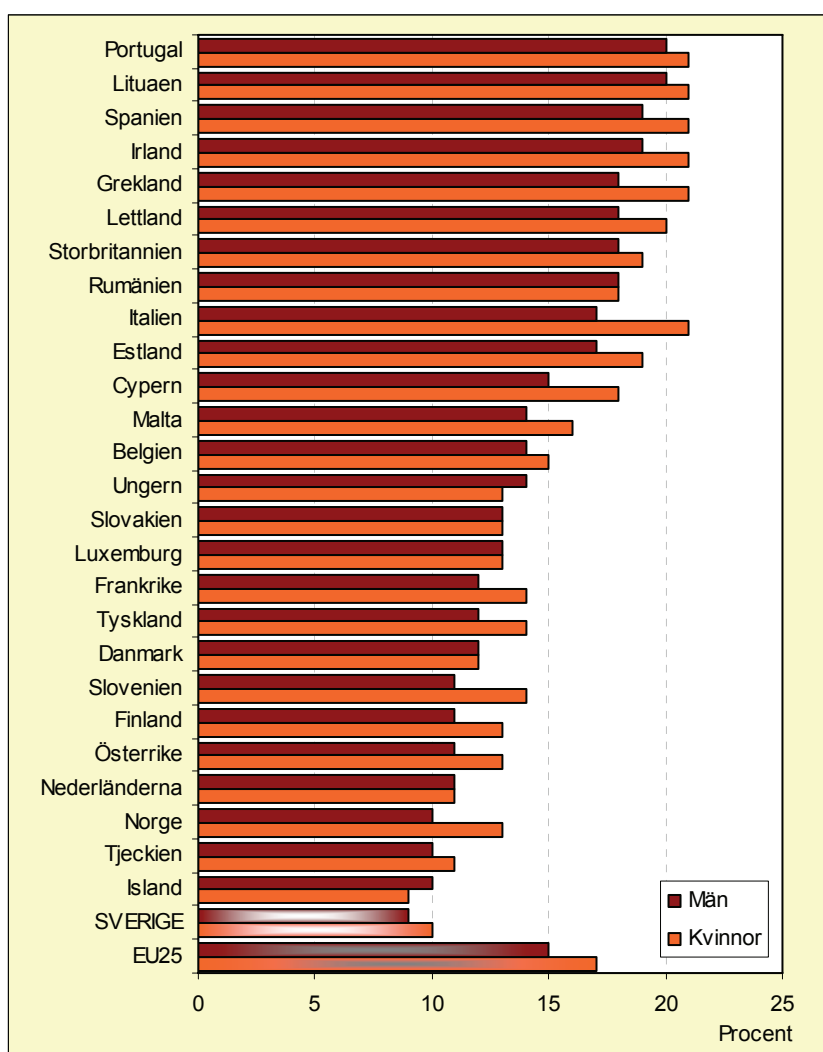
I jämförelse med övriga EU-länder har Sverige en jämn inkomstfördelning. Sverige och Island är de länder som har lägst befolkningsandelar med risk för fattigdom (figur 25).

Hur stor inkomstspridning ett land har beror bland annat på i vilken utsträckning transfereringssystemen²⁵ omfördelar inkomsterna. Efter sociala transfereringar (där ålderspension inte är inräknad) låg 16 procent eller 74 miljoner av EU:s medborgare under den relativa fattigdomsgränsen år 2005. Utan sociala transfereringar (men med ålders- och änkepension) skulle an-

²⁵ Ett system i välfärdsstater där samhället med hjälp av skatter och avgifter å ena sidan, och bidrag och ersättningar å andra sidan, omfördelar inkomster mellan olika grupper eller över livscykeln.

delen invånare under den relativa fattigdomsgränsen vara totalt 10 procentenheter högre inom EU.

Transfereringarna har störst omfördelade effekt i Sverige och minst i Sydeuropa. I Sverige gjorde de sociala transfereringarna²⁶ att andelen personer som befann sig i riskzonen för fattigdom år 2005 minskade med 20 procentenheter. I Spanien, Italien och Grekland minskade andelen bara med 3–4 procentenheter. Före sociala transferingar²⁷ skulle Sverige ha bland de högsta talen i EU för relativ fattigdom [50].



Figur 25. Andelen kvinnor och män med en ekvivalerad disponibel inkomst efter sociala transfereringar under den relativa fattigdomsgränsen (60 % av landets median). Hela befolkningen. År 2005. Procent. Sorterat efter män.

Källa: Eurostat.

En av anledningarna till att de omfördelade effekterna är så stora i Sverige är att barnfamiljer får jämförelsevis höga ersättningar. Bland ensamstående

²⁶ Bland dessa sociala transfereringar ingår inte pensioner, men däremot bland annat barnbidrag, arbetslöshetsunderstöd och bostadsbidrag.

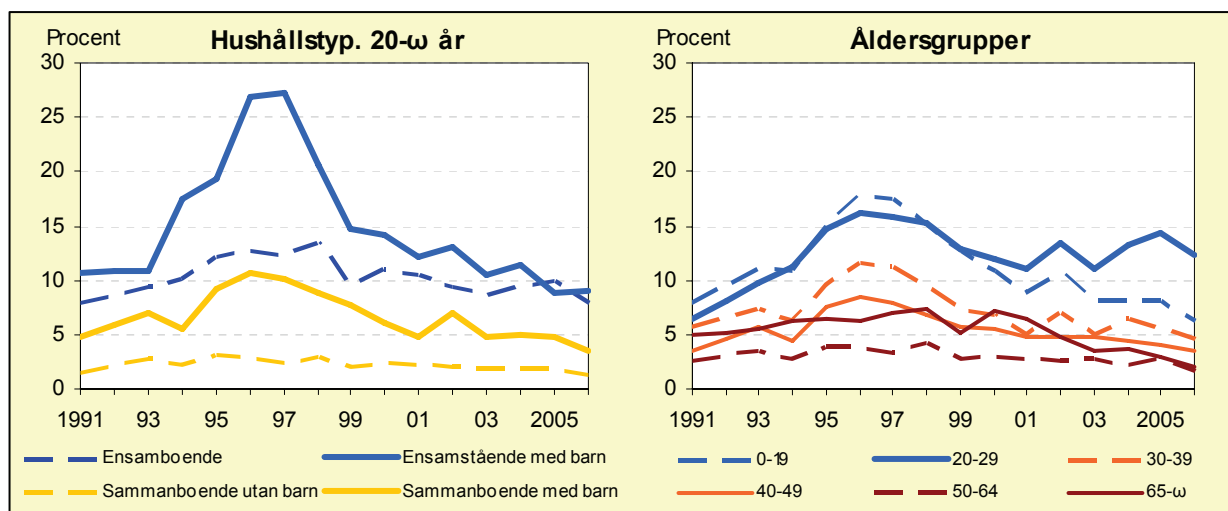
²⁷ Risk för fattigdom före sociala transfereringar men efter ålders- och änkepension.

föräldrar med barn står transfereringar i genomsnitt för ungefär 40 procent av den disponibla inkomsten. Bland övriga barnfamiljer är andelen ungefär 20 procent. För barnfamiljerna sammantaget utgör barnbidraget det enskilt största stödet, cirka 8 procent av den disponibla inkomsten [51].

I de flesta EU-länder är det en högre andel kvinnor än män som befinner sig under den relativa fattigdomsgränsen. Det beror på skillnaden mellan ensamstående hushåll. Ensamstående kvinnor har oftare än ensamstående män låga inkomster och hemmavarande barn.

Färre fattiga

Efter krisåren i mitten av 1990-talet, då andelen under det absoluta fattigdomsstreet var som högst, vände utvecklingen och det blev successivt färre andelar fattiga varje år (figur 26). Exempelvis var drygt en fjärdedel av alla ensamstående med barn – de flesta är ensamstående mödrar – fattiga år 1997 jämfört med inte fullt en tiondel år 2006.



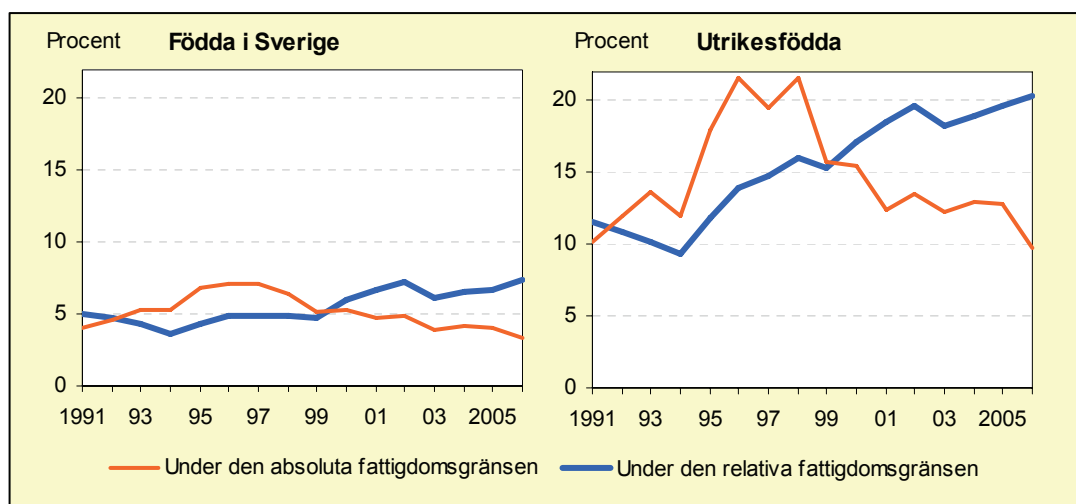
Figur 26. Andelen personer med ekvivalerade disponibla inkomster under det absoluta fattigdomsstreet efter hushållstyp och ålder åren 1991–2006. Personer i kosthushåll. Procent.
Källa SCB/HEK.

Främst är det sammanboende, både med och utan barn, som har fått bättre ekonomisk standard sedan 1990-talet. Ensamstående med barn har inte haft en lika gynnsam utveckling. Statistiska centralbyråns ULF-undersökningar visar att varannan ensamstående småbarnsmamma hade svårt att klara de löpande utgifterna år 2004–2005, jämfört med 15 procent bland de sammanboende småbarnsföräldrarna.

Av de ensamstående kvinnorna med småbarn (0–6 år) som hade svårt att klara sina utgifter uppgav 45 procent att de hade fått ekonomiskt bistånd till mat eller hyra. Ensamstående föräldrar saknar också oftare kontantmarginal. Det betyder att de har svårt att skaffa fram pengar om en lite större oförutsedd utgift dyker upp. Bland de ensamstående kvinnorna mellan 25 och 44 år uppgav 64 procent att de var oroliga över sin ekonomi åren 2004–2005.

Fortfarande tre gånger fler fattiga bland invandrare

Andelen fattiga minskar också bland invandrare²⁸ vilket till stor del kan tillskrivas den förbättrade situationen på arbetsmarknaden. År 2006 var andelen fattiga ungefär tre gånger så hög bland invandrare som bland personer födda i Sverige, och denna relation har inte förändrats nämnvärt under 2000-talet (figur 27). Invandrare har också oftare än Sverigefödda svårt att klara sina löpande utgifter och de har i mindre utsträckning en ekonomisk buffert i form av en kontantmarginal.



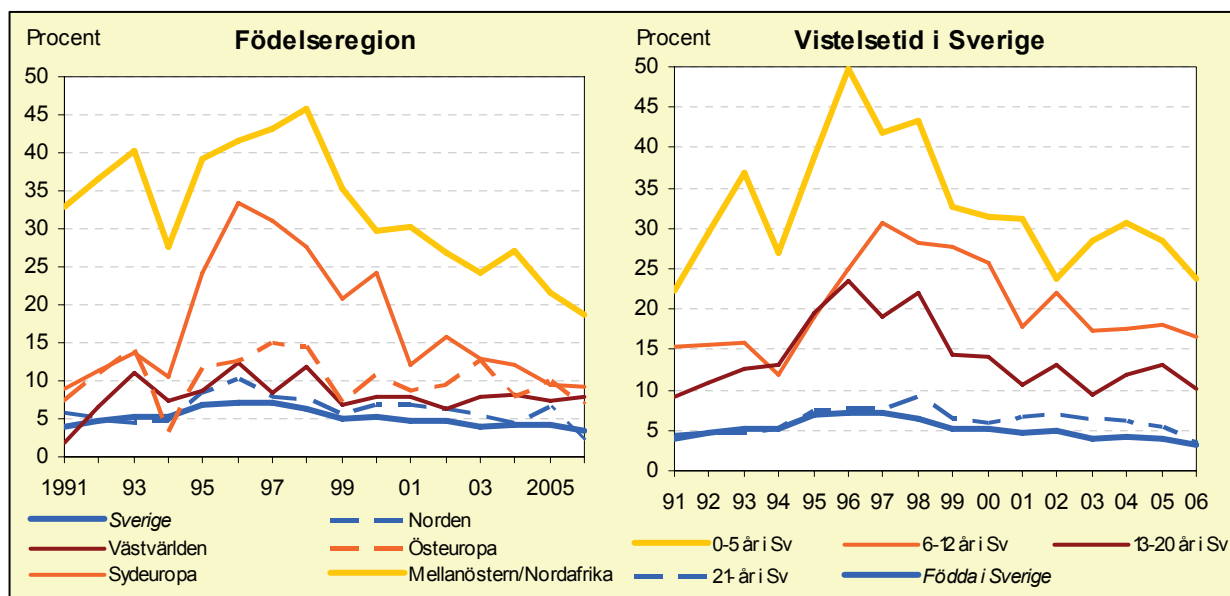
Figur 27. Förekomst av fattigdom bland personer födda i Sverige och födda utomlands, beräknat utifrån det absoluta respektive det relativa fattigdomsstreetet. Befolkningen 20–64 år perioden 1991–2006. Personer i kosthushåll. Procent.
Källa: SCB/HEK.

Fattigdomssiffrorna har sjunkit mest dramatiskt i de fattigaste invandrargrupperna, det vill säga bland de grupper som har sitt ursprung i Mellanöstern/Nordafrika samt i Sydeuropa. I dessa grupper har andelen fattiga minskat med omkring 10 procentenheter sedan år 2000.

Ändå var fortfarande 20 respektive 9 procent fattiga år 2006. Det är också i dessa grupper som vistelsetiden i Sverige är som kortast, 0–5 år respektive 6–12 år, vilket är en av förklaringarna till de höga andelarna fattiga (figur 28).

Att det spelar roll hur lång tid man har vistats i Sverige bekräftas här än en gång – ju längre tid i landet desto färre fattiga [52, 53]. I den grupp som har vistats längst tid i Sverige, 20 år eller mer, var lite drygt 3 procent fattiga år 2006. Det är ungefär samma andel som bland personer födda i Sverige.

²⁸ För indelningen av befolkningen 16–64 år efter ursprungsregioner se bilagan Indelning i ursprungsregioner, tabell B. För grupperingen av länder i ursprungsregioner se tabell A i samma avsnitt.



Figur 28. Förekomst av fattigdom efter födelseregion och vistelsetid i Sverige. Andelen med ekvivalerade disponibla inkomster under det absoluta fattigdoms-strecket. Befolkningen 20–64 år. 1991–2006. Personer i kosthushåll. Procent. Källa SCB/HEK.

Fler välbeställda

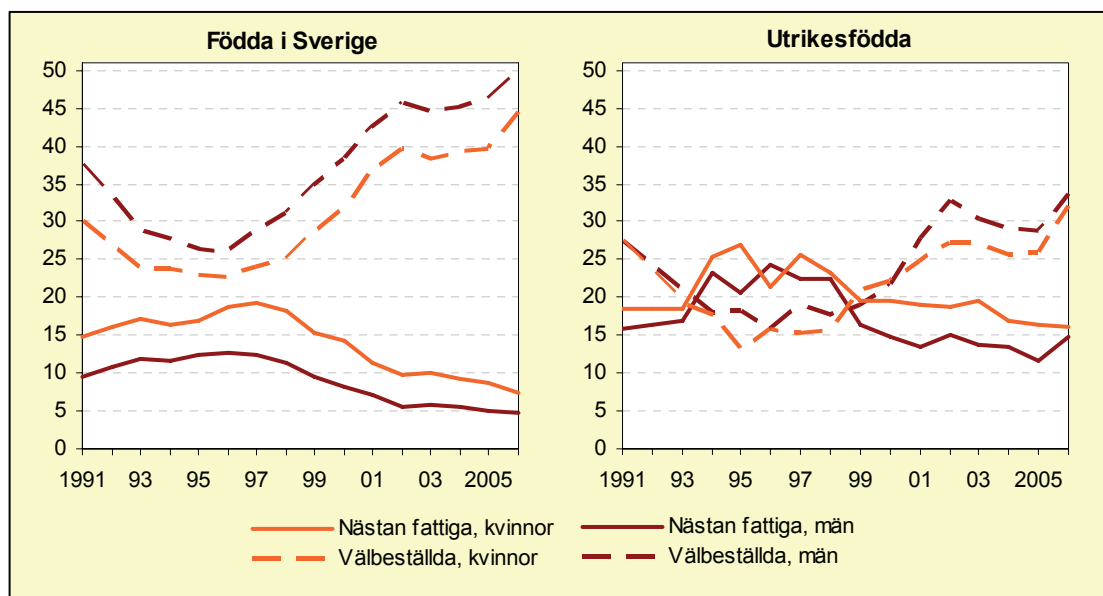
Eftersom det absoluta fattigdomsstrecket endast delar befolkningen i två delar – fattiga och ej fattiga – blir bilden i vissa avseenden alltför förenklad. För att fördjupa förståelsen kan man studera ytterligare två grupper, de som har inkomster just över fattigdomsstrecket, det vill säga personer som kan kallas *nästan fattiga*²⁹, samt personer i hushåll med en disponibel inkomst som är två till fyra gånger högre än fattigdomsstrecket, alltså *välbeställda*.

I dessa grupper ser vi de största systematiska könsskillnaderna – det finns en betydligt högre andel *nästan fattiga* kvinnor än män. I gruppen *välbeställda* är förhållandet omvänt. Det kan vara av intresse att tillägga att när det gäller gruppen *fattiga* (alltså med inkomster under fattigdomsstrecket) och gruppen *mest välbeställda* (alltså med inkomster som är mer än fyra gånger högre än fattigdomsstrecket) är skillnaderna mellan män och kvinnor försumbara. Det kan förklaras av att de sociala transfereringarna har en utjämnande effekt bland de mest utsatta. Bland de rikaste fyller samboendet samma funktion.

Det förtjänar att noteras att inte någon gång under den studerade perioden har andelen *välbeställda* varit så hög och andelen *nästan fattiga* så låg som i dag. Skillnaderna mellan andelarna *fattiga* och *mycket välbeställda* är däremot inte så påfallande.

Knappt 5 procent av de Sverigefödda männen räknades som *nästan fattiga* år 2006. Motsvarande siffra bland kvinnor var över 7 procent.

²⁹ Nästan fattig innebär här en disponibel inkomst upp till 25 procent över det absoluta fattigdomsstrecket.



Figur 29. Andelen nästan fattiga* samt välbeställda** åren 1991–2006. Män och kvinnor 20 år och äldre. Individuer i kosthushåll. Procent.

*) Med en disponibel inkomst på upp till 25 procent över det absoluta fattigdomsstreetet.

***) Med en inkomst som är två till fyra gånger högre än det absoluta fattigdomsstreetet.

Källa: SCB/ HEK.

Som förväntat finns fler *välbeställda* bland personer som är födda i Sverige än bland invandrare. Bland de Sverigefödda är skillnaden mellan könen iögonfallande. Som det redan har nämnts, andelen *nästan fattiga* var under hela perioden högre bland kvinnor än bland män medan relationen var den omvända när det gäller *välbeställda*. Detta gäller även bland invandrare även om skillnaderna inte är lika uttalade (figur 29).

Unga vuxna halkade efter under 2000-talet

Bland unga vuxna (20–29 år) har andelen fattiga nästan fördubblats sedan år 1991. Unga vuxna är därmed den grupp där fattigdom ökat mest. År 2006 hade drygt 12 procent av de unga vuxna, eller omkring 121 000 personer, inkomster under det absoluta fattigdomsstreetet, jämfört med 6,5 procent år 1991 (figur 26). Ändå har andelen unga vuxna som är fattiga minskat de senaste två åren.

Speciellt utsatta är de yngsta i denna grupp, det vill säga de mellan 20 och 24 år. Bland dem var 22 procent fattiga år 2006 – vilket också är två gånger så många som i början av 1990-talet. Andelen som fått ekonomiskt bistånd är hälften så stor som andelen fattiga. Vi kan konstatera att andelen fattiga minskar med ökad ålder.

En av anledningarna till den ökade fattigdomen bland unga vuxna är att många fler i åldern 20–24 år studerar i dag, jämfört med i början av 1990-talet. Det senaste läsåret fanns över 380 000 registrerade studenter, vilket är nästan dubbelt så många som läsåret 1989/90. Emellertid har antalet studenter vid universitet och högskolor minskat mellan år 2005 och 2007, efter att ha ökat oavbrutet under nära två decennier. I Social rapport 2006 visades att

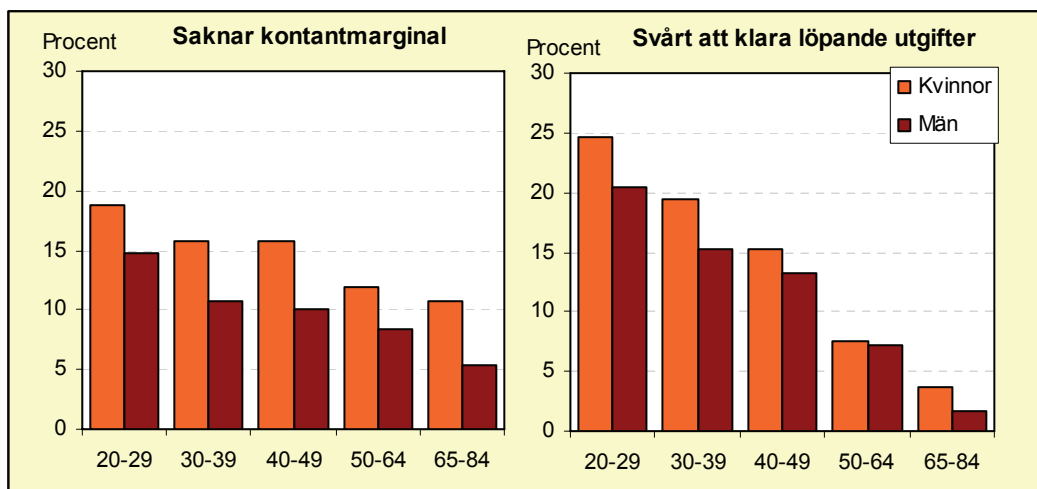
nästan hälften av alla studenter var fattiga, vilket var en nästan dubbelt så hög andel som i början av 1990-talet.

Tidigare avslutade unga sin utbildning och trädde in i yrkeslivet vid en lägre ålder än de gör i dag. Åldern då man skaffar arbete respektive bildar familj har ökat betydligt sedan början av 1990-talet för både män och kvinnor. Att etablera sig senare i vuxenlivet kan vara problematiskt ur försörjningssynpunkt. Kanske kan ökningen av psykiska besvär bland ungdomar, särskilt bland unga kvinnor, ha ett samband med den försenade etableringen vilket leder till en längre period av bland annat ekonomisk osäkerhet.

Unga har också fått det svårare att ta sig in på bostadsmarknaden, särskilt i storstäderna där priserna på bostäder ökat kraftigt samtidigt som köerna till hyreslägenhet blivit allt längre. Det har gjort att ungdomar i storstadsregionerna flyttade hemifrån senare under slutet av 1990-talet. Så är det inte i övriga Sverige. I dag bor var femte 25-åring i storstäderna hemma hos sina föräldrar [54].

Yngre har svårt att klara löpande utgifter

Två alternativa mått på ekonomisk utsatthet är problem med att betala mat, hyra och räkningar, eller att sakna kontantmarginal. Båda måtten visar att yngre har svårare att få ekonomin att gå ihop än äldre, och att kvinnor har svårare än män (figur 30). Var femte man och var fjärde kvinna i åldrarna 20 till 29 år uppgav att de haft svårt att klara sina löpande utgifter år 2004/05.



Figur 30. Andelen som saknar kontantmarginal* respektive haft svårt att klara de löpande utgifterna de senaste 12 månaderna i olika åldersgrupper. Kvinnor och män 20–84 år, 2004–2005. Procent.

*) Frågan löd: "Om Ni plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation där Ni på en vecka måste skaffa fram 14 000 kr, skulle Ni klara det?" I figuren redovisas andelen som svarade nej.

Källa: SCB/ULF.

Bland yngre och medelålders är det fler som har svårt att klara sina löpande utgifter än som saknar kontantmarginal. Bland äldre medelålders och pensionärer är förhållandet omvänt. Det ska ses mot bakgrund av att frågan in-

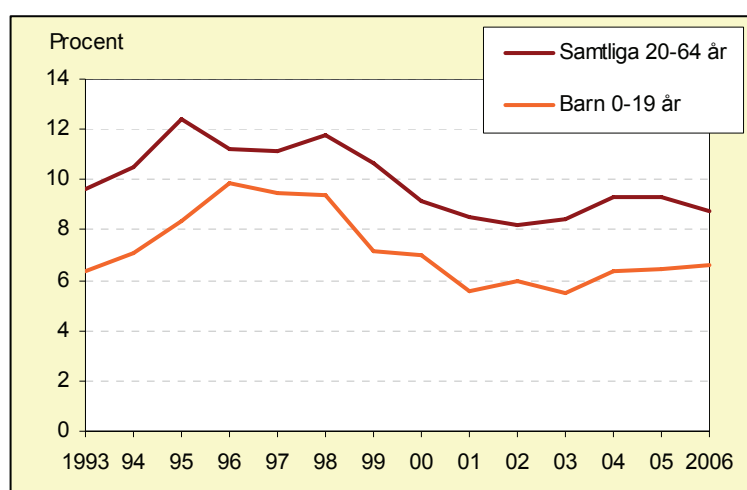
nefattar möjligheten att låna pengar. Yngre kan exempelvis låna från föräldrarna medan äldre nästan uteslutande tar pengarna från det egna sparkontot.

Betydelsen av förvärvsarbete

I Social rapport 2006 [53] konstateras att det i dagens Sverige är mycket ovanligt att hushåll där de vuxna förvärvsarbetar på heltid är fattiga. Även en låg lön är i Sverige tillräckligt för att en heltidsarbetande ska kunna hålla sig ovanför fattigdomstrecket. Den svenska fattigdomen handlar främst om avsaknaden av förvärvsarbete och i synnerhet om att aldrig komma in på arbetsmarknaden.

År 2006 fanns det nära 435 000 personer (eller knappt 9 procent) i Sverige i åldern 20 till 64 år som bodde i hushåll där ingen förvärvsarbetade (figur 31). Andelen har minskat något de senaste två åren, men är fortfarande något högre än år 2002. Då fanns den lägsta andelen hushåll utan någon förvärvsarbetande under den undersökta perioden.

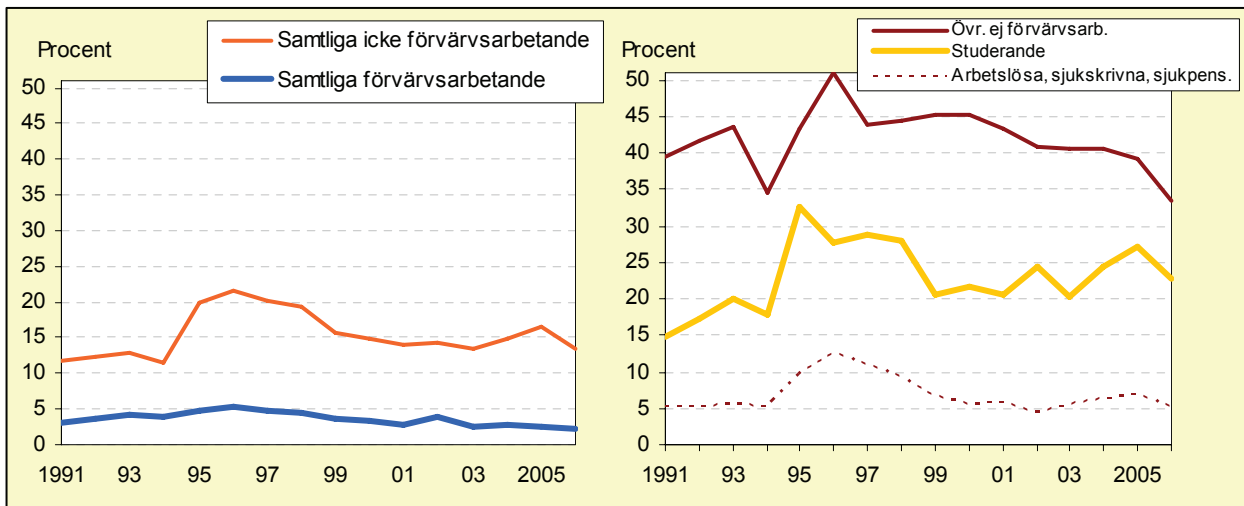
För den enskilda individen ligger betydelsen av att ha ett förvärvsarbete på flera plan. Det primära är att arbetsinkomsten ger tillgång till socialförsäkringssystemet och tryggar en skälig levnadsstandard. Men ett förvärvsarbete är också en viktig grund för delaktighet i samhället och därigenom i ett vidare socialt sammanhang [55, 56]. Två av EU:s rekommenderade indikatorer som mäter social inkludering [57] är kopplade till bristen på förvärvsarbete – långvarig arbetslöshet och andel personer i hushåll där ingen förvärvsarbetar.



Figur 31. Andelen personer som lever i hushåll där ingen förvärvsarbetar 1993–2006. Befolkningen 20–64 år (exkl. studenthushåll 20–24 år) samt barn 0–19 år. Personer i kosthushåll. Procent.

Källa: SCB/HEK.

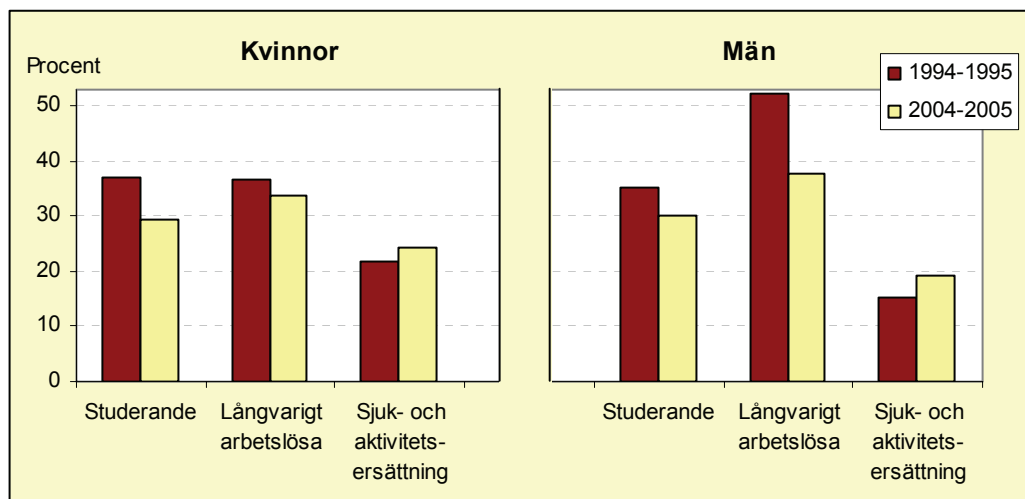
I början av 1990-talet var förekomsten av fattigdom omkring fyra gånger högre bland de icke förvärvsarbetande än bland de förvärvsarbetande, och mot slutet av 1990-talet ökade skillnaden. År 2006 var andelen under det absoluta fattigdomstrecket mer än sex gånger så hög bland icke förvärvsarbetande som bland förvärvsarbetande, 13 respektive 2 procent (figur 32).



Figur 32. Andelen fattiga (med ekvivalerade inkomster under det absoluta fattigdomsstrecket) bland förvärvsarbetande och icke förvärvsarbetande samt bland olika grupper av icke förvärvsarbetande åren 1991–2006. Befolkningen 20–64 år. Individuellt i kosthushåll. Procent.
Källa SCB/HEK.

Arbetslösa, sjukskrivna (utan anställning) och sjukpensionärer är den grupp med lägst andel fattiga bland dem som inte förvärvsarbetar. Under 2000-talet har nivån legat mellan 5 och 7 procent (figur 32). Att andelen fattiga är lägre än bland övriga som inte förvärvsarbetar förklaras bland annat av att många tidigare varit förvärvsarbetande och därmed har jämförelsevis höga ersättningar från socialförsäkringssystemet.

Bland studerande är andelen fattiga mer än fyra gånger så hög som i gruppen arbetslösa, sjukskrivna och sjukpensionärer. Inte överraskande förekommer fattigdom mest i gruppen övriga, som i hög utsträckning består av personer som inte kommit in på arbetsmarknaden. De måste därför förlita sig på ekonomiskt bistånd för sin försörjning.



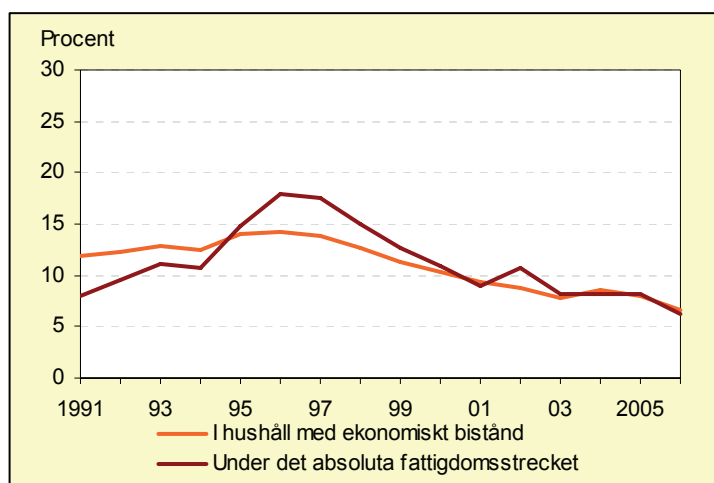
Figur 33. Andelen som har haft svårt att klara de löpande utgifterna de senaste 12 månaderna i olika grupper. Kvinnor och män 20–64 år, 1994–1995 respektive 2004–2005. Procent.
Källa: SCB/ULF.

Studierande och långtidsarbetslösa (personer som varit arbetslösa 12 månader eller längre) klarade enligt ULF-undersökningarna de löpande utgifterna bättre år 2004–2005 än vid 1990-talets mitt (figur 33). Långtidsarbetslösa uppger dock oftare än studenter att de har betalningssvårigheter. Det beror antagligen på att de studerande är yngre och därmed inte har lika stora utgifter ännu men också på att de kan få större ekonomisk hjälp av föräldrarna.

Färre barn lever i fattiga familjer

Som vi tidigare beskrivit försämrades barnfamiljernas ekonomiska situation under första hälften av 1990-talet men har därefter förbättrats. År 2006 levde drygt 6 procent eller 130 000 av alla barn i Sverige i familjer vars disponibla inkomst låg under det absoluta fattigdomsstrecket. Ungefär samma andel levde i familjer med ekonomiskt bistånd (figur 34).

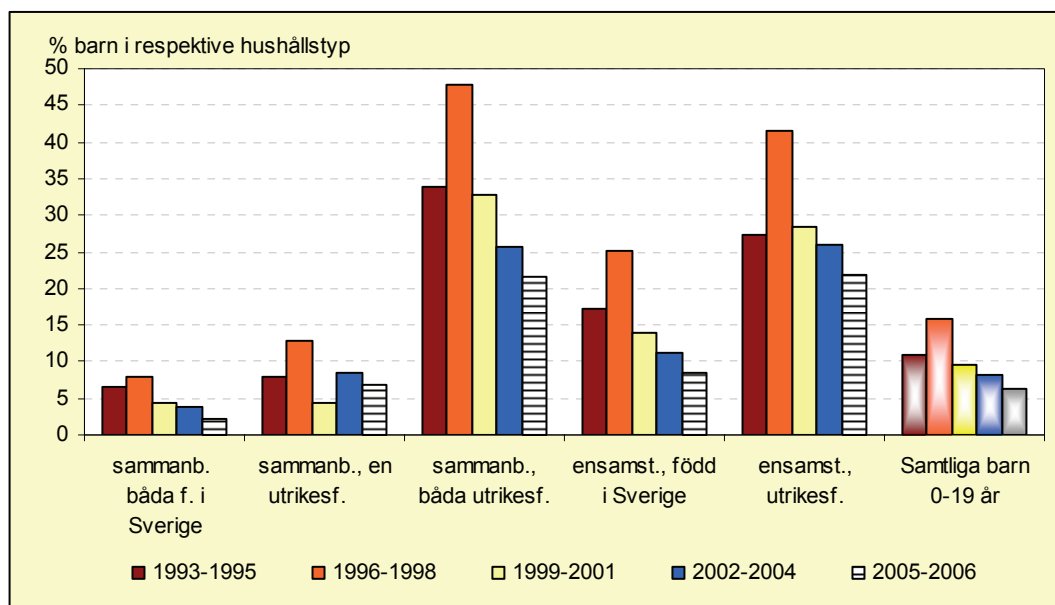
Studier har visat att barn i familjer som får långvarigt ekonomiskt bistånd är en särskilt utsatt grupp i flera avseenden. De löper bland annat större risk för att hamna i missbruk och för att utveckla psykisk sjukdom. Barn som vuxit upp i familjer med låga inkomster men som inte fått ekonomiskt bistånd uppvisar inte samma överrisker för en sådan ogynnsam utveckling [58].



Figur 34. Andelen barn 0–19 år i familjer som har fått ekonomiskt bistånd någon gång under respektive år alternativt hade ekvivalerade inkomster under det absoluta fattigdomsstrecket. 1991–2006. Procent.

Källa: SCB/HEK.

Under perioden 1996–2002 var det vanligare att yngre barn (0–6 år) levde i fattiga familjer än att äldre barn och tonåringar gjorde det. Det brukar förklaras med att föräldrarna förvärvsarbetar mer när barnen blir äldre. De har även hunnit få längre arbetslivserfarenhet och därmed ofta högre lön. Under den senaste tidsperioden är denna bild dock inte lika entydig.



Figur 35. Andelen barn i olika typer av fattiga familjer (dvs. med ekvivalerade inkomster under det absoluta fattigdomsstreetet). Hemmaboende barn 0–19 år efter hushållstyp och föräldrarnas födelseland åren 1993–95, 1996–98, 1999–2001, 2002–04 och 2005–06. Medeltal för respektive period. Procent.
Källa SCB/HEK.

Barns levnadsstandard varierar också beroende på vilken familjetyp de tillhör (figur 35). De bästa ekonomiska villkoren har Sverigefödda barn som bor med två föräldrar som är födda i Sverige. Bara två procent av dessa barnfamiljer hade en inkomst under fattigdomsgränsen åren 2005–2006. Barn som bor med båda föräldrarna, men där den ena är invandrad, har något sämre ekonomiska villkor. Omkring 7 procent av dessa barn lever i fattiga familjer.

Störst är fattigdomen bland de barn vars båda föräldrar är invandrade. Bland dem bor mer än vart femte barn i hushåll som har en inkomst som understiger den absoluta fattigdomsgränsen. Det innebär att det är tio gånger så vanligt med fattigdom bland barn till två invandrade föräldrar som bland barn med två inrikes födda föräldrar. Bland barn till invandrare verkar det inte heller spela någon större roll för den ekonomiska standarden om föräldrarna är sammanboende eller ensamstående, andelen som hamnar under fattigdomsgränsen är lika stor (figur 35).

Att familjer där båda föräldrarna är invandrare oftare är mer ekonomiskt utsatta än familjer där bara den ena föräldern är det, beror på att de senare oftare har vistats längre i landet, har bättre utbildning, tillhör etniska grupper som är mindre drabbade av diskriminering, eller en kombination av dessa faktorer. En infödd partner underlättar dessutom inläringen av språket och av kunskaper om samhället, och ger barnen tillgång till inhemska sociala nätverk [59-62].

Barn i familjer med en ensamstående förälder har en avsevärt sämre ekonomisk situation än barn med föräldrar som bor tillsammans. Det har också stor betydelse om den ensamstående föräldern är född i Sverige eller utomlands. Under perioden 2005–2006 var fattigdomen bland barn mer än två

gångar vanligare i familjer med en ensamstående förälder född utanför Sverige, jämfört med en ensamstående Sverigefödd förälder (22 procent mot 9 procent).

Under den senaste tioårsperioden noterar vi att andelen fattiga i alla hushållstyper sjunker successivt. Den förbättrade situationen på arbetsmarknaden sedan slutet av 1990-talet ligger med största sannolikhet bakom denna positiva utveckling. De allra flesta barn (83 procent) levde år 2006 i familjer där föräldrarna förvärvsarbetade³⁰ medan drygt 6 procent (vilket motsvarar omkring 140 000 barn) bodde i hushåll där ingen hade förvärvsarbete (figur 31). Nivåerna har dock förändrats obetydligt sedan början av 2000-talet.

³⁰ Den ensamstående föräldern i enföräldersfamilj eller båda föräldrarna i familjer med sammanboende föräldrar.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapport 2003. Stockholm: 2004.
2. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: 2005.
3. Socialstyrelsen. Social rapport 2006. Stockholm: 2006.
4. Socialstyrelsen. Folkhälsa. Lägesrapporter 2006. Stockholm: 2007.
5. Socialdepartementet. *Välfärdsbokslut för 1990-talet*. Slutbetänkande från Kommittén välfärdsbokslut. SOU 2001:79. Stockholm: Fritzes 2001.
6. Leon DA, Chenet L, Shkolnikov VM, Zakharov S, Shapiro J, Rakhmanova G, et al. Huge variation in Russian mortality rates 1984–94: artefact, alcohol, or what? *Lancet*. 1997 Aug 9;350(9075):383–8.
7. Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of the demographic transition: the age of delayed degenerative diseases. In: Trovato F, ed. *Population and society: essential readings*. Oxford: Oxford University Press 2002;48–62.
8. Statistiska centralbyrån. Sveriges framtida befolkning 2005—2050. Reviderad befolkningsprognos från SCB. Stockholm: 2005.
9. Socialstyrelsen. Dödsorsaker 2005. Stockholm: 2007. Statistik. Hälsa och sjukdomar 2007:15.
10. Persson L, Berlin M, Lundström K, Andersson Kagios I, Sjölander C. Upp till 18 — fakta om barn och ungdom. Stockholm: Barnombudsmannen och Statistiska centralbyrån; 2007. Barnombudsmannen rapporterar BR2007:04.
11. Socialstyrelsen. Hjärtinfarkter 1987–2005 samt utskrivna efter vård för akut hjärtinfarkt 1987–2006. Stockholm: 2008. Hälsa och sjukdomar 2008:1.
12. Socialstyrelsen. Dödsorsaker 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. Statistik: Hälsa och sjukdomar 2007:15.
13. Socialstyrelsen. Cancer incidence in Sweden 2007. Statistics. Health and diseases 2007:16.
14. Socialstyrelsen. Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2005. Stockholm: 2007. Statistik. Hälsa och sjukdomar 2007:6.
15. Ringbäck Weitoft G, Rosen M. Is perceived nervousness and anxiety a predictor of premature mortality and severe morbidity? A longitudinal follow up of the Swedish survey of living conditions. *Journal of epidemiology and community health*. 2005 Sep;59(9):794–8.
16. Socialstyrelsen. Avsiktligt självdestruktiv handling i Sverige — en underlagsrapport. Stockholm: 2006.
17. Försäkringskassan. Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar: Fördelning på län och diagnos, 2003–2005. Stockholm: 2006. Statistik 2006:3.
18. Hallsten L, Lundberg I, Waldenström K. Lågt psykiskt välbefinnande – tendenser på och utanför arbetsmarknaden. I: Gustafsson R, Lundberg I, red. *Arbetsliv och hälsa 2004*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet 2004;151–72.
19. Socialstyrelsen. Kapitel 5, Folksjukdomar/folkhälsoproblem. Psykisk ohälsa. *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: 2005;131–52.
20. Statistiska centralbyrån. Ohälsa och sjukvård 1980–2005. Stockholm: 2006.
21. Häkkänen M, Viikari-Juntura E, Martikainen R. Incidence of musculoskeletal disorders among newly employed manufacturing workers. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2001 Dec;27(6):381–7.

22. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 1987. Stockholm: 1987. Socialstyrelsen rapporterar 1987:15.
23. WHO. Regional Office for Europe. The European tobacco control report 2007. Köpenhamn: 2007.
24. Björk L, Hemström, Ö. Family policy, female labour force participation, fertility and the health of women in 22 OECD countries. Stockholm: Stockholms universitet / Karolinska institutet, Centre for Health Equity Studies (CHES); 2007. Rapport till projektet "The Nordic experience: Welfare states and public health (NEWS) [I dialog med WHO Commission of Social Determinants of Health]".
25. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Drogutvecklingen i Sverige 2006. Stockholm: 2006.
26. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Drogutvecklingen i Sverige 2007. Stockholm: 2007. Rapport nr 107.
27. Leifman H. Homogenisation in alcohol consumption in European Union. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2001;18 (English Supplement):15–30.
28. Leifman H, Gustafsson, N-K. En skål för det nya millenniet: en studie av det svenska folkets alkoholkonsumtion i början av 2000-talet. Stockholm: SoRad; 2003. Forskningsrapport 2003:11.
29. Jarl J, Johansson P, Eriksson A, Eriksson M, Gerdtham U-G, Hemström Ö, et al. Till vilket pris? Om alkoholens kostnader och hälsoeffekter i Sverige 2002. Stockholm: Stockholms universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRad); 2006. SoRad, Forskningsrapport nr 37.
30. Mäkelä P. Alcohol-related mortality by age and sex and its impact on life expectancy. European Journal of Public Health. 1998;8:43–51.
31. Sjögren H, Eriksson A, Ahlm K. Alcohol and unnatural deaths in Sweden: a medico-legal autopsy study. Journal of studies on alcohol. 2000 Jul;61(4):507–14.
32. Calling S. Obesity and cardiovascular disease. Aspects of methods and susceptibility. [Doktorsavhandling]. Lund: Lunds universitet, Institutionen för kliniska vetenskaper Malmö, Avdelningen för kardiovaskulär epidemiologi; 2006.
33. Kennedy L. The importance of body mass index and weight change in patients with coronary heart disease. [Doktorsavhandling]. Lund: Lunds universitet, Institutionen för kliniska vetenskaper Malmö, Sektionen för akut/medicin/kirurgi; 2006.
34. Heo M, Allison DB, Faith MS, Zhu S, Fontaine KR. Obesity and quality of life: mediating effects of pain and comorbidities. Obesity research. 2003;11(2):87–97.
35. Järholm B, Lewold S, Malchau H, Vingård E. Age, body weight, smoking habits and the risk of severe osteoarthritis in the hip and knee in men. European Journal of Public Health. 2005;20:537–42.
36. Ringbäck Weitoft G, Eliasson, M, Rosén, M. Underweight, overweight and obesity as risk factors for mortality and hospitalization. Scandinavian Journal of Public Health. 2008:under utgivning.
37. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. Jama. 2005 Apr 20;293(15):1861–7.
38. Danielson M. Svenska skolbarns hälsovanor 2005/06. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006.
39. Socialstyrelsen. Statistik över skador bland barn i Sverige — avsiktliga och oavsiktliga. Stockholm: 2007.
40. Räddningsverket. Olycksfall bland barn och ungdomar. Karlskoga: Räddningsverket; 2007. NCO 2007:6.

41. Sweeting HN, West PB, Der GJ. Explanations for female excess morbidity in adolescence: evidence from a school-based cohort in the West of Scotland. *BMC Public Health*. 2007 Oct 22;7(1):298.
42. World Health Organisation. Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes. Interim Statement of the Commission on Social Determinants of Health 2007.
43. Försäkringskassan. Inflow till sjuk- och aktivitetsersättning – har reglerna någon betydelse? Stockholm: 2007. *Analysrar* 2007:13.
44. Socialdepartementet. *Sveriges strategirapport för social trygghet och social delaktighet 2006–2008*. Stockholm: Regeringskansliet 2006.
45. Socialstyrelsen. Kapitel 2, Sysselsättning och arbetsmarknad. *Social rapport 2006*. Stockholm: 2006;45–92.
46. Guio A-C. Income Poverty and Social Exclusion in the EU25 Eurostat; 2005.
47. Socialdepartementet. *Sveriges handlingsplan mot fattigdom och social utestängning 2003–2005*. Stockholm: Regeringskansliet 2003.
48. Socialstyrelsen. Översyn av riksnormen. Stockholm: 2007. Uppföljning och utvärdering.
49. Lundberg P. Ökade inkomstskillnader sedan 1981. *Välfärd*. 2007;1.
50. Eurostat. Living conditions and welfare. 2007; Available from: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
51. Johansson M, Gardberg Morner C. Familjepolitiken viktig för barnen. *Välfärd*. 2007;3.
52. Socialstyrelsen. Kapitel 4, Försörjning och fattigdom. *Social rapport 2001*. Stockholm: 2001;95–132.
53. Socialstyrelsen. Kapitel 3, Finansiell fattigdom. *Social rapport 2006*. Stockholm: 2006;94–130.
54. Lundström K. Boendeort avgör när man flyttar hemifrån. *Välfärd*. 2006;3.
55. Atkinson AB. Social Europe and Social Science. *Social Policy and Society*. 2003;2(4):261–72.
56. Socialstyrelsen. Kapitel 3, Arbete och arbetsmarknad. *Social rapport 2001*. Stockholm: 2001;37–94.
57. European Commission. Portfolio of Overarching Indicators and Streamlined Social Inclusion, Pensions, and Health Portfolios. Brussels: Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG; 2006.
58. Socialstyrelsen. Kapitel 7, Utsatthet bland barn och unga. *Social rapport 2006*. Stockholm: 2007;242–300.
59. Gustafsson B. Invandras försörjning. *Mångfald och ursprung*. Norrköping: Statens invandrarverk 1997.
60. Halli S, Driedger L, red. Immigrant Canada: Demographic, Economic and Social Challenges. Toronto: University of Toronto Press 1999.
61. Lange A. Diskriminering, integration och etniska relationer. Norrköping: Integrationsverket; 2000.
62. Reinsch P. Measuring Immigrant Integration University of Utrecht, The Netherlands School for Social and Economic Policy Research; 2000.

Bilaga

Begrepp och definitioner

Arbetsmarknadsdefinitioner

enligt SCB:s Arbetskraftsundersökning (AKU)

Sysselsatta: Personer som under referensveckan utförde något arbete (minst en timme), antingen som avlönade arbetstagare, egna företagare (inklusive fria yrkesutövare) eller oavlönade medhjälpare i familjemedlems företag. Personer som hade ett arbete (enligt definitionen i föregående mening) men som var tillfälligt frånvarande under referensveckan samt personer som deltar i vissa arbetsmarknadspolitiska program räknas också som sysselsatta.

Sysselsättningsintensitet: Andel (procent) sysselsatta av alla i befolkningen 16–64 år.

Arbetslösa: Personer som inte var sysselsatta under referensveckan men hade sökt arbete under de senaste fyra veckorna samt personer som fått ett arbete som börjar inom tre månader.

Fr.o.m. oktober 2007 gick SCB över till att redovisa arbetslöshetstalet i överensstämmelse med EU:s riktlinjer. Detta innebär att de som var studerande på heltid någon av de tre veckorna före referensveckan, men inte under själva referensveckan, och som sökt och kan ta arbete nu klassificeras som *arbetslösa* (och inte som *ej i arbetskraften* som hittills). Följaktligen räknas fler som arbetslösa (och i arbetskraften) och färre som *ej i arbetskraften*. Endast i juni visar statistiken en signifikant skillnad jämfört med tidigare publicerade uppgifter. Det beror på att de allra flesta utbildningar avslutas i juni för sommarlov. Den svarande har med andra ord inte studerat under referensveckan, men på heltid någon av de tre veckorna dessförinnan. Korrigeringen är störst i de yngre åldersgrupperna.

Det relativa arbetslöshetstalet: Andel (procent) öppet arbetslösa av alla i arbetskraften.

I arbetskraften: Personer som under referensveckan antingen var sysselsatta eller arbetslösa.

Ej i arbetskraften: Personer som varken är sysselsatta eller arbetslösa. Gruppen omfattar bl.a. studerande (fr.o.m. oktober 2007 ingår dock inte längre heltidsstuderande som söker arbete i denna kategori utan istället i kategorin arbetslösa, se ovan), hemarbetande, värnpliktiga och personer som deltar i arbetsmarknadspolitiska program som liknar studier, t.ex. olika kurser.

Inkomst- och hushållsbegrepp (SCB)

Disponibel inkomst: Summan av alla skattepliktiga och skattefria inkomster (bidrag och positiva transfereringar) minus skatt och övriga negativa transfereringar. Den disponibla inkomsten har justerats i förhållande till den definition som används i den officiella statistiken. Den följer begreppet som konstruerades i samband med arbetet inför SOU-rapporten ”Välfärdsbokslutet” (Kjell Jansson: Inkomstfördelningen under 1990-talet, kapitel 1 i Välfärd och försörjning, SOU 2000:40), och som användes i Sociala rapporten 2001. Skillnaden består främst i att inkomst av eget hem ingår i denna definition, men inte i det officiella begreppet. Denna definition följer olika anvisningar, bl.a. från EU och forskarvärlden; där förespråkas allmänt att inkomst av eget hem ska ingå som en delpost i hushållets disponibla inkomst.

Kosthushåll: Hushåll som utgörs av alla personer som bor i samma bostad och har gemensam ekonomi och kosthållning.

Disponibel inkomst för hushållet: Summan av alla inkomster minus skatt och negativa transfereringar (t.ex. återbetalda studielån), plus skattepliktiga (t.ex. arbetsmarknadsstöd) och skattefria transfereringar och bidrag (t.ex. barnbidrag eller bostadsbidrag).

Konsumtionsenhet: För att jämföra t.ex. disponibel inkomst och ekonomisk köpkraft mellan olika typer av hushåll används ett viktsystem där konsumtionen är relaterad till hushållets sammansättning. Här används följande konsumtionsenhetsskala:

Första vuxen	1,00
Övriga personer 18 år och äldre	0,55
Barn 0–17 år	0,47

Disponibel inkomst per konsumtionsenhet: Disponibel inkomst dividerat med hushållets sammanlagda konsumtionsenheter. Syftet är att kunna göra jämförelser mellan hushåll av olika storlek och sammansättning. Detta kallas även *ekvivalerad disponibel inkomst*.

Den absoluta fattigdomsgränsen

Tröskelvärdena har byggts upp utifrån fyra komponenter:

- 1) Normerade boendeutgifter (som varierar med regionen).
- 2) Schablon för lokala resor (personer som fyllt 18 år).
- 3) Schablon för fackföreningsavgifter (för personer som under mätåret varit åtminstone halvtidsarbetande).
- 4) Normbelopp för övrig konsumtion.

Normerad övrig konsumtion bygger på de utgifter som gällde för 1985 års vägledande socialbidragsnorm. Skälet att använda 1985 års norm istället för senare belopp är främst praktiskt. Det är utifrån denna nivå som Statistiska centralbyrån tidigare tagit fram uppgifter om fattigdomens omfattning och struktur. Dessutom omfattar 1985 års vägledande socialbidragsnorm fler utgiftsbehov än de som ingår i normerna för ekonomiskt bistånd. På så sätt undviker vi att göra egna antaganden om sådana utgiftsbehov, som riskerar att bli godtyckliga. Utgiften för normerad konsumtion har sedan räknats om med KPI (Konsumentprisindex), exklusive boendeutgifternas prisutveckling. Beloppet är olika för olika typer av hushåll.

Den absoluta fattigdomsgränsen konstruerades i samband med arbetet inför SOU-rapportern "Välfärdsbokslutet" (Kjell Jansson: Inkomstfördelningen under 1990-talet, kapitel 1 i Välfärd och försörjning, SOU 2000:40, se också Välfärd vid vägskäl, SOU 2000:3). Där kallades det för *låginkomstgräns*.

Indelning i ursprungsregioner

Tabell A. Gruppering av länder i ursprungsregioner.

Ursprungsregioner	Länder som ingår i regionen
Norden	Danmark, Finland, Island, Norge
Västvärlden	Andorra, Belgien, Frankrike, Irland, Liechtenstein, Luxemburg, Monaco, Nederländerna, Schweiz, Storbritannien, Tyskland, Österrike samt Australien, Nya Zeeland, Kanada, USA
Östeuropa	Albanien, Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Moldavien, Polen (Danzig), Rumänien, Ryssland, Slovakien, Tjeckien, f.d. Tjeckoslovakien, Ukraina, Ungern, Vitrysland, f.d. Sovjetunionen
Sydeuropa	Bosnien-Hercegovina, Grekland, Italien, f.d. Jugoslavien, Kroatien, Makedonien, Malta, Portugal, San Marino, Serbien och Montenegro, Slovenien, Spanien, Vatikanstaten
Mellanöstern/Nordafrika	Algeriet, Bahrain, Cypern, Egypten, Franska Marocko, Förenade Arabemiraten, Gaza-området, Irak, Iran, Israel, Jemen, Jordanien, Kuwait, Libanon, Libyen, Marocko, Oman, Palestina, Qatar, Saudi-Arabien, Sydjemen, Syrien, Turkiet, Tunisien
Afrika söder om Sahara	Övriga Afrika
Central- och borte Asien	Övriga Asien: centrala delen, f.d. Sovjetunion – asiatiska delen, Fjärran Östern och resten av Oceanien
Latinamerika	Central- och Sydamerika

Tabell B. Invånare i Sverige 16–64 år efter ursprungsregioner. 2006.

Källa: SCB/AKU.

Födda i Sverige		4 936 200
därav	båda föräldrarna födda i Sverige	4 397 300
	en förälder född i Sverige	388 000
	båda föräldrarna födda i utomlands	150 900
Födda utomlands		889 395
därav i	Övriga Norden	184 893
	Västvärlden	74 668
	Sydeuropa	135 985
	Östeuropa	81 437
	Mellanöstern och Nordafrika	208 653
	Latinamerika	62 859
	Afrika söder om Sahara	40 944
	Centralasien och borte Asien	88 572
	Övriga länder	11 384
Samtliga		5 825 595

Datakällor

- **Undersökningen av levnadsförhållanden (ULF)**. Intervjuundersökning med ett årligt riksrepresentativt urval på 6 000–8 000 personer, vanligen i åldern 16–84 år. Innehåller data om centrala välfärdskomponenter som bl.a. hälsa, ekonomi, sysselsättning, arbetsmiljö, utbildning, fritid, trygghet och säkerhet m.m. Har pågått sedan 1975. Statistiska centralbyrån.
- **Arbetskraftsundersökningarna (AKU)**. En urvalsundersökning (huvudsakligen via telefonintervju) bland alla folkbokförda i Sverige 16–64 år, som genomförs varje månad. Urvalspersonerna (cirka 17 000) besvarar frågor om sina sysselsättningsförhållanden under en viss vecka i månaden, för att ge information om utvecklingen på arbetsmarknaden. Startades 1961 och har genomgått en del förändringar över tiden. Huvudbegreppen och definitionerna följer riktlinjerna från ILO (International Labour Office). Statistiska centralbyrån.
- **Inkomstfördelningsundersökningen** eller **Hushållens ekonomi (HEK)** är en årlig urvalsundersökning av hushållen. Datainsamlingen sker genom telefonintervju där man frågar om hushållets sammansättning, boende, boendeutgifter och barnomsorg, och om hushållsmedlemmars sysselsättning, arbetstid, yrke, utgifter för tandvård, läkemedel och sjukvård. Det kompletteras genom insamling av uppgifter om inkomster, ersättningar, bidrag och skatter m.m. från Skatteverket, Försäkringskassan (tidigare RFV), Centrala studiestödsnämnden, kommunerna m.fl., och administrativa register. Urvalet utgörs av individer som är 18 år eller äldre. Både urvalspersonen och de personer som tillhör hushållet ingår i undersökningen. Urvalsstorleken har under åren varierat mellan ca 10 000 och ca 19 000 hushåll. Från och med inkomståret 2000 samordnas urvalet med SCB:s Longitudinella inkomstdatabas för att kunna följa urvalspersonerna och deras hushåll över flera år. Statistiska centralbyrån.
- **Dödsorsaksregistret**. Registret omfattar samtliga i Sverige folkbokförda avlidna sedan 1961, oavsett om dödsfallet inträffade inom eller utanför landet. Det innehåller individrelaterade uppgifter om bl.a. underliggande och bidragande dödsorsaker, dödsdatum, kön, ålder och hemort. Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
- **Cancerregistret**. Registret innehåller individrelaterade uppgifter om alla elakartade och vissa godartade tumörer sedan år 1958 samt personnummer, kön, hemort vid diagnos, anmälande sjukhus och klinik, diagnosdatum och klinisk såväl som morfologisk diagnos. Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
- **Patientregistret**. Rikstäckande register från alla avslutade vårdtillfällen inom slutenvård vid offentligt drivna sjukhus sedan 1987. Insamling av öppenvårdsdata (till att börja med om s.k. dagkirurgisk verksamhet) har påbörjats från och med verksamhetsåret 1997. Innehåller uppgifter främst om diagnoser, operationer, yttre orsaker till skador, kön, ålder, hemort, sjukhus, specialitet samt in- och utskrivningssätt. Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.

