



# Kunskapsöversikt

Hälsokonsekvenser av arbetslöshet, personalneddragningar och arbetsbelastning relaterade till ekonomisk nedgång

Rapport 2011:11

# Kunskapsöversikt

Hälsokonsekvenser av arbetslöshet, personalneddragningar och arbetsbelastning relaterade till ekonomisk nedgång

*Daniel Falkstedt*

*Tomas Hemmingsson*

Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet

Rapport 2011:11

ISSN 1650-3171

# Förord

Arbetsmiljöverket har fått i uppdrag av regeringen att informera och sprida kunskap om områden av betydelse för arbetsmiljön. Under kommande år publiceras därför ett flertal kunskapsöversikter där välrenommerade forskare sammanfattat kunskapsläget inom ett antal teman. Manuskripten har granskats av externa bedömare och behandlats vid respektive lärosäte.

Rapporterna finns kostnadsfritt tillgängliga på Arbetsmiljöverkets webbplats. Där finns även material från seminarieserien som Arbetsmiljöverket arrangerar i samband med rapporternas publicering.

Den arbetsgrupp vid Arbetsmiljöverket som har initierat och organiserat framtagandet av översikterna har inletts av professor Jan Ottosson och övertagits av omvärldsanalytiker Magnus Falk. Vi vill även tacka övriga kollegor vid Arbetsmiljöverket som varit behjälpliga i arbetet med rapporterna.

De åsikter som uttrycks i denna rapport är författarnas egna och speglar inte nödvändigtvis Arbetsmiljöverkets uppfattning.

*Magnus Falk, fil.dr.*

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Inledning</b> .....	<b>7</b>
Syfte .....	7
Centrala begrepp .....	7
<i>Arbetslöshet</i> .....	7
<i>Personalneddragningar</i> .....	8
<i>Anställningsotrygghet</i> .....	9
<i>Psykosocial arbetsmiljö</i> .....	9
Metod för litteratursökning .....	9
<b>2. Arbetslöshet och ohälsa</b> .....	<b>12</b>
Forskningsresultat till och med år 2005 i kort sammandrag .....	12
Forskningsresultat åren 2006-2010 .....	14
<i>Arbetslöshetseffekter</i> .....	14
<i>Selektionseffekter</i> .....	16
<i>Modererande faktorer</i> .....	16
<i>Arbetsmarknadsutfall efter anställningsförlust</i> .....	17
Slutsats .....	17
<b>3. Personalneddragningar och ohälsa</b> .....	<b>19</b>
<i>Personalneddragningar och försämrad hälsa bland anställda</i> .....	19
<i>Otrygghet i anställningarna och ohälsa</i> .....	20
<i>Personalneddragningar, anställningsotrygghet och ohälsa</i> .....	21
<i>Personalneddragningar och psykosociala arbetsvillkor</i> .....	21
<i>Personalneddragningar, psykosociala arbetsvillkor och ohälsa</i> .....	22
Slutsats .....	23
<b>4. Konjunkturuppgång, ökad arbetsbelastning och ohälsa</b> .....	<b>25</b>
Arbetsmiljöhypotesen som förklaring.....	25
<i>Arbetsbelastningarnas utveckling</i> .....	25
<i>Arbetshälsans utveckling</i> .....	26
<i>Den psykiska ohälsan och sjukskrivningarna</i> .....	27
<i>Relationen mellan arbetsbelastningarna och arbetshälsan</i> .....	28
<i>Arbetsmiljöutvecklingen och den ökande sjukfrånvaron</i> .....	28
Alternativa förklaringar.....	29
Slutsats .....	30
<b>5. Referenser</b> .....	<b>31</b>



# Sammanfattning

Syftet med den här rapporten är att ge en översikt av kunskapen om arbetsmiljö- och hälsokonsekvenser relaterade till ekonomisk nedgång. Rapporten behandlar tre frågeställningar med anknytning till syftet:

- 1) Vilka samband har arbetslöshet med ohälsa bland dem som förlorar arbetet?
- 2) Vilka samband har personalneddragningar med ohälsa bland anställda?
- 3) Finns samband mellan efterföljande konjunkturuppgång, ökad arbetsbelastning och ohälsa?

Det svenska 1990-talet, först med kraftigt ökande arbetslöshet och senare med ökad sjukfrånvaro, kan bidra särskilt med kunskap gällande den senare frågan, och vi har därför använt oss av både internationella vetenskapliga publikationer och svenska forskarrapporter i översikten. Litteraturgenomgången griper över ett stort område och måste därför bli selektiv; vi gör i rapporten inga egna analyser eller kvantifieringar. Vi koncentrerar oss på psykosocial arbetsmiljö och psykisk ohälsa.

\*

Vilka samband har arbetslöshet med ohälsa bland dem som förlorar arbetet? Nyare forskning från åren 2006-2010 tycks bekräfta många av resultaten från tidigare studier: negativa effekter av arbetslöshet på psykisk hälsa, personer med sämre hälsa selekteras till arbetslöshet, och dubbelriktad verkan mellan arbetslöshet och ohälsa. Sämre arbetsmarknadsutveckling efter arbetsförlust kan eventuellt bidra till ohälsa genom att leda in i en negativ spiral av ekonomisk och social instabilitet. Dock bekräftas inte entydigt samband mellan arbetsförlust/arbetslöshet och hypotetiskt stressrelaterade somatiska hälsoutfall, såsom hjärt- och kärlsjukdom, i registerbaserade studier från Skandinavien. Nyare forskningsresultat, som pekar mot att arbetslöshet oftare drabbar personer med ökad risk för sådana hälsoutfall, kanske kan förklara detta. Möjligheten finns att effekterna på ohälsa av arbetslöshet eventuellt kan vara svagare i skandinaviska/nordiska länder än på andra håll och selektionseffekterna jämfört med arbetslöshetseffekterna större. Resultat av nyare studier talar för att starka sociala skyddsnät och aktiv arbetsmarknadspolitik bidrar till att mildra hälsokonsekvenser i samband med arbetslöshet.

\*

Det finns ett visst men inte entydigt stöd för att personalneddragningar har samband med försämrad hälsa bland anställda. Studier från Sverige har visat på ökad långtidssjukskrivning bland anställda efter måttliga men inte större personalneddragningar. En norsk studie fann å andra sidan inget samband mellan personalneddragning och ökad sjukfrånvaro i dess anslutning, möjligen minskad sjukfrånvaro. Studier från Finland, som under nittio-talet genomgick en ekonomisk nedgång lik Sveriges, har dock visat på samband mellan personalneddragning och en rad andra indikatorer på ohälsa, såsom tidiga förtidspensioneringar, uttag av psykofarmaka och dödlighet i hjärt-kärlsjukdom (men inte andra dödsorsaker). En färsk litteraturgenomgång pekar på att personalneddragningar är förknippade med ökad

otrygghet i anställningarna, liksom med försämrade arbetsrelationer, ökat produktionsfokus och minskat utrymme för arbetsmiljö- och välbefinnande frågor. Därtill ger ett par stora systematiska litteraturgenomgångar, som utnyttjat meta-analys, omfattande stöd för att otrygghet i anställningarna har negativ inverkan på engagemang och tillfredsställelse i arbetet liksom på psykisk ohälsa bland anställda. Kan personalneddragningar leda till ohälsa genom försämrade psykosociala arbetsförhållanden? Få eller inga studier har direkt undersökt frågan. Studier från Sverige har för övrigt gett motstridiga resultat vad gäller samband mellan neddragning och försämrad psykosocial arbetsmiljö. Men en nyligen publicerad genomgång av den internationella forskningslitteraturen, fokuserad på organisatoriska effekter av personalneddragningar, kom fram till att studier finns som indikerat minskad frihet och utmaning i arbetet efter personalneddragning, minskat stöd från överordnade och arbetsgruppen samt minskade resurser i arbetet. Och en annan aktuell litteraturöversikt ansågs motivera slutsatser om att personalneddragningar har väl belagda samband med försämrade förutsättningar för arbetsmiljön såväl som hälsoförsämringar bland anställda. Både arbetsmiljö och hälsa bland anställda skulle därmed kunna påverkas negativt.

\*

I slutet av 1990-talet sågs i Sverige en dramatisk ökning av sjukfrånvaron. Ett förklaringsalternativ var då att ökningen kom av en allt sämre psykosocial arbetsmiljö i hårt belastade organisationer. Flera undersökningar gjordes kring utvecklingen av arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär under 1990-talet i Sverige, och tillsammans tecknar de en bild av trendmässig psykosocial belastningsökning över hela decenniet. Särskilt tydlig tycks denna negativa arbetsmiljöutveckling ha varit bland kvinnor och i sektorer på arbetsmarknaden där kvinnor var/är överrepresenterade. Liknande utveckling sågs vad gäller psykiska och psykosomatiska symtom potentiellt relaterade till arbetsbelastning, och i överensstämmelse med detta ökade andelen psykiska diagnoser bland sjukskrivningarna. Emellertid har endast ett par undersökningar direkt ägnats åt att analysera arbetsmiljöförändringarna som förklaring till sjukfrånvarouppgången. Dessa undersökningar har dock gett visst stöd åt arbetsmiljön som bidragande förklaring till den ökande sjukfrånvaron. Psykosociala arbetsmiljöfaktorer, mätta som krav, kontroll och socialt stöd i arbetet, tycktes öka sin betydelse för långtidssjukskrivning under 1990-talet, allra mest bland kvinnor. Men hur stort bidraget till sjukfrånvarouppgången var från sämre arbetsmiljö och ökade arbetsbelastningar är svårt att uppskatta.

# 1. Inledning

En kraftig ekonomisk nedgång, med påtagligt ökad arbetslöshet som följd, kan tänkas ha negativa effekter på den arbetande befolkningens hälsa. Det finns flera anledningar till detta. För det första vet vi att studier sedan länge pekat på samband mellan arbetslöshet och minskat välbefinnande bland individer. Dessutom finns studier som talar för att arbetslöshet, inte minst bland unga människor, varaktigt kan försämra framtida möjligheter på arbetsmarknaden (Gonäs, Hallsten, & Spånt, 2006). För det andra kan ekonomisk nedgång föra med sig ändrade prioriteringar med möjligheten, att krav på besparingar drabbar arbetsförhållanden negativt. Kraftig personalneddragning har setts som en möjlig riskfaktor för stressrelaterad ohälsa i arbetet, bland annat genom ökad otrygghet i anställningarna och genom ökade krav och minskat inflytande i arbetet (Sverke, 2009). För det tredje såg vi efter 1990-talet i Sverige att permanent utslagning i form av långtidssjukskrivningar och förtidspensioner kan följa i spåren på en ekonomisk nedgång och kris. En farhåga är att förändringar på arbetsplatserna betingade av ekonomisk nedgång kan vara en riskfaktor för ohälsa och sjukskrivning bland anställda när konjunkturer åter tar fart och arbetsbelastningen ökar (Finansdepartementet, 2009).

## Syfte

Syftet med rapporten är att ge en översikt av kunskapen om arbetsmiljö- och hälsokonsekvenser relaterade till ekonomisk nedgång. Rapporten behandlar tre frågeställningar med anknytning till syftet:

- 1) Vilka samband har arbetslöshet med ohälsa bland individer som förlorar arbetet?
- 2) Vilka samband har personalneddragningar med ohälsa bland anställda?
- 3) Finns samband mellan efterföljande konjunkturuppgång, ökad arbetsbelastning och ohälsa?

## Centrala begrepp

### Arbetslöshet

Arbetslöshet är både ett samhällsfenomen och en "exponeringsfaktor" på individnivå. Hög arbetslöshet kan tänkas påverka samhället bland annat genom maktförskjutning mellan aktörerna på arbetsmarknaden och i arbetslivet, till relativ nackdel för arbetstagarna. Arbetslösheten bör på så sätt kunna inverka på arbetsförhållanden och därmed indirekt på hälsa (och sjukskrivningsrisk) bland anställda. Men hög arbetslöshet innebär inte minst att ovanligt många individer exponeras för arbetslöshet. Det är starkt intuitivt att denna exponering kan minska välbefinnande och leda till psykisk ohälsa. Många teorier har formulerats för att förklara sambandet mellan arbetslöshet och psykisk hälsa, och en del av dem beskriver tänkbara mekanismer i detalj (Folkhälsogruppen, 1992). Större empiriska studier av arbetslöshet och hälsa har dock sällan testat och jämfört förklaringskraften i de olika teorierna (Paul & Moser, 2009), utan snarare använt dem för tolkning av resultaten. Därför återger vi här bara kort teorierna.



En central förklaringsmodell, som kan kallas den ekonomiska, säger att arbetslöshetens samband med ohälsa förklaras av det ekonomiska avbräcket i samband med arbetslöshet. Förklaringen har tydliga rötter i arbetslöshetsforskning från 1930-talet, då arbetslöshet oftare innebar svåra ekonomiska problem och fattigdom. Med välfärdsstaternas och de sociala skyddsnätens utbyggnad efter andra världskriget har den rena fattigdomen antagits vara av mindre betydelse och istället har relativ fattigdom betonats (Backhans, 2003). Innebörden är då att den ekonomiska förlusten vid arbetslöshet leder till minskade möjligheter att delta i normala sociala sammanhang. Detta kan i sin tur vara en stressfaktor.

Mer direkta sociala förklaringsmodeller betonar arbetets betydelse för individer i termer av status, sammanhang och mening. Arbetet antas ha stor betydelse för individens interaktion med och förhållande till andra människor. Till exempel talar Ezzy om förlust av identitet, mening och självrespekt i samband med arbetslöshet (Ezzy, 1993), medan andra lyft fram stigmatisering, skam och skamkänslor som förklaring till arbetslöshetens samband med psykisk ohälsa (Rantakeisu, Starrin, & Hagquist, 1999). Vidare säger Jahodas "deprivationsteori" (Jahoda, 1981) och Warrs "vitaminteori" (Warr, 1990), som båda är centrala teorier, att arbete fyller en rad sociala och psykologiska behov vid sidan av inkomst, och att psykisk ohälsa till följd av arbetslöshet är en konsekvens av att dessa behov inte tillfredsställs.

En mer individinriktad eller psykologisk förklaringsmodell betonar individens subjektivitet och handlingar som förmedlande eller modifierande länkar mellan arbetslöshet och dess hälsokonsekvenser. Fryers teori (Fryer, 1986), till exempel, säger att individen avsiktligt strävar efter att tillfredsställa behov av kontroll och självbestämmande. Arbetslöshet och ekonomiska begränsningar innebär ett hot mot detta, men en del individer undviker psykisk ohälsa vid arbetslöshet genom att finna alternativa sysselsättningar.

## **Personalneddragningar**

Personalneddragningar syftar på den internationella termen "downsizing" (avseende personal) och kan göras med hjälp av till exempel naturliga avgångar, avtalspensioneringar eller uppsägningar (Bartley & Ferrie, 2001). Huruvida det som avses är varaktiga strategiska personalneddragningar i syfte att öka effektivitet och/eller konkurrenskraft, eller mer konjunkturberoende temporära personalneddragningar på grund av övertalighet, varierar i litteraturen. Både makroförhållanden och organisatoriska omständigheter kan tänkas påverka beslut om personalneddragningar (Datta, Guthrie, Basuil, & Pandey, 2010).

Det är en rimlig hypotes att stora personalneddragningar kan leda till ohälsa, inte bara till följd av arbetslöshet, utan också genom att skapa stress, oro och minskat välbefinnande bland anställda. Konsekvenserna av personalneddragningar för de anställda i form av välbefinnande och arbetsprestationer har teoretiskt satts i relation till å ena sidan skälen till och innebörden av beslutet om neddragningen i det enskilda fallet, och å andra sidan hur sedan de anställda behandlas under neddragningsprocessen (Datta, et al., 2010). Ökad otrygghet i anställningen har antagits vara en central mekanism mellan personalneddragningar och psykisk ohälsa (Quinlan & Bohle, 2009). Otryggheten kan då ha negativa effekter på såväl arbetsprestationer som attityder till arbetet och välbefinnande. En annan hypotes har varit att kraftiga neddragningar kan påverka psykosociala arbetsförhållanden negativt (Ferrie, Westerlund, Oxenstierna, & Theorell, 2007). En "smalare" bemannad arbetsorganisation kan leda till minskat välbefinnande och psykisk ohälsa genom ökade prestationskrav, sämre resurser och minskat inflytande över arbetsuppgifterna samt minskat socialt stöd i arbetet (se "psykosocial arbetsmiljö" nedan).

## Anställningsotrygghet

Utbredda och kraftiga personalneddragningar, till exempel i samband med nedgång i ekonomin, leder till ökad osäkerhet kring de egna jobben bland anställda. Det är en närliggande tanke att upplevd otrygghet i denna situation kan föranleda minskat välbefinnande. "Anställningsotrygghet", på engelska "job insecurity", innebär ett upplevt hot mot den egna anställningens existens och oro relaterad till detta hot (Sverke, Hellgren, & Näswall, 2002). Med anledning av yrkets och arbetets centrala roll i samhället och betydelse för människor har man antagit att rädslan för att förlora anställningen är en stark stressfaktor. Logiken har illustrerats med Jahodas deprivationsteori (Jahoda, 1981), som säger att arbete för de flesta människor är en avgörande faktor för att tillfredsställa "latenta" sociala och psykologiska behov (vid sidan om uppenbara ekonomiska behov), och anställningsotrygghet representerar därmed en ökad osäkerhet kring huruvida dessa värden fortsatt kan tillfredsställas. Enlighet klassisk stressteori (Lazarus, 1993) kan en sådan förväntan vara en lika stark källa till stress som en faktisk händelse, såsom faktisk förlust av anställningen.

Fenomenet anses handla om en ofrivillig och utdragen upplevelse och har därför ansetts kunna vara en kronisk stressfaktor (Sverke, et al., 2002).

## Psykosocial arbetsmiljö

Ökad press på arbetsorganisationer, till exempel som följd av lågkonjunktur, kan tänkas påverka den psykosociala arbetsmiljön negativt. Det tycks därtill finnas ett brett vetenskapligt stöd för att psykosociala faktorer i arbetet bidrar till förekomsten av psykisk ohälsa (Netterstrom et al., 2008). Två modeller, baserade på samhälls- och beteendevetenskaplig teori, har blivit standard i forskning på psykosociala arbetsförhållandens hälsoeffekter (Marmot, Siegrist, Theorell, & Feeney, 1999). Den första, kallad "krav/kontroll-modellen", definierade ursprungligen arbetsstressen som resultat av två sammanhängande komponenter: en hög nivå av psykologiska krav och ett litet utrymme för egna beslut. Detta, som benämndes "high strain", förväntades öka risken för stressande upplevelser samt psykisk och somatisk ohälsa. Stressmekanismen definierades med andra ord som brist på kontroll över den omgivande (arbets-)miljön. I vissa sammanhang har modellen använts med en tredje dimension, socialt stöd i arbetet.

Den andra modellen, kallad "effort-reward imbalance-modellen", fokuserar på länken mellan arbete och arbetsmarknad (Marmot, et al, 1999). Hypotesen är att arbetet är centralt för att tillfredsställa psykologiska behov, och att möjligheter till detta fördelas via arbetsmarknaden. Arbete är en social aktivitet där människor ömsesidigt utbyter prestationer och belöningar. Pengar och karriärmöjligheter (inklusive trygghet i anställningen), men också uppskattning, är viktiga sådana belöningar. Arbete kännetecknat av höga insatser utan motsvarande materiella och psykologiska belöningar antas kunna ge upphov till känslomässig stress och kroppsliga reaktioner. Stressmekanismen i denna modell utgörs alltså av brott mot förväntningar på ömsesidighet och rättvisa i det sociala utbytet i arbetet.

## Metod för litteratursökning

I översiktens första avsnitt är frågan "Vilka samband har arbetslöshet med ohälsa bland dem som förlorar arbetet?". Hallsten sammanfattade år 2005 litteraturen kring denna relation (Gonäs, et al, 2006), och vi inleder avsnittet med en resumé av denna litteraturgenomgång. Därefter tittar vi på resultat av nyare studier, alla utom en

baserade på individdata<sup>1</sup>. Urvalet gjordes genom sökningar på Web of Science<sup>2</sup>: sökorden "unemployment"/"job loss" användes i kombination med "health", "mortality", "sickness absence" för åren 2006 till 2010. Vi fick i första omgången en mycket stor mängd träffar, som genom snabb bedömning kunde reduceras till 100-150 abstracts (sammanfattningar) från studier som specifikt undersökt samband mellan arbetslöshet och hälsa. Med hjälp av dessa abstracts kunde sedan ett antal större studier med skandinavisk anknytning baserade på större material med prospektiv uppföljning avseende hälsa väljas ut, tillsammans med en stor meta-analytisk studie av internationell forskningslitteratur publicerad så sent som år 2009 (Paul & Moser, 2009).

I översiktens andra avsnitt är frågan "Vilka samband har personalneddragningar med ohälsa bland anställda?". För avsnittet gjorde vi sökningar med hjälp av Web of Science utifrån kombinationer av sökorden "downsizing", "organisational change", "job insecurity", "stress", "health", "sickness absence" ("Sweden", "Norway", "Denmark", "Finland"). Vi begränsade oss visserligen till rapporter och artiklar publicerade mellan åren 2000 och 2010, men några internationella forskningsöversikter, som också hittades med hjälp av Web of Science, behandlar dock studier gjorda betydligt längre tid tillbaka.

I översiktens tredje avsnitt är frågan "Finns samband mellan efterföljande konjunkturuppgång, ökad arbetsbelastning och ohälsa?". Det har föreslagits att en konjunkturuppgång efter en ekonomisk kris kan innebära en ökad belastning på arbetskraften i det fall motsvarande resurser att utföra arbetsuppgifterna saknas (Marklund & Theorell 2005, se även Finansdepartementet, 2009). I avsnittet undersöks i vilken utsträckning litteraturen ger stöd åt hypotesen att sjukfrånvaröknningen efter 1997 kan ha varit en följd av konjunkturbetingade arbetsplatsförändringar och negativ arbetsmiljöutveckling under senare delen av 1990-talet. För att identifiera centrala undersökningar och rapporter kring sjukfrånvarouppgången använde vi främst sökmotorn Google Scholar. Undersökningsrapporterna är ibland svenskspråkiga, icke "referee-granskade" i strikt bemärkelse, om än publicerade i vetenskapliga sammanhang. Efter ett stort antal sökningar tyckte vi oss ha täckt in flertalet studier med direkt relevans för frågeställningen. I avsnittet koncentrerar och avgränsar vi oss till psykosocial arbetsmiljö och psykisk ohälsa, inte minst eftersom resultaten av såväl arbetslöshetsstudier som arbetsmiljöundersökningar av det svenska nittio-talet pekar i den riktningen.

Kunskapsöversikten griper uppenbarligen över ett brett fält av forskningslitteratur och har av den anledningen tvingats bli selektiv, i enlighet med beskrivningen ovan. Vi gör i rapporten inga egna analyser eller kvantifieringar utan återger befintliga undersökningar. I första och andra avsnittet tar vi hjälp av några aktuella internationella forskningsöversikter som inkluderar så kallade "meta-analyser". Meta-analys kan definieras som kvalificerade och kvantitativt orienterade litteratur-sammanfattningar i vilka statistiska analysresultat från enskilda studier omräknas till gemensamma effektmått och övergripande sambandsskattningar (Gonäs, et al., 2006). I de meta-analytiska forskningsöversikterna utgörs majoriteten av de underliggande studierna av

---

<sup>1</sup> Det finns ett antal studier av arbetslöshet och ohälsa gjorda på ekologiska/aggregerade data, studier som med statistisk metod satt variationer i arbetslöshetstal eller ekonomisk aktivitet i relation till förändringar i hälsoutfall. De är mindre förekommande än individstudier; från åren 2006-2010 finns ett begränsat antal. Även om studierna kan vara viktiga för hypotesbildning har de inte möjligheten att direkt undersöka frågan om vilka effekter arbetslösheten har på individers hälsa. Därför har vi (liksom Hallsten) koncentrerat oss på individstudier i översikten. Stuckler och medarbetarens internationella studie från år 2009 (Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts, & McKee, 2009), baserad på nationella data, utgör ett undantag i översikten, men bedömdes vara särskilt intressant i ett svenskt perspektiv.

<sup>2</sup> Databaser: Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED); Social Sciences Citation Index (SSCI); Arts & Humanities Citation Index (A&HCI); Conference Proceedings Citation Index- Science (CPCI-S); Conference Proceedings Citation Index- Social Science & Humanities (CPCI-SSH)

tvärsnittsstudier, och när det kommer till slutsatser om kausala förhållanden baseras dessa på betydligt färre longitudinella studier. För övrigt påpekas genomgående i forskningsöversikterna att "publication bias" är ett problem, det vill säga att publicerade studier tenderar att innehålla resultat som påvisar samband medan "nollsamband" oftare förblir opublicerade.

## 2. Arbetslöshet och ohälsa

Den ekonomiska kris som inleddes vid 1990-talets början utmärktes av jämförelsevis mycket hög arbetslöshet, kraftigt fallande sysselsättning och relativt stora ekonomiska svårigheter för befolkningen. På bara några år steg den öppna arbetslösheten från en och en halv till åtta procent av befolkningen i arbetsför ålder. Den låg sedan kvar på denna nivå under flera år till följd av kontinuerliga nedskärningar i offentlig sektor. Därmed "exponerades" en mycket större andel människor för arbetslöshet under nittiotalet jämfört med tidigare.

Vi vet att studier sedan länge pekat på samband mellan arbetslöshet och lägre grad av välbefinnande, sämre hälsa och högre dödlighet. Man kan dock inte härleda orsakssamband mellan arbetslöshet och ohälsa ur till exempel överdödlighet bland arbetslösa. Den sämre hälsan bland arbetslösa kan ha olika förklaringar. För det första kan lägre grad av välbefinnande och hälsa bland arbetslösa givetvis vara en "arbetslöshetseffekt", det vill säga en faktisk konsekvens av arbetslösheten. Men för det andra kan det också vara så att individer med sämre hälsa i högre grad drabbas av arbetslöshet, och arbetslösas sämre hälsa förklaras då i större eller mindre utsträckning av "selektionseffekter". Sådan selektion kan för övrigt ske både genom att nedsatt hälsa ökar risken för utstötning till arbetslöshet och att nedsatt hälsa ökar risken för utestängning i arbetslöshet. För det tredje kan verkan vara dubbelriktad, så att lägre grad av välbefinnande och hälsa bland arbetslösa är en konsekvens av att både arbetslöshetseffekter och selektionseffekter är verksamma. I så fall kan arbetslösheten ha negativa effekter på hälsan och sämre hälsa i sin tur öka sannolikheten för framtida arbetslöshet. En ytterligare "effekt" av intresse kan komma av "modererande faktorer", som reducerar eller förstärker potentiella hälsokonsekvenser av arbetslöshet. Dessa faktorer kan finnas både på samhällsnivå och på individnivå.

Syftet med detta avsnitt är att gå igenom internationell forskning från senare år (2006-2010) som undersökt arbetslöshetens hälsokonsekvenser på individnivå. En genomgång av tidigare forskning sammanfattas dock först.

### Forskningsresultat till och med år 2005 i kort sammandrag

Hallsten gjorde år 2006 en översikt av forskningslitteraturen kring arbetslöshetens samband med ohälsa (Gonäs, et al., 2006). Närmare bestämt innebar översikten en genomgång av kvantitativa studier mellan åren 1995 och 2005, som undersökt hälsoutvecklingen för individer som förlorat, saknat eller återfått arbete. I enlighet med tidigare litteratur baserades den på en uppdelning mellan arbetande och arbetslösa personer. Vidare var den inriktad på psykisk hälsa/ohälsa, och ohälsa delades upp i två grova kategorier som kom av hur data insamlats: självrapporterad ohälsa och registerindikerad ohälsa. Den förra antogs återspegla "lättare" ohälsa med större förekomst och snabbare föränderlighet, medan den andra antogs handla om allvarigare ohälsa med mindre förekomst och relativt långsamma förlopp. Översikten lade stor vikt vid ett par så kallade meta-analyser, men lyfte också fram ett antal enskilda studier av bättre kvalitet.

Hallsten drog följande slutsatser om den dittillsvarande forskningen kring arbetslöshetens effekter på den självrapporterade ohälsan, framförallt självrapporterad psykisk ohälsa:

- 1) De genomsnittliga effekterna på psykisk ohälsa var måttliga men statistiskt säkerställda. En stor majoritet av studierna visade att arbetsförlust tenderar att följas av ökad psykisk ohälsa. Denna effekt tycktes ofta störst under fasen strax före eller nära efter uppsägning, för att sedan avta i varierande grad oberoende av om personer fått nytt arbete eller förblivit arbetslösa.
- 2) Skillnader i psykiskt välbefinnande mellan arbetande och arbetslösa kunde delvis förklaras av hälsorelaterad selektion. Bättre psykisk hälsa ökade chanserna för ny anställning. Den förklaringsmodell som Hallsten kallade "den dubbelriktade hypotesen" ansågs därmed få stöd i förhållande till självrapporterad psykisk ohälsa, det vill säga arbetslöshet både orsakar ohälsa och orsakas av ohälsa. Båda effekterna tycktes begränsade, men arbetslöshetseffekterna var i genomsnitt dubbelt så stora som selektionseffekterna.
- 3) Undersökningar av "modererande" faktorer fann att arbetslöshetseffekterna tycktes större för män än för kvinnor och större för arbetargrupper än tjänstemannagrupper. Hälsoselektionseffekterna tycktes istället vara större för kvinnor än för män och större för tjänstemän än arbetare.
- 4) Några longitudinella studier visade på individuella skillnader i hälsoeffekter. Vanligt var att drabbas av "chock" i samband med uppsägningsperioden och därefter återhämta det psykiska välbefinnandet helt eller delvis åren efter. En betydande andel personer tycktes dock inte alls drabbas av försämrad psykisk hälsa i samband med uppsägning.
- 5) Arbetslöshetseffekter på självrapporterad somatisk ohälsa tycktes vara mindre än på psykisk ohälsa, men hade inte studerats i samma omfattning. Selektionseffekter från självrapporterad somatisk ohälsa framkom inte i de få studier som prövat dem. Hallsten erinrade om att självrapporterad ohälsa utgörs av uppgifter lämnade i enkäter eller intervjuer och därmed innehåller större eller mindre inslag av subjektivitet, vilket kan påverka sambandsskattningar.

Som exempel på studier av sambandet mellan arbetslöshet och självrapporterad ohälsa gick Hallsten särskilt igenom två meta-analyser, den ena av McKee (McKee-Ryan, Song, Wanberg, & Kinicki, 2005) och den andra av honom själv (Hallsten, 1997). Den första meta-analysen baserades på totalt 104 studier, den andra på totalt 91 studier. Båda analyserna visade på klara "genomsnittliga tvärsnittseffekter" av arbetslöshet, det vill säga klart sämre självrapporterad (psykisk) hälsa bland arbetslösa än arbetande personer. Effektstorlekarna kunde betecknas som "måttliga" i båda analyserna. Hallstens studie visade också att majoriteten av de inkluderade studierna gav stöd åt förekomsten av hälsoselektion till arbetslöshet, och utstöttnings- och utestängnings-effekterna som delar i selektionen ansågs vara lika stora.

Hallsten drog följande slutsatser om forskningen kring arbetslöshetens relation till registerindikerad ohälsa, som utgörs av registrerad sjukskrivning, läkarkontakt, sjukhusintagning, dödsorsak etc.:

- 1) Arbetslöshet predicerade sjukskrivning, vilket teoretiskt kan förklaras av att arbetslösa har ekonomiska incitament att uppbära sjukpenning eller att arbetslöshet försämrar hälsan och därmed ökar risken för sjukskrivning. Båda tolkningarna hade stöd för sig, men vilken som var "bäst" kunde inte avgöras.

- 2) Den dubbelriktade hypotesen tycktes kunna gälla även för sjukskrivning, då ett par studier även hade påvisat selektionseffekter från sjukskrivning bland arbetande personer till senare arbetslöshet.
- 3) Väl kontrollerade uppföljningsstudier både i och utanför Sverige gav stöd för att arbetslöshet ökar risken för förtida död; riskökningen tycktes störst åren närmast efter att arbetslöshet uppmärksammats. I absoluta tal var risken för död till följd av arbetslöshet liten.
- 4) Dödlighetsstudier bland uppsagda, arbetslösa och överlevare efter organisationsminskning fann överrisker för framför allt hjärt- och kärlsjukdomar, mord och yttre skador, vilket Hallsten tolkade till stöd för (psykosocial) stress som en länk mellan arbetslöshet och död.

Gällande registerindikerad ohälsa lyfte Hallsten fram två studier av arbetslöshet och dödlighet som utnyttjat det svenska tvillingregistret (Nylen, Voss, & Floderus, 2001; Voss, Nylen, Floderus, Diderichsen, & Terry, 2004). Poängen med dessa studier var att försöka få kontroll över hälsoselektion till arbetslöshet genom att analysera tvillingar. Forskarna identifierade tillfällena då den ena tvillingen men inte den andra var arbetslös och kunde på detta sätt reducera sannolikheten för bland annat genetiska förklaringar till sambanden mellan arbetslöshet och dödlighet. Analysresultaten visade att arbetslöshetens samband med ökad dödlighet var ungefär lika starkt som i analyser gjorda utan sådana kontrollmöjligheter. Självmod och "yttre oklara" dödsorsaker var signifikant kopplade till arbetslöshet bland manliga tvillingar, men även andra dödsorsaker antyddes ha samband med arbetslöshet.

Hallsten fann alltså att forskningen fram till och med år 2005 talade för att samband mellan arbetslöshet och ohälsa förklaras av såväl arbetslöshetseffekter som selektionseffekter. De förra tycktes överlag starkare än de senare. En dubbelriktad verkan ansågs vara sannolik, vilket innebär att ohälsa kan komma som en konsekvens av arbetslöshet och därtill vara en riskfaktor för ytterligare arbetslöshet i framtiden. Men vad säger då forskningen från år 2006 fram till idag om sambandet mellan arbetslöshet och ohälsa? Vi återger i korta drag nedan vad några större studier från senare år funnit, bland annat studier från Sverige och Danmark. I enlighet med Hallstens slutsatser delar vi in återgivningen i arbetslöshetseffekter, selektionseffekter och faktorer som kan moderera effekterna. Vi återger till sist också resultaten från ett par svenska studier som undersökt arbetsmarknadsutfall efter arbetsförlust, vilket kan bidra till tolkningen av samband mellan arbetslöshet och hälsoutveckling ytterligare.

## **Forskningsresultat åren 2006–2010**

### **Arbetslöshetseffekter**

För att undersöka frågan om arbetslöshet och ohälsa gjorde Stuckler och medarbetare nyligen en jämförande analys av sambanden mellan ekonomiska cykler och förändringar i befolkningshälsa i 26 EU-länder mellan åren 1970 och 2007 (Stuckler, et al., 2009). Undersökningen syftade till att se om, och i så fall hur, arbetslöshet har en koppling till hälsoförändringar. Forskarna tittade på samvariation mellan arbetslöshetstal och specifika dödsorsaker för att pröva trovärdigheten i de statistiska sambanden; konjunkturnedgång och ökad arbetslöshet bör, ansåg de, vara förknippat främst med starkt stressrelaterade hälsoutfall, till exempel självmord men inte cancer. Analyserna visade, för det första, att ökningar av arbetslösheten i länderna var för-

knippade med ökning av självmord och mord samt med minskningar av trafikrelaterade dödsfall. Inga andra dödsorsaker uppvisade samband med svängningar i arbetslösheten, och ingen signifikant nettoeffekt av ökad arbetslöshet på mortalitet påvisades. De visade också att särskilt stora ökning i arbetslöshet var förknippade med klart ökade självmordstal och också med ökad alkoholrelaterad död, det vill säga möjliga indikationer på "distress". Självmord och mord ökade i samband med ökad arbetslöshet bland relativt unga personer, det vill säga de som förväntas befinna sig på arbetsmarknaden, och de starka effekterna på självmord och mord sågs under de närmaste åren efter konjunkturedgång. Eftersom sambanden mellan arbetslöshetstal och dödsorsaker bara visades på nationell (aggregerad) nivå måste dock slutsatser om kausalitet baseras på tolkning, inte data.

Eliason och Storrie undersökte i två nyligen publicerade studier (Eliason & Storrie, 2009a, 2009b)<sup>3</sup> en variant av arbetslöshetseffekten, nämligen de möjliga hälsoeffekterna av arbetsförlust, genom uppföljningar av patient- respektive dödsorsaksregistret i Sverige för personer som förlorat sin anställning i samband med företagsnedläggning. Eftersom all information om individerna hämtats från register var det i studierna möjligt att identifiera alla företagsnedläggningar, i studien under åren 1987-1988, och individerna kunde följas från tre år före nedläggning till maximalt 12 år efter. Mellan cirka 12 000 och 15 000 uppsagda personer i åldrarna 20-64 år från ett stort antal nedläggningar, kunde i de två studierna jämföras med ett slumpmässigt urval av cirka 145 000-165 000 personer med anställning år 1986. Analyserna av patientdata visade på en statistiskt signifikant koppling mellan arbetsförlust och ökad risk för alkoholrelaterade sjukhusinläggningar bland både män och kvinnor. För män sågs statistiskt signifikanta ökning också av självskade- och trafikrelaterade sjukhusinläggningar, och samma samband var antydde bland kvinnor. Ingen ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom hittades dock, vilket annars ansågs kunna ha indikerat en koppling till "severe stress-related conditions". Analyserna av dödsorsaksdata visade på en 44-procentig ökning av den totala dödligheten bland de uppsagda männen, vilken sågs under de första fyra åren efter arbetsförlusten men inte därefter. Störst var ökningen av "externa" dödsorsaker under första åren, som var fördubblad, men viss ökning sågs också för dödlighet i cancer och hjärt-kärlsjukdomar åren efter arbetsförlust. Mer detaljerade analyser visade särskilt starka riskökningar för självmord och alkoholrelaterade dödsorsaker - tydligt indikerade också bland kvinnorna - och detta bland de yngre personerna (samt äldre män, i synnerhet frånskilda och änklings). Forskarna poängterade att undersökningsdesignen sannolikt resulterat i lågt skattade hälsoeffekter av arbetsförlust. Dels var arbetsmarknaden mycket god under åttiotalets slut, varför många kanske exponerades för arbetslöshet bara under kort tid, och dels saknades information om anställningsstatus bland de undersökta individerna under uppföljningen. Arbetsförlust och arbetslöshet kan ha förekommit även bland undersökningspersonerna som inte förlorat sina anställningar vid företagsnedläggningarna.

Browning och medarbetare (Browning, Dano, & Heinesen, 2006) gjorde en uppföljning av sjukhusinläggningar bland personer som förlorat sin anställning vid företagsnedläggningar i Danmark (som jämfördes med ett slumpmässigt urval personer som inte gjort det). Upplägget var ungefär det som Eliasson och Storrie också utnyttjade, men man inriktade sig helt på det man kallade "severe stress-related conditions", närmare bestämt hjärt-kärlsjukdomar och magkatarr/magsår. Den statistiska modellen, som användes också av Eliasson och Storrie, innebar att man försökte matcha exponerade personer med oexponerade personer så att de var lika i alla övriga avseenden förutom arbetsförlusten. Resultaten av dessa analyser visade inte på något

---

<sup>3</sup> Tidigare versioner ("Working papers") av dessa publikationer refererades i Hallstens litteraturgenomgång.



som helst samband mellan anställningsförlust och hälsoutfallet. Detta gällde också för undergrupper, till exempel äldre män eller män med längre arbetslöshet. Studiepopulationen ansågs därtill vara tillräckligt stor för att utesluta "falska" icke-samband.

För en kort tid sedan undersöktes sambanden mellan arbetslöshet och psykisk ohälsa genom meta-analyser av tidigare publicerade forskningsresultat (Paul & Moser, 2009). Meta-analys av tvärsnittsstudier kunde inledningsvis bekräfta att den psykiska hälsan, mätt med olika indikatorer, var tydligt sämre bland arbetslösa. Meta-analyser av longitudinella studier, som bättre kan avslöja orsakssamband, visade på signifikant minskad psykisk hälsa efter anställningsförlust och likaså signifikant förbättrad psykisk hälsa efter nyanställning. Dessutom visade analyser av företagsnedläggningsstudier på något svagare, men alltså betydande, samband mellan arbetslöshet och sämre psykisk hälsa. Därmed talade resultaten å ena sidan för att arbetslöshet faktiskt har påtagligt negativa effekter på den psykiska hälsan, men å andra sidan också för att starkare samband i studier baserade på till exempel tvärsnittsdata delvis kommer av selektionseffekter och överskattar de negativa effekterna av arbetslöshet på psykisk hälsa.

### **Selektionseffekter**

Som vi tidigare har konstaterat kan samband mellan arbetslöshet och ohälsa i större eller mindre utsträckning förklaras av selektion, det vill säga att personer med sämre hälsa i högre grad drabbas av arbetslöshet än personer med bättre hälsa. De flesta studier av arbetslöshet och hälsa syftar dock till att skatta kausala samband och försöker genom undersökningsdesign eller analysteknik rensa bort selektionseffekter, varför dessa i regel inte undersöks i sig själva. Nyligen undersökte dock Lundin och medarbetare selektionseffekter bakom sambandet mellan arbetslöshet och dödlighet genom en uppföljning av det svenska dödsorsaksregistret (Lundin, Lundberg, Hallsten, Ottosson, & Hemmingsson, 2010). Studiepopulationen bestod av nästan 50 000 svenska män, som år 1969/70 genomgick värnpliktsmönstring med undersökning av sociala bakgrundsförhållanden såväl som fysisk och psykisk hälsa. Arbetslöshet identifierades i register för perioden 1990–94 och dödsfall för perioden 1995–2003. Analyserna visade att den totala dödligheten var nästan fördubblad bland männen som drabbats av minst 90 dagars arbetslöshet, men också att detta förklarades i betydande utsträckning av att arbetslöshet oftare drabbade män med ökade dödlighetsrisker oavsett arbetslöshet. Framförallt tycktes denna selektion bestå i att arbetslöshet relativt ofta drabbade män som fått psykiatrisk diagnos vid värnpliktsmönstringen och/eller haft högre grad av sjukskrivning därefter. När hänsyn tagits till selektionen var dödlighetsökningen under de första åren efter arbetslösheten mindre, och gällde "våldsam död" (bland annat självmord) men till exempel inte hjärt-kärlsjukdom.

### **Modererande faktorer**

Även om arbetsförlust och arbetslöshet alltså har visats ha negativa effekter på (psykisk) hälsa och välbefinnande så får det antas att styrkan i sådana samband påverkas av andra faktorer. Faktorer som "modererar" arbetslöshetens inverkan på hälsan kan finnas på såväl samhällsnivå som individnivå, och några aktuella undersökningar har syftat till att identifiera sådana faktorer. Bland annat hade Paul och Mosers ovan nämnda meta-analyser av tidigare studier detta som delsyfte (Paul & Moser, 2009). Faktorer som var av intresse var bland annat kön/genus, socioekonomisk status, civilstånd, ålder, arbetslöshetens varaktighet, arbetslöshetsunderstöd, arbetsmarknadschanser och kollektivism/individualism. Meta-analyserna kunde visa på betydande

variationer mellan tidigare studier i styrkan på samband mellan arbetslöshet och psykisk hälsa, och analyser av potentiellt modererande faktorer indikerade att samband mellan arbetslöshet och ohälsa var starkare bland män jämfört med kvinnor, starkare bland arbetare jämfört med tjänstemän och starkare ju längre arbetslösheten varade. Sambanden tycktes också starkare i länder med stora inkomstskillnader, starkare i länder med svagare skydd vid arbetslöshet och starkare i länder definierade som "individualistiska".

Även Stuckler och medarbetare tittade i sin ovan nämnda undersökning på modererande faktorer på samhällsnivå (Stuckler, et al., 2009). Analysresultaten visade då att Sverige och Finland under de mycket djupa konjunkturedgångarna i 1990-talets början, med kraftiga uppgångar i arbetslösheten, tycktes bryta de annars vanligt förekommande sambanden mellan arbetslöshet och dödlighet i till exempel självmord. Detta tolkades som en möjlig effekt av politiska interventioner, och ytterligare interaktionsanalyser gav stöd för denna hypotes: arbetslöshetens samband med självmordstalen tycktes bland jämförda länder svagare när satsningar på aktiva arbetsmarknadsprogram var relativt höga.

### **Arbetsmarknadsutfall efter anställningsförlust**

Arbetslöshet är naturligtvis förknippad också med andra ogynnsamma utfall jämte sämre hälsa. Hypotetiskt kan en period av arbetslöshet ha negativa effekter både i privatlivet och på arbetsmarknaden, vilket på sikt kan vara ogynnsamt också för hälsa och välbefinnande. Eliason och Storrie (Eliason & Storrie, 2006), och senare Eliason ensam (Eliason, 2009), använde sitt material för att undersöka negativa effekter av arbetsförlust i termer av arbetsmarknadschanser och inkomstutveckling. Registeruppgifter om företagsnedläggningar länkades då till långsiktiga registeruppgifter om arbetsmarknadsutfall och inkomstutveckling. Dessa undersökningar visade att arbetsförlust kan lämna individer med varaktiga "ärr", indikerat genom deras senare högre risk för arbetslöshet och sämre löneutveckling. Undersökningarna visade också att dessa negativa effekter av arbetsförlust varierade med konjunkturerna, så att de var små vid ett gynnsamt arbetsmarknadsläge men större när sedan arbetslöshetstalet ökade kraftigt. Studiedesignen, som utnyttjade företagsnedläggningar, gav stöd åt en kausal tolkning med innebörden att sämre långsiktig arbetsmarknads- och löneutveckling kan vara orsakad av tidigare anställningsförlust.

## **Slutsats**

Forskning från och med år 2006 tycks alltså bekräfta många av resultaten från de tidigare studier som Hallsten sammanfattade: negativa effekter av arbetslöshet på psykisk hälsa, (o)hälsoselektion till arbetslöshet och dubbelriktad verkan mellan arbetslöshet och ohälsa. Dock bekräftas inte entydigt samband mellan arbetsförlust/ arbetslöshet och hypotetiskt stressrelaterade somatiska hälsoutfall, såsom hjärt- och kärlsjukdom, i nya stora registerbaserade studier från Skandinavien. De nyare forskningsresultat som pekar mot att personer med ökad risk för sådana hälsoutfall oftare drabbas (selekteras till) arbetslöshet kanske kan förklara detta. Tidigare studier kan ha haft för dålig kontroll över hälsorelaterad selektion in i arbetslöshet och felaktigt tolkat samband som kausala. Å andra sidan finns möjligheten att effekterna på ohälsa av arbetslöshet eventuellt kan vara mer begränsade i skandinaviska/nordiska länder än på andra håll på grund av institutionella förhållanden, och att selektionseffekterna jämfört med arbetslöshetseffekterna då blir större.

De studier utförda under perioden 2006–2010 som här refererats har det gemensamt att de är baserade på stora, prospektivt insamlade datamaterial som utnyttjar registerinformation. En uppenbar fördel med detta är att sambandsskattningarna blir mindre osäkra och att måttligt starka men reella samband lättare identifieras. En annan fördel är objektiviteten i informationen, det vill säga att den är registerbaserad. En nackdel som dock måste nämnas är att forskarna ofta blir begränsade i sin information från de arbetslösa själva, information som kan användas för att belysa orsaksmekanismer och testa förklaringsmodeller (se inledningsavsnittet). De refererade studierna saknar sådan "självrapporterad" information och kan i liten utsträckning visa *hur* arbetslöshet genererar ohälsa. Empiriska studier som syftar till att klarlägga detta är och har varit relativt ovanliga (Janlert & Hammarstrom, 2009; Paul & Moser, 2009).

### 3. Personalneddragningar och ohälsa

I samband med krisen under de första åren av nittiotalet i Sverige drog företagen ned på antalet anställda, och några år senare kom även den offentliga sektorn att göra betydande minskningar av personalen. Personalneddragningar, som principiellt kan betingas av både konjunktur- och strukturförändringar, har setts som en möjlig riskfaktor för ohälsa. Den ökade förekomsten av ohälsa anses drabba kvarvarande anställda, inte bara individer som förlorat sina anställningar. Frågan i detta avsnitt är vilket vetenskapligt stöd det finns för samband mellan personalneddragningar och ökad ohälsa bland de anställda – och i så fall vad som kan förklara sambanden. En hypotes är att ökad känsla av otrygghet bland de anställda leder till ohälsa (Quinlan & Bohle, 2009), och att detta skulle kunna bidra till samband mellan personalneddragningar och ohälsa. En annan hypotes är att samband med ohälsa skulle kunna uppstå till följd av ökad arbetsbelastning och psykosocial stress för de kvarvarande anställda.

#### Personalneddragningar och försämrad hälsa bland anställda

I Sverige har en forskargrupp vid Stressforskningsinstitutet undersökt hälsokonsekvenser av förändringar i personalstyrkan (Oxenstierna, Westerlund, Ferrie, Hyde, Hagberg & Theorell, 2005). Forskargruppen studerade bland annat om neddragning respektive expansion av personalstyrkan i arbetsorganisationer kan leda till sjukhusinläggningar och långa sjukskrivningar bland anställda. Individer som åren 1991–1996 i Sverige exponerades för betydande personalförändringar följdes upp med avseende på senare sjuklighet. I en studie fann då Westerlund och medarbetare (Westerlund, Theorell & Alfredsson, 2004) att måttlig personalneddragning var förknippad med påföljande ökad risk för långvarig sjukfrånvaro. De fann å andra sidan att mer omfattande personalneddragning inte kunde visas ha en sådan effekt (vilket möjligen kan ha berott på begränsningar i materialets storlek). Vidare fann de att måttlig *expansion* av personalstyrkan hade ett samband med minskad risk för sjuklighet, medan större expansion istället var relaterad till ökad risk för sjuklighet. I en annan studie av forskargruppen (Theorell, Oxenstierna, Westerlund, Ferrie, Hagberg & Alfredsson, 2003) visade man på minskad långvarig sjukskrivning både efter neddragningar och efter expansion bland kvinnor med etablerad sjukdomsrisk (i hjärta/kärl), men inte bland män. Särskilt tydligt sågs minskad sjukskrivning bland kvinnor med högre sjukdomsrisk. Den minskade sjukfrånvaron bland kvinnor med medicinsk problematik ansågs indikera att vissa kvinnor ökat sin sjuknärvaro när organisationen undergått förändringar.

I Skandinavien har även norrmännen Östhus och Mastekaasa (Östhus & Mastekaasa, 2010) undersökt samband mellan personalneddragningar och sjukfrånvaro. Två mått på personalneddragningar användes då: nettoförändringar i storleken på organisationens arbetsstyrka, vilket är det traditionella exponeringsmätningen, och neddragning som del i en ledningsstrategi, mätt med hjälp av enkät. Sjukfrånvaro året efter personalneddragningar skattades. Analyserna visade på mycket svaga samband mellan personalneddragningar och sjukfrånvaro, och om något pekade analyserna mot att personalneddragningar minskade individens sjukfrånvaro. Man fann inte heller att sjukfrånvaronivåer skilde sig mellan organisationer som gjorde personalneddragningar och organisationer som inte gjorde det. Resultaten var förövrigt robusta över de två olika operationaliseringarna av personalneddragning.

I en studie följde Vahtera och medarbetare (Vahtera, Kivimäki, Forma, Wikström, Halmeenmäki, Linna & Pentti, 2005) nästan 20 000 kommunanställda i fyra finska städer som jobbade i organisationer som genomgick varierande grad av personalneddragning i samband med den ekonomiska krisen i Finland under de första åren av 1990-talet. Personer yngre än 55 år gamla, som både före och efter neddragningarna var anställda i organisationerna följdes med avseende på förtidspensioneringar mellan åren 1994 och 1998. Resultaten visade att mer omfattande personalneddragningar nästan fördubblade risken för förtidspensionering bland de anställda jämfört med inga personalneddragningar. Dock var det inte förtidspensioner med psykiatrisk diagnos utan istället till exempel förtidspensioner med muskuloskeletala diagnoser som hade signifikant samband med personalneddragningar. Eftersom förtidspension av icke-medicinska skäl inte ska förekomma bland personer så unga som 55 år i Finland, ansåg författarna att resultaten talade för att personalneddragningar gett upphov till sjukdom bland de anställda. Vahtera och medarbetare använde samma material för att testa hypotesen om att personalneddragningar påtagligt ökar stressen bland de anställda (Vahtera, Kivimäki, Pentti, Linna, Virtanen, Virtanen & Ferrie, 2004). De följde då upp dödsfall bland personer som behållit sin anställning under personalneddragningarna, uppdelat på olika diagnoser. Analyserna visade att dödsfall i hjärt-kärlsjukdom, men inte till följd av andra dödsorsaker, var fler än väntat bland personer som befunnit sig i organisationer som genomgått större personalneddragningar, och detta tolkades till stöd för en stresshypotes för sambandet mellan personalneddragningar och ohälsa. Resultat av en senare studie på samma population (Kivimäki, Honkonen, Wahlbeck, Elovainio, Pentti, Klaukka, Vahtera, 2007) gav ytterligare stöd åt hypotesen att personalneddragningar är en stressfaktor bland de kvarvarande anställda: uttag av psykofarmaka var högre bland personer som var anställda i bantade organisationer än bland personer anställda i organisationer som inte dragit ned på personalen.

Dessa skandinaviska studier har alltså gett delvis motstridiga forskningsresultat vad gäller frågan om huruvida personalneddragningar har negativa hälsoeffekter. I både svenska och norska studier har setts oförändrad sjukfrånvaro efter personalneddragning, i det svenska fallet efter mer omfattande personalneddragningar. Östhus och Mastekaasa (Östhus & Mastekaasa, 2010) resonerade kring frånvaron av samband och påpekade att effekten av personalneddragningar på hälsa hypotetiskt kan ha varit svag i dessa studier på grund av den relativt låga arbetslösheten i de skandinaviska länderna och de relativt starka sociala skyddsnäten.

## **Otrygghet i anställningarna och ohälsa**

Osäkerhet och otrygghet kring anställningarna – på engelska "job insecurity" – har angivits som en sannolik orsaksmekanism mellan personalneddragningar och ohälsa (Quinlan & Bohle, 2009). Anställningsotrygghet innebär ett upplevt hot mot den egna anställningen och utdragen oro relaterad till detta hot (De Witte, 2005; Sverke, et al., 2002). Hotet antas ha en allvarlighetsgrad som kan göra anställningsotrygghet till en kronisk stressfaktor, delvis i kontrast med själva anställningsförlusten som är av mer omedelbar karaktär.

Sverke och medarbetare (Sverke, et al., 2002) gjorde år 2002 en genomgång och meta-analys av den internationella forskningslitteraturen kring anställningsotrygghet. Sammanlagt 86 populationer från en nästan lika stor mängd studier användes för meta-analysen, och totalt ingick 36 531 individer. Sverke delade in potentiella konsekvenser av anställningsotrygghet i fyra kategorier: attityder till arbetet, attityder gentemot organisationen, fysisk och psykisk hälsa samt arbetsrelaterade beteenden. Samband mellan anställningsotrygghet och respektive kategori av konsekvenser beräknades på

basis av de olika studier som undersökt var och en, och resulterande samband klassades sedan som svaga, måttliga eller starka.

Analyserna visade att anställningsotrygghet hade måttliga till starka samband med negativa attityder till arbetet, såsom minskat arbetsengagemang och minskad arbetstillfredsställelse. Anställningsotrygghet befanns också ha måttliga till starka samband med attityder gentemot organisationen. Sambandet till fysiska hälsobesvär var svagt, men starkare samband sågs i förhållande till psykiska besvär. Vad gällde arbetsrelaterade beteenden fann man slutligen att anställningsotrygghet inte hade ett signifikant samband med sämre prestationer i arbetet, om än ett måttligt samband med benägenhet att byta arbete.

Cheng och Chan (Cheng & Chan, 2008) gjorde några år senare en uppföljning av Sverkes studie med en utökad meta-analytisk genomgång av forskningslitteraturen kring anställningsotrygghet. De inkluderade 172 olika urvalspopulationer som tillsammans omfattade över 130 000 individer. I enlighet med Sverkes tidigare meta-analys undersöktes samband mellan anställningsotrygghet och en rad arbetsrelaterade faktorer. Därtill undersökte man samband till självrapporterad psykisk och fysisk hälsa. Resultaten bekräftade meta-analysen av Sverke: anställningsotrygghet hade samband med minskningar av förtroende för arbetsgivaren (starkast signifikanta samband), arbetstillfredsställelse, engagemang för arbetsplatsen, engagemang i arbetet samt arbetsprestationer (svagast signifikanta samband). Anställningsotrygghet visades därtill ha samband med ökade intentioner att byta arbete och ökade besvär med psykisk och fysisk hälsa.

### **Personalneddragningar, anställningsotrygghet och ohälsa**

Forskningen kan alltså konstateras ge brett stöd för att anställningsotrygghet är förknippad med negativa utfall vad gäller upplevelser av arbetssituationen och den psykiska hälsan. Och omfattande personalneddragningar bör rimligen ha effekter i form av ökad anställningsotrygghet, även om effektstorlekarna alltjämt är en empirisk fråga. I en forskningsgenomgång av Quinlan och Bohle (Quinlan & Bohle, 2009) konstaterades att personalneddragningar och anställningsotrygghet uppvisar stor överlappning i litteraturen, så stor att fenomenen av dessa forskare behandlades sida vid sida som möjliga orsaker till ohälsa och hälsorisker i arbetet. Quinlan och Bohle ansåg att personalneddragningar visats föra med sig ökad osäkerhet som tycks bidra till anställningsotrygghet bland anställda, försämrade arbetsrelationer samt ökat produktionsfokus på bekostnad av arbetsmiljö- och välbefinnande frågor.

### **Personalneddragningar och psykosociala arbetsvillkor**

Studier från forskargruppen vid Stressforskningsinstitutet har också undersökt samband mellan "organisatorisk instabilitet", som bland annat inkluderar personalneddragningar och psykosociala arbetsvillkor. I en studie av Westerlund och medarbetare (Westerlund, et al, 2004) jämfördes organisationer under olika former av förändring med stabila organisationer, med avseende på psykosociala förhållanden i arbetet och några biologiska stressindikatorer. Undersökningsresultaten pekade mot att instabila organisationer, bland annat nedbantade organisationer, var förknippade med sämre psykosociala arbetsförhållanden och några indikatorer på stress bland anställda. Studiedesignen hindrade dock forskarna från att dra slutsatser om orsaksförhållanden. Ferrie och medarbetare (Ferrie, et al., 2007) jämförde i en annan studie, baserad på arbetsmiljöundersökningarna under 1990-talet, nedbantade och expanderade arbetsställen med oförändrade. Undersökningsresultaten visade att utfall i termer av

sämre psykosocial arbetsmiljö inte entydigt kunde kopplas till personalneddragningar eller expansion.

Vahtera och medarbetare (Vahtera, Kivimäki, & Pentti, 1997) visade i undersökning av knappt 1000 offentliganställda att större personalneddragningar, jämfört med mindre, var förknippade med ökad risk för långtidssjukskrivning senare bland de anställda. Data kom från ett "naturligt experiment", där mätningar kunnat göras vid flera tillfällen under organisationsförändring, inte minst viktigt innan neddragningarna var kända bland personalen. Ett antal andra riskfaktorer tycktes påverka detta samband, till exempel hög medelålder på arbetsplatsen som förstärkte effekten av personalneddragningar på långtidssjukskrivning påtagligt. Med samma datamaterial gjorde Kivimäki och medarbetare analyser med syfte att hitta förklaringar till samband mellan personalneddragningar och hälsoförändringar bland de anställda (Kivimäki, Vahtera, Ferrie, Hemingway, & Pentti, 2001; Kivimäki, Vahtera, Pentti, & Ferrie, 2000). Forskargruppen ansåg då att de samband man identifierade – ökade risker för muskuloskeletala besvär såväl som sjukskrivningar efter personalneddragning – kunde indikera betydelsen av ökad fysisk belastning och sämre (självrapporterade) psykosociala förhållanden i arbetet. För övrigt drabbade personalneddragningar oftare personer som jobbade i yrken med låg inkomst (arbetaryrken), där fysiska belastningar var relativt vanligt.

Nyligen gjorde Datta och medarbetare (Datta, et al., 2010) en organisationsvetenskapligt orienterad genomgång av den internationella forskningslitteraturen kring personalneddragningar, där de tittade på bland annat studier som undersökt konsekvenser av personalneddragningar för attityder och beteenden relaterade till den psykosociala arbetssituationen. Genomgången av litteraturen visade att personalneddragningar kan resultera i minskat engagemang i förhållande till organisationen och minskad tillfredsställelse med jobbet, åtminstone kortsiktigt. Man konstaterade att studier funnit att arbetsmiljön tenderade att försämrats efter personalneddragningar i termer av minskad frihet och utmaning i arbetet, minskat stöd från överordnade och arbetsgruppen samt minskade resurser i arbetet. Till detta kopplades andra resultat som pekade mot att även kreativitet och prestationer tenderade att försämrats. Sannolikheten att individer lämnar organisationen visades i flera studier öka i samband med personalneddragningar, även om effekten tycktes kortvarig.

## **Personalneddragningar, psykosociala arbetsvillkor och ohälsa**

Quinlan och Bohle (Quinlan & Bohle, 2009) drog slutsatsen att personalneddragningar har väl belagda samband med såväl ohälsa som arbetsmiljö. Författarna bedömde, efter en omfattande internationell litteraturgenomgång, att den vetenskapliga evidensen för samband mellan personalneddragningar och arbetsmiljö respektive hälsa var enhetligt och starkt: 73 av 86 studier visade på negativa effekter på hälsa och hälsorisker i arbetet, och endast en studie visade på positiva effekter. Mer specifikt bedömdes personalneddragningar (och anställningsotrygghet) ha visats förknippad med lägre självskattad hälsa, minskat välbefinnande, psykiska besvär – och sjukfrånvaro. I kontrast med detta konstaterades i en vetenskaplig artikel (Ferrie, et al., 2007) från forskargruppen vid Stressforskningsinstitutet att ingen känd studie ännu *direkt* testat huruvida och i vilken utsträckning försämrade psykosociala arbetsvillkor bidrar till samband mellan personalneddragningar och ohälsa bland anställda. Vad som visats i studier begränsade sig till att både arbetsmiljöförsämringar och ohälsa kunde kopplas till personalneddragningar.

## Slutsats

Det finns alltså visst stöd för att personalneddragningar har samband med försämrad hälsa bland de anställda. Svenska studier har visat på ökad långtidssjukskrivning bland anställda efter (måttliga) personalneddragningar och större organisatorisk expansion. En norsk studie fann inget samband mellan personalneddragning och ökad sjukfrånvaro i dess anslutning, medan finska studier å andra sidan visat på samband mellan personalneddragning och flera olika indikationer på ohälsa.

Det finns visst stöd för att personalneddragningar leder till ohälsa genom ökad anställningsotrygghet. En internationell litteraturgenomgång pekar på att personalneddragningar är förknippade med ökad otrygghet i anställningarna, liksom med försämrade arbetsrelationer, ökat produktionsfokus och minskat utrymme för arbetsmiljö- och välbefinnandefrågor. Därtill ger ett par stora meta-analytiska litteraturgenomgångar omfattande stöd för att otrygghet i anställningarna i sig har negativ inverkan på engagemang och tillfredsställelse i arbetet liksom på psykisk ohälsa bland anställda. Få eller inga studier har direkt undersökt huruvida och i vilken utsträckning försämrade psykosociala arbetsförhållanden förklarar samband mellan personalneddragningar och ökad ohälsa, även om negativa effekter på arbetsmiljön har kunnat kopplas till personalneddragningar.





## 4. Konjunkturuppgång, ökad arbetsbelastning och ohälsa

Det har föreslagits att en konjunkturuppgång efter en ekonomisk kris kan innebära en ökad belastning på arbetskraften i det fall motsvarande resurser att utföra arbetsuppgifterna saknas (Marklund & Theorell 2005, se även Finansdepartementet, 2009). I termer av arbetslöshet hade den svenska ekonomiska krisen bottnat år 1997, då sysselsättningen tydligt började öka igen och gjorde så fram till 2001. Tillväxten hade vänt upp kring 1993, från att ha fallit sedan 1990, och hade alltså år 1997 varit positiv i fyra år. Men så småningom skulle år 1997 visa sig vara startpunkten för en dramatisk uppgång i sjukfrånvaron/sjuktalet. Räkнад som procent av ordinarie arbetstid i hela den arbetande befolkningen växte sjukfrånvaron från 3,8 procent detta år till en topp på 6,1 procent år 2003.

I detta avsnitt undersöks i vilken utsträckning litteraturen ger stöd åt hypotesen att sjukfrånvaroökningen efter 1997 kan ha varit en följd av konjunkturbetingade arbetsplatsförändringar och negativ arbetsmiljöutveckling under senare delen av 1990-talet.

### Arbetsmiljöhypotesen som förklaring

”Arbetsmiljöhypotesen” som förklaring till sjukfrånvarouppgången innebär att sjukfrånvaron ökade som en effekt av allt högre arbetsbelastning på (rationaliserade) arbetsorganisationer några år in på nittiotalets andra halva (Johnson, 2010, s. 86). Om förklaringen är riktig skulle sjukfrånvaroökningen rent teoretiskt ha undvikits, eller åtminstone reducerats, om arbetsbelastningsökningarna på något sätt kunnat undvikas. I princip skulle hypotesen kunna testas genom att arbetsmiljöutvecklingen analyserades som en av flera förklaringsvariabler i förhållande till sjukfrånvaroutvecklingen, men i praktiken har endast enstaka studier gjort detta. Prövningen av en arbetsmiljöhypotes får därför ske indirekt.

### Arbetsbelastningarnas utveckling

För det första kan vi fråga oss vilket empiriskt stöd som finns för att arbetsbelastningen ökade i större utsträckning efter 90-talskrisen. I en studie använde Bäckman och Edling tvärsnittsdata från arbetsmiljöundersökningarna<sup>4</sup> (AMU) för att följa utvecklingen av arbetsmiljöfaktorer och arbetsrelaterade besvär mellan åren 1991 och 1997 (Bäckman & Edling, 2000). Å ena sidan konstaterades då att tunga lyft och ergonomiska belastningar, som alltjämt påverkar en stor del av arbetskraften, inte uppvisade några betydande förändringar under perioden. Men å andra sidan skedde för den psykosociala arbetsmiljön en successiv försämring över 1990-talet, från att ca 15 procent varit exponerade för en kombination av höga psykiska krav och låg kontroll över arbetssituationen till att ca 20 procent var det 1997. Både män och kvinnor upplevde en ökad förekomst av dålig psykosocial arbetsmiljö, men en klart större andel av kvinnorna än männen var utsatta under hela perioden. Ökad förekomst sågs i alla sektorer på arbetsmarknaden, även om den var mer begränsad i den statliga sektorn.

---

<sup>4</sup> Arbetsmiljöundersökningarna (AMU) ska belysa fysiska och psykosociala arbetsmiljöförhållanden och dess förändringar över tid. SCB har på uppdrag av Arbetsmiljöverket sedan 1989 gjort löpande undersökningar (telefonintervju och postenkät) genom frågor till 10 000–15 000 personer.

En annan undersökning, gjord av Wikman (Wikman, 2004), baserades också på bearbetningar av AMU. Han kunde då visa att andelen personer som uppgav att de ofta arbetar över eller tar med sig arbete hem ökade under nittiotalet. För män sågs denna ökning fram till decenniets mitt, medan kurvan fortsatte uppåt för kvinnor ända till 1999. Denna uppåtgående kurva för "övertidsarbete" syntes följa en trend som sågs även under 1980-talet. Wikman fann också i sin undersökning att människors möjlighet att själva bestämma arbetstakten tycktes ha fallit kontinuerligt under nittiotalet. Detta gällde för anställda i offentlig sektor såväl som privat, men minskningen i självbestämmande syntes starkast bland kommun- och landstingsanställda, som är de mest kvinnodominerade sektorerna. Vidare tycktes minskat handlingsutrymme, som Wikman konstruerade ett mått på med hjälp av frågor i AMU, ligga bakom en negativ utveckling under nittiotalet, på så sätt att personer med mindre handlingsutrymme i sitt arbete verkade få svårare att koppla bort tankarna från arbetet på fritiden.

I ytterligare en studie tog Le Grand och medarbetare hjälp av Levnadsnivåundersökningarna (LNU)<sup>5</sup> mellan åren 1968 och 2000 för att försöka få svar på om intensitet och mental anspänning i arbetet hade ökat, vilket påstås i debatten (le Grand, Szulkin, & Tåhlin, 2001). De kunde då visa att "negativ stress" ökade markant redan under 1980-talet, och att denna ökning fortsatte i samma takt under 1990-talet. De fann också att denna utveckling var ojämnt fördelad mellan verksamhetstyper, så att en tydlig utbredning av stressen syntes framförallt inom välfärdssektorn (vård, skola och omsorg) samt inom handel, hotell och restaurang. Inom industrin uppvisades ingen förändring av den genomsnittliga arbetsintensiteten. Författarna konstaterade att välfärdssektorn hade genomgått neddragningar av mindre kvalificerade tjänster, till exempel inom vårdsektorn, med delvis överföring av mindre kvalificerade arbetsuppgifter till kvarvarande befattningar. Den tydligt ökade arbetsintensiteten kan ha kommit som följd av detta.

Det kan alltså konstateras att undersökningar av arbetsbelastningarna under nittiotalet talar för att dessa ökade påtagligt. Tydliga psykosociala arbetsmiljöförsämringar och belastningsökningar syntes bland anställda i offentlig sektor, som ofta är kvinnor. Å andra sidan tycktes arbetsbelastningarna ha uppvisat trendmässiga ökningarna redan under 1980-talet.

## Arbetshälsans utveckling

Bäckman och Edling visade också i sina analyser av AMU att andelen människor som besvärades av värk i sitt arbete var tämligen konstant för den period de undersökte, 1991-1997 (Bäckman & Edling, 2000). Andelen var knappt 17 procent vid slutåret. Den generella utvecklingen av utmattning och trötthet uppvisade dock en viss ökning, och ökad förekomst gällde för både män och kvinnor. Mer ökning sågs i kommunal sektor än i de andra sektorerna. En generell utveckling av orostendenser var liknande, även om förekomsten var något lägre samtidigt med en kraftigare ökning. Kvinnor hade högre förekomst, och statlig och kommunal sektor ökade till en klart högre förekomst än privat sektor. Också Wikman visade med hjälp av AMU att sådant som svårigheter att koppla bort tankarna från arbetet, rapporterade i enkäterna, tycktes uppvisa ökning under 1990-talet (Wikman, 2004). Detta stressrelaterade symptom tilltog förvisso i förekomst också under 1980-talet, men planade då ut vid decenniets slut för att sedan

---

<sup>5</sup> Den första levnadsnivåundersökningen (LNU) genomfördes år 1968 på låginkomstutredningens initiativ. Nya undersökningar har sedan gjorts åren 1974, 1981, 1991 och 2000. I undersökningarna har frågor till stor del ställts till samma personer, vilket innebär att en betydande "panel" - nästan 3 000 individer - har intervjuats vid samtliga tillfällen.

återigen börja öka. Även här sågs för männen en tidig ökning som avstannade vid decenniets mitt och för kvinnorna en något senare ökning som avstannade vid decenniets slut. Kurvor för sömnsvårigheter steg tydligt för både män och kvinnor från cirka 1993 fram till decenniets slut; brantast ökning sågs för kvinnor. Sömnsvårigheterna hade för övrigt inte visat tydliga ökningskurvor under åttiotalet.

Med hjälp av data från undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF)<sup>6</sup> studerade Hallsten och medarbetare det psykiska välbefinnandets utveckling i befolkningen under 1990-talet (Hallsten, Lundberg, & Waldenström, 2004). Även denna undersökning talade för att lågt psykiskt välbefinnande, i termer av trötthet, sömnbesvär och oro/ängslan, stadigt ökade i förekomst mellan 1989 och 2001. Ökningarna sågs dock i grupper såväl på som utanför arbetsmarknaden, bland förvärvsarbetande, studerande, hemarbetande, förtidspensionärer, korttidsarbetslösa och långtidsarbetslösa. Endast ålderspensionärer uppvisade en oförändrad nivå av trötthet, sömnbesvär och oro/ängslan. Det framgick av studien att det för de flesta grupperna sågs en förändring äga rum mellan två mätningar 88/89 och 94/95, det vill säga eventuellt i samband med den ekonomiska krisen och "arbetslöshetschocken".

## Den psykiska ohälsan och sjukskrivningarna

Lindholm och medarbetare gjorde en studie i syfte att undersöka sambandet mellan hälsotillstånd och sjukskrivningsrisk under nittiotalet (Lindholm, Fredlund, & Backhans, 2005). Data om sjukpenninguttag från Riksförsäkringsverket (nuvarande Försäkringskassan) samkördes med ULF-data om självrapporterade hälsotillstånd för att bland annat belysa hälsoutvecklingen bland sjukskrivna och eventuellt ökad sjukskrivningsrisk i förhållande till diagnoser. Undersökningen visade att för både män och kvinnor ökade trötthet tydligt från 1994 till 2001, och en viss ökning sågs också för oro/ängslan. Andelen med trötthet respektive oro var högre för kvinnor. Utvecklingen av dessa "psykosomatiska" hälsotillstånd tycktes följa samma kurva som antal sjukpenningdagar, även om mönstret inte var entydigt. Man fann att bland män och kvinnor med omfattande sjukpenninguttag (räknat i dagar) ökade trötthet och oro tydligt från ca 1999 till 2001. För dessa kvinnor kunde identifieras en uppåtgående trend i trötthet och oro ända sedan 1994. Bland både yngre och äldre personer med omfattande sjukskrivningsmängd såg man en stor variation i trötthet respektive oro mellan åren 1994 och 2002, med en tydlig ökning i förekomst i den yngre gruppen (<45 år).

I regressionsanalyser fann Lindholm och medarbetare att risken för mer omfattande sjukpenningmängd ökade från 1994 till 2002 bland dem med dålig självskattad hälsa och långvarig sjukdom, medan däremot oro/ängslan och trötthet inte på samma sätt var förenat med ökad sjukskrivningsrisk över tiden. Sett år från år under perioden varierade risken att ha omfattande sjukskrivning för personer med långvarig sjukdom, men endast för männen syntes en trendmässig ökning.

En undersökning, utförd av Lidwall och medarbetare på basis av data från sjukförsäkringsdata samt Arbetskraftsundersökningarna (AKU)<sup>7</sup>, visade hur långvariga sjukskrivningars fördelning på diagnoser ändrats under 1990-talet: efter 1990-talets början steg de psykiska sjukdomarna dramatiskt bland kvinnor, men även bland män (U Lidwall, Marklund, & Skogman Thoursie, 2004). För övriga diagnosgrupper syntes i

---

<sup>6</sup> Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) ska belysa välfärdens fördelning mellan olika grupper i befolkningen. Urvalet består år 2009 av cirka 20 400 individer i åldern 16 år och uppåt. Från och med år 1986 ingår regelbundet en panel i undersökningen.

<sup>7</sup> Arbetskraftsundersökningarna (AKU) ska beskriva aktuella arbetsmarknadsförhållanden för hela befolkningen i åldersgruppen 15–74 år och att ge information om utvecklingen på arbetsmarknaden. AKU är en individbaserad urvalsundersökning som genomförs varje månad; månadsurvalet har varierat mellan 17 000 och 24 000 individer sedan 1970-talet.

stort sett antingen minskningar eller obefintliga förändringar under samma tid. (Dock var rörelseorganens sjukdomar vid nittioalets slut alltså den vanligaste diagnosgruppen bakom långa sjukskrivningar bland både män och kvinnor.)

## **Relationen mellan arbetsbelastningarna och arbetshälsan**

Det kan alltså konstateras att även arbetsrelaterade besvär, rapporterade i enkäter, tycktes uppvisa en trendmässig utveckling i negativ riktning under nittioalets slut, vilket bör förväntas om arbetsbelastningarna faktiskt ökade. Var då den negativa besvär-utvecklingen en effekt av ökade arbetsbelastningar?

Rostila undersökte, med hjälp av levnadsnivåundersökningarna 1991 och 2000, relationen mellan utvecklingen av de självskattade besvären och den psykosociala arbetsmiljöns utveckling under nittioalets slut (Rostila, 2008). Även hans analysresultat visade på att negativa psykosociala förhållanden i arbetet försämrades till år 2000, men överraskande nog också att deras samband med hälsa då hade försvagats. Detta tycktes dock kunna förklaras, då andra analyser i undersökningen visade att sämre hälsa ökade både i grupper med på förhand gynnsamma psykosociala arbetsvillkor och i grupper med ogynnsamma psykosociala arbetsvillkor, och att det därför sågs en konvergens mot sämre hälsa. Vid decenniets slut tycktes de flesta typer av arbetssituationer vara förknippade med försämrad självupplevd hälsa.

ULF-dataundersökningen av Hallsten och medarbetare talade, som sagt, för att lågt psykiskt välbefinnande stadigt ökade i förekomst mellan 1989 och 2001. Men när Hallsten och medarbetare sedan testade ett antal hypoteser med hjälp av regressionsanalyser kom de fram till att den negativa utvecklingen för psykiskt välbefinnande kvarstod i stort sett oförklarad (Hallsten, et al., 2004). Varken arbetslöshetserfarenheter, verksamhetsförändringar, familje- och privatlivsförändringar eller samhällsklimatsförändringar fick stöd som förklaringar till det minskande psykiska välbefinnandet. Och detta var fallet även vid konstanthållande av stressrelaterade arbetsmiljövariabler bland förvärvsarbetande.

## **Arbetsmiljöutvecklingen och den ökande sjukfrånvaron**

Det finns alltså en hel del som talar för ökande upplevda arbetsbelastningar och försämrad självupplevd hälsa under 1990-talet. Det finns indikationer på att den negativa besvärutvecklingen och de ökande arbetsbelastningarna hade ett samband, men det finns data som talar emot samband. Hur som helst kvarstår frågan om huruvida utvecklingen mot sämre upplevd arbetsmiljö var orsak till den ökande sjukfrånvaron från och med 1997. "Arbetsmiljöhypotesens" giltighet förutsätter att åtminstone en del av den stora sjukfrånvaroökningen kan tillskrivas förändringarna i den psykosociala arbetsmiljön, indikerade med ökande arbetsbelastningar.

I en studie gjorde Lidwall och medarbetare analyser, baserade på aggregerade månadsdata, av faktorer som samvarierade med förändringar mellan 1992 och 2008 i antalet långtidssjukskrivningar bland män och kvinnor i Sverige (Lidwall, 2010). Varken förändringar av sjukförsäkringen under åren eller sammansättningen på arbetsmarknaden (åldrande befolkning, arbetslöshetstal, arbetskraftens storlek) följdes entydigt av en utveckling av långtidssjukskrivningar i förväntad riktning och antogs därför sakna förklaringsvärde gällande den höga sjukfrånvaron. Däremot fann han att sjukfrånvaroutvecklingen tycktes ha ett samband med psykosociala arbetsmiljö- och arbetshälsafaktorer. Hög arbetstakt bland både män och kvinnor, och stress- och ansträngningsrelaterade besvär bland män, var relaterade till utvecklingen av sjukskrivningarna. Sjukfrånvaron visades också öka i förhållande till en ökande alkoholförsäljning under nittioalets slut, även om sjukskrivningarna sedan började gå ned

några år in på 2000-talet trots fortsatt ökad alkoholförsäljning. Slutsatser om orsaks-samband i denna studie var dock begränsade, inte minst med anledning av att endast aggregerade data användes. Men andra analyser av Lidwall (Lidwall, 2010; Lidwall, Bergendorff, Voss, & Marklund, 2009), baserade på individdata, visade att risken för långtidssjukskrivning var märkbart högre för kvinnor än för män år 2002, vilket den inte hade varit i slutet av åttiotalet. Detta visades vara fallet oberoende av övriga kända skillnader mellan män och kvinnor. Lidwall fann också i dessa analyser indikationer på att psykosociala arbetsmiljöfaktorer, mätta som krav, kontroll och socialt stöd i arbetet, kan ha fördubblat sin betydelse för långtidssjukskrivning bland män och tredubblat den bland kvinnor mellan sent åttiotal och tidigt 2000-tal. Detta till skillnad från ergonomiska faktorer, vars betydelse visserligen är stor för långtidssjukskrivningarna men inte förändrades under nittiotalet.

Arbetsmiljöhypotesen är alltså förenlig med resultaten av Lidwalls undersökningar, i den meningen att arbetsmiljön tycks ha haft visst förklaringsvärde i förhållande till sjukfrånvaroökningen under det sena nittiotalet. Lidwall visade att upplevda psykosociala arbetsmiljöförsämringar tycktes bidra mer än andra faktorer som han kunde undersöka till ökningarna av långtidssjukskrivningar. Redan i ett tidigare sammanhang hade Lidwall argumenterat för hypotesen om att försämringar av den psykosociala arbetsmiljön kan förklara det sena nittiotalets ökande sjukfrånvaro (Lidwall, 2004). Lidwalls beräkningar visade att psykosocialt mer krävande arbets-situationer ökat i andel och avspända arbetssituationer minskat i andel. Detta liknar Rostilas tidigare nämnda fynd (Rostila, 2008), som pekade på att de flesta typer av arbetssituationer tycktes ansträngda efter nittiotalets slut. Det är inte nödvändigt att tolka detta som att en sämre psykosocial arbetsmiljö bredde ut sig i arbetslivet och att jobben i allmänhet fick en sämre arbetsmiljö. Ett alternativ är att den genomsnittliga arbetssituationen på arbetsmarknaden blivit mer psykosocialt krävande genom att "lättare" eller "avspända" jobb rationaliserats bort, inte minst under de kärva åren på nittiotalet, och att nytillkomna jobb mindre ofta varit av denna typ.

## Alternativa förklaringar

Det förefaller alltså som att en ökad arbetsbelastning för den arbetande befolkningen sammanföll och var associerad med en ökning av sjukfrånvaron under slutet av 1990-talet. Det är dock inte klarlagt *i vilken utsträckning* den ökade sjukskrivningen kunde tillskrivas försämrade arbetsvillkor. Ett flertal alternativa förklaringar har föreslagits. Enligt en hypotes har personer med nedsatt hälsa ett begränsat tillträde till arbetsmarknaden under lågkonjunktur. Detta skulle bidra till att förklara den minskning av sjukfrånvaron som sågs under mitten av 1990-talet då arbetslösheten var hög. På motsvarande sätt är, enligt hypotesen, arbetsmarknaden mer inkluderande under högkonjunktur då efterfrågan på arbetskraft ökar. På så sätt skulle personer med nedsatt hälsa, enligt denna så kallade flödeshypotes, återinträda på arbetsmarknaden vid högkonjunktur och där bidra med högre sjuktal. Det har visats att den första delen av hypotesen som gäller utträde har stöd, men att den andra delen som gäller återinträde av personer med nedsatt hälsa inte har det (Hemmingsson 2004). En annan hypotes gäller "disciplinering" och föreslår som förklaring att personer som är i arbete under lågkonjunktur avstår från att sjukskriva sig av rädsla för att bli föremål för framtida personalneddragningar. Vid högkonjunktur är risken att förlora arbetet betydligt mindre, vilket alltså skulle kunna bidra till högre sjukskrivningstal. Ändrat beteende och sjukförsäkringsutnyttjande var i debatten om sjukfrånvaron en framträdande hypotes (Johnson, 2010), dock utan stark empirisk förankring. Det har påpekats att

disciplinering å andra sidan kan leda till ökad sjuknärvaro (Aronsson, Gustavsson, & Mellner, 2009), som i det längre perspektivet är en belastning för individen och kan öka ohälsan. Det finns stöd för att sådana effekter kan uppstå (Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson, & Josephson, 2009; Bergström, Bodin, Hagberg, Lindh, Aronsson & Josephson, 2009).

Det har också ifrågasatts i vilken utsträckning de ökade kostnaderna för sjukförsäkringen under slutet av 1990-talet speglade en faktisk ökning av antalet sjukskrivna individer. Wikman visade i analyser att ökningen av långtidssjukskrivna under perioden till huvudsaklig del förklarades av att personer inte lämnade sjukskrivning utan snarare blev kvar i systemet under flera år (Wikman, 2006). Det fick till följd att nya sjukskrivna adderades till dem som var långtidssjukskrivna, vilket inte hade skett tidigare. Bakgrunden till att personer kunde bli sjukskrivna under flera år utan att lämna systemet var, enligt Larsson och medarbetare (Larsson, Marklund, & Westerholm, 2005), förändringar i rehabiliteringssystemen som infördes under 1990-talets första år.

## Slutsats

I slutet av 1990-talet, när ekonomin åter växte, sågs i Sverige en dramatisk ökning av sjukfrånvaron/sjuktalet, och en hypotes är att ökningen kom av en allt sämre psykosocial arbetsmiljö i hårt belastade organisationer. Flera undersökningar talar för en trendmässig psykosocial belastningsökning över hela decenniet, särskilt bland kvinnor och i sektorer på arbetsmarknaden där kvinnor var/är överrepresenterade. Endast ett par studier har direkt ägnats åt att analysera sjukfrånvarouppgången i relation till arbetsmiljöutvecklingen, men dessa gav å andra sidan stöd åt förklaringen. Psykosociala arbetsmiljöfaktorer, mätta som krav, kontroll och socialt stöd i arbetet, tycktes under 1990-talet kraftigt ha ökat sin betydelse för långtidssjukskrivning. Sjukfrånvaron skulle därmed i viss utsträckning kunna ha ökat på grund av en negativ trend för den psykosociala arbetsmiljön och ökad stressrelaterad ohälsa. Hur stort bidraget till sjukfrånvarouppgången var från sämre arbetsmiljö och ökade arbetsbelastningar är dock svårt att uppskatta. Andra förklaringar kan inte uteslutas.

## 5. Referenser

- Aronsson, G., Gustavsson, K., & Mellner, C. (2009). *Samband mellan sjuknärvaro, sjukfrånvaro och självs kattad hälsa i den yrkesaktiva befolkningen. Arbets och hälsa 2009;43 (3)*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Backhans, M. (2003). Arbetsmarknadsposition och hälsa. I C. Hogstedt (Ed.), *Välfärd, jämlikhet och folkhälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Bartley, M., & Ferrie, J. (2001). Glossary: unemployment, job insecurity, and health. *J Epidemiol Community Health, 55(11)*, 776-781.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009). Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *J Occup Environ Med, 51(6)*, 629-638.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Lindh, T., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009). Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *Int Arch Occup Environ Health, 82(10)*, 1179-1190.
- Browning, M., Dano, A. M., & Heinesen, E. (2006). Job displacement and stress-related health outcomes. *Health Economics, 15(10)*, 1061-1075. doi: 10.1002/hec.1101
- Bäckman, O., & Edling, C. (2000). Arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär under 1990-talet. I s. Marklund (Ed.), *Arbetsliv och hälsa 2000* (pp. 125-152). Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbetsarkyddsstyrelsen.
- Cheng, G. H. L., & Chan, D. K. S. (2008). Who suffers more from job insecurity? A meta-analytic review. *Applied Psychology: An International Review, 57(2)*, 272-303.
- Datta, D. K., Guthrie, J. P., Basuil, D., & Pandey, A. (2010). Causes and Effects of Employee Downsizing: A Review and Synthesis. *Journal of Management, 36(1)*, 281-348.
- De Witte, H. (2005). Job insecurity: review of the international literature on definitions, prevalence, antecedents and consequences. *SA Journal of Industrial Psychology, 31*, 1-6.
- Eliason, M. (2009). Inkomster efter en jobbförlust: betydelsen av familjen och trygghetssystemet. *IFAU-rapport 2009:22*.
- Eliason, M., & Storrie, D. (2006). Lasting or latent scars? Swedish evidence on the long-term effects of job displacement. *Journal of Labor Economics, 24(4)*, 831-856.
- Eliason, M., & Storrie, D. (2009a). Does Job Loss Shorten Life? *Journal of Human Resources, 44(2)*, 277-302.
- Eliason, M., & Storrie, D. (2009b). Job loss is bad for your health - Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss. *Social Science & Medicine, 68(8)*, 1396-1406.



- Ezzy, D. (1993). Unemployment and Mental-Health - a Critical-Review. *Social Science & Medicine*, 37(1), 41-52.
- Ferrie, J. E., Westerlund, H., Oxenstierna, G., & Theorell, T. (2007). The impact of moderate and major workplace expansion and downsizing on the psychosocial and physical work environment and income in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(1), 62-69.
- Finansdepartementet. (2009). *Propositionen 2009/10:1 (Utgiftsområde 14)*.
- Folkhälsogruppen. (1992). *Arbetslöshet som folkhälsoproblem (Rapport nr 17)*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Fryer, D. (1986). Employment deprivation and personal agency during unemployment. *Social Behavior*, 1, 3-23.
- Gonäs, L., Hallsten, L., & Spånt, R. (2006a). *Uppsagdas och arbetslösas villkor och hälsa en översikt av forskningen 1995-2005*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Gonäs, L., Hallsten, L., & Spånt, R. (2006b). *Uppsagdas och arbetslösas villkor och hälsa en översikt av forskningen 1995-2005*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Hallsten, L. (1997). *Arbetslöshet och psykisk ohälsa 1980-1996: En meta-analys*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Hallsten, L., Lundberg, I., & Waldenström, K. (2004). *Lågt psykiskt välbefinnande - tendenser på och utanför arbetsmarknaden*. Malmö: Arbetslivsinstitutet. Liber Idé förlag.
- Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. *American Psychologist*, 36(2), 184-191.
- Janlert, U., & Hammarstrom, A. (2009). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *Bmc Public Health*, 9, 235.
- Johnson, B. (2010). *Kampen om sjukfrånvaron*. Lund: Arkiv förlag.
- Kivimäki, M., Honkonen, T., Wahlbeck, K., Elovainio, M., Pentti, J., Klaukka, T., Vahtera, J. (2007). Organisational downsizing and increased use of psychotropic drugs among employees who remain in employment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(2), 154-158.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Ferrie, J. E., Hemingway, H., & Pentti, J. (2001). Organisational downsizing and musculoskeletal problems in employees: a prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*, 58(12), 811-817.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Pentti, J., & Ferrie, J. E. (2000). Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *BMJ*, 320(7240), 971-975.
- Larsson, T., Marklund, S., & Westerholm, P. (2005). *Den galopperande sjukfrånvaron - sken, fenomen och väsen. RAR:s forskningsrapport 1*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions – a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- le Grand, C., Szulkin, R., & Tåhlin, M. (2001). Har jobben blivit bättre? En analys av arbetsinnehållet under tre decennier. *Välfärd och arbete i arbetslöshetens årtionde (SOU: 2001:53)* (pp. 79-119). Stockholm: Fritzes.
- Lidwall, U. (2004). Är problemet försäkringen eller de försäkrade? *Ekonomisk debatt*, 32(7), 79-81.
- Lidwall, U. (2010). *Long-term Sickness Absence - Aspects of Society, Work, and Family (Akademisk avhandling)*. Karolinska Institutet.
- Lidwall, U., Bergendorff, S., Voss, M., & Marklund, S. (2009). Long-Term Sickness Absence: Changes in Risk Factors and the Population at Risk. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 22(2), 157-168.
- Lidwall, U., Marklund, S., & Skogman Thoursie, P. (2004). Utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige. I R. Gustavsson & I. Lundberg (Eds.), *Arbetsliv och hälsa 2004* (pp. 173-194). Malmö: Arbetslivsinstitutet, Liber Idéförslag.
- Lindholm, C., Fredlund, P., & Backhans, M. (2005). Hälsotillstånd och sjukskrivningsutveckling. I S. Marklund, M. Bjurvald, C. Hogstedt, E. Palmer & T. Theorell (Eds.), *Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar.*: Statens folkhälsoinstitutet.
- Lundin, A., Lundberg, I., Hallsten, L., Ottosson, J., & Hemmingsson, T. (2010). Unemployment and mortality-a longitudinal prospective study on selection and causation in 49321 Swedish middle-aged men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(1), 22-28.
- Marklund, S & Theorell, T. (2005). Lärdomar av sjukfrånvarokrisen. I S. Marklund, M. Bjurvald, C. Hogstedt, E. Palmer & T. Theorell (Eds.), *Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar.*: Statens folkhälsoinstitutet.
- Marmot, M., Siegrist, J., Theorell, T., & Feeney, A. (1999). Health and the psychosocial environment at work. In M. Marmot & R. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z. L., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53-76.
- Netterstrom, B., Conrad, N., Bech, P., Fink, P., Olsen, O., Rugulies, R., & Stansfeld, S. (2008). The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol Rev*, 30, 118-132.

- Nylen, L., Voss, M., & Floderus, B. (2001). Mortality among women and men relative to unemployment, part time work, overtime work, and extra work: a study based on data from the Swedish twin registry. *Occup Environ Med*, 58(1), 52-57.
- Oxenstierna, G., Westerlund, H., Ferrie, J., Hyde, M., Hagberg, J., & Theorell, T. (2005). Structural work change and health: studies of long spells of sick leave and hospitalization among working men and women during a period of marked changes in the Swedish labour market. In A. A. S & C. CL (Eds.), *Research companion to organizational health psychology*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282.
- Quinlan, M., & Bohle, P. (2009). Overstretched and unreciprocated commitment: reviewing research on the occupational health and safety effects of downsizing and job insecurity. *Int J Health Serv*, 39(1), 1-44.
- Rantakeisu, U., Starrin, B., & Hagquist, C. (1999). Financial Hardship and Shame: A Tentative Model to Understand the Social and Health Effects of Unemployment. *British Journal of Social Work*, 29(6), 877-901.
- Rostila, M. (2008). The Swedish labour market in the 1990s: The very last of the healthy jobs? *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(2), 126-134.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374(9686), 315-323.
- Sverke, M. (2009). Uppsägningar slår hårt mot hela organisationen. *Chefstidningen, Februari*.
- Sverke, M., Hellgren, J., & Näswall, K. (2002). No security: a meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *J Occup Health Psychol*, 7(3), 242-264.
- Theorell, T., Oxenstierna, G., Westerlund, H., Ferrie, J., Hagberg, J., & Alfredsson, L. (2003). Downsizing of staff is associated with lowered medically certified sick leave in female employees. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(9), E9.
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Forma, P., Wikström, J., Halmeenmäki, T., Linna, A., & Pentti, J. (2005). Organisational downsizing as a predictor of disability pension: the 10-town prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health*, 59(3), 238-242.
- Vahtera, J., Kivimäki, M., & Pentti, J. (1997). Effect of organisational downsizing on health of employees. *Lancet*, 350(9085), 1124-1128.
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., Linna, A., Virtanen, M., Virtanen, P., & Ferrie, J. E. (2004). Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *BMJ*, 328(7439), 555.
- Warr, P. (1990). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work and Stress*, 8(2), 84-97.

- Westerlund, H., Ferrie, J., Hagberg, J., Jeding, K., Oxenstierna, G., & Theorell, T. (2004). Workplace expansion, long-term sickness absence, and hospital admission. *Lancet*, 363(9416), 1193-1197.
- Westerlund, H., Theorell, T., & Alfredsson, L. (2004). Organizational instability and cardiovascular risk factors in white-collar employees - An analysis of correlates of structural instability of workplace organization on risk factors for coronary heart disease in a sample of 3,904 white collar employees in the Stockholm region. [Article]. *European Journal of Public Health*, 14(1), 37-42.
- Wikman, A. (2004). Indikatorer på förändrade arbetsförutsättningar. I R. Gustavsson & I. Lundberg (Eds.), *Arbetsliv och hälsa 2004* (pp. 173-194). Malmö: Arbetslivsinstitutet, Liber Idéförlag.
- Wikman, A. (2006). Utsorterad från arbetslivet - en fördjupad analys. I J. Olofsson & M. Zavisic (Eds.), *Vägar till en öppnare arbetsmarknad*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Voss, M., Nylén, L., Floderus, B., Diderichsen, F., & Terry, P. D. (2004). Unemployment and early cause-specific mortality: a study based on the Swedish twin registry. *Am J Public Health*, 94(12), 2155-2161.
- Östhus, S., & Mastekaasa, A. (2010). The impact of downsizing on remaining workers' sickness absence. *Soc Sci Med*, 71(8), 1455-1462.



ARBETSMILJÖ  
VERKET

Arbetsmiljöverket  
112 79 Stockholm  
Besöksadress Lindhagensgatan 133  
Telefon 010-730 90 00  
Fax 08-730 19 67  
E-post: [arbetsmiljoverket@av.se](mailto:arbetsmiljoverket@av.se)  
[www.av.se](http://www.av.se)

ISSN 1650-3171

This publication can be downloaded from  
[www.av.se/publikationer/rapporter/](http://www.av.se/publikationer/rapporter/)

Vår vision: *Alla vill och kan skapa en bra arbetsmiljö*