



IFAU – INSTITUTET FÖR
ARBETSMARKNADSPOLITISK
UTVÄRDERING

Massuppsägningar, arbetslöshet och sjuklighet

Marcus Eliason
Petter Lundborg
Johan Vikström

RAPPORT 2011:8

Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) är ett forskningsinstitut under Arbetsmarknadsdepartementet med säte i Uppsala. IFAU ska främja, stödja och genomföra vetenskapliga utvärderingar. Uppdraget omfattar: effekter av arbetsmarknadspolitik, arbetsmarknadens funktionssätt, arbetsmarknadseffekter av åtgärder inom utbildningsväsendet och arbetsmarknadseffekter av socialförsäkringen. IFAU ska även sprida sina resultat så att de blir tillgängliga för olika intressenter i Sverige och utomlands.

IFAU delar även ut forskningsbidrag till projekt som rör forskning inom dess verksamhetsområden. Forskningsbidragen delas ut en gång per år och sista dag för ansökan är den 1 oktober. Eftersom forskarna vid IFAU till övervägande del är nationalekonomer, ser vi gärna att forskare från andra discipliner ansöker om forskningsbidrag.

IFAU leds av en generaldirektör. Vid institutet finns ett vetenskapligt råd bestående av en ordförande, institutets chef och fem andra ledamöter. Det vetenskapliga rådet har bl.a. som uppgift att lämna förslag till beslut vid beviljandet av forskningsbidrag. Till institutet är även en referensgrupp knuten där arbetsgivar- och arbetstagersidan samt berörda departement och myndigheter finns representerade.

Rapporterna finns även i tryckt format. Du kan beställa de tryckta rapporterna via telefon eller mejl. Se nedanstående kontaktinformation.

Postadress: Box 513, 751 20 Uppsala

Besöksadress: Kyrkogårdsgatan 6, Uppsala

Telefon: 018-471 70 70

Fax: 018-471 70 71

ifau@ifau.uu.se

www.ifau.se

IFAU har som policy att en uppsats, innan den publiceras i rapportserien, ska seminariebehandlas vid IFAU och minst ett annat akademiskt forum samt granskas av en extern och en intern disputerad forskare. Uppsatsen behöver dock inte ha genomgått sedvanlig granskning inför publicering i vetenskaplig tidskrift. Syftet med rapportserien är att ge den ekonomiska politiken och den ekonomisk-politiska diskussionen ett kunskapsunderlag.

Massuppsägningar, arbetslöshet och sjuklighet^{*}

av

Marcus Eliason^a, Petter Lundborg^b och Johan Vikström^c

2011-05-16

Sammanfattning

Första halvan av 1990-talet kännetecknades av massuppsägningar och en kraftigt stigande arbetslöshet. De hundratusentals uppsagda fick dessutom uppleva försämringar i de flesta trygghetssystem. Vi studerar i den här rapporten i vilken utsträckning uppsägningarna och arbetslösheten ledde till ökad sjuklighet bland de drabbade.

För dem som drabbades av massuppsägningar finner vi en förhöjd risk för förtida död motsvarande 8–18 procent för män och 5–6 procent för kvinnor. Att bli arbetslös ökade också risken för förtida död bland män, men endast med 4–6 procent, medan risken för förtida död bland arbetande kvinnor är 0–12 procent högre än för dem som är arbetslösa. Risken att behöva slutenvård var dock förhöjd bland både arbetslösa män och kvinnor.

Studien visar också att de negativa hälsokonsekvenserna av massuppsägningar och arbetslöshet i stor utsträckning kan hänföras till ökad psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion.

^{*} En tidigare version av rapporten har publicerats som SOU 2010:102 med Sociala rådet som finansär. Marcus Eliason tackar för finansiering från Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (FAS). Författarna tackar även för kommentarer och synpunkter från Kristina Alexandersson, Hans Grönqvist, Per Johansson och Martin Lundin.

^a IFAU, marcus.eliason@ifau.uu.se.

^b Lunds universitet, VU University Amsterdam, HEP, Centre for Economic Demography, IZA, och Tinbergen Institute, petter.lundborg@nek.lu.se.

^c IFAU och UCLS, johan.vikstrom@ifau.uu.se.

Innehållsförteckning

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Inledning..... | 5 |
| 2 | Bakgrund | 8 |
| 2.1 | Hur och varför påverkas sjuklighet av arbetslöshet och uppsägning?..... | 8 |
| 2.2 | Leder arbetslöshet till ohälsa eller tvärtom?..... | 9 |
| 2.3 | Massuppsägningar kontra arbetslöshet..... | 10 |
| 2.4 | ”Offer” kontra ”överlevare” i samband med massuppsägningar..... | 11 |
| 2.5 | Arbete kontra arbetslöshet..... | 12 |
| 3 | Tidigare forskning | 12 |
| 3.1 | Studier av sambandet mellan arbetslöshet och dödlighet..... | 12 |
| 3.2 | Studier av sambandet mellan arbetslöshet och sjukvårdsutnyttjande..... | 14 |
| 3.3 | Studier av sambandet mellan massuppsägning och dödlighet..... | 14 |
| 3.4 | Studier av sambandet mellan massuppsägning och sjukvårdsutnyttjande..... | 15 |
| 3.5 | Orsakssamband eller selektion?..... | 17 |
| 3.6 | Sammanfattning..... | 19 |
| 4 | Data och metod..... | 20 |
| 4.1 | Val av studie- och kontrollgrupper..... | 20 |
| 4.2 | Vilka hälsoutfall studerar vi?..... | 23 |
| 4.3 | Metod..... | 24 |
| 4.4 | Riskfaktorer | 25 |
| 4.5 | Metodologiska överväganden..... | 26 |
| 5 | Vilka blev massuppsagda och arbetslösa?..... | 27 |
| 6 | Massuppsägningar och arbetslöshet hade stora inkomsteffekter..... | 33 |
| 7 | Hur påverkade massuppsägningar och arbetslöshet mortalitet och slutenvårds-utnyttjande?..... | 34 |
| 7.1 | Total mortalitet..... | 34 |
| 7.2 | Totalt slutenvårdsutnyttjande | 36 |
| 8 | För vilka diagnoser är effekten störst?..... | 37 |
| 8.1 | Orsaksspecifik mortalitet..... | 37 |
| 8.2 | Orsaksspecifikt slutenvårdsutnyttjande..... | 39 |
| 9 | Hur påverkas olika grupper av massuppsägning och arbetslöshet?..... | 41 |
| 9.1 | Ålder..... | 41 |

| | | |
|-----|-------------------------------------|----|
| 9.2 | Utbildningsnivå | 43 |
| 9.3 | Anställningssektor | 45 |
| 10 | Sammanfattning och diskussion | 46 |
| | Referenser | 50 |
| | Appendix A..... | 56 |
| | Appendix B..... | 63 |

1 Inledning

Under den ekonomiska krisen på 1990-talet fick Sverige för första gången under efterkrigstiden uppleva en period av massuppsägningar och massarbetslöshet. Den långa perioden av full sysselsättning bröts hösten 1990 och ersattes av en period med dramatiskt stigande arbetslöshet. Under 1993 var den öppna arbetslösheten över åtta procent – en nivå som den låg kvar på fram till 1997 – medan andelen sysselsatta föll med 10 procentenheter till knappt 73 procent. De hundratusentals som blev uppsagda under denna period fick dessutom uppleva försämringar i de flesta trygghetssystemen.

I den här rapporten studerar vi vilka konsekvenser arbetslöshet, och friställningar i samband med massuppsägningar, under 1990-talet hade för de drabbade i form av registrerad sjuklighet. Det finns flera anledningar att förvänta sig en ökad ohälsa till följd av arbetslöshet och massuppsägningar. En försämrad ekonomisk situation i samband med arbetslöshet riskerar att leda till såväl mer negativ stress som oro och ångest. Men att inte ha ett jobb kan även innebära att man förlorar ett socialt sammanhang, status, sociala kontakter, tidstruktur, regelbunden aktivitet m.m. Dessa aspekter av ett jobb kan också antas vara viktiga för människors hälsa och välbefinnande. Detta innebär att konsekvenserna av uppsägningarna och arbetslösheten under 1990-talet inte bara är en fråga av ekonomisk karaktär utan även en folkhälsofråga.

De former av registrerad sjuklighet som vi avser att studera är de som resulterade i slutenvård eller dödsfall, med ett särskilt fokus på diagnosgrupper såsom cirkulationsorganens sjukdomar, alkoholrelaterade sjukdomar, psykiska störningar, självskaador/själv mord samt trafikolyckor. Genom att använda registerdata över en lång tidsperiod har vi möjlighet att mäta både de kortsiktiga och de långsiktiga effekterna av arbetslöshet och massuppsägning på sjuklighet. Detta ger oss därmed möjligheten att observera sjukdomar som manifesteras först efter många år.

I våra analyser skattar vi effekterna både av att bli friställd i samband med en massuppsägning och av att bli arbetslös. Av flera anledningar kan man anta att effekten av en massuppsägning skiljer sig från effekten av arbetslöshet. Först och främst är det inte alla som är med om en massuppsägning som också blir arbetslösa. Tack vare lagstadgad uppsägningstid, eller att uppsägningen av andra anledningar var förutsebar, finns det möjlighet att finna en ny anställning utan en mellanliggande period av arbetslöshet. En annan väsentlig skillnad är att en massuppsägning innebär att man inte är ensam om att förlora jobbet och eventuellt bli arbetslös. En massuppsägning som omfattar många anställda kan

innebära större svårigheter att finna en ny anställning eftersom fler konkurrerar om samma jobb. Att många av ens arbetskamrater – som man kanske även umgås med privat – samtidigt blir friställda kan också påverka den preventiva effekten av sociala interaktioner och socialt stöd, då den gemensamma upplevelsen av att bli friställd kan minska möjligheterna till stöd från varandra. Samtidigt är det troligt att man upplever situationen som mindre ”skamfylld” och stigmatiserande då man inte är ensam om att bli uppsagd. Det är många andra som också får gå och både man själv och andra vet att det inte är ens eget fel utan företagets.

I analyserna beaktar vi också möjligheten att konsekvenserna av arbetslöshet och massuppsägningar, i termer av sjuklighet, kan skilja sig åt mellan olika grupper av människor. Det är rimligt att anta att vissa har bättre förutsättningar att hantera sådana händelser, medan andra saknar nödvändiga resurser. Genom att använda oss av data över stora delar av den arbetsföra befolkningen har vi möjlighet att på ett detaljerat sätt studera om effekterna på sjuklighet är speciellt stora för någon specifik grupp. I analyserna undersöker vi därför om (o)hälsoeffekterna skiljer sig åt beroende på kön, ålder, utbildningsnivå och anställningssektor. Om effekterna är speciellt stora för en specifik grupp, och för vissa sjukdomar, ger det information om för vilka som hälsoförebyggande insatser skulle kunna vara av störst värde.

Det finns flera skäl till att än en gång studera sambanden mellan massuppsägningar, arbetslöshet och sjuklighet, trots alla tidigare studier på området. Ett skäl är att arbetsmarknaden är föränderlig och att både innebörden av att vara anställd och av att vara arbetslös är något som har förändrats över tid. Detta är inte minst tydligt under 1990-talet, då uppsägningar och arbetslöshet blev något som inte bara drabbade ett fåtal olyckliga. Av dem som var i arbetsför ålder under 1991 blev nästan 40 procent arbetslösa någon gång under den resterande delen av 1990-talet (Korpi och Stenberg 2001). Som redan påpekats fick de arbetslösa under denna period dessutom uppleva försämringar i arbetslöshetsersättningen. Därutöver finns det även anledning att anta att förhållandena för dem som hade jobb förändrades under den här perioden. Till exempel så ökade användandet av tillfälliga anställningar och den tidigare skarpa skilljelinjen mellan att arbeta och att vara arbetslös blev mindre tydlig. Krisen under 1990-talet erbjuder också en intressant möjlighet att studera hur grupper av arbetstagare som tidigare i stor utsträckning varit förskonade från uppsägningar, såsom t.ex. offentligt anställda, påverkas i termer av sjuklighet. Detta är också av intresse ur ett genusperspektiv då den offentliga sektorn i Sverige har

dominerats av kvinnor och tidigare forskning på området i många fall har varit begränsad till män.

Vi inleder denna rapport med att i Kapitel 2 ge en beskrivning av vilka skäl det finns att förvänta sig ett samband mellan massuppsägningar, arbetslöshet och ohälsa. I kapitlet diskuterar vi inledningsvis hur arbetslöshet kan antas påverka ohälsa, men också huruvida effekterna av arbetslöshet och effekterna av en massuppsägning kan tänkas skilja sig åt. Vidare så diskuterar vi de metodproblem som analyser av effekterna av arbetslöshet och massuppsägning är behäftade med. Trots att en stor mängd studier slår fast att det finns ett statistiskt samband mellan arbetslöshet och ohälsa är orsakssambandet inte helt klarlagt. Huvudorsaken till detta är svårigheten att avgöra om förlusten av ett jobb och arbetslöshet faktiskt leder till ohälsa (en kausal effekt) eller om ökad ohälsa leder till en ökad risk att förlora sitt jobb eller att förbli arbetslös (en selektionseffekt). Ytterligare en möjlighet är att vissa arbetstagare besitter egenskaper, eller upplever situationer, som både försämrar deras möjligheter att behålla ett jobb och en god hälsa (en indirekt selektionseffekt). I kapitlet diskuterar vi också varför svensk registerdata erbjuder en god möjlighet att angripa dessa metodproblem.

I Kapitel 3 ger vi sedan en översikt av tidigare svensk och internationell forskning om sambanden mellan massuppsägning, arbetslöshet och registrerad sjuklighet. Denna genomgång visar att det finns ett antal studier som pekar på att massuppsägningar och arbetslöshet kan ha stora hälsokonsekvenser, framförallt i form av psykisk sjuklighet.

De datamaterial som används i våra analyser redovisas i Kapitel 4. Genom att länka ett antal olika register har vi möjlighet att identifiera arbetsställen som läggs ned, eller genomför större personalneddragningar, samt att identifiera vilka av de anställda som drabbas och vilka som blir arbetslösa. Kopplingen av register ger oss också uppgifter om sjukrivningar, sjukhusvistelser och dödsorsaker för åren före 1990-talets krisår och fram till och med 2005. Detta ger oss en rad mått som fångar upp olika aspekter av ohälsa.

I samma kapitel beskriver vi även hur vi hanterar de metodproblem som är förknippade med att undersöka hur massuppsägningar och arbetslöshet påverkar individers hälsa. I syfte att mäta ett orsakssamband använder vi en så kallad matchningsansats för att skapa jämförbara kontrollgrupper. Genom att i matchningsprocessen använda detaljerad information om sociodemografisk och socioekonomisk karaktäristika, men även om hälsoproblem innan uppsäg-

ningen/arbetslösheten i form av sjukskrivningar och sjukhusvistelser, argumenterar vi för att vi kan hantera selektionsproblemen på ett adekvat sätt.

I Kapitel 5 redovisar vi bakgrundsdata för undersökningspopulationen. Här visar det sig att framförallt de arbetslösa i flera avseenden skiljer sig från de arbetande. Dessutom framgår det att endast en mindre del av de som får lämna en arbetsplats i samband med en massuppsägning faktiskt blir arbetslösa.

För att ge ytterligare bakgrund till tolkningen av våra resultat, redovisar vi i Kapitel 6 de konsekvenser som arbetslöshet och massuppsägningar hade i form av förlorad arbetsinkomst. Framförallt visar det sig att arbetslöshet hade stora och långsiktiga negativa effekter på arbetsinkomst. Detta är av betydelse även för tolkningen av effekterna på sjuklighet, då ekonomisk stress kan antas var en viktig förklaringsfaktor för sambandet med sjuklighet.

I Kapitel 7–9 redovisar vi sedan våra huvudresultat. I Kapitel 7 redovisas effekterna på total dödlighet och totalt slutenvårdsutnyttjande, medan vi i Kapitel 8 redovisar effekterna för ett antal diagnoskategorier. I Kapitel 9 redovisar vi slutligen hur effekterna skiljer sig åt mellan olika grupper. Sammanfattningsvis visar resultaten i dessa kapitel att massuppsägning och arbetslöshet ökar risken för sjuklighet. Exempelvis ökar en massuppsägning risken för förtida död för kvinnor och män med 5–6 procent respektive 8–18 procent. Speciellt framträdande är effekterna för diagnoser som är relaterade till psykisk ohälsa. Det står också klart att effekterna skiljer sig mellan massuppsägning och arbetslöshet respektive mellan kvinnor och män. Kapitel 9 visar också att effekterna i många fall varierar med ålder, utbildningsnivå och anställningssektor. Slutligen sammanfattar vi och diskuterar våra resultat i Kapitel 10.

2 Bakgrund

2.1 Hur och varför påverkas sjuklighet av arbetslöshet och uppsägning?

Det finns ett flertal skäl till varför uppsägningar och arbetslöshet skulle kunna ha en negativ påverkan på en persons hälsa.¹ För det första innebär förlusten av ett jobb, allt som oftast, en försämrad ekonomisk situation. Både svenska och internationella studier har visat att en jobbförlust, inte bara innebär ett omedelbart inkomstbortfall under en period av arbetslöshet, utan även ett inkomstbortfall på längre sikt (Jacobson m.fl. 1993; Stevens 1997; Eliason och Storrie

¹ Se Janlert och Hammarström (2009) för en jämförelse av sju olika teoretiska förklaringsmodeller för sambandet mellan arbetslöshet och ohälsa.

2006; Couch och Placzek 2010; Eliason 2010; Hijzen m.fl. 2010). Även om svält inte längre kan ses som ett reellt hot i en modern välfärdsstat, så kan en försämrad ekonomisk situation skapa negativ stress, oro och ångest. Det kan också innebära att man av ekonomiska skäl blir tvungen att avstå andra aktiviteter, såväl sociala, kulturella som hälsofrämjande.

Förutom förlust av arbetsinkomst kan förlusten av ett jobb också innebära förlust av ett socialt sammanhang, status, sociala kontakter, tidstruktur, regelbunden aktivitet m.m. Dessa aspekter av ett jobb kan också antas vara viktiga för människors hälsa och välbefinnande.

Den förändrade livssituationen som följer efter en jobbförlust kan också, av olika anledningar, ge upphov till ohälsosamma beteenden såsom ökad alkoholkonsumtion och rökning eller, i mer extrema fall, självskadebeteende och självmord. Det är även tänkbart att risken ökar för andra olyckliga händelser, såsom familjekonflikter och skilsmässa, och att förmågan att hantera sådana händelser eller andra besvärliga livssituationer försämras.

2.2 Leder arbetslöshet till ohälsa eller tvärtom?

Även om en stor mängd studier visar att arbetslösa generellt har mer hälsoproblem än arbetande personer, så är orsakssambandet fortfarande inte helt klarlagt. Som diskuterades i inledningen behöver det inte vara så att ett uppmätt statistiskt samband mellan arbetslöshet och sjuklighet nödvändigtvis innebär att det är arbetslösheten som har orsakat ohälsa. En alternativ förklaring är att arbetstagare med manifesta eller latent hälsoproblem också är de som har störst risk att bli arbetslösa, d.v.s. en direkt selektionseffekt. Det kan också vara så att vissa arbetstagare har egenskaper som försämrar deras möjligheter att både behålla ett jobb och att behålla en god hälsa, d.v.s. en indirekt selektionseffekt.

Från ett forskningsperspektiv, såväl som från ett samhällsperspektiv, är det viktigt att undersöka hur orsakssambanden ser ut. Om det inte är möjligt att fastställa i vilken riktning sambanden går är det också svårt, och ofta omöjligt, att ge tydliga policyrekommendationer. Det gäller i synnerhet för studier av sambanden mellan arbetslöshet och (o)hälsa, eftersom det är rimligt att anta att rekommenderade åtgärder kan se helt olika ut beroende på om det är så att arbetslöshet orsakar ohälsa eller om det är så att ohälsa orsakar arbetslöshet.

Att fastställa ett orsakssamband ställer dock höga krav på den statistiska analysen och detaljrikedom i data. En första förutsättning är att man har tillgång till flera mätpunkter av ohälsa, över tiden; både före och efter uppsäg-

ningen eller perioden av arbetslöshet. En andra, och långt mer krävande, förutsättning är att man har en jämförbar kontrollgrupp. Kontrollgruppen bör vara av sådan art att den i princip är identisk, med avseende på samtliga riskfaktorer och egenskaper som är korrelerade med riskfaktorer för ohälsa, med gruppen som drabbas av arbetslöshet eller massuppsägning eller att man kan kontrollera för skillnaderna i statistiska modeller. Enbart då kan man tolka en uppmätt skillnad i ohälsa mellan studie- och kontrollgrupp i termer av ett orsakssamband.

2.3 Massuppsägningar kontra arbetslöshet

En orsak till att studera hälsokonsekvenser av uppsägningar i samband med företags- eller arbetsplatsnedläggningar, eller stora personalinskränkningar, är förstås att det är viktigt att belysa hur sådana personalförändringar, framtvingade av strukturella eller ekonomiska förändringar, påverkar de anställda. En annan orsak är rent metodologisk. Genom att studera jobbseparationer orsakade av massuppsägningar är det möjligt att reducera de selektionsproblem som annars ofta är förknippade med studier av konsekvenserna av arbetslöshet. Anledningen är att massuppsägningar minskar risken att det är ohälsa som orsakar arbetslösheten, eftersom samtliga, eller en stor andel av de anställda, på en arbetsplats förlorar jobbet, oberoende av deras hälsa eller andra egenskaper.

Även om vi accepterar antagandet att jobbseparationer orsakade av arbetsplatsnedläggningar eller massuppsägningar inte är relaterade till arbetstagarnas hälsa, så är det dock fortfarande så att massuppsägning och arbetslöshet inte nödvändigtvis är två jämförbara händelser. Först och främst så resulterar massuppsägningar endast i en minoritet av fallen också i arbetslöshet (Eliason och Storrie 2006; Schmeider m.fl. 2010). På grund av lagstadgad uppsägningstid, eller att uppsägningen av andra anledningar var förutsebar, finns det möjlighet att finna en ny anställning utan en mellanliggande period av arbetslöshet. Det skall också sägas att arbetslösa inte måste ha blivit uppsagda utan kan ha slutat frivilligt eller avslutat t.ex. studier eller en säsonganställning.

En annan väsentlig skillnad mellan massuppsägningar och arbetslöshet är att en massuppsägning innebär att man inte är ensam om att förlora jobbet och eventuellt bli arbetslös. Det finns flera anledningar till varför detta skulle kunna medföra att hälsokonsekvenserna också skiljer sig åt. En massuppsägning som omfattar många anställda kan innebära större svårigheter att finna en ny anställning eftersom fler konkurrerar om samma jobb. Det gäller speciellt för mindre orter, där en massuppsägning också kan ha omfattande effekter på hela

samhället. En omfattande litteratur har vidare visat att individer i hög grad påverkas av sociala interaktioner.² Att många av ens arbetskamrater – som man kanske även umgås med privat – samtidigt blir friställda kan också påverka den preventiva effekten av sociala interaktioner och socialt stöd, då den gemensamma upplevelsen av att bli friställd kan minska möjligheterna till stöd från varandra. Samtidigt är det troligt att man upplever situationen som mindre skamfylld och stigmatiserande då man inte är ensam om att bli uppsagd.³ Det är många andra som också får gå och både man själv och andra vet att det inte är ens eget fel utan företaget.

Sammantaget innebär ovanstående diskussion att man bör iaktta ett visst mått av försiktighet när man jämför och diskuterar studier som mäter effekter av arbetslöshet respektive jobbseparation i samband med massuppsägning.

2.4 ”Offer” kontra ”överlevare” i samband med massuppsägningar

Ett flertal studier (se t.ex. Vahtera m.fl. 2004; Martikainen m.fl. 2008) har på senare år påvisat negativa hälsokonsekvenser av massuppsägningar inte bara bland de som de facto har fått lämna sina jobb (massuppsägningens ”offer” från engelskans ”*layoff victims*”) utan även bland dem som har fått jobba kvar på arbetsplatsen (s.k. ”överlevare”, från engelskans ”*layoff survivors*”). Ett antal tänkbara förklaringar har också getts i denna forskningslitteratur. Dels så kan även de som blir kvar ha upplevt en period av osäkerhet gällande deras anställningssituation innan det stod klart vilka som blev tvungna att gå, vilket kan resultera i oro och ökad negativ stress. Många kan dessutom uppleva fortsatt osäkerhet inför eventuella framtida personalneddragningar. Dessutom kan arbetsbördan öka för dem som blir kvar på arbetsplatsen om samma arbete som tidigare skall utföras fast fördelat på färre anställda. Det finns således anledning att förvänta sig att även personer som får behålla sina jobb på arbetsplatser som genomför massuppsägningar har en ökad risk för ohälsa.

Kunskap om hälsokonsekvenserna av neddragningar av arbetsstyrkan för de som får behålla sina jobb är förstås av eget intresse, men det har även implikationer för hur man ska lägga upp studier som fokuserar på de som istället blir av med sina jobb och då framförallt när det gäller val av kontrollgrupp.

² Exempel på studier som dokumenterat omfattande nätverkseffekter och social interaktioner är Bertrand m.fl. (2000), Ichino och Maggi (2000), Topa (2001), Conley och Topa (2002), Clark (2003) och Hesselius m.fl. (2008).

³ Se t.ex. Jönsson och Starrin B (2000) för en diskussion om den skamfyllda upplevelsen av arbetslöshet.

2.5 Arbete kontra arbetslöshet

Arbetsmarknadsforskning delar ofta upp arbetsmarknaden i arbetande och arbetslösa. Motsvarande uppdelning görs även i officiell statistik. Det finns dock anledning till viss eftertanke gällande en sådan dikotomisk indelning av arbetskraften. Vi berörde redan i föregående avsnitt att ”överlevare” i bantade organisationer verkar ha fler hälsoproblem än arbetstagare i organisationer som inte genomfört några personalminskningar. I linje med detta föreslår Dooley (2003) att den tudelade uppdelningen bör ersättas av en hel skala som inkluderar en rad olika typer av anställningar.

En sådan indelning kommer dock inte att göras i den här studien. Däremot bör man hålla i minnet att även förhållandena för dem som hade jobb förändrades under 1990-talet, varför jämförelsen arbetslös kontra i arbete inte behöver ha samma betydelse i den här studien som i tidigare studier. Om andelen fasta anställningar minskade genom en ökning av t.ex. temporära anställningar, behovsanställningar och korttidsvikariat, så kan det leda till att de uppmätta negativa hälsokonsekvenserna av arbetslöshet blir mindre. Det beror då inte i första hand på att arbetslösheten påverkade dem som faktiskt var arbetslösa i mindre utsträckning, utan istället på att de som hade arbete i högre utsträckning än tidigare fick hälsoproblem. Det sistnämnda skulle kunna vara fallet om otrygga anställningar leder till ökad negativ stress och därmed ökad ohälsa.

3 Tidigare forskning

Detta kapitel avser att ge exempel på tidigare studier – med särskilt fokus på nordiska studier publicerade mellan 2000 och 2010 – av sambandet mellan massuppsägning/arbetslöshet och registrerad sjuklighet i form av sjukvårdsutnyttjande och mortalitet. Vi utesluter därmed de många studier som fokuserar på exempelvis självrapporterad ohälsa,⁴ varför vi inte gör några anspråk på att ge en fullständig översikt av studier av effekterna av massuppsägningar och arbetslöshet på ohälsa i en vidare mening.

3.1 Studier av sambandet mellan arbetslöshet och dödlighet

Ett stort antal studier har påvisat att det finns en överdödlighet bland dem som är eller har varit arbetslösa. De sju studier som vi har valt att fokusera på, och

⁴ Se Gonäs m.fl. (2006) för en översikt av tidigare forskning med en bredare ansats.

som finns sammanfattade i Tabell A 1, finner en relativ risk av arbetslöshet som varierar mellan 1,3 och 2,4 för total dödlighet (d.v.s. en ökad risk för förtida död oavsett dödsorsak motsvarande 30–140 procent) under uppföljningsperioder från 4 år upp till 17 år. Ingen av dessa studier har gjort en uppdelning mellan män och kvinnor utan resultaten är antingen enbart för män eller för män och kvinnor tillsammans.⁵

Två av studierna (Lundin m.fl. 2010; Gerdtham och Johannesson 2003) undersöker även kardiovaskulär dödlighet, men finner inte några statistiskt säkerställda samband. Inte heller Kriegbaum m.fl. (2009), som istället har delat upp de kardiovaskulära sjukdomarna i ischemiska sjukdomar, hjärtinfarkt och övriga ischemiska sjukdomar, finner några statistiskt säkerställda samband för någon av dessa dödsorsaker.

Tre av de sex studierna undersöker även dödlighet till följd av yttre orsaker. Både Åhs och Westerling (2006) och Gerdtham och Johannesson (2003) finner att arbetslöshet mer än fördubblar risken för självmord. I Lundin m.fl. (2010) är motsvarande effekt dock något mindre och inte heller statistiskt säkerställd. De finner däremot, liksom Åhs och Westerling (2006), men till skillnad från Gerdtham och Johannesson (2003), en initialt kraftigt förhöjd dödlighetsrisk till följd av andra yttre orsaker än självmord.

Gerdtham och Johannesson (2003) är den enda av de sex studierna som även studerar andra dödsorsaker än de som är relaterade till cirkulationsorganen eller yttre omständigheter. De finner dock inte något samband mellan arbetslöshet och cancerdödlighet, men däremot ett starkt samband mellan arbetslöshet och dödlighet i andra sjukdomar än cancer och kardiovaskulära sjukdomar.

Utifrån dessa studier tycks det alltså inte finnas något statistiskt säkerställt samband mellan arbetslöshet och hjärt- och kärlsjukdomar. Däremot tyder studierna på att arbetslöshet resulterar i en total överdödlighet som framförallt tycks härstamma från en förhöjd risk för yttre orsaker till död, såsom självmord.

Martikainen m.fl. (2007) visar dock att även orsaken till arbetslösheten är av betydelse och likaså i vilket konjunkturellt läge som man blir arbetslös. Exempelvis är effekterna på total dödlighet av arbetslöshet till följd av en nedläggning, eller en kraftig neddragning av personalstyrkan på arbetsplatsen, markant mindre än motsvarande effekter av arbetslöshet av andra orsaker. Det uppmätta

⁵ Gerdtham och Johannesson (2003) finner ingen statistisk säkerställd skillnad i effekterna mellan män och kvinnor, men redovisar inga resultat uppdelat på män och kvinnor.

sambandet mellan att bli arbetslös och förtida död är också mycket svagare i perioder av höga arbetslöshetsnivåer.

3.2 Studier av sambandet mellan arbetslöshet och sjukvårdsutnyttjande

Studier som belyser sambandet mellan arbetslöshet och sjukvårdsutnyttjande är mer sällsynta. Vi behandlar här två studier som också sammanfattas i Tabell A 4.

I en nyligen publicerad dansk studie (Eriksson m.fl. 2010) undersöks det kortsiktiga sambandet mellan arbetslöshetens längd och risken att läggas in för psykiatrisk vård. Författarna finner att längre perioder av arbetslöshet ökar risken för en psykiatrisk sjukhusinläggning. För män som varit arbetslösa mer än 20 procent av tiden under föregående år finner de en relativ risk för inläggning på 1,7–1,9. Motsvarande risk för kvinnor är 1,2–1,8.

I en annan studie finner Kraut m.fl. (2000) att arbetslöshet ökar risken för slutenvård (oberoende av orsak). I orsaksspecifika analyser finner de vidare att risken att vårdas för skador av yttre orsak är särskilt förhöjd. I motsats till Eriksson m.fl. (2010) finner de dock att relativa risken att behandlas för psykiska störningar är liten och inte heller statistiskt säkerställd.

De få studier som belyser sambandet mellan arbetslöshet och slutenvård ger därmed inga entydiga svar på hur detta samband ser ut.

3.3 Studier av sambandet mellan massuppsägning och dödlighet

Under de senaste åren har ett flertal studier valt att fokusera på effekterna på dödlighet från jobbseparationer i samband med arbetsplatsnedläggningar eller kraftiga neddragningar av personalstyrkan. I följande avsnitt diskuterar vi fem av dessa, vilka också sammanfattas i Tabell A 5 och Tabell A 6.

I en nyligen genomförd studie med danska data (Browning och Heinesen 2010) skattas effekterna av jobbseparation i samband med arbetsplatsnedläggningar. Utfallen som studeras är dödlighet från fem grupper av dödsorsaker: hjärtinfarkt och stroke, alkoholrelaterade sjukdomar eller tillstånd, psykiska störningar, självmord, samt trafikskador. De finner en statistiskt säkerställd ökning av risken för samtliga studerade dödsorsaker, förutom psykiska störningar. Den uppmätta relativa dödsrisken varierar från 1,2 för hjärtinfarkt och stroke till 1,9 för dödsfall orsakade av trafikskador. På längre sikt (10 år) tycks

dock överdödligheten avta. Tio år efter jobbseparationen finns den statistiskt säkerställda överdödligheten bara kvar för dödlighet orsakad av trafikskador.

En snarlik studie på svenska data (Eliason och Storrie 2009b) finner också en fördubblad dödlighet från yttre orsaker, och i synnerhet självmord, bland män som är med om arbetsplatsnedläggningar eller massuppsägningar. Likaså finner de en fördubbling av risken för alkoholrelaterad dödlighet bland män. De uppmätta relativa riskerna för död i hjärt- och kärlsjukdomar (även uppdelat i dödlighet i ischemiska och cerebravaskulära sjukdomar) och cancer för män är av samma storlek som i Browning och Heinesen (2010), men effekterna är inte statistiskt säkerställda. För kvinnor är inga av de uppmätta effekterna statistiskt säkerställda.

I ytterligare en studie undersöks effekterna av arbetsplatsnedläggning på dödlighet i Nya Zeeland (Kefee m.fl. 2002). Studien jämför dödlighet och slutenvårdsutnyttjande hos män som var anställda på två stora köttfabriker varav den ena av dem lades ned. I studien uppmäts en fördubblad risk för självmord och yttre orsaker till dödlighet för de som är med om nedläggningen, men inga av dessa effekter är statistiskt säkerställda.

Sullivan och von Wachter (2010) använder amerikanska data för att analysera effekterna av jobbseparationer i samband med kraftiga neddragningar av personalstyrkan på total dödlighet. De finner en statistiskt säkerställd ökning av dödsrisken på ungefär 20 procent för gruppen som var med om kraftiga neddragningar av personalstyrkan, sett över en efterföljande 17-årsperiod. En annan amerikansk studie (Steenland och Pinkerton 2008) finner däremot en lägre relativ total dödlighet, och dödlighet i ischemiska sjukdomar, av att bli uppsagd i samband med en arbetsplatsnedläggning under en efterföljande 11-årsperiod.

Sammanfattningsvis indikerar dessa fem studier att de som förlorar sina jobb i samband med arbetsplatsnedläggningar, eller i samband med kraftiga neddragningar av personalstyrkan, har en ökad risk åtminstone för självmord, alkoholrelaterad dödlighet och av andra yttre orsaker till dödlighet.

3.4 Studier av sambandet mellan massuppsägning och sjukvårdsutnyttjande

Vi fortsätter med att diskutera sex studier som behandlar sambandet mellan jobbseparationer i samband med arbetsplatsnedläggningar, eller kraftiga neddragningar av personalstyrkan, och slutenvårdsutnyttjande. Studierna sammanfattas också i Tabell A 7 och Tabell A 8.

Två av studierna (Kefee m.fl. 2002; Browning och Heinesen 2010) har även diskuterats ovan då de även studerade effekterna på dödlighet. Kefee m.fl. (2002) finner en tredubbel risk att vårdas på sjukhus för avsiktligt självtillfogade skador bland uppsagda män (vilket inkluderar, men inte uteslutande består av självmordsförsök). Man finner dock inga effekter på varken total slutenvård eller slutenvård till följd av psykiska störningar, andra yttre orsaker än avsiktligt tillfogade skador, hjärtsjukdomar, cerebrovasculära sjukdomar, cancer, eller andningsorganens sjukdomar.

Browning och Heinesen (2010) finner en statistiskt säkerställd förhöjd risk för sjukhusinläggningar för vård av alkoholrelaterade sjukdomar och tillstånd, psykiska störningar och självmordsförsök, men inte för cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, eller trafikskador. I motsats till dödlighet, där de fann att de negativa effekterna av en jobbförlust avtog på längre sikt, verkar detta inte gälla i samma utsträckning för slutenvård. Även om risken för sjukhusinläggning för vård av alkoholrelaterade sjukdomar och tillstånd, psykiska störningar och självmordsförsök, minskar något sett över 10 år istället för över 4 år, så är de uppmätta effekterna fortfarande statistiskt säkerställda. På lång sikt ökar även risken för både hjärt- och kärlsjukdomar och trafikskador och effekterna är statistiskt säkerställda. Det är värt att notera att Browning och Heinesen (2010) har fler observationer än de flesta tidigare studier, varför de kan skatta effekter med mindre statistisk osäkerhet.

En liknande svensk studie, som dock är begränsad till slutenvård till följd av hjärtinfarkt, stroke, alkoholrelaterade sjukdomar och tillstånd, självtillfogade skador och trafikskador, är Eliason och Storrie (2009a). Deras resultat stämmer väl överens med dem i Browning och Heinesen (2010). En uppdelning på män och kvinnor i analysen visar dock att den statistiskt säkerställda ökade risken för vård av trafikskador och självtillfogade skador var begränsad till män, men att det även för kvinnor fanns en ökad risk för vård av alkoholrelaterade sjukdomar och tillstånd.

Eliason och Storrie (2010) studerar effekterna av arbetsplatsnedläggningar och massuppsägningar på risken att läggas in för psykiatrisk slutenvård i Sverige. Man finner effekter liknande dem som presenterades i Browning och Heinesen (2010) för danska förhållanden. Även här finner man att en massuppsägning inte har samma konsekvenser för män och kvinnor. Det är enbart bland kvinnor som det kan uppmätas en statistiskt säkerställd ökad risk för slutenvård med en psykiatrisk diagnos. Denna ökning är till stor del driven av alkohol-

missbruk, men det finns även en förhöjd risk för slutenvård till följd av affektiva tillstånd.

I en annan studie på danska data (Browning m.fl. 2006) studeras effekten av en jobbseparation till följd av en kraftig neddragning av personalstyrkan. Som utfall studeras slutenvård till följd av ett antal ”stressrelaterade” sjukdomar såsom högt blodtryck, hjärtsjukdomar, magkatarr och magsår. Trots att antalet observationer är tillräckligt stort för att kunna statistiskt säkerställa även en liten effekt, så finner de inte att jobbseparationer till följd av kraftiga neddragningar ökar risken att drabbas av någon av dessa stressrelaterade sjukdomar.

3.5 Orsakssamband eller selektion?

En avgörande fråga för alla de studier som presenterats ovan är i vilken grad de har lyckats fånga ett orsakssamband från arbetslöshet eller massuppsägning till sjuklighet. Som vi diskuterade tidigare kan det vara så att de med manifesta eller latent hälsoproblem också är de som får lämna sitt arbete. En indirekt selektionseffekt kan också uppstå ifall vissa arbetstagare har egenskaper som försämrar deras möjligheter både att behålla ett jobb och att behålla en god hälsa. I båda dessa fall försvåras möjligheten att uppmäta ett orsakssamband mellan arbetslöshet och sjuklighet eftersom de som blev arbetslösa eller uppsagda då redan från början skulle ha sämre hälsa eller andra för dem ogynnsamma egenskaper. Studierna ovan har i princip använt tre olika ansatser för att försöka kontrollera för dessa så kallade hälsoselektionsproblem.

Den första ansatsen är att i den statistiska analysen försöka kontrollera för alla de riskfaktorer som skiljer sig åt mellan arbetstagare som blir arbetslösa eller uppsagda och de som kan behålla sina jobb. För detta krävs således detaljerad information om de faktorer som kan tänkas påverka risken för både arbetslöshet, eller en jobbseparation, och framtida hälsoproblem. Ett bra exempel på en studie som använder denna strategi är Lundin m.fl. (2010). De studerar samtliga svenska män som genomgick mönstring inför värnplikten 1969.⁶ För denna grupp har de tillgång till information om sociala omständigheter i barndomen, förekomst av psykiatrisk diagnos, riskanvändande av alkohol, tobaksanvändning, bristande känslomässig kontroll och kontakt med polisen eller de sociala myndigheterna, förekomst av slutenvård med en psykiatrisk diagnos, samt utbildningsnivå, socioekonomisk ställning, inkomst och sjuk-

⁶ I analysen begränsar de urvalet till dem som också var sysselsatta 1990-91 och inte erhöll varken förtidspension 1990-91 eller arbetslöshetsersättning 1990-1991.

frånvaro. Efter att ha kontrollerat för alla dessa bakgrundsfaktorer studerar man om arbetslöshet under åren 1992–1994 orsakade en förhöjd risk att avlida under perioden 1995–2003.⁷ Som diskuterades i föregående avsnitt finner de en förhöjd dödlighetsrisk enbart under de fyra första åren (d.v.s. 1995–1998), vilket de förklarar med att antingen så beror hela, eller stora delar, av sambandet mellan arbetslöshet och dödlighet på hälsoselektion, eller så har arbetslöshet bara en kortsiktig påverkan på dödlighet. En annan slutsats av deras studie är att en väsentlig del av sambandet mellan arbetslöshet och dödlighet kan förklaras av bakomliggande observerbara skillnader i hälsorelaterade riskfaktorer.

Avgörande för att den ovan beskrivna ansatsen skall ge trovärdiga resultat är att man har tillgång till information om samtliga riskfaktorer som påverkar sjukligheten och samtidigt påverkar vem som blir arbetslös. I praktiken är det ovanligt att man har så rik data och det är naturligtvis också omöjligt att bevisa att man har tillgång till information om samtliga riskfaktorer.

Ett exempel på en annan strategi för att hantera problemet med hälsoselektion går att finna i studien av Kefee m.fl. (2002). I denna studie undersöker man sjukligheten bland arbetstagarna på två stora köttfabriker i Nya Zeeland av vilka den ena fabriken lades ned. Den stora metodmässiga fördelen med den här typen av studier är att eftersom en hel arbetsplats läggs ned, innebär det också att det inte sker någon (hälso-)selektion av vilka som blir uppsagda från arbetsplatsen. Med andra ord, varken hälsostatus eller hälsorelaterade riskfaktorer kan antas påverka vilka som får lämna sina jobb.⁸ Genom att som en kontrollgrupp använda de anställda på en liknande fabrik, som inte lägger ned produktionen, skapas två grupper som torde vara lika varandra i de flesta avseenden utom just att personerna i den ena gruppen fick lämna sina arbeten. På så sätt kan man identifiera hälsokonsekvenserna av att förlora ett jobb utan att ha tillgång till information om alla hälsorelaterade riskfaktorer.

Det finns dock åtminstone två nackdelar med studier av det här slaget. Den första handlar om i vilken utsträckning resultaten kan generaliseras. I och med

⁷ Det betyder att deras undersökningsdesignen kräver att samtliga i populationen var vid liv i början av 1995. De som till exempel blev arbetslösa 1992 och sedermera avled före 1995 är alltså exkluderade vilket innebär att de kortsiktiga effekterna kan ha underskattats.

⁸ Antagandet om avsaknad av selektion i nedläggningsstudier har dock kritiserats då de anställda i vissa fall, långt i förväg, vet om att arbetsplatsen kommer att läggas ned och att en del då väljer att lämna arbetsplatsen. I så fall finns det en stor risk att de som är kvar när arbetsplatsen stänger för gott är en selekterad grupp av den ursprungliga personalstyrkan. Kefee m.fl. (2002) hanterar dock detta genom att också inkludera samtliga som hade varit anställda på fabriken upp till tio månader före nedläggningen.

att man endast studerar de anställda på en viss arbetsplats (vilket också innebär en viss region och inom en viss bransch) är det inte (utan starka antaganden) möjligt att generalisera resultaten till hela den arbetande befolkningen. Den andra nackdelen har att göra med att man studerar en relativt liten grupp av individer, vilket gör att den statistiska osäkerheten ofta blir hög.

En tredje ansats, som hanterar de ovan beskrivna nackdelarna, används i Browning och Heinesen (2010). I studien använder man danska registerdata för att identifiera samtliga nedläggningar i privat sektor mellan åren 1986 och 2002. På så sätt konstruerar man en studiegrupp bestående av nästan 45 000 personer och en kontrollgrupp bestående av mer än 2,5 miljoner personer med observationer i alla branscher (i den privata sektorn) och regioner. Det stora urvalet gör att man i större utsträckning kan generalisera resultaten, samt att man får resultat med större statistisk säkerhet. Ett kvarstående problem med denna ansats är dock att även om det inte sker någon selektion av vilka som får lämna sina jobb från en given arbetsplats (i och med att samtliga förlorar sina jobb), så är det naturligtvis inte helt slumpmässigt vilka företag som tvingas att lägga ned sin verksamhet. Nedläggningar är till exempel mer vanligt förekommande inom vissa branscher och regioner och bland nystartade företag. Därför krävs det i slutändan ändå att man i analysen explicit kontrollerar åtminstone för en del riskfaktorer och egenskaper som är korrelerade med hälsorelaterade faktorer.

Det ska dock påpekas att även om studier av företags- eller arbetsplatsnedläggningar har vissa metodmässiga fördelar, så är det tveksamt om resultaten från dessa studier kan generaliseras till att gälla även för arbetslöshet. Som vi redan har diskuterat är inte en jobbförlust i samband med en massuppsägning liktydigt med arbetslöshet.

3.6 Sammanfattning

Från de studier som presenterades i översikten ovan så finns det ett antal lärdomar vi kan dra:

- Det finns en överdödlighet både bland dem som har varit, eller är, arbetslösa och bland dem som har blivit av med ett jobb i samband med en neddragning eller arbetsplatsnedläggning.
- Överdödligheten tycks vara koncentrerad till yttre orsaker såsom självmord och trafikolyckor, samt till alkoholrelaterade sjukdomar eller tillstånd.

- Det finns få resultat som tyder på att de som har varit, eller är, arbetslösa eller de som har blivit av med ett jobb i samband med en neddragning, eller arbetsplatsnedläggning, har ett högre totalt slutenvårdsutnyttjande.
- Det finns en förhöjd orsaksspecifik risk för slutenvård till följd av avsiktligt självtillfogade skador, trafikskador, alkoholrelaterade sjukdomar eller tillstånd, samt för psykiska störningar, bland dem som har varit, eller är, arbetslösa eller har blivit av med ett jobb i samband med en neddragning, eller arbetsplatsnedläggning.
- Få resultat tyder på att det finns vare sig en överdödlighet, eller ett ökat behov av slutenvård, för hjärt- och kärlsjukdomar bland dem som har blivit av med ett jobb i samband med en neddragning, eller arbetsplatsnedläggning.
- De negativa hälsokonsekvenserna av arbetslöshet tenderar att vara större än konsekvenserna av att bli av med ett jobb i samband med en neddragning, eller arbetsplatsnedläggning.
- Möjligheten, i nordiska länder, att koppla samman administrativa register innebär att man i stor utsträckning kan hantera metodproblemen förknippade med hälsoselektion.
- Med totalräknad registerdata kan man även identifiera undersökningspopulationer som är tillräckligt stora för att eventuella samband skall uppmätas med liten statistisk osäkerhet.

4 Data och metod

I det här kapitlet beskriver vi det datamaterial och den metod vi använder oss av i våra statistiska analyser. Vi inleder med att beskriva hur vi definierar och identifierar de två studiegrupperna – de som var arbetslösa respektive förlorade ett jobb i samband med en massuppsägning – och kontrollgrupperna. Vi redovisar därefter de hälsoutfall som vi har valt att studera. Därefter beskriver vi den empiriska metod som används. Slutligen presenterar vi deskriptiv statistik för de tre grupperna.

4.1 Val av studie- och kontrollgrupper

Vi har i den här studien valt att under perioden 1992–1998 studera både arbetslöshet och jobbseparationer i samband med massuppsägningar. För varje år i denna period har vi identifierat de som hade en novemberanställning, enligt SCB:s Anställningsregister, på en arbetsplats med minst 50 anställda och

dessutom hade en sammanlagd arbetsinkomst över ett prisbasbelopp det året, och som året innan varken erhöll arbetslöshetsersättning eller förtidspension. Utifrån denna grupp av anställda har vi sen identifierat de två studie- och kontrollgrupperna.

4.1.1 Den första studiegruppen – de arbetslösa

För att identifiera de som blev arbetslösa under perioden 1992–1998 använde vi oss av AMS-registret HÄNDEL. Registret innehåller, för samtliga individer inskrivna vid arbetsförmedlingen, daglig information om bland annat inskrivningstid i öppen arbetslöshet, deltagande i arbetsmarknadspolitiska program och orsaken till att man eventuellt lämnade arbetslösheten.

Vi definierar studiegruppen av arbetslösa som de som någon gång under ett givet år registrerade sig som arbetslösa vid Arbetsförmedlingen.⁹ Vi kommer fortsättningsvis att använda de ”arbetslösa” för att referera till den här studiegruppen.

4.1.2 Den andra studiegruppen – de massuppsagda

Den andra studiegruppen består av de som separerade från sin anställning i samband med att det genomfördes en massuppsägning på arbetsstället.¹⁰ Vi kommer fortsättningsvis att använda de ”massuppsagda” för att referera till den här andra studiegruppen och även ”massuppsagd” i betydelsen att man har separerat från sin anställning i samband med en massuppsägning.

Vi definierar massuppsägningar som de fall där en arbetsplats minskade sin personalstyrka med mer än 30 procent från november ett år till november nästföljande år. Liknande definitioner, liksom begränsningen till arbetsställen med minst 50 anställda, har även tidigare använts i flera andra studier, exempelvis Jacobson m.fl. (1993) och Browning m.fl. (2006), och vi följer således gängse praxis.

I syfte att identifiera vilka arbetsplatser som enligt denna definition genomförde massuppsägningar, och också vilka anställda som samtidigt lämnade arbetsplatsen, använder vi oss återigen av SCB:s Anställningsregister. Varje

⁹ Inskrivnen antingen som heltidsarbetslös, deltidsarbetslös eller i något arbetsmarknadspolitiskt program.

¹⁰ Notera att denna grupp kan innehålla individer som självmant sökte sig till ett nytt arbete och individer som faktiskt blev massuppsagda. Anledningen är att det inte går att identifiera orsaken till varför en individ bytt arbetsplats med hjälp av administrativa register. Det är dock rimligt att anta att den stora majoriteten av dem som separerade från en arbetsplats samtidigt som denna genomförde en massuppsägning de facto blev friställda.

arbetsställe har i registret ett specifikt identitetsnummer som går att följa över tid och som också går att koppla till de som är anställda på arbetsplatsen.

Ett problem med att identifiera massuppsägningar i administrativa register är förknippat med arbetsplatsnedläggningar. En arbetsplatsnedläggning innebär ju per definition att arbetsstället slutar att existera, varför dess identitetsnummer inte heller existerar nästföljande år. Problemet är att bara för att identitetsnumret slutar att existera måste det inte innebära att arbetsplatsen har slutat att existera. Identitetsnumret kan även upphöra vid sammanslagningar av arbetsställen, ägarbyten, eller vid felkodningar, vilket ger upphov till så kallade ”falsa” arbetsplatsnedläggningar. För att hantera detta problem har vi definierat arbetsställen vars identitetsnummer slutat att existera som fortsatt verksamma, förutsatt att minst 50 procent av de anställda i november det sista året identitetsnumret finns i registret var anställda på ett ”annat” arbetsställe i november följande år och där också utgjorde minst 50 procent av personalstyrkan.

4.1.3 Kontrollgrupperna

För att kunna uppmäta eventuella hälsokonsekvenser av att bli massuppsagd eller arbetslös behöver vi en kontrollgrupp att jämföra med.¹¹ Vi har valt en kontrollgrupp bestående av de som precis som studiegrupperna hade en novemberanställning, men däremot inte blev arbetslösa eller massuppsagda under innevarande år. Det betyder att vi inte jämför de massuppsagda och arbetslösa med en kontrollgrupp av personer som aldrig blir massuppsagda eller arbetslösa. Personerna i kontrollgruppen kan ha blivit både uppsagda och arbetslösa längre fram i tiden. Att enbart jämföra med en grupp som förblir i sysselsättning under hela studieperioden skulle innebära att vi väljer en mycket speciell kontrollgrupp, vilket i sin tur skulle innebära att resultaten blir snedvridna (se t.ex., Fredriksson och Johansson 2008).

För att inte riskera att jämföra de friställda med de som blev kvar på arbetsstället efter en massuppsägning har vi också valt att begränsa kontrollgruppen till dem som var anställda på arbetsställen som varken genomförde någon massuppsägning eller några omfattande nyanställningar under detta år.¹² Anledningen är, som vi diskuterade i Avsnitt 2.4, att även de som blir kvar på en

¹¹ I praktiken används två kontrollgrupper. En till de som drabbas av arbetslöshet och en till de som drabbas av massuppsägning.

¹² Det sistnämnda villkoret är definierat så att vi exkluderar individer från kontrollgruppen som är anställda på arbetsplatser som minskar sin arbetsstyrka med mer än 30 procent eller ökar sin arbetsstyrka med mer än 30 procent.

arbetsplats som genomför en omfattande neddragning riskerar att påverkas negativt av denna.

4.2 Vilka hälsoutfall studerar vi?

I våra analyser studerar vi sambanden mellan arbetslöshet respektive massuppsägning och registrerad sjuklighet i form av mortalitet och slutenvårdsutnyttjande. Vi studerar både total mortalitet och orsaksspecifik mortalitet samt totalt- och orsaksspecifikt slutenvårdsutnyttjande.

För att kunna identifiera dödsfall och slutenvårdstillfällen använder vi oss av Patientregistret och Dödsorsaksregistret. Patientregistret omfattar samtliga vårdtillfällen i slutenvård sedan 1987. Från detta register hämtar vi två uppgifter för perioden 1987–2005: inskrivningsdatum och huvuddiagnos. För en utförlig beskrivning av Patientregistret och dess variabelinnehåll hänvisar vi till Socialstyrelsen (2009).

Dödsorsaksregistret omfattar samtliga avlidna personer som vid tidpunkten för dödsfallet var folkbokförda i Sverige. Från detta register hämtar vi för perioden 1992–2005 också två uppgifter: dödsdatum och underliggande dödsorsak. Den underliggande dödsorsaken är enligt WHO ”(a) den sjukdom eller skadeorsak som inledde den kedja av sjukdomshändelser som direkt ledde till döden eller (b) de omständigheter vid olyckan eller våldshandlingen som framkallade den dödliga skadan”. För en utförlig beskrivning av Dödsorsaksregistret och dess variabelinnehåll hänvisar vi till Socialstyrelsen (2008).

Eftersom vi definierar våra studiegrupper utifrån arbetslöshet och massuppsägningar fram till och med 1998, och vi har tillgång till samtliga slutenvårdstillfällen och dödsfall fram till och med 2005, begränsas vår uppföljningsperiod till åtta år. Vi har valt att dela in denna åttaårsperiod i två lika långa perioder: 1–4 år (”kort sikt”) och 5–8 år (”lång sikt”).

Total och orsaksspecifik dödlighet kommer att mätas som andelen (i procent) avlidna totalt eller med en specifik dödsorsak under dessa två perioder i respektive grupp. Dessa andelar kallar vi fortsättningsvis risktal. När det gäller slutenvårdsutnyttjande finns det flera alternativa utfallsmått såsom totalt antal dagar i slutenvård, antal slutenvårdstillfällen, men vi har valt ett mått som är jämförbart med det för dödlighet: andelen med minst ett slutenvårdstillfälle (alternativt med en viss diagnos) under dessa två perioder.^{13 14}

¹³ I det senare fallet mäter vi sannolikheten att få en inläggning inom 5–8 år givet att man inte hade någon inläggning under de första 4 åren.

¹⁴ Slutenvård i samband med förlossning är exkluderad.

Förutom total dödlighet och totalt slutenvårdsutnyttjande, så har vi även valt att särskilt studera ett antal diagnoskategorier. Dessa är cancer (särskilt rökningssjukdomar), hjärt- och kärlsjukdomar (särskilt ischemiska hjärtsjukdomar och sjukdomar i hjärnans kärl), psykiska störningar, yttre skador (särskilt självtillfogade skador och trafikskador), samt alkoholrelaterade sjukdomar och tillstånd.^{15 16} Vi har valt dessa diagnoskategorier utifrån två kriterier, dels skall de vara vanligt förekommande dödsorsaker eller orsaker till slutenvård, dels skall det vara diagnoser för vilka arbetslöshet och massuppsägning kan förväntas vara riskfaktorer.

Att som här studera registrerad sjuklighet, till skillnad från exempelvis självrapporterad ohälsa, har både för- och nackdelar. En uppenbar fördel är att registrerad sjuklighet ofta finns tillgängligt i register som omfattar hela befolkningen. Det innebär att undersökningspopulationerna kan bli tillräckligt stora för att mäta eventuella effekter med liten statistisk osäkerhet. Till skillnad från intervju- och enkätstudier, så är dessutom bortfallet minimalt och uppgifterna kan antas vara mer eller mindre felfria. En nackdel är dock att man endast har tillgång till hälsouppgifter för den del av populationen som har så pass allvarliga hälsoproblem att de kräver slutenvård eller resulterar i dödsfall. Därför kan man inte dra slutsatsen att arbetslöshet inte har några hälsokonsekvenser även om man inte skulle finna något samband mellan arbetslöshet och dödlighet eller slutenvårdsutnyttjande. Exempelvis kan det vara så att de som blir arbetslösa i större utsträckning än icke arbetslösa drabbas av nervösa eller depressiva besvär på grund av den situation de har hamnat i. Sådana besvär resulterar dock i de flesta fall inte i slutenvård eller i dödsfall.

4.3 Metod

I Avsnitt 2.2 konstaterade vi att en förutsättning för att en uppmätt skillnad i sjuklighet mellan studie- och kontrollgrupp skall kunna tolkas i termer av ett orsakssamband fordras att de båda grupperna är identiska med avseende på samtliga riskfaktorer, och egenskaper som är korrelerade med riskfaktorer, för sjuklighet eller att man med statistiska metoder kan kontrollera för skillnaderna. Det finns dock skäl att tro att arbetslösa/massuppsagda skiljer sig ifrån

¹⁵ ICD-koderna för de diagnoser som är inkluderade i varje kategori återfinns i Appendix B. För perioderna 1987–1996 och 1997–2005 motsvarar dessa WHO:s nionde (ICD9) och tionde revision (ICD10). Vi har tagit hänsyn till att Region Skåne inte övergick till ICD10 förrän 1998.

¹⁶ Kategorin med psykiska störningar inkluderar alkoholberoende, -missbruk, och -psykoser, varför det finns ett överlapp med kategorin bestående av alkoholrelaterade sjukdomar och tillstånd.

anställda i stort med avseende på riskfaktorer för sjuklighet. Vår presentation av bakgrundsdata i Kapitel 5 visar också att så är fallet. Det föreligger alltså ett så kallat selektionsproblem, vilket kan leda till att de uppmätta effekterna blir snedvridna om man inte med statistiska metoder justerar för det.

För att hantera selektionsproblemet har vi valt att använda oss av en så kallad matchningsestimator. Denna metod innebär att vi för varje individ i studiegrupperna väljer ut, eller "matchar", en individ ur kontrollgruppen med samma, eller åtminstone nästintill samma, egenskaper eller riskfaktorer. I praktiken kommer vi att använda oss av så kallad *propensity score*-matchning, vilket i korthet innebär att man istället för att matcha exakt på alla enskilda variabler matchar på den så kallade *propensity score*,¹⁷ som här är den skattade sannolikheten att en individ blir arbetslös alternativt massuppsagd, givet dennes bakomliggande observerbara egenskaper. Vi genomför matchningen separat för kvinnor och män och också separat för varje år under perioden 1992–1998. De sju kohorterna slås därefter samman. På så sätt konstrueras för båda studiegrupperna (och för män och kvinnor separat) en kontrollgrupp som är i det närmaste identisk med avseende på de bakomliggande egenskaper eller riskfaktorer som vi kan observera.

Efter att ha konstruerat dessa kontrollgrupper, kan vi skatta effekterna av att bli arbetslös respektive massuppsagd på våra mått av sjuklighet. För att ge en rättvisande beskrivning av de skattade effekterna kommer vi både att presentera resultaten i termer av riskdifferenser (RD) och riskkvoter eller relativa risker (RR). Riskdifferensen utgör skillnaden i risktal mellan studie- och kontrollgruppen, medan riskkvoten utgör kvoten mellan samma risktal. För att ta ett exempel: Antag att risktalet för slutenvård är 18,5 procent i studiegruppen och 16,8 procent i kontrollgruppen. Då är $RD=18,5-16,8=1,7$, medan $RR=18,5/16,8 \approx 1,10$. Riskdifferensen säger att risken att behöva slutenvård är 1,7 procentenheter högre för studiegruppen, medan riskkvoten säger att risken är 1,10 gånger så stor, eller 10 procent större, i studiegruppen. Om det inte fanns någon skillnad i slutenvårdsutnyttjande mellan grupperna skulle alltså RD vara lika med noll, medan RR skulle vara lika med ett.

4.4 Riskfaktorer

I vilken utsträckning som matchningsmetoden i föregående avsnitt är tillräckligt för att ett uppmätt samband ska kunna tolkas som ett orsakssamband är

¹⁷ Se exempelvis Rosenbaum och Rubin (1983) för en närmare beskrivning och motivering av denna metod.

avhängigt i vilken utsträckning man i data har tillgång till all relevant bakgrundsinformation. Vi har här tillgång till mycket detaljerad bakgrundsinformation för samtliga personer upp till fem år före urvalsåret, hämtad från tre olika register och en databas (som i sin tur består av uppgifter från ett antal olika register): SCB:s Anställningsregister, Patientregistret, Försäkringskassans register, samt LOUISE-databasen.

Dessa register ger oss information om en mängd faktorer som vi har använt av oss i matchningsproceduren. Från SCB:s Anställningsregister och LOUISE-databasen har vi inhämtat uppgifter om personernas ålder, om de är födda i Sverige, om de är gifta, om de har barn i åldern 0–6 år respektive 7–17 år, bostadslän, utbildningsnivå (7 nivåer), tidigare årsinkomst (2–5 år före urvalsåret), antalet anställningsår, anställningssektor (tvåsiffernivå) och antalet anställda på arbetsplatsen. Från patientregistret har vi inhämtat uppgifter om tidigare slutenvårdstillfällen: både totalt antal slutenvårdstillfällen och de som avser någon av de utfallsdiagnoser som diskuterades i Avsnitt 4.2. Från Försäkringskassans register har vi även inhämtat årlig information om långtidssjuk-skrivningar (sjukskrivning längre än 14 dagar).¹⁸

4.5 Metodologiska överväganden

Innan vi presenterar våra resultat avslutar vi detta kapitel med en diskussion av tre metodologiska överväganden som bör tas i åtanke vid tolkningen av resultaten.

Falskt positiva samband och multipla sambandsanalyser – Vi har tidigare i rapporten konstaterat att en del resultat från tidigare studier har varit ”statistiskt säkerställda”. Med detta har vi då avsett att de är statistiskt säkerställda, eller statistiskt signifikanta, på 5-procentsnivån. Det innebär att det är högst fem procents risk att det uppmätta sambandet är genererat av slumpen, d.v.s. att det är ett falskt positivt samband. Problemet med slumpmässiga samband blir dock större ju fler sambandsanalyser man gör. Om man genomför många sambandsanalyser ökar sannolikheten att man hittar åtminstone ett statistiskt signifikant samband. I den här rapporten genomför vi ett stort antal analyser och vi kommer därför att vara försiktiga med att överdriva betydelsen av enstaka statistiskt signifikanta samband.

”Harvesting eller dynamisk selektion” – Ett annat problem uppstår när vi vill tolka resultaten för sambanden mellan arbetslöshet respektive massuppsäg-

¹⁸ Lundin m.fl. (2010) fann att tidigare sjukfrånvaro var den bakgrundsfaktor som förklarade mest av skillnaden mellan arbetslösa och anställdas risk för förtida död.

ning och sjuklighet i den andra uppföljningsperioden (5–8 år efter uppsägning-
en respektive perioden av arbetslöshet). Säg att arbetslöshet skulle resultera i en
överdödlighet (i den första perioden) enbart bland personer som ändå skulle ha
avlidit i den andra perioden. I litteraturen har detta kallats ”harvesting” eller
”skördande”.¹⁹ Problemet är att vi då kommer uppmäta en lägre dödlighet
bland de arbetslösa i den andra perioden trots att arbetslöshet inte har någon
egentlig effekt, varken positiv eller negativ, i denna period. Detta problem bör
man ha i åtanke vid tolkning av de långsiktiga effekterna på dödlighet och
slutenvårdsutnyttjande som presenteras i Kapitel 7–9.

Konkurrerande dödsorsaker – Ett tredje problem hänger ihop med så kalla-
de konkurrerande dödsorsaker. Vid studier av orsaksspecifik dödlighet uppstår
problemet om en del personer löper en större risk att komma att dö av flera
sjukdomar (så kallad samsjuklighet). Ett alkoholmissbruk till exempel, ökar
risken att dö både i direkt alkoholrelaterade sjukdomar, men även i cancer,
hjärt- och kärlsjukdomar och olyckor. Eftersom en person som avlider av en
orsak inte senare kan avlida av en annan orsak, kan detta innebära att resultaten
för vissa dödsorsaker blir snedvridna. Detta problem bör man därför ha i åtanke
när man tolkar effekterna för specifika diagnostyper i Kapitel 8.

5 Vilka blev massuppsagda och arbetslösa?

I det här kapitlet presenterar vi bakgrundsdata för våra studie- och kontroll-
grupper. Vi presenterar dels statistik på hur många som faktiskt drabbades av
arbetslöshet och massuppsägning under studieperioden, dels hur dessa grupper
skiljer sig åt med avseende på bakgrundsegenskaper och riskfaktorer.

Vi börjar med att i Tabell 1 presentera hur stor andel som drabbades av ar-
betslöshet respektive av massuppsägning under åren 1992–1998. Som förväntat
finns det betydande skillnader mellan de djupa krisåren 1992–1994 och senare
år. Av dem som exempelvis hade en varaktig anställning i slutet av 1991 drab-
bades 6,1 procent av kvinnorna och 6,2 procent av männen av arbetslöshet
under 1992 och 7,6 respektive 6,4 procent blev massuppsagda. Det kan jämfö-
ras med 1998 då 4,2 procent av kvinnorna och 3,1 procent av männen blev
arbetslösa och 2,8 respektive 2,7 procent blev massuppsagda.

¹⁹ Detta är ett problem som har diskuterats främst i studier av effekter av värmeböljor, och
tillfälligt förhöjda nivåer av luftföroreningar, på dödlighet.

Tabell 1 Andelen i procent som blev massuppsagd respektive arbetslös under åren 1992–1998

| År | Massuppsagda | | Arbetslösa | |
|-------------------|--------------|-----------|------------|-----------|
| | Män | Kvinnor | Män | Kvinnor |
| 1992 | 6,4 | 7,6 | 6,2 | 6,1 |
| 1993 | 4,8 | 3,5 | 7,0 | 7,1 |
| 1994 | 3,8 | 3,6 | 4,6 | 5,7 |
| 1995 | 3,2 | 3,4 | 3,2 | 4,6 |
| 1996 | 3,5 | 3,7 | 3,0 | 4,4 |
| 1997 | 3,5 | 2,9 | 3,2 | 4,6 |
| 1998 | 2,7 | 2,8 | 3,1 | 4,2 |
| <i>Antal obs.</i> | 5 834 111 | 5 443 915 | 5 834 111 | 5 443 915 |

Tabell 2 redovisar andelen (i procent) av de massuppsagda som samma år registrerade sig som arbetslösa vid arbetsförmedlingen. Endast en minoritet av de massuppsagda övergick till arbetslöshet. Som mest blev 26,7 procent av de massuppsagda männen och 20,3 procent av kvinnorna arbetslösa. Detta inträffade under krisåret 1992. För perioden 1995–1998, däremot, var motsvarande andel endast mellan 9 och 13 procent för både kvinnor och män.

Tabell 2. Andelen massuppsagda som även blev arbetslösa under åren 1992–1998

| År | Män | Kvinnor |
|-------------------|---------|---------|
| 1992 | 21,8 | 13,0 |
| 1993 | 26,7 | 20,3 |
| 1994 | 19,1 | 16,1 |
| 1995 | 11,5 | 10,5 |
| 1996 | 10,6 | 11,0 |
| 1997 | 9,2 | 11,0 |
| 1998 | 12,8 | 12,8 |
| <i>Antal obs.</i> | 237 494 | 219 817 |

Vi övergår nu till att beskriva hur de två studiegrupperna av arbetslösa och massuppsagda, samt kontrollgruppen, skiljer sig åt med avseende på bakgrundsegenskaper och riskfaktorer. Bakgrundsstatistik för demografiska och socioekonomiska variabler presenteras i Tabell 3, medan statistik över de hälsorelaterade variablerna presenteras i Tabell 4 och Tabell 5. All statistik avser studie- och kontrollgrupperna före matchningen. Till skillnad från Tabell 1 och Tabell 2, gör vi nu ingen uppdelning på kvinnor och män inom respektive grupp och vi har dessutom slagit ihop de sju kohorterna (1992–1998) på samma sätt som vi kommer att göra i resten av den fortsatta empiriska analysen.

Tabell 3 Deskriptiv statistik för de två studiegrupperna av arbetslösa respektive massuppsagda och för kontrollgruppen med avseende på sociodemografiska och socioekonomiska variabler

| | Studiegrupper | | |
|----------------------------------|---------------|---------------------|--------------------|
| | Arbetslösa | Massupp- sägning | Kontroll- grupp |
| Män (%) | 45,42 | 51,93 | 51,93 |
| Ålder (år) | 35,15 | 41,47 | 42,95 |
| Har barn i åldern | | | |
| 0–6 år (%) | 27,29 | 29,02 | 29,15 |
| 7–17 år (%) | 37,39 | 42,98 | 46,69 |
| Utlandsfödd (%) | 13,32 | 11,35 | 10,53 |
| Gift (%) | 33,49 | 50,30 | 54,71 |
| Utbildningsnivå | | | |
| Förgymnasial (%) | 19,74 | 19,12 | 20,28 |
| Gymnasial (%) | 58,00 | 50,96 | 46,17 |
| Högskoleutbildning (%) | 21,53 | 29,47 | 33,26 |
| Anställningssektor | | | |
| Offentlig sektor (%) | 39,28 | 37,58 | 41,07 |
| Tillverkningsindustri (%) | 25,78 | 18,42 | 30,54 |
| Övrig privat sektor (%) | 34,95 | 44,01 | 28,39 |
| Arbetsinkomst | | | |
| 2 år tidigare (SEK) | 117 011 | 171 519 | 183 368 |
| 3 år tidigare (SEK) | 101 215 | 155 730 | 168 558 |
| 4 år tidigare (SEK) | 88 012 | 141 087 | 154 352 |
| 5 år tidigare (SEK) | 77 399 | 127 775 | 141 059 |
| Anställningstid | | | |
| 1 år | 26,46 | 22,75 | 9,51 |
| 2 år | 16,37 | 14,52 | 8,58 |
| 3 år | 12,96 | 11,04 | 8,41 |
| 4 år | 9,65 | 8,61 | 7,74 |
| 5 år | 7,32 | 7,32 | 7,43 |
| 6 år | 6,43 | 7,51 | 8,63 |
| 7 år eller längre | 20,81 | 28,26 | 49,70 |
| Antal anställda på arbetsplatsen | 687 | 407 | 870 |

Tabell 3 visar tydligt att det föreligger demografiska och socioekonomiska skillnader mellan våra tre grupper. Den genomsnittliga åldern är lägre i båda studiegrupperna, men framförallt bland de arbetslösa. En lägre andel av de arbetslösa är män, gifta, eller har barn, medan en något högre andel är födda utomlands.

Tabell 3 visar också att andelen med förgymnasial utbildning inte skiljer sig åt mellan de tre grupperna. Däremot är det tydligt att individer med högskoleutbildning är underrepresenterade i båda studiegrupperna, och då framförallt bland de arbetslösa. Det kan vidare noteras att omkring 40 procent, i samtliga

grupper, hade en anställning i offentlig sektor.²⁰ Däremot var andelen som var anställda inom tillverkningsindustri lägre i de båda studiegrupperna och väsentligt lägre bland de massuppsagda. Både de arbetslösa och de massuppsagda hade dessutom i mycket större utsträckning varit relativt kort tid på arbetsplatsen. Mer än dubbelt så många, jämfört med kontrollgruppen hade inte mer än ett års anställningstid, medan bara ungefär hälften så många hade mer än sju års anställningstid på samma arbetsplats.

Vad gäller tidigare arbetsinkomst så är skillnaden mellan de arbetslösa och kontrollgruppen betydande. Under de fyra åren före de blev arbetslösa var de arbetslösas inkomst endast 60 procent av den genomsnittliga inkomsten i kontrollgruppen under samma tidsperiod. Även om de massuppsagda också hade något lägre arbetsinkomst än kontrollgruppen, så var den inte under något år mindre än 90 procent av den i kontrollgruppen.

I Tabell 4 och Tabell 5 redovisar vi motsvarande deskriptiv statistik för tidigare registrerad ohälsa. Som diskuterades i Avsnitt 2.2 så finns det anledning att tro att ett samband mellan arbetslöshet/massuppsägning och sjuklighet inte enbart speglar ett orsakssamband utan att det även finns en selektionseffekt, där anställda med manifesta eller latenta hälsoproblem är de som också har en större risk att framförallt bli arbetslösa. En jämförelse av andelen med en tidigare långtidssjukrivning eller slutenvårdstillfälle ger en viss indikation om att så är fallet också för vår undersökningspopulation även om skillnaderna mellan grupperna inte är speciellt stora. Den genomsnittliga andelen arbetslösa, massuppsagda och arbetande med minst ett tidigare slutenvårdstillfälle är till exempel 5,8, 5,4, respektive 5,3 procent. Tabell 5 visar också att en högre andel av de arbetslösa och massuppsagda har varit inlagda för vård med en psykisk störning, alkoholrelaterad sjukdom eller tillstånd, eller yttre skada (inklusive både självtillfogade skador och trafikskador) som huvuddiagnos. Skillnaderna är särskilt påfallande då man jämför kontrollgruppen med gruppen av arbetslösa.

När det gäller andelen som har varit inlagda för vård med cancer eller hjärt- eller kärlsjukdom som huvuddiagnos, är skillnaden mellan de massuppsagda och kontrollgruppen obetydlig. Däremot så har de arbetslösa i klart lägre utsträckning vårdats för dessa sjukdomar. Denna skillnad kan dock antagligen i stor utsträckning förklaras av att de arbetslösa i genomsnitt är nästan åtta år yngre.

²⁰ Offentlig sektor motsvaras i denna indelning av vård, skola och omsorg samt offentlig förvaltning. I matchningen har vi dock använt indelningen i SNI92 på tvåsiffernivå.

Tabell 4. Deskriptiv statistik för de två studiegrupperna av arbetslösa respektive massuppsagda och för kontrollgruppen med avseende på registrerad sjuklighet i form av långtidssjukskrivning och slutenvårdsutnyttjande

| | Studiegrupper | | |
|---|---------------|--------------|---------------|
| | Arbetslösa | Massuppsagda | Kontrollgrupp |
| Förekomst av långtidssjukskrivning | | | |
| 2 år tidigare (%) | 16,01 | 15,25 | 13,39 |
| 3 år tidigare (%) | 16,38 | 15,93 | 14,29 |
| 4 år tidigare (%) | 16,32 | 16,43 | 14,94 |
| 5 år tidigare (%) | 16,03 | 16,58 | 15,47 |
| Förekomst av slutenvård | | | |
| 2 år tidigare (%) | 5,97 | 5,55 | 5,42 |
| 3 år tidigare (%) | 5,87 | 5,48 | 5,37 |
| 4 år tidigare (%) | 5,81 | 5,34 | 5,31 |
| 5 år tidigare (%) | 5,73 | 5,36 | 5,29 |
| Antal slutenvårdstillfällen | | | |
| 2 år tidigare | 0,08 | 0,07 | 0,07 |
| 3 år tidigare | 0,08 | 0,07 | 0,07 |
| 4 år tidigare | 0,08 | 0,07 | 0,07 |
| 5 år tidigare | 0,07 | 0,07 | 0,07 |
| Slutenvård för cancer | | | |
| 2 år tidigare (%) | 0,31 | 0,44 | 0,45 |
| 3 år tidigare (%) | 0,29 | 0,39 | 0,42 |
| 4 år tidigare (%) | 0,27 | 0,37 | 0,39 |
| 5 år tidigare (%) | 0,27 | 0,35 | 0,38 |
| Slutenvård för rönksrelaterad cancer | | | |
| 2 år tidigare (%) | 0,01 | 0,03 | 0,03 |
| 3 år tidigare (%) | 0,01 | 0,02 | 0,02 |
| 4 år tidigare (%) | 0,01 | 0,02 | 0,02 |
| 5 år tidigare (%) | 0,01 | 0,02 | 0,02 |
| Slutenvård för hjärt- eller kärlsjukdom | | | |
| 2 år tidigare (%) | 0,36 | 0,52 | 0,53 |
| 3 år tidigare (%) | 0,32 | 0,46 | 0,48 |
| 4 år tidigare (%) | 0,29 | 0,40 | 0,43 |
| 5 år tidigare (%) | 0,26 | 0,36 | 0,39 |
| Slutenvård för iscemisk hjärtsjukdom | | | |
| 2 år tidigare (%) | 0,09 | 0,16 | 0,16 |
| 3 år tidigare (%) | 0,07 | 0,13 | 0,14 |
| 4 år tidigare (%) | 0,06 | 0,10 | 0,11 |
| 5 år tidigare (%) | 0,05 | 0,09 | 0,09 |
| Slutenvård för sjukdom i hjärnans kärl | | | |
| 2 år tidigare (%) | 0,03 | 0,05 | 0,05 |
| 3 år tidigare (%) | 0,03 | 0,05 | 0,04 |
| 4 år tidigare (%) | 0,02 | 0,03 | 0,04 |
| 5 år tidigare (%) | 0,02 | 0,03 | 0,03 |

Tabell 5 Deskriptiv statistik för de två studiegrupperna av arbetslösa respektive massuppsagda och för kontrollgruppen med avseende på registrerad sjuklighet i form av långtidssjukskrivning och slutenvårdsutnyttjande

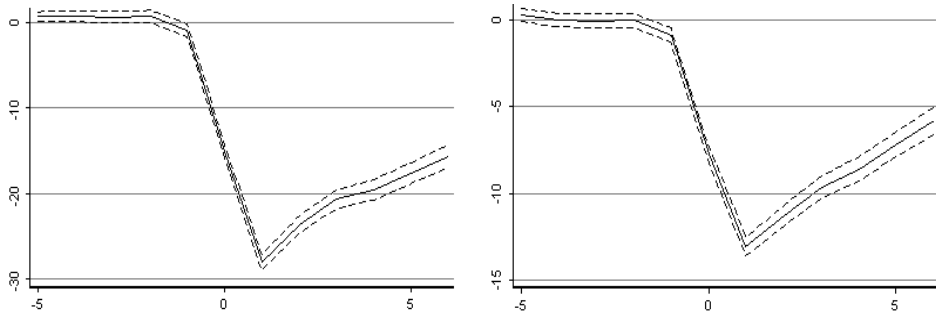
| | Studiegrupper | | Kontroll- grupp |
|---|---------------|-------------------|--------------------|
| | Arbetslösa | Mass- uppsagda | |
| Slutenvård för psykisk störning | | | |
| 2 år tidigare (%) | 0,52 | 0,35 | 0,29 |
| 3 år tidigare (%) | 0,51 | 0,37 | 0,29 |
| 4 år tidigare (%) | 0,50 | 0,35 | 0,29 |
| 5 år tidigare (%) | 0,48 | 0,35 | 0,29 |
| Slutenvård för alkoholrelaterad diagnos | | | |
| 2 år tidigare (%) | 0,17 | 0,11 | 0,08 |
| 3 år tidigare (%) | 0,17 | 0,11 | 0,08 |
| 4 år tidigare (%) | 0,15 | 0,11 | 0,08 |
| 5 år tidigare (%) | 0,15 | 0,11 | 0,08 |
| Slutenvård för yttre skada | | | |
| 2 år tidigare (%) | 0,95 | 0,72 | 0,67 |
| 3 år tidigare (%) | 0,92 | 0,72 | 0,66 |
| 4 år tidigare (%) | 0,91 | 0,72 | 0,66 |
| 5 år tidigare (%) | 0,92 | 0,70 | 0,66 |
| Slutenvård för självtillfogad skada | | | |
| 2 år tidigare (%) | 0,12 | 0,06 | 0,05 |
| 3 år tidigare (%) | 0,12 | 0,07 | 0,05 |
| 4 år tidigare (%) | 0,12 | 0,06 | 0,05 |
| 5 år tidigare (%) | 0,10 | 0,06 | 0,05 |
| Slutenvård för trafikskada | | | |
| 2 år tidigare (%) | 0,18 | 0,12 | 0,11 |
| 3 år tidigare (%) | 0,20 | 0,13 | 0,12 |
| 4 år tidigare (%) | 0,20 | 0,13 | 0,12 |
| 5 år tidigare (%) | 0,22 | 0,13 | 0,12 |

Sammanfattningsvis står det klart att det finns betydande demografiska och socioekonomiska skillnader mellan de tre grupperna. Framförallt är det gruppen av arbetslösa som skiljer sig från de två andra grupperna. Det föreligger även skillnader med avseende på tidigare registrerad ohälsa, men dessa skillnader indikerar inte entydigt att arbetslösa och massuppsagda redan tidigare hade fler hälsoproblem, utan snarast att det finns viktiga skillnader i hälsoproblemens karaktär.

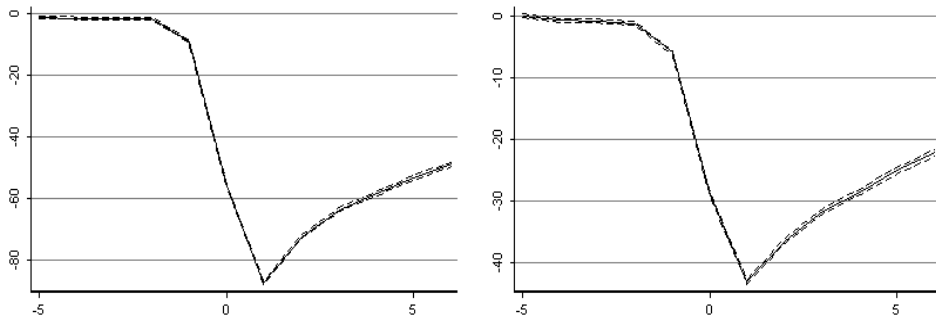
6 Massuppsägningar och arbetslöshet hade stora inkomsteffekter

Innan vi presenterar resultaten från vår analys av hälsokonsekvenserna av massuppsägningar och arbetslöshet, så kommer vi i det här kapitlet att belysa de ekonomiska konsekvenserna. Både arbetslöshet och massuppsägning kan innebära betydande ekonomiska förluster för de drabbade, vilket i sin tur kan öka risken för ohälsa. Ett stort antal studier har också påvisat ett positivt samband mellan inkomst och ohälsa (se t.ex. van Doorslaer m.fl. 1997; Marmot 1999; Smith 1999; Machenbach m.fl. 2002), vilket skulle kunna tala för en sådan ökad risk. Som vi beskrev i Avsnitt 2.1, finns det dock även andra tänkbara mekanismer som kan ge upphov till sambanden mellan arbetslöshet, massuppsägningar och ohälsa.

Figur 1. Skattad effekt av massuppsägning på årsarbetsinkomst, för män (vänster) och kvinnor (höger), i 1000-tals SEK, med 95-procentiga konfidensintervall, från 5 år före massuppsägningen till sju år efter



Figur 2. Skattad effekt av arbetslöshet på årsarbetsinkomst, för män (vänster) och kvinnor (höger), i 1000-tals SEK, med 95-procentiga konfidensintervall, från 5 år före arbetslösheten till sju år efter



Effekterna på årlig arbetsinkomst åskådliggörs i Figur 1 och Figur 2 för en period av fem år före urvalsåret och sex år efter urvalsåret. I figurerna representerar således år noll det år under vilket individerna i studiegrupperna blev massuppsagda respektive arbetslösa. Dessa effekter ska tolkas som skillnaderna i genomsnittlig årsarbetsinkomst mellan studiegrupp och respektive kontrollgrupp. Från Figur 1 och Figur 2 är det tydligt att arbetsinkomsten faller kraftigt i samband med framförallt arbetslöshet, men även i samband med en massuppsägning. Kvinnor som blir massuppsagda förlorar i genomsnitt cirka 13 000 kronor i arbetsinkomst året efter massuppsägningen, medan motsvarande siffra för män är cirka 28 000 kronor. Efter att blivit arbetslös är fallet i arbetsinkomst ännu större. Ett år efter registrering som arbetslös hos Arbetsförmedlingen är skillnaden i genomsnitt cirka 40 000 för kvinnor och cirka 80 000 kronor för män jämfört med dem som inte blev arbetslösa.

Figuren visar också på betydande långsiktiga effekter, framförallt bland de arbetslösa. Den genomsnittliga förlusten av arbetsinkomst är sex år efter massuppsägning fortfarande cirka 17 000 för män och 6 000 kronor för kvinnor. Sex år efter registrering som arbetslös hos Arbetsförmedlingen är motsvarande siffror hela 49 000, respektive 22 000 kronor.

7 Hur påverkade massuppsägningar och arbetslöshet mortalitet och slutenvårdsutnyttjande?

Vi övergår nu till huvuddelen av rapporten där vi kommer att redovisa effekterna av massuppsägning och arbetslöshet på registrerad sjuklighet i form av dödlighet och slutenvårdsutnyttjande. Vi inleder med att presentera effekterna på total dödlighet och totalt slutenvårdsutnyttjande.

7.1 Total mortalitet

I Tabell 6 redovisar vi effekterna av massuppsägning och arbetslöshet på total dödlighet, uppdelat på män och kvinnor och de två tidsperioderna (1–4 och 5–8 år). Tabellen visar att massuppsägning leder till en ökad risk för förtida död på både kort och lång sikt för män. De första fyra åren efter massuppsägningen är överdödligheten 18 procent, men minskar därefter till 8 procent under de kommande fyra åren. Riskdifferensen på 0,15 respektive 0,09 innebär att per

10 000 massuppsagda män, så gick 15 respektive nio män en förtida död till mötes som en följd av att de blev massuppsagda.

För kvinnor som blev massuppsagda finner vi också en överdödlighet, om än mindre än för män och inte heller statistiskt säkerställd. Den kortsiktiga överdödligheten är 6 procent, medan överdödligheten på längre sikt är 5 procent. Eftersom dödligheten i arbetsför ålder generellt sett är lägre för kvinnor än för män, är effekterna för kvinnor i absoluta termer ännu mindre. Per 10 000 massuppsagda kvinnor, så kommer endast tre respektive fyra kvinnor att gå en förtida död till mötes som en följd av att de blev massuppsagda.

Tabell 6. Skattad effekt av massuppsägning respektive arbetslöshet på dödlighet. Effekten uttrycks som både riskdifferens (RD) och relativ risk (RR) uppdelat på män och kvinnor och två fyraårsperioder

| | Män | | | | Kvinnor | | | |
|----------------|--------|---------|--------|---------|---------|---------|--------|------|
| | 0–4 år | | 5–8 år | | 0–4 år | | 5–8 år | |
| | RD | RR | RD | RR | RD | RR | RD | RR |
| Massuppsägning | 0,15 | 1,18*** | 0,09 | 1,08*** | 0,03 | 1,06 | 0,04 | 1,05 |
| Arbetslöshet | 0,03 | 1,04 | 0,07 | 1,06** | -0,05 | 0,88*** | -0,00 | 1,00 |

***, **, och * indikerar statistisk signifikans på 1-, 5-, respektive 10-procentsnivån.

Tabell 6 visar också en överdödlighet för män som drabbas av arbetslöshet. Effekten är dock mindre jämfört med den vi fann för massuppsägning, både på kort och på lång sikt. På kort sikt ökar risken för förtida död endast med 4 procent och på längre sikt med 6 procent. Den kortsiktiga effekten är inte heller statistiskt säkerställd. För kvinnor är effekten den motsatta. Arbetslöshet tycks, åtminstone på kort sikt, minska risken för förtida död. Under den första fyraårsperioden är dödligheten bland arbetslösa kvinnor 12 procent lägre. I absoluta termer motsvarar detta dock bara 5 dödsfall per 10 000 massuppsagda kvinnor.

Våra resultat för massuppsägning är i linje med ett flertal tidigare studier (se t.ex. Kefee m.fl. 2002; Eliason och Storrie 2009; Browning och Heinesen 2010). Samtliga tre studier fokuserade dock enbart på massuppsägningar i samband med arbetsplatsnedläggningar. Bara en av studierna (Eliason och Storrie 2009b) har särredovisat resultaten för män och kvinnor och fann en överdödlighet för män, under de första fyra åren efter massuppsägningen, som var något högre än den vi finner här, men däremot inte någon statistisk säkerställd effekt för kvinnor.

Våra resultat för arbetslöshet står däremot i stark kontrast till ett flertal tidigare studier som har funnit betydligt starkare samband mellan arbetslöshet och mortalitet (se t.ex. Åhs och Westerling 2006; Martikainen m.fl. 2007; Lundin

m.fl. 2010). De flesta studier har dock varit begränsade till sambandet mellan arbetslöshet av längre varaktighet och mortalitet och få har särredovisat resultaten för män och kvinnor.

Även om de flesta tidigare studier har fokuserat på mäns massuppsägningar och arbetslöshet, eller inte har särredovisat eventuella skillnader mellan män och kvinnor, så tyder de få resultat som finns att tillgå på att de negativa effekterna på risken för förtida död är större för män än för kvinnor (se te.x. Martikainen m.fl. 2007; Eliason och Storrie 2009b). Det finns ett antal tänkbara förklaringar till att hälsokonsekvenserna skulle vara värre för män. En traditionell förklaring hänger ihop med skillnader i könsroller där mannen har en större försörjningsbörda och också värderar arbete högre, medan kvinnan har ett större ansvar för familj och hem (Isaksson m.fl. 2004). Oavsett rollfördelning, så innebär dock mäns arbetslöshet, som vi visade i början av Kapitel 6, ett i genomsnitt större inkomstbortfall, dels på grund av löneskillnader mellan män och kvinnor, dels på grund av att kvinnor i större utsträckning arbetar deltid. En annan förklaring kan vara skillnader i hur män och kvinnor hanterar negativa livs- eller vardagshändelser, d.v.s. skillnader i så kallat coping-beteende. Litteraturen på området har visat att män, oftare än kvinnor, uppvisar destruktiva coping-beteenden såsom ökad alkoholkonsumtion, i samband med negativa livshändelser (Tamres m.fl. 2002). En ytterligare förklaring, som är specifik för den tidsperiod vi studerar, är den ökade ohälsan bland arbetande kvinnor under 1990-talet (Hammarström och Hensing 2008). Denna har förklarats med, bland annat, en ökad arbetsrelaterad negativ stress bland kvinnor till följd av höjda psykiska arbetskrav och anställdas minskade beslutsutrymme, som var påtaglig i kvinnodominerade sektorer som vård, utbildning och handel (Le Grand m.fl. 2001).

7.2 Totalt slutenvårdsutnyttjande

I Tabell 7 presenterar vi effekterna av massuppsägning och arbetslöshet på risken att behöva sjukhusvård vid minst ett tillfälle. Om vi återigen börjar med effekterna av massuppsägning, så finner vi för män resultat som är motsatta de vi fann för dödlighet. De massuppsagda har nu en lägre risk att drabbas av hälsoproblem av sådan art att det krävdes vård på sjukhus. De skattade effekterna är desamma på kort och längre sikt och motsvarar 1–2 procents lägre risk. För kvinnor finns ingen statistiskt säkerställd skillnad i slutenvårdsutnyttjande mellan de massuppsagda och kontrollgruppen.

Tabell 7 Skattad effekt av massuppsägning respektive arbetslöshet på slutenvårdsutnyttjande. Effekten uttrycks som både riskdifferens (RD) och relativ risk (RR) uppdelat på män och kvinnor och två fyraårsperioder

| | Män | | | | Kvinnor | | | |
|----------------|--------|---------|--------|---------|---------|---------|--------|---------|
| | 0–4 år | | 5–8 år | | 0–4 år | | 5–8 år | |
| | RD | RR | RD | RR | RD | RR | RD | RR |
| Massuppsägning | -0,28 | 0,98** | -0,32 | 0,99** | -0,11 | 0,99 | 0,03 | 1,00 |
| Arbetslöshet | 0,28 | 1,02*** | 0,61 | 1,02*** | 0,30 | 1,02*** | 0,82 | 1,03*** |

***, **, och * indikerar statistisk signifikans på 1-, 5-, respektive 10-procentsnivån.

För arbetslöshet är effekterna på slutenvårdsutnyttjande de omvända. Bland både män och kvinnor, och både på kort och längre sikt, så innebär arbetslöshet en 2–3 procent högre risk för att ha åtminstone ett slutenvårdstillfälle.

Om vi jämför de relativa riskerna för slutenvård med de för dödlighet så kan de förstnämnda förefalla små. Detta är dock till viss del en konsekvens av att risktalen (för både studie- och kontrollgrupper) är mycket större för slutenvårdsutnyttjande än för dödlighet. Om man istället jämför riskdifferenserna, som ger ett mått på antalet personer som påverkas, så är effekterna betydligt större för slutenvårdsutnyttjande än för dödlighet.

8 För vilka diagnoser är effekten störst?

Vi övergår härnäst till att studera effekterna av massuppsägning och arbetslöshet på orsaksspecifik dödlighet och orsaksspecifikt slutenvårdsutnyttjande. Vi har valt att studera fem stora diagnoskategorier: cancer (särskilt rönkningsrelaterad cancer), hjärt- och kärlsjukdomar (särskilt ischemiska hjärtsjukdomar och sjukdomar i hjärnans kärl), psykiska störningar, samt yttre skador (särskilt självtillfogade skador och trafikskador).

8.1 Orsaksspecifik mortalitet

I Tabell 8 presenterar vi effekterna av massuppsägning på orsaksspecifik dödlighet. Vi kan här se att den totala överdödlighet vi fann tidigare bland de massuppsagda i stor utsträckning förklaras av en överdödlighet med framförallt ischemisk hjärtsjukdom, alkoholrelaterad sjukdom eller tillstånd, eller psykiska störning, som underliggande dödsorsak. På kort sikt ser vi bland kvinnor en mer än fördubblad risk för både psykiska störningar och alkoholrelaterade sjukdomar eller tillstånd, medan överdödligheten i ischemisk hjärtsjukdom är 42 procent. För män är överdödligheten i ischemisk hjärtsjukdom och i alko-

holrelaterade sjukdomar 24 respektive 43 procent, medan överdödligheten med psykisk störning är 27 procent, men inte statistiskt säkerställd. Bland män finns det också en förhöjd cancerdödlighet och då framförallt vad gäller rökningssrelaterad cancer.

På längre sikt är överdödligheten lägre för både män och kvinnor för samtliga dessa dödsorsaker, men däremot så framträder istället en överdödlighet i sjukdomar i hjärnans kärl.

Tabell 8 Skattad effekt av massuppsägning på orsaksspecifik dödlighet. Effekten uttrycks som både riskdifferens (RD) och relativ risk (RR) uppdelat på män och kvinnor, och två fyraårsperioder

| Dödsorsak | Män | | | | Kvinnor | | | |
|---------------------------|--------|---------|--------|--------|---------|---------|--------|---------|
| | 0-4 år | | 5-8 år | | 0-4 år | | 5-8 år | |
| | RD | RR | RD | RR | RD | RR | RD | RR |
| Cancer | 0,05 | 1,17*** | 0,03 | 1,07 | 0,00 | 1,01 | -0,01 | 0,99 |
| Rökningssrelaterad cancer | 0,03 | 1,22*** | 0,03 | 1,16** | -0,02 | 0,86* | 0,01 | 1,04 |
| Hjärt-/kärlsjukdomar | 0,05 | 1,18*** | 0,04 | 1,10** | 0,03 | 1,43*** | 0,01 | 1,09 |
| Ischemisk sjukdom | 0,04 | 1,24*** | 0,01 | 1,04 | 0,02 | 1,42** | -0,00 | 0,95 |
| Sjukdomar i hjärnans kärl | 0,00 | 1,00 | 0,02 | 1,34** | 0,01 | 1,23 | 0,02 | 1,56*** |
| Psykiska störningar | 0,01 | 1,27 | 0,01 | 1,15 | 0,01 | 2,83** | 0,00 | 1,50 |
| Yttre orsaker | 0,01 | 1,09 | 0,02 | 1,11 | 0,00 | 1,04 | 0,01 | 1,22 |
| Självtilfogad skada | 0,01 | 1,06 | 0,00 | 1,01 | 0,00 | 1,05 | 0,01 | 1,25 |
| Trafikskador | 0,01 | 1,15 | 0,00 | 1,06 | -0,00 | 0,85 | -0,00 | 0,70 |
| Alkohol | 0,01 | 1,43** | -0,00 | 0,94 | 0,01 | 2,46*** | 0,01 | 1,89*** |

***, **, och * indikerar statistisk signifikans på 1-, 5-, respektive 10-procentsnivån.

Motsvarande resultat för arbetslöshet presenteras i Tabell 9. Det är tydligt att arbetslöshet resulterar i en liknande förhöjd risk för förtida död med psykisk störning eller alkoholrelaterad sjukdom eller tillstånd som underliggande dödsorsak. För män finns det dessutom en överdödlighet till följd av yttre skador, särskilt självmord och trafikskador. Även den högre risken för dödsfall i samband med trafikolyckor kan sannolikt ses som ett uttryck för psykisk ohälsa då alkohol ofta är en bidragande faktor och en del av olyckorna också kan misstänkas vara självmord. Något förvånande finner vi också att arbetslöshet minskar cancerdödligheten, såväl för kvinnor som för män. På lång sikt kvarstår dock endast en förhöjd risk för självmord bland arbetslösa män och en förhöjd risk för alkoholrelaterad dödlighet bland arbetslösa kvinnor.

Tabell 9 Skattad effekt av arbetslöshet på orsaksspecifik dödlighet. Effekten uttrycks som både riskdifferens (RD) och relativ risk (RR) uppdelat på män och kvinnor, och två fyraårsperioder

| Dödsorsak | Män | | | | Kvinnor | | | |
|---------------------------|--------|----------|--------|----------|---------|----------|--------|----------|
| | 0–4 år | | 5–8 år | | 0–4 år | | 5–8 år | |
| | RD | RR | RD | RR | RD | RR | RD | RR |
| Cancer | -0,07 | 0,72 *** | -0,00 | 1,00 | -0,05 | 0,75 *** | -0,02 | 0,96 |
| Rökningsrelaterad cancer | -0,04 | 0,74 *** | 0,01 | 1,06 | -0,01 | 0,85 | -0,00 | 0,99 |
| Hjärt-/kärlsjukdomar | 0,01 | 1,06 | 0,01 | 1,02 | -0,00 | 0,96 | -0,01 | 0,87 |
| Ischemisk sjukdom | 0,01 | 1,07 | 0,01 | 1,03 | -0,00 | 0,92 | -0,01 | 0,86 |
| Sjukdomar i hjärnans kärl | 0,00 | 1,02 | 0,01 | 1,24 * | 0,00 | 1,00 | 0,00 | 0,99 |
| Psykiska störningar | 0,02 | 1,89 *** | -0,00 | 0,96 | 0,00 | 1,92 * | 0,01 | 1,62 * |
| Yttre orsaker | 0,06 | 1,34 *** | 0,05 | 1,26 *** | 0,01 | 1,07 | 0,01 | 1,16 |
| Självtilfogad skada | 0,03 | 1,29 *** | 0,03 | 1,35 *** | 0,01 | 1,12 | 0,01 | 1,28 * |
| Trafikskador | 0,02 | 1,42 *** | 0,01 | 1,30 * | -0,00 | 0,80 | 0,00 | 1,00 |
| Alkohol | 0,03 | 1,68 *** | -0,00 | 0,96 | 0,01 | 1,80 ** | 0,01 | 1,81 *** |

***, **, och * indikerar statistisk signifikans på 1-, 5-, respektive 10-procentsnivån.

8.2 Orsaksspecifikt slutenvårdsutnyttjande

I Tabell 10 och Tabell 11 övergår vi till att presentera effekterna av massuppsägning och arbetslöshet på slutenvårdsutnyttjande, med samma uppdelning i diagnoskategorier som i avsnittet ovan. Om vi börjar med effekterna av massuppsägning, som presenteras i Tabell 10, så kan vi först konstatera att den lägre risk för att ha åtminstone ett slutenvårdstillfälle, oberoende av orsak, som vi fann i Avsnitt 7.2, till viss del kan förklaras av en lägre risk för slutenvård med en hjärt- eller kärlsjukdom som huvuddiagnos.

Bland de massuppsagda kvinnorna, så har något färre vårdats på sjukhus för rökningsrelaterad cancer vilket också överensstämmer med den lägre dödlighet i rökningsrelaterad cancer som vi fann tidigare. Vidare så är även risken för att ha minst ett slutenvårdstillfälle för en hjärt- eller kärlsjukdom något lägre (dock inte statistiskt säkerställt) bland de massuppsagda kvinnorna, trots att vi tidigare fann en överdödlighet i dessa sjukdomar.

Från Tabell 10 kan vi dock utläsa att risken för slutenvård med en psykiatrisk diagnos är förhöjd bland både massuppsagda män och kvinnor. För män är dessutom risken för slutenvård med en alkoholrelaterad diagnos förhöjd, medan motsvarande risk för kvinnor är lägre, och inte heller statistiskt säkerställt.

Tabell 10 Skattad effekt av massuppsägning på orsaksspecifikt slutenvårdsutnyttjande. Effekten uttrycks som både riskdifferens (RD) och relativ risk (RR) uppdelat på män och kvinnor, och två fyraårsperioder

| Dödsorsak | Män | | | | Kvinnor | | | |
|---------------------------|--------|---------|--------|---------|---------|---------|--------|---------|
| | 0–4 år | | 5–8 år | | 0–4 år | | 5–8 år | |
| | RD | RR | RD | RR | RD | RR | RD | RR |
| Cancer | 0,04 | 1,04 | -0,00 | 1,00 | -0,07 | 0,98 | -0,02 | 1,00 |
| Rökningsrelaterad cancer | 0,03 | 1,10* | 0,04 | 1,07* | -0,03 | 0,85** | 0,01 | 1,03 |
| Hjärt-/kärlsjukdom | -0,12 | 0,96** | -0,11 | 0,98 | -0,04 | 0,98 | -0,03 | 0,99 |
| Ischemisk sjukdom | -0,05 | 0,96 | -0,03 | 0,99 | -0,01 | 0,97 | 0,01 | 1,01 |
| Sjukdomar i hjärnans kärl | -0,04 | 0,92** | -0,00 | 1,00 | 0,03 | 1,09 | 0,00 | 1,00 |
| Psykiska störningar | 0,10 | 1,08*** | 0,10 | 1,05** | 0,10 | 1,09*** | 0,12 | 1,06*** |
| Yttre orsaker | -0,06 | 0,98 | -0,12 | 0,98* | 0,03 | 1,01 | 0,09 | 1,02 |
| Självtilfogad skada | 0,01 | 1,03 | 0,00 | 1,01 | 0,00 | 1,01 | 0,02 | 1,04 |
| Trafikskador | 0,02 | 1,03 | 0,01 | 1,01 | -0,01 | 0,97 | -0,02 | 0,97 |
| Alkohol | 0,08 | 1,15*** | 0,08 | 1,08*** | 0,02 | 1,12* | 0,03 | 1,08 |

***, **, och * indikerar statistisk signifikans på 1-, 5-, respektive 10-procentsnivån.

Tabell 11 Skattad effekt av arbetslöshet på orsaksspecifikt slutenvårdsutnyttjande. Effekten uttrycks som både riskdifferens (RD) och relativ risk (RR) uppdelat på män och kvinnor, och två fyraårsperioder

| Dödsorsak | Män | | | | Kvinnor | | | |
|---------------------------|--------|---------|--------|---------|---------|---------|--------|---------|
| | 0–4 år | | 5–8 år | | 0–4 år | | 5–8 år | |
| | RD | RR | RD | RR | RD | RR | RD | RR |
| Cancer | -0,13 | 0,86*** | -0,13 | 0,92*** | -0,17 | 0,92*** | -0,12 | 0,97** |
| Rökningsrelaterad cancer | -0,04 | 0,82*** | -0,00 | 0,99 | -0,01 | 0,89 | -0,00 | 0,99 |
| Hjärt-/kärlsjukdomar | -0,19 | 0,92*** | -0,15 | 0,97** | -0,10 | 0,93*** | -0,06 | 0,98 |
| Ischemisk sjukdom | -0,09 | 0,90*** | -0,04 | 0,98 | -0,03 | 0,89** | -0,03 | 0,96 |
| Sjukdomar i hjärnans kärl | -0,03 | 0,93* | -0,01 | 0,99 | -0,01 | 0,97 | 0,01 | 1,01 |
| Psykiska störningar | 0,78 | 1,49*** | 1,02 | 1,41*** | 0,37 | 1,31*** | 0,52 | 1,26*** |
| Yttre orsaker | 0,26 | 1,06*** | 0,51 | 1,07*** | 0,25 | 1,11*** | 0,41 | 1,09*** |
| Självtilfogad skada | 0,09 | 1,31*** | 0,16 | 1,34*** | 0,13 | 1,33*** | 0,15 | 1,24*** |
| Trafikskador | 0,06 | 1,08** | 0,13 | 1,10*** | 0,06 | 1,15*** | 0,10 | 1,12*** |
| Alkohol | 0,40 | 1,58*** | 0,55 | 1,49*** | 0,12 | 1,61*** | 0,17 | 1,43*** |

***, **, och * indikerar statistisk signifikans på 1-, 5-, respektive 10-procentsnivån.

Om vi istället övergår till resultaten för sambanden mellan arbetslöshet och orsaksspecifikt slutenvårdsutnyttjande, så visar Tabell 11 att den ökade risken för slutenvård med en psykiatrisk diagnos, kan förklara den förhöjda risken för

totalt slutenvårdsutnyttjande för arbetslösa som vi fann i Avsnitt 7.2. Den relativa risken varierar från 26 till 49 procent, beroende på kön och tidsperiod.

Från riskdifferensen kan vi utläsa att under hela åttaårsperioden, så har närmare 180 män och 90 kvinnor per 10 000 arbetslösa män respektive kvinnor, varit inlagda på sjukhus med psykiatriska besvär som en följd av att de blev arbetslösa.

Även risken för alkoholrelaterad slutenvård och slutenvård till följd av yttre orsaker (både självtillfogade skador och trafikskador) är förhöjd under hela åttaårsperioden, för både arbetslösa män och arbetslösa kvinnor. Att vi här finner en ökad risk för slutenvård av självtillfogade skador för kvinnor, men inte en förhöjd suicidrisk i föregående avsnitt, är i överensstämmelse med att självmordsförsök är 15–20 gånger så vanligt som fullbordade självmord bland kvinnor (se Stefansson 2006). Slutligen finner vi att arbetslöshet minskar risken för slutenvård av både cancer och hjärt- och kärlsjukdomar.

9 Hur påverkas olika grupper av massupp-sägning och arbetslöshet?

Så här långt har vi dokumenterat hälsokonsekvenserna av arbetslöshet och massuppsägning, för både kvinnor och män, med avseende på två mått på registrerad sjuklighet: dödlighet och slutenvårdsutnyttjande. I följande avsnitt undersöker vi huruvida vissa grupper påverkades mer eller mindre. Vi har dock begränsat oss till att studera huruvida (o)hälsoeffekterna varierade med individens ålder, utbildningsnivå eller anställningssektor. Som tidigare delar vi även upp analysen på kvinnor och män.

9.1 Ålder

För att undersöka om vissa åldersgrupper påverkas mer av massuppsägningar och arbetslöshet än andra har vi delat in studie- och kontrollgrupperna i tre åldersgrupper (20–34 år, 35–49 år och 50–64 år) och utfört separata skattningar för dessa grupper.²¹ Vi redovisar resultaten från dessa skattningar i Tabell 12.

Det är tydligt att överdödligheten bland både massuppsagda och arbetslösa män är koncentrerad till män i de två äldre åldersgrupperna och i synnerhet män i åldern 35–49 år. Detta är i linje med ett flertal tidigare studier som har

²¹ Rent formellt gör vi om hela matchningsproceduren för varje åldersgrupp. Liknande matchningsprocedur används också för övriga subgruppsanalyser.

funnit att arbetslöshet resulterar i en högre överdödlighet bland medelålders män än i andra åldersgrupper (Mathers och Schofield 1998). Det finns flera tänkbara förklaringar till en högre överdödlighet för män i dessa åldrar. Dels borde de ekonomiska konsekvenserna vara störst för dem, dels i termer av en större faktiskt inkomstförlust, men också i termer av större försörjningsbörda. Det är också tänkbart att arbetslöshet är mer stigmatiserande för män i denna ålder då de förväntas vara yrkesarbetande och en stor del av ens identitet är förknippad med yrkesrollen.

Tabell 12. Skattad effekt av massuppsägning respektive arbetslöshet på total dödlighet och totalt slutenvårdsutnyttjande. Effekten uttrycks som både riskdifferens (RD) och relativ risk (RR) uppdelat på åldersgrupp, män och kvinnor, och två fyraårsperioder

| Ålder | Män | | | | Kvinnor | | | |
|---|--------|----------|--------|----------|---------|----------|--------|----------|
| | 0–4 år | | 5–8 år | | 0–4 år | | 5–8 år | |
| | RD | RR | RD | RR | RD | RR | RD | RR |
| <i>Massuppsägning – Dödlighet</i> | | | | | | | | |
| 20–34 år | 0,00 | 1,02 | 0,03 | 1,13 | 0,00 | 1,01 | 0,00 | 1,03 |
| 35–49 år | 0,08 | 1,13 * | 0,13 | 1,16 ** | 0,06 | 1,15 * | 0,05 | 1,08 |
| 50–64 år | 0,23 | 1,11 *** | -0,06 | 0,98 | 0,01 | 1,01 | 0,06 | 1,03 |
| <i>Arbetslöshet – Dödlighet</i> | | | | | | | | |
| 20–34 år | -0,02 | 0,91 | 0,02 | 1,06 | -0,01 | 0,91 | 0,00 | 1,03 |
| 35–49 år | 0,16 | 1,19 *** | 0,31 | 1,28 *** | -0,04 | 0,91 | -0,04 | 0,94 |
| 50–64 år | -0,02 | 0,99 | 0,18 | 1,05 ** | -0,09 | 0,93 ** | -0,07 | 0,97 |
| <i>Massuppsägning – Sjukhusinläggning</i> | | | | | | | | |
| 20–34 år | -0,31 | 0,98 | -0,31 | 0,98 | 0,34 | 1,02 * | 0,39 | 1,02 |
| 35–49 år | -0,32 | 0,98 * | -0,32 | 0,98 * | -0,04 | 1,00 | 0,10 | 1,00 |
| 50–64 år | -0,13 | 0,99 | -0,13 | 0,99 | -0,29 | 0,99 | -0,22 | 0,99 |
| <i>Arbetslöshet – Sjukhusinläggning</i> | | | | | | | | |
| 20–34 år | 0,38 | 1,03 *** | 0,79 | 1,03 *** | 0,61 | 1,04 *** | 0,95 | 1,04 *** |
| 35–49 år | 0,72 | 1,04 *** | 0,78 | 1,03 *** | -0,05 | 1,00 | 0,62 | 1,02 *** |
| 50–64 år | -0,80 | 0,97 *** | -0,06 | 1,00 | -0,92 | 0,96 *** | -0,74 | 0,98 ** |

***, **, och * indikerar statistisk signifikans på 1-, 5-, respektive 10-procentsnivån.

En annan förklaring kan hänföras till vad som händer med individerna i kontrollgruppen. Att vi mäter effekten av att bli arbetslös, respektive att vara med om en massuppsägning, under ett visst år jämfört med att inte drabbas under detta år innebär det att vissa individer i kontrollgruppen kan drabbas av massuppsägning respektive arbetslöshet under senare år. Det finns anledning att

misstänka att detta är vanligast bland de yngsta och de äldsta männen. Anledningen är att de yngsta kan missgynnas av turordningsregler, medan de äldsta kan erbjudas pensionsavtal eller drabbas av att turordningsreglerna i vissa fall kan kringgås. Allt detta innebär att man, något tillspetsat, kan säga att vi, framförallt för den yngre åldersgruppen, jämför de som blev arbetslösa och massuppsagda idag med de som blev det imorgon. Därmed borde också skillnaderna mellan studie- och kontrollgrupp i dessa fall vara mindre.

Mot denna bakgrund är det inte heller förvånande att vi hittar de starkaste negativa effekterna också av arbetslöshet bland män i åldern 35–49 år. För kvinnor är mönstret detsamma för dem som blev massuppsagda, även om de skattade effekterna inte är statistisk säkerställda för någon åldersgrupp.

För arbetslösa kvinnor däremot – för vilka vi tidigare fann en lägre risk för förtida död – är den statistisk säkerställda ”preventiva” effekten av arbetslöshet begränsad till dem i åldern 50–64 år, även om åtminstone riskkvoterna är av samma storleksordning för de två andra åldersgrupperna.

När det gäller slutenvårdsutnyttjande finner vi att arbetslöshet resulterar i ett ökat utnyttjande hos de två yngsta grupperna medan effekten är den omvända för den äldsta gruppen. Ett högre slutenvårdsutnyttjande till följd av arbetslöshet för den yngsta åldersgruppen skulle kunna tala för att arbetslöshet trots allt har negativa hälsokonsekvenser för de yngre, även om dessa hälsoproblem inte resulterade i en högre dödlighet.

9.2 Utbildningsnivå

Vi övergår härnäst till att undersöka om utbildning har en modererande effekt på hur kvinnors och mäns sjuklighet påverkas av massuppsägningar och arbetslöshet. Uppnådd utbildningsnivå har därför delats in i tre kategorier: förgymnasial utbildning, gymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning. Ett positivt samband mellan utbildning och hälsa är väletablerat (Ross och Wu 1995), men det finns också en litteratur som visar att utbildning kan påverka individens möjligheter att hantera ohälsa i positiv riktning (Goldman och Smith 2002). Här är alltså frågan huruvida en högre utbildning också kan ha en skyddande effekt mot negativa hälsokonsekvenser av massuppsägning och arbetslöshet.

Resultaten presenteras i Tabell 13 och visar att, framförallt den kortsiktiga, överdödligheten bland både massuppsagda män och kvinnor är koncentrerad till dem med lägst utbildning. För massuppsagda män och kvinnor med en högskoleutbildning, däremot, finns ingen förhöjd risk för förtida död. En förklaring till denna skillnad skulle kunna vara att de med högre utbildningsnivå

har större möjligheter att snabbt finna en ny anställning, varför en massuppsägning har begränsade hälsokonsekvenser för denna grupp. En alternativ förklaring är skillnader i coping-beteende mellan låg- och högutbildade. Personer med högre utbildningsnivå reagerar, till exempel, i lägre utsträckning med ett flyktbeteende (t.ex. alkoholbruk och missbruk) och i högre utsträckning med en problemlösande coping-strategi (Christensen m.fl. 2006).

Tabell 13 Skattad effekt av massuppsägning respektive arbetslöshet på total dödlighet och totalt slutenvårdsutnyttjande. Effekten uttrycks som både riskdifferens (RD) och relativ risk (RR) uppdelat på utbildningsnivå, män och kvinnor, och två fyraårsperioder

| Ålder | Män | | | | Kvinnor | | | |
|---|--------|----------|--------|----------|---------|----------|--------|----------|
| | 0–4 år | | 5–8 år | | 0–4 år | | 5–8 år | |
| | RD | RR | RD | RR | RD | RR | RD | RR |
| <i>Massuppsägning - Dödlighet</i> | | | | | | | | |
| Förgymnasial | 0,34 | 1,23 *** | -0,04 | 0,98 | 0,14 | 1,14 ** | -0,04 | 0,97 |
| Gymnasial | 0,11 | 1,14 *** | 0,09 | 1,08 * | 0,02 | 1,04 | 0,05 | 1,07 |
| Eftergymnasial | 0,05 | 1,08 | 0,06 | 1,07 | -0,02 | 0,96 | 0,04 | 1,06 |
| <i>Arbetslöshet - Dödlighet</i> | | | | | | | | |
| Förgymnasial | 0,00 | 1,00 | 0,09 | 1,04 | -0,10 | 0,87 *** | -0,10 | 0,92 ** |
| Gymnasial | 0,01 | 1,01 | 0,09 | 1,11 ** | -0,05 | 0,84 ** | -0,02 | 0,97 |
| Eftergymnasial | 0,03 | 1,05 | 0,09 | 1,13 | -0,05 | 0,82 | -0,01 | 0,99 |
| <i>Massuppsägning - Sjukhusinläggning</i> | | | | | | | | |
| Förgymnasial | -0,34 | 0,98 | -0,71 | 0,98 ** | -0,69 | 0,97 ** | -0,24 | 0,99 |
| Gymnasial | -0,37 | 0,98 ** | -0,10 | 1,00 | 0,09 | 1,00 | -0,10 | 1,00 |
| Eftergymnasial | 0,17 | 1,01 | 0,14 | 1,01 | 0,20 | 1,01 | -0,03 | 1,00 |
| <i>Arbetslöshet - Sjukhusinläggning</i> | | | | | | | | |
| Förgymnasial | -0,38 | 0,98 * | 0,10 | 1,00 | -0,36 | 0,98 | -0,15 | 1,00 |
| Gymnasial | 0,11 | 1,01 | 0,48 | 1,02 *** | 0,46 | 1,03 *** | 1,03 | 1,04 *** |
| Eftergymnasial | 0,77 | 1,06 *** | 0,77 | 1,03 *** | 0,55 | 1,03 ** | 1,08 | 1,04 *** |

***, **, och * indikerar statistisk signifikans på 1-, 5-, respektive 10-procentsnivån.

För arbetslöshet finner vi däremot inga statistiskt säkerställda skillnader mellan utbildningsgrupperna med avseende på risken för förtida död, men tendenserna indikerar snarare ett omvänt förhållande.

Både effekterna av massuppsägning, men framförallt av arbetslöshet, talar dock för att de med högre utbildning i högre utsträckning var i behov av slutenvård. Vid en första anblick skulle detta kunna motsäga den preventiva effekt utbildning hade på dödlighet. En annan möjlig förklaring går att finna i ojäm-

likhet inom sjukvården, där de med lägre utbildning i högre utsträckning avstår från att söka läkarvård trots att det föreligger ett behov (Diaz 2009). Det är därför inte säkert att dessa skillnader i slutenvårdsutnyttjande verkligen mäter skillnader i faktisk sjuklighet mellan personer med olika utbildningsnivå.

9.3 Anställningssektor

Slutligen undersöker vi om (o)hälsoeffekterna av arbetslöshet och massuppsägning skiljer sig mellan tillverkningsindustrin, övrig privat sektor och offentlig sektor. I tidiga studier av sambanden mellan massuppsägning, arbetslöshet och ohälsa, var undersökningspopulationerna ofta begränsade till tillverkningsindustrin. Omfattningen av 1990-talets kris gör det dock möjligt att inkludera samtliga sektorer. Av särskilt intresse är att även den offentliga sektorn drabbades av omfattande nedskärningar under 1990-talet. Detta gör det möjligt att här studera effekterna av massuppsägning och arbetslöshet inom en sektor som tidigare i stor utsträckning varit förskonad från massuppsägningar.

Resultaten, som presenteras i Tabell 14, visar att konsekvenserna av massuppsägning och arbetslöshet med avseende på total dödlighet inte, i någon större utsträckning, är beroende av inom vilken sektor man hade sin tidigare anställning.

När det gäller slutenvårdsutnyttjande tycks dock skillnaderna vara större. Inom tillverkningsindustrin har både massuppsagda och arbetslösa män och kvinnor ett lägre slutenvårdsutnyttjande jämfört med kontrollgruppen. Det är dock bara för massuppsagda män och arbetslösa kvinnor som det lägre slutenvårdsutnyttjandet är statistiskt säkerställt. Däremot visar resultaten att arbetslöshet leder till ett högre slutenvårdsutnyttjande inom både övrig privat sektor och den offentliga sektorn. Dessa skillnader skulle möjligtvis kunna förklaras genom skillnader i utbildningsnivå mellan sektorerna och därmed med liknande mekanismer som i föregående avsnitt. En alternativ förklaring, åtminstone till det lägre slutenvårdsutnyttjandet bland de massuppsagda och arbetslösa inom tillverkningsindustrin, skulle kunna vara att kontrollgruppen i högre utsträckning får slutenvård som en följd av arbetsrelaterade hälsoproblem.

Tabell 14 Skattad effekt av massuppsägning respektive arbetslöshet på total dödlighet och totalt slutenvårdsutnyttjande. Effekten uttrycks som både riskdifferens (RD) och relativ risk (RR) uppdelat på anställningssektor, män och kvinnor, och två fyraårsperioder

| Ålder | Män | | | | Kvinnor | | | |
|---|--------|----------|--------|----------|---------|----------|--------|----------|
| | 0–4 år | | 5–8 år | | 0–4 år | | 5–8 år | |
| | RD | RR | RD | RR | RD | RR | RD | RR |
| <i>Massuppsägning - Dödlighet</i> | | | | | | | | |
| Tillverkningsind. | 0,16 | 1,15 *** | 0,07 | 1,05 | 0,05 | 1,08 | 0,08 | 1,10 |
| Övr. privat sektor | 0,16 | 1,20 *** | 0,07 | 1,06 | 0,05 | 1,09 | 0,05 | 1,07 |
| Offentlig sektor | 0,08 | 1,09 | -0,02 | 0,99 | 0,05 | 1,10 * | 0,00 | 1,00 |
| <i>Arbetslöshet – Dödlighet</i> | | | | | | | | |
| Tillverkningsind. | 0,09 | 1,09 ** | 0,15 | 1,11 *** | -0,07 | 0,86 * | 0,04 | 1,06 |
| Övr. privat sektor | 0,01 | 1,02 | 0,11 | 1,12 ** | -0,04 | 0,89 | 0,00 | 1,00 |
| Offentlig sektor | 0,08 | 1,13 | 0,13 | 1,15 * | -0,06 | 0,84 *** | 0,01 | 1,02 |
| <i>Massuppsägning - Sjukhusinläggning</i> | | | | | | | | |
| Tillverkningsind. | -0,52 | 0,97 ** | -0,80 | 0,97 *** | -0,27 | 0,99 | -0,59 | 0,98 |
| Övr. privat sektor | -0,16 | 0,99 | 0,09 | 1,00 | 0,21 | 1,01 | 0,15 | 1,01 |
| Offentlig sektor | 0,18 | 1,01 | -0,17 | 0,99 | 0,16 | 1,01 | 0,21 | 1,01 |
| <i>Arbetslöshet - Sjukhusinläggning</i> | | | | | | | | |
| Tillverkningsind. | -0,29 | 0,99 * | 0,06 | 1,00 | -0,57 | 0,97 ** | -0,29 | 0,99 |
| Övr. privat sektor | 0,52 | 1,03 *** | 1,00 | 1,04 *** | 1,00 | 1,06 *** | 1,41 | 1,05 *** |
| Offentlig sektor | 0,42 | 1,03 | 1,14 | 1,04 *** | 0,58 | 1,03 *** | 0,98 | 1,01 *** |

***, **, och * indikerar statistisk signifikans på 1-, 5-, respektive 10-procentsnivån.

10 Sammanfattning och diskussion

Det är en allmän uppfattning att arbetslöshet, eller att förlora ett jobb, kan påverka människors hälsa negativt. Ett stort antal studier visar också på att det finns ett statistiskt samband. Trots detta är orsakssambandet inte helt klarlagt. Huvudorsaken är svårigheten att avgöra om det är förlusten av ett jobb och arbetslöshet som leder till ohälsa, eller om det är ohälsa som leder till att vissa får lämna sitt arbete eller förblir arbetslösa. En tredje förklaring kan vara att vissa besitter egenskaper som både försämrar deras möjligheter att behålla ett jobb och en god hälsa. Svensk registerdata erbjuder dock goda möjligheter att studera detta orsakssamband.

Vi har i den här rapporten undersökt konsekvenserna av att ha blivit massuppsagd eller arbetslös under 1990-talets krisår med avseende på framtida

registrerad sjuklighet i form av dödlighet och slutenvårdsutnyttjande. Under 1990-talet fick Sverige för första gången under efterkrigstiden uppleva en period av massuppsägningar och massarbetslöshet. Massuppsägningar och arbetslöshet blev då något som inte bara drabbade ett fåtal olyckliga. Det finns dock även anledning att anta att förhållandena för dem som hade jobb förändrades under den här perioden. Till exempel så ökade användandet av tillfälliga anställningar och den tidigare skarpa skiljelinjen mellan att arbeta och att vara arbetslös blev mindre tydlig.

Våra resultat visar att de som blev massuppsagda, men framförallt de som blev arbetslösa drabbades av betydande inkomstbortfall. Män som blev massuppsagda förlorade i genomsnitt 28 000 kronor i arbetsinkomst under året efter massuppsägning, medan motsvarande belopp för kvinnor var 13 000 kronor. För dem som blev arbetslösa, å andra sidan, var motsvarande förlust 80 000 kronor för män och 40 000 kronor för kvinnor.

Eftersom vi finner både att arbetslöshet resulterade i en mycket större genomsnittlig förlust av arbetsinkomst och att inte alla massuppsagda faktiskt blev arbetslösa, skulle man kunna förvänta sig att arbetslöshet också skulle ha större negativa hälsokonsekvenser än en massuppsägning. Resultaten visar dock att det inte otvetydigt är så. För män som drabbades av massuppsägning finner vi att risken för förtida död ökade med 8–18 procent i jämförelse med kontrollgruppen. Motsvarande riskökning för kvinnor är 5–6 procent. Att drabbas av arbetslöshet ökar också risken för förtida död hos män, men endast med 4–6 procent. För kvinnor däremot, så är effekten den motsatta; arbetslöshet verkar istället ha minskat risken för förtida död med upp till 12 procent.

Dessa effekter av massuppsägningar och arbetslöshet på total dödlighet är mindre än vad som har uppmätts i de flesta tidigare studier. I ett flertal studier har det dock påpekats att en betydande del av sambandet mellan massuppsägning, arbetslöshet, och ohälsa kan förklaras i termer av hälsoselektion. En möjlig anledning till att vi här finner förhållandevis små effekter på total dödlighet skulle därför kunna vara att vi i större utsträckning har reducerat problemet med hälsoselektion. En annan, delvis relaterad, möjlig förklaring är att sambandet är svagare i lågkonjunktur, vilket också har konstaterats i tidigare studier. En tredje tänkbar orsak går att finna i att 1990-talet inte bara innebar hög arbetslöshet, utan även många förändringar av arbetsförhållanden och arbetsvillkor vilket skulle kunna ha haft negativa hälsoeffekter för dem som faktiskt hade jobb.

I syfte att få en bättre bild av vilka mekanismer som ligger bakom effekterna av massuppsägning och arbetslöshet på total dödlighet har vi också studerat orsaksspecifik dödlighet. Dödsorsakerna begränsades till fem stora diagnoskategorier: cancer (särskilt rökningssrelaterad cancer), hjärt- och kärlsjukdomar (särskilt ischemiska hjärtsjukdomar och sjukdomar i hjärnans kärl), psykiska störningar, yttre skador (särskilt självtillfogade skador och trafikskador), samt alkoholrelaterade sjukdomar eller tillstånd. Vi finner här att massuppsägningar innebär en markant överdödlighet med ischemisk hjärtsjukdom, alkoholrelaterad sjukdom eller tillstånd, eller psykiska störningar (bara bland kvinnor), som underliggande dödsorsak. Arbetslöshet resulterade också i en förhöjd risk för förtida död med psykisk störning eller alkoholrelaterad sjukdom som underliggande dödsorsak. För män finns det dessutom en överdödlighet till följd av yttre skador, särskilt självmord och trafikskador.

Effekterna av arbetslöshet och massuppsägning på dödlighet ger en bild av hälsokonsekvenserna av att förlora ett jobb. Samtidigt är det trots allt så att bara en mycket liten del av samtliga massuppsagda och arbetslösa avlider under uppföljningsperioden. Därmed säger effekterna på dödlighet ingenting om i vilken utsträckning det stora flertalet som inte avlider drabbas av ohälsa efter arbetslöshet eller en massuppsägning. I syfte att fånga upp andra aspekter på ohälsa än dödlighet har vi därför även studerat slutenvårdsutnyttjande. Resultaten från dessa analyser stärker de tidigare funna sambanden mellan arbetslöshet och dödlighet vad gäller psykisk sjuklighet. Däremot ger resultaten på massuppsägningars och arbetslöshets effekter på slutenvårdsutnyttjande en mer komplex bild av sambanden med cancer och hjärt- och kärlsjukdomar.

Slutligen har vi undersökt om effekterna av arbetslöshet och massuppsägning skiljer sig åt beroende på individens ålder, utbildningsnivå och tidigare anställningssektor. Ett par mönster framkommer här. I linje med mycket av den tidigare litteraturen är överdödligheten bland både massuppsagda och arbetslösa män koncentrerad till dem i åldern 35–49 år. Det finns flera tänkbara förklaringar till en högre överdödlighet för män i dessa åldrar. Dels borde de ekonomiska konsekvenserna vara störst både i termer av en större faktisk inkomstförlust, men även i termer av större försörjningsbörda. Det är också tänkbart att arbetslöshet är mer stigmatiserande för dessa, då män i denna ålder förväntas vara yrkesarbetande och en stor del av ens identitet är förknippad med yrkesrollen.

Ett annat mönster är att överdödligheten bland massuppsagda män och kvinnor är koncentrerad till dem med lägre utbildning. För dem med en hög-

skoleutbildning däremot, finner vi ingen förhöjd risk för förtida död. En möjlig förklaring till denna skillnad kan vara att de med en högre utbildning har större möjligheter att snabbt finna en ny anställning eller att det finns skillnader i coping-beteende mellan låg- och högutbildade såsom att högutbildade har mer problemlösande och mindre undvikande strategier för att hantera stressituationer.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att den här studien i mångt och mycket har bekräftat resultaten från de många tidigare studier som har funnit att massuppsagda och arbetslösa i större utsträckning drabbas av psykisk ohälsa. Resultaten tyder dock på att sambanden är komplexa och att varken massuppsägning eller arbetslöshet otvetydigt resulterar i fler hälsoproblem. Vi har inte heller funnit att de negativa hälsokonsekvenserna av arbetslöshet genomgående är större än dem för massuppsägning.

Slutligen bör det påpekas att flertalet av de skattade sambanden mellan framförallt arbetslöshet och sjuklighet gick att urskilja redan flera år före förlusten av ett arbete. Tveklöst är det så att de som blev arbetslösa redan tidigare hade om inte fler, så åtminstone andra, hälsoproblem än de arbetande i stort. Det är dock skillnader som vi i stor utsträckning har kunnat observera och således även har kunnat kontrollera för, varför sådana skillnader inte bör förklara några av våra resultat. I vilken utsträckning våra resultat i slutändan kan tolkas som att arbetslöshet och massuppsägningar har orsakat sjuklighet är ytterst avhängigt huruvida det finns anledning, eller ej, att tro att det finns ytterligare skillnader mellan de arbetslösa, massuppsagda och arbetande som vi inte har kunnat observera. Tveklöst är det dock så att det fortfarande finns ett samband mellan massuppsägning, arbetslöshet och sjuklighet och i synnerhet psykisk sjuklighet.

Referenser

- Bertrand, M., E. Luttmer och S. Mullainathan (2000), "Network Effects and Welfare Cultures", *Quarterly Journal of Economics*, 115(3), 1019–1055.
- Browning, M. och E. Heinesen (2010), "The effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization", The EALE/SOLE 3rd International conference, UCL London.
- Browning, M., A.M. Danø, och E. Heinesen (2006), "Job displacement and stressrelated health outcomes", *Health Economics*, 15(10), 1061–1075.
- Christensen U., L. Schmidt, M. Kriegbaum, C. Ørsted Hougaard, B.E. Holstein (2006). "Coping with unemployment: does educational attainment make any differences?", *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(4): 363–370.
- Clark, A. (2003), "Unemployment as a Social Norm: Psychological Evidence from Panel Data", *Journal of Labor Economics* 21(2): 323–351.
- Conley, T. och G. Topa (2002), "Socio-Economic Distance and Spatial Patterns in Unemployment", *Journal of Applied Econometrics*, 17(4), 303–327.
- Couch, K.A. (2001), "Earnings Losses and Unemployment of Displaced Workers in Germany". *Industrial and Labor Relations Review*, 54(3): 559–572.
- Couch, K., och D.W. Placzek (2010), "Earnings losses of Displaced Workers Revisited". *American Economic Review*, 100(1): 572–589.
- Diaz, A. (2009), "Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård", Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.
- Dooley, D. (2003), "Unemployment, Underemployment, and Mental Health: Conceptualizing Employment Status as a Continuum", *American Journal of Community Psychology*, 32(1–2): 9–20.
- Eliason, M. (2010), "Income After Job Loss - The role of the family and the welfare state", *Applied Economics*, 43(5): 603–618.
- Eliason, M. och D. Storrie (2006), "Lasting or Latent Scars? Swedish Evidence on the Long-Term Effects of Job Displacement", *Journal of Labor Economics*, 24(4): 831–56.

- Eliason, M. och D. Storrie (2009a), "Job Loss is Bad for Your Health – Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss", *Social Science och Medicine*, 68(8): 1396–1406.
- Eliason, M. och D. Storrie. (2009b), "Does Job Loss Shorten Life?. *Journal of Human Resources*, 44(2): 277–302.
- Eliason, M. och D. Storrie (2010), "Inpatient Psychiatric Treatment Following Involuntary Job Loss", *International Journal of Mental Health*, 39(2): 32–55.
- Eriksson, T., E. Agerbo, P.B. Mortensen, N. Westergaard-Nielsen (2010), "Unemployment and Mental Disorders – Evidence from Danish Panel Data". *International Journal of Mental Health*, 39(2): 56–73.
- Fredriksson, P. och P. Johansson (2008), "Dynamic Treatment Assignment – The Consequences for Evaluations using Observational Data", *Journal of Business and Economic and Statistics*, 26: 435–445.
- Gerdtham, U-G. och M. Johannesson (2003), "A Note on the Effect of Unemployment on Mortality". *Journal of Health Economics*, 22(3): 505–18.
- Goldman, D. och J. Smith (2002), "Can Patient Self-management Help Explain the SES Health Gradient?", *Proceedings of the National Academy of Science*, 99(16): 10929–34.
- Gonäs, L., L. Hallsten, R. Spånt. (2006), "Uppsagdas och arbetslösas villkor och hälsa – en översikt av forskningen 1995–2005", *Arbetsliv i omvandling: 2007:15*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Hammarström, A. och G. Hensing (2008), "Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv. Arbetsmarknad, maskulinitet, medikalisering och könsrelaterat våld", Rapport nr 2008:8, Statens folkhälsoinstitut, Östersund.
- Hijzen, A., R. Upward och P.W. Wright (2010), "The Income Losses of Displaced Workers", *Journal of Human Resources*, 45(1): 243–269.
- Hesselius P., P. Johansson och J. Vikström (2008), "Monitoring and norms in sickness insurance: empirical evidence from a natural experiment", IFAU Working paper 2008:8, Uppsala.
- Ichino, A. och G. Maggi (2000), "Work Environment and Individual Background: Explaining Regional Shirking Differentials in a Large Italian Firm", *Quarterly Journal of Economics*, 115(3): 1057–1090.

- Isaksson, K. G. Johansson, K. Bellaagh och A. Sjöberg (2004), "Work values among the unemployed: Changes over time and some gender differences", *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(3): 207–214.
- Jacobson, L., R. LaLonde och D. Sullivan (1993), "Earnings Losses of Displaced Workers", *American Economic Review*, 83(4): 685–709.
- Janlert, U. och A. Hammarström (2009), Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health, *BMC Public Health*, 9(235): 1–9.
- Jönsson, L.R. och B. Starrin (2000), "Ekonomi-skam modellen och reaktioner på arbetslöshet". *Socialvetenskaplig tidskrift*, 7(3): 267–284.
- Keefe, V., Reid, P., Ormsby, C., Robson, B., Purdie, G., Baxter, m.fl. (2002), "Serious health events following involuntary job loss in New Zealand meat processing workers", *International Journal of Epidemiology*, 31(6): 1155–1161.
- Korpi, T. och S.-Å. Stenberg (2001), "Massarbetslöshetens Sverige: Arbetslöshetens karaktär och effekter på individers levnadsförhållanden" i Fritzell, J., M. Gähler, och O. Lundberg (red.), *Välfärd och arbete i arbetslöshetens årtionde*, SOU 2001:53.
- Kraut, A, C. Mustard, R. Walld, och R. Tate (2000), "Unemployment and health care utilization". *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 26(2): 169–177.
- Kriegbaum, M., U. Christensen, R. Lund och M. Osler (2009), "Job Losses and Accumulated Number of Broken Partnerships Increase Risk of Premature Mortality in Danish Men Born in 1953", *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 51(6): 708–713.
- Le Grand, C, R. Szulkin och M. Tåhlin (2001), "Har jobben blivit bättre? En analys av arbetsinnehållet under tre decennier". Kommittén Välfärdsbokslut: Välfärd och arbete i arbetslöshetens årtionde, SOU 2001:53.
- Lundin, A., I. Lundberg, L. Hallsten, J. Ottosson och T. Hemmingsson (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.

- Mackenbach, J.P., M.J. Bakker, A.E. Kunst och F. Diderichsen (2002), "Socioeconomic inequalities in health in Europe: An overview", i Mackenbach, J.P. och M.J. Bakker (red.), *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*, Routledge, London och New York.
- Marmot, M. (1999), "Multilevel approaches to understanding social determinants" i Berkman, L. och I. Kawachi (red.), *Social Epidemiology*, Oxford University Press, Oxford.
- Martikainen, P., N. Mäki och M. Jäntti (2008), "The effects of workplace downsizing on cause-specific mortality: a register-based follow-up study of Finnish men and women remaining in employment", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(11): 1008–1013.
- Martikainen, P., N. Mäki och M. Jäntti (2007), "The effects of unemployment on mortality following work place downsizing and work place closure: a register based follow-up study of Finnish men and women during economic boom and recession", *American Journal of Epidemiology*, 165(9):1070–1075.
- Mathers, C.D. och D.J. Schofield (1998), "The health consequences of unemployment: the evidence", *Medical Journal of Australia*, 168: 178–182.
- Rosenbaum, P. och D. Rubin. (1983), "The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects". *Biometrika*,70(1): 41–55.
- Ross, C.E. och C.L. Wu (1995), "The links between education and health", *American Sociological Review* (60), 719–745.
- Schmieder, J.F., T. von Wachter och S. Bender (2010), "The Long-Term Impact of Job Displacement in Germany During the 1982 Recession on Earnings, Income, and Employment". IAB Discussion paper 201001. Institute for Employment Research, Nuremberg.
- Smith, J.P. (1999), "Healthy bodies and thick wallets", *Journal of Economic Perspectives*, 13(2): 145–166.
- Socialstyrelsen (2008), "Dödsorsaker 2006", Hälsa och Sjukdomar 2008:6. Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Socialstyrelsen (2009), "Kvalitet och innehåll i patientregistret – Utskrivningar från slutenvården 1964–2007 och besök i specialiserad öppenvård (exklusi-

- ve primärvårdsbesök) 1997–2007”, Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen, Stockholm.
- SOU 2010:102, *Massuppsägningar, arbetslöshet, och sjuklighet: En rapport om konsekvenser av 1990-talets friställningar för slutenvårdsutnyttjande och risk för förtida död*, Sociala rådet, Fritzes, Stockholm.
- Steenland, K. och L.E. Pinkerton (2008), ”Mortality Patterns following Downsizing at Pan American World Airways”. *American Journal of Epidemiology*, 167(1): 1–6.
- Stefansson, C.-G. (2006), ”Major public health problems – mental ill-health Health in Sweden: The National Public Health Report”, *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(Suppl. 67): 87–103.
- Stevens, A.H. (1997), ”Persistent Effects of Job Displacement: The Importance of Multiple Job Losses”, *Journal of Labor Economics*, 15(1): 165–88.
- Sullivan, D. och T. von Wachter.(2009), ”Job Displacement and Mortality: An Analysis Using Administrative Data”, *Quarterly Journal of Economics*, 124(3): 1265–1306.
- Tamres, L.K., D. Jenicki och V.S. Helgeson (2002), ”Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping”, *Personality and Social Psychology Review*, 6(1): 2–30.
- Topa, G. (2001), ”Social Interactions, Local Spillovers and Unemployment”, *The Review of Economic Studies*, 60(2): 261–295.
- Vahtera, J., M. Kivimäki, J. Pentti, A. Linna, M. Virtanen, P. Virtanen och J.E. Ferrie (2004), ”Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study”, *British Medical Journal*, 328(7439): 555–559.
- van Doorslaer, E., A. Wagstaff, H. Bleichrodt, S. Calange, m.fl. (1997), ”Income-related inequalities in health: Some international comparisons”, *Journal of Health Economics*, 16(1): 93–112.
- Voss, M., L. Nylén, B. Floderus, F. Diederichsen och P.D. Terry (2004), ”Unemployment and early cause-specific mortality: A study based on the Swedish twin registry”, *American Journal of Public Health*, 94(12): 2155–2161.

Åhs, A. och R. Westerling (2006), "Mortality in relation to employment status during different levels of unemployment", *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(2): 159–167.

Appendix A

Tabell A 1. Studier av sambandet mellan arbetslöshet och dödlighet

| Studie | Oberoende variabel | Utfall | Tid | RR - Män | RR - Kvinnor | Land | |
|-----------------------------|---------------------------|---|-------------------------------|------------------|------------------|---------|---------|
| Lundin m.fl. (2010) | Arbetslös>89 dgr | Dödlighet –Totalt | 9 år | 1,30 (1,06–1,58) | i.u. | Sverige | |
| | --- | --- Våldsam död | --- | 1,55 (1,01–2,37) | i.u. | --- | |
| | --- | --- Självmord | --- | 1,42 (0,83–2,44) | i.u. | --- | |
| | --- | --- Våldsam död, ej självmord | --- | 1,82 (0,90–3,69) | i.u. | --- | |
| | --- | --- Icke våldsam död | --- | 1,24 (0,99–1,55) | i.u. | --- | |
| | --- | --- CVD | --- | 1,08 (0,76–1,53) | i.u. | --- | |
| | --- | Dödlighet –Totalt | 4 år | 1,57 (1,13–2,18) | i.u. | --- | |
| | --- | --- Våldsam död | --- | 2,16 (1,24–3,78) | i.u. | --- | |
| | --- | --- Självmord | --- | 1,76 (0,89–3,50) | i.u. | --- | |
| | --- | --- Våldsam död, ej självmord | --- | 3,46 (1,33–9,00) | i.u. | --- | |
| | --- | --- Icke våldsam död | --- | 1,34 (0,88–2,01) | i.u. | --- | |
| | --- | --- CVD | --- | 1,10 (0,56–2,18) | i.u. | --- | |
| | Kriegbaum m.fl. (2009) | Jobbseparation + arbetslös>3 månader | Dödlighet –Totalt | 12 år | 1,44 (1,15–1,80) | i.u. | Danmark |
| | Kriegbaum m.fl. (2008) | Jobbseparation + arbetslös>6 månader | Dödlighet/Slutenvård – Totalt | 12 år | i.u. | i.u. | Danmark |
| --- Ischemisk sjukdom | | | --- | 1,05 (0,85–1,68) | i.u. | --- | |
| --- Hjärtinfarkt | | | --- | 1,20 (0,85–1,68) | i.u. | --- | |
| --- Annan ischemisk sjukdom | | | --- | 1,21 (0,91–1,63) | i.u. | --- | |

Tabell A 2. Studier av sambandet mellan arbetslöshet och dödlighet

| Studie | Oberoende variabel | Utfall | Tid | RR - Män | RR - Kvinnor | Land |
|------------------------------|--|----------------------------------|-------|------------------------------------|------------------|---------|
| Martikainen m.fl. (2007) | Arbetslös | Dödlighet – Totalt | 8 år | 2,38 (2,11–2,68); 1,25 (1,12–1,40) | | Finland |
| | Stabil arbetsplats + arbetslös>1 månad | --- | --- | 2,45 (1,12–2,83); 1,37 (1,17–1,61) | | --- |
| | Måttlig neddragning + arbetslös>1 månad | --- | --- | 2,68 (2,04–3,53); 1,56 (1,21–2,00) | | --- |
| | Kraftig neddragning + arbetslös>1 månad | --- | --- | 1,51 (0,90–2,53); 1,10 (0,73–1,66) | | --- |
| | Nedläggning + arbetslös>1 månad | --- | --- | 1,47 (0,77–2,81); 1,03 (0,78–1,37) | | --- |
| Åhs & Wester- ling (2006) | Arbetslös | Dödlighet –Totalt | 6 år | 1,43 (1,03–1,98) | | Sverige |
| | --- | --- Yttre orsaker | --- | 3,85 (2,10–7,03) | | --- |
| | --- | --- Självmord | --- | 3,27 (1,35–7,94) | | --- |
| | --- | --- Andra yttre orsaker | --- | 4,43 (1,94–10,08) | | --- |
| Voss m.fl. (2004) | Arbetslös | Dödlighet – Totalt | 24 år | 1,3 (1,0–1,6) | 1,4 (1,0–1,9) | Sverige |
| | --- | --- Cancer | --- | 1,4 (0,9–2,1) | 1,1 (0,7–1,9) | --- |
| | --- | --- Lungcancer m.m. | --- | 1,5 (0,6–4,1) | 0,6 (0,1–4,2) | --- |
| | --- | --- Hjärt- och kärlsjukdomar | --- | 1,2 (0,8–1,8) | 1,3 (0,5–3,0) | --- |
| | --- | --- Ischemiska sjukdomar | --- | 1,2 (0,7–2,1) | 1,3 (0,4–4,5) | --- |
| | --- | --- Yttre orsaker | --- | 1,5 (1,0–2,1) | 2,0 (1,0–4,1) | --- |
| | --- | --- Självmord | --- | 1,0 (0,6–2,0) | 2,7 (1,2–6,5) | --- |
| | --- | --- Yttre orsaker (oklar avsikt) | --- | 5,8 (2,4–14,0) | 10,7 (0,9–133,0) | --- |
| | --- | --- Övriga diagnoser | --- | 0,9 (0,5–1,5) | 1,3 (0,6–2,7) | --- |
| | --- | --- Alkohol | --- | 1,3 (0,5–3,3) | 1,0 (0,1–8,1) | --- |

Tabell A 3. Studier av sambandet mellan arbetslöshet och dödlighet

| Studie | Oberoende variabel | Utfall | Tid | RR - Män | RR - Kvinnor | Land |
|-------------------------------|--------------------|--------------------------|----------|----------|--------------|---------|
| Gerdtham & Johannesson (2003) | Arbetslös | Dödlighet –Totalt | 10-17 år | 1,46 | *** | Sverige |
| | --- | --- Cancer | --- | 0,96 | | --- |
| | --- | --- CVD | --- | 1,26 | | --- |
| | --- | --- Övriga sjukdomar | --- | 2,88 | *** | --- |
| | --- | --- Självmord | --- | 2,45 | ** | --- |
| | --- | --- Övriga yttre orsaker | --- | 0,88 | | --- |

*** och ** indikerar statistisk signifikans på 1- respektive 5-procentsnivån i de fall då konfidensintervall inte angetts.

Tabell A 4. Studier av sambandet mellan arbetslöshet och slutenvårdsutnyttjande.

| Studie | Oberoende variabel | Utfall | Tid | RR - Män | RR - Kvinnor | Land |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------------|------|------------------|------------------|---------|
| Eriksson m.fl. (2010) | Arbetslös (% år1 / % år2) | Psykiatrisk slutenvård – Totalt | 1 år | 1,37 (1,04–1,81) | 1,10 (0,79–1,55) | Danmark |
| | --- 0 / 0,01-0,2 | --- | --- | 1,91 (1,43–2,54) | 1,75 (1,27–2,39) | --- |
| | --- 0 / 0,21-1,0 | --- | --- | 1,26 (0,95–1,66) | 1,31 (0,97–1,77) | --- |
| | --- 0,01-0,2 / 0 | --- | --- | 0,91 (0,66–1,24) | 0,65 (0,44–0,96) | --- |
| | --- 0,01-0,2 / 0,01-0,2 | --- | --- | 1,71 (1,29–2,26) | 1,23 (0,86–1,76) | --- |
| | --- 0,01-0,2 / 0,21-1,0 | --- | --- | 1,54 (1,09–2,15) | 1,58 (1,06–2,35) | --- |
| | --- 0,21-1,0 / 0 | --- | --- | 1,10 (0,78–1,57) | 1,36 (0,98–1,89) | --- |
| | --- 0,21-1,0 / 0,01-0,2 | --- | --- | 1,68 (1,40–2,02) | 1,20 (0,99–1,45) | --- |
| Kraut m.fl. (2000) | Arbetslös | Slutenvård – Totalt | 3 år | 1,33 (1,13–1,56) | | Kanada |
| | --- | --- Psykiska störningar | --- | 1,21 (0,64–2,30) | | --- |
| | --- | --- Skador och förgiftningar | --- | 2,00 (1,47–2,73) | | --- |

Tabell A 5. Studier av sambandet mellan massuppsägning och dödlighet

| Studie | Oberoende variabel | Utfall | Tid | RR - Män | RR - Kvinnor | Land |
|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|-------|------------------|--------------|---------|
| Browning & Heinesen (2010) | Nedläggning + jobbseparation | Dödlighet – Totalt | 4 år | 1,18 (1,08–1,28) | | Danmark |
| | --- | --- Cancer | --- | 1,03 (0,91–1,18) | | --- |
| | --- | --- Hjärt- och kärlsjukdomar | --- | 1,21 (1,06–1,38) | | --- |
| | --- | --- Hjärtinfarkt/stroke | --- | 1,21 (1,02–1,45) | | --- |
| | --- | --- Alkohol | --- | 1,38 (1,03–1,86) | | --- |
| | --- | --- Psykiska störningar | --- | 1,25 (0,86–1,82) | | --- |
| | --- | --- Självmord | --- | 1,45 (1,02–2,06) | | --- |
| | --- | --- Trafikskador | --- | 1,91 (1,16–3,14) | | --- |
| | --- | Dödlighet – Totalt | 10 år | 1,08 (1,03–1,13) | | --- |
| | --- | --- Cancer | --- | 1,03 (0,96–1,11) | | --- |
| | --- | --- Hjärt- och kärlsjukdomar | --- | 1,10 (1,02–1,18) | | --- |
| | --- | --- Hjärtinfarkt/stroke | --- | 1,08 (0,97–1,29) | | --- |
| | --- | --- Alkohol | --- | 1,01 (0,86–1,20) | | --- |
| | --- | --- Psykiska störningar | --- | 1,05 (0,85–1,30) | | --- |
| | --- | --- Självmord | --- | 1,20 (0,95–1,52) | | --- |
| | --- | --- Trafikskador | --- | 1,66 (1,17–2,37) | | --- |
| Sullivan & von Wachter (2009) | Kraftig neddragning + jobbseparation | Dödlighet –Totalt | 17 år | 1,19 | ** | USA |

** indikerar statistisk signifikans på 5-procentsnivån i de fall då konfidensintervall inte angetts.

Tabell A 6. Studier av sambandet mellan massuppsägning och dödlighet

| Studie | Oberoende variabel | Utfall | Tid | RR - Män | RR - Kvinnor | Land |
|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------|------------------|------------------|-------------|
| Eliason & Storrie (2009) | Nedläggning + jobbseparation | Dödlighet –Totalt | 4 år | 1,44 (1,19–1,76) | 1,01 (0,74–1,37) | Sverige |
| | | --- Cancer | --- | 1,39 (0,96–2,00) | 0,86 (0,55–1,35) | --- |
| | | --- Lungcancer m.m. | --- | 1,48 (0,92–2,40) | 0,94 (0,42–2,12) | --- |
| | | --- Hjärt- och kärlsjukdomar | --- | 1,24 (0,90–1,71) | 1,30 (0,69–2,45) | --- |
| | | --- Ischemiska sjukdomar | --- | 1,33 (0,91–1,93) | 1,50 (0,67–3,37) | --- |
| | | --- CBV | --- | 1,43 (0,54–3,74) | 0,36 (0,05–2,72) | --- |
| | | --- Yttre orsaker | --- | 2,07 (1,42–3,02) | 1,48 (0,61–3,59) | --- |
| | | --- Självmord | --- | 2,15 (1,28–3,59) | 2,03 (0,73–5,63) | --- |
| --- | --- | --- Alkohol | --- | 2,21 (1,14–4,31) | 1,63 (0,34–7,81) | --- |
| Sullivan & von Wachter (2009) | Kraftig neddragning + jobbseparation | Dödlighet –Totalt | 17 år | 1,19 | ** | USA |
| Steenland & Pinkerton (2008) | Nedläggning + uppsägning | Dödlighet –Totalt | 11 år | 0,68 (0,63–0,73) | 0,76 (0,62–0,90) | USA |
| | | --- Ischemiska sjukdomar | --- | 0,69 (0,59–0,79) | 0,89 (0,46–1,15) | --- |
| Keefe m.fl. (2002) | Nedläggning + jobbseparation | Dödlighet –Totalt | 9 år | 1,19 (0,87–1,62) | i.u. | Nya Zeeland |
| | | --- Självmord | --- | 2,15 (0,87–1,62) | i.u. | --- |
| | | --- Övriga yttre orsaker | --- | 1,90 (0,66–5,47) | i.u. | --- |
| | | --- Hjärtsjukdomar | --- | 1,05 (0,63–1,76) | i.u. | --- |
| | | --- CBV | --- | 0,75 (0,17–3,33) | i.u. | --- |
| | | --- Cancer | --- | 1,24 (0,65–2,37) | i.u. | --- |
| --- | --- | --- Sjukdomar i andningsorgan | --- | 0,63 (0,19–2,08) | i.u. | --- |

** indikerar statistisk signifikans på 5-procentsnivån i de fall då konfidensintervall inte angetts.

Tabell A 7. Studier av sambandet mellan massuppsägning och slutenvårdsutnyttjande

| Studie | Oberoende variabel | Utfall | Tid | RR - Män | RR - Kvinnor | Land |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------|------------------|------------------|---------|
| Browning & Heinesen (2010) | Nedläggning + jobbseparation | Slutenvård – Totalt | 4 år | | i.u. | Danmark |
| | | --- Cancer | --- | 1,00 (0,94–1,10) | | --- |
| | | --- Hjärt- och kärlsjukdomar | --- | 1,02 (0,98–1,07) | | --- |
| | | --- Hjärtinfarkt och stroke | --- | 1,04 (0,96–1,12) | | --- |
| | | --- Alkohol | --- | 1,27 (1,12–1,45) | | --- |
| | | --- Psykiska störningar | --- | 1,18 (1,07–1,31) | | --- |
| | | --- Självmordsförsök | --- | 1,35 (1,05–1,74) | | --- |
| | | --- Trafikskador | --- | 1,12 (0,96–1,30) | | --- |
| | | Slutenvård – Totalt | 10 år | | i.u. | --- |
| | | --- Cancer | --- | 1,02 (0,98–1,07) | | --- |
| | | --- Hjärt- och kärlsjukdomar | --- | 1,04 (1,01–1,07) | | --- |
| | | --- Hjärtinfarkt och stroke | --- | 1,02 (0,98–1,08) | | --- |
| | | --- Alkohol | --- | 1,16 (1,06–1,26) | | --- |
| | | --- Psykiska störningar | --- | 1,13 (1,06–1,27) | | --- |
| | | --- Självmordsförsök | --- | 1,22 (1,01–1,48) | | --- |
| --- Trafikskador | --- | 1,15 (1,04–1,28) | | --- | | |
| Eliason & Storrie (2010) | Nedläggning + jobbseparation | Sluten psykiatrisk vård - Totalt | 8 år | 1,02 (0,90–1,15) | 1,17 (1,01–1,35) | Sverige |
| | | --- Alkohol/narkotika | --- | 1,13 (0,95–1,34) | 1,60 (1,18–2,16) | --- |
| | | --- Affektiva tillstånd | --- | 0,85 (0,64–1,13) | 1,47 (1,15–1,87) | --- |
| | | --- Stressrelaterade tillstånd | --- | 0,84 (0,64–1,11) | 1,12 (0,86–1,45) | --- |

Tabell A 8. Studier av sambandet mellan massuppsägning och slutenvårdsutnyttjande

| Studie | Oberoende variabel | Utfall | Tid | RR - Män | RR - Kvinnor | Land |
|--------------------------|--------------------------------------|--|------------------|------------------|------------------|-------------|
| Eliason & Storrie (2009) | Nedläggning + jobbseparation | Slutenvård | 8 år | i.u. | i.u. | Sverige |
| | | --- Hjärtinfarkt | --- | 1,02 (0,87–1,18) | 0,86 (0,61–1,21) | --- |
| | | --- Stroke | --- | 1,05 (0,89–1,23) | 1,02 (0,81–1,29) | --- |
| | | --- Alkohol | --- | 1,24 (1,08–1,41) | 1,38 (1,07–1,77) | --- |
| | | --- Trafikskador | --- | 1,36 (1,16–1,59) | 1,12 (0,88–1,41) | --- |
| | | --- Självskador | --- | 1,24 (1,00–1,55) | 1,17 (0,93–1,46) | --- |
| Browning m.fl. (2005) | Kraftig neddragning + jobbseparation | Slutenvård -'stressrelaterade sjukdomar' | 4 år | 0,99 | i.u. | Danmark |
| Keefe m.fl. (2002) | Nedläggning + jobbseparation | Slutenvård – Totalt | 9 år | 0,96 (0,87–1,06) | i.u. | Nya Zeeland |
| | | --- Psykiska störningar | --- | 1,17 (0,68–2,01) | i.u. | --- |
| | | --- Självskador | --- | 3,16 (1,04–9,62) | i.u. | --- |
| | | --- Andra yttre orsaker | --- | 0,86 (0,70–1,04) | i.u. | --- |
| | | --- Hjärtsjukdomar | --- | 0,79 (0,58–1,09) | i.u. | --- |
| | | --- CBV | --- | 0,97 (0,53–1,77) | i.u. | --- |
| | | --- Cancer | --- | 0,99 (0,69–1,44) | i.u. | --- |
| --- | --- Sjukdomar i andningsorgan | --- | 1,05 (0,74–1,49) | i.u. | --- | |

Appendix B

Tabell B 1. Koder enligt ICD-9 och ICD-10 för sjukdomarna inkluderade i de tio diagnoskategorierna

| Diagnoskategori | ICD-9 | ICD-10 |
|---|--|---|
| Cancer | 140–239 | C00–C97 |
| Rökningsrelaterad cancer | 140–151,155,157,160–162,188,189.0,189.1,205.0 | C0–C16,C22,C25,C30–C34,C64–C67,C92.9 |
| Hjärt- och kärlsjukdomar | 390–459 | I00–I99 |
| Ischemiska hjärtsjukdomar | 410–414 | I20–I25 |
| Sjukdomar i hjärnans kärl | 430–438 | I21, I22, I60–I69, G45 |
| Psykiska störningar | 290–319 | F00–F99 |
| Yttre orsaker | E800–E999 | V01–V99,W00–W99,X01–X99,Y01–Y89 |
| Självtillfogad skada | E950–E959,E980–E989 | X60–X84, Y10–Y34 |
| Trafikskador | E800–E849 | |
| Alkoholrelaterade sjukdomar och tillstånd | 291,303,305.0,357.5,425.5,535.3,571.0–571.3,577.0,577.1,E980 | F10,G31.2,G62.1,I42.6,K29.2,K70,K85,K86.0,K86.1,X45,X65,Y15 |

IFAU:s publikationsserier – senast utgivna

Rapporter

- 2011:1** Hall Caroline och Linus Liljeberg ”En jobbgaranti för ungdomar? Om Arbetsförmedlingens ungdomsinsatser”
- 2011:2** Angelov Nikolay, Per Johansson, Erika Lindahl och Elly-Ann Lindström ”Kvinnors och mäns sjukskrivningar”
- 2011:3** Eliason Marcus ”Undersköterskor och sjukvårdsbiträden i kristider: inkomst- och sysselsättningseffekter av friställningar inom den offentliga sektorn under 1990-talet”
- 2011:4** Brandén Maria och Sara Ström ”För vems skull flyttar par? Kön, karriärmöjligheter och pars regionala rörlighet i Sverige”
- 2011:5** Sjögren Anna och Helena Svaleryd ”Nitlott i barndomen – familjebakgrund, hälsa, utbildning och socialbidragstagande bland unga vuxna”
- 2011:6** Mörk Eva ”Från försörjningsstöd till arbete – Hur kan vägen underlättas?”
- 2011:7** Forslund Anders och Johan Vikström ”Arbetsmarknadspolitiken effekter på sysselsättning och arbetslöshet – en översikt”
- 2011:8** Eliason Marcus, Petter Lundborg och Johan Vikström ”Massuppsägningar, arbetslöshet och sjuklighet”

Working papers

- 2011:1** Eliason Marcus “Assistant and auxiliary nurses in crisis times: earnings and employment following public sector job loss in the 1990s”
- 2011:2** Forslund Anders, Peter Fredriksson och Johan Vikström “What active labor market policy works in a recession?”
- 2011:3** Brandén Maria och Sara Ström “For whose sake do couples relocate? Gender, career opportunities and couples’ internal migration in Sweden”
- 2011:4** Bergemann Annette, Marco Caliendo, Gerard J. van den Berg och Klaus F. Zimmermann “The threat effect of participation in active labor market programs on job search behavior of migrants in Germany”
- 2011:5** van den Berg Gerard J., Petter Lundborg, Paul Nystedt och Dan-Olof Rooth “Critical periods during childhood and adolescence: a study of adult height among immigrant siblings”
- 2011:6** Ridder Geert och Johan Vikström “Bounds on treatment effects on transitions”

- 2011:7** Vikström Johan, Michael Rosholm och Michael Svarer “The relative efficiency of active labour market policies: evidence from a social experiment and non-parametric methods”
- 2011:8** Carlsson Mikael och Oskar Nordström Skans “Evaluating microfoundations for aggregate price rigidities: evidence from matched firm-level data on product prices and unit labor cost”
- 2011:9** Carlsson Mikael, Julián Messina och Oskar Nordström Skans “Wage adjustment and productivity shocks”

Dissertation series

- 2010:1** Johansson Elly-Ann “Essays on schooling, gender, and parental leave”
- 2010:2** Hall Caroline “Empirical essays on education and social insurance policies”
- 2011:1** Hensvik Lena “The effects of markets, managers and peers on worker outcomes”