

Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa

– en kunskapsöversikt

URBAN JANLERT

Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa

– *en kunskapsöversikt*

Urban Janlert

*Underlagsrapport nr 2 till
Kommissionen för jämlik hälsa
S 2015:02*

www.kommissionjamlikhalsa.se

Stockholm 2016

Förord

Kommissionen för jämlik hälsa har två huvudsakliga uppdrag, att lämna förslag på åtgärder som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar men även att arbeta på ett utåtriktat och inkluderande sätt och bidra till samhällsdebatten. Denna serie med rapporter tjänar båda dessa syften genom att presentera kunskapsunderlag och överväganden som Kommissionen kan basera sitt arbete på, men samtidigt även bjuda in till en bred diskussion kring kommissionens olika frågeställningar om hur hälsoklyftorna ska kunna minskas. Analyser, slutsatser, rekommendationer och förslag i dessa underlagsrapporter står för respektive författare och delas nödvändigtvis inte av kommissionen.

Ett av de områden som Kommissionen pekat ut som centralt för att uppnå jämlik hälsa är arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö. I denna rapport diskuteras hur arbetslöshet påverkar hälsa och ojämlikhet i hälsa mellan olika grupper i samhället. Att det finns ett tydligt samband är klart, i synnerhet när det gäller nedsatt psykisk hälsa, men här diskuteras om sambandets riktning kan variera beroende på vilka människors som berörs och vilka hälsoförhållanden som undersöks. Detta är viktigt, inte minst därför att ömsesidiga samband pekar på att den ojämlika hälsan formas i ett dynamiskt samspel mellan olika centrala resurser i människors liv. Detta är en central del av Kommissionens sätt att förstå hur ojämlikhet i hälsa uppkommer, och kopplat till detta menar vi att en viktig ambition med olika insatser är att bryta dessa negativa spiraler. Denna rapport bidrar till vår diskussion och förståelse på ett bra sätt.

Rapporten är skriven av Urban Janlert, professor i folkhälsovetenskap vid Umeå universitet.

Stockholm i november 2016

Olle Lundberg
Ordförande i Kommissionen för jämlik hälsa

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning.....	9
Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa	11
Hur påverkas vår hälsa av arbete och arbetslöshet?	15
Arbete och hälsa	15
Arbetslöshet och död.....	15
Arbetslöshet och hälsa	16
Arbetslöshet och psykisk hälsa	17
Arbetslöshet och självmord.....	17
Arbetslöshet och missbruk.....	18
Arbetslöshet och kroppslig sjukdom.....	18
Konjunkturreffekter på ohälsan	20
Ålder och kön.....	21
Hur stor är arbetslösheten?	23
Arbetslöshet i världen	23
Arbetslöshet i Sverige	25
Regional arbetslöshet	26
Arbetslöshet och födelseland	27
Drabbas kvinnor och män olika?	27

Arbetslöshet och utländsk bakgrund.....	28
Sjukvårdsutnyttjande	29
Sjukskrivning	29
Arbetslöshet bland arbetare och tjänstemän	30
Effekter av arbetslöshetens längd	31
Effekter av arbetslöshet på lång sikt	32
Arbetslöshet i förklädd form.....	32
Arbetslöshet och förtidspensionering	33
Vad bör göras?	35
Måste vi arbeta?	35
Arbetslöshet och jämlikhet	36
Vad kan man göra?	36
Slutsatser	39
Referenser	41

Sammanfattning

Syftet med denna kunskapsöversikt är att sammanfatta det vi i dag vet om hur arbetslöshet påverkar hälsans fördelning i samhället. Då vi studerar ojämlikhet i hälsa använder vi oss ofta av mått som direkt eller indirekt har med arbete att göra, t.ex. utbildning, inkomst och status. Fokus i denna sammanställning ligger på hur individer påverkas vid arbetslöshet, men arbetslösheten i samhället har också strukturella konsekvenser. Kroppsrelaterade arbetsskador minskar men sjukdomar som t.ex. psykisk ohälsa ökar. Sjukskrivningarna ökar – sannolikt på grund av att många inte vågar vara sjukskrivna i tider av risk för uppsägningar och omplaceringar.

Arbetslösheten påverkar hälsan, men hälsan påverkar också risken för arbetslöshet. Sambandets riktning kan variera beroende på vilka människors som berörs och vilka hälsoförhållanden som undersöks. Det är dock betydligt fler studier som visar att arbetslösheten leder till ohälsa än att ohälsan leder till arbetslöshet.

Översiktligt kan man konstatera att:

- Arbetslöshet ökar risken för förtidig död, sjukhusvård och nedsatt hälsa.
- Sambanden mellan arbetslöshet och nedsatt psykisk hälsa är särskilt tydligt.
- Även kroppsliga sjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar och cancer har ett samband med arbetslöshet.
- Arbetslöshet ökar risken för olika former av riskbruk (alkohol, narkotika, rökning etc.).
- Ju längre arbetslösheten varar desto tydligare blir de psykiska besvären.

- Arbetslöshet är betydligt vanligare bland människor med utländsk bakgrund.
- Arbetare och de med kort utbildning drabbas i större utsträckning än tjänstemän och personer med längre utbildning av negativa hälsoeffekter i samband med arbetslöshet.
- Kvinnor och män drabbas numera i ungefär samma utsträckning av hälsobesvär vid arbetslöshet.
- Arbetslöshet uppträder även i ”maskerade” former som oönskad deltid och olika former av osäkra anställningar.
- På grund av risken för arbetslöshet avstår många från att lämna ett fast jobb även om de vantrivs med sitt arbete.

Eftersom arbetslöshet är ett resultat av hur vi valt att organisera vårt samhälle så finns, rent teoretiskt, möjligheter att avskaffa arbetslösheten. Konsekvenserna av detta måste då vägas mot de effekter en sådan förändring skulle innebära, t.ex. ekonomiskt och socialt men även kulturellt och ideologiskt. De flesta åtgärder som föreslås är av betydligt blygsammare omfattning: insatser som avser att skapa nya jobb, åtgärder som ökar den enskildes möjlighet att få arbete och olika former av stöd och hjälp åt dem som drabbas.

Inledning

Arbetsamhet befördrar helsa och wälstånd, hindrar många tillfällen till synd, hjälper oss att emotstå onda begärelser, bidrager till tröst och sinnestyrka under motgången. [Luther o.a. 1834]

Så står det i en äldre upplaga av Luthers Lilla katekes, och man tror gärna att det är Luthers ord man läser. Men det är den svenske översättaren, sedermera ärkebiskopen Jacob Axelsson Lindblom som är författaren till just denna text i den katekes som fastställdes 1810. Den första delen av citatet lever kvar än i dag närmast som ett ordspråk, ofta dock med ordet "arbetsamhet" ersatt av "arbete" – en betydelseförskjutning från att man arbetar flitigt och träget till att man över huvud taget arbetar. Vi kan kanske ta det som ett tecken på att den moraliska föreställningen om arbete som en plikt fortfarande lever ganska stark ibland oss.

Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa

Svenska akademins ”Svensk ordbok” definierar arbete som ”*sysselsättning som ger försörjning*” vilket sannolikt stämmer väl överens med en allmän uppfattning av ordet [Malmgren 2009]. Det finns emellertid många olika slag av arbete – ordbokens mer detaljerade beskrivning av arbete som ”*stadigvarande sysselsättning som ger för försörjning och som vanligen är nödvändig (och tillräcklig) för detta*” täcker knappast deltidarbete och tillfällighetsarbete, som vi också betraktar som arbete.

Det forskare avser med arbetslöshet överensstämmer inte alltid med hur vi till vardags uppfattar ordet. Man brukar ställa tre krav som alla måste vara uppfyllda för att någon ska betecknas som arbetslös i forskningens mening:

- Man ska sakna arbete.
- Man ska söka arbete.
- Man ska ha möjlighet att ta sökta arbeten.

Människor som är utan arbete, men inte söker något, räknas alltså inte som arbetslösa. Hit hör de som t.ex. inte erhåller någon ekonomisk ersättning för sin arbetslöshet (t.ex. utförsäkrade) och därför inte anmäler sig hos arbetsförmedlingen. [International Labour Organization 1990]

Jämlik hälsa är ett honnörsbegrepp, men vad står det för? Till skillnad från ”olikhet” (som beskriver skillnader) innehåller termen ”ojämlikhet” också en värdering som lyfter fram att skillnaden är orättvisa i någon mening – kanske också med tillägget att det är en orättvisa som man på något sätt bör kunna göra något åt. Att män är längre än kvinnor är en olikhet, som vi knappast ser som något ojämnt, men att kvinnor tjänar mindre än män i samma yrken klassas av de flesta som en ojämlikhet [Janlert 2001].

En jämlik hälsa innebär inte att alla människor har precis samma hälsotillstånd. När man talar om jämlik hälsa så jämför man olika grupper med varandra, kanske män med kvinnor, människor bosatta i norra Sverige med dem i södra Sverige, glesbygdsbor med tätortsbor, fattiga med rika, sådana med kort utbildning med sådana med lång utbildning osv. På det sättet kan en ganska stor variation föreligga inom grupperna, men genomsnittet i grupperna bör – om jämlikhet föreligger – inte skilja sig så mycket. Skillnaden mellan olikhet och ojämlikhet brukar vara att medan *olikhet* är en faktisk skillnad så är en *ojämlikhet* en skillnad som i något avseende uppfattas som orättvis. Vad som betraktas som ojämnt kan därför variera t.ex. på grund av tid och ideologisk uppfattning. Att kvinnor lever längre än män betraktades av många tidigare som olik men inte ojämnt – i dag har många en annan syn eftersom orsaken till skillnaden delvis kan hittas i sådana förhållanden som människan styr över.

När man pratar om ojämnt hälsa så jämför man alltså olika grupper i samhället. Förutom kön, ålder, geografi och etnicitet så har många indelningsgrunder sin utgångspunkt i arbetet: vilken typ av arbete man har (t.ex. arbetare eller tjänstemän), hur lång utbildning (kort eller lång) eller inkomsten storlek (låg eller hög). Det är därför givet att arbete har central betydelse då det handlar om att jämföra olika socioekonomiska grupper.

Som vi senare ska se så är de arbetslösa i nästan alla hälsoavseenden förfördelade jämfört med dem som har arbete. Arbetslösheten är på detta sätt kopplat till ojämlikhet. Men att det i vårt samhälle i dag inte finns arbete åt alla kan också leda till ojämnt hälsa bland dem som har arbete; hög arbetslöshet inom vissa branscher kan skapa stress och påfrestningar bland dem med kortare utbildning som i sin tur påverkar hälsan. Arbetslöshet kan också vara mer bekymmersam för vissa grupper än för andra – se avsnittet nedan om skillnader i hälsa vid arbetslöshet mellan arbetare och tjänstemän.

Då arbetslösheten redovisas sker det vanligen som en procentandel där antalet arbetslösa dividerats med antalet människor som befinner i arbetskraften, dvs. summan av alla som är sysselsatta eller arbetslösa (i gruppen sysselsatta inkluderas också de som har semester, kortare sjukskrivning eller är tjänstlediga och till de arbetslösa räknas numera också heltidsstuderande som söker arbete). Däremot ingår inte de som står utanför arbetskraften (t.ex. deltidsstuderande, pensionärer, hem-

arbetande och långvarigt sjuka). Under årens lopp har definitionerna ändrats och anpassats bl.a. för att möjliggöra internationella jämförelser. Siffror över arbetslöshetens utveckling över tid är därför en kompromiss mellan olika definitioner.

Våra källor till den svenska arbetslöshetens utveckling är i huvudsak två: dels genomför Statistiska centralbyrån löpande undersökningar under året i den s.k. Arbetskraftsundersökningen (AKU) där ett stickprov ur befolkningen tillfrågas om arbete m.m., dels levererar arbetsförmedlingarna in data över sökandestatistik. Källorna ger delvis olika resultat, men de totala siffrorna skiljer sig obetydligt. Första kvartalet 2011 var 395 700 personer arbetslösa enligt AKU och 399 800 enligt Arbetsförmedlingen, en skillnad på 4 100 personer eller 1 procent [Statistiska centralbyrån].

Arbetslösheten är inget permanent tillstånd. Vanligen går man in och ut ur arbetslösheten. Efter en tillräcklig lång arbetslöshet har man inte längre rätt till arbetslöshetsersättning och upphör då kanske med att söka arbete. Man hamnar i en situation som ofta benämns som ”utslagen från arbetsmarknaden” [Fang & Gunderson, 2015]. Det är en grupp som ofta hamnar utanför statistiken och utanför de vetenskapliga studierna. Vad vi kan ana är att denna grupp, ur hälsosynpunkt, drabbas värre än de som vi i de flesta studier betecknar som ”arbetslösa”.

Under senare år har begreppet NEET kommit till användning. Det syftar på unga som varken arbetar eller studerar (young people Not in Employment, Education or Training) och handlar i första hand om ungdomar i åldern 15–24 år. Denna andel låg 2015 mellan 6,5 och 7 procent, utan någon större skillnad mellan könen (källa SCB: AKU). I gruppen ingår bl.a. de arbetslösa som inte söker arbete (och därför inte ingår i den officiella arbetslöshetsstatistiken), sjuka, funktionshindrade, ungdomar på utlandsresa, hemmavarande med barn etc. Studier visar att det i första hand är ungdomar från utsatta sociala förhållanden som utgör NEET. Över hälften av dessa finns kvar i gruppen påföljande år. Tillståndet riskerar alltså att bli långvarigt och problemet är att dessa ungdomar inte skaffar sig några formella kvalifikationer som skulle underlätta för dem att senare få ett arbete (Löfmark & Eriksson, 2014).

Hur påverkas vår hälsa av arbete och arbetslöshet?

Arbete och hälsa

Det finns en omfattande forskning som belyser sambanden mellan arbete, arbetslöshet och hälsa. På den medicinska databasen Pub Med finns för närvarande omkring 75 000 artiklar i ämnet. Människor som arbetar har i allmänhet bättre hälsa än de som inte arbetar, men det beror inte alltid på att arbetet är hälsosamt. Arbetet förutsätter en rimligt god hälsa för att man ska kunna jobba och de som har sämre hälsa kan inte alltid få ett arbete. Många studier som undersökt hälsoförhållanden bland arbetare med uppenbart mindre hälsosamma arbetsförhållanden, t.ex. asfaltarbetare, visar att de ändå har mindre risk för sjukdom och död än den allmänna befolkningen eftersom jämförelsegruppen också innehåller alla sjuka människor [Bergdahl & Järvholm, 2003].

Fokus i denna framställning kommer dock inte att ligga på hur arbetet påverkar jämlikhet i hälsa, utan i första hand på hur avsaknaden av arbete leder till hälsoproblem. Det är inte brister i arbetsmiljö utan bristen på arbetsmiljö som står i centrum.

Arbetslöshet och död

I en metaanalys av sambanden mellan arbetslöshet och risk att dö, som omfattade 42 studier och över 20 miljoner deltagare fann Roelfs och medarbetare en ökad dödsrisk på drygt 60 procent bland de arbetslösa jämfört med de icke arbetslösa. Risken var högst bland yngre och medelålders, mest uttalad under de tio första åren efter arbetslösheten och större för män än kvinnor. I en delstudie där man kunnat kontrollera för hälsobeteende (rökning, tobak, alkohol etc.) fann man en lägre dödlighet än i den stora studien där sådana förhållanden inte var kända. Det tyder på att det inte bara är arbetslös-

heten som påverkar hälsan, utan också så att hälsan påverkar risken för att bli arbetslös. Sambandet mellan arbetslöshet och död var dock starkare än sambandet mellan ohälsa och arbetslöshet [Roelfs o.a. 2011].

I Sverige hade vi en lågkonjunktur under perioden 1992–1996. Garcy & Vågerö har studerat hur denna lågkonjunktur har påverkat risken att dö. För män noterades en ökad dödlighet pga. yttre orsaker (självmod, trafikolyckor mm.) som steg brant med ökande arbetslöshetslängd. Död i hjärtkärlsjukdom och cancer påverkades i mindre grad och hade sitt maximum efter 2–3 års arbetslöshet. En ökad risk noterades också för kvinnor, men den var mindre uttalad (Garcy & Vågerö 2012). I en mer detaljerad analys av samma material konstaterar man att tidigare hjärtkärlsjukdom inte ökade risken för senare arbetslöshet, men att tidigare alkoholrelaterade sjukdomar och självmordsförsök däremot gjorde det, bland såväl män som kvinnor. Största riskökningen noterades bland de yngsta. Främst bland män ökade risken hos dem med kort utbildning, låg inkomst, som levde ogifta eller på landet (Vågerö & Garcy 2016). Andra svenska studier med liknande resultat har bl.a. redovisats av Eliason och Storrie [Eliason & Storrie 2009] och Lundin med medarbetare (Lundin o a 2010).

Arbetslöshet och hälsa

Hälsan kan mätas på olika sätt – alltifrån död, sjukvårdsutnyttjande, sjukdomsdiagnoser, symptom och besvär till självskattad hälsa. Indirekta mått som t.ex. läkemedelskonsumtion eller sjukfrånvaro kan också komma till användning. Under 1970- och 1980-talens strukturrationaliseringar gjordes många studier i samband med nedläggningar inom t.ex. varvs- och skogsindustrin [Peterson 1973; Iversen & Klausen 1980; Nygren 1986] som vidgade perspektiven om hälsokonsekvenser av arbetslöshet. I samband med den kraftigt ökade arbetslösheten på 1990-talet där även tjänstemän drabbades startades flera studier som på olika sätt gav mer detaljerad kunskap om sambanden mellan arbetslöshet och ohälsa [Hallsten 1995]. Merparten av studierna, såväl de svenska som utländska, har fokus på psykiska problem i samband med arbetslöshet och hot om arbetslöshet, men även studier av hälsovanor och kroppsliga sjukdomar finns – från studier av håravfall till reumatisk sjukdom [Cobb 1974] och hjärtinfarkt [Voss o.a. 2004].

Arbetslöshet och psykisk hälsa

I ett lekmannaperspektiv ter det sig ganska naturligt att arbetslöshet kan leda till psykiska problem. Det finns också ett stort antal rapporter som bekräftar den uppfattningen. Redan under den stora ekonomiska depressionen på 1930-talet rapporterade psykiatriker i Stockholm om "nervklenhet" bland de arbetslösa [Antonio & Bringel, 1939]. I en s.k. metaanalys (dvs. ett försök att sammanställa resultaten av en lång rad enskilda studier) gör Paul & Moser en omfattande genomgång av över trehundra olika studier inom området psykisk hälsa och arbetslöshet [Paul & Moser 2009]. Man hittar tydliga samband mellan arbetslöshet och problem som stress, depression, ångest, psykosomatiska symptom, välbefinnande och låg självuppskattning. Bland arbetslösa hade 34 procent psykiska besvär, jämfört med 16 procent i gruppen som hade arbete. Män och arbetare var mer stressade av arbetslöshet än kvinnor och tjänstemän. En negativ effekt av arbetslöshet på den psykiska hälsan var tydligare i länder med ojämn inkomstfördelning och jämförelsevis dåliga skyddsnet för de arbetslösa (sämre arbetslöshetsersättning, färre arbetsmarknadspolitiska åtgärder för de arbetslösa etc.). Longitudinella studier stödde hypotesen om kausala samband mellan arbetslöshet och psykisk hälsa; omvänd kausalitet (dvs. att ohälsa leder till arbetslöshet i stället för tvärtom) noterades också då det gäller förlust av arbete och möjligheterna att hitta ett nytt jobb. Program för att minska arbetslösas psykiska ohälsa bedömdes också ha en viss effekt då det gällde att lindra symptomen hos dem med långvarig arbetslöshet.

Självskadebeteende tycks också öka vid arbetslöshet, bland såväl kvinnor som män [Hawton o.a. 2016].

Arbetslöshet och självmord

Man har företagit en stor mängd studier inom detta område, och flera systematiska översikter finns också tillgängliga över lång tid [Platt 1984; Oyesanya 2015]. Sammantaget bekräftar de alla ett tydligt samband mellan arbetslöshet och ökad självmordsrisk [Johansson & Sundquist, 1997]. I en studie av Milner och medarbetare kvantifieras den relativa risken för självmord. Upp till fem år efter arbetslöshetsperioden är den relativa risken att begå självmord 2,5 gånger högre bland de arbetslösa jämfört med de icke-arbetslösa. Över tiden sjunker

denna risk, och 12–16 år efter arbetslösheten är den 1,21 gånger högre – dock fortfarande statistiskt signifikant [Milner o.a. 2013].

Arbetslöshet och missbruk

Många studier har också ägnat sig åt att kartlägga sambanden mellan arbetslöshet och missbruk, framför handlar det om alkoholmissbruk. En omfattande översiktsartikel av de senaste tjugo årens forskning inom området visar bl.a. följande [Henkel 2011]:

- Arbetslöshet är en viktig riskfaktor för missbruk.
- Arbetslösa har större förekomst av riskfyllt alkoholbruk.
- Missbruk ökar risken att bli arbetslös och minskar chansen att få och behålla en anställning.
- Arbetslöshet ökar risken för återfall efter behandling.
- Riskbruk av alkohol och rökning varierar över konjunkturcyklerna; vid lågkonjunktur minskar bruket, vid högkonjunktur ökar det. Bland ungdomar tycks mönstret vara det motsatta.

Liksom då det gäller många andra hälsoproblem så går sambanden mellan missbruk och arbetslöshet i båda riktningarna. Missbruk ökar risken att bli arbetslös, men arbetslöshet i sig ökar också missbruksrisken, framför allt hos de unga (Janlert & Hammarström 1992). Eftersom arbetet ställer krav på nykterhet kan det hjälpa personer i riskzonen att minska sitt drickande. Utan arbetets krav kan motivationen att dra ned på drickandet minska.

Arbetslöshet och kroppslig sjukdom

Inom detta område finns det avsevärt färre studier än då det gäller den psykiska hälsan. Sambanden är generellt svagare, men mönstret är nästan genomgående detsamma – arbetslöshet ökar sannolikheten för sjukdom, både självskattad och verifierad som medicinska diagnoser, inom flera områden. Sambandet mellan arbetslöshet och kroppslig ohälsa som går i båda riktningarna, dvs. sjuka människor har mindre chanser att få jobb, samtidigt som arbetslösheten i sig kan leda till kroppsliga besvär. Olika studier har försökt skatta storleken på dessa

samband, och ett generellt mönster är att selektionen, dvs. att sjuka har svårt att få jobb, spelar en mindre roll än exponeringen, dvs. att arbetslösheten leder till sjukdom (Lin et al 1995). Det bör dock tilläggas att det finns avsevärt fler studier som studerat expositionseffekter än selektionseffekter, vilket kan ha betydelse för slutsatserna (Kaspersen et al 2016).

International Agency for Research on Cancer (IARC), en forskningsorganisation inom Världshälsoorganisationen (WHO) konstaterar i en forskningsrapport att arbetslösa män i genomsnitt har en överdödlighet i cancersjukdomar på omkring 25 procent jämfört med alla män i arbetskraften. Den siffran gäller oavsett hur hög eller låg arbetslösheten i respektive land är. Överdödligheten är densamma även långt efter det att arbetslösheten börjat och den försvinner inte när man kontrollerar för klass, rökning, alkoholintag och tidigare sjukskrivning. Överdödligheten härrör i första hand från lungcancer och risken för lungcancer försvinner inte när man kontrollerar för socialklass och tidigare sjukskrivning. Arbetslöshet ökar inte rökningen, men arbetslösa har en aning högre förekomst av rökning även innan de blir arbetslösa. Det verkar föga sannolikt att skillnaderna kan förklaras enbart av den höge rökfrekvens som förelegat före arbetslösheten (Lyng 1997).

I en nyutkommen studie baserad på data från Världsbanken och WHO konstaterar man att grovtarmscancer ökar då arbetslösheten ökar medan ökade resurser till hälso- och sjukvården innebär minskad dödlighet. Man gör tolkningen att detta beror på de arbetslösa har sämre tillgång till hälso- och sjukvård [Maruthappu o.a. 2016]. I en annan rapport från samma forskningsgrupp konstateras också ett samband mellan arbetslöshet och prostatacancer – den vanligaste cancerformen av alla i Sverige [Maruthappu o.a. 2015].

I ett par brittiska studier av viktförändringar i samband med arbetslöshet konstaterar man att även om de som inte är arbetslösa går upp i vikt över tid, så är viktuppgången ungefär dubbelt så stor bland de arbetslösa [Monsivais o.a. 2015]. Psykologiska mekanismer liksom sömnstörningar antas vara förklaringar till viktuppgången.

Med data från den svenska levnadsnivåundersökningen har Tomas Korpi belyst sambandet mellan arbetslöshet och kroppslig sjukdom [Korpi 2001]. Det är uppenbart att det finns en hälsoselektion både in och ut ur arbetslösheten (dvs. att sjukare lättare blir arbetslösa, och de

som återgår i arbete är friskare). Det är framför allt bland dem med lång arbetslöshet som man hittar tydliga samband mellan arbetslöshet och kroppslig ohälsa. Det verkar som om det krävs längre arbetslöshet för att man ska drabbas av kroppslig ohälsa jämfört med psykisk ohälsa.

1.1 Konjunkturerffekter på ohälsan

Det är rimligt att tänka sig att arbetslöshet under en högkonjunktur är mer bekymmersam än arbetslöshet under lågkonjunktur. Under en lågkonjunktur är många arbetslösa, och sannolikt slår arbetslösheten ganska blint. Det beror inte i första hand på egenskaper hos den enskilda individen att man blir arbetslös, utan på förhållandena på arbetsmarknaden. Tvärtom kan den som blir arbetslös under en högkonjunktur, då marknaden ofta saknar arbetskraft, uppleva arbetslösheten som mer stigmatiserande.

Forskningen visar emellertid föga stöd för en sådan, till synes, rimlig hypotes [Novo o.a. 2000]. Tvärtom tycks sambanden mellan arbetslöshet och nedsatt hälsa vara lika stark oavsett konjunkturläget. Däremot har vilken jämförelsegrupp man använder betydelse. Om jämförelsegruppen är de som har arbete vid motsvarande tidpunkt framstår ofta arbetslöshet i lågkonjunktur som mindre allvarlig för hälsa eftersom jämförelsegruppen som har arbete vid en lågkonjunktur generellt upplever sin hälsa som sämre än de gör under goda tider [Novo 2000].

I en svensk studie jämfördes en grupp elever som lämnat skolan under en högkonjunktur (arbetslösheten i gruppen var då 7 procent) med en grupp som lämnat skolan under en lågkonjunktur (arbetslöshet 20 procent). Tjugo år senare förelåg inte några skillnader i psykisk hälsa mellan dessa grupper. Konjunkturläget vid inträdet på arbetsmarknaden tycks inte ha spelat någon större roll för den psykiska hälsan i ett senare skede (Virtanen o.a. 2016).

Det finns ett antal studier som visar att hälsan generellt sett tycks förbättras under ekonomisk nedgång [Tapia Granados 2005, Tapia Granados & Ionides 2011]. Skillnaden mellan de undersökningar som visar på negativa och positiva effekter av arbetslöshet är att man i studier där man följt effekten av arbetslöshet bland de individer som varit arbetslösa hittat tydliga samband mellan hälsan och arbetslösheten,

medan i man studier där man sett hur hela befolkningens hälsa förändras funnit att en sämre konjunktur tycks innebära lägre dödlighet i befolkningen (Tapia Granados et al 2014). Orsakerna till detta är inte helt klarlagda, men en lägre ekonomisk aktivitet innebär minskad trafik, färre skador i arbetet, mindre luftföroreningar och kanske även ett lugnare arbetstempo vilket kan bidra till effekten. Ur ett jämlikhetsperspektiv kan man konstatera att lågkonjunkturen drabbar de arbetslösa med en klart ökad dödlighet samtidigt som lågkonjunkturen för hela befolkningen innebär en liten minskad dödlighet. Eftersom de arbetslösa är en liten del av befolkningen blir totaleffekten att dödligheten minskar något (Tapani Granados et al 2014).

1.2 Ålder och kön

Arbetslösheten är vanligen högst bland de unga, men mest långvarig bland de äldre. Den grupp som sannolikt drabbas hårdast av arbetslösheten är de medelålders som ofta lever under press av karriär och stora levnadsomkostnader (boende, barn mm.), och det finns stöd för att reaktioner i form av högt blodtryck tycks vara störst i denna grupp [Janlert 1992].

Relationen mellan arbetslösa män och kvinnor varierar över tid. Går man långt tillbaka i statistiken ska man inte glömma bort att andelen förvärvsarbetande kvinnor då var betydligt lägre än i dag, vilket sätter sina spår i statistiken. I den könssegregerade arbetsmarknad som råder i dag är det tydligt att arbetslösheten stiger först bland män som arbetar i konjunkturutsatta branscher, medan kvinnor – där många arbetar inom vård och omsorg – ökar något senare.

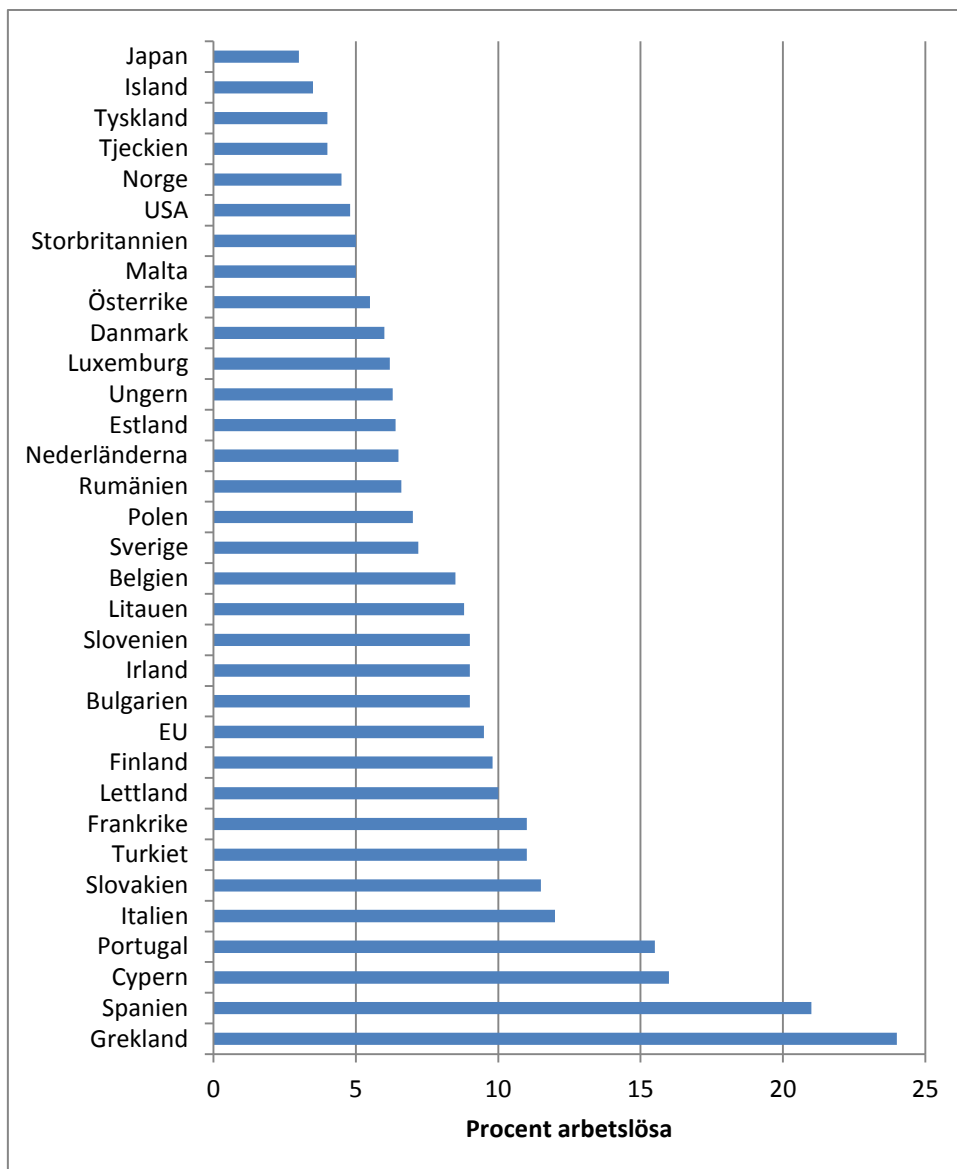
Hur stor är arbetslösheten?

Arbetslöshet i världen

Arbetslöshet finns numera i praktiskt taget alla världens länder. Störst intresse tilldrar sig dock arbetslösheten i de industrialiserade länder där lönearbete är den viktigaste källan till försörjning. Figur 1 visar arbetslösheten i några utvalda länder, med fokus på Europa. I slutet av år 2015 låg Sveriges arbetslöshet under genomsnittet för Europeiska unionen (EU), samtidigt som arbetslösheten i ett historiskt perspektiv får sägas vara ganska hög. Flera medelhavsländer som Grekland, Spanien och Italien hade en mycket hög arbetslöshet, medan norra Europa låg betydligt bättre till. Även USA och Japan har förhållandevis låga arbetslöshetstal.

Arbetslösheten (liksom studier av arbetslöshetens effekter) följer konjunkturen ganska väl, och är i många fall ett sätt att mäta konjunkturen. Under efterkrigstidens var arbetslöshetstalen låga, för att så småningom stiga i samband med de återkommande ekonomiska kriserna. Den ”stora depressionen” under 1930-talet jämförs ofta med den ”stora recessionen”, dvs. den lågkonjunktur som tog sin början 2007–2008.

Figur 1 Arbetslöshet i utvalda länder, december 2015

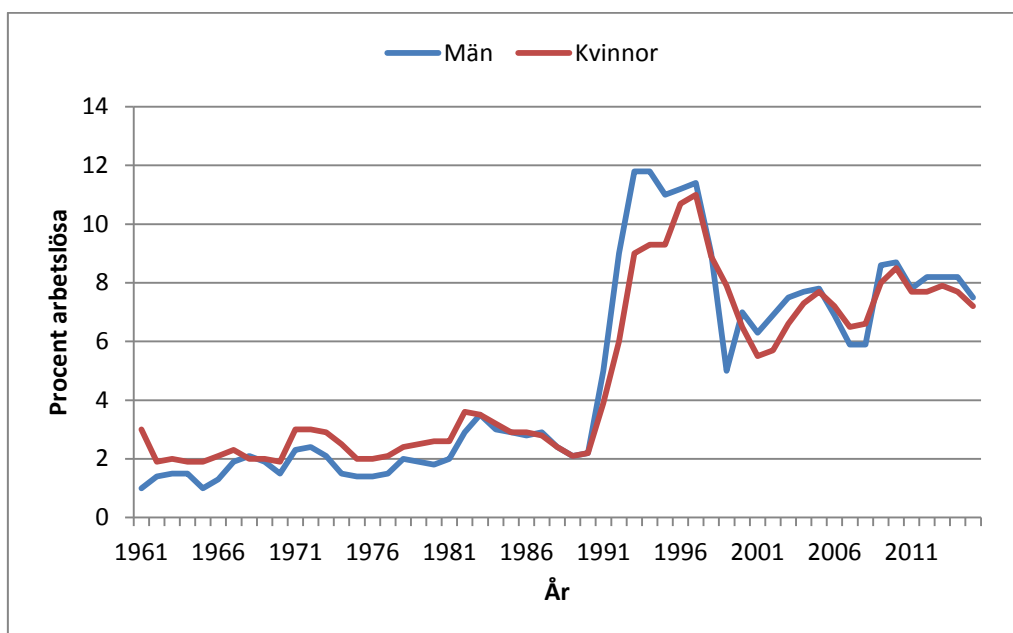


Källa: Eurostat.

Arbetslöshet i Sverige

Figur 2 visar hur arbetslösheten i Sverige utvecklats från mitten av 1900-talet till början av 2000-talet. Det är uppenbart att en förskjutning av arbetslöshetsnivåerna uppåt skedde i samband med 1990-talskrisen och har förblivit där. Då man på 1980-talet talade om "hög arbetslöshet" handlade det om en nivå på omkring 3,5 procent, vilket med dagens perspektiv skulle ha varit sensationellt lågt.

Figur 2 Andel arbetslösa i procent av arbetskraften i Sverige, 1961–2015

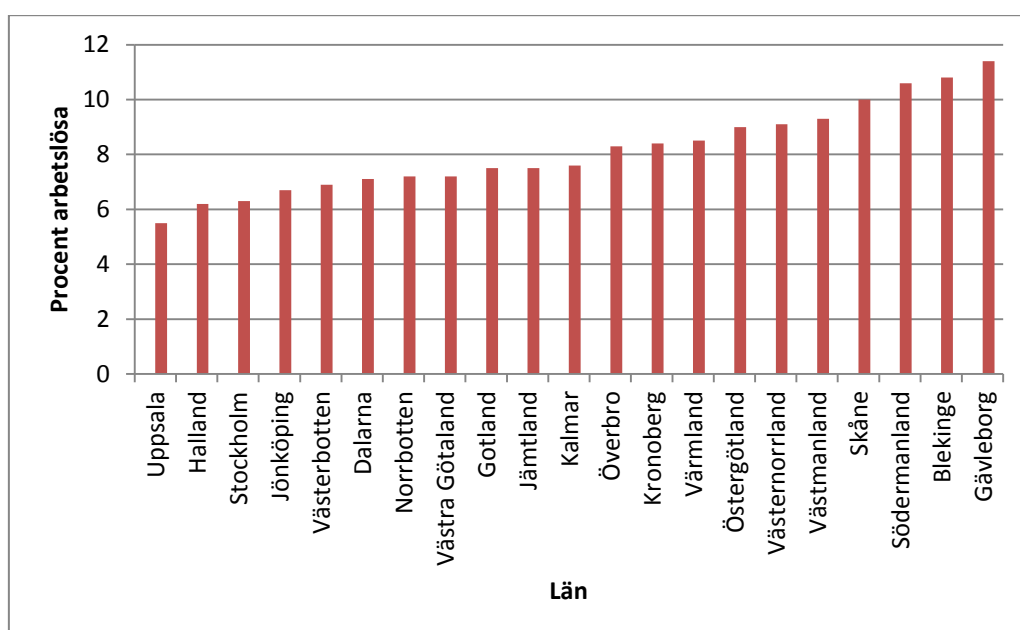


Källa: SCB AKU

Regional arbetslöshet

Arbetslöshetsnivån varierar också mellan olika orter i Sverige (figur 3). Storstadsområden som Stockholm och Göteborg har förhållandevis gynnsamma siffror, medan Malmöområdet har högre värden. Flera glesbygdslän som Norr- och Västerbotten liksom Jämtland ligger också ganska gynnsamt till. Flera län i syd- och Mellansverige har däremot mindre gynnsamma siffror. En del av dessa skillnader beror sannolikt på inflyttning av människor födda i länder utanför Sverige, framför allt utanför Europa.

Figur 3 Öppen arbetslöshet i Sveriges län under 2015

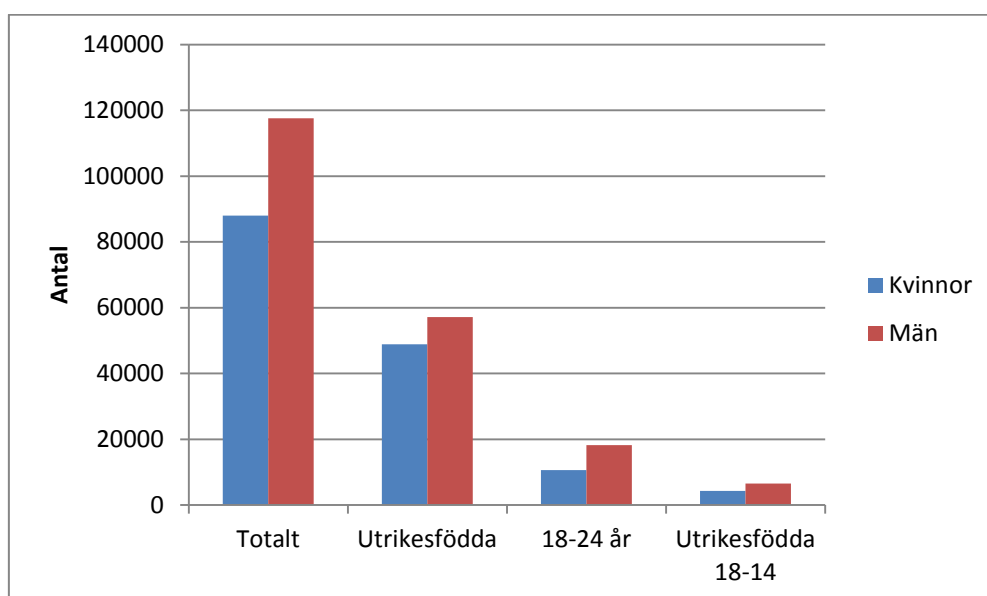


Källa: Arbetsförmedlingen.

Arbetslöshet och födelseland

Var man är född, i Sverige eller utomlands, pekar tydligt ut de utrikesfödda som en förfördelad grupp. Ungefär hälften av alla arbetslösa i dag är födda utanför Sverige.

Figur 4 Öppet arbetslösa januari 2016



Källa: Arbetsförmedlingen

Vi ser av figur 4 att i januari 2016 utgjorde de öppet arbetslösa drygt 200 000 människor, varav 57 procent män. De utlandsfödda utgjorde 52 procent av alla arbetslösa, även här något fler män. Gruppen 18–24 år utgjorde 14 procent av de arbetslösa – gruppen utrikesfödda utgjorde 38 procent av alla arbetslösa i åldern 18–24 år. Vi kan konstatera att arbetslösheten fördelas ojämnt i befolkningen och att gruppen utrikesfödda relativt sett får bära en större del av bördan jämfört med inrikesfödda.

Drabbas kvinnor och män olika?

I äldre studier fann man oftast att män var mer drabbade av arbetslöshetens hälsoeffekter än kvinnor [Jahoda 1982]. Under senare år har denna bild ändrats, i takt med att kvinnornas position på arbetsmarknaden förändrats, framför allt i de Nordiska länderna. I en

tid då en stor andel av kvinnorna inte förvärvsarbetade utanför hemmet, utan ägnade sig åt att ta hand om hushållet fanns alltid en reträttposition om man inte hade ett arbete utanför hemmet. I dag är antalet hemarbetande, kvinnor såväl som män, mycket litet. Kravet och ambitioner är i dag mer lika mellan könen än tidigare, och det avspeglar sig också i utfallet. I en aktuell svensk studie konstaterar man att ohälsan är betydligt större bland dem med lång arbetslöshet jämfört med de som inte varit arbetslösa, men att skillnaden i ohälsa mellan långtidsarbetslösa kvinnor och män inte skilde sig särskilt mycket. Arbetslösa kvinnor uppvisade ett högre alkoholintag än arbetslösa män, medan männen hade färre besök hos tandläkare. Beträffande självskattad hälsa, stress, nervösa problem, depression och rökning hittade man inga skillnader mellan könen [Hammarström o.a. 2011]

Arbetslöshet och utländsk bakgrund

Som framgår av figur 4 ovan är arbetslösheten bland dem som inte är födda i Sverige betydligt högre än bland de svenskfödda. Så har det emellertid inte alltid varit. Fram till mitten på 1970-talet hade de invandrade lika god förankring på arbetsmarknaden som den inhemska befolkningen. Men under de senaste decennierna har detta ändrats [Sidebäck o a. 2000]. Under perioden 2001–2010 har andelen långtidsarbetslösa varit mellan 10–15 procentenheter högre bland personer födda utanför Sverige jämfört med de svenskfödda.

Är det då mer bekymmersamt ur hälsosynpunkt att vara både invandrare och arbetslös? Vi kan först konstatera att invandrare i Sverige i allmänhet uppvisar en sämre hälsa än de som är födda i Sverige [Sundquist & Johansson 1997]. Samtidigt är deras dödlighet något lägre, vilket bl.a. kan tillskrivas en lägre dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar [Gadd o.a. 2006]. Andra förklaringar som förts fram är s.k. övertäckning, dvs. att utrikesfödda personer flyttar ut från Sverige, men kvarstår i det svenska befolkningsregistret – även om de avlider utomlands så noteras detta inte i registret. Ett annat skäl kan helt enkelt vara att migranter är ett urval av särskilt friska personer (Statistiska centralbyrån, 2016).

När det gäller kombinationen att vara både arbetslös och invandrare så finns det inte så många studier som belyser detta område. En undersökning från Nederländerna visar dock att sjukligheten var

större bland arbetslösa invandrare än bland arbetslösa inhemska invånare, men att skillnaden varierade mellan olika etniska grupper. Dock var skillnaden mellan arbetslösa invandrare och arbetslösa födda i landet betydligt mindre än skillnaden mellan arbetslösa och icke arbetslösa i hela befolkningen. Om etniciteten kunde förklara 14 procent av variationen i hälsa, så förklarade arbetslösheten 28 procent. Rådet är därför att i första hand arbeta med att minska arbetslösheten och inte att initiera åtgärder för vissa invandrargrupper [Schuring o.a. 2009]. I ett par svenska studier jämfördes sjukfrånvaro, sjukhusvård, förtidspensionering och dödlighet mellan invandrare och svenskfödda (Johansson o. a. 2012; Helgesson o.a. 2013). Även här fann man obetydliga skillnader i hälsoutfall mellan dem som invandrat till Sverige och de som var födda i Sverige. Däremot var arbetslösheten högre bland dem som var födda utomlands och eftersom sambandet mellan arbetslöshet och ohälsoutfallet var starkt, så innebär det en större belastning för de som invandrat till Sverige. Schurings tidigare refererade slutsats att det är viktigt att minska arbetslösheten tycks därför gälla även i Sverige.

En annan svensk studie visar att t.ex. risken för schizofreni är högre bland dem som flytt till Sverige jämfört med svenskfödda från samma geografiska område, men också högre än utlandsfödda som kommit till Sverige utan att vara flyktingar (Hollander o.a. 2016).

Sjukvårdsutnyttjande

Ett indirekt sätt att skatta sjuklighet har varit att se på sjukvårdsutnyttjande och läkemedelskonsumtion. Även här konstaterar flertalet studier att de arbetslösa är överrepresenterade bland dem som söker sjukvård och är högkonsumenter av vissa typer av läkemedel [Henkel 2011]. En större satsning på hälso- och sjukvården skulle kunna lindra de negativa effekterna av en ekonomisk lågkonjunktur [Jacob 2016].

Sjukskrivning

Mellan arbetslöshet och sjukskrivning finns delvis kommunicerande kärn [Goine & Edlund 2004]. Traditionellt har en högre arbetslöshet alltid åtföljts av lägre sjukskrivning, sannolikt därför man vill minska risken att bli den som förlorar arbetet i en lågkonjunktur. Under några år omkring 2005 till 2008 kunde man notera ett annorlunda

mönster: under dessa år åtföljdes en minskad arbetslöshet av ett lägre sjuktal. Efter ett par år upphörde dock den parallella utveckling och mönstret återgick till det traditionella där arbetslöshet och sjuktal är varandras motsatser. Sjuktalet, dvs. antalet dagar man erhållit sjukpenning under ett år, är för närvarande högre bland kvinnor än män och allra högst bland de som har service-, omsorgs- och försäljningsarbete eller arbete utan krav på särskild yrkesutbildning.

Arbetslöshet bland arbetare och tjänstemän

Arbetslösheten var länge ett problem enbart för de arbetande klasserna, och arbetslöshetspolitiken utformades därefter. I och med 1990-talskrisen så drabbades även tjänstemännen och de mer urbana delarna av Sverige av arbetslöshet. En ny fråga blev aktuell: är det värre för hälsan för tjänstemän än för arbetare att bli arbetslös? Teoretiskt kan man tänka sig två olika svar. Många tjänstemän är mer känslomässigt involverade i arbetet än arbetare, och därför skulle arbetslöshet bland dem ha större negativ inverkan än för dem som i första hand har ett instrumentellt förhållande till arbetet, dvs. i första hand arbetar för att få lön. Å andra sidan kan man tänka sig att det är lönen som i första hand är det som har störst betydelse för hälsan, och i så fall är det rimligt att tänka sig att arbetarna drabbas mer.

I en kanadensisk studie av D'Arcy & Siddique (1985) visade man att arbetare i större utsträckning drabbades av kroppslig ohälsa än tjänstemän vid arbetslöshet, medan den psykiska ohälsan i högre grad försämrades bland tjänstemän. Liknande slutsatser dras i en japansk studie (Hirokawa o.a. 2006). Senare studier har bekräftat att arbetslösheten slår hårdare mot arbetargruppen än mot tjänstemännen (se t.ex. Strully 2009, Puig-Barrachina et al 2011 och Backhans et al 2012). När man ser på vilken betydelse utbildningens längd har för ohälsa vid arbetslöshet så fann man i en svensk studie att de med kort utbildning (i större utsträckning förknippad med arbetaryrken) drabbades mer än de med längre utbildning under perioden 1983–1989, medan motsatsen var fallet vid en senare tidpunkt (1992–1997). Vid den senare tidpunkten hade arbetslöshet för tjänstemän blivit en praktisk realitet medan arbetslösheten i dessa grupper under 1980-talet var mycket låg (Åhs et al. 2006)

Hittillsvarande forskning, som är rätt sparsam inom detta område, har i första hand bekräftat den senare hypotesen, nämligen att arbetare drabbas hårdare av arbetslöshet än tjänstemän [D'Arcy & Siddique 1985; Hirokawa o.a. 2006]. Den förklaring som ges är att många tjänstemän, utöver en förmodad bättre arbetslöshetsersättning, också kan använda sin kunskap och sina nätverk på ett mer meningsfullt.

Effekter av arbetslöshetens längd

Att en utdragen arbetslöshet skulle vara mer bekymmersam än en kortvarig ter sig som ett rimligt antagande, men blir det värre och värre ju längre arbetslösheten fortgår eller klingar effekten av? Är täta men kortvariga arbetsperioder mindre bekymmersamt än arbetslöshetsperioder som varar längre, men som inte kommer lika frekvent?

Man kan tänka sig att man vänjs vid arbetslösheten, eller att man lär sig hantera situationen att vara arbetslös, vilket borde innebära att effekterna klingar av efter någon tid, kanske till och med avtar. Men man kan också tänka sig att den ekonomiska utsatthet som arbetslösheten bidrar till snarast blir mer uttalad ju längre arbetslösheten varar, vilket skulle tala för att effekterna ökar med tiden.

I en studie av arbetslöshet och nervösa besvär och depression fann man ett tämligen linjärt samband mellan ökande arbetslöshetsexponering och psykiska besvär [Hammarström & Janlert 1997]. Vid en sammanlagd arbetslöshetstid bland unga människor om cirka 20 veckor hade risken för nervösa besvär och depression fördubblats – efter halvtannat års total arbetslöshet hade risken ökat till cirka åtta gånger det värde som de utan arbetslöshet uppvisade.

I en metaanalys av ett stort antal artiklar om arbetslöshet och hälsa har McKee och medarbetare studerat bl.a. uppgifter om effekten av arbetslöshetens längd i tidigare genomförd forskning. Som ett övergripande resultat fann man att ju längre arbetslösheten varade desto sämre blev den psykiska hälsa, livstillfredsställelsen liksom den självskattade kroppsliga hälsan [McKee o.a. 2005]). Hur länge och till vilken nivå man kan få arbetslöshetsersättning spelar in – ju mer gynnsamma villkor desto svagare samband med hälsovariablerna.

Effekter av arbetslöshet på lång sikt

En allvarlig aspekt av arbetslösheten är att den ibland sätter spår långt in i framtiden. I takt med tillgången till allt fler studier som följt människor över längre tid har man upptäckt att arbetslöshet under känsliga perioder av livet, t.ex. under ungdomsåren, gör skillnad när man undersöker dessa människor efter tio eller tjugo år även om de då är i reguljärt arbete. En uppföljning av över 1 500 ungdomar från 20-årsåldern till 40-årsåldern visar att risken att besväras av ångest och depression för de som varit arbetslösa när de var mellan 20 och 25 år var ungefär dubbelt så hög jämfört med de som inte varit arbetslösa i motsvarande ålder [Virtanen et al 2016].

Arbetslöshet i förklädd form

Det som igår var ”öppen arbetslöshet” har i dag delvis transformerats till andra former av arbetslöshetsliknande karaktär. Människor arbetar deltid, fast de önskar heltid vilket är särskilt vanligt bland kvinnor, många har osäkra anställningsförhållanden, och tvingas ofta – inom sitt jobb – att byta arbetsplats; andra är bara kontrakterade för en begränsad period. Traditionellt har man betraktat hälsa och anställningsbarhet i första hand som en konsekvens av var man bor geografiskt; senare studier har pekat på att var man befinner sig på arbetsmarknaden, i kärnan eller periferin, har större betydelse [Marklund o.a. 2012]. I en sammanställning av 15 olika artiklar som studerat tillfälliga arbeten och arbetslöshet fann man att ett osäkert arbete korrelerade lika högt med depression som arbetslöshet [Kim & von dem Knesebeck, 2015]. I jämförelse med arbetslöshet så var en osäker anställning att föredra, men bäst var en fast anställning [Griep 2016].

Men även de som har jobb kanske inte har det arbete som man skulle vilja ha. Av rädsla för att bli arbetslös så stannar många kvar på sin post år efter år, därför att alternativet kanske kan bli att man inte kan hitta något bättre arbete, eller att man t.o.m. står där utan arbete. Fenomenet brukar kallas ”inlåsningseffekt” och har börjat studeras mer utförligt under senare år [Stengård o.a. 2016].

Andra fenomen som delvis påminner om arbetslöshet är s.k. statusinkongruens, dvs. att man har utbildning för ett ganska avancerat arbete men inte kan få detta t.ex. på grund av diskriminering (utseende eller språk) [Albor o.a. 2014]. Många som kommit till Sverige

från andra länder kan i bagaget ha kvalificerad högskoleutbildning (ingenjörer, läkare) men lyckas i Sverige inte få ett jobb som matchar deras utbildning utan får nöja sig med arbeten som pizzabagare eller taxichaufför.

Arbetslöshet och förtidspensionering

Ett förtida utträde ur arbetskraften, det som tidigare kallades förtidspension och numera sjuk- eller aktivitetsersättning, är ett tillstånd som i vissa avseenden är snarlikt arbetslösheten. Skillnaden är att den förtidspensionerade eller sjukskrivna – i motsats till den arbetslösa – genom en diagnos eller en ekonomisk överenskommelse får en förklaring av sitt tillstånd som lyfter orsaken från individen till samhället.

Studier av förtidspensionering visar litet varierande resultat. Ett problem är, både då det gäller sjukskrivning och förtidspension, att skälet till att man blir sjukskriven eller pensionerad i de flesta fall är just sjukdom. Man kan alltså förvänta sig att den som är förtidspensionerad uppvisar sämre hälsa än den som inte är pensionerad eller sjukskriven. Med hjälp av olika upplägg på studier har man försökt komma runt detta problem, t.ex. genom att korrigera för tidigare sjuklighet eller studera de som förtidspensionerats utan medicinska skäl.

Flera studier visar på en negativ effekt av förtidspensioneringen – en effekt utöver den att man pensionerats pga. en sjukdom [Wallman o.a. 2006]. Andra, som har studerat specifika branscher som t.ex. byggnadsindustrin, har inte hittat sådana effekter [Hult o.a. 2010].

I en studie av en större arbetsplats i Frankrike har man funnit en klart positiv effekt av pensionering, som i detta fall inträffade när de anställda fyllde 55 år. Pensionen var en avtalad ålderspension, och berodde inte på sjukdom hos de anställda [Westerlund o.a. 2009]. Vid en närmare analys visade det sig att det i första hand var de med den sämsta självsfattade hälsan före pensioneringen som förbättrade sin hälsa – de med god hälsa påverkades inte nämnvärt av pensioneringen.

Vad bör göras?

Måste vi arbeta?

I alla tider har det funnits tankar om arbetet som något ont. I bibelns berättelse om Adam och Eva framstår arbetet som ett straff och på nästan alla språk betyder arbete något i stil med möda, knog, slit och elände [Garraty 1980].

Historiskt sett är också arbetslöshet av relativt sent datum. I det gamla jordbrukssamhället fanns det alltid något att göra – däremot kanske inte alltid mat till alla [Helldén 1979]. Men först med industrisamhället uppstod situationen att många människor ibland inte kunde få ett arbete som gav dem ersättning så att de kunde försörja sig. Ordet ”arbetslöshet” är alltså av sent datum.

Även om de allra flesta har sett arbetet som en nödvändig samhälls ingrediens har det funnits, och finns så fortfarande, de som ifrågasätter dagens arbetscentrerade samhälle. Mest känd är kanske Paul Lafargue (gift med Karl Marx äldsta dotter) som skrev pamfletten ”Rätten till lättja” där han argumenterade för att arbetarrörelsen drev en helt felaktig linje [Lafargue 1988]. Målet skulle inte vara arbete åt alla, utan så litet arbete som möjligt. Andra har argumenterat i en liknande tradition [Gorz 1984, Adler-Karlsson 1977] och diskussionen är fortfarande aktuell [t.ex. Paulsen 2010].

En av de mest kända forskarna inom arbetslöshetsområdet är Marie Jahoda, som på 1930-talet deltog i en undersökning av de arbetslösa i byn Marienthal i Österrike och skrev en bok om detta [Jahoda o.a. 2014]. Som judinna tvingades hon fly undan Hitler och hamnade i Storbritannien. Hon utvecklade där en teori om arbetets dolda funktioner, som är en av förklaringarna till varför arbetet är så viktigt utöver det uppenbara att ge människor en utkomst. Arbetet ger – förutom ekonomisk försörjning – också en tidsstruktur för dagen, sociala kontakter, involverar människan i gemensamma syften, ger

social status och en regelbunden verksamhet [Jahoda 1982]. Det finns få mänskliga aktiviteter som kan fånga alla dessa aspekter utöver ett arbete – därför kan arbetslösheten bli så destruktiv.

Vi vet att längre utbildning minskar risken för att bli arbetslös, men frågan är om antalet jobb blir fler när fler utbildar sig, eller om det bara innebär att de som har en längre utbildning konkurrerar ut dem med kortare utbildning? Sannolikt är det så att en högre allmän utbildningsnivå också leder till innovationer (t.ex. av teknisk, social eller psykologisk karaktär) som ökar antalet jobb. Samtidigt kan man inte utesluta att de med kort utbildning förfördelas i en sådan situation, så att ojämlikheten snarare ökar.

Arbetslöshet och jämlikhet

Om man jämför de som har arbete med de som är arbetslösa så framstår i nästan alla sammanställningar de arbetslösa som förlorarna. Om jämlikhet ska kunna uppnås finns två lösningar: antingen försöker man göra tillvaron för arbetslösa sådan att den inte längre leder till sämre hälsa, eller så att man försöka minimera arbetslösheten. Båda strategierna är sannolikt nödvändiga. Fördelningen av ansvaret blir ofta den att hälso- och sjukvården och socialtjänsten tar hand om stora delar av den individuella delen (det är ju dessa verksamheter som ofta möter de arbetslösa) medan den politiska verksamheten får ta hand om de mer övergripande frågorna, som ofta inkluderar reglering eller lagstiftning.

Vad kan man göra?

I en alldeles färsk översikt som gjorts av den Europeiska psykiatriska föreningen (EPA) sammanfattar man, utifrån en genomgång av aktuell forskning, i 40 punkter vad som kan göras för att lindra arbetslösheten och dess effekter, i första hand då det gäller den psykiska hälsan [Martin-Carrasco o.a. 2016]. Man viktar sina förslag till åtgärder efter graden av tillgänglig evidens från A till C. Ser vi enbart på de åtgärder som anses ha den högsta vetenskapliga evidensen så föreslår man bl.a.:

- Satsa på utbildning.
- Minska skuldsättning och fattigdom i utsatta grupper, t.ex. barnfattigdom.
- Utvidga de arbetsmarknadspolitiska åtgärderna.
- Undvik privatisering i stor skala inom den offentliga sektorn, särskilt monopol och basala tjänster (som t.ex. vattenförsörjning).
- Stärk det sociala kapitalet.
- Förstärk familjerådgivning.
- Förbättra möjligheterna till skuldsaneringen.
- Förbättra vårdens tillgänglighet, särskilt inom primärvården.

Bland de åtgärder som annars brukar föreslås för att minska arbetslösheten hör bl.a. att se till att alla klarar grundskolan med godkända betyg för att därigenom öka deras anställningsbarhet. Andra förslag är att göra arbetsförmedlingens verksamhet mer effektiv. Mer genomgripande förslag kan handla om att flytta skatten från skatt på arbetskraft (vilket framför allt drabbar områden med stor insats av mänsklig arbetskraft där det är svårt att rationalisera, som vård och omsorg) till skatt på t.ex. miljöfarlig verksamhet.

Många studier konstaterar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och omfattning har stor betydelse för att minska ohälsobördan vid arbetslöshet. Bättre ersättningsvillkor vid arbetslöshet är ett annat återkommande förslag. Fackföreningarna som traditionellt tillvaratar sina arbetande medlemmars intressen skulle också kunna stimuleras till att arbeta mer med arbetslösa medlemmar och f.d. medlemmar.

Flera studier visar att det beträffande arbetslöshet, likt i Dantes ”Den gudomliga komedin”, finns grader i helvetet: öppen arbetslöshet har mycket starkare samband med ohälsa än olika former av dold arbetslöshet; arbetsmarknadsutbildning är bättre än ren arbetslöshet. Det sociala nätverket, inklusive arbetslöshetsersättningen, tycks också vara av grundläggande betydelse för hur stor skadeeffekt arbetslösheten har. Det omvända sambandet, då nedsatt hälsa leder till arbetslöshet, är också viktigt att hålla i minnet. Olika former av hjälp och rehabilitering till arbete för dem som inte är fullt arbetsföra är en annan viktig aspekt av arbetslöshetsfrågan.

Slutsatser

Huvudbudskapet i den här rapporten är att arbetslöshet *är* ojämlik hälsa. Det är svårt att finna något gott i att vara arbetslös. I den mån det är positivt att inte arbeta så handlar det sällan om arbetslöshet, utan om tillstånd som har andra benämningar (ledighet, semester, pension etc.). Man kan förundras över hur det kommer sig att förvärvsarbetet, en sfär av livet där de flesta av oss tillbringar mindre än tio procent av all vår tid på jorden, har en så avgörande betydelse för vår hälsa. Det understryker hur centralt arbetet är för människan och att arbetslösheten är ett av de stora problemen som vi måste arbeta med om en jämlik hälsa ska kunna uppnås.

Referenser

- Adler-Karlsson G (1977). *Tankar om den fulla sysselsättningen: ett arbetspapper*. Stockholm: Prisma.
- Albor C, Uphoff EP, Stafford M, Ballas D, Wilkinson RG, Pickett KE (2014). The effects of socioeconomic incongruity in the neighbourhood on social support, self-esteem and mental health in England. *Soc Sci Med*, 111:1-9.
- Antonio N, Bringel R (1939). "Nervöklighet" och arbetslöshet. *Social årsbok*. Stockholm: Centralförbundet för socialt arbete; p. 146-9.
- Backhans MC, Hemmingsson T (2012). Unemployment and mental health—who is (not) affected? *Eur J Public Health*, 22(3):429-433
- Bergdahl IA, Järholm B (2003). Cancer morbidity in Swedish asphalt workers. *Am J Ind Med*, 43(1):104-8.
- Cobb S (1974). Physiological changes in men whose jobs were abolished. *J Psychosom Res*, 18(4):245-58.
- D'Arcy C, Siddique CM (1985). Unemployment and health: an analysis of "Canada Health Survey" data. *Int J Health Serv*, 15(4):609-35.
- Eliason M, Storrie D (2009). Job loss is bad for your health – Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss. *Soc Sci Med*, 68:1396-1406.
- Fang T, Gunderson M (2015). Vulnerable groups in Canada and labour market exclusion. *International Journal of Manpower*, 36(6):SI 824-847.
- Gadd M, Johansson SE, Sundquist J, Wändell P (2006). Are there differences in all-cause and coronary heart disease mortality between immigrants in Sweden and in their country of birth? A follow-up study of total populations. *BMC Public Health*, 6:102.

- Garcy AM, Vågerö D (2012). The length of unemployment predicts mortality, differently in men and women, and by cause of death: A six year mortality follow-up of the Swedish 1992-1996 recession. *Soc Sci Med*, 74, 1911–1920.
- Garraty JA (1980). *Arbetslösheten i historien*. Lund: Liber.
- Goine H, Edlund C (2004). *Välfärdssystemen kommunicerar. Socialförsäkringen – ett system i inre upplösning?* Rapport från forskarseminarium i Umeå januari 2004. Stockholm: Försäkringskassornas förbund.
- Gorz A (1984). *Vägen till paradiset: bortom arbetsamhället*. Stockholm: Alfabeta.
- Griep Y, Kinnunen U, Nätti J, De Cuyper N, Mauno S, Mäkikangas A, De Witte H (2016). The effects of unemployment and perceived job insecurity: a comparison of their association with psychological and somatic complaints, self-rated health and life satisfaction. *Int Arch Occup Environ Health*, 89(1):147-62.
- Hallsten L (1995). *Psykisk ohälsa vid arbetslöshet: orsak eller effekt? Välbefinnande bland anställda vid Skolöverstyrelsen och länskolnämnderna före, under och ett år efter avvecklingen*. Solna: Arbetslivsinstitutet. Akademisk avhandling.
- Hammarström A, Janlert U (1997). Nervous and depressive symptoms in a longitudinal study of youth unemployment – selection or exposure? *J Adolescence*, 20, 293-305.
- Hammarström A, Gustafsson PE, Strandh M, Virtanen P, Janlert U (2011). It's no surprise! Men are not hit more than women by the health consequences of unemployment in the Northern Swedish Cohort. *Scand J Public Health*, 39(2):187-193
- Hawton K, Bergen H, Geulayov G, Waters K, Ness J, Cooper J, Kapur N (2016). Impact of the recent recession on self-harm: longitudinal ecological and patient-level investigation from the multicentre study of self-harm in England. *J Affect Disord*, 191:132-8.
- Helgesson M, Johansson B, Nordqvist T, Lundberg I, Vingård, E (2013). Unemployment at a young age and later sickness absence, disability pension and death in native Swedes and immigrants. *Eur J Public Health*, 23(4):606-610.
- Helldén A (1979). *Arbete: ur arbetets idéhistoria*. Stockholm: Gidlund.

- Henkel D (2011). Unemployment and substance use: a review of the literature (1990–2010). *Curr Drug Abuse Rev*, 4:4-27.
- Hirokawa K, Tsutusmi A, Kayaba K (2006). Impacts of educational level and employment status on mortality for Japanese women and men: the Jichi Medical School cohort study. *European Journal of Epidemiology*, 21:641–651.
- Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ*, 352 i1030, doi:10 1136bmj i 1030
- Hult C, Stattin M, Janlert U, Järholm B (2010). Timing of retirement and mortality - A cohort study of Swedish construction workers. *Social Science & Medicine*, 70: 1480–1486.
- International Labour Organization. *Survey of economically active population, employment, unemployment and underemployment. An ILO manual on concepts and methods*. Geneva: ILO; 1990.
- Iversen L, Klausen H (1980). Effekter på arbete och hälsa av en varvsnedläggning. *Socialmedicinsk tidskrift*, 57(3):154-161.
- Jacob JA (2016). Greater Health Care Spending May Moderate Recession's Negative Health Effects. *JAMA*, 315(3)237-9
- Jahoda M (1982). *Employment and unemployment: a social-psychological analysis*. Cambridge: Cambridge U.P.
- Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel H (2014). *De arbetslösa i Mariental*. Lund: Arkiv förlag.
- Janlert U (1992). Unemployment and blood pressure in Swedish building labourers. *J Intern Med*, 231(3):241-6.
- Janlert U (2001). Olik eller ojämlig hälsa. *Socialmedicinsk tidskrift*, 77(3):197-201.
- Janlert U (2009). Economic crisis, unemployment and public health. *Scand J Public Health*, 37(8):783-4.
- Janlert U, Hammarström A (1992). Alcohol consumption among unemployed youths: results from a prospective study. *Br J Addict*, 87(5):703-14.
- Johansson SE, Sundquist J (1997). Unemployment is an important risk factor for suicide in contemporary Sweden: an 11-year follow-

- up study of a cross-sectional sample of 37,789 people. *Public Health* 111:41-5.
- Johansson B, Helgesson M, Lundberg I, Nordquist T, Leijon O, Lindberg P, Vingård E (2012). Work and health among immigrants and native Swedes 1990–2008: a register-based study on hospitalization for common potentially work-related disorders, disability pension and mortality. *BMC Public Health*, 12:845, doi 10.1186/1471-24858-12-845
- Kaspersen SL, Pape K, Vie GÅ, Ose SO, Krokstad S, Gunnell D, Bjørngaard JH (2016). Health and unemployment: 14 years of follow up on job loss in the Norwegian HUNT study. *Eur J Public Health*, 26(2):312-317.
- Kim TJ, von dem Knesebeck O (2015). Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Int Arch Occup Environ Health*, Dec 29 [Epub ahead of print].
- Korpi T (2001). Accumulating disadvantage. Longitudinal analyses of unemployment and physical health in representative samples of the Swedish population. *European Sociological Review*, 17(3):255-73.
- Lafargue P (1988). *Rätten till lättja: vederläggningen av "Rätten till arbete" från 1848*. Stockholm: Symposion.
- Lin RL, Shah CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. 1953;5:529-540.
- Lundborg P, Vartiainen J, Zettergren G (2007). *Den svenska jämviktsarbetslösheten: en översikt av kunskapsläget*. Stockholm: Konjunkturinstitutet, specialstudie nr 11.
- Lundin A, Lundberg I, Hallsten L, Ottosson J, Hemmingsson T (2010). Unemployment and mortality—a longitudinal prospective study on selection and causation in 49321 Swedish middle-aged men. *J Epidemiol Community Health*, 64:22-28.
- Luther M, Svebilus O, Lindblom JA, Gagner LP. *Catechetisk lärobok eller Doct. Mårt. Luthers Lilla cateches med förklaring*. Örebro: NM Lindh, 1834.
- Lynge E (1997). Unemployment and cancer: a literature review. *IARC Sci Publ*, (138):343-51.

- Löfmark MH, Eriksson J (2014). *Arbetslöshet och utanförskap bland unga i Europa. En makroekonomisk studie av NEET*. Svenska institutet för europapolitiska studier, SIEPS. Rapport 2014:1.
- Malmgren SG (red). *Svensk ordbok utgiven av Svenska akademien*. Svenska akademien, Lexikaliska institutet, 2009.
- Marklund S, Berntson E, Stjernström C (2012). Effekter på hälsa och anställningsbarhet av geografiskt och karriärmässigt perifer ställning. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 18 (1), 25-41.
- Martin-Carrasco M, Evans-Lacko S, Dom G, Christodoulou NG, Samochowiec J, Gonzáles-Fraile E, Bienkowski P, Gómez-Beneyto M, Dos Santos MJ, Wasserman D (2016). EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 266(2):89-124.
- Maruthappu M, Watkins J, Taylor A, Williams C, Ali R, Zeltner T, Atun R (2015). Unemployment and prostate cancer mortality in the OECD, 1990–2009. *Ecancer*, 2015: 9:538 DOI: 10.3332/ecancer.2015.538
- Maruthappu M, Watkins J, Noor AM, Williams C, Ali R, Sullivan R, Zeltner T, Atun R (2016). Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990-2010: a longitudinal analysis. *Lancet*, 388(10045):684-95. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00577-8.
- McKee FM, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *J Appl Psychol*, 90(1):53-76.
- Milner A, Page A, LaMontagne AD (2013). Long-term unemployment and suicide: A systematic review and meta-analysis. *Plos one*, 8(1): e51333.
- Monsivais P, Martin A, Suhrcke M, Forouhi NG, Wareham NJ (2015). Job-loss and weight gain in British adults: Evidence from two longitudinal studies. *Soc Sci Med*, 143: 223e231.
- Novo M (2000). *Young and unemployed - does the trade cycle matter for health? A study of young men and women during times of prosperity and times of recession*. Umeå: Umeå universitet, akademisk avhandling.

- Novo M, Hammarström A, Janlert U (2000). Health hazards of unemployment – only a boom phenomenon? A study of young men and women during times of prosperity and times of recession. *Public Health*, 114:25-29.
- Nygren L (1986). *Nedläggningen av NCB i Köpmanholmen: en studie av de hushållsekonomiska konsekvenserna*. Umeå: Umeå universitet. Akademisk avhandling.
- Oyesanya M, Lopez-Morinigo J, Dutta R (2015). Systematic review of suicide in economic recession. *World J Psychiatr*, 5(2): 243-254.
- Paul KI, Moser K (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J Vocat Behav*, 74(3):264-82.
- Paulsen R (2010). *Arbetsambället: hur arbetet överlevde teknologin*. Malmö: Gleerups.
- Peterson W (1973). *Företagsnedläggningars konsekvenser för personalen: läget för de anställda vid Jössefors bruk ca ett år efter nedläggningen*. Stockholm: Personaladministrativa rådet.
- Puig-Barrachina V, Malmusi D, Martinez JM, Benach J (2011). Monitoring social determinants of health inequalities: the impact of unemployment among vulnerable groups. *Int J Health*, 41(3):459-482.
- Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE (2011). Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med*, 72(6): 840–854. doi:10.1016/j.socscimed.2011.01.005.
- Schuring M, Burdorf A, Kunst A, Voorham T, Mackenbach J (2009). Ethnic differences in unemployment and ill health. *Int Arch Occup Environ Health*, 82(8):1023-30.
- Sidebäck G, Sundbom L, Vikenmark S (2000). *Arbetslöshet och sysselsättning bland invandrare*. Eskilstuna: Centrum för välfärd-forskning.
- Statistiska centralbyrån (2016). Livslängd och dödlighet i olika sociala grupper. Stockholm: Statistiska centralbyrån. Stockholm: Statistiska centralbyrån, rapport 2016:2.
- Statistiska centralbyrån. [scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Arbetslos-inte-samma-sak-hos-SCB-och-Arbetsformedlingen/]. Åtkomst 2016-02-20.

- Stengård J, Bernhard-Oettel C, Berntson E, Leineweber C, Aronsson G (2016). Stuck in a job: being “locked in” or at risk of becoming locked in at the workplace and well-being over time. *Work stress*, 30(2):152-172.
- Strully KW. Job loss and health in the U.S. labor market (2009). *Demography*, 46(2):221-246.
- Sundquist J, Johansson SE (1997). Long-term illness among indigenous and foreign-born people in Sweden. *Soc Sci Med*, 44(2):189-98.
- Tapia Granados JA (2005). Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900–1996. *Int J Epidemiol*, 34(6):1194-202.
- Tapia Granados JA, Ionides EL (2011). Mortality and Macroeconomic Fluctuations in Contemporary Sweden. *Eur J Popul*, 27(2):157-84.
- Tapia Granados JA (2005). Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900-1996. *Int J Epidemiol*, 34(6):1194-202.
- Tapia Granados JA, House JS, Ionides EL, BurgardS, Schoeni RS (2014). Individual Joblessness, Contextual Unemployment, and Mortality Risk. *Am J Epidemiol*, 180(3):280-7.
- Virtanen P, Hammarström A, Janlert U (2016). Children of boom and recession and the scars to the mental health – a comparative study on the long term effects of youth unemployment. *Int J Equity Health*, 15(1):14.
- Voss M, Nylén L, Floderus B (2004). Unemployment and early cause-specific mortality: a study based on the Swedish twin registry. *Am J Public Health*, 94:2155-61.
- Vågerö D, Garcy AM. Does unemployment cause long-term mortality? Selection and causation after the 1992–96 deep Swedish recession (2016). *Eur J Public Health*, Apr 16. pii: ckw053.
- Wallman T, Wedel H, Johansson S, Rosengren A, Eriksson H, Welin L., et al (2006). The prognosis for individuals on disability retirement: an 18–year mortality follow-up study of 6887 men and women sampled from the general population. *BMC Public Health*, 6:103.

- Wanberg, CR (2012). The individual experience of unemployment. *Annu Rev Psychol*, 63:369-96. doi: 10.1146/annurev-psych-120710-100500.
- Westerlund H, Kivimäki M, Singh-Manoux A, Melchior M, Ferrie JE, Pentti J, Jokela M, Leineweber C, Goldberg M, Zins M, Vahtera J (2009). Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study. *Lancet*, 374:1889–96.
- Åhs A, Westerling R (2006). Self-rated health in relation to employment status during periods of high and of low levels of unemployment. *Eur J Public Health*, 16(3):294–304.



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

www.kommissionjamlikhalsa.se