

Förord

Utredningen "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" (HpH) har haft uppgiften att utarbeta förslag till en samlad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Uppdraget har varit att förutsättningslöst se över effektiviteten och träffsäkerheten i sjukförsäkring, rehabilitering, förtidspension och arbetsskadeförsäkring samt i administrationen av dessa system.

HpH har också haft uppgiften att föreslå hur förebyggande åtgärder, försäkringssystem, rehabiliterande insatser m.m. kan bli mer effektiva redskap för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet. Insatser och system ska bli enklare, effektivare och fungera bättre som en enhet.

HpH:s slutliga handlingsplan bygger i huvudsak på tidigare presenterat material och gjorda undersökningar. Inom några områden har utredningen dock funnit det angeläget att fördjupa kunskapen och analysen.

Utredningen ansåg det nödvändigt att undersöka företagshälsovårdens förutsättningar att möta en ökad efterfrågan från arbetsgivare och försäkringskassa. Regeringen uppdrog, efter förslag från HpH, åt Statskontoret att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovården skall kunna medverka till att förbättra hälsan på arbetsplatserna och påskynda arbetslivsinriktad rehabilitering. Uppdraget har slutförts i nära kontakt med HpH. HpH har också uppdragit åt Statskontoret att utvärdera försäkringskassans köp av tjänster.

För att fördjupa kunskapen om långtidsfriska och långtidssjuka tillsatte utredningen en speciell expertgrupp. Gruppen har bestått av professorerna Gunnar Aronsson och Staffan Marklund från

Arbetslivsinstitutet, docenten/sakkunnige Inger Marklund, RFV, utredaren Alf Andersson, SCB och från KI docenten Eva Vingård, ergonomie magistern Per Lindberg och professorn Åke Nygren.

I denna bilagedel till utredningens slutbetänkande redovisas forskarnas och Statskontorets rapporter. Författarna svarar själva för innehållet.

Anställdas arbetssituation, hälsa och attityder till pensionering.
Gunnel Ahlberg, Staffan Marklund, Carin Stenlund och Margareta Torgén, Programmet Hälsa och utveckling i det ny arbetslivet. Arbetslivsinstitutet.

Vilja och villkor för återgång i arbete – en studie av långtidssjukskrivnas situation.

Sara Göransson, Gunnar Aronsson och Bo Melin, Programmet Hälsa och utveckling i det ny arbetslivet. Arbetslivsinstitutet.

Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska

Örjan Hemström, Programmet Hälsa och utveckling i det ny arbetslivet. Arbetslivsinstitutet

De friska - en studie kring livs- och arbetsbetingelser som stödjer en positiv hälsoutveckling.

Per Lindberg och Eva Vingård, Enheten för personskadeprevention. Karolinska institutet

Arbetsgivares attityder till äldre yrkesverksamma

Maria Eklund, RFV

Arbetsmiljöbelastning som orsak till förtidspensionering och sjukersättning – en psedoprospektiv studie.

Stefan Vikenmark och Alf Andersson. SCB.

Vetenskap utvärdering av prevention och rehabilitering vid långvarig ohälsa några exempel och ett förslag

Åke Nygren, Marie Åsberg och Irene Jensen, Karolinska institutet

Konsekvenser av förslaget om yttrande från företagshälsovården i långa sjukfall.

Statskontoret

Ett effektivt rehabiliteringsarbete? – om försäkringskassan sam-
ordning och köp av rehabiliteringstjänster
Statskontoret

Stockholm den 8 januari 2002

Jan Rydh

/Rolf Lundgren
Birgitta Målsäter
Stefan Härmä

Innehåll

2:1	Sammanfattning av HpH:s forskningsprogram	9
2:2	Anställdas arbetssituation, hälsa och attityder till pensionering.....	33
	<i>Gunnel Ahlberg, Staffan Marklund, Carin Stenlund, Margareta Torgén</i>	
2:3	Vilja och villkor för återgång i arbete - en studie av långtidssjukskrivnas situation.....	101
	<i>Sara Göransson, Gunnar Aronsson, Bo Melin</i>	
2:4	Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska	169
	<i>Örjan Hemström</i>	
2:5	De friska - en studie kring livs- och arbetsbetingelser som stödjer en positiv hälsoutveckling.....	239
	<i>Per Lindberg, Eva Vingård</i>	
2:6	Arbetsgivares attityder till äldre yrkesverksamma RFV analyserar, 2001:9	301
	<i>Maria Eklund</i>	
2:7	Arbetsmiljöbelastning som orsak till förtidspensionering och sjukersättning - en psedoprospektiv studie	353
	<i>Stefan Vikenmark, Alf Andersson</i>	
2:8	Vetenskaplig utvärdering av prevention och rehabilitering vid långvarig ohälsa - några exempel och ett förslag	399

*Åke Nygren, Marie Åsberg, Irene Jensen, Eva Vingård,
Lennart Nathell, Jan Lisspers, Stefan Eriksson, Stefan
Magnusson*

- 2:9 Konsekvenser av förslaget om yttrande från
företagshälsovården i långa sjukfall 491
Statskontoret
- 2:10 Ett effektivt rehabiliteringsarbete? - om
försäkringskassans samordning och köp av
rehabiliteringstjänster 525
Statskontoret

Handlingsplan
för ökad hälsa i arbetslivet

Sammanfattning av HpH:s forskningsprogram

2001-11-21

Innehåll

Inledning.....	14
Vad kännetecknar arbetsvillkor som ökar sannolikheten att människor är långtidsfriska?.....	14
Arbetslivets risker	15
Ett arbetsliv för alla i alla åldrar.....	19
Långtidssjukskrivnas viljor och villkor	22
Attityder till äldre yrkesverksamma.....	26
Några praktiska slutsatser.....	27

Följande forskningsrapporter ingår i sammanfattningen

1. Ahlberg G, Marklund S, Stenlund C & Torgén M.
Anställdas arbetssituation, hälsa och attityder till pensionering. Programmet Hälsa och utveckling i det ny arbetslivet. Arbetslivsinstitutet.
2. Göransson S, Aronsson G, Melin B.
Vilja och villkor för återgång i arbete – en studie av långtids-sjukskrivnas situation. Programmet Hälsa och utveckling i det ny arbetslivet. Arbetslivsinstitutet.
3. Hemström Ö.
Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska. . Programmet Hälsa och utveckling i det ny arbetslivet. Arbetslivsinstitutet
4. Lindberg P, Vingård E.
De friska- - en studie kring livs- och arbetsbetingelser som stödjer en positiv hälsoutveckling. Enheten för personskadeprevention. Karolinska institutet
5. Eklund M.
Arbetsgivares attityder till äldre yrkesverksamma. RFV-analyserar, 2001:9
6. Vikenmark S, Andersson A.
Arbetsmiljöbelastning som orsak till förtidspensionering och sjukersättning – en psedoprospektiv studie. SCB.

Inledning

För att bromsa och bryta den kraftiga ökningen av arbetsrelaterad ohälsa och långtidssjukskrivningar krävs kunskaper om orsaksfaktorer bakom ohälsan och om vilka förhållanden som gynnar hälsa. Inom HpH:s forskningsprogram har flera olika longitudinella och tvärsnittsmaterial analyserats i syfte att få en klarare bild av dessa förlopp. Den övergripande bild forskningsprogrammet syftar till att ge handlar om att beskriva samspelet mellan individ och arbets- och livsvillkor över livet för att identifiera faktorer som ökar eller minskar risken för ohälsa och för tidig avgång ur arbetslivet. Övergripande frågeställningar som återfinns i en eller flera studier är: Vad kännetecknar arbetsförhållanden som ökar sannolikheten att människor är friska? Vilka arbetsmiljö- och arbetslivsförhållanden predicerar långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar? Vilka villkor krävs för att människor skall vilja och orka fortsätta fram till normal pensionsålder?

Vad kännetecknar arbetsvillkor som ökar sannolikheten att människor är långtidsfriska?

I ett par longitudinella studier (Lindberg & Vingård) undersöktes positiv hälsoutveckling, d.v.s. att fortsätta vara frisk om man är frisk (långtidsfriska) och att tillfriskna om man initialt (vid studiens början ett år tidigare) varit krasslig.

Självrapporterad hälsa, arbetsförmåga och livskvalitet är faktorer som visar en stark förmåga att förutsäga hälsoutvecklingen bland de initialt "krassliga". För de initialt friska pekar sambanden i samma riktning men betydligt svagare.

De förhållanden som ökar chansen att förbli frisk eller tillfriskna är framför allt: att vara ung, att arbetet är fysiskt lätt, att arbetsmiljøet är bra, att ekonomin är god, att det finns möjligheter att lära nytt och att ha arbetsuppgifter som kräver en måttlig arbetsinsats, inte är alltför monotona och sällan kräver en för stor arbetsinsats. För män är det också hälsofrämjande att finnas i en arbetsgrupp jämfört med att arbeta ensam.

I en särskild studie kunde friskfaktorer identifieras för den i många avseenden utsatta gruppen offentligtanställda kvinnor. De viktiga faktorerna för en positiv hälsoutveckling är om samarbetet och känslan av delaktighet i arbetet och dess innehåll ökat under den studerade perioden men också att arbetet är fysiskt lätt.

Studien belägger att goda arbetsförhållanden kan stödja en positiv hälsoutveckling och motverka ohälsa. Viktigt för att skapa en god och hälsosam arbetsplats är därför att minimera arbetets fysiska tyngd både ur statisk och dynamisk synvinkel, befrämja ett gott samarbete och ett positivt arbetsklimat, ge möjlighet till vidareutbildning och öka de anställdas inflytande över arbetets organisation och de krav som ställs.

Arbetslivets risker

I två studier analyserades vad som kan benämnas arbetslivets risker. Ena studien var fokuserad på arbetsmiljön medan den andra mera hade fokus på socioekonomiska förhållanden och olikheter mellan olika arbetslivssektorer och olika regioner.

Från vilka arbetsvillkor rekryteras människor till sjukskrivning och förtidspension?

I den förstnämnda studien (Vikenmark och Andersson) var syftet är att granska hur goda respektive dåliga arbetsmiljöer påverkar rekryteringen till sjukskrivning och förtidspension. Resultaten är mycket tydliga. Den studerade populationen är de ca 9 000 personer i åldern 25-59 år som deltog i Arbetsmiljöundersökningen 1995. Med data ur LOUISE-registret följs dessa personers inkomster av olika slag under de följande fyra åren. Beskrivningen koncentreras på andelen med "stora sjukersättningar", med vilket här menas förtidspension eller sjukersättning motsvarande minst en åttondel av totalinkomsten under fyraårsperioden 1996-1999. I studien definierades en relativt stor grupp som exponerade - inte bara de mest utsatta i arbetsmiljöavseende. Likväl skiljer de sig i flertalet fall tydligt gentemot de relativt oexponerade beträffande sjukersättningar.

Den *ergonomiska arbetsmiljön* representeras i studien av kombinationer av kroppsligt ansträngande arbete och påfrestande arbetsställningar. Bland kvinnor är det framför allt de som utsätts för

dessas i kombination, som i större utsträckning har stor sjukersättning. Män utan någon av dessa exponeringar avviker genom att stor sjukersättning är mindre vanlig. Antalet ergonomiskt mest utsatta skattas till ca 400 000 kvinnor och ca 480 000 män.

Olika kombinationer av *arbetskrav och egenkontroll* ger utslag i andelarna med stor sjukersättning. En tydlig skillnad kan ses bland såväl kvinnor som män mellan dem som har aktiva arbeten och dem som arbetar under hög anspänning. De senare, som har en arbets-situation som ofta förknippas med negativ stress, har signifikant högre andelar med stor sjukersättning. Bland dem med aktiva arbeten har kvinnor betydligt större andel med stor sjukersättning än män. Antalet med hög anspänning i arbetet skattas till ca 470 000 kvinnor och 310 000 män.

Arbetskrav och kontroll har också kombinerats med ett av måtten på *ergonomisk arbetsmiljö*: påfrestande arbetsställning. Grupperna med olika krav och kontroll skiljer sig på liknande sätt som tidigare. Bland männen med aktiva jobb men utan påfrestande arbets-ställningar visar sig dock de stora sjukersättningarna vara särskilt ovanliga. Ett sådant samband finns inte bland kvinnorna.

De som 1995 hade *ont i kroppen* efter arbetes slut uppvisar de följande åren förhöjd andel med stor sjukersättning. I kombination med påfrestande arbetsställningar ökar andelen ytterligare.

Andelen med stor sjukersättning har tydligt samband med vilken *socioekonomisk grupp* man tillhör. Den lägsta andelen finns bland högre tjänstemän och den största bland ej facklärdare arbetare. Anmärkningsvärt stor andel är det bland kvinnliga tjänstemän på mellannivå.

Ser man till förhållandet i olika *samhällssektorer* avviker framför allt kommunanställda kvinnor med höga andelar stor sjukersättning.

Utvecklingen av arbetsmiljön 1995-1999 visar att den ergonomiska arbetsmiljön är i stort stabil. Bland män är andelen med *ergonomiska påfrestningar* klart störst i den enskilda sektorn och bland kvinnor störst i den kommunala sektorn.

Andelen arbeten med *hög anspänning* tenderar att öka liksom besvär som ont i kroppen, olust när man går till arbetet och sömns-vårigheter. Män noterar en viss ökning mellan 1995 och 1999. Andelen är högst inom landstingssektorn men det bygger på få svarande män. Bland kvinnorna är den höga anspänningen klart vanligast bland landstingsanställda. Andelen kvinnor i arbeten med hög anspänning ökar mellan 1995 och 1999 i alla sektorer.

Varifrån rekryteras långtidssjukskrivna, förtidspensionerade och långtidsarbetslösa? Socioekonomiska, sektoriella och regionala skillnader.

Den andra studien inom området (Hemström) syftade till att fördjupa kunskaperna om utslagningsprocesser från arbetslivet och vilka förhållanden som kännetecknar villkoren för långtidssjukskrivna, förtidspensionerade och långtidsarbetslösa. Dessa grupper jämfördes med ett slumpmässigt stort urval av långtidsfriska (de som inte uppburit ersättning från sjukförsäkringen; cirka 4 miljoner sjukförsäkrade). Observationstiden var år 2000 och studiegruppen var 25-64 år. Informationen om grupperna länkade till databas om sysselsättning, utbildning och inkomst (LOUISE) för perioden 1995-99. Jämfört med ovannämnda studie fokuserar denna studie som nämnts mera på makroförhållandens roll i utslagningsprocessen från arbetslivet.

Resultaten visar att långtidsarbetslösa, helårssjukskrivna och nya förtidspensionärer delvis hade en gemensam profil jämfört med urvalet av långtidsfriska. I problemgrupperna fanns förhållandevis många skilda, utrikes födda, äldre, personer utan hemmavarande barn, lågutbildade, ej facklärd arbetare, kommunalt anställda, anställda i övriga organisationer och de som varit senast verksamma inom vård och omsorg. Kvinnor var i majoritet i nästan alla problemgrupper (dock ej bland heltidsarbetslösa under hela året) och glest befolkade kommuner verkade ha mer problem än kommuner i storstadsregioner.

I den kommunala sektorn, övriga organisationer (t.ex. ideell sektor) samt vård och omsorg avvek alla kombinationer av kön, ålder och utbildning (högst 2 års gymnasium, mer än 2 års gymnasium) med signifikant fler helårssjukskrivna än förväntat. Lågutbildade kvinnor i vård och omsorg avvek dock inte med avseende på förtidspension. Grundskolan hade också fler helårssjukskrivna än vad den borde ha.

Privat sektor och tillverkning/återvinning hade mindre problem än förväntat, en bild som inte förändrades när olika ålders- och utbildningsgrupper kontrollerades. Bland mer specifika fynd hade bl.a. lågutbildade män och kvinnor i statlig sektor fler sjukskrivna och förtidspensionerade än förväntat, vilket också gällde äldre män i byggbranschen. Män inom personliga tjänster, kulturella verk-

samheter, renhållning mm. hade fler fall än förväntat i alla problemgrupper.

Storstadsregioner hade färre och glesbygdskommuner fler individer än förväntat i problemgrupperna. Detta förhållande var starkast för arbetslöshet och svagast för långtidssjukskrivning. Det finns stora skillnader mellan kommuner med avseende på helårssjukskrivning. Drygt hundra kommuner hade signifikant fler och 78 kommuner hade färre sådana sjukskrivningar än förväntat. Bland de med fler fall fanns många kommuner i Uppsala, Östergötlands, Värmlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län. I Hallands och Kronobergs län fanns inga kommuner med fler helårssjukskrivna än förväntat. Ett flertal kommuner som omringas av kommuner med förhållandevis många långtidssjukskrivna hade mycket färre sådana fall än förväntat (t.ex. Pajala och Härjedalens kommun).

En delförklaring till regionala skillnader kan vara olika genomsnittlig utbildningsnivå (och t.ex. lokal yrkesstruktur). Det är mycket stora skillnader i genomsnittlig utbildningsnivå mellan olika regioner (storstadsregioner har mycket högre andelar högutbildade än glesbygdskommuner), medan skillnader i medelålder är mycket mindre. Utfallet för enstaka kommuner antyder att det troligen finns andra viktiga skillnader mellan kommuner som har betydelse för nivån på långtidssjukskrivningar. De regionala skillnaderna kan endast delvis förklaras av skillnader i folkhälsa mellan regionerna.

I alla sektorer (privat, landsting etc.) hade personal i vård och omsorg signifikant fler långa sjukskrivningar än förväntat. Den vård och omsorg som finns i kommunal regi är generellt mer drabbad av arbetsrelaterad ohälsa än inom andra sektorer bland annat därför att kommunerna har många tunga arbetsuppgifter som utförs av lågutbildad vårdpersonal. Detta kan möjligen bidra till att de allra flesta kommunerna (193) hade signifikant fler helårssjukskrivna än förväntat bland sina anställda. Bara nio kommuner hade färre sådana fall än förväntat. Variationerna mellan olika kommuner tyder på att kommunernas sätt att organisera sina verksamheter troligen har betydelse för personalens långtidssjukskrivningar. Inom vård och omsorg hade alla sektorer utom kommunerna en majoritet anställda med hög utbildning medan kommunerna hade en klar majoritet av. Man kan tolka kommunernas sämre hälsoläge som en naturlig och logisk konsekvens av att andra sektorer, främst landstinget, har blivit av med de mest ohälsosamma arbetarklassjobben efter den politiska

omorganiseringen av vård och omsorg under 1990-talet (t.ex. Ädelreformen, psykiatrireformen). Kommunerna är nu arbetsgivare för merparten av de som är sysselsatta med vård och omsorg. Framförallt har kommunerna många lågutbildade yrkesgrupper i sin verksamhet (t.ex. vårdbiträden, undersköterskor, hemsjukvårdare, barnskötare), vilka alla har det gemensamt att de utför ergonomiskt belastande arbetsuppgifter i kombination med låg inkomst.

En analys av flödet mellan grupperna förvärvsarbetande (friska), arbetslösa, sjukskrivna och en bidrags/pensionsgrupp visade att överlappningen var störst mellan förtidspensionerade och sjukskrivna. Dessa förväntade fynd belägger att nya förtidspensionärer till stor del rekryteras från långtidssjukskrivna. Lika andelar förtidspensionärer och friska hade huvudsakligen varit arbetslösa. Detta talar emot vissa tidigare misstankar om att förtidspensionärer ofta rekryteras från arbetslöshet.

Sjukfrånvaron bland friska (1995-99) gav ytterligare stöd åt var i arbetslivet de största och minsta problemen med sjukfrånvaro finns. Kommunsektorn och vård och omsorg (i synnerhet) hade högre förekomst av sjukfrånvaro än andra verksamheter, och skillnaderna såg ut att öka över tid.

Resultaten pekar mot att det kan behövas särskilda preventiva insatser i verksamheter som har mycket 'mer' problem med sjukfrånvaro och förtida utträde ur arbetslivet än andra. Vård och omsorg har inte bara halkat efter andra när det gäller hälsa och arbetsvillkor utan också deras löneinkomster har släpat betänkligt efter andra (särskilt privata) verksamheter under 1990-talet. Problemen är störst för kvinnor eftersom det är huvudsakligen kvinnor som träder in i de verksamheter som för närvarande har mest problem med arbetsvillkor, osäkra anställningar, risk för (deltids)arbetslöshet, långa sjukskrivningar och förtidspension. Av alla kvinnor som var sjukskrivna hela år 2000 kom 41 procent från vård och omsorg, vilket betyder en kraftig överrepresentation. Män i dessa verksamheter har minst lika stora problem med sjukfrånvaro, förtidspension och arbetslöshet som kvinnor, och oavsett ålder, utbildningsnivå och sektor (privat/offentlig/egenföretagare) ser det relativt 'jämnt' illa ut för de som har ett ohälsosamt jobb inom vård och omsorg.

Ett arbetsliv för alla i alla åldrar

Trots en ökande efterfrågan på arbetskraft under de senaste åren har andelen äldre i arbetslivet inte ökat i samma takt som yngre. Det naturliga åldrandet kan endast delvis förklara de äldres "frånvaro" på arbetsmarknaden. Andra faktorer måste spela roll, vi behöver i större utsträckning veta hur dagens människor tänker och planerar för sitt eget framtida deltagande i arbetslivet och också vilka erfarenheter och föreställningar om äldre arbetstagare som finns. Tre studier berörde på olika sätt villkoren för att kunna fortsätta arbeta fram till normal pensioneringsålder.

En studie syftade till att utröna hur arbetstagarna själva ser på sitt framtida arbetslivsdeltagande och vilka faktorer som stimulerar respektive motverkar fortsatt yrkesarbete (Ahlberg, Marklund, Stenlund & Torgen). Studien fokuserades på fyra huvudfrageställningar (se nedan). Resultaten är baserade på svaren från 2 509 slumpmässigt utvalda personer (1 344 kvinnor och 1 165 män) tillhörande arbetskraften, i åldrarna 25 till 64 år och kan generaliseras till arbetskraften som helhet.

Vilka vill sluta före 65?

Knappt 25 procent av de svarande anser det inte troligt att de kommer att förvärvsarbeta till 65 års ålder, vilket motsvarar ungefär 1 miljon människor. När män och kvinnor ingår i samma analysmodell är stigande ålder den enda bakgrundsfaktor som har betydelse för att vilja sluta före 65 års ålder. Medan det inte finns någon signifikant effekt av ålder bland männen är den kraftig bland de äldre kvinnorna. Faktorer som också har betydelse för kvinnor är bristande stöd från arbetskamrater eller chefer och att vara ensamboende. För män är effekterna av belastningar i den fysiska arbetsmiljön, ett dåligt hälsotillstånd och otillräcklig återhämtning av stor betydelse för hur länge man tror sig stanna kvar i förvärvslivet. Negativa erfarenheter av inträffade förändringar i arbetet påverkar också män att vilja sluta tidigare.

Vilka orkar inte fram till 65?

En dryg tredjedel av urvalet uppfattar sitt arbete som så mentalt och/eller fysiskt ansträngande att de inte tror att de kommer att orka arbeta kvar till normal pensionsålder. En hög andel (närmare 60 procent) av dessa uppger även nedsatt arbetsförmåga vilket gör

att det finns skäl att befara att de faktiskt kommer att lämna arbetskraften i förtid. Problemen förefaller att vara störst inom stora verksamhetsgrenar som vård och omsorg, tillverkning och skolväsende. De mest betydelsefulla faktorerna för att inte tro sig orka arbeta kvar i sitt yrke är alltför höga krav i arbetet, brist på möjlighet till utveckling och möjligheter att använda sin yrkeskompetens samt bristande/försvårade förutsättningar för att utföra ett bra arbete. Resultaten pekar också på vikten av att kunna känna stolthet, både över det egna arbetet och över den organisation man tillhör.

Vilka vill ha kortare arbetstider?

Resultatet visar att nästan 60 procent av den yrkesaktiva befolkningen på drygt 4 miljoner anser att olika former av kortare arbetstider skulle underlätta deras möjligheter att arbeta fram till normal pensionsålder. Sysselsatta inom vård och omsorg är den grupp som i störst utsträckning önskar kortare arbetstid. För kvinnor är framförallt nedsatt arbetsförmåga en faktor av betydelse. Kvinnor som vill ha kortare arbetstid upplever också i högre grad bristande stimulans och möjligheter till vidareutveckling i arbetet än kvinnor som inte gör det. De faktorer som har störst betydelse för att män ska önska kortare arbetstider är bristande återhämtning och vila mellan arbetspassen, besvär av ergonomiska arbetsmiljöfaktorer, och negativa erfarenheter av nyligen genomförda organisationsförändringar. Resultaten talar för att det finns ett stort behov hos många att få möjlighet att kombinera deltidarbete med någon form av delpension för att kunna stanna kvar i arbetslivet fram till normal pensionsålder.

Vilka vill fortsätta efter 65?

Drygt 10 procent av hela gruppen svarande kunde tänka sig att fortsätta arbeta efter normal pensionsålder, betydligt fler män än kvinnor. Ålder visade ingen tydlig relation till önskemål om att arbeta vidare efter normal pensioneringsålder. De som hoppas kunna arbeta vidare är välutbildade personer med krävande arbetsuppgifter men med god kontroll över hur arbetet ska genomföras och med god kontakt med arbetskamrater och överordnade. Upplevelse av hälsa och god arbetsförmåga i relation till kraven i arbetet

framstår även som viktigt, särskilt bland kvinnorna. Dessa gynnsamma faktorer återfinns ofta hos kvinnor som arbetar i statlig tjänst eller som är SACO-anslutna och för män som är egna företagare eller anslutna till arbetsgivarorganisation.

Långtidssjukskrivnas viljor och villkor

En ytterligare studie som också kan inbegripas under temat ett arbetsliv för alla åldrar handlar om långtidssjukskrivnas viljor och villkor (Göransson, Aronsson, Melin). Relativt lite forskning har gjorts med fokus på den långtidssjukskrivnes eget perspektiv på sina förmågor, sin hälsa, livssituation och framtid liksom på hans eller hennes upplevelse av de åtgärder från arbetsgivare och samhälle han/eller hon mött under sin sjukskrivningstid. En utgångspunkt är att den enskildes upplevelser, förhållningssätt och hälsa i samspel med omgivningsförhållanden spelar en väsentlig roll för återgång i arbete. Forskning visar att människors föreställningar om sin egen framtida hälsa har högt prognosvärde.

Två åldersstratifierade urval användes för en postenkätstudie samt efterföljande telefonintervju. Två slumpmässiga urval gjordes från Riksförsäkringsverkets (RFV) register. Det ena omfattade långtidssjukskrivna (1-1,5 år) och det andra bestod av personer som avskrivits från RFV sedan sex månader och dessförinnan varit sjukskrivna i 1-1,5 år. Sammanlagt ingår över 1 000 personer i studien.

Uppfattade orsaker till sjukskrivningen

En tredjedel av de långtidssjukskrivna uppfattar att sjukskrivningen helt är orsakad av arbetet och ytterligare 30 procent menar att den delvis hör samman med arbetet. Äldre, liksom personer med den kortaste utbildningen, uppfattar i högre utsträckning att orsakerna ligger i förhållanden på arbetet. Nästan alla med utbrändhetsdiagnos uppfattar att problemen helt eller delvis är orsakade av arbetet. Hög arbetsanknytning finns även bland de som lider av psykiska problem i kombination med värk samt människor med ont i nacke, axlar, skuldror och armar. Bland de som menar att sjukskrivningen orsakades av arbetet svarar så många som 2/3 att de påpekade dessa förhållanden för chef eller arbetsgivare innan man blev sjukskriven.

Villkor för att komma tillbaka till arbetet: bedömningar och föreställningar

Båda undersökningsgrupperna besvarade frågor kring vilka villkor som var viktiga för att komma tillbaka i arbetet. För den grupp som återgått handlar en sådan fråga om en bedömning, som baseras på erfarenheten att börja arbeta igen. För de fortfarande sjukskrivna speglar svaren icke prövade föreställningar, vilka dock sannolikt påtagligt styr individens preferenser och handlingsmönster.

Bedömningar hos de som återgått i arbete

Nästan alla som återgått från långtidssjukskrivning upplever att de fått stöd från familj och vänner och nästan tre av fyra uppger att de fått stöd och hjälp från arbetsplatsen. Två av tre uppger att hälsan förbättrats under sjukskrivningstiden. Bland de med en psykisk diagnos är det så många som 90 procent som anger förbättring. Tre förhållanden framträder som särskilt viktiga för återgång.

Att byta yrke och/eller arbetsplats är ett relativt ovanligt men kraftfullt medel. Mer än 2/3 som bytt tillmäter detta stor eller helt avgörande betydelse för återgången. Förändringar av detta slag väger tungt för både män och kvinnor.

Den andra faktorn är arbetstiden. Att ha fått kortare arbetstid väger tungt särskilt för kvinnorna, de äldsta och personer med smärta. Något oväntat är hälsoförbättring inte den viktigaste faktorn för återgång. För kvinnor väger hälsoförbättring dock betydligt tyngre än för män och är en av de viktigaste faktorerna. För personer med psykiska problem var hälsoförbättringen viktigare för återgång i arbete än för personer med smärta.

Långtidssjukskrivnas föreställningar

Bland de långtidssjukskrivna tror 38 procent att de kommer tillbaka i arbete igen under det närmaste året och ytterligare 22 procent tror på återgång men längre fram. Män är mer optimistiska om snar återgång än kvinnor. Förbättrad hälsa bedömdes som den särklassigt viktigaste faktorn för att komma tillbaka i arbete bland de långtidssjukskrivna.

För kvinnor är en förkortad arbetstid och att arbetet blir mindre stressigt tunga faktorer. Mindre stress är viktigt även för män

medan förkortad arbetstid inte väger lika tungt för män som för kvinnor.

Yngres föreställningar om villkor för återgång handlar förutom hälsoförbättring i mycket stor utsträckning om att byta yrke, byta arbetsplats, förändrade arbetsuppgifter. Hjälp och stöd från försäkringskassan är också en faktor som allmänt bedöms väga tungt för återgång i arbete. Yngre betraktar hjälp och stöd som viktigare än äldre.

För personer med psykiska besvär handlar det i större utsträckning om att minska stressen i arbetet, byta social miljö och få stöd och hjälp. För personer som lider av smärta är lättare arbete och bra arbetshjälpmedel på vägen till återgång.

Åtgärder och bemötande

Det finns stora skillnader mellan hur man uppfattar arbetsgivarens insatser. Bland de privatanställda är det bara 40 procent som uppfattar att arbetsgivaren gjort något som underlättat deras återgång till arbete medan motsvarande andel för kommunalt anställda är 50 procent, landstingsanställda 48 procent och inom staten 68 procent.

Drygt 40 procent anser att väntetiderna för utredningar och behandling varit för långa eller t o m orimligt långa. Bland männen har hälften denna uppfattning och bland unga ungefär 2/3.

Sjukvård och försäkringskassa får relativt goda omdömen från det stora flertalet vad gäller hjälp och behandling. Däremot är det bara drygt hälften som anger att hjälpen varit till stöd för återgång i arbetet. Minst nytta av hjälpen rapporterar personer med psykiska besvär i kombination med värk, och personer med ledbesvär, fibromyalgi, ont i nacke, axlar, skuldror och armar.

Framtiden: tro, önskningar, farhågor

Tro på återgång i arbete. Av de långtidssjukskrivna är det 32 procent som tror att de kommer tillbaka i arbete igen under det närmaste året och ytterligare 20 procent tror att de kommer tillbaka fast det kommer att ta längre tid. Trettio procent är tveksamma och 18 procent tror inte alls att de återgår i arbete. Ålder är den viktigaste särskiljande faktorn i bedömningen. Mer än 80 procent av de som är under 40 tror på återgång. I den äldsta gruppen är det bara 1 på 5

som tror på återgång. Andelen män som tror på återgång är högre än andelen kvinnor. Tron på återgång påverkas inte av huruvida man uppfattar att sjukskrivningen är orsakad av arbetet eller ej. Också åtgärder från arbetsgivaren under sjukskrivningen för att underlätta återgång har signifikant betydelse för tron på återgång.

Bland de långtidssjukskrivna har tre av fyra ekonomisk press på sig att återgå i arbete. De som har ekonomisk press på sig att återgå i arbete tror i större utsträckning att de kommer tillbaka. Sambandet förklaras i stor utsträckning av att yngre upplever större ekonomisk press och även oftare tror att de kommer tillbaka i arbete. Samtidigt visar resultaten att personer som nu är i arbete och hade en ekonomisk press på sig att återgå sannolikt är en högriskgrupp. De tror i högre grad än de med bättre ekonomi att de gick tillbaka för tidigt i arbete, att de kommer att långtidssjukskrivna igen på grund av arbetet, och att de arbetar för mycket med tanke på hälsan.

Önskan om att lämna arbetslivet.

I hela undersökningsmaterialet var det 46 procent som angav att de ville ha sjukbidrag, sjuk- eller förtidspension. På grund av tiden som gick mellan det att urvalet drogs och enkäten skickades in fanns 18 procent som övergått till sjukbidrag eller pension. Återstoden 38 procent vill inte ha denna form för utträde ur arbetslivet.

Andelen som vill lämna arbetslivet är betydligt högre bland de äldre och de som har kortare utbildning. Om individen har en känsla av att kunna påverka sin situation och framtid (*mastery*) är detta en klart bromsande faktor för att lämna arbetslivet. En högre andel bland personer med smärta önskar detta jämfört med personer med psykiska besvär.

Det som ökar sannolikheten att man vill fortsätta är framförallt att man saknar sitt arbete, känner sig välkommen tillbaka och upplever att någon bryr sig om huruvida man kommer tillbaka eller inte. Arbetsgivarens insatser för återgång i arbete bedöms också som mycket viktiga.

Farhågor hos de som arbetar.

Nästan en av fyra av de som återgått i arbete befarar att de inte kan behålla hälsan på grund av arbetet. Arbetstiden är en viktig faktor –

de som anser att de arbetar för mycket har mindre tro på att de kommer kunna fortsätta vara friska.

Av de som återgått i arbete efter långtidssjukskrivning tror en tredjedel att de kommer att bli långtidssjukskrivna igen p.g.a. arbetet – fler män än kvinnor tror detta. Personer med smärta tror i högre grad att de kommer att bli långtidssjukskrivna igen p.g.a. arbetet jämfört med personer med psykiska problem. Arbetstiden är också här en viktig faktor – de som anser att de jobbar för mycket tror i högre grad att de kommer att bli långtidssjukskrivna igen.

Attityder till äldre yrkesverksamma

I en tredje studie (Eklund) i temat undersöktes arbetsgivares attityder och inställning till yrkesverksamma personer över 55 år. 750 slumpmässigt utvalda arbetsgivare telefonintervjuades under våren 2000. Resultaten tyder på att arbetsgivare i allmänhet har en relativt negativ inställning till äldre yrkesverksamma. I genomsnitt anger 71 procent av arbetsgivarna att de sällan eller aldrig nyanställer personer över 50 år. Varannan arbetsgivare har uppfattningen att äldre personer har svårare att ta till sig förändringar på arbetsplatsen och att yngre är bättre utbildade. Arbetsgivarna inom utvinning och tillverkningsindustri, finans- och fastighetsverksamhet, handel, kommunikation och transport samt hotell- och restaurangbranschen tycks vara mest negativt inställda till äldre yrkesverksamma. Inom utbildning och hälso- och sjukvård är attityden inte lika negativ. Dessa anser i låg grad att yngre personer är bättre utbildade och mer produktiva. Det är även inom dessa branscher som personer över 50 år i störst utsträckning nyanställs. Förklaringar kan vara att samlad kunskap och erfarenhet är av stor betydelse inom de båda yrkesområdena och att det råder personalbrist inom dessa branscher.

Ett något förvånande resultat är att arbetsgivare vid arbetsplatser som domineras av yngre personer har en mer positiv inställning till äldre yrkesarbetande än arbetsgivare vid arbetsplatser som domineras av äldre. Vid arbetsplatser där yngre dominerar anser arbetsgivarna i lägre grad att äldre har svårare att ta till sig förändringar och att yngre är bättre utbildade. Det är även dessa arbetsgivare som i högre grad satsar på anställdas och äldres hälsa och kompetensutveckling. Däremot nyanställs färre äldre personer vid dessa arbetsplatser.

Ungefär hälften av arbetsgivarna anser att de flesta anställda på arbetsplatsen är utsatta för arbetsmiljörisker såsom olycksfallsrisker, höga ljudnivåer och långa arbetsdagar (övertid). Samtidigt är det mindre än hälften av arbetsgivarna som anser att de anställda i allmänhet och de äldre i synnerhet har möjlighet till flexibel arbetstid, möjlighet att gå ner i arbetstid samt möjlighet att påverka graden av övertidsarbete. Det är också få arbetsgivare som vidtar särskilda åtgärder för äldre arbetskraft ifråga om arbetsorganisation och hälsofrämjande insatser.

Några praktiska slutsatser

Forskningsprogrammet har syftat till ta fram beskrivningar och analyser och inte haft som explicit uppgift att dra praktiska slutsatser. Utifrån resultaten i de olika delstudierna och i viss utsträckning närliggande kunskap kan ändå några praktiska förslag och prioriteringar lämnas.

Samhällsklimat

En helt självklar utgångspunkt som dock tycks alltmer trängs undan är att vi inte kan räkna med att människor skall vara helt friska och kapabla under sitt liv. Det betyder att arbetsplatser hela tiden måste anpassas och särskilda insatser göras för de människor och grupper som vid en viss tidpunkt kommer att vara i otakt med de krav som arbetslivet ställer.

En av de viktigare slutsatserna och resultaten från forskningsprogrammet är också den stora variationen inom arbetslivet. Variationen är en tillgång i meningen att den visar att det finns ett utrymme för förbättringar och goda kreativa lösningar. I exempelvis den stora variation som finns i långtidssjukskrivningar mellan kommuner ligger ett löfte om att förhållanden kan kraftigt förbättras. Variationen är också ett problem i den meningen att variation och olikhet kräver mer av specifika lösningar och insatser, som kan ta tid och kräva tålamod och uthållighet. Därmed naturligtvis inte sagt att det inte behövs generella insatser och lösningar.

Ett annat exempel på variationens betydelse är den stora olikheterna mellan människor i samma åldersgrupp, vilka också ökar med stigande ålder. Även om äldre personer har många gemensamma erfarenheter och egenskaper, innebär inte detta att de är lika

varandra i alla avseenden. Denna kunskap har betydelse för bedömningen av människors kapacitet och potential i arbetslivet. Den individuella variationen är också viktig att beakta när strategier inriktas på generella insatser till stöd för äldre i arbetslivet, eftersom det alltid krävs individuell anpassning. Ålder används vid bedömningar av människor i brist på andra uppgifter. Precisionen och utfallet i genomförda åtgärder kan annars bli låg.

Också den bild som framkommer av långtidssjukskrivnas situation är mångfacetterad. Rehabilitering till arbete kan därför betyda mycket olikartade insatser och långt gången individualisering. Till bilden hör att mer än hälften av de långtidssjukskrivna är optimistiska om sin framtid i meningen att de tror att de kan komma tillbaka i arbete. Skillnader i problembild och därmed i kapaciteter och hjälpbehov framträder framförallt mellan människor med olika diagnoser, män och kvinnor och i olika åldersgrupper. Det finns också en stor variation i självtillit, vilket spelar en viktig roll för tron på att komma tillbaka i arbete.

Med alltför standardiserade lösningsmodeller kring arbetskrav, arbetstider, pensionering etc. och arbetsgivarnas schablonartade syn på äldre finns stor risk att den växande andelen äldre i befolkningen liksom människor som av olika anledningar förlorat en del av sina kapaciteter ses som samhällsproblem och inte som betydelsefulla krafter för samhällets välfärd och produktion. Målet borde vara att arrangera arbetslivet så att alla som kan, vill och orkar arbeta kvar skall få göra det. För att detta skall kunna uppfyllas är det nödvändigt att arbetslivet arrangeras för att svara mot individuell variation och individuella önskemål och att arbetsgivarna överger sina åldersstereotyper och ökar sina kunskaper om äldres styrkor och svagheter.

Arbetsplatsen

En omfattande arbetsmiljöforskning i Sverige har ganska väl klarlagt de allmänna förhållanden som skapar ohälsa. Kunskaperna om de bra alternativen är mera bristfällig. Ur handlingsplanens mål om ökad hälsa kan följande generella slutsatser särskilt framhållas. Vi begränsar oss här till vad vi uppfattar som "nya rön" om arbetsvillkor. Områden där insatser av upplysningskaraktär bör göras är:

?? För att förebygga utslagning och öka möjligheterna att bli kvar i arbetslivet måste arbetets värld i större utsträckning arrange-

ras för flexibilitet ur individens synpunkt. Det handlar om anpassning av arbetsmängd, arbetstider, osv. För att hejda utträdet ur arbetslivet måste större vikt läggas vid människors möjlighet till återhämtning.

- ?? För långtidssjukskrivna framträder åtgärder som möjliggör flexibel arbetstid som det kanske viktigaste instrumentet för att åstadkomma en balans mellan individernas kapaciteter och arbetskraven. Detta gäller särskilt om insatser skall göras till stöd för den kontinuerligt växande gruppen av långtidssjukskrivna kvinnor. Minskad stress är den andra anpassningsåtgärden, som kommer att möjliggöra deltidinsatser både från män och kvinnor.
- ?? För hög fysisk arbetsbelastning bidrar fortfarande i hög grad till utslagning från arbetslivet. Därtill kommer att kombinationen stress och fysisk belastning är mycket skadlig. Detta har visats i några tidigare studier och bekräftas på nytt här. Denna kunskap har inte fått bredare spridning och information om detta förhållande måste få genomslag och påverka arbetsuppläggning. Återigen vill vi peka på betydelsen av återhämtning. Det finns tecken på att människors återhämtningsutrymme alltmer elimineras. Orsakerna är många. Här finns behov av en bred diskussion om ansvar, underbemanning, betald och obetald övertid, pauser, gränslösa arbetsuppgifter, sjuknärvaro, kompensationsledighet istället för sjukskrivning osv.
- ?? Aktiva arbeten – höga krav men också hög kontroll i arbets-situationen - är eftersträvansvärda men det finns risker även här. Kvinnor med aktiva arbeten har betydligt större andel med stor sjukersättning än män i detta slag av arbete. Sannolikt kan det handla om att sättet att mäta krav och kontroll inte fångar vissa för kvinnor vanliga typer av arbets-situationer där det är svårt att avgränsa arbetet, bristande stöd och många och snabba organisationsförändringar. Mera forskning behövs men redan nu förtjänar detta uppmärksamhet.
- ?? Hälsförbättring är av stor betydelse för återgång i arbetet bland långtidssjukskrivna men inte det primära för alla. Med ändrade arbetsförhållanden skulle många kunna arbeta. Om arbetsgivare kan förmås att visa ett större intresse och kreativitet för att hitta bra lösningar finns mycket att vinna.

Arbetsmarknaden

Ansvar för att människor som behöver en ny start i livet får chans till detta behöver tydliggöras. För yngre personer som hamnar i långtidssjukskrivning framträder ett behov av större förändringar såsom byte av yrke och arbetsuppgifter. Det handlar snarare om omskolning än kompetensutveckling. Här behövs satsningar på långa utbildningar som ger ett yrke för framtiden.

I de slimmade organisationer tycks det vara allt svårare att hitta plats för personer som av någon anledning inte är högpresterande på heltid och kan ingå i en arbetsgrupp. För att skapa en större arbetsmarknad för byten och arbetsprovning bör stöd ges till bildande av så kallade arbetsgivararrang, där många arbetsgivare med olika behov och olikartad verksamhet går samman och därigenom skapar en större arbetsmarknad med anställningstrygghet.

Sjukvård, sjukförsäkring och företagshälsovård

Väntetiderna för utredningar och behandling är alldeles för långa och insatser måste göras snarast. Väntetiderna leder till helt onödigt lidande, undergräver långtidssjukas ekonomi och hotar återgång i arbete. Värst är situationen för de unga. Ekonomisk press påverkar tron på återgång i arbete. Samtidigt finns uppenbart en fara i att avsiktligt eller oavsiktligt använda ekonomisk press som medel eftersom de som går tillbaka på grund av detta är betydligt mera pessimistiska om sin framtid. Urvalet till vår studie var personer som varit sjukskrivna 1 till 1.5 år. En mer än dubbelt så grupp har varit sjukskrivna längre. Det kan antas att dessa är ännu värre utsatta. Det krävs här snabba insatser som förkortar och på sikt eliminerar väntetiderna.

Särskilda insatser

Två prioriterade insatsområden kan nämnas.

Vård, skola och omsorg.

Forskningsresultaten pekar mot att det kan behövas särskilda preventiva insatser i verksamheter som har mycket 'mer' problem med sjukfrånvaro och förtida utträde ur arbetslivet än andra: vård och omsorg är ett sådant. Personal inom dessa områden har inte bara halkat efter när det gäller hälsa och arbetsvillkor utan också löneinkomsterna har släpat betänkligt efter andra (särskilt privata) verksamheter under 1990-talet. Problemen är störst för kvinnor eftersom verksamheterna domineras av kvinnor och det huvudsakligen är kvinnor som träder in i de verksamheter som för närvarande har mest problem med arbetsvillkor, osäkra anställningar, risk för (deltids)arbetslöshet, långa sjukskrivningar och förtidspension. Av alla kvinnor som var sjukskrivna hela år 2000 kom 41 procent från vård och omsorg, vilket är en kraftig överrepresentation. Män i dessa verksamheter har minst lika stora problem med sjukfrånvaro, förtidspension och arbetslöshet som kvinnor, och oavsett ålder, utbildningsnivå och sektor. Anställda inom vård, omsorg och skola är överrepresenterade bland dem som inte tror sig orka arbeta fram till 65 års ålder. Medelåldern är hög i dessa sektorer och ett generationsskifte kommer. Samtidigt vet vi att ungdomar inte köar till utbildningarna till de stora yrkena inom sektorn.

Den slutsats som kan dras här är att det krävs extraordinära insatser inom vård- skola området eftersom ingen vändning mot det bättre skett och inte heller är i sikte. Detta är också en fråga om samhällsklimat – under det senaste decennierna har det skett en nedvärdering av "välfärdstjänstearbetet" som bland annat visar sig i ökad arbetspress och löneeftersläpningen gentemot privat verksamhet. Sett i ett tidsperspektiv är situationen i denna sektor nu på flera sätt långt svårare än vid decennieskiftet 1990 då Arbetslivsfonden startade med många miljarder för förbättring av produktivitet och arbetsmiljö inom industrin.

Kunskapsbildning – institutionella förstärkningar

Dålig uppföljning av arbetslivets förändringar och senfärdiga reaktioner på problembilder har lett och leder till mänskligt utanförskap, ohälsa och välfärd förluster. Det behövs arrangemang som möjliggör permanent och kontinuerlig uppföljning kring arbetslivsförändringar och dessas betydelse för sjukfrånvaro, folkhälsa och välfärd.

Anställdas arbetssituation, hälsa och attityder
till pensionering

*Gunnel Ahlberg, Staffan Marklund,
Carin Stenlund, Margareta Torgén
Arbetslivsinstitutet
Programmet för hälsa och utveckling i det nya arbetslivet*

2001-11-15

Innehåll

Sammanfattning	37
Analysstrategi.....	40
Material och metod.....	42
Studiegrupp och genomförande.....	42
Enkät och variabelkonstruktion.....	44
Beroende variabler (utfall)	44
Oberoende variabler.....	46
Statistisk bearbetning.....	51
Representativitet.....	52
Vilka tror inte att de kommer att förvärvsarbeta fram till 65?.....	54
Vilka har alltför fysiskt eller mentalt påfrestande arbeten för att kunna fortsätta fram till 65?.....	65
Vilka är intresserade av kortare arbetstider under de sista åren före 65?.....	78
Vilka kan tänka sig att fortsätta att förvärvsarbeta efter 65?.....	90
Referenser	99

Sammanfattning

Trots en ökande efterfrågan på arbetskraft under de senaste åren har andelen äldre i arbetslivet inte ökat i samma takt som yngre. Kunskap om det naturliga åldrandet kan endast delvis förklara de äldres "frånvaro" på arbetsmarknaden. Andra faktorer måste spela roll, vi behöver i större utsträckning veta hur dagens människor tänker och planerar för sitt eget framtida deltagande i arbetslivet och också vilka erfarenheter och föreställningar om äldre arbetstagare som finns. Hälsoproblem, bristande flexibilitet och kompetens anges ofta av personalrekryterare och chefer som orsaker till de äldres tillkortakommande. Hur ser arbetstagarna själva på sitt framtida arbetslivsdeltagande? Arbetslivsinstitutet tog hösten 2000 initiativet till en undersökning¹ om under vilka villkor som människor kan och vill yrkesarbeta beroende av bakgrunds och familjeförhållanden, anställningsvillkor, fysisk och psykosocial arbetsmiljö samt hälsotillstånd. Som en delstudie till utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HPH, har materialet specialbearbetats i syfte att utröna vilka faktorer som stimulerar respektive motverkar fortsatt yrkesarbete. Analysarbetet har fokuserats på att belysa fyra huvudfrågeställningar; vilka vill sluta förvärvsarbete före 65 års ålder, vilka har ett alltför ansträngande arbete för att orka arbeta fram till 65 års ålder, vilka vill ha kortare arbetstid åren innan pensionering och slutligen vilka kan tänka sig att fortsätta förvärvsarbete efter 65 års ålder.

¹ Planering och materialinsamling samordnades av Arbetslivsinstitutet men har stötts idémässigt och finansiellt gemensamt med tjänstemännens centralorganisation (TCO), "Forum 50+", offentliganställdas förhandlingsråd (OFR), äldreberedningen "Senior 2005" och institutet för psykosocial medicin på KI (IPM)

I studien ingick slumpmässigt valda män och kvinnor mantals-skrivna i Sverige. Urvalet baserades på register över rikets total-befolkning stratifierat på kön, ålder och boende i tätort respektive landsbygd. Urval och datainsamling med en postenkät gjordes av SCB och pågick under perioden oktober 2000 till februari 2001. Svarefrekvensen blev låg (53 procent) men de svarande kan efter noggrann bortfallsanalys trots detta betraktas som representativa för befolkningen. Resultaten i föreliggande rapport är baserade på svaren från 2 509 personer (1 344 kvinnor och 1 165 män) tillhörande arbetskraften, i åldrarna 25 till 64 år. Materialet har analyserats med bivariata och multivariata analyser separat för varje frågeställning, för hela studiegruppen och för kvinnor och män separat.

Vilka vill sluta före 65?

Knappt 25 procent av de svarande anser det inte troligt att de kommer att förvärvsarbeta till 65 års ålder. Materialet visar att när män och kvinnor ingår i samma analysmodell är stigande ålder den enda bakgrundsfaktor som har betydelse för att vilja sluta före 65 års ålder. Det finns dock stora skillnader mellan män och kvinnor. Medan det inte finns någon kontrollerad signifikant effekt av ålder bland männen är den kraftig bland de äldre kvinnorna. Faktorer som också har betydelse för kvinnor är bristande stöd från arbetskamrater eller chefer och att vara ensamboende. Kvinnor som bor ensamma tror i större utsträckning än de som inte gör det att de kommer att arbeta till normal pensionsålder. För män är effekterna av belastningar i den fysiska arbetsmiljön, ett dåligt hälsotillstånd och otillräcklig återhämtning av stor betydelse för hur länge man tror sig stanna kvar i förvärvslivet. Negativa erfarenheter av inträffade förändringar i arbetet påverkar också män att vilja sluta tidigare.

Vilka orkar inte fram till 65?

En dryg tredjedel av urvalet uppfattar sitt arbete som så mentalt och/eller fysiskt ansträngande att de inte tror att de kommer att orka arbeta kvar till normal pensionsålder. En hög andel av dem som inte tror sig orka arbeta i framtiden uppger även nedsatt arbetsförmåga vilket gör att det också finns skäl att befara att de

faktiskt kommer att lämna arbetskraften i förtid. Det är framförallt inom stora verksamhetsgrenar som vård och omsorg, tillverkning och skolväsende som problemen förefaller att vara störst. Fysiska arbetsmiljöproblem visar för både kvinnor och män samband med ohälsa och också med upplevelsen av att arbetet är alltför ansträngande. Sammantaget är de mest betydelsefulla faktorerna för att inte tro sig orka arbeta kvar i sitt yrke alltför höga krav i arbetet, brist på möjlighet till utveckling och möjligheter att använda sin yrkeskompetens och bristande/försvårade förutsättningar för att utföra ett bra arbete. Resultaten pekar också på vikten av att kunna känna stolthet, både över det egna arbetet och över den organisation man tillhör.

Vilka vill ha kortare arbetstider?

Resultatet visar att knappt 60 procent av den yrkesaktiva befolkningen anser att olika former av kortare arbetstider skulle underlätta deras möjligheter att arbeta fram till normal pensionsålder, och de yngre instämmer i detta i minst lika stor utsträckning som äldre. Sysselsatta inom vård och omsorg är den grupp som i störst utsträckning önskar kortare arbetstid. För kvinnor är framförallt nedsatt arbetsförmåga en faktor av betydelse. Kvinnor som vill ha kortare arbetstid upplever också i högre grad bristande stimulans och möjligheter till vidareutveckling i arbetet än kvinnor som inte gör det. De faktorer som har störst betydelse för att män ska önska kortare arbetstider är bristande återhämtning och vila mellan arbetspassen, besvär av ergonomiska arbetsmiljöfaktorer, och negativa erfarenheter av nyligen genomförda organisationsförändringar. Sammantaget talar resultaten för att det finns ett stort behov hos många att kunna få möjlighet att kombinera deltidsarbete med någon form av delpension för att kunna stanna kvar i arbetslivet fram till normal pensionsålder.

Vilka vill fortsätta efter 65?

Endast dryga 10 procent av hela gruppen svarande kunde tänka sig att fortsätta arbeta efter normal pensionsålder, betydligt fler män än kvinnor. Ålder visade ingen tydlig relation till önskemål om att arbeta vidare efter normal pensioneringsålder. De som hoppas kunna arbeta vidare är välutbildade personer med krävande arbets-

uppgifter men med god kontroll över hur arbetet ska genomföras och med god kontakt med arbetskamrater och överordnade. Upplevelse av hälsa och god arbetsförmåga i relation till kraven i arbetet framstår även som viktigt, särskilt bland kvinnorna. Dessa gynnsamma faktorer återfinns ofta hos kvinnor som arbetar i statlig tjänst eller som är SACO-anslutna och för män som är egna företagare eller anslutna till arbetsgivarorganisation. Personer som sällan hoppas arbeta vidare efter normal pensioneringsålder återfinns i stor utsträckning bland LO och TCO-anslutna och bland personer med privat arbetsgivare. Bland kvinnor är många av dessa personer verksamma inom "vård och omsorg" och bland männen är förhoppningen att arbeta vidare minst bland dem som arbetar med "tillverkning".

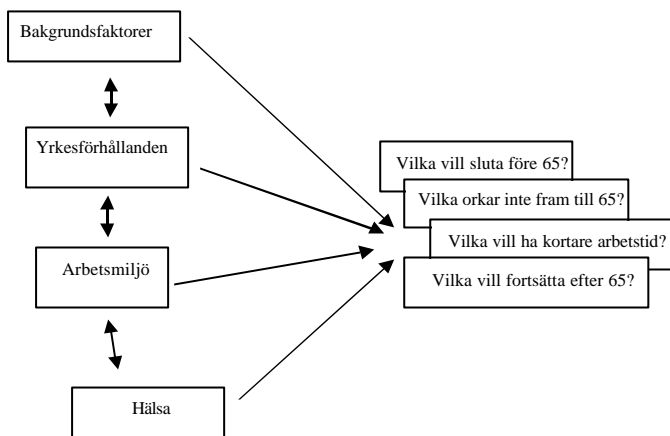
Analysstrategi

Den allmänna frågeställningen bakom undersökningen gäller under vilka villkor människor vill eller kan förvärvsarbeta. Materialet gör det möjligt att granska flera olika aspekter på den allmänna frågeställningen. Det gäller bland annat följande fyra frågor:

- ?? Vilka tror inte att de kommer att förvärvsarbeta fram till 65?
- ?? Vilka anser att de har alltför fysiskt eller mentalt påfrestande arbeten för att kunna fortsätta fram till 65?
- ?? Vilka är intresserade av kortare arbetstider under de sista åren före 65?
- ?? Vilka kan tänka sig att fortsätta att förvärvsarbeta efter 65?

För att besvara dessa fyra frågor har en gemensam analysstrategi använts. (Se figur 1). Varje frågeställning har betraktats som ett beroende utfall av en uppsättning av tänkbara betydelsefulla faktorer som kan grupperas som bakgrundsfaktorer, anställningsförhållanden, fysisk och psykosocial arbetsmiljö samt hälsa och återhämtning. Inom var och en av dessa grupper har en rad enskilda variabler beskrivits och analyserats.

Figur 1. Analysmodell för under vilka villkor människor kan och vill förvärvsarbeta.



Analyserna har huvudsakligen genomförts i två steg. I det första steget har bivariata logistiska regressioner genomförts för att få reda på vilka av de oberoende faktorerna som i sig har en statistisk signifikant betydelse för att vilja sluta för tidigt, inte orka, att ha önskemål om kortare arbetstid eller att vilja fortsätta. I det andra steget har jämförelser mellan flera olika signifikanta faktorer gjorts i form av multivariata logistiska regressioner. Resultatet av dessa analyser kan tolkas så att de faktorer som slutligen är signifikanta är det oberoende av de andra variablerna som också ingår i modellen. Samtliga analyser har genomförts för män och kvinnor gemensamt samt för män och kvinnor separat.

Ambitionen har varit att ge en övergripande beskrivning av vilka faktorer som påverkar individernas attityder till arbete och pensionering. Eftersom materialet är omfattande har det krävts förenklingar av olika slag. Ett urval av centrala faktorer har gjorts och antalet variabler har reducerats vilket presenteras nedan. Ibland förekommer ett stort antal svarsalternativ på enskilda frågor och dessa har i många fall begränsats genom sammanslagningar. Exempelvis har utbildningsvariabeln förenklats till tre nivåer genom att personer med olika typer av gymnasieutbildning fått bilda en gemensam grupp. I många fall har vi skapat index genom att sammanfatta information från flera olika variabler. Exempelvis har ett index för fysiska arbetsmiljöbelastningar skapats genom att flera olika aspekter på fysisk arbetsmiljö lagts samman så att de individer

som exponeras för buller, damm, lösningsmedel, brandfarliga ämnen, otillräcklig ventilation eller otillräcklig belysning summeras. Personer med mer omfattande exponering skiljs från de personer som har mindre omfattande eller ingen exponering. En detaljerad beskrivning av den aktuella variabelbearbetningen framgår under avsnittet *Enkät och variabelkonstruktion*. I varje enskilt avsnitt presenteras avvikelser från detta samt om ytterligare variabler använts och hur dessa i så fall konstruerats.

Material och metod

Studiegrupp och genomförande

I huvudundersökningen ingår slumpmässigt valda män och kvinnor, som den 1 oktober 2000 var i åldrarna 25 –75 år och mantalsskrivna i Sverige. Urval från Statistiska Centralbyråns (SCB) register över rikets totalbefolkning (RTB) gjordes i 20 strata, definierade efter kön, ålder (fem klasser) samt boendeort (två klasser). Åldersklasserna var 25-34 år, 35-44 år, 45-54 år, 55-64 år och 65-75 år. Boendeort delades in i tätort respektive glesbygd. Som boende i tätort räknas person som är mantalsskriven på en fastighet i en ort med sammanhängande bebyggelse med högst 200 meter mellan husen och minst 200 innevånare, övriga räknas som boende i glesbygd. Inom varje stratum gjordes ett slumpmässigt urval av 340 individer, d.v.s. totalt 6 800 individer. Antalet individer som valdes per strata grundade sig på uppskattad deltagarfrekvens på 60 procent och önskemål om ca 200 personer per strata.

Urvalet gjordes av SCB liksom datainsamlingen vilken genomfördes med hjälp av en postenkät och pågick under perioden 20 oktober 2000 – 23 februari 2001. Vid två tillfällen skickades en påminnelse ut till dem som inte besvarat enkäten. Vid den andra påminnelsen bifogades enkäten på nytt. Inga personidentifierbara uppgifter fanns med i det material som efter datainsamlingen lämnades till forskarna från SCB.

Under insamlingsfasen framkom att 163 personer som ej uppfyllt ålderskriteriet kommit med i urvalet. Dessa exkluderades från studiepopulationen, som därmed reducerades till 6 637 personer (3 306 män och 3 331 kvinnor). Enkäten besvarades av 3 493 (53 procent) personer, 1 631 (49 procent) av männen och 1 862 (56 procent) av kvinnorna.

I tabell 1 presenteras svarande och ej svarande fördelat på strata. Kvinnor svarade i större utsträckning än männen, äldre (45 år och däröver) i större utsträckning än yngre (under 45 år) och boende i glesbygd i större utsträckning än boende i tätort. Andelen personer utan arbetsinkomst (taxeringsåret 1999) var lägre bland de som besvarade enkäten jämfört med de som ej svarade. Denna skillnad var mer framträdande hos kvinnorna (svarande 25 procent, ej svarande 38 procent) jämfört med männen (svarande 24 procent, ej svarande 28 procent). Storleken på den taxerade arbetsinkomsten för år 1999 skilde endast marginellt mellan svarande och ej svarande hos männen (svarande 216 798 kr, ej svarande 213 594 kr), men något mer hos kvinnorna (svarande 160 066 kr, ej svarande 143 574 kr). Svarsfrekvensen skilde även i relation till civilstånd och födelse-land. Avseende civilstånd så besvarades enkäten i högst utsträckning av gifta (58 procent) och lägst av ogifta (46 procent) medan skilda och änklingar/änkor låg däremellan. Avseende födelse-land så besvarades enkäten av 54 procent av de svenskfödda och av 44 procent (305 svarande) av de utlandsfödda.

Föreliggande rapport innefattar endast personer som tillhörde arbetskraften vid tiden för enkätifyllandet. Från huvudundersökningens 3493 respondenter uteslöts personer 65 år och äldre (683 personer), de som uppgav sig vara pensionerade (219 personer), hemmafruar/hemmamän (18 personer) samt 64 personer som ej besvarat frågan om aktuell sysselsättning. Föreliggande rapport innefattar därmed 2 509 personer, 1 344 kvinnor och 1 165 män i åldrarna 25 till 64 år.

Tabell 1. Antal och andel svarande, samt andel utan arbetsinkomst och taxerad årsinkomst² i kronor för 1999 bland svarande och ej svarande. Uppgifterna redovisas uppdelat på de 20 strata som låg till grund för SCB:s urval av personer från Sveriges befolkning.

Strata	Svarande antal	Andel av urvalet, svarande %	Andel utan arbetsinkomst, svarande %	Andel utan arbetsinkomst, EJ svarande	Taxerad arbetsinkomst, svarande kr	Taxerad arbetsinkomst EJ svarande kr
Kvinnor tätort ³						
65-75 år	176	55	86	89	46 526	53 485
55-64 år	194	57	18	39	173 121	154 450

² Medelvärde av arbetsinkomst för de som hade arbetsinkomst under år 1999, källa SCB: registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS-databasen).

³ Som boende i tätort räknas person som är mantalsskriven på en fastighet i en ort med sammanhängande bebyggelse med högst 200 meter mellan husen och minst 200 innevägnare, övriga räknas som boende i glesbygd.

45-54 år	198	58	8	21	187 179	161 112
35-44 år	203	59	8	24	175 855	162 574
25-34 år	142	45	11	24	146 297	136 027
Kvinnor glesbygd						
65-75 år	169	52	80	88	39 588	50 771
55-64 år	202	60	19	47	166 759	132 300
45-54 år	196	58	12	16	168 474	166 210
35-44 år	200	58	9	14	156 749	140 797
25-34 år	182	56	7	16	139 561	124 505
totalt	949	57	24	37	152 404	138 118
Män tätort						
65-75 år	173	55	71	80	97 549	53 730
55-64 år	195	58	23	32	234 678	223 426
45-54 år	180	53	12	19	280 237	274 138
35-44 år	131	39	7	15	257 452	270 165
25-34 år	128	41	5	18	198 459	204 165
totalt	807	49	25	30	232 380	235 644
Män glesbygd						
65-75 år	165	53	70	82	53 314	69 094
55-64 år	200	58	21	27	193 136	158 803
45-54 år	160	47	5	12	237 260	214 030
35-44 år	163	47	7	14	219 599	223 795
25-34 år	136	42	6	9	207 127	184 148
totalt	824	50	22	27	202 021	192 618

Enkät och variabelkonstruktion

Postenkäten innehöll totalt ca 300 delfrågor. Enkäten kan laddas ner från Arbetslivsinstitutets hemsida (<http://www2.niwl.se/forlag/detaljerad.asp?ID=1023>). Hänvisning till viss fråga i enkäten ges med numret på frågan inom parantes. Många av frågorna berör förhållanden i arbetslivet och de svarande uppmanades att relatera till nuvarande yrkesarbete eller till senaste arbete om de inte var yrkesverksamma när enkäten besvarades. I följande text beskrivs endast de variabler som varit aktuella i föreliggande rapport.

Beroende variabler (utfall)

Utfallsvariablerna baseras på resultat från frågor om hur man ser på det egna arbetslivsdeltagandet i framtiden (fr50). Frågorna ställdes i form av påståenden som respondenterna uppmanades ta ställning till på en 5-gradig ordinalskala där alternativ 1 motsvarade "instämmer helt" och alternativ 5 "instämmer inte alls".

Fyra utfallsvariabler har definierats:

- ?? *Vilka vill sluta före 65?* Svaranden ombads ta ställning till påståendet "Jag kommer troligen att arbeta fram till normal pensioneringsålder". De som svarat alternativ 4 och 5 definieras som de som inte tror sig arbeta till 65 års ålder. De som angett svarsalternativ 1, 2, 3 utgör jämförelsegrupp. De som inte besvarat frågan ingår ej i analyserna.
- ?? *Vilka orkar inte fram till 65?* Detta utfall baseras på två frågor: "Mitt nuvarande arbete är allt för mentalt/psykiskt ansträngande för att jag ska kunna fortsätta till normal pensioneringsålder" och "Mitt nuvarande arbete är allt för kroppsligt ansträngande för att jag ska kunna fortsätta till normal pensioneringsålder." De som angivit svarsalternativ 1 eller 2 på en eller båda frågorna utgör 'fall'. De som angett svarsalternativ 3, 4, 5 utgör referensgrupp. De som inte besvarat någon av de två frågorna ingår ej i analyserna.
- ?? *Vilka vill ha kortare arbetstid?* Detta utfall baseras på tre frågor: "Kortare arbetsdagar skulle underlätta för mig att arbeta fram till normal pensioneringsålder," "Ledighet någon dag i veckan skulle underlätta för mig att arbeta fram till normal pensioneringsålder" och "Jag kan tänka mig en kombination av deltids-pension och yrkesarbete på deltid under de sista åren." De som angivit svarsalternativ 1 eller 2 på en eller flera av frågorna utgör 'fall'. De som angett svarsalternativ 3, 4, 5 utgör referensgrupp. De som inte besvarat någon av de tre frågorna ingår ej i analyserna.
- ?? *Vilka vill fortsätta efter 65?* Detta utfall baseras på två frågor: "Jag hoppas kunna yrkesarbete även efter normal pensioneringsålder för att senare få en bättre pension" och "Jag hoppas kunna yrkesarbete även efter normal pensioneringsålder för att mitt arbete är så bra och stimulerande." De som angivit svarsalternativ 1 eller 2 på en eller båda frågorna utgör 'fall'. De som angett svarsalternativ 3, 4, 5 utgör referensgrupp. De som inte besvarat någon av de två frågorna ingår ej i analyserna.

Oberoende variabler

Bakgrundsvariabler

Ålder. Ålder har grupperats i fem olika grupper: 25-34 år, 35-44 år, 45-54 år och 55-64 år. I vissa analyser har åldersgrupperna slagits samman till två grupper 25-44 år respektive 45-64 år.

Födelseland. Födelseland har delats in i grupperna födda i Sverige och födda i annat land.

Boendeort. Materialet har delats efter om individerna bor i tätort eller inte.

Hushållstyp. Hushållstyp har delats in i två grupper: de som lever ensamma respektive de som lever med någon annan vuxen, med barn eller med både barn och annan vuxen.

Ensamhet. Svaren på frågan 'Hur ofta händer det att du känner dig ensam?' har indelats i tre grupper. De som svarat 'sällan' eller 'aldrig', de som svarat 'ibland' respektive de som svart 'för det mesta' eller 'alltid'. I vissa analyser har denna faktor delats i två grupper genom att de som svarat 'ibland' lagts till gruppen 'sällan' och 'aldrig'.

Social förankring. Utifrån svaren på frågor om organisationsaktivitet har individerna delats i två grupper där de som uppgett att de ibland eller regelbundet deltar i olika aktiviteter skiljts från de som sagt att de inte deltar i någon organiserad aktivitet.

Utbildning. Personer med folkskola, grundskola, yrkesskola och realskola har fått bilda en grupp med benämningen grundskola. Personer med 2-årig fackskola, 2-årigt gymnasium eller 3-årigt gymnasium har fått bilda en annan grupp och personer med högre utbildning en tredje. Personer med 'annan utbildning' har fått ingå i grundskolegruppen. Faktorn har i vissa analyser dikotomiserats så att alla personer med lägst gymnasieutbildning bildat en grupp.

Anställningsförhållanden

Verksamhetsområde. Frågan om arbetsplatsens huvudsakliga verksamhet har fem olika svarsalternativ. Tillverkning eller bearbetning av varor, vård och omsorg, service och handel, administration samt att skapa, utveckla och eller förmedla kunskap. Omkodning har i de flesta fall inte genomförts.

Bransch. Arbetsgivarna kan vara stat, landsting, kommun eller privat organisation. Dessutom förekommer egna företagare och personer som uppgivit annan. Omkodning har inte genomförts.

Facklig anslutning. De svarande kan tillhöra LO, TCO, SACO, arbetsgivarorganisation, annan organisation eller ingen organisation. Ingen omkodning har skett.

Anställningsform. De anställda har delats i två grupper varav den ena har fast anställning eller anställning tillsvidare medan alla former av tidsbegränsad anställning ingår i den andra gruppen.

Arbetstider. De anställda har delats i två grupper. Anställda som huvudsakligen arbetar på dagtid, d.v.s. inom intervallet 06.45 och 17.45, utgör en grupp. Skiftarbete, kvälls- och nattarbete och övriga former av oregelbunden arbetstid utgör den andra gruppen.

Könsfördelningen på arbetsplatsen. På frågan om könsfördelningen på arbetsplatsen fanns fem svarsalternativ. De som uppgett att det på arbetsplatsen nästan bara finns kvinnor eller nästan bara finns män har grupperats i en grupp för sned könsfördelning och alla övriga har grupperats i en grupp för jämn könsfördelning.

Fysisk och ergonomisk arbetsmiljö

Problem i den fysiska arbetsmiljön. (Fysrisk) Respondenterna ombads svara på om de aldrig, sällan, ibland, för det mesta eller alltid är utsatta för olika exponeringar i den fysiska arbetsmiljön. Det gäller sju olika aspekter: buller och störande ljud, pappersdamm, rök eller ånga, lösningsmedel eller kemikalier, stark värme eller stark kyla, brandfarliga eller explosiva ämnen, otillräcklig ventilation samt otillräcklig belysning. Personer som angett att de 'alltid' eller 'för det mesta' är utsatta för dessa har ansetts exponerade. Utifrån detta har ett enkelt additivt index skapats med värden från 0 till 7, där de som fått 7 är exponerade för samtliga sju aspekter på den fysiska arbetsmiljön. Detta har förenklats genom en indelning i tre nivåer. De som inte har några exponeringar har fått värdet 0, de som har 1 eller två markeringar har bedömts ha viss belastning och getts värdet 1 och de som har 3 eller fler markeringar har bedömts ha hög belastning och fått värdet 2. I vissa analyser har faktorn dikotomiserats så att alla med någon form av belastning bildat en gemensam grupp och alla utan belastningar bildat den andra.

Problem i den ergonomiska arbetsmiljön. (Ergorisk) Även här ombads respondenterna att svara på om de aldrig, sällan, ibland, för det mesta eller alltid är utsatta för exponeringar. Det gäller här fyra aspekter: vibrationer och skakningar, tunga lyft, besvärliga arbetsställningar samt ensidiga arbetsrörelser. De som angett 'alltid' eller

'för det mesta' har ansetts exponerade. Ett additivt index har skapats med värden mellan 0 och 4. Personer som inte har några ergonomiska belastningar har fått värdet 0, de som har 1 eller 2 har ansetts ha viss belastning och har fått värdet 1. De med 3 eller 4 markeringar har ansetts ha hög belastning och de har fått värdet 2. I vissa analyser har faktorn dikotomiserats så att alla med någon form av belastning bildat en gemensam grupp och alla utan belastningar bildat den andra.

Psykosocial arbetsmiljö

Krav, kontroll och stimulans. Psykiska krav, möjlighet att utvecklas och ha inflytande i arbetet mäts med hjälp av ett index bestående av 15 frågor. Indexet innehåller frågor i påståendeform från en modifierad och för denna studie utvidgad version av Karaseks och Theorells instrument (Ahlberg, 1999) som i den i Sverige använda versionen innehåller 9 frågor med 4 svarsalternativ. I denna studie kompletterades det ursprungliga indexet och innehåller i sin nu använda form 6 frågor som behandlar krav, 5 frågor om stimulans och 4 frågor om påverkansmöjligheter. Varje fråga kunde besvaras med 5 alternativ; aldrig, sällan, ibland, för det mesta och alltid där det för de fyra senare var specificerat vad som mer konkret menades med alternativet. För varje dimension bildades ett summaindex som i sin tur dikotomiserades med medianen som brytpunkt, separat för kvinnor och män. För att renodla effekterna av krav respektive inflytande användes endast dessa två dimensioner vid konstruerandet av de fyra typerna av arbete; passivt (låga krav/låg kontroll), avspänt (låga krav/hög kontroll), aktivt (höga krav/hög kontroll) och spänt (höga krav/låg kontroll).

En ytterligare aspekt av krav och stimulans mättes med hjälp av 2 enskilda frågor som handlar om i vilken utsträckning krav och stimulans motsvarar den egna förmågan respektive önskemålen. När det gäller krav kunde respondenterna ange om kraven antingen var lägre, högre eller motsvarade den egna förmågan och när det gäller stimulans om möjligheterna att lära nytt och utvecklas antingen var mindre, större eller motsvarade egna behov och önskemål.

Socialt klimat och förhållande till organisationen. Enkäten innehöll också frågor om socialt klimat, stöd och i vilken utsträckning man fick återkoppling från kamrater, överordnade och andra tänkbara grupper. Socialt klimat mäts med hjälp av ett index

som består av 7 frågor med fyra svarsalternativ från "Stämmer inte alls" till "Stämmer helt" och ett alternativ som kunde användas om frågan inte var relevant. Frågornas formulering löd; 'Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats', 'Det är god sammanhållning', 'Mina arbetskamrater ställer upp för mig', 'Man har förståelse för att jag kan ha en dålig dag', 'Jag kommer bra överens med mina överordnade', 'Jag trivs bra med mina underordnade' och 'Jag trivs bra med mina arbetskamrater'. Indelningen av de som upplevde stöd respektive de som inte gjorde det gjordes utifrån medianen för kvinnor och män separat. Frågorna om man får veta när arbetet går bra lika väl som när det går dåligt av arbetskamrater, chef respektive andra kategorier hade också fyra svarsalternativ från så gott som aldrig till ofta och ett "ej aktuellt". För att räknas som att ha bra feedback har man svarat antingen "ibland" eller "ofta."

Individens förhållande till den organisation hon eller han arbetar i är ett område som har visat sig mer och mer betydelsefullt under senare år. Ett index bestående av 5 påståenden behandlar lojalitet, stolthet över arbetet respektive organisationen och inställning till att vara kvar. Fem svarsalternativ där man i olika grad kunde instämma eller ta avstånd fanns tillgängliga och indelningen gjordes utifrån medianen. Sex frågor handlar också om tydlighet och förväntningar, både när det gäller definierade mål för arbetet, tydlighet i ansvarsområde, förekommande hinder och motstridiga krav. Även här fanns fem svarsalternativ och indelningen gjordes efter medianen på de summerade frågorna.

Inträffade förändringar och effekter av dessa. En fråga berörde om det skett några förändringar på arbetsplatsen under det senaste året, 7 olika alternativ var namngivna och kunde tillsammans med ett 'annat alternativ' besvaras med antingen ja eller nej. De alternativ som angavs var 'Nedskärning av personal', 'Omflyttning av personal', 'Mycket ny personal har tillkommit', 'Byte av chef', 'Byte av arbetskamrater', 'Byte av lokaler' och 'Andra arbetsuppgifter'. Hur dessa förändringar har analyserats varierar beroende på frågeställning och framgår under respektive avsnitt.

I en följdfråga efterfrågades vilka effekter dessa förändringar fört med sig och för 8 olika påståenden, såväl positiva som negativa kunde man antingen instämma helt, delvis eller inte alls. Alternativen var 'Det har varit utvecklande och lärorikt', 'Jämfört med tidigare, så har mina arbetsuppgifter blivit sämre utförda än jag skulle ha velat', 'Jag har blivit osäker på om min kompetens räcker', 'Jag har fått mindre möjligheter att använda min kompetens', 'Det har

inneburit nya möjligheter för mig', Jag har blivit osäker på om jag orkar med', Det har blivit jobbiga konflikter på arbetsplatsen' och 'Jag har blivit osäker på om jag får vara kvar'. Liksom i den tidigare frågan framgår det för varje delfrågeställning hur frågorna behandlats i analyserna.

Hälsa

Här fick respondenterna bedöma det egna fysiska och mentala hälsoläget och arbetsförmågan i relation till kraven i arbetet. Därtill ställdes frågor om förekomst av symptom, vila/återhämtning och sömnbesvär.

Allmänt hälsotillstånd. Upplevelsen av det allmänna hälsotillståndet (fr62) besvarades på en 5-gradeig ordinalskala från 1-mycket bra till 5-mycket dåligt. Svartalernativ 4 och 5 bedömdes som dålig hälsa och alternativ 1, 2 och 3 som bra hälsa.

Arbetsförmåga. Tio frågor ställdes om hälsa och arbetsförmåga i relation till krav i nuvarande yrkesarbete (fr63-fr72). Dessa frågor bildar ett arbetsförmågeindex 'Work Ability Index' (WAI). Indexet har utarbetats i Finland och inför denna studie översatts till svenska. Indexet kan anta heltalsvärden från 7 till 49 och beräknas och bedöms enligt anvisning i särskild manual (Tuomi, 1998). Indexvärden understigande 28 bedömdes som dålig arbetsförmåga, 28 till 36 som medelmåttig, 37 till 43 som god och indexvärden över 43 som utmärkt arbetsförmåga. De som ej svarat på samtliga delfrågor får inget indexvärde och betraktas som internt bortfall.

Symptom. Förekomst av några vanligt förekommande symptom/besvär efterfrågades (fr76) och besvarades på en 5-gradig ordinalskala: 1-Aldrig, 2-Sällan/någon eller några ggr per år, 3-Ibland/någon eller några ggr per månad, 4-För det mesta/någon eller några ggr per vecka och 5-Alltid/i stort sett varje dag. Symptomen delades in i tre grupper baserat på faktoranalys. Symptomgrupperna kan översiktligt benämnas trötthet (ihållande trötthet, psykisk utmattad, fysiskt utmattad, sliten, utarbetad), psykiska besvär (rastlös, nervositet, nedstämdhet, känsla av meningslöshet) och kroppsliga besvär (huvudvärk, yrsel, hjärtklappning, muskelspänning, dålig aptit). Personer som angett svartalernativ 4 eller 5 på något av symptomen i de tre symptomgrupperna har klassats som personer med trötthetssymptom, alternativt med psykiska besvär eller med kroppsliga besvär. Personer som angett svartalernativ 1, 2 eller 3 för samtliga symptom i en symptomgrupp

utgör referenspersoner för denna typ av symptom. De som ej besvarat någon av frågorna i en symptomgrupp betraktas som internt bortfall för denna typ av symptom.

Vila och återhämtning. En fråga om återhämtningstid (fr73) och en fråga om vila mellan arbetspassen (fr74) sammanfördes till en variabel. De som för det mesta eller alltid upplevde för kort återhämtningstid mellan arbetspassen eller de som upplevde klart otillräckligt eller långt ifrån tillräckligt med vila mellan arbetsdagarna, bedömdes ha otillräckligt med vila. Resten bedömdes ha tillräckligt med vila. De som ej besvarat en eller bägge frågorna betraktas som internt bortfall.

Sömnrubbingar. Två tydliga grupper av sömnrubbingar framstår vid faktoranalys av olika sömnbesvär (fr81), de som har svårt att sova (svårt att somna, vaknar ofta, orolig sömn, tidigt uppvaknande) och de som har svårt att vara vakna (svårt att vakna, ej utsövd, känsla av utmattning, sömnig under dagen). Resterande typer av sömnbesvär i fråga 81 visade ej någon tydlig koppling sammellan eller till ovanstående två typer av sömnrubbingar och analyseras ej vidare. Svartalternativen för sömnbesvär är dom samma som beskrivits för de allmänna symptomen ovan (fr76) och på motsvarande sätt har personer som angett svarsalternativ 4 eller 5 på något av de ingående symptomen i respektive sömnrubbing, klassats som personer som har "svårt att sova" eller som har "svårt att vara vakna." Personer som angett svarsalternativ 1, 2 eller 3 för samtliga symptom i en grupp utgör referenspersoner för denna typ av sömnrubbing. De som ej besvarat någon av frågorna i en grupp betraktas som internt bortfall för denna typ av sömnrubbing.

Statistisk bearbetning

Enkäten var förhållandevis omfattande och innehöll en stor mängd frågor. Flertalet av dessa är hämtade från tidigare studier och ingår i index som är väl prövade och avsedda att fånga vidare begrepp och företeelser än vad enskilda frågor kan göra. Antalet variabler har reducerats genom att sådana index har bildats där de olika delfrågorna har adderats samman. Den kontinuerliga variabeln har sedan antingen dikotomiserats eller trikotomiserats. I en del fall har nya batterier av frågor använts och då har faktoranalyser genomförts för att undersöka om frågorna fångar underliggande dimensioner som kan behandlas för sig. Faktoranalyserna genomfördes separat för män och kvinnor genom principalfaktoranalys med på-

följande rotation (varimax). Faktoriellösning med så få och "meningsfulla" faktorer som möjligt eftersträvades.

Totalt ca 60 oberoende variabler från de fyra huvudområdena (bakgrundsfaktorer och levnadsförhållanden, fysiska och ergonomiska arbetsförhållanden, psykosociala arbetsförhållanden och hälsa) analyserades i relation till de fyra beroende utfallsvariablerna. För analys av samband mellan beroende och oberoende variabler användes bivariat och multivariat logistisk regression med beräkning av oddskvot (OK) och 95 procentigt konfidensintervall (KI). Vid valet av vilka oberoende variabler som skulle ingå i den multivariata analysen togs hänsyn till signifikanta resultat från de univariata analyserna. De multivariata modellernas stabilitet undersöktes med test enligt Hosmer och Lemeshow.

Samtliga analyser har genomförts för alla respondenter gemensamt samt för män och kvinnor separat.

Representativitet

Undersökningen belyser faktorer av betydelse för människors önskemål och möjligheter att yrkesarbeta fram till normal pensioneringsålder och även därefter. För att få en så komplett bild av olika faktorer av betydelse blev enkäten tämligen omfattande. Svarefrekvensen blev låg med lägst svarsandel bland yngre män från tätort (41 procent) och högst bland äldre kvinnor i glesbygd (60 procent). I tidigare populationsbaserade enkätundersökningar har det varit möjligt att nå betydligt högre svarsfrekvenser men under senare år har svarsbenägenheten gått ner. En orsak till detta kan vara att det blivit vanligare med enkätundersökningar och många har tröttnat på att gång på gång besvara likartade frågor. En annan orsak kan vara att många av frågorna i den nu aktuella enkäten berör förhållanden i yrkeslivet vilka kan ha upplevts som ointressanta eller svåra att besvara för den som inte varit yrkesverksam på många år. I den yngsta åldersgruppen kan man även tänka sig att en del personer inte har kommit ut i arbetslivet ännu och därför inte var tillräckligt motiverade att besvara enkäten.

Tillförlitligheten i resultaten påverkas förutom av objektsbortfallets storlek (andel som ej besvarat enkäten) även av brister i urvalet till studien (stratifieringen), täckningsfel (fel i SCB's register över totalbefolkningen) och brister i formulering av frågor och svarsalternativ i enkäten. När bortfall beskrivs så är det vanligtvis objektsbortfall som avses. I denna studie bedöms risken för

minskad tillförlitlighet genom brister i urvalsförfarandet och täckningsfel som små i jämförelse med inverkan av objektsbortfallet. Urvalet till studien skedde i 20 strata baserat på kön, ålder och boendeort. Det innebär att sammansättningen av de svarande med avseende särskilt på ålder och boendeort skiljer sig från den svenska befolkningens. Korrigering för skevheter i resultaten i relation till totalbefolkningen beroende på det stratifierade urvalet och på att vissa inte besvarade enkäten (bortfallet), genomfördes med viktning. Viktningen utgick från strata varvid varje person som besvarat enkäten tilldelades en vikt i relation till antalet personer i hela befolkningen ($\text{vikt}_{\text{strata}} = \text{antal personer i befolkningen}_{\text{strata}} / \text{antal svarande}_{\text{strata}}$). Med hjälp av vikterna beräknades kan uppskattat "befolkningsresultat" beräknas.

Objektbortfall ger problem vid tolkningen av studieresultat om det visar sig att de som svarat, i väsäntliga avseenden, "skiljer" sig från de som ej svarat. Underlag för bedömning av objektbortfallets betydelse erhöles från SCB via en omfattande bortfallsanalys som redovisades till projektledningen på stratumnivå. Utöver kön, ålder och bostadsort (tätort, landsbygd) så beaktades även civilstånd, födelseland och förekomst av taxerad arbetsinkomst. Hälsa är ett centralt begrepp i relation till både arbetsliv och privatliv liksom för synen på den egna arbetsförmågan och framtiden. För att få en indikation om skillnader i hälsoläge mellan svarande och ej svarande användes uppgifter om taxerad arbetsinkomst då man kan anta att de som har arbetsinkomst, åtminstone på gruppnivå, är friskare än de som inte har någon inkomst. Resultat från denna jämförelse visar större andel utan arbetsinkomst bland de som ej besvarat enkäten, speciellt bland kvinnorna. För de som hade arbetsinkomst ses dessutom tendens till högre årsinkomst bland de som svarat jämfört med ej svarande med undantag för yngre män där ej svarande hade högre årsinkomst än svarande. Sammantaget kan man anta att det kan finns en hälsoselektion i undersökningen på så vis att de som svarat kan vara "friskare" än de som ej svarat. Detta behöver dock inte ha någon dramatisk betydelse eftersom studien främst avser att finna faktorer som samvarierar med tro på och motivation för det egna arbetslivsdeltagandet i framtiden. Vår bedömning är att eventuell hälsoselektion i studien förmodligen inte rubbar mönstret av samvariation mellan olika faktorer men att styrkan i samvariation kan komma att framstå som svagare än vad den faktiskt är.

Bristande tillförlitlighet i resultaten genom urvalsproceduren (stratifieringen) och i viss mån även objektsbortfallet kan bedömas

genom viktning av resultaten från de svarande i relation till den faktiska sammansättningen av Sveriges befolkning för den dag då urvalet till studien genomfördes. Skillnaden mellan oviktade och viktade analyser skiljde ej nämnvärt varför stratifieringen ej antas ha påverkat generaliserbarheten av de resultaten.

Brister i frågeformuleringen och svarsalternativ kan innebära att man gissar eller lämnar frågan obesvarad (partiellt bortfall). Vissa delar av enkäten skulle besvaras av alla, i vissa frågor ombads de svarande att relatera till senaste anställning även om de för närvarande ej var yrkesverksamma och vissa frågor ställdes bara till de som för närvarande var yrkesverksamma. Detta har förmodligen inneburit besvär för vissa personer samtidigt som det är omöjligt att vid databearbetningen bedöma om frågorna har besvarats på det sätt som avsågs. Flertalet av enkätfrågorna har granskats och använts i många tidigare studier medan några frågor var nykonstruerade för just denna undersökning, exempelvis frågor om det egna arbetslivsdeltagandet i framtiden. Det partiella bortfallet för de nya frågorna var i samma storleksordning som för de "etablerade" frågorna talande för att de fungerade lika bra som dem. Genom att primära urvalet till undersökningen var väl tilltaget är antalet svarande, trots låg svarsfrekvens, tämligen stort vilket möjliggör fördjupade analyser av enkätmaterialen. Sammantaget anser vi att resultaten i denna rapport kan betraktas som representativa för befolkningen trots de brister som påtalats ovan.

Vilka tror inte att de kommer att förvärvsarbeta fram till 65?

Frågan om hur många i olika yrkesgrupper som planerar att lämna yrket eller arbetslivet före pensionsåldern har följts i en rad tidigare studier. I allmänhet är det relativt höga andelar som anger att de vill eller planerar att sluta före 65. I denna undersökning är det knappt 25 procent av arbetskraften i åldern 25-64 år som anger att de troligen inte kommer att arbeta fram till normal pensionsålder. Det är alltså de som tagit avstånd från påståendet 'Jag kommer troligen att arbeta fram till normal pensionsålder' (fråga 50). Det är dock som framgår av tabell 2A och 2B stora skillnader mellan olika grupper.

Bakgrund och anställningsförhållanden

Skillnaderna mellan kvinnor och män är små med en något högre andel bland männen. (Se tabell 2 A). Åldersgrupperna skiljer sig dock signifikant. De båda åldersgrupperna 35-44 år och 45-54 år anger att de kommer att sluta i betydligt högre grad än de yngsta. Skillnaden är ännu större om man jämför de yngsta med de äldsta.

Personer som är födda utanför Sverige vill sluta före 65 i högre grad än de som är födda i Sverige, men eftersom gruppen utlandsfödda är liten är skillnaden inte statistiskt säkerställd. Det finns inte någon skillnad med avseende på om man bor i tätort eller i glesbygd.

Personer som lever i familj med andra vuxna och/eller barn vill sluta i högre grad än ensamboende personer. Skillnaden är statistiskt signifikant. Det finns också en tydlig skillnad när det gäller upplevelsen av ensamhet. De som ofta känner sig ensamma räknar i högre grad med att sluta arbeta före 65. Däremot finns det inga skillnader mellan de som är väl förankrade och aktiva i organisationslivet och de som inte är det.

Det är relativt små skillnader mellan de olika utbildningsgrupperna, med en svag tendens att de mest välutbildade i högre grad vill sluta tidigare.

Skillnaderna mellan anställda i olika verksamhetsområden är relativt stora med den lägsta andelen bland de anställda i vård och omsorg och den högsta andelen bland de som sysslar med utbildning. De som har staten som arbetsgivare vill i lägre grad sluta före 65 jämfört med anställda i landsting, kommun, privat verksamhet eller är egna företagare. Undantaget är de med 'annan' arbetsgivare. Det kan gälla stiftelser, föreningar och kooperativ.

De som har fast anställning vill i högre grad än de med tillfällig anställning sluta före normal pensionsålder. Det finns inte några signifikanta skillnader mellan de som har kontorsarbetstid och de som har oregelbundna arbetstider.

Personer som tillhör LO vill i lägre grad än övriga lämna arbetet före 65.

Arbetsmiljöfaktorer

De olika aspekterna på arbetsmiljöbelastning (se tabell 2 B) slår generellt talat igenom i förväntad riktning i meningen att de med större belastningar bedömer att de kommer att sluta före 65 i högre

grad. Det gäller belastning i den fysiska arbetsmiljön, belastning i den ergonomiska arbetsmiljön och i den psykosociala arbetsmiljön. Det enda undantaget är att brist på stimulans i arbetet inte slår igenom.

Erfarenheter av omfattande organisationsförändringar har också stor betydelse. Personer som varit med om neddragningar, kraftig expansion, ny verksamhetsinriktning och liknande vill i större utsträckning sluta före pensionsåldern. Det är ännu mer tydligt för de som uppger att organisationsförändringarna inneburit negativa erfarenheter i form av arbetsuppgifterna urholkats, att kompetensen inte räcker för de nya uppgifterna, osäkerhet om anställningen blir kvar eller mer konflikter.

Hälsa och återhämtning

De mest tydliga skillnaderna finns dock när det gäller de olika aspekterna på hälsa. Medan omkring 20 procent av de som uppfattar att de har en god hälsa räknar med att sluta före pensionsåldern bedömer hela 40 procent av de med sämre självskattad hälsa att de kommer att sluta före 65. Samma dramatiska skillnad framkommer när det gäller bedömningen av arbetsförmågan. Medan 20 procent av personer med en utmärkt eller god arbetsförmåga räknar med att sluta i förtid anger 34 procent av de med dålig eller medelmåttig arbetsförmåga att de kommer att sluta före pensionsåldern. Samma förhållanden gäller i fråga om personer som upplever fysiska eller psykiska besvär. Den enda avvikelser är att de som upplever sig pigga i större grad än de som upplever sig trötta vill sluta i förtid. Samtidigt uppger personer med sömnbesvär i högre grad att de vill sluta tidigare.

Personer som uppger att de inte får tillräckligt med återhämtning eller vila mellan arbetspassen har också en signifikant högre andel som vill lämna arbetslivet före 65.

I den sista kolumnen i tabell 2A och tabell 2B redovisas resultatet av en genomförd multipel regressionsanalys. Avsikten med den är att på ett kontrollerat sätt jämföra vilka faktorer som påverkar skillnaderna i fråga om viljan att sluta före 65. Alla de faktorer som är signifikanta i den bivariata analysen har prövats med några undantag. För att undvika statistiska störningar har snarlika och korrelerade faktorer inte tagits med. Självskattad hälsa har tagits med medan WAI och kroppsliga besvär har utelämnats.

Enbart en av de två aspekterna på organisationsförändringar har tagits med.

Resultatet av den multipla regressionen visar att följande faktorer i första hand påverkar önskan att sluta före normal pensionsålder: ålder över 55, facklig tillhörighet annan eller ingen, negativa erfarenheter av organisationsförändringar, dålig självskattad hälsa, otillräcklig vila mellan arbetspassen. Av dessa har hög ålder och dålig självskattad hälsa den kraftigaste effekten.

Skillnader mellan kvinnor och män.

I tabell 3A och 3B redovisas förhållandena för kvinnor och män separat. Här kommenteras enbart de skillnader som framkommer.

De olika åldersgrupperna skiljer sig markant mellan män och kvinnor. Medan männen i åldern 35-44 har den högsta andelen som vill sluta tidigare är det bland de äldsta kvinnorna som andelen är högst. Skillnaderna bland männen är dock inte statistiskt signifikanta. Hushållssammansättningen spelar roll för kvinnorna, men är inte statistiskt signifikant för männen.

Även i fråga om utbildning skiljer sig könen åt. Medan det bland männen är de mest välutbildade som vill sluta tidigare är skillnaderna små bland kvinnor med olika utbildning. Detsamma gäller för den fackliga tillhörigheten. Bland männen inom TCO, SACO och annan eller ingen facklig tillhörighet finns fler som vill sluta tidigare. Skillnaderna bland kvinnorna är små och inte signifikanta.

Fysiska och ergonomiska arbetsmiljöbelastningar slår på ett likartat sätt bland både män och kvinnor. Däremot finns det skillnader mellan män och kvinnor när det gäller psykosociala belastningar. Bland männen är det signifikant fler bland de som har höga krav som vill sluta tidigare medan skillnaderna är mindre och inte signifikanta bland kvinnorna med höga krav. För kvinnorna är däremot bristande stöd från arbetskamrater och chefer en faktor som signifikant ökar andelen som vill sluta tidigare. Erfarenhet av omfattande organisatoriska förändringar slår igenom tydligt bland männen, men inte bland kvinnorna. När det gäller negativa erfarenheter är effekten starkare bland männen, men även kvinnor med stora negativa erfarenheter vill i signifikant större grad sluta tidigare.

Hälsfaktorerna slår igenom hårdare bland männen än bland kvinnorna. Sannolikheten att vilja sluta tidigare bland män med dålig hälsa är fyra gånger högre än bland dem som inte har dålig hälsa. Bland kvinnorna är motsvarande sannolikhet knappt 2 gånger

högre. Både bland män och kvinnor har skattningen av dålig eller medelmåttig arbetsförmåga (WAI) en signifikant effekt. Män med psykiska besvär uppger i högre grad att de vill sluta före normal pensionsålder, medan det inte finns någon sådan skillnad bland kvinnorna. När det gäller kroppsliga besvär och otillräcklig vila eller återhämtning mellan arbetspassen är effekten kraftigare bland männen, men signifikant även bland kvinnorna. Män med sömnproblem vill också i högre grad sluta tidigare, medan det inte finns några signifikanta skillnader bland kvinnorna.

På motsvarande sätt som tidigare har multipel regression prövats för att bedöma vilka faktorer som i första hand spelar in för att förklara vilka som vill sluta tidigare bland män respektive bland kvinnor. (Se tabell 4). Enbart de faktorer som är signifikanta har ingått i den multipla regressionen för män respektive kvinnor.

Resultatet visar att det finns betydande skillnader mellan män och kvinnor i detta avseende. Bland männen har följande faktorer betydelse för en signifikant förhöjd risk att vilja sluta tidigare: ingen eller annan facklig tillhörighet, stor fysisk arbetsmiljöbelastning, stor ergonomisk arbetsmiljöbelastning, dålig självskattad hälsa och otillräcklig vila mellan arbetspassen. Bland kvinnorna är det bara två faktorer som signifikant påverkar risken att vilja sluta tidigare: ålder mellan 55 och 64 år ökar risken markant medan boende i ensamhushåll har en signifikant lägre risk. Fysiska och ergonomiska arbetsmiljöbelastningar liksom dålig självskattad hälsa spelar in även bland kvinnorna, men de är inte statistiskt signifikanta i modellen.

Sammanfattning

Materialet visar att stigande ålder är den enda bakgrundsfaktor som slår igenom som förväntat på en ökad risk att vilja sluta tidigare. Effekterna av belastningar i arbetsmiljön och dålig hälsa är däremot generellt mycket kraftiga och i förväntad riktning. Det finns dock stora skillnader mellan män och kvinnor. Medan det inte finns någon kontrollerad signifikant ålderseffekt bland männen är den kraftig bland de äldre kvinnorna. Bland männen kvarstår kraftiga effekter av dålig fysisk och ergonomisk arbetsmiljö liksom av dålig hälsa och otillräcklig återhämtning.

Tabell 2A. Bakgrundsfaktorer och allmänna levnads- och anställningsförhållanden. Av 2 509 i arbetskraften i åldern 25-64 år anser 530 personer att de troligen inte kommer att arbeta fram till normal pensioneringsålder. Andel och antal samt bivariata och justerade oddskvoter. De justerade oddskvoterna är beräknade med multipel logistisk regression där alla signifikanta faktorer ingår.

Faktor	Antal (andel) som vill sluta före 65	OK	KI	Justerad OK	KI
Kön:					
Man (ref)	260 (25)	1			
Kvinna	270 (23)	0.9	0.7-1.1		
Ålder					
25-34 (ref)	93 (19)	1		1	
35-44	146 (24)	1.3	1.0-1.8	1.3	0.9
45-54	149 (24)	1.3	1.0-1.8	1.3	0.9
55-64	142 (28)	1.7	1.2-2.2	2.0	1.3
Födelseland och bo-					
Sverige (ref)	487 (23)	1			
Annat land	43 (30)	1.4	1.0-2.1		
Glesbygdsboende (ref)	255 (24)	1			
Tätortsboende	275 (24)	1.0	0.8-1.2		
Levnadsförhållanden					
Bor med annan vuxen	467 (25)	1		1	
Bor ensam	53 (17)	0.6	0.50-0.9	0.7	0.4
Känner sig inte ensam	369 (24)	1		1	
Känner sig ibland ensam	107 (21)	0.9	0.7-1.1	0.8	0.6
Känner sig ofta ensam	53 (31)	1.5	1.0-2.1	1.2	0.8
Socialt förankrad (ref)	321 (24)	1			
Ej socialt förankrad	198 (23)	0.9	0.7-1.1		
Utbildning					
Grundskola (ref)	188 (23)	1			
Gymnasium	172 (23)	1.0	0.8-1.3		
Universitet	164 (25)	1.1	0.9-1.5		
Verksamhetsområde					
Tillverkning (ref)	155 (24)	1			
Vård och omsorg	99 (21)	0.8	0.6-1.1		
Service och handel	112(24)	1.0	0.7-1.3		
Administration	50 (23)	0.9	0.7-1.4		
Utveckla och förmedla	101 (27)	1.1	0.9-1.5		
Arbetsgivare					
Stat (ref)	38 (20)	1			
Landsting	35(23)	1.1	0.7-1.9		
Kommunal	130 (24)	1.3	0.8-1.9		
Privat	233 (24)	1.2	0.8-1.8		

Egen företagare	76 (25)	1.3	0.8-2.0		
Annan	14 (18)	0.8	0.4-1.7		
Facklig tillhörighet					
LO (ref)	143 (21)	1		1	
TCO	100 (25)	1.3	1.0-1.7	1.1	0.8
SACO	42 (24)	1.2	0.8-1.8	1.3	0.8
Annan/Ingen	187 (25)	1.3	1.0-1.7	1.6	1.2
Anställningsform					
Fast anställd (ref)	428 (25)	1		1	
Ej fast anställning	76 (19)	0.7	0.6-1.0	0.8	0.6
Arbetstider					
Dagtid (ref)	188 (23)	1			
Oregelbunden arbetstid	331 (24)	1.0	0.8-1.2		
Könsfördelning på					
Jämn (ref)	259 (24)	1			
Ojämn	260 (24)	1.0	0.8-1.2		

Tabell 2B. Arbetsförhållanden och hälsa. Av 2 509 i arbetskraften i åldern 25-64 år anser 530 personer att de troligen inte kommer att arbeta fram till normal pensionsålder. Andel och antal samt bivarriata och justerade oddskvoter. De justerade oddskvoterna är beräknade med multipel logistisk regression där alla signifikanta faktorer ingår.

Faktor	Antal (andel) som vill sluta före 65	OK	KI	Justerad OK	KI
Fysiska arbetsmiljöfaktorer					
Ingen belastning (ref)	274 (22)	1		1	
Viss belastning	162 (24)	1.1	0.9-1.4	1.1	0.8-1.4
Stor belastning	72 (31)	1.6	1.2-2.2	1.4	0.9-2.2
Ergonomiska arbetsmiljöfaktorer					
Ingen belastning (ref)	266 (22)	1		1	
Viss belastning	158 (22)	1.0	0.8-1.3	1.1	0.8-1.4
Stor belastning	163 (32)	1.6	1.2-2.2	1.5	0.9-2.5
Psykosociala arbetsmiljöfaktorer					
Passiva = låga krav & låg kontroll (ref)	121 (20)	1		1	
Avspända = låga krav & hög kontroll	118 (21)	1.0	0.8-1.4	1.0	0.7-1.5
Aktiva = höga krav & hög kontroll	89 (28)	1.6	1.1-2.2	1.4	1.0-2.1
Spända = höga krav & låg kontroll	152 (28)	1.6	1.2-2.1	1.0	0.7-1.5
Stimulans och stöd i arbetet					
Stimulans i arbetet (ref)	198 (25)	1			
Ingen stimulans i arbetet	305 (23)	0.9	0.7-1.1		
Stöd av arbetskamrater/chefer (ref)	220 (21)	1		1	
Inget stöd av arbetskamrater/chefer	288 (26)	1.3	1.1-1.6	1.1	0.8-1.4

Organisationsförändringar						
Inga förändringar (ref)	100 (23)	1				
Vissa förändringar	318 (22)	1.0	0.8-1.3			
Omfattande förändringar	112 (30)	1.5	1.1-2.0			
Inga negativa erfarenheter av förändringar (ref)	195 (20)	1		1		
Vissa negativa erfarenheter av förändringar	225 (24)	1.3	1.0-1.6	1.4		1.1-1.9
Stora negativa erfarenheter av förändringar	110 (31)	1.8	1.3-2.3	1.5		1.0-2.2
Hälsa och arbetsförmåga						
God självskattad hälsa (ref)	438 (22)	1		1		
Dålig självskattad hälsa	87 (41)	2.5	1.9-3.4	1.7		1.1-2.6
Utmärkt eller god arbetsförmåga WAI (ref)	313 (20)	1				
Dålig eller medelmåttig arbetsförmåga WAI	138 (34)	2.1	1.6-2.7			
Upplever sig pigg (ref)	44(26)	1				
Upplever trötthet	473 (24)	0.9	0.6-1.2			
Inga psykiska besvär (ref)	426 (23)	1				
Psykiska besvär	95 (28)	1.3	1.0-1.7			
Inga kroppsliga besvär (ref)	367(22)	1				
Kroppsliga besvär	155 (31)	1.6	1.3-2.0			
Sömn och återhämtning						
Tillräcklig vila mellan arbetspass (ref)	320 (20)	1		1		
Otillräcklig vila mellan arbetspass	169 (33)	2.0	1.6-2.4	1.6		1.2-2.1
Inga sömnbesvär (ref)	357(22)	1				
Sömnbesvär	170 (29)	1.4	1.2-1.8			

Tabell 3A. Bakgrundsfaktorer och allmänna levnads- och anställningsförhållanden. Män respektive kvinnor som anser att de troligen inte kommer att arbeta fram till normal pensioneringsålder. Frekvenser (%) och bivariata oddskvoter

Faktor	Män Andel	Män OK	Män KI	Kvinnor Andel	Kvinnor OK	Kvinnor KI
Ålder						
25-34 (ref)	21	1		17	1	
35-44	28	1.5	1.0-2.2	20	1.3	0.9-2.0
45-54	25	1.2	0.8-1.8	22	1.5	1.0-2.2
55-64	23	1.1	0.7-1.7	33	2.5	1.6-3.8
Födelse land och boende						
Sverige	24	1		22	1	
Annat land	30	1.3	0.8-2.3	30	1.5	0.9-2.5
Glesbygdsboende (ref)	25	1		23	1	
Tätortsboende	25	1.0	0.8-1.3	23	1.0	0.8-1.3
Levnadsförhållanden						
Bor med annan vuxen eller barn (ref)	26	1		24	1	
Bor ensam	20	0.7	0.5-1.1	14	0.5	0.3-0.9

Känner sig inte ensam (ref)	24	1		24	1	
Känner sig ibland ensam	24	1.0	0.7-1.5	19	0.7	0.5-1.0
Känner sig ofta ensam	33	1.6	1.0-2.6	29	1.3	0.8-2.2
Socialt förankrad (ref)	25	1		24	1	
Ej socialt förankrad	25	1.0	0.8-1.4	21	0.9	0.6-1.1
Utbildning						
Grundskola (ref)	21	1		25	1	
Gymnasium	26	1.4	1.0-1.9	20	0.7	0.5-1.0
Universitet	29	1.6	1.1-2.3	23	0.9	0.6-1.2
Verksamhetsområde						
Tillverkning (ref)	24	1		23	1	
Vård och omsorg	15	0.5	0.3-1.1	21	0.9	0.6-1.4
Service och handel	24	1.0	0.7-1.4	25	1.1	0.7-1.8
Administration	27	1.1	0.7-1.9	21	0.9	0.5-1.5
Utveckla och förmedla kunskap	29	1.3	0.9-1.9	25	1.1	0.7-1.8
Arbetsgivare						
Stat (ref)	19	1		21	1	
Landsting	20	1.0	0.4-2.8	23	1.1	0.6-2.1
Kommunal	18	0.9	0.5-2.0	26	1.3	0.8-2.2
Privat	27	1.5	0.9-2.7	20	0.9	0.5-1.6
Egen företagare	25	1.4	0.7-2.5	27	1.3	0.7-2.6
Annan	27	1.5	0.6-3.8	10	0.4	0.1-1.2
Facklig tillhörighet						
LO (ref)	20	1		21	1	
TCO	26	1.4	0.9-2.2	25	1.2	0.8-1.8
SACO	28	1.6	0.9-2.8	21	1.0	0.6-1.7
Annan/Ingen	28	1.6	1.1-2.2	23	1.1	0.8-1.6
Anställningsform						
Fast anställd (ref)	20	1		19	1	
Ej fast anställning	26	0.7	0.5-1.1	24	0.8	0.5-1.1
Arbetstider						
Dagtid (ref)	24	1		23	1	
Regelbunden arbetstid	25	0.9	0.7-1.3	23	1.0	0.8-1.3
Könsfördelning på arbetsplatsen						
Jämn (ref)	25	1		22	1	
Ojämn	25	1.0	0.7-1.3	23	1.0	0.8-1.4

Tabell 3B. Arbetsförhållanden och hälsa. Män respektive kvinnor som anser att de troligen inte kommer att arbeta fram till normal pensionsålder. Frekvenser (%) och bivariata oddskvoter

Faktor	Män Andel	Män OK	Män KI	Kvinnor Andel	Kvinnor OK	Kvinnor KI
Fysiska arbetsmiljöfaktorer						
Ingen belastning (ref)	23	1		21	1	
Viss belastning	25	1.1	0.8-1.5	24	1.1	0.8-1.6
Stor belastning	32	1.6	1.1-2.4	30	1.6	1.0-2.6

Ergonomiska arbetsmiljöfaktorer

Ingen belastning (ref)	23	1		22	1	
Viss belastning	23	1.0	0.7-1.4	22	1.0	0.8-1.4
Stor belastning	32	1.6	1.1-2.4	31	1.6	1.0-2.5

Psykosociala arbetsmiljöfaktorer

Passiva = låga krav & låg kontroll (ref)	20	1		20	1	
Avspända = låga krav & hög kontroll	18	0.9	0.6-1.3	23	1.2	0.8-1.8
Aktiva = höga krav & hög kontroll	33	1.9	1.3-3.1	24	1.3	0.8-2.0
Spända = höga krav & låg kontroll	34	1.9	1.3-3.0	25	1.3	0.9-2.0

Stimulans och stöd i arbetet

Stimulans i arbetet (ref)	26	1		23	1	
Ingen stimulans i arbetet	23	0.8	0.6-1.1	22	0.9	0.7-1.3
Stöd av arbetskamrater/chefer (ref)	23	1		19	1	
Inget stöd av arbetskamrater/chefer	27	1.2	0.9-1.6	26	1.5	1.1-1.9

Organisationsförändringar

Inga förändringar (ref)	21	1		25	1	
Vissa förändringar	25	1.3	0.9-1.8	20	0.8	0.5-1.1
Omfattande förändringar	30	1.6	1.0-2.6	30	1.3	0.8-2.0
Inga negativa erfarenheter av förändringar (ref)	20	1		20	1	
Vissa negativa erfarenheter av förändringar	27	1.5	1.1-2.0	22	1.1	0.8-1.5
Stora negativa erfarenheter av förändringar	34	2.0	1.3-3.0	29	1.6	1.1-2.3

Hälsa och arbetsförmåga

God självskattad hälsa (ref)	22	1		21	1	
Dålig självskattad hälsa	53	4.0	2.5-6.4	34	1.9	1.3-2.8
Utmärkt eller god arbetsförmåga WAI (ref)	21	1		19	1	
Dålig eller medelmåttig arbetsförmåga WAI	42	2.7	1.8-3.9	30	1.9	1.4-2.6
Upplever sig pigg (ref)	26	1		27	1	
Upplever trötthet	25	1.0	0.6-1.6	22	0.8	0.5-1.3
Inga psykiska besvär (ref)	23	1		22	1	
Psykiska besvär	33	1.6	1.1-2.4	24	1.1	0.8-1.6
Inga kroppsliga besvär (ref)	22	1		21	1	
Kroppsliga besvär	39	2.2	1.6-3.2	27	1.4	1.0-1.8

Sömn och återhämtning						
Tillräcklig vila mellan arbetspass (ref)	20	1		20	1	
Otillräcklig vila mellan arbetspass	42	2.9	2.1-4.0	27	1.4	1.0-1.9
Inga sömnbesvär (ref)	22	1		21	1	
Sömnbesvär	33	1.7	1.2-2.4	26	1.3	1.0-1.7

Tabell 4. Multipel logistisk regression med faktorer som påverkar att man troligen inte kommer att arbeta fram till normal pensionsålder. Separata modeller för män och kvinnor baserade på signifikanta bivariata samband (se tabell 3A och 3B). Signifikanta faktorer med fet stil.

Faktor	Män Multivariat OK	Män KI	Kvinnor Multivariat OK	Kvinnor KI
Ålder				
25-34 (ref)			1	
35-44			1.3	0.8-2.0
45-54			1.5	0.9-2.4
55-64			2.7	1.6-4.5
Levnadsförhållanden				
Bor med annan vuxen eller barn			1	
Bor ensam			0.5	0.30-9
Utbildning				
Grundskola (ref)	1			
Gymnasium	1.3	0.9-2.0		
Universitet	1.4	0.8-2.5		
Facklig tillhörighet				
LO (ref)	1			
TCO	1.4	0.8-2.4		
SACO	1.5	0.7-3.4		
Annan/Ingen	1.7	1.1-2.8		
Fysiska arbetsmiljöfaktorer				
Ingen belastning (ref)	1		1	
Viss belastning	1.2	0.8-1.9	0.9	0.7-1.4
Stor belastning	1.9	1.0-3.6	1.2	0.6-2.2
Ergonomiska arbetsmiljöfaktorer				
Ingen belastning (ref)	1		1	
Viss belastning	1.1	0.7-1.7	1.0	0.7-1.5
Stor belastning	1.3	0.7-2.4	1.4	0.7-2.5
Psykosociala arbetsmiljöfaktorer				
Passiva = låga krav & låg kontroll	1			
Avspända = låga krav & hög kontroll	0.9	0.6-1.5		
Aktiva = höga krav & hög kontroll	1.4	0.8-2.4		
Spända = höga krav & låg kontroll	1.2	0.7-1.9		
Stimulans och stöd i arbetet				

Stöd av arbetskamrater/chefer			1		
Inget stöd av arbetskamra-			1.3		1.0-1.8
Organisationsförändringar					
Inga förändringar (ref)	1				
Vissa förändringar	0.9	0.6-1.5			
Omfattande förändringar	0.9	0.5-1.7			
Inga negativa erfarenheter av	1		1		
Vissa negativa erfarenheter av	1.5	1.0-2.2	1.1		0.7-1.6
Stora negativa erfarenheter av	1.4	0.7-2.5	1.2		0.7-1.9
Hälsa och arbetsförmåga					
God självskattad hälsa (ref)	1		1		
Dålig självskattad hälsa	2.5	1.2-5.0	1.4		0.9-2.3
Inga psykiska besvär (ref)	1				
Psykiska besvär	0.7	0.4-1.3			
Inga kroppsliga besvär (ref)	1		1		
Kroppsliga besvär	1.1	0.7-1.8	1.1		0.8-1.6
Sömn och återhämtning					
Tillräcklig vila mellan arbetspass	1		1		
Otillräcklig vila mellan arbetspass	2.1	1.4-3.2	1.2		0.8-1.7
Inga sömnbesvär (ref)	1				
Sömnbesvär	1.0	0.7-1.6			

Vilka har alltför fysiskt eller mentalt påfrestande arbeten för att kunna fortsätta fram till 65?

I denna del koncentrerar vi intresset på dem som inte tror sig orka arbeta fram till normal pensionsålder för att arbetet är för påfrestande. Utfallet är en kombination av att arbetet känns alltför fysiskt och/eller mentalt påfrestande.

Tabell 5. Svarsfördelning för de dikotomiserade enkätfrågorna 'Mitt nuvarande arbete är allt för mentalt/psykiskt ansträngande för att jag ska kunna fortsätta till normal pensionsålder' och 'Mitt nuvarande arbete är allt för kroppsligt ansträngande för att jag ska kunna fortsätta till normal pensionsålder', både kvinnor och män.

		Arbetet alltför kroppsligt ansträngande		Totalt
		Nej	Ja	
Arbetet alltför mentalt ansträngande	Nej	1477 (67%)	264 (12%)	1741 (78%)
	Ja	275 (12 %)	202 (9%)	477 (22%)
Totalt		1752 (79 %)	466 (21%)	2218

Det finns ett starkt samband mellan att anse arbetet som mentalt och kroppsligt ansträngande och också skillnader mellan kvinnor

och män. När de bägge variablerna kombineras uppfattar 37 % av kvinnorna och 30 procent av männen sitt nuvarande som så ansträngande att de inte tror sig orka arbeta fram till normal pensionsålder. Denna skillnad motiverar att analyserna av vilka faktorer som har samband med detta utfall endast redovisas separat för kvinnor och män.

Bakgrund och anställningsförhållanden

Av tabell 7 framgår att varken ålder eller utbildningsnivå förefaller ha någon betydelse för om arbetet upplevs som ansträngande och detta gäller för såväl kvinnor som män. Att märka är emellertid att en relativt hög andel i den yngre åldersgruppen, 25-34 år, anser arbetet vara alltför ansträngande. Andra bakgrundsvariabler som civilstånd, boende i tätort/glesbygd eller rapporterad förankring i någon organisation eller förening på fritiden uppvisar inte heller något samband med upplevelsen av arbetet i detta avseende.

Arbetsplatsens huvudsakliga verksamhet har avsevärt större betydelse. För både kvinnor och män gäller att det är en mycket hög andel av dem som arbetar inom vård/omsorg som upplever sitt arbete som alltför ansträngande. Bland kvinnor inom vård och omsorg upplever 48 procent sitt arbete som alltför ansträngande och motsvarande andel för män som arbetar inom samma sektor är 44 procent, även om det faktiska antalet är väsentligt lägre. Kvinnor som arbetar inom verksamheter som sysslar med tillverkning eller utveckling och förmedling av kunskap upplever också arbetet som alltför ansträngande i stor utsträckning. Betydelsen av vilken arbetsgivare man är anställd hos är generellt mindre, för män finns inga signifikanta skillnader och för kvinnor är det bara de kommunanställda som avviker från referenskategorierna. Skillnaden för de kommunalt anställda kvinnorna är emellertid anmärkningsvärd, 51 procent i denna grupp rapporterar att de i sitt nuvarande arbete inte tror sig orka arbeta kvar till normal pensionsålder. För både män som kvinnor gäller att det är mer ansträngande att arbeta i LO-an slutna yrken än att arbeta i TCO-an slutna och också att arbeta på arbetsplatser med en ojämn könsfördelning.

Förutom nämnda faktorer förefaller det också som om det vore mer ansträngande för kvinnor att arbeta på arbetsplatser med mer än 10 anställda och att ha oregelbundna arbetstider. Bland de fåtal män med utländsk härkomst finns en viss överrisk för att inte tro sig orka fram till normal pensionsålder.

Tabell 7. Samband (bivariat logistisk regression) mellan att arbetet anses alltför ansträngande och bakgrundsfaktorer och anställningsförhållanden, antal och andel exp. fall, OK, 95procent konfidensintervall (KI)

	Kvinnor För an- sträng. n (%)	an- OK	KI	Män För an- sträng. n (%)	OK	KI
Aldersgrupp						
25-34 år	100 (39)	1		80 (34)	1	
35-44 år	112 (32)	0.7	0.5-1.0	85 (33)	1.0	0.6-1.4
45-54 år	117 (35)	0.8	0.6-1.2	81 (28)	0.7	0.5-1.1
55-64 år	107 (44)	1.2	0.8-1.7	68 (27)	0.7	0.5-1.1
Levnadsförhållanden						
Bor ensam (ref. bor med annan vuxen o/e barn)	51 (40)	1.1	0.8-1.7	55 (31)	1.1	0.8-1.5
Förankring i organisation (ref. ej)	202 (36)	1.0	0.8-1.3	163 (30)	1.0	0.8-1.3
Boende i tätort (ref. glesbygd)	200 (35)	0.8	0.7-1.0	149 (30)	1.0	0.7-1.2
Ursprungsland (ref. Sverige)	26 (33)	0.8	0.5-1.4	26(43)	1.8	1.1-3.1
Utbildning						
Låg	143 (39)	1.0	0.8-1.3	138 (31)	1.2	0.8-1.7
Medel	127 (33)	0.8	0.6-1.0	108 (30)	1.1	0.8-1.6
Hög	161 (39)	1		64 (28)	1	
Arbetsplatsens huvudsakliga verksamhet;						
Administration	15 (12)	1		11 (13)	1	
Service & handel	71 (28)	3.0	1.6-5.6	67 (32)	3.1	1.6-6.2
Utveckla & förmedla kunskap	91 (39)	4.9	2.7-8.9	36 (25)	2.2	1.1-4.6
Vård & omsorg	198 (48)	7.0	3.9-12.3	30 (44)	5.2	2.4-11.6
Tillverkning	54 (39)	4.9	2.6-9.3	160 (32)	3.2	1.7-6.3
Arbetsgivare;						
Statlig	27 (28)	1		29 (33)	1	
Landsting	44 (37)	1.6	0.9-2.8	14 (40)	1.4	0.6-3.0
Kommunal	219 (51)	2.7	1.7-4.4	29 (30)	0.8	0.4-1.6
Privat	103 (26)	0.9	0.6-1.6	169 (30)	0.8	0.5-1.4
Egen företagare	30 (21)	1.2	0.6-2.2	53 (27)	0.8	0.4-1.3
Mer än 10 anställda på arbetsplatsen (ref. mindre)						
Ej fast anställning (ref. mer än 10 anställda på arbetsplatsen)	330 (39)	1.4	1.1-1.9	214 (31)	1.0	0.8-1.4
Ej fast anställning (ref. mindre)	67 (33)	0.8	0.6-1.1	52 (28)	0.9	0.6-1.2

fast anställning)						
Oregelbunden arbetstid (ref. dagtid regelbunden)	218 (46)	2.0	1.6-2.6	110 (34)	1.3	1.0-1.7
Deltid (ref heltid)	141 (41)	1.3	1.0-1.7	15 (28)	0.9	0.5-1.7
Ojämn könsfördelning på arbetsplatsen (jämn)		1.5	1.2-1.9	165 (34)	1.4	1.1-1.9
Facklig tillhörighet:						
LO	151 (45)	1		127 (36)	1	
TCO	80 (35)	0.6	0.5-0.9	41 (24)	0.6	0.40-0.8
SACO	39 (38)	0.7	0.5-1.1	20 (28)	0.7	0.4-1.2
Arb.giv.	6 (35)	0.7	0.2-1.8	9 (27)	0.7	0.3-1.5
Annan	66 (32)	0.6	0.40-0.8	46 (35)	0.9	0.6-1.5
Ingen	43 (28)	0.5	0.3-0.7	46 (23)	0.5	0.40-0.8

Arbetsmiljöfaktorer

Fysisk arbetsmiljö.

Både när det gäller besvär orsakade av yrkeshygieniska och ergonomiska faktorer finns ett dosrespons samband med att anse arbetet mentalt och/eller fysiskt ansträngande. Dessa samband, liksom senare redovisade samband med hälsoutfall ligger delvis i "sakens natur" eftersom såväl oberoende som beroende variabler logiskt överlappar varandra. Att märka är emellertid att oddskvoterna generellt ligger något högre för kvinnor än för män och att det av dem som upplever arbetet som alltför ansträngande är fler kvinnor som är exponerade för ett fåtal besvär medan något fler män uppger besvär orsakade av ett flertal faktorer.

Tabell 6. Samband (bivariat logistisk regression) mellan att arbetet anses alltför ansträngande och besvär orsakade av den fysiska arbetsmiljön, antal och andel exp. fall, OR, 95procent konfidensintervall

	För ansträng. n (%)	Kvinnor		För ansträng. n (%)	Män	
		OK	KI		OK	KI
Besvär orsakade av den fysiska arbetsmiljön						
Yrkeshygieniska faktorer						
Fåtal besvär	125 (43)	2.3	1.7-3.1	79 (33)	1.6	1.1-2.2
Flertal besvär	48 (59)	4.4	2.7-7.1	57 (49)	3.1	2.0-4.6
Ergonomiska faktorer						
Fåtal besvär	129 (41)	2.3	1.7-3.0	97 (36)	2.2	1.6-3.1
Flertal besvär	64 (68)	6.9	4.3-11.0	76 (62)	6.5	4.3-9.9

Psykosocial arbetsmiljö.

Krav, kontroll och stimulans. Resultatet av de bivariata analyserna med de psykosociala variablerna redovisas i tabell 8. När det gäller krav, stimulans och påverkansmöjligheter som enskilda dimensioner är det höga krav och låga påverkansmöjligheter som signifikant är relaterade till att arbetet uppfattas som alltför ansträngande, i synnerhet höga krav. Sålunda är det för både män och kvinnor också kombinationen av höga krav och låg kontroll i termer av 'spänt' arbete som i betydligt större utsträckning än övriga kombinationer är förknippad med ett alltför ansträngande arbete. För män innebär avspända arbeten, med relativt låga krav och hög kontroll, att arbetsituationen uppfattas som mindre ansträngande jämfört med män med arbeten som kännetecknas av låga krav och låg kontroll.

Stimulansdimensionen från krav/kontroll indexet bidrog inte signifikant till att förklara varför arbetet upplevs som ansträngande medan att ha små eller begränsade möjligheter att få använda sina yrkeserfarenheter och kunskaper i sitt arbete har betydligt större betydelse.

Tabell 8. Samband mellan att arbetet anses alltför ansträngande och psykosocial arbetsmiljö, antal och andel exp. fall, OR, 95procent konfidensintervall

	Kvinnor För sträng. n (%)	an- OK	KI	Män För ansträng. n (%)	OK	KI
Krav, kontroll och stimulans						
Höga krav (ref låga krav)	221 (45)	2.2	1.7-2.8	165 (44)	2.9	2.2-3.8
Låg stimulans (ref hög stimulans)	293 (36)	0.9	0.7-1.2	170 (32)	1.3	1.0-1.7
Låg kontroll (ref hög)	272 (41)	1.6	1.3-2.1	198 (36)	1.8	1.4-2.4
Passiva (Låga krav & låg kontroll)	91 (30)	1		83 (27)	1	
Avspända (Låga krav & hög kontroll)	69 (25)	0.8	0.5-1.1	48 (16)	0.5	0.4-0.8
Aktiva (Höga krav & hög kontroll)	61 (37)	1.3	0.9-2.0	54 (36)	1.5	1.0-2.3
Spända (Höga krav & låg kontroll)	158 (50)	2.3	1.6-3.2	111 (50)	2.8	1.9-4.0
Små möjligheter att få använda yrkeskunskaper (ref stora möjligheter)	53 (54)	2.3	1.5-3.6	26 (41)	1.9	1.1-3.1
Begränsade (delvisa) möjligheter	101 (42)	1.4	1.1-1.9	73 (37)	1.6	1.1-2.2
Balans krav/förmåga, stimulans/behov						
Kraven högre än den egna förmågan	91 (58)	3.0	2.1-4.2	55 (54)	3.3	2.2-5.0
Kraven lägre än den egna förmågan	75 (43)	1.6	1.2-2.3	47 (30)	1.2	0.8-1.8
Mindre möjlighet till stimulans än önskat	258 (48)	2.6	2.0-3.4	153 (41)	2.2	1.7-3.0
Mer stimulans än önskat	14 (32)	1.3	0.7-2.5	17 (24)	1.0	0.6-1.8
Socialt klimat & förhållande till organisation						
Bristande feed back kamrater	126 (43)	1.3	1.0-1.7	76 (30)	1.0	0.7-1.4
Bristande feed back överordnade	207 (46)	1.9	1.5-2.5	117 (36)	1.3	1.0-1.8
Bristande feed back andra	90 (43)	1.3	1.0-1.8	72 (33)	1.2	0.9-1.7
Sämre socialt klimat	166 (39)	1.4	1.5-2.4	125 (40)	2.2	1.6-2.9
Låg grad av lojalitet och tillhörighet org.	285 (43)	2.0	1.6-2.6	229 (36)	2.1	1.6-2.8
Låg grad av tydlighet mål och uppgifter	281 (45)	2.3	1.8-2.9	207 (38)	2.5	1.9-3.3
Inträffade förändringar och effekter av dessa						
Mycket neddragningar och omflyttning av personal	145 (49)	2.0	1.6-2.7	77 (35)	1.4	1.0-1.9
Mycket ny personal och byte av arbetskamrater	193 (46)	1.9	1.5-2.4	90 (35)	1.3	1.0-1.8
Fler än 2 förändringar det senaste året (ref. 0-2)	271 (43)	1.9	1.5-2.4	153 (35)	1.5	1.2-2.0
Mindre möjligheter använda kompetens och sämre utförda arbetsuppgifter	215 (49)	2.7	2.1-3.6	137 (44)	2.2	1.6-3.0
Positiva effekter	146 (33)	0.7	0.5-0.9	114 (28)	0.7	0.6-1.0

Bland både kvinnor och män uppfattas arbetet som mer ansträngande ju mindre sådana möjligheter som finns. Ett liknande och ännu starkare samband uttrycks bland dem som anger att arbetet innebär mindre möjligheter att lära nytt och utvecklas än vad som motsvaras av de egna behoven och önskemålen. Det är betydligt vanligare bland kvinnor att arbetet ses som alltför lite utvecklande och av dem är det så många som 48 procent som också anser arbetet så påfrestande att de inte kommer orka stanna kvar till normal pensionsålder, bland män är motsvarande andel 41 procent.

Att alltför höga krav i förhållande till den egna färdigheten och förmågan är relaterade till utfallet är i sammanhanget inte förvånande.

Socialt klimat och förhållande till organisation.

Att få reda på om arbetet går bra såväl som dåligt betonas ofta som en viktig faktor för en god psykosocial arbetsmiljö men i det här sammanhanget är det bara de kvinnor som i bristande omfattning får feedback från sina överordnade som i större utsträckning uppfattar sitt arbete som alltför ansträngande (46 procent). Bland både män och kvinnor är ett mer allmänt sämre socialt klimat av betydelse. 42 procent av de män och 39 procent av kvinnorna som uppger klimatet som mindre positivt är tveksamma till om de orkar arbeta kvar till pension. De två indexen som på olika sätt uttryckligen relaterar till organisatoriska faktorer, lojalitet och tillhörighet respektive tydlighet när det gäller mål och uppgifter har bägge stor betydelse för utfallet bland både män och kvinnor. Lägre grad av engagemang i förhållande till den organisation man arbetar i och högre grad av otydlighet när det gäller vilka mål som ska uppfyllas och vilka uppgifter man ska utföra är signifikant relaterade till upplevelsen av att inte orka arbeta kvar till normal pensionsålder.

Inträffade förändringar och effekter av dessa.

De förändringar som under det senaste året rapporterats ha inträffat har analyserats på tre olika sätt. Mycket nerdragningar och omflyttning av personal återspeglar oftare förändringar som hade rapporterade negativa konsekvenser medan mycket ny personal och byte av arbetskamrater lika ofta hade haft positiva konsekvenser. För kvinnor hade bägge typerna av förändring samband med upp-

levelsen av att inte orka med. För att i möjligaste mån neutralisera innebörden av förändringarna konstruerades en ny variabel där de som inte hade varit med om några förändringar eller en eller två förändringar jämfördes med dem som varit med om tre förändringar eller fler. Bland kvinnorna var det 52 procent som varit med om tre eller fler förändringar, motsvarande andel bland männen var 42 procent. Det förefaller som om antalet förändringar har betydelse för både män och kvinnor. En del av de alternativ som fanns att välja på när det gäller vilka effekter eventuella förändringar fått är uppenbarligen relaterade till utfallet, exempelvis att förändringarna inneburit en ökad osäkerhet inför att orka med. I andra studier (HAKUL;2001) har det visat sig att möjligheten att göra ett "bra jobb" är en viktig faktor för hälsa och arbetstillfredsställelse. De två alternativen 'Jämfört med tidigare, så har mina arbetsuppgifter blivit sämre utförda än jag skulle ha velat' och 'Jag har fått mindre möjligheter att använda min yrkeskompetens' slogs därför ihop till en variabel. För både kvinnor och män fanns här ett samband med att inte tro sig orka arbeta kvar. Att de förändringar som skett i första hand haft positiva effekter, varit utvecklande och lärorikt och/eller inneburit nya möjligheter har en mer stärkande effekt.

Hälsa och återhämtning.

På samma sätt med en del andra variabler som tidigare nämnts är det relativt självklart att ett sämre hälsotillstånd gör att man i större utsträckning än om man är helt frisk tvivlar på den egna förmågan att orka arbeta kvar till normal pensionsålder. Samtliga hälsovariabler uppvisar också signifikanta samband med utfallsvariabeln. Den faktor som i störst utsträckning är relaterad till att inte tro sig orka fram till pension är dålig arbetsförmåga. I detta sammanhang är det värt att notera eftersom indexet som mäter arbetsförmåga (WAI) i tidigare studier (ref) haft ett stort prediktionsvärde för kommande deltagande på arbetsmarknaden. De som anger arbetsförmågan som sämre har också större sannolikhet att framledes lämna arbetskraften i förtid än de som uppfattar arbetsförmågan som god. Förutom arbetsförmåga är det rapporterad trötthet och bristande återhämtning som har störst betydelse, både för män och för kvinnor. Upplevelsen av att ibland eller ofta känna sig ensam har också viss betydelse för om man tror sig orka arbeta kvar. De som upplever arbetet alltför ansträngande känner sig också i högre

utsträckning ensam och det är naturligtvis inte möjligt att utifrån dessa data säga vad som påverkar vad. Eftersom fokus i denna studie är vilka faktorer i arbetet som har betydelse för en hållbar arbetshälsa går vi inte in på närmare analyser av detta i detta sammanhang.

Tabell 9. Samband mellan att arbetet anses alltför ansträngande och hälsa och återhämtning, antal och andel exp. fall, OK, 95 procent konfidensintervall, KI

	Kvinnor	OK	KI	Män	OK	KI
	För an- sträng. n (%)			För an- sträng. n (%)		
Ohälsa/hälsa						
Dåligt allmänt hälsotillstånd	78 (57)	2.6	1.8-3.7	48 (66)	5.0	3.0-8.3
Dålig arbetsförmåga	144 (56)	3.4	2.5-4.6	84 (60)	4.7	3.2-6.8
Trötthet	221 (52)	2.8	2.2-3.6	142 (53)	4.2	3.1-5.6
Psykiska besvär	109 (52)	2.1	1.6-2.8	71 (56)	3.6	2.4-5.2
Kroppsliga psykosomatiska besvär	168 (49)	2.1	1.6-2.7	72 (47)	2.5	1.8-3.5
Känner sig ibland ensam (ref. sällan, aldrig)	126 (44)	1.6	1.2-2.2	69 (32)	1.3	0.9-1.7
Känner sig ofta ensam (ref. sällan, aldrig)	46 (55)	2.6	1.6-4.1	44 (51)	2.7	1.7-4.3
Återhämtning						
Bristande återhämtning mellan arbetspass	157 (52)	2.7	2.0-3.5	95 (46)	2.5	1.8-3.5
Insomningsbesvär	173 (45)	1.7	1.3-2.2	85 (41)	1.8	1.3-2.5
Besvärligheter med att vakna/hålla sig vaken	214 (44)	1.7	1.3-2.2	121 (40)	1.9	1.4-2.5

Multivariata analyser.

Vilken betydelse har då de enskilda signifikanta faktorerna när hänsyn tas till övriga, också signifikanta faktorer? För att belysa detta har en serie av multivariata logistiska regressioner genomförts för kvinnor och män separat. Eftersom många av de signifikanta variablerna också har samband med varandra har de mest betydelsefulla faktorerna från de olika områdena valts att ingå i analyserna i olika steg. Den främsta anledningen till detta stegvisa förfarande är att det då blir möjligt att kontrollera om resultatet för enskilda variabler är stabilt oavsett vilka andra variabler som ingår i analysen. Urvalet skedde med hjälp av stegvisa multivariata regressioner med

de signifikanta variablerna inom varje delområde. Utifrån resultatet av dessa analyser valdes de mest betydelsefulla faktorerna ut för att ingå i den slutliga modellen. Eftersom besvär orsakade av den fysiska arbetsmiljön och dålig arbetsförmåga var starkt relaterade till varandra ingick endast den senare i analysen.

Av tabell 10 framgår vilka variabler som ingått i de multivariata analyserna för kvinnor och män. Exempel på signifikanta variabler som inte ingår är facklig tillhörighet och den fyrgradiga kravkontrollskalan. När det gäller facklig tillhörighet hade den frågan ett relativt högt internbortfall och i de multivariata analyser där den ingick förlorade den sin signifikanta roll. De inledande multivariata analyserna visade också att kontroldimensionen saknade signifikant betydelse i detta sammanhang. Av den anledningen ersattes den fyrgradiga skalan med den enskilda kravdimensionen.

Interaktion arbetsgivare och verksamhet för kvinnor.

Eftersom både arbetsgivare och huvudsaklig verksamhet var av betydelse för kvinnor undersöktes hur interaktionen mellan dessa båda faktorer såg ut. Resultatet kan sammanfattas med att oberoende av verksamhet så är de högsta riskerna för att uppleva arbetet som alltför ansträngande förknippade med att vara kommunalt anställd. I de multivariata analyser där arbetsgivare ersatt verksamhet är det bara kommunalt anställda som haft en förhöjd risk. Av den anledningen valdes verksamhet i stället för arbetsgivare i den slutliga modellen.

Tabell 10. Resultat från multivariata logistiska regressioner med alltför ansträngande arbete som beroende variabel, oddskvot och konfidensintervall separat för kvinnor och män. Analyserna är baserade på svaren från 786 kvinnor och 769 män⁴.

	Kvinnor		Män	
	OK	KI	OK	KI
Arbetsplatsens huvudsakliga verksamhet;				
Administration	1		1	
Service & handel	1.6	0.8-3.5	3.6	1.5-8.6
Utveckla & förmedla kunskap	3.5	1.7-7.2	2.9	1.2-7.2
Vård & omsorg	3.6	1.8-7.4	6.6	2.4-17.9
Tillverkning	4.3	2.0-9.5	4.1	1.8-9.6
Oregelbunden arbetstid (ref dagtid)	1.8	1.2-2.5		
Anställningsform	1.0	0.6-1.7		
Ojämn könsfördelning			1.5	1.1-2.2
Höga krav	1.9	1.3-2.7	2.6	1.8-3.7
Begränsade möjligheter att få använda yrkeskunskaper (ref stora möjligheter)	1.1	0.8-1.6	1.2	0.8-1.7
Mindre möjlighet till stimulans än önskat	2.0	1.4-2.8		
Mer stimulans än önskat	1.2	0.5-3.2		
Socialt klimat & förhållande till organisation				
Dåligt socialt klimat på arbetsplatsen			1.3	0.9-1.9
Låg grad av lojalitet och tillhörighet org.	1.2	0.9-1.7		
Låg grad av tydlighet mål och uppgifter			1.8	1.3-2.7
Bra feedback överordnade	0.8	0.6-1.1		
Minskad möjlighet använda yrkeskunskap & möjlighet göra bra jobb	1.8	1.2-2.5	1.6	1.1-2.3
Dålig arbetsförmåga	3.3	2.2-4.8	4.2	2.6-6.8

Som nämnts tidigare är det relativt självklart att de som uppfattar sin arbetsförmåga som dålig också i större utsträckning uppfattar sina arbeten som alltför ansträngande. Resultatet visar också att arbetsförmåga har betydelse, för både män och kvinnor. Vad som är mer intressant är de övriga faktorer som i analysen visar sig ha signifikanta samband med utfallsvariabeln eftersom de spelar roll oberoende av arbetsförmåga. För både män och kvinnor är arbetsplatsens huvudsakliga verksamhet av mycket stor betydelse. I jämförelse med arbetsplatser som främst sysslar med administrativ verksamhet har praktiskt taget alla de övriga en högre andel

⁴ Analyserna är baserade på svaren från 786 kvinnor och 769 män. Bägge modellerna är signifikanta och testade med Hosmers och Lemeshows test. Nagekerke R Square är .25 för män och .31 för kvinnor.

”trötta”. Bland kvinnorna är andelen högst inom tillverkning, vård och omsorg och verksamheter som arbetar med att utveckla och förmedla kunskap (f.f.a. skolor) och bland män är andelen högst inom vård och omsorg, tillverkning och service och handel.

Områdena vård och omsorg och tillverkning är starkt köns-segregerade vilket innebär att det är ett mindre antal män inom vård och omsorg liksom ett mindre antal kvinnor inom tillverkningsindustrin, men det är ändå oroande att en så hög andel upplever sitt arbete som alltför ansträngande. Män som arbetar på arbetsplatser med mycket ojämn könsfördelning upplever också i större utsträckning att arbetet är alltför ansträngande än de män som arbetar på arbetsplatser med mer jämn könsfördelning. Att arbeta på oregelbundna tider har för kvinnor en ogynnsam effekt även med hänsyn taget till övriga variabler.

Höga krav i arbetet är för både kvinnor och män förknippade med att uppleva arbetet som alltför ansträngande. De frågor som ingår i kravdimensionen i denna studie är avsedda att fånga ett brett spektra av olika typer av krav som tidspress, motstridiga krav, kognitiva krav i form av att hålla mycket information i huvudet och att hamna i situationer där man får möta starka känslor från andra människor. Höga krav har i andra studier visat sig ha samband med psykisk ohälsa (Stansfeld, 1995, 1997). Möjligheten att påverka sin egen arbetssituation av mindre betydelse när hänsyn togs till andra variabler. Resultaten visar å andra sidan att bristande möjligheter att få utvecklas och använda sina yrkeskunskaper och i ännu högre grad om dessa möjligheter minskat samtidigt som kvalitén på det utförda arbetet försämrats kan vara en viktig faktor för att man ska uppleva sitt arbete som alltför ansträngande. Detta samband tycks starkare bland kvinnor och det är också betydligt fler kvinnor som rapporterar bristande och minskad stimulans. En faktor som kvarstår som signifikant för männen är bristande tydlighet när det gäller mål och uppgift.

För övrigt kan sägas att även om dåligt socialt klimat och låg grad av lojalitet i förhållande till organisation och arbetsuppgifter i den multivariata analysen inte längre är signifikanta kan man därmed inte säga att de saknar betydelse.

Sammanfattning

Av bakgrundsfaktorerna kan sägas att varken ålder eller utbildningsnivå hade något signifikant samband med att uppfatta arbetet så mentalt och/eller fysiskt påfrestande att man inte tror sig orka arbeta kvar till normal pensionsålder. Det var emellertid anmärkningsvärt att en relativt hög andel i den yngsta åldersgruppen, 25-34 år, uppfattar arbetet som alltför ansträngande. För både kvinnor och män var arbetsplatsens huvudsakliga verksamhet av stor betydelse, den högsta andelen som uppfattar arbetet som alltför ansträngande arbetar inom vård och omsorg men även inom tillverkningsindustri och utbildningsverksamhet var andelarna höga, bland såväl män som kvinnor. För både kvinnor och män var även att arbeta på en arbetsplats med ojämn könsfördelning på arbetsplatsen av negativ betydelse och kvinnor med oregelbundna arbetstider uppfattade arbetet som mer ansträngande än de med regelbunden arbetstid på dagtid.

Besvär orsakade av den fysiska arbetsmiljön och de olika ohälsoutfallen var starkt relaterade till varandra och också till att inte tro sig arbeta kvar i sitt nuvarande yrke till pension. Detta pekar naturligtvis på betydelsen av den fysiska arbetsmiljön i sig men innebär också i detta sammanhang att det endast var nedsatt arbetsförmåga som ingick i de multivariata analyserna. Nedsatt arbetsförmåga var den faktor som uppvisade starkast samband med att inte tro sig orka arbeta kvar.

När det gäller den psykosociala arbetsmiljön uppvisade flertalet variabler signifikanta samband med utfallet. I de bivariata analyserna framstod kombinationen av höga krav och lågt beslututrymme som en av de mest ogynnsamma faktorerna men när hänsyn togs till övriga faktorer var det framförallt höga krav som kvarstod som betydelsefullt. I de bivariata analyserna framstod det mycket klart, i de multivariata något svagare, att även faktorer som mer tydligt kan kopplas till organisationen, som ett allmänt mindre positivt klimat på arbetsplatsen, lägre grad av lojalitet i förhållande till organisation och arbete och lägre grad av tydlighet när det gäller mål och uppgifter hade samband med känslan av att eventuellt inte orka arbeta kvar i sitt arbete.

Omorganisationer och andra förändringar det senaste året rapporterades av flertalet och analyserna visar att dessa har en klart tröttande inverkan, i synnerhet bland kvinnor. En faktor som också förefaller att vara viktig är bristande möjligheter att lära nytt och utvecklas och också få användning för sin yrkeskunskap. Om de

förändringar som skett inneburit minskande möjlighet att få använda sin yrkeskunskap och också att utföra ett tillfredsställande arbete hade det stor betydelse för om man ansåg arbetet som alltför ansträngande.

Resultaten pekar sammanfattningsvis på:

Att en alltför hög andel i arbetskraften uppfattar sitt arbete som så mentalt och/eller fysiskt ansträngande att de inte tror att de kommer att orka arbeta kvar till normal pensionsålder. Att en hög andel av dem som inte tror det också har en nedsatt arbetsförmåga vilket gör att det också finns skäl att tro att de kommer att lämna arbetskraften i förtid. Att det framförallt är inom flera stora verksamhetsgrenar som vård & omsorg, tillverkning och skolväsende som det finns avgörande problem. Att fysiska arbetsmiljöproblem fortfarande finns kvar, om än kanske i mindre omfattning, och att de fortfarande har samband med ohälsa. Att de mest betydelsefulla faktorerna för att inte tro sig orka arbeta kvar i sitt yrke är alltför höga krav i termer av för hög tidspress och för hög mental och emotionell belastning men också brist på möjlighet till utveckling och att få använda sin yrkeskompetens och bristande och försvårade förutsättningar för att utföra ett bra arbete. Resultaten pekar också på vikten av att kunna känna stolthet, både över det egna arbetet och över den organisation man tillhör. Ovanstående kan samtliga ses som viktiga faktorer för motivation, arbetslust och till en hållbar arbetshälsa.

Vilka är intresserade av kortare arbetstider under de sista åren före 65?

I detta avsnitt är frågan fokuserad på de personer som instämde helt eller delvis i något av de tre påståenden (se sidan 7) som rörde förkortad arbetstid under de sista åren före normal pensionsålder. Av 2 509 personer i arbetskraften ansåg 1 456 (58 procent) att en förkortad arbetstid skulle underlätta för dem att stanna kvar i arbetslivet fram till 65 år. Antalet kvinnor och män var 1 344 (54 procent) respektive 1 165 (46 procent).

Tabell 11. Antal och andel (%) förvärvsarbetande kvinnor och män fördelade på ålder och önskemål om en förkortad arbetstid under de sista åren före normal pensionsålder.

	KVINNOR				MAN			
	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år
Önskar förkortad arbetstid	194 (61)	234 (62)	223 (63)	162 (55)	158 (61)	164 (58)	175 (55)	146 (49)
Önskar ej förkortad arbetstid	64 (20)	119 (31)	108 (30)	78 (27)	80 (31)	100 (35)	120 (38)	110 (37)
Har ej besvarat frågan	59 (19)	27 (7)	24 (7)	52 (18)	22 (8)	21 (7)	25 (8)	44 (15)

Som framgår av ovanstående tabell är det en förvånansvärt hög andel av såväl kvinnor som män i den yngsta åldersgruppen som ansåg att de behöver trappa ner på arbetstiden de sista åren före pension. Däremot är det betydligt fler av kvinnorna som inte besvarat frågan, vilket skulle kunna bero på att många upplever pensionsåldern som alltför avlägsen. Vidare framgår av tabellen att både kvinnor och män över 55 år är mindre intresserade av en kortare arbetstid, detta framgår också av den relativt höga andel som inte besvarat frågan. Många av de äldre kan redan ha lämnat arbetslivet eller har ett arbete som gör att de både kan och vill arbeta heltid fram till pensionen. I analyserna är personerna indelade i två åldersgrupper, 25-44 år och 45-64 år. Som framgår av tabell 13A, har åldern mindre betydelse för kvinnor som önskar en förkortad arbetstid, medan yngre män i något större utsträckning än de äldre ansåg att en förkortad arbetstid åren före normal pensionsålder skulle underlätta för dem att stanna kvar i arbetslivet fram till 65 år.

Bakgrund och anställningsförhållanden

Ensamstående personer uttryckte i något mindre utsträckning än de som bor och lever tillsammans med annan vuxen och/eller tillsammans med barn att en förkortad arbetstid åren före pension skulle underlätta deras situation på arbetsmarknaden. Social förankring i en förening eller i en organisation visade sig ha en viss betydelse. Att vara född utomlands eller i Sverige och att vara bosatt i en tätort eller i glesbygd hade däremot ingen avgörande betydelse för utfallet. Andelen personer med universitetsutbildning

ansåg i större utsträckning än övriga att en förkortad arbetstid skulle underlätta för dem att vara yrkesverksamma fram till 65 år. För personer med endast grundskola visar resultatet på ett motsatt förhållande. De separata analyserna för kvinnor och män visade att dessa samband kvarstod för kvinnorna men inte för männen (tabell 12A och 13A).

Av de fem yrkesområden som studerades kunde vi notera att den högsta andelen (70 procent) som önskar en förkortad arbetstid före pension arbetade inom vård och omsorg. I jämförelse med personer inom övriga yrkesområden var skillnaden statistiskt signifikant. En relativt hög andel kan också ses som för verksamma inom kunskapsförmedling (66 procent), tillverkning (64 procent) och service & handel (64 procent) (tabell 12A). De separata analyserna för kvinnor och män visade att såväl kvinnor som män var högst representerade inom vård och omsorg med 71 respektive 64 procent. Även om skillnaderna mellan yrkesverksamma inom de olika yrkesområdena var relativt små, bör det ändå nämnas att 69 procent av kvinnorna arbetade inom service och handel respektive kunskapsförmedling. Drygt 60 procent av männen var också verksamma med kunskapsförmedling och 63 procent med tillverkning, (se vidare tabell 13A).

Anställda inom den offentliga sektorn var relativt jämnt fördelade mellan statligt anställda, landstings- och kommunanställda (68-69 procent) bland de personer som önskade trappa ner på arbetstiden åren före pension. Totalt sett var de flesta privatanställda och av dessa önskade 64 procent en förkortad arbetstid. Egna företagare avvek signifikant från de övriga och det var främst männen som inte önskade en förkortad arbetstid åren före pension. Att inte ha en fast anställning eller att ha ett arbete med oregelbunden arbetstid saknar den betydelse som vi förväntade oss (tabell 12A och 13A).

Tillhörighet i de tre fackförbunden LO, TCO och SACO var generellt sett jämförbara. Skillnaden mellan LO- respektive TCO-anslutna personer som önskade en kortare arbetstid och medlemmar i övriga fackförbund var emellertid signifikant. För kvinnorna sågs ingen nämnbar skillnad mellan Kvinnorna var väl representerade i samtliga fackförbund men inte nämnvärt överrepresenterade i något. För männen har tillhörighet i ett LO-förbund betydelse för dem som önskar förkortad arbetstid före pensionsåldern (tabell 12A och 13A).

Arbetsmiljöfaktorer

Fysisk arbetsmiljö.

Såväl den yrkeshygieniska som den ergonomiska belastningen i arbetsmiljön ökade med ökad grad av belastning bland de personer som önskade ha en förkortad arbetstid före pensionsåldern. I jämförelse med personer med låg belastning var ökningen statistiskt signifikant för båda faktorerna. I de separata analyserna för kvinnor och män kvarstod i princip sambanden. Andelen kvinnor som uppgav hög belastning för bägge faktorerna var 75 respektive 80 procent, och motsvarande andelar för männen var 71 och 69 procent. Detta talar för att en tung och påfrestande fysisk och ergonomisk arbetsmiljö har betydelse för både kvinnorna och männen som ansåg att en förkortad arbetstid skulle underlätta för dem att arbeta fram till normal pensionsålder. (tabell 12B och 13B).

Psykosocial arbetsmiljö

Frågorna som rörde områdena krav, kontroll och stimulans på arbetsplatsen visade, att de personer som önskade en förkortad arbetstid upplevde i större utsträckning än övriga att arbetsuppgifterna var förknippade med höga krav och låg kontroll. Skillnaden mellan de som inte upplevde dessa problem var statistiskt signifikant. På frågan om stimulans i arbetet såg vi däremot ingen skillnad mellan de två grupperna (tabell 12B). De separata analyserna för kvinnor och män visade att främst var kvinnorna som saknade kontroll över den egna arbetssituationen (71 procent), medan männen upplevde höga krav i kombination med låg kontroll (67 procent). Drygt 70 procent av både kvinnorna och männen ansåg dessutom att de hade små möjligheter att få utnyttja sina yrkeskunskaper i arbetet (tabell 13B).

En påfallande hög andel av såväl kvinnor som män (75-80 procent respektive 68-71 procent) som önskade en förkortad arbetstid uppgav att de upplevde en dålig balans mellan krav och den egna förmågan på arbetsplatsen, samt att arbetsuppgifterna gav dem mindre stimulans än vad som motsvarande deras egna behov och önskningsar.

Det sociala klimatet på arbetsplatsen uppfattades inte som ett generellt problem. Däremot var det en hög andel (69 procent) som ansåg att de fick ett dåligt stöd av sina överordnade samt att de upplevde en låg grad av tydlighet när det gällde mål och uppgifter. Resultaten var statistiskt säkerhetsställda i jämförelse med dem

som inte upplevde dessa problem, och förändrades inte nämnvärt i de könsspecifika analyserna, se vidare tabell 12B och 13B.

När det gällde förändringar i organisationen uppgav drygt 70 procent av dem som önskade en förkortad arbetstid före normal pensionsålder att de upplevt nedskärningar av personal och byte av arbetskamrater på arbetsplatsen. Vidare ansåg 75 procent att dessa förändringar hade inneburit negativa effekter på arbetssituationen. Sambanden kvarstod för både kvinnor och män i de könsspecifika analyserna (se vidare tabell 12B och 13B).

Hälsa och återhämtning

Samtliga variabler som rörde olika aspekter på hälsan visade att upplevd ohälsa i form av dålig arbetsförmåga, trötthets- och ensamhets känsla, psykiska besvär och/eller kroppsliga psykosomatiska besvär har en signifikant betydelse för personer som anser att en förkortad arbetstid skulle underlätta för dem att arbeta fram till normal pensionsålder. Frågorna som rörde sömnbesvär och bristande vila/återhämtning mellan arbetspassen gav ett liknande resultat (tabell 12B). Resultaten förändrades inte när kvinnor och män analyserades var för sig. Det var en anmärkningsvärt hög andel av både kvinnor och män (77-87 procent respektive 68-79 procent) som upplevde brister i sitt nuvarande hälsotillstånd (tabell 13B). Sambanden kvarstår både för kvinnor och män och det är en anmärkningsvärt hög andel kvinnor och män som upplevde brister i sitt hälsotillstånd (Tabell 12B och 13B). Dessa resultat talar för att önskemål om förkortad arbetstid ären före normal pensionsålder kan relateras till ohälsa.

Multivariata regressionsanalyser

Ovanstående resultat har tagits fram genom bivariata analyser och beskriver effekten av enskilda faktorer inverkan på utfallet, dvs. om man önskar förkortad arbetstid ären före normal pensionsålder. För att kontrollera för de signifikanta faktorer som mest påverkade utfallet gjordes multivariata regressionsanalyser. Som framgår av tabell 12B har ett flertal arbetsmiljörelaterade faktorer signifikant betydelse för om man vill trappa ner på arbetstiden före 65 år. Dessa är ergonomisk belastning, negativa erfarenheter av förändringar på arbetsplatsen som nedskärningar av personal, negativa

effekter av förändringar på arbetsplatsen. När det gäller de olika hälsofaktorerna hade dålig arbetsförmåga och otillräcklig vila/återhämtning mellan arbetspassen den största betydelsen. I tabell 14 redovisas de separata multivariata analyserna för kvinnor och män. De faktorer som hade en signifikant betydelse för kvinnorna var att de upplevde låg stimulans i arbetet i relation till de egna behoven samt sänkt arbetsförmåga i relation till kraven i arbetet (WAI). Motsvarande för männen var hög ergonomisk belastning i arbetet samt en otillräcklig återhämtning mellan arbetspassen.

Sammanfattning

Resultatet visar att 58 procent av de yrkesarbetande i studien ansåg att kortare arbetstid skulle underlätta deras möjligheter att arbeta fram till normal pensionsålder. Eftersom deras påståenden inte är relaterade till någon speciell orsak, har vi studerat olika faktorer som rör deras bakgrund, yrkesliv, arbetsmiljö och hälsa i syfte att försöka identifiera en speciell grupp och/eller ett gemensamt mönster. Det var påfallande många av de yngre som önskade trappa ner på sin arbetstid åren före 65 år, och detta gällde i första hand männen.

Sammantaget såg vi en tendens till att flertalet såväl av kvinnorna och som männen var yrkesverksamma inom vård och omsorg. De faktorer som visade sig ha den största betydelsen för kvinnorna var främst att de upplevde en mindre grad av stimulans med avseende på möjligheten att få vidareutveckla sig inom arbetet samt att de upplevde sin arbetsförmåga som medelmåttig till dålig. För männens del hade en hög belastning av ergonomiska faktorer i arbetsmiljön stor betydelse, och att det senaste årets förändringar på arbetsplatsen hade påverkat deras arbetssituation negativt. De upplevde också en bristande återhämtning/vila mellan arbetspassen, vilket kan vara ett uttryck för negativ stress i arbetsmiljön.

En grundläggande förutsättning för att människor ska vilja och kunna arbeta fram till normal pensionsålder är en bra arbetsmiljö och en god hälsa. För många, som upplever större eller mindre problem i arbetsmiljön och/eller med sin hälsa, skulle en förkortad arbetstid sannolikt underlätta för dem att stanna kvar i arbetslivet fram till normal pensionsålder. Att trappa ner på arbetstiden några år före normal pensionsålder, utan stöd från samhället, kan emellertid få ekonomiska konsekvenser för många.

Totalt instämde 1224 personer (49 procent av samtliga 2509 i arbetskraften) i det enskilda påståendet: *Jag kan tänka mig en kombination av deltidspension och yrkesarbete på deltid under de sista åren före pension.*

I juli 1976 infördes möjligheten till delpension vid övergång till deltidarbete för personer mellan 60 – 65 år. Som mest beviljades 25 procent av målgruppen deltidspension under åren fram till 1994 (RFV, Socialförsäkringsboken 2000). Då försämrades de ekonomiska villkoren, vilket resulterade i att antalet personer som ansökte om deltidspension minskade radikalt. I januari 2001 upphörde möjligheten till delpension helt.

Resultatet av denna delrapport talar för att det finns ett stort behov hos många att kunna få möjlighet att kombinera deltidarbete med någon form av deltidspension, för att underlätta och göra det möjligt för dem att stanna kvar i arbetslivet fram till normal pensionsålder.

Tabell 12A. Bakgrundsfaktorer, allmänna levnads- och anställningsförhållanden, arbetsmiljö och hälsa. Av 2 509 personer i arbetskraften i åldern 25-64 år anser 1456 (58 procent) personer att förkortad arbetstid skulle underlätta för dem att arbeta fram till normal pensionsålder. I tabellen anges antal och andel (procent) personer för respektive faktor. Oddsquot (OK) med 95 procentigt konfidensintervall (KI) beräknat med logistisk regressionsanalys. Signifikanta resultat är markerade med fet stil.

Faktorer	Antal (%)	Bivariat analys		Multivariat analys	
		OK	95 % KI	OK	95 % KI
BAKGRUNDSFAKTORER					
Kön					
Kvinnor (ref män)	813 (69)	1.4	(1.2-1.7)		
Åldersgrupper					
25-44 år (ref 45-64 år)	750 (67)	1.2	(1.0-1.4)	1.0	(0.6-1.5)
Födelse land					
Ej Sverige (ref Sverige)	88 (65)	1.0	(0.7-1.4)		
Levnadsförhållanden					
Bor ensam (ref bor med vuxen med barn) och/eller med barn)		0.8	(0.6-1.0)	0.8	(0.4-1.6)
Social förankring (ref ej förankring)	797 (67)	1.2	(1.0-1.5)	1.7	(1.1-2.5)
Boende i tätort (ref glesbygd)	694 (64)	0.9	(0.8-1.1)		
Utbildning					
Grundskola (ref övriga)	483 (62)	0.8	(0.7-1.0)	1.1	(0.6-1.9)
Gymnasium (ref övriga)	483 (65)	1.0	(0.8-1.2)		
Universitet (ref övriga)	442 (70)	1.3	(1.1-1.6)	1.0	(0.6-1.7)
YRKESFÖRHÅLLANDEN					
Verksamhetsområde					

Tillverkning (ref övriga)	409 (64)	0.9	(0.8-1.1)		
Vård och omsorg (ref övriga)	338 (70)	1.3	(1.1-1.6)	1.0	(0.6-1.7)
Service och handel (ref övriga)	295 (64)	0.9	(0.7-1.1)		
Administration (ref övriga)	133 (61)	0.8	(0.6-1.1)		
Utveckla och förmedla kunskap (ref övriga)	251 (66)	1.0	(0.8-1.3)		
Arbetsgivare					
Statlig (ref övriga)	124 (69)	1.2	(0.9-1.7)		
Landsting (ref övriga)	102 (68)	1.1	(0.8-1.6)		
Kommunal (ref övriga)	361 (68)	1.2	(1.0-1.5)	0.9	(0.5-1.5)
Privat (ref övriga)	614 (64)	0.9	(0.8-1.1)		
Egen företagare (ref övriga)	164 (59)	0.7	(0.6-0.9)	1.7	(0.5-6.9)
Anställningsform					
Ej fast anställning (ref fast anst.)	241 (62)	0.8	(0.7-1.0)	0.8	(0.4-1.4)
Arbetsstider					
Oregelbunden/skift (ref regelb. dagtid)	515 (64)	1.0	(0.8-1.1)		
Könsfördelning på arbetsplatsen					
Ojämn könsfördelning (ref jämn könsfördelning)	724 (67)	1.1	(1.0-1.4)	1.2	(0.8-1.8)
Facklig tillhörighet					
LO (ref övriga)	461 (67)	1.2	(1.0-1.4)	0.9	(0.5-1.6)
TCO (ref övriga)	272 (69)	1.4	(1.0-1.6)	1.2	(0.8-2.0)
SACO (ref övriga)	122 (69)	1.2	(0.9-1.7)		
Arbetsgivarorganisation (ref övriga)	28 (58)	0.8	(0.4-1.4)		
Annan/Ingen (ref övriga)	408 (59)	0.7	(0.6-0.9)		

Tabell 12B.

Faktorer	Antal (%)	Bivariat analys		Multivariat analys	
		OK	95 % KI	OK	95 % KI
ARBETSMILJÖ					
Fysiska arbetsmiljöfaktorer					
Medelhög belastning (ref. låg belastn)	431 (68)	1.3	(1.0-1.5)		
Hög belastning (ref. låg belastn)	170 (75)	1.8	(1.3-2.5)		
Ergonomiska arbetsmiljöfaktorer					
Medelhög belastning (ref. låg belastn)	468 (70)	1.5	(1.2-1.8)		
Hög belastning (ref. låg belastn)	171 (72)	1.6	(1.2-2.1)	1.7	(1.0-3.4)
Psykosociala arbetsmiljöfaktorer					
<i>Krav – Kontroll - Stimulans</i>					
Höga krav (ref. låga krav)	590 (69)	1.3	(1.1-1.5)	0.7	(0.5-1.1)
Låg kontroll (ref. hög kontroll)	856 (67)	1.3	(1.1-1.5)	1.1	(0.7-1.6)
Låg stimulans (ref. hög stimulans)	944 (65)	1.0	(0.9-1.2)		
<i>Passiva</i> = låga krav & låg kontroll (ref. övriga)	476 (65)	1.0	(0.8-1.2)		
<i>Avspända</i> = låga krav & hög kontroll (ref. övriga)	390 (60)	0.7	(0.6-0.9)		
<i>Aktiva</i> = höga krav & hög kontroll (ref. övriga)	210 (66)	1.1	(0.8-1.4)		
<i>Spända</i> = höga krav & låg kontroll (ref. övriga)	380 (70)	1.3	(1.1-1.7)		
Små möjligheter att använda yrkeskunskaper (ref. övriga)	117 (74)	1.5	(1.1-2.2)	0.8	(0.4-1.9)
<i>Balans krav/förmåga, stimulans/behov</i>					
Kraven högre än den egna förmågan (ref. övriga)	194 (75)	1.7	(1.3-2.3)	1.8	(0.9-3.9)
Kraven lägre än den egna förmågan	234 (72)	1.4	(1.1-1.8)	1.0	(0.5-1.8)

(ref. övriga)					
Mer stimulans än önskat (ref. övriga)	71 (62)	0.9	(0.6-1.3)		
Mindre möjlighet till stimulans än önskat (ref. övriga)	654 (72)	1.7	(1.4-2.0)	1.3	(0.9-2.1)
Socialt klimat & förhållande till organisationen					
Bristande stöd av arbetskamrater (ref. ej brist)	362 (67)	1.0	(0.8-1.3)		
Bristande stöd av överordnade (ref. ej brist)	538 (69)	1.2	(1.0-1.5)	0.8	(0.6-1.3)
Bristande stöd av kunder, patienter etc. (ref. ej brist)	287 (67)	1.1	(0.9-1.4)		
Dåligt socialt klimat på arbetsplatsen (ref. övr.)	1079 (65)	1.0	(0.8-1.2)		
Låg grad av lojalitet och tillhörighet (ref. övriga)	1065 (66)	1.1	(0.9-1.3)		
Låg grad av tydlighet och förväntningar (ref. övr.)	867 (69)	1.4	(1.2-1.7)	1.0	(0.7-1.5)
Organisationsförändringar					
Nedskärningar/omflyttning av personal (ref. övr.)	360 (71)	1.4	(1.1-1.7)	1.6	(1.0-2.5)
Ny personal/byte av arbetskamrater (ref. övriga)	476 (70)	1.4	(1.1-1.7)		
Positiva effekter (ref. övriga)	531 (68)	1.1	(0.9-1.3)		
Negativa effekter (ref. övriga)	519 (75)	1.8	(1.5-2.2)	1.9	(1.2-3.0)
HÄLSA					
Dålig självskattad hälsa (ref. bra hälsa)	159 (75)	1.7	(1.2-2.3)		
Dålig/medelmåttig arbetsförmåga/WAI (ref. bra WAI)	323 (81)	2.6	(2.0-3.5)	2.6	(1.3-5.2)
Trötthetssymptom (ref. inga symptom)	555 (78)	2.5	(2.0-3.0)		
Psykiska besvär (ref. inga besvär)	268 (77)	2.0	(1.5-2.6)		
Kroppsliga besvär (ref. inga besvär)	387 (76)	2.0	(1.6-2.5)		
Känner sig oftast ensam (ref. känner sig sällan ensam)	126 (74)	1.6	(1.1-2.3)	0.7	(0.3-1.6)
Sömn och återhämtning					
Otillräcklig vila mellan arbetspassen (ref. Tillräcklig vila)	401 (78)	2.3	(1.8-2.9)	1.6	(1.0-2.8)
Svårt att sova (ref. inga besvär)	450 (76)	2.0	(1.6-2.5)		
Svårt att vakna/hålla sig vaken (ref. inga besvär)	599 (76)	2.1	(1.8-2.6)		

Tabell 13A. Bakgrundsfaktorer och allmänna levnads- och anställningsförhållanden, arbetsmiljö och hälsa. Av 1 344 kvinnor och 1 165 män i arbetskraften anser 813 (60 procent) kvinnor och 643 (55 procent) män att förkortad arbetstid skulle underlätta deras möjligheter att arbeta fram till normal pensionsålder. I tabellen anges antal och andel (%) personer för respektive faktor. Oddskvot (OK) med 95 procentigt konfidensintervall (KI) beräknat med logistisk regressionsanalys. Signifikanta resultat är markerade med fet stil.

Faktorer	KVINNOR			MAN		
	Antal (%)	OK	95 % KI	Antal (%)	OK	95 % KI
BAKGRUNDSFAKTORER						
Ålder						
25-44 år (ref. 45-64 år)	428 (70)	1.1	(0.9-1.4)	322 (64)	1.3	(1.0-1.6)
Födelseland						
Ej Sverige (ref. Sverige)	51 (67)	0.9	(0.6-1.5)	37 (63)	1.1	(0.6-1.9)
Levnadsförhållanden						
Bor ensam (ref. bor med vuxen och eller med barn)	82 (65)	0.8	(0.6-1.2)	102 (58)	0.9	(0.6-1.2)
Social förankring (ref. ej förankring)	369 (69)	1.0	(0.8-1.3)	298 (59)	0.9	(0.7-1.1)
Boende i tätort (ref. glesbygd)						
Utbildning						
Grundskola (ref. övriga)	228 (65)	0.8	(0.6-1.0)	255 (60)	0.9	(0.7-1.2)
Gymnasium (ref. övriga)	226 (63)	0.9	(0.7-1.2)	257 (68)	1.1	(0.9-1.5)
Högskola (ref. övriga)	304 (74)	1.4	(1.1-1.9)	138 (61)	1.0	(0.7-1.4)
YRKESFÖRHÅLLANDEN						
Verksamhetsområde						
Tillverkning (ref. övriga)	93 (68)	0.9	(0.6-1.4)	316 (63)	1.2	(0.9-1.5)
Vård och omsorg (ref. övriga)	293 (71)	1.2	(0.9-1.5)	45 (64)	1.1	(0.7-1.9)
Service och handel (ref. övriga)	170 (69)	1.0	(0.7-1.3)	125 (58)	0.8	(0.6-1.1)
Administration (ref. övriga)	84 (64)	0.8	(0.5-1.1)	49 (57)	0.8	(0.5-1.3)
Utveckla och förmedla kunskap (ref. övriga)	161 (69)	1.0	(0.7-1.4)	90 (61)	1.0	(0.7-1.4)
Arbetsgivare						
Statlig (ref. övriga)	69 (73)	1.2	(0.8-2.0)	55 (65)	1.2	(0.8-2.0)
Landsting (ref. övriga)	79 (68)	1.0	(0.6-1.4)	23 (66)	1.2	(0.6-2.5)
Kommun (ref. övriga)	298 (70)	1.1	(0.8-1.4)	63 (63)	1.1	(0.7-1.7)
Privat (ref. övriga)	262 (68)	0.9	(0.7-1.2)	352 (62)	1.1	(0.8-1.4)
Egen företagare (ref. övriga)	60 (67)	0.9	(0.6-1.4)	104 (55)	0.7	(0.5-1.0)
Anställningsform						
Ej fast anställning (ref. fast anst.)	140 (70)	1.1	(0.8-1.5)	101 (53)	0.7	(0.5-0.9)
Arbetstider						
Oregelbunden arbetstid (ref. regelbunden dagtid)	314 (67)	0.8	(0.6-1.1)	201 (61)	1.0	(0.8-1.4)
Könsfördelning på arbetsplatsen						
Ojämn könsfördelning (ref. jämn)	417 (71)	1.1	(0.9-1.5)	307 (63)	1.1	(0.9-1.6)
Facklig tillhörighet						
LO (ref. övriga)	224 (68)	1.0	(0.7-1.3)	237 (66)	1.4	(1.1-1.9)
TCO (ref. övriga)	164 (72)	1.3	(0.9-1.7)	108 (64)	1.2	(0.8-1.7)
SACO (ref. övriga)	79 (75)	1.4	(0.9-2.2)	43 (61)	1.0	(0.6-1.6)
Arbetsgivarorganisation (ref. övriga)	11 (69)	1.0	(0.4-3.0)	17 (53)	0.7	(0.4-1.5)
Annan/ingen tillhörighet (ref. övriga)	227 (64)	0.7	(0.6-1.0)	181 (55)	0.7	(0.5-0.9)

Tabell 13B.

Faktorer	KVINNOR			MAN		
	Antal (%)	OK	95 % KI	Antal (%)	OK	95 % KI
ARBETSMILJÖ						
Fysiska arbetsmiljöfaktorer						
Medelhög belastning (ref. låg belastning)	249 (71)	1.1	(0.8-1.4)	182 (64)	1.2	(0.9-1.6)
Hög belastning (ref. låg belastning)	73 (80)	1.8	(1.1-3.2)	97 (71)	1.7	(1.2-2.6)
Ergonomiska faktorer						
Medelhög belastning (ref. låg belastning)	264 (73)	1.3	(1.0-1.7)	204 (67)	1.4	(1.1-1.9)
Hög belastning (ref. låg belastning)	78 (75)	1.3	(0.8-2.1)	93 (69)	1.5	(1.2-2.2)
Psykosociala arbetsmiljöfaktorer						
<i>Krav – Kontroll - Stimulans</i>						
Höga krav (ref låga krav)	346 (71)	1.2	(0.9-1.6)	244 (65)	1.3	(1.0-1.7)
Låg stimulans (ref hög stimulans)	600 (69)	1.0	(0.8-1.3)	344 (60)	0.9	(0.7-1.2)
Låg kontroll (ref hög kontroll)	501 (71)	1.3	(1.0-1.7)	355 (62)	1.0	(0.9-1.4)
Passiva= låga krav & låg kontroll (ref. övriga)	270 (71)	1.1	(0.9-1.5)	206 (59)	0.9	(0.7-1.2)
Avspända= låga krav & hög kontroll (ref. övr.)	197 (63)	0.7	(0.5-0.9)	193 (58)	0.8	(0.6-1.1)
Aktiva= höga krav & hög kontroll (ref. övriga)	115 (69)	1.0	(0.7-1.5)	95 (63)	1.1	(0.8-1.6)
Spända= höga krav & låg kontroll (ref. övriga)	231 (72)	1.2	(0.9-1.7)	149 (67)	1.4	(1.0-1.9)
Små möjligheter att få använda yrkeskunskaper (ref. övriga)	72 (74)	1.3	(0.8-2.1)	45 (73)	1.7	(1.0-3.0)
<i>Balans krav/förmåga, stimulans/behov</i>						
Kraven högre än den egna förmågan (ref. övriga)	122 (78)	1.7	(1.1-2.5)	72 (71)	1.6	(1.0-2.5)
Kraven lägre än den egna förmågan (ref. övriga)	131 (76)	1.5	(1.0-2.2)	103 (67)	1.3	(0.9-1.9)
Mindre stimulans än önskat (ref. övriga)	399 (75)	1.7	(1.3-2.2)	255 (68)	1.6	(1.2-2.0)
Mer stimulans än önskat (ref. övriga)	27 (63)	0.7	(0.4-1.4)	44 (62)	1.0	(0.6-1.7)
<i>Socialt klimat & förhållande till organisationen</i>						
Bristande stöd av arbetskamrater (ref. ej brist)	206 (71)	1.1	(0.8-1.4)	156 (62)	1.0	(0.7-1.3)
Bristande stöd av överordnade (ref. ej brist)	322 (73)	1.3	(1.0-1.7)	216 (64)	1.1	(0.8-1.4)
Dåligt socialt klimat på arbetsplatsen (ref. övr.)	591 (68)	0.9	(0.6-1.1)	488 (62)	1.2	(0.9-1.6)
Låg grad av lojalitet och tillhörighet (ref. övr.)	568 (69)	1.1	(0.8-1.4)	497 (62)	1.2	(0.9-1.6)
Låg grad av tydlighet och förväntningar (ref. övr.)	486 (72)	1.4	(1.1-1.9)	381 (64)	1.4	(1.1-1.8)
Organisationsförändringar						
Nedskärningar/omflyttningar av personal (ref. övriga)	213 (73)	1.3	(1.0-1.7)	147 (67)	1.4	(1.0-2.0)
Ny personal/byte av arbetskamrater (ref. övriga)	312 (74)	1.5	(1.1-1.9)	164 (64)	1.2	(0.9-1.6)
Positiva effekter (ref. övriga)	287 (68)	0.8	(0.6-1.1)	244 (67)	1.4	(1.0-1.8)
Negativa effekter (ref. övriga)	307 (75)	1.5	(1.1-2.0)	212 (75)	2.2	(1.6-3.0)

HÄLSA					
Dålig självskattad hälsa (ref. bra hälsa)	105 (77)	1.6	(1.1-2.5)	54 (71)	1.6 (1.0-2.6)
Dålig/medelmåttig arbetsförmåga/WAI (ref. bra WAI)	209 (81)	2.5	(1.7-3.5)	114 (79)	2.7 (1.8-4.2)
Trötthetssymptom (ref. ej symptom)	341 (87)	2.1	(1.6-2.9)	214 (78)	2.8 (2.1-3.9)
Psykiska besvär (ref. ej besvär)	172 (80)	2.0	(1.4-2.9)	96 (73)	1.9 (1.2-2.8)
Kroppsliga besvär (ref. ej besvär)	264 (76)	1.7	(1.3-2.3)	123 (77)	2.4 (1.6-3.5)
Känner sig oftast ensam (ref. känner sig sällan ensam)	66 (80)	2.0	(1.6-3.6)	60 (68)	1.4 (0.9-2.3)
Sömn och återhämtning					
Otillräcklig vila mellan arbetspassen (ref. tillräcklig vila)	242 (80)	2.2	(1.6-3.0)	159 (76)	2.3 (1.6-3.3)
Svårt att sova (ref. inga besvär)	293 (77)	1.8	(1.4-2.4)	157 (75)	2.2 (1.6-3.1)
Svårt att vakna/hålla sig vaken (ref. inga besvär)	379 (78)	2.2	(1.7-2.9)	220 (71)	1.9 (1.4-2.6)

Tabell 14. Multivariat regression för faktorer som påverkar den relativa risken att anse att förkortad arbetstid kommer att underlätta att arbeta fram till normal pensionsålder. Separata modeller för kvinnor och män baserade på bivariata samband (tabell 13A och tabell 13B). Oddsquot (OK) 95 procentigt konfidensintervall (KI). Signifikanta resultat är markerade med fet stil.

Faktor	KVINNOR		MÄN	
	OK	95 % KI	OK	95 % KI
BAKGRUNDSFAKTORER				
Ålder				
25-44 år (ref 45-64 år)			1.1	(0.7-1.8)
Levnadsförhållanden				
Bor ensam	0.7	(0.3-1.4)		
Utbildning				
Grundskola	1.0	(0.5-1.8)		
Högskola	1.2	(0.7-2.0)		
YRKESFÖRHÅLLANDEN				
Egen företagare			0.6	(0.3-1.4)
Anställningsform				
Ej fast anställning			0.6	(0.3-1.2)
Facklig tillhörighet				
LO			1.1	(0.6-2.0)
ARBETSMILJÖ				
Ergonomiska arbetsmiljöfaktorer				
Medelhög belastning	1.1	(0.7-1.8)		
Hög belastning			2.2	(1.0-4.8)
Psykosociala arbetsmiljöfaktorer				
<i>Krav - Kontroll - Stimulans</i>				
Höga krav			0.8	(0.5-1.4)
Låg kontroll	1.0	(0.7-1.8)		
Små möjligheter att använda yrkeskunskaper			0.8	(0.3-2.1)
<i>Balans krav/förmåga, stimulans/behov</i>				
Kraven högre än den egna förmågan	2.4	(0.9-7.4)	1.1	(0.4-3.0)
Kraven lägre än den egna förmågan	1.1	(0.6-2.1)		
Mindre stimulans än önskat	1.6	(1.0-2.7)	1.2	(0.7-2.0)

Socialt klimat & förhållande till organisationen				
Bristande stöd av överordnande	1.0	(0.6-1.6)		
Låg grad av tydlighet och förväntningar	1.5	(0.9-2.4)	1.1	(0.7-1.8)
Organisationsförändringar				
Nedskärning/omflyttning av personal	1.4	(0.8-2.3)	1.3	(0.8-2.1)
Negativa effekter	1.1	(0.7-1.9)	2.5	(1.5-4.5)
HÄLSA				
Dålig/medelmåttig arbetsförmåga/WAI	2.0	(1.0-4.2)	1.9	(0.8-4.6)
Otillräcklig vila mellan arbetspassen	0.9	(0.5-1.7)	2.7	(1.5-5.1)

Vilka kan tänka sig att fortsätta att förvärvsarbeta efter 65?

Totalt kunde 13 procent av respondenterna tänka sig fortsätta efter normal pensioneringsålder och de hade som motiv oftast angivit bägge argumenten som gavs i enkäten, d.v.s. både att deras arbete var bra och stimulerande och att de såg fram mot en högre pension genom att arbeta längre. Bortfall avseende utfallsvariabeln d.v.s. de som ej besvarat någon av de två delfrågorna var 11 procent, högst bland de yngre kvinnorna samt bland män och kvinnor mellan 55 och 64 år.

Redovisning av sifferunderlag för detta avsnitt återfinns i Tabell 15, 16 och 17.

Bakgrund och anställningsförhållanden

Bland kvinnorna kunde 9 procent tänka sig att fortsätta efter normal pensioneringsålder och bland männen 17 procent. De som kunde tänka sig fortsätta var tämligen jämt fördelat över olika åldersgrupper. Bland kvinnorna, kunde de som var mellan 25 och 34 år i störst utsträckning tänka sig fortsatt arbete (11 procent) och kvinnor mellan 35 och 44 i lägst utsträckning (8 procent). Bland männen återfanns den högsta siffran i åldersgruppen 55 till 64 år (18 procent) och lägsta siffran i åldrarna mellan 35 och 54 (16 procent).

Avseende födelseland sågs ökat önskemål om att arbeta vidare bland respondenter födda utanför Sverige jämfört med svenskfödda, särskilt bland kvinnorna. Här bör man dock beakta att svarsfrekvensen för utlandsfödda var lägre än för svenskfödda med en trolig starkare selektion av "friska och yrkesaktiva" respondenter bland utlandsfödda jämfört med bland svenskfödda.

Kvinnor som bodde ensamma kunde i större utsträckning tänka sig att arbeta efter normal pensioneringsålder jämfört med kvinnor

som bodde med annan vuxen och eller med barn. Dessa kvinnor var i stor utsträckning högt utbildade men tendensen kvarstod även efter korrigering för utbildningsnivå och yrkestillhörighet. Bland männen sågs en viss men statistiskt svagare överrepresentation av ensamstående bland de som kunde tänka sig arbeta vidare.

Personer med lägre grundutbildning (högst 2-årigt gymnasium) kunde i lägre utsträckning tänka sig fortsatt arbete efter normal pensioneringsålder jämfört med de som hade högre grundutbildning. Denna tendens sågs bland både kvinnor och män men befanns statistiskt säkerställd, efter korrigering för övriga faktorer, endast bland männen.

Yrkesförhållanden

Arbetsmarknaden är som bekant synnerligen könsuppdelad men förhoppning om att arbeta vidare efter normal pensioneringsålder var tämligen lika förekommande i relation till verksamhetsområde, typ av arbetsgivare och facklig tillhörighet, bland både kvinnor och män. Undantag var de som arbetade inom "vård och omsorg" där kvinnorna i mindre utsträckning hoppades arbeta vidare än andra kvinnor i motsats till männen inom "vård och omsorg" som hoppades arbeta vidare i större utsträckning än andra män. Personer som arbetade med att "skapa, utveckla och/eller förmedla kunskap", var anslutna till SACO-förbund eller arbetsgivarorganisation hoppades arbeta vidare i större utsträckning än personer i andra yrken. Däremot hoppades personer med privat arbetsgivare samt LO och TCO-anslutna arbeta vidare i mindre utsträckning än andra.

Egna företagare hoppades i större omfattning än andra arbeta vidare efter normal pensioneringsålder, liksom personer utan fast anställning och de med oregelbundna arbetstider. Dessa yrkesegenskaper var som väntat delvis samtidigt förekommande.

Arbetsmiljöfaktorer

Förhoppning om att arbeta kvar efter normal pensioneringsålder visade sig samvariera med ett flertal psykosociala arbetsmiljöfaktorer medan kopplingen till fysiska och ergonomiska faktorer i arbetet framstod som svagare. När det gäller kombinationer av krav och kontroll i arbetet var kombinationerna höga krav och hög kontroll (aktiva) samt låga krav och hög kontroll (avspända) överrepresenterade bland både män och kvinnor som hoppades arbeta vidare, medan kombinationerna låga krav och låg kontroll (passiva)

samt höga krav och låg kontroll (spända) var underrepresenterade. Möjligheten till kontroll över den egna arbetssituationen framstår därmed som särskilt betydelsefull för hur man ser på sitt framtida arbetskraftsdeltagande.

Bristande feedback på det som presteras i arbetet angavs ofta av de som inte tänkte sig arbeta kvar efter normal pensioneringsålder. Bland kvinnorna var bristande feedback från överordnade särskilt allvarligt och bland männen bristande feedback från kund/klient/elev.

Bristar i det sociala klimatet på arbetsplatsen (stämning, sammanhållning, trivsel) liksom bristande lojalitet/stolthet gentemot företaget eller det egna arbetet var vanligt förekommande bland alla respondenter och i än större utsträckning bland de som inte kunde tänka sig arbeta vidare upp i åren.

Många respondenter hade varit med om förändringar på arbetsplatsen under det sista året och många hade negativa erfarenheter av förändringarna men många rapporterade även positiva erfarenheter. Positiva erfarenheter rapporterades ofta bland kvinnor som kunde tänka sig arbeta vidare efter normal pensioneringsålder. Omvänt så sågs en överrepresentation av negativa erfarenheter av förändringar bland män som inte kunde tänka sig arbeta vidare. Vid korrektion för andra samtidigt förekommande faktorer så framstod dock erfarenheter av senaste årets förändringar som mindre betydelsefulla i jämförelse med andra psykosociala förhållanden i arbetet.

Hälsa och återhämtning

Respondenter som uppgav olika typer av bristande hälsa hoppades i mindre utsträckning att arbeta efter normal pensioneringsålder jämfört med de personer som uppgivit sin hälsa som god. Bland kvinnorna framstod upplevelsen av brister i det allmänna hälsoläget, bristande hälsa i relation till kraven i arbetet (WAI) och sömnrubbning med svårigheter att vakna och hålla sig vaken som de mest negativa hälsoriskerna. Bland männen var i stället allmänna trötthetssymptom i form av att känna sig utmattad och sliten samt bristande vila och återhämtning mellan arbetspassen de mest negativa faktorerna. Vid samtidig analys av olika typer av faktorer framstod det subjektiva hälsoläget som mer betydelsefullt för kvinnorna, i jämförelse med männen, i relation till om man ville arbeta vidare eller ej efter normal pensioneringsålder.

Sammanfattning

Ålder visade ingen tydlig relation till önskemål om att arbeta vidare efter normal pensioneringsålder. Arbetsmiljöförhållanden är dock tätt sammanflätade med individfaktorer varför enskilda faktorer betydelse är svåra att särskilja. I en tvärsnittsundersökning som denna är dessutom nuvarande egenskaper hos de svarande, exempelvis hälsa, troligen relaterade till både tidigare och nuvarande förhållanden.

I resultaten framkommer att de som hoppas kunna arbeta efter normal pensioneringsålder är välutbildade personer med krävande arbetsuppgifter men med god kontroll över hur arbetet ska genomföras och med god kontakt med arbetskamrater och överordnade. Upplevelse av hälsa och god arbetsförmåga i relation till kraven i arbetet är också viktigt, särskilt bland kvinnorna. Dessa faktorer sammanstrålar ofta för kvinnor som är SACO-anslutna eller som arbetar i statlig tjänst och för män som är egna företagare eller anslutna till arbetsgivarorganisation.

De som sällan hoppas arbeta vidare efter normal pensioneringsålder återfinns bland kvinnor i "vård och omsorg", med privat arbetsgivare eller anslutna till LO och TCO-förbund. Bland männen är förhoppningen att arbeta vidare minst bland de som arbetar med tillverkning, har privat arbetsgivare eller som är LO eller TCO-anslutna.

Tabell 15A. Av 2 509 män och kvinnor kan 327 personer tänka sig arbeta kvar efter normal pensioneringsålder. I tabellen anges de som vill arbeta vidare och har en viss faktor, som antal (n) och som procent av alla med denna faktor (%). För bivariat och multivariat analys anges oddskvot (OK) och 95 procentigt konfidensintervall (KI). Statistiskt säkerställda samband är markerade med fet stil.

Faktorer	n (%)	Bivariat analys		Multivariat analys	
		OK	95 % KI	OK	95 % KI
BAKGRUNDSFAKTORER					
Kön					
Kvinna (ref man)	127 (11)	0.5	(0.4-0.6)	0.6	(0.4-0.9)
Åldersgrupp					
25-44 år (ref 45-64 år)	169 (14)	0.9	(0.7-1.2)		
Födelseland					
Ej Sverige (ref. Sverige)	30 (22)	1.7	(1.1-2.6)		

Levnadsförhållanden					
Bor ensam (ref. bor med annan vuxen o/e barn)	64 (21)	1.7	(1.2-2.2)	1.4	(0.9-2.1)
Känner sig aldrig ensam (ref. övriga)	224 (15)	1.0	(0.8-1.3)		
Socialt förankrad (ref. ej förankring)	204 (16)	1.3	(1.0-1.6)		
Boende i tätort (ref. glesbygd)	153 (14)	0.9	(0.7-1.2)		
Utbildning					
Högst 2-årigt gymnasium (ref. 3-4 årigt gymnasium, universitet/högskola)	157 (13)	0.8	(0.6-1.0)	0.7	(0.4-1.0)
YRKESFÖRHÅLLANDEN					
Arbetsplatsens huvudsakliga verksamhet					
Tillverkning (ref. övriga)	90 (14)	1.0	(0.7-1.3)		
Vård och omsorg (ref. övriga)	50 (10)	0.6	(0.5-0.9)		
Service och handel (ref. övriga)	70 (15)	1.0	(0.8-1.4)		
Administration (ref. övriga)	30 (14)	1.0	(0.6-1.4)		
Utveckla och förmedla kunskap (ref. övriga)	72 (19)	1.5	(1.1-2.0)		
Arbetsgivare					
Statlig (ref. övriga)	36 (19)	1.4	(1.0-2.1)		
Landsting (ref. övriga)	16 (10)	0.7	(0.4-1.1)		
Kommunal (ref. övriga)	61 (11)	0.7	(0.5-0.9)		
Privat (ref. övriga)	107 (11)	0.6	(0.5-0.8)		
Egen företagare (ref. övriga)	82 (28)	2.8	(2.1-3.7)		
Annan (ref. övriga)	20 (25)	2.0	(1.2-3.3)		
Anställningsform					
Ej fast anställning (ref. fast anställning)	92 (24)	2.4	(1.8-3.1)		
Arbetstider					
Oregelbunden (ref. dagtid regelbunden)	140 (18)	1.5	(1.1-1.9)	1.8	(1.3-2.5)
Könsfördelning på arbetsplatsen					
Ojämn (ref. jämn)	242 (13)	0.6	(0.5-0.9)	0.8	(0.5-1.3)
Arbetsplatsens storlek					
Mer än 10 anställda (ref. mindre)	207 (13)	0.8	(0.6-1.0)		
Facklig tillhörighet					
LO (ref. övriga)	74 (11)	0.6	(0.5-0.8)	0.8	(0.5-1.3)
TCO (ref. övriga)	29 (7)	0.4	(0.3-0.6)	0.4	(0.2-0.7)
SACO (ref. övriga)	36 (21)	1.6	(1.1-2.3)	1.5	(0.9-2.5)
Arbetsgivarorganisation (ref. övriga)	16 (33)	2.9	(1.6-5.3)		
Annan organisation (ref. övriga)	50 (15)	1.0	(0.7-1.4)		
Ingen organisationstillhörighet (ref. övriga)	84 (24)	2.2	(1.6-2.8)		

Tabell 15B.

Faktorer	n (%)	Bivariat analys		Multivariat analys	
		OK	95 % KI	OK	95 % KI
ARBETSMILJÖ					
Fysiska arbetsmiljöfaktorer					
Besvär av en eller flera faktorer (ref. inga besvär)	131 (15)	1.0	(0.8-1.3)		
Ergonomiska arbetsmiljöfaktorer					
Besvär av ergonomiska faktorer (ref. inga besvär)	126 (13)	0.8	(0.6-1.1)	0.9	(0.6-1.3)
Upplevd fysisk arbetsbelastning					

Hög belastning (ref. låg)	164 (15)	1.1	(0.9-1.4)		
Psykosociala arbetsmiljöfaktorer					
<i>Krav-Kontroll-Stimulans:</i>					
Höga krav (ref. låga)	125 (14)	1.0	(0.8-1.3)		
Låg kontroll (ref. hög)	146 (12)	0.6	(0.4-0.7)	1.0	(0.7-1.4)
Låg stimulans (ref. hög)	171 (12)	0.5	(0.4-0.7)	0.8	(0.5-1.1)
Passiva = låga krav & låg kontroll (ref. övriga)	83 (11)	0.7	(0.5-0.9)		
Avspända = låga krav & hög kontroll (ref. övr.)	119 (19)	1.5	(1.2-1.9)		
Aktiva= höga krav & hög kontroll (ref. övriga)	62 (20)	1.5	(1.1-2.0)		
Spända = höga krav & låg kontroll (ref. övriga)	63 (12)	0.7	(0.5-0.9)		
Balans krav/förmåga, stimulans/behov					
Kraven högre än den egna förmågan (ref. övriga)	27 (11)	0.6	(0.4-1.0)		
Kraven lägre än den egna förmågan (ref. övriga)	55 (17)	1.2	(0.9-1.6)		
Mindre möjlighet till stimulans än önskat (ref. övriga)	115 (13)	0.7	(0.6-1.0)		
Socialt klimat & förhållande till organisation					
Bristande feed back kamrater (ref. ej brist)	57 (10)	0.7	(0.5-0.9)		
Bristande feed back överordnade (ref. ej brist)	74 (10)	0.6	(0.4-0.8)	0.6	(0.4-0.9)
Bristande feed back kund/klient/elev (ref. ej brist)	44 (10)	0.6	(0.4-0.9)		
Sämre socialt klimat (ref. bättre)	220 (13)	0.7	(0.5-0.9)	0.7	(0.5-1.0)
Låg grad av lojalitet och tillhörighet org. (ref. övriga)	207 (13)	0.6	(0.5-0.8)	0.8	(0.5-1.2)
Låg grad av tydlighet mål och uppgifter (ref. övriga)	176 (14)	0.9	(0.7-1.1)		
Organisationsförändringar					
Positiva effekter (ref. övriga)	121 (15)	1.3	(1.0-1.7)	0.9	(0.6-1.2)
Negativa effekter (ref. övriga)	79 (11)	0.7	(0.5-0.9)	0.9	(0.6-1.3)
HÄLSA					
Hälsa och arbetsförmåga					
Dåligt hälsotillstånd (ref. bra)	20 (10)	0.6	(0.4-0.9)		
Dålig eller medelmåttig arbetsförmåga MVAI (ref. bra)	42 (11)	0.6	(0.4-0.9)	0.7	(0.4-1.2)
Trötthetssymptom (ref. inga symptom)	80 (11)	0.7	(0.5-0.9)		
Psykiska besvär (ref. inget symptom)	50 (14)	1.0	(0.7-1.3)		
Kroppsliga besvär (ref. inga besvär)	56 (11)	0.7	(0.5-0.9)		
Sömn och återhämtning					
Otillräcklig vila mellan arbetspassen (ref. tillräcklig vila)	64 (13)	0.8	(0.6-1.0)	1.1	(0.7-1.6)
Svårt att somna in eller att sova (ref. inga besvär)	74 (13)	0.8	(0.6-1.0)		
Svårt att vakna eller hålla sig vaken (ref inga besvär)	90 (11)	0.7	(0.5-0.9)		

Tabell 16A. Av 1 344 kvinnor och 1 165 män kan 127 kvinnor och 200 män tänka sig arbeta kvar efter normal pensioneringsålder. I tabellen anges de som vill arbeta vidare och har en viss faktor som procent av alla med denna faktor (%) samt *bivariat analys* med beräkning av oddskvot (OK) och 95 procentigt konfidensintervall (KI). Statistiskt säkerställda samband är markerade med fet stil.

Faktorer	Kvinnor			Män		
	%	OK	95 % KI	%	OK	95 % KI
BAKGRUNDSFAKTORER						
Åldersgrupp						
25-44 år (ref 45-64 år)	11	1.0	(0.7-1.4)	19	0.9	(0.7-1.3)
Födelseland						
Ej Sverige (ref. Sverige)	19	2.1	(1.1-3.7)	26	1.5	(0.8-2.7)
Levnadsförhållanden						
Bor ensam (ref. bor med annan vuxen o/e barn)	18	1.9	(1.2-3.1)	23	1.4	(0.9-2.0)
Känner sig aldrig ensam (ref övriga)	11	0.9	(0.6-1.4)	19	1.0	(0.7-1.5)
Socialt förankrad (ref. ej förankring)	12	1.3	(0.9-1.9)	20	1.2	(0.9-1.7)
Boende i tätort (ref. glesbygd)	11	1.0	(0.7-1.4)	18	0.9	(0.7-1.2)
Utbildning						
Högst 2-årigt gymnasium (ref 3-4 årigt gymnasium, universitet/högskola)	9	0.7	(0.5-1.0)	17	0.7	(0.5-1.0)
YRKESFÖRHÅLLANDEN						
Arbetsplatsens huvudsakliga verksamhet						
Tillverkning (ref. övriga)	7	0.6	(0.3-1.1)	16	0.7	(0.5-1.0)
Vård och omsorg (ref. övriga)	8	0.6	(0.4-0.9)	24	1.5	(0.8-2.5)
Service och handel (ref. övriga)	12	1.2	(0.8-1.8)	19	1.0	(0.7-1.5)
Administration (ref. övriga)	12	1.1	(0.6-1.9)	17	0.9	(0.5-1.6)
Utveckla och formidla kunskap (ref. övriga)	16	1.8	(1.2-2.7)	24	1.4	(0.9-2.2)
Arbetsgivare						
Stattlig (ref. övriga)	19	2.1	(1.2-3.5)	20	1.1	(0.6-1.8)
Landsting (ref. övriga)	8	0.7	(0.3-1.3)	20	1.1	(0.4-2.3)
Kommunal (ref. övriga)	9	0.8	(0.5-1.1)	22	1.2	(0.7-2.0)
Privat (ref. övriga)	8	0.6	(0.4-0.9)	14	0.4	(0.3-0.6)
Egen företagare (ref. övriga)	22	2.6	(1.5-4.4)	32	2.4	(1.7-3.4)
Annan (ref. övriga)	21	2.3	(1.0-4.7)	30	1.8	(0.9-3.7)
Anställningsform						
Ej fast anställning (ref. fast anställning)	24	3.7	(2.5-5.3)	25	1.6	(1.1-2.4)
Arbetstider						
Oregelbunden (ref. dagtid regelbunden)	13	1.5	(1.0-2.2)	25	1.7	(1.2-2.3)
Könsfördelning på arbetsplatsen						
Ojämn (ref. jämn)	8	0.5	(0.3-0.8)	18	0.8	(0.5-1.2)
Arbetsplatsens storlek						
Mer än 10 anställda (ref. mindre)	10	0.9	(0.6-1.3)	16	0.7	(0.5-1.0)
Facklig tillhörighet						
LO (ref. övriga)	8	0.6	(0.4-1.0)	14	0.6	(0.4-0.9)
TCO (ref. övriga)	7	0.6	(0.3-1.0)	8	0.3	(0.2-0.5)
SACO (ref. övriga)	16	1.7	(1.0-3.0)	27	1.6	(0.9-2.7)
Arbetsgivarorganisation (ref. övriga)	24	2.6	(0.7-7.6)	38	2.6	(1.2-5.4)
Annan organisation (ref. övriga)	11	1.0	(0.6-1.6)	22	1.2	(0.7-1.8)

Ingen organisationstillhörighet (ref. övriga)	15	1.7	(1.0-2.7)	31	2.2	(1.6-3.2)
--	----	-----	-----------	----	-----	-----------

Tabell 16B.

Faktorer	Kvinnor			Män		
	%	OK	95 % KI	%	OK	95 % KI
ARBETSMILJÖ						
Fysiska arbetsmiljöfaktorer						
Besvär av en eller flera faktorer (ref. inga besvär)	10	1.0	(0.7-1.4)	19	1.0	(0.7-1.4)
Ergonomiska arbetsmiljöfaktorer						
Besvär av ergonomiska faktorer (ref. inga besvär)	10	0.9	(0.6-1.3)	17	0.8	(0.6-1.1)
Upplevd fysisk arbetsbelastning						
Hög belastning (ref. låg)	11	1.1	(0.7-1.5)	20	1.1	(0.8-1.6)
Psykosociala arbetsmiljöfaktorer						
<i>Krav-Kontroll-Stimulans:</i>						
Höga krav (ref. låga)	10	0.9	(0.6-1.3)	20	1.1	(0.8-1.6)
Låg kontroll (ref. hög)	9	0.6	(0.4-0.9)	15	0.6	(0.4-0.8)
Låg stimulans (ref. hög)	9	0.6	(0.4-0.8)	16	0.7	(0.5-0.9)
Passiva = låga krav & låg kontroll (ref. övriga)	10	0.9	(0.6-1.3)	13	0.5	(0.4-0.8)
Avspända = låga krav & hög kontroll (ref. övr.)	13	1.3	(0.9-2.0)	24	1.6	(1.1-2.1)
Aktiva = höga krav & hög kontroll (ref. övriga)	15	1.7	(1.0-2.5)	25	1.5	(1.0-2.2)
Spända = höga krav & låg kontroll (ref. övriga)	8	0.6	(0.4-0.9)	18	0.9	(0.6-1.3)
Balans krav/förmåga, stimulans/behov						
Kraven högre än den egna förmågan (ref. övriga)	7	0.6	(0.3-1.1)	16	0.8	(0.4-1.3)
Kraven lägre än den egna förmågan (ref. övriga)	13	1.3	(0.8-2.1)	21	1.1	(0.7-1.7)
Mindre möjlighet till stimulans än önskat (ref. övriga)	9	0.8	(0.5-1.1)	17	0.8	0.6-1.1)
Socialt klimat & förhållande till organisation						
Bristande feed back kamrater (ref. ej brist)	7	0.6	(0.3-0.9)	15	0.7	(0.5-1.1)
Bristande feed back överordnade (ref. ej brist)	5	0.4	(0.2-0.6)	15	0.8	(0.5-1.2)
Bristande feed back kund/klient/elev (ref. ej brist)	7	0.6	(0.3-1.1)	13	0.6	(0.4-0.9)
Sämrre socialt klimat (ref. bättre)	10	0.7	(0.5-1.0)	17	0.6	(0.5-0.9)
Låg grad av lojalitet och tillhörighet org. (ref. övriga)	9	0.6	(0.4-0.9)	17	0.5	(0.4-0.8)
Låg grad av tydlighet mål och uppgifter (ref. övriga)	10	0.8	(0.5-1.2)	19	0.9	(0.7-1.3)
Organisationsförändringar						
Positiva effekter (ref. övriga)	13	1.5	(1.0-2.2)	19	1.1	(0.8-1.6)
Negativa effekter (ref. övriga)	10	0.8	(0.5-1.2)	14	0.7	(0.4-1.0)
HÄLSA						
Hälsa och arbetsförmåga						
Dåligt hälsotillstånd (ref. bra)	5	0.4	(0.2-0.9)	18	0.9	(0.5-1.6)

Dålig eller medelmåttig arbetsförmåga/WAI (ref. bra)	8	0.6	(0.3-1.0)	16	0.8	(0.5-1.3)
Trötthetssymptom (ref. inga symptom)	9	0.7	(0.5-1.1)	15	0.7	(0.5-1.0)
Psykiska besvär (ref. inget symptom)	10	0.9	(0.5-1.4)	22	1.3	(0.8-1.9)
Kroppsliga besvär (ref. inga besvär)	9	0.7	(0.5-1.1)	16	0.8	(0.5-1.2)
Sömn och återhämtning						
Otillräcklig vila mellan arbetspassen (ref. tillräcklig vila)	11	1.0	(0.6-1.5)	15	0.7	(0.5-1.0)
Svårt att somna in eller att sova (ref. inga besvär)	10	0.9	(0.6-1.3)	18	0.9	(0.6-1.3)
Svårt att vakna eller hålla sig vaken (ref. inga besvär)	8	0.6	(0.4-0.9)	16	0.8	(0.5-1.1)

Tabell 17. Av 1 344 kvinnor och 1 165 män kan 127 kvinnor och 200 män tänka sig arbeta kvar efter normal pensioneringsålder. I tabellen anges multivariat analys med beräkning av oddskvot (OK) och 95 procentigt konfidensintervall (KI). Statistiskt säkerställda samband är markerade med fet stil.

Faktorer	Kvinnor		Män	
	OK	95 % KI	OK	95 % KI
BAKGRUNDSFAKTORER				
Levnadsförhållanden				
Bor ensam (ref. bor med annan vuxen o/e barn)	1.9	(1.0-3.5)		
Utbildning				
Högst 2-årigt gymnasium (mer än 2-årigt gymn.)	0.7	(0.4-1.1)	0.6	(0.4-1.0)
YRKESFÖRHÅLLANDEN				
Arbetsgivare				
Statlig (ref. övriga)	1.5	(0.7-2.9)		
Privat (ref. övriga)	0.6	(0.3-1.0)	0.5	(0.3-0.8)
Egen företagare (ref. övriga)			1.2	(0.5-2.5)
Arbetstider				
Oregelbunden (ref. dagtid regelbunden)			1.6	(1.0-2.5)
Könsfördelning på arbetsplatsen				
Ojämn (ref. jämn)	0.6	(0.3-1.1)		
Arbetsplatsens storlek				
Mer än 10 anställda (ref. mindre)			0.9	(0.5-1.6)
ARBETSMILJÖ				
Ergonomiska arbetsmiljöfaktorer				
Besvär av ergonomiska faktorer (ref. inga besvär)			0.8	(0.4-1.3)
Psykosociala arbetsmiljöfaktorer				
Låg kontroll (ref. hög)	0.8	(0.5-1.3)	1.0	(0.7-1.6)
Låg stimulans (ref. hög)	0.8	(0.5-1.4)	1.0	(0.6-1.5)
Socialt klimat & förhållande till organisation				
Bristande feedback överordnade (ref. ej brist)	0.4	(0.2-0.7)		
Bristande feedback kund/klient/elev (ref. ej brist)			0.7	(0.4-1.3)
Sämre socialt klimat (ref. bättre)	0.8	(0.5-1.3)	0.5	(0.3-0.8)
Låg grad av lojalitet till organisationen (ref. övr.)			0.9	(0.5-1.5)
Organisationsförändringar				
Positiva effekter (ref. övriga)	1.1	(0.6-1.7)		
Negativa effekter (ref. övriga)			0.8	(0.5-1.2)

HÄLSA

Hälsa och arbetsförmåga

Dålig eller medelmåttig arbetsförmåga/WAI (ref. bra) 0.6 (0.3-1.0)

Sömn och återhämtning

Otillräcklig vila mellan arbetspassen (ref. tillräck.) 0.8 (0.4-1.3)

Referenser

- Ahlberg G. (1999) Psychological Demands and Decision Latitude within Health Care Work, Relation to Health and Significance, Department of Psychology, Stockholm University.
- Borg G. (1970) Percieved exertion as an indicator of somatic stress. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 2(2-3):92-98.
- HAKUL (2001), Lägesrapport Mars 2001, Institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet.
- Riksförsäkringsverket, RFV (2000) Socialförsäkringsboken 2000, Efter 55 - Valfärd, arbete och fritid. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Stansfeld, S. A., North, F. M., White, I., Marmot, M. G., (1995), Work Characteristics and Psychiatric Disorder in Civil Servants in London, *J Epidmiol Community Health*, 49:48-53.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Head, J., and Shipley, M., (1997), Work and Psychiatry Disorder in the Whitehall II Study, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 43, No. 1, pp 73-81.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L & Tulkki A. (1998) *AMF-indexet. En metod att bedöma och uppfölja arbetsförmågan*. Helsingfors: Institutet för arbetshygien.

Vilja och villkor
- en studie om långtidssjukskrivnas situation

*Sara Göransson,
Gunnar Aronsson,
Bo Melin
Arbetslivsinstitutet*

Innehåll

Uppläggnig, urval och undersökningsgrupp.....	105
Uppfattade orsaker till sjukskrivningen.....	106
Villkor för att komma tillbaka till arbetet: bedömningar och föreställningar.....	107
Bedömningar hos de som återgått i arbete.....	107
Långtidssjukskrivnas föreställningar.....	108
Åtgärder och bemötande.....	108
Rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatsen.....	108
Insatser från sjukvård och försäkringskassa.....	109
Framtiden: tro, önskningar, farhågor.....	109
Några praktiska slutsatser och reflexioner.....	111
Inledning.....	112
Metod.....	115
Urval och population.....	115
Insamlande av data.....	116
Frågeområden.....	117
Kategoriseringar och ställningstaganden.....	118
Databearbetning.....	122
Resultat.....	122
Bakgrundsbeskrivning.....	123
Arbets- och livssituation.....	128
Orsak till sjukskrivningen.....	129
Återgått i arbete eller inte – jämförelser.....	133
Föreställningar om villkor för återgång i arbete bland långtidssjukskrivna.....	136

Förändringar i arbetet för de som återgått i arbete.....	138
Hur viktig var förändringen för återgång i arbete?.....	140
Lagom arbetstid?.....	142
Åtgärder och bemötande.....	146
Föreställningar om framtiden.....	154
Arbetstidens betydelse.....	156
Ekonomins inverkan på individens handlingar och tro.....	160
Referenser.....	165
Bilaga.....	167
Metodologiska överväganden.....	167

Relativt lite forskning har gjorts med fokus på den långtids-sjukskrivnes eget perspektiv på sina förmågor, sin hälsa, livssituation och framtid liksom på hans eller hennes upplevelse av de åtgärder från arbetsgivare och samhälle han/eller hon mött under sin sjukskrivningstid.

Syftet med föreliggande studie är att beskriva långtids-sjukskrivnas och före detta långtidssjukskrivnas (1-1,5 års sjukskrivning) upplevelse av sin livssituation och de åtgärder och aktiviteter de deltagit i. En utgångspunkt är att den enskildes upplevelser, förhållningssätt och hälsa i samspel med omgivningsförhållanden spelar en väsentlig roll för återgång i arbete. Forskning visar nämligen att människors föreställningar om sin egen framtida hälsa har högt prognosvärde. I studien undersöks medicinska, psykologiska, sociala och ekonomiska faktorer betydelse liksom hur de långtidssjukskrivna uppfattar och värderar andra aktörers handlande. Delfrågeställningar i studien handlar om att identifiera långtidssjukskrivnas föreställningar om under vilka villkor de uppfattar sig kunna och vilja arbeta och vad de tror om sin framtid. För de personer som återgått i arbete var också syftet att kartlägga vilka faktorer som de bedömer har underlättat återgången i arbete.

Upplägning, urval och undersökningsgrupp

Två urval användes för en postenkätstudie samt efterföljande telefonintervju. Första urvalet var 675 slumpmässigt utvalda personer i Riksförsäkringsverkets (RFV) register, vilka varit sjukskrivna 1-1,5 år. Svarsprocenten för denna grupp var 68 procent på enkäten och ytterligare 12 procent svarade på ett urval av enkätens frågor via telefonintervjun (totalt 538 personer). Det andra urvalet bestod av personer som avskrivits från RFV sedan sex månader och

dessförinnan varit sjukskrivna i 1-1,5 år. Svarsprocenten på denna postenkät var 63 procent. Utöver detta tillkom 12 procent via telefonintervju (totalt 479 personer). Båda urvalen stratifierades avseende ålder för att få ett tillräckligt statistiskt underlag för unga personer. På grund av ej dagsaktuella uppgifter i registret och den tid som gick mellan tidpunkten då urvalet drogs och enkätifyllandet hade situationen för en del personer i undersökningsgruppen förändrats vid tillfället för enkätbesvarandet. För de vidare bearbetningarna gjordes därför en indelning i ett antal undergrupper med varierande arbetsanknytning. Två huvudgrupper som ofta återkommer i analyserna är dels de helt sjukskrivna (n= 279) och dels de helt i arbete (n= 288) och utan någon form av ersättning från sjukförsäkring eller pension.

I studien ingått också 16 djupintervjuer med långtidssjukskrivna och personer som återgått i arbete. Detta material har använts som hjälp vid frågekonstruktionen samt till tolkningar av enkätstudien.

Uppfattade orsaker till sjukskrivningen

I analyserna av uppfattade orsaker till sjukskrivning ingick båda undersökningsgrupperna. En tredjedel uppfattar att sjukskrivningen helt är orsakad av arbetet och ytterligare 30 procent menar att den delvis hör samman med arbetet. Äldre, liksom personer med den kortaste utbildningen, uppfattar i högre utsträckning att orsakerna ligger i förhållanden på arbetet.

Nästan alla med utbrändhetsdiagnos uppfattar att problemen helt eller delvis är orsakade av arbetet. Hög arbetsanknytning finns även bland de som lider av psykiska problem i kombination med värk samt människor med ont i nacke, axlar, skuldror och armar. Lägsta uppfattade arbetsanknytningen (30-50 procent) finns för specifika sjukdomar som hjärta- kärl, cancer, mage och tarm, allergier m fl. Det är typen av diagnos som tydligast bestämmer om problemen tillskrivs arbetet.

Vad gäller arbetsmiljöns signal- och preventionssystem framkommer följande. Bland de som menar att sjukskrivningen orsakades av arbetet svarar så många som 2/3 att de påpekade dessa förhållanden för chef eller arbetsgivare innan man blev sjukskriven. En något högre andel kvinnor än män gjorde detta. Ovannämnda grupp med yrkesutbildning samt de med universitets- och högskoleutbildning har i störst omfattning försökt påtala arbets-

miljöfaran, Landstingsanställda har i betydligt högre utsträckning än statligt anställda påtalat problemen.

Villkor för att komma tillbaka till arbetet: bedömningar och föreställningar

Båda undersökningsgrupperna besvarade frågor kring vilka villkor som var viktiga för att komma tillbaka i arbetet. För den grupp som återgått handlar en sådan fråga om en bedömning, som baseras på erfarenheten att börja arbeta igen. För de fortfarande sjukskrivna speglar svaren icke prövade föreställningar, vilka dock sannolikt påtagligt styr individens preferenser och handlingsmönster.

Bedömningar hos de som återgått i arbete

Till de som *återgått i arbete* från långtidssjukskrivning ställdes frågan vilka förändringar som inträffat och vilken vikt dessa hade för återgången. Nästan alla upplever att de fått stöd från familj och vänner och nästan tre av fyra uppger att de fått stöd och hjälp från arbetsplatsen. Två av tre uppger att hälsan förbättrats under sjukskrivningstiden. Bland de med en psykisk diagnos är det så många som 90 procent som anger förbättring. Kvinnor har i större utsträckning än män fått kortad arbetstid när de kommit tillbaka. Bland yngre är det en högre andel som bytt yrke och fått andra arbetskamrater medan kortare arbetstid inte är en lika vanlig förändring hos yngre.

Tre förhållanden framträder som särskilt viktiga för återgång. Att byta yrke och/eller arbetsplats är ett relativt ovanligt men kraftfullt medel. Mer än 2/3 som bytt tillmäter detta stor eller helt avgörande betydelse för återgången. Förändringar av detta slag väger tungt för både män och kvinnor.

Den andra faktorn är arbetstiden. Att ha fått kortare arbetstid väger tungt särskilt för kvinnorna, de äldsta och personer med smärta.

Något oväntat är hälsoförbättring inte den viktigaste faktorn för återgång. För kvinnor väger hälsoförbättring dock betydligt tyngre än för män och är en av de viktigaste faktorerna. För personer med psykiska problem var hälsoförbättringen viktigare för återgång i arbete än för personer med smärta.

Långtidssjukskrivnas föreställningar

Bland de *långtidssjukskrivna* tror 32 procent att de kommer tillbaka i arbete igen under det närmaste året och ytterligare 20 procent tror på återgång men längre fram. Män är mer optimistiska om snar återgång än kvinnor.

Det är intressant att jämföra hur de som fortfarande är långtidssjukskrivna ser på vad som är viktigt för återgång jämfört med de som återgått i arbete och så att säga har fått sina föreställningar prövade. En påtaglig olikhet gäller hälsoförbättring. Förbättrad hälsa bedömdes som den särklassigt viktigaste faktorn för att komma tillbaka i arbete bland de långtidssjukskrivna. Detta gäller oavsett kön, ålder och andra indelningar som kan göras. Bland de äldsta långtidssjukskrivna intar förbättrad hälsa den helt dominerande faktorn relativt andra förändringar. En bättre och effektivare behandling anser sex av tio är viktigt.

För kvinnor är en förkortad arbetstid och att arbetet blir mindre stressigt tunga faktorer. Mindre stress är viktigt även för män medan förkortad arbetstid inte väger lika tungt för män som för kvinnor. Här liknar föreställningarna hos de långtidssjukskrivna påtagligt bedömningarna hos de som återgått i arbete.

Yngres föreställningar om villkor för återgång handlar förutom hälsoförbättring i mycket stor utsträckning om att byta yrke, byta arbetsplats, förändrade arbetsuppgifter. Här finns en god överensstämmelse mellan föreställningarna hos de fortfarande långtidssjuka och vad som bedöms ha varit viktigt för de jämnåriga som återgått efter långtidssjukskrivning. Hjälps och stöd från försäkringskassan är också en faktor som allmänt bedöms väga tungt för återgång i arbete. Här finns ett relativt starkt samband med ålder: yngre betraktar hjälp och stöd som viktigare än äldre.

Villkor för återgång är också relaterad till diagnos. För personer med psykiska besvär handlar det i större utsträckning om att minska stressen i arbetet, byta social miljö och få stöd och hjälp. För personer som lider av smärta är lättare arbete och bra arbets-hjälpsmedel vägen till återgång.

Åtgärder och bemötande

Rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatsen

Nästan hälften (48 procent) av de svarande uppger att det inte finns något aktivt rehabiliteringsarbete på deras arbetsplats och en

stor andel uppger att de inte vet (31 procent). Högsta andelen som uppger att det finns en aktiv rehabiliteringsverksamhet finns på statliga arbetsplatser (29 procent) medan motsvarande andel för kommunanställda är 19 procent.

Det finns stora skillnader mellan hur man uppfattar arbetsgivarens insatser, vilket till stor del beror på just vilken arbetsgivare man har. Bland de privatanställda är det bara 40 procent som uppfattar att arbetsgivaren gjort något som underlättat deras återgång till arbete medan motsvarande andel för kommunalt anställda är 50 procent, landstingsanställda 48 procent och inom staten 68 procent.

Insatser från sjukvård och försäkringskassa

Drygt 40 procent anser att väntetiderna för utredningar och behandling varit för långa eller t o m orimligt långa. Bland männen har hälften denna uppfattning och bland unga ungefär 2/3. Personer med diskbräck, ländrygg, övriga ryggproblem och knä, höfter etc. tycker i störst utsträckning att de väntat alltför länge medan andelen som tycker att de väntat för länge är mycket låg bland personer med hjärt- och kärlsjukdomar.

Sjukvård och försäkringskassa får relativt goda omdömen från det stora flertalet vad gäller hjälp och behandling. Däremot är det bara drygt hälften som anger att hjälpen varit till stöd för återgång i arbetet. Minst nytta av hjälpen rapporterar personer med psykiska besvär i kombination med värk, och personer med ledbesvär, fibromyalgi, ont i nacke, axlar, skuldror och armar. Yngre är generellt mindre nöjda med både sjukvård och försäkringskassa.

Framtiden: tro, önskningar, farhågor

Ett antal frågor pejlade deltagarnas föreställningar om framtiden – vad de tror, önskar, vill och befarar.

Tro på återgång i arbete. Av de långtidssjukskrivna är det som tidigare nämnts 32 procent som tror att de kommer tillbaka i arbete igen under det närmaste året och ytterligare 20 procent tror att de kommer tillbaka fast det kommer att ta längre tid. Trettio procent är tveksamma och 18 procent tror inte alls att de återgår i arbete.

Ålder är den viktigaste särskiljande faktorn i bedömningen. Mer än 80 procent av de som är under 40 tror på återgång jämfört med

56 procent i åldrarna 50-59 år. I den äldsta gruppen är det bara 1 på 5 som tror på återgång. Andelen män som tror på återgång är högre än andelen kvinnor. Tron på återgång påverkas inte av huruvida man uppfattar att sjukskrivningen är orsakad av arbetet eller ej. Också åtgärder från arbetsgivaren under sjukskrivningen för att underlätta återgång har signifikant betydelse för tron på återgång. Däremot tycks det inte finnas några samband mellan tron på återgång och andra insatser från arbetsplatsen, sjukvården eller försäkringskassan.

Bland de långtidssjukskrivna har tre av fyra ekonomisk press på sig att återgå i arbete. Unga upplever mera ekonomisk press än äldre. De som har ekonomisk press på sig att återgå i arbete tror i större utsträckning att de kommer tillbaka. Detta samband förklaras i stor utsträckning av att yngre upplever större ekonomisk press och även oftare tror att de kommer tillbaka i arbete.

Samtidigt visar resultaten att personer som nu är i arbete och hade en ekonomisk press på sig att återgå i arbete i högre grad tror att de kommer att långtidssjukskrivna igen på grund av arbetet. De anser också att de gick tillbaka för tidigt i arbete. Vidare är det en högre andel bland de som har en ekonomisk press som anser att de arbetar för mycket med tanke på hälsan.

Önskan om att lämna arbetslivet. I hela undersökningsmaterialet var det 46 procent som angav att de ville ha sjukbidrag, sjuk- eller förtidspension. På grund av tiden som gick mellan det att urvalet drogs och enkäten skickades in fanns 18 procent som övergått till sjukbidrag eller pension. Återstoden 38 procent vill inte ha denna form för utträde ur arbetslivet.

En rad olika faktorer kunde identifieras som särskiljer de som vill lämna arbetslivet från de som vill fortsätta. Ser vi till individegenskaper är inte oväntat andelen som vill lämna arbetslivet betydligt högre bland de äldre och de som har kortare utbildning. Om individen har en känsla av att kunna påverka sin situation och framtid (*mastery*) är detta en klart bromsande faktor för att lämna arbetslivet. Personer med smärta är överrepresenterade i gruppen som redan fått sjukbidrag eller pension och det är också en högre andel bland personer med smärta som önskar detta jämfört med personer med psykiska besvär.

Andra arbetsanknutna förhållanden som ökar sannolikheten att man vill fortsätta är framförallt att man saknar sitt arbete, känner sig välkommen tillbaka och upplever att någon bryr sig om huruvida man kommer tillbaka eller inte. Arbetsgivarens insatser för återgång i arbete bedöms också som mycket viktiga.

Farhågor hos de som arbetar. Nästan en av fyra av de som återgått i arbete befarar att de inte kan behålla hälsan på grund av arbetet. Arbetstiden är en viktig faktor – de som anser att de arbetar för mycket har mindre tro på att de kommer kunna fortsätta vara friska.

Av de som återgått i arbete efter långtidssjukskrivning tror 34 procent att de kommer att bli långtidssjukskrivna igen p.g.a arbetet – fler män än kvinnor tror detta. Personer med smärta tror i högre grad att de kommer att bli långtidssjukskrivna igen p.g.a. arbetet jämfört med personer med psykiska problem. Arbetstiden är också här en viktig faktor – de som anser att de jobbar för mycket tror i högre grad att de kommer att bli långtidssjukskrivna igen.

Några praktiska slutsatser och reflexioner

Den bild som framkommer av långtidssjukskrivnas situation är mångfacetterad. Rehabilitering till arbete betyder därför mycket olikartade insatser och långt gången individualisering. Till bilden hör att mer än hälften av de långtidssjukskrivna är optimistiska om sin framtid i meningen att de tror att de kan komma tillbaka i arbete. Skillnader i problembild och därmed i kapaciteter och hjälpbehov framträder framförallt mellan människor med olika diagnoser, män och kvinnor och i olika åldersgrupper. Också den självtillit och den syn man har på sig själv i meningen att man tror det är möjligt att påverka sin omvärld spelar en viktig roll för tron på att komma tillbaka i arbete.

Hälsförbättring är naturligtvis en tung faktor för återgång i arbetet men för vissa kategorier är inte hälsförbättring det primära för återgång. Med ändrade arbetsförhållanden skulle man kunna arbeta. Om arbetsgivare kan förmås att visa ett större intresse för att långtidssjukskrivna skall komma tillbaka kommer dessas tro på möjligheter att återgå att öka.

Åtgärder som möjliggör flexibel arbetstid framträder som det kanske viktigaste instrumentet för att åstadkomma en balans mellan individernas kapaciteter och arbetskraven. Detta gäller särskilt om insatser skall göras till stöd för den kontinuerligt växande gruppen av långtidssjukskrivna kvinnor. Minskad stress är den andra anpassningsåtgärden, som kommer att möjliggöra deltidinsatser både män och kvinnor.

Ser vi till individuella förhållanden har personer med psykiska problem helt andra behov och önskningar än personer med smärta

som diagnos. Arbetshjälpmedel och mindre fysiskt tungt arbete är det centrala för de sistnämnda. Mindre stress, socialt stöd, andra arbetskamrater och annan chef är lösningar för många personer med psykiska besvär.

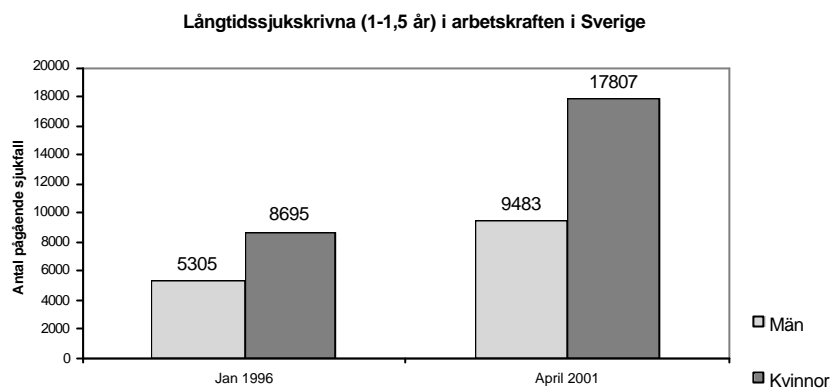
För yngre personer som hamnar i långtidssjukskrivning framträder ett behov av större förändringar såsom byte av yrke och arbetsuppgifter. För äldre personer handlar förändringarna enligt dem själv mer om att söka förändringar i den befintliga miljön.

De som lever under ekonomisk press tror i större utsträckning på att de kommer att gå tillbaka i arbete. Samtidigt finns uppenbart en fara i att använda ekonomisk press för att få människor tillbaka i arbete. De som lever under ekonomisk press tror i betydligt större utsträckning än personer utan ekonomisk press att de kommer att bli långtidssjuka igen. De anser också att de gick tillbaka för tidigt i arbete och en stor andel bland de ekonomiskt pressande uppfattar att de arbetar betydligt fler timmar än vad som är lämpligt med tanke på deras hälsa.

Inledning

Antalet människor i mycket långa sjukskrivningar har ökat kraftigt de senaste åren i Sverige. Det finns nu år 2001 mer än 100 000 personer som varit sjukskrivna mer än 1 år, vilket är den högsta siffran någonsin i Sverige. Kvinnor är kraftigt överrepresenterade bland de mycket långa sjukskrivningarna. Föreliggande studie fokuserar på ett urval av denna grupp av långtidssjukskrivna, nämligen personer som varit sjukskrivna mellan 12 och 18 månader. Även denna tidsmässigt begränsade grupp har ökat kraftigt under de senaste åren (figur 1). Det rör sig om ungefär en fördubbling från 1996 till 2001 och totalt var 27 290 personer långtidssjukskrivna i arbetskraften i april 2001.

Figur 1. Antal långtidssjukskrivna (1-1,5 år) i arbetskraften. Jämförelse mellan januari 1996 och april 2001. Män och kvinnor redovisas separat.



Källa. Registerutdrag beställt från RFV aug. 2001.

Syftet med föreliggande studie är att beskriva långtidssjukskrivnas och före detta långtidssjukskrivnas (sedan 6 månader avskrivna från RFV efter 1 – 1,5 års sjukskrivning) upplevelse av sin livssituation och de åtgärder och aktiviteter de deltagit i. En utgångspunkt är att den enskildes upplevelser, förhållningssätt och hälsa i samspel med omgivningsförhållanden spelar en väsentlig roll för återgång i arbete. Forskning visar även att människors föreställningar om sin egen framtida hälsa har högt prognosvärde. I studien undersöks medicinska, psykologiska, sociala och ekonomiska faktorer betydelse liksom hur de långtidssjukskrivna uppfattar och värderar andra aktörers handlande. Delfrågeställningar i studien handlar om att identifiera långtidssjukskrivnas föreställningar om under vilka villkor de uppfattar sig kunna och vilja arbeta och vad de tror om sin framtid. För de personer som återgått i arbete var också syftet att kartlägga vilka faktorer som de bedömer har underlättat återgången i arbete.

Metod

Det kvantitativa materialet i denna undersökning är insamlat via post- och telefonenkätmetodik. Ett kvalitativt material har också insamlats via djupintervjumetodik och har i en första etapp använts för utformning av enkäten och som hjälp till tolkningar av enkätdata.

Urval och population

I den kvantitativa enkätundersökningen består urvalet av totalt 675 slumpvis utvalda personer som varit sjukskrivna mellan 1-1,5 år i en sammanhängande sjukskrivningsperiod och 675 slumpvis utvalda personer som varit sjukskrivna i 1-1,5 år men varit avskrivna från Riksförsäkringsverket (RFV) sedan sex månader. En majoritet av dessa har återgått i arbete. Ålder var stratifieringsvariabel och 150 personer valdes ut från åldersgrupperna 20-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år samt 75 personer från åldersgruppen 60-65 år (se figur 2).

RFV ansvarade för det slumpmässiga urvalet (hämtades från RFV:s register över sjukskrivningar april 2001) för de två grupperna och levererade två datafiler med födelsedata, kön och sjukskrivningsdatum för personerna enligt kriterierna ovan. RFV:s register gör det inte möjligt att identifiera personer som är sjukskrivna på deltid och inte heller identifiera vilka personer som återgått i arbete vid avskrivningen från RFV. I figur 2 redovisas denna undersöknings urval av långtidssjukskrivna och avskrivna i de olika ålderskategorierna samt antalet i respektive population.

Viktning

Då ålder utgjort stratifieringsvariabel medförande olika procentuella förhållanden mellan urval och totalt antal långtidssjukskrivna respektive avskrivna i de olika ålderskategorierna att alla data i redovisningsdelen är viktade med hänsyn till detta. Eftersom svarsfrekvensen varierar mellan de olika åldersgrupperna och insamlingarna (telefon eller enkät) har två olika viktningvariabler använts i analyserna (se tabell 1).

P.g.a. viktningen betraktar statistikprogrammet datamaterialet som ett stort material (27 299 för de långtidssjukskrivna). Det innebär att det finns en hög statistisk styrka (*power*) att identifiera skillnader mellan grupper. Detta innebär att många statistiska

prövningar blir statistiskt signifikanta. Därför har vi i den beskrivande delen fokuserat på avvikelser som är större än 10 procentenheter. En signifikant skillnad behöver inte ha substantiell betydelse. Det finns alltså en risk för Typ I-fel, dvs. att förkasta en sann nollhypotes om att grupper är lika bara därför att den statistiska styrkan att identifiera skillnader är så hög.

Tabell 1. Antalet personer i respektive ålderskategori i populationen och i svarsgrupperna samt respektive svarsgrupps vikt bland långtidssjukskrivna i april och avskrivna från RFV i april.

Ålders- kategori	Långtidssjukskrivna i april 2001					Avskrivna från RFV i april 2001				
	Popula- tionen	Enkät- svar	Totalt inkl telefon- intervju	Vikt - enkät	Vikt - totalt	Popula- tionen	Enkät- svar	Totalt inkl telefon- intervju	Vikt - enkät	Vikt - totalt
20-29 år	1311	93	115	14,10	11,40	421	86	111	4,90	3,79
30-39 år	4527	91	110	49,75	41,15	1126	91	110	12,37	10,24
40-49 år	7344	100	118	73,44	62,24	1672	88	106	19,00	15,77
50-59 år	11 580	115	132	100,70	87,73	3181	93	104	34,20	30,59
60-65 år	2537	58	63	43,74	40,27	1438	47	48	30,60	29,96
Totalt	27 299	457	538			7838	405	479		

Insamlande av data

Efter att RFV gjort urvalet kopplade Statistiska centralbyrån (SCB) ihop födelsedata med aktuella adressuppgifter. SCB ansvarade också för tryck, kuvertering, frankering och utskick av enkät och påminnelsebrev. Enkäten skickades ut i skiftet augusti/september 2001. En påminnelse skickades ut efter ca en vecka i form av ett tack- och påminnelsekort. Efter ytterligare 7 dagar skickades ytterligare en enkät ut. Alla respondenter som besvarade enkäten tackades med en TRISS-lott.

SCB ansvarade också för genomförandet av en uppföljning via telefon. Samtliga personer som inte skickat in enkäten ringdes upp per telefon och besvarade ett urval om 22 frågor från enkäten.

Telefonintervju

Telefonintervjun fyllde två funktioner, dels för att närmare kunna beskriva bortfallet (se skrivningen av bortfall nedan) men också för att komplettera vissa viktiga frågeställningar. I resultatdelen framgår i text och i återgivandet av antalet n i tabeller att inom samtliga frågeområden har vissa enskilda frågor också ställts i telefonintervjun, varför antalet n i sådana frågor är fler än i andra.

Bortfall

Av de som inte skriftligt besvarat (figur 2) enkäten kunde ca 12 procent i båda grupperna nås för en telefonintervju. Av figur 2 framgår att 68 procent (80 procent inklusive telefonintervju) av de långtidssjuka och 63 procent (75 procent inklusive telefonintervju) av de avskrivna besvarade enkäten skriftligt. Medelåldern var 45,4 år för de långtidssjukskrivna och andelen kvinnor 68 procent. För de avskrivna var medelåldern 44,9 år och andelen kvinnor 61 procent.

I telefonintervjugruppen var medelåldern 41,8 år och andelen kvinnor 53 procent för de långtidssjukskrivna. Bland de avskrivna var medelåldern 39,9 år och andelen kvinnor 49 procent. De telefonintervjuade grupperna innehåller således en något yngre grupp och färre andel kvinnor än de som lämnat enkäten.

Frågeområden

Frågeområden som behandlades i enkäten var: 1) *allmänna frågor* (ex frågor om födelseår och kön), 2) frågor om *sjukskrivning och framtiden* (ex frågor om orsak till sjukskrivning och livsinställning), 3) ditt *arbete* (ex nuvarande arbete/arbetsgivare, arbetssituation senaste tid) 4) *åtgärder* (ex åtgärder de undersökta varit föremål för från arbetsgivare, försäkringskassa och landsting/sjukvård och annat rehabiliteringsarbete samt väntetider för ex behandling), 5) *individens situation* (ex möjlighet att påverka sin egen situation nu och i framtiden), 6) *konsekvenser av sjukskrivning* (ex hur sjukskrivningen påverkat det sociala livet).

Föreliggande rapport baseras på ett urval av dessa frågor och frågeområden.

Skalor i studien

Fysisk arbetsbelastning mättes med frågan "Tycker du att ditt arbete är fysiskt ansträngande". *Psykisk och social arbetsbelastning* (alpha=0,64) mättes med fem frågor (ex Tycker du att ditt arbete är psykiskt ansträngande", "Tycker du att ditt arbete är socialt krävande").

Engagemang och lust för arbetet (alpha=0,86) mättes med fem frågor (ex "Tycker du att ditt arbete är roligt? Eller "Tycker du att ditt arbete är engagerande"). *Klimat på arbetsplatsen* (alpha=0,84) mättes med tre frågor "Upplever Du att människor på arbetet lyssnar på dig?", "Har Du det stöd Du behöver i arbetet?" och "Tycker Du att det är en trevlig stämning på jobbet?". Svarsskalan var 4-gradig, från "Ja, i hög grad" till "Nej, inte alls" för samtliga dessa frågor.

Emotionell anknytning till arbetet (alpha=0,79) mättes med fyra items varav ett är relaterat till individens egen saknad ("Saknar du ditt arbete?") och de andra är relaterade till upplevelsen av om man är välkommen tillbaka av andra på jobbet ("Känner/kände du dig välkommen tillbaka till arbetet av Din chef och arbetsgivare?" eller "Upplever/upplevde du att någon på jobbet bryr sig om huruvida Du kommer tillbaka eller ej?"). Svarsskalan var 4-gradig.

Mastery (Pearlin, Liebermann, Menghan & Mullan, 1981) mättes med sju items. Om samtliga frågor används som en skala blir alphavärdet 0,80 och visar sig fungera bra för att allmänt mäta kontroll (*mastery*). Två av frågorna handlar dock mer om handlingskraft och i analyserna har dessa två items bildat en egen skala (*mastery - action*) vilken består av frågorna "Jag kan genomföra allt som jag verkligen vill ha gjort" och "Vad som kommer att inträffa i framtiden beror mest på mig själv" (alpha=0,49). Resterande fem frågor (ex "Jag har inte mycket att säga till om i sådant som gäller mitt liv" och "Jag känner mig ofta hjälplös i mitt förhållande till tillvaron") bildar skalan som handlar om kontroll och kontrollförlust (*mastery - control*). Alpha för dessa frågor är 0,80.

Kategoriseringar och ställningstaganden

Förändring april – september, registerdata kontra enkätdata

Urvalet syftade till att renodla kategorierna långtidssjukskrivna (1-1,5 år) respektive avskrivna, alltså före detta långtidssjukskrivna (1-1,5 år) som därefter återgått i arbete. Trots tillämpning av nog-

grann metod för urval och relativt hög svarsfrekvens (se under rubriken bortfall samt figur 3) blev urvalet i respektive grupp långtidssjukskrivna och avskrivna från RFV inte renodlat. Urvalet gjordes ur RFV:s register som var uppdaterat t.o.m. april 2001, medan enkäten ifylldes i september/oktober 2001. En inte oväntad överflyttning till andra kategorier av sjukskrivningsformer har skett från april till september/oktober 2001. De överflyttningar som visas i figur 3 har alltså skett under en fyra månaders period. Vid analys av de besvarade enkäterna framkom (figur 3) exempelvis att av gruppen långtidssjukskrivna (n= 538) var endast 270 personer helt sjukskrivna i september 2001, dvs. då enkäten ifylldes.

Även i gruppen avskrivna (n= 479) återfanns 9 personer som var helt sjukskrivna i september 2001. I gruppen avskrivna var i själva verket endast 222 personer möjliga att klassificera som helt återgångna i arbete, resterande var att betrakta antingen som deltidsjukskrivna, sjukpensionerade etc. i september 2001. Detta medför avvägningar i samband med de statistiska analyserna.

Kategorisering av diagnoser – orsak till sjukskrivning

I enkäterna har deltagarna givits tre olika möjligheter att själva ange vad som var anledning till sjukskrivningen. En fråga handlade om för vad man var sjukskriven, i en annan fråga fick respondenterna besvara vad som var hinder för återgång i arbete. Båda dessa frågor var öppna frågor. Slutligen fanns frågor som handlade mer direkt om vilka symptom man besvärats av. I första hand kategoriserades diagnos utifrån frågan om vad man var sjukskriven för.

I samtliga fall kontrollerades att detta överensstämde med vad som var hinder för återgång i arbete. I huvudsak överensstämde dessa svar. Där så inte var fallet kategoriserade forskargruppen den mest sannolika diagnosen utifrån en sammanvägning av symptomfrågorna i enkäten. Det är viktigt att framhålla att diagnoser avser individens egna uppgifter om orsak till sjukskrivning. Någon tillgång på journaler har undersökningen inte haft. Vidare kan kodning av diagnoser göras på olika sätt. Undersökningen har betonat en funktionell indelning, dvs. tio diagnoskategorier har använts vid mer beskrivande statistik (se tabell 2).

Tabell 2. Anger 10 specifika diagnoskategorier som använts vid beskrivande statistik.

Specifik diagnoskategori
Utbrändhet
Depression
Övriga psykiska problem
Psykiska problem i kombination med annat (värk)
Ledbesvär och fibromyalgi
Diskbräck, övrig ospecificerad ryggproblematik, whiplash och ländryggsbesvär
Nacke, axlar, skuldror och armar
Knä, höfter, handleder, armbåge etc.
Hjärt- och kärlsjukdomar (högt blodtryck)
Övrigt (cancer, mage- och tarm, hörsel, allergier etc.)

I samband med mer komplexa statistiska analyser (som ex. vid multivariat logistisk regressionsanalys) har diagnoser i materialet delats in i tre grupper, nämligen i kategorierna psykisk, smärta och övrigt (tabell 3).

Tabell 3. Anger de tre övergripande diagnoskategorierna.

Psykisk	Smärta	Övrigt
Utbrändhet	Ledbesvär och fibromyalgi	Hjärt- och kärlsjukdomar (högt blodtryck)
Depression	Diskbräck, övrig ospecificerad ryggproblematik, whiplash och	Övrigt (cancer, mage- och tarm, hörsel, allergier etc.)
Övriga psykiska problem	Nacke, axlar, skuldror och armar	
Psykiska problem i kombination med annat (värk)	Knä, höfter, handleder, armbåge etc.	

Databearbetning

Data har lagts in i Excel och frekvensberäkningar och multivariata logistiska regressionsanalyser har bearbetats i SPSS (version 10.0 för Windows).

Logistisk regression

I de fall där den multivariata logistiska regressionsanalysen använts presenteras den i samma tabell (de fyra kolumnerna längst till höger i tabellen) som beskrivande frekvenser och medelvärden. Ofta presenteras i den beskrivande delen både den kontinuerliga variabelns medelvärde och motsvarande kategorivariabels frekvenser.

För att kunna presentera en starkare och mer stabil regressionsmodell har företrädesvis kontinuerliga variabler använts. Detta kan innebära att tolkningen av den logistiska regressionen försvåras. I föreliggande rapport har dock den logistiska regressionen framförallt använts som en hjälp att tolka den beskrivande statistiken. Detta innebär att hänvisningar till oddskvoter inte förekommer i texten, utan endast till frekvenser och medelvärden.

I analyserna har urvalet av variabler gjorts i första hand utifrån en modell där både individvariabler (kön, ålder, utbildning och diagnos), variabler relaterade till arbete (fysiskt ansträngande, engagerande etc.) och stödsystem (upplevelsen av arbetsgivarens insatser, försäkringskassa och sjukvård etc.) använts. I andra hand har valet skett utifrån målet att kunna presentera en modell som håller såväl statistiskt som teoretiskt.

Resultat

I resultatredovisningens första del presenteras en bakgrundsbeskrivning som belyser de långtidssjukskrivna (n= 538) och de som avskrivits från RFV (n= 479) separat med syfte att *beskriva* respektive grupp. I resultatredovisningens andra del (sid. 19) presenteras resultat kopplade till de uppställda frågeställningarna. Alla data i resultatdelen är viktade (se metod, sid. 10).

Bakgrundsbeskrivning

Som framgår av tabell 4 är 68 procent kvinnor i gruppen långtidssjukskrivna och 61 procent i gruppen som avskrivits från RFV. Medelåldern för de långtidssjukskrivna är 49,8 och 51,7 bland de avskrivna. Åldersspridningen i grupperna är likartad.

Tabell 4. Andelen i de olika ålderskategorierna, civilstånd etc. Skillnader mellan män och kvinnor samt bland långtidssjukskrivna och avskrivna. Summeras till 100 procent kolumnvis för varje variabel. Viktade resultat.

	Långtidssjukskrivna			Avskrivna från RFV		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
Män	-	-	32	-	-	39
Kvinnor	-	-	68	-	-	61
Ålderskategori (n=538/479)						
20-29 år	4	3	3	5	3	4
30-39 år	17	14	15	13	12	12
40-49 år	19	29	26	18	22	20
50-59 år	41	40	40	33	37	35
60-65 år	19	14	16	32	27	29
Medelålder	50,1 (Sd=10,4)	49,6 (Sd=9,7)	49,8 (Sd=10,0)	51,6 (Sd=11,0)	51,7 (Sd=10,1)	51,7 (Sd=10,5)
"Civilstånd" (n=455/402)						
Gift/sammanboende	77	75	75	76	72	73
Särbo	1	2	2	1	3	2
Ensamstående	22	23	23	22	25	24
Andel med hemma- varande barn (n=455/393)	31	40	37	29	37	34
Högsta utbildningsnivå						
Folkskola (normalt 6-8 år)	17	17	17	26	17	20
Grundskola (1-9 år)	17	14	15	11	13	12
Yrkesutbildning – minst ett år över realskola	9	12	11	17	8	12
Realexamen	1	3	3		2	1
Gymnasieutbildning eller motsvarande (Upp till 2 år)	16	18	17	15	16	16
Gymnasieutbildning eller motsvarande (3-4 år)	16	10	12	11	11	11
Universitet/hög-skole- utbildning, upp till 3 år	12	12	12	12	18	15
Universitet/hög-skole- utbildning,	11	13	13	8	14	12

3 år eller mer						
Boendeort						
(n=437/399)						
Stockholm, Göteborg eller Malmö (inkl förorter)	18	21	20	18	28	24
Tätort (25 000 – 200 000 invånare)	29	28	28	19	24	22
Tätort (5 000 – 24 999 invånare)	19	20	20	23	16	19
Tätort (2 000 – 4 999 invånare)	7	8	8	14	9	11
Tätort (200 – 1 999 invånare)	7	8	8	7	10	9
Landsbygd eller ort med mindre än 200 invånare	20	15	16	19	14	16
Födelseland						
Sverige	86	83	84	91	87	89
Övriga Norden	7	7	7	3	5	4
Utanför Norden	8	10	9	5	7	7

75 procent är gifta eller sammanboende bland de långtidssjukskrivna och motsvarande andel för de avskrivna är 73 procent. 37 procent av de långtidssjukskrivna har hemmavarande barn och något färre bland de avskrivna (34 procent).

Det är en högre andel (24 procent) bland de avskrivna som uppger att de bor i Stockholm, Göteborg eller Malmö (inkl förorter) jämfört med 20 procent av de långtidssjukskrivna. 16 procent bland såväl långtidssjukskrivna som de avskrivna bor på landsbygden eller i mindre ort.

Totalt sett har 25 procent av de långtidssjukskrivna en universitets- eller högskoleutbildning, en något högre andel (29 procent) har en gymnasieutbildning och 46 procent har folkskola, realexamen eller grundskola. I gruppen som avskrivits från RFV har en högre andel bland kvinnorna en universitets- eller högskoleutbildning än männen (32 procent jämfört med 20 procent).

83 procent av kvinnorna och 86 procent av männen i gruppen långtidssjukskrivna är födda i Sverige och en något högre andel bland de som avskrivits.

Sjukskrivningsorsak – diagnos

Tabell 5 visar den angivna sjukskrivningsorsaken för gruppen långtidssjukskrivna (n= 482) och gruppen som avskrivits (n= 467). Som framgår av tabellen är totalt 49 procent i gruppen *långtidssjukskrivna* sjukskrivna p.g.a. smärta och 32 procent är sjukskrivna

av psykiska orsaker där utbrändhet är den stora underdiagnosen (13 procent). För smärta är andelen lika hög för både män och kvinnor. När det gäller gruppen psykiska problem är kvinnor över-representerade (34 procent jämfört med 28 procent för männen).

Tabell 5. Andel med olika diagnoser i gruppen långtidssjukskrivna och gruppen som avskrivits från RFV med uppdelning på kön. Summeras till 100 procent kolumnvis för varje variabel. Viktade resultat.

	Långtidssjukskrivna i april			Avskrivna från RFV		
	Män (n=149)	Kvinnor (n=333)	Totalt (n=482)	Män (n=190)	Kvinnor (n=277)	Totalt (n=467)
Övergripande diagnoser						
Psykiskt	28	34	32	20	32	28
Smärta	48	49	49	51	53	53
Övrigt	23	16	18	29	14	20
Underdiagnoser						
Utbrändhet	11	14	13	11	19	16
Depression	7	8	8	3	6	5
Övriga psykiska problem	6	5	5	5	4	5
Psykiska problem i kombination med annat (värk)	4	7	6	1	3	3
Ledbesvär och fibromyalgi	8	14	12	8	17	13
Diskbräck, övrig ospecificerad ryggproblematik, whiplash och ländrygg	21	14	16	10	11	11
Nacke, axlar, skuldror och armar	9	13	11	23	16	18
Knä, höfter, handleder, armbåge etc.	11	9	10	11	10	10
Hjärt- och kärlsjukdomar (högt blodtryck)	6	4	4	10	2	5
Övrigt (cancer, mage- och tarm, hörsel, allergier etc.)	17	13	14	18	13	15

Antal år i sjukskrivning

Tabell 6 visar i hur många år man varit sjukskriven totalt sett under sitt liv. I både gruppen långtidssjukskrivna (n= 428) och gruppen som avskrivits från RFV (n= 352) har man i genomsnitt varit sjukskriven 3 år, men antalet år varierar bl.a. beroende på ålder. I oväntat uppger exempelvis personer mellan 20-29 år att de varit sjukskrivna i genomsnitt 2,3 år, vilket kan jämföras med 3,0 år i gruppen totalt sett och i gruppen över 60 år. De som fått sjukbidrag har varit sjukskrivna längre tid än övriga.

Tabell 6. Antal år i genomsnitt som man varit sjukskriven under livet. Skillnader mellan de olika livs- och arbetssituationsgrupperna med uppdelning på gruppen långtidssjukskrivna och avskrivna. Viktade resultat.

	Långtidssjukskrivna i april (n=428)				Avskrivna från RFV (n=352)			
	Medel	Sd	Min	Max	Medel	Sd	Min	Max
Sjukskriven helt (n=270/9)	3,0	1,6	1	14	2,0	0,0	2	2
Deltidssjukskriven och i arbete (n=123/19)	2,7	1,3	1	12	2,5	0,8	1	4
Sjukbidrag, sjuk- el. för- tidspension och arbete (n=18/84)	3,7	2,7	1	11	3,3	2,6	1	15
Sjukbidrag, sjuk- el. för- tidspension (n=41/77)	4,3	4,6	1	20	3,9	2,8	1	20
Arbete (tillsvidare, tillfälligt el. eget företag) (n=62/222)	2,1	0,9	1	5	2,5	2,1	1	20
Övrigt (n=20/65)	2,9	3,0	1	11	2,7	1,4	1	7
Total	3,0	2,1	1	20	3,0	2,4	1	20

Yrke

I båda grupperna finns en stor spridning vad gäller vilket yrke som personen uppgett. Den största gruppen i både gruppen långtidssjukskrivna och de som avskrivits är personer som arbetar med service-, omsorgs och säkerhetsarbete (sjukvårdsbiträden, undersköterskor, personliga assistenter och vårdare) – 23 procent av de långtidssjukskrivna och 20 procent av de avskrivna uppger att de arbetar inom detta område.

Lärare är den enskilt största gruppen bland både avskrivna och långtidssjukskrivna (7 procent) tätt följda av undersköterskor, sjukvårdsbiträden och personliga assistenter (se tabell 7).

Tabell 7. Fördelning av de sju största yrkesgrupperna avseende de långtidssjukskrivna och avskrivna i april 2001. Andel i procent. Viktade resultat.

	Långtidssjukskrivna i april 2001 (n=398)	Avskrivna från RFV i april 2001 (n=391)
Lärare (samtliga inkl övriga pedagoger)	7	7
Undersköterskor, sjukvårdsbiträden m.fl.	7	6
Vårdbiträden, personliga assistenter m.fl.	6	3
Övrig kontorspersonal	4	5
Hotell- och kontorsstädare m.fl.	3	3
Förskollärare och fritidspedagoger	3	3
Barnskötare m.fl.	2	4

Arbetsgivare

De två stora grupperna bland både långtidssjukskrivna och avskrivna är privatanställda och kommunanställda - ca 70 procent i gruppen långtidssjukskrivna och gruppen som avskrivits har dessa arbetsgivare. Skillnaderna är dock stora mellan män och kvinnor. Exempelvis är de flesta män i respektive grupp privatanställda och bland kvinnorna har såväl långtidssjukskrivna som avskrivna kommunal arbetsgivare (se tabell 8). Detta speglar att män och kvinnor arbetar inom olika sektorer.

Tabell 8. Fördelning av arbetsgivare avseende de långtidssjukskrivna och avskrivna, indelat efter kön. Summeras till 100 procent kolumnvis. Viktade resultat.

	Långtidssjukskrivna			Avskrivna från RFV		
	Män (n=175)	Kvinnor (n=350)	Totalt (n=525)	Män (n=188)	Kvinnor (n=266)	Totalt (n=454)
Stat	13	10	11	11	8	9
Kommun	13	45	35	12	39	28
Landsting	5	10	9	-	11	7
Privat	59	26	37	58	28	40
Eget företag	6	2	4	7	2	4
Annat	4	6	5	12	12	12

Arbets- och livssituation

I tabell 9 beskrivs den i september aktuella arbets- och livssituation för såväl de som avskrivits från RFV och de *långtidssjukskrivna*. Hälften av alla i gruppen långtidssjukskrivna i april 2001 är fortfarande sjukskrivna på heltid, en av fyra är sjukskrivna på deltid och 11 procent har gått tillbaka till arbete. En liten grupp har fått sjukbidrag eller förtidspension.

I gruppen som *avskrivits från RFV* i april 2001 är andelen som är i arbete 41 procent bland männen och 39 procent bland kvinnorna. 41 procent bland männen och 47 procent bland kvinnorna har fått sjukbidrag och/eller förtidspension (se tabell 9) på hel- eller deltid.

Tabell 9. Arbets- och livssituation i september 2001. Skillnader mellan de båda urvalen, samt mellan män och kvinnor. Summeras till 100 procent kolumnvis för varje variabel. Viktade resultat.

	Arbets- och livssituation Långtidssjukskrivna, april 2001			Arbets- och livssituation Avskrivna från RFV, april 2001		
	Män (n=179)	Kvinnor (n=355)	Totalt (n=534)	Män (n=195)	Kvinnor (n=280)	Totalt (n=475)
Sjukskriven helt (n=270/9)	50	50	50	1	2	2
Deltidssjukskriven och i arbete (n=123/19)	19	28	25	3	3	3
Sjukbidrag, sjuk- el. förtidspen- sion och arbete (n=18/84)	4	4	4	16	26	22
Sjukbidrag, sjuk- el. förtidspen- sion (n=41/77)	12	7	8	27	21	24
Arbete (tillsvidare, tillfälligt el. eget företag) (n=62/222)	11	10	11	41	39	40
Övrigt (n=20/65)	5	2	2	11	9	10

Ålder

Motsvarande jämförelser i Arbets- och livssituation uppdelat på ålder visar att skillnaderna mellan åldersgrupperna är relativt stora (se tabell 10). I urvalet långtidssjukskrivna (n= 534) uppger exempelvis äldre i högre grad att de fått sjukbidrag eller förtidspension än yngre. Äldre är också i något högre grad fortfarande sjukskrivna jämfört med yngre.

Bland de som *avskrivits från RFV* (n= 476) finns också stora skillnader avseende ålder. Exempelvis uppger en betydligt lägre andel av de äldre att de återgått i arbete än yngre, medan äldre

däremot i högre grad har fått sjukbidrag eller förtidspension (se tabell 10).

Tabell 10. Arbets- och livssituation i september 2001. Skillnader mellan de båda urvalen, samt mellan olika åldersgrupper. Summeras till 100 procent kolumnvis för varje variabel. Viktade resultat.

	Långtidssjukskrivna (n=534)					Avskrivna från RfV (n=476)				
	20-29 år (n=73)	30-39 år (n=132)	40-49 år (n=118)	50-59 år (n=130)	60-65 år (n=81)	20-29 år (n=78)	30-39 år (n=114)	40-49 år (n=111)	50-59 år (n=101)	60-65 år (n=72)
Sjukskriven helt	53	48	52	50	48	5	3	1		
Deltidssjukskriven och i arbete	18	24	27	28	17	4	8	5	2	
Sjukbidrag, sjuk- el. förtidspension och arbete	1	4	5	2	5	9	10	15	22	35
Sjukbidrag, sjuk- el. förtidspension	6	5	5	7	21	4	4	9	28	46
Arbete (tillsvidare, tillfälligt el. eget företag)	11	12	9	13	5	54	59	59	41	8
Ovrigt	11	6	2		4	29	14	10	6	11

Diagnos

I hela gruppen har 32 procent psykiska problem, 49 procent kroppslig smärta av något slag och 18 procent andra sjukskrivningsorsaker. Smärtpatienterna (dvs. ledbesvär och fibromyalgi samt nacke, axlar och skulderbesvär) är överrepresenterade bland de som fått sjukbidrag eller förtidspension på hel- eller deltid.

När det gäller de psykiska besvären är det personer som uppgett utbrändhet som diagnos som utmärker sig något i att de är överrepresenterade i gruppen som återgått i arbete och i gruppen som arbetar deltid

Orsak till sjukskrivningen

En hög andel relaterar sin sjukskrivning till arbetet – 33 procent anser att sjukskrivningen helt är orsakad av arbetet och 30 procent uppger att den till viss del är det. 7 procent vet inte. En något högre andel män jämfört med kvinnor uppger att sjukskrivningen helt är orsakad av arbetet. Inte helt oväntat finns också ett samband med

ålder i denna fråga – i de äldre grupperna rapporterar en högre andel att sjukskrivningen är orsakad av arbetet jämfört med i de yngre grupperna (se tabell 11).

I utbildningsgrupperna finns också vissa skillnader när det gäller andelen som anser att arbetet är orsak till sjukskrivningen. Personer med yrkesutbildning (43 procent) och personer med högskole- eller universitetsutbildning (41 procent) uppger exempelvis i högre grad att arbetet är orsaken till sjukskrivningen.

När det gäller skillnader mellan de olika diagnosgrupperna visar resultaten att 95 procent av alla med diagnosen utbrändhet svarar att sjukskrivningen är orsakad av arbetet (helt eller delvis). Detta kan jämföras med exempelvis hjärt- och kärlgruppen där 48 procent uppger att sjukskrivningen har med arbetet att göra. Personer som har problem med nacke, axlar och skuldror uppger också i mycket hög grad att sjukskrivningen är helt orsakad av arbetet (58 procent).

Tabell 11 visar också andelen som påpekat förhållandena för arbetsgivaren (i de fall sjukskrivningen är orsakad av arbetet) (längst till höger i tabellen). Bland de som menar att sjukskrivningen orsakades av arbetet svarar 69 procent att de påpekade dessa förhållanden för chef eller arbetsgivare innan man blev sjukskriven. En högre andel kvinnor jämfört med män gjorde detta (72 procent jämfört med 63 procent). De statligt anställda är mer "tysta" än landstingsanställda. Personer med universitetsutbildning (upp till 3 år) och personer med yrkesutbildning har också i högre grad påpekat förhållanden för chef och arbetsgivare (se tabell 11).

Tabell 11. Svaren på frågorna "Anser du att sjukskrivningen är orsakad av arbetet?" och "Påpekade du dessa förhållanden för chef eller arbetsgivare innan du blev sjukskriven?" Skillnader mellan olika undergrupper. (+)/(-) = 10 procentig avvikelse från totalgruppen. Summeras till 100 procent radvis. Viktade resultat.

	Anser Du att Din sjukskrivning är orsakad av förhållanden på arbetet?				Andel ja-svarande som påpekade förhållandena för chef/arbetsgivare innan man blev sjukskriven.
	Ja, helt	Ja, till viss del	Nej	Vet ej	
Totalt (n=975)	33	30	30	7	69
Kön (n=975)					
Män (n=359)	37	24	30	9	63
Kvinnor (n=616)	32	33	30	6	72
Ålder (n=975)					

20-29 år (n=147)	18 (-)	31	48 (+)	3	72
30-39 år (n=242)	32	35	28	5	71
40-49 år (n=226)	26	36	30	8	66
50-59 år (n=220)	37	26	31	6	68
60-65 år (n=140)	39	25	26	11	74
Högsta utbildningsnivå (n=850)					
Folkskola (normalt 6-8 år) (n=97)	27	22	34	16	61
Grundskola (1-9 år) (n=114)	35	31	26	8	61
Yrkesutbildning – minst ett år över realskola (n=67)	43 (+)	24	28	5	85 (+)
Realexamen (n=13)	50 (+)	40 (+)	4 (-)	6	71
Gymnasieutbildning eller motsvarande (Upp till 2 år) (n=178)	29	33	34	4	66
Gymnasieutbildning eller motsvarande (3-4 år) (n=148)	25	30	38	7	65
Universitet/högskoleutbildning, upp till 3 år (n=110)	41	34	23	2	81 (+)
Universitet/högskoleutbildning, 3 år eller mer (n=90)	26	37	36	2	66
Arbetsgivare? (n=953)					
Stat (n=87)	24	33	39	4	60
Kommun (n=278)	33	36	24	7	70
Landsting (n=65)	35	30	35	0	78
Privat (n=409)	39	23	30	8	72
Eget företag (n=36)	22 (-)	22	40 (+)	15	-
Annat (n=78)	24	32	31	13	66
Diagnoser (n=915)					
Utbrändhet (n=130)	54 (+)	41 (+)	5 (-)	1	73
Depression (n=62)	29	53 (+)	15 (-)	4	66
Övriga psykiska problem (n=58)	29	26	36	9	75
Psykiska problem i kombination med annat (värk) (n=40)	45 (+)	39	14 (-)	2	73
Ledbesvär och fibromyalgi (n=102)	18 (-)	33	37	12	70
Diskbräck, övrig ospecificerad ryggproblematik, whiplash och ländrygg (n=138)	31	31	35	3	68
Nacke, axlar, skuldror och armar (n=143)	58 (+)	19 (-)	18 (-)	5	66
Knä, höfter, handleder, armbåge etc. (n=80)	31	21	37	11	58
Hjärt- och kärlsjukdomar (høgt blodtryck) (n=30)	20 (-)	28	39	14	44 (-)
Övrigt (cancer, mage- och tarm, hörsel, allergier etc.) (n=132)	11 (-)	19 (-)	56 (-)	13	86 (+)

I tabell 12 visas resultaten från den multivariata logistiska regressionsanalysen. I denna har personer som svarat "vet ej" på frågan om sjukskrivningen är orsakad av arbetet exkluderats (7 procent) och kategorierna "ja, helt" och "ja, delvis" slagits ihop.

Tabell 12. Skillnader mellan de som uppger att sjukskrivningen är orsakad av arbetet (n= 422) och de som uppger att den inte är det (n= 235). Summeras till 100 procent radvis. Resultat från multivariat logistisk regression till höger i tabellen Viktade resultat.

	Ar sjukskrivningen orsakad av förhållanden på arbetet?		Multivariat logistisk regressionen ¹ . Konfidensintervall 95 %. (n=657)			
	Andel		p	OR	Undre	Övre
	Ja (1) (n=422)	Nej (n=235)				
Totalt (n=657)	66	34				
Kön						
Man (n=220)	66	34	0,0000	1,31	1,23	1,40
Kvinna (n=437)	68	32		1,00		
Ålder			0,0000	1,02	1,02	1,02
20-29 år (n=106)	51	49				
30-39 år (n=159)	71	29				
40-49 år (n=156)	66	34				
50-59 år (n=151)	64	36				
60-65 år (n=85)	72	28				
Högsta utbildningsnivå						
Folkskola, grundskola, yrkes- utbildning eller realexamen (n=198)	66	34	0,0457	1,10	1,00	1,21
Gymnasiutbildning (n=283)	61	39	0,0000	0,83	0,76	0,90
Universitet eller högskoleut- bildning (n=176)	72	28	0,0000	1,00		
Diagnoser						
Psykiskt (n=231)	85	15	0,0000	7,84	7,11	8,65
Smärta (n=320)	61	39	0,0000	2,69	2,46	2,93
Övrigt (n=106)	41	59	0,0000	1,00		
Mastery - control (medelvärde (Sd=0.66))	2,12	2,06 (Sd=0.71)	0,0691	1,05	1,00	1,11
Mastery - action (medelvärde (Sd=0.69))	2,55 (Sd=0.69)	2,69 (Sd=0.77)	0,0000	0,70	0,66	0,73
Fysisk arbetsbelastning (me- del) (Sd=1.16)	2,69 (Sd=1.16)	2,57 (Sd=1.09)	0,0000	1,35	1,30	1,40
Psykisk och social arbetsbe- lastning (medel) (Sd=0.59)	3,11 (Sd=0.59)	2,66 (Sd=0.56)	0,0000	2,68	2,51	2,85
Klimat på arbetsplatsen (me- del) (Sd=0.77)	2,72 (Sd=0.77)	3,31 (Sd=0.60)	0,0000	0,45	0,43	0,48
Engagemang och lust för arbetet (Sd=0.65)	3,14 (Sd=0.65)	3,28 (Sd=0.62)	0,2612	0,97	0,91	1,03
Aktivt rehabiliteringsarbete på arbetsplatsen?						
Ja (n=133)	55	45	0,0000	1,00		

¹ P g a viktade resultat bör signifikanser i den logistiska regressionen tolkas utifrån praktisk betydelse snarare än statistisk signifikans.

Nej (n=346)	71	29	0,0000	1,89	1,74	2,04
Vet ej (n=178)	67	33	0,0000	1,75	1,60	1,90

Hosmer and Lemeshow Test (chi-2=641.76; df=8; p=0.00). Cox & Snell R2=0.26; Nagelkerke R2=0.36

Attribution av sjukskrivningsorsaken till arbetet ökar med stigande ålder. I åldersgruppen 60-65 år svarar 72 procent att sjukskrivningen är orsakad av arbetet jämfört med 51 procent bland de som är 20-29 år.

Diagnos är den variabel som utmärker sig mest i analysen. Personer som rapporterat en psykisk diagnos uppger i mycket högre grad att arbetet är orsaken till sjukskrivningen än smärtpatienter och smärtpatienter i något högre grad än personer med övrig diagnos. Uttryckt i andelar uppger exempelvis 85 procent av personerna med psykisk diagnos att sjukskrivningen är orsakad av arbetet medan motsvarande andel för individer med smärtproblem är 61 procent.

En individs känsla av handlingskraft och kontroll (*eng. mastery*) varierar också i dessa grupper. Personer som menar att arbetet är orsaken till sjukskrivningen har inte en lika stark känsla av att de kan påverka sin framtid och att de kan genomföra det de verkligen vill (se tabell 12).

Förutom de individuella faktorerna skiljer sig också den rapporterade psykosociala arbetsmiljön mellan grupperna. Personer som menar att arbetet är orsaken till sjukskrivningen rapporterar om ett mer fysiskt tungt samt psykiskt och socialt ansträngande arbete. De arbetar också på arbetsplatser där de upplever att människor *inte* lyssnar lika mycket och de tycker inte heller att det är en lika god stämning på jobbet.

Av de som *inte* har ett rehabiliteringsarbete uppger 71 procent att sjukskrivningen är orsakad av arbetet medan motsvarande andel bland de som har rehabiliteringsarbete är 55 procent.

Återgått i arbete eller inte – jämförelser

I hela undersökningsmaterialet finns personer som fortfarande är sjukskrivna, personer som återgått i arbete samt personer som fått sjukpension eller är deltidssjukskrivna. I följande analys studeras eventuella skillnader mellan de som är i arbete september 01 (n= 284) kontra de som fortfarande är långtidssjuka (på heltid) i september 01 (n= 279). Övriga har utgått i denna analys.

En något högre andel yngre återfinns i gruppen som återgått i arbete. Likaså är andelen med någon form av universitets- eller

högskoleutbildning högre och andelen med endast grundskoleutbildning lägre i gruppen som återgått (se tabell 13).

När det gäller diagnoserna är skillnaderna mellan grupperna små – andelen med psykiska diagnoser, smärta och övriga är ungefär lika stor bland de som är sjukskrivna och de som återgått i arbete. Tendensen är att personer med smärta är överrepresenterade i gruppen som fortfarande är sjukskriven.

När det gäller frågorna om individens känsla av kontroll och förmåga att påverka sin situation och framtid (*eng mastery-control; mastery-action*) visar resultaten att det är stora skillnader mellan de som är sjukskrivna och de som återgått i arbete. De som återgått i arbete har en betydligt starkare känsla av att de kan påverka sin situation och framtid jämfört med de som fortfarande är sjukskrivna.

Personer som återgått i arbete svarar också i högre grad att arbetsgivaren gjort något som underlättat återgång i arbete jämfört med de som fortfarande är sjukskrivna. Om man däremot upplever att försäkringskassan gjort en bra insats visar resultaten att detta hänger samman med att man fortfarande är sjuk. Bedömningen av sjukvårdens insatser är ungefär densamma oavsett om man är tillbaka i arbete eller fortfarande är sjukskriven.

Tabell 13. Jämförelse mellan sjukskrivna och de som återgått i arbete efter långtidssjukskrivning. Beskrivande statistik samt resultat från multivariat logistisk regression (till höger i tabellen). Summeras till 100 procent kolumnvis för varje variabel. Viktade resultat.

	Jämförelse mellan grupperna (andel i procent eller medelvärde).			Multivariat logistisk regression ² (n=369). Konfidensintervall 95 %.			
	Sjukskriven i arbete (0) (n=279)	(1) (n=284)	Totalt (n=563)	p	OR	Undre	Övre
Vilket kön har Du? (n=563)							
Man	33	37	34	0,0022	1,19	1,06	1,33
Kvinna	67	63	66		1,00		
Ålderskategori (n=563)							
20-29 år	3	4	4	0,0000	0,98	0,97	0,99
30-39 år	15	19	16				
40-49 år	27	27	27				

² P g a viktade resultat bör signifikanser i den logistiska regressionen tolkas utifrån praktisk betydelse snarare än statistisk signifikans.

50-59 år	40	43	41				
60-65 år	15	7	12				
Utbildning (n=431)							
Folkskola, grundskola, yrkesutbildning eller realexamen	50	30	45	0,0000	0,45	0,40	0,52
Gymnasieutbildning	29	33	30	0,0000	0,50	0,44	0,57
Universitet eller högskoleutbildning	21	37	25	0,0000	1,00		
Diagnoser (n=513)							
Psyiskt	35	37	35	0,3721	1,08	0,91	1,27
Smärta	49	46	48	0,0000	0,69	0,58	0,82
Övrigt	16	18	17	0,0000	1,00	0,58	0,82
Mastery - control (n=415)	2,29 (Sd=0.64)	1,89 (Sd=0.64)	2,19 (Sd=0.67)	0,0000	0,70	0,64	0,77
Mastery - action (n=402)	2,81 (Sd=0.65)	2,20 (Sd=0.63)	2,66 (Sd=0.70)	0,0000	0,21	0,19	0,23
Fysisk arbetsbelastning (medel) (n=422)	2,88 (Sd=1.11)	2,49 (Sd=1.20)	2,79 (Sd=1.15)				
Psyisk och social arbetsbelastning (medel) (n=413)	2,96 (Sd=0.63)	2,93 (Sd=0.50)	2,95 (Sd=0.60)				
Klimat på arbetsplatsen (medel) (n=423)	2,86 (Sd=0.81)	3,06 (Sd=0.78)	2,91 (Sd=0.81)				
Engagemang och lust för arbetet (n=412)	3,13 (Sd=0.68)	3,16 (Sd=0.61)	3,14 (Sd=0.67)				
Har Din arbetsgivare gjort något för dig som underlättat att återgå i arbete? (n=419)				0,0000	1,92	1,83	2,02
Nej, absolut inte	41	21	36				
Nej, knappast	28	21	27				
Ja, i någon mån	23	37	27				
Ja, absolut	8	20	11				
Anser Du att Du fått den hjälp och behandling som Du behövt från sjukvården? (sjukgymnastik, läkarbesök, inlagd på sjukhus eller annan medicinsk hjälp) (n=419)				0,0061	1,09	1,03	1,16
Nej, absolut inte	6	7	6				
Nej, knappast	7	8	7				
Ja, i någon mån	37	29	35				
Ja, absolut	51	56	52				
Tycker Du att försäkringskassan har gjort och gör en bra insats för dig? (n=419)				0,0000	0,56	0,53	0,59
Nej, absolut inte	8	14	10				
Nej, knappast	19	26	21				
Ja, i någon mån	36	36	36				
Ja, absolut	36	24	33				

Hosmer and Lemeshow Test ($\chi^2=1349.06$; $df=8$; $p=0.00$). Cox & Snell $R^2=0.27$; Nagelkerke $R^2=0.40$

Föreställningar om villkor för återgång i arbete bland långtidssjukskrivna

För gruppen långtidssjukskrivna (n= 410) ställdes frågor om vilka förhållanden som är viktiga för en eventuell återgång i arbete och för gruppen som återgått i arbete ställdes frågor om vilka eventuella förändringar som skett och som eventuellt påverkat återgången i arbete.

De långtidssjukskrivna i april 2001, vilka fortfarande helt eller delvis är sjuka i september (n= 390) fick ange hur betydelsefulla de uppfattade att olika faktorer var för återgång i arbetet. Viktigast av alla faktorer var inte helt förvånande att hälsan förbättrades – 85 procent uppger att detta har stor betydelse eller är helt avgörande för återgång i arbete. Ungefär hälften av alla rapporterar också att en kortare arbetstid, en bättre och effektivare behandling för sjukdomen och ett mindre stressigt arbete är av stor betydelse för om man ska kunna gå tillbaka till arbete (se tabell 14). Minst viktigt av alla faktorer är att få andra arbetskamrater och/eller annan chef (18 procent) eller att få lämpliga arbetshjälpmedel (27 procent).

Tabell 14. Föreställningar om olika faktorerers betydelse för återgång i arbete bland långtidssjukskrivna. Andel som markerat stor eller helt avgörande betydelse för återgång i arbete. Personer i arbete exkluderade. (+)/(-) = 10procent-ig avvikelse från total-gruppen. Viktade resultat.

	Kön		Ålderskategorier			Diagnoser			
	Totalt (n=390)	Man (n=124)	Kvinna (n=266)	Upp till 34 år (n=104)	35-44 år (n=88)	45-65 år (n=198)	Psykiskt (n=127)	Smärta (n=197)	Övrigt (n=62)
Betydelsefulla förhållanden för att komma tillbaka till arbete?									
... du får förändrade arbetsuppgifter?	42	39	44	52 (+)	46	40	42	43	43
... du kan arbeta kortare tid?	58	42 (-)	65	54	63	56	57	57	57
... du får lämpliga arbetshjälpmedel?	27	27	27	37 (+)	30	25	19	34	22
... ditt arbete blir mindre stressigt?	54	48	58	51	65 (+)	52	73 (+)	42 (-)	56
... ditt arbete blir mindre kroppsligt tungt?	41	34	45	51 (+)	41	40	22 (-)	57 (+)	37
... du får andra arbetskamrater och/eller annan chef?	18	15	19	14	21	18	35 (+)	7 (-)	15
... du byter arbetsplats?	30	26	33	47 (+)	31	28	44 (+)	22	32

... du byter yrke?	28	28	28	48 (+)	27	25	27	28	29
... du får hjälp och stöd på arbetsplatsen?	49	46	50	58	59 (+)	45	63 (+)	44	39 (-)
... du får hjälp och stöd från familj och vänner?	45	42	47	56 (+)	60 (+)	39	62 (+)	32 (-)	51
... du får hjälp och stöd från försäkringskassan?	49	45	51	65 (+)	63 (+)	42	55	45	51
... du får en bättre och effektivare behandling för dina hälsoproblem?	56	56	56	65	64	52	59	57	47
... din hälsa förbättras?	85	84	86	87	93	82	88	83	85
... din lust och vilja att arbeta ökar?	43	45	42	43	46	42	67	26	42

Kön och ålder

Generellt anger en högre andel kvinnor att respektive förhållande har stor betydelse för återgång i arbete jämfört med männen. Där skillnaderna är något större mellan män och kvinnor är när det gäller arbetstiden, att arbetet blir mindre stressigt och att arbetet blir mindre fysiskt tungt – detta är mer viktigt för kvinnorna. Exempelvis är en kortare arbetstid viktig för 65 procent av kvinnorna, men endast för 42 procent av männen.

Som framgår av tabell 14 finns också ålderskillnader avseende viktiga faktorer för återgång i arbete. De yngsta (upp till 34 år) utmärker sig i att de i högre grad vill byta arbetsuppgifter, arbetsplats och yrke – ungefär hälften av dem uppger att detta är viktigt. Dessa önskar alltså förändringar som inte är kopplade till det befintliga arbetet och arbetsplatsen. Stöd från familj, vänner och försäkringskassa är också viktigt för denna åldersgrupp, men också för åldersgruppen 35-44 år. I de äldre åldersgrupperna är man inte lika intresserad av att byta arbetsplats, yrke eller arbetsuppgifter utan tycks i högre grad se att det kan finnas en lösning på den befintliga arbetsplatsen.

Diagnosgrupper

Förändringar viktiga för återgång i arbete skiljer sig mellan de olika diagnosgrupperna. För personer som uppgett en psykisk diagnos är det mer viktigt med mindre stress i arbetet, andra arbetskamrater och annan arbetsplats samt mera stöd jämfört med smärtgruppen

som i högre grad rapporterar att ett mindre fysiskt tungt arbete är viktigt och inte ser att en annan arbetsplats eller mindre stress är en lika viktig eller bra lösning.

Då vi studerar skillnader mellan underdiagnoser blir resultaten något mer osäkra, men visar intressanta skillnader. Personer med fibromyalgi och ledbesvär uppger exempelvis att en bättre och effektivare behandling är viktig. Dessa uppger också i betydligt högre grad att en kortare arbetstid och bra arbetshjälpmedel är viktiga, liksom att ett mindre tungt arbete är betydelsefullt för återgång i arbete

Personer med nacke, axlar och skulderbesvär utmärker sig på ett annat sätt. Det är en lägre andel bland dessa som överhuvudtaget menar att något av de förhållanden de hade att bedöma var viktiga. Att de får lämpliga arbetshjälpmedel och ett mindre tungt arbete är dock förhållandevis viktiga faktorer.

För personer med utbrändhet och depression är socialt stöd från såväl familj som arbetskamrater och övriga viktigare än för andra grupper. För dessa personer är också förändringar i arbetssituationen viktiga – en hög andel önskar en annan arbetsplats, andra arbetskamrater och/eller annan chef. Däremot är ett annat yrke inte något som efterfrågas i särskilt hög utsträckning i denna grupp. Tre av fyra uppger också att mindre stress i arbetet är betydelsefullt.

Förändringar i arbetet för de som återgått i arbete

I enkäten till de som avskrivits från RFV ingick frågor om huruvida arbetssituationen förändrats eller inte samt om man fått stöd och hjälp från arbetsgivare, familj och vänner etc. Tabell 15 visar andelen som svarat "ja" (en sammanslagning av alternativen "Ja, lite", "Ja, ganska mycket" eller "Ja, mycket") för personer som i september är i arbete (på hel- eller deltid) (n= 249).

Tabell 15. Inträffade förändringar bland de som återgått i arbete. Procentuell andel som svarat "Ja" på respektive fråga med uppdelning på kön, ålder och diagnos. (+)/(-) = 10procentig avvikelse från totalgruppen. Viktade resultat.

	Kön			Ålder			Diagnoser. Uppdelade i tre kategorier		
	Totalt (n=249)	Man (n=91)	Kvinna (n=158)	Upp till 34 år (n=63)	35-44 år (n=71)	45-65 år (n=115)	Psykiskt (n=88)	Smärta (n=111)	Övrigt (n=45)
Har dina arbetsuppgifter förändrats?	69	76	65	64	70	69	71	70	60
Har din arbetstid förkortats?	45	34 (-)	51	32 (-)	34 (-)	51	47	49	34 (-)
Har du fått lämpliga arbetshjälpmedel?	25	20	28	26	20	27	21	29	27
Har ditt arbete blivit mindre stressigt/lugnare?	43	47	41	45	48	41	59 (+)	31 (-)	42
Har ditt arbete blivit mindre kroppsligt tungt/lättare?	40	48	36	41	50 (+)	36	22 (-)	59 (+)	24 (-)
Har du fått hjälp och stöd på arbetsplatsen (företagshälsovården, arbetsgivaren, arbetskamraterna, facket etc.)?	74	72	75	67	76	74	66	78	81
Har du fått stöd från familj och vänner?	94	92	95	95	91	94	98	92	91
Har du fått hjälp och stöd från försäkringskassan?	60	54	63	61	56	61	53	59	77 (+)
Har du fått andra arbetskamrater och/eller annan chef?	54	45	58	62	52	53	63	46	55
Har du bytt arbetsplats?	38	42	36	50 (+)	54 (+)	31	48 (+)	30	35
Har du bytt yrke?	25	36 (+)	19	35 (+)	26	23	32	20	22
Har din hälsa förbättrats?	70	68	71	73	76	68	90 (+)	57 (-)	59 (-)
Har din lust och vilja att arbeta ökat?	64	61	66	80 (+)	70	60	71	63	51 (-)

Nästan alla upplever att de fått stöd från familj och vänner och en stor grupp (73 procent) menar också att de fått hjälp och stöd på arbetsplatsen (företagshälsovård, arbetsgivare, arbetskamrater, fack etc.). 69 procent uppger att hälsan har förändrats och ungefär lika många uppger att arbetsuppgifterna förändrats. 26 procent uppger att de fått lämpliga arbetshjälpmedel och ungefär lika hög andel uppger att de bytt yrke.

Kön- och ålderskillnader

När det gäller förändringar som skett finns en hel del skillnader relaterade till kön och ålder. Exempelvis uppger en högre andel män att arbetsuppgifterna förändrats sedan de började arbeta igen, att arbetet blivit kroppsligt lättare och att de har bytt yrke. Fler kvinnor än män har dock fått andra arbetskamrater och/eller annan chef och en betydligt högre andel kvinnor har fått en kortare arbetstid. En högre andel kvinnor tycker också att de fått mer hjälp och stöd från försäkringskassan.

Bland de yngre har arbetstiden inte förkortats i lika hög grad. Däremot uppger en högre andel att de bytt arbetsplats i åldersgruppen upp till 44 år och i gruppen upp till 34 år har en högre andel också bytt yrke. Lusten och viljan har ökat betydligt mer för gruppen upp till 34 år jämfört med övriga åldersgrupper.

Skillnaderna mellan diagnosgrupperna visar att en högre andel i gruppen som har psykiska problem uppger att arbetet blivit mindre stressigt, att de bytt arbetsplats och nästan samtliga uppger också att hälsan förbättrats. Personer med smärta uppger i betydligt lägre grad att deras hälsa förbättrats, men däremot att arbetet blivit mindre kroppsligt tungt.

Hur viktig var förändringen för återgång i arbete?

De som återgått i arbete och angett att en förändring inträffat (ex fått kortare arbetstid) fick även bedöma hur stor betydelse denna hade för att de skulle kunna återgå i arbete (se tabell 16). De viktigaste faktorerna för återgång i arbete är byte av yrke, kortare arbetstid och att personen kunnat byta arbetsplats – 60-70 procent uppger att detta hade stor betydelse. En stor andel uppger att de fått hjälp och stöd från familj, vänner, arbetskamrater och försäkringskassan. Däremot visar resultaten att detta inte var särskilt avgörande för återgång i arbete. Ungefär en av tre som fått hjälp av försäkringskassan eller hjälp och stöd från arbetskamrater eller chef menar att detta var mycket viktigt eller avgörande.

Kön och ålder

Resultaten visar att ett mindre stressigt arbete, en kortare arbetstid och andra arbetskamrater är betydligt viktigare för kvinnornas återgång i arbete jämfört med för männen. De flesta uppger att

hälsan har förbättrats, men endast sex av tio menar att det var viktigt eller avgörande för återgång i arbetet. En lägre andel bland männen menar att detta var viktigt.

Att arbetstiden förkortas är mindre viktigt för de yngre i undersökningen. Däremot är stöd från familj och vänner mycket viktigt, däremot *inte* hjälp och stöd från arbetsplatsen.

Diagnosgrupper

Några uttalade skillnader mellan diagnosgrupper finns inte många skillnader. Smärtpatienterna uppger dock det faktum att arbetet blivit mindre kroppsligt tungt som en viktig faktor för återgång.

Tabell 16. Andel som svarat "stor betydelse" eller "helt avgörande" på respektive fråga med uppdelning på kön, ålder och diagnos. (+)/(-) = 10procentig avvikelse från totalgruppen. Viktade resultat.

	Kön		Ålderskategorier			Diagnoser.			
	Totalt	Man	Kvinna	Upp till 34 år	35-44 år	45-65 år	Psyk- iskt	Smärta	Övrigt
Hur viktigt var det att									
... dina arbetsuppgifter förändrades? (n=168)	62	63	61	67	51 (-)	64	69	56	62
... din arbetstid förkortats? (n=97)	72	60 (-)	76	61 (-)	51 (-)	77	64	80	63
... du fått lämpliga arbetshjälpmedel? (n=62)	54	58	52	45	45	57	49	51	70 (+)
... ditt arbete blivit mindre stressigt/ lugnare? (n=105)	52	36 (-)	61	53	43	54	52	51	50
... ditt arbete blivit mindre kroppsligt tungt/lättare? (n=92)	55	55	55	52	45 (-)	60	32 (-)	65 (+)	25 (-)
... du fått hjälp och stöd på arbetsplatsen (företagshälsövården, arbetsgivaren, arbetskamraterna, facket etc.)? (n=170)	46	42	48	35 (-)	41	49	46	44	47
... du fått stöd från familj och vänner? (n=221)	45	48	44	62 (+)	39	45	46	46	41
... du fått hjälp och stöd från försäkringskassan? (n=142)	34	32	35	33	31	35	34	32	38
... du fått andra arbetskamrater och/eller annan chef? (n=135)	32	25	35	39	37	29	41	24	26

... du bytt arbetsplats? (n=103)	70	73	68	77	68	70	65	71	79
... du bytt yrke? (n=70)	78	72	85	85	70	80	69	85	93
... din hälsa förbättrats? (n=167)	60	43 (-)	69	63	55	61	67	46 (-)	73 (+)
... din lust och vilja att arbeta ökat? (n=156)	51	45	54	55	41 (-)	55	52	45	65 (+)

Lagom arbetstid?

Det finns anledning att särskilt granska arbetstiden då kortad arbetstid ju framstod som ett viktigt villkor för återgång i arbete. Ungefär hälften av männen och kvinnorna uppger att de arbetade mellan 35-40 timmar innan de blev sjukskrivna. Två av tio kvinnor och dubbelt så många män arbetade mer än 40 timmar. I genomsnitt arbetade männen 44 tim/vecka och kvinnorna 38 tim/vecka. För gruppen som återgått i arbete efter långtidssjukskrivning är arbetstiden betydligt lägre i genomsnitt (se tabell 17 a och b).

Tabell 17a. Arbetstid före sjukskrivning samt syn på arbetstidens mängd hos de långtidssjukskrivna. Skillnader mellan män och kvinnor presenteras. (+)/(-) = 10procentig avvikelse från totalgruppen. Summeras till 100 procent kolumnvis för varje variabel. Viktade resultat.

	Man	Kvinna	Totalt
Arbetstid innan sjukskrivning? (n=444)			
Upp till 35 timmar	10 (-)	29	23
35-40 timmar	48	51	50
Mer än 40 timmar	42 (+)	21	27
Arbetstid i genomsnitt	43,7 (Sd=11,5)	38,0 (Sd=8,9)	39,8 (Sd=10,2)
Arbetstiden med tanke på hälsan? (n=442)			
Lagom	36	33	34
För många	36	45	42
Alldeles för många	28	22	24

Tabell 17b. Arbetstid samt syn på arbetstidens mängd hos de långtidssjukskrivna. Skillnader mellan män och kvinnor presenteras. Summeras till 100 procent kolumnvis för varje variabel. Viktade resultat.

	Man	Kvinna	Totalt
Arbetstid just nu? (n=367)			
Upp till 35 timmar	24 (-)	56 (+)	44
35-40 timmar	51	36	42
Mer än 40 timmar	24	9	15
Arbetstid i genomsnitt	38,3 (Sd=11,4)	31,4 (Sd=10,1)	34,0 (Sd=11,1)
Arbetstiden med tanke på hälsan? (n=370)			
Lagom	57	59	58
För många	33	30	31
Alldeles för många	10	12	11

Det är också en högre andel bland de långtidssjuka som tycker att de arbetade alldeles för mycket innan de blev sjukskrivna – 66 procent anser att de arbetade för mycket till skillnad från 42 procent i gruppen som återgått i arbete och minskat sin arbetstid.

I hela gruppen långtidssjukskrivna (n= 501) svarar totalt 41 procent att de inte kan arbeta alls. I denna grupp finns personer som återgått i arbete eller fått sjukbidrag etc. Skillnaderna mellan dessa grupper är stora och bland de sjukskrivna uppger 63 procent att de inte kan arbeta alls (se tabell 18a).

Av de som avskrivits från RFV och är i arbete september 2001 (n= 235) anser 6 procent att de egentligen inte borde arbeta alls p.g.a. hälsan, 31 procent anser att det skulle vara lagom att arbeta deltid och 62 procent tycker att heltid är lagom (se tabell 18b). En högre andel män uppger att de kan arbeta heltid (68 procent jämfört med 58 procent) men en något högre andel män uppger också att de inte borde arbeta alls (8 procent jämfört med 4 procent).

Tabell 18a. Hur mycket man skulle kunna arbeta i ett arbete där men själv fick bestämma arbetstakten. Skillnader mellan livs- och arbetssituation. Summeras till 100 procent kolumnvis för varje variabel. Viktade resultat.

	Totalt (n=498)	Sskr. 100% (n=247)	Sskr. deltid. (n=122)	Ssbidr, pension, arb (n=17)	Ssbidr, pension, 100 % (n=41)	Arbete (n=56)	Övrigt (n=15)
<i>Hur mycket tror Du att Du skulle kunna arbeta just nu utan att Din hälsa försämrades i ett jobb där Du själv fick bestämma arbetstakten?</i>							
Går överhuvudtaget inte - min hälsa tillåter inte det	41	63	5	9	76	15	10
Några timmar varje dag	21	24	20	23	9	19	29
Ungefär halva dagen	29	10	63	64	7	34	53
I stort sett heltid	9	4	12	4	7	32	8

Bland de som är sjukskrivna är det kvinnorna som i högre grad säger att de kan arbeta medan det motsatta förhållandet gäller för de som återgått i arbete – där är det männen som uppger att de kan arbeta heltid.

Tabell 18b. Hur mycket man skulle kunna arbeta just nu utan att hälsan försämrades. Skillnader mellan livs- och arbetssituation. Summeras till 100 procent kolumnvis för varje variabel. Viktade resultat.

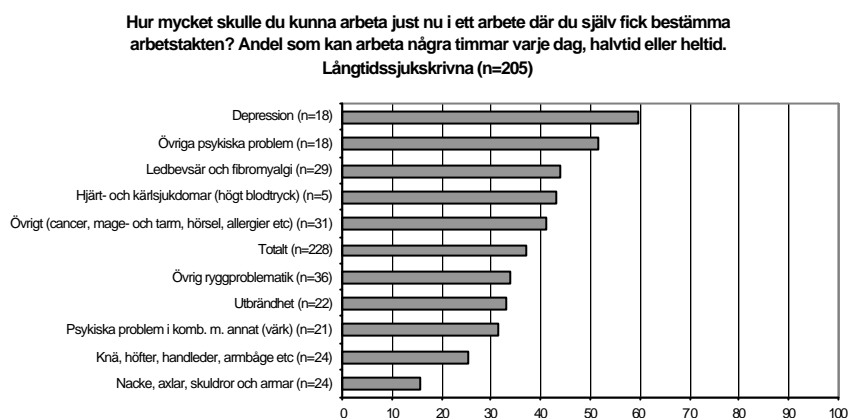
	Totalt (n=328)	Sskr. deltid. (n=14)	Ssbidr, pension, arb (n=62)	Ssbidr, pension, 100 % (n=13)	Arbete (n=209)	Övrigt (n=25)
<i>Hur mycket tror Du att Du skulle kunna arbeta just nu i ditt nuvarande arbete utan att din hälsa försämras?</i>						
Borde inte arbeta alls	11	11	14	47	6	11
Några timmar varje dag	9	6	19	4	6	6
Ungefär halva dagen	37	37	63	45	25	36
I stort sett heltid	42	46	4	4	62	47

Beroende på vilken diagnos man har bedöms möjligheterna att arbeta också olika (se Figur 4). Bland de som nu inte arbetar alls utan är sjukskrivna (n= 300) uppger exempelvis 60 procent av personerna med depression att de skulle kunna arbeta några timmar varje dag eller mer. Den lägsta andelen återfinns i grupperna med nacke, axlar och skulderbesvär, knä, höfter etc. samt utbrändhet där

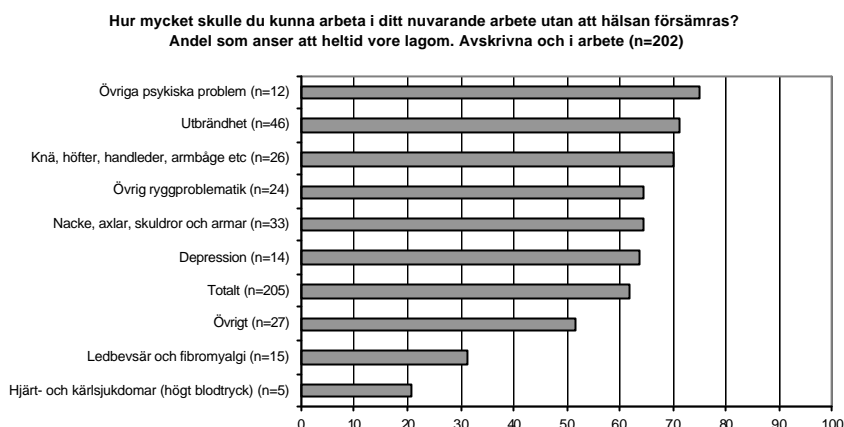
ca 15-30 procent uppfattar att de skulle kunna arbeta så pass mycket.

Bland personer som återgått i arbete är det ca 60 procent som anser att heltid vore lagom. Skillnaderna mellan de olika diagnosgrupperna är stora (se figur 5). Exempelvis uppger ca 70 procent av personerna med utbrändhet och psykiska problem att de kan arbeta heltid utan att hälsan försämras medan exempelvis endast 30 procent av personerna med fibromyalgi och ledbesvär uppger att heltid fungerar.

Figur 4. Andel som anser att de skulle kunna arbeta några timmar varje dag eller mer om de själva fick bestämma arbetstakten utan att hälsan försämrades. Skillnader mellan olika diagnoser.



Figur 5. Andel som anser att det vore lagom att arbeta heltid med tanke på hälsan. Skillnader mellan olika diagnoser.



Åtgärder och bemötande

Arbetsgivarens insatser och stöd på arbetsplatsen

Rehabiliteringsarbete på arbetsplatsen

Totalt uppger 30 procent att de inte känner till om det finns ett rehabiliteringsarbete för personalen på arbetsplatsen, 21 procent uppger att det finns och resterande 49 procent uppger att det inte finns. Som framgår av tabell 19 är andelen som har ett aktivt rehabiliteringsarbete något högre bland de som gått tillbaka i arbete. I denna grupp finns också den lägsta andelen som inte vet huruvida det finns rehabiliteringsarbete eller inte.

Bland de yngre finns en högre andel som inte vet huruvida rehabiliteringsarbete finns eller inte – 41 procent svarar att de inte känner till detta vilket kan jämföras med 26 procent i åldersgruppen 30-39 år.

Personer som är anställda inom kommun, landsting eller övrigt (frivilligorganisationer, organisationer, svenska kyrkan etc.) har en hög andel som *inte vet* om det finns ett rehabiliteringsarbete eller inte medan statligt anställda och privata känner till det i högre grad (se tabell 19).

Arbetsgivarens insatser för återgång i arbete

Knappt hälften uppger att arbetsgivaren gjort något för att underlätta återgång i arbetet (se tabell 19). De som återgått efter långtidssjukskrivning och är i arbete (hel- eller deltid) svarar detta i betydligt högre grad än de som fortfarande är sjukskrivna. Exempelvis uppger 72 procent av de deltidssjukskrivna att arbetsgivaren gjort något för att underlätta återgång i arbete medan motsvarande andel för de som fortfarande är sjukskrivna endast är 31 procent.

Det är en lägre andel bland de yngre som svarar att arbetsgivaren gjort något – 32 procent i den yngsta gruppen jämfört med 52 procent i gruppen 40-49 åringar. De statligt anställda är mest nöjda med sin arbetsgivare i detta avseende medan de privatanställda är betydligt mindre nöjda.

Mest nöjda med arbetsgivarens agerande är personer som har hjärt- och kärlsjukdomar samt personer med "övriga problem" (cancer, tinnitus, MS, mage etc.). I båda dessa grupperna anger nära 60 procent att man tycker arbetsgivaren gjort något. Bland personer med psykiska problem, speciellt personer med både psykiska problem och andra problem, samt personer med nacke, axlar och skulderproblem sjunker dock andelen till cirka 40 procent.

På frågan om någon från arbetsplatsen varit till stöd och hjälp under sjukskrivningen anger 59 procent att så är fallet. En högre andel kvinnor upplever att de fått hjälp från arbetsgivaren och arbetskamraterna. Generellt tycker yngre att de fått mindre hjälp och stöd än äldre (se tabell 19).

Om de statligt anställda var de som tyckte att arbetsgivaren gjort mest för återgång i arbete är det nu de anställda inom Landsting som tycker att någon från arbetsplatsen varit till stöd och hjälp i sjukskrivningen (75 procent). Bland de privatanställda tycker endast 50 procent detta.

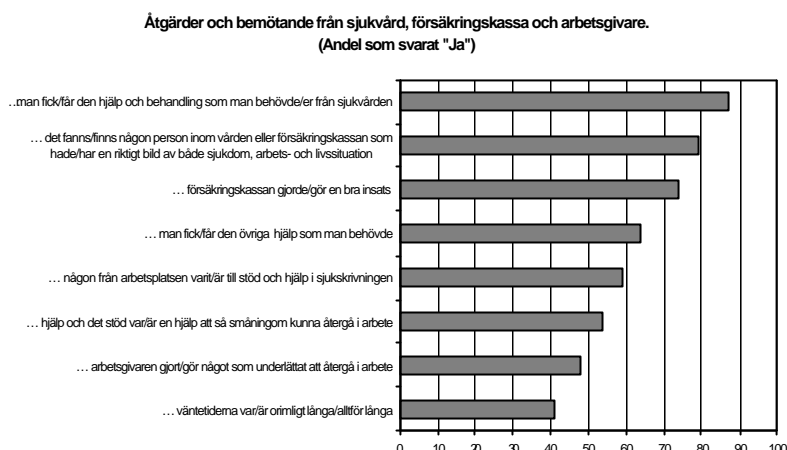
Tabell 19. Andelen som har respektive inte har ett rehabiliteringsarbete på arbetsplatsen och andelen vars arbetsgivare gjort något för att underlätta återgång i arbete. Skillnader mellan olika undergrupper presenteras. Summeras till 100 procent radvis. Viktade resultat.

	Finns det ett aktivt rehabiliteringsarbete för personalen på Din arbetsplats? (n=833)			Andel som svarat att...	
	Ja (n=168)	Nej (n=426)	Vet ej (n=239)	... arbetsgivaren gjort något som underlättat att återgå i arbete (n=797)	... någon från arbetsplatsen varit till stöd och hjälp i sjuk-skrivningen (n=814)
Totalt	21	49	30	48	59
Kön					
Man (n=284)	21	52	27	44	51
Kvinna (n=548)	21	47	32	51	62
Ålder					
20-29 år (n=121)	9 (-)	50	41 (+)	34 (-)	46 (-)
30-39 år (n=185)	17	57	26	45	49 (-)
40-49 år (n=192)	21	45	34	52	59
50-59 år (n=193)	25	48	28	49	60
60-65 år (n=142)	18	50	32	46	65
Högsta utbildningsnivå					
Folkskola (normalt 6-8 år) (n=106)	18	49	33	41	61
Grundskola (1-9 år) (n=110)	17	49	34	56	48 (-)
Yrkesutbildning – minst ett år över realskola (n=70)	17	50	33	42	67
Realexamen (n=13)	22	25	53 (+)	11 (-)	78 (+)
Gymnasieutbildning eller motsvarande (Upp till 2 år) (n=176)	17	60 (+)	23	46	54
Gymnasieutbildning eller motsvarande (3-4 år) (n=147)	30	43	27	51	57
Universitet/högskoleutbildning, upp till 3 år (n=111)	33 (+)	45	21	51	56
Universitet/högskoleutbildning, 3 år eller mer (n=92)	17	46	37	59 (+)	67
Livs- och arbetssituation					
Sjukskriven helt (n=225)	14	48	38	31 (-)	53
Deltidssjukskriven och i arbete (n=136)	27	48	25	72 (+)	65
Sjukbidrag, sjuk- el. förtidspension och arbete (n=94)	24	47	28	64 (+)	67
Sjukbidrag, sjuk- el. förtidspension (n=108)	25	48	27	40	55
Arbete (tillsvidare, tillfälligt el. eget företag (n=200)	29	53	18 (-)	58 (+)	66
Övrigt (n=64)	11 (-)	49	40 (+)	42	51
Arbetsgivare					
Stat (n=73)	31 (+)	42	27	68 (+)	62
Kommun (n=243)	18	45	36	49	61
Landsting (n=60)	22	41	37	49	75 (+)
Privat (n=324)	21	55	24	40	50
Eget företag (n=30)	16	83 (+)	1 (-)	35 (-)	60

Annat (n=75)	25	34 (-)	41 (+)	55	62
Diagnoser					
Utbrändhet (n=119)	27	46	27	48	64
Depression (n=61)	13	55	32	43	54
Övriga psykiska problem (n=46)	23	57	19 (-)	37 (-)	24 (-)
Psykiska problem i kombination med annat (värk) (n=38)	17	39 (-)	44 (+)	39	59
Ledbesvär och fibromyalgi (n=97)	20	39 (-)	40 (+)	52	70 (+)
Diskbräck, övrig ospecificerad ryggproblematik, whiplash och ländrygg (n=119)	18	57	26	55	49 (-)
Nacke, axlar, skuldror och armar (n=123)	17	58	25	39	55
Knä, höfter, handleder, armbåge etc. (n=73)	19	51	31	45	59
Hjärt- och kärlsjukdomar (høgt blodtryck) (n=27)	46 (+)	36 (-)	18 (-)	58 (+)	67
Övrigt (cancer, mage- och tarm, hörsel, allergier etc.) (n=115)	17	45	37	59 (+)	67

Bland diagnoserna visar resultaten att en hög andel av personerna med ledbesvär och fibromyalgi tycker att någon varit till hjälp och stöd på arbetsplatsen. En hög andel av de som har hjärt- och kärlproblem samt övriga problem tycker också detta, till skillnad från personer med övriga psykiska problem där en mycket låg andel tycker att de fått hjälp och stöd.

Figur 6. Andel som svarat "Ja" på frågor om åtgärder och bemötande.



Försäkringskassan

Ett antal frågor ingick som handlade om huruvida de nuvarande långtidssjuka eller tidigare långtidssjukskrivna upplevt sjukvården och försäkringskassan samt om man anser att den hjälp man fått var en hjälp att så småningom återgå i arbete.

Totalt tre av fyra personer tycker att försäkringskassan gjort en bra insats. Yngre är mindre nöjda jämfört med äldre. Vidare är andelen nöjda betydligt lägre bland de som återgått i arbete jämfört med de som fortfarande är sjukskrivna eller fått sjukbidrag (60 procent jämfört med 84 procent).

Fyra av fem anser att det finns någon person inom vården eller försäkringskassan som har en riktig bild av både personens sjukdom, arbets- och livssituation. Åldersmönstret är detsamma som i de övriga frågorna – en lägre andel yngre tycker att någon har en riktig bild av både sjukdom och livssituation (se tabell 20).

Bedömning av sjukvården

När det gäller bedömningen av sjukvården svarar totalt 87 procent att de fått den hjälp och behandling som man behövt från sjukvården. Det är återigen personer i den yngsta åldersgruppen som är minst nöjd med den behandling som de fått - 70 procent anger detta till skillnad från 95 procent i åldersgruppen 60-65 år. Bland

diagnoserna finns inga stora skillnader, men personer med hjärt- och kärlproblem är de mest nöjda och personer som uppgett diagnosen utbrändhet de som är minst nöjda.

Övrig hjälp

Två av tre (64 procent) tycker att de fick den övriga hjälp (utbildning, arbetsträning, samtal, stöd etc.) som man behövde. I denna fråga är åldersmönstret annorlunda – äldre anser inte i samma utsträckning som yngre att de fått den övriga hjälp som de behövt (se tabell 20).

Tabell 20. Hjälp, stöd och väntetider. Andel ”ja-svar” på frågorna i tabellen. Större avvikelser markeras med fetstil. Skillnader mellan olika undergrupper presenteras. Viktade resultat.

	Andel som anser att ...					
	... man fick den hjälp och behandling som man behövde från sjukvården	...försäkringskassa gjorde en bra insats	... ngn hade riktig bild av individens problem ³	... man fick övrig ⁴ hjälp som man behövde	... hjälp och stöd var hjälpsamt att återgå i arbete	... väntetiderna var alltför långa
Totalt	87	74	79	64	54	41
Vilket kön har Du?						
Man (n=284)	86	71	79	58	45	49
Kvinna (n=548)	87	75	80	67	58	37
Ålderskategorier						
20-29 år (n=121)	70 (-)	60 (-)	72	65	56	64 (+)
30-39 år (n=185)	80	71	78	71	64 (+)	48
40-49 år (n=192)	85	72	76	71	63	42
50-59 år (n=193)	88	76	81	63	51	43
60-65 år (n=142)	93	79	82	50 (-)	37 (-)	29 (-)
Vilken är Din högsta utbildningsnivå?						
Folkskola (normalt 6-8 år) (n=106)	91	78	79	59	40 (-)	41
Grundskola (1-9 år) (n=110)	87	72	75	68	57	46
Yrkesutbildning – minst ett år över realskola (n=70)	88	80	86	56	50	41
Realexamen (n=13)	95	91 (+)	96 (+)	72	48	25 (-)
Gymnasieutbildning eller motsvarande (Upp till 2 år) (n=176)	83	74	77	63	58	43
Gymnasieutbildning eller motsvarande (3-4 år) (n=147)	80	64 (-)	75	63	57	43
Universitet/högskoleut-	90	75	81	64	54	41

³ Fanns/finns det någon person inom sjukvården eller försäkringskassan som har/hade en riktigt bild av både din sjukdom och arbets- och livssituation?

⁴ Utbildning, arbetsträning, samtal, stöd etc.

bildning, upp till 3 år (n=111)						
Universitet/högskoleutbildning, 3 år eller mer (n=92)	84	73	80	73	61	35
Hur är din livs- och arbetssituation?						
Sjukskriven helt (n=225)	87	72	77	59	39 (-)	47
Deltidssjukskriven och i arbete (n=136)	85	76	81	68	71 (+)	42
Sjukbidrag, sjuk- el. förtidspension och arbete (n=94)	96	82	87	73	64 (+)	32
Sjukbidrag, sjuk- el. förtidspension (n=108)	84	84 (+)	87	61	36 (-)	31 (-)
Arbete (tillsvidare, tillfälligt el. eget företag (n=200)	85	60 (-)	71	70	75 (+)	38
Övrigt (n=64)	89	77	76	69	58	49
Arbetsgivare						
Stat (n=73)	99 (+)	80	89 (+)	70	66 (+)	24 (-)
Kommun (n=243)	89	75	78	67	56	38
Landsting (n=60)	82	71	81	70	55	38
Privat (n=324)	85	73	77	59	50	45
Eget företag (n=30)	82	61 (-)	78	70	45	40
Annat (n=75)	83	81	77	63	42 (-)	55 (+)
Diagnoser						
Utbrändhet (n=119)	81	67	84	72	78 (+)	31 (-)
Depression (n=61)	89	71	76	68	59	41
Övriga psykiska problem (n=46)	89	80	87	71	58	40
Psykiska problem i kombination med annat (värk) (n=38)	94	80	87	58	39 (-)	28 (-)
Ledbesvär och fibromyalgi (n=97)	84	81	78	58	43 (-)	41
Diskbräck, övrig ospecificerad ryggproblematik, whiplash och ländrygg (n=119)	84	66	74	65	54	54 (+)
Nacke, axlar, skuldror och armar (n=123)	87	72	74	63	43 (-)	43
Knä, höfter, handleder, armbåge etc. (n=73)	84	71	72	63	50	53 (+)
Hjärt- och kärlsjukdomar (høgt blodtryck) (n=27)	99 (+)	91 (+)	91 (+)	51	65 (+)	22 (-)
Övrigt (cancer, mage- och tarm, hörsel, allergier etc.) (n=115)	87	81	82	65	49	43

Skillnaderna mellan diagnosgrupperna visar att ungefär hälften av personerna med hjärt- och kärlsjukdomar tycker att de fått den övriga hjälp som de behöver. Detta är en lägre andel än personer med depression och utbrändhet där ca 70 procent tycker att de fått övrig hjälp.

Var insatserna en hjälp att återgå i arbete?

Flertalet i undersökningen är på det stora hela ganska nöjda med insatserna från sjukvård, försäkringskassa och arbetsgivare. Däremot anser endast hälften att den hjälp de fått varit en hjälp att återgå i arbete. En lägre andel män anser detta. Personer med diagnosen utbrändhet samt personer med hjärt- och kärlsjukdomar tycker i högre grad att den behandling och de åtgärder de fått varit hjälp att återgå i arbete. Om man har ledbesvär eller fibromyalgi, problem med nacke, axlar och skuldror eller tillhör gruppen som har både psykiska problem och värk sjunker däremot andelen som tycker att hjälpen varit en hjälp att återgå.

Väntetider

41 procent av alla anser att väntetiderna på utredningar och behandling under sjukskrivningen varit för långa eller orimligt långa. Starkaste upplevelsen av detta finns bland 20-29 åringarna där 64 procent upplever sig ha väntat alltför länge. Motsvarande andel för 60-65 åringarna är 29 procent. Generellt anser en högre andel män än kvinnor att väntetiderna är för långa (49 procent jämfört med 37 procent).

Bland diagnoserna är det diskbräck, ländrygg, övriga ryggproblem och knä, höfter etc. som tycker att de väntat alltför länge, medan personer med hjärt- och kärlsjukdomar är tämligen nöjda med väntetiderna.

Totalt uppger 22 procent att de skulle kunnat arbeta under tiden som de väntat på utredningar – en något högre andel kvinnor än män kan det (24 procent jämfört med 20 procent). I de övriga grupperna framkommer att det är personer med mer än 3-årig högskoleutbildning som kan det (33 procent).

Det finns stora skillnader beroende på individens livs- och arbetssituation. Mer än hälften av personerna som nu uppger att de arbetar deltid uppger också att de skulle kunnat arbeta under tiden som de väntade på utredning. Bland de som nu är helt sjukskrivna svarar 6 procent att de hade kunnat arbeta. Vilka som faktiskt arbetade finns inte uppgifter om.

Antal läkare och läkarintyg

Totalt sett har hälften av alla långtidssjuka och avskrivna fått mellan sex och 10 läkarintyg angående sin sjukskrivning. Män och kvinnor har fått ungefär lika många. Yngre får i genomsnitt fler intyg jämfört med äldre (se tabell 2.19).

Hälften av alla respondenter uppger att de haft kontakt med 1-2 läkare under sin sjukskrivning, 39 procent har haft kontakt med 3-5 läkare och 10 procent har haft kontakt med fler än sex läkare. Män har generellt haft kontakt med fler läkare än kvinnor och yngre fler än äldre. När det gäller de övergripande diagnosgrupperna finns ingen skillnad (se tabell 21).

Det är 13 procent som *inte* haft kontakt med någon som man känner förtroende för när det gäller att få rätt vård och behandling – en högre andel yngre anser detta jämfört med äldre. Personer som uppgett någon av smärtdiagnoserna har också en högre andel som inte tycker att de haft kontakt med någon som de haft förtroende för.

Tabell 21. Läkarintyg och läkarkontakter. Jämförelser mellan olika undergrupper. Summeras till 100 procent kolumnvis för varje variabel. Viktade resultat.

	Totalt	Man	Kvinna	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-65 år	Psykiskt	Smärta	Övrigt
a)	n=721	n=249	n=472	n=108	n=164	n=170	n=159	n=120	n=226	n=360	n=124
b)	n=845	n=292	n=553	n=124	n=190	n=195	n=193	n=144	n=266	n=418	n=147
c)	n=989	n=365	n=623	n=147	n=242	n=226	n=224	n=150	n=289	n=470	n=167
a) Antal läkarintyg (angående sjukskrivningen) under sjukskrivningsperioden? (n=721)											
1-5 intyg	23	22	24	20	17	23	19	37 (-)	15	22	40 (-)
6-10 intyg	48	50	48	42	48	44	54	46	50	48	49
11-15 intyg	21	20	21	24	24	27	21	8 (-)	27	20	9 (+)
16 intyg eller fler	8	9	8	14	11	5	7	10	8	10	2
Antal i genomsnitt	9,2 (Sd=5,1)	9,7 (Sd=5,7)	9,0 (Sd=4,7)	10,3 (Sd=5,4)	10,2 (Sd=5,7)	9,2 (Sd=4,2)	9,0 (Sd=4,2)	8,5 (Sd=6,7)	9,8 (Sd=4,1)	9,5 (Sd=5,2)	7,2 (Sd=5,9)
b) Antal olika läkare under sjukskrivningen? (n=845)											
1-2 läkare	51	37 (-)	57	39 (-)	52	47	53	51	51	51	48
3-5 läkare	39	51 (+)	33	42	41	42	34	43	41	38	38
6-10 läkare	8	9	8	16	5	10	9	5	6	10	7
Fler än 10 läkare	2	3	2	4	2	1	3	1	2	1	6
c) Har Du kontakt med någon som Du känner förtroende för när det gäller att få rätt vård och behandling? (n=989)											
Nej, ingen	13	13	13	22	17	15	11	9	9	17	9
Ja, en	51	47	52	43	41 (-)	46	55	56	52	54	45
Ja, flera	36	40	35	35	42	38	34	35	39	30	46

Föreställningar om framtiden

Totalt anser 23 procent att de gått tillbaka i arbete för tidigt efter långtidssjukskrivning (se tabell 22). En något högre andel män än kvinnor anser detta – 28 procent av männen jämfört med 19 procent av kvinnorna.

När det gäller de som återgått i arbete anser ungefär tre av fyra att de arbetar på ett sådant sätt att de kan behålla hälsan – andelen som anser detta är tämligen lika för män som för kvinnor. En något lägre andel äldre tror att de kan behålla hälsan jämfört med yngre. Egna företagare och personer som uppgett att de har annan arbetsgivare (organisationer, kyrka etc.) har mindre tro på att de kommer att kunna behålla hälsan i sitt arbete (se tabell 22).

Av de som återgått i arbete efter långtidssjukskrivning tror 34 procent att de kommer att bli långtidssjukskrivna igen p.g.a. arbetet (se tabell 22). En högre andel män tror detta jämfört med andelen kvinnor. Bland 40-49 åringarna är andelen som tror att de kommer att bli sjuka igen tämligen hög – 45 procent tror detta. I den äldsta åldersgruppen (50 år och uppåt) sjunker andelen, vilket kan hänga ihop med att dessa personer tror att de kommer att hålla sig friska tills de får pension. Personer som svarat "annat" på arbetsgivare "sticker ut också i denna fråga – 73 procent tror att de kommer att bli långtidssjuka igen medan personer anställda av stat eller lands-ting i betydligt högre grad tror att de kommer att hålla sig friska.

Diagnos spelar roll. Nära hälften av personerna med smärta tror att de kommer att bli långtidssjuka igen p.g.a. arbetet jämfört med 23 procent av personer med psykiska problem.

Tabell 22. Framtidstro bland de som återgått i arbete helt av de som avskrevs i april 2001. Skillnader mellan olika undergrupper. Procentuella fördelningar. Viktade resultat.

	... arbetar på ett sådant sätt att de tror att de kan behålla hälsan?	Andel som tror att de kommer att bli långtidssjuka igen p.g.a. arbetet?	... anser att de gått tillbaka för tidigt till arbetet?
Total (n=164)	77	34	23
Man (n=69)	74	41	28
Kvinna (n=95)	79	29	19
Ålder			
20-29 år (n=31)	77	29	19
30-39 år (n=47)	80	28	28
40-49 år (n=51)	74	45 (+)	24
50-65 år (n=35)	77	28	19
Utbildning			
Folkskola, grundskola, yrkesutbildning eller realexamen (n=29)	91 (+)	42	16
Gymnasieutbildning (n=75)	73	31	26
Universitet eller högskoleutbildning (n=59)	73	33	23

Diagnoser

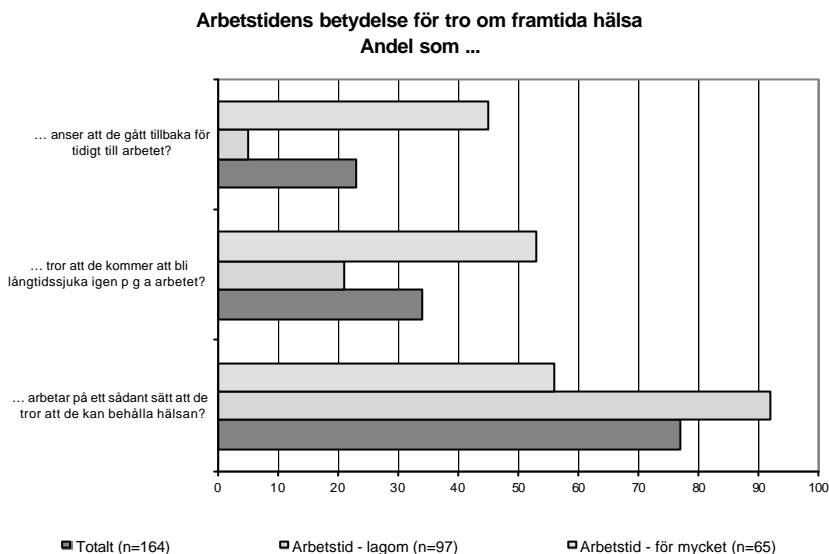
Psykiskt (n=69)	80	23 (-)	20
Smärta (n=66)	73	46 (+)	30
Övrigt (n=25)	72	41	17
Arbetsgivare			
Stat (n=13)	100 (+)	18 (-)	6 (-)
Kommun (n=43)	76	31	24
Landsting (n=12)	100 (+)	2 (-)	0 (-)
Privat (n=62)	76	38	26
Eget företag (n=11)	60 (-)	38	30
Annat (n=17)	56 (-)	73 (+)	35 (+)
Arbets tid			
Upp till 35 timmar	81	25	19
35-40 timmar	77	36	18
Mer än 40 timmar	68 (-)	36 (+)	41 (+)
Vad tycker Du, med tanke på Din hälsa, om det totala antalet timmar som Du arbetar?			
Lagom (n=97)	92 (+)	21 (-)	5 (-)
För många el alldeles för många (n=65)	56 (-)	53 (+)	45 (+)

Arbets tidens betydelse

Figur 7 visar att det bland personer som anser att de arbetar för många timmar eller alldeles för många timmar finns en betydligt högre andel som anser att de gått tillbaka för tidigt i arbete. Vidare finns en *lägre* andel som tror att de kommer att behålla hälsan. Drygt hälften (58 procent) av de som återgått i arbete efter långtidssjukskrivning tycker att de jobbar lagom mycket. Av dessa tror 92 procent att de arbetar på ett sådant sätt att de kan behålla hälsan. 42 procent däremot anser att de arbetar för mycket och bland dessa sjunker andelen som tror att de kommer att behålla hälsan till 56 procent.

De som anser att de arbetar lagom mycket tror inte i samma utsträckning att de kommer att bli långtidssjuka igen till skillnad från de som arbetar för mycket. Mer än hälften (53 procent) av de som arbetar för många timmar tror att de kommer att bli långtidssjuka igen till skillnad från 21 procent bland personer som tycker att de arbetar lagom mycket.

Figur 7. Andel som anser att de gått tillbaka för tidigt, tror att de kommer att bli långtidssjuka igen och arbetar på ett sätt att de kan behålla hälsan. Skillnader mellan de som anser att de arbetar lagom mycket med tanke på hälsan och de som arbetar för mycket. Totalgruppen = avskrivna i arbete (n= 164).



Tror du att du kommer tillbaka i arbete igen (nuvarande eller annan anställning)?

De långtidssjukskrivna (n= 264) som fortfarande är sjukskrivna (inte i arbete och inte heller fått sjukbidrag eller förtidspension) fick frågan om man tror att man kommer tillbaka till arbete igen eller ej. 32 procent tror att de kommer tillbaka i arbete igen under det närmaste året. 58 procent av männen och 43 procent av kvinnorna är tveksamma till eller tror *inte alls* att de kommer tillbaka i arbete igen (se tabell 23).

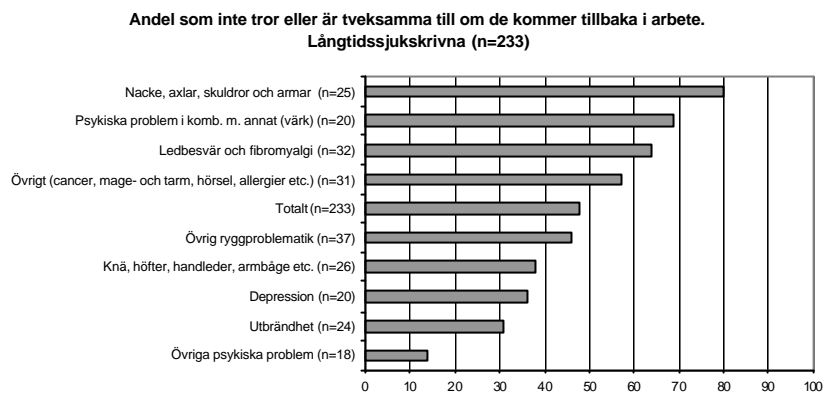
Yngre tror i högre grad tror att de kommer tillbaka jämfört med äldre. Det är dock 16 procent av 20-29 åringarna och 27 procent av 30-39 åringarna som är tveksamma till eller inte alls tror att de kommer tillbaka i arbete.

När det gäller de övergripande diagnoserna visar resultaten att personer som har övriga problem (hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer etc.) är mest pessimistiska om framtida arbete. Nästan lika

pessimistiska är personer med smärtdiagnos där totalt 55 procent är tveksamma till eller säkra på att de inte kommer tillbaka i arbete. Mest optimistiska är således personer med psykiska problem.

Inom varje övergripande diagnosgrupp finns stora skillnader. Exempelvis uppger en mycket hög andel av de som har både psykiska problem och värk att de inte tror att de kommer tillbaka. En annan grupp som avviker kraftigt är gruppen med nacke, axlar och skulderbesvär där 80 procent inte tror att de kommer tillbaka i arbete (se Figur 8).

Figur 8. Andel som inte tror eller är tveksamma till om de kommer tillbaka i arbete. Skillnader mellan diagnoser.



En individs känsla av att kunna påverka sin situation och framtid påverkar också om man tror att man kommer tillbaka i arbete. De som i högre grad upplever att de kan påverka sin framtid och situation tror i högre grad också att de kommer tillbaka i arbete.

Om personen har en ekonomisk press på sig att återgå i arbete ökar också andelen som faktiskt tror att de kommer att gå tillbaka. Av de som *inte* har någon ekonomisk press på sig är andelen som tror att de kommer tillbaka 32 procent medan motsvarande andel för de som har viss eller stor press är ca 70 procent.

När det gäller den arbetsmiljö som individen kommer från finns få skillnader mellan grupperna. Enda skillnaden är att personer som inte tror att de kommer tillbaka tycker att den fysiska arbetsbelastningen är större jämfört med vad grupperna som tror att de kommer tillbaka anser. När det gäller psykisk och social arbetsbelastning, klimat på arbetet, emotionell anknytning till arbetet och

engagemang och lust för arbetet finns inga skillnader mellan de som tror att de kommer tillbaka och inte.

De som tror att de kommer tillbaka i arbete tycker i större utsträckning att arbetsgivaren gör/gjort något för att underlätta återgång i arbete. Graden av annan hjälp och stöd från arbetsplatsen tycks *inte* spela någon roll och inte heller huruvida man uppfattar att försäkringskassan gjort en bra insats eller inte (se tabell 23).

Tabell 23. Tro om återgång i arbete. Jämförelser mellan olika undergrupper. Viktade resultat. Endast personer som är sjukskrivna på heltid ingår. Summeras till 100 procent radvis. Viktade resultat.

	Ja, inom sex mån (n=40)	Ja, inom 6-12 mån (n=55)	Ja, men inte det närmaste året (n=57)	Tveksamt (n=68)	Nej (n=44)	Totalt (n=264)
Totalt	14	18	20	30	18	
Man (n=87)	12	14	15	40 (+)	18	
Kvinna (n=177)	14	19	23	25	18	
Ålders						
20-29 år (n=38)	18	34	32 (+)	16 (-)		
30-39 år (n=60)	21	22	30 (+)	19 (-)	8 (-)	
40-49 år (n=62)	19	20	25	30	6 (-)	
50-59 år (n=63)	9	18	18	35	19	
60-65 år (n=41)	6	2 (-)	7 (-)	31	55 (+)	
Högsta utbildningsnivå						
Folkskola, grundskola, yrkesutbildning eller realexamen (n=91)	10	14	18	35	22	
Gymnasieutbildning (n=90)	21	23	21	26	8 (-)	
Universitet eller högskoleutbildning (n=40)	10	19	29	28	14	
Diagnoser						
Psykiskt (n=82)	11	28	23	26	13	
Smärta (n=120)	14	13	19	35	20	
Övrigt (n=36)	18	7 (-)	15	30	30 (+)	
Har Du en ekonomisk press på dig att återgå i arbete?						
Ja, stor (n=49)	18	31 (+)	20	20 (-)	11	
Ja, viss (n=67)	14	14	33 (+)	31	7 (-)	
Ja, liten (n=49)	9	28 (+)	15	29	19	
Nej, ingen (n=55)	13	4 (-)	15	37	31 (+)	
Anser Du att Din sjukskrivning är orsakad av förhållanden på arbetet?						
Ja, helt (n=81)	8	25	15	31	20	
Ja, till viss del (n=80)	18	18	20	29	14	
Nej (n=76)	22	8 (-)	30 (+)	25	15	
Vet ej (n=22)		18	9 (-)	49 (+)	24	
Har Din arbetsgivare gjort något för dig som underlättat att återgå i arbete?						
Nej (n=144)	10	19	21	37	13	
Ja (n=64)	24 (+)	16	21	21	17	
Har någon från Din arbetsplats (arbetskamrater, chef) varit till hjälp och stöd för dig i Din sjukskrivning?						

Nej (n=108)	11	22	19	33	15	
Ja (n=105)	17	15	22	28	18	
Anser Du att Du fått den hjälp och behandling som Du behövt från sjukvården? (sjukgymnastik, läkarbesök, inlagd på sjukhus eller annan medicinsk hjälp)						
Nej (n=38)	19	29 (+)	15	29	7 (-)	
Ja (n=176)	13	16	21	32	17	
Tycker Du att försäkringskassan har gjort och gör en bra insats för dig?						
Nej (n=64)	10	21	19	39	11	
Ja (n=148)	16	18	22	27	17	
Har Du fått den övriga hjälp som Du behöver? (utbildning, arbetsträning, samtal, stöd etc.)						
Nej (n=80)	9	23	18	31	19	
Ja (n=132)	17	16	24	29	13	
Har den hjälp som Du fått varit ett stöd för dig att så småningom kunna återgå i arbete?						
Nej (n=118)	4 (-)	14	18	43 (+)	20	
Ja (n=90)	30	25	28	13 (-)	4 (-)	
Mastery – control	1,91	2,17	2,35	2,48	2,24	2,28 (Sd=0,64)
Mastery – action	2,49	2,71	2,87	3,00	2,74	2,81 (Sd=0,66)
Fysisk arbetsbelastning	2,85	2,42	2,89	2,93	3,25	2,87 (Sd=1,12)
Psyisk och social arbetsbelastning	2,96	3,03	2,96	2,89	3,08	2,97 (Sd=0,64)
Klimat på arbetsplatsen	2,88	2,51	2,78	3,08	2,95	2,86 (Sd=0,81)
Engagemang och lust för arbetet	3,24	2,99	3,09	3,24	3,12	3,14 (Sd=0,68)
Emotionell anknytning till arbetet	2,96	2,65	2,79	2,93	2,68	2,82 (Sd=0,76)

Ekonomins inverkan på individens handlingar och tro

Totalt sett uppger 72 procent att de har eller hade en ekonomisk press att återgå i arbete. Två av tio upplever att pressen är eller var stor. En högre andel yngre upplever stor ekonomisk press jämfört med äldre medan inga skillnader föreligger mellan könen (se tabell 24a).

Av de som nu är sjukskrivna (n= 225) uppger 73 procent att de har ekonomisk press på sig att återgå i arbete (se tabell 24b). 21 procent har stor press. Åldersmönstret är detsamma. En betydligt lägre andel bland personer som återgått i arbete och avskrivits från RFV (n= 164) uppger att de hade en ekonomisk press att återgå i arbete (58 procent) (se tabell 24c). Andelen med stor press är dock densamma också i denna grupp – två av tio upplevde att pressen var stor.

Tabell 24a. Andel som har eller hade en ekonomisk press.

	Har Du en ekonomisk press på dig att återgå i arbete?			
	Ja, stor	Ja, viss	Ja, liten	Nej, ingen
Totalt	20	32	20	28
Kön				
Man	22	30	18	31
Kvinna	19	32	22	27
Ålderskategori				
20-29 år	37 (+)	25	22	16 (-)
30-39 år	25	33	19	23
40-49 år	27	31	20	22
50-59 år	14	35	21	31
60-65 år	14	25	21	39 (+)
Medelålder	46	50	50	52
(m=49.64; Sd=9.99)				

Framtida hälsa

Den ekonomiska pressen påverkar också bilden av framtiden. De som fortfarande är sjukskrivna och upplever ekonomisk press tror i större utsträckning att de kommer tillbaka i arbete än sjukskrivna utan ekonomisk press.

Tabell 24b. Ekonomisk press och skillnader mellan män och kvinnor, åldersgrupper och tro om återgång i arbete etc. Endast sjukskrivna i gruppen långtidssjukskrivna i maj ingår (n=225). Viktade resultat.

	Har Du en ekonomisk press på dig att återgå i arbete? (n=225)			
	Ja, stor (n=51)	Ja, viss (n=58)	Ja, liten (n=50)	Nej, ingen (n=55)
Totalt	21	30	22	27
Tror Du att Du kommer tillbaka i arbete igen (nuvarande eller annan anställning)?				
Ja, inom mindre än sex månader	27	33	14	25
Ja, inom sex månader till ett år	36 (+)	24	34 (+)	7 (-)
Ja, men inte inom det närmaste året	19	47 (+)	15	18
Tveksamt om jag kommer att börja arbeta igen	13	31	21	33
Nej	13	13 (-)	24	50 (+)
Tidigare arbetstid				
Upp till 35 timmar	14	36	20	30
35-40 timmar	24	27	24	23

Mer än 40 timmar	23	28	20	28
Vad tycker Du, med tanke på Din hälsa, om det totala antalet timmar som Du arbetade?				
Lagom	20	29	24	28
För många eller alldeles för många	22	34	23	21

För de som avskrivits finns en högre andel som tror att de kommer att bli långtidssjukskrivna igen p.g.a. arbetet bland de som upplevde en ekonomisk press på att återgå jämfört med de som inte upplevde ekonomisk press. Personer som upplevde en ekonomisk press för återgång i arbetet tycker dessutom nu i efterhand att de gick tillbaka för tidigt till arbetet efter långtidssjukskrivningen.

Arbetstiden

Personer som upplever ekonomisk press tycker också att de arbetar för mycket med tanke på vad som är bra för den egna hälsan. De arbetar också mer. Personer som hade stor ekonomisk press att återgå i arbete arbetar i genomsnitt 42,4 timmar (Sd= 11,6) per vecka jämfört med 38,3 (Sd= 7,8) bland de som inte har någon ekonomisk press.

Tabell 24c. Andel som anser att de gått tillbaka för tidigt, tror att de kommer att bli långtidssjuka igen etc. Skillnader mellan de som har stor, viss, liten och ingen ekonomisk press. Endast avskrivna personer som är i arbete ingår (n= 164). Viktade resultat.

	Hade Du en ekonomisk press på dig att återgå i arbete?			
	Ja, stor	Ja, viss	Ja, liten	Nej, ingen
Totalt	22	18	18	42
Tror Du att Du kommer att bli långtidssjuk igen p g a arbetet?				
Nej, absolut inte	5 (-)		24	71 (+)
Nej, knappast	16	20	19	46
Ja, i stort sett	44 (+)	23	14	19
Ja, absolut		5 (-)	5 (-)	90 (+)
Anser du att du gått tillbaka för tidigt till arbetet?				
Nej, absolut inte	14	20	23	43
Nej, knappast	12	18	19	51
Ja, i stort sett	40 (+)	23	14	24 (-)
Ja, absolut	83 (+)	10	2	5 (-)
Nuvarande arbetstid				
Upp till 35 timmar	9 (-)	27	11	52 (-)
35-40 timmar	26	16	23	34
Mer än 40 timmar	25	13	10	52 (-)
Vad tycker Du, med tanke på Din hälsa, om det totala antalet timmar som Du arbetar?				
Lagom	13	16	24	47
För många el. alldeles för många	35 (+)	21	9	35

Vill ha sjukpension eller inte. Vad ökar respektive minskar sannolikheten?

Totalt sett i hela materialet (n= 942 i denna fråga) är det 43 procent som vill ha sjukbidrag eller sjuk- eller förtidspension utifrån sin nuvarande situation, 37 procent uppger att de inte vill ha det och 20 procent har redan fått endera pensionsformen i september 01.

I en multivariat logistisk regression undersöktes vilka faktorer som ökar respektive minskar sannolikheten att en person vill ha sjuk- eller förtidspension eller sjukbidrag (se tabell 25). I denna analys ingår inte de personer som redan fått sjukbidrag eller sjuk- eller förtidspension, men däremot personer som eventuellt är i utredning för att få.

Analysen visar inte oväntat att ålder är en betydelsefull faktor – ju äldre den långtidssjuka är, desto vanligare att välja sjukbidrag eller förtids- eller sjukpension. Utbildning är också en variabel som har effekt – ju högre utbildning desto lägre andel som vill ha sjukpension.

Tabell 25. Andel (summeras till 100 procent radvis) som vill respektive inte vill ha sjukbidrag eller sjukpension. Skillnader mellan olika undergrupper samt resultat från multivariat logistisk regressionsanalys. Viktade resultat.

	Sjukbidrag och/eller sjuk- eller förtidspension?			Multivariat logistisk regression (n=494) ⁵ 95 % konfidensintervall.			
	Ja (n=299)	Nej (n=443)	Har redan (n=199)	p	OR	Undre	Övre
Totalt	43	37	20				
Man (n=345)	45	32	23	0,0041	1,12	1,04	1,21
Kvinna (n=596)	42	40	18		1,00		
Ålder				0,0000	0,95	0,95	0,96
20-29 år (n=143)	29 (-)	62 (+)	9 (-)				
30-39 år (n=230)	33 (-)	57 (+)	10 (-)				
40-49 år (n=218)	44	43	13				
50-59 år (n=213)	49	34	17				
60-65 år (n=138)	39	15 (-)	46 (+)				
Högsta utbildningsnivå							
Folkskola (normalt 6-8 år) (n=95)	49	15 (-)	36 (+)	0,0000	0,50	0,45	0,55
Grundskola (1-9 år) (n=113)	53 (+)	29	18				
Yrkesutbildning – minst ett år över realskola (n=68)	40	31	29				
Realexamen (n=13)	18 (-)	39	43 (+)				
Gymnasieutbildning eller motsvarande (Upp till 2 år) (n=173)	50	36	14	0,0000	0,48	0,43	0,53

⁵ Beroende variabel i den logistiska regressionen är "ja" och "nej" (de som redan fått sjukbidrag exkluderade).

Gymnasieutbildning eller motsvarande (3-4 år) (n=143)	46	44	10 (-)				
Universitet/högskoleutbildning, upp till 3 år (n=111)	41	40	19		1,00		
Universitet/högskoleutbildning, 3 år eller mer (n=86)	25 (-)	57 (+)	18				
Diagnoser							
Psykiiskt (n=277)	39	46	15	0,0000	1,59	1,42	1,79
Smärta (n=452)	49	27 (-)	24	0,0000	0,66	0,59	0,74
Övrigt (n=159)	40	42	18		1,00		
Hur är hushållets ekonomi?							
Mycket god (n=38)	33 (-)	30	37		0,0000	0,78	0,75 0,81
God (n=242)	45	30	25				
Varken god eller dålig (n=328)	43	40	18				
Ansträngd (n=134)	43	35	22				
Mycket ansträngd (n=66)	46	37	17				
Mastery – kontrollförlust (n=345)	2,27	1,96	2,06	0,0000	0,58	0,54	0,62
	Sd=0,65	Sd=0,67	Sd=0,74				
Mastery – action (n=345)	2,85	2,41	2,45	0,0000	0,48	0,45	0,51
	Sd=0,65	Sd=0,72	Sd=0,78				
Fysisk arbetsbelastning (n=345)	2,92	2,51	2,74	0,0000	0,80	0,77	0,83
	Sd=1,11	Sd=1,12	Sd=1,07				
Psykisk och social arbetsbelastning (n=345)	2,98	3,00	2,82	0,0000	0,66	0,61	0,71
	Sd=0,61	Sd=0,57	Sd=0,64				
Stöd på jobbet och trevlig stämning (n=345)	2,85	2,98	3,04	0,0000	1,15	1,08	1,22
	Sd=0,79	Sd=0,76	Sd=0,68				
Arbetslängtan/välkommen (n=345)	2,81	3,08	2,89	0,0000	1,56	1,47	1,66
	Sd=0,74	Sd=0,74	Sd=0,78				
Engagemang och lust för arbetet (n=345)	3,14	3,24	3,21	0,0000	0,74	0,69	0,80
	Sd=0,67	Sd=0,61	Sd=0,66				
Rehabiliteringsarbete på arbetsplatsen (n=159)							
Ja (n=159)	33 (-)	41	26	0,0000	1,42	1,27	1,59
Nej (n=407)	45	35	21	0,0000	1,86	1,71	2,02
Vet ej (n=226)	49	30	21		1,00		
Har Din arbetsgivare gjort något för dig som underlättat att återgå i arbete?							
Nej, absolut inte (n=219)	53 (+)	27 (-)	20				
Nej, knappast (n=176)	50	26 (-)	23				
Ja, i någon mån (n=224)	36	43	21				
Ja, absolut (n=140)	34	44	23				
Anser Du att Du fått den hjälp och behandling som Du behövt från sjukvården?							
Nej, absolut inte (n=47)	41	47 (+)	13		0,0154	0,95	0,91 0,99
Nej, knappast (n=70)	43	33	23				
Ja, i någon mån (n=285)	48	32	19				
Ja, absolut (n=385)	41	36	23				
Tycker Du att försäkringskassan har gjort och gör en bra insats för dig?							
Nej, absolut inte (n=81)	48	38	14		0,0927	0,97	0,93 1,01
Nej, knappast (n=135)	43	43	14				
Ja, i någon mån (n=283)	47	39	15				
Ja, absolut (n=277)	40	27 (-)	33 (+)				

Hosmer och Lemeshow Test (chi-2=3574,8; df=8; p=0,01). Cox & Snell R2=0,26; Nagelkerke R2=0,35

Personer med en stark inre känsla av att kunna påverka sin situation och framtid (*eng. mastery*) väljer *inte* i lika hög utsträckning sjukbidrag eller sjukpension. Diagnoserna har viss effekt – smärtpatienter väljer i högre grad sjukbidrag jämfört med övriga eller de psykiska diagnoserna.

När det gäller faktiska förhållanden i arbetet (fysisk arbetsbelastning, klimat på arbetet etc.) tycks dessa inte spela så stor roll. Om man däremot saknar sitt arbete och känner sig välkommen tillbaka till jobbet och upplever att människor bryr sig om huruvida han eller hon kommer tillbaka tycks det vara en motkraft och något som minskar önskan att bli sjukpensionerad eller sjukbidragstagare.

Stödsystemet har betydelse i det att personer som upplever att arbetsgivaren gör något för att underlätta återgång i arbetet också i lägre grad väljer sjukpension eller sjukbidrag. Exempelvis svarar ungefär hälften av de som *inte* tycker att arbetsgivaren har gjort något för att underlätta återgång i arbetet att sjukpension eller sjukbidrag vore ett bra alternativ. Bland de som tycker att arbetsgivaren vidtagit åtgärder för återgång i arbete är det ca 35 procent som väljer sjukpension/sjukbidrag. Sjukvårdens insats och försäkringskassans agerande visar sig inte ha betydelse för om man önskar sjukbidrag/pension eller inte.

Referenser

- RFV 2000:11. "Långtidssjukskrivna – bakgrund, diagnos och återgång i arbete. Utvecklingen från slutet av 1980-talet till 1999".
- Berglind, H. & Gerner, U. (1999). Motivation och återgång i arbete bland långtidssjukskrivna. *Socialmedicinsk tidskrift nr 5/1999*.
- Alexanderson, K. (2000). Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro? *SOU 2000:121*.
- Pearlin, L., Liebermann, M., Menghan, E., & Mullan, J. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Berglind H, Gerner U. Motivation och återgång i arbete bland långtidssjukskrivna. *Socialmedicinsk tidskrift 1999*; 76(5)409-420.
- Bäckström I. Att skilja agnarna från vetet. Om arbetsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män. Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet, 1997.
- Edlund, C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer – en studie om sjukskrivning och rehabilitering. Akademisk avhandling.

- Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University, Sweden. ISBN 91-7191-971-6, 2001.
- Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv – en handlingsplan för att förnya arbetsmiljöarbetet. Näringsdepartementet, Ds 2001:28.
- Riksförsäkringsverket. Vem får arbetslivsrelaterad rehabilitering. RFV redovisar 1997:10.
- Sandström J, Esbjörnsson E. Return to work after rehabilitation. The Significance of the Patient's Own Prediction. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*. 1986, 18:29-33.
- Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen, Socialdepartementet, SOU 2000:121.

Bilaga

Metodologiska överväganden

Bortfallet

I den telefonintervju som gjordes i båda grupperna framkom att enkätsvaren innehåller en överrepresentation av kvinnor och äldre. Yngre och framförallt män är således underrepresenterade. I de frågor som inte fanns i telefonintervjun innebär detta att svaren från enkäten mer representerar kvinnor och yngre. I de fall det finns skillnader mellan yngre och äldre, mellan män och kvinnor kan vi därmed anta att totalresultaten skulle avvikit något från det nu presenterade totalresultatet. Bortfallet tillhör framförallt män och yngre vilka är i numerär minoritet i detta sammanhang. Dessa grupper påverkar *inte* totalresultatet i särskilt hög utsträckning. Både män och yngre har dock en absolut sett tillräcklig representation i förhållande till populationen trots det högre bortfallet och den relativt sett sämre representationen i denna grupp.

Viktning

Populationsvärdena för de bägge grupperna har beräknats på olika sätt. I den ena gruppen består populationen av antalet just nu pågående sjukfall (de långtidssjukskrivna) och för de avskrivna baseras populationsvärdet på antalet avskrivna under aktuell period. Motsvarande populationsvärde för de långtidssjuka skulle vara antalet nyinsjuknade, vilket skulle vara ett mer jämförbart populationsvärde. Däremot är det inte denna population vi undersöker, utan just pågående sjukfall. Detta torde få mycket små konsekvenser för beräkningarna och vi har bortsett från eventuella konsekvenser.

Viktningen får också konsekvensen att signifikanta resultat blir tämligen ointressanta att fokusera på eftersom mycket små skillnader blir signifikanta. I föreliggande rapport har därför praktiskt och substantiella skillnader fokuserats. Var gränsen skall gå för när en skillnad har substantiell signifikans är en svår uppgift och bedömningen överlämnas till viss del till läsaren. Skillnader som avviker 10 procent från totalgruppen har dock betraktats som stora.

Urvalen

Populationerna måste betraktas som två olika trots att de har många likheter. Personerna i båda grupperna har varit långtidssjukskrivna minst ett år. I gruppen som avskrivits har ingen varit sjukskriven mer än 18 månader. I gruppen som är långtidssjukskriven finns dock personer som kommer att fortsätta vara sjukskrivna och personer som kommer att avskrivas. Slutsatser utifrån gruppen som avskrivits gäller således inte nödvändigtvis gruppen som fortfarande är sjukskriven, även om mycket är gemensamt för grupperna. Med anledning av detta är en eventuell uppföljning viktig. Vi kan således inte uttala oss om orsakssamband och vet inte om skillnader mellan gruppen långtidssjukskrivna och avskrivna beror på faktiska skillnader i populationerna eller på skillnader beroende på att de avskrivna befinner sig i en senare del av sjukskrivningsförloppet.

Urvalet är också en speciell grupp i meningen att den är mycket heterogen vad gäller ett antal variabler. Det har därför varit svårt att göra en enkät som passar för alla. Exempelvis är många personer deltidssjukskrivna, vilket enkäten inte var specialgjord för. Ett stort antal har därför skrivit kommentarer i enkäterna. Svaren har i vissa fall tolkats med hjälp av dessa fria kommentarer.

Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer,
långtidsarbetslösa och långtidsfriska

*Örjan Hemström
Arbetslivsinstitutet
Programmet för hälsa och utveckling i det nya arbetslivet*

Innehåll

Sammanfattning	173
Bakgrund.....	176
Material och metod.....	178
Syfte och frågeställningar	188
Gruppernas sociala utseende.....	189
En uppskattning av storleken på arbetsrelaterade och regionala skillnader	201
Gruppernas inkomstkarriärer 1995-99.....	225
Avslutande diskussion.....	233
Referenser	236

Sammanfattning

I den här studien studeras fyra grupper 25-64-åringar som under hela år 2000 antingen var sjukskrivna (91 356), helt eller delvis arbetslösa (196 449), hade beviljats förtidspension (35 200) eller inte hade uppburit någon ersättning från sjukfrånvaro från RFV (friska). Friska bestod av ca 4 miljoner sjukförsäkrade. Bland dessa drogs ett slumpmässigt urval (84 178) vilket fungerar som jämförelsegrupp till sjukskrivna, förtidspensionerade och arbetslösa. Information om grupperna (inhämtade från RFV och AMS) länkades av SCB till en longitudinell databas om sysselsättning, utbildning och inkomst (LOUISE) för perioden 1995-99.

Syftet med delstudien var att fördjupa kunskaperna om långtids-sjukskrivna, förtidspensionerade, långtidsarbetslösa och långtids-friska. De viktigaste frågorna var att: (1) ta reda på hur grupperna ser ut med avseende på demografiska, socioekonomiska och arbetsrelaterade förhållanden; (2) estimerar hur stora skillnaderna är mellan arbetsrelaterade och regionala kategorier med avseende på sjukskrivning, förtidspension och arbetslöshet; (3) få en uppfattning om de fyra huvudgruppernas tidigare inkomstkarriärer under perioden 1995-99.

Långtidsarbetslösa, helårssjukskrivna och nya förtidspensionärer hade delvis en gemensam profil jämfört med urvalet av långtids-friska. I problemgrupperna fanns förhållandevis många skilda, utrikes födda, äldre, personer utan hemmavarande barn, lågutbildade, ej facklärd arbetare, kommunalt anställda, anställda i övriga organisationer och de som varit senast verksamma inom vård och omsorg. Kvinnor var i majoritet i nästan alla problemgrupper (dock ej bland heltidsarbetslösa under hela året) och glest

befolkade kommuner verkade ha mer problem än kommuner i storstadsregioner.

När vi estimerade avvikelser från förväntat antal i de tre problemgrupperna framträdde vissa systematiska skillnader mellan sektorer och näringsgrenar. Specifika avvikelser för vissa verksamheter med avseende på ålder, utbildning och kön observerades också. I den kommunala sektorn, övriga organisationer (t.ex. ideell sektor) samt vård och omsorg avvek alla kombinationer av kön, ålder (25-44, 45-54, 55-64) och utbildning (högst 2 års gymnasium, mer än 2 års gymnasium) med signifikant fler helårssjukskrivna än förväntat. Lågutbildade kvinnor i vård och omsorg avvek dock inte med avseende på förtidspension. Utbildning, forskning och utveckling - av vilka hälften var verksamma inom grundskolan - avvek totalt sett mindre, men då vi tog hänsyn till den höga utbildningsnivån i denna bransch blev det tydligt att också denna näringsgren hade fler helårssjukskrivna än vad de borde ha. Detta verkade dock bara gälla för grundskolans verksamhet. Privat sektor och tillverkning/återvinning hade mindre problem än förväntat, en bild som inte förändrades när vi studerade olika ålders- och utbildningsgrupper. Bland mer specifika fynd hade bl.a. lågutbildade män och kvinnor i statlig sektor fler sjukskrivna och förtidspensionerade än förväntat, vilket också gällde äldre män i byggbranschen. Män inom personliga tjänster, kulturella verksamheter, renhållning mm. hade fler fall än förväntat i alla problemgrupper.

Storstadsregioner hade färre och glesbygdskommuner fler individer än förväntat i problemgrupperna. Detta förhållande var starkast för arbetslöshet och svagast för långtidssjukskrivning. En analys av kommuner visade att det var stora skillnader mellan kommuner med avseende på helårssjukskrivning. Drygt hundra kommuner hade signifikant fler och 78 kommuner hade mindre sådana sjukskrivningar än förväntat. Bland de med fler fall fanns många kommuner i Uppsala, Östergötlands, Värmlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län. I Hallands och Kronobergs län fanns inga kommuner med fler helårssjuk-skrivna än förväntat. Ett flertal kommuner som omringas av kommuner med förhållandevis många långtidssjukskrivna hade mycket färre sådana fall än förväntat (t.ex. Härjedalens kommun). En delförklaring till regionala skillnader kan vara olika genomsnittlig utbildningsnivå (och t.ex. lokal yrkesstruktur). Det är mycket stora skillnader i genomsnittlig utbildningsnivå mellan olika regioner (orstadsregioner har mycket högre andelar högutbildade än glesbygdskommuner), medan skillnader i medelålder är mycket mindre. Utfallet för en-

staka kommuner antyder att det troligen finns andra viktiga skillnader mellan kommuner som har betydelse för nivån på långtidsjukskrivningar. De regionala skillnaderna kan endast delvis förklaras av skillnader i folkhälsa mellan regionerna.

I alla sektorer (privat, landsting etc.) hade personal i vård och omsorg signifikant fler långa sjukskrivningar än förväntat. Den vård och omsorg som finns i kommunal regi är generellt mer drabbad av arbetsrelaterad ohälsa bland annat därför att kommunerna har många tunga arbetsuppgifter som utförs av lågutbildad vårdpersonal (t.ex. vårdbiträden, undersköterskor, hemsjukvårdare). Detta kan möjligen bidra till att de allra flesta kommunerna (193) hade signifikant fler helårssjukskrivna än förväntat. Bara nio kommuner hade färre sådana fall än förväntat. Variationerna mellan olika kommuner tyder på att kommunernas sätt att organisera sina verksamheter troligen har betydelse för personalens långtidssjukskrivningar.

Det var påtagliga skillnader med avseende på gruppernas inkomstkarriärer under perioden 1995-1999. Friska förvärvsarbetade mest redan 1995. Långtidssjukskrivna och förtidspensionärer förvärvsarbetade till största delen i början av perioden men de hade en snabb ökning i ersättningar från sjukfrånvaro under de senaste åren i perioden. Arbetslösa hade en tredjedel av totalinkomsten från arbetslöshet redan 1995, en andel som kontinuerligt ökade till 46 procent 1999. Arbetslösa hade också förhållandevis stora andelar av inkomsten från olika bidrag medan deras inkomster från sjukfrånvaroersättningar var liten och obetydligt högre än vad som var fallet för friska. Helårssjukskrivna, förtidspensionärer och friska hade nära nog identiska andelar av totalinkomsten från arbetslöshet under hela perioden.

Sjukfrånvaron hade utvecklats likartat för förtidspensionärer och långtidssjukskrivna. I början av perioden var andelen som hade mer än en fjärdedel av totalinkomsten från olika sjukfrånvaroersättningar något högre bland de som förtidspensionerades år 2000 jämfört med de som var sjukskrivna hela det året. För arbetslösa och friska skedde nästan inga förändringar i sjukfrånvaron.

En analys av flödet mellan grupperna förvärvsarbetande (friska), arbetslösa, sjukskrivna och en bidrags/pensionsgrupp visade att överlappningen var störst mellan förtidspensionerade och sjukskrivna. Dessa förväntade fynd belägger att nya förtidspensionärer till stor del rekryteras från långtidssjukskrivna. Arbetslösa hade en något högre andel personer som huvudsakligen var sjukfrånvarande (1-1,5 procent) jämfört med friska (<0,5 procent). Lika andelar

förtidspensionärer och friska hade huvudsakligen varit arbetslösa. Detta talar emot vissa tidigare misstankar om att förtidspensionärer ofta rekryteras från arbetslöshet.

Sjukfrånvaron bland friska (1995-99) gav ytterligare stöd åt var i arbetslivet de största och minsta problemen med sjukfrånvaro finns. Kommunsektorn och vård och omsorg (i synnerhet) hade högre förekomst av sjukfrånvaro än andra verksamheter, och skillnaderna såg ut att öka över tid. Jämfört med sjukfrånvaron bland de som var verksamma inom finansiella verksamheter/företagstjänster hade vård och omsorg dubbelt så många 'friska' som uppburit sjukersättning från RFV 1999.

Resultaten pekar mot att det kan behövas särskilda preventiva insatser i verksamheter som har mycket 'mer' problem med sjukfrånvaro och förtida utträde ur arbetslivet än andra. Vård och omsorg har inte bara halkat efter andra när det gäller hälsa och arbetsvillkor utan också deras löneinkomster har släpat betänkligt efter andra (särskilt privata) verksamheter under 1990-talet. Problemen är störst för kvinnor eftersom det är huvudsakligen kvinnor som träder in i de verksamheter som för närvarande har mest problem med arbetsvillkor, osäkra anställningar, risk för (del-)arbetslöshet, långa sjukskrivningar och förtidspension. Av alla kvinnor som var sjukskrivna hela år 2000 kom 41 procent från vård och omsorg. Män i dessa verksamheter har minst lika stora problem med sjukfrånvaro, förtidspension och arbetslöshet som kvinnor, och oavsett ålder, utbildningsnivå och sektor (privat/offentlig/egenföretagare) ser det relativt 'jämnt' illa ut för de som har ett ohälsosamt jobb inom vård och omsorg.

Bakgrund

Kostnaderna för sjukfrånvaro har kontinuerligt ökat sedan 1997. Det genomsnittliga sjuktalet (per ettårsperiod) ökade från 19 (maj 1999) till 29 dagar för kvinnor och från 11 till 16 dagar för män (Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH), Delrapport 2001). Det är de riktigt långa sjukskrivningarna (mer än 365 dagar) som ökat mest. Av denna anledning finns det skäl att studera denna grupp närmare, bland annat med avseende på vilka som hamnar i en grupp med minst ett års sjukfrånvaro.

Det har gjorts en del tidigare analyser av orsaker till förändringar i längre och kortare sjukfrånvaro. Förändringar i arbetskraftens ålderssammansättning (andel äldre), arbetsmarknadsläget

(konjunkturtrend) och förändrade ersättningsnivåer har befunnits ha en viss betydelse för sjukfrånvarons förändringar (Lidwall & Skogman Thoursie, 2000). Exempelvis sammanfaller den markant ökade sjukfrånvaron efter 1997 med en nedgång i arbetslöshets-talet. Sådana samvariationer antyder att sjukfrånvarons svängningar kanske inte enbart är ett utslag av reella hälsoförändringar hos den sjukförsäkrade befolkningen, utan är ett utfall av mer komplexa sammanhang än vad som är fallet för någon väldefinierad sjukdom som har en till stor del känd etiologi (t.ex. lungcancer). Längre sjukskrivningar verkar bland annat delvis samvariera med arbetslöshetsnivåer på lokal nivå (Marklund & Lidwall, 1997). Höga nivåer av arbetslöshet tenderar även att öka risken för förtidspensionering (Lidwall & Skogman Thoursie, 2000). Under 1990-talet har emellertid arbetsmarknadsskäl tagits bort som orsak till förtidspension, och det är möjligt att högre krav på vad som ska legitimera förtidspension kan leda till ökade långvariga sjukskrivningar, menar Lidwall och Skogman Thoursie i sin analys.

Sammantaget visar dessa tidigare analyser om sjukfrånvaro att det kan vara svårt att studera förändringar i sjukfrånvaro separat från motsvarande förändringar i arbetslöshet och nybeviljade förtidspensioner. Den viktigaste orsaken till ökade långtidssjukskrivningar under senare år verkar dock inte ha varit t.ex. arbetslöshetens avtagande trend, eller höjda ersättningsnivåer 1998, utan en ökande andel 55-64-åringar i arbetslivet (*ibid.*). Till detta bör tilläggas att bland 60-64-åringar har den faktiska arbetstiden ökat med ca 2,5 timmar för både män och kvinnor mellan 1995 och 1999, och andelen förvärvsarbetande 55-59-åringar har ökat med cirka tre procentenheter under samma period (Hemström, 2001). Om de äldre i arbetskraften förvärvsarbetar alltmer, samtidigt som arbetstempot drivits upp, kan det resultera i en ökad förekomst av ohälsa, och (kanske) så småningom längre sjukskrivningar.

Mot denna bakgrund finns det anledning att göra fördjupade analyser med större grupper av långtidssjukskrivna, långtidsarbetslösa och förtidspensionärer eftersom det möjligen kan förekomma ett visst flöde mellan dessa. Dessa grupper består delvis av relativt marginaliserade individer på arbetsmarknaden. I ett jämförelseperspektiv är det därför också centralt att studera en mer 'normal' grupp. En sådan utgörs av personer som under en längre tid varken har varit sjukskrivna eller arbetslösa. Långtidsfriska kan ses som problemgruppernas motpol. Denna studie handlar om tre problemgrupper (långtidssjukskrivna, långtidsarbetslösa, nya förtidspensionärer) och en grupp av långtidsfriska. Med hjälp av

registerdata jämförs gruppernas sociala och demografiska karaktäristika och vissa förändringar inom grupperna studeras under en femårsperiod (1995-99).

I framställningen nedan beskrivs först datamaterialet, de fyra huvudgrupperna, vilka övriga faktorer som ingår i analysen och de metoder som används. Därpå följer en beskrivning av undersökningens syfte och frågeställningar. Resultatredovisningen har delats in i tre delar efter frågeställningarna som utgångspunkt. Studien avslutas med en övergripande diskussion.

Material och metod

I föreliggande studie används samkörningar av registerdata från Riksförsäkringsverket (RFV), Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) och Statistiska Centralbyrån (SCB). Långtidsarbetslösa identifierades av AMS och långtidsfriska, nya förtidspensionärer samt långtidsfriska med hjälp av olika register vid RFV. Uppgifterna för att definiera grupperna avser alla år 2000. De fyra populationerna bestod ursprungligen (18-64 år) av 213 349 långtidsarbetslösa, 36 613 nya förtidspensionärer, 94 586 långtidssjukskrivna och drygt 4 miljoner långtidsfriska. Individer som befanns i de olika populationerna samkördes sedan av SCB mot uppgifter i registret "En longitudinell databas kring utbildning, inkomst och sysselsättning" (LOUISE) för perioden 1995-99. Ett fåtal individer i de ursprungliga populationerna kunde ej hittas i LOUISE-registret 1995-99 (37 arbetslösa, 696 nya förtidspensionärer, 25 långtidssjukskrivna och 447 långtidsfriska). Ytterligare några exkluderas därför att uppgift om kön och ålder ej kunde fastställas i LOUISE (12 arbetslösa, 262 förtidspensionärer, 5 långtidssjukskrivna och 38 långtidsfriska). Analyserna begränsades sedan till de som år 2000 var 25-64 år gamla.

Långvarigt friska

Sjukförsäkrade individer som enligt RFV:s register inte uppburit någon sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning eller smittbärrpenning från socialförsäkringen definierades som långtidsfriska (i fortsättningen benämns dessa som friska). Hela populationen bestod av drygt 4 miljoner. Av praktiska och tidsmässiga skäl drog SCB därför ett obundet slumpmässigt

urval om 100 000 av gruppen långtidsfriska. Det motsvarar knappt 2,5 procent av hela populationen. Det visade sig att nästan 4 procent (3890 individer) av dessa samtidigt fanns i populationen arbetslösa. Dessa exkluderades tillsammans med de 21 som erhållit förtidspension år 2000. Antalet personer i urvalet av friska (25-64 år) blev då 84178.

Långtidsarbetslösa

Till denna grupp räknades alla som i AMS register varit öppet arbetslösa eller i arbetsmarknadspolitisk åtgärd under hela år 2000. Här inkluderades inte bara de som varit arbetslösa på heltid utan även de som någon del av året varit arbetslösa på deltid eller haft något tillfälligt arbete. I hela gruppen arbetslösa var det ett flertal personer som samtidigt fanns i urvalet av heltidsfriska (knappt 4000), långtidssjukskrivna (3 883) och hade beviljats förtidspension (1 026). De som identifierades bland friska definierades fortsättningsvis som arbetslösa medan övriga exkluderades från gruppen arbetslösa. Därmed kom hela gruppen att bestå av totalt 196 449 arbetslösa av vilka knappt hälften tillhörde kategorin arbetslösa på heltid, drygt en tredjedel var någon gång arbetslösa på deltid och en sjättedel hade haft något tillfälligt arbete under år 2000 (tabell 1). Nästan hälften av kvinnorna var arbetslösa på deltid medan 70 procent av männen var arbetslösa på heltid.

AMS lämnade också uppgifter om eventuella arbetshandikapp. Det var vanligare att män hade minst ett registrerat arbetshandikapp (21 procent jämfört med 13 procent bland kvinnor). Bland de med arbetshandikapp var rörelsehinder vanligast bland både män (37 procent) och kvinnor (51 procent). Störst könsskillnad (15 procentenheter) fanns för socialmedicinskt arbetshandikapp, vilket var det näst vanligaste registrerade arbetshandikappet bland män (19). Könsskillnaden i socialmedicinskt handikapp (>4 gånger högre för män) överensstämmer med de könsskillnader som observerats för alkoholrelaterade dödsorsaker i åldrarna 15 år och högre för år 1994 (Hemström 1998: 23). Vi kan därmed misstänka att socialmedicinskt arbetshandikapp i stor utsträckning innebär missbruksproblematik. Besvärstrukturen för arbetshandikapp påminner annars mycket om motsvarande orsak till förtidspension och sjukskrivningar mer än 90 dagar som beskrivits tidigare (t.ex. Lidwall & Skogman Thoursie 2000).

Tabell 1: Arbetslösa år 2000 med avseende på typ av arbetslöshet, och uppgifter om arbetshandikapp för män och kvinnor (25-64 år). Procent.

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Alla</i>
<i>Typ av arbetslöshet</i>			
Arbetslösa på heltid	34	70	48
Arbetslösa på deltid (21)	48	15	35
Arbetslösa med tillfälliga arbeten (22)	18	15	17
<i>Förekomst av arbetshandikapp</i>			
Nej	87	79	84
Ja	13	21	16
<i>Därav:</i>			
Hjärt-/kärl- eller lungsjukdom	2	6	4
Synskada	3	3	3
Hörselskada	1	2	2
Rörelsehinder	51	37	44
Övrigt somatiskt	24	18	21
Psykiskt	8	8	8
Intellektuellt	3	4	4
Socialmedicinskt	4	19	12
Astma/allergi/överkänslighet	1	1	1
Dyslexi/inlärningssvårigheter/ förvärvad hjärnskada/övrigt	1	2	1
<i>Antal personer</i>	<i>117 891</i>	<i>78 558</i>	<i>196 449</i>

Källa: Registerutdrag från AMS.

För senare jämförelser med övriga huvudgrupper bör vi beakta att kvinnor i stor utsträckning varit deltidsarbetslösa någon gång under året. Deltidsarbetslösa kan skilja sig från övriga arbetslösa, varför vi i vissa fall redovisar resultat separat för typ av arbetslöshet under året. En minoritet av de arbetslösa hade något registrerat arbetshandikapp. Inom ramarna för denna studie genomförs inga separata analyser för de med arbetshandikapp.

Nya förtidspensionärer

Hela populationen förtidspensionärer utgörs av drygt 438 000 personer i december år 2000 (Arbetsmiljöverket, 2001). Det årliga inflödet av nya förtidspensionärer var betydligt högre på 80-talet och början av 90-talet (40-50 000) än under 90-talets senare del (Lidwall & Skogman Thoursie 2000). År 2000 var det 35 200 i åldrarna 25-64 år som beviljades förtidspension (med olika omfatt-

ningsgrad) enligt RFV. 1 026 av förtidspensionärerna fanns också i gruppen långtidsarbetslösa, 2407 fanns även i gruppen långtids-sjukskrivna och 21 fanns i urvalet av långtidsfriska. I samtliga fall har företräde getts åt gruppen förtidspensionerade. Det var en betydligt större andel i förtidspensionsgruppen som inte kunde identifieras i LOUISE (ca 2,6 procent jämfört med klart under 0,5 procent för övriga grupper). Förtidspensionerade består möjligen av en större andel ytterst marginaliserade individer som inte så lätt kan identifieras i befintliga register (hemlösa?), jämfört med grupperna sjukskrivna, friska och arbetslösa.

RFV lämnade uppgifter om omfattningsgrad och orsak till förtidspension. Efter en uppdelning för män och kvinnor i fyra åldersgrupper och totalt (25-64 år) visade det sig att den största andelen med hela förtidspensioneringar (72,4 procent) fanns för män i den yngsta gruppen (25-44 år) och den lägsta (56,6 procent) för kvinnor i åldersgruppen 45-54 år (tabell 2). I samtliga åldrar är det betydligt vanligare att män erhåller hel förtidspension. Skillnaderna är 13 procentenheter i den yngsta gruppen, 11 i den mellersta och 6 i den äldsta.

Det finns en ålders- och könsvariation i huvudorsaken till förtidspensionen. Sjukdomar i rörelseorganen är den vanligaste orsaken till förtidspension för kvinnor i alla åldersgrupper. Andelen förtidspensioneringar på grund av sådana besvär ökar med stigande ålder för både män och kvinnor, de utgjorde 52 procent av de äldsta kvinnornas nya förtidspensioneringar och 39 procent av motsvarande mäns. Andelen förtidspensioneringar på grund av sjukdomar i cirkulationsorganen ökar också med stigande ålder, särskilt för män där de utgjorde nästan en femtedel av de nya förtidspensioneringarna bland 55-64-åringar. I den yngsta gruppen (25-44 år) var psykiska sjukdomar (utom alkohol och droger) den vanligaste orsaken till förtidspension bland män (43 procent) och bland dessa kvinnor var någon sådan sjukdom nästan lika vanlig (33 procent) som en sjukdom i rörelseorganen. Till skillnad från rörelseorganens och cirkulationsorganens sjukdomar blir psykiska sjukdomar mindre vanliga skäl till förtidspension med stigande ålder.

Tabell 2. Nya förtidspensionärer år 2000 (25-64 år) med avseende på omfattning och orsaker för kvinnor och män i tre åldersgrupper och totalt. Procent.

	Kvinnor 25-44	Män 25-44	Kvinnor 45-54	Män 45-54	Kvinnor 55-64	Män 55-64	Kvinnor 25-64	Män 25-64	Alla 25-64
<i>Omfattningsgrad</i>									
Hel	59,2	72,4	56,6	67,2	65,2	71,2	61,6	70,3	65,4
¾	27,6	19,6	29,5	23,2	24,1	21,8	26,3	21,9	24,4
½	2,6	2,2	2,8	4,1	2,4	3,0	2,5	3,1	2,8
¼	10,6	5,8	11,2	5,4	8,3	4,0	9,5	4,6	7,4
<i>Huvudorsak till förtidspension (ICD-10)</i>									
Psykiska sjukdomar (utom alkohol och droger) (F00-F04, F06-F09, F20-F99)	33,0	43,1	19,6	20,2	13,0	9,7	18,2	17,5	17,9
Sjukdomar i nervsystem, ögat, öron (G00-H95)	8,0	6,7	6,3	7,4	5,9	6,7	6,3	6,9	6,5
Cirkulationsorganens sjukdomar (utom kardiomyopati) (I00-I41, I43-I99)	1,7	2,2	3,7	8,7	7,4	18,4	5,4	13,4	8,8
Andningsorganens sjukdomar (J00-J99)	0,7	0,5	1,9	1,7	3,3	3,1	2,5	2,4	2,4
Rörelseorganens sjukdomar (M00-M99)	34,5	18,9	48,6	33,2	51,8	39,0	48,1	34,4	42,2
Skador, förgiftn, yttre påverkan (ej alkoholförgiftn och livsstilsproblem) (S00-T50, T52-Z71, Z73-Z99)	7,8	9,0	5,2	7,1	4,8	5,7	5,4	6,6	5,9
Alkohol- och drogrelaterade orsaker (F05, F10-F19, I42, K70-K74, K86, T51, Z72)*	1,7	9,3	1,7	8,2	0,9	3,3	1,2	5,5	3,1
Övriga sjukdomar	12,6	10,3	13,0	13,4	12,8	14,1	12,9	13,5	13,1
<i>Antal personer</i>	<i>3 183</i>	<i>2 267</i>	<i>6 017</i>	<i>4 002</i>	<i>10 857</i>	<i>8 874</i>	<i>20 057</i>	<i>15 143</i>	<i>35 200</i>

*Definierade från antingen primär eller sekundär orsak.

Alkohol- och drogrelaterade orsaker till förtidspension redovisas endast undantagsvis, trots att man vet att missbruksproblematik ofta leder till svag arbetsmarknadsanknytning. I en svensk studie, av män födda 1949-51, var 59 av 569 (10 procent) förtidspensioneringar (1976-1992) orsakade av alkoholrelaterade sjukdomar (Upmark m.fl., 2001). Resultaten här, för 25-44-åriga män, var i närheten av de tidigare fynden (9,3 procent). Man bör observera att alkoholrelaterade orsaker till förtidspension troligen är under-

rapporterade (Upmark, 1999). Detta antyds också när man jämför typen av arbetshandikapp bland arbetslösa med förtidspensionens orsak. En femtedel av de arbetslösa männen arbetshandikapp hade en trolig missbruksproblematik (socialmedicinskt handikapp), vilket var ungefär tre gånger så mycket som dessa problems orsak till förtidspension (knappt 7 procent). Många missbruksdiagnoser ser ut att transformeras till något annat när orsaken till förtidspension registreras. Förtidspensionerade har också en betydande överrisk att dö från alkoholrelaterade sjukdomar: män åtta och kvinnor sex gånger högre än för tjänstemän på mellan- och hög nivå (Hemström, under utgivning).

Långtidssjukskrivna

Dessa utgörs av de som enligt RFV:s register uppburit sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning eller smittbärarpennning från socialförsäkringen (även partiell sådan) under hela år 2000 (93 763 i åldrarna 25-64 år). Vid samkörning mot populationerna arbetslösa och förtidspensionärer hade 2 407 helårssjukskrivna beviljats förtidspension och 3 883 personer var arbetslösa. Efter att de som beviljades förtidspension exkluderats kvarstod 91 356 sjukskrivna individer. RFV lämnade uppgifter om individerna enbart uppburit sjukpenning (alla dagar) eller om man haft en blandning av olika ersättningar (tabell 3).

Fyra av fem helårssjukskrivna uppbar enbart sjukpenning. Det var vanligare att äldre (55-64-åringar) enbart fått sjukpenning under året, vilket gällde både kvinnor och män. Det fanns inga könsskillnader i den yngsta gruppen, men bland de äldsta var det en större andel män än kvinnor som enbart erhållit sjukpenning under året (könsskillnaden var 3,9 procentenheter).

Tabell 3. Typ av ersättning bland helårssjukskrivna under år 2000 (procent).

	Män 25-44	Kvinnor 25-44	Män 45-54	Kvinnor 45-54	Män 55-64	Kvinnor 55-64	Män 25-64	Kvinnor 25-64	Alla 25-64
Enbart sjukpenning (alla dagar)	72,6	72,1	81,1	78,2	91,6	87,7	82,1	78,9	80,1
Blandning av ersättningar	27,4	27,9	18,9	21,8	8,4	12,3	17,9	21,1	19,9
Antal personer	10 532	20 142	11 198	20 458	11 678	17 348	33 408	57 948	91 356

Jämförande grupper

Enkla jämförelser mellan de fyra huvudgrupperna genomfördes med avseende på sex demografiska indikatorer (kön, åldersgrupp, födelseland, civilstånd, familjeställning och region), socioekonomiska förhållanden (utbildningsnivå, disponibel inkomst och socioekonomisk grupp) samt arbetsrelaterade faktorer vid det senaste kända förvärvsarbetet (sektor, näringsgren och arbetsställets storlek). De demografiska faktorerna fastställdes primärt från uppgifter i 1999 års LOUISE, med undantag av ålder (år 2000). Val av indelningar och kategoriseringar beskrivs nedan.

En finare åldersgruppning användes bland de över 55 år (femårsgrupper) jämfört med de 25-54 år (tioårsgrupper). Skälet till detta var att vi vet att hälsan generellt försämras med stigande ålder, och att bland annat förtidspensioneringar brukar vara ansamlade till de äldsta i yrkesaktiv ålder. En finare åldersindelning bland äldre ger en möjlighet att bättre studera hur stora ålders-effekterna kan vara.

De ursprungliga uppgifterna om familjeställning i LOUISE (SCB 2001:36) modifierades avsevärt. Uppgifter om förekommande barn i åldrarna under respektive över 18 år (avser yngsta barnets ålder) lades till, vilka i sin tur kombinerades med civilstånd. Det är viktigt att notera att registret inte kan skilja ut samboende personer utan barn. Endast samboende personer med gemensamt barn tillhör kategorin samboende (hit hör också registrerade partnerskap). För att förenkla indelningen togs ingen hänsyn till om förekommande barn var adopterade eller ej. Därmed erhöles tre grupper av gifta (samt registrerade partner): de utan barn, de med barn under 18 år och de med barn över 18 år (samboende kunde enbart tillhöra kategorierna med barn) och motsvarande tre grupper av ensamstående. Dessutom urskiljdes en grupp som bor hos föräldrar.

Födelseland förenklades av praktiska skäl till Sverige, Norden, tre övriga delar av Europa (öst-, syd-, övriga) och resterande världsdelar för sig. Oceanien slogs ihop med Nordamerika då dessa är relativt närbesläktade när det gäller språk och kultur.

H-region används som en indikator på region, med den gruppning som föreslagits av SCB (1998). Dessa utgörs av "områden med homogent befolkningsunderlag". Med detta avses en indelning av kommuner efter olika antaganden om befolkningstäthet (tre storstadsregioner samt befolkningsstorlek inom 30 km respektive inom

100 km radie från kommuncentrum). Även län och kommuner används i vissa analyser.

Utbildningsnivå bestämdes efter utbildningsregistret i 1999 års LOUISE, och efter det förslag på nivåindelning (sju nivåer + ospecificerad utbildning) som ges av SCB (1996:6). Här kan observeras att fyraårig teknisk linje på gymnasiet hamnar på samma nivå som de med kort eftergymnasial utbildning. Företräde ges således åt antalet fullbordade utbildningsår. I flera analyser gjordes en uppdelning av de med 'låg' respektive 'hög' utbildning. Valet av brytpunkt kan varieras och man kan urskilja olika grad av positivt selekterade till hög utbildning som varierar kraftigt med födelsekohort. Det var mycket ovanligare bland äldre att genomgå utbildningsnivåer som numera avslutas av en majoritet (gymnasienivå). Den jämnaste fördelningen (låg/hög) erhålls om brytpunkten sätts mellan två- och treårigt gymnasium. Den brytpunkten är också tilltalande så till vida att anställningar som vanligen kräver högst tvåårigt gymnasium brukar anses som arbetarjobb och de där mer utbildning krävs vanligen betraktas som tjänstemannajobb (SCB, 1982).

Den inkomstuppgift som användes i den enkla jämförande beskrivningen var disponibel inkomst (individens delkomponent [se SCB 2001:152-155]) vilken grupperades i sex kategorier i tusental kronor: < 50; 50-99,9; 100-124,9; 125-149,9; 150-199,9; 200-.

Även socioekonomisk grupp (SEI) användes. Det kan uppfattas som osäkert att använda information som fanns endast för år 1990 (Folk- och bostadsräkningen). Men det är av intresse att studera denna faktor, även om olika typer av mobilitet (upp- och nedåtgående) under uppföljningsperioden kan försvaga eventuella samband mellan SEI och förekomst av de problem vi här studerar. Det har också, med rätta, poängterats att tidigare SEI för icke yrkesverksamma bör samlas in om vi är intresserade av att studera klasskillnader i hälsa eller dödlighet (se exempelvis Valkonen, 1999). Här valdes en traditionell indelning med vardera två arbetar-, tjänstemanna- och företagarklasser, ej klassificerbara (vilka hade ett yrke 1990, men alltför otydligt angivet) samt de som saknade uppgift (främst yngre personer).

Indelningen av anställningssektorer, näringsgrenar och antal sysselsatta på arbetsstället bestämdes efter senaste uppgift i LOUISE (1999 i första hand, därefter 1998 osv.). Med detta förfarande kunde senaste sysselsättning fastställas för merparten av alla individer i de fyra grupperna. Huvudsakligen användes upp-

gifter från största förvärvskälla, med vissa undantag. Kod för anställningssektor från största förvärvskälla kunde inte användas för 1999, och istället användes uppgift från novemberanställningen 1999. Uppgift om antalet sysselsatta på arbetsplatsen fanns enbart för novemberanställningen för varje år, vilken därför fick användas. Det senare resulterar i större bortfall, eftersom det under ett år är fler som haft en största förvärvskälla än som haft en novemberanställning. För grupper med låg anknytning till arbetsmarknaden (heltidsarbetslösa och för vissa av de nya förtidspensionärerna) får detta troligen störst negativa konsekvenser (dvs. förhållandevis fler med uppgift saknas på arbetsplatsstorlek jämfört med sektor och näringsgren).

Den ursprungliga sektorsindelningen består av tio kategorier (SCB 2001:163) vilka grupperades om till sju samt uppgift saknas: företagare (de som enligt yrkesställning var egna företagare och tillhörde privat ägt aktiebolag/övrigt företag); privat sektor (ej offentligt ägda aktiebolag/övriga organisationer); statlig sektor (statlig förvaltning, statliga affärsverk, statligt ägda företag och organisationer); kommunal sektor (primärkommunal förvaltning, kommunalt ägda företag och organisationer); landstingssektor; övriga offentliga organisationer; övriga organisationer; uppgift saknas. Till övriga offentliga organisationer hör exempelvis kyrklig kommunal förvaltning och socialförsäkring, och övriga organisationer kan t.ex. vara utlandssektor, ideell sektor.

Näringsgrenarna kategoriserades grovt. Med 17 avdelningar som utgångspunkt (SCB, 1995) användes följande nio (SNI-koder inom parantes): jord- och skogsbruk, jakt, fiske, utvinning av mineral (01100-14500); tillverkning och återvinning (15100-37200); el-, gas-, värme- och vattenförsörjning + byggverksamhet (40100-45500); handel, transport och kommunikationer, inklusive service-näringar som reparationer, hotell- och restaurang (50100-64203); finansiell verksamhet, fastighets- och uthyrningsverksamhet och andra företagstjänster, t.ex. databehandlingsverksamhet (65100-72600, 74100-74849); offentlig förvaltning, försvar, obligatorisk socialförsäkring (75100-75300); utbildning + forskning och utveckling (73100-73203, 80100-80429); vård och omsorg, inklusive veterinärverksamhet (85100-85325); andra personliga, kulturella tjänster, renhållning m.m. (även förvärvsarbete i hushåll, verksamhet vid internationella organisationer) (90000-99000). Observera att forskning och utveckling (SNI 73100-73203) flyttades från avdelningen fastighets- och uthyrningsverksamhet, företagstjänster (avdelning K) till utbildning (avdelning M).

Gruppering av antalet sysselsatta på arbetsstället följer den indelning som gjorts i en tidigare HpH-rapport (HpH, Delrapport 2001:Diagram 11).

Utfall under femårsperioden 1995-99

Vissa analyser tar fasta på vilka huvudsakliga sysselsättningar grupperna haft under de föregående fem observationsåren (1995-99). Som mått användes huvudsakligen hur stor andel av totalinkomsten som utgjordes av (1) förvärvsarbete (löneinkomst, inkomst av näringsverksamhet); (2) arbetslöshet (ersättning från arbetslöshet, arbetsmarknadspolitiska åtgärder); (3) ersättning från sjukfrånvaro (sjukpenning, smittbärrpenning, havandeskapspenning, arbetsskadeersättning, rehabiliteringsersättning, ersättning från AGS och TFA); (4) pensioner/bidrag (ATP-pension, ålderspension, tjänstepension/avtalspension, delpension, förtidspension, privat pensionsförsäkring, ersättning från studier, socialbidrag, VPL-ersättning, livränta, föräldrapenning, handikappersättning, bidragsförskott, arbetsskadelivränta). För de fyra huvudgrupperna estimerades utvecklingen av inkomstkällornas medeltal under perioden.

Ett ytterligare mått på sjukfrånvarons förändringar användes, separat för män och kvinnor. Detta beskriver hur många personer som erhållit olika stora andelar av totalinkomsten från sjukfrånvaro och liknande ersättningar: (I) >25 procent av inkomsten; (II) 13-25 procent; (III) 7-12 procent; (IV) upp till 6 procent (se även Vikenmark & Andersson, 2001).

Avvikelser från förväntade antal arbetslösa, förtidspensionerade och långtidssjukskrivna

De datamaterial som analyserades har en styrka i att vi har tillgång till ett stort antal observationer vilket skulle göra det möjligt att särstudera relativt små undergrupper. Registerdata har mindre problem med bortfall, vilket kan vara en felkälla i frågeundersökningar (särskilt när det gäller marginaliserade grupper som t.ex. arbetslösa och förtidspensionärer). En nackdel för statistiska beräkningar är att alla huvudgrupper består av olika selekterade individer. Vi har inte tillgång till ett urval av normalpopulationen (gruppen friska ligger förstas närmast). Detta försvårar mer avan-

cerade jämförelser av grupperna. Eftersom vi har olika grupper med skilda åldersfördelningar som ska jämföras, är det också svårt att göra korrekta korrigeringar för ålderskillnader mellan grupper (t.ex. med avseende på sektor). Därför valdes en enkel form för jämförelsen mellan huvudgrupperna utan försök att göra problematiska åldersstandardiseringar i två grupper samtidigt (friska och problemgrupp). Avvikelse från förväntat antal arbetslösa, förtidspensionerade och helårssjukskrivna beräknades med urvalet av friska som referensgrupp. Förväntat antal = relativ gruppstorlek (procentvikt) bland friska multiplicerat med det totala antalet arbetslösa/sjukskrivna/förtidspensionerade. Avvikelsena redovisas som procent av det förväntade antalet ($[\text{observerat antal}/\text{förväntat antal}] * 100$); 100 är liktydigt med det förväntade antalet; 200 är dubbelt så många mot förväntat och 50 är hälften mot det förväntade antalet. För att klargöra eventuella skillnader mellan näringsgrenar och sektorer, gjordes även vissa stratifierade analyser efter kön, ålders- och utbildningsgrupper. Enskilda gruppavvikelse signifikansprövades med χ^2 -test med beräkning enligt föreslag av Bohrnstedt och Knoke (1988:117).

Syfte och frågeställningar

Huvudsyftet med denna delstudie är att för handlingsplanen söka fördjupad kunskap om grupperna långtidssjukskrivna, förtidspensionerade, långtidsarbetslösa och långtidsfriska. Analysen genomförs i tre delar med ett antal specifika frågeställningar som är av särskilt intresse för detta ändamål.

1. Hur ser grupperna ut?

- ☞ med avseende på demografiska förhållanden (kön, ålder, födelseland, civilstånd, familjestatus och region)?
- ☞ med avseende på socioekonomiska förhållanden (SEI-grupp, utbildning och inkomst)?
- ☞ med avseende på senaste förvärvsarbets sektorstillhörighet, näringsgren och arbetsplatsstorlek?
- ☞ Har problemgrupperna någon gemensam profil som skiljer dem från långtidsfriska?

2. När vi identifierat utsatta och gynnade grupper: hur stora är skillnaderna?

Genom att uppskatta storleken på eventuella avvikelser (positiva och negativa) jämfört med fördelningen bland långtidsfriska:

☞ Hur mycket avviker olika sektorer, näringsgrenar och regioner från det förväntade antalet personer i de tre problemgrupperna?

3. Hur ser gruppernas tidigare inkomstkarriärer ut?

För den studerade femårsperioden (1995-99):

☞ Hur ser gruppernas inkomstkarriärer ut med avseende på inkomst från förvärvsarbete, arbetslöshet, sjukfrånvaro och ersättning från pension/bidrag?

☞ Hur hade sjukfrånvaron utvecklats i de fyra huvudgrupperna?

☞ Fanns det ett flöde mellan grupperna långtidssjukskrivna, förtidspensionerade och långtidsarbetslösa?

☞ Fanns det arbetsrelaterade skillnader i tidigare sjukfrånvaro under perioden 1995-99 för de som var långtidsfriska år 2000?

Gruppernas sociala utseende

Här redovisas grupperna med avseende på demografiska (tabell 4), socioekonomiska (tabell 5) och senaste arbetsrelaterade förhållanden (tabell 6).

Demografiska förhållanden

Kvinnor utgjorde en klar majoritet i grupperna deltidsarbetslösa (83 procent), arbetslösa med tillfälliga arbeten (64 procent), sjuk-skrivna (63 procent), hela gruppen arbetslösa (60 procent) och förtidspensionerade (57 procent). Män dominerade bland heltidsarbetslösa (58 procent) och friska (54,5 procent). Den jämnaste könsfördelningen fanns således i gruppen friska, den ojämnaste bland de som någon gång under år 2000 varit deltidsarbetslösa. Det senaste fyndet rimmar väl med andra studier som funnit att det är markanta könsskillnader vad gäller tillfälliga arbetskontrakt och andelen förvärvsarbetande kvinnor och män som jobbar deltid (Marklund & Toomingas, 2000). En fråga som borde studeras

närmare är i vilken utsträckning kvinnors deltidarbete, deltidarbetslöshet (och kanske även förtidspension på deltid) kan bero på strukturella hinder (många deltidstjänster inom områden som har en lång historisk dominans av kvinnor) eller är ett utslag av egna önskemål (önskemål om deltidarbete kan öka utbudet av deltidstjänster inom vissa verksamheter).

Några grupper hade i princip identisk åldersfördelning - friska och de som antingen var deltidarbetslösa eller hade haft tillfälligt arbete under året. Den största koncentrationen av äldre fanns, som förväntat, bland förtidspensionärerna. Något förvånande var det lika stora andelar (28 procent) av de nya förtidspensionärerna som var 60-64- respektive 55-59 år. Man kan notera att det också kom 29 procent nya förtidspensionärer från åldersgruppen 45-54 år, vilket visar att det även i denna grupp finns stora problem med ohälsa som leder till förtida utträde i arbetslivet. Detta speglas inte minst av resultaten för helårssjukskrivna, där åldersgruppen 45-54 år stod för en något större andel (35 procent) av fallen än de i åldern 55-64 år (32 procent). En tredjedel av helårssjukskrivna var under 45 år. Dessa utgjorde mindre än en sjättedel av förtidspensionärerna. Kategorier av arbetslösa skilde sig en hel del åt vad gällde åldersfördelning. Bland heltidsarbetslösa var fördelningen rätt jämn i olika åldersgrupper, men med en viss ansamling av äldre (37 procent var 55 år eller äldre jämfört med cirka 20 procent bland övriga kategorier av arbetslösa).

Klart störst andelar utrikes födda fanns bland heltidsarbetslösa (26 procent). Detta kan jämföras med 16 procent bland sjukskrivna och knappt 13 procent i urvalet av friska. Särskilt de som var födda i Asien utgjorde en stor andel av heltidsarbetslösa (9 procent). Jämfört med friska var det större andelar som var födda i ett annat nordiskt land, Öst- och Sydeuropa och vilka var förhållandevis överrepresenterade bland såväl helårssjukskrivna som förtidspensionerade.

Tabell 4. Arbetslösa, förtidspensionerade, långtidssjukskrivna och friska (25-64 år) med avseende på några demografiska förhållanden. Arbetslösa är uppdelade på heltid, deltid samt med tillfälliga arbeten (TFA). Procent.

	Arbetslösa			Alla	Förtids- pension- erade	Långtids- sjuk- skrivna	Friska
	Hel	Del	TFA				
<i>Kön</i>							
Kvinnor	42,2	82,7	63,6	60,0	57,0	63,4	45,5
Män	57,8	17,3	36,4	40,0	43,0	36,6	54,5
<i>Åldersgrupp (2000)</i>							
25-34	16,4	29,1	27,9	22,7	3,6	10,4	29,0
35-44	22,8	27,6	27,6	25,3	11,9	23,1	27,3
45-54	23,8	23,9	22,0	23,5	28,5	34,7	25,6
55-59	16,2	11,9	12,2	14,0	28,0	20,4	10,9
60-64	20,8	7,6	10,3	14,4	28,0	11,4	7,1
<i>Födelseland</i>							
Sverige	73,9	86,2	81,6	79,5	82,0	84,0	87,4
Norden	4,7	3,4	3,5	4,0	6,4	5,2	3,0
Östeuropa	2,6	1,7	2,0	2,2	2,0	1,8	1,1
Sydeuropa	4,7	2,4	3,5	3,7	3,3	2,5	1,9
Övriga Europa	1,1	0,7	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0
Asien	9,3	3,5	5,1	6,6	3,4	3,3	3,2
Afrika	1,7	0,7	1,3	1,3	0,6	0,7	0,8
Nordamerika/	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3
Oceanien							
Syd/mellanamerika	1,2	0,9	1,1	1,1	0,7	0,8	0,8
Okänt/uppgift saknas	0,6	0,4	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
<i>Civilstånd (1999)</i>							
Ogifta	34,0	36,0	39,9	35,7	19,4	25,1	38,5
Gifta	44,5	47,9	42,3	45,3	54,9	52,3	49,7
Skilda	19,4	14,5	16,1	17,1	22,7	20,3	10,5
Änklingar/änkor	2,1	1,7	1,6	1,9	2,9	2,2	1,1
Okänt/uppgift saknas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
<i>Familjeställning* (1999)</i>							
Gift/RP utan barn	21,1	16,2	16,3	18,6	33,6	22,7	15,2
Gift/RP/sambo m barn <18	21,5	37,9	30,1	28,7	13,2	25,8	36,8
Gift/RP/sambo m barn 18+	5,5	5,9	5,0	5,6	9,4	8,5	6,5
Ensamstående utan barn	38,2	24,8	32,0	32,4	33,8	29,2	30,9
Ensamstående m barn <18	7,2	10,4	10,8	8,9	4,1	8,2	4,9
Ensamstående m barn 18+	2,0	2,1	1,8	2,0	3,1	3,1	1,5
Bor hos förälder/rar	3,9	2,1	3,5	3,2	1,6	1,7	3,6
Uppgift saknas	0,7	0,6	0,6	0,6	1,2	0,8	0,6
<i>H-region (1999)</i>							
H1 Stockholmsreg	8,0	5,6	8,1	7,2	16,4	19,3	22,2
H8 Göteborgsregionen	10,4	7,2	9,7	9,2	9,5	9,5	9,9

H9 Malmöregionen	7,4	4,7	4,4	5,9	5,5	5,2	6,1
H3 Kommuner >90000 inv.	40,7	41,9	41,2	41,2	36,7	35,2	34,6
H4 Kommuner >27000 inv. + >300000 inom 100 km	19,4	24,8	21,2	21,6	18,6	18,1	17,3
H5 Kommuner >27000 inv. + <300000 inom 100 km	6,1	7,4	6,9	6,7	6,6	6,7	4,9
H6 Kommuner <27000 inv.	7,9	8,4	8,5	8,2	6,6	6,0	4,8
Uppgift saknas	0,0	0	0	0,0	0,2	0,0	0,2
<i>Antal personer</i>	94 878	69 129	32 442	196 449	35 200	91 356	84 178

*RP = Registrerad partner. Till sambo räknas endast samboende med gemensamt barn.

Variationen med avseende på civilstånd bör tolkas med viss försiktighet, eftersom åldersfördelningarna skiljer sig mellan vissa grupper (gifta och änklings/änkor är exempelvis betydligt äldre i genomsnitt än ogifta). En följd av detta är att andelen gifta och änklings/änkor är högst bland nya förtidspensionärer (55 procent) och sjukskrivna (52 procent) men lägre (ca 45 procent) bland arbetslösa. Intressantare är att skilda personer utgjorde ungefär dubbelt så stora andelar av heltidsarbetslösa (19 procent), förtidspensionärer (23 procent) och sjukskrivna (20 procent) jämfört med friska (10,5 procent). Erfarenhet av skilsmässa kan således öka sannolikheten att hamna i alla studerade problemgrupper. I en norsk studie fann man att skilsmässa statistiskt sett kan leda till en klar ökning i sjukfrånvaro (Eriksen m.fl., 1999). Även efter korrigering för arbetsförhållanden, och ett flertal andra kända riskfaktorer för ohälsa, kvarstod en tre gånger högre långtidsfrånvaro efter separation/skilsmässa jämfört med de som var fortsatt sammanboende. Skilsmässa, och dess ökade förekomst i samhället, skulle därmed potentiellt kunna bidra till de längre sjukskrivningsperiodernas ökning, oberoende av förändringar på arbetet.

Jämfört med civilstånd är det otydligare skillnader med avseende på familjeställning. Ensamstående med barn under 18 år utgjorde en större andel av sjukskrivna (8 procent) och arbetslösa (9 procent) jämfört med friska (5 procent). Detta rimmar väl med bl.a. beskrivningar om cirka tre gånger högre arbetslöshet för ensamstående med barn 1997 jämfört med 1990 (SOU 2000:3). Det var stor skillnad mellan gifta med barn under 18 år och de utan barn. Giftna med barn hade relativt höga andelar bland friska (37 procent) och deltidsarbetslösa (38 procent) men låga andelar bland nya förtidspensionärer (13 procent). Giftna utan barn utgjorde å andra sidan en tredjedel av de nya förtidspensionärerna men bara 15

procent av friska. Åldern är troligen av stor betydelse för dessa skillnader bland grupper av gifta, varför det är mer relevant att jämföra utfallet i samma åldersgrupp, där kategorier av familjeställning är mer jämnt fördelade (45-54 år). I denna åldersgrupp var det små skillnader med avseende på andelen gifta utan barn bland förtidspensionerade (20 procent), sjukskrivna (19 procent) och friska (16 procent). Bilden av gifta med barn under 18 år som en 'frisk' grupp förändras inte. De utgjorde 37 procent av de friska 45-54-åringarna men bara en femtedel av förtidspensionärer och en fjärdedel av sjukskrivna (ej i tabell). För ensamstående grupper i åldern 45-54 år förtydligades bilden av att en stor andel av heltidsarbetslösa var ensamstående utan barn (hela 40 procent). För ensamstående grupper med barn förändrades inte bilden nämnvärt när utfallet begränsades till 45-54-åringar.

Det verkar finnas en viss systematik när man jämför friska och problemgrupper i olika H-regioner (längst ner i tabell 4). Andelen från Stockholmsregionen var högre bland friska än i alla problemgrupperna. Göteborgs- och Malmöregionerna hade rätt lika andelar i samtliga grupper. Alla övriga regioner hade lägre andelar bland friska än bland problemgrupperna. Tre av regionerna (H3, H4 och H6) hade högst andelar bland arbetslösa och en (H5) hade nästan samma andel i samtliga problemgrupper. Generellt verkar det som om glesare befolkade kommuner/regioner är mer representerade i problemgrupperna - mest för arbetslöshet.

Länsvisa jämförelser (ej i tabell) visade att de flesta länen (undantagen var Stockholms, Uppsala, Jönköpings och Västerbottens län) hade förhållandevis högre andelar bland arbetslösa än bland friska. För förtidspension var länsfördelningarna mer lika den för friska jämfört med motsvarande för arbetslösa. Tre län hade minst en extra procentenhet av förtidspensionärer jämfört med friska: Värmlands län, Västerbottens län och Norrbottens län. Stockholms län hade mycket låg representation bland förtidspensionärerna (se även resultaten för H-region i tabell 4). Det var snarast ännu mindre skillnader vid en jämförelse av länsfördelningarna sjukskrivna/friska. Endast Västerbottens län hade drygt en extra procentenhet bland sjukskrivna jämfört med friska, och Stockholms och Skåne län hade motsvarande lägre andelar bland långtidssjukskrivna. En jämförelse av resultaten för problemgrupperna antyder att de regionala skillnaderna, både med avseende på H-region och län, verkar vara störst med avseende på arbetslöshet och minst med avseende på lång sjukfrånvaro.

Socioekonomiska förhållanden

Det var stor variation mellan grupperna med avseende på utbildningsnivå (tabell 5). Personer med upp till högst tvåårigt gymnasium hade mycket större andelar i samtliga problemgrupper jämfört med urvalet av friska. Om vi slår ihop de tre lägsta utbildningsnivåerna framstår skillnaderna än tydligare. Bland friska hade hälften (51 procent) sådan ('låg') utbildning medan motsvarande andelar för sjukskrivna var 69, för arbetslösa 71 och för förtidspensionerade hela 75 procent. Det verkar som om individer med hög utbildning påtagligt förbättrar sina odds att undvika såväl arbetslöshet som förtidspension och långtidssjukskrivning.

Fördelningarna med avseende på disponibel inkomst är förstas delvis relaterad till utbildningsnivå (hög utbildning ökar sannolikt chansen till välbetalda jobb), men här finns avsevärda skillnader mellan huvudgrupperna. Enligt vad vi kan förvänta oss finns det fler med högre inkomst i urvalet av friska, men den gruppen hade också högst andel med en inkomst under 50 000 kronor (6,5 procent). Långtidssjukskrivna verkar generellt ligga bättre till inkomstmässigt än förtidspensionerade som i sin tur ligger betydligt bättre till än arbetslösa. Mest ekonomiskt utsatta var heltidsarbetslösa. Nästan tre fjärdedelar (73 procent) av dessa hade mindre än 125 000 kronor att leva på 1999.

För hela grupperna (25-64-åringar) kunde vi observera att särskilt de som hade ej facklärd arbetaryrken var klart överrepresenterade bland arbetslösa (30 procent), förtidspensionerade (33 procent) och långtidssjukskrivna (31 procent) jämfört med urvalet av friska (19 procent). Detta är knappast förvånande. Det är kanske mer överraskande att även företagare (dock ej jordbrukare) är något mer representerade bland förtidspensionärer och långtidssjukskrivna jämfört med friska. I en tidigare uppföljning av data från ULF (Undersökning av levnadsförhållanden) 1986 och 1995, som länkats till RFV-uppgifter om sjukfrånvaro och förtidspension, erhöles dock liknande resultat (Hemström, 2000). Arbetare och manliga företagare hade klart ökad risk för såväl förtidspension som för minst 14 dagars sjukfrånvaro (dock ej kvinnor som var facklärd arbetare). Föreliggande resultat kan vara påverkade av att SEI var okänd för en stor andel i grupperna (mellan 12 och 28 procent). Framst saknas uppgift för de yngsta (25-34-åringarna) vilka bara var 15-24 år när SEI mättes (1990). Då urvalet begränsades till de som var 35-64 år (således 25-54 år 1990) var andelen arbetare i problemgrupper (och bland friska) i princip den-

samma (se tabell 5, längst ner). Däremot var det en betydligt högre andel tjänstemän på mellan- och hög nivå bland friska i åldern 35-64 år (31 procent) jämfört med hela urvalet (23 procent). Bland friska 55-64-åringar utgjorde sådana tjänstemän en än högre andel (37 procent), och andelen arbetare (ej facklärda och facklärda) var ett par procentenheter lägre än bland 35-64-åringar (30 jämfört med 34 procent). Detta understryker hur olika yrkesrisker för tjänstemän och arbetare (t.ex. vad gäller arbetsmiljö) troligen ackumuleras över tid, och att tjänstemän har en betydligt bättre prognos för god hälsa relativt långt upp i åldrarna jämfört med arbetare.

Senaste förvärvsarbete

Fördelningarna med avseende på arbetsgivarsektor skilde sig en hel del åt mellan grupperna (tabell 6). Kvinnor var betydligt fler i kommuner och landsting, män många fler i den privata sektorn. Drygt hälften av alla friska kom från den privata sektorn. Privat sektor var också vanlig (47 procent) bland arbetslösa som hade haft tillfälligt arbete under år 2000. Statlig anställning var ungefär lika vanligt (9-10 procent) bland förtidspensionerade, sjukskrivna och friska, däremot något ovanligare bland arbetslösa (5 procent). En liknande bild framträdde för de egna företagarna, vilka också var lågt representerade bland arbetslösa. Kommunal anställning var ovanligt bland friska (20 procent) och vanligast bland deltidsarbetslösa (44 procent). Dessutom kom drygt en fjärdedel av de nya förtidspensionärerna och nästan en tredjedel av de långa sjukskrivningarna från den kommunala sektorn. Landstingsanställning var vanligast bland sjukskrivna (7 procent) och minst vanligt bland heltidsarbetslösa (2 procent). Det var lika vanligt (drygt 5 procent) att förtidspensionerade och friska kom från en sådan anställning. Övriga offentligt anställda utgjorde en procent eller mindre i alla grupper. Individuer som kom från övriga organisationer (t.ex. ideell sektor) utgjorde en relativt stor andel av arbetslösa (9 procent) och en rätt liten andel bland friska (knappt 5 procent). Totalt sett verkar det finnas påtagliga skillnader mellan sektorerna vad gäller fördelningen i de olika grupperna. Skillnaderna går generellt i samma riktning för män och kvinnor. Det mest systematiska fyndet är att kommunalt anställda utgjorde en betydligt större andel i alla problemgrupper jämfört med fördelningen bland friska. Detsamma verkar också gälla de som haft en anställning i övriga

organisationer. Den privata sektorn hade däremot högst andelar bland friska.

Tabell 5. Arbetslösa, förtidspensionerade, långtidssjukskrivna och friska (25-64 år) med avseende på utbildning, inkomst och socioekonomisk grupp (25-64 år). Arbetslösa är uppdelade på heltid, deltid samt med tillfälliga arbeten (TFA). Procent.

	Arbetslösa				Förtids-	Långtids-	Friska
	Hel	Del	TFA	Alla	pension	sjukskr.	
<i>Utbildningsnivå (1999)</i>							
Grundskola <9 år	18,9	9,6	12,6	14,6	24,6	14,2	7,4
Grundskola 9(10) år	16,9	15,6	18,3	16,7	14,3	15,8	11,6
Gymnasium upp till 2 år	34,6	45,8	40,8	39,6	35,9	38,6	32,0
Gymnasium 2-3 år	13,4	13,9	13,8	13,7	9,1	9,5	15,1
Eftergymn. <3 år (inkl. 4-årigt tekniskt gymn.)	8,6	9,1	8,6	8,8	8,4	11,9	17,4
Eftergymn. 3 år eller mer	6,2	5,5	5,5	5,8	6,5	9,4	14,5
Forskarutbildning	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	1,0
Uppgift saknas	1,4	0,2	0,4	0,7	0,8	0,3	1,2
<i>Disponibel inkomst (1999)</i>							
<50 000 kr	5,5	1,7	3,8	3,9	3,6	1,0	6,5
50 000-99 999 kr	34,8	19,5	26,9	28,1	23,1	15,6	11,4
100 000-124 999 kr	33,3	35,5	33,2	34,0	28,5	27,7	15,3
125 000-149 999 kr	12,9	25,4	19,5	18,4	20,3	24,9	20,5
150 000-199 999 kr	9,7	14,7	12,9	12,0	17,5	22,4	28,6
200 000 kr eller mer	3,8	3,2	3,7	3,6	7,0	8,5	17,7
<i>Socioekonomisk grupp (1990)</i>							
Ej facklärd arbetare	26,6	33,2	31,5	29,7	33,1	30,9	19,4
Facklärd arbetare	13,4	12,5	12,2	12,9	15,5	15,6	14,2
Lägre tjänstemän	11,5	13,7	10,6	12,1	11,5	11,8	11,8
Tjänstemän på mellannivå och högre	11,0	9,1	8,7	10,0	16,6	19,6	23,3
Företagare	2,8	2,4	3,1	2,7	4,3	3,5	3,1
Jordbrukare	0,3	0,4	0,5	0,4	0,9	0,7	0,9
Oklassificerbara	6,7	7,1	7,9	7,1	5,0	6,2	6,2
Uppgift saknas	27,5	21,7	25,5	25,1	13,2	11,7	21,0
<i>Antal personer</i>	94878	69129	32442	196 449	35 200	91 356	84 178

<i>Socioekon. Grupp (35-64 år)</i>	27,4	34,9	33,2	30,7	33,3	30,9	19,7
Ej facklärda arbetare							
Facklärda arbetare	14,1	12,4	12,5	13,3	15,7	15,6	14,6
Lägre tjänstemän	13,1	16,7	13,0	14,3	11,8	12,5	14,1
Tjänstemän på mellannivå och högre	12,8	11,8	11,2	12,2	17,0	21,5	30,7
Företagare	3,3	3,3	4,2	3,4	4,5	3,9	4,2
Jordbrukare	0,4	0,5	0,6	0,5	1,0	0,8	1,3
Oklassificerbara	6,3	5,5	6,6	6,1	4,8	5,5	4,6
Uppgjift saknas	22,5	14,9	18,6	19,5	12,0	9,4	10,9
<i>Antal personer</i>	<i>79342</i>	<i>49040</i>	<i>23375</i>	<i>151 757</i>	<i>33 947</i>	<i>81 821</i>	<i>59 762</i>

Fyra näringsgrenar hade sina högsta andelar bland friska, nämligen tillverkning/återvinning, byggverksamhet/el-, gas-, värme- och vattenförsörjning, finansiell verksamhet/företagstjänster och offentlig förvaltning/försvar (tabell 6, mitten). Dessa näringsgrenar hade lägre representation i de olika problemgrupperna jämfört med urvalet av friska. Män i byggbranschen mm. hade dock något fler bland långtidssjukskrivna än bland friska, och kvinnor inom tillverkning/återvinning hade lika stora andelar bland friska, sjukskrivna och förtidspensionerade. Flera näringsgrenar hade ungefär lika stor representation i alla huvudgrupperna: jord- och skogsbruk mm.; utbildning, forskning och utveckling, offentlig förvaltning/försvar samt personliga, kulturella tjänster/renhållning mm. För vissa näringsgrenar var det stora skillnader mellan olika grupper. Endast en procent av deltidsarbetslösa kom från bygg/el-, gas-, värme och vattenförsörjning men de utgjorde sex procent av de friska. De inom handel/transport och kommunikation utgjorde mer än en fjärdedel av arbetslösa som haft tillfälligt arbete men mindre än en sjättedel av förtidspensionärerna. I särklass störst variationer i procenttal mellan huvudgrupper observerades för vård och omsorg. Bland deltidsarbetslösa stod denna näringsgren för mer än 40 procent av fallen (och även 30 procent av de med tillfällig anställning). Mer än var fjärde (28 procent) helårssjukskriven kom från vård och omsorg, men bara knappt 18 procent av de friska kom från en sådan anställning.

Här står förstas kvinnorna för de allra flesta fallen, t.ex. 41 procent av alla kvinnor som var helårssjukskrivna kom från vård och omsorg, men även männen i denna bransch var överrepresenterade i samtliga problemgrupper.

Det fanns inga markanta skillnader mellan huvudgrupperna med avseende på arbetsställets storlek (nedre delen av tabell 6). Män på små arbetsställen (1-4 anställda) var något mer representerade bland helårssjukskrivna (19 procent) än bland friska (16 procent), och män på de största arbetsställena var mer friska (23 procent) än långtidssjukskrivna (18 procent). Totalt sett, inkluderande även kvinnor, hade arbetsställen med minst 200 sysselsatta klart lägre andelar bland olika kategorier av arbetslösa, och den högsta andelen bland friska. Vissa tidigare resultat har indikerat högre sjukfrånvaro på arbetsställen med många anställda (HpH, Delrapport 2001:61), något som inte får stöd här. De något andra fynden kan bero på att resultaten bygger på registeruppgifter jämfört med självrapporterad frånvaro i ÅKU i den tidigare analysen. De större företagen kan också ha högre förekomst av korttidsfrånvaro som inte belastat RFV:s budget.

Den största variationen i procenttal mellan grupperna kan noteras för de som saknade uppgift om antal sysselsatta (och för de som saknade uppgift om sektor och näringsgren, vilka i stor utsträckning var samma individer). Dessa utgjorde nästan en tredjedel av heltidsarbetslösa, nära en femtedel av förtidspensionärerna men bara knappt sju procent av friska. Det senare fyndet antyder att särskilt marginaliserade individer, som har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden, lättare hamnar bland arbetslösa och förtidspensionärer än där det krävs en sjukförsäkring för inträde (dvs. långtidssjukskrivna och friska i vårt material). Det är troligt att en del av de som saknade uppgift om förvärvsarbete under perioden 1995-99 inte finns med i RFV:s register därför att de saknar sjukförsäkring. En del av dessa kan vara några av de allra sjukaste, vilka inte kommer att belasta RFV:s budget förrän förtidspension beviljas. Det kan vara viktigt att påpeka att det finns en sådan bakgrund av de allra sjukaste till förtidspension, och att det inte bara finns en övergång av långa sjukskrivningsfall till förtida pensioneringar.

Problemgrupperna har till viss del en gemensam profil

Problemgrupperna visade sig avvika från friska med avseende på såväl demografiska, socioekonomiska som arbetsrelaterade faktorer mätta under en kort period (1995-99) före individernas gruppdestination år 2000. För de demografiska faktorerna var det mest anmärkningsvärda att samtliga problemgrupper hade klart förhöjda andelar skilda personer, men även utrikes födda samt personer som bodde i glesbygdskommuner hade större andelar i problemgrupperna än bland friska. Förhållandevis många från Stockholmsregionen och av de som var gifta/samboende med hemmavarande yngsta barn under 18 år fanns i gruppen friska. Kvinnor utgjorde en majoritet i de flesta problemgrupper, undantaget de som var heltidsarbetslösa under hela år 2000. Förtidspensionerade och heltidsarbetslösa hade förhållandevis höga andelar i åldersgruppen 55-64 år. Långtidssjukskrivna var däremot betydligt yngre (en tredjedel var 25-44 år) än de nya förtidspensionärerna. Deltidsarbetslösa påminde om friska i sin åldersammansättning.

Det var vanligt att friska hade hög utbildning (> 2 års gymnasium) eller tjänstemannajobb, och att problemgrupperna hade många med låg utbildning eller kom från ej facklärd arbetaryrken. Den senare bilden förstärks ju högre upp i åldrarna vi väljer att särstudera utfallet, alltså att andelen tjänstemän bland friska ökar med stigande ålder. Vi fann, föga överraskande, att friska hade högre disponibla inkomster än problemgrupperna, något som förstas delvis är en konsekvens av utfallet för utbildning och yrkesklass (SEI). För individen verkar långtidssjukskrivning vara bättre ur inkomstsynpunkt än förtidspension.

En relativt stor andel personer i alla problemgrupper kom från den kommunala sektorn och från övriga organisationer, något som gällde både män och kvinnor. Särskilt höga andelar från den kommunala sektorn fanns bland deltidsarbetslösa. Bland de nio näringsgrenar vi skilde ut framgick att ett flertal hade förhållandevis låga andelar i samtliga problemgrupper (t.ex. finansiella verksamheter/företagstjänster och tillverkning/återvinning), medan i synnerhet vård och omsorg hade höga andelar i nästan alla problemgrupper (undantag för heltidsarbetslöshet).

Då vi har identifierat vissa avvikande grupper med avseende på tidigare förvärvsarbete och deras höga eller låga andelar i problemgrupperna, finns det skäl att försöka uppskatta hur stora skillnaderna är.

En uppskattning av storleken på arbetsrelaterade och regionala skillnader

I det följande görs ett försök att skatta hur stora skillnaderna är med avseende på sektor, näringsgren och region (H-regioner och kommuner). Det var ganska stora skillnader i utbildningsnivå mellan problemgrupper och friska. Därför görs separata analyser för män och kvinnor med låg (högst tvåårigt gymnasium) och hög (mer än tvåårigt gymnasium) utbildning. Könsuppdelningen motiveras främst av att män och kvinnor i stor utsträckning arbetar inom olika sektorer och näringsgrenar (se tabell 6), och även inom dessa har män och kvinnor ofta olika yrken. En möjlig förklaring till könsskillnader kan vara att män och kvinnor arbetar i yrken med olika sannolikhet att hamna i någon av problemgrupperna. Vissa ålders- och könsseparerade respektive ålders- och utbildningsuppdelade analyser kommer också att göras för få bättre belägg för eventuella avvikelser mellan grupper från olika sektorer och näringsgrenar. Om det finns en stark effekt av arbetsförhållanden på sannolikheten att tillhöra någon av problemgrupperna, bör detta kunna observeras för män och kvinnor i alla ålders- och utbildningsgrupper. Finns det avvikelser bara bland de äldsta, kan detta vara ett tecken på ackumulerade risker inom dessa verksamheter, och att negativa effekter för hälsan kanske observeras förhållandevis sent i arbetslivet. Om någon verksamhet avviker totalt sett, men inte i någon ålders- eller utbildningsgrupp är detta ett tecken på att verksamheten har en genomsnittligt hög ålder eller många lågutbildade jämfört med andra verksamheter. För att förenkla redovisningen separerar vi inte olika typer av arbetslöshet i detta avsnitt. Fördelningen bland friska antogs som den förväntade i problemgrupperna och observerade skillnader från antalet förväntade beräknades.

Sektorsskillnader

Det visade sig att alla sektorsavvikelser var signifikanta för arbetslöshet och helårssjuk-skrivning (tabell 7). Egenföretagare, statlig och landstingskommunal sektor avvek inte signifikant bland för-tidspensionärer. För arbetslöshet observerades mer än dubbelt så många fall bland de med uppgift saknas och för övriga organisationer, och den kommunala sektorn hade 59 procent fler arbets-

lösa än det förväntade antalet. Företagare, staten och landstingen hade bara runt hälften eller ännu färre arbetslösa än förväntat.

Tabell 7. Observerade antal arbetslösa, förtidspensionerade och helårssjukskrivna uttryckt som procent av det förväntade antalet (100= det förväntade antalet) efter senaste arbetsgivarsektor (1995/99), 25-64 år gamla år 2000. Det förväntade antalet baseras på sektorsfördelningen bland friska.

Sektor	Arbet- slöshet	Förtids- pension	Helårs sjukskrivning	Fördelning friska (%)
Egenföretagare	36	102*	92	4,6
Privat	76	67	75	51,1
Statlig	54	99*	93	9,8
Kommunal	159	132	156	19,8
Landstingskommunal	50	98*	122	5,6
Övrig offentlig	83	138	130	0,5
Övriga organisationer	200	138	132	4,5
Uppgift saknas	258	314	95	4,1
<i>Antal personer</i>	<i>196 449</i>	<i>35 200</i>	<i>91 356</i>	<i>84 178</i>

*Det observerade antalet avviker inte signifikant (?2-test) från det förväntade antalet ($p > 0,05$).

Bland de nya förtidspensionärerna var avvikelserna generellt mindre, men privat sektor hade klart färre förtidspensionerade och kommunsektorn, övrig offentlig sektor samt övriga organisationer hade mellan 32 och 38 procent fler än det förväntade antalet fall. De som saknade uppgift om sektor hade en motsvarande avvikelse på mer än 300 procent (3 gånger högre). I denna grupp finns troligen några av de allra sjukaste som studeras här.

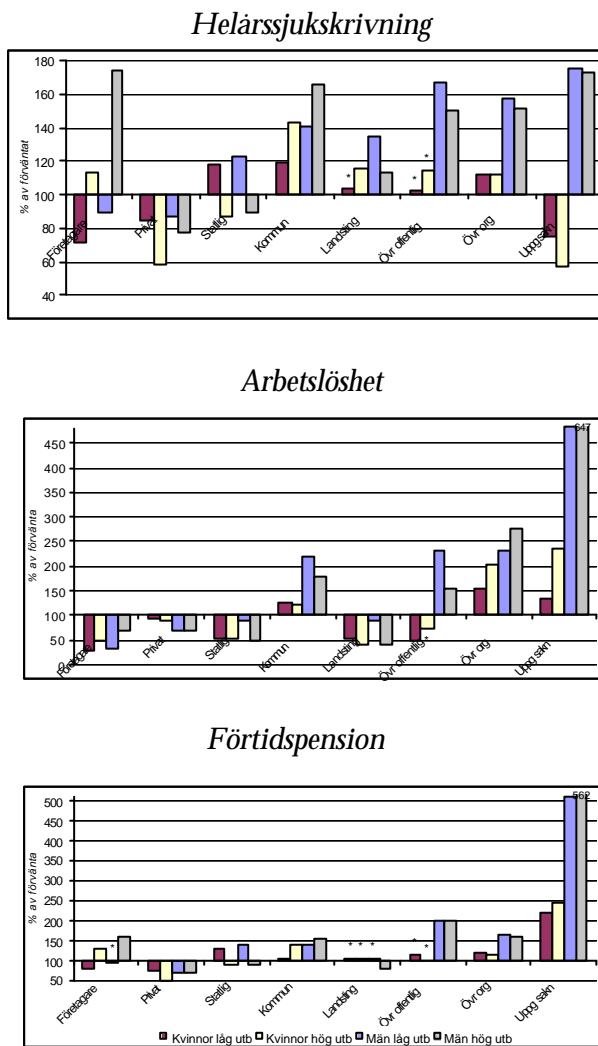
Utfallet för sjukskrivna påminner om det för förtidspensionerade. Den privata sektorn, men också egenföretagare och staten, avvek med färre sjukskrivna än förväntat och de tre övriga offentliga sektorerna samt övriga organisationer avvek med fler sjukskrivna än förväntat. Klart flest sjukskrivna, i relation till det förväntade antalet, observerades för kommunsektorn. Den relativa avvikelserna (56 procent mer än förväntat) motsvaras av drygt 10 000 extra helårssjukskrivningar (drygt 28 000 observerade och 18 000 förväntade) från denna sektor. Kvarstår bilden om vi analyserar män och kvinnor med olika utbildningsnivå och åldrar?

Sektorsavvikelsena varierar delvis med kön och utbildning, men det finns även en systematisk riktning på vissa avvikelser (figur 1). Tre av sektorerna avvek signifikant i samma riktning i samtliga

problemgrupper för män och kvinnor med olika utbildningsnivå. Den privata sektorn hade färre personer än förväntat i alla grupper (kvinnor med hög utbildning i den privata sektorn hade relativt sett minst antal i grupperna sjukskrivna och förtidspensionerade).

Figur 1. Helårssjukskrivning, arbetslöshet och förtidspension (25-64 år) som procent av det förväntade antalet efter arbetsgivar- sektor, separat för män och kvinnor med låg och hög utbildning.

* = χ^2 -test indikerade ingen signifikant avvikelse ($p > 0,05$).



Den kommunala sektorn och övriga organisationer hade däremot fler personer än förväntat i alla problemgrupper. För båda dessa sektorer finns en tendens till större relativa avvikelser bland män. Vi ska dock komma ihåg att det är färre män än kvinnor som selekterats till problemgrupperna och att kvinnor exempelvis utgör en stor majoritet av de som arbetar i den kommunala sektorn. Om vi istället använder mått på absoluta avvikelser bidrar kvinnor inom den kommunala sektorn med klart fler extra helårssjukskrivningar än förväntat både bland låg- (2 371 mot 790 för män) och högutbildade (2 580 jämfört med 729). Dock bidrar lågutbildade män inom den kommunala sektorn med fler extra förtidspensionerade (370) jämfört med motsvarande grupp kvinnor (265). Den systematiskt negativa bilden för kommunsektorn bör uppmärksammas. Motsvarande resultat för övriga organisationer är också av intresse. Den senare sektorn är dock mycket mindre, men de cirka femtio-procentiga avvikelserna för både låg- och högutbildade män bland helårssjukskrivna motsvarades av 524 (låg) respektive 193 (hög) extra helårssjukskrivningar år 2000.

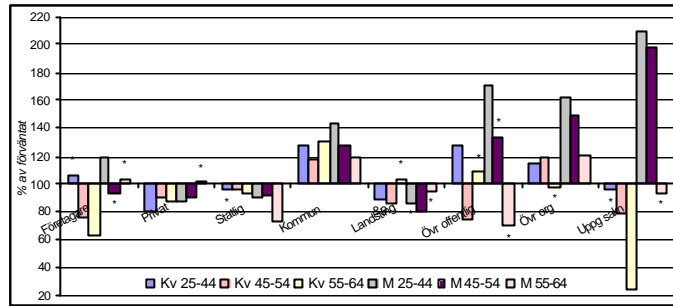
Vad gäller variationer i sektorsskillnaderna med avseende på kön och utbildning kan man notera några intressanta resultat. Statlig sektor och låg utbildning var ingen gynnsam kombination för långa sjukskrivningar och förtidspension (det gällde för både män och kvinnor). Liknande resultat erhöles för egenföretagare: endast de med hög utbildning avvek i negativ mening (fler sjukskrivna och förtidspensionerade än förväntat). Det var däremot få exempel på starka könsspecifika tendenser i materialet. Män med uppgift saknas avvek extremt negativt (särskilt de med hög utbildning) för arbetslöshet och förtidspension, men det var bara för långtids-sjukskrivning som kvinnor med uppgift saknas avvek i motsatt (positiv) riktning. Möjligen beror detta på att det finns en del hemarbetande kvinnor i den gruppen, vilka inte utnyttjar sjukskrivning om de egentligen inte förvärsarbetat något under de föregående fem åren. I gruppen arbetslösa avvek också könen (båda utbildningsgrupperna) i olika riktning i övrig offentlig sektor, män hade signifikant fler arbetslösa än förväntat och kvinnor färre.

Finns andra faktorer som skulle kunna påverka resultaten? I en tidigare rapport uppgavs att särskilt kommunalt anställda kvinnor har hög medelålder, speciellt jämfört med privat anställda (HpH, Delrapport 2001). Låg medelålder kan möjligen bidra till en övervägande positiv bild för den privata sektorn, men om åldersfaktorn var av central betydelse, och den kommunala sektorn verkligen har "problem" på grund av personalens höga medelålder, skulle vi för-

vänta oss den största relativa effekten för de nya förtidspensioneringarna. Både med relativa och absoluta tal avvek kommunsektorn mest negativt för arbetslöshet och långtidssjukskrivning och minst för förtidspension (se tabell 7). Både arbetslösa och helårssjukskrivna var betydligt yngre än nya förtidspensionärer. För att i viss mån belysa ålderns betydelse analyserades utfallet i varje åldersgrupp för män och kvinnor med avseende på helårssjukskrivning (figur 2) och även med avseende på olika kombinationer av ålder och utbildning.

Den kommunala sektorn uppvisade signifikant fler helårssjukskrivna än förväntat i alla åldersgrupper för både män och kvinnor. Andelen extra fall varierade mellan 17 procent för 45-54-åriga kvinnor och 43 procent för 25-44-åriga män. Den kommunala sektorns negativa avvikelse kan inte förklaras av att ålderssammansättningen där skulle vara ogynnsam. Den kan inte heller förklaras av en ogynnsam utbildningsstruktur i olika åldersgrupper. I samma tre grova åldersgrupper och för de med låg och hög utbildning såg det likadant ut (ej i figur). Den samstämmiga bilden för de olika undergrupperna ger ett visst stöd åt hypotesen att arbetsförhållanden inom den kommunala sektorn var ohälsosamma jämfört med de flesta andra sektorer förhållanden (undantaget möjligen övriga organisationer som avvek på ett liknande sätt som kommunsektorn). I en annan studie, som använde mer avancerade statistiska metoder, rapporteras hur speciellt män i kommunsektorn hade högre förekomst av såväl värk, utmattning/trötthet och oro än män i andra sektorer 1997, även när man tagit viss hänsyn till arbetsmiljö, ålder med fler faktorer (Bäckman & Edling, 2000). Detta samband med sektor och ohälsa kunde inte observeras 1993, vilket antyder att förhållanden i kommunsektorn har förvärrats sedan (ungefär) mitten av 1990-talet.

Figur 2. Helårssjukskrivning som procent av det förväntade antalet efter sektor, separat för män och kvinnor i tre åldersgrupper. * = χ^2 test indikerade ingen signifikant avvikelse ($p > 0,05$).



Ett resultat som anknyter till tidigare resultat bör nämnas kort. Det fanns en stark interaktion med ålder för kvinnor med uppgift saknas och för kvinnliga företagare. De äldsta kvinnorna i dessa grupper verkade ha klart minst sannolikhet att hamna i kategorin långtidssjukskrivna (figur 2). Detta kan knappast bero på att de är reellt friskare än andra äldre kvinnor. En troligare förklaring är att obetalt hemarbete (och kanske obetald medhjälp till makar som är egenföretagare) inte är så ovanligt bland äldre kvinnor i förvärvsaktiva åldrar. Denna grupp av kvinnor kan möjligen också förklara varför friska hade en så pass stor andel med de allra lägsta disponibla inkomsterna.

Skillnader mellan näringsgrenar

De med uppgift saknas var i princip samma personer för vilka anställningssektor också saknades, varför dessa inte kommenteras eller redovisas i figurer här. Då näringsgrensfördelningen bland friska applicerats i de tre problemgrupperna fann vi att tillverkning/återvinning, byggverksamhet/el-, gas-, värme- och vattenförsörjning, finansiell verksamhet/företagstjänster och offentlig förvaltning/försvar hade färre fall än förväntat i alla problemgrupper (tabell 8). Det var bara vård och omsorg som hade fler fall än förväntat i alla problemgrupper. Denna näringsgren hade 29 procent fler förtidspensionerade respektive 58 procent fler arbetslösa och långtidssjukskrivna än förväntat, vilket motsvaras av ett 'extra tillskott' av ca 20 400 arbetslösa, 9 500 långtidssjukskrivna och 1 800 nya förtidspensionärer. Några andra negativa

avvikelse kan också noteras: utbildning, forskning och utveckling hade fler helårssjukskrivna; personliga och kulturella tjänster/renhållning mm. hade fler arbetslösa och helårssjukskrivna; handel/transport och kommunikation hade fler arbetslösa än förväntat.

I de mer detaljerade analyserna observerades att de som kom från vård och omsorg avvek tydligast (för män och kvinnor med olika utbildningsnivå) för lång sjukfrånvaro (se figur 3; jord- och skogsbruk mm. benämns primärnäringsgrupper i figuren). Lågutbildade män inom vård och omsorg avvek mest relativt sett (60 procent mer än förväntat) och lågutbildade kvinnor mest i absoluta tal (2 038 fler än förväntat). För förtidspensioneringar var bilden mer komplex. Lågutbildade kvinnor hade inga extra fall medan motsvarande grupp män hade hela 65 procent fler förtidspensionerade än förväntat. Även för arbetslöshet avvek männen inom vård och omsorg relativt sett mer negativt än kvinnorna.

Tabell 8. Observerade antal arbetslösa, förtidspensionerade och helårssjukskrivna som procent av det förväntade antalet (100= det förväntade antalet) efter senaste näringsgren (1995/99), 25-64 år gamla år 2000. Det förväntade antalet baseras på fördelningen bland friska.

Näringsgren	Arbetslöshet	Förtidspension	Helårssjukskrivning	Fördelning friska (%)
Jord-, skogsbruks-, fiske-, gruv- o mineralbrytningsverksamhet	80	106*	77	2,1
Tillverkning/återvinning	56	83	80	18,4
Byggverksamhet/el-, gas-, värme- o vattenförs.	48	79	79	6,0
Handel, transport- o kommunikationer	102	80	91	19,9
Finansiell verksamhet och andra företagstjänster	65	63	73	13,0
Utbildning, forskning o utveckling	90	93	110	8,3
Offentlig förvaltning och försvar	68	86	91	5,6
Vård och omsorg	158	129	158	17,8
Personliga o kulturella tjänster, renhållning mm.	132	102*	105	4,3
Uppgift saknas	244	294	97	4,7
<i>Antal personer</i>	<i>196 449</i>	<i>35 200</i>	<i>91 356</i>	<i>84 178</i>

* Det observerade antalet avviker inte signifikant (?2-test) från det förväntade antalet ($p > 0,05$).

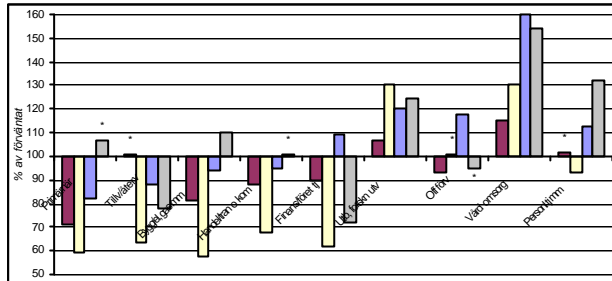
Inte bara vård och omsorg avvek systematiskt i problemgrupperna. De som var (eller senast hade varit) sysselsatta med utbildning, forskning och utveckling hade signifikant fler helårssjukskrivna (gällde alla fyra strata) och alla där, utom de lågutbildade männen, hade fler förtidspensioneringar än förväntat. För lågutbildade män och kvinnor inom denna näringsgren observerades även ett förhöjt antal arbetslösa. En könsspecifik avvikelse noterades för personliga tjänster, kulturella verksamheter, renhållning mm. Männen där (såväl låg- som högutbildade) avvek negativt både med avseende på helårssjukskrivning och förtidspension, vilket inte gällde för motsvarande kvinnor. I gruppen arbetslösa fanns inte samma diskrepans med avseende på kön. De könsolika fynden beror troligen på att män och kvinnor har olika arbeten inom personliga tjänster m.fl. verksamheter. Kategorin är förhållandevis heterogen (t.ex. renhållning och kulturella tjänster) men samtidigt rätt liten, mindre än fem procent i urvalet av friska, och har liten betydelse för den totala bilden.

Det observerades också att exempelvis lågutbildade män i offentlig förvaltning hade signifikant fler än förväntat i samtliga problemgrupper, lågutbildade män inom finansiella verksamheter/företagstjänster hade många helårssjukskrivna, vilket även gällde för högutbildade män inom bygg/el-, gas-, värme- och vattenförsörjning och kvinnor (låg- och högutbildade) inom handel/transport och kommunikation hade förhållandevis många arbetslösa (se figur 3).

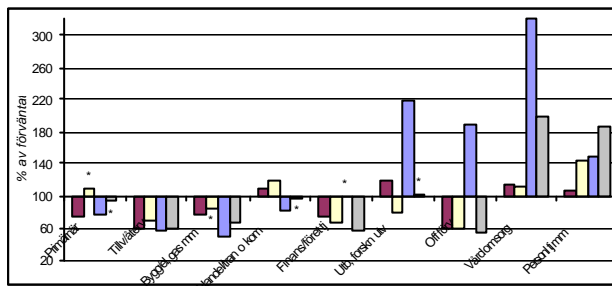
Några av de positiva avvikelserna bör också uppmärksammas. Ingen näringsgren avvek signifikant i positiv bemärkelse för samtliga fyra strata i alla problemgrupper. Resultaten ger dock en bild av att sysselsatta inom tillverkning/återvinning (undantag för lågutbildade kvinnor där), byggverksamhet mm. (ej högutbildade män), finansiella verksamheter/företagstjänster (ej lågutbildade män) hade mindre antal personer än förväntat i problemgrupperna. Undantagen visar emellertid att det kan finnas vissa grupper som har mer risk för problem än vad vi borde förvänta oss. Intressanta grupper är exempelvis lågutbildade kvinnor inom tillverkning/återvinning och lågutbildade män inom finansiella verksamheter/företagstjänster. Yrkesvisa analyser krävs för att belysa detta på bästa sätt.

Figur 3. Helårssjukskrivning, arbetslöshet och förtidspension (25-64 år) som procent av det förväntade antalet efter näringsgren, separat för män och kvinnor med låg och hög utbildning. * = χ^2 -test indikerade ingen signifikant avvikelse ($p > 0,05$).

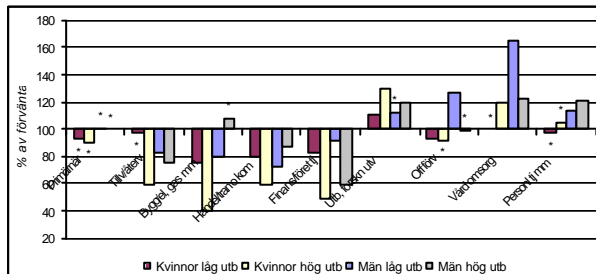
Helårssjukskrivning



Arbetslöshet



Förtidspension



Åldersuppdelade analyser för helårssjukskrivna visade en del skillnader för olika åldrar. Den negativa avvikelsen för vård och omsorg kunde observeras för män och kvinnor i samtliga åldersgrupper. För utbildning, forskning och utveckling kunde detta observeras

endast för de äldre kvinnorna (se tabell 9). Liknande resultat erhöles också för män inom byggverksamhet mm. Utfallet för utbildning, forskning och utveckling kan förefalla förbryllande, men om dessa är påtagligt äldre i genomsnitt än sysselsatta inom andra verksamheter kan det ge upphov till den måttliga relativa avvikelser för helårssjukskrivning (10 procent mer än förväntat) som observerades för hela gruppen (se tabell 8). För byggbranschen kan det handla om andra förklaringar (kanske en ackumulering av yrkesrisker för männen där).

Tabell 9. Procentuella avvikelser från förväntade antal helårssjukskrivna i tre utvalda näringsgrenar för män och kvinnor i tre åldersgrupper.

Åldersgrupp	Byggverksamhet/el-, gas-, värme- och vattenförsörjning		Vård och omsorg		Utbildning, forskning o utveckling	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
25-44	75	98*	122	156	83	64
45-54	70	102*	118	137	85	89
55-64	85	130	128	128	110	84

* Avviker inte signifikant från 100 ($p > 0,05$).

När de åldersseparata resultaten delats upp efter utbildningsnivå istället för kön, blev avvikelserna något tydligare. Byggbranschen (huvudsakligen män) hade signifikant färre helårssjukskrivna i alla grupper utom bland lågutbildade 55-64-åringar (tabell 10). Alla undergrupper inom vård och omsorg samt även inom utbildning, forskning och utveckling hade klart fler helårssjukskrivna än förväntat, alltså när vi tagit hänsyn till både ålder och utbildningsnivå. Skillnaderna i de relativa avvikelserna är relativt små mellan olika undergrupper, särskilt inom vård och omsorg. För högutbildade inom utbildning, forskning och utveckling finns en tendens till ökande sjukskrivningsproblem (jämfört med högutbildade i andra branscher) med stigande ålder. För lågutbildade inom denna bransch var tendensen den motsatta, de relativa avvikelserna var något större bland yngre än bland äldre.

Tabell 10. Procentuella avvikelser från förväntade antal helårssjukskrivna i tre utvalda näringsgrenar för låg- och högutbildade i tre åldersgrupper.

Åldersgrupp	Byggverksamhet/el-, gas-, värme- och vat- tenförsörjning		Vård och omsorg		Utbildning, forskning o utveckling	
	Låg ut- bildn.	Hög ut- bildn.	Låg ut- bildn.	Hög ut- bildn.	Låg utbildn.	Hög ut- bildn.
25-44	54	56	156	176	130	112
45-54	60	59	151	161	127	121
55-64	96*	73	153	164	115	138

* Avviker inte signifikant från 100 (p>0,05).

Det bör observeras att det är stora skillnader mellan olika utbildningsverksamheter, dels med avseende på verksamheternas omfattning i hela branschen och dels med avseende på vilka som verkar ha mer och mindre problem med exempelvis långa sjukskrivningar. Grundskoleutbildning utgjorde hälften av hela branschens personal bland friska men hela 62 procent bland långtidssjukskrivna (tabell 11). Även de som var sysselsatta med vuxenutbildning eller andra utbildningar (t.ex. trafikskola) var överrepresenterade bland sjukskrivna. De som var verksamma inom forskning och utveckling samt högskoleutbildning var mer än dubbelt så högt representerade bland friska jämfört med helårssjukskrivna, och de inom gymnasieutbildning hade lika stora andelar bland friska och sjukskrivna. Det är uppenbart att det är särskilt i grundskolan det finns problem med långa sjukskrivningar, och inte inom hela utbildningsbranschen.

Tabell 11. Friska och helårssjukskrivna i olika utbildningsverksamheter, 25-64 år (procent).

Näringsgren 1995/99 (SNI-kod)	Friska	Helårssjukskrivna
Forskning och utveckling (731,732)	9,9	4,1
Grundskoleutbildning (801)	50,4	61,5
Gymnasieutbildning (802)	13,7	13,7
Högskoleutbildning (803)	12,4	6,1
Vuxenutbildning, annan utb. (804)	12,6	14,6
<i>Antal personer</i>	<i>6 960</i>	<i>8 321</i>

Regionala skillnader

Utfallet i problemgrupperna analyseras här med avseende på H-regioner (alla problemgrupper) och (bostads)kommun (helårssjukskrivna). Tillvägagångssättet är detsamma som det som applicerades på sektor och näringsgren. Här görs inga stratifierade analyser med avseende på utbildning, kön och ålder. Istället diskuteras den potentiella betydelsen av utbildnings- och åldersskillnader mellan grupper längre fram.

H-regionerna är definierade utifrån kommunens befolkningsstorlek och befolkningstäthet med dess centrum som utgångspunkt. Dessa verkar fånga in en systematisk variation vad gäller observerade avvikelser i samtliga problemgrupper. Storstäderna och kommuner med större befolkningstäthet verkar mer sällan ha hamnat i problemgrupper jämfört med de i glest befolkade kommuner (tabell 12). Det är snarast tal om linjära samband för arbetslöshet och förtidspension: ju glesare bebyggelse i kommunen och dess omnejd, desto fler extra fall kunde observeras. Bilden var likartad även för långtidssjukskrivning, men Malmöregionen hade minst antal mot det förväntade (något lägre än Stockholmsregionen) och de som bodde i den näst glesaste regionen (H5) avvek med relativt fler extra fall än de i den glesaste (H6).

Tabell 12. Arbetslösa, förtidspensionerade och helårssjukskrivna uttryckt som procent av det förväntade antalet (100=det förväntade antalet) efter H-region (1999), 25-64 år gamla år 2000. Det förväntade antalet baseras på sektorsfördelningen bland friska.

	Arbetslöshet	Förtidspension	Helårssjukskrivning	Fördelning friska (%)
H1 Stockholm/Södertälje A-region	32	74	87	22,2
H8 Göteborgs A-region	92	96	96	9,9
H9 Malmö/Lund/Trelleborg A-region	97	90	85	6,1
H3 Kommuner med >90000 inv. inom 30 km radie från kommuncentrum	119	106	102	34,6
H4 Kommuner med >27000 inv. inom 30 km radie + >300000 inv. inom 100 km radie	125	108	105	17,3
H5 Kommuner med >27000 inv. inom 30 km radie men <300000 inv. inom 100 km radie	136	134	136	4,9
H6 Kommuner med <27000 inv. inom 30 km radie	171	139	126	4,8
Uppgift saknas (endast antal)	(52)	(59)	(12)	(174)
<i>Antal personer</i>	<i>196 449</i>	<i>35 200</i>	<i>91 356</i>	<i>84 178</i>

* Alla resultat avviker signifikant (?2-test) från det förväntade antalet ($p < 0,05$).

Det kan finnas stora variationer mellan kommuner inom olika H-regioner. Därför estimerades även kommunvisa avvikelser från den förväntade fördelningen bland friska. Detta gjordes bara för helårssjukskrivning, och här redovisas bara de kommuner som avvek med signifikant fler och färre fall än förväntat. Det var 107 kommuner som hade signifikant fler helårssjukskrivna än förväntat. Stora kommuner bidrar med flest extra fall, men av de nio kommuner som hade riktigt stora relativa avvikelser (mer än dubbelt [200+] mot förväntat) var alla utom två ansamlade geografiskt till Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län (tabell 13). Bara en av dessa kommuner (Krokom) tillhör H5, övriga finns i H6. Stockholms- och Malmöregionerna såg ut att vara minst drabbade av långa sjukskrivningar. Även i dessa områden fanns några kommuner med förhållandevis många helårssjukskrivna (Botkyrka, Burlöv, Haninge, Huddinge, Nynäshamn, Upplands-Bro). Vissa geografiska områden var starkt representerade bland kommuner med fler långtidssjukskrivna än förväntat: hela Uppsala län utom lilla Häbo (resultat för denna kommun var 105, ingen signifikant avvikelse); 11 av 15 kommuner i Västerbottens län; 5 av 8 i Jämtlands län; 7 av 13 kommuner i Östergötland. I Hallands och Kronobergs län fanns inga kommuner med fler fall än förväntat. De senare länens kommuner (14 till antalet) var nästan totalt representerade bland kommuner med signifikant mindre helårssjukskrivna än förväntat (tabell 14). Kommuner i Jönköpings, Skåne, Västra Götalands och Stockholms län hade också många kommuner bland de (78) som hade färre sjukskrivna än förväntat. Vid sidan av dessa geografiska ansamlingar hade vissa kommuner - i regioner med en generell överrepresentation av långvarigt sjuk-skrivna - klart färre fall än förväntat. Härjedalen, Gislaved, Årjäng och Karlsborg hade alla mindre än hälften av det förväntade antalet helårssjukskrivna. Två av dessa, Härjedalen och Årjäng, ligger i län som har ett flertal kommuner med de allra högsta negativa avvikelserna. I Norrbottens län fanns två kommuner med klart färre sjuk-skrivna än förväntat (Pajala och Kalix).

Den kommunvisa analysen är intressant av flera skäl. Ett är att det verkar finnas en viss (dock inte helt tydlig) relation mellan vissa regioners hälsoläge och kommunernas avvikelse med avseende på helårssjukskrivning. Hallands, Jönköpings, Kronobergs samt Uppsala län verkar ha förhållandevis längre medellivslängd än andra län för både män och kvinnor (Boström & Persson, 2001:38). Områden som har många med långvarig sjukdom är Bohuslän,

Värmland, Västmanlands län och de fyra nordligaste länen; Värmlands, Gävleborgs och Norrbottens län har kortast medellivslängd för både män och kvinnor (Rosén & Lindberg, 2000; Boström & Persson, 2001). Mönstret på de kommunavvikelser som observerades för helårssjukskrivna följer delvis dessa kända hälso-skillnader. Men varför har de som bor i Uppsala län så många fler helårssjukskrivna än förväntat? Och varför har vissa kommuner i regioner med relativt kort medellivslängd och mycket ohälsa långt färre helårssjukskrivna än förväntat (t.ex. Härjedalens kommun i Jämtlands län, Årjäng i Värmland, Hofors i Gävleborgs län och Pajala i Norrbottens län)? Det behövs andra typer av studier för att belysa detta. Det finns dock några faktorer av demografisk selektions- och migrationskaraktär som kan bidra till såväl regionala skillnader som till skillnader mellan sektorer och näringsgrenar. Yngre friska personer (ofta med högre utbildning) kan vara mer benägna att röra sig till områden (storstadsregioner, vissa näringsgrenar och arbetsgivare) med bättre villkor på arbetsmarknaden.

Tabell 13. Antal helårssjukskrivna, avvikelse från förväntat antal (procent) och antal extra helårssjukskrivna i boendekommuner (1999) med signifikant (X^2 -test, 5procent-nivå) fler helårssjukskrivna än förväntat år 2000.

<i>Kommun</i>	<i>Antal hel- årssjuk- skr. (HS)</i>	<i>Procent av för- väntat</i>	<i>Antal extra HS</i>	<i>Kommun</i>	<i>Antal hel- årssjuk- skr. (HS)</i>	<i>Procent av för- väntat</i>	<i>Antal extra HS</i>
Ragunda	140	314	95	Säter	126	135	32
Strömsund	296	278	189	Älvdalen	88	135	23
Åsele	60	276	38	Norberg	81	135	21
Arjeplog	65	249	39	Kumla	235	134	60
Bjurholm	57	210	30	Mörbylånga	190	134	49
Ljusnarsberg	93	209	48	Luleå	942	133	236
Krokom	227	203	115	Valdemarsvik	107	133	27
Sorsele	44	202	22	Huddinge	1213	132	294
Vadstena	129	201	65	Hudiksvall	463	132	112
Filipstad	175	199	87	Ale	355	132	85
Motala	851	198	420	Karlshamn	435	131	103
Töreboda	166	196	81	Hultsfred	185	131	44
Klippan	256	190	121	Gnesta	125	131	29
Lilla Edet	209	188	98	Älvkarleby	108	131	25
Boxholm	88	188	41	Vindeln	70	131	17
Gullspång	77	182	35	Boden	386	130	88
Kramfors	323	181	145	Nybro	226	130	52
Malå	43	180	19	Trosa	136	129	31

Hallsberg	267	177	116	Botkyrka	1009	128	218
Leksand	221	177	96	Enköping	503	127	108
Hagfors	231	176	99	Gällivare	242	127	52
Askersund	184	174	79	Torsby	135	127	28
Älvsbyn	146	172	61	Lindesberg	253	126	53
Vilhelmina	101	172	42	Norrköping	1491	125	301
Skellefteå	1137	170	468	Mellerud	95	125	19
Hällefors	121	169	49	Uddevalla	543	124	104
Arvika	359	166	143	Kiruna	297	124	58
Munkedal	152	164	60	Rättvik	113	124	22
Piteå	606	158	223	Eda	85	124	16
Söderhamn	390	158	143	Sölvesborg	189	122	34
Storuman	108	158	39	Haninge	915	121	157
Sala	313	157	114	Västervik	474	121	84
Örkelljunga	140	157	51	Mora	202	120	33
Östersund	914	156	329	Tanum	137	120	23
Lysekil	241	156	87	Öckerö	130	120	21
Nordmaling	105	153	36	Vetlanda	307	119	48
Storfors	65	153	23	Upplands-Bro	271	119	44
Bollebygd	117	152	40	Forshaga	135	119	22
Ödeshög	70	150	23	Smedjebacken	128	119	20
Tierp	276	150	92	Gävle	1024	118	154
Heby	191	149	63	Nynäshamn	258	117	37
Umeå	1692	148	549	Östhammar	227	117	32
Oxelösund	127	148	41	Timrå	204	117	30
Norrälje	747	147	240	Ludvika	273	116	38
Bjuv	188	145	59	Mariestad	256	116	35
Dals-Ed	50	144	15	Sollefteå	217	116	30
Lycksele	157	142	46	Uppsala	2322	114	293
Partille	437	141	126	Örnsköldsvik	622	114	78
Mjölby	360	141	106	Mark	380	114	46
Borgholm	135	141	39	Nyköping	566	113	67
Burlöv	173	138	48	Vänersborg	371	113	44
Berg	103	137	28	Bollnäs	281	113	32
Skurup	167	136	44	Sandviken	372	111	38
Sävsjö	144	135	37	Kristianstad	758	110	69
Gagnef	131	135	34				

Tabell 14. Antal helårssjukskrivna, andel av förväntat antal (procent) och antal färre helårssjukskrivna i boendekommuner (1999) med signifikant (χ^2 -test, 5 procentnivå) färre helårssjukskrivna än förväntat år 2000.

Kommun	Antal hel- årssjuk- skrivna (HS)	Procent av för- väntat	Antal färre HS	Kommun	Antal hel- årssjuk- skrivna (HS)	Procent av för- väntat	Antal färre HS
Gislaved	154	43	-202	Surahammar	78	74	-27
Härjedalen	49	43	-66	Höganäs	184	75	-63
Årjäng	48	47	-53	Köping	174	75	-59

Karlsborg	39	47	-44	Stockholm	6747	76	-2113
Gnosjö	56	51	-54	Varberg	410	76	-128
Tingsryd	61	54	-51	Sundbyberg	319	76	-102
Pajala	40	55	-33	Älmhult	122	76	-39
Karlskoga	185	57	-142	Tibro	84	76	-27
Laholm	130	58	-94	Falköping	249	77	-76
Alvesta	116	58	-83	Trollhättan	431	78	-118
Hylte	62	59	-43	Malung	81	78	-23
Danderyd	186	60	-123	Emmaboda	80	78	-22
Vaggeryd	81	60	-55	Eskilstuna	707	80	-176
Värnamo	209	62	-127	Hofors	84	80	-20
Arboga	96	62	-58	Kalmar	483	81	-116
Lund	765	65	-404	Lidköping	313	81	-74
Hässleholm	324	65	-171	Karlskrona	475	82	-105
Eslöv	181	66	-94	Falkenberg	318	82	-68
Mönsterås	96	66	-50	Avesta	187	82	-40
Tranemo	91	66	-46	Kalix	140	82	-31
Lessebo	56	67	-28	Södertälje	691	83	-145
Hjo	54	67	-26	Värmdö	297	83	-60
Täby	505	68	-241	Tomelilla	106	83	-22
Ulricehamn	155	69	-70	Gotland	469	84	-89
Vaxholm	61	69	-27	Tranås	135	84	-26
Ängelholm	264	70	-113	Svedala	185	85	-32
Ekerö	173	70	-73	Vellinge	304	86	-49
Götene	84	70	-36	Jönköping	978	87	-141
Kungsbacka	490	71	-205	Sollentuna	583	87	-89
Solna	475	71	-193	Tyresö	400	87	-60
Halmstad	559	72	-216	Sundsvall	849	87	-132
Växjö	534	72	-204	Malmö	2303	88	-319
Alingsås	280	72	-109	Nacka	760	88	-103
Eksjö	127	72	-50	Strängnäs	282	88	-39
Skövde	399	74	-141	Trelleborg	392	88	-53
Lidingö	345	74	-121	Linköping	1275	90	-140
Hammarö	119	74	-41	Örebro	1146	90	-124
Hörby	110	74	-38	Helsingborg	1151	94	-72
Säffle	104	74	-37	Göteborg	4769	94	-321

Diskussion av delförklaringar till skillnader

Vi kan anta två grova förklaringar till skillnader i problemens omfattning mellan sektorer, näringsgrenar och regioner. (1) Arbetsmiljö, arbetsförhållanden och arbetsinkomst skiljer mellan grupperna. (2) Grupperna skiljer sig åt på grund av demografisk selektion (t.ex. med avseende på medelålder, genomsnittlig utbildningsnivå). Vi fann att den kommunala sektorn och vård och omsorg systematiskt avvek i negativ mening (mer problem än förväntat) för män och kvinnor i alla åldersgrupper och för de med låg och hög utbildning (undantag endast för lågutbildade kvinnor

inom vård och omsorg med avseende på förtidspension). Detta antyder att den första av förklaringarna (arbetsförhållanden i kommunsektorn och inom vård och omsorg är sämre än inom andra verksamheter) är mer rimlig till skillnader mellan dessa grupper än selektionsförklaringar. Resultaten för utbildning, forskning och utveckling (totalt sett mer problem än förväntat) antyder mer komplicerade samspel av förklaringar, eftersom de köns- och utbildningsseparata resultaten konsekvent visade en förhållandevis ogynnsam bild för denna näringsgren (figur 3) medan de åldersvisa gav sken av en positiv bild utom för de äldre kvinnorna (tabell 9). Resultatet för hela näringsgrenen antydde tio procent fler helårssjukskrivna än förväntat (tabell 8). Det är uppenbart att det här finns skillnader i både ålder och utbildning mellan olika näringsgrenar. Bilden blev tydligare, med konsekvent stöd för mer sjukskrivningar än förväntat, när vi studerade resultaten separat för låg- och högutbildade i tre åldersgrupper (tabell 10).

När vi ser närmare på gruppkillnader i andelar med hög utbildning, medelålder och andelar i åldern 55-64 år (av alla 25-64-åringar) är det något lättare att förstå de något paradoxala utfallet för utbildning, forskning och utveckling. Denna näringsgren hade högst andelar med hög utbildning. De hade dessutom en högre medelålder än genomsnittet i urvalet av friska - även om de inom primärnärings- och offentlig förvaltning hade ännu högre medelålder (tabell 15). Framförallt bör vi notera att variationen mellan grupper med avseende på andelar högutbildade är mycket stora och att variationen mellan grupper är avsevärt mycket mindre beträffande ålder. Både ålder och utbildning är viktiga bestämningsfaktorer för hälsa och ohälsa, men knappast de enda viktiga faktorerna. Vi fann tidigare att utbildning, forskning och utveckling hade fler helårssjukskrivna än förväntat i alla kombinationer av ålder- och utbildning (tabell 10), alltså när både deras höga utbildningsnivå och relativt höga medelålder beaktades samtidigt.

Avvikande ålderssammansättning och utbildningsnivå skulle möjligen ha bidragit till bl.a. den förhållandevis positiva bilden för tillverkning/återvinning, finansiella verksamheter/företagstjänster och byggverksamheter/el-, gas-, värme- och vattenförsörjning (de hade alla låga andelar 55-64-åringar). Inom finans- och företags-tjänster fanns dessutom en hög andel högutbildade. Däremot hade byggbranschen/el- gas mm. och tillverkning/återvinning låga andelar högutbildade (bara jord- och skogsbruk mm. hade lägre andelar än dessa). I åldersspecifika analyser (helårssjukskrivning) hade ingen av dessa verksamheter en entydigt positiv bild. Bland

55-64-åriga män hade byggbranschen klart fler sjukskrivna än förväntat (tabell 9). Jämfört med lågutbildade i den åldern hade dock inte byggbranschen fler helårssjukskrivna än förväntat, men inte heller färre. Det kan möjligen handla om en selektion av friska till byggbranschen bland yngre, men att en viss ackumulation av yrkesrisker ändå till viss del visar sig för dessa män längre upp i åldrarna.

Även för sektorer och H-regioner kan vi se att det finns skillnader med avseende på ålder och utbildning. Olika köns-, ålders- och utbildningsuppdelade resultat skilde alla ut kommunsektorn som ohälsosam. I tabell 15 kan vi även se att kommunanställda snarast har en högre utbildningsnivå än genomsnittet, och bara hade något högre ålder än genomsnittet bland friska. Företagarna hade lägst andel med hög utbildning och högst andel 55-64-åringar. Det finns en tydlig åldersskillnad mellan privat och offentligt anställda. De som finns i den privata sektorn var ett par år yngre än övriga i genomsnitt och de hade färre i den äldsta åldersgruppen. Detta bidrog endast marginellt till denna sektors generellt positiva bild för de problem som studerats här. I varje ålders- och utbildningsgrupp hade den privata sektorn mindre såväl långtidssjukskrivna som förtidspensionerade än förväntat. Bland sektorerna hade landstinget högst andel högutbildade. Därför är de utbildningsseparata resultaten intressanta för dessa: det var bland högutbildade män och kvinnor samt bland lågutbildade män som det verkar finnas en ökad sannolikhet till långa sjukskrivningar i landstingssektorn (figur 1).

En viss systematisk variation sammanfaller rätt väl med omfattningen av problem mellan regioner. Storstadsregionerna hade klart högst andelar med hög utbildning och samtidigt något lägre medelålder än andra kommuner. I glesbygdskommunerna var det bara 32 procent som hade en högre utbildning (mer än tvåårigt gymnasium), vilket kan jämföras med 55-59 procent i de tre storstadsregionerna. Åldersskillnaderna mellan regioner är mycket mindre, men tendensen är att mindre kommuner i glesbygder har något högre medelålder och fler i åldersgruppen 55-64 år än storstadsregionerna. Utfallet för enstaka kommuner antyder att det troligen finns andra viktiga skillnader mellan kommuner som har betydelse för nivån på långtidssjukskrivningar. Oavsett om det rör sig om skillnader i sociala förhållanden, eller om olika sjukskrivningsbeteende (inklusive läkares sjukskrivningsbenägenhet) behövs det mer ingående analyser för att bättre reda ut orsaker till regionala skillnader i långtidssjukskrivningar, vilka endast marginellt kan förklaras av skillnader i folkhälsa mellan regionerna.

Tabell 15. Andelar med hög utbildning, medelålder och andelar i åldersgruppen 55-64 år i urvalet av friska (25-64 år) efter sektor, näringsgren och H-region (de med uppgift saknas redovisas ej).

	% med hög utbildning	Medelålder	% 55-64 år av 25-64 år
<i>Näringsgren</i>			
Jord-, skogsbruks-, fiske-, gruv- o mineral- brytningsverksamhet	26,3	45,3	23,1
Tillverkning/återvinning	38,3	42,0	17,0
Byggverksamhet/el-, gas-, värme- o vattenförs.	28,5	43,3	18,1
Handel, transport- o kommunikationer	37,8	41,3	15,8
Finansiell verksamhet och andra företagstjänster	63,4	41,5	16,2
Utbildning, forskning o utveckling	78,3	44,6	22,5
Offentlig förvaltning och försvar	66,5	45,7	24,7
Vård och omsorg	49,7	43,0	16,9
Personliga o kulturella tjänster, renhållning mm.	52,1	43,1	20,3
<i>Sektor</i>			
Företagare	35,4	46,1	24,1
Privat	43,9	41,1	15,1
Stattlig	62,2	44,6	22,6
Kommunal	51,0	43,9	20,1
Landstingskommunal	67,7	45,0	19,4
Övrig offentlig	45,5	46,1	22,3
Övriga organisationer	49,5	43,8	22,1
<i>H-region</i>			
H1 Stockholm/Södertälje A-region	58,8	41,9	16,9
H8 Göteborgs A-region	54,1	41,7	16,8
H9 Malmö/Lund/Trelleborg A-region	55,9	42,1	17,0
H3 Kommuner med >90000 inv. inom 30 km radie från kommuncentrum	46,6	42,6	18,1
H4 Kommuner med >27000 inv. inom 30 km radie + >300000 inv. inom 100 km radie	36,7	43,7	19,8
H5 Kommuner med >27000 inv. inom 30 km radie men <300000 inv. inom 100 km radie	42,9	43,3	18,8
H6 Kommuner med <27000 inv. inom 30 km radie	31,8	44,0	19,5
<i>Totalt</i>	47,9	42,6	18,0

Variationer i vård och omsorg och den kommunala sektorn

Har det någon betydelse vilken sektor som tillhandahåller den verksamhet (vård och omsorg) som verkar ha störst problem med arbetslöshet, långa sjukskrivningar och förtidspension? För att beskriva detta delades de som kom från vård och omsorg upp i de sektorer de tillhörde. Vi jämför också med alla andra sektorer, för att se om det verkligen är vård och omsorg och inte en viss sektor som brottas med särskilda problem. Resultaten antyder att det finns en påtaglig variation mellan vilka sektorer som tillhandahåller

vård och omsorg när det gäller arbetslöshet. De som var sysselsatta i egna företag och inom landstingen hade bara hälften så många arbetslösa jämfört med det förväntade, det var också lägre än vad vi observerade för andra branscher (tabell 16). Privat, statlig, kommunal och övrig vård och omsorg hade alla signifikant fler arbetslösa än förväntat. Inom kommunerna var det mer än dubbelt mot förväntat. Det var mindre variationer för förtidspension, och det vara bara de med kommunen som sin senaste arbetsgivare som avvek med markant fler förtidspensionerade (71 procent) än förväntat. De som fanns i privat vård och omsorg hade färre sådana fall än förväntat - i nivå med den för alla andra branscher. För helårssjukskrivna var bilden mer entydig. Oavsett sektor så hade alla som var verksamma inom vård och omsorg signifikant fler helårssjukskrivna än förväntat, och alla andra branscher hade färre fall än förväntat.

Tabell 16. Arbetslöshet, förtidspension och helårssjukskrivning som procent av det förväntade antalet (100= det förväntade antalet) för de som kom från vård och omsorg, uppdelade på sektorer och jämfört med alla andra näringsgrenar, 25-64 år gamla år 2000. Det förväntade antalet baseras på fördelningen bland friska. De med uppgift saknas exkluderades.

Sektor och näringsgren 1995/99 (procent med hög utbildning)	Arbetslös- het	Förtids- pension	Helårssjuk- skrivning	Fördelning friska (%)
Egna företagare inom vård och omsorg (60)	56	108*	124	0,17
Privat vård och omsorg (55)	155	89	112	1,48
Statlig vård och omsorg (62)	141	110*	117	0,17
Kommunal vård och omsorg (39)	235	171	184	10,73
Landstingskommunal vård och omsorg (68)	51	107	124	5,44
Övrig vård och omsorg (56)	173	110*	139	0,68
Alla andra näringsgrenar (48)	84	90	87	81,33
<i>Antal personer (49)</i>	<i>174 147</i>	<i>30 378</i>	<i>87 229</i>	<i>80 258</i>

* Det observerade antalet avviker inte signifikant (χ^2 -test från det förväntade antalet ($p > 0,05$))

Den typ av vård och omsorg som finns i kommunernas regi (mest äldreomsorg) verkar ha mer problem med helårssjukskrivningar, såväl som arbetslöshet och förtida pensioneringar. Att välja en privat arbetsgivare inom vård och omsorg verkar inte ge några större hälsovinster. Även dessa hade klart fler helårssjukskrivna än förväntat, och risken för arbetslöshet verkar vara påtagligt högre än

t.ex. för de som fanns i landstinget. En bidragande faktor till variationerna mellan sektorerna är troligen hur olika yrkeskategorier är representerade. En antydning om att kommunerna har en mycket större andel anställda i yrken med större hälsorisker på arbetet får vi om vi observerar hur andelen med hög utbildning skiljer sig åt mellan olika arbetsgivare. Inom vård och omsorg hade alla sektorer utom kommunerna en majoritet anställda med hög utbildning medan kommunerna hade en klar majoritet av lågutbildade (se tabell 16). Man kan tolka kommunernas sämre hälsoläge som en naturlig och logisk konsekvens av att andra sektorer, främst landstinget, har blivit av med de mest ohälsosamma arbetarklassjobben efter den politiska omorganiseringen av vård och omsorg under 1990-talet (t.ex. ädelreformen, psykiatireformen). Kommunerna är nu arbetsgivare för merparten av de som är sysselsatta med vård och omsorg. Framförallt har kommunerna många lågutbildade yrkesgrupper i sin verksamhet (t.ex. vårdbiträden, undersköterskor, hemsjukvårdare, barnskötare), vilka alla har det gemensamt att de utför ergonomiskt belastande arbetsuppgifter i kombination med låg inkomst. Under 1990-talet verkar lågutbildade grupper inom vård och omsorg ha erfärut en förhållandevis sämre utveckling av psykosocial arbetsmiljö än högutbildade grupper där, t.ex. sjuksköterskor (Ahlberg-Hultén, 1999). Utfallet för kommunsektorns vård och omsorgspersonal pekar också på att dessa yrken kännetecknas av osäkra anställningar som frekvent leder in i arbetslöshet.

En tolkning av dessa resultat är att kommunanställdas relativt sett större utsatthet för problem, jämfört med andra sektorer, delvis skulle kunna bero på att man har största kakan av den verksamhet (vård och omsorg) som hade mest problem med särskilt arbetslöshet och långa sjukskrivningar år 2000 (något mindre för förtidspensioneringar). Men tidigare analyser antydde att även utbildningsverksamheterna (63 procent i kommunal sektor bland friska) verkade ha problem med bland annat långa sjukskrivningar. Det finns kanske organisatoriska faktorer inom olika kommuner som har betydelse för kommunanställdas välbefinnande? Om det är på detta sätt, borde vi finna en stor variation mellan olika kommuner med avseende på långtidssjukskrivningar bland kommunernas personal.

En sådan analys visade att det snarast var större variationer mellan kommunerna som arbetsgivare jämfört bostadsplats. Jämfört med andra sektorer, ligger dock en stor majoritet av kommunernas anställda dåligt till vad gäller helårssjukskrivningar (tabell 17). I 87 av de 289 kommunerna (30 procent av alla) skilde sig inte

kommunernas anställda signifikant ($p > 0,05$) från det förväntade antalet helårssjukskrivna. I två tredjedelar av kommunerna (193) hade kommunernas personal signifikant fler helårssjukskrivna än förväntat. Ett urval av dessa - de som avvek relativt sett mest (43 kommuner) - samt de tre storstadskommunerna finns medtagna i tabell 17, dock inga där antalet förväntade fall var mindre än 20. Man bör notera att det här finns en större osäkerhet i estimaten jämfört med de för boendekommun som presenterades tidigare. Det var bara nio kommuners anställda som hade signifikant färre fall än förväntat, alla finns med i tabellen. De positiva undantagen fanns spridda från Eslöv i Skåne till Övertorneå i Norrbotten, men inga kommuner i storstadsregionerna fanns med bland dessa. Det var några kommuner som hade färre sjukskrivna än förväntat för boendekommun men signifikant fler sjukskrivna än förväntat för kommunens anställda. Några sådana kommuner var Stockholm, Göteborg, Malmö och Linköping. Linköping hade nästan dubbelt så många helårssjukskrivna mot förväntat, och även personalen i Stockholms kommun verkade ha påtagliga problem med långa sjukskrivningar (58 procent mer än förväntat eller 765 extra helårssjukskrivningar). Övertorneå avvek inte för boendekommun, men hade bara hälften av det förväntade antalet sjukskrivna bland sina anställda. Övriga åtta kommuner som uppvisade en klart positiv bild för sina anställda hade också en liknande bild för de som bodde i dessa kommuner.

Analysen av kommunernas anställda visar främst att det var mycket få kommuner som hade färre långtidssjukskrivna än förväntat. Ett mycket större antal kommuner hade mer än dubbelt och ända uppemot fem gånger fler långtidssjukskrivna än förväntat. Med ett enkelt räkneexempel kan vi se vilka potentiella effekter ett hypotetiskt avlägsnande av de extra "riskerna" för långa sjukskrivningar som verkar finns bland kommunernas personal. Totalt 28 148 helårssjukskrivna år 2000 kom från den kommunala sektorn. Om alla kommuners anställda hade varit representerade på samma sätt som alla andra sektorer i gruppen långtidssjukskrivna (dvs. 86 procent av det förväntade antalet i varje kommun), skulle de helårssjukskrivna i landet ha varit 12 290 färre än de var i verkligheten. Detta motsvarar en "sjukskrivningsvinst" av 14 procent för hela populationen helårssjukskrivna (12 290/87 783) och 44 procent för kommunernas anställda (12 290/28 148). Detta antagande är knappast extremt, det inkluderar exempelvis flera extra fall av långa sjukskrivningar bland de kommuner som hade betydligt färre sjukskrivna än alla övriga sektorer. Kommunanställda i Årjäng, Karls-

borg, Gislaved och Tranemo låg klart bättre till än det hypotetiska exemplet ovan (dessa kommuner hade mindre än 50 procent av det förväntade antalet fall). Resultatet för dessa kommuner antyder att det går att motverka långa sjukskrivningsfall trots att kommunerna har övertagit bland annat tunga omsorgsverksamheter med välkända hälsorisker från andra sektorer (främst från landstinget). Det är möjligt att det kan finnas vissa skillnader i personalstruktur mellan olika kommuner som kan bidra till de stora skillnaderna, men samtidigt har varje kommun likartade och lagstadgade åtaganden. Det är mer rimligt att skillnaderna till en större del beror på organisatoriska olikheter.

Tabell 17. Antal helårssjukskrivna i alla kommuner där *kommunanställda* hade signifikant färre (kursiverade) och i ett urval av kommuner med signifikant fler fall än förväntat (X^2 -test $p < 0,05$). Avvikelsen uttrycks som procent av förväntat (100 = förväntat antal) och i absoluta tal. Jämförelse görs med alla andra sektorer (egna företagare, privat, stat, landsting, övriga offentliga och övriga organisationer). Det förväntade antalet beräknades med urvalet av friska som referensgrupp. De med uppgift saknas för anställningssektor exkluderades.

<i>Kommunsektor, anställningskom- mun (1995/99)</i>	<i>Antal helårs- sjukskrivna (HS)</i>	<i>Procent av förväntat</i>	<i>Absolut avvi- kelse (HS)</i>
Årjäng	9	33	-18
Karlsborg	8	41	-12
Gislaved	28	44	-35
Tranemo	16	47	-18
Övertorneå	10	51	-10
Hjo	18	59	-12
Laholm	31	65	-17
Karlskoga	55	67	-27
Eslöv	46	72	-18
Malmö	634	119	102
Göteborg	1 988	147	639
Stockholm	2 082	158	765
Linköping	379	188	178
Mjölby	119	189	56
Hallstahammar	74	189	35
Arvika	122	190	58
Kumla	68	190	32

Mariestad	88	193	42
Enköping	141	194	68
Flen	40	194	19
Norrköping	468	198	232
Oxelösund	43	198	21
Tjörn	57	202	29
Hudiksvall	153	204	78
Partille	91	204	46
Piteå	194	205	99
Sala	103	211	54
Luleå	291	212	154
Älvkarleby	44	213	23
Askersund	59	217	32
Lycksele	76	218	41
Vellinge	83	218	45
Kramfors	114	218	62
Vetlanda	100	219	54
Österåker	84	221	46
Boden	156	221	85
Åmål	53	222	29
Tanum	46	223	25
Upplands-Bro	77	236	44
Klippan	96	245	57
Umeå	584	245	346
Lysekil	96	252	58
Nynäshamn	84	258	51
Gällivare	94	262	58
Uppsala	862	264	536
Lomma	61	267	38
Krokom	72	276	46
Östersund	343	284	222
Skellefteå	450	284	291
Motala	217	289	142
Hagfors	96	327	67
Leksand	92	353	66
Vadstena	42	386	31
Strömsund	141	432	108
Hallsberg	97	446	75
<i>Alla ej kommun- anställda</i>	<i>59 635</i>	<i>86</i>	<i>-10 072</i>

Gruppernas inkomstkarriärer 1995-99

Hittills har jämförelsen av grupperna helärsjukskrivna, friska, arbetslösa och förtidspensionerade begränsats till en hur grupperna såg ut enbart med den senaste tillgängliga informationen i LOUISE-databasen. En annan viktig jämförelse är hur grupperna har rört sig under hela perioden 1995-1999. Hur mycket förvärvsarbete, sjukfrånvaro och arbetslöshet har de olika grupperna, vilka definierats år 2000, haft under föregående år?

Resultaten är knappast oväntade (figur 4). Gruppen friska hade större andelar av inkomsterna från förvärvsarbete (ca 80 procent alla år). Arbetslösa hade redan 1995 mycket mer arbetslöshet, förtidspensionerade och sjukskrivna hade mer sjukfrånvaro än andra grupper 1995, en skillnad som sedan ökade dramatiskt under efterföljande år. Arbetslösa hade störst andelar av inkomsterna från pension/bidrag fram till 1997 (mest bidrag) varefter förtidspensionerade (mest olika pensioner) ökade sin andel mer och arbetslösa minskade sin andel av inkomsten från pension/bidrag. Det var också ganska stora skillnader, dock avtagande över tid, mellan arbetslösa, sjukskrivna och förtidspensionärer i andelen av totalinkomsten från förvärvsarbete. Arbetslösa hade mindre sådana inkomster under nästan hela perioden jämfört med sjukskrivna och förtidspensionärer. Dessa tre grupper hade mellan 29 och 39 procent av inkomsten från förvärvsarbete 1999.

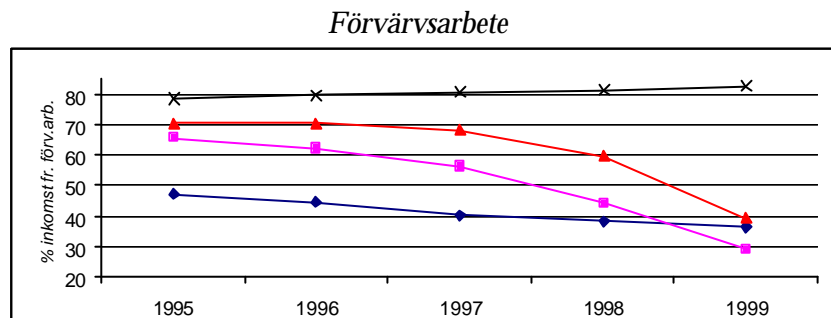
Skillnaderna mellan friska, sjukskrivna och förtidspensionärer med avseende på inkomst från arbetslöshet var nästan obefintliga (7-10 procent 1995 och knappt 5 procent för alla 1999). Arbetslösa och friska hade en likartad utveckling av sjukfrånvaro under perioden (mycket små förändringar över tid). De förra hade 1,5-2 procentenheters mer ersättning från sjukfrånvaro. För inkomster från pension/bidrag hade friska runt 12 procent under hela perioden och sjukskrivna hade något mindre (bara 9 procent 1999). Den markant minskade inkomsten från pension/bidrag för arbetslösa 1999 är förstas en följd av ökade inkomster från arbetslöshet detta år (från 41 till 46 procent).

Sjukfrånvarons förändringar

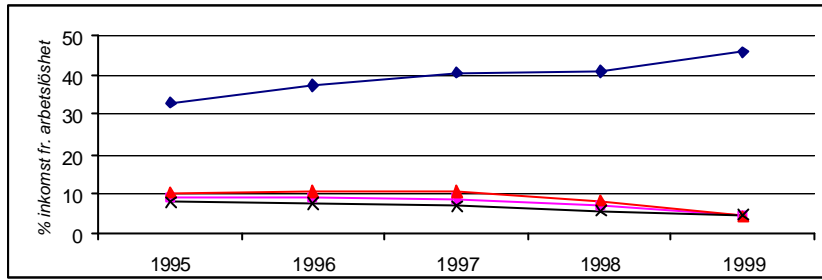
Det fanns skillnader mellan grupperna med avseende på andel personer som hade olika del av totalinkomsten från sjukfrånvaro eller liknande ersättning (tabell 18). 1995 hade 17 procent av förtids-

pensionärer och 11 procent av helårssjukskrivna mer än en fjärdedel av inkomsten från sjukfrånvaro. I dessa två grupper var det ytterligare 6 procent som hade 13-25 procent av inkomsten från sjukfrånvaro, lika många hade mellan 7 och 12 procent och cirka 15 procent hade upp till 6 procent av inkomsten från olika sjukersättningar. Således skilde sig förtidspensionärer och helårssjukskrivna bara vad gällde de med mest sjukskrivning 1995. Utvecklingen över tid visar att det var en kraftigare uppgång i den längre frånvaron (> 25 procent) bland helårssjukskrivna jämfört med förtidspensionärer men fortsatt relativt små skillnader i grupper med mindre frånvaroersättningar. 1999 var det två tredjedelar av helårssjukskrivna och 57 procent av förtidspensionerade som hade mer än 25 procent av inkomsten från sjukersättning. Vi kan också beskriva förändringarna i förvärvsarbete. Andelen förtidspensionerade som inte hade haft någon sjukersättning var cirka 57 procent 1995 och 26 procent 1999. Motsvarande för långtidsjukskrivna var 62 respektive 6 procent. Det kan jämföras med cirka 80 procent av arbetslösa och drygt 90 procent bland friska (båda åren) som inte hade belastat RFV:s budget för sjukfrånvaro och liknande ersättningar.

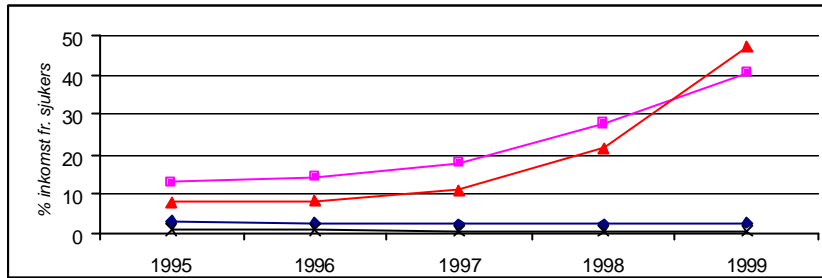
Figur 4. Utveckling av fyra inkomstkällors fördelning 1995-99 (procent av totalinkomsten från förvärvsarbete, arbetslöshet, sjukersättningar, pension/bidrag) för de som var arbetslösa, förtidspensionerade, helårssjukskrivna och friska år 2000. Medeltal i åldern 25-64 år.



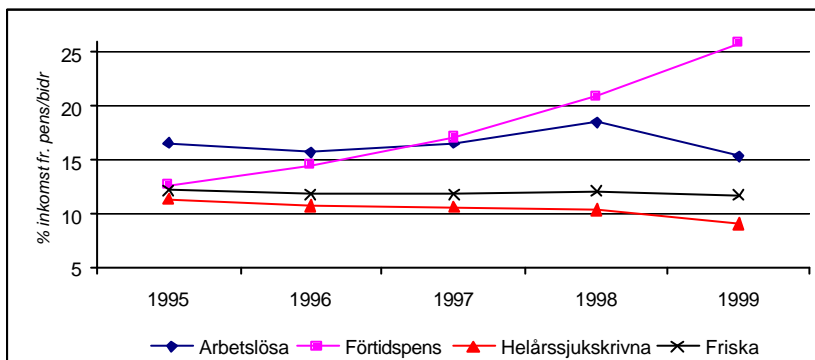
Arbetslöshet



Sjukfrånvaro



Sjukfrånvaro



Tabell 18. Utveckling av sjukfrånvaro 1995-99 för män och kvinnor som år 2000 var arbetslösa, förtidspensionerade, helårssjukskrivna och friska (25-64 år). Andel personer (procent av de som hade inkomst ett visst år) uppdelade i fyra frånvarokategorier efter andelar av totalinkomsten från sjukersättning.

	Andel av den totala inkomsten från sjukfrånvaro/rehabilitering/arbetskada																				
	>25 procent					13-25 procent					7-12 procent					Upp till 6 procent					
	95	96	97	98	99	95	96	97	98	99	95	96	97	98	99	95	96	97	98	99	
<i>Arbetslösa</i>	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	11	11	10	10	11
Män	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	9	9	8	8	8
Kvinnor	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	13	13	12	12	12
<i>Förtidspensionerade</i>	17	20	25	40	57	6	7	7	10	9	6	6	5	6	4	14	13	9	8	5	
Män	17	19	24	39	58	6	6	6	9	8	5	5	5	5	4	12	11	8	7	4	
Kvinnor	17	20	25	40	56	7	7	8	11	10	7	6	6	7	5	15	14	10	9	6	
<i>Helårssjukskrivna</i>	11	11	15	31	67	6	6	7	10	15	6	6	5	7	7	15	15	11	12	5	
Män	11	12	16	32	69	5	5	6	9	13	5	5	5	6	7	13	12	9	10	5	
Kvinnor	10	11	15	30	67	7	6	7	10	15	6	6	6	8	8	16	16	12	13	6	
<i>Friska</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	5	5	3	4	5	
Män	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	4	4	3	3	4	
Kvinnor	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	7	6	4	5	6	

Friska hade mycket låga andelar i alla kategorier av frånvaro. I gruppen med kortast frånvaro varierade andelarna mellan 3 och 7 procent. Bland arbetslösa var procenttalen ganska låga - 2-4 procent i tre av grupperna och 10-11 procent i gruppen med kortast frånvaro - och det skedde endast marginella förändringar under perioden. Om vi jämför med urvalet av friska var det ändå ungefär dubbelt så vanligt med både längre och kortare frånvaro under hela perioden för de arbetslösa. I gruppen med mest frånvaro fanns mellan 2 och 4 procent arbetslösa (jämfört med 1 procent bland friska).

Den generella bilden är knappast förvånande: de som var helårssjukskrivna och nya förtidspensionärer år 2000 hade redan 1995 betydande frånvaro. Uppgången i frånvaro över tid var mycket kraftig. En anledning kan vara att vi studerar grupper som gradvis selekteras in i sina destinationsgrupper, och att andelarna friska minskar snabbt. För friska och arbetslösa fanns inga klara förändringstendenser. Arbetslösa hade något mer sjukfrånvaro än friska, men mycket lägre än de övriga två grupperna. Totalt sett hade män och kvinnor i de olika grupperna förvånansvärt lika utveckling av frånvaron över tid, endast med den skillnaden att kvinnor systema-

tiskt hade fler i gruppen med kortast frånvaro jämfört med män, vilket överensstämmer med fynden i en annan delstudie (Vikenmark & Andersson, 2001).

Flödet mellan grupperna

För att se hur olika grupper rört sig sysselsättningsmässigt under perioden, kategoriserades även individerna efter huvudsaklig inkomstkälla. Hade man mer än hälften av inkomsten från endera förvärvsarbete, arbetslöshet, sjukersättning eller pension/bidrag betraktades man tillhöra en av dessa huvudgrupper. Om ingen av inkomstkällorna kom över 50 procent tillhörde man en blandgrupp. Här ser vi bara på det första och sista året under perioden, och vi studerar hur många personer (andelar) i varje grupp som tillhört någon av de fyra destinationsgrupperna (tabell 19).

Av de som fanns i arbetslöshetsgruppen år 2000 var det en knapp tredjedel som huvudsakligen var arbetslösa redan 1995, nästan hälften hade mest förvärvsarbetat, en sjundedel fick mest inkomst från pension/bidrag och 5 procent tillhörde en blandgrupp och några få hade huvudsakligen varit sjukfrånvarande. Fyra år senare hade andelen med huvudsakligen förvärvsarbete minskat till 38 procent, och de med mest arbetslöshet hade ökat till 42 procent. Blandgruppen hade också blivit något större än fyra år tidigare. De med mest sjukfrånvaro var fortsatt mycket få (ca 1 procent).

I början av perioden hade två tredjedelar av de förtids-pensionerade sin huvudsakliga inkomst från förvärvsarbete, var tionde var mest sjukfrånvarande och lika många hade mest fått inkomst från pension/bidrag. 5 procent var huvudsakligen arbetslösa och ytterligare några färre tillhörde blandgruppen. På fyra år minskade andelen som mest förvärvsarbetade med mer än hälften (till en dryg fjärdedel), färre var också arbetslösa än tidigare. Istället var det mer än hälften som huvudsakligen var sjukfrånvarande eller hade fått ersättning från pension/bidrag. Betydligt fler (12 procent) tillhörde också blandgruppen.

Tabell 19. Flöde mellan huvudsakliga inkomstslag för arbetslösa, förtidspensionärer, helårssjukskrivna och friska år 2000 (25-64 år). Procent.*

Grupp år 2000	Förvärsarbete >50%		Arbetslösa >50%		Sjukfrånvaro >50%		Pension/bidrag >50%		Blandgrupp	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Arbetslösa	46,3	37,8	30,4	41,8	1,6	1,1	13,7	12,3	4,9	6,6
Förtids- pension	66,3	28,5	8,0	3,7	10,3	30,6	10,4	24,0	3,2	12,2
Helårs- sjuk- skrivna	71,8	40,0	9,2	3,2	5,2	36,5	8,7	12,2	4,2	8,0
Friska	77,4	82,4	6,4	3,4	0,5	0,1	10,2	9,3	1,6	2,1

* De med bortfall på inkomst ett visst år redovisas inte i tabellen, därav summerar inte procentalen till 100.

Långtidssjukskrivna var huvudsakligen förvärsarbetande 1995 (71 procent). I övrigt var de relativt jämnt spridda i arbetslöshet och pension/bidrag (vardera 9 procent), sjukfrånvarande (5 procent) och hade blandade inkomster (4 procent). Förändringen under fyraårsperioden påminde om den för förtidspensionerade. De med huvudsakligen förvärsarbete och arbetslöshet minskade drastiskt och övriga kategorier ökade. Fortfarande var det dock något fler (fyra av tio) som 1999 huvudsakligen förvärsarbetade än som mest var sjukskrivna (36,5 procent). Mer än var tionde hade fått sin inkomst huvudsakligen från pension/bidrag, något färre tillhörde blandgruppen och bara tre procent hade mest varit arbetslösa.

Friska hade störst andelar med huvudsakligen förvärsarbete redan 1995 (77 procent), var tionde fick det mesta av inkomsten från pensioner/bidrag och 6 procent var arbetslösa (det var lite mer än för förtidspensionerade 1995). Totalt 2 procent tillhörde blandgruppen eller hade varit sjukskrivna till största delen. Bland friska skedde inga större förändringar under perioden. Andelen med huvudsakligen förvärsarbete ökade något medan andelen med mest arbetslöshet minskade med tre procentenheter.

Skillnader i sjukfrånvaro bland friska

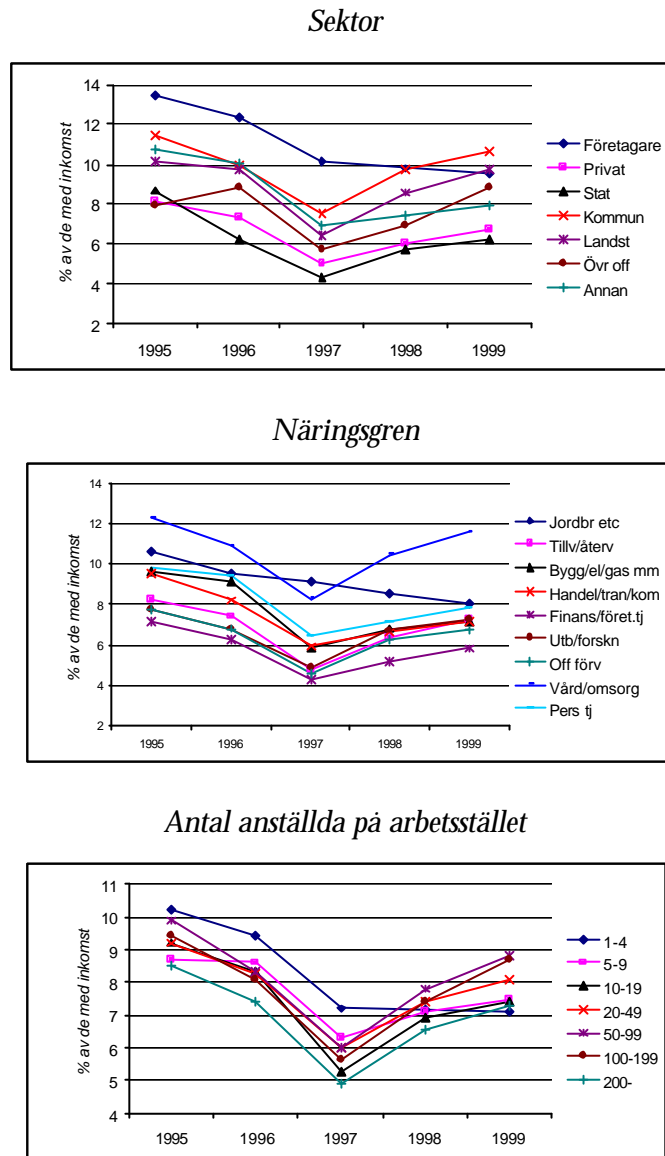
Bland friska med någon sjukfrånvaroersättning under perioden visade det sig att spridningen mellan sektorer och näringsgrenar var större än mellan olika storlek på arbetsstället (figur 5). Egenföretagare hade oftare haft någon sjukfrånvaro jämfört med anställda (åtminstone fram till 1998, enligt figur 5). De förra hade

högst förekomst av sjukfrånvaro med drygt 13 procent (1995). Den lägsta frånvaron observerades för statligt anställda och för de som arbetade med finansiella verksamheter/företagstjänster (4,3 procent 1997). Den generella bilden är en kraftigt avtagande sjukfrånvaro fram till 1997 följt av en nästan lika kraftig uppgång fram till 1999. Detta mönster är nära nog identiskt med det som beskrivits tidigare (HpH, Delrapport, 2001). Egenföretagare och de från primärnäringsarna (jord- och skogsbruk mm.) uppvisade dock en kontinuerligt minskande sjukfrånvaro.

Skillnader i sjukfrånvaro mellan olika näringsgrenar bland friska kanske inte förefaller som särskilt stora i absoluta termer (figur 5), men om vi i 'den friska' gruppen jämför förekomsten av sjukfrånvaro för anställda inom vård och omsorg med den för genomsnittet är 'örrisken' 33 procent 1995 (12,3/9,25) och 51 procent 1999 (11,6/7,7). Görs jämförelsen med nivån på förekomst av sjukfrånvaro i finansiell verksamhet/företagstjänster - vilka hade minst frånvaro under alla år - var örrisken för vård och omsorg 73 procent 1995 (12,3/7,1) och 100 procent 1999 (11,6/5,8). Skillnaderna mellan anställningssektorer var också betydande. Privat och statligt anställda hade låg förekomst av sjukfrånvaro också i gruppen friska under de fem föregående åren, och anställda inom kommuner och landsting hade högre förekomst av frånvaro än genomsnittet bland friska - och detta trots att landstingsanställda hade högst andelar högutbildade av alla sektorer och att de inte avvek särskilt mycket vad gäller medelålder (se tabell 15).

Den grupp vi här studerat (ett urval av friska) avviker i positiv mening vad gäller selektion av friska individer. Trots detta framträder ett tydligt mönster om var i arbetslivet frånvaroproblemen är störst (och minst). Både fynden för avvikelser från det förväntade antalet helårssjukskrivna och skillnader i sjukfrånvaro bland friska tyder på att den kommunala sektorn och vård och omsorg (i synnerhet) bidrar med fler fall av sjukskrivning jämfört med andra sektorer och näringsgrenar. Tendensen är att skillnader i sjukskrivning (minst 15 dagar) mellan dessa verksamheter och andra på intet sätt minskar i omfattning (se figur 5).

Figur 5. Utveckling av andelar med någon ersättning från sjukfrånvaro bland de som var friska hela år 2000 (25-64 år) efter senaste sektor, näringsgren och antal sysselsatta på arbetsstället.



Avslutande diskussion

Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer och långtidsarbetslösa hade en delvis gemensam profil jämfört med långtidsfriska. Till de bakgrundsförhållanden som är av mest intresse för handlingsplanen hör skillnader med avseende på socioekonomiska förhållanden (utbildning och yrkesklass) och sektors- och näringsgrenskillnader, men kanske också till viss del regionala skillnader. Låg utbildning verkar starkt öka sannolikheten att bli långtidssjukskriven, arbetslös och förtidspensionerad. En genomsnittligt låg utbildningsnivå i en region eller kommun bidrar troligen till att vissa geografiska områden verkar ha mer problem med arbetslöshet, förtidspension och långtidssjukskrivningar än framförallt storstadsregionerna. De senare regionerna tenderar att ansamla friska och högutbildade individer, vilka rekryterats från avfolkningsbygder. Det är känt inom epidemiologi att de som flyttar brukar vara friskare än de som inte flyttar.

Problemgrupperna hade också fler personer från vissa sektorer och näringsgrenar jämfört med urvalet av friska. Kommunal sektor, övriga organisationer (främst ideell sektor) samt vård och omsorg hade betydligt fler personer än förväntat i alla problemgrupper. Utbildning, forskning och utveckling (mest från grundskoleutbildning) hade förhållandevis många helårssjukskrivna. Den senare näringsgrenen visade sig ha flest med hög utbildning. När vi tagit hänsyn till detta, framstod utbildningsbranschen också som en problembans. Det visade sig att det var grundskoleverksamheten som hade mycket problem med långa sjukskrivningar, och det var en motsatt tendens (få sjukskrivningar) för högskolan, forskning och utveckling. Med avseende på arbetsställets storlek fann vi mycket små skillnader mellan problemgrupper och friska.

En marginell, och troligen rätt sjuk grupp, utgörs av personer som under lång tid inte haft något förvärvsarbete. Dessa hamnar sällan i långtidssjukfrånvaro, men utgör en viktig rekryteringsbas till långvarig arbetslöshet och än mer till förtidspension. För två av problemgrupperna, helårssjukskrivna och nya förtidspensionärer, fanns många gemensamma drag, vilket inte var särskilt förvånande. Vi vet sedan tidigare att långtidssjukskrivning oftast föregår förtidspension. Här framgick också att det för individen är inkomstmässigt bättre att vara långtidssjukskriven än förtidspensionär. Helårssjukskrivna hade minst andelar (av alla fyra grupperna) i den lägsta inkomstgruppen, och bara friska hade fler med de högsta inkomsterna. I de inledande analyserna upptäcktes att knappt tre

procent av de helårssjuk-skrivna hade beviljats förtidspension, och en liknande andel var samtidigt arbetslösa. Friska bestod av ca 4 procent arbetslösa, och 3 procent nya förtidspensionärer var samtidigt identifierade som arbetslösa. Det antyder att flödet mellan grupperna inte var så stort för den period vi studerade (1995-99). Vissa tidigare studier hade antytt att det kanske fanns en viss överlappning mellan exempelvis långtidsarbetslöshet, längre sjukfrånvaro och förtidspension. I dessa studier hade man dock inte haft tillgång till individuella data, utan resultaten baserades på geografiska aggregat (t.ex. Lidwall & Skogman Thoursie; Marklund & Lidwall, 1997). I föreliggande studie pekar fynden mot att det är vissa grupper av individer (t.ex. lågutbildade personer) som har en ökad risk för samtliga av de utfall vi studerat. Mest stöd för detta erhöles från det faktum att förtidspensionerade inte hade varit mer arbetslösa än vad friska hade varit.

Långvarigt arbetslösa skilde sig en hel del (särskilt de som var arbetslösa på heltid hela året) från de andra grupperna, bl.a. med en hög andel utrikes födda och med en betydande del av totalinkomsten från bidrag. Samtidigt var det mycket små skillnader mellan helårssjuk-skrivna, förtidspensionärer och friska med avseende på arbetslöshet, och förändringarna i arbetslöshet under perioden var nära nog identiska för dessa tre grupper. På ett liknande sätt hade arbetslösa och friska inga större förändringar i ersättning av sjukfrånvaro under perioden. Arbetslösa hade endast något större andel av totalinkomsten från sjukfrånvaro jämfört med friska. Helårssjukskrivna och förtidspensionärer hade däremot en liknande utveckling av sjukfrånvaro under perioden.

Behövs en särskild plan för vård och omsorg och den kommunala sektorn?

Vård och omsorg har en lång tradition av kvinnlig dominans. Bland sysselsatta 1999 var det sju gånger vanligare att kvinnor arbetade inom vård och omsorg - 35 procent jämfört med 5 procent av de sysselsatta männen (Hemström, 2001), vilket är ganska nära förhållandet i vårt urval av friska (32 procent kvinnor och 6 procent män fanns i vård och omsorg). Utvecklingen inom vård och omsorg har troligen bidragit till de ökade könsskillnaderna i lång sjukfrånvaro under senare år. Vissa resultat antydde att det inte heller spelar någon avgörande roll om vård och omsorg utförs i privat eller offentlig regi. Oavsett sektorstillhörighet hade personal

inom vård och omsorg signifikant fler helårssjukskrivna än förväntat, och andra branscher hade färre sådana fall än förväntat. Kommunerna är mer utsatta för dessa problem eftersom de har en stor majoritet av lågutbildad personal med tyngre och mer utsatta arbetsmiljöer. Omorganiseringar och nedskärningar inom vårdområdet har troligen bidragit till den negativa utvecklingen inom branschen. Negativa erfarenheter av organisationsförändringar verkar ha betydelse för anställdas arbetsituation, hälsa och attityder till pensionering (se Ahlberg m.fl., 2001). Förekomsten av deltidsarbetslöshet (tabell 6) och andra tillfälliga anställningar (t.ex. vikariat) är också högre inom den kommunala sektorn än inom andra sektorer (Bäckman & Edling, 2000). Resultaten i föreliggande studie visade att männen där avviker på ett liknande sätt vad gäller långvarig sjukfrånvaro, förtidspension och arbetslöshet. Relativt sett hade män i vård och omsorg till och med något större överrepresentation bland långvarigt sjukskrivna och förtidspensionerade än kvinnorna där. Lågutbildade kvinnor i vård och omsorg hade förvånande nog inga extra förtidspensioneringar jämfört med andra lågutbildade kvinnor. Detta kan möjligen bero på att alla lågutbildade kvinnor har hög sannolikhet att förtidspensioneras (t.ex. jämfört med lågutbildade män och högutbildade män och kvinnor) eller att arbetsförhållanden för de stora yrkesgrupper det handlar om (undersköterskor, vårdbiträden, hemsjukvårdare) inte är sämre än för andra stora yrken bland lågutbildade kvinnor (affärsbiträden, industriarbetare, andra arbeten inom handel och service). En annan möjlig förklaring är att det kan finnas skillnader i andelen kvinnor med hel- och deltidsarbete i olika branscher. Om fler kvinnor inom vård och omsorg jobbar deltid (jämfört med industri och service) skulle detta kunna skydda något mot den typ av hälsorisker i arbetet (särskilt ergonomiska belastningar) som senare skulle kunna utvecklas till ohälsa och förtidspensionering. Eftersom vård och omsorg står för en stor del av all deltidsarbetslöshet (mest kvinnor) är den senare förklaringen mer trolig än den förra (dvs. att arbetsförhållandena för lågutbildade kvinnor inte skiljer sig mellan vård och omsorg och andra verksamheter). Om denna bild stämmer, kan det möjligen innebära ytterligare hälsoproblem för lågutbildade kvinnor inom vård och omsorg om heltidsarbeten där tvingas fram. Det leder oundvikligen till ökad exponeringstid för de belastningar vi vet ökar risken för ohälsa (särskilt i rörelseorganen) och långa sjukskrivningar. Mer rimligt, i förebyggande syfte, kan vara att införa 35 timmars arbetsvecka som heltidsnorm inom vård och omsorg, särskilt i den kom-

munala sektorn som inrymmer en stor del av den tunga omsorgs- verksamheten.

Det verkar rimligt att förebyggande insatser mot långa sjuk- skrivningar delvis fokuseras till de områden i arbetslivet som uppvisar mest problem (vård och omsorg samt den kommunala sektorn). Det var bara nio av knappt 300 kommuner där kommu- nernas anställda hade signifikant färre helårssjukskrivna än för- väntat. En klar majoritet av kommunerna (som arbetsgivare) hade stora problem med långa sjukskrivningar år 2000. Det är också otillfredsställande att de i arbetslivet som ska behandla och vårda sjuka framstår som sjukare än andra. Insatserna bland arbetstagare inom branschen värderas också allt sämre. En färsk utredning sammanfattar läget med att anställda inom vårdområdet "har tappat cirka 10 procent i lönenivå jämfört med verkstadsindustrin mellan 1991 och 2000" (le Grand m. fl., 2001:145). Vissa grupper utsatt- het för problem kan hänga samman med en kombination av ogynn- samma arbetsförhållanden, täta organisatoriska förändringar, osäkra anställningar, hög risk för arbetslöshet och dessutom en lönemässig eftersläpning.

Referenser

- Ahlberg-Hultén G. (1999). Psychological demands and decision latitude within health care work. Relation to health and signi- ficance. Stockholm: Stockholms universitet, Psykologiska institutionen (doktorsavhandling).
- Ahlberg G, Marklund S, Stenlund C, Torgén M (2001). Anställdas arbetssituation, hälsa och attityder till pensionering. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Delstudie 2.1., SOU: Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet.
- Arbetsmiljöverket (2001). *Arbetslivsfakta*, nr 2, oktober 2001.
- Bohrnstedt GW, Knoke D (1988). *Statistics for social data analysis*. Itasca, Illinois: F. E. Peacock Publishers, Inc (andra upplagan).
- Boström G, Persson G (2001). Folkhälsans utveckling och för- delning. I *Folkhälsorapport 2001* (s. 31-60). Stockholm: Social- styrelsen.
- Bäckman O, Edling C (2000). Arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär under 1990-talet. I Marklund S (red.). *Arbetsliv och hälsa 2000* (s. 125-152). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

- Eriksen W, Natvig B, Bruusgaard D (1999). Marital disruption and long-term work disability. A four-year prospective study. *Scandinavian Journal of Public Health* 27:196-202.
- Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (2001). *Punkter i en handlingsplan. Delrapport från utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. SOU, Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH (S 2000:7), Delrapport 2001-06-26.
- Hemström Ö (1998). Male susceptibility and female emancipation. Studies on the gender difference in mortality. Stockholm: Almqvist & Wiksell International (doktorsavhandling).
- Hemström Ö (2000). Klasskillnader i ohälsa och dödlighet. I Marklund S (red.). *Arbetsliv och hälsa 2000* (s. 173-194). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Hemström Ö (2001). Arbetsvillkor, arbetsmiljö och hälsa. I *Folkhälsorapport 2001* (s. 273-300). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Hemström Ö. Alcohol-related deaths contribute to socioeconomic differentials in mortality in Sweden. *European Journal of Public Health*, under utgivning.
- le Grand C, Szulkin R, Tählin M (2001). Lönestrukturens förändring i Sverige. I Fritzell J, Gähler M, Lundberg O (red.). *Välfärd och arbete i arbetslöshetens årtionde* (s. 121-173). Stockholm: Fritzes, SOU 2001:53.
- Lidwall U, Skogman Thoursie P (2000). Sjukskrivning och förtidspensionering under de senaste decennierna. I Marklund S (red.). *Arbetsliv och hälsa 2000* (s. 91-124). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Marklund S, Lidwall U (1997). Vilka blir långvarigt sjuka? I Marklund S (red.). *Risk-frisk-faktorer - sjukskrivning och rehabilitering i Sverige*. Stockholm: Riksförsäkringsverket, RFV redovisar 1997:6.
- Marklund S, Toomingas A (2000). Ålderskillnader i arbete, arbetsmiljö och ohälsa. I Marklund S (red.). *Arbetsliv och hälsa 2000* (s. 195-220). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Rosén M, Lindberg G (2000). Hälsa och sjukdomar i dagens Sverige. I Lindberg G, Rosén M (red.). *Folkhälsa och sjukvård i dagens Sverige. Sveriges Nationalatlas* (s. 44-75). Gävle: Kartförlaget.
- Socialstyrelsen (1997). *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2000:3. *Välfärd vid vägskalet. Utvecklingen under 1990-talet*. Stockholm: Fritzes, 2000, Delbetänkande från Komittén Välfärdsbokslut, SOU 2000:3.

- Statistiska centralbyrån (1982). *Socioekonomisk indelning*. Stockholm: Statistiska central-byrån, Meddelanden i samordningsfrågor 1982:4.
- Statistiska centralbyrån (1995). *SNI 92. Standard för svensk näringsgrensindelning 1992*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, Meddelanden i samordningsfrågor 1992:6 (nytryck 1995).
- Statistiska centralbyrån (1996). *Svensk utbildningsnomenklatur (SUN). Del 1. Systematisk version*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, Meddelanden i samordningsfrågor 1996:1.
- Statistiska centralbyrån (1998). *Regionala koder enligt indelningen den 1 januari 1998*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, Meddelanden i samordningsfrågor 1998:2.
- Statistiska centralbyrån (2001). *En longitudinell databas kring utbildning, inkomst och sysselsättning 1990-1998. LOUISE*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, Avdelningen för Arbetsmarknads- och utbildningsstatistik, Bakgrundsfakta till Arbetsmarknads- och Utbildningsstatistiken 2001:2.
- Upmark M (1999). Alcohol, sickness absence, and disability pension - a study in the field of disease, ill health, psychosocial factors, and medicalisation. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för socialmedicin. (doktorsavhandling).
- Upmark M, Lundberg I, Sadigh J, Bigert C (2001). Conditions during childhood and adolescence as explanations of social class differences in disability pension among young men. *Scandinavian Journal of Public Health* 29:96-103.
- Valkonen T (1999). The widening differentials in adult mortality by socio-economic status and their causes. In Chamie J, Cliquet RL (red). *Health and mortality. Issues of global concern*. Proceedings of the symposium on health and mortality, Bryssel, 19-22 november 1997. Leuven: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat and Population and Family Study Centre, Flemish Scientific Institute.
- Vikenmark S, Andersson A (2001). Arbetsmiljöbelastning som orsak till förtidspensionering och sjukersättning - en pseudoprospektiv studie. Stockholm: SCB, Delstudie 1.2., SOU: Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet.