

Staffan Marklund, Erik Berntson och Caroline Stjernström

Effekter på hälsa och anställningsbarhet av geografiskt och karriärmässigt perifer ställning

Staffan Marklund, professor,
Sektionen för försäkringsmedicin,
Institutionen för klinisk neurovetenskap,
Karolinska Institutet, Stockholm
staffan.marklund@ki.se

Erik Berntson, fil dr, lektor,
Psykologiska institutionen,
Stockholms universitet, Stockholm
erik.berntson@psychology.su.se

Caroline Stjernström, doktorand,
Psykologiska institutionen,
Stockholms universitet, Stockholm
caroline.vandervliet@gmail.com

Tidigare forskning har visat att det finns tydliga regionala skillnader i befolkningens hälsa och sjukfrånvaro i Sverige (Folkhälsorapport 2005, Lundberg 2006). Föreställningarna om vad dessa skillnader beror på varierar, men generellt dominerar två typer av huvudförklaringar. Den ena betonar att regionala skillnader i arbetsmarknadsvillkor, demografiska förhållanden eller olika traditioner bland myndigheter och i sjukvården kan vara skälet (RFV 2003a, RFV 2003b, Palmer 2006). Den andra förklaringen lägger tyngdpunkten på selektiv rörlighet, som framför allt innebär att de som byter yrken oftare har god hälsa och låg sjukfrånvaro jämfört med yrkestabila (Östlin 1988). Det skulle kunna innebära att relativt sett

friskare personer och personer med lägre sjukfrånvarorisk lämnar avfolkningsregioner och flyttar till nya yrken i större städer.

De regionala skillnader man finner i fråga om hälsa och sjukfrånvaro minskar kraftigt, men försvinner inte helt, när man tar hänsyn till demografiska skillnader och skillnader i arbetsmarknadsläge. Hypoteserna kring kulturskillnader, skillnader i administrativ praxis och skillnader i sjukvårdens hantering har varit svårare att belägga. En svensk studie kring regionala skillnader i synen på sjukskrivning visar visserligen att det finns stora regionala skillnader i attityder men att detta på

Denna artikel möjliggjordes med stöd från Forskningsrådet för Arbetsliv och socialvetenskap genom projekten "Organisationsförändring och arbetsrelaterad ohälsa" (dnr 2004-1898) och "Upplevelsen av anställningsbarhet – samband med kön, ålder och hälsa. Finns det segmenterande effekter" (dnr 2009-0762).

verkar faktisk sjukskrivning i begränsad grad (Haugen m fl 2006). Forskning kring selektionseffekter på hälsan av flyttningar mellan regioner är också begränsad, framför allt därför att det är brist på användbara longitudinella material. Flera studier tyder dock på att en del av de geografiska skillnaderna i hälsa kan förklaras av selektiv mobilitet (Brown & Leyland 2009, Exeter m fl 2009, Moorin m fl 2006, Norman m fl 2005, Verheij m fl 1998, Yen & Kaplan 1999).

I föreliggande studie har begreppet perifer ställning en central roll. Med utgångspunkt i ett teoretiskt ramverk för att förstå människors förutsättningar på arbetsmarknaden (Atkinson 1984, Doeringer & Piore 1971) vill vi i denna undersökning studera den relativa effekten av regional tillhörighet och perifer ställning på hälsa och anställningsbarhet. Studien har därmed två huvudsyften. För det första gör den ett försök att ta ställning till i vilken grad skillnader i hälsa i första hand beror på individens regionala tillhörighet eller på hennes uppfattning om den karriärmässiga position hon har i arbetet. Tanken är att geografiska villkor speglar makroförhållanden som ger individen bestämda yttre möjligheter eller begränsningar, medan individens karriärmässiga ställning i arbetet speglar just denna individs uppfattning om sina enskilda villkor. Det centrala begreppet för karriärmässig ställning är perifer ställning, vilket reflekterar i vilken grad en person befinner sig i kärnan eller periferin av arbetslivet. För det andra syftar studien till att undersöka vilket samband som finns mellan geografisk och karriärmässig position och subjektiv anställningsbarhet. Anställningsbarhet är ett individuellt fenomen som begränsar eller öppnar individens möjligheter på arbetsmarknaden. Individer som uppfattar att de har lätt att få en ny anställning har både större chans att förändra sin arbetssituation genom att byta arbete och genom att förändra villkoren i det befintliga arbetet. Därmed skaffar sådana individer sig också större möjligheter att förändra sin hälsosituation, något som man har funnit i tidigare forskning (Silla m fl 2005, Berntson & Marklund 2007).

Perifer ställning

Begreppet perifer ställning har sina rötter i den så kallade duala arbetsmarknadsteorin (Doeringer & Piore 1971, Albrecht & Vroman 1992). Den centrala tesen i teorin är att arbetsmarknaden är uppdelad i två delar: en primär arbetsmarknad, eller kärnarbetsmarknad, och en sekundär, eller perifer, arbetsmarknad. De utmärkande dragen för dessa arbetsmarknader är att de ger de anställda radikalt olika arbetsvillkor och att det är svårt för en anställd att ta sig från den sekundära arbetsmarknaden till den primära (Doeringer & Piore 1971).

Det finns olika sätt att se på vad som är utmärkande för respektive del av den delade arbetsmarknaden. Det ena synsättet är att definiera den utifrån anställningskontrakt där den fasta arbetskraften utgör kärnan och den tillfälliga utgör periferin. Detta synsätt stammar från Atkinson (1984) som tillsammans

med flera andra forskare menar att arbetsmarknaden utgörs av en stabil kärna med långa anställningskontrakt som fylls på med tillfälligt anställda för att möta behoven i högkonjunktur och som friställs när de inte längre behövs (till exempel Kalleberg 2001). Ett annat sätt att se på den delade arbetsmarknaden är att i högre utsträckning se till de anställdas arbetsvillkor och utsikter i arbetet. Detta är mer i linje med Doeringer och Piores (1971) tanke om den duala arbetsmarknaden, där kärnarbetsmarknaden kännetecknas av arbeten med kvalificerade arbetskrav och utbildningskrav, god anställningstrygghet, goda karriärmöjligheter, goda inkomstförhållanden och goda arbetsmiljöförhållanden. Den perifera arbetsmarknaden, å andra sidan, består i huvudsak av arbeten utan eller med mycket låga kvalifikationskrav, korta och osäkra anställningskontrakt, begränsade karriärmöjligheter, låga löner och sämre arbetsmiljö (Doeringer & Piore 1971, Hudson 2006).

En annan viktig fråga i den duala arbetsmarknadsteorin berör svårigheterna att byta arbetsmarknad från den sekundära till den primära (Doeringer & Piore 1971). Även om enstaka individer kan förflytta sig från ett perifert arbete till ett kärnarbete finns det enligt många studier en risk för en fastlåsnings som både kan bero på att arbetsmarknaden generellt är trögrörlig och på att individer i den perifera sektorn inte kan skaffa sig meriter för ett kärnarbete (Berntson m fl 2006, Aronsson & Göransson 1999, Gieseke & Gross 2003). Att befinna sig i den perifera eller sekundära arbetsmarknaden kan därmed vara stigmatiserande och innebära långsiktiga svårigheter för den enskilde individen.

I föreliggande studie är den perifera arbetsmarknaden intressant ur två perspektiv. För det första för att undersöka vilket samband detta har med hälsa hos individen, särskilt kopplat till regionala skillnader. För det andra är den perifera ställningen intressant att studera ur ett anställningsbarhetsperspektiv, det vill säga vilka möjligheter individer i olika positioner faktiskt upplever sig ha att röra sig på arbetsmarknaden.

Anställningsbarhet

Begreppet anställningsbarhet är inte nytt, men det har fått en mer framskjuten position de senaste 15 åren. Anställningsbarhet reflekterar en individs upplevelse av sina möjligheter att skaffa ett nytt arbete (Berntson 2008), något som har blivit mer väsentligt för individen i takt med att arbetsmarknaden utmärks av mer flexibilitet i form av organisationsförändringar och tillfälliga anställningar (Näswall m fl 2008) samt individualisering (Allvin 2004). När arbetslivet för många inte längre karaktäriseras av att vara anställd i en organisation under ett helt yrkesliv blir det viktigare för individen att kunna byta arbete, men också att ha känslan av att kunna byta arbete för att ha kontroll när det är turbulent i omvärlden (Berntson 2008).

Tidigare forskning har visat på en rad olika faktorer som är viktiga för att en individ ska uppfatta sig själv som anställningsbar. Dessa kan delas in i sådana som är individknutna och de som är strukturellt bestämda. Bland individfaktorerna har till exempel utbildning (McQuaid & Lindsay 2005, Van der Heijde & Van der Heijden 2006), erfarenhet (McQuaid & Lindsay 2005) och personlighet (Alarco 2010) visat sig ha samband med anställningsbarhet. Tidigare studier har visat att var man bor i landet har betydelse för individers bedömningar av sina möjligheter att skaffa nytt arbete, vilket kan förklaras med att arbetsmarknader till viss del är lokala och att dessa har olika dynamiska egenskaper (Berntson m fl 2006). Samma studie fann också att konjunktur spelar en avgörande roll för individens upplevelse av sina möjligheter att skaffa sig ett nytt arbete, vilket innebär att den egna individens föreställningar är beroende av tillgången på arbete. Sammantaget innebär detta att det finns stöd för ett samband med både geografisk och yrkesmässig position i arbetslivet och individens upplevelse av sin anställningsbarhet.

Skälet till att det är viktigt att inkludera anställningsbarhet i detta sammanhang är att det är rimligt att anta att individer som befinner sig i en situation med många alternativ lättare kan hitta ett arbete som begränsar deras hälsoproblem och minskar risken för sjukfrånvaro. Det är också rimligt att anta att det finns skillnader mellan individer beroende på om de befinner sig i attraktiva arbeten med stora möjligheter att göra karriär i förhållande till om de är låsta i arbeten och arbetsuppgifter som ger dem mindre chans att välja. Detta gäller oavsett om de bor på en ort med många eller få arbetstillfällen. I princip förväntar vi oss därför att hälsoproblemen är mer begränsade bland dem som bor på en ort med en god arbetsmarknad och som befinner sig i ett arbete där de har stora möjligheter att göra karriär och sämst för dem som bor i glesbygden och har en karriärmässigt perifer ställning i sitt arbete.

Syfte och frågeställningar

Syftet med föreliggande studie är att undersöka vilka effekter geografisk respektive karriärmässig situation har för individens hälsa och anställningsbarhet.

Material och metod

Urval och datainsamling

Datainsamlingen genomfördes av Statistiska Centralbyrån (SCB) under åren 2004, 2005 och 2006 på uppdrag av dåvarande Arbetslivsinstitutet. Urvalet är slumpmässigt och utgår från SCB:s register över totalbefolkningen (RTB) som var i åldern 25–50 år 2004. Urvalet omfattade vid första datainsamlingen 4 975 individer mellan 25 och 50 år som var bosatta i Sverige. Motivet för åldersavgränsningen var att fokusera på individer med en möjlig anknytning till arbets-

marknaden och i en ålder som gör det möjligt att följa dem med avseende på arbetsmarknadsförhållanden under lång tid framåt (Berntson m fl 2005a, Berntson m fl 2005b, Härenstam m fl 2006, Marklund m fl 2006).

Vid varje undersökningstillfälle genomfördes inledningsvis en telefonintervju som följdes upp av en postenkät. Svarefrekvens för intervjustudien vid det första mättillfället var 3 579 (71,9 procent). Motsvarande värde för enkäten var 2 954 (59,4 procent). Antalet möjliga svarande var 4 929. Vid det andra mättillfället besvarades enkäten av 2 729 personer (55,4 procent). Intervjustudien vid det andra mättillfället gav en svarefrekvens på 3 431 (69,6 procent).

För den aktuella studien används information från 2004 och 2005. Bakgrundsvariabler och övriga förklaringsvariabler avser 2004 och de aktuella utfallsvariablerna för olika aspekter på hälsa och anställningsbarhet avser 2005. För att kunna besvara studiens frågeställningar fokuserades undersökningen på individer med arbete (3 961 i urvalet). Efter exkludering av sådana fall som inte hade fullständiga svar vid båda mättillfällena återfanns 1 256 individer i det effektiva urvalet. Då detta endast motsvarar en (longitudinell) svarefrekvens på 31 procent gjordes en bortfallsanalys av materialet med avseende på ett antal bakgrundsfaktorer. Resultatet av denna visade att bortfallet inte är allvarligt snedfördelat.

Variabler

Bakgrundsvariabler. Dessa variabler valdes ut i enlighet med tidigare forskning kring hälsa och välbefinnande (Marklund m fl 2005, Sulsky & Carla 2005). Det gäller förutom ålder (kontinuerlig, 25-50 år tid T1) och kön (1 = man, 2 = kvinna) två olika indelningar av individernas yrken. De olika yrkena klassificerades i en hierarkisk socioekonomisk indelning (SEI) med fyra kategorier (1 = ej facklärd arbetare, 2 = facklärd arbetare, 3 = tjänstemän på lägre nivå och mellannivå, 4 = högre tjänstemän). Den andra yrkesindelningen reflekterar snarare vad människor arbetar med genom en indelning av yrken i människoyrken (1), tinglyrken (2) och symbolyrken (3) (MTS) (Giertz 2001). Människoyrken omfattar yrken där man arbetar med människor, till exempel vård och undervisning. Tinglyrken innebär arbete med konkreta ting, till exempel inom bygg- och tillverkningsindustrin. Symbolyrken är sådana där man analyserar, bearbetar och tolkar siffror eller text och kan till exempel vara tjänsteyrken.

H-region. Region mättes med SCBs så kallade H-regionindelning. H-region speglar en indelning i regioner, som är ungefär lika stora med avseende på befolkningsunderlaget men fördelade på skalan storstad – glesbygd. Där är antagandet att större städer har en mer varierad arbetsmarknad jämfört med glesbygden och att individerna därmed har större valmöjligheter till arbeten inom pendlingsavstånd. H-regionerna är i föreliggande studie indelade i sex regioner (1 = Stockholmsregionen, 2 = Göteborg och Malmö, 3 = Större städer, 4 = Mellan-

bygden, 5 = Tätbygden, 6 = Glesbygden).

Perifer ställning. Denna variabel speglar huruvida respondenterna tillhör kärnan eller periferin på arbetsmarknaden, alternativt en kategori mellan dessa två. Ett index bestående av sex frågor som identifierats som teoretiskt och empiriskt viktiga aspekter på perifer ställning skapades inledningsvis. Frågorna dikotomiserades därefter, där 0 = bedömning att tillhöra periferin och 1 = bedömning att tillhöra kärnan. De sex frågorna berör möjligheten att förändra arbetsuppgifter på sikt (1 = ja, 0 = nej), möjlighet att göra karriär (1 = ja, 0 = nej), om man har det önskade arbetet (1 = ja, 0 = nej) (Aronsson & Göransson 1999), om man är på den önskade arbetsplatsen (1 = ja, 0 = nej) (Aronsson & Göransson 1999), om man är i det önskade yrket (1 = ja, 0 = nej) (Aronsson & Göransson, 1999) samt vilket anställningskontrakt man har (1 = tillsvidare, 0 = tidsbegränsat). Ett summaindex räknades fram där varje individ fick något av värdena 0–6. Detta index trikotomiserades, vilket således innebär att varje individ kunde ha ett värde mellan 0 och 2, vilket representerade periferin (0 = 0–2), mellankategorin (1 = 3–4) respektive kärnan (2 = 5–6). Cronbachs alpha för indexet var 0,66.

Långtidssjukfrånvaro. En fråga användes för att mäta sjukfrånvaro: "Hur många dagar under de senaste 12 månaderna har du sammanlagt varit borta från arbetet p.g.a. egen sjukdom (*sjukskrivning, vård, behandling eller undersökning*)?". Frågan besvarades på en 6-gradig skala (Ingen dag, Mindre än 1 vecka, 1–2 veckor, 3–4 veckor, 1–3 månader samt Mer än 3 månader). Sjukfrånvarofrågan dikotomiserades (0 = Ingen dag upp till 2 veckor och 1 = 3–4 veckor eller längre).

Lågt globalt hälsotillstånd. Respondenternas hälsostatus speglades i frågan "Hur bedömer du ditt hälsotillstånd för närvarande?". Svarsskalan som användes var 5-gradig (1 = Mycket bra, 2 = Ganska bra, 3 = Varken bra eller dåligt, 4 = Ganska dåligt, 5 = Mycket dåligt). Svaren dikotomiserades (0 = svarsalternativ 1–2 och 1 = 3–5).

Anställningsbarhet. Variabeln anställningsbarhet mättes med fem påståenden (Berntson & Marklund 2007) som reflekterade en individs tilltro till sina egna möjligheter att skaffa sig ett nytt arbete (till exempel "Jag känner till andra företag/organisationer där jag skulle kunna få jobb", "Min kompetens är efterfrågad på arbetsmarknaden"). Respondenterna fick svara på en skala från 1 till 5 hur väl de instämde med påståenden (1 = Instämmer inte alls, 5 = Instämmer helt). Frågorna gjordes om till ett medelvärdesindex (alpha = 0,89) och dikotomiserades sedan vid medianen på 3,01.

Statistiska bearbetningar

Logistiska regressioner användes för att undersöka huruvida utfallsvariablerna (långtidssjukfrånvaro och lågt globalt hälsotillstånd) påverkas av demografiska faktorer, H-region respektive var respondenterna befinner sig på arbetsmarknaden (kärnan, periferin eller mittemellan). Ytterligare en logistisk regressions-

analys genomfördes med låg anställningsbarhet som beroende variabel och de övriga variablerna som förklaringsvariabler.

Resultat

I *tabell 1* presenteras den geografiska fördelningen av demografiska variabler och perifer ställning. Signifikanta skillnader i den geografiska fördelningen finns för ålder, yrkestyp och socioekonomisk position. Det fanns emellertid inga signifikanta skillnader i region avseende kön eller perifer ställning.

Tabell 1. Fördelning av demografi och perifer ställning per region.

	Stockholm	Göteborg/ Malmö	Större städer	Mellan- bygd	Tät- bygd	Gles- bygd	Totalt	N	χ^2
<i>Ålder</i>								1256	24,9**
-34	36,1	38,9	31,1	23,2	28,7	20,6	31,3	393	
35-44	40,2	42,5	44,3	44,3	37,5	48,5	43,0	540	
45-	23,7	18,7	24,6	32,5	33,8	30,9	25,7	323	
<i>Kön</i>								1256	1,8
Man	48,2	51,8	46,9	50,2	46,3	47,1	48,4	608	
Kvinna	51,8	48,2	53,1	49,8	53,8	52,9	51,6	648	
<i>Yrkestyp (MTS)</i>								1256	84,0***
Människo- yrken	27,3	33,2	35,9	34,0	48,8	42,6	34,6	435	
Tingyrken	14,1	21,8	28,5	36,0	32,5	36,8	26,5	333	
Symbolyrken	58,6	45,1	35,6	30,0	18,8	20,6	38,9	488	
<i>SEI</i>								1256	70,5***
Högre tjm	32,1	28,0	20,1	14,3	7,5	17,6	21,8	274	
Låg/mellan- tjm	46,2	40,4	39,3	36,9	38,8	30,9	40,0	502	
Facklärd arb	9,2	13,0	17,9	23,2	25,0	19,1	16,8	211	
Ej facklärd arb	12,4	18,7	22,7	25,6	28,7	32,4	21,4	269	
<i>Perifer ställning</i>								1256	15,0
Kärna	28,9	26,9	25,1	22,2	26,3	11,8	25,0	314	
Mellan	41,4	43,5	47,5	52,7	51,2	52,9	47,1	591	
Periferi	29,7	29,5	27,4	25,1	22,5	35,3	27,9	351	

I *tabell 2* presenteras de två hälsoutfallen utifrån bakgrundsfaktorer i materialet. Vart och ett av de korsvisa sambanden signifikantstades. I *tabell 3* presenteras på motsvarande sätt sambanden mellan anställningsbarhet och bakgrundsfaktorerna.

Tabell 2. Korstabeller med sjukfrånvaro och självskattad hälsa mot yrkesposition (SEI), yrkestyp, H-region och graden av perifer ställning i arbetet

	Sjukfrånvaro				Självskattad hälsa			
	Låg	Hög	N	χ^2	Låg	Hög	N	χ^2
<i>SEI</i>			1256	25,8***			1256	4,4
Högre tjänstemän	94,2	5,8	274		13,5	86,5	274	
Låg/mellantjänstemän	90,0	10,0	502		12,2	87,8	502	
Facklärd arbetare	84,4	15,6	211		15,2	84,8	211	
Ej facklärd arbetare	81,4	18,6	269		17,5	82,5	269	
<i>MTS</i>			1256	25,5***			1256	1,00
Människoyrken	85,3	14,7	435		86,9	13,1	435	
Tingyrken	83,5	16,5	333		84,4	15,6	333	
Symbolyrken	93,9	6,1	488		86,1	13,9	488	
<i>H-region</i>			1256	6,5			1256	8,1
Stockholm	92,4	7,6	249		12,4	87,6	249	
Gbg/Malmö	89,1	10,9	193		19,2	80,8	193	
Större städer	86,6	13,4	463		11,9	88,1	463	
Mellanbygden	87,2	12,8	203		16,7	83,3	203	
Tätbygden	85,0	15,0	80		15,0	85,0	80	
Glesbygden	86,8	13,2	68		11,8	88,2	68	
<i>Perifer ställning</i>			1256	16,7***			1256	9,8**
Kärna	93,9	6,1	314		10,2	89,8	314	
Mellan	87,6	12,4	591		13,5	86,5	591	
Periferi	83,8	16,2	351		18,5	81,5	351	

Tabell 3. Korstabell mellan anställningsbarhet, SEI, H-region och perifer ställning.

	Anställningsbarhet (procent)		N	χ^2
	Låg	Hög		
<i>SEI</i>			1256	50,0***
Högre tjänstemän	39,1	60,9	274	
Låg/mellantjänstemän	54,6	45,4	502	
Facklärd arbetare	51,7	48,3	211	
Ej facklärd arbetare	69,1	30,9	269	
<i>MTS</i>			1256	18,0***
Människoyrken	47,6	52,4	435	
Tingyrken	36,6	63,4	333	
Symbolyrken	51,4	48,6	488	
<i>H-region</i>			1256	6,8
Stockholm	48,2	51,8	249	
Gbg/Malmö	52,8	47,2	193	
Större städer	54,0	46,0	463	
Mellanbygden	60,1	39,9	203	
Tätbygden	53,8	46,3	80	
Glesbygden	57,4	42,6	68	
<i>Perifer ställning</i>			1256	42,7***
Kärna	39,2	60,8	314	
Mellan	55,5	44,5	591	
Periferi	64,1	35,9	351	

I *tabell 4* presenteras de logistiska regressionsmodellerna för två av utfallsvariablerna; långtidssjukfrånvaro och lågt globalt hälsotillstånd. I *tabell 5* visas den logistiska regressionsmodellen med anställningsbarhet som utfall.

Tabell 4. Logistiska regressioner med långtidssjukfrånvaro och lågt globalt hälsotillstånd som beroende variabler.

	Långtidssjukfrånvaro T2 Sjukfrånvaro (1) OK 95 % KI		Lågt globalt hälsotillstånd T2 Mycket dåligt – varken eller (1) OK 95 % KI	
<i>Ålder</i>				
-34 (ref)	1	-	1	-
35-44	0,99	(0,65-1,52)	1,66	(1,11 - 2,47)
45 -	1,26	(0,79-2,01)	1,50	(0,95-2,37)
<i>Kön</i>				
Man (ref)	1	-	1	-
Kvinna	1,89	(1,24-2,88)	0,96	(0,67-1,39)
<i>MTS</i>				
Människoyrken (ref)	1	-	1	-
Tingyrken	1,37	(0,82-2,30)	0,99	(0,59-1,67)
Symbolyrken	0,61	(0,36-1,04)	1,45	(0,90-2,33)
<i>SEI</i>				
Högre tjänstemän (ref)	1	-	1	-
<i>Lägre o mln</i>				
tjänstemän	1,40	(0,77-2,54)	0,88	(0,56-1,39)
Facklärd arbetare	1,65	(0,77 - 3,52)	1,32	(0,66-2,65)
Ej facklärd arbetare	1,90	(0,92 - 3,94)	1,56	(0,81-3,00)
<i>H-region</i>				
Sthlm (ref)	1	-	1	-
Gbg o Malmö	1,33	(0,68-2,60)	1,71	(1,01 - 2,90)
Större städer	1,52	(0,87-2,66)	0,94	(0,58-1,52)
Mln bygden	1,32	(0,69-2,52)	1,36	(0,78-2,34)
Tätbygden	1,54	(0,70-3,43)	1,28	(0,61-2,69)
Glesbygd	1,21	(0,51-2,90)	0,81	(0,35-1,90)
<i>Perifer ställning</i>				
Kärna (ref)	1	-	1	-
Mellan	1,68	(0,98-3,14)	1,38	(0,88-2,17)
Periferi	2,13	(1,20-3,75)	2,07	(1,28-3,35)
R²	0,08***		0,04*	
OK=oddskvot, KI=konfidensintervall				
N = 1256, *p<.05, **p<.01, ***p<.001				

Tabell 5. Logistiska regressioner med låg anställningsbarhet som beroende variabel.

	Låg anställningsbarhet T2	
	OK	95 %KI
<i>Ålder</i>		
-34 (ref)	1	
35-44	1,10	(0,83-1,44)
45-	1,81	(1,31-2,49)
<i>Kön</i>		
Man (ref)	1	
Kvinna	1,71	(1,31-2,23)
<i>MTS</i>		
Människoyrken (ref)	1	
Tingyrken	2,09	(1,40-3,12)
Symbolyrken	1,34	(0,98-1,85)
<i>SEI</i>		
Högre tjänstemän (ref)	1	
Låg/mellantjänstemän	1,71	(1,25-2,34)
Facklärd arbetare	1,13	(0,69-1,84)
Ej facklärd arbetare	2,46	(1,54-3,93)
<i>H-region</i>		
Stockholm (ref)	1	
Gbg/Malmö	1,22	(0,82-1,81)
Större städer	1,13	(0,81-1,57)
Mellanbygden	1,33	(0,90-2,00)
Tätbygden	1,04	(0,60-1,78)
Glesbygden	1,07	(0,60-1,92)
<i>Perifer ställning</i>		
Kärna (ref)	1	
Mellan	1,73	(1,29-2,33)
Periferi	2,39	(1,71-3,35)
R²	0,12***	

OK=oddskvot, KI=konfidensintervall

N = 1256, *p<.05, **p<.01, ***p<.00

Långtidssjukfrånvaro

I den första modellen predicerades långtidssjukfrånvaro vid T_2 (tabell 4). Av bakgrundsvariablerna är det enbart kön som uppvisar signifikanta skillnader, där kvinnor har en högre sannolikhet att befinna sig i långa sjukskrivningar (1,89; 95 % KI: 1,24–2,88). Variabeln perifer ställning, som speglar var respondenterna befinner sig på arbetsmarknaden, uppvisar också signifikanta skillnader i utfallsvariabeln långtidssjukfrånvaro. Individer i periferin har en betydligt högre sannolikhet att befinna sig i långa sjukskrivningar (2,13; 95 % KI: 1,20–3,75).

Lågt globalt hälsotillstånd

I den andra modellen predicerades lågt globalt hälsotillstånd vid T_2 (tabell 4). Den enda bakgrundsvariabeln som uppvisar signifikanta skillnader är ålder, där ålderskategorin 35–44 år har en högre sannolikhet än övriga ålderskategorier att uppleva ett nedsatt hälsotillstånd (1,66; 95 % KI: 1,11–2,47). För globalt hälsotillstånd finns det också en svag signifikant skillnad med avseende på geografisk tillhörighet där individer i Göteborg/Malmö rapporterar något sämre allmänt hälsotillstånd (1,71; 95 % KI: 1,01–2,90). Även för denna utfallsvariabel uppvisar perifer ställning signifikanta resultat, där de som befinner sig i periferin har en större sannolikhet än övriga att uppleva ett nedsatt hälsotillstånd (2,11; 95 % KI: 1,29–3,44).

Låg anställningsbarhet

I den fjärde modellen (tabell 5) predicerades anställningsbarhet vid T_2 . Samtliga bakgrundsvariabler uppvisar här signifikanta skillnader. I variabeln ålder har ålderskategorin 45 år och uppåt en högre sannolikhet att ha låg anställningsbarhet (1,81; 95 % KI: 1,31–2,49). Kvinnor har högre sannolikhet att rapportera låg anställningsbarhet (1,71; 95 % KI: 1,31–2,23). Vad gäller variabeln MTS så har personer med tingsyrken större sannolikhet att ha låg anställningsbarhet (2,09; 95 % KI: 1,40–3,12). I den socioekonomiska indelningen (SEI) uppvisar grupperna ej facklärd arbetare samt lägre tjänstemän och mellantjänstemän en högre sannolikhet än referensgruppen (högre tjänstemän) att ingå i gruppen med låg anställningsbarhet. Gruppen ej facklärd arbetare har en oddskvot på 2,46 (95 % KI: 1,54–3,93). Gruppen bestående av lägre tjänstemän och mellantjänstemän uppvisar en oddskvot på 1,71 (95 % KI: 1,25–2,34).

Inga signifikanta skillnader står att finna i variabeln H-region. När det gäller perifer ställning däremot framgår att de som befinner sig i periferin har avsevärt större sannolikhet att ingå i gruppen med låg anställningsbarhet (2,39; 95 % KI: 1,71–3,35). Detta gör sig även gällande för mellankategorin som uppvisar en oddskvot på 1,73 (95 % KI: 1,29–2,33).

Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka vilka effekter geografisk respektive karriärmässig situation har för individens hälsa och anställningsbarhet. Tanken med studien var att undersöka om det gick att skilja mellan sådana faktorer som är direkt knutna till geografisk ställning och sådana faktorer som är kopplade till yrkesmässig ställning.

Resultaten från studien visar på några viktiga förhållanden. För det första fanns – med ett undantag – inga regionala skillnader i hälsa. Undantaget bestod i att individer i Göteborg/Malmö rapporterade något sämre globalt hälsotillstånd. Sammanfattningsvis går dock resultaten i detta avseende emot befintlig forskning (Folkhälsorapport 2005, Lundberg 2006), vilken säger att det finns relativt tydliga regionala skillnader i hälsa. En möjlig förklaring till de avvikande resultaten kan vara studiens urval, vilket var avgränsat till individer i åldrarna 25–50 år med anställning. Denna avgränsning gör att vi utestänger individer som saknar arbete, individer i sjukskrivning utan anställning samt individer under 25 och över 50 år. Även om det är intressant att undersöka eventuella skillnader i denna etablerade grupp på arbetsmarknaden kan det tyda på att de verkliga skillnaderna ligger hos individer i de för oss uteslutna grupperna.

Ett annat viktigt fynd i studien var att individer med perifer ställning konsekvent rapporterar sämre hälsa och sämre anställningsbarhet än individer i kärnan av arbetsmarknaden. Individer med perifer ställning rapporterar såväl mer långtidssjukfrånvaro som lägre globalt hälsotillstånd i studien. Resultaten bekräftar tidigare forskning på området som också visat att individer i kärnan har bättre hälsa än individer i periferin (Aronsson m fl 2000, Doeringer & Piore 1971). Resultaten indikerar därmed att den yrkesmässiga positionen spelar större roll för individens hälsa och arbetsvillkor än var man bor i landet. Resultatet gäller för en, generellt sett, etablerad grupp på arbetsmarknaden, som är mellan 25 och 50 år och med en anställning. För denna grupp påverkas hälsan av i vilken karriärmässig position individen befinner sig på arbetsmarknaden. Resultaten ligger till viss del i linje med tidigare forskning om klassposition och det är inte uteslutet att dessa frågor är relaterade (se exempelvis Rose & Harrison 2007). Föreliggande studie visar emellertid att perifer position respektive kärnposition tillför något mer än socioekonomisk position, som också undersöktes i studien. Det är med andra ord inte bara viktigt vilken yrkesposition man har utan också innehållet i denna.

När det gäller anställningsbarhet går mönstret igen från tidigare genomförda analyser. Äldre individer, kvinnor och individer i lägre socioekonomisk position indikerar en lägre anställningsbarhet, något som bekräftar tidigare studier (till exempel Berntson m fl 2006). Geografi har däremot ingen effekt på upplevd anställningsbarhet, något som den yrkesmässiga positionen har. Ju längre från

kärnan en anställd befinner sig, desto lägre anställningsbarhet rapporterar denne. Resultaten indikerar att det finns segmenterande effekter i arbetslivet likt de som beskrivs i den duala arbetsmarknadsteorin (Doeringer & Piore 1971). Här beskrivs att individer i periferin riskerar att fastna i ett utanförskap och att de har svårt att röra sig in i det primära segmentet. Att våra resultat visar ett negativt samband mellan anställningsbarhet och yrkesmässig ställning innebär att det skulle kunna finnas ett spiralsamband där individer i perifer ställning har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden, vilket i sin tur gör att de fastnar i den sekundära arbetsmarknaden.

Sammantaget innebär resultaten i föreliggande studie att den yrkesmässiga positionen framträder som särskilt viktig för individer som har en anställning och är unga eller medelålders. Urvalet i studien utgjordes av yrkesarbetande i åldrarna 25–50 år och i denna grupp är det mindre viktigt var man bor i landet och mer betydelsefullt i vilken position man befinner sig, något som har ett samband både med hälsa, arbetsvillkor och framtida möjligheter till rörlighet på arbetsmarknaden. Studiens upplägning ger ingen information om äldre eller yngre personer och inte heller om de arbetslösas situation. Även om resultatet i föreliggande studie stödjer argumentet att den yrkesmässiga positionen är viktigare än var man bor i landet, är det väsentligt att genomföra fler studier med ett bredare urval för att undersöka skillnader mellan olika grupper på arbetsmarknaden. En viktig frågeställning som har varit svår att undersöka i föreliggande studie är om förflyttningar mellan olika delar av landet och i den yrkesmässiga positionen är relaterade till hälsa och anställningsbarhet. Genom att studera om individer som faktiskt har förändrat sin geografiska och/eller yrkesmässiga position också får förändrad hälsa och anställningsbarhet, ökas också insikten i sambandet mellan dessa variabler.

Metodologiska begränsningar

Det finns naturligtvis ett antal metodologiska begränsningar som gör att fler studier på området är viktiga. En första sådan begränsning är att våra data är mätta med självrapporter och inte med objektiva mätningar. Det finns en risk med självrapporterade data, särskilt när det kommer till hälsa och arbetsvillkor, att sambanden är starkare i urvalet än i verkligheten (Spector 2006). En fördel med föreliggande studie är dock att flera variabler (till exempel H-region och yrke) är relativt konkreta och borde därmed bidra till ökad tillförlitlighet i undersökningen. Vid framtida studier är det av vikt att pröva sambanden mellan såväl självrapporterade som objektiva mått för att få en så sann bild som möjligt av eventuella samband. En annan begränsning i föreliggande studie är bortfallet av respondenter. Även om en bortfallsanalys visade att bortfallet inte är anmärkningsvärt snedvridet finns det risker med attrition (Magnusson & Bergman 1991), vilket

har en tendens att påverka resultatet i negativ riktning. En tredje begränsning är tiden mellan datainsamlingarna. För att få bättre kunskap om de eventuella kausala sambanden som kan föreligga är det viktigt att mäta variablerna med korrekt tidsdifferens. Det är möjligt att diskutera huruvida effekterna av den yrkesmässiga positionen finns på ett års sikt eller om man skulle valt andra tids-
spann i studien (se Frese & Zapf 1988). Det finns dock studier som visar att till exempel anställningsbarhet har en relativt beständig effekt hos personer, varför ett relativt långt tidsspann som ett år kan vara lämpligt (Berntson m fl 2008). I föreliggande studie har vi kunnat få relativt god kunskap om sambandens riktning genom det longitudinella upplägget, men det kan finnas en begränsning i att variabler som inte inkluderats i studien kan vara med och påverka de verkliga orsakssambanden. För att komma åt dessa problem behövs fler studier inom området, gärna med andra metoder och urval.

Slutsatser

Sammantaget tyder resultaten från föreliggande studie på att om individen befinner sig i periferin eller kärnan på arbetsmarknaden har större betydelse för hälsa och anställningsbarhet än exempelvis vilken region individen bor i. Detta kan ses som ett tecken på att arbetsmarknadens strukturering i första hand handlar om var i yrkeshierarkin en individ befinner sig och mindre om geografiska förhållanden. Resultaten avviker delvis från tidigare forskning. Ett av skälen till detta kan vara att studien gäller individer 25–50 år som är etablerade på arbetsmarknaden. Varken yngre eller äldre eller personer som är arbetslösa eller studerar ingår. När hela omfånget av ålder och etableringsgrad inkluderas i studier kan man mycket väl tänka sig att det uppstår skillnader i hälsa och anställningsbarhet som är knutna till geografisk tillhörighet.

Referenser

- Alarco B (2010): *Conceptual and empirical similarities and differences between job insecurity and employability: a test in Peru*. Leuven: Katholieke Universiteit.
- Albrecht JW & Vroman SB (1992): "Dual labor markets, efficiency wages and search". *Journal of Labor Economics*, 10 (4), s 438-461.
- Allvin M (2004): The individualization of labour. I: Garsten C & Jacobsson K (red): *Learning to be employable: New agendas on work, responsibility, and learning in a globalizing world* (s 23-41). New York: Palgrave Macmillan.
- Aronsson G & Göransson S (1999): "Permanent employment but not in the preferred occupation." *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), s 152-163
- Aronsson G, Gustafsson K & Dallner M (2000): *Anställningsformer, arbetsmiljö och hälsa i ett centrumperiferiperspektiv*. Arbete och Hälsa 2000:9. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Atkinson J (1984): "Manpower strategies for flexible organisations." *Personnel Management*, 16 (8), s 28-31.
- Berntson E (2008): *Employability perceptions: Nature, determinants, and implications for health and well-being*. Stockholm: Stockholm University.
- Berntson E & Marklund S (2007): "The relationship between perceived employability and subsequent health". *Work & Stress*, 21 (3), s 279-292.
- Berntson E, Näswall K & Sverke M (2008): "Investigating the relationship between employability and self-efficacy: A cross-lagged analysis." *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17 (4), s 413-425.
- Berntson E, Sverke M & Marklund S (2006): "Predicting perceived employability – human capital or labour market opportunities." *Economic and Industrial Democracy*, 27 (2), s 223-244.
- Berntson E, Hemmingsson T, Härenstam A, Marklund S, Torgén M & Wikman A (2005a): *Arbetslivskohorten – Teknisk rapport 1*. Arbetslivsrapport, 2005:8. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Berntson E, Hemmingsson T, Härenstam A, Marklund S, Torgén M & Wikman A (2005b): *Arbetslivskohorten – Teknisk rapport 2*. Arbetslivsrapport 2005:22. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Bollen KA (1989): *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Brown D & Leyland AH (2009): "Population mobility, deprivation and self-reported limiting long term illness in small areas across Scotland." *Health and Place*, 15, s 37-44
- Doeringer PB & Piore MJ (1971): *Internal labor markets and manpower analysis*. Lexington: Lexington Books.
- Exeter DJ, Boyle PJ, Feng Z & Boyle M (2009): "Shrinking areas and mortality: An artefact of deprivation effects in the West of Scotland." *Health and Place*, 15, s 399-401.
- Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Frese M & Zapf D (1988): "Methodological issues in the study of work stress: Objective vs subjective measurement of work stress and the question of longitudinal studies." I: Cooper CL & Payne R (red): *Causes, coping and consequences of stress at work*. New York: Wiley.
- Giesecke J & Gross M (2003): "Temporary employment: Chance or risk?" *European Sociological Review*, 19 (2), s 161-177.
- Giertz E (2001): *Kompetens för tillväxt*. Malmö: Celemi.
- Haugen K, Holm E, Lundevall E & Westin K (2006): "Individer, attityder och ohälsa." I: Sjukförsäkring, kulturer och attityder, *Försäkringskassan Analyserar 2006:16*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Hudson K (2007): "The new labor market segmentation: Labor market dualism in the new economy." *Social Science Research*, 36 (1), s 286-312.
- Härenstam A, Marklund S, Berntson E, Bolin M & Ylander J (2006): "Understanding the organisational impact on working conditions and health." *Arbete & Hälsa 2006:4*.
- Kalleberg AL (2001): "Organizing flexibility: The flexible firm in a new century." *British Journal of Industrial Relations*, 39 (4), s 479-504.
- Lundberg K (2006): "Sjukförsäkringens geografi." I: Sjukförsäkring, kulturer och attityder, *Försäkringskassan Analyserar 2006:16*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Magnusson D & Bergman LR (1990): *Data quality in longitudinal research*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E & Theorell T (red) (2005): *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Marklund S, Berntson E, Bolin M, Härenstam A & Ylander J (2006): *Changing organisations and work-related health: Technical report of methods and design of three studies*. Arbetslivsrapport, 2006:47. Stockholm: National Institute for Working Life.
- McQuaid RW & Lindsay C (2005): "The concept of employability." *Urban Studies*, 42 (2), s 197–219.
- Moorin RE, Holman CDJ, Garfield C & Barmeld KJ (2006): "Health related migration. Evidence of reduced "urban drift"." *Health and Place*, 12, s 131–140.
- Norman P, Boyle P & Rees P (2005): "Selective migration, health and deprivation – a longitudinal analysis." *Social Science and Medicine*, 60, s 2755–2771.
- Näswall K, Hellgren J & Sverke M (2008): "The individual in the changing working life: Introduction." I: Näswall K, Hellgren J & Sverke M (red): *The individual in the changing working life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Palmer E (2006): "Sjukförsäkring, kulturer och attityder." I: Sjukförsäkring, kulturer och attityder, *Försäkringskassan Analyserar 2006:16*. Stockholm: Försäkringskassan.
- RFV (2003a): *Regionala skillnader i sjukskrivningar – kommun och bransch*. RFV Analyserar 2003:4. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- RFV (2003b): *Sjuka kommuner? Omfattning av och förklaringar till skillnader i sjukfrånvaro mellan Sveriges kommuner år 2000*. RFV Analyserar 2003:17. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Rose D & Harrison E (2007): "The European socio-economic classification: A new social class schema for comparative European research." *European Societies*, 9 (3), s 459–490.
- Silla I, Gracia FJ & Peiró JM (2005): "Job insecurity and health-related outcomes among different types of temporary workers." *Economic and Industrial Democracy*, 26 (1), s 89–117.
- Spector PE (2006): "Method variance in organizational research: Truth or urban legend?" *Organizational Research Methods*, 9 (2), s 221–232.
- Sulsky L & Smith C (2005): *Work stress*. Belmont, CA: Thomson.
- Van der Heijde CM & Van der Heijden BIJM (2006): "A competence-based and multidimensional operationalization and measurement of employability." *Human Resource Management*, 45 (3), s 449–476.
- Verheij RA, van de Mheen HD, de Bakker DH, Groenewegen PP & Mackenbach JP (1998): "Urban-rural variations in health in the Netherlands – does selective migration play a part?" *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, s 487–493.
- Yen IH & Kaplan GA (1999): "Poverty area residence and changes in depression and perceived health status – evidence from the Alameda County Study." *International Journal of Epidemiology*, 28, s 90–94.
- Östlin P (1988): "Negative health selection into physically light occupations." *Journal of Epidemiology and Community Health*, 42, s 152–156.