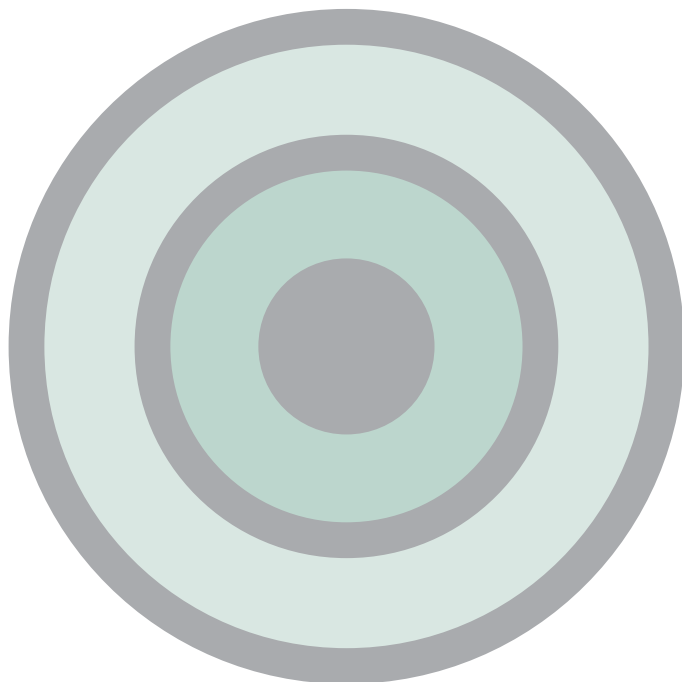


ANALYSERAR

2005:24



Utrikesfödd och sjukskriven

– en framtid med förhinder



Försäkringskassan

| | |
|---------------|---|
| Utgivare | Försäkringsdivisionen Enheten för utvärdering |
| Uppllysningar | Mattias Ossowicki 08-786 91 09 mattias.ossowicki@forsakringskassan.se |
| Beställning | E-post: forsakringskassan@ontime.se Telefon: 08-556 799 29, On Time Internet: www.forsakringskassan.se |
| Tryck | AB Danagårds Grafiska, 2005 |

Förord

Den höga sjukfrånvaron har diskuterats utifrån de flesta perspektiv under de senaste åren. Ett perspektiv som inte lika ofta tagits upp i debatten är mångfaldsperspektivet. Sverige har under de senaste årtiondena gått från ett homogent till ett heterogent samhälle. Andelen utrikesfödda i befolkningen var drygt 12 procent år 2004. Det är få tidigare studier som undersökt utrikesföddas situation vid sjukskrivning, deras hälsa och arbetsförhållanden.

Syftet med denna studie är att undersöka hur utrikesfödda upplever sin sjukskrivning i jämförelse med inrikesfödda. Att öka kunskapen kring hur individen upplever sin sjukskrivning är betydelsefullt för att skapa goda förutsättningar för sjukskrivna att återgå i arbete. I studien beskrivs även skillnader i sjukfrånvaro uppdelat på födelseregion. Data-materialet som studien bygger på kommer dels från Riksförsäkringsverkets (numera Försäkringskassans) enkätundersökning RFV-HALS, dels från Försäkringskassans datalager.

Studien är författad av Mattias Ossowicki.

Stockholm december 2005

Britt-Marie Anderson

Tf chef för enheten för utvärdering

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| Sammanfattning..... | 5 |
| Summary..... | 8 |
| 1 Inledning..... | 11 |
| 1.1 Syfte och disposition | 12 |
| 1.2 Datamaterial | 13 |
| 2 Sjukfrånvaro och födelseland..... | 14 |
| 3 Sjukskrivnas egen syn på sin situation..... | 18 |
| 3.1 Hälsa och sjukskrivning..... | 20 |
| 3.2 Arbetsmarknaden och arbetslivet..... | 26 |
| 3.3 Åtgärder och insatser för återgång i arbete..... | 31 |
| 4 Slutsatser..... | 35 |
| Referenser | 38 |
| Bilaga | 41 |

Sammanfattning

Huvudsyftet med denna studie är att belysa hur utrikesfödda personer i Sverige upplever sin sjukskrivning i jämförelse med inrikesfödda. Studien bygger på data från Riksförsäkringsverkets (numera Försäkringskassans) enkätundersökning RFV-HALS 2002/2003. De sjukskrivna som besvarat enkäten har delats in i tre grupper: **[1]** personer födda i Sverige, **[2]** personer födda i Norden (förutom Sverige) och **[3]** personer födda i länder utanför Norden. Grupperingen är inte idealisk eftersom de två utrikesfödda grupperna är heterogena och personer har invandrat från ett stort antal olika länder, under olika tidsperioder och av olika skäl. Denna gruppering av de svarande är en konsekvens av att enkätundersökningen bygger på ett urval av sjukskrivna. Detta medför en begränsning när det gäller att gruppera de svarande individerna i vissa avseenden. Även om de utrikesfödda är olika individer med olika bakgrunder, förutsättningar och möjligheter så finns det påtagliga skillnader mellan inrikes- och utrikesfödda sjukskrivna. Enligt enkätundersökningen finns statistiskt signifikanta skillnader företrädesvis mellan sjukskrivna födda utanför Norden och sjukskrivna födda i Sverige.

Denna studie undersöker även skillnader i sjukfrånvaro mellan grupper uppdelade på födelse-region. De data som ligger till grund för denna redovisning kommer från Försäkringskassans datalager över samtliga sjukskrivningar. Försäkringskassans datalager Store möjliggör en mer detaljerad gruppering av olika födelse-regioner. Nedan presenteras huvudresultaten från den här rapporten.

Huvudsakliga resultat:

- Utrikesfödda hade i genomsnitt 31 procent högre sjukfrånvaro än inrikesfödda år 2002. Personer födda i MENA (Mellanöstern, Nordafrika) plus Turkiet hade 75 procent högre sjukfrånvaro än inrikesfödda. Även personer födda i ”övriga” Europa och Sydamerika hade högre sjukfrånvaro (44 respektive 34 procent),

medan personer födda i Nordamerika och Oceanien hade betydligt lägre sjukfrånvaro än inrikesfödda.

- Sjukskrivna födda utanför Norden bedömer både sin nuvarande och framtida hälsa som betydligt *sämre* jämfört med inrikesfödda sjukskrivna. Detta gäller även när det i den statistiska analysen tas hänsyn till kön, ålder, inkomst, sjukskrivningsdiagnos, sjukskrivningslängd och arbetsmiljöfaktorer. En slutsats är därmed att personer födda utanför Norden i genomsnitt har en *sämre* hälsosituation.
- När hänsyn tas till en rad olika faktorer i den statistiska analysen visar det sig att sjukskrivna födda utanför Norden i högre grad än andra har besvär i rörelseorganen vid sjukskrivning. Av de sjukskrivna födda utanför Norden får 45 procent denna diagnos jämfört med 31 procent av de inrikesfödda. Att diagnosen besvär i rörelseorganen är vanlig bland utomnordiska sjukskrivna kan bero på yrkestillhörighet.
- Sjukskrivna födda utanför Norden rapporterar en *sämre* psykosocial arbetsmiljö. De rapporterar bland annat att de har betydligt *sämre* socialt stöd på sin arbetsplats jämfört med inrikesfödda sjukskrivna. Det finns däremot inga skillnader när det gäller diagnosen psykiska besvär.
- Resultaten tyder på att utrikesfödda i större utsträckning är sjukskrivna på grund av arbetet. Många utrikesfödda sjukskrivna anser att de skulle behöva en förändrad arbetssituation för att kunna återgå i arbete. Av de sjukskrivna födda utanför Norden uppger 30 procent att ett byte av arbetsplats skulle ha en stor eller helt avgörande betydelse för att komma tillbaka i arbete.
- Det är dubbelt så hög andel arbetslösa bland sjukskrivna födda utanför Norden jämfört med inrikesfödda sjukskrivna (12 jämfört med 6 procent). Detta innebär att personer födda utanför Norden i hög grad anger att hjälp och stöd av Arbetsförmedlingen är betydelsefullt för att kunna återgå i arbete.
- Sjukskrivna som är födda utanför Norden anser i större utsträckning att de behöver hjälp och stöd från myndigheter och andra aktörer för att kunna börja arbeta igen. Utomnordiska sjukskrivna anger även att de är mer aktiva själva att vidta rehabiliterande åtgärder och insatser för att underlätta återgång i arbete. Dessa

individer har även i högre grad kontakt med Försäkringskassan för att diskutera sin sjukskrivningssituation, en kontakt som de själva i stor utsträckning initierar.

Två viktiga orsaker till att personer födda utanför Norden har högre sjukfrånvaro verkar vara att de dels har en svårare arbetsmarknadssituation, dels har en sämre hälsa än inrikesfödda. Detta är samtidigt två aspekter som kan hänga ihop. Att vara arbetslös kan påverka hälsan negativt, samtidigt som en svag hälsa kan göra det svårare att etablera sig på arbetsmarknaden. Skillnaderna i självrapporterad hälsa kan dels bero på individens bakgrund i hemlandet, dels av situationen i det nya landet. Likaså skulle bostadssegregering, diskriminering och arbetslöshet kunna påverka hälsan. Relationen mellan självrapporterad hälsa och sjukskrivningsbeteende behöver dock undersökas ytterligare. Att personer födda i Norden (förutom Sverige) inte rapporterar ett sämre hälsotillstånd än inrikesfödda men har högre sjukskrivningstal visar på komplexiteten vad gäller sambandet mellan självrapporterad hälsa och sjukskrivningsmönster.

Att många utrikesfödda sjukskrivna uppger att en förändrad arbetssituation har betydelse för att återgå i arbete visar att många verkar bli ”inlåsta” på en arbetsplats eller i ett yrke som inte passar dem. Bli personer kvar i arbeten som de av arbetsmiljöskäl borde lämna kan det leda till ohälsa och sjukskrivning. På grund av den låga rörligheten på arbetsmarknaden, den höga arbetslösheten och diskriminering så minskar möjligheten för åtskilliga utrikesfödda att förändra sin arbetssituation. Det ska likväl betonas att arbetsmarknadssituationen kan variera mycket beroende på när individen immigrerade till Sverige. Arbetskraftsinvandrare som kom till Sverige under 1950- och 1960-talet var efterfrågade på arbetsmarknaden och hade lätt att etablera sig, medan personer som immigrerade till Sverige under tidigt 1990-tal mötte andra förutsättningar. Men det är tydligt att det skulle behövas ytterligare åtgärder och insatser för att förhindra diskriminering på arbetsmarknaden. Det är också viktigt med åtgärder som stimulerar till, och skapar nya, arbetstillfällen. Åtgärder som förbättrar arbetsmarknadens funktionssätt och som kan öka sysselsättningsmöjligheterna kan förbättra utrikesföddas situation på arbetsmarknaden.

Summary

The main aim of this study is to throw light on how foreign immigrants to Sweden view their sickness absence in comparison with persons born there. The study is based on data from the Social Insurance Agency's data register and the RFV-HALS questionnaire survey carried out by the former National Social Insurance Board (now the Social Insurance Agency). Those on sick leave who answered the questionnaire have been divided into three groups: **[1]** persons born in Sweden, **[2]** persons born in the Nordic countries (excluding Sweden) and **[3]** persons born outside the Nordic countries. This division is not ideal since groups 1 and 2 (foreign-born individuals) are heterogeneous and various persons have been immigrants from a large number of different countries, probably at different periods and for different reasons. It has been made as a consequence of the nature of the data. The study shows that there are differences in sickness absence between groups according to the region of their country of birth. What is more, even though those born abroad form a group of individuals with different backgrounds, circumstances and opportunities, there are marked differences between persons on sick leave, according to whether or not they were born in Sweden. Statistically significant differences exist especially between those on sick leave who were born outside the Nordic countries and those on sick leave who were born in Sweden. The main results are presented below.

Main results:

- In 2002 those born abroad had a rate of sickness absence that was 31 per cent higher, on average, than that of those born in Sweden. Those born in MENA (the Middle East and North Africa) and Turkey had a rate of sickness absence 75% higher than that of those born in Sweden. Those born in the "rest" of Europe and South America also had higher rates of sickness absence (44 and 34 per cent respectively), while those born in North America and Oceania had much lower rates than those born in Sweden.

- Those on sick leave who were born outside the Nordic countries judge their existing and future health to be much *worse* compared to those on sick leave born in Sweden. This is true even if account is taken in the statistical analysis of sex, age, income, sick leave diagnosis, duration of sick leave and work environment factors. One conclusion is thus that the situation in regard to health of those born abroad appears, on average, to be worse.
- Among those on sick leave who were born outside the Nordic countries, the proportion of those unemployed is twice as high compared with those on sick leave who were born in Sweden (12 compared to 6 per cent). This explains why those born abroad state in large measure that help and support from the Employment Agency are important as far as enabling them to return to work is concerned.
- When account is taken of a number of different factors in the statistical analysis, it turns out that those on sick leave born outside the Nordic countries are to a greater extent diagnosed as having problems of the movement organs in connection with their sick leave. Of those on sick leave who were born outside the Nordic countries, 45 per cent are given this diagnosis, compared with 31 per cent of those born in Sweden. The fact that the diagnosis problems of the movement organs is common among those on sick leave born outside the Nordic countries may be due to their occupational category. A higher proportion of them, for example, work in industry. There are no differences, on the other hand, with regard to the diagnosis psychological problems.
- Those on sick leave born outside the Nordic countries report that their psychosocial work environment is perceived by them to be poor. They also report that they receive much worse social support at their workplace than those on sick leave born in Sweden. The results suggest that those born abroad feel to a greater extent that they are on sick leave as a result of work.
- Many of those on sick leave who were born abroad say that a changed work situation would be needed in order to be able to return to work. Of those on sick leave who were born outside the Nordic countries, 30 per cent say that a change of workplace would be of great or crucial significance for returning to work.

- Those on sick leave who were born outside the Nordic countries say to a greater extent that they need help and support from authorities and other players to enable them to start working again. They also say that they are themselves more active in taking part in rehabilitation measures and activities to facilitate a return to work. These individuals are also in contact to a greater extent with the Social Insurance Agency to discuss the situation regarding their sick leave, a contact which they to a large extent initiate themselves.

Two important reasons why those born abroad have a higher rate of sickness absence appear to be that they face a more difficult labour market situation and that their health is worse than those born in Sweden. Differences in self-reported health may be due to an individual's background in his or her native country or to the situation in the new country. Similarly, housing segregation, discrimination and unemployment could affect their health. The relationship between self-reported health and behaviour in regard to reporting sick, however, needs to be investigated further.

The fact that many of those on sick leave who were born abroad say that a change in their work situation is important for returning to work suggests that many of them are trapped in their workplace and that they are thus in an unwanted occupation. However, due to low mobility in the labour market, high unemployment and discrimination, it can be difficult for quite a number of individuals born abroad to change their situation. It must be pointed out, however, that the labour market situation can vary a lot, depending on when the individual immigrated to Sweden. Immigrants who came to Sweden to work in the 1950s and 1960s found it easy to establish themselves in the labour market, while the circumstances faced by those who migrated to Sweden in the early 1990s were different. It is clear, however, that further measures and efforts would be required to prevent discrimination in the labour market, together with measures which create new jobs and improve the way in which the labour market functions and thus job opportunities for individuals.

1 Inledning¹

Den höga sjukfrånvaron från arbetslivet har varit ett hett debattämne under de senaste åren. Även om trenden med ökade sjukskrivningar har vänt är frånvaron från arbetslivet fortfarande hög, vilket är en konsekvens av att många personer har sjuk- och aktivitetsersättning, är arbetslösa eller inte har någon koppling till arbetsmarknaden. För att samhället på ett bättre sätt ska kunna finansiera framtida offentliga utgifter är det av central betydelse att arbetsutbudet ökar och att antalet arbetade timmar per person ökar. Ersättningarna i form av sjukpenning och sjuk- eller aktivitetsersättning var cirka 100 miljarder kronor under 2004. Socialförsäkringens utgifter för sjukdom och funktionshinder var drygt 5 procent av bruttonationalprodukten under samma år (Dutrieux 2005).

Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män, och äldre har högre sjukfrånvaro än yngre. Det är även så att arbetslösa är mer sjukskrivna och det finns stora regionala skillnader i sjukskrivningsmönstret. Det finns också skillnader i sjukfrånvaro mellan inrikes- och utrikesfödda personer. Regeringen har angett ett särskilt mål för integrationspolitiken som innebär att skillnaderna i sjukfrånvaro mellan inrikes- och utrikesfödda ska minska. Försäkringskassan har också fått i uppdrag att analysera eventuella skillnader i sjukfrånvaro mellan inrikes- och utrikesfödda personer och klarlägga orsaker till sådana skillnader (Budgetpropositionen 2005).

Tidigare forskning och utredningar ger en bild av att utrikesfödda personer i Sverige har sämre villkor vad gäller arbetsmarknadssituation, hälsa, ekonomi och boende (SOU 2005:56). När det gäller forskning kring arbetsmarknaden har fokus för det mesta legat på att analysera arbetsmarknadsstatistik som exempelvis skillnader i arbetskraftsdeltagande, sysselsättning och arbetslöshet. Studier visar också att utrikesfödda i genomsnitt har lägre inkomster och i stor utsträckning bor i segregerade bostadsområden (SOU 2005:56).

¹ Delar av denna studie är även publicerad i ”Socialförsäkringsboken 2005”.

Beträffande utrikesfödda och sjukfrånvaro finns en hel del studier som visar att utrikesfödda är överrepresenterade vad gäller sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension och sjukbidrag). En avhandling från Växjö universitet som behandlar sjukfrånvaro pekar dock på behovet av ytterligare studier kring orsaker till skillnader i sjukfrånvaro mellan inrikes- och utrikesfödda personer i Sverige (Nilsson 2005). Det finns emellertid få studier som undersöker vad utrikesfödda sjukskrivna i Sverige *själva* anser som sin situation. Hur individen uppfattar sin sjukskrivningssituation har troligtvis betydelse för när eller om individen kommer att börja arbeta igen.

1.1 Syfte och disposition

Huvudsyftet med föreliggande studie är att jämföra utrikesföddas situation vid sjukskrivning med inrikesföddas situation. Studien börjar med en beskrivning av sjukfrånvaron bland sjukpenningberättigade personer i Sverige uppdelat efter födelseregion. Utrikesfödd i denna rapport definieras som en person som är folkbokförd i Sverige men som är född i ett annat land (SCB 2005). De sjukskrivna som svarade på enkäten har delats in i tre grupper: **[1]** inrikesfödda, **[2]** personer födda i Norden (förutom Sverige) och **[3]** personer födda utanför Norden. Kategoriseringen är inte idealisk eftersom gruppen utrikesfödda är heterogen och olika personer har invandrat från ett stort antal olika länder, troligtvis under olika tidsperioder och av olika skäl. Den huvudsakliga orsaken till uppdelningen i de tre ovan nämnda kategorierna är det använda datamaterialets begränsningar. Enkätundersökningen som ligger till grund för denna studie är en urvalsundersökning vilket begränsar möjligheterna att gruppera de svarande individerna i vissa avseenden. Men datamaterialet har andra unika fördelar. Enkätundersökningen innehåller information om hur den sjukskrivne själv upplever sin hälsa, sina arbetsförhållanden, sin livssituation och hur individen upplever hjälp och stöd från myndigheter och andra aktörer. Detta är aspekter som registerdata inte kan belysa.

Fortsättningen av denna studie är upplagd på följande sätt. Avsnitt två beskriver skillnader i sjukfrånvaro mellan inrikes- och utrikesfödda personer utifrån registerdata. Avsnitt tre som bygger på enkätdata belyser hur utrikesfödda sjukskrivna upplever sin situation i jämförelse med inrikesfödda sjukskrivna. Avsnitt fyra innehåller slutsatser.

Bilagan i slutet av rapporten innehåller resultat från en fördjupad statistisk analys.

1.2 Datamaterial

I avsikt att få ökad kunskap om hur de sjukskrivna själva upplever sin situation genomförde Riksförsäkringsverket (RFV) under våren 2002 en enkätundersökning bland sjukskrivna personer. Enkätundersökningen bestod av ett urval av 10 800 individer bland de 26 067 individer i åldern 20–64 år som påbörjade en ny sjukskrivning (minst 15 dagar lång) under perioden 14–27 januari 2002. Enkäten besvarades av 6 171 personer, vilket är en svarsfrekvens på 57,2 procent. Svarsfrekvensen för utrikesfödda var 47 procent och för inrikesfödda 58 procent. Av de sjukskrivna som besvarade enkäten finns en uppgift om födelse-land för 6 118 personer. Av dessa är 5 400 individer födda i Sverige, 256 individer födda i övriga Norden (förutom Sverige) och 462 individer är födda utanför Norden. I föreliggande studie används även data från den uppföljningsenkät som skickades ut till de som besvarade den första enkäten. Denna enkät skickades ut till respondenterna i februari 2003, det vill säga ett år efter sjukfallens början.

Om bortfallet skiljer sig åt från de personer som besvarat frågeformuläret med avseende på undersökningsvariablerna kan skattningar som baseras på enbart de svarande bli skeva. För att minimera bortfalls-skevheten beräknade Statistiska Centralbyrån (SCB) vikter och genomförde en kalibrering. Med kalibrering kan skattningar sägas representera hela populationen och inte enbart de personer som besvarat enkäten (Lundström och Särndal 2002). Kalibreringen reducerar både urvalsfelet och bortfallsfelet genom att använda ett effektivt uppräkningsförfarande. De variabler som använts vid kalibreringen är födelse-land, kön, ålder, inkomst, civilstånd, bostadsort och sjukskrivnings-längd (SCB 2002). Alla tabeller och regressionsanalysen bygger på viktade enkätdata. Resultaten från den fördjupade statistiska analysen (regressionsanalysen) förändras emellertid inte om man avstår från att vikta enkätdata. Datamaterialet i nästa avsnitt (se nedan) som visar sjukfrånvaron för olika grupper i Sverige kommer från Försäkringskassans egna datalager Store.

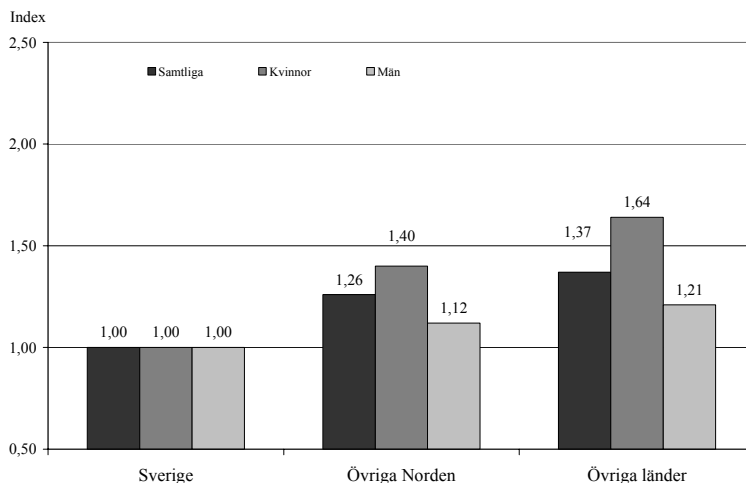
2 Sjukfrånvaro och födelseland

Sjukförsäkringen är en inkomstbortfallsförsäkring vilket innebär att ersättningen baseras på arbetsinkomster. Anställda, arbetslösa, egna företagare och studerande kan beviljas sjukpenning. Skillnader i andelen sjukpenningförsäkrade i olika grupper i befolkningen är därmed till stor del en avspeglning av olika gruppers sysselsättningsläge. Som en konsekvens av en svag arbetsmarknadsanknytning är andelen sjukpenningförsäkrade lägre bland utrikesfödda än inrikesfödda. I figuren och tabellen nedan beskrivs sjukfrånvaron under 2002 efter födelse-region. Data har ålderstandardiserats för att inte åldersstrukturen för olika grupper ska spela roll för resultatredovisningen. Det ska också nämnas att sjuklöneperioden (14 dagar under 2002) inte finns med i detta datamaterial. I Försäkringskassans datalager Store finns inte statistik över sjuklöneperioden, alltså de första 14 dagarna i sjukfallen.

Figur 1 och tabell 1 visar ålderstandardiserade indextal som bygger på antalet sjukpenningdagar per sjukpenningberättigad² under år 2002. Det är således endast de personer som beräknas ha rätt till sjukpenning som studeras i figuren och tabellen. Den gruppering av sjukpenningberättigade som åskådliggörs i figur 1 är densamma som i nästkommande avsnitt som bygger på enkätdata. Data från Försäkringskassans datalager över samtliga sjukskrivningar möjliggör dock en mer detaljerad gruppering av olika födelseregioner, vilket redovisas i tabell 1.

² De sjukpenningberättigade definieras som alla försäkrade mellan 19 och 64 år som har en registrerad pensionsgrundande inkomst på minst 24 procent (9 096 kr) av prisbasbeloppet för 2002. Den pensionsgrundande inkomsten ligger till grund för individens framtida pensionsberäkningar. Merparten av alla inkomster som ingår i den pensionsgrundande inkomsten är sjukpenningberättigande.

Figur 1 Ålderstandardiserat index för antalet sjukpenningdagar per sjukpenningberättigad år 2002



Källa: Försäkringskassans datalager Store

Figur 1 visar på betydande skillnader i sjukfrånvaro mellan inrikesfödda och utrikesfödda sjukpenningberättigade i Sverige. Sjukpenningberättigade födda i Norden (förutom Sverige) har 26 procent högre sjukfrånvaro och sjukpenningberättigade födda i övriga länder har 37 procent högre sjukfrånvaro än inrikesfödda. Tidigare undersökningar visar också på skillnader i sjukfrånvaro mellan grupper som är födda i olika länder (RFV 1996, SNS 2002, Arbetslivsfakta 2003).

I Välfärdspolitiska rådets rapport (SNS 2002) hade utrikesfödda i genomsnitt 70 procent högre sjukfrånvaro än inrikesfödda. Studien visar att västeuropéer och nordamerikaner hade lägre sjukfrånvaro, men att personer födda i före detta Jugoslavien, Finland och Grekland hade högre sjukfrånvaro än inrikesfödda. I Välfärdspolitiska rådets rapport används måttet antalet sjukpenningdagar per sjukpenningförsäkrad och de tar hänsyn till ålderskillnader mellan grupperna. Studien konstaterar att skillnader i sjukfrånvaro huvudsakligen kan förklaras av långa sjukskrivningsperioder för vissa grupper. En avhandling från Växjö universitet visar också att personer som invandrat till Sverige har högre sjukfrånvaro än inrikesfödda. Detta gäller när sjukfrånvaron räknas i antal dagar. Däremot visar studien inte på några påtagliga skillnader i antal sjukskrivningsfall. Det konstateras i denna studie att

arbetsförhållanden och arbetsmiljöfaktorer endast kan förklara en liten del av skillnaderna i sjukfrånvaro mellan inrikes- och utrikesfödda (Nilsson 2005).

Arbetslivsfakta (2003) redogör för sjuktalet³ per födelseland under 2002. Denna rapport visar att personer födda i Norden (exklusive Sverige) och Europa (exklusive EU-länder) hade ett högre sjuktal än inrikesfödda. Män födda i Asien hade högre sjuktal medan kvinnor födda i Asien hade lägre sjuktal i jämförelse med inrikesfödda män och kvinnor. Skillnader i sjukfrånvaro kan förklaras av en selektionsprocess som innebär att personer med vissa egenskaper från en viss grupp får arbete och träder in på arbetsmarknaden. Dessa egenskaper kan både vara positiva och negativa i förhållande till sjukfrånvaro.

Tabell 1 Alderstandardiserat index för antalet sjukpenningdagar per sjukpenningberättigad år 2002

| | Samtliga | Kvinnor | Män |
|-------------------------|----------|---------|------|
| Sverige | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Övriga Norden | 1,26 | 1,12 | 1,40 |
| EU 15 utom Norden | 1,00 | 0,98 | 1,14 |
| Övriga Europa | 1,44 | 1,21 | 1,82 |
| Afrika söder om Sahara | 1,19 | 1,14 | 1,44 |
| Asien utom Mellanöstern | 1,08 | 0,95 | 1,21 |
| MENA | 1,75 | 1,70 | 2,09 |
| Nordamerika | 0,79 | 0,74 | 0,89 |
| Sydamerika | 1,34 | 1,25 | 1,49 |
| Oceanien | 0,75 | 0,70 | 0,88 |

Källa: Försäkringskassans datalager Store

Försäkringskassans register visar att personer födda i MENA⁴ i genomsnitt hade 75 procent högre sjukfrånvaro än inrikesfödda under 2002. Män födda i denna region hade mer än dubbelt så hög sjukfrån-

³ Sjuktalet utgörs av antalet dagar med sjukpenning per registrerad försäkrad i åldern 16–64 år exklusive försäkrade med hel sjuk- och aktivitetsersättning.

⁴ De länder som ingår i MENA (Middle East North Africa) är: Irak, Iran, Oman, Yemen, Palestina, Israel, Marocko, Förenade Arabemiraten, Bahrain, Qatar, Saudiarabien, Syrien, Tunisien, Algeriet, Egypten, Jordanien, Kuwait, Libanon och Libyen. Även Turkiet ingår i denna grupp.

varo än inrikesfödda män. Personer födda i övriga Europa⁵ hade 44 procent högre sjukfrånvaro jämfört med inrikesfödda. Sjukfrånvaron var lägre för Nordamerikaner⁶, men högre för personer födda i Sydamerika⁷ i jämförelse med personer födda i Sverige. Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män oavsett födelseregion. Det finns ett antal förklaringar till dessa skillnader i sjukfrånvaro som brukar diskuteras i litteraturen.

Förklaringar och orsaker kretsar till stor del kring utrikesföddas situation på svensk arbetsmarknad. De personer som arbetskraftsinvandrade till Sverige under 1950- och 1960-talet började arbeta inom industrin där arbetsmiljön inte var särskilt fördelaktig (SNS 2002, Arbetslivsfakta 2003). Detta innebar i sin tur en inlåsning i lågt kvalificerade yrken med monotona arbetsuppgifter. Skillnader i sjukfrånvaro kan således till viss del förklaras av skillnader i arbetsförhållanden (Schierrup och Paulson 1994). Det finns en studie som visar att 25 procent av de utrikesfödda i Sverige måste byta yrke för att få samma yrkesfördelning som inrikesfödda personer (SOU 2005:56). Det är även så att utrikesfödda har sämre villkor när det gäller hälsa (se nästa avsnitt), ekonomi och boende i Sverige (SOU 2005:56). Segregering, utanförskap och diskriminering kan också påverka hälsan negativt (Socialstyrelsen 2000, SOU 2005:56). Det finns dock en hel del kvar att försöka förklara vad gäller skillnader i sjukfrånvaro mellan utrikes- och inrikesfödda. Det verkar finnas faktorer som flera studier inte har tagit hänsyn till och som troligtvis också är svåra att kvantifiera i statistiska analyser.

⁵ De länder som ingår i övriga Europa är: Malta, Polen, Ryssland, Ungern, Schweiz, Kroatien, Liechtenstein, Slovenien, Andorra, Albanien, Bosnien Hercegovina, Bulgarien, Vitryssland, Tjeckien, Rumänien, Slovakien, San Marino, Ukraina, Vatikanstaten, Jugoslavien, Estland, Gibraltar, Litauen, Lettland, Monaco, Moldavien, Makedonien och Serbien Montenegro.

⁶ I Nordamerika ingår: Kanada, USA, Antigua, Barbados, Bermuda, Bahamas, Belize, Costa Rica, Nicaragua, Panama, El Salvador, Trinidad/Tobago, Dominikanska Republiken, Grenada, Guatemala, Honduras, Jamaica och Mexico.

⁷ I Sydamerika ingår: Peru, Chile, Argentina, Bolivia, Brasilien, Colombia, Surinam, Uruguay, Venezuela, Ecuador, Guyana och Paraguay.

3 Sjukskrivnas egen syn på sin situation

Hur ohälsa och sjukdom uppstår är komplexa frågor och mekanismerna bakom dessa tillstånd är bara delvis kända. Läget blir än mer svårgenomträngligt när relationen mellan sjukdom och sjukfrånvaro studeras. Uppfattningar om hälsa, ohälsa och sjukdom är ofta subjektiva och påverkas av levnadsförhållanden, uppväxtvillkor och erfarenheter. Faktorer som kön, ålder, social tillhörighet, socialt stöd på och utanför arbetsplatsen, yrke, arbetsmiljö och ekonomisk situation kan också ha betydelse för hälsan. I detta avsnitt belyses hur sjukskrivna själva upplever sin hälsa, situation och sitt arbete. Vilken uppfattning den sjukskrivne själv har när det gäller sin hälsosituation spelar säkerligen roll för när individen kommer att återgå i arbete. Men innan detta diskuteras eventuella skillnader i individegenskaper mellan utrikesfödda och inrikesfödda sjukskrivna.

Tabellen nedan visar att det finns vissa skillnader mellan sjukskrivna födda i olika födelseregioner både när det gäller kön, ålder och inkomst. Det är en signifikant lägre andel kvinnor bland sjukskrivna födda i övriga världen jämfört med inrikesfödda sjukskrivna (se bilaga tabell B1 för regressionsresultat). Sjukskrivna födda i övriga Norden har en något äldre åldersfördelning, samtidigt som gruppen övriga världen har en yngre åldersfördelning, i jämförelse med inrikesfödda.

Tabell 2 Sjukskrivna minst 15 dagar uppdelade efter födelseland. Procent

| | Sverige | Övriga Norden | Övriga länder |
|--------------------------------|-------------|---------------|---------------|
| Kön | | | |
| Kvinnor | 64 | 64 | 54 |
| Män | 36 | 36 | 46 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (5 400) | 100 (256) | 100 (462) |
| Ålder | | | |
| 20–29 år | 14 | 6 | 10 |
| 30–44 år | 34 | 29 | 48 |
| 45–54 år | 27 | 35 | 25 |
| 55–64 år | 25 | 30 | 17 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (5 400) | 100 (256) | 100 (462) |
| Utbildning | | | |
| Grundskola högst 9 år | 27 | 33 | 20 |
| Gymnasium | 43 | 34 | 49 |
| Högskola/universitet | 30 | 32 | 31 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (4 538) | 100 (206) | 100 (326) |
| Inkomst | | | |
| Mindre än 12 000 kronor | 16 | 18 | 33 |
| 12 001–18 000 kronor | 40 | 36 | 40 |
| 18 001–24 000 kronor | 32 | 33 | 20 |
| Mer än 24 000 kronor | 12 | 13 | 7 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (5 362) | 100 (251) | 100 (459) |

Källa: RFV-HALS 2002

Det är 20 procent med endast grundskola bland sjukskrivna födda utanför Norden. Siffror från Integrationsverket visar att av de utrikesfödda i befolkningen är det 23 procent som endast har grundskoleutbildning och bland inrikesfödda är denna siffra 17 procent (Integrationsverket 2005). Enligt dessa siffror så verkar lågutbildade vara överrepresenterade bland de inrikesfödda sjukskrivna, men inte bland sjukskrivna födda i övriga länder. Det finns även tydliga skillnader när det gäller inkomst. Det är en högre andel med låga inkomster bland sjukskrivna födda utanför Norden än bland inrikesfödda sjukskrivna. Hammarstedt (2003) studerade försörjningen från förvärsarbete och egenföretagande bland utrikesfödda generellt i Sverige och visar att senare års invandrare har lägre arbetsinkomster jämfört med inrikesfödda. En individs inkomst samvarierar till stor del med vilken typ av arbete eller yrke som han eller hon har. En annan studie visar att per-

soner med svag ekonomi också rapporterar mer ohälsa, i synnerhet mer psykisk ohälsa (Socialstyrelsen 2000).

3.1 Hälsa och sjukskrivning

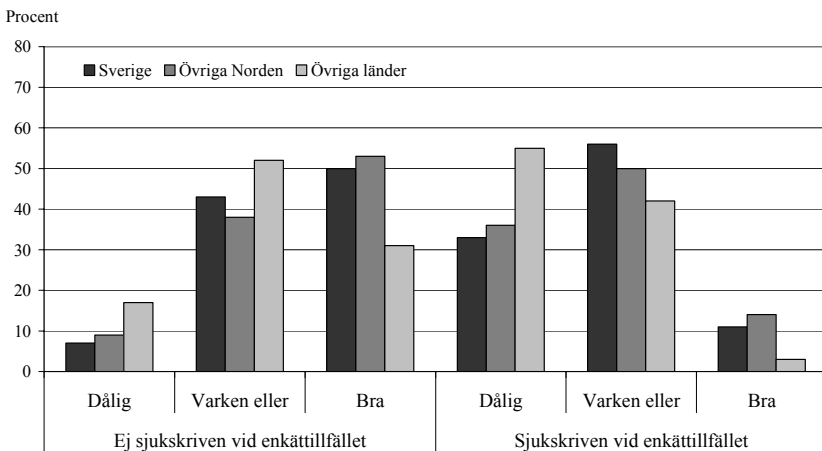
Hälsa och sjukdom kan mätas på flera olika sätt. Det går att betrakta hälsa utifrån en medicinsk bedömning av funktionsförmåga, Försäkringskassans bedömning av hälsa och arbetsförmåga eller individens egen upplevelse av sin hälsosituation (Socialförsäkringsboken 2004). En tidigare tvärsnittsstudie visar att sjukskrivna som uppskattar sin framtida hälsa som bra i lägre grad blir sjukskrivna längre än ett år, alltså de avslutar sin sjukskrivning tidigare än sjukskrivna som uppskattar sin hälsa som dålig (Ossowicki 2004). Men i tvärsnittsstudier är det svårt att säga något om sambandets riktning så det skulle behöva genomföras longitudinella studier för att undersöka relationen mellan självupplevd hälsa och sjukskrivningsbeteende.

Flera undersökningar visar att utrikesfödda personer i genomsnitt har ett sämre självupplevt hälsotillstånd jämfört med personer födda i Sverige. Arbetskraftsinvandrare från Finland och Sydeuropa har enligt Välfärdspolitiska rådets rapport (2002) sedan mitten av 1970-talet haft ett sämre självupplevt hälsotillstånd än inrikesfödda. Enligt enkätundersökningen RFV-HALS rapporterar personer födda utanför Norden i högre grad sin hälsa som dålig⁸ jämfört med inrikesfödda. En regression visar att risken att personer som påbörjade en sjukskrivning i januari 2002 och som är födda utanför Norden ska rapportera en dålig hälsa är dubbelt så hög (oddskvot=2,14) i jämförelse med inrikesfödda (se bilaga tabell B2). Figur 2 visar att 55 procent av de personer som är födda utanför Norden och som fortfarande var sjukskrivna när de svarade på enkäten bedömer sin hälsa som dålig. Andra undersökningar som studerar utrikesfödda i Sverige visar också på skillnader i självrapporterad hälsa mellan utrikesfödda och inrikesfödda personer (Vogel och Hjerm 2002, Socialstyrelsen 2000, Kindlund 1996).

⁸ De sjukskrivna fick på en tiogradig skala (1=mycket dålig hälsa och 10=mycket bra hälsa) bedöma vad de tycker om sitt allmänna hälsotillstånd. Har individen kryssat 1–3 bedöms individen ha en dålig hälsa, 4–7 varken bra eller dålig hälsa och har individen kryssat alternativ 8–10 bedöms det som ett bra allmänt hälsotillstånd.

Självskattad hälsa är subjektiv. Det är möjligt att personer beroende på kön, ålder eller olika bakgrunder inte har samma referenspunkter för hälsa och olika typer av sjukdomar. Men självskattad hälsa är ett väl använt mått och flera undersökningar visar att det självskattade hälsotillståndet i genomsnitt är sämre hos utrikesfödda (se Socialstyrelsen 2000). Däremot finns få studier av självupplevd hälsa och sjukskrivning. En studie som har analyserat sambandet mellan självupplevd hälsa och sjukskrivning visar att personer med dålig självskattad hälsa löper högre risk för sjukskrivning längre än 30 dagar jämfört med personer som uppger god självupplevd hälsa (Lindholm med flera 2004).

Figur 2 Självrapporterat hälsotillstånd uppdelat efter födelseland. Procent



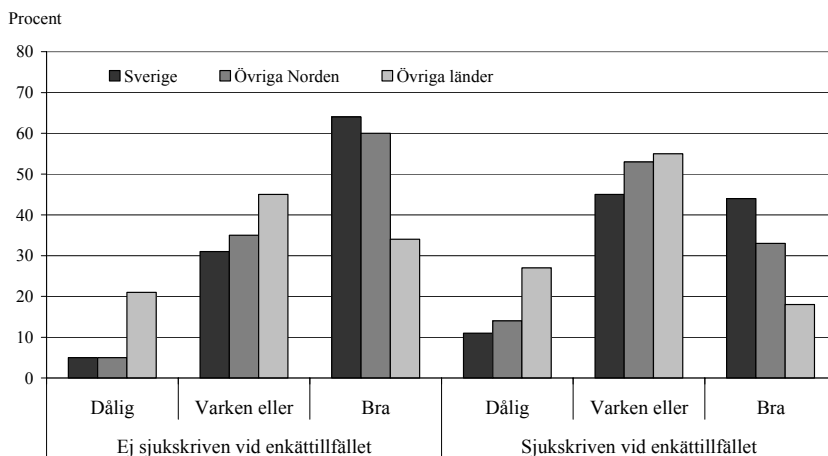
Källa: RFV-HALS 2002

I Socialstyrelsens (2000) rapport studeras den självupplevda hälsan bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet. Studien visar att det finns skillnader i självskattad hälsa mellan invandrare från dessa länder och inrikesfödda personer. Personer födda i Polen avviker minst i hälsoavseende jämfört med inrikesfödda. De rapporterar sämre hälsa än inrikesfödda men upplever bättre hälsosituation än de övriga grupperna. Enligt studien verkar kvinnor drabbas av dålig hälsa i betydligt högre grad än män oavsett födelseland.

Skillnaderna i självskattad hälsa kan bero på individens tidigare situation i hemlandet, besvärigheter i samband med migrationen eller av mottagandet i det nya landet. Även bostadssegregering, diskriminering och långvarig arbetslöshet är faktorer som kan ha betydelse för hur individen rapporterar sitt hälsotillstånd. En statlig utredning framhåller att det verkar finnas ett samband mellan diskriminering och fysisk och psykisk ohälsa. Internationell forskning pekar entydigt i den riktningen (SOU 2005:56). Socialstyrelsens rapport visar att upplevelsen av diskriminering innebär dubbelt så hög risk att drabbas av psykisk ohälsa jämfört med att inte uppleva diskriminering (Socialstyrelsen 2000).

Figur 3 visar att personer födda utanför Norden i större utsträckning även har en pessimistisk syn på sin framtida hälsa. Av de personer som är födda i övriga länder, och som fortfarande var sjukskrivna när de fyllde i enkäten, tror 27 procent att deras framtida hälsa (det vill säga ett år framåt i tiden) kommer att vara dålig. Motsvarande andel bland inrikesfödda är 11 procent. En logistisk regression som tar hänsyn till kön, ålder, inkomst, sjukskrivningsdiagnos, sjukskrivningslängd och arbetsmiljöfaktorer visar att risken är cirka 180 procent högre att personer som var sjukskrivna i januari 2002 och som är födda utanför Norden är pessimistiska kring sin framtida hälsa jämfört med inrikesfödda (se bilaga tabell B3). Detta är ett dystert resultat. Tidigare forskning visar att människors föreställningar om sin framtida hälsa har ett högt prognosvärde (SOU 2002:5). Om detta stämmer kan en pessimistisk syn på sin framtida hälsa spela roll för när eller om individen kommer att återgå i arbete.

Figur 3 Bedömning av framtida hälsotillstånd uppdelat efter födelseland. Procent



Källa: RFV-HALS 2002

Undersökningar som SCB genomför om människors levnadsförhållanden visar att besvär i rörelseorganen är vanligare bland personer med invandrabakgrund jämfört med befolkning i övrigt (SCB 2002). Detta stämmer överens med föreliggande studie som visar att personer som är födda utanför Norden i högre grad får diagnosen besvär i rörelseorganen vid sjukskrivning jämfört med inrikesfödda. Enligt Försäkringskassan har 45 procent av de sjukskrivna födda utanför Norden diagnosen besvär i rörelseorganen, vilket skulle kunna förklaras av yrkestillhörighet och fysisk belastning som ger värk och smärtor i skuldror, rygg, nacke och axlar. Bland de inrikesfödda sjukskrivna har enligt Försäkringskassan 31 procent diagnosen besvär i rörelseorganen (se tabell 3). Även när den sjukskrivnes egen uppfattning om sin sjukskrivningsdiagnos studeras så är besvär i rörelseorganen betydligt vanligare bland personer födda utanför Norden än bland inrikesfödda.

Andra studier har visat att det finns skillnader mellan inrikes- och utrikesfödda när det gäller den psykiska ohälsan (Statens Folkhälsoinstitut 2002, Socialstyrelsen 2000). Med psykisk ohälsa menas ofta i dessa studier svåra psykiska sjukdomstillstånd, såsom intagning för vård på psykiatrisk avdelning för psykoser och förstämningssyndrom, självmordsförsök eller självmord. Den ökning som skett av den psy-

kiska ohälsan bland sjukskrivna under de senaste åren är dock i huvudsak mindre komplicerade symtom som allmän depression, nedstämdhet och utmattningstillstånd. Enligt tabell 3 finns det inga påtagliga skillnader mellan inrikes- och utrikesfödda sjukskrivna vad gäller psykiska diagnoser. En viss skillnad som emellertid verkar finnas är att personer födda utanför Norden anger psykiska besvär såsom nedstämdhet och oro som huvuddiagnos i något högre grad, medan inrikesfödda anger utbrändhet oftare som huvuddiagnos vid sjukskrivning.

Tabell 3 Sjukskrivna minst 15 dagar uppdelade efter födelseland. Procent

| | Sverige | Övriga Norden | Övriga länder |
|--|-------------|---------------|---------------|
| Sjukskrivningsdiagnos, FK | | | |
| Sjukdomar i rörelseorganen | 31 | 35 | 45 |
| Psykiska sjukdomar | 19 | 19 | 18 |
| Andra diagnoser | 50 | 46 | 37 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (5 177) | 100 (246) | 100 (440) |
| Självrapporterad huvuddiagnos | | | |
| Besvär i rörelseorganen | 27 | 33 | 44 |
| Psykiska besvär (ex. nedstämdhet, depression, oro) | 8 | 7 | 12 |
| Utbrändhet (utmattningsdepression) | 8 | 5 | 5 |
| Stress | 4 | 5 | 3 |
| Andra diagnoser | 53 | 50 | 36 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (5 205) | 100 (303) | 100 (420) |
| Sjukskrivningslängd | | | |
| 15–59 dagar | 51 | 55 | 52 |
| 60–179 dagar | 23 | 18 | 22 |
| 180 dagar eller längre | 26 | 27 | 26 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (5 400) | 100 (256) | 100 (462) |

Källa: RFV-HALS 2002

Även om sjukskrivna födda utanför Norden rapporterar en sämre hälsa, i högre grad är arbetslösa och arbetar i en sämre självrapporterad arbetsmiljö så visar enkätundersökningen att sjukskrivningslängden inte är längre för dem jämfört med inrikesfödda. Drygt fem av tio av de sjukskrivna avslutade sin sjukskrivning inom två månader oberoende av födelseland. Men som tidigare avsnitt visar så har utrikesföd-

da högre sjukfrånvaro jämfört med inrikesfödda (Kindlund 1996, SNS 2002, Arbetslivsfakta 2003).

Eftersom sjukskrivna födda utanför Norden i hög grad bedömer sin nuvarande och framtida hälsa som dålig är det inte överraskande att fyra av tio av de utrikesfödda som fortfarande var sjukskrivna när de svarade på enkäten tror att de aldrig kommer att börja arbeta sin normala arbetstid igen. Av de inrikesfödda sjukskrivna bedömer drygt två av tio att de inte kommer att kunna börja arbeta sin normala arbetstid. I en regression där det kontrolleras för ålderseffekter, kön, inkomstnivå, sjukskrivningsdiagnos, hälsa och arbetsfaktorer visar det sig att sjukskrivna födda utanför Norden har cirka 100 procent högre risk än inrikesfödda att rapportera att de aldrig kommer att börja arbeta normal arbetstid igen (oddskvot=1,97, se bilaga tabell B5).

Tabell 4 Sjukskrivna uppdelade efter födelseland. Procent

| | Sverige | Övriga Norden | Övriga länder |
|---|-------------|---------------|---------------|
| Bedömning av att kunna börja arbeta normal arbetstid | | | |
| Inom 1 år | 65 | 48 | 48 |
| Längre än 1 år | 12 | 10 | 13 |
| Aldrig | 23 | 42 | 39 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (2 173) | 100 (92) | 100 (182) |
| Vill bli förtidspensionär | | | |
| Ja, på heltid eller deltid | 18 | 33 | 27 |
| Nej | 82 | 67 | 73 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (5 035) | 100 (234) | 100 (399) |

Källa: RFV-HALS 2002

Det visar sig även att utrikesfödda sjukskrivna i större utsträckning skulle vilja ha sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) på hel- eller deltid i jämförelse med inrikesfödda sjukskrivna. Men när det tas hänsyn till den subjektiva hälsobedömningen i den statistiska analysen (se bilaga tabell B6) finns det ingen effekt kvar som visar att sjukskrivna födda utanför Norden vill ha förtidspension i större utsträckning än andra. Det verkar således vara en dålig subjektivt uppfattad hälsa som har stor betydelse för dessa personer att vilja övergå till förtidspension. Däremot är det en dubbelt så hög risk (oddskvot=1,99) att sjukskrivna födda i Norden (förutom Sverige) vill ha

förtidspension i jämförelse med inrikesfödda sjukskrivna (se bilaga tabell B6). För övrigt var risken att beviljas förtidspension (numera kallad sjuk- och aktivitetsersättning) under hela 1990-talet högre för utrikesfödda jämfört med inrikesfödda. Det kan vara så att födelseland samvarierar med både yrkestillhörighet, arbetsmiljö och arbetsvillkor som i sin tur är samvarierar med risken att beviljas sjuk- och aktivitetsersättning (Cohen-Birman med flera 2004).

Förutom att hälsan i sig har betydelse för att utrikesfödda i hög grad önskar utträde från arbetsmarknaden via sjuk- och aktivitetsersättning kan hinder på arbetsmarknaden spela en viktig roll. Att den sjukskrivne förändrar sin arbetssituation är ofta viktigt för att kunna återgå i arbete. Invandrare har ofta svårare att byta jobb, och besvärligare att hitta jobb som motsvarar deras arbetslivserfarenhet och utbildning (SOU 2005:41). Utrikesfödda har även i genomsnitt ett sämre kontaktnät på arbetsmarknaden (SOU 2005:56). Ett ytterligare problem som en del utrikesfödda stöter på är den diskriminering som förekommer på arbetsmarknaden (SOU 2005:41). En tidigare studie visar även att långtidssjukskrivna utländska medborgare från Asien, Afrika och Sydeuropa i lägre grad erhåller yrkesinriktad rehabilitering jämfört med andra. Det kan inte uteslutas att detta rör sig om omotiverad särbehandling på grund av individens utländska bakgrund (Kindlund 1996). En besvärlig arbetsmarknad samt att inte få den hjälp och rehabilitering som behövs kan påverka individens möjligheter att återgå i arbete.

3.2 Arbetsmarknaden och arbetslivet

Utrikesfödda har således en annan situation på arbetsmarknaden jämfört med inrikesfödda. År 2002 var exempelvis sysselsättningsgraden för utrikesfödda i genomsnitt 62 procent samtidigt som motsvarande siffra för inrikesfödda var 76 procent (Integrationsverket 2005). Lika så var arbetslösheten högre för utrikesfödda under samma år (7,7 procent för utrikesfödda respektive 3,3 procent för inrikesfödda). Dessa skillnader verkar inte kunna förklaras av ålder, könstillhörighet eller utbildningsnivå (Integrationsverket 2005). Forskningen pekar i stället ut diskriminerande mekanismer i samhället som avgörande för invandrarers underordning i arbetslivet (se SOU 2005:56 för en översikt). Det är dock värt uppmärksamma att arbetsmarknadssituationen kan variera betydligt mellan olika grupper av utrikesfödda i Sverige.

Eftersom sjukförsäkringen ger ekonomisk ersättning vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och omfattar alla som har, eller har haft, ett arbete så kan en svag arbetsmarknadsanknytning göra att individen inte har tillgång till försäkringen. Detta innebär att de sjukskrivna som studeras i denna studie är en selekterad grupp av personer som har, eller har haft, ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Detta är värt att nämna eftersom en högre andel av de utrikesfödda inte har någon koppling till arbetsmarknaden jämfört med inrikesfödda och därmed inte heller har tillgång sjukförsäkringen. Beräkningar från Försäkringskassan visar exempelvis att nästan 26 procent av personerna födda i MENA plus Turkiet inte har någon koppling till arbetsmarknaden. Motsvarande siffra för inrikesfödda är 5 procent (Socialförsäkringsboken 2005).

Det är även så att utrikesfödda oftare har tidsbegränsade anställningar. Enligt Integrationsverket (2005) hade 18,4 procent av de utrikesfödda mellan 16 och 64 år i Sverige (under år 2002) en tidsbegränsad anställning. Motsvarande andel för inrikesfödda var 12,3 procent. De sjukskrivna födda i övriga länder var enligt tabell 5 nedan i lägre grad tillsvidareanställda innan sjukskrivningen och i högre grad arbetslösa i jämförelse med inrikesfödda. Av de utrikesfödda sjukskrivna var det cirka 10 procent som var arbetslösa innan sjukskrivningen.

Tabell 5 Sjukskrivna minst 15 dagar uppdelade efter födelseland. Procent

| | Sverige | Övriga Norden | Övriga länder |
|---|-------------|---------------|---------------|
| Sysselsättning | | | |
| Fast/tillsvidareanställd | 80 | 81 | 70 |
| Tillfälligt anställd | 8 | 8 | 12 |
| Eget företag | 5 | 3 | 6 |
| Föräldraledig | 2 | 1 | 1 |
| Arbetslös | 6 | 8 | 12 |
| Studerande | 2 | 2 | 2 |
| Förtidspension | 2 | 3 | 2 |
| Annat | 2 | 2 | 4 |
| Antal svarande | 5 330 | 252 | 443 |
| Sjukskrivningen orsakad av arbetet | | | |
| Ja, helt eller till viss del | 52 | 60 | 63 |
| Nej | 48 | 40 | 37 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (4 538) | 100 (203) | 100 (332) |

Anm. Kolumnerna med sysselsättning summerar till mer än 100 procent eftersom respondenten har möjlighet att ange flera sysselsättningar.

Källa: RFV-HALS 2002

Tabellen ovan visar att utrikesfödda sjukskrivna i större utsträckning än inrikesfödda upplever att det är förhållanden på arbetet som helt eller till viss del orsakat sjukskrivningen. Den statistiska analysen visar att detta även stämmer för sjukskrivna födda i övriga Norden när hänsyn tagits till kön, ålder, inkomst, hälsobedömning, sjukskrivningsdiagnos och arbetsmiljöfaktorer. Risken att uppleva att det är förhållanden på arbetet som orsakat sjukskrivningen ökar med cirka 40 procent om den sjukskrivne hör till gruppen född i övriga Norden (se bilaga tabell B7). En slutsats är att det är arbetsrelaterade problem som i högre grad ligger bakom sjukskrivningar framför allt för personer i gruppen övriga Norden.

Tidigare studier visar att utrikesfödda arbetar i en jämförelsevis dålig arbetsmiljö (SOU 2005:56, Vogel och Hjerm 2003). En dålig arbetsmiljö kan innebära ökade risker för ohälsa. Den fysiska arbetsmiljön mäts i denna studie med hjälp av 9 enkätfrågor som den sjukskrivne har fått besvara. Utifrån dessa svar har ett index beräknats och resultatet redovisas i tabell 6. Utan att ta hänsyn till några andra faktorer upplever i genomsnitt utrikesfödda sjukskrivna att de arbetar i en säm-

re fysisk arbetsmiljö än inrikesfödda sjukskrivna. Däremot när det i den statistiska analysen bland annat tas hänsyn till effekten av individens sjukskrivningsdiagnos så visar analysen inte på några skillnader mellan grupperna (se bilaga tabell B8). Det verkar som att arbeta i en dålig fysisk arbetsmiljö och att vara sjukskriven för besvär i rörelseorganen är starkt korrelerade.

Ett vedertaget sätt att mäta självupplevd psykosocial arbetsmiljö är att använda en modell som introducerades av Karasek i slutet av 1970-talet. De centrala begreppen i modellen är *krav* och *kontroll* i arbetet. Höga psykiska krav innebär arbeten som kräver en för stor arbetsinsats, att individen måste arbeta snabbt och hårt och att tiden för att genomföra arbetsuppgifterna är otillräcklig. Låg kontroll innebär att individen inte kan påverka sin arbetssituation och att individen upplever låg stimulans och utvecklingsmöjligheter i arbetet. Olika kombinationer av krav och kontroll i arbetet ger olika typer av upplevd psykosocial arbetsmiljö.

Tabell 6 Sjukskrivna minst 15 dagar uppdelade efter födelseland. Procent

| | Sverige | Övriga Norden | Övriga länder |
|--|-------------|---------------|---------------|
| Fysisk arbetsmiljö (index) | | | |
| Bra | 67 | 59 | 58 |
| Dålig | 33 | 41 | 42 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (4 811) | 100 (220) | 100 (362) |
| Psykosocial arbetsmiljö (index) | | | |
| Aktivt arbete | 53 | 49 | 46 |
| Avspänt arbete | 24 | 25 | 17 |
| Passivt arbete | 7 | 6 | 8 |
| Anspänt arbete | 16 | 20 | 29 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (4 807) | 100 (220) | 100 (360) |
| Socialt stöd på arbetsplatsen (index) | | | |
| Bra | 81 | 81 | 64 |
| Dåligt | 19 | 19 | 36 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (4 771) | 100 (218) | 100 (365) |

Källa: RFV-HALS 2002

Enligt modellen innebär anspända⁹ arbeten en risk för ohälsa. Personer med anspända arbeten har höga psykiska krav och låg kontroll över sin arbetssituation. Aktiva arbeten innebär höga krav och hög kontroll i arbetet. Den tredje typen av psykosocial arbetsmiljö är passiva arbeten det vill säga låga krav och låg kontroll, medan avspända arbeten innebär låga krav och hög kontroll (Karasek och Theorell 1990). Avspända arbeten ska enligt modellen innebära den lägsta risken för ohälsa. Det är vanligast bland utrikesfödda och inrikesfödda sjukskrivna att ha ett aktivt arbete. Det är dock ingen grupp som i signifikant högre grad har aktiva arbeten. De aktiva jobben är även vanligast hos befolkningen i allmänhet (Lidwall 2003). Däremot är det betydligt vanligare att sjukskrivna som är födda utanför Norden har anspända arbeten i jämförelse med inrikesfödda sjukskrivna (29 respektive 16 procent). Att ha ett anspänt arbete ökar risken för ohälsa och långtids-sjukskrivning (Lidwall 2003).

I en rapport från Statens Folkhälsoinstitut (2002) visas att invandrare från Finland, Sydeuropa och Östeuropa i hög grad upplever att de har enformiga arbeten. De arbetskraftsinvandrare som anlände till Sverige under framför allt 1960-talet arbetade i hög grad i industrin där många arbeten var enformiga. I och med den strukturovandring som skett av svensk ekonomi under de senaste decennierna har däremot de traditionella industrijobben minskat och tjänstesektorerna fått ökad betydelse för ekonomin. Men så sent som 1987 arbetade 32 procent av de utrikesfödda i industrin. Bland inrikesfödda var motsvarande andel 21 procent (Integrationsverket 2005).

Att uppleva ett bra socialt stöd på sin arbetsplats innebär att ha en god sammanhållning, att arbetskamraterna ställer upp för varandra, att individen kommer bra överens med sin chef och att individen trivs med sina arbetskamrater. När det gäller att ha socialt stöd på arbetsplatsen finns tydliga skillnader mellan utrikesfödda och inrikesfödda sjukskrivna. Av de sjukskrivna som är födda utanför Norden anger 36

⁹ De olika typerna av psykosociala arbetsförhållanden operationaliseras med hjälp av 11 enkätfrågor till respondenten. Utifrån dessa frågor beräknas olika index. De värden individen får i olika kombinationer av index avgör vilket typ av psykosocial arbetsmiljö individen upplever på arbetet. Fysisk arbetsmiljö och socialt stöd är också index som bygger på ett antal olika enkätfrågor (9 respektive 6 frågor) som ställts till respondenten.

procent att det har dåligt socialt stöd. Motsvarande andel för inrikesfödda sjukskrivna är 19 procent. Att ha bra socialt stöd i arbetet är betydelsefullt för att minska risken för arbetsrelaterad ohälsa (Lidwall 2003, Hagberg och Högstedt 1991, Karasek och Theorell 1990). En annan studie som undersökte 4 402 invandrare från 19 olika länder påvisade att 26 procent av invandrarna säger sig ha upplevt diskriminering på sin arbetsplats (SOU 2005:56).

3.3 Åtgärder och insatser för återgång i arbete

Kontakterna med sjukvården, Försäkringskassan och arbetsgivare samt den hjälp den sjukskrivne får är viktiga aspekter för att individen ska kunna återgå i arbete. En indikator på den sjukskrivnes egen motivation är om hon/han själv vidtar åtgärder för att underlätta en återgång i arbete.¹⁰ Det visar sig att sjukskrivna födda utanför Norden i signifikant högre grad själva vidtar rehabiliterande åtgärder för att kunna återgå i arbete i jämförelse med inrikesfödda sjukskrivna. En orsak till detta kan vara att dessa individer inte känner att hjälpen som erhålls från olika aktörer och myndigheter är tillräcklig, och därför får agera på egen hand.

När det gäller kontakt med Försäkringskassan så finns det skillnader mellan inrikes- och utrikesfödda sjukskrivna. Av de sjukskrivna födda utanför Norden uppger 33 procent att de har haft kontakt med Försäkringskassan för att diskutera sin sjukskrivning. Motsvarande andel bland inrikesfödda sjukskrivna är 22 procent. Enligt de sjukskrivna, oavsett födelseland, är det framför allt individen själv som tar initiativ till kontakten med Försäkringskassan (61 procent av de sjukskrivna uppger detta). Även när det i den statistiska analysen tas hänsyn till kön, ålder, inkomst, sjukskrivningsdiagnos och sjukskrivningslängd så visar det sig att utrikesfödda sjukskrivna i högre grad har kontakt med Försäkringskassan för att diskutera sin situation (se bilaga tabell B11).

¹⁰ Åtgärder som exemplifieras i enkäten och som den sjukskrivne kan ha vidtagit är sökt nytt arbete, tagit initiativ till förändringar i arbetet, påbörjat utbildning, förändrat sin livssituation, förändrat sina levnadsvanor, sökt egen behandling, tagit initiativ till rehabiliteringsutredning eller rehabiliteringsplan på Försäkringskassan.

Tabell 7 Sjukskrivna minst 15 dagar uppdelade efter födelseland. Procent

| | Sverige | Övriga Norden | Övriga länder |
|---|-------------|---------------|---------------|
| Själv vidtagit åtgärder | | | |
| Ja | 47 | 46 | 57 |
| Nej | 53 | 54 | 43 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (4 261) | 100 (198) | 100 (295) |
| Kontakt med Försäkringskassan | | | |
| Ja | 22 | 25 | 33 |
| Nej | 78 | 75 | 67 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (5 212) | 100 (243) | 100 (432) |
| Arbetsgivaren vidtagit åtgärder | | | |
| Ja | 20 | 21 | 19 |
| Nej | 80 | 79 | 81 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (4 147) | 100 (185) | 100 (283) |
| Fått tillräcklig hjälp för att kunna återgå i arbete | | | |
| Ja, i hög grad/i viss mån | 53 | 52 | 46 |
| Nej, knappast/inte alls | 22 | 23 | 37 |
| Behövde ej hjälp | 25 | 25 | 17 |
| Summa procent (antal svarande) | 100 (4 316) | 100 (193) | 100 (296) |

Källa: RFV-HALS 2002, RFV-HALS 2003

Nästan fyra av tio av de sjukskrivna födda utanför Norden anger att de *inte* fått den hjälp de behöver för att kunna återgå i arbete. Detta är nedslående eftersom många utrikesfödda anger att hjälp och stöd av sjukvården och Försäkringskassan har en väsentlig betydelse för dem att återgå i arbete (se tabell 8). För många sjukskrivna är det nödvändigt med någon form av åtgärder för att de ska kunna återgå i arbete. För en del är det dessutom nödvändigt med rehabiliterande åtgärder och insatser från flera olika aktörer. Inte minst är samspelet mellan individ, sjukvård, arbetsgivare, företagshälsovård och Försäkringskassa av stor betydelse. Tabellen nedan visar att enligt dem själva så behövs hjälp och stöd av sjukvården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att åter börja arbeta. Nästan sex av tio av de sjukskrivna födda utanför Norden uppger att hjälp och stöd av sjukvården är av stor eller avgörande betydelse för att kunna återgå i arbete. Bland de inrikesfödda sjukskrivna uppger drygt fyra av tio samma sak. Det finns även skillnader mellan utrikesfödda sjukskrivna och inrikesfödda

sjukskrivna när det gäller betydelsen av hjälp och stöd av Försäkringskassan.

Tabell 8 Faktorer som har stor eller avgörande betydelse för att återgå i arbete. Procent

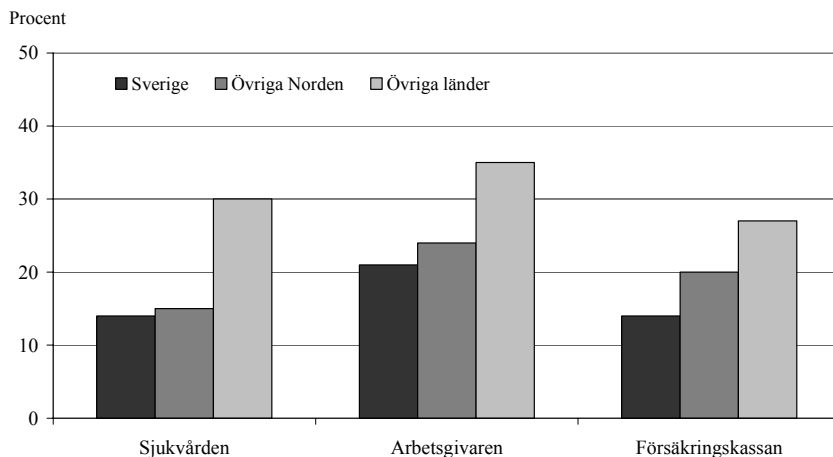
| | Sverige | Övriga Norden | Övriga länder | Antal svarande |
|--------------------------------------|---------|---------------|---------------|----------------|
| Bättre hälsa | 75 | 76 | 81 | 5 724 |
| Hjälp och stöd av sjukvården | 43 | 45 | 58 | 5 626 |
| Hjälp och stöd av Försäkringskassan | 28 | 33 | 50 | 5 608 |
| Hjälp och stöd av arbetskamraterna | 35 | 37 | 48 | 5 623 |
| Förändrad arbetssituation | 37 | 45 | 52 | 5 602 |
| Bättre stämning på arbetet | 26 | 32 | 47 | 5 602 |
| Byte av arbetsplats | 18 | 25 | 30 | 5 606 |
| Hjälp och stöd av Arbetsförmedlingen | 12 | 13 | 29 | 5 585 |

Källa: RFV-HALS 2002

En orsak till att fler sjukskrivna födda utanför Norden behöver mer hjälp och stöd av Arbetsförmedlingen är att det är betydligt fler arbetslösa sjukskrivna bland dessa personer. Av dem som är födda utanför Norden är det 30 procent som uppger att byte av arbetsplats har stor eller avgörande betydelse för åter börja arbeta. Detta förklarar också att utrikesfödda anger att stöd från Arbetsförmedlingen är viktigt. Bland inrikesfödda uppger endast 18 procent att arbetsplatsbyte har betydelse för dem att komma tillbaka i arbete. Generellt visar resultaten att sjukskrivna födda utanför Norden upplever att de i högre grad behöver åtgärder och insatser från de olika sjukskrivningsaktörerna i jämförelse med inrikesfödda sjukskrivna.

Det är vanligare att sjukskrivna som är födda utanför Norden upplever att deras hälsoproblem inte har tagits på allvar av olika aktörer i jämförelse med inrikesfödda. Av de sjukskrivna födda utanför Norden uppger 35 procent att arbetsgivaren inte har tagit deras hälsoproblem på allvar. Motsvarande andel för sjukvården är 30 procent och för Försäkringskassan 27 procent.

Figur 4 Sjukskrivna minst 15 dagar som upplever att olika aktörer inte tar deras hälsoproblem på allvar



Källa: RFV-HALS 2002

I en annan studie som undersöker maktsamspelet mellan invandrarklienter och handläggare på Försäkringskassan diskuteras två centrala aspekter som är viktiga i mötet mellan de två parterna. Den ena aspekten är individens motivation och vilja att börja arbeta igen, och den andra är enligt handläggaren ”invandrarärendets” ofta specifika karaktär. En vilja att bli förtidspensionär som diskuterats tidigare i denna studie kan vara en indikation på bristande motivation att börja arbeta igen. För den försäkrade kan även kompetensen att förstå och kommunicera på Försäkringskassans villkor ses som en viktig resurs i maktspelet med handläggaren. Att förstå handläggarens perspektiv kan minska avståndet mellan klient och handläggare och innebära att individen känner sig bättre bemött och förstådd (Jonsson 1997).

Det personliga bemötandet och individens upplevelse av att inte vara värd att satsa på kan föra med sig både sämre självkänsla, lägre motivation och sämre egen handlingskraft att försöka återgå i arbete (Alexanderson 2005). Med hjälp av enkätundersökningen RFV-HALS är det möjligt att studera hur de sjukskrivna upplever bemötandet från sjukvården, arbetsgivaren och Försäkringskassan. Det finns *vissa* skillnader hur bemötandet upplevs av utrikes- respektive inrikesfödda

sjukskrivna. Dessa skillnader är emellertid inte statistiskt säkerställda. Detta kan ses som ett positivt resultat.

I en tidigare studie undersöktes om olika grupper utrikesfödda upplevde diskriminering vid kontakter med sjukvården och andra myndigheter. Det var framför allt vid kontakter med socialkontor och banker som utrikesfödda upplevde att de behandlats något sämre eller mycket sämre än inrikesfödda. Av de utrikesfödda som ingick den i studien upplevde 12 procent att Försäkringskassan behandlat dem på ett diskriminerande sätt (Lange 2000). Enligt enkätundersökningen RFV-HALS så anser 14 procent av de sjukskrivna som är födda utanför Norden att de har upplevt ett kränkande bemötande från Försäkringskassan och 20 procent har upplevt ett kränkande bemötande från sin arbetsgivare under sjukskrivningen. I andra studier av sjukskrivna framkommer det att bemötandet från professionella aktörer är nog så viktigt för individens motivation och vilja att återgå i arbete (Östlund med flera 2001, Svensson med flera 2003, Alexanderson 2005).

4 Slutsatser

I likhet med andra undersökningar visar denna studie att det finns variationer i sjukfrånvaro mellan inrikes- och utrikesfödda personer i Sverige. Att förklara dessa skillnader är en komplex uppgift. Förklaringar som ofta framförs är att utrikesfödda ofta har en annan position på arbetsmarknaden däribland en annan yrkesstruktur. Ofta framförs också diskriminering på arbetsmarknaden som en förklaringsfaktor. Denna studie visar att utrikesföddas arbetsmarknadssituation verkar ha betydelse för den höga sjukfrånvaron. Av de sjukskrivna som är födda utanför Norden uppger drygt fem av tio att de behöver en förändrad arbetssituation för att kunna återgå i arbete. Tre av tio känner att de behöver byta arbetsplats för att kunna börja arbeta igen. Det verkar emellertid som att många utrikesfödda sjukskrivna vid behov har små möjligheter att kunna byta arbetsplats. Detta visar på ett inlåsningsproblem på arbetsmarknaden. Många verkar bli ”inlåsta” på en arbetsplats eller i ett yrke som inte passar dem. Konsekvensen av detta kan bli frånvaro från arbetet. En flexiblare arbetsmarknad skulle kunna

vara ett sätt att mildra detta problem. Det är viktigt att det blir både lättare att etablera sig på arbetsmarknaden samt att kunna byta arbete.

Skillnaderna i sjukfrånvaro verkar också spegla skillnader i hälsosituation. Denna och andra studier visar att det finns skillnader i självrapporterad hälsa. Denna studie visar att sjukskrivna födda utanför Norden rapporterar en betydligt sämre hälsosituation än inrikesfödda. Hur individen bedömer sin hälsa kan dels spela roll för risken att bli sjukskriven, dels spela roll för hur länge individen blir kvar i sin sjukskrivning. Det visar sig också att sjukskrivna födda utanför Norden i högre grad än andra exponerats för arbetsmiljörisker på sin arbetsplats.

Ett problem för sjukskrivna som behöver byta arbete kan vara att många arbetsgivare är negativt inställda till att anställa personer som är, eller har varit, sjukskrivna. På grund av den diskriminering som finns på arbetsmarknaden kan detta vara ett problem för utrikesfödda. Denna diskriminering vid anställningsförfaranden skulle kunna minskas av en högre efterfrågan på arbetskraft. Blir det färre personer som söker ett och samma jobb blir det troligtvis vanskeligare för arbetsgivare att diskriminera utifrån individens härkomst. För detta krävs en dynamisk arbetsmarknad där det finns och kontinuerligt skapas nya arbetstillfällen. Arbetsmarknadsstyrelsen kan även spela en viktig roll för att underlätta arbetsplatsbyten. Arbetsförmedlingen har uppgiften att underlätta matchningen mellan arbetstagare och arbetsgivare. Det är emellertid inte alla lediga arbetstillfällen som förmedlas genom myndighetens arbetsförmedlingar. Det är därmed viktigt att individen utnyttjar kontakter och nätverk för att på egen hand hitta arbete. Som tidigare nämnts så verkar dock utrikesfödda i genomsnitt ha ett sämre kontaktnät på arbetsmarknaden än inrikesfödda, vilket exempelvis kan bero på att man inte vistats så länge i landet och därmed inte hunnit bygga upp kontakter på arbetsmarknaden.

Den generella slutsatsen är således att sjukskrivning för utrikesfödda i högre grad verkar vara arbetsmarknadsrelaterad i jämförelse med inrikesfödda. Upplevelsen av en dålig psykosocial arbetsmiljö och att en förändrad arbetsmarknadssituation har betydelse för att återgå i arbete tyder på detta. Om individen inte upplever att det finns möjligheter att påverka och förändra sin arbetssituation kan sjukskrivningen bli än

längre, och risken finns att individen blir kvar i sjukförsäkringssystemet med ett permanent utanförskap från arbetslivet som följd.

Samtidigt visar resultaten att det finns goda förutsättningar att göra något åt skillnaderna i sjukfrånvaro mellan inrikes- och utrikesfödda. Personer födda utanför Norden vidtar själv åtgärder och kontakter Försäkringskassan i högre grad än andra. Det är viktigt att tillmötesgå, stödja och ta tillvara på denna motivations- och initiativförmåga som finns hos individen. Ett problem, som denna studie visar på, är dock att sjukskrivna födda utanför Norden upplever att de i lägre grad än andra får tillräcklig hjälp av samhället vid sjukskrivning. De viktigaste aktörerna som kan förändra detta är arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården (som ansvarar för den medicinska rehabiliteringen). Det är viktigt att behovet av hjälp och stöd som finns bland sjukskrivna födda utanför Norden uppmärksammas och tillgodoses. Då finns det goda förutsättningar för sjukskrivna med utländsk härkomst att återgå till arbetslivet.

Referenser

Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L och Östberg M (2005), Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning, Karolinska Institutet, Stockholm.

Arbetslivsfakta (2003), Nr. 2 juni, Redaktör Björn Andersson, Utges av Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen.

Budgetpropositionen för 2006 (2005). Finansdepartementet. Stockholm

Cohen Birman M. (2004), Vem önskar lämna arbetslivet med förtidspension?, RFV Analyserar 2004:7, Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Cohen Birman M., Nyberg K. och Skogman Thoursie P. (2004), Nybeviljade förtidspensioner, Utveckling av riskfaktorer under 1990-talet, RFV Analyserar 2004:1, Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Dutrieux J. (2005), Socialförsäkringens omfattning och finansiering 2003–2006, Analyserar 2005:8, Försäkringskassan, Stockholm.

Hagberg M, Högstedt C red (1991), Stockholmsundersökningen 1. Music Books. Stockholm.

Hammarstedt, M. (2003) ”Income from work among immigrants in Sweden”, *Review of Income and Wealth*, 49, p. 185–203.

Hjerm M och Vogel J, (2002), Integration till svensk välfärd? Om invandrades välfärd på 90-talet. Statistiska Centralbyrån och Arbetslivsinstitutet. Levnadsförhållanden. Rapport nr 96.

Hogstedt, Bjurvald, Marklund, Palmer och Theorell (red), 2004, Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens, Statens Folkhälsoinstitut R 2004:15, Sandvikens tryckeri.

IFAU, 2003:4, Invandrarna, skyddet för anställningen och diskrimineringslagstiftningen, förf. Catharina Calleman.

Integrationsverket, (2005) Statistikrapport 2004 – statistisk uppföljning av Rapport Integration 2003, Integrationsverket Norrköping.

Jonsson, Tola (1997), Handlingsstrategier och maktsamspel i möten mellan handläggare och invandrarklienter – Studier av ett försäkringskass kontor, Acta Universitatis Upsaliensis, 1997.

Karasek R. och Theorell T. (1990), Healty Work: Stress, Productivity, and the reconstruction of Working Life. Basic Books. New York.

Kindlund H, (1996), Invandrarna i socialförsäkringen. Sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering under 1990-talet. RFV Redovisar 1996:11. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Lange, Anders (2000), Diskriminering, integration och etniska relationer, Norrköping: Integrationsverket.

Lidwall U. (2003), Psykosocial arbetsmiljö & långvarig sjukskrivning, RFV Analyserar 2003:3, Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Lindholm C, Fredlund P och Backhans M (2005), Hälsotillstånd och sjukskrivningsutveckling i Hogstedt, Bjurvald, Marklund, Palmer och Theorell (red) Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Lundström S. och Särndal C-E. (2002), Estimation in the Presence of Non-response and Frame Imperfections, Second Edition, SCB-tryck, Örebro.

Nilsson M, (2005), Difference and similarities in work absence behaviour, Empirical evidence from micro data, Avhandling Växjö universitet, Växjö University Press.

Ossowicki M, (2004), Sjukskrivning ett år eller längre – riskfaktorer, RFV Analyserar 2004:18, Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Rooth, Dan-Olof och Åslund, Olof (2003), Spelar när och var någon roll? Arbetsmarknadsläget betydels för invandrades inkomster, Rapport 2003:5. IFAU, Uppsala.

Schierup, C-U och Paulson S. red (1994) Arbetetes etniska delning, Studier från en svensk bilfabrik, Carlsasons.

Socialförsäkringsboken 2004, Kvinnor, män och sjukfrånvaron. Riksförsäkringsverket.

Socialförsäkringsboken 2005, På gränsen till trygghet. Försäkringskassan.

Socialstyrelsen (2000), Olika villkor – olika hälsa. En studie bland invandrare från Chile Iran, Polen och Turkiet. Invandrades levnadsvillkor 4. SoS-rapport 2000:3. Socialstyrelsen. Stockholm.

SOU 2005:41, Bortom Vi och Dom – Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering, red. Paulina de los Reyes och Masoud Kamali. Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering, Sthlm 2005.

SOU 2005:56, Det Blågula glashuset – strukturell diskriminering i Sverige. Betänkande från utredningen om strukturell diskriminering på grund av etnisk eller religiös tillhörighet.

Soydan, Haluk (1995), Försäkringskassan och invandrarna, Bokbox Förlag.

Statens Folkhälsoinstitut (2002), Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige. Statens Folkhälsoinstitut 2002: 29.

Statistiska Centralbyrån (2003), Undersökning om hälsa, arbetsförhållanden, livssituation och sjukskrivning, Teknisk Rapport, Örebro.

Statistiska Centralbyrån (2005), Tillsammans – integration i svenska samhället, SCB Tryck Örebro.

Svensson T, Karlsson A, Alexanderson K, Nordqvist C (2003), Shame-inducing encounters. Negative emotional aspects of sickness-absentees' interactions with rehabilitation professionals. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2003;13.

Wadensjö, Eskil (1972), Immigration och samhällsekonomi, doktorsavhandling, Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet.

Verbeek M, (2000), A Guide to Modern Econometrics. John Wiley & Sons LTD, West Sussex, England.

Välfärdspolitiska rådet (2002), Arbete? Var god dröj? – Invandrare i välfärdssamhället, SNS Förlag.

Östlund G, Alexanderson K, Cedersund E, Hensing G (2001), It was really nice to have someone: Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health* 2001;29.

Bilaga

Regressionsresultat

Denna bilaga innehåller resultat från 19 olika multipla regressioner. Med hjälp av multipel regression är det möjligt att studera varje faktors inverkan på den beroende variabeln samtidigt som det kontrolleras för de andra faktorerna som ingår i modellen. De metoder som används mer specifikt nedan är logistisk- samt multinomial logistisk regression.

Logistisk regression används när den beroende variabeln är binär eller dikotom. Detta innebär att den beroende variabeln är diskret och endast antar två värden; 1 respektive 0. De logistiska regressionsresultaten presenteras i form av oddskvoter. Jämförelsen mellan kategorier görs mot en vald referensgrupp som antar värdet 1. En statistiskt signifikant oddskvot som är större än 1 innebär en högre risk att påverka den beroende variabeln och en statistiskt signifikant oddskvot som är mindre än 1 innebär en lägre risk att påverka den beroende variabeln i förhållande till referensgruppen.

Multinomial logistisk regression används när den beroende variabeln är diskret, men där den antar fler än två värden. I en multinomial regression kan värdena för den beroende variabeln inte rangordnas på något sätt (Verbeek 2000).

Tabell B1 Skillnader mellan inrikesfödda sjukskrivna och utrikesfödda sjukskrivna. Multinomial logistisk regression

| | Koefficienter Övriga Norden | Koefficienter Övriga länder |
|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Kön | | |
| Kvinna | 0,03 | -0,68** |
| Man | ref | ref |
| Ålder | | |
| 20–29 år | -0,73 | -0,79** |
| 30–44 år | ref | ref |
| 45–54 år | 0,42* | -0,41** |
| 55–64 år | 0,29 | -0,82** |
| Inkomst | | |
| Mindre än 12 000 kronor | 0,24 | 0,83** |
| 12 001–18 000 kronor | ref | ref |
| 18 001–24 000 kronor | 0,10 | -0,59** |
| Mer än 24 000 kronor | 0,05 | -0,64** |
| n=6 072 | | |

Anm. Den beroende variabeln antar tre värden i modellen. Den antar värdet 1 och den sjukskrivne är född i Sverige, 2 om individen är född i Norden (förutom Sverige) och 3 om den sjukskrivne är född utanför Norden. ** Signifikant på 1%-nivå, * Signifikant på 5%-nivå

**Tabell B2 Bedömning av sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt.
Logistisk regression. Oddsquoter**

| <i>Undersökningsvariabel</i> | Samtliga | Sjukskriven vid enkättilfället | Ej sjukskriven vid enkättilfället |
|--|----------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Födelseland | | | |
| Övriga länder | 2,14** | 2,12** | 2,21** |
| Övriga Norden | 1,15 | 1,04 | 1,50 |
| Sverige | 1 | 1 | 1 |
| Kontrollvariabler | | | |
| Kön | | | |
| Kvinna | 0,78* | 0,77* | 0,82 |
| Man | 1 | 1 | 1 |
| Ålder | | | |
| 20–29 år | 0,75 | 0,74 | 0,92 |
| 30–44 år | 1 | 1 | 1 |
| 45–54 år | 1,09 | 0,99 | 1,34 |
| 55–64 år | 1,21 | 1,13 | 1,47 |
| Inkomst | | | |
| Mindre än 12 000 kronor | 1,61** | 1,26 | 2,40** |
| 12 001–18 000 kronor | 1 | 1 | 1 |
| 18 001–24 000 kronor | 0,79* | 0,82 | 0,77 |
| Mer än 24 000 kronor | 0,75* | 0,87 | 0,66 |
| Sjukskrivningsdiagnos | | | |
| Besvär i rörelseorganen | 1,21* | 1,01 | 1,87** |
| Psykiska sjukdomar | 1,50** | 1,25 | 2,20** |
| Övriga diagnoser | 1 | 1 | 1 |
| Sjukskrivningslängd | | | |
| Kortare än 60 dagar | 1 | 1 | 1 |
| 60–179 dagar | 1,29** | 0,50** | 1,15 |
| 180 dagar eller längre | 5,12** | 1,22 | – |
| Fysisk arbetsmiljö (index) | | | |
| Dålig | 1,13 | 1,04 | 1,47* |
| Bra | 1 | 1 | 1 |
| Socialt stöd på arbetsplatsen (index) | | | |
| Bra | 0,62** | 0,58** | 0,83 |
| Dåligt | 1 | 1 | 1 |
| Psykosocial arbetsmiljö (index) | | | |
| Aktivt arbete | 1,41** | 1,19 | 1,61* |
| Avspänt arbete | 1 | 1 | 1 |
| Passivt arbete | 1,19 | 0,92 | 1,59 |
| Anspänt arbete | 1,74** | 1,29 | 2,40** |
| | n=5 045 | n=2 083 | n=2 978 |

** Signifikant på 1%-nivå, * Signifikant på 5%-nivå

Tabell B3 Bedömning av sitt framtida (om ett år) hälsotillstånd som dåligt. Logistisk regression. Oddskvoter

| <i>Undersökningsvariabel</i> | Samtliga | Sjukskriven vid enkättilfället | Ej sjukskriven vid enkättilfället |
|--|----------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Födelse land | | | |
| Övriga länder | 2,77** | 2,28** | 3,20** |
| Övriga Norden | 1,22 | 1,34 | 1,20 |
| Sverige | 1 | 1 | 1 |
| Kontrollvariabler | | | |
| Kön | | | |
| Kvinna | 0,55** | 0,45** | 0,70 |
| Man | 1 | 1 | 1 |
| Ålder | | | |
| 20–29 år | 0,51* | 0,59 | 0,46 |
| 30–44 år | 1 | 1 | 1 |
| 45–54 år | 1,74** | 1,54 | 2,02** |
| 55–64 år | 2,95** | 3,08** | 3,02** |
| Inkomst | | | |
| Mindre än 12 000 kronor | 1,81** | 1,68* | 2,03** |
| 12 001–18 000 kronor | 1 | 1 | 1 |
| 18 001–24 000 kronor | 0,68* | 0,67* | 0,69 |
| Mer än 24 000 kronor | 0,73 | 0,79 | 0,70 |
| Sjukskrivningsdiagnos | | | |
| Besvär i rörelseorganen | 1,75** | 1,54* | 2,12** |
| Psykiska sjukdomar | 1,21 | 1,01 | 1,63 |
| Övriga diagnoser | 1 | 1 | 1 |
| Sjukskrivningslängd | | | |
| Kortare än 60 dagar | 1 | 1 | 1 |
| 60–179 dagar | 0,78 | 0,48* | 0,76 |
| 180 dagar eller längre | 1,66** | 0,88 | – |
| Fysisk arbetsmiljö (index) | | | |
| Dålig | 1,48** | 1,22 | 1,93** |
| Bra | 1 | 1 | 1 |
| Socialt stöd på arbetsplatsen (index) | | | |
| Bra | 0,61** | 0,51** | 0,80 |
| Dåligt | 1 | 1 | 1 |
| Psykosocial arbetsmiljö (index) | | | |
| Aktivt arbete | 1,40 | 1,12 | 1,55 |
| Avspänt arbete | 1 | 1 | 1 |
| Passivt arbete | 1,47 | 1,20 | 1,70 |
| Anspänt arbete | 1,95** | 1,07 | 3,43** |
| | n=4 875 | n=1 989 | n=2 900 |

** Signifikant på 1%-nivå, * Signifikant på 5%-nivå

**Tabell B4 Sjukskrivna som har diagnosen besvär i rörelseorganen.
Logistisk regression. Oddskvoter**

| | |
|--|--------|
| Undersökningsvariabel | |
| Födelse land | |
| Övriga länder | 1,76** |
| Övriga Norden | 1,12 |
| Sverige | 1 |
| Kontrollvariabler | |
| Kön | |
| Kvinna | 0,80** |
| Man | 1 |
| Ålder | |
| 20–29 år | 0,70** |
| 30–44 år | 1 |
| 45–54 år | 1,10 |
| 55–64 år | 1,11 |
| Inkomst | |
| Mindre än 12 000 kronor | 1,18 |
| 12 001–18 000 kronor | 1 |
| 18 001–24 000 kronor | 0,87 |
| Mer än 24 000 kronor | 0,53** |
| Sjukskrivningslängd | |
| Kortare än 60 dagar | 1 |
| 60–179 dagar | 1,01 |
| 180 dagar eller längre | 1,18* |
| Allmänt hälsotillstånd | |
| Bra | 0,78** |
| Varken eller | 1 |
| Dåligt | 1,00 |
| Fysisk arbetsmiljö (index) | |
| Dålig | 1,63** |
| Bra | 1 |
| Socialt stöd på arbetsplatsen (index) | |
| Bra | 1,60** |
| Dåligt | 1 |
| Psykosocial arbetsmiljö (index) | |
| Aktivt arbete | 0,95 |
| Avspänt arbete | 1 |
| Passivt arbete | 1,11 |
| Anspänt arbete | 1,31* |
| n=5 045 | |

** Signifikant på 1%-nivå, * Signifikant på 5%-nivå

Tabell B5 Sjukskrivna som anger att de aldrig kommer börja arbeta normal arbetstid igen. Logistisk regression. Oddskvoter

| | |
|--|--------|
| Undersökningsvariabel | |
| Födelseled | |
| Övriga länder | 1,97** |
| Övriga Norden | 1,64 |
| Sverige | 1 |
| Kontrollvariabler | |
| Kön | |
| Kvinna | 0,88 |
| Man | 1 |
| Ålder | |
| 20–29 år | 0,57 |
| 30–44 år | 1 |
| 45–54 år | 2,19** |
| 55–64 år | 4,53** |
| Inkomst | |
| Mindre än 12 000 kronor | 1,47* |
| 12 001–18 000 kronor (ref) | 1 |
| 18 001–24 000 kronor | 0,87 |
| Mer än 24 000 kronor | 0,52** |
| Sjukskrivningsdiagnos | |
| Besvär i rörelseorganen | 1,55** |
| Psykiska sjukdomar | 0,64* |
| Övriga diagnoser | 1 |
| Sjukskrivningslängd | |
| Kortare än 60 dagar | 1 |
| 60–179 dagar | 0,62 |
| 180 dagar eller längre | 2,00** |
| Allmänt hälsotillstånd | |
| Bra | 0,46** |
| Varken eller | 1 |
| Dåligt | 1,64** |
| Fysisk arbetsmiljö (index) | |
| Dålig | 1,12 |
| Bra | 1 |
| Socialt stöd på arbetsplatsen (index) | |
| Bra | 0,67** |
| Dåligt | 1 |
| Psykosocial arbetsmiljö (index) | |
| Aktivt arbete | 0,98 |
| Avspänt arbete | 1 |
| Passivt arbete | 0,98 |
| Anspänt arbete | 1,26 |
| n=1 782 | |

** Signifikant på 1%-nivå, * Signifikant på 5%-nivå

Tabell B6 Sjukskrivna som vill ha förtidspension (numera sjuk- och aktivitetsersättning). Logistisk regression. Oddskvoter

| <i>Undersökningsvariabel</i> | Modell 1 | Modell 2 |
|--|-----------------|-----------------|
| Födelseland | | |
| Övriga länder | 1,52** | 1,31 |
| Övriga Norden | 1,91** | 1,99** |
| Sverige | 1 | 1 |
| Kontrollvariabler | | |
| Kön | | |
| Kvinna | 0,57** | 0,58** |
| Man | 1 | 1 |
| Ålder | | |
| 20–29 år | 0,43** | 0,46** |
| 30–44 år | 1 | 1 |
| 45–54 år | 2,44** | 2,43** |
| 55–64 år | 6,55** | 6,71** |
| Inkomst | | |
| Mindre än 12 000 kronor | 2,00** | 1,87** |
| 12 001–18 000 kronor | 1 | 1 |
| 18 001–24 000 kronor | 0,77** | 0,80* |
| Mer än 24 000 kronor | 0,60** | 0,63** |
| Sjukskrivningsdiagnos | | |
| Besvär i rörelseorganen | 1,48** | 1,41** |
| Psykiska sjukdomar | 0,98 | 0,87 |
| Övriga diagnoser | 1 | 1 |
| Sjukskrivningslängd | | |
| Kortare än 60 dagar | 1 | 1 |
| 60–179 dagar | 1,07 | 0,99 |
| 180 dagar eller längre | 2,22** | 1,54** |
| Allmänt hälsotillstånd | | |
| Bra | | 0,37** |
| Varken eller | | 1 |
| Dåligt | | 1,77** |
| Fysisk arbetsmiljö (index) | | |
| Dålig | 1,23* | 1,20 |
| Bra | 1 | 1 |
| Socialt stöd på arbetsplatsen (index) | | |
| Bra | 0,58** | 0,64** |
| Dåligt | 1 | 1 |
| Psykosocial arbetsmiljö (index) | | |
| Aktivt arbete | 1,33** | 1,19 |
| Avspänt arbete | 1 | 1 |
| Passivt arbete | 1,38 | 1,31 |
| Anspänt arbete | 1,70** | 1,43* |
| | n=4 766 | n=4 743 |

** Signifikant på 1%-nivå, * Signifikant på 5%-nivå

Tabell B7 Sjukskrivna som uppger förhållanden på arbetet som orsak till sjukskrivningen. Logistisk regression. Oddskvoter

| Undersökningsvariabel | |
|--|--------|
| Födelseland | |
| Övriga länder | 0,97 |
| Övriga Norden | 1,44* |
| Sverige | 1 |
| Kontrollvariabler | |
| Kön | |
| Kvinna | 1,09 |
| Man | 1 |
| Ålder | |
| 20–29 år | 0,88 |
| 30–44 år | 1 |
| 45–54 år | 1,04 |
| 55–64 år | 0,84 |
| Inkomst | |
| Mindre än 12 000 kronor | 0,78* |
| 12 001–18 000 kronor | 1 |
| 18 001–24 000 kronor | 1,01 |
| Mer än 24 000 kronor | 0,99 |
| Sjukskrivningsdiagnos | |
| Besvär i rörelseorganen | 2,62** |
| Psykiska sjukdomar | 4,74** |
| Övriga diagnoser | 1 |
| Sjukskrivningslängd | |
| Kortare än 60 dagar | 1 |
| 60–179 dagar | 1,22* |
| 180 dagar eller längre | 1,38** |
| Allmänt hälsotillstånd | |
| Bra | 0,66** |
| Varken eller | 1 |
| Dåligt | 0,85 |
| Fysisk arbetsmiljö (index) | |
| Dålig | 1,62** |
| Bra | 1 |
| Socialt stöd på arbetsplatsen (index) | |
| Bra | 0,46** |
| Dåligt | 1 |
| Psykosocial arbetsmiljö (index) | |
| Aktivt arbete | 2,87** |
| Avspänt arbete | 1 |
| Passivt arbete | 1,56** |
| Anspänt arbete | 3,45** |
| n=5 029 | |

** Signifikant på 1%-nivå, * Signifikant på 5%-nivå

Tabell B8 Sjukskrivna som anger att de arbetar i en dålig fysisk arbetsmiljö. Logistisk regression. Oddskvoter

| | |
|-------------------------------|--------|
| Undersökningsvariabel | |
| Födelse land | |
| Övriga länder | 1,14 |
| Övriga Norden | 1,39 |
| Sverige | 1 |
| Kontrollvariabler | |
| Kön | |
| Kvinna | 0,23** |
| Man | 1 |
| Ålder | |
| 20–29 år | 1,18 |
| 30–44 år | 1 |
| 45–54 år | 0,82* |
| 55–64 år | 0,72** |
| Inkomst | |
| Mindre än 12 000 kronor | 0,99 |
| 12 001–18 000 kronor | 1 |
| 18 001–24 000 kronor | 0,67** |
| Mer än 24 000 kronor | 0,19** |
| Sjukskrivningsdiagnos | |
| Besvär i rörelseorganen | 1,55** |
| Psykiska sjukdomar | 0,80* |
| Övriga diagnoser | 1 |
| Sjukskrivningslängd | |
| Kortare än 60 dagar | 1 |
| 60–179 dagar | 0,86 |
| 180 dagar eller längre | 0,91 |
| Allmänt hälsotillstånd | |
| Bra | 0,76** |
| Varken eller | 1 |
| Dåligt | 1,19 |
| n=5 112 | |

** Signifikant på 1%-nivå, * Signifikant på 5%-nivå

**Tabell B9 Sjukskrivna som anger att de har ett anspänt arbete.
Logistisk regression. Oddskvoter**

| | |
|-------------------------------|--------|
| Undersökningsvariabel | |
| Födelse land | |
| Övriga länder | 1,49** |
| Övriga Norden | 1,48* |
| Sverige | 1 |
| Kontrollvariabler | |
| Kön | |
| Kvinna | 0,76** |
| Man | 1 |
| Ålder | |
| 20–29 år | 1,59** |
| 30–44 år | 1 |
| 45–54 år | 0,80* |
| 55–64 år | 0,54** |
| Inkomst | |
| Mindre än 12 000 kronor | 1,08 |
| 12 001–18 000 kronor | 1 |
| 18 001–24 000 kronor | 0,57** |
| Mer än 24 000 kronor | 0,20** |
| Sjukskrivningsdiagnos | |
| Besvär i rörelseorganen | 1,42** |
| Psykiska sjukdomar | 1,20 |
| Övriga diagnoser | 1 |
| Sjukskrivningslängd | |
| Kortare än 60 dagar | 1 |
| 60–179 dagar | 1,05 |
| 180 dagar eller längre | 1,10 |
| Allmänt hälsotillstånd | |
| Bra | 0,62** |
| Varken eller | 1 |
| Dåligt | 1,36** |
| n=5 108 | |

** Signifikant på 1%-nivå, * Signifikant på 5%-nivå

Tabell B10 Sjukskrivna som upplever bra socialt stöd på arbetsplatsen. Logistisk regression. Oddskvoter

| | |
|--|--------|
| Undersökningsvariabel | |
| Födelse land | |
| Övriga länder | 0,50** |
| Övriga Norden | 1,11 |
| Sverige | 1 |
| Kontrollvariabler | |
| Kön | |
| Kvinna | 1,20* |
| Man | 1 |
| Ålder | |
| 20–29 år | 0,86 |
| 30–44 år | 1 |
| 45–54 år | 0,98 |
| 55–64 år | 1,26** |
| Inkomst | |
| Mindre än 12 000 kronor | 0,95 |
| 12 001–18 000 kronor | 1 |
| 18 001–24 000 kronor | 0,97 |
| Mer än 24 000 kronor | 0,96 |
| Sjukskrivningsdiagnos | |
| Besvär i rörelseorganen | 1,25* |
| Psykiska sjukdomar | 0,46** |
| Övriga diagnoser | 1 |
| Sjukskrivningslängd | |
| Kortare än 60 dagar | 1 |
| 60–179 dagar | 0,95 |
| 180 dagar eller längre | 0,95 |
| Allmänt hälsotillstånd | |
| Bra | 1,70** |
| Varken eller | 1 |
| Dåligt | 0,71** |
| Fysisk arbetsmiljö (index) | |
| Dålig | 0,84 |
| Bra | 1 |
| Psykosocial arbetsmiljö (index) | |
| Aktivt arbete | 0,35** |
| Avspänt arbete | 1 |
| Passivt arbete | 0,46** |
| Anspänt arbete | 0,15** |
| n=5 045 | |

** Signifikant på 1%-nivå, * Signifikant på 5%-nivå

Tabell B11 Sjukskrivna som själva vidtar åtgärder för att kunna återgå i arbete. Logistisk regression. Oddskvoter

| | |
|-------------------------------|--------|
| Undersökningsvariabel | |
| Födelseland | |
| Övriga länder | 1,29* |
| Övriga Norden | 1,04 |
| Sverige | 1 |
| Kontrollvariabler | |
| Kön | |
| Kvinna | 1,05 |
| Man | 1 |
| Ålder | |
| 20–29 år | 1,12 |
| 30–44 år | 1 |
| 45–54 år | 0,80** |
| 55–64 år | 0,40** |
| Inkomst | |
| Mindre än 12 000 kronor | 0,85 |
| 12 001–18 000 kronor | 1 |
| 18 001–24 000 kronor | 1,28** |
| Mer än 24 000 kronor | 1,29** |
| Sjukskrivningsdiagnos | |
| Besvär i rörelseorganen | 1,76** |
| Psykiska sjukdomar | 3,35** |
| Övriga diagnoser | 1 |
| Sjukskrivningslängd | |
| Kortare än 60 dagar | 1 |
| 60–179 dagar | 1,56** |
| 180 dagar eller längre | 2,06** |
| Allmänt hälsotillstånd | |
| Bra | 0,50** |
| Varken eller | 1 |
| Dåligt | 1,13 |
| n=4 496 | |

** Signifikant på 1%-nivå, * Signifikant på 5%-nivå

Tabell B12 Personer som haft kontakt med Försäkringskassan för att diskutera sin sjukskrivning. Logistisk regression. Oddskvoter

| | |
|-------------------------------|--------|
| Undersökningsvariabel | |
| Födelseland | |
| Övriga länder | 1,48** |
| Övriga Norden | 1,45* |
| Sverige | 1 |
| Kontrollvariabler | |
| Kön | |
| Kvinna | 0,60** |
| Man | 1 |
| Ålder | |
| 20–29 år | 1,62** |
| 30–44 år | 1 |
| 45–54 år | 0,86 |
| 55–64 år | 0,64** |
| Inkomst | |
| Mindre än 12 000 kronor | 1,56** |
| 12 001–18 000 kronor | 1 |
| 18 001–24 000 kronor | 0,89 |
| Mer än 24 000 kronor | 0,70** |
| Sjukskrivningsdiagnos | |
| Besvär i rörelseorganen | 1,25** |
| Psykiska sjukdomar | 0,98 |
| Övriga diagnoser | 1 |
| Sjukskrivningslängd | |
| Kortare än 60 dagar | 1 |
| 60–179 dagar | 1,81** |
| 180 dagar eller längre | 2,84** |
| Allmänt hälsotillstånd | |
| Bra | 0,99 |
| Varken eller | 1 |
| Dåligt | 0,95 |
| n=5 568 | |

** Signifikant på 1%-nivå, * Signifikant på 5%-nivå

Tabell B13 Sjukskrivna som anser att de inte fått den hjälp de behöver för att kunna återgå i arbete. Logistisk regression. Oddskvoter

| <i>Undersökningsvariabel</i> | Modell 1 | Modell 2 |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|
| Födelseland | | |
| Övriga länder | 1,30 | 1,43** |
| Övriga Norden | 0,63 | 0,64 |
| Sverige | 1 | 1 |
| Kontrollvariabler | | |
| Kön | | |
| Kvinna | 0,90 | 0,86 |
| Man | 1 | 1 |
| Ålder | | |
| 20–29 år | 1,17 | 1,17 |
| 30–44 år | 1 | 1 |
| 45–54 år | 0,95 | 0,97 |
| 55–64 år | 0,81 | 0,82 |
| Inkomst | | |
| Mindre än 12 000 kronor | 1,17 | 1,22 |
| 12 001–18 000 kronor | 1 | 1 |
| 18 001–24 000 kronor | 0,96 | 0,92 |
| Mer än 24 000 kronor | 0,84 | 0,80 |
| Sjukskrivningsdiagnos | | |
| Besvär i rörelseorganen | 1,42** | 1,50** |
| Psykiska sjukdomar | 1,02 | 1,11 |
| Övriga diagnoser | 1 | 1 |
| Sjukskrivningslängd | | |
| Kortare än 60 dagar | 1 | 1 |
| 60–179 dagar | 1,28** | 1,41** |
| 180 dagar eller längre | 1,36** | 1,89** |
| Allmänt hälsotillstånd | | |
| Bra | 0,43** | |
| Varken eller | 1 | |
| Dåligt | 1,30* | |
| | n=4 552 | n=4 584 |

** Signifikant på 1%-nivå, * Signifikant på 5%-nivå

I serien Analyserar har följande skrifter publicerats under år 2005:

- 2005:1 Råd att umgås – en analys av umgängesavdrag inom underhållsstödet
- 2005:2 I gemenskapen – Rapport från forskarseminarium i Umeå 26–27 januari 2005
- 2005:3 Utbetalning av familjeförmåner med stöd av EG-lagstiftningen under 2004
- 2005:4 Att leva på kassan. Allmän försäkring och lokal kultur
- 2005:5 Sjukskriven i onödan?
- 2005:6 Alltjämt ojämnt. Hur kvinnor och män nyttjar socialförsäkringen
- 2005:7 Socialförsäkringstaket och föräldralön – ekonomi vid föräldraledighet
- 2005:8 Socialförsäkringens omfattning och finansiering 2003–2006
- 2005:9 Merutgifter i handikappersättningen
- 2005:10 Leder misstänkt fusk till åtal? En studie av polisanmälda ärenden från försäkringskassorna
- 2005:11 Aktiviteter. Ett steg i rätt riktning
- 2005:12 Att samordna aktiviteter. Intervjuer med handläggare
- 2005:13 Aktiv med förhinder. Intervjuer med unga personer som har aktivitetsersättning
- 2005:14 På egna ben – betalning av barnets underhåll direkt mellan föräldrarna
- 2005:15 Särskilt läkarutlåtande. Försäkringskassans metodundersökning 2004

- 2005:16 Ettårsbedömning. Försäkringskassans metodundersökning 2004
- 2005:17 Rehabiliteringsutredning – plan för återgång i arbete. Försäkringskassans metodundersökning 2004
- 2005:18 Avstämningsmöte. Försäkringskassans metodundersökning 2004
- 2005:19 Förkorta sjukperioden. Försäkringskassans metodundersökning 2004
- 2005:20 Flöden till och från sjukbidrag, förtidspension och aktivitets- och sjukersättning
- 2005:21 Köp av aktiva tjänster – mål och resultat
- 2005:22 Att arbeta med köp av aktiva tjänster. Försäkringskassans metodundersökning 2004
- 2005:23 Försäkringskassans metodundersökning 2004 – en sammanfattning av åtta studier
- 2005:24 Utrikesfödd och sjukskriven – en framtid med förhinder

Utrikesfödd och sjukskriven – en framtid med förhinder

Denna studie undersöker hur utrikesfödda upplever sin situation vid sjukskrivning. Studien visar att nästan fem av tio av de utrikesfödda sjukskrivna uppger att en förändrad arbetssituation har en stor eller avgörande betydelse för att återgå i arbete. Detta påvisar ett antal strukturella problem på svensk arbetsmarknad.

Flera grupper av utrikesfödda har högre sjukfrånvaro än inrikesfödda. Studie pekar på två orsaker till detta. Dels har utrikes födda i genomsnitt en svårare arbetsmarknadssituation, dels har vissa grupper en sämre hälsosituation. En central slutsats är att arbetsmarknadens funktionssätt skulle behöva förändras i flera avseenden. Dels behöver rörligheten på arbetsmarknaden öka, dels är det viktigt att komma åt diskriminerande mekanismer på arbetsmarknaden.