

Dette er en postprint-versjon av artikkelen publisert som:
Heggebø, K. (2016). Tilsetjing og arbeidsløyse i Noreg og Danmark: -Er svakt stillingsvern gunstig for folk med dårleg helse?. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 57(01), 3-30.

Tilsetjing og arbeidsløyse i Noreg og Danmark:

Er svakt stillingsvern gunstig for folk med dårleg helse?

Kristian Heggebø

Stipendiat

Høgskolen i Oslo og Akershus

kristian.heggebo@hioa.no

PB 4 St. Olavs Plass, 0130 Oslo

Telefon: 67 23 80 71

Mobil: 92 89 24 49

Note: Denne artikkelen er ein del av prosjektet “Health Inequalities, Economic Crisis, and the Welfare State” – finansiert av Noregs Forskingsråd (prosjektnummer: 221037). Eg vil rette ei stor takk til Jon Ivar Elstad, Gunn Elisabeth Birkelund, Espen Dahl og Truls Tømmerås for gode kommentarar og innspel. I tillegg vil eg takka redaksjonen og dei anonyme fagfellane for deira bidrag til artikkelen. Attverande feil er mitt eige ansvar.

Abstract

Hiring and unemployment in Norway and Denmark: Is weak employment protection an advantage for people with ill health?

This paper investigates labor market attachment for people with ill health in Denmark and Norway in a period with low demand for labor. Norway and Denmark share a whole range of characteristics, but the employment protection is considerably weaker in the Danish ‘flexicurity’ model. This could be an advantage for people with health problems, because the risk involved in hiring someone with a negative signal (bad health, for instance) is lower for the employer if it is rather easy to fire the employee if he/she turns out to be unproductive. The results show that people with ill health in Denmark have a slightly higher hiring probability, and a strikingly higher unemployment likelihood, than people with good health during the investigated time window (2008-2011). Furthermore, temporary work contracts is more prevalent among those with health problems in Denmark. People with ill health in Norway, however, does not differ noticeably from people reporting good health. This indicates that weak employment protection is probably not the solution if one wishes to secure high employment rates among people with ill health.

Keywords: Unemployment; hiring; health; employment protection; economic downturn

Samandrag

Tilsetjing og arbeidsløyse i Noreg og Danmark: Er svakt stillingsvern gunstig for folk med dårleg helse?

Denne studien undersøker arbeidsmarknadstilknyttinga til personar med helseproblem i Danmark og Noreg i ein periode med låg etterspurnad etter arbeidskraft. Noreg og Danmark deler mange karakteristikkar, men stillingsvernet er vesentleg svakare i den danske 'flexicurity' modellen. Dette kan vere gunstig for personar med dårleg helse, fordi det er mindre risiko for arbeidsgjevar ved å tilsetta nokon med eit negativt signal (dårleg helse, for eksempel) når det er enkelt å seie opp arbeidstakaren dersom han/ho ikkje er produktiv nok. Resultata indikerer at folk med helseproblem i Danmark har litt større sannsyn for å bli tilsett, og ganske markant større sannsyn for å vere arbeidsledig, enn personar med god helse i løpet av observasjonsvindauget (2008-2011). I tillegg er det meir utbreitt med midlertidig stillingskontrakt blant dei med dårleg helse i Danmark. Folk med helseproblem i Noreg, derimot, skil seg ikkje særleg frå personar med god helse. Dette tyder på at eit svakt stillingsvern sannsynlegvis ikkje er vegen å gå for å sikra høg sysselsetting blant folk med dårleg helse.

Nøkkelord: Arbeidsløyse; tilsetjing; helse; stillingsvern; økonomisk nedgangstid

Det er langt frå tilfeldig at ein eller annan form av spørsmålet «kva jobbar du med?» ofte er det første som vert ytra når ein treff nye personar. Arbeidslivet er – med unntak av familien – vår kanskje viktigaste sosiale arena, og innpass på arbeidsmarknaden er derfor essensielt. For individet vil tilgang til jobb sikra økonomisk tryggleik, forbetra integreringa i lokalsamfunnet, samt auka sjølvkjensla. I tillegg er det, reint samfunnsøkonomisk sett, svært avgjerande å sikra så høg sysselsetting som mogleg. Dette siste punktet er kanskje særleg avgjerande i ein Skandinavisk kontekst, der velferdsstaten berre vil overleva i noverande form dersom flest mogleg bidreg med skatteinntekter. Av desse grunnar er det derfor viktig å undersøka korleis ein kan legge til rette for at også sårbare grupper kan få tilgang til arbeidsmarknaden. Tidlegare forskning (sjå nedanfor) har vist at *folk med helseproblem* ofte har ei nokså ‘laus’ tilknytning til arbeidsmarknaden, og dette er fokus for denne studien.

Meir spesifikt, så skal denne artikkelen sjå nærare på personar med dårleg helse sitt sannsyn for å (i) *bli tilsett* og (ii) *vere arbeidsledig* i løpet av åra 2008-2011. Denne perioden var prega av ei økonomisk nedgangstid i Europa, og etterspurnaden etter arbeidskraft var derfor ganske låg i fleire land. Det betyr at arbeidsgjevarar moglegvis er enda meir ‘risikoaverse’ enn under tidsepokar med økonomisk vekst. Å vere risikoavers inneberer å velje det trygge, noko som i denne samanhengen vil bety ein person med god helse. Ta dette scenarioet som eksempel: ein arbeidsgjevar må seie opp nokon, og valet står mellom to personar som har lik utdanning, men ulik helsetilstand. Ut frå teoretiske forventingar, så vil ein arbeidsgjevar tendere mot å velje personen med eit helseproblem, fordi den dårlege helsetilstanden vert tolka som eit ‘signal’ på lågare forventa produktivitet (sjå meir om teoretiske mekanismar nedanfor). Altså, at arbeidstakarar med dårleg helse vil – i gjennomsnitt – vere noko mindre produktive enn personar med god helse. I tillegg vil talet på sjukedagar ofte vere høgare hjå dei som har eit helseproblem, og dette er noko som kan verke inn på avgjersla til arbeidsgjevaren. Dei same vurderingane kan også vere i virke i ein

tilsetjingsprosess. Skilnaden er at ein (potensiell) arbeidsgjevar ikkje kan observere direkte ‘produktivitetsnivået’ til jobbsøkerane, og små skilnadar i helsetilstand kan derfor få avgjerande tyding.

Eit viktig spørsmål vert dermed korleis ein kan forbetre arbeidsmarknadstilknytninga til folk med dårleg helse. Gjennom å samanlikna resultat for Noreg og Danmark vel denne artikkelen eit *komparativt perspektiv* for å komme nærare eit svar på dette spørsmålet. Den danske arbeidsmarknadsmodellen skil seg nemleg frå den norske på eit viktig punkt: stillingsvernet er betrakteleg svakare (Van Kersbergen & Hemerijck 2012; Heyes 2011). Dette kan verke inn på arbeidsmarknadstilknytninga til personar med dårleg helse, fordi vurderingane som ligg bak tilsetjingsavgjersler vert noko annleis når det er forholdsvis enkelt å ‘kvitte seg med’ folk som ikkje fungerer i stillinga.

Det å tilsetje nokon er alltid forbunde med risiko, sidan det er ein viss fare for feiltilsetjing. Det å tilsette ein person som ikkje fungerer optimalt medfører større arbeidsbyrde for resten av arbeidsstokken, vanskelege konflikhtar for leiinga, og det kan potensielt vera øydeleggande for arbeidsmiljøet. Ei feiltilsetjing er også økonomisk kostbart: arbeidstakaren er mindre produktiv, og det er både tidkrevjande og dyrt å starte på ein ny tilsetjingsprosess når ein skal erstatta vedkomne. I tillegg kan det, på grunn av eit forholdsvis sterkt stillingsvern, vere vanskeleg å kvitte seg med ein (feil-)tilsett. Dette betyr at arbeidsgjevarar kanskje er ekstra forsiktige med å tilsetja nokon som har eit eller anna negativt ‘signal’ knyta til sin person eller jobbsøknad (for eksempel dårleg helsetilstand eller eit ‘hål’ i CV-en).

Det har derfor blitt foreslått – blant anna av OECD (2013) og IMF (2014) – at det å gjere stillingsvernet svakare kan vere gunstig for personar med laus tilknytning til arbeidsmarknaden, nettopp fordi ei potensiell feiltilsetjing ikkje er så (økonomisk) kostbar

dersom det er enkelt å seie opp personen som viste seg å ikkje fungere i stillinga. Samstundes er dette ein ypparleg anledning for personar som har stått langt vekk frå arbeidslivet til å vise seg fram på. Til dømes, ein person med eit merkbart ‘hål’ i CV-en – som elles ville hamna nedst i bunken på grunn av usikkerheita rundt dette avbrekket – vil kanskje få moglegheita til å prøve seg i jobb dersom kostnadane ved å seie opp han/ho i etterkant vert minka eller eliminert. Den danske ‘*flexicurity*’ arbeidsmarknadsmodellen har svakt stillingsvern som ein av sine kjernekaraktistikkar (meir om dette nedanfor), og skil seg markant frå Noreg på dette punktet. Det å samanlikna resultat for Noreg og Danmark kan dermed betraktast som ein *indirekte test* på om svakt stillingsvern er gunstig for personar med laus tilknytning til arbeidsmarknaden, her eksemplifisert ved folk med dårleg helse.

Formålet med denne undersøkinga er altså å samanlikna arbeidsmarknadsutfall for personar med dårleg helse i Danmark og Noreg. Resultata vil, forhåpentlegvis, gje oss eit innblikk i om svakare stillingsvern vil forbetra arbeidsmarknadstilknytninga for folk med helsetrøbbel. Men det er samstundes viktig å understreka at det er urealistisk – og heller ikkje ønskeleg – at alle personar med helseproblem skal delta på arbeidsmarknaden. Det er, for eksempel, personar som har så alvorlege helseplagar at det ikkje er mogleg å stå i jobb. I tillegg er det også slik at somme personar kanskje har moglegheit til å jobbe (deltid), men det vil vere ei så stor belastning for han/ho at helsa vert forverra av det. I slike tilfelle er det openbart betre å heller sikra eit fint og verdig liv ved hjelp av trygdeordningar. Dette vil sannsynlegvis vere det beste alternativet også sett frå eit samfunnsøkonomisk standpunkt, sidan ein forverra helsetilstand vil innebere ein auka belastning for helsevesenet, samt forholdsvis kostbar bruk av vikarar i periodar når han/ho er sjukemeldt. Men for dei som både kan og vil arbeida, så er det veldig uheldig dersom eit helseproblem skal stå i vegen for dette ønsket. Det er derfor viktig å undersøke korleis ein kan legge til rette for arbeidsmarknadsdeltaking for personar med dårleg helse. Denne studien vil forsøke å bidra

med dette gjennom å analysere arbeidsmarknadsutfall for folk med helseproblem i Noreg (sterkt stillingsvern) og Danmark (svakt stillingsvern). Men no først skal me sjå nærare på tidlegare forskning og teoretiske mekanismar.

Tidlegare forskning og teori

Helse og arbeidsmarknadstilknytning

Tidlegare studiar har vist at folk med helseproblem har høgare sannsyn for arbeidsløyse enn personar med god helse. Dette er tilfellet både i Skandinavia (Mastekaasa 1996; Virtanen, Janlert & Hammarström 2013) og utanfor ein Skandinavisk kontekst (Arrow 1996; Buttersworth, Leach, Pirkis & Kelaher 2012). Likeins har tidlegare forskning vist ein robust statistisk samanheng mellom helsetrøbbel og lågare sannsyn for å få jobb/ vere sysselsatt (Schuring, Robroek, Otten, Arts & Burdorf 2013; García-Gómez, Jones & Rice 2010). Samstundes viser enkeltstudiar (Schuring, Burdorf, Kunst & Mackenback 2007; Heggebø 2015) at det er somme land der samanhengen mellom helse og arbeidsmarknadstilknytning ikkje er like sterk, og dette er verdt å undersøke nærare. Gjennom å rette søkelyset mot korleis samanhengen varierer over tid og/ eller på tvers av land kan ein få ei meir fullstendig forståing av fenomenet, og kanskje kome fram til politiske anbefalingar. Denne studien bidrar til dette gjennom eit eksplisitt komparativt fokus, der resultat frå to land med ulik arbeidsmarknadsmodell vert samanlikna. Men før ein kjem så langt, kan det vere verdt å tenke gjennom *kvifor* ein skal forvente at helsetilstand kan virke (negativt) inn på ein person si arbeidsmarknadstilknytning. Kva sosiale mekanismar (Hedström & Swedberg 1996) er det som potensielt kan generera det observerte statistiske forholdet mellom dårleg helse og arbeidsmarknadsutfall?

Det er minst fem mekanismar som kan tenkast å vere involvert. (i) Helsestatus kan fungere som ein *proxy* for produktivitetsnivået til jobbsøkaren, og derfor vil heller personar utan helsetrøbbel bli prioritert. (ii) *Risikoaverse* arbeidsgjevarar (Aigner & Cain 1977) vil ikkje tilsetje nokon som har eit helseproblem, fordi vedkomne kan tenkast å få større helsevanskar over tid, noko som kan medføre høgt sjukefråvær (og potensielt ein kostbar ny rekrutteringsprosess dersom han/ho må sei opp jobben på grunn av helseproblemet). (iii) I tillegg kan såkalla '*scarring*' effektar av arbeidsløyse verke inn (Oberholzer-Gee 2008; Eriksson & Rooth 2014). Jobbsøkaren med dårleg helse kan ha slitt med å få seg jobb i tidlegare rekrutteringsprosessar, noko som medfører meir akkumulert arbeidsløyseerfaring på CV-en. Arbeidsgjevarar kan derfor vera skeptisk til kandidaten på grunn av mengda arbeidsløyse¹, og vere likegyldig til helsetilstanden i seg sjølv. (iv) Det kan også tenkast at det finnes arbeidsgjevarar som handlar *diskriminerande* (Becker 1971; Arrow 1973) overfor folk med helseproblem, anten fordi dei ikkje liker personar med dårleg helse, eller fordi dei trur at helsetilstand er korrelert med ein annan negativ karakteristikk (viljesvakhet, til dømes). Diskriminerande handlingar vil potensielt både kunne verke inn på sannsyn for å bli tilsett, og for å miste jobben. (v) Når det gjeld sannsyn for å miste jobben, så vil også *ansiennitet* spele ei sentral rolle (Lindbeck 1994; von Below & Thoursie 2010). På grunn av dei ovanfor nemnde mekanismane, vil personar med helseproblem ofte slite med å få innpass på arbeidsmarknaden, noko som medfører mindre ansiennitet og høgare risiko for å miste jobben under nedskjeringar.

Det er altså fleire gode grunnar til å forventa at folk med dårleg helse kan ha svekka arbeidsmarknadstilknytning. Men kan eit svakt stillingsvern vere med på å forbetre situasjonen? Før ein kan forsøka å svara på dette spørsmålet, må me undersøke kor like Noreg og Danmark er.

Danmark og Noreg: like eller forskjellige?

Dei Skandinaviske landa er på mange måtar ganske like, der høgt skattenivå, egalitære verdiar og gratis eller sterkt subsidierte helsetenester er berre nokre få dømer. Også når det gjeld faktorar som kan ha ei innverknad på folk med dårleg helse si arbeidsmarknadstilknytning er likskapane slåande. Det er, for eksempel, marginale skilnadar mellom Noreg og Danmark med omsyn til korleis den *vidaregåande utdanninga* er organisert (Bäckman, Jakobsen, Lorentzen, Österbacka & Dahl 2015, sjå tabell 1). I perioden 2010-2014 har *sysselsettingsraten* vore stabil på om lag 76 prosent i Danmark og 80 prosent i Noreg for personar mellom 20 og 64 år (Eurostat 2015a). Andel *midlertidig tilsette* i same tids- og aldersspenn har også vore samanliknbar på tvers av land, der Danmark har fluktuert rundt 8 prosent, medan andelen har vore mellom 7.0-7.5 prosent i Noreg (Eurostat 2015b). Andel sysselsatt i *offentleg sektor* er også svært lik for år 2012 (33.6 og 35.4 prosent for Danmark og Noreg, respektivt) (Dølvik, Fløtten, Hippe & Jordfald 2014). Generelt sett, så er strukturen på næringslivet ganske likt fordelt² i dei to landa (Nordisk statistisk årbok 2014, sjå tabell 8.2).

Med omsyn til trygdeordningar, er det somme ulikskapar mellom Danmark og Noreg. Mest relevant for vårt formål er openbart *arbeidsløysetrygd*. Dersom denne er svært generøs, kan kanskje personar med dårleg helse tendere mot å ikkje søke seriøst etter (ny) jobb. Ein korttids arbeidsledig singel person utan born, med gjennomsnittleg inntekt, ville i år 2012 fått 65 prosent av tidlegare inntektsnivå i Noreg, samanlikna med 57 prosent i Danmark (OECD 2015). Dette kan bety at sannsynet for å vere arbeidsledig er noko høgare i Noreg, sidan det er meir gunstig – reint økonomisk sett – samanlikna med Danmark. Når det gjeld *uføretrygd* er det meir utfordrande å samanlikna dei to landa, fordi den danske modellen er behovsprøvd, medan den norske modellen tek utgangspunkt i tidlegare inntektsnivå. Men sidan det finnes informasjon om uføretrygd i EU-SILC datamaterialet, kan me undersøke direkte om det er forskjellar mellom landa i personar med dårleg helse sitt sannsyn for å vere uføretrygda.

Den gjennomsnittlege *pensjonsalderen* i år 2010 var litt lågare i Danmark (62.3) enn i Noreg (63.5) (Halvorsen & Tägtström 2013), ein liten skilnad det enkelt kan justerast for i dei komande regresjonsanalysane. Ein kanskje meir avgjerande forskjell mellom landa gjeld bruk av *lønstilskotstilling*, noko som er utbreitt i Danmark og fråverande i Noreg. Målet med denne ordninga er at personar med varig nedsett arbeidsevne skal kunne delta på arbeidsmarknaden gjennom tilrettelegging og lønssubsidiering (Proba 2013). Frå år 2008 til 2012 har om lag 50 000 personar vert sysselsett gjennom lønstilskotsordninga i Danmark. Men det er verdt å merke seg at omkring halvparten av alle dei som er tilsett i denne ordninga har fortsatt sitt tidlegare arbeidsforhold, men i ei tilrettelagt stilling der arbeidsgjevar får dekkja (større eller mindre) deler av lønna³. Dette betyr at bruk av lønstilskotsstillingar sannsynlegvis ikkje vil ha ei stor innverknad når det gjeld nye *tilsetjingar*, men det kan sjølvsagt medføre at færre personar med helsetrøbbel rapporterer om å vere *arbeidsledige* i Danmark.

Oppsummert kan me slå fast at det er to institusjonelle skilnadar mellom Danmark og Noreg som kan ha ei innverknad på arbeidsmarknadstilknytninga til personar med dårleg helse: (i) *Arbeidsløysetrygda* er høgare i Noreg, og dette kan medføre at fleire med dårleg helse 'vel' dette alternativet her, og (ii) bruk av *lønstilskotstilling* er utbreitt i Danmark, noko som kanskje vil medføre at færre personar med helseproblem står på sida av arbeidsmarknaden. Likevel er det liten tvil om at likskapane er meir openbare enn forskjellane mellom dei to landa som skal undersøkast i denne studien. Men på eit par viktige punkt er det ganske markante ulikskapar, og dette er tema for neste avsnitt.

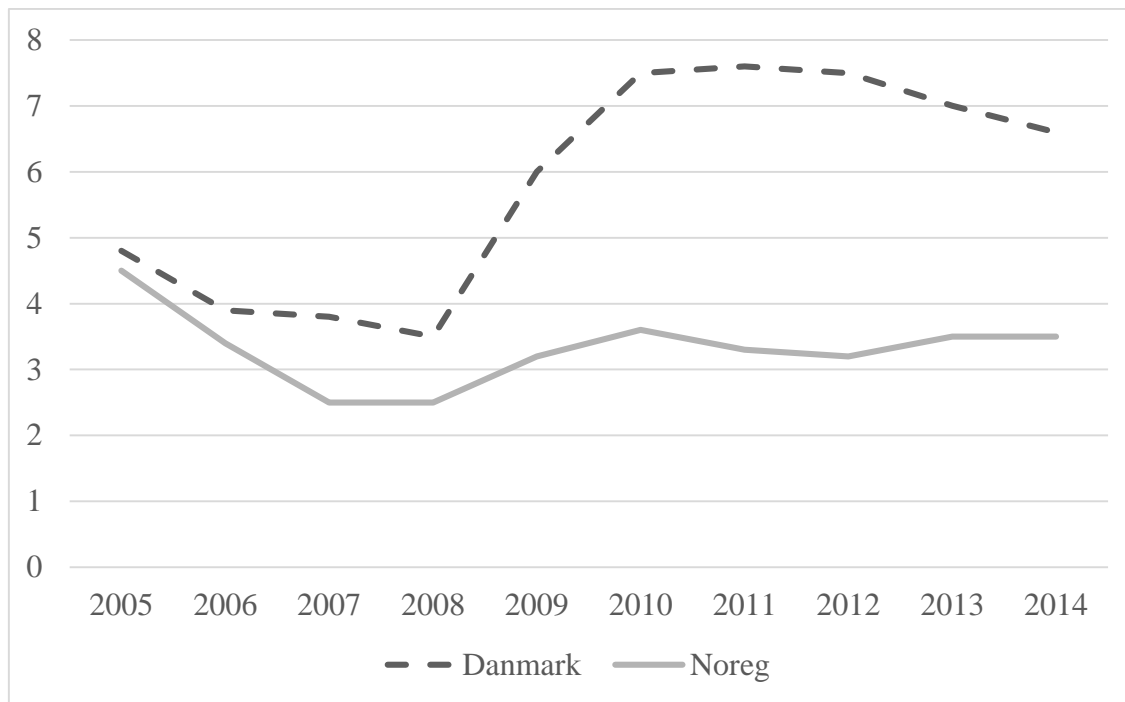
'Flexicurity' og etterspurnad etter arbeidskraft

Den danske arbeidsmarknadsmodellen består av tre hovudelement: (i) svakt stillingsvern, (ii) forholdsvis generøs arbeidsløysetrygd, og (iii) utstrakt bruk av arbeidsretta tiltak (Van

Kersbergen & Hemerijck 2012; Heyes 2011). Sidan arbeidsmarknaden er organisert på denne måten, er Danmark også karakterisert ved ei høg grad av inn- og utflyt blant jobbstillingar og arbeidstakarar (Madsen 2004; Andersen & Svarer 2007). Altså, arbeidarar både mistar og får ny jobb i eit forholdsvis hyppig tempo, i alle fall samanlikna med dei Skandinaviske nabolanda. 'Flexicurity' modellen minnar i så måte litt om den amerikanske arbeidsmarknaden, men dei negative effektane av å gå arbeidsledig vert minimert av relativt generøse stønadsordningar, samt arbeidsretta tiltak som sørger for å få folk raskt tilbake i jobb (Andersen 2012). Den norske arbeidsmarknadsmodellen er nokså lik den danske, med unntak av at stillingsvernet er vesentleg sterkare.

Er den danske arbeidsmarknadsmodellen – med svakt stillingsvern som ein kjernekaraktistikk – gunstig for folk med dårleg helse? Ut frå teoretiske forventingar, så er svaret på dette spørsmålet «tja». Sidan kostnadane ved oppseiingar er sterkt redusert i den danske modellen, kan ein forventa at arbeidsgjevarar i større grad tek sjansen på å tilsetja personar med helseproblem (på tross av at det er ein risiko involvert). Men det kan samstundes vere slik at folk som har (eller får) dårleg helse har særleg stort sannsyn for å miste jobben i den danske modellen. Dei fleksible reglane opnar for at arbeidsgjevarar i større grad kan handla reint profittmaksimerande (seie opp folk som sender ut 'signal' om låg produktivitet) og potensielt diskriminerande overfor folk med helsetrøbbel. Dette er derfor eit ope empirisk spørsmål, som skal undersøkast i dei kommande analysane.

Figur 1. Arbeidsløyse i Danmark og Noreg 2004-2013 (kjelde: Eurostat).



Ein annan merkbar skilnad mellom Danmark og Noreg dei seinare åra er knyta til etterspurnaden etter arbeidskraft. Som ein kan sjå av figur 1, så hadde Danmark og Noreg tilnærma identiske arbeidsløysetreandar fram til år 2008, startpunktet for finanskrisa. Etter 2008 var det ein markant oppgang i arbeidsløyse i Danmark, medan arbeidsløysa fortsatt var låg (under 4 prosent) i Noreg. I år 2011 – siste observasjonsår for denne studien – var arbeidsløysa 7.6 % i Danmark og 3.3 % i Noreg. Sjølv om den overordna arbeidsløysa haldt seg låg gjennom heile ‘kriseperioden’ i Noreg, var det også her lågare etterspurnad etter arbeidskraft, og særleg byggebransjen opplevde dårlege tider (Bratsberg, Røed & Raaum 2014). Men arbeidsmarknaden var openbart meir ‘stram’ i Noreg enn i Danmark.

Dei ulike arbeidsløysetreandane som Danmark og Noreg har opplevd 2008-2011 vil kunne komplisere tolkinga av resultata frå dei komande analysane, fordi dette vil føre til ulik seleksjon inn- og ut av arbeidsmarknaden. Når det er høg etterspurnad etter arbeidskraft, vil

dei som mistar jobben sannsynlegvis utgjera ei negativt selektert gruppe på ei rekke karakteristikkar (inkludert helsestatus), spesielt samanlikna med under økonomiske nedgangstider, når arbeidsløyseerfaringa vert meir ‘demokratisert’. Det inneberer at folk med helseproblem kan vera overrepresentert blant dei arbeidsledige i Noreg, medan det motsette kan vere tilfellet i Danmark. Likeins, så kan det vere slik at folk med helsetrøbbel kanskje slit ekstra hardt med å få jobb når det er dårlege tider økonomisk. For å sannsynleggjera at skilnadar i resultatata mellom dei to landa ikkje berre er ein konsekvens av kor ‘stram’ arbeidsmarknaden er, vil identiske analysar bli utført på eit svensk utval også. Sverige har opplevd litt dårlegare økonomiske tider enn Danmark⁴, og dersom dei empiriske mønstra er identiske vil det tyde på at den overordna økonomiske konteksten er avgjerande for seleksjonsprosessar på arbeidsmarknaden for personar med dårleg helse. Resultata for Sverige vert – av plassomsyn – ikkje presentert, men potensielt viktige funn vert kommentert. I tillegg vil dummyvariablar for kalenderår bli inkludert i alle regresjonsanalysane, og desse vil fanga opp underliggande tidstrendar som potensielt kan påverka utfallsvariablane.

Denne studien skal i det følgjande sjå på sannsyn for (i) tilsetjing og (ii) arbeidsløyse for personar med helseproblem i Noreg og Danmark, i eit forsøk på å undersøka om ein fleksibel arbeidsmarknadsmodell er gunstig for folk med dårleg helse. Men no først skal datamaterial, variablar og analysestrategi gjennomgåast.

Data og metode

Datamaterial, operasjonalisering og analyse

Datamaterialet består av den longitudinelle delen av «European Union Statistics on Income and Living Conditions» (EU-SILC), som innehar informasjon om arbeidsmarknadstilknytning, helse og demografiske forhold. Datamaterialet er *harmonisert* slik at det er enkelt å

samanlikna resultat på tvers av land, noko som er ein stor fordel for denne studien sitt formål. EU-SILC har ein 4-års roterande panelstruktur, noko som inneberer at me (maksimalt) har fire observasjonspunkter for kvart individ som er inkludert i spørjeundersøkinga. Årstala 2008-2011 er nytta i denne artikkelen, slik at me kan følgja personar gjennom kriseperioden, då det var ein rask oppgang i den overordna arbeidsløysa i Danmark (sjå figur 1). EU-SILC informasjonen vert innhenta på hushaldsnivå, og det er berre ein person per husstand som svarar på helserelevante spørsmål. Dei som ikkje svarar på helsespørsmålet (og personar under 16 år) vert ekskludert frå utvalet.

Det er to utfallsvariablar i denne studien. *Tilsetjing* er den første, som består av svar på spørsmål om potensiell endring i økonomisk status. Dei som svarar å ha gått frå å vere økonomisk inaktiv eller arbeidsledig til å vera sysselsatt, får koden 1 (elles = 0). Fokus er her retta mot tilsetjing (å *få* ein jobb) i staden for sysselsetting (å *ha* ein jobb) fordi det er interessant å sjå om folk med helseproblem får innpass på arbeidsmarknaden under ei økonomisk nedgangstid. Den andre utfallsvariabelen er *arbeidsløyse*. Personar som rapporterer om å vera arbeidsledig på spørsmål om noverande økonomisk status får koden 1 (elles = 0). Det ville vore interessant å berre sjå på dei som mistar jobben i løpet av observasjonsvindauget, men det er dessverre for få observasjonar til at dette er mogleg.

Den viktigaste forklaringsvariabelen er *dårleg helse*, som vert koda ut frå svara på to spørsmål: «Lider du av ein kronisk (langvarig) sjukdom eller tilstand?» og «Har du, på grunn av dette helseproblemet, avgrensingar i aktivitetar folk vanlegvis gjer?»⁵ Personar som svarar ja på både spørsmål får koden 1 (elles = 0). Dette helsemålet⁶ vert nytta fordi det forhåpentlegvis fangar opp folk med relativt 'synlege' helseproblem, som ein (potensiell) arbeidsgjevar kan legge merke til. Men i kor stor grad har ein arbeidsgjevar faktisk moglegheit til å observere helsetilstand direkte? Når det gjeld folk som allereie er tilsett, har arbeidsgjevar talet på sjukedagar som eit 'objektivt' helsemål. Også meir indirekte kanalar

kan bli nytta, der uformelle samtalar på arbeidsplassen er den kanskje viktigaste enkeltfaktor. Eventuelle helseproblem er også noko som sannsynlegvis vil kome opp i løpet av medarbeidarsamtalar. Dette er openbart meir utfordrande i forbindelse med tilsetjingar, sidan det ikkje er lov å spørje direkte om helsetema i intervjusettingar. Men det finnes fleire indikatorar ein arbeidsgjevar kan støtte seg til her også. Store helseproblem vil ofte manifestere seg som håll og opphald i ein person sin CV. I tillegg kan meir upresise signaler (som er korrelert med dårleg helse) bli fanga opp i løpet av rekrutteringsprosessen. Kandidaten kan vere overvektig eller tungpusta, for eksempel, og dette kan minke hans eller hennar sannsyn for å bli tilsett.

Eit knippe demografiske kontrollvariablar blir også inkludert i dei kommande analysane. Utdanningsnivå består av tre dummyvariablar: *grunnskule*, *vidaregåande* og *høgare utdanning* (referansekategori). Alder er likeins koda som tre dikotome variablar, i dei følgjande aldersspenna: under 30, 30-59 (referansekategori) og over 60 år. Personar som rapporterer om å vere *gift* får koden 1 (ugift = 0), og det same gjeld *kvinner* (menn = 0). Dummyvariablar for *kalenderår* vert inkludert i alle regresjonsanalysane, i eit forsøk på å kontrollere for den ulike etterspurnaden etter arbeidskraft i dei to landa (og andre relevante tidstrender).

Dei to utfallsmåla i denne studien er dikotome og ein kunne derfor nytta logistisk regresjon, men det er fleire problem ved denne analysemetoden (Allison 1999; Mood 2010). Den viktigaste innvendinga for vårt formål er knyta til utfordringar med å samanlikna koeffisientar henta frå forskjellige utval. Ei løysing på dette er å heller kjøre lineære sannsynsmodellar. Ordinær minste kvadraters metode (OLS) vil gi ukorrekte standarfeil når datamaterialet er longitudinelt, og det er derfor betre å nytta generalisert minste kvadraters metode (GLS) (Allison 1994). OLS regresjon med standard feil klustra på individ har også blitt estimert (ikkje presentert), og resultata var så å seie identiske som GLS regresjonane.

Første del av analysane består av å sjå på arbeidsmarknadstilknytninga til personar med og utan helseproblem separat for Danmark og Noreg. Deretter vert arbeidsmarknadsutfall for personar med helseproblem samanlikna på tvers av dei to landa (på eit 'pooled' utval). Avslutningsvis vert søkelyset retta mot bruk av *midlertidige arbeidskontraktar*, for å sjå om folk med dårleg helse har slik kontrakt i større grad enn folk med god helse. Dette kan potensielt gje oss eit innblikk i kor sterk tilknytning folk med helseproblem har til arbeidsmarknaden, når dei først har fått ein fot innanfor.

Dei kommande analysane er berre beskrivande, der fokus er retta mot å samanlikna arbeidsmarknadstilknytninga til folk med og utan helseproblem. Det er dermed ikkje sikkert at det er helsetilstanden *i seg sjølv* som er bakanforliggande årsak til arbeidsmarknadsutfallet. Sidan datamaterialet er longitudinelt kunne ein i utgangspunktet estimert individnivå fasteffekt (FE) modellar, slik at ein kunne kome nærare identifisering av eit kausalforhold mellom helsetilstand og arbeidsmarknadstilknytning. Men formålet med denne studien er å samanlikna arbeidsmarknadstilknytninga til personar med og utan helseproblem i to land, og det å kontrollere for tidsinvariante personlege karakteristikkar er derfor ikkje så avgjerande. I tillegg er det forholdsvis få personar som opplev ei *endring* i helsetilstand i løpet av observasjonsvindauget, noko som medfører lite statistisk 'power' til å estimera FE modellar (spesielt med tanke på at begge utfallsvariablane er relativt sjeldne hendingar, sjå tabell 1).

Denne studien kan, som nemnd ovanfor, sjåast som ein *indirekte test* på om svakt stillingsvern er gunstig for personar med dårleg helse. Dersom arbeidsmarknadsutfall er meir positivt for personar med helseproblem i Danmark, så kan dette tyde på at det å gjera stillingsvernet svakare kan hjelpa personar som har ei laus tilknytning til arbeidsmarknaden no. Men eg vil understreka at denne artikkelen ikkje kan gje eit endeleg svar på dette spørsmålet, fordi tilsetjings- og arbeidsløyseavgjersla ikkje vert observert direkte (slik ein gjer i eit *felteksperiment*, for eksempel). Det er dermed ikkje sikkert at det er det svake stillingsvernet

som genererer det empiriske mønsteret, det kan vere noko anna som er ulikt mellom Danmark og Noreg som er den eigentlege ‘kausale drivkrafta’. Men det er vanskeleg å tenke seg kva dette «noko anna»⁷ er, sidan arbeidsmarknadsmodellane i Danmark og Noreg er svært like. Potensielle skilnadar mellom dei to landa vil derfor vere ein *indikasjon* på kva eit svekka stillingsvern vil bety for personar med dårleg helse.

Deskriptiv statistikk

Deskriptiv statistikk er presentert i tabell 1 under. Det er ganske få respondentar som vert tilsett i løpet av åra 2008-2011: 1.63 (menn) og 1.77 (kvinner) prosent i det danske utvalet, og 2.08 (menn) og 2.40 (kvinner) prosent i det norske utvalet. Skilnaden mellom Danmark og Noreg kan sjå overraskande liten ut, med tanke på kor mykje høgare arbeidsløyse det var i Danmark under observasjonsvindauget. Men ein må ha i bakhovudet at inn- og utflyten på arbeidsmarknaden er høg i Danmark på grunn av ‘flexicurity’ arbeidsmarknadsmodellen. Skilnaden er meir tydeleg mellom landa når det gjeld sannsyn for arbeidsløyse, der andelen arbeidsledige danske menn er tilnærma dobbelt så høg samanlikna med norske menn (2.59 og 1.32 %). Skilnadane mellom landa er enda meir markant for kvinner (2.81 og 0.79 %).

Når det gjeld kor utbreitt det er med helseproblem, så er det berre marginale forskjellar mellom landa. Det som er meir slåande er dei store kjønnsforskjellane: I Noreg rapporterer om lag 17 % av kvinner om dårleg helse, medan den tilsvarande andelen for norske menn er i underkant av 11 %. Kjønnsforskjellane er noko mindre for Danmark (17.68 og 12.76 %). Det er berre marginale skilnadar mellom landa når det gjeld utdanningsnivå. Det danske utvalet er noko eldre enn det norske (det er færre under 30 år, og fleire over 60), og det er fleire danske respondentar som rapporterer om å vere gift (differansen er om lag 15 %, både blant menn og

kvinner). Desse små demografiske skilnadane mellom landa vil neppe påverka resultatane sidan dei vert kontrollert for i dei kommande analysane.

Det er også relevant å sjå om det er skilnadar i observerbare forhold mellom dei to utvala for personar med dårleg helse (sjå tabell A1 i appendix). Generelt sett, så er folk med dårleg helse svært like på tvers i dei to landa, med tre små, statistisk signifikante unntak: (i) utdanningsnivået er noko høgare i Danmark, (ii) fleire rapporterer om å vere gift i Danmark, og (iii) det er litt fleire under 30 år i Noreg. Desse skilnadane kan derfor bety at det danske «dårleg helse-utvalet» er positivt selektert samanlikna med Noreg. Dette fordi høgare utdanning er positivt assosiert med arbeidsmarknadstilknyping, medan låg alder er negativt assosiert (Eurostat 2015c). Deskriptiv statistikk for folk med dårleg helse som enten (a) blir tilsett eller (b) er arbeidsledig fortel den same historia (sjå tabell A2). Likskapane er spesielt slående for personar med dårleg helse som vert tilsett, der det berre er to signifikante skilnadar (fleire under 30 år i Noreg, fleire gift i Danmark). Danske arbeidsledige respondentar med helsetrøbbel skil seg signifikant frå det norske utvalet på fire karakteristikkar: dei er oftare kvinner, har høgare utdanningsnivå, er oftare mellom 30-59 år, og i større grad gift. Med eit mogleg unntak av kjønn, så er alle desse karakteristikkane vanlegvis assosiert positivt med arbeidsmarknadsutfall.

Tabell 1. Deskriptiv statistikk, etter land og kjønn. Prosent.

	Danmark		Noreg	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Tilsetjingar	1.63	1.77	2.08	2.40
Arbeidsløyse	2.59	2.81	1.32	0.79
Dårleg helse (LLSI)	12.76	17.68	10.75	17.20
Utdanningsnivå				
<i>Grunnskule</i>	21.78	24.58	19.84	21.43
<i>Vidaregåande</i>	45.21	36.05	42.99	39.48
<i>Høgare utdanning</i>	29.40	35.15	32.48	34.45
Alder				
<i>Under 30 år</i>	12.16	10.67	18.58	18.82
<i>30-59</i>	50.13	57.50	54.73	53.50
<i>Over 60 år</i>	37.71	31.83	26.69	27.67
Gift	64.38	59.65	50.58	46.05
N	4357	4976	8043	7336

Resultat

Tabell 2 viser resultat frå GLS regresjon av tilsetjingar, både utan (modell 1) og med eit sett med kovariater (modell 2). I modell 1 har personar med dårleg helse signifikant lågare sannsyn for tilsetjing i Noreg ($b = -0.009$, $SE = 0.003$), medan koeffisienten er positiv, men ikkje statistisk signifikant for Danmark. I modell 2 vert utdanning, kjønn, alder, ekteskap og kalenderår inkludert som kontrollvariablar, og referansegruppa består her av ugifte 30-59 år

gamle menn med høgare utdanningsnivå og god helse i år 2011. Personar med dårleg helse har, overraskande nok, 0.7 prosentpoeng *større* sannsyn for å bli tilsett i Danmark, og koeffisienten er signifikant på 90 % nivå. Dette reflekterer sannsynlegvis det faktum at personar med dårleg helse i nokså stor grad er arbeidssøkande/ ute av arbeidsmarknaden i Danmark (meir om dette diskusjonen). Koeffisienten er svært liten (-0.002) for det norske utvalet, og personar med helseproblem skil seg derfor ikkje signifikant frå personar som rapporterer om god helsetilstand.

Tabell 2. Resultat frå GLS regresjon av tilsetjingar, etter dårleg helse (modell 1) og kovariater (modell 2).

	Danmark		Noreg	
	(1)	(2)	(1)	(2)
Konstant	0.016*** (0.002)	0.031*** (0.005)	0.024*** (0.001)	0.017*** (0.003)
Dårleg helse	0.006 (0.004)	0.007* (0.004)	-0.009** (0.003)	-0.002 (0.003)
Grunnskule		0.004 (0.004)		0.003 (0.004)
Vidaregåande		0.001 (0.003)		-0.003 (0.003)
Kvinne		-0.000 (0.003)		0.003 (0.002)
Under 30 år		0.007 (0.006)		0.042*** (0.005)
Over 60 år		-0.018*** (0.003)		-0.015*** (0.002)
Gift		-0.004 (0.003)		-0.003 (0.002)
R ²	0.000	0.009	0.000	0.020
Individ		3362		5892
Observasjonar		9333		15379
Signifikansnivå	*** = 0.01 ** = 0.05 * = 0.1 (tom) = > 0.1			
	Rapporterte standardfeil (i parentes) er klustra på individ. Dummyvariablar for kalenderår (2008, 2009 og 2010) er inkludert i modell 2.			

Utfallsvariabelen er skifta til arbeidsløyse i tabell 3, men elles er modellane nøyaktig identiske som tidlegare. Modell 1 tyder på at folk med dårleg helse har signifikant høgare sannsyn for å vere arbeidsledig i både Danmark og Noreg. Prosentdifferansen er merkbart større i Danmark (2.6 %) enn i Noreg (0.7 %), og denne skilnaden endrar seg nesten ikkje i det heile tatt etter kontroll for alder, utdanning, kjønn, ekteskap og kalenderår (modell 2). Personar med dårleg helse har derfor høgare sannsyn for å vere arbeidsledig enn personar med god helse i både land, men Danmark skil seg ut med ein forholdsvis stor helsekoeffisient.

Tabell 3. Resultat frå GLS regresjon av arbeidsløyse, etter dårleg helse (modell 1) og kovariater (modell 2).

	Danmark		Noreg	
	(1)	(2)	(1)	(2)
Konstant	0.024*** (0.002)	0.051*** (0.007)	0.010*** (0.001)	0.015*** (0.003)
Dårleg helse	0.026*** (0.006)	0.025*** (0.007)	0.007** (0.003)	0.008** (0.003)
Grunnskule		0.014** (0.006)		0.015*** (0.003)
Vidaregåande		0.007 (0.005)		0.001 (0.002)
Kvinne		-0.002 (0.004)		-0.006** (0.002)
Under 30 år		-0.023** (0.008)		0.005 (0.004)
Over 60 år		-0.036*** (0.004)		-0.012*** (0.002)
Gift		-0.021*** (0.005)		0.000 (0.002)
R ²	0.004	0.021	0.000	0.011
Individ		3362		5892
Observasjonar		9333		15379
Signifikansnivå	*** = 0.01 ** = 0.05 * = 0.1 (tom) = > 0.1			
	Rapporterte standardfeil (i parentes) er klustra på individ. Dummyvariablar for kalenderår (2008, 2009 og 2010) er inkludert i modell 2.			

På grunn av dei markante kjønnskilnadane i tendensen til å rapportera om helseproblem, er det interessant å kjøra separate analysar for menn og kvinner, noko som vert presentert i tabell 4. Referansegruppa her er ugifte 30-59 år gamle menn eller kvinner med fullført høgare utdanning og god helse, i år 2011. Resultat for *tilsetjing* er presentert i panel A, og helsekoeffisienten er ikkje signifikant for verken menn eller kvinner i Danmark. Utfallsvariabelen er byta til *arbeidsløyse* i panel B, og det er særleg danske kvinner med helseproblem som har større sannsyn for å vere arbeidsledig ($b = 0.032$, $SE = 0.009$), medan koeffisienten ikkje er signifikant for danske menn. Norske menn med helseproblem, derimot, har eit signifikant høgare arbeidsløysesannsyn. Legg merke til at helsekoeffisienten er nesten identisk for norske og danske menn (0.014 og 0.015, respektivt), men det er større standardfeil for det danske utvalet (0.009 vs. 0.006). Norske kvinner med dårleg helse har svært lågt sannsyn for arbeidsløyse ($b = 0.003$, $SE = 0.003$), og skil seg ikkje frå kvinner som rapporterer god helse.

Tabell 4. GLS regresjon av tilsetjing (panel A) eller arbeidsløyse (panel b), etter dårleg helse og kovariater – separate analysar for menn (modell 1) og kvinner (modell 2).

	Danmark		Noreg	
A. Tilsetjing	(1) Menn	(2) Kvinner	(1) Menn	(2) Kvinner
Dårleg helse	0.006 (0.006)	0.007 (0.006)	0.002 (0.005)	-0.005 (0.004)
	Danmark		Noreg	
B. Arbeidsløyse	(1) Menn	(2) Kvinner	(1) Menn	(2) Kvinner
Dårleg helse	0.015 (0.009)	0.032*** (0.009)	0.014** (0.006)	0.003 (0.003)
Individ	1587	1775	3056	2836
Observasjonar	4357	4976	8043	7336
Signifikansnivå	*** = 0.01 ** = 0.05 * = 0.1 (tom) = > 0.1			
	Rapporterte standardfeil (i parentes) er klustra på individ.			
	Inkluderte kovariat: to utdanningsdummies, to aldersdummies, gift, og tre dummies for kalenderår.			

Som nemnd tidlegare kan den forskjellige etterspurnad etter arbeidskraft i dei to landa potensielt vera ansvarleg for dei observerte empiriske mønstra. For å undersøka dette nærare har analysane frå tabell 2, 3 og 4 blitt utført på eit svensk utval også (tilgjengeleg på førespurnad⁸). Sverige opplevde litt dårlegare økonomiske tider enn Danmark, og har omtrent like sterkt stillingsvern som Noreg. Dette gjer det interessant å sjå kvar Sverige plasserer seg med omsyn til våre to utfallsvariablar. Når det gjeld *tilsetjing*, så skil ikkje personar med dårleg helse seg signifikant frå personar med god helse ($b = 0.005$, $SE = 0.003$). Personar med helseproblem har signifikant større sannsyn for å vere *arbeidsledig* i Sverige også, og effektstørrelsen er omtrent midt mellom Noreg og Danmark ($b = 0.015$, $SE = 0.005$). Dei kjønnsplitta analysane bekreftar at folk med dårleg helse ikkje skil seg frå folk med god helse når det gjeld sannsyn for *tilsetjing*. Og med omsyn til *arbeidsløyse* er helsekoeffisienten lågare for kvinner ($b = 0.012$, $SE = 0.007$) enn for menn ($b = 0.019$, $SE = 0.008$).

Mønstra for Sverige er derfor ganske likt som for Noreg, men med eit litt høgare sannsyn for å vere arbeidslaus for personar med dårleg helse. Dette tyder på at den låge etterspurnaden etter arbeidskraft er ein viktig faktor for arbeidsløysesannsynet til folk med dårleg helse. Men den er ikkje altavgjørende heller, fordi då burde resultatata for Sverige vore meir likt Danmark. Sverige har sidan 2004 og framover hatt ei overordna arbeidsløyse som har fluktuert mellom 6.1 og 8.6 prosent, og er utvilsamt det Skandinaviske landet som har opplevd mest utfordrande økonomiske tider. Ein burde derfor kanskje forventa at folk med dårleg helse hadde hatt *større* sannsyn for arbeidsløyse samanlikna med Danmark, og ikkje mindre. Dette kan kanskje tolkast som eit teikn på at eit svakt stillingsvern tenderer mot å skyva folk som har (eller får) helseproblem ut av arbeidsmarknaden.

Tabell 5. GLS regresjon av tilsetjing (a) eller arbeidsløyse (b), etter dårleg helse, Noreg, og dårleg helse x Noreg, utan (modell 1) og med kovariat (modell 2).

	A. Tilsetjing		B. Arbeidsløyse	
	(1)	(2)	(1)	(2)
Konstant (Ref.: Danmark)	0.016*** (0.002)	0.020*** (0.003)	0.023*** (0.002)	0.036*** (0.004)
Dårleg helse	0.006 (0.004)	0.009** (0.004)	0.026*** (0.007)	0.027*** (0.007)
Noreg	0.007*** (0.002)	0.004* (0.002)	-0.014*** (0.002)	-0.013*** (0.002)
Dårleg helse x Noreg	-0.015** (0.005)	-0.013** (0.005)	-0.019** (0.007)	-0.019** (0.007)
Kovariat†	Nei	Ja	Nei	Ja
Individ	9259	9254	9259	9254
Observasjonar	24717	24712	24717	24712
Signifikansnivå	*** = 0.01 ** = 0.05 * = 0.1 (tom) = > 0.1			
	Rapporterte standardfeil (i parentes) er klustra på individ.			
	†Inkluderte kovariat: to utdanningsdummies, kvinne, to aldersdummies, gift, tre dummies for kalenderår.			

Fram til no har me sett på arbeidsmarknadsutfall for personar med og utan helseproblem i Noreg og Danmark, og samanlikna resultata utan å teste om landskilnadane er statistisk signifikante. Dette vert endra på i tabell 5, der det er inkludert ein ‘dårleg helse’ dummy, ein dummy for om personen er busett i Noreg (Danmark = referanse), samt eit interaksjonsledd mellom ‘dårleg helse’ og ‘Noreg’. Utfallsvariabelen er tilsetjing i dei to kolumnene til venstre, og arbeidsløyse til høgre. Interaksjonsleddet er negativt og signifikant forskjellig frå null for både tilsetjing og arbeidsløyse, og det å inkludera eit sett med kontrollvariablar (modell 2) endrar ikkje på dette. Det vil sei at personar med helsetrøbbel i Noreg har signifikant lågare sannsyn for (i) å få seg jobb og (ii) for å vere arbeidsledig, samanlikna med personar med dårleg helse i Danmark.

Det ser altså ut som om dei med dårleg helse i større grad får visa seg fram på arbeidsmarknaden i Danmark, men at tilknytninga fortsatt er nokså ‘laus’. For å undersøka dette litt nærare er det interessant å sjå på bruk av midlertidig arbeidskontrakt, og deskriptiv informasjon om dette finnes i tabell 6. Legg merke til at talet på observasjonar er ganske lågt her, av to grunnar. Det er berre respondentar som har eit arbeidsforhold som har svara på spørsmål om kontraktsituasjonen, og i tillegg er berre denne informasjonen tilgjengeleg for Danmark i år 2011.

Bruken av midlertidig arbeidskontrakt er like utstrakt blant folk med dårleg og god helse i Noreg (om lag 7 %⁹), men dette er annleis i Danmark. Her har 10 % av dei som rapporterer dårleg helse ein midlertidig arbeidskontrakt, medan den tilsvarende andelen er ca. 4.5 % for dei med god helse. Desse funna vert bekrefta i ein OLS regresjonsanalyse (resultat tilgjengeleg på førespurnad), der dårleg helse er signifikant for Danmark i ein modell som kontrollerer for utdanning, alder, kjønn og ekteskap ($b = 0.056$, $SE = 0.018$). Helsekoeffisienten er svært liten og langt frå statistisk signifikant for det norske utvalet ($b = 0.000$, $SE = 0.019$). Sverige plasserer seg midt mellom Danmark og Noreg når det gjeld

skilnadar i midlertidighet mellom folk med og utan helseproblem: 10 % av dei med god helse har slik kontrakt, medan 15 % av dei med dårleg helse har det. Prosentdifferansen for Sverige er også signifikant i ein OLS regresjon (helsekoeffisient: $b = 0.054$, $SE = 0.022$).

Tabell 6. Midlertidig arbeidskontrakt blant personar med dårleg (1) og god (2) helse. År 2011. Prosent.

Midlertidig arbeidskontrakt	Danmark		Noreg	
	(1) Dårleg helse	(2) God helse	(1) Dårleg helse	(2) God helse
	10.00***	4.47	7.03	7.20
N	170	1454	185	1985
Note	T-test av forskjellen mellom dårleg- og god helse.			
	Signifikansnivå: *** = 0.01 ** = 0.05 * = 0.1 NS/(tom) = > 0.1			

For å summera opp, så kan ein slå fast at folk med helseproblem i nokså stor grad får moglegheita til å visa seg fram på arbeidsmarknaden i Danmark, og ‘flexicurity’ modellen fungerer i så måte bra. Men både sannsynet for å vere arbeidsledig, og graden av midlertidig arbeidskontrakt er forholdsvis høgt samanlikna med Noreg, og tilknytninga til arbeidsmarknaden er derfor fortsatt relativt ‘laus’ for personar med dårleg helse. Desse resultatata er ikkje berre ein konsekvens av dårlege økonomiske tider, sidan resultatata for Sverige – som har opplevd lågare etterspurnad etter arbeidskraft enn Danmark – er meir positive for personar med dårleg helse. I tillegg har dummyvariablar for kalenderår blitt inkludert i alle regresjonsanalysane, utan at det hadde noko innverknad på resultatata. Den neste og siste delen av artikkelen skal diskutera desse funna i litt meir detalj.

Diskusjon

Aller først kan det vere verdt å nemne eit par viktige svakheter ved denne studien. Datamaterialet er *sjølvrapportert* og dermed opent for feilkjelder. Dersom, til dømes, arbeidsledige personar overdriv sine helseproblem i eit forsøk på å rettferdiggjera at han/ ho ikkje har jobb, vil dette føre til feilmåling av den helsebasert 'utstøytinga' frå arbeidsmarknaden. Dette kan vere tilfellet, men det er liten grunn til å tru at slik (mis)rapportering skal kunne generere dei observerte skilnadane mellom Noreg og Danmark. Eit anna potensielt problem er knyta til korleis kategoriar som 'arbeidsledig' og 'ufør' vert fanga opp i spørjeskjemadata. Ein kan derfor ikkje sjå vekk frå potensielle *kulturelle skilnadar* i korleis respondentar rapporterer helse og arbeidsmarknadstilknytning, men dette verkar lite sannsynleg. For eksempel, så er det slåande likskapar mellom desse to landa med tanke på kor mykje helseproblem som vert rapportert (17.68 og 17.20 prosent blant danske og norske kvinner, respektivt). Dei presenterte resultatane er berre *beskrivande analysar*, og det er på inga måte blitt etablert kausalforhold i denne artikkelen. Som eit supplement, så har individnivå fast effekt modellar også blitt estimert, og resultatane (tilgjengelege på førespurnad) tyder på at folk som *får* eit helseproblem har signifikant større sannsyn for å *miste* jobben i Danmark, men ikkje i Noreg. Tilsvarende funn vart ikkje observert for tilsetjing.

Denne studien har fokusert på personar som seier at dei har kronisk og avgrensande sjukdom, og dette medfører visse avgrensingar når det gjeld kva studien kan gje eit kunnskapsbidrag om. Det er, til dømes, langt frå sikkert at resultatane kan generaliserast til folk med noko nedsett helsetilstand. Men resultatane var så godt som identiske når eit mindre alvorleg *helsemål* (personar som rapporterer at helsa deira er «very bad», «bad» eller «fair») vart nytta i staden, og val av helsemål er derfor ikkje avgjerande for funna. Den deskriptive statistikken tyder på at danske respondentar med dårleg helse er *positivt selektert* (høgare

utdanningsnivå, til dømes), samanlikna med det norske motstykke. Ei direkte samanlikning kan derfor underslå skilnadane mellom Noreg og Danmark, gitt at dei observerbare forholda er avgjerande for utfalla i denne studien. Men det er samstundes mogleg at norske respondentar med helsetrøbbel har betre karakteristikkk i snitt på uobserverbare forhold (kognitive ferdigheter, personelegdom, etc.) som er viktigare for arbeidsmarknadstilknytning. Når det gjeld *institusjonelle skilnadar* mellom Noreg og Danmark, er det særleg to faktorar – lønstilskotsordning og arbeidsløysetrygd – som kan påverka resultatane. Begge to peikar i same retning, nemleg mot at sysselsettinga burde vere høgare i Danmark enn i Noreg blant folk med helseproblem. Analysane, derimot, viser nokså tydeleg det motsette bilete.

EU-SILC datamaterialet er harmonisert for å forenkla samanlikning av resultat på tvers av land, men tilsetjings- og arbeidsløysavgjersla vert ikkje observert direkte. Det er derfor usikkerhet knyta til om det er (skilnad i) stillingsvern som er hovudforklaringa på dei sprikande empiriske mønstra for Danmark og Noreg. Det kan tenkast at det er andre forskjellar mellom landa som er essensielt for arbeidsmarknadstilknytninga til personar med dårleg helse, men det er vanskeleg å tenke seg til potensielle faktorar. Det er, til dømes, ingen signifikant skilnad mellom dei to landa i tilbøyelegheita til å rapportere om å vere *ufør* for personar med dårleg helse, for verken menn eller kvinner (resultat tilgjengeleg på førespurnad). Stillingsvernet er derfor den kanskje klaraste kandidaten, men ein skal samstundes vere open for alternative forklaringar.

Hovudfunna frå denne artikkelen kan summerast opp som følgjer: Folk med dårleg helse har (i) marginalt større sannsyn for å bli tilsett enn personar med god helse i Danmark, men ikkje i Noreg. Effektstørrelsen er ganske liten, og ikkje lenger signifikant når utvalet vert splitta etter kjønn. I både Danmark og Noreg har folk med dårleg helse (ii) større sannsyn for arbeidsløysing enn dei med god helse, og effektstørrelsen er spesielt stor i Danmark. Det er særleg blant danske kvinner og norske menn at dårleg helse heng saman med auka sannsyn

for arbeidsløyse. Helsekoeffisienten var så å seie identisk for danske og norske menn, men store standardfeil gjer at koeffisienten ikkje er signifikant i det danske tilfellet. Når det gjeld samanlikning på tvers av land, så har folk med dårleg helse (iii) større sannsyn for tilsetjing i Danmark enn i Noreg, og (iv) større sannsyn for arbeidsløyse i Danmark enn i Noreg. I tillegg har folk med dårleg helse (v) større sannsyn for å vere i midlertidig stillingskontrakt enn folk med god helse i Danmark.

Totalt sett kjem altså den danske arbeidslivmodellen nokså dårleg ut, og dette er ikkje berre eit resultat av den økonomiske nedgangstida som har ramma Danmark dei seinare år. Supplerande analysar frå Sverige – som har opplevd dei dårlegaste økonomiske tidene i Skandinavia – tyder på at folk med dårleg helse har betre arbeidsmarknadsutfall her. Det verkar derfor som om den danske ‘flexicurity’ modellen, med svakt stillingsvern som ein kjernekaraktistikk, ikkje er spesielt gunstig for personar med dårleg helse. Nokon vil kanskje innvenda at den danske arbeidslivmodellen sannsynlegvis fungerer bra når det er økonomisk vekst. Men opp- og nedgangstider økonomisk er – som kjent – både vanleg og uunngåeleg, og ein arbeidslivmodell der folk med dårleg helse vert ‘ofra’ under dårlege tider høyrer ikkje ut som eit optimalt alternativ.

Når det gjeld sannsyn for *arbeidsløyse* for personar med helseproblem, er skilandane mellom Noreg og Danmark ganske markante. Desse resultata må dessutan tolkast i ljøs av at den norske arbeidsmarknaden har opplevd ganske gode tider i løpet av observasjonsvindauget (2008-2011). Dette inneberer at dei (forholdsvis få) arbeidsledige sannsynlegvis er negativt selektert på ei rekke personlege karakteristikkar, inkludert helsestatus, og det er derfor ganske oppsiktsvekkande at folk med helseproblem ikkje skil seg meir frå personar med god helse i Noreg. Folk med helseproblem i Danmark, derimot, ser ut til å vere overrepresentert blant dei arbeidsledige, og dette kan sannsynlegvis forklarast delvis av ‘flexicurity’ modellen, som minimerer kostnaden med å seie opp arbeidstakarar (Heggebø 2015).

Den danske modellen lukkast betre når det gjeld sannsyn for *tilsetjingar* for folk med helseproblem. Det er verdt å merke seg at to viktige prosessar bidrar til dette: (i) ei større inn- og utfly på arbeidsmarknaden totalt i Danmark (Madsen 2004; Andersen & Svarer 2007), samt (ii) eit forholdsvis stort sannsyn for å vere arbeidssøkande blant folk med helsetrøbbel. Resultata tyder uansett på at den norske modellen har utfordringar på dette punktet, sidan folk med dårleg helse tilsynelatande har vanskar med å få innpass (samanlikna med Danmark). Her kan det derfor verke som om det sterke stillingsvernet er negativt for personar med dårleg helse, noko som sannsynlegvis stammar frå at arbeidsgjevarar vil minimera risikoen ved tilsetjingar. Dette er viktig i alle tilsetjingsprosessar, men er særleg avgjerande når det er vanskeleg å sei nokon opp dersom vedkomne ikkje fungerer i stillinga. Helsetrøbbel vert i ein slik kontekst tolka som eit signal på låg forventa produktivitet, samt kanskje ei frykt for høgt sjukefråvær. Det er derfor forståeleg at nokre arbeidsgjevarar tenderer mot å legga personar med helseproblem ‘nedst i bunken’. Det store spørsmålet er korleis me kan forhindre at dette skjer, fordi i somme tilfelle vil kanskje den beste kandidaten til jobben bli lagt vekk på grunn av eit (ubetydeleg) helseproblem. Dei same prosessane kan også vere i virke for andre som har ‘laus’ tilknytning til arbeidsmarknaden, som personar med hål i CV-en. Dette er derfor eit tema som det er viktig å løysa dersom me skal sikra høg sysselsetting i tida framover.

Resultata for tilsetjingar er ganske positive for Danmark, men graden av *midlertidig stillingskontrakt* er samstundes merkbart høgare blant folk med helsetrøbbel her. I kor stor grad dette er problematisk er avhengig av om dette er eit frivillig val eller ikkje. Personar med helsevanskar i Danmark kan ha lyst på ei midlertidig stilling fordi han/ho er usikker på om helsetilstanden er god nok til å stå i jobb over lengre tid. Sjølv om dette sjølv sagt er mogleg, er det meir sannsynleg at årsaken er å finna på etterspurnadssida. Arbeidsgjevarar i Danmark tenderer mot å gje midlertidige arbeidskontraktar til personar med helseproblem på grunn av usikkerheita rundt arbeidstakaren si produktivitetsevne. Midlertidig stillingskontrakt kan vere

ein god måte å få ‘ein fot i døra’ på, men den endelege testen er sjølvsagt om den vert erstatta med ein fast kontrakt etter ei tid¹⁰. Dersom dette ikkje er tilfellet, kan det vere urovekkande at folk med dårleg helse i større grad har slik kontrakt i Danmark. Dette fordi det er ein samanheng mellom midlertidigheit og svekka psykologisk helse (Virtanen, Kivimäki, Joensuu, Virtanen, Elovainio, & Vahtera 2005), og fordi risiko for arbeidsløyse er større når ein ikkje har ein fast kontrakt å slå i bordet med.

Avslutningsvis vil eg igjen understreka at det ikkje er verken mogleg, eller ønskeleg at alle som har eit helseproblem skal delta på arbeidsmarknaden. Somme har ikkje helsetilstand som tillét det, og andre kan oppleve at helsa vert forverra av belastninga som arbeidslivet påfører. Personar som får dårlegare helse av å delta på arbeidsmarknaden vil det dessutan vere samfunnsøkonomisk lite gunstig å ha i jobb, på grunn av auka kostnadar til helsevesen og dyre vikarløysingar ved sjukefråvær. Det er derfor i alle sine interesser å sørga for at dei som ikkje kan jobba på grunn av helsa, får sikra seg eit godt liv ved hjelp av generøse trygdeordningar. Men for dei som både kan og vil jobba, så bør ikkje helsetilstanden vere ei hindring, og her har alle skandinaviske land ein veg å gå. Sterkt stillingsvern ser ut til å vere ei føresetnad for at folk som har eit helseproblem skal få fast fotfeste i arbeidslivet. Svakt stillingsvern opnar for at arbeidsgjevarar enkelt kan seie opp folk som har (eller får) eit helseproblem, og dette ser ut til å skje i Danmark under den noverande økonomiske nedgangstida. Men det sterke stillingsvernet i Noreg og Sverige verkar samstundes, til ein viss grad, som ein dørstoppar for personar med helseproblem i dag, og dette er eit openbart problem. Arbeidsgjevarar bør kanskje få eit eller anna *incentiv* som fører til at dei vågar å ta den risikoen som er involvert ved å tilsetja nokon med dårleg helse. Kva form for *incentiv* som vil hjelpe, kan dessverre ikkje denne studien sei noko om. Men det å gjera stillingsvernet svakare verkar ikkje å vere løysinga.

Notar

¹ Den potensielle arbeidsgjevaren tolkar mengda arbeidsløyse som at kandidaten har blitt evaluert negativt av andre arbeidsgjevarar i tidlegare rekrutteringsprosessar, og dette vert dermed eit signal på låg forventa produktivitet.

² Det er eit par små unntak: ‘gruve, steinbrot og annan industri’ er noko meir utbredt i Noreg (3.9 vs. 1.4 prosent), medan ‘produksjon’ er litt større i Danmark (12.5 vs. 9.1 prosent).

³ Den gjennomsnittlege løna til ein person på ordninga var 334 000 danske kroner i år 2010, og arbeidsgjevar fekk i snitt 174 000 i tilskot.

⁴ Overordna arbeidsløyserate var 3.5, 6.0, 7.5 og 7.6 for Danmark, og 6.2, 8.3, 8.6 og 7.8 for Sverige i åra 2008-2011.

⁵ Denne variabelen er kjent under namnet ‘Limiting longstanding illness’ (LLSI) i den internasjonale litteraturen.

⁶ Dei same analysane har blitt gjennomført med eit alternativt helsemål (sjølvvurdert helse), og resultata var slående like.

⁷ Tendensen til å vere *ufør* for personar som rapporterer om helseproblem er, til dømes, ikkje signifikant forskjellig mellom dei to landa i EU-SILC datamaterialet i 2011, for verken menn eller kvinner.

⁸ Alle koeffisientar og standarfeil som vert rapportert i teksten er henta frå modellar som inkluderer kontrollvariablar.

⁹ Denne differansen er tilnærma identisk for Noreg dersom ein nyttar observasjonar for alle fire år (2008-2011), og ikkje berre år 2011.

¹⁰ Dette var det dessverre ikkje mogleg å undersøke i denne studien, fordi informasjon om midlertidig stilling berre var tilgjengeleg for år 2011 for det danske utvalet.

Referansar

- Aigner, D. J. & Cain, G. G. (1977). Statistical theories of discrimination in labor markets. *Industrial and Labor Relations Review*, 30(2), 175-187.
- Allison, P. D. (1994). Using panel data to estimate the effects of events. *Sociological Methods & Research*, 23(2), 174-199. doi: 10.1177/0049124194023002002
- Allison, P. D. (1999). Comparing logit and probit coefficients across groups. *Sociological Methods & Research*, 28(2), 186-208. doi: 10.1177/0049124199028002003
- Andersen, T. M. (2012). A flexicurity labour market in the great recession: the case of Denmark. *De Economist*, 160(2), 117-140. doi: 10.1007/s10645-011-9181-6
- Andersen, T. M. & Svarer, M. (2007). Flexicurity – labour market performance in Denmark. *CESifo Economic Studies*, 53(3), 389-429. doi: 10.1093/cesifo/ifm015
- Arrow, J. O. (1996). Estimating the influence of health as a risk factor on unemployment: a survival analysis of employment durations for workers surveyed in the German Socio-Economic Panel (1984–1990). *Social Science & Medicine*, 42(12), 1651-1659. doi: 10.1016/0277-9536(95)00329-0
- Arrow, K. (1973). The theory of discrimination. In: Ashenfelter, O. (Ed.) *Discrimination in labor markets*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Bäckman, O., Jakobsen, V., Lorentzen, T., Österbacka, E. & Dahl, E. (2015). Early school leaving in Scandinavia: Extent and labour market effects. *Journal of European Social Policy*, 25(3), 253-269. doi: 10.1177/0958928715588702
- Becker, G. S. (1971) [1957]. *The economics of discrimination*. University of Chicago press.

- Bratsberg, B., Røed, K. & Raaum, O. (2014). Arbeidsinnvandring – varig gevinst? *Søkelys på arbeidslivet*, 31(4), 275-295.
- Butterworth, P., Leach, L. S., Pirkis, J. & Kelaher, M. (2012). Poor mental health influences risk and duration of unemployment: a prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 1013-1021. doi: 10.1007/s00127-011-0409-1
- Dølvik, J. E., Fløtten, T., Hippe, J. M. & Jordfald, B. (2014). *Den nordiske modellen mot 2030. Et nytt kapittel?* Fafo-rapport 2014:46.
- Eriksson, S. & Rooth, D. O. (2014). Do employers use unemployment as a sorting criterion when hiring? Evidence from a field experiment. *The American Economic Review*, 104(3), 1014-1039. doi: 10.1257/aer.104.3.1014
- Eurostat (2015a). *Employment rates by sex, age and nationality (%)*.
- Eurostat (2015b). *Temporary employees as percentage of the total number of employees, by sex, age and nationality (%)*.
- Eurostat (2015c). *Employment rates by sex, age and educational attainment level (%)*.
- García-Gómez, P., Jones, A. M. & Rice, N. (2010). Health effects on labour market exits and entries. *Labour Economics*, 17(1), 62-76. doi: 10.1016/j.labeco.2009.04.004
- Halvorsen, B. & Tägtström, J., (2013). *Det dreier seg om helse og arbeidsglede. Om seniorer, arbeid og pensjonering i Norden*. Nordisk Ministerråd. TemaNord 2013:519
- Hedström, P. & Swedberg, R. (1996). Social mechanisms. *Acta Sociologica*, 39(3), 281-308. doi: 10.1177/000169939603900302

- Heggebø, K. (2015). Unemployment in Scandinavia during an economic crisis: Cross-national differences in health selection. *Social Science & Medicine*, 130, 115-124. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.02.010
- Heyes, J. (2011). Flexicurity, employment protection and the jobs crisis. *Work, Employment & Society*, 25(4), 642-657. doi: 10.1177/0950017011419723
- IMF (2014). *Factsheet: The IMF's Advice on Labor Market Issues*.
<http://www.imf.org/external/np/exr/facts/labor.htm>
- Lindbeck, A. (1994). The welfare state and the employment problem. *American Economic Review*, 84(2), 71-75.
- Madsen, P. K. (2004). The Danish model of 'flexicurity': experiences and lessons. *Transfer: European Review of Labour and Research*, 10(2), 187-207. doi: 10.1177/102425890401000205
- Mastekaasa, A. (1996). Unemployment and health: Selection effects. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 6(3), 189-205. doi: 10.1002/(SICI)1099-1298(199608)6:3<189::AID-CASP366>3.0.CO;2-O
- Mood, C. (2010). Logistic regression: Why we cannot do what we think we can do, and what we can do about it. *European Sociological Review*, 26(1), 67-82. doi: 10.1093/esr/jcp006
- Nordisk statistisk årbok* (2014). Nordisk ministerråd. Vol. 52.
- Oberholzer-Gee, F. (2008). Nonemployment stigma as rational herding: A field experiment. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 65(1), 30-40. doi: 10.1016/j.jebo.2004.05.008

OECD (2013). Protecting jobs, enhancing flexibility: A new look at employment protection legislation. *OECD Employment Outlook 2013*, OECD Publishing.

http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2013-6-en

OECD (2015). *Tax-Benefits Models*. <http://www.oecd.org/social/benefits-and-wages.htm>

Proba (2013). *Bruk av lønnstilskudd for personer med nedsatt arbeidsevne. Kartlegging i utvalgte land*. Proba-rapport nr. 03, prosjekt nr. 12015.

Schuring, M., Burdorf, L., Kunst, A. & Mackenbach, J. (2007). The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(7), 597-604. doi: 10.1136/jech.2006.047456

Schuring, M., Robroek, S. J., Otten, F. W., Arts, C. H. & Burdorf, A. (2013). The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39(2), 134-143. doi: 10.5271/sjweh.3321

Van Kersbergen, K. & Hemerijck, A. (2012). Two decades of change in Europe: The emergence of the social investment state. *Journal of Social Policy*, 41(3), 475-492. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0047279412000050>

Virtanen, M., Kivimäki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M. & Vahtera, J. (2005). Temporary employment and health: a review. *International Journal of Epidemiology*, 34(3), 610-622. doi: 10.1093/ije/dyi024

Virtanen, P., Janlert, U. & Hammarström, A. (2013). Health status and health behaviour as predictors of the occurrence of unemployment and prolonged unemployment. *Public Health*, 127(1), 46-52. doi: 10.1016/j.puhe.2012.10.016

von Below, D. & Thoursie, P. S. (2010). Last in, first out? Estimating the effect of seniority rules in Sweden. *Labour Economics*, 17(6), 987-997. doi: 10.1016/j.labeco.2010.02.007

Appendix

Tabell A1. Deskriptiv statistikk for personer med dårleg helse, etter land. Prosent.

	Danmark	Noreg
Tilsetjingar	2.23	1.46*
Arbeidsløyse	5.22	1.60***
Utdanningsnivå		
<i>Grunnskule</i>	31.75	30.56
<i>Vidaregåande</i>	39.14	47.77***
<i>Høgare utdanning</i>	27.16	20.03***
Alder		
<i>Under 30 år</i>	4.67	8.89***
<i>30-59</i>	51.67	50.02
<i>Over 60 år</i>	43.66	41.09
Kvinne	61.28	59.33
Gift	57.52	48.75***
N	1436	2127
Noter	T-test av forskjellen mellom det danske og norske utvalet.	
	Signifikansnivå: *** = 0.01 ** = 0.05 * = 0.1 (tom) = > 0.1	

Tabell A2. Deskriptiv statistikk for personar med dårleg helse som vert tilsett (A) eller er arbeidsledige (B), etter land. Prosent.

	A. Tilsetjing		B. Arbeidsledig	
	Danmark	Noreg	Danmark	Noreg
Utdanningsnivå				
<i>Grunnskule</i>	25.00	22.58	34.67	44.12
<i>Vidaregåande</i>	43.75	58.06	34.67	44.12
<i>Høgare utdanning</i>	31.25	16.13	29.33	8.82**
Alder				
<i>Under 30 år</i>	15.63	38.71**	6.67	44.12***
<i>30-59</i>	71.88	54.84	88.00	52.94***
<i>Over 60 år</i>	12.5	6.45	5.33	2.94
Kvinne	68.75	48.39	70.67	35.29***
Gift	59.38	29.03**	54.67	29.41**
N	32	31	75	34

Noter

T-test av forskjellen mellom det danske og norske utvalet.

Signifikansnivå: *** = 0.01 ** = 0.05 * = 0.1 (tom) = > 0.1