

Atypisk beskæftigelse og psykisk helbred

En kvantitativ panelanalyse



*Atypisk beskæftigelse og psykisk helbred
– En kvantitativ panelanalyse*

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-332-1

Projekt: 301391

Finansiering: Arbejds miljø forskningsfonden

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

En stadig højere andel af den danske arbejdsstyrke er ansat i midlertidige ansættelser som fx vikariater eller projektansættelser. Mens nogle arbejdstagere aktivt vælger midlertidige ansættelser som et redskab til at få mere tid til andre aktiviteter, er det for andre arbejdstagere et nødvendigt onde for at komme ind på arbejdsmarkedet, som leder til en følelse af usikkerhed og psykisk sårbarhed.

I denne udgivelse præsenterer VIVE hovedresultaterne af en større dansk undersøgelse af, hvorvidt ufrivillige midlertidige ansættelser kan skade arbejdstagernes psykiske helbred. Undersøgelsen er den første til at sætte fokus på graden af frivilligheden i midlertidige ansættelser og er udført af seniorforskerne Karsten Albæk og Stefan Bastholm Andrade. En række af resultaterne er tidligere blevet præsenteret i artiklen 'Involuntary temporary work and mental health medications: A longitudinal study in Denmark', som er publiceret i 2023 i tidsskriftet *PLoS Global Public Health*. I forhold til artiklen er fokus for denne udgivelse at sætte et større fokus på de danske forhold samt at præsentere resultaterne i et mere tilgængeligt format, end hvad en videnskabelig artikel tillader. Undersøgelsen er finansieret af Arbejdsmiljøforskningsfonden.

Lisbeth Pedersen

Forsknings- og analysechef for VIVE Arbejde og Ældre



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	5
Afrapportering	7
1 Indledning	8
1.1 Psykisk helbred og midlertidig ansættelse	12
2 Analyseafsnit	15
2.1 Deskriptive analyser	16
2.2 Kausale analyser	19
2.3 Robusthedsanalyser	21
3 Konklusion	28
3.1 Begrænsninger	29
Dokumentation	30
4 Metode	31
4.1 Tre modeller	31
4.2 Kontrolvariable	32
5 Data	33
5.1 Datagrundlag	33
Litteratur	36

Hovedresultater

Der kan være mange årsager til, at arbejdstagere er i en midlertidig beskæftigelse. Mens nogle arbejdstagere aktivt tilvælger denne ansættelsesform for at få mere tid til andre aktiviteter, er det for andre arbejdstagere et nødvendigt onde for at komme ind på arbejdsmarkedet, som leder til en følelse af usikkerhed og psykisk sårbarhed. Ved at kombinere data fra Arbejdskraftundersøgelsen om danskernes vurderinger af deres beskæftigelsessituation med registerdata om receptpligtig medicin er vi denne undersøgelse i stand til at besvare spørgsmålet om, hvorvidt arbejdstagere i ufrivillige midlertidige ansættelser har højere risiko for psykiske helbredsproblemer end arbejdstagere i mere permanente ansættelser.

Kønsforskelle

Vores resultater viser, at kvinder, som er i ufrivillig midlertidig beskæftigelse, har øget risiko for at tage receptpligtig medicin for psykiske helbredsproblemer. Kvinder, der har haft ufrivillige midlertidige ansættelser i en periode på halvandet år eller længere, har en forøget risiko på 13 procentpoint for at bruge receptpligtig medicin for psykiske helbredsproblemer i form af angst og stress. For mænd i ufrivillige midlertidige ansættelser finder vi ingen tegn på øget risiko for negative helbredsproblemer på hverken kort eller langt sigt.

Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen er den første til at sætte fokus på, om arbejdstagere i midlertidige ansættelser har dårligere psykisk helbred, hvis deres beskæftigelsessituation ikke er frivillig.

Undersøgelsens statistiske analyser er baseret på mere end 75.000 danskeres besvarelser på en spørgeskemaundersøgelse om deres beskæftigelsessituation, som er kombineret med registerdata om brug af receptpligtig medicin.

Længerevarende ufrivillige ansættelser

Ved kortere ansættelsesperioder er de negative konsekvenser ved ufrivillige midlertidige ansættelser relativt små. For kvinder viser vores analyser, at en ufrivillig midlertidig ansættelse på 3 måneder eller mindre formindsker risikoen for receptpligtig medicin med ét procentpoint.

Konkluderende betragtninger

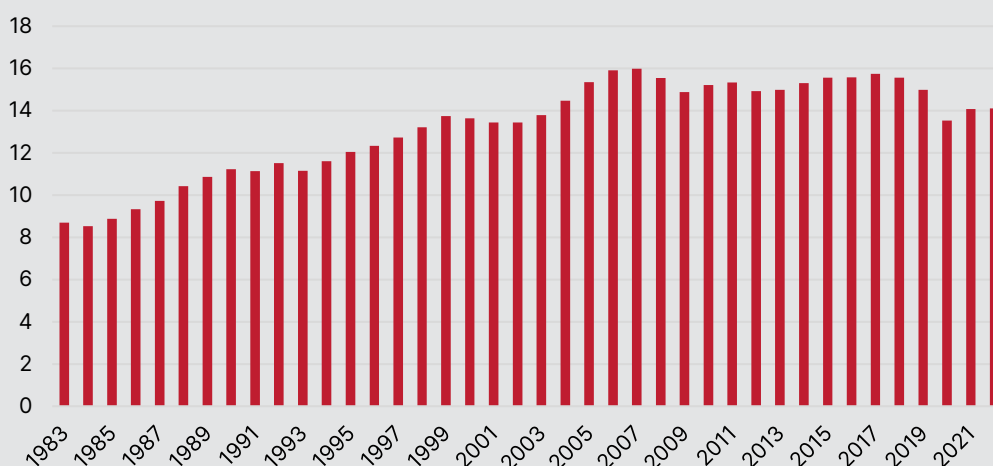
Længerevarende ansættelser i ufrivillig midlertidig beskæftigelse er forbundet med øget risiko for psykiske helbredsproblemer. Parterne på arbejdsmarkedet bør derfor have et fokus på at gøre det lettere for ansatte i ufrivillige midlertidige ansættelser at komme i permanent ansættelse.

> Afrapportering

1 Indledning

Siden 1970'erne har Europa og USA oplevet en markant stigning i antallet af personer, som er ansat i midlertidige eller tidsbegrænsede stillinger, som fx vikariater eller projektansættelser (Katz & Krueger, 2017). Stigningen i antallet af midlertidige stillinger er ifølge arbejdsmarkedsforskere del en generel trend, hvor de vestlige arbejdsmarkeder bevæger sig mod en tilstand af stadig mere usikkerhed og ulighed (Weil, 2014; Kalleberg, 2009; Uchitelle, 2007). På baggrund af data fra OECD har vi i Figur 2.1 illustreret væksten i midlertidige ansættelser i Europa. Figuren viser, at mens lidt over 8 pct. af den samlede arbejdsstyrke i de 27 EU-medlemslande¹ i 1983 var ansat i en midlertidig beskæftigelse steg andelen med 75 pct. til 13 pct. af den samlede europæiske beskæftigelse i 2022 (OECD, 2024).

Figur 1.1 Andel af arbejdstagere i midlertidig ansættelse i de 27 EU-medlemslande, 1983-2021



Anm.: Midlertidig ansættelse omfatter arbejdstagere, der har ansættelser med en forudbestemt opsigelsesdato. OECD oplyser, at nationale definitioner stort set i overensstemmelse med denne generiske definition, men kan variere afhængigt af nationale forhold. Indikatoren angiver procentdel af samtlige lønarbejdere.

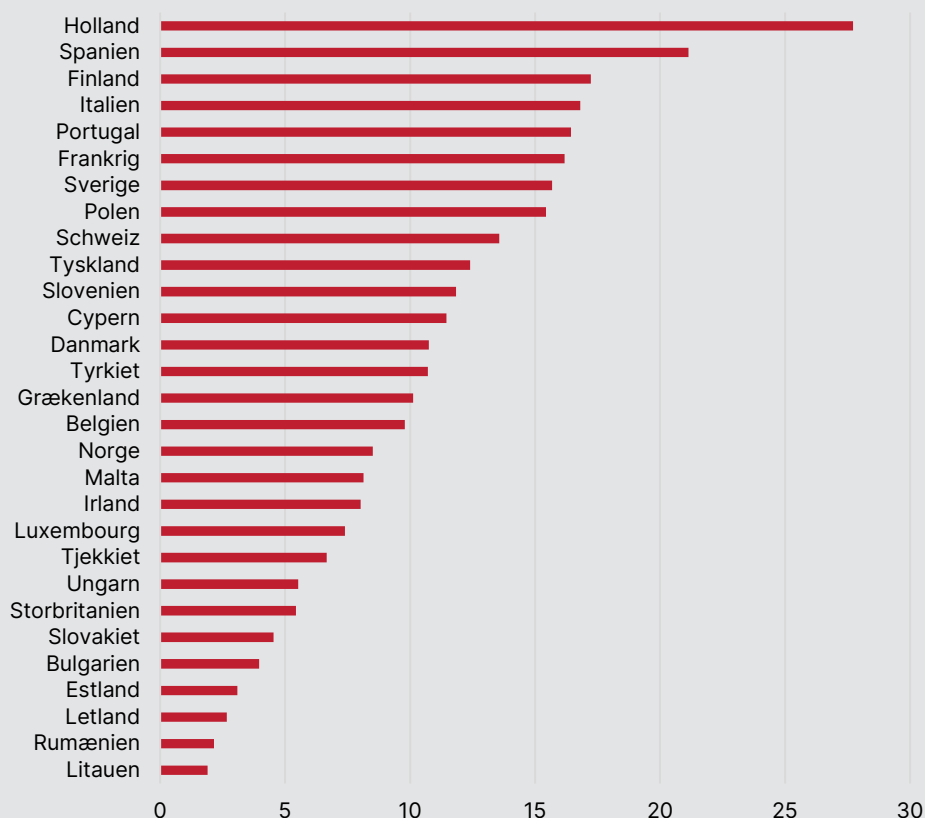
Kilde: OECD (2024).

¹ De 27 EU-lande inkluderer Belgien, Bulgarien, Cypern, Danmark, Estland, Finland, Frankrig, Grækenland, Holland, Irland, Italien, Kroatien, Letland, Litauen, Luxembourg, Malta, Polen, Portugal, Rumænien, Slovakiet, Slovenien, Spanien, Sverige, Tjekkiet, Tyskland, Ungarn og Østrig.

Blandt arbejdsmarkedsforskere er der bred enighed om, at årsagerne til stigningen i midlertidige ansættelser ikke blot skal findes i globale forhold, såsom stadig mere konkurrence i en globaliseret økonomi og teknologiske innovationer i produktionen, men også i mere lokale forhold som fx arbejdsmarkedsreformer og et generelt fald i antallet af arbejdstagere, som er medlem af en fagforening (Barbieri, 2009; Kalleberg, 2000; 2011; Katz & Krueger, 2017; Weil, 2014). Betydningen af de lokale forhold betyder, at der bag stigningen i Europa også er betydelige nationale forskelle. I Figur 1.2 har vi derfor vist andelen af arbejdstagere, som i 2022 er i en midlertidig ansættelse. Foruden de 27 EU-medlemslande har vi også medtaget tal for Tyrkiet og Storbritannien.

Figur 1.2 Andel af arbejdstagere i midlertidige ansættelser i 29 europæiske lande, 2022

Opgjort ved andel af den nationale arbejdsstyrke.



Anm.: Midlertidige ansættelser omfatter lønmodtagere, hvis ansættelse har en forudbestemt opsigelsesdato. OECD oplyser, at nationale definitioner stort set er i overensstemmelse med den generiske definition, men kan variere afhængigt af nationale forhold. Indikatoren angiver procentdel af samtlige lønarbejdere.

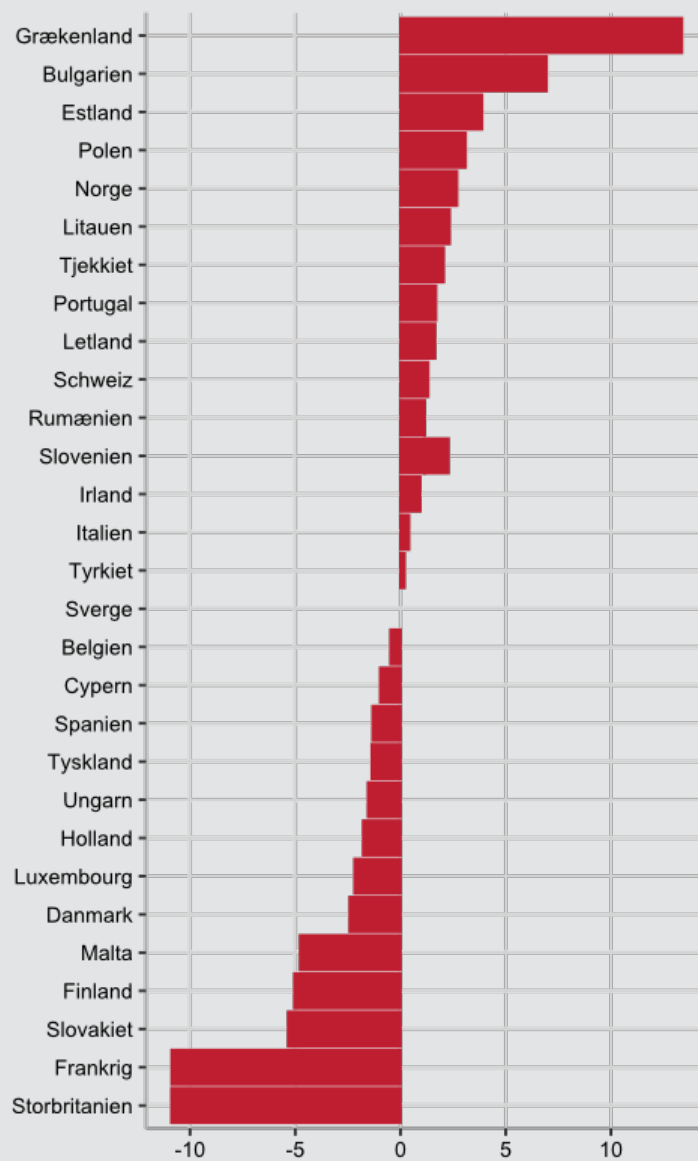
Kilde: OECD (2024).

Figur 1.2 viser, at Holland med 28 pct. er det land i Europa, som har den højeste andel arbejdstagere i midlertidige ansættelser. Litauen har derimod den laveste andel, hvor blot 2 pct. af arbejdstagerne er i en midlertidig ansættelse. Danmark ligger i midten med en andel på 11 pct. af arbejdstagerne. I forhold til de andre skandinaviske lande ligger Danmark også i midten med Norge lige under med 9 pct. og Sverige lige over med 16 pct. af arbejdstagerne. Finland adskiller sig fra Skandinavien ved at have en andel på 17 pct. De kontinental europæiske lande er mere spredt med Holland i toppen efterfulgt af Frankrig (16 pct.) og Tyskland (12 pct.). I den modsatte ende finder vi af kontinental europæiske lande Belgien med 9 pct. og Luxemburg med 7 pct. De sydeuropæiske lande ligger tættere på hinanden, da de alle har relativt høje andele af arbejdstagerne i midlertidige ansættelser. For eksempel har Spanien 21 pct. af arbejdstagerne i midlertidige ansættelser, mens Italien har 17 pct., og Portugal har 16 pct. Landene i Østeuropa er derimod karakteriseret ved relativt lave andele. Foruden Litauen med 2 pct. af arbejdstagerne i midlertidige ansættelser har Rumænien også 2 pct., efterfulgt af Letland med 3 pct. og Bulgarien og Slovakiet med hhv. 4 pct. og 5 pct. af arbejdstagerne.

Ser vi på udviklingen over tid fra perioden 2002 til 2022, ligger Sverige nogenlunde stabil med hensyn til andelen af arbejdstagere i midlertidige ansættelser i Skandinavien, mens Finland har haft et markant fald på 5 procentpoint. Som vist i Figur 1.3, er andelen af danske arbejdstagere i midlertidige ansættelser faldet med lidt over 2 procentpoint fra omkring 14 pct. i 2000 til 12 pct. i 2020. I Norge er andelen over den 20-årige periode steget med 3 procentpoint. De største fald er sket i Storbritannien og Frankrig, som begge har haft fald i andelen af arbejdstagere i midlertidige ansættelser på omkring 10 procentpoint. De største stigninger finder vi i Grækenland og Bulgarien, hvor andelen er steget med hhv. 7 og 13 procentpoint. I de centraløsteuropæiske lande finder vi flere eksempler på ændringer. I både Polen og Estland er andelen med midlertidige ansættelser eksempelvis steget med 3 procentpoint.

Figur 1.3 **Udviklingen i andelen af arbejdstagere i midlertidige ansættelser fra 2002 til 2022**

Opgjort ved forskel i procentpoint af den samlede arbejdsstyrke.



Kilde: OECD (2024).

1.1 Psykisk helbred og midlertidig ansættelse

Undersøgelser af, hvorvidt en ansættelse i en midlertidige stilling har negative konsekvenser for arbejdstageren, er udfordret ved, at relationen kan gå begge veje: Midlertidige ansættelser kan føre til helbredsproblemer, men arbejdstagere med helbredsproblemer kan også være mere tilbøjelige til at søge stillinger med midlertidige ansættelse end mere permanente stillinger. For eksempel kan en person, som er tilbage på arbejdsmarkedet efter en længere periode med en sygdom, vælge en midlertidig ansættelse på grund af usikkerheden for et muligt tilbagefald.

Som led i forskningsprojektet har vi foretaget et litteraturstudie. På den baggrund kan vi konkludere, at der ikke er mange studier, som tager forbehold for, at relationen mellem midlertidig ansættelse og lavt helbred kan gå begge veje. Den manglende forskning kan muligvis skyldes, at det kræver adgang til paneldata, før kausaliteten kan fastlægges. Ved at følge arbejdstagerne over tid kan forskerne løbende måle i arbejdstagernes psykiske helbred før, under og efter den midlertidige ansættelse. Størstedelen af de empiriske undersøgelser er baseret på tværsnitsdata, hvilket betyder, at arbejdstagernes helbred kun bliver målt på ét tidspunkt. I en større litteraturgennemgang foretaget i 2005 oplister en forskningsgruppe 39 tværsnitsundersøgelser og blot 3 undersøgelser baseret på paneldata (Virtanen et al., 2005, se også Huenefeld, et al., 2016). I det følgende gennemgår vi de seneste bidrag om forholdet mellem midlertidig ansættelse og sundhed, hvor arbejdstagernes helbredstilstand følges over tid.

Bardasi og Francesconi (2004) anvender 10 bølger af spørgeskemaundersøgelsen British Household Panel Survey (BHPS) til at studere relationen mellem forskellige typer ansættelser og psykisk helbred. Deres indledende analyser er baseret på deskriptiv statistik og viser ingen statistisk signifikante forskelle i det psykiske helbred hos arbejdstagere i midlertidige ansættelser i forhold til arbejdstagere i permanente ansættelser – hverken for kvinder eller mænd. Forskerne skifter herefter til en modelbaseret tilgang for at bestemme mulige kausale effekter. Ved hjælp af en økonometrisk metode kaldet fixed effects, hvor de sammenligner ændringer i arbejdstagernes helbred over tid, konkluderer de, at midlertidige ansættelser ikke sætter sig nogle langvarige spor på arbejdstagernes helbred. Forskerne bemærker dog, at de på baggrund af deres data ikke har mulighed for at skelne mellem ufrivillige og frivillige midlertidige ansættelser. Denne skelnen mellem frivillig og ufrivillig midlertidig ansættelse er central, da frivillig midlertidig ansættelse ifølge forskerne kan tænkes at påvirke arbejdernes helbred positivt ved at være en vej til arbejdsmarkedet for udsatte personer.

Andre studier baseret på paneldata finder dog, at midlertidige ansættelser kan have negative konsekvenser for arbejdstagernes psykiske helbred. I et studie fra USA afdækker Quesnel-Vallée et al. (2010) de mulige negative konsekvenser ved hjælp af spørgeskemadata fra seks bølger fra US National Longitudinal Survey of Youth 1979. Ved hjælp af en metode kaldet propensity score matching kan forskerne sammenligne arbejdstagere i midlertidige ansættelser med en kontrolgruppe af arbejdstagere med permanent ansættelse, som har de samme sociodemografiske træk. Forskerne konkluderer, at arbejdstagere i midlertidige ansættelser i op til 2 år efter ansættelsen har større risici for psykiske helbredsproblemer, herunder depression.

I et britisk studie fra 2015 anvender en forskergruppe også data fra BHPS (her 18 bølger) til at bestemme, i hvilket omfang personer i midlertidige ansættelser adskiller sig fra andre arbejdere i forhold til fysisk og psykisk sundhed (Dawson et al., 2015). Det psykiske helbred bliver i undersøgelsen målt ud fra selvrapporterede svar i forhold til en række spørgsmål, som spænder fra lav livstilfredshed til psykiske lidelser som angst og stress. Forskerne finder, at arbejdstagere, som skifter fra en permanent til en midlertidig ansættelse, har et lavere niveau af psykisk helbred i forhold til ansatte i permanente ansættelser, som aldrig skifter til en midlertidig ansættelse.

Den britiske spørgeskemaundersøgelse BHPS er efterfølgende også anvendt i et studie, hvor forskerne Bender og Theodossiou (2018) bruger 17 bølger af BHPS til at undersøge de mulige negative konsekvenser ved fleksible ansættelseskontrakter i forhold til faste ansættelser. I forhold til de forrige undersøgelser baseret på BHPS af Bardasi og Francesconi (2004) og Dawson et al. (2015), anvender Bender og Theodossiou (2018) et endnu bredere mål på selvrapporteret helbred, som foruden respondents subjektive vurdering af, om deres helbred (målt ved svarene 'fremragende' eller 'godt') også medtager svar på spørgsmål om mere specifikke helbredsproblemer, såsom angst, depression, hjerte- og blodtryksproblemer samt mave- og fordøjelsesproblemer. I de statistiske analyser medtager forskerne kun de respondenter, der angiver, at de er ved godt helbred og har en permanent ansættelse i starten af undersøgelsen. Forskerne anvender proportional hazard regressionsmodeller (i den danske metodelitteratur også kaldet for overlevelsesmodeller), som udmærker sig ved at kunne tage højde for uobserveret heterogenitet. De konkluderer, at lange perioder med "atypisk" beskæftigelse fører til et højere stressniveau.

I et studie om det italienske arbejdsmarked anvender forskerne Pirani og Salvini (2015) fire bølger af en spørgeskemaundersøgelse fra the European Union Statistics on Income and Living Conditions Survey. Som mål for helbred anvender de to forskere, ligesom det amerikanske studie, et selvrapporteret mål i form af spørgsmålet "Hvordan er dit helbred generelt?". De italienske respondenterne vurderes til at have helbredsproblemer, hvis de svarer enten 'fair'

(enten godt eller dårligt), 'bad' (dårligt) eller 'very bad' (meget dårligt). På baggrund af multiple regressionsmodeller, som kombineres med propensity score matching (for at justere for mulig selektion ind i gruppen af arbejdstagere i midlertidige ansættelser) finder forskerne, at midlertidig ansættelse ikke har væsentlige negative konsekvenser for mænd, men at ansættelsesformen er stærkt skadeligt for de italienske kvinder. De midlertidige ansættelser er især dårlige for det psykiske helbred for kvinderne, når der er tale om længerevarende ansættelsesforhold. Ved kortere forhold (inden for et år), hvor en midlertidig ansættelse bliver efterfulgt af en permanent ansættelse, finder de to forskere ingen negative konsekvenser for arbejdstagernes helbred.

Et andet italiensk studie anvender registerdata for regionen Lombardiet i Norditalien (Moscone et al., 2016). Ved at anvende registerdata kan forskerne håndtere en række af de typiske udfordringer ved spørgeskemaundersøgelser, herunder at de personer, som oftest er mest udsatte, ikke deltager i undersøgelserne. Forskerne trækker på registerdata over en 5-årig periode og måler psykisk sundhed på baggrund af data for borgernes brug af receptpligtig medicin. På baggrund af deres statistiske analyser konkluderer de, at personer, der skifter fra en permanent til en midlertidig ansættelse, har en øget risiko for at udvikle psykiske sundhedsproblemer. Ved at skifte fra en midlertidig til en permanent ansættelse forbedres de ansattes mentale sundhed.

På baggrund af vores gennemgang af nyere undersøgelser kan vi konkludere, at studier baseret på paneldata overordnet set viser, at arbejdstagere på midlertidige ansættelser ofte har haft helbredsproblemer, før de blev ansat i en midlertidig stilling. Nogle studier viser dog også evidens for, at midlertidig ansættelse kan forværre de ansattes helbredsproblemer, i hvert fald i længere perioder med midlertidig ansættelse. I vores gennemgang har vi blot fundet én undersøgelse, som foretager separate analyser for kvinder og mænd. Dette studie af det italienske arbejdsmarked finder negative konsekvenser for kvinder, men ikke for mænd (Pirani & Salvini, 2015).

Nogle studier påpeger, at konsekvenserne ved en midlertidig ansættelse varierer over typen af velfærdsstat (Andrade, 2015; Voßemer et al., 2018). Eksempelvis fremhæver et studie de skandinaviske velfærdsstater for at give arbejdstagerne en god beskyttelse mod de negative virkninger af fleksible ansættelsesforhold (Kim et al., 2012). Velfærdsstatens evne til at understøtte arbejdstagerne skal dog også ses i relation til selve den måde, hvorpå arbejdsmarkedet er indrettet. Sammenlignet med andre arbejdsmarkeder i Europa er det danske arbejdsmarked præget af en betydelig grad af fleksibilitet i form af en høj frekvens af både ansættelser og afskedigelser (Albæk & Sørensen, 1998). Den danske arbejdsmarkedsordning indebærer samtidig, at arbejdstagerne relativt let kan få en ny ansættelse (Albæk et al., 2002). Ydermere er den økonomiske usikkerhed i Danmark lav, fordi velfærdsstaten supplerer den tabte erhvervsindkomst med forholdsvis høje sociale ydelser (Esping-Andersen, 1990). Det danske arbejdsmarked, indfanget med begrebet flexicurity, har spillet en stor rolle i udviklingen af europæiske politikker (European Commission, 2007) og i den akademiske debat om usikkert arbejde (Benach et al., 2014; Kalleberg, 2009).

2 Analyseafsnit

I dette afsnit præsenterer vi hovedresultaterne af vores undersøgelse af, hvorvidt en ufrivillig midlertidig ansættelse medfører en øget risiko for at få psykiske helbredsproblemer på det danske arbejdsmarked. Data stammer fra den europæiske arbejdskraftundersøgelse (*European Union Labour Force Survey*, herefter forkortet ved AKU), som er en kvartalsvis sammenlignende panelundersøgelse, der interviewer et bredt udsnit af mennesker i de europæiske lande om deres arbejdsmarkedsdeltagelse. Vi medtager samtlige respondenter fra undersøgelsen i alderen 20-64 år, som i perioden fra 2006 til 2018 havde en fuldtidsbeskæftigelse. Siden 2006 har AKU adspurgt arbejdstagere i Europa, hvorvidt de er ansat på en midlertidig kontrakt, og hvis ja, hvad årsagen er til ansættelsen. Vi fokuserer på de respondenter, som tilkendegiver, at de har en midlertidig ansættelse, fordi de ikke kunne få en fast ansættelse. For at måle psykiske helbredsproblemer supplerer vi med oplysninger fra sundhedsregistre om arbejdstagernes brug af receptpligtig medicin for stress og angst. For en mere detaljeret præsentation af data, se kapitel 5.

Operationalisering

Ufrivillig midlertidig ansættelse bliver målt ved, at respondenterne foruden at have en midlertidig ansættelse tilkendegiver, at årsagen til deres ansættelse er, at de ikke kunne få en permanent ansættelse.

Psykisk helbred er målt fra sundhedsregistre om arbejdstagernes brug af receptpligtig medicin for stress og angst. Vi følger tidligere undersøgelser (Rocco et al., 2018) og anvender antihypertensiva og psykotrope lægemidler. Antihypertensiva omfatter ATC-koderne C02, C03, C07, C08 og C09, mens psykofarmaka inkluderer ATC-koderne N05 og N06.

Vores afrapportering er opdelt i tre afsnit. I det første afsnit anvender vi deskriptiv statistik til at præsentere datamaterialet samt kortlægge de umiddelbare sammenhænge mellem ufrivillig midlertidige ansættelser og arbejdstagernes psykiske helbred. I det andet afsnit går vi mere teoretisk til værk og anvender økonometriske metoder til at bestemme den kausale relation mellem ufrivillig midlertidig ansættelse og psykisk helbred. I det tredje afsnit præsenterer vi robusthedsanalyser af vores fund. Alle analyser er opdelt i forhold til køn, og vi medtager kontrolvariable for arbejdstagernes alder, uddannelsesniveau, familieforhold og indkomst.

2.1 Deskriptive analyser

Vi indleder de deskriptive statistiske analyser med en analyse af, hvorvidt arbejdstagerne i ufrivillige midlertidige ansættelser adskiller sig fra arbejdstagere i permanente ansættelser. Analysen er opdelt for kvinder og mænd og præsenteret i Tabel 2.1, som viser gruppernes gennemsnit og standardafvigelse i forhold til arbejdstagernes alder, uddannelsesniveau, familieforhold og indkomst.

Tabel 2.1 Deskriptiv statistik for 20-64-årige kvinder og mænd i ufrivillige midlertidige ansættelser og i permanente ansættelser. Gennemsnit og standardafvigelse i parentes.

	Kvinder		Mænd	
	Ufrivillig midlertidig	Permanent	Ufrivillig midlertidig	Permanent
Gennemsnitligt medicinforbrug for psykiske helbredsproblemer	0,142 (0,355)	0,165 (0,371)	0,118 (0,333)	0,128 (0,333)
Uddannelsesniveau				
Lavt	0,146 (0,359)	0,152 (0,358)	0,214 (0,423)	0,198 (0,398)
Middel	0,391 (0,495)	0,471 (0,499)	0,464 (0,516)	0,552 (0,497)
Højt	0,464 (0,506)	0,377 (0,484)	0,323 (0,484)	0,251 (0,433)
Funktionær (white collar)	0,526 (0,507)	0,540 (0,498)	0,440 (0,512)	0,475 (0,499)
Gift	0,387 (0,494)	0,549 (0,497)	0,327 (0,484)	0,531 (0,498)
Børn op til 6 år	0,018 (0,134)	0,020 (0,140)	0,006 (0,080)	0,020 (0,140)
Børn op til 18 år	0,216 (0,418)	0,290 (0,453)	0,144 (0,362)	0,250 (0,432)
Indkomst i 1.000 DKK	317 (138)	387 (159)	333 (242)	460 (373)
Alder	36,8 (11,4)	42,1 (11,0)	37,9 (12,5)	41,9 (11,4)
År	2012,0 (3,7)	2011,8 (3,9)	2012,1 (3,6)	2011,7 (3,9)
Antal personer	5.365	67.142	3.827	80.216

Anm.: Data baseret på personer med fuldtidsbeskæftigelse i mindst én af runderne af AKU fra 2006-2018. Gruppen ufrivillig midlertidig ansættelse inkluderer alle respondenter, som på mindst ét tidspunkt i perioden havde denne ansættelsesform. Permanent ansættelse inkluderer alle respondenter, som i mindst én runde tilkendegav, at de havde en permanent ansættelse og ikke i nogle af runderne har svaret, at de havde en midlertidig ansættelse. Indkomstvariablen er målt ved årlig personlig indkomst og justeret til 2018-priser i DKK. Der er anvendt survey-vægte.

Kilde: AKU og Danmarks Statistik.

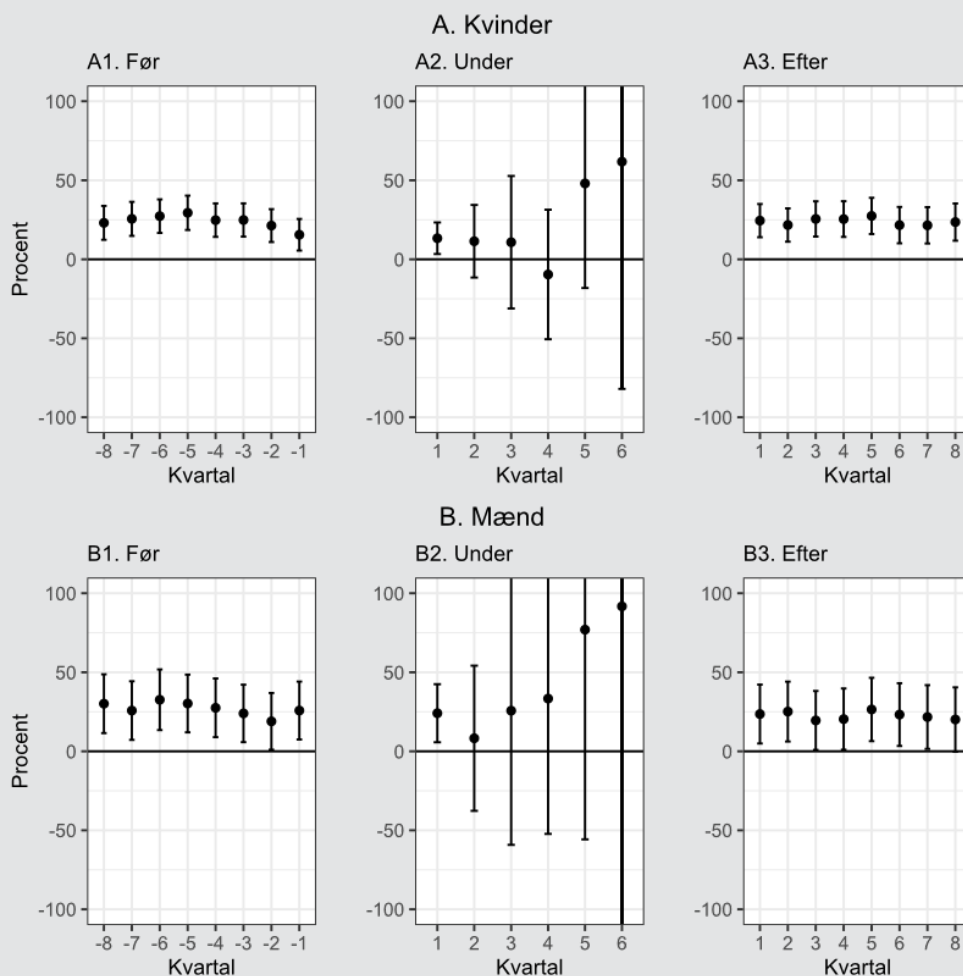
Tabel 2.1 viser, at undersøgelsens gruppe af arbejdstagere i ufrivillig midlertidig ansættelse består af 5.365 kvinder og 3.827 mænd. Dermed udgør andelen af arbejdstagere i ufrivillig midlertidig ansættelse godt 7 pct. af kvinderne,

mens andelen for mændene udgør lidt under 5 pct. Blandt de kvindelige arbejdstagere i ufrivillige midlertidige ansættelser anvender 14 pct. af dem en receptpligtig medicin for psykiske helbredsproblemer (her målt ved medicin for angst og stress). Andelen med receptpligtig medicin for psykiske helbredsproblemer er på 17 pct. i sammenligningsgruppen af kvindelige arbejdstagere, som har en permanent fuldtidsansættelse. For mænd er de tilsvarende tal lavere med hhv. 12 pct. for ufrivillig midlertidig ansættelse og 13 pct. (permanent ansættelse). For både kvinder og mænd er gennemsnitsalderen for de midlertidigt ansatte lavere end arbejdstagere i sammenligningsgruppen (37-38 år sammenlignet med 42 år). Den lavere alder for de midlertidigt ansatte afspejles også i en lavere andel i ægteskab samt en lavere andel med børn. Størrelsen på standardafvigelsen for alder viser dog, at de midlertidige ansættelser er udbredt blandt forskellige aldersgrupper af arbejdsstyrken (og ikke begrænset til fx yngre aldersgrupper). Ældre fuldtidsansatte er hyppigere brugere af receptpligtig medicin end yngre: Andelen af kvinder, der bruger receptpligtig medicin, stiger fra 6 pct. blandt arbejdere i alderen 20-24 år til 38 pct. blandt de 60-64-årige, mens de tilsvarende andele for mænd er 3 pct. og 36 pct.

Figur 2.1 illustrerer arbejdstagernes brug af receptpligtig medicin for psykiske problemer før, under og efter en periode med ufrivillig midlertidig ansættelse. Graferne i figuren angiver niveauet af arbejdstageres forbrug af receptpligtig medicin for angst og stress, når de har en ufrivillig midlertidig ansættelse i forhold til sammenligningsgruppen af arbejdstagere i fuldtidsstillinger, som ikke er ufrivilligt midlertidigt ansatte. Vi har i modellerne for graferne taget højde for aldersforskelle. Figuren er opdelt i køn, hvor kvinder er vist i panel A, mens mændene fremgår af panel B. For kvinder i ufrivillig midlertidig ansættelse har brugen af receptpligtig medicin i de første fire kvartaler (graf A2) en tendens til at være lavere end deres brug af receptpligtig medicin i det meste af perioden, før de starter i en midlertidig beskæftigelse (graf A1). Blandt de kvindelige arbejdstagere med perioder på fem og seks kvartaler med midlertidig beskæftigelse bruger en højere andel receptpligtige medicin, end før de kom ind i en ufrivillig midlertidig ansættelse. Efter den ufrivillige midlertidige ansættelse (graf A3) vender medicinforbruget tilbage til niveauet før ansættelsen. For mænd i ufrivillige midlertidig ansættelse (graf B2) ser medicinforbruget i de fleste af kvartalerne ud til at være højere, end før de blev ansat i en ufrivillig midlertidig stilling (graf B1).

Figur 2.1 Kvartalsvis brug af receptpligtig medicin for angst og stress før, under og efter ufrivillig midlertidig ansættelse. Opdelt for mænd og kvinder.

Kvartaler fra den ufrivillige ansættelse er anført ved negative værdier.



Kilde: AKU og Danmarks Statistik.

Niveauerne i graferne A1 og B1 i Figur 2.1, viser, at før arbejdstagerne begynder i en ufrivillig midlertidig ansættelse anvender de i gennemsnit mere medicin mod angst og stress end arbejdstagere med permanente ansættelser. Endelig skal det bemærkes, at selvom alle arbejdstagere i ufrivillige midlertidige ansættelser er inkluderet i koefficienten på det første kvartal, indgår der kun arbejdstagere med seks kvartaler af ufrivillig midlertidig ansættelse i beregningen af de sidste behandlingsindikatorer. Som følge heraf øges konfidensintervallerne. Det fremgår også i Figur 2.1, hvor konfidensbåndene for perioden

under ufrivillig midlertidig ansættelse (hhv. A2 og B2) bliver stadig større, jo længere periode med ufrivillig midlertidig ansættelse.

2.2 Kausale analyser

Tabel 2.2 viser resultaterne af vores to regressionsmodeller for de kvindelige arbejdstagere. Den første regressionsmodel i kolonne 1 er baseret på en OLS-estimation, som både medtager arbejdstagere med permanent ansættelse og arbejdstagere med ufrivillige midlertidige ansættelser. Som det fremgår af tabellen, er OLS-modellens betakoefficienten for ufrivillig midlertidig ansættelse positiv og signifikant forskellig fra nul på et 1 procents-niveau, hvilket tyder på, at kvinder i ufrivillige midlertidige ansættelser hyppigere bruger receptpligtig medicin end de kvinder, som har en fast ansættelse. Derudover viser OLS-modellen, at det første kvartal af ufrivillige midlertidige ansættelser er forbundet med fald i receptpligtigt medicinforbrug for stress og angst. Det samme gælder for det sidste kvartal, før arbejdstagerne påbegynder den ufrivillige midlertidige ansættelse. Fire kvartaler med ufrivillig midlertidig ansættelse synes følge OLS-modellen også at være forbundet med en forbedring i arbejdstagernes psykiske helbred. Endelig ser det ud til, at en ufrivillig midlertidig ansættelse ikke har vedvarende effekter for arbejdstagernes brug af receptpligtig medicin for psykiske problemer (eftersom koefficienten på indikatoren for medicinforbrug her ikke er signifikant forskellig fra nul).

Model 2 i kolonne 2 inkluderer kun kvinder i ufrivillige midlertidige ansættelser og bruger en anden estimationsmetode end OLS fra Model 1, som hedder fixed effects (FE). I modsætning til Model 1 sammenligner vi ikke længere effekterne med arbejdstagere i faste ansættelser. I stedet sammenligner vi det psykiske helbred blandt kvinderne i ufrivillig midlertidig ansættelse i forhold til før og efter den ufrivillige midlertidige ansættelse. Hertil skal det bemærkes, at FE-koefficienter alene afspejler arbejdstagernes ændringer i det psykiske helbred inden for observationsvinduet, hvilket betyder, at der kan være mørketal til grund for estimationen. Sammenlignet med brugen af receptpligtig medicin før arbejdstagerne træder ind i ufrivillige midlertidige ansættelser, viser modellen en forbedring i kvindernes helbred i løbet af det første kvartal af den ufrivillige midlertidige beskæftigelse og i det første kvartal før den ufrivillige midlertidige ansættelse. Faldet i medicinforbrug blandt kvinder i det kvartal er moderat på 1,1 procentpoint ifølge estimatet på $-0,011$ i kolonne 2 ($p = 0,036$, 95-procents konfidensinterval: $-0,021$ til $-0,001$). Model 2 i kolonne 2 viser også tegn på et moderat fald i medicinforbruget for kvinder, der har en ufrivillig midlertidig ansættelse i fire kvartaler. Dog er længere perioder af ufrivillige midlertidige ansættelser ifølge FE-modellen skadeligt for det psykiske helbred, da kvinder med seks kvartaler af ufrivillig midlertidig ansættelse har et signifikant højere medicinforbrug.

Tabel 2.2 Modelresultater for kvinder

	OLS	FE
Ufrivillig midlertidig beskæftigelse	0,0219*** (0,0052)	-
Et kvartal før ansættelse i ufrivillig midlertidig beskæftigelse	-0,0075*** (0,0033)	-0,0083** (0,0039)
Længden af ufrivillig midlertidig beskæftigelse		
1 kvartal	-0,0053** (0,0044)	-0,0109** (0,0052)
1-2 kvartaler	-0,0019 (0,0127)	-0,0041 (0,0075)
1-4 kvartaler	-0,0617*** (0,0244)	-0,0319* (0,0168)
1-5 kvartaler	-0,0038 (0,0281)	0,0140 (0,0195)
1-6 kvartaler	0,0632 (0,0708)	0,1244** (0,0553)
Efter ufrivillig midlertidig beskæftigelse	0,0032 (0,0039)	-0,0009 (0,0059)
Efter ufrivillig midlertidig beskæftigelse, 1-6 kvartaler	0,0460 (0,0824)	0,1314** (0,0624)
Konstantled	0,1312*** (0,0058)	0,1860*** (0,0166)
Antal respondenter	75.507	5.365

Note: Signifikansniveau er angivet ved * et 10-procents-niveau, ** et 5-procents-niveau, *** et 1-procents-niveau.

Kilde: AKU og Danmarks Statistik.

Efter en periode med ufrivillig midlertidig ansættelse vender medicinforbruget tilbage til det tidligere niveau, som arbejdstagerne havde to til otte kvartaler, før de observeres træde ind i ufrivillige midlertidige ansættelser. Undtagelsen er kvinder med seks kvartaler af ufrivillig midlertidig ansættelse, hvor en separat indikator indikerer øget medicinforbrug. Kvinder, der har seks kvartaler i en ufrivillig midlertidig ansættelse, ser ud til at have forringet psykisk helbred både under og efter ansættelsen. Eftersom effekterne har samme størrelse under og efter seks kvartaler af ufrivillig midlertidig ansættelse, estimerer vi en model, der vurderer den samlede størrelse ved at indføre en fælles indikator for både behandling og efterbehandling. Den fælles indikator har en koefficient på 0,128 ($p = 0,025$, 95-procents-konfidensinterval på 0,016 til 0,240), hvilket betyder en stigning i medicinforbrug under og efter seks kvartaler af ufrivillig midlertidig ansættelse på 12,8 procentpoint, hvilket vi tolker til at

være en markant stigning. Som vi så i Tabel 2.1, er det gennemsnitlige medicinforbrug blandt kvinder, to kvartaler før de indtræder i en ufrivillig midlertidig ansættelse, i gennemsnit på 14,2 pct. En stigning på 12,8 procentpoint er dermed næsten en fordobling af denne andel, mens en nedgang på 1,1 procentpoint (kun for ét kvartal af midlertidig beskæftigelse) svarer til mindre end en 10 pct.s reduktion i andelen.

OLS-estimerne i den første model tager ikke hensyn til uobserverede forskelle mellem arbejdstagere. For eksempel kan arbejdstagere, der går ind i ufrivillig fuldtidsmidlertidig beskæftigelse, have visse personlighedstræk, der interagerer med både resultatvariablen (receptpligtig medicin til mental sundhed) og behandlingsvariablen (ufrivillig midlertidig ansættelse). Ved at anvende faste effekter-estimering gør Model 2 det muligt at tage tidsinvariante uobserverede forskelle mellem arbejdstagere (såsom personlighedstræk) i betragtning. Estimerne i Model 1 af effekten af ufrivillig midlertidig ansættelse på mental sundhed vil derfor være skævvredet nedad, hvis arbejdstagere, som er tilbøjelige til at bruge receptpligtig medicin, også har en tendens til at undgå ufrivillige midlertidige ansættelser. En sådan bias kan være årsagen til, at koefficienterne på ufrivillig midlertidig ansættelse i Model 2, kolonne 2, er større end dem i Model 1, kolonne 1, for varigheder ud over 3 måneder.

For mænd finder vi ingen statistisk signifikante effekter af ufrivillig midlertidig ansættelse på arbejdstagernes forbrug af receptpligtig medicin til mentale sundhedsproblemer. Som vist i resultaterne i Albæk & Andrade (2024) for mænd er de fleste koefficienter for både OLS-modellen og fixed effects-modellen for indikatorerne for ufrivillig midlertidig ansættelse markant mindre end dem, vi finder for kvinderne. Ligesom det var tilfældet for kvinderne, viser vores analyser, at mænd med ufrivillige midlertidige ansættelser i gennemsnit har et højere forbrug af receptpligtig medicin end mænd med permanente ansættelseskontrakter.

2.3 Robusthedsanalyser

I dette afsnit præsenterer vi vores robusthedsanalyser af forskningsresultaterne. Vi starter med at undersøge, om resultaterne er forskellige over arbejdstagernes alder. Derefter undersøger vi, om vores resultater er robuste i forhold til arbejdstagernes historik på arbejdsmarkedet. Vi afslutter robusthedsanalyser med at kontrollere for andre kontrolgrupper.

2.3.1 Aldersforskelle

Vores robusthedsanalyser, hvor vi alene estimerer modellen for specifikke aldersgrupper, afslører, at sammenhængen mellem ufrivillig midlertidig ansættelse og medicin for psykiske helbredsproblemer varierer på tværs af alder. Som vist i Tabel 2.3, finder vi dog ingen tegn på, at længere perioder af ufrivillig midlertidig beskæftigelse har skadelige konsekvenser for den mentale sundhed hos kvinder under 30 år. I modsætning hertil synes de skadelige virkninger af længere perioder med ufrivillig midlertidig beskæftigelse på brugen af receptpligtig medicin til psykiske helbredsproblemer at være særligt markante for kvinder i alderen 30-39 år. For mændene finder vi ingen statistiske signifikante sammenhænge mellem ufrivillig midlertidig ansættelse og psykiske helbredsproblemer. For dog skjuler dette gennemsnitlige resultat ifølge analyser (se evt. appendiks Tabel S1 i Albæk & Andrade, 2024), at for mænd med seks kvartaler med ufrivillig midlertidig ansættelse aftager medicinforbruget efter at have forladt ufrivillig midlertidig ansættelse for dem over 40 år, hvilket ikke er tilfældet for mænd under 40 år.

Tabel 2.3 Ufrivillig midlertidig fuldtidsbeskæftigelse og psykiske helbredsproblemer for kvinder i forskellige aldersgrupper, estimation ud fra fixed effects, kvartalsvis for perioden 2006-2018. Afhængige variabel måler brug af receptpligtig medicin for psykiske problemer. Modellen medtager også kontrolvariable for alder, uddannelse, indkomst og familief forhold (disse koefficienter er ikke vist i tabellen).

	Aldersgrupper			
	20-29	30-39	40-49	50-64
Et kvartal før ufrivillig midlertidig ansættelse	-0,0128** (0,0057)	-0,0123 (0,0076)	-0,0019 (0,0098)	-0,0027 (0,0100)
Længden af ufrivillig midlertidig beskæftigelse				
1 kvartal	-0,0112 (0,0072)	-0,0253** (0,0105)	-0,0015 (0,0132)	0,0034 (0,0125)
1-2 kvartaler	0,0044 (0,0124)	-0,0158 (0,0143)	0,0244 (0,0171)	-0,0389** (0,0166)
1-4 kvartaler	-0,0042 (0,0071)	-0,0610* (0,0354)	-0,0410 (0,0410)	-0,0130 (0,0245)
1-5 kvartaler	0,0243 (0,0322)	0,0237 (0,0359)	-0,0071 (0,0438)	-0,0198 (0,0453)
1-6 kvartaler	-0,0033 (0,0113)	0,2369** (0,1159)	0,0455 (0,0650)	0,0569 (0,0718)
Efter ufrivillig midlertidig beskæftigelse	0,0047 (0,0090)	-0,0128 (0,0118)	0,0111 (0,0150)	-0,0030 (0,0134)

	Aldersgrupper			
	20-29	30-39	40-49	50-64
Efter ufrivillig midlertidig beskæftigelse, 1-6 kvartaler	0,0985 (0,0791)	0,2015 (0,1201)	0,0891 (0,1319)	0,0567 (0,0919)
Konstantled	0,1139*** (0,0162)	0,1587*** (0,0351)	0,2702*** (0,0362)	0,3803*** (0,0332)
Antal respondenter	1.635	1.462	1.077	1.191

Anm.: Standardfej i parentes er grupperet på personniveau og beregnet ved hjælp af stikprøvevægte. Indikatorerne for ufrivillige midlertidige ansættelser for fx 'Kvartal 1-6' tager værdien 1 for hver af de 6 kvartaler af midlertidig ansættelse og nul ellers. Indkomstvariablen er standardiseret til at have gennemsnitligt nul og standardafvigelse 1. Referencepersonen er en ugift arbejder uden børn med mellemuddannelse, gennemsnitsindkomst og i alderen 35-39 år i den første måned af 2012. Data omfatter personer, der havde fuldtidsbeskæftigelse i mindst én af AKU-undersøgelserne i 2006-2018 og omfatter indikatorer for mental sundhed for deltagerne otte kvartaler før den første undersøgelse og otte kvartaler efter den sidste undersøgelse.

Note: Signifikansniveau er angivet ved * et 10-procents-niveau, ** et 5-procents-niveau, *** et 1-procents-niveau.

Kilde: The European Labor Force Survey og Danmarks Statistik.

2.3.2 Tidligere beskæftigelseshistorik

Da det er muligt, at arbejdstagere følger forskellige sundhedsforløb afhængigt af deres arbejdsmarkedshistorie, afgrænser vi i dette afsnit analysen til de arbejdstagere, hvor arbejdsmarkedetsstatus observeres, før de træder ind i en ufrivillig midlertidig ansættelse. I praksis betyder det, at vi i denne robusthedsanalyse højst kan observere respondenterne over tre runder af AKU, da én runde angiver deres beskæftigelse, før de gik ind i ufrivillig midlertidig ansættelse. Vi skelner mellem arbejdstagere, der går fra at være (1) fuldtidsansat med en permanent ansættelse, (2) deltidsansat med permanent ansættelse, (3) deltidsansat i midlertidig ansættelse samt (4) arbejdsløs.

Resultatet for kvinderne fremgår af Tabel 2.4. Resultaterne af vores OLS-regressionsmodel indikerer, at de kvinder, som går fra at være i en deltidsmidlertidig ansættelse til en ufrivillig midlertidig ansættelse på fuldtid oplever betydelige forbedringer i deres psykiske helbred, når de skifter arbejdsmarkedetsposition til en ufrivillig midlertidig ansættelse på fuldtid. Dog viser vores fixed effects-regressionsmodeller for de kvindelige arbejdstagere ingen signifikante ændringer i helbredet ved overgangen fra fuldtidsansættelse, deltidsansættelse op til fuldtid, midlertidig deltidsansættelse og arbejdsløshed. Resultatet for mændene er præsenteret i Tabel 2.5. For mændene viser både vores OLS- og fixed effects-modellerne tegn på, at der sker visse forbedringer i arbejdstagerens psykiske helbred for dem, der går fra permanente deltidsansættelser og arbejdsløshed til ufrivillige midlertidige ansættelser. Vi finder også tegn på forringelse af mental sundhed for de mandlige arbejdstagere, der går fra fuldtidspermanent kontrakt til en ufrivillig midlertidig ansættelse.

Tabel 2.4 Ufrivillig midlertidig fuldtidsbeskæftigelse og psykisk helbred over arbejdsmarksposition for kvinder. Modellen medtager også kontrolvariable for alder, uddannelse, indkomst og familieforhold (disse koefficienter er ikke vist i tabellen).

	OLS estimation				Fixed effects estimation			
	Permanent fuldtid	Deltid fuldtid	Deltid, midlertidig	Arbejdsløs	Permanent fuldtid	Deltid fuldtid	Deltid, midlertidig	Arbejdsløs
Et kvartal før ufrivillig midlertidig ansættelse	-0,0034 (0,0076)	-0,0191 (0,0233)	-0,0281* (0,0163)	0,0028 (0,0098)	-0,0013 (0,0087)	-0,0064 (0,0224)	-0,0168** (0,0083)	-0,0123 (0,0122)
Længden af ufrivillig midlertidig beskæftigelse								
1 kvartal	-0,0070 (0,0110)	-0,0389 (0,0300)	-0,0020 (0,0193)	0,0176 (0,0160)	-0,0067 (0,0110)	-0,0216 (0,0300)	-0,0063 (0,0103)	-0,0248 (0,0169)
1-2 kvartaler	0,0503 (0,0428)	0,0027 (0,0785)	-0,0748** (0,0376)	0,0816 (0,0520)	0,0237 (0,0305)	0,0128 (0,0265)	0,0099 (0,0276)	-0,0157 (0,0233)
1-4 kvartaler	-0,0671 (0,0549)	-0,0077 (0,1344)	-0,0726 (0,0642)	-0,0687 (0,0479)	-0,0179 (0,0156)	0,0000 (0,0313)	-0,0050 (0,0114)	-0,0114 (0,0352)
1-5 kvartaler	0,0143 (0,0747)	-0,0682 (0,0633)	-0,0315 (0,0414)	-0,0654 (0,0431)	0,1276 (0,1058)	0,0005 (0,0380)	0,0101 (0,0106)	0,0434 (0,0284)
Efter ufrivillig midlertidig beskæftigelse	-0,0077 (0,0117)	-0,0312 (0,0221)	-0,0342 (0,0240)	0,0416** (0,0197)	-0,0127 (0,0135)	0,0112 (0,0375)	-0,0013 (0,0121)	-0,0190 (0,0186)
Konstantled	0,2052*** (0,0411)	0,2073*** (0,0760)	0,2017*** (0,0621)	0,2102*** (0,0566)	0,2175*** (0,0538)	0,1070 (0,0950)	0,1363*** (0,0375)	0,2995*** (0,0574)
Antal respondenter	845	211	246	680	845	211	246	680

Anm.: Signifikansniveau er angivet ved * et 10-procents-niveau, ** et 5-procents-niveau, *** et 1-procents-niveau.

Kilde: AKU og Danmarks Statistik.

Tabel 2.5 Ufrivillig midlertidig fuldtidsbeskæftigelse og psykisk helbred over arbejdsmarkspostion for mænd. Modellen medtager også kontrolvariable for alder, uddannelse, indkomst og familieforhold (disse koefficienter er ikke vist i tabellen).

	OLS estimation				Fixed effect estimation			
	Permanent fuldtid	Deltid fuldtid	Deltid, midlertidig	Arbejdsløs	Permanent fuldtid	Deltid fuldtid	Deltid, midlertidig	Arbejdsløs
Et kvartal før ufrivillig midlertidig ansættelse	0,0129 (0,0085)	-0,0102 (0,0307)	0,0185 (0,0245)	-0,0131 (0,0128)	0,0055 (0,0065)	-0,0254 (0,0274)	-0,0005 (0,0227)	-0,0095 (0,0112)
Længden af ufrivillig midlertidig beskæftigelse								
1 kvartal	0,0051 (0,0105)	0,0089 (0,0256)	0,0029 (0,0261)	-0,0161 (0,0161)	0,0038 (0,0084)	0,0017 (0,0203)	-0,0265 (0,0210)	-0,0247* (0,0130)
1-2 kvartaler	0,0623 (0,0461)	-0,0177 (0,0724)	-0,0836 (0,0670)	-0,0706 (0,0398)*	-0,0119 (0,0168)	-0,0401 (0,0360)	0,0528 (0,0483)	-0,0347** (0,0162)
1-4 kvartaler	0,0743 (0,0904)	0,0091 (0,0349)	0,0966 (0,2820)	-0,0029 (0,0908)	0,0518 (0,0541)	-0,0411 (0,0363)	-0,0420 (0,0587)	-0,0071 (0,0248)
1-5 kvartaler	0,2338* (0,1220)	-0,4918*** (0,1331)	-	-0,0837* (0,0436)	0,0870* (0,0486)	-0,0713* (0,0403)	-	-0,0131 (0,0175)
Efter ufrivillig midlertidig beskæftigelse	0,0229* (0,0125)	0,0250 (0,0290)	-0,0105 (0,0359)	-0,0138 (0,0163)	0,0103 (0,0096)	0,0057 (0,0212)	-0,0481 (0,0461)	-0,0135 (0,0146)
Konstantled	0,0553* (0,0334)	0,0277 (0,0845)	0,0567 (0,0952)	0,1884*** (0,0621)	0,1358*** (0,0327)	0,2912*** (0,0959)	0,0307 (0,0993)	0,2117*** (0,0614)
Antal respondenter	804	91	82	550	804	91	82	550

Anm.: Signifikansniveau er angivet ved * et 10-procents-niveau, ** et 5-procents-niveau, *** et 1-procents-niveau.

Kilde: AKU og Danmarks Statistik.

2.3.3 Andre kontrolgrupper

Hovedresultaterne i studiet stammer fra fixed effects-modeller baseret på paneldata, der undersøger arbejdstageres forbrug af receptpligtig medicin for psykiske problemer under og efter ufrivillig midlertidige ansættelser i forhold til arbejdstageres psykiske problemer, *før* de fik en ufrivillig midlertidig ansættelse. I disse analyser adskiller vi ikke, om arbejdstagerne var arbejdsløse eller kom fra andre former for beskæftigelse, *før* de trådte ind i ufrivillig fuldtids- midlertidig beskæftigelse. Imidlertid kan mental sundhed for arbejdstagere i ufrivillig midlertidig ansættelse have ændret sig i løbet af estimationsperioden på grund af observerede eller uobserverede karakteristika ved arbejdstagerne, selv hvis de ikke var gået ind i midlertidig beskæftigelse.

Som et supplement til vores fixed effects-modeller undersøger vi derfor i dette afsnit udviklingen af midlertidige arbejdstageres mentale sundhed i forhold til en kontrolgruppe ud fra en statistisk procedure kaldet difference-in-difference matching (Heckman et al., 1997). Denne procedure udmærker sig ved at kunne tage højde for en bestemt type af bias i fixed effects estimationer, der opstår, hvis brugen af receptpligtig medicin blandt de ufrivilligt midlertidige arbejdstagere ændrer sig over tid på grund af uobserverede årsager. For at kontrollere for dette forhold anvender vi data om arbejdstagere, der får en ufrivillig midlertidig ansættelse på et senere tidspunkt, som kontrolgrupper (se Deshpande & Li, 2019; Fadlon & Nielsen, 2021, for flere tekniske detaljer om denne procedure). Resultaterne fra matchende modeller, der inkluderer kontrolgrupper, fremgår af Tabel 2.6. Resultaterne fra disse matchende modeller afviger kun marginalt fra resultaterne af regnskabsmodellerne uden kontrolgrupper, som vi præsenterede i Tabel 2.2.

Tabel 2.6 Psykisk helbred for arbejdstagere i ufrivillig midlertidig ansættelse sammenlignet med en kontrolgruppe af arbejdstagere, som på et senere tidspunkt får en ufrivillig midlertidig ansættelse kontrolleret for alder, uddannelse, indkomst og familieforhold.

	Kvinder	Mænd
Ufrivillig midlertidig ansættelse	0,0037 (0,0056)	0,0010 (0,0051)
Et kvartal før ufrivillig midlertidig ansættelse	-0,0138 (0,0086)	0,0050 (0,0094)
Længden af ufrivillig midlertidig beskæftigelse		
1 kvartal	-0,0115* (0,0069)	0,0035 (0,0063)
1-2 kvartaler	-0,0037 (0,0130)	-0,0129 (0,0122)
1-4 kvartaler	-0,0342 (0,0255)	-0,0157 (0,0276)
1-5 kvartaler	-0,0040 (0,0324)	0,0257 (0,0285)
1-6 kvartaler	0,1360* (0,0711)	-0,0072 (0,0118)
Efter ufrivillig midlertidig beskæftigelse	-0,0062 (0,0070)	0,0040 (0,0061)
Efter ufrivillig midlertidig beskæftigelse, 1-6 kvartaler	0,0926** (0,0441)	-0,0408 (0,1118)
Konstantled	0,1648*** (0,0142)	0,1163*** (0,0132)
Antal respondenter	5.345	3.805

Anm.: Signifikansniveau er angivet ved * et 10-procents-niveau, ** et 5-procents-niveau, *** et 1-procents-niveau.

Kilde: AKU og Danmarks Statistik.

3 Konklusion

I denne undersøgelse viser vi, at længerevarende perioder af ufrivillig midlertidig ansættelse (mindst seks kvartaler) har negative psykiske konsekvenser for de kvindelige arbejdstagere, men ikke for mændene. Kønsforskellene gør sig også gældende for kortere perioder med ufrivillig midlertidig ansættelse, hvor vores analyser viser, at ufrivillig midlertidig ansættelse har mindre positive mentale sundhedsmæssige konsekvenser for kvinderne, men ikke for mændene. Resultaterne er gjort på baggrund af data for perioden 2006-2018, hvor vi har kombineret data fra en repræsentativ spørgeskemaundersøgelse (Arbejdskraftundersøgelsen) om danskernes selvrapporterede ansættelsesforhold med registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen om arbejdernes brug af receptpligtig medicin for psykiske problemer. I forhold til tidligere studier bidrager denne undersøgelse med mere viden på tre centrale områder.

For det første er undersøgelsen, så vidt vi ved, den første til at analysere konsekvenserne for arbejdstagernes psykiske helbred ved ufrivilligt at have en midlertidig ansættelse. Dog er vi ikke de første til at understrege vigtigheden af separate analyser af arbejdstagere i midlertidige ansættelser. Eksempelvis konkluderer Bardasi og Francesconi (2004), at arbejdstagere i Storbritannien med sæson- eller tidsbegrænsede ansættelser ikke har langvarige skadelige mentale helbredseffekter – hverken for kvindelige eller mandlige arbejdstagere. De bemærker dog, at de på grund af datamæssige begrænsninger ikke har mulighed for at skelne mellem ufrivillige og frivillige midlertidige ansættelser, og at helbredseffekterne muligvis endda kan være positive. Ved hjælp af vores kombination af spørgeskema- og registerdata kan vores undersøgelse supplere Bardasi og Francesconis konklusion ved at vise, at kortvarige midlertidige ansættelser kan have positive effekter for arbejdstagernes mentale sundhed, men at langvarig midlertidig beskæftigelse kan have negative konsekvenser for de kvindelige arbejdstagere.

For det andet er undersøgelsen også den første til at analysere de sundhedsmæssige konsekvenser af forskellige perioder med ufrivillig midlertidig ansættelse på arbejdstagernes psykiske helbred. Pirani og Salvini (2015) har for det italienske arbejdsmarked vist, at længere perioder med midlertidig beskæftigelse har negative konsekvenser for den generelle sundhed blandt kvinder, men ikke for mænd. Vores undersøgelse bidrager til denne forskning ved at vise, at langsigtede virkninger også gælder for sammenhængen mellem ufrivillig midlertidig ansættelse og psykisk helbred.

For det tredje afrapporterer vi i undersøgelsen kønsspecifikke resultater, hvilket ikke er tilfældet for størstedelen af den tidligere litteratur om emnet. I et litteraturstudie af atypisk beskæftigelse (inklusive midlertidig beskæftigelse) og sundhed (inklusive mental sundhed) finder forskerne Gray et al. (2021) kun

12 studier offentliggjort siden 2009, der rapporterede kønsspecifikke forskningsresultater.

3.1 Begrænsninger

Undersøgelsens empiriske fund skal ses i lyset af en række forhold, som sætter visse begrænsninger for vores konklusioner. Blandt begrænsningerne ved undersøgelsen kan vi bl.a. fremhæve, at beskæftigelsesstatus er selvrappor- teret og ikke observeres uden for undersøgelseskvartalerne. Information om ufrivillig beskæftigelse er dog vanskelig at opnå uden at spørge arbejdsta- gerne. Vores brug af selvrappor- teret information om ansættelsesforhold har mindst to implikationer for fortolkningen af resultaterne. For det første viser vores resultater, at kvinder, som i seks kvartaler har en ufrivillig midlertidig an- sættelse, får et dårligere psykisk helbred og derfor må anvende receptpligtig medicin. Denne konklusion er baseret på information fra Arbejdskraftsunders- søgelsen, der indeholder to kvartaler, hvor respondenterne har svaret, at de har en ufrivillig midlertidig ansættelse, derefter to kvartaler uden data og derefter to kvartaler, hvor respondenterne igen tilkendegiver, at de har en ufrivillig mid- lertidig ansættelse. Da det kan tænkes, at respondenterne muligvis har været i en permanent ansættelse i den mellemliggende periode på de to kvartaler, hvor Arbejdskraftsundersøgelsen ikke indsamler data om respondentgruppen, kan det tænkes, at vores mål for ufrivillig ansættelse indeholder målefejl, der må formodes at mindske koefficientstørrelsen. Derfor betragter vi vores mål for de sundhedsmæssige konsekvenser af længere perioder med ufrivillig midlertidig ansættelse som konservative estimater.

For det andet indeholder vores data ikke information om ansættelsesforhold før den første undersøgelse, og det er derfor sandsynligt, at nogle arbejdsta- gere har haft midlertidig beskæftigelse før det første observerede kvartal. Hvis kortvarig ufrivillig midlertidig ansættelse forbedrer nogle arbejdstageres psykiske helbred (som vores undersøgelse viser), kan denne forbedring finde sted før den første observation af ufrivillig midlertidig ansættelse. Hvis det er tilfældet, vil vores koefficient på indikatoren for perioden før den første obser- vation af ufrivillig midlertidig beskæftigelse have en tendens til at være nega- tiv, hvilket faktisk er tilfældet (se evt. Tabel 3.2 for kvinder i ufrivillige midlerti- dige ansættelser). En anden potentiel årsag til denne negative koefficient er selvselektion, hvilket sker, når fx nogle kvinder (på grund af forskellige livsom- stændigheder, såsom regler for modtagelse af sociale ydelser) søger efter et job og får en ufrivillig midlertidig ansættelse, når de oplever forbedret mental sundhed.

➤ **Dokumentation**

4 Metode

4.1 Tre modeller

Vi bruger varianter af regressionsanalyse for at bestemme effekten af ufrivillig midlertidig ansættelse på vores afhængige variabel (medicin mod visse mentale sundhedsproblemer). Sammenhængen mellem behandling og resultat måles ved koefficienter på indikatorvariabler, der tager værdien én, hvis respondenter er i midlertidig beskæftigelse i et kvartal, og nul ellers. Vi koder for forskellige længder, så der er én indikator for at være i ufrivillig midlertidig beskæftigelse i ét kvartal, og andre indikatorer for at være i midlertidig beskæftigelse i to, fire, fem og seks kvartaler (pausen i indsamlingen af undersøgelsen betyder, at perioder på tre kvartaler af midlertidig beskæftigelse ikke observeres i dataene). Derudover anvender vi indikatorvariabler før og efter behandlingen for at vurdere for-niveauet og efter-niveauet for mental sundhed.

Vi estimerer tre typer modeller. Først sammenligner vi resultatet af behandlingsgruppen med sammenligningsgruppen af andre fuldtidsansatte ved hjælp af en lineær regressionsmodel (OLS). Dernæst bruger vi behandlingsgruppen til at estimere regressionsmodeller, der indeholder separate skæringspunkter for hver deltager, dvs. faste effekter. Faste effekter-modeller udelukker virkninger af tid-invariante faktorer, der måske påvirker arbejdstagernes mentale sundhed. Vi inkluderer derfor kun tids-varierende forklarende variable i disse modeller. For det tredje anvender vi 'difference-in-difference matching' (Heckman et al., 1997) ved at danne en kontrolgruppe bestående af arbejdstagere, der går ind i midlertidig beskæftigelse i et senere kvartal (Deshpande & Li, 2019; Fadlon & Nielsen, 2021). Denne procedure har potentiale til at mindske virkningen af uobserverede forskelle mellem arbejdstagere på resultatvariablen. For alle analyser anvender vi stikprøvevægte. Stikprøvevægtene i AKU tager både højde for stratifikation og frafald. For hver respondent anvender vi gennemsnittet af stikprøvevægtene over de runder af undersøgelsen, som de har deltaget i. Vi håndterer manglende værdier på følgende måde: Respondenter uden uddannelsesmæssig information udelades fra analysen, svarende til 2,3 pct. af data; vi tilskriver arbejdstagere nul børn, hvis der ikke er information om børn i data; arbejdstagere uden ægteskabsinformation behandles som enlige; seks arbejdstagere uden beskæftigelsesinformation kategoriseres som manuelle arbejdere på baggrund af deres uddannelsesmæssige information.

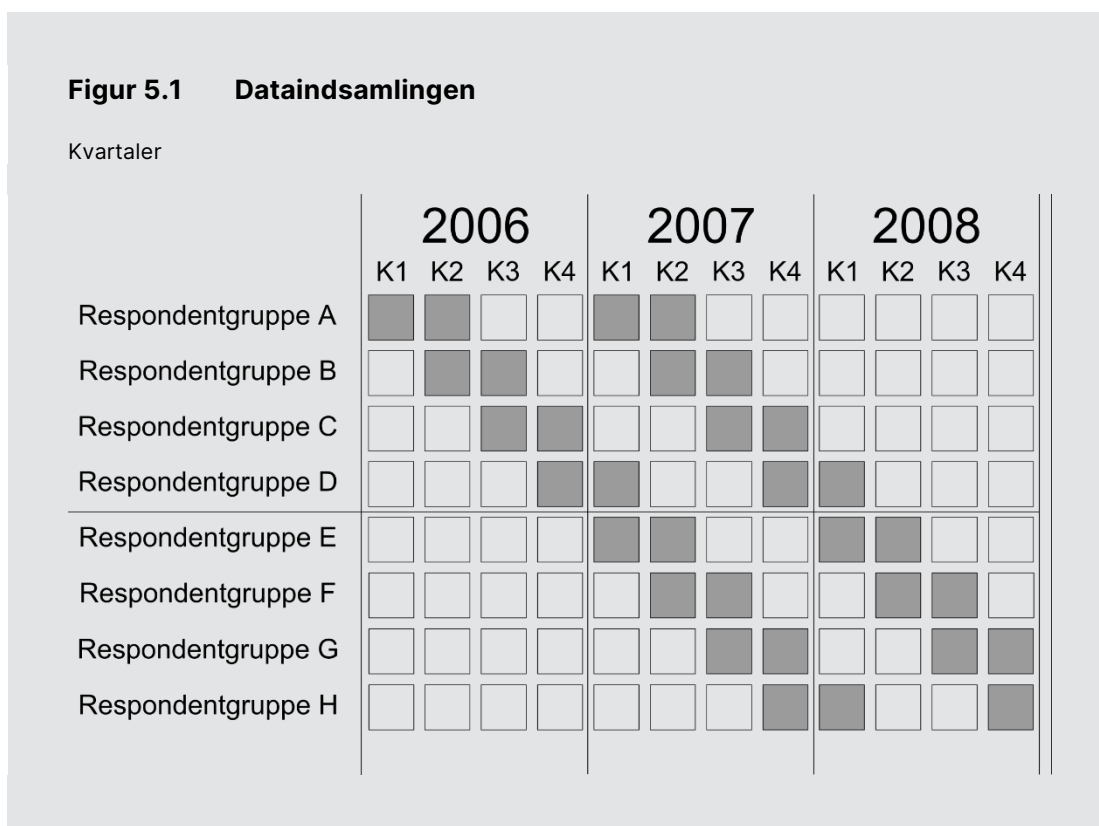
4.2 Kontrolvariable

Inspireret af tidligere forskning (Benach et al., 2014) inkluderer vi i vores regressionsmodeller en række variable for kontrol for baggrundsforhold i form af arbejdstagernes uddannelsesniveau, erhverv og indkomst. Vi trækker på den internationale standardklassifikation af uddannelse og klassificerer arbejdstagernes i tre kategorier: højt (universitetsniveau i form af bachelor- eller kandidatgrad), mellem (erhvervs- eller gymnasieskoleniveau) og lavt (ikke erhvervskvalificerende uddannelse fx grundskoleuddannelse). Erhvervskategorierne følger hovedkategorierne i den internationale standardklassifikation af erhverv (ISCO). Vi definerer funktionærer (eller white collar) ved ISCO-hovedkategorier 0-4 og arbejdere ved hovedkategorier af ISCO 5-9. Oplysninger om indkomst kommer fra skatteregistre. Fra disse registre har vi konstrueret en variabel, der måler den årlige samlede indkomst, der inkluderer indtjening og kapitalindkomst. Vi inkluderer også demografiske husstandsvariable om familiesammensætning. Eksempelvis har vi medtaget mål for civilstand, en indikator for børn under 6 år, der bor i husstanden, og en indikator for børn under 18 år, der bor i husstanden.

5 Data

5.1 Datagrundlag

Data stammer fra den europæiske arbejdskraftsundersøgelse (European Union Labour Force Survey, herefter forkortet ved AKU), som er en kvartalsvis sammenlignende panelundersøgelse, der interviewer et udsnit af mennesker i de europæiske lande om deres arbejdsmarkedsdeltagelse. Respondenter bliver i AKU interviewet op til fire gange. Anden samtale foregår et kvartal efter første undersøgelse, mens tredje og fjerde interview finder sted efter to kvartalers pause. I vores analyse bruger vi interviewrunder indsamlet mellem 2006 og 2018 og begrænser vores stikprøve til respondenter, som er mellem 20 og 64 år. Figur 5.1 viser, hvorledes otte respondentgrupper har deltaget i dataindsamlingen i AKU i perioden fra første kvartal i 2006 til fjerde kvartal i 2008.



Kilde: Egen figur.

Den første respondentgruppe, gruppe A, er interviewet i første og andet kvartal i 2006. Efter en pause i tredje og fjerde kvartal i 2006 bliver respondenterne i gruppe A interviewet igen i første og andet kvartal af 2007. Herefter

udgår de fra undersøgelsen. Respondenterne i gruppe B bliver første gang interviewet til undersøgelsen i det andet kvartal af 2006 og er interviewet den sidste gang i det tredje kvartal af 2007. Ved hvert kvartal bliver der tilføjet nye respondentgrupper til AKU'en, og undersøgelsen er stadig aktiv. Grundet vores metodiske design medtager vi alle respondenter, som deltog i kvartalerne fra 2006 til 2018. I vores analyse begrænser vi ydermere vores data til alene at inkludere respondenter, som mindst én gang har svaret, at de ufrivilligt er i en midlertidig ansættelse. Vi har ingen data om tidligere ansættelsesforhold for de respondenter, som i det første kvartal, hvor de deltager i undersøgelsen, har tilkendegivet, at de har en ufrivilligt midlertidig ansættelse. For at tage højde for dette forhold komplementerer vi vores undersøgelse med en analyse af, hvorvidt konsekvenserne af en ufrivilligt midlertidig ansættelse varierer i forhold til arbejdstagernes tidligere ansættelsesforhold.

5.1.1 Ufrivillig midlertidig ansættelse

Siden 2006 er deltagerne i AKU blevet spurgt, om de er ansat på en midlertidig kontrakt, og hvis ja, årsagen til deres midlertidige beskæftigelse. Deltagerne med midlertidig beskæftigelse kan angive en af følgende fire årsager: de kunne ikke finde et fast job, de ønskede ikke et fast job, de har en uddannelsesaftale, eller de har en kontrakt for en prøveperiode. Vores behandlingsgruppe består af fuldtidsansatte, der svarede, at de var på en midlertidig kontrakt, fordi de ikke kunne finde et fast job. Vi henviser til denne gruppe som ufrivillige midlertidige arbejdstagere. Derudover konstruerer vi en sammenligningsgruppe bestående af alle andre deltagere, der angav, at de var ansat fuldtid på en fast kontrakt. Vi betegner denne gruppe som 'arbejdere med fast kontrakt'. I vores analyser inkluderer vi variabler, der måler forskellige længder af ufrivilligt midlertidig beskæftigelse, der varierer fra et til seks kvartaler af beskæftigelse.

Vi begrænser analysen til primært at fokusere på arbejdstagere i fuldtids ufrivilligt midlertidig beskæftigelse. Vores valg om ikke eksempelvis at inkludere gruppe af deltidsansatte vikarer beror på, at fuldtidsansatte kan antages at have et højere niveau af organisatorisk engagement og jobtilfredshed sammenlignet med deltidsansatte. Som følge heraf kan de mentale helbredssekvenser af midlertidig ansættelse også være forskellige for fuldtids- og deltidsansatte. Inddragelse af deltidsansatte i analysen ville således gøre vores resultater til en blanding af svarene fra de to grupper af arbejdere.

5.1.2 Medicin for bestemte psykiske helbredsproblemer

Vi har suppleret AKU med detaljerede registerdata om respondenternes helbredstilstand fra Lægemiddeldatabasen, der dækker alle ordinerede lægemidler i Danmark. Databasen indeholder en detaljeret klassificering af medicin i henhold til den internationale klassifikation af lægemidler, Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC). Vi konstruerer en binær indikator for mental sundhed, der måler, om respondenteren har fået ordineret et eller flere lægemidler mod psykiske problemer i løbet af et kvartal. Vi følger deltagerens mentale sundhed i otte kvartaler før den første undersøgelse og otte kvartaler efter den sidste undersøgelse. Vi bruger de samme to grupper af stoffer som indikatorer for mental sundhed som i Rocco et al. (2018): antihypertensiva og psykotrope lægemidler. Antihypertensiva omfatter ATC-koder C02, C03, C07, C08 og C09, mens psykofarmaka inkluderer ATC-koder N05 og N06. Mens en række undersøgelser har brugt medicin som et mål for psykiske problemer, er vi klar over, at mange mennesker med lignende helbredsproblemer (af forskellige årsager) ikke bruger medicin. Vores analyser skal derfor ses som relativt konservative skøn, da antallet af mennesker med psykiske problemer på grund af ufrivillig midlertidig ansættelse kan være væsentligt højere.

Litteratur

- Albæk, K., & Sørensen, B.E. (1998). Worker Flows and Job Flows in Danish Manufacturing, 1980-91. *The Economic Journal*, 108(451), 1750-1771.
- Albæk, K., Van Audenrode, M., & Browning, M. (2002). Employment Protection and the Consequences for Displaced Workers: A Comparison of Belgium and Denmark. In: Kuhn, P.J. (Ed.), *Losing Work, Moving on International Perspectives on Worker Displacement*, (471-511). Kalamazoo: W.E. Upjohn Institute.
- Andrade, S.B. (2015). Precarity and public risk management: Trends in Denmark across four decades. In: Larsen, J.E., & Bengtsson, T.T. (Eds.), *The Danish Welfare State A Sociological Investigation*, (73-87). London: Palgrave Macmillan.
- Barbieri, P. (2009). Flexible employment and inequality in Europe. *European Sociological Review*, 25(6), 621-628.
- Bardasi, E., & Francesconi, M. (2004). The impact of atypical employment on individual wellbeing: Evidence from a panel of British workers. *Social Science & Medicine*, 58(9), 1671-1688.
- Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2014). Precarious employment: Understanding an emerging social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 35, 229-253.
- Bender, K.A., & Theodossiou, I. (2018). The unintended consequences of flexicurity: The health consequences of flexible employment. *Review of Income and Wealth*, 64(4), 777-799.
- Dawson, C., Veliziotis, M., Pacheco, G., & Webber, D.J. (2015). Is temporary employment a cause or consequence of poor mental health? A panel data analysis. *Social Science & Medicine*, 134, 50-58.
- Deshpande, M., & Li, Y. (2019). Who is screened out? Application costs and the targeting of disability programs. *American Economic Journal: Economic Policy*, 11(4), 213-248.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- European Commission (2007). *Towards Common Principles of Flexicurity: More and better jobs through flexibility and security*. Brussels: Commission of the European Communities.
- Fadlon, I., & Nielsen, T.H. (2021). Family labor supply responses to severe health shocks: Evidence from Danish administrative records. *American Economic Journal: Applied Economics*, 13(3), 1-30.
- Gray, B.J., Grey, C.N.B., Hookway, A., Homolova, L., & Davies, A.R. (2021). Differences in the impact of precarious employment on health across population subgroups: A scoping review. *Perspectives in Public Health*, 141(1), 37-49.
- Heckman, J.J., Ichimura, H., & Todd, P.E. (1997). Matching as an econometric evaluation estimator: Evidence from evaluating a job training programme. *The Review Economic Studies*, 64(4), 605-654.
- Huenefeld, L., & Koeper, B. (2016). Fixed-term employment and job insecurity (JI) as risk factors for mental health. A Review of International Study Results. *E-Journal of International and Comparative Labour Studies* 5(3), 94-113.
- Kalleberg, A.L. (2000). Nonstandard employment relations: Part-time, temporary and contract work. *Annual Review of Sociology*, 26(1), 341-365.
- Kalleberg, A.L. (2009). Precarious work, insecure workers: Employment relations in transition. Presidential Address to the American Sociological Association. *American Sociological Review*, 74(1), 1-22.
- Kalleberg, A.L. (2011). *Good jobs, bad jobs: The rise of polarized and precarious employment systems in the United States, 1970s-2000s*. New York: Russell Sage Foundation, American Sociological Rose Series in Sociology.
- Katz, L.F., & Krueger, A.B. (2017). The role of unemployment in the rise in alternative work arrangements. *American Economic Review*, 107(5), 388-392.
- Kim, I.H., Muntaner, C., Shahidi, F.V., Vives, A., Vanroelen, C., & Benach, J. (2012). *Welfare states, flexible employment, and health: A critical review*. *Health Policy*, 104(2), 99-127.
- Moscone, F., Tosetti, E., & Vittadini, G. (2016). The impact of precarious employment on mental health: The case of Italy. *Social Science & Medicine*, 158, 86-95.

OECD (2024). *Temporary employment (indicator)*. Retrieved from [D. 3.1.2024]: <https://dx.doi.org/10.1787/75589b8a-en>

Pirani, E., & Salvini, S. (2015). Is temporary employment damaging to health? A longitudinal study on Italian workers. *Social Science & Medicine*, *124*, 121-131.

Quesnel-Vallée, A., DeHaney, S., Ciampi, A. (2010). Temporary work and depressive symptoms: A propensity score analysis. *Social Science & Medicine*, *70*(12), 1982-1987.

Rocco, L., Crema, A., Simonato, L., & Cestari, L. (2018). The effect of job loss on pharmaceutical prescriptions. *Social Science & Medicine*, *217*, 73-83.

Uchitelle, L. (2007). *The disposable American: Layoffs and their consequences*. New York: Vintage Books.

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), 610-22.

Voßemer, J., Gebel, M., Täht, K., Unt, M., Högberg, B., & Strandh, M. (2018). The effects of unemployment and insecure jobs on well-being and health: The moderating role of labor market policies. *Social Indicators Research*, *138*(3), 1229-1257.

Weil, D. (2014). *The Fissured Workplace: Why Work Became So Bad for So Many and What Can Be Done to Improve It*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

VIVÉ