



ANALYSE AF KRONISK OG PSYKISK SYGE BORGERES TILKNYTNING TIL ARBEJDSMARKEDET

Den 9. februar 2013

Ref THP/JPN

jpn@kl.dk

Dir 3370 3876

Indhold

Indhold.....	1
1. Baggrund	2
2. Resumé	4
3. Formål, afgrænsning og læsevejledning.....	17
4. Det generelle billede	21
5. Klassiske kroniske sygdomme	29
6. Kræft.....	52
7. Psykotiske lidelser	70
8. Ikke-psykotiske lidelser	91
9 Bilag.....	111

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

Tlf 3370 3370

Fax 3370 3371

www.kl.dk

Side 1/124

1. Baggrund

Mange borgere lever et liv med sygdom, og da den danske befolkning bliver ældre, vil dette være situationen for endnu flere i de kommende år. En stor del af borgere over 67 år har en kronisk sygdom, og den gruppe forventes at vokse betydeligt.

Sundhedsstyrelsen landsdækkende monitorering af kroniske sygdomme fra november 2011 viste, at omkring 1,3 mio. danskere har mindst en af fem udvalgte kroniske sygdomme.^{1,2} 71 pct. af borgere over 67 år har mindst en ud af disse fem sygdomme. Det tilsvarende tal for borgere mellem 18 og 67 år er 22 pct. Mere end hver femte person i den erhvervsaktive alder har således mindst én kronisk sygdom.

I denne analyse indgår alene borgere i den erhvervsaktive alder. Fokus er at sikre, at borgere i den erhvervsaktive alder har og bevarer en tilknytning til arbejdsmarkedet. Selv borgere, der lever med sygdom skal så vidt muligt bevare deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Det handler altså om, at borgeren skal kunne forsørge sig selv og ikke mindst blive mere selvhjulpne. Det vil aflaste behovet for offentlig service. Det gælder ikke kun her og nu, men kan også betyde, at borgerne på længere sigt, er mere selvhjulpne og af den grund har et mindre plejebæhov. Hvis borgere tidligt i livet mister tilknytningen til arbejdsmarkedet, betyder det et langt liv på offentlig forsørgelse. Det har både menneskelige og økonomiske omkostninger.

En del borgere med kronisk sygdom har mere end én kronisk sygdom, og andre sygdomme som for eksempel depression kan følge af en kronisk sygdom. Disse borgere kan derfor have sammensatte problemer og flere udfordringer på samme tid. Både borgere med kronisk eller psykisk sygdom vil derfor ofte være i kontakt med flere kommunale serviceområder og alene af den grund trække meget på de kommunale ydelser. Deres sygdom kan forhindre dem i at kunne klare sig selv. Og for 65 pct. af borgerne, som tilkendes en førtidspension³ kan tilkendelsesgrunden netop henføres til en kronisk eller psykisk sygdom.⁴ De psykiske sygdomme udgør 50 pct. af samtlige tilkendelser. De kroniske og psykiske syge borgere er altså dem, som fylder meget i førtidspensionsstatistikken.

¹ Diabetes, hjertekarsygdomme, knogleskørhed og leddegigt, kroniske lungesygdomme og nogle psykiske sygdomme (skizofreni, affektive sindslidelser og demens).

² Afhængig af, hvordan kronisk sygdom defineres, kan det reelle antal være endnu større. For eksempel omfatter Sundhedsstyrelsens opgørelse ikke kræft og kun nogle bestemte psykiske sygdomme.

³ I perioden 2007 til 2011.

⁴ Diabetes, hjertekarsygdomme, kronisk lungesygdom, knogleskørhed og kræft. Det skal bemærkes, at det ikke nødvendigvis er samme afgrænsning på diagnoserne for tilkendelsen af førtidspension og de kroniske sygdomsdiagnoser.

For at sikre, at syge borgere i den erhvervsaktive alder bevarer tilknytningen til arbejdsmarkedet og ikke ender udenfor på en permanent ydelse som førtidspension, er det vigtigt, at borgeren kan mestre deres sygdom. Det sker blandt andet ved at fokusere på sammenhængende og tværfaglige forløb.

Sammenhæng og tværfaglighed er prioriteret i reformen af førtidspension og fleksjob med de nye ressourceforløb og kommunale rehabiliteringsteams. Sidstnævnte skal sikre en bedre koordinering af indsatsen på tværs af de forskellige forvaltninger og sektorer, så den tværgående indsats kommer til at virke.⁵ Ressourceforløbene skal sikre et fokus på de ofte sammensatte problemer, der ofte er skyld i førtidspensionering. Det er den rigtige retning til at bevare borgere i den erhvervsaktive alder på arbejdsmarkedet.

Med de nuværende arbejdsmarkedsforanstaltninger er det svært at ændre tilknytningen til arbejdsmarkedet, når borgerne først er udenfor. Derfor er det vigtigt, at de kroniske og psykiske syge borgere ikke mister tilknytningen til arbejdsmarkedet her og nu. Det vil ressourceforløbene til dels hjælpe med.

Analysen vil derfor alene fokusere på de borgere, med kroniske eller psykiske sygdomme, som tilkendes en førtidspension sammenholdt med de borgere, som fortsætter på arbejdsmarkedet med deres sygdom.

Analysen er en del af et større KL-projekt om organisering af integrerede beskæftigelses- og sundhedsindsatser i kommunerne.

⁵ Aftale om reform af førtidspension og fleksjob.

2. Resumé

2.1 Formål

Analysens primære formål er at undersøge de kroniske syge, kræftramte og psykiske syge borgeres tilknytning til arbejdsmarkedet. Analysen vil derudover forsøge at identificere mulige risikofaktorer, som er medvirkende til, at borgerne mister tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Analysen vil forsøge at besvare følgende spørgsmål:

- Hvordan ser borgere med en kronisk eller psykisk sygdoms forsørgelsehistorik ud?
- Og hvad karakteriserer borgere med en kronisk eller psykisk sygdom?
- Hvilke faktorer er medvirkende til, at borgerne permanent falder ud af arbejdsmarkedet? Hvad forklarer dette?
- Er der risikoindikatorer, som man skal holde øje med?

2.2 Afgrænsning

Analysen inddrager de borgere, som

- har en eller flere af de ”klassiske” kroniske sygdomme; diabetes, hjertekarsygdomme, kroniske lungesygdomme, knogleskørhed og leddegigt, og/eller
- har været i behandling for kræft og/eller
- i behandling for en psykisk sygdom fordelt på psykotiske lidelser; skizofreni og andre personlighedsforstyrrelser og ikke-psykotiske lidelser; angst, depression og adfærdsforstyrrelser.

Borgere med muskelskelet sygdomme er en gruppe, som fylder meget ude i kommunerne. I denne analyse er det dog kun knogleskørhed og leddegigt, som indgår. Dette skyldes, at det kan være vanskeligt at definere og afgrænse den samlede gruppe af borgere med muskelskelet sygdomme. Gruppen af borgere med knogleskørhed og leddegigt udgør derfor en mindre andel af de klassiske kroniske sygdomme end hvad man kunne forvente af en samlede gruppe af borgere med muskelskelet sygdomme.

Udgangspunktet for udvælgelsen er en borgers ”situation” ved indgangen til 2007. Borgerne udvælges på baggrund af deres kontakter med sundhedsvæsenet og medicinforbrug⁶. Det vil sige, at de borgere, der inkluderes i analysen, alle har en eller flere af de nævnte sygdomme i 2007.

⁶ Se bilag 1 for en uddybende beskrivelse af populationsbeskrivelsen.

Analysen ser på borgere, der var mellem 19 og 60 år ved indgangen til 2007. Ved at sætte den nedre aldersgrænse til 19 år udelukkes borgere, der har et så svært medfødt handicap eller lignende, at de af den grund kan være afskåret fra at have en tilknytning til arbejdsmarkedet. Derfor indgår mental retardering ej heller i gruppen af borgere med psykotiske lidelser. Ved at sætte den øvre grænse til 60 år sikres, at borgere i hele analyseperioden befinder sig i den erhvervsaktive alder. Desuden gælder, at borgerne ikke må have fået tilkendt en førtidspension inden udvælgelsesperioden i 2007, dvs. borgerne i 2007 fortsat har en tilknytning til arbejdsmarkedet. Endvidere er personer, som er afgang ved døden eller udvandret, dvs. ikke længere bor i Danmark, i perioden 2007 til 2011 udeladt af opgørelsen.

Ved at tage udgangspunkt i borgere med kroniske og psykiske sygdomme i 2007, giver analysen mulighed for at følge borgernes vej på og ud af arbejdsmarkedet over perioden 2007 til 2011.

Analysen bygger på data fra forskellige registre heriblandt Landspatientsregisteret, det Psykiatriske Centralregister og arbejdsmarkedsstyrelsen DREAM register.

2.3 Resultater

Herunder sammenfattes resultater fra kapitler 4 til 8. Sammenfatningen ser på tværs af de forskellige sygdomsgrupper. Uddybende analyser af hver af de fire sygdomsgrupper kan findes i de enkelte kapitler.

HVEM ER DE KRONISKE OG PSYKISKE SYGE BORGERE?

Mange kroniske og psykiske syge i den erhvervsaktive alder

I 2007 er der mere end 440.000 borgere, i alderen 19-60 år, med mindst en af de fire kroniske og psykiske sygdomme, *jf. tabel 2.1*. Borgerne kan have en kombination af en eller flere af disse sygdomme og kan derfor indgå i flere sygdomsgrupper. Derfor summer de fire sygdomsgrupper ikke med antallet af borgere med kroniske og psykiske sygdomme i alt.

Tabel 2.1: Antal borgere i populationen og deres dominerende indkomstgrundlag i 2006 fordelt efter sygdomsgrupper (pct.).

	Klassisk kronisk	Kræft	Psykisk sygdom		I alt
			Psykotisk	Ikke-psykotisk	
Antal individer	249.282	23.802	17.375	192.031	443.405

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Summen af de fire sygdomsgrupper stemmer ikke nødvendigvis med i alt, da borgerne kan have flere sygdomme.

Der er flest borgere med en af de klassiske kroniske sygdomme, diabetes, hjertekarsygdomme, kroniske lungesygdomme, knogleskørhed og leddegigt. Den næststørste gruppe er borgere med en ikke-psykotisk lidelse. Alene

antallet af sygdomsramte for disse to sygdomsgrupper kan være en begrundelse for, at det er borgere med enten en af de klassiske kroniske sygdomme – her gælder det særligt borgere med hjertekarsygdomme og kroniske lungesygdomme, som udgør hovedparten af de 249.282 borgere med en klassisk kronisk sygdom – eller borgere med ikke-psykotiske lidelser, som kommunen særligt skal fokusere på.

Det skal bemærkes, at der kan være stor variation mellem borgerne i de forskellige sygdomsgrupper og ikke mindst inden for den enkelte sygdomsgruppe. Således kan man forvente, at borgere med diabetes har en større tilknytning til arbejdsmarkedet end borgere der har en svær grad af kroniske lungesygdomme. Ligeledes vil der være stor forskel på kræftramte borgeres tilknytning til arbejdsmarkedet og deres 5-års overlevelsesrate. Borgere med en højere 5-års overlevelsesrate må forventes at have en større tilknytning til arbejdsmarkedet. Fælles for de fire sygdomsgrupper gælder dog, at ingen af borgerne er så syge så de i perioden 2007 til 2011 er afgået ved døden. Det afspejler særligt for borgere med kræft, at det er de stærkere borgere, som er inkluderet i analysen.

For de borgere, som har mere end én kronisk eller psykisk sygdom, er det kombinationen af klassisk kronisk sygdom og ikke-psykotiske lidelser, som er mest udbredt. Denne kombination af sygdomme udgør 57 pct. af alle mulige tilfælde med mere end én sygdom.

Forskel i hvad der kender tegner borgere med forskellig sygdom

Der er stor variation i hvad der karakteriserer den gennemsnitlige borger med forskellige sygdomme. Der kan desuden være stor variation inden for den enkelte sygdomsgruppe. Baggrundskarakteristika er dog et vigtigt skridt i identificering af borgertyper. Således at en indsats bedre kan målrettes. Det giver samtidigt et billede af hvor stærke borgerne med forskellig sygdom er, men også et billede af hvor udfordringerne kan være. Alt det kan være med til at tegne det overblik der er behov for, når der skal tænkes tværfaglige samarbejde. Det kan altså være et første skridt i at identificere nogle borgertyper.

Der er en overvægt af kvinder blandt borgere med kroniske og psykiske sygdomme i den erhvervsaktive alder. Særligt kræft og ikke-psykotiske lidelser er domineret af kvinder. Over 60 pct. af borgerne i de to sygdomsgrupper er kvinder, *jf. tabel 2.2*. En forklaring til overvægten af kvinder med kræft kan være at flere kvinder end mænd overlever kræft, da mænd har en tendens til at gå senere til lægen og sygdommen af den grund opdages i et senere stadie.⁷

⁷ Se bl.a. Ministeriet for sundhed og forebyggelses nye kampagne: "Rigtige mænd går til lægen".

Tabel 2.2: Udvalgte baggrundskarakteristika fordelt efter sygdomsgrupper.

	Klassisk kronisk	Kræft	Psykisk sygdom		Hele befolkningen
			Psykotisk	Ikke-psykotisk	
Gns. alder	46,0	47,9	35,5	41,2	40,2
Mænd (andel)	0,49	0,36	0,46	0,37	0,50
Ikke-vestlig oprindelse (andel)	0,05	0,03	0,10	0,07	0,07
Ufaglært (andel)*	0,33	0,27	0,57	0,40	0,40
Faglært (andel)*	0,40	0,38	0,23	0,34	0,33
Videregående uddannelse (andel)*	0,25	0,33	0,16	0,24	0,25

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

*Hele befolkningen udgør her 15-69 årige, da det ikke er muligt at afgrænse uddannelsesniveau til 19-60 årige.

Der er desuden en stor spredning i alderen. Gruppen af borgere med en klassisk kronisk sygdom og kræft har i gennemsnit en højere alder end den samlede befolkning. Det kan afspejle, at disse sygdomme i højere grad rammer borgere i den ældre del af befolkningen. Borgere med psykotiske lidelser er i gennemsnit yngre end den samlede befolkning. Det kan afspejle, at ældre borgere med psykotiske lidelser tidligt i livet får tilkendt en førtidspension. Det betyder et langt liv på offentlig forsørgelse. Derfor kan der være god grund til at tage fat i denne gruppe tidligt. (Analysen viser fx, at 25 pct. af borgerne med psykotiske lidelser fik tilkendt en førtidspension i perioden 2007 til 2011.)

En lidt større andel af borgere med psykotiske lidelser har en ikke-vestlig oprindelse sammenholdt med den samlede befolkning. 10 pct. af borgere med psykotiske lidelser har en ikke-vestlig oprindelse. Det tilsvarende tal for den samlede befolkning er 7 pct. For borgere med kræft er det kun 3 pct. som har en ikke-vestlig oprindelse.

Borgere med psykotiske lidelser er i højere grad ufaglærte sammenholdt med den samlede befolkning (57 pct. mod 40 pct. i den samlede befolkning), mens borgere med kræft i højere grad har en videregående uddannelse sammenholdt med befolkningen (33 pct. mod 25 pct.). Der kan dog være flere forskellige faktorer til, at en større andel af borgere med kræft har en videregående uddannelse. Det kan fx være en konsekvens af, at borgere som er ufaglærte har en højere dødlighed.

Forskellig træk på sundheds- og beskæftigelsessystemet

Borgere med kroniske og psykiske sygdomme trækker forskelligt i sundheds- og beskæftigelsessystemet. Det afspejler i høj grad tyngden af sygdommen, som kan være varierende mellem de forskellige sygdomsgrupper, og ikke mindst inden for den enkelte sygdom. Borgere med kræft er den gruppe, som i gennemsnit trækker mest i det somatiske sundhedsvæsen,

mens borgere med psykotiske lidelser i gennemsnit trækker mest i det psykiatriske sundhedsvæsen, jf. tabel 2.3.

Tabel 2.3: Udvalgte baggrundskarakteristika fordelt efter sygdomsgrupper.

	Klassisk kronisk	Kræft	Psykisk sygdom		Hele befolkningen
			Psykotisk	Ikke-psykotisk	
Sundhed (2002-2006)					
Antal besøg, somatik	4,3	10,9	3,1	3,5	
Antal sengedage, somatik	4,4	10,5	9,6	4,4	
Antal besøg, psykiatri	0,6	0,4	24,5	4,3	
Antal sengedage, psykiatri	0,6	0,4	28,2	4,1	
Beskæftigelse (2002-2006)					
Uger på sygedagpenge	12,9	24,0	18,7	20,7	7,5
Uger på kontanthjælp	12,9	6,7	65,2	30,3	11,7

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Beregningen af uger på sygedagpenge og kontanthjælp for hele befolkningen er summen af alle uger på hhv. sygedagpenge og kontanthjælp i perioden 2002-2006 for borgere i alderen 19-60 sat i forhold til alle borgere i aldersgruppen.

Borgere med psykotiske lidelser har det største træk i beskæftigelsessystemet. De har i gennemsnit været på kontanthjælp i 65 uger i en periode på fem år. Det svarer til 1¼ år på kontanthjælp eller 25 pct. af perioden. Borgere med ikke-psykotiske lidelser er den gruppe, som har det næststørste træk. Og borgere med ikke-psykotiske lidelser har næsten lige så mange uger på sygedagpenge, som borgere med kræft. Men der er til gengæld forskel på de to gruppers træk i sundhedsvæsenet. Borgere med kræft trækker i højere grad på sundhedssystemet sammenholdt med borgere med ikke-psykotiske lidelser.

Borgere med de klassiske kroniske sygdomme er den gruppe, som i gennemsnit trækker mindst på både sundheds- og beskæftigelsessystemet. Det kan dog dække over stor variation indenfor gruppe afhængig af hvor behandlingskrævende sygdommen er.

Forskel i tilknytningen til arbejdsmarkedet

Borgernes historiske forsørgelsesgrundlag siger noget om deres hidtidige arbejdsmarkedstilknytning og kan dermed være en indikation af deres fremtidige tilknytning til arbejdsmarkedet.

Analysen af borgernes historiske forsørgelsesgrundlag, for perioden 1995 til 2006, viser at borgerne generelt kan inddeles i fire borgertyper. Typerne er navngivet efter det dominerende indkomstgrundlag for borgerne i perioden 1995 til 2006. Den selvforsørgende har primært været selvforsørgende i perioden 1995 til 2006. Pendleren er en borgertype, som skifter meget mellem forskellige indkomstgrupper, mens kontanthjælpsmodtageren har kon-

tanthjælp, som den dominerende indkomstgruppe. Den unge har primært været umyndig i analyseperioden og har derfor i begrænset omfang modtaget nogen form for offentlig forsørgelse.

Borgere med kræft og klassisk kronisk sygdom er de to grupper, der har den største tilknytning til arbejdsmarkedet. Hele 75 pct. af borgerne med kræft og 66 pct. af borgerne med en klassisk kronisk sygdom kan karakteriseres som selvforsørgende i perioden frem til 2006. Borgere med psykotiske lidelser har den ringeste tilknytning. Her er det kun 25 pct., der kan karakteriseres som selvforsørgende.

Det betyder, at der er faktisk rigtig mange borgere med kræft og en klassisk kronisk sygdom, som har klaret sig selv og haft en ret stabil tilknytning til arbejdsmarkedet. Der er dog fortsat en gruppe af borgere med kræft og klassisk kronisk sygdom og særligt borgere med psykiske sygdomme, som i større eller mindre omfang har en løsere og vigende tilknytning til arbejdsmarkedet. Og det er særligt disse borgere kommunerne skal være opmærksomme på.

Tabel 2.4: Borgertyper fordelt efter sygdomsgrupper (pct.).

	Klassisk kronisk	Kræft	Psykisk sygdom	
			Psykotisk	Ikke-psykotisk
Den selvforsørgende	66%	75%	25%	50%
Pendleren	21%	17%	31%	29%
Kontanthjælpsmodtageren	6%	-	21%	11%
Den unge	7%	8%	23%	10%

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Forløbsanalysen bygger på en tilfældig stikprøve på 10.000 observationer.

- For borgere med kræft kan der ikke findes en type, som på baggrund af forsørgelseshistorikken, kan karakteriseres som kontanthjælpsmodtagere.

KRONISKE OG PSYKISKE SYGE BORGERES RISIKO FOR FØRTIDSPENSION

Flest borgere med psykotisk lidelser får førtidspension

I perioden 2007 til 2011 er der i alt lidt over 78.000 borgere, som tilkendes en førtidspension. Det svarer til ca. 2 pct. af den samlede befolkning mellem 18 og 64 år. For borgere med en psykotiske lidelse er det hele 25 pct. af borgerne, som i løbet af perioden 2007 til 2011 får tilkendt en førtidspension. Det er den sygdomsgruppe, hvor flest borgere tilkendes en førtidspension. For borgere med en klassisk kronisk sygdom og for borgere med kræft gælder det kun for 7 pct. af borgerne. Igen kan der være variation mellem de forskellige sygdomsgrupper og inden for hver enkelt sygdomsgruppe.

Det viser, at sygdom til en vis udstrækning har betydning for, hvorvidt borgeren tilkendes en førtidspension. Det gælder særligt for borgere med psykiske sygdomme.

Tabel 2.5: Antal og andel borgere som i perioden 2007 til 2011 tilkendes en førtidspension fordelt efter sygdomsgrupper.

	Klassisk kronisk	Kræft	Psykisk sygdom	
			Psykotisk	Ikke-psykotisk
Andel	7%	7%	25%	13%

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Analysen bygger på en tilfældig stikprøve på 10.000 observationer. Andelen, der tilkendes en førtidspension, stemmer dog overens med andelen for den samlede population.

Hvilke risikofaktorer har betydning for tilkendelsen af førtidspension?

Udover sygdom kan der være andre forhold, som har betydning for, hvorvidt en borger tilkendes førtidspension. Disse risikofaktorer belyses ved en statistisk metode, som gør det muligt at vurdere om et givent forhold enten forøger eller formindsker sandsynligheden for at få tilkendt en førtidspension.

Analysen ser konkret på, hvorvidt de syge borgere får tilkendt en førtidspension eller ej i perioden 2007 til 2011. Denne del skal give en mere nuanceret forståelse af, hvilke forhold udover sygdom, der kan have betydning for borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet.

For de fire sygdomsgrupper er det de samme risikofaktorer, med undtagelse af én, som øger (rød) eller mindsker (grøn) sandsynligheden for førtidspension, jf. tabel 2.6. Tabel 2.6 viser endvidere hvor stor betydning risikofaktorerne har. Resultaterne viser således, hvor meget sandsynligheden for at blive førtidspensioneret i perioden 2007-2011 ændres, hvis en variabel ændres med en enhed, og alle andre variable i modellen samtidig er ens. Resultaterne siger altså noget om, hvor meget sandsynligheden øges eller mindskes med. Det bliver med andre ord muligt at vurdere, hvordan fx køn, alder, uddannelse påvirker sandsynligheden for, at en borger får tilkendt førtidspension.

Tabel 2.6: Udvalgte resultater fra den logistiske regressionsanalyse – odds ratios.

	Klassisk kronisk	Kræft	Psykisk sygdom	
			Psykotisk	Ikke-psykotisk
Borgertyper				
Pendleren	2,30	2,39	2,00	1,66
Den unge	.	.	1,80	3,04
Kontanthjælpsmodtageren	2,27		1,71	8,04
Demografi				
Alder	1,05	1,04	1,04	1,05
Køn (mand)	.	0,71	1,34	1,19
Etnicitet (ikke-vestlig)	1,91	1,92	2,28	4,29
Civilstand (gift)	0,78	0,72	0,89	0,87
Ufaglært	1,42	1,23	1,25	1,26
Faglært	1,95	1,50	1,29	1,53
Sundhed				
Besøg, somatik	1,03			
Indlæggelser, somatik		1,06	1,05	1,04
Sengedage, somatik	1,01	1,01	1,00	1,00
Besøg, psykiatri			1,01	1,01
Indlæggelser, psykiatri	1,40			
Sengedage, psykiatri			1,003	1,004
Antal kroniske og psykiske sygdomme	1,42	1,38	1,33	1,39
Psykisk sygdom (ja)	1,91	2,59		
5-års overlevelsesrate		0,99		
Beskæftigelse				
Antal uger på kontanthjælp	1,02	1,02	1,01	
Antal uger på sygedagpenge				1,03

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Alle variable er statistiske signifikante

. Variablen har ingen statistisk effekt.

Betydningen af de enkelte faktorer er forskellig på tværs af sygdomsgrupper. Derfor er det vanskeligt at sammenligne på tværs og man kan dermed heller ikke entydigt slutte ud fra de enkelte faktorer, hvad der har størst betydning.

Resultaterne er angivet i odds ratios, som kan beskrives som et mål for risikoen eller oddset for at få tilkendt en førtidspension. Effekten af at være en bestemt borgertype har den selvforsørgende som udgangspunkt, effekten af højst fuldførte uddannelse har borgere med en videregående uddannelse, som udgangspunkt, effekten af bopælsregion har Region Hovedstaden som udgangspunkt.

Pendleren med en klassisk kronisk sygdom har en odds ratio på 2,3 det svarer til, at pendleren har 130 pct. større risiko eller har over dobbelt så stor en risiko for at få tilkendt førtidspension, end den selvforsørgende. Det gælder altså for borgere med en klassisk kronisk sygdom, som har samme alder, uddannelse, træk i hhv. sundhedssystemet og i beskæftigelsessystemet mv. Dvs. når alle andre faktorer er ens. Det samme gør sig gældende for pendleren med kræft og en psykotiske lidelse. Der er således ikke den store afvigelse for pendleren hen over de forskellige sygdomsgrupper.

For kontanthjælpsmodtageren er der en noget større afvigelse. For borgere med ikke-psykotiske lidelser er der 8 gange større risiko for at ende på førtidspension, hvis de er kontanthjælpsmodtagere sammenholdt med den selvforsørgende, mens det tilsvarende tal for borgere med psykotiske lidelser er 71 pct. En mindre specificerede model for borgere med en klassisk kronisk sygdom, hvor variabelen *antal uger på kontanthjælp* ikke er inkluderet, viser, at kontanthjælpsmodtagerne har 8 gange større risiko for at ende på førtidspension sammenholdt med den selvforsørgende, jf. bilag 6. Det viser, at det særligt er varigheden af kontanthjælpen, som er afgørende. De tunge kontanthjælpsmodtagere, har således større risiko for at ende på førtidspension.

Borgere med ikke-vestlig oprindelse har en større risiko for at ende på førtidspension sammenholdt med borgere med vestlig oprindelse (herunder dansk). For borgere med en klassisk kronisk sygdom er der 91 pct. større sandsynlighed for at ende på førtidspension for borgere med ikke-vestlig oprindelse end for borgere med vestlig oprindelse. Det tilsvarende tal for borgere med ikke-psykotiske lidelser er, at der er over fire gange større sandsynlighed for, at borgere med ikke-vestlig oprindelse får tilkendt en førtidspension.

For borgere med psykotiske lidelser har mænd 34 pct. større risiko for at få tilkendt en førtidspension end kvinder. Mens det tilsvarende tal for borgere med ikke-psykotiske lidelser er 19 pct. Mænd med kræft har til gengæld 29 pct. mindre risiko for at ende på førtidspension end en tilsvarende kvinde.

Forskellige sundhedsvariable øger sandsynligheden for førtidspension. Én ekstra indlæggelse på et somatisk hospital, i perioden 2002 til 2006, øger sandsynligheden for førtidspension for borgere med kræft med 6 pct. Mens én ekstra indlæggelse på et somatisk hospital øger sandsynligheden for førtidspension for borgere med ikke-psykotiske lidelser med 4 pct. Jo flere sengedage borgerne har desto større er deres risiko for at ende på førtidspension.

Jo flere af de fire sygdomsgrupper borgeren indgår i, desto større er risikoen for at få tilkendt førtidspension. Én ekstra sygdom øger risikoen for førtidspension med 42 pct. for borgere med en klassisk kronisk sygdom. Det tilsvarende tal for borgere med ikke-psykotiske lidelser er 39 pct.

Borgere med en klassisk kronisk sygdom, som foruden den somatiske sygdom også har en psykisk sygdom, har 91 pct. større risiko for at få tilkendt en førtidspension end borgere, som kun har den klassisk kronisk sygdom. For borgere med kræft er der over dobbelt så stor risiko for at få tilkendt en førtidspension, hvis borgeren samtidig har en psykisk sygdom, sammenholdt med borgere med kræft uden en psykisk sygdom.

Én ekstra uge på kontanthjælp i perioden 2002 til 2006 øger sandsynligheden for førtidspension for borgere med en klassisk kronisk sygdom og kræft med 2 pct.

Udvalgte risikoindikatorer

De statistiske analyser viser, at træk på kontanthjælps- og/eller sygedagpengesystemet og forbrug af sundhedsydelse er væsentlige faktorer i forhold borgerens risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Analyserne har givet inspiration til at opstille seks forskellige risikoindikatorer, som de kommunale sagsbehandlere relativt let vil kunne identificere, *jf. boks 2.1*. Det er desuden indikatorer, hvor kommunerne har mulighed for at forebygge og modvirke en negativ udvikling.

Boks 2.1: De seks udvalgte risikoindikatorer.

1. Modtaget kontanthjælp i mindst halvdelen af året.
2. Modtaget sygedagpenge i mindst tre sammenhængende måneder det seneste år.
3. Mindst 4 skift i forsørgelsesgrundlaget det seneste år.
4. Indlæggelse af mindst 5 dages varighed.
5. Flere end 3 indlæggelser i løbet af seneste år.
6. Kontakt med psykiatrien i mindst 2 af de seneste 5 år.

Sammenhæng mellem risikoindikatorer og selvforsørgelsesgraden.

Der er en ganske tydelig sammenhæng mellem forekomsten af ovenstående risikoindikatorer og udviklingen i borgerens selvforsørgelse i de sidste syv år forud for tilkendelse af en førtidspension, *jf. boks 2.2*.

Boks 2.2 Flere risikoindikatorer, når man nærmer sig førtidspension

Jo tættere man kommer på tidspunktet for tilkendelse af førtidspension, jo flere risikoindikatorer. Denne sammenhæng gælder for alle fire sygdomsgrupper.

Denne tydelige sammenhæng viser i sig selv, at der er grund til at være meget opmærksom på antal risikoindikatorer for den enkelte borger, og ikke mindst om der kommer nye risikoindikatorer til. Det gælder uanset sygdomsgruppe.

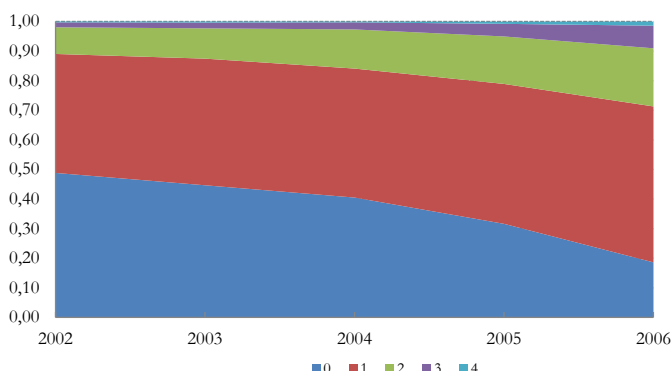
Forløbet frem mod en førtidspension er dog meget forskelligt for personer med en relativt stabil hhv. svag tilknytning til arbejdsmarkedet syv år før tilkendelse af førtidspension, *jf. boks 2.3*. For personer, der førhen havde en stabil tilknytning til arbejdsmarkedet, sker der en stærk acceleration i forekomsten af risikoindikatorer, *jf. figur 2.1*, og i tab af selvforsørgelsesgrad, *jf. figur 2.2*, i de sidste tre år før tilkendelse af førtidspension. Figur 2.1 viser altså hvor stor en andel af de borgere, der tilkendes en førtidspension, som har hhv. ingen (blå), én (rød), to (grøn), tre (lilla) og fire (lyseblå) risikoindikatorer. Mens figur 2.2 viser den gennemsnitlige selvforsørgelsesgrad syv til ét år inden tilkendelsen af førtidspension.

Boks 2.3. Forskel på udvikling i risikoindikatorer og tab af arbejdsmarkedstilknytning

- For personer som syv år før tilkendelse havde en relativt stabil tilknytning til arbejdsmarkedet sker der en markant acceleration i antallet af risikoindikatorer og tab af selvforsørgelsesgrad i de sidste tre år før tilkendelse af førtidspension. I denne gruppe finder man bl.a. personer med en ”klassisk” kronisk sygdom, kræft og/eller borgere på sygedagpenge.
- For personer som syv år før tilkendelse af førtidspension allerede havde en svag arbejdsmarkedstilknytning reduceres selvforsørgelsesgraden derimod langsomt og gradvist frem mod tilkendelse af førtidspension. I denne gruppe finder man bl.a. kontanthjælpsmodtagere og personer med psykotiske lidelser.

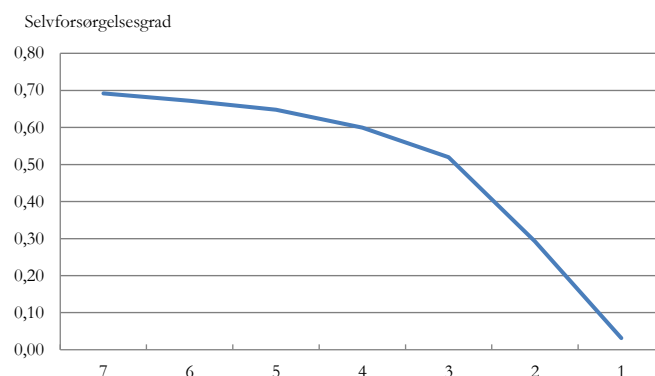
Analysen kan ikke sige noget om, hvad der sker tre år inden tilkendelsen af førtidspension. Det kan der være mange forklaringer på, som ikke er belyst her. Det interessante er dog, at det gør sig gældende, for de borgere med en forholdsvis stabil tilknytning til arbejdsmarkedet, på tværs af sygdomsgrupperne.

Figur 2.1: Fordeling af antallet af risikoindikatorer for borgere med klassisk kronisk sygdom, som førtidspensioneres i 2007 (andel).



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning.

Figur 2.2: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for kroniske syge førtidspensionister i årene op til tilkendelse.



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning.

Forskellen på de to grupper fortæller, at der kan være gode grunde til at være særlig opmærksom, når antallet af risikoindikatorer pludselig øges for en person, der tidligere har haft en relativt stabil tilknytning til arbejdsmarkedet. Det kan det, fordi det kan være et signal om, at der kan ske en stærk og hurtig svækkelse af tilknytningen til arbejdsmarkedet. Derfor kan det være relevant med et forøget fokus på risikoindikatorerne for denne borgergruppe. Og hvilket er med til at forstærke vigtigheden af risikoindikatorerne.

For borgere med en mindre stabil tilknytning til arbejdsmarkedet er selvforsørgelsesgraden allerede lav syv år inden tilkendelsen af førtidspension. Borgere med psykotiske lidelser har en selvforsørgelsesgrad på 36 pct. syv år før, jf. tabel 2.7. De har altså en begrænset tilknytning til arbejdsmarkedet allerede inden tilkendelsen af førtidspension. Hvilket kan være en begrundelse for, at der ikke ses samme acceleration i tabet af selvforsørgelsesgraden tre år inden tilkendelsen af førtidspension.

Tabel 2.7: Selvforsørgelsesgraden for borgere, der tilkendes en førtidspension fordelt efter sygdomsgrupper syv år før tilkendelse af førtidspension (pct.).

	Klassisk kronisk		Psykisk sygdom	
	Kræft	Ikke-psykotisk	Psykotisk	Ikke-psykotisk
Selvforsørgelsesgrad, 7 år før	50	59	36	43

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Forskel i arbejdsmarkedstilknøytning inden tilkendelse af førtidspension.

Borgernes tidligere arbejdsmarkedstatus har betydning for udviklingen i antallet af risikoindikatorer og tilkendelsen af førtidspension. Arbejdsmarkedstatus en uge før tilkendelsen af førtidspension viser, at over 50 pct. af borgere med kræft var på sygedagpenge, *jf. tabel 2.8*. Det indikerer, at disse borgere i højere grad, før inden tilkendelsen af førtidspension, har en vis form for tilknytning til arbejdsmarkedet. Mens 60 pct. af borgerne med en psykotisk lidelse var på kontanthjælp ugen før tilkendelsen af førtidspension.

Tabel 2.8: Status ugen før tilkendelsen af førtidspension fordelt på sygdomsgrupper.

	Klassisk kronisk	Kræft	Psykisk sygdom	
			Psykotisk	Ikke-psykotisk
Sygedagpenge	42,2	54,1	17,5	32,0
Kontanthjælp	30,6	18,3	59,3	42,0
Øvrige	27,3	27,6	23,1	26,0

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

3. Formål, afgrænsning og læsevejledning

3.1 Formål

Analysens primære formål er at undersøge de kroniske syge, kræftramte og psykiske syge borgeres tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder belyse forskellen mellem de borgere, som bevarer tilknytningen til arbejdsmarkedet, og dem som får tilkendt en førtidspension. Analysen vil derudover forsøge at identificere mulige risikofaktorer, som er medvirkende til, at borgerne mister tilknytningen til arbejdsmarkedet.

3.2 Afgrænsning

Definitionen af kronisk sygdom varierer meget mellem undersøgelser. Som regel er diabetes, hjertekarsygdomme, knogleskørhed, leddegigt og kroniske lungesygdomme inkluderet, mens der er forskellig praksis for kræft og psykiske sygdomme⁸.

I denne analyse afgrænses analysegruppen til at bestå af borgere som enten har en eller flere af de ”klassiske” kroniske sygdomme, har været i behandling for kræft og/eller i behandling for en psykisk sygdom.

Gruppen er inddelt i fire overordnede sygdomsgrupper, *jf. boks 3.1*. De ”klassiske” kroniske sygdomme defineres som diabetes, hjertekarsygdomme, kronisk lungesygdomme samt knogleskørhed og leddegigt. De psykotiske sygdomme omfatter bl.a. skizofreni og andre personlighedsforstyrrelser. Mens de ikke-psykotiske sygdomme bl.a. omfatter depression, angsttilstande og adfærdsforstyrrelser.

Udgangspunktet for udvælgelsen er en borgers ”situation” ved indgangen til 2007. Borgerne udvælges bl.a. på baggrund af deres sygehuskontakter og medicinforbrug⁹. Det vil sige, at de borgere, der inkluderes i analysen, alle har en eller flere af de sygdomme angivet i tabel 3.1, i 2007.

⁸ Se bl.a. Sundhedsstyrelsens monitorering af kroniske sygdomme, Region Hovedstadens rapport om kroniske sygdomme samt ”Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommune” fra Region Midtjylland.

⁹ Se bilag 1 for en uddybende beskrivelse af populationsbeskrivelsen.

Boks 3.1: Fire sygdomsgrupper

- **”Klassiske” kroniske sygdomme**
 - Diabetes
 - Hjertekarsygdomme
 - Kroniske lungesygdomme
 - Knogleskørhed og leddegigt
- **Kræft**
- **Psykotiske sygdomme**
 - Skizofreni
 - Andre personlighedsforstyrrelser
 - Etc.
- **Ikke-psykotiske sygdomme**
 - Depression
 - Angsttilstande
 - Adfærdsforstyrrelser
 - Etc.

De tilgængelige data gør det ikke muligt at finde ud af, hvornår borgeren første gang rammes af en sygdom i en eller flere af de fire sygdomsgrupper eller hvor lang tid borgeren har levet med sygdommen. Udvælgelse af analysegruppen tager alene udgangspunkt i, om en borger opfylder de udvalgte inklusionskriterier ved indgangen til 2007.

Det forhold betyder, at længden af den behandlingskrævende del af sygdommen ikke indgår i analysen. Denne mangel kompenseres der delvist for gennem borgerens alder, da der i nogle tilfælde vil være en positiv sammenhæng mellem alder og længden af sygdom. Særligt for de klassiske kroniske sygdomme og psykiske sygdomme, da borgeren kan have levet et langt liv med sygdommen. Desuden kan sygehusforbruget være en indikator for graden af sygdom.

Ydermere afgrænses gruppen til kun at omfatte borgere i den erhvervsaktive alder defineret som borgere mellem 19 og 60 år. Ved at sætte den nedre aldersgrænse til 19 år udelukkes borgere med et medfødt handicap eller lignende som af den grund kan være afskåret fra at have en tilknytning til arbejdsmarkedet. Derfor indgår mental retardering ej heller i gruppen af borgere med psykotiske lidelser. Ved at sætte den øvre grænse til 60 år sikres, at borgere i hele analyseperioden (2007 til 2011) befinder sig i den erhvervsaktive alder. Desuden gælder, at borgerne ikke må have fået tilkendt en førtidspension inden udvælgelsesperioden i 2007, dvs. borgerne i 2007 fortsat har en tilknytning til arbejdsmarkedet. Endvidere er personer, som er afgået ved døden eller udvandret, dvs. ikke længere bor i Danmark, i perioden 2007 til 2011 udeladt af opgørelsen.

Ved at tage udgangspunkt i borgere med kroniske og psykiske sygdomme i 2007, giver det mulighed for at følge borgernes vej på og ud af arbejdsmarkedet over en lidt længere årrække.

I resten af analysen vil de klassiske kroniske sygdomme og kræft blive omtalt som kroniske sygdomme, mens psykotiske og ikke-psykotiske lidelser vil være omtalt som psykiske sygdomme.

3.3 Læsevejledning

Næste kapitel skal give et overblik over antallet af borgere med en af de fire udvalgte sygdomsgrupper og ikke mindst give et billede af, hvem disse borgere er, og hvad der karakteriserer borgere med forskellige sygdomme. Analysen vil således tegne et generelt billede af de borgere, som er ramt af én eller flere af de udvalgte sygdomme.

Kendskab til omfanget og ikke mindst hvad der karakteriserer borgere med forskellig type af sygdomme kan give kommunerne den fornødne viden om, hvor det kan være særlig relevant at gøre en indsats. Dvs. hvor er det, at kommunerne, ved at gøre en indsats, virkelig kan rykke noget.

Viden om omfanget og hvad der karakteriserer borgere med forskellige sygdomme skal desuden bruges i de videre analyser. Disse analyser vil gå mere i dybden med hver af de fire sygdomsgrupper. Den dybdegående analyse for hver sygdomsgruppe vil bestå af tre typer af analyser, som skal sige noget om borgernes arbejdsmarkedstilknytning og ikke mindst hvilke risikofaktorer, der har betydning for om borgeren tilkendes en førtidspension.

Den første analyse er en såkaldt forløbsanalyse, som skal fortælle noget om borgernes arbejdsmarkedstilknytning over tid. Analysen inddeler de syge borgere i arketyper på baggrund af borgernes forsørgelseshistorik. Det er borgernes forsørgelseshistorik fra perioden 1995 til 2006, som danner udgangspunkt for analysen. En nærmere beskrivelse af metoden kan findes i bilag 3. Denne analyse skal alene give et billede af, hvem de forskellige typer af borgere er. Hvor forskellige borgertyperne er i forhold til deres risiko for at miste tilknytning til arbejdsmarkedet (blive førtidspensioneret) viser sådan en forløbsanalyse imidlertid ikke. En sådan udmåling af forskelle foretages i den anden analyse.

Den anden analyse er en analyse af de syge borgeres risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Denne del skal give en mere nuanceret forståelse af, hvilke forhold der har betydning for borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet. En såkaldt logistisk regressionsanalyse gør det muligt at

vurdere om et givent forhold enten forøger eller formindsker sandsynligheden for at blive førtidspensioneret under antagelse af, at alle andre forhold er ens. Analysen vil således konkret se på, hvorvidt de syge borgere får tilkendt en førtidspension eller ej i perioden 2007 til 2011. Analysen vil endvidere inkludere de borgertyper, som er fundet i forløbsanalysen. En nærmere beskrivelse af metoden kan findes i bilag 4.

Den analysegruppe, som anvendes i forløbsanalysen og den logistiske regressionsanalyse, afgrænses til en tilfældig stikprøve på 10.000 observationer. Denne afgrænsning er nødvendig for at gennemføre forløbsanalysen.

Den tredje og sidste analyse tager udgangspunkt i de risikofaktorer, fra regressionsanalysen, som ændrer sig over tid. På baggrund af risikofaktorerne defineres 6 risikoindikatorer. Der er lagt vægt på, at der er tale om risikoindikatorer, som de kommunale sagsbehandlere relativt let skal kunne identificere og reagere. Analysen skal give et billede af sammenhængen mellem forekomsten af en række konkrete risikoindikatorer og det gradvise tab af arbejdsmarkedstilknytning målt ved selvforsørgelsesgraden. Denne analyse kan give et billede af, hvornår kommunerne skal være ekstra opmærksomme på faren for, at borgeren falder varigt ud af arbejdsmarkedet.

Kapitel 5 vil indeholde analyser for borgere med klassiske kroniske sygdomme. Kapitel 6 vil indeholde analyser for borgere med kræft. Kapitel 7 og 8 indeholder analyser for borgere med psykiske sygdomme, fordelt på hhv. psykotiske lidelser (kapitel 7) og ikke-psykotiske lidelser (kapitel 8).

4. Det generelle billede

Populationen består som tidligere nævnt af borgere, som enten har en ”klassisk” kronisk sygdom, kræft eller en psykisk sygdom, herunder psykotiske og ikke-psykotiske lidelser, eller en kombination af en eller flere af disse sygdomme. Dette afsnit vil give et overblik over antallet af borgere i hver af de fire udvalgte sygdomsgrupper og ikke mindst give et billede af hvem disse borgere er. Og hvad der karakteriserer borgere med forskellige sygdomme.

4.1 Antallet af borgere

I dette afsnit vises indledningsvist det samlede antal borgere med ”klassisk” kronisk sygdom, kræft eller psykisk sygdom, som er inkluderet i populationen¹⁰. Derudover vises antallet af borgere samlet for de fire sygdomsgrupper. Den samlede gruppe betegnes som kroniske og psykiske syge borgere. Borgerne kan have en kombination af en eller flere af disse sygdomme og kan derfor indgå i flere sygdomsgrupper. For psykiske sygdomme gælder dog, at borgerne kun kan indgå i enten gruppen af borgere med psykotiske lidelser eller i gruppen med ikke-psykotiske, hvorvidt borgere med psykiske lidelser falder i den ene eller den anden gruppe afhænger af, hvilken sygdom, der har været dominerende forinden udvælgelsen. De borgere, som både har været i behandling for en psykotisk lidelse og en ikke-psykotisk lidelse er angivet med særlig markering.

Der er i alt mere end 440.000 borgere med kroniske og psykiske sygdomme, *jf. tabel 4.1*. Der er flest borgere med en af de klassiske kroniske sygdomme efterfulgt af borgere med en ikke-psykotisk lidelse. De to sygdomsgrupper udgør hovedparten af borgere med kroniske og psykiske sygdomme.

Af de borgere, som i 2007 havde en eller flere af de fire sygdomsgrupper, er det særligt borgere med kræft og klassisk kronisk sygdom, som har den største tilknytning til arbejdsmarkedet. 73 pct. af borgere med kræft og 74 pct. af borgere med en klassisk kronisk sygdom har selvforsørgelse som det dominerende indkomstgrundlag i 2006. Borgere med psykotiske lidelser har den ringeste tilknytning til arbejdsmarkedet (36 pct. selvforsørgende), *jf. tabel 4.1*. Det skal dog bemærkes, at der kan være stor variation mellem borgerne i de forskellige sygdomsgrupper og ikke mindst inden for den enkelte sygdomsgruppe. Således kan man forvente, at borgere med diabetes har en større tilknytning til arbejdsmarkedet end borgere der har en svær grad af kroniske lungesygdomme. Ligeledes vil der være stor forskel på kræftramte

¹⁰ Jf. bilag 1, om populationsudvælgelsen, har det ikke været muligt at sammenkoble alle borgere med de fire udvalgte sygdomsgrupper med Arbejdsmarkedsstyrelsens DREAM database. Derfor er det ikke alle borgere, som er identificeret med en af de fire udvalgte sygdomsgrupper, som er inkluderet i opgørelsen.

borgeres tilknytning til arbejdsmarkedet og deres 5-års overlevelsesrate. Borgere med en højere 5-års overlevelsesrate må forventes at have en større tilknytning til arbejdsmarkedet. Fælles for de fire sygdomsgrupper gælder dog, at ingen af borgerne er så syge så de i perioden 2007 til 2011 er afgået ved døden. Det afspejler særligt for borgere med kræft, at det er de stærkere borgere, som er inkluderet i analysen.

Tabel 4.1: Dominerende indkomstgrundlag i 2006 fordelt efter sygdomsgrupper (Pct.).

	Klassisk kronisk		Psykisk sygdom		I alt
	Kræft		Psykotisk	Ikke-psykotisk	
Selvforsørgelse	74%	73%	36%	56%	66%
Dagpenge	5%	5%	5%	6%	6%
Sygedagpenge	5%	10%	8%	9%	6%
Kontanthjælp	5%	3%	30%	13%	9%
Revalidering	1%	1%	5%	2%	2%
Fleksjob	5%	5%	6%	5%	5%
Anden ydelse	5%	3%	10%	8%	7%
Antal individer	249.282	23.802	17.375	192.031	443.405

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: I alt stemmer ikke overens med summen af de fire sygdomsgrupper, da borgerne kan have mere end en sygdom.

Flere ældre borgere end yngre borgere har en klassisk kronisk sygdom eller en kræftsygdom, *jf. tabel 4.2*, som viser antal borgere, i hver af de fire sygdomsgrupper, pr. 1.000 indbyggere. Det kan forklares ved, at disse sygdomstyper i højere grad rammer ældre borgere. Derimod er det særligt de unge, som har en psykotisk lidelse, mens den aldersbetingede forskel for borgere med ikke-psykotiske lidelser er noget mindre. Der er i alt 145 borgere med kroniske sygdomme pr. 1.000 19-60 årige, som har én eller flere kroniske sygdomme.

Tabel 4.2: Borgere med klassisk kronisk, kræft eller psykisk sygdom pr. 1.000 indbyggere fordelt efter alder.

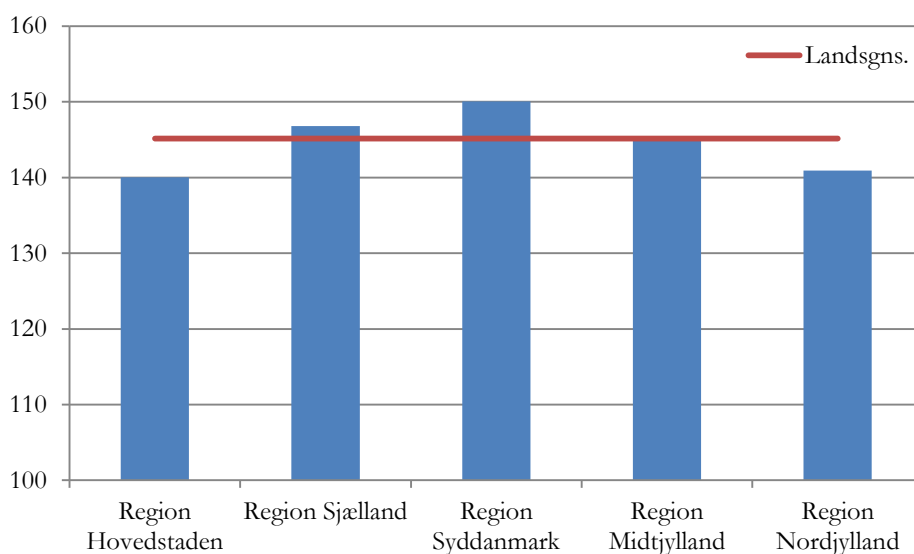
	Klassisk kronisk		Psykisk sygdom		I alt
	Kræft		Psykotisk	Ikke-psykotisk	
19-29 årige	38,0	2,1	9,7	55,4	100,4
30-39 årige	55,1	4,6	6,5	62,0	120,3
40-49 årige	87,7	8,6	4,3	69,7	156,4
50-60 årige	137,5	14,8	2,9	63,2	195,3
I alt	81,6	7,8	5,7	62,9	145,2

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Det er ikke kun mellem alder, at der er en forskel på antallet af borgere med en klassisk kronisk, kræft eller psykisk sygdom. Ved at se på det samlede

antal borgere med kroniske og/eller psykiske sygdomme, kan der findes en forskel på tværs af landet. Region Sjælland og Region Syddanmark har flere borgere med kroniske og/eller psykiske sygdomme end landsgennemsnittet, mens Region Hovedstaden og Region Nordjylland har færre end gennemsnittet, *jf. figur 4.1*. Forskellen i antallet af borgere med kroniske og psykiske sygdomme kan afspejle det forhold, at borgeren bl.a. er defineret på baggrund af deres sygehusforbrug. Det kan betyde, at regioner der generelt har flere sygehusudskrivinger også har flere borgere med kroniske eller psykiske sygdomme.

Figur 4.1: Antal borgere pr. 1.000 19-60-årige med klassisk kronisk, kræft eller psykisk sygdom fordelt efter region.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

En tilsvarende opgørelse for hver af de fire sygdomsgrupper viser på samme måde stor spredning mellem regionerne. Forskellen kan udover antallet af sygehusudskrivinger afspejle forskelle i den relative alderssammensætning på tværs af regionerne. Befolkningen i Region Hovedstaden er i gennemsnit noget yngre end befolkningen i de øvrige regioner. Region Hovedstaden har fx flere borgere med psykotiske lidelser end landsgennemsnittet, mens der er langt færre borgere med en af de klassiske kroniske sygdomme, *jf. bilag 5*.

Tabel 4.3 viser hvor i landet borgere med kroniske og psykiske sygdomme er koncentreret. En lidt større andel af borgere med kræft bor i Region Sjælland og i Region Syddanmark ift. den samlede befolkning. Mens borgere med psykotiske lidelser i højere grad har bopæl i Region Hovedstaden. 36 pct. af borgerne med psykotiske lidelser bor i Region Hovedstaden, mens det tilsvarende tal for den samlede befolkning er 31 pct.

Tabel 4.3: Bopælsregion for borgere med klassisk kronisk, kræft eller psykisk sygdom og den samlede befolkning i 2007 (andel).

	Klassisk kronisk	Kræft	Psykisk sygdom		Hele befolkningen
			Psykotiske	Ikke-psykotiske	
Region Hovedstaden	0,29	0,31	0,36	0,31	0,31
Region Sjælland	0,15	0,16	0,13	0,14	0,14
Region Syddanmark	0,22	0,23	0,20	0,23	0,21
Region Midtjylland	0,23	0,20	0,21	0,23	0,23
Region Nordjylland	0,11	0,10	0,09	0,09	0,10

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Hele befolkningen omfatter alle borgere mellem 19-60 år.

4.2 Flere kroniske og psykiske sygdomme

En del borgere med kroniske og psykiske sygdomme har mere end én kronisk eller psykisk sygdom, og sygdomme som for eksempel depression kan følge af en af de klassiske kroniske sygdomme. For borgere som har en klassisk kronisk sygdom har knap 15 pct. mere end én kronisk eller psykisk sygdom, mens det tilsvarende tal for borgere med kræft er knap 24 pct., *jf. tabel 4.4*. Borgere med psykotiske lidelser er den borgergruppe, hvor man finder den største andel borgere med mere end én kronisk eller psykisk sygdom, nemlig hele 43 pct. Knap 12 pct. af borgerne med kroniske og/eller psykiske sygdomme har mere end én kronisk sygdom.

Tabel 4.4: Andel borgere med én eller flere kroniske eller psykiske sygdomme fordelt efter sygdomsgrupper.

	Klassisk kronisk	Kræft	Psykisk sygdom		I alt
			Psykotisk	Ikke-psykotisk	
Én kronisk sygdom	85,4	76,2	56,8	78,2	88,2
To eller flere kroniske sygdomme	14,6	23,8	43,2	21,8	11,8

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

For de borgere, som har mere end én kronisk eller psykisk sygdom er det kombinationen af klassisk kronisk sygdom og ikke-psykotiske lidelser, som er den dominerende kombination. Denne kombination af sygdomme udgør 57 pct. af alle mulige kombinationer, *jf. tabel 4.5*. Efterfulgt af kombinationen af psykotiske og ikke-psykotiske lidelser, dvs. de borgere som både har en psykotiske og en ikke-psykotisk lidelse, udgør knap 26 pct.

Tabel 4.5: Kombinationer af én eller flere kroniske og psykiske sygdomme.

	Andel	Antal
Klassisk kronisk og ikke-psykotiske lidelser	56,8	29.669
Psykotisk og ikke-psykotiske lidelser	26,3	13.720
Øvrige	16,9	8.830

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

En yderligere opdeling af kombinationen af klassisk kronisk sygdom og ikke-psykotiske lidelser viser, at det særligt er hjertekarsygdomme og kroniske lungesygdomme, som er to sygdomme under den klassiske kroniske sygdom, der fylder mest. Hjertekarsygdomme og kroniske lungesygdomme udgør tilsammen 76 pct. af kombinationen af klassisk kronisk sygdom og ikke-psykotiske lidelser, *jf. tabel 4.6.*

Tabel 4.6: Kombinationer af klassisk kronisk sygdom og ikke-psykotiske lidelser fordelt efter de klassiske kroniske sygdomme.

	Andel	Antal
Hjertekarsygdomme	43,8	12.991
Kroniske lungesygdomme	32,6	9.660
Diabetes	10,0	2.978
Øvrige kombinationer	13,6	4.040

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Øvrige kombinationer omfatter både to og tre kombinationer af de klassiske kroniske sygdomme.

4.3 Baggrundskarakteristika

Tabel 4.2 viste, at antallet af borgere, som har en klassisk kronisk sygdom eller kræft, skal findes blandt den ældre del af befolkningen i den erhvervsaktive alder, mens borgere med psykotiske lidelser generelt er yngre. Det er også det, den gennemsnitlige alder i tabel 4.7 afspejler. Tabel 4.7 viser forskellige baggrundskarakteristika for borgerne med klassisk kronisk sygdom, kræft og psykiske sygdomme. Det fremgår af tabellen, at borgere, som har en klassisk kronisk eller kræftsygdom generelt er ældre end den samlede befolkning.

Vendes blikket alene mod borgerne med klassiske kroniske sygdomme, er der udover alder ikke store afvigelser i de øvrige karakteristika ift. den samlede befolkning. De kronisk syge borgere ligner altså i høj grad den samlede befolkning, hvad angår både køn, etnicitet og bopæl. Der er dog lidt flere, som har en faglært uddannelse. Der kan dog være variation mellem de enkelte klassiske kroniske sygdomme.

For borgere med kræft er det i langt højere grad kvinderne i den erhvervsdygtige alder, som rammes af sygdommen. Kvinderne udgør hele 64 pct. af populationen med kræft, mens de udgør 50 pct. af den samlede befolkning. Samtidig er det i højere grad borgere med en videregående uddannelse, som rammes af kræft.

Borgere med psykotiske lidelser har i højere grad en ikke-vestlig oprindelse. Og 57 pct. af borgerne med psykotiske lidelser er ufaglært uddannelse. Det tilsvarende tal for den samlede befolkning er 40 pct. Både borgere med psykotiske og ikke-psykotiske lidelser er oftere kvinder. Dog er en noget større

andel af borgere med ikke-psykotiske lidelser end psykotiske lidelser kvinder (63 pct. mod 54 pct.).

Tabel 4.7: Forskellige baggrundskarakteristika for borgere med klassisk kronisk, kræft eller psykisk sygdom og den samlede befolkning i 2007.

	Klassisk kronisk	Kræft	Psykisk sygdom		Hele befolkningen
			Psykotiske	Ikke-psykotiske	
Gns. Alder	46,0	47,9	35,5	41,2	40,2
Mænd (andel)	0,49	0,36	0,46	0,37	0,50
Dansk oprindelse (andel)	0,92	0,95	0,87	0,90	0,90
Vestlig oprindelse (andel)	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03
Ikke-vestlig oprindelse (andel)	0,05	0,03	0,10	0,07	0,07
Gifte (andel)	0,69	0,71	0,38	0,56	0,50
Ufaglært (andel)*	0,33	0,27	0,57	0,40	0,40
Faglært (andel)*	0,40	0,38	0,23	0,34	0,33
Videregående uddannelse (andel)*	0,25	0,33	0,16	0,24	0,25
Antal kroniske sygdomme	1,24	1,28	1,48	1,25	-

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Hele befolkningen omfatter alle borgere mellem 19-60 år.

*Hele befolkningen udgør her 15-69 årige.

Vendes blikket mod, hvor meget de kroniske og/eller psykiske syge borgere trækker på sundheds- og beskæftigelsessystemet, er det særligt borgere med psykotiske lidelser som fylder mest, *jf. tabel 4.8*. De har flest kontakter med sundhedsvæsenet og flest uger på sygedagpenge og kontanthjælp sammenlagt. Borgere med psykotiske lidelser har over en femårig periode i gennemsnit været på kontanthjælp i et år og tre måneder. En del af tiden på kontanthjælp kan forklares ved antallet af indlæggelser og sengedagene i sundhedsvæsenet. Det er ikke overraskende borgere med psykotiske lidelser, som har flest sengedage i psykiatrien. Det er dog samtidige den gruppe som har næst flest somatiske indlæggelser. Borgere med psykotiske lidelser har næsten lige så mange sengedage i det somatiske sundhedsvæsen som borgere med kræft.

Borgere med kræft har ikke overraskende flest kontakter med det somatiske sundhedsvæsen, hvilket også afspejles i antallet af uger på sygedagpenge. Det er dog interessant, at borgere med ikke-psykotiske lidelser har næsten lige så mange uger på sygedagpenge, som borgere med kræft. De har dog til gengæld ikke lige så mange kontakter med sundhedsvæsenet. Det er den borgergruppe med næst færrest kontakter med sundhedsvæsenet. Borgere med de klassiske kroniske sygdomme er den gruppe, som trækker mindst på både sundheds- og beskæftigelsessystemet.

Tabel 4.8: Forskellige baggrundskarakteristika for borgere med klassisk kronisk, kræft eller psykisk sygdom i 2007.

	Klassisk kronisk	Kræft	Psykisk sygdom	
			Psykotiske	Ikke-psykotiske
Sundhed (2002-2006)				
Antal besøg, somatik	4,3	10,9	3,1	3,5
Antal indlæggelser, somatik	1,3	2,7	1,3	1,2
Antal sengedage, somatik	4,4	10,5	9,6	4,4
Antal besøg, psykiatri	0,6	0,4	24,5	4,3
Antal indlæggelser, psykiatri	0,0	0,0	0,8	0,2
Antal sengedage, psykiatri	0,6	0,4	28,2	4,1
Beskæftigelse (2002-2006)				
Uger på sygedagpenge	12,9	24,0	18,7	20,7
Antal forløb på sygedagpenge	1,6	1,9	1,5	1,9
Uger på kontanthjælp	12,9	6,7	65,2	30,3
Antal forløb på kontanthjælp	0,2	0,1	0,8	0,4

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Den beskæftigelsesrettede indsats betyder, at der kan være krav til borgerne, som modtager forskellige indkomsterstøttende ydelser, som fx kontanthjælp.

Der kan være forskellige krav ift. aktivering til borgerne, når de modtager forskellige indkomstoverførsler. Personer med psykisk sygdom, herunder i særdeleshed personer med psykotiske lidelser har i gennemsnit været i aktivering i et større omfang end personer med klassisk kronisk sygdom eller kræft, *jf. tabel 4.9*. Det hænger formentlig sammen med, at personer med psykisk sygdom i gennemsnit har været på kontanthjælp i væsentligt længere tid end de øvrige grupper.

Tabel 4.9: Træk på aktiveringssystem for perioden 2002-2006 (antal uger).

	Klassisk kronisk	Kræft	Psykisk sygdom		I alt
			Psykotisk	Ikke-psykotisk	
Vejledning m.v.	4,8	2,9	14,0	8,6	6,4
Privat aktivering	1,0	0,6	2,4	1,6	1,2
Offentlig aktivering	2,0	1,3	3,9	2,8	2,3

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

4.4 Opsamling

Boks 4.1: Hovedresultater fra kapitel 4.

- Der er flest borgere med klassiske kroniske sygdomme og ikke-psykotiske lidelser.
- Region Syddanmark er den region med relativt flest borgere med kroniske og psykiske sygdomme. Det er særligt borgere med kræft og ikke-psykotiske lidelser, som bor i Region Syddanmark. Mens der er relativt flest borgere med psykotiske lidelser i Region Hovedstaden.
- 43,2 pct. af borgerne med en psykotisk lidelse har mere end én kronisk og/eller psykisk sygdom. Det gælder kun for 14,6 pct. af borgerne med en klassisk kronisk sygdom. Over 1/5 af borgere med kræft og ikke-psykotiske lidelser har mere end én kronisk og/eller psykisk sygdom.
- Borger med klassisk kronisk sygdom og kræft er generelt ældre end befolkningen, mens borgere med psykotiske lidelser er yngre.
- Der er en overvægt af kvinder med kroniske og psykiske sygdomme. Det gælder særligt for borgere med kræft og ikke-psykotiske lidelser. Her udgør kvinder over 60 pct.
- Flere borgere med psykotiske lidelser har en ikke-vestlig oprindelse.
- Borgere med psykotiske lidelser er i højere grad ufaglærte sammenholdt med den samlede befolkning (57 pct. mod 40 pct.), mens borgere med kræft i højere grad har en videregående uddannelse sammenholdt med befolkningen (33 pct. mod 25 pct.).
- Borgere med kræft er den gruppe, som trækker mest på det somatiske sundhedsvæsen, mens borgere med psykotiske lidelser trækker mest på det psykiatriske sundhedsvæsen.
- Borgere med psykotiske lidelser har det største træk i beskæftigelsesystemet. De har i gennemsnit været på kontanthjælp i 65 uger i en periode på fem år. Det svarer til 1¼ år på kontanthjælp. Borgere med ikke-psykotiske lidelser er den gruppe, som har det næststørste træk. Borgere med ikke-psykotiske lidelser har næsten lige så mange uger på sygedagpenge, som borgere med kræft. Sammenholdt med deres sundhedsforbrug har de et noget mindre træk i sundhedsvæsenet end borgere med kræft.
- Borgere med psykotiske lidelser er den gruppe, som har haft flest beskæftigelsesrettede tilbud, som primært består af vejledning mv.

5. Klassiske kroniske sygdomme

De klassiske kroniske sygdomme omfatter diabetes, hjertekarsygdomme, kroniske lungesygdomme eller knogleskørhed og leddegigt. Analysen af de kroniske syge borgere med klassiske kroniske sygdomme består af tre dele. Første del inddeler de kroniske syge borgere i arketyper på baggrund af borgernes forsørgelsehistorik – det er den såkaldte forløbsanalyse, *jf. afsnit 5.1*. Denne del skal alene gruppere borgere med klassisk kronisk sygdom og dermed give et billede af, hvem de forskellige borgertyper er. Anden del indeholder en analyse af de syge borgeres risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, *jf. afsnit 5.2*. Denne del skal give en mere nuanceret forståelse af, hvilke faktorer der har betydning for borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet. Sidste og tredje del skal give et billede af sammenhængen mellem udvalgte risikoindekatorer og det gradvise tab af arbejdsmarkedstilknytning, *jf. afsnit 5.3*. Hvilke faresignaler skal kommunerne være opmærksomme på for at undgå, at borgeren mister fodfæste på arbejdsmarkedet?

5.1 Forløbsanalyse

For at give kommunerne et bedre grundlag til at målrette deres indsatser er forløbsanalysen et vigtigt redskab. Forløbsanalysen skal give et billede af, hvad der karakteriserer de forskellige typer af borgere med en klassisk kronisk sygdom. Analysen sammenligner borgernes historiske forsørgelsesgrundlag for at vurdere, hvor meget borgerne ligner hinanden. Et sådant historisk indblik kan være en vigtig brik i forståelsen af borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet. På baggrund af borgernes historiske forsørgelsesgrundlag inddeles borgerne med en klassisk kronisk sygdom i et antal særegne typer. Det er disse typer, som resten af afsnittet vil handle om.

Forløbsanalysen bygger på en repræsentativ stikprøve på 10.000 observationer. Der er usikkerhed forbundet med inddelingen af borger i typer, herunder som følge af, at der er tale om en stikprøve. Det skal der tages højde for, når resultaterne fortolkes. På trods af usikkerheden i typeinddelingen har resultaterne i det nedestående vist sig at være robuste.

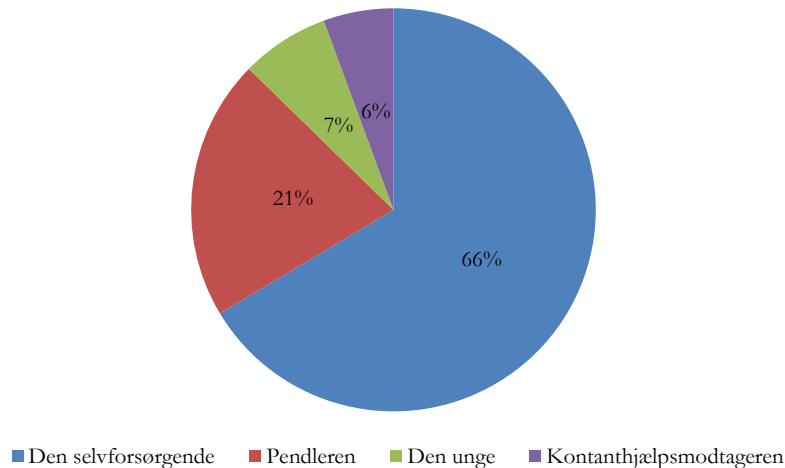
Analysen af gruppen med en eller flere klassiske kroniske sygdomme resulterer i en inddeling på fire borgertyper, *jf. boks 5.1*. Typerne er navngivet efter det dominerende indkomstgrundlag for borgerne i perioden 1995 til 2006.

Boks 5.1: Typer af borgere med klassiske kroniske sygdomme

- Selvforsørgeren (SELV)
- Pendleren (PEN)
- Kontanthjælpsmodtageren (KTH)
- Den unge (UNG)

Analysen viser, at 66 pct. af borgerne med en klassisk kronisk sygdom kan karakteriseres som selvforsørgende, *jf. figur 5.1*. Dvs. en stor del af de kroniske syge kan altså klare sig selv. Der er dog fortsat 34 pct. af borgerne med en klassisk kronisk sygdom, som i et større eller mindre omfang har en løse og vigende tilknytning til arbejdsmarkedet. Og det er særligt disse borgere kommunerne skal være opmærksomme på.

Figur 5.1: Andelen af borgere med klassiske kroniske sygdomme fordelt på de fire borgertyper.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Det, der karakteriserer de fire borgertyper, er som nævnt deres historiske indkomstgrundlag, *jf. tabel 5.1*. Tabellen angiver for hver borgertype, hvor stor en andel af tiden i perioden 1995 til 2006 de forskellige indkomstgrupper i gennemsnit dominerer. Således har den selvforsørgende primært været selvforsørgende. Mens kontanthjælpsmodtageren har kontanthjælp, som det dominerende indkomstgrundlag i perioden 1995 til 2006.

Tabel 5.1: Dominerende indkomstgrupper for borgere med klassiske kroniske sygdomme (andel).

	SELV	PEN	KTH	UNG
Selvforsørgelse	0,92	0,43	0,25	0,21
Dagpenge	0,02	0,24	0,06	0,01
Sygedagpenge	0,02	0,06	0,03	0,01
Kontanthjælp	0	0,03	0,57	0,03
Revalidering	0	0,03	0,04	0,01
Fleksjob	0	0,05	0	0
Anden	0,02	0,15	0,03	0,19
Umyndig	0	0	0,01	0,54

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

*Antal skift angiver, hvor mange skift, mellem de forskellige ydelser, borgerne har haft i perioden 1995 til 2006.

Borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet afspejles desuden ved antallet af skift mellem de forskellige indkomstgrupper i perioden 1995-2006, *jf. figur 5.2*.

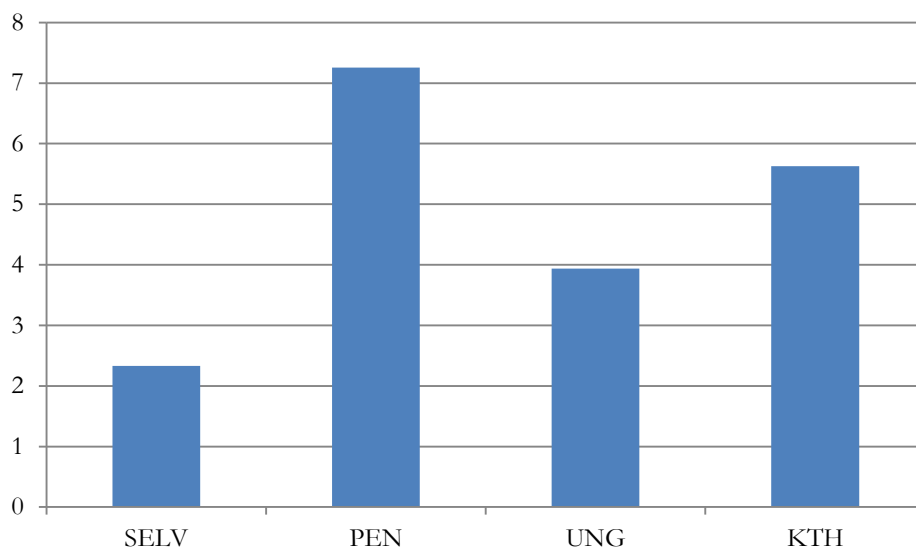
Pendleren har i gennemsnit 7,3 skift mellem de forskellige indkomstgrupper. Dette er det højeste antal skift sammenlignet med de resterende borgertyper. Pendlerens tilknytning til arbejdsmarkedet er dermed noget løser og mindre stabil. Pendleren "pendler" altså en del mellem forskellige indkomstgrupper.

Kontanthjælpsmodtageren er kendetegnet ved gennemsnitligt 5,6 skift i indkomstgrundlaget og har således en mindre stabil tilknytning til arbejdsmarkedet end den selvforsørgende og den unge.

Den unge har gennemsnitligt 3,9 skift i indkomstgrundlaget i perioden, hvilket i høj grad må formodes at repræsentere et forløb, som starter som umyndig, efterfulgt af uddannelse og til sidst i beskæftigelse eller på kontanthjælp.

Den selvforsørgende er en forholdsvis stabil type med ganske få skift mellem indkomstgrupper. I gennemsnit er der 2,3 skift over hele perioden, hvilket ikke er meget mere end en enkelt "afvigelse" fra selvforsørgelse. Det kan fx være en borger i job, som bliver syg, og i en periode får sygedagpenge og efter sygdomsperioden vender tilbage i arbejde.

Figur 5.2: Antal skift mellem indkomstgrupper i perioden 1995-2006 fordelt efter de fire borgertyper – klassiske kroniske sygdomme.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

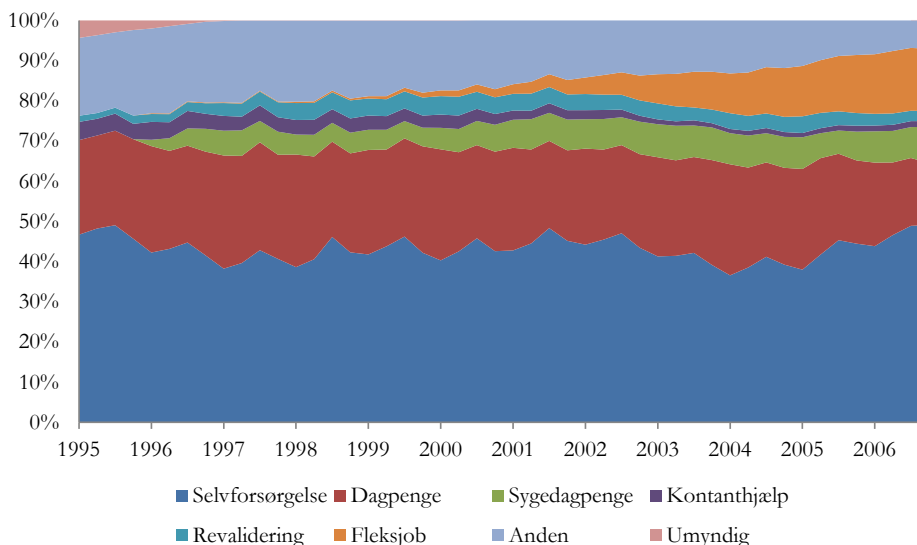
Som supplement, og for at give en bedre forståelse af borgertypernes arbejdsmarkedstilknøytning er der nedenfor en uddybende beskrivelse af de fire borgertyper. Der er bl.a. en figur, som over tid viser den relative fordeling mellem de dominerende indkomstgrupper. Yderligere baggrundskarakteristika følger efter en gennemgang af de enkelte borgertypers forsørgelsehistorik.

5.1.1 Pendleren

Pendleren er den næstmest dominerende type og er kendetegnet ved ofte skiftende indkomstgrundlag, jf. ovenstående. Selvforsørgelse er for den gennemsnitlige pendler det primære indkomstgrundlag. I 43 pct. af tiden, dvs. fra 1995 til 2006, er pendleren selvforsørgende. Pendleren har desuden dagpenge og andet indkomstgrundlag i hhv. 24 pct. og 15 pct. af tiden, hvorfor pendleren kan vurderes til dels at skifte mellem beskæftigelse, ledighed og uddannelse¹¹.

Bemærk, at figuren ikke viser noget om de enkelte forløb, den viser alene fordelingen mellem de forskellige indkomstgrupper på et bestemt tidspunkt.

Figur 5.3: Fordeling mellem indkomstgrupper for pendleren, 1995-2006.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Som det fremgår af figur 5.3, fordeler pendleren sig over tid primært mellem selvforsørgelse, dagpenge og anden indkomst. Den samlede andel på selvforsørgelse og dagpenge er ikke afhængig af tid og udgør i gennemsnit 67 pct. Der forekommer dog konjunkturmæssige udsving mellem de to andele, som varierer fra hhv. 37 pct. (selvforsørgelse) og 15 pct. (dagpenge) til hhv. 49 pct. og 28 pct. over perioden. Der er altså hele tiden afbrydelser til

¹¹ Anden indkomst vedrører primært uddannelse og sekundært barselsorlov.

arbejdsmarkedstilknytningen. Den resterende del af borgertypen har fortrinsvist anden indkomst – som formodes at være SU. Denne andel er dog aftagende over tid, og spænder fra 22 pct., hvor tilknytningen er højest, til 7 pct., hvor tilknytningen er lavest. Andelen af pendlere, som kommer i fleksjob, er støt stigende fra 1998, hvor fleksjobordningen indføres. I starten af 0'erne har der desuden været iværksat initiativer, som skulle sikre et mere rummeligt arbejdsmarked. Dette kan til dels forklare den stigende andel af pendlere i fleksjob, som i 2006 udgør ca. 15 pct.

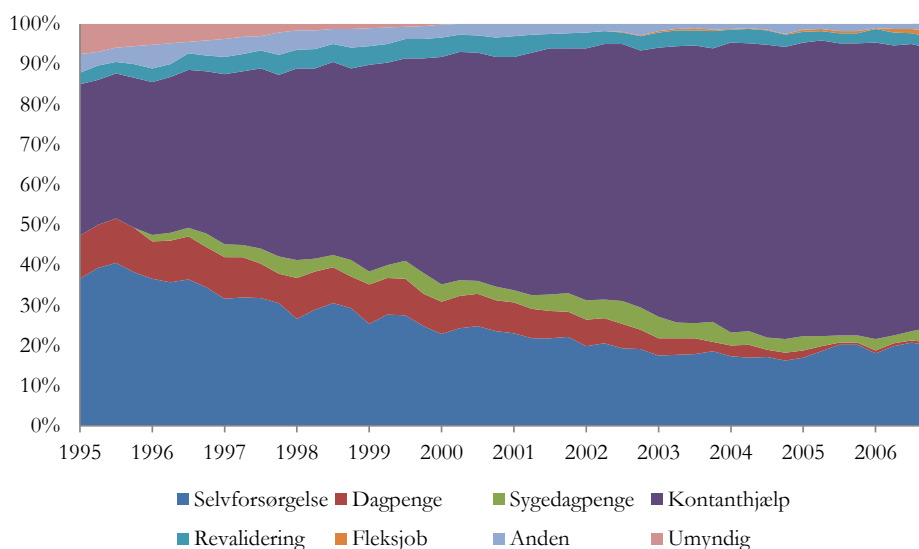
5.1.2 Kontanthjælpsmodtageren

Personerne i denne borgertype har primært kontanthjælp og sekundært selvforsørgelse som forsørgelsesgrundlag. Denne type kan indeholde ikke-forsikrede ledige, syge som ikke har ret til sygedagpenge og ledige med opbrugt dagpengeperiode.

Fordelingen af grupperne over tid er varierende for alle indkomstgrupper. Kontanthjælp udgør en større andel over tid, mens selvforsørgelse udgør en mindre andel. Gennemsnitligt over perioden udgør kontanthjælp 57 pct. mens selvforsørgelse udgør 25 pct., jf. figur 5.4.

Igen skal det huskes, at figuren ikke viser noget om de enkelte forløb, den viser alene fordelingen mellem de forskellige indkomstgrupper på et bestemt tidspunkt.

Figur 5.4: Fordeling mellem indkomstgrupper for kontanthjælpsmodtageren, 1995-2006.



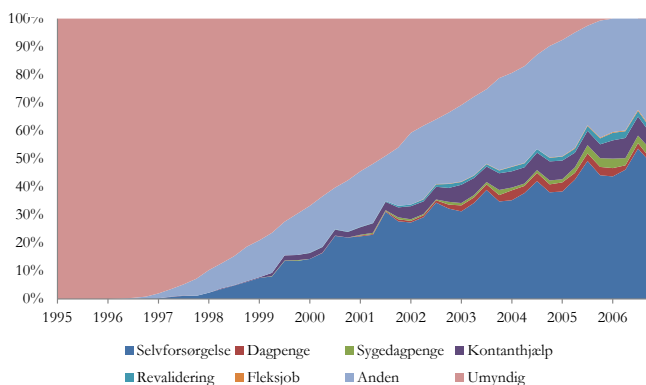
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

5.1.3 Den unge

Denne borgertype er karakteriseret ved at være under 18 år og dermed umyndig i en stor del af perioden 1995 til 2006. Det er de i gennemsnit i 54 pct. af tiden. Den del af borgertypen, der er myndige, er primært på enten selvforsørgelse eller anden indkomst der, som tidligere nævnt, primært er uddannelse. Den gennemsnitlige unge er selvforsørgende i 21 pct. af tiden, mens anden indkomst udgør i 19 pct. af tiden.

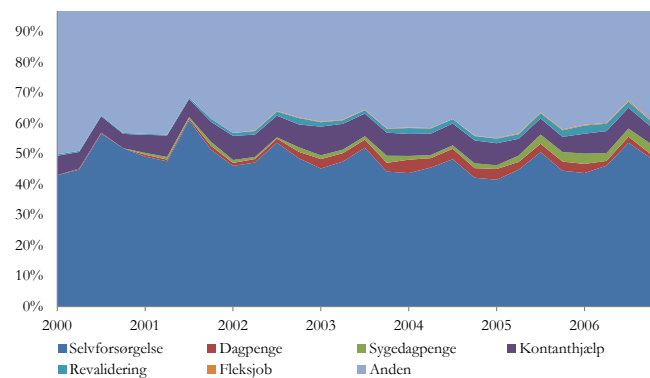
I takt med, at de unge bliver myndige overgår de til en af de øvrige indkomstgrupper – mest til selvforsørgelse og anden indkomst, *jf. figur 5.5.a.* Derfor er der størst tilknytning til arbejdsmarkedet i slutningen af perioden. Ved alene at se på indkomstgrupper for de unge som er myndige, *jf. figur 5.5.b.*, er der ikke store udsving i andelen over tid mellem de forskellige indkomstgrupper. Det skal bemærkes, at andelen af unge, som er myndige i 2000 er 38 pct., 63 pct. i 2002 og naturligvis 100 pct. i 2006.

Figur 5.5.a.: Fordeling mellem indkomstgrupper for den unge, 1995-2006.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Figur 5.5.b.: Fordeling af indkomstgrupper (ekskl. umyndig) for den unge, 1995-2006.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

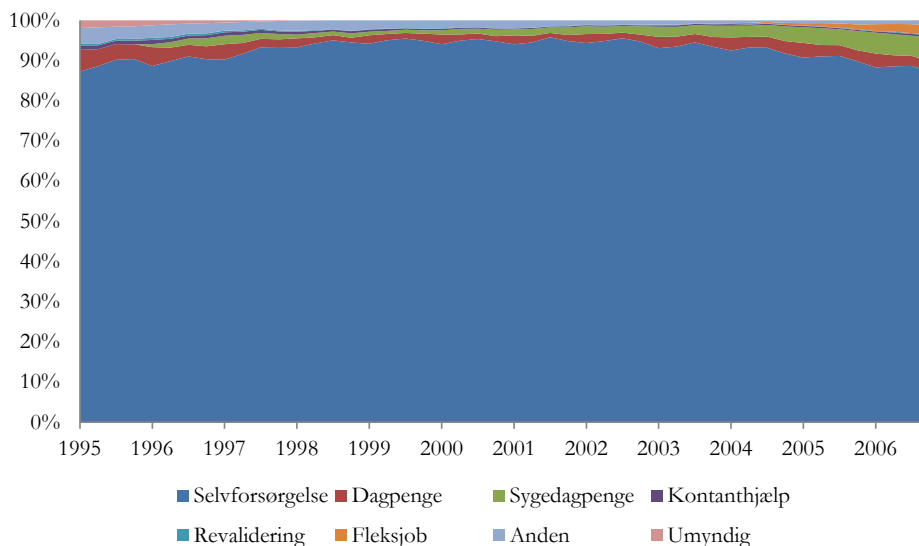
5.1.4 Selvforsørgeren

Denne borgertype, som er den mest almindelige, er karakteriseret ved at have været selvforsørgende i mere end 90 pct. af tiden fra 1995 til 2006, *jf. figur 5.6.* Der er ingen systematik i de perioder, den selvforsørgerende modtager overførselsindkomster; ikke anden end, at de for den enkelte person er tilfældigt spredt.

Figur 5.6 viser, hvordan typen af selvforsørgerer over tid fordeler sig mellem de forskellige indkomstgrupper. Bemærk, at figuren ikke viser noget om de enkelte forløb, den viser alene fordelingen mellem de forskellige indkomstgrupper på et bestemt tidspunkt. Mellem 87 og 96 pct. er på ethvert tidspunkt selvforsørgende. Den indkomst, de resterende 4 til 13 pct. modtager,

afhænger af tidspunktet. I 1995 var det mest dagpenge og anden ydelse¹². I 2006 var det sygedagpenge (5 pct.), dagpenge (3 pct.), og fleksjob (2 pct.).

Figur 5.6: Fordeling mellem indkomstgrupper for den selvforsørgende, 1995-2006.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

5.1.5 Hvem er borgerne med en klassisk kronisk sygdom?

Borgere med en klassisk kronisk sygdom kan på baggrund af deres forsørgeshistorik inddeles i de fire ovenstående borgertyper. Ved at benytte baggrundsvariablerne kan forskelle og ligheder mellem de fire typer beskrives. Det er således muligt at komme tættere på hvad der karakteriserer borgere med klassiske kronisk sygdom, som er hhv. selvforsørgende, pendlere, kontanthjælpsmodtagere eller unge.

Det fremgår af tabel 5.2, at der er store variationer mellem de forskellige typer af borgere med en kronisk sygdom. 66 pct. af pendleren er kvinder. De har i lagt højere grad har en videregående uddannelse sammenlignet med hele befolkningen.

Kontanthjælpsmodtageren er ligesom pendleren en kvinde. Kontanthjælpsmodtageren er dog i langt højere grad en borger med ikke-vestlig oprindelse. 62 pct. af kontanthjælpsmodtagerne er ufaglærte sammenlignet med 40 pct. i hele befolkningen.

Den unge er ikke overraskende yngre end de øvrige borgertyper. Den unge er i gennemsnit 23 år. Størstedelen af de unge er ufaglærte.

¹² Anden omfatter bl.a. barseldagpenge og SU.

Den selvforsørgende er typisk, i modsætning til de andre borgertyper, en ældre mand, som i højere grad er faglært.

Tabel 5.2: Forskellige baggrundskarakteristika fordelt efter borgertype – klassisk kronisk.

	SELV	PEN	KTH	UNG	Klassisk kronisk	Hele befolkningen
Gns. alder	49,3	44,6	42,9	23,4	46,0	40,2
Mænd (andel)	0,55	0,34	0,43	0,45	0,49	0,50
Dansk oprindelse (andel)	0,95	0,91	0,61	0,94	0,92	0,90
Vestlig oprindelse (andel)	0,02	0,02	0,03	0,02	0,02	0,03
Ikke-vestlig oprindelse (andel)	0,03	0,07	0,37	0,05	0,05	0,07
Gifte (andel)	0,75	0,65	0,45	0,52	0,69	0,50
Ufaglært (andel)*	0,28	0,30	0,62	0,74	0,33	0,40
Faglært (andel)*	0,46	0,35	0,21	0,17	0,40	0,33
Videregående uddannelse (andel)*	0,25	0,33	0,09	0,08	0,25	0,25
Antal kronisk sygdom	1,13	1,20	1,34	1,13	1,16	-

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Hele befolkningen omfatter alle borgere mellem 19-60 år.

*Hele befolkningen udgør her 15-69 årige.

Vendes blikket over på, hvor meget borgere med klassiske kroniske sygdomme trækker på sundheds- og beskæftigelsessystemet, er det kontanthjælpsmodtagerne, som fylder mest, *jf. tabel 5.3*. Det er den type, der har flest kontakter med sundhedsvæsenet, samtidig med at de over en femårig periode har været på kontanthjælp i næsten 3,5 år. Pendleren er den type, som har næst flest kontakter med sundhedsvæsenet. Mens det særligt er sygedagpenge, som fylder meget på beskæftigelsesområdet. Den selvforsørgende og den unge er de to typer, som trækker mindst på sundheds- og beskæftigelsessystemet. Da en stor del af de unge har anden indkomst, som forsørgelsesgrundlag, må det formodes, at disse unge i højere grad modtager en form for SU.

Tabel 5.3: Forskellige baggrundskarakteristika fordelt efter borgertype – klassisk kronisk.

	SELV	PEN	KTH	UNG	Klassisk kronisk
Sundhed (2002-2006)					
Antal besøg, somatik	3,8	5,4	6,3	3,3	4,3
Antal indlæggelser, somatik	1,1	1,6	2,4	1,2	1,3
Antal sengedage, somatik	4,0	5,8	8,0	3,2	4,4
Antal besøg, psykiatri	0,2	0,9	1,6	1,0	0,6
Antal indlæggelser, psykiatri	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Antal sengedage, psykiatri	0,2	0,4	1,3	0,8	0,6
Beskæftigelse (2002-2006)					
Uger på sygedagpenge	10,8	22,7	10,3	5,2	12,9
Antal forløb på sygedagpenge	1,3	2,5	0,7	0,8	1,6
Uger på kontanthjælp	0,9	3,7	180,8	15,3	12,9
Antal forløb på kontanthjælp	0,0	0,1	1,2	0,5	0,2

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Der er også forskel på, hvor i landet de forskellige borgertyper med en klassisk kronisk sygdom bor. Pendleren er dominerende i Region Midtjylland set ift. den samlede gruppe af kroniske syge borgere, *jf. tabel 5.4*. Mens kontanthjælpsmodtagerne særligt er dominerende i Region Hovedstaden.

Tabel 5.4: Bopælsregion fordelt efter borgertype – klassisk kronisk.

	SELV	PEN	KTH	UNG	Klassisk kronisk	Hele befolkningen
Region Hovedstaden	0,30	0,27	0,39	0,31	0,29	0,31
Region Sjælland	0,16	0,14	0,13	0,11	0,15	0,14
Region Syddanmark	0,22	0,21	0,21	0,22	0,22	0,21
Region Midtjylland	0,22	0,25	0,19	0,26	0,23	0,23
Region Nordjylland	0,11	0,13	0,09	0,11	0,11	0,10

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Hele befolkningen omfatter alle borgere mellem 19-60 år.

Af de fire kroniske sygdomme, som indgår i definitionen af klassiske kroniske sygdomme, har flest borgere hjertekarsygdomme, efterfulgt af kroniske lungesygdomme, *jf. tabel 5.5*. For den selvforsørgende gælder samme mønstre, mens det for pendleren og kontanthjælpsmodtageren er de kroniske lungesygdomme, som fylder mest. Dog stærkt fulgt af hjertekarsygdomme. Pendleren og kontanthjælpsmodtageren ligner i høj grad hinanden. Det er dog værd at bemærke, at kontanthjælpsmodtageren er den borgertype med den største andel af borgere med diabetes. For de unge borgere er det de kroniske lungesygdomme, som fylder mest. Det må tillægges astma, som er

en af sygdommene under de kroniske lungesygdomme. For de unge udgør astma over 90 pct. af den samlede gruppe af kroniske lungesygdomme¹³.

Tabel 5.5: De klassiske kroniske sygdomme fordelt efter sygdom og borgertype (pct.).

	SELV	PEN	KTH	UNG	Antal
Diabetes	17,8	19,1	26,3	13,6	1.823
Hjertekarsygdomme	51,8	41,8	41,8	10,3	4.625
Kroniske lungesygdomme	34,5	43,3	42,3	75,4	3.966
Knogleskørhed og leddegigt	4,8	5,3	2,3	1,7	452

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: En person kan godt have mere end en kronisk sygdom, og således kan kolonnerne summere til mere end 100 pct. Grundet afrunding summeres tallene ikke nødvendigvis til 100.

Ved at se på antallet af de fire klassiske kroniske sygdomme, er der ikke store forskelle mellem de fire borgertyper. Langt hovedparten af de kroniske syge borgere har kun en enkelt af de klassiske kroniske sygdomme, *jf. tabel 5.6*. For de borgere, som har mere end én klassisk kronisk sygdom, er det kombinationen af diabetes og hjertekarsygdomme, som er den mest dominerende kombination af sygdomme, *jf. tabel 5.7*. Over halvdelen af borgere med to kroniske sygdomme har netop denne sygdomskombination. Den næstmest udbredte sygdomskombination er hjertekarsygdomme og kroniske lungesygdomme.

Tabel 5.6: De klassisk kronisk syge fordelt efter antal kroniske sygdomme og type (pct.)

	SELV	PEN	KTH	UNG	Klassisk kronisk
1	91,4	91,3	87,7	99,0	91,7
2+	8,6	8,7	12,3	1,0	8,3

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Tabel 5.7: Andel med to kroniske sygdomme fordelt efter sygdomskombinationer og type. (pct.)

	SELV	PEN	KTH	UNG	Klassisk kronisk
Diabetes og hjertekarsygdomme	60,9	48,8	56,7	14,3	57,6
Diabetes og kroniske lungesygdomme	7,3	8,5	14,9	42,9	8,5
Hjertekar og kroniske lungesygdomme	22,8	29,9	20,9	28,6	24,2
Øvrige kombinationer	8,9	12,8	7,5	14,3	9,7
N	548	164	67	7	786

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

¹³ Estimeret på baggrund af data fra eSundhed, se bilag 8.

Forløbsanalysen siger ikke noget om, hvor forskellige de fire borgertyper er i forhold til deres risiko for at miste deres tilknytning til arbejdsmarkedet (dvs. at blive førtidspensioneret). En sådan udmåling af forskelle foretages i næste afsnit.

5.2. Førtidspension – hvilke faktorer har betydning?

Denne analyse skal give et billede af, hvor det er kommunerne kan sætte ind. Hvad er det kommunerne skal være særlige opmærksomme på for at undgå, at borgerne mister tilknytningen til arbejdsmarkedet? Hvem er i risiko for at ende uden for arbejdsmarkedet?

Det er med andre ord denne analysens formål, at pege på de faktorer og karakteristika som har betydning for borgerenes tilknytning til arbejdsmarkedet. En regressionsanalyse kan give indblik i hvilke karakteristika, der er medbestemmende for borgernes succes. I denne analyse er succes det, at borgeren bevarer sin tilknytning til arbejdsmarkedet, dvs. undgår en førtidspensionering. En logistisk regressionsanalyse gør det muligt at vurdere, om et givent forhold enten forøger eller formindsker sandsynligheden for at blive førtidspensioneret¹⁴.

Resultaterne fra regressionsanalysen er vist i tabel 5.8. Resultaterne viser, hvor meget sandsynligheden for at blive førtidspensioneret i perioden 2007-2011 ændres, hvis en variabel ændres med en enhed, og alle andre variable i modellen samtidig holdes konstant (søjle a). Resultaterne viser endvidere om sandsynligheden for førtidspension øges eller mindskes (søjle b), hvor ”-” mindsker sandsynligheden for førtidspension og ”+” øger sandsynligheden for førtidspension. Nogle af variablene er sat i forhold til en anden variabel. Effekten af at være en bestemt borgertype er sat i forhold til den selvforsørgende, effekten af højst fuldførte uddannelse er sat i forhold personer med en videregående uddannelse som højst fuldførte uddannelse, effekten af bopælsregion er sat i forhold til Region Hovedstaden.

Analysen bygger videre på den samme stikprøve, som omtales i afsnit 5.1.

Både pendleren og kontanthjælpsmodtageren er mere end dobbelt så udsat for at blive førtidspensioneret end den selvforsørgende. Og denne effekt er statistisk signifikant. En mindre specificeret model, hvor variabelen *antal uger på kontanthjælp* ikke er inkluderet, viser, at kontanthjælpsmodtagerne har 8 gange større odds for at ende på førtidspension, jf. bilag 6. Det viser, at det særligt er varigheden af kontanthjælpen, som er afgørende. De ”tunge” kontanthjælpsmodtagere, har således større odds for at ende på førtidspension. Det viser ligeledes, hvor vigtigt det er, at have en opdeling af borgere med

¹⁴ En nærmere beskrivelse af metoden kan findes i bilag 4.

klassiske kroniske sygdomme i forskellige borgertyper. Altså: Det er (måske) forløbsanalysen, som viser sig at være vigtigst, men det er kun ved at lave regressionsanalysen, at der kan konkluderes noget om, hvor vigtig forløbsanalysen er (fordi den viser forskellen mellem de forskellige borgertyper og deres risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet)¹⁵.

Sandsynligheden for, at personer med en henholdsvis ufaglært og faglært uddannelse bliver førtidspensioneret er hhv. 95 pct. og 42 pct. højere end personer med en videregående uddannelse.

Tabel 5.8: Resultater af logistisk regression, klassisk kronisk.

	Odds ratio (a)	Retning (b)
Borgertyper		
Pendleren	2,30*	+
Den unge	0,89	-
Kontanthjælpsmodtageren	2,27*	+
Demografi		
Alder	1,05*	+
Køn (mand)	0,98	-
Etnicitet (ikke-vestlig)	1,91*	+
Civilstand (gift)	0,78*	-
Ufaglært	1,95*	+
Faglært	1,42*	+
Sundhed		
Besøg, somatik	1,03*	+
Sengedage, somatik	1,01*	+
Indlæggelser, psykiatri	1,40*	+
Antal kroniske sygdomme	1,42*	+
Psykisk sygdom (ja)	1,91*	+
Bopæl		
Region Sjælland	1,70*	+
Region Syddanmark	1,71*	+
Region Midtjylland	1,57*	+
Region Nordjylland	1,46**	+
Beskæftigelse		
Antal uger på kontanthjælp	1,02*	+
Antal kontanthjælpsforløb	0,81*	-

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Uger på kontanthjælp kvadreret er ikke vist i tabellen. Variablen er signifikant, men har næsten igen effekt på chancen for at få tilkendt en førtidspension.

*Statistisk signifikans på 1%-niveau. ** Statistisk signifikans på 5%-niveau.

¹⁵ Ved at vælge en anden afhængig variabel kan andre former for risici beskrives.

Sandsynligheden for, at personer med en anden etnisk baggrund end vestlig bliver førtidspensioneret er næsten dobbelt så stor som sandsynligheden for, at en person med vestlig (herunder dansk) baggrund bliver førtidspensioneret.. Det kan dog også afspejle andre forhold. Etnicitet kan altså være ret afgørende. Der kan derfor være tale om en særlige målrettet indsats mod personer med en ikke-vestlig baggrund. Hvad deres særlige behov eller udfordringer er, må være en selvstændig analyse.

Borgere i Region Sjælland og Region Syddanmark har 70 pct. større risiko for at få tilkendt en førtidspension end borgere med bopæl i Region Hovedstaden.

Det at have flere kroniske sygdomme forøger sandsynligheden for førtidspension med 42 pct. Antal somatiske sygehusbesøg og sengedage samt indlæggelser i psykiatrien øger sandsynligheden for førtidspension. Ét ekstra besøg i det somatiske sundhedsvæsen, i løbet af en fem årig periode, øger sandsynligheden for førtidspension med 3 pct. Mens én ekstra indlæggelser i psykiatrien, i løbet af en fem årig periode, øger sandsynligheden med 40 pct. Tilsammen understreger det, at kontakter med sundhedsvæsenet og samtidige flere kroniske sygdomme er klare opmærksomhedspunkter med hensyn til at identificere borgere med risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Har borgeren også en psykisk sygdom øges sandsynligheden for førtidspension med 91 pct.

Forskellen mellem kronisk syge mænd og kvinders risiko for førtidspension er ikke statistisk signifikant. Der er heller ikke en statistisk signifikant forskel for den unge ift. den selvforsørgende med hensyn til. risikoen for førtidspensionering.

Regressionsanalysen giver et billede af, hvilke forhold der øger hhv. mindsker risikoen for, at en borger med en af de klassiske kroniske sygdomme får tilkendt en førtidspension.

5.2.1 Hvem tilkendes en førtidspension?

I analysen er det 734 ud af stikprøvens 10.000 observationer, der får tilkendt en førtidspension i perioden 2007 til 2011, svarende til knap 7 pct. Disse personer fordeler sig mellem de fire borgertyper som vist i tabel 5.9.

Tabel 5.9: Antal og andel borgere, som førtidspensioneres i perioden 2007-2011 – klassisk kronisk.

	SELV	PEN	KTH	UNG	I alt
Antal	302	218	199	15	734
Pct.	5%	10%	36%	2%	7%

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Det bemærkes særligt, at 36 pct. af alle kontanthjælpsmodtagerne førtidspensioneres, hvilket er mere end 3 gange så høj en andel som pendleren, der er den borgertype, der har den næststørste andel, der førtidspensioneres i løbet af perioden 2007-2011.

En stor del af borgerne med en klassisk kronisk sygdom formår at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet. Det må siges at være en succes. Der kan dog være andre måder at måle succes på. Fx er en ret sikker vej til førtidspension et fleksjob, jf. bilag 7. Derfor kan det være interessant at se på, hvad der karakteriserer de borgere, som formår at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet med et fleksjob, og de borgere der ender på førtidspension. Et andet succeskriterium kan i den forbindelse være at bevare borgeren på arbejdsmarkedet i et fleksjob fremfor, at borgeren tilkendes en førtidspension.

Sammenligningen af baggrundskarakteristika for de to grupper af borgere og de øvrige borgere med en klassisk kronisk sygdom viser, at der ikke er den store forskel mellem de borgere, som har et fleksjob og de borgere, som ender på førtidspension, jf. tabel 5.10. Borgere på fleksjob eller på førtidspension er generelt lidt ældre end den øvrige gruppe af borgere med en klassisk kronisk sygdom. Samtidig er en større andel, af borgere på fleksjob og førtidspension, desuden kvinder.

De borgere, der kommer på førtidspension, har relativt oftere en ikke-vestlig oprindelse, end det er tilfældet for de personer, der er på fleksjob. Ca. 3 pct. af de personer, der kommer i fleksjob, har en ikke-vestlig oprindelse, mens det gælder 17 pct. af de personer, der får førtidspension. Derudover er borgere på førtidspension i lang højere grad ufaglærte, mens borgere på fleksjob er faglærte.

Tabel 5.10: Baggrundskarakteristika for hhv. borgere på førtidspension, fleksjob og øvrige borgere med klassisk kronisk sygdom.

	Førtids- pension	Fleksjob	Øvrige	Kronisk	Hele befolkningen
Gns. Alder	48,5	48,6	45,7	46,0	40,2
Mænd (andel)	0,44	0,40	0,50	0,49	0,50
Dansk oprindelse (andel)	0,80	0,96	0,93	0,92	0,90
Vestlig oprindelse (andel)	0,02	0,01	0,02	0,02	0,03
Ikke-vestlig oprindelse (andel)	0,17	0,03	0,05	0,05	0,07
Gift (andel)	0,58	0,68	0,71	0,69	0,50
Ufaglært (andel)*	0,48	0,34	0,32	0,33	0,40
Faglært (andel)*	0,34	0,45	0,40	0,40	0,33
Videregående uddannelse (andel)*	0,14	0,19	0,26	0,25	0,25
Antal kronisk sygdom	1,41	1,31	1,20	1,24	-
N	734	689	8.577	10.000	

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Hele befolkningen omfatter alle borgere mellem 19-60 år.

*Hele befolkningen udgør her 15-69 årige.

Borgere på fleksjob og førtidspension har generelt flere kontakter med sundhedsvæsenet end den øvrige gruppe af borgere med en klassisk kronisk sygdom. Der er ikke den store forskel på antallet af kontakter mellem de to grupper. For borgere på førtidspension gælder dog, at de har over dobbelt så mange besøg og sengedage i psykiatrien end borgere på fleksjob. Derudover har borgere på førtidspension desuden lidt flere kroniske sygdomme end borgere på fleksjob. Det der dog adskiller de to grupper væsentlig fra hinanden er længden af perioden på hhv. kontanthjælp og sygedagpenge. Personer der kommer i fleksjob har, i gennemsnit været længere tid på sygedagpenge (knap 43 uger mod knap 38 uger) og væsentligt kortere tid på kontanthjælp (Godt 11 uger mod knap 61 uger) end personer, der kommer på førtidspension, *jf. tabel 5.11*.

Tabel 5.11: Baggrundskarakteristika for hhv. borgere på førtidspension, fleksjob og øvrige borgere med klassisk kronisk sygdom.

	Førtids- pension	Fleksjob	Øvrige	Kronisk
Sundhed (2002-2006)				
Besøg, somatik	7,5	7,4	3,7	4,3
Indlæggelser, somatik	2,6	2,2	1,1	1,3
Sengedage, somatik	12,3	10,0	3,4	4,4
Besøg, psykiatri	2,1	1,1	0,3	0,6
Indlæggelser, psykiatri	0,1	0,0	0,0	0,0
Sengedage, psykiatri	2,2	0,6	0,2	0,6
Beskæftigelse (2002-2006)				
Uger på sygedagpenge	37,8	42,7	8,3	12,9
Antal forløb på sygedagpenge	2,3	4,5	1,1	1,6
Uger på kontanthjælp	61,1	10,8	8,6	12,9
Antal forløb på kontanthjælp	0,3	0,1	0,1	0,2

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

5.3 Risikoindikatorer og forløb ud af arbejdsmarkedet

Denne analyse skal give et billede af sammenhængen mellem udvalgte risikoindikatorer og borgernes gradvise tab af arbejdsmarkedstilknytning¹⁶. Hvilke faresignaler skal kommunerne være opmærksomme på for at undgå, at borgeren mister fodfæste på arbejdsmarkedet? Kommunerne vil således ved at konstatere, hvor mange risikoindikatorer, der knytter sig til én borger, kunne få et indtryk af udviklingen i borgernes risiko for varigt at miste fodfæstet på arbejdsmarkedet.

Der arbejdes med seks risikoindikatorer, *jf. boks 5.2*. Risikoindikatorerne er udvalgt på baggrund af regressionsanalysen fra *afsnit 5.2* og persontyperne, som er defineret via forløbsanalysen, *jf. afsnit 5.1*. Det er netop vist, at disse faktorer har betydning for, hvorvidt borgerne får tilkendt førtidspension. Endvidere er der lagt vægt på, at der er tale om risikoindikatorer, som de kommunale sagsbehandlere relativt let skal kunne identificere.

¹⁶ Denne analyse vil omfatte hele populationen af de kroniske syge borgere og ikke alene de borgere, der er inkluderet i stikprøven.

Boks 5.2: De seks udvalgte risikoindikatorer.

1. Modtaget kontanthjælp i mindst halvdelen af året.
2. Modtaget sygedagpenge i mindst tre sammenhængende måneder det seneste år.
3. Mindst 4 skift i forsørgelsesgrundlaget det seneste år.
4. Indlæggelse af mindst 5 dages varighed.
5. Flere end 3 indlæggelser i løbet af seneste år.
6. Kontakt med psykiatrien i mindst 2 af de seneste 5 år.

Udviklingen i antallet af borgere med et givet antal risikoindikatorer over en femårig periode, *jf. tabel 5.12*, er næsten uændret for den samlede gruppe af borgere med en klassisk kronisk sygdom. Størstedelen, 78 pct. i 2002 og 74 pct. i 2006, af den samlede gruppe af borgere med klassisk kroniske sygdomme har slet ingen risikoindikatorer. Mens der i 2002 er 18 pct. med én enkelt risikoindikator, er der i 2006 21 pct..

Tabel 5.12: Fordelingen af risikoindikatorer efter antal og år – klassisk kronisk (pct.)

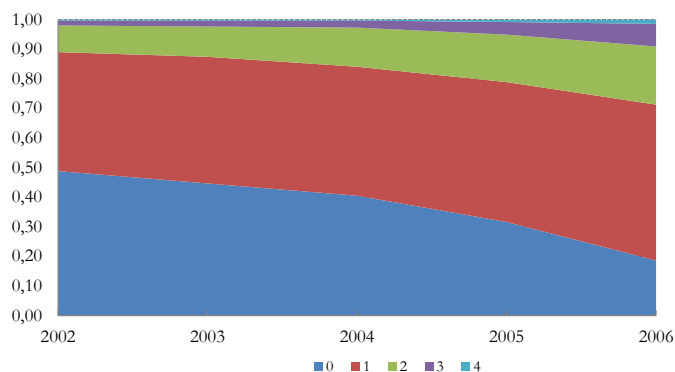
	2002	2003	2004	2005	2006
0	78	77	76	75	74
1	18	19	20	20	21
2	3	3	4	4	4
3	1	1	1	1	1
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Dette dækker imidlertid over en mindre ensartet udvikling i antallet af risikoindikatorer for borgere, der tilkendes førtidspension og for borgere, der ikke gør.

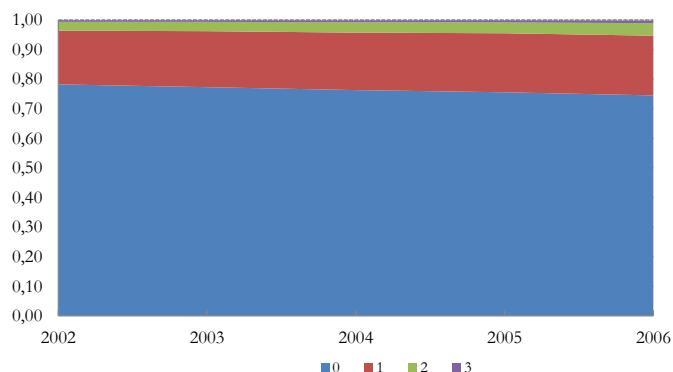
Ved alene at se på antallet af risikoindikatorer for borgere, som tilkendes en førtidspension i 2007, ser billedet væsentligt anderledes ud, *jf. figur 5.7*. Først og fremmest er der langt flere borgere med én eller flere risikoindikatorer end for den samlede gruppe af borgere med en klassisk kronisk sygdom. Andelen af borgere uden risikoindikatorer er godt og vel 50 pct. i 2002. Det tilsvarende tal er 20 pct. i 2006. For det andet er antallet af risikoindikatorer stigende jo tættere på tilkendelsestidspunktet borgerne kommer, *jf. figur 5.7*. Andelen af borgere med to eller flere risikoindikatorer er steget fra 11 pct. i 2002 til 29 pct. i 2006. Mens andelen med én risikoindikator er steget fra 40 pct. til 53 pct. i perioden 2002 til 2006.

Figur 5.7: Fordeling af antallet af risikoindikatorer for borgere, som førtidspensioneres i 2007 (andel).



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning.

Figur 5.8: Fordeling af antallet af risikoindikatorer for borgere, som ikke førtidspensioneres i 2007 (andel).

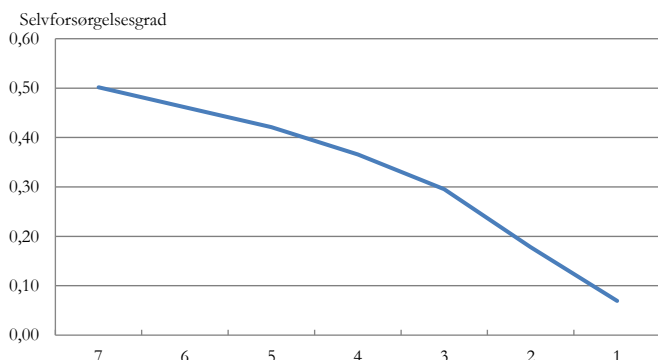


Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning.

Antallet af risikoindikatorer for de borgere, der ikke tilkendes førtidspension i 2007, viser et helt andet billede, *jf. figur 5.8*. Andelen af borgere med et givent antal risikoindikatorer er stabil over perioden 2002 til 2006. Det fremgår tydeligt af figur 5.7 og figur 5.8, at borgere med flere risikoindikatorer i stigende grad varigt mister fodfæstet på arbejdsmarkedet, end borgere med færre risikoindikatorer.

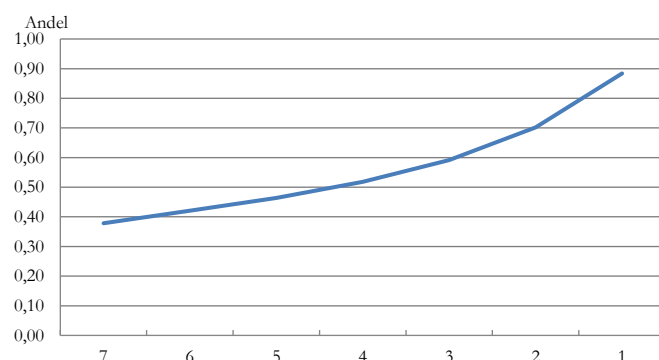
Selvforsørgelsesgraden er aftagende i en periode på syv år inden tilkendelsen af førtidspension, *jf. figur 5.9*. Syv år inden tilkendelsen af førtidspension har borgere med klassiske kroniske sygdomme en selvforsørgelsesgrad på ca. 50 pct. Denne grad er under 10 pct. året inden tilkendelsen af førtidspension. Særlig fra tre år før tilkendelsen og frem til tilkendelsen sker der et markant fald. Sammenholdes risikoindikatorer (figur 5.7) med selvforsørgelsesgraden (figur 5.9) for borgere på førtidspension, da ændres selvforsørgelsesgraden med forekomsten af risikoindikatorer. Andelen af borgere med en selvforsørgelsesgrad under 10 pct., *jf. figur 5.10*, er derimod stigende i løbet af den syvårige periode før tilkendelsen af førtidspension. Det er ikke overraskende. Frem mod tilkendelsen af førtidspension er der således flere og flere, som helt mister tilknytningen til arbejdsmarkedet og færre som har en selvforsørgelsesgrad på over 10 pct. Det bekræfter, at risikoindikatorerne indeholder væsentlig information.

Figur 5.9: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for kroniske syge førtidspensionister i årene op til tilkendelse.



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning. Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

Figur 5.10: Udvikling i andelen med selvforsørgelsesgrad under 10 pct. for kroniske syge førtidspensionister i årene op til tilkendelse.

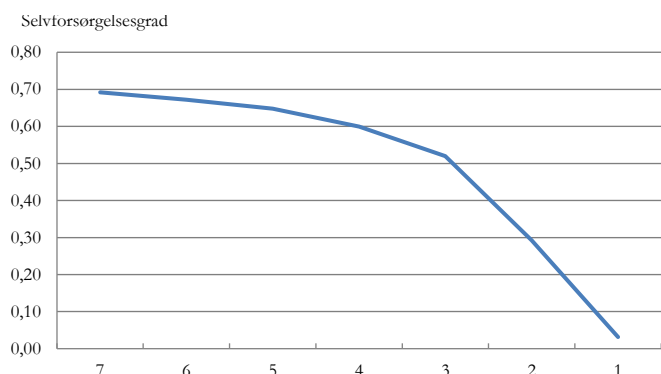


Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning. Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

Udviklingen i selvforsørgelsesgraden er forskellige afhængig af, hvilken ydelse borgere med klassiske kroniske sygdomme fik inden tilkendelsen af førtidspension. Ved alene at se på de førtidspensionister, som lige inden tilkendelsen af førtidspension var på sygedagpenge, *jf. figur 5.11*, ses, at en borger, der syv år forinden tilkendelsen i overvejende grad er selvforsørgende. Borgeren på sygedagpenge er således selvforsørgende i 70 pct. af tiden syv år forinden.

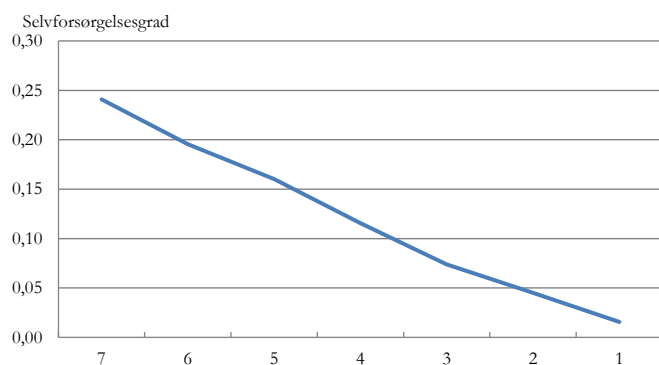
Det er ikke det samme billede, som gør sig gældende for borgere der var på kontanthjælp inden tilkendelsen af førtidspension, *jf. figur 5.12*. Disse borgere er syv år forinden tilkendelsen kun selvforsørgende i 25 pct. af tiden. Og mister derfra gradvis tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Figur 5.11: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for kroniske syge førtidspensionister, der var på sygedagpenge inden tilkendelsen i årene op til tilkendelse.



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning. Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

Figur 5.12: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for kroniske syge førtidspensionister, der var på kontanthjælp inden tilkendelsen i årene op til tilkendelse.



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning. Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

Godt 42 pct. af borgere med en klassisk kronisk sygdom var på sygedagpenge, da de overgik til førtidspension, mens knap 31 pct. var på kontanthjælp og andre godt 27 pct. havde et andet forsørgelsesgrundlag, *jf. tabel 5.13*.

Tabel 5.13: Arbejdsmarkedsstatus før tilkendelsen af førtidspension - klassisk kronisk.

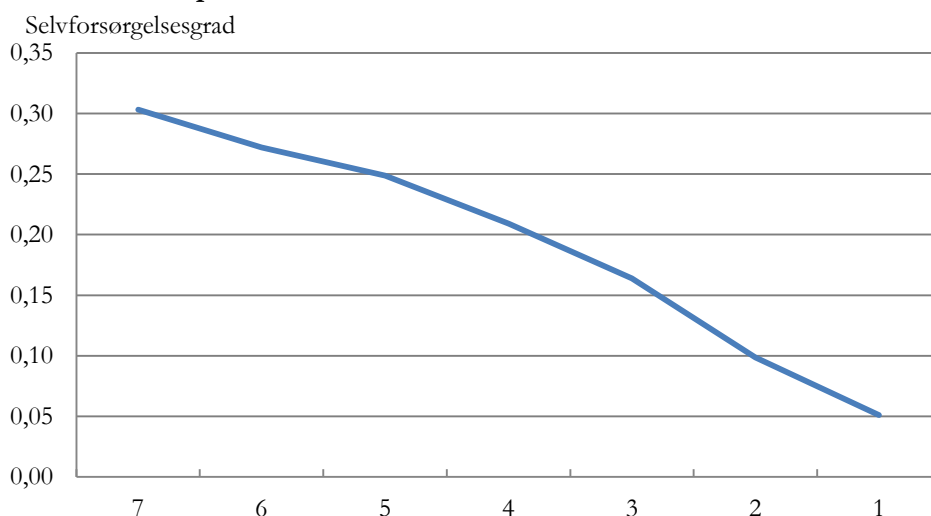
	Sygedagpenge	Kontanthjælp	Øvrige	N
Antal	7.366	5.340	4.769	17.475
Procent	42,2	30,57	27,3	100

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

For førtidspensionister under 50 år tegner der sig et billede af, at de har en relativt lav selvforsørgelsesgrad allerede syv år før tilkendelsen, *jf. figur 5.13 og 5.14*. Det billede kan være en konsekvens af, at der er forholdsvis mange kontanthjælpsmodtagere blandt de unge førtidspensionister, mens sygedagpengemodtagerne typisk er ældre.

For førtidspensionister i alderen 30-40 år var selvforsørgelsesgraden kun godt 0,3 syv år før tilkendelsen.

Figur 5.13: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for 30-40 årige førtidspensionister i årene op til tilkendelse.

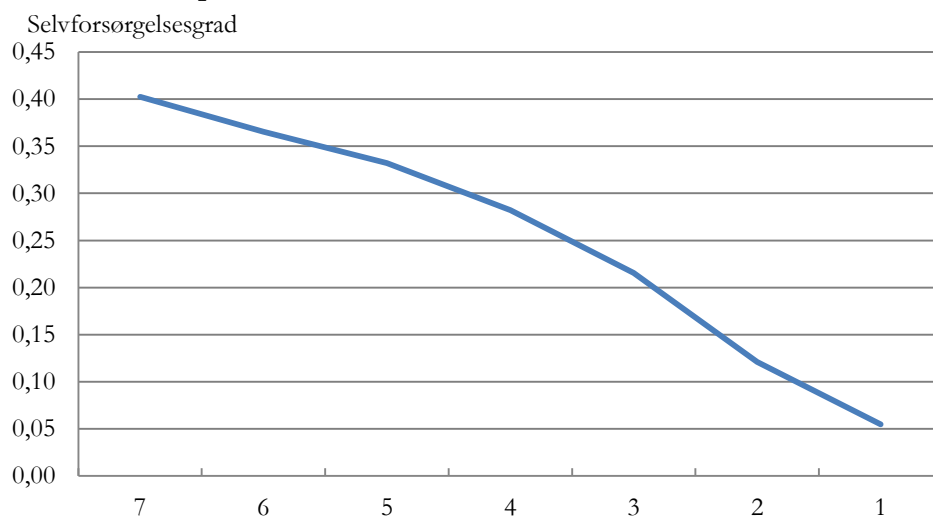


Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

For førtidspensionisterne i alderen 40-50 år var selvforsørgelsesgraden syv år før deres tilkendelse på ca. 0,4 og derefter aftager den gradvist frem mod tilkendelsen af førtidspension.

Figur 5.14: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for 40-50 årige førtidspensionister i årene op til tilkendelse.

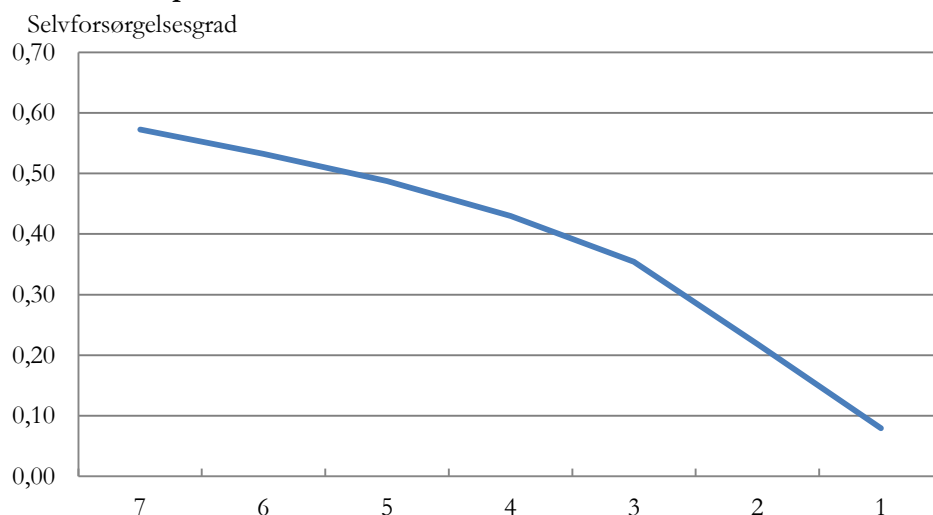


Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

For førtidspensionisterne i aldersgruppen 50 år og derover gælder, at de i væsentligt højere grad var erhvervsaktive nogle år forud for tilkendelsen af førtidspension. Syv år før tilkendelsen var den gennemsnitlige forsørgelsesgrad næsten oppe på 0,6 hvorefter den aftager gradvist for til sidst at accelerere tre år før tilkendelsen af førtidspension, *jf. figur 5.15*.

Figur 5.15: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for 50+ årige førtidspensionister i årene op til tilkendelse.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

5.4 Opsamling

Boks 5.3: Hovedresultater fra kapitel 5.

- Borgere kan inddeles i fire borgertyper pba. deres forsørgelseshistorik: Pendleren, kontanthjælpsmodtageren, den unge og den selvforsørgende.
- 66 pct. af borgere med klassiske kroniske sygdomme er selvforsørgende. De sidste 34 pct. består af de øvrige grupper.
- Pendleren har mange skift i forsørgelsesgrundlaget i perioden 1995-2006, mens den selvforsørgende i gennemsnit har været selvforsørgende i over 90 pct. af tiden. Kontanthjælpsmodtageren er i gennemsnit i 57 pct. af tiden på kontanthjælp i perioden 1995-2006.
- Den selvforsørgende er den ældste af de fire borgertyper. Og er den eneste type, som er domineret af mænd. Pendleren er i langt højere grad kvinder. 66 pct. af pendleren er kvinder.
- 37 pct. af kontanthjælpsmodtagerne har en ikke-vestlig oprindelse. Det tilsvarende tal for befolkningen er 7 pct.
- Kontanthjælpsmodtageren er sammenlignet med den samlede befolkning i højere grad ufaglærte, mens den selvforsørgende er faglært. Pendleren har i højere grad en videregående uddannelse sammenholdt med befolkningen.
- Kontanthjælpsmodtagerne er den borgertype, som trækker mest på det somatiske sundhedsvæsen. Der er dog ikke den store forskel mellem de fire typer.
- I løbet af en femårig periode (2002-2006) har kontanthjælpsmodtageren i gennemsnit været på kontanthjælp i 3,5 år.
- Kontanthjælpsmodtageren og pendleren har større risiko for at få tilkendt en førtidspension end den selvforsørgende.
- En uge ekstra på kontanthjælp i løbet af fem år øger risikoen for førtidspension med 2 pct.
- Borgere med ikke-vestlig oprindelse har næsten dobbelt så stor en risiko for at få tilkendt en førtidspension, som borgere med vestlig oprindelse.
- Antallet af kroniske sygdomme og ikke mindst, hvorvidt borgeren også har en psykisk sygdom øger risikoen for førtidspension med hhv. 42 pct. og 91 pct.
- Førtidspensionister og borgere på fleksjob har stort set identiske karakteristika. De borgere, der kommer på førtidspension, har relativt oftere en ikke-vestlig oprindelse, end det er tilfældet for de personer, der er på fleksjob (17 pct. ctr. 3 pct.).
- Borgere på førtidspension har flere risikoindikatorer, *jf. boks 5.2*, i en periode på 5 år inden tilkendelsen af førtidspension. Særligt 3 år inden accelererer antallet af risikoindikatorer. 5 år inden har lidt over 50 pct. af borgere, som tilkendes førtidspension mere end én

risikoindikator, mens det tilsvarende tal året før tilkendelsen er 80 pct. Borgere der ikke tilkendes en førtidspension har en stabil udvikling i antallet af risikoindikatorer i den samme femårige periode.

- I en periode 7 år inden tilkendelsen af førtidspension ses, at selvforsørgelsesgraden er gradvis faldende fremmod tilkendelsen. Det gradvise tab af selvforsørgelsesgraden accelererer 3 år inden tilkendelsen.
- Selvforsørgelsesgraden er forskellig afhængig af, hvilken arbejdsmarkedsstatus borgeren havde inden tilkendelsen af førtidspension. For borgere med en større tilknytning til arbejdsmarkedet ses samme knæk i selvforsørgelsesgraden 3 år inden tilkendelsen, mens selvforsørgelsesgraden er gradvis faldende, for borgere på kontanthjælp, henover en 7 årig periode.

6. Kræft

På samme måde som med de klassiske kroniske sygdomme, vil analysen af borgere med kræft indeholde tre dele. Første del er en inddeling af de kræftramte borgere i arketyper, *jf. afsnit 6.1*. Det er borgernes forsørgelsehistorik, som danner baggrund for inddelingen. Anden del vil være en analyse af de kræftramte borgeres risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, *jf. afsnit 6.2*. Mens tredje og sidste del skal give et billede af sammenhængen mellem risikoindikatorer og det gradvise tab af arbejdsmarkedstilknytning, *jf. afsnit 6.3*.

6.1 Forløbsanalyse

Forløbsanalysen skal give en forståelse af, hvordan kræftramte borgeres forsørgelsehistorik har set ud. Altså hvordan er borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet. På baggrund af deres historiske indkomstgrundlag vil de blive inddelt i borgertyper, som er navngivet efter det dominerende indkomstgrundlag i perioden 1995 til 2006. Det er disse borgertyper, som resten af afsnittet vil handle om.

Forløbsanalysen bygger på en repræsentativ stikprøve på 10.000 observationer. Der er dog noget usikkerhed forbundet med inddelingen af typer, herunder som følge af at der er tale om en stikprøve. Det skal der tages højde for, når resultaterne fortolkes. Selv med usikkerheden i typeinddelingen har resultaterne i det efterfølgende vist sig at være robuste.

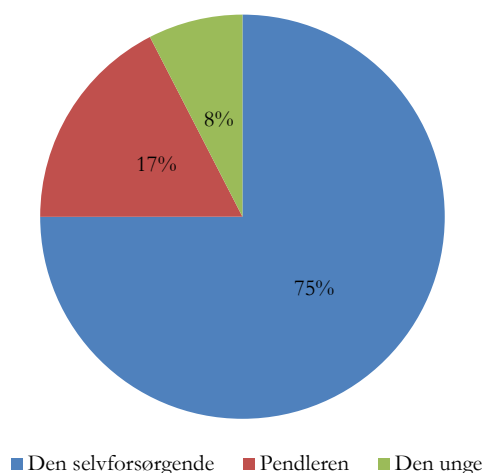
Resultatet af forløbsanalysen for borgere med kræftsygdomme viser, at borgere kan inddeles i tre borgertyper, *jf. Boks 6.1*.

Boks 6.1: Typer af borgere med en kræftsygdom

- Den selvforsørgende (SELV)
- Pendleren (PEN)
- Den unge (UNG)

Analysen viser, at langt hovedparten af borgere med en kræftdiagnose er selvforsørgende i perioden 1995 til 2006. De selvforsørgende udgør 75 pct. af den samlede gruppe af borgere med kræft, *jf. figur 6.1*. 17 pct. af borgerne kan karakteriseres som pendlere, mens 8 pct. kan karakteriseres som unge. De unge har i størstedelen af perioden været umyndige.

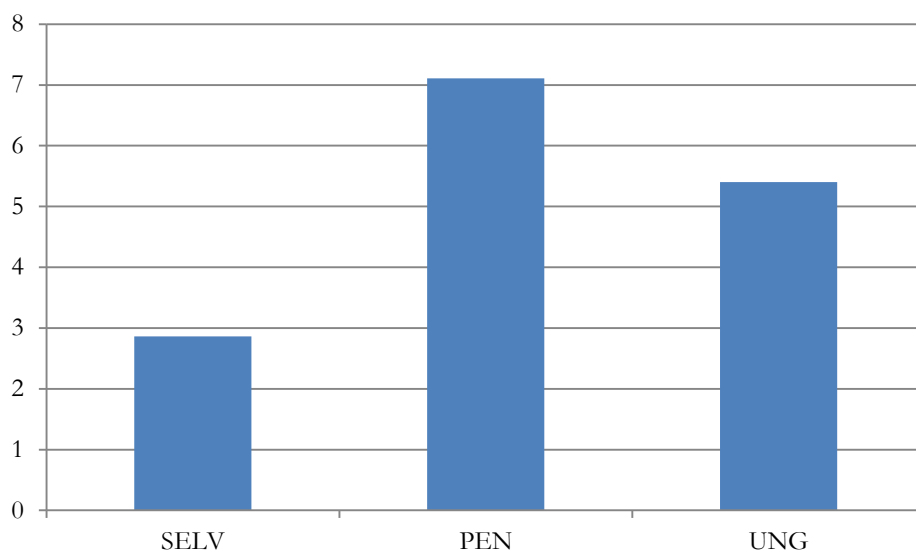
Figur 6.1: Andelen af borgere med kræftsygdomme fordelt på de tre borgertyper.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet afspejles derudover ved antallet af skift mellem de forskellige indkomsttydelser i perioden 1995-2006, *jf. figur 6.2*.

Figur 6.2: Antal skift mellem forskellige indkomstgrupper i perioden 1995-2006 fordelt efter borgertyper – kræft.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Pendleren har i gennemsnit 7,1 skift mellem de forskellige indkomstgrupper. Det er det højeste antal skift sammenlignet med de resterende borgertyper. Pendleren har altså en mindre stabil tilknytning til arbejdsmarkedet og pendler en del mellem indkomstgrupper.

De unge har i gennemsnit 5,4 skift i indkomstgrundlaget i perioden 1995 til 2006. En del af skiftene kan forklares af en periode som umyndig, der efterfølges af en periode under uddannelse for efter endt uddannelse enten at være selvforsørgende eller på kontanthjælp.

Den selvforsørgende er en forholdsvis stabil borgertype med ganske få skift mellem indkomstgrupper. I gennemsnit har den selvforsørgende 2,9 skift over hele perioden.

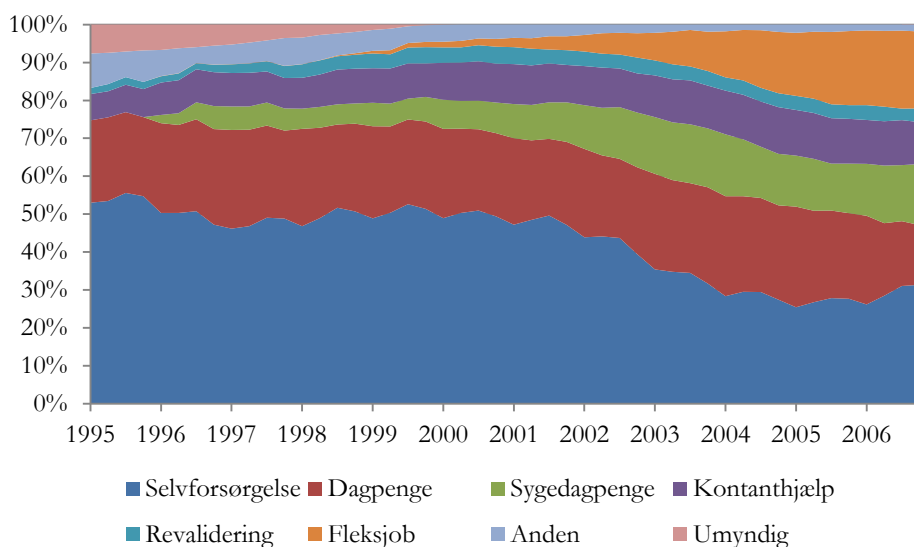
Som supplement og for at give en bedre forståelse af de tre borgertypers arbejdsmarkedstilknytning er der nedenfor en uddybende beskrivelse af hver af de tre borgertyper. Der er bl.a. en figur, som over tid viser den relative fordeling mellem de dominerende indkomstgrupper. Yderligere baggrundskarakteristika følger efter en gennemgang af de enkelte borgertypers forsørgelseshistorik.

6.1.1 Pendleren

Pendlerne udgør ca. 17 pct. og er dermed den næstmest dominerende gruppe. Denne type er kendetegnet ved at have mange forskellige skift i forsørgelsesgrundlaget, *jf. figur 6.2*. Pendleren er i gennemsnit selvforsørgende i ca. 43 pct. af tiden. I ca. 23 pct. af tiden er pendleren i gennemsnit på dagpenge, mens sygedagpenge og kontanthjælp hver fylder ca. 10 pct. af tiden for pendleren, *jf. figur 6.3*.

Bemærk, at figuren ikke viser noget om de enkelte personers forløb, den viser alene fordelingen mellem de forskellige indkomstgrupper på et givet tidspunkt.

Figur 6.3: Fordeling mellem indkomstgrupper for pendleren, 1995-2006.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

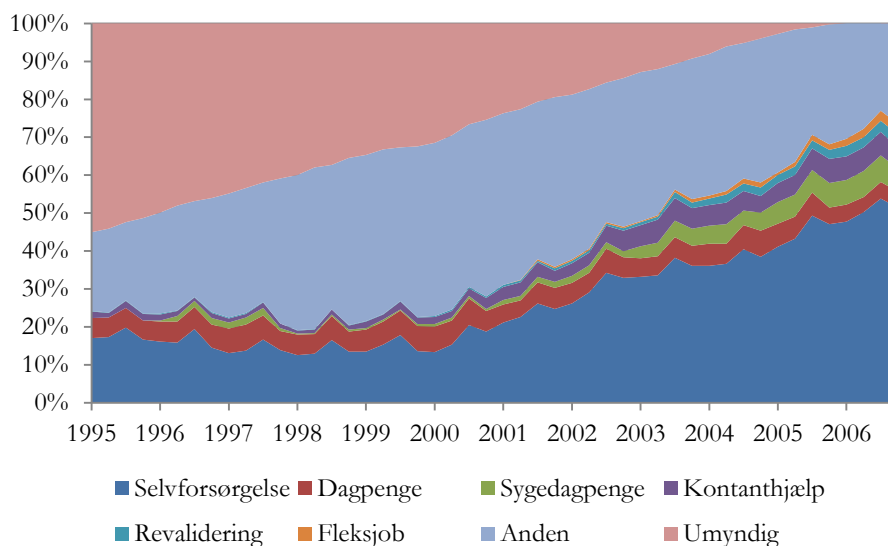
Der er væsentlig forskel på indkomstgrundlaget over tid. Selvforsørgelse udgør ca. 54 pct. i 1995. Denne andel er aftagende og udgør således ca. 29 pct. i 2006, *jf. figur 6.3*. Andelen af borgere på dagpenge er ligeledes aftagende i perioden og udgør ca. 22 pct. i 1995 og ca. 17 pct. i 2006. Sygedagpenge og fleksjob fylder til gengæld mere og mere i slutningen af perioden. Sygedagpenge udgør ca. 15 pct. i 2006, mens fleksjob, som i 2006 er den næststørste forsørgelsesgrundlag, udgør ca. 20 pct. Det er ikke overraskende, at de to indkomstgrupper fylder mere i slutningen af perioden, mens selvforsørgelse bliver mindre. Det skyldes hovedsagligt udvælgelseskriterierne for borgere med kræft, som kræver, at borgeren inden for en femårig periode før 2007 skal have været i behandling med kræftdiagnose. Af den grund alene er der en naturlig udvikling i selvforsørgelsen.

6.1.2 Den unge

De unge udgør med 8 pct. den mindste borgertype af kræftpatienterne i denne analyse. De unge er i gennemsnit i 2/3 af perioden enten umyndige eller under uddannelse (anden indkomst).

I takt med, at de unge bliver myndige overgår de for det meste til selvforsørgelse og gruppen med anden indkomst. Derfor er der størst tilknytning til arbejdsmarkedet i slutningen af perioden, hvor selvforsørgelse udgør 51 pct., *jf. figur 6.4*. Sygedagpenge fylder også lidt mere i slutningen af perioden. Den udgør dog en relativt lille andel sammenlignet med de to øvrige borgertyper, hvilket måske skyldes, at mange ikke har optjent ret til sygedagpenge.

Figur 6.4: Fordeling mellem indkomstgrupper for den unge, 1995-2006.



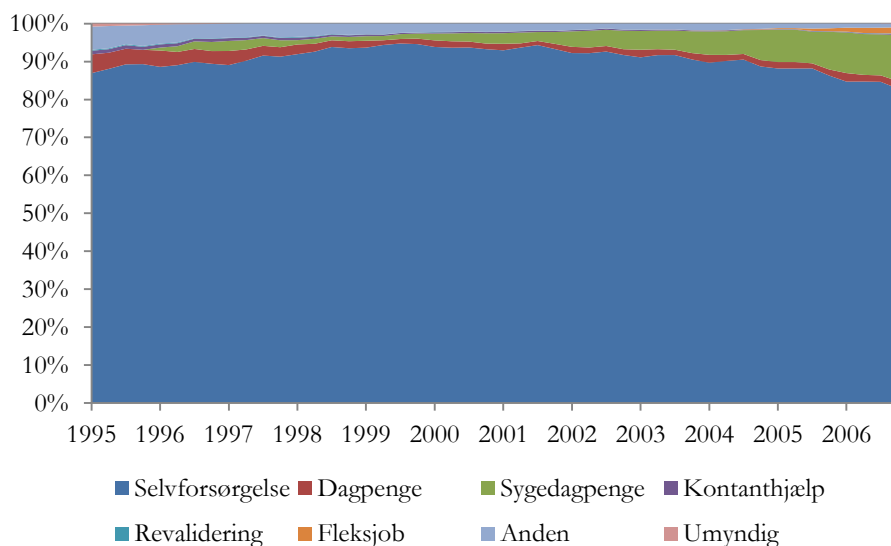
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

6.1.3 Den selvforsørgende

Denne type af borgere er den største gruppe i analysen, og har i gennemsnit været selvforsørgende i 91 pct. af perioden fra 1995 til 2006, jf. Figur 6.5.

Figuren viser den relative fordeling mellem de dominerende ydelser.

Figur 6.5: Fordeling mellem indkomstgrupper for den selvforsørgende, 1995-2006.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Figur 6.5 viser desuden, hvordan typen af selvforsørgere over tid fordeler sig mellem de forskellige indkomstgrupper¹⁷. Det, der kendetegner denne type af borgere, er, at perioden som selvforsørgende afløses af en periode med sygdom hen mod slutningen af perioden. Det er ikke overraskende, da kriteriet for udvælgelsen af populationen af borgere med kræft er, at de netop har været i behandling for en kræftsygdom de fem forudgående år før udvælgelsestidspunktet i 2007. Sygedagpenge udgør 11 pct. i 2006.

6.1.4 Hvem er de kræftsige borgere?

Borgere med kræft kan på baggrund af deres forsørgelseshistorik inddeles i tre borgertyper. Ved at benytte baggrundsvariablerne kan forskelle og ligheder mellem typerne beskrives. Det er således muligt at komme tættere på hvem de forskellige typer af borgere med kræft er.

Koblingen af forskellige baggrundsvariabler til de tre borgertyper, jf. tabel 6.1, viser, at variationen mellem de tre typer er begrænset. Den unge er naturligvis yngre end de to andre typer, men gruppen af unge er noget ældre

¹⁷ Bemærk at figuren ikke viser noget om de enkelte forløb, den viser fordelingen mellem de forskellige ydelser på et bestemt tidspunkt.

end de unge borgere med en af de klassiske kroniske sygdomme. Den unges uddannelsesniveau fordeler sig mellem hhv. ufaglært og videregående uddannelse, som hver udgør næsten lige store andele.

Der er en relativ større kvindeandel blandt pendlerne end i de to andre typer. Hele 71 pct. af pendlerne er kvinder. Der er desuden relativ flere pendlere, som er ufaglærte.

Blandt de selvforsørgende er der relativt flere med en videregående uddannelse samt faglærte end i befolkningen som helhed. Den 5 årige overlevelsesrate for borgere med kræft er desuden en smule højere for den selvforsørgende end for de to andre typer.

Tabel 6.1: Forskellige baggrundskarakteristika fordelt efter borgertype – kræft.

	SELV	PEN	UNG	Kræft	Hele befolkningen
Gns. alder	49,7	47,4	30,7	47,9	40,2
Mænd (andel)	0,37	0,29	0,42	0,36	0,50
Dansk oprindelse (andel)	0,96	0,91	0,93	0,95	0,90
Vestlig oprindelse (andel)	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Ikke-vestlig oprindelse (andel)	0,01	0,06	0,04	0,03	0,07
Gift (andel)	0,75	0,59	0,59	0,71	0,50
Ufaglært (andel)*	0,23	0,37	0,45	0,27	0,40
Faglært (andel)*	0,41	0,40	0,13	0,38	0,33
Videregående uddannelse (andel)*	0,35	0,20	0,42	0,33	0,25
Antal kronisk sygdom	1,25	1,39	1,22	1,28	-
5 års overlevelsesrate (pct.)	73,0	70,8	71,0	72,4	-

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Hele befolkningen omfatter alle borgere mellem 19-60 år.

*Hele befolkningen udgør her 15-69 årige.

Vendes blikket mod trækket på sundheds- og beskæftigelsessystemet, er der ikke den store forskel mellem de tre typer af borgere med kræft, når det drejer sig om sundhedsområdet. De unge har generelt lidt flere sengedage i det somatiske sundhedsvæsen, mens pendleren har lidt flere besøg. På beskæftigelsesområdet har den selvforsørgende alene et træk i sygedagpengesystemet, mens pendleren og de unge hver især trækker næsten ligeligt på sygedagpenge og kontanthjælp. Pendleren er den borgertype, som har flest uger på sygedagpenge og kontanthjælp. Sammenlagt har pendleren i gennemsnit været på enten kontanthjælp eller sygedagpenge i et år og fem måneder i den femårige periode, *jf. tabel 6.2.*

Tabel 6.2: Forskellige baggrundskarakteristika fordelt efter borgertype – kræft.

	SELV	PEN	UNG	Kræft
Sundhed (2002-2006)				
Antal besøg, somatik	10,7	12,7	9,2	10,9
Antal indlæggelser, somatik	2,5	3,2	3,8	2,7
Antal sengedage, somatik	9,4	12,7	15,3	10,5
Antal besøg, psykiatri	0,2	0,8	1,5	0,4
Antal indlæggelser, psykiatri	0,0	0,0	0,0	0,0
Antal sengedage, psykiatri	0,1	0,5	3,1	0,4
Beskæftigelse (2002-2006)				
Uger på sygedagpenge	21,2	40,0	13,3	24,0
Antal forløb på sygedagpenge	1,8	3,1	1,2	1,9
Uger på kontanthjælp	0,6	29,7	14,0	6,7
Antal forløb på kontanthjælp	0,0	0,2	0,3	0,1

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Der er forskel på, hvor i landet de forskellige typer af borgere med kræft bor. Pendleren bor i højere grad i Region Nordjylland, mens der er en overvægt af de unge borgere med kræft i Region Hovedstaden, *jf. tabel 6.3.*

Tabel 6.3: Bopælsregion fordelt efter borgertype – kræft.

	SELV	PEN	UNG	Kræft	Hele befolkningen
Region Hovedstaden	0,31	0,28	0,39	0,31	0,31
Region Sjælland	0,17	0,15	0,12	0,16	0,14
Region Syddanmark	0,23	0,23	0,21	0,23	0,21
Region Midtjylland	0,20	0,21	0,20	0,20	0,23
Region Nordjylland	0,09	0,13	0,08	0,10	0,10

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Hele befolkningen omfatter alle borgere mellem 19-60 år.

Borgernes chance for at overleve kræft afhænger både af, hvor tidligt kræften opdages, og ikke mindst hvilken kræftform borgeren rammes af. *Tabel 6.4* viser den 5-årige overlevelsesrate for kræftramte borgere fordelt efter type. 66 pct. af de kræftramte borgere har en 5-års overlevelsesrate på over 70 pct. For de unge gælder det, at 57 pct. har en overlevelsesrate på over 70 pct. En lidt større andel af de unge er dermed ramt af kræftsygdomme, som er mindre helbredelige, og som formodes at forringe arbejdsevnen.

Tabel 6.4: 5-års overlevelsesrate for kræfttramte borgere fordelt efter borger-typer (pct.)

	SELV	PEN	UNG	I alt
Under 50 pct.	11,0	13,4	11,4	11,4
50 - 70 pct.	21,1	24,4	31,2	22,4
Over 70 pct.	67,9	62,2	57,4	66,2

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

6.2 Før tidspension – hvilke faktorer har betydning?

Denne analyse skal give et billede af, hvor det er kommunerne kan sætte ind. Hvad er det kommunerne skal være særligt opmærksomme på for at undgå, at borgerne mister tilknytningen til arbejdsmarkedet? Hvem er i risiko for at ende uden for arbejdsmarkedet?

Det er analysens formål at undersøge, hvilke faktorer, der har betydning for borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet. En regressionsanalyse kan give indblik i hvilke karakteristika, der er medbestemmende for borgernes succes. I denne analyse er succes det, at borgeren bevarer sin tilknytning til arbejdsmarkedet. Dvs. undgår en førtidspensionering. Den logistiske regressionsanalyse gør det muligt at vurdere, om et givent forhold enten forøger eller formindsker sandsynligheden for at blive førtidspensioneret.

Analysen anvender den samme stikprøve som i afsnit 6.1.

Resultaterne fra regressionsanalysen er vist i tabel 6.5. Resultaterne viser, hvor meget sandsynligheden for at blive førtidspensioneret i perioden 2007-2011 ændres, hvis en variabel ændres med én enhed og alle andre variable i modellen samtidig holdes konstant (søjle a). Resultaterne viser endvidere, om sandsynligheden for førtidspension øges eller mindskes (søjle b). Nogle af variablene er sat i forhold til en anden variabel. Effekten af at være en bestemt type kroniker er sat i forhold til den selvforsørgende, effekten af højst fuldførte uddannelse er sat i forhold personer med en videregående uddannelse som højst fuldførte uddannelse, effekten af bopælsregion er sat i forhold til Region Hovedstaden.

Således er pendleren dobbelt så udsat for at blive førtidspensioneret som den selvforsørgende, og denne effekt er statistisk signifikant, *jf. tabel 6.5*. Det er vigtigt at pointere, at sandsynlighederne er estimater, hvortil der knytter sig en vis statistisk usikkerhed. For den unge viser analysen f.eks., at sandsynligheden for, at den unge førtidspensioneres, ligger 22 pct. lavere end for den selvforsørgende. Denne forskel er imidlertid ikke statistisk signifikant, og analysen giver derfor ikke statistisk belæg for, at de unge nødvendigvis har en mindre risiko end den selvforsørgende.

Sandsynligheden for, at personer med en faglært uddannelse bliver førtidspensioneret, er 26 pct. højere end personer med en videregående uddannelse. Mens det tilsvarende tal for borgere, som er ufaglærte, er 50 pct.

Sandsynligheden for, at personer med en anden etnisk baggrund end vestlig bliver førtidspensioneret er næsten det dobbelte af hvad personer med en vestlig (herunder dansk) baggrund. Det kan dog også afspejle andre forhold. Etnicitet kan altså være ret afgørende. Der kan derfor være tale om en særlig målrettet indsats mod personer med en ikke-vestlig baggrund. Hvad deres særlige behov eller udfordringer er, besvares ikke i nærværende analyse, men vil kræve en selvstændig analyse.

Tabel 6.5: Resultater af logistisk regression, kræft.

	Odds ratio (a)	Retning (b)
Borgertype		
Den unge	0,78	-
Pendleren	2,39*	+
Demografi		
Alder	1,04*	+
Køn (mand)	0,71*	-
Etnicitet (ikke-vestlig)	1,92*	+
Civilstand (gift)	0,72*	-
Socioøkonomiske indeks	1,31***	+
Ufaglært	1,50*	+
Faglært	1,26***	+
Sundhed		
Indlæggelser, somatik	1,06*	+
Sengedage, somatik	1,01*	+
Antal kroniske sygdomme	1,38*	+
Psykiske sygdomme	2,59*	+
5-års overlevelseshastighed	0,99*	-
Bopæl		
Region Sjælland	1,70*	+
Region Syddanmark	1,55*	+
Region Midtjylland	1,31**	+
Region Nordjylland	1,36***	+
Beskæftigelse		
Antal uger på kontanthjælp	1,02*	+

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

*Statistisk signifikans på 1%-niveau. ** Statistisk signifikans på 5%-niveau.

*** Statistisk signifikant på 10%-niveau.

Anm.: Uger på kontanthjælp kvadreret er ikke vist i tabellen. Variable er signifikant, men har næsten ingen effekt på chancen for at få tilkendt en førtidspension.

Det at have flere kroniske sygdomme øger risikoen for førtidspension med 59 pct. Antal somatiske indlæggelser og sengedage øger ligeledes sandsynligheden for førtidspension. Én ekstra indlæggelse i det somatiske sundhedsvæsen i løbet af den femårige periode 2002-2006, øger alt andet lige sandsynligheden for førtidspension med 6 pct. Hvis den kræftramte borgere også har en psykisk sygdom er risikoen for førtidspension over dobbelt så stor som for de borgere, der ikke har en psykisk sygdom.

Hvad angår de kræftramte borgeres 5-års overlevelsesrate vil en højere overlevelsesrate mindske sandsynligheden for førtidspension, men effekten er dog relativt begrænset.

Antal uger på kontanthjælp øger sandsynligheden for førtidspension. Én ekstra uge på en kontanthjælp, i løbet af en fem årig periode, øger sandsynligheden for førtidspension med 2 pct. Det understreger, at uger på kontanthjælp er klare opmærksomhedspunkter i forhold til at identificere borgere med risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet.

6.2.1 Hvem tilkendes en førtidspension?

I analysen er det 666 ud af 10.000 i stikprøven, der bliver førtidspensioneret i perioden 2007 til 2011, svarende til knap 7 pct. Disse personer fordeler sig mellem de tre borgertyper som i *tabel 6.6*.

Tabel 6.6.: Antal og andel borgere med kræft som førtidspensioneres i perioden 2007-2011.

	SELV	PEN	UNG	I alt
Antal	345	294	27	666
Pct.	5%	17%	4%	7%

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Det bemærkes, at 17 pct. af alle pendlere førtidspensioneres, hvilket er mere end 3 gange så høj en andel som den selvforsørgende, der er den type, der har den næststørste andel, der førtidspensioneres i løbet af perioden 2007-2011.

En stor del af borgerne med kræft formår at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet. Det må siges at være en succes. Der kan dog være andre måder at måle succes på. Fx er en ret sikker vej til førtidspension et fleksjob. Derfor kan det være interessant at se på, hvad der karakteriserer de borgere, som formår at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet med et fleksjob, og de borgere der ender på førtidspension. Et andet succeskriterium kan derfor være at bevare borgeren på arbejdsmarkedet i et fleksjob fremfor, at borgeren tilkendes en førtidspension.

Sammenligningen af baggrundskarakteristika for de to grupper af borgere og de øvrige borgere med kræft viser, at der ikke er den store forskel mellem de borgere, som har et fleksjob og de borgere, som ender på førtidspension. Borgere på enten fleksjob eller førtidspension er generelt lidt ældre end den øvrige gruppe af borgere med kræft. En større andel af borgerne på fleksjob og førtidspension, er desuden kvinder. For kræftramte borgere på førtidspension er 71 pct. kvinder, mens det tilsvarende tal for kræftramte borgere på fleksjob er hele 77 pct., *jf. tabel 6.7.*

De borgere, der kommer på førtidspension har relativt oftere en ikke-vestlig oprindelse, end det er tilfældet for de personer, der er på fleksjob. Ca. 2 pct. af de personer, der kommer i fleksjob, har en ikke-vestlig oprindelse, mens det gælder 8 pct. af de personer, der får førtidspension. Både borgere på fleksjob og førtidspension er i lang højere grad ufaglærte, sammenlignet med de øvrige borgere med kræft, som i højere grad har en videregående uddannelse.

Ses der på den 5-års overlevelsesrate har de borgere, som ender på førtidspension den laveste rate. Borgere på førtidspension har derudover flere kroniske sygdomme sammenlignet med både borgere på fleksjob og den øvrige gruppe af borgere med kræft.

Tabel 6.7: Baggrundskarakteristika for hhv. borgere på førtidspension, fleksjob og øvrige borgere med kræft.

Klynge	Førtidspension	Fleksjob	Øvrige	Kræft	Hele befolkningen
Gns. Alder	49,9	49,6	47,5	47,9	40,2
Mænd (andel)	0,29	0,23	0,38	0,36	0,50
Dansk oprindelse (andel)	0,88	0,95	0,95	0,95	0,90
Vestlig oprindelse (andel)	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03
Ikke-vestlig oprindelse (andel)	0,08	0,02	0,02	0,03	0,07
Gift (andel)	0,57	0,73	0,72	0,71	0,50
Ufaglært (andel)*	0,39	0,32	0,26	0,27	0,40
Faglært (andel)*	0,36	0,38	0,39	0,38	0,33
Videregående uddannelse (andel)*	0,22	0,28	0,34	0,33	0,25
Antal kronisk sygdom	1,63	1,48	1,23	1,28	-
5-års overlevelsesrate (pct.)	64,6	68,1	73,5	72,4	-

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Hele befolkningen omfatter alle borgere mellem 19-60 år.

*Hele befolkningen udgør her 15-69 årige.

Borgere på fleksjob og førtidspension har generelt flere kontakter med sundhedsvæsenet end den øvrige gruppe af borgere med kræft. Borgere på fleksjob har lidt flere somatiske besøg i det somatiske sundhedsvæsen end borgere på førtidspension, mens borgere på førtidspension ligger lidt flere

dage på hospitalet end borgere i fleksjob. For borgere på førtidspension gælder desuden, at de har en anelse flere besøg og sengedage i psykiatrien.

Endelig gælder, at personer, der kommer i fleksjob, i gennemsnit har været længere tid på sygedagpenge (58 uger mod knap 50 uger) og væsentligt kortere tid på kontanthjælp (Godt 35 uger mod knap 5 uger) end personer, der kommer på førtidspension, *jf. tabel 6.8*.

Tabel 6.8: Baggrundskarakteristika for hhv. borgere på førtidspension, fleksjob og øvrige borgere med kræft.

	Førtids- pension	Fleksjob	Øvrige	Kræft
Sundhed (2002-2006)				
Antal besøg, somatik	13,9	16,1	10,2	10,9
Antal indlæggelser, somatik	4,4	4,1	2,4	2,7
Antal sengedage, somatik	19,3	17,5	9,0	10,5
Antal besøg, psykiatri	1,3	0,9	0,3	0,4
Antal indlæggelser, psykiatri	0,1	0,0	0,0	0,0
Antal sengedage, psykiatri	1,5	0,9	0,3	0,4
Beskæftigelse (2002-2006)				
Uger på sygedagpenge	49,8	58,3	18,4	24,0
Antal forløb på sygedagpenge	2,8	4,6	1,6	1,9
Uger på kontanthjælp	34,6	5,1	4,6	6,7
Antal forløb på kontanthjælp	0,2	0,1	0,1	0,1

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

6.3 Risikoindikatorer og forløb ud af arbejdsmarkedet

Denne analyse skal give et billede af sammenhængen mellem risikoindikatorer og borgernes gradvise tab af arbejdsmarkedstilknytning. Hvilke faresignaler skal kommunerne være opmærksomme på? Kommunerne vil således blot ved at konstatere, hvor mange risikoindikatorer, der knytter sig til én person, kunne få et indtryk af udviklingen i personens risiko for varigt at miste fodfæstet på arbejdsmarkedet.

Der arbejdes med seks risikoindikatorer, som er udvalgt på baggrund af regressionsanalysen fra afsnit 6.2 og persontyperne, som er defineret via forløbsanalysen, *jf. afsnit 6.1*. Det er netop vist, at disse faktorer har betydning for, hvorvidt borgerne får tilkendt en førtidspension. Endvidere er der lagt vægt på, at der er tale om risikoindikatorer, som de kommunale sagsbehandlere relativt let skal kunne finde. Der opereres med de samme seks risikoindikatorer, *jf. boks 4.2 i afsnit 4.3*.

Ved at se på udviklingen i antallet af risikoindikatorer over en femårig periode, *jf. tabel 6.9*, er antallet af risikoindikatorer steget en smule for den samlede gruppe af kræftramte borgere. Største delen af den samlede gruppe af

borgere med kræft har slet ingen risikoindikatorer. Mens der i 2002 er 18 pct. med én enkelt risikoindikator er der i 2006 23 pct.

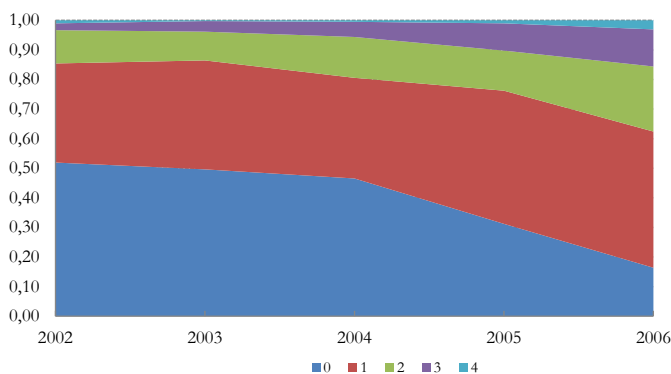
Tabel 6.9: Fordelingen af risikoindikatorer efter antal og år – kræft (pct.)

	2002	2003	2004	2005	2006
0	75	73	71	68	65
1	18	19	20	22	23
2	5	6	7	7	8
3	2	2	2	3	3
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

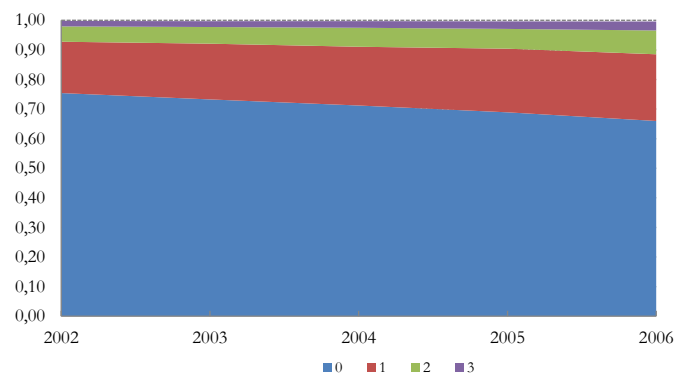
Ved alene at se på antallet af borgere med et givent antal risikoindikatorer, som tilkendes en førtidspension i 2007, ser billedet dog anderledes ud. Først og fremmest er der langt flere borgere med en eller flere risikoindikatorer. Andelen af borgere uden risikoindikatorer er 52 pct. i 2002. Det tilsvarende tal er 16 pct. i 2006. For det andet er antallet af risikoindikatorer stigende jo tættere på tilkendelsestidspunktet borgerne kommer, *jf. figur 6.6*. Andelen af borgere med to eller flere risikoindikatorer er steget fra 15 pct. i 2002 til 38 pct. i 2006. Mens andelen med én risikoindikator er steget fra 34 pct. til 46 pct. i perioden 2002 til 2006. Borgere der ikke tilkendes en førtidspension i 2007 har den samme fordeling af risikoindikatorer over den femårige periode, *jf. figur 6.7*. Borgere med flere risikoindikatorer mister i stigende grad varigt fodfæste på arbejdsmarkedet, end borgere med færre risikoindikatorer.

Figur 6.6: Fordeling af antallet af risikoindikatorer for borgere, som førtidspensioneres i 2007 (andel).



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning.

Figur 6.7: Fordeling af antallet af risikoindikatorer for borgere, som ikke førtidspensioneres i 2007 (andel).

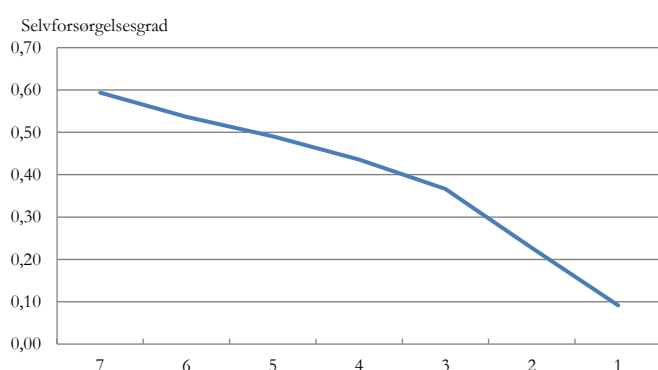


Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning.

Ved at se på udviklingen i selvforsørgelsesgraden i en periode på syv år inden tilkendelsen af førtidspension, *jf. figur 6.8*, er selvforsørgelsesgraden gradvis faldende over perioden. Syv år før tilkendelse af førtidspension er

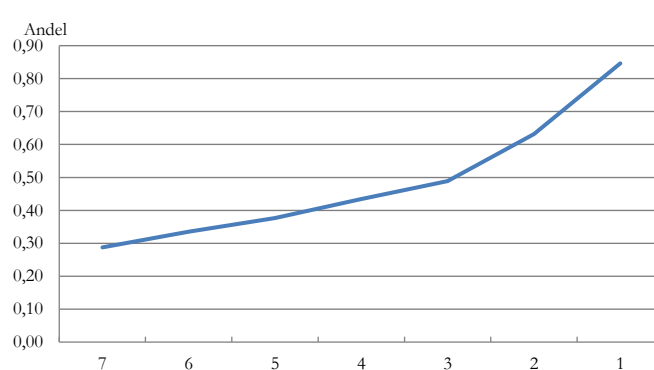
den gennemsnitlige selvforsørgelsesgrad for kræftramte førtidspensionister på knap 0,6 og aftager til knap 0,4 tre år før tilkendelse af førtidspension. Tre år før tilkendelsen af førtidspension accelererer tabet af selvforsørgelsesgrad, som året før tilkendelsen af førtidspension er nede på ca. 0,1, jf. figur 6.8. Denne udvikling afspejles i, at andelen af kræftramte førtidspensionister, som ikke eller stort set ikke er selvforsørgende (selvforsørgelsesgrad under 0,1) øges fra ca. 30 pct. syv år før tilkendelsen til knap 50 pct. tre år før tilkendelsen og derefter øges markant til ca. 85 pct. året før tilkendelsen, jf. figur 6.9.

Figur 6.8: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for kræftramte førtidspensionister i årene op til tilkendelse.



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning.
Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

Figur 6.9: Udvikling i andel med selvforsørgelsesgrad under 0,1 i årene op til tilkendelse.



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning.
Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

Godt 54 pct. af de kræftramte førtidspensionister var på sygedagpenge forud for tilkendelsen af førtidspension, mens godt 18 pct. var på kontanthjælp, mens de resterende knap 28 pct. var på andre forsørgelsesydelse, jf. tabel 6.10.

Tabel 6.10: Arbejdsmarkedsstatus før tilkendelsen af førtidspension – kræft.

	Sygedagpenge	Kontanthjælp	Øvrige	Antal
Antal	854	288	436	1.578
Procent	54,12	18,25	27,63	100

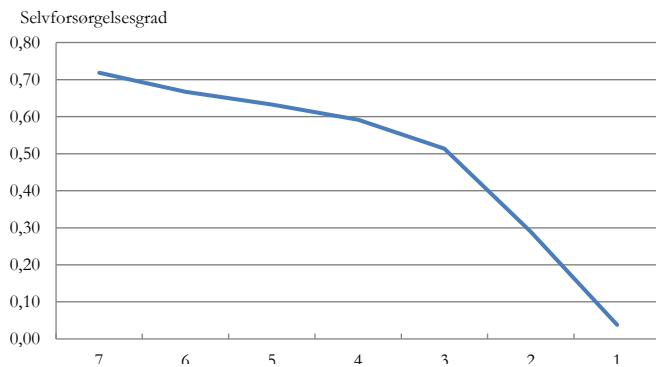
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Der er en markant forskel på udviklingen i selvforsørgelsesgraden i de syv år forud for tilkendelsen af førtidspension for kræftramte førtidspensionister, der var på sygedagpenge hhv. kontanthjælp før tilkendelsen af førtidspension.

Syv år før tilkendelsen af førtidspension var selvforsørgelsesgraden lidt over 0,7 for de, der kom på førtidspension fra sygedagpenge. Frem mod tre år før tilkendelsen af førtidspension reduceres selvforsørgelsesgraden gradvist

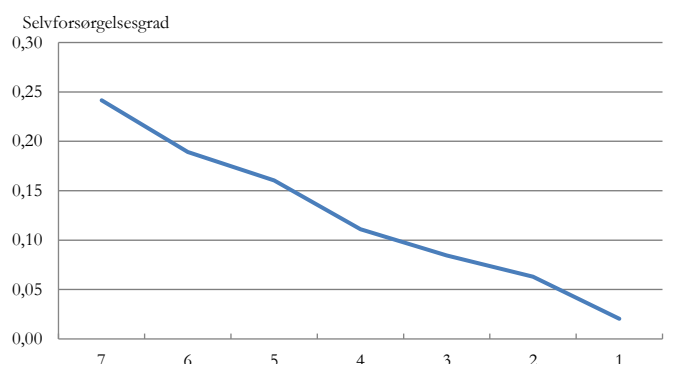
til et niveau på godt 0,5, men herefter reduceres selvforsørgelsesgraden kraftigt og året før tilkendelse af førtidspension er selvforsørgelsesgraden lidt under 0,05, *jf. figur 6.10*.

Figur 6.10: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for kræft-ramte førtidspensionister, der var på sygedagpenge inden tilkendelsen i årene op til tilkendelse.



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning.
Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

Figur 6.11: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for kræft-ramte førtidspensionister, der var på kontanthjælp inden tilkendelsen i årene op til tilkendelse.



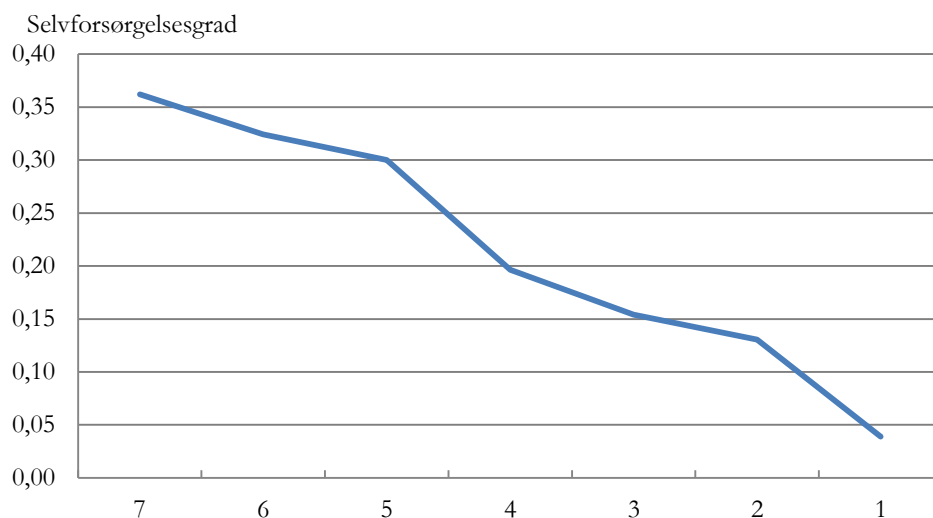
Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning.
Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

For kræft-ramte førtidspensionister, der var på kontanthjælp før tilkendelsen af førtidspension sker tabet af selvforsørgelsesgrad i stedet gradvist og uden samme tendens til, at tabet af selvforsørgelsesgrad tager fart i de sidste år før tilkendelsen. Udgangspunktet er dog også væsensforskelligt med en selvforsørgelsesgrad på under 0,25 syv år før tilkendelsen, dvs. 1/3 af niveauet for de, der kom fra sygedagpenge, *jf. figur 6.11*.

For førtidspensionister under 50 år gælder, at de har en relativt lav selvforsørgelsesgrad allerede syv år før tilkendelsen, *jf. figur 6.12 og 6.13*. Dette billede kan være en konsekvens af, at der er forholdsvis mange kontanthjælpsmodtagere blandt de unge førtidspensionister, mens sygedagpenge-modtagerne typisk er ældre.

For førtidspensionister i alderen 30-40 år var selvforsørgelsesgraden kun godt 0,35 syv år før tilkendelsen.

Figur 6.12: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for under 40-årige førtidspensionister i årene op til tilkendelse – kræft.

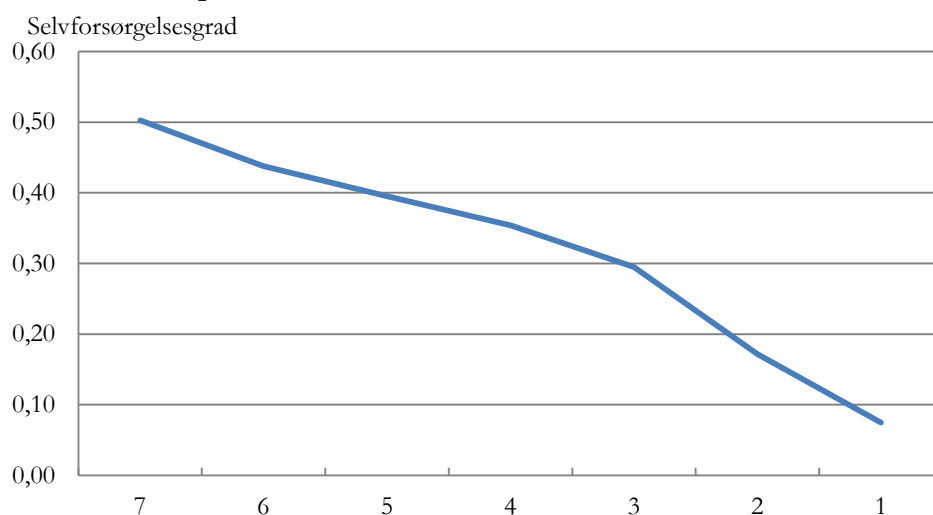


Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

For førtidspensionisterne i alderen 40-50 år var selvforsørgelsesgraden syv år før deres tilkendelse på ca. 0,5 og aftager herefter frem mod tilkendelsen af førtidspension og faldet i selvforsørgelsesgrad tager fart fra år tre før tilkendelsen af førtidspension, *jf. figur 6.13*.

Figur 6.13: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for 40-50 årige førtidspensionister i årene op til tilkendelse – kræft.

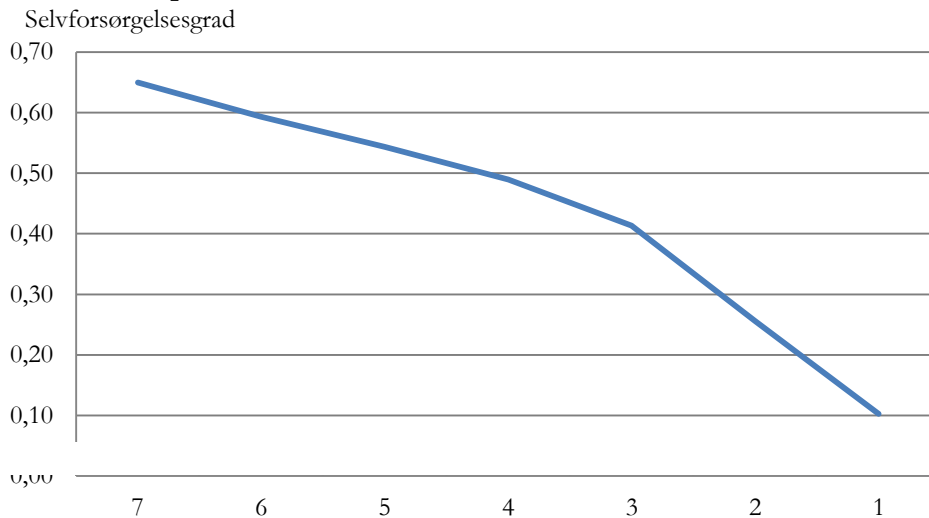


Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

De 50+-årige førtidspensionister havde en gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad på godt 0,65 syv år før tilkendelsen af førtidspension. Tre år før tilkendelsen af førtidspension var selvforsørgelsesgraden reduceret til godt 0,4, og fra dette tidspunkt tager tabet af selvforsørgelsesgrad ekstra fart, *jf. figur 6.14.*

Figur 6.14: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for 50+ årige førtidspensionister i årene op til tilkendelse – kræft.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

6.4 Opsamling

Boks 6.3: Hovedresultater fra kapitel 6.

- Borgere kan inddeles i tre borgertyper pba. deres forsørgelseshistorik: Pendleren, den unge og den selvforsørgende.
- 75 pct. af borgere med kræft er selvforsørgende.
- Det er i højere grad kvinder, som rammes af kræft. For pendleren gælder, at 71 pct. er kvinder.
- Der er relativt flere pendlere, som er ufaglærte sammenholdt med den samlede gruppe af borgere med kræft. I forhold til den samlede befolkning har den selvforsørgende relativt flere faglærte samt flere borgere med en videregående uddannelse.
- Der er ikke den store forskel mellem de forskellige borgertypers træk i sundhedsvæsenet.
- Trækket på beskæftigelsessystemet er størst for pendleren. I gennemsnit har pendleren været på kontanthjælp eller sygedagpenge i 1,5 år ud af en periode på 5 år.
- Pendleren har dobbelt så stor en risiko for at få tilkendt førtidspension end den selvforsørgende.
- En uge ekstra på kontanthjælp i løbet af fem år øger risikoen for

førtidspension med ca. 2 pct.

- Borgere af ikke-vestlig oprindelse har næsten dobbelt så stor en risiko for at få tilkendt en førtidspension, som borgere af vestlig oprindelse.
- Flere kroniske sygdomme øger risikoen for førtidspension med 38 pct. Hvis der samtidig er diagnosticeret en psykisk sygdom er førtidspension 2,5 gange så sandsynligt.
- En ekstra indlæggelse i det somatiske sygehusvæsen, i løbet af fem år, øger risikoen for førtidspension med 6 pct.
- Førtidspensionister og borgere på fleksjob har stort set identiske karakteristika. De borgere, der kommer på førtidspension, har en relativt mindre 5-års overlevelseshastighed end borgere, der er på fleksjob. Borgere på førtidspension har desuden, i lidt højere grad, en ikke-vestlig oprindelse, sammenholdt med borgere på fleksjob.
- Borgere på førtidspension har flere risikoindikatorer, såsom kontakt med psykiatrien i mindst 2 af de seneste 5 år eller modtaget sygedagpenge i mindst tre sammenhængende måneder det seneste år, i en periode på 5 år inden tilkendelsen af førtidspension. Særligt 3 år inden accelererer antallet af risikoindikatorer. 5 år inden har lidt over 50 pct. af borgere, som tilkendes førtidspension mere end en risikoindikator, mens det tilsvarende tal året før tilkendelsen er 80 pct. Borgere der ikke tilkendes en førtidspension har en stabil udvikling i antallet af risikoindikatorer i den samme femårige periode.
- I en periode 7 år inden tilkendelsen af førtidspension ses, at selvforsørgelsesgraden er gradvis faldende fremmod tilkendelsen. Det gradvise tab af selvforsørgelsesgraden accelererer 3 år inden tilkendelsen.
- Selvforsørgelsesgraden er forskellig afhængig af, hvilken arbejdsmarkedsstatus borgeren havde inden tilkendelsen af førtidspension. For borgere med en større tilknytning til arbejdsmarkedet ses samme knæk i selvforsørgelsesgraden 3 år inden tilkendelsen, mens selvforsørgelsesgraden er gradvis faldende, for borgere på kontanthjælp, henover en 7 årig periode.

7. Psykotiske lidelser

Borgere med psykiske lidelser, som er psykotiske, omfatter bl.a. borgere med skizofreni eller andre personlighedsforstyrrelser. Analysen af borgere med psykotiske lidelser indeholder tre del. Første del er en inddeling af borgere med psykotiske lidelser i arketyper, *jf. afsnit 7.1*. Det er borgernes forsørgelseshistorik, som danner baggrund for inddelingen. Anden del vil være en analyse af borgere med psykotiske lidelsers risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, *jf. afsnit 7.2*. Mens sidste og tredje del skal give et billede af sammenhængen mellem risikoindikatorer og det gradvise tab af arbejdsmarkedstilknytning, *jf. afsnit 7.3*.

7.1 Forløbsanalyse

Forløbsanalysen skal give en forståelse af, hvordan borgere med psykotiske lidelsers forsørgelseshistorik har set ud. Altså hvordan er borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet. På baggrund af deres historiske forsørgelsesgrundlag bliver de inddelt i borgertyper, som er navngivet efter det dominerende forsørgelsesgrundlag i perioden 1995 til 2006. Det er disse typer, som resten af afsnittet handler om.

Analysen bygger på en tilfældig stikprøve på 10.000 observationer. Der vil altid være forbundet noget usikkerhed ved en sådan stikprøve. Det skal der naturligvis tage højde i fortolkningen af resultaterne.

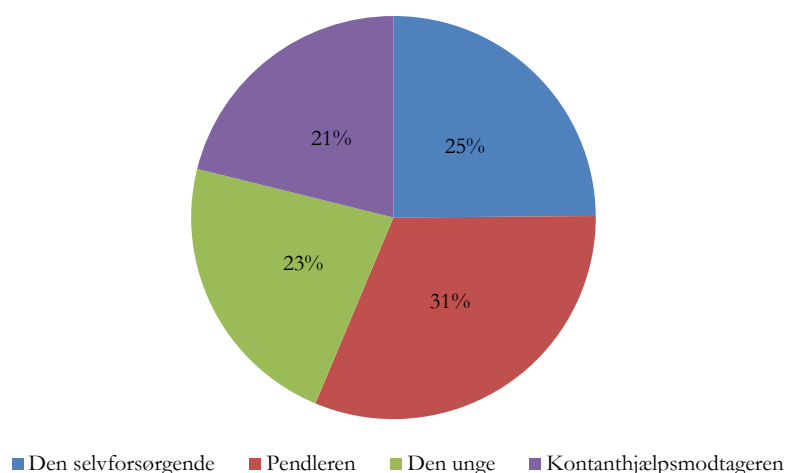
Resultatet af forløbsanalysen for borgere med psykotiske lidelser viser, at borgerne kan inddeles i fire typer, *jf. Boks 7.1*.

Boks 7.1: Typer af borgere med psykotiske lidelser

- Den selvforsørgende (SELV)
- Pendleren (PEN)
- Kontanthjælpsmodtageren (KTH)
- Den unge (UNG)

Analysen viser, at 31 pct. af borgerne med en psykotisk lidelse kan karakteriseres som pendlere, dvs. en type der har en del skift mellem forskellige indkomstgrundlag i perioden 1995-2006, *jf. Figur 7.1*. 25 pct. er primært selvforsørgende i perioden, mens 23 pct. kan karakteriseres som unge, dvs. de i en stor del af perioden 1995 til 2006 er umyndige, og 21 pct. har kontanthjælp som det dominerende indkomstgrundlag. Der er således en stor del, altså 75 pct., af borgere med psykotiske lidelser, der har en noget ustabil tilknytning til arbejdsmarkedet.

Figur 7.1: Andelen af borgere med psykotiske lidelser fordelt på de fire borgertyper.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Borgernes arbejdsmarkedstilknytning afspejles bl.a. ved antallet af skift mellem forskellige forsørgelsesgrundlag i perioden 1995-2006, *jf. figur 7.2*.

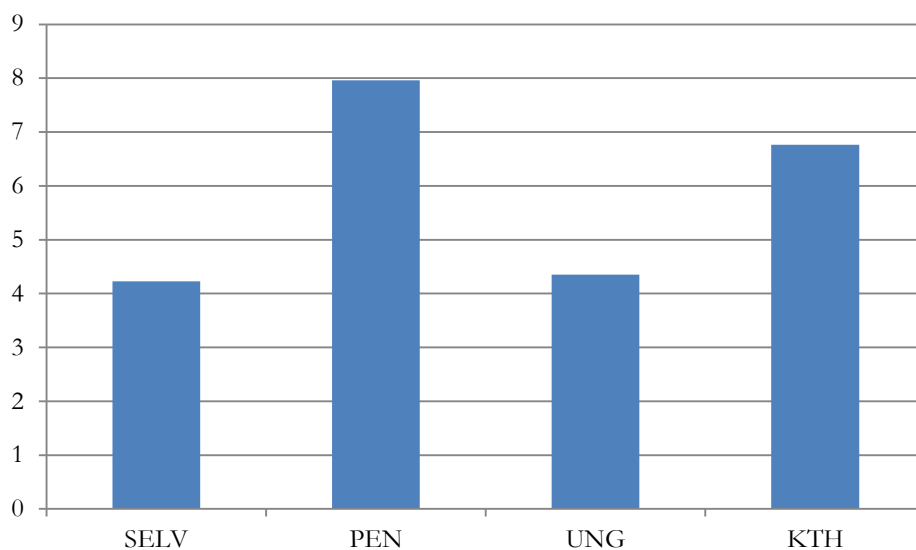
I gennemsnit skifter pendleren forsørgelsesgrundlag otte gange i løbet af perioden 1995 til 2006. Det er det højeste antal skift sammenlignet med de resterende typer.

Kontanthjælpsmodtageren har i gennemsnit knap syv skift i perioden 1995 til 2006, og har således en mindre stabil tilknytning til arbejdsmarkedet end den selvforsørgende og den unge.

De unge har i gennemsnit 4,4 skift i forsørgelsesgrundlaget i perioden. En del af skiftene kan forklares af en periode som umyndig, der efterfølges af en periode under uddannelse for efter endt uddannelse enten at være selvforsørgende eller på kontanthjælp.

Den selvforsørgende er en mere stabil type med færre skift mellem ydelser. I gennemsnit har den selvforsørgende knap fire skift over hele perioden. Antallet af skift er dog noget højere for den selvforsørgende med psykotiske lidelser ift. den selvforsørgende borgertype i de øvrige kroniske sygdomsgrupper, *jf. kapitel 4 og 5*.

Figur 7.2: Antal skift mellem indkomstgrupper i perioden 1995-2006 fordelt efter de fire borgertyper – psykotiske lidelser.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Som supplement og for at give en bedre forståelse af de fire borgertyper er der nedenfor en uddybende beskrivelse af hver af de fire typer. Der er bl.a. en figur, som over tid viser den relative fordeling mellem de dominerende ydelser. Yderligere baggrundskarakteristika følger efter en gennemgang af de enkelte typers forsørgelseshistorik.

7.1.1 Pendleren

Pendleren er den dominerende type og er kendetegnet ved ofte skiftende indkomstgrundlag. Selvforsørgelse er for den gennemsnitlige pendler den primære forsørgelseskilde (ca. 32 pct. af tiden). Pendleren har desuden dagpenge og andet indkomstgrundlag i hhv. 15 pct. og 22 pct. af tiden, hvorfor pendleren kan vurderes til dels at skifte mellem beskæftigelse, ledighed og uddannelse¹⁸. Selvom selvforsørgelse er den primære forsørgelse, så er pendleren langt fra selvforsørgende. I gennemsnit har pendleren i 41 pct. af tiden modtaget en indkomsterstattende ydelse i form af fx dagpenge, kontanthjælp og sygedagpenge. De 41 pct. er ekskl. anden indkomst, som primært er SU. Hvis perioden med anden indkomst inkluderes, har pendleren i 63 pct. af tiden modtaget ydelser fra det offentlige. Pendleren må derfor siges at have en relativt svag tilknytning til arbejdsmarkedet.

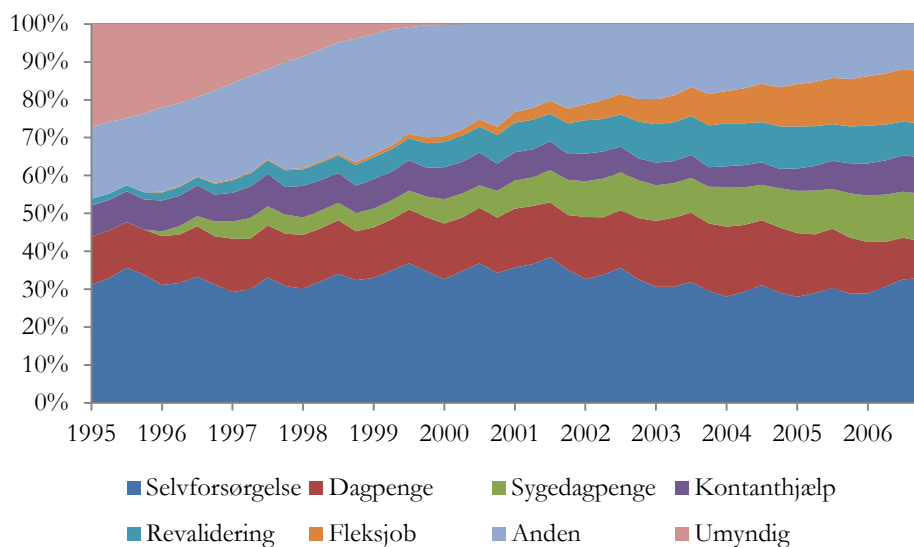
Som det fremgår af figur 7.3, er andelen på selvforsørgelse og dagpenge ikke afhængig af tid og varierer fra hhv. 28 pct. og 10 pct. til hhv. 38 pct. og 19 pct. Anden indkomst er aftagende over tid, og spænder fra 33 pct., hvor tilknytningen er højest, til 12 pct., hvor tilknytningen er lavest. Andelen af

¹⁸ Anden indkomst vedrører primært uddannelse og sekundært barselsorlov.

pendlere, som kommer i fleksjob er støt stigende fra 1998, hvor fleksjobordningen indføres. I starten af 0'erne har der desuden været iværksat initiativer, som skulle sikre et mere rummeligt arbejdsmarked. Det kan til dels forklare den stigende andel af pendlere i fleksjob, som i 2006 udgør ca. 14 pct. Udover fleksjob er andelen af pendlere på sygedagpenge og revalidering stigende med tiden. Sygedagpenge udgør i 2006 12 pct. af tiden, mens revalidering udgør 9 pct. af tiden i 2006.

Bemærk, at figuren ikke viser noget om de enkelte forløb, den viser alene fordelingen mellem de forskellige indkomstgrupper på et bestemt tidspunkt.

Figur 7.3: Fordeling mellem indkomstgrupper for pendleren, 1995-2006.

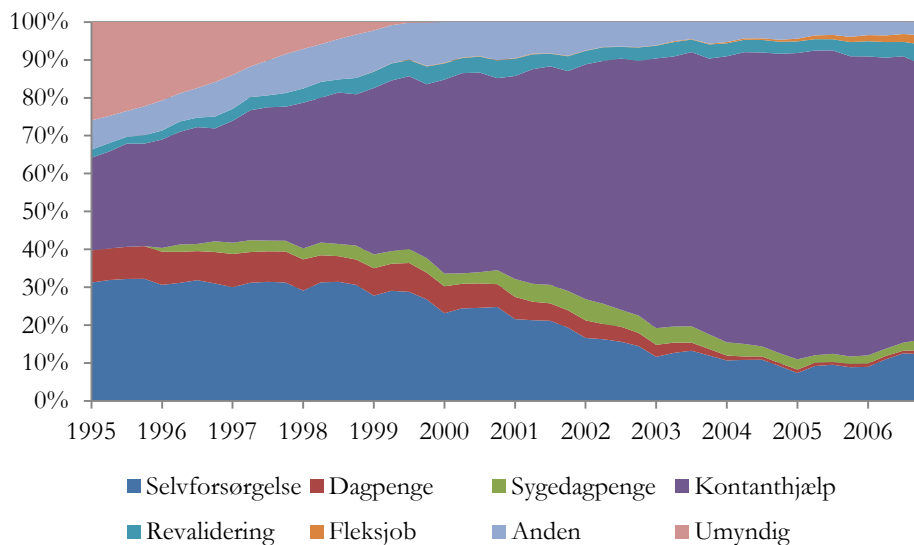


Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

7.1.2 Kontanthjælpsmodtageren

Personerne af denne type har primært kontanthjælp og sekundært selvforsørgelse som indkomstgrundlag. Kontanthjælp udgør en større andel over tid, mens selvforsørgelse udgør en mindre andel. Gennemsnitligt over perioden udgør kontanthjælp 54 pct. mens selvforsørgelse udgør 21 pct., jf. figur 7.4. Det dækker dog over store udsving. Andelen af tiden på kontanthjælp udgjorde i 1995 26 pct. Denne andel var i 2006 steget til 76 pct. Mens andelen af tiden som selvforsørgende er faldet fra 32 pct. i 1995 til 11 pct. i 2006.

Figur 7.4: Fordeling mellem indkomstgrupper for kontanthjælpsmodtageren, 1995-2006.



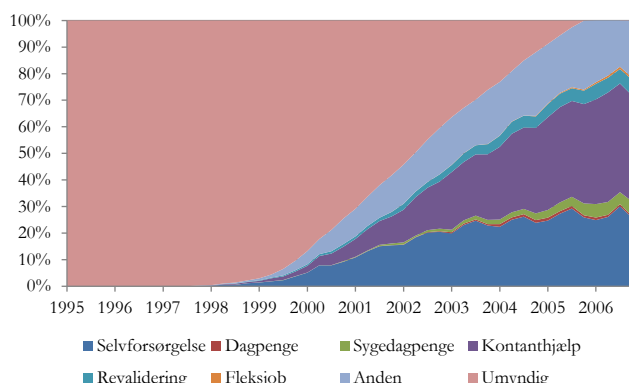
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

7.1.3 Den unge

Denne borgertype er karakteriseret ved at være under 18 år i en stor del af perioden 1995 til 2006. Det er de i gennemsnit i 61 pct. af tiden. Den del af typen, som er myndige, er primært på enten kontanthjælp, selvforsørgelse eller anden indkomst der, som tidligere nævnt, primært er uddannelse. Den gennemsnitlige unge er på kontanthjælp i 13 pct. af tiden og selvforsørgende i 12 pct. af tiden, mens anden indkomst udgør i 10 pct. af tiden.

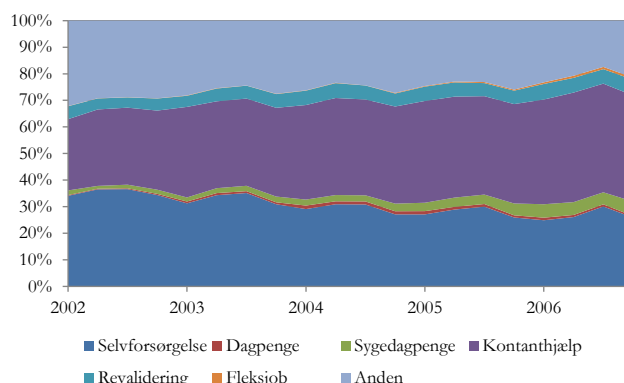
I takt med, at de unge bliver myndige overgår de til en af de øvrige ydelser – mest til kontanthjælp og selvforsørgelse, *jf. figur 7.5.a*. Derfor er der størst tilknytning til arbejdsmarkedet i slutningen af perioden. Ved alene at se på indkomstgrupper for de unge som er myndige, *jf. figur 7.5.b.*, er der ikke store udsving i andelen over tid mellem de forskellige indkomstgrupper. Der er dog en svag tendens til, at flere kommer på kontanthjælp, mens andelen af selvforsørgende bliver mindre. Det skal bemærkes, at andelen af unge, som er myndige i 2002 er 53 pct., 83 pct. i 2004 og naturligvis 100 pct. i 2006.

Figur 7.5.a.: Fordeling mellem indkomstgrupper for den unge, 1995-2006.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Figur 7.5.b.: Fordeling af indkomstgrupper (ekskl. umyndig) for den unge, 1995-2006.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

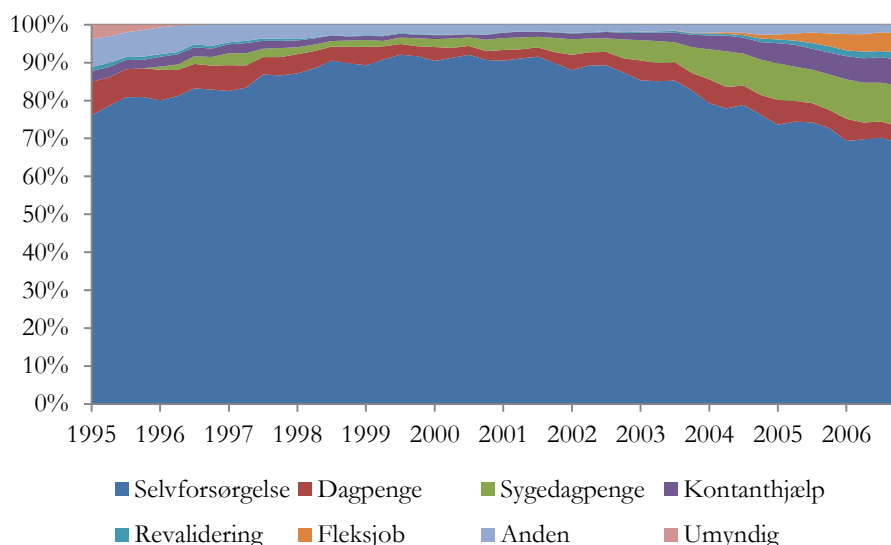
7.1.4 Selvforsørgeren

Denne type er karakteriseret ved at have været selvforsørgende i 83 pct. af tiden fra 1995 til 2006, *jf. figur 7.6*. Henimod slutningen af perioden fylder sygedagpenge mere for den selvforsørgende og udgør i 2006 i gennemsnit 11 pct. af tiden

Figur 7.6 viser, hvordan typen af selvforsørgere over tid fordeler sig mellem de forskellige indkomstgrupper.¹⁹ Bemærk, at figuren ikke viser noget om de enkelte forløb, den viser alene fordelingen mellem de forskellige indkomstgrupper på et bestemt tidspunkt. Mellem 69 og 92 pct. er på ethvert tidspunkt selvforsørgende. For de resterende indkomstgrupper er der forskel over tid, hvad der fylder. Dagpenge og anden indkomst fylder meget i starten af perioden, mens kontanthjælp og sygedagpenge fylder mest i slutningen af perioden.

¹⁹ Bemærk at figuren ikke viser noget om de enkelte forløb, den viser fordelingen mellem de forskellige ydelser på et bestemt tidspunkt.

Figur 7.6: Fordeling mellem indkomstgrupper for selvforsørgeren, 1995-2006.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

7.1.5 Hvem er borgerne med psykotiske lidelser?

Borgere med psykotiske lidelser kan på baggrund af deres forsørgelseshistorik inddeles i fire borgertyper. Ved at benytte baggrundsvariablerne kan forskelle og ligheder mellem borgertyperne beskrives. Det er således muligt at komme tættere på de enkelte typer af borgere med psykotiske lidelser.

Koblingen af forskellige baggrundsvariabler til de fire borgertyper, *jf. tabel 7.1*, viser, at der er store variationer mellem de forskellige typer af borgere med psykotiske lidelser. Pendleren er en kvinde som i højere grad har en videregående uddannelse sammenlignet med den samlede befolkning.

Tabel 7.1: Forskellige baggrundskarakteristika fordelt efter borgertype – psykotiske lidelser.

	SELV	PEN	KTH	UNG	Psykotiske	Hele befolkningen
Gns. alder	44,7	36,9	36,2	22,5	35,5	40,2
Mænd (andel)	0,53	0,40	0,51	0,41	0,46	0,50
Dansk oprindelse (andel)	0,88	0,91	0,74	0,91	0,87	0,90
Vestlig oprindelse (andel)	0,04	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03
Ikke-vestlig oprindelse (andel)	0,08	0,06	0,23	0,07	0,10	0,07
Gift (andel)	0,52	0,38	0,29	0,33	0,38	0,50
Ufaglært (andel)*	0,30	0,44	0,70	0,92	0,57	0,40
Faglært (andel)*	0,41	0,26	0,17	0,04	0,23	0,33
Videregående uddannelse (andel)*	0,24	0,27	0,07	0,00	0,16	0,25
Antal kronisk sygdom	1,42	1,48	1,52	1,48	1,47	-

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Hele befolkningen omfatter alle borgere mellem 19-60 år.

*Hele befolkningen udgør her 15-69 årige.

Den unge er ikke overraskende yngre end de øvrige typer. Den unge er i gennemsnit knap 23 år. Der er ligeledes en overvægt af kvinder i gruppen af unge. De unge er generelt ufaglærte.

Den selvforsørgende og kontanthjælpsmodtageren er i modsætning til de to andre borgertyper mænd. Den selvforsørgende er derudover den ældste af de fire borgertyper og er i højere grad faglærte. Hele 70 pct. af kontanthjælpsmodtagerne er til gengæld ufaglærte. Til sammenligning kan det nævnes, at 40 pct. af den totale befolkning er ufaglært. Kontanthjælpsmodtageren er derudover i langt højere grad en borger med ikke-vestlig oprindelse. 23 pct. af kontanthjælpsmodtagerne har en ikke-vestlig oprindelse. Det tilsvarende tal for hele befolkningen er 7 pct. Kontanthjælpsmodtagerne er desuden den borgertype med flest kroniske sygdomme.

Vendes blikket på, hvor meget borgere med psykotiske lidelser trækker på sundhedssystemet, er det særligt de unge og kontanthjælpsmodtageren, som fylder meget, *jf. tabel 7.2*. De unge og kontanthjælpsmodtagerne har flest sengedage i psykiatrien. Det er samtidig de to typer, der også har flest somatiske sengedage. Pendleren har i højere grad flere besøg i psykiatrien end de resterende borgertyper. Pendleren har i gennemsnit 31 besøg i psykiatrien på en femårig periode. Det svarer til mere end 6 besøg på et enkelt år. Den selvforsørgende er den type med færrest kontakter til sundhedsvæsenet.

Tabel 7.2: Forskellige baggrundskarakteristika fordelt efter borgertype – psykotiske lidelser.

	SELV	PEN	KTH	UNG	Psykotisk
Sundhed (2002-2006)					
Antal besøg, somatik	2,6	3,1	3,5	3,1	3,1
Antal indlæggelser, somatik	0,9	1,2	1,6	1,7	1,3
Antal sengedage, somatik	7,2	7,9	11,4	13,7	9,6
Antal besøg, psykiatri	14,7	31,4	25,7	24,8	24,5
Antal indlæggelser, psykiatri	0,5	0,7	0,9	1,2	0,8
Antal sengedage, psykiatri	18,0	24,0	35,6	40,7	28,2
Beskæftigelse (2002-2006)					
Uger på sygedagpenge	22,1	30,1	9,1	7,2	18,7
Antal forløb på sygedagpenge	1,8	2,6	0,6	0,5	1,5
Uger på kontanthjælp	10,8	18,1	192,3	75,7	65,2
Antal forløb på kontanthjælp	0,2	0,5	1,4	1,3	0,8

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Når det gælder trækket på beskæftigelsessystemet er det kontanthjælpsmodtageren, som fylder mest. Over en 5 årig periode har kontanthjælpsmodtageren været på kontanthjælp i 3 år og ni måneder. Den unge har tilsvarende et stort træk ift. kontanthjælp. I løbet af en 5 årig periode har den unge i gennemsnit været på kontanthjælp i knap 1,5 år. I betragtning af, at den

unge i gennemsnit er knap 23 år og i en del af tiden bør have været under uddannelse, er det en ret stor del af tiden de har modtaget kontanthjælp. For pendleren og den selvforsørgende er det sygedagpenge, som fylder mest.

Der er ligeledes forskel på, hvor i landet de forskellige borgertyper med psykotiske lidelser bor. I Region Hovedstaden og Region Midtjylland er der flere pendlere ift. den samlede befolkning. Derudover er der i Region Hovedstaden en overvægt af borgere på kontanthjælp, *jf. tabel 7.3.*

Tabel 7.3: Bopælsregion fordelt efter borgertype – psykotiske lidelser.

	SELV	PEN	KTH	UNG	Psykotiske	Hele befolkningen
Region Hovedstaden	0,33	0,38	0,38	0,34	0,36	0,31
Region Sjælland	0,14	0,10	0,13	0,16	0,13	0,14
Region Syddanmark	0,22	0,18	0,21	0,22	0,20	0,21
Region Midtjylland	0,21	0,25	0,18	0,19	0,21	0,23
Region Nordjylland	0,11	0,09	0,09	0,09	0,09	0,10

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Hele befolkningen omfatter alle borgere mellem 19-60 år.

35 pct. af borgere med psykotiske lidelser har en dobbeltdiagnoser, *jf. tabel 7.4.* Dvs. borgeren har både været i behandling for psykotiske lidelser og ikke-psykotiske lidelser. For den unge og kontanthjælpsmodtageren udgør borgere med dobbeltdiagnose hhv. 41 pct. og 40 pct., som er den største andel. Andelen med en dobbeltdiagnose for den selvforsørgende udgør 25 pct., hvilket er den mindste andel.

Tabel 7.4: Antal borgere med psykotiske lidelser, som har dobbeltdiagnose.

	SELV	PEN	KTH	UNG	I alt
Antal	622	1.138	839	917	3.516
Pct.	25%	36%	40%	41%	35%

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

7.2. Før tidspension – hvilke faktorer har betydning?

Denne analyse skal give et billede af, hvor det er kommunerne kan sætte ind. Hvad er det kommunerne skal være særligt opmærksomme på for at undgå, at borgerne mister tilknytningen til arbejdsmarkedet? Hvem er i risiko for at ende uden for arbejdsmarkedet?

Det er analysens formål at undersøge, hvilke faktorer, der har betydning for borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet. En regressionsanalyse kan give indblik i hvilke karakteristika, der er medbestemmende for borgernes succes. I denne analyse er succes det, at borgeren bevarer sin tilknytning til arbejdsmarkedet, dvs. undgår en førtidspensionering. En logistisk regressionsanalyse gør det muligt at vurdere om et givent forhold enten forøger eller formindsker sandsynligheden for at blive førtidspensioneret.

Resultaterne fra regressionsanalysen er vist i *tabel 7.5*. Resultaterne viser hvor meget sandsynligheden for at blive førtidspensioneret i perioden 2007-2011 ændres, hvis en variabel ændres med en enhed og alle andre variable i modellen samtidig holdes konstant (søjle a). Resultaterne viser endvidere om sandsynligheden øges eller mindskes (søjle b), hvor ”-” mindsker sandsynligheden for førtidspension og ”+” øger sandsynligheden for førtidspension. Nogle af variablene er sat i forhold til en anden variabel. Effekten af at være en bestemt type borgere med psykotiske lidelser er sat i forhold til den selvforsørgende, effekten af højest fuldførte uddannelse er sat i forhold personer med en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse, effekten af bopælsregion er sat i forhold til Region Hovedstaden.

Analysen bygger videre på den samme stikprøve som bruges i afsnit 7.1.

Pendleren er dobbelt så udsat for at blive førtidspensioneret som den selvforsørgende. Den unge har ca. 80 pct. højere risiko for at blive førtidspensioneret end den selvforsørgende. For kontanthjælpsmodtageren er risikoen ca. 71 pct. højere. Og effekterne er statistisk signifikante. Det viser, hvor vigtigt det er, at have en opdeling af borgere med klassiske kroniske sygdomme i forskellige typer. Altså: Det er (måske) forløbsanalysen, som viser sig at være vigtigst, men det er kun ved at lave regressionsanalysen, at det kan ses, hvor vigtig forløbsanalysen er (fordi den viser forskellen mellem de forskellige typer og deres risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet)²⁰.

Sandsynligheden for, at personer med en henholdsvis ufaglært og faglært uddannelse bliver førtidspensioneret er hhv. 29 pct. og 25 pct. højere end personer med en videregående uddannelse. Det at være kvinde øger sandsynligheden for førtidspension med 34 pct.

Sandsynligheden for, at personer med en anden etnisk baggrund end vestlig bliver førtidspensioneret er mere end det dobbelte af personer med en vestlig (herunder dansk) baggrund. Det kan afspejle det forhold, at flere borgere med ikke-vestlig oprindelse har post traumatisk lidelse og tilkendes førtidspension af den grund²¹. Etnicitet er altså ret afgørende. Der kan derfor være tale om en særlige målrettet differentierede indsatser mod personer med en ikke-vestlig baggrund. Hvad deres særlige behov eller udfordringer er, må være en selvstændig analyse.

²⁰ Ved at vælge en anden afhængig variabel kan andre former for risici beskrives.

²¹ ”Tema om tilkendelser af førtidspension til flygtninge og øvrige ikke-vestlige indvandrere.”, Ankestyrelsen 2012.

Table 7.5: Results of logistic regression, psychotic disorders.

	Odds ratio (a)	Retning (b)
Borgertyper		
Den unge	1,80*	+
Kontanthjælpsmodtageren	1,71*	+
Pendleren	2,00*	+
Demografi		
Alder	1,04*	+
Køn (mand)	1,34*	+
Etnicitet (ikke-vestlig)	2,28*	+
Civilstand (gift)	0,89**	-
Antal børn	0,87*	-
Socioøkonomiske indeks	0,71*	-
Ufaglært	1,29*	+
Faglært	1,25*	+
Sundhed		
Indlæggelser, somatik	1,05*	+
Sengedage, somatik	1,00*	+
Besøg, psykiatri	1,01*	+
Sengedage, psykiatri	1,00*	+
Antal kroniske sygdomme	1,33*	+
Bopæl		
Region Sjælland	1,51*	+
Region Syddanmark	1,90*	+
Region Midtjylland	1,62*	+
Region Nordjylland	1,65*	+
Beskæftigelse		
Antal uger på kontanthjælp	1,01*	+
Antal kontanthjælpsforløb	0,78*	-

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Uger på kontanthjælp kvadreret er ikke vist i tabellen. Variable er signifikant, men har næsten ingen effekt på chancen for at få tilkendt en førtidspension.

*Statistisk signifikans på 1%-niveau. ** Statistisk signifikans på 5%-niveau.

*** Statistisk signifikant på 10%-niveau.

Borgere i Region Syddanmark har 90 pct. større risiko for at få tilkendt en førtidspension end borgere med bopæl i Region Hovedstaden. Borgere i de tre øvrige regioner har ligeledes en større risiko for at ende på førtidspension sammenholdt med borgere i Region Hovedstaden.

Antal somatiske indlæggelser og sengedage samt besøg og sengedage i psykiatrien øger sandsynligheden for førtidspension. Én ekstra indlæggelse i det somatiske sygehusvæsen, i løbet af en femårig periode, øger sandsynligheden for førtidspension med 5 pct. De andre sygehusvariable har næsten

ingen effekt på sandsynligheden for førtidspension. Antallet af kroniske sygdomme øger risikoen for førtidspension med 33 pct. Det understreger, at flere samtidige sygdomme og sygehuskontakter er klare opmærksomhedspunkter for at identificere borgere med risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Antal uger på kontanthjælp øger risikoen for tilkendelse af en førtidspension, samtidig mindsker antallet af forløb på kontanthjælp risikoen for førtidspension. At antallet af forløb på kontanthjælp mindsker risikoen for førtidspension, kan skyldes, at borgere med flere forløb formår at fastholde en vis kontakt med arbejdsmarkedet.

Analysen giver således et billede af, hvilke forhold der øger hhv. mindsker risikoen for, at en borger med psykotiske lidelser får tilkendt en førtidspension.

7.2.1 Hvem tilkendes en førtidspension?

I analysen er det 2.457 ud af 10.000 i stikprøven, der bliver førtidspensioneret i perioden 2007 til 2011, svarende til knap 25 pct. Disse personer fordeles sig mellem de fire typer som i *tabel 7.6*.

Tabel 7.6: Antal og andel borgere som førtidspensioneres i perioden 2007-2011 – psykotiske lidelser.

	SELV	PEN	KTH	UNG	I alt
Antal	348	659	950	500	2.457
Pct.	14%	21%	45%	22%	25%

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Det bemærkes særligt, at 45 pct. af alle kontanthjælpsmodtagerne førtidspensioneres, hvilket er mere end dobbelt så høj en andel som pendleren, der er den type, der har den næststørste andel, der førtidspensioneres i løbet af perioden 2007-2011. Borgere med psykotiske lidelser er den gruppe af borgere med kroniske sygdomme, hvor flest borgere ender på førtidspension.

En forholdsvis stor andel af borgerne med psykotiske lidelser ender på førtidspension og mister dermed tilknytningen til arbejdsmarkedet. Et succes-kriterium for disse borgere kan derfor være, at de bevarer tilknytningen til arbejdsmarkedet via et fleksjob. Det er i den forbindelse interessant at se på, hvad der karakteriserer de borgere, som stadig har en tilknytning til arbejdsmarkedet i form af et fleksjob og de borgere som ender på førtidspension.

Sammenligningen af baggrundskarakteristika for de to grupper af borgere og de øvrige borgere med psykotiske lidelser viser, at der kan findes en for-

skel mellem de borgere, som ender på førtidspension og borgere i et fleksjob, *jf. tabel 7.7*. Borgere på fleksjob er generelt lidt ældre end borgere på førtidspension og den øvrige gruppe af borgere med psykotiske lidelser. Til gengæld er der en ligelig fordeling mellem mænd og kvinder, der førtidspensioneres, mens borgere i fleksjob og den øvrige gruppe i højere grad er kvinder.

De borgere, der kommer på førtidspension har relativt oftere en ikke-vestlig oprindelse, end det er tilfældet for de personer, der er på fleksjob. Ca. 4 pct. af de personer, der kommer i fleksjob, har en ikke-vestlig oprindelse. For den øvrige gruppe af borgere med psykotiske lidelser er det 8 pct., mens det gælder 19 pct. af de personer, der får førtidspension. Borgere på førtidspension er i lang højere grad ufaglærte, mens borgere på fleksjob i højere grad er faglærte. Der er desuden en større andel af borgere på fleksjob, som har en videregående uddannelse, sammenlignet med den samlede gruppe af borgere med psykotiske lidelser.

Tabel 7.7: Baggrundskarakteristika for hhv. borgere på førtidspension, fleksjob og øvrige borgere med psykotiske lidelser.

Klynge	Førtids- pension	Fleksjob	Øvrige	Psykotiske	Hele befolkningen
Gns. Alder	35,8	39,8	34,7	35,5	40,2
Mænd (andel)	0,50	0,40	0,45	0,46	0,50
Dansk oprindelse (andel)	0,77	0,95	0,89	0,87	0,90
Vestlig oprindelse (andel)	0,03	0,01	0,03	0,03	0,03
Ikke-vestlig oprindelse (andel)	0,19	0,04	0,08	0,10	0,07
Gift (andel)	0,32	0,46	0,40	0,38	0,50
Ufaglært (andel)*	0,63	0,43	0,57	0,57	0,40
Faglært (andel)*	0,21	0,31	0,23	0,23	0,33
Videregående uddannelse (andel)*	0,12	0,24	0,17	0,16	0,25
Antal kronisk sygdom	1,58	1,53	1,43	1,48	-

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Hele befolkningen omfatter alle borgere mellem 19-60 år.

*Hele befolkningen udgør her 15-69 årige.

Borgere i fleksjob og borgere på førtidspension har generelt flere kontakter med sundhedsvæsenet end den øvrige gruppe af borgere med psykotiske lidelser, *jf. tabel 7.8*. Borgere på førtidspension har over dobbelt så mange sengedage i psykiatrien som borgere i fleksjob. Borgere som tilkendes en førtidspension, har i gennemsnit ligget knap 2 måneder ud af 5 år på et psykiatrisk hospital. Udover indlæggelser i psykiatrien, har borgere på førtidspension flest sengedage i det somatiske hospitalsvæsen. Både borgere i fleksjob og på førtidspension har en del besøg i psykiatrien. Borgere i fleksjob har over en femårig periode i gennemsnit haft knap 36 besøg. Det svarer gennemsnitligt til godt 7 besøg pr. år.

Endelig gælder, at personer, der kommer i fleksjob, i gennemsnit har været længere tid på sygedagpenge (knap 43 uger mod knap 25 uger) og væsentligt kortere tid på kontanthjælp (godt 32 uger mod knap 115 uger) end personer, der kommer på førtidspension, *jf. tabel 7.8*. Det vidner om, at personer på fleksjob til en vis grad har formået at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet. Mens personer der ender på førtidspension har haft en mere begrænset tilknytning til arbejdsmarkedet, da de i godt to ud af fem år har været på kontanthjælp. Den øvrige gruppe af borgere med psykotiske lidelser har i gennemsnit været på kontanthjælp i lidt over et år set over en fem-årig periode. Det tyder på, at borgere med psykotiske lidelser fra starten af har en ret svag tilknytning til arbejdsmarkedet.

Tabel 7.8: Baggrundskarakteristika for hhv. borgere på førtidspension, fleksjob og øvrige borgere med psykotiske lidelser.

	Førtids- pension	Fleksjob	Øvrige	Psykotiske
Sundhed (2002-2006)				
Antal besøg, somatik	3,4	3,5	2,9	3,1
Antal indlæggelser, somatik	1,9	1,1	1,1	1,3
Antal sengedage, somatik	20,5	5,8	6,3	9,6
Antal besøg, psykiatri	32,9	35,6	20,0	24,5
Antal indlæggelser, psykiatri	1,4	0,7	0,6	0,8
Antal sengedage, psykiatri	56,9	23,6	19,0	28,2
Beskæftigelse (2002-2006)				
Uger på sygedagpenge	24,5	43,1	12,9	18,7
Antal forløb på sygedagpenge	1,3	4,4	1,1	1,5
Uger på kontanthjælp	114,9	31,6	52,7	65,2
Antal forløb på kontanthjælp	0,8	0,5	0,8	0,8

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

7.3 Risikoindikatorer og forløb ud af arbejdsmarkedet

Denne analyse skal tegne et billede af sammenhængen mellem risikoindikatorer og borgernes gradvise tab af arbejdsmarkedstilknytning²². Hvilke fare-signaler skal kommunerne være opmærksomme på for at undgå, at borgeren mister fodfæste på arbejdsmarkedet? Kommunerne vil således ved at konstatere, hvor mange risikoindikatorer, der knytter sig til en borger, kunne få et indtryk af udviklingen i borgernes risiko for varigt at miste fodfæstet på arbejdsmarkedet.

Der arbejdes med seks risikoindikatorer, *jf. boks 7.2*. Risikoindikatorerne er udvalgt på baggrund af regressionsanalysen fra *afsnit 7.2* og persontyperne, som er defineret via forløbsanalysen, *jf. afsnit 7.1*. Det er netop vist, at disse faktorer har betydning for, hvorvidt borgerne får tilkendt en førtidspension.

²² Denne analyse vil omfatte hele populationen af de kroniske syge borgere og ikke alene de borgere, der er inkluderet i stikprøven.

Endvidere er der lagt vægt på, at der er tale om risikoindikatorer, som de kommunale sagsbehandlere relativt let skal kunne identificere.

Boks 7.2: De seks udvalgte risikoindikatorer.

1. Modtaget kontanthjælp i mindst halvdelen af året.
2. Modtaget sygedagpenge i mindst tre sammenhængende måneder det seneste år.
3. Mindst 4 skift i forsørgelsesgrundlaget det seneste år.
4. Indlæggelse af mindst 5 dages varighed.
5. Flere end 3 indlæggelser i løbet af seneste år.
6. Kontakt med psykiatrien i mindst 2 af de seneste 5 år.

Ved at se på udviklingen i antallet af risikoindikatorer over en femårig periode, *jf. tabel 7.9*, er der en gradvis stigning af risikoindikatorer næsten for den samlede gruppe af borgere med psykotiske lidelser. Lidt over halvdelen af den samlede gruppe af borgere med psykotiske lidelser har i 2002 slet ingen risikoindikatorer. Det tilsvarende tal er i 2006 34 pct. I 2002 var der til gengæld 47 pct. med én eller flere risikoindikatorer, og det tilsvarende tal for 2006 er 66 pct.

Tabel 7.9: Fordelingen af risikoindikatorer efter antal og år – psykotiske lidelser (pct.).

	2002	2003	2004	2005	2006
0	53	47	42	37	34
1	35	38	41	43	39
2	11	13	16	18	16
3	1	1	2	2	6
4	0	0	0	0	1
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0

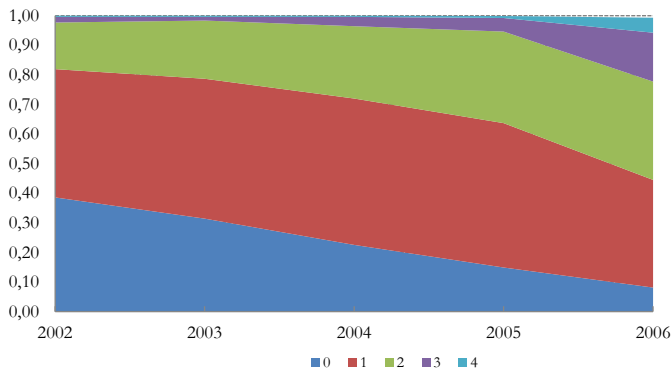
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Dette dækker imidlertid over en meget forskellig udvikling i antallet af risikoindikatorer for borgere, der tilkendes førtidspension og for borgere, der ikke gør.

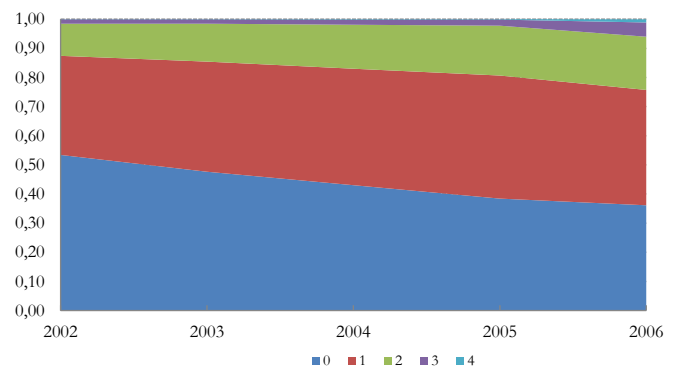
Ved alene at se på antallet af risikoindikatorer for borgere, som tilkendes en førtidspension i 2007, ser billedet væsentligt anderledes ud, *jf. figur 7.7*. Først og fremmest er der langt flere borgere med én eller flere risikoindikatorer end for den samlede gruppe af borgere med psykiske lidelser. Andelen af borgere uden risikoindikatorer er godt 39 pct. i 2002. Det tilsvarende tal er 8 pct. i 2006. For det andet er stigningen, i antallet af risikoindikatorer, mere markant jo tættere på tilkendelsestidspunktet borgerne kommer, *jf. figur*

7.7. Andelen af borgere med to eller flere risikoindikatorer er steget fra 18 pct. i 2002 til 55 pct. i 2006. Mens andelen med én risikoindikator er faldet fra 43 pct. til 36 pct. i perioden 2002 til 2006.

Figur 7.7: Fordeling af antallet af risikoindikatorer for borgere, som førtidspensioneres i 2007 (andel).



Figur 7.8: Fordeling af antallet af risikoindikatorer for borgere, som ikke førtidspensioneres i 2007 (andel).



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning.

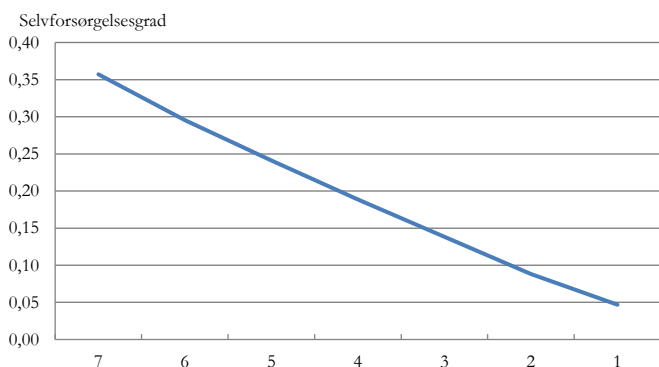
Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning.

Antallet af risikoindikatorer for de borgere, der ikke tilkendes førtidspension i 2007, viser et helt andet billede, *jf. figur 7.8*. Andelene af borgere med et givent antal risikoindikatorer er mere stabil over perioden fra 2002 til 2006. Der er dog en gradvis stigning i antallet af borgere med flere risikoindikatorer. Det fremgår tydeligt af figur 7.7 og figur 7.8, at borgere med flere risikoindikatorer i stigende grad varigt mister fodfæstet på arbejdsmarkedet, end borgere med færre risikoindikatorer.

Ved at se på udviklingen i selvforsørgelsesgraden i en periode på syv år før tilkendelsen af førtidspension, *jf. figur 7.9*, er selvforsørgelsesgraden gradvis faldende over perioden. Syv år inden tilkendelsen af førtidspension har borgere med psykotiske lidelser en selvforsørgelsesgrad på ca. 36 pct. Denne grad er på ca. 5 pct. året inden tilkendelsen af førtidspension. Borgerne med psykotiske lidelser har fra starten en lav tilknytning til arbejdsmarkedet. I løbet af den syvårige periode mister de gradvist tilknytningen til arbejdsmarkedet. Året før tilkendelsen er selvforsørgelsesgrad nede på ca. 5 pct.

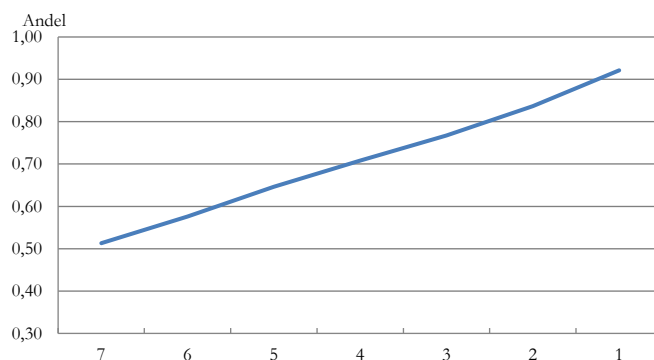
Andelen af borgere med en selvforsørgelsesgrad på under 10 pct., *jf. figur 7.10*, er derimod stigende i løbet af den syvårige periode før tilkendelsen af førtidspension. Det er ikke overraskende. Frem mod tilkendelsen af førtidspension er der således flere og flere, som helt mister tilknytningen til arbejdsmarkedet og færre har en selvforsørgelsesgrad på over 10 pct.

Figur 7.9: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for førtidspensionister med psykotiske lidelser i årene op til tilkendelse.



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning. Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

Figur 7.10: Udvikling i andelen med selvforsørgelsesgrad under 10 pct. for førtidspensionister med psykotiske lidelser i årene op til tilkendelse.

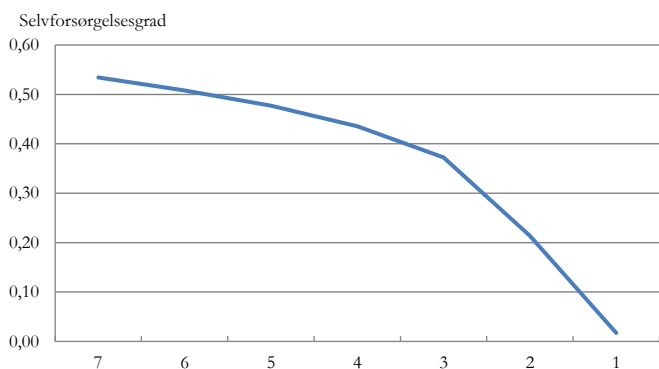


Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning. Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

Udviklingen i selvforsørgelsesgraden er forskellige afhængig af, hvilken indkomstgruppe borgere med psykotiske lidelser tilhørte inden tilkendelsen af førtidspension. Ved alene at se på de førtidspensionister, som lige inde tilkendelsen af førtidspension var på sygedagpenge, *jf. figur 7.11*, danner der sig et billede af en borger, der syv år forinden tilkendelsen i overvejende grad har været selvforsørgende. Borgeren på sygedagpenge er således selvforsørgende i ca. 53 pct. af tiden syv år forinden tilkendegivelsen. Tre år før tilkendelsen af førtidspension accelererer tabet af selvforsørgelsesgrad, som i året før tilkendelsen er knap 5 pct.

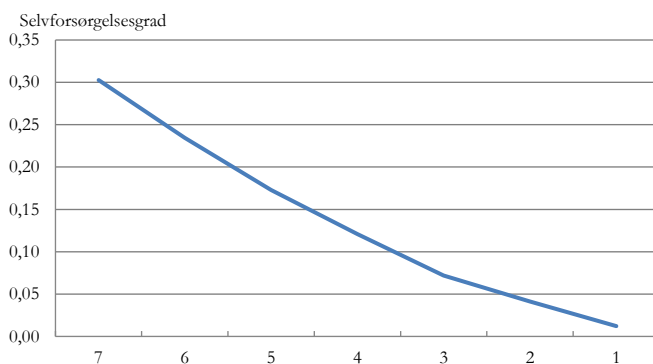
Det er ikke det samme billede, som gør sig gældende for borgere, der var på kontanthjælp inden tilkendelsen af førtidspension, *jf. figur 7.12*. Disse borgere er syv år forinden tilkendelsen kun selvforsørgende i 30 pct. af tiden. Og mister derfra gradvis tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Figur 7.11: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for førtidspensionister med psykotiske lidelser, der var på sygedagpenge inden tilkendelsen i årene op til tilkendelse.



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning. Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

Figur 7.12: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for førtidspensionister med psykotiske lidelser, der var på kontanthjælp inden tilkendelsen i årene op til tilkendelse.



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning. Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

42 pct. af borgere med psykotiske lidelser var på kontanthjælp, da de overgik til førtidspension, mens 18 pct. var på sygedagpenge. De resterende 23 pct. havde et andet indkomstgrundlag, jf. tabel 7.10.

Tabel 7.10: Arbejdsmarkedsstatus før tilkendelsen af førtidspension - psykotiske lidelser.

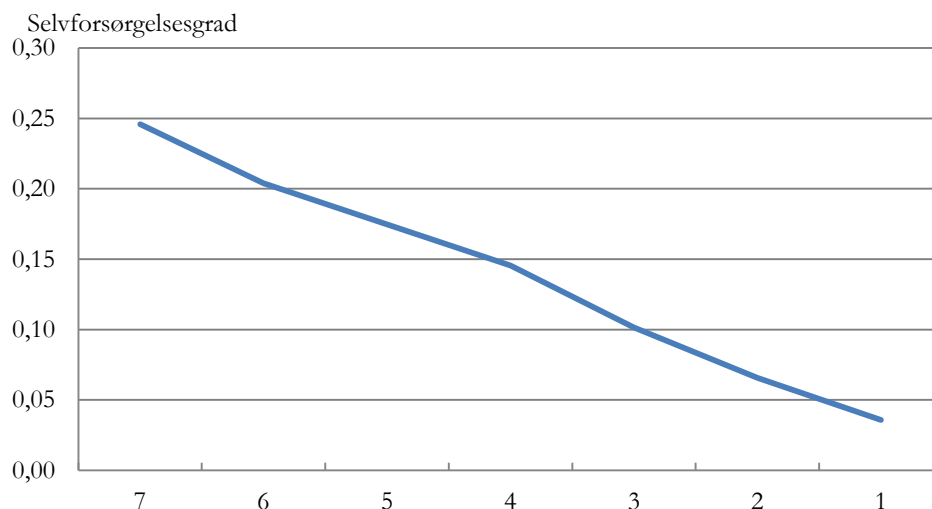
	Sygedagpenge	Kontanthjælp	Øvrige	N
Antal	741	2.507	978	4.226
Procent	17,5	59,3	23,1	100

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

For førtidspensionister under 50 år gælder, at de har en relativt lav selvforsørgelsesgrad allerede syv år før tilkendelsen, jf. figur 7.13 og 7.14. Dette billede kan være en konsekvens af, at der er forholdsvis mange kontanthjælpsmodtagere blandt de unge førtidspensionister, mens sygedagpenge-modtagerne typisk er ældre.

For førtidspensionister i alderen 30-40 år var selvforsørgelsesgraden kun godt 25 pct. syv år før tilkendelsen.

Figur 7.13: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for 30-40 årige førtidspensionister i årene op til tilkendelse – psykotiske lidelser.

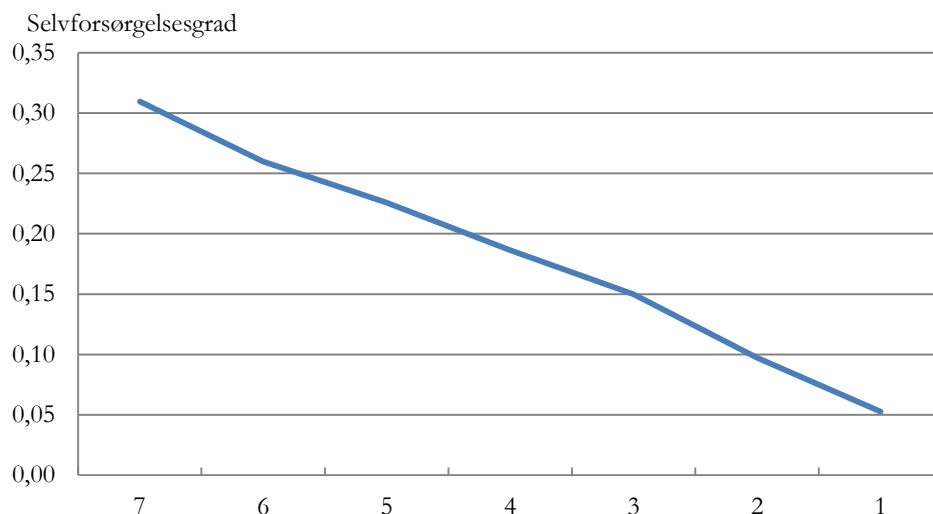


Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

For førtidspensionisterne i alderen 40-50 år var selvforsørgelsesgraden syv år før deres tilkendelse på 31 pct. og aftager herefter gradvist frem mod tilkendelsen af førtidspension.

Figur 7.14: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for 40-50 årige førtidspensionister i årene op til tilkendelse – psykotiske lidelser.

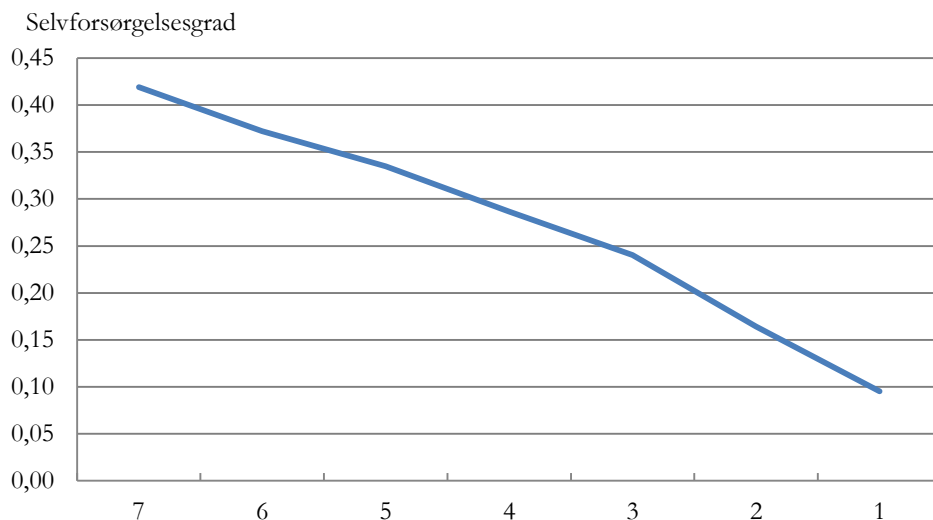


Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

For førtidspensionisterne i aldersgruppen 50 år og derover gælder, at de i lidt højere grad var erhvervsaktive nogle år forud for tilkendelsen af førtidspension. Syv år før tilkendelsen var den gennemsnitlige forsørgelsesgrad på 42 pct. og aftager her gradvist for at accelerere i år tre år før tilkendelsen af førtidspension, jf. figur 7.15.

Figur 7.15: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for 50+ årige førtidspensionister i årene op til tilkendelse – psykotiske lidelser.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

7.4 Opsamling

Boks 7.3: Hovedresultater fra kapitel 7.

- Borgere med psykotiske lidelser kan inddeles i fire borgertyper pba. deres forsørgelsehistorik: Pendleren, kontanthjælpsmodtageren, den unge og den selvforsørgende.
- 25 pct. af borgere med psykotiske lidelser er selvforsørgende. 31 pct. er pendlere, mens 21 pct. er kontanthjælpsmodtagere.
- For pendleren er selvforsørgelse det primære forsørgelsesgrundlag. Selvom selvforsørgelse er den primære forsørgelse, så er pendleren langt fra selvforsørgende. I gennemsnit har pendleren i 41 pct. af tiden modtaget en indkomsterstattende ydelse i form af fx dagpenge, kontanthjælp og sygedagpenge.
- Den selvforsørgende er den ældste af de fire borgertyper og er ældre end den samlede befolkning. De øvrige borgertyper er i gennemsnit yngre end den samlede befolkning.
- Den selvforsørgende og kontanthjælpsmodtageren er mænd, mens pendleren og den unge højere grad er kvinder.
- 23 pct. af kontanthjælpsmodtagerene har en ikke-vestlig oprindelse, mens det gælder for 7 pct. af den samlede befolkning.
- 70 pct. af kontanthjælpsmodtagerne er ufaglærte sammenholdt med at 40 pct. i den samlede befolkning er ufaglært. Den selvforsørgende er i højere grad faglært, mens pendleren i højere grad har en videregående uddannelse.
- Den unge og kontanthjælpsmodtageren er de borgertyper, som trækker mest i sundhedsvæsenet. De to typer har flest sengedage i psykiatrien. Det er samtidig de to typer, som har flest somatiske sengedage.
- Pendleren har i højere grad flere besøg i psykiatrien end de resterende borgertyper. Pendleren har i gennemsnit 31 besøg i psykiatrien over en femårig periode. Det svarer til mere end 6 besøg på et enkelt år. Den selvforsørgende er den type med færrest antal kontakter til sundhedsvæsenet.
- I løbet af en 5 årig periode har kontanthjælpsmodtageren været på kontanthjælp i 3 år og ni måneder. Mens den unge i løbet af en 5 årig periode i gennemsnit har været på kontanthjælp i knap 1,5 år. For pendleren og den selvforsørgende er det sygedagpenge, som fylder mest.
- Kontanthjælpsmodtageren, pendleren og den unge har større risiko for at få tilkendt en førtidspension end den selvforsørgende.
- Én uge ekstra på kontanthjælp i løbet af fem år øger risikoen for førtidspension med 1 pct.
- Borgere med ikke-vestlig oprindelse har over dobbelt så stor en risiko for at få tilkendt en førtidspension, som borgere med vestlig

oprindelse.

- Antallet af kroniske sygdomme øger risikoen for førtidspension med 33 pct.
- Én ekstra somatisk indlæggelse, i løbet af fem år, øger risikoen for førtidspension med 5 pct.
- Førtidspensionister og borgere på fleksjob har, for borgere med psykotiske lidelser, ikke helt identiske karakteristika. Borgere på fleksjob er generelt lidt ældre end borgere på førtidspension. Der er desuden en ligelig fordeling mellem mænd og kvinder, der førtidspensioneres, mens borgere i fleksjob i højere grad er kvinder.
- De borgere, der kommer på førtidspension har relativt oftere en ikke-vestlig oprindelse (19 pct.), end det er tilfældet for de personer, der er på fleksjob (4 pct.).
- Borger på førtidspension har flere risikoindikatorer over en periode på 5 år inden tilkendelsen af førtidspension. Antallet af risikoindikatorer stiger gradvis i perioden 2002 til 2006. 5 år inden har 61 pct. af borgere, som tilkendes førtidspension mere end én risikoindikator, mens det tilsvarende tal året før tilkendelsen er 92 pct. Borgere der ikke tilkendes en førtidspension har en mere stabil udvikling i antallet af risikoindikatorer i den samme femårige periode. Der er dog en gradvis stigning i antallet af risikoindikatorer.
- I den 7 årige periode op til tilkendelsen af førtidspension falder selvforsørgelsesgraden gradvist. Borgerne med psykotiske lidelser har fra starten af perioden en lav tilknytning til arbejdsmarkedet svarende til en selvforsørgelsesgrad på ca. 36 pct.
- Selvforsørgelsesgraden er forskellig afhængig af, hvilken arbejdsmarkedsstatus borgeren havde inden tilkendelsen af førtidspension. For borgere med en større tilknytning til arbejdsmarkedet ses en acceleration i faldet i selvforsørgelsesgraden 3 år inden tilkendelsen, mens selvforsørgelsesgraden er gradvis faldende, for borgere på kontanthjælp, henover en 7 årig periode.

8. Ikke-psykotiske lidelser

Psykiske syge borgere med ikke-psykotiske lidelser omfatter bl.a. borgere med depression, angsttilstande og adfærdsforstyrrelser. Analysen af borgere med ikke-psykotiske lidelser vil ligeledes indeholde tre delanalyser. Første analysedel er en inddeling af borgere med ikke-psykotiske lidelser i arketyper, *jf. afsnit 8.1*. Det er borgernes forsørgelsehistorik, som danner baggrund for inddelingen. Anden analysedel vil være en analyse af borgere med ikke-psykotiske lidelsers risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, *jf. afsnit 8.2*. Mens tredje sidste analysedel skal give et billede af sammenhængen mellem risikoindikatorer og det gradvise tab af arbejdsmarkedstilknytning *jf. afsnit 8.3*.

8.1 Forløbsanalyse

Forløbsanalysen skal give en forståelse af, hvordan forsørgelsehistorikken for borgere med ikke-psykotiske lidelser har set ud. Altså; hvordan er borgernes forudgående tilknytning til arbejdsmarkedet? På baggrund af deres historiske forsørgelsesgrundlag vil de blive inddelt i borgertyper, som er navngivet efter det dominerende indkomstgrundlag i perioden 1995 til 2006. Det er disse typer som resten af afsnittet handler om.

Analysen bygger på en tilfældig stikprøve på 10.000 observationer. Der vil altid være noget usikkerhed forbundet med en sådan stikprøve. Det skal der naturligvis tage højde i fortolkningen af resultaterne.

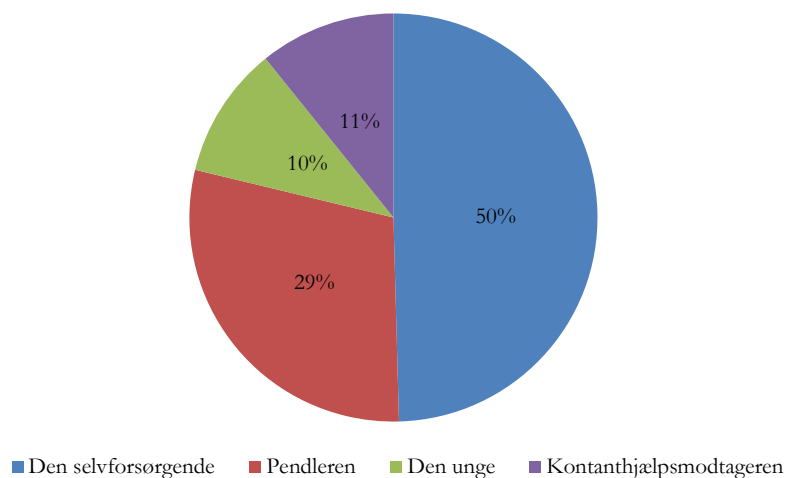
Resultatet af forløbsanalysen for borgere med ikke-psykotiske lidelser viser, at borgerne kan inddeles i fire borgertyper, *jf. Boks 8.1*.

Boks 8.1: Typer af borgere med ikke-psykotiske lidelser.

- Den selvforsørgende (SELV)
- Pendleren (PEN)
- Kontanthjælpsmodtageren (KTH)
- Den unge (UNG)

Analysen viser, at halvdelen af borgerne med en ikke-psykotisk lidelse rent faktisk kan karakteriseres som selvforsørgende, *jf. Figur 8.1*. 29 pct. er karakteriseret som pendlere, dvs. en borgertype, som skifter en del mellem forskellige forsørgelsesgrundlag. 11 pct. er karakteriseret som kontanthjælpsmodtagere, mens 10 pct. er unge og har ikke været myndighed i en stor del af analyseperioden.

Figur 8.1: Andelen af borgere med ikke-psykotiske lidelser fordelt på de 4 borgertyper.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Borgernes arbejdsmarkedstilknnytning afspejles ved antallet af skift i indkomstgrundlaget i perioden 1995-2006, jf. figur 8.2.

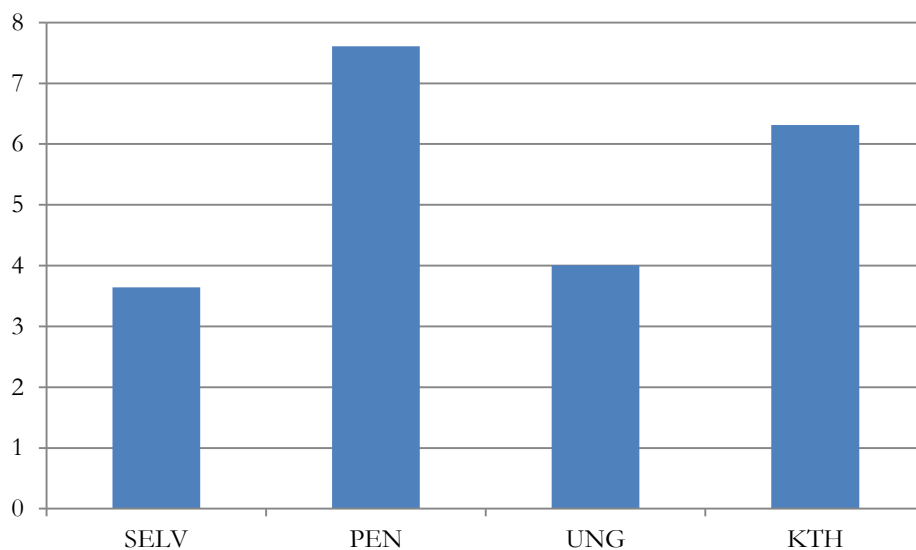
I gennemsnit skifter pendleren indkomstgrundlag knap otte gange i løbet af perioden 1995 til 2006. Det er det højeste antal skift sammenlignet med de tre andre borgertyper. Pendlerens arbejdsmarkedstilknnytning må siges at være noget løsere og mindre stabil. Pendleren pendler altså en del mellem forskellige indkomstgrundlag.

Kontanthjælpsmodtageren har i gennemsnit seks skift i perioden fra 1995 til 2006, og har således en mindre stabil tilknnytning til arbejdsmarkedet end den selvforsørgende og den unge.

De unge har i gennemsnit 4 skift i indkomstgrundlaget i perioden. En del af skiftene kan forklares af en periode som umyndig, der efterfølges af en periode under uddannelse for efter endt uddannelse enten at være selvforsørgende eller på kontanthjælp.

Den selvforsørgende er en mere stabil type med færre skift i indkomstgrundlaget. I gennemsnit har den selvforsørgende 3,5 skift over hele perioden. Antallet af skift er dog noget højere for den selvforsørgende med ikke-psykotiske lidelser ift. den selvforsørgende med klassiske kroniske og kræftsygdomme.

Figur 8.2: Antal skift mellem indkomstgrupper i perioden 1995-2006 fordelt efter de fire borgertyper – ikke-psykotiske lidelser.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Som supplement, og for at få en bedre forståelse af de fire borgertyper, er der nedenfor en uddybende beskrivelse af hver af de fire typer. Der er bl.a. en figur, som over tid viser den relative fordeling mellem de dominerende indkomstgrundlag. Yderligere baggrundskarakteristika følger efter en gennemgang af de enkelte typers forsørgelseshistorik.

8.1.1 Pendleren

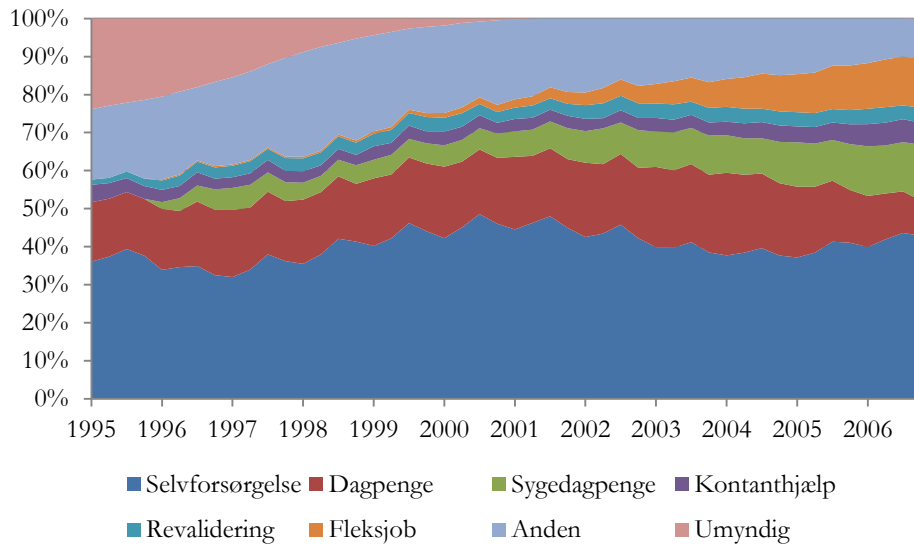
Pendleren er den næstmest dominerende type og er kendetegnet ved et ofte skiftende indkomstgrundlag. Selvforsørgelse er for den gennemsnitlige pendler den primære forsørgelse svarende til 40 pct. af tiden. Pendleren har desuden dagpenge og andet indkomstgrundlag i hhv. 17 pct. og 19 pct. af tiden, hvorfor pendleren kan vurderes til dels at skifte mellem beskæftigelse, ledighed og uddannelse²³.

Som det fremgår af figur 8.3, fordeler pendleren sig over tid primært mellem selvforsørgelse, dagpenge og anden indkomst. Andelen på selvforsørgelse og dagpenge er konjunkturafhængige. Selvforsørgelse varierer mellem 32 pct. og 49 pct. Mens dagpenge varierer mellem 9 pct. og 22 pct. Der er altså hele tiden afbrydelser til arbejdsmarkedstilknytningen. Den resterende del af borgertypen har fortrinsvist anden indkomst. Denne andel er aftagende over tid, spændende fra 25 pct., hvor tilknytningen er højest, til 10 pct., hvor tilknytningen er lavest. Andelen af pendlere på sygedagpenge og fleksjob er til gengæld stigende over tid. Andelen af pendlere, som kommer i fleksjob er støt stigende fra 1998, hvor fleksjobordningen indføres. I star-

²³ Anden indkomst vedrører primært uddannelse og sekundært barselsorlov.

ten af 0'erne har der desuden været iværksat initiativer, som skulle sikre et mere rummeligt arbejdsmarked. Dette kan til dels forklare den stigende andel af pendlere i fleksjob, som i 2006 udgør ca. 13 pct. Andelen af tiden på sygedagpenge er ligeledes 13 pct. 2006.

Figur 8.3: Fordeling mellem indkomstgrupper for pendleren, 1995-2006.

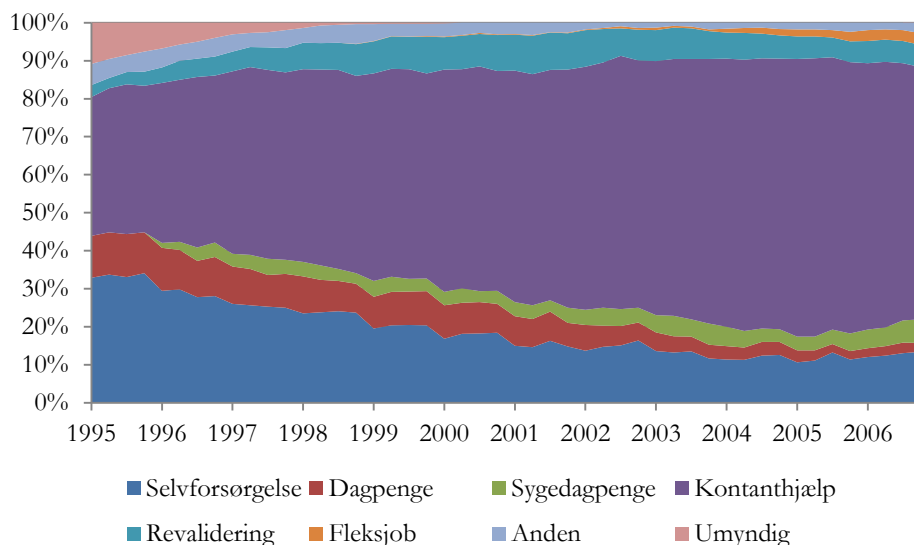


Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

8.1.2 Kontanthjælpsmodtageren

Personerne i denne type har primært kontanthjælp og sekundært selvforsørgelse som forsørgelsesgrundlag. Kontanthjælp udgør en større andel over tid, mens selvforsørgelse udgør en mindre andel. Gennemsnitligt over perioden udgør kontanthjælp 58 pct. mens selvforsørgelse udgør 19 pct., jf. figur 8.4. Det dækker dog over store udsving. Andelen af tiden på kontanthjælp udgjorde i 1995 38 pct. Denne andel var i 2006 steget til 69 pct. Mens andelen af tiden som selvforsørgende er faldet fra 34 pct. i 1995 til 13 pct. i 2006.

Figur 8.4: Fordeling mellem indkomstgrupper for kontanthjælpsmodtageren, 1995-2006.

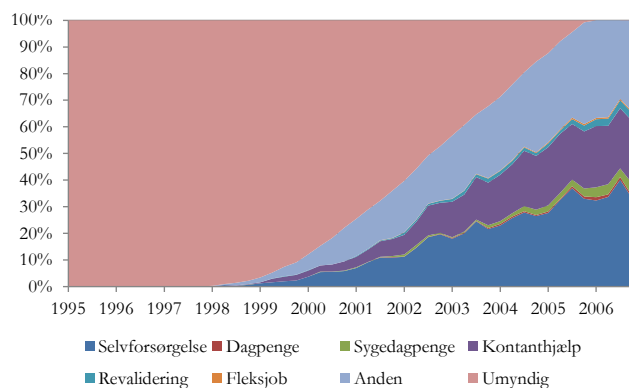


Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

8.1.3 Den unge

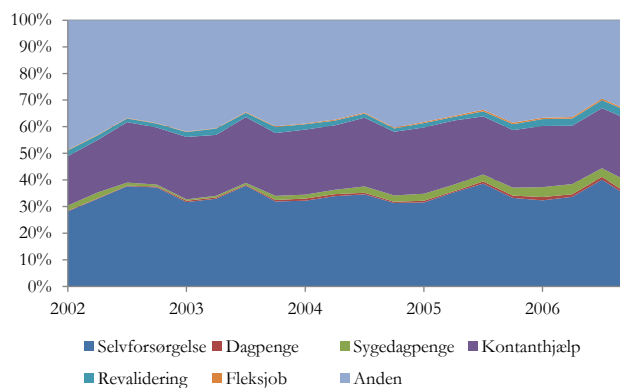
Denne gruppe er karakteriseret ved at være under 18 år i en stor en del af perioden 1995 til 2006. Det er de i gennemsnit i 64 pct. af tiden. Den del af typen, som er myndige, er primært på enten selvforsørgelse eller anden indkomst der, som tidligere nævnt, primært er uddannelse. Den gennemsnitlige unge er selvforsørgende i 12 pct. af tiden, mens anden indkomst udgør i 14 pct. af tiden. I takt med, at de unge bliver myndige overgår de til en af de øvrige indkomstgrupper – mest anden ydelse, selvforsørgelse og kontanthjælp, *jf. figur 8.5.a.* Derfor er der størst tilknytning til arbejdsmarkedet i slutningen af perioden. Ved alene at se på andelen af ydelser for de unge som er myndige, *jf. figur 8.5.b.*, er der ikke store udsving i fordelingen af andelen af ydelser over tid. Det skal bemærkes, at andelen af unge som er myndige er 46 pct. i 2002, 78 pct. i 2004 og naturligvis 100 pct. i 2006.

Figur 8.5.a.: Fordeling mellem indkomstgrupper for den unge, 1995-2006.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Figur 8.5.b.: Fordeling mellem indkomstgrupper for den unge (ekskl. umyndig), 1995-2006.



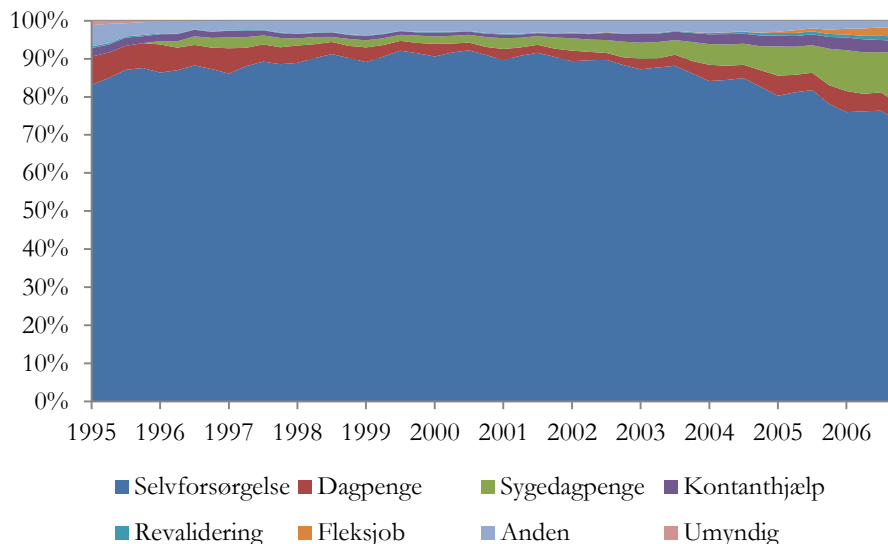
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

8.1.4 Selvforsørgeren

Denne type, som er den mest almindelige, er karakteriseret ved at have været selvforsørgende i 87 pct. af tiden fra 1995 til 2006, *jf. figur 8.6*. Hen imod slutningen af perioden fylder sygedagpenge mere for den selvforsørgende og udgør i 2006 i gennemsnit 14 pct. af tiden

Figur 8.6 viser, hvordan typen af selvforsørgere over tid fordeler sig mellem de forskellige indkomstgrupper.²⁴ Bemærk, at figuren ikke viser noget om de enkelte forløb, den viser alene fordelingen mellem de forskellige indkomstgrupper på et bestemt tidspunkt. Mellem 74 og 92 pct. er på ethvert tidspunkt selvforsørgende. Den indkomstgruppe, de resterende 8 til 26 pct. modtager, afhænger af tidspunktet. I 1995 var det mest dagpenge og anden ydelse²⁵. I 2006 var det sygedagpenge (14 pct.).

Figur 8.6: Fordeling mellem indkomstgrupper for den selvforsørgende, 1995-2006.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

8.1.5 Hvem er borgerne med ikke-psykotiske lidelser?

I dette afsnit ses der på, hvad der karakteriserer de fire typer af borgere med ikke-psykotiske lidelser. Ved at benytte baggrundsvariablerne kan forskelle og ligheder mellem de fire grupper beskrives. Det er således muligt at komme tættere på de enkelte typer af borgere med en ikke-psykotisk psykisk sygdom.

²⁴ Bemærk at figuren ikke viser noget om de enkelte forløb, den viser fordelingen mellem de forskellige ydelser på et bestemt tidspunkt.

²⁵ Anden omfatter bl.a. barseldagpenge og SU.

Det fremgår af tabel 8.1, at der er store variationer mellem de forskellige typer af borgere med en ikke-psykotisk lidelse. Generelt er borgere med ikke-psykotiske lidelser faglærte kvinder.

For pendleren udgør 70 pct. kvinder – yngre kvinder, som i langt højere grad har en videregående uddannelse. Kontanthjælpsmodtageren er ligesom pendleren en kvinde. Kontanthjælpsmodtageren er dog i langt højere grad en borger med ikke-vestlig oprindelse. 67 pct. af kontanthjælpsmodtagerne er ufaglærte sammenlignet med 40 pct. i hele befolkningen. Kontanthjælpsmodtagerne er den type med flest kroniske sygdomme.

Den unge er ikke overraskende yngre end de øvrige typer. Den unge er i gennemsnit 22 år. De unge er i højere grad ufaglærte.

Den selvforsørgende er den ældste af de fire typer. Her er 57 pct. kvinder og de er i højere grad faglærte.

Tabel 8.1: Forskellige baggrundskarakteristika fordelt efter borgertype – ikke-psykotiske lidelser.

	SELV	PEN	KTH	UNG	Ikke-psykotiske	Hele befolkningen
Gns. alder	46,9	38,7	40,0	22,3	41,2	40,2
Mænd (andel)	0,43	0,30	0,41	0,35	0,37	0,50
Dansk oprindelse (andel)	0,93	0,92	0,72	0,92	0,90	0,90
Vestlig oprindelse (andel)	0,03	0,02	0,03	0,02	0,03	0,03
Ikke-vestlig oprindelse (andel)	0,04	0,05	0,25	0,06	0,07	0,07
Gifte (andel)	0,66	0,54	0,37	0,41	0,56	0,50
Ufaglært (andel)*	0,28	0,36	0,67	0,92	0,40	0,40
Faglært (andel)*	0,44	0,32	0,20	0,05	0,34	0,33
Videregående uddannelse (andel)*	0,27	0,31	0,08	0,01	0,24	0,25
Antal kroniske sygdomme	1,23	1,22	1,27	1,17	1,25	-

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Hele befolkningen omfatter alle borgere mellem 19-60 år.

*Hele befolkningen udgør her 15-69 årige.

Vendes blikket mod borgernes træk på sundheds- og beskæftigelsessystemet ses det, at de unge har haft den største kontakt i psykiatrien, *jf. tabel 8.2*. De er den type, som har haft flest besøg, og er i gennemsnit indlagt i længst tid i psykiatrien. Den unge har i gennemsnit haft 46,4 uger på kontanthjælp i løbet af en femårig periode. Det er mere end gennemsnittet for den samlede gruppe af borgere med ikke-psykotiske lidelser.

Kontanthjælpsmodtageren er den type, ikke overraskende, med flest uger på kontanthjælp. De har i gennemsnit haft næsten 180 uger på kontanthjælp i løbet af en femårig periode. Det svarer til knap 3,5 år på kontanthjælp eller 70 pct. af tiden på en periode på 5 år. Kontanthjælpsmodtageren har flest

kontakter i det somatiske sundhedsvæsen. Og er den borgertype med næst flest sengedage i psykiatrien.

Pendleren har flere besøg i psykiatrien, men til gengæld færre indlæggelser og sengedage sammenlignet med kontanthjælpsmodtageren. Det kan tyde på, at pendleren ikke har ligeså tunge diagnoser, som kontanthjælpsmodtageren. Pendleren er den borgertype med flest uger på sygedagpenge. Med knap 31 uger på sygedagpenge på en femårig periode. Den selvforsørgende er den type med færrest kontakter til både sundhedsvæsenet og beskæftigelsessystemet.

Tabel 8.2: Forskellige baggrundskarakteristika fordelt efter borgertype – ikke-psykotiske lidelser.

	SELV	PEN	KTH	UNG	Ikke-psykotiske
Sundhed (2002-2006)					
Antal besøg, somatik	3,2	4,1	4,5	3,0	3,5
Antal indlæggelser, somatik	0,9	1,2	1,8	1,3	1,2
Antal sengedage, somatik	3,7	5,4	6,1	4,8	4,4
Antal besøg, psykiatri	2,6	5,7	5,3	8,3	4,3
Antal indlæggelser, psykiatri	0,1	0,2	0,4	0,3	0,2
Antal sengedage, psykiatri	3,2	4,8	7,2	7,7	4,1
Beskæftigelse (2002-2006)					
Uger på sygedagpenge	19,7	30,7	12,6	5,5	20,7
Antal forløb på sygedagpenge	1,8	2,8	0,8	0,6	1,9
Uger på kontanthjælp	6,7	11,1	179,2	46,4	30,3
Antal forløb på kontanthjælp	0,1	0,3	1,2	1,0	0,4

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Der er forskel på hvor i landet de forskellige borgertyper med ikke-psykotiske lidelser bor. Pendleren er dominerende i Region Midtjylland set ift. den samlede gruppe af kroniske syge borgere. Mens kontanthjælpsmodtageren er særlig dominerende i Region Hovedstaden, *jf. tabel 8.3.*

Tabel 8.3 Bopælsregion fordelt efter borgertype – ikke-psykotiske lidelser.

	SELV	PEN	KTH	UNG	Ikke-psykotiske	Hele befolkningen
Region Hovedstaden	0,30	0,30	0,34	0,31	0,31	0,31
Region Sjælland	0,15	0,14	0,16	0,12	0,14	0,14
Region Syddanmark	0,23	0,21	0,24	0,23	0,23	0,21
Region Midtjylland	0,22	0,25	0,20	0,25	0,23	0,23
Region Nordjylland	0,09	0,10	0,07	0,09	0,09	0,10

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Hele befolkningen omfatter alle borgere mellem 19-60 år.

5 pct. af borgere med ikke-psykotiske lidelser har en dobbeltdiagnoser. Dvs. borgeren har både været i behandling for psykotiske lidelser og ikke-psykotiske lidelser. For den unge og kontanthjælpsmodtageren udgør borge-

re med dobbeltdiagnose hhv. 8 pct. og 9 pct., som er den største andel, *jf. tabel 8.4*. Andelen med en dobbeltdiagnose for den selvforsørgende udgør 3 pct., som er den mindste andel.

Tabel 8.4: Antal borgere med ikke-psykotiske lidelser, som har dobbeltdiagnose.

	SELV	PEN	KTH	UNG
Antal	151	184	86	95
Pct.	3%	6%	8%	9%

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

8.2. Førtidspension – hvilke faktorer har betydning

Denne analyse skal give et billede af, hvor det er kommunerne kan sætte ind. Hvad er det kommunerne skal være særlige opmærksomme på for at undgå, at borgerne mister tilknytningen til arbejdsmarkedet? Hvem er i risiko for at ende uden for arbejdsmarkedet?

Analysen vil undersøge, hvilke faktorer, der har betydning for borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet. En regressionsanalyse kan give indblik i hvilke karakteristika, der er bestemmende for borgernes succes. I denne analyse er succes det, at borgeren bevarer sin tilknytning til arbejdsmarkedet, dvs. undgår en førtidspensionering. En logistisk regressionsanalyse gør det muligt at vurdere om et givent forhold enten forøger eller formindsker sandsynligheden for at blive førtidspensioneret.

Resultaterne fra regressionsanalysen er vist i tabel 8.5. Resultaterne viser hvor meget sandsynligheden for at blive førtidspensioneret i perioden 2007-2011 ændres, hvis en variabel ændres med én enhed og alle andre variable i modellen samtidig holdes konstant (søjle a). Resultaterne viser endvidere om sandsynligheden øges eller mindskes (søjle b), hvor ”-” mindsker sandsynligheden for førtidspension og ”+” øger sandsynligheden for førtidspension. Nogle af variablene er sat i forhold til en anden variabel. Effekten af at være en bestemt type ikke-psykotiske borgere er sat i forhold til den selvforsørgende, effekten af højst fuldførte uddannelse er sat i forhold personer med en videregående uddannelse som højst fuldførte uddannelse, effekten af bopælsregion er sat i forhold til Region Hovedstaden.

Analysen bygger videre på den samme stikprøve som omtales i afsnit 8.1.

Kontanthjælpsmodtageren er 8 gange så udsat for at blive førtidspensioneret som den selvforsørgende. Mens den unge er 3 gange så udsat for at blive førtidspensioneret og pendleren har 66 pct. større risiko for at ende på førtidspension end den selvforsørgende. Effekterne er statistisk signifikante. Det viser, hvor vigtigt det er, at have en opdeling af borgere med ikke-psykotiske lidelser i forskellige borgertyper. Altså: Det er (måske) forløbs-

analysen, som viser sig at være mest vigtig, men det er kun ved at lave regressionsanalysen, at det kan ses, hvor vigtig forløbsanalysen er (fordi den viser forskellen mellem de forskellige typer og deres risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet)²⁶.

Sandsynligheden for, at personer, som er ufaglærte eller har en faglært uddannelse, bliver førtidspensioneret er hhv. 53 pct. og 26 pct. højere end for personer med en videregående uddannelse. Det at være kvinde øger sandsynligheden for førtidspension med 20 pct. sammenholdt med at være en mand.

Sandsynligheden for, at personer med en anden etnisk baggrund end vestlig bliver førtidspensioneret er 4 gange større end for personer med en vestlig (herunder dansk) baggrund. Det kan dog afspejle flere forhold. Etnicitet kan altså være ret afgørende. Der kan derfor være tale om en særlig målrettet indsats mod personer med en ikke-vestlig baggrund. Hvad deres særlige behov eller udfordringer er, må være en selvstændig analyse.

Antal somatiske indlæggelser samt besøg i psykiatrien øger sandsynligheden for førtidspension. Én ekstra indlæggelse i det somatiske sygehusvæsen, i løbet af en femårig periode, øger sandsynligheden for førtidspension med 4 pct. Mens antallet af kroniske sygdomme øger sandsynligheden for førtidspension med 33 pct. Det understreger, at flere samtidige sygdomme og kontakter med sundhedsvæsenet er klare opmærksomhedspunkter for at identificere borgere med risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Borgere i Region Nordjylland har 2,5 gang større risiko for at få tilkendt en førtidspension end borgere med bopæl i Region Hovedstaden. Borgere i de tre øvrige regioner har ligeledes større risiko for at ende på førtidspension sammenholdt med borger i Region Hovedstaden.

Antal uger på sygedagpenge øger risikoen for tilkendelse af en førtidspension, samtidig mindsker antallet af forløb på sygedagpenge risikoen for førtidspension. Én ekstra uge på sygedagpenge i den femårige periode øger sandsynligheden for at få tilkendt en førtidspension med 3 pct. At antallet af forløb på sygedagpenge mindsker risikoen for førtidspension, kan skyldes, at borgere med flere forløb tildeles formår at fastholde en kontakt med arbejdsmarkedet.

²⁶ Ved at vælge en anden afhængig variabel kan andre former for risici beskrives.

Tabel 8.5: Resultater af logistisk regression, ikke-psykotiske lidelser.

	Odds ratio (a)	Retning (b)
Borgertyper		
Pendleren	1,66*	+
Kontanthjælpsmodtageren	8,04*	+
Den unge	3,04*	+
Demografi		
Alder	1,05*	+
Køn (mand)	1,19*	+
Etnicitet (ikke-vestlig)	4,29*	+
Civilstand (gift)	0,87**	-
Antal børn	0,91*	-
Ufaglært	1,53*	+
Faglært	1,26**	+
Sundhed		
Indlæggelser, somatik	1,04**	+
Besøg, psykiatri	1,01*	+
Antal kroniske sygdomme	1,39*	+
Bopæl		
Region Sjælland	1,96*	+
Region Syddanmark	2,08*	+
Region Midtjylland	2,07*	+
Region Nordjylland	2,44*	+
Beskæftigelse		
Antal uger på sygedagpenge	1,03*	+
Antal sygedagpengeforløb	0,97*	-

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Somatiske og psykiatriske sengedage samt uger på sygedagpenge kvadreret er ikke vist i tabellen. Variable er signifikant, men har næsten effekt på chancen for at få tilkendt en førtidspension.

*Statistisk signifikans på 1%-niveau. ** Statistisk signifikans på 5%-niveau.

Analysen giver således et billede af, hvilke forhold der øger hhv. mindsker risikoen for, at en borger med ikke-psykotiske lidelser får tilkendt en førtidspension.

6.2.1 Hvem tilkendes en førtidspension?

I analysen er det 1.302 ud af 10.000 i stikprøven, der bliver førtidspensioneret i perioden 2007 til 2011, svarende til 13 pct. Disse personer fordeler sig mellem de fire typer som i tabel 8.6.

Tabel 8.6: Antal og andel borgere som førtidspensioneres i perioden 2007-2011 – ikke-psykotiske lidelser.

	SELV	PEN	KTH	UNG	I alt
Antal	437	384	399	82	1.302
Pct.	9%	13%	37%	8%	13%

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Det skal bemærkes, at 37 pct. af alle kontanthjælpsmodtagerne førtidspensioneres, hvilket er næsten tre gange flere end pendleren, der er den type, der har den næststørste andel, der førtidspensioneres i løbet af perioden 2007-2011.

En forholdsvis stor andel af borgerne med ikke-psykotiske lidelser ender på førtidspension og mister dermed tilknytningen til arbejdsmarkedet. Et succeskriterium for disse borgere kan derfor være, at de bevarer tilknytningen til arbejdsmarkedet via et fleksjob. Det er i den forbindelse interessant at se på, hvad der karakteriserer de borgere, som stadig har en tilknytning til arbejdsmarkedet i form af et fleksjob, og de borgere som ender på førtidspension.

Sammenligningen af baggrundskarakteristika for de to grupper af borgere og de øvrige borgere med ikke-psykotiske lidelser viser, at der ikke er den store forskel mellem de borgere, som ender på førtidspension og borgere i et fleksjob, *jf. tabel 8.7*. Borgere på fleksjob eller på førtidspension er generelt lidt ældre end den øvrige gruppe af borgere med en ikke-psykotisk lidelse. Borgere i fleksjob er i højere grad kvinder end både borgere på førtidspension og den øvrige gruppe af borgere med ikke-psykotiske lidelser. Hele 70 pct. af borgerne i fleksjob er kvinder.

Tabel 8.7: Baggrundskarakteristika for hhv. borgere på førtidspension, fleksjob og øvrige borgere med ikke-psykotiske lidelser.

Klynge	Førtids- pension	Fleksjob	Øvrige	Ikke- psykotiske	Hele befolkningen
Gns. alder	43,8	44,9	40,4	41,2	40,2
Mænd (andel)	0,41	0,30	0,38	0,37	0,50
Dansk oprindelse (andel)	0,79	0,95	0,92	0,90	0,90
Vestlig oprindelse (andel)	0,03	0,01	0,03	0,03	0,03
Ikke-vestlig oprindelse (andel)	0,18	0,03	0,05	0,07	0,07
Gift (andel)	0,50	0,62	0,57	0,56	0,50
Ufaglært (andel)*	0,49	0,37	0,40	0,40	0,40
Faglært (andel)*	0,32	0,41	0,33	0,34	0,33
Videregående uddannelse (andel)*	0,15	0,21	0,25	0,24	0,25
Antal kronisk sygdom	1,37	1,33	1,20	1,25	-

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Hele befolkningen omfatter alle borgere mellem 19-60 år.

*Hele befolkningen udgør her 15-69 årige.

De borgere, der kommer på førtidspension, har relativt oftere en ikke-vestlig oprindelse, end det er tilfældet for de personer, der er på fleksjob. Ca. 3 pct. af de personer, der kommer i fleksjob, har en ikke-vestlig oprindelse, for den øvrige gruppe af borgere med psykotiske lidelser er det 7 pct., mens det gælder for 18 pct. af de personer, der får tilkendt en førtidspension. Borgere på førtidspension er i lang højere grad ufaglærte, mens borgere på fleksjob i højere grad er faglærte.

Borgere på fleksjob og førtidspension har generelt flere kontakter med sundhedsvæsenet end den øvrige gruppe af borgere med ikke-psykotiske lidelser, *jf. tabel 8.8*. Borgere på førtidspension er den gruppe, der har flest kontakter med sundhedsvæsenet. Det gælder både somatiske og psykiatriske kontakter. Sammenholdt med borgere med psykotiske lidelser har borgere, som tilkendes en førtidspension langt færre kontakter med både det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen.

Endelig gælder, at personer, der kommer i fleksjob, i gennemsnit har været længere tid på sygedagpenge (knap 49 uger *ctr.* knap 38 uger) og væsentligt kortere tid på kontanthjælp (Godt 81 uger *ctr.* knap 16 uger) end personer, der kommer på førtidspension, *jf. tabel 8.8*.

Tabel 8.8: Baggrundskarakteristika for hhv. borgere på førtidspension, fleksjob og øvrige borgere med ikke-psykotiske lidelser.

	Førtids- pension	Fleksjob	Øvrige	Ikke-psykotiske
Sundhed (2002-2006)				
Antal besøg, somatik	5,0	5,0	3,2	3,5
Antal indlæggelser, somatik	1,9	1,5	1,0	1,2
Antal sengedage, somatik	10,7	6,9	3,3	4,4
Antal besøg, psykiatri	7,9	5,2	3,7	4,3
Antal indlæggelser, psykiatri	0,5	0,3	0,2	0,2
Antal sengedage, psykiatri	14,0	5,5	2,9	4,1
Beskæftigelse (2002-2006)				
Uger på sygedagpenge	37,6	49,0	14,8	20,7
Antal forløb på sygedagpenge	2,2	4,4	1,5	1,9
Uger på kontanthjælp	81,4	16,0	23,9	30,3
Antal forløb på kontanthjælp	0,5	0,2	0,4	0,4

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

8.3 Risikoindikatorer og forløb ud af arbejdsmarkedet

Denne analyse skal give et billede af sammenhængen mellem risikoindikatorer og borgernes gradvise tab af arbejdsmarkedstilknytning²⁷. Hvilke fare-signaler skal kommunerne være opmærksomme på for at undgå, at borgeren mister fodfæste på arbejdsmarkedet? Kommunerne vil således ved at konstatere, hvor mange risikoindikatorer, der knytter sig til én borger, kunne få et indtryk af udviklingen i borgernes risiko for varigt at miste fodfæstet på arbejdsmarkedet.

Der arbejdes med seks risikoindikatorer, *jf. boks 8.2*. Risikoindikatorerne er udvalgt på baggrund af regressionsanalysen fra *afsnit 8.2* og persontyperne, som er defineret via forløbsanalysen, *jf. afsnit 8.1*. Det er netop vist, at disse faktorer har betydning for, hvorvidt borgerne får tilkendt en førtidspension. Endvidere er der lagt vægt på, at der er tale om risikoindikatorer, som de kommunale sagsbehandlere relativt let skal kunne identificere.

Boks 8.2: De seks udvalgte risikoindikatorer.

1. Modtaget kontanthjælp i mindst halvdelen af året.
2. Modtaget sygedagpenge i mindst tre sammenhængende måneder det seneste år.
3. Mindst 4 skift i forsørgelsesgrundlaget det seneste år.
4. Indlæggelse af mindst 5 dages varighed.
5. Flere end 3 indlæggelser i løbet af seneste år.
6. Kontakt med psykiatrien i mindst 2 af de seneste 5 år.

Ved at se på udviklingen i antallet af borgere med et givent antal risikoindikatorer over en femårig periode, *jf. tabel 8.9*, ses det at antallet af risikoindikatorer er gradvis faldende for den samlede gruppe af borgere med ikke-psykotiske lidelser. I 2002 har ca. 68 pct. af borgeren igen risikoindikatorer. Dette tal er i 2006 faldet til omkring 56 pct. Samtidige er af borgere med én eller flere risikoindikatorer steget fra ca. 32 pct. i 2002 til ca. 44 pct. i 2006.

²⁷ Denne analyse vil omfatte hele populationen af de kroniske syge borgere og ikke alene de borgere, der er inkluderet i stikprøven.

Tabel 8.9: Fordelingen af risikoindikatorer efter antal og år – ikke-psykotiske lidelser (pct.).

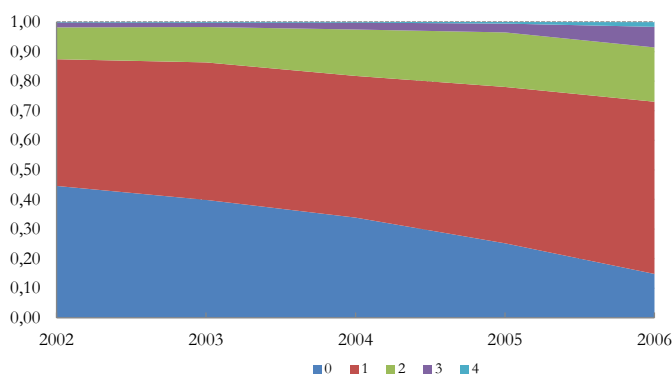
	2002	2003	2004	2005	2006
0	68	65	62	59	56
1	26	28	30	32	33
2	5	6	7	8	9
3	1	1	1	1	2
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

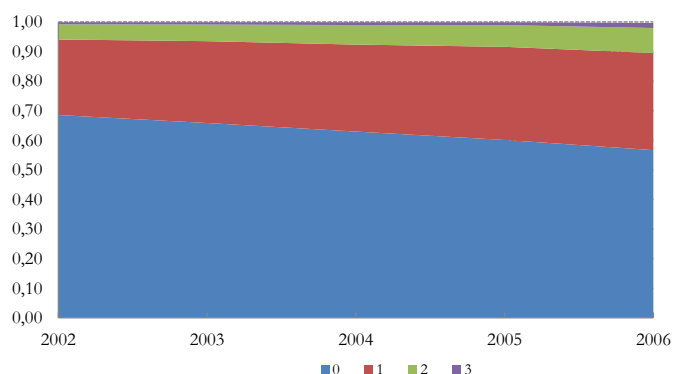
Dette dækker imidlertid over en meget forskellig udvikling i antallet af risikoindikatorer for borgere, som hhv. tilkendes førtidspension og for borgere som ikke tilkendes førtidspension.

Ved alene at se på antallet af risikoindikatorer for borgere, som tilkendes en førtidspension i 2007, ser billedet væsentligt anderledes ud, *jf. figur 8.7*. Først og fremmest er der langt flere borgere med én eller flere risikoindikatorer end for den samlede gruppe af borgere med en kronisk sygdom. Andelen af borgere uden risikoindikatorer er ca. 45 pct. i 2002 og ca. 15 pct. i 2006. For det andet er antallet af risikoindikatorer stigende jo tættere på tilkendelsestidspunktet borgerne kommer, *jf. figur 8.7*. Andelen af borgere med to eller flere risikoindikatorer er steget fra ca. 13 pct. i 2002 til ca. 27 pct. i 2006. Mens andelen med én risikoindikator er steget fra omkring 43 pct. til ca. 58 pct. i perioden 2002 til 2006.

Figur 8.7: Fordeling af antallet af risikoindikatorer for borgere, som førtidspensioneres i 2007 (andel).



Figur 8.8: Fordeling af antallet af risikoindikatorer for borgere, som ikke førtidspensioneres i 2007 (andel).



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning.

Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning.

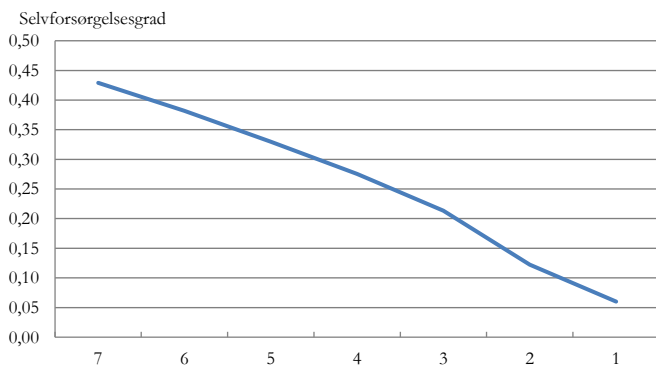
Antallet af risikoindikatorer for de borgere, der ikke tilkendes førtidspension i 2007, viser et andet billede, *jf. figur 8.8*. Andelen af borgere med et givent antal risikoindikatorer er mere stabil over perioden 2002 til 2006. Men øges dog hen imod slutningen af perioden. Det fremgår tydeligt af figur 8.7

og figur 8.8, at borgere med flere risikoindikatorer i stigende grad varigt mister fodfæstet på arbejdsmarkedet, set i forhold til borgere med færre risikoindikatorer.

Ved at se på udviklingen i selvforsørgelsesgraden i en periode på syv år inden tilkendelsen af førtidspension, *jf. figur 8.9*, er selvforsørgelsesgraden gradvis faldende over perioden. Syv år inden tilkendelsen af førtidspension har borgere med ikke-psykotiske lidelser en selvforsørgelsesgrad på ca. 44 pct. Denne grad er på 5 pct. året inden tilkendelsen af førtidspension.

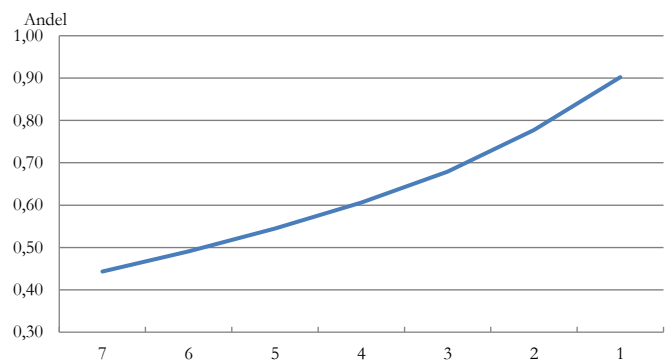
Andelen af borgere med en selvforsørgelsesgrad på under 10 pct., *jf. figur 8.10*, er derimod stigende i løbet af den syvårige periode før tilkendelsen af førtidspension. Det er ikke overraskende. Frem mod tilkendelsen af førtidspension er der således flere og flere, som helt mister tilknytningen til arbejdsmarkedet og færre har en selvforsørgelsesgrad på over 10 pct.

Figur 8.9: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for ikke-psykotiske syge førtidspensionister i årene op til tilkendelse.



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning. Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

Figur 8.10: Udvikling i andelen med selvforsørgelsesgrad under 10 pct. for ikke-psykotiske syge førtidspensionister i årene op til tilkendelse.



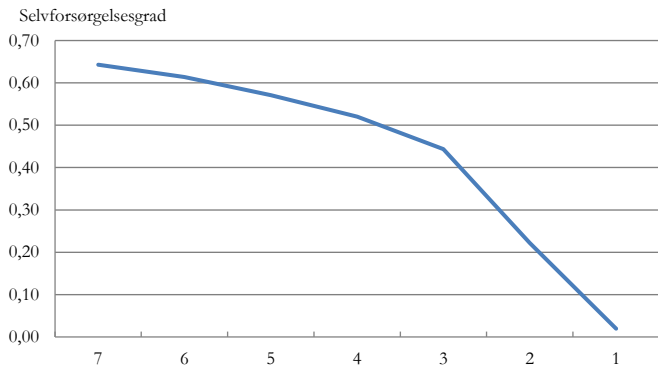
Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning. Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

Udviklingen i selvforsørgelsesgraden er forskellige afhængig af, hvilken indkomstgruppe borgere med ikke-psykotiske lidelser tilhørte inden tilkendelsen af førtidspension. Ved alene at se på de førtidspensionister, som lige inden tilkendelsen af førtidspension var på sygedagpenge, *jf. figur 8.11*, ses, en borger, der syv år forinden tilkendelsen i overvejende grad er selvforsørgende. Borgeren på sygedagpenge er således selvforsørgende over 60 pct. af tiden syv år forinden. Tre år før tilkendelsen af førtidspension accelererer tabet af selvforsørgelsesgrad, som i året før tilkendelsen er under 5 pct.

Det er ikke det samme billede, som gør sig gældende for borgere, der var på kontanthjælp inden tilkendelsen af førtidspension, *jf. figur 8.12*. Disse borge-

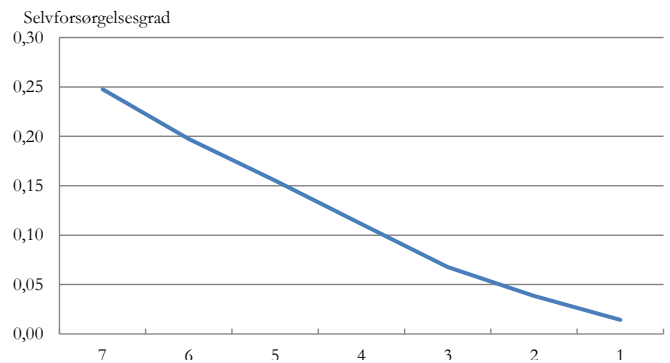
re er syv år forinden tilkendelsen kun selvforsørgende i 25 pct. af tiden. Og mister derfra gradvis tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Figur 8.11: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for ikke-psykotiske syge førtidspensionister, der var på sygedagpenge inden tilkendelsen i årene op til tilkendelse.



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning. Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

Figur 8.12: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for ikke-psykotiske syge førtidspensionister, der var på kontanthjælp inden tilkendelsen i årene op til tilkendelse.



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning. Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

42 pct. af borgere med ikke-psykotiske lidelser var på kontanthjælp, da de overgik til førtidspension, mens 32 pct. var på sygedagpenge. De resterende 26 pct. havde et andet indkomstgrundlag, jf. tabel 8.10.

Tabel 8.10: Arbejdsmarkedsstatus før tilkendelsen af førtidspension – ikke-psykotiske lidelser.

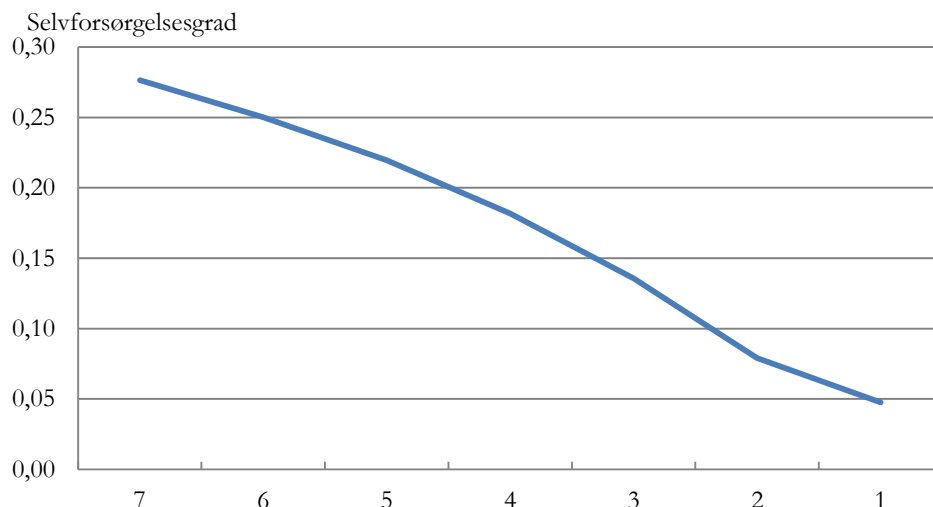
	Sygedagpenge	Kontanthjælp	Øvrige	Antal
Antal	7.830	10.301	6.373	24.504
Procent	32,0	42,0	26,0	100

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

For førtidspensionister under 50 år gælder, at de har en relativt lav selvforsørgelsesgrad allerede syv år før tilkendelsen, jf. figur 8.13 og 8.14. Dette billede kan være en konsekvens af, at der er forholdsvis mange kontanthjælpsmodtagere blandt de unge førtidspensionister, mens sygedagpengemodtagerne typisk er ældre.

For førtidspensionister i alderen 30-40 år var selvforsørgelsesgraden kun godt 27 pct. syv år før tilkendelsen, jf. figur 8.13.

Figur 8.13: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for 30-40 årige førtidspensionister i årene op til tilkendelse – ikke-psykotiske lidelser.

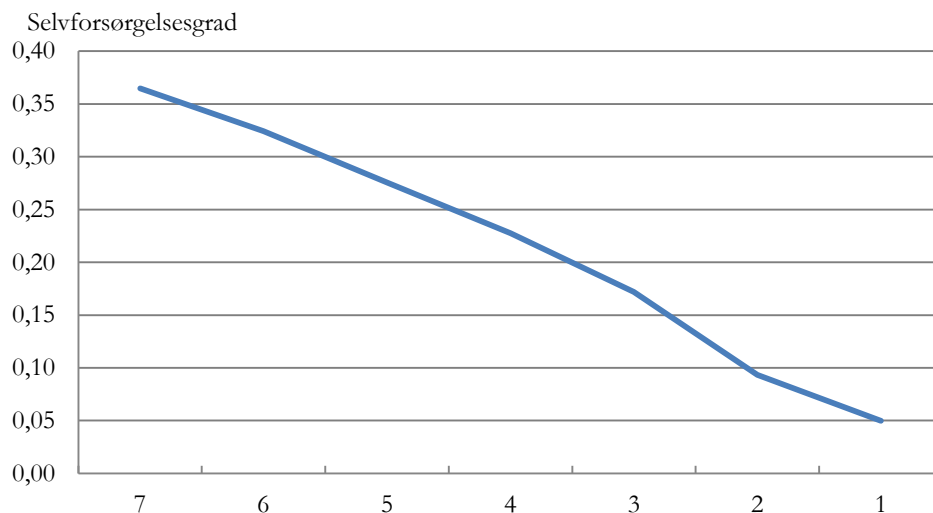


Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

For førtidspensionisterne i alderen 40-50 år var selvforsørgelsesgraden syv år før deres tilkendelse på godt 36 pct. Herefter aftager selvforsørgelsesgraden gradvist frem mod tilkendelsen af førtidspension, *jf. figur 8.14*.

Figur 8.14: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for 40-50 årige førtidspensionister i årene op til tilkendelse – ikke-psykotiske lidelser.



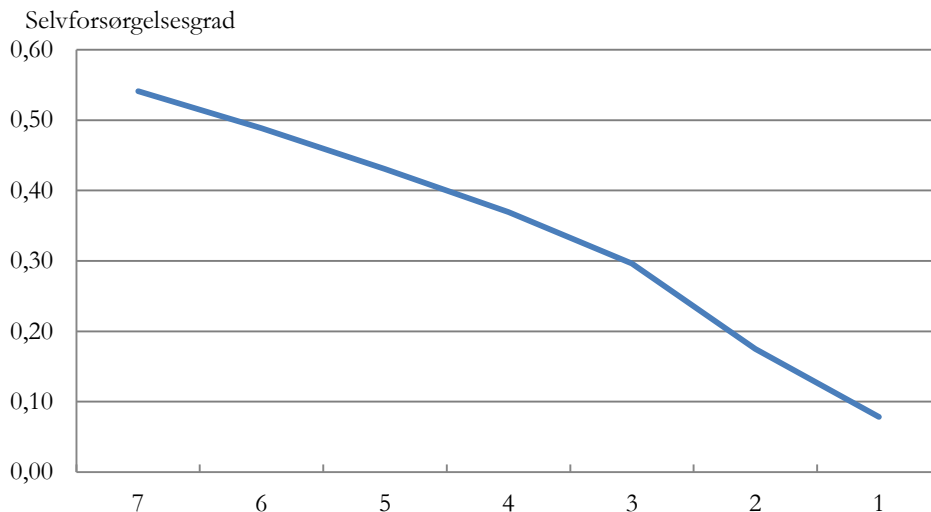
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

For førtidspensionisterne i aldersgruppen 50 år og derover gælder, at de i væsentligt højere grad var erhvervsaktive nogle år forud for tilkendelsen af førtidspension. Syv år før tilkendelsen er den gennemsnitlige forsørgelses-

grad ca. 55 pct., hvorefter den aftager gradvist for at accelerere tre år før tilkendelsen af førtidspension, jf. figur 8.15.

Figur 8.15: Udvikling i selvforsørgelsesgraden for 50+ årige førtidspensionister i årene op til tilkendelse – ikke-psykotiske lidelser.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: 7 er selvforsørgelsesgraden syv år før tilkendelsen af førtidspension, mens 1 er selvforsørgelsesgraden året inden tilkendelsen af førtidspension.

8.4 Opsamling

Boks 8.3 Hovedresultater fra kapitel 8.

- Borgere med ikke-psykotiske lidelser kan inddeles i fire borgertyper pba. deres forsørgeshistorik: Pendleren, kontanthjælpsmodtageren, den unge og den selvforsørgende.
- 50 pct. af borgere med ikkepsykotiske lidelser er selvforsørgende. 29 pct. er pendlere, mens 11 pct. er kontanthjælpsmodtagere.
- Den selvforsørgende er den ældste af de fire borgertyper. Borgere med ikke-psykotiske lidelser er generelt kvinder. Det gælder særligt for pendleren, hvor 70 pct. kvinder.
- 25 pct. af kontanthjælpsmodtagerene har en ikke-vestlig oprindelse. Det tilsvarende tal for befolkningen er 7 pct.
- Der er relativt flere kontanthjælpsmodtagere, som er ufaglærte. 67 pct. af kontanthjælpsmodtagerne er ufaglærte sammenholdt med 40 pct. i den samlede befolkning. Den selvforsørgende er i højere grad faglært, mens pendleren i højere grad har en videregående uddannelse.
- Kontanthjælpsmodtagerne og den unge trækker lidt mere i sundhedsvæsenet end de to andre typer. Der er dog ikke den store forskel mellem de fire typer.
- Pendleren trækker mest på sygedagpenge systemet, mens kontanthjælpsmodtagere trækker en del på kontanthjælpssystemet. Kon-

tanthjælpsmodtagerne er i gennemsnit på kontanthjælp i 3,5 år ud af en 5 årig periode.

- Kontanthjælpsmodtageren, pendleren og den unge har større risiko for at få tilkendt en førtidspension end den selvforsørgende. For kontanthjælpsmodtageren er der 8 gange større risiko for at få tilkendt en førtidspension sammenlignet med den selvforsørgende.
- En uge ekstra på sygedagpenge i løbet af fem år øger risikoen for førtidspension med 3 pct.
- Borgere med ikke-vestlig oprindelse har over 4 gange så stor en risiko for at få tilkendt en førtidspension, som borgere med vestlig oprindelse.
- Antallet af kroniske sygdomme øger risikoen for førtidspension med 39 pct.
- Førtidspensionister og borgere på fleksjob har stort set identiske karakteristika. De borgere, der kommer på førtidspension, har relativt oftere en ikke-vestlig oprindelse, end det er tilfældet for de personer, der er på fleksjob (18 pct. mod 3 pct.).
- Borger på førtidspension har flere risikoindikatorer i en periode på 5 år inden tilkendelsen af førtidspension. Antallet af risikoindikatorer stiger gradvis i perioden 2002 til 2006. 5 år inden har 55 pct. af borgere, som tilkendes førtidspension mere end én risikoindikator, mens det tilsvarende tal året før tilkendelsen er 85 pct. Borgere der ikke tilkendes en førtidspension har en mere stabil udvikling i antallet af risikoindikatorer i den samme femårige periode. Der er dog en gradvis stigning i antallet af risikoindikatorer.
- Over hele den 7 årige periode frem til tilkendelsen af førtidspension er selvforsørgelsesgraden aftagende. Selvforsørgelsesgraden er 7 år før tilkendelsen på ca. 44 pct.
- Selvforsørgelsesgraden er forskellig afhængig af, hvilken arbejdsmarkedsstatus borgeren havde inden tilkendelsen af førtidspension. For borgere med en større tilknytning til arbejdsmarkedet ses en acceleration i faldet i selvforsørgelsesgraden 3 år inden tilkendelsen, mens selvforsørgelsesgraden er gradvis faldende, for borgere på kontanthjælp, henover en 7 årig periode.

9 Bilag

Bilag 1.

Populationsudvælgelse

I dette bilag beskrives populationsudvælgelsen i herunder de overvejelser, der har været i forbindelse med afgrænsninger.

Populationen består af borgere som enten har en ”klassisk” kronisk sygdom, har været i behandling for kræft eller i behandling for en psykisk sygdom. Populationen er inddelt i fire sygdomsgrupper, *jf. boks b.1*. Udgangspunktet for udvælgelsen er en borgers ”situation” ved indgangen til 2007.

Boks b.1: Fire sygdomsgrupper

- **”Klassiske” kroniske sygdomme**
 - Diabetes
 - Hjertekarsygdomme
 - Kroniske lungesygdomme
 - Knogleskørhed og leddegigt
- **Kræft**
- **Psykotiske sygdomme**
- **Ikke-psykotiske sygdomme**

Sundhedsstyrelsens procedure bruges til at udvælge borgere med en eller flere af de nævnte kroniske sygdomme, *jf. bilag 2*. Sundhedsstyrelsens udvælgelse omfatter visse psykiske sygdomme: skizofreni, affektive sindslidelser og demens. Der er i denne analyse valgt en anden, bredere afgrænsning²⁸.

Borgere med kræft eller psykiske sygdomme inkluderes i populationen, hvis de inden for de sidste fem år, det vil sige i perioden fra og med 2002 til og med 2006, har haft kontakt med sygehusvæsenet med en diagnose for kræft eller psykisk sygdom.

Borgere med psykiske sygdomme behøver ikke have været i kontakt med det behandlende system, de kan i stedet for have fået ordineret medicin af fx en alment praktiserende læge. Psykisk syge uden kontakt til det behandlende system inkluderes ved også at se på medicinforbrug. Borgere med psykiske sygdomme inddeles desuden efter, hvorvidt deres sygdom er psykisk eller ej.

I tabel b.1 er liste med inklusionskriterier for kræft og psykiske sygdomme.

²⁸ I bilag 2 er der en beskrivelse af Sundhedsstyrelsens procedure.

Tabel b.1: Inklusionskriterier for kræft og psykiske sygdomme.

Diagnose	LPR – ICD10-koder	Lægemiddelregisteret
Kræft	C00-C97	
Psykotiske lidelser	F20-F29, F60-F69	N05A
Ikke-psykotiske lidelser*	F10-F19, F30-F59, F80-F99	N05B, N05C, N06A, N06BA

*Ekskl. demens (F00-F09) og mental retardering (F70-F79)

Populationsudvælgelsen sker på baggrund af data fra Landspatientregistret (LPR), Det Centrale Psykiatriske Forskningsregister, Sygesikringsregisteret samt Lægemiddelsregistret.

De tilgængelige data gør det ikke muligt at finde ud af, hvornår borger første gang rammes af en sygdom i en eller flere af de fire sygdomsgrupper eller hvor lang tid borgeren har levet med sygdommen. Populationsudvælgelsen tager udgangspunkt i, om en borger opfylder de udvalgte inklusionskriterier ved indgangen til 2007.

Dette forhold betyder, at en forventet faktor, længden af den behandlingskrævende del af sygdommen, som må formodes at have betydning for, hvorvidt en syg borger kan bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet, ikke indgår i analysen. Denne mangel kompenseres der delvist for gennem borgers alder, da der i nogle tilfælde vil være en positiv sammenhæng mellem alder og længden af sygdom.

Eftersom det er borgernes arbejdsmarkedstilknytning, som undersøges, afgrænses populationen endvidere til borgere i den erhvervsaktive alder. Der er alene valgt at fokusere på borgere mellem 19 og 60 år. Ved at sætte den nedre aldersgrænse til 19 år udelukkes borgere med et medfødt handicap eller lignende som af den grund kan være afskåret fra at have en tilknytning til arbejdsmarkedet. Ved at sætte den øvre grænse til 60 år sikres, at borgere i hele analyseperioden befinder sig i den erhvervsaktive alder.

Populationen afgrænses desuden til borgere i den erhvervsaktive alder, der har en tilknytning til arbejdsmarkedet gennem hele forløbsanalysen. Det vil sige, at borgere, der før 2007 har fået tilkendt førtidspension ikke er inkluderet. Desuden er borgere, som fra og med 2007 til og med 2011 er udvandet eller døde, heller ikke inkluderet. Det kan måske diskuteres, hvorvidt kontanthjælpsmodtagere i matchgruppe 3 skal udelukkes, da de i realiteten ikke står til rådighed på arbejdsmarkedet. Men de befinder sig til gengæld ikke på en permanent ydelse uden for arbejdsmarkedet. Og der er tale om personer, der betegnes midlertidige passive. Kontanthjælpsmodtagere, der rykkere tættere på arbejdsmarkedet må også forventes at være en succes.

Derfor er kontanthjælpsmodtagere i matchgruppe 3 inkluderet i populationen.

Denne afgrænsning sker på baggrund af data fra Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM. Det har imidlertid ikke været muligt at genfinde alle de borgere, der har en eller flere af de ovennævnte sygdomme, i DREAM. Derfor ender populationsudvælgelsen med mange men ikke alle borgere med en eller flere af de ovennævnte sygdomme.

Bilag 2.

Populationsafgrænsning for klassisk kronisk sygdom

(Kilde: Sundhedsstyrelsen monitorering af kroniske sygdomme)

Sundhedsstyrelsens monitorering²⁹ inkluderer subpopulationer for de følgende fem sygdomsgrupper:

- Diabetes
- Hjertekarsygdomme
- Kroniske lungesygdomme
- Knogleskørhed og leddegigt
- Psykiske sygdomme

I denne analyse betragtes de kroniske sygdomme som de fire første. De psykiske sygdomme udvides til at omfatter langt flere diagnoser end Sundhedsstyrelsen identificerer som kronisk sygdom, *jf. bilag 1*.

Til identifikation af de fire sygdomsgrupper anvendes følgende nationale sundhedsregistre³⁰:

- Sygehuskontakt
- Lægemiddelforbrug
- Ydelser omfattet af den offentlige sygesikring.

Personer inkluderes ved:

- Sygehuskontakt:

o Data udtrukket fra Landpatientregisteret og Psykiatrisk Centralregister. De kronisk syge patienter identificeres via deres kontakt med sygehusvæsenet gennem indlæggelser, ambulante behandling eller skadestuebesøg. Udvælgelsen sker ved hjælp af udvalgte ICD-10-diagnosekoder (A- og B-diagnoser). Patienten inkluderes i populationen indenfor en af de fire sygdomsgrupper, hvis vedkommende har haft en kontakt indenfor de sidste fem år fra opfølgningstidspunktet.

eller

- Lægemiddelforbrug:

o Data udtrukket fra Lægemiddelstatistikregisteret, som bl.a. indeholder oplysninger om salg af receptpligtige på danske apoteker. Ved receptpligtig medicin findes der oplysninger på CPR-niveau, som muliggør identificering af borgere i medicinsk behandling for en kronisk sygdom. Udvælgelsen sker ved hjælp af udvalgte koder fra ATC-klassifikationen. Patienten

²⁹ "Beskrivelse af Sundhedsstyrelsens monitorering af kronisk sygdom", Sundhedsstyrelsen, 23. januar 2012.

³⁰ Det skal bemærkes, at Sundhedsstyrelsen anvender Diabetesregister til identifikation af personer med diabetes.

ten inkluderes i populationen, hvis vedkommende har haft 2 receptindløsninger på forskellige datoer inden for det sidste år fra opførelsestidspunktet inden for den enkelte udvalgte sygdomsgruppe.

eller

- Ydelser omfattet af den offentlige sygesikring:
 - o Data udtrukket fra Sygesikringsregisteret, som indeholder oplysninger om de ydelser borgerne modtager via den offentlige sygesikring. Patienten inkluderes i populationen af området af kroniske lungesygdomme, hvis vedkommende har fået foretaget mindst to spirometriundersøgelser inden for det sidste år fra opførelsestidspunktet.

Tabel b.2: In- og eksklusionskriterier for de kroniske sygdomme.

Sygdom	LPR – ICD10-koder	Lægemiddelregisteret	Sygesikringsregisteret
Diabetes	E10-E14, H360, O24 (ekskl. O244)	A10	Fodterapi (speciale 54), blodsukker(ydelse 7136 og 7159 fraset specialer 44, 45 og 46)
Hjertekarsyg- domme	G45-G46, I08-I09, I11.0, I13.0, I13.2, I20-I22, I24-I25, I38- I39, I48, I50, I60-I69, Z95	B01A, C01A, C01B, C01D, C07	
Kroniske lunge- sygdomme*	J40-J47	R03A, R03B, R03C, R03D	Ydelserne 7113, 721
Knogleskørhed	M05-M06, M80-M82	M05BA, M05BB, H05A, H05B, G03XC, M01B, M01C	

*Sundhedsstyrelsens oversigt omfatter desuden ATC-koden V03AN01. Denne kode kan dog ikke opgøres på personniveau.

Bilag 3.

Forløbsanalyse

For hver sygdomsgruppe gennemføres en forløbsanalyse af det historiske forsørgelsesgrundlag. Et sådant historisk indblik kan være en vigtig brik i forståelsen af den enkeltes tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Desuden gør en forløbsanalyse det muligt at vurdere, hvor forskelligartede borgernes forløb er. Inden for hver sygdomsgruppe kan der være så meget systematisk variation mellem forløbene, at det er hensigtsmæssigt, at arbejde videre med en endnu mere detaljeret opdeling. Forløbsanalyse kan altså bruges til at kvalificere sådan en opdeling.

Data og metode

Til forløbsanalysen anvendes data fra DREAM. Disse data gør det muligt at konstruere en detaljeret forløbshistorie for alle borgere. I denne analyse er det forsørgelsesgrundlaget i perioden fra og med 1995 til og med 2006, som anvendes.

Perioden inddeles i kvartaler, og for hvert kvartal findes det dominerende forsørgelsesgrundlag for hver enkelt borger. Der skelnes mellem følgende:

1. Selvforsørgelse
2. Dagpenge
3. Sygedagpenge
4. Kontanthjælp
5. Revalidering
6. Fleksjob
7. Anden
8. Umyndig³¹

Der er to trin i forløbsanalysen. Det første trin er at finde ligheden eller forskelligheden (afstanden) mellem de forskellige forløb (borgere). Til det formål anvendes ”optimal matching”. Det andet er at bruge disse afstande til at lede efter typer. Til det formål anvendes klyngeanalyse.³²

Afstanden mellem to forløb kan opgøres som det antal ændringer eller operationer, der skal foretages for at få de to forløb til at ligne hinanden.³³ Til hver ændring knytter sig en omkostning, og ”optimal matching”-algoritmen

³¹ Umyndig definerer den periode i forløbsanalysen, hvor borgeren er under 18 år.

³² Denne fremgangsmåde er identisk med den, der anvendes i Anvendt KommunalForskning (2012), ”Veje til førtidspension – en undersøgelse af fire kommuner i Region Midt”.

³³ Der skelnes mellem tre typer af operationer: indsætte en position i forløbet, slette en position, lade en position erstatte (substituere) en anden.

vælger den mindste samlede omkostning (afstand), når den vælger den af de mange muligheder, der er for at få to forløb til at ligne hinanden.

En i denne sammenhæng vigtig metodisk problemstilling vedrører disse operationsomkostninger. Hvad skal det for eksempel ”koste” at erstatte en dagpengesekvens med en sygedagpengesekvens sammenlignet med at erstatte en dagpengesekvens med en selvforsørgende sekvens? Det skal blot nævnes, at vores fremgangsmåde her er identisk med AKF (2012), og at den databaseret i den forstand, at den tager udgangspunkt i de faktiske forløb, der er i datamaterialet.

De afstande, som kommer ud af ”optimal matching”-algoritmen, indgår dernæst i en klyngeanalyse, som har til formål at identificere klynger eller typer af forløb, hvor personerne indenfor hver klynge har nogenlunde ensartede forløb (kort afstand mellem forløb), og hvor der mellem klyngerne er større forskelle.

Der dannes følger af klynger ved først at opfatte hvert forløb som en separat klynge. Dernæst slås de to klynger, der ligner hinanden mest, sammen. Dette gentages, indtil der kun er en klynge tilbage. Herved fås en hierarkisk klyngeanalyse. Et dendrogram, som er en form for hierarkisk tælletræ³⁴, viser afstanden mellem de klynger, der genereres i denne proces, og bruges til at træffe beslutning om det relevante antal klynger.

³⁴ Tænk på et generationstræ/stamtræ.

Bilag 4.

Logistisk regression

For hver sygdomsgruppe undersøges hvilke faktorer, der har betydning for borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet. Det er borgerens arbejdsmarkedstilknytning i perioden 2007 til 2011, som undersøges.

En regressionsanalyse kan give indblik i hvilke karakteristika, der er bestemmende for borgernes succes. I denne analyse er succes det, at borgeren bevarer eller forstærker sin tilknytning til arbejdsmarkedet. Der kan være flere mål for succes. Det kan bl.a. være, at borgeren ikke tilkendes en førtidspension. Det kan også være, at borgeren opnår en så høj selvforsørgelsesgrad som mulig.

Det handler alt i alt om at finde ud af, hvor det er kommunerne skal sætte ind. Hvad er det kommunerne skal være særlige opmærksomme på for at undgå, at borgerne mister tilknytningen til arbejdsmarkedet? Hvem er i risiko for at ende uden for arbejdsmarkedet?

Data og metode

Formålet med en regressionsanalyse er overordnet set at søge at bestemme en sammenhæng mellem en afhængig variabel og en række forklarende variable. Den afhængige variabel kan siges at være en form for succesmål. I denne konkrete analyse er den afhængige variable hvorvidt en borger førtidspensioneres eller ej.

Der anvendes en logistisk regressionsmodel. Ved hjælp af den statistiske model kontrolleres der for forskelle i personlige karakteristika blandt borgerne i hver sygdomsgruppe. Analysen giver indblik i hvilke karakteristika, der er bestemmende for, om borgeren i perioden 2007 til 2011 tilkendt en førtidspension eller ej.

Med en logistisk regressions analyse er det muligt at sige noget om, hvilke personkarakteristika, der enten øger eller mindsker sandsynligheden for, om borgeren i den givne sygdomsgruppe førtidspensioneres eller ej.

Boks b.2: Logistisk regression

En regressionsanalyse er en statistisk metode, der søger at bestemme sammenhængen mellem en afhængig responsvariabel og en række forklarende variable. Det er vigtigt at være opmærksom på, at en statistisk sammenhæng ikke nødvendigvis er det samme som en årsags-virkningssammenhæng.

Logistisk regression bør anvendes, når responsvariablen er binær (værdi enten 1

eller 0) og repræsenterer sandsynligheden for, at en hændelse er indtruffet. Det kan for eksempel være, om en person er blevet førtidspensioneret eller ej.

Det bliver med andre ord muligt at vurdere, hvordan en række udvalgte karakteristika som f.eks. køn, alder, uddannelse påvirker sandsynligheden for, at en person bliver førtidspensioneret.

I tabellerne med resultaterne fra de logistiske regressioner er det odds-ratios, der er rapporteret for hver af de forklarende variable; et mål for ændringen i odds for en variabel, når variabelen ændres med en enhed, og alle andre variable holdes konstante.

Til den logistiske regressionsanalyse anvendes forskellige variable til at beskrive borgernes karakteristika. I Boks b.3 findes en oversigt samt en beskrivelse af variablerne, som bl.a. indgår i regressionsmodel.

Boks b.3: Forskellige forklarende variable

Borgertype

Angiver de forskellige borgertyper, som er dannet på baggrund af forløbsanalysen.

Demografi

Gennemsnitsalderen

Køn: En dummy variable hvor mand=1.

Etnicitet: En dummy variable hvor vestlig oprindelse=1. Vestlig oprindelse er inkl. borgere med dansk oprindelse.

Civilstand: En dummy variable hvor gifte=1. Gifte er inklusiv registeret partner.

Uddannelse: Angiver borgerens højst fuldførte uddannelse. Uddannelse er opdelt i tre grupper; *ufaglært* (grundskole og gymnasiale uddannelser), *faglært* (erhvervsfaglige forløb) og *videregående uddannelse* (kort videregående uddannelser, mellemlange videregående uddannelser og lange videregående uddannelser). Uddannelse er en dummy variabel, hvor ufaglært og faglært er sat i forhold til videregående uddannelse.

Socioøkonomisk indeks: Angiver kommunens relative udgiftsbehov i forhold til andre kommuner på basis af en række socioøkonomiske kriterier, der indgår med forskellig vægt i beregningen. Det er kriterier som fx ”*Antal 20-59-årige uden beskæftigelse*” og ”*Antal psykiatriske patienter*”³⁵. Indeks over 100 angiver et større udgiftsbehov.

Bopæl

Angiver bopælsregion.

Sundhed

³⁵ Den præcise definition kan findes i Økonomi- og Indenrigsministeriets publikation ”Kommunal Udlig-ning og Generelle Tilskud 2007”.

Besøg, somatik: Antal besøg og skadestuebesøg i perioden 2002-2006 på et offentligt somatisk sygehus.

Indlæggelser, somatik: Antal indlæggelser i perioden 2002-2006 på et offentligt somatisk sygehus.

Sengedage, somatik: Antal sengedage i perioden 2002-2006 på et offentligt somatisk sygehus.

Besøg, psykiatri: Antal besøg og skadestuebesøg i perioden 2002-2006 på et psykiatrisk hospital.

Indlæggelser, psykiatri: Antal indlæggelser i perioden 2002-2006 på et psykiatrisk hospital.

Sengedage, psykiatri: Antal sengedage i perioden 2002-2006 på et psykiatrisk hospital.

Antal kroniske sygdomme: Angiver hvor mange kroniske sygdomme; diabetes, hjertekarsygdomme, kroniske lungesygdomme, knogleskørhed og leddegigt, kræft, psykotiske lidelser og ikke-psykotiske lidelser, borgerne har.

Psykisk sygdom: En dummy variable, som er lig med 1 hvis borgeren har en psykisk sygdom.

Dobbeltdiagnose: Er en dummy variable for borgere med psykisk sygdom, som angiver et 1 tal, hvis borgeren har været i behandling for en psykotisk og en ikke-psykotisk lidelse.

Beskæftigelse

Antal uger på sygedagpenge: Angiver antal uger borgeren har modtaget sygedagpenge i perioden 2002-2006.

Antal sygedagpengeforløb: Angiver antal gange borgeren har modtaget sygedagpenge i perioden 2002-2006.

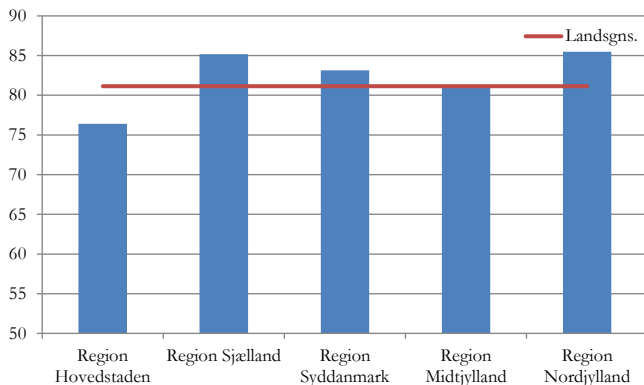
Antal uger på kontanthjælp: Angiver antal uger borgeren har modtaget kontanthjælp i perioden 2002-2006.

Antal kontanthjælpsforløb: Angiver antal gange borgeren har modtaget kontanthjælp i perioden 2002-2006.

Bilag 5

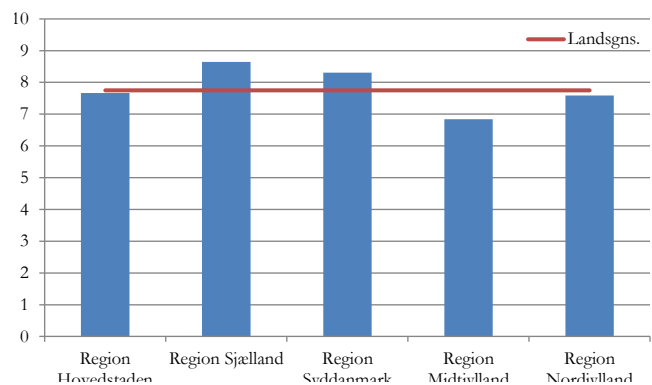
Borgere med klassisk kronisk, kræft og psykisk sygdom fordelt efter region.

Figur b.1: Antal borgere pr. 1.000 19-60-årige med klassisk kronisk sygdom fordelt efter region.



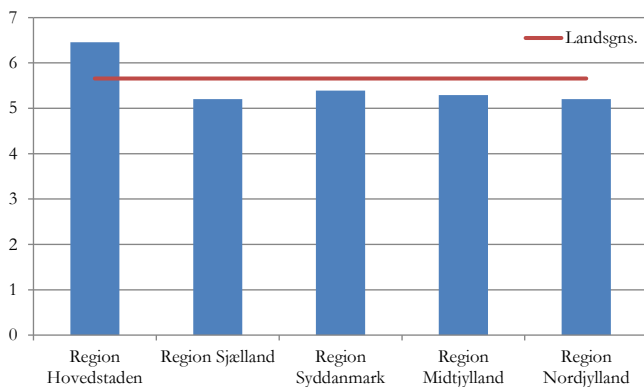
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Figur b.2: Antal borgere pr. 1.000 19-60-årige med kræft fordelt efter region.



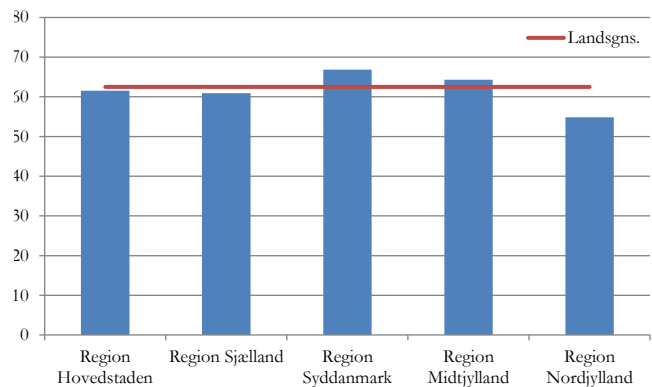
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Figur b.3: Antal borgere pr. 1.000 19-60-årige med psykotiske lidelser fordelt efter region.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Figur b.4: Antal borgere pr. 1.000 19-60-årige med ikke-psykotiske lidelser fordelt efter region.



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Bilag 6.

Resultater af en mindre specificerede regressionsmodel for borgere med en klassisk kronisk sygdom.

Tabel b.2: Resultater af logistisk regression, klassisk kronisk.

	Odds ratio (a)	Retning (b)
Borgertyper		
Pendleren	2,32*	+
Den unge	1,12	+
Kontanthjælpsmodtageren	8,41*	+
Demografi		
Alder	1,05*	+
Køn (mand)	0,96	-
Etnicitet (ikke-vestlig)	2,12*	+
Civilstand (gift)	0,77*	-
Ufaglært	1,37*	+
Faglært	1,98*	+
Sundhed		
Besøg, somatik	1,03*	+
Sengedage, somatik	1,01*	+
Indlæggelser, psykiatri	1,33*	+
Antal kroniske sygdomme	1,39*	+
Psykisk sygdom (ja)	1,96*	+
Bopæl		
Region Sjælland	1,75*	+
Region Syddanmark	1,75*	+
Region Midtjylland	1,62*	+
Region Nordjylland	1,51*	+

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning.

Anm.: Uger på kontanthjælp kvadreret er ikke vist i tabellen. Variable er signifikant, men har næsten igen effekt på chancen for at få tilkendt en førtidspension.

*Statistisk signifikans på 1%-niveau. ** Statistisk signifikans på 5%-niveau.

Bilag 7.
Status 12 måneder efter afsluttet fleksjob forløb.

Tabel b.3: Status 12 måneder efter afsluttet fleksjob forløb (pct.)

	12 mdr. efter
I alt	100
Beskæftigelse	4,5
A-dagpenge	0
Kontanthjælp	2,2
Revalidering/Forrevalidering	0,1
Sygedagpenge	4,7
Fleksjob	25,1
Ledighedsydelse	36,2
Førtidspension mv.	18,6
Andet	8,6

Bilag 8.
Andel besøg

Tabel b.4: Andel besøg og indlæggelser med astma ift. kroniske lungesygdomme fordelt efter alder.

	2007		2011	
	Under 30	Over 30	Under 30	Over 30
Besøg	94,3	53,1	94,9	55,9
Indlæggelser	92,3	33,2	96,1	33,5

Kilde: Egne beregninger på baggrund af eSundhed.

Anm.: Astma har ICD-10 koderne DJ45-DJ46. Kroniske lungesygdomme har ICD-10 koderne DJ40-DJ47.