

Tabte arbejdsår ved gigtsygdomme

Potentialer ved bedre behandling og forebyggelse



2026

KRAKA
ECONOMICS

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Sammenfatning	7
1. Indledning	10
2. Afgrænsning af analysens målgruppe	13
2.1 Gigtsyge i Danmark	13
2.2 Karakteristika for nydiagnosticerede med gigtsygdomme	15
3. Arbejdsmarkedstilknytning for personer med gigtsygdomme	21
3.1 Metode til evaluering af effekten på arbejdsmarkedstilknytning	21
3.2 Ændring i arbejdsmarkedstilknytning for nydiagnosticerede	23
3.3 Arbejdsmarkedstilknytning over et arbejdsliv	26
4. Potentialeberegninger	32
4.1 Indsatser til personer med gigtsygdomme	33
4.2 Effekter for de udvalgte indsatser	34
4.3 Forudsætninger bag potentialeberegninger	36
4.4 Resultater	38
5. Litteraturliste	45
6. Bilag	48

Forord

Mere end 700.000 danskere lever med gig. Gigtsygdomme har store negative konsekvenser for den enkelte og kan medføre smerter, flere sygedage, lavere produktivitet og en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet. Den svagere arbejdsmarkedstilknytning samt de højere udgifter til sundhedsvæsenet har også en negativ samfundsøkonomisk betydning.

Men vi ved også, at der findes indsatser, som kan hjælpe den store gruppe af danskere med gigtsygdomme. Det er målrettede indsatser som fx træning og patientrettet uddannelse, der øger de gigtsyges muligheder for at deltage på arbejdsmarkedet. Indsatser, som både har en positiv effekt for den enkelte og for samfundet som helhed.

Med denne rapport ønsker vi at undersøge, hvor stort potentialet er for at øge arbejdsmarkedstilknytningen for danskere med gigtsygdomme. Vi undersøger, hvor meget arbejdskraft den enkelte og samfundet går glip af som følge af gigtsygdomme, men også hvor stor en del af potentialet, der forventeligt kan indfries, hvis de rette indsatser målrettes de mennesker, der har behov for dem.

Analysen er udarbejdet for Gigtforeningen i vinterhalvåret 2025/2026. Vi vil gerne takke Per Bremer Rasmussen, tidligere direktør i F&P og topembedsmand, og Jes Søgaard, professor emeritus ved Syddansk Universitet, for værdifuld faglig sparring undervejs i projektet. Ansvar for analyser og beregninger i rapporten ligger alene hos Kraka Economics.

Rigtig god læselyst.

Peter Mogensen
Seniorpartner i Kraka Economics

Bag rapporten

Denne rapport er udarbejdet af Kraka Economics for Gigtforeningen. Rapportens analyser er foretaget på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik. Vi takker Per Bremer Rasmussen og Jes Søgaard for værdifuld sparring. Analyser og beregninger i rapporten er alene Kraka Economics ansvar.

Foto: iStock

Dato: Marts 2026

Om Kraka Economics

Kraka Economics er en samfundsøkonomisk konsulentvirksomhed, der er ejet af Maj Invest. Vores formål er at oplyse samfundsdebatten og kvalificere beslutninger med økonomifaglige analyser. Kraka Economics består af økonomer på højeste faglige niveau, herunder anerkendte forskere.

Derudover benytter vi vores politiske indsigt til at forstå kundens strategiske behov for derefter at kunne levere et forståeligt materiale, som er direkte anvendeligt i beslutningsprocessen. Kraka Economics er udsprunget af tænketanken Kraka og udgør et stærkt økonomifagligt fællesskab under samme tag.

Adresse: Kraka Economics, Rigensgade 11, 3. sal, 1316 København K

E-mail: admin@kraka-economics.com

Hjemmeside: www.kraka-economics.dk

Om Gigtforeningen

Gigtforeningen er en sygdomsbekæmpende organisation med 90 års erfaring. Gigtforeningen blev stiftet den 17. november 1936 under navnet Rigsforeningen til Bekæmpelse af de rheumatiske Sygdomme. I dag er der mere end 80.000 medlemmer, som støtter gigtsagen for at gøre en forskel for de over 700.000 mennesker med gigt herhjemme. Det gør Gigtforeningen til en af de største patientforeninger i Danmark.

Adresse: Gigtforeningen, Tobaksvejen 2A, 2860 Søborg

E-mail: info@gigtforeningen.dk

Hjemmeside: <https://www.gigtforeningen.dk/>



Sammenfatning

Mange danskere lever med en gigtsygdom

For mange danskere er gigt en del af hverdagen og kan medføre betydelige begrænsninger i både arbejdsliv og fritid. Gigtsygdomme dækker over en bred gruppe af ofte kroniske muskel- og skeletsygdomme, som er forbundet med smerter, nedsat funktionsevne og reduceret arbejdsevne. Samtidig udgør gigtsygdomme en væsentlig del af den samlede sygdomsbyrde i Danmark og har mærkbare konsekvenser for arbejdsmarkedet. Denne rapport fokuserer på personer med slidgigt, leddegigt*, længerevarende ryggsygdomme, bindevævssygdomme og fibromyalgi, som i rapporten samlet betegnes som *gigtsygdomme*. Formålet er at belyse arbejdsmarkedstilknytningen for personer med gigtsygdomme samt potentialet i at tilbyde borgerne målrettede indsatser.

Litteraturen finder en svagere arbejdsmarkedstilknytning

At leve med en gigtsygdom kan være forbundet med betydelige fysiske begrænsninger og smerter, som påvirker både livskvalitet og arbejdsevne. For mange indebærer sygdommen øget sygefravær, nedsat arbejdstid, lavere arbejdsproduktivitet og i nogle tilfælde en tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Konsekvenserne rækker dermed ud over den enkelte og kan føre til øgede samfundsøkonomiske omkostninger, bl.a. i form af øget brug af sundhedsvæsenet. Samtidig varierer konsekvenserne betydeligt på tværs af forskellige gigt diagnoser. Eksisterende danske studier peger dog entydigt på, at personer med gigtsygdomme generelt har en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet end befolkningen som helhed, og at arbejdsudbuddet således også er lavere for personer med gigtsygdomme.

Ca. halvdelen diagnosticeres i den arbejdsdygtige alder

Hvert år i perioden fra 2015 til 2019 fik knap 50.000 personer for første gang en gigt diagnose, og ca. halvdelen af de nydiagnosticerede var under 65 år. Slidgigt er den mest udbredte diagnose blandt nye patienter, efterfulgt af længerevarende ryggsygdomme. Kvinder er overrepræsenterede i alle de analyserede diagnosegrupper, mens personer med anden etnisk herkomst end dansk er underrepræsenterede sammenlignet med befolkningen som helhed. Der ses desuden en tydelig social skævhed, idet størstedelen af de nydiagnosticerede enten er ufaglærte eller har en erhvervsfaglig uddannelse. Dette peger på en markant ulighed i forekomsten af gigtsygdomme i den danske befolkning.

Gigt har stor betydning for arbejdsmarkedstilknytning

Rapportens analyser viser, at en gigt diagnose ofte markerer et kritisk punkt i forhold til arbejdsmarkedstilknytningen. Efter diagnosetidspunktet stiger sygefraværet markant, beskæftigelsesgraden falder, og flere trækker sig tidligere tilbage fra arbejdsmarkedet sammenlignet med tilsvarende personer uden gigtsygdom. Over et arbejdsliv akkumuleres disse forskelle til et betydeligt tab af arbejdsår, og alene i 2022 estimeres tabet til omkring 33.000 årsværk som følge af en lavere beskæftigelsesgrad og et højere antal uger på sygedagpenge.

En gigtpatient mister 1,1 år på arbejdsmarkedet...

En gennemsnitlig dansk gigtpatient mister samlet ca. 1,1 år på arbejdsmarkedet, der fordeles sig på 0,5 år pga. lavere beskæftigelse (herunder også tidligere tilbagetrækning) og 0,6 år pga. flere uger på sygedagpenge pga. sin gigtsygdom. Hertil kommer tab pga. kortvarig sygdom for personer, der er i aktiv beskæftigelse. Alderen ved diagnosetidspunktet betyder dog meget for det forventede tab over et helt arbejdsliv. Diagnosticeres en 30-årig med gigt, vil personen forventeligt miste ca. fire arbejdsår pga. sin gigtsygdom, inklusiv tidligere tilbagetrækning. En 50-årig mister forventeligt 1,5 arbejdsår.

*Diagnoserne i gruppen "leddegigt" omfatter "Seropositiv leddegigt", "Andre former for leddegigt" og "Psoriatisk atropati og atropati ved tarmlidelse"

**... men målrettede
indsatser kan
medføre 1.600
årsværk eller ca. 98
mio. kr. om året**

I rapporten beregner vi potentialet ved målrettede indsatser til personer med gigtsygdomme, der kan styrke deres arbejdsmarkedstilknytning. Beregningerne tager udgangspunkt i indsatser med træning og patientuddannelse, og for personer med slidgigt og svær overvægt også vægttabsindsatser, som i litteraturen har dokumenterede positive effekter på bl.a. sygefravær og funktionsevne. Resultaterne viser, at indsatser til alle nydiagnosticerede 30–65-årige i ét år kan øge arbejdsmængden med ca. 3 mio. arbejdstimer årligt (ca. 1.600 årsværk), svarende til et årligt skatteprovenu på ca. 162 mio. kr. ved en omkostning på ca. 64 mio. kr. og dermed en nettogevinst på ca. 98 mio. kr. Da beregningerne kun inkluderer skatteprovenu fra øget lønindkomst og ikke medregner besparelser på overførsler, sundhedsudgifter eller forbedret livskvalitet, er der tale om et konservativt estimat. Hertil skal bemærkes, at beregningerne forudsætter, at en andel af borgerne ikke vil tage imod en indsats. Det er dog muligt, at potentialet kan øges yderligere, hvis der tænkes systematisk i at øge incitamenterne til at tage imod en indsats.

Boks 0.1 Rapportens hovedresultater

Samlet set viser rapporten, at:

- Gigtsygdomme har store konsekvenser for arbejdsmarkedstilknytningen og medfører øget sygefravær, lavere beskæftigelse og tidligere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.
- Personer med gigtsygdomme har generelt en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet end befolkningen som helhed, hvilket over et arbejdsliv medfører betydelige tab af arbejdsår.
- I 2022 svarer tabet i arbejdsudbud til ca. 33.000 årsværk som følge af lavere beskæftigelse og højere sygefravær blandt personer med gigtsygdomme.
- En gennemsnitlig gigtpatient mister ca. 1,1 arbejdsår, men tabet er markant større ved tidlig diagnose (op til ca. 4 arbejdsår ved diagnose som 30-årig).
- Målrettede indsatser kan øge arbejdsudbuddet med ca. 1.600 årsværk årligt og give en nettogevinst på ca. 98 mio. kr. om året.



1. Indledning

700.000 danskere lever med en gigtsygdom

Ifølge Statens Institut for Folkesundhed (2022) lever over 700.000 danskere i dag med en gigtdiagnose. Det svarer til ca. hver niende dansker. Gigt er således en af de mest udbredte kroniske sygdomme i Danmark og har derfor også en omfattende indvirkning, ikke bare på de mennesker, der lever med sygdommen i deres dagligdag, men på det danske samfund som helhed. I denne rapport fokuserer vi på personer, der tilhører den bredere gruppe af personer med muskel- og skeletsygdomme. Det drejer sig om personer med slidgigt, længerevarende ryggsygdomme, leddegigt* og bindevævssygdomme og fibromyalgi. Gruppen omtales herefter som personer med gigtsygdomme.

Gigt er dyrt for samfundet

En gigtdiagnose kan være invaliderende og kan udgøre en betydelig hindring for den enkeltes liv. At leve med gigt påvirker ikke kun livskvalitet og selvhjulpethed, men kan også have stor betydning for tilknytningen til arbejdsmarkedet. Det kan medføre betydelige samfundsmæssige omkostninger. Gigtsygdomme er forbundet med et øget træk på sundhedsvæsenet og reducerer samtidig tiden på arbejdsmarkedet, fx gennem øget sygefravær, flere uger på sygedagpenge, nedsat arbejdstid eller tidlig tilbagetrækning. Betydningen for arbejdsmarkedstilknytningen kan dog variere markant på tværs af forskellige diagnoser.

Gigtpatienter har lavere arbejdsmarkedstilknytning

Flere danske studier viser, at personer med gigtsygdomme har en lavere arbejdsmarkedstilknytning end den almene befolkning. KORA (2012) peger fx på, at personer med leddegigt* har en oplevelse af, at deres arbejdsevne er markant ringere sammenlignet med da arbejdsevnen var på sit højeste. En ringere arbejdsevne viser sig også i en markant højere risiko for langtidssygefravær, førtidspension og almindeligt sygefravær for personer med gigtsygdomme (NFA, 2016; SDU, 2018; SDU, 2024). Samlet peger disse forhold og Sundhedsstyrelsen (2022) på, at der hvert år går et betydeligt antal arbejdsår tabt som følge af Gigtsygdomme.

Indsatser har positiv effekt på arbejdsudbud

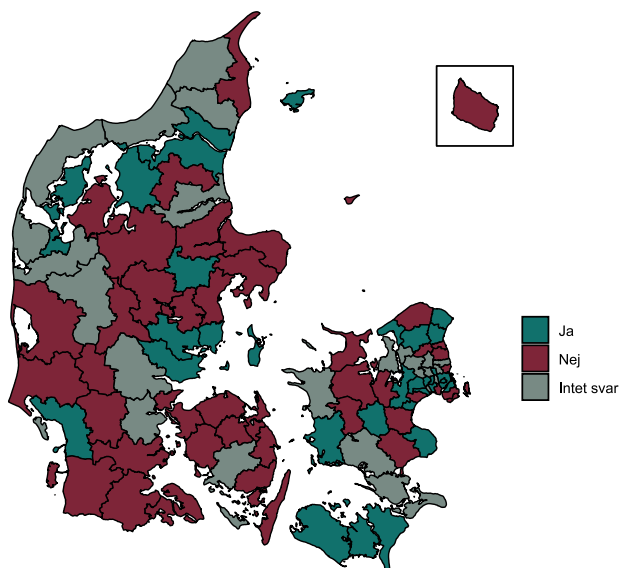
Der findes en række patientrettede indsatser, som har vist positive effekter i forhold til fx at reducere sygefravær og forbedre funktionsevnen. Sådanne indsatser kan potentielt også øge beskæftigelsesgraden og udsætte tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Effekterne af indsatserne kan derfor udgøre en betydelig gevinst for samfundet. Effektstudierne er baseret på lodtrækningsforsøg og påviser generelt en forbedring af fx funktionsevne og lavere sygefravær ved at give en indsats til personer med gigtsygdomme.

Stor geografisk forskel i udbredelse af indsatser

En ny kortlægning fra Verian (2025) viser, at kun hver tredje kommune i Danmark tilbyder et kommunalt forløb til borgere med slidgigt, der kombinerer patientuddannelse og træning. Kortlægningen fremgår af figur 1.1 og peger på markante kommunale forskelle. Særligt kommuner på Fyn og i Sønderjylland tilbyder ikke sådanne forløb. Samlet set indikerer kortlægningen et betydeligt potentiale for at udbrede patientrettede indsatser, som fx patientuddannelse og træning, til personer med gigtsygdomme i Danmark. Det skal dog bemærkes, at selv om mange kommuner ikke tilbyder indsatserne kommunalt, kan tilbuddene være privat udbudt.

*Diagnoserne i gruppen "leddegigt" omfatter "Seropositiv leddegigt", "Andre former for leddegigt" og "Psoriatisk atropati og atropati ved tarmlidelse"

Figur 1.1 Kommuner med tilbud om patientuddannelse og træning til borgere med slidgigt



Anm.: Ca. 30 kommuner har et tilbud, 44 kommuner har ikke et tilbud, og 24 kommuner har ikke givet et svar. I Furesø Kommune var svaret "Ved ikke". I ovenstående kortlægning er dette svar omfattet af kategorien "Intet svar".
Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af Verian (2025).

Projektet skønner et økonomisk potentiale

Med denne rapport ønsker vi at belyse, hvor mange danskere, der lever med forskellige gigtdiagnoser, samt deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Med udgangspunkt i viden om effekterne af patientrettede indsatser beregner vi et økonomisk potentiale ved, at flere personer med gigtsygdomme tilbydes den rette indsats. Potentialeberegningerne anvendes til at vurdere, om omkostningerne ved sådanne indsatser kan opvejes af gevinster ved øget arbejdsmarkedstilknytning.

Rapportens indhold

I kapitel 2 præsenteres analysepopulationen, og vi analyserer karakteristika for den samlede gruppe af personer med gigtsygdomme og for nydiagnosticerede. I kapitel 3 undersøger vi arbejdsmarkedstilknytningen blandt nydiagnosticerede med gigtsygdomme. I kapitel 4 opstilles potentialeberegninger, hvor de forventede gevinster ved øget arbejdsmarkedstilknytning holdes op mod omkostningerne ved øgede patientrettede indsatser med henblik på at vurdere rentabiliteten af mere målrettede patientforløb for personer med gigt.



2. Afgrænsning af analysens målgruppe

Kapitlets indhold

I dette kapitel identificerer vi, hvor mange personer, der er i målgruppen for de analyserede tilbud. Vi har fokus på personer, der er diagnosticeret med en længerevarende gigtsygdom. I afsnit 2.1 definerer vi målgruppen af personer med gigtsygdomme og beskriver karakteristika for den samlede gruppe, der lever med gigtsygdomme i dag. I afsnit 2.2 fokuserer vi på nydiagnosticerede og analyserer deres karakteristika.

2.1 Gigtsyge i Danmark

Knap 680.000 med gigtsygdomme

I 2022 levede knap 680.000 personer i Danmark med mindst én af de udvalgte længerevarende eller kroniske gigtdiagnoser.¹ Opgørelsen omfatter udelukkende sygdomme af længerevarende karakter og kun personer, der er diagnosticeret i sygehusvæsenet. Det betyder, at der formentlig er et mørketal for personer med fx diskusprolaps, rygsmerter eller andre kortvarige smerter i muskel- og skeletapparatet, ligesom personer, der alene har været i kontakt med en privat praktiserende speciallæge eller egen læge, ikke indgår i opgørelsen. Nogle kortvarige rygsygdomme kan udvikle sig til længerevarende tilstande, men disse indgår ikke i analysen. En fordeling over den første registrerede diagnose fremgår af tabel 2.1. En person tæller kun med under den første diagnose, de registreres med i perioden, der her undersøges. Således vil en person, der får diagnosticeret leddegigt* i 2008 og fibromyalgi i 2020, kun tælle med under "leddegigt*" i disse opgørelser.

Tabel 2.1 Oversigt over første diagnose for de fem sygdomsgrupper og antal personer i hver gruppe

Gruppe	Beskrivelse af sygdomsgruppe	Antal personer i gruppen
Gruppe 1	Slidgigt	424.756
Gruppe 2	Længerevarende rygsygdomme	179.251
Gruppe 3	Leddegigt*	48.829
Gruppe 4	Bindevævssygdomme	17.080
Gruppe 5	Fibromyalgi	9.714

Anm.: Længerevarende rygsygdomme dækker bl.a. over inflammatoriske rygsygdomme og slidgigt i ryggen. I tabellen indgår kun den første registrerede diagnose, og selv om man efterfølgende får en anden diagnose, fremgår man således kun i den første diagnosegruppe. Tabellen opgør således ikke den samlede forekomst af, de forskellige sygdomme. Diagnosen er registreret i Landspatientregisteret i perioden fra 2007 til 2022 i forbindelse med en kontakt i sygehusvæsenet. Personer, der har fået konstateret en gigtsygdom før 2007, men har haft kontakt med sygehusvæsenet i relation til sygdommen igen i perioden 2007 til 2022, indgår også i opgørelsen. Personer, der har fået en gigtdiagnose før 2007, men ikke har haft kontakt med sygehusvæsenet i den efterfølgende periode, indgår ikke.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik

Identifikation af personer med gigtsygdomme

På baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik identificerer vi personer med gigtsygdomme med udgangspunkt i udvalgte diagnosekoder fra Landspatientregistret, fordelt på de fem overordnede sygdomsgrupper. Udvælgelsesmetoden er beskrevet i boks 2.1, mens en detaljeret oversigt over de anvendte diagnosekoder fremgår af bilag 1.

¹ Personer, der har fået konstateret en gigtsygdom før 2007, men har haft kontakt med sygehusvæsenet i relation til sygdommen igen i perioden 2007 til 2022, indgår også i opgørelsen. Personer, der har fået en gigtdiagnose før 2007, men ikke har haft kontakt med sygehusvæsenet i den efterfølgende periode, indgår ikke.

Boks 2.1 Sådan har vi identificeret personer med gigtsygdomme

Vi anvender registerdata fra Danmarks Statistik til at identificere personer med gigtsygdomme. Med udgangspunkt i Landspatientregisteret i perioden fra 2007 til 2022 identificerer vi personer med relevante diagnosekoder, som er oplistet i bilag 1. Populationen af personer, der lever med gigtsygdomme i 2022, er korrigeret for dødsfald og udvandring ved brug af befolkningsregistret fra 2022.

En person indgår som nydiagnosticeret det første tidspunkt, hvor vedkommende optræder med en relevant diagnosekode i Landspatientregisteret i perioden 2007 til 2022. Der er ikke taget højde for eventuelle gigtdiagnoser stillet før 2007, ligesom personer, der udelukkende diagnosticeres hos privatpraktiserende speciallæge eller egen læge og ikke har kontakt med sygehusvæsenet, ikke indgår i analysen.

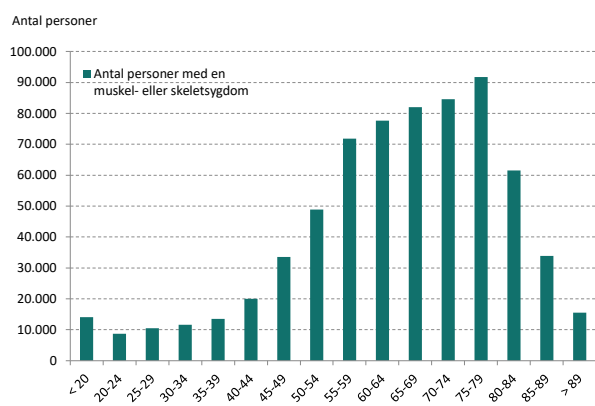
Allokeringen til én af de fem sygdomsgrupper sker på baggrund af diagnosekoden ved første optræden i Landspatientregisteret i perioden. Hvis en relevant diagnose optræder både som hoved- og bidiagnose, allokeres personen efter hoveddiagnosen. Efterfølgende diagnoser medfører ikke reallokering. Hver person kan således kun tilhøre én sygdomsgruppe, selv om mange diagnosticeres med flere gigtsygdomme over tid.

Flere ældre får gigtsygdomme

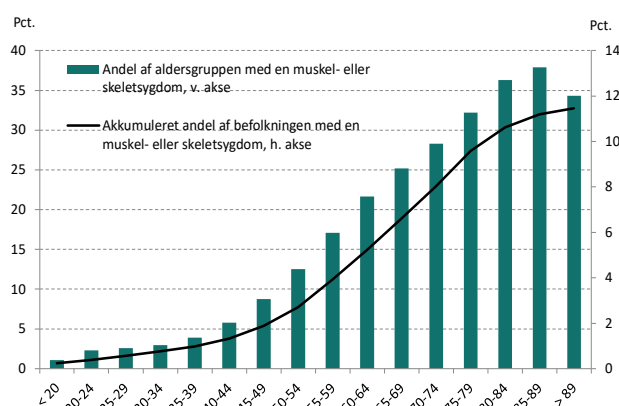
Aldersfordelingen for de knap 680.000 personer, der levede med en af de undersøgte gigtsygdomme i 2022, viser, at forekomsten er stigende med alderen, jf. figur 2.1.a. Antallet af personer med en gigtsygdom svarer til, at ca. 11,5 pct. af den danske befolkning havde en gigtsygdom i 2022, hvoraf godt 54 pct. var 65 år eller over. Figur 2.1.b viser andelen af befolkningen med gigtsygdomme samt den akkumulerede andel fordelt på aldersgrupper. Knap 10 pct. af personer i aldersgruppen 45-49 år lever med en gigtsygdom, mens andelen stiger til ca. 17,5 pct. for de 55-59-årige og ca. 37,5 pct. for de 85-89-årige, jf. figur 2.1.b. Forekomsten af gigtsygdomme er således markant stigende med alderen.

Figur 2.1 Aldersfordeling for personer med gigtsygdomme i 2022 samt andel af personer med gigtsygdomme

Figur 2.1.a Aldersfordeling for personer med gigtsygdomme



Figur 2.1.b Andel af aldersgrupperne og akkumuleret andel af aldersgrupperne med en gigtsygdom



Anm.: Figur 2.1.a: Tallene er baseret på diagnosticeringer fra Landspatientregisteret i perioden 2007 til 2022 med diagnosekoderne fra bilag 1 og fremgår af befolkningsregisteret i 2022. Aldersfordelingen er lavet på baggrund af de observationer, hvor alderen var oplyst. Befolkningen tager udgangspunkt i befolkningen pr. 1. januar 2023.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

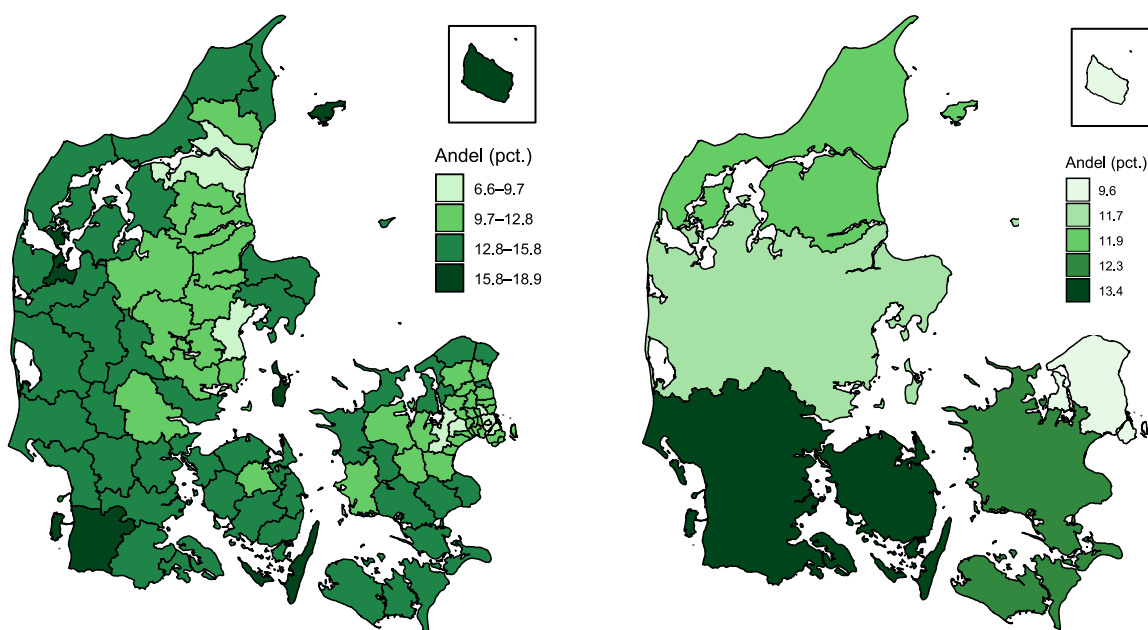
Stor kommunal og regional variation

Der er samtidig betydelig kommunal og regional variation i forekomsten af gigtsygdomme. Andelen af befolkningen med en gigtsygdom varierer på tværs af landet fra 6,6 pct. i Københavns Kommune til 19 pct. i Langeland Kommune, jf. figur 2.2. Tilsvarende ses regionale forskelle, hvor andelen varierer fra 9,6 pct. i Region Hovedstaden til ca. 13,4 pct. i Region Syddanmark, jf. figur 2.2.b. Tallene er ikke køn- og aldersstandardiseret. Derfor vil en kommune med en lav gennemsnitsalder alt andet lige have en lavere andel personer med gigt, end en kommune med en højere gennemsnitsalder.

Figur 2.2 Andel af befolkningen med gigtsygdomme fordelt på kommuner og regioner

Figur 2.2.a Andel af befolkningen med gigtsygdomme fordelt på kommuner

Figur 2.2.b Andel af befolkningen med gigtsygdomme fordelt på regioner



Anm.: Figur 2.2.b: Opdelingen er baseret på fem regioner og er således før sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland.
Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

2.2 Karakteristika for nydiagnosticerede med gigtsygdomme

Ca. 48.000 nydiagnosticerede om året

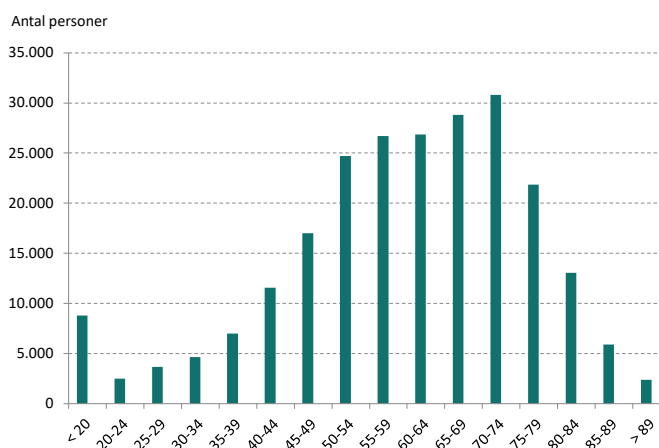
I dette afsnit undersøger vi karakteristika for personer, der første gang diagnosticeres med en gigtsygdom i perioden 2015 til 2019. I denne periode blev der årligt i gennemsnit nydiagnosticeret ca. 48.000 personer med én af de udvalgte gigt diagnoser.² De fleste nydiagnosticerede er i aldersgrupperne 65-69 år og 70-74 år, men der er samtidig en betydelig andel i den arbejdsdygtige alder, jf. figur 2.3.b.

² Det skal her bemærkes, at der ikke er tale om de samlede incidenstal, men tale om en opgørelse af den første diagnose, man registreres med i perioden. Fx vil en person, der diagnosticeres med fx leddegigt i 2015, og herefter diagnosticeres med slidgigt i 2018 kun tælle med som nydiagnosticeret med leddegigt i 2015.

Flest med slidgigt og flest kvinder

Slidgigt er den mest udbredte diagnose blandt nydiagnosticerede med mere end 140.000 nydiagnosticerede mellem 2015 og 2019, jf. figur 2.4.a. Det svarer til 62 pct. af alle nydiagnosticerede. Dernæst kommer længerevarende ryggsygdomme med ca. 28 pct. af de nydiagnosticerede, leddegigt* med ca. 7 pct. af de nydiagnosticerede, bindevævssygdomme med ca. 3 pct. af de nydiagnosticerede og fibromyalgi med ca. 1 pct. af de nydiagnosticerede. Kvinder er overrepræsenterede i alle sygdomsgrupper og udgør samlet 56 pct. af de nydiagnosticerede. Overrepræsentationen er særligt udtalt for fibromyalgi, hvor kvinder udgør 95 pct. Ovenstående er udtryk for fordelingen af den første gigt diagnose, en person registreres med og ikke tyngden af de forskellige diagnoser i samfundet.

Figur 2.3 Aldersfordeling for nydiagnosticerede ved diagnosetidspunktet



Anm.: Aldersfordelingen er lavet på baggrund af de observationer, hvor alderen var oplyst, hvilket er gældende for 99 pct. af populationen.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

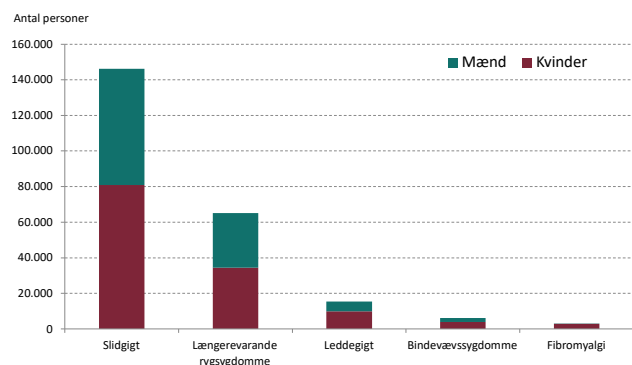
Flest ufaglærte og erhvervsfagligt uddannede

Blandt nydiagnosticerede i perioden 2015 til 2019 er der en klar overvægt af ufaglærte og personer med erhvervsfaglige uddannelser, som tilsammen udgør hele 74 pct., jf. Figur 2.4.b. Personer med korte-, mellemlange- og lange videregående uddannelser udgør de resterende 26 pct. af de nydiagnosticerede. Kun ca. 6 pct. af de nydiagnosticerede har en lang videregående uddannelse, sammenlignet med 18 pct. i hele befolkningen.³ Dette indikerer en tydelig social ulighed i forekomsten af gigtsygdomme, hvor incidensen er højere blandt personer med kortere uddannelse. Det skal dog også her bemærkes, at uddannelsesniveauet generelt er faldende med befolkningens alder, hvorfor en del af forskellen også kan forklares ved, at personer med gigtsygdomme i gennemsnit er ældre end den generelle befolkning.

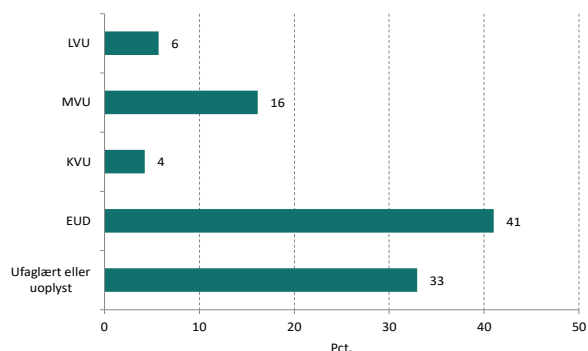
³ Danmarks Statistik, tabel HHFUDD11.

Figur 2.4 Antal personer i hver gigtggruppe fordelt på køn og uddannelsesnivea for nydiagnosticerede

Figur 2.4.a Antal personer i hver af de fem sygdomsgrupper fordelt på køn i perioden 2015 til 2019



Figur 2.4.b Andel nydiagnosticerede ved diagnosetidspunkt i perioden 2015 til 2019 fordelt på uddannelse



Anm.: 2.4.a: Opgjort pba. observationer med oplyst køn. 2.4.b: Andele uddannelsesnivea ved diagnosetidspunkt er lavet pba. observationer med oplyst uddannelsesnivea. Opgørelsen er lavet for personer over 29 år og gælder personer, der ikke er registreret med en anden gigtsygdom i perioden 2007 til 2014.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Ca. 0,8 pct. diagnosticeres årligt

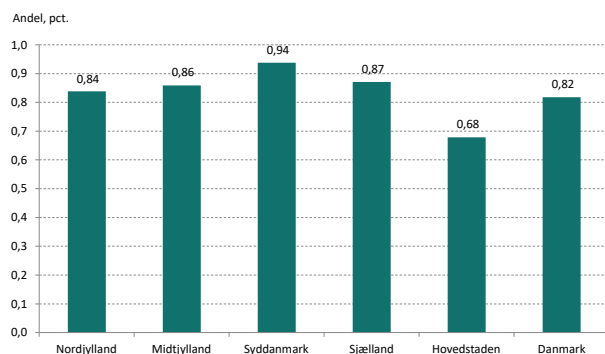
Årligt blev ca. 0,8 pct. af befolkningen nydiagnosticeret med en gigtsygdom i perioden 2015 til 2019, jf. figur 2.5.a. Andelen varierede mellem ca. 0,6 til ca. 1 pct. i løbet af perioden. Der ses også regionale forskelle, hvor særligt Region Syddanmark skiller sig ud med en høj andel på 0,94 pct. og Region Hovedstaden skiller sig ud med den laveste andel på kun 0,68 pct. En forklaring kan her være forskellige i fx gennemsnitsalder og uddannelsesnivea.

Personer med dansk herkomst er overrepræsenterede

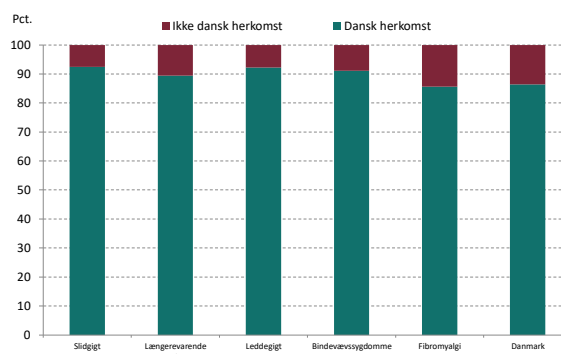
Blandt alle nydiagnosticerede i perioden 2015 til 2019 havde 8,5 pct. ikke dansk herkomst, men andelen varierer betydeligt mellem sygdomsgrupperne, jf. figur 2.5.b. Andelen spænder fra ca. 7,5 pct. blandt personer med slidgigt til ca. 14,4 pct. blandt personer med fibromyalgi. Til sammenligning har knap 14 pct. af den danske befolkning anden herkomst end dansk. Det indikerer, at personer med anden herkomst er underrepræsenterede blandt personer diagnosticeret med gigtsygdomme i Danmark. Forskellene kan skyldes en lavere gennemsnitsalder for personer uden dansk herkomst.

Figur 2.5 Andel af befolkningen og herkomst for nydiagnosticerede i perioden 2015 til 2019

Figur 2.5.a Andel af befolkningen, der årligt nydiagnosticeres med en gigtsygdom fordelt på regioner



Figur 2.5.b Herkomst for nydiagnosticerede fordelt på sygdomsgrupper



Anm.: Figur 2.5.a: Beregnet som gennemsnittet af andelen af befolkningen i regionerne og landsplan, der bliver nydiagnosticeret med en gigtsygdom hvert år fra 2015 til 2019. Figur 2.5.b: Grupperne er beregnet som andele af alle, der blev nydiagnosticeret med en gigtsygdom i perioden 2015 til 2019. For Danmark er det beregnet som gennemsnittet af andelen af befolkningen på landsplan, der bliver nydiagnosticeret med en gigtsygdom hvert år fra 2015 til 2019. Dansk herkomst omfatter personer, med mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Flere forhold fører til lavere arbejdsmarkedstilknytning

Arbejdsmarkedstilknytning for nydiagnosticerede med gigtsygdomme adskiller sig markant fra den generelle befolkning. Det kommer bl.a. til udtryk gennem højere kort- og langvarigt sygefravær, nedsat arbejdstid og øget risiko for tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

Markant højere sygefravær...

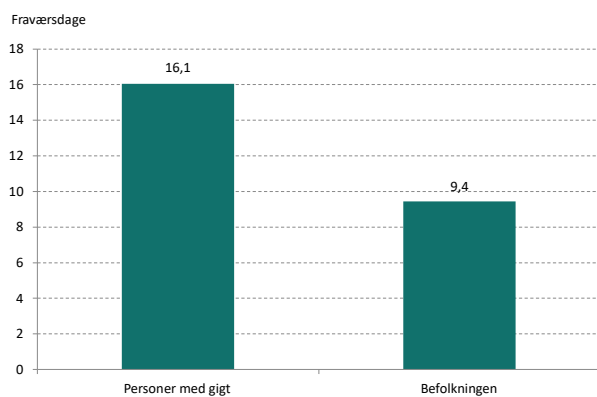
Nydiagnosticerede med gigtsygdomme i aldersgruppen 50-59 år har et markant højere sygefravær end den generelle befolkning i samme aldersgruppe fem år efter diagnosetidspunktet. Det gennemsnitlige antal årlige sygefraværsdage er 9,4 dage for alle i aldersgruppen, mens personer med gigtsygdomme i gennemsnit har 16,1 sygedage, jf. figur 2.6.a. b

... og flere, der trækker sig tidligt tilbage

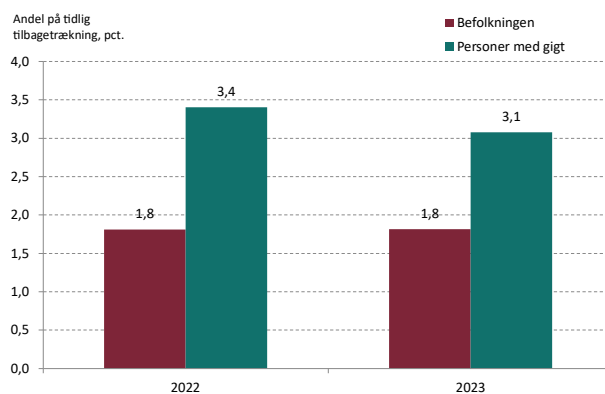
Derudover ses en betydeligt højere forekomst af tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet blandt personer med gigtsygdomme sammenlignet med den generelle befolkning. Andelen der får tilkendt førtidspension, seniore pension eller tidlig pension fem år efter diagnosetidspunktet er på hhv. 3,4 pct. i 2022 og 3,1 pct. i 2023 for personer med gigtsygdomme i aldersgruppen 50 til 64 år, jf. Figur 2.6.b. Det er væsentligt højere end den generelle befolkning i samme aldersgruppe, hvor andelen i begge år var 1,8 pct. Resultaterne indikerer, at der for en person med en gigtsygdom er over 70 pct. større risiko for tidlig tilbagetrækning sammenlignet med en gennemsnitlig dansker.

Figur 2.6 Sygefravær og andel, der trækker sig tidligt tilbage, for personer med gigtsygdomme og befolkningen

Figur 2.6.a Årlige sygefraværdsdage grundet egen sygdom for personer i aldersgruppen 50-59 år



Figur 2.6.b Andel med tidlig tilbagetrækning* fem år efter diagnosetidspunkt i aldersgruppen 50 til 64 år



Anm.: Figur 2.6.a: Antallet af fraværdsdage fem år efter diagnosetidspunktet er for personer i alderen 50-59 år og er et gennemsnit fra 2019 til 2023, dvs. fem år efter diagnosetidspunktet. *Tidlig tilbagetrækning omfatter førtidspension, seniorpension og tidlig pension. For gigtpatienter er det fem år efter, at man har fået stillet en gigtdiagnose. 2019 angiver således personer, der fik deres første gigtdiagnose i 2015.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.



3. Arbejdsmarkedstilknytning for personer med gigtsygdomme

Kapitlets indhold

I dette kapitel undersøger vi hvor stor forskel, der er på arbejdsmarkedstilknytningen mellem personer med gigtsygdom og personer uden gigtsygdom. Afsnit 3.1 beskriver metoden bag opgørelsen. I afsnit 3.2 præsenterer vi den umiddelbare effekt på arbejdsmarkedstilknytning af at få stillet en gigtdiagnose. I afsnit 3.3 undersøger vi forskellen i arbejdsmarkedstilknytningen over et arbejdsliv for personer med gigtsygdomme sammenlignet med en matchet kontrolgruppe og beregner det samlede antal tabte arbejdsår over et arbejdsliv.

Boks 3.1 Kapitlets overordnede resultater

- En gigtdiagnose er et tydeligt vendepunkt i arbejdsmarkedstilknytningen mod markant højere sygefravær, lavere beskæftigelse og øget tidlig tilbagetrækning sammenlignet med en matchet kontrolgruppe.
- Året efter diagnosen har personer med gigtsygdomme i gennemsnit ca. 6,5 ekstra uger på sygedagpenge og ca. 15 flere sygedage end sammenlignelige personer uden gigtsygdom.
- Andelen af personer i beskæftigelse er ca. 3 pct.-point lavere, og beskæftigelsesgraden er ca. 10,5 pct.-point lavere året efter diagnosen sammenlignet med lignende personer uden gigtsygdom.
- Over et arbejdsliv taber en gennemsnitlig gigtpatient ca. 1,1 arbejdsår, fordelt på 0,5 år pga. lavere beskæftigelse og 0,6 år pga. flere uger på sygedagpenge (ekskl. kortvarigt fravær).
- I 2022 udgjorde det samlede tab af arbejdskraft for personer med gigtsygdomme knap 33.000 årsværk, fordelt på lavere beskæftigelse (ca. 16.800) og sygedagpenge (ca. 16.100).

3.1 Metode til evaluering af effekten på arbejdsmarkedstilknytning

Vi følger arbejds- markedstilknytning over ti år

På baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik analyserer vi, hvordan en gigtdiagnose påvirker arbejdsmarkedstilknytningen for personer, der får deres første gigtdiagnose i perioden 2015 til 2019. Vi betragter en tiårig periode omkring diagnosetidspunktet, fordelt på fem år før og fem år efter diagnosetidspunktet. Det betyder, at vi anvender oplysninger om arbejdsmarkedstilknytningen for perioden 2010 til 2024. Diagnosetidspunktet er, som tidligere beskrevet, baseret på diagnoser registreret i forbindelse med kontakter i sygehusvæsenet. Vi inkluderer kun personer, der er mellem 30 til 60 år på diagnosetidspunktet for at undgå sammenligninger med personer, der fx fortsat er under uddannelse eller som er tæt på pensionering. Analysen omfatter personer, der nydiagnosticeres med slidgigt, længerevarende rygsygdomme, leddegigt*, bindevævssygdomme og fibromyalgi. Der indgår kun den første af de undersøgte diagnoser. Det er således muligt, at man på et senere tidspunkt diagnosticeres med yderligere gigtdiagnoser.

Boks 3.2 Sådan har vi gjort

Vi anvender *Coarsened Exact Matching* (CEM), hvor udvalgte baggrundsvariable opdeles i grupper, og hvor hver unik kombination af grupper definerer et *stratum*. Personer med samme kombination af baggrundskarakteristika placeres dermed i samme stratum. Et stratum kan fx omfatte personer med samme sygdomshistorik, uddannelsesniveau og arbejdsmarkedstilknytning forud for gigtdiagnosen. Der indgår både personer fra treatment- og kontrolgruppen (gruppen af personer med gigtsygdomme og sammenligningsgruppen) i stratummet.

CEM gør det muligt at fastsætte et niveau for, hvor stor ubalance, der må være mellem grupperne (King og Nielsen, 2019). Herefter foretages *exact matching* inden for de enkelte strata. Strata uden mindst én person fra både treatment- og kontrolgruppen udgår af analysen. Effekter estimeres efterfølgende ved lineære regressionsmodeller, hvor observationer vægtes med matching-vægte, og hvor der samtidig kontrolleres for relevante baggrundsvariable. Vi følger metoden i Blackwell m.fl. (2010).

En central forudsætning for at kunne sandsynliggøre, at der er tale om kausale effekter, er, at der kontrolleres for tilstrækkeligt mange relevante karakteristika til, at forskelle mellem diagnose- og kontrolgruppe kan tilskrives diagnosen. Der kan dog forsat være selektion på uobserverbare karakteristika, selv om de to grupper ligner hinanden på de observerbare forhold. Effekterne kan derfor ikke med sikkerhed tolkes som strengt kausale.

Efter matchingen estimerer vi en række lineære regressionsmodeller, der belyser sammenhængen mellem arbejdsmarkedsudfald og gigtdiagnose. En model for antal dage på sygedagpenge som udfaldsmål, specificeres fx som:

$$Sygedagpenge_j = \beta_0 + \beta_1 \text{Gigtdiagnose}_j + \beta_2 X_j + \epsilon_j$$

hvor *Sygedagpenge_j* er antallet af dage på sygedagpenge i fem år efter diagnosetidspunktet, mens *Gigtdiagnose_j* er en indikator for gigtdiagnose og *X_j* er en vektor af baggrundskarakteristika. Modellerne estimeres med matching-vægte, stratum fixed effects og robuste standardfejl. Det skal her bemærkes at resultaterne er robuste over for alternative inferensvalg. Clustered standardfejl på CEM-strata giver lignende konklusioner med marginalt større standardfejl.

Før matchingen identificerer vi en betydelig ubalance mellem grupperne, særligt for tidligere lægebesøg, køn, alder og herkomst, og disse variable indgår derfor i matchingen. Efter matchingen forbedres balancen markant. En oversigt over balancen før og efter matching fremgår af bilag 4. I det endelige balancerede sample er der matchet på køn, alder, herkomst, uddannelse (tre grupper), antal besøg hos almen læge seks år før diagnosetidspunktet (fem grupper), samt arbejdsmarkedstilknytningen seks år før diagnosen (tre grupper). Der kontrolleres forsat for relevante baggrundskarakteristika i estimationsmodellerne.

**Mål for arbejds-
markedstilknytning**

Vi anvender forskellige mål for arbejdsmarkedstilknytningen, da tabt arbejdsmængde kan komme til udtryk på forskellige måder:

1. *Sygefravær og sygedagpenge*: Øget sygefravær blandt beskæftigede reducerer den reelle arbejdstid på arbejdspladsen. Det omfatter både kortvarigt sygefravær og længerevarende fravær, der kan føre til sygemelding med sygedagpenge. Kortvarigt sygefravær påvirker primært produktiviteten både i den offentlige og private sektor, mens langvarigt fravær også medfører offentlige udgifter til sygedagpenge.
2. *Nedsat arbejdstid*: Tabt arbejdsmængde kan også afspejles i lavere arbejdstid blandt personer, der fortsat er i beskæftigelse. Det indebærer både lavere arbejdstid finansieret af borgeren selv eller fx som fleksjob.
3. *Tidlig tilbagetrækning*: Endelig kan tabt arbejdsmængde komme til udtryk ved tidlig tilbagetrækning, fx i form af førtidspension, seniorpension eller tidlig pension. En oversigt over opgørelsen af de enkelte mål fremgår af bilag 3.

**Matching anvendes
til at vurdere
gigtens betydning**

Når effekten af at få en gigtdiagnose skal estimeres, er det centrale i princippet at kende den udvikling, en person *ville* have haft uden diagnosen. Da det kontrafaktiske forløb ikke kan observeres for den samme person, anvender vi en matching-tilgang, hvor personer med gigtdiagnose sammenlignes med personer uden, men som ligner på centrale karakteristika forud for diagnosen. Dette er essentielt, da personer, der senere diagnosticeres med gigt, kan adskille sig fra andre allerede før diagnosen. Fremgangsmåden er beskrevet i boks 3.2.

3.2 Ændring i arbejdsmarkedstilknytning for nydiagnosticerede

**Statistiske modeller
estimerer betydning
af gigtdiagnose**

For at undersøge, om der er en statistisk signifikant forskel i arbejdsmarkedstilknytningen for personer, der diagnosticeres med en gigtsygdom, estimerer vi en række lineære regressionsmodeller. Modellerne belyser sammenhængen mellem arbejdsmarkedsrelaterede udfaldsmål, en gigtdiagnose og relevante baggrundsvariable for nydiagnosticerede og deres matching gruppe. Resultaterne præsenteres i figurer nedenfor, mens modelestimer fremgår i bilag 6 til 14.

**Fortolkning af
resultater**

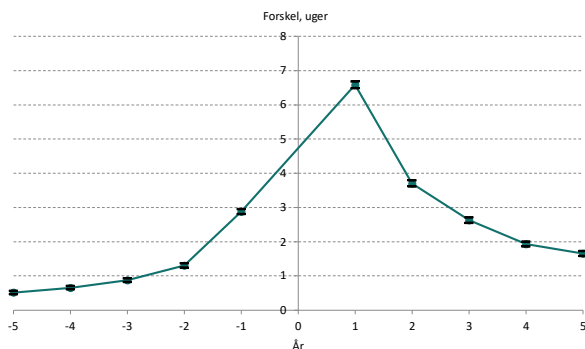
Resultaterne kan fortolkes som den gennemsnitlige forskel i arbejdsmarkedstilknytning mellem personer, der får en gigtdiagnose og sammenlignelige personer uden en gigtdiagnose. En nul-effekt betyder således, at der ikke kan påvises en negativ ændring i arbejdsmarkedstilknytningen, hvilket ikke er ensbetydende med, at diagnosen er uden betydning for personens helbredssituation som helhed. Fortolkning som kausal effekt kræver antagelsen om, at der er kontrolleret for tilstrækkeligt mange relevante karakteristika. Der kan dog fortsat være selektion på uobserverbare forhold.

**Gigtsyge har
signifikant flere
sygedage efter
diagnosen...**

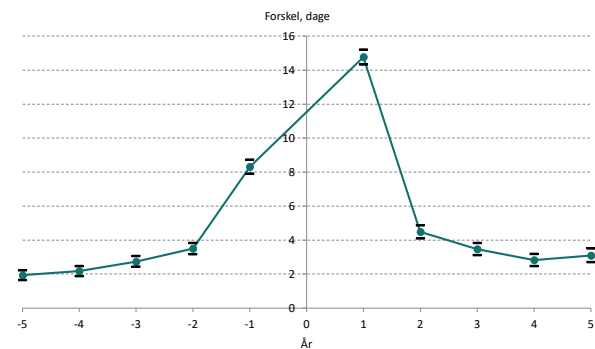
Sygedagpenge og sygefravær er markant højere i året efter diagnosetidspunktet, jf. figur 3.1. Sygedagpenge måler kun lange sygemeldinger, som udløser sygedagpenge for ledige og beskæftigede. Sygefraværet inkluderer både kort- og længerevarende sygefravær, for sygemelding fra beskæftigelse. Allerede året før diagnosen ligger niveauet lidt højere end for kontrolgruppen. I året efter diagnosen er personer med gigtsygdomme i gennemsnit ca. seks en halv uge mere på sygedagpenge end sammenligningsgruppen, jf. figur 3.1.a. Sygefraværet er generelt højere for personer med gigt, men særligt i året før og efter diagnosen. Året efter diagnosen, har beskæftigede personer med gigtsygdomme i gennemsnit ca. 15 flere sygedage ift. sammenlignelige personer uden gigt. Niveauet er dog permanent højere i fem år efter diagnosetidspunktet. Resultaterne er statistisk signifikante på 1 pct.-niveau. Forskellen i antal uger på sygedagpenge mellem personer med gigtsygdomme og sammenligningsgruppen hvor kun personer fra arbejdsstyrken er inkluderet, fremgår af bilag 15.

Figur 3.1 Forskel i uger med sygedagpenge og sygefravær mellem personer med gigtsygdomme og sammenligningsgruppen

Figur 3.1.a Forskel i antal uger med udbetalte sygedagpenge for personer med/uden gigt i arbejdsstyrken



Figur 3.1.b Forskel i antal fraværsgange for beskæftigede personer med/uden gigt



Anm.: År 0 angiver diagnosetidspunktet. Fravær er baseret på sygefravær ved egen sygdom og indeholder både kort- og længerevarende sygefravær. Figureerne angiver koefficientestimat for forskellen mellem personer med gigtsygdomme og sammenligningsgruppen samt 99 pct.-konfidensinterval. Venstre: Inkluderer også personer, der modtager sygedagpenge, som er i et jobafklaringsforløb. I opgørelsen indgår kun personer, der er i arbejdsstyrken. Højre: Inkluderer både offentligt og privat ansatte. Der indgår robuste standardfejl.

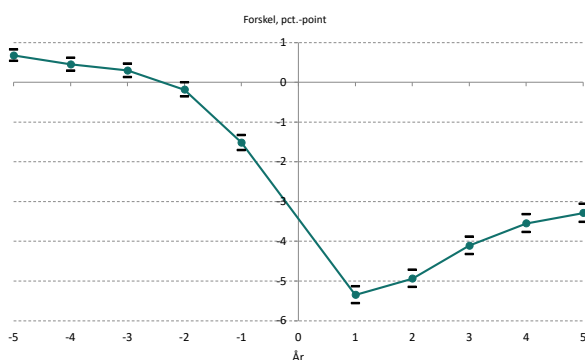
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

... er signifikant mindre i beskæftigelse...

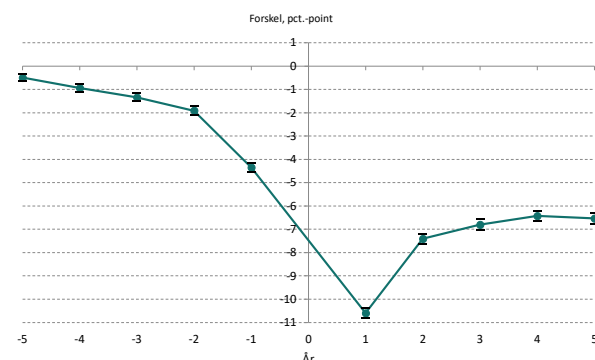
Beskæftigelsen påvirkes også tydeligt omkring diagnosetidspunktet, jf. figur 3.2. Forud for diagnosen ligger både andelen i beskæftigelse og beskæftigelsesgraden for diagnosegruppen og kontrolgruppen på nogenlunde samme niveau, mens niveauet for diagnosegruppen falder svagt året før diagnosen sammenlignet med kontrolgruppen. I året efter diagnosen ses en markant statistisk signifikant forskel mellem diagnose- og kontrolgruppen. Andelen i beskæftigelse er mere end 5 pct.-point lavere i året efter den første diagnose for nydiagnosticerede med en gigtsygdom. Det svarer til at ca. 81 pct. af sammenligningsgruppen i gennemsnit er i beskæftigelse i året efter, mens det er ca. 76 pct. af de nydiagnosticerede.

Figur 3.2 Forskelle i andel i beskæftigelse og beskæftigelsesgrad uden personer på sygedagpenge mellem personer med gigtsygdomme og sammenligningsgruppen kontrolgruppen

Figur 3.2.a Forskel i andel personer i beskæftigelse, pct. point



Figur 3.2.b Forskel i beskæftigelsesgrad, pct. point



Anm.: År 0 angiver diagnosetidspunktet. Negative værdier på y-aksen indikerer, at diagnosegruppen har en lavere andel i beskæftigelse og en lavere beskæftigelsesgrad end sammenligningsgruppen. Figureerne angiver koefficientestimat for forskellen mellem personer med gigtsygdomme og sammenligningsgruppen samt 99 pct.-konfidensinterval. Figur 3.2.a: Viser forskelle i andele i pct.-point, der er i beskæftigelse mellem personer med gigtsygdomme og sammenligningsgruppen. Er man i beskæftigelse vil man have værdien 1, hvis ikke er værdien 0. Der tages ikke højde for mængden af beskæftigelse. Figur 3.2.b: Viser forskelle i beskæftigelsesgrad i pct.-point mellem personer med gigtsygdomme og sammenligningsgruppen. En fuldtidsbeskæftiget vil have værdien 1, hvor en person, der er på halv tid, vil have værdien 0,5. Forskellene omregnes herefter til forskelle målt i procentpoint. Der indgår robuste standardfejl.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

... arbejder færre timer...

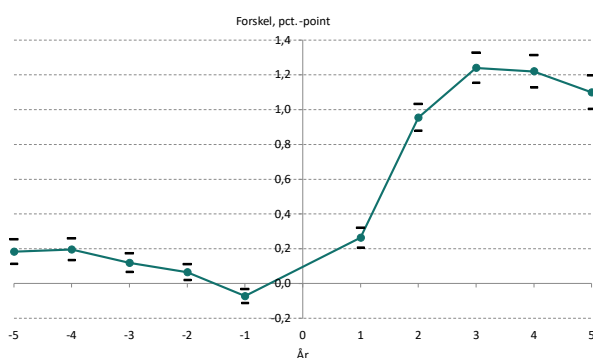
Samtidig er forskellen i beskæftigelsesgrad er mere end 10,5 pct.-point lavere for gruppen med gigtsygdomme sammenlignet med kontrolgruppen, jf. figur 3.2.b. Det svarer til at de nydiagnosticerede, som er i arbejde, i gennemsnit arbejder 4 timer mindre om ugen end sammenligningsgruppen. De første fem år efter diagnosen ligger både beskæftigelsesandelen og beskæftigelsesgraden fortsat på et lavere niveau. Resultaterne er signifikante på 1 pct.-signifikansniveau. En opgørelse, hvor personer på sygedagpenge indgår, fremgår af bilag 16.

... og trækker sig tidligere tilbage fra arbejdsmarkedet

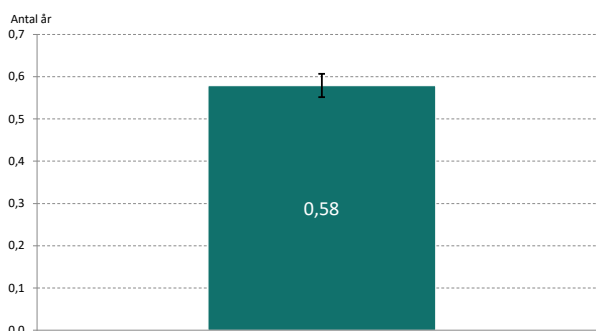
Endelig er andelen, der tilkendes en ordning for tidlig tilbagetrækning, højere for gruppen med en gigtsygdom efter diagnosen sammenlignet med personer uden en gigtsygdom, jf. figur 3.3.a. Forskellen er omkring 1,2 pct.-point tre år efter diagnosetidspunktet og er statistisk signifikante på 1 pct.-signifikansniveau. I året før diagnosen ses et fald i andelen af tilkendelser for personer med gigtsygdomme sammenlignet med kontrolgruppen, hvilket kan afspejle et forventet forløb frem mod en tilkendelse af en tidlig tilbagetrækningsordning, hvor der typisk indgår et afklarings- og vurderingsforløb. Ud over at personer med gigtsygdomme i højere grad trækker sig tidligt, gør de det også tidligere end kontrolgruppen. Personer med gigtsygdomme, der trækker sig tidligt fra arbejdsmarkedet, er i gennemsnit knap 0,6 år længere på førtidspension, tidlig pension eller seniorpension end kontrolgruppen, jf. figur 3.3.b.

Figur 3.3 Forskel mellem gigtpatienter og kontrolgruppen i andelen af personer, der trækker sig tidligt fra arbejdsmarkedet, og antal af år på en tidlig tilbagetrækningsordning

Figur 3.3.a Forskel i andel af personer, der trækker sig tidligt fra arbejdsmarkedet



Figur 3.3.b Forskel i antal år på tidlig tilbagetrækningsordning



Anm.: År 0 angiver diagnosetidspunktet. I figuren indgår førtidspension, seniorpension og tidlig pension. Figureerne angiver koefficientestimat for forskellen mellem personer med gigtsygdomme og sammenligningsgruppen samt 99 pct.-konfidensinterval. I figuren for antal år på tidlig tilbagetrækningsordning beregnes hvor mange år en person vil være på en tidlig tilbagetrækningsordning frem mod det 65. år. Der indgår robuste standardfejl. En positiv forskel i figuren til venstre indikerer, at en højere andel af personer med gigtsygdomme trækker sig tidligt fra arbejdsmarkedet sammenlignet med sammenlignelige personer uden gigtsygdomme.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Matchingen får resultaterne tættere på den sande effekt

Samlet set viser regressionsresultaterne tydelige og statistisk signifikante forskelle i arbejdsmarkedstilknytningen i årene efter en gigtdiagnose, både i form af højere sygefravær og sygedagpenge, lavere beskæftigelsesgrad samt øget forekomst af tidlig tilbagetrækning. Da matchingen tager højde for centrale forskelle mellem diagnosegruppen og sammenlignelige personer uden diagnose, er resultaterne tættere på at afspejle effekten af diagnosen frem for forskelle i baggrundskarakteristika.

3.3 Arbejdsmarkedstilknytning over et arbejdsliv

Vi undersøger forskellen over et arbejdsliv

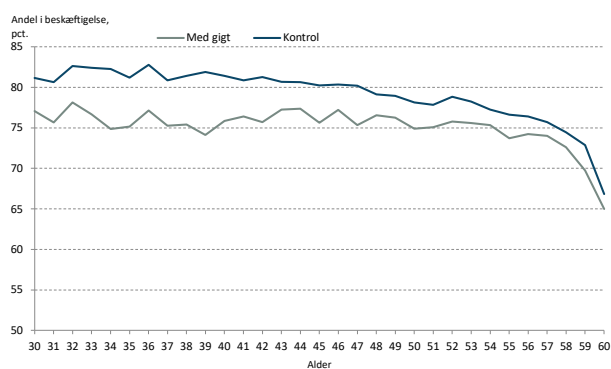
For at opgøre forskellen i arbejdsmarkedstilknytning over et arbejdsliv analyserer vi forskellene for hvert enkelt alderstrin i alderen fra 30 til 60 år. Opgørelsen tager udgangspunkt i forskelle mellem personer med gigtsygdomme og en matchet sammenligningsgruppe, og analysen prøver således at isolere effekten af en gigtdiagnose på arbejdsmarkedstilknytningen. Vi sammenligner således ikke med den generelle arbejdsstyrke, da dette vil medføre en overvurdering af forskellene. Baggrunden er, at personer med gigtsygdomme allerede før diagnosen i gennemsnit adskiller sig på en række karakteristika, der kan være forbundet med lavere arbejdsmarkedstilknytning.

Gigtsyge har lavere beskæftigelse over et arbejdsliv

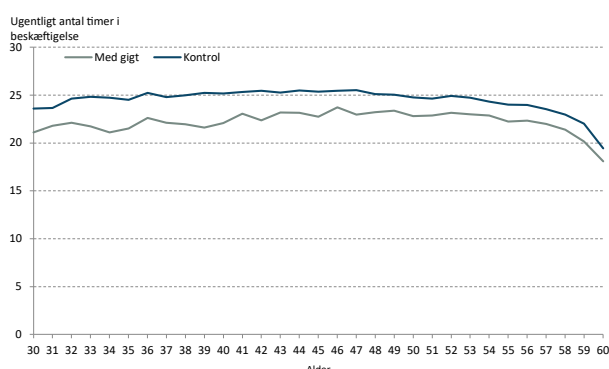
Både andelen i beskæftigelse og beskæftigelsesgraden er gennemgående lavere for personer med gigtsygdomme på tværs af alderstrin, når man sammenligner personer med gigtsygdomme og kontrolgruppen med samme alder, jf. figur 3.4. Den blå kurve illustrerer kontrolgruppens udvikling i hhv. andelen i beskæftigelse og ugentlige arbejdstimer, mens den grå kurve viser tilsvarende for personer med gigtsygdomme. Den lavere beskæftigelsesgrad svarer samlet til, at en gennemsnitlig gigtpatient taber 0,54 år på arbejdsmarkedet som følge af gigtsygdommen. Det skal her bemærkes, at der ikke er tale om den faktiske beskæftigelse, hvor der korrigeres for sygefravær, men det beskæftigelsesniveau, man er ansat til. Det antages her, at forskellen mellem beskæftigelsen alene kan tilskrives gigtsygdommen.

Figur 3.4 Beskæftigelse blandt gigtpatienter og kontrolgruppen

Figur 3.4.a Andel beskæftigede, fordelt på alder



Figur 3.4.b Ugentligt antal timer i beskæftigelse, fordelt på alder



Anm.: Figuren viser forskellen mellem gruppen af nydiagnosticerede med gigtsygdomme og kontrolgruppen i perioden fra 2015-2019. Personer sammenlignes i det enkelte år. Estimatet for det enkelte alderstrin er baseret på gennemsnittet af alderstrinnets resultater for de følgende fem år.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Markant højere sygefravær over et arbejdsliv

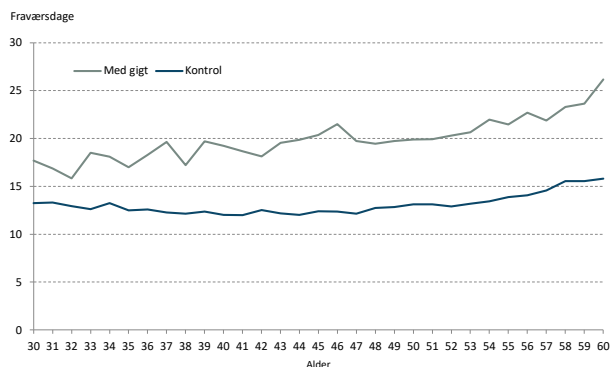
Over et arbejdsliv ses også markante forskelle i sygefravær, jf. figur 3.5. På tværs af alle alderstrin er både sygefraværsdage og uger på sygedagpenge højere blandt personer med gigtsygdomme.⁴ En gennemsnitlig dansk gigtpatient i beskæftigelse har ca. 104 ekstra sygefraværsdage, svarende til 0,40 år. For sygedagpenge er forskellen på omkring 30 uger, svarende til 0,58 år mere på sygedagpenge end kontrolgruppen. Det skal dog her bemærkes, at tilknytningen til arbejdsmarkedet i årene umiddelbart efter diagnosen anvendes som en proxy for arbejdsmarkedstilknytningen i de efterfølgende år. Effekten kan derfor være overestimeret, hvis en nydiagnosticeret person med gigt har en meget lavere tilknytning til

⁴ Sygedagpenge opgøres normalt i uger, da overførselsindkomsten udbetales på ugebasis, ligesom lovgivningen ift. længden af muligheden for adgang til sygedagpenge, opgøres i uger. En uge på sygedagpenge svarer til 5 arbejdsdage.

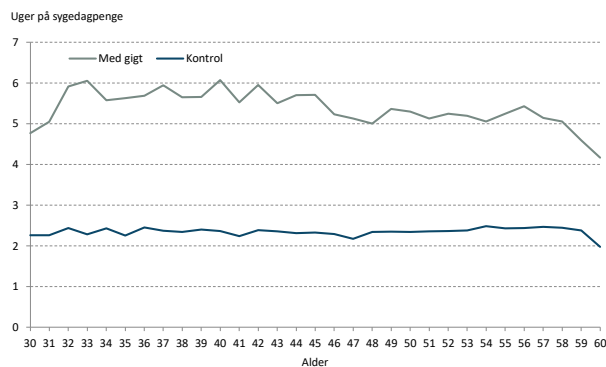
arbejdsmarkedet i de første fem år efter diagnosen. Samtidig kan effekten være undervurderet, hvis tilknytningen til arbejdsmarkedet antages at blive forringet i de efterfølgende år.

Figur 3.5 Sygefravær og sygedagpenge blandt gigtpatienter og kontrolgruppen

Figur 3.5.a Årligt antal fraværsdage, fordelt på alder



Figur 3.5.b Årligt antal uger på sygedagpenge, fordelt på alder



Anm.: Figuren viser forskellen mellem gruppen af nydiagnosticerede med gigtsygdomme og kontrolgruppen i perioden fra 2015-2019. Personer sammenlignes i det enkelte år. Estimatet for det enkelte alderstrin er baseret på gennemsnittet af alderstrinnets resultater for de følgende fem år. Sygefravær er beregnet for beskæftigede, og indeholder

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

En gennemsnitlig gigtpatient taber ca. 1,1 år på arbejdsmarkedet

I gennemsnit forårsager gigtsygdom et tab af 1,1 år på arbejdsmarkedet. Tabet kan opdeles i 0,5 år pga. lavere beskæftigelse og 0,6 år pga. flere uger på sygedagpenge. Hertil kommer kortvarigt sygefravær for personer i beskæftigelse, og det samlede tal undervurderer derfor det samlede tab af arbejdsår over et arbejdsliv. Men da der vil være sygefravær, som både tæller med i fraværsdage og uger på sygedagpenge, kan de ikke summeres. Opgørelsen tager højde for, at incidensen stiger med alderen, og for mange personer vil der derfor være relativt få år tilbage på arbejdsmarkedet ved diagnosetidspunktet.

Boks 3.3 Sådan har vi beregnet tabte arbejdsår for hvert alderstrin

Tabet af arbejdsår for de enkelte alderstrin er beregnet som forskellene i beskæftigelsesgrad og antal uger på sygedagpenge for nydiagnosticerede personer med gigtsygdomme og deres kontrolgruppe. Tabet summeres på alderstrin op til det antal år, man har tilbage på arbejdsmarkedet givet alderen ved diagnosetidspunktet. Beskæftigelsesgraden korrigerer indirekte for, at nogle personer forlader arbejdsmarkedet tidligere, fx ved tidlige tilbagetrækningsordninger. I beregningerne antager vi, at en person, der fx er 30 år ved diagnosetidspunktet, som 31-årig vil have samme forskel i beskæftigelsesgrad og antal uger på sygedagpenge, som den 31-årige nydiagnosticerede har i dag, og som 32-årig vil personen have samme forskel som den 32-årige har i dag, osv. Vi anvender således graderne for nydiagnosticerede for alle gigtsyge i opregningen af samlede antal tab af arbejdsår.

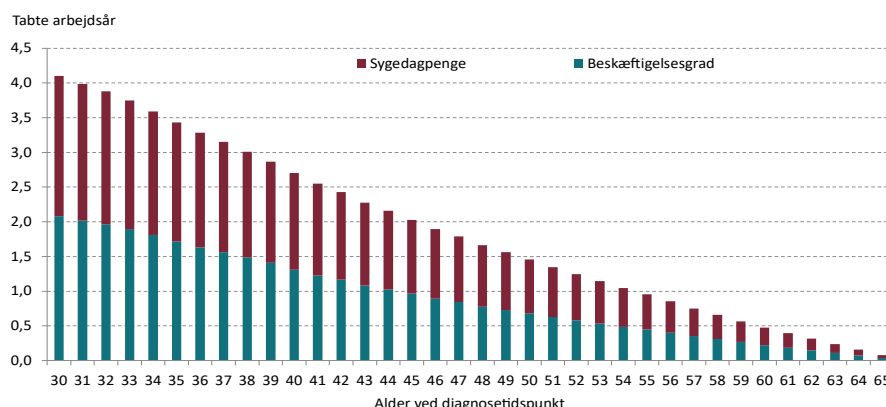
Tabet på baggrund af forskelle i beskæftigelsesgrad udregnes derfor som: $Tab_{beskæftigelsesgrad} = \sum_{t=a}^{65} b_t$ Hvor a er alderen ved diagnosetidspunkt, og b_t er forskellen i beskæftigelsesgrad for en person med nydiagnosticeret gigtsygdom og sammenligningsgruppen i den pågældende aldersgruppe, t . Efterfølgende omregner vi til tabte arbejdsår. Vi udregner på samme måde for antallet af uger på sygedagpenge.

Alder ved diagnosetidspunkt betyder meget

Alder ved diagnosetidspunktet har stor betydning for det samlede tab af arbejdsmængde. Jo yngre en person er ved diagnosetidspunktet, desto flere potentielle arbejdsår kan

påvirkes af sygdommen. En person, der diagnosticeres som 30-årig, forventes fx at miste godt fire arbejdsår, mens tabet for en person, der diagnosticeres som 50-årig er knap 1,5 år, jf. Figur 3.6. En beskrivelse af beregningerne fremgår af boks 3.3. Overvægten af diagnosticering sent i arbejdslivet betyder, at det gennemsnitlige tab bliver markant mindre, idet kun en mindre andel lever med en gigtsygdom i løbet af hele arbejdslivet. Den relative forskel i tabet er største for de ældste aldersgrupper.

Figur 3.6 Tabte arbejdsår som følge af lavere beskæftigelse og uger på sygedagpenge fordelt på alder ved diagnosetidspunkt



Anm.: Vi antager, at en person med gigtsygdom, der er 30 år i dag, om 35 år vil have samme beskæftigelse og uger på sygedagpenge som en person med gigtsygdom, der er 65 år i dag. Desuden antager vi, at personer med gigtsygdom i alderen 61-65 år har samme antal uger på sygedagpenge og beskæftigelsesgrad som de 60-årige med gigtsygdom.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Sådan har vi gjort

For at belyse det samlede tab af arbejdsår for alle gigtsyge i et givent år tager vi udgangspunkt i *alle* personer med gigtsygdomme i 2022 i alderen 30 til 65 år. Opgørelsen omfatter således ikke kun nydiagnosticerede. Tabet beregnes på baggrund af forskelle i den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad samt uger på sygedagpenge i fem år efter diagnosetidspunktet mellem personer med gigtsygdomme og kontrolgruppen, opgjort på diagnosetidsniveau, jf. afsnit 3.1.

Tab på knap 33.000 årsværk i 2022 pga. lavere beskæftigelse og mere sygefravær

Samlet set udgør tabet knap 33.000 årsværk i 2022 baseret på forskelle i registreret beskæftigelsesgrad og uger på sygedagpenge. Tabet fordeler sig på ca. 16.800 årsværk som følge af lavere beskæftigelsesgrad og 16.100 årsværk som følge af flere uger på sygedagpenge.⁵ Det svarer i gennemsnit til et tab på ca. seks uger om året pr. person med en gigtsygdom.⁶ Hertil kommer kortvarigt sygefravær for personer i beskæftigelse, som ikke indgår i den samlede opgørelse. Det skal desuden bemærkes, at der ikke tages højde for hvor mange der anvender smertestillende medicin. Tabet af arbejdsår varierer betydeligt mellem de forskellige gigtdiagnoser, og om tabet skyldes lavere beskæftigelsesgrad eller flere uger på sygedagpenge, jf. figur 3.7.a. For beskæftigelsen er det samlede tab for hele gruppen størst for personer med længerevarende ryggsygdomme, mens tabet i uger på sygedagpenge er størst for personer med slidgigt, tæt fulgt af personer med længerevarende ryggsygdomme.

Størst tab blandt personer med EUD

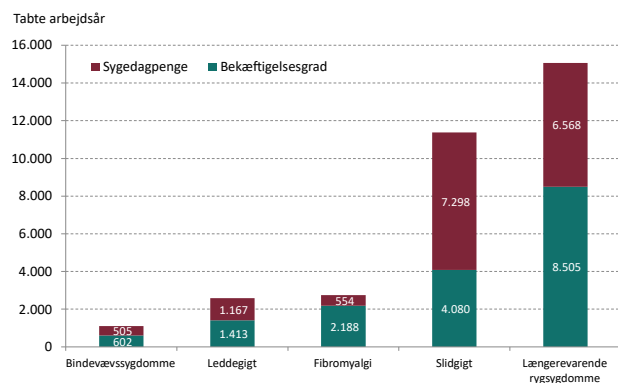
En fordeling af det samlede tab af arbejdsår på uddannelsesniveau viser, at tabet er størst for personer med en erhvervsfaglig uddannelse, efterfulgt af ufaglærte. Det hænger sammen med, at disse grupper også udgør en stor andel af personer der diagnosticeres med gigtsygdom, som tidligere vist. Personer med erhvervsfaglige uddannelser og ufaglærte udgør samlet set ca. 70 pct. af det tabte arbejdsår, jf. Figur 3.7.b.

⁵ Sygefravær indgår ikke i opgørelsen, for at undgå eventuelle dobbelttællinger af dele af sygefraværet.

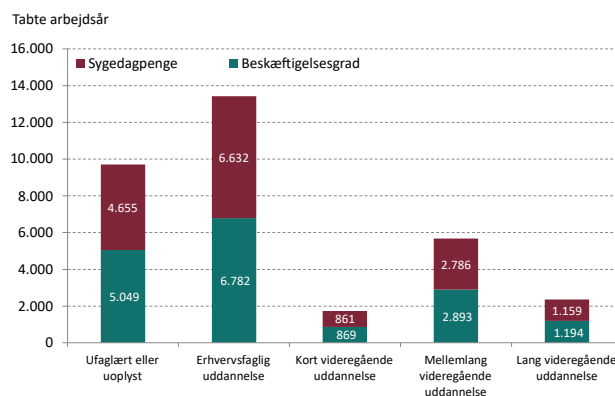
⁶ Antallet af tabte årsværk er fordelt på antal personer med gigtsygdom i aldersgruppen 30-65 år. Derefter er tabet af årsværk omregnet til et tab i antal timer pr. person med gigtsygdom, som endeligt er omregnet til antal uger for en person, der arbejder 37 timer om ugen.

Figur 3.7 Tab af arbejdsår i 2022 pga. lavere beskæftigelsesgrad og flere uger på sygedagpenge fordelt på diagnose

Figur 3.7.a Tab af arbejdsår fordelt på diagnoser



Figur 3.7.b Tab af arbejdsår fordelt på uddannelsesniveaue



Anm.: Tabet af arbejdsår er beregnet på baggrund af regressionsestimater for forskelle i den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad og antal uger på sygedagpenge i fem år efter diagnostetidspunktet mellem gigtsyge og kontrolgruppen på diagnoseniveau og uddannelsesniveaue på diagnostetidspunktet. Det samlede tab beregnes som forskelle opgjort i arbejdsår for det samlede antal personer med en gigtdiagnose. Det samlede tab justeres, så effekten svarer til det samlede antal diagnosticerede med gigtsygdomme i 2022.

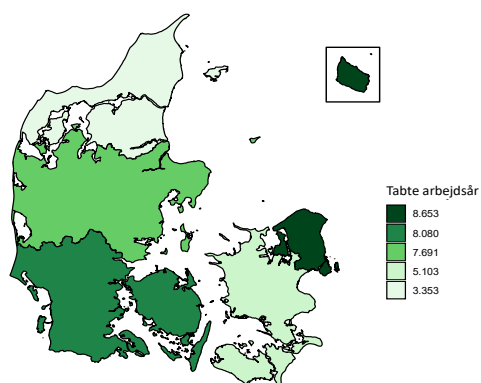
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Flest tabte arbejdsår i Region Hovedstaden

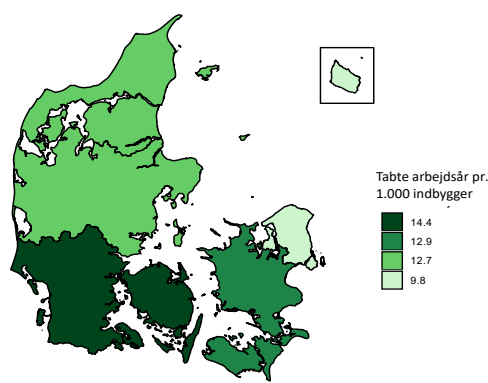
Opgørelsen fordelt på regioner viser også markante forskelle, jf. figur 3.8.a. Tabet af arbejdsår er størst i Region Hovedstaden med ca. 8.600 tabte arbejdsår, hvilket i høj grad afspejler, at regionen har flest indbyggere. Region Syddanmark og Region Midtjylland ligger også højt med henholdsvis knap 8.100 og godt 7.700 tabte arbejdsår. Lavere finder vi Regions Sjælland med ca. 5.100 tabte arbejdsår mens Region Nordjylland har det laveste samlede tab af arbejdsår på ca. 3.350 arbejdsår. Tab fordelt på lavere beskæftigelsesgrad og flere uger på sygedagpenge på regionalt niveau fremgår af bilag 17.

Figur 3.8 Tab af arbejdsår i 2022 grundet lavere beskæftigelse og uger på sygedagpenge fordelt på regioner

Figur 3.8.a Tab af arbejdsår fordelt på regioner



Figur 3.8.b Tab af arbejdsår pr. 1.000 indbygger i alderen 30 til 65 år i regionen



Anm.: Tabet af arbejdsår er beregnet på baggrund af regressionsestimater for forskelle i den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad i fem år efter diagnostetidspunktet mellem gigtsyge og kontrolgruppen på diagnoseniveau. Det samlede tab beregnes som forskelle i graden opgjort i arbejdsår for det samlede antal personer med en gigtdiagnose. Det samlede tab justeres, så effekten svarer til det samlede antal diagnosticerede med gigtsygdomme i 2022.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

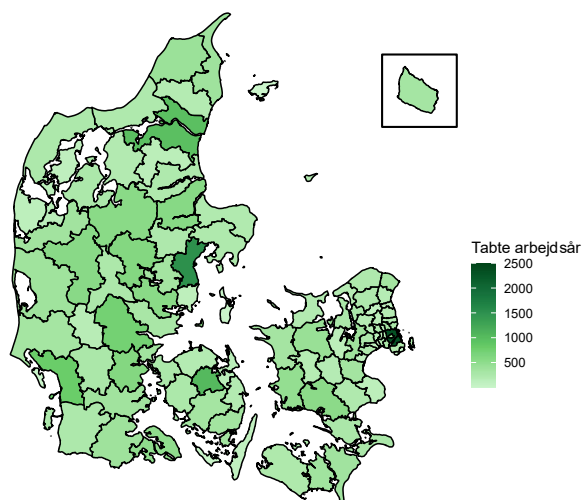
Men flest pr. indbygger i Syddanmark

Ser man i stedet på tabet af arbejdsår holdt op imod antallet af personer i alderen 30 til 65 år i regionerne, ser billedet anderledes ud, jf. figur 3.8.b. Her taber Region Syddanmark flest arbejdsår med ca. 14,4 pr. 1.000 indbygger i alderen 30 til 65 år. Region Sjælland taber ca. 12,9 arbejdsår, mens Region Midtjylland og Region Nordjylland begge taber ca. 12,7 arbejdsår. Lavest ligger Region Hovedstaden, der taber ca. 9,8 arbejdsår pr. 1.000 indbygger i alderen 30 til 65 år.

Forskel på tværs af kommuner

Fordelt på kommuner er der også forskel i antallet af tabte arbejdsår som følge af lavere beskæftigelse og højere sygedagpengegrad. Det fremgår af figur 3.9, at kommuner med det højeste indbyggertal har det højeste antal tabte arbejdsår. I figuren er der dog ikke taget højde for, at der er forskel i befolkningstætheden på tværs af kommuner. Antallet af tabte arbejdsår er således særligt højere i de kommuner, der ligger i Region Syddanmark sammenlignet med resten af Danmark. I bilag 18 fremgår en tabel over antallet af tabte arbejdsår på kommuneniveau.

Figur 3.9 Tab af arbejdsår i 2022 grundet lavere beskæftigelse og uger på sygedagpenge fordelt på kommuner



Anm.: Tabet af arbejdsår er beregnet på baggrund af regressionsestimater for forskelle i den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad i fem år efter diagnosetidspunktet mellem gigtsyge og kontrolgruppen på diagnoseniveau. Det samlede tab beregnes som forskelle i graden opgjort i arbejdsår for det samlede antal personer med en gigtdiagnose. Det samlede tab justeres, så effekten svarer til det samlede antal diagnosticerede med gigtsygdomme i 2022.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.



4. Potentialeberegninger

Vi beregner potentialet ved at tilbyde indsatser

I dette kapitel beregner vi potentialet ved at tilbyde en række målrettede indsatser til personer med gigtsygdomme. Det gør vi ved at sammenfatte viden fra litteraturen om, hvordan indsatser påvirker arbejdsmarkedstilknytning, samt ved at omsætte disse effekter til potentialeberegninger. Indsatser som fx træning og patientuddannelse er påvist at reducere smerter og forbedre funktionsevnen. Det kan mindske sygefravær, øge arbejdsevnen og dermed styrke tilknytningen til arbejdsmarkedet. Hvis effekterne er tilstrækkeligt store, kan det være økonomisk fordelagtigt for stat, regioner og kommuner at investere i sådanne indsatser og tilbyde dem uden egenbetaling.

Indhold i kapitlet

I afsnit 4.1 beskriver vi de indsatser, der indgår i potentialeberegningerne. I afsnit 4.2 præsenterer vi de anvendte studier og effektstørrelser, mens vi i afsnit 4.3 beskriver forudsætninger bag beregningerne. I afsnit 4.4 præsenteres resultaterne, herunder også følsomhedsanalyser.

Boks 4.1 Kapitlets overordnede resultater

- Potentialeberegningerne viser, at målrettede indsatser kan forbedre funktion/arbejdsevne og dermed styrke arbejdsmarkedstilknytningen.
- En indsats givet til 18.000 nydiagnosticerede personer med gigtsygdom i aldersgruppen 30–65-årige i et år, estimeres at give en gevinst på ca. 1.570 årsværk, svarende til ca. 165 ekstra arbejdstimer pr. person pr. år (ca. 3 timer/uge).
- En indsats til 18.000 personer anslås at koste 64 mio. kr., men forventer at kunne forbedre arbejdsmarkedstilknytningen for gruppen og give et samlet skatteprovenu på 162 mio. kr. Det medfører en nettogevinst på ca. 98 mio. kr., svarende til ca. 5.350 kr. pr. person om året.
- Følsomhedsanalyser viser, at den årlige gevinst i antal årsværk som følge af indsatserne varierer fra 1.019 til 2.151 årsværk, og at nettogevinsten er mellem 41 og 134 mio. kr. Hertil kommer, at gevinsten er konservativt opgjort, idet besparelser på overførsler, sundhed og livskvalitet ikke er medregnet. Resultaterne fra følsomhedsanalyserne indikerer derfor, at den positive nettogevinst som følge af indsatserne er robust.

4.1 Indsatser til personer med gigtsygdomme

Vi har fokus på træning og patientuddannelse

Der findes en række effektstudier baseret på randomiserede kliniske forsøg, hvor effekter af forskellige indsatser til personer med gigtsygdomme undersøges ved at sammenligne en indsatsgruppe med en kontrolgruppe uden en tilsvarende indsats. I potentialeberegningerne fokuserer vi på indsatser bestående af træning og patientuddannelse for de fem diagnosegrupper. Vi fokuserer særligt på denne type af indsatser, fordi vi ønsker at belyse effekten af indsatser, der rækker ud over almindelig behandling, fx medicinsk behandling og operation. Derudover er der i Danmark gode erfaringer med træning og patientuddannelse i de såkaldte GLA:D-forløb (Godt Liv med Artrose i Danmark). I 2024 deltog ca. 6.000 personer i et GLA:D-forløb for knæ/hofte og ca. 800 personer i et GLA:D-forløb for ryg (GLA:D, 2025). I boks 4.2 beskriver vi et GLA:D-forløb som et eksempel på den type af indsatser, der evalueres i litteraturen.

Vi bruger effekter på arbejdsevne, sygefravær eller funktionsevne

Effekten af træning og patientuddannelse måles ofte på fire overordnede parametre: smerteniveau, funktionsniveau, sygefravær og arbejdsniveau. I denne analyse har vi særlig interesse i effekter på arbejdsevne og sygefravær, da disse mål giver en god indikation af, hvordan indsatser kan øge arbejdsudbud og arbejdsmarkedstilknnytning. Mange studier måler dog ikke arbejdsevne eller sygefravær. I de tilfælde, hvor der ikke er effekter på arbejdsevne eller sygefravær, anvender vi effekten på funktionsevne som en proxy for den forventede effekt på arbejdsmarkedstilknnytningen.

Boks 4.2 GLA:D®-forløb

Et GLA:D®-forløb er et trænings- og uddannelsesprogram for personer med slidgigt i knæ og hofte. Forløbet kombinerer patientuddannelse og træning. Patientuddannelsen består af to sessioner med en certificeret terapeut og eventuelt en tidligere GLA:D®-patient, der deler sine egne erfaringer. Træningsprogrammet består af superviseret neuromuskulær træning to gange om ugen i minimum seks uger. For bedst muligt resultat tilstræbes træning to gange om ugen i 12 uger. Efter endt forløb bør deltageren have opnået tilstrækkelig viden til selv at kunne tilpasse og gennemføre træning fremadrettet afhængigt af symptomer og funktion (GLA:D, n.d.). Der findes tilsvarende forløb målrettet patienter med rygsmerter.

Effekt af træning og uddannelse varierer i litteraturen

Litteraturen viser ikke et entydigt billede af, at træning og patientuddannelse generelt forbedrer funktionsevne og arbejdsevne eller reducerer sygefravær for alle personer med gigtsygdomme. Nogle studier finder signifikante effekter, mens andre ikke gør. Variationen kan blandt andet skyldes forskelle i interventionernes indhold, intensitet og varighed, forskelle i opfølgningstidspunkter samt forskelle i måleskalaer for funktionsevne og arbejdsevne. Der kan også være selektion i indsats- og kontrolgrupper, som påvirker resultaterne. Effektmålene, der anvendes i potentialeberegningerne, bør derfor tolkes med disse forbehold.

4.2 Effekter for de udvalgte indsatser

Vi arbejder med fem gigtgrupper

Vi beregner potentialet for følgende fem sygdomsgrupper:

- Slidgigt
- Leddegigt*
- Længerevarende ryggsygdom
- Fibromyalgi
- Bindevævssygdomme

Gruppen med slidgigt opdeles yderligere i to undergrupper, da vi antager, at forskellige indsatser kan være relevante. Det skyldes, at det for personer med slidgigt og svær overvægt kan være relevant med en indsats målrettet væggtab. Personer med slidgigt og svær overvægt opdeles i to lige store grupper, som hver modtager forskellige indsatser. For de øvrige sygdomsgrupper anvender vi én primær indsats pr. gruppe.

Målrettet indsats og effekt for hver gigtgruppe

Vi beregner et potentiale for øget arbejdsmarkedstilknytning ved at tilbyde indsatser til personer i hver af de syv gigtgrupper (inklusive undergrupper for slidgigt). Effekten er i litteraturen typisk målt som enten reduceret sygefravær, øget funktionsevne eller arbejdsevne.⁷ Russo m.fl. (2024) finder en signifikant korrelation mellem funktionsevne og arbejdsevne på 0,45, hvilket indikerer en sammenhæng mellem bedre funktion og bedre arbejdsevne. Der findes imidlertid ikke en standardiseret metode til at omregne forbedringer i funktionsevne til forbedringer i arbejdsmarkedstilknytning. I hovedberegningen antager vi derfor en 1:1-sammenhæng mellem funktionsevne og arbejdsevne, mens vi i en følsomhedsanalyse tester en mere konservativ antagelse.

Vi anvender effektstudier fra Sundhedsstyrelsen

Som udgangspunkt anvender vi de effektstudier, som indgår i Sundhedsstyrelsens litteraturgennemgang til de Nationale Kliniske Retningslinjer, og som dermed udgør en central del af det evidensgrundlag, der ligger bag anbefalingerne på området. Der findes Nationale Kliniske Retningslinjer for træning og patientuddannelse til patienter med hofteartrose, patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet og patienter med lænderygsmarter (Sundhedsstyrelsen, 2018; 2019; 2021). De samlede effektmål fremgår af tabel 4.1.

Vi tager afsæt i den bedst tilgængelige viden på området

For de patientgrupper og indsatser, hvor der ikke findes Nationale Kliniske Retningslinjer, anvender vi i stedet den bedst tilgængelige litteratur. For leddegigt* tager vi udgangspunkt i studier, der fremhæves i Madsen m.fl. (2021), som gennemgår jobrelaterede interventioner for personer med inflammatorisk gigt. Madsen m.fl. (2021) konkluderer, at jobrelaterede interventioner kan påvirke arbejdsevne, fravær og især jobtab. I litteraturgennemgangen indgår fire studier med arbejdsevne som udfald, hvoraf to finder en positiv effekt. Den gennemsnitlige effektstørrelse er beregnet på baggrund af Macedo m.fl. (2019), Keysor m.fl. (2018) og van Vilsteren m.fl. (2017), som fremhæves i Madsen m.fl. (2021).⁸

To effektstudier af indsatser til personer med overvægt og slidgigt

For slidgigt undersøger vi også effekter af indsatser målrettet svær overvægt. For denne gruppe anvender vi to studier: Messier m.fl. (2022), som finder, at et kost- og træningsprogram har en signifikant positiv effekt på funktionsevne for patienter med overvægt og knæartrose, og Bliddal m.fl. (2024), som finder, at væggtabsmedicin i form af semaglutid signifikant forbedrer funktionsevnen for patienter med overvægt og knæartrose sammenlignet med patienter, der kun modtager vejledning om kost og træning.

⁷ Funktionsevnen bliver målt i skalaer som fx WOMAC Physical Function og SF-36 Physical Function. WOMAC Physical Function er en delskala i spørgeskemaet *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* og måler graden af funktionsbegrænsning i dagligdags fysiske aktiviteter hos personer med slidgigt. Skalaen omfatter spørgsmål om vanskeligheder ved aktiviteter som gang, trappegang, at rejse sig fra siddende stilling, påklædning og udførelse af huslige opgaver. SF-36 Physical Function er en delskala i det generiske helbredsrelaterede livskvalitetsspørgeskema *Short Form 36*. Skalaen måler i hvilken grad helbredet begrænser personens evne til at udføre fysiske aktiviteter, herunder både lette og mere krævende aktiviteter som gang, løft, trapper, bøjning og fysisk arbejde.

⁸ I Madsen m.fl. (2021) beskrives et studie af Hammond m.fl. (2017). Det indgår dog ikke i vores beregninger, da det ikke er et randomiseret effektstudie, men en forundersøgelse.

Der er sammenhæng mellem slidgigt og overvægt

Det er veldokumentet, at der er en sammenhæng mellem overvægt og slidgigt (Roos m.fl., 2015). For gruppen af personer med slidgigt og svær overvægt beregner vi derfor potentialet ved at tilbyde en indsats målrettet overvægt, enten i form af et kost- og træningsforløb eller vægttabsmedicin, fx Wegovy. Vi har ikke data for, hvor stor en andel af personer med slidgigt, der lider af svær overvægt, og vi anvender derfor den generelle andel af mænd og kvinder med svær overvægt i Danmark som proxy. Sundhedsstyrelsen (2022) finder, at ca. 18,5 pct. af befolkningen lever med svær overvægt. I beregningerne antager vi, at halvdelen af de 18,5 pct. i slidgigtsgruppen modtager et kost- og træningsforløb, mens den anden halvdel modtager en indsats med vægttabsmedicin. Det skal dog her bemærkes, at andelen med svær overvægt blandt personer med slidgigt sandsynligvis er højere end i befolkningen generelt, og vores antagelse kan derfor undervurdere omfanget af behovet for overvægtstilpassede indsatser.

Vi beregner vægtede effekter

I tabel 4.1 fremgår de endelige vægtede effektstørrelser, som indgår i potentialeberegningerne. Effekterne beregnes som et gennemsnit baseret på flere studier, hvor studierne effektstørrelser vægtes efter Cochrane RevMans vægtningsmetode, som også anvendes i Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinjer. Metoden tager højde for studiekvalitet og præcision, fx vægtes studier med små populationer og store standardafvigelser lavere. Vi medtager også studier uden signifikante effekter for at undgå at overvurdere effekterne.

Træning og patientuddannelse er hovedindsats

Vi beregner potentialet ved at tilbyde træning og patientuddannelse til alle sygdomsgrupper, undtagen en del af gruppen med slidgigt, der i stedet modtager en målrettet indsats mod overvægt. Effekterne kan i enkelte tilfælde være baseret på enten træning eller patientuddannelse alene, da det ikke har været muligt at finde studier, der estimerer effekten af kombinerede forløb på tværs af alle sygdomsgrupper. For fibromyalgi og bindevævssygdomme anvender vi samme indsats og effektmål, da begge sygdomme er kendetegnet ved smerter.

Tabel 4.1 Effektstørrelser ved forskellige indsatser til de forskellige gigtgrupper

Gruppe	Indsats	Effekt	Kilde
Slidgigt	Træning og patientuddannelse	+15 pct. (funktionsevne)	Sundhedsstyrelsen (2021); Krauss m.fl. (2015); Tak m.fl. (2005); Arnold m.fl. (2010); Skou m.fl. (2015).
Slidgigt med overvægt	Kost- og træningsforløb	+17 pct. (funktionsevne)	Messier m.fl. (2022).
Slidgigt med overvægt	Forløb med vægttabsmedicin i tillæg til vejledning om kost og træning	+13 pct. (funktionsevne)	Bliddal m.fl. (2024).
Leddegigt*	Træning og patientuddannelse	+9 pct. (arbejdsevne)	Madsen m.fl. (2021); Macedo m.fl. (2009); Keysor m.fl. (2018); van Vilsteren m.fl. (2017)
Længerevarende ryg sygdom	Træning og patientuddannelse	+17 pct. (sygefravær)	Sundhedsstyrelsen (2019); Jellema m.fl. (2005); Molde m.fl. (2003); Indahl m.fl. (1995); Faas (1995); Seferlis (1998).
Fibromyalgi	Træning og patientuddannelse	+20 pct. (funktionsevne)	Sundhedsstyrelsen (2018); Hartvigsen m.fl. (2010); Ramsay m.fl. (2010); Gowans m.fl. (2010); Luciano m.fl. (2011); Van Oosterwijck m.fl. (2013).
Bindvævssygdomme	Træning og patientuddannelse	+20 pct. (funktionsevne)	Sundhedsstyrelsen (2018); Hartvigsen m.fl. (2010); Ramsay m.fl. (2010); Gowans m.fl. (2010); Luciano m.fl. (2011); Van Oosterwijck m.fl. (2013).

Anm.: Vi bruger samme indsats og effektmål for fibromyalgi og bindevævssygdomme, da begge sygdomme er karakteriseret ved smerter. Vi udregner effekterne ved at beregne hvor mange pct. sammenligningsgruppen klarer sig bedre sammenlignet med kontrolgruppen efter observationsperioden. Kontrolgruppen får ofte almindelig behandling, hvilket betyder, at effekterne i tabellen skal ses som den ekstra effekt, som indsatsen har, og som derfor rækker udover den almindelige behandling. Effekterne for funktionsevne kan være vurderet ud fra forskellige opgørelsesmetoder i litteraturen, hvorfor der kan være forskelle i effektstørrelser på tværs af grupperne, selvom effektmålet er det samme.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af litteraturgennemgang og egne beregninger.

4.3 Forudsætninger bag potentialeberegninger

Forbehold og antagelser

For at undgå at overvurdere potentialet tager vi højde for, at ikke alle, der tilbydes et forløb, vil deltage. Det kan skyldes, at nogle takker nej, eller at nogle allerede deltager i et relevant forløb. Vi frasorterer derfor en andel af populationen. På baggrund af de effektstudier, der indgår i tabel 4.1, finder vi, at ca. 27 pct. af de personer, der tilbydes at deltage, i gennemsnit takker nej. Vi anvender denne andel som proxy for deltagelsesgrad og frasorterer derfor 27 pct. i hver sygdomsgruppe.

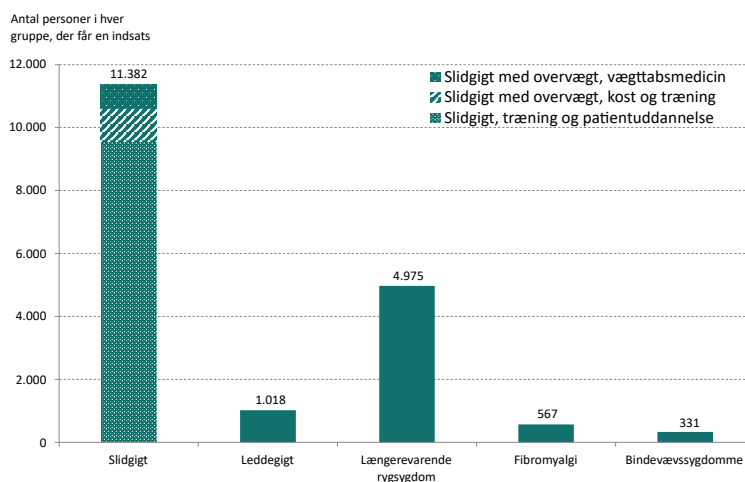
Vi har ikke oplysninger om, hvor mange der allerede deltager i et målrettet trænings- og patientforløb, og det er derfor muligt at antallet der vil takke ja overvurderes. Som beskrevet indledningsvist ved vi dog, at der er en lang række kommuner, som ikke har et kommunalt tilbud til personer med slidgigt. For gruppen med slidgigt og svær overvægt, der tildeles

Vi forventer, at ca. 27 pct. takker nej til en indsats

27 pct. af svært overvægtige modtager allerede vægttabsmedicin

vægttabsmedicin, frasorterer vi dog personer, som allerede kan modtage vægttabsmedicin. Da vi ikke kender andelen i denne undergruppe, estimerer vi den forventede andel af personer med slidgigt og svær overvægt, der allerede modtager vægttabsmedicin, til 27,4 pct.⁹

Figur 4.1 Antal 30-65-årige personer i hver gruppe, der får en indsats



Anm.: Antallet af personer i hver gruppe, der får en indsats i potentialeberegningen er baseret på antallet af nydiagnosticerede personer i 2022, hvoraf 27 pct. er frasorteret, idet vi antager, at en andel i hver gruppe vil takke nej til en indsats. Slidgigtsgruppen er opdelt i tre grupper. De personer, der både har slidgigt og lider af overvægt får tildelt en indsats enten i form af et forløb med vægttabsmedicin eller i form af kost og træning. De resterende personer i slidgigtsgruppen får en indsats i form af træning og patientuddannelse.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Antal personer, der takker ja til en indsats

Efter frasortering af den andel, der forventes at takke nej, ender vi med knap 18.000 nydiagnosticerede gigtpatienter, der får en indsats i vores potentialeberegning. Der er flest personer i grupperne slidgigt og længerevarende ryggsygdomme, jf. figur 4.1. Kun en mindre andel af gruppen med slidgigt får tilbudt et vægttabsforløb målrettet svær overvægt.

Nogle gigtpatienter er aktive, men et forløb kan gavne

Der kan være risiko for, at vi overvurderer antallet af personer, der kan opnå effekt af træning, hvis nogle allerede er fysisk aktive i deres hverdag. En kortlægning af bevægelsesvaner viser, at 35,2 pct. af personer med en gigttilfælde, fx leddegigt*, slidgigt eller inflammatorisk gigt, laver fitness eller fysisk træning mindst én gang om ugen. For personer med fibromyalgi er andelen 30,2 pct. (SDU, 2023). Holdet bag GLA:D fremhæver dog, at personer, der allerede er fysisk aktive, kan have udbytte af et GLA:D-forløb (GLA:D, n.d.). Vi frasorterer derfor ikke personer, der i forvejen er fysisk aktive.

Vi vurderer omkostninger ved indsatser

Input til beregninger

Da potentialerne ved indsatserne omsættes til et økonomisk potentiale, indgår også omkostninger ved indsatserne. Omkostningsestimaterne fremgår af tabel 4.2. Omkostningerne er estimeret som et gennemsnit af listepreiser fra flere klinikker. Det har ikke været muligt at identificere specifikke omkostninger for alle kombinationer af indsatser og sygdomsgruppe. For indsatser med træning og patientuddannelse anvender vi derfor omkostningsestimatet for et forløb med GLA:D knæ/hofte på 2.709 kr./forløb. For indsatsen til ryggsygdomme anvender vi omkostningsestimatet for et forløb med GLA:D ryg på 2.796 kr./forløb.

⁹ Sundhedsdatastyrelsen (2025) angiver, at 267.172 personer anvender vægttabsmedicin. Ud af brugerne er ca. 94 pct. svært overvægtige (Sørensen mfl., 2025). Antallet af personer over 15 år med svær overvægt i 2024 er 916.274 personer (Sundhedsstyrelsen, 2022; Danmarks Statistik, FOLK1AM). $267.172 \cdot 0,94 / 916.274 = 27,4$ pct.

Tabel 4.2 Omkostningsestimater for indsatser til de forskellige gigtgrupper (2024-priser)

Gruppe	Indsats	Omkostning, pr. person	Beregningsmetode
Slidgigt	Træning og patient-uddannelse	2.709 kr./forløb	Et gennemsnit af prisen fra otte forskellige klinikker.
Slidgigt med overvægt 1	Kost- og træningsforløb	4.508 kr./forløb	Et gennemsnit af fire forskellige tilbud med privat træning og diætist med fire møder om ugen i seks uger.
Slidgigt med overvægt 2	Forløb med vægttabs-medicin	18.557 kr./forløb	Et simpelt gennemsnit af priserne for forskellige doser fra 0,25 mg-2,4 mg. ¹⁰
Leddegigt*	Træning og patient-uddannelse	2.709 kr./forløb	Et gennemsnit af prisen fra otte forskellige klinikker.
Længerevarende ryg sygdom	Træning og patient-uddannelse	2.796 kr./forløb	Et gennemsnit af prisen fra fem forskellige klinikker.
Fibromyalgi	Træning og patient-uddannelse	2.709 kr./forløb	Et gennemsnit af prisen fra otte forskellige klinikker.
Bindvævssygdomme	Træning og patient-uddannelse	2.709 kr./forløb	Et gennemsnit af prisen fra otte forskellige klinikker.

Anm.: Angivet i 2024-priser.

Kilde: Egen tilvirkning.

4.4 Resultater

Vi beregner potentialet for nydiagnosticerede

På baggrund af effektstørrelserne fra litteraturen og forudsætningerne beskrevet ovenfor, beregner vi potentialet ved at tilbyde alle nydiagnosticerede i aldersgruppen 30 til 65 år en indsats i et givent år. Potentialet er således udtryk for gevinsten i ét enkelt år, men kan i princippet realiseres hvert efterfølgende år for nye kohorter af nydiagnosticerede. Det skal derfor bemærkes, at der er tale om et konservativt skøn, idet effekten kun beregnes for det første år, og det derfor implicit antages, at effekten ikke varer ved. Hertil kommer, at effekten ved at give indsatsen i ét år vil akkumuleres over tid, hvis hver ny kohorte af nydiagnosticerede tilbydes en indsats. Vi beregner først gevinsten i årsværk pr. år, jf. figur 4.2.

Samlet gevinst på 1.570 årsværk

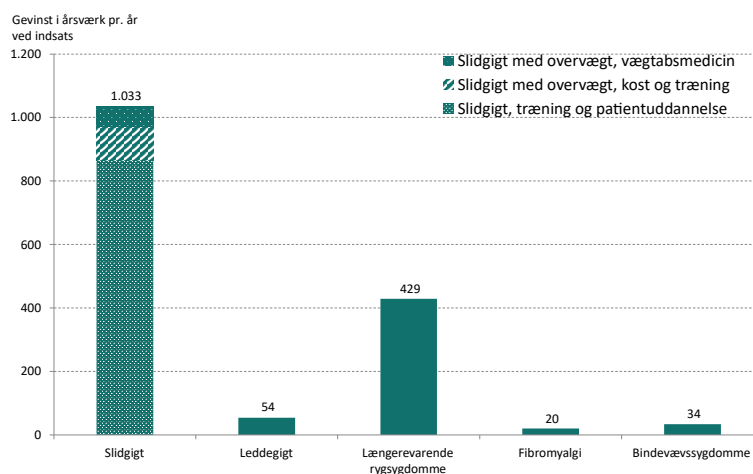
Samlet set udgør gevinsten ved at tilbyde træning og patientuddannelse til alle nydiagnosticerede i aldersgruppen 1.570 årsværk. Det svarer til, at en gennemsnitlig nydiagnosticeret person med en gigtsygdom vil arbejde ca. 165 timer mere om året, som følge af forbedret arbejdsmarkedstilknytning efter indsatsen. Det svarer til ca. tre ekstra arbejdstimer om ugen. Til sammenligning arbejder en nydiagnosticeret med gigtsygdom i gennemsnit ca. 21 timer om ugen med den nuværende behandlingsindsats. Som vist i figur 4.2 varierer gevinsten på tværs af sygdomsgrupper, hvilket både skyldes forskelle i gruppestørrelser og forskelle i effektstørrelser.

Gevinst på 17.200 årsværk, hvis alle med gigtsygdom får indsats

Hvis potentialet beregnes for en indsats målrettet alle 30-64-årige personer med en gigtsygdom, estimeres en gevinst på 17.200 antal årsværk. Dette resultat bygger på en antagelse om, at alle personer med gigtsygdomme har samme beskæftigelsesgrad og opnår samme effekt af en indsats som de nydiagnosticerede uanset sygdommens varighed. Som i den øvrige potentialeberegning frasorteres ca. 27 pct., svarende til den andel, der forventes at takke nej til en indsats.

¹⁰ <https://fitforlivet.dk/priser-medlemskab/>

Figur 4.2 Gevinster målt i årsværk pr. år ved indsatser til de forskellige gigtgrupper



Anm.: I beregningen antages det, at effekten ved de forskellige indsatser kan proximeres som en stigning i beskæftigelsesgraden. Derfor indgår også den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad for hver gruppe af nydiagnosticerede fra matchinganalysen. Vi bruger den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad for de nydiagnosticerede i året efter, at de får diagnosen for at tage højde for, at de allerede kan have fået en almindelig behandling. Dette gør vi, da vores effektstørrelser er udregnet på baggrund af sammenligninger mellem personer med gigtsygdomme og sammenligningsgruppen, hvor kontrolgrupperne ofte får almindelig behandling.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Årlig nettogevinst på 98 mio. kr. for de gigtsyge

I tabel 4.3 omsætter vi gevinsterne til nettogevinster. Nettogevinsten beregnes som det umiddelbare skatteprovenu som følge af en løngevinst ved øget arbejdsmarkedstilknytning fratrukket omkostningerne til indsatsen. På denne baggrund beregner vi en samlet nettogevinst på ca. 98 mio. kr. ved at tilbyde alle nydiagnosticerede i 2022 en indsats.¹¹ Det svarer til en nettogevinst på ca. 5.350 kr. pr. nydiagnosticeret. Som ovenfor skal det bemærkes, at der er tale om en årlig gevinst, hvis alle nydiagnosticerede tilbydes et forløb med træning og patientuddannelse. Det er muligt at gevinsten undervurderes, da der ikke er taget højde for eventuelle gevinster i de efterfølgende år.

¹¹ Vi antager, at omkostninger til uddannelse af trænere og faciliteter indgår i de anvendte listepreiser. Det skal dog bemærkes, at der ved en markant opskælebring af antallet af indsatser over en kort periode formentlig vil være nogle opstartsomkostninger, som vil være meget tidligt i forløbet. Disse omkostninger er ikke medregnet i potentialeberegningen.

Tabel 4.3 Gevinster i skatteprovenu og omkostninger i mio. kr. ved indsatser til patienter i forskellige gigtgrupper

Gruppe	Indsats	Gevinster i skatteprovenu, i mio. kr.	Omkostninger ved indsatser, i mio. kr.	Nettogevinst i mio. kr.
Slidgigt	Træning og patientuddannelse	92	26	66
Slidgigt med overvægt	Kost- og træningsforløb	12	5	7
Slidgigt med overvægt	Forløb med vægttabsmedicin	6	14	-8
Leddegigt*	Træning og patientuddannelse	6	3	3
Rygsygdomme	Træning og patientuddannelse	42	14	28
Fibromyalgi	Træning og patientuddannelse	1	2	-0
Bindeævssygdomme	Træning og patientuddannelse	3	1	2
Samlet		162	64	98

Anm.: I beregningen antages det, at effekten ved de forskellige indsatser kan proximeres som en stigning i beskæftigelsesgraden. Der indgår derfor også den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad for hver gruppe af nydiagnosticerede fra matchinganalysen. Der indgår endvidere gennemsnitligt lønniveau for matchinggruppen på sygdomsgruppeniveau. Vi bruger den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad for de nydiagnosticerede i året efter, at de får diagnosen for at tage højde for, at de allerede kan have fået en almindelig behandling. Dette gør vi, da vores effektstørrelser er udregnet på baggrund af sammenligninger mellem personer med gigtsygdomme og sammenligningsgruppen hvor sammenligningsgrupperne ofte får almindelig behandling. Vi beregner skatteprovenuet ved at tage gennemsnitsskatten af løngevinsten. Niveaue for gennemsnitsskatten er baseret på den gennemsnitlige lønindkomst i hver matchinggruppe.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Skatteministeriet (2025).

B/C ratioen ved indsatser er minimum på 3

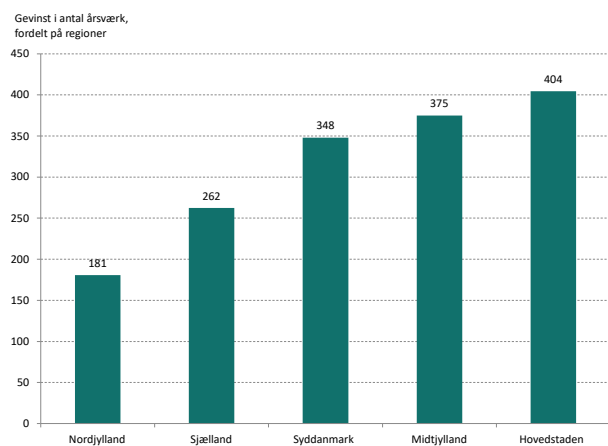
Vores potentialeberegning viser, at indsatserne har en vægtet gennemsnitlig benefit/cost ratio på tre. Det betyder, at det offentlige i gennemsnit får hver investeret krone tre gange igen ved at tilbyde indsatserne vist i tabel 4.1 til alle personer, der lige er blevet diagnosticeret med en gigtsygdom. Det skal hertil bemærkes, at der er en række offentlige besparelser som følge af øget arbejdsmarkedstilknytning for personer med gigtsygdomme, som vi ikke har medregnet i potentialeberegningen. Beregningen skal derfor ses som et konservativt skøn for den potentielle gevinst ved at tilbyde indsatser. Vi medregner fx ikke besparelser på overførselsindkomster og besparelser i sundhedsvæsenet, men udelukkende gevinster på skatteindtægter. Hertil kommer, at vi i beregningen ikke tager højde for fordelingen mellem stat, region og kommune.

Størst gevinst for Region Hovedstaden

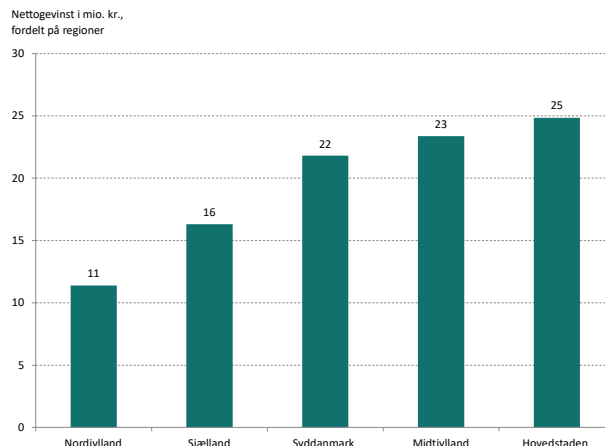
I figur 4.3 viser vi gevinsten i antal årsværk og nettogevinsten fordelt på regioner. Gevinsten er størst i Region Hovedstaden, hvilket primært skyldes, at antallet af nydiagnosticerede er størst her. Dette gælder, selv om andelen med gigtsygdomme er langt højere i andre regioner, fx særligt i Region Syddanmark. Forskelle i sygdomsfordeling og effektstørrelser på tværs af grupper påvirker ligeledes de regionale resultater.

Figur 4.3 Gevinst i antal årsværk og nettogevinst i mio. kr. ved indsats til nydiagnosticerede, fordelt på regioner

Figur 4.3.a Gevinst i antal årsværk



Figur 4.3.b Nettogevinst i mio. kr.



Anm.: I beregningen antages det, at effekten ved de forskellige indsatser kan proximeres som en stigning i beskæftigelsesgraden. Der indgår derfor også den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad for hver gruppe af nydiagnosticerede fra matchinganalysen. Der indgår desuden gennemsnitligt lønniveau for matchinggruppen på sygdomsgruppeniveau.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Der er gevinster vi ikke har med

Da potentialeberegningerne primært fokuserer på løn- og produktivitetsgvinster, indgår en række øvrige samfundsøkonomiske gevinster ikke. Det gælder blandt andet sparede overførselsudgifter, sparede udgifter i sygehusvæsenet samt højere skatteindtægter. Hertil kommer værdien af forbedret livskvalitet, der ofte måles som kvalitetsjusterede leveår (QALY), eksempelvis som følge af øget funktionsevne og større selvhjulpethed. Indsatserne vil sandsynligvis også føre til ovenstående gevinster, som ikke indgår i beregningerne.

Udbredelsen af indsatser kan have effekt på ventetid

Ventetid på behandling kan have betydning for arbejdsmarkedstilknytningen blandt personer med gigtsygdomme. Vores analyser viser, at personer med gigtsygdomme har et markant højere sygefravær end sammenligningsgruppen i årene omkring diagnosetidspunktet, jf. figur 3.1. Samtidig viser de effektstudier, der indgår i vores potentialeberegning, at indsatser som træning og patientuddannelse er forbundet med forbedringer i funktionsevne, sygefravær og arbejdsevne. En bredere udbredelse af disse indsatser vil forventeligt kunne reducere ventetider til behandling, hvilket tilsvarende vil kunne forkorte perioden med sygefravær blandt personer med gigtsygdomme. Det indikerer, at tidligere igangsættelse af udredning og behandling vil medføre gevinster for både den enkelte og samfundet. Det har imidlertid ikke været muligt at identificere studier, der direkte estimerer effekten af ventetid til udredning eller behandling på arbejdsmarkedstilknytning blandt personer med gigtsygdomme. Effekten af at reducere ventetid til behandling er ikke indregnet i vores potentialeberegning.

Vi finder betydelige gevinster

Samlet set viser resultaterne i dette afsnit, at målrettede indsatser til personer med gigtsygdomme kan give betydelige gevinster både i form af øget arbejdsudbud og nettogevinst for personer med gigtsygdomme. Selv under konservative antagelser overstiger gevinsterne klart omkostningerne. Det skal endvidere bemærkes, at antagelsen om at kun en andel af de gigtsyge vil tage imod et tilbud, sandsynligvis er noget, der aktivt kan påvirkes. Fx kunne man tilrettelægge indsatsen således, at incitamentene til at takke ja til et forløb blev højere, fx ved at det var en betingelse at takke ja, for at blive tilbudt et kommunalt beskæftigelsesforløb eller lignende. Ved at skrue på de kommunale incitamentter kunne man derfor potentielt øge den forventede gevinst.

Følsomhedsberegninger

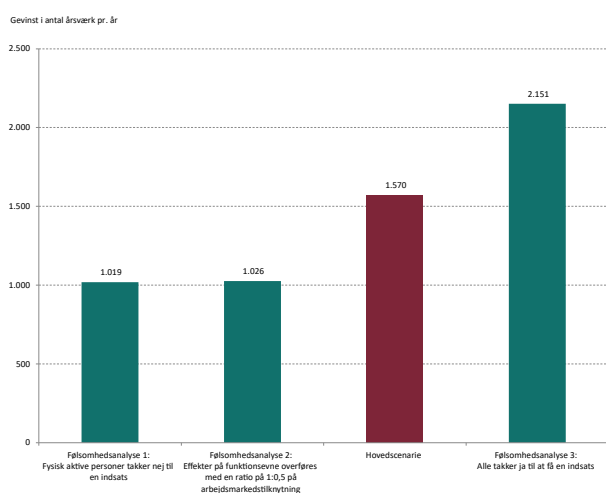
Vi har lavet tre følsomhedsanalyser

Der er gennemført tre følsomhedsanalyser for at vurdere robustheden af resultaterne i potentialeberegningen:

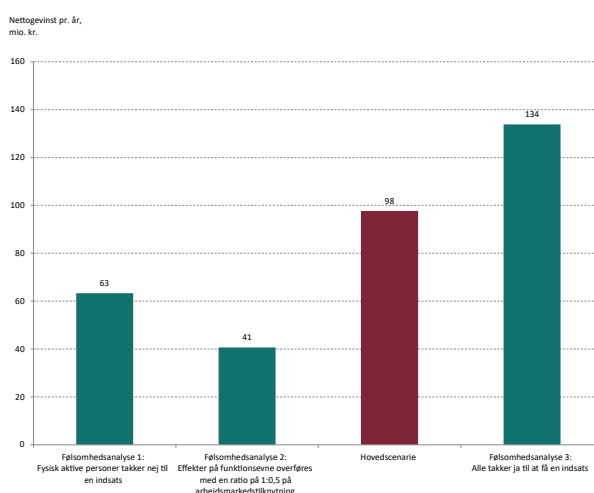
1. De personer i hver gigtdgruppe, som allerede er fysisk aktive, takker nej til en indsats
2. Effekten på funktionsevne som følge af træning og patientuddannelse overføres til arbejdsmarkedstilknytningen med en ratio på 1:0,5.
3. Ingen takker nej til en indsats.

Figur 4.4 Resultater fra potentialeberegning (hovedscenarie) og følsomhedsanalyser

Figur 4.4.a Gevinst i antal årsværk pr. år



Figur 4.4.b Nettogevinst pr. år, i mio. kr.



Anm.: I beregningen antages, at effekten ved de forskellige indsatser kan approksimeres til en stigning i beskæftigelsesgraden. Der indgår derfor den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad for hver gruppe af nydiagnosticerede fra matchinganalysen. I følsomhedsberegning 1 frasorteres personer, som forventes at være fysisk aktive. I følsomhedsanalyse 2 er effekten målt på funktionsevne overført til en effekt på arbejdsmarkedstilknytning med en faktor 1:0,5. I hovedscenariet er effekten på funktionsevne overført med en faktor 1:1. I følsomhedsanalyse 3 medregnes alle nydiagnosticerede i hver gruppe med en antagelse om, at alle takker ja til en indsats.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Følsomhedsberegning 1

Vi frasorterer andelen af fysisk aktive i hver gruppe

Der kan være personer i hver gigtdgruppe, der allerede er fysisk aktive, og som derfor vælger at takke nej til at få en indsats. I denne følsomhedsberegning frasorteres disse personer. Det betyder, at vi først frasorterer ca. 27 pct., som i hovedscenariet, og derefter frasorterer andelen af personer i hver gruppe, som forventeligt er fysisk aktive. Vi anvender resultaterne fra SDU (2023), som kortlægger bevægelsesvaner for personer med gigtd. SDU (2023) viser, at ca. 35,3 pct. af personer med en gigtdlidelse, herunder personer med leddegigt*, slidgigt eller inflammatorisk gigtd, laver fitness eller fysisk træning mindst én gang om ugen. For personer med fibromyalgi er andelen 30,2 pct. Vi antager derfor i følsomhedsberegning 1, at 35,3 pct. af personer med slidgigt, leddegigt* og rygsygdomme er fysisk aktive, og at 30,2 pct. af personer med fibromyalgi og bindevævssygdomme er fysisk aktive.¹² Vi antager i følsomhedsberegning 1, at disse personer vil takke nej til en indsats, hvorfor de ikke indgår i beregningen. Som det fremgår af figur 4.4, falder den årlige gevinst i antal årsværk til 1.019, og nettogevinsten falder til 63 mio. kr.

¹² Vi anvender samme andel af fysisk aktive personer i gruppen af personer med bindevævssygdomme som for gruppen af personer med fibromyalgi, da vi ikke har nogle opgørelser over den fysiske aktivitet for personer med bindevævssygdomme.

Vi nedskalerer ratio mellem funktions- og arbejdssevne...

Følsomhedsberegning 2

Der findes ikke en standardmetode til at omsætte ændringer i funktionsevne til ændringer i arbejdsmarkedstilknytning. I hovedscenariet er effekten på funktionsevne overført til arbejdsmarkedstilknytning med en ratio på 1:1. I følsomhedsberegning 2 anvendes i stedet en mere konservativ antagelse, hvor effekten overføres med en ratio på 1:0,5. Det indebærer, at en forbedring i funktionsevnen på 20 pct. svarer til en stigning i arbejdsmarkedstilknytningen på 10 pct. Som det fremgår af figur 4.4 vil det reducere den potentielle årlige gevinst til 1.026 årsværk og give en nettogevinst på 41 mio. kr.

... og undersøger effekten af, at alle siger ja til indsats

Følsomhedsberegning 3

Det er usikkert, hvor mange personer med gigtsygdomme, der vælger at takke ja til en indsats. I hovedscenariet er der frasortet 27 pct. i hver gruppe, svarende til det gennemsnitlige frafald i de studier, der indgår i potentialeberegningen. Det kan dog argumenteres, at færre vil fravælge indsatsen, hvis den tilbydes uden egenbetaling, og det ikke er som en del af et lodtrækningsforsøg. I denne følsomhedsberegning antages derfor, at alle i hver gruppe takker ja til en indsats. Som det fremgår af figur 4.4, stiger den årlige gevinst i antal årsværk til 2.151, og nettogevinsten stiger til 134 mio. kr.

Potentialeberegning en er robust over for antagelser

Potentialeberegningen er samlet set robust over for de antagelser, vi har gjort os. Nettogevinsten er positiv i alle følsomhedsberegninger, og gevinsten i antal årsværk varierer fra 1.019 til 2.151 pr. år.



5. Litteraturliste

Arnold, C. M., & Faulkner, R. A. (2010). The effect of aquatic exercise and education on lowering fall risk in older adults with hip osteoarthritis. *Journal of aging and physical activity*, 18(3), 245–260. <https://doi.org/10.1123/japa.18.3.245>

Blackwell, M., Iacus, S., King, G. og Porro, G. (2010). *Cem: Coarsened Exact Matching in Stata*. Tilgængelig på: <https://gking.harvard.edu/files/cem-stata.pdf>

Bliddal, H., Bays, H., Czernichow, S., Uddén Hemmingsson, J., Hjelmæsæth, J., Hoffmann Morville, T., Koroleva, A., Skov Neergaard, J., Vélez Sánchez, P., Wharton, S., Wizert, A., Kristensen, L. E., & STEP 9 Study Group (2024). Once-Weekly Semaglutide in Persons with Obesity and Knee Osteoarthritis. *The New England journal of medicine*, 391(17), 1573–1583. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2403664>

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2016). Ny forskning kortlægger forholdene for patienter med leddegigt på arbejdsmarkedet. <https://nfa.dk/nyt/nyheder/2016/ny-forskning-kortlaegger-forholdene-for-patienter-med-leddegigt-paa-arbejdsmarkedet?>

Faas, A., van Eijk, J. T., Chavannes, A. W., & Gubbels, J. W. (1995). A randomized trial of exercise therapy in patients with acute low back pain. Efficacy on sickness absence. *Spine*, 20(8), 941–947. <https://doi.org/10.1097/00007632-199504150-00012>

Gigtforeningen (2024). Tal om gigt. <tal-om-gigt-2024-gigtforeningen.pdf>

GLA:D (2025). Årsrapport 2023-2024. <https://glaid.dk/pdf/%C3%85rsrapport%202023-24%20DAN.pdf>

GLA:D (n.d.). Hvad er GLA:D?. <https://glaid.dk/training.html>

Gowans, S. E., deHueck, A., Voss, S., Silaj, A., Abbey, S. E., & Reynolds, W. J. (2001). Effect of a randomized, controlled trial of exercise on mood and physical function in individuals with fibromyalgia. *Arthritis and rheumatism*, 45(6), 519–529. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200112\)45:6<519::aid-art377>3.0.co;2-3](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200112)45:6<519::aid-art377>3.0.co;2-3)

Hammond, A., O'Brien, R., Woodbridge, S., Bradshaw, L., Prior, Y., Radford, K., Culley, J., Whitham, D., & Ruth Pulikottil-Jacob (2017). Job retention vocational rehabilitation for employed people with inflammatory arthritis (WORK-IA): a feasibility randomized controlled trial. *BMC musculoskeletal disorders*, 18(1), 315. <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1671-5>

Hartvigsen, J., Morsø, L., Bendix, T., & Manniche, C. (2010). Supervised and non-supervised Nordic walking in the treatment of chronic low back pain: a single blind randomized clinical trial. *BMC musculoskeletal disorders*, 11, 30. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-30>

Indahl, A., Velund, L., & Reikeraas, O. (1995). Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial. *Spine*, 20(4), 473–477. <https://doi.org/10.1097/00007632-199502001-00011>

Jellema, P., van der Windt, D. A., van der Horst, H. E., Twisk, J. W., Stalman, W. A., & Bouter, L. M. (2005). Should treatment of (sub)acute low back pain be aimed at psychosocial prognostic factors? Cluster randomised clinical trial in general practice. *BMJ (Clinical research ed.)*, 331(7508), 84. <https://doi.org/10.1136/bmj.38495.686736.E0>

Keysor, J. J., LaValley, M. P., Brown, C., Felson, D. T., AlHeresh, R. A., Vaughan, M. W., Yood, R., Reed, J. I., & Al-laire, S. J. (2018). Efficacy of a Work Disability Prevention Program for People with Rheumatic and Musculoskeletal Conditions: A Single-Blind Parallel-Arm Randomized Controlled Trial. *Arthritis care & research*, 70(7), 1022–1029. <https://doi.org/10.1002/acr.23423>

King, G. & Nielsen, R. (2019). Why Propensity Scores Should Not Be Used for Matching. *Political Analysis*, 27(4).

KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (2012). At leve med gigt – Gigts betydning for livskvalitet og økonomi. <https://www.vive.dk/media/pure/9154/2050003>

Krauß, I., Steinhilber, B., Haupt, G., Miller, R., Martus, P., & Janßen, P. (2014). Exercise therapy in hip osteoarthritis—a randomized controlled trial. *Deutsches Arzteblatt international*, 111(35-36), 592–599. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0592>

- Luciano, J. V., Martínez, N., Peñarrubia-María, M. T., Fernández-Vergel, R., García-Campayo, J., Verduras, C., Blanco, M. E., Jiménez, M., Ruiz, J. M., López del Hoyo, Y., Serrano-Blanco, A., & FibroQoL Study Group (2011). Effectiveness of a psychoeducational treatment program implemented in general practice for fibromyalgia patients: a randomized controlled trial. *The Clinical journal of pain*, 27(5), 383–391. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31820b131c>
- Macedo, A. M., Oakley, S. P., Panayi, G. S., & Kirkham, B. W. (2009). Functional and work outcomes improve in patients with rheumatoid arthritis who receive targeted, comprehensive occupational therapy. *Arthritis and rheumatism*, 61(11), 1522–1530. <https://doi.org/10.1002/art.24563>
- Madsen, C. M. T., Bisgaard, S. K., Primdahl, J., Christensen, J. R., & von Bülow, C. (2021). A Systematic Review of Job Loss Prevention Interventions for Persons with Inflammatory Arthritis. *Journal of occupational rehabilitation*, 31(4), 866–885. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09972-9>
- Messier SP, Beavers DP, Queen K, et al. Effect of Diet and Exercise on Knee Pain in Patients With Osteoarthritis and Overweight or Obesity: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2022;328(22):2242–2251. doi:10.1001/jama.2022.21893
- Molde Hagen, E., Grasdahl, A., & Eriksen, H. R. (2003). Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain: a 3-year follow-up study. *Spine*, 28(20), 2309–2316. <https://doi.org/10.1097/01.BRS.0000085817.33211.3F>
- Ramsay, C., Moreland, J., Ho, M., Joyce, S., Walker, S., & Pullar, T. (2000). An observer-blinded comparison of supervised and unsupervised aerobic exercise regimens in fibromyalgia. *Rheumatology (Oxford, England)*, 39(5), 501–505. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/39.5.501>
- Roos E, Bliddal H, Christensen R, Hartvigsen J, Mølgaard C, Sjøgaard K, Zebis MK. Forebyggelse af skader og sygdomme i muskler og led. København: Vidensråd for Forebyggelse. 2015 1-120.
- Russo, F., Di Tecco, C., Russo, S., Petrucci, G., Vadalà, G., Denaro, V., & Iavicoli, S. (2024). Importance of an Integrated Assessment of Functional Disability and Work Ability in Workers Affected by Low Back Pain. *Safety and health at work*, 15(1), 66–72. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2023.11.004>
- SDU (2018). Leddegigt i Danmark – Nøgletal 2018. https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2018/leddegigt_i_danmark
- SDU (2023). Bevægelsesvaner hos personer med gigtssygdomme. https://www.gigtforeningen.dk/media/8187/bevaegelsesvaner_2023.pdf
- SDU (2024). Produktionstab ved lænderygsmarter i Danmark. https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2024/produktionstab_ved_laenderygsmarter_i_danmark
- Seferlis, T., Németh, G., Carlsson, A. M., & Gillström, P. (1998). Conservative treatment in patients sick-listed for acute low-back pain: a prospective randomised study with 12 months' follow-up. *European spine journal* : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society, 7(6), 461–470. <https://doi.org/10.1007/s005860050109>
- Skatteministeriet (2025). Skatteøkonomisk Redegørelse 2025. <https://skm.dk/media/0ykkq4f0/skatteoeonomisk-redegoerelse-2025.pdf>
- Skou, S. T., Rasmussen, S., Laursen, M. B., Rathleff, M. S., Arendt-Nielsen, L., Simonsen, O., & Roos, E. M. (2015). The efficacy of 12 weeks non-surgical treatment for patients not eligible for total knee replacement: a randomized controlled trial with 1-year follow-up. *Osteoarthritis and cartilage*, 23(9), 1465–1475.
- Statens Institut for Folkesundhed (2022). Muskel- og skeletlidelser i Danmark. Nøgletal 2022.
- Sundhedsdatastyrelsen (2025). Information om statistikken Vægttabs- og diabetesmedicin. <https://sundhedsdata-bank.dk/medicin/medicintyper>
- Sundhedsstyrelsen (2022). Danskernes sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2021. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedsprofil/Sundhedsprofilen.ashx>
- Sundhedsstyrelsen (2021). Nationale kliniske retningslinjer. Hofteartrose – ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/NKR-Hofteartrose/1-National-klinisk-retningslinje-for-hofteartrose.ashx?sc_lang=da&hash=EF99C529325CC6FE4EE01504599EED34
- Sundhedsstyrelsen (2019). Nationale kliniske retningslinjer. Behandling af nyopståede lænderygsmarter. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/NKR-l%C3%A6nderygsmarter/National-klinisk-retningslinje-laenderygsmarter.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2018). Nationale kliniske retningslinjer. Udredning og behandling af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/NKR-generaliserede-smerter/National-klinisk-retningslinje-for-generaliserede-smerter-i-bev%C3%A6geapparatet.ashx>

Sørensen, M. S., Pottegård, A., Andersen, N. E., Thomsen, R. W., & Lundby, C. (2025). Survey among adult users of semaglutide for weight loss in Denmark: User characteristics, treatment expectations and experienced effects. *Diabetes, obesity & metabolism*, 27(4), 2214–2222. <https://doi.org/10.1111/dom.16222>

Tak, E., Staats, P., Van Hespren, A., & Hopman-Rock, M. (2005). The effects of an exercise program for older adults with osteoarthritis of the hip. *The Journal of rheumatology*, 32(6), 1106–1113.

Van Oosterwijck, J., Meeus, M., Paul, L., De Schryver, M., Pascal, A., Lambrecht, L., & Nijs, J. (2013). Pain physiology education improves health status and endogenous pain inhibition in fibromyalgia: a double-blind randomized controlled trial. *The Clinical journal of pain*, 29(10), 873–882. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31827c7a7d>

Verian (2025). Forebyggelse, behandling og rehabilitering af gigt. Kommunal kortlægning for Gigtforeningen. Oktober 2025. https://www.veriangroup.com/hubfs/Gigtforeningen%20kommunal%20kortl%C3%A6gning%202025_Verian.pdf

6. Bilag

Bilag 1

Tabel 6.1 Oversigt af diagnoseafgrænsning og inddeling i gigtgrupper

Gruppe	Målgruppebeskrivelse	Diagnosekoder	Forventet indsats
Gruppe 1	Slidgigt	DM15: Slidgigt i flere led DM16: Hofteartrose DM17: Knæartrose DM18: Slidgigt i tommelfingers rodled DM19: Andre former for slidgigt DK076D: Slidgigt i kæbeled	Indsats 1a: Træning og patientuddannelse Indsats 1b: Kost og træning til overvægtige med relevante slidgigtsdiagnoser Indsats 1c: Forløb med vægttabsmedicin
Gruppe 2	Længerevarende ryg sygdom	DM40: Kyfose og lordose DM41: Skoliose DM42: Osteokondrose i rygsøjle DM43: Andre deformerende ryg sygdomme DM45: Spondylitis ankylopoietica DM46: Andre inflammatoriske spondylopatier DM47: Spondylose DM48: Andre sygdomme i rygsøjlen DM49: Sygdomme i rygsøjlen ved sygdomme klassificeret andetsteds	Indsats 2: Træning og patientuddannelse
Gruppe 3	Leddegigt*	DM05: Seropositiv leddegigt DM06: Andre former for leddegigt DM07: Psoriatisk atropati og atropati ved tarmlidelse	Indsats 3: Træning og patientuddannelse
Gruppe 4	Bindevævssygdomme	DM30: Polyarteritis nodosa og beslægtede sygdomme DM31: Andre nekrotiserende vaskuliter DM32: Systemisk lupus erythematosus DM33: Dermatopolymyositis DM34: Systemisk sklerodermi	Indsats 4: Træning og patientuddannelse
Gruppe 5	Fibromyalgi	DM797: Fibromyalgi	Indsats 5: Træning og patientuddannelse

Anm.: Diagnosekoder fra Landspatientregisteret.

Kilde: Egen tilvirkning.

Bilag 2

Tabel 6.2 Balancetest ved matching og udvalgte variabler

Balancetest inden matching	Balancetest efter matching	Antal observationer inden matching	Antal matches efter	Matchede variabler
0,389	0,305	Treatment: 92.531 Kontrol: 2.394.861	Treatment: 91.802 Kontrol: 1.816.815	Alder, køn, herkomst, uddannelsesgrupper, region, status på arbejdsmarkedet 6 år før, antal lægekontakter 6 år før, år

Anm.: Balancetest angiver L1 værdi før og efter matching. Der anvendes coarsened exact matching.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Bilag 3

Boks 6.1 Sådan har vi opgjort tabt arbejdsmængde

Den tabte arbejdsmængde opgøres ud fra de tre kilder beskrevet nedenfor:

Tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet

Tabt arbejdsmængde grundet tidlig tilbagetrækning opgøres på baggrund af information fra DREAM-databasen i perioden 2010-2024. Personer på førtidspension (ydelseskode 783, 784), seniorpension (ydelseskode 785), tidlig pension (ydelseskode 786) samt efterløn (ydelseskode 621) anses for at have trukket sig tidligt tilbage.

Sygefravær

Tabt arbejdsmængde grundet sygdom opgøres på to måneder. Langvarig sygdom opgøres på baggrund af information fra DREAM-databasen i perioden 2010-2024. Det omfatter personer, der har været sygemeldte i mere end fire uger, og derfor har modtaget sygedagpenge (ydelseskode 890, 893-899, 774). Til opgørelsen af tabt arbejdsmængde grundet kortere sygdomsforløb (under fire uger) anvender vi Danmarks Statistiks register for fraværsperioder (FRPE) i perioden 2010-2024. Tabt arbejdsmængde grundet kortvarig sygdom indgår kun, hvis fraværsårsagen skyldes egen sygdom (1100 - Egen sygdom).

Nedsat arbejdstid

Tabt arbejdsmængde grundet nedsat arbejdstid opgøres på baggrund af information fra DREAM-databasen i perioden 2010-2024. Vi anvender den månedlige beskæftigelsesgrad (Grad_yyy_mm) til opgørelse af tabt arbejdsmængde grundet nedsat arbejdstid. Graden af beskæftigelse kan højst være 1 pr. job, hvorfor man godt kan have en beskæftigelsesgrad på over 1, hvis man i perioden har haft flere jobs. Personer optræder kun i registret, hvis man i perioden har betalt arbejdsmarkedsbidrag.

Bilag 4

Tabel 6.3 Gennemsnitlige karakteristika for personer med gigtsygdomme og sammenligningsgruppen før og efter matching

Variabel	Før matching		Efter matching	
	Personer med gigtsygdomme	Sammenligningsgruppe	Personer med gigtsygdomme	Sammenligningsgruppe
Andel kvinde (pct.)	55,6 pct.	49,7 pct.	55,6 pct.	55,6 pct.
Alder, gennemsnit (år)	49,9	45,4	49,9	49,9
Dansk herkomst, andel (pct.)	90,2 pct.	87,6 pct.	90,6 pct.	90,6 pct.
Arbejder fuldtid seks år før (pct.)	80,1 pct.	80,0 pct.	80,4 pct.	80,4 pct.
Gns. beskæftigelsesgrad seks år før (pct.)	60,5 pct.	59,7 pct.	60,9 pct.	61,6 pct.
Antal besøg hos almen læge seks år før	8,6	6,1	8,5	8,3
Andel ufaglært eller uoplyst (pct.)	27,5 pct.	24,0 pct.	27,5 pct.	27,5 pct.
Andel erhvervsfaglig, kort og mellemlang uddannelse (pct.)	66,2 pct.	62,2 pct.	66,3 pct.	64,9 pct.
Andel lang uddannelse (pct.)	6,2 pct.	13,8 pct.	6,2 pct.	7,6 pct.
Andel beskæftiget seks år før (pct.)	78,8 pct.	79,6 pct.	79,1 pct.	79,1 pct.
Andel arbejdsløse seks år før (pct.)	4,4 pct.	4,2 pct.	4,1 pct.	4,2 pct.
Andel uden for arbejdsstyrken (pct.)	16,7 pct.	16,2 pct.	16,7 pct.	16,7 pct.

Anm.: Gns. beskæftigelsesgrad, og om man arbejder fuldtid seks år før diagnosetidspunktet, indgår ikke i matchingen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Bilag 5

Tabel 6.4 Gennemsnitsløn i matchinggruppe som input i potentialeberegning

Gruppe	Gennemsnitsløn i matchinggruppe i 2024-priser (kr./år)
Slidgigt	358.108
Leddegigt*	346.663
Rygsygdomme	334.389
Fibromyalgi	231.734
Bindevævssygdomme	336.421

Anm.: Lønnen er beregnet som et gennemsnit af lønnen fra hver matchinggruppe i året efter diagnosetidspunktet og omregnet til et 2024-prisniveau.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Bilag 6

Tabel 6.5 Regressionsresultater for OLS-model med vægte, beskæftigelse

Variable	Model 1 5 år før diag- nose	Model 2 4 år før diag- nose	Model 3 3 år før diag- nose	Model 4 2 år før diag- nose	Model 5 1 år før diag- nose	Model 6 1 år efter diag- nose	Model 7 2 år efter diag- nose	Model 8 3 år efter diag- nose	Model 9 4 år efter diag- nose	Model 10 5 år efter diag- nose
Har gået	0,00691*** (0,000688)	0,00646*** (0,000788)	0,00537*** (0,000839)	0,00175** (0,000879)	-0,00804*** (0,000926)	-0,0294*** (0,000998)	-0,0409*** (0,00106)	-0,0364*** (0,00109)	-0,0323*** (0,00113)	-0,0302*** (0,00116)
Beskæftigelsesgrad 6 år før	0,0556*** (0,00129)	0,0835*** (0,00165)	0,0889*** (0,00180)	0,0919*** (0,00194)	0,0978*** (0,00209)	0,103*** (0,00231)	0,107*** (0,00249)	0,108*** (0,00255)	0,111*** (0,00264)	0,109*** (0,00272)
Branchegruppe 6 år før										
Landbrug, skovbrug og fi- skerier	-0,00663 (0,0123)	0,0118 (0,0211)	0,0154 (0,0297)	-0,0363* (0,0214)	-0,0386 (0,0244)	-0,0205 (0,0351)	-0,0305 (0,0375)	0,0355 (0,0507)	0,0522 (0,0554)	-0,00441 (0,0454)
Industri, råstoffer, forsyning	-0,00267 (0,0121)	0,0233 (0,0208)	0,0315 (0,0295)	-0,0185 (0,0209)	-0,0188 (0,0240)	0,0106 (0,0346)	0,00237 (0,0371)	0,0704 (0,0503)	0,0867 (0,0550)	0,0225 (0,0449)
Bygge og anlæg	-0,00147 (0,0121)	0,0238 (0,0208)	0,0298 (0,0295)	-0,0231 (0,0210)	-0,0243 (0,0240)	0,00238 (0,0347)	-0,0104 (0,0371)	0,0589 (0,0504)	0,0824 (0,0551)	0,0165 (0,0450)
Handel og transport mv.	-0,00826 (0,0121)	0,0151 (0,0208)	0,0200 (0,0295)	-0,0308 (0,0209)	-0,0335 (0,0240)	-0,00561 (0,0346)	-0,0148 (0,0371)	0,0546 (0,0503)	0,0731 (0,0550)	0,00868 (0,0449)
Information og kommunika- tion	-0,00458 (0,0121)	0,0219 (0,0208)	0,0295 (0,0295)	-0,0213 (0,0210)	-0,0227 (0,0241)	0,00298 (0,0347)	-0,00861 (0,0372)	0,0637 (0,0504)	0,0791 (0,0551)	0,0202 (0,0450)
Finansiering og forsikring	-0,000691 (0,0122)	0,0295 (0,0208)	0,0373 (0,0295)	-0,0155 (0,0210)	-0,0139 (0,0241)	0,0172 (0,0347)	0,00598 (0,0372)	0,0717 (0,0504)	0,0873 (0,0551)	0,0186 (0,0450)
Ejendomshandel og udlej- ning	-0,00447 (0,0123)	0,0227 (0,0210)	0,0269 (0,0296)	-0,0307 (0,0213)	-0,0377 (0,0244)	-0,00862 (0,0349)	-0,0167 (0,0374)	0,0553 (0,0506)	0,0701 (0,0553)	0,00936 (0,0453)
Erhvervs-service	-0,00931 (0,0121)	0,0137 (0,0208)	0,0188 (0,0295)	-0,0324 (0,0210)	-0,0369 (0,0240)	-0,00968 (0,0347)	-0,0194 (0,0371)	0,0505 (0,0503)	0,0679 (0,0550)	0,00528 (0,0449)
Off. Adm. undervisn., sund- hed	-0,00185 (0,0121)	0,0268 (0,0208)	0,0336 (0,0295)	-0,0184 (0,0209)	-0,0206 (0,0240)	0,00764 (0,0346)	-0,00291 (0,0371)	0,0649 (0,0503)	0,0796 (0,0550)	0,0123 (0,0449)
Kultur, fritid, anden service	-0,0106 (0,0123)	0,0156 (0,0209)	0,0227 (0,0295)	-0,0270 (0,0211)	-0,0321 (0,0241)	-0,00588 (0,0347)	-0,0148 (0,0372)	0,0565 (0,0504)	0,0741 (0,0551)	0,0109 (0,0450)
Uoplyst aktivitet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Konstant	0,803*** (0,00944)	0,759*** (0,0162)	0,747*** (0,0230)	0,783*** (0,0163)	0,780*** (0,0187)	0,751*** (0,0270)	0,749*** (0,0289)	0,686*** (0,0392)	0,658*** (0,0428)	0,693*** (0,0350)
Observationer	1.796.839	1.796.839	1.796.839	1.796.839	1.796.839	1.796.839	1.796.839	1.796.839	1.796.839	1.796.839
R-squared	0,689	0,606	0,564	0,533	0,509	0,483	0,453	0,430	0,410	0,395

Anm.: Robuste standardfejl i parentes. ***p<0,01 **p<0,05 *p<0,1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Bilag 7

Tabel 6.6 Regressionsresultater for OLS-model med vægte, førtidspension mv.

Variable	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7	Model 8	Model 9	Model 10
	5 år før diag-nose	4 år før diag-nose	3 år før diag-nose	2 år før diag-nose	1 år før diag-nose	1 år efter diag-nose	2 år efter diag-nose	3 år efter diag-nose	4 år efter diag-nose	5 år efter diag-nose
Har gligt	0,00183*** (0,000353)	0,00196*** (0,000317)	0,00119*** (0,000269)	0,000651*** (0,000228)	0,000722*** (0,000202)	0,00263*** (0,000287)	0,00955*** (0,000389)	0,0124*** (0,000440)	0,0122*** (0,000470)	0,0110*** (0,000492)
Beskæftigelsesgrad 6 år før	-0,00797*** (0,000802)	-0,00706*** (0,000778)	-0,00664*** (0,000651)	-0,00385*** (0,000532)	-0,00325*** (0,000377)	-0,00530*** (0,000607)	-0,00723*** (0,000856)	-0,00771*** (0,00102)	-0,00941*** (0,00112)	-0,00764*** (0,00114)
Branchegruppe 6 år før										
Landbrug, skovbrug og fiskeri	-0,00685 (0,00927)	0,00626*** (0,00222)	-0,00292 (0,00511)	-0,00173 (0,00670)	0,00191 (0,00121)	-0,0117 (0,0100)	0,0122 (0,00816)	-0,0224 (0,0369)	0,00638* (0,00380)	0,00352 (0,0100)
Industri, råstoffer, forsyning	-0,00514 (0,00918)	0,00597*** (0,00150)	-0,00111 (0,00500)	-0,00323 (0,00655)	0,00153*** (0,000560)	-0,0136 (0,00990)	0,00906 (0,00780)	-0,0178 (0,0368)	0,00684** (0,00290)	0,00676 (0,00982)
Bygge og anlæg	-0,00582 (0,00920)	0,00840*** (0,00167)	-0,00118 (0,00502)	-0,00286 (0,00656)	0,00120* (0,000626)	-0,0145 (0,00992)	0,00885 (0,00784)	-0,0188 (0,0368)	0,00929*** (0,00306)	0,00758 (0,00986)
Handel og transport mv.	-0,00564 (0,00917)	0,00603*** (0,00150)	-0,00136 (0,00499)	-0,00272 (0,00655)	0,00187*** (0,000550)	-0,0137 (0,00990)	0,00890 (0,00781)	-0,0177 (0,0368)	0,00729** (0,00290)	0,00544 (0,00980)
Information og kommunikation	-0,00798 (0,00919)	0,00333*** (0,00157)	-0,00248 (0,00501)	-0,00409 (0,00655)	0,000890 (0,000608)	-0,0158 (0,00990)	0,00795 (0,00784)	-0,0221 (0,0369)	0,00290 (0,00299)	0,00271 (0,00986)
Finansiering og forsikring	-0,00690 (0,00921)	0,00450*** (0,00172)	-0,00231 (0,00503)	-0,00483 (0,00655)	0,000517 (0,000624)	-0,0151 (0,00992)	0,00601 (0,00782)	-0,0216 (0,0368)	0,00389 (0,00307)	0,00312 (0,00987)
Ejendomshandel og udlejning	-0,00509 (0,00937)	0,00406* (0,00211)	0,00162 (0,00533)	-0,00447 (0,00658)	0,00183* (0,000962)	-0,0105 (0,0100)	0,00779 (0,00796)	-0,0186 (0,0369)	0,00754** (0,00385)	0,00583 (0,0101)
Erhvervsservice	-0,00663 (0,00918)	0,00543*** (0,00153)	-0,000570 (0,00501)	-0,00261 (0,00656)	0,00174*** (0,000592)	-0,0141 (0,00991)	0,00899 (0,00782)	-0,0165 (0,0368)	0,00791*** (0,00296)	0,00582 (0,00983)
Off. adm. undervisn., sundhed	-0,00566 (0,00917)	0,00625*** (0,00148)	-0,00100 (0,00499)	-0,00245 (0,00655)	0,00181*** (0,000516)	-0,0132 (0,00990)	0,00972 (0,00780)	-0,0168 (0,0368)	0,00906*** (0,00287)	0,00706 (0,00980)
Kultur, fritid, anden service	-0,00574 (0,00923)	0,00414** (0,00171)	-0,00191 (0,00504)	-0,00397 (0,00657)	0,000983 (0,000639)	-0,0145 (0,00993)	0,00708 (0,00786)	-0,0193 (0,0369)	0,00613* (0,00316)	0,00405 (0,00989)
Uoplyst aktivitet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Konstant	0,0200*** (0,00716)	0,00755*** (0,00117)	0,0108*** (0,00390)	0,00902* (0,00511)	0,00533*** (0,000431)	0,0199*** (0,00772)	0,00480 (0,00608)	0,0278 (0,0287)	0,0119*** (0,00226)	0,0153** (0,00765)
Observationer	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623
R-squared	0,142	0,133	0,144	0,139	0,138	0,161	0,176	0,171	0,164	0,156

Anm.: Robuste standardfejl i parentes. ***p<0,01 **p<0,05 *p<0,1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Bilag 8

Tabel 6.7 Regressionsresultater for OLS-model med vægte, fravær

Variable	Model 1 5 år før di- agnose	Model 2 4 år før di- agnose	Model 3 3 år før di- agnose	Model 4 2 år før di- agnose	Model 5 1 år før di- agnose	Model 6 1 år efter di- agnose	Model 7 2 år efter di- agnose	Model 8 3 år efter di- agnose	Model 9 4 år efter di- agnose	Model 10 5 år efter di- agnose
Hærgigt	14,26*** (1,075)	16,08*** (1,111)	20,28*** (1,151)	25,87*** (1,253)	61,50*** (1,549)	109,3*** (1,661)	33,14*** (1,470)	25,66*** (1,371)	20,93*** (1,350)	22,92*** (1,504)
Beskæftigelsesgrad 6 år før	-13,45*** (2,417)	-10,44*** (2,316)	-14,85*** (2,532)	-8,063*** (2,634)	-15,79*** (3,269)	-13,94*** (3,537)	-12,55*** (3,235)	-11,74*** (2,841)	-14,25*** (2,674)	-14,91*** (3,006)
Branchegruppe 6 år før										
Landbrug, skovbrug og fiskeri	38,81 (35,61)	24,04 (16,71)	-57,27 (180,7)	-107,8*** (37,64)	39,40 (39,17)	30,77 (58,88)	51,88 (50,49)	35,77** (18,07)	14,19 (15,50)	55,91 (45,95)
Industri, råstoffer, for- syning	24,59 (32,93)	25,09** (12,38)	-43,49 (180,3)	-85,94** (36,95)	45,99 (38,35)	39,31 (56,77)	71,98 (50,23)	26,57* (15,04)	20,90 (13,44)	56,00 (45,09)
Bygge og anlæg	18,62 (33,00)	24,26* (12,77)	-48,52 (180,4)	-91,64** (37,05)	44,57 (38,56)	25,17 (56,88)	66,47 (50,29)	22,91 (15,42)	23,06* (13,85)	52,29 (45,18)
Handel og transport mv.	27,00 (32,94)	29,25** (12,42)	-40,82 (180,3)	-86,38** (36,95)	54,36 (38,36)	44,48 (56,77)	77,87 (50,26)	29,37* (15,07)	23,80* (13,47)	61,46 (45,11)
Information og kom- munikation	18,47 (32,98)	19,81 (12,56)	-45,83 (180,4)	-98,00*** (37,01)	42,76 (38,50)	27,98 (56,82)	70,85 (50,37)	7,497 (15,25)	8,875 (13,62)	44,14 (45,17)
Finansiering og forsik- ring	16,62 (32,95)	22,87* (12,52)	-48,45 (180,3)	-95,28** (36,99)	43,88 (38,40)	26,83 (56,81)	64,20 (50,25)	13,35 (15,19)	11,33 (13,61)	48,35 (45,18)
Ejendomshandel og ud- lejning	21,49 (33,18)	24,36* (13,24)	-41,82 (180,4)	-88,24** (37,39)	49,72 (38,86)	40,79 (57,23)	76,78 (50,72)	24,16 (16,26)	27,13* (15,38)	64,85 (45,55)
Erhvervs-service	32,80 (33,07)	37,78*** (12,44)	-30,65 (180,4)	-81,14** (36,95)	57,28 (38,38)	51,88 (56,79)	83,69* (50,25)	27,61* (15,11)	26,91** (13,53)	66,86 (45,13)
Off. adm. undervisn., sundhed	52,74 (32,88)	54,22*** (12,34)	-14,48 (180,3)	-58,68 (36,93)	81,42** (38,32)	77,59 (56,74)	102,4** (50,20)	52,38*** (15,00)	46,98*** (13,42)	82,75* (45,09)
Kultur, fritid, anden service	31,19 (33,06)	30,42** (12,76)	-38,34 (180,4)	-83,70** (37,10)	53,88 (38,73)	48,69 (56,98)	82,66 (50,34)	35,57** (15,66)	32,28** (14,20)	67,81 (45,44)
Uoplyst aktivitet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Konstant	61,71* (31,53)	58,23*** (11,67)	127,1 (169,0)	165,2*** (34,39)	44,64 (35,56)	48,67 (52,73)	24,18 (46,46)	73,41*** (13,85)	72,69*** (12,36)	42,01 (41,45)
Observationer	618.898	618.559	624.464	624.832	627.429	619.680	592.978	598.005	550.146	506.310
R-squared	0,208	0,205	0,207	0,215	0,260	0,271	0,224	0,206	0,220	0,223

Anm.: Robuste standardfejl i parentes. ***p<0,01 **p<0,05 *p<0,1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Bilag 9

Tabel 6.8 Regressionsresultater for OLS-model med vægte, beskæftigelsesgrad

Variable	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7	Model 8	Model 9	Model 10
	5 år før diag-nose	4 år før diag-nose	3 år før diag-nose	2 år før diag-nose	1 år før diag-nose	1 år efter diag-nose	2 år efter diag-nose	3 år efter diag-nose	4 år efter diag-nose	5 år efter diag-nose
Har gligt	0,00143* (0,000739)	-0,00187** (0,000836)	-0,004*** (0,000886)	-0,00768*** (0,000925)	-0,0210*** (0,000972)	-0,0525*** (0,00104)	-0,0568*** (0,00109)	-0,0559*** (0,00112)	-0,0549*** (0,00115)	-0,0557*** (0,00117)
Beskæftigelsesgrad 6 år før	0,244*** (0,00207)	0,237*** (0,00225)	0,227*** (0,00233)	0,221*** (0,00241)	0,217*** (0,00252)	0,222*** (0,00269)	0,214*** (0,00279)	0,208*** (0,00284)	0,204*** (0,00289)	0,197*** (0,00293)
Branchegruppe 6 år før										
Landbrug, skovbrug og fiskeri	-0,0485 (0,0377)	-0,0342 (0,0402)	-0,0374 (0,0403)	-0,0361 (0,0458)	-0,0529 (0,0418)	-0,0217 (0,0555)	-0,00144 (0,0576)	-0,00953 (0,0615)	0,00749 (0,0609)	0,0226 (0,0648)
Industri, råstoffer, forsyning	-0,0239 (0,0374)	0,00447 (0,0399)	0,00813 (0,0400)	0,0114 (0,0455)	0,00511 (0,0414)	0,0435 (0,0552)	0,0596 (0,0573)	0,0544 (0,0612)	0,0638 (0,0606)	0,0739 (0,0644)
Bygge og anlæg	-0,0720* (0,0375)	-0,0400 (0,0399)	-0,0334 (0,0401)	-0,0268 (0,0456)	-0,0328 (0,0414)	0,000967 (0,0552)	0,0269 (0,0573)	0,0224 (0,0612)	0,0352 (0,0606)	0,0479 (0,0644)
Handel og transport mv.	-0,0170 (0,0374)	0,00588 (0,0399)	0,00472 (0,0400)	0,00519 (0,0455)	-0,00423 (0,0414)	0,0345 (0,0552)	0,0477 (0,0573)	0,0418 (0,0612)	0,0518 (0,0606)	0,0619 (0,0644)
Information og kommunikation	0,00795 (0,0375)	0,0304 (0,0400)	0,0285 (0,0401)	0,0277 (0,0456)	0,0162 (0,0415)	0,0587 (0,0553)	0,0703 (0,0574)	0,0638 (0,0612)	0,0765 (0,0607)	0,0887 (0,0645)
Finansiering og forsikring	0,0338 (0,0375)	0,0608 (0,0400)	0,0627 (0,0401)	0,0626 (0,0456)	0,0509 (0,0415)	0,0958* (0,0553)	0,106* (0,0574)	0,0913 (0,0612)	0,0975 (0,0607)	0,105 (0,0645)
Ejendomshandel og udlejning	0,0174 (0,0376)	0,0400 (0,0402)	0,0383 (0,0403)	0,0361 (0,0458)	0,0248 (0,0417)	0,0647 (0,0555)	0,0744 (0,0576)	0,0652 (0,0614)	0,0744 (0,0609)	0,0830 (0,0647)
Erhvervs-service	-0,0158 (0,0375)	0,00895 (0,0399)	0,00972 (0,0401)	0,00926 (0,0456)	-9,27e-05 (0,0414)	0,0408 (0,0552)	0,0559 (0,0573)	0,0516 (0,0612)	0,0609 (0,0606)	0,0741 (0,0644)
Off. adm. undervisn., sundhed	0,0198 (0,0374)	0,0440 (0,0399)	0,0443 (0,0400)	0,0434 (0,0455)	0,0320 (0,0414)	0,0733 (0,0552)	0,0833 (0,0573)	0,0735 (0,0612)	0,0764 (0,0606)	0,0830 (0,0644)
Kultur, fritid, anden service	-0,0215 (0,0375)	0,00628 (0,0400)	0,0108 (0,0401)	0,0102 (0,0456)	-0,00236 (0,0415)	0,0424 (0,0553)	0,0587 (0,0574)	0,0513 (0,0613)	0,0620 (0,0607)	0,0735 (0,0645)
Uoplyst aktivitet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Konstant	0,566*** (0,0292)	0,548*** (0,0311)	0,551*** (0,0312)	0,553*** (0,0355)	0,561*** (0,0323)	0,522*** (0,0430)	0,506*** (0,0446)	0,506*** (0,0477)	0,488*** (0,0472)	0,467*** (0,0502)
Observationer	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623
R-squared	0,703	0,627	0,588	0,560	0,537	0,509	0,483	0,462	0,443	0,432

Anm.: Robuste standardfejl i parentes. ***p<0,01 **p<0,05 *p<0,1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Bilag 10

Tabel 6.9 Regressionsresultater for OLS-model med vægte, sygedagpenge kun arbejdsstyrken

Variable	Model 1 5 år før di- agnose	Model 2 4 år før di- agnose	Model 3 3 år før di- agnose	Model 4 2 år før di- agnose	Model 5 1 år før di- agnose	Model 6 1 år efter di- agnose	Model 7 2 år efter di- agnose	Model 8 3 år efter di- agnose	Model 9 4 år efter di- agnose	Model 10 5 år efter di- agnose
Hargigt	0,511*** (0,0258)	0,653*** (0,0267)	0,871*** (0,0280)	1,302*** (0,0308)	2,878*** (0,0382)	6,582*** (0,0490)	3,702*** (0,0443)	2,625*** (0,0409)	1,929*** (0,0387)	1,652*** (0,0384)
Beskæftigelsesgrad 6 år før	-1,904*** (0,0596)	-1,548*** (0,0623)	-1,323*** (0,0658)	-1,309*** (0,0729)	-1,690*** (0,0889)	-1,905*** (0,112)	-1,608*** (0,102)	-1,343*** (0,0922)	-1,367*** (0,0871)	-1,327*** (0,0854)
Branchegruppe 6 år før										
Landbrug, skovbrug og fiskeri	0,786 (0,598)	1,058 (0,681)	0,437 (0,968)	-1,527 (2,125)	0,304 (1,023)	-0,386 (2,255)	-1,276 (2,211)	-2,195 (1,727)	-1,654 (1,918)	-0,460 (1,368)
Industri, råstoffer, for- syning	0,604 (0,581)	0,816 (0,668)	0,154 (0,959)	-1,603 (2,119)	0,0447 (1,002)	-0,969 (2,240)	-1,230 (2,200)	-1,953 (1,718)	-1,822 (1,909)	-0,381 (1,356)
Bygge og anlæg	1,324** (0,583)	1,565** (0,670)	0,896 (0,961)	-1,013 (2,119)	0,941 (1,005)	0,416 (2,242)	-0,160 (2,202)	-1,105 (1,719)	-1,151 (1,910)	0,126 (1,358)
Handel og transport mv.	0,707 (0,581)	0,958 (0,667)	0,272 (0,959)	-1,592 (2,119)	0,190 (1,002)	-0,969 (2,240)	-1,180 (2,200)	-1,924 (1,717)	-1,855 (1,908)	-0,509 (1,356)
Information og kom- munikation	0,222 (0,582)	0,380 (0,668)	-0,339 (0,960)	-2,178 (2,119)	-0,679 (1,004)	-2,291 (2,243)	-2,052 (2,203)	-2,822 (1,719)	-2,643 (1,910)	-1,224 (1,357)
Finansiering og forsik- ring	0,181 (0,583)	0,441 (0,670)	-0,292 (0,961)	-2,145 (2,120)	-0,675 (1,004)	-2,550 (2,242)	-2,346 (2,202)	-3,022* (1,719)	-2,770 (1,910)	-1,439 (1,358)
Ejendomshandel og ud- lejning	0,312 (0,589)	0,637 (0,675)	0,0444 (0,965)	-1,782 (2,123)	-0,194 (1,015)	-1,204 (2,251)	-1,361 (2,209)	-2,218 (1,726)	-1,936 (1,917)	-0,664 (1,366)
Erhvervs-service	0,749 (0,582)	0,994 (0,668)	0,345 (0,960)	-1,517 (2,120)	0,196 (1,002)	-0,778 (2,241)	-1,032 (2,201)	-1,932 (1,718)	-1,803 (1,910)	-0,330 (1,357)
Off. adm. undervisn., sundhed	0,851 (0,581)	1,134* (0,667)	0,503 (0,959)	-1,251 (2,119)	0,483 (1,001)	-0,377 (2,240)	-0,594 (2,200)	-1,309 (1,717)	-1,071 (1,908)	0,353 (1,356)
Kultur, fritid, anden service	0,453 (0,583)	0,734 (0,670)	0,0204 (0,961)	-1,939 (2,121)	-0,182 (1,006)	-1,474 (2,244)	-1,474 (2,204)	-2,300 (1,720)	-2,024 (1,911)	-0,542 (1,359)
Uoplyst aktivitet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Konstant	2,561*** (0,504)	2,096*** (0,577)	2,550*** (0,827)	4,214** (1,820)	3,281*** (0,856)	4,456** (1,915)	4,546** (1,888)	5,180*** (1,480)	5,149*** (1,651)	3,992*** (1,177)
Observationer	1.569.521	1.602.338	1.629.002	1.651.284	1.663.306	1.663.306	1.651.284	1.629.002	1.602.338	1.569.521
R-squared	0,197	0,178	0,171	0,177	0,201	0,247	0,210	0,194	0,180	0,173

Anm.: Robuste standardfejl i parentes. ***p<0,01 **p<0,05 *p<0,1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Bilag 11
Tabel 6.10 Regressionsresultater for OLS-model med vægte, sygedagpenge

Variable	Model 1 5 år før di- agnose	Model 2 4 år før di- agnose	Model 3 3 år før di- agnose	Model 4 2 år før di- agnose	Model 5 1 år før di- agnose	Model 6 1 år efter di- agnose	Model 7 2 år efter di- agnose	Model 8 3 år efter di- agnose	Model 9 4 år efter di- agnose	Model 10 5 år efter di- agnose
Hargigt	0,526*** (0,0259)	0,710*** (0,0267)	0,913*** (0,0277)	1,252*** (0,0295)	2,592*** (0,0345)	5,854*** (0,0441)	3,254*** (0,0392)	2,219*** (0,0354)	1,533*** (0,0326)	1,205*** (0,0312)
Beskæftigelsesgrad 6 år før	-2,353*** (0,0648)	-1,753*** (0,0677)	-1,410*** (0,0701)	-1,283*** (0,0751)	-1,350*** (0,0864)	-1,365*** (0,108)	-1,104*** (0,0976)	-0,830*** (0,0871)	-0,814*** (0,0805)	-0,727*** (0,0769)
Branchegruppe 6 år før Landbrug, skovbrug og fiskeri	-0,00311 (0,813)	0,398 (0,938)	0,759 (0,954)	-0,900 (2,042)	0,649 (1,038)	-0,146 (2,153)	-1,006 (2,123)	-2,198 (1,614)	-1,394 (1,735)	-0,243 (1,182)
Industri, råstoffer, for- syning	-0,169 (0,800)	0,297 (0,927)	0,526 (0,944)	-1,035 (2,035)	0,346 (1,018)	-0,650 (2,139)	-0,887 (2,113)	-1,893 (1,604)	-1,516 (1,726)	-0,161 (1,170)
Bygge og anlæg	0,539 (0,802)	1,067 (0,929)	1,251 (0,945)	-0,424 (2,035)	1,271 (1,021)	0,784 (2,141)	0,200 (2,115)	-1,037 (1,606)	-0,844 (1,728)	0,347 (1,172)
Handel og transport mv.	-0,0745 (0,800)	0,469 (0,927)	0,645 (0,944)	-1,030 (2,035)	0,458 (1,018)	-0,703 (2,139)	-0,884 (2,113)	-1,898 (1,604)	-1,571 (1,726)	-0,299 (1,170)
Information og kom- munikation	-0,683 (0,801)	-0,258 (0,929)	-0,0964 (0,945)	-1,718 (2,035)	-0,417 (1,020)	-2,027 (2,142)	-1,742 (2,116)	-2,766* (1,606)	-2,309 (1,727)	-0,946 (1,172)
Finansiering og forsik- ring	-0,661 (0,802)	-0,134 (0,930)	-0,0212 (0,946)	-1,708 (2,036)	-0,438 (1,020)	-2,276 (2,141)	-2,014 (2,115)	-2,930* (1,606)	-2,420 (1,727)	-1,120 (1,172)
Ejendomshandel og ud- lejning	-0,479 (0,807)	0,220 (0,935)	0,436 (0,952)	-1,252 (2,039)	0,0620 (1,030)	-0,905 (2,150)	-1,030 (2,122)	-2,182 (1,612)	-1,686 (1,734)	-0,423 (1,180)
Erhvervsservice	-0,0113 (0,801)	0,517 (0,928)	0,743 (0,944)	-0,932 (2,035)	0,473 (1,018)	-0,482 (2,139)	-0,707 (2,114)	-1,885 (1,605)	-1,507 (1,727)	-0,119 (1,171)
Off. adm. undervisn., sundhed	0,164 (0,800)	0,697 (0,927)	0,940 (0,943)	-0,636 (2,035)	0,755 (1,017)	-0,0992 (2,138)	-0,310 (2,113)	-1,310 (1,604)	-0,862 (1,726)	0,444 (1,170)
Kultur, fritid, anden service	-0,415 (0,802)	0,134 (0,930)	0,306 (0,946)	-1,455 (2,037)	0,0460 (1,022)	-1,211 (2,142)	-1,160 (2,117)	-2,246 (1,606)	-1,715 (1,728)	-0,297 (1,173)
Uoplyst aktivitet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Konstant	3,608*** (0,623)	2,765*** (0,722)	2,367*** (0,736)	3,570** (1,587)	2,564*** (0,793)	3,440** (1,666)	3,486** (1,647)	4,228*** (1,250)	3,935*** (1,345)	2,868*** (0,912)
Observationer	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623
R-squared	0,169	0,165	0,162	0,166	0,186	0,232	0,194	0,176	0,160	0,149

Anm.: Robuste standardfejl i parentes. ***p<0,01 **p<0,05 *p<0,1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Bilag 12

Tabel 6.11 Regressionsresultater for OLS-model med vægte, beskæftigelse uden sygedagpenge

Variable	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7	Model 8	Model 9	Model 10
	5 år før diagnose	4 år før diagnose	3 år før diagnose	2 år før diagnose	1 år før diagnose	1 år efter diagnose	2 år efter diagnose	3 år efter diagnose	4 år efter diagnose	5 år efter diagnose
Har gigt	0,00676*** (0,000723)	0,00449*** (0,000821)	0,00296*** (0,000869)	-0,00187** (0,000910)	-0,0152*** (0,000968)	-0,0535*** (0,00108)	-0,0494*** (0,00110)	-0,0411*** (0,00112)	-0,0355*** (0,00115)	-0,0329*** (0,00118)
Beskæftigelsesgrad 6 år før	0,0668*** (0,00146)	0,0864*** (0,00176)	0,0898*** (0,00189)	0,0940*** (0,00203)	0,0993*** (0,00220)	0,103*** (0,00253)	0,108*** (0,00260)	0,107*** (0,00262)	0,111*** (0,00270)	0,110*** (0,00278)
Branchegruppe 6 år før										
Landbrug, skovbrug og fiskeri	-0,00824 (0,0124)	0,00686 (0,0219)	0,0151 (0,0304)	0,00776 (0,0404)	-0,0440* (0,0251)	-0,00178 (0,0497)	0,0284 (0,0542)	0,0431 (0,0513)	0,0466 (0,0552)	-0,00771 (0,0459)
Industri, råstoffer, forsyning	-0,00288 (0,0121)	0,0179 (0,0216)	0,0268 (0,0301)	0,0254 (0,0402)	-0,0233 (0,0246)	0,0289 (0,0494)	0,0639 (0,0538)	0,0762 (0,0509)	0,0810 (0,0548)	0,0150 (0,0454)
Bygge og anlæg	-0,00286 (0,0121)	0,0171 (0,0216)	0,0238 (0,0302)	0,0196 (0,0402)	-0,0290 (0,0246)	0,0151 (0,0494)	0,0510 (0,0539)	0,0639 (0,0510)	0,0768 (0,0549)	0,00934 (0,0455)
Handel og transport mv.	-0,00873 (0,0121)	0,00865 (0,0216)	0,0158 (0,0301)	0,0127 (0,0402)	-0,0371 (0,0246)	0,0137 (0,0494)	0,0466 (0,0538)	0,0608 (0,0509)	0,0684 (0,0548)	0,00371 (0,0454)
Information og kommunikation	-0,00294 (0,0121)	0,0186 (0,0216)	0,0267 (0,0302)	0,0238 (0,0402)	-0,0243 (0,0246)	0,0261 (0,0495)	0,0578 (0,0539)	0,0705 (0,0510)	0,0748 (0,0549)	0,0157 (0,0455)
Finansiering og forsikring	0,00103 (0,0122)	0,0249 (0,0216)	0,0330 (0,0302)	0,0290 (0,0402)	-0,0168 (0,0246)	0,0381 (0,0494)	0,0720 (0,0539)	0,0798 (0,0510)	0,0851 (0,0549)	0,0156 (0,0455)
Ejendomshandel og udlejning	-0,00193 (0,0123)	0,0162 (0,0218)	0,0214 (0,0303)	0,0143 (0,0404)	-0,0417* (0,0250)	0,00970 (0,0497)	0,0451 (0,0541)	0,0605 (0,0512)	0,0626 (0,0551)	0,000660 (0,0458)
Erhvervsservice	-0,00927 (0,0121)	0,00736 (0,0216)	0,0139 (0,0302)	0,0105 (0,0402)	-0,0404 (0,0246)	0,00618 (0,0494)	0,0424 (0,0538)	0,0568 (0,0509)	0,0626 (0,0549)	-0,00179 (0,0455)
Off. adm. undervisn., sundhed	-0,00267 (0,0121)	0,0186 (0,0216)	0,0282 (0,0301)	0,0236 (0,0402)	-0,0258 (0,0246)	0,0240 (0,0494)	0,0568 (0,0538)	0,0689 (0,0509)	0,0721 (0,0548)	0,00453 (0,0454)
Kultur, fritid, anden service	-0,00816 (0,0123)	0,0115 (0,0217)	0,0196 (0,0302)	0,0186 (0,0403)	-0,0358 (0,0247)	0,0164 (0,0495)	0,0480 (0,0539)	0,0640 (0,0510)	0,0697 (0,0549)	0,00446 (0,0456)
Uoplyst aktivitet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Konstant	0,792*** (0,00944)	0,759*** (0,0168)	0,747*** (0,0235)	0,745*** (0,0313)	0,778*** (0,0191)	0,734*** (0,0384)	0,697*** (0,0419)	0,678*** (0,0397)	0,658*** (0,0427)	0,692*** (0,0354)
Observationer	1.796.839	1.796.839	1.796.839	1.796.839	1.796.839	1.796.839	1.796.839	1.796.839	1.796.839	1.796.839
R-squared	0,665	0,587	0,548	0,517	0,490	0,456	0,438	0,418	0,400	0,385

Anm.: Robuste standardfejl i parentes. ***p<0,01 **p<0,05 *p<0,1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Bilag 13

Tabel 6.12 Regressionsresultater for OLS-model med vægte, beskæftigelsesgrad uden sygedagpenge

Variable	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7	Model 8	Model 9	Model 10
	5 år før diag-nose	4 år før diag-nose	3 år før diag-nose	2 år før diag-nose	1 år før diag-nose	1 år efter diag-nose	2 år efter diag-nose	3 år efter diag-nose	4 år efter diag-nose	5 år efter diag-nose
Har gået	-0,00494*** (0,000789)	-0,00934*** (0,000874)	-0,0134*** (0,000921)	-0,0191*** (0,000959)	-0,0435*** (0,00101)	-0,106*** (0,00109)	-0,0741*** (0,00111)	-0,0680*** (0,00113)	-0,0643*** (0,00115)	-0,0653*** (0,00117)
Beskæftigelsesgrad 6 år før	0,254*** (0,00218)	0,241*** (0,00233)	0,229*** (0,00241)	0,222*** (0,00249)	0,218*** (0,00259)	0,218*** (0,00275)	0,211*** (0,00282)	0,204*** (0,00285)	0,202*** (0,00290)	0,195*** (0,00292)
Branchegruppe 6 år før										
Landbrug, skovbrug og fiskeri	-0,0381 (0,0388)	-0,0308 (0,0409)	-0,0303 (0,0372)	-0,0405 (0,0458)	-0,0482 (0,0405)	0,00199 (0,0557)	-0,0343 (0,0576)	-0,0213 (0,0618)	-0,00413 (0,0621)	0,00420 (0,0654)
Industri, råstoffer, forsyning	-0,0115 (0,0385)	0,00694 (0,0406)	0,0144 (0,0368)	0,00563 (0,0455)	0,00559 (0,0401)	0,0639 (0,0553)	0,0242 (0,0573)	0,0352 (0,0614)	0,0475 (0,0618)	0,0503 (0,0651)
Bygge og anlæg	-0,0651* (0,0385)	-0,0447 (0,0406)	-0,0345 (0,0369)	-0,0383 (0,0455)	-0,0403 (0,0402)	0,0149 (0,0554)	-0,0171 (0,0573)	-0,00331 (0,0615)	0,0121 (0,0618)	0,0193 (0,0651)
Handel og transport mv.	-0,00595 (0,0385)	0,00661 (0,0406)	0,0101 (0,0368)	0,000372 (0,0455)	-0,00470 (0,0401)	0,0554 (0,0553)	0,0135 (0,0572)	0,0239 (0,0614)	0,0369 (0,0618)	0,0408 (0,0651)
Information og kommunikation	0,0242 (0,0386)	0,0370 (0,0406)	0,0392 (0,0369)	0,0264 (0,0456)	0,0202 (0,0402)	0,0884 (0,0554)	0,0386 (0,0573)	0,0513 (0,0615)	0,0672 (0,0618)	0,0709 (0,0652)
Finansiering og forsikring	0,0488 (0,0386)	0,0642 (0,0406)	0,0714* (0,0369)	0,0587 (0,0456)	0,0523 (0,0402)	0,125** (0,0554)	0,0751 (0,0573)	0,0782 (0,0615)	0,0869 (0,0618)	0,0881 (0,0652)
Ejendomshandel og udlejning	0,0316 (0,0387)	0,0416 (0,0409)	0,0451 (0,0371)	0,0331 (0,0458)	0,0267 (0,0405)	0,0788 (0,0556)	0,0364 (0,0575)	0,0434 (0,0617)	0,0539 (0,0621)	0,0578 (0,0654)
Erhvervsservice	-0,00558 (0,0385)	0,00860 (0,0406)	0,0128 (0,0369)	0,00201 (0,0455)	-0,00167 (0,0401)	0,0568 (0,0554)	0,0177 (0,0573)	0,0323 (0,0615)	0,0440 (0,0618)	0,0487 (0,0651)
Off. adm. undervisn., sundhed	0,0231 (0,0385)	0,0365 (0,0406)	0,0407 (0,0368)	0,0274 (0,0455)	0,0215 (0,0401)	0,0754 (0,0553)	0,0357 (0,0572)	0,0435 (0,0614)	0,0487 (0,0617)	0,0479 (0,0651)
Kultur, fritid, anden service	-0,00736 (0,0386)	0,00857 (0,0407)	0,0163 (0,0369)	0,00595 (0,0456)	-0,00205 (0,0402)	0,0625 (0,0554)	0,0214 (0,0574)	0,0329 (0,0615)	0,0445 (0,0619)	0,0480 (0,0652)
Uoplyst aktivitet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Konstant	0,532*** (0,0300)	0,527*** (0,0316)	0,527*** (0,0287)	0,539*** (0,0355)	0,542*** (0,0313)	0,491*** (0,0431)	0,516*** (0,0446)	0,501*** (0,0479)	0,480*** (0,0481)	0,464*** (0,0507)
Observationer	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623	1.795.623
R-squared	0,668	0,599	0,562	0,535	0,510	0,476	0,461	0,443	0,427	0,417

Anm.: Robuste standardfejl i parentes. ***p<0,01 **p<0,05 *p<0,1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Bilag 14

Tabel 6.13 Regressionsresultater for OLS-model med vægte, antal førtidspension mv.

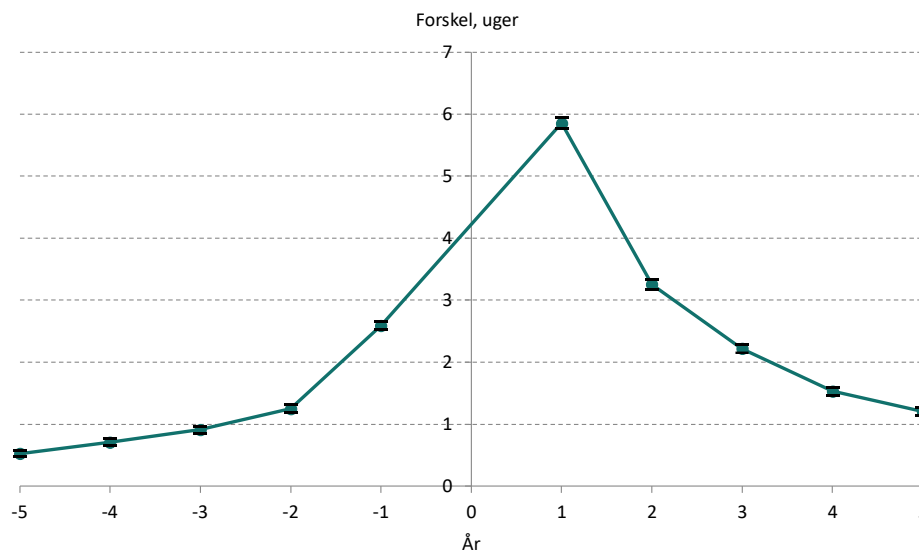
Variable	Model
Har gågt	0,579*** (0,0140)
Beskæftigelsesgrad 6 år før	-1,145*** (0,0286)
Branchegruppe 6 år før	
Landbrug, skovbrug og fiskeri	0,157 (0,370)
Industri, råstoffer, forsyning	0,0497 (0,365)
Bygge og anlæg	-0,0579 (0,365)
Handel og transport mv.	0,102 (0,365)
Information og kommunikation	-0,108 (0,365)
Finansiering og forsikring	-0,0928 (0,366)
Ejendomshandel og udlejning	0,122 (0,369)
Erhvervsservice	0,102 (0,365)
Off. adm., undervisn., sundhed	0,285 (0,365)
Kultur, fritid, anden service	0,0865 (0,366)
Uoplyst aktivitet	-
Konstant	2,660*** (0,284)
Observationer	1.796.839
R-squared	0,455

Anm.: Robuste standardfejl i parentes. ***p<0,01 **p<0,05 *p<0,1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Bilag 15

Figur 6.1 Forskel i antal uger på sygedagpenge mellem gigtpatienter og kontrolgruppen, hvor år 0 angiver diagnostidspunktet

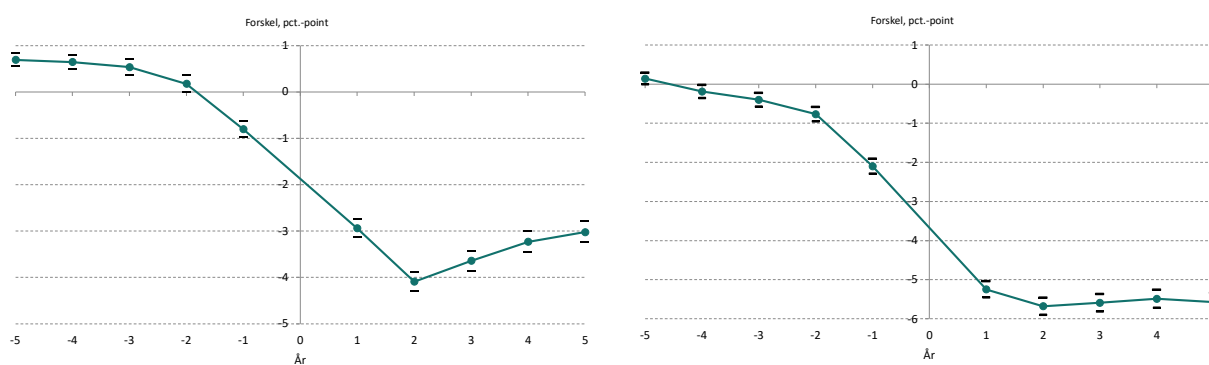


Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik

Bilag 16

Figur 6.2 Forskelle i andel i beskæftigelse og beskæftigelsesgrad med personer på sygedagpenge mellem gigtpatienter og kontrolgruppen, hvor år 0 angiver diagnostidspunktet

Figur 6.2.a Forskel i andel personer i beskæftigelse, pct. point Figur 6.2.b Forskel i beskæftigelsesgrad, pct. point



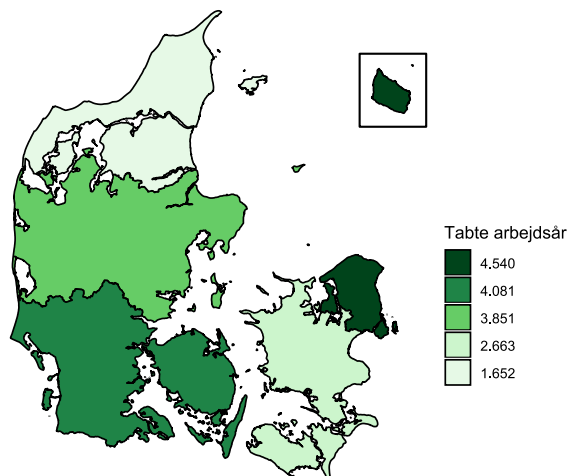
Anm.: Man kan godt have en beskæftigelsesgrad selvom man er på sygedagpenge. Forskellene er derfor her beregnet uden personer, der er på sygedagpenge.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik

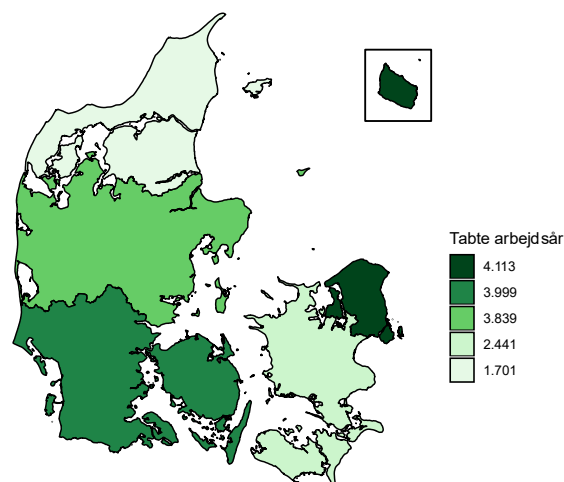
Bilag 17

Figur 6.3 Tabte arbejdsår grundet lavere beskæftigelsesgrad fordelt på regioner

Figur 6.3.a Tabte arbejdsår grundet lavere beskæftigelsesgrad fordelt på regioner



Figur 6.3.b Tabte arbejdsår grundet flere uger på sygedagpenge fordelt på regioner



Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik

Bilag 18

Tabel 6.14 Tabte arbejdsår på kommuneniveau for alle personer med en gigtdiagnose i 2022

Kommune- kode	Tabte arbejdsår be- skæftigelse	Tabte arbejdsår syge- dagpenge	Tabte arbejdsår samlet
101	1239	1104	2343
147	211	192	403
151	147	130	277
153	116	99	215
155	31	30	61
157	145	145	291
159	180	160	340
161	75	67	142
163	98	84	181
165	89	76	165
167	156	141	297
169	151	131	283
173	118	111	228
175	114	102	217
183	72	62	134

185	130	118	248
187	39	35	73
190	85	82	167
201	54	54	108
210	106	100	206
217	186	172	358
219	139	133	272
223	56	53	109
230	107	107	214
240	111	103	214
250	155	139	294
253	136	121	256
259	187	169	356
260	111	99	210
265	209	192	402
269	63	59	122
270	134	124	258
306	123	108	232
316	238	209	448
320	134	118	252
326	188	163	351
329	109	98	207
330	252	235	487
336	74	70	144
340	104	98	202
350	78	73	151
360	137	129	266
370	285	267	552
376	193	185	378
390	153	144	296
400	183	161	344
410	145	142	287
420	147	138	285
430	178	170	348
440	85	80	165
450	119	111	230
461	542	514	1055
479	188	176	363
480	112	106	218
482	57	50	106
492	19	17	36
510	190	193	383
530	95	93	188
540	259	264	523
550	138	142	280

561	412	401	814
563	9	9	18
573	178	171	349
575	148	149	297
580	197	204	401
607	190	186	377
615	288	283	571
621	306	310	617
630	367	372	738
657	281	294	574
661	181	192	373
665	68	72	139
671	78	80	158
706	133	127	260
707	124	119	243
710	136	136	272
727	68	67	135
730	302	289	591
740	309	311	619
741	16	14	30
746	179	179	358
751	776	751	1527
756	139	144	283
760	189	198	387
766	157	158	315
773	62	63	125
779	144	142	286
787	139	137	276
791	283	284	567
810	106	114	220
813	190	204	395
820	116	115	231
825	6	7	13
840	80	81	161
846	133	131	264
849	128	131	260
851	487	494	981
860	204	223	427

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.