ARBEJDSMARKEDSRAPPORT 2010

Helbred, arbejdsliv og offentlig forsørgelse

Arbejdsmarkedsrapport 2010
© Dansk Arbejdsgiverforening

Dansk Arbejdsgiverforening (DA) består af 13 arbejdsgiver-organisationer inden for industri, handel, transport, service og byggeri.
DA's formål er som hovedorganisation at koordinere overens-komstforhandlinger og varetage medlemsorganisationernes interesser i forhold til det politiske system.

Ansvarsh. red. Erik Simonsen
Øvrige forfattere: Berit Toft Fihl, Christina Bjørnbak Hallstein, Lone Hougaard og Steffen Egebjerg

Grafisk design: DA Forlag
Produktion: DA Forlag
Tryk: Rosendahls · Schultz Grafisk a/s
DA-varenr.: 55206
Udgivet: December 2010
ISBN: 978-87-7755-520-6

Arbejdsmarkedsrapport

December 2010

Forord

Den måske største udfordring for Danmark de kommende år er at få vækst i dansk økonomi igen og samtidig sikre, at de offentlige finanser er i balance. Et af de mest effektive bidrag til at nå disse mål er at få reduceret antallet af danskere, der er offentligt forsørgede, og samtidig at få øget beskæftigelsen.

På 25 år er antallet af personer, der hver dag modtager offentlig forsørgelse på grund af helbredsproblemer, steget fra ca. 280.000 til ca. 445.000 personer. De samlede udgifter til helbredsbetinget forsørgelse er 110 mia. kr. årligt, og beløbet stiger år for år.

I samme periode er middellevetiden for mænd steget med mere end 4 år, og det er også gået fremad for kvinder. I de ekstra leveår er helbredet godt. Danskerne bliver altså både mere syge og mere raske på samme tid.

Det er dette paradoks, som Arbejdsmarkedsrapport 2010 analyserer.

Danmark har verdens bedste arbejdspladser, og personer, der er i beskæftigelse, har det både fysisk og mentalt bedre end mennesker uden et arbejde. Alligevel stiger antallet af personer, der på grund af dårligt helbred er uden for arbejdsmarkedet.

Rygning og fysisk inaktivitet er de væsentligste kilder til sundhedsproblemer og offentlig forsørgelse forbundet hermed. Arbejdsmarkedsrapport 2010 sætter fokus på betydningen af livsstil og arbejdsskader, samt den måde arbejdsskadesystemet, fleksjob, førtidspension og sygefraværssystemet er indrettet på.

Dansk Arbejdsgiverforening håber, at rapporten vil medvirke til mere debat og handling, som kan sikre, at antallet af personer, der er helt eller delvist uden for arbejdsmarkedet på grund af dårligt helbred, fra nu af bliver nedbragt.

Torben Dalby Larsen
Formand for Dansk Arbejdsgiverforening

Indhold

	Indledning og sammenfatning	7
1	Forebyggelse og livsstil	35
2	Hverdagen på danske arbejdspladser	67
3	Arbejdsskader og arbejdsskadeerstatninger	89
4	Sygefravær	129
5	Førtidspension og fleksjob	163
6	Arbejdsmarkedet i tal	211
	Litteraturliste	265

Indledning og sammenfatning

Mere syge og mere raske på sammetid 9

Arbejdsparadokset 12

Offentlig forsørgelse nedarves 15

Bedre sundhed – men stadig lang vej at gå 16

Danske arbejdspladser – verdens bedste 19

Arbejdsskader og erstatninger 22

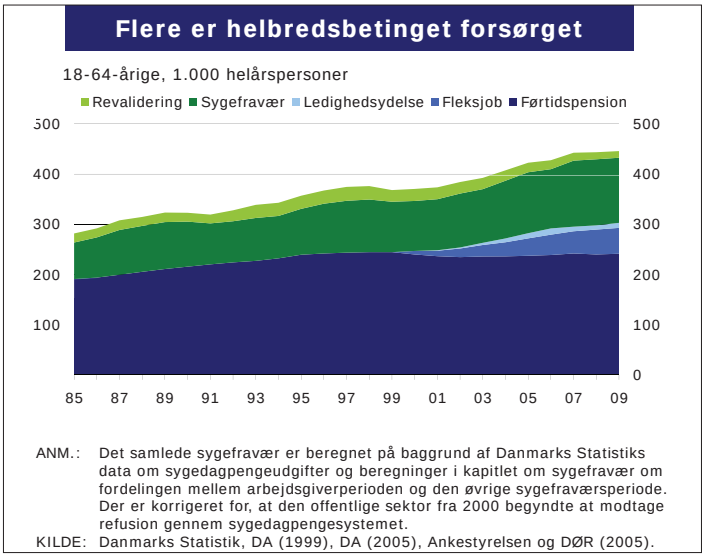
Stadig flere på førtidspension eller fleksjob 25

Førtidspensionisters helbred 29

Sygefravær 31

Mere syge og mere raske på samme tid

Flere og flere danskere i den erhvervsaktive alder modtager en helbredsbetinget offentlig forsørgelse. På 25 år er antallet af personer, der hver dag modtager offentlig forsørgelse på grund af helbredsproblemer, steget fra ca. 280.000 til ca. 445.000 personer, jf. figur 1.



ANM.: Det samlede sygefravær er beregnet på baggrund af Danmarks Statistiks data om sygedagpengeudgifter og beregninger i kapitlet om sygefravær om fordelingen mellem arbejdsgiverperioden og den øvrige sygefraværsperiode. Der er korrigeret for, at den offentlige sektor fra 2000 begyndte at modtage refusion gennem sygedagpengesystemet.

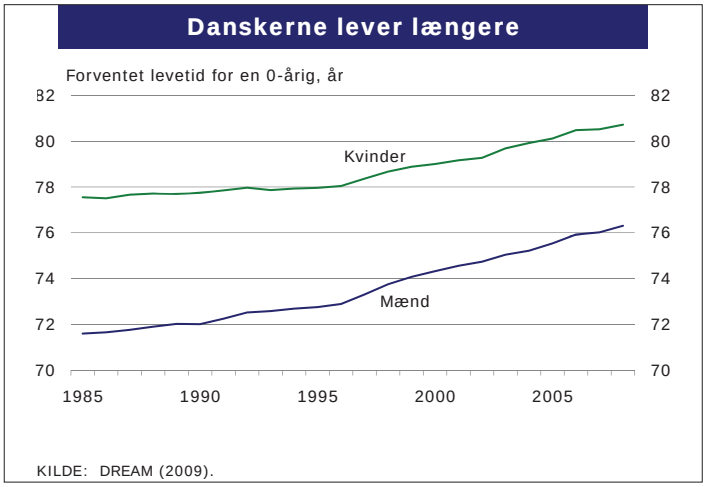
KILDE: Danmarks Statistik, DA (1999), DA (2005), Ankestyrelsen og DØR (2005).

Figur 1

Samtidig med at flere helt eller delvist er uden for arbejdsmarkedet på grund af dårligt helbred, er befolkningens helbredstilstand blevet bedre.

Fra 1985 til 2009 er middellevetiden for mænd steget med mere end 4 år, jf. figur 2.

Figur 2



Flere år med godt helbred

Danskerne får ikke kun flere leveår, men også flere gode leveår, hvor helbredet er godt. Flere leveår udskyder det tidspunkt, hvor den dårligere sundhedstilstand indtræder, jf. De Økonomiske Råd (2009).

De flere gode leveår viser sig også, når ældre selv skal vurdere deres helbredstilstand. 55 pct. af over 65-årige vurderede i 1987, at de havde et godt eller virkeligt godt helbred. Det tal var i 2005 steget til 67 pct., jf. Statens Institut for Folkesundhed (2005).

Udviklingen er et paradoks

Det er således et paradoks, at flere og flere ikke arbejder på grund af dårligt helbred, men samtidig bliver levetiden længere og helbredskvaliteten også bedre.

Flere uden for arbejdsmarkedet svækker væksten

De flere leveår og det stigende antal offentligt forsørgede i de erhvervsaktive aldre har forøget de offentlige udgifter markant og begrænset udbuddet af arbejdskraft. Begge dele har bidraget til at Danmark i dag har en af de laveste økonomiske vækstrater i den vestlige verden.

Forværring af de offentlige finanser på 33 mia. kr. årligt

Stigningen på 165.000 personer, der hver dag er helbredsbetinget offentligt forsørget, koster hvert år 33 mia. kr. i udgifter til forsørgelse og tab af skatteindtægter. Derudover kommer svækkelsen af danske virksomheders konkurrenceevne, som det markant lavere arbejdsudbud indebærer.

De samlede offentlige sociale udgifter til helbredsbetingede ordninger udgør godt 70 mia. kr. årligt. Hertil kommer virksomhedernes betaling af sygeløn og sygedagpenge. Disse udgifter udgør ca. 40 mia. kr. De samlede udgifter er således 110 mia. kr. hvert år.

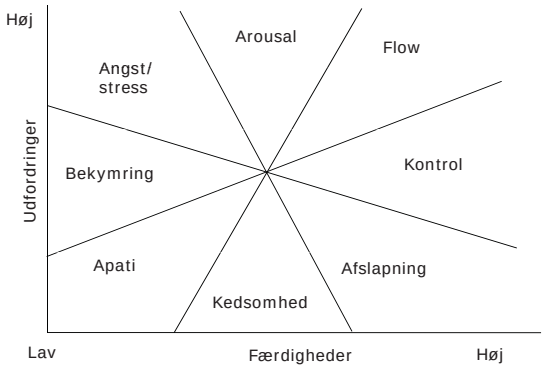
Arbejdsparadokset

"Arbejde optager ca. en tredjedel af vores levetid. Men arbejdet er en blandet fornøjelse: På den ene side giver det os nogle af livets mest intensive og tilfredsstillende øjeblikke, og det giver os det daglige brød, arbejdsglæde, stolthed og identitet. På den anden side vil vi også gerne være fri for det." Csikszentmihalyi (2005).

Psykologen Csikszentmihalyi har forsket i det moderne menneskes ambivalente forhold til arbejdet. Den mest intense oplevelse, mennesket kan have, er, når man oplever såkaldt "flow". Flow er ensbetydende med positive situationer, hvor man er så engageret, at tidsfornemmelsen forsvinder, og al opmærksomhed bliver samlet om en bestemt aktivitet. Flow kan indfinde sig, når både færdigheder og udfordringer er på et højt niveau, jf. figur 3.

Figur 3

Fra apati til flow



KILDE: Csikszentmihalyi (2005).

Flow forekommer oftere i arbejdslivet end i privatlivet. Årsagen hertil er, at arbejde har en række elementer til fælles med andre selvbelønnede og flowfremmende aktiviteter som leg, spil, sport og kunstnerisk udfoldelse i modsætning til meget af det, vi i øvrigt laver i hverdagen, jf. Csikszentmihalyi (2005).

Når en stor del af befolkningen alligevel vil arbejde mindre, hvis de får muligheden herfor, så skyldes det blandt andet en historisk vurdering af fritid som noget meget dyrebart. Arbejderne i industrialiseringens første tid måtte arbejde hårdt og havde meget lidt fritid. Fagbevægelsen har derefter gennem generationer kæmpet for kortere arbejdstid, men det har vist sig, at det at lære at bruge sin fritid på en god måde har været vanskeligere end forventet. Megen fritid kan således have negative konsekvenser, jf. Csikszentmihalyi (2005).

Frekvensen af psykiske forstyrrelser er således størst om søndagen. Et fænomen, psykoanalytikeren Sandor Ferenzi allerede for 100 år siden gav navnet "søndagsneuroser".

Mennesket har det bedst, når de er i flow, når de er involverede i en eller anden udfordring. De fleste flowaktiviteter har klare mål, tydelige regler og umiddelbar feedback, det vil sige en ydre ramme, der fokuserer og fastholder vores opmærksomhed og sætter krav til vores evner og færdigheder. Det er præcis de vilkår, som man ofte savner i fritiden, medmindre man er i gang med idræt, hobby eller kreative aktiviteter.

Ledige har ofte "ondt i livet", også selv om de ikke lider materiel nød, jf. Csikszentmihalyi (2005), ligesom en mindre andel af ledige end andel beskæftigede udtrykker tilfredshed med livet, jf. Inglehart (1990).

Den generelt forbedrede sundhedstilstand skyldes således ikke, at flere har fået adgang til offentlig forsørgelse – tværtimod.

Offentlig forsørgelse forringer den mentale sundhed

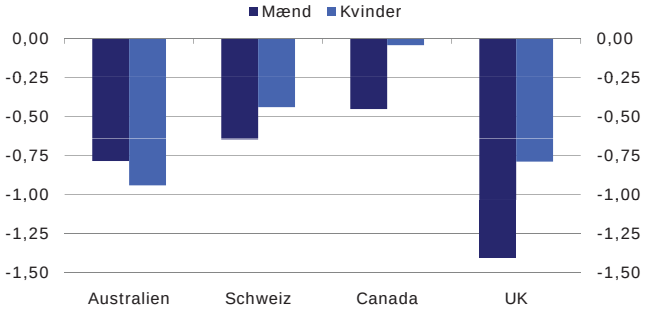
Færre offentligt forsørgede og flere personer i beskæftigelse vil kunne løfte befolkningens sundhedstilstand. At miste arbejdet fører til en dårligere mental sundhed. Det gælder særlig signifikant for dem, der begynder at modtage helbredsbetinget offentlig forsørgelse, jf. OECD (2010).

Personer, der starter på et job, oplever modsat et markant fald i omfanget af mental smerte. Det gælder i de fleste lande særligt for mænd, figur 4.

Figur 4

Job giver bedre mental sundhed

Ændring i omfanget af mental smerte ved at opnå beskæftigelse, udvikling i indikatorer fra de enkelte lande



ANM.: Ændringerne er ikke sammenlignelige på tværs af lande, da de enkelte lande anvender forskellige indikatorer. Undersøgelserne er gennemført i forskellige år fra 1994 til 2001.

KILDE: OECD (2010) og OECD (2008b).

Selv om arbejdet har positiv effekt på menneskers velvære, så er der mange, der varigt ender uden for arbejdsmarkedet. Det har ikke kun betydning for nuværende generationer, men også for kommende generationer.

Offentlig forsørgelse nedarves

Mange på førtidspension har betydning for fremtidens arbejdsudbud

De mange personer, som varigt er uden for arbejdsmarkedet, er ikke kun en omkostning for den enkelte og de offentlige finanser. Forældre fungerer som "rollemodeller" for unge. Det har f.eks. betydning for unges gennemførelse af uddannelse, at deres forældre ikke deltager på arbejdsmarkedet.

Godt 120.000 børn har forældre, hvor enten den ene eller begge er uden for arbejdsmarkedet. Det svarer til 12 pct. af alle børn under 16 år. Derudover er der 7 pct. af unge mellem 16 og 29 år, der selv hverken er på arbejdsmarkedet eller er under uddannelse, jf. tabel 1.

Tabel 1

Børn med forældre uden arbejde

	Forældre eller 16-29-årige ikke tilknyttet arbejdsmarkedet eller under uddannelse, 1.000 personer	Andel af befolkningen, pct.
Under 16 år	121	12
16-29 år	57	7
I alt	179	10

ANM: Tallet for under 16-årige dækker tilfælde, hvor den ene eller begge forældre er uden tilknytning til arbejdsmarked eller uddannelse. 16-29-årige vedrører antallet i aldersgruppen uden tilknytning til arbejdsmarked eller uddannelse.

KILDE: Arbejdsmarkedsstyrelsen (2009).

Fremtidens problemer bliver skabt nu

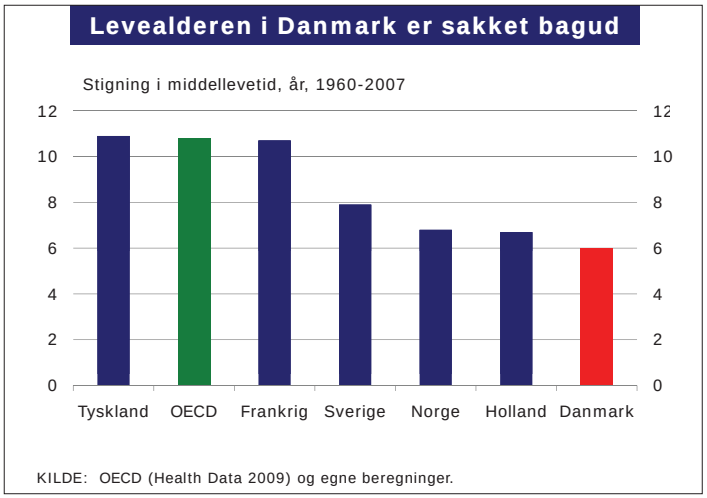
Lykkes det ikke at få brudt den stadig stigende tendens til helbredsbetinget offentlig forsørgelse, vil det ikke alene have betydning for de offentlige finanser og udbuddet af arbejdskraft i disse år, men også belaste det danske samfund i de kommende generationer.

Bedre sundhed – men stadig lang vej at gå

Selv om den danske befolknings sundhedstilstand er forbedret de seneste årtier, er udviklingen i Danmark gået langsommere end i den øvrige vestlige verden.

Den gennemsnitlige levetid er i de sidste 50 år steget langt mindre i Danmark end i den øvrige vestlige verden. Mens middellevetiden i Danmark er steget med 6 år fra 1960 til 2007, er den i gennemsnit i OECD steget med 10,8 år, jf. figur 5.

Figur 5



Fra en 5.-plads til 23.-pladsen i middellevetid

Den gennemsnitlige levetid i Danmark er i dag 0,6 år kortere end i OECD. For knap 50 år siden var den forventede levetid for en nyfødt dansker knap fire år højere end OECD-gennemsnittet. Danmark er faldet fra at være nr. 5 i OECD i forhold til middellevetid til i dag at være på en 23.-plads.

Mindre fremgang siden 1995

Siden 1995 er det lykkedes at indhente en mindre del af det tabte. Fremgangen siden 1995 viser sig ved, at lande som Sverige og Norge har haft en lavere stigning i middellevetiden end Danmark i denne periode.

På trods af fremgang i Danmark er den forventede levetid i Danmark 2-2½ år lavere end den forventede levetid i Norge og Sverige. Der er således muligheder for yderligere forbedring af sundhedstilstanden, som bør resultere i, at færre modtager offentlig forsørgelse på grund af helbredsproblemer.

Livsstil stor betydning for helbred

Den enkeltes sundhed er påvirket af mange forhold. Nogle er udefra kommende, som vi ikke har direkte indflydelse på, og andre er vi selv i højere grad herre over.

Hvert enkelt menneske er fra fødslen udstyret med en biologisk arv, der er et grundvilkår. Alder er også af stor betydning for helbredet. I begge disse tilfælde har den enkeltes adfærd ingen betydning.

Når det gælder faktorer som økonomiske, kulturelle og miljømæssige vilkår, har den enkeltes adfærd en vis betydning, men fortsat er væsentlige dele af disse faktorers påvirkning af helbred uden for den enkeltes kontrol. Her spiller virksomhedernes rammevilkår for at skabe værdi en stor betydning.

Konkurrencedygtige virksomheder skaber velstand, der gør det muligt for den enkelte virksomhed at skabe gode arbejdspladser, men velstanden skaber også grundlag for beskatning, så det er muligt at gøre en indsats på politisk prioriterede områder.

Den enkelte har stor indflydelse på KRAM-faktorerne

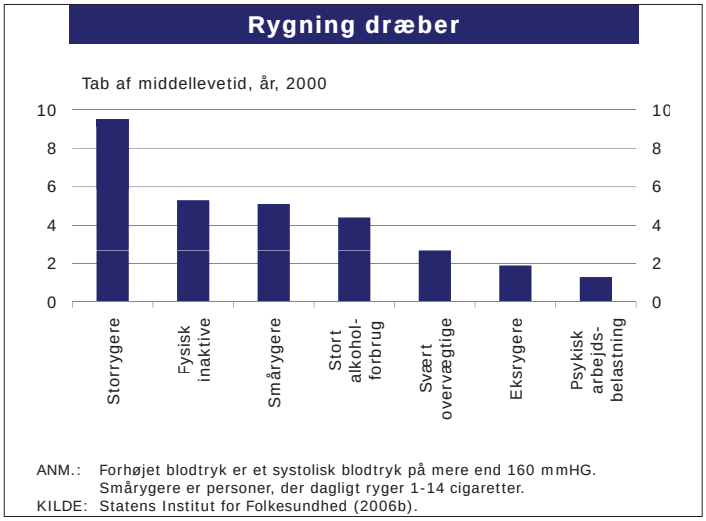
Derimod er det i overvejende grad den enkelte, der har ansvaret for sociale relationer og livsstil i forhold til kost, motion, alkohol, rygning, søvn osv. Disse faktorer har væsentlig indflydelse på sundhed og helbred.

40 pct. af alle sygdomme og tidlige dødsfald skyldes rygning, alkohol, usund kost og for lidt motion, jf. Forebyggelseskommissionen (2009).

Rygning koster 10 års levetid

Rygning spiller langt den største rolle. I gennemsnit dør personer, der ryger mindst 15 cigaretter dagligt, næsten 10 år tidligere end ikke-rygere, jf. figur 6.

Figur 6



Personer, der ryger 1-14 cigaretter om dagen eller er fysisk inaktive, er også udsat for stor risiko for at dø tidligt. I gennemsnit dør disse personer 5 år tidligere end personer, der aldrig har røget eller er fysisk aktive.

Psykisk arbejdsbelastning reducerer middellevetiden med ca. 1 år og er dermed en langt mindre faktor end rygning og fysisk inaktivitet.

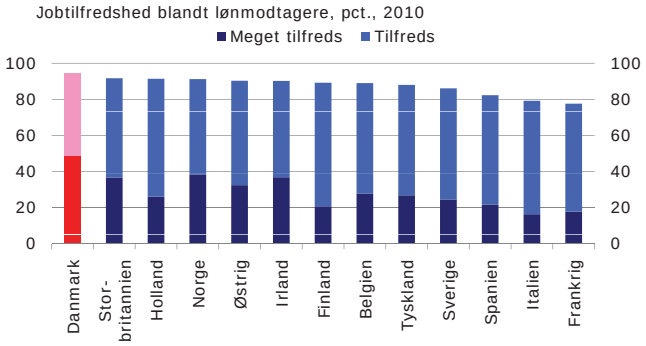
Selv om arbejdet i konkrete tilfælde kan være sundhedsmæssigt belastende, har arbejdet også en meget positiv indflydelse på vores sundhedstilstand.

Danske arbejdspladser – verdens bedste

Danske medarbejdere er i måling efter måling de mest tilfredse i verden med deres arbejdsplads. 49 pct. er meget tilfredse og 46 pct. tilfredse med deres arbejdsliv, jf. figur 7.

Medarbejderne mest tilfredse i Danmark

Figur 7



KILDE: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2010).

Meget tilfredse medarbejdere i Danmark

Danske medarbejderes meget store tilfredshed med arbejdslivet gør sig også gældende på en række andre punkter. Medarbejderne i de danske virksomheder oplever at have indflydelse på beslutninger, der er vigtige for deres job, at arbejdspladsen motiverer dem til at yde det bedste, og at der er få spændinger mellem ledelse og medarbejdere.

Virksomhederne investerer i at skabe gode arbejdspladser

Virksomhederne investerer i et meget bredt sortiment af tilbud for at skabe gode rammer om arbejdslivet. Det gælder i forhold til medarbejdernes individuelle beslutninger om at dyrke motion, ryge eller spise sundt, men det gælder naturligvis også i forhold til livet på arbejdspladsen i form af julegaver, personalefester, uddannelsestilbud m.m. Endelig investerer virksomhederne også løbende i at sikre gode fysiske og mentale rammer om arbejdslivet.

Arbejdsulykker har ingen betydning for sundhed

De danske arbejdspladser en nu så godt indrettet og medarbejdernes adfærd så hensigtsmæssig, at arbejdsulykker i store træk ikke længere påvirker danskernes sundhed.

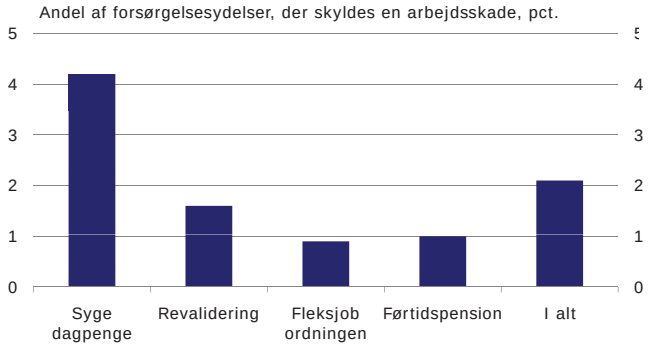
I gennemsnit har medarbejderne på virksomheder i DA-fællesskabet 14 minutters sygefravær om året på grund af en arbejdsulykke. 0,1 pct. af alle dødsfald sker på baggrund af en arbejdsulykke, jf. Statens Institut for Folkesundhed (2006b).

Meget lille offentlig besparelse ved færre arbejdsskader

Offentlig forsørgelse, der er direkte koblet til en anerkendt arbejdsskade, udgør en lille del af de samlede forsørgelsesudgifter. Kun ca. 2 pct. af udgifterne til helbredsbetinget forsørgelse hænger direkte sammen med arbejdsulykker og erhvervssygdomme, jf. figur 8.

Figur 8

Få forsørgede efter arbejdsskade



ANM.: Udgangspunktet er alle anerkendte arbejdsskader i 2005. Perioder på offentlige ydelser er opgjort frem til udgangen af 2009.
KILDE: Specialkørsel fra Arbejdsskadestyrelsen og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM.

Omfanget af offentlig forsørgelse, som er koblet til en arbejdsskade svarer til 8.100 helårspersoner eller 1,5 mia. kr. årligt.

En større indsats for at begrænse antallet af arbejdsulykker og erhvervssygdomme vil kun have en lille effekt på udgifterne til offentlig forsørgelse.

Sygedagpenge i forbindelse med en arbejdsskade udgør 4,2 pct. af de samlede udbetalinger af sygedagpenge, mens det er ca. 1 pct. af henholdsvis revalidering, fleksjobordningen og førtidspension.

Er det blevet lettere eller sværere at arbejde?

Arbejdet er blevet mindre fysisk krævende ...

Det er ikke entydigt, om kravene på arbejdsmarkedet er blevet større. På den ene side er de fysiske krav blevet mindre. Færre og færre har fysisk anstrengende arbejde. Fra 1987 til 2005 er andelen af erhvervsaktive danskere med fysisk anstrengende arbejde faldet fra 35 til 30 pct. Flere og flere får stillesiddende arbejde, jf. kapitel 2.

... og mere psykisk krævende

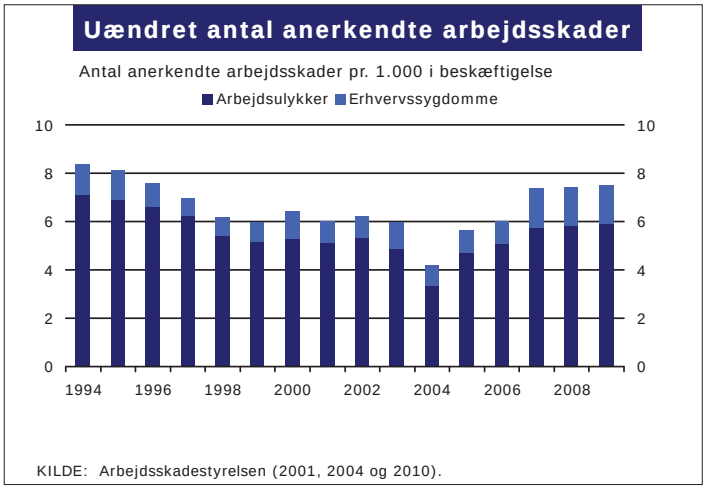
På den anden side oplever et stigende antal medarbejdere, at tempoet i deres arbejdsfunktion er højt og at jobbet involverer korte tidsfrister, jf. OECD (2010).

Der sker således et løbende skifte fra mindre fysisk belastende arbejde til mere psykisk belastende arbejde. Et mønster, der går igen i forhold til tilkendelse af førtidspension.

Arbejdsskader og erstatninger

Antallet af anerkendte arbejdsskader faldt fra 1994 til 2004, hvorefter tallet er steget igen, jf. figur 9.

Figur 9



Politisk ønske om flere anerkendelser

I 2004 blev 65 pct. af anmeldte arbejdsulykker anerkendt mod mellem 75 og 80 pct. fra 2005 og frem. Den højere andel anerkendte ulykker skyldes arbejdsskadereformen, hvor politikerne havde et selvstændigt mål om, at Arbejdsskadestyrelsen skulle anerkende 85 pct. af de anmeldte ulykker mod omkring 70 pct. før reformen.

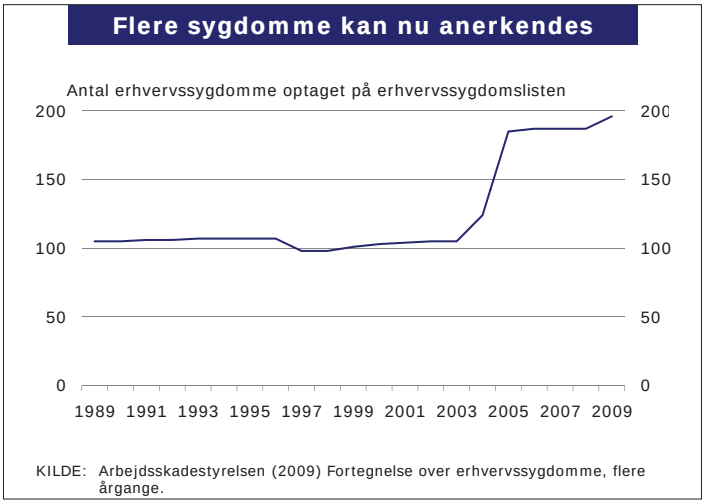
Tilsvarende er andelen af anerkendte erhvervssygdomme steget fra ca. 20 pct. til 25 pct.. Stigningen skyldes bl.a., at der med arbejdsskadereformen i 2004 blev indført et nyt erhvervssygdomsbegreb. Det indebar f.eks., at det blev lettere at få anerkendt en høresygdom som en erhvervssygdom. I 2004 blev 20 pct. af høresygdomme anerkendt som erhvervssygdomme. I 2009 var det 50 pct.

Dobbelt så mange diagnoser kan administrativt anerkendes

Som følge af det nye erhvervssygdomsbegreb er der sket knap en fordobling af antal diagnoser på erhvervssygdomslisten. Når en diagnose bliver optaget på erhvervssygdomslisten, bliver det lettere at få aner-

kendt en erhvervssygdom. I dag er 196 erhvervssygdomme optaget på listen mod 98 i 1997, jf. figur 10.

Figur 10



Den hyppigst anerkendte arbejdsulykke er forstrækning m.m. Hver anden anerkendte arbejdsulykke er en forstrækning. Andre typer arbejdsulykker, der relativt ofte forekommer, er knoglebrud samt sår og snit.

10-12 pct. af de anmeldte arbejdsulykker er alvorlige.

Relativt få alvorlige arbejdsskader

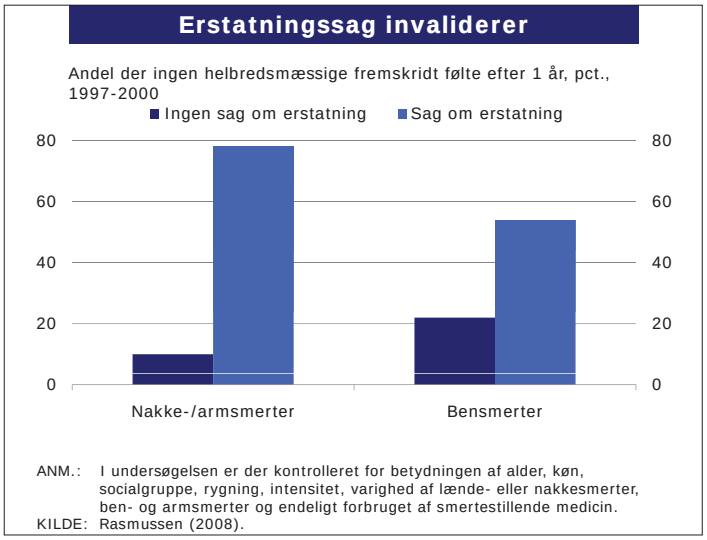
60 pct. af førstegangsafgørelser om anerkendte arbejdsskader udløser ikke en erstatning, og en stor del af de øvrige anerkendte skader giver mindre erstatninger. Det underbygger billedet af, at der relativt sjældent forekommer alvorlige ulykker på danske arbejdspladser.

De mest udbredte erhvervssygdomme er hudsygdomme, høresygdomme og sygdomme i bevægeapparatet. Samlet udgør disse sygdomme 70 pct. af alle erhvervssygdomme.

Erstatningssager fastholder medarbejdere i sygdom

Patienter, der har været udsat for en arbejdsskade, og som søger erstatning, bliver ikke så ofte erklæret raske som patienter, der ikke søger erstatning – også efter at der er korrigeret for sygdommes sværhedsgrad, jf. figur 11.

Figur 11



Arbejdsskadesager danner skjold mod arbejdsmarkedet

Hvis den tilskadekomne er involveret i en arbejdsskadeerstatningssag, stiger risikoen markant for, at rygproblemer får et invaliderende forløb. Patienterne skal bevise, at de vedvarende har en skade, som udløser erstatning. Det skaber et skjold mod arbejdsmarkedet, som risikerer at indebære langvarig offentlig forsørgelse.

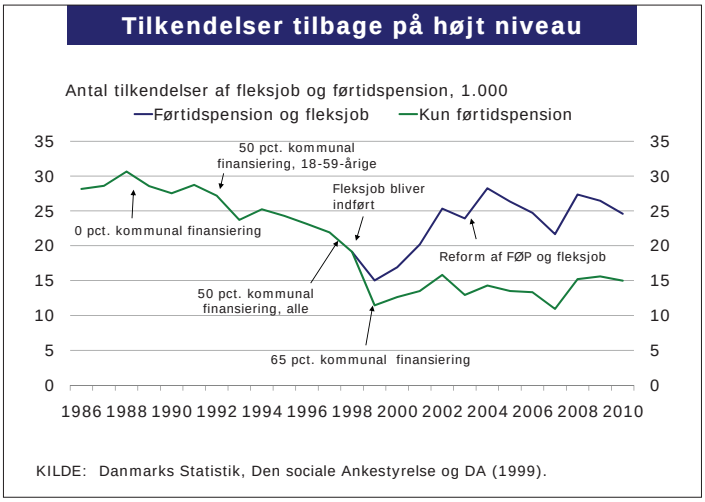
Måden at tilkende erstatninger i forbindelse med arbejdsskader bidrager således i sig selv til, at unødigt mange ender med at modtage offentlig forsørgelse. Tilsvarende gælder reglerne for og administrationen af tilkendelser af førtidspension og fleksjob.

Stadig flere på førtidspension eller fleksjob

En stor del af væksten i antal personer i helbredsbetinget offentlig forsørgelse skyldes, at flere modtager førtidspension, ledighedsydelse eller arbejder i et offentligt støttet fleksjob. Der er i dag 116.000 personer flere i disse ordninger, end der var i 1985.

De sidste 25 år er antallet på førtidspension og fleksjob steget med 116.000

Der har gennem flere årtier været en politisk erkendelse af, at udviklingen i antallet af førtidspensionister ikke var hensigtsmæssig. Før 1992 var den statslige refusion til kommunerne af udgifter til førtidspension 100 pct. Det vil sige, at det for hver enkelt kommune ikke kostede noget at tilkende førtidspension til en borger. I den periode hvor refusionen var 100 pct., var tilgangen til førtidspension på knap 30.000 personer årligt, jf. figur 12.



Figur 12

Da refusionen i 1992 blev sat ned til 50 pct. for 18-59-årige, faldt tilgangen til knap 25.000 personer årligt. I 1997 og 1999 skete der yderligere reduktioner i den kommunale refusion, som medførte, at tilkendelsen af førtidspension faldt til det nuværende niveau på ca. 15.000 personer årligt.

Omlægninger af kommunernes incitamenter fik tilgang til at falde ...

... men fleksjobordningen har fået tallet til at stige igen

Det lykkes dog ikke at fastholde den årlige tilkendelse af varig helbredsbetinget offentlig forsørgelse på 15.000 personer, fordi fleksjobordningen bliver indført i 1998. Den har de efterfølgende år øget tilgangen til varig helbredsbetinget offentlig forsørgelse, så den nu er tilbage på ca. 25.000 personer årligt.

Førtidspensionsreformen har fejlet

Forudsætningerne bag førtidspensionsreformen i 2003 er således skredet. I 2009 var der næsten 50.000 flere i fleksjob, på førtidspension eller på ledighedsydelse end forudsat ved lovens tilblivelse. Hvert år koster det 8,6 mia. kr. mere end forudsat.

En af årsagerne til, at antallet af førtidspensionister er højere end forudsat, er, at andelen af unge, der kommer på førtidspension, er mere end fordoblet. I 1999 kom der 1,2 på førtidspension for hver tusinde 18-29-årige i befolkningen. I 2009 var det tal 2,6.

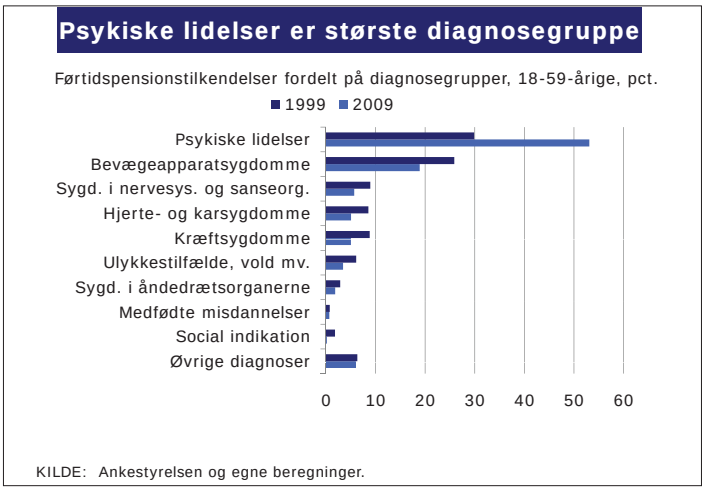
Der er meget store forskelle på tilkendelsen af førtidspension på tværs af kommuner. Det gælder både blandt unge og ældre. F.eks. tilkender Middelfart 14 gange så hyppigt en førtidspension til 18-29-årige, som København gør. Det er tilfældet, selv om de såkaldte rammevilkår er bedre i Middelfart end i København.

Mange fejl i kommunernes administration

En af årsagerne til de store kommunale forskelle kan være, at nogle kommuner tilkender førtidspension i tilfælde, hvor der ikke er grundlag herfor. Kommunerne begår fejl i sagsbehandlingen af førtidspensionssager i 20-25 pct. af sagerne, og arbejdsevnemetoden, som er grundlaget for behandling af sager om førtidspension, fleksjob og revalidering, bliver ikke anvendt til at sætte fokus på borgerens ressourcer, men primært som et dokumentationsgrundlag for at tilkende ydelserne og sætte fokus på borgerens begrænsninger.

85 pct. af førtidspensionerne til unge bliver tilkendt på baggrund af psykiske lidelser. For øvrige aldersgrupper udgør psykiske lidelser også en stor og stigende baggrund for tilkendelse af førtidspension. I dag får mere end hver anden førtidspension på baggrund af

en psykisk lidelse. Det er næsten dobbelt så stor en andel som for ti år siden, jf. figur 13.



Figur 13

Størst stigning i Danmark af førtidspensioner på baggrund af psykiske diagnoser

Danmark er det land, blandt de 8 vestlige lande, der geografisk ligger tættest på Danmark, der tilkender den klart største andel af førtidspensioner på baggrund af psykiske lidelser. Danmark er samtidig et af de lande, der har oplevet den største stigning i de sidste 10-15 år. F.eks. var andelen af tilkendelser af førtidspension i Finland på baggrund af en psykisk lidelse 30 pct. i gennemsnit i perioden 1995-2000. 2005-2008 var den stadig 30 pct. I Danmark steg andelen af psykisk betingede førtidspensioner i denne periode fra 28 pct. til 47 pct.

Stress udløser flest førtidspensioner

De største enkeltdiagnoser bag tilgangen til førtidspension er stressrelaterede lidelser og periodisk depression. Disse diagnoser burde ikke føre til førtidspension i så stort omfang, som tilfældet er, jf. Dansk Arbejdsgiverforening (2008b). F.eks. kan 60-70 pct. af personer med periodisk depression behandles gennem psykoterapi og medicin, jf. Videbech (2004).

Ventetider i det psykiatriske behandlingssystem kan have bidraget til, at nogle unødigt er kommet på førtidspension. Ventetiden i det offentlige psykiatriske

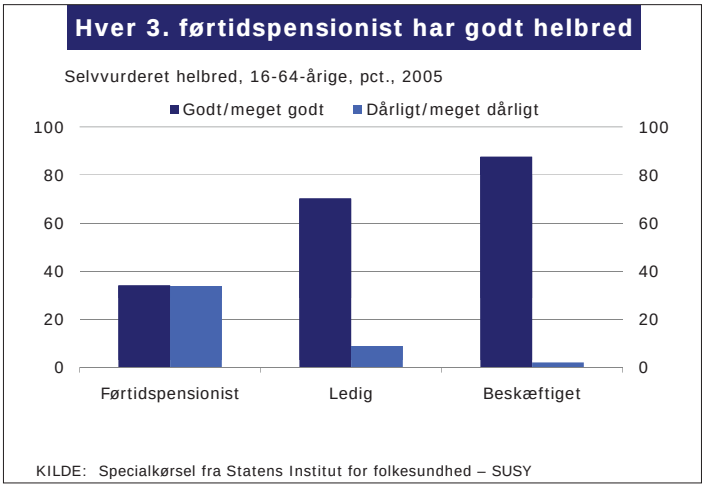
behandlingssystem er op til 1¾ år, men alle har fra 1. januar 2010 haft en behandlingsgaranti, hvorefter patienter, der skal vente mere end 2 måneder, kan vælge et privat tilbud i stedet. Der er ingen eller kun kort ventetid på de private psykiatriske behandlingstilbud.

At der er mulighed for at nedbringe antallet af førtidspensionister viser, de nuværende førtidspensionisters vurdering af eget helbred.

Førtidspensionisters helbred

Mere end tre ud af ti førtidspensionister vurderer selv, at de har et meget godt eller godt helbred. Det er kun få pct.point færre end andelen, der vurderer, de har et dårligt eller meget dårligt helbred, jf. figur 14.

Hver tredje førtidspensionist har godt helbred



Figur 14

De førtidspensionister, der vurderer deres helbred til godt eller meget godt, har enten haft et godt helbred allerede ved tilkendelsen af førtidspension eller fået et bedre helbred efter tilkendelsen af førtidspension. Der er altså enten nogle mennesker, der har fået en førtidspension uberettiget, fordi de ikke varigt har haft en væsentlig nedsættelse af arbejdsevnen, eller der kan være mulighed for, at et stort antal mennesker kan opnå hel eller delvis beskæftigelse og dermed komme helt eller delvist ud af førtidspensionen.

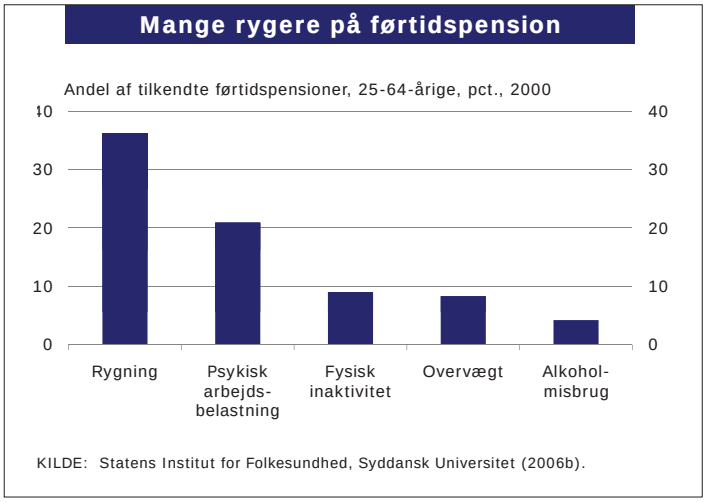
Mange får førtidspension af individuelle årsager

Individuel adfærd bag mange førtidspensioner

Et stort antal tilkendelser af førtidspension skyldes personernes livsstil. Mere end hver tredje tilkendelse af førtidspension til 25-64-årige skyldes rygning. Andre livsstilsfaktorer som fysisk inaktivitet, overvægt og alkoholmisbrug er baggrund for yderligere 21 pct.

af tilgangen. I alt er det altså det næsten 60 pct. af tilgangen til førtidspension, der skyldes livsstil, jf. figur 15.

Figur 15



Omkring hver femte tilkendelse af førtidspension er relateret til psykisk arbejdsbelastning. Under fem pct. af disse tilkendelser er som følge af høje krav på arbejdspladsen.

Det er altså ikke høje krav på arbejdspladsen, der resulterer i førtidspension, men snarere det modsatte. 96 pct. af tilgangen på baggrund af psykisk arbejdsbelastning sker blandt personer med lave krav i jobbet. Heraf har to ud af tre høj indflydelse på jobbet.

Sygefravær

Det samlede sygefravær i 2008 svarede til, at ca. 120.000 personer var væk fra arbejdsmarkedet på fuld tid i et helt år. Det svarer til godt 4 pct. af arbejdsstyrken. For den enkelte svarer det til at være syg 10 dage eller 2 uger om året.

Alle syge i gennemsnit 2 uger pr. år

Sygefravær koster samfundet 55 mia. kr. årligt til forsørgelse og løn. Heraf betaler virksomhederne de 40 mia. kr.

Sygefravær koster 55 mia. kr.

Den enkeltes livsstil bidrager til omfanget af sygefravær. Sygefraværet for fysisk inaktive ville være 5 dage mindre pr. år, hvis disse personer i stedet var fysisk aktive, jf. figur 16.

Figur 16

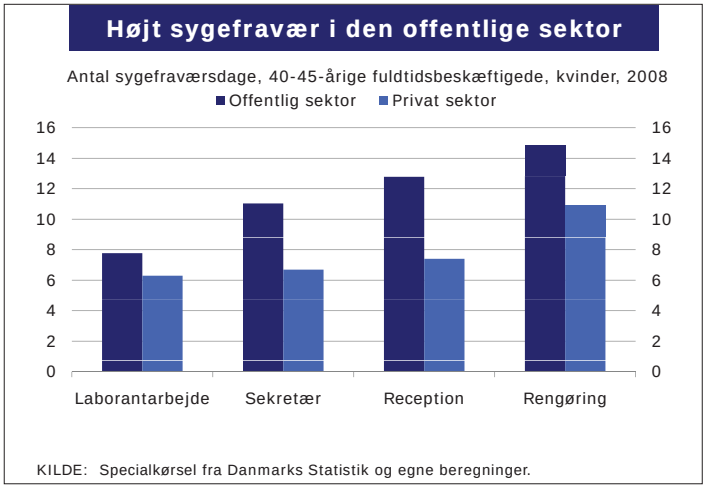
Ændrede alle beskæftigede, der er fysisk inaktive, livsstil, så de blev fysisk aktive, ville det reducere sygefraværet med 1.157.000 fraværsdage eller 4.450 helårspersoner. Tilsvarende potentiale er der, hvis moderat fysisk aktive bliver fysisk aktive. Det sige, at sygefraværet kan blive reduceret med ca. 9.000 helårspersoner alene ved ændret livsstil i forhold til fysisk aktivitet. Her ud over kommer ændret livsstil i forhold til rygning, kost og alkohol.

Mere fysisk aktivitet kan nedbringe sygefraværet med 9.000 helårspersoner

Sygefraværet højst i den offentlige sektor

Sygefraværet er størst blandt ansatte i den offentlige sektor. Forskel i alderssammensætningen, kønssammensætningen og arbejdsfunktioner kan forklare en del af forskellen, men selv om man sammenligner offentligt og privat ansatte medarbejdere med samme køn, samme alder og samme arbejdsfunktion, så er der alligevel store forskelle. 40-45-årige kvindelige sekretærer i den private sektor har i gennemsnit 6,7 dages sygefravær, mens de samme sekretærer i den offentlige sektor har 11 dages sygefravær, jf. figur 17.

Figur 17

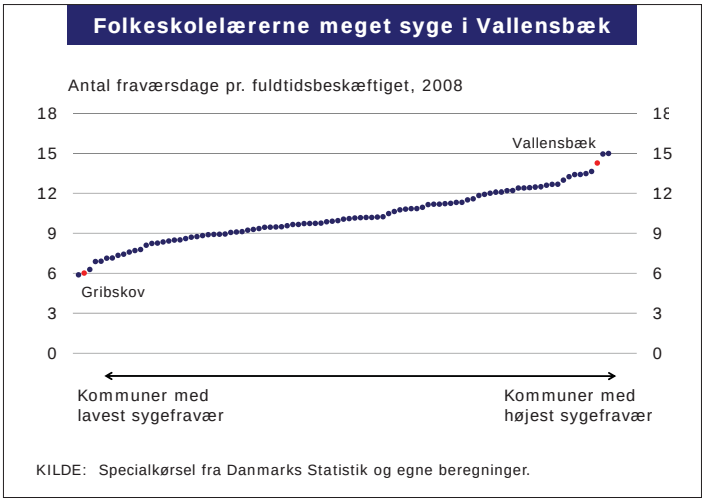


Tilsvarende er der 4-5 dages forskel på receptionisters og rengøringsmedarbejderes sygefravær, mens forskellen er ca. 1,5 dage for laboranter.

Forøget ledelsesmæssig fokus på sygefravær i kommunerne, regionerne og staten kan medvirke til at nedbringe fraværet. Den offentlige sektor i Danmark har det højeste sygefravær sammenlignet med offentlige sektorer i en række andre europæiske lande.

Også store forskelle mellem kommuner

Forskelle i medarbejdernes sygefravær gør sig også gældende på tværs af kommuner. I Gribskov Kommune er sygefraværet i gennemsnit 6 dage pr. folkeskolelærer, mens det Vallensbæk er 14,3 dage, jf. figur 18.



Figur 18

For medarbejdere, der udfører samme arbejdsfunktion, er der fra den ene kommune til den anden stor forskel på omfanget af sygefravær.

Mulighed for billigere og mere effektiv offentlig sektor

Der er en betydelig økonomisk gevinst for kommuner, hvor medarbejderne har højt sygefravær, ved at nedbringe sygefraværet, men der er også mulighed for en offentlig sektor, der er mere effektiv, og dermed bruger mindre personale, hvis sygefraværet bliver reduceret.

1. Forebyggelse og livsstil

1.1 Sammenfatning 37

1.2 Danskernes helbred og sundhed 39

1.3 Indsatsen for at forebygge og helbrede 47

1.4 Sundhed og livsstil varierer i befolkningen 60

1.1 Sammenfatning

Vi lever længere og har flere gode år med godt helbred

Danskerne lever længere og længere. I de sidste 15 år er der lagt tre år til den forventede levetid for en nyfødt. Om 15 år kan nyfødte forvente at blive yderligere tre år ældre. Den længere levetid giver os flere år med godt helbred.

Lidt mere end otte ud af ti danskere i den erhvervsaktive alder vurderer, at deres helbred er godt eller virkelig godt. Det giver mulighed for, at mange kan deltage på arbejdsmarkedet. Under fem pct. i den erhvervsaktive alder vurderer, at de har et dårligt eller meget dårligt helbred. Det svarer til knap 160.000 personer, hvilket er langt færre end antallet af personer i helbredsbetingede ordninger som f.eks. førtidspension, fleksjob, sygedagpenge m.v.

Danskere lever ikke så længe som folk i andre lande

Den gennemsnitlige levetid i Danmark stiger ikke så hurtigt som i andre lande. For 50 år siden lå Danmark på en 5. plads blandt OECD-landene. I dag er Danmark rykket ned på en 23. plads. Den gennemsnitlige levetid er flere år længere i Sverige, Norge, Tyskland og Frankrig.

Livsstil har stor betydning for sundhed

Den individuelle livsstil har stor betydning for sundhed. Flere og flere bliver bevidste om, at egen indsats for helbredet er særdeles vigtig. Flere dyrker motion og færre ryger. Modsat er der flere, der drikker mere alkohol end den maksimalt anbefalede grænse, og flere, der er overvægtige. Andelen af svært overvægtige er mere end fordoblet i de sidste tyve år.

Rygning er langt den største risiko for helbred og for tidlig død

Rygning er den adfærd i hverdagen, som belaster helbredet mest. Knap hver fjerde dødsfald skyldes rygning. Ryger man mere end 14 cigaretter dagligt, kan man forvente at dø ca. 10 år for tidligt og inden da leve lige så lang tid med en eller flere langvarigt belastende sygdomme.

Der er også store helbredsmæssige risici forbundet med fysisk inaktivitet og for meget alkohol, hvorimod

der er betydeligt mindre risiko forbundet med faktorer, der er relateret til arbejde.

Jo højere uddannelse, jo bedre helbred ...

Selv om folkesundheden bliver bedre, er der store variationer i sundhed mellem forskellige grupper i samfundet. Jo højere uddannelsesniveau, jo lavere dødelighed og jo bedre vurderer man sit eget helbred. Forskellene er steget de seneste 15 år.

... og jo mere passer man på sig selv

Der er også stor forskel på livsstil. Jo længere uddannelse, jo flere mener, at de selv har et ansvar for helbredet. Der er flere, der dyrker motion, færre, der ryger, og færre, der er overvægtige.

1.2 Danskernes helbred og sundhed

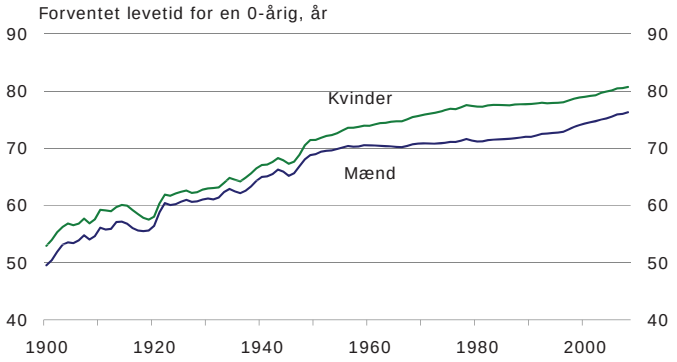
Vi lever længere og længere

Overordnet set bliver danskernes sundhed bedre. En indikator for befolkningens sundhedstilstand er den gennemsnitlige levetid. En nyfødt pige kan i dag forvente at blive knap 81 år, og en nyfødt dreng godt 76 år. Det er 25 år længere, end nyfødte født omkring forrige århundredeskifte kunne forvente at leve.

I de seneste 15 år er levetiden også steget. En nyfødt kan i dag se frem til at leve tre år længere, end en nyfødt i 1995 kunne forvente, jf. figur 1.1.

Figur 1.1

Vi lever længere og længere

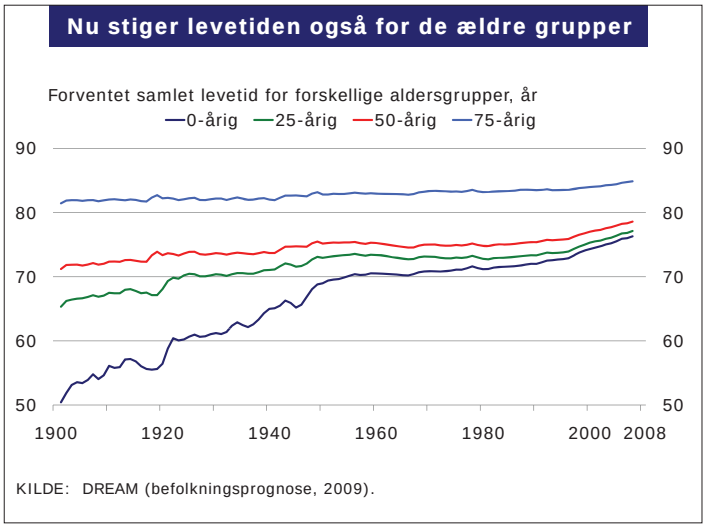


ANM.: Den forventede levetid – eller middellevetiden – er beregnet ud fra dødeligheden i alle højere aldersgrupper, og udtrykker dermed udviklingen i den samlede dødelighed og befolkningens helbredstilstand. Dødsraterne for de ældre årgange er påvirket af disse generationers levevilkår igennem livet. Det kan medføre en undervurdering af middellevetiden for en nyfødt i dag, fordi vedkommende vil være udsat for andre livsvilkår og risikopåvirkninger.

KILDE: DREAM (2009).

Frem mod midten af 1950'erne skete forbedringerne af danskernes middellevetid primært som følge af reduktion i dødeligheden blandt spædbørn. I de efterfølgende 40 år er der stort set ikke vækst i restlevetiden for aldersgrupperne 10-70 år. Siden 1995 har det især været den længere levetid for ældre mennesker, der har trukket den samlede forventede levetid op, jf. figur 1.2 og DREAM (2009).

Figur 1.2



Den længere levetid er resultatet af en lang række faktorer som højere indkomster, bedre ernæring, bedre boliger, sanitet, højere uddannelsesniveau, bedre medicin, flere og bedre behandlingsmuligheder osv., som alle forbedrer sundheden i befolkningen, jf. Oeppen m.fl. (2002).

Vi får flere år med godt helbred

Den længere levetid resulterer i flere år med godt helbred. Det er snarere tiden til, hvornår man dør, der bestemmer ens sundhed og helbred, end den faktiske alder. Det betyder, at udgifter til sundhed og pleje for en given aldersgruppe vil falde i takt med den stigende levetid. F.eks. vil sundhedsudgifterne til en 85-årig kvinde om fyrre år være 13 pct. lavere end sundhedsudgifterne for en 85-årig kvinde i dag, jf. De Økonomiske Råd (2009).

Også fremover vil levetiden stige. I 2040 vil levetiden være steget til lige over 85 år for nyfødte piger og 82½ år for nyfødte drenge. Det er 4½ år længere levetid for kvinder og seks år for mænd sammenlignet med i dag, jf. DREAM (2009).

Disse skøn kan meget vel vise sig at blive overhalet af virkeligheden. Hver gang man har forudsagt levetiden, har forudsigelserne være mere pessimistiske end

den faktiske udvikling. I 160 år er levetiden for kvinder steget med næsten tre måneder om året i de lande, der har de højeste forventede levetider, og det er langt mere, end nogen prognoser har kunnet forudsige, jf. Oeppen m.fl. (2002).

Danskere lever kortere tid end folk i andre OECD-lande

Danskere lever ikke så længe som indbyggerne i lande, vi normalt sammenligner os med. Den forventede levetid for en nyfødt dansker er omkring ½ år kortere end i OECD-landene som gennemsnit.

Fald fra 5. plads til en 23. plads i forventet levetid

For 50 år siden var den forventede levetid for en nyfødt dansker knap fire år højere end OECD-gennemsnittet. Danmark er således faldet fra at være på en 5. plads blandt OECD-landene til i 2006 at befinde sig på en 23. plads, jf. tabel 1.1.

Tabel 1.1

Dårlig dansk placering i middellevetid

Forventet levetid for en 0-årig, år	1960	1975	1995	2006
Danmark	72,4	74,0	75,3	78,4
Sverige	73,1	75,0	78,8	80,8
Norge	73,8	75,1	77,9	80,5
Tyskland	69,1	71,4	76,6	79,8
Holland	73,5	74,6	77,5	79,8
Frankrig	70,3	73,0	77,9	80,7
Gennemsnit for OECD	68,2	71,2	76,0	79,0
Danmarks placering	5	7	23	23

ANM.: OECD-gennemsnittet er beregnet som et simpelt gennemsnit uanset landenes størrelse. 2006 er det seneste år, hvor der er data for alle OECD-lande.

KILDE: OECD (Health Data 2009) og egne beregninger.

Regeringens mål: vi skal tilbage på en tiendeplads i 2020

Den udvikling er også baggrunden for, at regeringen i efteråret 2009 satte som mål, at den danske middellevetid om ti år skal være blandt de 10 højeste i verden igen.

Danmark indhenter noget af det tabte

Siden 1995 ser det ud til, at Danmark har indhentet noget af det tabte sammenlignet med eksempelvis Sverige og Norge. På trods af fornyet fremgang er den forventede levetid imidlertid 2-2½ år lavere end i Norge og Sverige.

Forskellen til Norge og Sverige afspejler primært sundere livsstil i disse lande med færre rygere og lavere alkoholforbrug. Tobak er den væsentligste årsag og kan forklare ¾ af forskellen i middellevetid mellem Danmark og Sverige, jf. Forebyggelseskommissionen (2009).

Den danske placering kan også være en følge af de ressourcer, der er brugt på sundhed i Danmark. I en lang årrække – fra 1980 til 2000 – var andelen af BNP anvendt til sundhedsudgifter nærmest konstant i Danmark, hvorimod andelen i de øvrige lande var stigende, jf. afsnit 1.3.

Selvoplevet helbred passer med hårde facts

Otte ud af ti vurderer, at helbredet er godt eller virkelig godt

Langt de fleste danskere mener, at deres helbred er godt. Otte ud af ti svarer, at deres helbred er godt eller virkelig godt. Det er stort set den samme andel som for tyve år siden, jf. tabel 1.2.

Tabel 1.2

Otte ud af ti oplever et godt helbred

	1987	2005
Godt eller virkelig godt helbred	78,1	79,4
16-24 år	93,4	92,2
25-44 år	88,1	85,8
45-64 år	68,3	77,0
65+ år	54,7	66,7
Dårligt eller meget dårligt helbred	6,7	5,6
16-24 år	0,8	0,8
25-44 år	2,5	3,3
45-64 år	9,6	6,6
65+ år	17,9	9,6

ANM.: Da folkepensionsalderen var 67 år i 1987, var den ældre aldersgruppe afgrænset til 67+ år her. Således er de to aldersgrupper ikke helt identiske i de to år.

KILDE: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (Sundheds- og sygelighedsundersøgelser).

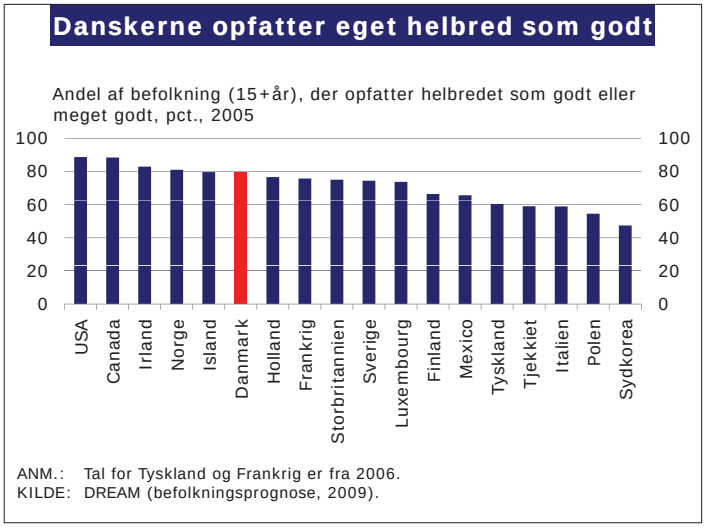
Midaldrende og seniorer har fået bedre helbred

Det er alene befolkningen over 45 år, der har fået det bedre. Blandt personer, der er 45 år og ældre, er andelen med godt eller meget godt helbred steget med omkring 10 pct.point. Derimod er andelen blandt 16-44-årige, der synes, at de har et godt eller virkelig godt helbred, faldet en smule siden midten af 1980'erne.

Kun 5,6 pct.point af befolkningen oplever, at de har et dårligt eller meget dårligt helbred. Blandt personer i den erhvervsaktive alder er det blot 4,5 pct. Det svarer til knap 160.000 personer, hvilket er langt færre end antallet af personer i helbredsbetingede ordninger som f.eks. førtidspension, fleksjob, sygedagpenge m.v. Trods den bedre folkesundhed er omfanget af sygefravær fra arbejde og tilgang til førtidspension steget, jf. kapitel 4 og 5.

Danskere har sammenlignet med andre OECD-lande en positiv vurdering af eget helbred. Kun i USA og Canada er der markant flere, der siger, at deres helbred er godt eller meget godt, jf. figur 1.3.

Figur 1.3



De fleste af de lande, hvor den forventede levetid er længere end i Danmark, har ikke så positivt selvopfattet helbred som i Danmark. Andelen af nordmænd, der vurderer deres helbred som godt eller meget godt, er stort set den samme som i Danmark. I Sverige er der fem pct.point færre, der vurderer deres helbred som godt. Der er således ikke nødvendigvis sammenhæng mellem den generelle sundhedstilstand i befolkningen målt ved forventet levetid og opfattelsen af ens helbred.

Kræft er den hyppigste dødsårsag

Den længere levetid afspejler, at dødeligheden falder. Således døde omkring 250 færre personer ud af 100.000 personer i 2008 sammenlignet med 1995, når der tages højde for befolkningens aldersmæssige sammensætning i de to år.

Kræft er blevet den hyppigste dødsårsag. Derimod er dødeligheden for hjertesygdomme faldet markant. Det samme gælder andre kredsløbssygdomme i f.eks. lunger og hjerne.

Dødeligheden for kræft er ikke faldet nær så meget, men i lyset af faldet i dødeligheden for hjertesygdomme er det et positivt tegn. Det skyldes, at de aldersgrupper, der tidligere i højere grad døde af hjertesygdomme, har stor risiko for i stedet at dø af kræft. Derfor vil et fald i dødeligheden af hjertesygdomme føre til en stigning i kræftdødsfald, hvis andre forhold var uændrede. Udviklingen er imidlertid gået den anden vej, jf. Sundhedsstyrelsen (2009b).

Ud af de 946 dødsfald pr. 100.000 indbyggere i løbet af et år skyldtes 31 ulykker og 11 selvmord. Begge disse dødsårsager er faldet siden 1995, jf. tabel 1.3.

Tabel 1.3

Hvad tager livet af os?

Dødsfald pr. 100.000 indbyggere fordelt efter årsag	1995	2000	2008
I alt	1.218	1.072	946
Heraf:			
Kræft	303	290	269
Hjertesygdomme	331	253	176
Sygdomme i åndedrætsorganer	109	98	101
Andre kredsløbssygdomme	154	131	93
Psykiske lidelser m.v.	18	30	54
Ulykker	47	44	31
Selvmord og selvmordsforsøg	18	14	11
Andet	238	212	211

ANM: Tallene er aldersstandardiserede. Det betyder, at der er taget højde for, at befolkningens aldersfordeling ændrer sig over tid, og dermed også de mest hyppige dødsårsager, da de varierer med alderen.

KILDE: Sundhedsstyrelsen (2009b).

Udviklingen i dødsårsager skal ses i lyset af udviklingen i behandlingsmetoder og ressourcer anvendt på sundhed. Eksempelvis er antallet af by-pass operationer og ballonudvidelser steget fra under 1.000 i 1990 til 12.500 i 2005. Samme år indløste mere end en mio. danskere en recept på medicin til hjerte og kredsløb, jf. Statens Institut for Folkesundhed (2007a).

Dødsårsager påvirket af lægers diagnostik

For alle sygdomme gælder det, at statistikken over dødsårsager er påvirket af diagnostikken blandt læger. En tidligere og forbedret diagnostik vil øge hyppigheden af dødsfald med en given dødsårsag, hvor dødsfaldet tidligere ville være registreret med ukendt eller anden årsag.

Det er en af forklaringerne på den kraftige stigning i dødeligheden med psykiske lidelser. Det er primært dødsfald som følge af demens, der fylder i denne gruppe. I dag bliver demens set og diagnosticeret i langt højere grad end tidligere. Blandt psykiske lidelser er der også mange dødsfald som følge af alkoholisk psykose og kronisk alkoholmisbrug, og denne gruppe har også været stigende, jf. Sundhedsstyrelsen (2009b).

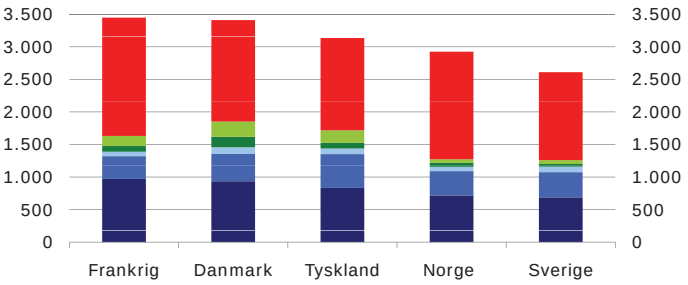
Tabte leveår som følge af for tidlig død er højere i Danmark end i lande, vi normalt sammenligner os med. Det afspejler også den lavere danske middellevetid.

I Danmark er der betydeligt flere, der dør tidligt af kræftsygdomme og psykiske sygdomme end i Sverige, Tyskland og Norge. Danmark har været dårligt placeret på kræftområdet siden 1960, jf. Forebyggelseskommissionen (2009).

Figur 1.4

Danskere dør oftere af kræft

Tabte leveår pr. 100.000 indbyggere fordelt efter sygdomsårsag, 2006



ANM.: Tabte leveår er et udtryk for omfanget af "for tidlig død" i forhold til en given alder, som her er 70 år. Tallene er aldersstandardiserede, så de kan sammenlignes landene imellem. Gruppen "Andet" er beregnet residualt.
KILDE: OECD (Health Data 2009).

1.3 Indsatsen for at forebygge og helbrede

Sundhed og helbred er påvirket af mange forhold

Den enkeltes sundhedstilstand er påvirket af mange forhold. Nogle er udefra kommende, som vi ikke har direkte indflydelse på, og andre er vi selv herre over.

Hvert enkelt menneske er fra fødslen udstyret med en biologisk arv, der er et grundvilkår. Alder er også af stor betydning for helbredet. Dertil kommer en lang række andre faktorer som økonomiske, kulturelle og miljømæssige vilkår, der påvirker helbredet. Sociale relationer og individuel livsstil i forhold til kost, motion, alkohol, rygning, søvn osv. har også indflydelse på helbredet, jf. figur 1.5.

Mange faktorer bestemmer sundhed

Figur 1.5

KILDE: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2006b).

Faktorerne, der påvirker vores sundhed, er indbyrdes afhængige. Således afhænger en persons livsstil både af individets egne valg i forhold til f.eks. kost og rygning, men er også præget af faktorer som f.eks. uddannelse og indkomstmuligheder, der igen er præget af generelle levevilkår i samfundet.

Livsstil har afgørende betydning for helbredet

I dag er livsstil i form af usund kost, rygning, alkohol og for lidt motion årsag til ca. 40 pct. af alle sygdomme og tidlige dødsfald, jf. Forebyggelseskommissionen (2009). Individuel adfærd har således meget stor betydning for sundhed.

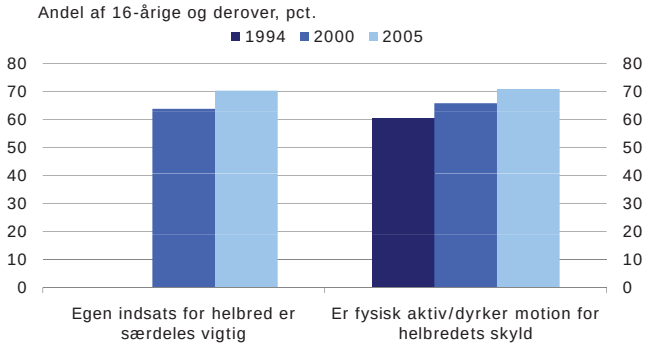
Vi er mere bevidste om vores eget ansvar for at være raske

På trods af den viden er der nogle paradokser i vores livsstil. På den ene side er danskerne i stigende grad blevet bevidste om at leve sundt i forhold til kost, motion og rygning, men samtidig er der flere, der drikker mere alkohol end det anbefalede, og andelen af overvægtige stiger.

Blandt danskere over 15 år er der en stigende erkendelse af, at vi selv bærer et ansvar for vores sundhed og helbred. Således mener syv ud af ti, at ens egen indsats for helbredet er særdeles vigtig. Det er syv pct. point eller knap 300.000 flere personer end bare fem år tidligere. Der er lige så mange, der gør noget aktivt for at sikre et godt helbred ved f.eks. at dyrke motion, jf. figur 1.6.

Figur 1.6

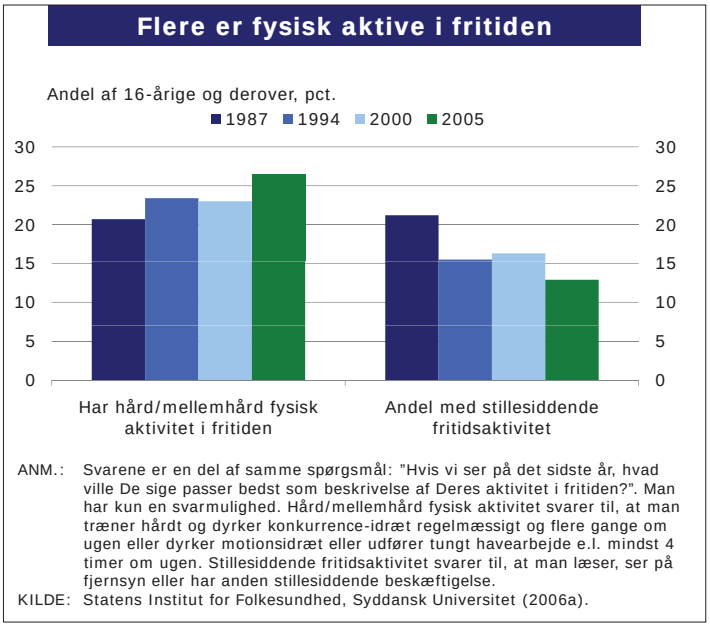
Mere bevidste om eget ansvar for helbred



ANM.: Hvorvidt egen indsats for helbredet er vigtig, er ikke opgjort i 1994.
KILDE: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2006a).

Flere dyrker motion i fritiden og færre har stillesiddende fritid

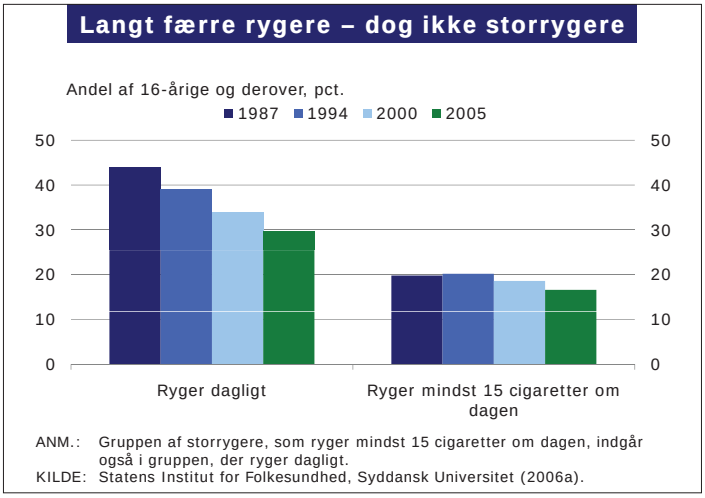
Arbejdslivet er blevet mindre fysisk aktivt end tidligere, jf. kapitel 2. Samtidig vælger flere og flere hårde og mellemhårde fysiske aktiviteter i fritiden, og færre har stillesiddende fritidsaktiviteter, jf. figur 1.7.



Figur 1.7

Langt færre dagligrygere, men uændret antal storrygere

Der bliver også færre rygere. I 2005 var det knap hver tredje over 15 år, der dagligt røg. Det er næsten 15 pct. point færre end tyve år tidligere. Til gengæld er andelen af storrygere, som ryger mindst 15 cigaretter om dagen, næsten uændret. Dermed er andelen af storrygere blandt rygere stigende, jf. figur 1.8.

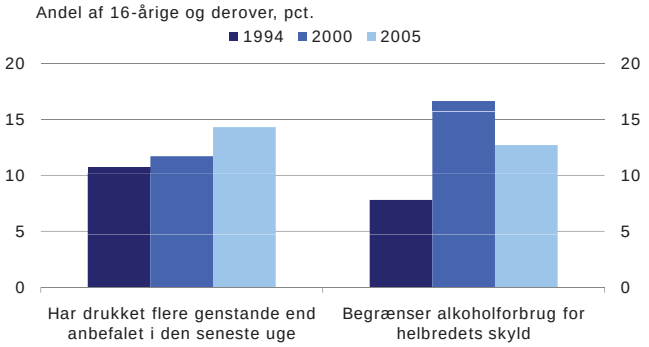


Figur 1.8

Danskerne drikker mere alkohol end tidligere. I 2005 svarede 14 pct. af befolkningen over 15 år, at de havde drukket flere genstande end anbefalet i løbet af den seneste uge. Det var knap fire pct.point flere end ti år tidligere, jf. figur 1.9.

Figur 1.9

Flere drikker mere end anbefalet



ANM.: I 2005 anbefalede Sundhedsstyrelsen, at mænd maksimalt drak 21 genstande om ugen og kvinder 14 genstande. Det er i 2010 blevet nedjusteret til 14 genstande for mænd og 7 genstande for kvinder.
KILDE: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2006a).

Ud over de direkte alkoholrelaterede sygdomme, som f.eks. skrumpelever og betændelse i bugspytkirtlen, er alkohol medvirkende til en lang række sygdomme som f.eks. kræft i mundhule, spiserør, bryst og tyktarm, jf. Statens Institut for Folkesundhed (2007a).

Mange kender Sundhedsstyrelsens anbefalinger om alkohol

Tre ud af fire mænd og seks ud af ti kvinder kender Sundhedsstyrelsens anbefalinger om alkohol, som i 2005 var maksimalt 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande for mænd, jf. Sundhedsstyrelsen (2009a). I 2010 er anbefalingen fra Sundhedsstyrelsen blevet skærpet til maksimalt syv genstande om ugen for kvinder og 14 genstande for mænd.

Vi drikker og ryger mere, end vi siger

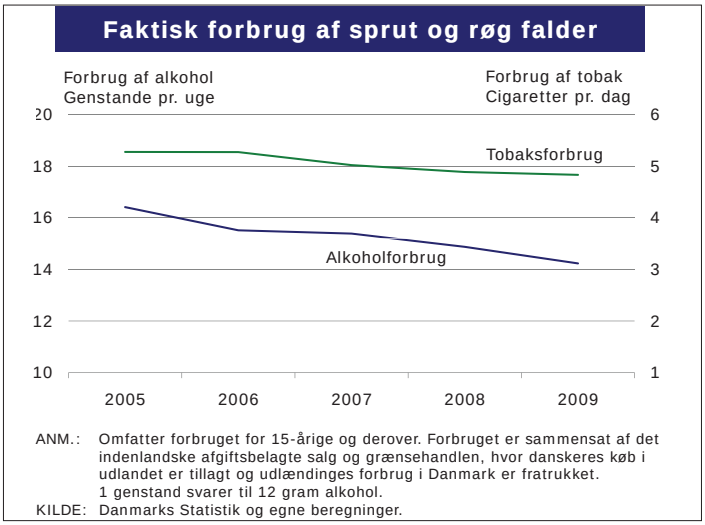
Lidt mere end hver tiende i den voksne befolkning svarer, at de begrænser alkoholforbruget for helbredets skyld, jf. figur 1.9. For både alkohol og rygning kan der være en tendens til, at man pynter på virkelig-

heden og angiver et lavere forbrug, end man egentlig har.

I 2005 drak danskere over 14 år i gennemsnit knap 16,5 genstande om ugen. Forbruget af cigaretter svarede til, at hver dansker over 14 år røg lidt mere end fem cigaretter om dagen.

I de efterfølgende år er forbruget af alkohol og tobak faldet, og i dag bliver der drukket to genstande færre om ugen pr. person og røget knap ½ cigaret mindre. Det svarer til et fald på 8-13 pct., jf. figur 1.10.

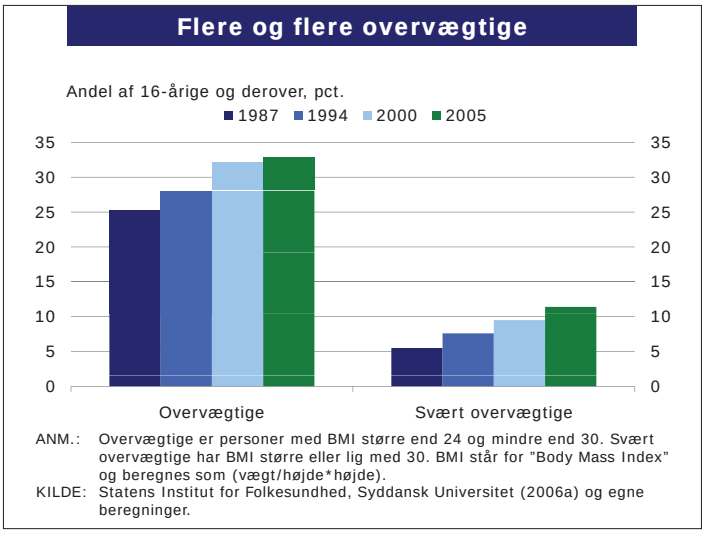
Figur 1.10



Markant flere overvægtige i de seneste tyve år

Den stigende fokus på, at livsstil har betydning for helbred og sundhed, aftegner sig ikke i danskernes kropsvægt. Knap 45 pct. i befolkningen over 15 år er overvægtige eller svært overvægtige. I de sidste årtier er der sket en markant stigning i gruppen af overvægtige. I 2005 var der knap en tredjedel flere overvægtige end tyve år tidligere. Andelen af svært overvægtige er mere end fordoblet i de sidste tyve år, jf. figur 1.11.

Figur 1.11



ANM.: Overvægtige er personer med BMI større end 24 og mindre end 30. Svært overvægtige har BMI større eller lig med 30. BMI står for "Body Mass Index" og beregnes som (vægt/højde*højde).
KILDE: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2006a) og egne beregninger.

Overvægt øger risiko for alvorlige følgesygdomme

Den stigende forekomst af overvægt i befolkningen har helbredsmæssige og økonomiske konsekvenser både for den enkelte og samfundet. Overvægt er et alvorligt sundhedsproblem, fordi risikoen for hjertekarsygdomme og type-2-diabetes stiger. Desuden følger der ofte psykosociale problemer i form af lavt selvværd, dårligere trivsel m.v. i kølvandet på overvægt, jf. Statens Institut for Folkesundhed (2009c).

Rygning er største trussel mod helbredet

Rygning er den del af danskernes livsstil, der indebærer den største risiko for helbredet. Knap ¼ af alle årlige dødsfald skyldes rygning. De væsentligste andre faktorer er fysisk inaktivitet, alkohol og usund kost. Men også hjemme- og fritidsulykker samt psykisk arbejdsbelastning har betydning, jf. kapitel 2.

Personer, der ryger mere end 14 cigaretter dagligt, vil i gennemsnit dø ca. 10 år tidligere, end hvis de ikke røg, og inden da leve lige så lang tid med en eller flere langvarigt belastende sygdomme. Smårygere, der ryger 1-14 cigaretter dagligt, dør i gennemsnit 5 år før personer, der aldrig har røget, og lever nogenlunde lige så lang tid med dårligt helbred, jf. tabel 1.4.

Tabel 1.4

Store omkostninger forbundet med rygning

	Andel af dødsfald, pct.	Reduktion i den enkeltes forventede levetid, år	Tabte gode leveår
Rygning	23,8	-	-
Smårygere	-	5,1	6,1
Storrygere	-	9,5	10,4
Fysisk inaktivitet	7,4	5,3	7,1
Alkohol	5,2	4,4	4,2
Usund kost[1]	3,8	-	-
Erhvervssygdomme[2]	3,4	-	-
Hjemme- og fritidsulykker	3,1	-	-
Psykisk arbejdsbelastning[3]	2,5	1,3	2,0
Arbejdsulykker	0,1	-	-

ANM.: [1] Usund kost er her for lidt frugt og grønt. Risikoen ved at spise for meget fedt og for meget sukker er også undersøgt. Det er nogenlunde de samme effekter på død og middellevetid, der er forbundet med de tre risici. [2] Dødeligheden som følge af erhvervssygdomme er beregnet ud fra en finsk undersøgelse baseret på dødsårsagsstatistik, antal eksponerede individer samt risikoratioer fra den epidemiologiske litteratur. [3] Se kapitel 2 for afgrænsning af psykisk arbejdsbelastning. Ud over de nævnte risici i tabellen er der også undersøgt for stofmisbrug, usikker sex, forhøjet blodtryk, passiv rygning, trafikulykker, svage sociale relationer samt uddannelsesniveau. Uddannelse er ikke medtaget her, da uddannelse ikke i sig selv er en risiko, men er et udtryk for den enkeltes sociale placering i samfundet. Tabte gode leveår kombinerer helbred og dødelighed i et samlet mål og ser på mobilitet, personlig pleje, smerter/ubehag, angst m.v. "-" indikerer, at omkostningen ikke er beregnet.

KILDE: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2006b) og egne beregninger.

Fysisk inaktivitet medfører i gennemsnit et tab på godt fem leveår for inaktive personer. Dertil kommer omkring syv år med belastende sygdom som følge af inaktiviteten sammenlignet med en fysisk aktiv person. Et alkoholforbrug, der overskrider de anbefalede genstandsgrænser, reducerer i gennemsnit levetiden med godt fire år sammenlignet med en person, som overholder grænserne.

Arbejdets påvirkning af helbred er lille i forhold til KRAM

Arbejdsulykker udgør 0,1 pct. af alle dødsfald, mens erhvervs-sygdomme udgør 3,4 pct. Der er således betydeligt flere dødsfald som følge af usund kost, rygning, alkohol og for lidt motion – de såkaldte KRAM-faktorer.

Individuelle valg har stor betydning for helbredet ...

Livsstil har stor betydning for helbredet. Hvis man ikke lever et tilstrækkeligt sundt og aktivt liv, kan det få konsekvenser for ens personlige og økonomiske ressourcer, fordi man bliver mere syg og i værste fald mister kontakten med arbejdsmarkedet.

... og for samfundet

Vores adfærdsmønstre har således store konsekvenser for vores evne til at varetage et arbejde. Også for samfundet er der store omkostninger forbundet med uhensigtsmæssig livsstil. Det giver udgifter i sundhedsvæsenet, udgifter i forbindelse med sygefravær og førtidspensionering. Alene rygning øger sundhedsvæsenets omkostninger med 5 mia. kr. årligt til behandling af lidelser relateret til rygning.

Dertil kommer det samfundsmæssige produktionstab, fordi mulighederne for at deltage på arbejdsmarkedet begrænses. Det er 23 mia. kr. årligt. Tabet skyldes primært, at en del rygere i den erhvervsaktive alder mister tilknytningen til arbejdsmarkedet på grund af lidelser relateret til tobaksrygning, jf. Statens Institut for Folkesundhed (2006b).

Fremover flere overvægtige og folk, der drikker for meget

I de kommende vil der på positivsiden være færre rygere og fysisk inaktive. På negativsiden vil der de næste ti år komme flere overvægtige og flere, der drikker over genstandsgrænserne. I 2020 vil der være 20 pct. flere moderat eller svært overvægtige sammenlignet med i 2005 og 40 pct. flere, der drikker over den anbefalede genstandsgrænse, jf. Statens Institut for Folkesundhed (2009a).

Myndighedernes indsats for forebyggelse og helbredelse

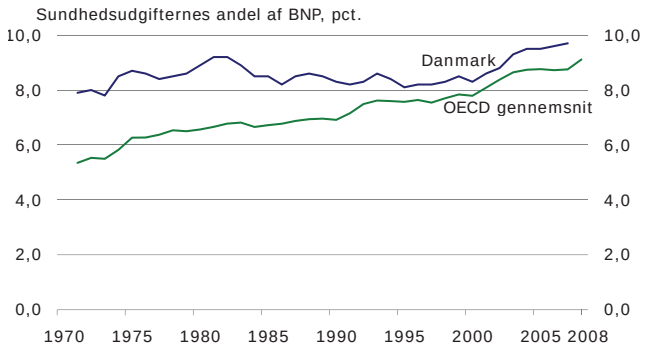
Et velfungerende sundhedssystem er vigtigt for patienter og deres pårørende. Men det har også betydning for arbejdsmarkedet, fordi syge kan komme hurtigt i beskæftigelse igen, når de effektivt bliver helbredt eller lindret for deres sygdom.

I starten af 1970'erne var Danmark et af de lande i verden, der brugte flest penge på sundhed målt som andel af BNP, jf. De Økonomiske Råd (2009). Fra 1970 til 2000 har sundhedsudgifternes andel af BNP været nogenlunde konstant, men i det seneste årti har den igen været stigende. I dag bruger det danske samfund knap en tiendedel af den årlige værdiskabelse til at forebygge, behandle eller afhjælpe sygdom, jf. figur 1.12.

Der er aldrig brugt flere penge til sundhed

Aldrig er der brugt så meget på sundhed

Figur 1.12



ANM.: Sundhedsudgifter omfatter udgifter til både private og offentlige aktører. Opgørelsen omfatter udgifter i sundheds- og ældreplejesektoren til f.eks. sygehuse, medicin, ambulant behandling, læger m.v., men ikke udgifter til indkomstoverførsler i forbindelse med sygdom. Niveauet for den type ældreplejeudgifter, som OECD henregner til sundhed, er høje i Danmark sammenlignet med andre OECD-lande. Hvis disse udgifter ikke blev medtaget, ville de danske sundhedsudgifter formentlig være mindre end gennemsnittet for OECD. En væsentlig del af stigningen i de danske sundhedsudgifter fra 2002 til 2003 skyldes ændring i opgørelsesmetode, jf. De Økonomiske Råd (2009).

KILDE: OECD (health data).

Samme tendens går igen i alle andre OECD-lande, hvor væksten flere steder har været endnu kraftigere end i Danmark. Sundhedsudgifterne pr. indbygger er vokset mere, end BNP pr. indbygger er vokset i alle OECD-lande, jf. De Økonomiske Råd (2009).

Sundhedssystem nu i langt højere grad efterspørgselsstyret

Myndighedernes indsats for forebyggelse og helbredelse har aldrig været større. Samtidig med at der direkte er tilført flere ressourcer, er der også indført frit sygehusvalg og behandlingsgaranti, ligesom antallet af private arbejdsgiverfinansierede sundheds-

forsikringer er steget til over 1 million siden 2000. Sundhedssystemet er i de seneste ti år gået fra at være rammestyret til i langt højere grad at være efterspørgselsstyret, jf. De Økonomiske Råd (2009).

Boks 1.1

Sundhedsmyndigheder

De overordnede rammer for forebyggelse og sundhedsfremme er fastsat i sundhedsloven, som siger, at der skal være "let og lige adgang til ydelser fra sundhedsvæsenet". Det offentligt finansierede sundhedssystem varetages af regionerne og kommunerne.

Regionerne har ansvar for driften af sygehusene og administration af sygesikringsområdet, der omfatter tilskud til ydelser fra praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, psykologer samt medicin. Regionerne afholder knap 80 pct. af de samlede offentlige udgifter til sundhedsydelser.

Kommunerne har ansvar for genoptræning, forebyggelse og sundhedspleje, som består af hjemmepleje, hjemmehjælp, plejehjem, børnesundhedspleje og børnetandlæger.

Kilde: De Økonomiske Råd (2009).

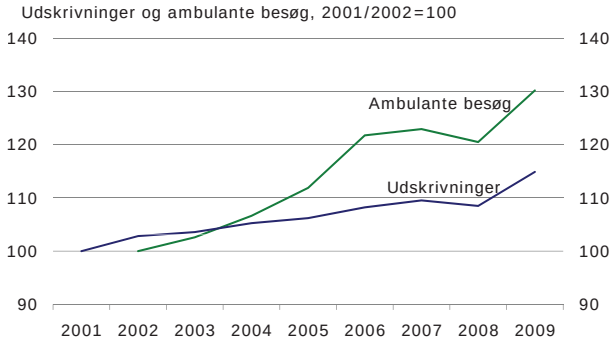
Aktiviteten på sygehusene

Kommuner har fået nye sundhedsopgaver

Aktiviteten på de danske sygehuse har været stigende i de seneste år. Antallet af udskrivninger – både somatiske og psykiatriske – fra offentlige sygehuse er steget med omkring 15 pct. fra 2001 til 2009. Antallet af ambulante besøg er steget med 30 pct. fra 2002 til 2009, jf. figur 1.13.

Stigende aktivitet på sygehusene

Figur 1.13



ANM.: Opgørelsen af ambulante besøg og udskrivninger omfatter både somatiske og psykiatriske sygehusafdelinger. Faldet i aktiviteten fra 2007 til 2008 skal ses i lyset af overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i 2008.
KILDE: Ministeriet for sundhed og forebyggelse.

Ventetider til operationer er faldet markant – fra 90 dage i 2001 til 67 dage i 2009. Det skyldes bl.a. – at flere operationer bliver gennemført i løbet af én dag. Der er også ansat knap 30 pct. flere læger på offentlige sygehuse i perioden 2001-2009, jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010).

Kommunernes indsats for forebyggelse og sundhedsfremme

Kommuner har fået nye sundhedsopgaver

Med kommunalreformen fik kommunerne i 2007 ansvaret for en række nye opgaver inden for genoptræning, forebyggelse, sundhedsfremme. Desuden fik kommunerne ansvaret for behandling for alkoholmisbrug og for lægelig behandling af stofmisbrug. I 2008 overtog kommunerne også ansvaret for den vederlagsfri fysioterapi fra regionerne.

Alle kommuner har vedtaget en sundhedspolitik rettet mod borgerne eller er i gang med at udarbejde en. De kommunale sundhedspolitikker har overvejende fokus på KRAM-faktorerne som kost, rygning, alkohol og motion, jf. Statens Institut for folkesundhed (2007b).

Ligesom på en lang række andre kommunale ansvarsområder er der også inden for sundhedsområdet stor variation i den kommunale indsats.

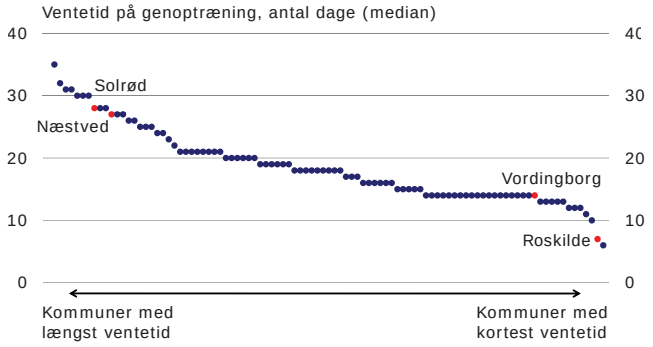
Nogle kommuner starter genoptræning 3 uger tidligere end andre

Det er eksempelvis tilfældet i kommunernes indsats for at få genoptrænet borgere, der bliver udskrevet fra hospitalet. Når en patient bliver udskrevet, skal hospitalet udarbejde en genoptræningsplan og indberette den til bopælskommunen. Herefter er det kommunernes ansvar at udføre den almindelige ambulante genoptræning, mens det er regionernes ansvar at udføre specialiseret genoptræning. Der kan være op til 20 dages forskel i ventetid på genoptræning.

I Næstved Kommune er ventetiden på genoptræning næsten dobbelt så lang som i nabokommunen Vordingborg. Ventetiden i Solrød er næsten fire gange så lang som i Roskilde, jf. figur 1.14.

Figur 1.14

Ventetid på genoptræning varierer meget



ANM.: Ventetiden angiver antallet af dage mellem dato for genoptræningsplan registeret i landspatientregistret og datoen for første genoptræningsydelse. Ifølge Danmarks Statistik er opgørelsen behæftet med usikkerhed.
KILDE: Danmarks Statistik.

Ventetiden kan være fagligt begrundet, f.eks. hvis genoptræningen først kan igangsættes efter sårheling, eller hvis patienten ikke er fysisk eller mentalt parat til at modtage genoptræning. Der kan også være en tidsforskydning, fra en genoptræningsplan bliver un-

derskrevet til den bliver modtaget i kommunen. Det er dog det samme vilkår for alle kommuner og vil typisk ikke have betydning for sammenligningen imellem kommuner.

1.4 Sundhed og livsstil varierer i befolkningen

Selv om befolkningens generelle sundhedstilstand målt på forventet levetid bliver bedre, er der store variationer i sundhed og helbred mellem forskellige grupper alt efter uddannelsesniveau.

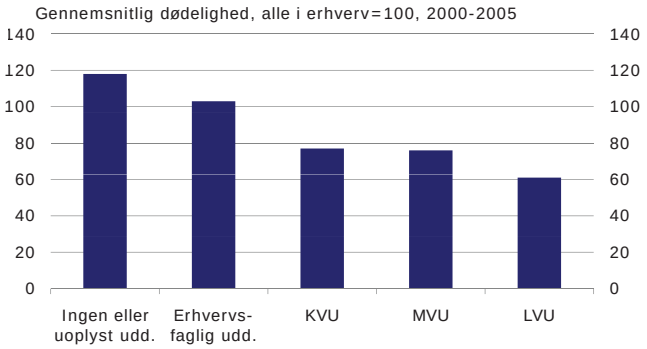
Langt flere dødsfald blandt mænd uden uddannelse

Omfanget af dødsfald for en given aldersgruppe er en indikation for helbredstilstanden. Blandt en gruppe med samme aldersfordeling vil der forekomme 15 pct. point flere dødsfald blandt personer uden uddannelse end blandt alle erhvervsaktive.

Blandt personer med en lang videregående uddannelse er der 30 pct.point færre dødsfald sammenlignet med alle under ét. Personer uden en erhvervskompetencegivende uddannelse har en dødelighed, der er 65 pct.point højere end personer med en lang videregående uddannelse, jf. figur 1.15.

Figur 1.15

Dødelighed højest for lavtuddannede

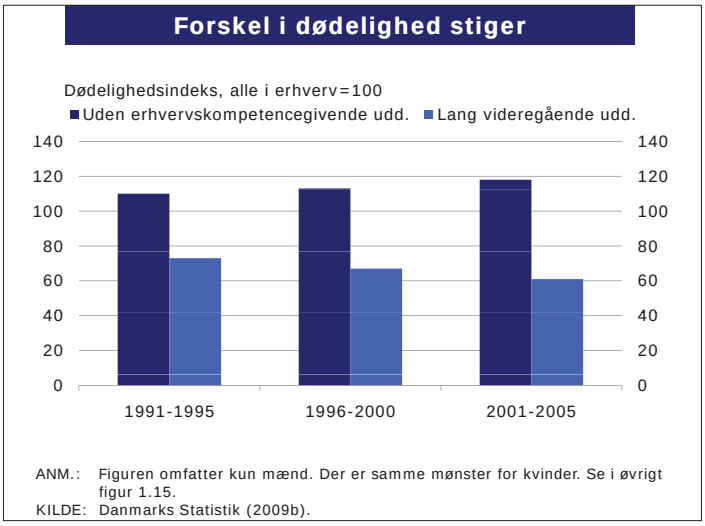


ANM.: Figuren omfatter den del af befolkningen, der 1. januar 1996 var mellem 20 og 64 år gamle. Uddannelsesniveauet er det, som personerne var i gang med eller havde afsluttet 1. januar 2000. KVU, MVU og LVU er forkortelser for henholdsvis kort, mellemlang og lang videregående uddannelse.
KILDE: Specialkørsel fra Danmarks Statistik.

Forskel i dødelighed mellem højt- og lavt-uddannet er steget

Forskellene mellem uddannelsesgrupper er steget i de seneste 15 år. Differencen mellem dem, der ikke har en erhvervskompetencegivende uddannelse, og dem, der har en lang videregående uddannelse, er steget

fra 37 pct.point i perioden 1991-1995 til 57 pct.point i 2001-2005 for mænd, jf. figur 1.16.



Figur 1.16

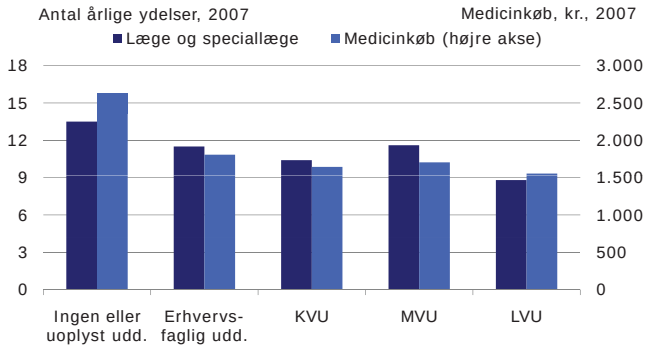
Akademikere går sjældnere til lægen og indlægges mindre

En anden indikator for forskelle i sundhedstilstanden er træk på sundhedssystemet. Personer uden erhvervskompetencegivende uddannelse går flere gange til lægen og bliver i højere grad indlagt på sygehuset end personer, der har fået en erhvervskompetencegivende uddannelse.

Personer uden erhvervskompetencegivende uddannelse modtager i gennemsnit knap 14 ydelser fra læge eller speciallæge i løbet af et år. Det er fem ydelser mere, end personer med en lang videregående modtager. Ligeledes bruger personer uden erhvervskompetencegivende uddannelse i gennemsnit over 2.600 kr. om året på receptpligtig medicin, hvor personer med en lang videregående uddannelse bruger under 1.600 kr., jf. figur 1.17.

Figur 1.17

Akademikere går mindst til lægen



ANM.: Opgørelsen omfatter 25-64-årige og er aldersstandardiserede. Der kan godt være flere ydelser pr. besøg hos lægen, f.eks. hvis man ved samme besøg både får en vaccine og en undersøgelse. Se i øvrigt figur 1.15.

KILDE: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2010).

Samme mønster går igen i indlæggelser på somatiske sygehuse. Mænd i den erhvervsaktive alder uden studiekompetencegivende uddannelse bliver indlagt på sygehuse dobbelt så ofte som mænd med lang videregående uddannelse, jf. tabel 1.5.

Tabel 1.5

Akademikere mindst på sygehus

Indlæggelseshyppighed på somatiske sygehuse, indeks, alle 20-64-årige mænd = 100, 2007

Ingen studiekompetencegivende uddannelse	129
Gymnasial uddannelse	84
Erhvervsfaglig uddannelse	101
Kort videregående uddannelse	82
Mellemlang videregående uddannelse	80
Lang videregående uddannelse	64

ANM: Samme mønster går igen for kvinder. Indlæggelseshyppigheden angiver, hvor stor en andel af en given befolkningsgruppe der har været indlagt på sygehus. De samlede indlæggelseshyppigheder er aldersstandardiserede, dvs. der er korrigeret for, at aldersfordelingen ikke er ens for de forskellige uddannelsesgrupper, og er dermed indbyrdes sammenlignelige. Ingen studiekompetencegivende uddannelse er folkeskole, efg-basisår, kursus til handelseksamen m.v.

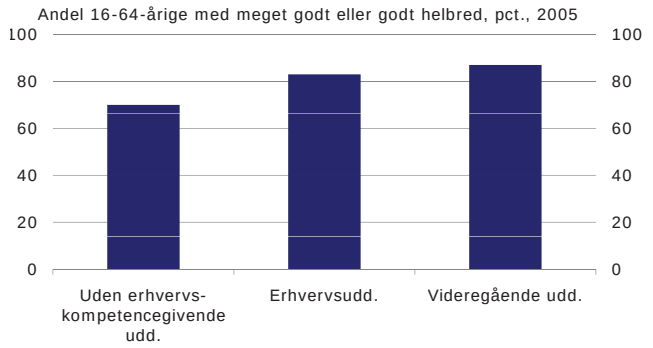
KILDE: Danmarks Statistik (2009a) og egne beregninger.

Jo længere uddannelse, desto bedre helbred. Knap ni ud af ti med en videregående uddannelse vurderer, at deres helbred er meget godt eller godt, mens det er syv ud af ti blandt personer uden en erhvervskompetencegivende uddannelse. Der er stort set ikke forskel på, om man har en videregående uddannelse eller en erhvervsuddannelse, jf. figur 1.18.

Jo længere uddannelse, jo bedre selvopfattet helbred

Jo længere uddannelse, jo bedre helbred

Figur 1.18



ANM.: Data er alderskorrigeret ud fra aldersgrupperne 16-24 år, 25-44 år, 45-59 år, 60-64 år og aldersfordelingen blandt alle uanset uddannelse.
KILDE: Specialkørsel fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005) og egne beregninger.

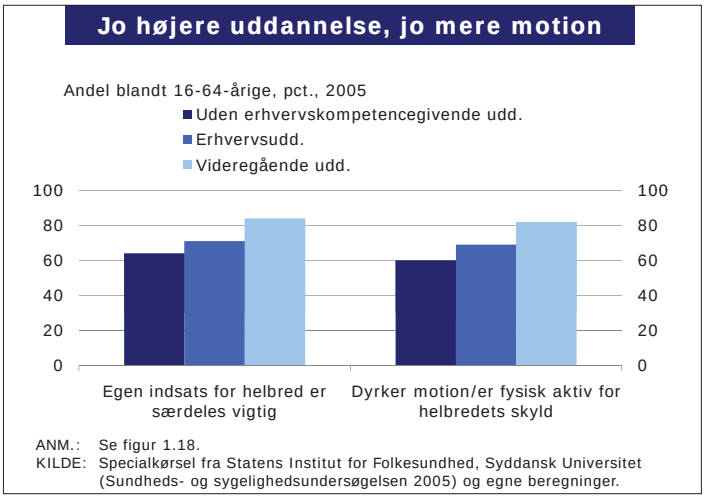
Livsstil varierer også meget alt efter uddannelsesbaggrund

Livsstil varierer meget mellem uddannelsesgrupperne. Jo længere uddannelse, jo mere vægt tillægger man egen indsats for at bevare eller forbedre helbredet. Otte ud af ti personer med en lang videregående uddannelse mener, at egen indsats for helbred er vigtig, mens det er seks ud af ti uden erhvervskompetencegivende uddannelse, der lægger vægt på egen indsats.

Jo længere uddannelse, jo mere ansvar for eget helbred

Der er overensstemmelse mellem, om man mener, at man selv har et ansvar, og hvorvidt man faktisk er fysisk aktiv, jf. figur 1.19.

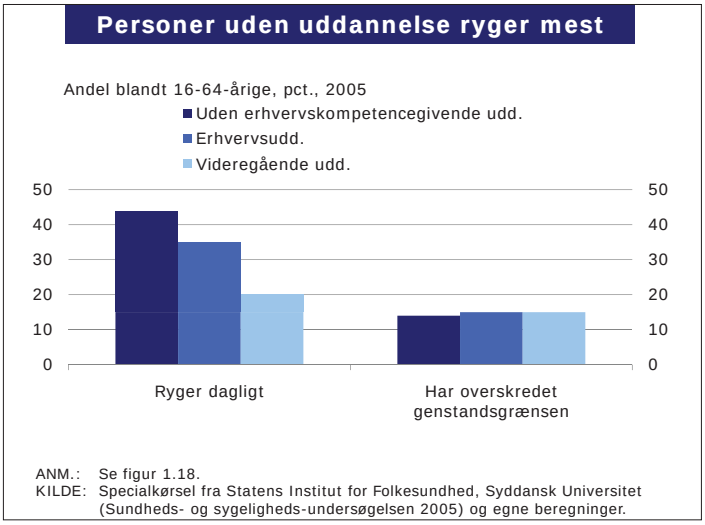
Figur 1.19



Akademikere ryger mindst

Der er langt flere, der ryger dagligt, blandt personer uden erhvervskompetencegivende uddannelse. I den gruppe er der godt 40 pct. dagligrygere, mens det kun er 20 pct. blandt personer med en videregående uddannelse. Derimod er der lidt flere personer med en videregående uddannelse, der overskrider den anbefalede grænse for alkohol, jf. figur 1.20.

Figur 1.20



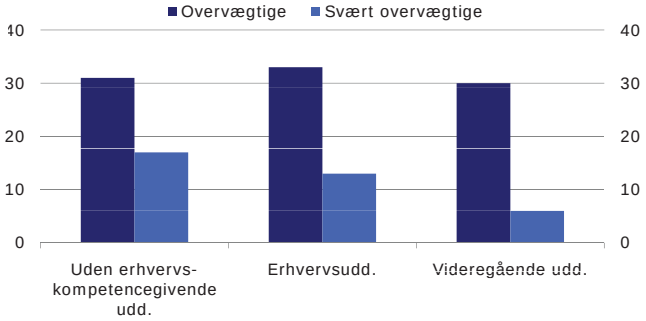
Der er også betydeligt flere svært overvægtige blandt personer uden en erhvervskompetencegivende uddannelse end blandt personer med en videregående uddannelse, jf. figur 1.21.

Flere overvægtige blandt personer uden uddannelse

Figur 1.21

Flere overvægtige blandt lavtuddannede

Andel blandt 16-64-årige, pct., 2005



ANM.: Se figur 1.11 og figur 1.18.
KILDE: Specialkørsel fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005) og egne beregninger.

Personer med en videregående uddannelse har også en sundere kost end andre grupper. De spiser mere frugt og grønt, spiser i højere grad fisk en gang om ugen, og flere spiser aldrig smør på brødet. Hvad angår kostvaner, er der ikke stor forskel på personer med erhvervsuddannelse og dem, uden erhvervskompetencegivende uddannelse, jf. tabel 1.6.

Tabel 1.6

Jo højere uddannelse desto mere salat

Andel 16-64-årige, 2005, pct.	Uden erhvervs-kompetencegivende udd.	Erhvervsuddannelse	Videregående udd.
Spiser salat dagligt	15	18	26
Spiser frugt dagligt	44	47	58
Spiser fisk ugentlig	36	35	48
Spiser kogte grøntsager dagligt	17	17	23
Spiser aldrig smør på brød	16	17	23

ANM: Data er aldersstandardiseret.

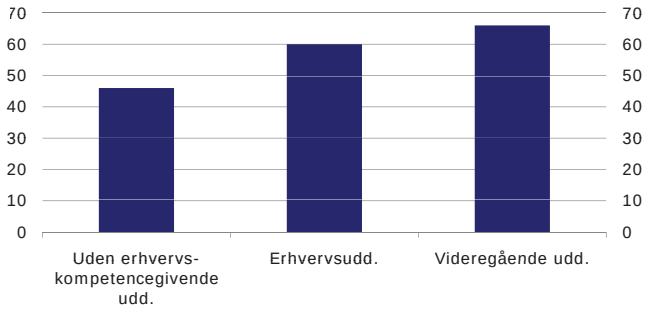
KILDE: Specialkørsel fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (Sundheds- og sygeligheds-undersøgelsen 2005) og egne beregninger.

Jo højere uddannelse desto oftere lykkes det også at skabe balance mellem de krav, som man stiller til sig selv, og de ressourcer man faktisk har. Blandt personer med videregående uddannelse mener to ud af tre, at der i meget høj eller høj grad er overensstemmelse mellem deres ressourcer og de krav, de stiller til sig selv. Blandt personer uden erhvervskompetencegivende uddannelse er det mindre end hver anden, der har det sådan, jf. figur 1.22.

Figur 1.22

Balance mellem ressourcer og krav

Andel blandt 16-64-årige, som i meget høj/høj grad oplever overensstemmelse mellem ressourcer og egne krav, pct., 2005



ANM.: Spørgsmål: Er der overensstemmelse mellem Deres ressourcer og de krav, De stiller til Dem selv? (Med "Deres ressourcer" menes de evner og den energi, De har). Se figur 1.18.

KILDE: Specialkørsel fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005) og egne beregninger.

2. Hverdagen på danske arbejdspladser

2.1 Sammenfatning 69

2.2 Danske medarbejdere – verdens mest tilfredse 71

2.3 Danske virksomheder investerer i medarbejderne 77

2.4 Den enkeltes valg og rammerne for arbejdet 80

2.1 Sammenfatning

Verdens mest tilfredse medarbejdere

Danske medarbejdere er de mest tilfredse i verden. I intet andet vestligt land er en så stor del af medarbejderne tilfredse med deres arbejdsliv.

Medarbejderne i de danske virksomheder har indflydelse på beslutninger, der er vigtige for deres job, og de oplever få spændinger mellem ledelse og medarbejdere.

Mange med handicap ansat ...

Tilfredsheden med arbejdslivet gælder både medarbejdere med og uden handicap. Virksomhederne udviser en stor vilje til at beskæftige handicappede og medarbejdere med længerevarende helbredsproblemer. Næsten 400.000 medarbejdere med disse helbredsproblemer har et job.

... men fleksjobordningen fortrænger ordinære job

I takt med at flere er kommet på fleksjob, er antallet, som er beskæftiget på særlige vilkår vokset. I 2002 var 9 pct. af medarbejdere med handicap eller længerevarende helbredsproblem ansat på særlige vilkår. I 2008 var det tal vokset til 18 pct. Meget tyder på, at fleksjobordningen har medvirket til at fortrænge ordinære job til fordel for job med offentlige tilskud, såsom fleksjob.

Virksomhederne investerer i medarbejderne

Virksomhederne investerer hvert år mange penge i at sikre tilfredshed med arbejdslivet. Mange virksomheder har tilbud til medarbejderne om f.eks. mad, motion, sygdomsbehandling, rygestop og alkoholafvænning. Intet andet sted i Europa motionerer medarbejderne så hyppigt på arbejdspladsen som i Danmark.

Den enkeltes adfærd har størst betydning

Den enkeltes adfærd i forhold til kost, rygning, alkohol og motion har stor betydning for sygefravær og sandsynligheden for at ende på en førtidspension. Den enkeltes sundhed spiller således også en stor rolle i forhold til arbejdsstyrkens størrelse og de offentlige udgifter til behandling og helbredsbetinget forsørgelse.

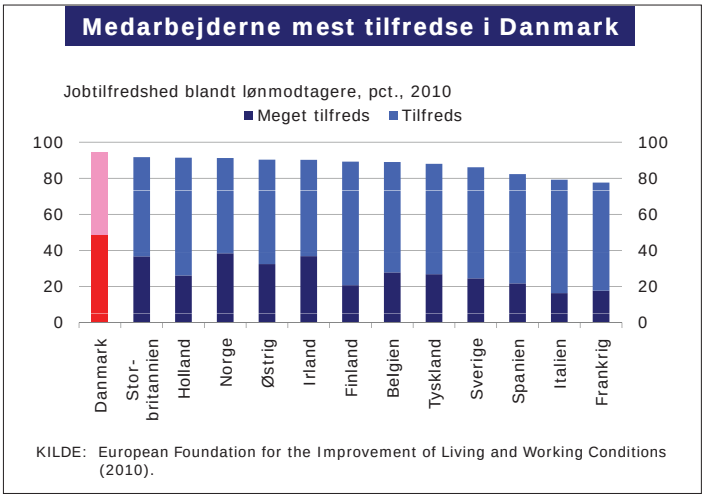
Arbejdsulykker spiller stort set ingen rolle

Arbejdsulykker på de danske arbejdspladser spiller kun en en meget lille rolle i forhold til danskernes sundhed. Erhvervssygdomme og arbejdets organisering spiller en vis rolle for danskernes sundhed. Det er dog kun 3 pct. af danske medarbejdere, der oplever at have lav indflydelse og høje jobkrav på samme tid. Paradoksalt nok er det langt hyppigere, at medarbejderne, der oplever jobkravene som lave, oplever helbredsproblemer i relation til arbejdslivet.

2.2 Danske medarbejdere – verdens mest tilfredse

Danske medarbejdere er de mest tilfredse i verden med deres arbejdsliv. 49 pct. er meget tilfredse og 46 pct. tilfredse med deres arbejdsliv, jf. figur 2.1.

Figur 2.1



I Storbritannien er medarbejderne næstmest tilfredse. Her er 37 pct. meget tilfredse og 55 pct. tilfredse.

Danske virksomheder har tilsvarende de mest tilfredse medarbejdere sammenlignet med en række lande uden for EU, jf. Randstad (2010).

Høj tilfredshed gennem mange år

Mens tilfredsheden med arbejdslivet generelt set er faldet i Europa den senere årrække, så er den uændret høj i Danmark, jf. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1997) og (2010).

Den store tilfredshed med danske arbejdspladser bliver bekræftet, når man ser på, om medarbejderne har indflydelse på beslutninger, der er vigtige for deres job, oplever spændinger mellem medarbejdere og ledelse, eller om medarbejderne føler sig motiverede til at yde deres bedste.

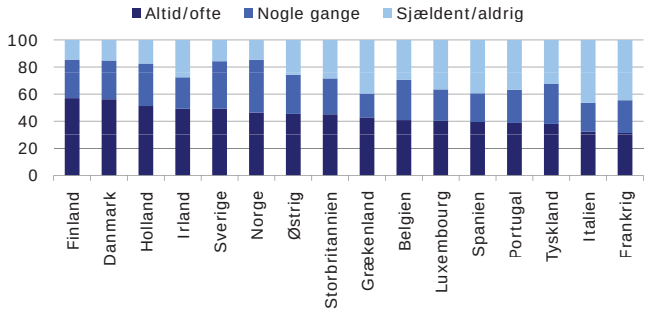
Danske medarbejdere føler sig hjemme

Danmark er det land blandt de vesteuropæiske lande, hvor medarbejderne har næststørst indflydelse på beslutninger, der er vigtige for deres arbejde, jf. figur 2.2.

Figur 2.2

Danske medarbejdere har stor indflydelse

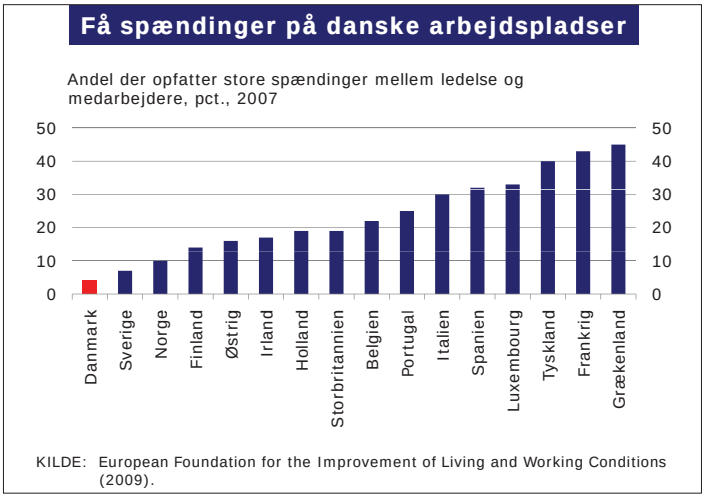
Spørgsmål: "Har du indflydelse på beslutninger, der er vigtige for dit job?", 2010



KILDE: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2010).

Mere end 80 pct. af medarbejderne mener, at de altid, ofte eller nogle gange har indflydelse på beslutninger, der er vigtige for deres job. Heraf svarer en stor del, at de altid eller ofte har indflydelse på beslutninger, der er vigtige for deres job.

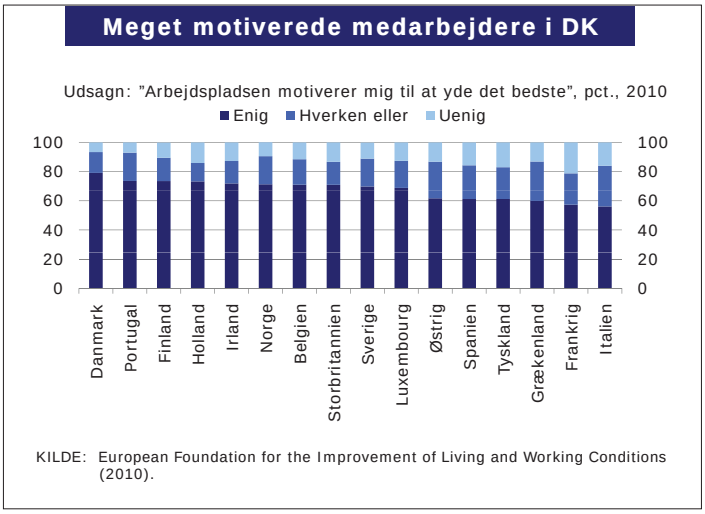
Danmark er det europæiske land, hvor færrest personer oplever mange spændinger mellem ledelse og medarbejdere. Kun 4 pct. af danskerne oplever, at der er mange spændinger mellem ledelse og medarbejdere. I Tyskland og Frankrig er det tilsvarende tal 40, henholdsvis 43 pct., jf. figur 2.3.



Figur 2.3

Udviklingsmulighe-der bedst i Danmark

Også når det gælder medarbejdernes motivation til at yde det bedste, slår danske arbejdspladser alle andre vesteuropæiske arbejdspladser. Næsten 80 pct. af danske medarbejdere er enige i, at arbejdspladsen motiverer dem til at yde det bedste, mens 6 pct. er uenige i dette, jf. figur 2.4.



Figur 2.4

Danske medarbejdere er også positive i forhold til udviklingsmulighederne på arbejdspladsen. I gen-

nemsnit svarer danske medarbejdere, at udviklingsmulighederne på jobbet er "gode", jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2006).

Boks 2.1

Den Nationale Arbejdsmiljøkohorte

Den Nationale Arbejdsmiljøkohorte bygger på svar fra mere end 11.000 lønmodtagere og selvstændige i 2005, som har svaret på spørgsmål om arbejdsmiljø og helbred. Undersøgelsen er gennemført i 2000 og 2005.

Spørgsmålene er typisk kodet, så det mest positive svar giver værdien 100, mens det mest negative giver værdien 0. De 3 eller 5 svarmuligheder er fordelt jævnt på skalaen mellem 0 og 100.

Den positive opfattelse af arbejdslivet medfører også, at mange danske medarbejdere vurderer, at arbejdslivet påvirker deres privatliv positivt, jf. tabel 2.1.

Tabel 2.1

Arbejde påvirker privatliv positivt

Score 0-100, hvor 100 er mest positiv og 0 er mest negativ, 2005

Hvordan synes du, dit arbejde påvirker dit privatliv?	66
Hvordan synes du, dit privatliv påvirker dit arbejde?	66

ANM.: Se i øvrigt boks 2.1.

KILDE: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2006)

Medarbejderne har præcis den samme opfattelse af arbejdets påvirkning af privatlivet, som de har af privatlivets påvirkning af arbejdslivet. Uanset jobfunktion – vurderer medarbejderne arbejdets påvirkning af privatlivet – og omvendt – stort set ens og på nogenlunde samme niveau. Størst forskel er der for private chefer, som giver arbejdets påvirkning af privatlivet scoren 58, mens de vurderer privatlivets påvirkning

af arbejdslivet mere positivt med en score på 68. Højst score har dagplejere med en score på 75 på begge parametre.

Endelig oplever ca. 80 pct. af danske medarbejdere, at ledelsen påskønner deres arbejde. Uanset om der er tale om ufaglærte, faglærte eller medarbejdere med videregående uddannelse, jf. Statens Institut for Folkesundhed (2006a), så føler medarbejderne, deres indsats påskønnet.

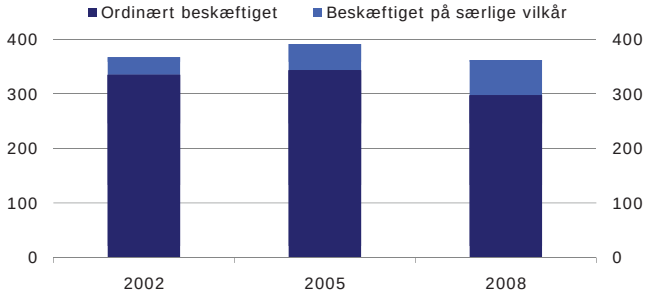
Næsten 400.000 med nedsat arbejdsevne er i job

Tilfredsheden med arbejdslivet gælder både medarbejdere med og uden handicap. Næsten 400.000 med handicap eller længerevarende helbredsproblemer er ansat på virksomhederne, jf. figur 2.5.

Figur 2.5

I job trods helbredsproblem

Antal beskæftigede personer, der selv vurderer at være handicappet eller have et længerevarende helbredsproblem, 1.000 personer



KILDE: SFI (2009b).

Beskæftigelsen af handicappede eller personer med et længerevarende helbredsproblem udgjorde i 2008 12,6 pct. af den samlede beskæftigelse.

Langt de fleste af de 400.000 medarbejdere er ordinært ansatte. Blandt andelen af dem, der er beskæftiget på særlige vilkår, er tre ud af fire ansat i et fleksjob.

Fleksjob fortrænger ordinære job

I takt med at flere er kommet på fleksjob, er beskæftigelsen på særlige vilkår vokset. I 2002 var 9 pct. af

medarbejdere med handicap eller længerevarende helbredsproblem ansat på særlige vilkår. I 2008 var det tal vokset til 18 pct. I samme periode er antallet med handicap eller langvarige helbredsproblemer, der arbejder i ordinære job, faldet. Det tyder på, at fleksjobordningen har medvirket til at konvertere ordinære job til job med offentlige tilskud.

I en rundspørge svarer flere end halvdelen af landets jobcentre bekræftende på, at fleksjobordningen i mindre eller større grad har fortrængt ordinære job besat af personer med handicap eller længerevarende helbredsproblemer, jf. DA (2010c).

Handicappede også meget tilfredse med arbejdslivet ...

På en skala fra 1 til 10, hvor 10 er den højeste score, har ikke-handicappede en tilfredshed med jobbet på 8,2. Handicappede har en tilfredshed med jobbet på 8,1 og ligger dermed på samme høje niveau som ikke-handicappede.

... men særligt fleksjobbere er meget tilfredse

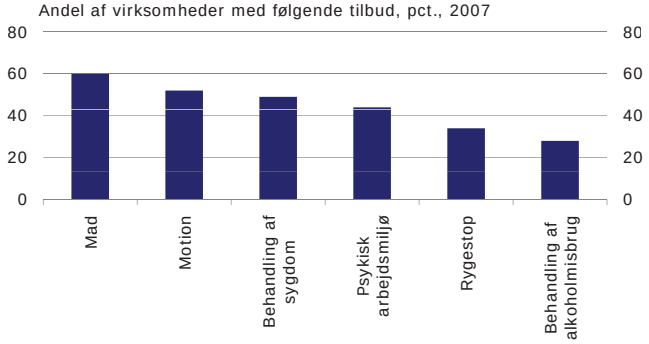
Fleksjobbere er særligt godt tilfredse med arbejdslivet. De angiver i gennemsnit 8,5 som graden af jobtilfredshed på skalaen fra 1 til 10. Fleksjobbere får fuld løn, men arbejder typisk på nedsat tid.

2.3 Danske virksomheder investerer i medarbejderne

Virksomhederne investerer hvert år mange penge i at sikre stor tilfredshed med arbejdslivet. 60 pct. af virksomhederne har mindst ét tilbud om kost på arbejdspladsen, jf. figur 2.6.

Mange virksomheder har tilbud til ansatte

Andel af virksomheder med følgende tilbud, pct., 2007



ANM.: Tilbud vedrørende psykisk arbejdsmiljø er f.eks. rådgivning og kurser om stress.
KILDE: Sundhedsstyrelsen (2008).

Figur 2.6

Mere end hver anden virksomhed har tilbud om motion. Mest udbredt er deltagelse i enkeltstående idrætsarrangementer, men hver femte virksomhed betaler også helt eller delvist for medlemskab af fitnesscentre.

De mest udbredte tilbud om behandling er massage, fysioterapi eller kiropraktik.

Stor forskel på brugen af sundhedsordninger i offentlig og privat sektor

Forskellige typer sundhedsordninger er mere udbredte i den private sektor end i den offentlige, men brugen af dem er også meget forskellig i sektorerne. Næsten hver anden medarbejder i den private sektor har en hospitalsbehandlingsforsikring, mens det tilbud stort set ikke forekommer i den offentlige sektor. Ca. 10 pct. af medarbejdere i både den offentlige og den private sektor har adgang til en trivselsordning, jf. PFA (2010).

En trivselsordning er rådgivning om f.eks. sundhed, trivsel, stress og personlige problemer.

Pensionsforsikring meget udbredt

Blandt store virksomheder er personalegoder meget udbredte, og der er et meget stort antal af dem. Det mest udbredte personalegode er pensionsforsikring, som 92 pct. af virksomhederne giver, jf. tabel 2.2.

Tabel 2.2

De 10 mest udbredte personalegoder

Andel virksomheder med personalegode, 2008	Pct.
Pensionsforsikring	92
Julegaver	91
Fri kaffe, te m.v.	90
Personalefest/familiedag	87
Jubilæumsgave	86
Uddannelse i arbejdstiden efter medarbejderønske	76
Uddannelse i fritiden efter medarbejderønske	74
Forsikring mod kritisk sygdom	74
Personaleforeninger	67
Kantineordning	65

ANM: DI har spurgt 49 virksomheder, hvoraf 17 har mere end 500 ansatte og 20 har 101 til 500 ansatte.

KILDE: DI (2008).

Andre udbredte personalegoder er sundhedsforsikring, rygeafvænning, rabatordninger, frugtordning og betalt internetopkobling på hjemmeadressen. I alt benytter de adspurgte virksomheder sig af 64 forskellige typer af personalegoder.

Ca. 75 pct. af servicevirksomhederne har sundhedsfremmende tilbud til medarbejderne. Det mest udbredte tilbud er privat sundhedsforsikring, jf. tabel 2.3.

Tabel 2.3

Virksomhederne arbejder med sundhed

Andel virksomheder med sundhedsfremmende tilbud, 2009	Pct.
Ingen tilbud	24
Sundhedsfremmende tilbud	76
Privat sundhedsforsikring	59
Frugtordning	54
Massageordning, fysioterapi	34
Sund mad på arbejdspladsen	34
Tilskud til rygeafvænning	25
Tilskud til motion	20
Tilskud til alkoholafvænning	14
Motionsrum til medarbejderne	8

ANM: Dansk Erhverv har spurgt knap 300 virksomheder om sundheds fremmende tiltag. Det har været muligt at afgive flere svar.

KILDE: Dansk Erhverv (2009).

Virksomhederne øger indsatsen

Store virksomheder har flere sundhedstilbud til medarbejderne end små virksomheder. 40 pct. af virksomhederne brugte i 2009 flere ressourcer på sundhedsfremme end i 2007. Kun 3 pct. brugte færre ressourcer, jf. Dansk Erhverv (2009).

2.4 Den enkeltes valg og rammerne for arbejdet

Rygning mest belastende for sundhed

Uanset hvilken risikofaktor man måler på, så er rygning den enkeltfaktor, der belaster sundhedstilstanden mest. Det gælder i forhold til tidlig død, langvarig belastende sygdom, tab af kvalitetsleveår, sygefravær, tilkendelse af førtidspension og produktionstabsomkostninger, jf. Statens Institut for Folkesundhed (2006b).

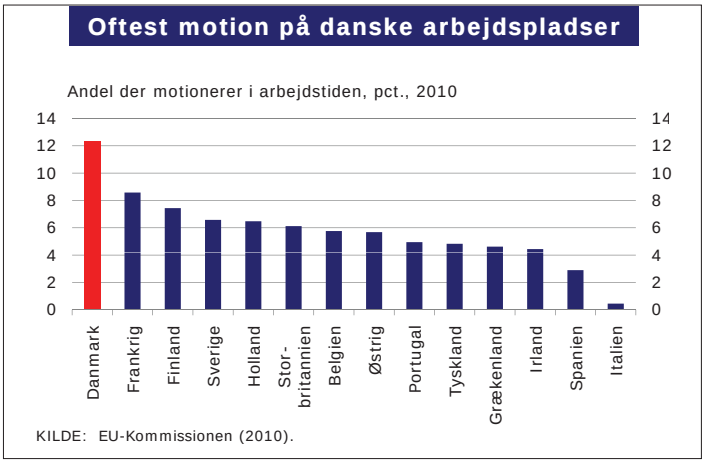
En anden faktorer, der i stort set samtlige målinger spiller en stor rolle, er fysisk inaktivitet.

Arbejdslivet indebærer mindre fysisk aktivitet

Danskerne er blevet mindre fysisk aktive i deres arbejdsliv. Andelen med fysisk anstrengende arbejde er faldet fra 35 pct. i 1987 til 30 pct. i 2005. Andelen med stillesiddende arbejde er steget fra 34 til 40 pct., jf. Statens Institut for Folkesundhed (2006a). Fysisk aktivitet flytter altså fra at være en integreret del af arbejdslivet til i højere grad at blive et individuelt valg foretaget i fritiden.

Arbejdspladsmotion mest udbredt i Danmark

Dog er der intet andet sted i Europa, hvor medarbejderne motionerer så hyppigt på arbejdspladsen som i Danmark. Det skyldes en kombination af, at medarbejderne er aktive, og at forholdsvis mange af de aktive har mulighed for at motionere i arbejdstiden. Godt 12 pct. af danskerne motionerer i arbejdstiden, jf. figur 2.7.



Figur 2.7

Bedre helbred kan bidrage til at færre bliver syge, men det kan også forbedre hverdagen på arbejdspladserne. En af vejene til at opnå sådanne effekter kan være bedre kost.

Bedre kost kan forbedre helbred og arbejdsindsats markant

Et forsøg med 12 dages ernæringsrigtig kost-program for lastbilschauffører med 3 hovedmåltider og 3 mellemmåltider medførte, at chaufførerne reagerede 5 pct. hurtigere i en lastbilsimulator, at de oplevede en mindre grad af vrede, at de følte sig mere veloplagte end før forsøget, og at andelen af chauffører med forhøjet kolesterol faldt fra 74 pct. til 39 pct., jf. Transport Sektorens Uddannelsesfonds Simulatorcenter (2008).

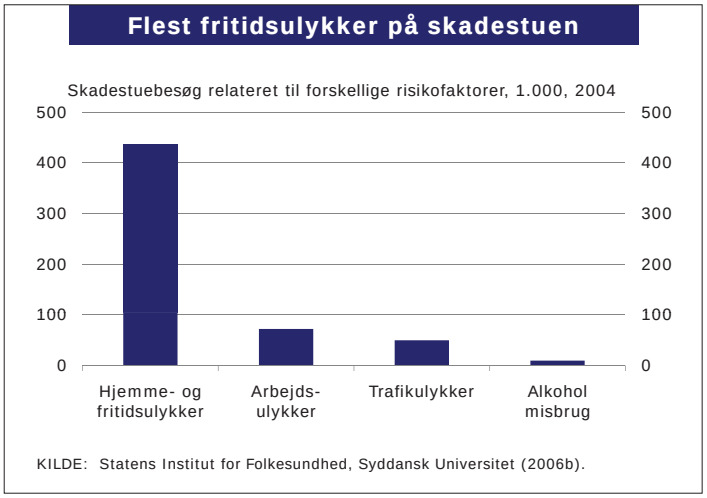
Den enkeltes indsats er nøglen til færre offentligt forsørgede

Den enkeltes adfærd i forhold til kost, rygning, alkohol og motion har stor betydning for sygefravær og sandsynligheden for at ende på førtidspension, jf. kapitel 4 og 5. Den enkeltes sundhed spiller således også en stor rolle i forhold til arbejdsstyrkens størrelse og de offentlige udgifter til behandling og helbredsbetinget forsørgelse.

Arbejdsulykker spiller næsten ingen rolle

Derimod spiller arbejdsulykker i ingen af målingerne nogen væsentlig rolle, jf. kapitel 1. Kun i forhold til skadestuebesøg spiller arbejdsulykker en rolle. Dog er hjemme- og fritidsulykker langt oftere årsag til besøg på skadestuen end arbejdsulykker, jf. figur 2.8.

Figur 2.8



Omfanget af arbejdsulykker, der indebærer et besøg på skadestuen, svarer til ét besøg for hver 8.000 arbejdsdage. En fuldtidsansat vil i løbet af et uafbrudt arbejdsliv på 40 år have 8.900 arbejdsdage.

Skadestuebesøg som følge af hjemme- og fritidsulykker svarer til ét besøg for hver 4.600 dage. I gennemsnit vil en dansker have 6,3 skadestuebesøg som følge af hjemme- og fritidsulykker i løbet af livet.

Rygning resulterer i 8 gange så mange dødsfald, som erhvervssygdomme gør

Erhvervssygdomme er i analyserne af risikofaktorer alene estimeret i forhold til leveår og samfundsøkonomiske omkostninger. Godt 3 pct. af alle dødsfald skyldes erhvervssygdomme. Til sammenligning skyldes ca. 24 pct. af alle dødsfald rygning, jf. kapitel 1.

Arbejdets organisering har en vis betydning for helbredet. Betydningen er dog væsentlig mindre end rygning samt fysisk inaktivitet, og udfordringen er primært, at mange oplever lave krav i jobbet.

Målingen af arbejdets organisering tager udgangspunkt i jobkrav og indflydelse. Grundlaget for målingen er arbejdsbelastningsmodellen "The Job Strain Model", jf. boks 2.2.

Boks 2.2

Måling af psykisk arbejdsbelastning – "job strain-modellen"

Amerikaneren Robert A. Karasek introducerede i 1979 job strain-modellen om arbejde og sygdom. Modellen er bygget op om målinger af den enkeltes oplevelse af indflydelse og jobkrav. Både indflydelse og jobkrav kan være høje eller lave. Karaseks model giver således 4 typer arbejdssituationer, som han betegner som aktive, belastede, afslappede eller passive.

I Institut for Folkesundheds analyser af risikofaktorer er alle personer fra Sundheds- og sygeligehedsundersøgelsen 2005 (SUSY) på baggrund af spørgsmål om vurderingen af indflydelse og belastning blevet rubriceret i de fire kategorier.

3 ud af 4 oplever lave jobkrav

3 ud af 4 oplever, at kravene i deres job er lave, mens 83 pct. af alle erhvervsaktive oplever at have høj indflydelse på deres arbejde, jf. tabel 2.4.

Tabel 2.4

3 ud af 4 oplever lave jobkrav

Erhvervsaktive, 2005	Høj indflydelse	Lav indflydelse	I alt
Høje jobkrav	22	3	25
Lave jobkrav	61	14	75
I alt	83	17	100

KILDE: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2006b).

8 ud af 10 oplever at have høj indflydelse på eget job

På det danske arbejdsmarked er det mest udbredt at opleve høj indflydelse og lave krav på arbejdet. Seks ud af 10 danske medarbejdere giver udtryk herfor. I alt 83 pct. af danske medarbejdere oplever at have høj indflydelse på arbejdet.

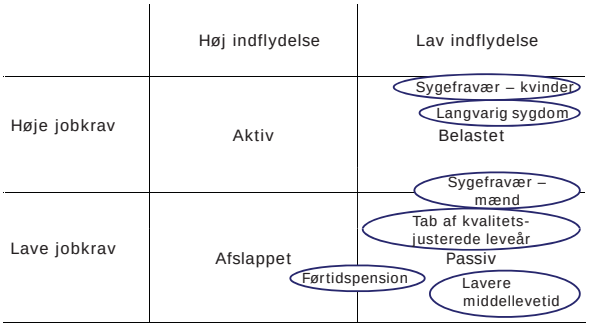
Kun 3 pct. oplever høje jobkrav og lav indflydelse.

Målingen af arbejdets organisering er alene en relativ måling. Personer med høj indflydelse og høj arbejdsbelastning, "aktiv", er referencegruppen, hvorudfra afvigelserne i forhold til de øvrige grupper bliver målt. Det vil sige, at det ikke er et absolut mål for psykisk arbejdsbelastning, men alene et mål for, hvor meget de forskellige hændelser afviger for "belastede", "afslappede" og "passive" i forhold til "aktive", jf. figur 2.9.

Figur 2.9

Måling af psykisk arbejdsbelastning

Erhvervsaktive, 2000



ANM.: De enkelte hændelser er placeret der, hvorfra flest/det er mest hyppigt, at de pågældende kommer i den konkrete situation. F.eks. er der det største tab af middellevetid blandt "passive". Kvalitetsjusterede leveår er en kombination af helbredsstatus og dødelighed.
KILDE: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2006b).

Personer, der har angivet høje krav og høj indflydelse, har den højeste middellevetid. Den laveste middellevetid er blandt "passive", som har en middellevetid, der er 2,2 år kortere end "aktive".

At være uden for arbejdsmarkedet svækker livskvaliteten og livslængden

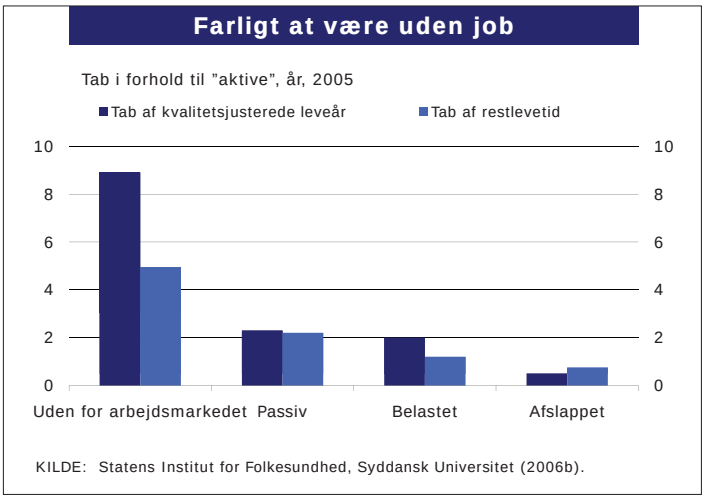
Langvarig sygdom er beregnet med udgangspunkt i 25-årige. Uanset indflydelse og jobkrav, havde 25-årige i gennemsnit en restlevetid i 2005 på 50-52 år. "Belastede" vil i gennemsnit have ca. 29 pct. af de ca. 50 års restlevetid med langvarig belastende sygdom, mens det for "aktive", "afslappede" og "passive" vil være ca. 24 pct. af tiden.

Afhængig af indflydelse og jobkrav er der forskelle på sandsynligheden for at ende i en eller flere af hel-

bredsrelaterede situationer som f.eks. sygefravær eller lavere middellevetid. Den helt store forskel er dog ikke mellem forskellige kombinationer af krav og indflydelse på arbejdsmarkedet, men mellem det at have et job og så være uden for arbejdsmarkedet.

Personer uden for arbejdsmarkedet vil i gennemsnit have en restlevetid, der er 5 år kortere end "aktive", det vil sige beskæftigede, der har høj indflydelse på eget job, og som oplever høje krav i jobbet, jf. figur 2.10

Figur 2.10



I forhold til beskæftigede på arbejdsmarkedet, har personer uden for arbejdsmarkedet også et stort tab af leveår med god livskvalitet. Ud over 5 års tab af restlevetid, taber personer uden for arbejdsmarkedet yderligere 4 leveår med god kvalitet sammenlignet med "aktive".

Blandt de forskelle grupper af beskæftigede lønmodtagere, har "passive", det vil sige personer med lav indflydelse på eget job og lave krav i jobbet, det største tab af restlevetid. Tabet er ca. 2 år i forhold til "aktive". "Passive" har ikke derudover tab af kvalitetsleveår.

Høje jobkrav og lav indflydelse øger kvinders sygefravær

Sygefravær i almindelighed er vidt forskellige for kønnene. For kvinder indebærer høje jobkrav større risiko for sygefravær, mens jobkrav ikke i samme omfang påvirker mænds sygefravær.

Kvinder, der oplever at have høje jobkrav og lav indflydelse, har i gennemsnit 8 flere sygefraværsdage end kvinder, der oplever høje jobkrav og høj indflydelse. For mænd er den forskel kun ca. 2,5 dage.

Kvinder har til gengæld ikke højere sygefravær, hvis kravene i jobbet er lave, i forhold til kvinder med høj indflydelse og høje jobkrav. For mænd er den afgørende forskel for omfanget af sygefravær, om de har indflydelse på jobbet eller ej. Høje eller lave krav har ingen betydning for mænds sygefravær.

Flest "afslappede" på førtidspension

Den absolutte mertilgang til førtidspension på grund af psykisk arbejdsbelastning er langt størst fra "afslappet", hvilket også er et udtryk for, at denne gruppe er langt størst. Den relative tilgang er størst fra "passiv". Sandsynligheden for at få en førtidspension er størst for personer med lave krav på arbejdspladsen. De mange stressrelaterede tilkendelser af førtidspension, jf. kapitel 5, skyldes således tilsyneladende ikke høje krav på arbejdspladsen.

En væsentlig del af stressrelaterede lidelser skyldes forhold uden for arbejdspladsen. Ca. 2/3 af danskernes stress er ikke relateret til arbejdslivet, jf. DA (2007).

37 pct. af alle beskæftigede finder selv, at der i nogen grad, i ringe grad eller meget ringe grad er overensstemmelse mellem de ressourcer, de selv har, og så de krav, de stiller til sig selv, jf. tabel 2.5.

Tabel 2.5

Store krav til os selv	
Spørgsmål: "Er der overensstemmelse mellem Deres ressourcer og de krav, de stiller til Dem selv". Andel, der svarer "I nogen grad", "I ringe grad" eller "I meget ringe grad", 16-59-årige, 2005	Pct.
Beskæftigede	37
Ledige	48
Førtidspensionist	68
I alt	39

KILDE: Specialkørsel på SUSY 2005.

Blandt ledige og førtidspensionister er der 48, henholdsvis 68 pct., der stiller større krav til sig selv, end deres ressourcer kan honorere.

Det gab, der er mellem faktiske ressourcer og de krav, den enkelte stiller til sig selv, er en af de faktorer, der bidrager til stress.

Når relativt mange danskere har svært ved at forvalte balancen mellem egne ressourcer og forventningerne til en selv, så kan ønsket om at leve op til bestemte normer spille en rolle. Hver anden beskæftiget vurderer således selv, at de indretter deres adfærd efter normer og forventninger fra omgivelserne, jf. Dansk Arbejdsgiverforening (2008).

3. Arbejdsskader og arbejdsskadeerstatninger

3.1 Sammenfatning 91

3.2 Virksomhederne betaler selv erstatningerne 93

3.3 Arbejdsskader – udvikling og status 95

3.4 Anerkendelse af arbejdsskader 101

3.5 Erstatninger ved arbejdsskader 110

3.6 Tilbage i beskæftigelse efter en arbejdsskade 113

3.7 Offentlig forsørgelse som følge af arbejdsskader 121

Appendiks

3.1 Beregning af offentlige udgifter ved arbejdsskade 125

3.2 Erstatning for mén og erhvervsevnetab 127

3.1 Sammenfatning

Fald i antallet af anmeldte arbejdsskader men flere anerkendte

Siden 1997 har der været et fald i antallet af anmeldte arbejdsskader. Til trods herfor er antallet af anerkendte arbejdsskader steget siden 2004.

Siden 2004 er der årligt blevet anerkendt ca. 3.500 flere arbejdsulykker og 2.000 flere erhvervssygdomme i overensstemmelse med et politisk ønske. Stigningen skyldes ikke, at vilkårene på arbejdspladserne er blevet forringet.

Politisk ønske om at anerkende flere arbejdsskader

Der har derimod – med reformen af arbejdsskadeloven i 2004 – været et politisk ønske om at anerkende flere hændelser som arbejdsskader. Her blev ulykkesbegrebet udvidet og kravene til årsagssammenhæng ved erhvervssygdomme blev slækket.

Fraværet i forbindelse med arbejdsulykker på DA-området er siden 1997 halveret. Antallet af dødsfald som følge af arbejdsulykker er i samme periode mere end halveret.

Danskerne: Arbejdet udgør ikke en risiko

Den udvikling har bidraget til, at Danmark i dag er det land i EU, hvor den mindste andel medarbejdere vurderer, at arbejdet udgør en risiko for helbredet.

Ca. 2 pct. af udgifterne til offentlig forsørgelse er direkte afledt af arbejdsskader. Færre arbejdsskader vil derfor have meget begrænset effekt på antallet af offentligt forsørgede danskere.

Arbejdsskadesag gør ondt værre

Når tilskadekomne er involveret i en sag om arbejdsskadeerstatning, stiger risikoen markant for, at sygdomsforløbet får et invaliderende forløb. De pågældende skal på samme tid bevise, at de er syge, og arbejde på at blive raske.

Unødigt mange ender på offentlig forsørgelse

Måden at tilkende erstatninger i forbindelse med arbejdsskader bidrager således i sig selv til, at unødigt mange ender med at modtage offentlig forsørgelse.

Kompensations-niveau forstærker dilemma

Arbejdsskadeerstatningernes høje kompensationsniveau i kombination med andre sociale ydelser kan forstærke afvandringen fra arbejdsmarkedet.

Langt de fleste arbejdsskader er dog mindre alvorlige, og medarbejderen kommer sig hurtigt over skaden og videre med sit arbejdsliv.

3.2 Virksomhederne betaler selv erstatningerne

Når en medarbejder får anerkendt en arbejdsskade og tilkendt en erstatning, så er det virksomhedens pligt at betale erstatningen. Virksomhederne skal forsikre sig mod omkostningerne til erstatninger forbundet med arbejdsskader for alle medarbejdere på virksomheden.

Virksomhederne må derfor via forsikringsordninger bære omkostningerne for de arbejdsskader, medarbejderne kommer ud for. Hertil kommer tab af produktion, udgifter til vikarer m.v.

Virksomhedernes forsikringsomkostninger mod følgerne af ulykkestilfælde og erhvervssygdomme udgør i alt 3,7 mia. kr., jf. tabel 3.1.

Tabel 3.1

Arbedsskadeforsikring koster knap 4 mia. kr.

Private virksomheders omkostninger til arbejdsskadeforsikringer, mia. kr., 2009

Skadeforsikring, ulykker	3,2
Skadeforsikring, erhvervssygdomme	0,5
I alt	3,7

ANM.: I udgifterne til præmie for arbejdsskadeforsikring ved arbejdsulykker kan der for Codan indgå kommuner, da de kan vælge at være selvforsikrede. Codan markedsandel udgør 20 pct. Bruttopræmieindtægten for If... er fra 2008.

KILDE: Specialkørsel fra Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring (2010), Forsikring og Pension (2010) og Finansministeriet (2005).

Hver anden arbejder har ret til fuld løn i 9 uger eller mere

Lønmodtagerne er via overenskomsterne sikret ret til fuld løn i en periode under sygdom, hvis sygefraværet skyldes en arbejdsskade. Mere end hver anden arbejder har ret til ni ugers løn eller mere, jf. tabel 3.2.

Tabel 3.2

Fuld løn ved tilskadekomst

Periode med fuld løn ved tilskadekomst på arbejdet	Andel af arbejdere på DA/LO-området, pct.
2-4 uger	5
6-8 uger	40
9 uger eller mere	55

ANM.: På nogle overenskomstområder er der et loft for betalingen pr. time. På byggeriets område er loftet 136,50 kr. pr. time. Baseret på overenskomster for knap 90 pct. af beskæftigede på DA/LO-området. Tilskadekomst dækker f.eks. arbejdsulykker.

KILDE: Overenskomster på DA/LO-området.

Enkelte overenskomster giver ret til fuld løn under sygdom i op til 52 uger, hvis sygefraværet skyldes en arbejdsskade.

Funktionærer er – modsat arbejdere – ved lov sikret løn under sygdom.

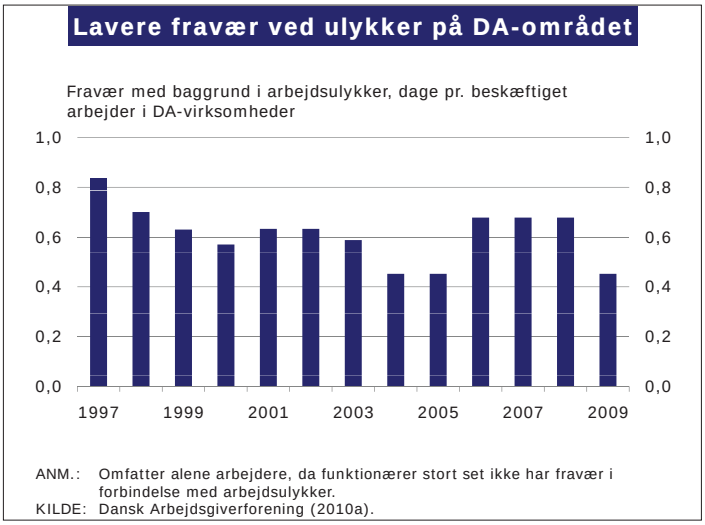
Foruden virksomhedernes udgifter er der følgeomkostninger i det offentlige til sygedagpenge, behandling m.v.

3.3 Arbejdsskader – udvikling og status

Fravær som følge af arbejdsulykker halveret

Blandt private organiserede virksomheder på DA-området er fraværet i forbindelse med arbejdsulykker næsten halveret i løbet af de sidste godt 10 år. Fra 1997 til 2009 er fraværet faldet fra 0,84 arbejdsdage pr. beskæftiget arbejder til 0,45 dage pr. beskæftiget arbejder, jf. figur 3.1.

Figur 3.1

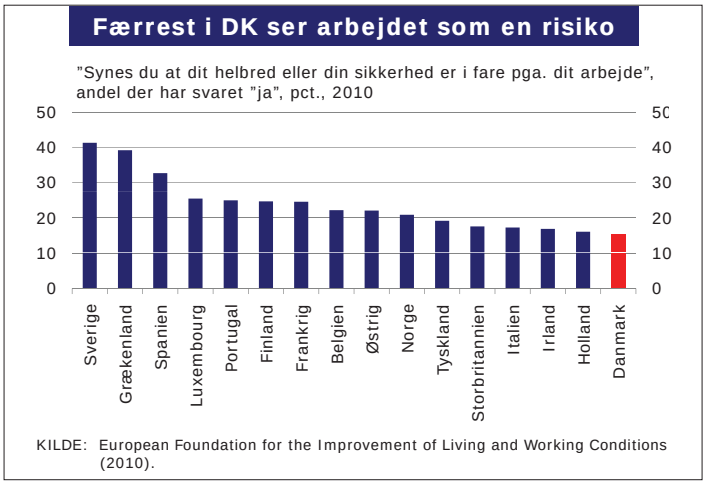


Egen sygdom 21 gange større end fravær ved arbejdsulykker

Fraværet i forbindelse med anmeldte arbejdsulykker udgør for arbejdere 0,2 pct. af det samlede antal præsterede arbejdstimer på DA-området. Egen sygdom udgør 4,3 pct. for arbejdere og er således 21 gange så stort som fraværet forbundet med arbejdsulykker, jf. Dansk Arbejdsgiverforening (2010).

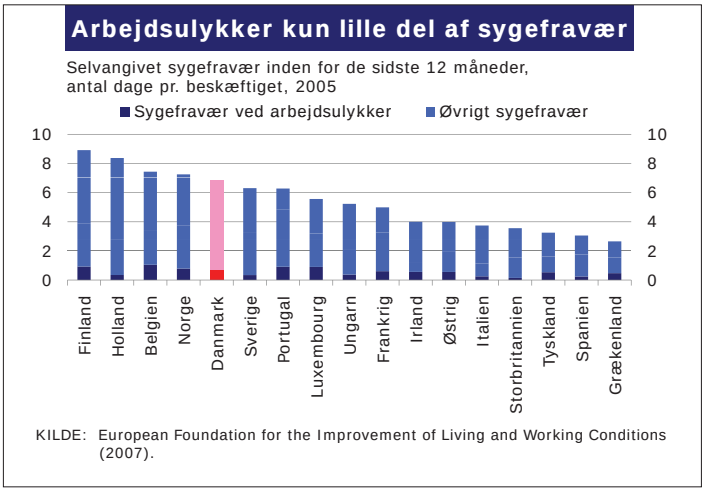
Danmark er det vesteuropæiske land, hvor færrest mener, at arbejdet påvirker helbredet negativt. Ca. 15 pct. ser arbejdet som en negativ helbredsfaktor i Danmark, mens det f.eks. i Sverige er mere end 40 pct. af medarbejderne, der har den opfattelse, jf. figur 3.2.

Figur 3.2



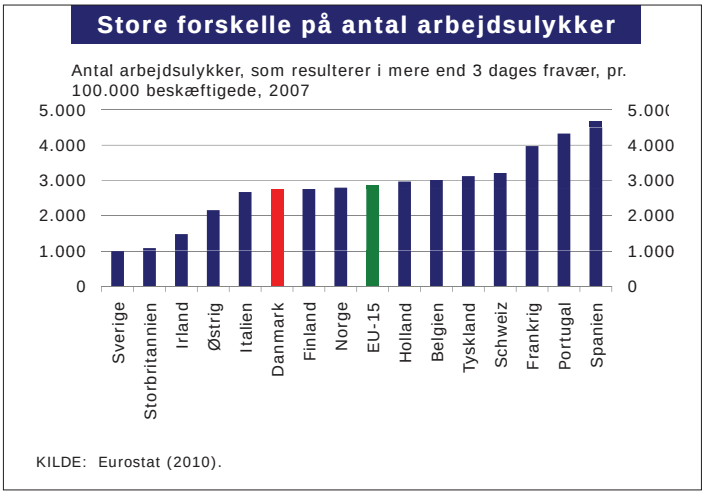
Svenske medarbejdere opfatter arbejdet som en risiko til trods for, at Sverige har et lavt omfang af arbejdsulykker, jf. Eurostat (2010).

Svenske medarbejdere vurderer, at ca. 5 pct. af deres sygefravær skyldes en arbejdsulykke. Også i Danmark oplever medarbejderne, at relativt lidt af sygefraværet vedrører konkrete hændelser i form af ulykker. Medarbejderne oplever, at 11 pct. af sygefraværet skyldes arbejdsulykker, jf. figur 3.3.



Figur 3.3

Antallet af arbejdsulykker på danske arbejdspladser ligger internationalt set lidt under gennemsnittet, jf. figur 3.4.



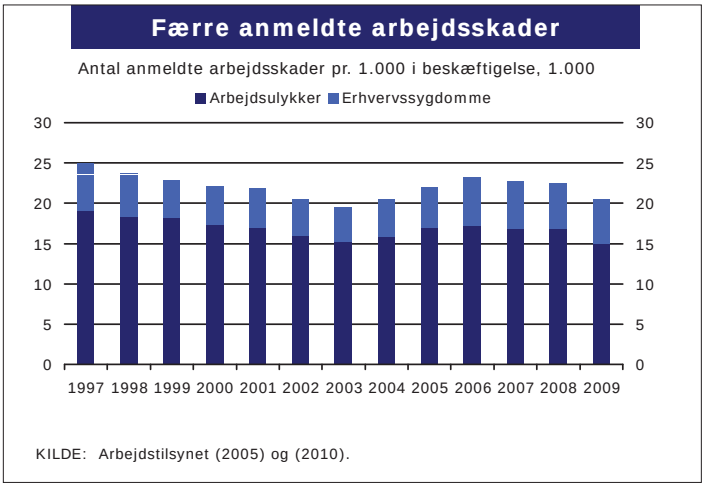
Figur 3.4

Sverige og Storbritannien har en lavere forekomst af arbejdsulykker end Danmark, mens Spanien og Portugal har flere arbejdsulykker. Danmark har lidt færre arbejdsulykker end lande som Finland, Norge, Holland og Tyskland.

Færre arbejdsskader bliver anmeldt

Der bliver i dag anmeldt færre arbejdsskader end for 10-15 år siden. I løbet af de sidste 12 år er omfanget af anmeldte arbejdsskader faldet med 17 pct., jf. figur 3.5.

Figur 3.5

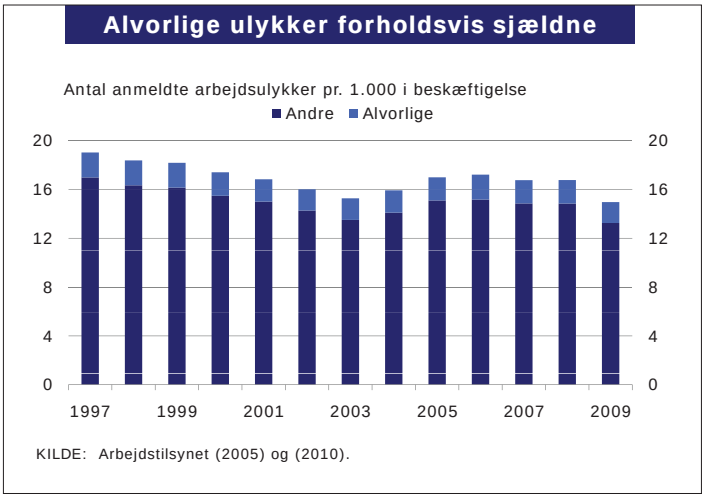


Den udvikling er sket, selv om flere databrud i perioden har bidraget til at øge antallet af anmeldte arbejdsskader.

Ulykkesbegrebet er blevet udvidet i 2004 til bl.a. at omfatte pludselige løfteskader. Desuden blev der i 2003 åbnet for muligheden for at anmelde arbejdsskader elektronisk gennem det såkaldte EASY-system. Begge dele har bidraget til flere anmeldelser. Det reelle fald i antallet af anmeldte arbejdsskader fra 1997 til 2009 er således større end 17 pct.

Mange mindre alvorlige skader

Alvorlige arbejdsulykker er forholdsvis sjældne på danske arbejdspladser. I alle årene fra 1997 til 2009 har 11-12 pct. af de anmeldte arbejdsulykker været alvorlige. Næsten 90 pct. er altså mindre alvorlige ulykker, jf. figur 3.6.

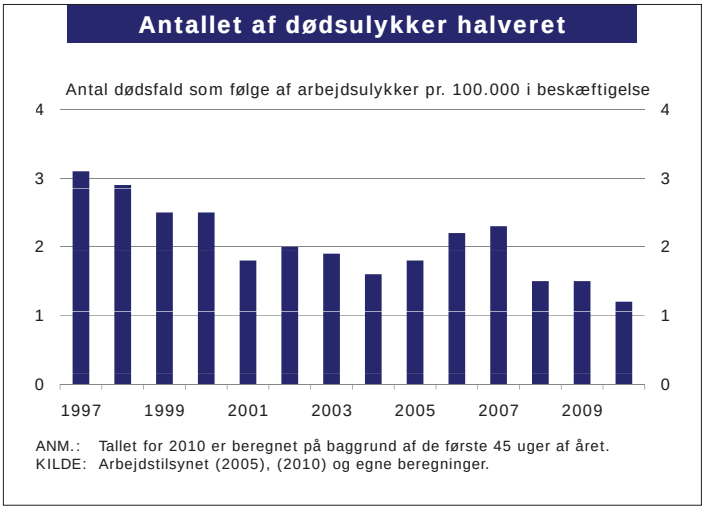


Figur 3.6

At mange skader er mindre alvorlige, bliver underbygget af Arbejdsskadestyrelsens afgørelser om mén og erhvervsevnetab, jf. afsnit 3.4.

Dødsulykker halveret de sidste 12 år

Ulykker med dødelig udgang udgør en meget lille andel af alle ulykker. Omfanget af anerkendte arbejdsulykker med dødelig udgang er faldet de senere år. 3,1 medarbejder pr. 100.000 beskæftigede døde i 1997 i en arbejdsulykke. Det tal er frem til 2009 halveret til 1,5 pr. 100.000 beskæftigede, jf. figur 3.7.



Figur 3.7

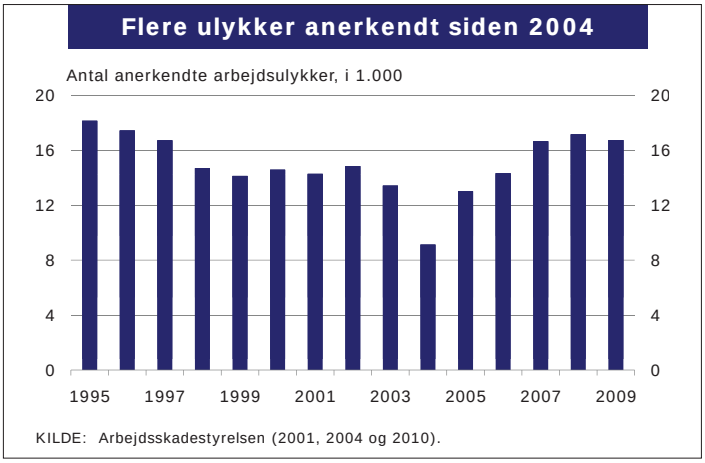
Den positive udvikling fortsætter

Hvis udviklingen i de første 45 uger af 2010 fortsætter i resten af året, så vil antallet af anmeldte arbejdsulykker med dødelig udgang falde med 23 pct. fra 2009 til 2010.

3.4 Anerkendelse af arbejdsskader

Arbejdsskadestyrelsen behandler anmeldte arbejdsulykker og erhvervssygdomme med henblik på at afgøre, om de også kan blive anerkendt som en arbejdsskade.

Antallet af anerkendte arbejdsskader faldt fra 1994 til 2004, hvorefter tallet er steget igen, jf. figur 3.8.



Figur 3.8

Faldet fra 1994 til 2003 følger et tilsvarende fald i antallet af anmeldelser. Fra 2004 og frem er der blevet anerkendt 3.500 flere arbejdsulykker i forhold til 2003.

Det øgede antal anerkendte arbejdsulykker siden 2004 er ikke begrundet i, at der er blevet anmeldt flere arbejdsulykker. Baggrunden er et politisk ønske om at øge antallet af anerkendte arbejdsulykker.

Politisk ønske at øge antallet af anerkendelser

Med arbejdsskadereformen i 2004 blev der formuleret et nyt ulykkesbegreb, jf. boks 3.1. Det blev som følge heraf af forligskredsen forventet, at der skønsmæssigt ville blive anerkendt 3.500 flere ulykker, jf. Arbejdsskadestyrelsen (2008) og Hansen (2004).

Sagsportofølje n er nedbragt

Arbejdsskadestyrelsen har dog samtidig i 2007-2009 afgjort flere sager, end der er anmeldt, hvilket har nedbragt den verserende sagsportefølje. Arbejdsskadestyrelsen har dermed fået afviklet en stor del af de ældste sager, hvor mange sager bliver anerkendt, jf. Arbejdsskadestyrelsen (2010).

Boks 3.1

Nyt ulykkesbegreb

"Ved en ulykke forstås en personskade, forårsaget af en hændelse eller en påvirkning, der sker pludseligt eller inden for 5 dage."

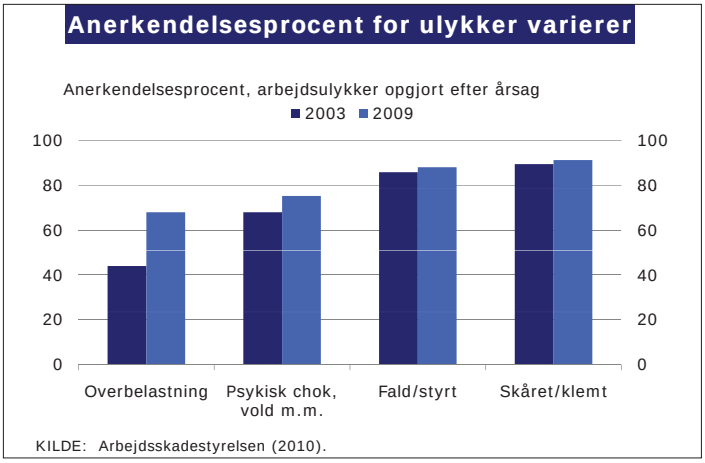
Det nye ulykkesbegreb sammensmelter og erstatter de tidligere begreber ulykke, kortvarig skadelig påvirkning og pludselig løfteskade. Begrebet går dermed ud over, hvad man sædvanligvis forstår ved en ulykke, nemlig en pludselig og voldsom udladning af kræfter, som medfører (person)skade, jf. Hansen (2004)

Det nye ulykkesbegreb har gjort det vanskeligere at afvise ulykkestilfælde og langt enklere at give erstatning også for tvivlsomme tilfælde, jf. Hansen (2004).

Anerkendelsesprocenten varierer for mellem typer af ulykker

9 ud af 10 anmeldelser anerkendes, når den tilskadekomne er skåret eller klemt

Anerkendelsesprocenten varierer mellem de forskellige typer arbejdsulykker. Der blev anerkendt 68 pct. af de overbelastningsskader, der blev afgjort i 2009, mens der blev anerkendt knap 91 pct. af ulykkerne, hvor årsagen var, at den tilskadekomne var blevet skåret eller klemt, jf. figur 3.9.



Figur 3.9

Anerkendelsespct. steg med 25 pct. point for overbelastningsskader

Der har været en stigning på knap 25 pct.point i anerkendelsesprocenten for ulykker vedrørende overbelastning. Anerkendelsesprocenten er steget fra 44 i 2003 til 68 i 2009.

Lempelse af arbejdsskadebegrebet har givet flere anerkendelser

Med arbejdsskadereformen blev kravene til anerkendelse af pludselige overbelastningsskader lempet som led i den generelle lempelse af arbejdsskadebegrebet. Det kan forklare stigningen i anerkendelsesprocenten for denne type af arbejdsulykker.

Flere sygdomme er anerkendt efter arbejdsskadereformen

Med arbejdsskadereformen fra 2004 blev der indført nyt erhvervssygdomsbegreb, så flere erhvervssygdomme kunne anerkendes, jf. boks 3.2.

Boks 3.2

Politisk ønske om nyt erhvervssygdomsbegreb

Ændringen i erhvervssygdomsbegrebet består i en art politisk henstilling om at se lettere på dokumentationen for sammenhæng mellem arbejde og sygdom, mere end i en ændring af begrebet erhvervssygdomme, jf. Hansen (2004).

Hidtil havde loven stillet krav til "medicinsk og teknisk erfaring", før sygdomme og påvirkninger kunne optages på erhvervssygdomsfortegnelsen.

Med arbejdsskadereformen stilles der nu krav om "medicinsk dokumentation" for en sammenhæng mellem arbejde og sygdom. Der skal også fremover være en sandsynlig sammenhæng mellem bestemte påvirkninger og sygdomme, men kravet til den lægevidenskabelige dokumentation lempes. Den medicinske dokumentation kan for eksempel tilvejebringes ved generelle udredninger fra de arbejdsmedicinske klinikker.

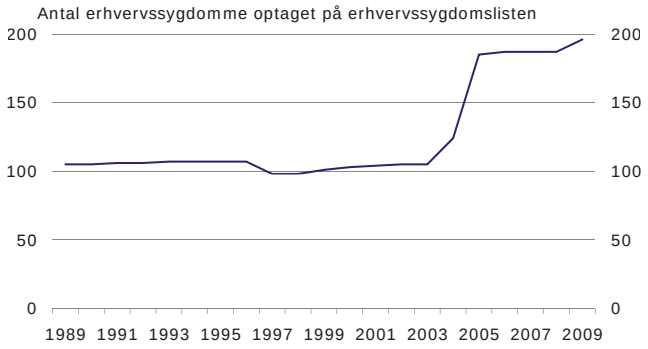
Det er på den baggrund et spørgsmål, om der reelt er indført et nyt erhvervssygdomsbegreb. Hvis man rokker ved det saglige fundament for optagelse af sygdomme i fortegnelsen ved en politisk ordre forklædt som lovmotiv, så kan det resultere i mistillid til, at Arbejdsskadestyrelsens dispositioner vedrørerende fortegnelsen er sagligt begrundet eller om de tjener politiske mål, jf. Hansen (2004).

Det blev forventet, at antallet af anerkendelser ville stige med ca. 1.000 på årsbasis, jf. Arbejdsskadestyrelsen (2008).

Parallelt med det nye erhvervssygdomsbegreb er der sket knap en fordobling af diagnoserne på erhvervssygdomslisten. Fra 1989 til 2009 er der optaget 91 nye diagnoser på erhvervssygdomslisten, jf. figur 3.10.

Fordobling af antal sygdomme med reform

Figur 3.10



ANM.: Faldet i 1997 skyldes, at de fosterskader, der var opført på listen, blev slået sammen til en diagnose
KILDE: Arbejdsskadestyrelsen (2009). Fortegnelse over erhvervssygdomme, flere årgange.

Fordobling af sager, der kan anerkendes administrativt

I dag er 196 erhvervssygdomme optaget på listen mod 98 i 1997. Dermed er antallet af erhvervssygdomme, som Arbejdsskadestyrelsen kan anerkende på grundlag af en rent administrativ afgørelse, næsten fordoblet, jf. boks 3.3.

Boks 3.3

Erhvervssygdomslisten og Erhvervssygdomsudvalget

Erhvervssygdomslisten er en fortegnelse over de sygdomme, der efter medicinsk og teknisk erfaring anses som forårsaget af arbejde i bestemte arbejdsområder. Sygdomme, der er optaget på erhvervssygdomslisten, anerkendes derfor som udgangspunkt, når de optræder hos personer inden for disse arbejdsområder. Anerkendelsen er herefter en rent administrativ afgørelse af Arbejdsskadestyrelsen.

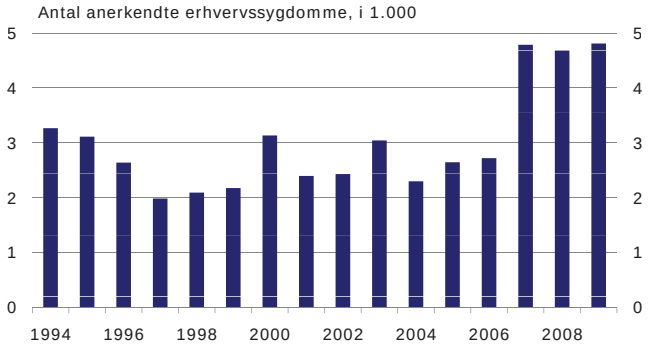
For sygdomme, der ikke er optaget på erhvervssygdomslisten, skal det godtgøres under Erhvervssygdomsudvalgets medvirken, enten at sygdommen efter den nyeste medicinske erfaring opfylder kravene hertil, eller at sygdommen må anses for udelukkende eller overvejende grad at være forårsaget af arbejdets særlige art.

Erhvervssygdomsudvalget har to hovedfunktioner. For det første har udvalget til opgave at vurdere konkrete arbejdsskadesager, hvor en sygdom ikke er omfattet af fortegnelsen over erhvervssygdomme. For det andet skal Erhvervssygdomsudvalget løbende forhandle med Arbejdsskadestyrelsen om revision af fortegnelsen over erhvervssygdomme.

Som en konsekvens af det nye sygdomsbegreb og fordoblingen af antallet af sygdomme på erhvervssygdomslisten er antallet af anerkendte sygdomstilfælde øget med 2.100 i perioden 2007-2009 i forhold til 2000-2006, jf. figur 3.11.

Figur 3.11

2.000 flere sygdomstilfælde anerkendt

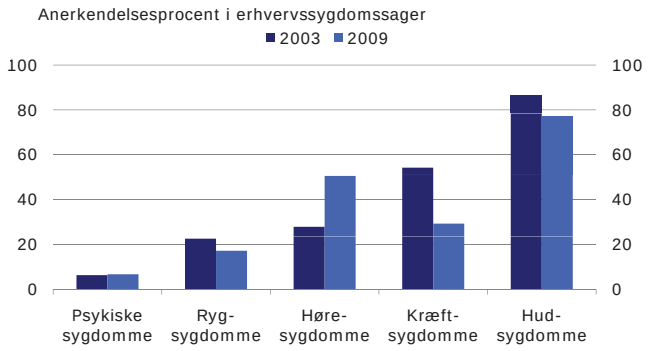


KILDE: Arbejdsskadestyrelsen (2001), (2005) og specialkørsel fra Arbejdsskadestyrelsen (2010).

Særligt anerkendelsesprocenten for høresygdomme er steget gradvist fra 2003, hvor hver fjerde anmeldelse blev anerkendt. I 2009 var det hver anden anmeldelse, der blev anerkendt, jf. figur 3.12.

Stor forskel på anerkendelsen af sygdomme

Figur 3.12



KILDE: Arbejdsskadestyrelsen (2010).

Høresygdomme var en af de sygdomme, hvor der med arbejdsskadereformen i 2004 blev foretaget lempelser af kravene til påvirkningen. Blandt andet blev det tidsmæssige krav til den periode, en medarbejder skal have været udsat for støj, nedsat fra mindst 10 år til 5 år.

Anerkendelsesprocenten for psykiske sygdomme er lav

Der er stor forskel på anerkendelsesprocenterne mellem forskellige typer erhvervssygdomme. Hudsygdomme har den største anerkendelsesprocent på knap 80 pct. i 2009. Anerkendelsesprocenten for psykiske sygdomme er lavest. Her blev knap syv pct. af sagerne behandlet i 2009 anerkendt.

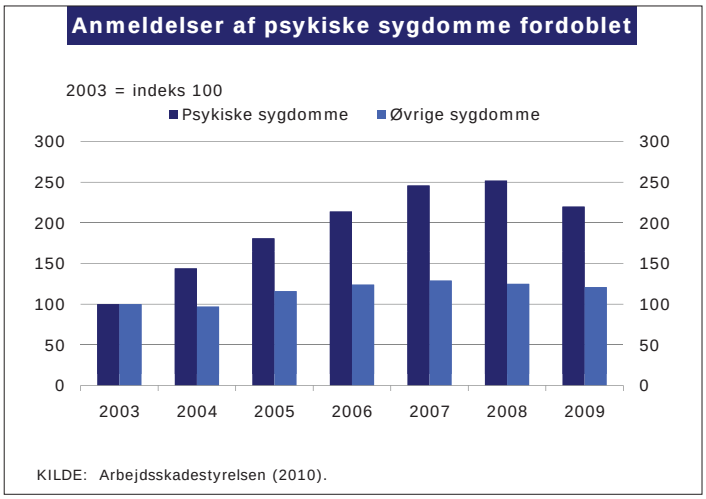
Erhvervssygdomme og psykiske lidelser

Den stressrelaterede lidelse posttraumatisk belastningsreaktion blev optaget på listen over erhvervssygdomme i 2005. Det er den eneste stress-relaterede diagnose, der er optaget på erhvervssygdomslisten.

Anmeldelser om psykiske skader steg med 152 pct. point

Antallet af anmeldelser om psykiske skader steg med 152 pct.point fra 2003 til 2008. For andre sygdomme var stigningen på 29 pct.point, jf. figur 3.13.

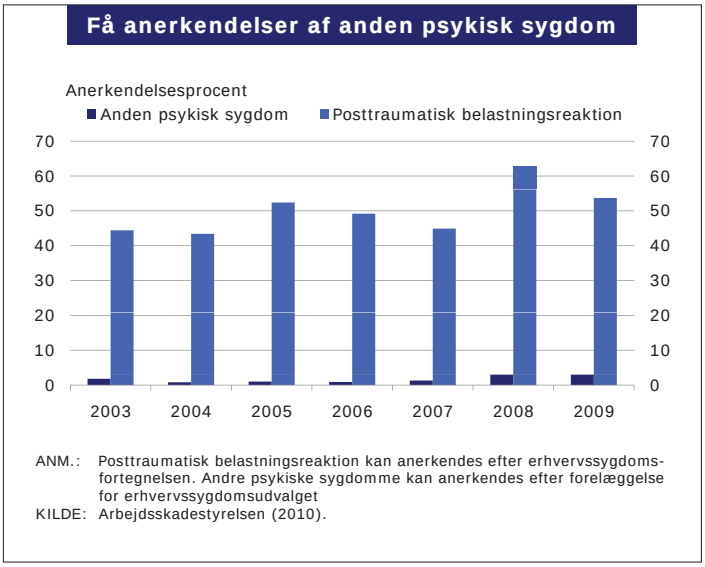
Figur 3.13



Kun knap en til tre pct. af anmeldelserne bliver anerkendt

Det stigende antal anmeldelser har ikke givet anledning til en tilsvarende stigning i anerkendelserne bortset fra diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion. Der er i perioden 2003 til 2009 anerkendt mellem knap en pct. og tre pct. af anmeldelserne om øvrige psykiske sygdomme, jf. figur 3.14.

Figur 3.14



I 2009 blev der anerkendt 167 sager om posttraumatisk belastningsreaktion og 58 sager vedrørende anden psykisk sygdom.

3.5 Erstatninger ved arbejdsskader

60 pct. af førstegangsafgørelser udløser ikke en erstatning

En stor del af de anerkendte arbejdsskadesager udløser ikke ret til erstatning. 60 pct. af førstegangsafgørelser om anerkendte arbejdsulykker udløser ikke en erstatning. Det samme gælder for hver tredje anerkendte erhvervssygdom.

Blandt anerkendte arbejdsskader, der udløser en erstatning, er der en stor andel med især små méngradserstatninger, men også en stor andel med mindre erhvervsevnetabserstatninger.

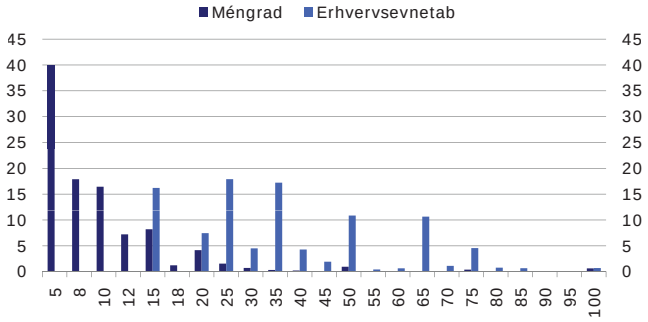
90 pct. tilkendes méngrad på 15 pct. eller under

90 pct. af alle arbejdsskader, hvor den skadede bliver tilkendt en ménerstatning, er der tale om en méngrad på 15 pct. eller derunder, jf. figur 3.15.

Figur 3.15

Mange mindre arbejdsskader

Fordeling af alle erstatninger på erstatningsgrader, pct., 2009



ANM.: Der er 0,39 pct., der har en méngrad på 50-95. Disse er i figuren vist ved méngrad 75. For at få tilkendt en erhvervsevnetabserstatning er det en forudsætning, at tabet af erhvervsevne er mindst 15 pct.
KILDE: Arbejdsskadestyrelsen og egne beregninger.

63 pct. af de, der har fået tilkendt en erstatning for tab af erhvervsevne, har et erhvervsevnetab på 35 pct. eller derunder.

De relativt mange anerkendelser med lave méngrader og erhvervsevnetabsprocenter underbygger billedet af, at der relativt sjældent forekommer alvorlige ulykker på danske arbejdspladser.

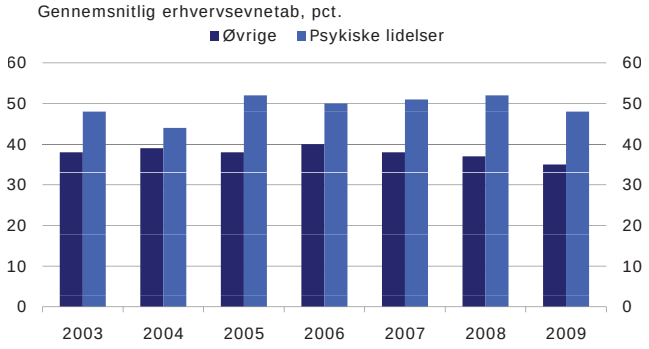
Psykiske lidelser er dyrere end øvrige erhvervssygdomme

Også højere erhvervsevnetab i sager om psykiske sygdomme

Det gennemsnitlige erhvervsevnetab i sagerne om psykiske sygdomme er højere end øvrige erhvervssygdomssager. Det gennemsnitlige erhvervsevnetab for erhvervssygdomssager eksklusiv de psykiske er 35-40 pct. Det gennemsnitlige erhvervsevnetab for erhvervssygdomssager vedrørende psykiske sygdomme er 45-52 pct., jf. figur 3.16.

Figur 3.16

Større erhvervsevnetab ved psykiske lidelser



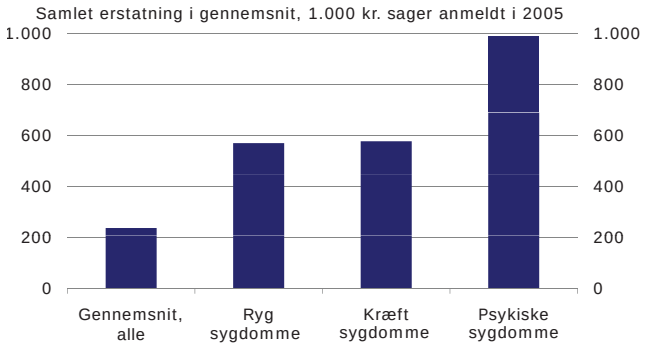
KILDE: Specialkørsel fra Arbejdsskadestyrelsen (2010).

Psykiske sager fra 2005 var 750.000 kr. dyrere end øvrige erhvervssygdomme

Det højere erhvervsevnetab i sager om psykiske sygdomme bevirker, at udgifterne er højere til psykiske sygdomme end til øvrige erhvervssygdomme. Den gennemsnitlige udgift til en anerkendt sag vedrørende psykisk sygdom, der er anmeldt i 2005, var 988.000 kr. Det er 410.000 kr. dyrere end sager om kræftsygdomme, hvor der i gennemsnit blev udbetalt 577.000 kr., jf. figur 3.17.

Figur 3.17

Høje erstatninger ved psykiske sygdomme



ANM.: 2005 er valgt for at få et retvisende billede af gennemsnitsudgiften pr. skadeårgang, da mere komplicerede og dyrere sager ofte også vil tage længere tid at behandle i Arbejdsskadestyrelsen. Se i øvrigt boks 3.4.
KILDE: Arbejdsskadestyrelsen (2010) og egne beregninger.

Psykiske sygdomme koster fire gange så meget

Den gennemsnitlige erstatning i en anerkendt sag om psykisk sygdom er fire gange så høj som en gennemsnitlig anerkendelse af en erhvervssygdom.

Boks 3.4

Beregning af erstatningsudgifter

De samlede erstatninger er beregnet som summen af godtgørelser for varigt mén samt summen af erstatninger for tab af erhvervsevne. De samlede erstatninger for tab af erhvervsevne er beregnet som summen af engangserstatninger og værdien af reserver hensat til løbende ydelser. Kapitaliseringer af løbende ydelser tæller med som et positivt engangsbeløb og en negativ reservehensættelse. Erstatningerne inkluderer revisions- og genoptagelsesafgørelser. For revisioner og genoptagelser er det kun den yderligere erstatning, som er medregnet.

3.6 Tilbage i beskæftigelse efter en arbejdsskade

Arbejdsskadesikringens formål er at give tilskadekomne økonomisk kompensation ved arbejdsskader. Samtidig skal tilskadekomne have incitament til så hurtigt som muligt igen at påtage sig beskæftigelse efter en arbejdsskade.

Indbygget motivationsproblem

Det er derfor afgørende, at arbejdsskadeerstatningssystemet er indrettet, så der ikke er det dilemma, at den skadelidte skal arbejde på at vende tilbage til arbejdet, men kun får erstatning, hvis vedkommende ikke umiddelbart vender tilbage til arbejdet.

Langt de fleste arbejdsskader er mindre alvorlige og medarbejderen kommer sig hurtigt over skaden og kommer videre med sit arbejdsliv.

Ved mere alvorlige arbejdsskader er hurtig afklaring af funktionsevne og helbred og stillingtagen til et eventuelt erstatningsspørgsmål afgørende, så den enkelte kun skal arbejde på at blive rask og vende tilbage til beskæftigelse.

Erstatningssager skader chancen for at blive helbredt

Patienter, der søger erstatning, har sværere ved at blive raske

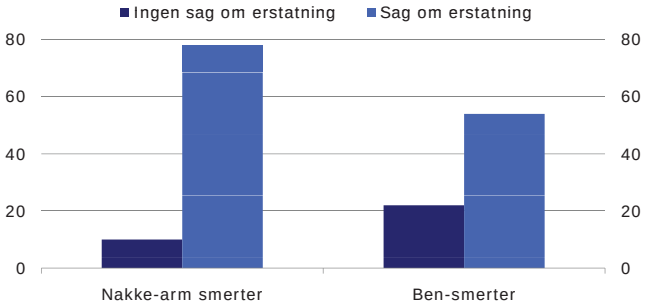
Patienter, der har været udsat for en arbejdsskade, og som søger erstatning, bliver ikke så ofte erklæret raske som patienter, der ikke søger erstatning. Det gælder, selv om der er korrigeret for sygdommes sværhedsgrad.

Knap 80 pct. af patienter med nakkesmerter, der har en verserende erstatningssag, får det ikke bedre i løbet af ét år. Det gælder kun 10 pct. af dem, der ikke har en erstatningssag, jf. figur 3.18.

Figur 3.18

Erstatningssag forhindrer bedring

Andel der ingen helbredsmæssige fremskridt følte efter 1 år, pct., sager opstået 1997-1999



ANM.: Omfatter 1.445 undersøgte lænde- og nakkepatienter i Nordjyllands Amts to reumatologiske tværfaglige rygambulatorier. Se i øvrigt boks 3.5.
KILDE: Rasmussen (2008).

Tilsvarende sammenhæng gjorde sig gældende med rygpatienter med bensmerter.

I undersøgelsen er der kontrolleret for alder, køn, socialgruppe, rygning, intensitet, varighed af lænde- eller nakkesmerter, ben- og armsmerter og forbruget af smertestillende medicin, jf. boks 3.5.

Boks 3.5

Undersøgelse af effekt af en erstatningssag

Undersøgelsen har fulgt alle lænde- eller nakkepatienter, der blev undersøgt på Nordjyllands Amts to reumatologiske rygambulatorier i tidsrummet fra 1997 til 1999, i alt knap 1.500 patienter. Patienterne blev henvist til ambulatoriet efter fire til 12 ugers symptomer med lænde- eller nakkesmerter, der var uden bedring.

Før besøget på ambulatoriet havde patienterne udfyldt et spørgeskema om smerter, funktionstab, forbrug af smertestillende medicin, sociale forhold samt om de var involveret i en arbejdsskadesag, forsikringssag eller ansøgninger om førtidspension. Spørgsmålet om en verserende arbejdsskadesag blev tillige kontrolleret i registre.

Patienterne blev efter et år bedt om at angive, om de havde oplevet en bedring af deres lænde- eller nakkesmerter, funktionstab og forbrug af smertestillende medicin.

Gruppen af patienter blev delt i to grupper – én gruppe med dem, der havde anlagt en sag om erstatning, og én gruppe for patienter, der ikke havde anlagt en sag.

Herefter blev der i begge grupper kontrolleret for alder, køn, socialgruppe, rygning, intensitet og varighed af lænde- eller nakkesmerter samt af ben- og armsmerter, graden af funktionstab og forbruget af smertestillende medicin.

Der er ikke i undersøgelsen skelnet mellem om patienten har anlagt en erstatningssag efter arbejdsskadesikringsloven eller erstatningsansvarsloven.

Patienter skal bevise, at de er syge, og samtidig arbejde på at blive raske

Hvis den tilskadekomne er involveret i en arbejdsskadeerstatningssag, stiger risikoen for, at lænde- og nakkeproblemerne får et invaliderende forløb. Og det ser ud til, at selve det at have en sag gør ondt værre. Patienterne skal på samme tid bevise, at de er syge, og samtidig arbejde på at blive raske, jf. Rasmussen.

Arbejdsskadeerstatning for varigt mén kan som udgangspunkt først blive fastsat, når den helbredsmæssige tilstand er varig, det vil sige ikke kan forventes at blive bedre af sig selv eller ved behandling. En bedring vil derfor forringe den tilskadekomnes erstatningsgrundlag.

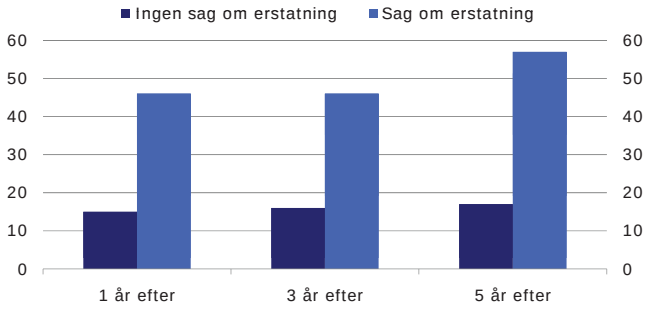
Forøget risiko for at ryge ud af arbejdsmarkedet

Erhvervsaktive rygpatienter, der enten har en verserende eller afsluttet sag om arbejdsskadeerstatning, har ikke alene svært ved at blive raske sammenlignet med patienter, der ikke søger erstatning. De har også to til fire gange øget risiko for at forlade arbejdsmarkedet efter et, tre og fem år sammenlignet med rygpatienter, der ikke har været involveret i en arbejdsskadeerstatningssag, jf. figur 3.19.

Figur 3.19

Erstatningssag giver exit fra arbejdsmarkedet

Andelen med smerter i nakke og arm, der modtog offentlig forsørgelse, pct., sager opstået 1997-1999



ANM.: Se boks 3.5.
KILDE: L. Hestbæk, C. Rasmussen og C Lebouef (2009).

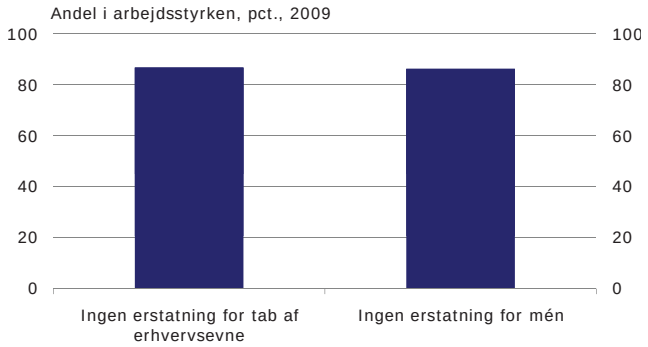
En erstatningssag i forbindelse med en arbejdsskade indebærer således i sig selv risiko for varigt tab af evnen til at forsørge sig selv.

Tilskadekomne risikerer, alene fordi der er anlagt en sag, både at få det dårligere og at ryge ud af arbejdsmarkedet.

For ca. 15 pct. af en skadesårgang betyder en arbejdsskade, at de forlader arbejdsstyrken, selvom de ikke har fået tilkendt en méngradserstatning eller erhvervsevnetabserstatning, jf. figur 3.20.

Figur 3.20

15 pct. forlader arbejdsstyrken



ANM.: Personer der er gået på folkepension, tjenemandspension eller efterløn i 2009 indgår ikke.
KILDE: Specialkørsel fra Danmarks Statistik og specialkørsel fra Arbejdsskadestyrelsen.

Selv om en række sager er mindre alvorlige – hvor der ikke bliver tilkendt en erstatning – får arbejdsskaden alligevel et invaliderende forløb.

Afgørende med hurtig afklaring

Det er derfor afgørende, at den enkelte får en hurtig afklaring og sagsbehandling, så de kun skal arbejde på at blive raske og komme tilbage på arbejdsmarkedet, jf. boks 3.6.

Boks 3.6

Arbejdsskadestyrelsen kan træffe midlertidige afgørelser

Arbejdsskadestyrelsen har mulighed for at træffe en midlertidig afgørelse om varigt mén. Det sker i de tilfælde, hvor den tilskadekomne med sikkerhed har et varigt mén, endeligt er det ikke muligt at endeligt afklare den tilskadekomnes helbredsmæssige tilstand på baggrund af de foreliggende oplysninger.

Arbejdsskadestyrelsen træffer i sådanne sager en midlertidig afgørelse. Sagen bliver genbehandlet, når den tilskadekomne er kommet tilbage på arbejde, står til rådighed for arbejdsmarkedet, har afsluttet et omskolings- eller revalideringsforløb eller er kommet på fleksjob eller er overgået til pension. Sagerne skal som udgangspunkt afgøres inden for en 1-årig periode.

Omkring 90 pct. af sagerne afsluttes inden et år, inkl. sager, hvor der træffes en midlertidig afgørelse.

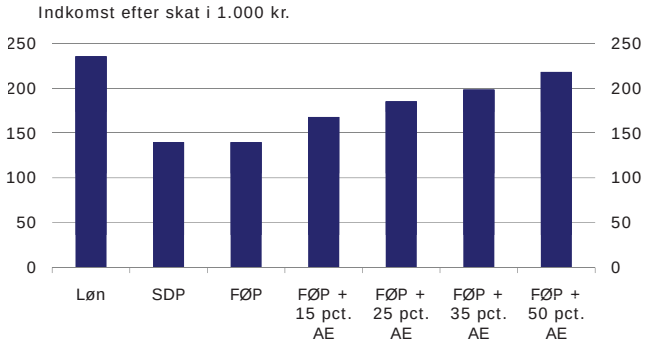
Generøse arbejdsskadeerstatninger

Erstatningerne giver et højt ydelsesniveau i kombination med f.eks. førtidspension

Arbejdsskadeerstatningerne giver et højt indkomstniveau i kombination med f.eks. førtidspension. Lønindkomsten for en arbejder på DA/LO-området er 235.000 kr. efter skat. Ved tilkendelse af en erhvervsevnetabserstatning på 35 pct. og samtidig tilkendelse af førtidspension er indkomsten 198.000 kr. efter skat, jf. figur 3.21.

Figur 3.21

Højt ydelsesniveau efter arbejdsskade



ANM.: SDP er en forkortelse for sygedagpenge, FØP førtidspension, AE dækker over arbejdsskadeerstatning. I erstatningen er kun indeholdt erhvervsevnetabsprocent. Det er antaget, at der er tale om løbende ydelser selv om erstatninger op til 50 pct. typisk kapitaliseres. Lønindtægten er opgjort som helårsfortjenesten for en arbejder på DA/LO-området i 2009 opregnet til 2010 ud fra Økonomisk redegørelses forventning om lønstigning på 2,2 pct. Satserne er maksimalsatserne fastsat for 2010.

KILDE: Dansk Arbejdsgiverforening (2009), Finansministeriet (2010b), Arbejdsskadestyrelsen (2010a), Indenrigs- og socialministeriet (2009), Beskæftigelsesministeriet (2009).

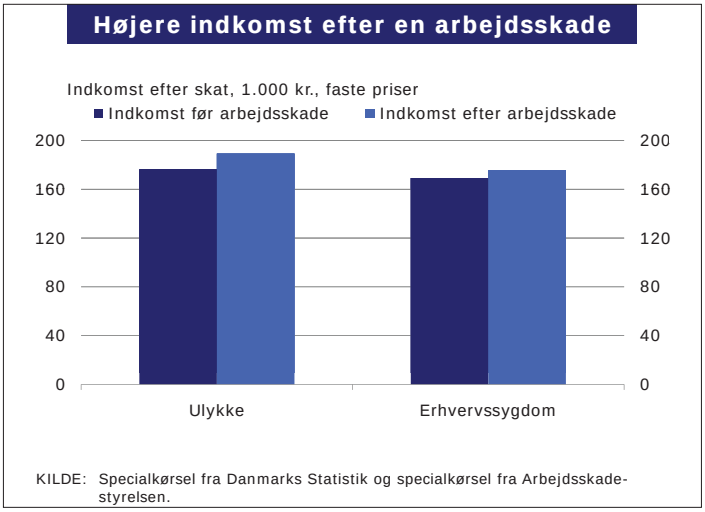
Hertil kommer en skattefri engangserstatning for mén. I 2010 svarer 100 pct. i mén til en godtgørelse på 752.000 kroner.

Det høje ydelses- og kompensationsniveau kan forstærke det motivationsdilemma, der opstår ved, at skadelidte på samme tid bliver tilbudt hjælp til at vende tilbage til arbejdet, eller en erstatning hvis vedkommende ikke vender tilbage til arbejdet.

Højere indkomst efter arbejdsskade

Den gennemsnitlige årsindkomst efter en anerkendt arbejdsulykke er knap 13.000 kr. højere end indkomsten forud for ulykken. Tilsvarende er årsindkomsten efter en anerkendt erhvervssygdom knap 7.000 kr. højere end før anerkendelsen af erhvervssygdommen, jf. figur 3.22.

Figur 3.22



Kombinationen af erstatningsydelser, løn og offentlige ydelser giver i gennemsnit en højere indkomst efter en arbejdsskade end før en arbejdsskade. Mange har således ikke noget økonomisk tab forbundet med en arbejdsskade.

Boks 3.7

Indkomst før og efter en arbejdsskade

Populationen er sager om arbejdsulykker og erhvervssygdomme anerkendt i 2005. På grund af muligheden for at anke kan en sag være anmeldt op til flere år før 2005. 97 pct. af alle anerkendte sager i 2005 er anmeldt i eller efter 2003, hvorfor det er valgt at analysere disse. For denne gruppe er der hentet indkomstoplysninger for året inden anmeldelsesåret, det vil sige, hvis skaden er anmeldt i 2003, er det personens indkomst i 2002. Indkomsten efter arbejdsskaden er for året efter at den er anerkendt, hvilket vil sige 2006 for hele populationen.

Disponibel indkomst i personindkomstregistret udregnes som den samlede indkomst inkl. beregnet lejeværdi, men fratrukket renteudgifter, skat mv., betalt underholdbidrag og tilbagebetalt kontanthjælp. Engangsudbetalinger i forbindelse med en arbejdsskade indgår ikke i registret, mens løbende udbetalinger gør. Kun personer med en positiv disponibel indkomst indgår.

3.6 Offentlig forsørgelse som følge af arbejdsskader

Meget lille offentlig besparelse ved færre arbejdsskader

Offentlig forsørgelse, der er direkte koblet til en anerkendt arbejdsskade, udgør en lille del af de samlede forsørgelsesudgifter. 1,9 pct. af udgifterne til helbredsbetinget forsørgelse hænger direkte sammen med arbejdsulykker og erhvervssygdomme. En større indsats for at begrænse antallet af arbejdsulykker og erhvervssygdomme vil således kunne have en lille effekt på udgifterne til offentlig forsørgelse.

Ca. 4 pct. af sygefravær koblet til arbejdsskade

15.002 arbejdsskadesager blev anerkendt i 2005. Efter anmeldelsen af arbejdsskaden blev der udbetalt sygedagpenge i 5.650 af disse sager. Sagernes samlede varighed af sygedagpenge forbundet med arbejdsskader svarede til 2.234 helårspersoner og en offentlig udgift på 437 mio. kr.

736 personer fik allerede sygedagpenge på anmeldelsesdatoen. Det gælder særligt erhvervssygdomssager. Der var 832 af den type sygedagpengesager, hvor det samlede sygefravær udgjorde 736 helårspersoner og en offentlig udgift på 163 mio. kr.

Sygedagpenge i forbindelse med en arbejdsskade udgjorde dermed 4,2 pct. af de samlede udbetalinger af sygedagpenge i 2005, jf. tabel 3.3.

Tabel 3.3

Få offentligt forsørgede efter arbejdsskade

Anerkendte arbejdsskader, 2005	Antal sager	Helårs-personer	Off. udgifter, mio. kr.	Andel af hele ydelsen, pct.
Sygedagpenge efter anerkendelse af arbejdsskade	5.650	2.234	437	4,2
Sygedagpenge før anmeldelse af arbejdsskade	832	736	144	
Revalidering	149	298	58	1,6
Fleksjob/ledighedsydelse	121	2.236	373	0,9
Førtidspension	133	2.431	408	1,0
Sygefravær alene i arbejdsgiverperioden	9.352	173	-	-
I alt	16.237	8.108	1.473	2,1

ANM.: De offentlige udgifter er beregnet i 2010-priser. Andel af ydelsen er for revalidering beregnet som en andel af helårsbestanden i 2005, for sygedagpenge beregnet som en andel af helårsmodtagere af sygedagpenge i 2005, for førtidspensionister og fleksjobbere/ledighedsydelsesmodtagere som andel af tilgangen til ordningerne. Summen af antal sager svarer ikke til antallet af godkendte arbejdsskadesager, fordi der kan være udbetalt flere typer offentlig forsørgelse efter en arbejdsskadesag. Se i øvrigt boks 3.7 og appendiks 3.1.

KILDE: Specialkørsel fra Arbejdsskadestyrelsen, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, DA (2002) og DA (2005).

149 personer har i tilknytning til en arbejdsskade deltaget i revalidering. Udgifterne forbundet hermed svarer til 1,6 pct. af de samlede udgifter til revalidering.

121 personer ud af de 15.002 anerkendte arbejdsskader er blevet visiteret til et fleksjob i tilknytning til en anerkendt arbejdsskade i 2005. Under forudsætning af, at disse personer fastholder fleksjobbet indtil den almindelige pensionsalder ved det 65. år, vil det årligt koste det offentlige 373 mio. kr. 121 personer svarer til 0,9 pct. af tilgangen til fleksjob i 2005.

Tilgangen til førtidspension som følge af en arbejdsskade udgør 1 person for hver 100 nytilkendelser. De offentlige udgifter forbundet hermed udgør ca. 400 mio. kr. årligt.

9.352 personer, der fik anerkendt en arbejdsskade i 2005, fik ikke i tilknytning til anmeldelsestidspunktet udbetalt sygedagpenge. Et evt. fravær i disse sager har alene ligget i arbejdsgiverperioden, og således ikke

økonomisk belastet det offentlige. Fraværet for disse personer udgør ca. 175 helårspersoner.

Virksomhederne bærer de største udgifter ved arbejdsskader

Ud over udgifter til offentlig forsørgelse, indebærer arbejdsskader også offentlige udgifter til behandling. De største udgifter ved arbejdsskader har virksomhederne i form af omkostninger til forsikringer ved arbejdsskadeerstatninger og tabt arbejdsfortjeneste.

Boks 3.8

Beregninger af offentlig forsørgelse ved en arbejdsskade

Analyserne er foretaget ved at koble oplysninger fra Arbejdsskadestyrelsen om anerkendte arbejdsskader i 2005 med oplysninger fra Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM over perioder med offentlig forsørgelse.

Populationen er alle arbejdsulykker og erhvervssygdomme, der er blevet anerkendt i 2005. Herefter bliver disse personers perioder med offentlig forsørgelse gjort op frem til udgangen af 2009.

Det er anmeldelsestidspunktet, der bliver anvendt til at beregne den efterfølgende offentlige forsørgelse.

Det er et krav for at indgå i beregningerne, at en person, der har fået anerkendt en arbejdsskade, begynder at modtage sygedagpenge, førtidspension, revalidering eller fleksjob senest 8 uger efter anmeldelsesdatoen eller i forlængelse af én af de fire typer offentlig forsørgelse begynder et modtage en anden type inden for 4 uger af ophøret af den første type ydelse.

I erhvervssygdomssager modtager et antal personer allerede sygedagpenge på anmeldelsestidspunktet. Disse sygedagpenge indgår også i beregningerne.

De efterfølgende udgifter til fleksjob og førtidspension er beregnet under forudsætning af, at de pågældende personer bliver på ydelserne indtil det 65. år.

Den gennemsnitlige varighed af revalidering er sat til 2 år, jf. DA (2005). Der er alene taget udgangspunkt i uddannelsesrevalidering, som varer længst og er dyrest.

Se i øvrigt appendiks 3.1.

Appendiks 3.1 Beregning af offentlige udgifter ved arbejdsskade

Population

Populationen er personer, der har fået anerkendt en arbejdsulykke eller erhvervssygdom i 2005.

Der kan gå op til flere år fra skadestidspunktet og anmeldelsestidspunktet, til sagen er endelig afsluttet. En sag kan være anmeldt flere år før 2005, som er referenceåret for de sager, der bliver analyseret. I DREAM-analyserne bliver sagernes skadesdato anvendt som starttidspunkt for tilgangsanalysen, da det er den tidligste dato, der er i forbindelse med en sag. I analyserne bliver der set på overgange til følgende fire ydelsesgrupper:

Sygedagpenge

Tilgangskriteriet er 4 uger uden ydelsen efterfulgt af 1 uge med ydelsen. Afgangskriteriet er 4 uger uden ydelsen. Der tælles dels antal forløb og dels forløbslængder målt i uger. Det er valgt at definere en kausal sammenhæng mellem arbejdsskade og efterfølgende sygedagpengeforløb, hvis der er sket en tilgang inden for 8 uger (inkl. 8. uge) efter arbejdsskadesdatoen.

Efter afgang fra denne ydelse undersøges, om der er sket en efterfølgende tilgang til henholdsvis førtidspension, fleksjobordningen eller revalidering. Tilgangskriteriet er 4 uger uden ydelse efterfulgt af 4 uger med ydelsen, samt at tilgangen til de nævnte ydelser skal ske inden for 4 uger efter afgangen fra sygedagpenge. Der tælles antal sager.

Førtidspension

Tilgangskriteriet er 4 uger uden ydelse efterfulgt af 4 uger med ydelse, samt at tilgangstidspunktet ligger

før tilgangen i sygedagpengeanalysen. Der var ingen sager, der overholdt dette kriterium.

Fleksjobordningen

Tilgangskriteriet er 4 uger uden ydelse, efterfulgt af 4 uger med ydelse samt at tilgangstidspunktet ligger før tilgangen i sygedagpengeanalysen. Der var ingen sager, der overholdte dette kriterium.

Revalidering

Tilgangskriteriet er 4 uger uden ydelse, efterfulgt af 4 uger med ydelse samt at tilgangstidspunktet ligger før tilgangen i sygedagpengeanalysen. Der var ingen sager, der overholdte dette kriterium.

Sygedagpenge på anmeldelsesdatoen

Da mange erhvervssygdomme er svære at sætte en præcis dato på, kan en person allerede modtage sygedagpenge på skadestidspunktet. Derfor indgår sager, hvor personen modtager sygedagpenge ugen inden skadesdatoen, også i beregningerne.

Appendiks 3.2 Erstatning for mén og erhvervsevnetab

Mén er en erstatning for generel nedsat funktionsevne, mens erstatning for tab af erhvervsevne tager udgangspunkt i den skadedes jobfunktion, og således erstatter tabet af evne til at varetage netop denne jobfunktion.

Det er således muligt at få en erstatning for mén uden at være berettiget til erstatning for tabt erhvervsevne, fordi skaden ikke påvirker den skadedes evne til at varetage pågældendes job. Omvendt kan méngraden også være forholdsvis lav, men tabet af erhvervsevne være stort, fordi en skade på netop denne del af kroppen har stor betydning for evnen til at udføre den konkrete jobfunktion.

Godtgørelse for varige mén

Har en arbejdsskade medført varige mén, fastsættes der en méngrad, og den tilskadekomne får udbetalt en godtgørelse, som står i forhold til skadens medicinske art og omfang og skadens forvoldte ulemper for den tilskadekomnes livsførelse.

Arbejdsskadestyrelsen varetager alene taksationen

I modsætning til et almindeligt forsikringsforhold, hvor et forsikringsselskab bedømmer, om en skade hører hjemme under policens bestemmelser, og herefter udbetaler erstatninger, varetager Arbejdsskadestyrelsen alene taksationen af anmeldte arbejdsskader, mens forsikringsselskaberne eller arbejdsmarkedets erhvervssygdomsforsikring udbetaler evt. erstatningsbeløb.

Med udgangspunkt i méntabel

Taksationen sker med udgangspunkt i en méntabel. Méntabellen bruges, når Arbejdsskadestyrelsen træffer afgørelser om varigt mén i forbindelse med arbejdsskader.

Mén under 5 pct. giver ikke méngodtgørelse

Tabellen indeholder en vejledende ménprocent (en méngrad i pct.) for en given skade eller sygdom. Ménet kan ligge mellem 5 og 100 pct. Vurderes ménet til at være under fem pct. bliver der ikke udbetalt méngodtgørelse. Eksempelvis medfører svær eksem på

armene med samtidigt håndeksem en méngrad på 10 pct. For tabet af et øje er méngraden fastsat til 20 pct.

Den maksimale méngodtgørelse er 752.000 kr.

Der bliver hvert år fastsat et nyt beløb for godtgørelsen for varigt mén. I 2010 svarer 100 pct. i mén til en godtgørelse på 752.000 kroner (engangsbeløb). Erstatningsbeløb for godtgørelse for varigt mén er skattefrie.

Erstatning for tab af erhvervsevne

Hvis en arbejdsskade betyder, at den, der er kommer til skade, har fået nedsat sin evne til at skaffe opretholde den samme indkomst som før skaden, kan der være tale om et tab af erhvervsevne.

Tab af erhvervsevne på under 15 pct. giver ikke erstatning

For at få en erstatning skal der være tale om et midlertidigt eller varigt tab af erhvervsevne på mindst 15 pct. Erstatningens størrelse afhænger endvidere af, hvilke funktionsbegrænsninger der følger af arbejdsskaden, den tilskadekomnes indtjeningsevne målt ud fra årsløn før arbejdsskaden, uddannelse, alder og personlige ressourcer samt muligheder for eventuel omskoling til anden beskæftigelse.

Løbende ydelse frem til pensioneringstidspunktet ved tab på over 50 pct.

Hvis den tilskadekomnes erhvervsevnetab bliver fastsat til mindre end 50 pct., bliver erstatningen udbetalt som en engangserstatning, mens erstatningen bliver udbetalt som en løbende ydelse én gang om måneden frem til folkepensionsalderen, hvis den bliver fastsat til mere end 50 pct.

4. Sygefravær

4.1 Sammenfatning 131

4.2 Det samlede sygefravær 132

4.3 Sygefravær er dyrt for virksomhederne 138

4.4 Livsstilsfaktorer har betydning for sygefraværet 142

4.5 Sygefraværet er størst for kvinder i det offentlige 144

4.6 Ud af arbejdsmarkedet efter langt sygefravær 150

4.7 Kommunerne og sygefraværet 154

Appendiks

4.1 Baggrunden for sygefraværstal 158

4.1 Sammenfatning

Hvad der svarer til 116.400 fuldtidsbeskæftigede danskere, er ikke på arbejde på grund af sygefravær. I gennemsnit er hver fuldtidsperson sygemeldt i knap 10 arbejdsdage årligt.

Virksomhederne har store udgifter til sygefravær

Sygefraværet koster 55,7 mia. kr. årligt alene til forsørgelse. Heraf betaler virksomhederne 41 mia. kr. Virksomhederne har dermed en meget stor interesse i at nedbringe sygefraværet.

Sygefraværet reducerer direkte beskæftigelsen, fordi virksomhederne og samfundet går glip af mere end 100.000 menneskers arbejde. Indirekte reducerer sygefraværet også beskæftigelsen, fordi virksomhedernes konkurrenceevne bliver forringet på grund af de store omkostninger. Sygefravær hæmmer således væksten i dansk økonomi, og de langsigtede muligheder for at finansiere de offentlige udgifter.

Offentligt ansatte er mere syge end privat ansatte

Den private sektor har et lavere sygefravær end den offentlige sektor. Selv når der er taget højde for medarbejdernes alderssammensætning, kønsforskelle og forskellige arbejdsfunktioner, så har medarbejdere i den offentlige sektor et markant højere sygefravær end medarbejdere i den private sektor.

Der er særlig stor forskel på sygefravær blandt kvinder i henholdsvis den offentlige og private sektor. For eksempel har en kvindelig receptionist i den offentlige sektor i gennemsnit en uges sygefravær mere end en kvindelig receptionist i den private sektor.

Individuelle valg har betydning for sygefraværet. Medarbejdere, der er fysisk aktive og ikke-rygere, har et lavere sygefravær end fysisk inaktive medarbejdere og rygere.

Valg af livsstil har betydning for sygedage

Motionerede alle erhvervsaktive på et højt niveau, ville det f.eks. betyde, at 13.700 fuldtidspersoner flere ville være i beskæftigelse. Virksomhederne skulle derfor heller ikke afholde udgifter til løn eller sygedagpenge under sygdom.

4.2 Det samlede sygefravær

116.400 er sygemeldte hver dag

Det samlede sygefravær udgør 116.400 fuldtidspersoner. Det svarer til, at 4,3 pct. af arbejdsstyrken konstant er fraværende på arbejdsmarkedet på grund af sygefraværet.

Sygefraværet indebærer, at hver fuldtidsperson i arbejdsstyrken ikke er på arbejde i knap 10 dage årligt.

Sygefravær mindsker beskæftigelsen og svækker konkurrencekraften

Sygefraværet reducerer beskæftigelsen direkte, og omkostningerne forbundet med sygefravær svækker virksomhedernes konkurrencekraft. Begge dele er med til at begrænse værdiskabelsen i dansk økonomi. Et lavere sygefravær vil kunne bidrage til at øge den økonomiske vækst i Danmark.

Sygefraværet er særlig højt blandt ledige. Mere end hvert sjette ledige medlem af en a-kasse er hver dag sygemeldt. Det er næsten syv gange så ofte som ansatte i den private sektor, jf. tabel 4.1.

Tabel 4.1

Sygefraværet mindsker beskæftigelsen

2008	Fuldtids-personer	Andel af gruppen, pct.
Beskæftigede lønmodtagere, heraf	74.100	3,1
- i privat sektor	42.900	2,6
- i offentlig sektor	31.200	4,1
Forsikrede selvstændige	3.000	1,4
Forsikrede ledige	11.500	17,8
Uoplyst	27.800	-
I alt	116.400	4,3

ANM.: Fuldtidspersoner er beregnet ud fra fraværstimer i fraværsregisteret og kalenderdage i sygedagpengeregisteret. I sygedagpengeregisteret er kalenderdagene vægtet med udbetalinger til sygedagpenge. I opgørelsen er sygemeldte i sygedagpengeregistret fordelt på privat og offentlig sektor ud fra oplysninger i RAS i november 2008. Der er således i alt 27.800 fuldtidspersoner, som ikke har en sektorkode og dermed ikke bliver fordelt på sektor. Se boks 4.1.

KILDE: Specialkørsel fra Danmarks statistik (fraværsstatistik, sygedagpengeregister og RAS), Danmarks Statistik (arbejdstidsregnskabet og ledighedsstatistikken) og egne beregninger.

Den private sektor har et lavere sygefravær end den offentlige sektor. I den private sektor er medarbejderne i gennemsnit syge i knap 6 dage årligt, mens medarbejderne i den offentlige sektor er syge i godt 9 dage årligt.

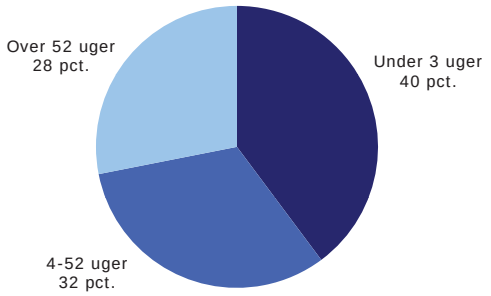
Højere sygefravær i den offentlige sektor

40 pct. af alle sygefraværsforløb er under 3 uger lange og falder dermed i den periode, hvor arbejdsgiverne afholder alle udgifterne til sygedagpenge og løn til den sygemeldte medarbejder, jf. figur 4.1.

Figur 4.1

Meget langvarigt sygefravær

Andel af samlet sygefravær, pct., 2008



ANM.: Sygefraværet er opgjort efter første fraværsdag i hver af de tre grupper. Se i øvrigt tabel 4.1.
KILDE: Specialkørsel fra Danmarks Statistik (Fraværsstatistik og sygedagpengeregister) og egne beregninger.

Sygefravær, der varer mere end 3 uger, udgør 60 pct. af det samlede sygefravær. For beskæftigede med et længerevarende sygefravær afholder virksomhederne de fulde udgifter til forsørgelse de første 21 dage af sygeforløbet.

Lange fraværsperioder udgør 60 pct. af sygefraværet

Sygeforløb, der varer over 52 uger, udgør 28 pct. af det samlede sygefravær. Som udgangspunkt er det kun muligt for sygemeldte at modtage sygedagpenge i op til 52 uger. Der er dog en række muligheder for, at kommunerne kan forlænge sygedagpengeperioden ud over ét år. Efter 52 ugers sygdom overgår hele finansieringsansvaret for sygedagpengeudgifterne til kommunerne. Kommunerne burde derfor have et stort in-

citament til at afklare og få initiativer iværksat, der kan bidrage til at få sygemeldte tilbage til arbejdsmarkedet, førend der er gået 52 uger.

Boks 4.1

Data om det samlede sygefravær

Sygefraværet er beregnet ud fra afsluttede sygeforløb.

For at tegne et samlet billede af sygefraværet er det nødvendigt at koble oplysninger om fraværet fra to kilder – Danmark Statistiks fraværsstatistik og Danmarks Statistiks sygedagpengeregister.

Der eksisterer ikke samlede tal for sygefraværet i 2009 endnu. 2008 er derfor det nyeste år. Sagerne i sygedagpengeregisteret 2008 kan vedrøre sygefravær i tidligere år.

I analyseåret 2008 blev arbejdsgiverperioden ændret den 2. juni fra 15 dage til 21 dage. Det er der taget højde for i analyserne.

For at give et reelt billede af omfanget af sygefraværet er sygefraværet fra fraværsregisteret beregnet ud fra indberettede fraværstimer. I sygedagpengeregisteret er sygefraværsperioder vægtet med den andel udbetalte sygedagpengebeløb udgør af det maksimale dagpengebeløb.

Opgørelsen for selvstændige dækker kun den frivillige forsikringsordning. Det er ikke muligt at opgøre sygefraværet blandt kontanthjælpsmodtagere, da der ikke foreligger data. Den samlede opgørelse af sygefraværet undervurderer således det samlede sygefravær.

I forsikrede ledige indgår registrerede forsikrede ledige, aktiverede forsikrede og sygemeldte forsikrede, hvis sygefraværssag er startet som forsikret ledig.

Se også appendiks 4.1.

6 ud 10 er sygemeldte i sammenlagt højest én uge

63 pct. af lønmodtagerne har en eller flere fraværsperioder i løbet af et år. 37 pct. af lønmodtagerne har dermed slet ikke fravær i løbet af et år.

Hver tredje medarbejder har ikke sygefravær i løbet af et år

4,6 mio. sygeforløb har en varighed på under 3 uger. Det svarer til, at hver fuldtidslønmodtager har sygefravær knap 2 gange i en kortere periode.

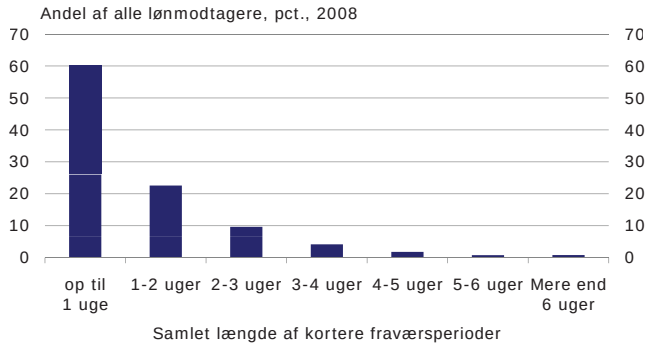
6 ud af 10 med sygefraværsperioder under 3 uger har sammenlagt fravær på grund af sygdom i op til 1 uge.

6 ud af 10 er væk en uge om året

Ca. hver femte lønmodtager har sammenlagt 1-2 ugers kortvarigt sygefravær. Der er en mindre gruppe lønmodtagere, der har så mange korte fraværsperioder, at deres samlede korte sygefravær overstiger 5 uger, jf. figur 4.2.

Figur 4.2

De fleste med kort fravær er syge en uge



ANM.: Figuren viser personernes sammenlagte antal dage med fravær opgjort som kalenderdage. Personer i figuren kan godt samtidigt have sygeforløb, der varer mere 15/21 dage inden for det samme år.
KILDE: Specialkørsel fra Danmarks Statistik (Fraværsregister) og egne beregninger.

Lavere sygefravær på DA-området

Sygefraværet svinger typisk med konjunkturerne. Sygfraværet falder typisk i perioder med økonomisk tilbagegang, og vokser i perioder med økonomisk

vækst og faldende ledighed, jf. Beskæftigelsesministeriet (2008a).

Sygefraværet steg i slutningen af 1990'erne frem til den økonomiske tilbagegang i begyndelsen af 2000'erne.

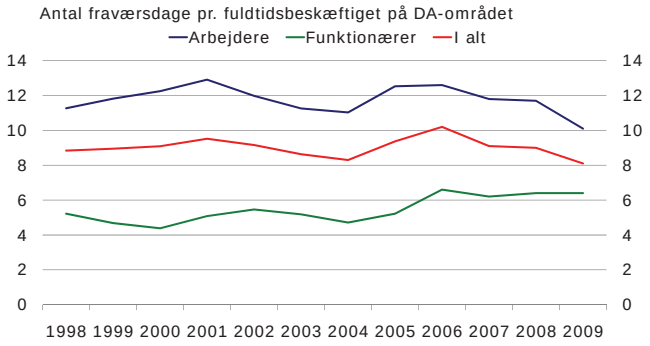
Sygefraværet har været faldende siden 2006

Sammenhængen med konjunkturudviklingen er de senere år brudt på DA-området. Trods højkonjunktur frem til 2008 er sygefraværet faldet i alle årene siden 2006.

Det lavere sygefravær skyldes lavere sygefravær for arbejdere. Selv om sygefraværet for arbejdere er faldet med 2 arbejdsdage siden 2006 og nu er på det laveste niveau i mere end 10 år, så har arbejdere stadigt et markant højere sygefravær end funktionærer, jf. figur 4.3.

Figur 4.3

Faldende fravær på DA-området



KILDE: Dansk Arbejdsgiverforening (Fraværsstatistik).

Mindre forskel på arbejdere og funktionærers sygefravær

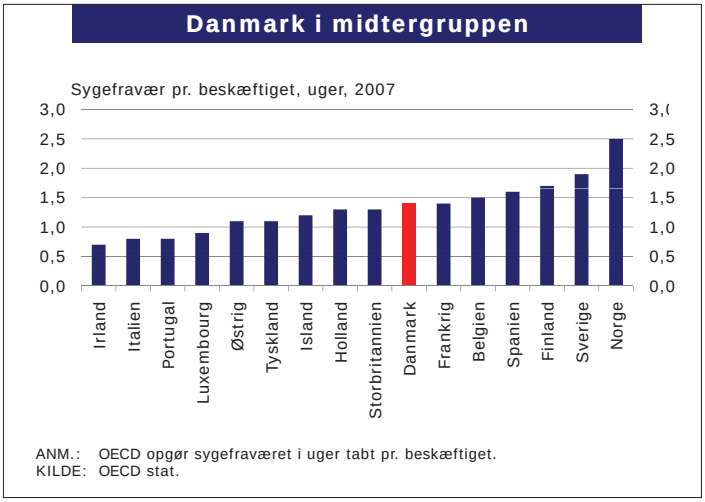
Funktionærers sygefravær er siden 2000 steget med 2 dage. Forskellen mellem arbejdere og funktionærer er blevet mindre de seneste 10 år. I 2000-2001 var forskellen mellem arbejdere og funktionærer næsten 8 dage. Nu er den nede på 3,7 dage.

Sygefraværet i Danmark lavere end i Norge

Danmark ligger i midtergruppen

Sammenlignet med andre OECD-lande ligger sygefraværet i Danmark på niveau med Frankrig. Det danske sygefravær er højere end i f.eks. Tyskland, men er lavere end f.eks. i Finland, Sverige og Norge. I Norge har beskæftigede knap 2,5 sygeuger pr. år. I Danmark har beskæftigede tilsvarende knap 1,5 uger, jf. figur 4.4.

Figur 4.4



Mange svenskere har langvarigt sygefravær sammenlignet med andre lande. Derfor har Sverige samlet set højt sygefravær, jf. OECD (2009). Det hænger sammen med et sygedagpengesystem med mulighed for at modtage sygedagpenge i ubegrænset tid, jf. OECD (2005). I 2008 fastsatte Sverige dog en tidsgrænse på 1 år.

I Norge er den økonomiske kompensation ved sygdom helt oppe på 100 pct. i op til et år, jf. OECD (2005). Norge har dog et loft ved indkomster over 400.000 kr. I Irland får sygemeldte først sygedagpenge efter seks dages sygefravær, jf. OECD (2008a).

4.3 Sygefravær er dyrt for virksomhederne

Virksomhederne betaler størstedelen af udgifterne til sygedagpenge

Sygefravær hos medarbejdere er en stor omkostning for virksomhederne, der under sygdom betaler sygedagpenge eller løn til medarbejdere. De samlede omkostninger til forsørgelse i forbindelse med sygefravær er 55,7 mia. kr. årligt. Virksomhedernes andel udgør ca. 41 mia. kr. eller ca. 75 pct. heraf jf. tabel 4.2.

Tabel 4.2

Store forsørgelsesudgifter

Udgifter til sygedagpenge og løn under sygdom, mia. kr., 2008	Udgifter i arbejdsgiverperioden	Udgifter efter arbejdsgiverperioden	I alt
Virksomhedernes udgifter, heraf	23,1	18,1	41,2
- private virksomheder	13,1	7,8	20,9
- Offentlige virksomheder	10,1	10,3	20,4
Sygedagpenge	1,4	13	14,4
I alt	24,6	31,1	55,6

ANM.: Virksomhedernes udgifter i arbejdsgiverperioden omfatter udgifter til sygedagpenge og løn til sygemeldte medarbejdere. Virksomhedernes udgifter efter arbejdsgiverperioden omfatter løn til sygemeldte medarbejdere. Sygemeldte er berettiget til sygedagpenge fra kommunen efter arbejdsgiverperioden. Virksomhedernes nettoudgift er derfor forskellen mellem lønudgiften og sygedagpenge. Offentlige overførsler omfatter kommunernes og statens udgifter til sygedagpenge til både lønmodtagere, ledige og selvstændige.

KILDE: Specialkørsel fra Danmarks Statistik (fraværsstatistik, sygedagpengeregister og RAS), Danmarks Statistik (lønstatistik) og egne beregninger.

Fra 1. januar 2012 stiger omkostningerne yderligere

Efter tre ugers sygdom kan lønmodtagere modtage sygedagpenge fra kommunen, hvilket mindsker virksomhedernes omkostninger ved sygefravær.

Virksomhederne har dermed en stor interesse i at nedbringe sygefraværet, da de direkte omkostninger til løn under sygdom og sygedagpenge medfører store omkostninger for virksomhederne.

Offentlige udgifter er størst efter arbejdsgiverperioden. Det hænger sammen med, at lønmodtagere kun kan modtage sygedagpenge efter arbejdsgiverperioden.

Mange OK-ansatte har løn i mindst 9 uger under sygdom

På DA/LO-området er 675.000 fuldtidsmedarbejdere omfattet af overenskomster, der bl.a. fastsætter rammerne for løn under sygdom. Over halvdelen af medarbejderne er berettiget til at modtage løn under sygdom i mindst 9 uger, jf. tabel 4.3.

Tabel 4.3

Medarbejdere får løn under sygdom

Periode med ret til fuld løn under sygefravær	Andel af medarbejdere omfattet af overenskomster på DA/LO-området, pct. 2000	2010
Ingen ordning	0	0
2-3 uger	16	0
4 uger	61	28
5 uger	0	0
6-8 uger	9	16
Mindst 9 uger	14	56
I alt	100	100

ANM.: Baseret på overenskomster for knap 90 pct. af de beskæftigede på DA/LO-området. Der er som udgangspunkt fuld løn i sygelønsperioden, dog er der loft over betalingen på nogle overenskomster. På grund af anciennitetskrav vil nogle lønmodtagere ikke være omfattet af sygeløn, selvom overenskomstområdet har det, f.eks. er det et krav i de fleste overenskomster, at medarbejderen har været ansat minimum 6 måneder.

KILDE: Dansk Arbejdsgiverforening (Diverse overenskomster).

Fuld løn til funktionærer

Virksomhederne udbetaler fuld løn fra første sygefraværsdag til medarbejdere, der er omfattet af funktionærloven. I den offentlige sektor er medarbejderne omfattet af funktionærloven eller arbejder under funktionærlignende vilkår.

Medarbejdere, der under sygefravær fortsætter med at få løn, evt. begrænset af et loft over sygelønnen, har intet eller kun et begrænset indtægtstab ved sygefravær. Den uændrede indkomst påvirker den enkeltes incitament og øger sygefraværet, da et sygefravær

ikke er forbundet med et økonomisk tab, jf. Dansk Arbejdsgiverforening (1998).

Boks 4.2

Betaling af sygedagpenge til beskæftigede og ledige

Arbejdsgivere er forpligtet til at betale sygedagpenge til ansatte i de første 3 uger af en sygdomsperiode (arbejdsgiverperioden).

For nogle grupper af medarbejdere udbetaler kommunerne sygedagpenge fra første sygedag. Det gælder for dagpengeberettigede ledige, kronisk syge lønmodtagere, fleksjobbere, selvstændige, der har tegnet en statslig forsikring mod sygdom, medarbejdere i mindre virksomheder, hvor arbejdsgiveren har forsikret sig i en statslig ordning, samt lønmodtagere, der har været ansat så kort tid, at arbejdsgiveren ikke er forpligtet til at yde sygedagpenge (dvs. mindre end 8 ugers ansættelse med mindst 74 timers arbejde).

En sygemeldt kan modtage sygedagpenge i maksimalt et år inden for en periode på 1½ år. Der er dog en række forlængelsesmuligheder, f.eks. hvis den sygemeldte er i eller forventer lægebehandling, afventer revalidering, førtidspension m.m.

Staten refunderer alle kommunens udgifter til sygedagpenge de første fire uger, og refunderer herefter 35 eller 65 pct. af udgifterne til sygedagpengeforløb mellem 5-52 uger. Kommunerne modtager den høje refusion, såfremt den sygemeldte deltager i et aktivt forløb. Fra 1. januar 2011 bliver disse refusionssatser ændret til 30 eller 50 pct.

Kommunerne har også mulighed for at raskmelde sygemeldte delvis, hvis den sygemeldtes tilstand tillader det.

Efter 52 uger finansierer kommunen alle udgifterne selv.

Siden 2007 er arbejdsgiverperioden udvidet fra de første 14 dage af en fraværsperiode til nu at omfatte de første 21 dage af en sygefraværsperiode. I 2012 bliver arbejdsgiverperioden udvidet igen og omfatter herefter de første 30 dage af en fraværsperiode.

En udvidelse af arbejdsgiverperioden giver ikke et fald i fraværet

En forøgelse af arbejdsgiverperioden medfører ikke et fald i sygefraværet, jf. Dansk Arbejdsgiverforening (1998). Det hænger sammen med, at virksomhederne allerede har store incitamenter til at nedbringe sygefravær, da fraværet vanskeliggør virksomhedernes arbejde og medfører store udgifter til sygedagpenge eller løn under sygdom.

Ud over forsørgelsesomkostningerne er der en ække følgeomkostninger i form af tabt produktion, administrative byrder, vikardækning m.v. Sygefravær belaster oftest samtidig den sygemeldtes kolleger. Sygefravær er derfor dyrt for virksomhederne særligt til forsørgelse under sygefravær men også til indirekte omkostninger.

4.4. Livsstilsfaktorer har betydning for sygefraværet

Dagligt træffer hver enkelt et valg om at indtage alkohol, at ryge og at motionere. Der er en række personlige valg, der ikke kun har betydning for den enkeltes helbred, men også har betydning for den enkeltes sygefravær og dermed virksomhedernes omkostninger.

14 pct. henholdsvis 12 pct. af mænd og kvinder er fysisk inaktive. Især for kvinder har den fysiske inaktivitet stor betydning for sygefravær.

Kvinder, der er fysisk inaktive, har knap 7 ekstra sygedage om året i forhold til kvinder, der er fysisk aktive. Hos mænd medfører fysisk inaktivitet lidt over 3 ekstra sygedage om året, jf. figur 4.5.

Figur 4.5

Mere motion ville give langt færre fraværsdage

Hvis alle kvinder og mænd motionerede på niveau med de personer, der er fysisk aktive, svarede det til at sænke antallet af fraværsdage med 3,1 mio. Det svarer til, at beskæftigelsen blev øget med 13.700 fuldtidspersoner. Til sammenligning forventer regeringen, at genopretningsplanen fra maj 2010 med bl.a. en reform af dagpengesystemet vil kunne øge beskæftigelsen med omkring 11.000 personer.

Har den enkelte person truffet et valg om at ryge, medfører det ekstra sygefraværsdage sammenlignet med personer, der ikke ryger. For storrygere, der dagligt ryger mindst 15 cigaretter, indebærer det ca. 3 ekstra sygefraværsdage årligt.

Overvægt giver flere fraværsdage

Overvægt har også betydning for antallet af ekstra sygedage. Mænd, der er svært overvægtige, har knap 3 ekstra sygedage om året sammenlignet med mænd, der er normalvægtige. Det er ca. én sygedag mere end svært overvægtige kvinder.

De personlige valg giver således et væsentligt bidrag til omfanget af sygefravær, ligesom livsstil har betydning for f.eks. levealder og tilgangen til førtidspension, jf. kapitel 2 og kapitel 5.

4.5 Sygefraværet er størst for kvinder i det offentlige

Det samlede sygefravær er højest for kvinder, uanset om sygeforløbet er kort eller langt.

Alder har indflydelse – især for kvinder

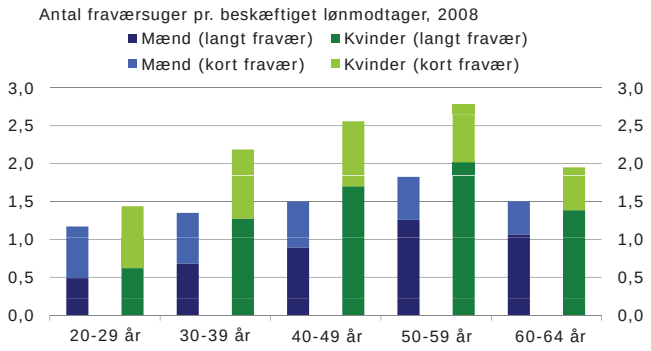
Forskellen mellem mænd og kvinders fravær er forbundet med alder. 20-29-årige har et sygefravær, der stort set er det samme uanset køn.

Kvinder i 30'erne har mere langvarigt sygefravær end kvinder i 20'erne, og sygefraværet fortsætter med at stige, indtil kvinder runder 60 år.

Sygefraværet stiger også for mænd efter de 30 år. Stigningen er dog ikke så markant som kvinders stigning, jf. figur 4.6.

Figur 4.6

Kvinder har længst fravær



ANM.: I sygedagpengeregisteret er arbejdsmarkedsstatus opgjort primo november 2008. Der er taget højde for sager, der omfatter lediges fravær, ved at udelukke sager med startsag "arbejdsløs". For det længerevarende fravær fra sygedagpengeregisteret er varighederne korrigerede. Se i øvrigt boks 4.3.

KILDE: Specialkørsler fra Danmark Statistik (fraværsstatistik, sygedagpengeregister og RAS) og egne beregninger.

Førtidspension sænker sygefraværet for personer over 60 år

Efter det 60. år er forskellen på sygefravær mellem kønnene igen mindre. Det faldende sygefravær for over 60-årige hænger sammen med, at ældre, der har dårligt helbred kommer på førtidspension. Samtidig er der flere arbejdere end funktionærer, der vælger efterløn, jf. Dansk Arbejdsgiverforening (2010b). Arbejdere har et højere sygefravær end funktionærer.

Boks 4.3

Varigheden og omfanget af sygefraværet

Et sygefraværs varighed er opgjort ved at tælle kalenderdage fra 1. fraværsdag til sidste fraværsdag i afsluttede sygeforløb. Kalenderdagene indeholder derfor også weekender. Varigheden opgjort som kalenderdage tager ikke højde for, at en sygemeldt gradvist har genoptaget arbejdet.

Varigheden opgjort som antallet af kalenderdage viser længden af den periode, der går fra 1. fraværsdag til den sygemeldte er tilbage på arbejdspladsen eller som ledig står fuldt ud til rådighed for arbejdsmarkedet.

Ved beregninger af varighed for afsluttede sygedagpengesager tæller følgende sager ikke som afsluttede sager:

- En sygemeldt person, der flytter fra én kommune til en anden kommune, tæller som én sag, givet at vedkommende starter på en ny sygedagpengesag inden syv dage efter den afsluttede sag i den tidligere bopælskommune.

- En sygemeldt person, der holder en midlertidig pause i sygefraværet på grund af ferie i maksimum 42 dage tæller som én sag.

- En person, der enten nægter lægebehandling, ikke afleverer lægeerkæring, eller som ikke medvirker i opfølgningen, men som inden for 7 dage medvirker i lægebehandling, afleverer lægeerklæring eller medvirker i opfølgning, tæller som én sag.

- Samtidige eller overlappende sygefraværsperioder på grund af flere ansættelsesforhold for den samme person bliver betragtet som én sag. Sygefraværsperioden er her opgjort fra 1. fraværsdag blandt de overlappende sager til sidste sygedagpengedag blandt de overlappende sager

Alle pauser tæller med i opgørelsen en af varigheden af sygedagpengesagen.

Længere fravær i den offentlige sektor

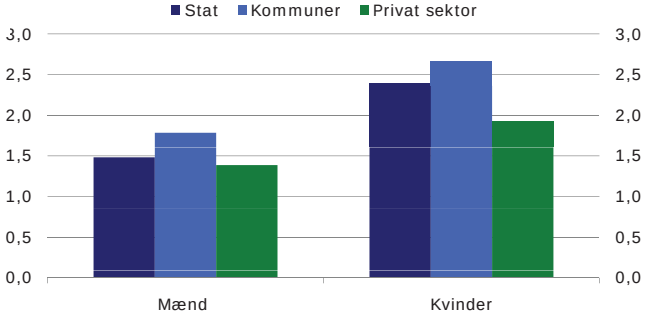
Længst fravær i den offentlige sektor

Selv når der er taget højde for forskelle i alder og arbejdsfunktion, så har både mandlige og kvindelige medarbejdere i den offentlige sektor et længere sygefravær end mandlige og kvindelige medarbejder i den private sektor, jf. figur 4.7.

Figur 4. 7

Sygefraværet højere i den offentlige sektor

Antal fraværsuger pr. beskæftiget lønmodtager, 2008



ANM.: Offentlige selskaber indgår ikke i tabellen. Fraværet er korrigeret med alder og arbejdsfunktion. Se i øvrigt figur 4.6.
KILDE: Specialkørsler fra Danmark Statistik (fraværsstatistik, sygedagpengeregister og RAS) og egne beregninger.

Det er især kvinder i den offentlige sektor, der har højere sygefravær end kvinder i den private sektor.

Den private sektor skal konkurrere

Forskellen i sygefraværet mellem sektorer kan hænge sammen med, at den private sektor har et større incitament til at tage hånd om at nedbringe sygefraværet, da virksomheder er udsat for konkurrence og derfor hele tiden skal være meget fokuserede på omkostninger.

Det højere sygefravær i den offentlige sektor kan også hænge sammen med ledernes muligheder for at agere. Ledere i den private sektor oplever, at de har større klarhed over ledelsesrum og har mere fleksible muligheder for arbejdstilrettelæggelse, jf. Lønkommissionen (2010).

Ledelsesrum kan påvirke

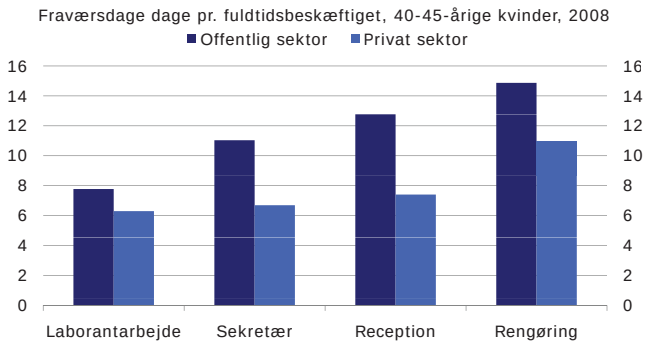
Der er markant forskel i sygefraværet for kvinder i samme stillinger i den offentlige sektor og i den private sektor.

Kvindelige receptionister i den offentlige sektor er i gennemsnit syge mere end 5 arbejdsdage mere end kvindelige receptionister i den private sektor, jf. figur 4.8.

Receptionister i det offentlige mest syge

Figur 4.8

Kvinder i det offentlige har højt fravær



ANM.: For hver fraværsperiode er opgjort antallet af fraværstimer. Fraværstimerne er sat i forhold til mulige arbejdstimer. Timerne er omregnet til dage ved at dele med 7,4. Denne figur kan derfor ikke direkte sammenlignes med figur 4.8, hvor fraværet er opgjort ud fra længden af sygefraværsperioden, dvs. kalenderdage. Sekretær omfatter kategorierne administrativt sekretærarbejde, advokatsektretærarbejde og sekretærarbejde indtastning. Rengøring omfatter rengøring og køkkenarbejede i private og ikke private hjem.

KILDE: Specialkørsel fra Danmarks Statistik (fraværsregister) og egne beregninger.

Kvindelige sekretærer og rengøringsmedarbejdere i den offentlige sektor er i gennemsnit syge 4 arbejdsdage mere end kvinder i tilsvarende stillinger i den private sektor.

Stor forskel i sygefraværet for folkeskolelærere

Det høje sygefravær blandt medarbejdere i kommunerne varierer mellem kommunerne.

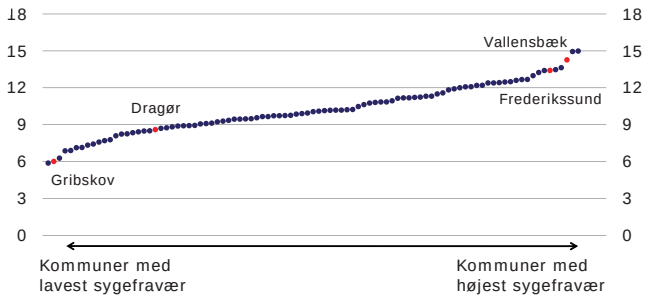
Folkeskolelærer i Vallensbæk er syge en uge mere end i Dragør

Der er stor forskel på sygefraværet for folkeskolelærere på tværs af kommunerne. Folkeskolelærere i Vallensbæk er syge en uge mere årligt end folkeskolelærere i Dragør, jf. figur 4.9.

Figur 4.9

Højt sygefravær blandt lærere i Vallensbæk

Antal fraværsdage pr. fuldtidsbeskæftiget, 2008



ANM.: Tal for Hjørring, Læsø og Samsø er udeladt. Folkeskolelærer omfatter stillingskategorien undervisning på folkeskoleniveau ekskl. børnehaveklasser.
KILDE: Specialkørsel fra Danmarks Statistik (Fraværsstatistik) og egne beregninger.

Gribskov har en af landets laveste fraværsprocenter for folkeskolelærere. En folkeskolelærer i Gribskov er i gennemsnit syg 6 arbejdsdage om året, ud af årets mulige arbejdsdage. Til sammenligning er en folkeskolelærer i Frederikssund syg i 13,5 dage og i Vallensbæk 14,3 dage – altså over dobbelt så mange dage.

Sygefraværet i den offentlige sektor er højt internationalt

Det offentlige har generelt højt sygefravær

Sygefraværet i de europæiske lande er markant højere i den offentlige sektor end i den private sektor. Syge-

fraværet i EU-landene er i gennemsnit 47 pct. højere i den offentlige sektor end i den private.

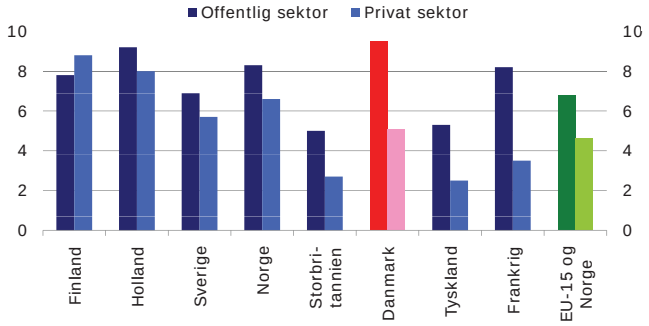
... Danmark har det højeste

Der er dog meget store forskelle mellem landene. Den offentlige sektor i Danmark har de højeste sygefravær blandt de udvalgte lande. Forskellen til den private sektor i Danmark er en af de største, jf. figur 4.10.

Figur 4.10

Højt fravær i det offentlige i Danmark

Fraværsdage det seneste år pr. beskæftiget, 2005.



ANM.: Baseret på spørgsmålet: "Hvor mange dage har du været fraværende på dit job af helbredsgrunde i løbet af det seneste år?" Fraværet i tabellen er derfor indhentet på en anden vis end Danmarks Statistiks Fraværsstatistik og Sygedagpengeregister. Det er derfor ikke muligt direkte at sammenligne antallet af dage med fravær fra denne tabel med øvrige figurer i kapitlet.

KILDE: Specialkørsel fra European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (4th European Working Conditions Survey).

I Finland er sygefraværet i både den offentlige og private sektor relativt højt. Sygefraværet i den offentlige sektor er dog 11 pct. lavere end i den private. I Holland, Sverige og Norge er sygefraværet 15-26 pct. højere i den offentlige sektor end den private. Disse lande har ligesom Danmark forholdsvis store offentlige sektorer og velfærdssystemer, der på mange punkter ligner de danske.

Lavt fravær i den private

I Tyskland og Frankrig er der til gengæld meget stor forskel på den offentlige og private sektor. Her er fraværet omkring dobbelt så stort i den offentlige sektor som i den private. En del af forklaringen på dette er et forholdsvist lavt sygefravær i den private sektor.

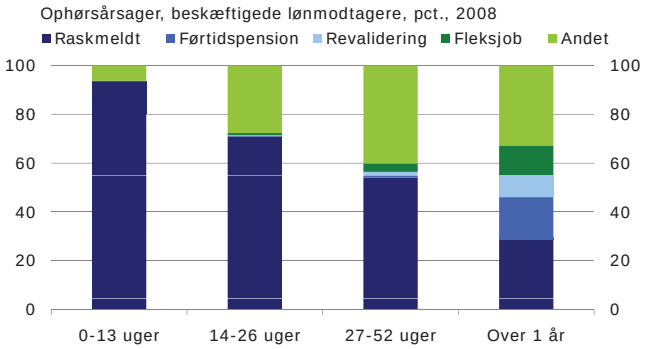
4.6 Ud af arbejdsmarkedet efter langt sygefravær

Jo længere tid den enkelte er syg, desto færre vender tilbage

Jo længere tid den enkelte er syg, desto sværere er det at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Godt 93 pct. af beskæftigede, der har været syge i op til 13 uger, bliver raskmeldte. Blandt sygemeldte, der har en fraværsperiode af mere end et års varighed, vender knap 29 pct. tilbage, jf. figur 4.11.

Figur 4.11

Ud af arbejdsmarkedet efter sygefravær



ANM.: Omfatter afsluttede sygedagpengesager med en varighed ud over arbejdsgiverperioden Kategorien "Andet" omfatter bl.a. død, ferie, manglende medvirken i kommunens opfølgning. Sagerne er ikke varighedskorrigerede, se boks 4.3.

KILDE: Specialkørsel fra Danmarks Statistik (sygedagpengeregister) og egne beregninger.

Fleksjob udgør ca. hver tredje af de, der vender tilbage til job

12 pct. af dem, der har haft en sygefraværsperiode på mere end et år, starter i et fleksjob. 30 pct. af dem, der vender tilbage til arbejdsmarkedet efter lang tids sygdom, kommer således tilbage gennem et fleksjobvilkår.

Den lavere andel, der vender tilbage til arbejdsmarkedet hos lønmodtagere, der har været længerevarende syge, hænger også sammen med, at flere langvarigt syge har en alvorlig sygdom. 17 pct. af dem, der har været på sygedagpenge over 1 år, overgår således til førtidspension.

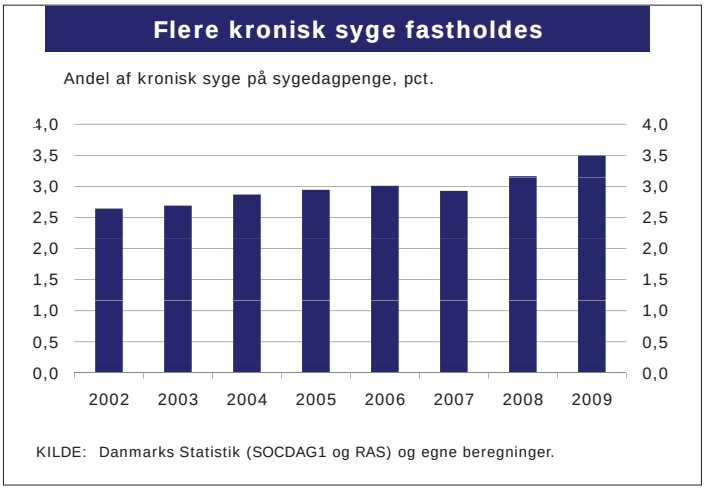
Virksomhederne anvender ordning for kronisk syge

En mulighed for at fastholde medarbejdere med kroniske lidelser og mange sygedage er at indgå en såkaldt § 56-aftale. En sådan aftale indebærer, at kommunen betaler sygedagpenge allerede fra første fraværsdag i stedet for efter de første 21 fraværsdage.

6 ud 1.000 beskæftiget har en § 56-aftale

Der er i 2009 ca. 15.400 personer, der er omfattet af en § 56-aftale. Det svarer til 6 personer pr. 1.000 beskæftigede, jf. figur 4.12.

Figur 4.12



Brugen af ordningen er øget siden 2002. Fra 2002 til 2009 er antallet af personer i en § 56-aftale steget med ca. 3.500.

Gradvis tilbagevending til arbejdet

Sygemeldte undgår oftere at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, hvis de bevarer kontakten til arbejdspladsen og måske endda arbejder under langvarig sygdom enten med tilpassede arbejdsopgaver eller på nedsat tid, jf. Det nationale Forskningscenter for arbejdsmiljø (2008).

En kombination af en arbejds- og helbredsmæssig indsats ser samtidigt ud til at forkorte sygefraværet og fremmer hurtigere tilbagevenden til arbejdet efter en sygemelding, jf. Det nationale Forskningscenter for arbejdsmiljø (2010).

Gradvis opstart via delvise raskmeldingen

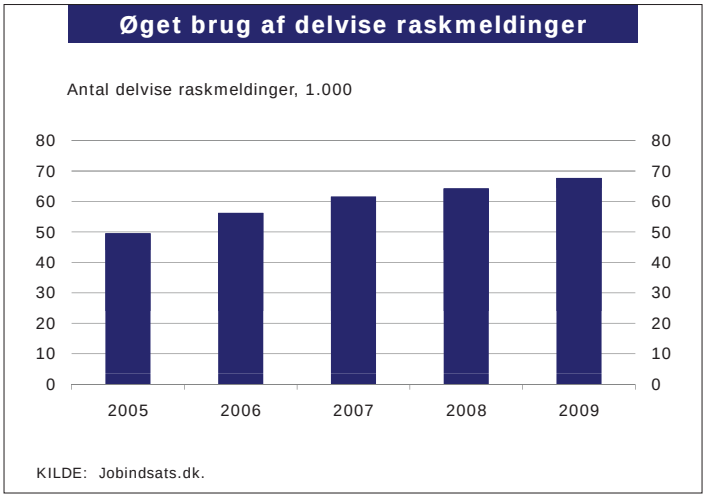
Kommunerne har i samarbejde med virksomhederne og lønmodtagerne mulighed for at bruge delvise raskmeldinger til at fremme, at sygemeldte vender hurtigere tilbage til arbejdsmarkedet.

En delvis raskmelding giver en sygemeldt medarbejder mulighed for gradvist at genoptage arbejdet med delvis sygedagpengedækning.

Stigning i anvendelsen

Siden 2005 er anvendelsen af delvise raskmeldinger steget fra 49.000 til 67.000, jf. figur 4.13.

Figur 4.13



Der er en tendens til, at kommunerne tildeler delvise raskmeldinger tidligere i sygedagpengeforløbet end tidligere. Der er således en tendens til, at kommunerne iværksætter en stigende andel af de delvise raskmeldinger inden for den første måned fra første fraværsdag, jf. SFI (2008b).

Hvis delvise raskmeldinger er et alternativ til sygefravær på fuld tid, bidrager det til at øge det samlede arbejdsudbud. Bliver det derimod et alternativ til fuld beskæftigelse, vil det reducere det effektive arbejdsudbud.

Vigtigt at delvise raskmeldninger ikke er et alternativ til raskmelding

Erfaringer fra Sverige har tidligere vist, at muligheden for delvise rask- eller sygemeldinger har øget tilgangen til sygedagpenge, jf. OECD (2005). Danske erfaringer tyder dog på, at en stigning i delvise raskmeldinger ikke nødvendigvis sker på bekostning af fuld raskmelding, jf. Rambøll (2010a).

4.7 Kommunerne og sygefraværet

Kommunerne har ansvaret for at iværksætte en sygefraværsindsats for sygemeldte, der er længerevarende syge. Der er store forskelle mellem kommuner på det længerevarende sygefravær.

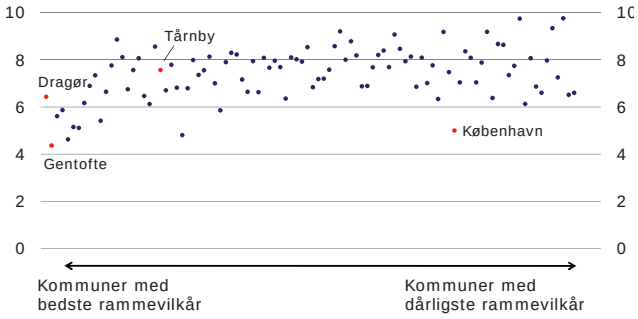
Gentofte har lavere fravær end lønmodtagere i Dragør

Trods samme rammebetingelser har sammenlignelige kommuner vidt forskelligt sygefravær blandt borgerne. I Københavns Kommune har beskæftigede lønmodtagere i gennemsnit 4 dage kortere sygedagpengeforløb end i Nyborg Kommune. Det samme billede tegner sig for Gentofte, der har knap 2 sygefraværsdage mindre end gennemsnittet for beskæftigede lønmodtagere i Dragør, jf. figur 4.14.

Figur 4.14

Stor variation i sygefravær blandt kommuner

Sygefravær pr. beskæftiget lønmodtager, varighed over 3 uger, dage, 2008



KILDE: Specialkørsel fra Danmarks Statistik (sygedagpengeregister), SFI (2006a) og egne beregninger.

Der er et potentiale i at sænke fraværet

Hvis kommuner med det længste sygefravær kunne nedbringe sygefraværet til landsgennemsnittet, ville yderligere 3.800 fuldtidspersoner være i beskæftigelse. Havde alle kommuner et lige så lavt fravær som i Gentofte, vil det give yderligere over 7.200 fuldtidspersoner i beskæftigelse. Til sammenligning er det regeringens mål at reducere sygefraværet med 4.000 personer.

Økonomisk tilskyndelse øger opfølgningen

Afholdelse af en opfølgningssamtale med den sygemeldte inden otte ugers sygefravær øger sandsynligheden for, at sygemeldte bliver fastholdt på arbejdsmarkedet, jf. SFI (2003). En årsag til, at der er forskel på kommunernes sygefravær, kan være, at der er forskellig praksis i forhold til den tidlige opfølgning over for sygemeldte.

Samtaler er godt, men effekten aftager

Effekten af en samtale er dog tidsbegrænset. En samtale i f.eks. den tredje måned efter sygefraværets start forøger chancen for, at den sygemeldte kommer i job i den femte måned. I den 6. måned efter sygemeldingen har den afholdte samtale ingen effekt, jf. SFI (2008b).

Det kan hænge sammen med, at samtalen motiverer de sygemeldte til at forsøge at genoptage arbejdet. Det kan også hænge sammen med, at den sygemeldte får information, som kan gøre det nemmere at genoptage jobbet, jf. SFI (2008b).

Tidlig indsats leder til flere delvise raskmeldinger

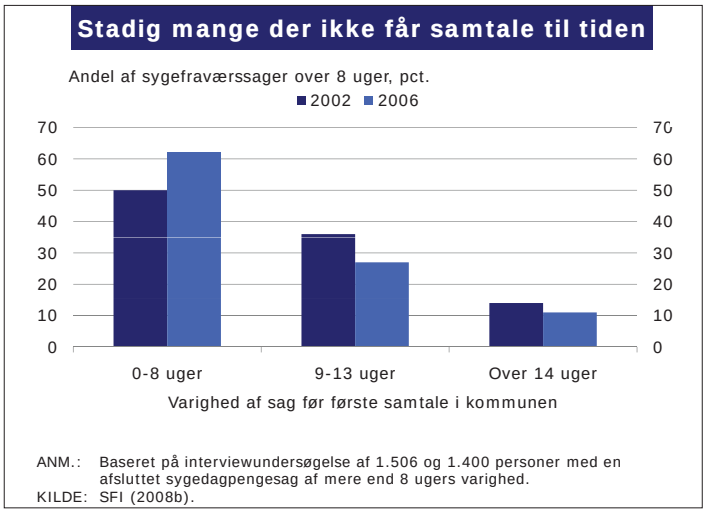
I forsøget "Aktive – hurtigere tilbage" blev det bl.a. afprøvet, om ugentlige samtaler ville få sygemeldte hurtigere i gang igen blandt andet gennem øget brug af delvise raskmeldinger. Erfaringerne viser, at det er en større andel af de sygemeldte, der bliver delvis raskmeldt ved en tidlig indsats i kommunerne over for sygemeldte, jf. Rambøll (2010b).

Kommunerne skal gennemføre den første opfølgningssamtale inden udgangen af den 8. uge regnet fra første fraværsdag.

Udsigten til at miste refusion giver flere samtaler

For at fremme kommunernes opfølgning blev der i 2005 indført nye regler, så kommuner kun modtog refusion, når de følger op. Den ændrede refusionsregel har haft en positiv effekt. Der er i 2006 gennemført samtaler i 62 pct. af sagerne. Det er i et større omfang end i 2002, hvor kommunerne gennemførte den første opfølgningssamtale inden 8. uge i halvdelen af sagerne, jf. figur 4.15.

Figur 4.15



Ændringen af kommunernes refusion blev trods de gode resultater sat i bero i 2009 og to år frem i forbindelse med trepartsaftalen om sygefravær, jf. Beskæftigelsesministeriet (2008b).

Vigtig kontakt til andre aktører omkring sygemeldte

Det er kommunernes ansvar, at sygemeldte modtager en indsats, der kan medvirke til, at længerevarende sygemeldte vender tilbage til arbejdsmarkedet. I det arbejde skal kommunerne koordinere indsatsen over for den sygemeldte i forhold til læger, virksomheder, faglige organisationer m.m.

Kombineret indsats giver det resultat

Usikkerhed i samarbejdet og dårlig kommunikation mellem det sociale system og de øvrige aktører om en sygemeldt med mentale helbredsproblemer hæmmer tilbagevenden til arbejdsmarkedet, jf. Det nationale Forskningscenter for arbejdsmiljø (2010).

Erfaringer indhentes gennem TTA-forsøg

Der er i 2008 iværksat det såkaldte "tilbage til arbejde"-forsøg, der skal afprøve, hvordan en tidlig, målrettet og tværfaglig indsats kan medvirke til, at flere sygemeldte bevarer kontakten til arbejdsmarkedet.

I forhold til virksomhederne blev der bl.a. taget initiativ til at styrke samarbejdet om at få den sygemeldte tilbage til arbejdspladsen i form af, at kommunerne med virkning fra juli 2009 skal kontakte den sygemeldtes arbejdsplads, såfremt den sygemeldte ikke medvirker i opfølgningen.

En opgørelse fra 2006 viser, at der kun er kontakt til arbejdsgiveren i 10 pct. af sygedagpengesagerne, jf. SFI (2008a). Det svarer til niveauet i 2002. Kontakten til arbejdsgiveren finder typisk sted i sager, der har varet mere end et halvt år.

Appendiks 4.1 Baggrunden for sygefraværstal

Ingen samlet statistik Der er ikke et fuldt dækkende register med oplysninger over sygefraværet i Danmark. For at tegne et samlet billede af sygefraværet i 2008 for beskæftigede og ledige er det nødvendigt at koble oplysninger om fraværet fra to kilder. Det drejer sig om Danmark Statistiks fraværsstatistik og Danmarks Statistiks sygedagpengeregister.

Til at belyse udviklingen i sygefraværet i den private sektor er herudover anvendt oplysninger fra DA's fraværsstatistik.

Der indgår samtidig internationale kilder (OECD og European Working Conditions Survey) til at belyse sygefraværet i Danmark i sammenligning med andre lande. Metoderne i disse opgørelser er forskelligr fra opgørelserne fra Danmarks Statistik.

Sygefraværet omfatter fravær på grund af ved arbejdsulykker og øvrigt sygefravær.

Personer, der årligt har sygefravær

Det samlede sygefravær i 2008 for både beskæftigede og ledige er fundet ved at kombinere oplysninger fra Danmarks Statistiks fraværsstatistik og sygedagpengeregister.

Det faktiske fravær

Sygefraværet fra fraværsregisteret er opgjort på baggrund af indberettede fraværstimer. I sygedagpengeregisteret er sygefraværsperioder vægtet med den andel, udbetalte sygedagpengebeløb udgør af det maksimale dagpengebeløb. Vægten er beregnet på baggrund af det samlede antal sygedagpengedage og de samlede udgifter opgjort af Danmarks Statistik. Dette er sat i forhold til det maksimale dagpengebeløb pr. dag, der i 2008 var 703 kr.

Opgørelsen af sygefraværet indeholder ikke sygefraværet blandt kontanthjælpsmodtagere, da der ikke sker en systematisk registrering. Beregninger på baggrund af en survey viser dog, at 60 pct. af kontanthjælpsmodtagerne har haft sygedage inden for den seneste måned, jf. Beskæftigelsesministeriet (2008a). Den samlede opgørelse af sygefraværet undervurderer således dette.

Kontanthjælpsmodtagere indgår ikke

Opgørelsen af sygefraværet indeholder alene selvstændige, der er omfattet af den frivillige forsikringsordning. Den samlede opgørelse af sygefraværet undervurderer således sygefraværet for selvstændige.

Kort og langt sygefravær

Kapitlet omfatter både kort og langt sygefravær. Det korte sygefravær omfatter afsluttede sygefraværsperioder af en varighed under 21 dage, der svarer til den periode, hvor arbejdsgiveren betaler sygedagpenge eller løn til medarbejderen.

Det lange sygefravær omfatter afsluttede sygefraværsperioder, der har en varighed på mere end 21 dage.

I analyseåret 2008 blev arbejdsgiverperioden ændret den 2. juni fra 15 dage til 21 dage. Dette er der taget højde for i kapitlet, så sygefraværsperioder, der starter før 2. juni 2008 har en arbejdsgiverperiode på 15 dage, og sygefraværsperioder, der starter senere end 2. juni 2008, har arbejdsgiverperiode på 21 dage.

Sygefravær i arbejdsgiverperioden

Oplysninger om fraværet for lønmodtagere i arbejdsgiverperioden er hentet fra fraværsstatistikken.

Oplysninger om lediges sygefravær, frivilligt forsikrede selvstændige, fravær for kronisk syge (§ 56-aftaler) og fleksjobbere er opgjort fra sygedagpengeregisteret.

Sygefravær efter arbejdsgiverperioden

Oplysninger om afsluttede sager med langt sygefravær for beskæftigede og ledige er hentet fra Danmarks Statistiks sygedagpengeregister.

Sygefraværssager, som er afsluttet i 2008, der har en varighed på mere end 21 dage (eller 15 dage før 2. juni).

Nogle ophørsårsager afslutter sag

Der er en lang række ophørsårsager i sygedagpengeregisteret, som afslutter en sygedagpengesag. Det gælder f.eks. raskmelding, overgang til revalidering eller førtidspension.

Nogle ophørsårsager afslutter sagen teknisk set

Samtidig er der en række årsager, som teknisk afslutter en sygesag. F.eks. tæller en sygemeldt person, der flytter fra én kommune til en anden kommune, som to sager i Danmarks Statistiks sygedagpengeregister.

Ved beregninger af varigheder for afsluttede sygedagpengesager tæller følgende sager ikke som afsluttede sager:

- En sygemeldt person, der flytter fra én kommune til en anden kommune, tæller som én sag i stedet for to sager, givet at vedkommende starter på en ny sygedagpengesag inden syv dage efter den afsluttede sags ophør. En pause op til 7 dage imellem fraværssagerne tæller med

- En sygemeldt person, der holder en midlertidig pause i sygefraværet på grund af ferie i maksimum 42 dage tæller som én sag. Pausen tæller med i opgørelsen af varigheden af sygedagpengesagen

- En person, der enten nægter lægebehandling, ikke afleverer lægeerklæring, eller som ikke medvirker i opfølgningen, men som inden for 7 dage medvirker i lægebehandling, afleverer lægeerklæring eller medvirker i opfølgning tæller som én sag. Pausen

tæller med i opgørelsen en af varigheden af sygedagpengesagen

- Samtidige eller overlappende sygefraværsperioder på grund af flere ansættelsesforhold for den samme person bliver betragtet som én sag. Sygefraværsperioden er her opgjort fra 1. fraværsdag blandt de overlappende sager til sidste sygedagpengedag blandt de overlappende sager

Omkostninger ved sygefravær

Omkostninger ved sygefraværet er beregnet på baggrund af oplysninger om korterevarende sygefravær fra Danmarks Statistiks fraværsstatistik og længerevarende sygefravær fra Danmark Statistiks sygedagpengeregister. Lønoplysninger er fra Danmarks Statistiks lønstatistik.

Sygefravær i arbejdsgiverperioden

Oplysninger om korterevarende sygefravær er fra Danmarks Statistiks fraværsstatistik. Sygefraværet (opgjort i timer) er her fordelt ud på arbejdere og funktionærer ansat i kommunerne, staten og i den private sektor.

Sygefravær efter arbejdsgiverperioden

Oplysninger om sygeforløb, der varer ud over arbejdsgiverperioden, er hentet fra Danmarks Statistiks sygedagpengeregister.

Sygefraværet er fordelt på arbejdere og funktionærer og sektorer via oplysninger fra Danmarks Statistik (RAS).

Det er antaget, at 20 pct. af medarbejderne ikke opfylder kravet om beskæftigelse over for arbejdsgiveren

og derfor ikke som arbejder skal modtage løn under sygdom.

Der er imidlertid en del af sygedagpengesagerne, hvor det ikke er muligt at knytte en sektoroplysning eller en oplysning om arbejdere eller funktionær.

Det er antaget, at disse sager fordeler sig på arbejdere og funktionærer og sektorer som det øvrige sygefravær.

For funktionærer modtager arbejdsgiveren refusion fra kommunen efter arbejdsgiverperioden.

For arbejdere på det private arbejdsmarked er det antaget, at alle er omfattet af en overenskomst og får fuld løn i 4 uger fra 1. fraværsdag.

Virksomhedernes udgifter til længerevarende sygemeldte vedrører udgifter, der falder i arbejdsgiverperioden og efter arbejdsgiverperioden.

Det offentliges omkostninger ved sygefravær

Det offentliges omkostninger er udgifter til sygedagpenge udbetalt i 2008 i forbindelse med alle sager (dvs. både afsluttede og ikke-afsluttede sager) til arbejdsgivere og sikrede til beskæftigede og ledige fordelt på, hvad der vedrører arbejdsgiverperioden og efter arbejdsgiverperioden.

5. Førtidspension og fleksjob

5.1 Sammenfatning 165

5.2 Over 300.000 i fleksjob eller på førtidspension 167

5.3 Førtidspensionister bliver stadig yngre 174

5.4 Flere tilkendelser som følge af psykiske lidelser 179

5.5 Mange kommer fra anden offentlig forsørgelse 187

5.6 Førtidspensionister og fleksjobbere i arbejde 191

5.7 Mange har et godt helbred 196

5.8 Personlig livsførelse forårsager førtidspension 201

5.9 Kommunernes rolle 204

Appendiks

5.1 Regler for tilkendelse af førtidspension og fleksjob 209

5.1 Sammenfatning

300.000 personer uden for arbejdsmarkedet på grund af permanent nedsat arbejdsevne

Mere end 300.000 personer er helt eller delvist trukket ud af arbejdsmarkedet på grund af en permanent nedsat arbejdsevne og tallet er stigende. Førtidspensionsreformen fra 2003 har ikke haft den tilsigtede effekt, da der i dag er næsten 50.000 flere i ordningerne end forventet.

Jo højere beløb førtidspensionen udgør, desto flere modtager ydelsen. De skandinaviske lande med en høj andel på førtidspension har således også førtidspensionsydelser på et relativt højt niveau.

Flere tilkendelser til unge og som følge af psykiske lidelser

Der er både i Danmark og i flere andre OECD-lande sket et skifte i tilkendelserne. Førtidspensionerne bliver således i højere grad tildelt unge, ligesom psykiske lidelser i højere grad ligger bag tilkendelserne. Danmark er dog det land, hvor den største andel af førtidspension bliver tilkendt på baggrund af psykiske lidelser.

Mange ledige fleksjobbere vil ikke have et job

42 pct. af alle ledige fleksjobbere vil ikke have et arbejde, og i alt er det kun 30 pct. af modtagerne af ledighedsydelse, der opfylder de rådighedskrav, der gælder for ledige i almindelighed. Blandt ledige står 87 pct. reelt til rådighed.

Mange har et godt helbred

Knap hver tredje førtidspensionist har et godt eller meget godt helbred. Det svarer til den andel, der har et dårligt eller meget dårligt helbred. Mange førtidspensionister har en livsstil, der påvirker helbredet negativt. Halvdelen af alle 18-59-årige førtidspensionister ryger dagligt, hvilket er tilfældet for under hver tredje blandt beskæftigede. Førtidspensionister er også hyppigere inaktive og overvægtige.

Arbejdsskader er ikke skyld i tilkendelser af førtidspension

I 2005 fik godt 15.000 personer anerkendt en arbejdsskade. Mindre end 2 pct. af disse anerkendelser førte efterfølgende til en førtidspension eller en fleksjobtilkendelse. Det er således ikke arbejdsskader på virksomhederne, der sender personer på førtidspension.

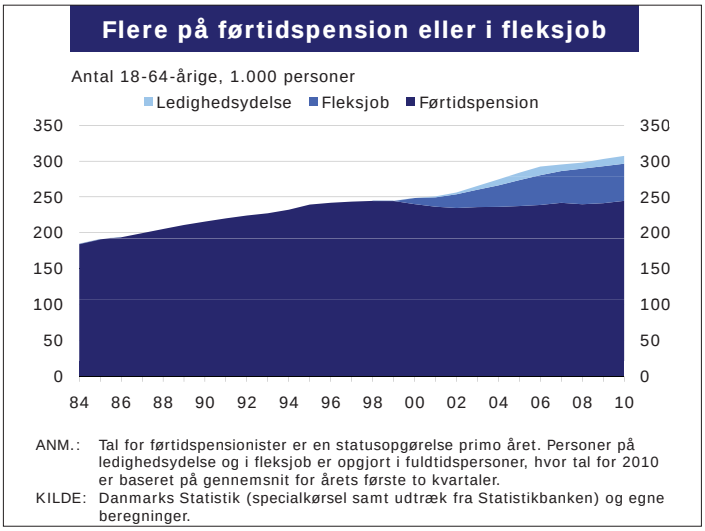
Rygning er relateret til hver tredje tilkendelse af førtidspension, mens hver femte tilkendelse af førtidspension er relateret til psykisk arbejdsbelastning. Under fem pct. af disse tilkendelser er dog som følge af høje krav på arbejdspladsen. Mere end 95 pct. af dem, der ender på førtidspension på grund af psykisk arbejdsbelastning, har således oplevet lave krav til dem i jobbet.

5.2 Over 300.000 i fleksjob eller på førtidspension

Stadig flere helt eller delvist trukket ud af arbejdsmarkedet

Antallet af personer, der er helt eller delvist trukket ude af arbejdsmarkedet på grund af en permanent nedsat arbejdsevne, er stigende og udgør i dag over 300.000, jf. figur 5.1.

Figur 5.1



Heraf er 245.000 på førtidspension, 52.000 er i fleksjob og 11.000 er på ledighedsydelse.

Reformen har slået fejl

I 2003 trådte en reform af førtidspensionen i kraft, jf. boks 5.1. Den havde som formål at sænke antallet af førtidspensionister, men i 2009 var der 48.700 flere helårspersoner, som modtog førtidspension, ledighedsydelse eller var i fleksjob end forventet ved aftalen om førtidspensionsreformen. Det dækker over 21.500 flere på førtidspension, 17.100 flere i fleksjob og 10.100 flere på ledighedsydelse, jf. tabel 5.1.

Tabel 5.1

Langt flere i ordningen end reformen tilsagde

Helårsmodtagere, 2009	Skøn Uden reform	Skøn Efter reform	Faktisk Efter reform	Vækst ift. skøn efter reform
Nye førtidspensionister efter reformen	92.500	73.600	95.100	21.500
Fleksjob	22.300	34.200	51.300	17.100
Ledighedsydelse	700	2.800	12.900	10.100
I alt	115.500	110.600	159.300	48.700

ANM.: Nye førtidspensionister dækker over både den ny førtidspension og førtidspensionen efter de gamle regler.

KILDE: Pensionsstyrelsen (2010).

Årlige omkostninger 8,6 mia. kr. højere end skønnet

Denne fejlvurdering af reformens effekt betyder, de årlige omkostninger i 2009 var 8,6 mia. kr. højere end skønnet. Af de ekstra udgifter vedrører 3,0 mia. kr. førtidspension, 4,5 mia. kr. vedrører fleksjob og 1,1 mia. kr. vedrører ledighedsydelse. Førtidspensionsreformen har dermed ikke haft den tilsigtede effekt.

I 2009 var de samlede offentlige udgifter til de tre ydelser 48,6 mia. kr. Det svarer til 3 pct. af BNP.

Boks 5.1

Førtidspensionsreformen

Den 8. december 2000 indgik Socialdemokraterne, Venstre, Det Konservative Folkeparti, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Centrum-Demokraterne og Kristeligt Folkeparti en aftale om en førtidspensionsreform.

Reformen, der trådte i kraft 1. januar 2003, indebar blandt andet, at førtidspensionen nu blev tilkendt efter et arbejdsevnekriterium. Tidligere var tilkendelserne foretaget på baggrund af et erhvervsevnekriterium, hvor kun det rent fysiske helbred blev bedømt. Ved arbejdsevnekriteriet bliver der foretaget en helhedsvurdering, hvor både sociale og helbredsmæssige faktorer bliver taget i betragtning. Arbejdsevnebegrebet er et bredt sammensat begreb, som afhænger af den enkeltes kompetencer vurderet i forhold til de krav, der bliver stillet på arbejdsmar-

kedet. Førsteprioriteten skulle fortsat være ordinær beskæftigelse, derefter beskæftigelse uden offentligt støtte, og kun hvis ingen af disse muligheder var til stede, ønskede forligspartierne, at det offentlige skulle træde til.

Herudover blev antallet af ydelsesniveauer reduceret til én førtidspensionsydelse, i stedet for de tidligere tre forskellige niveauer.

Det blev endvidere aftalt, at hvis forudsætningerne for aftalen viste sig ikke at holde, har forligspartierne en forpligtelse til at finde en løsning, og at der skulle udarbejdes en redegørelse til Folketinget i folketingsåret 2006/2007 om udviklingen på det rummelige arbejdsmarked og førtidspensionsområdet. Denne evaluering viste, at reformen ikke havde haft den ønskede effekt. Hovedkonklusionerne er blevet opdateret i 2010, jf. tabel 5.1.

Mange lande deler Danmarks udfordring

Danmark står ikke alene med udfordringen

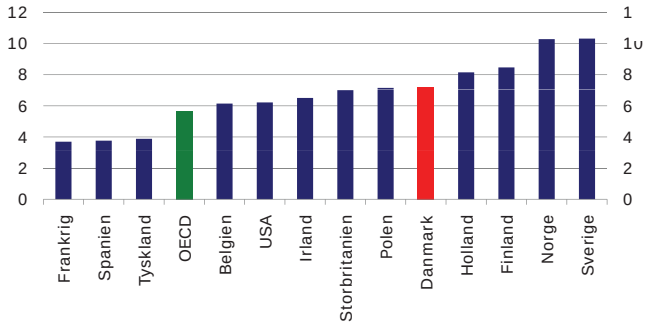
Mange andre OECD-lande står ligesom Danmark over for den udfordring, at mange personer i den erhvervsaktive alder står uden for arbejdsmarkedet på grund af helbredsproblemer.

Internationalt set ligger Danmark højt i forhold til andelen af 20-65-årige på førtidspension. Vi ligger over lande som f.eks. Tyskland og Belgien. Flere af vores nordiske naboer ligger dog lidt højere end Danmark, jf. figur 5.2.

Figur 5.2

Danmark ligger højt internationalt set

20-64-årige på førtidspension, pct., 2008



ANM.: Se boks 5.2. for definition af indholdet i de internationale tal. Tal for Frankrig, Polen, Spanien og Storbritannien er fra 2007.
KILDE: OECD (2010).

Sverige er det land, der har den største andel uden for arbejdsmarkedet som følge af funktionsnedsættelse. I 2004 modtog hver syvende svensker i den erhvervsaktive alder enten førtidspension eller sygedagpenge, jf. OECD (2010).

Sverige er i gang med reformerne

Siden er det svenske system blevet ændret, så syge er blevet forpligtet til at komme hurtigere tilbage i arbejde eller gøre en indsats for at finde et mere passende job. Denne ændring var drevet af, at det flere steder er påvist, at sandsynligheden for at komme tilbage på arbejdsmarkedet falder i takt med den tid, en person står uden arbejde. Der er dermed sket et skifte fra passiv forsørgelse til et mere gensidigt forpligtende system, jf. OECD (2010).

Boks 5.2

Internationale sammenligninger

I internationale sammenligninger indgår summen af fondsbaserede og skattefinansierede ydelser, herunder både fuld- og deltidspensioner samt tidlig tilbagetrækning som følge af funktionsnedsættelse eller reduceret arbejdskapacitet (som i Danmark blandt andet indbefatter førtidspension). De skattefinansierede ydelser inkluderer også almindelige sociale ydelser, såfremt disse måtte have et funktionsnedsættelseselement. For at sikre sammenlignelighed på tværs af lande er personer, der har modtaget ydelser under sygdom i mere end to år, også inkluderet.

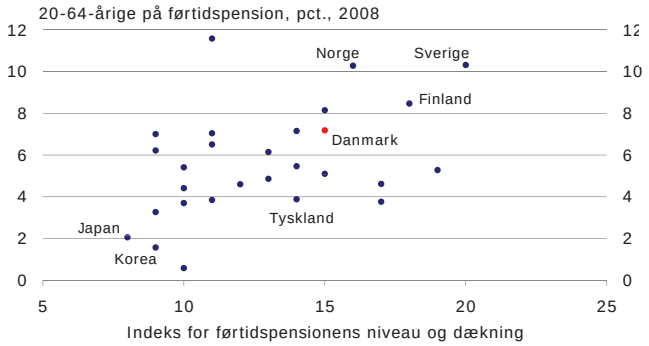
Som følge af bl.a. databegrænsninger indgår arbejdere ansat med løntilskud (f.eks. fleksjobbere for Danmark) samt modtagere af private forsikringer m.v. ikke i tallene.

Høj ydelse og dækning betyder mange på pension

Der er en positiv sammenhæng mellem ændringer i adgangen til førtidspensionssystemet samt ydelsernes størrelse og andelen af personer på førtidspension. Skandinaviske lande med en høj andel på førtidspension er således også kendetegnet ved at have et meget generøst førtidspensionssystem, jf. figur 5.3.

Figur 5.3

Jo mere generøst system jo større udbredelse



ANM.: Indekset for niveau og dækning er sammensat på baggrund af fem underindeks om dækning, minimumsydelse, maksimal ydelse, niveauet i funktionsnedsættelse for fuld dækning samt førtidspensionens varighed. Hvert land bliver givet scoren 1-5 inden for alle tre underindeks og vil derfor opnår en samlet score imellem 5 og 25.

KILDE: OECD (2010).

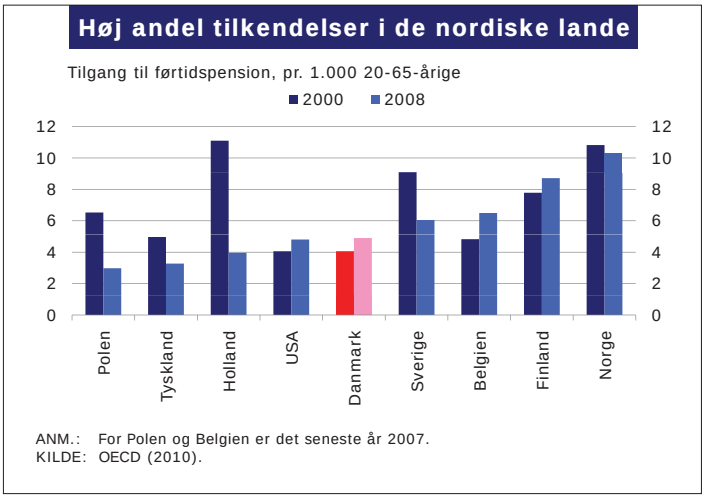
Sverige opnår den højeste samlede score

Sverige opnår den højeste samlede score som følge af, at systemet dækker hele befolkningen, det mindst krævede niveau for nedsat arbejdsevne er under 25 pct., og kompensationsgraden er større end 75 pct. Herudover er ydelsen de facto permanent, når man først er kommet ind i ordningen.

Fald i tilgangen i flere lande de seneste år

Danmark ligger lavere bl.a. som følge af, at der krav om en højere grad af nedsat arbejdsevne og kompensationsgraden gennemsnitlig ligger mellem 50 og 75 pct., jf. OECD (2010).

Trods den fælles udfordring med mange helbredsbetinget forsørgede, så har flere lande formået at nedbringe tilgangen til førtidspension inden for de seneste år. Det gælder blandt andet Tyskland, Sverige og særligt Holland, jf. figur 5.4.



Figur 5.4

Reform i Holland har haft den tilsigtede effekt ...

Holland har tidligere haft et af de mest generøse førtidspensionssystemer i OECD. I 2000 var mere end hver tiende i den erhvervsaktive alder omfattet af ordningen. I 2004 blev der indgået aftale om en reform af ordningen med ikrafttrædelse fra 2006. Ud over at den tidligere høje, årlige tilgang af nye personer til ordningen blev halveret som følge af reformen, fik de fleste under 45 år deres eksisterende tilkendelse revurderet under de nye regler, jf. OECD (2010).

Mange førtidspensionister, der får deres sag revurderet, opnår efterfølgende en fast tilknytning til arbejdsmarkedet. Godt halvdelen af de personer, der blev revurderet i 2005, var i arbejde 18 måneder senere. Yderligere to år senere var ca. 60 pct. i arbejde, jf. Ministry of Economic Affairs, Netherlands (2009).

... men succesen er kun delvis

Det har sandsynligvis også bidraget til et mindre antal tilkendelser, at man i Holland har pålagt arbejdsgivere større og flere forpligtelser i forhold til personer med nedsat arbejdsevne. Dette har dog bidraget til at mindske beskæftigelsesraten for personer med nedsat funktionsevne, ligesom flere er ansat på midlertidige kontakter, jf. OECD (2010).

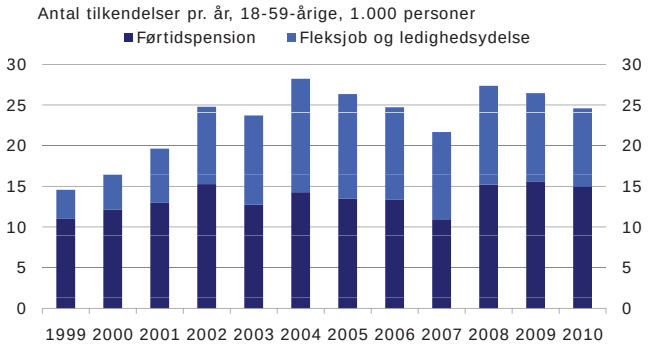
5.3 Førtidspensionister bliver stadig yngre

Hvert år tilgår 25.000 personer ordningen

I 1999 fik knap 15.000 18-59-årige tilkendt førtidspension eller visiteret til fleksjobordningen. I dag er den årlige tilgang næsten 10.000 personer højere, jf. figur 5.5.

Figur 5.5

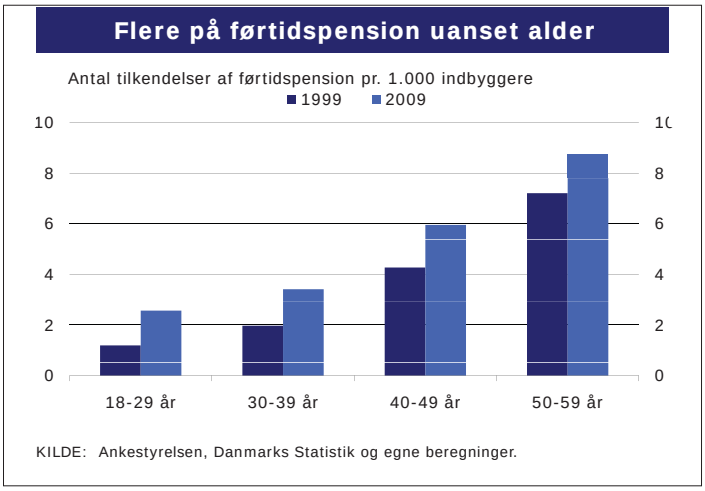
Fortsat stor tilgang



ANM.: Tal for 2010 er baseret på foreløbige tal for de første to kvartaler. De endelige kvartalstal for førtidspension vil blive lidt højere, da kommunerne løbende indberetter nytilkendelser til statistikken.
KILDE: Ankestyrelsen, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase, DREAM samt egne beregninger.

I 2007 forårsagede kommunalreformen, at færre fik tilkendt førtidspension. Tilkendelserne af førtidspension er i dag på niveau med før kommunalreformen.

Tilgangen til førtidspension er steget for alle aldersgrupper fra 1999 til 2009, jf. figur 5.6.



Figur 5.6

I dag dobbelt så mange unge som for 10 år siden

Stigningen er mest markant blandt unge. Over dobbelt så mange unge kommer i dag på førtidspension, som der gjorde for 10 år siden. Da langt de fleste førtidspensionister aldrig kommer i arbejde igen, kan unge mennesker, der får tilkendt en førtidspension, se frem til flere årtier på passiv forsørgelse. Det har stor betydning for den enkelte i form af tab af indkomst og sociale relationer. Derudover har en tidlig tilkendelsesalder stor betydning for de offentlige udgifter og mulighederne for at skabe vækst i samfundet.

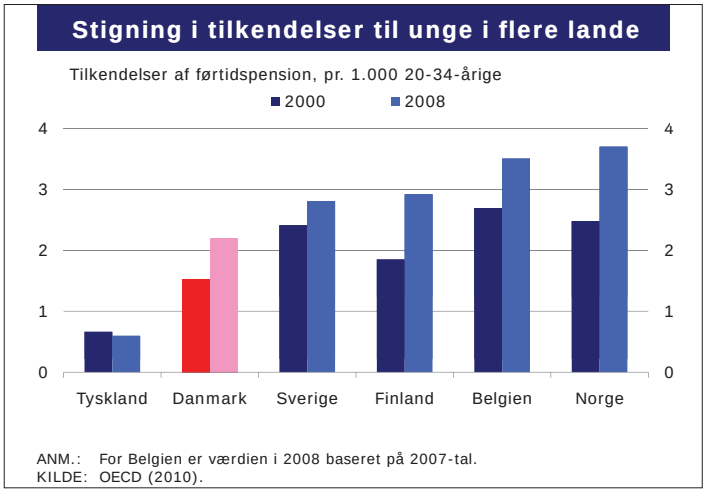
En ung førtidspensionist koster 6,3 mio. kr. i forsørgelsesudgifter

En ung, der kommer på førtidspension som 25-årig og går på folkepension som 65-årig, vil efter de gældende regler i gennemsnit koste det offentlige 6,3 mio. kr. alene i forsørgelsesudgifter. Hertil kommer mistede skatteindtægter, bidrag til arbejdsudbud, kontakt med sundhedsvæsenet m.m.

Også flere tilkendelser til unge i andre lande ...

Stigningen i tilkendelser af førtidspension til unge er ikke kun et dansk fænomen. Der har f.eks. været en stigning i tilkendelserne til unge i Norge og Finland, hvorimod dette ikke er tilfældet i Tyskland, jf. figur 5.7.

Figur 5.7



Store kommunale forskelle i tilkendelser til unge

Store kommunale forskelle i tilkendelser til unge

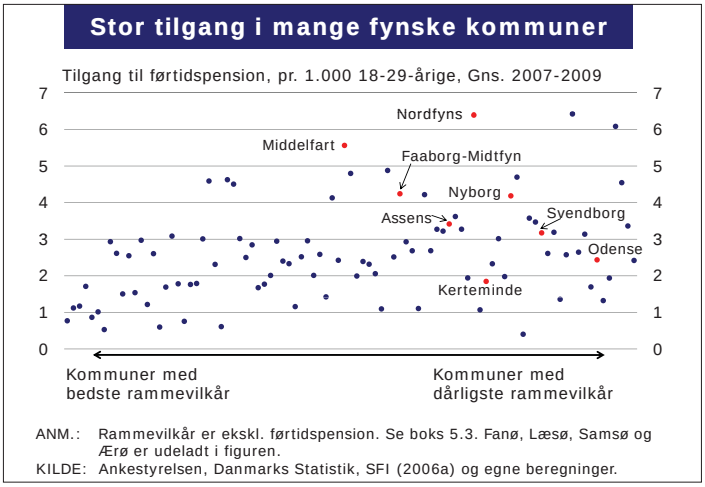
Der er stor forskel på kommunernes tilkendelser af førtidspension til unge. Tilkendelsen af førtidspension er størst i region Syddanmark, mens den er lavest i region Hovedstaden. Det svarer i øvrigt til det generelle billede af tilkendelser, jf. afsnit 5.9.

I København bliver der i gennemsnit tilkendt 0,4 førtidspensioner pr. 1.000 18-29-årige. I Nordfyns Kommune er det tilsvarende tal 6,4; altså 16 gange så højt.

Stor tilgang på Fyn trods fornuftige rammevilkår

Generelt er der en stor tilgang af unge på Fyn. Og det er på trods af, at ikke alle kommuner ligger dårligt placeret i forhold til rammevilkår. F.eks. bliver der tilkendt fjerdeflest førtidspensioner til unge i Middelfart, der ligger placeret i midten, hvad rammevilkår angår, jf. figur 5.8.

Figur 5.8



ANM.: Rammevilkår er ekskl. førtidspension. Se boks 5.3. Fanø, Læsø, Samsø og Ærø er udeladt i figuren.
KILDE: Ankestyrelsen, Danmarks Statistik, SFI (2006a) og egne beregninger.

Middelfart har over de seneste tre år i gennemsnit sendt 19 unge mellem 18 og 29 år på førtidspension. Såfremt Middelfart i stedet sendte unge på førtidspension i samme omfang som Køge, der er underlagt de samme rammevilkår, ville den årlige tilgang i stedet have være fem unge i Middelfart.

Boks 5.3

Kommunernes rammevilkår

Kommuner i Danmark har forskellige udgangspunkter eller rammevilkår, når man ser på deres muligheder for indsatser på beskæftigelsesområdet og på omfanget af offentlige ydelser.

Rammevilkårene afhænger af demografiske karakteristika for kommunernes befolkninger i den arbejdsdygtige alder – bl.a. køn, alder, helbred, uddannelse, etnisk oprindelse, familie-, bolig- og arbejdsmarkedsmæssige forhold – og af de lokale arbejdsmarkedsforhold.

Ud fra befolkningens karakteristika og lokale arbejdsmarkedsforhold er der for hver af de 98 kommuner beregnet et estimat på det antal dage af året, som borgerne

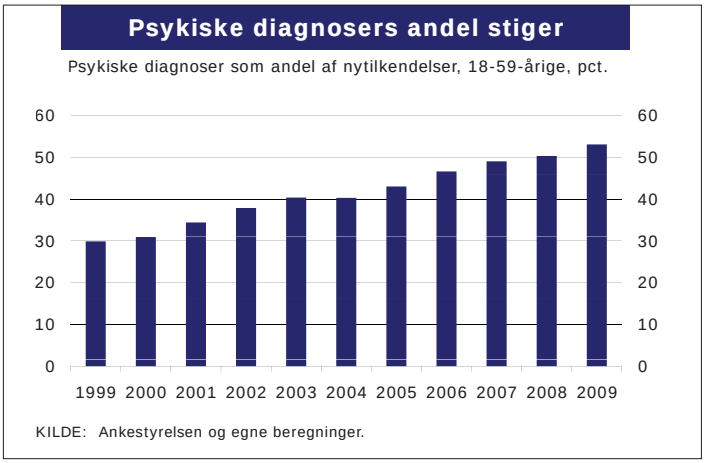
i gennemsnit vil modtage forsørgelsesydelser. De udfordringer, som kommunerne står over for, bliver sammenfattet i fem indikatorer, der er sammenlignelige kommunerne imellem, og som kan blive brugt til at rangordne kommunerne efter, hvor gunstige eller ugunstige rammevilkår de er underlagt. I dette kapitel er indikatoren alle ydelser ekskl. førtidspension benyttet.

Førtidspensionister er 4 år yngre i Odense end i København

I Odense er førtidspensionister i gennemsnit 44,6 år ved tilkendelsen. Det er næsten fire år yngre end i København, hvor gennemsnitsalderen ved tilkendelse af en førtidspension er 48,4 år, jf. Arbejdsmarkedsstyrelsen (2010c).

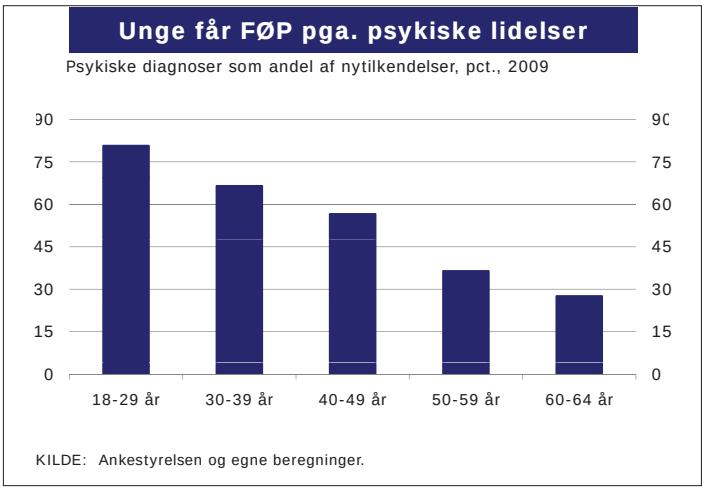
5.4 Flere tilkendelser som følge af psykiske lidelser

Førtidspension bliver i stigende grad tilkendt på baggrund af psykiske lidelser. Andelen af førtidspensionstilkendelser, hvor hoveddiagnosen er en psykisk lidelse, er steget fra knap 30 pct. i 1999 til over 50 pct. i 2009. jf. figur 5.9.



Figur 5.9

Blandt 18-29-årige sker knap 80 pct. af tilkendelserne i dag på baggrund af en psykisk lidelse, jf. figur 5.10.



Figur 5.10

Psykiske lidelser vægter tungt i flere lande

De psykiske lidelser udgør også en stigende andel af tilkendelserne i andre sammenlignelige lande. I OECD er en tredjedel af alle tilkendelser af førtidspension i dag forårsaget af en psykisk lidelse, jf. OECD (2010).

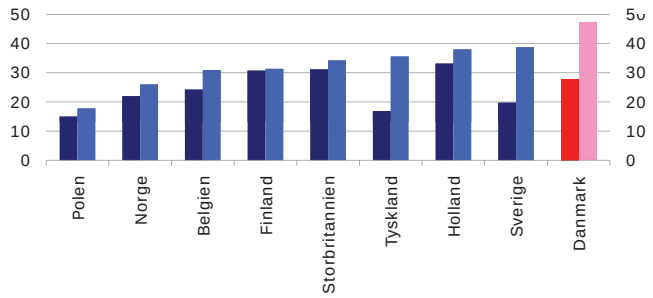
Størst andel psykiske førtidspensioner i Danmark

I forhold til de lande, der ligger geografisk tæt på Danmark, er Danmark det land, hvor psykiske lidelser udgør den største andel af tilkendelser af førtidspension. Danmark er samtidig også det land, hvor stigningen har været størst siden 2000. På blot otte år er andelen steget med 20 pct.point. Tyskland og Sverige har også haft kraftige stigninger i andelen af tilkendelser som følge af psykiske lidelser. Her er andelen tilsvarende steget 20 pct.point siden 1995, jf. figur 5.11.

Figur 5.11

Danmark topper i psykiske lidelser

Andel af tilgang som følge af psykiske lidelser, 20-65-årige, pct.



ANM.: Tidligere år er 1995-1996 for Belgien, Tyskland, Norge, Polen samt Sverige og 1999-2000 for Danmark, Holland, Finland samt UK. Seneste år er 2005 for Storbritannien, 2006 for Norge, 2007 for Polen og 2008 for de øvrige lande.

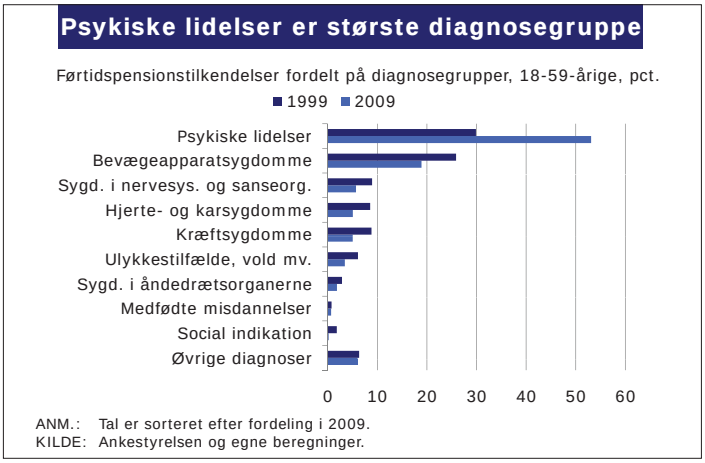
KILDE: OECD (2010).

Der er stadig stor uvished hvad der ligger bag denne udvikling, som flere lande oplever. En af grundene kan være et samfundsmæssigt holdningsskifte i accepten af psykiske lidelser og de tilknyttede ændrede holdninger blandt læger i forhold til at tage sig af problemer, der også tidligere har eksisteret, jf. OECD (2010).

Ligesom i Danmark er psykiske lidelser også årsagen til den største del af tilkendelserne til unge i en række andre OECD-lande, jf. OECD (2010).

En psykisk diagnose er den suverænt største grund til en førtidspension i Danmark. Den er mere end dobbelt så hyppig som nummer to på listen, der er sygdomme i bevægeapparatet. Herefter følger hjerte- og karsygdomme, sygdomme i nervesystem og sanseorganer samt kræftsygdomme, jf. figur 5.12.

Psykisk diagnose suverænt største grund til førtidspension

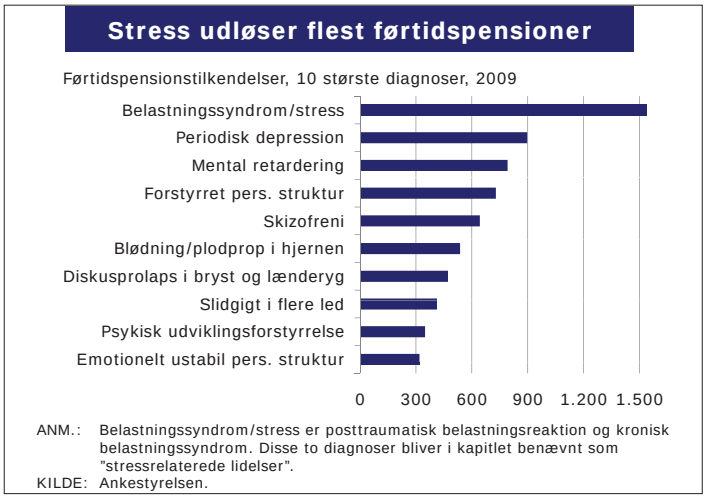


Figur 5.12

Ti år tidligere var psykiske lidelser og sygdomme i bevægeapparatet stort set lige store diagnosegrupper.

Stressrelaterede lidelser og depression er de enkeltdiagnoser, der oftest udløser en førtidspension. Man skal ned på sjettepladsen på top ti-listen over diagnoser, der er tilkendt førtidspension på baggrund af, før der er en somatisk (legemlig) diagnose, jf. figur 5.13.

Figur 5.13



Personer, der påbegynder en førtidspension eller et fleksjob, er i højere grad i kontakt med lægeverdenen i perioden op til tilkendelsen af ydelsen, end beskæftigede. Over dobbelt så mange nye førtidspensionister som fleksjobbere har været på besøg hos en læge inden for psykiatrien. Fleksjobbere har derimod i højere grad været hos en fysioterapeut eller kiropraktor, tabel 5.2.

Tabel 5.2

Forskellig kontakt med lægeverdenen

Andel der har været i kontakt med læge, 18-64-årige, 2007	Førtids-pensio-nist	Fleks-jobber	Beskæf-tiget
Speciallæge ekskl. psykiatri	34,4	34,6	25,1
Psykiatri	11,2	5,6	0,8
Fysioterapi	15,8	21,5	7,8
Kiropraktor	4,3	8,9	7,9
Psykologhjælp	3,4	3,8	1,0
Alm. læger	94,8	96,4	82,5

ANM: Andel af personer tilgået fleksjob eller førtidspension i 2008, der har været i kontakt med den pågældende type læge i 2007. Tallene er aldersstandardiserede.

KILDE: Specialkørsel på baggrund af Danmarks Statistiks Sygesikrings-register, Personer uden ordinær beskæftigelse og RAS samt egne beregninger.

Andelen, der havde været i kontakt med en psykolog, er derimod ens for de to grupper – men 3-4 gange højere end blandt beskæftigede.

Psykiske lidelser kan behandles

Antallet af tilkendelser af førtidspension på baggrund af psykiske lidelser er steget markant de seneste år.

Det er ofte muligt at behandle stressrelaterede lidelser og depression og behandlingsmulighederne er bedre, jo tidligere der bliver sat ind. Eksempelvis kan depressioner sætte spor i hjernen, hvis der ikke bliver behandlet i tide, jf. Videbech (2004).

Studier af ikke-psykotisk syge viser endvidere, at en stor andel af tilkendelser af førtidspension som følge af psykiske lidelser kan undgås ved, at man ikke overlader diagnosticering og behandling til den praktiserende læge alene. Den praktiserende læge skal understøttes i et systematisk samarbejde med speciallæger i psykiatri, psykologer og psykiatriske sygeplejersker, jf. Eplov, Lundsten m.fl. (2009).

Arbejde er godt for det mentale helbred

Hertil kommer, at et aktivt arbejdsliv resulterer i et forbedret mentalt helbred, jf. kapitel 2.

Et velfungerende behandlingssystem er derfor essentielt i forhold til at sikre virksomhederne et tilstrækkeligt arbejdsudbud fremover. Hvis den nødvendige behandling ikke sættes ind i tide, er der stor risiko for, at potentiel arbejdskraft glider længere og længere væk fra arbejdsmarkedet. En effekt, som bl.a. også langvarige arbejdsskadeerstatningssager har vist sig at have, jf. kapitel 3.

Der er behandlingsgaranti i psykiatrien

Psykisk syge har i dag mulighed for at blive behandlet på et privat behandlingssted, hvis der er mere end to måneders ventetid ved en voksenpsykiatrisk afdeling, jf. boks 5.4.

Boks 5.4

Behandlingsgaranti i psykiatrien

Fra den 1. januar 2010 har psykisk syge voksne haft mulighed for at blive behandlet på et privat behandlingssted, hvis der er mere end to måneders ventetid ved en voksenpsykiatrisk afdeling.

For at en voksenpsykiatrisk patient kan få behandling ved et privat behandlingssted betalt af det offentlige, skal vedkommende være henvist til behandling på et offentligt sygehus og være fyldt 19 år.

Behandlingsgarantien var en del af den forbedrede indsats på psykiatriområdet, der også indeholdt en tomåneders behandlingsgaranti inden for børne- og ungdomspsykiatrien, som blev indført den 1. januar 2009. Behandlingsgarantierne blev vedtaget som en del af satspuljeforliget 2006-2010.

Voksne kommer i dag i behandling inden for 8 uger ...

På landsplan er der i alt op i mod 30 offentlige sygehuse og klinikker, hvor det er muligt for voksne at komme i behandling for depression. Behandlingsste-

derne er spredt over hele landet. Antallet af uger, fra behandlingsstedet modtager henvisningen, til en ambulant undersøgelse bliver indledt, ligger mellem 4 og 8 uger. På 6 ud af 27 offentlige sygehuse og klinikker, der har indberettet ventetider til Sundhedsstyrelsen, er der højst 4 ugers ventetid, jf. Sundhedsstyrelsen (2010b).

På de private behandlingssteder, der har indberettet ventetider, bliver undersøgelsen igangsat inden for maksimalt 2 uger.

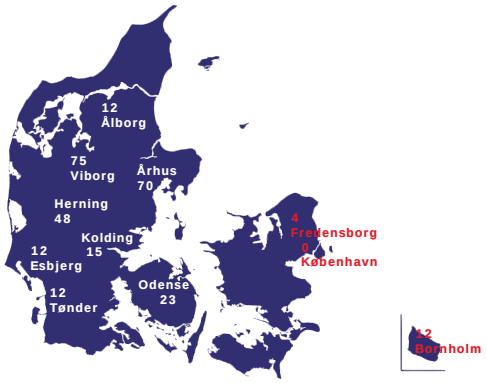
I forhold til behandling af voksne indikerer tallene, at behandlingsgarantien har bidraget til at sikre behandling inden for en kortere periode.

... men stadig lange ventetider for børn og unge

For unge ligger ventetiden for behandlingen af en depression på mellem 6 og 72 uger. På syv ud af tolv offentlige sygehuse og klinikker, der har indberettet ventetider, ligger ventetiden på 12 uger eller længere. For børn er ventetiden i de offentlige tilbud mellem 12 og 75 uger, jf. figur 5.14.

Figur 5.14

Store regionale forskelle i ventetider for børn



ANM.: Vedrører ventetider angivet i antal uger forbundet med behandling af depression. Ventetider bliver løbende opdateret. Figuren er baseret på udtræk den 8. november 2010. Værdier angivet med hvidt og rødt angiver offentlige henholdsvis private sygehuse og klinikker.
KILDE: Sundhedsstyrelsen (2010b).

De lange ventetider i det psykiatriske behandlingssystem for børn og unge skal ses i forhold til, at psykiske lidelser i stadig højere grad sender unge på førtidspension.

Boks 5.5

Indberetning af ventetider

På venteinfo.dk kan man se de forventede ventetider for udvalgte behandlinger og operationer på offentlige sygehuse og privathospitaler. Venteinfo.dk har siden september 1998 udviklet sig fra at indeholde ventetider på 18 behandlinger på offentlige sygehuse til i dag at indeholde ventetider på knap 250 behandlinger på både offentlige og de private sygehuse, der har aftaler med en eller flere regioner i forbindelse med det udvidede frie valg.

Det er frivilligt at indberette til venteinfo.dk, men de fleste offentlige sygehuse indberetter til venteinfo.dk. Dækningsgraden blandt de 18 undersøgte behandlinger er 100 pct. på sygehusniveau.

Blandt hovedparten af de offentlige sygehusafdelinger er der desuden praksis for at opdatere tallene på venteinfo.dk én gang om måneden. Den gennemsnitlige opdateringsgrad for alle behandlinger på offentlige sygehuse er 76 pct. Privathospitalernes opdateringsgrad er 53 pct. Danske Regioner har en aftale med privathospitalerne om, at de skal opdatere deres tal minimum en gang om måneden.

5.5 Mange kommer fra anden offentlig forsørgelse

Førtidspensionister har oftest været i et kontanthjælpsforløb op til tidspunktet for førtidspensionering, men der er også mange, der kommer fra sygedagpenge. Personer, der bliver visiteret til fleksjobordningen, har også ofte været i et sygedagpengeforløb inden tilgangen, jf. tabel 5.3.

Tabel 5.3

Hovedparten kommer fra sygedagpenge

Pct., 2009/2010	Førtidspension	Fleksjobordningen
Selvforsørgelse	8,5	18,3
Fleksjob	2,5	-
Ledighedsydelse	11,7	-
Kontanthjælp	40,7	13,6
Revalidering	2,2	7,9
Sygedagpenge	33,4	58,0
Andet	0,9	2,2
I alt	100	100

ANM: Hver person er kategoriseret i forhold til den dominerende status i de fem forudgående uger. Tilgang er defineret som 8 uger uden kode for førtidspension henholdsvis fleksjobordningen (både fleksjob og ledighedsydelse) efterfulgt af 4 uger med samme kode.

KILDE: Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase, DREAM og egne beregninger.

En del kommer direkte fra beskæftigelse

Næsten hver femte visiteret til fleksjob og næsten hver tiende til førtidspension kommer direkte fra selvforsørgelse, som typisk er beskæftigelse. Disse personer har hidtil ikke haft så markant nedsættelse af arbejdsevnen, så de ikke har været i stand til at forsørge sig selv.

Halvdelen af nyansatte fleksjobbere fortsætter på samme virksomhed

En person, der bliver visiteret til et fleksjob, kan enten blive på samme virksomhed eller komme i fleksjob på en ny arbejdsplads. Halvdelen af nyansatte fleksjobbere går direkte fra en normal stilling på en arbejdsplads til et fleksjob samme sted. Fleksjobbere, der bliver på samme arbejdsplads, er typisk bedre uddannede end dem, der får et fleksjob et nyt sted. Godt 75 pct. af dem, der bliver i deres tidligere stilling, har en erhvervskompetencegivende uddannelse. Det samme

gør sig gældende for godt 60 pct. af dem, der skifter job, jf. Arbejdsmarkedsstyrelsen (2010b).

Fleksjobbere kommer typisk fra den offentlige sektor

De brancher, som fleksjobbere typisk kommer fra, er domineret af den offentlige sektor. Set i forhold til branchernes størrelse er særligt sociale institutioner overrepræsenteret som arbejdsplads inden overgang til fleksjobordningen, men også undervisning er overrepræsenteret. De brancher, hvor færrest personer arbejder, før de bliver visiteret til fleksjobordningen, i forhold til deres størrelse, er blandt andet forretningsservice, hoteller og restauranter samt bygge og anlæg, jf. Dansk Arbejdsgiverforening (2009a).

Uhensigtsmæssige økonomiske incitamenter for kommunerne

Det er kommunerne, der udbetaler ydelserne, og hvor meget de får refunderet fra staten, afhænger dels af ydelsestype, dels hvor længe ydelsesmodtageren har modtaget ydelsen.

Maksimalt refusion fra staten til kommunen i 18 måneder

Når en person har modtaget ledighedsydelse i 18 måneder inden for de sidste 24 måneder, kan kommunen ikke længere få 35 pct. af udgifterne refunderet fra staten, som det ellers er tilfældet.

En person på ledighedsydelse med en varighed på over 18 måneder koster i gennemsnit 177.000 kr. for kommunen pr. år. De kommunale omkostninger ved i stedet at sende vedkommende på førtidspension er 119.000 kr., hvilket er noget lavere. En årsag hertil er, at kommunen får refunderet 63.000 kr. ud af de 181.000 kr., som det koster at have en borger på førtidspension, fra staten, jf. Viborg Kommune (2010).

Mere favorabelt for kommuner at sende på førtidspension

Der er derfor et økonomisk incitament for kommunerne til at lade personer overgå til førtidspension, der langvarigt har modtaget ledighedsydelse. Det er på trods af, at dette er den mindst favorable løsning for samfundet generelt, da den samlede ydelse her er

større. Hertil kommer det mistede bidrag til arbejdsstyrken. Mere end hver tiende, der blev tilkendt en førtidspension, modtog ledighedsydelse i perioden op til, jf. tabel .

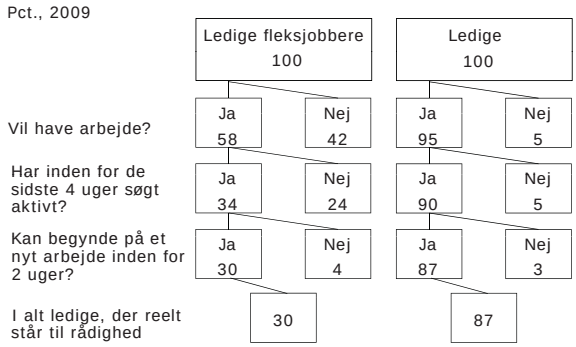
Mange ledige fleksjobbere vil ikke arbejde

Mange ledige fleksjobbere vil ikke arbejde

Som modtager af ledighedsydelse står man ikke på samme måde som ledige generelt over for klare krav i forhold til søgning af job og accept af tilbud om job. Mere end 40 pct. af ledighedsydelsesmodtagerne ønsker ikke et job, og blot hver tredje har søgt inden for de seneste fire uger. Samlet set er det reelt kun tre ud af ti modtagere af ledighedsydelse, der står til rådighed for arbejdsmarkedet, jf. figur 5.15.

Figur 5.15

Ledige fleksjobbere står reelt ikke til rådighed



KILDE: Specialkørsel på baggrund af Danmarks Statistiks Arbejdskraftundersøgelse og Personer uden ordinær beskæftigelse samt egne beregninger.

Blandt ledige generelt stod 87 pct. reelt til rådighed i 2009.

Manglende krav til personer på ledighedsydelse kan føre til førtidspension

Tallene svarer til, at ca. 4.500 ledighedsydelsesmodtagere ikke ønsker et arbejde. Det blokerer for, at de pågældende får et arbejde. Med den manglende vilje til at arbejde kan de pågældende have en interesse i at komme på førtidspension. Når kommunerne samtidig

har et incitament hertil efter 18 måneder på ledighedsydelse, så er der også betydelig risiko for, at førtidspension bliver resultatet.

5.6 Førtidspensionister og fleksjobbere i arbejde

Knap 20.000 førtidspensionister er i job

19.500 førtidspensionister havde et arbejde ved siden af førtidspensionen i november 2008. Det er næsten otte pct. af alle førtidspensionister i Danmark.

En enlig førtidspensionist kan tjene op til 714.900 kr., før arbejdsindkomsten er fuldt modregnet i førtidspensionen, jf. boks 5.6.

Boks 5.6

Modregning af arbejdsindkomst for førtidspensionister

Arbejdsindkomst bliver modregnet med 30 pct. i førtidspensionen for enlige og med 15 pct. for ægtefæller/samlevende, hvor begge modtager pension.

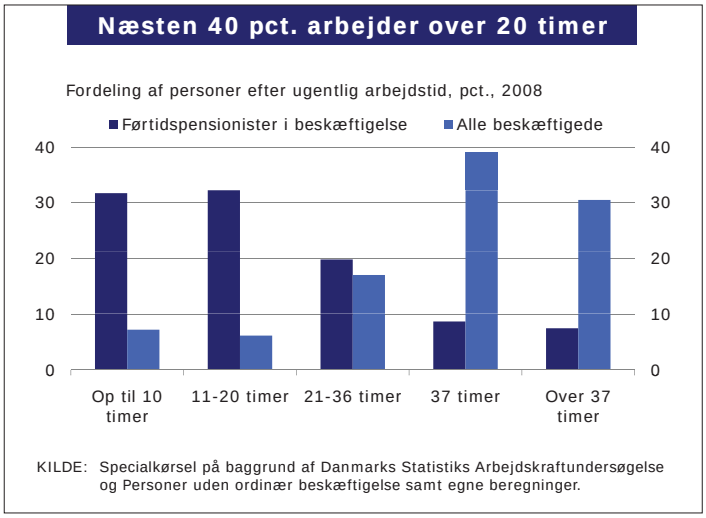
Dog er der et bundfradrag, så den første del af indkomsten ud over førtidspensionen ikke bliver fradraget.

Eksempel: En enlig førtidspensionist har en arbejdsindkomst på 150.000 kr. Der er et bundfradrag på 67.800 kr. Det vil sige, at grundlaget for beregning af fradrag er 82.200 kr. Fradraget udgør 30 pct. af de 82.200 kr., hvilket er 24.660 kr. Førtidspensionen bliver nedsat fra 199.128 kr. til 174.468 kr. årligt. Førtidspension og arbejdsindkomst vil herefter udgøre 324.468 kr.

Førtidspensionen vil først falde helt bort ved en indkomst på 714.900 kr., jf. Beskæftigelsesministeriet (2010).

Knap 40 pct. af alle førtidspensionister, der vælger at arbejde, arbejder over 20 timer pr. uge. Det er modsat alle beskæftigede, hvor næsten ni ud af ti arbejder over 20 timer pr. uge, jf. figur 5.16.

Figur 5.16



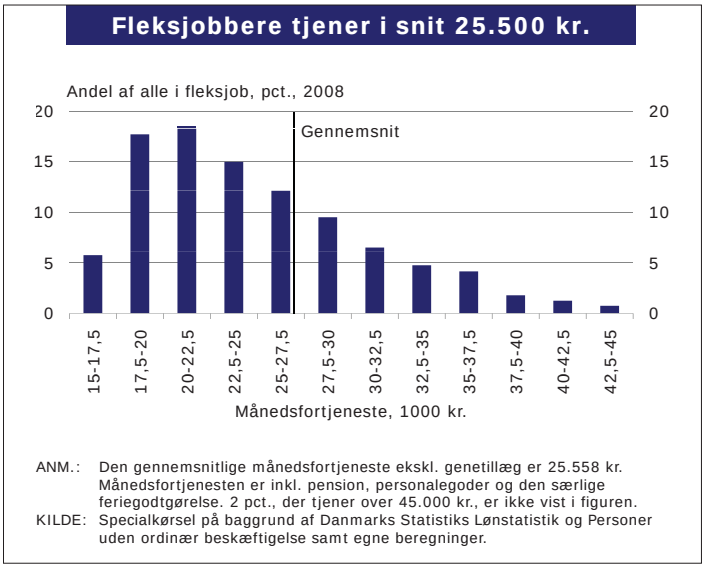
Godt 15 pct. af de førtidspensionister, der arbejder, arbejder 37 timer eller mere pr. uge. Det er på trods af, at de har en varig og markant nedsat arbejdsevne.

Førtidspensionister i job tjener i gennemsnit 12.000 kr. om måneden.

Fleksjob er en attraktiv ordning

Personer ansat i fleksjob får fuld løn uanset arbejdstid og produktivitet, og det er dermed en attraktiv ordning for den enkelte.

Den gennemsnitlige månedsløn for personer i fleksjob er ca. 25.500 kr., jf. figur 5.17.



Figur 5.17

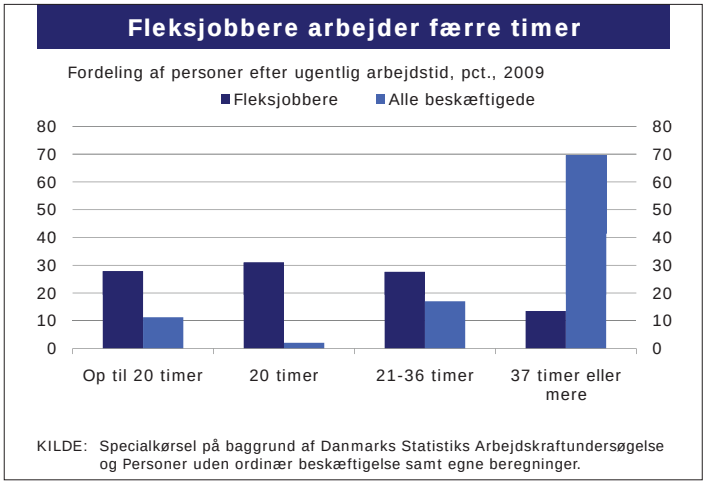
De bedst lønnede fleksjobbere får tilskud på 230.000 kr.

De fem pct. bedst lønnede fleksjobbere har i gennemsnit en indkomst på næsten 680.000 kr. om året. Heraf udgør tilskuddet fra staten knap 230.000 kr. om året. Dermed kan en fleksjobber udløse tilskud fra staten, selv om vedkommende er i stand til at tjene en indkomst, der – efter fradrag af tilskuddet til virksomheden – er på niveau med en gennemsnitlig indkomst for folkeskolelærere og murere, jf. Arbejdsmarkedsstyrelsen (2010a).

I 2007 tjente knap 20 pct. mere i fleksjob end i deres tidligere ordinære beskæftigelse. Seks ud af ti tjente det samme, jf. DA (2009).

Et fleksjob kan være på fuld arbejdstid med skånevilkår eller på nedsat tid. Langt de fleste bruger fleksjobordningen til at arbejde færre timer end fuld tid. 14 pct. har en ugentlig arbejdstid på 37 timere eller flere, jf. figur 5.18.

Figur 5.18



Knap 5 pct. af personer i fleksjob har et bijob. Det svarede i 2008 til ca. 2.000 personer.

Boks 5.7

Regler for fastsættelse af løntilskud

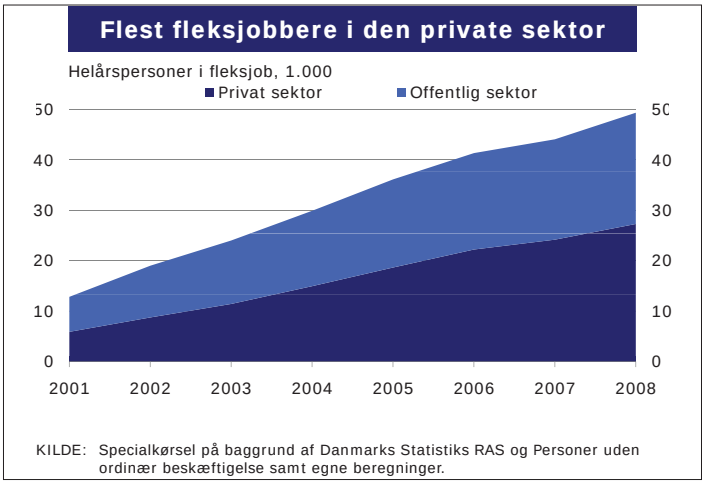
Arbejdsgiveren betaler lønnen til de ansatte i fleksjob. Kommunen betaler et løntilskud til arbejdsgiveren. Tilskuddet er halvdelen eller totredjedele af lønnen afhængig af graden af den nedsatte arbejdsevne hos medarbejderen.

Tilskuddet kan maksimalt udgøre 1/2 eller 2/3 af den lokale mindste overenskomstmæssige timeløn på det aktuelle ansættelsesområde eller af den løn, der sædvanligvis gælder for tilsvarende arbejde. Mindstelønnen i landsoverenskomsten bliver kun anvendt, hvis der ikke er en lokal aftale, der supplerer overenskomstens bestemmelser på det punkt. Pr. 1. januar 2010 er maksimum for beregning af løntilskud på 444.989 kr. pr. år.

Tilskud til selvstændige er, ligesom hos lønmodtagere, afhængig af graden af nedsat arbejdsevne. Der bliver taget udgangspunkt i de arbejdsopgaver den selvstændige varetager i virksomheden ved vurderingen af, hvilken overenskomst der skal vælges.

Både offentlige og private arbejdsgivere kan modtage løntilskud i forbindelse med ansættelse af fleksjobbere. Andelen af privatansatte fleksjobbere er steget fra 45 pct. i 2001 til 55 pct. i 2008, jf. figur 5.19.

Figur 5.19



Samme år var 71 pct. af alle beskæftigede ansat i den private sektor.

5.7 Mange har et godt helbred

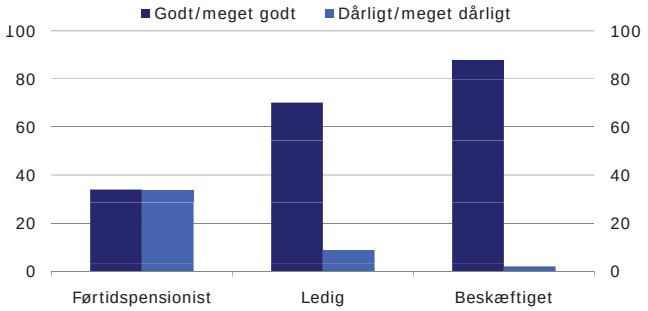
Tre ud af ti førtidspensionister har et godt helbred

Mere end tre ud af ti førtidspensionister vurderer selv, at de har et meget godt eller godt helbred. Det svarer til andelen, der vurderer, de har et dårligt eller meget dårligt helbred, jf. figur 5.20.

Figur 5.20

Hver 3. førtidspensionist har godt helbred

Selvvurderet helbred, 16-64-årige, pct., 2005



ANM.: Tal er aldersstandardiserede. De resterende har svaret nogenlunde eller ved ikke.
KILDE: Specialkørsel fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005) og egne beregninger.

Knap hver fjerde fleksjobbere har ikke en funktionsnedsættelse

23 pct. af personer i fleksjob vurderer selv – ud fra syv områder, f.eks. syn, adfærd og ben – at de ikke har en funktionsnedsættelse. Knap halvdelen vurderer, at de har en mindre funktionsnedsættelse, og de resterende 28 pct. vurderer, at de har en større funktionsnedsættelse, jf. SFI (2008a).

En indikator for helbredet er, hvor meget en person går til læge og/eller er indlagt på sygehuse eller andre behandlingssteder. Målt på det gennemsnitlige antal lægebesøg og indlæggelser er helbredet blandt førtidspensionister og personer i fleksjobordningen mindre godt end blandt beskæftigede. Personer på førtidspension havde i gennemsnit været på besøg hos lægen 22 gange i 2007. Derudover var de i gennemsnit indlagt 13 og 5 dage på henholdsvis en somatisk og en psykiatrisk behandlingsafdeling, jf. tabel 5.4.

Tabel 5.4

Førtidspensionister har oftere været indlagt

Gennemsnit, 18-64-årige, 2007	Kontakter med læge	Antal sengedage	
		Somatisk	Psykiatrisk
Førtidspensionister	22	13	5
Fleksjobbere	18	8	0
Modtagere af ledighedsydelse	22	9	1
Beskæftigede	9	2	0

ANM: Det gennemsnitlige antal lægebesøg samt sengedage på psykiatriske og somatiske sygehuse for personer, der var i en af ordningerne i pr. 1. januar 2009.

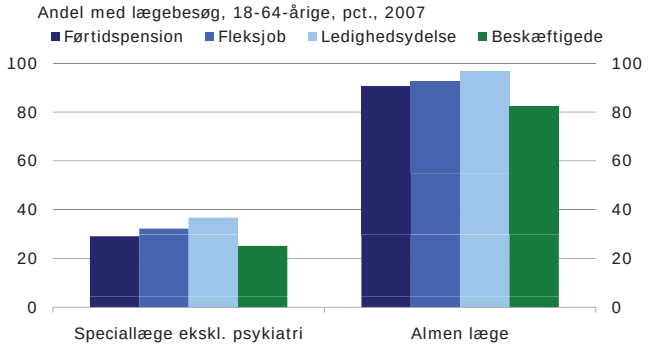
KILDE: Specialkørsel på baggrund af Danmarks Statistiks Sygesikringsregisteret, Landspatientregistreret, Personer uden ordinær beskæftigelse og RAS samt egne beregninger.

Personer i fleksjobordningen er også hyppigt på besøg hos lægen, men er ikke i så høj grad indlagt som førtidspensionister. Beskæftigede går i gennemsnit til lægen 9 gange om året og har i gennemsnit 2 dages indlæggelse på somatisk sygehus. Det er markant mindre end fleksjobbere og førtidspensionister.

Fire ud af fem beskæftigede er i kontakt med en almen læge i løbet af et år. For førtidspensionister og personer i fleksjobordningen er det tilfældet for godt 90 pct. I forhold til besøg hos speciallæger er billedet det samme – dog på et lavere niveau, jf. figur 5.21.

Modtagere af ledighedsydelse oftest hos lægen

Figur 5.21



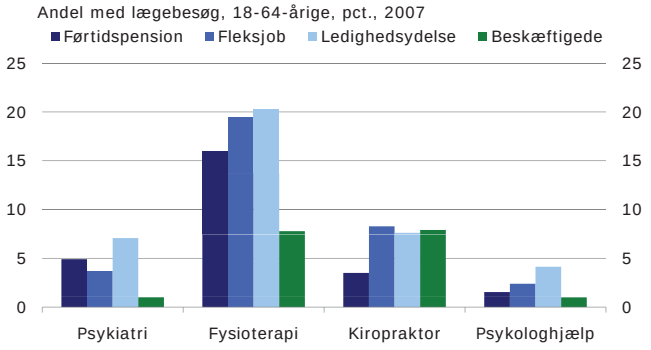
ANM.: Andel personer pr. 1. januar 2009, der har været i kontakt med den pågældende type læge i 2007. Tal er aldersstandardiserede.

KILDE: Specialkørsel på baggrund af Danmarks Statistiks Sygesikringsregister, Personer uden ordinær beskæftigelse og RAS samt egne beregninger.

Ca. 20 pct. af personer i fleksjob eller på ledighedsydelse er blevet behandlet hos en fysioterapeut. Det er knap 5 pct. flere end personer på førtidspension. På samme måde går personer i fleksjobordningen også oftere til kiropraktor end førtidspensionister, jf. figur 5.22.

Figur 5.22

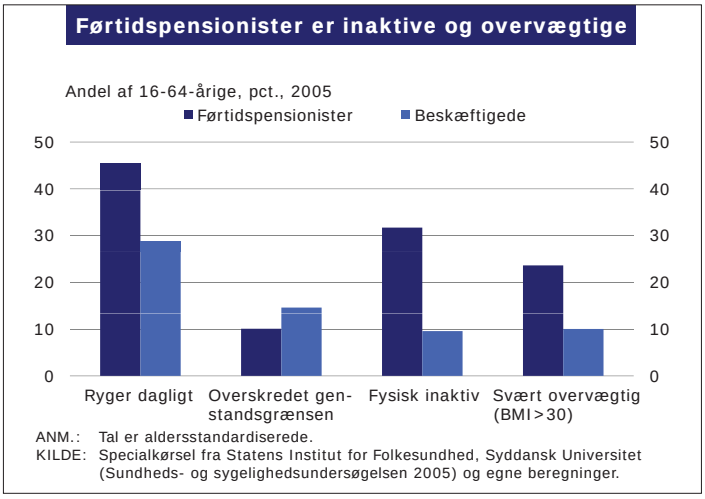
Førtidspensionister sjældent hos kiropraktor



ANM.: Andel personer pr. 1. januar 2009, der har været i kontakt med den pågældende type læge i 2007. Tal er aldersstandardiserede.
KILDE: Specialkørsel på baggrund af Danmarks Statistiks Sygesikringsregister, Personer uden ordinær beskæftigelse og RAS samt egne beregninger.

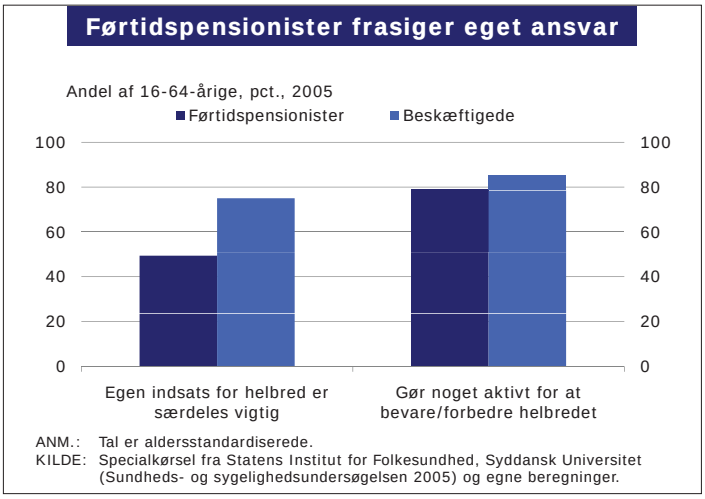
Selv om førtidspension i højere grad bliver tilkendt på baggrund af psykiske lidelser, end tilfældet er for fleksjob, så bliver førtidspensionister ikke behandlet oftere hos psykologer eller psykiatere end personer i fleksjobordningen.

Mange førtidspensionister har en livsstil, der påvirkning på helbredet negativt. Halvdelen af alle 18-59-årige førtidspensionister ryger dagligt, mens under hver tredje beskæftigede gør det. Derudover er førtidspensionister også hyppigere inaktive og overvægtige, jf. figur 5.23.



Figur 5.23

Det er muligt at påvirke ens eget helbred gennem flere kanaler. Kun hver anden førtidspensionist mener, at vedkommendes eget indsats for eget helbred er særdeles vigtig. Blandt beskæftigede er tre ud af fire enige i dette, jf. figur 5.24.



Figur 5.24

80 pct. gør noget aktivt for eget helbred

På trods af at så få førtidspensionister finder egen indsats vigtig, angiver godt fire ud af fem, at de gør noget aktivt for at bevare eller forbedre deres helbred. Det er blot få pct.point lavere end blandt beskæftigede.

Der er dog noget, der tyder på, at indsatsen er mere snævert fokuseret blandt førtidspensionister, da der her er færre, der gør noget aktivt, end blandt beskæftigede, når der ses nærmere på en række specifikke indsatsområder.

Motion og sund kost er de største indsatsområder

Både beskæftigedes og førtidspensionisters hyppigste indsatsområder i forhold til at gøre noget godt for helbredet er motion og sund kost. Andelen, der gør noget aktivt inden for de to områder, er dog omkring 15 pct. point lavere blandt førtidspensionister end beskæftigede, jf. tabel 5.5.

Tabel 5.5

FØP'ere gør mindre for eget helbred

Andel, der gør noget aktivt for helbredet, 16-64-årige, pct.	Førtidspensionister	Beskæftigede
Dyrker motion/er fysisk aktiv	58,1	72,6
Spiser sund kost	45,3	62,6
Spiser mindre	6,1	6,2
Ryger ikke	18,1	27,3
Prøver at holde op med at ryge/ ryge mindre	4,0	3,8
Drikker ikke alkohol	4,3	2,8
Begrænser mit alkoholforbrug	10,3	13,7
Lever mindre stresset	17,4	15,1
Får tilstrækkeligt med søvn	15,5	17,8
Holder kontakt til familie/venner	20,1	19,9

ANM: Tal er aldersstandardiseret.

KILDE: Specialkørsel fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005) og egne beregninger.

5.8 Personlig livsførelse forårsager førtidspension

Få anerkendte skader fører til førtidspension eller fleksjob

I 2005 fik godt 15.000 personer anerkendt en arbejdsskade. Under 2 pct. af disse anerkendelser førte efterfølgende til tilkendelse af en førtidspension, henholdsvis et fleksjob.

Personer, der får tilkendt en førtidspension, kommer så godt som aldrig tilbage i ordinær beskæftigelse. De vil derfor først forlade ordningen igen, når det er med henblik på at overgå til folkepension. De ca. 130 tilkendelser af førtidspension som følge af anerkendte arbejdsskader i 2005 vil derfor resultere i ca. 2.400 tabte helårspersoner på arbejdsmarkedet, jf. tabel 5.6.

Tabel 5.6

Et års anerkendelser koster 2.400 pensionsår

Følger af anerkendelser i 2005	Antal tilkendelser	Andel af anerkendte arbejdsskader, pct.	Tabte år i alt
Fleksjob	121	0,8	2.236
Førtidspension	133	0,9	2.431
I alt	254	1,7	4.667

ANM: Tabte år er beregnet under antagelsen om, at personer forlader ordningen for at gå på folkepension som 65-årig.

KILDE: Specialkørsel på baggrund af tal fra Arbejdsskadestyrelsen og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase, DREAM.

Til sammenligning vil de 465 førtidspensioner, der blev tildelt til 18-19-årige på baggrund af en psykisk diagnose i 2009, resultere i tab af over 20.000 helårspersoner for det danske arbejdsmarked, såfremt de 465 personer ikke forlader ordningen, før de går på folkepension som 65-årige.

Personer, der bliver visiteret til fleksjobordningen, opretholder en tilknytning til arbejdsmarkedet – dog med store offentlige tilskud. Under antagelsen af, at de godt 120 personer, der fik tilkendt et fleksjob efter en anerkendt arbejdsskade i 2005, bliver i ordningen, frem til de går på pension som 65-årig, vil det samlet set koste løntilskud til godt 2.200 helårspersoner. Hertil kommer tabet af arbejdstimer, da fleksjobbere

typisk arbejder færre timer end personer i ordinær beskæftigelse, jf. afsnit 5.6.

Tilkendelser til førtidspension på grund af personlige valg

Et stort antal tilkendelser af førtidspension kan tilskrives personernes valgte livsstil.

5.000 tilkendelser er relateret til rygning

Næsten 5.000 personer får hvert år tilkendt førtidspension, fordi de har røget, hvilket svarer til mere end en tredjedel af den årlige tilgang. Derudover er der 2.800 tilfælde relateret til psykisk arbejdsbelastning, 1.200 tilfælde relateret til fysisk inaktivitet, og 1.100 relateret til overvægt, jf. tabel 5.7.

Tabel 5.7

Rygning sender folk på førtidspension

Tildelte førtidspensioner, 25-64-årige, 2005	Antal	Andel af tilgang, pct.
Rygning	4.887	36,2
Psykisk arbejdsbelastning	2.824	20,9
Fysisk inaktivitet	1.209	9,0
Overvægt	1.115	8,3
Alkoholmisbrug	572	4,2
Svage sociale relationer		
- Ingen hjælp fra andre	191	1,4
- Træffer sjældent familie	165	1,2
Stofmisbrug	122	0,9
Usikker sex*	48	0,4

ANM: * Typisk hiv/aids blandt mænd og livmoderhalskræft blandt kvinder. Tilgang af 25-64-årige var ca. 13.500 personer i 2005.

KILDE: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2006b).

Alkoholmisbrug, svage sociale relationer, stofmisbrug og usikker sex har også betydning i forhold til helbredsbetingede tilkendelser af førtidspension.

Omkring hver femte tilkendelse af førtidspension er relateret til psykisk arbejdsbelastning. Under fem pct.

af disse tilkendelser er som følge af høje krav på arbejdspladsen, jf. tabel 5.8.

Tabel 5.8

Alle kommer fra lave krav på arbejdspladsen

	Antal	Andel, pct.
Afslappet (lave krav – høj indflydelse)	1.684	59,6
Belastet (høje krav – lav indflydelse)	123	4,4
Passiv (lave krav – lav indflydelse)	1.018	36,0
I alt	2.824	100

ANM: Se i øvrigt afsnit 2.4.

KILDE: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2006b)

Lave krav på jobbet udløser førtidspension

Det er altså ikke høje krav på arbejdspladsen, der resulterer i førtidspension, men snarere det modsatte. 96 pct. af tilgangen på baggrund af psykisk arbejdsbelastning sker blandt personer med lave krav i jobbet. Heraf har to ud af tre høj indflydelse på jobbet.

5.9 Kommunernes rolle

Færrest antal tilkendelser i region Hovedstaden

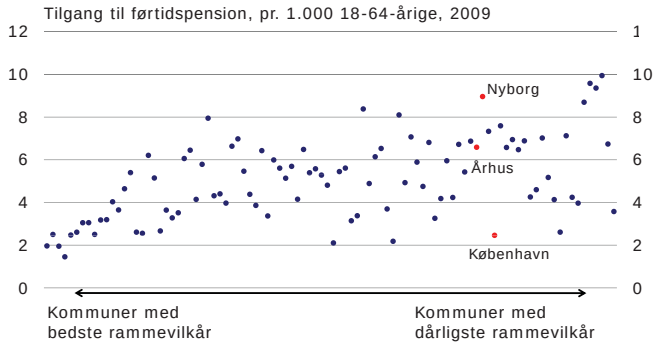
På nationalt plan er 71 personer på førtidspension for hver 1.000 indbygger mellem 18 og 64 år. I region Hovedstaden modtager 55 personer pr. 1.000 18-64-årige i befolkningen førtidspension. I de øvrige regioner ligger dette tal mellem 70 og godt 80 personer.

Generel stor forskel i andel af befolkningen, der er på førtidspension på tværs af landet

Der er således stor forskel på, hvor stor en andel af befolkningen, der er på førtidspension. En årsag hertil er en stor variation i kommunernes tilkendelse af førtidspension. Det gælder også, når man sammenligner kommuner, hvis rammevilkår ligner hinanden. F.eks. blev der i 2009 tilkendt 2,5 førtidspensioner pr. 1.000 18-64-årig i København. I Nyborg, der har de samme rammevilkår, var det tilsvarende tal 9, jf. figur 5.25.

Figur 5.25

Forskel i tilgang trods ens rammevilkår



ANM.: Ærø er ikke vist i figuren. Rammevilkår er ekskl. førtidspension, se i øvrigt boks 5.3.
KILDE: Ankestyrelsen og Danmarks Statistik.

Også kommunal forskel for tilkendelser af fleksjob

Der er også stor forskel på antallet af tilkendelser til fleksjob på tværs af landet. F.eks. blev der i 2009 tilkendt fem gange så mange fleksjob i Nyborg end i København (korrigeret for befolkningens størrelse) trods nogenlunde ens rammevilkår.

Tilkendelse skal ske efter arbejdsevnemetoden

Siden 2003 har kommunerne skulle anvende arbejdsevnemetoden, når de påbegynder sager om revalidering, fleksjob og førtidspension. Arbejdsevnemetoden skal beskrive borgerens ressourcer og muligheder for at udvikle ressourcerne i forhold til arbejdsmarkedet, jf. boks 5.8.

Boks 5.8

Arbejdsevnemetoden

Arbejdsevnemetoden blev indført som generel og systematisk metode i forbindelse med førtidspensionsreformen pr. 1. januar 2003. Med indførelsen af arbejdsevnebegrebet som tilkendelseskriterium også på førtidspensionsområdet fik den aktive indsats i enhver henseende fortrinsret frem for den passive forsørgelse.

Arbejdsevnemetoden skal anvendes, når jobcentret påbegynder og behandler sager om revalidering, fleksjob og førtidspension. Ressourceprofilen er grundstammen i arbejdsevnemetoden og beskriver, hvad borgeren kan og hvilke udviklingsmuligheder borgeren har, som kan føre til hel eller delvis selvforsørgelse. Ressourceprofilen beskriver bl.a. uddannelse, arbejdsmarkedserfaring, interesser, sociale kompetencer, indlæringsevne, arbejdsrelevante ønsker, sociale netværk og helbred.

Den grundlæggende tanke med at indføre arbejdsevnemetoden var, at der skulle ske et værdiskifte – fra fokus på borgerens begrænsninger, til fokus på borgeres ressourcer. Der skulle i forhold til alle målgrupper tænkes i muligheder frem for barrierer.

Der blev i forbindelse med implementeringen af metoden gennemført en omfattende uddannelsesindsats, primært for de sagsbehandlere i kommuner, Det sociale

Nævn og Ankestyrelsen, der skal anvende metoden. Ca. 4.800 personer har deltaget.

Se i øvrigt DISCUS (2010).

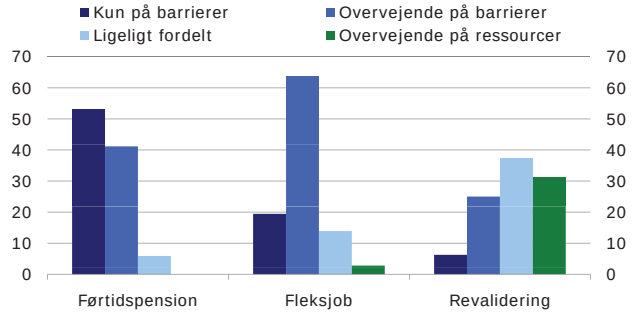
Sagsbehandler har fokus på begrænsninger og ikke muligheder

I langt de fleste sager har sagsbehandleren dog stadig udelukkende eller overvejende fokus på begrænsninger og ikke muligheder. Det gælder særligt i forhold til sager, der har resulteret i en førtidspension, men også i høj grad i forhold til sager, der er endt med en visitation til fleksjobordningen, jf. figur 5.26.

Figur 5.26

Fokus på barrierer i førtidspensionssager

Fokus fordelt på sagernes udfald, pct., 2010



KILDE: DISCUS (2010).

Interviewede sagsbehandlere giver udtryk for, at ressourceprofilerne ikke bliver anvendt som et udviklingsredskab, men mere er et dokumentationsredskab i forhold til varige ydelser.

Kommunernes sagsbehandling

Der er ikke overensstemmelse mellem lovgivning og praksis i 19 pct. af kommunernes afgørelser om at tilkende en borger førtidspension efter arbejdsevnemetoden. Altså ville hver femte afgørelse blive ændret eller hjemvist til fornyet behandling i kommunen, hvis

sagen havde været indbragt som en klagesag i Ankestyrelsen.

Årsagen til den forholdsvis store andel sager med fejl i tilkendelsen er primært, at der ikke er dokumentation for, at mulighederne for udvikling af borgerens ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet har været udnyttet, jf. tabel 5.9.

Tabel 5.9

Fejl i hver femte førtidspensionssag

139 sager om tilkendelse af førtidspension	Antal	Pct.
Sager ville blive ændret eller hjemvist	26	19
Ringe eller ingen dokumentation af nedsat arbejdsevne	23	17
Flere eller afgørende oplysninger mangler	19	13
Arbejdsprøvning burde have været foretaget*	13	18

ANM: * Ud af 59 sager, hvor kommunerne har vurderet, at arbejdsprøvning er formålsløs.

KILDE: Ankestyrelsen (2009a).

Dette billede understøtter, at der ikke i tilstrækkelig grad er fokus på borgerens ressourcer.

I en praksisundersøgelse fra 2006 blev der påvist fejl i 23 pct. af sagerne.

Der er regionale forskelle i omfanget af tilkendelsesfejl. I 24 pct. af de 80 sager, som Statsforvaltningen Sydsjælland har undersøgt i 2010, er der så alvorlige fejl, at afgørelsen i sagerne enten ville være blevet ændret, eller sagen ville være blevet hjemvist til fornyet behandling i kommunen, jf. Statsforvaltningen Sjælland (2010).

Det er også kommunen, der træffer afgørelse, om en person opfylder betingelserne for at være berettiget til et fleksjob.

Den seneste praksisundersøgelse fra Ankestyrelsen viser, at der ikke er overensstemmelse mellem lovgiv-

ning og praksis i 26 pct. af afgørelserne. Det er primært problemet, at der bliver tilkendt fleksjob, selv om det ikke er dokumenteret, at arbejdsevnen er varigt og væsentligt nedsat, og at arbejdsprøvningen ikke har været relevant eller fyldestgørende, jf. tabel 5.10.

Tabel 5.10

Fejl i hver fjerde fleksjobsag

72 sager om bevilling af fleksjob	Antal	Pct.
Sager, der ville blive ændret eller hjemvist	19	26
Ringe eller ingen dokumentation af nedsat arbejdsevne	15	21
Flere eller afgørende oplysninger mangler	14	19
Arbejdsprøvning burde have været foretaget*	20	28

ANM: I undersøgelsen indgår 132 sager fra 14 kommuner, heraf omhandler 72 sager bevilling af fleksjob. * Det er vurderet, at det var formålsløst at iværksætte arbejdsprøvning i 5 pct. at sagerne.

KILDE: Ankestyrelsen (2010).

Det er stadig et højt niveau men dog en forbedring siden 2008, hvor det var tilfældet i 43 pct. af sagerne.

Appendiks 5.1 Regler for tilkendelse af førtidspension og fleksjob

Arbejdsevnen skal være varigt nedsat for tilkendelse af førtidspension

Det er en betingelse for at få tilkendt førtidspension, at personens arbejdsevne er varigt nedsat. Nedsættelsen skal være af et sådant omfang, at pågældende, uanset mulighederne for støtte efter den sociale eller anden lovgivning, herunder muligheden for beskæftigelse i fleksjob, ikke vil være i stand til at blive selvforsørgende ved indtægtsgivende arbejde.

Kommunen træffer afgørelse om tilkendelse af førtidspension, når det efter en samlet faglig vurdering må anses for dokumenteret, at en person ikke kan blive selvforsørgende. Kommunen kan samtidig med afgørelsen om tilkendelse beslutte, at en sag skal genoptages til vurdering på et senere fastsat tidspunkt.

En genoptagelse (kontrol) forudsætter, at der er tale om alvorlige lidelser med et uforudsigeligt forløb, hvor arbejdsevnen aktuelt er nedsat, men hvor det ikke kan udelukkes, at der på længere sigt kan opnås en vis forbedring

Fleksjob er for personer med nedsat arbejdseve

Fleksjob er en offentlig løntilskudsordning for selvstændige og lønmodtagere, der ikke har fuld arbejdsevne, men som kan arbejde på skånevilkår. Både offentlige og private arbejdsgivere kan modtage løntilskud i forbindelse med ansættelse af fleksjobbere.

En person, der visiteres til fleksjobordningen, må ikke kunne opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet. Personen skal have en varig og væsentlig begrænsning i arbejdsevnen. Arbejdsevnen kan være nedsat af fysiske, psykiske eller sociale årsager. Begrænsningen i arbejdsevnen skal ses i forhold til alle erhverv. Det er kommunen, der vurderer arbejdsevnen.

Mulighederne for revalidering, aktivering og andre foranstaltninger, f.eks. omplacering på arbejdsplad-

sen, der kan fastholde/bringe personen tilbage til beskæftigelse på normale vilkår, skal være afprøvet (medmindre, det er åbenlyst formålsløst at gennemføre de nævnte foranstaltninger forud for visitationen).

Ledige fleksjobbere kan modtage ledighedsydelse

Personer, der er visiteret til fleksjob, men ikke er i beskæftigelse, kan i stedet modtage ledighedsydelse. Ledighedsydelsen svarer til, hvad personen i de forudgående tre måneder har modtaget i arbejdsindtægt eller anden indtægt. Ledighedsydelsen kan dog højst være 91 pct. og mindst 82 pct. af arbejdsløshedsdagpengenes højeste beløb.

Fleksjobbere har mulighed for at tilmelde sig den efterlønslignende fleksydelse, der er en tilbagetrækningsordning for 60-64-årige. Det er blandt andet en forudsætning for at gøre brug af ordningen, at man har indbetalt bidrag til efterløn eller fleksydelse i 30 år.

Regelændring på fleksjobområdet i 2006

I 2006 blev der gennemført en række regelændringer på fleksjobområdet. Blandt andet er der blevet sat en grænse for, hvor længe kommunerne kan modtage statslig refusion for ledighedsydelse, ligesom kravene til dokumentationsgrundlaget er blevet præciseret. Når en person har modtaget ledighedsydelse i 18 måneder inden for de sidste 24 måneder, kan kommunen ikke få 35 pct. af udgifterne refunderet fra staten, som det ellers er tilfældet.

6. Arbejdsmarkedet i tal

6.1	Organisationerne på arbejdsmarkedet	213
6.2	Aftaler på DA/LO-området	219
6.3	Løn og indkomst	230
6.4	Arbejdsstyrke, beskæftigelse og ledighed	237
6.5	Fravær fra arbejdsmarkedet	249
6.6	Uddannelse	257

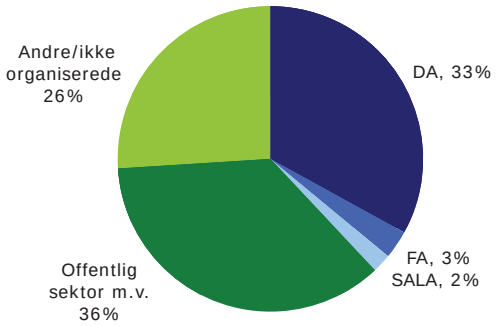
6.1 Organisationerne på arbejdsmarkedet

Det danske arbejdsmarked er præget af en høj organisationsgrad. På arbejdsgiversiden er den enkelte virksomhed som hovedregel organiseret i en brancheorganisation, der også er tilsluttet en hovedorganisation. På det private arbejdsmarked er Dansk Arbejdsgiverforening (DA) den største hovedorganisation og repræsenterer virksomheder med 52 pct. af den private beskæftigelse eller 33 pct. af den samlede beskæftigelse, jf. figur 6.1.

Arbejdsgiverorganiseringen

Figur 6.1

Andel lønmodtagere, 2008



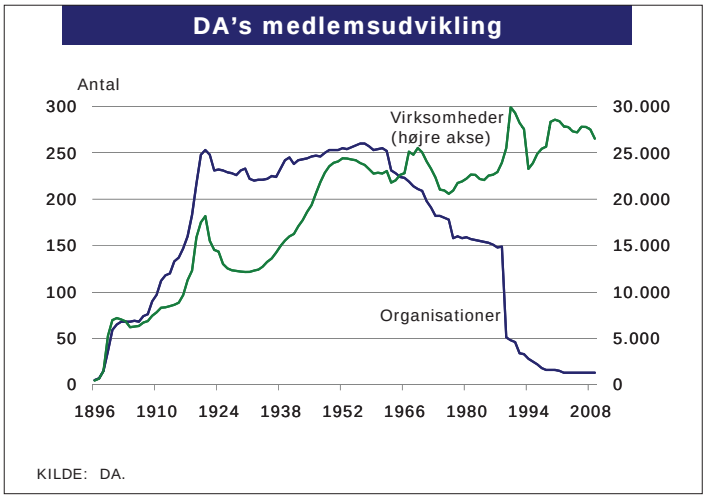
ANM.: Beskæftigelsen på virksomheder inden for arbejdsgiverorganisationer i pct. af den samlede private og offentlige beskæftigelse.
KILDE: DA, Danmarks Statistik (ATP-beskæftigelsen), Finanssektorens Arbejdsgiverforening (FA) og Sammenslutningen af Landbrugets Arbejdsgiverforeninger (SALA) samt egne beregninger.

DA's virke som hovedorganisation for private arbejdsgiverorganisationer startede i 1896. Dengang havde DA fem medlemmer, som repræsenterede 461 virksomheder – et antal, der er steget væsentligt siden.

Antallet af medlemsorganisationer voksede frem til midten af 1950'erne. Herefter fulgte en periode, hvor organisationerne indbyrdes slog sig sammen og blev større. Seneste sammenlægning skete i foråret 2008 mellem Dansk Industri og HTS under et samlet DI.

I dag repræsenterer DA i alt 13 organisationer, som varetager interesserne for 27.000 virksomheder, jf. figur 6.2.

Figur 6.2



På lønmodtagersiden er knap 2,1 mio. personer medlemmer af en fagforening. Den enkelte lønmodtager er organiseret i fagforbund. De fleste fagforbund er medlem af en hovedorganisation, hvor Landsorganisationen i Danmark (LO) er den største og repræsenterer 59 pct. af alle organiserede lønmodtagere. Hovedparten af alle lønmodtagere er omfattet af en overenskomst.

Tabel 6.1

Lønmodtagere efter arbejdsgiverorganisering

2008	Med overenskomst	Uden overenskomst	I alt	Andel med overenskomst
	1.000 fuldtidsbeskæftigede			Pct.
Privat sektor	1.078	396	1.474	73
- DA	689	81	771	89
- FA	62	7	69	91
- SALA	33	4	37	89
- Andre/uorganiserede	293	304	597	49
Offentlig sektor m.v.	848	-	848	100
I alt	1.918	396	2.322	83

ANM.: Andre/uorg. er residualt bestemt. Offentlig sektor m.v. er inkl. offentlige selskaber. FA er Finanssektorens Arbejdsgiverforening og SALA er Sammenslutningen af Landbrugets Arbejdsgiverforeninger. Grundet afvikling af ATP-statistikken efter 3. kvartal 2009 er det ikke muligt at opdatere tabellen før eIndkomstRegisteret tages i brug i 2011.

KILDE: Specialkørsel fra Danmarks Statistik (ATP-beskæftigelsen), DA, SALA, FA samt egne beregninger.

Tabel 6.2

Hovedorganisationer på lønmodtagersiden

Medlemmer pr. 1. januar	1995	2005	2008	2009	2010	
	1.000 personer					Pct.
LO	1.510	1.369	1.251	1.224	1.201	59
FTF	332	361	359	358	358	17
AC	128	163	174	133	137	7
Ledernes Hovedorganisation	66	76	76	80	83	4
Øvrige organisationer	114	151	202	260	271	13
Medlemmer i alt	2.150	2.120	2.062	2.055	2.050	100
Arbejdsstyrken i alt (16-64 år)	2.790	2.751	2.790	2.800	2.734	-

ANM.: Medlemmer i alt omfatter også personer uden for arbejdsstyrken i alderen 16-64 år.

LO er Landsorganisationen i Danmark, FTF er Funktionærernes og Tjenestemændenes Fællesråd og AC er Akademikernes Centralorganisation. Øvrige omfatter forbund uden for fællesorganisationerne. Arbejdsstyrken er opgjort november året før.

KILDE: Danmarks Statistik (Statistisk Årbog 1995, 2000, 2005 og 2009, RAS1 og RASU11).

Tabel 6.3

Arbejdsgiverorganisationer på DA-området

2010	Antal virksomheder	Antal arbejdssteder	Andel af lønsum, pct.
DI (DIOI og DIOII)	6.281	13.563	62,9
Dansk Erhverv	4.713	11.060	16,4
Dansk Byggeri	6.038	6.897	9,1
TEKNIQ	2.646	3.927	4,7
Danske Mediers Arbejdsgiverforening	90	358	1,5
Grafisk Arbejdsgiverforening	497	550	1,3
Sammenslutningen af mindre Arbejdsgiverforeninger i Danmark	3.933	4.330	1,2
Asfalt Industrien og Benzin- og Oliebranchen	82	842	1,0
Dansk Mode & Textil	180	305	0,8
Danske Malermestre	1.384	1.432	0,8
Rederiforeningerne	26	97	0,3
Foreningen af danske virksomheder i Grønland	6	82	0,1
I alt	26.970	43.714	100,0

ANM.: Antal virksomheder/arbejdssteder er opgjort august 2010. Andel af lønsum er opgjort i 2. kvartal 2010. Virksomheder/arbejdssteder kan optræde under flere forskellige arbejdsgiverorganisationer. I alt overvurderer derfor det faktiske antal af virksomheder og arbejdssteder.

KILDE: DA.

Tabel 6.4

Arbejdsstedernes størrelse i privat sektor

	Antal ansatte på arbejdsstedet						
2009	0-9	10-19	20-49	50-99	100-199	200-	I alt
	Antal arbejdssteder						
DA	26.295	4.689	3.930	1.429	713	504	40.843
- Landbrug	282	35	23	3	-	-	351
- Fremstilling	2.153	856	1.079	573	383	298	6.096
- Bygge og anlæg	7.750	1.215	800	169	66	24	10.069
- Service	15.856	2.577	2.026	682	264	178	23.242
Privat sektor	235.780	23.152	12.472	3.273	1.335	730	276.742
DA's andel af privat sektor, pct.	11,2	20,3	31,5	43,7	53,4	69,0	14,8

ANM.: Differensen mellem I alt og de enkelte kategorier vandret og lodret skyldes gruppen uoplyst. Arbejdsstedernes størrelse er opgjort august 2009. Landbrug omfatter fiskeri, skovbrug, gartneri og jagt.

KILDE: Danmarks Statistik (Generel Erhvervsstatistik) og DA.

Tabel 6.5

Beskæftigelsesstruktur

	Antal ansatte på arbejdsstedet						
2008	0-9	10-19	20-49	50-99	100-199	200	I alt
	Beskæftigede, 1.000 personer						
DA	64,4	61,1	108,2	93,8	88,8	432,4	848,7
- Fremstilling	6,4	10,6	27,3	32,8	39,2	161,1	277,3
- Bygge og anlæg	24,3	22,1	29,8	16,7	9,1	26,0	128,0
- Service	33,7	28,4	51,1	44,3	40,6	245,3	443,4
	Fuldtidsbeskæftigede, 1.000 personer						
DA	58,3	55,8	98,5	85,3	80,7	392,2	770,8
- Fremstilling	6,0	10,0	25,8	30,9	37,0	152,1	261,8
- Bygge og anlæg	23,5	21,5	28,9	16,2	8,8	25,3	124,2
- Service	28,8	24,3	43,8	38,2	34,9	214,8	384,8
Privat sektor	271,8	145,2	198,9	145,8	129,7	582,4	1.473,8
- Fremstilling	48,0	28,0	48,2	46,9	48,5	189,0	408,5
- Bygge og anlæg	46,8	29,5	34,9	18,0	9,9	26,1	165,1
- Service	177,0	87,7	115,9	81,0	71,2	367,4	900,1
	DA-andel af fuldtidsbeskæftigede i den private sektor, pct.						
DA	21,5	38,4	49,5	58,5	62,3	67,3	52,3
- Fremstilling	12,5	35,7	53,5	66,0	76,3	80,5	64,1
- Bygge og anlæg	50,2	72,8	82,9	90,3	88,9	97,0	75,2
- Service	16,3	27,7	37,8	47,2	49,0	58,5	42,8

ANM.: Fuldtidsbeskæftigelsen blandt lønmodtagere (ATP) er regnet om til antal beskæftigede vha. deltidsfrekvenser (AKU). Grundet afvikling af ATP-statistikken efter 3. kvartal 2009 er det ikke muligt at opdatere tabellen før eIndkomstRegisteret tages i brug i 2011.

KILDE: Specialkørsel fra Danmarks Statistik (ATP-beskæftigelsen og AKU), DA samt egne beregninger.

6.2 Aftaler på DA/LO-området

På DA/LO-området forhandles og indgås branchevise overenskomster mellem brancheorganisationer på DA-området og fagforbund eller karteller inden for LO. Overenskomsterne regulerer rammerne for ansattes løn- og arbejdsforhold.

På DA-området blev der senest i foråret 2010 indgået 2-årige overenskomster med udløb i 2012. Tilsvarende blev der i 2008 indgået overenskomster på de offentlige aftaleområder, som udløber i 2011. I den finansielle sektor blev overenskomsterne i 2010 forlænget med 1 år, således at disse nu udløber i 2011. Det samme gør overenskomsterne på SALA-området.

Fornyelsen af overenskomsterne på DA/LO-området i 2010 førte blandt andet til en reduktion af anciennitetskravet ved pensionsindbetalinger. Således vil medarbejdere pr. 1. marts 2011 optjene pension allerede efter 2 måneders ansættelse mod tidligere 9 måneder.

Derudover blev perioden med betalt forældreorlov udvidet, således at begge forældre fra 1. marts 2011 har ret til yderligere en uges orlov med løn. Det betyder, at mor og far – efter de første 14 ugers barselorlov til mor – har mulighed for at holde op til 11 ugers orlov med løn i alt, jf. tabel 6.10.

Endvidere medfører overenskomstresultatet, at DA og LO har forpligtiget sig til at indarbejde ligelønsloven i overenskomsterne, ligesom der skal søges nedsat et Ligelønsnævn til varetagelse af ligelønssager.

Overenskomstsystemet udgør en del af et samlet aftalesystem, hvor hovedorganisationerne DA og LO indgår rammeaftaler for de branchevise overenskomster. Hovedaftalen er den grundlæggende blandt disse aftaler.

Det er centralt i hovedaftalen, at parterne har fredspligt. Det betyder, at mens en overenskomst løber, er begge parter forpligtede til ikke at iværksætte konflikt

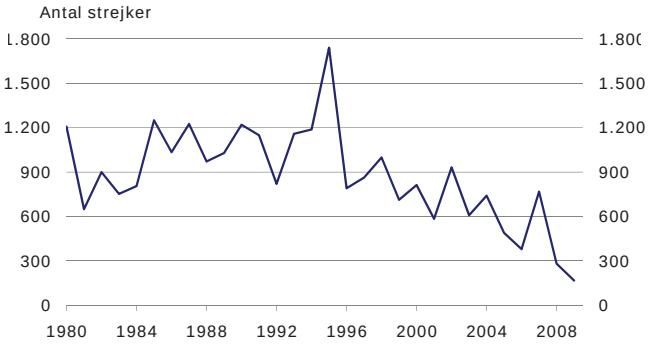
i form af strejke eller lockout. Hvis der opstår en strejke, mens en overenskomst løber, er den som udgangspunkt overenskomststridig.

I forbindelse med overenskomstudløb har lønmodtagere derimod som udgangspunkt fri adgang til at iværksætte konflikt med henblik på at opnå en ny overenskomst.

Antallet af overenskomststridige strejker svinger meget fra år til år. I de seneste fem år har de ligget på et lavere niveau end i slutningen af 1980'erne og i midten 1990'erne. I 2009 var der 168 strejker på DA-området, hvilket er det laveste antal i den målte periode, jf. figur 6.3.

Figur 6.3

Overenskomststridige strejker



ANM.: Kun overenskomststridige strejker er inkluderet (DA-området).
KILDE: DA (KonfliktStatistik).

Tabel 6.6

Fravigelse af OK-arbejdstidsregler

	Andel af ansatte på DA/LO-området, pct.		
Adgang til at fravige overenskomstens arbejdstidsregler	1988	1998	2008
Fri adgang	0	0	59
Forudsætter organisationernes godkendelse	0	0	18
Ingen hjemmel	100	100	23
I alt	100	100	100

ANM.: Baseret på overenskomster for knap 90 pct. af de beskæftigede på DA/LO-området.

KILDE: DA.

Tabel 6.7

Lønsystemer på DA/LO-området

Andel af ansatte, pct.	1995	1997	2000	2004	2007	2010
Normalløn	16	16	15	16	17	15
Mindstebetaling/ minimalløn	73	67	65	62	57	54
Uden lønsats	11	17	20	22	26	31
I alt	100	100	100	100	100	100

ANM.: Normallønsystemet er karakteriseret ved, at overenskomsten indeholder faste lønsatser, der anvendes i hele overenskomst¬perioden. Der er i de fleste normallønsoverenskomster adgang til at aftale præstationsafhængige lønsystemer. Minimalløns- eller mindstebetalingssystemet opererer med en minimalløns- eller mindstebetalingssats, som den enkeltes løn ikke må ligge under, men hvor den enkeltes løn afhænger af bedømmelsen af indsatsen på virksomheden. Baseret på overenskomster for knap 90 pct. af de beskæftigede på DA/LO-området.

KILDE: DA.

Tabel 6.8

Pensionsbidrag på DA/LO-området

	Timelønnede	Funktionærer
1993	0,90	0,00
1995	2,60	1,20
1997	3,80	3,45
1998	4,15	4,10
2000	5,80	5,10
2004	9,00	8,10
2007	10,80	9,90
2010	12,00	11,40
2012	12,00	11,40

ANM.: Pensionssatserne for timelønnede dækker overenskomstaftalerne mellem DI-COI, DI-TIB, DI-HK/3F (emballage) samt DI-3F (isolering), mens pensionssatserne blandt funktionærer er med udgangspunkt i overenskomsten mellem DE-HK (butik). For kontor- og lageroverenskomsten, herunder Industriens funktionæroverenskomst, er pensionsbidraget på 12,00 pct. i overenskomstperioden 2010-2012.

KILDE: DA.

Tabel 6.9

Sygeløn for arbejdere på DA/LO-området

Varighed, ultimo overenskomstperioden (feb. 2012)	Andel af arbejdere, pct.
4 uger	28
6-8 uger	16
9 uger eller mere	56

ANM.: Der er som udgangspunkt fuld løn i sygelønsperioden, dog er der loft over betalingen på nogle overenskomster. Baseret på overenskomster for knap 90 pct. af beskæftigede på DA/LO-området.

KILDE: DA.

Løn under barsel på DA/LO-området

Tabel 6.10

Varighed, ultimo overenskomstperioden (feb. 2012)

Kvinder	Mænd	Til deling	Andel af ansatte, pct.
22 uger	6 uger	3 uger	98
28 uger	12 uger	-	2

ANM.: Der er som udgangspunkt fuld løn i barselsperioden, dog er der loft over betalingen på nogle overenskomster.

KILDE: DA.

Bidrag til kompetenceudviklingsfonde

Tabel 6.11

Årligt bidrag til kompetenceudviklingsfonde (feb. 2012)	Andel af ansatte, pct.
400 kr. pr. fuldtidsbeskæftiget	9
520 kr. pr. fuldtidsbeskæftiget	2
520 kr. pr. medarbejder	89

ANM.: Baseret på overenskomster for knap 90 pct. af beskæftigede på DA/LO-området.

KILDE: DA

Tabel 6.12

Arbejdstid og ferie på DA/LO-området

	Aftalt arbejds-tid, timer pr. uge	Ferieuger pr. år	Feriefridage pr. år
1920	48,0	-	-
1958	47,0	3	-
1959	46,0	3	-
1960	45,0	3	-
1966	44,0	3	-
1968	42,5	3	-
1970	41,8	3	-
1974	40,0	4	-
1986	39,0	5	-
1987	38,5	5	-
1988	38,0	5	-
1989	37,5	5	-
1990	37,0	5	-
1998	37,0	5	1
1999	37,0	5	2
2001	37,0	5	4
2003	37,0	5	5
2007	37,0	5	5
2010	37,0	5	5

ANM.: Baseret på overenskomster for knap 90 pct. af beskæftigede på DA/LO-området.

KILDE: DA.

Tabel 6.13

Aftalt årlig arbejdstid på DA/LO-området

	Timer pr. år, fuldtidsbeskæftigede
1955	2.284
1960	2.164
1965	2.149
1970	2.006
1975	1.848
1980	1.840
1985	1.808
1990	1.687
1995	1.680
2000	1.658
2005	1.650
2010	1.658

ANM.: På grund af forskydelige helligdage kan den aftalte årlige arbejdstid variere, selvom overenskomsternes arbejdstidsbestemmelser er uændrede. Feriefridage er fratrukket. Den første feriefridag kom i 1998 og antallet er steget til 5 fra og med 2003, jf. tabel 6.12.

KILDE: DA.

Tabel 6.14

Varierende arbejdstid på DA/LO-området

Referenceperiode for gennemsnitlig 37 timer pr. uge	Andel af ansatte på DA/LO-området, pct.		
	1988	1998	2008
Ingen adgang	42	28	16
2½-4 måneder	26	4	2
6 måneder	32	6	5
12 måneder eller mere	0	62	77
I alt	100	100	100

ANM.: Referenceperioden er den periode, hvor arbejdstiden i gennemsnit skal være 37 timer om ugen. Aftale om varierende ugentlig arbejdstid kræver i nogle tilfælde, at der på forhånd er udarbejdet en plan for arbejdstidens placering i referenceperioden. Overenskomster med bestemmelser af denne karakter er rubriceret under ingen adgang.

KILDE: DA.

Tabel 6.15

Adgang til deltid på DA/LO-området

Andel af ansatte, pct.	Overenskomstperiode		
	2004– 2007	2007– 2010	2010– 2012
Ingen adgang	3	3	3
Delvis adgang	46	47	47
Fri adgang	51	50	50

ANM.: Delvis adgang indeholder områder med adgang til deltid inden for bestemte ugentlige timegrænser og for nyansatte. I gruppen "Ingen adgang" kan der være mulighed for deltid for særlige virksomheds-typer. Baseret på overenskomster for knap 90 pct. af de beskæfti-gede på DA/LO-området. Se desuden anm. tabel 6.7.

KILDE: DA.

Tabel 6.16

Lønsum på DA-området

2008	Lønsum, mia. kr.
DA	276
- Fremstilling	101
- Bygge og anlæg	47
- Service	128
DA/LO-området	189

ANM.: Lønsum er opgjort på baggrund af den samlede fortjeneste inkl. uregelmæssige betalinger. DA/LO-området er det område, hvor der er indgået branchevise overenskomster mellem brancheorganisationer på DA-området og fagforbund/karteller indenfor LO.

KILDE: Specialkørsel fra Danmarks Statistik (ATP-beskæftigelsen), DA (Struk-turStatistik) samt egne beregninger.

Tabel 6.17

Overenskomstforhandlinger på DA/LO-området

	Forhandlingsform		Konflikt	Konfliktløsning	
	Central forhandling DA/LO	Branchevise		Ændret mæg-lingsforslag	Lovindgreb
1952		•			
1954		•			
1956	•		•		•
1958		•			
1961	•		•	•	
1963	•		•		•
1965	•				
1967	•				
1969	•				
1971	•				
1973	•		•	•	
1975	•		•		•
1977	•		•		•
1979	•		•		•
1981		•			
1983	•				
1985	•		•		•
1987		•			
1989		•			
1991		•			
1993		•			
1995		•			
1997		•			
1998		•	•		•
2000		•			
2004		•			
2007		•			
2010		•			

KILDE: DA.

Tabel 6.18

Overenskomststridige arbejdsstandsninger på DA-området

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Antal arbejdsstandsninger	608	741	490	380	768	282
Antal personer (gennemsnit)	61	88	58	50	52	64
Varighed i dage (gennemsnit)	1,1	1,0	1,2	1,3	2,1	1,6
Antal tabte arbejdsdage (1.000)	42,7	66,1	35,3	24,3	69,1	29,2
Årsag til arbejdsstandsning		Pct. af antal arbejdsstandsninger				
- Løn	43,8	32,7	33,5	34,5	33,6	54,3
- Overenskomstforhold	-	-	-	-	35,5	5,7
- Arbejdsforhold	-	-	-	-	15,1	23,8
- Andre årsager	56,2	67,3	66,5	65,5	15,8	16,3
		Tabte dage pr. 10.000 arbejdsdage				
Tabte arbejdsdage	2,8	4,3	2,2	1,3	3,6	1,5
- Fremstilling	5,0	9,4	4,3	1,9	6,5	2,2
- Bygge og anlæg	2,0	1,4	1,2	1,0	1,4	0,3
- Service	1,0	1,2	1,0	0,9	2,6	1,3
Heraf lønkonflikter	1,1	1,5	0,9	0,5	1,5	0,7
- Fremstilling	2,2	3,3	2,1	1,1	3,4	1,2
- Bygge og anlæg	1,1	1,0	0,6	0,3	0,8	0,2
- Service	0,1	0,1	0,1	0,1	0,5	0,5

ANM.: Statistikken er omlagt i 2007.

KILDE: DA (KonfliktStatistik), specialkørsel fra Danmarks Statistik (ATP-beskæftigelsen) samt egne beregninger.

Tabel 6.19

Tabte arbejdsdage i forbindelse med konflikt

	Tabte arbejdsdage pr. år pr. 1.000 beskæftigede			
	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2008
Danmark	261	178	165	115
Finland	613	408	165	73
Norge	45	99	79	54
Frankrig	286	119	23	38
UK	569	332	30	30
Sverige	46	182	47	22
USA	507	123	39	14
Tyskland	52	28	10	5
Japan	124	10	2	0

ANM.: Tabte arbejdsdage som følge af arbejdsnedlæggelser er beregnet som årlige gennemsnit for perioderne. Der er ikke fuld overensstemmelse mellem opgørelsesmetoderne landene i mellem. Indtil 1993 omfatter Tyskland kun Vesttyskland. Landene er sorteret efter antallet af tabte arbejdsdage i 2000-2008. Der forekommer datebrug mellem det 20. århundrede og det ny årtusinde.

KILDE: ILO (Yearbook of Labour Statistics), OECD (Annual Labour Force Statistics) samt egne beregninger.

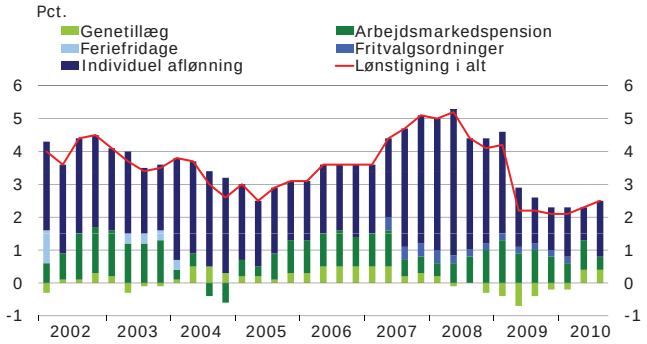
6.3 Løn og indkomst

Timelønnen for ansatte på DA-området steg med 2,6 pct. på årsbasis fra 3. kvartal 2009 til 3. kvartal 2010. For arbejdere isoleret set var stigningstakten 2,5 pct. i samme periode.

Profilen for arbejderes lønstigningstakt har været aftagende siden 2. kvartal 2008, hvilket afspejler den nuværende økonomiske krise. I det seneste kvartal er der dog en positiv ændring på 0,2 pct.point i den årlige stigningstakt, jf. figur 6.4.

Figur 6.4

Årlig ændring i fortjenesten for arbejdere



ANM.: Den målte stigningstakt for arbejdere for 3. kvartal 2010 estimeres at være overvurderet med ca. 0,3 pct. Det skyldes bidrag fra indførelsen af multimedieskat (som medfører en stigning i den A-skattepligtige indkomst, der ikke afspejler en egentlig lønstigning) og en måleteknisk præcisering af indførelsen af nye arbejdsfunktionskoder i statistikken i 2010.

KILDE: DA (KonjunkturStatistik).

Størstedelen af væksten i timefortjenesten for en gennemsnitlig arbejder i 3. kvartal 2010 udgøres – i lighed med de foregående kvartaler – af stigninger i den individuelle aflønning, mens der ligeledes er et bidrag fra arbejdsgivers og lønmodtagers eget pensionsbidrag samt fra genebetalinger.

Udviklingen i genebetalinger har i 2. halvdel af 2008 og hele 2009 bidraget med et negativt bidrag til lønudviklingen. Denne udvikling er vendt i 2010, hvor gene-

betalinger igen bidrager positivt til lønstigningstakten for arbejdere.

Genebetalinger indeholder blandt andet aflønning af overarbejde. Når bidragene fra genebetalingerne er negative, er det hovedsageligt fordi omfanget af overarbejde kan svinge kraftigt mellem kvartalerne. Størrelsen i vækstbidraget fra genebetalinger afspejler bl.a. niveauet for den generelle erhvervsaktivitet.

Ved overenskomstfornyelserne i foråret 2007 blev der indført fritvalgsordninger på de fleste overenskomstområder. Betalingen til fritvalgsordningen var ½ pct. af den ferieberettigede løn pr. 1. maj 2007. Beløbet blev hævet med ¼ pct.point pr. 1. maj 2008 og igen pr. 1. maj 2009 til at udgøre i alt 1 pct. af den ferieberettigede løn ved overenskomstperiodens udløb. Fritvalgsordningen har haft en effekt på lønomkostningerne under indfasningen frem til og med 1. kvartal 2010.

Tabel 6.20

Udviklingen i arbejdsomkostninger

Årlig ændring, pct.	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Danske arb. omk.	4,3	3,9	3,2	2,9	3,2	4,1	4,6	3,0
- Fortjeneste	4,2	3,8	3,1	2,8	3,2	4,1	4,5	3,0
- Øvrige arb. omk.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Udenlandsk fortjeneste	3,0	3,2	3,0	2,5	2,5	2,4	3,3	1,7

ANM.: Udviklingen i den danske fortjeneste er for DA-området. Øvrige arbejdsomkostninger består af lov- og aftaltebestemte omkostninger. Som indikator for udviklingen i udenlandsk fortjeneste anvendes timelønsudviklingen i fremstillingsvirksomhed. Udlandet omfatter Danmarks 11 største samhandelslande på baggrund af Nationalbankens vægte i det effektive kronekursindeks.

KILDE: DA (KonjunkturStatistik og International LønStatistik) samt egne beregninger.

Tabel 6.21

Lønudviklingen i fremstilling

Årlig ændring, pct.	2009			2010		Vægt
	2. kvt.	3. kvt.	4. kvt.	1. kvt.	2. kvt.	2002
Tyskland	1,6	1,7	1,9	2,5	2,3	21,0
UK	1,2	1,6	3,2	7,3	2,9	10,4
Sverige	1,5	2,1	2,7	4,2	2,7	9,0
USA	1,5	1,1	1	1,8	2,2	8,6
Frankrig	2,1	1,9	1,8	1,8	-	6,4
Holland	3,7	2,7	0,8	-	-	5,3
Italien	7,4	4,9	2,2	2,2	1,2	5,1
Belgien	2,3	2,4	1,9	1,6	1,3	4,1
Japan	-9,4	-6,5	-6,7	2,9	4,2	3,9
Norge	4,8	4,2	4,1	4,9	4,7	3,7
Finland	4,4	4,2	1,2	2,3	2	2,5
Udlandet	1,8	1,8	1,7	3,1	2,3	80,0
Danmark	2,3	2,3	2,3	2,5	2,5	-

ANM.: Vægte henviser til Danmarks 11 største samhandelslandenes vægtning i Danmarks Nationalbanks effektive kronekursindeks fra 2002.

KILDE: DA (International LønStatistik), Danmarks Nationalbank samt egne beregninger.

Tabel 6.22

Arbejdsomkostninger i fremstilling

2008	Arbejdsomkostninger, kr. pr. time	Heraf, pct.	
		Direkte	Indirekte
Norge	252,6	81,6	18,4
Danmark	233,2	87,9	12,1
Sverige	195,7	66,9	33,1
Finland	191,9	78,3	21,7
Holland	189,4	77,6	22,4
Tyskland	183,9	78,1	21,9
Frankrig	161,2	67,6	32,4
UK	142,0	79,0	21,0
USA	130,8	76,8	23,2
Japan	118,0	82,2	17,8

ANM.: Direkte arbejdsomkostninger omfatter alle betalinger til lønmodtageren inkl. gene-, ferie-, sygdoms-, og pensionsbetalinger. Indirekte arbejdsomkostninger omfatter øvrige omkostninger, men er ikke fuldt sammenlignelige med tabel 6.24.

KILDE: Bureau of Labour Statistics (International Comparisons of Hourly Compensation Costs 1975-2008), Nationalbanken samt egne beregninger.

Tabel 6.23

Udviklingen i lovbundne arbejdsomkostninger

År	Væsentlige ændringer i lovbundne arbejdsomkostninger og bidrag til ændring i samlede arbejdsomkostninger, pct. point.	
1990	Kompensation for præmie til arbejdsskadesforsikring reduceres	0,1
1991	Kompensation for præmie til arbejdsskadesforsikring bortfalder, direkte AER-bidrag genindføres	1,0
1992	AER-bidraget stiger	0,3
1993	AER-bidrag stiger, arbejdsgiverbetaling også for 2. ledighedsdag, ATP-kompensationen (til syge og ledige dagpengemodtagere) reduceres	0,3
1994	Kompensation for ATP lavere end året før pga. nedsættelsen i 1993	0,1
1995	Præmierne til arbejdsulykkesforsikring forhøjes, AER-bidrag sættes ned	0,2
1996	Præmierne til arbejdsskadesforsikring forhøjes, ATP-kompensation forhøjes som led i tilbageføring af grønne afgifter	0,1
1997	Arbejdsmarkedsbidrag på 0,3 pct. indføres (0,19 pct. netto for tilbageføring af grønne afgifter), ATP-kompensation nedsættes (finansiering af forhøjet ATP til dagpengemodtagere m.v.)	0,2
1998	Arbejdsmarkedsbidrag forhøjes til 0,6 pct. (0,33 pct. netto for tilbageføring af grønne afgifter), der indføres sygeskat, AER-bidrag forhøjes, præmien til arbejdsskadeforsikringen falder.	0,3
1999	Sygeskat afskaffes, AER-bidraget reduceres, tilbageføringen af grønne afgifter øges, ATP-kompensation øges, erhvervssygdomspræmien øges	-0,2
2000	ATP-kompensationen nedsættes, tilbageføringen af grønne afgifter øges, arbejdsmarkedsbidraget (netto) bortfalder, der indføres et arbejdsgiverbidrag til Lønmodtagernes Garantifond, forsikringsordningen for mindre arbejdsgivere beskæres, G-dagebetalingerne øges, VEU-reform, AER-bidrag øges.	0,1
2001	Øget AER-bidrag, ny arbejdsmiljøafgift, nedsættelse af ATP-kompensation	0,3
2002	Øget AES-bidrag, LG, ATP for ledige, syge m.v. Nedsættelse af AER-bidrag	0,1
2003	Bortfald af ATP-kompensation og arbejdsmiljøafgift, øget LG-bidrag, AMU finansiering, øgede arbejdsskadeforsikringer, lavere AES-bidrag	0,1
2004	Øget AES-bidrag, ATP for ledige, syge m.v., arbejdsskadereform	0,1
2005	Øget AES-bidrag, ATP for ledige, syge m.v.	0,1
2006	Øget bidrag til AES og AER. Lavere finansieringsbidrag til LG	0,0
2007	Øget bidrag til AES og AER. Ændring af sygedagpengeregler, hvor arbejdsgiverperiode forlænges med en dag, og ændring af arbejdsskadesikringsregler. Lavere finansieringsbidrag til LG m.v.	0,1
2008	Øget AER-bidrag, forlængelse af arbejdsgiverperiode ifm. sygdom og ekstra G-dag. Lavere finansieringsbidrag til ledige m.fl. og LG, ændring af arbejdsskadesikringsregler.	-0,1
2009	Øget bidrag til AES og AER, forlængelse af arbejdsgiverperiode ifm. sygdom og ekstra G-dag. Lavere finansieringsbidrag til ledige m.fl.	0,0
2010	Øget bidrag til AES og AER, øget finansieringsbidrag til ledige m.fl. og LG.	0,2

ANM.: Opgørelsen omfatter kun omkostninger, som falder direkte på anvendelsen af arbejdskraft.

KILDE: DA.

Tabel 6.24

Arbejdsomkostninger på DA-området (arbejdere)

Skøn for 2010	Sats	Kr. pr. år pr. arbejder	Pct. af årsløn for arbejdet tid
Fortjeneste			
Løn for arbejdet tid		269.795	100
Betalinger ved fravær	Gns. pr. arbejder	22.971	8,5
Feriepenge	12,5 pct.	36.965	13,7
Fritvalgsordning (inkl. SH)	4,75 pct./5,0 pct.	14.786	5,5
Arbejdsgiverbidrag til pension	7,4 pct. /8,0 pct.	27.561	10,2
Arbejdsgivers ATP	47,40 kr./pr. uge	2.228	0,8
Lønmodtagers fortjeneste i alt		374.308	138,7
Øvrige arbejdsomkostninger			
Lovbestemte			
- Arbejdsskadeforsikring	Gns. alle brancher	4.276	1,6
- 1.-3. ledighedsdag	Gns. alle brancher	329	0,1
- AER-bidrag		2.128	0,8
- Finansieringsbidrag		1.095	0,4
- Refusioner ved fravær	Gns. alle arbejder	-3.279	-1,2
Aftalebestemte			
- DA/LO uddannelsesfond	31 øre pr. time	481	0,2
- Kompetenceudviklingsfond	260/520 kr. pr. arbejder	520	0,2
- Uddannelse og samarbejde (tillidsmænd)	20 øre pr. time	310	0,1
Øvrige arbejdsomkostninger i alt		5.860	2,2
Virksomhedens arbejdsomkostninger i alt		380.167	140,9

ANM.: Arbejdsskadesikring og udgifter til 1.-3. ledighedsdag varierer betydeligt imellem forskellige brancher. Udgifterne til overenskomstaftalte pensionsordninger og uddannelsesfonde kan ligeledes variere fra overenskomst til overenskomst. Satser for fritvalgskonto og pensionsbidrag tager udgangspunkt i overenskomstaftalen mellem DI og CO-Industri. Arbejdsgivers pensionsbidrag er steget fra 7,4 pct. til 8,0 pct. pr. 1. juli 2009. Pr. 1. maj 2007 indførtes en fritvalgskonto på 0,5 pct. af den ferieberettigede løn (foruden 4 pct. søgnehelligdagsbetaling). Pr. 1. maj 2008 blev beløbet hævet til 0,75 pct., og det blev yderligere hævet til 1,0 pct. pr. 1. maj 2009. Endvidere blev der indført kompetenceudviklingsfond pr. 1. april 2008, hvor beløbet blev hævet til 520 kr. pr. 1. april 2009. Samtlige løn- og fraværsbetalinger er beregnet på tal fra 2007.

KILDE: DA.

Tabel 6.25

Arbejdsomkostninger på DA-området (funktionærer)

Skøn for 2010	Sats	Kr. pr. år pr. funktionær	Pct. af årsløn for arbejdet tid
Fortjeneste			
Løn for arbejdet tid		354.470	100
Betalinger ved fravær	Gns. pr. arbejder	26.541	7,5
Ferie og SH-dage med løn	Fuld løn	53.730	15,2
Fritvalgskonto	1,0 pct.	3.849	1,1
Særlig feriegodtgørelse	1 pct. af 47 ugers løn	3.946	1,1
Arbejdsgiverbidrag til pension	7,4 pct. af A-indkomst	33.633	9,5
Arbejdsgivers ATP	180,00 kr./pr. måned	2.160	0,6
Lønmodtagers fortjeneste i alt		469.918	134,9
Øvrige arbejdsomkostninger			
Lovbestemte			
- Arbejdsskadeforsikring	Gns. pr. arbejder	1.438	0,4
- AER-bidrag		2.128	0,6
- Finansieringsbidrag		1.095	0,3
- Refusioner ved fravær	Gns. pr. arbejder	-3.419	-1,0
Aftalebestemte			
- DA/LO uddannelsesfond	31 øre pr. time	490	0,1
- Kompetenceudviklingsfond		520	0,1
- Uddannelse og samarbejde (tillidsmænd)	20 øre pr. time	316	0,1
Øvrige arbejdsomkostninger i alt		2.568	0,7
Virksomhedens arbejdsomkostninger i alt		480.896	2.8

ANM.: Udgifterne til overenskomstaftalte pensionsordninger og uddannelsesfonde kan variere fra overenskomst til overenskomst. Satser for fritvalgskonto og pensionsbidrag tager udgangspunkt i overenskomstaftalen mellem Dansk Erhverv og HK Handel (butik). Arbejdsgivers pensionsbidrag er steget fra 6,8 pct. til 7,4 pct. pr. 1. juli 2009. Pr. 1. maj 2007 indførtes en fritvalgskonto på 0,5 pct. af den ferieberettigede løn. Pr. 1. maj 2008 blev beløbet hævet til 0,75 pct., og det blev yderligere hævet til 1,0 pct. pr. 1. maj 2009. Endvidere blev der indført en kompetenceudviklingsfond pr. 1. april 2008, hvor beløbet blev hævet til 520 pr. 1. april 2009.

KILDE: DA.

Tabel 6.26

Helårsfortjeneste fordelt på arbejdsfunktioner

DA-området, kr. pr. år, 2009	Fuldtidsfortjeneste	Faktisk fortjeneste
Ledelsesarbejde på højt niveau	702.675	698.202
Højt kvalifikationsniveau	604.187	601.211
Mellemhøjt kvalifikationsniveau	485.050	481.691
Kontorarbejde	362.508	339.806
Salgs- og servicearbejde	295.856	259.581
Arbejde i landbrug, gartneri m.v.	353.336	326.841
Håndværkspræget arbejde	391.349	378.740
Proces- og maskinoperatørarbejde	345.180	343.807
Andet arbejde	322.036	299.038
I alt	411.773	399.055

ANM.: Fuldtidsfortjenesten er beregnet ud fra lønmodtagernes timefortjeneste inkl. pension og under forudsætning af, at alle lønmodtagere arbejder 37 timer om ugen i hele 2008 (bortset fra ferie- og søgnehelligdage). Den faktiske fortjeneste tager højde for deltidsarbejde, overarbejde, sygefravær m.v. og betalinger i forbindelse hermed. Opgørelsen dækker voksne med mere end 10 timer pr. uge. Elever og unge indgår ikke i opgørelsen.

KILDE: DA (StrukturStatistik).

Tabel 6.27

Helårsfortjeneste fordelt på lønmodtagergrupper

DA-området, kr. pr. år, 2009	Fuldtidsfortjeneste	Faktisk fortjeneste
Almindelige lønmodtagere	380.974	366.890
Ledere og medarbejdere med særligt ansvar	608.082	604.071
Voksne i alt	411.773	399.055
Kontorarbejde	362.508	339.806
- Funktionærer	474.165	466.860
- Funktionærer	474.165	466.860
- Arbejdere	345.864	327.429
Elever og unge	157.849	133.418
- Elever	178.535	181.319
- Unge	126.859	61.647
I alt	395.283	381.804

ANM.: Kun personer med mere end 10 timer pr. uge er med i beregningerne, se anm. til tabel 6.26.

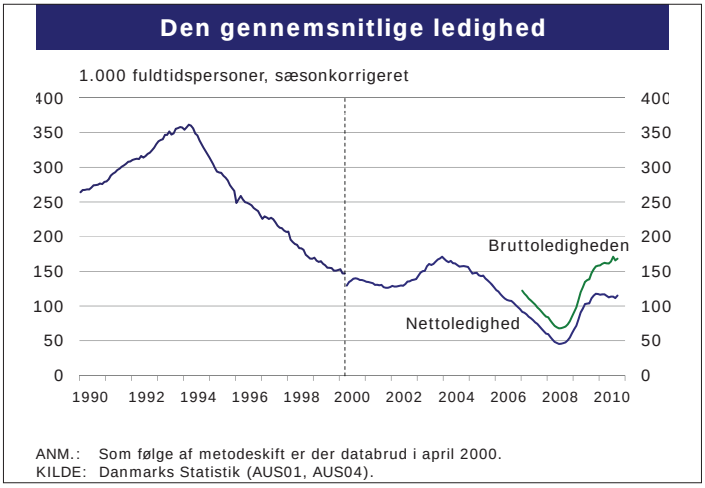
KILDE: DA (StrukturStatistik).

6.4 Arbejdsstyrke, beskæftigelse og ledighed

Efter at ledigheden har været faldende fra 2004 og frem til sommeren 2008, er denne udvikling siden vendt som følge af den finansielle krise og den globale økonomiske nedtur.

Hvor ledigheden i juni 2008 var godt 46.000 nettoledige fuldtidspersoner – det laveste niveau i 30 år – er niveauet nu mere end fordoblet.

I september 2010 var antallet af nettoledige 115.000 fuldtidspersoner, mens bruttoledigheden var på 168.000, jf. figur 6.5.



Figur 6.5

Siden 2009 har nettoledigheden været næsten uændret. Til gengæld er bruttoledigheden steget støt siden juni 2008 som følge af mere end dobbelt så stort aktiveringsomfang.

Boks 6.1

Brutto- og nettoledige

Bruttoledige består af de registreret ledige, aktiverede dagpengeberettigede samt de aktiverede kontanthjælpsmodtagere, der alle skønnes arbejdsmarkedsparate (med en matchkategori 1). Aktiverede kontanthjælpsmodtagere som ikke skønnes arbejdsmarkedsparate (matchkategori 2-3) og feriedagpengemodtagerne indgår ikke i bruttoledigheden.

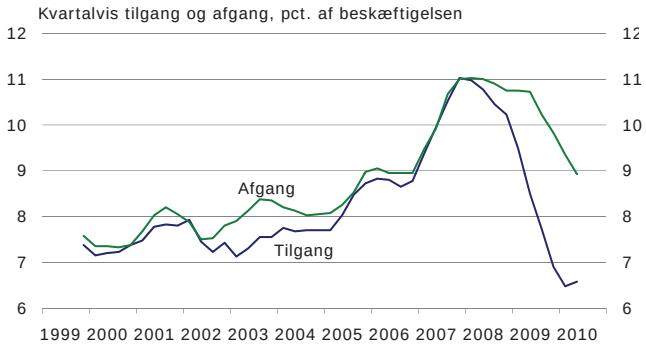
Nettoledige er ledige, som ikke er i aktivering, og som også kaldes de registreret ledige.

Ledigheden er dog fortsat på et relativt lavt niveau, set i forhold til eksempelvis starten af 2000-tallet.

Udviklingen i ledigheden påvirkes blandt andet af personaleomsætningen, hvor tilgangen til beskæftigelse på DA-området siden sidste halvdel af 2008 faldt markant i forhold til faldet i afgangen, jf. figur 6.6.

Figur 6.6

Personaleomsætning på DA-området



ANM.: 4 kvartalers glidende gennemsnit.
KILDE: DA (PersonaleomsætningsStatistik).

Personaleomsætningen i 2007 og 2008 var den højeste i 10 år, og traditionelt er mobiliteten også høj på det danske arbejdsmarked. Som følge af den seneste krise og den ekstraordinære situation på det private arbejdsmarked er der stadig tilbageholdenhed med at ansættelse. Der er dog tegn på, at tilgangen for første gang siden krisen steget igen i 1. kvartal 2010.

Mens beskæftigelsen i den private sektor er faldet med 5 pct. fra 2008 til 2009, er den offentlige beskæftigelse derimod steget under krisen og i dag på det højeste niveau nogensinde.

I de kommende år vil arbejdsstyrken falde som følge af, at flere ældre forlader arbejdsmarkedet samtidig med, at antallet af personer i alderen 25-59 år falder. I 2013 vil antallet af personer uden for arbejdsstyrken overstige antallet af personer inden for arbejdsstyrken, jf. DREAM-modellen 2009.

Der er således inden for ganske få år udsigt til, at manglen på arbejdskraft vil tage til og medføre et øget et pres på arbejdsmarkedet i årene frem mod gennemførelsen af Velfærdsreformen i 2019.

Tabel 6.28

Arbejdsstyrke, beskæftigelse og ledighed

	Offentlig beskæftigelse	Privat beskæftigelse	Samlet beskæftigelse	Ledige	Arbejdsstyrke
			1.000 personer		
2000	811	1.901	2.712	140	2.852
2001	822	1.920	2.742	130	2.873
2002	833	1.913	2.746	132	2.878
2003	829	1.885	2.714	158	2.872
2004	829	1.869	2.698	161	2.858
2005	831	1.896	2.727	141	2.868
2006	835	1.949	2.783	109	2.893
2007	834	2.026	2.861	78	2.939
2008	830	2.078	2.909	52	2.960
2009	845	1.979	2.824	98	2.922
			Fordeling, pct.		
2000	29,9	70,1	95,1	4,9	100
2001	30,0	70,0	95,5	4,5	100
2002	30,3	69,7	95,4	4,6	100
2003	30,5	69,5	94,5	5,5	100
2004	30,7	69,3	94,4	5,6	100
2005	30,5	69,5	95,1	4,9	100
2006	30,0	70,0	96,2	3,8	100
2007	29,2	70,8	97,3	2,7	100
2008	28,5	71,5	98,3	1,7	100
2009	29,9	70,1	96,6	3,4	100

ANM.: Arbejdsstyrken er her beregnet som beskæftigelse ekskl. orlov plus ledighed og adskiller sig dermed fra Nationalregnskabet. Offentlig beskæftigelse omfatter offentlige og personlige tjenester ekskl. kultur, foreninger og renovation.

KILDE: Danmarks Statistik (Nationalregnskabet) og egne beregninger.

Tabel 6.29

Privat beskæftigelse fordelt på brancher

	Landbrug m.v.	Fremstilling	Bygge og anlæg	Service	Øvrige	I alt
			1.000 personer			
2000	98	443	166	1.047	148	1.901
2001	95	443	165	1.068	150	1.920
2002	94	431	162	1.069	155	1.913
2003	92	412	161	1.067	153	1.885
2004	88	394	161	1.071	155	1.869
2005	86	386	172	1.095	157	1.896
2006	84	383	184	1.139	158	1.949
2007	83	392	193	1.199	160	2.026
2008	84	397	194	1.239	164	2.078
2009	82	358	176	1.192	172	1.979
			Fordeling, pct.			
2000	5,1	23,3	8,7	55,1	7,8	100
2001	4,9	23,1	8,6	55,6	7,8	100
2002	4,9	22,6	8,5	55,9	8,1	100
2003	4,9	21,9	8,6	56,6	8,1	100
2004	4,7	21,1	8,6	57,3	8,3	100
2005	4,5	20,3	9,1	57,8	8,3	100
2006	4,3	19,7	9,5	58,5	8,1	100
2007	4,1	19,3	9,5	59,2	7,9	100
2008	4,0	19,1	9,3	59,6	7,9	100
2009	4,1	18,1	8,9	60,2	8,7	100

ANM.: Service omfatter handel, hotel, transport, finansiering m.v. Det bemærkes, at denne opgørelse ikke er for fuldtidspersoner og derfor ikke kan sammenlignes med tabellerne i afsnit 6.1.

KILDE: Danmarks Statistik (NAT18 og AUS01) og egne beregninger.

Tabel 6.30

Erhvervsfrekvens								
Befolkningen 16-64 år Pct.	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
I alt	78,8	77,8	77,6	77,2	77,4	78,1	79,1	76,9
- 16-24 år	67,5	65,2	63,6	62,8	63,9	65,9	70,9	67,8
- 25-49 år	87,2	86,0	86,0	85,9	86,2	87,1	87,2	84,5
- 50-59 år	81,9	81,9	82,5	82,5	82,7	83,3	83,2	81,9
- 60-64 år	35,2	37,0	37,8	39,1	40,1	41,3	42,5	43,4
65-69 år	15,3	15,8	15,1	15,7	17,1	18,0	18,6	18,9
Indvandrere								
- Ikke-vestlige lande	51,8	51,7	53,6	54,7	56,3	59,6	60,7	56,8
- Vestlige lande	66,5	65,5	65,0	65,3	65,5	66,3	66,5	64,0
Efterkommere								
- Ikke-vestlige lande	67,0	64,6	62,9	63,2	64,8	68,6	69,7	66,7
- Vestlige lande	77,6	75,7	75,3	75,0	75,5	76,7	75,0	72,2

ANM.: Opgørelsesmetoden blev ændret i 2003. Erhvervsfrekvensen er derved 0,3 pct. point lavere i 2003, end hvis den gamle opgørelsesmetode var videreført.

KILDE: Specialkørsel fra Danmarks Statistik (RAS).

Tabel 6.31

Personaleomsætning på DA-området

	Arbejdere		Funktionærer		I alt	
Pct., 2009	Tilgang	Afgang	Tilgang	Afgang	Tilgang	Afgang
Fremstillingsvirksomhed	8,6	25,8	9,9	15,1	9,1	21,8
- Nærings- og nydelses middel	11,8	29,8	9,8	19,6	11,3	27,3
- Tekstil og beklædning	7,8	36,5	10,5	17,5	8,7	30,1
- Træ og papir	9,6	30,7	6,1	18,7	8,7	27,7
- Grafisk	14,8	26,6	14,5	15,5	14,6	18,6
- Kemisk, gummi og plast	8,7	23,1	10,9	13,9	9,9	18,2
- Sten, ler og glas	5,1	27,2	6,7	14,8	5,6	23,0
- Jern og metal	9,8	28,3	10,2	15,0	9,9	24,7
- Maskin og elektronik	5,2	21,6	8,0	13,6	6,3	18,4
- Transportmiddel	8,4	18,7	7,9	15,0	8,3	17,7
- Anden fremstilling	8,5	22,0	14,0	12,9	11,2	17,6
Bygge og anlæg	20,4	33,4	11,9	16,4	18,8	30,1
- Bygge- og anlægsvirksomhed	20,3	35,0	12,2	16,4	18,8	31,7
- Byggeinstallation	20,9	27,3	11,0	16,4	18,6	24,7
Service	21,7	37,3	18,2	26,2	19,8	31,1
- Bilhandel og værksteder	15,1	25,4	9,1	19,1	12,3	22,5
- Engroshandel	15,8	32,7	10,1	18,9	11,4	22,0
- Detailhandel	40,5	40,4	27,3	36,6	28,8	37,0
- Hotel og restauration	34,8	41,3	20,1	23,9	33,0	39,1
- Transport	12,9	32,9	7,2	14,1	11,5	28,3
- Forretningsservice	32,5	51,8	13,8	19,3	21,7	33,0
DA-området i alt	15,5	31,4	15,2	22,1	15,4	27,2

ANM.: Personaleomsætning belyser tilgang og afgang inden for et kalenderår blandt voksne lønmodtagere på DA-området, dvs. elever og unge indgår ikke. Alle til- og fratrædelsesprocenter beregnes ud fra antallet af tiltrådte, fratrådte og stabile medarbejdere indenfor den enkelte virksomhed. En tiltrådt medarbejder defineres som en person, der ikke var på en given virksomhed i 2007, men var der i en kortere eller længere periode i 2008, og omvendt for en fratrådt. En stabil ansat var der i begge år. Alle ansatte vægtes ens uanset beskæftigelsesgrad. Ansatte på virksomheder, der startede/lukkede i 2008, indgår ikke.

KILDE: DA (PersonaleomsætningsStatistik).

Tabel 6.32

Arbejdsstyrkefremskrivning					
1.000 personer	2010	2020	2030	2040	2050
Arbejdsstyrken i alt	2.806	2.760	2.825	2.883	2.996
- 17-24 år	393	411	398	402	417
- 25-49 år	1.574	1.435	1.421	1.493	1.480
- 50-59 år	592	640	579	500	598
- 60-64 år	155	162	270	248	240
- Over 64 år	92	112	157	240	262
Her af indvandrere	216	226	236	238	239
- Mindre udviklede lande	104	107	106	103	100
- Mere udviklede lande	112	120	129	135	139
Her af efterkommere	30	67	105	147	186
- Mindre udviklede lande	20	48	72	93	108
- Mere udviklede lande	9	19	34	54	78
- Dansk herkomst	2.560	2.467	2.484	2.498	2.572
Uden for arbejdsstyrken	2.726	2.904	2.967	2.981	2.928
- Under 17 år	393	411	398	402	417
- 17-64 år	1.574	1.435	1.421	1.493	1.480
- Over 64 år	592	640	579	500	598
Forsørgerbrøk	0,97	1,05	1,05	1,03	0,98

ANM.: Arbejdsstyrkefremskrivningen afspejler effekten af aldring, vandringer, fertilitet og dødelighed i DREAM's befolkningsfremskrivning. Opdelingen på mere og mindre udviklede lande bygger på FN's afgrænsning. Forsørgerbrøken er defineret som antal personer uden for arbejdsstyrken i forhold til antal personer i arbejdsstyrken. 2006 er basisår og svarer til RAS-opgørelsen.

KILDE: DREAM-gruppens fremskrivning af befolkning og arbejdsstyrke (2009) og egne beregninger.

Tabel 6.34

Erhvervsdeltagelse i udvalgte lande

Pct., 2009	Erhvervsfrekvens			Beskæftigelsesfrekvens			Ledighedsprocent		
	Alle	Unge	Ældre	Alle	Unge	Ældre	Alle	Unge	Ældre
Sverige	78,9	50,7	74,0	72,2	38,0	70,1	8,5	25,0	5,2
Danmark	80,7	71,7	60,3	75,7	63,6	57,5	6,1	11,2	4,7
Norge	79,0	58,5	69,5	76,5	53,2	68,7	3,2	9,2	1,1
UK	76,6	64,2	60,3	70,6	52,1	57,5	7,8	18,9	4,6
Holland	78,8	73,1	54,7	75,8	67,8	52,6	3,9	7,3	3,8
Finland	74,6	49,2	59,3	68,4	38,5	55,6	8,4	21,6	6,3
Tyskland	76,4	52,3	61,0	70,4	46,6	56,1	7,8	11,0	8,0
USA	74,6	56,9	64,9	67,6	46,9	60,6	9,4	17,6	6,6
Japan	73,9	43,9	68,7	70,0	39,9	65,5	5,3	9,1	4,6
Frankrig	70,2	38,8	41,6	63,9	30,1	39,0	9,1	22,4	6,3
OECD	70,7	48,5	57,8	64,8	40,6	54,5	8,3	16,4	5,7

ANM.: Unge omfatter 15-24-årige (tal for Norge, Sverige, UK og USA for 16-24-årige). Ældre omfatter 55-64-årige. Opgørelsesmetoden er en anden end for de nationale danske ledighedstal og erhvervsfrekvenser, idet de internationale tal er baseret på Labor Force Survey. Tallene fra Frankrig er estimater.

KILDE: OECD (Employment Outlook, 2010).

Tabel 6.35

Nettoledige fordelt efter regioner

Nettoledige i pct. af arbejdsstyrken	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hele landet	6,2	6,4	5,7	3,8	2,7	1,8	3,4
- Hovedstaden	5,6	5,9	5,3	3,8	3,1	2,1	3,3
- Sjælland	6,0	6,0	5,4	3,5	2,5	1,7	3,2
- Syddanmark	6,5	6,5	5,7	3,5	2,4	1,5	3,3
- Midtjylland	6,1	6,3	5,5	3,5	2,1	1,4	3,2
- Nordjylland	7,5	8,2	7,6	5,4	3,3	2,2	4,1

ANM.: Opgørelsesmetoden er ændret, hvilket medfører et databrud fra 2005 til 2006.

KILDE: Danmarks Statistik og egne beregninger (AUS02).

Tabel 6.36

Nettoledige fordelt efter alder

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
				1.000 personer			
I alt	158,4	160,1	141,1	109,1	77,4	51,0	98,1
- 16-24 år	14,2	13,8	11,5	8,9	6,2	5,3	11,0
- 25-29 år	21,8	20,9	17,2	12,8	9,4	6,7	12,4
- 30-39 år	44,5	44,9	39,1	30,0	21,8	14,3	26,5
- 40-49 år	32,0	33,4	29,9	23,4	17,1	11,7	24,3
- 50-59 år	40,6	41,3	37,9	29,6	19,5	11,1	20,7
- 60 år og derover	5,3	5,8	5,5	4,5	3,4	1,9	3,3
				Pct. af arbejdsstyrken			
I alt	5,7	5,8	5,1	3,9	2,7	1,9	3,6
- 16-24 år	4,0	3,9	3,1	2,3	1,6	1,3	2,8
- 25-29 år	7,5	7,4	6,3	4,8	3,5	2,7	5,0
- 30-39 år	6,3	6,5	5,7	4,4	3,3	2,2	4,1
- 40-49 år	4,8	5,0	4,4	3,3	2,4	1,7	3,5
- 50-59 år	6,5	6,7	6,2	4,9	3,3	1,9	3,5
- 60 år og derover	4,2	4,1	3,9	3,0	2,1	1,2	2,0

KILDE: Danmarks Statistik (AUS01).

Tabel 6.37

Personer uden ordinær beskæftigelse			
16-64-årige, 1.000 fuldtidspersoner	2007	2008	2009
Nettoledige i alt	77	51	98
- Dagpengemodtagere	61	40	83
- Kontanthjælpsmodtagere	16	11	15
- Feriedagpenge	7	6	4
Vejledning og opkvalificering i alt	42	44	51
Støttet beskæftigelse	74	81	85
- Virksomhedspraktik eller voksenlærling	17	18	20
- Ansættelse med løntilskud	8	7	9
- Fleks-, skåne- og servicejob	50	55	57
Barselsdagpenge m.v.	61	63	61
- Barselsdagpenge	58	60	59
- Orlov til børnepasning	3	2	2
Tilbagetrækning i alt	374	373	369
- Førtidspension	235	235	237
- Efterløn	140	138	131
Øvrige ydelsesmodtagere	159	153	156
- Kontanthjælp	58	56	62
- Introduktionsydelse	1	1	1
- Revalideringsydelse	8	6	5
- Ledighedsydelse	9	8	10
- Sygedagpenge	83	81	77
Personer uden ordinær beskæftigelse i alt	794	770	824
Andel af befolkningen, pct.	22	22	23
Befolkningen (16-64 år)	3.531	3.542	3.558

KILDE: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 6.38

Udgifter til offentlig forsørgelse

16-64-årige, mia. kr.	2009	2010	2011, skøn
Ledige i arbejdsstyrken	15,3	27,8	27,6
- Dagpengemodtagere	14,6	26,6	25,7
- Feriedagpenge	0,7	1,2	1,9
Opkvalificering og støttet beskæftigelse	15,5	16,1	17,9
- Vejledning, opkvalificering og virksomhedspraktik	4,8	4,5	5,2
- Ansættelse med løntilskud	1,5	1,9	2,6
- Løntilskud ved uddannelsesaftaler	0,2	0,4	0,3
- Fleksjob	8,8	9,1	9,5
- Skånejob	0,2	0,1	0,1
- Servicejob	0,1	0,1	0,1
Integrationsuddannelse	0,6	0,5	0,0
Barselsdagpenge m.v.	10,2	10,1	9,8
- Barselsdagpenge	10,0	9,9	9,7
- Orlov til børnepasning	0,2	0,1	0,0
Tilbagetrækning i alt	58,9	60,0	60,9
- Førtidspension	38,2	39,1	41,2
- Efterløn	20,7	20,9	19,7
Øvrige ydelsesmodtagere	23,9	26,4	26,2
- Kontanthjælp	8,0	9,7	9,3
- Introduktionsydelse	0,2	0,2	0,3
- Revalideringsydelse	2,6	2,6	2,6
- Ledighedsydelse	1,7	1,9	2,1
- Sygedagpenge	11,5	12,0	11,8
Udgifter til offentlig forsørgelse i alt	124,4	141,0	142,3

ANM.: Opgørelsen omfatter både kommunale og statslige udgifter til offentlig forsørgelse. Udgifterne til offentlig forsørgelse omfatter ikke driftsudgifter. Kontanthjælp indeholder udgifter til ikke-forsikrede ledige, som er erhvervsdygtige og ikke kan skilles ud. Løntilskud til voksenlærlinge i beskæftigelse er ikke omfattet. Fra 2010 omfatter løntilskud ved uddannelsesaftaler også uddannelsesaftaler for beskæftigede.

KILDE: Forslag til Finanslov for 2011, § 17 og 18.

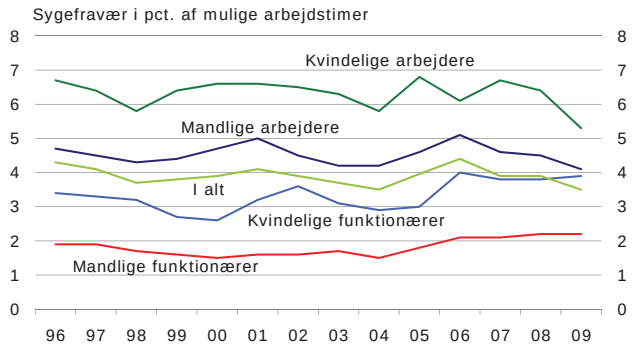
6.5 Fravær fra arbejdsmarkedet

Fraværet på DA-området som følge af sygdom, barsel, arbejdsulykker m.v. udgjorde 4,9 pct. af de samlede antal mulige arbejdstimer i 2009. Heraf udgjorde sygefraværet 3,9 pct.point.

Sygefraværet faldt med 0,4 pct.point i 2009 i forhold til 2008. Det skyldes et fald i sygefraværet blandt arbejdere, hvor kvindelige arbejdere havde det laveste niveau i den betragtede periode. Derimod steg fraværet blandt funktionærer.

Fraværet er betydeligt højere for arbejdere end for funktionærer. Og både blandt arbejdere og funktionærer er fraværet lavere for mænd end for kvinder, jf. figur 6.7.

Sygefravær på DA-området



ANM.: Fraværet er mål som antal registrerede fraværstimer i pct. af antal mulige arbejdstimer.
KILDE: DA (FraværsStatistik 2009).

Figur 6.7

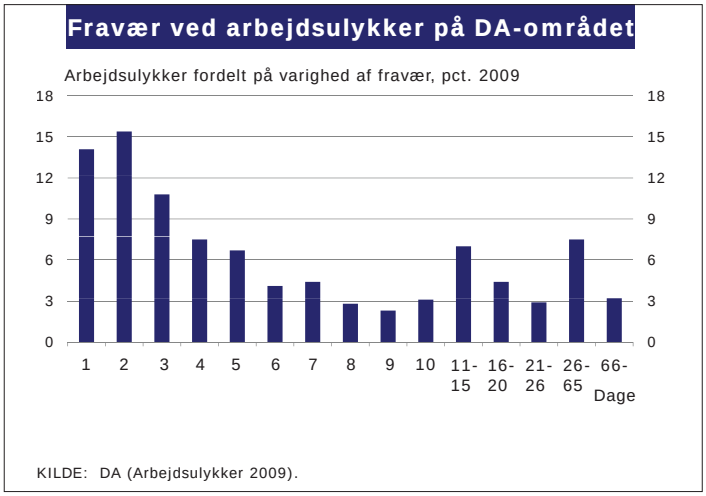
Ansatte med kontorarbejde, proces- og maskinoperatorarbejde samt andet arbejde har typisk det højeste fravær, mens personer med ledelsesarbejde på højt niveau har mindst fravær, jf. tabel 6.40.

I 2009 blev 42.500 arbejdsulykker anmeldt til Arbejdstilsynet. Det svarer til 15 anmeldte ulykker pr. 1.000 beskæftigede. Sammenlignet med året før er antallet af arbejdsulykker i 2009 faldet med 10 og 6 ulykker

pr. beskæftigede inden for henholdsvis fremstilling og bygge og anlæg, jf. tabel 6.44.

Det gennemsnitlige antal tabte arbejdsdage på DA-området var 12,5 dage pr. ulykke i 2008. Halvdelen af ulykkerne medførte et fravær på op til fire dage, mens fire ud af fem ulykker medførte et fravær på maksimalt 15 dage, jf. figur 6.8.

Figur 6.8



Tabel 6.39

Fravær på DA-området								
Fraværsprocent	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Fravær i alt	5,5	5,2	5,0	5,5	5,8	5,3	5,2	4,9
Arbejdere	6,4	6,2	6,0	6,7	6,8	6,2	6,1	5,3
- Mænd	5,4	5,1	5,1	5,6	6,2	5,4	5,3	4,8
- Kvinder	8,9	9,1	8,0	9,4	8,1	9,0	8,8	7,2
Funktionærer	4,2	3,8	3,7	3,9	4,3	4,4	4,4	4,6
- Mænd	2,6	2,6	2,2	2,3	2,7	2,7	2,7	2,8
- Kvinder	6,6	5,6	5,8	6,2	6,6	7,1	7,0	7,4
	Fordeling af fravær på årsag, pct.point							
Sygefravær	3,9	3,7	3,5	4,0	4,4	3,9	3,9	3,5
- Børns sygdom	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
- Arbejdsulykker	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
- Barsel	0,8	0,7	0,8	0,9	0,7	0,9	0,9	1,0
- Andet	0,5	0,5	0,4	0,3	0,4	0,2	0,1	0,1

ANM.: Fraværsprocenten er beregnet som antal registrerede fraværstimer i pct. af mulige arbejds-timer.

KILDE: DA (Fraværsstatistik).

Tabel 6.40

Fordeling af fravær på DA-området

Fraværsprocent, 2009	Sygefravær		Fravær i alt	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Branche				
- Fremstilling	3,5	4,6	4,2	7,5
- Bygge og anlæg	3,5	3,5	4,1	5,9
- Service	2,7	4,2	3,3	7,3
Hovedarbejdsfunktion				
- Ledelsesarbejde på højt niveau	1,3	2,6	1,6	6,5
- Højt kvalifikationsniveau	1,7	3,0	2,6	7,3
- Mellemhøjt kvalifikationsniveau	2,1	3,4	2,7	7,1
- Kontorarbejde	2,7	3,6	3,2	6,4
- Salgs- og servicearbejde	2,9	4,7	3,4	7,6
- Håndværkspræget arbejde	3,9	5,6	4,6	7,3
- Proces- og maskinoperatør	4,3	6,5	5,1	9,2
- Andet arbejde	4,0	5,3	4,6	6,9
Region				
- Hovedstaden	3,1	4,3	3,8	7,5
- Sjælland	3,2	4,6	3,8	7,5
- Syddanmark	3,1	4,4	3,7	7,1
- Midtjylland	3,1	4,1	3,7	7,3
- Nordjylland	3,4	4,1	4,1	7,4

KILDE: DA (FraværsStatistik 2009).

Tabel 6.41

Fraværets struktur på DA-området

2009	Arbejdere			Funktionærer			I alt
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt	
Andel af beskæftigede med fravær, pct.	63,5	63,0	63,4	53,6	62,1	57,2	59,8
			Fordeling af sygefraværsdage, pct.				
- 1 dag	8,1	8,6	8,2	13,3	12,6	13,0	10,6
- 2 dage	12,6	10,9	12,1	16,3	13,8	15,1	13,6
- 3-5 dage	28,4	22,1	26,7	27,8	20,0	24,1	25,4
- 2 uger	10,6	9,7	10,4	8,3	6,8	7,6	9,0
- 3 uger	5,6	5,8	5,7	4,0	3,9	3,9	4,8
- 4 uger	3,8	3,5	3,7	3,4	2,9	3,2	3,4
- Over 4 uger	30,9	39,4	33,2	27,0	40,0	33,1	33,2
				Dage			
Fravær pr. beskæftiget	10,7	16,0	11,9	6,3	16,6	10,3	11,0
- Egen sygdom	9,1	11,8	9,7	5,0	8,6	6,4	7,8
- Børns sygdom	0,3	0,4	0,3	0,3	0,6	0,4	0,4
- Arbejdsulykker	0,5	0,3	0,5	0,1	0,0	0,1	0,2
- Barsel	0,5	3,1	1,1	0,7	7,0	3,1	2,2
- Andet	0,3	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3
Sygefravær pr. beskæftiget	9,1	11,8	9,7	5,0	8,6	6,4	7,8
- Under 20 år	6,8	5,0	6,2	4,3	7,1	5,7	5,9
- 20-29 år	9,6	10,5	9,8	6,2	10,7	8,4	9,1
- 30-39 år	9,2	13,4	10,1	5,0	9,0	6,6	7,9
- 40-49 år	9,0	12,8	9,9	4,4	7,8	5,6	7,4
- 50-59 år	9,1	12,5	9,9	5,2	8,1	6,1	8,0
- 60 år eller derover	8,7	9,6	8,8	5,2	6,7	5,6	7,0

KILDE: DA (FraværsStatistik 2009).

Tabel 6.42

Sygefravær i sektorer

Pct., 2008/2009	Mænd	Kvinder	I alt
DA	3,1	4,3	3,5
- Arbejdere	4,1	5,3	4,3
- Funktionærer	2,2	3,9	2,9
Privat sektor	2,9	4,2	3,4
Kommunal sektor	4,2	6,2	5,7
Statslig sektor	2,9	4,3	3,5

ANM.: Fraværet er målt som antal registrerede fraværstimer i pct. af antal mulige arbejdstimer. Tallene for DA og er fra 2009, mens tallene for den private sektor, den kommunale og statslige sektor er fra 2008.

KILDE: Danmarks Statistik (FRA05) og DA (Fraværsstatistik 2009).

Tabel 6.43

Arbejdsulykker og erhvervssygdomme

Antal sager	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Arbejdsulykker, anmeldt til						
- Arbejdstilsynet	43.679	47.106	48.705	48.819	49.521	42.561
- Arbejdsskadestyrelsen	20.508	20.349	21.531	20.396	21.568	19.886
Arbejdsulykker, anerkendte						
I alt	9.135	13.019	14.325	16.658	17.161	16.742
- Heraf med erstatning	6.015	7.509	6.120	8.550	8.111	11.343
Erhvervssygdomme, anmeldt til						
- Arbejdstilsynet	12.606	13.967	17.111	17.263	16.689	-
- Arbejdsskadestyrelsen	13.990	16.939	18.367	19.402	19.051	18.041
Erhvervssygdomme, anerkendte						
I alt	2.301	2.648	2.722	4.787	4.686	4.810
- Heraf med erstatning	2.113	2.278	2.126	3.417	3.225	4.006

ANM.: Til Arbejdstilsynet skal alle ulykker, der fører til mindst en dags sygefravær ud over skadesdagen, anmeldes. Arbejdstilsynet opgør arbejdsulykkerne efter det år, hvor ulykken er anmeldt og registreret, dvs. registreringsåret. Såfremt der søges erstatning i den pågældende sag, viderebringes sagen til Arbejdsskadestyrelsen, hvor ulykkerne registreres for året, hvor sagen oprettes. Ulykkesbegrebet er blevet udvidet i 2004, bl.a. til også at omfatte pludselige løfteskader, og derfor kan tallene ikke sammenlignes over tid. Erhvervssygdomme anmeldes hovedsagligt af læger og tandlæger, der har pligt til at anmelde de lidelser, som konstateres eller formodes at skyldes arbejdet, til Arbejdstilsynet samt Arbejdsskadestyrelsen. Arbejdstilsynets opgørelser inddrager kun erhvervssygdomme, hvor der er angivet en diagnose, mens Arbejdsskadestyrelsens statistik omfatter erhvervssygdomme med og uden diagnose. Erhvervssygdomme og anerkendelser heraf er opgjort for anmeldelsesår og afgørelsesår.

KILDE: Arbejdstilsynet (Årsopgørelse 2009) og Arbejdsskadestyrelsen (Arbejdsskadestatistikken 2009).

Tabel 6.44

Anmeldte arbejdsulykker og ulykkesfrekvens

	2007	2008	2009
Antal anmeldte arbejdsulykker	48.819	49.521	42.561
- Landbrug	888	845	833
- Fremstilling	13.465	12.847	8.452
- Bygge og anlæg	5.706	5.890	4.672
- Handel	4.081	4.434	3.932
- Hotel og restauration	882	866	806
- Transport m.v.	4.334	4.488	3.981
- IT og telekommunikation	200	202	198
- Forretningsservice	5.593	5.793	5.453
- Offentlige tjenester	3.991	4.340	4.114
- Social og sundhed	8.422	8.917	9.315
- Uoplyst	1.257	899	805
	Anmeldte arbejdsulykker pr. 1.000 beskæftigede		
Ulykkesfrekvens	17	17	15
- Landbrug	10	10	10
- Fremstilling	30	29	19
- Bygge og anlæg	29	30	24
- Handel	10	11	9
- Hotel og restauration	10	9	9
- Transport m.v.	32	33	29
- IT og telekommunikation	3	3	3
- Forretningsservice	9	10	9
- Offentlige tjenester	13	14	13
- Social og sundhed	17	18	19

ANM.: Ulykker er opgjort for registreringsåret, dvs. det år, de er anmeldt. Da registreringsåret kan adskille sig fra det faktiske år for ulykken, vil den årlige opgørelse indeholde en lille andel ulykker fra året før. Ulykkesfrekvensen er beregnet på baggrund af beskæftigelsesfordelingen fra 2008 for alle tre år. Se desuden anm. til tabel 6.45.

KILDE: Arbejdstilsynet (Årsopgørelse 2009) og egne beregninger.

Tabel 6.45

Arbejdsulykker på DA-området

Antal fraværsdage pr. ulykke	Frem-stilling	Bygge og anlæg	Handel, transport og service	I alt
1998	9,7	10,9	17,3	10,8
1999	10,2	10,0	13,5	10,5
2000	9,7	11,9	14,5	10,5
2001	10,6	11,4	17,3	12,0
2002	10,7	11,7	16,5	12,0
2003	9,8	11,8	14,2	11,0
2004	9,5	11,9	14,3	11,8
2005	10,5	9,8	19,6	11,6
2006	12,5	12,9	15,5	13,0
2007	11,8	15,2	17,7	13,1
2008	11,4	14,1	15,6	12,5
2009	11,1	12,5	16,3	12,5

ANM.: Antal fraværsdage er opgjort som gennemsnit pr. ulykke.

KILDE: DA (ArbejdsUlykker).

6.6 Uddannelse

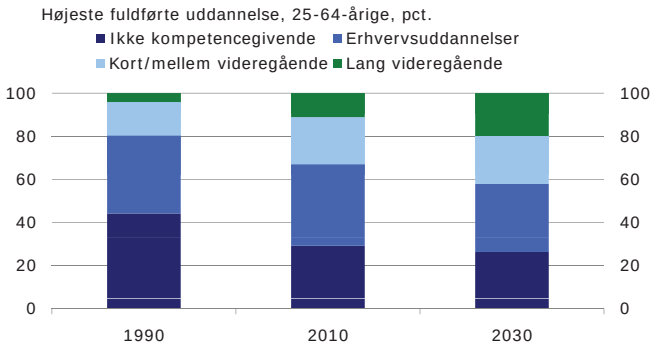
70 pct. af befolkningen mellem 25 og 64 år havde en erhvervskompetencegivende uddannelse i 2010. Det er en stigning på 15 pct.point siden 1990.

Stigningen skyldes primært, at flere har fået en videregående uddannelse. I 1990 havde 20 pct. af de 25-64-årige en videregående uddannelse, mens andelen var steget til 33 pct. i 2010.

Andelen af arbejdsstyrken med en erhvervsfaglig uddannelse har i samme periode været stort set uforandret, jf. figur 6.9.

Uddannelsesniveauet i befolkningen

Figur 6.9



ANM.: Figuren er ekskl. personer med uoplyst uddannelse.
KILDE: RAS og DREAM-modellen (2009).

De næste 20 år, vil en stadig større del af befolkningen have en videregående uddannelse. I 2030 vil dette være gældende for mere end 40 pct. af de 25-64-årige, mens andelen af befolkningen uden en kompetencegivende uddannelse til gengæld vil være omtrent den samme som i 2010. Flere højtuddannede i fremtiden tegner således til at blive på bekostning af andelen af faglærte.

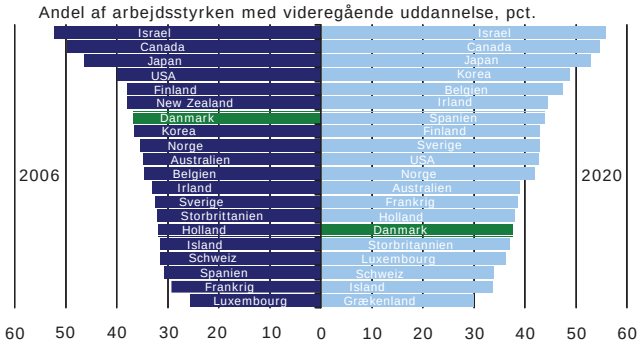
Sammenlignet med øvrige OECD-lande placerede Danmark sig i 2006 på en syvende plads i forhold til

andelen af arbejdsstyrken med en lang videregående uddannelse. En fremskrivning viser, at Danmarks placering falder til en 15. plads i 2020, jf. figur 6.10.

Figur 6.10

Danmark taber uddannelseskapløbet

Andel af arbejdsstyrken med videregående uddannelse, pct.



ANM.: Landene i tabellen repræsenterer de 20 OECD-lande, der har dehøjeste andele af arbejdsstyrken med videregående uddannelser i hhv. 2006 og 2020. Beregningerne for 2020 er baseret på antagelser om uændret erhvervsdeltagelse og uddannelsesmønster for forskellige aldersgrupper. Aldersfordelingen i 2020 er baseret på FN's seneste befolkningsprognose. New Zealand er ikke inkluderet i den seneste befolkningsprognose.

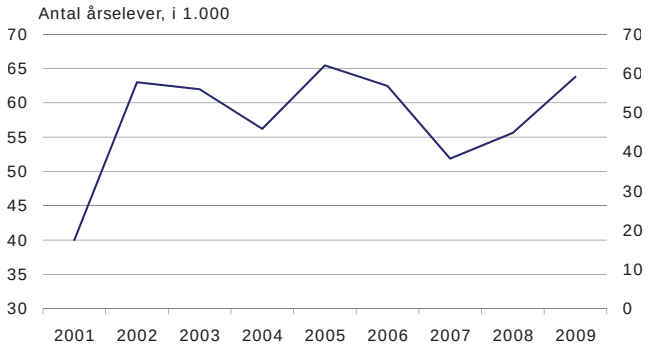
KILDE: OECD, FN samt egne beregninger.

Aktiviteten i offentlig udbudt voksen- og efteruddannelse lå i 2007 og 2008 et stykke under niveauet for de foregående år. I takt med højkonjunkturen og en øget mangel på arbejdskraft specielt fra 2005 til 2007 faldt efteruddannelsesaktiviteten markant, jf. figur 3.

Efter at lavkonjunkturen indtraf i den sidste halvdel af 2008, har især beskæftigede fået mere tid til at efteruddanne sig, hvorefter aktiviteten er steget.

Figur 6.11

Aktivitet i offentlig VEU



ANM.: Statistikken opgør årselever i skoleåret, hvor den vandrette akse angiver året for skoleårets afslutning. Opgørelsen er inklusiv deltagelse i sprogkurser for indvandrere, kurser for ordblinde, dag- og folkehøjskoler m.v., som de seneste år har udgjort 17 pct. af den samlede aktivitet.

KILDE: Undervisningsministeriet.

Tabel 6.46

Befolkningens højeste uddannelsesniveau

Pct., 25-64-årige, 2008	Grundskole	Ungdoms-uddannelse	KVU	MVU/LVU	I alt
Australien	30	30	14	26	100
Belgien	30	35	18	16	100
Canada	13	26	36	25	100
Danmark	23	44	7	26	100
Finland	19	44	16	22	100
Frankrig	30	42	11	16	100
Holland	27	38	6	30	100
Irland	30	25	22	22	99
Island	29	29	13	28	100
Italien	46	38	1	14	99
Japan	0	57	19	24	100
Korea	21	43	11	26	100
Luxembourg	25	44	11	20	100
New Zealand	21	28	26	25	100
Norge	19	42	6	34	100
Schweiz	12	52	13	23	100
Spanien	49	22	9	20	100
Storbritannien	13	54	9	24	100
Sverige	15	47	15	23	100
Tyskland	15	53	16	16	100
USA	11	48	10	32	100
Østrig	17	55	17	11	100

ANM.: Ungdomsuddannelserne omfatter de gymnasiale uddannelser samt erhvervsuddannelserne. KVU, MVU og LVU står for korte, mellemlange og lange videregående uddannelser. Nogle af MVU-uddannelserne indgår under KVU, jf. den danske ISCED-klassifikation.

KILDE: OECD (Indicators 2010, Education at a Glance).

Tabel 6.47

Befolkningens uddannelse

25-64-årige, 2009	Grund-skole	Almen gym	Erhv. udd	Erhv. gym	KVU	MVU	LVU	Uoplyst	I alt
				Pct.					1.000 pers.
Beskæftigede i alt	18	4	2	39	7	17	11	2	2.297
- Landbrug	26	2	1	37	20	5	3	6	52
- Fremstilling	25	2	2	46	8	8	7	3	328
- Vandforsyning og renovation	37	2	1	43	5	6	3	2	14
- Bygge og anlæg	20	1	1	63	6	5	1	2	146
- Privat service	19	6	3	41	7	9	13	3	971
- Off. erhverv	12	4	1	29	5	34	14	1	772
Ledige	32	5	1	36	5	8	10	3	39
Arbejdsstyrken	18	4	2	39	7	17	11	2	2.336
Uden for arbejds-styrken	39	5	1	30	3	9	5	7	634
Befolkningen	23	4	2	37	6	15	10	3	2.970

ANM.: Voksen- og efteruddannelse er udeladt, mens lange videregående uddannelser er inklusiv bachelorer. KVU, MVU og LVU står for korte, mellemlange og lange videregående uddannelser. Tallene afviger fra tabel 6.48.

KILDE: Danmarks Statistik (RASU11 OG RASU22).

Tabel 6.48

Elever på de erhvervsfaglige uddannelser

1.000 elever	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Pædagogisk	1,6	1,7	1,6	1,4	1,2	0,9	1,1	1,4
Handel og kontor	33,6	33,1	34,3	24,5	25,4	23,2	22,9	17,7
Bygge og anlæg	23,6	24,1	25,2	22,1	23,9	24,7	24,6	19,0
Jern og metal	20,8	20,4	19,9	14,7	14,4	14,3	15,1	12,5
Grafisk	2,5	2,3	2,3	1,8	1,9	1,9	2,1	1,7
Håndværk, teknik og industri i øvrigt	2,7	2,6	2,3	1,5	1,4	1,3	1,3	0,9
Service	4,2	4,4	4,8	3,1	3,4	3,4	4,0	3,3
Levnedsmiddel og husholdning	10,9	10,8	11,2	8,3	7,9	7,5	7,6	6,5
Jordbrug og fiskeri	4,1	4,9	5,6	3,3	3,8	3,8	4,3	4,0
Mekanik, transport og logistik	2,6	2,8	3,0	2,2	2,3	2,5	2,5	2,3
Sundhed	12,9	14,1	14,6	15,0	14,3	13,4	13,8	14,1
Grundforløb	0,0	0,0	0,0	24,2	25,0	27,9	26,0	45,9
I alt	119,5	121,3	124,9	122,2	124,8	124,8	125,2	129,3

ANM.: Antal elever er opgjort pr. 1. oktober i året, først efter 2004 er der levet opgørelser for grund forløbet.

KILDE: Danmarks Statistik (U14).

Tabel 6.49

Deltagelse i offentlig voksen- og efteruddannelse

Antal elever i skoleåret 2008/09	Kursister	Årselever	Beskæftigede	Ledige	Uden for arbejdsst.
		Antal		Pct.	
Forberedende voksenuddannelse	26.709	1.534	53,8	3,3	42,9
Almen voksenuddannelse	109.721	9.087	38,8	2,0	59,2
Almene og erhvervsret forløb	59.716	11.081	39,1	1,3	59,6
Gymnasiale	76.011	10.559	52,5	0,9	46,6
- HF	66.719	9.110	49,8	1,0	49,2
- Hhx og Htx	260	31	68,8	0,0	31,3
- Adgangskurser	9.032	1.418	69,3	0,5	30,3
Erhvervsfaglige enkeltfag	10.265	682	69,8	1,8	28,4
- Pædagogisk	728	99	44,4	2,0	53,5
- Handel og kontor	6.794	398	75,3	1,8	22,9
- Bygge og anlæg	26	3	100,0	0,0	0,0
- Teknik og industri m.v.	2.545	165	73,3	1,8	24,8
- Levnedsmiddel og husholdning	21	11	27,3	0,0	72,7
- Ikke områdespecificeret	151	6	100,0	0,0	0,0
Arbejdsmarkedsuddannelser	939.652	13.925	82,2	5,6	12,3
- Industri	177.139	2.639	83,0	3,8	13,2
- Handel og kontor m.v.	478.471	7.177	79,0	7,0	13,9
- Offentligt område	129.407	1.849	90,0	3,1	6,9
- Bygge og anlæg m.v.	120.549	2.002	85,1	4,9	10,1
- Øvrige kurser	34.086	258	82,2	5,4	12,4
Videre gående uddan.	111.565	17.230	89,1	0,9	10,0
- Pædagogiske	28.110	4.528	84,3	0,6	15,1
- Teknisk	3.015	426	90,3	2,4	7,3
- Samfundsfaglig og naturvidenskabelige	71.382	10.529	92,0	1,1	6,9
- Humanistisk og kunstnerisk	3.731	822	78,1	0,7	21,1
- Øvrige videre gående	5.327	925	88,5	0,2	11,3
I alt	1.333.639	64.098	64,7	2,2	33,1

KILDE: Danmarks Statistik (VEU22 samt VEU32).

Tabel 6.50

Deltagelse i privat voksen- og efteruddannelse

Antal deltagere	2000, 1. halvår	2009, 1. halvår
Ledelse og medarbejderudvikling	38.907	6.909
Jura, økonomi, forskning og finansiering	10.551	17.402
Køb, salg og service	33.339	1.141
Eksport	104	3
Edb	55.282	10.493
Præsentations- og undervisningsteknik	2.100	174
Kommunikation og medteknik	2.259	2.574
Miljø og sikkerhed	8.400	5.674
Personlig udvikling og træning	8.727	2.996
Sprog	1.005	543
Politik, samarbejde m.m.	23.013	29.221
Andet, herunder fagtekniske	19.583	24.624
Almene	9.310	3.480
I alt	207.508	105.234

ANM.: For privat voksen- og efteruddannelse er der ingen sæsonudsving i aktiviteten mellem 1. og 2. halvår.

KILDE: Danmarks Statistik (Konjunkturstatistik for privat voksenuddannelse)

Litteraturliste

Litteraturliste

Ankestyrelsen (2006), *Ankestyrelsens praksisundersøgelser, Førtidspension efter arbejdsevnemetoden*, København.

Ankestyrelsen (2009a), *Ankestyrelsens praksisundersøgelser, Førtidspension efter arbejdsevnemetoden, herunder tilkendt* på det foreligg*ende grundlag*, København.

Ankestyrelsen (2009b), *Førtidspension på det foreliggende grundlag*, København.

Ankestyrelsen (2010), *Praksisundersøgelse om fleksjob og ledighedsydelse*, København.

Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2010), *Ulighed i sundhed skærer igennem Danmarks storbyer*, København.

Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring (2010), *AES satser 2011*, København.

Arbejdsmarkedskommissionen (2009), *Velfærd kræver arbejde*, København.

Arbejdsmarkedsstyrelsen (2009), *10 pct. af alle unge er marginaliserede eller i risiko for at blive det*, Samspil.info, nr. 14, 4. marts 2009, København.

Arbejdsmarkedsstyrelsen (2010a), *Fleksjobbere har højere indkomst end murere og pædagoger*, Samspil.info, nr. 30, 1. september 2010, København.

Arbejdsmarkedsstyrelsen (2010b), *Halvdelen af nyansatte fleksjobbere fortsætter på samme arbejdsplads*, Samspil.info, nr. 31, 6. oktober 2010, København.

Arbejdsmarkedsstyrelsen (2010c), *Unge førtidspensionister koster dyrt*, Samspil.info, nr. 28, 2. juni 2010, København.

Arbejdsskadestyrelsen (2001), *Statistikhæfte for Arbejdsskadestyrelsen 2000*, København.

Arbejdsskadestyrelsen (2005), *Arbejdsskadestatistik 2004*, København.

Arbejdsskadestyrelsen (2006), *Redegørelse for udviklingen på erhvervssygdomsområdet som følge af arbejdsskadereformen,* København.

Arbejdsskadestyrelsen (2008), *Arbejdsskadestatistik 2008 – tema om arbejdsskadeeformen – en midtvejdevaluering,* København.

Arbejdsskadestyrelsen (2009), *Erhvervssygdomsfortegnelsen*, Flere årgange: 1989-2009, København.

Arbejdsskadestyrelsen (2010a), *Beregning af løbende ydelse*, www.ask.dk.

Arbejdsskadestyrelsen (2010b), *Arbejdsskadestatistik 2009,* København.

Arbejdstilsynet (2005), *Arbejdstilsynets årsopgørelse 2004*, København.

Arbejdstilsynet (2010), *Arbejdstilsynets årsopgørelse 2009*, 2. udgave, København.

Beskæftigelsesministeriet (2003a), *Referat fra Folketingets 3. behandling af Forslag til lov om arbejdsskadesikring,* København.

Beskæftigelsesministeriet (2003b), *LFV 2003-05-27 nr. 216 Arbejdsskadesikring,* København.

Beskæftigelsesministeriet (2008a), *Analyse af Sygefraværet*, april 2008.

Beskæftigelsesministeriet (2008b), *Konklusionspapir om handlingsplanen om sygefravær,* København.

Beskæftigelsesministeriet (2009), *Vejledning om satser m.v. i 2010*, København.

Beskæftigelsesministeriet (2010a), *Vejledning om regulering pr. 1. januar 2011 af satser efter lov om social pension m.v.*, København.

Beskæftigelsesministeriet (2010b), *Bekendtgørelse af lov om arbejdsmiljø (Arbejdsmiljøloven),* København.

Beskæftigelsesministeriet (2010c), *Lov om ændring af lov om arbejdsskadesikring og lov om erstatning til tilskadekomne værnepligtige m.fl.,* København.

Center for Folkesundhed (2008), *Etniske minoriteters sundhed*, Region Midtjylland, Viborg.

Csikszentmihalyi, Mihaly (2005), *Flow og engagement i hverdagen*, København

Danmarks Statistik (2009a), *Sygehusbenyttelse 2007*, i statistiske efterretninger *Sociale forhold, sundhed og retsvæsen 2009:7*, København.

Danmarks Statistik (2009b), *Dødelighed og erhverv 1996-2005*, TemaPubl 2009:4, København.

Danmarks Statistik (2010), *Lægebesøg m.v. 2009*, i statistiske efterretninger *Sociale forhold, sundhed og retsvæsen 2010:16*, København.

Dansk Arbejdsgiverforening (1998), *Arbejdsmarkedsrapport 1998*, København.

Dansk Arbejdsgiverforening (1999), *Socialpolitikken & Arbejdsmarkedet*, København.

Dansk Arbejdsgiverforening (2002), *Arbejdsmarkedsrapport 2002*, København.

Dansk Arbejdsgiverforening (2005), *Arbejdsmarkedsrapport 2005*, København.

Dansk Arbejdsgiverforening (2007), Agenda nr. 4, *Ledige er lige så stressede som beskæftigede*, København.

Dansk Arbejdsgiverforening (2008a), *Arbejdsmarkedsrapport 2008*, København.

Dansk Arbejdsgiverforening (2008b), Agenda nr. 4, *Forsker: Tragedie med stress-pensioner*, København.

Dansk Arbejdsgiverforening (2009a), *Førtidspension og fleksjob*, København.

Dansk Arbejdsgiverforening (2009b), *Strukturstatistik 2009*, København.

Dansk Arbejdsgiverforening (2010a), *Fraværsstatistik 2009*, København.

Dansk Arbejdsgiverforening (2010b), Ældre og Arbejdsmarkedet, København.

Dansk Arbejdsgiverforening (2010c), Agenda nr. 18, *Fleksjob har fjernet almindelige job*, København.

Dansk Erhverv (2009), *Medlemsundersøgelse om sundhed på arbejdspladsen*, København.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2006), http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/Nationale%20Data/NAK2005.asp, København.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008), *Sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og Skeletbesvær – Årsager og handlemuligheder*.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2010), *Resumé og sammenfatning af Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevending til arbejde*, København.

Det Økonomiske Råd (2005), *Dansk økonomi – forår 2005*, København.

De Økonomiske Råd (2009), *Dansk økonomi – Efterår 2009*, København.

DI (2009), *Personalegoder*, København.

DI (2010), Sygefraværet er på vej ned i private virksomheder, Indsigt marts 2010, København.

Discus (2010), *Evaluering af arbejdsevnemetoden*, København.

DREAM (2009), *Danmarks fremtidige befolkning - Befolkningsfremskrivning 2009*, København.

Eplov, Lundsteen m.fl. (2009), *Shared care for ikke-psykotiske sygdomme. Anbefalinger på baggrund af en systematisk litteraturundersøgelse*, København.

EU-Kommissionen (2010), Eurobarometer, *Sport and Physical Activity*, Brussel.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1997), *Second European Working Conditions Survey*, Dublin.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007), *Fourth European Working Conditions Survey*, Dublin.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2009), *European Quality of Life Survey 2007*, Dublin.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2010), *Fifth European Working Conditions Survey*, Dublin.

Eurostat (2010), *http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/ statistics/search_database*, hsw_aw_inasx.

Finansministeriet (2005), *Cirkulære om selvforsikring i staten m.v.*, København.

Finansministeriet (2010a), *Finansministeriets finanslovsdatabase*, http://www.oes-cs.dk/olapdatabase/finanslov/index.cgi, København.

Finansministeriet (2010b), Økonomisk Redegørelse august 2010, København.

Forebyggelseskommissionen (2009), *Vi kan leve længere og sundere*, København.

Forsikring og Pension (2010), *Skadeforsikring (områdeopdelt) - Kvartalsvise markedsandele,* København.

Gensby, U. og Thuesen, F. (2010), *På vej mod job efter en arbejdsskade,* SFI, København.

Hansen, M. F. og Barington, M. L. (2009), *Danmarks fremtidige befolkning. Befolkningsfremskrivning 2009*, DREAM, København.

Hansen, P. K. og Rasmussen, L. (2004), *Tillæg til Arbejdsskadesikringsloven,* DJØF Forlag, København.

Hestbæk, L., Lebouef-Yde, C., Rasmussen, C. og Manniche, C. (2009), *Dårlig prognose for erhvervsevnen når rygpatienten er involveret i erstatningssager – sekundærpublikation,* Ugeskrift for Læger 171/19 4. maj 2009, København.

Hestbæk, L., Lebouef-Yde, C. og Rasmussen, C. (2009), *Financial compensation and vocational recovery: a prospective study of secondary neck and back patients,* Scandinavian Journal of Rheumatology 2009 Nov-Dec: 38 (6), Oslo.

Indenrigs- og socialministeriet (2009), *Vejledning om regulering pr. 1. januar 2010 af satser på Velfærdsministeriets område*, København.

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2010), *Tal på sundhed,* www.sum.dk.

Inglehart, R. (1990), *Culture shift in advanced Industrial Society,* Princeton.

Leon, D. og Walt, G. (editor) (2000), *Poverty, Inequality and Health*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Oxford Press, Oxford.

Lønkommissionen (2010), *Løn, køn, uddannelse og fleksibilitet, Bind 1. 28. maj 2010, København.*

Ministry of Economic Affairs, Netherlands (2009), *Annual Progress Report 2009, The Netherlands in the context of the Lisbon Strategy*, Haag.

OECD 2005, *Economic Survey: Sweden,* Paris.

OECD (2006), *Sickness, Disability and Work (Vol. 1): Breaking the Barriers - Norway*, Poland and Switzerland, Paris.

OECD (2007), *Sickness, Disability and Work (Vol. 2): Australia, Luxembourg, Spain and the United Kingdom*, Paris.

OECD (2008a), *Sickness, Disability and Work (Vol. 3): Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands*, Paris.

OECD (2008b), *Employment Outlook*, Paris.

OECD (2009), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. SWEDEN: WILL THE RECENT REFORMS MAKE IT?*

OECD (2010), Sickness, *Disability and Work. Breaking the barriers*, Paris.

Oeppen, J. og Vaupel, J.W. (2002), *Broken Limits to Life Expectancy*, I Science (vol. 296), Washington.

Pensionsstyrelsen (2010), *Redegørelse om udviklingen på førtidspensionsområdet og det rummelige arbejdsmarked – en opdatering af hovedtallene*, København.

PFA (2010), *Prioritering af pension, trivsel og sundhed – en undersøgelse af Capacent for PFA Pension*, København.

Rambøll (2010a), *Sygedagpengeforløb og brug af delvis raskmelding i* Østdannmark, København.

Rambøll (2010b), *Evaluering Aktive – hurtigere tilbage*, København.

Randstad (2010), *Randstad Workmonitor global findings wave 3*.

Sen, A. (2002), *Health: perception versus observation*, volume 324, British Medical Journal.

SFI (2003), *Langvarigt sygefravær – Hvad sker der og hvordan går det?*, København.

SFI (2006a), *De nye kommuners rammevilkår for beskæftigelsesindsatsen*, København.

SFI (2006b), *Handicap. Helbred og beskæftigelse*, København.

SFI (2008a), *Handicap og beskæftigelse 2006. Vilkår og betingelser for handicappede på arbejdsmarkedet*, København.

SFI (2008b), *Effekterne af ændringerne i sygedagpengeloven. Opfølgning på sygedagpenge*, København.

SFI (2009a), *Personer med handicap. Helbred, beskæftigelse og førtidspension 1995-2008*, København.

SFI (2009b), *Handicap og beskæftigelse, udviklingen mellem 2002 og 2008*, København.

SFI (2009c), *Virksomhedernes Sociale Engagement, Årbog 2009*. 09:30, København.

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2006a), *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005*,

http://susy2.si-folkesundhed.dk/susy.aspx, København.

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2006b), *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*, København.

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2007a), *Folkesundhedsrapporten Danmark*, København.

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2007b), *De kommunale sundhedspolitikker i Danmark – en kortlægning*, København.

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2009a), *Risikofaktorudvikling i Danmark, fremskrevet til 2020*, København.

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2009b), *Danske børns sundhed og sygelighed*, København.

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2009c), *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder*, i samarbejde med TrygFonden og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Statsforvaltningen Sjælland (2010), *Praksisundersøgelse 2010 - påbegyndelse af sag om førtidspension*, Nykøbing F.

Sundhedsstyrelsen (2008), *Sundhedsfremme på arbejdspladsen 2007*, København.

Sundhedsstyrelsen (2009a), *Tracking af Sundhedsstyrelsens Forebyggelseskampagner 2008*, Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Advice A/S, København.

Sundhedsstyrelsen (2009b), *Dødsårsagsregistret 2008,* Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2009:6, København.

Sundhedsstyrelsen (2010a), *Mental sundhed blandt voksne danskere*, København.

Sundhedsstyrelsen (2010b), *Ventetider for udvalgte behandlinger og operationer på offentlige sygehuse og privathospitaler*, http://www.venteinfo.dk/, København.

Transport Sektorens Uddannelsesfonds Simulatorcenter (2008), *Kostens betydning for trafiksikkerhed psykisk trivsel og risikofaktorer for hjertekarsygdomme blandt lastbilschauffører*, Vejle.

Viborg kommune (2010), *Reduktionsmuligheder til budgetforslag 2011-2014*, Viborg.

Videbech, Poul (2004), Sygeplejersken nr. 32, *Depression kan påvirke hjernen*, København.

3F (2010), *Ulighed kan forebygges – rapport om ulighed i sundhed*, København.

På 25 år er antallet af personer, der hver dag modtager offentlig forsørgelse på grund af helbredsproblemer, steget fra ca. 280.000 til ca. 445.000 personer. De samlede udgifter til helbredsbetinget forsørgelse er 110 mia. kr. årligt, og beløbet er stiger år for år.

I samme periode er middellevetiden for mænd steget med mere end 4 år, og det er også gået fremad for kvinder. I de ekstra leveår er helbredet godt. Danskerne bliver altså både mere syge og mere raske på samme tid.

Det er dette paradoks som Arbejdsmarkedsrapport 2010 analyserer.

Danmark har verdens bedste arbejdspladser, og personer, der er i beskæftigelse, har det både fysisk og mentalt bedre end mennesker uden et arbejde. Alligevel stiger antallet af personer, der på grund af dårligt helbred, er uden for arbejdsmarkedet.

Arbejdsmarkedsrapport 2010 sætter fokus på betydningen af livsstil, arbejdsskader og den måde arbejdsskadesystemet, fleksjob, førtidspension og sygefraværssystemet er indrettet på.

DANSK ARBEJDSGIVERFORENING
Vester Voldgade 113
1790 København V
Tlf. 33 38 92 24
daforlag@da.dk
www.daforlag.dk

December 2010 – 55206