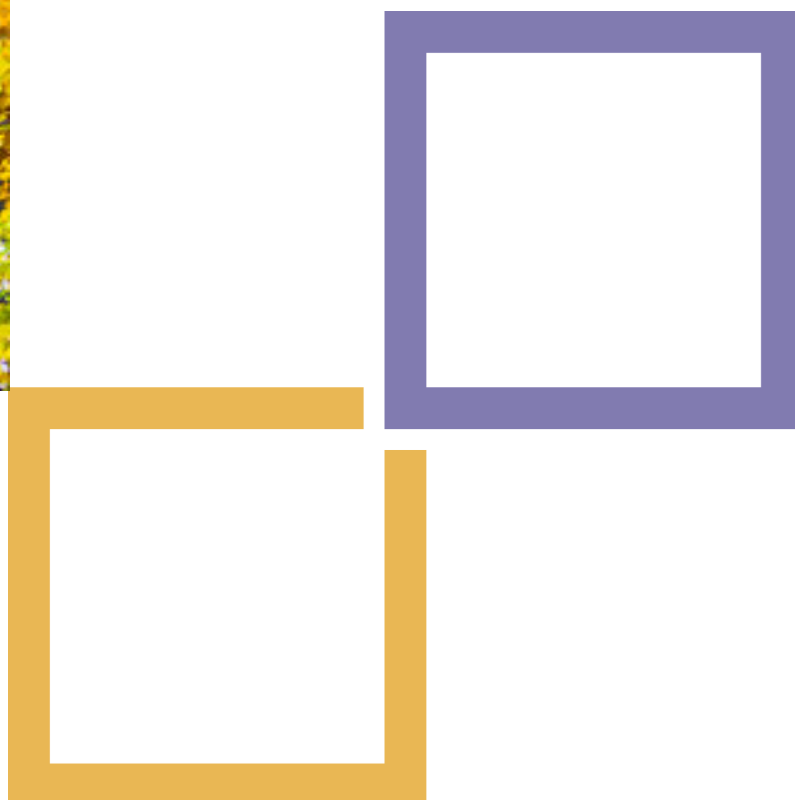
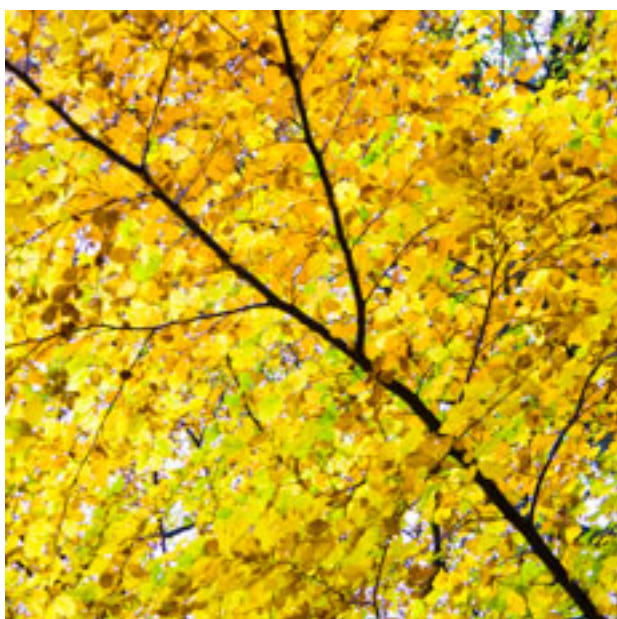


Eigil Boll Hansen, Jacob Ladenburg & Leif Olsen

At leve med gig

Gigts betydning for livskvalitet og økonomi



Publikationen *At leve med gig* – *Gigts betydning for livs-kvalitet og økonomi* kan downloades fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

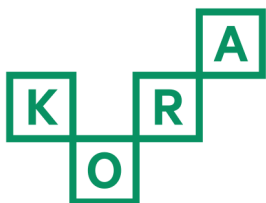
ISBN: 978-87-7509-469-1

5175

December 2012

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Eigil Boll Hansen, Jacob Ladenburg & Leif Olsen

At leve med gigt

Gigts betydning for livskvalitet og økonomi

KORA, Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning
2012

Forord

Baggrunden for undersøgelsen, som ligger til grund for denne rapport, er Gigtforeningens interesse i at udvikle ny viden om foreningens målgruppe og de særlige udfordringer, der knytter sig til at leve med ryg-, led- og muskelsygdomme. Det har således været et formål, at Gigtforeningen kan bruge den nye viden i foreningens arbejde med de forskellige problemstillinger fx i dialog med kommuner og andre offentlige myndigheder.

Formålet med rapporten er imidlertid bredere og giver en indsigt i vilkårene for mennesker med gigt, som retter sig mod alle, der professionelt eller på anden måde beskæftiger sig med eller er i kontakt med mennesker med gigt.

Vi retter en særlig tak til de medlemmer af Gigtforeningen, som bistod ved afprøvningen af et udkast til spørgeskema.

Undersøgelsen er gennemført af docent Eigil Boll Hansen, seniorforsker Jacob Ladenburg og seniorforsker Leif Olsen. Endvidere har stud.soc. Stella Mia Sieling medvirket ved dataindsamlingen til undersøgelsen.

Undersøgelsen er finansieret af Gigtforeningen.

Eigil Boll Hansen

December 2012

Indhold

Sammenfatning	7
1 Baggrund og formål	10
2 Metode og data	12
3 Mennesker med gigt	14
4 Hjælp fra pårørende og kommunen	17
4.1 Hjælp fra pårørende	18
4.2 Hjælp fra kommunen	20
5 Gigtrelaterede udgifter og tilskud til merudgifter	23
6 Arbejdsmarkedsdeltagelse	29
6.1 Arbejdsevne	30
6.2 Tilpasning af arbejdet.....	33
7 Livskvalitet	37
7.1 Smerter og psykisk velbefindende	37
7.2 Sociale relationer.....	39
8 Opsamling og konklusion	43
Referencer	48
English Summary	49
Bilagstabeller	52

Sammenfatning

Formålet med denne undersøgelse har været at belyse økonomiske og sociale konsekvenser for mennesker med ryg-, led- og muskelsygdomme, som vi efterfølgende kort betegner som gigt. Undersøgelsen har endvidere til formål at belyse, hvor mange mennesker med gigt der er afhængige af hjælp fra pårørende samt pårørendes tidsforbrug til bistand til familiemedlemmer, der har gigt.

Undersøgelsen har således skullet frembringe en viden, som kan kvalificere den generelle forståelse af, hvordan det er at leve med gigt i forhold til de nævnte områder.

Undersøgelsen er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt 3.345 medlemmer af Gigtforeningen, hvoraf 65% (2.172) har besvaret spørgsmål om deres helbred, daglige aktiviteter, kontakt med familie og venner, hjælp til personlig pleje og praktiske opgaver, merudgifter, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelse og indkomst. Vi har sammenholdt svarpopulationen med dem, som i en undersøgelse af sundhed og sygelighed i Danmark i 2005 har angivet, at de har slidgigt eller leddegigt. Vi har korrigeret for forskel i køns-, alders- og uddannelsessammensætning, så resultaterne i denne undersøgelse kan tages som repræsentative for mennesker med gigt.

Ifølge Gigtforeningen har næsten 700.000 mennesker i Danmark gigt, hvilket svarer til godt 12% af alle. Hovedparten (85%) af mennesker med gigt er ifølge denne undersøgelse 45 år eller ældre, og godt 42% er 65 år eller derover. Godt 3/5 er kvinder, og 2/5 er mænd

Alt i alt viser undersøgelsen, at gigt har haft en række konsekvenser for dem, der har sygdommen. Der er negative konsekvenser i forhold til arbejdsevnen, og arbejdsmarkedsdeltagelsen er reduceret. Mange har ekstra udgifter som følge af sygdommen, og kun en beskedent andel er blevet kompenseret gennem økonomisk støtte fra kommunen.

De fleste er uafhængige af hjælp fra andre i hverdagen, men en del klarer kun de daglige opgaver med besvær. Dette betyder også, at omfanget af hjælp fra ægtefælle og andre pårørende i de fleste tilfælde er begrænset. Samværet med andre mennesker er kun påvirket i begrænset omfang. Gigt har imidlertid betydning for livskvaliteten for mennesker med gigt. Mange må leve med smerter i større eller mindre omfang, og sygdommen har en negativ betydning for det psykiske velbefindende.

Merudgifter

Minimum 60% af mennesker med gigt har i 2011 haft udgifter forbundet med deres gigt, og 20% har haft udgifter på over 5.000 kr. Blandt dem, der har kunnet angive et udgiftsbeløb, var den gennemsnitlige udgift 4.500 kr. i 2011. Den største andel har haft udgifter til lægeordineret medicin (ca. 1/3), behandlinger (fysioterapi, kiropraktor eller fodterapeut), håndkøbsmedicin og alternativ medicin.

11% af mennesker med gigt har fået økonomisk kompensation af kommunen, hvoraf størstedelen har fået tilskud til egenbetaling i forbindelse med lægeordineret medicin og behandling (fysioterapi, kiropraktor, fodterapeut). Dertil kommer, at godt 10% modtager invalidi-

tetsydelse, men en stor del har således som følge af deres gigt haft udgifter, som de ikke er blevet kompenseret for af kommunen. Det kan skyldes, at de ikke har søgt om støtte, og/eller at deres udgifter ikke falder ind under reglerne for merudgifter, som giver adgang til støtte.

Hjælp fra pårørende

De fleste klarer de daglige aktiviteter uden hjælp fra andre om end en del angiver, at det er med besvær. Alene 1-4% får hjælp af ægtefælle til personlig hygiejne, påklædning eller at komme omkring. Praktiske opgaver i husholdningen klarer mennesker med gigt stort set selv, eller også gør deres ægtefælle. Dette skiller sig ikke ud fra, hvad der er en almindelig arbejdsdeling i befolkningen. Anden familie hjælper kun i få tilfælde med praktiske opgaver. I nogle få tilfælde har vi beregnet, at en ægtefælle til en person med gigt bruger mere end 1½ time om ugen til at hjælpe med personlig hygiejne, påklædning, at komme i eller ud af seng eller at komme omkring i huset. Alene hos 4% er pårørende beregnet til at bruge mere end en time ugentligt til at hjælpe med praktiske opgaver i husholdning, hus og have.

Tilknytning til og vilkår på arbejdsmarkedet

Alene 25% af mennesker med gigt har en tilknytning til arbejdsmarkedet, men 43% af dem, som ikke er folkepensionister, har en tilknytning til arbejdsmarkedet. Det er en betydelig mindre andel end i befolkningen som helhed.

Blandt de beskæftigede har en del specielle vilkår (fx fleksjob), mens godt 60% arbejder på fuld tid eller næsten fuld tid. Mere end halvdelen af dem, som ikke er folkepensionister, vurderer, at deres arbejdsevne i dag er på et niveau, der svarer til højst halvdelen af deres arbejdsevne, da den var på sit højeste. Gigt har indflydelse på antallet af sygedage og antal dage, hvor man ikke kan arbejde tilfredsstillende grundet sygdommen. Resultaterne peger også på, at arbejdsopgaverne på nogle arbejdspladser bliver tilpasset i forhold til arbejdsevne og rytme hos mennesker med gigt. Men i alt 30% af dem med tilknytning til arbejdsmarkedet har ikke mulighed for at tage sig et hvil eller at tage fri på grund af smerter, og deres arbejdsopgaver er ikke justeret i forhold til deres problemer med gigt. Undersøgelsen siger ikke noget om, hvorvidt de vurderer, at de har behov for det.

Økonomiske konsekvenser og livskvalitet

For mange mennesker har sygdommen haft økonomiske konsekvenser, fordi de har måttet opgive at arbejde (på normale vilkår) eller arbejder på nedsat tid. En stor andel har mindst haft lette *smerter* inden for de seneste fire uger, og 20% har oplevet stærke smerter eller meget stærke smerter. Det er en større andel end i befolkningen som helhed. Manglende energi er et problem blandt mennesker med gigt. Kun godt 20% angiver, at de hele tiden eller det meste af tiden har været fulde af energi inden for de seneste fire uger. Sammenlignet med hele befolkningen er det en større andel blandt mennesker med gigt, der har dårligt *psykisk velbefindende*. Samvær med udeboende børn, anden familie eller venner og bekendte blandt mennesker med gigt synes ikke at adskille sig meget fra befolkningen som helhed. Vi kan altså ikke observere, at sygdommen her har haft konsekvenser. I alt 80% af alle mennesker med

gigt synes, at de er tilstrækkeligt sammen med andre personer, de kan tale med. Andelen, der angiver, at de ofte er alene, selv om de ville foretrække at være sammen med andre, er på niveau med andelen i hele befolkningen, bortset fra de 25-44-årige, hvor andelen er højere blandt mennesker med gigt.

1 Baggrund og formål

I denne rapport formidles resultaterne af en spørgeskemaundersøgelse, der er gennemført blandt 3.345 medlemmer af Gigtforeningen, hvoraf 65% (2.172) har besvaret spørgsmål om deres helbred, daglige aktiviteter, familie og venner, hjælp til personlig pleje og praktiske opgaver, merudgifter, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelse og indkomst.

Formålet med undersøgelsen har været at belyse økonomiske og sociale konsekvenser for mennesker med ryg-, led- og muskelsygdomme, som vi efterfølgende kort betegner som gigt. Undersøgelsen har endvidere til formål at belyse, hvor mange mennesker med gigt der er afhængige af hjælp fra pårørende samt pårørendes tidsforbrug til bistand til gigtpatienter.

Undersøgelsen har således skullet frembringe en viden, som kan kvalificere den generelle forståelse af, hvordan det er at leve med gigt i forhold til de nævnte områder.

Ifølge Gigtforeningen har næsten 700.000 mennesker i Danmark gigt, hvilket svarer til godt 12% af alle. Udgangspunktet har været, at der kan være store menneskelige konsekvenser i form af bl.a. smerter, træthed og nedsat funktion forbundet med gigtsygdomme. Hertil kan komme afledte sociale konsekvenser fx i form af merudgifter og ændret tilknytning til arbejdsmarkedet. Ifølge servicelovens §100 dækker kommunen nødvendige merudgifter for personer med betydeligt nedsat funktion. Det er Gigtforeningens erfaring, at det gennem de seneste år er blevet sværere at blive omfattet af målgruppen, ligesom der er en uens praksis mellem kommunerne med hensyn til, hvilke merudgifter der betragtes som nødvendige.

Personer med en funktionsnedsættelse har mulighed for at få hjælp fra det offentlige til at klare dagligdagen. Denne hjælp dækker imidlertid ikke altid alle daglige aktiviteter og gøremål, og den vil i nogle tilfælde opleves som utilstrækkelig. Offentlig hjælp suppleres derfor i mange tilfælde af hjælp fra først og fremmest pårørende. Den enkelte kan imidlertid have forskellig adgang til hjælp fra pårørende, således at der kan være en betydelig variation i omfanget af en sådan hjælp. Samlet set forventes de ovenstående økonomiske og sociale konsekvenser enkeltvis men også sammen at have stor betydning for den livskvalitet, den enkelte person med en gigtsygdom har.

Undersøgelsen besvarer følgende hovedspørgsmål:

- Hvilke merudgifter har gigtpatienter som følge af sygdommen?
- Hvor stort et beløb til dækning af nødvendige merudgifter er bevilget af kommunen?
- Hvilken hjælp ydes af pårørende, og hvad er omfanget?
- Hvilken tilknytning har gigtpatienter til arbejdsmarkedet, og hvordan fungerer de på arbejdsmarkedet?
- Hvordan vurderer gigtpatienter deres livskvalitet?

Spørgeskemaundersøgelsen bidrager dels med beskrivende analyser af hovedspørgsmålene, dels med analyser der afdækker relationer mellem mennesker, der levet med gigt, deres syg-

dom og funktionsniveau mv., der kan have betydning for eksempelvis størrelsen af merudgifter og dækning heraf fra kommunen, samt hjælp fra pårørende, arbejdsmarkedsdeltagelse og livskvalitet.

2 Metode og data

Undersøgelsen er gennemført som spørgeskemaundersøgelse blandt medlemmer af Gigtforeningen, og data blev indsamlet i perioden medio februar 2012 til ultimo marts 2012. Undersøgelsen dækker således selvrapporeret helbred, velbefindende mv. blandt mennesker med gigt.

AKF har udarbejdet spørgeskemaet i dialog med Gigtforeningen, og der har for at sikre validiteten af spørgsmålene været lagt vægt på så vidt muligt at anvende spørgsmål, som har været anvendt i tidligere undersøgelser. Et spørgeskemaudkast blev afprøvet blandt og kommenteret af ti udvalgte medlemmer af Gigtforeningen i december 2011, og spørgeskemaet blev korrigeret på baggrund af erfaringerne fra denne afprøvning. Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål om helbred og funktionsniveau, hjælp til personlige og praktiske opgaver, kontakt med familie og venner, merudgifter som følge af gigtsygdom, tilknytning til arbejdsmarkedet samt uddannelse og indkomst.

Der blev til undersøgelsen udvalgt 1.500 medlemmer fra Gigtforeningens medlemsregister, der indeholder i alt 77.000 medlemmer. Udvælgelsen blev stratificeret i forhold til postnummer, så der opnåedes repræsentation fra alle landets 98 kommuner. AKF fik derudover udleveret 2.741 navne på medlemmer, som Gigtforeningen havde e-mailadresser på. Imidlertid viste 444 e-mailadresser sig som ugyldige, således at der alene indgik 2.297 personer med e-mailadresser.

Spørgeskemaundersøgelsen skulle alene omfatte mennesker med en gigtsygdom, men ikke alle medlemmer af Gigtforeningen har en gigtsygdom. Der var derfor mulighed for i spørgeskemaet at svare, at man ikke har gigt, og disse blev så taget ud af undersøgelsen. Det var også muligt via e-mail eller sms at angive, at man ikke havde gigt, og de blev også taget ud af undersøgelsen.

Spørgeskemaet "Hvordan er det at leve med gigt" blev i første omgang udsendt til en stikprøve bestående af i alt 3.797 medlemmer af Gigtforeningen.

I alt 2.297 af disse fik en henvendelse via e-mail, som gav adgang til at besvare en elektronisk version af spørgeskemaet. Ud over den første henvendelse sendte vi ad to omgange opfordringer til at svare til dem, som ikke havde besvaret spørgeskemaet.

1.500 spørgeskemaer blev udsendt med almindelig post. Disse personer fik i første omgang adgang til at besvare spørgeskemaet elektronisk (via en tilsendt kode). Til dem, der inden for en frist på to uger ikke havde besvaret skemaet udsendte vi med post et spørgeskema i papirform. I alt 50 skemaer kom retur fra postvæsenet grundet fraflytning, ubekendt på adressen, dødsfald, mv. Til dem, som inden for en frist på ca. to uger ikke havde besvaret spørgeskemaet, sendte vi en opfordring om at besvare spørgeskemaet. Alle er således blevet kontaktet tre gange.

Der er 402 personer, som har oplyst, at de ikke har gigt, og som derfor ikke skulle deltage i undersøgelsen. Det giver en nettostikprøve på 3.345. I alt har 2.172 besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på i alt 65, hvilket er ganske tilfredsstillende i forhold til, hvad der er sædvanligt for denne type undersøgelse, og i forhold til at sikre repræsentativitet.

Nedenfor er vist en oversigt over undersøgelsens forløb.

Oversigt over undersøgelsens forløb

	Antal respondenter	Procent
Udsendt pr. brev	1.500	
Udsendt via e-mail	2.297	
I alt bruttostikprøve	3.797	
Retur fra postvæsenet	50	
Har ikke gigt	402	
Nettostikprøve	3.345	100
Bevarede skemaer	2.172	65
Ikke besvaret	1.173	35

Vi kunne ikke være sikre på, at medlemmer af Gigtforeningen udgør en repræsentativ andel af mennesker med en gigtsygdom. Vi har derfor sammenholdt dem, som har besvaret spørgeskemaet, med dem, som i undersøgelsen Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 (SUSY) (<http://susy2.si-folkesundhed.dk/susy.aspx>) har angivet, at de har slidgigt eller leddegigt. Dette dækker naturligvis ikke alle gigtformer, men vi er gået ud fra, at andre gigtformer fordeles sig i befolkningen på samme måde som slidgigt og leddegigt. Vi har sammenholdt populationerne i de to undersøgelser med hensyn til køn, alder og uddannelseslængde. I forhold til SUSY var der i denne undersøgelse en overrepræsentation af midaldrende og ældre (især kvinder) med en længere uddannelse, mens særligt personer med en kort uddannelse og unge var underrepræsenteret. Dette er der rettet op på, så der i analyserne er brugt vægte, der betyder, at den samlede population til analyserne fordeles sig på køn, alder og uddannelseslængde som i SUSY. Denne fremgangsmåde skal korrigere for, at det næppe er et repræsentativt udsnit af mennesker med gigt, der melder sig ind i Gigtforeningen. Den tager imidlertid ikke højde for, at der kan være en skævhed i, hvem der har deltaget i SUSY. Der er dog en relativ høje besvarelsesprocent i SUSY 2005 (66,7 %), hvilket bidrager til at minimere en skævhed i undersøgelsespopulationen i forhold til mennesker med gigt i hele befolkningen.

Hvor det har været muligt, er levevilkår mv. for mennesker med gigt i denne undersøgelse sammenlignet med vilkår mv. for hele befolkningen.

3 Mennesker med gigt

I dette kapitel gives på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen en beskrivende karakteristik af mennesker med gigt med hensyn til demografi, typen af gigtsygdom og andre sygdomme, funktionsniveau i daglige aktiviteter, uddannelse og indkomst.

Gigtdiagnose og anden sygdom

Gigt er en fællesbetegnelse for over 200 forskellige diagnoser, og med undtagelse af knap 1% har alle deltagerne i undersøgelsen angivet en eller flere af disse diagnoser. Godt 2/5 (43%) har netop én diagnose, mens 1/5 (21%) har to diagnoser, godt hver tiende (12%) har tre diagnoser, og den resterende fjerdedel har fire eller flere diagnoser.

De mest udbredte diagnoser er: 1) Slidgigt (54%), 2) rygsygdomme (37%), 3) leddegigt (30%) og 4) bløddelsgigt i hånd/håndled (20%), knæ (19%), skulder (17%) og hofte (15%), 5) lænderygsygdom (13%) og 6) diskusprolaps (12%). Herefter følger en række diagnoser med en udbredelse på 5-10%: Hypermobilitet (8%), bløddelsgigt i albue – tennisalbue (8%), fibromyalgi (7%), osteoporose (7%), psoriasisgigt (6%) og muskelgigt/polymyalgi (5%). Der er også en række diagnoser, som er udbredt blandt 1-4% af de mennesker, der har gigt: Morbus Bechterew (4%), urinsyre gigt og podagra (4%), piskesmæld (3%), Scheuermann (3%), Sjögrens syndrom (3%), SLE/Lupus eller anden bindevævssygdom (3%) og spondylatropatier (1%). Endelig er der en lang række diagnoser, der har en udbredelse på mindre end 1% i gruppen af mennesker med gigt.

Gruppen af mennesker med gigt har også andre sygdomme, og her skiller forhøjet blodtryk sig ud, idet mere end hver tredje (35%) har forhøjet blodtryk. Herudover er der en række helbredsproblemer, der er relativt udbredte, nemlig: migræne/hyppig hovedpine (20%), allergi (17%), kronisk angst eller depression (11%) og øjensygdom med nedsat syn (11%). Sammenlignet med hele befolkningen i SUSY-undersøgelsen i 2005 (http://www.sifolkesundhed.dk/upload/susy_svarfordelinger_001.pdf) er andelen med forhøjet blodtryk højere blandt mennesker med gigt. Spørgsmålsformuleringen har ikke været helt tilsvarende den i SUSY-undersøgelsen, og vi kan derfor ikke med sikkerhed konstatere, at andelen af gigtpatienter, som har eller inden for det seneste år har haft en af de nævnte sygdomme, er større end i hele befolkningen.

Hver fjerde, der har gigt, oplever, at sygdommen har været stabil i det seneste år. Hver tredje (32%) oplever, at deres gigt er blevet forværret, og lidt flere (38%) oplever, at deres gigt har været svingende, og knap 3% oplever, at den har været aftagende i det seneste år.

Mennesker med gigt har haft sygdommen i mange år, hvilket viser sig ved, at mere end hver fjerde (28%) har levet med gigt i mere end 20 år, og hver tredje (34%) har levet med gigt i 11-20 år. Godt en fjerdedel (27%) har levet med gigt i 2-4 år, mens der kun er få (2%), der har levet med gigt i under 2 år.

Funktionsniveau i daglige aktiviteter

Som mål for mennesker med gigt's funktionsniveau er konstrueret *et førlighedsindeks*. Det er et mål for evnen til at udføre en række dagligdags funktioner og er afgrænset til seks spørgsmål, som omfatter basale daglige gøremål. Hvis man ikke er i stand til at udføre dem, er man afhængig af hjælp. De seks gøremål er: klippe tånegle, gå på trapper, gå udendørs, gå omkring i hjemmet, vaske sig/tage bad og tage sko (og tøj) af og på.

De, der har skullet besvare spørgeskemaet, er blevet spurgt, om de er i stand til at udføre gøremålene uden besvær, med besvær eller ikke uden hjælp. Evnen til at klare de enkelte gøremål samles i ét mål for førlighed (et førlighedsindeks). For hvert gøremål tildeles værdien 0, hvis gøremålet kan udføres uden besvær, 1, hvis gøremålet kan udføres med besvær, og 2, hvis der kræves hjælp for at udføre det. Indekset består af summen af værdierne for hvert gøremål.

Indekset går fra en værdi på 0 til 12. En indekseværdi på 0 er udtryk for, at vedkommende kan udføre alle gøremål uden besvær, og der er således ingen problemer med det fysiske funktionsniveau. Med værdier i intervallet 1-6 er der varierende og stigende problemer med funktionsniveauet, og med en værdi på 7 eller derover kan mindst ét af gøremålene ikke klares uden hjælp. Personen er altså med sikkerhed afhængig af hjælp fra andre.

Det viser sig, at 7% har brug for hjælp til mindst en af disse basale opgaver, mens de resterende 93% dels har varierende grader af besvær med at udføre opgaverne (57%), dels kan løse opgaverne helt uden besvær (36%). Andelen, der kan klare de daglige aktiviteter uden besvær er klart mindre end i befolkningen som helhed, idet denne andel fx blandt 67-årige er på 75% (Hansen 2012).

Demografi

Der er flere kvinder end mænd, der har gigt, idet godt 3/5 er kvinder og 2/5 er mænd.

Aldersmæssigt er hovedparten af mennesker med gigt 45 år eller derover. I alt er 85% 45 år eller ældre, og de fordeler sig ligeligt i aldersgrupperne 45-64 og 65+, hvor der er godt 42% i hver. Der er kun ganske få i aldersgruppen 16-24, mens der er knap 12% i aldersgruppen 25-44 år.

Det er godt hver fjerde (28%), der bor alene, mens knap tre ud af fire bor sammen med enten ægtefælle/samlever (57%), ægtefælle/samlever og børn (12%) eller børn/andre (3%).

Uddannelse og indkomst

Uddannelsesmæssigt har hver femte, der har gigt, 7 eller færre års skolegang, mens 30% har 8-9 års skolegang. En fjerdedel (26%) har 10-11 års skolegang og den sidste fjerdedel (23%) har haft skolegang i 12 år eller mere.

I forhold til erhvervsuddannelse er det mere end hver fjerde (27%), der ikke har en erhvervsuddannelse. Herudover fordeler gruppens erhvervsuddannelser sig på følgende måde: Specialarbejder (6%), basisår/efg/hg (4%), lærling/elev (7%), faglig uddannelse fx SOSU-hjælper, sygehjælper, teknisk assistent (18%), kort videregående uddannelse (11%), mellem-lang videregående uddannelse (19%) og lang videregående uddannelse (5%).

Den samlede indkomst for enlige med gigt i 2011 var for godt halvdelen (54%) på under 200.000 kr. og for 41% på 200.000-399.999 kr. Sammenlignet med husstande med enlige i hele befolkningen er andelen med en indkomst på under 200.000 kr. mindre, mens andelen med en indkomst på 200.000-399.000 kr. er større. Husstandsindkomsten for dem, som ikke boede alene, og hvor de fleste boede med en ægtefælle, var for 13% mindre end 200.000 kr. i 2011. 38% havde en indkomst på 200.00-399.000 kr., 29% en indkomst på 400.000-599.000 kr., mens 20% havde en indkomst på over 600.000 kr. Sammenlignet med husstandsindkomsten for parhusstande i hele befolkningen, er der blandt mennesker med gigt en større andel med en indkomst under 200.000 kr. og en større andel med en indkomst på 400.000-599.000 kr. Der må ved sammenligningen tages forbehold for, at indkomsten er opgjort på forskellig måde og for en forskellig aldersfordeling blandt mennesker med gigt og hele befolkningen.

4 Hjælp fra pårørende og kommunen

I dette kapitel analyseres, i hvilken udstrækning mennesker med gigtt modtager hjælp fra pårørende og fra kommunen, og hvad de modtager hjælp til.

Vi giver også i kapitlet et beregnet skøn over, hvor meget tid pårørende bruger til at hjælpe en person med gigtt. Vi har beregnet et skøn over, hvor meget tid ægtefæller bruger til at hjælpe med personlig hygiejne, og hvor meget tid andre pårørende bruger på at hjælpe med praktiske opgaver i hus og have. Vi har i undersøgelsen ikke bedt om oplysninger om, hvor meget tid pårørende bruger på at hjælpe med forskellige opgaver. Beregningerne bygger i stedet på erfaringer fra et studie, hvor der er opgjort et standardtidsforbrug til en række hjælpeopgaver (Green & Rayner 1991). Vi har spurgt, hvad mennesker med gigtt modtager hjælp til fra pårørende. Når det drejer sig om hjælp til personlig pleje, har vi skønnet, hvor ofte en bestemt type hjælp gives, og endelig har vi brugt det opgjorte tidsforbrug til forskellige opgaver fra ovennævnte studie. I oversigten nedenfor er vist, hvordan et ugentligt tidsforbrug til forskellige opgaver er beregnet.

Beregning af ugentligt tidsforbrug for pårørende til hjælp til forskellige opgaver

Funktion	Tidsforbrug pr. gang	Antal gange om ugen (forfatterens skøn)	Tidsforbrug pr. uge
Tage bad	10 minutter	2	20 minutter
Tage tøj og sko på	20 minutter	7	140 minutter
Tage tøj og sko af	10 minutter	7	70 minutter
Komme i seng	5 minutter	7	35 minutter
Komme ud af sengen	5 minutter	7	35 minutter
Komme omkring i huset	5 minutter	28	140 minutter
Spise	10 minutter	21	210 minutter
Tage medicin	2 minutter	14	28 minutter
Købe ind			60 minutter
Vaske tøj			60 minutter
Gøre rent			120 minutter
Lave varm mad			735 minutter
Ordne pengesager			15 minutter
Ordne haven			30 minutter

Oversigten i Green & Rayner (1991) skal forstås på den måde, at tidsforbruget til at få hjælp til at komme i bad er beregnet til 10 minutter pr. gang til at komme både i og ud af badet. Vi har skønnet, at når der ydes hjælp til bad, sker det gennemsnitligt to gange om ugen, hvilket giver et ugentligt tidsforbrug på 20 minutter. Fremgangsmåden er den samme ved de øvrige former for hjælp til personlig pleje. Tidsforbruget til praktiske opgaver er taget direkte fra Green & Rayner (1991). Der er stor usikkerhed med hensyn til, hvorvidt det beregnede tidsforbrug svarer til det faktiske, og der er alene tale om en størrelsesorden.

I kapitlet ser vi således på, i hvilken udstrækning mennesker med gigts får hjælp fra ægtefælle og andre pårørende. Derefter ser vi på, i hvilken udstrækning de får praktisk bistand eller hjælp til personlig pleje fra kommune, og endelig ser vi på sammenhængen mellem de to former for hjælp.

4.1 Hjælp fra pårørende

Tabel 4.1 viser en opgørelse af, i hvilken udstrækning mennesker med gigts selv klarer en række opgaver omkring den personlige pleje, eller om de modtager hjælp fra ægtefælle/samlever, fra familie, venner eller bekendte eller fra andre, hvor andre typisk vil være offentlig hjælp i henhold til Serviceloven. Det kan være praktisk bistand eller personlig pleje, eller det kan være hjælp fra en personlig hjælper.

Tabel 4.1 Mennesker med gigts procentvis fordelt efter, om de selv klarer personlig pleje, eller om de får hjælp

	Klarer selv	Får hjælp af ægtefælle/samlever	Får hjælp af familie, venner eller bekendte	Får hjælp fra andre	I alt	N
At tage bad	97	2	-	1	100	2109
At tage tøj og sko på	95	4	0	1	100	2106
At tage tøj og sko af	96	3	0	1	100	2101
At komme i seng	99	1	0	0	100	2109
At komme ud af sengen	98	2	0	0	100	2103
At komme omkring i huset	100	0	-	0	100	2104
At blive vasket i ansigt eller på hænder	100	0	-	0	100	2101
At spise	99	1	0	0	100	2100
At tage medicin	94	3	1	2	100	2096
Transport	85	10	2	2	100	1636

Som det fremgår af tabellen, klarer så godt som alle mennesker med gigts selv den personlige pleje. Der er 10%, som angiver, at ægtefællen klarer transport. Det kan være et spørgsmål om, hvem af ægtefællerne der har adgang til at køre bil, og ikke et resultat af at den ene ægtefælle har gigts. I nogle få tilfælde og særligt blandt yngre er det familie eller venner, der hjælper med transport. I ligeledes nogle få tilfælde og særligt blandt ældre over 65 år er det andre, der hjælper med transport. Der kan her være tale om offentlige kørselsordninger.

I tabel 4.2 er vist, hvem der for det meste tager sig af en række praktiske opgaver i husholdning og have.

Tabel 4.2 Mennesker med gigt procentvis fordelt efter, hvem der for det meste tager sig af en række opgaver i husholdning og have

	Klarer selv evt. sammen med ægtefælle/samlever	Ægtefælle/samlever	Familie, venner eller bekendte	Andre	I alt	N
At købe ind	85	12	3	1	100	2105
At vaske tøj	81	16	1	2	100	2117
At gøre rent	68	17	3	12	100	2099
At lave varm mad	84	14	1	1	100	2103
At ordne pengesager	84	14	1	0	100	2102
At ordne haven (alene dem med have)	54	33	7	7	100	1734

Det fremgår, at det i langt de fleste tilfælde er svarpersonen selv eventuelt sammen med en ægtefælle eller samlever, eller det er en ægtefælle eller samlever, der for det meste klarer de huslige opgaver. Den eneste undtagelse er rengøring, hvor 12% har svaret, at "andre" for det meste tager sig af den. Vi har ingen yderligere information om, hvem "andre" er, men det kan være privat købt hjælp eller offentlig hjælp. Vi har her sammenlignet med personer i alderen 52-77 år i hele befolkningen¹, og det viser, at mennesker med en gigtsygdom ikke i højere grad end befolkningen i almindelighed overlader de huslige opgaver til ægtefælle/samlever eller andre. Med hensyn til indkøb bekræftes dette også af Bengtsson (2008).

Som nævnt i indledningen har vi beregnet, hvor stort tidsforbruget er samlet set for ægtefælle/samlever til at yde hjælp til personlig pleje og for familie, venner og bekendte til at yde hjælp med praktiske opgaver. Vi må her understrege, at det beregnede tidsforbrug indeholder et stort skønselement, så opgørelserne er behæftet med usikkerhed. Ægtefælles og families og venners tidsforbrug er opgjort i tabel 4.3.

Tabel 4.3 Personer med gigt procentvis fordelt efter ægtefælles ugentlige tidsforbrug til hjælp til personlig pleje og familie og venners ugentlige tidsforbrug til praktiske opgaver

	Bruger ingen tid	Bruger højst 1 (1½) time	Bruger 1 (1½)-4 timer	Bruger mere end 4 timer	I alt	N
Familie og venner til praktiske opgaver	90	6	3	1	100	2.131
Ægtefælle/samlever til personlig pleje	92	4	3	1	100	2.117

Anm.: Intervalgrænsen på 1½ time gælder ægtefælle/samlever.

Som det fremgår af tabellen, er det omkring 90% af personerne med en gigtsygdom, hvor hverken ægtefælle eller familie eller venner bruger tid på at hjælpe med henholdsvis person-

¹ Data fra 2007 fra Ældredatabasen til forskning i ældre og aldring.

lig pleje og praktiske opgaver. Desuden fremgår det, at kun 1% har hjælp mere en fire timer ugentligt fra ægtefælle/samlever eller fra familie og venner.

4.2 Hjælp fra kommunen

Det fremgik af det foregående afsnit, at langt de fleste med en gigtsygdom selv klarer den personlige hygiejne og påklædning, og at ligeledes langt de flest sammen med en eventuel ægtefælle eller samlever for det meste selv klarer de praktiske opgaver i husholdningen. Vi forventer derfor, at det kun er et mindretal af mennesker med en gigtsygdom, der modtager praktisk hjælp eller hjælp til personlig pleje fra kommunen.

I tabel 4.4 er vist, hvo stor en andel af mennesker med gig, der får henholdsvis praktisk hjælp og hjælp til personlig pleje fra kommunen.

Tabel 4.4 Mennesker med gig procentvis fordelt efter om de får henholdsvis praktisk hjælp og hjælp til personlig pleje fra kommunen

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	Alle
Personlig pleje					
Varigt	-	1	1	3	2
I perioder	-	-	0	1	1
Har ikke hjælp til personlig pleje	100	99	99	96	98
Praktisk bistand					
Varigt	-	1	4	15	8
I perioder	-	1	1	4	2
Har ikke praktisk bistand	100	98	95	82	90
I alt	100	100	100	100	100
Antal	18	258	913	882	2.071

Som det fremgår, er det alene en beskedent andel af mennesker med gig, der får praktisk hjælp eller hjælp til personlig pleje fra kommunen. I aldersgrupperne op til 65 år er det kun få, der får hjælp til personlig pleje, men også i aldersgruppen over 65 år er andelen ganske beskedent (i alt 4% varigt eller i perioder). Også når det gælder praktisk bistand, er det en meget beskedent andel, der får hjælp fra kommunen i aldersgrupperne op til 65 år. I aldersgruppen på 65 år og derover får 15% varigt praktisk bistand, mens 4% får det i perioder. Ifølge Danmarks Statistik modtog 17% af ældre på 67 år eller derover i 2011 hjemmehjælp (Danmarks Statistik 2012). Mennesker med gig afviger altså ikke meget fra det generelle billede.

Vi har gennemført en regressionsanalyse af, hvad der spiller ind på sandsynligheden for at modtage praktisk bistand eller personlig pleje fra kommunen varigt eller i perioder. Resultatet er vist i bilagstabel B4.1. I analysen er inddraget variabler, der sædvanligvis viser sammenhæng med at modtage praktisk hjælp eller personlig pleje fra kommunen: køn, alder, husstand, fysisk funktionsniveau og psykisk velbefindende. Disse variabler viser da også alle i denne analyse sammenhæng med, hvorvidt man får hjælp fra kommunen. Vi har endvidere analyseret, om det spiller en rolle, om man har leddegigt eller ikke; slidgigt eller ikke; og en

rygsygdom eller ikke. Vi finder alene, at dem med leddegigt oftere får hjælp fra kommunen end dem, der ikke har leddegigt men en anden gigtssygdom. Vi har også undersøgt, om omfanget af hjælp fra ægtefælle til personlig pleje og fra familie og venner til praktiske opgaver viser sammenhæng med at få hjælp fra kommunen. Omfanget af hjælp fra ægtefælle viser ingen sammenhæng med, om en person med gigt får hjælp fra kommunen, men chancen for at få hjælp fra kommunen er størst for mennesker med gigt, der får hjælp i højst en time ugentligt eller mere end fire timer ugentligt fra familie eller venner. Analysen viser således, at hjælp fra familie mv. og hjælp fra kommunen i højere grad supplerer end erstatter hinanden.

Spørgsmålet er så, om mennesker med en gigtssygdom synes, at de har brug for (mere) hjælp fra kommunen. Vi har spurgt mennesker med gigt, som ikke får hjælp fra kommunen, om de har brug for hjælp fra kommunen til personlig pleje eller praktiske opgaver, og mennesker med gigt, som allerede modtager hjælp fra kommunen til personlig pleje eller praktiske opgaver, har vi spurgt, om de har brug for mere hjælp fra kommunen. Det har vi slået sammen til en variabel, der udtrykker, om en person med gigt synes, at han eller hun har brug for hjælp fra kommunen eller brug for mere hjælp. Variablen udtrykker således, hvor stor en andel af mennesker med gigt, der synes, at de får utilstrækkelig hjælp fra kommunen. Det er først og fremmest mennesker med gigt, som allerede får hjælp fra kommune, der synes, at de har brug for mere hjælp. Blandt dem, der får hjælp fra kommunen til personlig pleje eller praktiske opgaver, synes 84%, at de har brug for mere hjælp. Blandt dem, der ikke får hjælp, er det alene 6%, der synes, at de har brug for hjælp fra kommunen.

Vi har i tabel 4.5 vist, hvordan vurdering af hjælp fra kommunen varierer med funktionsniveau i daglige aktiviteter.

Tabel 4.5 Mennesker med gigt fordelt efter score på førlighedsindeks og procentvis efter, om de synes, at de har brug for (mere) hjælp fra kommunen til personlig pleje eller praktiske opgaver

Score på førlighedsindeks	Har brug for (mere) hjælp fra kommunen	Har <i>ikke</i> brug for (mere) hjælp fra kommunen	I alt	Antal
0	3	97	100	698
1-2	3	97	100	485
3-4	12	88	100	342
5-6	18	82	100	221
7+	50	50	100	113
Alle	9	91	100	1.859

Det er ikke overraskende, at det især er dem med betydelig nedsat funktionsniveau i daglige aktiviteter, der synes, at de har brug for (mere) hjælp, men blandt dem, der er afhængig af hjælp til mindst én daglig aktivitet (førlighedsindeks 7+), er det halvdelen, der synes, at de har brug for (mere) hjælp. Det er først og fremmest den gruppe, der har behov for hjælp fra andre. Mange af dem vil allerede have hjælp fra kommunen, men en stor andel synes altså, at den er utilstrækkelig.

Endelig har vi set på, om omfanget af hjælp fra familie, venner eller bekendte til praktiske opgaver og omfanget af hjælp fra ægtefælle/samlever til personlig pleje viser sammen-

hæng med, om mennesker med gigt synes, at de har brug for (mere) hjælp fra kommunen. Det er vist i tabel 4.6.

Tabel 4.6 Procentandel mennesker med gigt, som synes, at de har brug for (mere) hjælp fra kommunen opgjort efter omfanget af hjælp fra familie, venner og bekendte til praktiske opgaver og omfanget af hjælp fra ægtefælle/samlever til personlig pleje

Ugentligt tidsforbrug	Hjælp fra familie, venner eller bekendte	Hjælp fra ægtefælle/samlever	Procentgrundlag
Bruger ingen tid	8	8	1786/1794
Bruger højst 1(1½) time	29	20	90/66
Bruger 1(1½)-4 timer	28	20	54/65
Bruger mere end 4 timer	26	52	23/21
Alle	10	10	1953/1946

Blandt mennesker med gigt, hvor ægtefælle/samlever, familie, venner eller bekendte ikke bruger tid på at hjælpe, er det mindre end 10%, som synes, at de har brug for (mere) hjælp. Andelen, der synes, at de har brug for (mere) hjælp, stiger, hvis ægtefælle/samlever eller familie mv. yder hjælp. Andelen, der synes, at de har brug for (mere) hjælp, viser imidlertid igen sammenhæng med omfanget af hjælp fra familie mv. Andelen, der synes, at de har brug for mere hjælp, er derimod særlig stor blandt dem, hvor ægtefælle/samlever bruger mere end fire timer om ugen til at hjælpe med personlig pleje.

5 Gigtrelaterede udgifter og tilskud til merudgifter

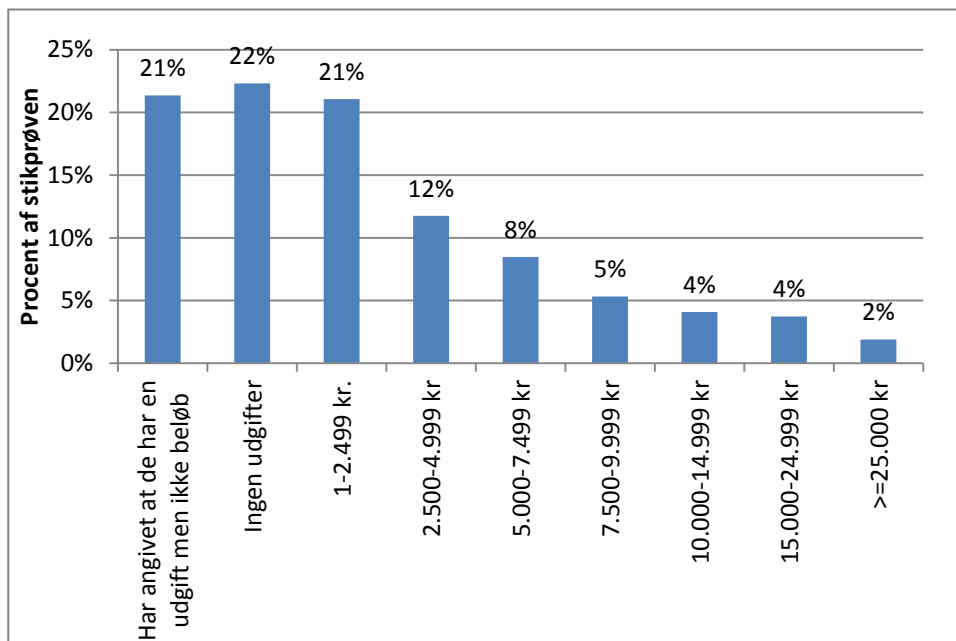
Et væsentligt formål med undersøgelsen har været at få kortlagt de omkostninger, som mennesker med gigt har på grund af deres gigt. I spørgeskemaet blev svarpersonerne derfor for en række kategorier bedt om at angive, om de havde udgifter forbundet med deres gigt i 2011, og hvor store deres udgifter i så fald havde været. Generelt har svarpersonerne kunnet sætte beløb på deres udgifter, men der er en ikke helt lille andel af svarpersonerne, som har svaret, at de har en udgift, men ikke har sat et beløb på. Tilsvarende er der nogle svarpersoner, der har angivet negative beløb eller meget små beløb, såsom 1 kr. eller 7 kr. I princippet har disse personer angivet, at de har en udgift, men størrelsen synes enten meget lille, uplausibel (negative) eller helt manglende. Det har derfor været overvejet, om disse svarpersoner for de relevante udgiftskategorier skulle tildeles en udgift svarende til udgiftskategoriens middelværdi. En logistisk analyse af, hvilke personer som har svaret, at de har en udgift, men ikke angivet et beløb, viser dog, at de er markant signifikant forskellige fra både dem, som angiver en udgift, og dem, som ingen udgifter har². I de efterfølgende figurers opgørelse af omkostningerne har vi derfor valgt at holde disse personer særskilt.

I den første analyse ses der på, hvordan de totale udgifter fordeler sig mellem personer med gigt.

Ses der på de totale udgifter (summeret over alle udgiftskategorier) ses det i figur 5.1, at der er stor spredning på, hvor store udgifter mennesker med gigt har.

² Svarpersoner, der ikke har angivet et beløb, selv om de har svaret, at de har udgifter, er hyppigere kvinder, har lavere indkomst, har et dårligt psykisk velbefindende og har en rygsygdom, når de sammenlignes med svarpersoner, som har angivet et beløb for deres udgifter. Omvendt har svarpersoner med en lang, mellemlang eller kort videregående uddannelse en mindre sandsynlighed for ikke at kunne angive et beløb for udgifterne. Tilsvarende er gældende for svarpersoner med en anden erhvervsfaglig uddannelse og svarpersoner, der har slidgigt.

Figur 5.1 Mennesker med gigt procentvis fordelt efter de totale udgifter som følge af gigt



For det første, er der ”kun” 22%, som har angivet, at de slet ingen udgifter har, når vi har taget højde for de personer, som har angivet, at de har udgifter, men som ikke har angivet et beløb eller et negativt eller meget lille beløb (de udgør 21% af datasættet). 21% har haft udgifter for mellem 1-2.499 kr., mens 12% har haft mellem 2.500-4.999 kr. i udgifter i 2011. Dermed har mere end 20% af personerne med gigt haft udgifter for mere end 5.000 kr. i 2011, hvoraf 10% har mere end 10.000 kr.

Ser vi alene på dem, som har angivet et udgiftsbeløb, er det gennemsnitlige udgiftsniveau 4.523 kr. i 2011, mens medianen er mellem 1.860-1.900 kr. Tilsvarende har knap 25% af dem, som har angivet et udgiftsbeløb, omkostninger for over 6.000 kr., hvilket er bagatelgrænsen for at kunne få kompensation. Uden at tage højde for, hvilke af udgifterne der er kompensationsgivende, peger resultaterne også på, at omkring 75% har udgifter, som de ikke får økonomisk kompensation for. Dog kan nogle af disse personer modtage invaliditetsydelse.

I bilagstabel B5.1 er det analyseret, hvordan udgifter fordeler sig på mennesker med gigt i forhold til deres karakteristika. Det skal i den forbindelse bemærkes, at den store andel af svarpersonerne, der ikke har angivet udgifter, betyder, at almindelige lineære regressionsmodeller er mindre anvendelige. En lidt mere avanceret statistisk test er brugt til at se på sociodemografiske forskelle i forhold til merudgifter³.

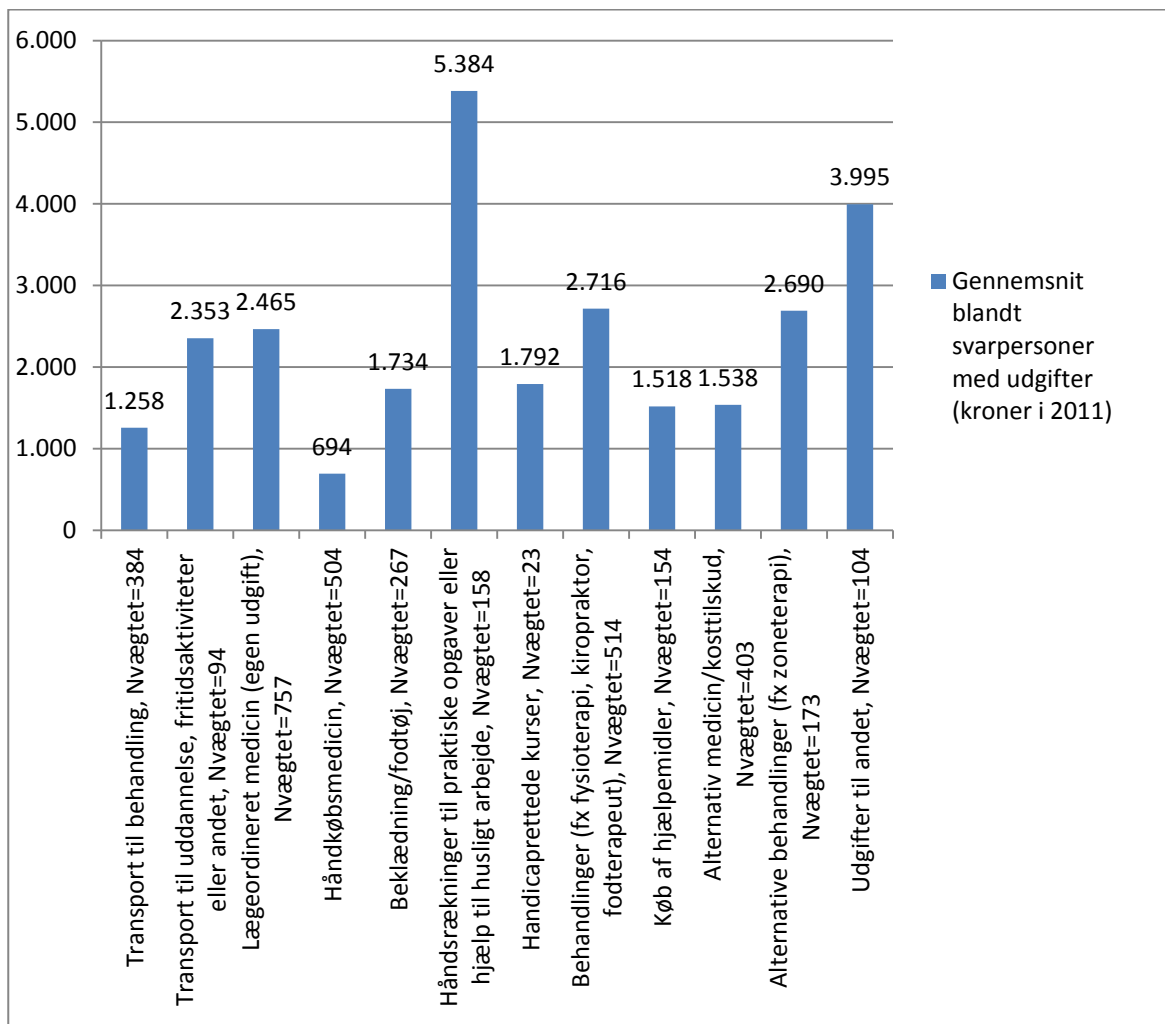
³ Betydningen af svarpersonernes sociodemografiske karakteristika på det totale udgiftsniveau er estimeret ved brug af en Tobit-model (Amemiya 1973; Tobin 1958), som kan tage højde for data med en sådan andel af mange (mindste) værdier. Af samme årsag kan man ikke direkte fortolke på de estimerede parametre i forhold til, hvordan de enkelte karakteristika er relateret til udgifterne. Derfor er både parameterestimatet og den marginale økonomiske effekt estimeret.

Ses der alene på de signifikante effekter af forskellige karakteristika, har mænd haft omkring 885 kr. mindre i udgifter end kvinder i 2011, mens mennesker med gigt mellem 40-49 år og 70-79 år har haft henholdsvis omkring 1.485 kr. større i udgifter og 1.275 kr. mindre i udgifter end mennesker med gigt under 40 år (referencekategorien). Jo længere uddannelse, desto højere er udgiftsniveauet. Mennesker med gigt med en lang, mellemlang eller kort videregående uddannelse har et højere udgiftsniveau på henholdsvis 2.970 og 1.665 kr., men mennesker med gigt med en anden erhvervsfaglig uddannelse har 1.155 kr. større udgifter i 2011 i forhold til mennesker med gigt med anden eller ingen erhvervsuddannelse. Jo højere indkomst, desto højere er deres udgifter også. Udgifterne stiger med ca. 135 kr. for hver 100.000 kr. en husstand har i indkomst. Mennesker med gigt med minimum lette smerter har haft større udgifter i 2011 end dem uden smerter. Mere præcist har de brugt 1.765 kr. mere i relation til deres gigt. Udgiftsniveauet er også afhængigt af, hvilken førlighed en person med gigt har. Jo mindre førlighed, desto større er udgifterne. Personer, der som minimum har brug for hjælp til basale daglige aktiviteter, har knap 4.545 kr. mere i udgifter sammenlignet med personer, som ingen begrænsninger har. Personer som kan have svært ved en eller flere af disse opgaver, har, afhængigt af hvor mange opgaver de har svært ved at udføre, også et øget udgiftsniveau på mellem 945-2.840 kr.

I forhold til diagnosen peger modellens resultater på, at mennesker med en rygsygdom har mindre udgifter end mennesker med andre gigt diagnoser (på nær slidgigt og leddegigt). Udgifterne var næsten 1.235 kr. mindre i 2011. Endelig ser det også ud til, at personer, hvis gigt opleves at være i forværring, har større udgifter i forhold til personer, hvor sygdommen opleves at være stabil. De større udgifter udgjorde i 2011 ca. 730 kr. Endelig har mennesker, som har haft gigt i mindre end 11 år, haft ca. 740 kr. mindre i udgifter end dem, som har haft gigt i længere tid.

I figur 5.2 er de gennemsnitlige udgifter for hver udgiftskategori blandt de personer, som har angivet en udgift, vist. Antallet af svarpersoner, der har en udgift, er angivet med N= for hver udgiftskategori.

Figur 5.2 Gennemsnitlige udgifter på forskellige udgiftsposter (kr. i 2011) for mennesker med gigt



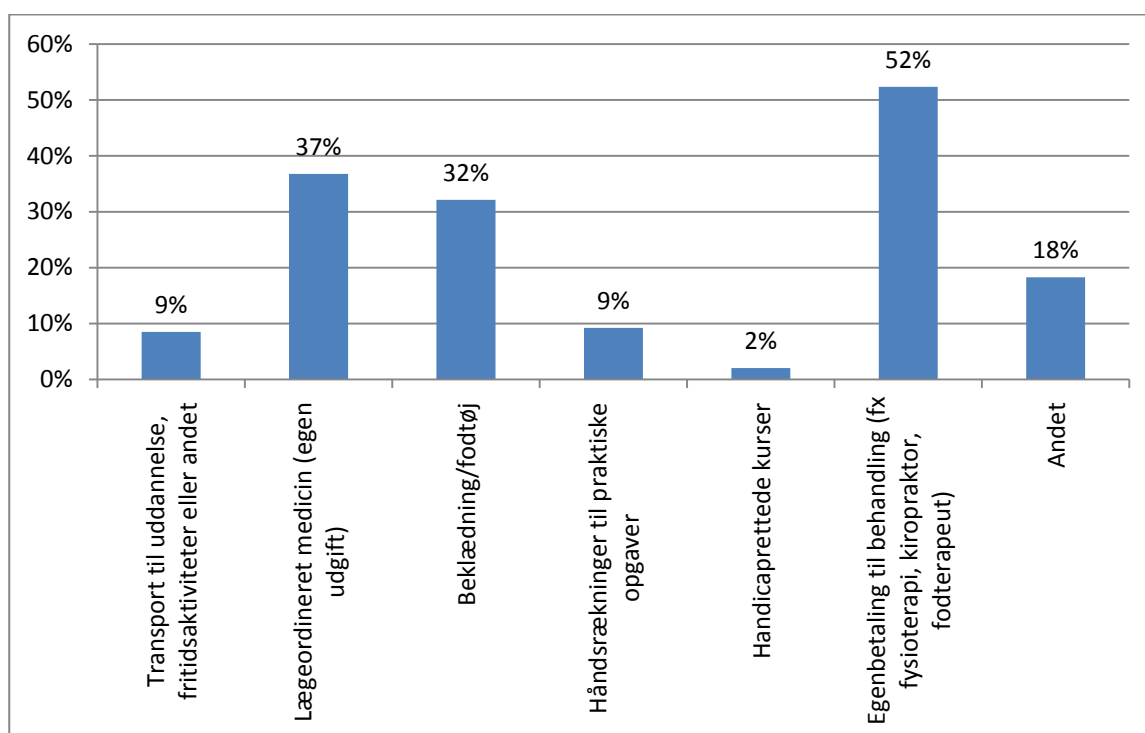
Som figuren viser, er der stor forskel i de gennemsnitlige udgifter og antallet af mennesker med gigt, som har udgifter på de enkelte poster. En af de mest iøjefaldende udgifter er udgiften til håndsrækninger, som 158 svarpersoner i gennemsnit havde 5.384 kr. i udgifter til i 2011, hvilket indikerer et relativt højt udgiftsniveau. De gennemsnitlige udgifter til alternativ medicin og behandling er henholdsvis 1.538 kr. og 2.690 kr. i 2011. Udgifter til lægeordineret medicin og håndkøbsmedicin er 2.465 og 694 kr. Det skal i den forbindelse bemærkes, at 757 svarpersoner har angivet en udgift til lægeordineret medicin, hvilket udgør omkring 1/3 af mennesker med gigt, som har kunnet sætte beløb på deres udgifter. Udgifter til transport til behandling eller uddannelse, fritidsaktiviteter mv. udgør henholdsvis 1.258 kr. og 2.353 kr. Udgifter til beklædning/fodtøj og køb af hjælpemidler udgør 1.734 kr., mens tilsvarende udgifter til køb af hjælpemidler er 1.518 kr. Endelig bruges der 1.792 kr. på handicapkurser og 3.995 på andre udgifter.

Kompensation

I dette afsnit ser vi nærmere på, hvor mange mennesker med gigt der har modtaget økonomisk kompensation fra kommunen for merudgifter forbundet med deres gigt, og hvordan kompensationsniveauet fordeler sig.

Blandt mennesker med gigt angiver 11%, at de har modtaget kompensation i forbindelse med deres udgifter i 2011. De 11% er fordelt på følgende udgifter, se figur 5.3.

Figur 5.3 Mennesker med gigt, som har fået kompensation for merudgifter af kommunen, procentvis fordelt efter, hvilken type udgift de er blevet kompenseret for i 2011



Som figuren viser svarer 52%, at de har fået tilskud til egenbetaling til behandling, mens henholdsvis 37% og 32% svarer, at der er givet tilskud til lægeordineret medicin og beklædning. 9% har fået tilskud til transportudgifter og udgifter til håndsrækninger. 2% har fået tilskud til handicaprettede kurser. Endelig har 18% fået tilskud til andet. Økonomisk har 56% (af de 11%) fået 1.500 kr./år i kompensation i 2011, mens 21% og 23% har fået henholdsvis 2.000 eller 2.500 kr./år eller mere i tilskud. Dertil skal det nævnes, at 11% modtager invaliditetsydelse, som pr. 1.1.2012 udgør 2.796 kr./måned. Ud af de 11%, har 10% modtaget kompensation for merudgifter, mens 90% ikke modtager kompensation for merudgifter. Alt i alt modtager 79% således ikke invaliditetsydelse eller kompensation for merudgifter.

Alene 7% af dem, der ikke har modtaget økonomisk kompensation fra kommunen, har søgt om det. Som begrundelse for, at de ikke har fået bevilget økonomisk kompensation, angiver knap 1/4, at de ikke opfylder helbredsriteriet, og knap 1/4 angiver, at de opfylder helbredsriteriet, men deres udgifter er for små. 1/5 angiver, at de opfylder helbredsriteriet, men deres udgifter er ikke omfattet, mens 20% har angivet, at de ikke ved, hvorfor de har fået

afslag. Knap halvdelen har markeret, at der er en anden begrundelse end de anførte til afslaget, men har ikke skrevet hvilken.

Som grund til ikke at have søgt kommunen om kompensation for merudgifter angiver de fleste, at de ikke var klar over, at de kunne søge om økonomisk kompensation (40%), eller at deres merudgifter er for små (35%). Knap 1/4 vurderer selv, at de ikke opfylder de helbreds-mæssige kriterier for at få dækket merudgifter, mens knap 1/4 tror, at de alligevel ville få afslag. Knap 1/5 finder det for besværligt og tungt at søge, mens 1/5 ikke ved, hvordan de skal søge. En beskedent andel (9%) angiver, at de ikke ønsker at modtage penge fra kommunen.

6 Arbejdsmarkedsdeltagelse

Et vigtigt emne i denne rapport er, hvilken relation mennesker med gigt har til arbejdsmarkedet. Hvor stor er andelen, der er på arbejdsmarkedet, hvordan påvirker gigt arbejdsevnen, og hvor fleksible er arbejdspladserne i forhold til at indpasse mennesker, som har fået gigt i løbet af deres arbejdsliv, og mennesker som altid har haft gigt?

I tabel 6.1 er vist tilknytningen til arbejdsmarkedet for mennesker med gigt.

Tabel 6.1 Mennesker med gigt procentvis fordelt efter tilknytning til arbejdsmarkedet

Kategori	Alle		Personer i den arbejdsdygtige alder	
	Antal	%	Antal	%
Lønmodtager med fuldtidsarbejde	266	13	257	22
Lønmodtager med deltidsarbejde eller på deltidspension	63	3	62	5
Selvstændig erhvervsdrivende	29	1	22	2
Freelancer	11	1	11	1
I fleksjob	168	8	164	14
I skånejob (arbejde ved siden af førtidspension)	1	0	1	0
Arbejdsløs i aktivering	4	0	4	0
Arbejdsløs	61	3	61	5
Modtager kontanthjælp	20	1	20	2
På orlov	9	0	9	1
På revalidering	13	1	13	1
På sygedagpenge	24	1	23	2
På efterløn	127	6	125	11
På førtidspension	343	17	329	28
Folkepensionist	817	40	10	1
Studerende, elev eller lærling	14	1	13	1
Hjemmegående	83	4	38	3
I alt	2.053	100	1.162	100

Først og fremmest skal det gøres klart, at næsten 40% af mennesker med gigt er på folkepension, og derfor har en alder, hvor det ikke er forventeligt, at man har en tilknytning til arbejdsmarkedet. Det har naturligvis en betydning for, hvor stor en andel mennesker med gigt, som alt i alt har en tilknytning til arbejdsmarkedet. Tilknytningen til arbejdsmarkedet er derfor opgjort for alle og for de personer, som er i den arbejdsdygtige alder (16-64 år).

Starter vi med fordelingen blandt alle, fremgår det, at næsten 13% er lønmodtagere med fuldtidsarbejde, 1/2% er freelancere, mens 8% er i fleksjob, og 3% er på deltidsarbejde/pension. Omkring 4% er arbejdsløse eller modtager kontanthjælp. Lidt mindre end 2% er på revalidering eller sygedagpenge. 23% er på efterløn eller førtidspension, mens næsten 40%, som nævnt, er folkepensionister. Under 1% er studerende og 4% er hjemmegående. Set i forhold til alle, har alene 25% af mennesker med gigts også en tilknytning til arbejdsmarkedet, mens mere end halvdelen er på førtidspension eller folkepension.

Ser vi alene på dem, der er i den arbejdsdygtige alder, ser fordelingen dog noget anderledes ud. Næsten 45% har en tilknytning til arbejdsmarkedet, men til gengæld er næsten 40% på førtidspension eller efterløn. Sammenlignes de to opgørelser, kan det udregnes, at lidt mere end 1% af alle, har arbejde, selv om de er over 64 år. I hele befolkningen er det 20% i den arbejdsdygtige alder, der er uden for arbejdsmarkedet (www.statistikbanken.dk). Blandt mennesker med gigts er det altså en betydelig større andel.

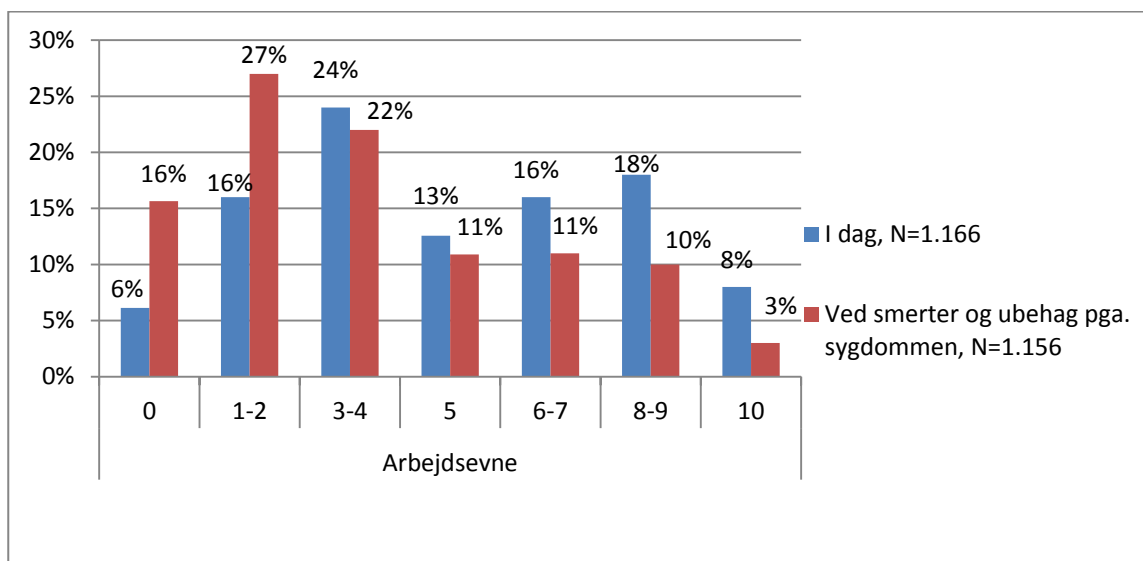
Med opgørelsen af tilknytningen til arbejdsmarkedet blandt mennesker med gigts i den arbejdsdygtige alder er det muligt at sammenligne med resultaterne fra Larsen, Schademan & Høgelund (2008), hvor arbejdsmarkstilknytningen er opgjort blandt personer med et handicap. I sammenligningen skal der naturligvis tages højde for de forskelle man kan forvente i arbejdsmarkedet da indeværende undersøgelse og undersøgelsen i Larsen, Schademan & Høgelund (2008) blev gennemført i 2006. Her tænkes der naturligvis på den økonomiske krise, som forventes at have haft en negativ indflydelse på arbejdsmarkedstilknytningen. På tværs af personer med handicap, længerevarende helbredsproblemer eller helbredsproblemer på grund af nedslidning er 56,6% i beskæftigelse, hvilket umiddelbart er højere end de knap 45% i indeværende undersøgelse⁴.

6.1 Arbejdsevne

I spørgeskemaet blev de personer, som ikke var folkepensionister, spurgt, hvordan de vurderer deres arbejdsevne i dag og deres arbejdsevne, når de oplever smerter og ubehag på grund af deres gigts. Arbejdsevnen blev angivet på en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyder, at man ikke kan arbejde, og 10 er den enkelte svarpersons arbejdsevne, da den var på sit højeste niveau. Fordelingen af arbejdsevnerne er vist i figur 6.1.

⁴ Her er der desuden ikke taget højde for forskelle med hensyn til andre demografiske variable mellem de to undersøgelser.

Figur 6.1 Mennesker med gigt, som ikke modtager folkepension, procentvis fordelt efter selv vurderet arbejdsevne



Mere end halvdelen vurderer, at deres arbejdsevne i dag er på et niveau, der svarer til højst halvdelen af deres arbejdsevne, da den var på sit højeste. Et iøjnefaldende resultat er endvidere den store betydning, smerter og ubehag har for arbejdsevnen. Mens 6% erklærer, at deres arbejdsevne er lig nul i dag, stiger dette til 16%, når en person med gigt har smerter og ubehag på grund af deres gigt. Denne forskydning mod lav arbejdsevne er også gældende for de andre arbejdsevnekategorier. Hvor 42% af alle angiver en arbejdsevne over 5, er det kun gældende for 24%, når man oplever smerter. Resultaterne kan med nogle forbehold sammenlignes med opgørelsen af arbejdsevnen blandt personer med handicap i Larsen, Schademant & Høgelund (2008). Skalaen i Larsen, Schademant & Høgelund (2008) er fra 1-10, hvor 1 svarer til vores 0-kategori og 10 svarer til vores 10-kategori. Dette besværliggør sammenligningen en smule, også fordi Larsen, Schademant & Høgelund (2008) opgør arbejdsevnen i 1-3, 4-6 og 7-10 intervaller. Desuden er de to samples sandsynligvis ikke sammenlignelige med hensyn til svarpersonernes demografiske baggrundskarakteristika. Dette taget i betragtning finder Larsen, Schademant & Høgelund (2008), at 53,4% angivet en arbejdsevne mellem 7-10. I vores undersøgelse har 42% en arbejdsevne mellem 6-10, hvilket alt andet lige indikerer en lavere arbejdsevne blandt personer med gigt

I bilagstabel B6.1 er det ved brug af en lineær regressionsmodel analyseret, hvilke socio-demografiske karakteristika, som har en betydning for arbejdsevnen i dag blandt mennesker med gigt. I regressionsmodellen er den oprindeligt angivne arbejdsevne brugt, og ikke som intervaller i ovenstående figur

Resultaterne fra modellen, der ser på arbejdsevnen i dag, viser, at arbejdsevnen falder mellem ca. 0,6 til 1,2 arbejdsevneenhed i aldersintervallet mellem 40 til 69 år i forhold til mennesker med gigt, der er under 40 år. Mennesker med gigt, der er over 79 år, har en arbejdsevne, der er mere end 3 enheder lavere. Mennesker med gigt med en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse har en højere arbejdsevne end personer uden uddannel-

se. Tilsvarende er gældende for mennesker med gigtsygdom med en anden erhvervsfaglig uddannelse (specialarbejder, basisår, EFG/HG, lærling/elev eller anden faglig uddannelse). Øgningen i arbejdsevnen er ca. 0,7-0,8 enheder. Arbejdsevnen stiger, jo højere husstandsindkomsten er. For hver 100.000 kr. i husstandsindkomst, stiger arbejdsevnen ca. 0,28 enheder. Mennesker med gigtsygdom med minimum lette smerter har en arbejdsevne, der er mellem 1,2-1,5 enheder mindre, ligesom mennesker med gigtsygdom med en dårligere førlighed også har en dårligere arbejdsevne. Personer, der som minimum har brug for hjælp til en af seks basale daglige aktiviteter, har således en arbejdsevne, der er 3,0 enheder dårligere, end personer der ikke har problemer med at udføre de seks opgaver. Tager man i betragtning, at den gennemsnitlige arbejdsevne i modellen er knap 5 enheder (konstantvariablen), er det tydeligt, at personer, der skal have hjælp, har en arbejdsevne i den nederste del af skalaen. Personer med dårligere psykisk velbefindende har også en dårligere arbejdsevne. For hver enhed lavere i den psykiske skala fra 0-100 falder arbejdsevnen med 0,0034 enheder. Personer med en ryg sygdom har en bedre arbejdsevne (0,41-enheder) end personer med en anden gigtsygdom, hvilket også er gældende for personer, der har haft gigtsygdom i mindre end 11 år (0,3 enheder) sammenlignet med personer, der har haft gigtsygdom i længere tid.

Resultaterne fra arbejdsevne modellen under smerter og ubehag er ikke helt sammenfaldende med modellen for arbejdsevnen i dag. For det første er konstanten markant mindre (2,9 sammenlignet med 5,0), hvilket viser det forventede billede af, at arbejdsevnen er dårligere, når personerne oplever smerter og ubehag på grund af deres gigtsygdom. Alderseffekter er ikke så tydelig i modellen for arbejdsevne under smerter og ubehag. Desuden synes effekten af uddannelse ikke længere at være til stede, da alle uddannelsesvariablene i modellen er markant mindre og usignifikante.

Arbejdsevnen stiger, jo højere husstandsindkomsten er. Stigningen er 0,22 enheder pr. 100.000 kr. Mennesker med gigtsygdom med minimum lette smerter har også i denne model en mindre arbejdsevne. Arbejdsevnen er 1,0 enheder mindre i forhold til dem, som har færre/mindre smerter. Personer med dårligere førlighed har også en dårligere arbejdsevne. Personer, der som minimum har brug for hjælp til en af seks basale daglige aktiviteter, har en arbejdsevne, der er 2,3 enheder dårligere, end personer der ikke har problemer med at udføre de seks opgaver. Igen, når der tages højde for modellens gennemsnitlige arbejdsevne udtrykt ved konstanten, er arbejdsevnen markant lille blandt de personer, der skal have hjælp. Personer med dårligere psykisk velbefindende har en dårligere arbejdsevne. For hver enhed lavere i den psykiske skala fra 0-100 falder arbejdsevnen med mellem 0,029 enheder. Personer med en ryg sygdom har en bedre arbejdsevne på op til 0,50 enheder end personer med en anden gigtsygdom, hvilket også er gældende for personer, der har haft gigtsygdom i mindre end 11 år (0,36 enheder) sammenlignet med personer, der har haft gigtsygdom i længere tid.

Det er 25% af alle mennesker med gigtsygdom, der angiver, at de har en tilknytning til arbejdsmarkedet (de syv første kategorier i tabel 6.1). De blev spurgt om, hvor mange timer de arbejder om ugen. Som det fremgår af tabel 6.2, arbejder næsten 25% mere end 37 timer om ugen, mens 37% arbejder mellem 30-37 timer. Mere end halvdelen af dem, der er tilknyttet arbejdsmarkedet, har altså en mere eller mindre almindelig arbejdsuge på trods af deres sygdom, mens 10% arbejder under 15 timer om ugen. En ordered logit analyse, hvor antallet af

timer er kategoriseret som i tabel 6.2, viser, at mænd arbejder mere end kvinder. Arbejdstiden stiger med indkomsten, ligesom den stiger jo bedre psykisk velbefindende, mennesker med giggt har. Mennesker, der har haft giggt i 10 år eller færre, arbejder også mere. Alder, uddannelse, typen af diagnose, hvorvidt sygdommen opleves som aftagende, svingende eller i forværring, samt hvorvidt man har smerter eller ej, eller er socialt svag viser ingen sammenhæng med, hvor mange timer mennesker med giggt arbejder.

Tabel 6.2 Mennesker med giggt, som er i arbejde, procentvis fordelt efter antallet af arbejdstimer

Antal timer/uge	Antal svarpersoner	Andel
Mere end 37 timer	125	24%
30-37 timer	193	37%
20-29 timer	91	17%
16-19 timer	62	12%
15 timer eller derunder	51	10%
Total	522	100%

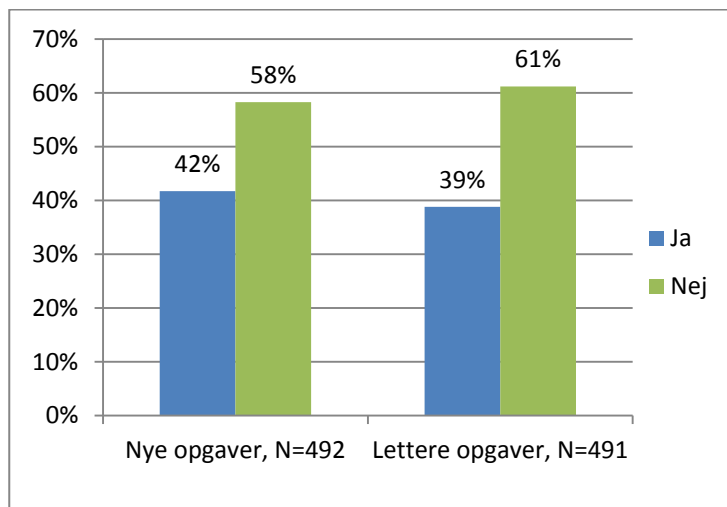
I forbindelse med deres arbejde er 43% gået ned i tid efter, at de har fået konstateret giggt. Knap 50% arbejder det samme antal timer eller ligefrem flere timer og 7% har altid haft giggt, mens de har været på arbejdsmarkedet. Blandt dem, der er gået ned i tid, har 54% måttet gå ned i løn.

6.2 Tilpasning af arbejdet

Mennesker med giggt kan grundet deres sygdoms karakter have behov for at få nye arbejdsopgaver, ekstra pauser og måske have fleksible arbejdsforhold i relation til, at der kan komme smerter og ubehag på grund af giggt sygdommen. I spørgeskemaet blev svarpersonerne derfor spurgt, om de i deres arbejde og på deres arbejdsplads havde mulighed for at tilpasse arbejdet til deres sygdom.

En af disse muligheder kunne være at få nye arbejdsopgaver, som både ville være fysisk såvel som psykisk lettere at udføre, hvorved den enkelte person ville have lettere ved at fungere på en almindelig arbejdsplads. I figur 6.2 kan det ses, at en større andel af mennesker med giggt har oplevet, at deres arbejdsopgaver er ændret grundet deres sygdom.

Figur 6.2 Mennesker med gigt, som er i arbejde, fordelt efter, om de har fået ændret deres arbejdsopgaver på grund af gigt



Som figuren viser, er der omkring 40% med en tilknytning til arbejdsmarkedet, som har fået mulighed for at få nye og/eller fysisk og psykisk lettere arbejdsopgaver grundet deres gigt. Ca. 32% har fået tilbudt både nye og lettere opgaver. Andelen er lidt højere end andelen af personer, som har fået tilbudt nye opgaver og lettere opgaver i en stor undersøgelse af personer, der har haft kræft. Undersøgelsen gennemføres af KORA og Institut for Folkesundhedsvidenskab for Kræftens Bekæmpelse). Blandt personer, der havde haft brystkræft, modermærkekræft eller tyk-/endetarmskræft og som prøvede at komme tilbage på arbejdsmarkedet efter behandlingen, fik ca. 30% lettere fysiske/psykiske opgaver. Dette tyder på, at den fleksibilitet, som arbejdsmarkedet kan have over for personer med kræftsygdomme også synes at være gældende i forhold til mennesker med gigt.

En logistik analyse viser, at mennesker, der har haft gigt i mere end 10 år, hyppigere har fået nye arbejdsopgaver (dog ikke nødvendigvis lettere). Omvendt, jo bedre psykisk velbefindende mennesker med gigt har, desto mindre er sandsynligheden for, at de har fået nye/lettere arbejdsopgaver. Tilsvarende er gældende i forhold til indkomst. Jo højere indkomst, jo mindre er sandsynligheden for, at en person med gigt er blevet tilbudt nye opgaver. Baggrundsvariable som køn, alder, uddannelse, indkomst, diagnose mv. har ingen signifikant betydning for, om man har fået nye og/eller lettere arbejdsopgaver.

Tilpasningen af arbejdet i forhold til at have en gigtssygdom synes også at foregå på andre niveauer. I svarene vedrørende en person med gigts mulighed for tage et hvil i løbet af dagen, eller om man har en aftale om, at man kan gå hjem/blive hjemme på grund af smerter, træthed mv. forårsaget af sygdommen, svarer henholdsvis 43 og 31%, at det er tilfældet. I forhold til at kunne tage et hvil eller blive hjemme/tage hjem peger analyserne på, at alle har de samme muligheder. Dog synes mænd hyppigere at have mulighed for at tage et hvil, mens personer med en rygsygdom har mindre sandsynlighed for at blive hjemme/tage hjem, når det testes i logistiske regressionsmodeller.

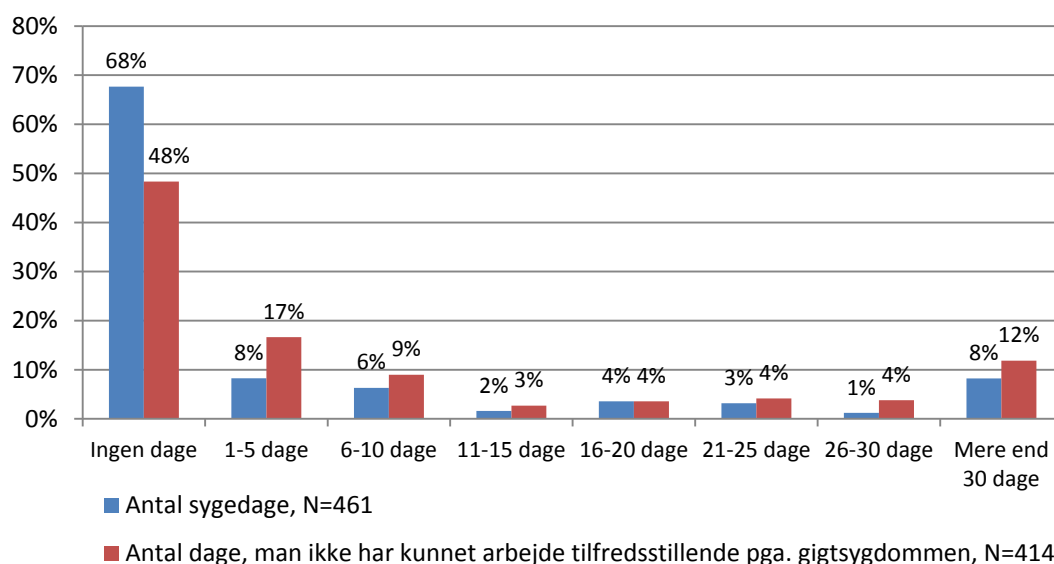
Men som ovenstående tal også indikerer, så er der for hvert spørgsmål en ikke ubetydelig andel, som svarer "Nej" til de forskellige tiltag på arbejdsmarkedet, som kan gøre arbejdslivet

mere fleksibelt i forhold til mennesker med gig. Samlet set er der 30%, som ikke har mulighed for at tage et hvil, at kunne tage fri på grund af smerter, eller hvis arbejdsopgaver ikke er justeret i forhold til sygdommen.

I denne sammenhæng skal man dog have for øje, at det ikke nødvendigvis er alle mennesker med gig, som har brug for nogle af de nævnte tilpasninger i forhold til arbejdet. Det har dog ikke været muligt at undersøge dette i indeværende projekt.

Selv om arbejdspladserne giver mulighed for hvil eller tilpasning af arbejdsopgaverne i forhold til gigten, så kan smerter, ubehag og træthed forårsaget af sygdommen medføre, at mennesker med gig må melde sig syge. I figur 6.3 er vist antallet af dage, hvor mennesker med gig de seneste tre måneder har været fraværende eller ikke har kunnet arbejde optimalt grundet deres gigtsygdom.

Figur 6.3 Mennesker med gig, som er i arbejde, fordelt efter antallet af fraværdsdage og dage, hvor man ikke har kunnet arbejde tilfredsstillende på grund af gig de seneste tre måneder



Som det fremgår af figuren har langt størstedelen ikke haft sygedage de seneste tre måneder. Betinget af at have haft en sygedag synes, resultaterne at pege på en u-formet fordeling af antallet af sygedage. Der er relativt mange mennesker med gig, der har haft 1-5 eller 6-10 sygedage, få der har haft 11-15 og 16-20 sygedage og igen relativt mange, der har haft 21 eller flere sygedage. Resultaterne peger på, at en lignende fordeling af antallet af dage, man ikke har kunnet arbejde tilfredsstillende på grund af gigtsygdommen, synes at være gældende. Her er det værd at bemærke, at lidt mere end halvdelen af mennesker med gig har oplevet mindst en dag de seneste tre måneder, hvor de ikke har kunnet arbejde tilfredsstillende grundet deres gigtsygdom, og 20% har oplevet det i 21 dage eller mere de seneste tre måneder. Det peger altså på, at gigtsygdommen kan have en stor negativ betydning for arbejdslivet, og at der kan være mange personer, der går på arbejde med smerter, træthed og ubehag.

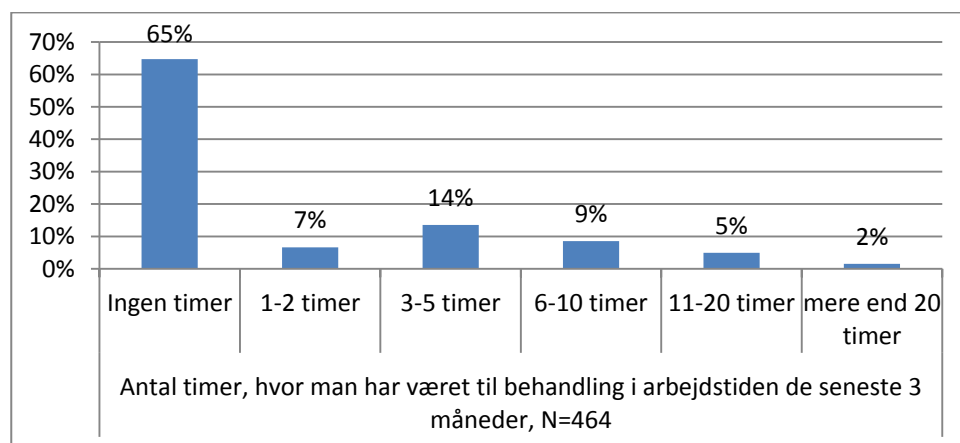
I denne forbindelse er anvendt en statistisk model, hvor man estimerer to effekter. Den første effekt er, hvilke faktorer der påvirker sandsynligheden for at have minimum en sygedag eller en dag, hvor deres arbejde er påvirket af gigten. Den anden effekt er, hvilke faktorer (givet at man har minimum en sygedag eller oplever minimum en dag, hvor arbejdet påvirkes af sygdommen) der påvirker antallet af sygedage eller dage, hvor arbejdet påvirkes af sygdommen. I forhold til at have *minimum en sygedag eller en dag, hvor gigten påvirker arbejdet*, synes mennesker med gigt over 60 år at have en mindre sandsynlighed for at have en sygedag eller en dag, hvor arbejdet påvirkes af gigten. Mennesker med gigt med minimum lette smerter har en større sandsynlighed, omvendt har personer med et psykisk godt velbefindende en mindre sandsynlighed. Ses der alene på, hvad der påvirker sandsynligheden for at have haft minimum en sygedag, har personer med en aftagende gigt en mindre sandsynlighed. Tilsvarende er gældende for personer med leddegigt eller en ryg sygdom i forhold til at have mindst en dag, hvor sygdommen påvirker arbejdet på en negativ måde.

Ses der på den anden effekt (*antallet af sygedage eller dage, hvor gigten påvirker arbejdsdagen negativt*), peger modellerne på, at personer med leddegigt har færre dage end personer med en anden diagnose (slidgigt og ryg sygdomme undtaget), mens personer over 59 år har færre dage end yngre, og personer med ryg sygdomme har færre dage end personer med en anden diagnose (slid- og leddegigt undtaget), hvor arbejdet påvirkes negativt af sygdommen. Ellers synes der ikke at være signifikante sammenhænge.

Tallene skal også ses i den sammenhæng, at ca. 20% af mennesker med gigt, der har en tilknytning til arbejdsmarkedet, har en §56-aftale, hvor arbejdsgiveren får refusion allerede fra første sygedag på grund af kronisk sygdom hos medarbejderen.

For at få en anden vinkel på, hvordan gigt påvirker arbejdslivet, blev svarpersonerne også bedt om at angive, hvor mange timer de havde gået til behandling i arbejdstiden de seneste tre måneder, se figur 6.4.

Figur 6.4 Mennesker med gigt, som er i arbejde, procentvis fordelt efter antallet af behandlingstimer i arbejdstiden



Som figuren viser, har omkring 35% af mennesker med gigt, som er i arbejde, været til behandling i arbejdstiden de seneste tre måneder, hvoraf en femtedel (7% af alle) har været til behandling i 11 eller flere timer. 65% har ikke været til behandling i arbejdstiden.

7 Livskvalitet

I dette kapitel beskæftiger vi os med livskvalitet hos mennesker med gigt, hvilket i denne sammenhæng vil sige deres oplevelse af smerter, deres psykiske velbefindende og deres sociale kontakter, herunder vurderingen af de sociale kontakters omfang. Tilsammen skal dette bidrage til at beskrive nogle konsekvenser for livskvaliteten af at have en gigtsygdom, og i hvilken udstrækning mennesker med gigt er hæmmet af en gigtsygdom.

7.1 Smerter og psykisk velbefindende

I spørgeskemaet har vi spurgt personerne med gigt, om de har haft smerter inden for de seneste fire uger, og de har i besvarelsen kunnet angive, hvor stærke de oplever eventuelle smerter. I tabel 7.1 er vist, hvordan oplevelsen af smerter varierer i forhold til alder.

Tabel 7.1 Mennesker med gigt fordelt efter alder og procentvis efter, om de har haft fysiske smerter inden for de seneste fire uger

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	Alle
Nej, ingen smerter	17	1	5	6	5
Ja, meget lette smerter	-	12	9	11	10
Ja, lette smerter	22	18	27	28	26
Ja, middelstærke smerter	11	36	42	40	40
Ja, stærke smerter	39	21	15	11	14
Ja, meget stærke smerter	11	12	4	4	5
I alt	100	100	100	100	100
Antal	18	256	906	887	2.067

Anm.: Da antal besvarelser fra 16-24-årige er meget lavt, skal procentfordelingen tages med forbehold.

Oplevelsen af smerter er individuel, og angivelsen af smerteniveau kan opfattes som, i hvilken udstrækning mennesker med gigt føler sig generet af smerterne. Blandt alle er det 15%, som ikke har oplevet smerter eller kun har oplevet meget lette smerter. Omvendt er det 19%, der har oplevet stærke smerter eller meget stærke smerter, og her er der en aldersmæssig variation. Mens fx 33% af de 25-44-årige angiver at have haft stærke eller meget stærke smerter, så gælder det alene 15% af de 65+-årige. Der findes ikke et direkte sammenligningsgrundlag i hele befolkningen, men i den nationale sundhedsprofil fra 2010 (www.sundhedsprofil2010.dk) er befolkningen blevet spurgt om, hvorvidt de har været generet af smerter eller ubehag inden for de seneste to uger. I aldersgruppen 45-64 år har ca. 38% angivet, at de har været meget generet af smerter eller ubehag i skulder, nakke, arme, hænder, ben, knæ, hofter, led, ryg eller lænd eller har lidt af træthed, hovedpine, søvnbesvær, nedtrykthed, ængstelse, nervøsitet, uro eller angst. Spørgsmålet indeholder altså flere former for ubehag end smerter, og når det sammenholdes med, at 61% af 45-64-årige med gigt som *minimum* har angivet, at de har haft middelstærke smerter inden for den seneste uge, tør vi

godt konkludere, at smerter er mere udbredt blandt mennesker med gigt end i hele befolkningen.

Med det udgangspunkt, at meget lette smerter ikke er meget begrænsende for livsudførelsen, har vi gennemført en analyse af, hvilke karakteristika hos mennesker med gigt der viser sammenhæng med at have i det mindste lette smerter. Resultatet af denne analyse er vist i bilagstabel B7.1.

Analysen viser, at køn og alder ikke har sammenhæng med mindst at have lette smerter. Tabel 7.1 antyder da også, at grænsen for alderens betydning synes at ligge ved et højere smerteniveau. Mindst lette smerter opleves især hos personer, som angiver, at deres gigt er svingende eller i forværring, mens personer, som har oplevet deres gigt som aftagende, i mindre grad oplever smerter. Der er en række andre sygdomme end gigt, der viser sammenhæng med at have som minimum lette smerter. Det drejer sig om allergi, migræne eller hyppig hovedpine og en ikke nærmere specificeret fysisk sygdom ud over gigt. Personer, der har sukkersyge/diabetes, oplever imidlertid ikke så ofte smerter, som personer, der ikke har sukkersyge. Analysen viser endvidere, at risikoen for at have smerter stiger med graden af nedsat funktionsniveau i daglige aktiviteter, mens risikoen falder med stigende psykisk velbefindende. Årsagssammenhængen er jo nok omvendt, at ingen eller kun lette smerter giver bedre psykisk velbefindende end stærkere smerter. Det samme kan tænkes at være tilfældet med fysisk funktionsniveau i daglige aktiviteter, nemlig at fysiske smerter begrænser funktionsniveauet. Endelig finder vi, at leddegigt og slidgigt blandt mennesker med gigt ikke viser sammenhæng med at have mindst lette smerter. Det gør det derimod at have en ryg sygdom.

I opgørelsen af psykisk velbefindende indgår tre spørgsmål: Hvor stor en del af tiden i de seneste fire uger har du a) følt dig rolig og afslappet, b) været fuld af energi og c) følt dig trist til mode? Man har kunnet svare hele tiden, det meste af tiden, noget af tiden, lidt af tiden eller på intet tidspunkt. Svarene er tildelt værdierne 0, 25, 50, 75 eller 100 med 100 som det bedste, og der er derefter beregnet et gennemsnit af værdierne på de tre spørgsmål. Det giver en skala med i princippet værdier fra 0-100. I tabel 7.2 viser vi i første omgang, hvordan der er svaret på de tre spørgsmål.

Tabel 7.2 Mennesker med gigt procentvis fordelt efter, hvor stor en del af tiden i de seneste fire uger de har følt sig rolig og afslappet, været fuld af energi og følt sig trist til mode

	Følt sig rolig og afslappet	Været fuld af energi	Følt sig trist til mode
Hele tiden	13	4	1
Det meste af tiden	42	19	6
Noget af tiden	28	33	26
Lidt af tiden	14	28	38
På intet tidspunkt	2	17	29
I alt	100	100	100
Antal	2.065	1.987	2.010

Det fremgår, at først og fremmest manglende energi er et problem. Kun godt 20% angiver, at de hele tiden eller det meste af tiden har været fulde af energi. Mere end halvdelen har hele tiden eller det meste af tiden følt sig rolig og afslappet, mens omkring 2/3 kun lidt af tiden eller på intet tidspunkt har følt sig trist til mode.

I Sundhedsprofil 2010 (www.sundhedsprofil2010.dk) er dårligt mentalt helbred afgrænset til de 10% med den laveste score på indeks for psykisk velbefindende. Det svarer til en score på 35,76 eller derunder. Vi har undersøgt, hvor stor en andel af mennesker med gig, der har en score på dette niveau eller lavere. Blandt mennesker med gig er det 16%, der ligger på eller under den angivne værdi, og der er således blandt mennesker med gig en større andel med dårligt psykisk velbefindende end i hele befolkningen. Forskellen skyldes ikke en forskel i alderssammensætningen, da forskellen også træder frem, når vi sammenligner afgrænsede aldersgrupper. Særligt markant er forskellen i aldersgruppen 25-44 år. Mens der i hele befolkningen er 11% med dårligt psykisk velbefindende i aldersgruppen, så er andelen blandt mennesker med gig på 32%.

Vi har gennemført en analyse af, hvilke karakteristika ved mennesker med gig der viser sammenhæng med, hvor højt man scorer på indeks for psykisk velbefindende. Resultatet er vist i bilagstabel B7.2, hvor der alene er vist variabler, der har signifikant sammenhæng med scoren på indeks for psykisk velbefindende. Det psykiske velbefindende er bedre blandt mænd med gig end blandt kvinder med gig, og det er bedre blandt dem, der bor alene, end blandt dem, der bor sammen med andre. Analysen viser endvidere et bedre psykisk velbefindende blandt dem, der har oplevet gigten som stabil eller aftagende, end blandt dem, som har oplevet den som svingende eller i forværring. Det psykiske velbefindende er højere hos dem, der har slidgigt, end hos dem med anden gigtssygdom. Omvendt er det psykiske velbefindende lavere hos dem, der har en rygssygdom, end hos dem, der ikke har en rygssygdom. Endvidere viser analysen, at psykisk velbefindende falder med stigende besvær i udførelsen af daglige aktiviteter, og at anden sygdom end gig også spiller en rolle for psykisk velbefindende. Der er sociale forskelle i psykisk velbefindende, hvilket viser sig ved lavere psykisk velbefindende hos dem uden eller med kort uddannelse end hos dem med lang uddannelse. Sammenhængen med indkomst er usystematisk.

7.2 Sociale relationer

Sociale relationer blandt mennesker med gig er belyst på flere måder. Vi har spurgt, hvor ofte de er sammen med henholdsvis børn eller anden familie, som de ikke bor sammen med, og med venner eller bekendte. Vi har endvidere spurgt, om de synes, at de er tilstrækkeligt sammen med andre mennesker, som de kan tale med, og hvor ofte det sker, at de er alene, selv om de havde mest lyst til at være sammen med andre. De to sidste spørgsmål dækker således vurderingen af kvaliteten og omfanget af kontakter med andre, og i hvilken udstrækning man synes, at man er for meget overladt til sig selv.

I tabel 7.3 er vist, hvor ofte mennesker med gig er sammen med børn eller anden familie, de ikke bor sammen med. Der vil således være mennesker med gig – særligt i de yngre

aldersklasser – der er sammen med børn, de bor med, og som ikke fremgår af tabellen. Den viser således samvær med familie uden for husstanden.

Tabel 7.3 Mennesker med gigt fordelt efter alder og procentvis efter, hvor ofte de er sammen med børn eller anden familie, som de ikke bor sammen med

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	Alle
Dagligt eller næsten dagligt	6	10	7	4	6
1-3 gange om ugen	65	38	40	29	35
1-3 gange om måneden	12	41	40	48	43
Sjældnere	18	11	12	18	14
Aldrig	-	-	1	0	1
Har ingen familie	-	-	1	1	1
I alt	100	100	100	100	100
Antal	17	256	901	881	2.055

Anm.: Da antal besvarelser fra 16-24-årige er meget lavt, skal procentfordelingen tages med forbehold.

Det er de færreste mennesker med gigt, der dagligt eller næsten dagligt er sammen med børn eller anden familie. Det mest almindelige er at være sammen med børn eller anden familie nogle gange om måneden. Omkring 16% er ikke sammen med børn eller anden familie mindst en gang om måneden. Hvis man ser bort fra de 16-24-årige, hvor procentgrundlaget er beskedent, er der ikke den store forskel mellem aldersgruppernes samvær med børn og anden familie. Det daglige og ugentlige samvær synes dog at aftage med alderen. I Sundhedsprofil 2010 er opgjort, hvor ofte borgerne træffer familie. Det viser sig imidlertid at omfatte både at være sammen, at tale i telefon sammen og at skrive til hinanden mv., og dette er derfor ikke sammenligneligt med denne undersøgelse. Sammenholdt med den såkaldte Ældredatabase synes andelen med daglig kontakt forholdsvis beskedent. Der må dog også her tages et vist forbehold for sammenligneligheden.

I tabel 7.4 er vist, hvor hyppigt mennesker med gigt er sammen med venner eller bekendte.

Tabel 7.4 Mennesker med gigt fordelt efter alder og procentvis efter, hvor ofte de er sammen med venner eller bekendte

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	Alle
Dagligt eller næsten dagligt	41	4	7	11	9
1-3 gange om ugen	12	32	37	45	40
1-3 gange om måneden	12	49	42	33	39
Sjældnere	35	15	14	11	13
Aldrig	-	-	0	0	0
Har ingen venner eller bekendte	-	-	0	-	0
I alt	100	100	100	100	100
Antal	17	255	916	894	2.082

Anm.: Da antal besvarelser fra 16-24-årige er meget lavt, skal procentfordelingen tages med forbehold.

Mennesker med gigt er generelt hyppigere sammen med venner og bekendte end med børn og anden familie. Omkring halvdelen er mindst en gang om ugen sammen med venner eller bekendte, og 13% er ikke sammen med venner eller bekendte mindst en gang om måneden. Mennesker med gigt i alderen 25-44 år er ikke helt så hyppigt sammen med venner eller bekendte som dem i de højere aldersgrupper. Niveaueet for de 45+-årige ligger tæt på niveaueet for hele befolkningen i aldersgruppen 52-87 år i den førnævnte Ældredatabase.

Vi har konstrueret en variabel for, at man ikke er sammen med hverken børn, anden familie, venner eller bekendte mindst en gang om ugen. Denne gruppe med relativt sjældne kontakter har vi benævnt "socialt svage" (begrebet er hentet fra Platz (2000)), og de udgør 24% af mennesker med gigt. Vi har i en regressionsanalyse afdækket, hvilke karakteristika der viser sammenhæng med at være socialt svag blandt mennesker med gigt. Resultatet af analysen er vist i bilagstabel B7.3.

Typen af gigtsygdom viser ingen sammenhæng med at være socialt svag. Derimod er der større risiko for at være socialt svag, hvis sygdommen opleves som svingende frem for stabil. Kvinder med gigt har en større risiko for at være socialt svage end mænd med gigt, og risikoen stiger med alderen. Risikoen for at være socialt svag stiger ligeledes med afstanden til børn, og især mennesker med gigt, der har brug for hjælp i daglige aktiviteter, har en risiko for at være socialt svage. Endelig er der en sammenhæng mellem psykisk velbefindende og risikoen for at være socialt svag. Jo bedre velbefindende, des mindre risiko for at være socialt svag.

Hvordan vurderer mennesker med gigt så deres sociale kontakter? Det belyser vi dels ved at analysere, hvorvidt mennesker med gigt synes, at de er nok sammen med andre mennesker, som de kan tale med, og hvor ofte det sker, at de er alene, selv om de havde mest lyst til at være sammen med andre.

I alt 80% af alle mennesker med gigt synes, at de er tilstrækkeligt sammen med andre mennesker, som de kan tale med. Der er altså 20%, som ikke synes det. I bilagstabel B7.4 er vist resultaterne af en analyse af, hvilke karakteristika der viser sammenhæng med, at man synes, at man er tilstrækkeligt sammen med andre.

Chancen for at synes, at man er tilstrækkeligt sammen med andre mennesker, er større, hvis man ikke har en rygsygdom, end hvis man har, og chancen er større, hvis man har leddegigt frem for en anden gigtsygdom. Mænd synes oftere end kvinder, at de er tilstrækkeligt sammen med andre mennesker, og med stigende alder stiger chancen for at synes det. Mennesker med gigt, der ikke bor alene, har større chance end dem, der bor alene, for at synes, at de er tilstrækkeligt sammen med andre. Betydningen af afstanden til børn er lidt usikker, men der er en tendens til, at chancen for at synes, at man er tilstrækkeligt sammen med andre, aftager med afstanden til børn. Chancen for at synes, at man er tilstrækkeligt sammen med andre, aftager med stigende besvær med at udføre daglige aktiviteter, mens chancen stiger med stigende psykisk velbefindende.

I tabel 7.5 er vist, hvor ofte mennesker med gigt er alene, selv om de havde mest lyst til at være sammen med andre. Det vil vi i det følgende kalde at være "uønsket alene".

Tabel 7.5 Mennesker med gigft fordelt efter alder og procentvis efter, hvor ofte de er alene, selv om de havde mest lyst til at være sammen med andre

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	Alle
Ofte	6	9	5	6	6
Af og til	44	32	28	23	27
Sjældent	50	39	44	41	42
Aldrig	-	20	24	30	26
I alt	100	100	100	100	100
Antal	18	257	917	892	2.084

Anm.: Da antal besvarelser fra 16-24-årige er meget lavt, skal procentfordelingen tages med forbehold.

I alt 33% svarer, at de ofte eller af og til er uønsket alene, og således kan siges ikke at få dækket deres behov for kontakt med andre. Der er en sammenhæng med alderen. Andelen, der ofte eller af og til er uønsket alene, er størst blandt 25-44-årige (vi ser her bort fra 16-24-årige) og mindst blandt 65+-årige. Tendens er omvendt for andelen, der aldrig er uønsket alene. Andelen, der *ofte* er uønsket alene, kan sammenlignes med borgere i Sundhedsprofil 2010, og andelen i denne undersøgelse ligger på niveau med Sundhedsprofilen. Det gælder dog ikke 25-44-årige, hvor andelen her er 9%, mens den i Sundhedsprofilen er 5%.

Vi har gennemført en regressionsanalyse af, hvilke karakteristika ved mennesker med gigft der hænger sammen med sjældent eller aldrig at være uønsket alene. Resultatet af analysen er vist i bilagstabel B7.5.

Der er ikke fundet nogen sammenhæng mellem sjældent eller aldrig at være uønsket alene og karakteristika med hensyn til gigftsygdommen. Det er dog kun, hvis vi ser bort fra funktionsniveau i daglige aktiviteter. Hvis sygdommen giver anledning til besvær med daglige aktiviteter og ligefrem giver behov for hjælp fra andre, så er der mindre chance for sjældent eller aldrig at være uønsket alene, end hvis man klarer daglige aktiviteter uden besvær.

Chancen for sjældent eller aldrig at være uønsket alene stiger med alderen, og der er større chance for, at mænd frem for kvinder sjældent eller aldrig er uønsket alene. Det er naturligt nok, at dem, der bor sammen med andre, oftere end enlige angiver, at de sjældent eller aldrig er uønsket alene. Psykisk sygdom hænger sammen med at være uønsket alene, og chancen for sjældent eller aldrig at være uønsket alene falder med psykisk sygdom. Endvidere er chancen for sjældent eller aldrig at være uønsket alene stigende med stigende psykisk velbefindende. Afstanden til børn viser sammenhæng med chancen for sjældent eller aldrig at være uønsket alene. Jo længere afstand til børn des mindre er chancen for sjældent eller aldrig at være uønsket alene. Der er en ikke helt systematisk sammenhæng med indkomst, men det ser ud til, at chancen for sjældent eller aldrig at være uønsket alene er størst for dem med lavest indkomst.

8 Opsamling og konklusion

I dette kapitel samler vi op på hovedresultaterne af analyserne i de enkelte kapitler, og vi formulerer hovedkonklusioner fra undersøgelsen. Formålet med undersøgelsen har været at belyse de økonomiske og sociale konsekvenser for patienter med gigt. Undersøgelsen har endvidere haft som formål at belyse, hvor mange mennesker med gigt der er afhængige af hjælp fra pårørende samt pårørendes tidsforbrug til bistand til mennesker med gigt. Vi vil konkludere i forhold til disse formål.

Undersøgelsen bygger på en spørgeskemaundersøgelse blandt et tilfældigt udtræk blandt Gigtforeningens medlemmer. Populationen, som har besvaret spørgeskemaet, er blevet sammenholdt med sammensætningen på køn, alder og uddannelse blandt personer med leddegigt og slidgigt i SUSY-undersøgelsen i 2005, og ved brug af vægte er populationen korrigeret i forhold hertil. Undersøgelsen bygger altså på mennesker med gigts egen opfattelse af deres situation.

Mennesker med gigt

Der er flere kvinder end mænd, der har gigt, idet godt 3/5 er kvinder og 2/5 er mænd. Gigt er en fællesbetegnelse for over 200 forskellige diagnoser. Godt 2/5 har netop én diagnose, mens godt 1/5 har to diagnoser, godt hver tiende har tre diagnoser og den resterende fjerdedel har fire eller flere diagnoser. De mest udbredte diagnoser er: 1) Slidgigt (54%), 2) rygsygdomme (37%) og 3) leddegigt (30%). Hver tredje oplever, at deres gigt er blevet forværret, og lidt flere oplever, at deres gigt har været svingende, og få oplever, at den har været aftagende i det seneste år. Mere end hver fjerde har levet med gigt i mere end 20 år, hver tredje i 11-20 år, mens godt en fjerdedel har levet med gigt i 2-4 år og få i under 2 år. Gigt påvirker evnen til at klare dagligdags funktioner fx mobilitet indendørs og udendørs samt at klæde sig af og på og gå i bad. De fleste klarer dog selv opgaverne, men 57% har besvær med mindst én ud af seks basale opgaver i dagligdagen, og det er en større andel end i en sammenlignelig aldersgruppe i hele befolkningen. 7% har brug for hjælp til mindst én dem.

Aldersmæssigt er hovedparten af mennesker med gigt 45 år eller derover. Det er godt hver fjerde, der bor alene, mens knap tre ud af fire bor sammen med enten ægtefælle/samlever, børn eller andre.

Hjælp fra pårørende og fra kommunen

Langt de fleste mennesker med gigt klarer sig uden hjælp i det daglige. Næsten alle klarer selv den personlige hygiejne, påklædning og at komme omkring. Alene 1-4% får hjælp af ægtefælle til sådanne funktioner, og anden familie hjælper stort set ikke med dette. Når det gælder praktiske opgaver i husholdningen, klarer mennesker med gigt det ligeledes stort set selv, eller også gør en eventuel ægtefælle det. Det ser ikke ud til, at ægtefæller til mennesker med gigt tager sig af praktiske opgaver i husholdningen i større omfang, end det er almindeligt i danske husholdninger. Også i dette tilfælde er det kun en lille andel, hvor anden familie for

det meste tager sig af de praktiske opgaver i husholdningen (1-3%), når der ses bort fra hjælp med haven, hvor familie, venner eller bekendte for det meste klarer denne i 7% af tilfældene.

De fleste ægtefæller bruger således ikke tid på at hjælpe med personlig hygiejne, påklædning og med at komme fra et sted til et andet i boligen, og alene 4% er beregnet til at bruge mere end 1½ time om ugen. Tilsvarende er det mere end 90% af personerne med gigt, hvor familie, venner eller bekendte ikke bruger tid på for det meste at klare praktiske opgaver i husholdningen, og alene ved 4% er pårørende beregnet til at bruge mere end en time om ugen.

En lille andel af mennesker med gigt modtager hjælp fra kommunen – 3% har hjælp til personlig pleje og 10% har hjælp til praktisk bistand. Andelen af mennesker med gigt, der har hjælp fra kommunen i aldersgruppen på 65 år og derover, er på niveau med andelen af hele befolkningen, der har hjælp fra kommunen. Det er lidt overraskende, når vi her taler om en gruppe med en sygdom, som medfører funktionsnedsættelse.

Kun en lille andel af mennesker med gigt, som ikke modtager hjælp fra kommunen, udtrykker, at de har brug for hjælp fra kommunen, eller hvis de allerede modtager hjælp, brug for mere hjælp. Det er i alt 10%. Blandt dem, der er afhængig af hjælp fra andre til at udføre daglige aktiviteter, er det imidlertid 50%, og blandt dem, der endvidere allerede har hjælp fra kommunen, er det 84%, der vurderer, at de har brug for mere hjælp. Undersøgelsen afdækker ikke, hvad der vurderes at være brug for mere hjælp til. I de få tilfælde, hvor en ægtefælle bruger mere end fire timer om ugen til personlig hjælp, er det godt halvdelen, som vurderer, at de har brug for (mere) hjælp fra kommunen.

Individuelle merudgifter og tilskud fra kommunen

Undersøgelsen peger på, at minimum 60% af mennesker med gigt i 2011 har haft udgifter forbundet med deres gigt, og at 20% havde udgifter for over 5.000 kr. Resultaterne peger også på, at der er visse grupper, som har større udgifter. Ser vi bort fra dem, som har angivet, at de har udgifter forbundet med deres gigt, men ikke har angivet et beløb, er det gennemsnitlige udgiftsniveau 4.523 kr. i 2011, mens medianen er mellem 1.860-1.900 kr. i 2011. Den største andel har haft udgifter til lægeordineret medicin (ca. 1/3), behandlinger (fysioterapi, kiropraktor eller fodterapeut), håndkøbsmedicin og alternativ medicin. Personer med en kort, mellem eller lang videregående uddannelse, anden erhvervsfaglig uddannelse har større udgifter end personer uden uddannelse. Udgiften stiger med husstandsindkomsten. Tilsvarende har mennesker med gigt, der har smerter, større udgifter end dem uden nævneværdige smerter, og jo dårligere forlighed, des større er udgifterne. Omvendt har mennesker med gigt, som har haft gigt i 10 år eller mindre, slid eller leddegigt og god psykisk velbefindende færre udgifter.

11% af mennesker med gigt får økonomisk kompensation fra kommunen, hvoraf størstedelen har fået til egenbetaling i forbindelse med lægeordineret medicin og behandling (fysioterapi, kiropraktor, fodterapeut). Godt halvdelen af dem, der har fået kompensation, har fået 1.500 kr. månedligt. En stor del af personerne har således haft udgifter som følge af deres gigt, som de ikke er blevet kompenseret for af kommunen, selv om det også skal tælles med, at godt 10% har modtaget invaliditetsydelse.

Alene 7% har angivet, at de har søgt kommunen, men fået afslag. Der er noget, der tyder på, at der er brug for information om muligheden for at søge om økonomisk kompensation. Der er nemlig 40%, der angiver, at de ikke var klar over, at de kunne søge om økonomisk kompensation, knap 20% finder det for besværligt og tungt at søge, mens 20% ikke ved, hvordan de skal søge.

Arbejdsmarkedsdeltagelse

Sammenfattende synes gigttjeneste have en negativ påvirkning på arbejdslivet i forhold til udførelsen af arbejdsopgaver, men også at det kan være nødvendigt at gå ned i tid. Alene 25% af mennesker med gigttjeneste har en tilknytning til arbejdsmarkedet, og godt 60% af dem arbejder på fuld tid eller næsten fuld tid. Hvis vi ser bort fra folkepensionister, som udgør 40% af mennesker med gigttjeneste, er 43% af dem, der ikke modtager folkepension, på arbejdsmarkedet. Det er en betydelig lavere andel end blandt hele befolkningen. Mere end halvdelen af dem vurderer, at deres arbejdsevne i dag er på et niveau, der svarer til højst halvdelen af deres arbejdsevne, da den var på sit højeste. Mennesker med gigttjeneste med en erhvervsfaglig uddannelse, en kort, mellem-lang eller lang videregående uddannelse angiver en højere arbejdsevne end dem uden en erhvervsuddannelse. Personer med en ryg sygdom angiver en bedre arbejdsevne end personer med en anden gigttjeneste sygdom, og arbejdsevnen angives som bedre blandt dem, der har haft gigttjeneste i mindre end 11 år. Jo dårligere førlighed, desto dårligere er arbejdsevnen. Personer, som har brug for hjælp til minimum en basal daglig aktivitet, har en markant dårligere arbejdsevne end dem, der er uafhængige af hjælp til at udføre basale daglige aktiviteter

Gigtten har indflydelse på antallet af sygedage og antal dage, hvor man ikke kan arbejde tilfredsstillende grundet sygdommen. I alt 32% har inden for de seneste tre måneder haft fraværsdage på grund af deres gigttjeneste, og god halvdelen har haft dage, hvor de ikke kunne arbejde tilfredsstillende på grund af sygdommen. 35% har inden for de seneste tre måneder været til behandling i arbejdstiden.

Resultaterne peger også på, at der på nogle arbejdspladser bliver tilpasset i forhold til mennesker med gigttjeneste arbejdsevne og rytme. En stor del af mennesker med gigttjeneste har således fået nye (42%) eller lettere (39%) arbejdsopgaver på grund af gigttjeneste, har muligheder for et hvil (43%) og fleksibilitet i forhold til at kunne melde sig syg/gå hjem (31%) på grund af ubehag/træthed og smerter forbundet med gigttjeneste sygdommen. Men i alt 30% af dem med tilknytning til arbejdsmarkedet har ikke mulighed for at tage sig et hvil eller at tage fri på grund af smerter, og deres arbejdsopgaver er ikke justeret i forhold til gigttjeneste sygdommen. Undersøgelsen siger ikke noget om, hvorvidt de vurderer, at de har behov for det.

Livskvalitet

I undersøgelsen har vi belyst livskvalitet hos mennesker med gigttjeneste med hensyn til smerter, psykisk velbefindende og sociale relationer, herunder deres vurdering af kontakten med andre mennesker.

En stor andel (85%) har mindst haft lette *smerter* inden for de seneste fire uger, og 20% har oplevet stærke smerter eller meget stærke smerter. Denne andel er større end i befolkningen som helhed. Andelen, der har oplevet stærke eller meget stærke smerter, er større

blandt de yngre (25-44-årige) end blandt de ældre (65+-årige). Det er især personer, hvor gigten opleves som svingende eller i forværring, der mindst har haft lette smerter, endvidere har især personer med en rygsygdom haft mindst lette smerter inden for fire uger.

Manglende energi er et problem blandt mennesker med gigt. Kun godt 20% angiver, at de hele tiden eller det meste af tiden har været fulde af energi inden for de seneste fire uger. Det er imidlertid knap halvdelen, der ikke hele tiden eller det meste af tiden inden for de seneste fire uger har følt sig rolig og afslappet. Sammenlignet med hele befolkningen, er det en større andel blandt mennesker med gigt, der har dårligt *psykisk velbefindende*. Dem, som oplever deres gigt som stabil eller aftagende, har et bedre psykisk velbefindende end dem, som oplever sygdommen som svingende eller i forværring. Det psykiske velbefindende er lavere hos personer med en rygsygdom end blandt personer med en anden gigtsygdom. Det psykiske velbefindende er bedre hos personer med slidgigt end blandt personer med en anden gigtsygdom, mens psykisk velbefindende er dårligere hos dem med rygsygdom end hos dem med anden gigtsygdom.

Sociale relationer blandt mennesker med gigt er belyst gennem hyppigheden af samvær med børn, anden familie, venner og bekendte, hvorvidt de synes, at de er tilstrækkeligt sammen med andre mennesker, de kan tale med, og hvor ofte det sker, at de er alene, selv om de havde mest lyst til at være sammen med andre.

De færreste mennesker med gigt er sammen med børn, de ikke bor sammen med, eller anden familie dagligt eller næsten dagligt. Det mest almindelige er, at det sker nogle gange om måneden. Andelen med daglige kontakter synes lavere end i befolkningen som helhed. Omkring halvdelen af mennesker med gigt er sammen med venner eller bekendte mindst en gang om ugen, mens 13% ikke er sammen med venner eller bekendte mindst en gang om måneden. Niveauet for de 45+-årige ligger tæt på niveauet for en tilsvarende aldersgruppe i hele befolkningen.

Socialt svage, hvilket vil sige personer som ikke er sammen med børn, anden familie, venner eller bekendte hver uge, udgør 24% af mennesker med gigt. Typen af gigt viser ingen sammenhæng med at være socialt svag, men risikoen for at være socialt svag er særlig stor, hvis sygdommen opleves som svingende.

I alt 80% af alle mennesker med gigt synes, at de er tilstrækkeligt sammen med andre mennesker, de kan tale med. Chancen for at synes, at man er tilstrækkeligt sammen med andre mennesker, er større blandt dem, der *ikke* har en rygsygdom, end blandt dem, der har. Chancen er endvidere større, hvis man har leddegigt frem for anden gigtsygdom.

Andelen, der angiver, at de ofte er alene, selv om de ville foretrække at være sammen med andre, er på niveau med andelen i hele befolkningen, bortset fra 25-44-årige, hvor andelen er højere blandt mennesker med gigt.

Konklusion

Alt i alt har gigt haft en række konsekvenser for dem, der har sygdommen. Der er negative konsekvenser i forhold til arbejdsevnen, og arbejdsmarkedsdeltagelsen er reduceret. Mange har ekstra udgifter som følge af gigt, og kun en mindre andel er blevet kompenseret gennem økonomisk støtte fra kommunen.

De fleste er uafhængige af hjælp fra andre i hverdagen, men en del klarer kun de daglige opgaver med besvær. Dette betyder også, at omfanget af hjælp fra ægtefælle og andre pårørende i de fleste tilfælde er begrænset. Samværet med andre mennesker er kun påvirket i begrænset omfang. Gigtsygdommen har imidlertid betydning for livskvaliteten. Mange må leve med smerter i større eller mindre omfang, og gigt har en negativ betydning for det psykiske velbefindende.

Referencer

Amemiya, T. (1973): Regression analysis when the dependent variable is truncated normal. *Econometrica*, 42:999-1012.

Bengtsson, S. (2008): *Handicap og samfundsdeltagelse 2006*. København: SFi 08:18.

Danmarks Statistik (2012): *Nyt fra Danmarks Statistik*. Nr. 212, 24. april 2012.

Green, F.T. & A.C. Rayner (1991): The Resource Cost of Community Care of the Dependent Elderly. I I.C. Selby Smith (red.): *Economics and health: 1990*. Proceedings of the twelfth Australian Conference, 243-273.

Hansen, E.B. (2012): *Ældres hjælperelationer og sociale relationer over 10 år. Udviklingen over tid og med stigende alder fra 1997 til 2007*. København: AKF.

Larsen, B.; K.H. Schademan & J. Høgelund (2008): *Handicap og beskæftigelse i 2006*. Vilkår og betingelser for handicappede på arbejdsmarkedet. Rapport 08:10. København: SFI.

Platz, M. (2000): *Danskere med livserfaring – portrætteret i tal*. København: Socialforskningsinstituttet 00:8.

Tobin, J. (1958): Estimation of relationships for limited dependent variables. *Econometrica*, 26:24-36.

<http://www.sifolkesundhed.dk/Statistik/Sund%20og%20Sygelighedsunders%C3%B8gelsen%202000.aspx>

www.sundhedsprofil2010.dk

English Summary

Living with a Rheumatic Disease

The Impact of Rheumatic Diseases on Quality of Life and Personal Finances

The purpose of this study was to shed light on adverse financial and social impacts affecting people with back, joint and muscle disorders which we refer to collectively here as 'rheumatic diseases'. The study also seeks to elucidate how many people with rheumatic disease are reliant on assistance from relatives, and the time spent by relatives on assisting family members who have a rheumatic disease.

The aim was thus to provide information that would serve to factualise the general understanding of the implications of living with rheumatic disease in relation to the above-mentioned areas.

The study is based on a questionnaire survey conducted among 3,345 members of the Danish Rheumatism Association, of whom 65% (2,172) responded to questions concerning their health, daily activities, contact with family and friends, assistance with personal care and practical tasks, extra expenses, labour market status, education and income. We compared the surveyed responder population with those who in a 2005 survey of health and morbidity in Denmark stated that they had osteoarthritis or rheumatoid arthritis. Corrections were made for the difference in gender, age and educational composition so that the results of the study may be taken to be representative of people with rheumatic disease.

According to the Danish Rheumatism Association, almost 700,000 people in Denmark, or just over 12% of the Danish population, have a rheumatic disease. This study finds that the majority (85%) of people with rheumatic disease are aged 45+ and just over 42% are aged 65+. Slightly more than 3/5^{ths} are women while some 2/5^{ths} are men.

All told, the study reveals that rheumatic disease has had a number of adverse impacts on sufferers. These include adverse impacts as regards capacity for work, and labour market participation is reduced. Many people incur extra expenses as a result of their disease, and only a small proportion has been compensated in the form of financial support from their local authority.

The majority are not reliant on assistance from other people on a daily basis, but a number of them have difficulty coping with daily tasks. This also means that the extent of assistance from a spouse and other relatives is limited in most cases. While social interaction with family and friends is affected to a limited extent only, rheumatic disease adversely impacts quality of life among sufferers; many of them have to live with some degree of pain, and the disease adversely affects mental wellbeing.

Extra expenses

In 2011, at least 60% of people with rheumatic disease incurred expenses as a result of their condition, 20% incurring expenses in excess of DKK 5,000 in 2011. Of those who were able to put an amount on the expense, the average was DKK 4,500 in 2011. The largest share incurred expenses on prescription medication (approx. 1/3), treatment (from a physiotherapist, chiropractor or chiroprapist), over-the-counter medication and alternative medicine.

11% of people with rheumatic disease have received financial compensation from their local authority of whom the vast majority received a partial reimbursement of their out-of-pocket expenses on prescribed medication and treatment (physiotherapist, chiropractor, chiroprapist). In addition, slightly more than 10% receive disability benefit, but a large proportion incurred expenses as a result of their rheumatic disease for which they have not received any compensation from their local authority. This may be due to failure to apply for such financial support and/or the fact that their expenditure is non-eligible under the rules regarding extra expenses.

Assistance from relatives

The majority of sufferers cope with daily activities unassisted, although a proportion state that they do so with difficulty. Only 1-4% receive help from their spouse with personal hygiene, dressing or getting around. Practical household tasks are largely performed by people with rheumatic disease unaided, or by their spouse. This is not at variance with the ordinary division of labour in the general population. Other family members help with practical tasks in only a few instances. We estimate that, in just a few instances, the spouse of a person with rheumatic disease spends more than 90 minutes a week on assisting with personal hygiene, dressing, getting into or out of bed or getting around the home. According to our estimate, relatives spend more than 1 hour a week helping with practical tasks in the household, home and garden in only 4% of instances.

Labour market status and terms of employment

Only 25% of people with rheumatic disease are in employment, but 43% of those who are non-pensioners are in employment. This is a considerably smaller proportion than in the population at large.

Of those in employment some are employed on special terms (e.g. flexiwork arrangements), while just over 60% work full time or almost full time. More than half of non-pensioners rate their current capacity for work as being at a level corresponding to no more than half their capacity when it was at its highest. Rheumatic disease influences the number of sickness absence days and the number of days of underperformance at work due to the disease. The findings also indicate that, at some places of work, adaptations are made to accommodate people with rheumatic disease in terms of work capacity and rhythm. However, a full 30% of sufferers in employment do not have the option of taking a rest or leave days because of pain, and their work tasks have not been adapted to accommodate problems arising from their condition. The survey gives no indication of whether or not these employees believe they need such adaptations.

Financial impacts and quality of life

For many people, their disease has had financial impacts because they have had to give up working (on normal terms) or have to work reduced hours. A large proportion have as a minimum experienced *mild pain* within the last four weeks, and 20% reported severe or very severe pain. This is a considerably larger proportion than in the population at large. Lack of energy is a problem among people with rheumatic disease. Only some 20% indicate that they have been full of energy all or most of the time within the last four weeks. Compared with the general population, the *mental wellbeing* of a higher proportion of people with rheumatic disease is adversely affected. Social interaction with children living outside the home, other family or friends does not appear to differ that much in people with rheumatic disease from the general population. Thus, the study does not find that the disease has had adverse impacts in this sphere of life. A total of 80% of all people with rheumatic disease state that they spend adequate time with people they can talk to. The proportion who state that they are often alone even if they would prefer to be in the company of others are at the same level as the proportion in the general population, excepting the age-group 25-44 years, where the proportion is higher among people with rheumatic disease.

Bilagstabeller

B4.1 Resultat af logistisk regression af om en person med gigt har praktisk bistand eller personlig pleje fra kommunen

	Odds ratio	Signifikans
Konstant	0,001	0,001
Mand	Reference	
Kvinde	1,54	0,04
Alder	1,07	<0,001
Bor alene	Reference	
Bor ikke alene	0,22	<0,001
Førlighedsindeks 0	Reference	
Førlighedsindeks 1-2	1,91	0,04
Førlighedsindeks 3-4	3,7	<0,001
Førlighedsindeks 5-6	6,3	<0,001
Førlighedsindeks 7+	24,5	<0,001
Indeks for psykisk velbefindende	0,99	0,07
Har leddegigt	Reference	
Har <i>ikke</i> leddegigt	0,58	0,01
Har slidgigt	Reference	
Har <i>ikke</i> slidgigt	1,172	0,45
Har rygsygdom	Reference	
Har <i>ikke</i> rygsygdom	0,75	0,14
Familie eller venner bruger ikke tid på hjælp til praktiske opgaver	Reference	
Familie eller venner bruger højst en time ugentligt	2,66	0,001
Familie eller venner bruger 1-4 timer ugentligt	0,9	0,81
Familie eller venner bruger mere end 4 timer ugentligt	4,9	0,05
Ægtefælle/samlever bruger ikke tid på hjælp til personlig pleje	Reference	
Ægtefælle/samlever bruger højst 1½ time ugentligt	0,94	0,92
Ægtefælle/samlever bruger 1½-4 timer ugentligt	0,53	0,22
Ægtefælle/samlever bruger mere end 4 timer ugentligt	1,46	0,53
N=	1.915	
Pseudo R ²	0,38	

B5.1 Resultat af regression (Tobit) af totale udgifter som følge af gigt

Variabel	Parameterestimat	Marginal effekt
Mand	-1462.2** [524.5]	-885.9* [317.7]
Aldersgruppe 40-49 år	2452.7+ [1278.7]	1485.9+ [774.3]
Aldersgruppe 50-59 år	1712.8 [1114.4]	1037.7 [674.9]
Aldersgruppe 60-69 år	-968.6 [1088.0]	-586.8 [659.2]
Aldersgruppe 70-79 år	-2101.3+ [1157.5]	-1273.0+ [701.3]
Aldersgruppe 80 år eller ældre	-1062.1 [1521.5]	-643.5 [921.8]
Lang eller mellemlang videregående uddannelse	4903.8*** [784.4]	2970.9*** [474.1]
Kort videregående uddannelse	2747.9** [973.6]	1664.8** [589.6]
Anden erhvervsfaglig uddannelse	1907.0* [783.5]	1155.3* [474.5]
Husstandsindkomst	220.7+ [131.0]	133.7+ [79.32]
Socialt svag	-197.6 [570.0]	-119.7 [345.4]
Smerter	2913.1*** [719.2]	1764.9*** [435.3]
Førlighedsindeks 1-2	1558.7** [602.7]	944.3** [364.9]
Førlighedsindeks 3-4	2659.3*** [716.2]	1611.1*** [433.3]
Førlighedsindeks 5-6	4687.1*** [848.1]	2839.7*** [512.3]
Førlighedsindeks 7+	7467.7*** [1107.5]	4524.3*** [668.5]
Psykisk velbefindende	-17.71 [12.60]	-10.73 [7.636]
Leddegigt	-707.5 [560.9]	-428.7 [339.7]
Slidgigt	-100.7 [518.3]	-61.00 [314.0]
Rygsygdom	-2035.6*** [493.5]	-1233.2*** [298.7]
Gigten opleves som svingende	-185.2 [638.3]	-112.2 [386.7]
Gigten opleves som i forværring	1201.3+ [685.2]	727.8+ [415.0]
Gigten opleves som aftagende	-21.14 [1372.9]	-12.81 [831.8]
Gigt mellem 0-10 år	-1217.9* [496.3]	-737.8* [300.7]

Variabel	Parameterestimat	Marginal effekt
Ønsker ikke at opgive indkomsten	-97.48 [1011.2]	-59.06 [612.6]
Kender ikke indkomsten	-1166.0 [1751.4]	-706.4 [1061.1]
Kender ikke uddannelsen	-1142.1 [1773.9]	-692.0 [1074.7]
Manglende svar på variable i modellen	-1040.3 [752.5]	-630.2 [455.8]
Konstant	2182.3 [2482.1]	
Sigma	9162.5***	
<i>N</i>		1722
LL(0)		-13706.5
LL(β)		-13564.5

Standard errors in brackets.

+ $p < 0.10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

B6.1 Resultat af regression af arbejdsevne

Variabel	I dag Parameterestimat	Ved smerter og ubehag pga. gigt Parameterestimat
Mand	-0.120 [0.168]	-0.395* [0.188]
Aldersgruppe 40-49 år	-0.633* [0.319]	-0.603+ [0.347]
Aldersgruppe 50-59 år	-0.852** [0.285]	-0.491 [0.313]
Aldersgruppe 60-69 år	-1.180*** [0.291]	-0.518 [0.326]
Aldersgruppe 70-79 år	-0.768 [0.803]	0.534 [0.940]
Aldersgruppe 80 år eller ældre	-3.361*** [0.610]	-2.146+ [1.246]
Lang eller mellemlang videregående uddannelse	0.796** [0.263]	0.318 [0.276]
Kort videregående uddannelse	0.707* [0.308]	0.141 [0.320]
Anden erhvervsfaglig uddannelse	0.681** [0.260]	0.406 [0.277]
Husstandsindkomst	0.275*** [0.0401]	0.221*** [0.0416]
Socialt svag	0.0737 [0.169]	-0.171 [0.186]
Smerter	-1.233*** [0.247]	-1.027*** [0.279]
Førlighedsindeks 1-2	-0.662*** [0.195]	-0.419* [0.209]
Førlighedsindeks 3-4	-1.418*** [0.231]	-1.343*** [0.235]
Førlighedsindeks 5-6	-2.001*** [0.263]	-1.417*** [0.301]
Førlighedsindeks 7+	-3.042*** [0.367]	-2.252*** [0.424]
Psykisk velbefindende	0.0341*** [0.00422]	0.0290*** [0.00469]
Leddegigt	-0.200 [0.177]	0.147 [0.205]
Slidgigt	-0.209 [0.169]	-0.245 [0.186]
Rygsygdom	0.405* [0.164]	0.498** [0.182]
Gigten opleves som svingende	0.0992 [0.203]	0.126 [0.207]
Gigten opleves som i forværring	-0.173 [0.221]	-0.134 [0.237]
Gigten opleves som aftagende	0.561 [0.476]	-0.223 [0.623]
Gigt mellem 0-10 år	0.295+ [0.154]	0.360* [0.166]

Variabel	I dag Parameterestimat	Ved smerter og ubehag pga. gigt Parameterestimat
Ønsker ikke at opgive indkomsten	1.021** [0.317]	1.283*** [0.345]
Kender ikke indkomsten	1.584*** [0.464]	1.297* [0.565]
Kender ikke uddannelsen	0.993+ [0.543]	0.852 [0.723]
Manglende svar på variable i modellen	-0.198 [0.284]	0.0997 [0.315]
Konstant	4.953*** [0.821]	2.941** [0.916]
<i>N</i>	1073	1065
LL(0)	-2687.9	-2657.3
LL(β)	-2419.9	-2494.4

† $p < 0.10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

B7.1 Resultat af logistisk regression af om en person med gigt har haft mindst lette fysiske smerter inden for de seneste fire uger

	Odds ratio	Signifikans
Konstant	33,941	<0,001
Mand	Reference	
Kvinde	1,34	0,09
Alder	1,01	0,5
Gigten opleves som stabil	Reference	
Gigten opleves som svingende	4,7	<0,001
Gigten opleves som i forværring	10,8	<0,001
Gigten opleves som aftagende	0,54	0,04
Ved ikke	0,72	0,6
Har allergi	Reference	
Har <i>ikke</i> allergi	0,55	0,01
Har sukkersyge, diabetes	Reference	
Har <i>ikke</i> sukkersyge, diabetes	2,04	0,03
Har migræne eller hyppig hovedpine	Reference	
Har <i>ikke</i> migræne eller hyppig hovedpine	0,43	0,004
Har en ikke-specificeret fysisk sygdom (ud over gigt)	Reference	
Har <i>ikke</i> en ikke-specificeret sygdom	0,64	0,07
Førlighedsindeks 0	Reference	
Førlighedsindeks 1-2	2,11	<0,001
Førlighedsindeks 3-4	3,61	<0,001
Førlighedsindeks 5-6	3,98	0,001
Førlighedsindeks 7+	5,35	0,03
Indeks for psykisk velbefindende	0,97	<0,001
Har leddegigt	Reference	
Har <i>ikke</i> leddegigt	1,2	0,34
Har slidgigt	Reference	
Har <i>ikke</i> slidgigt	0,75	0,1
Har rygsygdom	Reference	
Har <i>ikke</i> rygsygdom	0,59	<0,0001
N=	1.820	
Pseudo R ²	0,44	

B7.2 Resultat af GLM-regression af score på indeks for psykisk velbefindende

	Koefficient	Signifikans
Konstant	28,06	<0,001
Mand	1,69	0,09
Kvinde	Reference	
Bor alene	1,74	0,1
Bor ikke alene	Reference	
Gigten opleves som stabil	12,08	0,01
Gigten opleves som svingende	4,48	0,35
Gigten opleves som i forværring	1,639	0,73
Gigten opleves som aftagende	14,1	0,007
Ved ikke	Reference	
Er tilstrækkeligt sammen med andre mennesker	11,84	<0,001
Er <i>ikke</i> tilstrækkeligt sammen med andre mennesker	Reference	
Ingen erhvervsuddannelse	-5,46	0,06
Specialarbejder	-6,17	0,09
Basisår, EFG/HG	-5,11	0,17
Lærling/elev	-1,11	0,71
Anden faglig uddannelse	-3,02	0,28
Kort videregående uddannelse	-2,04	0,48
Mellemlang videregående uddannelse	-1,1	0,69
Lang videregående uddannelse	1,66	0,59
Ved ikke	Reference	
Husstandsindkomst under 100.000 kr.	0,04	0,99
Husstandsindkomst 100.000-199.999	-3,88	0,03
Husstandsindkomst 200.000-299.999	0,69	0,67
Husstandsindkomst 300.000-399.999	0,16	0,93
Husstandsindkomst 400.000-499.999	-0,89	0,59
Husstandsindkomst 500.000-599.999	-3,14	0,09
Husstandsindkomst 600.000-699.999	-3,02	0,14
Husstandsindkomst 700.000 og derover	-0,63	0,75
Ved ikke	-2,93	0,27
Ønsker ikke at oplyse indkomst	Reference	
Førlighedsindeks 0	10,9	<0,001
Førlighedsindeks 1-2	9,1	<0,001
Førlighedsindeks 3-4	3,47	0,09
Førlighedsindeks 5-6	-1,19	0,59
Førlighedsindeks 7+	Reference	
Har slidgigt	1,57	0,09
Har <i>ikke</i> slidgigt	Reference	
Har rygsygdom	-2,31	0,009
Har <i>ikke</i> rygsygdom	Reference	
Har mindre alvorlig sygdom	-1,94	0,03
Har <i>ikke</i> mindre alvorlig sygdom	Reference	

	Koefficient	Signifikans
Har psykisk sygdom	-13,34	<0,01
Har <i>ikke</i> psykisk sygdom	Reference	
N=		1.547

B7.3 Resultat af logistisk regression af om en person med gigt er socialt svag

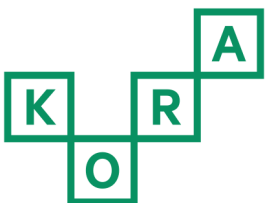
	Odds ratio	Signifikans
Konstant	0,02	<0,001
Mand	Reference	
Kvinde	1,69	<0,001
Alder	1,03	<0,001
Bor alene	Reference	
Bor ikke alene	1,46	0,005
Førlighedsindeks 0	Reference	
Førlighedsindeks 1-2	0,86	0,33
Førlighedsindeks 3-4	1,06	0,74
Førlighedsindeks 5-6	0,86	0,45
Førlighedsindeks 7+	1,58	0,06
Indeks for psykisk velbefindende	0,99	0,007
Gigten opleves som stabil	Reference	
Gigten opleves som svingende	1,3	0,1
Gigten opleves som i forværring	1,14	0,42
Gigten opleves som aftagende	1,54	0,17
Ved ikke	1,07	0,92
Bor med børn eller har højst 10 minutter til børn	Reference	
11-30 minutter til børn	2,25	<0,001
31-60 minutter til børn	4,2	<0,001
1-3 timer til børn	4,4	<0,001
4-24 timer til børn	4,1	<0,001
Mere end et døgn til børn	6,53	0,08
Har ingen børn	4,8	<0,001
N=	1.780	
Pseudo R ²	0,13	

B7.4 Resultat af logistisk regression af om en person med gigt synes, at han eller hun er tilstrækkeligt sammen med andre mennesker, som han eller hun kan tale med

	Odds ratio	Signifikans
Konstant	0,24	0,005
Mand	Reference	
Kvinde	0,72	0,04
Alder	1,01	0,07
Bor alene	Reference	
Bor ikke alene	1,29	0,09
Førlighedsindeks 0	Reference	
Førlighedsindeks 1-2	0,67	0,03
Førlighedsindeks 3-4	0,74	0,13
Førlighedsindeks 5-6	0,63	0,04
Førlighedsindeks 7+	0,45	0,003
Indeks for psykisk velbefindende	1,04	<0,001
Bor med børn eller har højst 10 minutter til børn	Reference	
11-30 minutter til børn	1,24	0,27
31-60 minutter til børn	0,86	0,47
1-3 timer til børn	0,99	0,98
4-24 timer til børn	0,48	0,04
Mere end et døgn til børn	0,12	0,14
Har ingen børn	0,85	0,46
Har psykisk sygdom	Reference	
Har <i>ikke</i> psykisk sygdom	1,57	0,01
Har rygssygdom	Reference	
Har <i>ikke</i> rygssygdom	1,26	0,1
Har leddegigt	Reference	
Har <i>ikke</i> leddegigt	0,68	0,03
N=	1.761	
Pseudo R ²	0,25	

B7.5 Resultat af logistisk regression af, at en person med gigt har angivet, at det sjældent eller aldrig sker, at han eller hun er alene, selv om han eller hun egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre

	Odds ratio	Signifikans
Konstant	0,14	0,01
Mand	Reference	
Kvinde	0,7	0,01
Alder	1,03	<0,001
Bor alene	Reference	
Bor ikke alene	2,9	<0,001
Førlighedsindeks 0	Reference	
Førlighedsindeks 1-2	0,7	0,03
Førlighedsindeks 3-4	0,67	0,03
Førlighedsindeks 5-6	0,63	0,02
Førlighedsindeks 7+	0,25	<0,00
Indeks for psykisk velbefindende	1,03	<0,001
Bor med børn eller har højst 10 minutter til børn	Reference	
11-30 minutter til børn	0,77	0,13
31-60 minutter til børn	0,72	0,1
1-3 timer til børn	0,55	0,005
4-24 timer til børn	0,4	0,009
Mere end et døgn til børn	0,47	0,38
Har ingen børn	0,82	0,33
Har psykisk sygdom	Reference	
Har <i>ikke</i> psykisk sygdom	1,77	0,002
Husstandsindkomst under 100.000 kr.	Reference	
Husstandsindkomst 100.000-199.999	0,32	0,1
Husstandsindkomst 200.000-299.999	0,26	0,05
Husstandsindkomst 300.000-399.999	0,42	0,21
Husstandsindkomst 400.000-499.999	0,35	0,12
Husstandsindkomst 500.000-599.999	0,53	0,37
Husstandsindkomst 600.000-699.999	0,35	0,14
Husstandsindkomst 700.000 eller derover	0,36	0,14
Ved ikke	0,2	0,03
Ønsker ikke at oplyse indkomst	0,34	0,12
N=		1.664
Pseudo R ²		0,27



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00