

Om effekten af psykisk sygdom på varigheden af arbejdsløshed og risikoen for at forlade arbejdsmarkedet¹

Ved hjælp af danske registeroplysninger om arbejdsmarkedsforløb og køb af lægemidler mod psykiske sygdomme i perioden 1996 til 2003 har vi undersøgt hvordan medicinkrævende psykisk sygdom påvirker lediges tilbagevenden til job eller overgang til førtidspension. Resultaterne viser, at medicinkrævende psykisk sygdom sænker chancen for i en given måned at finde et job og samtidig øger risikoen for at forlade arbejdsmarkedet til førtidspension.



HENRIK LINDEGAARD ANDERSEN

forsker,
Anvendt Kommunal Forskning,
AKF



MICHAEL ROSHOLM

professor,
Institut for Økonomi,
Aarhus Universitet

Indledning

For mange arbejdsløse er et manglende job ikke det eneste problem de må forholde sig til. I denne artikel undersøger vi, hvordan psykisk sygdom påvirker lediges mulighed for at finde beskæftigelse. Psykisk sygdom kan imidlertid være så alvorlig, at den lediges arbejdsevne påvirkes i en sådan grad, at det er umuligt for ham eller hende at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Derfor ser vi også på, hvordan risikoen for helt at forlade arbejdsmarkedet, til fx førtidspension, ændrer sig som følge af psykisk sygdom.

Psykisk sygdom kan både være årsag til flere og længere ledighedsforløb, men kan forårsages af arbejdsløshed. Eksempelvis fandt Iversen & Sabroe (1988) et signifikant dårligere mentalt velvære hos danske faglærte arbejdere efter en skibsværftslukning, mens bl.a. Gerdtham & Johannesson (2003) og Eliasson & Storrie (2009) dokumenterer en generel overdødelighed (blandt andet som følge af selvmord) blandt svenske arbejdsløse.

Fokus i vores artikel er på, hvordan ændringer i det mentale helbred, der opstår i ledighedsperioden, påvirker sandsynligheden

for at overgå fra ledighed til job. Det betyder, at vi ikke ser på arbejdsløse, som allerede var syge ved starten af arbejdsløshedsperioden. Denne vinkel behandles af Stewart (2001), som ikke overraskende finder, at ledighedsforløb, der skyldes dårligt mentalt helbred, har en længere varighed.

Vi ser på effekten af ændringer i det mentale helbred, der både kan være opstået som tilfældigheder, men også være en direkte konsekvens af chokket over en fyreseddel eller som kan være opstået som effekter af en vedvarende negativ mental påvirkning fra arbejdsløshed, f.eks. hvis den arbejdsløse bliver deprimeret efter gentagne afslag på jobansøgninger, hvis han bliver stresset over sin økonomiske situation, eller hvis han bruger sin øgede mængde af fritid på ikke-helbredsfræmmende aktiviteter såsom øget rusmiddelindtag, der også øger risikoen for visse psykiske sygdomme.

Hvordan kan man *ex ante* forvente, at den øjeblikkelige sandsynlighed for at forlade ledighed – det der også kaldes »afgangsrate« eller »hazarden« – bliver påvirket af en moderat eller alvorlig psykisk sygdom, hvis vi tænker på fænomenet i en klassisk søgeteoretisk ramme? For det første må man forvente,

NOTE 1 Nærværende artiklen er en forkortet udgave af det engelsksprogede arbejdspapir med titlen »The Effect of Changing Mental Health on Unemployment Duration and Destination States after Unemployment«. Papiret kan downloades fra SSRN (id 1672026).

at søgeintensiteten påvirkes, men i princippet kan påvirkningen både være positiv og negativ, afhængigt af om den ledige begynder at søge flere jobs for at undslippe arbejdsløsheden eller (mest sandsynligt) motivationen til at søge jobs forsvinder i depressionens tåger. En reduktion af reservationslønnen påvirker afgangsraten i positiv retning, men hvis en psykisk syg vurderer at et fortsat liv på arbejdsmarkedet er uoverskueligt, så kan muligheden for tilkendelse af førtidspension virke mere tillokkende, hvilket ville få den ledige til at hæve sin reservationsløn og dermed sænke afgangsraten til beskæftigelse.

Ikke overraskende viser vores mest konservative resultat en signifikant negativ effekt af medicinkrævende psykisk sygdom på beskæftigelseschancerne. I løbet af sygdomsperioden, hvor den ledige er i behandling med psykofarmaka, reduceres beskæftigelsesraten betydeligt, sammenlignet med hvad den ville have været i fraværet af sygdommen. Efter at behandlingen med psykofarmaka afsluttes, forbedres afgangsraten til beskæftigelse, men resultaterne tyder på en stigmatiseringseffekt af den ledige, forstået på den måde at beskæftigelsesraten forbliver under det kontrafaktiske niveau. Vores resultater viser ikke kun at medicinkrævende psykisk sygdom forlænger tiden til beskæftigelse, men også at sygdommen øger risikoen for helt at forlade arbejdsstyrken til f.eks. førtidspension. Samtidig finder vi en klarere effekt for mænd end for kvinder.

Data & Stikprøveudvælgelse

Vores datamateriale er registeroplysninger fra forskellige kilder for et 10% repræsentativt udsnit af den danske befolkning. I vores analyser opererer vi med tre forskellige arbejdsmarkedstilstande: beskæftigelse, arbejdsløshed og udenfor arbejdsstyrken. Oplysninger om start og afslutning af ledighedsforløb er baseret på oplysningssedler fra virksomhederne og CRAM registret, mens oplysninger om midlertidig eller permanent afgang fra arbejdsstyrken kommer fra Registeret for Sociale Ydelser. I perioden 1995–2003 indeholder vores register knap 150.000 ledighedsforløb for personer i alderen 25–49 år.

Psykiske sygdomme kan være upræcist defineret. Et præcist mål, som vi kunne have valgt at bruge, er psykiatriske indlæggelsesdiagnoser fra Landspatientregisteret, men sådanne oplysninger er kun tilgængelige, hvis diagnosticeringen er foregået på et hospital og man må forvente at sygdommens faktiske start, og dermed tidspunktet hvor arbejdsevnen falder, ikke nødvendigvis stemmer godt overens med diagnosticeringstidspunktet. I tillæg vil en udskrivningsdato ikke nødvendigvis afspejle, at patienten er blevet rask. Et andet mål, der typisk anvendes, er selv-rapporteret mentalt helbred, men udover at

det ikke findes i registre, så lider den type oplysninger ofte af den skævhed at arbejdsløse retfærdiggør ledighed ved at overrapportere helbredsproblemer.

Til denne analyse har vi derfor valgt at bruge oplysninger om medicin købt på recept som indikator for mentalt helbred. Data stammer fra Lægemiddelstatistikregistret, der indeholder nøgleoplysninger om, hvilket produkt der er købt, dato for købet samt antallet af definerede døgndoser i pakningen. På den måde kan man se hvilke personer, der køber psykofarmaka, hvornår de køber det første gang, og hvor lang tid de er i behandling. De specifikke typer af medicin vi inkluderer er antidepressiva, anxiolytica (mod angst), hypnotika og sedativa (beroligende midler og mildere mediciner mod angst), samt antipsykotiske lægemidler.

Vores mål er at undersøge, hvordan psykiske sygdomme, der er alvorlige nok til at kræve behandling med medicin og som opstår i løbet af ledighedsperioden, påvirker den jobsøgendes evne til at finde beskæftigelse eller vedkommendes risiko for at forlade arbejdsstyrken. Det betyder, at vi bør betinge på, at de ledige ikke lider af psykisk sygdom allerede før de bliver ledige. Det gør vi ved at betinge på, at de ikke har købt medicin af ovennævnte typer de seneste 12 måneder før ledighedsperiodens start.² For at være sikre på at de arbejdsledige også har en vis tilknytning til arbejdsmarkedet betinger vi ligeledes på at de skal have været i beskæftigelse de seneste 3 måneder inden ledighedsforløbet startede. Disse betingelser reducerer vores effektive stikprøvestørrelse til 52.664 nye ledighedsforløb, der starter mellem januar 1996 og indtil december 2003.

Statistikken i Tabel 1 viser nogle få udvalgte karakteristika for de 52.664 ledighedsforløb. Tabellen viser afgangdestinationen efter arbejdsløshed og andelen som kommer i behandling med psykofarmaka for psykisk sygdom. F.eks. ser vi at andelen af mænd, der afslutter til beskæftigelse er højere end for kvinder, men at en højere andel blandt kvinderne køber medicin. Vi ser også, at risikoen for at afslutte ledighedsforløbet udenfor arbejdsstyrken er langt højere for yngre personer end for ældre, men de ældre har højere risiko for medicinkøb. Vi ser også at risikoen for at købe medicin under ledighedsforløb er højere for lavtuddannede, mens personer med lange uddannelser til gengæld har længere ledighedsforløb. Ikke overraskende viser statistikken også, at personer med dårligere helbred (målt på indlæggelser, køb af smertestillende medicin og sygefravær) har større risiko for både at købe psykofarmaka og for at forlade arbejdsstyrken.

NOTE 2 Vi vurderer at 12 måneder er tilstrækkeligt fordi det anbefales, at fx moderate til alvorlige depressioner behandles med antidepressiva i op til 12 måneder efter at en forbedring er observeret, mens det anbefales at kroniske depressioner behandles kontinuert for at forebygge nye episoder (se DSAM, 2001, og Sundhedsstyrelsen, 2000). For så vidt angår angst, den anden store gruppe af diagnoser i vores undersøgelse, der ofte er kronisk, anbefales det at behandling med vanedannende benzodiazepiner kun pågår i nogle få uger. I vores engelsksprogede arbejdspapir viser resultaterne fra en følsomhedsanalyse, hvor restriktionen er strammet fra 12 til 36 måneder, som tyder på at effekten er større for personer, der ikke har haft en psykisk sygdom de seneste år.

TABEL 1 Beskrivende statistik

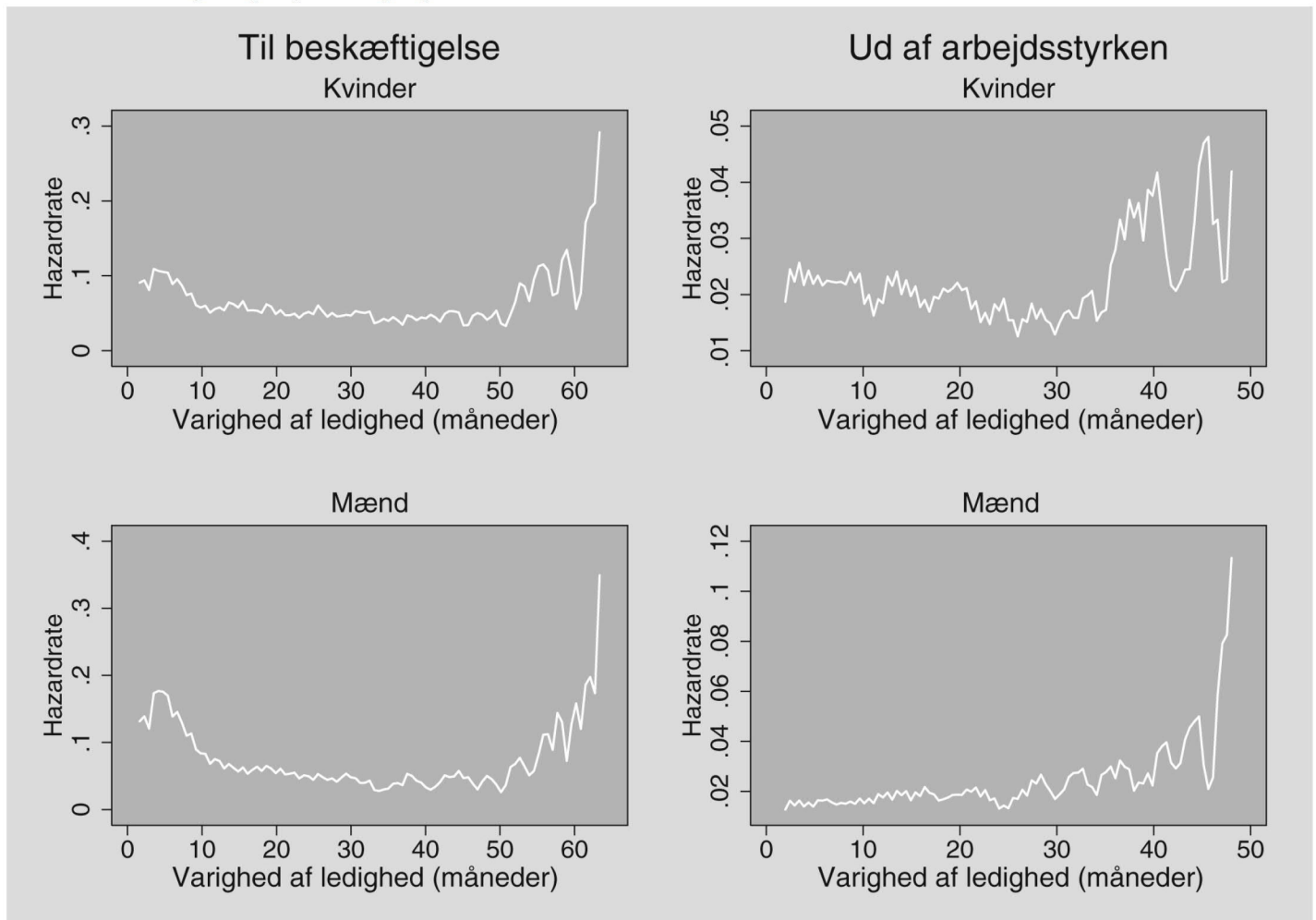
	AFGANGSDESTINATION				
	Andel forløb (N=52.664)	Beskæftigelse	Udenfor arbejdsstyrken	Højresensureret	Køber medicin for psykisk sygdom under ledighed
Kvinder	46,2	68,8	18,1	13,2	3,8
Mænd	53,8	79	10,3	10,7	2,3
25-29 år	11,4	76,9	23,2	0	2,2
30-34 år	30,0	72,4	16,6	11	2,6
35-39 år	24,5	74,1	12,9	13,1	3,1
40-44 år	18,5	76	10,1	14	3,6
45-49 år	15,7	74,5	8,1	17,4	3,5
Folkeskole el. gymnasial udd.	41,9	73,4	15,2	11,3	3,3
Faglig uddannelse	41,6	76,5	12,1	11,4	2,8
Kort videregående uddannelse	11,8	72	14,8	13,2	2,9
Bachelor eller højere uddannelse	4,7	68	15,7	16,3	2,4
Lav indkomst (1. kvartil)	2,5	68,5	22,7	8,8	4
Mellemindkomst (2. og 3. kvrt.)	46,6	70,4	18	11,7	3,7
Høj indkomst (4. kvartil)	50,9	78,1	9,7	12,1	2,3
Selvstændig	3,0	67,6	20,2	12,1	4,1
Funktionær	17,3	72,5	14,8	12,7	2,8
Faglært arbejde	42,8	76,1	12,2	11,6	2,8
Ufaglært arbejde	17,9	76,9	12,9	10,2	3,1
Anden stilling	19,0	70,4	16,8	12,8	3,1
Indlagt på hospital	9,4	67,9	18,5	13,6	4,1
Ikke indlagt	90,6	74,9	13,5	11,6	2,9
Købte smertestillende medicin	6,6	67,9	15,5	16,7	5,7
Købte ikke ovennævnte	93,4	74,7	13,8	11,5	2,8
Lavt sygefravær (1.-3. kvartil)	89,7	74,6	13,5	11,8	2,8
Højt sygefravær (4. kvartil)	10,3	71,4	17,1	11,6	4,4

I vores endelige specifikation kontrollerer vi for socioøkonomiske og demografiske forhold (køn, alder, civilstatus, indkomst, bosted, boligejerforhold, arbejdsmarkedstilknytning, tidligere stilling og branche). Vi kontrollerer også for initialt helbred i form af forskellige typer af hospitalskontakter, besøg hos læger og speciallæger, køb af andre typer af receptpligtig medicin samt sygefravær. Endeligt kontrollerer vi for de tidstrends, der kan være i brugen af medicin (f.eks. i form af færre bivirknin-

ger, lavere priser eller øget markedsføring eller økonomiske konjunkturer).

Figur 1 viser den månedlige afgangsrater fra ledighed til beskæftigelse og ud af arbejdsstyrken. Sandsynligheden for at finde job er U-formet: Job-chancerne er høje indtil ca. 12. ledigheds-måned, hvorefter afgangsraten flader ud for at stige igen efter ca. 4 års ledighed.

FIGUR 1 Hazard fra ledighed til job og ud af arbejdsstyrken



Hazarden for ledige, der ikke tidligere har købt psykofarmaka, men begynder at købe i en given måned, er konstant udover ledighedsforløbet (ikke vist); der er altså umiddelbart ikke nogen varighedsafhængighed i risikoen for at begynde at bruge psykofarmaka. Havde vi ikke betinget på tidligere køb af psykofarmaka, så ville denne hazard også have været U-formet, hvilket tyder på at det dynamiske selektionsproblem reduceres som følges af vores restriktion.

Økonometrisk model³

Afgangsraten fra ledighed modelleres typisk i en varighedsmodel, der kan håndtere uafsluttede ledighedsforløb og variable, som ændrer sig i løbet af ledighedsperioden (som fx medicinkøb). I sin enkleste udgave er sådan en model produktet af to komponenter: Dels en funktion, der kun afhænger af varigheden af ledighedsforløbet (baseline hazarden), og dels

en skaleringsfunktion, der påvirker niveauet for afgangsraten. Skaleringsfunktionen afhænger af modellens forklarende variable samt uobserverbar heterogenitet. Uobserverbar heterogenitet forekommer f.eks. hvis uobserverede forhold som bedre evner eller højere motivation fører til større chance for at finde job, men disse personer samtidig også har bedre strategier for hvordan de håndterer deres ledighed sådan at deres mentale helbred ikke påvirkes i samme grad.

Vores mål er at identificere den kausale effekt af medicinkrævende psykisk sygdom, målt ved første medicinkøb, på afgangsraten til beskæftigelse og afgangsraten fra arbejdsmarkedet. Vi anvender »timing-of-events«-metoden (Abbring & van den Berg, 2003), som simultant modellerer både afgangsraten fra ledighed og selektionen til medicinkrævende psykisk sygdom. Det specielle ved timing-of-events er, at metoden tillader

NOTE 3 Den økonometriske gennemgang har fokus på intuitionen i modellen; vi henviser til det engelsksprogede arbejdspapir for en grundig teknisk gennemgang af modellen.

kausale inferens på trods af at vi ikke har adgang til eksogen variation fra naturlige eksperimenter eller instrumentvariable. Den eksogene variation fremkommer ved variation i timingen af sygdommens start, som antages at indeholde et element af uafhængig variation.

Konkret sikres identifikationen i timing-of-events-modellen ved to restriktive antagelser. Den første er, at den ledige ikke kan forudse den psykiske sygdoms komme. En sådan antagelse kan virke underlig, men hvis den ledige øger sin søgeintensitet, for at undgå at blive syg, så vil afgangsraten fra ledighed øge før sygdommen faktisk indtræder, hvorfor vi ville overestimere den kausale effekt. På samme måde vil vi underestimere effekten, hvis søgeintensiteten falder et stykke tid før sygdommen manifesteres – og altså også hvis sygdommen slår igennem før den ledige kommer i medicinsk behandling. Hvis antagelsen om ikke-forudseenhed ikke holder, f.eks. fordi der ikke er overensstemmelse mellem tidspunktet, hvor sygdommen faktisk bryder ud og den ledige søger læge og medicineres, er det imidlertid ikke kritisk, fordi det højst sandsynligt medfører at vi underestimerer den sande effekt.

Den anden antagelse er, at afgangsraten skal skifte proportionalt med modellens kovariater; denne antagelse sikrer identifikation af den uobserverbare heterogenitet. Intuitionen ved antagelsen om proportionelle hazarder er, at fordelingen af uobserverede karakteristika ændres over ledighedsforløbet, fordi personer med bedre karakteristika forlader ledighed hurtigere. Da de uobserverede variable multipliceres på hazarden, vil denne ændring i fordelingen af de uobserverede karakteristika over tid introducere en ikke-proportionalitet; eftersom vi har antaget proportionalitet, så identificeres fordelingen af de uobserverede variable herved.

For at skille selektionseffekter fra kausale effekter udnytter modellen eksogen variation i varigheden til køb af psykofarmaka. Hvis medicinkøb og afgang fra ledighed til job typisk realiseres lang tid efter hinanden, uanset værdien af kovariaterne, så er det evidens for en negativ effekt. Selektionseffekten giver ikke anledning til samme tidsmæssige variation, fordi de påvirker afgangsraten til job helt fra begyndelsen af ledighedsperioden (Abbring & van den Berg, 2003a).

Resultater

Modellen estimeres en stykvist lineære baseline hazard med fem intervaller, som repræsenterer månederne 1, 2-4, 5-12, 13-24 og 25-72. Vi har også forsøgt med mere fleksible specifikationer, uden at resultaterne påvirkes i nævneværdig grad.

Fordelingen af den uobserverede heterogenitet estimeres som en simpel standard to-punkts fordeling á la Heckman & Singer (1984), hvilket betyder at modellen tillader to typer af ledige med hensyn til de uobserverbare karakteristika. Estimationen af modellen kompliceres ved tilføjelse af yderligere støttepunkter, men det er lykkedes at udvide modellen til 3 støttepunkter uden at det dog forbedrede modellen eller ændrede konklusionerne.

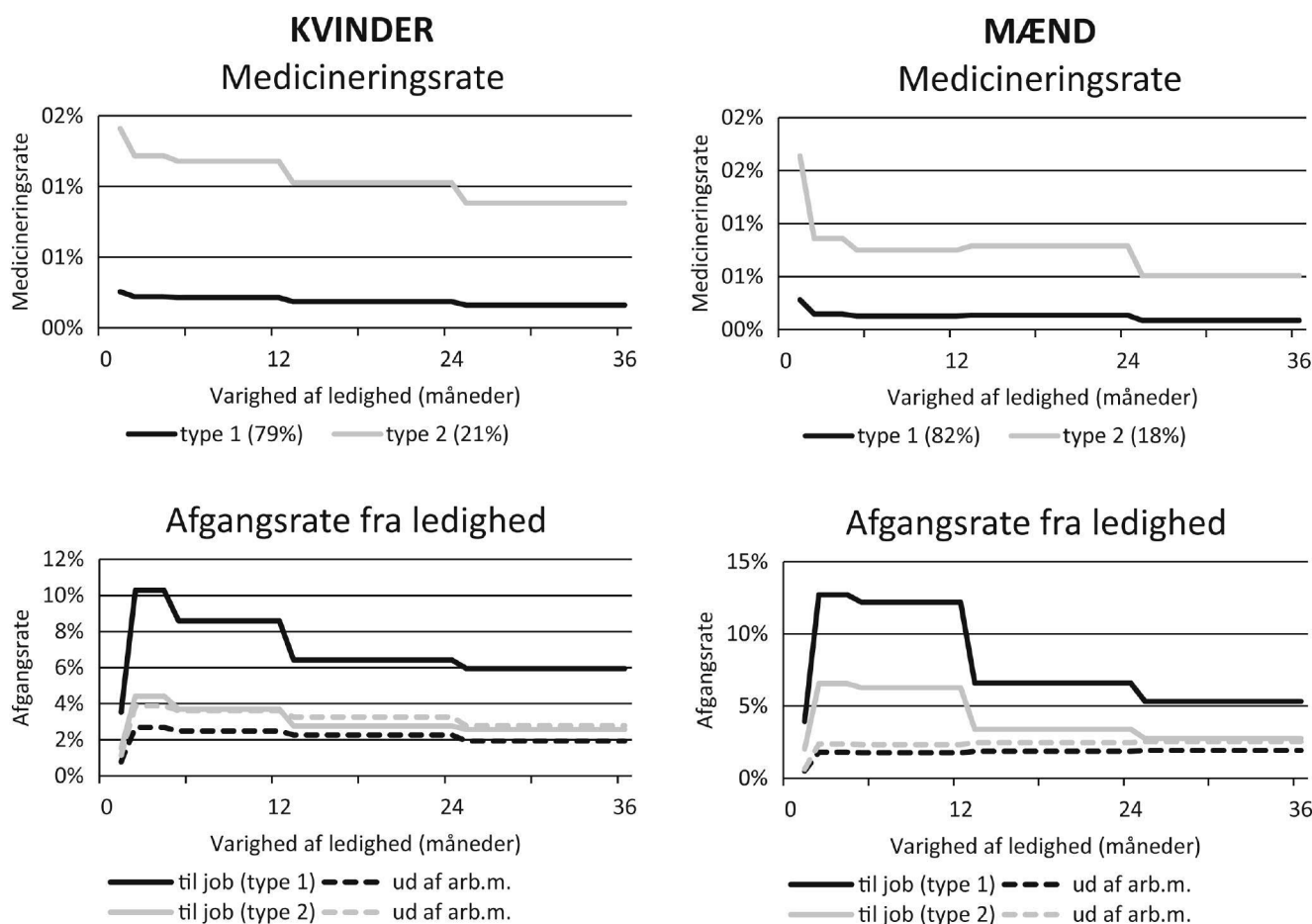
Figur 2 nedenfor viser estimationsresultaterne for denne model separat for mænd og kvinder. Af de to typer vi identificerer, så er majoriteten kendetegnet ved en dobbelt så høj afgangsrate til job og ca. 1/3 lavere risiko for at forlade arbejdsstyrken (type 1 udgør 79% af kvinderne og 82% af mændene). Samtidig har majoritets-typen ikke overraskende også en 4/5 lavere risiko for at begynde at købe psykofarmaka i ledighedsperioden. Figurerne viser også en negativ varighedsafhængighed, både for overgangen til beskæftigelse, men også for risikoen for at købe psykofarmaka. Selvom vi betinger på, at ingen må have købt psykofarmaka det seneste år før ledighedsperiodens start, så er det muligt, at en latent psykisk sygdom bryder ud igen eksempelvis som følge af chokket over en afskedigelse, og at modellen derfor viser en højere initial risiko.

Den endelige model har mere end 200 parametre, men – med undtagelse af de mest centrale – er disse punkttestimater er udeladt af pladshensyn. Generelt kan vi opsummere og sige, at risikoen for at begynde at købe psykofarmaka er stigende med alderen, faldende i socioøkonomisk status, og højere ved dårligt initialt helbred. I ligningerne for overgang til job og udtræden af arbejdsstyrken finder vi at bedre helbred, højere socioøkonomisk status og bedre tilknytning til arbejdsmarkedet øger chancen for at finde job og omvendt for risikoen for at forlade arbejdsstyrken.

Tabel 2 viser de vigtigste parameterestimer – vores effektestimater. Overordnet viser resultaterne, at en medicinkrævende psykisk sygdom, såsom en alvorlig depression, har negative effekter på mændenes chancerne for at finde et job, mens det ikke er nogen signifikant effekt for kvinder. Konkret så mindskes chancen for at forlade ledighed til fordel for et job med 31% (dvs. $[1 - \exp(-0,3732)] * 100$), mens medicinbehandlingen står på set i forhold jobchancen uden medicinkrævende psykisk sygdom, dvs. det kontrafaktiske scenarie. For kvinder er ændringen i sandsynligheden for at begynde i job kun 8% og ikke statistisk signifikant forskellig fra nul. Med hensyn til risikoen for at forlade arbejdsstyrken, så er punkttestimatet signifikant forskelligt fra nul for både mænd og kvinder. Kvinderne har en 49% højere risiko for at forlade arbejdsstyrken, mens den medicinkrævende psykiske sygdom står på, mens mænd har en hele 88% højere risiko; begge dele målt i forhold til det kontrafaktiske scenarie (ingen medicinkrævende psykisk sygdom).

Et andet interessant forhold er, hvad der sker med afgangsraten til job efter afsluttet medicinbehandling. Spørgsmålet er om afgangsraten vender tilbage til det kontrafaktiske niveau, eller forbliver lavere f.eks. som følge af et fald i personens human kapital på grund af længere ledighed eller på grund af diskriminering fra mulige arbejdsgivere. Umiddelbart tyder vores resultater ikke på at der er sådan en effekt, fordi vores estimater for både mænd og kvinder er tætte på nul og statistisk insignifikante. Men da tidspunktet, hvor medicinbehandlingen afsluttes ikke er eksogent bestemt, og fordi vi ikke eksplicit har modelleret denne dynamiske selektion, så kan vi ikke tolke disse parameterestimer som en årsagssammenhæng.

FIGUR 2 Estimerede stykvist konstante baseline hazarder til medicinering mod psykisk sygdom (øverste) og ind i beskæftigelse (job) eller ud af arbejdsmarkedet (nederst).



Vores primære bekymring, er, om den identificerende antagelse om ikke-forventning af tidspunktet for den sygdommens start er opfyldt. I en følsomhedsanalyse har vi derfor strammet betingelsen om fravær af tidligere medicinbehandling mod psykisk sygdom fra 12 til 36 måneder. Problemet er, at personer der tidligere har lidt af en psykisk sygdom, har større chance for at genkende symptomerne og dermed ændre adfærd. I følsomhedsanalyserne er punkttestimaterne numerisk større, hvilket støtter hypotesen om at hovedresultaterne kan være *biased mod nul* som følge af samplingen.

Konklusion og perspektiver

Ved hjælp af danske registeroplysninger om arbejdsmarkedsforløb og køb af lægemidler mod visse psykiske sygdomme for et tilfældigt udvalgt 10 pct. udsnit af befolkningen i perioden 1996 til 2003 har vi undersøgt hvordan medicinkrævende psykisk sygdom, eksempelvis en moderat eller alvorlig depression, påvirker overgangen til job og udtræden af arbejdsstyrken. For at håndtere den dynamiske selektion, der opstår, fordi det sandsynligvis ikke er tilfældigt, hvornår i ledighedsforløbet en arbejdsløs rammes af en psykisk sygdom, har vi anvendt »timing-of-events« metoden i en multivariat mixed propor-

tional hazard varighedsmode, så vi eksplicit modellerer den dynamiske selektion og tager højde for uobserveret heterogenitet. Opsummerende finder vi, ikke overraskende, at medicinkrævende psykisk sygdom reducerer sandsynligheden for i en given måned at finde et job og øger risikoen for at forlade arbejdsstyrken. Størrelsesordenen af faldet er dog bemærkelsesværdigt: For mænd falder job-chancerne med knap 1/3, mens sygdommen står på, mens der ikke er nogen klar effekt for kvinder. Med hensyn til risikoen for at forlade arbejdsstyrken til f.eks. førtidspension, så næsten fordobles risikoen for mænd i perioder med medicinkrævende psykisk sygdom, mens risikoen øges med knap 50% for kvinder.

Selvom vi ikke er overraskede over en negativ effekt på afgangsraten til job og en positiv effekt på afgangsraten fra arbejdsstyrken, så er det tankevækkende, at resultaterne viser, at mænds arbejdsmarkedsforløb påvirkes mere af psykisk sygdom end kvinder. Mulige forklaringer kan være, at mænd er mere tilbageholdende med at søge læge, så de kommer senere i behandling, og at det i højere grad er alvorligere tilfælde af psykisk sygdom hos mænd, der behandles. I forlængelse heraf kunne det være relevant at estimere effekten separat for de forskellige

TABEL 2 Log-likelihood estimater fra timing-of-events modellen.

	Alle	Kvinder – Koefficient – – (Std.fejl) –	Mænd
<i>Afgangsrater fra ledighed til beskæftigelse</i>			
Under medicinbehandling	-0,2229 (0,0714) ^{***}	-0,0849 (0,0970)	-0,3732 (0,1119) ^{***}
Efter medicinbehandling	0,0055 (0,0586)	0,0600 (0,0847)	-0,0651 (0,0877)
<i>Afgangsrater fra ledighed ud af arbejdsmarkedet</i>			
Under medicinbehandling	0,4523 (0,0871) ^{***}	0,4047 (0,1120) ^{***}	0,6337 (0,1475) ^{***}
Efter medicinbehandling	-0,0236 (0,0783)	-0,0950 (0,1056)	0,1550 (0,1205)

*** signifikant forskellig fra nul på et 1%-niveau.

typer af medicin, der findes i vores sample. Desværre har det ikke været muligt pga. en for lille stikprøvestørrelse.

Et vigtigt spørgsmål er, om resultaterne kan overføres til dagens forhold, herunder hvorvidt den aktive arbejdsmarkeds-politik, med øgede krav til den ledige, mildner eller forværrer effekterne af psykisk sygdom, men også om den tilsyneladende øgede forekomst af behandlingskrævende psykisk sygdomme (målt på det øgede salg af psykofarmaka), gør at sygdommene har en anden sværhedsgrad end tidligere.

Et andet vigtigt spørgsmål, er, om det faktisk er en årsagssammenhæng vi har identificeret. Fordelen ved timing-of-events modellen er, at den tillader kausal inferens, som ellers ville være umulig i fravær af eksogen variation fra naturlige eksperimenter eller instrumentvariable. Ulempen er at identifikationen af effekten af psykisk sygdom hviler på en restriktiv

antagelse om, at den ledige ikke må have nøjagtig viden om det tidspunkt, hvor sygdommen manifesteres; hvis hun havde den information, så ville hun formentligt ændre sin adfærd for at undgå sygdommen. Vi argumenterer for at det er usandsynligt, at arbejdsløse skulle have information om dette tidspunkt, og i tillæg betinger vi på at de ikke må have været i medicinsk behandling for psykisk sygdom det seneste år.

Hvis den mindre effekt for kvinder end mænd virkelig skyldes tidligere igangsætning af behandling, så er en oplagt policy implikationerne af resultaterne at efteruddanne sagsbehandlerne i jobcentrene, så de vil reagere på eksempelvis depressive symptomer hos en klient. Et andet forhold er, at borgeren så vidt muligt har samme sagsbehandler over hele ledighedsforløbet, sådan at ændringer i hans mentale helbred måske så opsnappes via et bedre kendskab.

LITTERATUR

- Abbring & van den Berg (2003): The Non-parametric Identification of Treatment Effects in Duration Models. *Econometrica* 71 (5), 1491–1517.
- Abbring & van den Berg (2003a): Analyzing the Effect of Dynamically Assigned Treatments Using Duration Models, Binary Treatment Models, and Panel Data Models. IZA Working Paper 831.
- DSAM, 2001: Diagnostik og behandling af depression i almen praksis. Klinisk vejledning, DSAM, Øster Farimagsgade 5, postboks 2099, 1014 København K.
- Eliasson & Storrie (2009): Does Job Loss Shorten Life? *Journal of Human Resources* 44, 277–302.
- Gerdtham & Johannesson (2003): A note on the effect of unemployment on mortality. *Journal of Health Economics* 22, 505–518.
- Heckman & Singer (1984): A Method for Minimizing the Impact of Distributional Assumptions in Econometric Models for Duration Data. *Econometrica* 52, 271–320.
- Iversen & Sabroe (1988): Psychological well-being among unemployed and employed people after a company closedown: A longitudinal study. *Journal of Social Issues* 44 (4), 141–152.
- Melino & Baker (2000): Duration dependence and nonparametric heterogeneity: A Monte Carlo study. *Journal of Econometrics* 96, 357–393.
- Stewart (2001): The impact of health status on the duration of unemployment spells and the implications for studies of the impact of unemployment on health status. *Journal of Health Economics* 20 (5), 781–796.
- Sundhedsstyrelsen, 2000: Vejledning om behandling med antidepressiva og antipsykotika. Vejledning, Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København S