

ØKONOMIGRUPPEN I FOLKETINGET (3. UDVALGSSEKRETARIAT)

NOTAT

TIL DET POLITISK-ØKONOMISKE UDVALG (PØU)

FOLKETINGET



23. maj 2007

Ref.: 07-00554-1

Kontakt:

Flemming Dingsø Nielsen

Dir. tf: 36 01

(Økonomigruppen i
Folketinget)

Notat
om
uddannelsesmæssig og social ulighed
i levetiden

Resumé:

Der er stadig ret stor uddannelsesmæssig og social ulighed i den forventede middellevetid for 30-årige. Middellevetiden for kvinder og mænd med videregående uddannelse er således i dag **4-5 ½ år længere** end middellevetiden for ufaglærte. Hertil kommer, at udviklingen i perioden 1995-2005 tenderer mod en **udvidelse** af forskellen. I de sidste 10 år har 30-årige kvinder og mænd med højere uddannelse fået ca. 2 ½ år længere forventet levetid, medens lavtuddannede mænd og kvinder kun har fået ca. 2 år længere forventet levetid.

Overdødeligheden blandt lavtuddannede indenfor de forskellige sygdomsgrupper er 60-80 pct. højere end for de højtuddannede (30-årige mænd og kvinder). Især er overdødeligheden stor indenfor kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), men også indenfor hjertesygdomme er overdødeligheden stor. Både arbejdsmiljø og livsstil er formodentlig faktorer, der bidrager til forklaring af den sociale ulighed i dødelighed.

De lavtuddannede har endvidere et betydeligt større **forbrug** af offentlige sundhedsydelser end de højtuddannede. Således er antal lægebesøg, antal sygedage på sygehuse og medicinudgifter næsten dobbelt så store for de lavtuddannede. Det større forbrug hænger formodentlig sammen med, at de har et dårligere helbred.

For de **60-årige** – der er potentielle efterlønsmodtagere – har de højtuddannede en forventet levetid på 2- 2 ½ år mere end de lavtuddannede (2005). Der er **ikke** sket en udvidelse af gabet i levetiden mellem lavt- og højtuddannede for specielt denne aldersgruppe i de seneste 10 år.

1. Indledning

Danskernes middellevetid har som bekendt fået et meget markant løft i løbet af de sidste 10-12 år. **Formanden for Folketingets PØ-udvalg** har på denne baggrund anmodet om et notat, der belyser udviklingen i middellevetiden fordelt på personer med forskellig uddannelsesmæssig og social baggrund.

Inden for de seneste 10 år er den forventede middellevetid for en nyfødt steget ca. 2,9 år for **mændenes** vedkommende og 2,3 år for **kvindernes** vedkommende. Det viser sig også, at alle aldersgrupper (unge som gamle) har fået del i de høje levetidsforbedringer siden 1995, men relativt set er levetidsforbedringerne for de 60-årige mest markante.

Men spørgsmålene er, om *der er uddannelsesmæssige eller sociale forskelle på, dels hvor længe man lever, og dels om nogle befolkningsgrupper har fået større forbedringer i levetiden end andre i de seneste 10 år.* Det bliver undersøgt her i notatet ved at inddele befolkningen efter forskellige uddannelsesniveauer.

2. Middellevetiden fordelt på uddannelsesgrupper

Først ses på selve middellevetiden. Middellevetiden kan måles på forskellige måder¹. Normalt er det den forventede levetid for mænd og kvinder, der måles, eventuelt fordelt

¹ Se evt. **"Tendens til stigende social ulighed i levetiden"** (arbejdsnotat), der er udarbejdet af **Arbejdsbevægelsens Erhvervsråd og Statens Institut for Folkesundhed (februar 2007)**. I notatet måles udviklingen i levetid/dødelighed fordelt på forskellige uddannelsesgrupper, men der bliver sammenlignet med flere statistiske mål til udregning af uligheden. Forskere er ikke altid enige om, hvilken målemetode der er bedst, men resultaterne med de forskellige målemetoder er stort set ens; nemlig at der er social ulighed i levetiden. **I dette notat anvendes for enkeltheds skyld den forventede levetid for 30-årige**, hvor man måler forskellen i den forventede (rest)levialder for højt- og lavtuddannede.

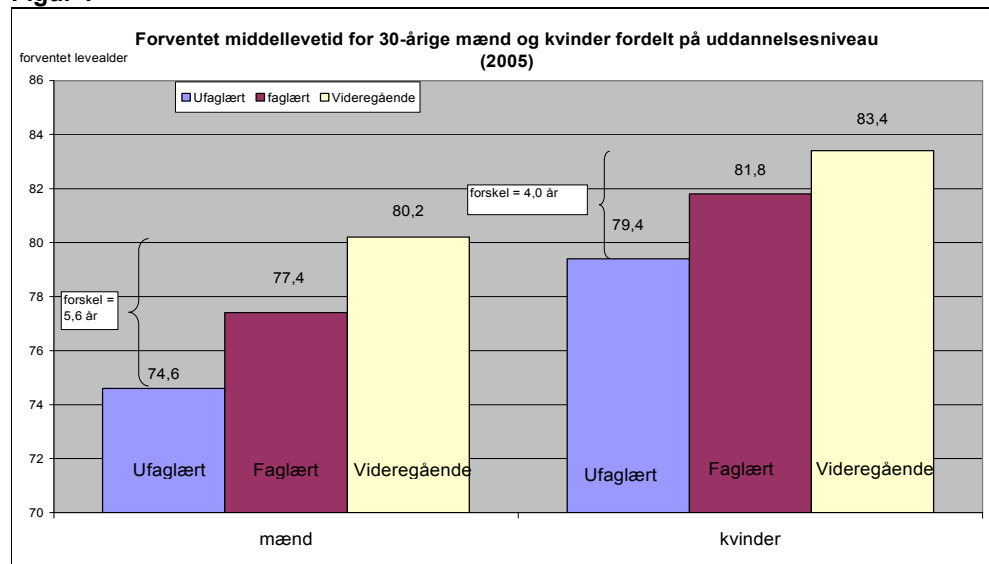
på aldersgrupper (0-årige og 60-årige). Men man kan også inddele efter uddannelse eller socialgruppe (ufaglært, faglært og videregående uddannelse), som **Statens Institut for Folkesundhed (SIF)** og **Arbejdsbevægelsens Erhvervsråd (AE)** har gjort for at få et billede af uddannelsens betydning for middellevetiden.

Både SIF og AE sætter lighedstegn mellem lav uddannelse og den sociale status med den konsekvens, at ulighed i levetiden fordelt efter uddannelse er lig social ulighed i levetiden.

Der er valgt at se på den forventede levetid for 30-årige, da personer på dette alderstrin er færdige med at tage deres (videregående) uddannelse. Derfor kan man inddele folk efter, hvor mange år de har siddet på "skolebænken". Statens Institut for Folkesundhed har foretaget sådanne beregninger, som danner grundlag for de efterfølgende resultater.

I figur 1 ser man den forventede levealder i 2005 for mænd og kvinder opdelt efter uddannelsesniveau.

Figur 1



Kilde: Egne opstillinger på baggrund af publikationer fra Statens Institut for Folkesundhed og Arbejdsbevægelsens Erhvervsråd (2007). De **ufaglærte** er personer med højst 10 års skolegang evt. suppleret med basisår på EFG eller HG. **Faglærte** personer har en studenter- eller HF-eksamen eller en faglig uddannelse. De **videregående** uddannelser omfatter personer med en kort, mellem eller lang videregående uddannelse.

For **mændenes** vedkommende er middellevetiden for en **ufaglært 74,6 år**, en **faglært 77,4 år**, og personer med en **videregående uddannelse** kan forvente at leve helt op til **80,2 år**. Det vil sige, at en 30-årig mand med en videregående uddannelse kan forvente at leve ca. 5,6 år længere end én ufaglært mand.

For **kvindernes** vedkommende lever en **ufaglært 79,4 år**, en **faglært 81,8 år** og en person med en **videregående uddannelse** kan forvente at leve **83,4 år**. Det vil sige, at en 30-årig kvinde med en videregående uddannelse kan forvente at leve ca. 4,0 år længere end én ufaglært kvinde.

Det skal bemærkes, at aldersudregningerne i ovennævnte figur 1 bygger på den forventede levealder **for 30-årige**. Det kræver, at man har levet de første 30 år, og

derived er levealderen højere end middellevetiden for 0-årige(nyfødte), da nogle dør inden de fylder 30 år.

Konklusionen i ovenstående figur 1 er, at der i 2005 er ret store uddannelsesmæssige og sociale forskelle i levealderen. Den sociale ulighed (målt på uddannelsesniveau) betyder, at højtuddannede mænd og kvinder i 30-årsalderen har en middellevetid, der er henholdsvis ca. 5,6 år og 4,0 år højere end lavtuddannede.

2A. Beregning vedrørende overdødeligheden for lavtuddannede

Den lavere forventede middellevetid for lavtuddannede kan genfindes i tallene for overdødeligheden blandt denne gruppe. Nedenfor er lavet nogle beregninger, der giver en indikation af, hvad årsagerne til den lavere levetid kan være.

I tabel 1 nedenfor er beregnet overdødeligheden for lavtuddannede kvinder.

Tabel 1: Overdødeligheden for lavtuddannede kvinder i forhold til højtuddannede (gnm. af 1995-2000)

	Højt	Mellem	Lavt
Kræft	100	109	122
Karsygdom i hjernen	100	112	157
Hjerte karsygdomme	100	136	210
Iskæmisk hjertesygdom	100	156	267
Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)	100	183	297
TOTALT	100	119	157

Kilde: Egne beregninger på baggrund af "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark" udarbejdet af Statens institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen (juni 2006). Dødsraterne er baseret på dødsfald i perioden 1995-1999 og befolkningstal fra 1995-2000. Raterne er aldersstandardiserede baseret på 5-års intervaller og med et gennemsnitsbefolkningstal for perioden 1995-2000 som referencebefolkning.

Af samtlige dødsårsager har lavtuddannede kvinder en **overdødelighed på 57 pct.** ved en given alder i forhold til de højtuddannede. Denne overdødelighed giver tilnærmelsesvis 4 års forskel på levealderen, som man så i figur 1.

Kvinderne har en mindre overdødelighed indenfor kræft i forhold til gennemsnittet, da den "kun" er på 22 pct.

Derimod er der markant overdødelighed for de lavtuddannede indenfor hjerte-karsygdomme, iskæmisk hjertesygdom² og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), også kaldet "rygerlunger". Overdødeligheden varierer fra 110 pct. til 197 pct. for de lavtuddannede indenfor disse tre dødsårsager, hvilket er ganske meget.

² Sygdom i hjertets kranspulsåre.

I **tabel 2** nedenfor er beregnet overdødeligheden for lavtuddannede mænd.

Tabel 2: Overdødeligheden for lavtuddannede mænd i forhold til højtuddannede (gnm. af 1995-2000)

	Højt	Mellem	Lavt
Kræft	100	129	137
Karsygdme i hjernen	100	136	157
Hjerte karsygdomme	100	147	176
Iskæmisk hjertesygdom	100	152	186
Kronisk obstruktiv lungesygdme (KOL)	100	241	360
TOTALT	100	142	178

Kilde: Se tabel 1 ovenfor.

Af samtlige dødsårsager har lavtuddannede mænd en **overdødelighed på 78 pct.** ved en given alder i forhold til de højtuddannede.

Overdødeligheden er nogenlunde jævnt fordelt på forskellige sygdomsgrupper, men for kronisk obstruktiv lungesygdme (KOL) er overdødeligheden ekstrem høj på 260 pct.

Konklusionen for kvinder og mænd er, at overdødeligheden er på ca. 200-260 pct. for de lavtuddannede (kvinder og mænd) indenfor kronisk obstruktiv lungesygdme (KOL). Mange KOL-patienter er rygere eller ex-rygere. Kvindernes overdødelighed på 110 pct. og 167 pct. for henholdsvis hjerte-karsygdomme og iskæmisk hjertesygdom er også bemærkelsesværdig.

Indenfor den langt **hyppigste** dødsårsag "kræft" er overdødeligheden derimod ikke så stor, da den "kun" er mellem 22 og 37 pct. for henholdsvis lavtuddannede kvinder og mænd.

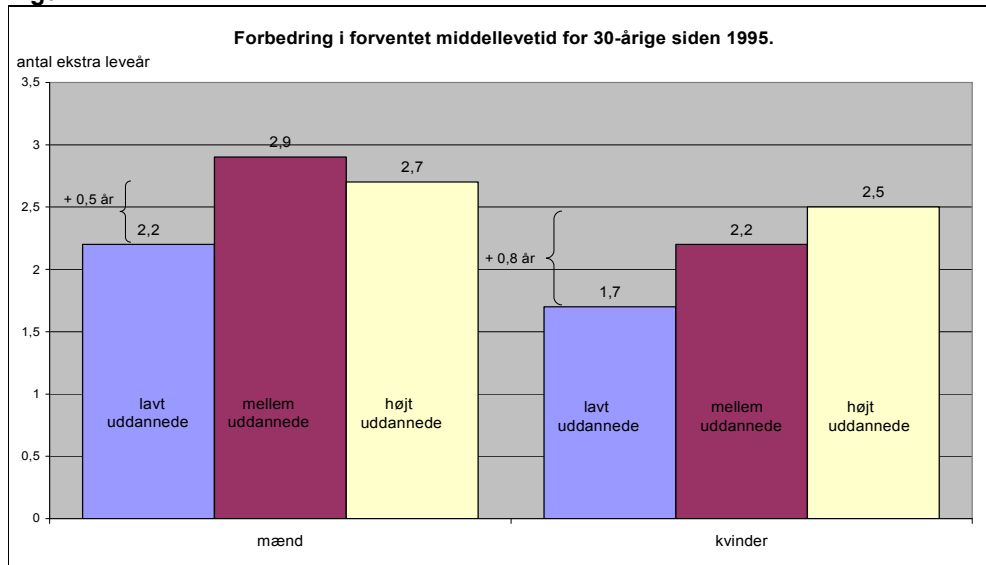
De store uddannelsesmæssige forskelle i middellevetiden afspejler sig altså også i store helbredsmæssige forskelle mellem uddannelsesgrupperne, som formentlig igen afspejler forskelle i arbejdsmiljø, livsstil, levevis m.v.. Det er derfor et velkendt synspunkt, at der er store muligheder for at forøge middellevetiden for de udsatte sociale grupper ved at øge den forebyggende sundhedsmæssige og arbejdsmiljømæssige indsats for disse grupper.

3. Udviklingen i middellevetiden (30-årige) fordelt på forskellige uddannelsesgrupper

Ovenfor så vi, at der var væsentlig forskel i selve middellevetiden på ufaglærte og højtuddannede i 2005. Men det er også interessant at undersøge **udviklingen** i middellevetiden igennem de sidste 10 år fordelt på uddannelse og social status, for at se **om forskellen i middellevetid eventuelt indsnævres eller udvides.**

Figur 2 viser **forbedringerne** fra 1995 til i dag i levealderen fordelt på uddannelsesniveau.

Figur 2



Kilde: Arbejdsbevægelsens Erhvervsråd og Statens Institut for Folkesundhed (2007).

I figur 2 ses, at for **mænd** er levetidsforbedringerne på ca. 2,8 år for mellem- og højtuddannede, medens den kun er 2,2 år for de lavtuddannede. For **kvinder** er stigningen på 1,7 år for de laveste uddannede og 2,5 år for de højeste uddannede.

Alle har fået pæne stigninger i den forventede middellevetid gennem de seneste 10 år. Men de absolutte forbedringer i levetiden er trods alt en del højere for højtuddannede end lavtuddannede i de seneste 10 år. **Højtuddannede mænd og kvinder i 30 års alderen har fået henholdsvis ca. 0,5 år og 0,8 år oveni de forbedringer, som er tilfaldet de lavtuddannede indenfor de seneste 10 år.**

4. Beregninger for levetiden for 60-årige fordelt på uddannelse

Den sociale og uddannelsesmæssige ulighed er ovenfor målt ved den forventede levetid for 30-årige. Det forventes, at man som 30-årig får den største forskel i levetiden for lavt- og højtuddannede, da de højtuddannede lige er blevet færdig med deres videregående uddannelse.

Hvis man måler sammenhængen mellem forventet levetid og den sociale ulighed for personer, **som er fyldt 60 år**, har man ikke den sociale og uddannelsesmæssige ulighed med i aldersgrupperne fra 30 år op til 59 år. Der kan være en overdødelighed blandt de lavtuddannede eller højtuddannede i denne aldersgruppe, som ikke oplever deres 60 års fødselsdag.

Arbejdsbevægelsens Erhvervsråd har i juni 2006 foretaget beregninger af den forventede levealder for lavt- og højtuddannede 60-årige. Netop på dette tidspunkt var der velfærdsforhandlinger vedrørende ændringer i efterlønsalderen.³

³ Arbejdsbevægelsens Erhvervsråds (juni 2006) notat : ”Ikke tegn på stigende uddannelsesforskelle i restlevetiden for 60-årige”.

Analysen viser, at der er ca. 2-2 ½ års forskel i den forventede middellevetid for lavt- og højtuddannede 60-årige (mænd og kvinder).

Det konkluderes i notatet, at der **ikke** har været tegn på **stigende** social forskelle i levealderen for de 60-årige fra 1995 til i dag. Udviklingen for **60-årige** har med andre ord været en nogenlunde **ensartet** udvikling i højt- og lavtuddannedes **levetidsforbedringer** i aldersgrupperne siden 1995.

5. Forbrug af sundhedsydelser

Det er konkluderet ovenfor, at de lavtuddannede har en mindre forventet middellevetid end højtuddannede. Spørgsmålet er, om også uddannelsesniveaut spiller ind på forbruget af sundhedsydelser.

Tabel 3 viser det gennemsnitlige træk på offentlige sundhedsydelser fordelt på uddannelsesniveau.

Tabel 3: Gennemsnitlig træk i 2004 på offentlige sundhedsydelser (fordelt på uddannelse)

	Almen læge (antal ydelser)	Sengedage	Medicinudgifter (1.000 kr.)
Ufaglærte	11,1	0,7	2,2
Faglærte	9,1	0,6	1,5
Lang. videreg. Udd	6,2	0,4	1,3
I alt (gennemsnit)	9,4	0,6	1,7

Kilde: Arbejdsbevægelsens Erhvervsråd (2007). Tallene vedrører aldersgruppen 25-64 år.

Kontakter til den "almen praktiserende læge" er tydeligvist højest for de ufaglærte, som i gennemsnit har 11,1 kontakter pr. år, og personer med en lang videregående uddannelse har kun ca. 6,2 kontakter til den praktiserende læge på et år.

Antallet af sengedage ved indlæggelse på sygehuse er i gennemsnit 0,7 sengedage for en ufaglært og 0,4 dage for personer med lang videregående uddannelse.

Medicinforbruget for en ufaglært er i gennemsnit på 2.200 kr., hvorimod en person med en lang videregående uddannelse kun bruger 1.300 kr. på medicin.

Konklusionen på tabel 3 er, at de ufaglærte anvender sundhedsydelserne mest. De lavtuddannede benytter sig oftere end de højtuddannede af den praktiserende læge, og har flere indlæggelsesdage på sygehusene samt større forbrug af medicin.⁴ Det er formodentlig en følge af, at de ufaglærte har en højere grad af sygelighed (og overdødelighed) end personer med en længerevarende uddannelse.

Med venlig hilsen

Flemming Dingsø Nielsen (3601)

⁴ På tandlægeområdet er det lige modsat, da forbruget af tandlægeydelser er størst hos de højtuddannede. Dette kan skyldes den høje grad af brugerbetaling på tandlægeydelser, men også, at højtuddannede måske prioriterer tandbehandling højere.