

Sundhed og sygdom - socialt set

Af Otto Andersen og Lisbeth Laursen

Indledning

Middellevetiden er stagnerende

Danskerne lever længe. Middellevetiden for nyfødte var i årene 1993-94 72,5 år for drenge og 77,8 år for piger. Det har imidlertid vist sig, at danskerne i de senere år ikke har haft så gunstig en udvikling i middellevetiden, som flertallet af de lande, vi normalt sammenligner os med. Dette bekymrer bl.a. sundhedsforskere og politikere, og Sundhedsministeren nedsatte i 1992 Middellevetidsudvalget for at få analyseret årsagerne.

I udvalgsarbejdet er der lagt vægt på at belyse, hvorledes dødeligheden varierer med levekår og livsstil. I denne artikel vil der blive set nærmere på de forskelle, der er i den danske befolkning med hensyn til dødelighed og sygelighed.

De tal, der anvendes, vedrører sygdomme, der har ført til indlæggelse på almindelige (somatiske) sygehuse og/eller til død. Sådanne sygdomme er naturligvis langt fra dækkende for en beskrivelse af befolkningens helbredstilstand, idet også lidelser, som behandles hos egen læge, ambulantly på almindelige sygehuse eller på psykiatriske sygehuse, påvirker helbredet, erhvervsevnen og livskvaliteten.

En model for sygelighed og dødelighed

Øget viden om sygdomme

Forståelsen af, hvorledes sygdomme opstår, forebygges og helbredes, er øget væsentligt gennem de seneste årtier. Fra overvejende at være betragtet som et medicinsk anliggende, anses det nu også for at være forbundet med begreber som livsstil og levekår. Middellevetidsudvalget har præsenteret en såkaldt epidemiologisk forståelsesmodel (epidemiologi er læren om sygdommes udbredelse), der kan være hensigtsmæssig som baggrundsviden for de tal, der præsenteres senere.

Modellen som vises i figur 1 angiver, at en række faktorer kan medvirke til eller påvirke sygdom, som igen kan føre til død.

Modellens venstre side afspejler udviklingen hos den enkelte og i befolkningen fra risikofaktorer over sygdomsudvikling til død. Denne udvikling kaldes "risikokæden".

Risikokæden

Modellens højre side omfatter samfundets indsats, der består i den sundhedsfremmende indsats i relation til livsstil og levekår, sygdomsforebyggende indsats bl.a. i sundhedsvæsenet og behandlingsindsatsen i sundhedsvæsenet.

Begrebet "mestring" handler om, hvordan det enkelte menneske klarer/mestrer sin tilværelse.

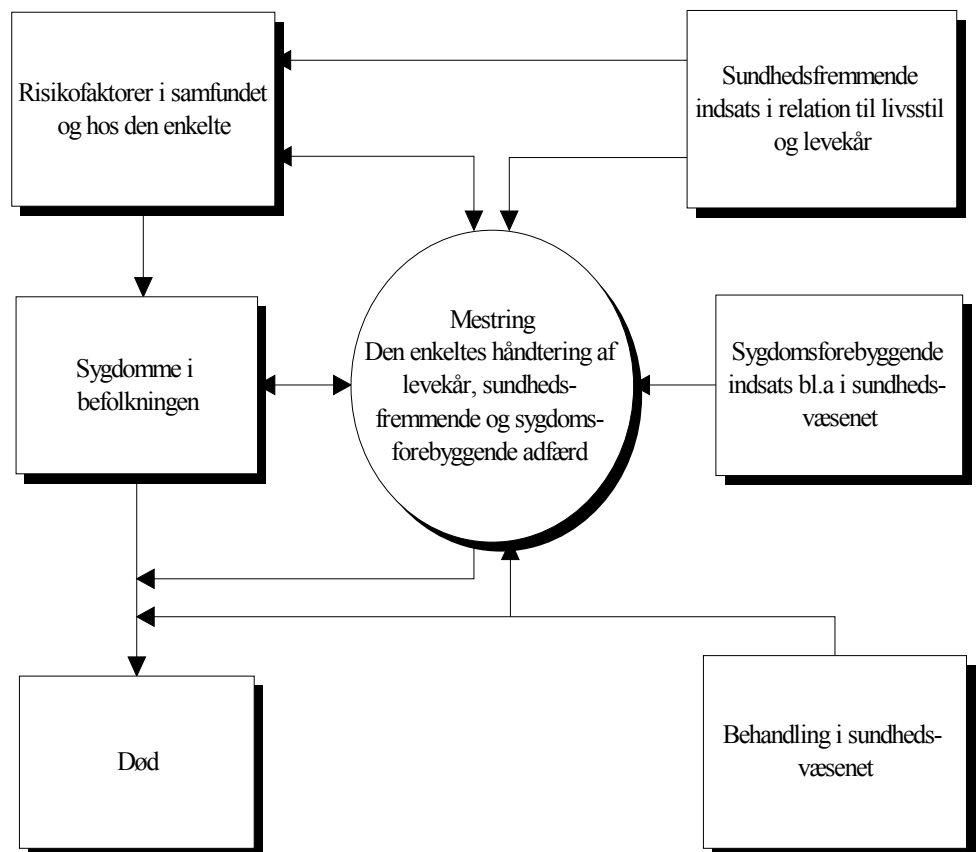
Risikofaktorer i samfundet eller hos den enkelte omfatter bl.a. individuelle risikofaktorer som den arvelige disposition for specielle sygdomme, livsstilsfaktorer som kost, motion og rygning og levekårsforhold som indkomst, uddannelse, bolig mv.

Sygdomme i befolkningen udvikles, når de øvrige faktorer slår fejl, og slutstadiet er død.

Tema

Figur 1.

En epidemiologisk model



Kilde: Levetiden i Danmark. Middellevetidsudvalget (Publikation 2). Sundhedsministeriet 1994.

Samfundets sundhedsfremmende indsats har til formål at holde "raske mennesker raske". Dette kan ske ved, at den enkelte person får støtte af professionelle personer og/eller ved, at samfundet forbedrer levevilkårene.

Den sygdomsforebyggende indsats sker ved, at sundhedsvæsenet hjælper den enkelte livet igennem, bl.a. ved at opsøge særlige risikogrupper, fx personer med for højt kolesterolindhold eller ved at scanne kvinder for forskellige kræfttyper.

Behandlingen i sundhedsvæsenet foretages såvel medicinsk som kirurgisk, behandlingsformer, som har gennemgået en betydelig udvikling, således at overlevelsesmulighederne er forbedret væsentligt.

Hvordan mestrer den enkelte sin tilværelse?

Mestringsbegrebet vedrører først og fremmest den enkeltes indsats, men også hvorledes samfund og individer støtter bestræbelserne. Den enkelte kan holde op med at ryge, ændre sine spise- og drikkevaner, dyrke motion mv. Det gælder om at leve "et godt liv", passe arbejde og familie og have et godt socialt netværk.

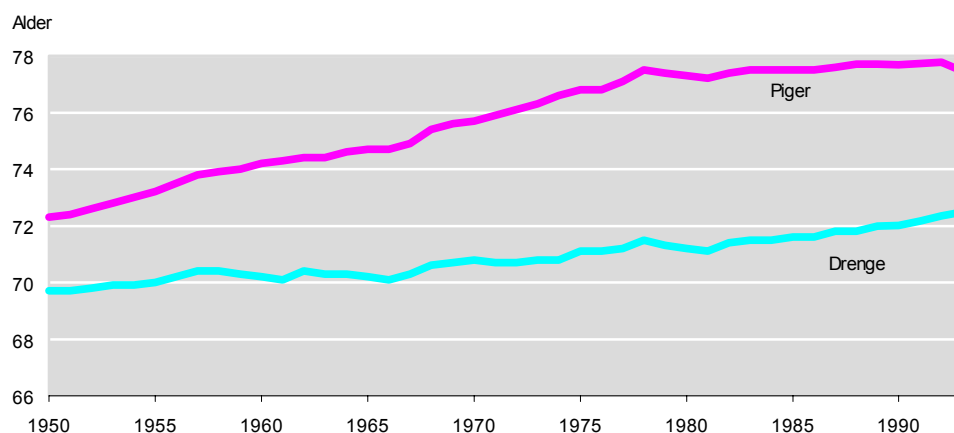
Modellen præciserer således, at det er vigtigt at se på levekår og livsstil som væsentlige risikofaktorer. Ved levekår forstås de ydre rammer for menneskers liv, beskrevet gennem økonomi, erhvervsstruktur, erhvervsdeltagelse, arbejdsløshed, arbejdsmiljø, boligforhold, familieforhold mv. Der er i det statistiske beredskab gode muligheder for at beskrive sygelighed og dødelighed efter sådanne variabler. Livsstil opfattes som adfærd, der har betydning for sundhed og helbred, fx tobaksrygning, spiritusforbrug mv. Disse faktorer er dog ikke registreret så systematisk som de nævnte levekårsvariabler.

Middellevetidsudviklingen

Udviklingen i middellevetiden for nyfødte drenge og piger fremgår af figur 2.

Figur 2.

Middellevetid i Danmark for drenge og piger. 1950-1993



Ugunstig udvikling - specielt for piger

Udviklingen har været forskellig for drenge og piger. For drengenes vedkommende er middellevetiden kun steget beskedent i perioden. Middellevetiden for drengene var i 1951-55 på 69,8 år og som nævnt 72,5 år i 1993-94. For pigerne har stigningen indtil 1980 været langt større end for drengene, hvorefter der er tale om næsten fuldstændig stagnation. Middellevetiden var i 1951-55 72,6 år og 77,8 år i 1993-94. Stigningen i den betragtede periode har således været 2,7 år for drengene og 5,2 år for pigerne. Denne udvikling har medført, at forskellen på drenges og pigers middellevetid, der var 2,8 år i 1951-55 blev øget jævnt til et maksimum på 6,1 år i 1980. I de senere år er forskellen mindsket til 5,3 år.

Danmarks internationale placering

Danmarks internationale placering stærkt forringet

Interessen for udviklingen i middellevetiden blev styrket yderligere, da Danmarks internationale placering blev offentliggjort, jf. figur 3. Blandt 23 OECD-lande var danske drenge i 1970 på en 5. plads, medens danske piger var på en 8. plads. I 1990 var danske drenge og piger blevet overhalet af en række lande således, at drengene nu var på en 18. plads og pigerne på en 21. plads. Højeste middellevetid i 1990 havde Japan med 75,9 år for drenge og 81,9 år for piger. I forhold hertil er de danske drenge 3,9 år bagefter, medens de danske piger er 4,2 år bagefter.

Middellevetidsudvalget

Livsstil og levekår er centrale begreber

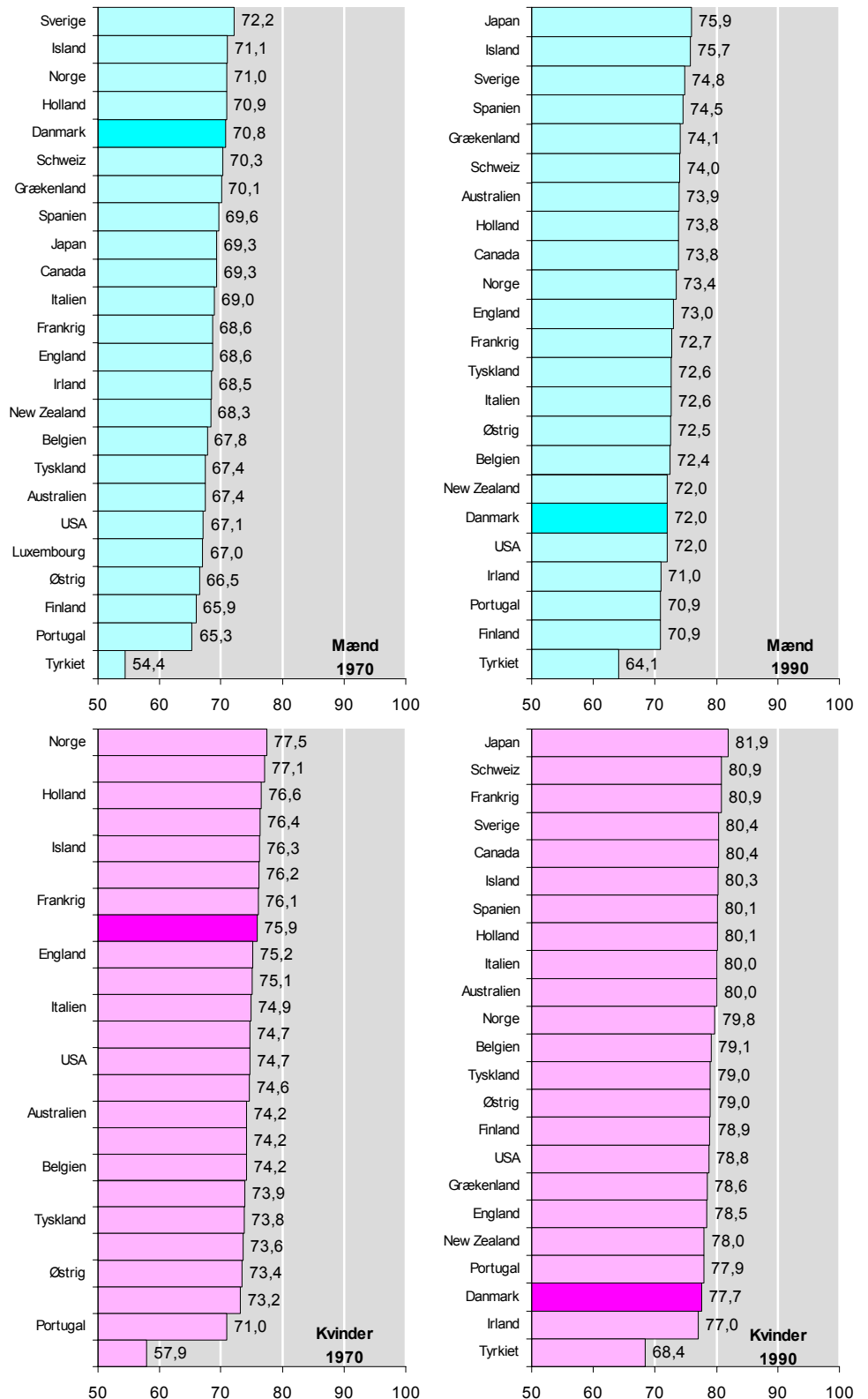
Middellevetidsudvalget blev nedsat for at undersøge de forhold, der kan påvises at have betydning for udviklingen i middellevetiden i Danmark. Udvalget skulle afdække faktorer, der kan bidrage til at forklare, at den danske middellevetid ikke udvikler sig lige så gunstigt som i udlandet. Det blev specielt pointeret over for udvalget, at det ikke blot skulle se på sundhedsvæsenets behandlingsindsats, men også på betydningen af levekår og livsstilsfaktorer. Dette er bl.a. en følge af, at WHO's (Verdenssundhedsorganisationens) målsætning om Sundhed FOR ALLE år 2000 har 4 delmål: Et længere liv, et sundere liv, et rigere liv og lighed i sundhed. Ifølge WHO skal sundhed ikke blot opfattes som fravær af sygdom, men som en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velbefindende.

Udvalgets mange specialgrupper har offentliggjort ialt 14 rapporter, som beskriver væsentlige sider af problemet.

Tema

Figur 3.

Middellevetid i OECD-landene for drenge og piger. 1970 og 1990



Kilde: Levetiden i Danmark. Middellevetidsudvalget (Publikation 2). Sundhedsministeriet 1994.

Materiale og metode

Med den statistik, der i dag er adgang til, er det muligt at belyse sygelighed og dødelighed i forhold til en række levkårsvariabler.

Centrale variabler er:

Arbejdsstilling
Fag og erhverv
Ledighed
Familiestatus
Civilstand
Boligforhold
Uddannelse

Helt nye registertal

Det datamateriale, der er anvendt i det følgende, vedrører den danske befolkning, der den 1.1. 1991 var mellem 20 og 64 år. Denne befolkningsgruppe er fulgt i en 3-årig periode fra 1991 til og med 1993 mht. udskrivninger fra somatiske sygehuse og dødsfald.

Der ses på én variabel ad gangen, men ved fortolkningen af de tal, der vises, er der nogle vigtige forbehold, som ikke bør glemmes.

Afhængighed

Sammenfald af begivenheder

De enkelte variabler er ikke uafhængige. Der vil ofte være et sammenfald af begivenheder i en persons liv. I visse fag, som fx tjenerfaget er der en klar overvægt af personer, der er fraskilte, har en kortvarig uddannelse, bor i dårlige boliger og har en betydelig arbejdsløshed. En helt tilfredsstillende beskrivelse af sygelighed og dødelighed burde indtage flere faktorer ad gangen. Dette er imidlertid kompliceret og kræver et større studie.

Selektion

Selektion ind i og ud af erhverv

For det andet må man ved fortolkningen af tallene være meget opmærksom på de forhold, som kaldes selektionseffekten (selektion = udvælgelse), dvs. de specielle forhold, der direkte eller indirekte bestemmer personers placering i et erhverv eller i en socialgruppe.

Man taler om selektion ind i og ud af erhverv. Fysisk krævende erhverv forudsætter et godt helbred og nogle erhverv kræver ligefrem fysiske optagelsesprøver (fx politiuddannelsen), medens andre erhverv kan varetages tilfredsstillende af personer, der har et mindre godt helbred (fx kontorarbejde). Der er endvidere store forskelle på de uddannelsesmæssige krav til de enkelte jobs. De nævnte forhold er eksempler på selektion ind i erhverv. Jo mere fysisk eller psykisk anstrengende et erhverv er, jo kortere tid er man ofte i det. Dette er et eksempel på en selektion ud af erhverv.

“Healthy worker” effekten af stor betydning

Den såkaldte “healthy worker” (“den sunde arbejder”) effekt er et særlig interessant selektionsproblem. Når sygelighed og dødelighed for forskellige erhvervsgrupper (senere) sammenlignes, er det almindeligt, at forskellene formindskes med alderen. Dette forklares ved, at de “svage” er faldet fra i de yngre aldre, så kun de “stærke” er tilbage i de ældre aldre. Den erhvervsaktive befolkning er derfor mere homogen helbredsmæssigt i de ældre end i de yngre aldersklasser.

Der er klare selektionsprocesser i forbindelse med civilstandsbegrebet. Ægteskabet betyder normalt en mere rolig livsstil.

Boligvalg er i høj grad økonomisk betinget, således har kun forholdsvis vellønnede grupper egen bolig. Da vi ved, at vellønnede befolkningsgrupper har en lavere dødelighed end lavtlønsgrupper, er det ikke overraskende, at dødelighed og sygelighed generelt set er lavest for personer, der bor i egen bolig.

Arbejdsløshed er endnu et eksempel på selektion. Selv om arbejdsløshed i dag kan ramme stort set alle personer, må det formodes, at visse (svagere) befolkningsgrupper er mere udsatte end andre.

Fortolkningen er vanskelig

Betydningen af sådanne selektionsprocesser kan være vanskelig at indkredse, men fx kan det være fristende at konkludere, at afvigelser mellem forskellige erhvervsgruppers sygelighed og dødelighed må skyldes arbejdsmiljøforskelle. Dette kan være rigtigt i specielle erhverv, men en vigtig årsag kan være, at personer rekrutteres vidt forskelligt fra erhverv til

Tema

erhverv og derfor allerede fra starten er forskelligt stillet helbredsmæssigt. Det er således ikke nødvendigvis selve erhvervet, der er farligt, når sygeligheden eller dødeligheden er høj.

De anvendte indekstal

Sammenligning med en standardbefolkning

For at samle de mange enkeltinformationer til nogle få overskuelige tal, er der i det følgende vist indekstal for sygelighed og dødelighed. Da der er store forskelle på aldersfordelingen i de befolkningsgrupper, der betragtes, har det været nødvendigt at korrigere for dette forhold. Det gøres ved at beregne sygeligheds- og dødelighedsindeks ud fra samme aldersfordeling, den såkaldte standardbefolkning.

Valget af standardbefolkning er afgørende for fortolkningen af tallene og dikteret af, hvad man ønsker at beskrive. I de følgende afsnit om arbejdsstilling, fag og erhverv og ledighed anvendes de erhvervsaktive som standardbefolkning, fordi de ikke-erhvervsaktive har et helbredsmønster, som er meget forskelligt fra de erhvervsaktives. Når fx dødelighedsindekset er 125 for mandlige ikke-faglærte arbejdere, betyder det, at antallet af dødsfald har været 25 pct. højere, end det ville have været, hvis gruppens dødelighed svarede til gennemsnittet for de 20-64 årige i erhverv. Når selvstændige landmænd mv. har et dødelighedsindeks på 74 betyder det, at dødeligheden har været 26 pct. lavere end for alle 20-64 årige i erhverv. Man taler om en overdødelighed og en underdødelighed i de nævnte tilfælde.

I de øvrige afsnit om civilstand, boligforhold mv. er alle personer i befolkningen valgt som standard.

Arbejdsstilling

For at få et overblik over sygelighed og dødelighed i større befolkningsgrupper i Danmark ses i dette afsnit på forskellen mellem de såkaldte arbejdsstillingsgrupper, jf. tabel 1.

Ikke-faglærte har høje indekstal

For mændenes vedkommende ses følgende: Overordnede mandlige funktionærer har den laveste sygelighed og dødelighed (79 og 72). Dødeligheden er ligeledes lav for mænd i landbrug mv. (74). Gruppen af ikke-faglærte mandlige arbejdere har den højeste sygelighed og dødelighed (117 og 125). Jo højere uddannet den mandlige funktionærgruppe er, jo lavere er sygelighed og dødelighed.

For kvindernes vedkommende findes lavt sygelighedsindeks blandt overordnede funktionærer (82), men derimod en relativt høj dødelighed (102) set i forhold til de øvrige funktionærgrupper. Her er således ikke samme mønster som hos mændene. Meget lave dødelighedstal blandt kvinder findes i gruppen af medhjælpende ægtefæller i landbrug mv. og i fremstillingsvirksomhed (60 og 54). Dødeligheden er rela-

Tabel 1.

Sygeligheds- og dødelighedsindeks fordelt på stillingsgruppe og køn. 1991-93

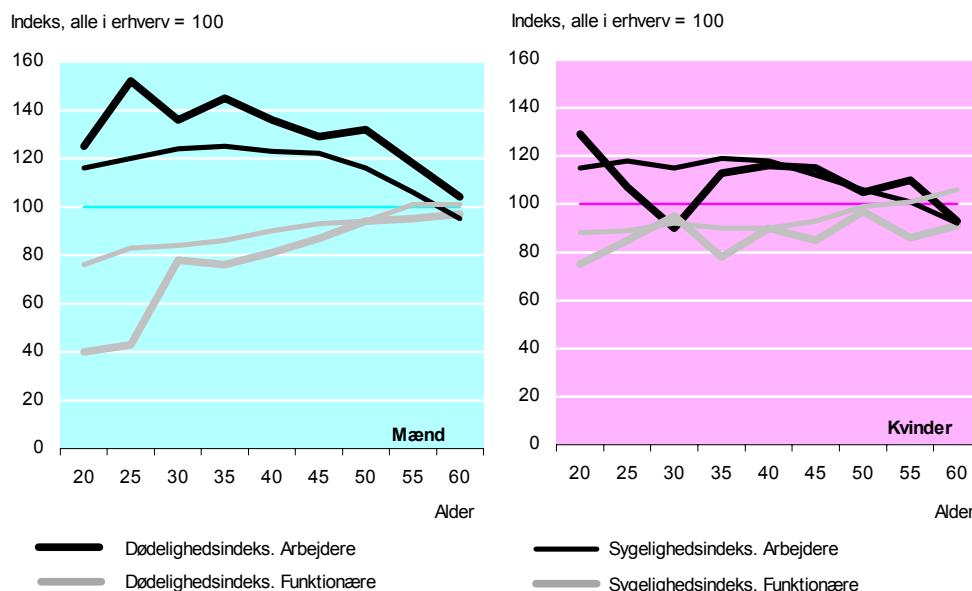
	Sygelighedsindeks		Dødelighedsindeks	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Alle 20-64 årige i erhverv	100	100	100	100
Selvstændige i alt	98	101	92	116
- selvst. i landbrug mv.	94	97	74	113
- selvst. i fremstillingsvirksomhed	100	99	96	95
- selvst. i handel	100	102	106	119
Medhjælpende ægtefælle	..	91	..	73
- medhj. i landbrug mv.	..	87	..	60
- medhj. i fremstillingsvirksomhed	..	91	..	54
- medhj. i handel	..	96	..	102
Overordnet funktionær	79	82	72	102
Ledende funktionær	92	93	90	89
Funktionær i øvrigt	99	97	110	98
Faglært arbejder	106	108	98	99
Ikke-faglært arbejder	117	112	125	108

tiv høj for selvstændige kvinder i landbrug mv. og i handel (113 og 119), men der er her tale om antalsmæssigt små grupper. De ikke-faglærte kvindelige arbejdere har relativ høj sygelighed og dødelighed (112 og 108). Faglærte kvindelige arbejdere har en vis oversygelighed (108), hvorimod dødeligheden er tæt på gennemsnittet (99).

De nævnte stillingsgrupper dækker over fag- og erhvervsgrupper, hvor personerne har meget forskellige helbredsforhold. Dette analyseres nærmere i næste afsnit.

Figur 4.

Sygeligheds- og dødelighedsindeks fordelt på alder og køn. 1991-93.



Stor aldersvariation

I figur 4 er indekstallene fordelt på aldersklasser for to udvalgte stillingsgrupper, ledende funktionærer og ikke-faglærte arbejdere. Af afstanden (spredningen) mellem kurverne ses det, at både sygeligheds- og dødelighedsforskellene er betragteligt mindre blandt kvinder end blandt mænd. Kvinderne er således helbreds mæssigt generelt en mere homogen gruppe end mændene er.

Endvidere ses det, at forskellene mellem kurverne bliver mindre med stigende alder for næsten at være helt forsvundet i de ældste aldersklasser. Dette er et udtryk for "healthy worker" effekten, jf. diskussionen ovenfor.

Fag og erhverv

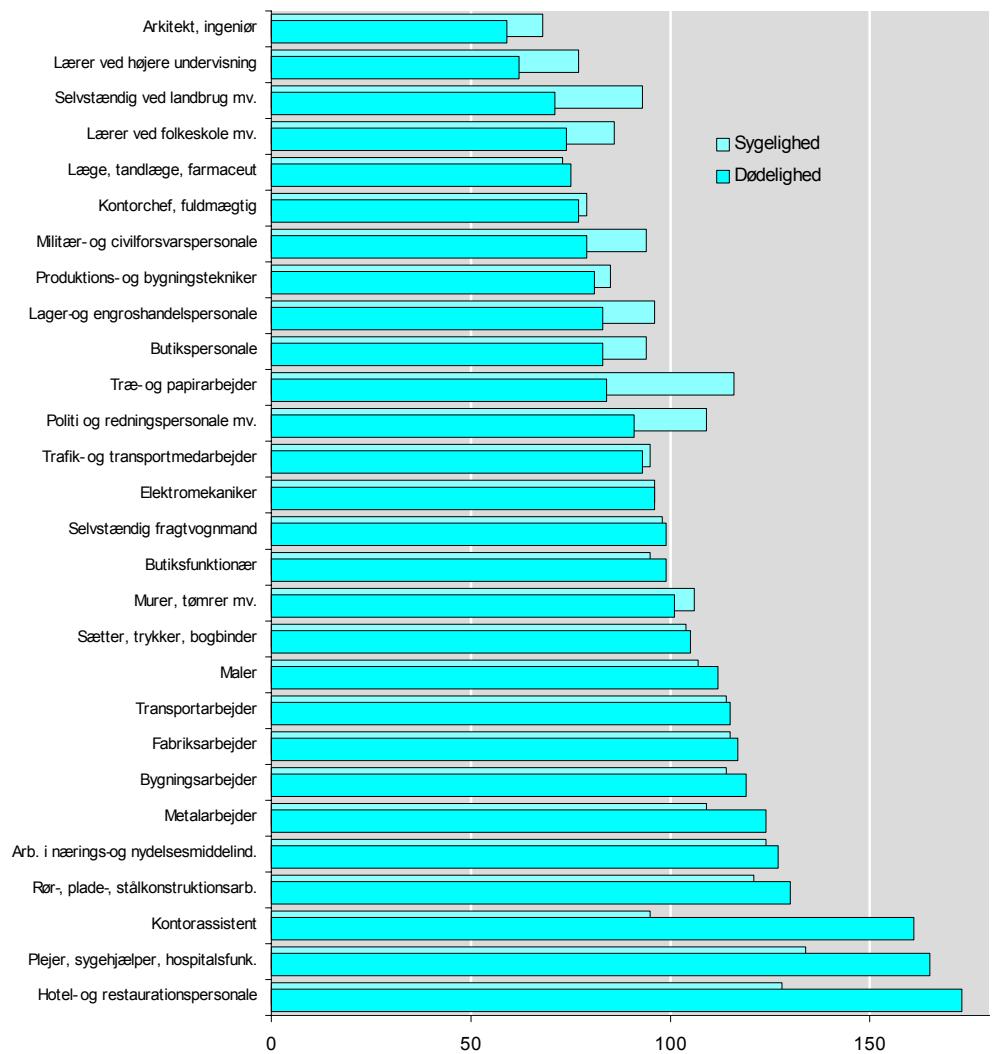
Sygeligheds- og dødelighedsindeks følges ad

I figur 5 vises indeks for sygelighed og dødelighed for nogle udvalgte mandlige faggrupper efter størrelsen af dødelighedsindekset. Der er en række fag med et relativt lavt dødelighedsindeks, så som arkitekter og ingeniører, lærere såvel ved højere undervisning som i folkeskolen mv. samt selvstændige landmænd. Den højeste dødelighed har personer, der arbejder i hotel- og restaurationsbranchen. Plejere, sygehjælpere mv. har en høj dødelighed. Det samme er tilfældet for mandlige kontorassistenter. Det ses af figur 5, at sygelighed og dødelighed følges ad, men der er dog undtagelser. Sygeligheden er relativ høj i forhold til dødeligheden for selvstændige landmænd. Det samme gælder inden for træ- og papirarbejde og i politi og redningskorps. Til gengæld er sygeligheden for kontorassistenter under gennemsnittet, hvor dødeligheden som nævnt er høj.

Tema

Figur 5.

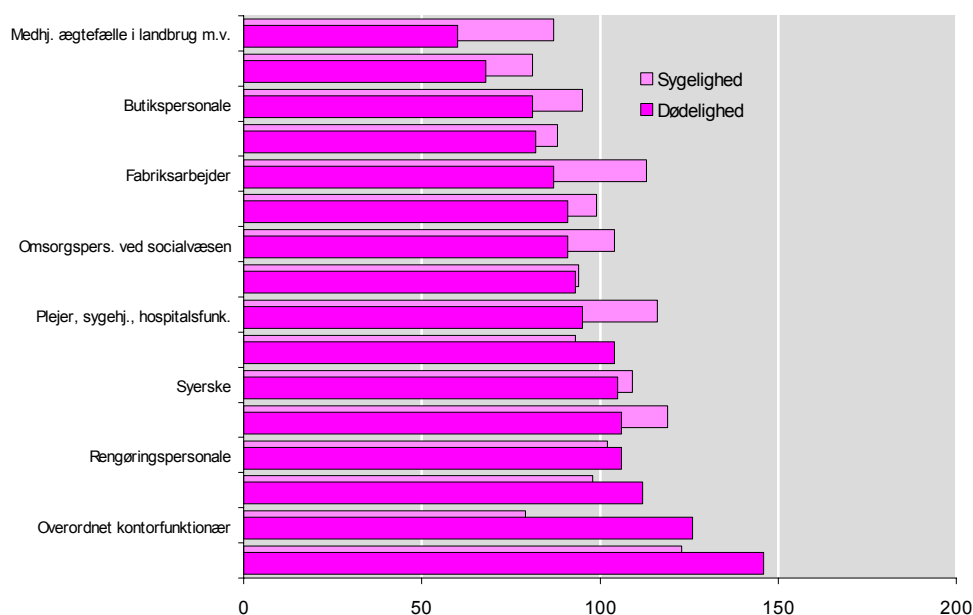
Sygeligheds- og dødelighedsindeks for udvalgte faggrupper. Mænd. 1991-93. Alle i erhverv = 100.



I figur 6 vises indeks for udvalgte faggrupper af kvinder. Lav dødelighed findes blandt de medhjælpende ægtefæller i landbrug og høj dødelighed blandt arbejdere i nærings- og nydelsesmiddelindustrien. Det ses endvidere, at kvinder i overordnede stillinger på kontor har en ganske høj dødelighed, men en lav sygelighed. Omvendt gælder det, at kvindelige fabriksarbejdere har en høj sygelighed, men en lav dødelighed.

Figur 6.

Sygeligheds- og dødelighedsindeks for udvalgte faggrupper.
Kvinder. 1991-93. Alle i erhverv = 100



Personer ude af erhverv

I de foregående afsnit er udelukkende set på personer i erhverv i alderen 20-64 år. Selv om der kun ses på det begrænsede aldersinterval, hvor befolkningen normalt er erhvervsaktive, er der selvfølgelig personer, der ikke er i erhverv. Det kan være uddannelsessøgende, pensionister (førtidspension mv.) eller iøvrigt personer uden for arbejdsmarkedet (på bistandshjælp mv.)

Sygelighed og dødelighed for disse grupper ses af tabel 2. Indeksene er målt i forhold til de erhvervsaktive, som persongruppen aldersmæssigt kunne tilhøre.

Tabel 2.

Sygeligheds- og dødelighedsindeks for personer ude af erhverv fordelt på stillingsgruppe og køn. 1991-93

	Sygelighedsindeks		Dødelighedsindeks	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Alle 20-64 årige i erhverv	100	100	100	100
Uddannelsessøgende	73	78	82	137
Pensionister	238	211	434	351
Øvrige ude af erhverv	139	116	186	132
Ude af erhverv i alt	169	149	313	251

Personer ude af erhverv har høj syge- og dødelighed

Samlet er der en betydelig overdødelighed i gruppen ude af erhverv, for mændenes vedkommende mere end tre gange og for kvinder omkring to en halv gang gennemsnittet. Sygelighedsindeksene er mindre - men stadig ganske høje.

Som forventet har de uddannelsessøgende ret lav sygelighed og dødelighed, dog er det bemærkelsesværdigt, at de kvindelige uddannelsessøgende har en forhøjet dødelighed (137).

Når personer i de erhvervsaktive aldre er pensionister, vil det ofte have en sygdomsmæssig baggrund, hvilket er årsagen til, at indekstallene er meget høje.

Mere end 7 gange overdødelighed

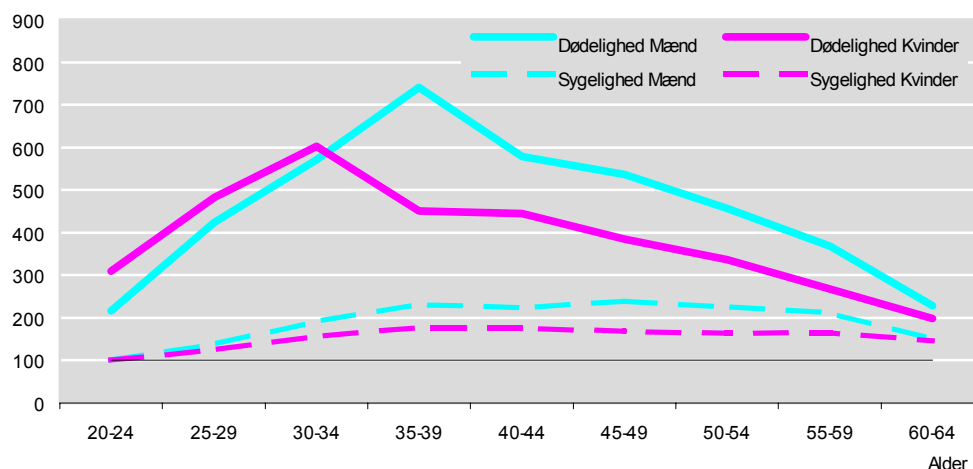
I figur 7 ses det aldersfordelte mønster for alle ude af erhverv. Ret dramatisk har fx de 35-39 årige mænd et dødelighedsindeks på 740, dvs. en dødelighed, der er over 7 gange så høj som deres jævnaldrende i erhverv (den samlede gruppe har indeks 434). Dødeligheden viser væsentlig højere indekstal end sygeligheden for såvel mænd som kvinder.

Tema

Figur 7.

Sygeligheds- og dødelighedsindeks for personer uden for erhverv fordelt på alder og køn. 1991-93

Indeks, alle i erhverv = 100



Ledighed

Tabel 3 viser sygeligheden og dødeligheden for personer, der i kortere eller længere tid i 1990 har været uden arbejde. Der er skelnet mellem, om personerne har modtaget arbejdsløshedsdagpenge eller kontanthjælp og om de har modtaget ydelserne under eller over 6 måneder. Til sammenligning er også vist sygeligheden og dødeligheden for personer, der ingen ydelser har modtaget i 1990. Dvs. hverken arbejdsløshedsdagpenge, kontanthjælp eller nogen anden form for sociale ydelser. Ligesom i de foregående tabeller er standardbefolkningen her valgt som alle 20-64 årige i erhverv. Det er valgt, fordi personer, der modtager arbejdsløshedsdagpenge og en væsentlig del af kontanthjælpsmodtagerne også er en del af arbejdsstyrken.

Tabel 3.

Sygeligheds- og dødelighedsindeks 1991-93 for personer, der har modtaget arbejdsløshedsdagpenge eller kontanthjælp i 1990. Fordelt på varighed og køn.

	Sygelighedsindeks		Dødelighedsindeks	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Alle 20-64 årige i erhverv	100	100	100	100
Ingen ydelser	86	89	79	86
Arbejdsløshedsdagpenge:				
- under 6 måneder	103	101	104	85
- 6 måneder og derover	128	115	171	115
Kontanthjælp:				
- under 6 måneder	130	122	182	165
- 6 måneder og derover	183	173	362	294

Det er tydeligt, at personer, der ikke har modtaget nogen form for social ydelse, har en sygelighed og en dødelighed, der ligger væsentligt under gennemsnittet for alle i erhverv.

Langvarigt ledige har høj syge- og dødelighed

Personer, der har modtaget arbejdsløshedsdagpenge af en varighed på under 6 måneder, har en sygelighed, der ligger tæt på gennemsnittet for alle i erhverv. Personer, der har været arbejdsløse i en periode på mindst 6 måneder i 1990, har derimod en sygelighed, der ligger markant over gennemsnittet, især for mændenes vedkommende. Også kontanthjælpsmodtagere har en sygelighed langt over gennemsnittet for alle i erhverv. Mænd, der har modtaget kontanthjælp i over 6 måneder, har en oversygelighed på 83 pct. Den tilsvarende oversygelighed for kvinderne er på 73 pct.

Dødeligheden for personer, der har modtaget arbejdsløshedsdagpenge over 6 måneder eller kontanthjælp, viser samme mønster som sygeligheden, blot er det endnu mere markant. Dødeligheden for mænd, der har modtaget kontanthjælp over 6 måneder, er fx mere end tre en halv gang så høj (indeks 362) som gennemsnittet for alle mænd i erhverv. I det hele taget

viser tabellen, at overdødeligheden og oversygeligheden er større for mændene end for kvinderne.

Det skal bemærkes, at de meget høje indekstal for personer, der har modtaget kontanthjælp, ikke entydigt kan tolkes på den måde, at man bliver syg og måske dør af at være kontanthjælpsmodtager. Tallene er snarere et udtryk for, at personer, der er syge, mister deres arbejde, og når varighedsgrænsen for modtagelse af sygedagpenge er overskredet, overgår de til kontanthjælp. Det er klart, at en persongruppe, der er afgrænset på denne måde, vil generelt set have en øget syge- og dødelighed.

Familiestatus og civilstand

I tabel 4 er sygeligheden og dødeligheden vist for personer med forskellig familiestatus. Familiestatus er opgjort pr. 1.1.1991. I modsætning til de tidligere tabeller er standardbefolkningen her valgt som alle 20-64 årige, uanset om de var i erhverv eller ej.

Familiestatusgrupperne er defineret på følgende måde:

Enlig er en voksen person, der bor alene (evt. sammen med børn).

Gift er personer, der juridisk er gift og bor sammen (med eller uden børn).

Samlevende er personer, der bor sammen og har fællesbørn.

Samboende er personer, der bor sammen uden fællesbørn (men evt. med særbørn), og hvor aldersforskellen er højst 15 år.

Tabel 4.

Sygeligheds- og dødelighedsindeks fordelt på familiestatus og køn. 1991-93

	Sygelighedsindeks		Dødelighedsindeks	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Alle 20-64 årige	100	100	100	100
Enlig	115	109	178	144
Gift	92	95	74	81
Samlevende	95	89	69	70
Samboende	99	108	97	119

Giftede og samboende har lave indekstal - fraskilte høje

Giftede og samlevende personer har den laveste sygelighed og dødelighed. Dette er i tråd med den antagelse, der blev nævnt tidligere om, at ægteskabet betyder en mere rolig livsstil. Ikke overraskende viser det sig, at også ægteskabslignende samlivsforhold har denne betydning for sygeligheden og dødeligheden.

Den højeste sygelighed og dødelighed har de enlige. Denne gruppe er nærmere analyseret i tabel 5, hvor der er foretaget en underopdeling på den juridiske civilstand. Den tilsyneladende selvmodsigelse med de enlige giftede skyldes, at der er tale om personer, der juridisk set er gift, men ikke bor sammen med deres ægtefælle. I de fleste tilfælde er det formodentlig ægteskaber under opløsning. Tabellen viser, at den højeste sygelighed og dødelighed blandt de enlige mænd har de fraskilte. Hos kvinderne findes den højeste sygelighed også blandt de fraskilte. De enlige ugifte kvinders sygelighed svarer til sygeligheden for de giftede kvinder (indeks 95). Men derudover har samtlige grupper af de enlige en sygelighed og en dødelighed, der ligger væsentligt over de giftede/samlevendes.

Tabel 5.

Sygeligheds- og dødelighedsindeks for enlige fordelt på civilstand og køn. 1991-93

	Sygelighedsindeks		Dødelighedsindeks	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Alle 20-64 årige	100	100	100	100
Enlige i alt	115	109	178	144
- ugifte	106	95	175	150
- giftede	132	128	172	170
- fraskilte	142	130	196	158
- enkestand	116	107	142	120

Boligforhold

Sygelighed og dødelighed i relation til boligtype fremgår af tabel 6. Boligtypen er opgjort pr. 1.1.1991.

Stuehuse er boliger tilknyttet landbrugsejendomme.

Fælleshusholdninger er bl.a. institutioner som plejehjem og døgninstitutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap.

Tabel 6.

Sygeligheds- og dødelighedsindeks fordelt på boligtype og køn. 1991-93

	Sygelighedsindeks		Dødelighedsindeks	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Alle 20-64 årige	100	100	100	100
Stuehus	89	91	64	68
Parcelhus	92	94	75	80
Række-, kæde-, dobbelthus	106	108	112	114
Etagebolig	114	109	153	132
Fælleshusholdning	188	166	472	626
Sommerhus	116	112	123	94

Parcelhusbeboere har lav syge- og dødelighed

Personer, der bor i stuehus eller parcelhus, har en sygelighed noget under gennemsnittet for alle 20-64 årige. Omvendt har personer, der bor i et række-, kæde- eller dobbelthus og især i en etagebolig en sygelighed over gennemsnittet.

Også dødeligheden er lav for personer, der bor i et stuehus eller i et parcelhus og høj for personer, der bor i række-, kæde-, dobbelthuse eller i etageboliger.

Boligens standard kan tænkes at have en vis betydning for sygeligheden og dødeligheden. Pr. 1.1.1991 havde 20 pct. af etageboligerne en eller flere installationsmangler, mens det kun gjaldt 6 pct. af enfamiliehusene. (Ved en installationsmangel forstås manglende toilet, bad, køkken eller centralvarme). Men ved en vurdering af tallene, kan det også være relevant at se på, hvilke befolkningsgrupper der bor i de forskellige boligtyper. 62 pct. af etageboligerne er beboet af enlige, mens det kun gælder for 24 pct. af enfamiliehusene. Når dette sammenholdes med tabel 4, hvor det fremgik, at de enlige har den højeste sygelighed og dødelighed, er det ikke så overraskende, at personer i etageboliger også har en høj syge- og dødelighed.

Heller ikke de meget høje sygeligheds- og dødelighedsindeks for personer, der bor i fælleshusholdninger, er overraskende, jf. definitionen på en fælleshusholdning.

Den forholdsvis høje sygelighed for mænd og kvinder og den høje dødelighed for mænd, der bor i sommerhus, kan umiddelbart undre. En mulig forklaring kan være, at personer, der må forlade arbejdsmarkedet på grund af helbredsproblemer, vælger at flytte i sommerhus af økonomiske årsager.

Uddannelse

Tabel 7 viser sygeligheden og dødeligheden i forhold til uddannelsesniveau.

Erhvervsfaglig basisuddannelse er fx EFG-basisår eller kursus til handelseksamen.

Erhvervsfaglig uddannelse er EFG 2. del, lærlingeuddannelser mv.

Kort videregående uddannelse kan fx være fritidspædagog, maskintekniker eller polititjenestemand.

Som eksempel på *mellemlange videregående uddannelser* kan nævnes folkeskolelærer, journalist, akademiingeniør og sygeplejerske.

De *lange videregående uddannelser* er universitetsuddannelserne, visse handelshøjskoleuddannelser mv.

Tabel 7

Sygeligheds- og dødelighedsindeks fordelt på køn og uddannelsesniveau¹. 1991-93

	Sygelighedsindeks		Dødelighedsindeks	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Alle 20-64 årige	100	100	100	100
Ingen erhvervsuddannelse	113	111	119	113
Erhvervsfaglig basisuddannelse	111	110	118	100
Erhvervsfaglig uddannelse	99	95	94	85
Kort videregående uddannelse	89	84	79	77
Mellemlang videregående uddannelse	73	83	60	73
Lang videregående uddannelse	65	69	60	69

¹ Igangværende eller afsluttet uddannelse pr. oktober 1990.

Jo højere uddannelse, jo lavere syge- og dødelighed

Det er et helt tydeligt mønster, at jo højere uddannelse, des lavere sygelighed og dødelighed. Mænd med en mellemlang eller lang videregående uddannelse har en lavere sygelighed og dødelighed end kvinderne med samme uddannelsesniveau, mens det er omvendt for de øvrige uddannelsesgrupper.

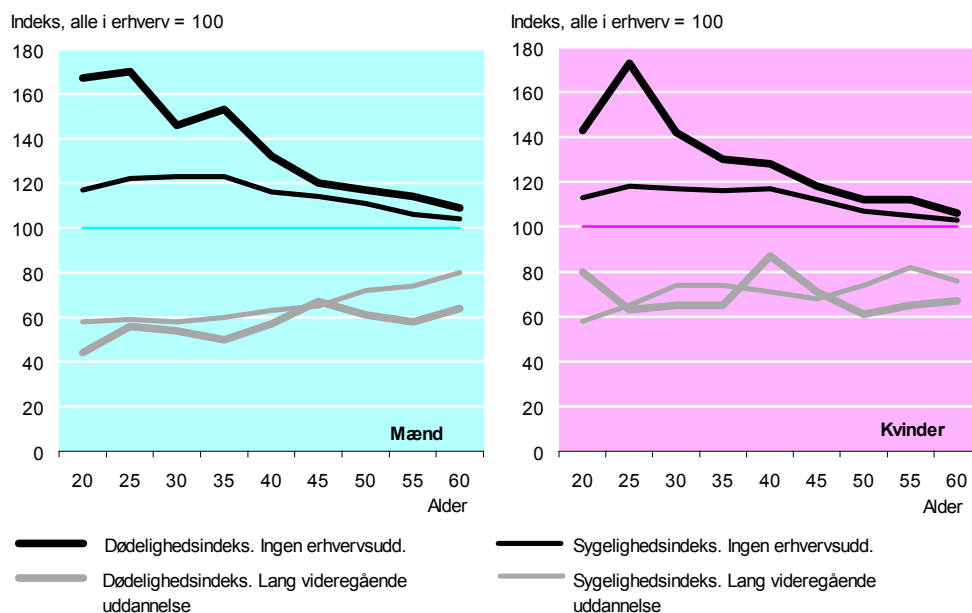
I figur 8 er sygelighedsindeks og dødelighedsindeks for personer uden erhvervsuddannelse og med en lang videregående uddannelse vist for de enkelte aldersgrupper. Ligesom det fremgik af figur 4 vedrørende stillingsgrupperne, er det tydeligt, at forskellene i sygelighed og dødelighed mindskes betydeligt med alderen. Fx er dødeligheden for mænd uden erhvervsuddannelse i alderen 20-24 år næsten 4 gange så høj som for de 20-24 årige mænd med en lang videregående uddannelse. I de ældste aldersgrupper er dødeligheden for mænd uden erhvervsuddannelse "kun" dobbelt så høj som dødeligheden for mænd med en lang videregående uddannelse.

For både mænd og kvinder gælder det, at det især er faldet i dødeligheden for personer uden en erhvervsuddannelse, der medfører den mindskede forskel. For sygelighedens vedkommende er det derimod både et fald for personer uden erhvervsuddannelse og en stigning for personer med en lang videregående uddannelse, der med stigende alder indsnævrer forskellene mellem de to befolkningsgrupper.

Selvom der ikke altid er en entydig sammenhæng mellem uddannelse og placering på arbejdsmarkedet, må udviklingen i sygeligheden og dødeligheden for de to viste befolkningsgrupper antages at være udtryk for den tidligere omtalte "healthy worker" effekt.

Figur 8.

Sygeligheds- og dødelighedsindeks fordelt på alder. 1991-93



Sociale forskelle i sygelighed og dødelighed i 90'ernes Danmark

I de foregående afsnit er det belyst, hvordan sygeligheden og dødeligheden fordeler sig på en række socio-økonomiske variabler. De enkelte variabler er behandlet hver for sig, men som beskrevet i afsnittet Afhængighed er der ofte et sammenfald af begivenheder i en persons liv. Som eksempler på, hvordan sygeligheden og dødeligheden ser ud, når flere variabler kombineres, er i tabel 8 vist to "marginalgrupper", der har henholdsvis en meget høj og en meget lav sygelighed og dødelighed. Den ene gruppe er ufaglærte, fraskilte mænd, der har haft en arbejdsløshed på 6 eller flere måneder i 1990 og som bor i en etagebolig. Den anden er selvstændige, gifte landmænd, der ingen sociale ydelser har modtaget i 1990 og som bor i et stuehus.

Tabel 8.

Sygeligheds- og dødelighedsindeks 1991-93 for to marginalgrupper. Mænd.

	Sygelighedsindeks	Dødelighedsindeks
Alle 20-64 årige i erhverv	100	100
Ikke-faglært, fraskilt, mindst 6 måneders arbejdsløshed, etagebolig	170	238
Selvstændig landmand, gift, ingen sociale ydelser, stuehus	79	47

Meget store forskelle mellem "marginalgrupper"

Selv om begge grupper er i erhverv har de ikke-faglærte mænd en sygelighed, der er mere end dobbelt så høj som de selvstændige landmænds. Dødelighedsforskellene er endnu større: de ikke-faglærte mænd har en dødelighed, der er fem gange så høj som de selvstændige landmænds.

En sammenligning med tabel 1 viser, at sygeligheden for landmændene falder fra indeks 94 til 79 og sygeligheden for de ikke-faglærte stiger fra indeks 117 til 170, når faktorer som civilstand, boligforhold og modtagelse af sociale ydelser inddrages. Tilsvarende falder dødeligheden for landmændene fra indeks 74 til 47 og stiger for de ikke-faglærte mænd fra 125 til 238.

Årsagerne er vanskelige at klarlægge

Det er ikke muligt på baggrund af den foretagne analyse præcist at pege på årsagerne til de beskrevne forskelle i sygelighed og dødelighed, jf. afsnittet Selektion: Der kan i nogle tilfælde være tale om arbejdsmiljøbetingede forskelle, men forskellene kan også skyldes en helbredsmæssig selektion ind i erhverv. Det kan være belastende og sygdomsfremkaldende at være arbejdsløs i længere tid, men det kan også tænkes, at svage personer har en større risiko for arbejdsløshed. Ligeledes kan det være belastende og påvirke evnen til at mestre sin egen situation at blive skilt, men det kan også være, at syge personer har en større risiko for at blive skilt.

Men uanset årsagssammenhænge antyder ovenstående eksempel, at selv om 90'ernes Danmark er et forholdsvis homogent samfund med en høj levestandard og den samme ret for alle til behandling i sundhedsvæsenet, findes der befolkningsgrupper, der i langt højere grad end andre er underlagt risikoen for sygdom og tidlig død.

Kilder

Levetiden i Danmark. Middellevetidsudvalget (Publikation 2). Sundhedsministeriet 1994.
 Sociale forskelle i dødeligheden i Danmark. Middellevetidsudvalget (Publikation 3). Sundhedsministeriet 1994.
 Statistiske Efterretninger, Befolkning og valg 1991:13.