Akademikernes forenklingsforslag til kommissionen for tilbagetrækning og nedslidning

Den 1. oktober 2021
Sagsnr. S-2021-037
Dok.nr. D-2021-44386
asf,bv/bef

Her følger 10 forslag til forenkling af pensionssystemet fra Akademikerne til Kommissionen om tilbagetrækning og nedslidning. Disse forslag har til formål at øge fleksibiliteten, skabe større gennemsigtighed, gøre det mere attraktivt at spare op til pension og styrke fastholdelsen af seniorer på arbejdsmarkedet.

Forslag 1: Delpensionsordning
Det foreslås at øge fleksibiliteten for seniorer ved at gøre det muligt at tage selvfinansieret delpension i 5 år før folkepensionsalderen. Denne mulighed bør også omfatte den gruppe, der er ramt af 3 års-reglen i dag. Der bør også ses på samspilsproblematikker med andre overførsler, bl.a. forhindrer restriktionen på aldersopsparing anvendelse af delpension. Forslaget skal imødekomme den gruppe af seniorer, som vælger at stoppe helt på arbejdsmarkedet pga. 'krav' eller kultur om fuldtidsarbejde, men som egentlig gerne vil arbejde længere.

Forslag 2: Differentieret beskæftigelsesfradrag a la den svenske model
Det foreslås at undersøge, om et differentieret beskæftigelsesfradrag målrettet seniorer (med inspiration i den svenske model) med fordel kan indføres, så den økonomiske attraktivitet ved at arbejde længere øges.

Forslag 3: Fjerne modregning af pension i arbejdsindkomst
Det foreslås, at modregningen i pensionen ved arbejdsindkomst fjernes. Herved bliver de økonomiske barrierer for at lægge flere arbejdstimer på arbejdsmarkedet igen fjernet, hvis man fortryder sit liv som pensionist.

Forslag 4: Pauseknap til ratepensionen
Det foreslås, at der gives mulighed for at sætte ratepensionen på pause, såfremt man foretrækker at vende tilbage til arbejdslivet efter pensionering. I dag kan ratepensionen ikke pauses, når den først er sat i gang.

Fjerne 5: Fjerne reglerne for diskvalificerende udbetalinger
Det foreslås, at reglerne for diskvalificerende udbetalinger fjernes, så aldersopsparing blive nemmere at forstå for brugerne og rådgive om samt administrere for pensionsselskaberne.

Forslag 6: Samspil i opsparingsperioden
Det foreslås at målrette det ekstra pensionsfradrag ved opsparing tættere på folkepensionsalderen og øge satsen for fradraget. Herudover sikre gode incitamenter til at spare op til pension, så en pensionsopsparer ikke oplever at blive straffet for at tage et ansvar for egen forsørgelse i alderdommen.

Forslag 7: Samspil ved pensionering

Det foreslås, at det danske pensionssystem og samspillet mellem de private og de offentlige pensioner og ydelser indrettes, så det altid kan betale sig at spare op til pension. Det indebærer et loft over, hvor meget man maksimalt kan blive modregnet i - og beskattet af - sin pensionsopsparing (f.eks. udmøntet som modregningsloft). Regeringen er netop kommet med et regeringsudspil "Danmark kan mere 1". Af særlig interesse i dette udspil er, at modregning for erhvervsaktiv ægtefælles erhvervsindkomst i folke-, senior- og førtidspension fjernes. I forhold til akademikere med høje pensioner er der imidlertid stadig en udfordring i, at deres høje pensioner påvirker ens egen og en ægtefælle/samlevers samlede pension fra det offentlige. Herudover er det en udfordring, at modregningen i offentlige ydelser kan gøre det vanskeligt for den enkelte at overskue sin samlede økonomiske ramme.

Forslag 8: Behold laveste PBL-alder ved sammenlægning af pensionsordninger

Det foreslås at kunne beholde laveste PBL-alder ved sammenlægning af pensionsordninger. I dag kan man overføre en eksisterende pensionsordning til en nyetableret pensionsordning og få overført den pensionsalder, der var gældende på sin hidtidige opsparing. Tidligere pensionsalder kan også overføres, hvis der sker overførsel inden for jobskifteaftalen (senest tre år efter og kun for seneste jobskifte). Da tidligste pensionsalder ikke altid kan overføres, betyder det, at det kan være svært at overskue, om man har råd til at trække tilbage sig fra arbejdsmarkedet – helt eller delvist. En forenkling af reglerne, hvorefter tidligste pensionsalder altid kan overføres, vil gøre det lettere for den forsikrede at overskue tilbagetrækningsmulighederne før folkepensionsalderen. En lempelse af reglerne kan samtidig være medvirkende til, at flere samler deres pensionsordninger, så der bliver færre små hvilende pensioner.

Forslag 9: Kulturændring på arbejdspladserne – et sundere og længere arbejdsliv

Det foreslås, at der iværksættes en informationskampagne om værdien af senior-arbejdskraft på arbejdspladserne for at bistå de konkrete værktøjer med den kulturændring, der også skal til for, at flere seniorer får lov og lyst til at blive længere. Det er vigtigt at anerkende værdien af seniorarbejdskraften på alle arbejdspladser og i alle sektorer, og acceptere, at fastholdelse måske kræver en smule ændrede rammer; ændringer som giver mening, fordi man netop værdsætter ekspertisen og erfaringen. I forbindelse hermed kan kendskabet til den nye bekendtgørelse om psykisk arbejdsmiljø samt de vejledninger, der udarbejdes i tilknytning hertil, udbredes. Bekendtgørelsen er den første af sin slags om psykisk arbejdsmiljø i Danmark og forventes at få afgørende betydning for virksomhedernes arbejdsmiljøarbejde, ikke mindst ift. arbejdet med at skabe et godt seniorarbejdsliv for flere, i de kommende år.

Forslag 10: Forebyg stress samt psykisk og fysisk nedslidning

Det foreslås, at der gøres en større indsats for at mindske nedslidning – både psykisk og fysisk, da det kan bidrage til at forlænge arbejdslivet. Akademikernes arbejdsmiljøundersøgelse samt flere andre undersøgelser dokumenterer, at et godt arbejdsmiljø har afgørende betydning for et godt seniorarbejdsliv samt for seniorernes ønskede tilbagetrækningstidspunkt. Denne indsats skal påbegyndes langt før seniortiden indtræder, i og med at det dels er en forebyggende indsats, dels
giver en produktivitetsforøgende gevinst.

Fokusområde 2 – Forslag til hvordan den stigende levetid bidrager til muligheder for at blive længere på arbejdsmarkedet

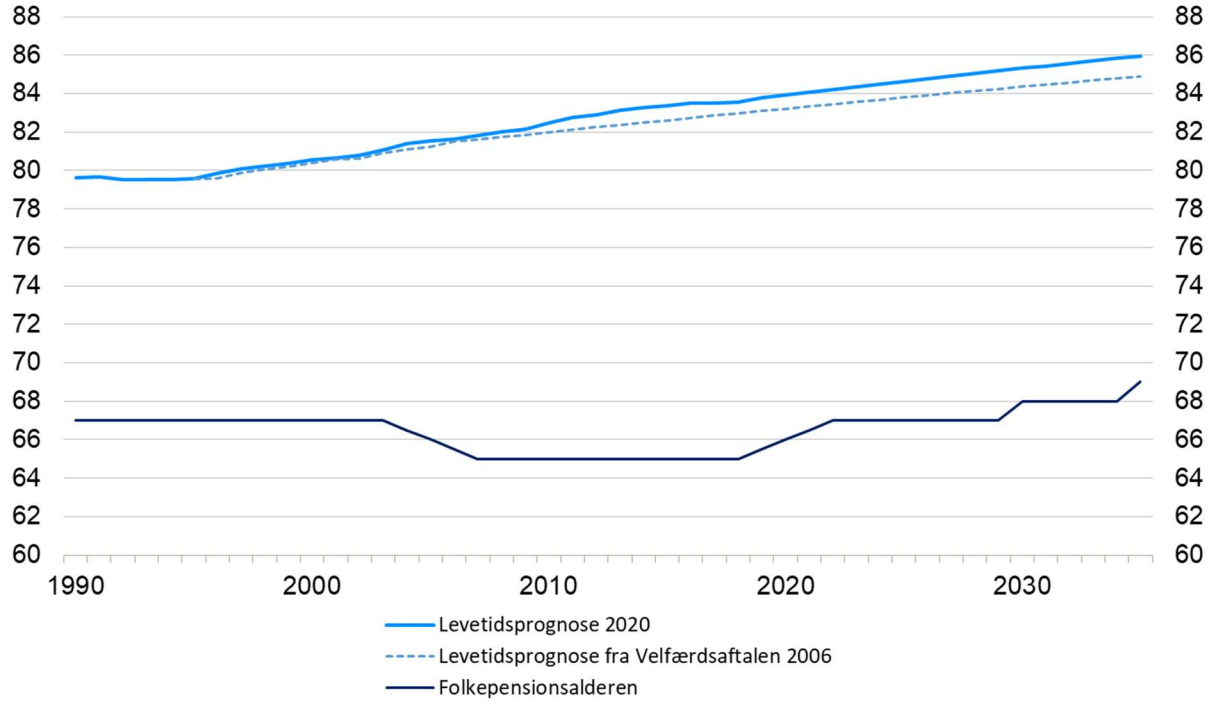
Til brug for arbejdet med *Kommissionen for tilbagetrækning og nedslidning* giver notatet et overblik over og væsentlige konklusioner fra analyser og studier af udvikling i pensionsalder og raske leveår samt de faktorer, som kan have betydning herpå. Overblikket er tænkt som input til kommissionens arbejde med at undersøge, hvordan den stigende levetid bidrager til seniorers muligheder for at blive længere på arbejdsmarkedet og som input til vurderingen af, hvilke øvrige analyser man med fordel ville kunne iværksætte for at belyse dette yderligere.

Baggrund

Gennemgangen viser, at danskerne generelt lever længere og har flere leveår uden aktivitetsbegrænsninger eller langtidssygdom end tidligere (raske leveår). Stigningen i sundhed og levetid gør, at det forventede antal år på folkepension er steget fra 19,6 år i 1990 til 23,9 år i 2020 og forventeligt 26,0 år i 2035. Udviklingen påvirkes også af, at tidligere befolkningsfremskrivninger har undervurderet stigningen i den forventede restlevetid, *jf. Figur 1*.

Figur 1 – Danskernes levetid og år på folkepension stiger stadig og mere end forventet

Forventet levetid for 60-årige ift. folkepensionsalderen, antal år, 1990-2035



Anm.: Restlevetiden er angivet for 60-årige. For 2021 og frem er restlevetiden baseret på fremskrivning fra DREAM. Den stiplede linje angiver den forventede restlevetid for 60-årige ifm. Velfærdsaftalen i 2006, hvor det blev besluttet, at folkepensionsalderen skulle følge en levetidsindeksering.
Kilde: DREAM særkørsel og De økonomiske råds sekretariat (2020): "Dansk økonomi, efterår 2020", kapitel 3..

Analyserne, som DA har gennemgået, finder generelt, at der på en række områder forekommer en vis grad af forskel i sundhed. F.eks. er der en positiv sammenhæng mellem højest fuldført uddannelse, beskæftigelsesfrekvens og indkomst på den ene side og faktorer som levetid, sundhed og selvvurderet helbred på den anden side. Forskellen mellem befolkningsgrupper kan ændre sig over tid som følge af selektion, hvor f.eks. lavtuddannede med høj sundhed og forventet levetid har højere sandsynlighed for at tilegne sig længere uddannelser end lavtuddannede med lav sundhed og forventet levetid. Det er derfor vigtigt at tage højde for selektion.

I forlængelse af ovenstående bemærkes det, at der er indikationer på væsentlig varians inden for de enkelte befolkningsgrupper, og at spredningen er størst for personer med korte eller ingen uddannelser. F.eks. svarer ca. 70 pct. med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau, at de har et *'fremragende'*, *'vældig godt'* eller *'godt'* selvvurderet helbred mod ca. 90 pct. for med en lange videregående uddannelser, som dermed svarer mere entydigt. Derudover viser data, at ufaglærte besidder job på alle kvalifikationsniveauer, hvilket også må forventes at bidrage til, at uddannelsesniveau ikke i sig selv kan forklare f.eks. arbejdsevne.

De væsentligste konklusioner er:

- Det er ikke muligt at komme med én enkelt, vægtet universel liste over indikatorer, som er de mest centrale til at belyse og måle sund aldring. Brugen af begrebet 'sund aldring' afhænger af hvilket spørgsmål, der ønskes besvaret, og den kontekst, der ønskes belyst.

- Seniorers muligheder for at blive længere på arbejdsmarkedet afhænger særligt af individuelle forhold som f.eks. livsstil og kan ikke isoleres til generelle forhold, som f.eks. højest fuldførte uddannelse eller anciennitet.

- Der er indikationer på, at der er væsentlig varians i selvvurderet helbred blandt personer, der tilsammen udgør en befolkningsgruppe, f.eks. befolkningsgruppen 'ufaglærte'.

- Der er positiv sammenhæng mellem sundhed, levetid, selvvurderet helbred, funktionsevne, m.v. på den ene side og højest fuldførte uddannelse, beskæftigelsesfrekvens, indkomst, m.v. på den anden. Der er også positiv sammenhæng mellem, hvor sundt folk lever (kost, rygning, alkohol, motion) og højest fuldførte uddannelse. Sammenhængen ses også ift. mentalt helbred, somatiske lidelser (fx diabetes), tandsundhed, m.v., hvor personer med længere uddannelser lever sundere og længere. Det er uvist, hvilken vej kausaliteten går.

- Når man justerer for udviklingen i levetid og selvvurderet helbred over de seneste 40 år, er der i dag en ikke udnyttet kapacitet for 55-69-årige ift. at deltage på arbejdsmarkedet, som udgør ca. 5,6 år i gennemsnit (for køn og uddannelsesniveauer).

Forskelle i sundhed eksisterer umiddelbart både mellem uddannelses- og indkomstgrupper samt inden for de enkelte grupper. Den samlede analysegennemgang samt væsentlige konklusioner fremgår af Bilag 1.

Løsning

Der er over en årrække blevet opbygget en væsentlig kapacitet for 55-69-årige ift. at deltage på arbejdsmarkedet, som dog varierer, når man opgør kapaciteten på højest fuldført uddannelse. Forskellen i sundhed findes både mellem og umiddelbart inden for forskellige grupperinger, f.eks. højest fuldført uddannelse. Hvis forskellen ændrer sig over tid, er det vigtigt at tage højde for selektion. Samlet set taler ovenstående for, at muligheden for at udtræde af arbejdsmarkedet tidligere end folkepensionsalderen forsat bør bero på en individuel vurdering.

DA foreslår på den baggrund, at kommissionen nærmere undersøger spredningen i levetid i hele befolkningen og spredningen inden for befolkningsgrupper, f.eks. opgjort på uddannelse, mhp. at vurdere, hvordan udviklingen i levetid bidrager forskelligt til seniorers muligheder for at blive længere på arbejdsmarkedet *inden for* de forskellige befolkningsgrupper.

I forlængelse heraf foreslår DA, at kommissionen undersøger konsekvenserne af, at regulering af tilbagetrækningsalderen baseret på hele befolkningsgrupper *ikke* tager højde for, at der er stor forskel i sundhed og arbejdsevne inden for de pågældende befolkningsgrupper. Det kunne f.eks. være ved at se på, hvor stor en andel af seniorer i gruppen 'ufaglærte', der har samme forventede levetid og arbejdsevne som gennemsnittet af seniorer i arbejdsstyrken. I den forbindelse er det bl.a. væsentligt at se på, hvor meget denne andel bidrager til arbejdsudbuddet og til samfundsøkonomien.

Kommissionen kan bl.a. inddrage Statens Institut for Folkesundhed på SDU, Det Nationale Forskningscenter For Arbejdsmiljø, NFA, og Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, Vive.

Uændret overenskomstdækning siden 2000

6. april 2021
MRL

Dok ID: 178526

Tabel 1 viser andelen af danske lønmodtagere, der er omfattet af en kollektiv overenskomst siden 2008. Der er ikke sket nogen nævneværdig udvikling i perioden.

Tabel 1. Overenskomstdækning siden 2008

	Pct.				
	2008	2011	2013	2015	2018
Privat sektor	73	74	74	74	73
- Dansk Arbejdsgiverforening	89	86	88	87	87
- Finanssektorens Arbejdsgiverforening	91	90	89	88	86
- SALA	89	.	.	.	.
- Andre/uorganiserede	49	58	59	59	57
Offentlige sektor	100	100	100	100	100
Hele arbejdsmarkedet	83	83	84	83	82

Anm.: SALA (Sammenslutningen af landbrugets arbejdsgiverforeninger) er efter 2008 fordelt på DA og "Andre/uorganiseret".
Kilde: DA, FA, SALA, Danmarks Statistik (BFL) og Eurostat (Structure of Earnings Survey).

Kommissionen om tilbagetrækning og nedslidning

7. juli 2021
NNI

Dok ID: 180116

Uklogt at disponere holdbarheden på forkant til lempeligere levetidsindeksering

Kommissionen om tilbagetrækning og nedslidning er blevet bedt om at se nærmere på virkningerne af en mere lempelig levetidsindeksering fra 2040 end den, der blev vedtaget med velfærdsaftalen i 2006. Kommissionens forslag til justeringer må ifølge kommissoriet ikke forværre de offentlige finanser frem mod 2040. Fra 2040 kan anbefalingerne dog indebære lempelser, forudsat at finanspolitikken er holdbar.

Ifølge Finansministeriet er der med en holdbarhed på ca. 20 mia. kr. umiddelbart råderum til at lempe finanspolitikken på længere sigt. Man skal imidlertid være varsom med at disponere holdbarheden efter 2040 på forhånd til lempelser i levetidsindekseringen.

Holdbarhedsberegningerne er som alle andre fremskrivninger, der rækker meget langt frem i tid, behæftet med betydelig usikkerhed og vurderingen af finanspolitikkens holdbarhed kan ændres væsentlig, efterhånden som ny viden giver anledning til justeringer af antagelserne bag fremskrivningerne.

Det viser udviklingen i holdbarhedsindikatoren i de seneste 10 år. Tilbage ved vedtagelsen af tilbagetrækningsaftalen i 2011 vurderede både regeringen og De Økonomiske Råds formandskab (DØR), at finanspolitikken dermed netop var holdbar. Efterfølgende har begge institutioner af flere omgange opjusteret holdbarhedsindikatoren i deres langsigtede beregninger, og finanspolitikken vurderes nu at være overholdbar, hvis tilbagetrækningsalderen fremover indfases som forudsat i tilbagetrækningsaftalerne fra 2006 og 2011.

Den store usikkerhed omkring vurderingen af holdbarheden afspejler, at fremskrivningerne bygger på en række antagelser om fremtiden, som bygger på et historisk empirisk grundlag, som ikke nødvendigvis fanger fremtidige tendenser og præferencer. Af antagelser på centrale områder kan fremhæves følgende:

- Udviklingen i arbejdstid i fremtiden
- Graden af sund aldring i befolkningen
- Afvandring fra arbejdsmarkedet

Disse usikkerhedsmomenter og virkningen på den offentlige saldo og den langsigtede holdbarhed forbundet med de nævnte områder beskrives nærmere herunder.

Udviklingen i arbejdstiden i fremtiden

I dag forudsætter Finansministeriet i deres fremskrivning, at den gennemsnitlige arbejdstid følger befolkningsudviklingen, men at den er uændret inden for befolkningsgrupper fordelt på køn, alder og herkomst[1].

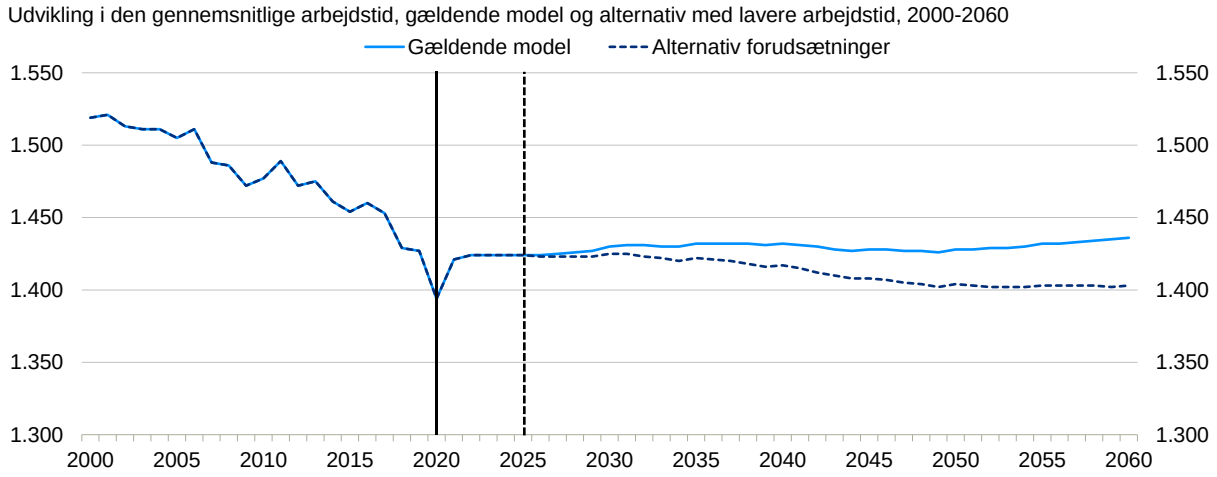
Den faktiske gennemsnitlige arbejdstid har været faldende siden årtusindeskiftet, jf. figur 1. Faldet skyldes både sammensætning (fx flere studiejobs, flere ældre som arbejder færre timer) og et mindre fald i den gennemsnitlige individuelle arbejdstid.

I takt med stigende velstand vil ønsket om mere fritid blandt befolkningen også være stigende i fremtiden. Derfor er der risiko for, at tendensen til lavere faktisk arbejdstid også vil fortsætte i fremtiden.

Finansministeriet har beregnet, at en fortsat tendens med let faldende individuel arbejdstid i stedet for en uændret arbejdstid, vil betyde, at den årlige faktiske arbejdstid vil falde med ca. 2,3 pct. svarende til et fald i fuldtidsbeskæftigelsen på ca. 66.000 personer frem mod 2060 i forhold til nuværende antagelser.

Det vil medføre en svækkelse af den finanspolitiske holdbarhed med ca. 1 pct. af BNP. I det scenarie, er stort set hele holdbarheden væk, og der vil ikke være plads til fremtidige lempelser af fx levetidsindekseringen af folkepensionsalderen.

Figur 1. Lavere arbejdstid vil reducere beskæftigelsen med 66.000 fuldtidspersoner i 2060



Anm.: Figur 4.12 i rapporten.
Kilde: Regeringen 2020: "DK2025 – en grøn, retfærdig og ansvarlig genopretning af dansk økonomi".

[1] Den gennemsnitlige arbejdstid i fremskrivningerne påvirkes dermed af befolkningssammensætningen og udviklingen i erhvervsfrekvenser for de forskellige befolkningsgrupper. Derudover tages der højde for de forventede virkninger af et øget uddannelsesniveau, opholdstid for indvandrere og vedtagne reformer.

Sund aldring

Et andet væsentligt usikkerhedsmoment i fremskrivningen er udviklingen i sundhedsudgifterne og de helbredsbetingede overførselsordninger (herunder førtidspension) i lyset af, at befolkningen lever længere.

De helbredsrelaterede udgifter er højere, jo ældre en person er. De offentlige udgifter vil derfor stige, når befolkningen lever længere. Når man lever længere, må man samtidig forvente at have flere raske leveår (såkaldt sund aldring). Der er imidlertid stor usikkerhed omkring forholdet mellem de stigende udgifter og stigende alder.

Både Finansministeriets og DØR's langsigtede fremskrivninger tager højde for, at det er i de sidste leveår, at sundhedsudgifterne stiger. De tager også højde for, at den stigende levetid og flere sunde leveår har en positiv virkning på de gennemsnitlige udgifter. Når levetiden stiger, vil en mindre andel af hver årgang være i den sidste fase af deres liv. Dette medfører, at gennemsnitsudgiften for personer i årgangen også vil være lavere.

Den positive virkning på udgifterne afhænger blandt andet af, hvor mange år der modelmæssigt vælges at inkludere i den sidste fase af folks liv, og hvor mange års udgifter der dermed mindskes som følge af sund aldring. Finansministeriet regner med de sidste tre år af livet, mens DØR er gået fra at regne med seks år i den terminale fase til ti år. Jo flere år, der medtages i den terminale fase, desto mere dæmpes væksten i de offentlige udgifter, når man tager højde for sund aldring.

Det har stor betydning, hvordan man korrigerer for graden af sund aldring. Hvis Finansministeriet korrigerede for en 10-årig periode som DØR, ville holdbarheden isoleret set forbedres med ca. 0,7 pct. af BNP. Hvis der til sammenligning slet ikke antages sund aldring, ville væksten i det demografiske træk på længere sigt være 0,05 procentpoint højere, svarende til en forværring af den finanspolitiske holdbarhed på 0,6 pct. af BNP.

Afvandring fra arbejdsmarkedet

Den officielle folkepensionsalder har historisk set i høj grad været styrende for tilbagetrækningsadfærden. Der er imidlertid også en del, som vil trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet, før de når folkepensionsalderen. I fremskrivningerne tages der således højde for, at beskæftigelsesfrekvensen aftager op mod pensionsalderen baseret på historiske erfaringer.

Afvandringen af arbejdsmarkedet skyldes overgang til offentlige forsørgelsesydelser, herunder førtidspension og efterløn mv. og selvpensionering.

Ifølge DØR's "Dansk Økonomi, efterår 2020" kan udviklingen fra USA tyde på, at befolkningen i stigende grad vil vælge at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet for egne midler, i takt med at folkepensionsalderen stiger. Omfanget af selvpensionering for egne midler er selvsagt meget usikkert at spå om, og i takt med udbygningen af arbejdsmarkedspensionerne stiger både usikkerheden og sandsynligheden for, at flere vælger dette.

Usikkerheden omkring afvandringen fra arbejdsmarkedet op mod folkepensionsalderen er kun steget yderligere i de seneste år. Med seniorpensionen og tidlig pension er der nye veje til at forlade arbejdsmarkedet. Med seniorpensionen er kravene til arbejdsevnen mere lempelige end ved førtidspension, og reglerne står til at blive lempet yderligere i 2024 (jf. aftale om tidlig pension). For tidlig pension er det antaget, at kun en mindre del vil udnytte retten til tidlig pension. I begge tilfælde er der stor usikkerhed om den fremtidige brug af ordningerne. Det gælder både, hvor mange der vil opfylde kravene til seniorpension, og hvor mange som vil benytte deres ret til tidlig pension.

Der er således risiko for, at afvandringen fra arbejdsmarkedet før pensionsalderen vil blive væsentligt større, end det allerede er antaget i fremskrivningerne, hvilket vil få negative konsekvenser for holdbarheden. DØR har i efteråret 2016 beregnet det ekstreme tilfælde, hvor der ingen arbejdsudbudseffekt er af at øge tilbagetrækningsalderen fra 2030. Det vil betyde en forværring af den finanspolitiske holdbarhed på 1,8 pct. af BNP.

Bilag 1 – Overblik over analyser af hvordan den stigende levetid bidrager til muligheder for at blive længere på arbejdsmarkedet

Tabel 1 - Overblik over analyser og konklusioner

Analyse	Konklusioner
Occupational inequality in health expectancy in Denmark (2019) Brønnum-Hansen, Foverskov & Andersen	Analysen undersøger antal forventede år på pension, forventede år på pension uden aktivitetsbegrænsning samt forventede år på pension uden langtidssygdom (under forudsætning af en stigning i pensionsalderen fra 65 år for personer født før 1954 til 72 år for personer født i 1979 eller senere). Der opdeles i fire forskellige beskæftigelsesgrupper (ISCO-koder), hhv. high og low skilled white-collar workers samt high og low skilled blue-collar workers. Derudover opdeles der på personer med og uden aktivitetsbegrænsning (survey). Analysen konkluderer, at de adspurgte (50-75-årige) i gns. forventes at få ca. 23 år på pension, som varierer fra 22,3 år for low skilled blue-collar mænd til 24,0 år for high skilled white-collar kvinder. Der er relativt stor varians i forventede år uden aktivitetsbegrænsning (min 12,6 år og max 18,1 år) og år uden langvarig sygdom (min 9,5 år og max 14,0 år). Analysen undersøger ikke forskelle i forventede år på pension mellem årgange. Analysen undersøger heller ikke variansen inden for beskæftigelsesgrupperne.
Health capacity to work at older ages in Denmark (2016) Bingley, Gupta & Pedersen	Analysen vurderer mulighederne for at blive længere på arbejdsmarkedet i dag ved at sammenholde, hvor længe personer med en given dødelighedsrate bliver på arbejdsmarkedet i dag sammenlignet med, hvor længe personer med samme dødelighedsrate blev på arbejdsmarkedet tidligere og hvor meget, unge med samme selvvurderede helbred i dag arbejder. Analysen ser på udviklingen i dødelighedsrate, selvvurderet helbred og beskæftigelsesfrekvens over tid og sammenholder bl.a. 1977 (før efterløn) og 1995 med 2010 og 2013. Deltagelse på arbejdsmarkedet for seniorer er gået kraftigt tilbage trods for, at der i perioden har været et markant fald i dødelighedsraten og andelen af 50-75-årige med lavt selvvurderet helbred. Der er dermed en væsentlig helbredsmæssig kapacitet til, at personer i aldersgruppen 55 år og derover ville kunne fortsætte længere på arbejdsmarkedet. Kapaciteten for 55-69-årige til at kunne blive længere tid på arbejdsmarkedet end de allerede gør er umiddelbart (i) størst for mænd og kvinder med en uddannelse på gymnasieniveau, (ii) næststørst for mænd med uddannelse på folkeskoleniveau

	og kvinder med videregående uddannelser og (iii) mindst for mænd med videregående uddannelser og kvinder med uddannelse på folkeskoleniveau.
Sund aldring (2021) Sundhedsstyrelsen	Rapporten forsøger at bidrage til en nærmere forståelse af, hvad sund aldring er og forsøger at belyse, hvordan sund aldring kan defineres og operationaliseres. Generelt viser rapporten, at der er sket en positiv udvikling i antal gode leveår, defineret som år hhv. med godt selvvurderet helbred, uden langvarig sygdom og med godt mentalt helbred. Der er også sket en markant forbedring i ældres kognitive funktionsniveau, tandsundheden er blevet bedre, og der sket en stigning i andelen af ældre, der deltager i frivilligt arbejde. Der sket en stigning i andelen af ældre, der lever med diabetes og iskæmisk hjertesygdom, hvilket dog delvist er betinget af en forbedret overlevelse. Det påpeges i rapporten, at det er svært at definere sund aldring, idet valget af indikatorer, der bruges til at mål sund aldring, afhænger af hvilket spørgsmål, der ønskes besvaret, og hvilken kontekst, der ønskes belyst. Det kan være pensionsalder, plejebehov, sundhedsudgifter, m.v. Overordnet set konkluderer Sundhedsstyrelsen således, at det ud fra foreliggende evidens ikke muligt at komme med én enkelt, vægtet universel liste over indikatorer, som er de mest centrale til at belyse og måle sund aldring i befolkningen. Det skyldes bl.a. stor variation i gruppen af ældre, f.eks. ift. alder, helbred, funktionsniveau og livssituation. Det kan sammenlignes med den variation, der også ses blandt andre alle andre aldersgrupper, hvad angår sundhed, helbred, trivsel, m.v. Således er en 'sund barndom' også et individuelt spørgsmål og ikke blot et spørgsmål om børn og unges alder.
Social ulighed i sundhed og sygdom (2018) Sundhedsstyrelsen	Rapporten er omfattende og ser på en lang række sundhedspolitiske vinkler under overskrifterne; sociale vilkår for sundhed, generelle helbredsindikatorer, tidlige vilkår for sundhed og sygdom, sundhedsadfærd og arbejdsmiljø, mentalt helbred og psykisk sygdom, somatiske sygdomme og ulykker samt kontakt med sundhedsvæsenet. I relation til DA's arbejde med sund aldring og nedslidning i forbindelse med pensionskommissionen konkluderer rapporten først og fremmest, at der for flere indikatorer er en stærk sammenhæng mellem på den ene side sundhed, levetid, selvvurderet helbred, funktionsevne, m.v. og højest fuldførte uddannelse, beskæftigelse, indkomst, m.v. på den anden side. Undersøgelsen konkluderer ikke umiddelbart på kausaliteten. Den sociale ulighed i restlevetiden er steget i perioden fra 1990-2016, når man ser på højest fuldførte uddannelse. Der er ikke ændringer i den sociale ulighed over tid for så vidt angår selvvurderet helbred og funktionsevne. Den sociale ulighed er høj for så vidt angår risikofaktorer (kost, rygning, alkohol, motion), hvor andelen med to eller flere risikofaktorer er lavere med højere fuldført uddannelse. Den sammenhæng ses også for så vidt angår mentalt helbred, somatiske lidelser (fx diabetes), tandsundhed, m.v. Der er en lav sammenhæng mellem antallet af ulykker og højest fuldførte uddannelse for mænd, hvor tendensen er, at den sociale ulighed er faldende. Bland kvinder ses der ikke en social ulighed.

Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil (2017) Sundhedsstyrelsen	Rapporten giver overblik over voksne danskeres sundhed og trivsel. Samtidig belyser undersøgelsen de senere års udvikling inden for området ved at inddrage data fra de tidligere sundhedsprofilundersøgelser. Analyserne er relevante ift. at belyse, hvad der ligger til grund for udvikling i levetid og antal raske leveår på tværs af befolkningsgrupper (fx uddannelsesgrupper) og dermed også, hvordan den stigende levetid bidrager til seniorers muligheder for at blive længere på arbejdsmarkedet. Danskerne vurderer overvejende deres helbred som godt, særligt personer med længere uddannelser og med en stærk tilknytning til arbejdsmarkedet, men også personer med grundskole som højest gennemførte uddannelse (68,1 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (58,9 %). Dermed er der også stærke indikationer på, at der er stor varians i disse gruppers selvvurderede helbred og arbejdsevne.
[Seniorer og arbejdsmarkedet (2021)] DA **Obs!** Under udarbejdelse. Opdateret version eftersendes.	[Rapporten ser bredt på udvikling i beskæftigelse, incitamenter, afgang, m.v. I relation til spørgsmål om arbejdsevne, livsstil og tilbagetrækningsalder er det særligt interessant, at der ifølge tal fra Vive er sket et markant fald fra 1997 til 2017 i andelen af beskæftigede som trækker sig fra arbejdsmarkedet på grund af helbredsmæssige problemer (fra ca. 36 pct. i 1997 til 22 pct. i 2017). Hvorvidt dette skyldes forbedret folkesundhed eller f.eks. forbedrede økonomiske forhold, som muliggør en tidligere frivillig udtræden, er ikke nærmere belyst. Den væsentligste faktor i forhold til, hvornår danskerne vælger at gå på pension er den fastsatte kutyme-alder (folkepensionsalder), som dermed virker som et anker. Rapporten understøtter desuden pointen om, at ældre vurderer deres helbred positivt og at livsstil er en væsentlig risikofaktor ift. multisygdom.]
Seniorer med ret til tidlig pension er ikke mere syge end andre seniorer (2020) DA	Analysen sammenligner sygefraværet for 61-årige, som hhv. er berettigede og ikke berettigede til tidlig pension og finder, at målgruppen for tidlig pension har omtrent samme sygefravær som øvrige 61-årige. Opgørelsen er baseret på 61-årige, idet disse er den tidligste årgang (årgang 1957), for hvilken DA havde adgang til data.
Sammen om et langt og sundt arbejdsliv (2019) DA	Rapporten ser bredt på virksomheders arbejdsmiljø og medarbejderes oplevelse af, om arbejdet er fysisk hårdt, hvordan livsstil påvirker dette samt mulighederne for at skifte job. Særligt relevante observationer følger herunder. På baggrund af data fra Arbejdsmiljø og helbredsundersøgelsen 2018 fremhæves det bl.a., at der i de enkelte brancher både er beskæftigede, som vurderer, at de har et fysisk hårdt arbejde og tilsvarende beskæftigede, som vurderer, at de ikke har et fysisk hårdt arbejde (s. 30). Der er samtidig en sammenhæng mellem antallet af personer der oplever at jobbet er fysisk hårdt og antallet af overholdte anbefalinger til livsstil (kost, rygning, alkohol og motion). Der samtidig et sammenfald mellem uddannelsesbaggrund og antallet af overholdte anbefalinger til livsstil. Det indikerer, at årsagen til, at faglærte og ufaglærte oplever arbejdet som fysisk hårdt, også er påvirket af disse gruppers livsstil. Inden for de enkelte grupper er der desuden sammenfald mellem andelen af fx ufaglærte

	med hhv. risikabel og ikke risikabel livsstil på den ene side og oplevelsen af, om arbejdet er fysisk hårdt på den anden side (s. 35-37).
Ufaglærte på arbejdsmarkedet (2018) DA	Analysen finder, at de fleste ufaglærte har en stærk tilknytning til arbejdsmarkedet, er mobile og hurtigt kommer i job igen efter at være blevet ledige. I relation til spørgsmål om nedslidning og sund aldring er det særligt interessant, at ufaglærte besidder job på alle kvalifikationsniveauer, om end de naturligt er overrepræsenteret i job på lavt kvalifikationsniveau. Variansen i jobtype for ufaglærte understøtter pointen om, at det er væsentligt at forholde sig til varians i sundhedstilstanden for beskæftigede, som tilhører samme gruppering, f.eks. uddannelsesbaggrund. Det vil dermed også være angivende for, at dele af grupperingerne vil kunne fortsætte på arbejdsmarkedet og forvente samme antal (raske) år på pension, som f.eks. højtuddannede.

Bingley, Paul; Gupta, Nabanita Datta & Pedersen, Peder (2016) Health capacity to work at older ages in Denmark

Brønnum-Hansen, Henrik; Foverskov, Else & Andersen, Ingelise (2019) Occupational inequality in health expectancy in Denmark

Dansk Arbejdsgiverforening (2020) Seniorer med ret til tidlig pension er ikke mere syge end andre seniorer

Dansk Arbejdsgiverforening (2020) Ældre og arbejdsmarkedet

Dansk Arbejdsgiverforening (2019) Sammen om et langt og sundt arbejdsliv

Dansk Arbejdsgiverforening (2018) Ufaglærte på arbejdsmarkedet

Sundhedsstyrelsen (2021) Sund aldring

Sundhedsstyrelsen (2018) Social ulighed i sundhed og sygdom

Sundhedsstyrelsen (2017) Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil

SAMMEN OM ET LANGT OG SUNDT ARBEJDSLIV

September 2019

DANSK
ARBEJDSGIVERFORENING

SAMMEN OM ET LANGT OG SUNDT ARBEJDSLIV 2019
© Dansk Arbejdsgiverforening

Ansvarsh. red. Katrine Nordbo Jakobsen

Øvrige forfattere: Maria Schougaard Berntsen, Beate Fabricius
og Nadja Nielsen

Grafisk produktion: Dansk Arbejdsgiverforening
Udgivet: September 2019

Forord

Dansk Arbejdsgiverforening vil med denne analyserapport skabe større klarhed over, hvad der er op og ned i forhold til virksomhedernes prioritering af et godt arbejdsmiljø, over medarbejdernes oplevelse af, om arbejdet er fysisk hårdt, og hvordan livsstil influerer dette, samt over mulighederne for at skifte job på det danske arbejdsmarked.

Danmark er et godt sted at tilbringe sit arbejdsliv. Langt de fleste virksomheder prioriterer arbejdsmiljøet højt og gør en stor indsats for, at arbejdet er sikkert og sundt for medarbejderne.

Medarbejderne oplever at være fysisk rustede til at arbejde. Få oplever, at arbejdet er fysisk hårdt, og færre er begrænsede i arbejdet på grund af smerter. Alligevel bliver der i den offentlige debat ofte tegnet et billede af, at arbejdet er den primære årsag til såkaldt "nedslidning" og tidlig pension. Det står i kontrast til, at langt de fleste danskere er tilfredse med forholdene i arbejdet.

Virksomheder og medarbejdere er ikke alene om at skabe rammerne for det gode arbejdsliv. Samfundets institutioner spiller også en rolle. Både i forhold til danskernes sundhed – helt fra barndommen og til muligheden for behandling og fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet ved sygdom.

Rapporten viser, at virksomhederne tager ansvar og prioriterer forebyggelse højt. Det er medarbejderne enige i, at virksomhederne gør. Medarbejderne vurderer samtidigt, at virksomhederne er gode til at tage hensyn til medarbejdere med færre kræfter.

Tilsvarende har medarbejderne ansvar for at bidrage til et godt arbejdsmiljø på virksomhederne – for dem selv og deres kolleger. De skal følge den instruktion, der er for sikker udførelse af arbejdet, og de skal sige til, hvis der er problemer.

Den enkelte medarbejder har også ansvar for sin egen livsstil, da livsstil har afgørende indflydelse på kapacitet og sundhed og derved også på arbejdsevnen. Livsstil påvirker risikoen for at udvikle helbredsproblemer, der kan lede til sygefravær og mindske muligheden for stabil tilknytning til arbejdsmarkedet gennem hele arbejdslivet.

Derfor er vi nødt til at fokusere de rigtige steder, hvis vi skal sikre lange arbejdsliv for alle. Virksomhederne har et ansvar, men også medarbejdere og samfundets institutioner bærer et ansvar. Vi må arbejde sammen om et langt og sundt arbejdsliv.

God læselyst.

Pernille Knudsen, viceadm. direktør, Dansk Arbejdsgiverforening

INDHOLD

Kapitel 1 – Arbejdslivet på de danske arbejdspladser 7
1.1 Indledning 7
1.2 Sammenfatning 7
1.3 Danske beskæftigede er fysisk rustede til at gå på arbejde 8
1.4 Virksomhederne har fokus på forebyggelse 12
Forebyggelsesindsatsen på virksomhed og i partssystemet 13
1.5 Få beskæftigede får en erhvervssygdom 16
Mindre end 1.000 om året får en erhvervssygdom i bevægeapparatet 20
1.6 Danskerne er tilfredse med deres job 24

Kapitel 2 – Medarbejderens oplevelse af arbejdet, livsstil og smerter er individuel 25
2.1 Indledning 25
2.2. Sammenfatning 25
2.3 Få oplever at have et fysisk hårdt arbejde 26
Graden af fysisk anstrengelse i arbejdet opleves forskellig 28
2.4 Livsstil og oplevelsen af, at arbejdet er fysisk hårdt, følges ad 32
Livsstil påvirker helbred, sundhed og arbejdsevne 32
Personer, der oplever jobbet som fysisk hårdt, har oftere risikabel livsstil 33
Risikabel livsstil hænger sammen med både jobtype og uddannelsesniveau 36
Svær overvægt påvirker oplevelse af fysisk anstrengelse i jobbet 39
Rygning påvirker den fysiske arbejdsevne 40
For lidt søvn påvirker både helbredet nu og her og på sigt 41
Fysisk kapacitet skal vedligeholdes 42
Lav interesse for virksomhedernes sundhedstilbud 44
2.5. Smerter blandt beskæftigede 46
Mange har smerter, men få er begrænsede af smerter 47
Livsstil kan forklare en del af årsagerne til smerterne 51
Flere ældre har ofte smerter, men flere unge er begrænsede af smerter 51
2.6 Sygefravær 54

Kapitel 3 – Mobiliteten på det danske arbejdsmarked bidrager til et langt arbejdsliv 58
3.1 Indledning 58
3.2 Sammenfatning 58

3.3 Dansk jobomsætning er høj i europæisk sammenhæng 59
3.4 Høj mobilitet på det danske arbejdsmarked 61
Jobmobiliteten varierer afhængigt af branche 62
Høj jobmobilitet for alle uddannelsesniveauer 64
3.5 Jobskifte er en del af arbejdslivet 65
Beskæftigede har 4 forskellige typer af jobskifte 68
Sporskifteordningen kan understøtte mobilitet i udvalgte brancher 71

Bilag 74
Bilag 1.1 Figur til kapitel 1 74
Bilag 2.1 Datagrundlaget i kapitel 2 75
Bilag 2.2 Jobfunktioner inddelt i 9 DISCO-hovedgrupper 76
Bilag 2.3 Spørgsmålsformuleringer fra NFA 77
Bilag 2.4 Karakteristik af de 3 grupper med forskellig oplevelse af, hvor fysisk hårdt arbejdet opleves 80
Bilag 2.5 Figurer til kapitel 2 83
Bilag 3.1 Mobilitetsanalyser 88
Bilag 3.2 Tabel og figur til kapitel 3 90
Bilag 3.3 Brancher i Sporskifteordningen 91

Litteraturliste 93

Kapitel 1 – Arbejdslivet på de danske arbejdspladser

1.1 Indledning

I Danmark har vi generelt sunde og lange arbejdsliv, og når vi sammenligner os med andre europæiske lande, så er danskeres arbejdsliv blandt de allerbedste i Europa. Dette kapitel ser nærmere på medarbejdernes velbefindende og virksomhedernes holdning til og indsats for at sikre et godt arbejdsmiljø.

1.2 Sammenfatning

Virksomhederne og medarbejderne har en fælles interesse i, at danske beskæftigede føler sig i fysisk topform. Det er tilfældet i dag, hvor de beskæftigede i høj grad føler sig fysisk rustede til at gå på arbejde. Samtidig har Danmark europæisk bundrekord i antallet af beskæftigede, der oplever smertende eller trættende arbejdsstillinger.

Virksomhederne og medarbejderne har også en fælles interesse i at sikre, at der er et højt forebyggelsesniveau på virksomhederne. Virksomhedernes holdning er, at arbejdsmiljøet skal være bedre, end reglerne tilskriver. For 86 pct. af virksomhederne er medarbejdernes trivsel i høj grad en drivkraft til at arbejde med arbejdsmiljøet. Samtidigt oplever 7 ud af 10 af medarbejderne, at virksomheder "altid" eller "ofte" tager hensyn til medarbejdere med færre kræfter.

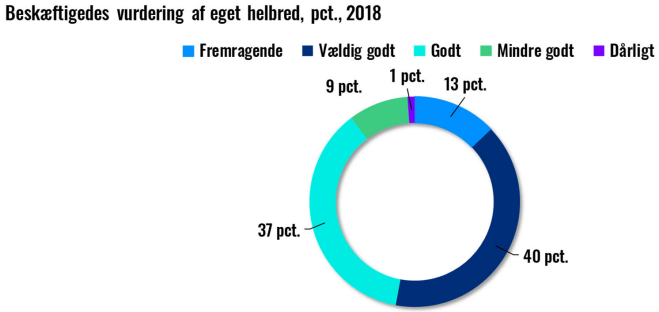
Alene 2 ud af 1.000 beskæftigede får en sygdom som følge af arbejdet. Af disse sygdomme er hver tredje uden mén og uden erhvervsevnetab. Der er dermed få beskæftigede, som får en sygdom af at gå på arbejde. Og blandt dem, som bliver syge, påvirker sygdommen for langt hovedparten ikke deres fremtidige indtjeningsmuligheder.

Det er således generelt både sundt og sikkert at færdes på de danske arbejdspladser, og arbejdsmiljøarbejdet prioriteres højt. Det afspejler sig også i, at medarbejdernes jobtilfredshed er i europæisk topklasse.

1.3 Danske beskæftigede er fysisk rustede til at gå på arbejde

De beskæftigede vurderer samlet set, at de har godt helbred. 9 ud af 10 beskæftigede har et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred. Kun 1 pct. angiver, at de har et dårligt selvvurderet helbred, jf. figur 1.3.1.

Figur 1.3.1 – 9 ud af 10 beskæftigede har et godt selvvurderet helbred



Anm.: 36.008 respondenter har besvaret spørgsmålet: "Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?".
Kilde.: *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA's databank, https://arbejdsmiljodata.nfa.dk/.

Selv om der generelt er stor usikkerhed forbundet med data, som individet selv skal rapportere, så er netop spørgsmålet om selvvurderet helbred bekræftet af forskningen som værende en indikator for den nuværende helbredstilstand. Dårligt selvvurderet helbred har både i danske og internationale undersøgelser vist sig at hænge sammen med øget risiko for udvikling af sygdom og for tidlig død, jf. Hollnagel og Nielsen.

Undersøgelser har desuden vist, at selvvurderet helbred ikke kun kan være en indikator for den nuværende helbredstilstand. Selvvurderet helbred handler også om den enkeltes erfaringer og forventning til eget helbred, og om den enkeltes sundhedsfremmende og forebyggende adfærd, jf. Sundhedsstyrelsen, 2014. Dermed har individet også nemmere ved at svare på dette spørgsmål end f.eks. spørgsmål om konkrete belastninger i arbejdet, jf. bilag 2.1.

Boks 1.3.1 – Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen

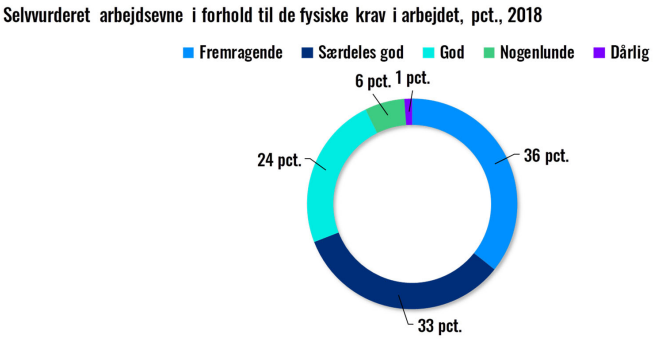
Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen er en spørgeskemabaseret undersøgelse, der handler om arbejdsmiljøet i Danmark. Fra 2012 og frem til 2020 vil Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) hvert andet år stille de samme spørgsmål til beskæftigede lønmodtagere i Danmark. Resultaterne viser, hvordan de beskæftigede selv vurderer deres fysiske og psykiske arbejdsmiljø samt deres helbred og arbejdsevne.

For samtlige år, undersøgelsen er gennemført, er antallet af observationer i undersøgelsen stort og forårsager nemt signifikans.

Kilde: NFA.

For langt de fleste beskæftigede er det helbredsmæssige udgangspunkt for at arbejde rigtigt godt. 2 ud af 3 beskæftigede siger selv, at deres arbejdsevne er fremragende eller særdeles god i forhold til de fysiske krav i arbejdet. Kun 1 pct. mener, at de har en dårlig arbejdsevne i forhold til de fysiske krav i arbejdet, jf. figur 1.3.2.

Figur 1.3.2 – Danskerne er fysisk rustede til at arbejde

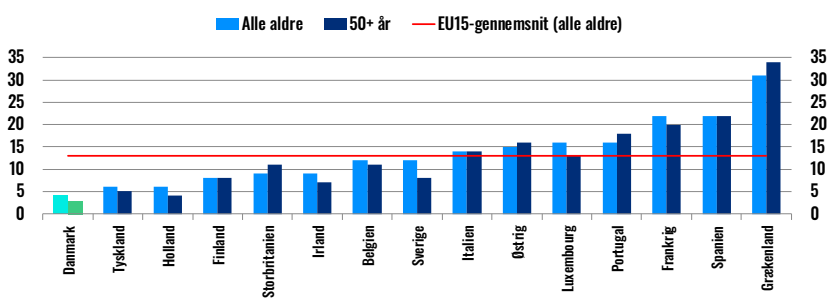


Anm.: 36.115 respondenter har svaret på spørgsmålet: "Hvordan vurderer du din nuværende arbejdsevne i forhold til de fysiske krav i dit arbejdet?".
Kilde: *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA's databank, https://arbejdsmiljodata.nfa.dk/.

Den høje jobmobilitet i Danmark kan være en del af forklaringen på, at beskæftigede generelt oplever at være fysisk rustede til at gå på arbejde. Danske beskæftigede har gode muligheder for at skifte job, hvis der opstår helbredsmæssige skavanker, jf. kapitel 3.

Der er samtidig meget få danske beskæftigede, der oplever, at deres arbejde indebærer trættende eller smertende arbejdsstillinger. Sammenlignet med andre europæiske lande ligger Danmark bedst. Det er kun 4 pct. af danskerne, der oplever, at de altid eller næsten altid har trættende eller smertende arbejdsstillinger. Det er der 3 gange så mange, som oplever i Sverige. Andelen er tilmed lidt lavere for den ældste gruppe af beskæftigede i Danmark end generelt for alle aldersgrupper, jf. figur 1.3.3.

Figur 1.3.3 – Danmark har europæisk bundrekord i smertende stillinger



Anm.: Svar på følgende spørgsmål: "Fortæl mig venligst ved hjælp af denne skala, om din lønnede hovedbeskæftigelse medfører trættende eller smertende arbejdsstillinger?" med skalaen: "Hele tiden", "næsten hele tiden", "ca. ¾ af tiden", "ca. halvdelen af tiden", "ca. ¼ af tiden", "næsten aldrig" eller "aldrig". EU15-gennemsnittet er et simpelt gennemsnit af de 15 landes besvarelser.
Kilde: *European Working Conditions Survey*, Eurofound, 2015.

Arbejdsmiljøet er generelt godt i Danmark, og virksomhederne skaber gode rammer for medarbejderne, så belastningerne reduceres mest muligt, jf. boks 1.3.2. Indsatser for et godt arbejdsmiljø kan være med til at forebygge muskel- og skeletbesvær (MSB), men der kan også være brug for individuelle løsninger på arbejdspladsen eller forbedringer i den enkeltes livsstil.

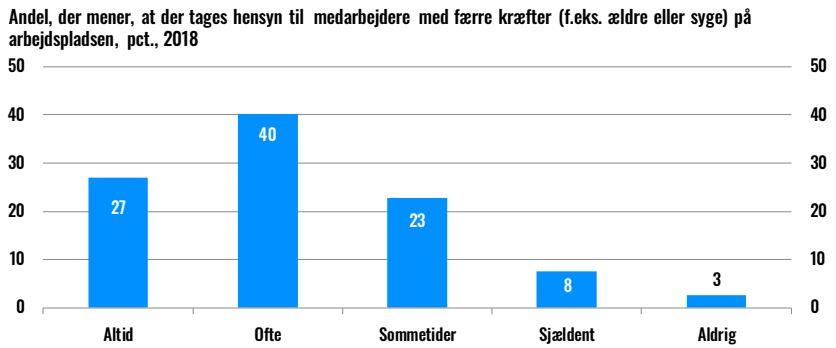
Boks 1.3.2 – Hvad er forskellen på muskel- og skeletbesvær og ergonomi

Muskel- og skeletbesvær (MSB) handler om, hvordan kroppens muskler, led og knogler har det. Det handler både om sygdomme og smerter i kroppen. MSB kan opstå på grund af mange forskellige forhold både i fritiden og på arbejdet. Det er ofte forbigående eller noget, der kan behandles, eller hvor det er muligt at minimere besværet.

Ergonomi handler om planlægning af arbejdet, arbejdsstedets indretning, hjælpemidler og instruktion. Det kan f.eks. handle om korrekte løft og arbejdsstillinger eller forebyggelse af ensidigt gentaget arbejde (EGA). Det kan også handle om reduktion af vibrationer ved rimelige tekniske foranstaltninger og ved reduceres påvirkningstiden, f.eks. ved jobrotation.

Beskæftigede på danske virksomheder oplever i høj grad, at der bliver taget hensyn til medarbejdere med færre kræfter. Virksomhederne og medarbejderne finder løsninger lokalt, hvis der er ældre medarbejdere eller syge, som har færre kræfter og derfor har brug for, at der bliver taget hensyn. I ca. 7 ud af 10 tilfælde oplever medarbejderen "altid" eller "ofte", at virksomheden tager hensyn, og i godt 2 ud af 10 tilfælde tager virksomheden "sommetider" hensyn, jf. figur 1.3.4. Der bliver således i overvejende grad taget hensyn på de danske virksomheder.

Figur 1.3.4 – Virksomhederne tager hensyn til medarbejdere med færre kræfter



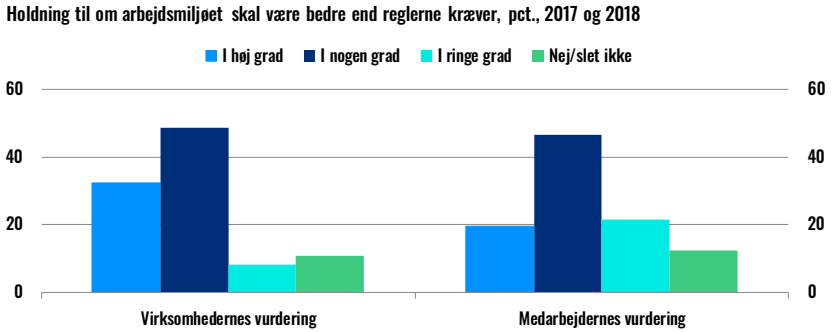
Anm.: 37.099 respondenter har svaret på spørgsmålet "Hvor ofte tages der hensyn til medarbejdere med færre kræfter (f.eks. ældre eller syge) på din arbejdsplads?".
Kilde: *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA's databank, https://arbejdsmiljodata.nfa.dk/.

Medarbejderne oplever således, at selv hvis der opstår helbredsmæssige skavanker, så har virksomheden samme interesse som medarbejderen i forhold til at sikre, at medarbejderens fysiske kapacitet harmonerer med de opgaver, der skal løses.

1.4 Virksomhederne har fokus på forebyggelse

Der bliver gjort meget i Danmark for at skabe og udvikle et godt arbejdsmiljø, og langt de fleste virksomheder ønsker, at arbejdsmiljøet skal være rigtig godt på virksomheden. Et flertal blandt virksomhederne mener, at arbejdsmiljøet "i høj grad" eller "i nogen grad" skal være bedre, end reglerne kræver. Flertallet af medarbejderne deler samme opfattelse af arbejdspladsens holdning til arbejdsmiljøet, jf. figur 1.4.1.

Figur 1.4.1 – Virksomhederne sætter barren højt



Anm.: Besvarelse af spørgsmål: "I hvilken grad er holdningen på din arbejdsplads, at arbejdsmiljøet skal være bedre end reglerne kræver?" 3.783 virksomheder har svaret på undersøgelsen *Virksomhedernes Arbejdsmiljøindsats* se boks 1.4.1. 33.777 medarbejdere har besvaret spørgsmålet i *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen*. "Nej/slet ikke"-kategorien er navngivet forskelligt i de 2 undersøgelser. Svarmulighederne repræsenterer henholdsvis virksomhedernes svarmulighed og medarbejdernes svarmulighed.

Kilde: *Virksomhedernes Arbejdsmiljøindsats 2017*, NFA, og *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA's databank, https://arbejdsmiljodata.nfa.dk/.

Samtidig svarer meget få virksomheder nej til, at arbejdsmiljøet skal være bedre, end reglerne kræver. Det gælder også, når medarbejderne skal vurdere virksomhedens holdning.

Boks 1.4.1 – Virksomhedernes Arbejdsmiljøindsats (VAI)

Undersøgelsen *Virksomhedernes arbejdsmiljøindsats* (VAI) er en spørgeskemaundersøgelse, der ca. hvert andet år bliver sendt til danske virksomheder.

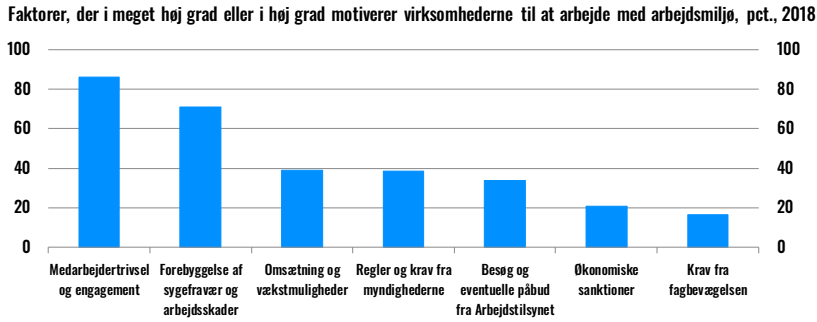
I 2017 svarede 46,7 pct. af 8.100 adspurgte arbejdspladser. Data fra undersøgelsen omfatter svar fra både medarbejder- og ledelsesrepræsentanter.

Målingerne bliver gennemført som følge af en politisk aftale om en national arbejdsmiljøstrategi frem mod 2020. Undersøgelsen gennemføres af NFA. Målingen fra 2017 er den tredje af 4 målinger. Den første måling blev gennemført i 2012.

Kilde: NFA, 2019a.

Medarbejdertrivsel og engagement motiverer virksomhederne allermest i forhold til at arbejde med arbejdsmiljøet. 86 pct. af virksomhederne bliver i meget høj grad eller høj grad motiveret af trivsel og engagement blandt medarbejderne, jf. figur 1.4.2.

Figur 1.4.2 – Trivsel og forebyggelse af sygefravær og arbejdsskader motiverer mest



Anm.: I alt har 1.518 virksomheder besvaret spørgsmålet "I hvilken grad motiverer nedenstående forhold jeres arbejde med arbejdsmiljø?" Mellem 5 og 21 pct. svarer "ved ikke/ikke relevant" for hver kategori.
Kilde: Virksomhedssurvey, Rambøll for Dansk Arbejdsgiverforening, 2018.

Virksomhederne ønsker at arbejde for et godt arbejdsmiljø, fordi det betyder trivsel, lavere sygefravær og øget engagement m.v. til gavn for både den enkelte medarbejder og virksomheden som helhed. Disse motivationsfaktorer er langt mere centrale for virksomhederne end f.eks. besøg fra Arbejdstilsynet, krav fra fagbevægelsen eller økonomiske sanktioner.

Konklusionerne går igen i rapporten *Viden om virksomhedernes arbejdsmiljøindsats*, hvor det ligeledes er højere trivsel og engagement samt sekundært lavere sygefravær, der er de resultater, arbejdspladser allerhelst vil opnå med arbejdsmiljøindsatsen, jf. Rambøll, 2018.

Forebyggelsesindsatsen på virksomhed og i partssystemet

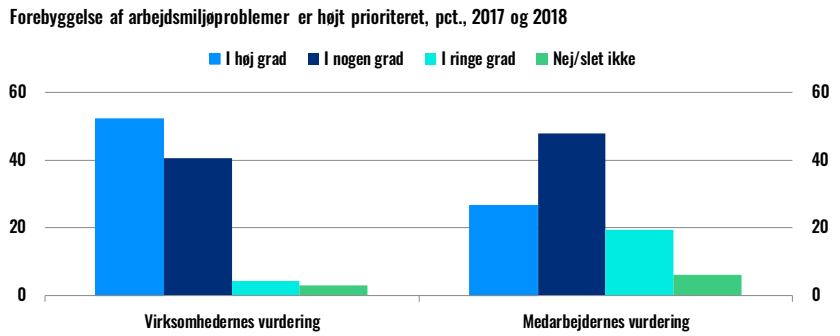
Forebyggelse af arbejdsmiljøproblemer er generelt højt prioriteret på arbejdspladserne, og der bliver løbende en større opmærksomhed på forebyggelse. F.eks. er der en stigning i konkrete indsatser på virksomhederne for at forebygge overbelastninger på grund af tunge løft, træk

eller skub samt ensidigt arbejde i perioden 2012-2017. Fokus på de fysiske krav i arbejdet er et væsentligt bidrag til at forebygge arbejdsmiljøproblemer.

De brancher, der prioriterer indsatser for at mindske de fysiske krav mest, er brancher som f.eks.: *Anlægsarbejde*, *Slagterier*, og *Frisører og anden personlig pleje*, jf. VAI, 2017.

Over 50 pct. af virksomhederne svarer "i høj grad" på spørgsmålet "i hvilke grad prioriterer din arbejdsplads forebyggelse af arbejdsmiljøproblemer højt?". 40 pct. svarer "i nogen grad". Lidt flere end 1 ud af 4 af medarbejderne svarer "i høj grad" på samme spørgsmål, og knap halvdelen svarer "i nogen grad", jf. figur 1.4.3. Kun 3 pct. af virksomhederne og 6 pct. af medarbejderne svarer nej til, at forebyggelse af arbejdsmiljøproblemer er højt prioriteret.

Figur 1.4.3 – Forebyggelse er højt prioriteret



Anm.: Spørgsmål: "I hvilken grad prioriterer din arbejdsplads forebyggelse af arbejdsmiljøproblemer højt?" 3.783 virksomheder har svaret på undersøgelsen *Virksomhedernes Arbejdsmiljøindsats* se boks 1.4.1. 35.948 medarbejdere har besvaret spørgsmålet i *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen*."Nej/slet ikke"-kategorien er navngivet forskelligt i de 2 undersøgelser. Svarmulighederne repræsenterer henholdsvis virksomhedernes svarmulighed og medarbejdernes svarmulighed.

Kilde: *Virksomhedernes Arbejdsmiljøindsats 2017*, NFA, og *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA's databank, https://arbejdsmiljodata.nfa.dk/.

Forebyggelsesniveauet er næsten ens på tværs af virksomhedsstørrelser, men der er dog en stigning fra 2012 til 2017 for store og mellemstore arbejdspladser, mens niveauet holdes for de mindste virksomheder i forhold til prioritering af forebyggelse, jf. VAI, 2017.

Foruden et stort fokus ude på den enkelte virksomhed for at sikre, at det er sundt og sikkert at gå på arbejde, så har virksomhederne også mulighed for at finde ekstern støtte fra f.eks. brancheFællesskabet, arbejdsmarkedets parter og det politiske system.

Branchefællesskaberne fra arbejdsmiljø (BFA'erne) leverer værktøjer og understøtter det lokale samarbejde om arbejdsmiljø på virksomhederne. F.eks. står BFA Handel bag hjemmesiden *Luk*

op!. Hjemmesiden giver gode erfaringer videre i form af historier om arbejdsmiljø fra butikker til butikker, jf. boks 1.4.1.

Ud over samarbejdet i BFA'erne er der en række øvrige samarbejder om arbejdsmiljø. På byggeriets område understøttes virksomhedernes ønske om et godt arbejdsmiljø f.eks. via overenskomsten. Her er etableret en konsulenttjeneste, *Bam-bus*, som gennem besøg på byggepladser og i byggevirksomheder skal formidle god arbejdsmiljøpraksis. På industriens område er der bl.a. etableret et samarbejde mellem DI og NNF med titlen *MSB forebygger vi i fællesskab*, jf. boks 1.4.2.

Boks 1.4.2 – Samarbejde på og omkring virksomhederne

Slagterierne – *MSB forebygger vi i fællesskab*
Partssamarbejde (DI og NNF) om at ændre en branchekultur og skærpe et fokus på MSB. Indsatsen blev startet op i 2016 og kører frem til 2020. Det er en samlet indsats mod smerter med det mål at skabe en ny kultur, hvor det er acceptabelt at fortælle om begyndende smerter, så virksomhederne kan tage hånd om smerterne, inden de udvikler sig til lidelser og sygdom.

Byggeriets Arbejdsmiljøbus – *Bam-bus*
Samarbejde mellem Dansk Byggeri og fagbevægelsen inden for anlæg og byggeri. Bam-bus er en mobil konsulenttjeneste bestående af 10 biler med konsulenter, som gennem besøg på byggepladser og i byggevirksomheder skal formidle god arbejdsmiljøpraksis til virksomhederne og deres ansatte. Erfaringerne viser bl.a., at Bam-bus har introduceret mange tekniske hjælpemidler, der gør belastningerne i det daglige meget mindre.

Det koster ikke ekstra for virksomhederne at benytte ordningen, da den er etableret som et led i overenskomsten. Der er desuden etableret en videnstjeneste for bygherrer og rådgivere, der skal udbrede viden i planlægningsfasen med fokus på de indledende faser, projektering, granskning og udbud.

Butikkernes egne historier om arbejdsmiljø – *Luk op!*
Samlet af BFA Handel. Hjemmesiden indeholder historier om arbejdsmiljø fra butikker til butikker. Historierne fortælles af arbejdsgivere, varehuschefer, arbejdsmiljørepræsentanter, arbejdsmiljøchefer og arbejdsmiljøkoordinatorer, der alle er engageret i at skabe en god arbejdsplads med et godt arbejdsmiljø, hvor medarbejdere og ledere trives i sammenhæng med en sund forretning.

På samme måde stiller Arbejdstilsynet flere forebyggelsespakker til rådighed. F.eks. har nærings- og nydelsesindustrien en forebyggelsespakke om, hvordan man med gode arbejdsrutiner kan undgå belastende arbejdsstillinger, jf. Arbejdstilsynet (A).

Langt de fleste arbejdspladser både vil og kan tage ansvar for et godt arbejdsmiljø. Hvis kompetencerne ikke allerede er til stede internt på arbejdspladsen, er der gode muligheder for at

søge viden og hente hjælp. Der er få virksomheder, som ikke i tilstrækkelig grad sikrer et godt arbejdsmiljø på arbejdspladserne. Her er det afgørende, at Arbejdstilsynet effektivt kan gribe ind, så medarbejderne ikke bringes i fare.

I den politisk aftale fra foråret 2019 om en ny og forbedret arbejdsmiljøindsats indgår en række initiativer, der giver Arbejdstilsynet bedre mulighed for at koncentrere deres indsats om virksomheder, der ikke kan eller vil følge Arbejdsmiljøloven. Grundlaget for aftalen var en række anbefalinger fra Ekspertudvalget om udredning af arbejdsmiljøindsatsen nedsat af regeringen.

Den enkelte virksomhed tager således både ansvar lokalt og har mulighed for at finde ekstern støtte fra f.eks. branchefællesskabet, arbejdsmarkedets parter og det politiske system.

1.5 Få beskæftigede får en erhvervssygdom

Det er i langt overvejende grad sikkert og sundt at gå på arbejde, og langt de fleste virksomheder gør en stor indsats for at skabe sikre og sunde arbejdspladser.

I perioden 2012–2018 blev der i gennemsnit anerkendt knap 2 erhvervssygdomme pr. 1.000 beskæftigede pr. år, jf. figur 1.5.1.

Figur 1.5.1 – Mindre end 2 ud af 1.000 får en anerkendt erhvervssygdom

Anm.: Antal anerkendte erhvervssygdomme i anerkendelsesåret.
Kilde: Tabel I.4.2 i *Arbejdsskadestatistikken 2018*, Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring (AES), 2019.

Erhvervssygdomme kan opstå på forskellig vis. Nogle sygdomme opstår i tidsmæssig tæt tilknytning til arbejdet. Andre sygdomme udvikler sig først mange år efter, at påvirkninger i arbejdet er ophørt. I modsætning til en ulykke er det dog ikke en pludselig hændelse, jf. boks 1.5.1.

Boks 1.5.1 – Anmeldelse og anerkendelse af arbejdsulykker

En arbejdsulykke er (i modsætning til en erhvervssygdom) en pludselig hændelse i forbindelse med arbejdet, som fører til, at en person kommer fysisk eller psykisk til skade. En arbejdsulykke kan efter arbejdsskadesikringsloven også være en skade, der opstår efter en påvirkning, der har varet i højst 5 dage.

Arbejdsgiveren skal anmelde alle arbejdsulykker, som medfører fravær i 1 dag eller mere ud over dagen for tilskadekomsten.

Det er et krav for at få anerkendt en arbejdsulykke, at ulykken er en følge af arbejdet eller de forhold, hvorunder arbejdet er foregået.

Kilde: Arbejdstilsynet, 2019a og Ankestyrelsen, 2019.

Erhvervssygdomme kan ikke 1 til 1 oversættes til, hvordan arbejdsmiljøet er i dag på de danske virksomheder. Nogle sygdomme skyldes manglende viden før i tiden, hvor vi i dag er blevet klogere, og hvor forebyggelsen er blevet markant forbedret siden. Nogle sygdomme skyldes forhold på arbejdspladserne i dag, hvor der fortsat er brug for forbedringer og nye løsninger. Nogle sygdomme kan skyldes, at en virksomhed ikke har tilstrækkeligt fokus på forebyggelse.

Selv om forebyggelsen på virksomheden følger den viden og de nuværende regler, kan der dog stadig forekomme erhvervssygdomme. Det er bl.a. en af årsagerne til, at lægerne skal anmelde sygdomme, hvor der er mistanke til, at de kan skyldes arbejdet.

Hvis skaden er sket, er der mulighed for at søge om erstatning i arbejdsskadesystemet. Arbejdsskadesystemet er en obligatorisk ordning, som er finansieret af arbejdsgiverne, og som dækker alle arbejdsgivere og beskæftigede. Arbejdsgiverne er forpligtet til at have en arbejdsskadeforsikring, som dækker arbejdsulykker og erhvervssygdomme, jf. lov nr. 216 af 27. februar 2017 om arbejdsskadesikring.

Boks 1.5.1 – Anmeldelse og anerkendelse af erhvervssygdomme

Læger har pligt til at anmelde en sygdom eller formodet sygdom til Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring (AES), hvis de har en patient, hvor sygdommen muligvis er arbejdsbetinget. Fagforbundet m.fl. har også mulighed for at anmelde en erhvervssygdomssag, hvis de ønsker det. Anmeldelse handler ikke kun om erstatning til den enkelte, men også om overvågning af eventuelle nye sammenhænge. Der blev i perioden 2011-2017 anmeldt 167.457 sager, hvor mellem 20 og 27 pct. er blevet anerkendt, jf. AES, 2017.

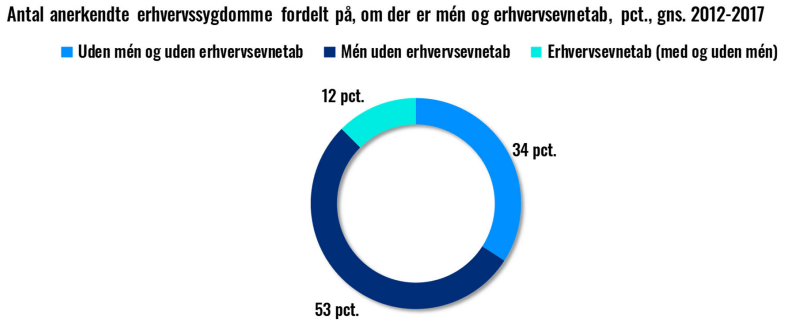
Når AES modtager en anmeldelse, indsamler de oplysninger om arbejdet og sygdommen for at kunne tage stilling til, om sygdommen er en arbejdsskade.

Selve afgørelsen af, hvorvidt der er tale om en sygdom, og om denne er forårsaget af arbejdet, foretages af eksperter med viden om risici i arbejdet og sygdomme. For at en sygdom kan komme på fortegnelsen over erhvervssygdomme, der kan anerkendes, er det en betingelse, at der foreligger tilstrækkelig dokumentation, som entydigt belyser de arbejdsmæssige påvirkninger eller belastninger, der fører til udvikling af sygdommen.

Hvis myndigheden vurderer, at der kan blive tale om anerkendelse uden for fortegnelsen, forelægges sagen for Erhvervssygdomsudvalget. Erhvervssygdomsudvalget vurderer, om sagen kan anerkendes. Det kræver, at sygdommen med overvejende sandsynlighed skyldes arbejdets særlige art.

Der er stor variation i forhold til, hvilke konsekvenser erhvervssygdommen har for den enkelte. Når AES har gennemgået sagerne, er der ca. en tredjedel af sagerne, som er uden erhvervsevnetab og uden varigt mén, jf. figur 1.5.2. Der er dermed ikke grundlag for erstatning.

Figur 1.5.2 – Hver 3. erhvervssygdom er uden mén og uden erhvervsevnetab



Anm.: Sagerne dækker over anerkendte erhvervssygdomssager i perioden. For de seneste år vil ikke alle anmeldte sager være afgjorte endnu. Derfor kan der komme flere afgørelser i de enkelte år, i takt med at de nyeste skadesårgange kommer længere i sagsbehandlingsforløbet og tættere på en endelig afgørelse.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af *Tabel IV.16 Arbejdsskadestatistik 2018*, AES, 2019.

Dertil kommer sager, hvor den enkelte har fået mén, men der ikke har været erhvervsevnetab. Det vil sige, at skaden ikke har forringet den tilskadekomnes muligheder for at tjene penge ved at arbejde. Det er yderligere 50 pct. af sagerne. I de resterende 12 pct. af sagerne var der erhvervsevnetab. I disse sager har det betydning for muligheden for at tjene penge.

Der er således få beskæftigede, som får en sygdom af at gå på arbejde, og ud af dem, som bliver syge, er det for langt hovedparten ikke noget, der spænder ben for deres fremtidige indtjeningsmuligheder.

Boks 1.5.2 – Varigt mén og erhvervsevnetab

Varigt mén er de helbredsmæssige gener, som en arbejdsskade medfører for den tilskadekomne person. Méngraden af en konkret gene er fastsat i en vejledende méntabel. Man kan kun få godtgørelse, hvis méngraden er mindst 5 pct.

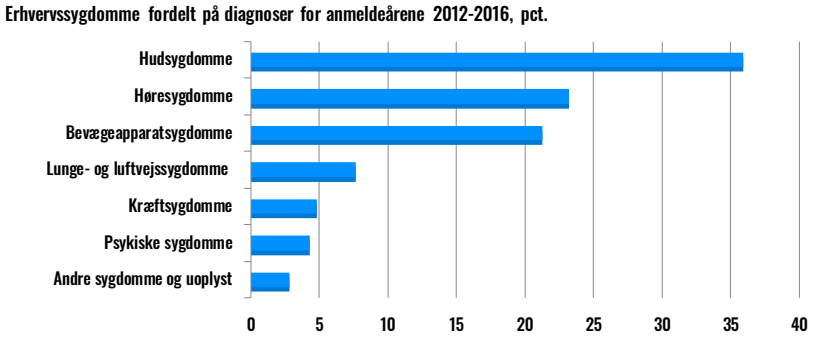
Tab af erhvervsevne er den nedgang i indtægt eller indtjeningsevne, som en arbejdsskade medfører for den tilskadekomne person. Man kan kun få erstatning, hvis tabet af erhvervsevne er mindst 15 pct.

Sager uden erhvervsevnetab og uden varige mén: Det drejer sig om erhvervssygdomme, hvor et evt. tab af erhvervsevne er på mindre end 15 pct., og et evt. varigt mén er på mindre end 5 pct. Der er ikke mulighed for godtgørelse for midlertidigt ubehag eller smerter.

Kilde: Arbejdstilsynet, 2019a og AES.dk.

Erhvervssygdomme fordeler sig på en lang række diagnoser. De hyppigst forekomne erhvervssygdomme er hudsygdomme, der udgør 36 pct. af de anerkendte sygdomme i perioden 2012-2016, jf. figur 1.5.3. Hudsygdomme dækker primært forskellige former for kontakteksem.

Figur 1.5.3 – Hver 3. erhvervssygdom er en hudsygdom

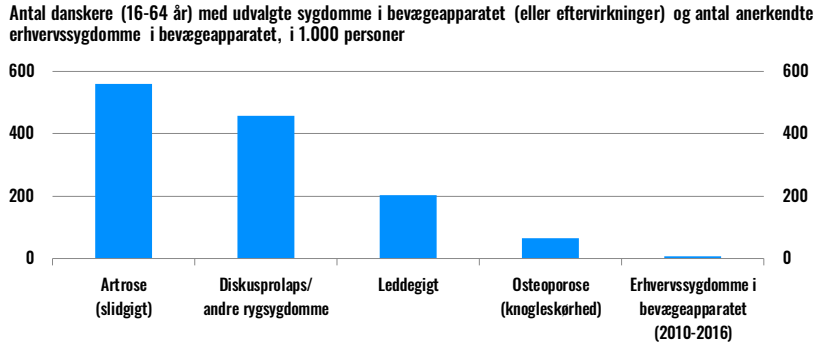


Anm.: Procenterne er beregnet på baggrund af alle anerkendte erhvervssygdomme i perioden 2012-2016.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af *Årsredegørelse om udvikling på erhvervssygdomsområdet 2017*, AES.

Mindre end 1.000 om året får en erhvervssygdom i bevægeapparatet

Sygdomme i bevægeapparatet udgør 21 pct. af det samlede antal anerkendte erhvervssygdomme i perioden 2012-2016. Det svarer til, at lidt mindre end 1.000 danskere om året får anerkendt en arbejdsrelateret sygdom i bevægeapparatet. Til sammenligning er der knap 560.000 danskere i alderen 16-64 år, der har artrose, og knap 460.000, der har diskusprolaps eller andre rygsygdomme, jf. figur 1.5.4. Det er således få af sygdomstilfældene, hvor det entydigt er de arbejdsmæssige påvirkninger eller belastninger, der fører til udvikling af sygdommene.

Figur 1.5.4 – Arbejdet er ikke den primære årsag til sygdomme i bevægeapparatet

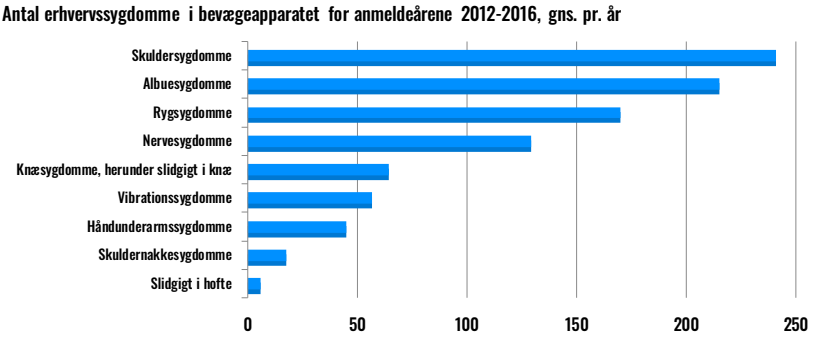


Anm: Danskere i alderen 16-64 år med specifikke sygdomme eller med eftervirkninger af sygdommen. Antal anerkendte erhvervssygdomme er en sammentælling over en 7-årig periode 2010-2016.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af *Den Nationale Sundhedsprofil 2017*, Danskernes Sundhed, www.danskernessundhed.dk samt *Årsredegørelse om udvikling på erhvervssygdomsområdet 2017*, AES.

Danskere med en muskel- og skeletsygdom kan have et meget varieret sygdomsbillede. Nogle vil være meget generet af smerter, andre vil have helbredsrelateret funktionsnedsættelse, mens andre igen vil mærke mindre til det i hverdagen. Muskel- og skeletsygdomme er almindeligt forekommende i befolkningen og stigende med alderen, jf. Danskernes Sundhed, 2018.

Skuldersygdomme er den hyppigst forekommende erhvervssygdom blandt erhvervssygdomme i bevægeapparatet. Det opstår f.eks. ved påvirkninger, der giver gentagne og kraftfulde skulderbevægelser i kombination med en vurdering af armens stilling ved belastningen, jf. boks 1.5.3. Der var i gennemsnit 241 tilfælde i perioden – albuesygdomme tegner sig for 215 tilfælde, og rygsygdomme udgør 170 tilfælde i gennemsnit pr. år, jf. figur 1.5.5.

Figur 1.5.5 – Få sygdomme i bevægeapparatet har sammenhæng med arbejdet



Anm.: Gennemsnittet er beregnet på baggrund af anerkendte erhvervssygdomme i de nævnte sygdomsgrupper i perioden 2012-2016.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af *Årsredegørelse om udvikling på erhvervssygdomsområdet 2017*, AES.

Boks 1.5.3 – Eksempler på anerkendte skuldersygdomme

Der er 2 specifikke skuldersygdomme på fortegnelsen over erhvervssygdomme. Belastningen skal styrkemæssigt være mekanisk og fysiologisk relevant i forhold til den pågældende sygdom. Der skal som udgangspunkt være udført relevant skulderbelastende arbejde hver dag i mindst halvdelen af arbejdsdagen (3-4 timer) og igennem længere tid (månedsvis), jf. Arbejdstilsynet, 2018.

Konkrete eksempler på anerkendte skuldersygdomme:

- Pakkeriarbejderen havde igennem 6 år udført skulderbelastende arbejde med gentagne bevægelser af overarmene i kombination med anvendelse af let til moderat gribe-/fastholdekraft for overarmene, lange rækkeafstande og løftede skulderled, og der er god sammenhæng mellem sygdommen og belastningen.

- Arbejdet med betonopbrydning med tryklufthammer og betonhammer var hurtigt gentaget og ekstremt kraftfuld for højre overarm og skulder. Det havde tillige medført akavede skulderbelastende bevægelser.

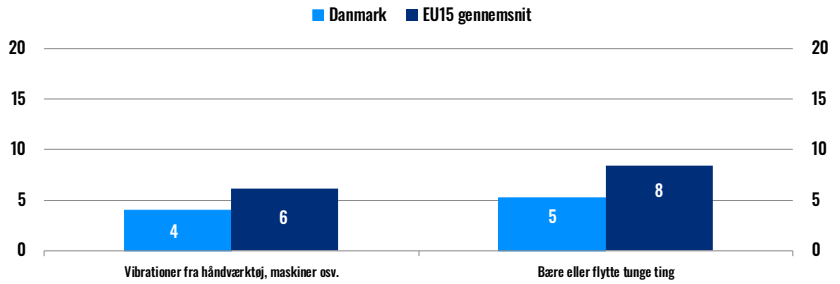
- Slagteriarbejderen havde fået et højresidigt impingementsyndrom, efter at han i månedsvis havde udført repetitive bevægelser i skulderleddet med samtidig kraftudfoldelse og gentagne løft af højre overarm til mindst 60 grader. Der havde desuden været tale om akavede arbejdsstillinger, herunder arbejde med armen i yderstillinger og om korte cyklustider med ringe restitution for højre arm.

Kilde: Arbejdstilsynet, 2018.

Erhvervssygdomme i bevægeapparatet kan f.eks. skyldes fysiske risikofaktorer i arbejdet i form af vibration fra maskiner eller tunge løft gennem længere tid, jf. boks 1.5.4.

De danske beskæftigede oplever dog generelt få belastninger i arbejdet. F.eks. er det kun 5 pct. af danske beskæftigede, der oplever, at arbejdet altid eller næsten altid indebærer, at de skal bære eller flytte tunge ting, og 4 pct. oplever, at deres arbejde indebærer, at de er udsat for vibrationer, jf. figur 1.5.6.

Figur 1.5.6 – Få danskerne oplever fysiske risikofaktorer i deres arbejde



Anm.: Det fulde spørgsmål lyder: "Fortæl mig venligst ved hjælp af denne skala, om du er udsat for vibrationer fra håndværktøj, maskiner osv. på dit arbejde?" og "Fortæl mig venligst ved hjælp af denne skala, om din lønnede hovedbeskæftigelse medfører, at du må bære eller flytte tunge ting?" med skalaen: "Hele tiden", "næsten hele tiden", "ca. ¾ af tiden", "ca. halvdelen af tiden", "ca. ¼ af tiden", "næsten aldrig" eller "aldrig". EU15-gennemsnittet er et simpelt gennemsnit af de 15 landes besvarelser.
Kilde: *European Working Conditions Survey*, Eurofound, 2015.

Få danskere oplever således, at deres arbejde altid eller næsten altid indebærer vibrationer og tunge løft sammenlignet med gennemsnittet for samtlige EU15-lande. Den lave andel skyldes bl.a., at danske virksomheder er gode til at investere i ny teknologi og har fokus på at reducere de fysiske risikofaktorer forbundet med arbejdet, jf. afsnit 1.4.

Det er positivt, at få er udsat for vibrationer, da der er fundet en sammenhæng mellem "kronisk lænderygsygdom med smerter" og rygbelastende daglig udsættelse for helkropsvibrationer fra kraftigt vibrerende køretøjer i en længere årrække.

"Kronisk lænderygsygdom med smerter" kan også opstå som følge tunge løft. For at sygdommen kan have sammenhæng med arbejdet, skal der være påvirkning med daglig løftebelastning på mange tons i en længere årrække samtidigt med løft/"træk opad" af tunge genstande eller ekstremt tunge og akavede enkeltløft, jf. Arbejdstilsynet, 2018.

Boks 1.5.4 – Eksempler på vibrationssygdomme og kronisk lænderygsygdom med smerter

På fortegnelsen over erhvervssygdomme er der 4 vibrationssygdomme, hvor der er fundet sammenhæng med arbejde med kraftigt vibrerende håndværktøj i en længere årrække.

Håndholdt værktøj:

- Smeden havde været udsat for kraftigt vibrerende håndholdt værktøj med en vibrationsstyrke på mellem 4 og 11 m/s2 i 1-2 timer dagligt i 15 år op til symptomdebut og havde desuden fået påvist hvide fingre ved en kuldeprovokationstest.

- Tømreren havde været udsat for kraftigt vibrerende håndværktøjer med en vibrationsstyrke på 3-10 m/s2 i over 30 år og havde ved neurofysiologisk måling fået påvist monoperifer neuropati i 3. finger på højre hånd uden andre kendte årsager.

- Slidgigt i albuen. Metalsliber har igennem 30 år og i mange timer dagligt været udsat for meget kraftigt vibrerende håndholdt værktøj med en vibrationsstyrke på over 10 m/s2, og der var ikke oplysninger om konkurrerende forhold af betydning for sygdommens opståen.

Helkropsvibrationer:

- Jord- og betonarbejderen havde fået en kronisk lænderygsygdom med smerter efter arbejde, hvor han havde kørt med meget kraftigt vibrerende entreprenørmaskiner med et accelerationsniveau på omkring 1 m/s2 i ¾ af arbejdsdagen i godt 13 år. Der havde været tale om udsættelse for helkropsvibrationer i et omfang, der mere end svarer til fortegnelsens krav, og der er god sammenhæng mellem sygdommen og belastningen.

Kilde: Arbejdstilsynet, 2018.

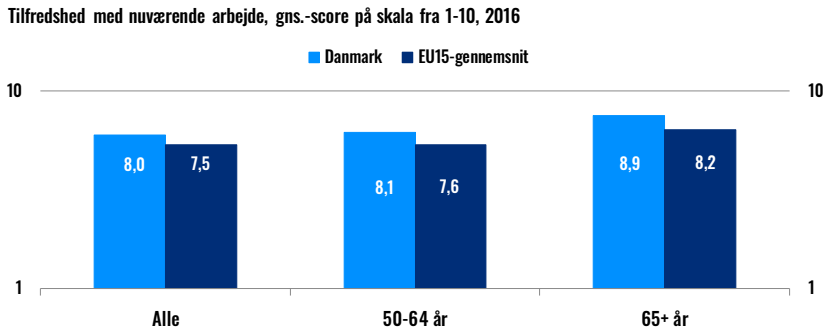
Sygdomme i bevægeapparatet er en udfordring for medarbejdere og virksomheder, og det er relevant at gøre en indsats for at begrænse. Både gennem ændringer i arbejdsmiljøet og ved fokus på den enkeltes arbejdskapacitet og livsstil, hvilket uddybes i kapitel 2.

1.6 Danskerne er tilfredse med deres job

Danmark er i europæisk topklasse i forhold til at skabe balance i kravene på arbejdspladsen for så vidt angår arbejdsmængde og -tempo for medarbejderen, jf. bilag 1.1, figur 1.A. Det hænger godt sammen med, at medarbejdere i gennemsnit oplever, at arbejdet sjældent eller kun sommetider tager energi og tid fra privatlivet – et billede, der har været stabilt siden 2012, jf. NFA, 2018.

Danmark har desuden en af de højeste scorer for tilfredshed med nuværende arbejde i forhold til sammenlignelige lande. Det gælder også for de beskæftigede mellem 50 og 64 år og for beskæftigede på 65+ år, hvor Danmark ligger i top på tilfredshed med en gennemsnitlig tilfredshedsscore på henholdsvis 8,1 og 8,9, jf. figur 1.6.2.

Figur 1.6.2 – Høj tilfredshed blandt ældre danskere



Anm.: Det fulde spørgsmål lyder: "Hvor tilfredshed er du med dit nuværende arbejde?", hvor 1 er meget utilfreds og 10 er meget tilfreds. EU15-gennemsnittet er et simpelt gennemsnit af de 15 landes besvarelser.
Kilde: *European Quality of Life Survey*, Eurofound, 2016.

Danske beskæftigede oplever således generelt, at der er gode rammer på arbejdspladsen. De oplever få belastninger i arbejdet, og de oplever, at arbejdsmiljøarbejdet bliver taget seriøst på de danske virksomheder. Partssamarbejdet understøtter et godt arbejdsmiljø, og der arbejdes løbende på at finde nye og bedre løsninger. Det afspejler sig også i, at de beskæftigede har et godt selvvurderet helbred og en høj selvvurderet arbejdsevne.

Kapitel 2 – Medarbejderens oplevelse af arbejdet, livsstil og smerter er individuel

2.1 Indledning

Selv om de fleste virksomheder har godt styr på arbejdsmiljøet, kan det variere fra person til person, hvor fysisk hårdt jobbet opleves. Dette kapitel ser nærmere på, hvad der kendetegner beskæftigede med forskellige opfattelse af den fysiske anstrengelse i arbejdet. Dette med særligt fokus på personens livsstil, smerter og sygefravær.

2.2. Sammenfatning

1 ud af 10 beskæftigede oplever, at arbejdet er fysisk hårdt. Hverken uddannelse, køn, brancher eller jobfunktioner giver den fulde forklaring på, hvorfor nogen oplever jobbet hårdere end andre. F.eks. er der i alle brancher og jobfunktioner medarbejdere, der oplever, at arbejdet er fysisk hårdt, og medarbejdere, der oplever, at arbejdet ikke er fysisk hårdt.

Oplevelsen af fysisk anstrengelse i arbejdet hænger også sammen med livsstil. Der er flere, der har risikabel livsstil blandt beskæftigede, der oplever, at arbejdet er fysisk hårdt, end blandt øvrige beskæftigede. F.eks. er hver 5. svært overvægtig, og der er også flere rygere, flere der sover for lidt, og flere der ikke dyrker nok motion.

Mange beskæftigede har oplevet at have smerter, men 7 ud af 10 af dem oplever ingen begrænsninger i arbejdet på grund af smerterne. I gennemsnit oplever flere smerter, jo ældre de bliver, og jo mere risikabel livsstil de har. Men selv om flere 55+-årige oftere har smerter end unge, oplever flere af de unge at være begrænsede i arbejdet, hvis de ofte har smerter.

Nogle beskæftigede gennemgår længere sygdomsforløb, men størstedelen af de beskæftigede har næsten intet fravær i løbet af året. De beskæftigede i Danmark havde i gennemsnit 8,3 dages sygefravær i 2017. Beskæftigede, der oplever, at arbejdet er fysisk hårdt, har i gennemsnit lidt flere sygedage end beskæftigede, som oplever deres arbejde mindre fysisk hårdt. En del af årsagen ser ud til at kunne tilskrives risikabel livsstil.

Livsstil spiller således en rolle i forhold til, hvor meget sygefravær de beskæftigede har, og årsagen til sygefravær og oplevelsen af, at jobbet er fysisk hårdt, kan være sammenfaldende.

Boks 2.2.1 – Anvendt data

Analyserne er gennemført på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbred*, som NFA har stillet til rådighed for Dansk Arbejdsgiverforening. Dansk Arbejdsgiverforening er alene ansvarlig for analyse, fortolkning og fremstilling af resultaterne. Udlevering af datadokumentationen kan ske ved henvendelse til Dansk Arbejdsgiverforening.

Analyserne i dette kapitel kan kun sige noget om de beskæftigedes *oplevelse* af fysisk anstrengelse i jobbet og er ikke et objektivt mål for belastninger i arbejdet, eller om der er tale om sundhedsskadelige overbelastninger i arbejdet, jf. bilag 2.1.

Analyserne af sygefravær er udarbejdet på baggrund af Danmarks Statistiks fraværsregistre, FRAN og FRPE. Sygefravær dækker egen sygdom omregnet til dagsværk. Der ses på igangværende og afsluttede sygeforløb de pågældende år. Beskæftigelsen er angivet i arbejdsdage svarende til fuldtidsbeskæftigelse. Fuldtidsansatte er beregnet i overensstemmelse med Danmarks Statistiks definition i fraværsregistret FRAN.

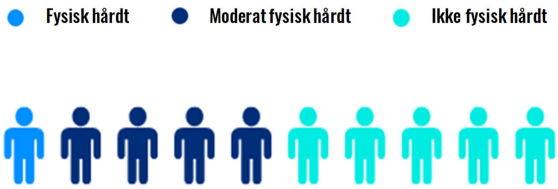
2.3 Få oplever at have et fysisk hårdt arbejde

Der er stor forskel på, hvilke fysiske krav der er forbundet med arbejdet på tværs af arbejdsmarkedet og medarbejdergrupper. Nogle job indebærer meget stillesiddende arbejde, mens andre job indebærer, at kroppen bliver brugt i udførelsen af arbejdet.

Langt de fleste beskæftigede oplever ikke, at arbejdet er fysisk hårdt. 1 ud af 10 beskæftigede oplever, at deres arbejde er fysisk hårdt, mens 5 ud af 10 ikke oplever deres arbejde som fysisk hårdt, jf. figur 2.3.1.

Figur 2.3.1 – Hver 10. vurderer, at arbejdet er fysisk hårdt

Beskæftigede fordelt på, hvor fysisk hårdt arbejdet opleves, pct., 2018



Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. "Ikke fysisk hårdt" er defineret som 0-2 på skalaen, "moderat fysisk hårdt" som 3-7, og "fysisk hårdt" som 8-10. Se boks 2.3.1 for metode.
Kilde.: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Uanset hvilken aldersgruppe medarbejderne er i, gælder det, at 1 ud af 10 oplever deres arbejde som fysisk hårdt. Blandt de unge mellem 18 og 29 år er der imidlertid en lidt større andel, der oplever deres job som moderat fysisk hårdt sammenlignet med ældre grupper, og færre der oplever, arbejdet ikke er fysisk hårdt, jf. figur 2.A bilag 2.5.

Der er forskellige datakilder, som kan bruges til at opgøre belastning eller eksponeringer i arbejdet, f.eks. bevægelsessensorer eller spørgeskemadata, jf. bilag 2.1.

Forskning peger på, at opfattelse af fysisk anstrengelse kan anvendes som en subjektiv indikator for intensiteten i arbejdet, jf. Williams, 2017. Selvoplevet fysisk anstrengelse kan være en indikator for balancen mellem det fysiske krav i arbejdet og den enkeltes kapacitet. Forskningen viser, at selvvurderet fysisk anstrengelse i arbejdet kan være indikator for høj muskelbelastning i arbejdet, jf. Jakobsen, 2013, og der er fundet sammenhæng mellem selvvurderet fysisk belastning og fremtidig udvikling af smerter og langvarigt sygefravær, jf. Andersen, 2012a og Andersen, 2012b.

Boks 2.3.1 – Selvvurderet fysisk anstrengelse

Beskæftigede, der har deltaget i *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen* er blevet stillet følgende spørgsmål:

Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?
(på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er "ikke hårdt", og hvor 10 er "maksimalt hårdt")

Af alle, der har deltaget i *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen* i alderen 18-64 år, har 36.350 svaret på spørgsmålet om oplevelsen af den fysiske anstrengelse af arbejdet. Det svarer til i alt ca. 2,1 mio. personer, når besvarelserne er vægtet, så de er repræsentative i forhold til befolkningen. Heraf har 33.489 angivet, at de er almindelige lønmodtagere og lønmodtagere med personaleansvar. De udgør analysepopulationen for denne undersøgelse. Det svarer til ca. 1,9 mio. beskæftigede.

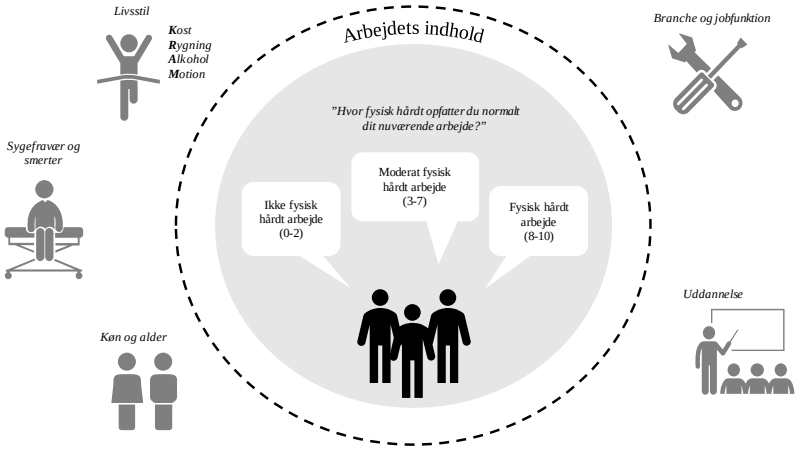
Spørgsmålet med selvvurderet anstrengelse i arbejdet benyttes i analyserne som et mål for, hvor fysisk hårdt den enkelte oplever, at en aktivitet er. Spørgsmålet er ikke et objektivt mål for de faktiske eksponeringer eller belastninger i arbejdet. Spørgsmålet kan derimod anvendes til at sige noget om den enkelte fysiske kapacitet og arbejdsevne matcher med de fysiske krav, der er i arbejdet.

I denne rapport er det valgt at opdele besvarelserne i 3 grupper: "Ikke fysisk hårdt arbejde" defineret som personer, der svarer 0-2 på spørgsmålet, "Moderat fysisk hårdt arbejde" defineret som personer, der svarer 3-7, og "Fysisk hårdt arbejde" defineret som personer, som svarer 8-10 på spørgsmålet.

Ved inddelingen af de beskæftigede, er der gennemført følsomhedstest, der bl.a. har testet for, om andelen af beskæftigede, der opfatter arbejdet som fysisk hårdt, er højest i brancher, som afspejler brancherne udvalgt til sporskifteordningen.

Oplevelsen af, hvor fysisk hårdt arbejdet er, påvirkes af mange forhold og vil derfor variere fra person til person. Oplevelsen afhænger naturligvis af jobindholdet, men også forhold som alder, køn, uddannelse og livsstil. De udvalgte faktorer, der analyseres i nærværende analyse, er skildret i figur 2.3.2.

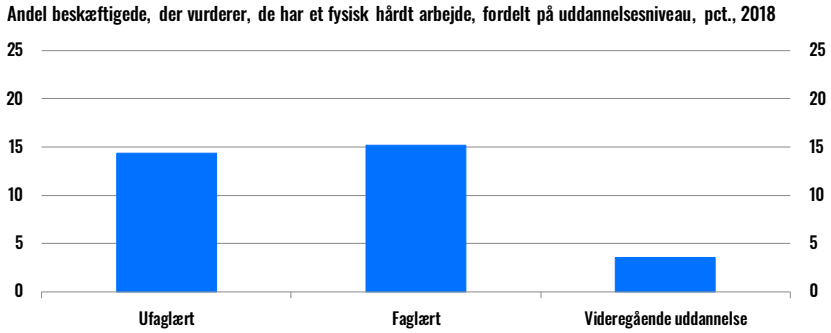
Figur 2.3.2 – Udvalgte faktorer, der analyseres i rapporten



Graden af fysisk anstrengelse i arbejdet opleves forskellig

Det er 1 ud af 10 beskæftigede, der vurderer, at arbejdet er fysisk hårdt, jf. figur 2.3.1. Ufaglærte og faglærte oplever i højere grad, at arbejdet er fysisk hårdt, sammenlignet med beskæftigede med en videregående uddannelse. 15 pct. af de ufaglærte og faglærte oplever at have et fysisk hårdt arbejde, mens det gælder for under 5 pct. af beskæftigede med en videregående uddannelse, jf. figur 2.3.3.

Figur 2.3.3 – 15 pct. af de ufaglærte og faglærte oplever, at arbejdet er fysisk hårdt



Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. Se boks 2.3.1 og 2.3.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA, og Danmarks Statistik (UDDA2018).

De beskæftigedes uddannelsesniveau er ikke nødvendigvis et retvisende udtryk for, hvilken type arbejde de varetager. Det danske arbejdsmarked er præget af høj mobilitet, og blandt ufaglærte arbejder 2 ud af 3 i et job over deres formelle kvalifikationsniveau, f.eks. inden for inspektørarbejde eller regnskab, jf. DA-rapport, 2018.

Boks 2.3.2 – Uddannelsesgrupper

Ufaglærte er defineret som personer uden en erhvervskompetencegivende uddannelse, hvis højeste fuldførte uddannelse enten er folkeskolen, gymnasialt eller adgangsgivende uddannelsesforløb.

Faglærte er defineret som personer med en erhvervsuddannelse som højest fuldførte uddannelse. Denne gruppe inkluderer bl.a. tømrere, murere, automekanikere og social- og sundhedsassistenter.

Videregående uddannelse dækker personer, hvis højeste fuldførte uddannelse dækker over enten en kort, mellemlang eller lang uddannelse samt personer med en ph.d. Denne gruppe inkluderer bl.a. laboranter, datamatikere, sygeplejersker, pædagoger og ingeniører.

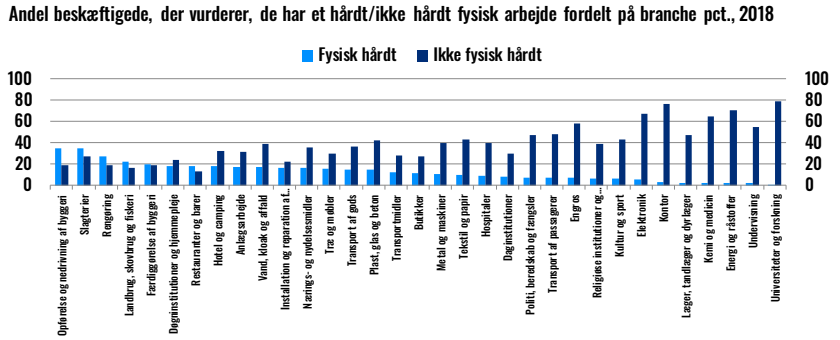
I analyser, hvor de beskæftigede fordeles på uddannelsesniveau, er personerne opdelt ved hjælp af deres højest fuldførte uddannelse i 2017.

Fordelt på brancher og jobgrupper er der forskel på, hvor stor en andel af de beskæftigede, der oplever jobbet som fysisk hårdt eller ikke fysisk hårdt.

I brancher med en højere grad af manuelt arbejde oplever flere af de beskæftigede, at arbejdet er fysisk hårdt, end i brancher, hvor der i mindre grad er manuelt arbejde. I disse brancher bliver kroppen også brugt i større omfang.

Inden for alle brancher er der medarbejdere, der oplever, at arbejdet ikke er fysisk hårdt. Og i de brancher, hvor flest beskæftigede oplever, at arbejdet er fysisk hårdt, er det op til ca. en tredjedel, der oplever dette. Folk er forskellige, og det er langt fra alle i den givne branche, der har samme oplevelse. Der er derved ikke et entydigt billede af, om jobbet opleves som fysisk hårdt, selv inden for de enkelte brancher, jf. figur 2.3.4. Livsstil, helbred og forskel i eksponeringer i jobbet vil også have betydning, jf. afsnit 2.4.

Figur 2.3.4 – Ikke entydigt billede af brancher, hvor jobbet opleves som fysisk hårdt



Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. Kun "fysisk hårdt" og "ikke fysisk hårdt" fremgår af figuren. Residualen før hver branche summer til 100 pct. er "moderat fysisk hårdt". Kun brancher med mere end 50 respondenter eller hvor mere end 5 personer har angivet "fysisk hårdt" indgår i grafen, hvilket betyder, at AT-brancherne *Film, presse og bøger*, *IT og telekommunikation* og *Frisører og anden personlig pleje* ikke er vist. Brancherne er opdelt via Arbejdstilsynets brancheinddeling AT-36. Se boks 2.3.1 for metode.

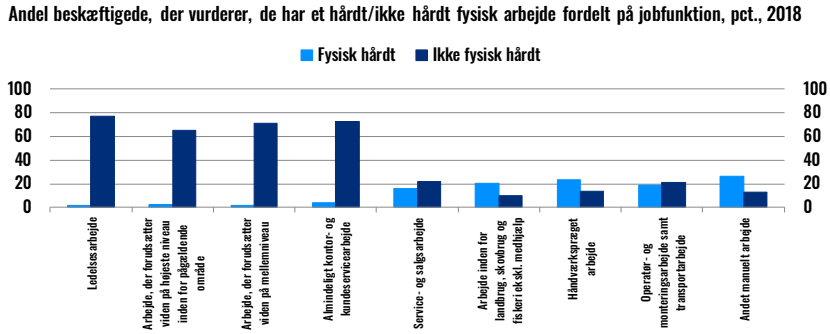
Kilde.: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

I alt er der 5 brancher, hvor en større andel af medarbejderne oplever, at arbejdet er fysisk hårdt, end andelen, der oplever, at det ikke er fysisk hårdt. Opførelse og nedrivning af byggeri samt slagterier er de 2 brancher, hvor flest oplever, at jobbet er fysisk hårdt. Men heller ikke her er billedet entydigt, da der er næsten lige så mange i branchen, som ikke oplever jobbet som fysisk hårdt. Det samme billede tegner sig eksempelvis i brancher rengøring, landbrug, skovbrug og fiskeri samt færdiggørelse af byggeri.

Oplevelsen af, om jobbet er fysisk hårdt eller ej, varierer også på tværs af jobfunktioner og inden for hver enkelt jobfunktion. Generelt oplever flere arbejdet som fysisk hårdt inden for jobfunktioner, som er præget af manuelt arbejde, end i jobfunktioner med højere grad af stillesiddende arbejde. Inden for alle jobfunktioner er der beskæftigede, som ikke oplever, at jobbet

er fysisk hårdt. Der er således heller ikke her et entydigt billede af, om jobbet opleves som fysisk hårdt, jf. figur 2.3.5.

Figur 2.3.5 – Ikke entydigt billede af jobfunktioner, hvor jobbet opleves som fysisk hårdt



Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. Kun "fysisk hårdt" og "ikke fysisk hårdt" fremgår af figuren. Residualen før hver branche summer til 100 pct. er "moderat fysisk hårdt". Andet manuelt arbejde dækker over rengøringsarbejde, manuelt arbejde inden for landbrug, skovbrug, fiskeri, råstofudvinding, bygge- og anlægssektoren, produktion og transport, tilberedning af mad, gadesalg og -service samt renovationsarbejde. Jobfunktionerne er opdelt via Danmarks Statistiks jobfunktionsopdeling DISCO-08-hovedgruppe. Se bilag 2.2 for en uddybning af DISCO-08. Se boks 2.3.1 og 2.3.3 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Blandt personer, hvis arbejde defineres som *andet manuelt arbejde* – som f.eks. rengøring, transport og tilberedning af mad – vurderer knap hver 4., at deres arbejde er fysisk hårdt, mens 12 pct. ikke synes, deres arbejde er fysisk hårdt. Omvendt gælder det for personer med et arbejde, der forudsætter viden på højeste niveau inden for det pågældende område – som f.eks. sygeplejersker, pædagoger og bankrådgivere – at kun 2 pct. synes, deres arbejde er fysisk hårdt, mens 70 pct. vurderer, deres arbejde ikke er fysisk hårdt.

Oplevelsen af, om arbejdet er fysisk hårdt, findes inden for alle brancher og jobfunktioner. Når der ikke kan spores et entydigt billede på tværs af brancher og jobfunktioner, tyder det på, at der også er nogle individuelle faktorer, der spiller ind på oplevelsen af, hvor fysisk hårdt jobbet opleves. Det kan f.eks. være livsstil, helbred og forskel i eksponeringer i jobbet, jf. afsnit 2.4.

2.4 Livsstil og oplevelsen af, at arbejdet er fysisk hårdt, følges ad

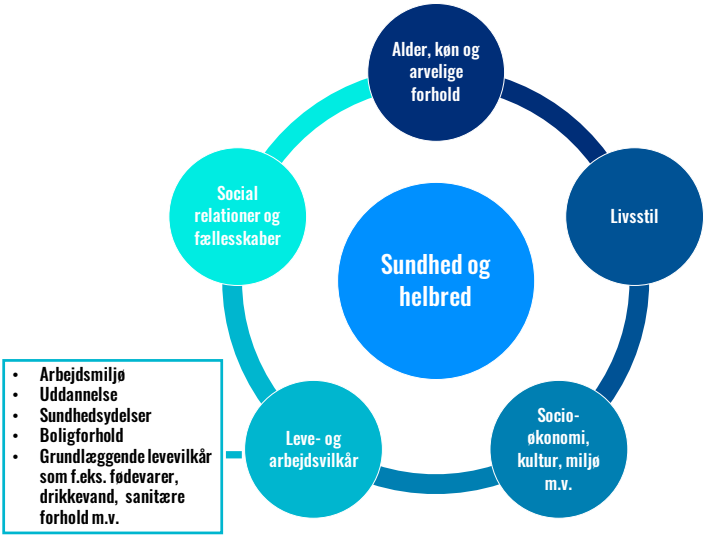
Der kan være flere grunde til, om en person oplever, at jobbet er fysisk hårdt eller ej. For det første er jobindholdet meget forskelligt fra job til job, og dermed varierer eksponeringer og belastninger i arbejdet afhængigt af, hvilket arbejde der udføres. For det andet spiller individets helbredssituation samt køn og alder en rolle. Men oplevelsen af, om jobbet er hårdt, hænger også sammen med livsstil: Hvor mange ekstra kilo man bærer rundt på, er lunger og kredsløb påvirket af rygning, og hvor stærk og udholdende man er i sine muskler m.v. Alle faktorer spiller ind og spiller sammen.

Livsstil påvirker helbred, sundhed og arbejdsevne

Livsstil påvirker den enkeltes helbred og sundhed enten i positiv eller negativ retning. Arvelige forhold samt køn og alder hænger også sammen med helbred og sundhed. Hertil kommer påvirkninger fra det samfund, vi er en del af, og de levevilkår, vi har, f.eks. adgang til sundhedsydelser og boligforhold, jf. figur 2.4.1.

Desuden spiller arbejdsmiljøet en rolle, og forskningen har f.eks. vist, at også social støtte på arbejdspladsen spiller en rolle. God social støtte fra kolleger og ledelse ser f.eks. ud til at beskytte mænd med hårdt fysisk arbejde mod hjertekarsygdomme, jf. Clays, 2016.

Figur 2.4.1 – Faktorer, der påvirker sundhed og helbred



Kilde: Udarbejdet af Dansk Arbejdsgiverforening med inspiration fra Dahlgren og Whitehead, 1991, og Thybo, 2014.

Personer, der oplever jobbet som fysisk hårdt, har oftere risikabel livsstil
I det følgende belyses, hvordan livsstilen varierer mellem de 3 grupper af beskæftigede med forskellig oplevelse af, hvor fysisk hårdt jobbet er, både når enkelte eller alle af Sundhedsstyrelsens anbefalinger ikke følges.

Undersøgelser har vist, at jo flere risikobetonede livsstilsvaner en person har, jo mere udsat er personen for at få sygdomme, der reducerer livskvaliteten og øger risikoen for at dø tidligt, jf. boks 2.4.1.

Boks 2.4.1 – Flere samtidige risikable livsstilsvaner øger risikoen for skrantende helbred og tidlig død

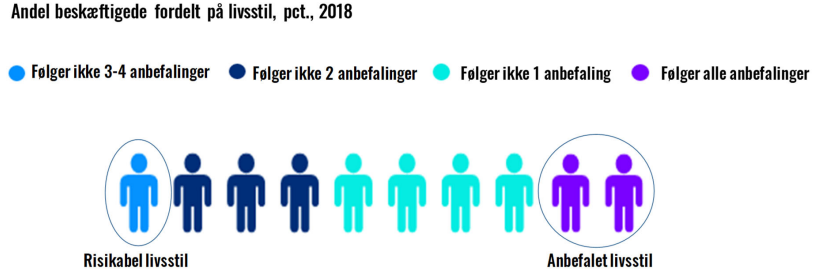
Livsstilsrelaterede risikofaktorer har både hver for sig og ved en samtidig tilstedeværelse en negativ betydning for sundheden. Adskillige studier viser, at antallet af risikofaktorer, en person har, øger risikoen for at få hjertekarsygdom, kræft eller for at dø for tidligt. Årsagen til, at man udvikler en sygdom, udgøres ofte af et komplekst samspil mellem flere risikobetonede livsstilsvaner.

I en metaanalyse er det påvist, at en kombination af sunde, livsstilsrelaterede faktorer, såsom ikke at ryge, at have et moderat alkoholforbrug, at spise sundt, at motionere regelmæssigt og at opretholde en normalvægt, reducerer risikoen for tidlig død med 66 pct.

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2017.

Livsstil spiller en stor rolle i forhold til vores sundhed og helbred. Blandt alle beskæftigede følger 2 ud af 10 alle Sundhedsstyrelsens anbefalinger om god livsstil. 1 ud af 10 følger ikke 3-4 anbefalinger, jf. figur 2.4.3, og har derved en øget risiko for dårligt helbred og tidlig død.

Figur 2.4.3 – Hver 10. beskæftigede har en risikabel livsstil



Anm.: 32.429 beskæftigede har besvaret spørgsmålene om livsstil. Se boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde.: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

"Anbefalet livsstil" anvendes i denne analyse som betegnelse for livsstilen i den gruppe af personer, der følger alle Sundhedsstyrelsens anbefalinger om god livsstil. "Risikabel livsstil" anvendes som betegnelse for livsstilen i den gruppe af personer, der ikke følger 3 eller 4 af anbefalingerne, jf. boks 2.4.2. Risikabel livsstil er f.eks. en kombination af overvægt, for højt alkoholindtag og for lidt motion.

Boks 2.4.2 – Den beskæftigedes livsstil

Livsstil er i denne analyse beregnet på baggrund af, hvor mange af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på KRAM, som respondenterne ikke følger. Jo flere samtidige risikable livsstilsvaner, desto større er risikoen for at udvikle sygdom, jf. Sundhedsstyrelsen, 2017.

I denne analyse indgår de 4 anbefalinger om KRAM: rygning, alkohol, motion og BMI. Analysen er baseret på data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen*, hvor respondenternes KRAM-faktorer er blevet afdækket gennem en række spørgsmål om vægt, højde og deres vaner i forhold til rygning, alkohol og motion. Hver KRAM-faktor vægter ens. Klassificeringen af grænserne for KRAM-faktorerne tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

K: BMI bør ligge mellem 18,5 og 25.
R: Nul rygning.
A: Maksimalt 7/14 genstande alkohol om ugen for kvinder/mænd.
M: Fysisk aktivitet svarende til minimum 30 min. om dagen eller mindst 3,5 timer pr. uge.

BMI er taget med som indikator for kost i denne undersøgelse, da *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen* ikke indeholder oplysninger om kostvaner. Ifølge *Danskernes Sundhed 2018* er der 18 pct. af de beskæftigede, der har et sundt kostmønster.

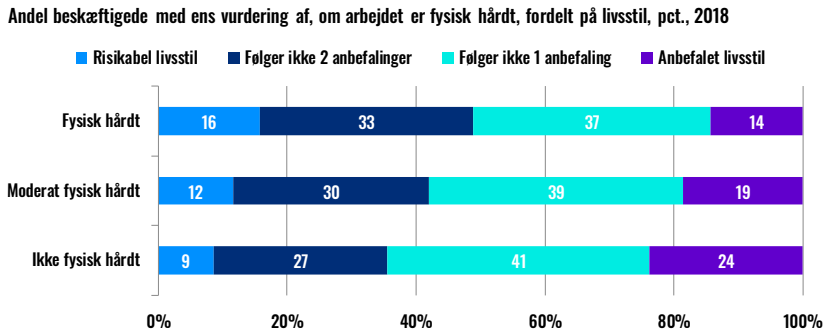
Motion er i denne undersøgelse udtryk for Sundhedsstyrelsens minimumsanbefalinger i forhold til fysisk aktivitet i fritiden: Det er målt med spørgsmålet "Hvor meget tid har du i gennemsnit brugt på hver af følgende fritidsaktiviteter i det sidste år? (Medregn også løb, cykling eller gang til og fra arbejde)". Der er ikke viden om, om deltagerne har gennemført målrettet træning i forhold til eventuelle smerter eller for at opbygge fysisk kapacitet i forhold til arbejdet.

De beskæftigede rangeres efter, hvor mange anbefalinger de ikke følger. Skalaen er sat til henholdsvis "følger alle anbefalinger", "følger ikke 1, 2 eller 3-4 anbefalinger". Metoden er parallel til Sundhedsstyrelsens beregninger på data fra undersøgelsen *Danskernes Sundhed*, hvor der indgår 5 anbefalinger: rygning, alkohol, motion, BMI og usund kost. Sundhedsstyrelsen opdeler antallet af ikke-fulgte anbefalinger på en skala med 0, 1, 2 og 3-5, jf. Sundhedsstyrelsen, 2017.

Ud af de 33.489 beskæftigede lønmodtagere, som har besvaret spørgsmålet om, hvor fysisk hårdt de opfatter deres arbejde, har 32.429 svaret på spørgsmålene omkring livsstil. Analyserne om den samlede livsstil tager udgangspunkt i denne population.

Blandt gruppen af beskæftigede, der oplever, at jobbet er fysisk hårdt, er der 14 pct., der har en anbefalet livsstil. Det er en del færre end i den gruppe, der ikke oplever arbejdet som fysisk hårdt. Her er det 24 pct., der har en anbefalet livsstil. I den gruppe, der ikke oplever jobbet som fysisk hårdt, er der samtidigt færre, der har en risikabel livsstil (9 pct.) end blandt gruppen af beskæftigede, der oplever, at jobbet er fysisk hårdt. Her er det 16 pct., der har en risikabel livsstil, jf. figur 2.4.4.

Figur 2.4.4 – Personer, der oplever, at jobbet er fysisk hårdt, har oftere risikabel livsstil



Anm.: 32.429 beskæftigede har besvaret spørgsmålene om livsstil. Se boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde.: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Ser man på KRAM-faktorer hver for sig, er billedet det samme. Beskæftigede, der oplever, at arbejdet er fysisk hårdt, følger i mindre grad Sundhedsstyrelsens anbefalinger, når det kommer til rygning, motion og BMI, end beskæftigede, der ikke oplever, at jobbet er fysisk hårdt, jf. figur 2.B i bilag 2.5.

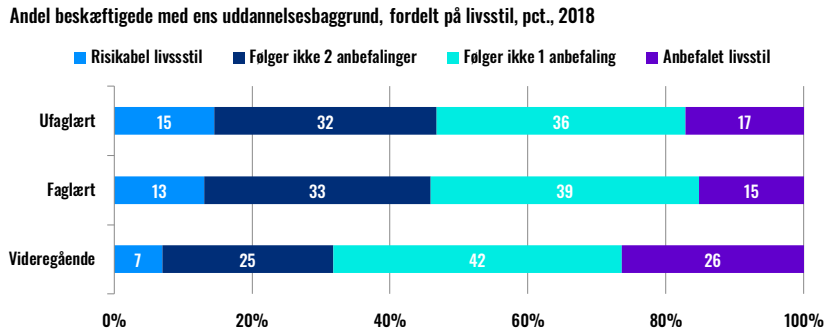
Der er ikke væsentlig forskel mellem mænd og kvinder, når det kommer til at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger til livsstil. En smule flere mænd har en risikabel livsstil, mens lidt flere kvinder har en anbefalet livsstil, jf. figur 2.C i bilag 2.5. Ligeledes er vurderingen af, hvor fysisk anstrengende arbejdet opleves stort set ens blandt mænd og kvinder. Lidt flere mænd finder arbejdet fysisk hårdt, og lidt flere kvinder oplever ikke jobbet som fysisk hårdt, jf. figur 2.D i bilag 2.5.

På tværs af aldersgrupper er der derimod forskel på livsstilen. Blandt seniorerne er der flere med risikabel livsstil, mens de unge mellem 18-29 år i højere grad har anbefalet livsstil, jf. figur 2.E i bilag 2.5.

Risikabel livsstil hænger sammen med både jobtype og uddannelsesniveau

Inden for alle uddannelsesniveauer er der personer med forskellige livsstilsvaner. Der er dog flere ufaglærte og faglærte, der har risikabel livsstil, end blandt personer med videregående uddannelse. Omkring 15 pct. af de ufaglærte og faglærte har en risikabel livsstil, mens det kun gælder for 7 pct. af de beskæftigede med en videregående uddannelse. Omvendt er der omkring 16 pct. af de ufaglærte og faglærte, som har en anbefalet livsstil, mens det gælder 26 pct. for de beskæftigede med en videregående uddannelse, jf. figur 2.4.5.

Figur 2.4.5 – Flere ufaglærte har risikabel livsstil

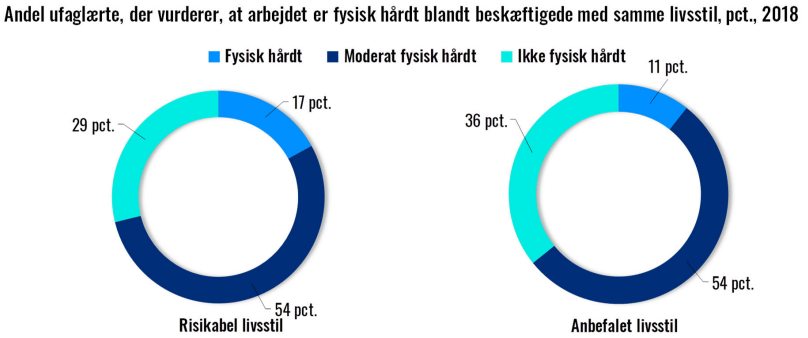


Anm.: 32.429 beskæftigede har besvaret spørgsmålene om livsstil. Se boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde.: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA, og Danmarks Statistik (UDDA2018).

Blandt ufaglærte opfatter 15 pct. deres arbejde som fysisk hårdt, jf. figur 2.3.3. Men ved at opdele gruppen af ufaglærte på baggrund af deres livsstilsvaner, viser det sig, at der også blandt personer på samme uddannelsesniveau er stor forskel. Blandt de ufaglærte med den anbefalede livsstil oplever færre, at jobbet er fysisk hårdt, end blandt ufaglærte med risikabel livsstil. Ligeledes oplever flere, at jobbet ikke er fysisk hårdt, når de samtidig har den anbefalede livsstil.

Blandt ufaglærte med risikabel livsstil oplever 17 pct., at jobbet er fysisk hårdt. Det gælder kun for 11 pct. af de ufaglærte, som har en anbefalet livsstil. Andelen, der oplever, at jobbet ikke er fysisk hårdt, er på 36 pct. for de ufaglærte, som har en anbefalet livsstil, mens det kun er 29 pct. for de ufaglærte, som har en risikabel livsstil jf. figur 2.4.6.

Figur 2.4.6 – Flere ufaglærte med risikabel livsstil oplever jobbet som fysisk hårdt

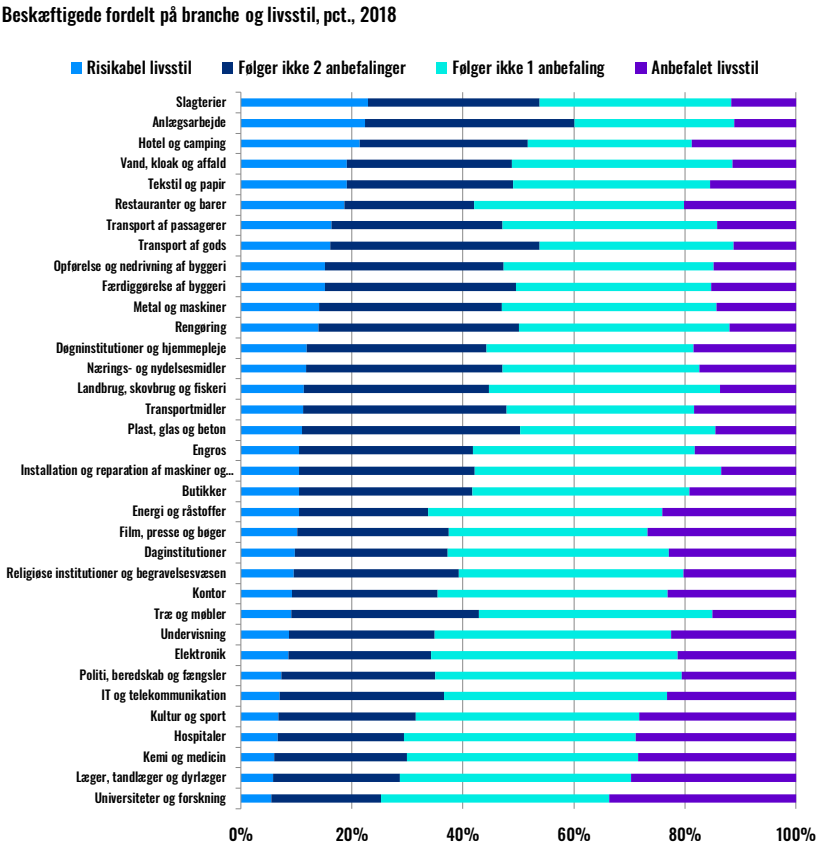


Anm.: 5.011 ufaglærte beskæftigede har besvaret spørgsmålene om livsstil. Heraf har 753 risikabel livsstil og 769 anbefalet livsstil. Se boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde.: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA, og Danmarks Statistik (UDDA2018).

Samme billede gør sig gældende for faglærte og personer med en videregående uddannelse. Det tyder på, at livsstilen har betydning for, om jobbet opleves fysisk hårdt.

Som det fremgik af figur 2.3.4 er der i brancher med en større grad af manuelt arbejde en større andel af beskæftigede, som oplever, at arbejdet er fysisk hårdt. Det er samtidig også nogle af de brancher, hvor medarbejderne i højere grad er kendetegnede ved en risikabel livsstil, jf. figur 2.4.7. Inden for slagterierne og anlægsarbejde har eksempelvis ca. 25 pct. af de beskæftigede en risikabel livsstil, mens det kun er ca. 10 pct., der har en anbefalet livsstil ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Figur 2.4.7 – Medarbejdere i brancher med højere grad af manuelt arbejde har oftere risikabel livsstil



Anm.: 32.429 beskæftigede har besvaret spørgsmålene om livsstil. Brancher er opdelt via Arbejdstilsynets brancheinddeling AT-36. Kun brancher hvor mere end 50 respondenter eller hvor mere end 5 personer er i hver af de 4 kategorier indgår i grafen, hvilket betyder, at AT-branchen *Frisører og anden personlig pleje* ikke er vist. Se boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

At medarbejdere i brancher, der oftere vurderer jobbet som fysisk hårdt, samtidig oftere har risikabel livsstil, giver ikke kun problemer for den enkelte medarbejder, men kan også vise sig ved højere sygefravær, der belaster den enkelte virksomhed, se afsnit 2.6.

Boks 2.4.3 – Sygdom i Danmark – høj grad af sammenhæng med livsstil

På verdensplan skønner WHO, at 70 pct. af sygdomsbyrden er relateret til det, som de benævner som kroniske livsstilssygdomme.

I den vestlige verden er det i høj grad sygdomme, som er relateret til livsstil, der er årsag til sygdomsbyrden.

I Danmark er det især hjertekarsygdomme, kræft, kroniske luftvejssygdomme, diabetes, psykiske lidelser, muskelskeletlidelser og allergiske lidelser, der rammer borgerne og dermed fylder i sundhedsvæsenet, jf. Sundhedsstyrelsen, 2010.

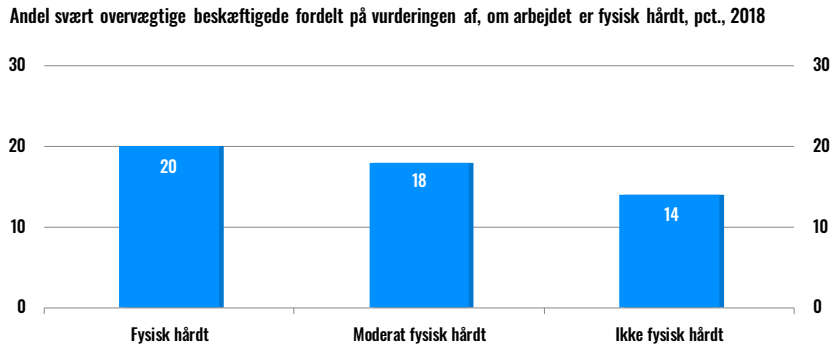
Der gemmer sig et potentiale både i fritiden og i arbejdstiden, ved at den enkelte person forbedrer sine livsstilsvaner. En forbedret fysisk kapacitet har positiv påvirkning i alle døgnets timer uanset jobtype, alder, køn og branche. Det er dog særligt vigtigt i job med høj grad af manuelt arbejde, fordi man i disse job har mere brug for at trække på sin fysiske kapacitet end i job med høj grad af stillesiddende arbejde, jf. Holtermann, 2011.

Svær overvægt påvirker oplevelse af fysisk anstrengelse i jobbet

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man gennem hele livet bevarer normalvægt. Overvægt – og særligt svær overvægt – øger risikoen for tidlig død og risiko for en lang række sygdomme, herunder muskelskeletsygdomme som f.eks. artrose i knæene, jf. Sundhedsstyrelsen, 2016. Gener og sygdomme, som er med til at reducere kroppens evne til at fungere og derved påvirker den fysiske arbejdsevne og kapacitet.

Svær overvægt kan påvirke oplevelsen af, hvor fysisk hårdt arbejdet er for den enkelte. Blandt gruppen af beskæftigede, der oplever, at deres job er fysisk hårdt, har 1 ud af 5 et BMI på 30 eller derover, jf. figur 2.4.8. Det definerer Sundhedsstyrelsen som svært overvægtig.

Figur 2.4.8 – 1 ud af 5 er svært overvægtig blandt dem, der oplever, at arbejdet er fysisk hårdt



Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. Der vil være uoplyste blandt de 33.489 personer, som ikke har svaret på spørgsmålet om vægt og højde. Se bilag 2.2. for de fuldstændige spørgsmålsformuleringer og boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde.: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

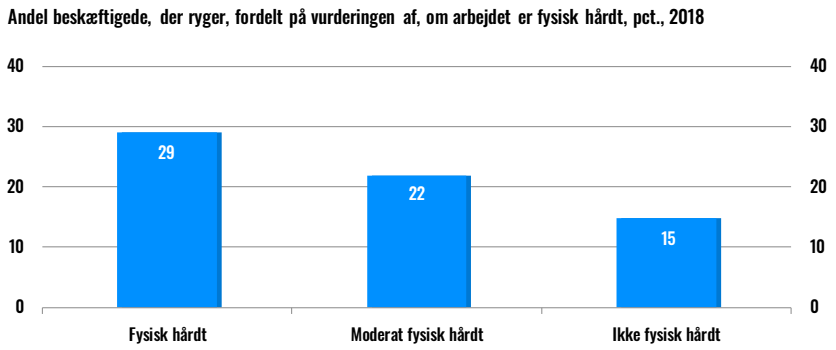
BMI er taget med i denne rapport som indikator for kost. Selv om BMI er inden for normalområdet, kan usund kost i sig selv også være årsag til livsstilssygdomme som f.eks. diabetes 2, forhøjet blodtryk og hjerteproblemer, jf. Sundhedsstyrelsen, 2016. Det er sygdomme, som alle kan være årsag til tidlig død, men som også kan indvirke på livskvalitet og arbejdsevne. I Danmark skyldes 13 pct. af alle dødsfald usund kost, jf. The Lancet, 2019.

Rygning påvirker den fysiske arbejdsevne

I Danmark er rygning den risikofaktor, der medfører det største tab i middellevetiden på op imod 3,5 år. Rygning øger risikoen for en lang række kræftformer. Rygning øger også risikoen for en lang række andre sygdomme, f.eks. hjertekarsygdomme, luftvejssygdomme, diabetes og leddegigt, jf. Sundhedsstyrelsen, 2016. Alle er sygdomme, som er med til at reducere kroppens evne til at fungere og derved indvirker på den fysiske arbejdsevne og det mentale overskud.

Blandt gruppen af beskæftigede, der oplever, at jobbet er fysisk hårdt, ryger knap hver tredje dagligt eller af og til. Det er dobbelt så mange som i gruppen, der ikke oplever jobbet som fysisk hårdt, jf. figur 2.4.9.

Figur 2.4.9 – Flere rygere blandt dem, der oplever, at arbejdet er fysisk hårdt



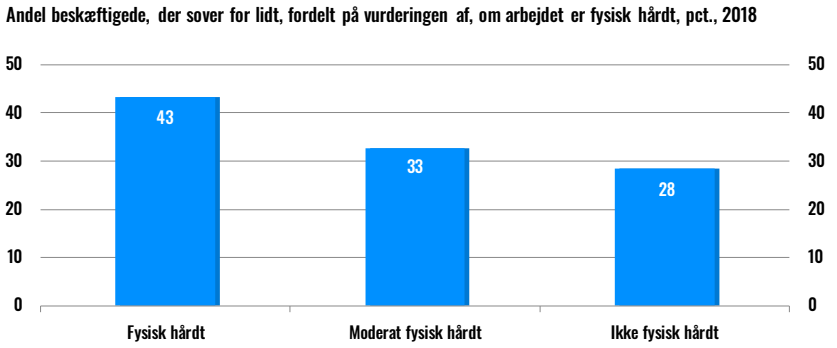
Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. Der vil være uoplyste blandt de 33.489 personer, som ikke har svaret på spørgsmålet om rygning. Se bilag 2.2. for de fuldstændige spørgsmålsformuleringer og boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

For lidt søvn påvirker både helbredet nu og her og på sigt

Vores almene velbefindende hænger sammen med, om vi får tilstrækkeligt søvn. Mangel på søvn i længere tid har også mere langvarige indvirkninger på helbredet og er i høj grad afgørende for kroppens, herunder hjernens, fysiologiske funktioner og restitution, Sundhedsstyrelsen, 2016.

Andelen, der sover mindre end de anbefalede 7 timer og dermed får utilstrækkelig søvn, er højere blandt gruppen af beskæftigede, der opfatter jobbet som fysisk hårdt sammenlignet med beskæftigede, der ikke oplever jobbet som fysisk hårdt, jf. figur 2.4.10.

Figur 2.4.10 – Utilstrækkelig søvn blandt dem, der oplever, at arbejdet er fysisk hårdt



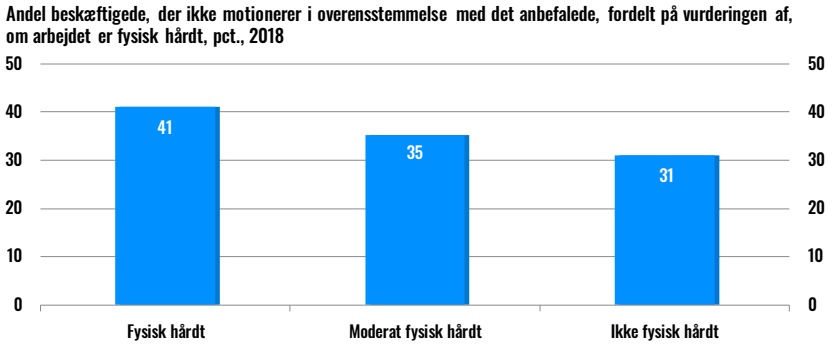
Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. Der vil være uoplyste blandt de 33.489 personer, som ikke har svaret på spørgsmålet om søvn. Se bilag 2.2. for de fuldstændige spørgsmålsformuleringer og boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Søvn kan også blive påvirket af forhold i arbejdet, af livsstilsfaktorer, som overvægt og for højt alkoholforbrug, ligesom søvn kan blive påvirket af smerter eller forhøjet stressniveau.

Fysisk kapacitet skal vedligeholdes

Blandt beskæftigede, der opfatter jobbet som fysisk hårdt, er 40 pct. af gruppen ikke aktive i fritiden i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Blandt dem, der ikke oplever jobbet som fysisk hårdt, gælder det for 30 pct., jf. figur 2.4.11.

Figur 2.4.11 – For lidt motion blandt dem, der opfatter arbejdet som fysisk hårdt



Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. Der vil være uoplyste blandt de 33.489 personer, som ikke har svaret på spørgsmålet om motion. Se bilag 2.2. for de fuldstændige spørgsmålsformuleringer og boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Selv om en stor del af gruppen, der oplever jobbet som fysisk hårdt, er fysisk aktive i jobbet, bidrager aktiviteten i jobbet ikke nødvendigvis til bedre kondition eller til øget styrke i alle relevante muskelgrupper.

Undersøgelser har vist, at fysisk hårdt arbejde opleves mindre belastende, hvis den fysiske kapacitet er god. F.eks. mindsker styrketræning kroniske smerter og arbejdsbesvær hos slagteriarbejdere, jf. Andersen, 2017. Og kvindeligt plejepersonale i god form halverer risikoen for smerter i lænden, sammenlignet med dem med begrænset fysisk form, jf. Rasmussen, 2013. Desuden er risikoen for at dø af hjertekarsygdomme for mænd med højt kondital ikke påvirket af, om de fysiske krav i deres arbejde er lave, moderate eller høje, jf. Holtermann, 2011.

Det er dog ikke ligegyldigt, hvilken form for fysisk aktivitet man laver i fritiden. Forskningen viser også, at målrettet træning både kan forebygge og lindre smerter. Men der er forskel på, hvilken form for træning der er brug for, afhængigt af hvilket job den enkelte har, jf. Gigtforeningen, 2017.

Motion er i denne undersøgelse udtrykt ved Sundhedsstyrelsens minimumsanbefalinger om fysisk aktivitet i fritiden. De har anbefalet en minimumsgrænse for fysisk aktivitet på mindst 30 minutter om dagen, og at der mindst 2 gange om ugen er aktivitet, der vedligeholder eller øger konditionen og muskelstyrken. Det anbefalede omfang af fysisk aktivitet er et minimumsniveau, og Sundhedsstyrelsen pointerer, at fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele.

Ser man på motionsmønstrene i forskellige aldersgrupper, er der blandt 18-29-årige 29 pct., der ikke er aktive nok i fritiden. Blandt de 55+-årige er 35 pct. ikke aktive nok, selv om personer i

denne aldersgruppe bør være særligt opmærksomme på de positive effekter ved at være aktive, jf. figur 2.F i bilag 2.5.

Jo ældre man bliver, jo vigtigere bliver træning. Med alderen mister man løbende noget af sin styrke og iltoptagelse. En aktiv livsstil med regelmæssig fysisk aktivitet kan både forsinke tabet af muskelstyrke, men også være med til at opbygge allerede tabt muskelstyrke, som kan gøre det lettere at passe sit arbejde, jf. Arbejdstilsynet (B).

Lav interesse for virksomhedernes sundhedstilbud

Det er virksomhedernes opgave at sørge for, at arbejdet er sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt, og derved sikre, at arbejdet ikke udgør en risiko for medarbejdernes sundhed. Det er medarbejdernes opgave at tage ansvar for deres egen sundhed, f.eks. gennem valg af livsstil.

Sundhedsrelaterede tilbud på arbejdspladsen kan være med til at påvirke eller understøtte den enkeltes valg af livsstil. F.eks. tilbyder et pensionsselskab digitale sundhedstjek for at opspore medarbejdere, der er i sundhedsmæssig risikozone. De personer tilbydes herefter en samtale med en sygeplejerske, hvor de får tilbud om målrettede indsatser inden for f.eks. bevægeapparat eller livsstil enten via deres egen sundhedsordning eller kommunernes tilbud, jf. PensionDanmark, 2019a.

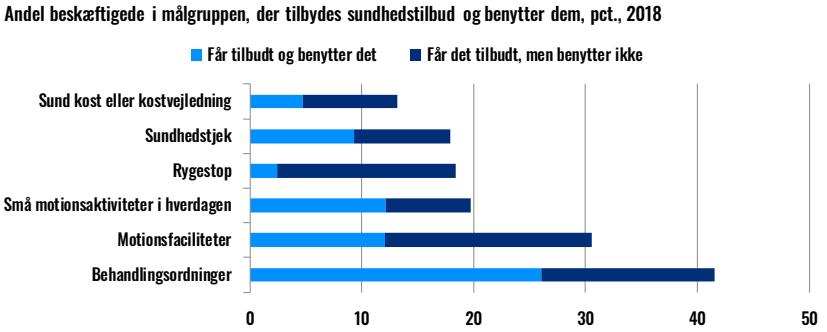
Sundhedsfremme på arbejdspladsen kan være et supplement og en løftestang for forbedring af medarbejdernes sundhed. Men undersøgelser viser, at det oftest er de medarbejdere, der i forvejen træner deres krop, som tager positivt imod tilbud fra virksomheden om f.eks. styrketræning eller motionstræning. Virksomhederne risikerer dermed, at den gruppe af medarbejdere, som har størst behov for fysisk aktivitet, ikke benytter de sundhedsfremmende tilbud, jf. Arbejdstilsynet, 2019b.

Det kan også utilsigtet være med til at skabe stigmatisering og større ulighed i sundhed blandt medarbejderne at indføre sundhedsfremme på arbejdspladsen, jf. Sundhedsstyrelsen, 2009. Der opstår nogle etiske dilemmaer: Er der f.eks. nogen, der bliver stigmatiseret som usunde eller dårlige medarbejdere som følge af tilbuddet, og påtager arbejdspladsen sig et ansvar for den enkeltes sundhed m.m., jf. Sund By Netværket, 2012.

Tal fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen* viser, at virksomhederne i mange tilfælde stiller sundhedstilbud til rådighed for medarbejdere i målgruppen for tilbuddet. Dog bekræfter tallene, at det kan være svært at ramme de medarbejdere, der har størst behov.

Ud af de beskæftigede, der ryger, får næsten hver 5. tilbudt et rygestopkursus. Kun lidt over hver 10., som får tilbudt et rygestopskursus, benytter sig af det. Det samme gælder ved motionsfaciliteter og kostvejledning, hvor det er under halvdelen af målgruppen for sundhedstilbuddet, der benytter sig af det, jf. figur 2.4.12.

Figur 2.4.12 – Virksomhedernes tilbud overstiger medarbejdernes interesse



Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. Alene besvarelser fra de beskæftigede for hvem tilbuddene er relevante er medtaget. Det betyder, at andelen, der er tilbudt rygestop, er ud af personer som ryger. Sund kost og kostvejledning er af personer, der overskrider det anbefalede BMI. Motionsfaciliteter er af personer, der er inaktive eller overvægtige. Små motionsaktiviteter i hverdagen og behandlingsordning er af personer, der har smerter. Sundhedstjek er af den fulde population.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Behandlingsordninger kan bl.a. tilbydes gennem pensionsselskabernes tilbud om sundhedsforsikring og sundhedsordninger. Næsten 2 mio. danskere har en sundhedsforsikring eller sundhedsordning, og størstedelen af de forsikrede findes blandt ufaglærte og faglærte, jf. Forsikring & Pension, 2019. Ordningerne er typisk tegnet af arbejdsgivere for deres medarbejdere enten direkte eller via en pensionsordning. Tal fra Forsikring & Pension viser dog, at det er hver 10., der bruger sundhedsordningerne, jf. DR, 2018.

Pensionsselskaberne har også opsøgende tilbud i forbindelse med længerevarende sygefravær. PensionDanmark henvender sig f.eks. til alle sygemeldte med mere end 4 sammenhængende fraværsuger (samarbejde med STAR), hvor de fortæller om deres tilbud. De har gode erfaringer med hurtig diagnosticering samt bedre fastholdelse/hurtigt tilbage i job, jf. PensionDanmark, 2019b. PFA har forskellige tilbud til virksomhederne om forebyggelse og sundhed. F.eks. rådgivning af syge medarbejdere og tværfaglige fastholdelsesindsatser i forbindelse med længerevarende sygefravær, jf. PFA, 2019.

Medarbejderen styrer selv, i hvor høj grad han eller hun vælger at efterleve Sundhedsstyrelsens livsstilsanbefalinger, eller om de tilbud, der gives fra pensionsselskaberne eller arbejdsgiveren, bliver brugt. Men lever medarbejderen med risikabel livsstil, så er der samtidig større risiko for, at personen oplever, at jobbet er fysisk hårdt.

2.5. Smerter blandt beskæftigede

Smerter er almindeligt forekommende i befolkningen og er ofte uspecifikke og forbigående. Alle har prøvet at have smerter. Enten fordi man er kommet til skade eller er syg. Man kan også have haft smerter uden nogen konstaterbar skade eller årsag, jf. boks 2.5.1.

Arbejdet kan være årsag til smerter, uden at der er nogen bagvedliggende sygdom eller kliniske tegn på skader i kroppen. Smerter kan f.eks. være forårsaget af spændinger i nakke og skuldre i forbindelse med intensivt arbejde ved computeren. Smerter kan opstå som følge af den samme arbejdsstilling eller bevægelse i længere tid eller som følge af et vrid eller en tung belastning. Smerter opstår af varierende årsager, men det er vigtigt at være opmærksom på, om smerterne er vedvarende, og om de skyldes skader eller sygdom.

Boks 2.5.1 – Forståelse af smerter og muskel- og skeletbesvær

Muskel- og skeletbesvær og smerter kan forstås ud fra en biomekanisk model, hvor der sættes lighedstegn mellem det at have smerter og en skade eller fejl (sygdom) i kroppens muskler, led eller knogler.

Forskning har dog vist, at det er mere hensigtsmæssigt at betragte muskel- og skeletbesvær og smerter i den sammenhæng ud fra en biopsykosocial model. Modellen indeholder det biologiske (fysisk eller psykisk helbred), det psykologiske (individuelle/psykologiske faktorer, som påvirker personens funktion. Det drejer sig om faktorer, som sygdomsadfærd, holdninger, mestringsstrategier og stress), og det sociale (samfundsmæssige, kulturelle faktorer, som påvirker individets funktion).

Smerter kan defineres på følgende måde, hvor ondt i ryggen er valgt som et eksempel:

"Følelsen af smerter er i sin natur noget aldeles subjektivt. Det er os selv, der mærker smerten, og det er os selv, der kan fortælle, hvor meget og ofte det gør ondt, hvordan det gør ondt, hvor det gør ondt og nogen vil også kunne fortælle om de følelser og tanker, der knytter sig til at have ondt i ryggen. Det kan være angst (for at blive invalid), usikkerhed i forhold til hvad vi skal gøre, om vi skal holde os i ro, eller vi blot kan fortsætte vore almindelige aktiviteter og lære at leve med periodevise tilfælde med ondt i ryggen."

Kilde: NFA, 2008.

Ofte fremhæves arbejdet som den eneste årsag til smerter i kroppen, og smerterne bliver ofte koblet sammen med begrebet "nedslidning". Udfordringen er dog, at "*Lægefagligt eksisterer begrebet (*nedslidning, red.*) ikke, […]. Mennesker bliver ikke slidt som maskiner. Vi bliver ældre i forskelligt tempo efter arv og miljøpåvirkninger, ikke mindst livsstil.*", jf. Kamstrup og Gyntelberg, 2019.

Alle vil med alderen opleve, at kroppen bliver slidt og fungerer dårligere som en del af normale aldersforandringer i kroppen. Aldringsprocesserne påvirker mennesker forskelligt. Derudover

vil livsstilsfaktorer som rygning, alkohol, kost og motion have stor indflydelse på, om man fremskynder eller udskyder sin aldring, jf. sundhed.dk.

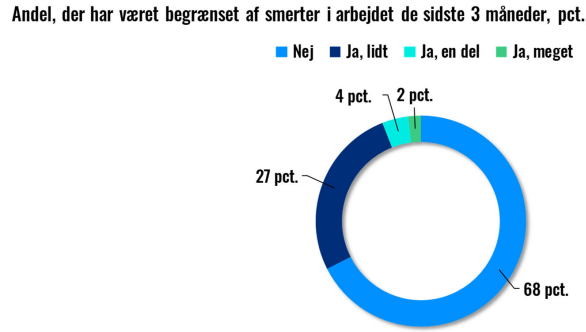
Mange har smerter, men få er begrænsede af smerter

I *Arbejdsmiljø- og Helbredsundersøgelsen* svarer 3 ud af 4 af de beskæftigede, at de har haft smerter mindst 1 gang inden for de seneste 3 måneder. Smerter er således en normal del af livet – også for de beskæftigede.

1 ud af 3 har haft smerter dagligt eller flere gange ugentligt inden for de seneste 3 måneder. Undersøgelsen kortlægger ikke, hvor kraftige smerterne er, og om de er udtryk for sygdom eller skade. Spørgsmålet i undersøgelsen er alene et udtryk for, hvor ofte de beskæftigede oplever at have smerter. Oplevelsen af smerter kan variere fra person til person, jf. boks. 2.5.1. Der er hverken kommet flere eller færre med smerter siden 2012, jf. figur 2.G i bilag 2.5.

Uanset hvor ofte smerter forekommer, og hvad årsagen er, kan smerter i værste fald medføre begrænsninger i de daglige aktiviteter. Blandt alle beskæftigede er det 2 pct., der svarer, at de er meget begrænsede af smerter i arbejdet. De fleste – 68 pct. – oplever dog ikke begrænsninger i arbejdet på grund af smerter, jf. figur 2.5.1.

Figur 2.5.1 – De fleste oplever ikke at være begrænsede af smerter i arbejdet



Anm.: 33.489 har besvaret spørgsmålet: "Har du på grund af smerter været begrænset på dit arbejde inden for de sidste 3 måneder". Se boks 2.3.1 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2012* og *2018*, NFA.

Smerterne i sig selv er ikke det eneste, der afgør, hvor begrænsende smerterne opleves. Hvis den beskæftigede med muskelskeletsmerter har en frygt for, at bevægelse øger smerterne, har personen f.eks. også en højere risiko for langvarigt sygefravær end personer, der ikke frygter, at bevægelse øger smerterne. Risikoen for langvarigt sygefravær er uafhængig af graden af fysisk aktivitet i arbejdet, jf. Jay, 2018.

Generelt har beskæftigede med fysisk hårdt arbejde større frygt for, at bevægelse øger smerterne end beskæftigede med stillesiddende eller let arbejde. Frygten kan øge risikoen for inaktivitet og udvikling af kroniske smerter, og det skaber en negativ spiral. Fysisk aktivitet i fritiden kan derimod bidrage til at reducere frygten for at forværre smerterne. Frygten mindskes også ved at opnå en større forståelse af, hvad smerter i kroppen er et udtryk for, og hvorfor det er vigtigt at holde sig i gang – også på arbejdet, jf. Tribian, 2018.

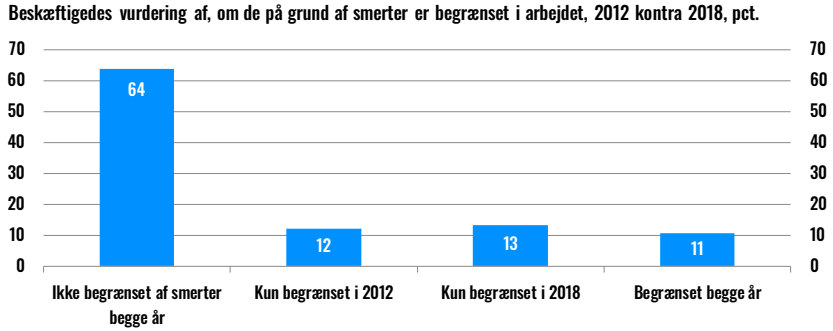
Viden kan bidrage til færre gener og reducere sygefraværet, f.eks. ved rygsmerter. Erfaringer fra Norge er blevet testet i et studie i Danmark. Resultatet er, at 2 foredrag om ryggen på hver 1 time halverede sygefraværet på grund af rygsmerter og gav færre gener og færre besøg hos behandlere mod rygsmerter. Studiet er gennemført med 500 ansatte fra teknik- og miljøafdelingerne i 5 kommuner, hvor de fleste var beskæftigede med manuelt arbejde, jf. Frederiksen, 2017.

Frygt for smerter kan også afhjælpes med kognitiv adfærdstræning, hvor den enkelte lærer at håndtere frygten og lærer mestringsstrategier, der kan lede til et mere aktivt liv, jf. Rasmussen, 2015.

Hver 3. oplever at være begrænset af smerter i et givent år i *Arbejdsmiljø- og Helbredsundersøgelsen*, jf. figur 2.5.1. Men smerter er ofte ikke en kronisk tilstand. På samme måde varierer oplevelsen af, om smerterne medfører begrænsninger også ofte over tid. Enten fordi smerterne forsvinder igen, eller fordi smerterne i mindre grad virker begrænsende.

6 ud af 10 af de beskæftigede oplevede hverken at være begrænset i arbejdet af smerter i 2012 eller 2018. Hver 10. af de beskæftigede oplever at være begrænset i arbejdet på grund af smerter begge år, jf. figur 2.5.2.

Figur 2.5.2 – Hver 10. er begrænset i arbejdet på grund af smerter over flere år



Anm.: 7.391 individer (beskæftigede) har både i 2012 og 2018 besvaret spørgsmålet: "Har du på grund af smerter været begrænset på dit arbejde inden for de sidste 3 måneder? "Begrænset af smerter" er defineret som personer, der har svaret, at de på grund af smerter har været enten "ja, lidt", "ja, en del" eller "ja, meget" begrænsede på arbejdet inden for de sidste 3 måneder. "Ikke begrænset" er personer, der svarer "nej" til spørgsmålet. Populationen er ikke nationalt repræsentative tal, se boks 2.3.1 og 2.5.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2012* og *2018*, NFA.

Boks 2.5.2 – Kohorten i *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen*

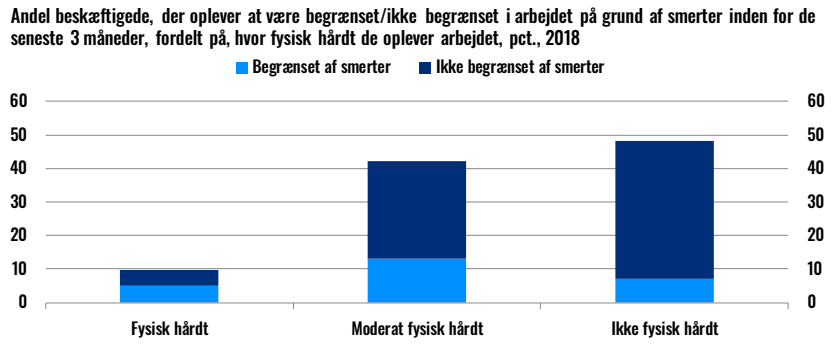
I *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen* er der oprettet en kohorte, hvor nogle tusinde beskæftigede følges år for år. Det gør det muligt at følge en gruppe af beskæftigede over flere år.

7.391 beskæftigede har både i 2012 og 2018 besvaret spørgsmålet: "Har du på grund af smerter været begrænset på dit arbejde inden for de sidste 3 måneder?". Besvarelserne for individerne i de 2 år er sammenlignet i figur 2.5.2.

Kohorten er et udsnit af *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen*, og det er ikke muligt at bruge de vægtede data på tværs af årene. I figur 2.5.2 har DA derfor valgt ikke at bruge den vægt, der bygger på stikprøvedesignet. Resultaterne kan derfor ikke sammenlignes med de nationalt repræsentative tal, der offentliggøres på https://arbejdsmiljodata.nfa.dk/.

Beskæftigede, der oplever at være begrænsede af smerter i arbejdet, findes, uanset hvor fysisk hårdt arbejdet opleves. Blandt samtlige beskæftigede i 2018 oplevede 5 pct., at de både var begrænsede af smerter i arbejdet og oplevede, at arbejdet var fysisk hårdt. Ser man alene på gruppen, der oplever, at jobbet er fysisk hårdt, er det halvdelen, der oplever at være begrænset af smerter, jf. figur 2.5.3.

Figur 2.5.3 – Uanset hvor fysisk hårdt arbejdet opleves, kan man være begrænset af smerter



Anm.: 33.105 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. "Begrænset af smerter" er defineret som personer, der har svaret at de på grund af smerter har været enten "ja, lidt", "ja, en del" eller "ja, meget" begrænsede på arbejdet inden for de sidste 3 måneder. "Ikke begrænset" er personer, der svarer nej til spørgsmålet. Se boks 2.3.1 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Forskerne er generelt enige om, at det i langt de fleste tilfælde af smerter vil det være gavnligt at holde kroppen i gang på arbejdet og i fritiden, jf. NFA, 2019b. På arbejdet kan arbejdsopgaverne tilpasses i en kortere eller længere periode, så den enkelte er mindre begrænset af smerterne i arbejdet, og i fritiden kan den enkelte lindre og forbygge nye smerter gennem træning og fysisk aktivitet, jf. boks. 2.5.3.

Boks 2.5.3 – Fysisk aktivitet kan behandle og forebygge smerter

Sundhedsstyrelsen har i deres publikation *Fysisk træning som behandling*, 2018, dokumenteret, hvordan mange muskel- og skeletlidelser kan forebygges, lindres eller behandles med fysisk træning.

F.eks. er smerter i lænden en af de hyppigste smertetilstande i den danske befolkning. Omkring 35-50 pct. af de voksne danskere har haft smerter i lænden inden for det seneste år. Ofte er der tale om forbigående smerter, der forsvinder af sig selv, og i 70-80 pct. af tilfældene er de uspecifikke – det vil sige, at der kan ikke stilles en specifik diagnose.

Motion og træning en del af løsningen. Specielt styrketræning og træning, der fokuserer på koordination og stabilisering, har god effekt på reduktion af smerter i lænden ifølge Sundhedsstyrelsens rapport *Fysisk træning som behandling*, 2018.

Smerteoplevelsen vil således afhænge af individet. Alt afhængigt af, om personen frygter smerterne, træner og har viden om, hvad smerter er, vil smerterne føles mere eller mindre begrænsende. Smerter kan dog både opstå uden nogen konstaterbar årsag og grundet skader eller

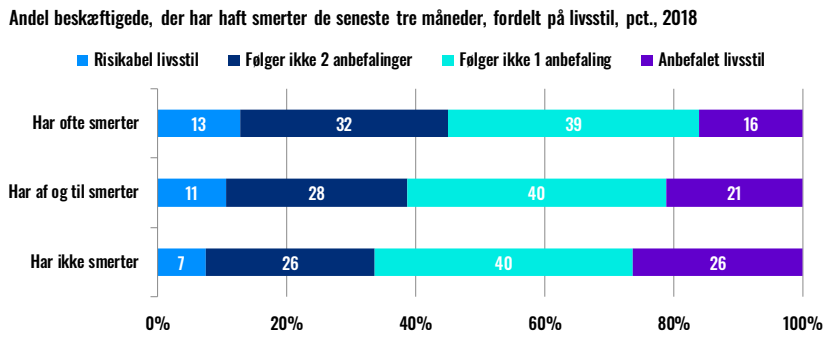
sygdom. Derfor er det væsentligt, om smerterne vedvarende opleves som en begrænsning. Dette er dog ikke tilfældet for 9 ud af 10 beskæftigede.

Livsstil kan forklare en del af årsagerne til smerterne

Beskæftigede, der oplever at have smerter dagligt og ugentligt, har flere risikofaktorer i deres livsstil f.eks. rygning, overvægt og inaktivitet. Blandt beskæftigede med hyppige smerter, er der flere, der har risikabel livsstil end blandt beskæftigede, der ikke har smerter.

13 pct. blandt de beskæftigede, der ofte har smerter, har en risikabel livsstil mod 7 pct. blandt de beskæftigede, der ikke har smerter. Samtidig er det 16 pct., der har den anbefalede livsstil blandt de beskæftigede, der ofte har smerter, mod 26 pct. blandt de beskæftigede, der ikke har smerter, jf. figur 2.5.4.

Figur 2.5.4 – Hyppighed af smerter og risikabel livsstil følges ad



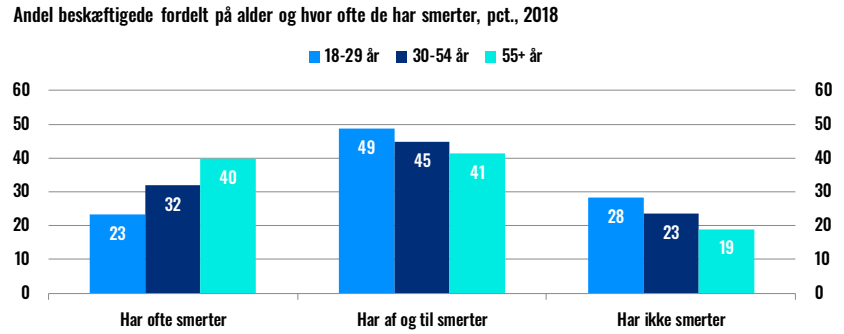
Anm.: 32.429 beskæftigede har besvaret spørgsmålene om livsstil. "Har smerter" er personer, der har svaret, at de dagligt eller flere gange om ugen har haft smerter inden for de sidste 3 måneder, "Har af og til smerter" er personer, der et par gange om måneden eller enkelte gange inden for de seneste 3 måneder har haft smerter, mens "Har ikke smerter" er personer, der har svaret "slet ikke". Se boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Resultatet består, når de beskæftigede opdeles i forhold til, hvor fysisk hårdt de oplever arbejdet. Blandt beskæftigede, der er begrænsede af smerter, og som synes, at arbejdet er fysisk hårdt, er der flere end gennemsnittet, der har en risikabel livsstil, og færre end gennemsnittet, der har en anbefalet livsstil. Tilsvarende billede gør sig gældende for de øvrige grupper, jf. figur 2.H i bilag 2.5. Der er altså et sammenfald mellem risikabel livsstil og smerter. Sammenfaldet består, når der tages højde for aldersforskelle i grupperne.

Flere ældre har ofte smerter, men flere unge er begrænsede af smerter

Oplevelsen af, hvor mange smerter vi har, og hvordan smerter påvirker os, er forskelligt i forskellige aldersgrupper. Jo længere tid man har levet, jo større er sandsynligheden for, at man har fået skader eller sygdomme, som kan medføre smerter. 23 pct. af de 18-29-årige har ofte smerter. Det samme gælder for 40 pct. af de 55+-årige, jf. figur 2.5.5.

Figur 2.5.5 – Flest 55+-årige har ofte smerter, flest 18-29-årige har af og til smerter



Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. "Har smerter" er personer, der har svaret, at de dagligt eller flere gange om ugen har haft smerter inden for de sidste 3 måneder, "Har af og til smerter" er personer, der et par gange om måneden eller enkelte gange inden for de seneste 3 måneder har haft smerter, mens "Har ikke smerter" er personer, der har svaret "slet ikke". Se boks 2.3.1 for metode.

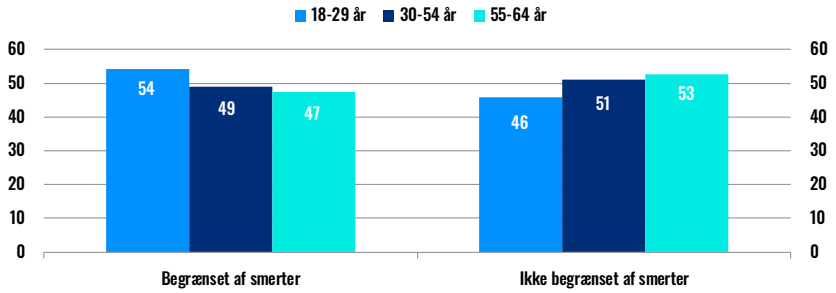
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Blandt de, der svarer, at de oplever at være begrænsede af smerter, er flertallet kun lidt begrænsede, mens en lille andel oplever at være meget begrænsede i arbejdet, jf. figur 2.5.1. Det gør sig også gældende i den ældste aldersgruppe.

Generelt oplever ca. halvdelen af de beskæftigede, der ofte har smerter, at være begrænsede i arbejdet på grund af smerterne. Selv om der er flere 55+-årige, der ofte har smerter, jf. 2.5.5, er de ikke den aldersgruppe, der oplever at være mest begrænsede i arbejdet på grund af smerterne. 47 pct. af de 55+-årige, der ofte har smerter, oplever at være begrænsede i arbejdet på grund af smerter, jf. figur 2.5.6. Det samme gælder for 54 pct. af de 18-29-årige.

Figur 2.5.6 – Unge, der ofte har smerter, er mere begrænsede af smerterne end de ældre

Andel beskæftigede, der ofte har smerter, fordelt på om de er begrænset af smerter i arbejdet, pct., 2018



Anm.: 11.183 beskæftigede indgår. "Ofte smerter" er beskæftigede, der har svaret "smerter en eller flere gange ugentligt" eller "smerter dagligt". "Begrænset af smerter" er defineret som personer, der har svaret, at de på grund af smerter har været enten "ja, lidt", "ja, en del" eller "ja, meget" begrænsede på arbejdet inden for de sidste 3 måneder. "Ikke begrænset" er personer, der svarer nej til spørgsmålet.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Den yngste aldersgruppe oplever desuden i højere grad, at arbejdet er moderat fysisk hårdt, og de er mere trætte, når dagen er slut, uanset hvor fysisk hårdt arbejdet opleves, jf. figur 2.I i bilag 2.5. Derudover er de unge den aldersgruppe, der føler sig mest stressede, jf. DA-rapport, 2019. Desuden viser en undersøgelse, at smerter allerede forekommer blandt børn i folkeskolen. Hver tredje 15-årige har f.eks. ondt i ryggen mindst 1 gang om ugen, jf. Statens Institut for Folkesundhed, 2019.

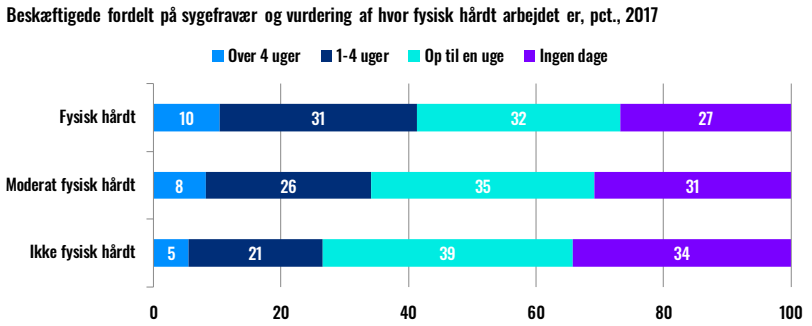
Det kunne tyde på, at smerterne blandt den ældste aldersgruppe i højere grad betragtes som en normal del af hverdagen, og at de i højere grad mestrer at håndtere både smerterne og frygten for smerter, jf. afsnit 2.5.1. Fælles for alle aldre er dog, at hvis personen har en risikabel livsstil, så er der større risiko for, at personen også har hyppige smerter.

2.6 Sygefravær

Størstedelen af de beskæftigede har næsten intet sygefravær i løbet af et år. Kvinder har i gennemsnit mere sygefravær end mænd, og unge har mindre sygefravær end øvrige beskæftigede. Sygefraværet varierer også på tværs af bl.a. sektorer og brancher og kan hænge sammen med arbejdsmiljøet såvel som jobindholdet, jf. Thorsen, 2017.

Godt hver 4. har ingen fraværsdage blandt beskæftigede, som oplever, at deres arbejde er fysisk hårdt, og hver 3. har kun op til en uges fravær. Hver 10. i denne gruppe har haft sygefravær på mere end 4 uger i løbet af et år, jf. figur 2.6.1.

Figur 2.6.1 – Hver 4., der vurderer, at jobbet er fysisk hårdt, har ikke haft en eneste sygedag



Anm.: 21.899 har besvaret spørgsmålet: "Hvor hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" og kan genfindes i Danmarks Statistiks fraværsregistre. Fravær er opgjort i dagsværk i løbet af et år. En uge er således 5 arbejdsdage, 1-2 uger er mellem 6 og 10 dage osv. Se boks 2.3.1 og 2.6.1 for metode.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA, og Danmarks Statistiks fraværsregistre for 2017.

Det samme billede gør sig gældende for beskæftigede, der oplever, at arbejdet er moderat fysisk hårdt og ikke fysisk hårdt. Her har færre sygefravær over 4 uger på et år. Der er tilsvarende flere, der slet ikke har sygefravær i løbet af året. Selv om kvinder generelt set har mere sygefravær end mænd, så er mønstret det samme opdelt på køn.

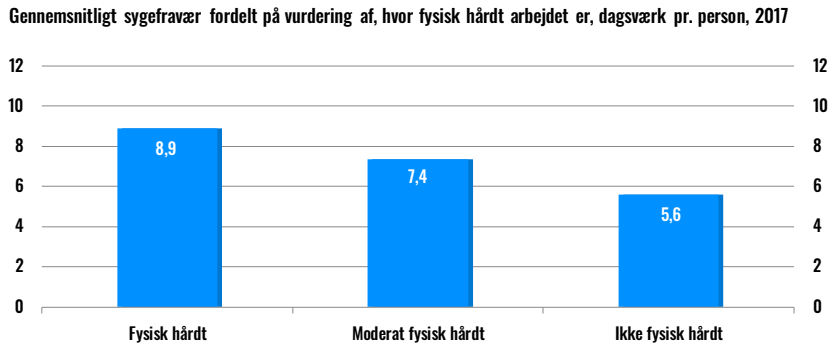
Boks 2.6.1 – Opgørelse af sygefravær

Senest offentliggjorte tal for omfanget af sygefravær opgør omfanget af fravær i 2017. Der er for de beskæftigede, som primo 2018 har besvaret NFA's *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelse*, derfor set på deres sygefravær det foregående år (2017).

Ifølge Danmarks Statistisk havde de danske lønmodtagere i gennemsnit 8,3 sygefraværsdage i løbet af 2017. For de beskæftigede, som har besvaret NFA's *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelse 2018*, er det gennemsnitlige antal sygefraværsdage lavere. Denne gruppe havde i gennemsnit 6,6 sygefraværsdage i 2017.

Beskæftigede, som oplever, at deres job er fysisk hårdt, har i gennemsnit flere sygedage end øvrige. Denne gruppe har 8,9 sygefraværsdage, mens beskæftigede, som ikke synes, at jobbet er fysisk hårdt, har 5,6 sygefraværsdage, jf. figur 2.6.2.

Figur 2.6.2 – Personer, som oplever deres job som fysisk hårdt, har mere sygefravær



Anm.: 21.899 har besvaret spørgsmålet: "Hvor hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" og kan genfindes i Danmarks Statistiks fraværsregistre. Se boks 2.3.1 og 2.6.1 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA, og Danmarks Statistiks fraværsregistre for 2017.

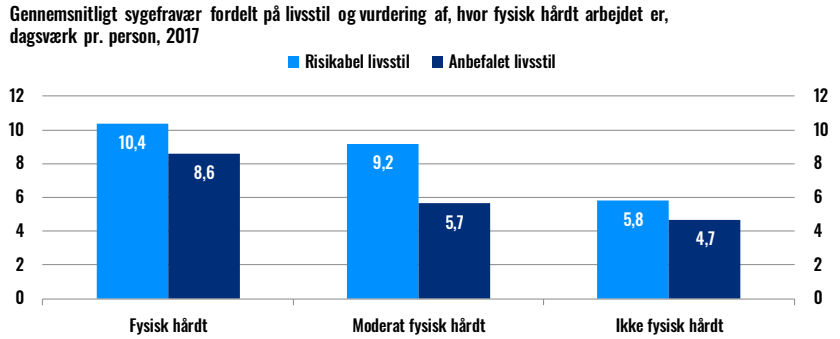
Årsagen til sygefravær og oplevelsen af, at jobbet er fysisk hårdt, kan være sammenfaldende. Dårligt fysisk helbred kan f.eks. både medføre, at den enkelte oplever jobbet som hårdt, og at sygefraværet stiger.

Behovet for en sygemelding kan desuden variere alt efter, hvilke krav jobbet stiller. Blandt personer, der oplever, at jobbet er fysisk hårdt, er der et sammenfald til brancher med højere grad af manuelt arbejde, jf. afsnit 2.3.1. I et arbejde, hvor man bruger sin krop meget, vil man i mindre grad kunne varetage sine arbejdsopgaver, hvis man eksempelvis har sygdom i knæet. I en stilling, hvor opgaverne i højere grad er centreret om stillesiddende arbejde, vil det derimod være lettere fortsat at udføre sit arbejde, mens man kommer sig over smerterne.

Uanset jobindholdet påvirkes risikoen for at blive syg i høj grad af livsstil. Personer med en risikabel livsstil er oftere syge end personer med en anbefalet livsstil. Det gælder, uanset hvor

fysisk hårdt man oplever sit job. For gruppen af beskæftigede med risikabel livsstil giver det sig både udslag i, at færre er helt uden fravær, og at en større andel har et samlet fravær på mere end 4 uger end blandt beskæftigede med anbefalet livsstil. Det resulterer således i et højere gennemsnitligt antal sygefraværsdage for beskæftigede med risikabel livsstil, jf. figur 2.6.3. Billedet er det samme, når der tages højde for køn og alder.

Figur 2.6.3 – Risikabel livsstil giver højere sygefravær



Anm.: 21.197 har besvaret på spørgsmålene om livsstil og kan genfindes i Danmarks Statistiks fraværsregistre. Fravær er opgjort i dagsværk i løbet af et år. Se boks 2.3.1 og 2.6.1 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA, og Danmarks Statistiks fraværsregistre for 2017.

Ser man på de enkelte KRAM-faktorer, har rygning særlig stor betydning for sygefravær. Rygere og eksrygere har markant mere sygefravær end personer, der aldrig har røget, jf. Sundhedsstyrelsen 2016.

Antal ekstra sygefraværsdage med langvarigt sygefravær for rygere og tidligere rygere, estimeret på baggrund af antal dage på sygedagpenge, beløber sig til 3,1 mio. dage, hvilket svarer til, at ca. 12.500 personer er på sygedagpenge et helt år, jf. figur 2.6.4.

Figur 2.6.4 – Risikabel livsstil øger sygefraværet markant

Anm.: Overrisiko (difference) for langvarigt sygefravær på grund af de forskellige risikofaktorer. Hver enkelt risikofaktor er justeret for de 3 andre risikofaktorer: rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Beregnet for erhvervsaktive i alderen 16-64-årige. Rygning er estimeret ud fra besvarelser i *Danskernes Sundhed*. Langvarigt sygefraværet er estimeret som et gennemsnitligt antal dage på sygedagpenge pr. år for årene 2010-2012.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af *Sygdomsbyrden i Danmark – Risikofaktorer 2016*, Sundhedsstyrelsen, 2016.

Hertil kommer det sygefravær, som ligger i den arbejdsgiverbetalte periode, og som ligeledes må forventes at udgøre et betydeligt antal ekstra fraværsdage for rygere. F.eks. har rygere 2,2 mio. ekstra kontakter til den alment praktiserende læge pr. år, jf. Sundhedsstyrelsen, 2016.

Livsstil spiller således en rolle i forhold til, hvor meget sygefravær de beskæftigede har, og årsagen til sygefravær og oplevelsen af, at jobbet er fysisk hårdt, kan være sammenfaldende. Uanset hvor fysisk hårdt man oplever jobbet, har mere end halvdelen dog højst en uges sygefravær på et år. Blandt den gruppe, der oplever at have et fysisk hårdt job, har hver 10. haft sygefravær på mere end 4 uger i løbet af 1 år.

Kapitel 3 – Mobiliteten på det danske arbejdsmarked bidrager til et langt arbejdsliv

3.1 Indledning

Det danske arbejdsmarked er et velfungerende arbejdsmarked med en lav ledighed, gode arbejdsvilkår og gode muligheder for at skifte job, hvis man ønsker det. Dette kapitel ser nærmere på jobmobiliteten både i en europæisk og i en dansk kontekst og belyser, hvordan mobilitetsmønstrene er hos forskellige grupper af beskæftigede.

3.2 Sammenfatning

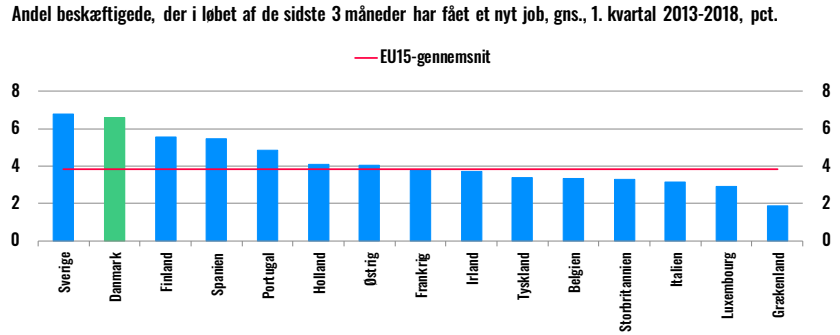
Det danske arbejdsmarked hviler på et balanceret forhold mellem fleksibilitet og sikkerhed. Der er omkring 750.000 jobåbninger hvert år, og Danmark har den næsthøjeste andel af beskæftigede, der har fået nyt job inden for de sidste 3 måneder, i EU15-landene. Den danske model gør det muligt at skifte job for alle i Danmark – både på tværs af arbejdsfunktioner, uddannelse og branche. Og danskerne benytter sig i høj grad af mulighederne – hver anden har skiftet job mindst en gang i løbet af 5 år. Det gælder, uanset om jobbet, man skifter fra, opleves fysisk hårdt eller ej.

Godt halvdelen af alle jobskifte er til en ny branche, en ny arbejdsfunktion eller begge dele samtidig. Uanset om man oplever, at jobbet er fysisk anstrengende eller ej, og uanset om man arbejder i en branche med høj grad af manuelt arbejde eller ej, er der gode muligheder for at foretage et jobskifte, hvis man ønsker det. Jobskiftene kan både ske ved egen kraft eller via støtteordninger som f.eks. Sporskifteordningen.

3.3 Dansk jobomsætning er høj i europæisk sammenhæng

Der er omkring 750.000 jobåbninger på det danske arbejdsmarked hvert år, jf. jobindsats.dk. I europæisk sammenhæng er den danske jobomsætning høj. Danmark indtager en andenplads blandt EU15-landene, når der ses på andelen af beskæftigede, som har fået nyt job inden for de seneste 3 måneder, jf. figur 3.3.1.

Figur 3.3.1 – Høj andel nyansatte i Danmark



Anm.: I figuren indgår beskæftigede i alderen 15-64 år. Nyansatte er her afgrænset til personer, der har været i deres nuværende job i mindre end 3 måneder. De nyansatte kan komme fra et andet job, fra ledighed eller have været uden for arbejdsmarkedet, f.eks. som studerende.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Eurostat, *The European Union Labour Force Survey* (EU LFS).

Den høje jobomsætning skyldes bl.a. den danske flexicurity-model. Modellen forener dels virksomhedernes muligheder for fleksibelt at kunne tilpasse antallet af medarbejdere alt efter den økonomiske situation og dels lønmodtagernes mulighed for dagpenge mellem ansættelsesforhold. Modellen gør det også muligt at skifte job, hvis det nuværende job af den ene eller anden årsag ikke længere matcher den enkeltes ønsker eller arbejdskapacitet.

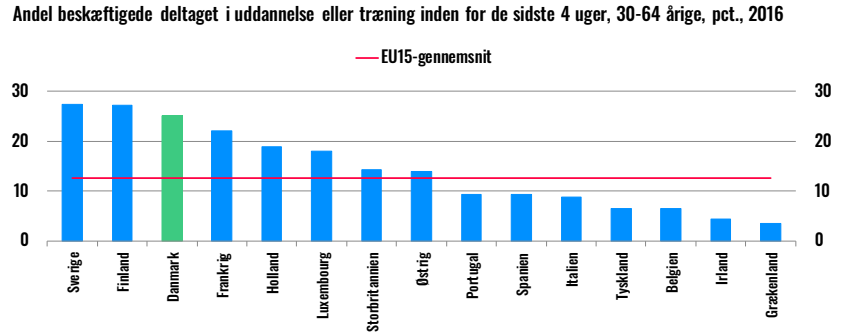
Flexicurity-modellen betyder gode rammebetingelser for virksomhederne, som i højere grad er villige til at fastansætte lønmodtagerne, også selv om ordrebogen ikke er fyldt et halvt år frem.

I lande som Spanien, hvor virksomheder har sværere ved at afskedige folk, vil virksomhederne i højere grad ansætte på tidsbegrænsede kontrakter med mindre bindende vilkår for at sikre sig fleksibiliteten. Det betyder, at et jobskifte oftere kan være af nød end lyst, fordi kontrakten udløber. Det er sjældent tilfældet i Danmark, fordi flexicurity-modellen understøtter, at jobskifte også sker efter ønske fra den enkelte medarbejder.

På det danske arbejdsmarked er de beskæftigede – foruden at være sikret ved ledighed – også sikret gode muligheder for at udvikle deres kompetencer undervejs i en ansættelse, f.eks. via kompetenceudvikling på jobbet eller virksomhedsrelevante uddannelsesforløb, som arbejdsmarkedets parter står bag.

I europæisk sammenhæng indtager Danmark 3. pladsen, når man ser på, hvor stor en andel af de beskæftigede, der inden for de seneste 4 uger har deltaget i uddannelse eller træning, jf. figur 3.3.2.

Figur 3.3.2 – Danmark blandt de bedste til livslang læring



Anm.: I figuren indgår beskæftigede i alderen 30-64 år. Opgørelsen viser deltagerfrekvensen de sidste 4 uger op til interviewet. Uddannelse dækker over al uddannelse, f.eks. ordinær uddannelse, herunder privat og offentlig VEU, interne kurser og sidemandsoplæring.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Eurostat, *The European Union Labour Force Survey* (EU LFS).

Fleksibiliteten gavner også medarbejderne, fordi kompetenceudvikling og gode muligheder for at skifte job betyder, at danskerne løbende kan håndtere de forandringer, der sker på arbejdsmarkedet eller i deres liv.

Samlet set betyder det, at danske beskæftigede står over for mange mulige jobåbninger, hvis man har lyst til at foretage et jobskifte.

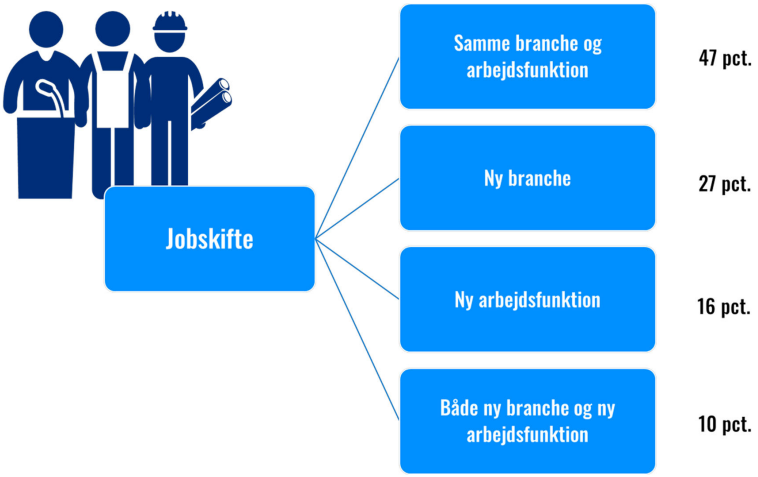
3.4 Høj mobilitet på det danske arbejdsmarked

Man har sjældent det samme job hele livet igennem. De beskæftigede skifter i gennemsnit job 6-7 gange i løbet af deres arbejdsliv, jf. Europa-Kommissionen, 2006. Aldrig før har danskerne skiftet job så ofte som nu, og særligt de yngre generationer skifter jobbet ud efter en kortere årrække, mens lønmodtagere på 55 år og derover skifter mere sjældent, jf. Danmarks Statistisk, 2019. Det tyder på, at der både er en generationseffekt, da de ældste beskæftigede i dag ikke skiftede så ofte job, da de var unge, som unge gør i dag, og en alderseffekt, da antallet af jobskifte alt andet lige aftager med alderen.

I det følgende defineres et jobskifte både som et skift fra en virksomhed til en anden eller et skift i jobfunktion inden for samme virksomhed, f.eks. hvis man bliver forfremmet. Skift til en ny virksomhed kan være inden for samme branche, eksempelvis fra et supermarked til et andet, men det kan også være til en virksomhed i en ny branche, eksempelvis et skifte fra jobbet i supermarkedet til et job som cafémedarbejder.

Knap halvdelen af alle jobskifte blandt beskæftigede er til et job inden for samme branche og arbejdsfunktion, som personen forlod. Det kan f.eks. være fra et job som mekaniker i et autoværksted til et nyt autoværksted. jf. figur 3.4.1.

Figur 3.4.1 – Definition af jobskifte



Anm.: Hvis den beskæftigede f.eks. bliver forfremmet og får en ny arbejdsfunktion inden for samme virksomhed, så forudsætter analysen, at lønkontoret i kølvandet af dette får justeret arbejdsfunktionen for personen, når der lønindberettes. Hvis dette ikke sker, så vil den beskæftigede reelt have skiftet job, men jobskiftet fremgår ikke af statistikken. Det betyder, der er en risiko for, at antallet af jobskifte, hvor personen bliver på arbejdspladsen men har ny arbejdsfunktion, undervurderes.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2012*, NFA.

Det tæller også som et skift, hvis personerne ansættes efter en periode uden lønindkomst. Det kan f.eks. være efter en periode med ledighed eller uddannelse. De metodiske afgrænsninger og analysedesignet er nærmere beskrevet i bilag 3.1.

Analyserne fortæller ikke noget om årsagen til, at personen har skiftet job. Oftest vil det bunde i mange forskellige forhold, f.eks. personligt ønske om nye arbejdsopgaver, forfremmelse, opsigelse eller bedre match mellem den fysiske kapacitet og kravene i arbejdet.

Boks 3.4.1 – Mobilitetsanalyser

De indledende mobilitetsanalyserne er fordelt på branche, jobfunktion og uddannelse. Analyserne ser på jobskifte fra 2013 til 2017 blandt lønmodtagere ansat i virksomheder i Danmark i perioden, og hvor lønnen er indberettet af arbejdsgiveren til SKAT's eIndkomstregister. Der tages udgangspunkt i branche, jobfunktion og uddannelse primo 2013. Det er en betingelse, at personen har været en del af befolkningen i hele perioden.

De efterfølgende mobilitetsanalyser, som knytter sig til oplevelsen af, hvor fysisk hårdt arbejdet er, tager udgangspunkt i 20.676 beskæftigede i alderen 18-64 år, som i 2012 besvarede *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen*. Denne gruppe er efterfølgende fulgt fra 2013 til 2017 for at se, i hvilket omfang de skifter job.

De beskæftigede i analysepopulationen er i 2012 almindelige lønmodtagere eller lønmodtagere med personaleansvar. Dertil kommer, at de har besvaret spørgsmålet i *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen* om, hvor fysisk hårdt de oplevede deres arbejde. Antallet af besvarelser svarer til 1.787.300, når svarene er vægtede, så de er repræsentative i forhold til befolkningen.

Jobskiftene er enten ved at skifte til en ny arbejdsfunktion på samme arbejdsplads, ved ansættelse på en ny arbejdsplads eller ved ansættelse efter en periode uden lønindkomst.

Jobmobiliteten varierer afhængigt af branche

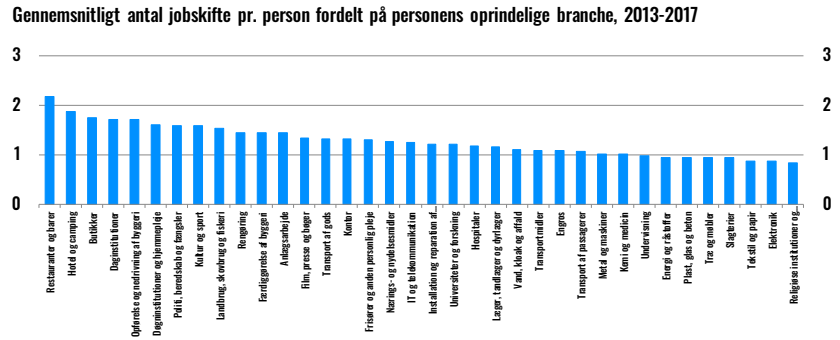
Der er generelt høj jobmobilitet på det danske arbejdsmarked, men der er relativt store forskelle i mobiliteten blandt beskæftigede på tværs af brancher.

For nogle brancher, såsom restauranter og barer, afhænger efterspørgslen efter medarbejdere i høj grad af sæsonen. Der vil derfor i højere grad være sæsonafhængige kortere kontrakter end inden for eksempelvis kemi og medicin, som også kan være med til at trække det gennemsnitlige antal jobskifte op. Også andelen af unge medarbejdere i en given branche kan være med til at øge det gennemsnitlige antal jobskifte, da unge skifter job oftere end ældre generationer og ofte har fritidsjob af kortere varighed.

Fordeles de beskæftigede på den branche, de var ansat i som udgangspunkt, topper det gennemsnitlige antal jobskifte blandt personer, der som udgangspunkt var ansat i "restauranter og barer", "hotel og camping" og "butikker". I den anden ende af skalaen har personer, der

var ansat i brancher som f.eks. "slagterier" og "elektronik" i gennemsnit skiftet job knap 1 gang over den 5-årige periode, jf. 3.4.2.

Figur 3.4.2 – Brancheforskelle i mobiliteten

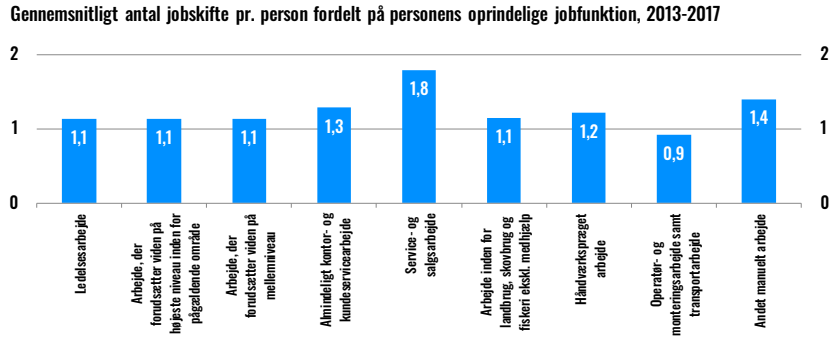


Anm.: I figuren indgår personer, der i løbet af 2013-2017 har været lønmodtagere og dermed haft lønindkomst i BFL-registret. Der betinges på, at personerne optræder i befolkningen fra januar 2013 til januar 2018. Jobskifte er defineret som skift fra ledighed, imellem virksomheder eller i jobfunktion inden for samme virksomhed. Se boks 3.1 og bilag 3.1 for metode.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af tal fra Danmarks Statistik.

Uanset hvilken arbejdsfunktion man varetager, er der gode muligheder for at skifte job. For 8 ud af 9 grupper gælder det, at de i gennemsnit skifter job lidt mere end 1 gang på 5 år, jf. figur 3.4.3. Gruppen "operatør- og monteringsarbejde samt transportarbejde" skifter job lidt mindre end 1 gang på 5 år.

Figur 3.4.3 – Mobiliteten fordelt på jobfunktioner



Anm.: I figuren indgår personer, der i løbet af 2013-2017 har været lønmodtagere og dermed haft lønindkomst i BFL-registret. Der betinges på, at personerne optræder i befolkningen fra januar 2013 til januar 2018. Jobskifte er defineret som skift fra ledighed, imellem virksomheder eller i jobfunktion inden for samme virksomhed. Se boks 3.1 og bilag 3.1 for metode.

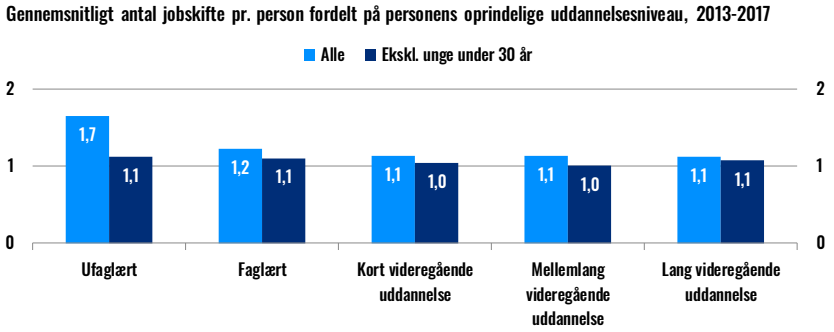
Kilde: Egne beregninger på baggrund af tal fra Danmarks Statistik.

Personer, der i udgangspunktet varetog et job inden for service- og salgsarbejde eller andet manuelt arbejde som f.eks. rengøring og tilberedning af mad, skifter over den 5-årige periode job oftere end personer ansat i øvrige jobfunktioner. Dette hænger i høj grad sammen med, at der inden for service- og salgsarbejde og andet manuelt arbejde er ansat forholdsvis mange unge mennesker, som i gennemsnit skifter job oftere end øvrige medarbejdergrupper.

Høj jobmobilitet for alle uddannelsesniveauer

Uddannelsesbaggrunden afgør ikke, om den beskæftigede benytter sig af de muligheder, det fleksible arbejdsmarked giver. Blandt personer, der som udgangspunkt var ufaglærte, er det gennemsnitlige antal jobskifte en del højere end for personer med et højere uddannelsesniveau. Tallene for ufaglærte er i særlig grad påvirket af antallet af unge i denne gruppe, som endnu ikke har taget sig en uddannelse. Ser man bort fra unge under 30 år, har uddannelsesbaggrunden nærmest ingen betydning. De beskæftigede skifter i gennemsnit job ca. 1 gang på 5 år, uanset hvilken uddannelsesbaggrund de har, jf. figur 3.4.4.

Figur 3.4.4 – Mobiliteten fordelt på uddannelse



Anm.: I figuren indgår personer, der i løbet af 2013-2017 har været lønmodtagere og dermed haft lønindkomst i BFL-registret. Der betinges på, at personerne optræder i befolkningen fra januar 2013 til januar 2018. Jobskifte er defineret som skift fra ledighed, imellem virksomheder eller i jobfunktion inden for samme virksomhed. Brancherne er markeret som "omfattet af Sporskifteordningen", hvis branchen er omfattet af regeringens sporskifteordning, jf. boks 3.2. Se boks 3.1 og bilag 3.1 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af tal fra Danmarks Statistik.

Det ensartede billede på tværs af uddannelsesbaggrund stemmer overens med, at mange arbejder på et andet arbejdsfunktionsniveau, end hvad deres uddannelsesniveau tilsiger. Alene blandt ufaglærte arbejder 2 ud af 3 i job over deres formelle kvalifikationsniveau, og hver 4. arbejder på højt kvalifikationsniveau, jf. DA-rapport, 2018.

Der er således generelt høj mobilitet på det danske arbejdsmarked. Men det er i højere grad kulturen og strukturen i branchen samt arbejdsfunktionen, der hænger sammen med, hvor ofte den beskæftigede får et nyt job, end uddannelsesbaggrunden.

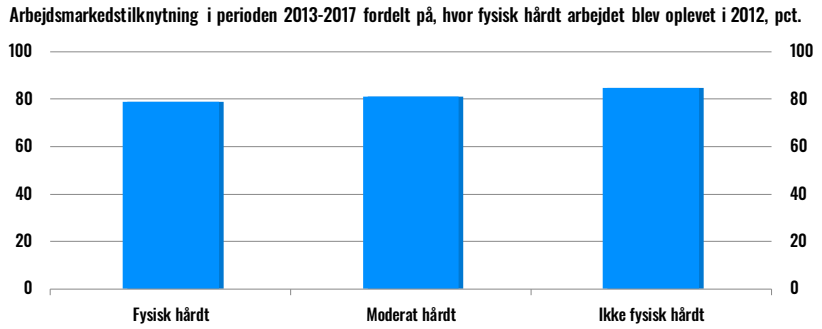
3.5 Jobskifte er en del af arbejdslivet

Kapitel 2 så nærmere på den del af *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsens* respondenter i alderen 18 til 64 år, som havde svaret på, om de oplevede deres job som fysisk hårdt, moderat fysisk hårdt eller ikke fysisk hårdt.

Generelt gælder det for alle 3 grupper af beskæftigede, at de har en høj tilknytning til arbejdsmarkedet. I de perioder, hvor der ikke er arbejdsmarkedstilknytning, kan det skyldes alt fra ledighed, uddannelse, pensionering og sygdom. I gennemsnit har alle et lønmodtagerjob i 4 ud af 5 år.

Personer, der i 2012 oplevede, at deres job var fysisk hårdt, har dog en lidt lavere beskæftigelsesgrad henover de følgende 5 år, end personer der ikke oplevede, at arbejdet var fysisk hårdt, jf. figur 3.5.1.

Figur 3.5.1 – Generelt høj tilknytning til arbejdsmarkedet



Anm.: 20.676 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10 og opfylder kravet om at være en del af befolkningen fra januar 2013 til januar 2018. En beskæftigelsesgrad på 100 angiver, at man har været beskæftiget hele tiden fra 2013 til 2017. Beskæftigelse defineres ved lønindkomst en given måned. Modsætningen er perioder med SU, selvforsørgelse, ledighed, øvrige midlertidige offentlige forsørgelsesydelser samt perioder med førtidspension og folkepension.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2012*, NFA, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase *DREAM*.

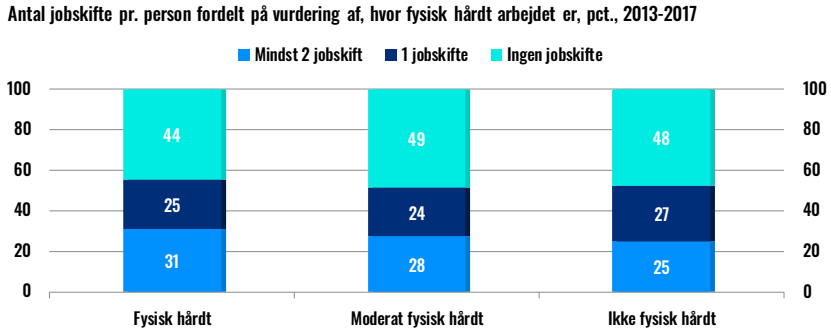
En stor andel af de yngste i målgruppen vil være midlertidigt ude af arbejdsmarkedet, da de er ved at tage en uddannelse. I den anden ende af aldersspektret vil nogen være gået på pension i perioden og dermed være permanent ude af arbejdsmarkedet.

Også undervejs i arbejdslivet kan der være årsager til, at man ikke er i beskæftigelse. Det kan bl.a. skyldes, at man oplever at have et ledighedsforløb, at man har en længerevarende sygemelding, der berettiger til sygedagpenge, eller man har fået et barn og er på barselsdagpenge. Det er således en meget sammensat gruppe, der er uden beskæftigelse.

Personer, der oprindeligt oplevede deres job som fysisk hårdt, har i højere grad været midlertidigt uden for arbejdsmarkedet i eksempelvis ledighed, end beskæftigede, der ikke oplevede, at jobbet var fysisk hårdt. Den lidt lavere arbejdsmarkedstilknytning er således ikke et udtryk for, at de i højere grad er overgået til permanente ydelser såsom førtidspension og efterløn.

Lidt mere end halvdelen af de beskæftigede har skiftet job mindst 1 gang fra 2013 til 2017. Det gælder, uanset hvor fysisk hårdt – de som udgangspunkt oplevede – deres job var, jf. figur 3.5.2.

Figur 3.5.2 – Halvdelen skifter job mindst 1 gang på 5 år



Anm.: 20.676 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10 og opfylder kravet om at være en del af befolkningen fra januar 2013 til januar 2018. Jobskifte er defineret som skift fra ledighed, imellem virksomheder eller i jobfunktion inden for samme virksomhed. Se boks 2.3.1, boks 3.1 og bilag 3.1 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af tal fra Danmarks Statistik og *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2012*, NFA.

I gennemsnit har lønmodtagere, der i starten af perioden oplevede deres arbejde som fysisk hårdt, i løbet af de følgende 5 år skiftet job 1,2 gange. Til sammenligning har personer, der som udgangspunkt ikke syntes, deres arbejde var fysisk hårdt, i gennemsnit skiftet 1,0 gange i samme periode, jf. tabel 3.5.1. De skifter således job lidt oftere end personer, som ikke syntes, deres arbejde var fysisk hårdt.

Tabel 3.5.1 – Høj mobilitet på det danske arbejdsmarked

	Jobskifte fra 2013 til 2017		
	Gns. antal jobskifte pr. person	Antal jobskifte i alt	Antal personer
Ikke fysisk hårdt	1,0	706.600	737.200
Moderat fysisk hårdt	1,1	707.700	651.600
Fysisk hårdt	1,2	263.000	216.200
I alt	**1,0**	**1.677.200**	**1.605.100**

Anm.: 20.676 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10 og opfylder kravet om at være en del af befolkningen fra januar 2013 til januar 2018. Antal jobskifte og personer er afrundet til hele hundrede og summer derfor ikke nødvendigvis til totalen. Jobskifte og personer er vægtet, så de er repræsentative i forhold til befolkningen. Se boks 2.3.1, boks 3.1 og bilag 3.1 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre og *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2012*, NFA.

Jobmobiliteten varierer igennem livet. Uanset aldersgruppen gælder det imidlertid, at personer, der som udgangspunkt oplevede deres job som fysisk hårdt i 2012, i gennemsnit skiftede job lidt oftere end andre i de efterfølgende 5 år, jf. bilag 3.2.

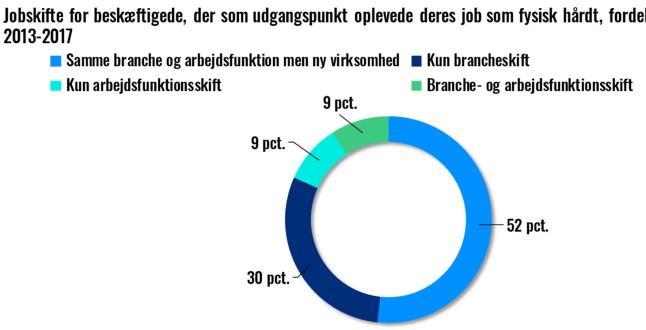
Analysen fortæller ikke noget om årsagen til, personen har skiftet job. Oftest vil det bunde i mange forskellige forhold. Nogen har det bedst i rammer, de kender, eller har mulighed for nye opgaver i samme job og skifter derfor sjældent job, mens andre motiveres af nye rammer og udfordringer og derfor skifter job oftere. Andre igen skifter job, forbi omstændigheder er forandrede – det kan være enten skiftende familieforhold, de står på tærsklen til en ny livsfase, virksomheden omstrukturer, konjunkturerne skifter, eller de har brug for bedre match mellem den fysiske kapacitet og kravene i arbejdet.

Beskæftigede har 4 forskellige typer af jobskifte

Et jobskifte til en ny arbejdsfunktion kan være på et andet, nyt eller samme kvalifikationsniveau. Enten inden for samme branche, men hvor indholdet i jobbet er et andet – f.eks. fra manuelt produktionsarbejde til varekontrollør eller kontrolarbejde vedrørende arbejdsmiljø. Eller til en anden branche – f.eks. fra industri til transport.

Ses alene på jobskifte for personer, der i 2012 oplevede, at deres job var fysisk hårdt, er godt halvdelen af jobskiftene sket inden for samme branche og arbejdsfunktion, og 30 pct. er sket til en ny branche, men hvor arbejdsfunktionen bevares. For 8 ud af 10 sker der således ikke et skift i arbejdsfunktionen, jf. figur 3.5.3.

Figur 3.5.3 – Størstedelen af alle jobskifte er inden for samme branche og arbejdsfunktion

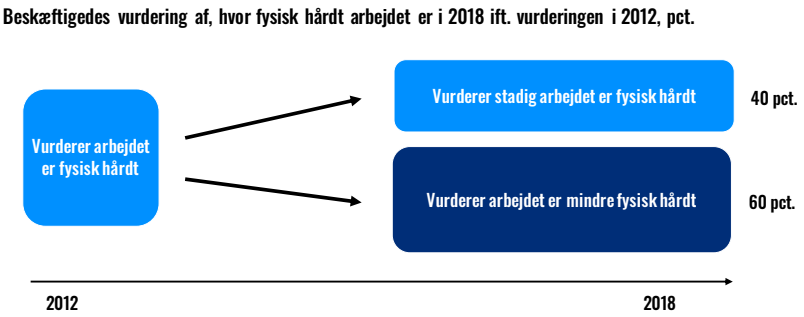


Anm.: 20.676 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10 og opfylder kravet om at være en del af befolkningen fra januar 2013 til januar 2018. Jobskifte er defineret som skift fra ledighed, imellem virksomheder eller i jobfunktion inden for samme virksomhed. Personer kan skifte job flere gange og vil i så fald optræde flere gange i denne omgang. Se boks 2.3.1, boks 3.1 og bilag 3.1 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af tal fra Danmarks Statistik og *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2012*, NFA.

For beskæftigede, der oplevede, at deres job var fysisk hårdt i 2012, forbliver arbejdsfunktionen i højere grad den samme, selv om de får et nyt job i samme branche eller skifter til en ny branche, end det er tilfældet blandt øvrige lønmodtagere, jf. figur 3.4.1.

Arbejdsfunktioner er ofte defineret med stor bredde og kan dermed dække over mange forskellige arbejdsopgaver. Beskæftigede, der f.eks. har job inden for arbejdsfunktionen "renovationsarbejde", kan arbejde som slamsuger, viceværtsmedhjælper eller renovationsarbejder. Derfor kan også jobskifte inden for samme arbejdsfunktion betyde nye og afvekslende arbejdsopgaver. 6 ud af 10 beskæftigede, som i 2012 oplevede, at jobbet var fysisk hårdt, har ikke længere oplevelsen af at have et fysisk hårdt job i 2018, jf. figur 3.5.4. De oplever i stedet deres job som moderat fysisk hårdt eller ikke fysisk hårdt.

Figur 3.5.4 – Mulighed for at skifte til mindre fysiske hårde job, hvis det ønskes



Anm.: 7.484 individer (beskæftigede) har både i 2012 og 2018 besvaret spørgsmålet: "Hvor hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. "Ikke fysisk hårdt arbejde" defineres som 0-2 på skalaen, "moderat fysisk hårdt" som 3-7, og "fysisk hårdt" som 8-10. Beskæftigede er defineret som almindelige lønmodtagere og lønmodtagere med personaleansvar. Populationen er ikke nationalt repræsentative tal, se boks 2.3.1 og 2.5.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2012* og *2018*, NFA.

For beskæftigede, som i 2012 oplevede deres job som moderat fysisk hårdt eller ikke fysisk hårdt, har størstedelen samme vurdering i 2018. En mindre andel oplever arbejdet som mere fysisk hårdt i 2018, jf. bilag 3.2, figur 3.A.

Taget i betragtning at knap halvdelen af personerne, der oplevede at have et hårdt fysisk job i 2012, ikke har foretaget et jobskifte i de følgende 5 år, jf. figur 3.5.2, indikerer de 60 pct., der i 2018 ikke længere oplever, at jobbet er fysisk hårdt, at der ikke nødvendigvis skal et jobskifte til, før oplevelsen af, hvor fysisk hårdt jobbet er, ændrer sig. Den ændrede oplevelse af, hvor hårdt jobbet er, kan både skyldes, at opgaverne ændrer sig i det eksisterende job, at der er kommet nye tekniske hjælpemidler, og at individet bliver bedre rustet til at varetage jobbet. Arbejdet kan således godt opleves mindre fysisk hårdt, selv om man ikke har skiftet arbejdsfunktion.

Sporskifteordningen kan understøtte mobilitet i udvalgte brancher

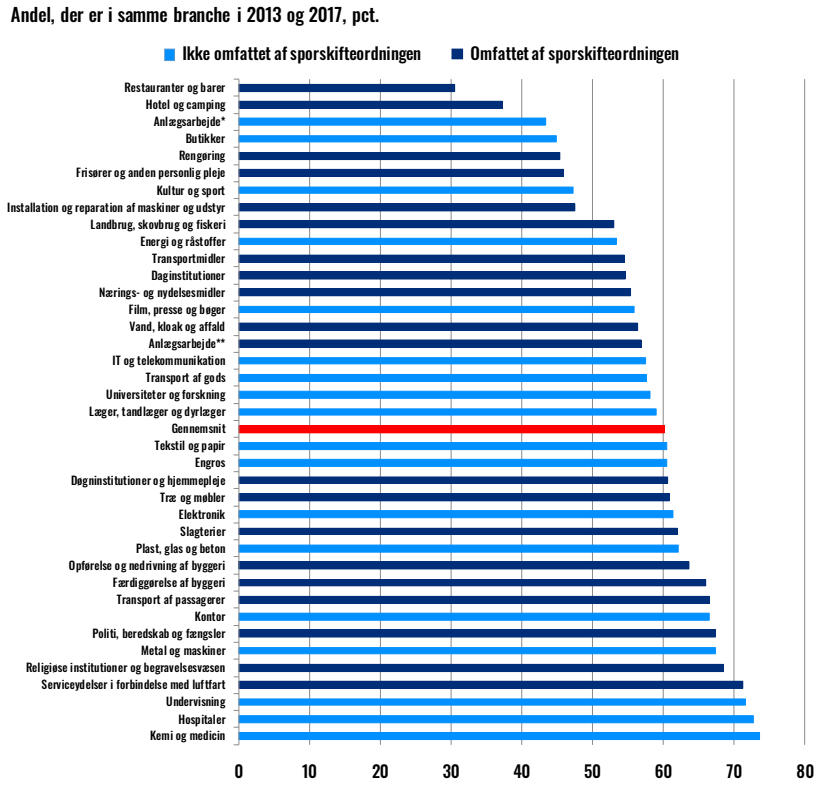
Hvis beskæftigede oplever, at de ikke har fysisk kapacitet til at imødekomme de fysiske krav, der stilles i jobbet, kan et jobskifte hjælpes på vej gennem erhvervelse af nye kompetencer. Det kan f.eks. opnås på jobbet eller gennem relevante uddannelsesforløb, som medarbejderne har adgang til via deres overenskomst. Dertil kommer, at medarbejdere i nogle brancher har mulighed for at forbedre deres kompetencer via støtte fra Sporskifteordningen.

Sporskifteordningen yder økonomisk finansiering til omskoling af medarbejdere i udvalgte brancher med henblik på at fastholde dem på arbejdsmarkedet. Omskolingen kan ske via deltagelse i vejledning, efteruddannelse og praktik. I alt er 20 brancher en del af Sporskifteordningen, jf. boks 3.2.

På tværs af de brancher, der ifølge regeringens sporskifteordning er karakteriseret som særligt nedslidningstruede på grund af fysisk eller psykisk belastende arbejde, er der stor forskel på, hvor ofte medarbejderne i gennemsnit skifter job, jf. figur 3.4.2.

Det varierer også, hvor stor en andel der fortsat er beskæftiget i samme branche efter 5 år. Blandt personer, der i 2013 var ansat i restauranter og barer, er 30 pct. fortsat ansat i branchen i 2017. Til sammenligning er over 70 pct. af de personer, der i 2013 var ansat inden for "serviceydelser i forbindelse med luftfart" fortsat ansat i branchen 5 år senere, jf. figur 3.5.5.

Figur 3.5.5 – Over halvdelen er i samme branche efter 5 år



Anm.: 2.093.130 personer var i 2013 lønmodtagere og fortsat en del af befolkningen i januar 2018. Der er betinget på, at personerne var mellem 18 og 59 år i 2013, så de ikke kan være gået på folkepension i 2017. Brancherne er markeret som "omfattet af Sporskifteordningen", hvis branchen er omfattet af regeringens sporskifteordning, jf. boks 3.2. Brancheopdelingen er lavet i overensstemmelse med Arbejdstilsynets inddeling, og Sporskifteordningens brancher er defineret i overensstemmelse med Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings liste. Anlægsarbejde* dækker over brancher inden for anlægsarbejde, som ikke er omfattet af Sporskifteordningen, mens anlægsarbejde** dækker over brancher inden for anlægsarbejde, som *er* omfattet af Sporskifteordningen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af tal fra Danmarks Statistik.

Som nævnt tidligere skifter unge i højere grad job end øvrige beskæftigede. Det spiller også ind i forhold til, hvor stor en andel beskæftigede der fortsat er i samme branche 5 år senere. Blandt de personer, som er ansat i restauranter eller barer, er der en relativt stor andel unge. Det er en del af forklaringen på, hvorfor færrest fortsat er ansat i branchen for restauranter og barer.

Boks 3.2 – Brancher i Sporskifteordningen

Målgruppen er ordinært ansatte medarbejdere inden for de udvalgte brancher, som enten er i risiko for at blive nedslidte eller er nedslidte på grund af fysisk eller psykisk belastende arbejde. Der er ingen krav til medarbejderens jobfunktion, uddannelse eller alder.

Brancherne, som er omfattet af Sporskifteordningen, er udvalgt efter følgende kriterier:

- Top 3-brancher for henholdsvis kvinder og mænd i tilgangen til førtidspension, heriblandt også ressourceforløb og fleksjob.
- Top 3-brancher i forhold til tilgangen til efterløn.
- Top 3-brancher i forhold til langtidssygefravær.
- Top 10-brancher med lav selvvurderet arbejdsevne.

Branchen "transport af gods – serviceydelser i forbindelse med luftfart" er efterfølgende tilføjet. Sporskifteordningen inkluderer dermed 20 branchegrupper, som er listet i bilag 3.3. Brancheopdelingen er baseret på Arbejdstilsynets branchegrupper.

Fra juli 2018, hvor der blev genåbnet for ansøgninger til Sporskifteordningen, til udgangen af 2018 blev der givet tilsagn for i alt 7,7 mio. kr. ud af de 9,5 mio. kr. afsat på finansloven for 2018. Pengene er fordelt til 21 virksomheder og i alt 110 medarbejdere. I 2019 er der afsat 25 mio. kr.

Kilde: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering.

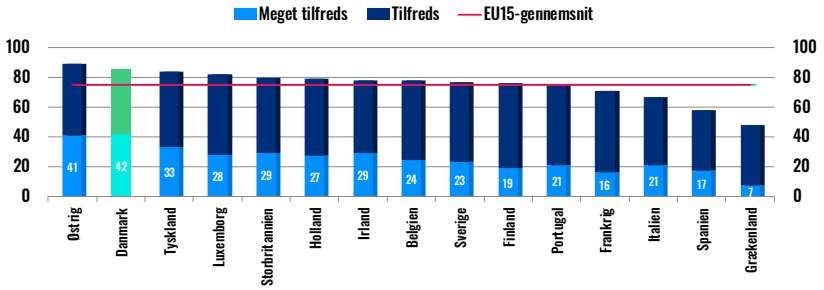
Der er således gode muligheder for den enkelte beskæftigede til at skifte job på det danske arbejdsmarked. Det gælder både, hvis den beskæftigede har nemt ved at skifte job, og hvis den beskæftigede har brug for at udbygge sine kompetencer, inden han eller hun rykker videre til næste job. Dermed kan arbejdsmarkedstilknytningen bevares hele livet.

Bilag

Bilag 1.1 Figur til kapitel 1

Figur 1.A – Danskerne er meget tilfredse med arbejdsmængde og -hastighed i deres job

Andel, der er tilfredse med arbejdsmængde og -hastighed i deres job, pct., 2014



Anm.: Beskæftigede, der har besvaret følgende spørgsmål: "Mere præcist, hvor tilfreds er du med hver af de følgende aspekter i dit nuværende job? Din arbejdsmængde eller din arbejdshastighed". EU15-gennemsnittet er et simpelt gennemsnit af de 15 landes besvarelser.
Kilde.: Eurobarometer, april 2014.

Bilag 2.1 Datagrundlaget i kapitel 2

I rapporten er dele af analyserne baseret på NFA's spørgeskemaundersøgelse *Arbejdsmiljø og Helbred 2016*.

Der findes også målinger med bevægelsessensorer (accelerometre) i forskellige brancher og jobfunktioner, hvor de faktiske arbejdsstillinger kan dokumenteres. Datasættene er dog indtil videre meget små og derfor ikke mulige at benytte i nærværende analyse.

Der findes ligeledes en række spørgeskemadata, der opgør forhold i det fysiske arbejdsmiljø, med den enkeltes vurdering af, hvor lang tid af arbejdsdagen en konkret arbejdsstilling forekommer. Fælles for denne type spørgsmål er, at de alene kan måle, om arbejdsstillingen forekommer i arbejdet, men tidsestimaterne på, hvor længe man står i den konkrete stilling, har vist sig at være overestimerede, jf. Gupta og Holtermann, 2016. Derudover findes modeller, hvor spørgeskemadata er brugt til at estimere belastninger i arbejdet, som f.eks. NFA's belastningsindeks, men som rummer nogle metodiske udfordringer.

NFA har konstrueret et teoretisk belastningsindeks, der identificerer personer, der falder inden for indekset, ved både at have høje selvvurderede arbejdsbelastninger og selvvurderede symptomer.

Belastningsindekset måler reelt ikke, om nogen er psykisk eller fysisk overbelastede i klinisk forstand. NFA har påpeget, at man ikke kan måle overbelastninger med en spørgeskemaundersøgelse. Ved at gennemføre disse spørgeskemaundersøgelser hver andet år er det dog muligt at følge den relative udvikling i andelen af beskæftigede, der er omfattet af indekset. Undersøgelsen er gennemført i 2012, 2014 og 2016.

Et problem ved metoden bag belastningsindekset er desuden, at det antages, at arbejdsbelastninger *altid* er årsag til alle rapporterede symptomer. Denne antagelse om en definitiv envejs-årsags-virkningssammenhæng er der imidlertid ikke forskningsmæssig støtte for. Årsags-virkningskæden mellem arbejdet og helbred kan således gå begge veje.

Bilag 2.2 Jobfunktioner inddelt i 9 DISCO-hovedgrupper

DISCO-koder beskrives på følgende vis.

1) Ledelsesarbejde: Direktører, lovgivere og højere embedsmænd. Hovedgruppen omfatter ledelsesarbejde på virksomhedens øverste administrative plan – uanset virksomhedens størrelse og uanset arbejdets krav til færdighedsniveau. I denne gruppe hører også personer, som leder dele af virksomheden, der økonomisk og personalemæssigt fungerer som selvstændige enheder.

2) Arbejde, der forudsætter viden på højeste niveau inden for det pågældende område: Arbejde, der består i anvendelse af viden og/eller forskning på det højeste niveau inden for et bestemt fagområde. Endvidere medarbejdere beskæftiget med undervisningsarbejde, der kræver høj faglig viden eller faglig viden kombineret med pædagogisk viden samt kunstnerisk eller anden intellektuel udfoldelse på højt niveau.

3) Arbejde, der forudsætter viden på mellemniveau: Omfatter bl.a. teknikere og assistenter, funktioner inden for salg, finansiering, forretningsservice og administration samt politimæssigt arbejde.

4) Almindeligt kontor- og kundeservicearbejde: Almindeligt kontorarbejde og kundeservice vedrørende pengetransaktioner, reservationer og lignende. Endvidere registreringsarbejde vedrørende varelagre, transport, produktion, udlån og telefonomstillingsarbejde.

5) Service- og salgsarbejde: Servicearbejde med relation til rejseaktivitet, husholdning, servering, personlig pleje, overvågnings- og redningsvæsen samt salgsarbejde vedrørende kundeekspedition og demonstrationsarbejde.

6) Arbejde inden for landbrug, skovbrug og fiskeri, ekskl. medhjælpere: Arbejde, der retter sig mod det grønne område, som f.eks. gartnere og dyrepassere.

7) Håndværkspræget arbejde: Håndværkspræget arbejde inden for minedrift, industri samt bygge-, anlægs- og fremstillingsvirksomhed. Arbejde, der primært består i betjening af maskiner, er indeholdt i hovedgruppe 8.

8) Operatør- og monteringsarbejde samt transportarbejde: Betjening og overvågning af procesmaskiner og andre stationære maskiner, monterings- og samlebåndsarbejde samt transport- og anlægsarbejde.

9) Andet manuelt arbejde: Medarbejdere beskæftiget med rengøring, pakning og budtjeneste. Ligeledes arbejde, der ikke kræver særlige kvalifikationer inden for områder som landbrug, skovbrug, bygge- og anlægsvirksomhed, fremstillingsvirksomhed og transport.

Kilde: Dansk Arbejdsgiverforening, www.indberetning.da.dk.

Bilag 2.3 Spørgsmålsformuleringer fra NFA

Nedenfor fremgår de fulde spørgsmålsformuleringer til udvalgte figurer i kapitel 2. For hver figur er listet det fulde spørgsmål og alle tilhørende svarmuligheder.

Herunder følger spørgsmålsformuleringen og svarkategorierne for de forskellige spørgsmål fra *Arbejdsmiljø og Helbred* fra NFA, der indgår i kapitel 2. Der beskrives endvidere, hvordan rygning, inaktivitet, søvn, alkohol og BMI er defineret.

Kilde: NFA, *Arbejdsmiljø og Helbred 2018*.

Rygning: Ryger du?

- Ja, dagligt.
- Ja, af og til.
- Har røget, men ryger ikke mere.
- Nej, har aldrig røget.

Rygere er defineret som personer, der svarer; "Ja, dagligt" og "Ja, af og til".

Alkohol: Hvor mange genstande alkohol drikker du pr. dag i gennemsnit?

1. På hverdage (mandag til torsdag).
2. I weekenden (fredag, lørdag og søndag).

Svarmuligheder:

- 0 genstande.
- 1 genstande.
- 2 genstande.
- 3-4 genstande.
- 5 genstande eller derover.

Alkoholforbrug udover Sundhedsstyrelsens anbefaling er defineret som kvinder, der har angivet et alkoholforbrug svarende til mere end 7 genstande og mere end 14 genstande for mænd. Hvis en person har sat kryds i 3-4 genstande pr. dag, anvendes værdien 3. Det samlede alkoholforbrug er derfor en smule undervurderet.

BMI: Hvor høj er du?

- Antal cm.

Hvor meget vejer du?

- Antal kg.

BMI er beregnet ved følgende formel: $BMI = \frac{Vægt\ (kg.)}{Højde\ (m)^2}$

Grænsen for normalt BMI er defineret efter Sundhedsstyrelsens anbefaling, hvor BMI under 18,5 eller større end 25 defineres som BMI uden for normalområdet.

Motion: Hvor meget tid har du i gennemsnit brugt på hver af følgende fritidsaktiviteter i det sidste år? (Medregn også løb, cykling eller gang til og fra arbejde)

1. Gang, cykling eller anden lettere motion, hvor du ikke bliver forpustet eller sveder (f.eks. søndagsture, lettere havearbejde)?

2. Motionsidræt, tungt havearbejde eller hurtig gang/cykling, hvor du sveder og bliver forpustet?

3. Hård træning eller konkurrenceidræt?

Svarmuligheder:

- Over 4 timer pr. uge.
- 2-4 timer pr. uge.
- Under 2 timer pr. uge.
- Dyrker ikke denne aktivitet.

Personer, der motionerer i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefaling til fysisk aktivitet, er defineret som personer, der har svaret:

- Over 4 timer pr. uge for udsagn 1.
- Minimum 2 timer pr. uge for udsagn 2.
- Minimum 2 timer pr. uge for udsagn 3.
- Minimum 2 timer pr. uge for udsagn 1 *og* under 2 timer pr. uge for udsagn 2.

- Minimum 2 timer pr. uge for udsagn 1 *og* under 2 timer pr. uge for udsagn 3.

Søvn: Hvor mange timer har du sovet gennemsnitligt i *døgnet* inden for de sidste 4 uger?

- Ca. 5 timer eller mindre.
- Ca. 6 timer.
- Ca. 7 timer.
- Ca. 8 timer.
- Ca. 9 timer.
- Ca. 10 timer eller mere.

Personer, som sover mindre end anbefalet, er defineret som personer, der har svaret, at de sover "5 timer eller mindre" eller " 6 timer".

Bilag 2.4 Karakteristik af de 3 grupper med forskellig oplevelse af, hvor fysisk hårdt arbejdet opleves

Beskæftigede, der har deltaget i *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen* er blevet spurgt om følgende spørgsmål:

Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?
(på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er "ikke hårdt", og hvor 10 er "maksimalt hårdt")

Af alle, der har deltaget i *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen* i alderen 18-64 år, har 36.350 svaret på spørgsmålet om oplevelsen af den fysiske anstrengelse af arbejdet. Det svarer til i alt ca. 2,1 mio. personer, når besvarelserne er vægtet, så de er repræsentative i forhold til befolkningen. Heraf har 33.489 angivet, at de er almindelige lønmodtagere og lønmodtagere med personaleansvar, hvilket udgør analysepopulationen for denne undersøgelse. Det svarer til ca. 1,9 mio. beskæftigede.

Spørgsmålet med selvvurderet anstrengelse i arbejdet benyttes i analyserne som et mål for, hvor fysisk hårdt den enkelte oplever, at en aktivitet er. Spørgsmålet er ikke et objektivt mål for de faktiske eksponeringer eller belastninger i arbejdet. Spørgsmålet kan anvendes til at sige noget, om den enkeltes fysiske kapacitet og arbejdsevne matcher med de fysiske krav, der er i arbejdet.

I denne analyse er det valgt at opdele besvarelserne i 3 grupper: "Ikke fysisk hårdt arbejde" defineret som personer, der svarer 0-2 på spørgsmålet, "Moderat fysisk hårdt arbejde" defineret som personer, der svarer 3-7 og "Fysisk hårdt arbejde" defineret som personer, som svarer 8-10 på spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?".

NFA opdeler ikke selv spørgsmålet på lignende vis. Ved beregninger på indekset for muskel- og skeletbesvær indgår en score på mindst 6 i kombination med, at den beskæftigede samtidig svarer, at han/hun er begrænset af smerter i arbejdet, er træt efter en arbejdsdag og er udsat for en af de udvalgte eksponeringer. Det er således ikke direkte sammenligneligt.

Tabel 2.A – Grundlæggende karakteristik af de 3 grupper af beskæftigede

Pct.	Karakteristika			
	Ikke fysisk hårdt (0-2)	Moderat fysisk hårdt (3-7)	Fysisk hårdt (8-10)	I alt
Køn				
Mænd	46	43	11	100
Kvinder	50	41	9	100
Alder				
18-29 år	37	52	11	100
30-54 år	51	40	9	100
55+ år	47	43	10	100
Uddannelse				
Ufaglærte	33	53	14	100
Faglærte	34	51	15	100
Videregående	65	31	4	100

Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. Se bilag 2.2. for de fuldstændige spørgsmålsformuleringer og boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA, og Danmarks Statistik (UDDA2018).

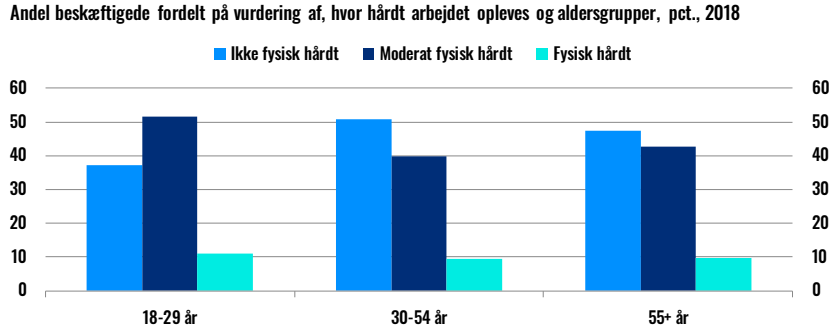
Tabel 2.B – Livsstil for de 3 grupper af beskæftigede

Pct.	Karakteristika		
	Ikke fysisk hårdt (0-2)	Moderat fysisk hårdt (3-7)	Fysisk hårdt (8-10)
Motion	100	100	100
Følger ikke anbefalingen om fysisk aktivitet	31	35	41
Følger anbefalingen om fysisk aktivitet	69	65	59
Rygning	100	100	100
Ryger	15	22	29
Ikke-ryger	85	78	71
BMI	100	100	100
BMI udenfor normalområdet	49	55	58
BMI indenfor normalområdet	51	45	42
Alkohol	100	100	100
Mere end 7 (14) genstande	25	24	24
Mindre end 7 (14) genstande	75	76	76
Søvn	100	100	100
Mindre end 7 timer	28	33	43
7 timer eller mere	72	67	57
Livsstil	100	100	100
Med risikabel livsstil	9	12	16
Der ikke følger 2 anbefalinger	27	30	33
Der ikke følger 1 anbefaling	41	39	37
Med anbefalet livsstil	24	19	14

Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. Se bilag 2.2. for de fuldstændige spørgsmålsformuleringer og boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

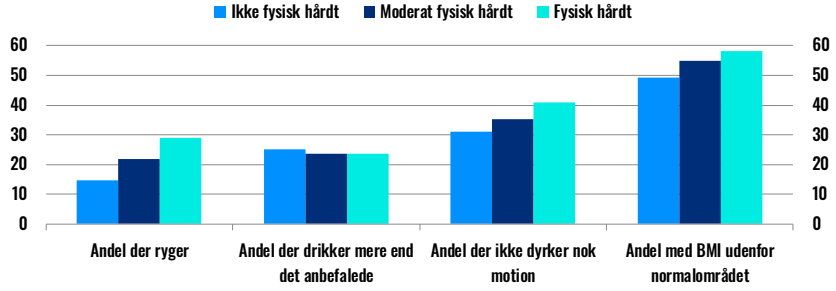
Bilag 2.5 Figurer til kapitel 2

Figur 2.A – Flere unge vurderer, at jobbet er fysisk hårdt eller moderat fysisk hårdt



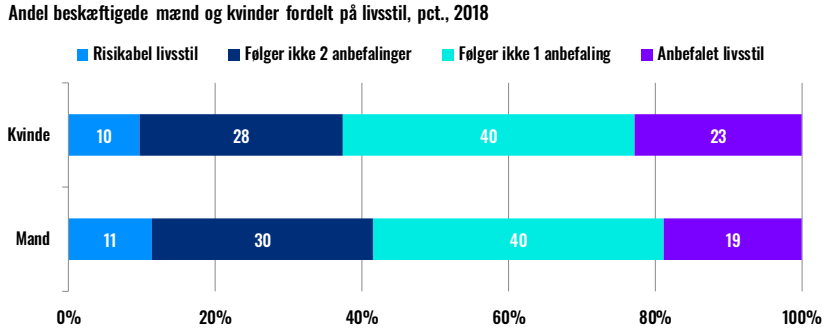
Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. Se bilag 2.2. for de fuldstændige spørgsmålsformuleringer og boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Figur 2.B – Fysisk hårdt arbejde og dårlig livsstil følges ad



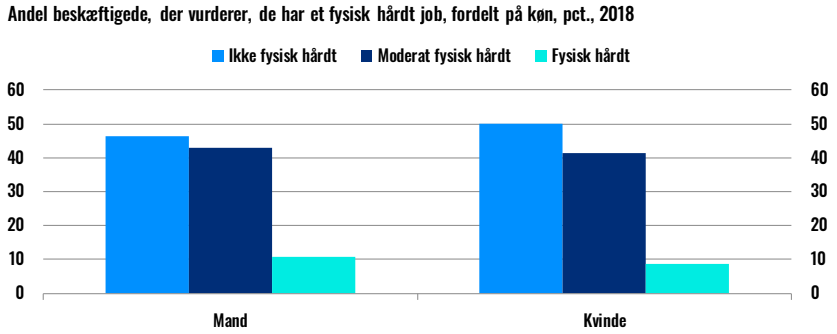
Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. Se bilag 2.2. for de fuldstændige spørgsmålsformuleringer og boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Figur 2.C – Lidt flere mænd har risikabel livsstil



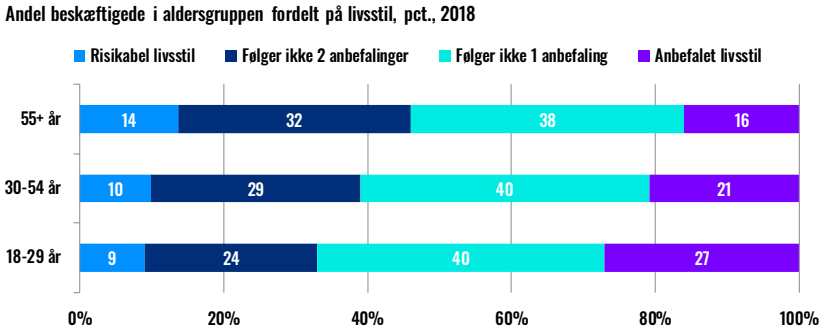
Anm.: 32.429 beskæftigede har besvaret spørgsmålene om livsstil. Se boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Figur 2.D – Flere mænd end kvinder oplever at have fysisk hårde jobs



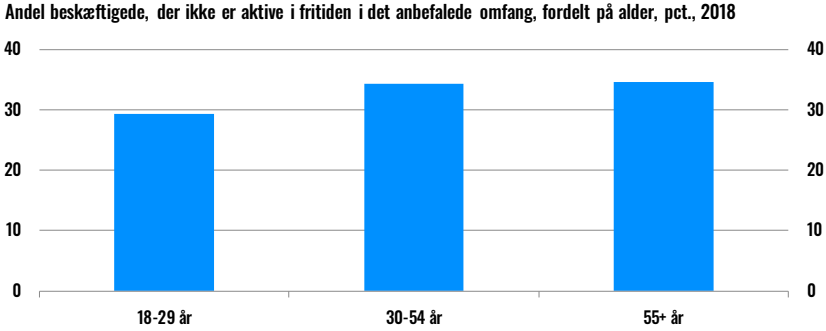
Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. Se bilag 2.2. for de fuldstændige spørgsmålsformuleringer og boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Figur 2.E – Flere med risikabel livsstil blandt seniorer



Anm.: 32.429 beskæftigede har besvaret spørgsmålene om livsstil. Se boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

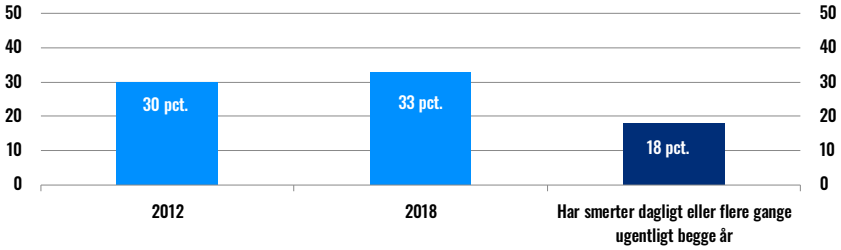
Figur 2.F – Hver 3. er ikke aktiv nok i fritiden



Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. Se bilag 2.2. for de fuldstændige spørgsmålsformuleringer og boks 2.3.1 og 2.4.2 for metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Figur 2.G – Mindre end hver 5. har smerter både i 2012 og 2018

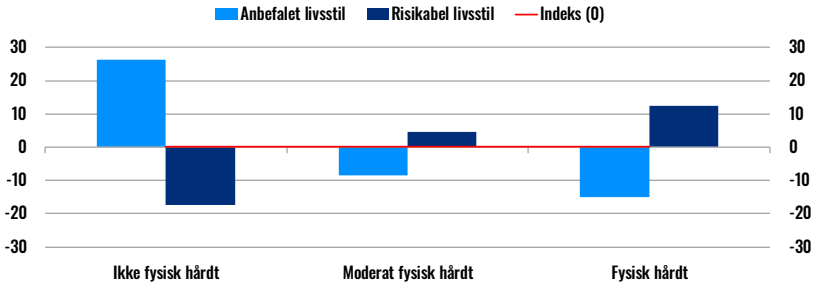
Andel beskæftigede, der har haft smerter dagligt eller flere gange om ugen inden for de sidste 3 måneder, 2012 kontra 2018, pct.



Anm.: 7.403 beskæftigede har både i 2012 og 2018 besvaret spørgsmålet: "Hvor ofte har du haft smerter inden for de sidste 3 måneder?". Beskæftigede er defineret som almindelige lønmodtagere og lønmodtagere med personaleansvar. "En eller flere gang om ugen" og "dagligt".
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2012* og *2018*, NFA.

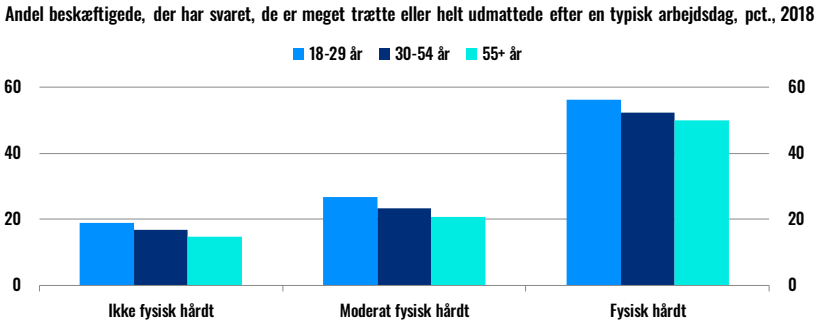
Figur 2.H – Risikabel livsstil giver større risiko for at være begrænset af smerter

Indeks for hhv. anbefalet/risikabel livsstil for beskæftigede, der er begrænset af smerter, fordelt på vurdering af, hvor fysisk hårdt arbejdet er, 2018.



Anm.: Indeks (0) er andelen, der er begrænset i arbejdet på grund af smerter inden for hver gruppe, der oplever at have henholdsvis fysisk hårdt, moderat fysisk hårdt eller ikke fysisk hårdt arbejde. Inden for hver gruppe beregnes, om der er flere eller færre, der er begrænset af smerter, hvis de har henholdsvis risikabel eller anbefalet livsstil, end gennemsnittet. F.eks. er andelen, der er begrænset af smerter ca. 15 pct. lavere blandt personer med fysisk hårdt arbejde og anbefalet livsstil end blandt samtlige med fysisk hårdt arbejde.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2012* og *2018*, NFA.

Figur 2.I – Unge med fysisk hårdt job er markant mere trætte, når dagen er slut



Anm.: 33.489 beskæftigede, der har besvaret spørgsmålene: "Hvor træt er du efter en typisk arbejdsdag?" og "Hvor hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10, føler sig meget trætte eller helt udmattede. Ikke fysisk hårdt arbejde defineres som 0-2 på skalaen, moderat fysisk hårdt som 3-7 og fysisk hårdt som 8-10. Beskæftigede er defineret som almindelige lønmodtagere og lønmodtagere med personaleansvar.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2018*, NFA.

Bilag 3.1 Mobilitetsanalyser

Beregningerne tager udgangspunkt i Danmarks Statistiks register *Beskæftigelse for Lønmodtagere* (BFL), som er en bearbejdet udgave af eIndkomstRegisteret.

I rapporten er der anvendt data fra år 2012-2017.

BFL består af alle lønmodtagere ansat i virksomheder i Danmark, hvor lønnen bliver indberettet af arbejdsgiveren til SKAT's eIndkomst. Det vil sige, registeret indeholder også lønmodtagere, som er bosiddende i udlandet. Vi har udelukkende adgang til data for personer, der har en folkeregisteradresse i Danmark.

Definitionen på et job

Til brug for opgørelsen af jobmobilitet er der på månedsniveau fastlagt en hovedbeskæftigelse for hver enkelt lønmodtager i BFL. Hovedbeskæftigelsen er den stilling, personen har haft flest timer i den pågældende måned.

For personer med flere job og lige mange timer i hvert job er jobbet med størst lønindkomst valgt. For personer med korte ansættelser på samme job (samme p-nr., DISCO og branche) er jobbet samlet til et job inden for den pågældende måned.

Et ansættelsesforhold/job er defineret ved at have en varighed på minimum 2 sammenhængende måneder samt at have et timetal på minimum 40 timer om måneden, svarende til kravet for ATP-indbetalinger på 8 timer/uge.

Perioder, hvor personen er registeret som værende i løntilskud, fleksjob eller i jobrotation i samme måned, er udelukket/slettet. Der er udelukkende valgt disse ydelser, da personer modtager en regulær løn fra en arbejdsgiver, hvor virksomheder så modtager støtte fra staten.

Hvis en person bliver genansat på samme virksomhed efter en periode uden lønindkomst fra en anden arbejdsgiver, jf. overstående kriterier, indgår dette ikke med som et jobskifte, uafhængigt af periodens længde.

Dette udelukker en del sæsonarbejde samt personer med orlovsperioder uden lønudbetalinger.

På denne baggrund opgøres antallet af nyansatte på månedsplan. Beregningerne skelner mellem nyansatte, der kommer fra et andet lønmodtagerjob (skift mellem job), og nyansatte, der ikke havde et lønmodtagerjob i måneden før (skift fra ledighed m.v.).

Skift mellem job

Et jobskifte er afgrænset til den situation, hvor en lønmodtagers hovedbeskæftigelse fra en måned til den næste er skiftet mellem 2 arbejdssteder (p-nr.). Det kan f.eks. være skift mellem forskellige detailhandelskæder, men også skift mellem butikker inden for samme detailhandelskæde.

Skift fra ledighed m.v.
Nyansatte er personer, der kommer fra en måned uden lønoplysninger. Det kan være personer, som kommer fra ledighed, uddannelse, selvforsørgede, eller at jobbet ikke er anerkendt som en reel beskæftigelse, jf. *Definitionen på et job*. Derudover kan det også være selvstændige, som skifter til en lønmodtagerstilling, idet BFL kun indeholder lønmodtagerbeskæftigelse, kan der i denne kategori også indgå sådanne skift.

Skift i arbejdsfunktion inden for samme virksomhed
I analysen indgår ligeledes skift, hvor person bliver på samme arbejdssted men skifter jobfunktion (DISCO). En person kan udelukkende skifte jobfunktion, såfremt vedkommende er registeret med en valid DISCO-kode. En valid DISCO-kode er afgrænset således, at de udelukkende indeholder personer, hvor arbejdsfunktionsoplysningerne både passer på virksomheden og perioden for ansættelsen. Der ses på skift i DISCO på 3-cifret niveau.

Korrektioner for ejerskifte, administrative omlægninger m.v.
I modsætning til CPR-numre, så kan identifikationsnummeret/arbejdsstednummeret knyttet til et arbejdssted godt ændre sig over tid, f.eks. i forbindelse med et ejerskifte. Hvis der sker (større) udskiftning af de ansatte, og organisering m.v. ændrer sig, kan det betyde, at en opgørelse på baggrund af skift i arbejdsstedsnummeret overvurderer antallet af jobåbninger. Det er især inden for kommuner og regioner, der er problemer med ustabile arbejdsstedsnumre og fejlbehæftede indberetninger.

Beregningerne korrigerer for dette ved at udelade jobskifte, hvor en stor andel af de ansatte på en virksomhed skifter til en anden virksomhed i samme måned. Konkret er der fastlagt en grænse, som indebærer, at hvis 30 pct. eller flere af de ansatte skifter fra samme virksomhed til samme virksomhed, er der ikke tale om et jobskifte. Grænsen på de 30 pct. svarer til den grænse, som IDA-projektet i sin tid anbefalede, jf. Danmark Statistik, 1991. Korrektionen er kun foretaget for arbejdssteder med mindst 25 ansatte.

Derudover er der frasorteret skift for virksomheder, hvor der i enkelte måneder er uforholdsmæssigt mange skift relativt til en gennemsnitlig måned på samme virksomhed (på CVR-nummer-niveau). Dette er gjort for at sikre administrative ændringer ikke fejlagtigt klassificeres som reelle jobskifte.

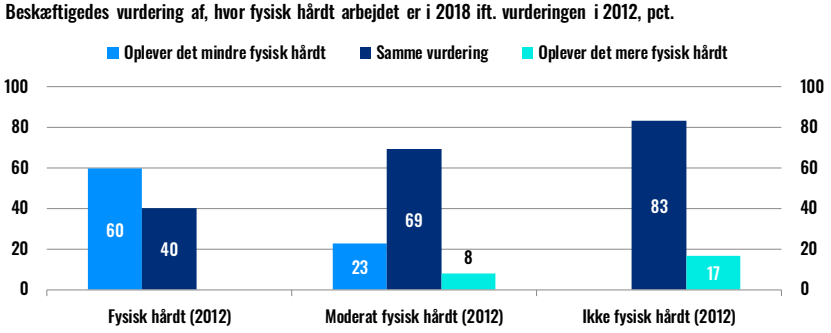
Bilag 3.2 Tabel og figur til kapitel 3

Tabel 3.A – De unge skifter oftere job

	Gennemsnitligt antal jobskifte fra 2013 til 2017			
	I alt	18-29 år	30-54 år	55-64 år
Ikke fysisk hårdt	1,0	1,5	0,9	0,6
Moderat fysisk hårdt	1,1	1,7	1,0	0,6
Fysisk hårdt	1,2	1,7	1,2	0,7
I alt	1,0	1,6	1,0	0,6

Anm.: 20.676 beskæftigede har besvaret spørgsmålet: "Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10 og opfylder kravet om at være en del af befolkningen fra januar 2013 til januar 2018. Jobskifte og personer er vægtet, så de er repræsentative i forhold til befolkningen. Se boks 2.3.1, boks 3.4.1 og bilag 3.1 for metode. Der er betinget på, at de beskæftigede var mindst 18 i udgangspunktet og højst 64 år i slutåret. Alderen i tabellen er opgjort primo 2012, hvor de besvarede hvor fysisk hårdt, de opfattede deres job. De ældste vil således være 59 år i tabellen og fyldt 64 år i løbet af 2017.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre og *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2012*, NFA.

Figur 3.A – Vurdering af, hvor fysisk hårdt jobbet er, varierer over tid



Anm.: 7.484 beskæftigede har både i 2012 og 2018 besvaret spørgsmålet: "Hvor hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?" på en skala fra 0-10. "Ikke fysisk hårdt arbejde" defineres som 0-2 på skalaen, "moderat fysisk hårdt" som 3-7 og "fysisk hårdt" som 8-10. Beskæftigede er defineret som almindelige lønmodtagere og lønmodtagere med personaleansvar.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra *Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen 2012* og *2018*, NFA.

Bilag 3.3 Brancher i Sporskifteordningen

Målgruppen for Sporskiftordningen er ordinært ansatte medarbejdere inden for de udvalgte brancher, som enten er i risiko for at blive nedslidte eller er nedslidte på grund af fysisk eller psykisk belastende arbejde. Der er ingen krav til medarbejderens jobfunktion, uddannelse eller alder.

Brancherne, som er omfattet af Sporskifteordningen, er udvalgt ud fra, hvordan de beskæftigede i brancher performer på 4 indikatorer:

- Tilgangen til førtidspension, heriblandt også ressourceforløb og fleksjob, for henholdsvis mænd og kvinder.
- Tilgange til efterløn.
- Langtidssygefravær.
- Andel med lav selvvurderet arbejdsevne.

For de 3 førstnævnte indikatorer medtages top 3, mens der for lav selvvurderet arbejdsevne ses på top 10. Brancheopdelingen er baseret på Arbejdstilsynets branchegrupper: https://star.dk/media/7576/branchekoder-til-sporskifte.pdf

Branchegruppe	Antal beskæftigede, nov. 2016	Efterløn		Førtidspension, fleksjob, ressourceforløb		Langtidssygefravær (sygedagpenge)		Lav arbejdsevne	
		Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd
Anlægsarbejde	19.832								x
Daginstitutioner	131.816				x				x
Døgninstitutioner og hjemmepleje	156.625	x			x	x	x	x	x
Frisører og anden personlig pleje	8.458				x			x	x
Færdiggørelse af byggeri	57.006					x	x	x	
Hotel og camping	19.737							x	x
Installation og reparation af maskiner og udstyr	66.109			x					
Landbrug skovbrug og fiskeri	45.768								x
Nærings- og nydelsesmidler	35.549							x	
Opførelse og nedrivning af byggeri	74.912			x					
Politi beredskab og fængsler	61.310							x	x
Religiøse institutioner og begravelsesvæsen	23.114	x	x						
Rengøring	55.578							x	x
Restauranter og barer	89.929							x	x
Slagterier	16.364					x	x		
Transport af passagerer	36.999		x					x	
Transportmidler	23.880			x					x
Træ og møbler	16.325							x	
Vand kloak og affald	12.464	x	x						
I alt	**951.775**								

Kilde: Notat fra Beskæftigelsesministeriet, *Udpegning af brancher til Sporskifteordningen*, 8. juni 2018.

Opgørelsen af førtidspension/fleksjob/ressourceforløb, langtidssygefravær og efterløn er foretaget med udgangspunkt i DREAM-registeret, der dækker over 2,7 mio. beskæftigede. Tallene er opgjort for 2017.

Opgørelsen af arbejdsevne er baseret på et spørgsmål fra NFA's repræsentative spørgeskemaundersøgelse *Arbejdsmiljø og Helbred 2016*, hvor ca. 35.000 beskæftigede har vurderet egen arbejdsevne.

Litteraturliste

AES, 2017	Årsredegørelse om udvikling på erhvervssygdomsområdet 2017, AES, https://www.aes.dk/da/Presse-og-nyheder/Nyhedsarkiv/2018/11_juni_Aarredegoerelse_EUDV_2017.aspx
AES, 2019	Arbejdsskadestistikken 2018, AES, https://www.aes.dk/Statistik/Arbejdsskader/Arbejdsskadestatistik.aspx
AES.dk	Temaside om, hvordan en skadesag forløber på AES's hjemmeside, https://aes.dk/da/Arbejdsskader/Saadan-forlober-en-skadesag/Afgoerelse%20af%20erhvervsevnetab.aspx#stepcontent
Andersen, 2012a	Dose-response relation between perceived physical exertion during healthcare work and risk of long-term sickness absence, Lars L. Andersen m.fl. Scandinavian Journal of work environment and Health 2012, doi:10.5271/sjweh.3310, https://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3310
Andersen, 2012b	Percieved physical exertion during healthcare work and risk of chronic pain in different body regions: prospective cohort study, Lars. L. Andersen m.fl. Int Arch Occup Environ Health 2012, doi 10.1007/s00420-012-0808-y.
Andersen, 2017	Psychosocial effects of workplace physical exercise among workers with chronic pain: Randomized controlled trial. Andersen LL, Persson R, Jakobsen MD, Sundstrup E., Medicine; analytical reviews of general medicine, neurology, psychiatry, dermatology, and pediatries 2017;96(1):e5709. doi: 10.1097/MD.0000000000005709, http://nfa.dk/da/nyt/nyheder/2017/slagteriarbejdere-styrketraener-sig-til-bedre-arbejdsmiljoe
Altinget, 2018	Ekspertudvalgets arbejdsmiljøindsats skal tage mere udgangspunkt i arbejdspladsernes hverdag. Fælles indlæg i Altinget med DA, KL, LO og FTF, https://www.altinget.dk/arbejdsmarked/artikel/ekspertudvalg-arbejdsmiljoeindsatsen-skal-tage-mere-udgangspunkt-i-arbejdspladsernes-hverdag

Ankestyrelsen, 2019	Temaside om anerkendelse af arbejdsskader på Ankestyrelsens hjemmeside, https://ast.dk/arbejdsskader/hvad-handler-klagen-om/anerkendelse
Arbejdstilsynet, 2018	Vejledning om erhvervssygdomme anmeldt fra 1. januar 2005, 12. udgave. Arbejdstilsynet 1. juli 2018, https://aes.dk/da/Udgivelser/Vejledninger.aspx#vejler-hverv
Arbejdstilsynet, 2019a	Hvad er en arbejdsulykke? Temaside på Arbejdstilsynets hjemmeside, https://amid.dk/viden-og-forebyggelse/arbejdsskader/arbejdsulykker/viden-om/hvad-er-en-arbejdsulykke/arbejdsskader/
Arbejdstilsynet, 2019b	Hvad er sundhedsfremme på arbejdspladsen? Temaside på Arbejdstilsynets hjemmeside, https://amid.dk/tilsyn/risikobaseret-tilsyn/viden-om-risikobaseret-tilsyn/tilsynsbesoeget-hos-jer/hvad-er-sundhedsfremme-paa-arbejdspladsen/
Arbejdstilsynet (A)	Gode rutiner aflaster kroppen. Nærings og nydelsesmiddelindustrien, Forebyggelsespakke, https://amid.dk/vaerktoej/g/gode-rutiner-aflaster-kroppen-naerings-og-nydelsesmiddel/
Arbejdstilsynet (B)	Hold dig i gang – også selv om du har ondt, sidste afsnit "Bevar styrken med alderen", https://amid.dk/viden-og-forebyggelse/fysisk-arbejdsmiljoe/smerter-i-muskler-og-led/hvad-kan-i-goere/hvad-kan-du-goere-som-medarbejder/hold-dig-i-gang-ogsaa-selvom-du-har-ondt/
Clays, 2016	Clays E, Casini A, Herck KV, Bacquer DD, Kittel F, Backer GD and Holtermann A. Do psychosocial job resources buffer the relation between physical work demands and coronary heart disease? A prospective study among men (2016). International Archives of Occupational Environmental Health. DOI 10.1007/s00420-016-1165-z, http://nfa.dk/da/Nyt/Nyheder/2017/God-social-stoette-paa-arbejdet-beskytter-maend-med-haardt-fysisk-arbejde-mod-hjertekarsygdom

DA-rapport, 2018	Ufaglærte på arbejdsmarkedet, Dansk Arbejdsgiverforening, juli 2018, https://www.da.dk/globalassets/besk%C3%A6ftigelse/rapport-ufaglaerte-paa-arbejdsmarkedet-juli-2018.pdf
DA-rapport, 2019	Trivsel, psykisk arbejdsmiljø og stresstendenser på det danske arbejdsmarked, januar 2019. Dansk Arbejdsgiverforening, https://www.da.dk/globalassets/arbejdsmiljø-og-sundhed/rapport_trivsel_psykisk_arbejdsmiljoe_og_stresstendenser_paa_det_danske_arbejdsmarked.pdf
Dansk Arbejdsgiverforening, www.indberetning.da.dk	Oversigt over koderne for arbejdsfunktioner (DISCO-hovedgrupper) på Dansk Arbejdsgiverforenings hjemmeside, https://indberetning.da.dk/Arbejdsfunktion/Hovedgrupper
Dahlgren&Whitehead, 1991	Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for future studies, 1991.
Danmarks Statistik, 2019	Danmarks Statistik "Over halvdelen af de unge er nye i jobbet", NYT marts 2019 nr. 97, https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=32127
Danskernes Sundhed, 2018	Tal for den nationale sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, http://www.danskernessundhed.dk/
Det etiske råd, 2016	Baggrund: Hvad er sygdom? Det Etiske Råd, 2016, http://www.etiskraad.dk/etiske-temaer/diagnoser/publikationer/2016-b3-hvad-er-sygdom
DR, 2018	"Rekord-mange har en sundhedsordning: Alt for få bruger den", Mads Korsager Nielsen, DR 2018, https://www.dr.dk/nyheder/indland/rekord-mange-har-en-sundhedsordning-alt-faa-bruger-den
Europa-Kommissionen, 2006	Europa-Kommissionen, 2006, Special Eurobarometer 261: European Employment and Social Policy.
Forsikring & Pension	Temaside om sundhedsordninger på Forsikring & Pensions hjemmeside, https://www.forsikringogpension.dk/temaer/sundhedforsikringer/

Frederiksen, 2017	Can group-based reassuring information alter low back pain behavior? A cluster-randomized controlled trial. Frederiksen P, Indahl A, Andersen LL, Burton K, Hertzum-Larsen R, Bendix T (2017), PLoS ONE 12(3): e0172003. https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0172003 Se også: https://amid.dk/nyheder/vfa/2017/maj/ny-forstaaelse-af-rygsmerter-giver-faerre-sygedage/
Gigtforeningen, 2017	Brug din krop intelligent både på jobbet og i fritiden, https://www.gigtforeningen.dk/nyheder/2017/2-halv-aar/brug-din-krop-intelligent-baade-paa-jobbet-og-i-fritiden/
Gupta og Holtermann, 2016	Sammenhæng mellem selvrapporterede fysiske arbejdskrav og objektive feltmålinger. Nidhi Gupta og Andreas Holtermann. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA). Marts 2016.
Holtermann, 2011	Physical Work Demands and Physical Fitness in Low Social Classes – 30-year Ischemic Heart Disease and All-cause Mortality in the Copenhagen Male Study, Holtermann A. m. fl, 2011, Journal of Occupational and Environmental Medicine, side 1221-1227, London, http://nfa.dk/da/nyt/nyheder/2010/hoejt-kondital-beskytter-maend-med-haardt-fysisk-arbejde-mod-hjerte-kar-sygdom
Jakobsen, 2013	Is Borg's perceived exertion scale a useful indicator of muscular and cardiovascular load in blue-collar workers with lifting tasks? A cross-sectional workplace study, Markus Due Jakobsen et al. Eur J Appl Physiol (2014) 114:425-234 doi: 10.1007/s00421-013-2782-9.
Jay, 2018	Jay K, Thorsen SV, Sundstrup E, Aiguadé R, Casaña J, Calatayud J, Andersen LL. Fear avoidance beliefs and risk of long-term sickness absence: Prospective cohort study among workers with musculoskeletal pain. Pain Research and Treatment 2018;2018:8347120. doi: 10.1155/2018/8347120, http://nfa.dk/da/Forskning/Udgivelse?journalId=411bf887-1479-4b2b-ace8-b3e1309c69b8
Kamstrup og Gyntelberg, 2019	"Lægefagligt findes nedslidning ikke" debatindlæg i Berlingske Tidende, den 5. april 2019. Af arbejdsmediciner Ole

Kamstrup, Rudersdal, og arbejdsmediciner Finn Gyntelberg, Hørsholm.

NFA, 2008 — Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær. Årsager og handlemuligheder. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA). August 2008.

NFA, 2019a — Temaside om VAI på NFA's hjemmeside, http://nfa.dk/da/Arbejdsmiljoedata/Arbejdsmiljo-i-Danmark/Virksomhedernes-Arbejdsmiljoindsats

NFA, 2019b — Fakta om Arbejdsmiljø & Helbred 2018, NFA 2019, https://arbejdsmiljodata.nfa.dk/downloads/Fakta_om_Arbejdsmiljoe_og_Helbred_2018_01_29_v3_FINAL.pdf

Nielsen, 2009 — The impact of changes in self-rated general health on 28-year mortality among middle-aged Danes, Nielsen AB, Siersma V, Kreiner S, et al. Scand J Prim Health Care. 2009;27(3):160–166.doi:10.1080/02813430903020446, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413188/

Rasmussen, 2013 — Does self-assessed physical capacity predict development of low back pain among health care workers? A 2 year follow-up study. Rasmussen CDN, Jørgensen MB, Clausen T, et al. Spine 2013;38(3):272-6, http://nfa.dk/da/nyt/nyheder/2013/god-fysisk-form-kan-holde-smerter-i-laenden-vaek

Rasmussen, 2015 — Flerstrenget forebyggelsesstrategi af muskelskeletbesvær og dets konsekvenser blandt SOSU'er implementeret på arbejdspladsen, Charlotte Rasmussen, Marie Birk Jørgensen og Andreas Holtermann, NFA, september 2015, https://amid.dk/media/4502/frisk-slutrapport.pdf

Retsinformation, 2017 — Lov om afgift af bidraget til Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring og af arbejdsulykkeserstatninger m.v., lov nr. 1345 af 21. december 2012, https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=144817

PFA, 2019 — Temaside om PFA Plus på PFA's hjemmeside, https://pfa.dk/erhverv/produkter/pfa-plus/

PensionDanmark, 2019a — Temaside om sundhedsordninger på PensionDanmarks hjemmeside. https://www.pensiondanmark.com/produkter/sundhedsordningen/#

PensionDanmark, 2019b	Beskrivelse af samarbejde med STAR på PensionDanmarks hjemmeside, https://www.pensiondanmark.com/presse-rum/nyhedsarkiv/2015/nyt-samarbejde-skal-hjalpe-lang-tidssyge-tilbage-i-job/#
Statens Institut for Folkesundhed, 2019	Skolebørnsundersøgelsen 2018, Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, http://www.hbsc.dk/downcount/HBSC-Rapport-2018.pdf
Stenholm et al., 2016	Smoking, physical inactivity and obesity as predictors of healthy and disease-free life expectancy between ages 50 and 75: a multicohort study, https://academic.oup.com/ije/article/45/4/1260/2951844
Sund By Netværket, 2012	Etiske overvejelser. Sundhedsfremme på arbejdspladsen. En vejledning. Sund By Netværket, 2012, https://sund-by-net.dk/wp-content/uploads/images/Etiske%20overvejelser%20-%20Sundhedsfremme%20p%C3%A5%20arbejdspladsen.pdf
Sundhedsstyrelsen, 2009	Etik i forebyggelse og sundhedsfremme, Sundhedsstyrelsen 2009, https://www.sst.dk/da/udgivelser/2009/etik-i-forebyggelse-og-sundhedsfremme
Sundhedsstyrelsen, 2010	Den nationale sundhedsprofil, 2010, http://www.sst.dk/~/media/0486203C9CB34BB581139CE461BD98D7.ashx
Sundhedsstyrelsen, 2014	Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Sundhedsstyrelsen 2014.
Sundhedsstyrelsen, 2016	Sygdomsbyrden i Danmark, 2016. Risikofaktorer, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~/link.aspx?_id=49E8F03505D34C6D9AE24176A1289AFC&_z=z
Sundhedsstyrelsen, 2017	Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017, Sundhedsstyrelsen, 2017, https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/danskernes-sundhed-den-nationale-sundhedsprofil-2017

The Lancet, 2019	Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017, The Lancet April 2019, GBD 2017 Diet Collaborators, https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30041-8/fulltext DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8
Thorsen, 2017	Thorsen SV, Flyvholm M-A og Bach E. Fraværsrapport 2017. Deskriptiv analyse af lønmodtagernes sygefravær i Danmark – belyst ud fra register- og spørgeskemadata. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
Thybo, 2014	"Det Dobbelte KRAM" Et salutogent arbejdsgrundlag for temagruppen om Mental Sundhed i Sund By Netværket, https://sund-by-net.dk/wp-content/uploads/2015/09/Thybo-P-2014-Det-Dobbelte-KRAM-Et-salutogent-arbejdsgrundlag-for-mental-sundhed-den-rigtige-udgave-27.06.2014.pdf
Tribian, 2018	Tribian A, Vinstrup J, Sundstrup E, Jay K, Bös K & Andersen LL. Physical activity during work and leisure show contrasting associations with fear-avoidance beliefs: cross-sectional study among more than 10,000 wage earners of the general working population, Scandinavian Journal of Pain, 2018, https://doi.org/10.1515/sjpain-2017-0136 http://nfa.dk/da/nyt/nyheder/2018/folk-med-haardt-fysisk-arbejde-er-mere-overbeviste-om--at-fysisk-aktivitet-kan-oege-smerter
VAI, 2017	Fakta om Virksomhedernes Arbejdsmiljøindsats 2017, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA), http://nfa.dk/da/Forskning/Udgivelse?journalId=7618605a-187c-4111-9293-d4d992e15229
Williams, 2017	The Borg Rating of Perceived Exertion (RPE) scale, Nerys Williams et al., Occupational Medicine 2017; 67:404-405 doi: 10.1093/occmed/kqx063.

DANSK ARBEJDSGIVERFORENING
Vester Voldgade 113
1552 København V
Tlf. 33 38 90 00
da@da.dk
da.dk

ÆLDRE OG ARBEJDSMARKEDET

Juli 2020

DA DANSK ARBEJDSGIVERFORENING

ÆLDRE OG ARBEJDSMARKEDET 2020
© Dansk Arbejdsgiverforening

Ansvarsh. red. Erik E. Simonsen

Grafisk produktion: Dansk Arbejdsgiverforening
Udgivet: Juli 2020

INDHOLD

1. Kort fortalt 5
2. Markant stigning i beskæftigelsen 6
3. Stadig mange offentligt forsørgede 9
4. Ældres helbred er godt 12
5. Ældre medarbejdere i virksomhederne 14
6. Bedre incitamenter til at blive på arbejdsmarkedet 17
7. Den aldrende befolkning 19
8. Litteraturliste 22

1. Kort fortalt

Beskæftigelsen er gennem en lang årrække steget for alle grupper af ældre over 60 år uanset uddannelsesbaggrund. Ældre trives på det danske arbejdsmarked, og virksomheder er glade for ældre medarbejdere. Baggrunden for succesen er primært politiske reformer af efterløn og folkepension, som har understøttet ældres beskæftigelse. Desuden er ældres helbred løbende blevet bedre. Corona-krisen indebærer, at beskæftigelsen vil falde. Corona-krisen risikerer dermed også at betyde et tilbageskridt for den store succes, som ældre har været på det danske arbejdsmarked.

Efter finanskrisen i 2008, hvor beskæftigelsen faldt med næsten 200.000 personer i den private sektor, var personer over 60 år den eneste aldersgruppe, hvor beskæftigelsen ikke faldt. Danmark vil igen få brug for, at så mange ældre som muligt vælger arbejdsmarkedet til.

Derfor er det hensigtsmæssigt at fortsætte med politiske initiativer, der øger ældres deltagelse på arbejdsmarkedet.

Følgende tre forslag vil få flere ældre til at bidrage på arbejdsmarkedet:

1. Afskaf modregning i arbejdsindkomst af pension og andre tilskud

Der bør ikke modregnes pension, tillæg og ældrecheck i arbejdsindkomst for pensionister. I Danmark kan den sammensatte marginalskat for beskæftigede pensionister være op til 80 pct. bl.a. på grund af modregning i arbejdsindkomsten af pension og andre tilskud. Det svækker den økonomiske tilskyndelse for ældre til at blive på arbejdsmarkedet.

2. Større samtidighed mellem ekstra indsats og belønning

Hvis man har arbejdet i et omfang der udløser en bonus, bør betalingen falde straks. Modellen med seniorpræmie bør derfor udbredes, så indsats og belønning hænger tættere sammen. I dag bliver bonussen i efterlønsordningen og opsat pension ofte først udbetalt flere år efter at en person har udført det arbejde som udløser ret til en bonus.

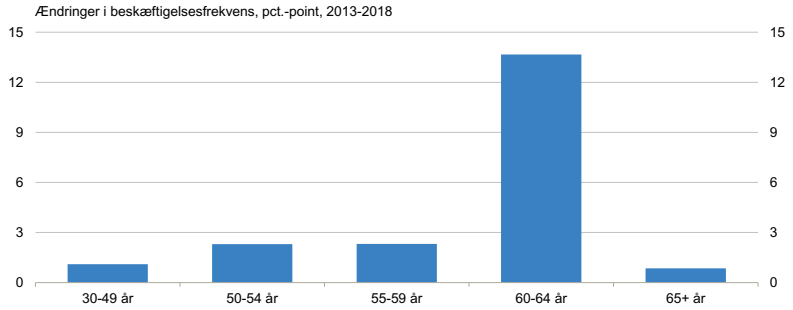
3. Jobsøgende pensionister skal have ret til samme indsats som øvrige ledige

Pensionister, som ønsker at arbejde, har ikke ret til de samme typer af hjælp fra jobcentret til bl.a. aktivering som øvrige aldersgrupper. Samtidig ved vi at jobcentrenes indsatser over for ældre ledige virker på samme måde som over for ledige i øvrige aldersgrupper. Der er derfor ingen grund til ikke at give jobsøgende pensionister adgang til de samme indsatser som øvrige aldersgrupper.

2. Markant stigning i beskæftigelsen

Fra 2013 og til Corona-krisens start i marts 2020 steg beskæftigelsen i Danmark med ca. 250.000 personer. De ældre over 50 år har gennem en lang årrækkeværet de store vindere på arbejdsmarkedet. Fra 2013 til 2018 steg beskæftigelsesfrekvensen for 50-54-årige og 55-59-årige med godt 2 pct. point, som er dobbelt så meget som for 30-49-årige, mens beskæftigelsesfrekvensen for de 60-64-årige steg med knap 14 pct.-point, jf. figur 1.

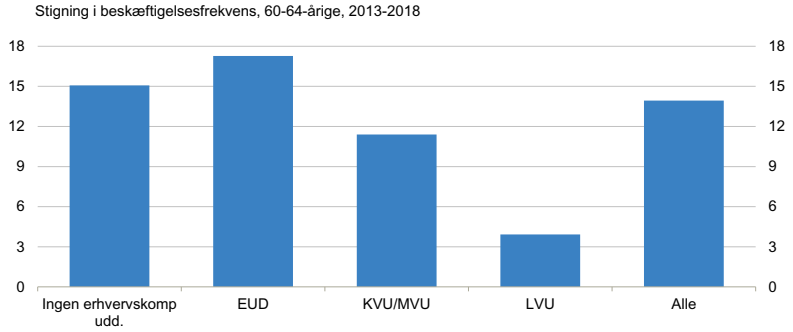
Figur 1 Seniorer er de store vindere



Kilde: Danmarks Statistik (RAS).

Den markante stigning blandt de 60-64-årige er sket for alle uanset uddannelsesbaggrund. Der er dog stor forskel på stigningen. Beskæftigelsen er steget mest for faglærte og ufaglærte, jf. figur 2.

Figur 2 Beskæftigelsen steget mest blandt ufaglærte og erhvervsuddannede

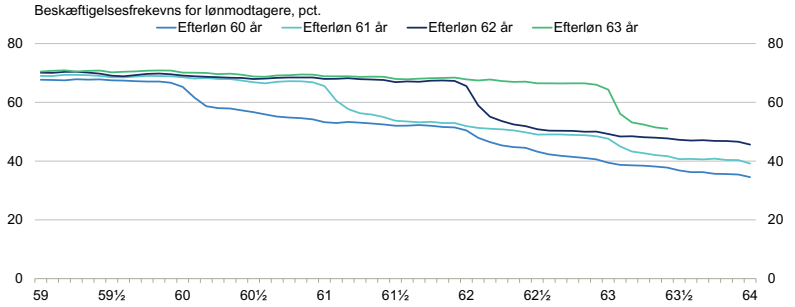


Anm.: Bachelorer indgår i KVU/MVU. Ph.d. er med i LVU. Adgangsgivende uddannelsesforløb og uoplyst er udeladt.
Kilde: Danmarks Statistik, RAS og befolkningens højst fuldførte uddannelse.

En væsentlig del af baggrunden for ældres succes på det danske arbejdsmarked har været et skærpet politisk fokus på at øge ældres beskæftigelse. Folketinget har vedtaget to tilbagetrækningsreformer, som var målrettet en øget arbejdsmarkedstilknytning blandt de ældre: Velfærdsreformen i 2006, som indebærer en gradvis forhøjelse af efterløns- og folkepensionsalderen, og tilbagetrækningsreformen i 2011, som bl.a. gjorde efterlønnen mindre attraktiv. De to reformer ændrer tilbagetrækningsmønsteret markant i disse år.

Den højere efterlønsalder betyder, at beskæftigelsen i de aldersgrupper, der ikke længere har ret til efterløn, stiger markant. 64 pct. af 63-årige er nu i beskæftigelse. Da efterlønsalderen var 60 år, var det 39 pct., der var i beskæftigelse, jf. figur 3.

Figur 3 Efterlønsreformen virker – ældre fortsætter i job

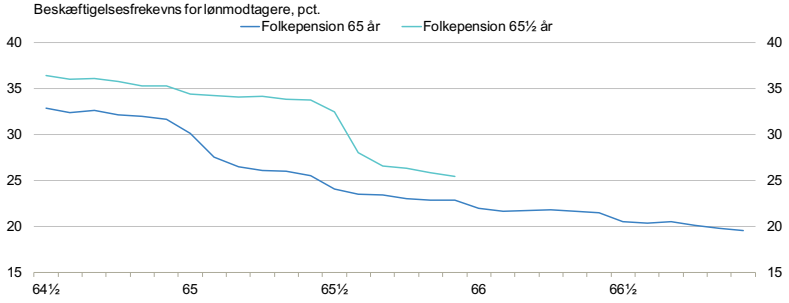


Anm.: Figuren dækker til og med 2019.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Finansministeriet.

Den 1. januar 2020 blev folkepensionsalderen forhøjet til 66 år. De kommende to år vil folkepensionsalderen årligt blive forhøjet med 0,5 år, så den i 2022 vil være 67 år. Herefter vil der gå otte år før folkepensionsalderen i 2030 igen bliver forhøjet til 68 år.

Den forhøjede folkepensionsalder indebærer også en stigende beskæftigelse, jf. figur 4.

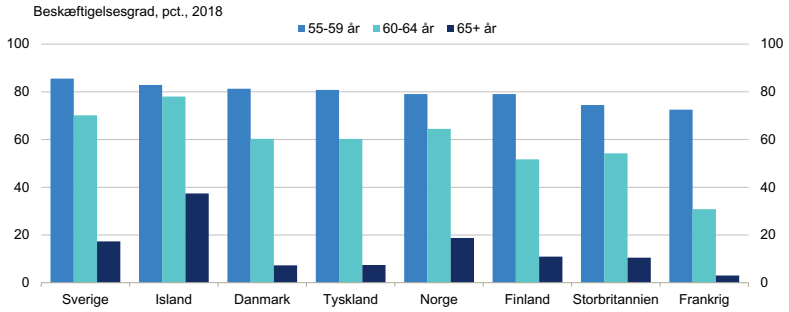
Figur 4 Forhøjelsen af folkepensionsalderen virker – ældre fortsætter i job



Anm.: Figuren dækker til og med 2019.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Finansministeriet.

Beskæftigelsen i Danmark for 55-59-årige er blandt de højeste i de vestlige lande. Mens Danmark klarer sig godt for 55-59-årige, så er resultatet for 60-64-årige mindre godt med et fald på 21 pct.-point i beskæftigelsen, jf. figur 5.

Figur 5 Markant fald i beskæftigelsen for 60-64-årige

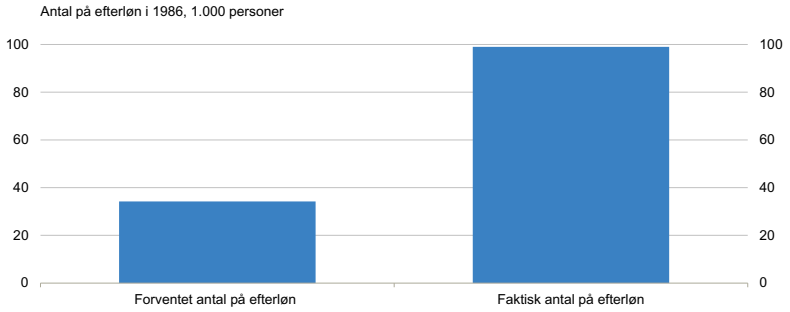


Kilde: OECD – Labour Force Survey.

3. Stadig mange offentligt forsørgede

Det politiske fokus på at øge ældres beskæftigelse er et markant brud med tidligere tiders fokus på at trække ældre ud af arbejdsmarkedet, som efterlønsordningen fra 1978 er et eksempel på. Ved beslutningen om etableringen af ordningen i 1978 var det forventningen, at der i 1986 ville være 34.200 personer på ordningen. Otte år senere i 1986 var der 99.000 personer på ordningen, som altså var ca. tre gange så mange som forventet, jf. figur 6.

Figur 6 Tre gange flere end forventet på efterløn

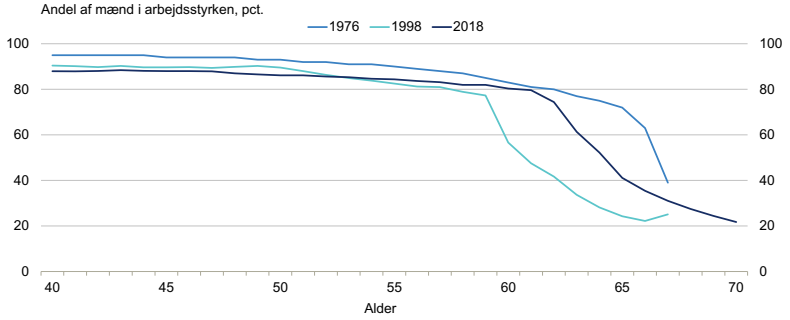


Kilde: Betænkning til lovforslag vedrørende efterlønsordningen og Jobindsats.dk.

I 2004 var antallet af efterlønsmodtagere steget til 223.000 personer.

Efterlønnen har betydet, at erhvervsfrekvenserne for 60-66-årige mænd er faldet siden 1976, jf. figur 7.

Figur 7 Efterlønnen har trukket mænd ud af job



Kilde: Danmarks Statistik (RAS208).

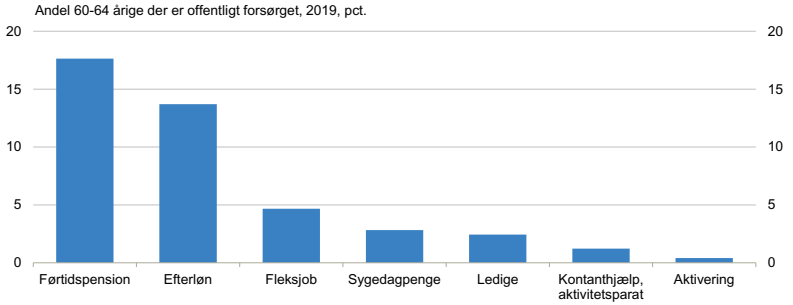
I 1976 var 72 pct. af 65-årige mænd på arbejdsmarkedet. I 2018 var det 40 pct., hvilket er flere end i 1998, da andelen var faldet til 25 pct. Faldet er sket trods et forbedret helbred og en stor stigning i levealderen samtidig med at mange fysisk belastende job er forsvundet fra arbejdsmarkedet. Der har været grundlag for en stigende erhvervsdeltagelse.

Den faktiske tilbagetrækningsalder er afhængig af den officielle pensionsalder, således at en højere pensionsalder fører til en højere tilbagetrækningsalder og omvendt. Det gælder både for den normale og den førtidige pensionsalder, jf. Højbjerre m.fl. I Danmark hænger det markante fald i beskæftigelsesfrekvensen for de 60-64-årige sammen med efterlønsordningen.

Da antallet af efterlønsmodtagere var højest i 2008 kostede ordningen det år staten 29,6 mia. kr. i 2019-priser. I 2020 forventer Finansministeriet at bruge 10,2 mia. kr. på efterløn. Udover besparelsen på næsten 20 mia. kr. kommer effekten af at langt flere er i beskæftigelse og betaler skat.

Selvom antallet på efterløn er reduceret, er der stadig 44.000 fuldtidspersoner på efterløn. I alt er ca. 40 pct. af de 60-64-årige på offentlig forsørgelse, primært efterløn og førtidspension, jf. figur 8.

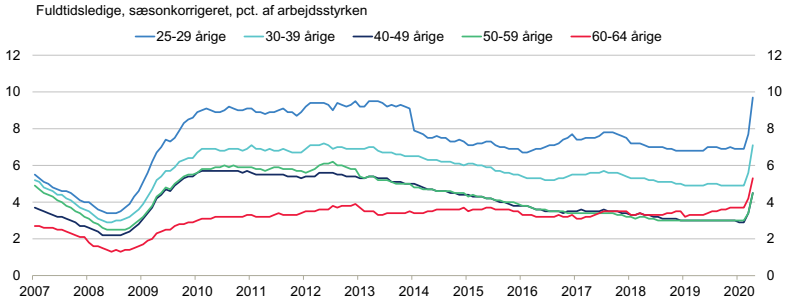
Figur 8 40 pct. af 60-64-årige er offentligt forsørget



Anm.: Førtidspension inkluderer ressourceforløb. Fleksjob inkluderer skånejob og ledighedsydelse. Efterløn inkluderer fleksydelse. Sygedagpenge inkluderer jobafklaringsforløb. Ledige inkluderer feriedagpenge. Kontanthjælp, aktivitetsparate inkluderer integrationsydelse, revalideringsydelse og barselsdagpenge.
Kilde: Danmarks Statistik, AUK01 og FOLK1A.

Efter finanskrisen i 2008 steg ledigheden mindst for de ældre, mens de yngre, særligt de 25-29-årige blev hårdere ramt. Det billede har kendetegnet arbejdsmarkedet de seneste 10 år op til Corona-krisen i marts 2020. Ledigheden for 40-årige og derover er relativt lav, mens den for yngre, særligt 25-29-årige, er markant højere, jf. figur 9.

Figur 9 Unge har den højeste ledighed



Anm.: Tal er på månedsbasis.

Kilde: Danmarks Statistik.

I starten af 2007 var ledigheden for 25-29-årige stort set den samme som for 50-59-årige. I de efterfølgende 12 år er ledigheden – indtil Coronakrisen - faldet med 2 pct.-point for 50-59-årige, mens den er steget med næsten 2 pct.-point for 25-29-årige. Coronakrisen har medført en markant stigning i ledigheden for alle aldersgrupper.

Andelen af langtidsledige er nogenlunde den samme for alle aldersgrupper med en lidt større andel for de 25-29-årige og 30-34-årige, jf. tabel 1.

Tabel 1 Langtidsledigheden højst blandt unge

Februar 2020	Antal langtidsledige fuldtidspersoner	Andel af alle ledige, pct.
16-19 år	15	0,1
20-24 år	824	3,6
25-29 år	3.427	15,0
30-34 år	3.549	15,5
35-39 år	2.763	12,1
40-44 år	2.504	11,0
45-49 år	2.307	10,1
50-54 år	2.426	10,6
55-59 år	2.502	10,9
60+ år	2.546	11,1
Alder i alt	22.864	100,0

Anm.: Langtidsledige er personer, der har været ledige i minimum 80 pct. af tiden inden for det seneste år.

Kilde: Jobindsats.dk

4. Ældres helbred er godt

De beskæftigede har generelt et godt helbred. Det gælder også for den ældre del af arbejdsstyrken. Blandt 55-64-årige er det 87 pct. af de beskæftigede, der har et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, jf. figur 10.

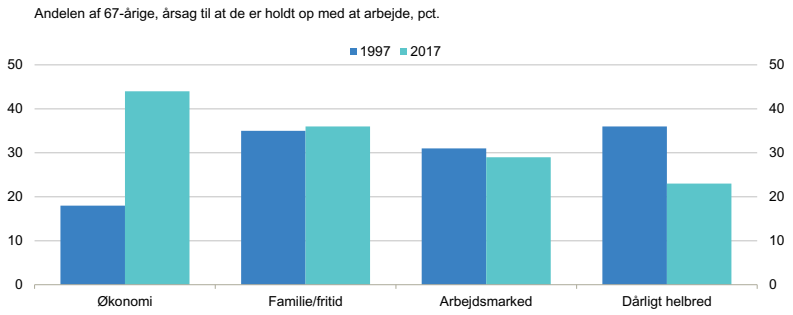
Figur 10 Ældre beskæftigedes helbred er godt

Anm: 85.970 beskæftigede har svaret på spørgsmålet "Hvordan synes du dit helbred er alt i alt.

Kilde: Sundhedsstyrelsen, Danskernes Sundhed 2017.

I Danmark er den vigtigste grund til at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet ifølge de ældre selv økonomiske forhold, primært muligheden for at få efterløn eller pension. Andelen af ældre, der peger på økonomiske forhold, er steget fra 18 pct. i 1997 til 44 pct. i 2017. Samtidig er der færre ældre, der trækker tilbage fra arbejdsmarkedet på grund af helbredsmæssige problemer, jf. figur 11.

Figur 11 Flere trækker sig tilbage pga. økonomiske forhold

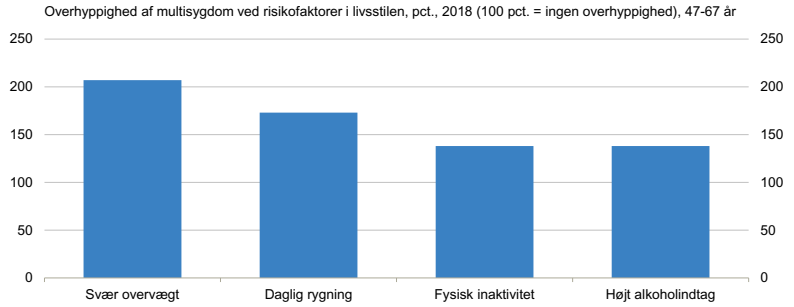


Anm.: Interviewpersonerne havde mulighed for at angive flere svar. 9 pct./14 pct. svarede "Andre grunde/ved ikke" i 1997 henholdsvis 2017.

Kilde: VIVE (2019): "Tilbagetrækningsalder og tilbagetrækningsårsager – opgørelser på ældredatabasen".

Der kan være flere årsager til, at helbredet kan blive dårligere med alderen. Livsstil spiller en stor rolle. Rygning, alkohol og svær overvægt giver en øget risiko for sygdom. Eksempelvis har 45-67-årige, der er svært overvægtige en øget hyppighed af multisygdom (mindst 4 kroniske sygdomme eller diagnoser). Der er mere end dobbelt så stor hyppighed af sygdom blandt dem, der er svært overvægtige, end blandt dem der er normalvægtige, jf. figur 12.

Figur 12 Risikabel livsstil giver øget risiko for sygdom



Anm.: Hvis overhyppigheden er større end 100, betyder det at sygdommen hyppigere forekommer i den angivne gruppe end blandt referencegruppen. Justeret for køn, alder, etnicitet, højest fuldførte uddannelse, selvvurderet helbred og øvrige livsstilsfaktorer. Livsstil er målt i 2010 i den Nationale Sundhedsprofil.
Kilde: Risikofaktorer for multisygdom, Statens Institut for Folkesundhed, 2019

Der er desuden 75 pct. øget hyppighed af multisygdom blandt personer, der ryger dagligt, og 38 pct. for personer der er fysisk inaktive eller har et højt alkoholindtag.

Omvendt har sund livsstil en positiv effekt på levetiden, hvor en kombination af sunde, livsstilsrelaterede faktorer, såsom ikke at ryge, at have et moderat alkoholforbrug, at spise sundt, at motionere regelmæssigt og at opretholde en normalvægt, reducerer risikoen for tidlig død med 66 pct., jf. Sundhedsstyrelsen, 2017.

5. Ældre medarbejdere i virksomhederne

Medarbejdere er meget tilfredse med arbejdsforholdene på danske arbejdspladser. Blandt ældre medarbejdere på 50 år eller derover er 91 pct. tilfredse eller meget tilfredse med arbejdsforholdene generelt, jf. tabel 2.

Tabel 2 Stor tilfredshed med arbejdsforhold uanset alder

	Alder, år		
Andel af medarbejdere, der er "meget tilfreds" eller "tilfreds"			
2015, pct.	Under 30	30-49	50-64
Tilfredshed med arbejdsforhold generelt	94	88	91
Tilpas betalt for mit arbejde	66	68	66
Modtager anerkendelse	75	78	76
Støtte fra kolleger	91	86	78
Udfører nyttigt arbejde	88	93	95
Gennemsnit	83	83	81

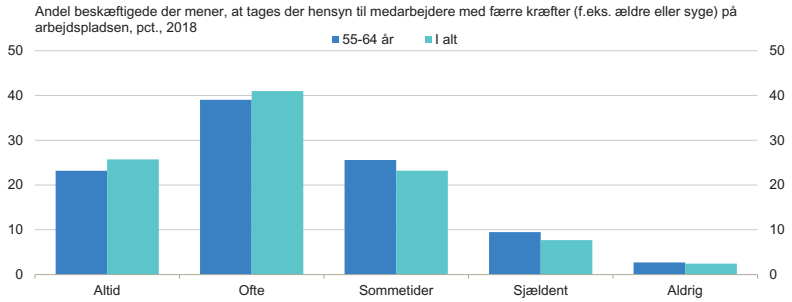
Kilde: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2015).

Det eneste punkt, hvor 50-årige og derover er mindre tilfredse end øvrige aldersgrupper, er "støtte fra kolleger". Medarbejdere over 50 år oplever således, at kollegaskabet er knap så godt, som andre aldersgrupper gør.

I gennemsnit oplever ni ud af ti 55-64-årige, at arbejdsevnen er i top, og kun én pct. oplever at have en decideret dårlig arbejdsevne i forhold til de fysiske krav i jobbet, jf. egne beregninger på baggrund af data fra NFA, Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen (2018).

Medarbejdere oplever i høj grad, at virksomhederne og medarbejdere finder løsninger lokalt, hvis der er medarbejdere, som har færre kræfter og derfor har brug for, at der bliver taget hensyn. I 9 ud af 10 tilfælde oplever medarbejderen 'altid', 'ofte' eller 'sommetider', at virksomheden tager hensyn. Også blandt de 55-64-årige er der samme opfattelse af, at virksomhederne tager hensyn til medarbejdernes kræfter, jf. figur 13.

Figur 13 Der bliver taget hensyn til medarbejdere med færre kræfter

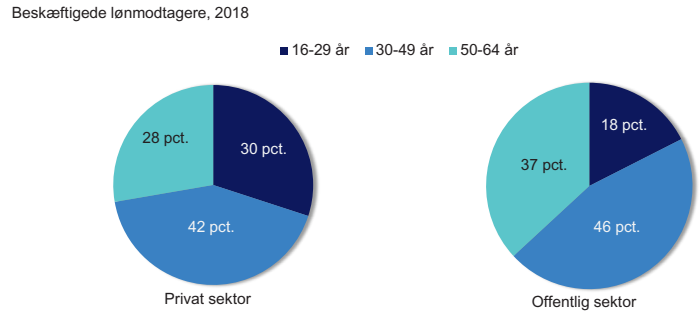


Anm.: 33.489 beskæftigede har besvaret spørgsmålet.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra NFA, Arbejdsmiljø og Helbredsundersøgelsen (2018).

Der er stor forskel på alderssammensætningen i den private og offentlige sektor. Andelen ansatte i alderen 50-64 år er højere i den offentlige sektor end i den private sektor, jf. figur 14.

Figur 14 Højere andel af ældre medarbejdere i den offentlige sektor



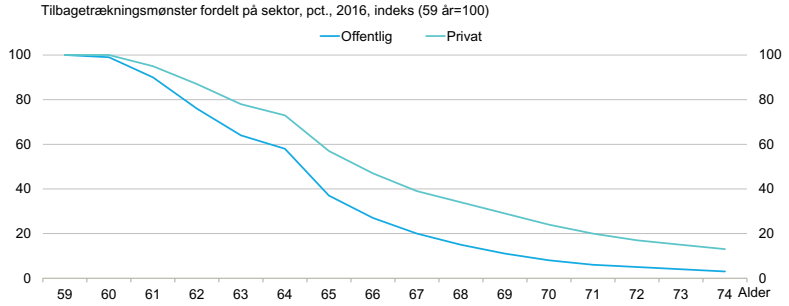
Anm.: Pga. afrunding summerer den offentlige sektor over 100 pct.

Kilde: Danmarks Statistik (RAS).

Det er derfor en særlig udfordring for den offentlige sektor at have et grundlag, der får ældre til at blive i beskæftigelse frem for at forlade arbejdsmarkedet tidligt.

Ældre ansat i den private sektor går i gennemsnit senere på efterløn og pension end offentligt ansatte. Forskellen er tydelig fra lønmodtagerne fylder 60 år, og bliver større frem mod midten af 60'erne. Blandt de privatansatte har 43 pct., der var beskæftigede som 59-årige, trukket sig fra arbejdsmarkedet, når de fylder 65 år, mod 63 procent af de offentligt ansatte, jf. figur 15.

Figur 15 Privatansatte trækker sig senere tilbage fra arbejdsmarkedet



Anm.: Tilbagetrækningsmønsteret er beregnet ved at se på overgangen til efterløn og pension for hver årgang fra 2015 til 2016 for hver sektor. Fx beregnes tilbagetrækningen fra 64 til 65 år ved at følge de 64-åriges afgangsrate fra 2015 til 2016. Herefter kobles hvert "punkt" for at danne en kurve for tilbagetrækningsmønsteret hen over de forskellige alderstrin. Det bemærkes, at beregningen er en tilnærmelse til tilbagetrækningsmønsteret.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af særkørsel på Danmarks Statistiks registre (RAS, BFL og UDDA).

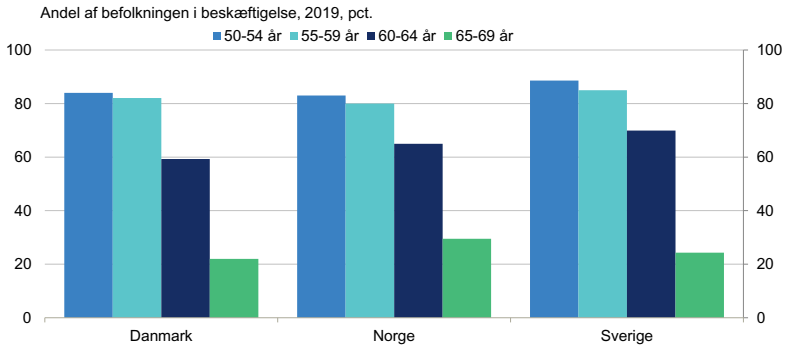
Tilbagetrækningsmønsteret varierer alt efter uddannelsesbaggrund og køn, men for både mænd og kvinder samt på tværs af uddannelsesgrupper trækker privatansatte sig senere fra arbejdsmarkedet end offentligt ansatte.

Hvis den offentlige sektor evnede at fastholde ældre medarbejdere lige så godt som den private, ville arbejdsstyrken kunne øges med 20.000 personer.

6. Bedre incitamenter til at blive på arbejdsmarkedet

Danmark har en lavere andel ældre på arbejdsmarkedet end Norge og Sverige. Det er særligt blandt 60-64-årige og 65-74-årige, at forskellene er markante, jf. figur 16.

Figur 16 Flere ældre på arbejdsmarkedet i Sverige og Norge



Kilde: EUROSTAT (2019). Datakode: lfsa_ergan.

Sverige og Norge har ikke ordninger med tidlig tilbagetrækning, hvilket især påvirker den højere andel af beskæftigede mellem 60-64 år. Herudover har både Sverige og Norge haft fokus på at gøre det økonomisk mere attraktivt at blive på arbejdsmarkedet, bl.a. ved ikke at have modregning af arbejdsindkomst i pensionen, hvilket formentlig er med til at forklare den højere andel af 65+ årige i beskæftigelse i Sverige og Norge, jf. boks 1.

Boks 1

Samspil mellem arbejdsindtægt og udbetaling af offentlig pensionsydelse

Danmark

- Der sker indtægtsregulering i folkepensionen, hvis indkomsten overstiger et vist beløb.
- Beløbsgrænsen afhænger af, om man er enlig, gift/samlevende med en pensionist eller gift/samlevende med en ikke-pensionist.
- Folkepensionens to dele – grundbeløbet og pensionstillægget – bliver påvirket på forskellig vis af andre indkomster.
- Hvis man har en lønindkomst på over 329.600 kr. om året (2019), bliver grundbeløbet sat ned.
- Ved indkomster over 576.400 kr. om året (2019) bortfalder grundbeløbet.
- Ved lønindkomster over et vist niveau reduceres pensionstillægget eller bortfalder helt.
- Der er et bundfradrag på 122.004 kr. for pensionstillægget, som ikke bliver indregnet i opgørelsen af lønindkomst.
- Arbejdsmarkedsbidrag indgår ikke i beregningen af den personlige indkomst.

Sverige

- Ingen modregning i den offentlige pensionsydelse ved arbejdsindkomst.
- Personer på 66 år eller derover har lavere beskatning på indtægt fra arbejde end personer under 66 år.

Norge

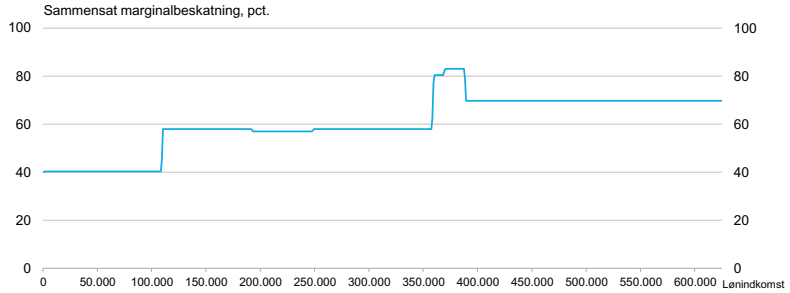
- Ingen modregning i den offentlige pensionsydelse ved arbejdsindkomst.
- Det kan ikke i alle tilfælde betale sig at få udbetalt den højeste pensionsydelse, hvis der samtidig er indtægter fra et fuldtidsarbejde, fordi der skal betales topskat, når den samlede indtægt overstiger et vist beløb.

Kilde: Seniortænketanken: Nordisk sammenligning af arbejdsmarkedet for seniorer, Deloitte 2019

Seniortænketanken foreslog, at pensionsreglerne bliver forenklet, så det bliver lettere for den enkelte at overskue mulighederne og konsekvenserne af at trække sig tilbage eller at blive på arbejdsmarkedet.

Det er dog ikke nok at gøre reglerne enklere. Analyser i regi af seniortænketanken viste også, at økonomiske forhold er den vigtigste grund til ældres beslutning om at trække sig tilbage eller blive på arbejdsmarkedet. I det danske pensionssystem mangler der en større økonomisk tilskyndelse til at ældre bliver på arbejdsmarkedet. En enlig pensionist, der arbejder som eksempelvis buschauffør med en årsindkomst på 348.000 kr., kan således opleve en sammensat marginalskat på 80 pct., bl.a. på grund af modregning i pensionstillæg, jf. figur 17.

Figur 17 Sammensat marginalskat kan være over 80 pct. for enlig pensionist

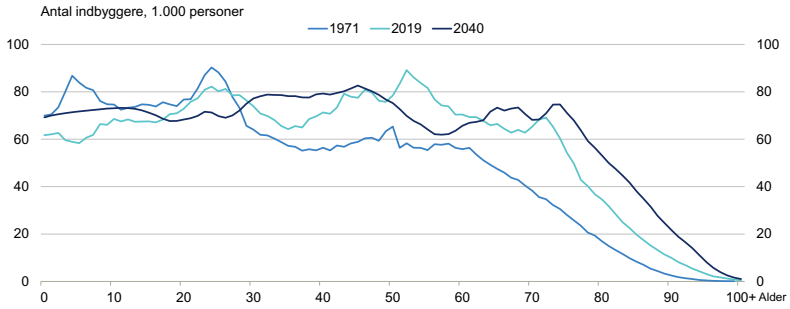


Anm.: I beregningerne er der ikke taget højde for formuebeskatning, Grøn check, Medie check, boligforhold eller seniorpræmie. Der er taget udgangspunkt i en enlig pensionist med en pensionsudbetaling på 100.000 kr. Personen er berettiget til ældrecheck den likvide formue er derfor under 87.900 kr.
Kilde: Seniortænketanken 2019.

7. Den aldrende befolkning

I 1971 var ca. 400.000 danskere på 70 år og derover. I 2019 var det tal fordoblet til mere end 800.000 og i 2040 vil tallet stige til næsten 1,2 mio., jf. figur 18.

Figur 18 338.000 flere over 70 år i 2040



Kilde: Danmarks Statistik og DREAM Socioøkonomisk Fremskrivning 2019.

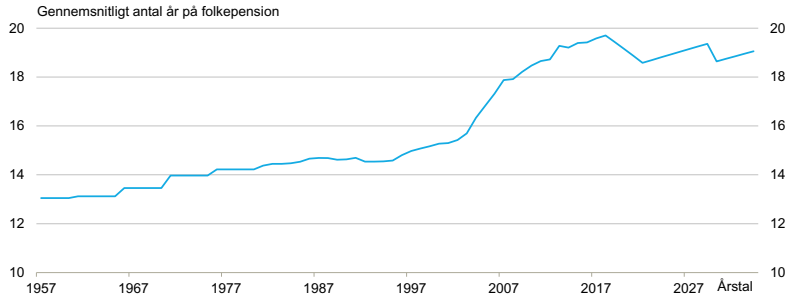
I 2040 vil folkepensionsalderen være 70 år, hvis den løbende forøgelse af folkepensionsalderen, der allerede er aftalt, bliver bekræftet af Folketinget.

Langt flere ældre vil i de kommende årtier modtage folkepension fra det offentlige. Samtidig vil udgifterne til pleje og sundhed også blive større som følge af det stigende antal ældre medborgere. Det vil isoleret set øge presset på de offentlige finanser og svække væksten i dansk økonomi.

Udviklingen udgør en udfordring for Danmark, fordi den ældre del af befolkningen forbruger offentlige servicetilbud og indkomstoverførsler i større omfang end 18-66-årige.

I gennemsnit er levetiden steget med 2,6 måneder pr. år de sidste 30 år. Samtidig er antallet af år på folkepension også steget. En person, der når folkepensionsalderen i 2020, er i gennemsnit på folkepension i 19,2 år. Det er 6,1 år mere på folkepension end i 1957, hvor folkepensionen blev indført. Og det er 4,6 år længere end i 1995, jf. figur 21.

Figur 21 4½ år mere på folkepension siden 1995



Anm.: Restlevetiden er fundet ud fra pensionsalderen det pågældende år.
Kilde: Danmarks Statistik (HISB8, HISB9 m.fl.) og DREAM.

Såfremt det gennemsnitlige antal pensionsår var blevet fastholdt på 1995-niveau, ville beskæftigelsen – forudsat en beskæftigelsesfrekvens på 70 pct. – være 155.000 personer større, end det er tilfældet i dag. Det ville kunne sikre grundlag for et langt mere velhavende Danmark.

Politisk er der taget en række initiativer for at sikre, at den stigende levealder er økonomisk holdbar. Blandt andet er der med velfærdsforliget fra 2006 vedtaget en reguleringsmekanisme, som gradvist hæver pensionsalderen i takt med, at levetiden stiger. Den 1. januar 2020 blev pensionsalderen hævet til 66 år.

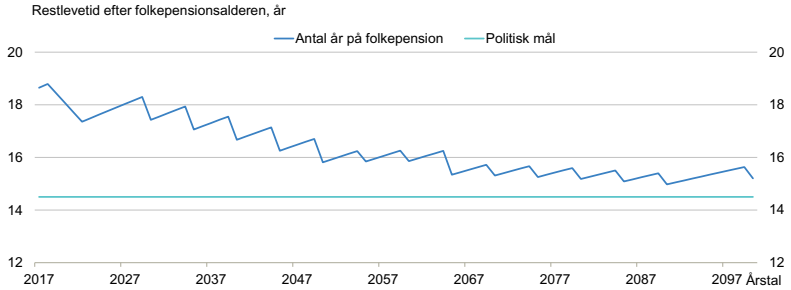
Boks 2

I velfærdsforliget fra 2006 blev det etableret en teknisk reguleringsmekanisme for folkepensionsalderen. Den tekniske reguleringsmekanisme med udgangspunkt i den næste regulering i 2035, der skal vedtages af Folketinget, er:

1. Restlevetiden for 60-årige 16 år før reguleringstidspunktet – 23,6 år i 2019.
2. De 23,6 bliver tillagt 60 år – altså 83,6 år.
3. Hertil bliver der tillagt 0,6 år, som er den forudsatte stigning i levetiden – 84,2 år.
4. Fra de 84,2 år bliver målet om 14,5 år i gennemsnit på folkepension fratrukket – 69,7 år.
5. Da folkepensionsalderen i 2030 er 68 år, så skal folkepensionsalderen reguleres med yderligere ét år i 2035.

Med reguleringen af folkepensionsalderen vil antallet af år på folkepension kun meget langsomt nærme sig målet om 14,5 år på folkepension i gennemsnit. Målet vil sandsynligvis ikke blive nået i dette århundrede, jf. figur 22.

Figur 22. 14,5 år på folkepension – først efter år 2100



Kilde: DREAM.

Dermed vil velfærdsforliget fra 2006 og den efterfølgende lovgivning sandsynligvis blive den vedtagne ændring, som det har taget længst tid at få indført.

En af årsagerne til, at det tager meget lang tid at nå det politiske mål om 14,5 år på folkepension, er, at forventningen om udviklingen i levealderen er meget konservativ. Levealderen udvikler sig langt hurtigere end forudsætningen om en stigning på 0,6 år de kommende 15 år.

En anden årsag er, at den nuværende gennemsnitlige periode på folkepension er langt fra målet, og med en regulering på maksimalt 1 år, så vil det tage lang tid at nå målet.

8. Litteraturliste

DA (2019): "Offentligt ansatte går tidligere på pension", DA Analyse, 7. maj 2019. Tilgængelig på da.dk.

Deloitte (2019): "Nordisk sammenligning af arbejdsmarkedet for seniorer", København. Udgivet i regi af Seniortænketanken.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2015), Sixth European Working Conditions Survey, Dublin.

Finansministeriet (2017): "Økonomisk analyse: Reformer har styrket seniorers beskæftigelse". København.

Højbjerre Brauer Schultz (2019): "Litteraturreview om effekter i forhold til tilbagetrækning". København. Udgivet i regi af Seniortænketanken.

SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd (2016): "Evidens om effekten af indsatser for ledige seniorer – en litteraturoversigt". København.

VIVE – Den nationale forsknings- of analysecenter for velfærd (2019): "Tilbagetrækningsalder og tilbagetrækningsårsager – opgørelser på Ældredatabasen". København. Udgivet i regi af Seniortænketanken.

Seniortænketanken (2019): "Hvad kendetegner langtidsledige seniorer?". København. Udgivet i regi af Seniortænketanken.

Seniortænketanken (2019): "Fremtidens seniorarbejdsliv – anbefalinger fra Seniortænketanken". København.

Sundhedsstyrelsen (2013), http://www.sundhedsprofil2013.dk/, København.

DANSK ARBEJDSGIVERFORENING
Vester Voldgade 113
1552 København V
Tlf. 33 38 90 00
da@da.dk
da.dk

BESKÆFTIGELSE

SENIORER MED RET TIL TIDLIG PENSION ER IKKE MERE SYGE END ANDRE SENIORER

19. september 2020
DA Analyse

De seniorer, som med regeringens forslag bliver tildelt en ret til tidlig pension, har ikke mere sygefravær end de seniorer, som ikke opfylder kravene for tidlig pension. Regeringens model for tidlig pension er dermed ikke målrettet personer, som har udfordringer med at varetage et job.

Omkring to tredjedele af de berettigede til tidlig pension er kun syge i en uge eller mindre og omkring en tredjedel har slet ikke noget sygefravær i løbet af et år. Lange arbejdsliv er dermed en ringe rettesnor for om man er udfordret af kravene på arbejdsmarkedet.

En målretning af tidlige tilbagetrækning til seniorer med reelt behov gennem en konkret lægefaglig vurdering vil indebære en brøkdel af udgiften ved regeringens model og et markant mindre fald i beskæftigelsen.

Berettigede til tidlig pension er ikke mere syge end de øvrige 61-årige

Regeringen vil indføre en ret til tidlig pension for dem, der har været længst tid på arbejdsmarkedet mv. I regeringens udspil vil en person, som har haft 42 år eller mere på arbejdsmarkedet som 61-årige, få en ret til at trække sig tilbage før folkepensionsalderen.

Den grundlæggende præmis i regeringens model er, at lange arbejdsliv indebærer en øget risiko for at blive nedslidt, så man ikke længere kan holde til de fysiske krav på arbejdsmarkedet. Ud fra denne præmis bør personer med lange arbejdsliv – som får ret til tidlig pension – forventes at have dårligere helbred og mere sygdom end personer med kortere arbejdsliv – som ikke får ret til tidlig pension. En analyse af sygefraværet for de 61-årige viser dog et andet billede.

Sygefravær for de 61-årige, som opnår retten til tidlig pension, er ikke højere end for den øvrige gruppe af 61-årige, som ikke opnår retten. Begge grupper har godt 10 sygefraværsdage om året, jf. tabel 1.

Tabel 1. Målgruppen for tidlig pension har ikke højere sygefravær end øvrige 61-årige

	Eget sygefravær blandt 61-årige lønmodtagere, 2018
	Dagsværk pr. fuldtidsbeskæftigede
Målgruppen for tidlig pension	10,4
Øvrige 61-årige	10,8

Anm.: Se 'Sådan har vi gjort boks'
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Flertallet af de berettigede har intet eller meget lidt sygefravær

Store dele af lønmodtagerne, som opnår ret til tidlig pension, har intet eller meget lidt sygefravær i løbet et år. Knap 70 pct. har mindre end en uges sygefravær. Omkring 10 pct. har haft mere end en måneds sygefravær i løbet et år. Generelt er der små forskelle mellem dem, som får ret til tidlig pension og de øvrige 61-årige.

Hver tredje har intet sygefravær

61-årige lønmodtagere med sygefravær, pct., 2018

Anm.: Se 'Sådan har vi gjort boks'.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Det store flertal med lavt sygefravær betyder, at regeringens anciennitetsmodel er en uhensigtsmæssig måde at afklare, hvem der ikke kan arbejde længere

De 61-årige med et sygefravær på mere end 4 uger udgør ca. 11 pct. af årgangen. Hvis man antager, at det er denne gruppe, som har et behov for at trække sig tilbage tidligere end folkepensionsalderen, så vil målrettet visitation af tidligere pension til gruppen indebære en nettoudgift på ½ mia. kr., jf. tabel 2. Til sammenligning koster regeringens model 3,1 mia. kr. Samtidig vil beskæftigelsen i Danmark falde langt mindre, end med regeringens forslag.

Tabel 2. Skønnet nettoudgift ved målrettet visitering sammenlignet med regeringens model

	Virkning på de offentlige finanser
	Mia. kr., 2020-niveau
Målrettet visitation af tidlig pension	0,5
Regeringens model for tidlig pension	3,1

Anm.: Se 'Sådan har vi gjort boks'.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Opgørelse af antal berettigede - forskelle til regeringens tal

Analysen bygger på sygefraværet for de 61-årige opdelt efter om de opfylder kravet om 42 års anciennitet. Beregningerne af antal berettigede til tidlig pension er baseret på de samme principper som regeringens opgørelse, jf. boks 1.

Der er et stort sammenfald i det anvendte datagrundlag bag regeringens og DA's opgørelse. Men der er også forskelle. Regeringen har registerdata direkte fra ATP tilbage til 1964, hvor DAs opgørelse er baseret på tilgængelige register fra Danmarks Statistik fra 1976 og frem til 2018, herunder blandt andet ATP-data.

Årgang 1957 er den tidligste årgang, hvor det er muligt med DA's datagrundlag, at belyse årgangens arbejdsliv. I beregningerne tages derfor udgangspunkt i årgang 1957, som er 61 år i år 2018. Årgangen antages at være repræsentativ for de årgange, som vil være berettigede til at gå på tidlig pension i år 2022. Regeringen kan omvendt følge alle årgange, som opnår retten i 2022 (årgang 1955-1957). På samme måde som i regeringens model korrigeres der for manglende beskæftigelsesoplysninger som 16-17-årige, herudover korrigeres der ligeledes for manglende beskæftigelsesoplysninger for årgangen som 18-årige.

DAs opgørelse af antal berettigede vil derfor ikke stemme en-til-en overens med regeringens skøn. Imidlertid er afvigelser ret små. I DA's opgørelse vil 38.800 personer opnå en ret til tidlig pension, mens regeringen skønner 38.100 personer. Fordelt på uddannelse er forskellen også begrænsede. Samlet vurderes DA's opgørelse at være en retvisende beskrivelse af gruppen, som er berettiget til tidlig pension.

Sammenligning af DAs opgørelse med regeringen

Antal personer med ret til tidlig pension, tusinde, 2022

Anm.: Se 'Sådan har vi gjort boks'. Der er korrigeret for forskelle i uddannelsesniveau og årgangsstørrelse for de tre årgange som er berettigede til tidlig pension.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre og regeringen "Ny ret til tidlig pension".

Det store sammenfald mellem DA og regeringens model ses også opdelt på a-kasse tilhørsforhold, hvilket også indikerer at DAs model er en retvisende beskrivelse af gruppen. DAs opgørelse afviger primært i forhold til selvstændige – hvilket afspejler forskelligt datagrundlag til opgørelse af selvstændige.

Sammenligning af DAs og regeringens opgørelse opdelt på a-kasse

Antal personer med ret til tidlig pension, tusinde, 2022

Anm.: Se 'Sådan har vi gjort boks'.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre og regeringen "Ny ret til tidlig pension".

Sådan har vi gjort

Opgørelse af sygefravær
Opgørelsen af sygefravær er baseret på baggrund af Danmarks Statistiks fraværsregistre for lønmodtagere. Disse registre inkluderer ikke ansatte i private virksomheder med mindre end 10 ansatte. Lønmodtagere i små, private virksomheder er derfor ikke repræsenteret i ovenstående analyser af sygefravær. Fraværsoplysningerne dækker hele den offentlige sektor og en stikprøve på ca. 2.600 private virksomheder. Der er således ikke fraværsoplysninger for alle i målgruppen for tidlig pension eller for de øvrige 61-årige. Resultaterne skal læses med forbehold herfor.

I 2018 var 88 pct. af gruppen med ret til tidlig pension i lønmodtager beskæftigelse, 7 pct. arbejde som selvstændige og 5 pct. var enten uden for arbejdsstyrken eller på offentlig forsørgelse. Der er således ikke en stor andel af gruppen med ret til tidlig pension, som ikke er dækket i opgørelsen af sygefravær

Sygefravær dækker egen sygdom omregnet til dagsværk. Der ses på igangværende og afsluttede sygeforløb de pågældende år.

Beskæftigelsen er angivet i arbejdsdage svarende til fuldtidsbeskæftigelse. Fuldtidsansatte er beregnet i overensstemmelse med Danmarks Statistiks definition i fraværsregistret.

Målgruppen for tidlig pension
Opgørelsen af anciennitet på arbejdsmarked er beregnet på baggrund af lønmodtagernes ATP-indbetalinger, perioder på dagpenge, sygedagpenge og ledighedsydelse samt beskæftigelse som selvstændig. Oplysningerne stammer fra Danmark Statistiks registre.

ATP-indbetalingerne dækker perioden fra 1976 og frem til 2018. Arbejdsgiveren indbetaler et ATP-bidrag afhængigt af medarbejderens aflønningsform og antallet af arbejdstimer. ATP-satsen varigere alt efter om medarbejdere arbejder mindre end 18 timer, mellem 18-27 timer og mere end 27 timer. På baggrund af ATP-indbetalingerne beregnes der årligt en beskæftigelsesgrad. En person som arbejder mindst 18 timer/ugen i et givent år, indgår med en beskæftigelsesgrad på 1. Det samme vil en person som arbejder fuldtid i 8 måneder. Det er ikke muligt, at indgår med en årlig beskæftigelsesgrad på mere end 1. Personer som arbejder under 9 timer om ugen indbetaler som udgangspunkt ikke til ATP. Deres beskæftigelse indgår således ikke i beskæftigelsesgraden.

Personer, der står registeret som selvstændige i registeret for den registerbaserede arbejdsstyrke (RAS) indgår som fuldtidsbeskæftigede hele det pågældende år. RAS er ikke tilgængeligt før 1981, hvorfor beskæftigelse som selvstændige før 1981 ikke indgår i opgørelsen. Opgørelsen af selvstændige afviger fra regeringens opgørelsesmetode.

Nettoledighed er beregnet på baggrund af IDA-registeret fra 1980-1993, det dækker både dagpenge og jobparate kontanthjælpsmodtagere. Kontanthjælp indgår ikke i regeringens opgørelse. Fra 1993 er DREAM-registeret anvendt. Herfra indgår perioder på dagpenge, sygedagpenge, barselsdagpenge, ledighedsydelse og fleksjob samt perioder med aktivering for alle nævnte ydelser. Ud fra antallet af uger på de nævnte ydelser beregnes der en årlig ledighedsgrad. En person kan maksimalt indgå med en ledighedsgrad på 1.

Perioder på barsel tælles også med i anciennitet opgørelsen. Begge forældre får tildelt et års anciennitet efter barnets fødsel – inden for det pågældende kalenderår kan hver forældre dog højst have en anciennitets grad på 1. Der korrigeret for flerbarns fødsler, hvor der også kun tillægges et år pr flerbarnsfødsel. Det har ikke været muligt at tag højde for adoptioner.

Baseret på oplysninger om beskæftigelse, ledighed og barsel beregnes hvert år en grad for hvor meget den enkelte person har været en del af arbejdsstyrken. Graden kan ligge mellem 0 og 1 pr. år.

Den samlede anciennitet på arbejdsmarked opgøres når personen fylder 61-årig som summen af de enkelte års anciennitetsgrader.

Før 1977 blev der ikke indbetalt ATP for personer under 18 år. For at korrigere for manglende beskæftigelsesoplysninger for årgang 1957 – som er den årgang der ses på i analysen – tildeles alle fra årgang 1957 1,25 års anciennitet. På samme måde som i regeringens model. Herudover tildeles årgang 1957 også ekstra anciennitet for det 18. år, da DST først har data tilgængeligt fra år 1976, hvor den anvendte årgang er 19 år.

Personer som er overgået til førtidspension ultimo 2018 frasorteres.

Personernes uddannelsesoplysninger er opgjort ultimo 2018, der tages således ikke højde for evt. skift i uddannelsesniveau i løbet af arbejdslivet.

Personernes a-kasse tilhørsforhold er opgjort ud fra indbetalinger til en a-kasse i år 2018.

KONTAKT

Anders Borup Christensen

Cheføkonom

abc@da.dk

Telefon: 33 38 93 11

Mobil: 29 20 03 11

-->

UFAGLÆRTE PÅ ARBEJDSMARKEDET

Juli 2018

UFAGLÆRTE PÅ ARBEJDSMARKEDET 2018
© Dansk Arbejdsgiverforening

Ansvarsh. red. Jørgen Bang-Petersen
Øvrige forfattere: Maja Appel, Maria Schougaard Berntsen, Rasmus Brygger, Jeppe Funder, Christina Bjørnbak Hallstein, Maria Bille Høeg

Grafisk produktion: Dansk Arbejdsgiverforening
Udgivet: Juli 2018
ISBN: 978-87-7755-658-6

Indhold

Forord 5

1. Ufaglærtes tilknytning til arbejdsmarkedet, kompetencer, mobilitet og arbejdsliv

1.1 Sammenfatning 7
1.2 Ufaglærtes erhvervsdeltagelse er høj 8
1.3 Ufaglærtes tilknytning til arbejdsmarkedet 12
1.4 "Af og til i job" har nyere arbejdserfaring 15
1.5 Ufaglærtes kvalifikationer og kompetencer 20
1.6 Kompetencer udvikles på jobbet 22
1.7 Ufaglærtes mobilitet 25
1.8 Ufaglærtes arbejdsliv 31

2. Det ufaglærte jobmarked spænder vidt

2.1 Sammenfatning 37
2.2 Hvad er et ufaglært job? 38
2.3 Gamle job forsvinder og nye opstår 43
2.4 De ufaglærtes arbejdsliv 45
2.5 Ufaglærte job har interesse hos alle 51
2.6 Stor tilfredshed med ufaglærte job 58
2.7 Fremtiden kræver også ufaglært arbejdskraft 61
2.8 Automatisering og ny teknologi øger beskæftigelsen 64

Bilag til rapport

Bilag 1. Unge under uddannelse 71
Bilag 2. Uden for det ordinære arbejdsmarked 73
Bilag 3. Følsomhed i afgrænsningen af analyseperiode 74
Bilag 4. Mobilitetsanalyser – sådan har vi gjort 75
Bilag 5. Ufaglærtes karakteristika 77
Bilag 6. Faglærtes karakteristika 78

Litteraturliste 79

Forord

Hvad er forudsætningerne for et arbejdsliv med en god tilknytning til arbejdsmarkedet? Er det at have taget en formel erhvervskompetencegivende uddannelse? Eller er det et arbejdsliv, hvor man uden formel uddannelse, men med reel kompetence, er i stand til at løse nyttige arbejdsopgaver i virksomhederne.

Måske er der ikke nogen modsætning, men i stedet et behov for i langt højere grad at anerkende den enkeltes erhvervede kompetencer og placering på arbejdsmarkedet i stedet for kun at se på den formelle uddannelse, man i sin tid gennemførte.

Alt for stereotype billeder af de mennesker, som ikke har en erhvervskompetencegivende uddannelse, de såkaldte ufaglærte, giver en opfattelse af et mindre attraktivt arbejdsmarked og er med til at tale både personer og deres job ned.

DA ønsker med denne rapport at give et mere retvisende billede af det ufaglærte arbejdsmarked. Alle de mange dygtige ufaglærte medarbejdere på landets virksomheder fortjener at blive omtalt med større respekt. En anerkendelse, som kan markeres ved at omtale flere af disse mennesker som specialarbejdere.

Rigtig mange af de, som er uden formel uddannelse, har en solid tilknytning til arbejdsmarkedet og er tilfredse med deres arbejdsliv. Et fokus på, at flere skal være f.eks. faglærte, bør derfor rettes mod de yngre årgange, som endnu ikke er etableret på arbejdsmarkedet.

Selvfølgelig er der udfordringer. Ligesom for andre grupper på arbejdsmarkedet er der for mange personer, som har enten en ringe eller slet ingen tilknytning til arbejdsmarkedet. Det skal der gøres noget ved, men der er flere svar end blot mere formel uddannelse.

Et klarere billede af det ufaglærte arbejdsmarked betyder, at det politiske fokus kan rettes ind mod de områder, hvor der er problemer at løse.

God læselyst.

1. Ufaglærtes tilknytning til arbejdsmarkedet, kompetencer, mobilitet og arbejdsliv

1.1 Sammenfatning

Stærk tilknytning til arbejdsmarkedet

Langt de fleste ufaglærte klarer sig godt. De er i job, skifter imellem job, er tilfredse med arbejdslivet og har de kompetencer, der skal til for at have en stærk tilknytning til arbejdsmarkedet. For hovedparten af de ufaglærte vil et papir på kompetencer i form af en formel uddannelse derfor ikke have den store betydning for deres arbejdsliv.

Ufaglærte har ikke et væsentligt anderledes arbejdsliv end andre på arbejdsmarkedet. De har eksempelvis mange ligheder med faglærte. De er lige så tilfredse med arbejdslivet, deres mobilitet på arbejdsmarkedet er lige så høj, og de har kompetencer gennem deres erhvervserfaring.

Høj erhvervsdeltagelse blandt ufaglærte

Ufaglærte har stærk tilknytning til arbejdsmarkedet. Når unge og personer på varige offentlige ydelser sorteres fra, stiger erhvervsdeltagelsen fra 60 pct. til næsten 82 pct. og ligger derved tættere på personer med formel erhvervskompetencegivende uddannelse.

7 ud af 10 ufaglærte har haft et job nærmest konstant de seneste 5 år. 2 ud af 10 har en løsere tilknytning og 1 ud af 10 har ingen tilknytning til arbejdsmarkedet.

Hurtigt fra ledighed til job

Når ufaglærte bliver ledige, kommer de næsten lige så hurtigt tilbage i beskæftigelse som faglærte og har dermed samme position på arbejdsmarkedet. Efter 1/2 år er hver anden tilbage i beskæftigelse.

Mange ufaglærte har erhvervet sig høje kvalifikationer gennem arbejdslivet. Næsten 2 ud af 3 ufaglærte arbejder i job over deres formelle kvalifikationsniveau, og hver fjerde har et job på højt kvalifikationsniveau. En formel uddannelse er således ikke nødvendigvis afgørende for, hvilket kvalifikationsniveau den enkelte arbejder på.

Høj mobilitet

Ufaglærte har mulighed for at bevæge sig rundt på arbejdsmarkedet. Det viser både antallet af jobskifte og antallet af skift i kvalifikationsniveau. I gennemsnit skifter ufaglærte job 1,1 gange i løbet af 5 år, og hver fjerde jobskifte sker til et højere kvalifikationsniveau. Arbejdsmarkedet er fleksibelt, og ingen behøver at have samme jobfunktion hele livet.

Ikke-vestlige indvandrere og yngre ufaglærte i risikogruppen

Der er særlige udfordringer blandt nogle få grupper af ufaglærte. Ikke-vestlige indvandrere udgør ca. 10 pct. af den samlede gruppe af ufaglærte, men udgør 30 pct. af gruppen af ufaglærte uden beskæftigelse 5 år i træk. Godt 20 pct. af ufaglærte er 30-39 år, men denne aldersgruppe udgør næsten 40 pct. af gruppen af ufaglærte uden beskæftigelse i en periode på 5 år.

1.2 Ufaglærtes erhvervsdeltagelse er høj

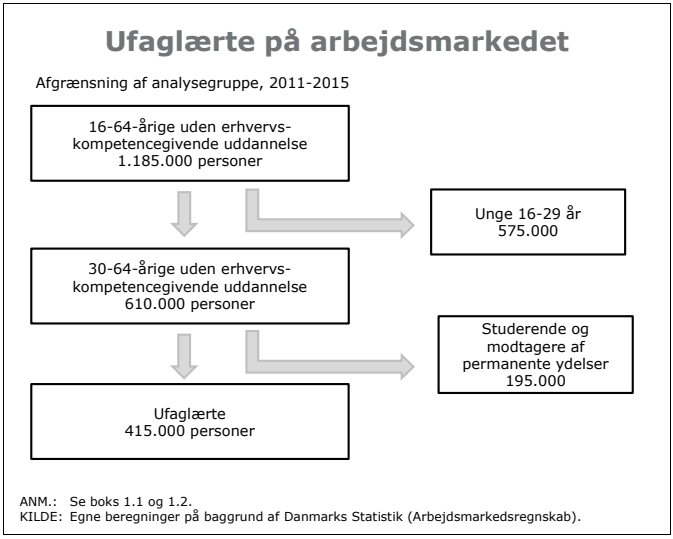
Kompetencer erhvervves på jobbet

En formel uddannelse er ikke afgørende for at få et godt arbejdsliv. Langt de fleste ufaglærte klarer sig rigtig godt på arbejdsmarkedet, uden at de har taget en erhvervskompetencegivende uddannelse. Ufaglærtes tætte tilknytning til arbejdsmarkedet viser, at de alligevel har erhvervet de kompetencer, der skal til for at være nogle af arbejdsmarkedets kernetropper.

Hvem udgør de ufaglærte?

Denne rapport fokuserer på de personer, der bør forstås som ufaglærte. Det vil sige personer uden formel uddannelse, som er tæt på eller er på arbejdsmarkedet, og som ikke står lige overfor at påbegynde en eller er i gang med en erhvervskompetencegivende uddannelse, jf. figur 1.1 og boks 1.1 og 1.2.

Figur 1.1



ANM.: Se boks 1.1 og 1.2.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Arbejdsmarkedsregnskab).

Ved første øjekast har personer uden erhvervskompetencegivende uddannelse en markant ringere deltagelse på arbejdsmarkedet end andre uddannelsesgrupper. Kun 3 ud af 5 uden erhvervskompetencegivende uddannelse i alderen 16-64 år har en vis tilknytning til arbejdsmarkedet.

Men den gruppe, der reelt er ufaglærte, og som er fokus for denne rapport, har et langt stærkere fodfæste på arbejdsmarkedet, end der ofte bliver hævdet.

Unge og personer på varig ydelse trækker ned

I den umiddelbare opgørelse af personer uden erhvervskompetencegivende uddannelse indgår både unge, hvoraf mange er i gang med eller forventes at tage en uddannelse, og personer med væsentlige handicap og helbredsproblemer på varig offentlig forsørgelse. Disse grupper trækker af logiske årsager arbejdsmarkedstilknytningen ned.

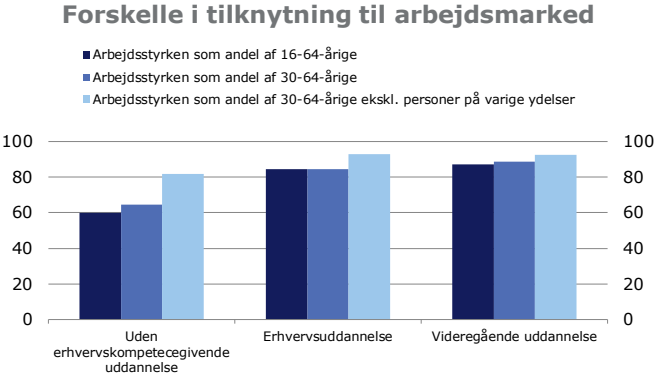
25-30.000 i alderen 30-64 år er udviklingshæmmede, svarende til 4-5 pct. af befolkningen uden erhvervskompetencegivende uddannelse, jf. Statens Institut for Folkesundhed (2014).

Langt færre med et handicap, som har grundskole eller gymnasial uddannelse som uddannelsesbaggrund, er i job sammenlignet med personer uden handicap med den samme uddannelsesbaggrund, jf. SFI (2017).

Stærkere arbejdsmarkedstilknytning

Når unge bliver trukket fra i opgørelsen, stiger arbejdsmarkedsdeltagelsen fra 60 til 64 pct. Og når personer på varig offentlig forsørgelse bliver udeladt, stiger andelen i arbejdsstyrken til 82 pct. Arbejdsmarkedstilknytningen blandt ufaglærte er dermed langt stærkere end blandt alle uden en erhvervskompetencegivende uddannelse, jf. figur 1.2.

Figur 1.2



ANM.: Varige ydelser omfatter ledighedsydelse, revalidering, ressourceforløb, førtidspension, efterløn og fleksydelse.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (RAS2016).

Forskel i tilknytning til arbejdsmarkedet indsnævres

Ved at se bort fra unge og personer på varig offentlig forsørgelse bliver forskellen i tilknytningen til arbejdsmarkedet indsnævret mellem de forskellige uddannelsesgrupper. Der er som udgangspunkt en forskel på 25 pct.-point i erhvervsdeltagelsen mellem personer uden erhvervskompetencegivende uddannelse og personer med en erhvervsuddannelse. Når

man ser bort fra unge og personer på varig offentlig ydelse, bliver forskellen mellem ufaglærtes og faglærtes erhvervsdeltagelse på 11 pct.-point.

Dermed bliver potentialet for at øge erhvervsdeltagelse ved at tage en erhvervskompetencegivende uddannelse indsnævret.

Begrænset effekt af erhvervskompetencegivende uddannelse

Da hovedparten af ufaglærte i forvejen har en solid tilknytning til arbejdsmarkedet vil en uddannelsesindsats over for denne gruppe, som giver de pågældende en formel kompetencegivende uddannelse, have en begrænset effekt på erhvervsdeltagelsen. Det vil samtidig medføre betydelige udgifter til uddannelsen og et reduceret arbejdsudbud, imens uddannelsen gennemføres.

Ikke overskud af ufaglærte

Frem mod 2025 vil der ikke være flere ufaglærte end arbejdsmarkedet efterspørger, jf. Danmarks Vækstråd (2016). Derfor vil en eventuel øget uddannelsesindsats øge manglen på ufaglærte. Skal beskæftigelsen fastholdes, vil det kræve, at f.eks. flere ufaglærte kommer til Danmark fra udlandet.

Boks 1.1

Definition af ufaglærte

Ufaglærte på arbejdsmarkedet bør vurderes uafhængigt fra personer under uddannelse og personer, som aldrig har været på, eller som har forladt det ordinære arbejdsmarkedet. Disse grupper medtages ofte i undersøgelser om ufaglærte, men bidrager til et fejlagtigt billede af gruppen, når man i daglig tale har diskussioner om ufaglærte på arbejdsmarkedet. Derfor er unge under 30 år og personer på varig offentlig forsørgelse ikke medtaget i denne rapport.

Mens begge disse to grupper, som er uden kompetencegivende uddannelse, er relevante at analysere i mange andre sammenhænge, vil de forvrænge billedet, når de indgår i vurderingen af tilknytningen til arbejdsmarkedet for ufaglærte. Størstedelen af de unge vil kun stå uden kompetencegivende uddannelse i kort tid. Tilsvarende vil størstedelen af personerne på varig offentlig forsørgelse være permanent uden for arbejdsmarkedet. Mange er sandsynligvis ufaglærte som resultat af deres medfødte helbredsmæssige eller kognitive begrænsninger.

Ud af den samlede befolkning i alderen 16-64 år uden erhvervskompetencegivende uddannelse på knap 1,2 mio. mennesker, der har været i landet i perioden 2011-2016, udgør unge under 30 år 575.000 personer. Unge udgør derved godt halvdelen af alle uden kompetencegivende uddannelse. Til sammenligning udgør unge 15 pct. af erhvervsuddannede. Unge er overrepræsenteret blandt ufaglærte, fordi mange fuldfører en kompetencegivende uddannelse, inden de fylder 30 år. Eksempelvis omfatter gruppen af unge både teenagere, som går i folkeskole, og personer i 20'erne, som er i gang med en længerevarende uddannelse, og som står over for at blive bachelor.

Ud af den samlede befolkning uden erhvervskompetencegivende uddannelse på knap 1,2 mio. mennesker udgør personer på varig offentlig forsørgelse 95.000 personer.

Den store andel på varig offentlig ydelse blandt personer uden erhvervskompetencegivende uddannelse hænger bl.a. sammen med, at der i gruppen både indgår personer, som tidligt i livet har fået tilkendt en førtidspension, og personer, som på grund af handicap ikke har kunnet tage en erhvervskompetencegivende uddannelse.

Tilbage står en gruppe ufaglærte på arbejdsmarkedet på godt 415.000 personer, som hører til på det ordinære arbejdsmarked. Det er den gruppe, som denne rapport fokuserer på, og som bør forstås som ufaglærte. Se bilag 1 for uddybning af afgrænsningen.

1.3 Ufaglærtes tilknytning til arbejdsmarkedet

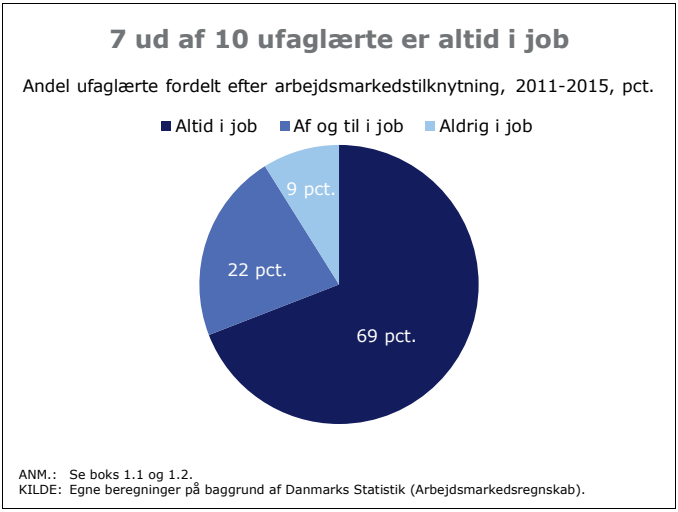
Hovedparten er altid i job

De fleste ufaglærte har en stærk tilknytning til arbejdsmarkedet. Ca. 7 ud af 10 ufaglærte er "altid i job". De udgør 287.000 personer ud af 415.000 ufaglærte og har i en periode på 5 år i gennemsnit været i ordinær beskæftigelse i 98 pct. af tiden, jf. boks 1.2.

2 ud af 10 havde af og til job

Godt 2 ud af 10 ufaglærte er "af og til i job". De har i gennemsnit ordinær beskæftigelse i omkring halvdelen af 5-årsperioden. En mindre gruppe, "aldrig i job", som udgør hver tiende ufaglærte, har ikke haft et ordinært job de seneste 5 år, jf. figur 1.3.

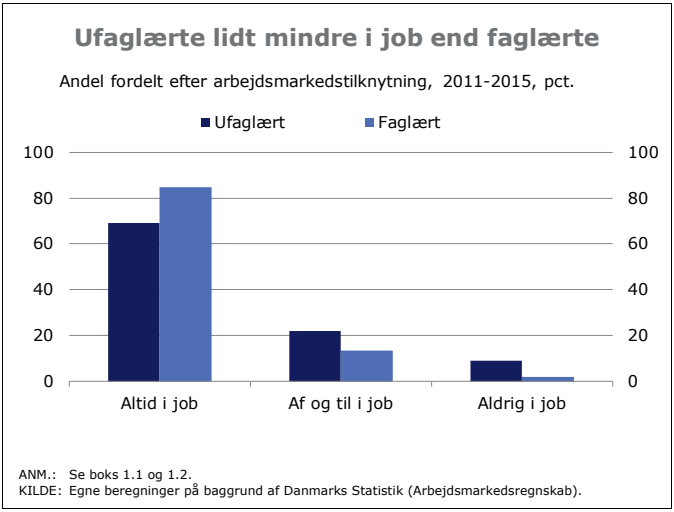
Figur 1.3



Kun få faglærte havde aldrig job

Tilknytningen til arbejdsmarkedet er stærkere blandt faglærte end blandt ufaglærte. 85 pct. af de faglærte hører til blandt "altid i job"-gruppen, hvilket er 16 pct.-point flere end blandt ufaglærte. Det betyder samtidig, at der i sammenligning med ufaglærte er en mindre andel, som af og til er i job, eller som aldrig har job. Blandt faglærte er det kun 2 pct., som i 5-årsperioden ikke havde ordinær beskæftigelse, jf. figur 1.4.

Figur 1.4



ANM.: Se boks 1.1 og 1.2.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Arbejdsmarkedsregnskab).

130.000 ufaglærte med løsere tilknytning til job

Målt i antal hoveder er gruppen af faglærte med ingen eller med en løsere tilknytning til arbejdsmarkedet dog næsten den samme som blandt ufaglærte. Ca. 115.000 faglærte er aldrig eller af og til i job i perioden, mens det tilsvarende antal ufaglærte er ca. 130.000 personer.

Forskellig tilknytning til job for "af og til i job"

Ufaglærte, som af og til er i job, består både af personer, der kun har været på arbejdsmarkedet en enkelt måned i løbet af den 5-årige periode og af personer, der har været i job i f.eks. 3½ år. Der kan både være tale om få længere perioder væk fra arbejdsmarked eller flere korte ledighedsforløb – f.eks. i forbindelse med jobskifte.

Boks 1.2

Sådan har vi gjort

Ufaglærte, det vil sige personer, hvis højst fuldførte uddannelse enten er folkeskolen, gymnasial eller adgangsgivende uddannelsesforløb, analyseres som personer, der har været i Danmark samtlige 5 år i perioden 2011-2015 og er mellem 30-64 årige opgjort 1. januar 2016. Derudover er personer, der har ændret højest fuldførte uddannelse i analyseperioden ikke medtaget.

Personer, der i løbet af 2015 har modtaget varig offentlig forsørgelse eller været i gang med en uddannelse, er blevet frasorteret. Varige ydelser dækker over følgende ydelsestyper: ledighedsydelse, revalidering, ressourceforløb, fleksløntilskud, førtidspension, fleksydelse, folkepension, anden pension, fleksjob, skånejob eller efterløn.

Tilknytning til arbejdsmarked er baseret på antallet af dage i beskæftigelse uanset timeantallet i perioden 2011-2015. Beskæftigelse dækker både selvstændige og lønmodtagerbeskæftigelse. Perioder med støttet beskæftigelse, f.eks. løntilskud, tæller ikke med.

Personer, der betegnes som "Altid i job", har været i ordinær beskæftigelse i sammenlagt mindst 80 pct. af perioden det vil sige 4 ud af de 5 år. Personer, der betegnes som "Af og til i job" har været i beskæftigelse under 80 pct. af tiden. Personer, der betegnes som "Aldrig i job", har ikke haft nogen ordinær beskæftigelse i perioden 2011-2015.

Perioder uden beskæftigelse kan være både ledige, selvforsørgede eller personer midlertidigt uden for arbejdsstyrken.

Når ufaglærte sammenlignes med faglærte, er faglærte afgrænset på samme måde.

1.4 "Af og til i job" har nyere arbejdserfaringer

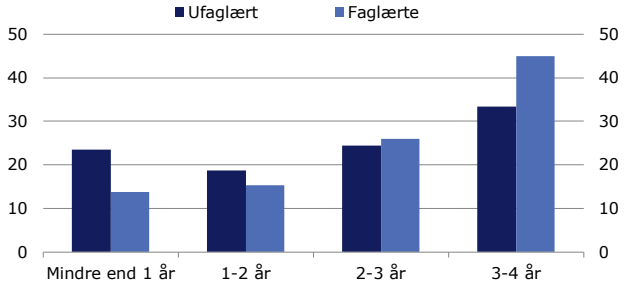
"Af og til i job" har godt fat i arbejdsmarkedet

Hver tredje ufaglært, der af og til er i job, er relativt tæt på arbejdsmarkedet og har sammenlagt været beskæftiget i 3 til 4 år inden for den 5-årige periode. 20.000 ufaglærte i gruppen eller hver fjerde har arbejdet i mindre end 1 år. Det er dermed en mindre gruppe, som har en relativt svag tilknytning til arbejdsmarkedet, jf. figur 1.5.

Figur 1.5

"Af og til i job" har godt fat i arbejdsmarkedet

Ufaglærte og faglærte, der af og til er i job fordelt efter varighed i beskæftigelse 2011-2015, pct.



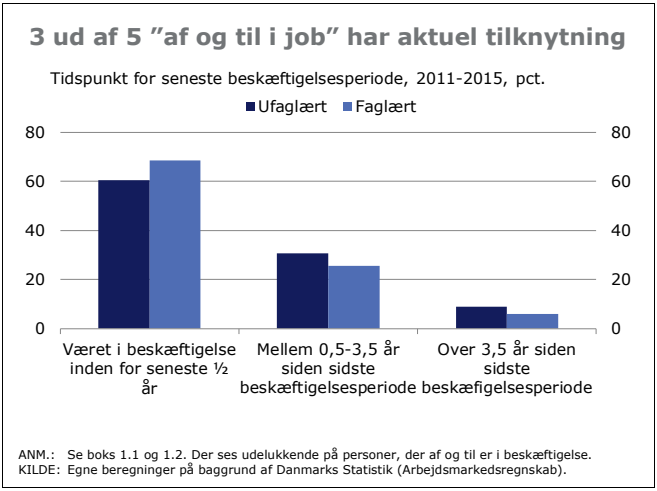
ANM.: Se boks 1.1 og 1.2.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Arbejdsmarkedsregnskab).

Aktuel arbejdserfaring

De fleste ufaglærte, der af og til har været i job, har en aktuel tilknytning til arbejdsmarkedet.

3 ud af 5 ufaglærte, som af og til er i job, har været i beskæftigelse inden for det seneste halve år. Kun 9 pct. har ikke været i job inden for de seneste 3½ år eller derover. Det svarer til godt 8.000 personer ud af 130.000 ufaglærte, jf. figur 1.6.

Figur 1.6



ANM.: Se boks 1.1 og 1.2. Der ses udelukkende på personer, der af og til er i beskæftigelse.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Arbejdsmarkedsregnskab).

Lidt flere faglærte havde job

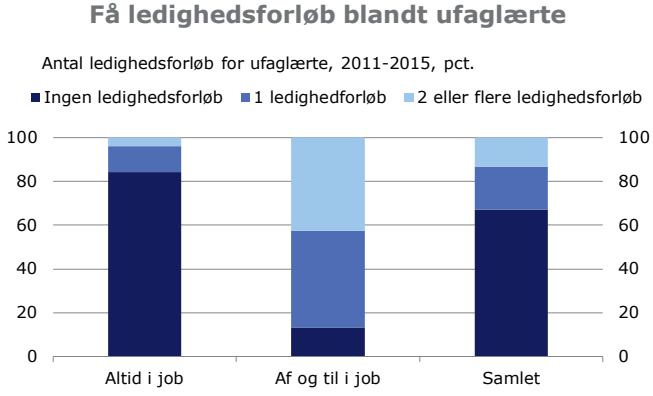
Ufaglærte, der af og til er i job, adskiller sig ikke væsentligt fra faglærte, der af og til er i job. En lidt større andel blandt faglærte, der af og til er i job, har arbejdet inden for det seneste halve år. Omvendt har 6.000 faglærte ikke været i job i de seneste 3½ år eller længere, hvilket kun er 2.000 personer færre end blandt ufaglærte.

Når ufaglærte i en periode ikke er i beskæftigelse, kan det være som følge af ledighed, uddannelse, sygdom, eller selvforsørgelse – nøjagtig som andre grupper på arbejdsmarkedet.

2 ud af 3 har ikke været ledige

Langt de fleste ufaglærte oplever få perioder med ledighed. 2 ud af 3 ufaglærte, der var i beskæftigelse i løbet af perioden 2011-2015, havde ikke et eneste ledighedsforløb. Kun 13 pct. havde 2 eller flere ledighedsforløb af kortere eller længere varighed, jf. figur 1.7.

Figur 1.7



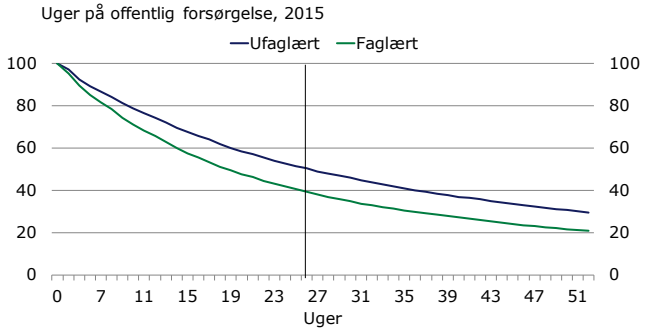
ANM.: Se boks 1.1 og 1.2. I opgørelsen indgår alene perioder med ledighed, det vil sige, personen modtager enten dagpenge eller kontanthjælp. Perioder uden beskæftigelse, hvor den pågældende er selvforsørgende eller modtager anden offentlig forsørgelse pga. f.eks. sygdom, tæller ikke som værende en ledighedsperiode. Dette forklarer, at nogle ufaglærte, der kun af og til er i job, ingen ledighedsperioder har.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM.

Ufaglærte finder hurtigt nyt job

Når ufaglærte bliver ledige, er det ikke ensbetydende med, at de havner på kanten af arbejdsmarkedet og har svært ved at finde fodfæste igen. Mange finder hurtigt et nyt job.

Blandt ufaglærte, der havde et ledighedsforløb i 2015, var halvdelen tilbage i beskæftigelse efter ½ år. Efter 1 år var knap 30 pct. fortsat ledige, jf. figur 1.8.

Figur 1.8



ANM.: Se boks 1.1 og 1.2. I opgørelsen indgår personer, der er blevet ledige i løbet af år 2015. Der måles frem til uge 35 2017. En person er blevet ledig, hvis vedkommende overgår fra beskæftigelse til enten kontanthjælp eller dagpenge.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM.

Faglærte er hurtigst tilbage i job

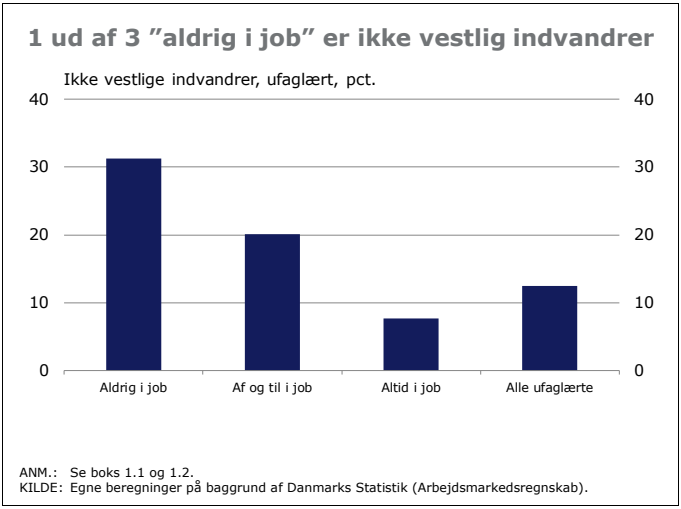
Nogenlunde samme billede tegner sig blandt faglærte, som dog kommer en smule hurtigere tilbage i job end ufaglærte. I gennemsnit er ca. 3 ud af 5 faglærte tilbage i beskæftigelse efter ½ år. Ufaglærtes mulighed for at vende tilbage til arbejdsmarkedet efter ledighed er dermed knap så stor som faglærtes.

9 pct. af ufaglærte svarende til 37.000 personer, har slet ikke været i ordinært arbejde i løbet af den 5-årige periode. De er derfor i risiko for permanent at stå uden for arbejdsmarkedet og f.eks. overgå til førtidspension.

Høj andel ikke-vestlige indvandrere uden job

Der er en markant overrepræsentation af ikke-vestlige indvandrere i gruppen. Omkring hver tiende ufaglærte er ikke-vestlig indvandrer, hvilket omtrent svarer til andelen i befolkningen. Men blandt ufaglærte, som ikke har været i beskæftigelse i løbet af 5 år, er hver tredje ikke-vestlig indvandrer, jf. figur 1.9.

Figur 1.9

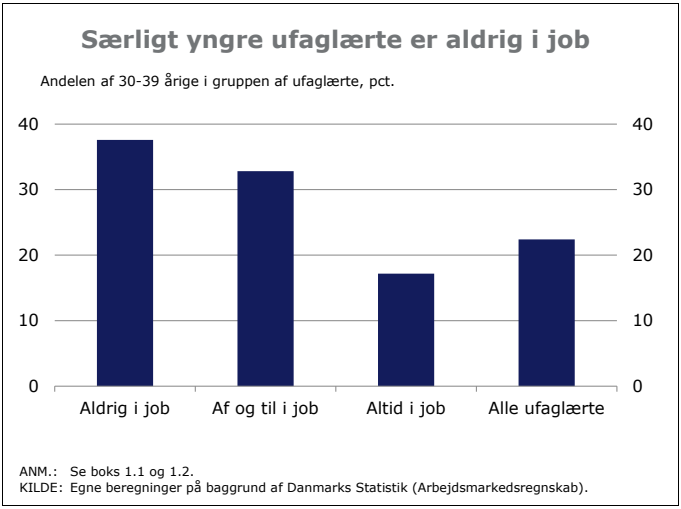


ANM.: Se boks 1.1 og 1.2.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Arbejdsmarkedsregnskab).

De 30-39-årige er løst tilknyttet job

30-39-årige er overrepræsenterede blandt de, der aldrig har været i job. Godt 2 ud af 10 ufaglærte er 30-39 år, mens næsten 4 ud af 10 af ufaglærte uden beskæftigelse i 5 år er i denne aldersgruppe, jf. figur 1.10.

Figur 1.10



ANM.: Se boks 1.1 og 1.2.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Arbejdsmarkedsregnskab).

1.5 Ufaglærtes kvalifikationer og kompetencer

En lang række vigtige jobfunktioner på det danske arbejdsmarked er ufaglært arbejde, jf. kapitel 2. Det gælder f.eks. job som rengøringsassistent, pakkeriarbejder, stilladsarbejder, jord- og betonarbejder og kasseassistent.

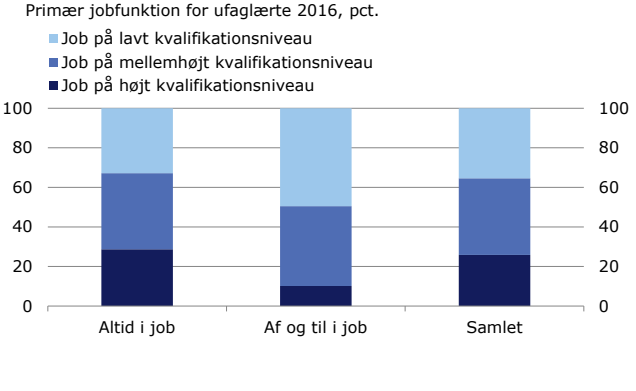
Ufaglærte i lederstillinger

Ufaglærte varetager en stor andel af disse job, men også job på et højere kvalifikationsniveau bliver varetaget af ufaglærte – f.eks. inden for inspektørarbejde eller regnskab. Omkring 10.000 ufaglærte arbejder i lederstillinger.

2 ud af 3 ufaglærte arbejder på højere kvalifikationsniveau

Knap 2 ud af 3 ufaglærte arbejder i job over deres formelle kvalifikationsniveau, og hver fjerde arbejder på højt kvalifikationsniveau. F.eks. inden for undervisning eller ledelse, jf. figur 1.11.

Figur 1.11



ANM.: Se boks 1.1 og 1.2. Der ses alene på personer, der har været i beskæftigelse i løbet af år 2016. Personens primære arbejdsfunktion anvendes, det vil sige den arbejdsfunktion med flest timer.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (lønregister).

Kompetencer erhververves på jobbet

Særligt ufaglærte, der altid er i job, arbejder ofte i stillinger på højt kvalifikationsniveau. De har erhvervet sig kompetencer gennem arbejdserfaring, løbende oplæring, efteruddannelse og samarbejde med kolleger på jobbet, som gør dem i stand til at udføre et job med betydelige krav. I gruppen kan også være personer, som gik i gang med en længerevarende uddannelse, men aldrig fik den formelt afsluttet.

Blandt ufaglærte med en mindre fast tilknytning til arbejdsmarkedet, er en mindre andel ansat i job på højere kvalifikationsniveau. Her arbejder halvdelen på lavt kvalifikationsniveau – f.eks. som chauffør, pakkeriarbejder eller rengøringsassistent.

Mange ufaglærte i servicebranchen

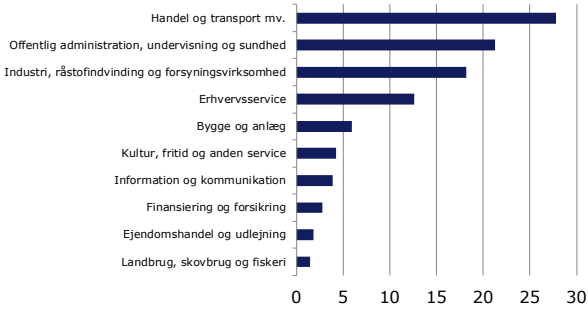
Ligesom ufaglærte er bredt repræsenteret på tværs af arbejdsfunktioner, har de job inden for mange forskellige brancher. Mere end hver fjerde ufaglærte arbejder i handel- og transportbranchen. Det kan være i stillinger som f.eks. kundeservicemedarbejder, lagermedarbejder, sælger eller chauffør.

Også job inden for offentlig administration, industri og erhvervsservice er hyppigt forekommende blandt ufaglærte. Omkring hver femte arbejder inden for offentlig administration m.v., ligesom næsten hver femte arbejder i industrien – f.eks. som ufaglært industrioperatør eller påfyldningsassistent. Lidt mere end hver tiende er ansat inden for erhvervsservice med f.eks. rengøring og gartneriarbejde, jf. figur 1.12.

Figur 1.12

Mange ufaglærte inden for handel og transport

Andel af ufaglærte fordelt på primær branche, 1. halvår 2016, pct.



ANM.: Se boks 1.1 og 1.2. Der ses alene på personer, der har været i beskæftigelse i løbet af år 2016. Personens primære arbejdsfunktion anvendes, det vil sige den arbejdsfunktion med flest timer.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønmodtagerbeskæftigelse).

1.6 Kompetencer udvikles på jobbet

Kurser målrettet job

VEU-systemet giver mulighed for at deltage i efteruddannelse, der understøtter, at den enkeltes kompetencer i videst muligt omfang matcher behovene på arbejdsmarkedet. Det kan være opkvalificering gennem en arbejdsmarkedsuddannelse – f.eks. et AMU-kursus i svejseteknik, i stilladsarbejde eller certificering som truckfører eller til buskørsel.

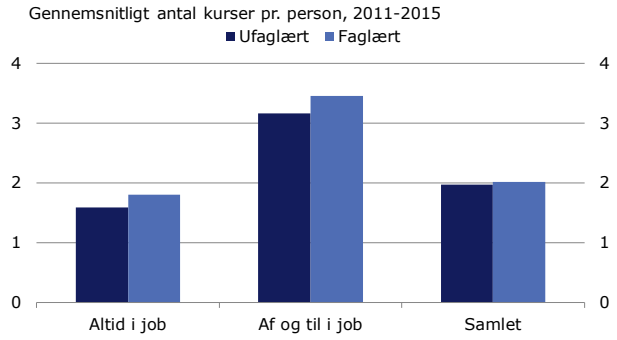
Offentlige VEU-kurser er dog langt fra den eneste mulighed for efteruddannelse og opkvalificering. Den mest udbredte form for efteruddannelse er sidemandsoplæring, hvilket 2 ud af 3 virksomheder benytter sig af, jf. Ekspertgruppen for voksen-, efter- og videreuddannelse (2017). Men også interne kurser på virksomhederne og kurser hos private udbydere benyttes hyppigt. Det er vanskeligt at få det fulde billede af de aktiviteter, der foregår i privat regi, idet de ikke opgøres i ét samlet register.

Ufaglærte deltager i 2 VEU-kurser over en periode på 5 år

I gennemsnit deltager hver ufaglært i 2 offentlige VEU-kurser over en 5-årig periode. Det er det samme niveau som blandt faglærte. Samtidig deltager ufaglærte, der af og til er i job, hyppigere i offentlige VEU-kurser end ufaglærte med en fastere tilknytning til arbejdsmarkedet, jf. figur 1.13.

Figur 1.13

Ufaglærte deltager i samme antal kurser som faglærte



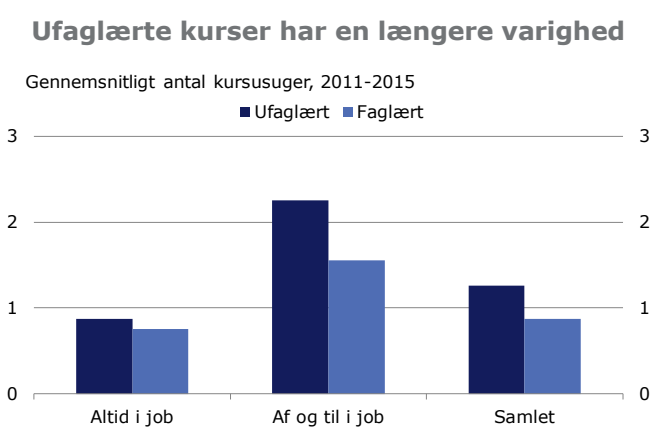
ANM.: Se boks 1.1 og 1.2. Opgørelsen inkluderer alene fuldførte VEU-kurser. Situationer, hvor kursisten har afbrudt kurset eller ikke er mødt frem til prøven, er ikke inkluderet.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistisk (Voksen og efteruddannelsesregisteret).

Længere varighed af kurser for ufaglærte

De VEU-kurser, som ufaglærte deltager i, er af lidt længere varighed end de kurser, som faglærte deltager i. Ufaglærte bruger i gennemsnit knap 1 1/2 uge på kurser i løbet af 5 år. Faglærte bruger kun knap 1 uge i gennemsnit.

Særligt bruger ufaglærte, der af til er i job, væsentligt længere tid på kurser end den sammenlignelige gruppe af faglærte. Her varer kursusaktiviteter for ufaglærte i gennemsnit en uge længere end aktiviteter for den tilsvarende gruppe med faglært baggrund, jf. figur 1.14.

Figur 1.14



ANM.: Se boks 1.1 og 1.2. Opgørelsen inkluderer alene fuldførte VEU-kurser. Situationer, hvor kursisten har afbrudt kurset eller er ikke mødt frem til prøven, er ikke inkluderet.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistisk (Voksen og efteruddannelsesregisteret).

VEU-trepartsaftale

I oktober 2017 blev der indgået en trepartsaftale om styrket og mere fleksibel voksen-, efter- og videreuddannelse. Med aftalen får voksen- og efteruddannelsesområdet et løft, bl.a. ved at styrke aktiviteten på offentligt udbud af voksen- og efteruddannelse samt ved at øge fleksibiliteten i udbuddet.

En af de udfordringer, som aftalen skal bidrage til at løse, er en manglende interesse for at efteruddanne sig. Mere end hver tredje medarbejder på danske arbejdspladser synes ikke, at de behøver mere efteruddannelse. Og hver tiende synes kun i mindre grad, at de har behov for mere efteruddannelse. Næsten halvdelen af danske medarbejdere ser altså ikke noget væsentligt behov for opkvalificering, jf. Ekspertgruppen for voksen-, efter- og videreuddannelse (2017).

Begrænset interesse for efteruddannelse

Blandt ufaglærte mangler mange forståelse for, at efteruddannelse kan være vigtig for dem. 3 ud af 5 ufaglærte har ingen eller kun mindre interesse for efteruddannelse. Dermed er motivationen for opkvalificering lavest blandt dem med mindst formel uddannelse i bagagen.

1.7 Ufaglærtes mobilitet

Vi har et fleksibelt arbejdsmarked

Det danske arbejdsmarked er fleksibelt. Det gælder på tværs af brancher og kvalifikationsniveauer. Der er knap 800.000 jobåbninger hvert år, jf. jobindsats.dk. Der er mange muligheder for at få et nyt job, hvis man skulle miste sit arbejde eller ønske nye udfordringer. Ufaglærte behøver ikke at varetage samme job hele arbejdslivet.

Det fleksible arbejdsmarked gør det muligt både at skifte branche og arbejdsfelt og derigennem få afveksling i arbejdsopgaverne. Og det giver en samfundsøkonomisk værdi, at medarbejderne flytter sig derhen, hvor efterspørgslen er.

Ufaglærte har høj jobmobilitet

Mange ufaglærte benytter sig af de muligheder, det fleksible arbejdsmarked tilbyder, og har en høj jobmobilitet. I løbet af de seneste 5 år er ufaglærte begyndt i et nyt job mere end 400.000 gange.

Det svarer til, at hver ufaglært i gennemsnit skifter job lidt mere end 1 gang på fem år. Enten ved at skifte til en ny arbejdsfunktion på den hidtidige arbejdsplads, ved ansættelse efter en periode uden lønindkomst eller ved ansættelse i en stilling på en ny arbejdsplads. Ufaglærtes jobmobilitet ligger på niveau med mobiliteten blandt faglærte, jf. tabel 1.1.

Tabel 1.1

Høj jobmobilitet – også blandt ufaglærte

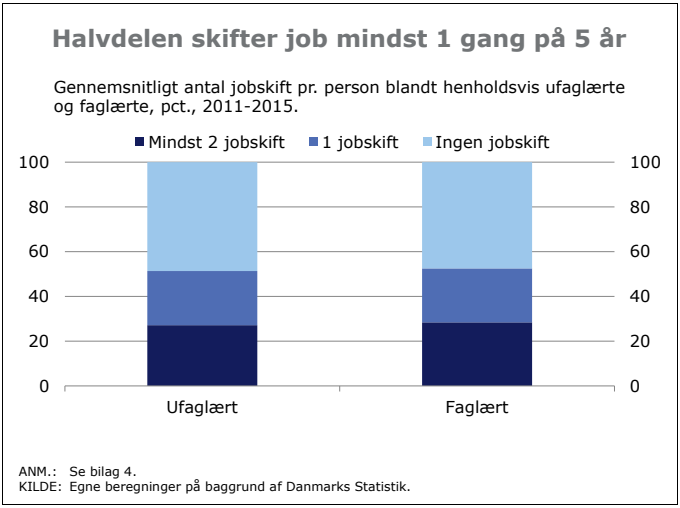
Jobskifte i løbet af 5 år	Gns. antal jobskifte	Antal jobskifte	Antal personer
Ufaglært	1,1	410.000	380.000
Faglært	1,1	825.000	740.000

ANM.: Se bilag 4.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik.

Inden for de seneste 5 år har lidt mere end hver anden ufaglært skiftet job mindst 1 gang, og hver fjerde har skiftet job to eller flere gange.

Lidt under halvdelen af de ufaglærte har ikke skiftet job i den 5-årige periode. Mobiliteten blandt ufaglærte er dermed på samme niveau som blandt faglærte, jf. figur 1.15.

Figur 1.15

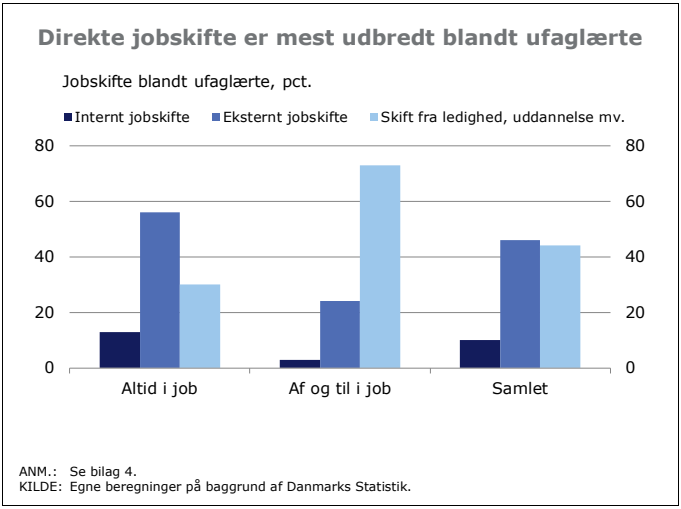


Over halvdelen af ufaglærtes jobskifte sker fra et job til et andet – enten til et nyt job på den hidtidige arbejdsplads eller til en ny arbejdsplads, hvilket er det mest udbredte.

Jobskifte direkte fra job til job

Ufaglærte, der altid er i job, skifter ofte direkte fra et job til et andet uden en mellemliggende periode uden lønindkomst. Kun hver tredje påbegynder nyt job efter en periode med ledighed eller uddannelse m.v. De skifter også hyppigere til en anden jobfunktion på den samme virksomhed end ufaglærte, der af og til er i job, hvor kun 3 pct. bliver på virksomheden i en ny jobfunktion, jf. figur 1.16.

Figur 1.16



ANM.: Se bilag 4.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik.

Brancheforskelle i mobilitet

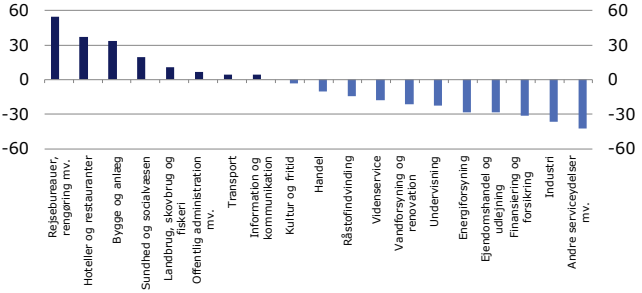
Der er stor forskel i mobiliteten blandt ufaglærte inden for de enkelte brancher. Inden for rengøring- og restaurationsbranchen skifter ufaglærte oftere job end inden for industri samt finansiering og forsikring.

Når rengøringsbranchen har en mobilitetsindikator på godt 50 pct., svarer det til, at der er 50 pct. flere jobskifte, end størrelsen på branchen tilsiger, hvis alle brancher skulle skifte lige meget, jf. figur 1.17.

Figur 1.17

Høj jobmobilitet i rengøring og restaurationsbranchen

Branchens andel af jobskift i forhold til branchens andel af den samlede ufaglærte beskæftigelse i år 2015, pct.



ANM.: Inden for hver branche ses der på, hvor stor en andel af de samlede jobskifte, der er fra den pågældende branche i forhold til hvor stor en andel af de ufaglærte, der er beskæftigede i branchen i år 2015. Jobskifte er beregnet som beskrevet i bilag 4.
KILDE: Egen beregninger på baggrund af Danmarks Statistik.

Jobskifte inden for branchen

En høj jobmobilitet inden for en branche er ikke nødvendigvis det samme som, at branchen "afgiver" mange medarbejdere til andre brancher. Et højt antal jobskifte kan også være skifte til job i den samme branche. Det gælder f.eks. inden for bygge og anlæg, som har en relativ høj jobmobilitet, men hvor 3 ud af 5 ufaglærte bliver i branchen, når de skifter job.

Der en lavere jobmobilitet for ufaglærte inden for industrien, men når ufaglærte inden for industrien skifter job, skifter 60 pct. til andre brancher.

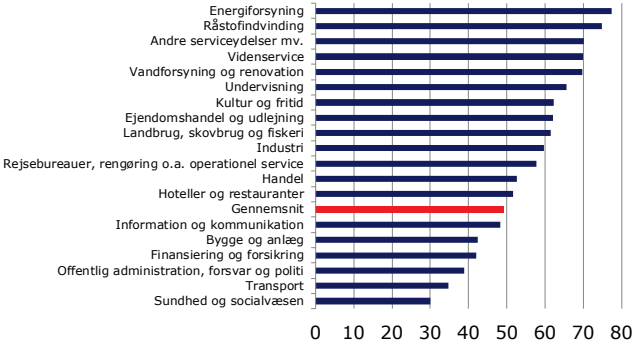
Hver anden skifter branche

I gennemsnit sker hver andet jobskifte blandt ufaglærte til en anden branche, end den pågældende kommer fra, jf. figur 1.18.

Figur 1.18

Knap halvdelen skifter branche

Andel jobskifte blandt ufaglærte, der sker til en anden branche, pct.



ANM.: Se bilag 4.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik.

Arbejdsfunktion dækker flere jobtyper

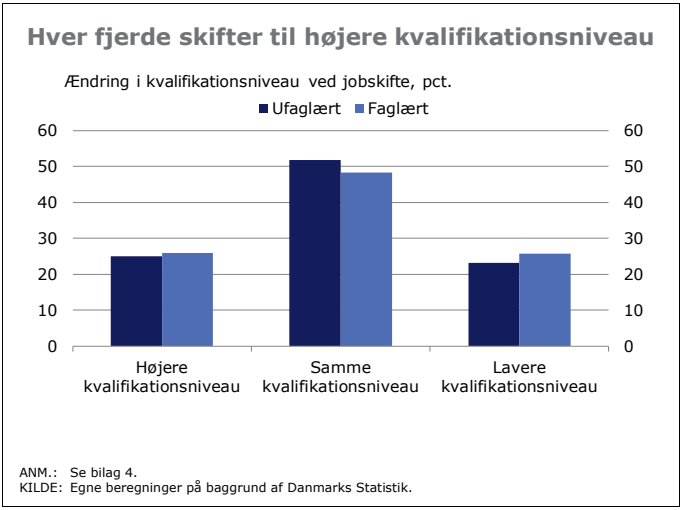
Arbejdsfunktioner har ofte stor bredde og kan dække over mange forskellige konkrete arbejdsopgaver. Ufaglærte, der f.eks. har job inden for arbejdsfunktionen "renovationsarbejde", kan arbejde som slamsuger, viceværtsmedhjælper eller renovationsarbejder. Derfor kan også jobskifte inden for samme arbejdsfunktion betyde nye og afvekslende arbejdsopgaver.

Et skift til en ny arbejdsfunktion kan både ske til et højere, et lavere eller til det samme kvalifikationsniveau. Enten inden for samme branche, men hvor jobbet er et andet – f.eks. fra murearbejdsmand til stilladsarbejder. Eller til en anden branche – f.eks. fra industri til transport.

Skift opad i kvalifikationsniveau

Ufaglærte har høj mobilitet mellem kvalifikationsniveauer. Når ufaglærte skifter job, skifter hver fjerde til et job på højere eller lavere kvalifikationsniveau, end de kommer fra. Halvdelen skifter det hidtidige job ud med et nyt på samme kvalifikationsniveau – enten i samme eller i en ny branche, jf. figur 1.19.

Figur 1.19



ANM.: Se bilag 4.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik.

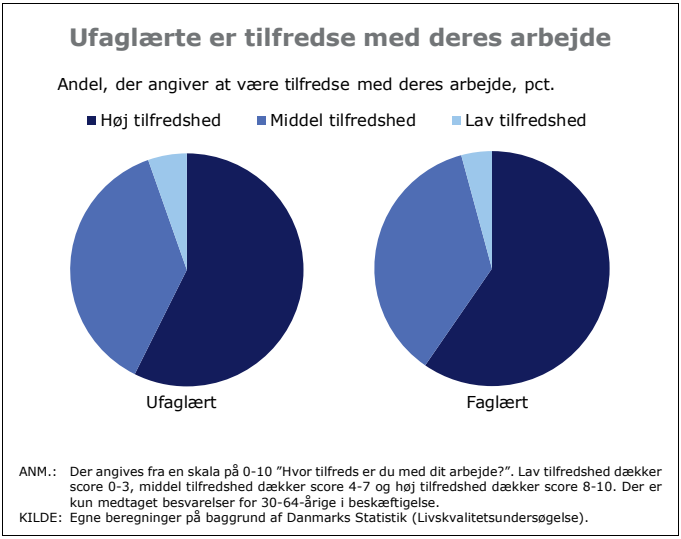
1.8 Ufaglærtes arbejdsliv

Danskerne er glade for deres arbejdsliv. Det gælder også for ufaglærte. Mange forhold kan have indflydelse på arbejdsglæden, f.eks. hvorvidt arbejdet er fagligt tilfredsstillende, er meningsfuldt, om man gør en forskel, har gode kolleger og ledere osv.

Høj arbejdstilfredshed blandt ufaglærte

3 ud af 5 ufaglærte angiver, at de er meget tilfredse med arbejdet, hvilket er lige så stor en andel som blandt faglærte. Kun 5 pct. af de ufaglærte er utilfredse med deres arbejde, jf. figur 1.20.

Figur 1.20



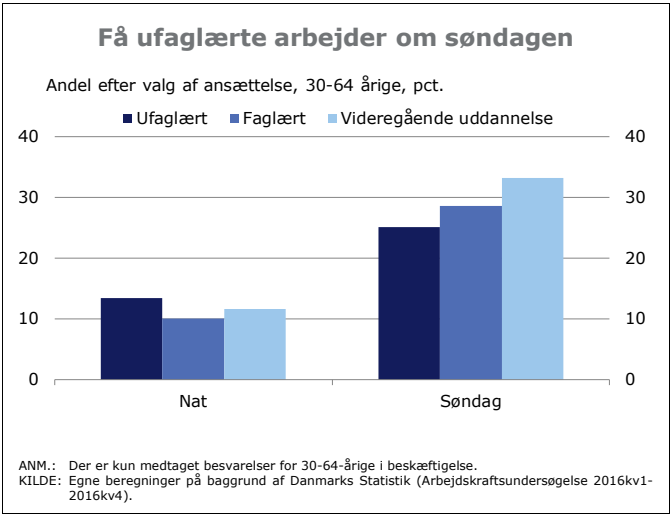
ANM.: Der angives fra en skala på 0-10 "Hvor tilfreds er du med dit arbejde?". Lav tilfredshed dækker score 0-3, middel tilfredshed dækker score 4-7 og høj tilfredshed dækker score 8-10. Der er kun medtaget besvarelser for 30-64-årige i beskæftigelse.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Livskvalitetsundersøgelse).

Nat- og weekendarbejde blandt ufaglærte er ikke udbredt

Andelen af personer, der arbejder om natten, er ikke højere blandt ufaglærte end blandt andre uddannelsesgrupper. 13 pct. ufaglærte arbejder om natten, mens henholdsvis 10 pct. faglærte og 12 pct. af personer med videregående uddannelse har regelmæssigt natarbejde.

Søndagsarbejde er mindre udbredt blandt ufaglærte end blandt andre grupper. F.eks. er søndagsarbejde udbredt blandt sygeplejersker, politibetjente og andre med kort videregående uddannelse. Omkring hver fjerde ufaglærte arbejder om søndagen, mens det gælder hver tredje med videregående uddannelser, jf. figur 1.21.

Figur 1.21

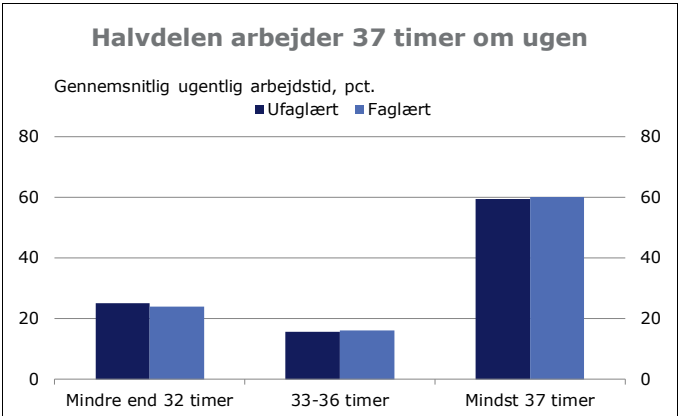


ANM.: Der er kun medtaget besvarelser for 30-64-årige i beskæftigelse.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Arbejdskraftsundersøgelse 2016kv1-2016kv4).

Ufaglærte arbejder lige så mange timer som andre

Heller ikke den ugentlige arbejdstid blandt ufaglærte afskiller sig fra andre grupper på arbejdsmarkedet. 60 pct. af alle ufaglærte i job arbejder på fuld tid – det vil sige mindst 37 timer om ugen – mens hver fjerde arbejder mindre end 32 timer om ugen. Det samme billede tegner sig for faglærte, jf. figur 1.22.

Figur 1.22



ANM.: Se boks 1.1 og 1.2. Der ses alene på personer, der har været i beskæftigelse i løbet af første halvår 2016. Gennemsnitlig ugentlig arbejdstid er baseret på betalte timer. Arbejdstiden kan godt dække over mere end 1 job.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks statistik (lønmodtagerbeskæftigelse).

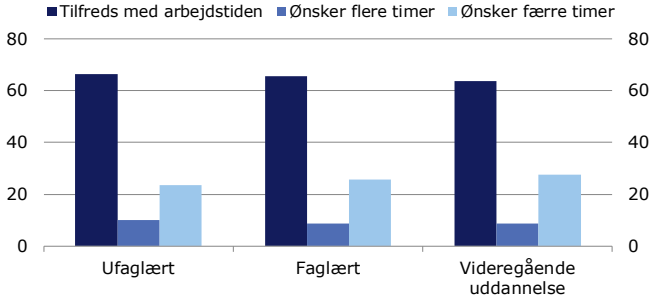
Dog er der forskel på den ugentlige arbejdstid alt efter, hvor stærk tilknytningen til arbejdsmarkedet er. 2 ud af 3 ufaglærte, der altid er i job, arbejder mindst 37 timer om ugen. For ufaglærte, der af og til er i job, gælder det for 1 ud af 3. Den forskellige arbejdstid skyldes ikke uddannelsesbaggrund, da de samme forskelle også findes blandt faglærte.

Ufaglærte er tilfredse med arbejdstiden

2 ud af 3 ufaglærte er tilfredse med deres arbejdstid. De ønsker hverken at øge eller reducere antallet af arbejdstimer om ugen. Dermed har størstedelen af al den tid, der bliver lagt på arbejdsmarkedet, et omfang, som den enkelte er tilfreds med.

Godt hver femte ønsker at arbejde færre timer, mens ca. hver tiende ønsker flere arbejdstimer. Herved er ufaglærte nogenlunde lige så tilfredse med arbejdstiden som andre uddannelsesgrupper, jf. figur 1.23.

Figur 1.23



ANM.: Der er kun medtaget besvarelser for 30-54-årige i beskæftigelse. Ønsker flere timer dækker over personer, der enten har angivet, at de har søgt om at få et ekstra job (BDSOEGE) eller har søgt om at få flere timer i nuværende job (BDHASGT) eller ønsker flere timer enten i nuværende, nyt eller ekstra job (BDFLTIM). Færre timer dækker over personer, der har angivet, at de har færre timer om ugen (BDMITIM). Tilfreds med arbejdstiden dækker over personer, der hverken ønsker flere eller færre arbejdstimer.

KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Arbejdskraftsundersøgelse 2016kv1-2016kv4).

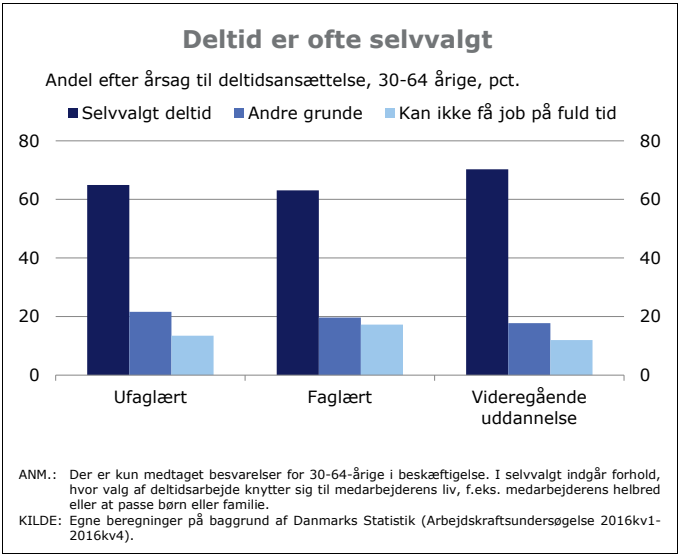
Når hver tredje enten ønsker at arbejde mere eller arbejde mindre, er der tale om et øjebliksbillede. De mange jobåbninger på arbejdsmarkedet betyder, at de fleste er i stand til at indrette sig efter deres behov. Er man utilfreds, så reducerer eller øger man antallet af arbejdstimer, eller man bringer sig på anden vis i en situation, som gør, at tilfredsheden stiger, jf. Rockwool Fonden (2016).

Fleste arbejder på deltid af egen lyst

Det er i overvejende grad selvvalgt, når ufaglærte arbejder på deltid. 2 ud af 3 deltidsansatte ufaglærte peger på, at forhold i deres liv betyder, at de selv har valgt at arbejde mindre end 37 timer om ugen, f.eks. pasning af børn eller helbred. Godt hver femte angiver andre forhold som årsag til deltidsansættelse. 13 pct. forklarer deltidsansættelsen ved, at de ikke kan få et job på fuld tid.

Det samme billede tegner sig blandt både faglærte og personer med en videregående uddannelse, jf. figur 1.24.

Figur 1.24



ANM.: Der er kun medtaget besvarelser for 30-64-årige i beskæftigelse. I selvvalgt indgår forhold, hvor valg af deltidsarbejde knytter sig til medarbejderens liv, f.eks. medarbejderens helbred eller at passe børn eller familie.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Arbejdskraftsundersøgelse 2016kv1-2016kv4).

2. Det ufaglærte jobmarked spænder vidt

2.1 Sammenfatning

Hver sjette job er ufaglært

Hver sjette job på det danske arbejdsmarked er et ufaglært job. Jobbene er meget forskellige som eksempelvis pakkeriarbejder, rengøringsassistent, køkkenmedhjælper, chauffør eller jord- og betonarbejder.

Ufaglærte job findes typisk inden for de 2 nederste kvalifikationsniveauer på arbejdsmarkedet.

Godt hver tredje med et ufaglært job har en erhvervsuddannese, godt S har alene grundskole eller en gymnasial uddannelse og hver tiende har en videregående uddannelse. Resten er i gang med en uddannelse, mens de har jobbet.

Med den stigende beskæftigelse følger også flere ufaglærte job. Der er skabt knap 40.000 flere ufaglærte job i de seneste 5 år. Væksten er alene i den private sektor, mens antallet af ufaglærte job falder i den offentlige sektor.

Det ufaglærte jobmarked har typisk overenskomstmæssige forhold. Personer, der er ansat i et job på lavt kvalifikationsniveau, er i 3 ud af 4 tilfælde ansat på en virksomhed med overenskomst. For personer ansat i høj kvalifikationsjob er det 2 ud af 5.

Stor tilfredshed med ufaglærte job i Danmark

Markant flere i ufaglærte job i Danmark er meget tilfredse med deres arbejdsforhold end i andre EU-lande. 9 ud af 10 mener, at de altid eller for det meste gør et nyttigt job.

Et ufaglært job er i gennemsnit 31 timer om ugen. Timetallet er 1 time lavere i dag end i 2010, hvilket skyldes, at studerende og personer med videregående uddannelse arbejder færre timer i deres ufaglærte job. For personer ansat i ufaglærte job, der ikke har en erhvervskompetencegivende uddannelse, er timetallet det samme.

I fremtiden vil der sandsynligvis fortsat være brug for ufaglærte.

Store omstillinger er før set på arbejdsmarkedet

Automatisering og ny teknologi vil betyde ændringer i jobindholdet for mange. Ufaglærtes job automatiseres i samme grad som faglærtes. Den forventede omstilling er dog ikke voldsom i et historisk perspektiv. En del af udfordringen vil løse sig ved naturlig afgang fra arbejdsmarkedet, men omkring 80.000 ufaglærte vil i fremtiden have brug for betydelig omstilling på arbejdsmarkedet.

2.2 Hvad er et ufaglært job?

16 pct. af de danske job er på lavt kvalifikationsniveau

Godt 16 pct. af alle job er på lavt kvalifikationsniveau. Det er ufaglærte job, da der ikke stilles formelle uddannelseskrav til medarbejderne for at varetage dem. Reelt vil medarbejderen dog ofte blive mødt af krav om f.eks. AMU-kurser, certifikater eller intern træning og oplæring, før jobbet kan udføres. På samme måde er der også job på mellemhøjt kvalifikationsniveau, som reelt ikke kræver anden træning eller uddannelse end sidemandsoplæring.

Der er således ikke en direkte sammenhæng mellem beskæftigedes arbejdsfunktioner og deres uddannelsesbaggrund. Personer med erhvervskompetencegivende uddannelse varetager også ufaglærte job, og samtidig er der personer uden formelle erhvervskompetencegivende uddannelser, der varetager et job på højere kvalifikationsniveau.

Højt uddannede har 10 pct. af job på lavt kvalifikationsniveau

Knap 1 ud af 10 job på højt kvalifikationsniveau bliver varetaget af personer uden en erhvervskompetencegivende uddannelse. Modsat bliver knap 1 ud af 10 job på lavt kvalifikationsniveau varetaget af en person med en videregående uddannelse, jf. tabel 2.1.

Tabel 2.1

Muligt at få job på alle niveauer uanset uddannelsesbaggrund

2016, pct.	Uden erhvervskomp. uddannelse	Faglært	Videregående	Studerende	Alle
Job på højt kvalifikationsniveau	8	18	70	4	100
Job på mellemhøjt kvalifikationsniveau	19	49	12	21	100
Job på lavt kvalifikationsniveau	38	39	9	14	100
Alle job	18	31	38	14	100

ANM.: Alle ansættelsesforhold i 2016 medregnes fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for personen, der varetog jobbet. Ansættelsesforholdene vægtes efter længden på ansættelsesforholdet.
Personen betragtes som studerende, hvis vedkommendes studieforløb er mindst 3 måneder, og studieforløbet overlapper ansættelsestiden med mindst 3 måneder, uanfægtet vedkommendes nuværende højeste fuldførte uddannelsesniveau. En person, som har flere uddannelsesforløb med mindre end 3 måneders mellemrum, betragtes også som studerende i den mellemliggende periode.
Personer uden en erhvervskompetencegivende uddannelse er defineret som personer med folkeskole eller gymnasial uddannelse, som højeste fuldførte niveau. Personer med uoplyst arbejdsfunktionskode eller uddannelse indgår ikke.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik og Elevregistret).

Der er således stor bredde i, hvilken uddannelsesbaggrund personen, der varetager jobbet, har med i bagagen. Det understøtter billedet af stor fleksibilitet på arbejdsmarkedet, jf. også kapitel 1.

Boks 2.1

Definition og afgrænsning af et job

Et ansættelsesforhold er defineret som en ansat hos en bestemt arbejdsgiver, på et bestemt arbejdssted, med en bestemt arbejdsfunktion. Der er således muligt at have flere ansættelsesforhold samtidigt for en enkelt lønmodtager.

For at indgå i optællingen skal jobbet være et fast ansættelsesforhold med et vist minimumsomfang. Helt små ansættelser på mindre end 8 timer om ugen tælles ikke med, da afgrænsningen sker efter reglerne i loven om ansættelsesbeviser. Det medfører også, at ansættelsesforholdet skal vare mere end 1 måned.

Derudover indgår alene ansættelsesforhold, hvor lønmodtageren er ansat på normale vilkår, men jobtilskud, hvor virksomhederne aflønner normalt og efterfølgende modtager lønrefusion, indgår.

Udstationerede medarbejdere i Danmark, der får løn efter egne lokale regler, indgår ikke.

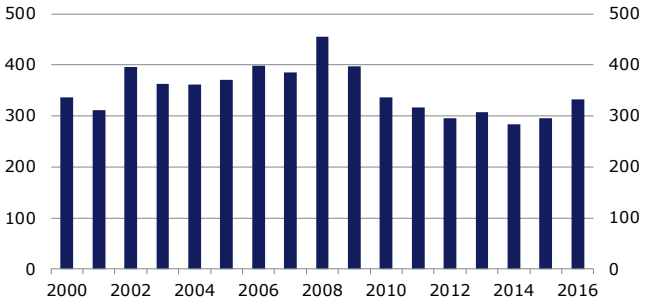
Antallet af ufaglærte job er på niveau med år 2000

I 2016 er der godt 330.000 ufaglærte job. De seneste 5 år er der kommet 40.000 flere ufaglærte job på det danske arbejdsmarked. I 2000 var der ca. 335.000 job på lavt kvalifikationsniveau. Antallet af ufaglærte job er dermed det samme som for 15 år siden , jf figur 2.1.

Figur 2.1

De ufaglærte job er ikke ved at forsvinde

Antal ansættelser i ufaglærte job, 1.000 personer, 2000-2016



ANM.: Antal ansættelsesforhold i den givne arbejdsfunktion. Arbejdsfunktionen, der skifter hovedgruppe med indførelsen af DISCO-08, er placeret efter den nuværende inddeling i DISCO i hele perioden. Der er databrud imellem 2009 og 2010. Opregnet i overensstemmelse med Danmarks Statistiks vægtning og vægtet efter ansættelsens længde.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik).

Mere end 330.000 ufaglærte job i Danmark.

Antallet af ufaglærte job gælder alene de job, der er på virksomheder, der har ansatte svarende til mindst 10 fuldtidsbeskæftigede, så virksomheden er stor nok til, at indberette til lønstatistikken. Dermed er det samlede antal ufaglærte job større end de 330.000 ansættelsesforhold, som indgår i denne analyse.

Boks 2.2

Lønstatistik dækker alene virksomheder med mere end 10 ansatte

Mange grafer i indeværende kapitel bygger på data fra Danmarks Statistiks lønstatistik, som består af en fuldtælling af ansættelsesforhold på det offentlige område (undtagen f.eks. ph.d.-studerende, værnepligtige etc.), men på det private område alene rummer virksomheder med ansættelsesforhold svarende til 10 eller flere fuldtidsansatte.

Virksomheder i branchen landbrug og fiskeri er undtaget for indberetninger til Danmarks Statistik.

DA og Finanssektorens Arbejdsgiverforening indsamler data for deres respektive medlemsvirksomheder, mens Danmarks Statistik indsamler for de virksomheder, der ikke er medlem.

Der er relativ stor forskel på dækningsgraden i de forskellige brancher inden for den private sektor, hvorfor Danmarks Statistik foretager en vægtning af ansættelsesforholdene efter branche og størrelse for at opregne til den sande population af virksomheder og organisationer med 10 eller flere fuldtidsbeskæftigede.

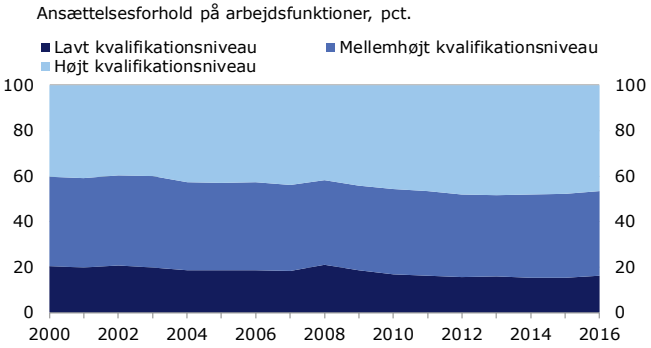
Der opregnes ikke med henblik på at inkludere virksomhederne med mindre end 10 fuldtidsansatte.

Større andel job på højt og mellemhøjt niveau

Gennem de seneste 20 år har fordelingen af job på forskellige kvalifikationsniveauer forskubbet sig, så der i dag er en større andel job på højt og mellemhøjt niveau. Knap hvert andet job i dag er på højt kvalifikationsniveau, og job på dette niveau fylder nu noget mere end job på mellemhøjt niveau, jf. figur 2.2.

Figur 2.2

Ufaglærte job findes stadig på arbejdsmarkedet



ANM.: Antal ansættelsesforhold i den givne arbejdsfunktion. Arbejdsfunktionen, der skifter hovedgruppe med indførelsen af DISCO-08, er placeret efter den nuværende inddeling i DISCO i hele perioden. Der er databrud imellem 2009 og 2010. Opregnet i overensstemmelse med Danmarks Statistiks vægtning og vægtet efter ansættelsens længde.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik).

Ufaglærte job forvinder ikke

Det betyder dog ikke, at job på lavt kvalifikationsniveau er ved at forsvinde, men andelen af ufaglærte job ud af alle job er blevet mindre, fordi det samlede antal af job er vokset bl.a. som følge af de bedre konjunkturer.

Boks 2.3

Job på højt, mellemhøjt og lavt kvalifikationsniveau

Klassificeringen af jobbets kvalifikationsniveau følger den danske version af den internationale fagklassifikation, også kaldet DISCO.

Højt kvalifikationsniveau defineres som DISCO 1-3, der indebærer ledelsesarbejde, arbejde, der forudsætter viden på højeste niveau inden for pågældende område, og arbejde, der forudsætter viden på mellemniveau.

Mellemhøjt kvalifikationsniveau defineres som DISCO 4-7, det vil sige almindeligt kontor- og kundeservicearbejde, service- og salgsarbejde, arbejde inden for landbrug, skovbrug og fiskeri ekskl. medhjælp samt håndværkspræget arbejde.

Lavt kvalifikationsniveau omfatter jobfunktioner inden for hovedgruppe 8 (operatør- og monteringsarbejde samt transportarbejde) og hovedgruppe 9 (andet manuelt arbejde).

Der ses bort fra ansættelsesforhold i arbejdsfunktioner inden for militært arbejde (DISCO 0) og fra ansættelsesforhold, hvor der ikke er angivet en arbejdsfunktion.

Klassifikationen af højt, mellemhøjt og lavt kvalifikationsniveau er dog ikke entydig. Selvom hovedgruppe 8 og 9 hovedsagligt rummer ufaglærte job, er der også job heriblandt, hvor der kræves en erhvervskompetencegivende uddannelse. Omvendt for f.eks. hovedgruppe 5, der også rummer job, der ikke kræver en uddannelse. Opdelingen følger dog gængse opgørelsesmetoder.

Med indførelsen af DISCO-08 implementerer Danmarks Statistik den nuværende klassifikation af arbejdsfunktioner. Nogle arbejdsfunktioner rykker hovedgruppe med den nye gruppering, hvilket fører til store forskydninger i fordelingen af job på henholdsvis lavt, mellemhøjt og højt kvalifikationsniveau, når der ses længere tilbage end 2010. Derfor er de gamle arbejdsfunktioner i nærværende analyser blevet omklassificeret, så de er placeret i overensstemmelse med det gældende system i hele perioden.

2.3 Gamle job forsvinder og nye opstår

Konjunkturer og strukturelle forandringer påvirker job

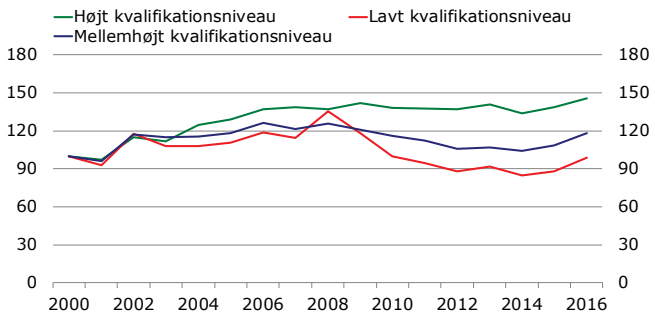
Trods både strukturelle forandringer på arbejdsmarkedet og konjunkturelle påvirkninger er antallet af ufaglærte job stadig stort. Mens antallet af job på højt kvalifikationsniveau har været støt stigende siden 2000, ser det noget anderledes ud for antallet af job på mellemhøjt og lavt kvalifikationsniveau. Her steg antallet af job fra 2000 og frem mod finanskrisen, hvorefter antallet faldt.

Særligt de ufaglærte job har været hårdt ramt med et betydeligt fald fra 2008 og frem til 2014. Krisen bragte antallet af ufaglærte job ned på det laveste niveau i perioden, men i 2016 er niveauet oppe igen som i 2000, jf. figur 2.3.

Figur 2.3

Ufaglærte job er konjunkturfølsomme

Vækst i antallet af job 2000-2016, pct.



ANM.: Ansættelsesforholdene er opregnet i overensstemmelse med Danmarks Statistiks vægtning og vægtet med antallet af dage, beskæftigelsen varer.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik).

Nogle jobtyper vokser i antal, bl.a. som følge af den teknologiske udvikling og ændrede efterspørgsel, mens andre langsomt forsvinder. Den store diversitet i jobbene på lavt kvalifikationsniveau medfører, at arbejdsfunktionerne varierer kraftigt i størrelse og ikke mindst, at arbejdsfunktioner gennemgår en meget forskellig udvikling over tid. Udbredelsen af e-mails mindsker behovet for postbude, mens antallet af pakkeudbringere stiger, som konsekvens af øget nethandel. De enkelte job bliver også påvirket forskelligt af konjunkturerne.

Sådanne forskydninger kan være med til at forstærke billedet af, at ufaglærte job forsvinder, da jobskabelse ikke får lige så stor opmærksomhed som jobnedlæggelser. Derudover er mobiliteten høj på det danske arbejdsmarked, og uanset uddannelsesbaggrund er der gode muligheder for at skifte job, jf. kapitel 1.

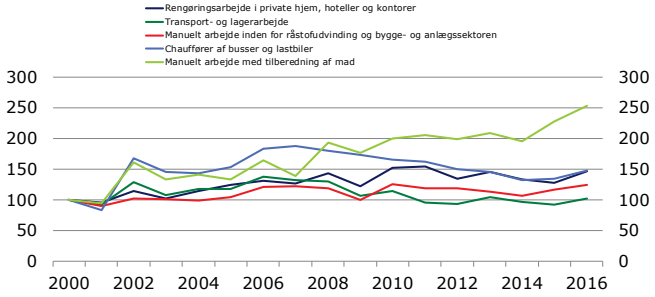
2½ gange flere mad-job i 2016 end i 2000

De 5 hyppigste jobfunktioner på lavt kvalifikationsniveau i 2016 har gennemgået en meget forskellig udvikling. Antallet af job inden for manuelt arbejde med tilberedning af mad har været støt stigende, og det er nu 2½ gange større end i 2000. For de 4 øvrige jobtyper i top 5 har tendensen været en svagt nedadgående eller stabil kurve siden finanskrisen, jf. figur 2.4.

Figur 2.4

Mad-job stormer frem

Antallet af job på de 5 hyppigste forekommende jobfunktioner, indeks 2000=100



ANM.: De hyppigste jobfunktioner er udvalgt ud fra antallet af ansættelsesforhold i 2016. Ansættelsesforholdene er opregnet i overensstemmelse med Danmarks Statistiks vægtning og vægtet med antallet af dage, beskæftigelsen varer.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik).

Hyppigste ufaglærte jobfunktioner

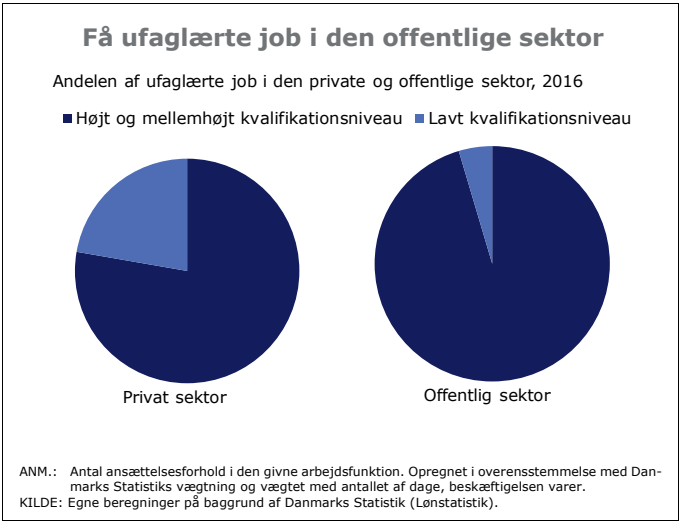
Samlet set udgør de 5 hyppigste jobfunktioner ca. 175.000 job, heraf er godt 57.000 job inden for rengøringsarbejde i private hjem, kontorer og hoteller, og knap 29.000 job inden for manuelt arbejde med tilberedning af mad.

2.4 De ufaglærtes arbejdsliv

Job på lavt kvalifikationsniveau er i den private sektor

Mens ca. hver femte job i den private sektor er på lavt kvalifikationsniveau, er det kun tilfældet for 1 ud af 20 job i den offentlige sektor, jf. figur 2.5.

Figur 2.5



ANM.: Antal ansættelsesforhold i den givne arbejdsfunktion. Opregnet i overensstemmelse med Danmarks Statistiks vægtning og vægtet med antallet af dage, beskæftigelsen varer.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik).

Ufaglærte job findes i den private sektor

Andelen af ufaglærte job er over længere tid faldet i både den private og den offentlige sektor. Siden finanskrisen har andelen af ufaglærte job i den private sektor ligget stabilt, mens der for den offentlige sektor har været en fortsat svag nedadgående tendens med et fald på 2 pct.-point samlet over årene.

En del af forklaringen bag det faldende antal job på lavt kvalifikationsniveau i den offentlige sektor kan være øget udlicitering til private af opgaver, den offentlige sektor ikke vurderer som deres kerneopgave – f.eks. rengøring af institutioner eller vedligeholdelse af grønne områder.

Særligt industri og erhvervsservice har ufaglærte job

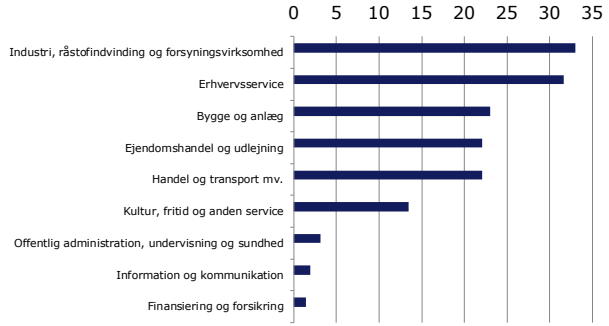
Job på lavt kvalifikationsniveau udgør en stor andel af de ansatte i nogle brancher. Inden for industri og erhvervsservice, som rummer rengøring, udgør ufaglærte ansættelsesforhold ca. S af jobbene, mens det for offentlig administration, undervisning og sundhed alene udgør 3 pct. af det samlede antal ansættelsesforhold i branchen i 2016. Da det er en stor

branche, er antallet af ufaglærte ansættelsesforhold dog relativt højt, trods den lave procent. Ufaglærte er en bærende kraft i flere af de private brancher, jf. figur 2.6.

Figur 2.6

Ufaglærte job er vitale for flere brancher

Andelen af ufaglærte job i branchen, 2016



ANM.: Antal ansættelsesforhold i branchen. Landbrug og fiskeri er undtaget for at indberette til statistikken. Opregnet i overensstemmelse med Danmarks Statistiks vægtning og vægtet med antallet af dage, beskæftigelsen varer.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik).

Ufaglærte job er i virksomheder med overenskomst

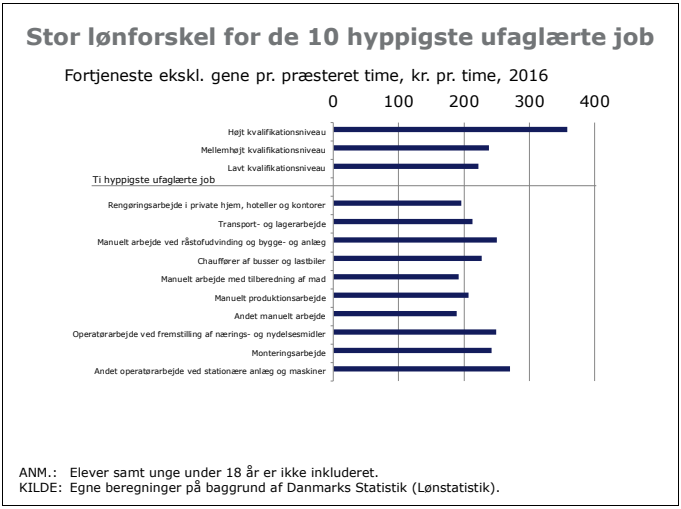
Personer ansat i job på lavt kvalifikationsniveau i den private sektor er i 3 ud af 4 tilfælde ansat på en virksomhed, der har DA-overenskomst. Det betyder, at medarbejderen typisk vil være omfattet af overenskomstens regler om løn, arbejdstid og efteruddannelsesmuligheder, jf. figur 2.7.

Figur 2.7

Lønniveau i ufaglærte job afhænger af jobfunktion

En ansættelse inden for manuelt arbejde i råstofudvinding og bygge- og anlægssektoren giver i gennemsnit 250 kr. i timen pr. præsteret time. Til sammenligning får rengøringsassistenten knap 200 kr. i timen. Samlet set tjener personer ansat i ufaglærte job godt 15 kroner mindre i timen end personer, der arbejder på mellemhøjt niveau. Blandt de 10 hyppigste ufaglærte arbejdsfunktioner er der stor variation i den gennemsnitlige timeløn pr. præsteret time, jf. figur 2.8.

Figur 2.8

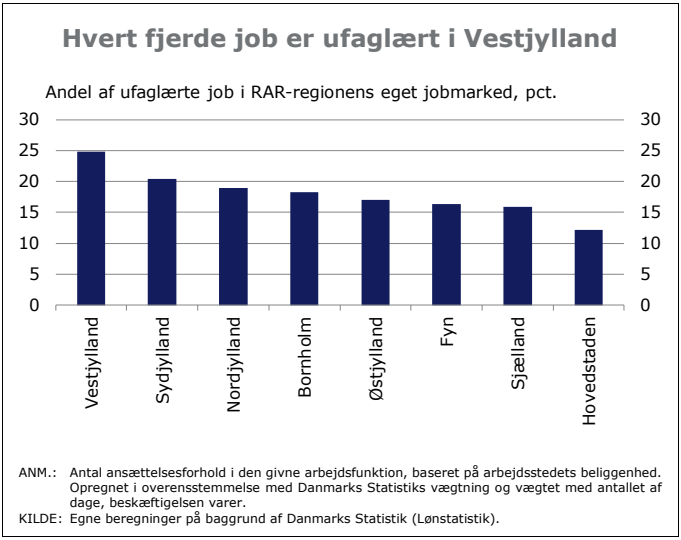


ANM.: Elever samt unge under 18 år er ikke inkluderet.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik).

I Vestjylland er hver fjerde job et ufaglært job

Job på lavt kvalifikationsniveau fylder relativt mere i de områder i Danmark, hvor produktion er dominerende. I Hovedstaden er der relativt færre ufaglærte job, mens job på højt eller mellemhøjt kvalifikationsniveau dominerer. I Vestjylland er hvert fjerde ansættelsesforhold ufaglært, mens det alene gør sig gældende for ca. hvert ottende job i Hovedstaden, jf. figur 2.9.

Figur 2.9



ANM.: Antal ansættelsesforhold i den givne arbejdsfunktion, baseret på arbejdsstedets beliggenhed. Opregnet i overensstemmelse med Danmarks Statistiks vægtning og vægtet med antallet af dage, beskæftigelsen varer.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik).

Andelen af ufaglærte job på det vestjyske jobmarked har været stigende. Det skyldes ikke, at jobbene på højere kvalifikationsniveau er forsvundet fra området, men at væksten i ufaglærte job har været højere end væksten i job på højere kvalifikationsniveau.

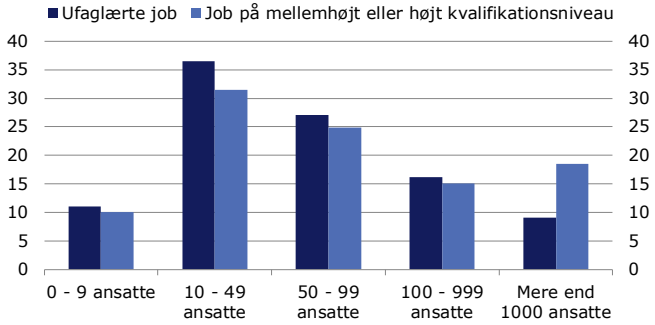
Flere ufaglærte job på små og mellemstore arbejdspladser

Ufaglærte ansættelser fylder relativt mere på små og mellemstore arbejdssteder. Mere end hvert tredje ufaglærte job er på arbejdssteder med mellem 10 og 49 ansatte, mens job på lavt kompetenceniveau udgør en mindre andel på de helt store arbejdssteder med mere end 1.000 ansatte, jf. figur 2.10.

Figur 2.10

Ufaglærte job på mellemstore arbejdspladser

Andelen af job fordelt på arbejdspladsstørrelse, 2016



ANM.: Antal ansættelsesforhold i den givne arbejdsfunktion. Opregnet i overensstemmelse med Danmarks Statistiks vægtning og vægtet efter varigheden på ansættelsen. Virksomhedsstørrelse er opgjort på arbejdsstedet, hvorfor det er muligt at have arbejdssteder med 0-9 ansatte, til trods for at lønstatistikken alene dækker virksomheder med ansatte svarende til mindst 10 fuldtidsansatte – f.eks. hvis virksomheden har 2 regionale kontorer. Hvis virksomheder med mindre end 10 ansatte også havde været en del af datagrundlaget, ville der have været flere job på de mindste arbejdssteder. Det ville medføre, at andelen af både ufaglærte job og job på mellemhøjt og højt kvalifikationsniveau ville være større på arbejdssteder for 0-9 ansatte.

KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik).

2.5. Ufaglærte job har interesse hos alle

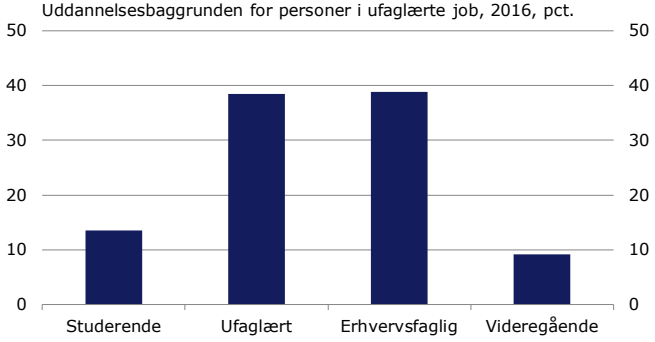
Ufaglærte personer har en mindre andel af ufaglærte job

En lidt større andel af jobbene på lavt kvalifikationsniveau varetages i dag af studerende eller personer med en formel kompetencegivende uddannelse. Siden finanskrisen i 2008 er andelen af ufaglærte job, der varetages af ufaglærte, faldet en smule fra 40 til 38. pct. Det er dog fortsat personer som er ufaglærte eller med en erhvervsfaglig uddannelse, som har hovedparten af de ufaglærte job, jf. figur 2.11.

Figur 2.11

Hver syvende med ufaglært job er studerende

Uddannelsesbaggrunden for personer i ufaglærte job, 2016, pct.



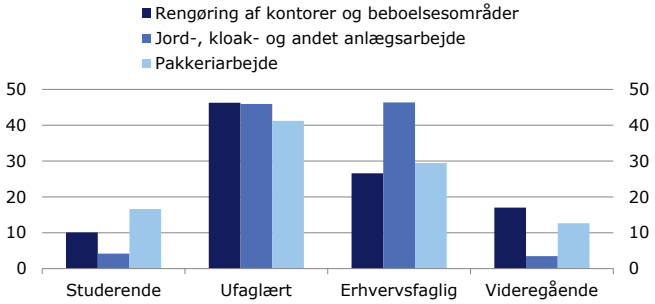
ANM.: Antal ansættelsesforhold i den givne arbejdsfunktion. Alle ansættelsesforhold i 2016 medregnes fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for personen, der varetog jobbet. Ansættelsesforholdet er vægtet med antallet af dage, beskæftigelsen varer. Personen betragtes som studerende, hvis vedkommendes studieforløb er mindst 3 måneder, og studieforløbet overlapper ansættelsestiden med mindst 3 måneder, uanfægtet vedkommendes nuværende højeste fuldførte uddannelsesniveau. En person, som har flere uddannelsesforløb med mindre end 3 måneders mellemrum, betragtes også som studerende i den mellemliggende periode. Personer med uoplyst arbejdsfunktionskode eller uddannelse indgår ikke.

KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik og Elevregistret).

Forskellig uddannelsesbaggrund for dem med ufaglærte job

Den uddannelsesmæssige baggrund for personer, der varetager et job på lavt kvalifikationsniveau, varierer kraftigt alt afhængigt af, hvilken jobfunktion personerne varetager. Inden for jord-, kloak- og andet anlægsarbejde har godt 45 pct. en faglært uddannelse med i bagagen, mens det til gengæld er ganske sjældent at møde kolleger med en videregående uddannelse. Det er der derimod 13 pct. af de personer, der arbejder inden for pakkeriarbejde, der har en videregående uddannelse, ligesom det også er langt hyppigere, man møder kolleger inden for pakkeriarbejde, der samtidig er studerende, jf. figur 2.12.

Figur 2.12



ANM.: Antal ansættelsesforhold i den givne arbejdsfunktion. Alle ansættelsesforhold i 2016 medregnes fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for personen, der varetog jobbet. Ansættelsesforholdet er vægtet med antallet af dage, beskæftigelsen varer. For definition af studerende se anmærkning til figur 2.11. Personer med uoplyst arbejdsfunktionskode eller uddannelse indgår ikke.

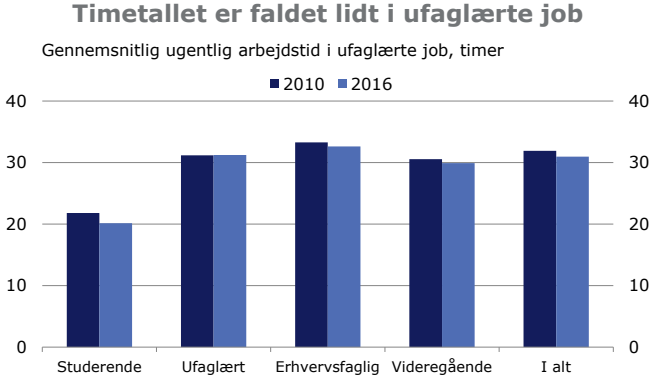
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik og Elevregistret).

Studerende i ufaglærte job arbejder ca. 20 timer om ugen

De studerende, der varetager et job på lavt kvalifikationsniveau ved siden af studierne, arbejder i gennemsnit langt færre timer end personer, hvor arbejde udgør deres primære beskæftigelse. Således arbejdede studerende i gennemsnit ca. 20 timer i 2016 i det pågældende ansættelsesforhold, mens personer uden formel erhvervskompetencegivende uddannelse i gennemsnit arbejdede godt 31 timer, og personer med en faglært uddannelse arbejdede godt 32,5 timer om ugen.

Mens både erhverfaglige, personer med videregående uddannelser og i særlig grad de studerende har fået gennemsnitligt færre timer i ansættelsesforholdet siden 2010, arbejder personer uden en formel erhvervskompentencegivende uddannelse derimod lige mange timer pr. ansættelseforhold i dag, som de gjorde i 2010, jf. figur 2.13.

Figur 2.13

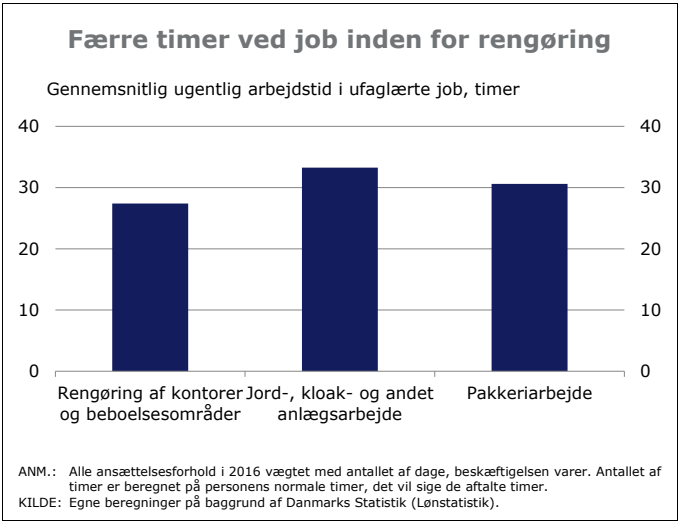


ANM.: Alle ansættelsesforhold i 2016 i DISCO 8 og 9 medregnes fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for personen, der varetog jobbet. Personer med uoplyst arbejdsfunktionskode eller uddannelse indgår ikke. For definition af studerende se anmærkning til figur 3.11. Antallet af timer er beregnet på personens normale timer, det vil sige de aftalte timer.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik og Elevregistret).

Arbejdsfunktion betyder mere for timetal end uddannelse

Blandt jobbene på lavt kvalifikationsniveau er der stor forskel på, hvor hyppigt det er at have arbejdstider, som er anderledes end gennemsnittet på 31 timer. Mens jobbene inden for rengøring af kontorer og beboelsesområder i gennemsnit er på godt 27 timer om ugen, er jobbene inden for jord-, kloak- og andet anlægsarbejde i gennemsnit på godt 33 timer om ugen. Det er således i højere grad arbejdsfunktionen, der betyder noget for timetallet, end det er uddannelsesbaggrunden, jf. figur 2.14.

Figur 2.14

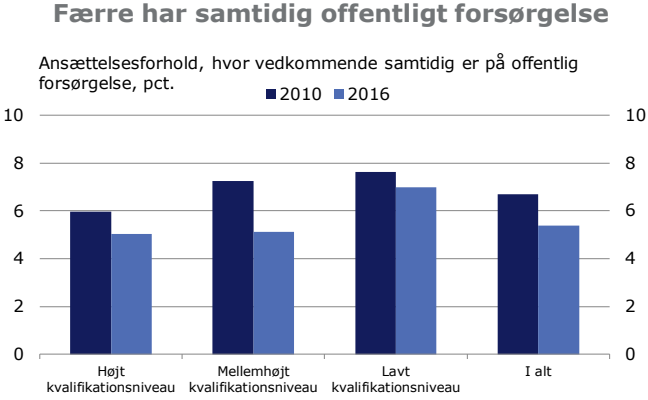


ANM.: Alle ansættelsesforhold i 2016 vægtet med antallet af dage, beskæftigelsen varer. Antallet af timer er beregnet på personens normale timer, det vil sige de aftalte timer.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik).

Færre kombinationer af job og offentlig ydelse

På tværs af jobkvalifikationsniveau er der meget få, som modtager en offentlig ydelse samtidig med, at de har et job. Godt 5 pct. modtager offentlig forsørgelse samtidig med, at de er på arbejdsmarkedet. Andelen af ansættelsesforhold, der varetages af personer, som samtidig modtager offentlig forsørgelse, er faldet siden 2010. Særligt for arbejdsfunktionerne på mellemhøjt kvalifikationsniveau er andelen reduceret, mens faldet er mindre markant for både job på højt og på lavt kvalifikationsniveau, jf. figur 2.15.

Figur 2.15

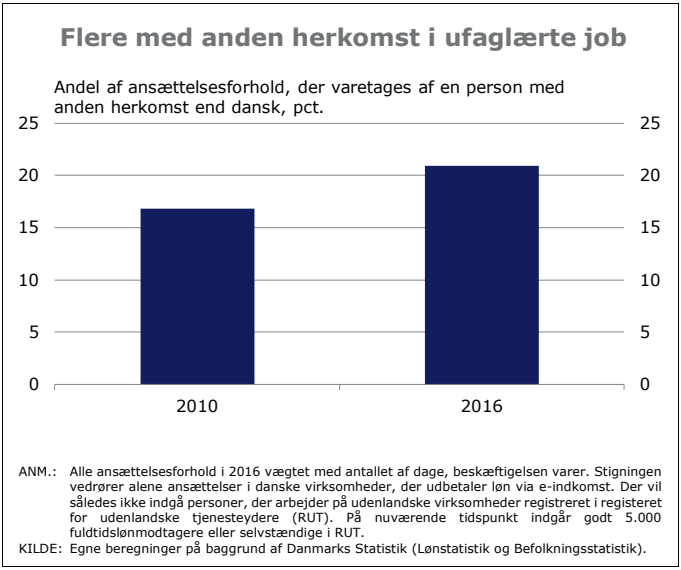


ANM.: Alle ansættelsesforhold i november måned, hvor personen, der er i beskæftigelse, også modtager en offentlig ydelse i november (undtaget er efterløn, SU og førtidspension). Ansættelsesforholdene er vægtet med antallet af dage, beskæftigelsen varer.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik og Register for offentligt forsørgede).

Andel med udenlandsk baggrund i ufaglært job vokser

Personer med udenlandsk baggrund varetager en større andel af arbejdsfunktionerne på lavt kvalifikationsniveau. I 2010 havde knap 17 pct. af personerne med et ufaglært job anden herkomst end dansk. I dag udgør den gruppe knap 21 pct. af de, som har et ufaglært job, jf. figur 2.16.

Figur 2.16



ANM.: Alle ansættelsesforhold i 2016 vægtet med antallet af dage, beskæftigelsen varer. Stigningen vedrører alene ansættelser i danske virksomheder, der udbetaler løn via e-indkomst. Der vil således ikke indgå personer, der arbejder på udenlandske virksomheder registreret i registeret for udenlandske tjenesteydere (RUT). På nuværende tidspunkt indgår godt 5.000 fuldtidslønmodtagere eller selvstændige i RUT.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik og Befolkningsstatistik).

Antal job vokser med bedre konjunkturer

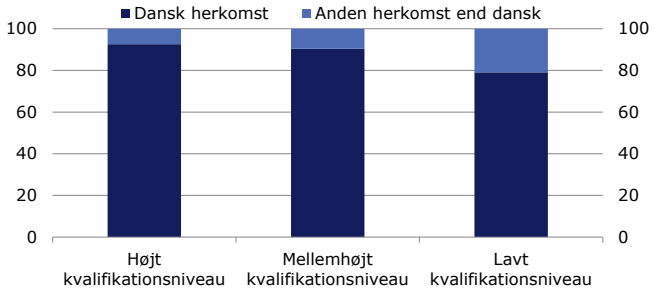
Andelen af personer med udenlandsk baggrund med job i Danmark er steget i perioden fra 2010 til 2016. Stigningen i andelen af personer med udenlandsk baggrund i job på lavt kvalifikationsniveau følger således den generelle udvikling på arbejdsmarkedet. Konjunktursituationen er blevet markant bedre i perioden, hvilket generelt er med til at øge antallet af ansættelsesforhold.

Særligt i ansættelsesforhold, der ikke kræver erhvervskompetencegivende uddannelse, udgør personer med udenlandsk baggrund en større rolle, jf. figur 3.17.

Figur 2.17

Flest på lavt kvalifikationsniveau

Andel ansættelsesforhold i 2016 varetaget af en person med anden herkomst end dansk, pct.



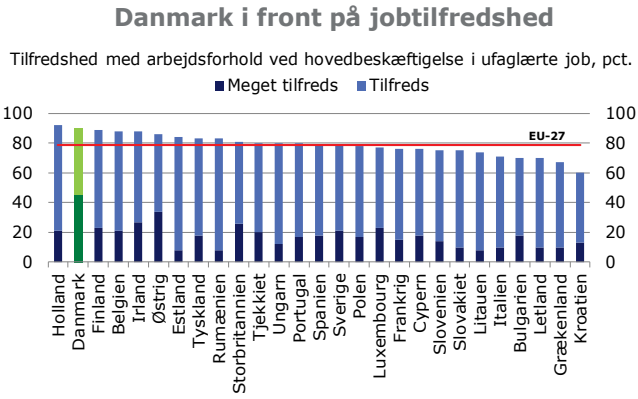
ANM.: Alle ansættelsesforhold i 2016 vægtet med antallet af dage, beskæftigelsen varer.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Lønstatistik og Befolkningsstatistik).

2.6 Stor tilfredshed med ufaglærte job

I Danmark er hovedparten tilfredse med deres ufaglærte job

Mere end 4 ud af 10 danskere i ufaglærte job er meget tilfredse med deres arbejdsforhold. Det er markant flere end i noget andet EU-land. Lige så stor en gruppe er tilfredse. Samlet set er personer i ufaglærte job i Danmark blandt de mest tilfredse i EU. Kun overgået af Holland, jf. figur 2.18.

Figur 2.18

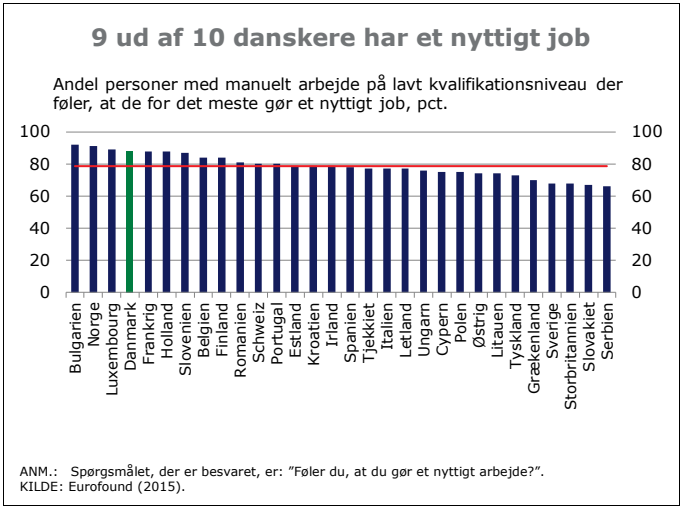


ANM.: Opgørelsen er baseret på interview med knap 44.000 arbejdstagere i 35 lande, tilfældigt udvalgt fra en statistisk stikprøve. Ufaglærte er defineret som manuelt arbejde på lavt kvalifikationsniveau (DISCO 9). Spørgsmålet, der er besvaret, er: "Hvor tilfreds er du med arbejdsforholdene i din hovedbeskæftigelse?". EU27 er beregnet som et simpelt gennemsnit på baggrund af summen "meget tilfreds" og "tilfreds". Malta er udeladt.
KILDE: Eurofound (2015).

Danske lønmodtagere i top

Hovedparten af personer i ufaglærte job i Danmark mener også, at deres job er nyttigt. Således svarer næsten 9 ud af 10, at de for det meste eller altid føler, at de gør et nyttigt arbejde. Det er lidt færre end i Norge, men betydeligt flere end i Sverige og Tyskland, jf. figur 2.19.

Figur 2.19



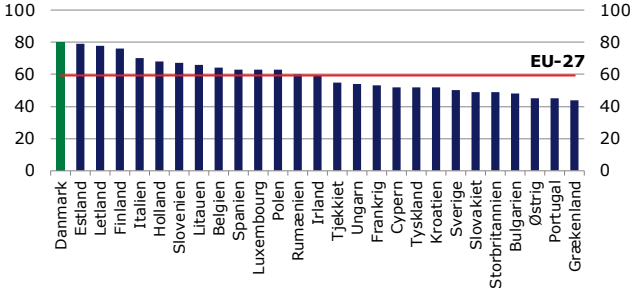
ANM.: Spørgsmålet, der er besvaret, er: "Føler du, at du gør et nyttigt arbejde?".
KILDE: Eurofound (2015).

Hovedparten med ufaglærte job i Danmark har mulighed for at påvirke deres arbejdsvilkår. 8 ud af 10 danske ufaglærte svarer således ja til, at de er i stand til at ændre eller vælge deres arbejdstempo. Det er flere end i andre EU-lande, jf. figur 2.20.

Figur 2.20

Flest danskere har indflydelse på arbejdstempo

Andel, som har svaret "Ja" til mulighed for at vælge/ændre arbejdstempo, pct., 2015



ANM.: Figuren viser andelen af personer med manuelt arbejde på lavt kvalifikationsniveau, der føler, at de for det meste gør et nyttigt job. Spørgsmålet, der er besvaret, er: "Er du i stand til at vælge eller ændre dit arbejdstempo?".
KILDE: Eurofound (2015).

2.7 Fremtiden kræver også ufaglært arbejdskraft

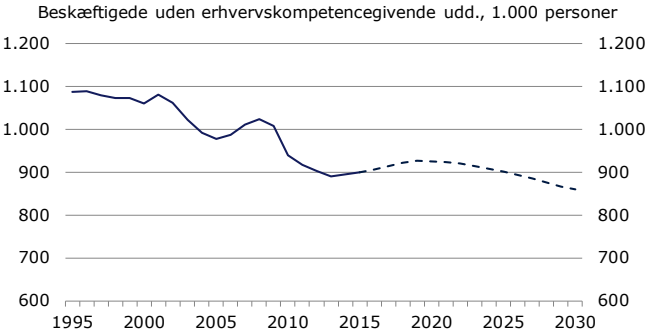
Bedre transport- og kommunikationsmuligheder betyder, at varer, tjenester, kapital og arbejdskraft nemmere end tidligere kan bevæge sig på tværs af landegrænser. Internet og elektronisk kommunikation understøtter også international arbejdsdeling. Det har betydning for de varer, der bliver produceret, og for den arbejdskraft, der bliver efterspurgt.

Mere globalisering øger ikke ledigheden

Der er ikke tegn på, at personer i Danmark, der alene har gennemført grundskolen, oplever stigende ledighed i takt med, at dansk økonomi bliver mere globaliseret. Fra starten af 1980'erne til 2015 er ledighedsprocenten for ufaglærte faldet med ca. 2 pct.-point, mens den kun er faldet en anelse for personer med videregående uddannelse. Der er heller ikke tegn på, at forskellen mellem den løn, som henholdsvis langt- og grunduddannede tjener, er vokset, jf. Økonomi- og Indenrigsministeriet (2017).

Frem mod 2030 falder udbuddet af arbejdskraft, der alene har gennemført grundskolen eller en gymnasial uddannelse. Det skyldes dels, at uddannelsesniveauet i befolkningen stiger, og dels at de ufaglærte årgange, der går på pension, er langt større end de yngre ufaglærte årgange, som kommer ind på arbejdsmarkedet. I 2030 vil der således være 60.000 færre ufaglærte i arbejdsstyrken sammenlignet med 2018. Det svarer til et fald på 6½ pct., jf. figur 2.21.

Figur 2.21

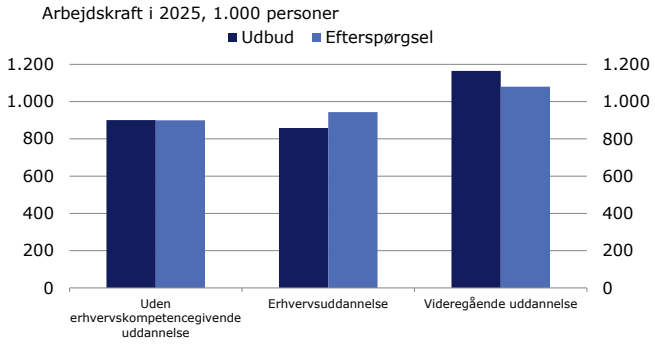


ANM.: Gruppen omfatter personer med grundskole eller gymnasial uddannelse som højeste fuldførte uddannelse samt personer med uoplyst uddannelse. 2014 er seneste historiske år.
KILDE: DREAM (2016).

Balance i udbud og efterspørgsel efter ufaglærte i 2025

I det kommende årti vil der efter alt at dømme være balance mellem udbud og efterspørgsel efter ufaglært arbejdskraft, og der vil altså ikke være for mange ufaglærte. Det er i modsætning til personer med en videregående uddannelse, hvor der vil blive for mange. I 2025 vil der være omkring 85.000 flere med en videregående uddannelse, end det ser ud til, at virksomhederne vil efterspørge. Der vil samtidig mangle et tilsvarende antal faglærte for at dække virksomhedernes efterspørgsel, jf. figur 2.22.

Figur 2.22



ANM.: Uden erhvervskompetencegivende uddannelse omfatter 0.-10. klasse, almengymnasiale, erhvervsgymnasiale uddannelser samt personer med uoplyst uddannelse. Videregående uddannelse omfatter KVU, professionsbachelorer, akademiske bachelorer, kandidater samt ph.d.er. Udbud svarer til fremskrivning af beskæftigede.
KILDE: DREAM (2016).

Boks 2.4

Fremskrivning af virksomhedernes efterspørgsel efter arbejdskraft

Data i figur 2.21 og 2.22 er baseret på en fremskrivning fra DREAM af de historiske tendenser på udbud- og efterspørgsel efter arbejdskraft opdelt på uddannelser. Med andre ord antages det, at fortidens tendenser fortsætter ind i fremtiden.

Fremskrivningen af *udbuddet* af arbejdskraft fordelt på uddannelse baserer sig på fremskrivninger af demografi, uddannelsesvalg og socioøkonomisk tilknytning.

Fremskrivningen af *efterspørgslen* efter arbejdskraft fordelt på uddannelser er baseret på en metode, der automatisk indregner de mange forskellige strukturelle udviklingstendenser på det danske arbejdsmarked, som der har været i perioden 1993-2014. Det gælder eksempelvis forskydninger mellem brancher og mellem uddannelser. Eksempelvis ses i øjeblikket vækst i beskæftigelsen i de private servicesektorer på bekostning af især fremstillingserhvervene. Disse forskydninger forklares typisk ved forskelle i hastigheden i, hvor teknologiske fremskridt opstår. På samme måde ses skift i efterspørgslen efter uddannet arbejdskraft. Disse ændringer forklares typisk med såkaldte "skill biased" teknologiske fremskridt, det vil sige favorisering af bestemte uddannelser i den teknologiske udvikling, hvor højtuddannede bliver mere attraktive i takt med, at ny teknologi tages i brug.

Fremskrivningsmetodens evne til at indregne strukturelle udviklingstendenser er opnået på 2 måder. For det første anvendes et meget detaljeret datamateriale baseret på nationalregnskabets 117 sektorer og 9 uddannelsesniveauer. For det andet anvendes en metode, der gør det muligt at udføre det nødvendige meget store antal tidsrækkeanalyser. For hver af de 117 sektorer er uddannelsesfordelingen fremskrevet til 2035 baseret på data for 1993-2014.

Størrelsen af det uddannelsesfordelte mismatch vurderes ved at sammenstille udbud af og efterspørgsel efter personer med de 9 uddannelsesniveauer. Denne metode beregner det mismatch, der opbygges i perioden 2014-2025.

Fordelen ved DREAM's metode er, at strukturelle skift beskrives relativt præcist. Desuden er fremskrivningen ikke baseret på forskellige antagelser foretaget af analytikerne for at inddrage så mange problemstillinger som muligt. Ulempen er, at metoden ikke er baseret på detaljeret viden om de enkelte sektorer og uddannelser, men udelukkende på den historiske udvikling. På udbudssiden er der ikke indbygget særskilte kapacitetsgrænser for optag på forskellige uddannelser, og på efterspørgselssiden er der ikke inddraget konkret viden om den seneste teknologiske udvikling. Baggrunden er, at sådanne forhold nok har betydning på kort sigt, men at de på længere sigt vil påvirke historisk data og således blive inddraget i analysen.

Kilde: DREAM (2016).

2.8 Automatisering og ny teknologi øger beskæftigelsen

Automatisering og ny teknologi medfører tilpasninger af produktion, som både skaber nye jobmuligheder og øget velstand. Det vil stille krav til omstilling hos de beskæftigede, som det berører.

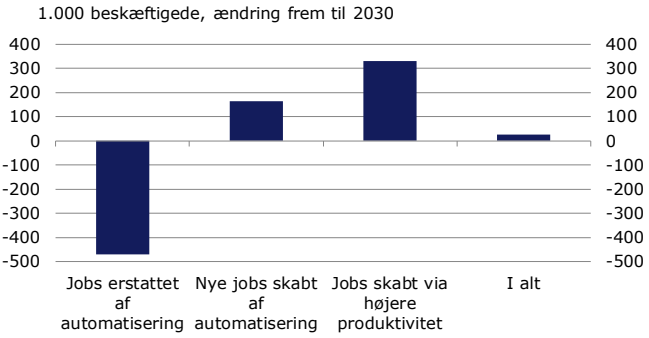
Danmarks udgangspunkt for at kunne udnytte mulighederne er gode. Det danske samfund er mere digitalt end de fleste andre lande, arbejdsstyrken er veluddannet, arbejdsmarkedet er fleksibelt, og befolkningen er positivt indstillet over for ny teknologi, jf. McKinsey&Company (2017a).

Ny teknologi skaber også nye job

Automatisering vil på den ene side føre til, at maskiner overtager job. Frem mod 2030 vil det omfatte knap ½ mio. job. Samtidig vil der også blive skabt nye job, som skal facilitere den nye teknologi som eksempelvis ingeniører og dataloger. Det svarer til omkring 165.000 job.

Den største gevinst kommer fra job, der bliver skabt via en øget efterspørgsel, der kommer i kølvandet af øget produktivitet og dermed øget velstand som følge af automatisering. Det vurderes at være over 300.000 job. Alt i alt vurderes der at være en positiv netto-effekt på arbejdskrafteferspørgslen af den forventede automatisering, jf. figur 2.23.

Figur 2.23

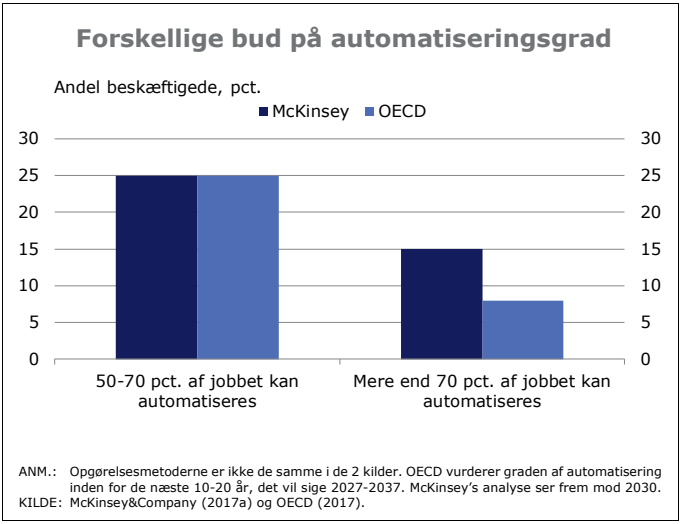


KILDE: McKinsey&Company (2017b).

Flere bud på, hvor mange job der helt eller delvist forsvinder

Der er forskellige bud på, hvor mange beskæftigede der i de kommende 10-20 år har et job med stort automatiseringspotentiale. McKinsey vurderer, at 15 pct. af de beskæftigede i Danmark er i job, hvor mere end 70 pct. af aktiviteterne kan automatiseres. OECD vurderer den gruppes størrelse til omtrent det halve. Derimod er vurderingerne sammenfaldende i andelen af beskæftigede, hvor 50-70 pct. af jobbet kan automatiseres, jf. figur 2.24.

Figur 2.24



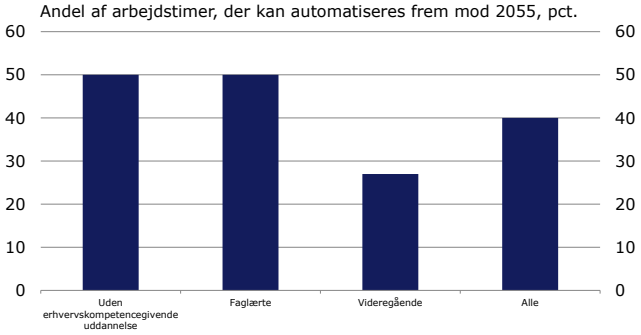
ANM.: Opgørelsesmetoderne er ikke de samme i de 2 kilder. OECD vurderer graden af automatisering inden for de næste 10-20 år, det vil sige 2027-2037. McKinsey's analyse ser frem mod 2030.
KILDE: McKinsey&Company (2017a) og OECD (2017).

Lige stor automatisering for ufaglærte og faglærte

Beskæftigede med en højere andel af forudsigelige opgaver vil have større sandsynlighed for at blive omfattet af automatisering. Omkring halvdelen af de arbejdstimer, ufaglærte har, vil kunne blive automatiseret frem mod 2055. Det svarer til niveauet for faglærte. For personer med videregående uddannelser er det knap 30 pct. af arbejdstiden, der kan automatiseres, jf. figur 2.25.

Figur 2.25

Ufaglærte og faglærte automatiseres lige meget



ANM.: Uden erhvervskompetencegivende uddannelse omfatter personer med grundskole og gymnasiale uddannelser som højeste fuldførte uddannelser. Videregående uddannelser er en sammenvejning af KVU, MVU og LVU mv.
KILDE: Egne beregninger på baggrund af McKinsey&Company (2017c).

Boks 2.5

Sådan har McKinsey gjort

McKinsey beregner automatiseringspotentialet i 3 skridt: Først er det danske arbejdsmarked brudt ned i 420 job baseret på Danmarks Statistiks DISCO-hierarki. Dernæst er en gennemsnitlig arbejdsdag i hvert job kortlagt i form af mere end 2.000 aktiviteter, f.eks. at modtage kunder, rengøre arbejdsområde eller demonstrere produktanvendelse. I trin 3 er der for disse 2.000 aktiviteter vurderet, hvilke 18 menneskelige evner der kræves for at udføre aktiviteten og på hvilket niveau. Menneskelige evner er eksempelvis sociale og kreative færdigheder, problemløsning, koordination med andre, fysiske færdigheder osv. For hver af de 18 evner er der vurderet en sandsynlighed for at blive automatiseret. Vurderingen er baseret på kommercielle produkter, på udviklingsafdelinger eller i akademiske sammenhænge.

Herefter er det muligt at aggregere automatiseringspotentialet for de enkelte job og herefter for alle job i Danmark.

Automatiseringsgraden er sammenholdt med et konstrueret mobilitetsindeks for forskellige jobgrupper, der omfatter historisk jobmobilitet, historisk "opadgående" jobmobilitet, grundlæggende færdigheder i gruppen, digitale færdigheder i gruppen samt udfaldsrum for alternative jobmuligheder.

McKinsey identificerer de beskæftigede/jobtyper, der kan blive særligt udfordret, hvis mere end 60 pct. af arbejdsopgaverne kan automatiseres, og hvis evnen til at skifte job med lavere automatiseringspotentiale er svag.

Kilde: McKinsey&Company (2017a).

Høj grad af automatisering er ikke problematisk, hvis man umiddelbart kan skifte til et andet job med mindre automatisering. Beskæftigede i jobgrupper, der har det højeste automatiseringspotentiale, skifter sjældent til jobgrupper, der har markant lavere automatiseringspotentiale.

250-300.000 job er særligt udsatte pga. automatisering

Ved at kombinere automatiseringspotentiale i konkrete jobtyper med faglige og digitale forudsætninger og jobmobilitet blandt de ansatte i disse jobtyper, kan man identificere særligt udsatte job og personer.

Samlet set vurderer McKinsey, at 250-300.000 beskæftigede vil være særligt udsatte og vil skulle varetage andre job i fremtiden, end dem de varetager i dag. Deres job i dag har et højt automatiseringspotentiale og gruppens personlige forudsætningerne for at flytte til job med lavere automatiseringspotentiale er ringe.

Omkring 180.000 af de 250-300.000 job er typisk ufaglærte job, som eksempelvis chauffører, monteringsarbejde eller lagerarbejdere, jf. tabel 2.2.

Tabel 2.2

Flere ufaglærte job er særligt udsatte

Job med sandsynligt omskolingsbehov	1.000 personer	Andel blot med grundskole eller gymnasial udd., pct.
Typisk ufaglærte job	**180**	
Bus- eller lastbilchauffør	34	45
Operatørarbejde ved fremstilling af næringsmidler	15	46
Monteringsarbejde	13	40
Lagerarbejdere	32	54
Manuelt arbejde med tilberedning af mad	27	57
Manuelt arbejde i produktion	16	57
Andet	43	-
Typisk faglærte job	**104**	
Postarbejdere, korrekturlæsning, arkivering og andet kontorarbejde	25	44
Servicearbejde under rejser	6	45
Smede og værktøjsmagere	26	20
Mekanikere	20	17
Andet	27	-
I alt	250-300	
I alt ekskl. naturlig afgang pga. alder	170-200	

ANM.: Særligt udsatte job har et automatiseringspotentiale på over 60 pct. og mobilitetsindeks under 40. Se i øvrigt boks 2.5. Typisk ufaglærte job er jobfunktioner i DISCO 8 og 9. Typisk faglærte job er jobfunktioner i DISCO 4, 5 og 7. Gruppen "andet" under "Typisk faglærte job" kan også indeholde nogle ufaglærte job. Andelen blot med grundskole eller gymnasial uddannelse er beregnet på baggrund af Danmarks Statistik. Det skønnes hermed, at omkring 80.000 ufaglærte vil være truede, under antagelse af andelen af ufaglærte i "andet" er et vægtet gennemsnit af henholdsvis ufaglærte og faglærte job.

KILDE: McKinsey&Company (2017a) og egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik (Uddannelsesregistret).

Det er dog langt fra alle, der arbejder i de arbejdsfunktioner, der har en ufaglært uddannelsesbaggrund. Således er det blot 40 pct. blandt monteringsarbejdere, der alene har grundskole eller gymnasial uddannelse som højeste uddannelse. Resten har et højere uddannelsesniveau. Blandt personer med manuelt arbejde har knap 60 pct. blot grundskole eller gymnasial uddannelse som højeste fuldførte uddannelse. Det er således ikke entydigt, at det alene er personer uden erhvervskompetencegivende uddannelse, der bliver berørt af automatiseringen.

⅓ af problemet løser sig ved naturlig afgang

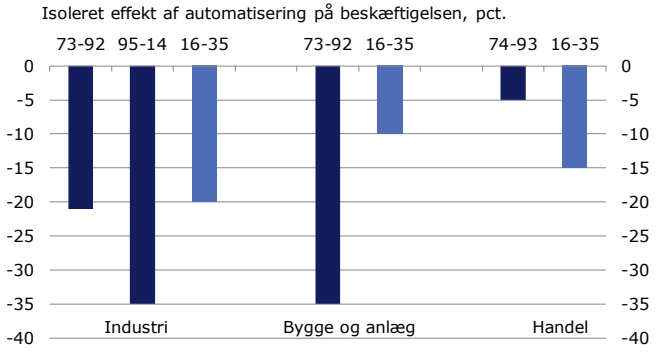
En del af udfordringen vil løse sig ved naturlig afgang fra arbejdsmarkedet. 1 ud af 3 med job med et sandsynligt omskolingsbehov vil være over 69 år i 2035. For de øvrige vil der være behov for at varetage andre opgaver. Det betyder, at der vil være omkring 80.000 ufaglærte i fremtiden, som har brug for betydelig omstilling, når der tages højde for andelen af ufaglærte i job med omskolingsbehov. Det svarer til hver niende ufaglærte i arbejdsstyrken. Manglen på faglært arbejdskraft i fremtiden kan give disse grupper gode jobmuligheder med den rette opkvalificering.

Omstilling i fremtiden ikke voldsom i historisk perspektiv

Det danske arbejdsmarked har løbende været igennem omstillinger som følge af ny teknologi, som f.eks. løbende automatisering af landbruget og udflytning af arbejdspladser i tekstil- og værftsindustrien. Og den forventede omstilling i fremtiden er ikke voldsom i et historisk perspektiv. Eksempelvis vil den forventede, isolerede ændring i beskæftigelsen i industrien alene som følge af automatisering de næste knap 20 år være på størrelse med udviklingen fra 1973 til 1992, men betydeligt mindre end i perioden 1995-2014.

Det forventede fald i beskæftigelsen i byggeriet som følge af automatisering er også betydeligt mindre end tidligere. Inden for handel vil den fremtidige ændring i beskæftigelsen dog være større end tidligere, jf. figur 2.26.

Figur 2.26



ANM.: Ny teknologi og øget automatisering vil øge produktiviteten. Den forventede ændring i beskæftigelsen i fremtiden er baseret på en beregning af den isolerede, direkte beskæftigelseseffekt af øget produktivitet inden for en branche, når der samtidig kontrolleres for generelle velfærdsstigninger og ændringer i arbejdsstyrken. Det er antaget, at den historiske branchefølsomhed over for produktivitetsforbedringer vil være den samme i fremtiden. De samlede beskæftigelseseffekter kan opvejes af udvikling i velstand, globalisering, international handel, demografi m.v., som der ikke er taget højde for. Beregningen giver således ikke et bud på udviklingen i den samlede beskæftigelse i branchen.
KILDE: McKinsey&Company (2017a).

Effekterne på beskæftigelsen i fremtiden af automatiseringen, som opgjort i figur 2.26, tager ikke højde for de job, der skabes som følge af højere produktivitet og velstandsstigninger. Der ses alene på konsekvenserne, der kommer direkte og isoleret af automatisering og ikke følgevirkningerne. Det svarer således til summen af søjle 1 og 2 i figur 2.23, men inkluderer ikke søjle 3.

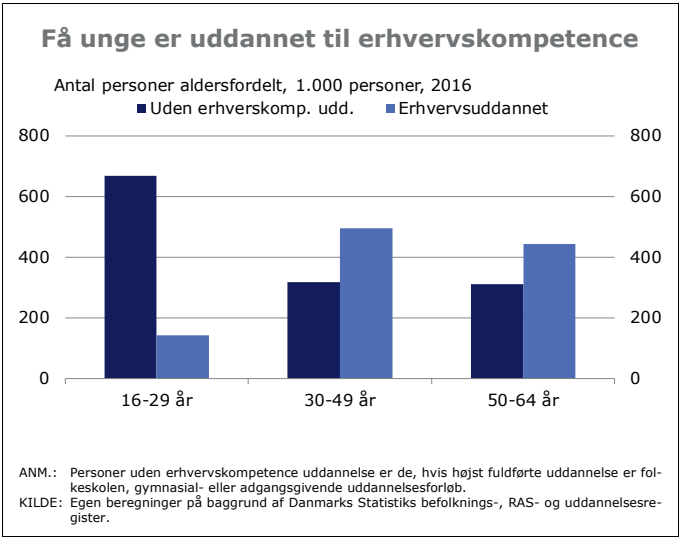
Bilag til rapport

Bilag 1. Unge under uddannelse

Unge under 30 år udgør en betydelig andel af gruppen uden erhvervskompetencegivende uddannelse. Personer uden en erhvervskompetencegivende uddannelse består af personer, hvis højst fuldførte uddannelse er folkeskolen, gymnasial eller adgangsgivende uddannelsesforløb.

Med ca. 670.000 personer udgør de 16-29-årige i år 2016 godt halvdelen af alle uden en erhvervskompetencegivende uddannelse, mens de erhvervsuddannede i alderen 16-29 år udgør 140.000 personer, svarende til ca. 15 pct. af de erhvervsuddannede, jf. figur 1.1.

Figur 1.1

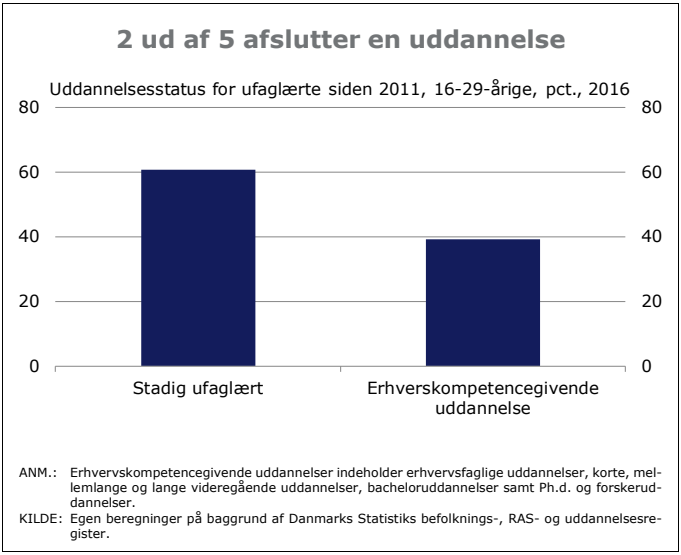


ANM.: Personer uden erhvervskompetence uddannelse er de, hvis højst fuldførte uddannelse er folkeskolen, gymnasial- eller adgangsgivende uddannelsesforløb.
KILDE: Egen beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks befolknings-, RAS- og uddannelsesregister.

Størstedelen af unge under 30 år har endnu ikke fuldført deres erhvervskompetencegivende uddannelse. Dynamik og mobilitet både på arbejdsmarkedet og i uddannelsessystemet gør det svært helt tydeligt at afgøre, om unge under 30 år er på vej mod at opnå en uddannelse eller er etableret på arbejdsmarkedet.

Ses der på unge, der var 16-29 år i 2011, har 2 ud af 5 fuldført en kompetencegivende uddannelse 5 år senere. De er således ikke længere ufaglærte, jf. figur 1.2.

Figur 1.2.



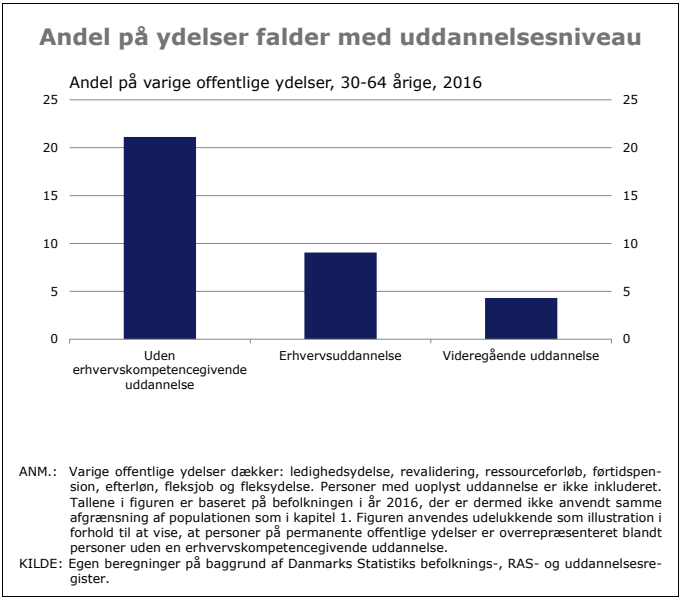
ANM.: Erhvervskompetencegivende uddannelser indeholder erhvervsfaglige uddannelser, korte, mellemlange og lange videregående uddannelser, bacheloruddannelser samt Ph.d. og forskeruddannelser.

KILDE: Egen beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks befolknings-, RAS- og uddannelsesregister.

Bilag 2. Uden for det ordinære arbejdsmarked

Andelen af personer uden en erhvervskompetencegivende uddannelse, der er uden for arbejdsmarkedet, er mere end dobbelt så høj som den tilsvarende andel for personer med en erhvervsuddannelse, jf. figur 1.3.

Figur 1.3



ANM.: Varige offentlige ydelser dækker: ledighedsydelse, revalidering, ressourceforløb, førtidspension, efterløn, fleksjob og fleksydelse. Personer med uoplyst uddannelse er ikke inkluderet. Tallene i figuren er baseret på befolkningen i år 2016, der er dermed ikke anvendt samme afgrænsning af populationen som i kapitel 1. Figuren anvendes udelukkende som illustration i forhold til at vise, at personer på permanente offentlige ydelser er overrepræsenteret blandt personer uden en erhvervskompetencegivende uddannelse.

KILDE: Egen beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks befolknings-, RAS- og uddannelsesregister.

Bilag 3. Følsomhed i afgrænsningen af analyseperiode

Der er kontrolleret for, om grupperne ændres betydeligt ved at sammenligne en 3-årig periode i stedet for en 5-årig periode.

Der er endvidere set på betydning af at måle arbejdsmarkedstilknytningen fra 2009-2013 i stedet for fra 2011-2015 for bl.a. at vurdere eventuelle konjunkturfænomener.

Resultaterne er solide og derfor er den længste og mest aktuelle undersøgelsesperiode valgt.

Bilag 4. Mobilitetsanalyser – sådan har vi gjort

Beregningerne tager udgangspunkt i Danmarks Statistiks register "Beskæftigelse for Lønmodtager" (BFL), som er en bearbejdet udgave af eIndkomstRegisteret.

I rapporten er der anvendt data fra år 2011-2015.

BFL består af alle lønmodtagere ansat i virksomheder i Danmark, hvor lønnen bliver indberettet af arbejdsgiveren til SKAT's eIndkomst. Det vil sige registeret indeholder også lønmodtagere, som er bosiddende i udlandet. Vi har udelukkende adgang til data for personer, der har en folkeregisteradresse i Danmark.

Definitionen på et job

Til brug for opgørelsen af jobmobilitet er der på månedsniveau fastlagt en hovedbeskæftigelse for hver enkelt lønmodtager i BFL. Hovedbeskæftigelsen er den stilling, personen har haft flest timer i den pågældende måned.

For personer med flere job og lige mange timer i hvert job er jobbet med størst lønindkomst valgt. For personer med korte ansættelser på samme job (samme p-nr., DISCO og branche) er jobbet samlet til et job inden for den pågældende måned.

Et ansættelsesforhold/job er defineret ved at have en varighed på minimum 2 sammenhængende måneder samt at have et timetal på minimum 40 timer om måneden, svarende til kravet for ATP-indbetalinger på 8 timer/uge.

Perioder, hvor personen er registeret som værende i løntilskud, fleksjob eller i jobrotation i samme måned, er udelukket/slettet. Der er udelukkende valgt disse ydelser, da personer modtager en regulær løn fra en arbejdsgiver, hvor virksomheder så modtager støtte fra staten.

Hvis en person bliver genansat på samme virksomhed efter en periode uden lønindkomst fra en anden arbejdsgiver, jf. overstående kriterier, indgår dette ikke med som et jobskifte, uafhængigt af periodens længde.

Dette udelukker en del sæsonarbejde samt personer med orlovsperioder uden lønudbetalinger.

På denne baggrund opgøres antallet af nyansatte på månedsplan. Beregningerne skelner mellem nyansatte, der kommer fra et andet lønmodtagerjob (skift mellem job), og nyansatte, der ikke havde et lønmodtagerjob i måneden før (skift fra ledighed mv.).

Skift mellem job

Et jobskifte er afgrænset til den situation, hvor en lønmodtagers hovedbeskæftigelse fra en måned til den næste er skiftet mellem 2 arbejdssteder (p-nr.). Det kan f.eks. være skift mellem forskellige detailhandelskæder, men også skift mellem butikker inden for samme detailhandelskæde.

Skift fra ledighed m.v.

Nyansatte er personer, der kommer fra en måned, uden lønoplysninger. Det kan være personer, som kommer fra ledighed, uddannelse, selvforsørgede, eller at jobbet ikke er anerkendt som en real beskæftigelse, jf. "Definitionen på et job". Derudover kan det også være selvstændige, som skifter til en lønmodtagerstilling, idet BFL kun indeholder lønmodtagerbeskæftigelse, kan der i denne kategori også indgå sådanne skift.

Skift i arbejdsfunktion inden for samme virksomhed

I analysen indgår ligeledes skift, hvor person bliver på samme arbejdssted men skifter jobfunktion (DISCO). En person kan udelukkende skifte jobfunktion, såfremt vedkommende er registeret med en valid DISCO-kode. En valid DISCO-kode er afgrænset således, at de udelukkende indeholder personer, hvor arbejdsfunktionsoplysningerne både passer på virksomheden og perioden for ansættelsen. Der ses på skift i DISCO på 3-cifret niveau.

Korrektioner for ejerskifte, administrative omlægninger m.v.

I modsætning til CPR-numre, så kan identifikationsnummeret/arbejdsstednummeret knyttet til et arbejdssted godt ændre sig over tid, f.eks. i forbindelse med et ejerskifte. Hvis der sker (større) udskiftning af de ansatte, og organisering m.v. ændrer sig, kan det betyde, at en opgørelse på baggrund af skift i arbejdsstedsnummeret overvurderer antallet af jobåbninger. Det er især inden for kommuner og regioner, der er problemer med ustabile arbejdsstedsnumre og fejlbehæftede indberetninger.

Beregningerne korrigerer for dette ved at udelade jobskifte, hvor en stor andel af de ansatte på en virksomhed skifter til en anden virksomhed i samme måned. Konkret er der fastlagt en grænse, som indebærer, at hvis 30 pct. eller flere af de ansatte skifter fra samme virksomhed til samme virksomhed, er der ikke tale om et jobskifte. Grænsen på de 30 pct. svarer til den grænse, som IDA-projektet i sin tid anbefalede, jf. Danmark Statistik (1991). Korrektionen er kun foretaget for arbejdssteder med mindst 25 ansatte.

Derudover er der frasorteret skift for virksomheder, hvor der i enkelte måneder er uforholdsmæssigt mange skift relativt til en gennemsnitlig måned på samme virksomhed (på CVR-nummer-niveau). Dette er gjort for at sikre administrative ændringer ikke fejlagtigt klassificeres som reelle jobskifte.

Bilag 5. Ufaglærtes karakteristika

Ufaglærtes karakteristika

Pct.	Altid	Af og til	Aldrig
Køn	100	100	100
- Mænd	58,6	55,8	42,2
- Kvinder	41,4	44,2	57,8
Alder	100	100	100
- 30-39 år	17,2	32,8	37,6
- 40-49 år	32	31,2	32,0
- 50-59 år	39,6	29,2	22,8
- 60-64 år	11,3	6,7	7,6
Familietype	100	100	100
- Par	73,5	54,2	39,6
- Enlige	26,5	45,8	60,4
Herkomst	100	100	100
- Dansk	89,9	76,4	65,4
- Ikke-vestlige indvandrere og efterkommere	7,7	20,1	31,2
- Vestlige indvandrere og efterkommere	2,4	3,5	3,4
Bopæl – RAR-område	100	100	100
- Nordjylland	10,1	10,0	9,0
- Vestjylland	6,6	5,2	3,7
- Østjylland	15,1	12,8	13,1
- Sydjylland	14,1	13,0	12,4
- Fyn	6,8	7,7	8,8
- Sjælland	16	15,8	14,1
- Hovedstaden	30,5	34,8	38,5
- Bornholm	0,7	0,8	0,4
Uddannelsesgruppe	100	100	100
- Adgangsgivende uddannelsesforløb	0,3	0,4	0,3
- Grundskole	71,8	80,8	83,8
- Gymnasiale uddannelser	27,8	18,8	15,9
Beskæftigelsesgrader	98	44	0

ANM.:
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik.

Bilag 6. Faglærtes karakteristika

Faglærtes karakteristika

Beskæftigelsesgrader, pct.	Altid	Af og til	Aldrig
Køn			
- Mænd	58,1	52,6	46,9
- Kvinder	41,9	47,4	53,1
Alder			
- 30-39 år	21,5	29,8	20,2
- 40-49 år	35,0	33,0	34,4
- 50-59 år	34,8	30,5	32,8
- 60-64 år	8,6	6,8	12,7
Familietype			
- Par	77,7	59,1	42,6
- Enlige	22,3	40,9	57,4
Herkomst			
- Dansk	94,8	87,3	70,9
- Ikke-vestlige indvandrere og efterkommere	2,3	4,0	7,7
- Vestlige indvandrere og efterkommere	3,0	8,7	21,4
Bopæl RAR-område			
- Hovedstaden	23,1	26,3	38,4
- Sjælland	17,1	16,9	14,4
- Bornholm	0,8	0,9	0,5
- Sydjylland	15,6	14,0	12,9
- Fyn	7,8	9,5	8,7
- Østjylland	16,8	15,2	11,9
- Vestjylland	7,2	5,5	3,8
- Nordjylland	11,6	11,6	9,3
Beskæftigelsesgrader	99,0	51,0	0,0

ANM.:
KILDE: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik.

Litteraturliste

Danmarks Statistik (1991), Rapport fra IDA-projektet.

DREAM (2016), *Mismatch på det danske arbejdsmarked*, København.

Ekspertgruppen for voksen-, efter- og videreuddannelse (2017).

Jobindsats.dk, Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, *Data om Arbejdsmarkedet*

McKinsey&Company (2017a), *Automatiseringens effekter på det danske arbejdsmarked*, Udarbejdet for Disruptionrådet, december 2017, København.

McKinsey&Company (2017b), *Shaping the future of work*, lancering af rapport I Danmark, København.

McKinsey&Company (2017c), *A Future that Works: The Impact of Automation in Denmark*, sammenfattet til Disruptionrådet, maj 2017.

OECD (2017), *Employment Outlook 2017*, Paris.

Rockwoll Fonden (2016), *Arbejde, skat og familien – er der nogen sammenhæng?*

Socialforskningsinstituttet, SFI (2017), *Handicap, beskæftigelse og uddannelse i 2016*, København.

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, (2014) *Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning,* april 2014, København.

Økonomi og Indenrigsministeriet (2017), *Økonomisk Redegørelse – August 2017*, København.

DANSK ARBEJDSGIVERFORENING
Vester Voldgade 113
1790 København V
Tlf. 33 38 90 00
da@da.dk
da.dk

NBER WORKING PAPER SERIES

HEALTH CAPACITY TO WORK AT OLDER AGES IN DENMARK

Paul Bingley
Nabanita Datta Gupta
Peder Pedersen

Working Paper 22018
http://www.nber.org/papers/w22018

NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH
1050 Massachusetts Avenue
Cambridge, MA 02138
February 2016

This paper is part of the National Bureau of Economic Research's International Social Security (ISS) Project, which is supported by the National Institute on Aging (grant P01 AG012810). We are grateful to other ISS project team members for comments which have improved the paper. This paper uses data from SHARE wave 5 release 1.0.0, as of March 31st 2015 (DOI: 10.6103/SHARE.w5.100), SHARE wave 4 release 1.1.1, as of March 28th 2013 (DOI: 10.6103/SHARE.w4.111), SHARE waves 1 and 2 release 2.6.0, as of November 29th 2013 (DOIs: 10.6103/SHARE.w1.260 and 10.6103/SHARE.w2.260). The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th Framework Program (project QLK6-CT- 2001-00360 in the thematic program Quality of Life), through the 6th Framework Program (projects SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857, CIT4-CT-2006-028812) and through the 7th Framework Program (SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 and SHARE M4, N° 261982). Additional funding from the U.S. National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11 and OGHA 04-064) and the German Ministry of Education and Research as well as from various national sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org for a full list of funding institutions). The views expressed herein are those of the authors and do not necessarily reflect the views of the National Bureau of Economic Research.

NBER working papers are circulated for discussion and comment purposes. They have not been peer-reviewed or been subject to the review by the NBER Board of Directors that accompanies official NBER publications.

© 2016 by Paul Bingley, Nabanita Datta Gupta, and Peder Pedersen. All rights reserved. Short sections of text, not to exceed two paragraphs, may be quoted without explicit permission provided that full credit, including © notice, is given to the source.

Health Capacity to Work at Older Ages in Denmark
Paul Bingley, Nabanita Datta Gupta, and Peder Pedersen
NBER Working Paper No. 22018
February 2016
JEL No. I14,J26

ABSTRACT

Longevity is increasing and many people are spending a greater proportion of their lives reliant on pensions to support consumption. In response to this, several countries have mandated delays to age of first entitlement to pension benefits in order to reduce incentives to retire early. However, it is unknown to what extent older individuals have the health capacity to sustain the longer working lives that delayed pension benefits may encourage. We estimate the health capacity to work longer in Denmark by comparing how much older individuals work today with how much those with similar mortality rates worked in the past, and how much younger individuals today with similar self-assessed health work. We find substantial health capacity for longer working lives among those currently aged 55 and above. We also find significant heterogeneity by education and gender. Those with a high school degree have the greatest additional work capacity, women have more additional capacity than men, especially women with a college degree.

Paul Bingley
SFI-The Danish National Centre
for Social Research
Herluf Trolles Gade 11
1052 Copenhagen K
Denmark
pab@sfi.dk

Nabanita Datta Gupta
Department of Economics and
Business Economics
Aarhus University
Fuglesangs Allé 4
8210 Aarhus V
Denmark
ndg@econ.au.dk

Peder Pedersen
Department of Economics and
Business Economics
Aarhus University
Fuglesangs Allé 4
8210 Aarhus V
Denmark
ppedersen@econ.au.dk

Health capacity to work at older ages in Denmark

1 Introduction

Many countries are increasing the ages at which pension benefits are first available, and thereby reducing incentives to retire early. Moreover, with increased life expectancy, the global move from defined benefit towards defined contribution pension plans implies lower per period consumption, all else equal, unless individuals work longer and retire later. Both of these changes push toward delayed retirement, but it remains to be shown that individuals have the health capacity to sustain extended working lives. Indeed, much of the work we have done in previous stages of the International Social Security project (Wise, 2015), which relates to retirement age responsiveness to pension incentives (Bingley, et.al., 2004), health (Bingley, et.al., 2012) and disability insurance (Bingley, et.al., 2015), implicitly assumes that individuals have sufficient unused health capacity to work at older ages. In this study we will estimate how much unused health capacity to work exists.

Amongst OECD countries, Denmark has relatively short life expectancy and late age of first eligibility to old age pension. These combined to give Danes the lowest life expectancy after pensionable age 1993-2002 (13.4 years for men and 16.6 years for women). Old age pension benefits could first be received at age 67 until 2004, and this was reduced to age 65 by 2006 in 6 month steps. In 2011 it was announced that during 2019-22 the age of first eligibility will once again be raised to 67 in 6 month steps. Life expectancy after pensionable age jumped by 3 years during the 2000 decade, the largest increase of all countries, but after the 2019-22 reform is implemented Danes will once again have the shortest expected retirements (OECD 2011).

Denmark was the first country to automatically link pensions to life expectancy in their retirement income system (Whitehouse, 2007). From 2030, Denmark will link changes in age of first eligibility to old age pension to changes in life expectancy from age 60. The aim is to maintain life expectancy after pensionable age close to the 14.5 years observed in 2004-5, the two years before the automatic linkage reform was announced (Ministry of Integration and Social Affairs, 2013). However, the rate of increase due to automatic linkage with life expectancy is capped such that pensionable age can at most increase by one year every fifth year. Projected life expectancy from age 60 in 2025 (minus 14.5 years) is rounded to the nearest half year to give the implied pensionable age in 2030. The projection to 2025 uses life expectancy from age 60 during 2013-14 and assumes a trend which

adds 0.6 years. These calculations imply a pensionable age in 2030 of 69.5 years, but since pensionable age can only increase by at most one year, eligibility will be from age 68 in 2030.

In several countries, gains in longevity are expected to outpace announced future delays in pensionable ages. Denmark has amongst the shortest life expectancies after pensionable age and has a history of policy attention to the measure. This makes Denmark an excellent case for measuring health capacity for extending the working life, since post retirement longevity itself, regardless of health status, is a greater constraint in Denmark than anywhere else. Finding unused work capacity in Denmark ought to be a greater challenge because of the high base of work capacity used already.

In this paper we ask to what extent older Danes have the health capacity to extend their working lives. We do this by estimating health-employment relationships in the past, or for younger cohorts today, and predicting how much work capacity there would be for older cohorts in similar health today if those estimated relationships held for today's older cohorts. Ideally we would like to know what the health-employment relationship might be in the absence of non-health-related social security programs. We take two approaches to obtaining this counterfactual health-employment relationship, by fitting the relationship historically before the introduction of early pension benefit programs, or by fitting the relationship for younger cohorts today who have not yet reached pension benefit eligibility age.

For the first approach following Milligan and Wise (2012), we look at the historical relationship between mortality and employment rates and ask how much would older people work today, given current mortality rates, if they were to work as much as they did at a similar mortality rate in the past? Using published data from Statistics Denmark, we plot the mortality-employment relationship for several years from 1977 to 2010 and find significant unused work capacity compared to today for all baselines up until 2000. We only estimate mortality-employment relations for men for the sake of better comparison with other countries, where increasing older female labor market participation makes estimates for women difficult to interpret.

For the second approach, inspired by Cutler and coauthors (2012), we estimate the relationship between self-assessed health (SAH) and employment for somewhat younger cohorts and ask how much older cohorts, with similar SAH, would work if the same health-employment relationship

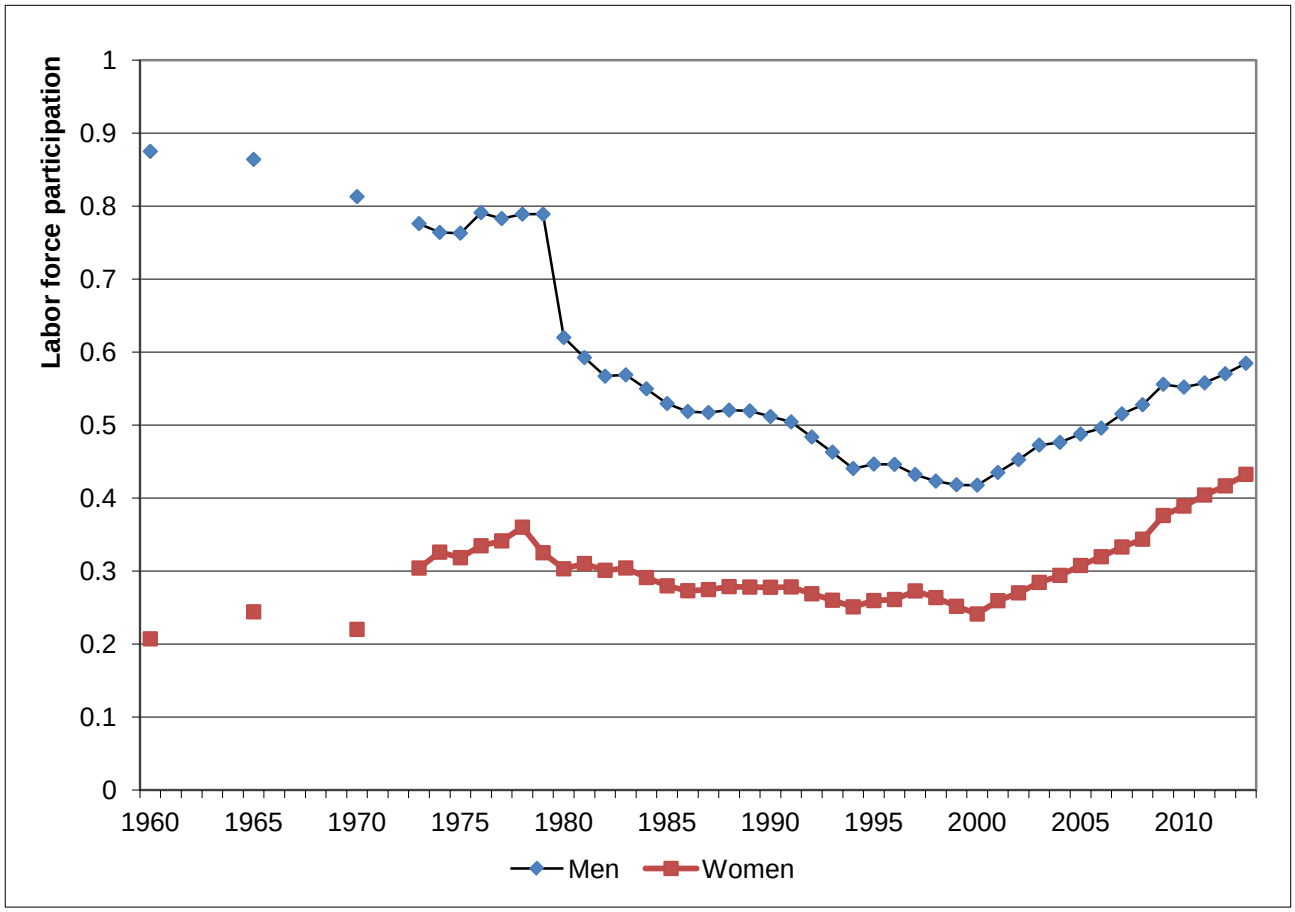
held. We use micro data from the Survey of Health and Retirement in Europe for Denmark (SHARE-Denmark) collected 2004-13 to estimate the relationship for those aged 50-54 and to predict work capacity for ages 55-74. We find significant unused work capacity from age 60 and older for both men and women. Estimated unused work capacity is remarkably similar for the group that we consider using both methods - for men aged 55-69 - when we use a 1977 mortality-employment relationship baseline. The Cutler method implies 4.8 years and the Milligan-Wise method implies 4.6 years unused work capacity, compared to 7.6 years currently working. Women are predicted to have slightly more unused work capacity than men using the Cutler method for ages 55-69 at 5.1, compared to 6.1 years currently working.

The remainder of the paper is organized as follows: As background, the next section describes trends in labor force participation, health and mortality. In section 3 we estimate work capacity using the historical mortality-employment relationship following Milligan and Wise (2012). In section 4 we describe trends in SAH and in section 5 we estimate the SAH-employment relationship for younger cohorts following Cutler and coauthors (2012). Finally we conclude with a discussion of the implications of our findings.

2 Trends in Labor Force Participation and Health

This section summarizes the trends in labor force participation in Denmark over the last 50 years for men and women aged 60-69. We split the discussion for those aged 60-64 and 65-69 because of data availability and differences in eligibility to pension benefits between these two age groups. Figure 1 presents the evolution of labor force participation for 60-64 year olds based on several different sources.

Figure 1. Labor Force Participation Rates for ages 60-64 by gender over time



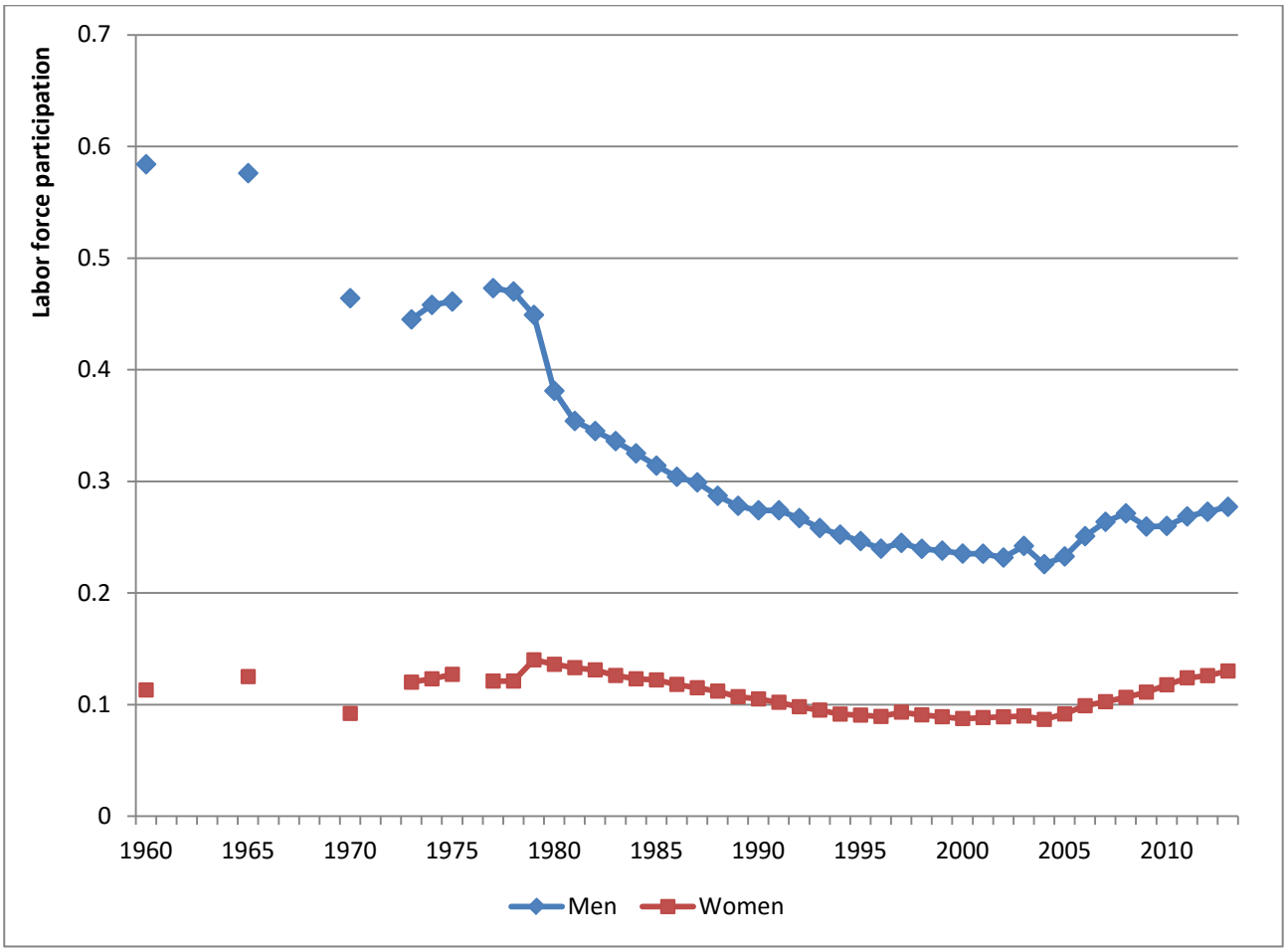
Until the late 1990s, trends in labor force participation by gender are very different from each other, with a 70 percentage point differential in 1960 declining to 18 percentage points by 2013. The initial decline for men in the 1960s reflects structural change with a sectoral shift of employment from agriculture, which was comprised largely of independent farmers, towards industry. The dramatic decline in labor force participation for men in 1980 is the initial impact from introduction of a non-health related pension benefit program - the Post Employment Wage (PEW - efterløn), with eligibility ages 60-66, depending on sufficiently long membership of an Unemployment Insurance fund. For women, the initial impact was much smaller because of lower baseline participation and less PEW eligibility among working women due to insufficient history of Unemployment Insurance fund membership.

The strong upswing in labor force participation rates from the late 1990s, also found in many other OECD countries, see e.g. Larsen and Pedersen (2013), is the result of several interacting factors.

Since 1999 a number of policy changes have been made with the aim of discouraging early retirement. Further, average education and health has improved strongly for this group with retirement age having a positive gradient in both factors, cf. Larsen and Pedersen (2015). Actually, 60-64 year olds are the only age group to have experienced an increase in labor force participation rate since the onset of the Great Recession in 2008. For all younger age groups, participation rates have fallen since 2008, especially among the young. However, in spite of improvements in health to which we return below, labor force participation for men aged 60-64 is still 20 percentage points below the level of the late 1970s. Our aim is to estimate the potential work capacity of today's older cohorts in view of reductions in mortality and SAH improvements of recent years.

In Figure 2 we present the development of labor force participation for those aged 65-69. For men, the initial level is about 30 percentage points lower than for the 60-64 year olds. We find the same steep decline in labor force participation in the second half of the 1960s as found for the 60-64 year olds, reflecting the same switch from independent farming. Following the introduction of PEW in 1979 labor force participation falls, although less steeply than for the 60-64 year olds because, of this older group, only those aged 65-66 were eligible for PEW. The next visible change in labor force participation rates occurs in the years immediately after 2000 which continues the increases in labor force participation for 60-64 year olds in the preceding period. During 2004-2006 65-66 year olds were no longer eligible for PEW as the age for first eligibility to Old Age Pension (folkepension) was reduced from 67 to 65. The modest upward trends since 2000 is somewhat diminished for men, reflecting this 2004-6 reform. Nevertheless, labor force participation for men in 2013 was half that of 1960. For women aged 65-69 we see a very small increase in labor force participation after 2000. Overall, however, the level for women is stationary around 10-12 per cent ever since 1960.

Figure 2. Labor Force Participation Rates for ages 65-69 by gender over time

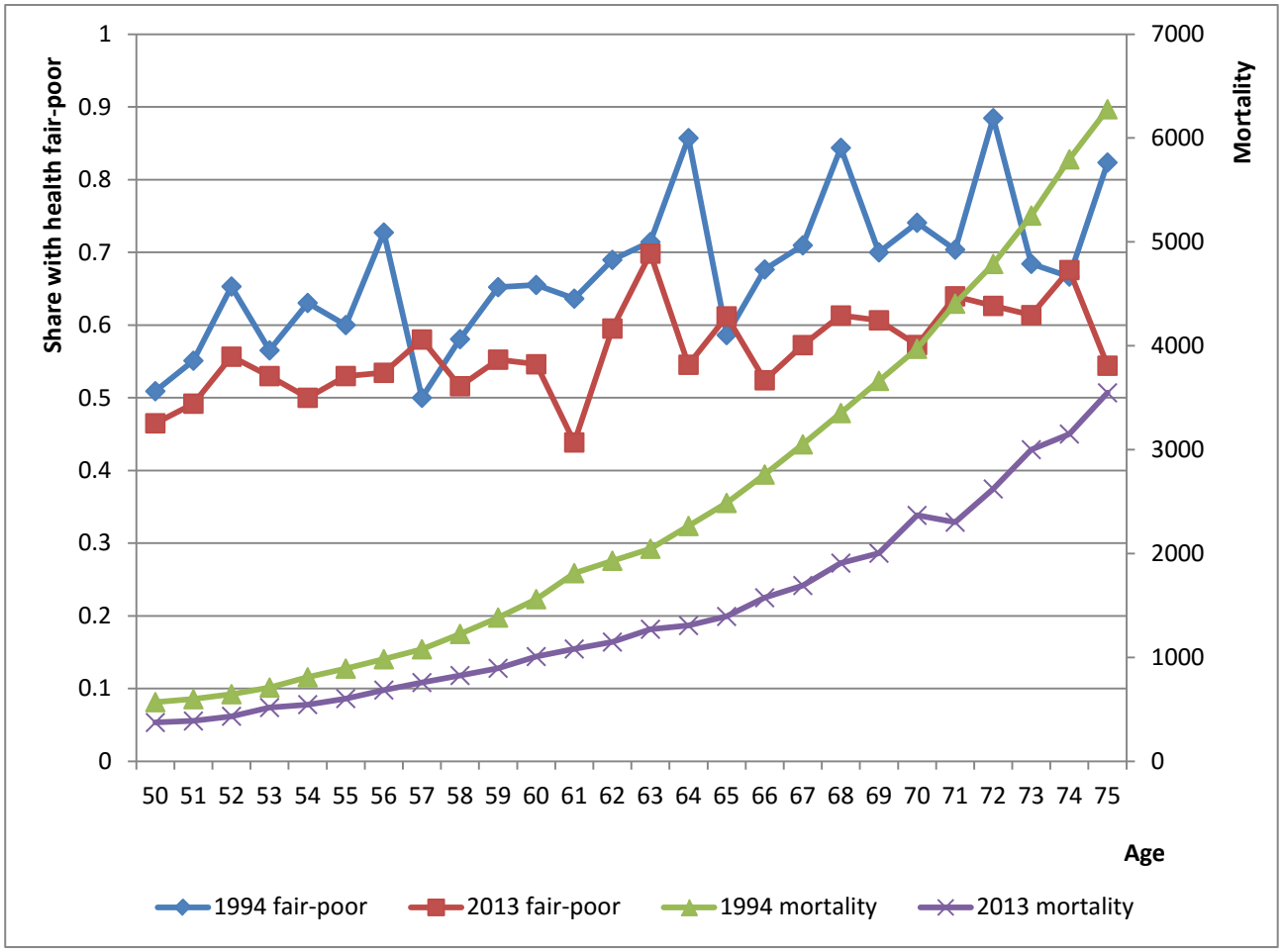


Summing up, for 60-69 year old men labor force participation over the last 30-35 years has declined by about 20 percentage points. As longevity has increased along with level of education, there is clearly scope for analyzing the health related factors behind the potential for reversing this decline as part of accommodating demographic changes in the coming decades.

As an introduction to the analyses of health factors, Figure 3 collects evidence on the development in mortality and self-assessed health for men aged 50-75 over the last 20 years. Data on self assessed health are available also for other years, but 1994 and 2013 are the most recent years where the same questions and response categories were used. The decrease in mortality is strong, despite the period being fairly short, in contrast to the years before the mid-1990s where mortality in Denmark was quite stationary at the same time as mortality was decreasing in most comparable

countries. The share of men with self-assessed health in the fair-poor categories is lower in 2013 than in 1994 and the gradient with respect to age is more flat in the most recent year.

Figure 3. Male Self-Assessed Health and Mortality by year over age



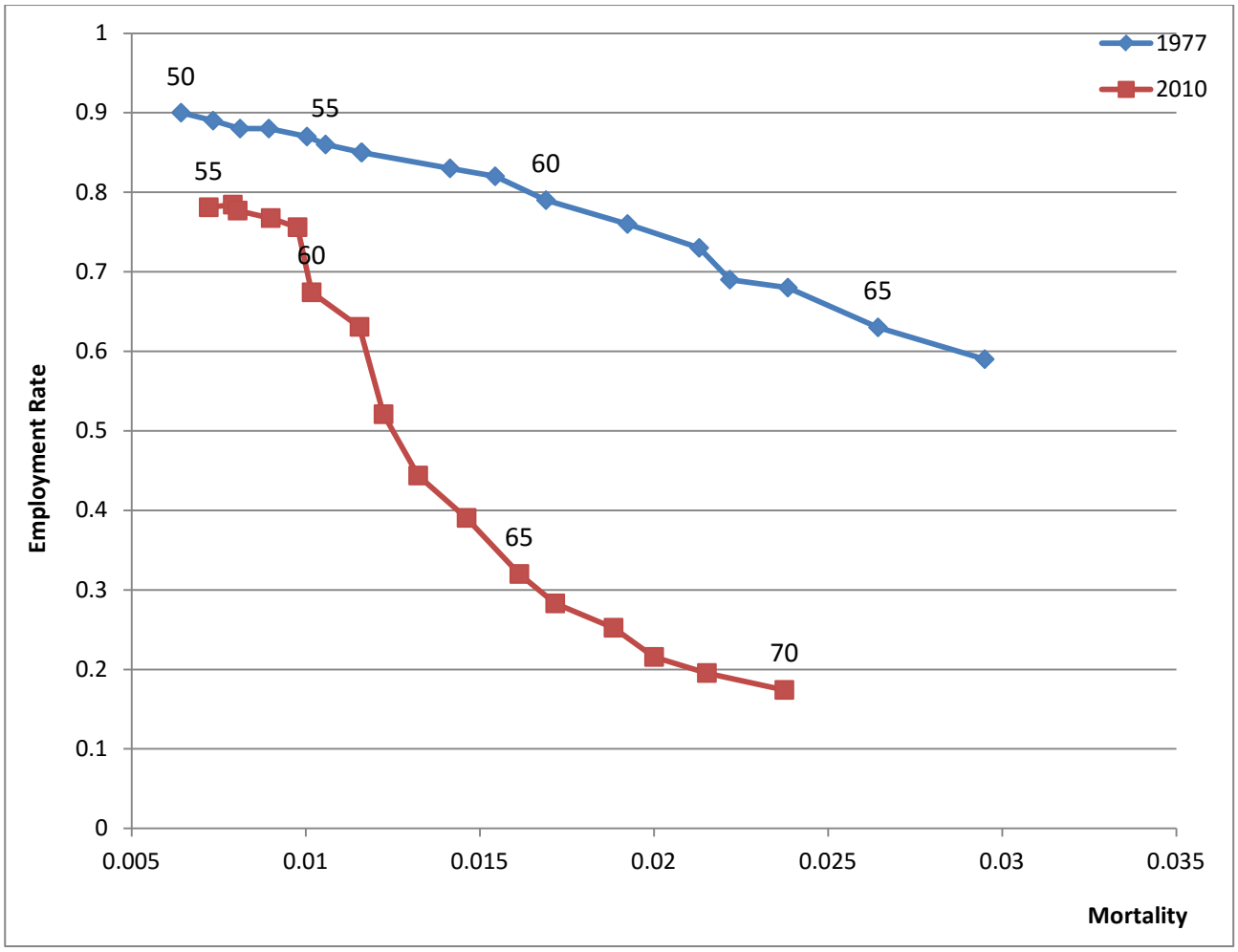
3. Work Capacity estimates based on historical mortality

We will use two different methods to assess the health related capacity to work at older ages. The Cutler method is used in Section 5. In this section we present results from applying the methods in Milligan and Wise (2012) to Danish data. The idea is to look at the relationship between mortality and employment at given ages in some earlier year. Next, we look at the employment mortality relationship in a current year. Comparing employment at given levels of mortality in the year back in time and the current year gives an upper-bound estimate of potential extra work capacity in the current year.

A number of conditions and reservations should be emphasized. First, it is assumed that mortality captures all health factors related to work capacity. One can argue that better measures than mortality could summarize physical and mental capacity for continued work at older ages. However, mortality has the clear advantage of being available over a very long period and being comparable between countries.

Figure 4 plots the relationship between mortality and employment rate for men 55-69 years old in 1977 and 2010.

Figure 4. Male Employment and Mortality by age in 1977 and 2010



The procedure for calculating the upper bound of the additional capacity for work is based on the lines in Figure 4. For each age, 55-69 years, in 2010 mortality and employment rates are plotted in Figure 4. For instance, at age 60 in 2010 mortality was 1.0 percent and the employment rate was

67.4 percent. At that level of mortality, the employment rate in 1977 was 86 per cent. Consequently, the upper bound of the additional work capacity in 2010 with 1977 as base year was 18.6 percent. Running this procedure over all ages we find, not surprisingly comparing with Figure 1, that additional work capacity has a steep gradient in age for people in the first half of their 60s.
The results from the exercise are presented in Table 1. In 2010, the total number of working years for men 55-69 years old was 7.8. As a counterfactual, this would correspond to a situation where men 55-63 years old had employment rates of 100 per cent and all retired when reaching age 64. The accumulated additional employment capacity in 2010 with 1977 as base year is 4.7 years, i.e. a sizeable 60 per cent of the actual number of years worked.

Table 1. Additional Male Work Capacity in 2010 Using 1977 Employment–Mortality Relationship.

Age	Mortality in 2010	Employment Rate in 2010	Employment rate in 1977 at same mortality	Additional Work Capacity
55	0.72%	78.1%	89%	10.9%
56	0.79%	78.4%	88%	9.6%
57	0.80%	77.7%	88%	10.3%
58	0.90%	76.7%	88%	11.3%
59	0.98%	75.6%	87%	11.4%
60	1.02%	67.4%	86%	18.6%
61	1.15%	63.1%	85%	21.9%
62	1.22%	52.1%	85%	32.9%
63	1.32%	44.4%	84%	39.6%
64	1.46%	39.0%	83%	44.0%
65	1.61%	32.0%	80%	48.0%
66	1.72%	28.3%	79%	50.7%
67	1.88%	25.2%	77%	51.8%
68	2.00%	21.6%	75%	53.4%
69	2.15%	19.5%	72%	52.5%
Total years		7.8		4.7

In Figure 5 the same analysis is made comparing 2010 with the much closer year 1995. While 1977 was two years before the introduction of the PEW program resulting in a steep decline in male employment rates from age 60, 1995 was a low point in employment rates, cf. Figure 1. An obvious consequence is that the two graphs in Figure 5 are much closer to each other than the corresponding curves in Figure 4.

Table 2 summarizes in the same way as Table 1 employment rates and mortality at each age in 2010 along with the employment rate in 1995 at the same mortality rates. A main difference compared with the case using 1977 as base year is the lack of additional employment capacity at ages 55-59. At mortality rates above age 60 level in 2010, we find additional employment capacity, most pronounced at ages 62 to 66. Overall, the additional employment capacity adds up to 1.6 years, or about one third of the additional employment capacity found in Table 1, which uses a 1977 baseline.

Figure 5. Male Employment and Mortality by age in 1995 and 2010

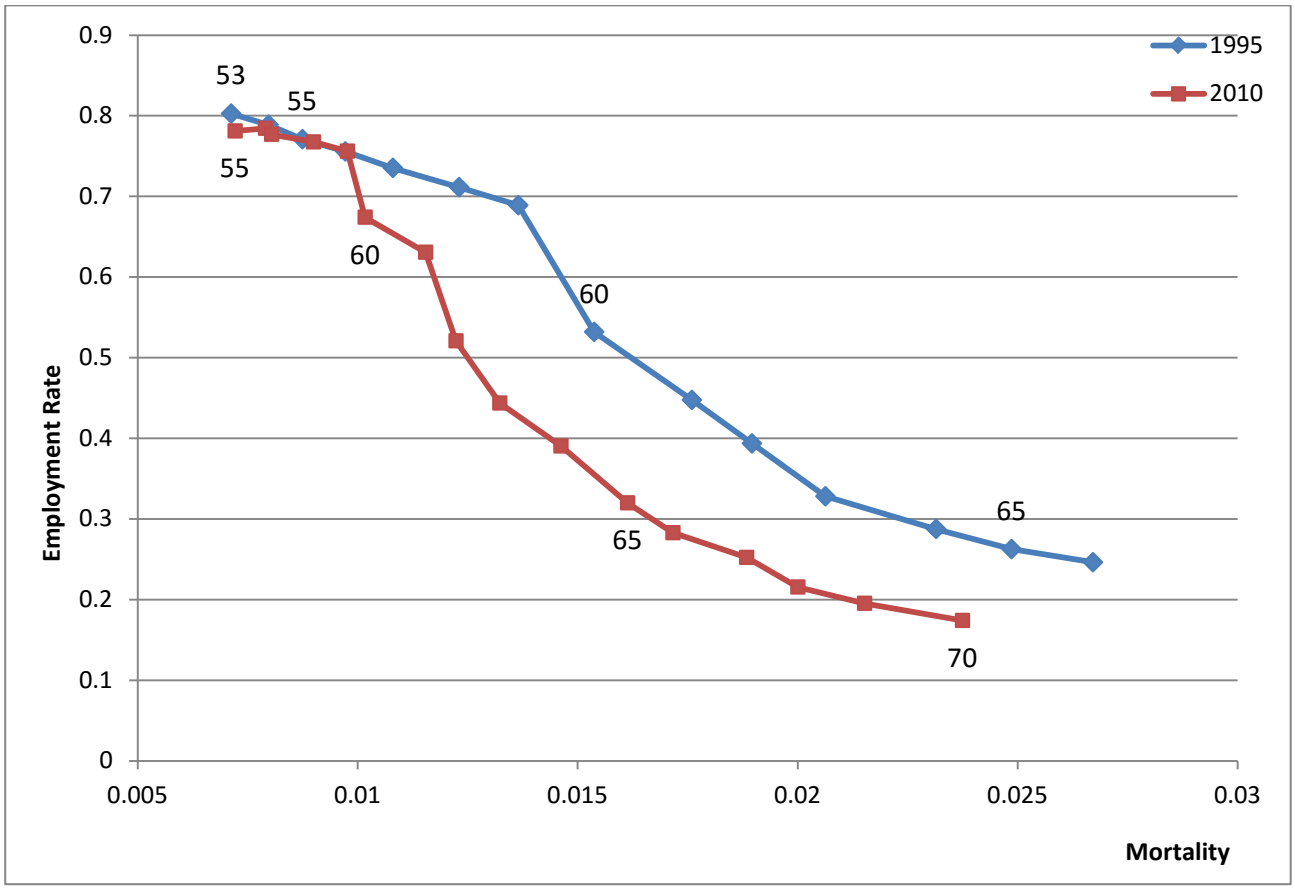
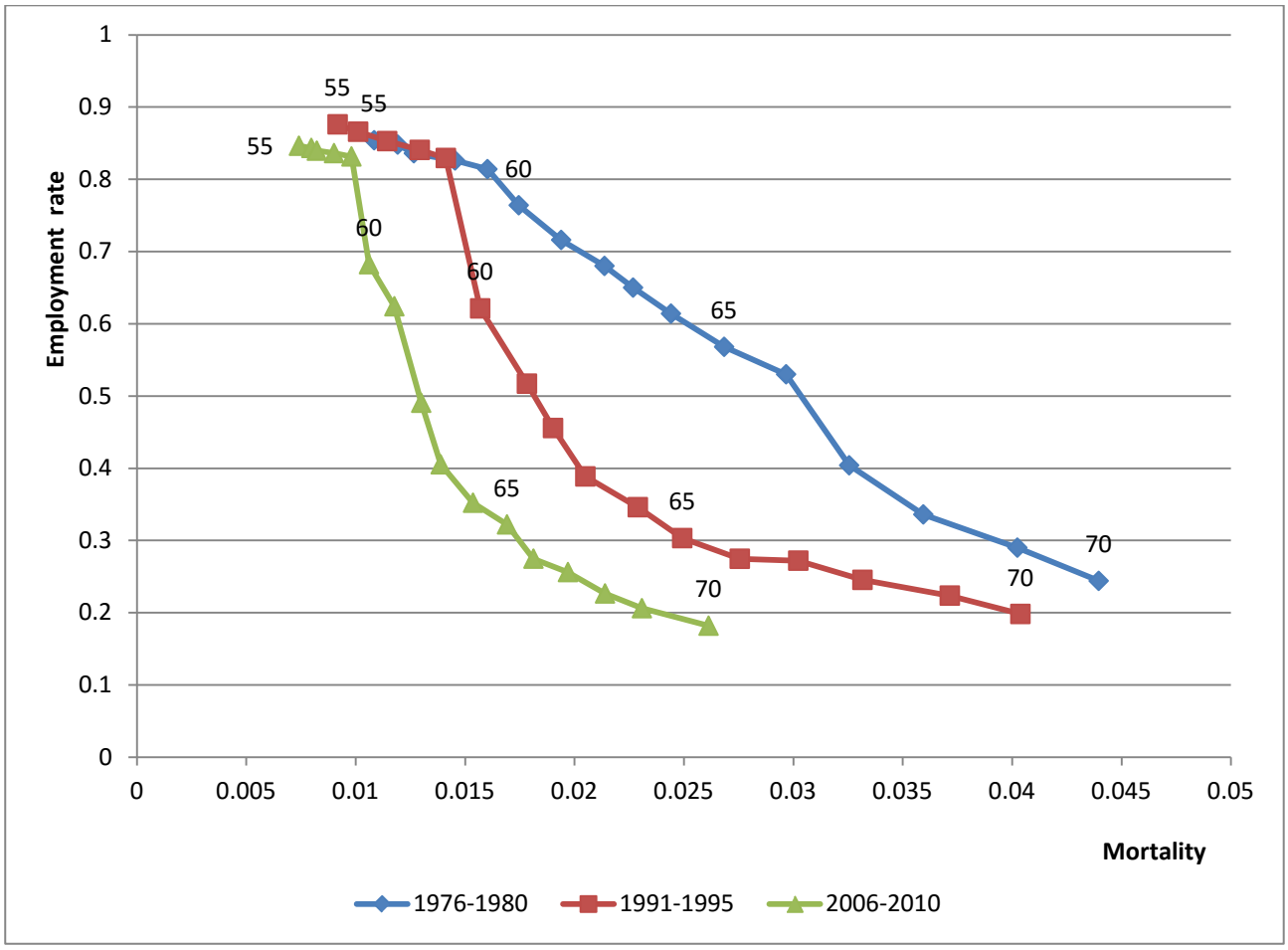


Table 2. Additional Male Work Capacity in 2010 Using 1995 Employment–Mortality Relationship.

Age	Mortality in 2010	Employment Rate in 2010	Employment rate in 1995 at same mortality	Additional Work Capacity
55	0.72%	78.1%	79.0%	0.9%
56	0.79%	78.4%	78.9%	0.5%
57	0.80%	77.7%	78.9&	1.2%
58	0.90%	76.7%	76.7%	0.0%
59	0.98%	75.6%	75.0%	-0.6%
60	1.02%	67.4%	74.6%	7.2%
61	1.15%	63.1%	72.4%	9.3%
62	1.22%	52.1%	71.1%	19.0%
63	1.32%	44.4%	69.7%	25.3%
64	1.46%	39.0%	60.3%	21.3%
65	1.61%	32.0%	50.4%	18.4%
66	1.72%	28.3%	46.3%	18.0%
67	1.88%	25.2%	40.0%	14.8%
68	2.00%	21.6%	35.3%	13.7%
69	2.15%	19.5%	31.4%	11.9%
Total years		7.8		1.6

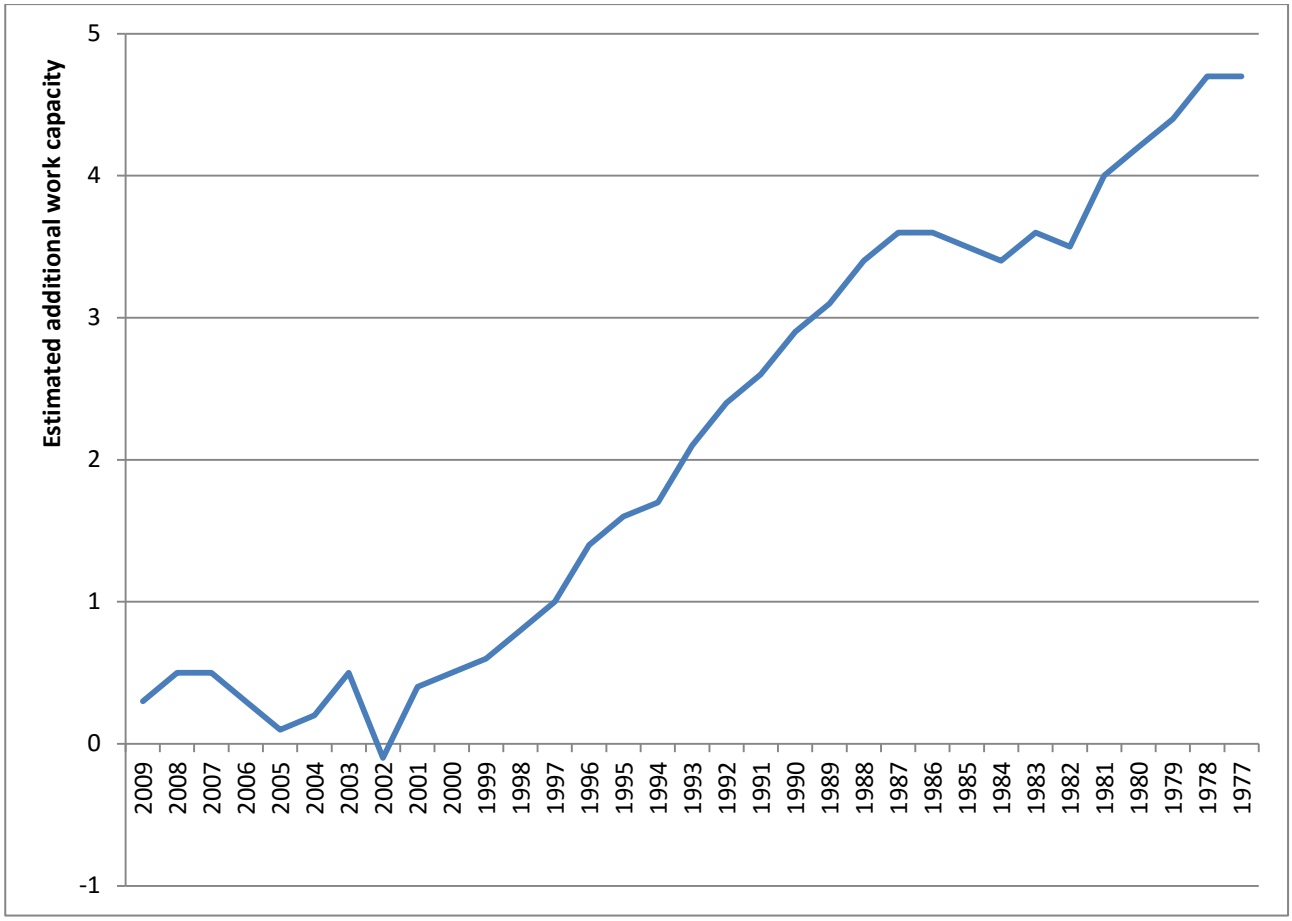
Figure 6 is a summary of the trends in the development of the relationship between mortality and employment rates by including average values for three five-year intervals, last half of the 1970s – before the PEW program – first half of the 1990s when employment rates reached a minimum and the second half of the 2000 decade. A clear illustration of the change over the period is found looking at the pivotal age of 60. From the late 1970s to the early 1990s the employment rate drops by 20 percentage points with only a slight decline in mortality. Next, from the early 1990s to the late 2000s, employment goes up at age 60 along with declining mortality. From Figure 5 we know, however, that employment for given levels of mortality is still lower in the late 2000s compared with the early 1990s at age 60 and above.

Figure 6. Male Employment and Mortality 1976-80, 1991-95 and 2006-10.



Next, in Figure 7 we have used all the years between 1977 and 2009 as base years comparing with the mortality employment relationship in 2010. As expected the estimated additional work capacity becomes smaller as we move closer to 2010, i.e. differences in mortality rates become smaller and changes in employment rates also become smaller. From about the turn of the century, additional work capacity becomes stationary at a level close to zero as mortality declines faster at the same time as employment rates increase, cf. Figures 1 and 2.

Figure 7. Additional Male Work Capacity in 2010 by base year for comparison



The additional work capacity found by using the Milligan-Wise method does not imply the normative conclusion that older people should continue working in accordance with the increase in employment capacity we find. Our finding should instead be seen as a contribution to the arguments and analyses in the so called “healthy life debate”, i.e. to what extent does increasing longevity result in more healthy years with a potential for a longer working life, or is most of the gain spent in poor health and disability. There is a wide ranging literature on this topic of which only a few contributions are mentioned here. Mathers et al. (2001) calculate healthy life expectancy for 191 countries in 1999 using the method of Sullivan (1971) which combines surveys of SAH with life tables. They find that healthy life expectancy increases across countries at a faster rate than total life expectancy. Christensen et al. (2009) present as a conditional projection that most children born in Denmark since the turn of the century will survive until age 100 and older, but it remains to be established whether age of onset of functional limitations and disability increases in a similar way.

Using Danish data for the year 2000, Brønnum-Hansen et al. (2004) considers life expectancy and health expectancy by educational levels. They find a social gradient in both but the gradient in health expectancy is greater than in life expectancy. Being a cross-section study, it contains only an implicit contribution to answer the question about the development over time. An attempt at an explicit answer is found in Brønnum-Hansen (2005) building on comprehensive Danish surveys 1987-2000, combined with life table data using the Sullivan (1971) method. Over the period, Brønnum-Hansen (2005) finds disability-free life time increasing more than total life expectancy, and more so for men than for women.

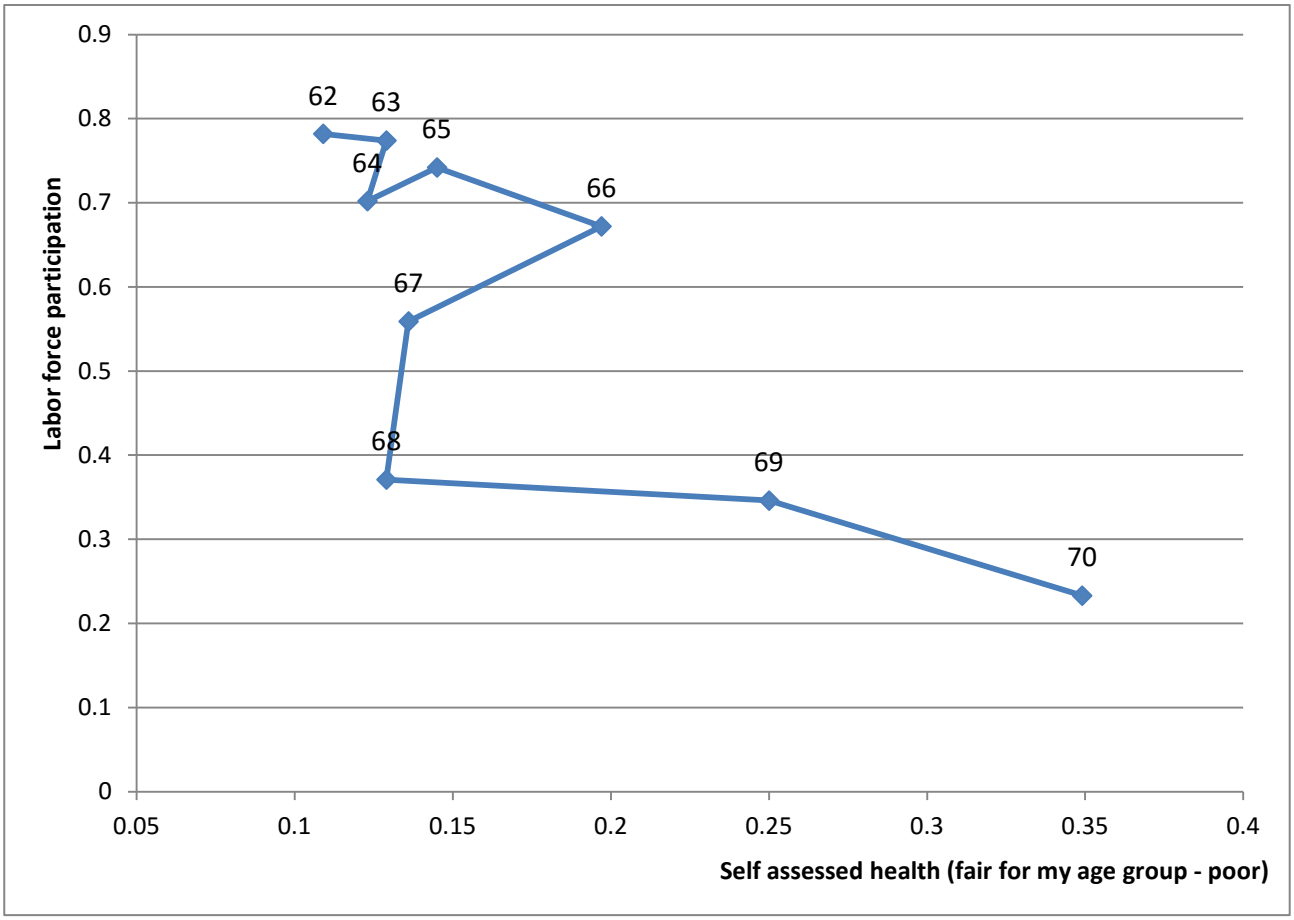
4. Self-Assessed Health and employment by age over time

An alternative to use of mortality as an overall health indicator is to rely on individuals´ own evaluation and study SAH from surveys as an indicator for health related capacity for work. Denmark does not have a time long series of comparable SAH measures. The National Institute of Public Health conducted a number of surveys beginning in 1987. We have access to micro data from the 1987 survey, cf. below. For other years data are available in a processed form and results regarding SAH from two comparable surveys in 1994 and 2013 were included in Figure 3 above. Besides the National Institute of Public Health surveys, we can use the European Community Household Panel (ECHP), SHARE and other smaller surveys. For the purpose of the present study, there are issues regarding lacks of comparability between surveys, coverage of only a short span of time consistently within surveys, and small sample sizes.

Below we present SAH from these surveys and relate this to the age of eligibility to the major social security programs. First, Figure 8 presents the relationship between labor force participation rates and SAH based on a fairly small survey collected in 1977. This provides the only self-assessed health measure before the introduction of PEW. Results from the survey are described and discussed in Olsen (1977). SAH is measured on the horizontal axis as the share reporting their health as fair for my age group to poor. The vertical axis measures average labor force participation rate at each age. In 1977 Disability Insurance (DI) was the only early exit route from the labor market before eligibility for old age pension at age 67. The expected negative slope is found in Figure 8 and the impact of reaching eligibility for old age pension is seen as a decline in labor force

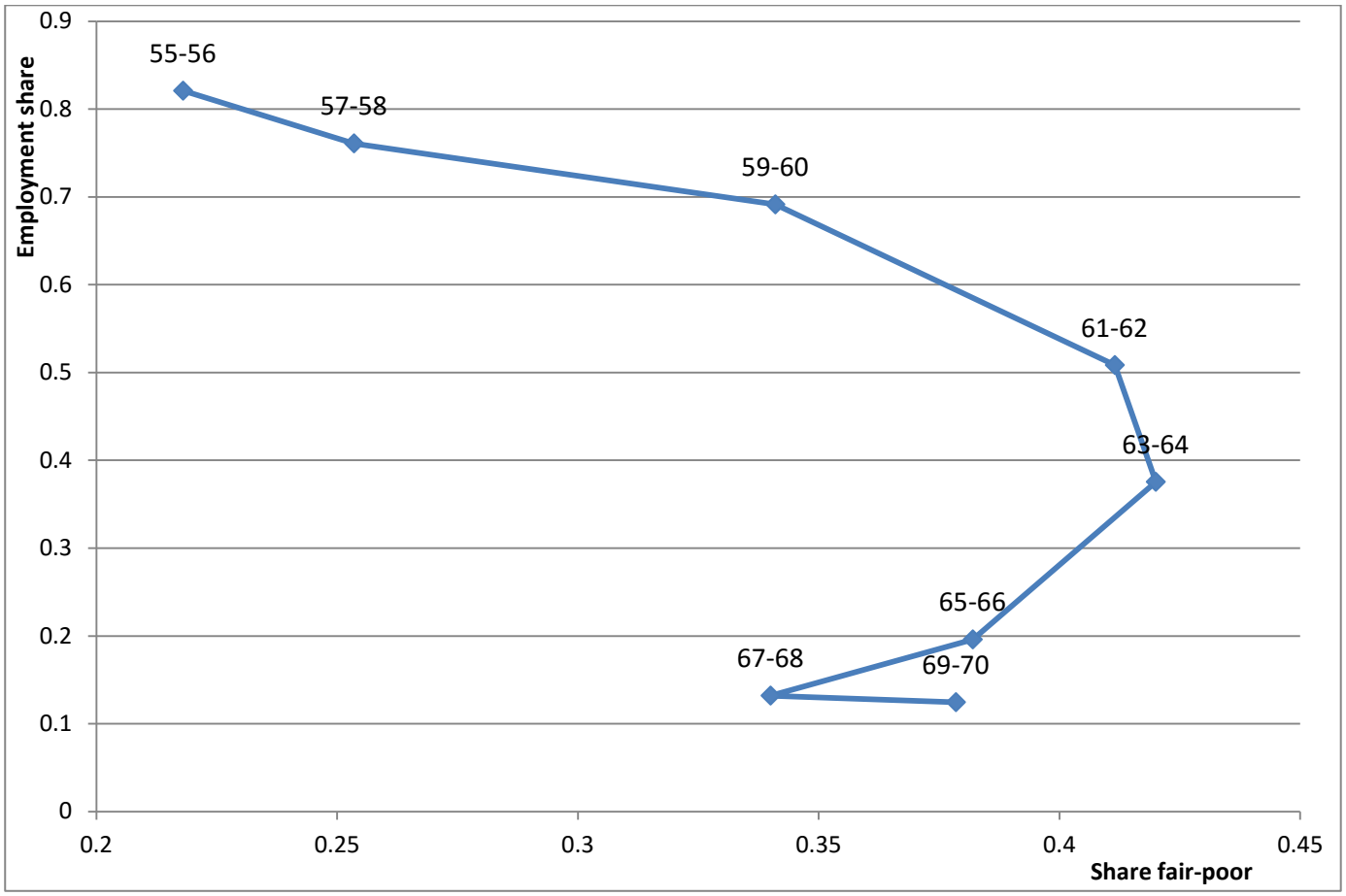
participation of about 30 percentage points without any visible deterioration of SAH – if anything health improves for a few years right after retirement age.

Figure 8. Male SAH and Labor Force Participation rate by age in 1977



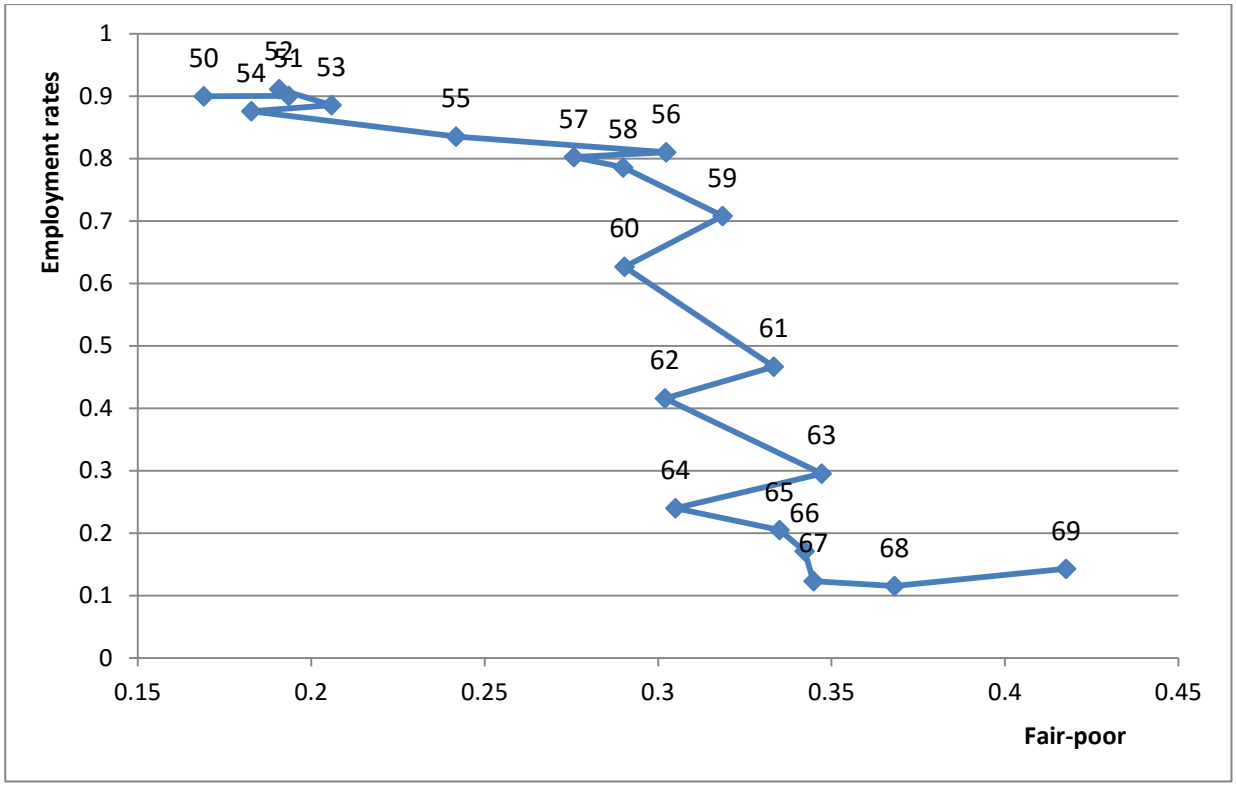
There is a 10-year gap until the next available SAH measure. Results from a survey conducted by the National Institute of Public Health in 1987 are shown in Figure 9. The horizontal axis measures the share of respondents at each age reporting health as fair-poor while the vertical axis measures labor force participation rates. For smoothing results are shown as 2 year averages. In 1987 PEW was fully phased in eligibility from ages 60 to 66 followed by OAP from age 67. The slope in Figure 9 is clearly negative with a major deterioration of SAH from age 55 to the early 60s, Notice the steep decline in labor force participation from the early 60s until eligibility to old age pension followed by a moderate improvement of self-assessed health in the late 60s.

Figure 9. Male SAH and Labor Force Participation rates by age in 1986-87



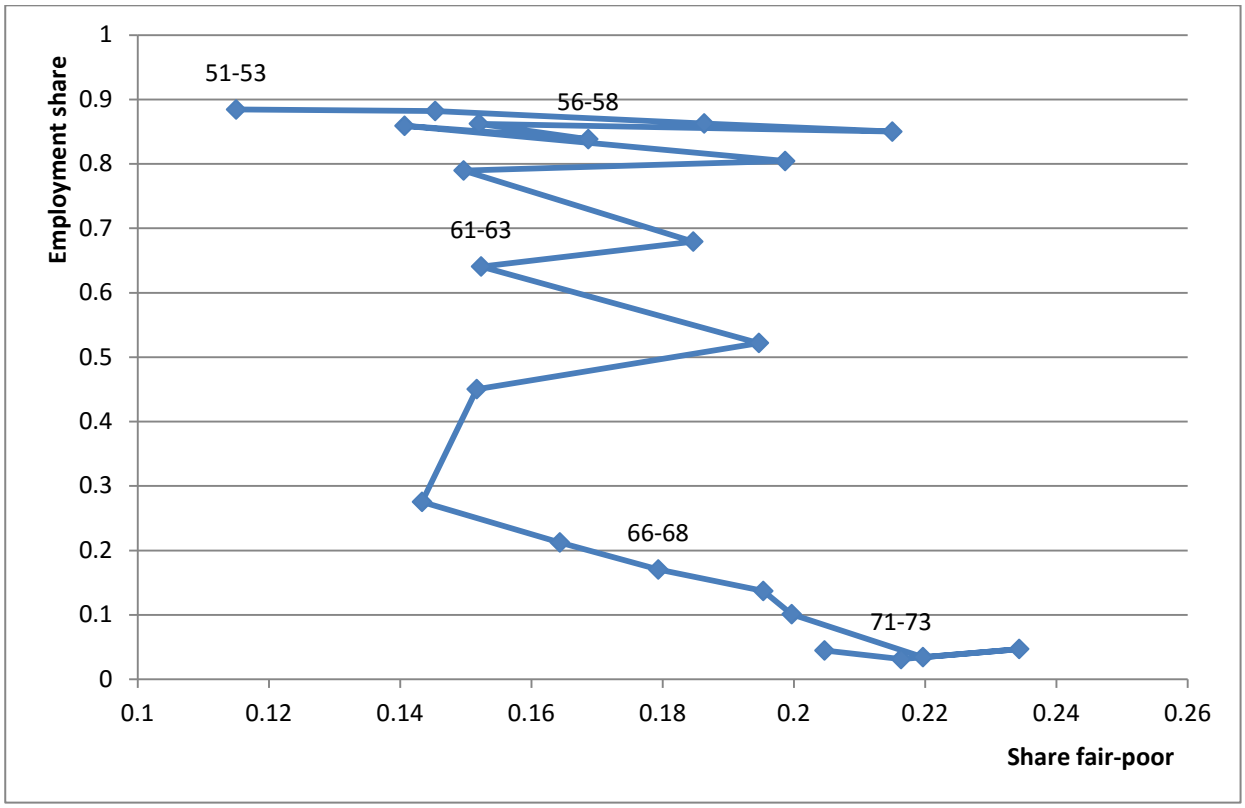
Data for Denmark from the ECHP collected in the years 1994-2001 over 8 waves makes it possible to construct a relationship between SAH and employment rates based on more observations by pooling over waves. The result is shown in Figure 10 for men ages 50-69. SAH deteriorates quite rapidly during the 50s while the 60s until age 67 are characterized by a steep drop in employment rates – more so in the PEW years than close to old age pension – at about the same level of SAH. After reaching pensionable age, SAH deteriorates again while employment rates remain around 10 per cent.

Figure 10. Male SAH and Employment Rates by age 1994-2001.



In Figure 11 we show the relationship between SAH and employment rates based on SHARE data from wave 4 collected in 2011. It appears that – after a transition from data points for single years to working with moving 3 year age averages – we still have a "noisy" relationship. However, like in Figure 10 we have a deterioration of health in the 50s followed by another phase of deterioration from the mid 60s. In between, employment rates drop significantly, first reflecting PEW and at higher age old age pension where the age of eligibility from 2004-6 has been 65 years.

Figure 11. Male SAH and Labor Force Participation rates by age in 2011

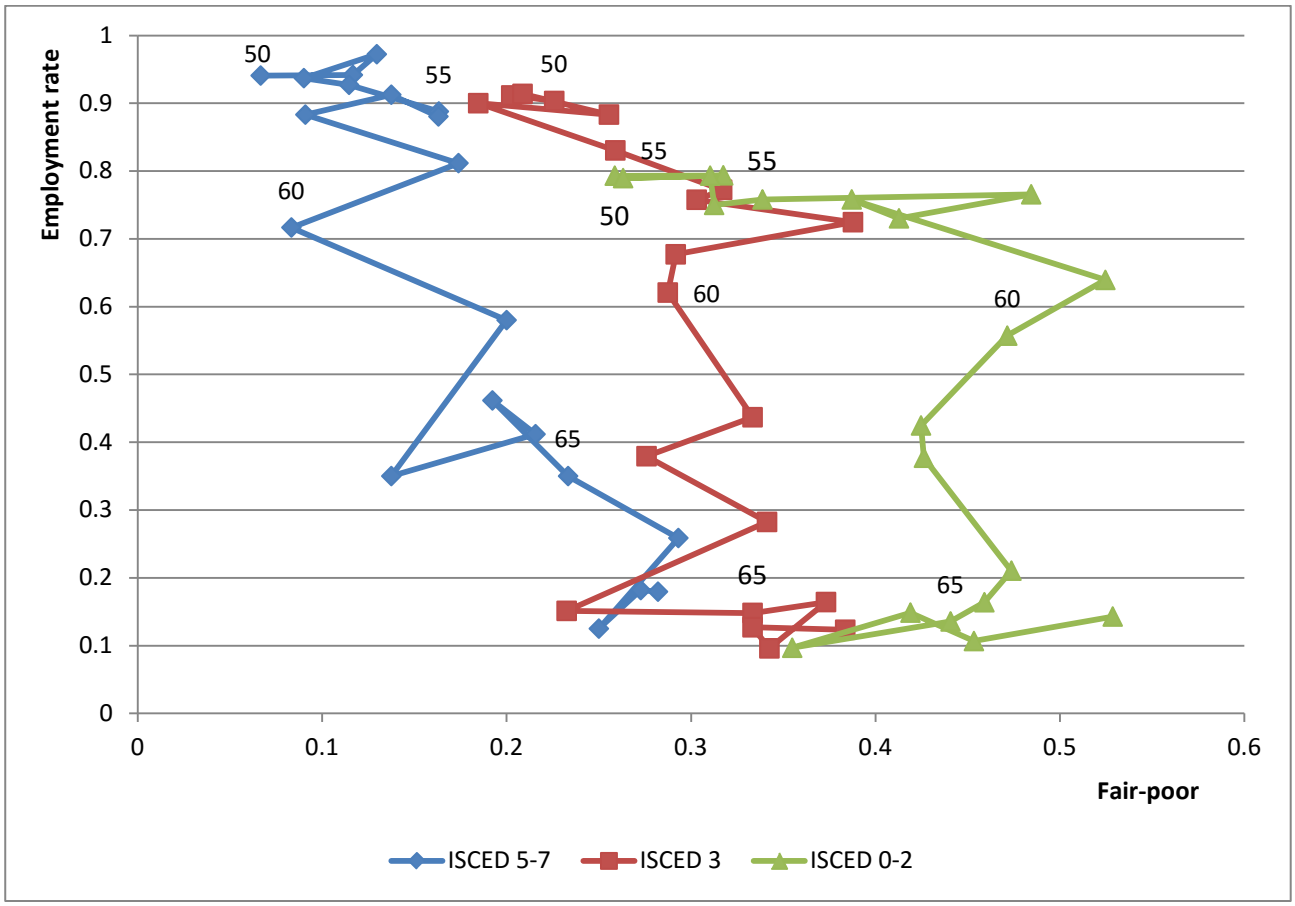


Once again using Danish data from the ECHP averaged over the 8 waves between 1994 and 2001, Figure 12 shows the relationship between SAH and employment, but now separately for the three education levels classified as ISCED 0-2, ISCED 3 and ISCED 5-7. Lines for different education levels are nearly completely separated. Employment rates are initially at the same level at 50. The difference in employment rates has increased to 10 percentage points at age 55, increasing to a difference of 25 percentage points at age 65.

In summary, the general pattern of reducing labour force participation rate and worsening SAH as men age is clear throughout. However, given the infrequency with which SAH has been surveyed in Denmark, and the lack of comparability of SAH between surveys it is not possible to speak about trends over time. Nevertheless, the relationship is steepest (greatest falls in participation for modest falls in SAH) during ages of eligibility to early pension benefits. There are striking SAH differentials by education, with the SAH deterioration from age 50 to 70 within schooling level (compulsory, high school and college) roughly equal to mean SAH differences between schooling

levels. In the next section we analyse the SAH-employment and schooling relationship in more detail.

Figure 12. Male SAH and Employment Rates by age and schooling 1994-2001



4. Work Capacity estimates based on Self-Assessed Health

In a second approach to estimating health capacity to work we ask how much would older cohorts work today, if they had the same relationship between SAH and employment as younger cohorts have today. This approach is inspired by Cutler and coauthors (2012) who use HRS data to estimate the relationship between SAH, retirement and Disability Insurance receipt for the near elderly and use estimates to simulate behavior of the elderly.

We use data from SHARE-Denmark which was collected in 2004, 2006, 2011 and 2013, that is waves 1, 2, 4 and 5. SHARE-life was conducted as wave 3 and contained retrospective questions about life histories, but not contemporaneous SAH, so we cannot use this wave for the current

analysis. SHARE is a longitudinal survey that collects data across nineteen European countries on individuals aged 50 or more and their spouses (Börsch-Supan et al., 2013). It has much in common with HRS, Japanese Study of Aging and Retirement (JSTAR) and English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), making it an ideal dataset for our study which should be as comparable as possible with similar studies for other countries.

Table 3. Descriptive Statistics for SHARE-Denmark estimation and simulation sample

	men					women				
	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
working	0.862	0.826	0.551	0.159	0.037	0.827	0.758	0.402	0.078	0.019
high school	0.456	0.450	0.448	0.471	0.457	0.272	0.317	0.337	0.368	0.347
college	0.379	0.367	0.350	0.354	0.279	0.544	0.481	0.439	0.323	0.237
married	0.700	0.684	0.728	0.699	0.659	0.728	0.670	0.666	0.624	0.582
SAH very good	0.343	0.356	0.334	0.339	0.290	0.371	0.343	0.369	0.359	0.274
SAH good	0.229	0.234	0.243	0.262	0.286	0.214	0.223	0.191	0.233	0.265
SAH fair	0.106	0.125	0.133	0.159	0.185	0.107	0.154	0.188	0.141	0.216
SAH poor	0.041	0.060	0.042	0.042	0.073	0.052	0.047	0.043	0.032	0.080
BMI underweight	0.003	0.000	0.001	0.005	0.004	0.021	0.016	0.025	0.023	0.034
BMI overweight	0.415	0.440	0.417	0.421	0.415	0.270	0.283	0.321	0.289	0.310
BMI obese	0.178	0.141	0.139	0.145	0.108	0.118	0.134	0.148	0.129	0.119
Limits any ADL	0.037	0.043	0.053	0.066	0.086	0.049	0.046	0.057	0.050	0.084
Limits any IADL	0.062	0.046	0.045	0.069	0.110	0.075	0.101	0.099	0.095	0.181
Limits physical 1	0.104	0.110	0.152	0.164	0.138	0.096	0.128	0.121	0.160	0.188
Limits physical 2+	0.099	0.116	0.117	0.130	0.213	0.161	0.196	0.257	0.213	0.338
doctor visit	0.712	0.774	0.808	0.831	0.870	0.839	0.830	0.842	0.887	0.871
hospital stay	0.064	0.097	0.113	0.122	0.167	0.082	0.096	0.108	0.099	0.134
nursing home stay	0.000	0.000	0.006	0.000	0.004	0.000	0.000	0.003	0.003	0.002
back problems	0.442	0.503	0.432	0.444	0.433	0.487	0.523	0.504	0.459	0.498
arthritis	0.197	0.264	0.312	0.310	0.437	0.211	0.214	0.309	0.386	0.431
diabetes	0.135	0.168	0.215	0.204	0.240	0.199	0.268	0.333	0.346	0.358
heart disease	0.058	0.043	0.083	0.087	0.138	0.033	0.046	0.056	0.068	0.080
lung disease	0.036	0.056	0.069	0.076	0.099	0.050	0.059	0.073	0.081	0.093
stroke	0.033	0.033	0.032	0.043	0.084	0.021	0.023	0.020	0.023	0.039
hypertension	0.011	0.021	0.031	0.050	0.044	0.050	0.044	0.055	0.060	0.069
cancer	0.000	0.001	0.000	0.003	0.011	0.002	0.000	0.001	0.002	0.009
# observations	747	766	683	622	455	878	833	766	619	464

Descriptive statistics for SHARE-Denmark are presented in table 3 by age group and gender. Our estimations and simulations will be conducted separately by gender and these age groupings. In total we have 3273 observations of men and 3650 observations of women. Proportion working is always higher for men than for women, is high and fairly stable before age 60 and then falls through age 70, most of the reduction taking place in the late 60's for men, but evenly throughout the 60s for women. Younger age groups have more schooling, especially at the college margin, and markedly so for women. SAH worsens with age, but levels and profiles are quite similar by gender. Men are much more likely to be overweight than women and there is a slight age gradient in obesity for men with younger men being more obese than older. Women have more limitations than men both physically and with regard to activities of daily living. Doctor visits are common for both men and women, though somewhat less for men in their 50's. Men are more likely to have had a hospital stay than women. Nursing home stays are very uncommon. Of the eight specific health conditions considered, back problems are the most common for all ages. Arthritis doubles from the early 50's to early 70's. Diabetes and hypertension are more common in women, and heart disease and stroke are more common in men.

In order to estimate the relationship between SAH and employment we need to characterize health in a way that allows for comparison with other countries. We calculate a single health index following Poterba and coauthors (2013), who create an index that is a reasonable predictor of mortality in HRS data. Using the health variables described in table 3, SAH, body mass index, types of limitations, care usage and a set of specific health conditions, we calculate the first principal component for both genders and all age groups pooled. This principal component is used to predict a single health index and we normalize this index to percentiles, where by convention a higher percentile indicates better health. For example (wo)men aged 50-54 have mean percentile 58 (54), (wo)men 70-74 have mean percentile 44 (39).

Table 4. OLS regression estimates explaining employment ages 50-54

	women		men	
PVW health index	0.0046	*0.0004*	0.0038	*0.0004*
high school	0.1001	*0.0356*	0.0631	*0.0350*
college	0.1826	*0.0325*	0.0884	*0.0366*
married	0.0629	*0.0268*	0.0522	*0.0267*
2006	0.0049	*0.0351*	0.0734	*0.0335*
2011	0.0215	*0.0360*	0.0628	*0.0346*
2013	0.0215	*0.0360*	0.0628	*0.0346*
intercept	0.8563	*0.0475*	0.8724	*0.0458*
# observations / R-sq	878	0.1861	747	0.1337

OLS regression estimates for the dependent variable working are presented in table 4. The sample is aged 50-54 and regressions are run separately for men and women. Better health is strongly and positively associated with employment. A move of 10 percentiles up the health distribution is associated with a 4.6 percentage point higher employment probability for women and 3.7 percentage point higher employment probability for men. High school and especially college is associated with higher employment probability. Married individuals are more likely to be working. Goodness-of-fit is somewhat better for women than for men.

Using the estimates from table 4 for the youngest of our age groups, we simulate work capacity by predicting on the basis of health and demographic characteristics for older age groups. In doing this we are assuming that the health-employment relationship is constant between age groups, so that we can meaningfully combine coefficients estimated on the younger group together with observed characteristics of the older groups for simulation. One threat to the stability of this relationship might be differences in skills, occupations and industry affiliation by age group. Jobs differ in their health demands and we need to assume the health-employment relationship is fixed across age groups for whom different types of jobs might be relevant. Furthermore, while our health index appears quite comprehensive, there may be health conditions we are unable to measure but which are negatively correlated with ability to work. Such omitted health factors would bias our work capacity estimates upward - we would be overstating the amount of unused work capacity.

Table 5. Simulations of work capacity by age

age group	# obs.	actual working	predicted capacity	additional capacity
men				
55-59	766	82.6%	85.4%	2.4%
60-64	683	55.1%	84.7%	29.2%
65-69	622	15.9%	83.7%	67.5%
70-74	455	3.7%	80.2%	76.2%
women				
55-59	833	75.8%	79.9%	4.3%
60-64	766	40.2%	77.9%	37.9%
65-69	619	7.8%	75.8%	68.3%
70-74	464	1.9%	70.2%	68.1%

Results from the simulation exercise are presented in table 5 by age group and gender. Predicted work capacity changes only slightly with age, falling by 5 percent for men and 10 percent for women from the late 50's through till the early 70's. In order to simulate unused work capacity we calculate the difference between predicted work capacity and observed employment. When combined with observed employment levels which are rapidly declining with age, we simulate little unused work capacity in the late 50's, large unused capacity in the early 60's and very large unused capacity from the late 60's. Women's unused work capacity exceeds men's until the early 60's, whereas men have more unused capacity from their 70's. Figures 13a and 13b graphically present the simulation exercise from table 7.

Figure 13a.

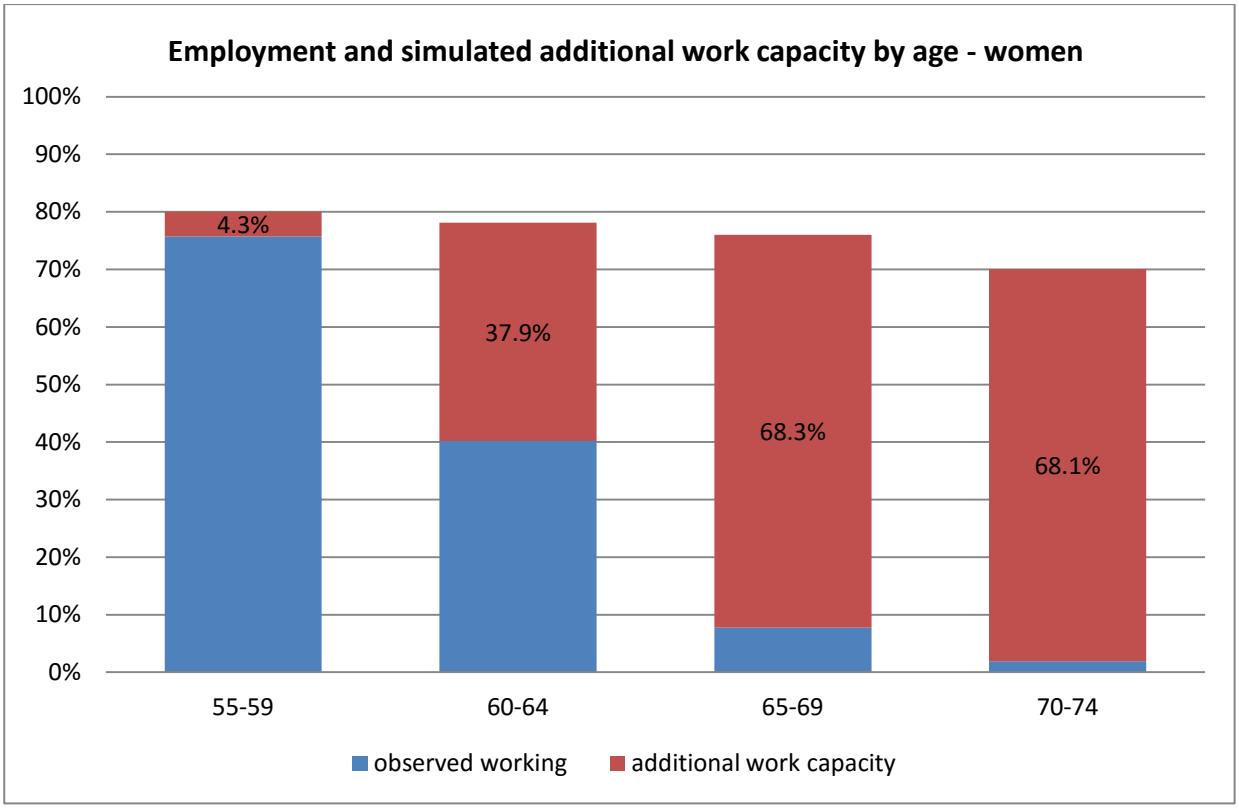
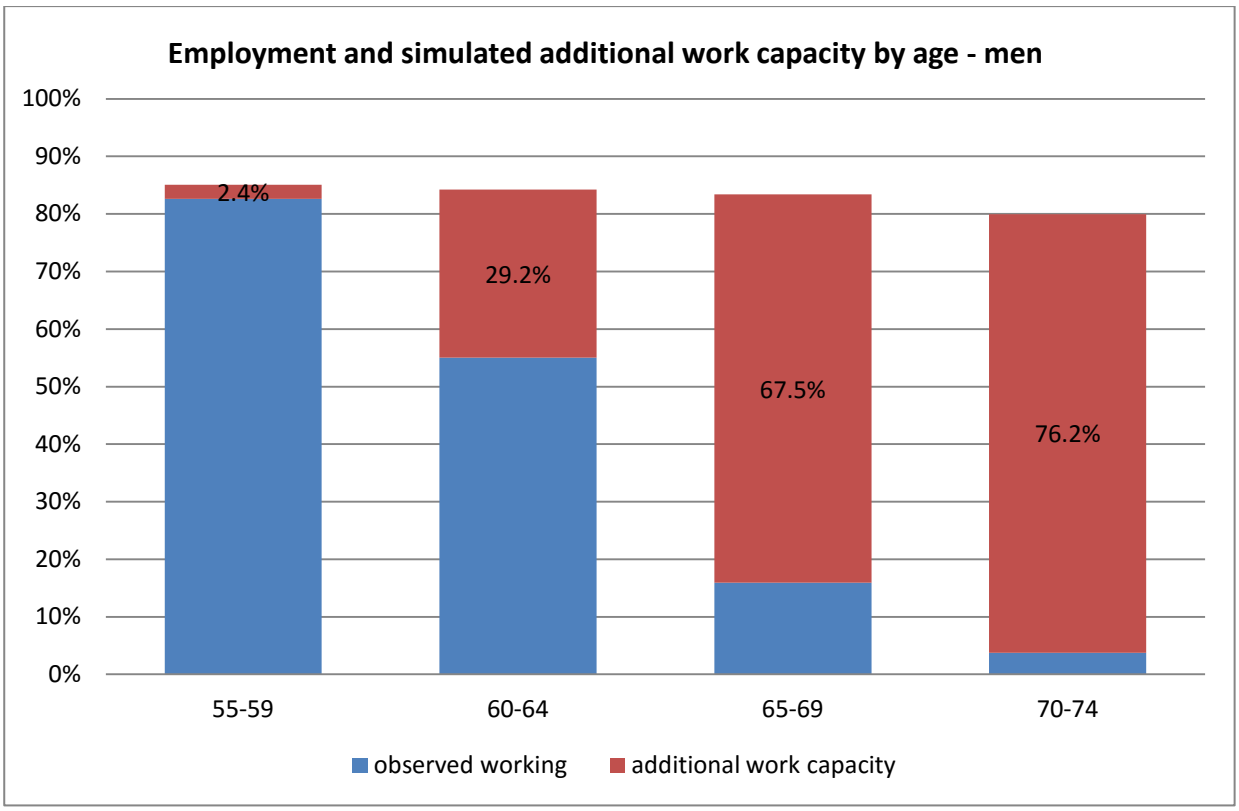


Figure 13b.



In table 6 we extend our simulation exercise on the basis of the same set of estimates from table 4, but now additionally splitting the simulation by level of schooling. Once again, similar information to that contained in table 6 is also presented visually in figures 14a and 14b. Employment differentials by schooling exceed differences in simulated work capacity across the age range, and especially so for women. Despite the large differences in work capacity by schooling, simulated unused work capacity is quite similar for the late 50's and early 60's. It is for the late 60's where schooling differences in unused work capacity are most obvious, increasing by 12 percent from primary to high school and 5 percent from high school to college for women, whereas it is increasing by 10 percent from primary to high school but decreasing by 16 percent from high school to college for men. Men in their late 60's with a college degree are much more likely to be employed than men of the same age with a high school diploma, whereas health for the two groups is quite similar, leading to a similar level of simulated work capacity.

Table 6. Simulations of work capacity by age group and schooling

schooling	# obs.	actual working	predicted capacity	additional capacity	# obs.	actual working	predicted capacity	additional capacity
age 55-59	men				women			
primary	132	66.4%	73.3%	6.9%	167	53.0%	61.9%	8.9%
high school	348	83.5%	85.6%	2.1%	262	73.9%	77.0%	3.1%
college	286	89.7%	90.3%	0.6%	404	86.5%	89.6%	3.0%
age 60-64								
primary	128	42.0%	74.1%	32.1%	187	25.0%	63.0%	38.0%
high school	312	55.2%	84.4%	29.2%	251	30.2%	73.8%	43.6%
college	243	62.3%	89.8%	27.5%	328	55.7%	89.1%	33.5%
age 65-69								
primary	116	9.2%	74.5%	65.3%	192	4.2%	62.1%	57.9%
high school	291	9.2%	84.3%	75.1%	227	6.6%	77.2%	70.6%
college	215	28.2%	86.6%	58.4%	200	12.5%	88.0%	75.5%
age70-74								
primary	113	0.0%	73.4%	73.4%	187	1.6%	58.9%	57.3%
high school	217	4.3%	79.4%	75.1%	165	1.9%	73.5%	71.6%
college	125	6.3%	87.1%	80.8%	112	2.7%	84.6%	81.8%

Figure 14a.

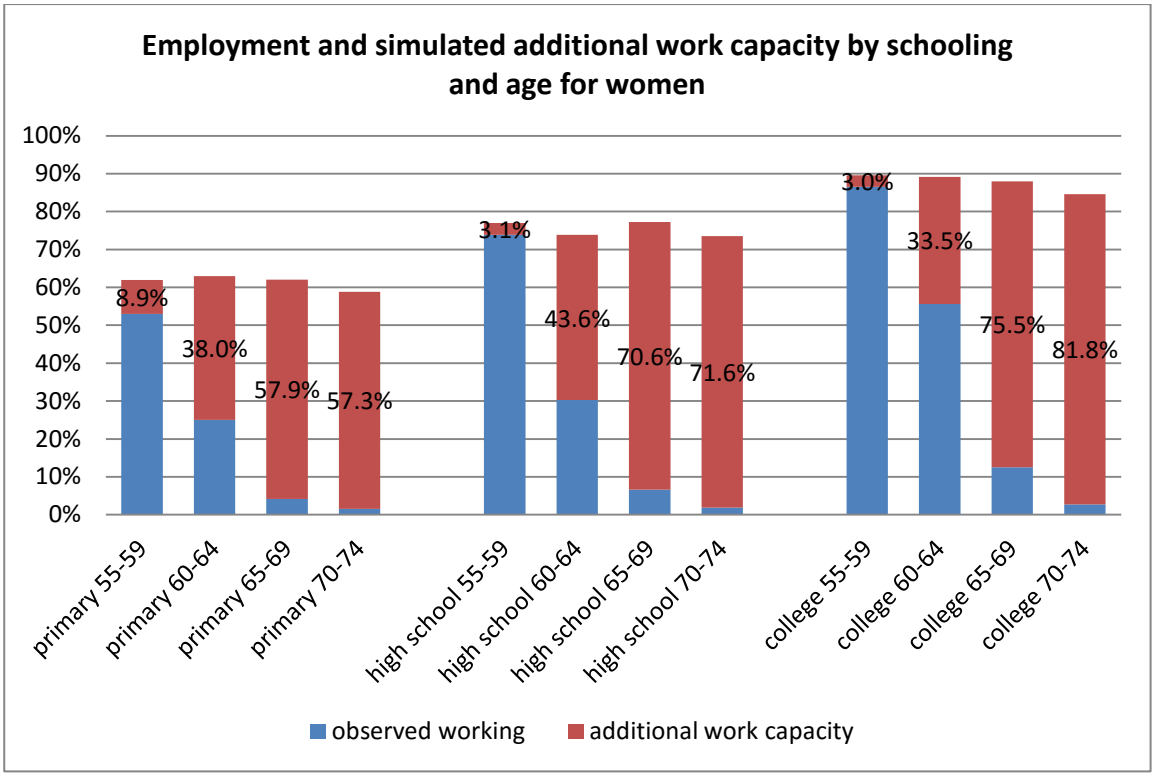
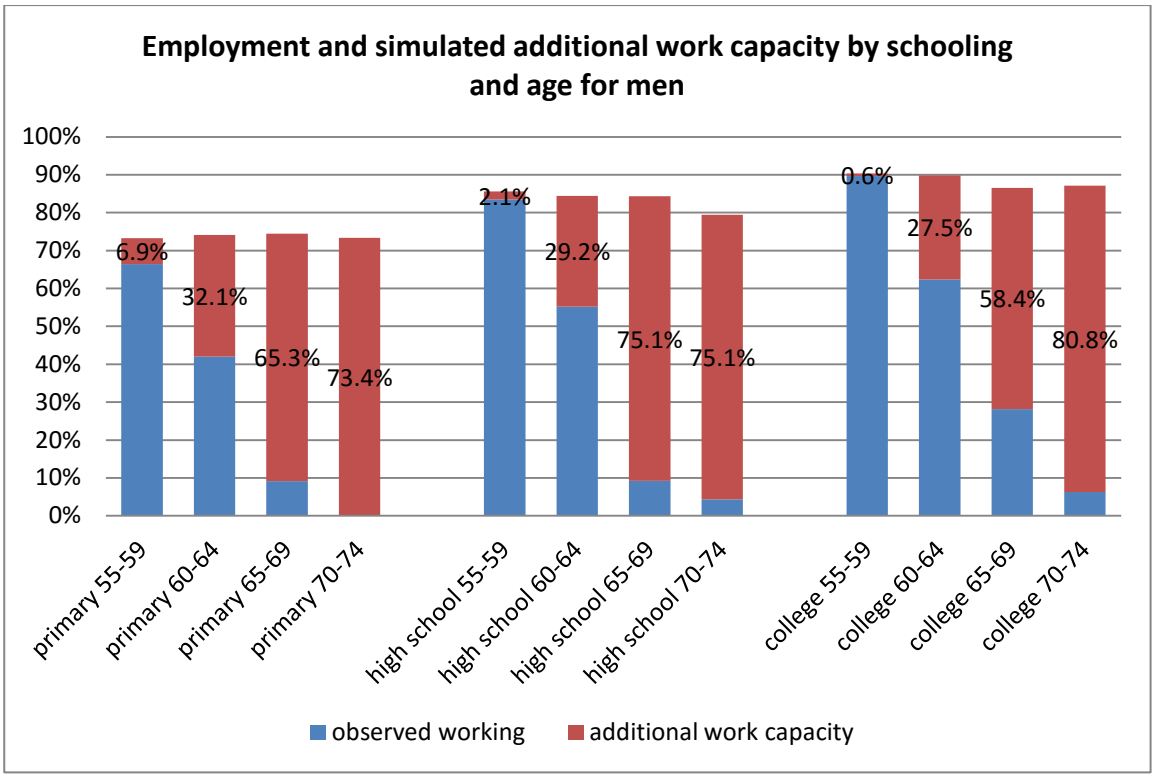


Figure 14b.



A convenient summary measure of unused work capacity that can be computed for this approach and for the previous approach is the total number of simulated years of unused work capacity over the age range 55-69. In section 3, Figure 7 presented implied years of unused capacity for different baselines. Our preferred baseline is 1977, which pre-dates the announcement of early pension benefits through the PEW program in 1978. This gives an unused work capacity for men of 4.6 years, which is consistent between methods. In table 7 we present simulated years of unused work capacity for our SAH based approach. For men this is quite close at 5.0 additional years. Women have 6 more months unused work capacity than men. By level of schooling, women with primary or high school have 3-4 months more unused work capacity than men, but at the college level women have a year longer unused work capacity than men. Men and women with high school degrees have 3-5 months more unused work capacity than those with different schooling.

Table 7. Simulated additional years of work capacity based on SAH ages 55-69

schooling	men actual working	additional capacity	women actual working	additional capacity
primary	6.10	4.94	4.15	5.30
high school	7.34	5.35	5.60	5.85
college	8.68	4.63	7.61	5.60
all	7.60	5.03	6.16	5.55

6. Conclusion

Already mandated changes to future pension benefits will reduce incentives to retire early with the aim of extending the length of working lives. The implicit assumption is that older individuals actually have the health capacity to work longer. We have tested this assumption for Denmark using two methods. First, following Milligan and Wise (2012), we ask how much would older people work today, given current mortality rates, if they were to work as much as people did at a similar mortality rate in the past. Next, following Cutler and coauthors (2012), we ask how much would older cohorts work given their SAH, if they were to work as much as younger cohorts today do with similar SAH. Both are ways of estimating health-employment relationships that we then use for

predicting how much work capacity there would be for older cohorts in similar health today if those estimated relationships held for today's older cohorts.

With both methods we find substantial unused work capacity. For men we are able to compare simulations between methods and findings are very similar when we consider a 1977 baseline for the mortality-employment relationship, before introduction of an important early pension benefit program. We simulate 4.6-5.0 additional years of health capacity to work for men between ages 55 and 69. This compares to baseline male employment of 7.6 years during 2004-13. For women we simulate 5.5 additional years of work capacity between ages 55 and 69, compared to baseline employment of 6.2 years. There are differences in additional work capacity by level of schooling. Those with a high school degree have the most unused work capacity. Women have more unused work capacity than men across the schooling distribution, especially at the college level where the difference is one year.

There are several caveats that need to be applied to our simulations. Most importantly our unused capacity numbers have no implications for how much older individuals should work. It is beyond the scope of our study to discuss whether longer working lives are desirable for society. Health has improved for the older population, whether measured by reduced mortality or better SAH, and this suggests that some additional work capacity is available. Both of the approaches we have followed assume that all health gains can be translated into longer working lives, but there are significant real world constraints on this, such as labor demand, workplace discrimination and accommodation, and household and family factors. Our additional work capacity simulations are quite large and these caveats should moderate those somewhat. Nevertheless, our aim was to ask whether Danes have the health capacity to extend working lives by three years over the next fifteen, as currently announced policies assume. Our findings suggest that this additional health capacity to work does indeed exist.

References

Bingley P, Datta Gupta N, Pedersen PJ. The impact of incentives on retirement in Denmark, in Gruber J, Wise D (eds.) Social Security Programs and Retirement Around the World: Micro-estimation. 2004; University of Chicago Press.

Bingley P, Datta Gupta N, Pedersen PJ. Disability Programs, Health and Retirement in Denmark since 1960, in Wise D (ed.) Social Security Programs and Retirement Around the World: Historical Trends in Mortality and Health, Employment and Disability Insurance Participation and Reforms. 2012; University of Chicago Press.

Bingley P, Datta Gupta N, Pedersen PJ. Health, Disability Insurance and Retirement in Denmark, in Wise D (ed.) Social Security Programs and Retirement Around the World: Disability Insurance Programs and Retirement. 2015; University of Chicago Press.

Brønnum-Hansen, H., O. Andersen, M. Kjøller and N.K. Rasmussen. 2004. Social gradient in life expectancy and health expectancy in Denmark. *Soz.-Präventivmed.* 49: 36-41.

Brønnum-Hansen, H. 2005. Health Monitoring. Health expectancy in Denmark, 1987-2000. *European Journal of Public Health,* Vol. 15, No. 1, 20-25.

Christensen, K., G. Doblhammer, R. Rau and J.W. Vaupel. 2009. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet,* vol. 374, No. 9696, 1196-1208.

Cutler, David M., Ellen Meara, and Seth Richards-Shubik (2012). "Health and Work Capacity of Older Adults: Estimates and Implications for Social Security Policy, mimeo.

Ekholm, O., M. Kjøller, M. Davidsen, U. Hesse, L. Eriksen, A.I. Christensen and M. Grønbæk. 2006. Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987. (Health and morbidity in Denmark & the development since 1987). National Institute of Public Health. Copenhagen.

Larsen, M. and P.J. Pedersen. 2013. To work, to retire – or both? Labor market activity after 60. *IZA Journal of European Labor Studies.* 2-21.

Larsen, M. and P.J. Pedersen. 2015. *Labor force activity after 60: Recent trends in the Scandinavian Countries.* Preliminary.

Mathers, C.D., R. Sadana, J.A. Salomon, C.J.L. Murray and A.D. Lopez. 2001. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*, vol. 357, No. 9269, 1685-1691.

Milligan, K.S. and D.A. Wise. 2012. *Health and Work at Older Ages: Using Mortality to Assess the Capacity to Work Across Countries.* NBER Working Paper 18229.

OECD (2011), "Pensionable Age and Life Expectancy, 1950-2050", in Pensions at a Glance 2011: Retirement-income Systems in OECD and G20 Countries, OECD Publishing.

Poterba, James, Steven Venti, and David A. Wise (2013), "Health, Education, and the Postretirement Evolution of Household Assets" Journal of Human Capital, Vol. 7, No. 4, pp. 297-339.

Social- og Integrationsministeriet (2013a): Bekendtgørelse af lov om social pension. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=145406.

Sullivan, D.F. 1971. A single index of mortality and morbidity. Health Services and Mental Health Administration (HSMHA). *Health Report*, 86: 347-354.

Whitehouse, E.R. (2007), "Life-expectancy risk and pensions: who bears the burden?" Social, Employment and Migration Working Paper no. 60, OECD, Paris.

Wise, David (2015) Social Security Programs and Retirement Around the World: Disability Insurance Programs and Retirement; University of Chicago Press.

Notes to tables and figures

Figure 1. Sources: Population census 1960, 1965 and 1970; annual labor force surveys 1973-1975; annual statistics based upon a 10 percent administrative sample 1976-79; 1980-2013 administrative data on the full population.

Figure 2. Sources: Population census 1960, 1965 and 1970; annual labor force surveys 1973-1975; annual statistics based upon a 10 percent administrative sample 1976-79; 1980-2013 administrative data on the full population.

Figure 3. Sources: Mortality rates from Statistics Denmark. SAH from two surveys by the National Institute of Public Health of 1100 men aged 50-75 with response categories excellent, very good, good, fair or poor.

Figure 4. Sources: Mortality rates from Statistics Denmark. Employment rates from Statistics Denmark based on annual information from administrative registers using a 10 percent sample in 1979 and the full population in 2010.

Figure 5. Sources: Mortality rates from Statistics Denmark. Employment rates from Statistics Denmark based on annual information from administrative registers for the population.

Figure 6. Sources: Mortality rates from Statistics Denmark. Employment rates from Statistics Denmark based on annual information from administrative registers using a 10 percent sample in 1976-79 and the full population in 1980, 1991-95 and 2006-10.

Figure 7. Own calculations based on mortality rates from Statistics Denmark and employment rates from Statistics Denmark based on annual information from administrative registers using a 10 percent sample 1977-79 and the full population 1980-2010.

Figure 8. Sources: Labour force participation rates from Statistics Denmark based upon a 10 percent administrative sample. SAH from a survey of 600 men conducted by SFI (Olsen, 1977). Our SAH means are based on micro data from this survey retrieved from Danish Data Archive Study #00232. SAH response categories are good, good for my age, fair, fair for my age, poor.

Figure 9. Sources: Employment rates from Statistics Denmark based upon administrative data for the population. SAH from a survey of 1000 men conducted by the National Institute of Public Health. Our SAH means are based on micro data from this survey retrieved from Danish Data Archive Study #01435. SAH response categories are excellent, very good, good, fair or poor.

Figure 10. Sources: Employment rates from Statistics Denmark based upon administrative data for the population. SAH from ECHP 1994-2001 (waves 1-8) containing 4000 Danish men aged 50-69. SAH response categories are very good, good, fair, bad, very bad.

Figure 11. Sources: Employment rates from Statistics Denmark based upon administrative data for the population. SAH from SHARE-Denmark 2011 (wave 4) containing 900 men age 51-73. SAH response categories are very good, good, fair, poor, very bad.

Figure 12. Sources: Employment rates from Statistics Denmark based upon administrative data for the population. SAH from ECHP 1994-2001 (waves 1-8) containing 4000 Danish men aged 50-69. SAH response categories are very good, good, fair, bad, very bad. ISCED codes 0-2, 3 and 5-7 correspond to compulsory schooling, high school and college respectively.

Figure 13. Own calculations based on SHARE-Denmark waves 1, 2, 4 and 5. Simulations are based on estimates presented in table 4. This is an alternative presentation of selected material from table 5.

Figure 14. Own calculations based on SHARE-Denmark waves 1, 2, 4 and 5. Simulations are based on estimates from data which is pooled across education groups and presented in table 4. This is an alternative presentation of selected material from table 6.

Table 1. Own calculations based on mortality rates from Statistics Denmark and employment rates from Statistics Denmark based on annual information from administrative registers using a 10 percent sample in 1979 and the full population in 2010.

Table 2. Own calculations based on mortality rates from Statistics Denmark and employment rates from Statistics Denmark based on annual information from administrative registers for the population.

Table 3. Own calculations based on SHARE-Denmark waves 1, 2, 4 and 5. Omitted groups are those with compulsory schooling, very poor SAH, normal BMI, no limitations in Activities of Daily Living (ADL), no limitations in Instrumental Activities of Daily Living IADL, no limitations in physical activity, no doctor visits, no hospital stays, no nursing home stays, and none of the remaining health conditions.

Table 4. Own calculations based on SHARE-Denmark waves 1, 2, 4 and 5. PVW health index is calculated as first principal component from health conditions listed in table 3 (see Poterba and co-authors 2013). Reference category for education is compulsory schooling. 2004 is the reference year.

Table 5. Own calculations based on SHARE-Denmark waves 1, 2, 4 and 5. Simulations are based on estimates presented in table 4.

Table 6. Own calculations based on SHARE-Denmark waves 1, 2, 4 and 5. Simulations are based on estimates from data which is pooled across education groups and presented in table 4.

Table 7. Own calculations based on SHARE-Denmark waves 1, 2, 4 and 5. Simulations are based on estimates from data which is pooled across education groups and presented in table 4.

Check for updates

Scandinavian Journal of Public Health, 1–8

ORIGINAL ARTICLE

Occupational inequality in health expectancy in Denmark

HENRIK BRØNNUM-HANSEN, ELSE FOVERSKOV & INGELISE ANDERSEN

Faculty of Health Sciences, Department of Public Health, University of Copenhagen, Denmark

Abstract

Background: The pension age in Denmark is adjusted in line with projected increasing life expectancy without taking health differentials between occupational groups into account. The purpose was to study occupational disparities in partial life expectancy and health expectancy between the ages of 50 and 75. *Methods*: Register data on occupation and mortality were combined with data from the Danish part of Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe in 2010–2014 (*N*=3179). Expected lifetime without and with activity limitations and without and with long-term illness was estimated by Sullivan's method and comparisons made between four occupational groups. *Results*: We found clear differences between occupational groups. Expected lifetime without activity limitations between the ages of 50 and 75 was about 4.5 years longer for men and women in high skilled white-collar occupations than for men and women in low skilled blue-collar occupations. Men in high skilled blue-collar and low skilled white-collar occupations could expect 2.3 and 3.8 years shorter lifetimes without activity limitations, respectively, than men in high skilled white-collar occupations. For women in low skilled white-collar occupations, lifetime without activity limitations was 2.6 years shorter than for women in high skilled white-collar occupations. Due to few observations, no results were obtained for women in the high skilled blue-collar group. The social gradient was also significant when health was measured by years without long-term illness. ***Conclusions*: The results support implementation of a flexible pension scheme to take into account the health differentials between occupational groups.**

Keywords: *Health expectancy, life expectancy, occupation, pension age, social inequality*

Introduction

Healthy ageing is an important health policy effort, because of the ageing population and the spin-off consequences on the workforce. As life expectancy increases and the baby boomers reach pension age, a smaller proportion of the population is of working age. This may not create a challenge if increasing life expectancy is driven mainly by more years without illness or disability and if the pension age is postponed. In that case we may look forward to a healthy older workforce, less early retirement due to ill health and reduced pressure on healthcare systems. However, healthy ageing might not apply to all socioeconomic groups.

In response to the demographic challenge of an ageing population, several arrangements related to the labour-market affiliation have been made. As part of the Danish welfare reform of 2006, the age for receiving a state pension was raised in December 2015 to take into account the projected increase in life expectancy. The pension rules were adjusted again in January 2018. The early retirement pension scheme was originally launched in 1979 to allow worn-out workers in physically strenuous jobs to retire before they reached pension age. It was later expanded to all age-eligible wage earners, but was abolished in 2011 for younger generations. From

Correspondence: Henrik Brønnum-Hansen, Faculty of Health Sciences, Department of Public Health, University of Copenhagen, Øster Farimagsgade 5, Copenhagen, 1014, Denmark. E-mail: Henrik.Bronnum-Hansen@sund.ku.dk

Date received 18 January 2019; reviewed 9 August 2019; accepted 21 September 2019

© Author(s) 2019
Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/1403494819882138
journals.sagepub.com/home/sjp
SAGE

Table I. Pension scheme in Denmark 2018.

Birth date (DD-MM-YY)	Age at state pension
Before 1954	65
01-01-1954 to 30-06-1954	65.5
01-07-1954 to 31-12-1954	66
01-01-1955 to 30-06-1955	66.5
01-07-1955 to 31-12-1962	67
01-01-1963 to 31-12-1966	68
01-01-1967 to 31-12-1970	69
01-01-1971 to 31-12-1974	70
01-01-1975 to 31-12-1978	71
01-01-1979 or later	72

Table I it appears the pension age will be 72 for Danes under 40 years old today.

The reforms in the Danish welfare system may have major social implications for individuals and society. Changes to the state pension legislation did not take into account that people with strenuous, low-skilled jobs may have more difficulty staying in the workforce because they have more functional impairment, poorer health, higher mortality and fewer years of good health than same-age peers with better social conditions.

For more than two decades, the life expectancy of Danes with a high educational level or a high income increased more than that of Danes with a lower level of education or income [1]. Furthermore, there is no indication of a diminution of the persistent social gap in disability-free life expectancy between educational groups [2]. The general pattern in high-income countries including Denmark indicates that despite living shorter lives, people in socially disadvantaged positions on average also live more years with chronic conditions and disability than people in advantaged social positions [3–22]. In these studies, education was most commonly used to categorize social position, whereas occupation was seldom used. Consequently, information on the social gap in health expectancy between occupational groups is sparse. Occupations are, among other things, characterized by the level of strenuousness of job types, self-determination and decision latitude, which give more insight into the effect of jobs on health expectancy than education or income. We know that low-skilled workers are at higher risk of musculoskeletal diseases, whereas high-skilled workers might have higher risk of mental stress at work. From a pension age point of view, it is important to know more about social inequalities in health expectancy between occupational groups, because education and income do not necessarily give information on working life. The sparse research on occupational health expectancy suggests there is a social gap [3–7,14]. A cohort study followed 1662 healthy Finnish 20-year-old men born in the 1920s and found a clear gradient in occupationally active life expectancy later in life [3]. A study from New Zealand estimated partial health expectancy (age 15–64) by occupation and found that socioeconomic disadvantages remained static or widened from 1980 to 1992. Thus, a modest increase in life expectancy from 1980–1981 to 1992–1993 was observed for all groups, but there was only an improvement in health expectancy in the most privileged group [4]. Also, differences between social classes according to occupation in disability-free life expectancy among over 65-year-olds was found in an English follow-up study in the 1990s [5]. In France, occupational inequalities in the early 2000s were estimated for several measures of health including activity limitations and chronic diseases [14]. Men who were 50 years old and in high skilled white-collar occupations could expect to live 25.8 years (80% of total remaining life) without activity limitations (no age ceiling) and 14.1 years (44%) without chronic disease. The similar results for manual male workers (skilled, unskilled and farm workers) were 19.7 years (72%) and 11.1 years (41%). Although differentials in life expectancy were much smaller for women than men, the occupational differentials in health expectancies were similar to those for men [14]. The present study contributes to more knowledge about the differentials in health expectancy between occupational groups. Linkage between national registers on occupation and mortality and with interview data offers particularly good opportunities for constructing life tables by occupation harmonized with interview data.

To better understand if the increased pension age in Denmark may have an impact on social health inequality, the study aimed to investigate how (partial) life expectancy and health expectancy between the ages of 50 and 75 differ between occupational groups.

Methods

Data were combined from nationwide registers and surveys to find information on expected lifetime and prevalence of health state, respectively. Register data on mortality for the whole population of Danes aged 50–75 were for the period 2011–2015. Health data came from The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), a cross-national panel dataset covering 27 European Countries [23]. We used cross-sectional data from the fifth wave of the Danish SHARE survey conducted in 2013–2014 (n = 3794, response rate = 61%) and additionally included respondents who participated in the fourth wave from 2010–2011 but were missing in the 2013–2014 data collection (n = 306) for a final sample of 4100 respondents. Respondents included people aged 50 or

over at the time of data collection as well as partners living in the same household. An analytical sample of 3179 was reached after excluding respondents younger than age 50 ($n = 52$) and older than age 75 ($n = 869$).

Occupational groups

The Danish SHARE panel has been linked to register data as part of the REGLINK-SHAREDK project, making it possible to have the same data source on occupational groups when looking at mortality in the whole population and prevalence of health status in the survey sample. The register data include annual information on labour market participation and occupational characteristics from 1993 onwards [24]. Yearly register data from 1993 to 2013 classifying people's primary occupation according to International Standard Classification of Occupations (ISCO) [25] was used to find information on the present or latest-held occupation and differentiate between four occupational groups. People whose latest occupation belonged to the ISCO major group 1, 2 or 3 were classified being in a high skilled white-collar occupational group. This includes managers, professionals, technicians and associate professionals. A low skilled white-collar occupational group was assigned to people whose latest occupation was clerical support workers or services and sales workers (ISCO major group 4 and 5). A third occupational group named high skilled blue-collar was defined for people whose latest occupation was as skilled agricultural, forestry or fishery workers and respondents who had worked with craft and related trades (ISCO major group 6 and 7). Finally, people who had been in elementary occupations or had worked as plant and machine operators and assemblers (ISCO major group 8 and 9) were assigned to a low skilled blue-collar occupational group. For the prevalence of health state, we instead used self-reported data on latest held occupation from the SHARE survey for a small number of respondents with missing occupational data in the register ($n = 26$). For the small group of 19 women in the high skilled blue-collar occupational group no results could be estimated.

Mortality

Register data on the whole population from 2011–2015 was utilized to create gender-specific abridged life tables by occupational groups.

Health measures

Two different dichotomized health indicators from the survey data were included in the analysis. Activity limitations was measured using the question: 'For the past 6 months at least, to what extent have you been limited because of a health problem in activities people usually do?' and respondents were coded as being limited if they answered 'severely limited' or 'limited, but not severely'. Long-term illness was measured asking respondents: 'Some people suffer from chronic or long-term health problems. By chronic or long-term, we mean it has troubled you over a period of time or is likely to affect you over a period of time. Do you have any such health problems, illness, disability or infirmity?' with answer categories 'yes' or 'no'.

Analysis

The calculations were based on the Sullivan method [26]. For each occupational group person-years in 5-year age intervals from age 50 to 75 were multiplied by age-specific prevalence of a specific health status, and partial expected lifetime by health status was estimated by standard life table methods [26]. Differences between selected occupational groups in health expectancy were further decomposed into the contributions from the mortality effect and the health effect [27,28]. Thus, for a specific age interval let L_A and L_B be person-years and p_A and p_B be proportion in poor health for occupational groups A and B, respectively. Then person-years in poor health for this age interval in group A and B is p_AL_A and p_BL_B and the difference is

$$p_BL_B - p_AL_A = \tfrac{1}{2}\begin{pmatrix} p_BL_B - p_BL_A + p_AL_B - p_AL_A \\ + p_BL_B - p_AL_B + p_BL_A - p_AL_A \end{pmatrix}$$
$$= \tfrac{1}{2}(p_B + p_A)(L_B - L_A) + \tfrac{1}{2}(L_B + L_A)(p_B - p_A)$$

The first term in the last expression is the difference in person-years in poor health that is due to difference in person-years lived (i.e. mortality effect), whereas the second term is the difference in person-years in poor health due to difference in the proportion in poor health (i.e. health effect) [28]. A mortality difference in a specific age interval between group A and B implies different (partial) life expectancy because a greater or lesser number of years lived affects not only the specific age interval but also the years lived in the succeeding older ages. This difference (the mortality effect) leads to difference between groups in expected lifetimes in good/poor health. A difference in the proportion of people in good/poor health represents the decomposition's other component (the health effect). Due to limited statistical power, occupational groups were aggregated to the four groups described above.

Results

Table IIA shows partial life expectancy and expected lifetime without activity limitations as well as proportions of expected lifetime without activity limitations

Table IIA. Partial life expectancy and expected lifetime without activity limitations between the ages of 50 and 75 by occupational group, Denmark in 2013–2014.

	Occupation group (*N*: SHARE participants)	Partial life expectancy	Expected lifetime without activity limitations	Proportion of expected lifetime without activity limitations
		Years	Years (95% CI)	% (95% CI)
Men	High skilled white-collar (*N*=632)	23.5	18.1 (17.3;18.9)	76.9 (73.6;80.2)
	High skilled blue-collar (*N*=280)	22.9	15.8 (14.5;17.0)	68.8 (63.3;74.2)
	Low skilled white-collar (*N*=220)	22.9	14.3 (12.7;15.8)	62.1 (55.5;68.8)
	Low skilled blue-collar (*N*=324)	22.3	13.6 (12.4;14.8)	60.9 (55.6;66.3)
	All[a]	22.4	15.7 (15.2;16.2)	70.1 (67.8;72.5)
Women[b]	High skilled white-collar (*N*=784)	24.0	17.0 (16.2;17.8)	71.1 (67.7;74.4)
	Low skilled white-collar (*N*=614)	23.6	14.4 (13.5;15.3)	61.0 (57.1;64.9)
	Low skilled blue-collar (*N*=254)	23.4	12.6 (11.1;14.0)	53.8 (47.6;60.0)
	All[a]	23.3	15.1 (14.6;15.6)	64.9 (62.6;67.2)

[a]Including people outside the labour force.
[b]Few women in the high skilled blue-collar group (*N*=19).
CI: confidence interval.

by gender and the four occupational groups described in the Methods section. Although social disparity in partial life expectancy was modest due to low mortality in the ages between 50 and 75, the results demonstrate a marked social gradient in expected lifetime without activity limitations. Thus, expected lifetime from age 50 to 75 differed by 1.2 years between high skilled white-collar and low skilled blue-collar males, whereas years without activity limitations differed by 4.5 years ($p < 0.001$) in favour of high skilled white-collar males (Table IIA). Relating expected years without activity limitations to life expectancy shows the proportion of lifetime without limitations was 76.9% (95% confidence interval (CI): 73.6–80.2%) and 60.9% (95% CI: 55.6–66.3%) for men in high skilled white-collar and low skilled blue-collar occupations, respectively (Table IIA). It appears from the CIs that the differences between high skilled white-collar and the other occupational groups in expected lifetime without activity limits were statistically significant.

The difference in partial life expectancy between women in high skilled white-collar and low skilled blue-collar occupations was 0.6 years whereas the difference in expected years without activity limitations was 4.4 years ($p < 0.001$). From Table IIA it also appears that women could expect fewer years without limitations than men despite more years of total life (between age 50 and 75).

Table IIB presents the contributions of the mortality effect and the activity limitation effects (health effect) on the difference between the high skilled white-collar occupation group and the other occupational groups. Due to the relatively low mortality the activity limitations effect dominates. For instance, comparing men in high skilled white-collar occupations with men in low skilled blue-collar occupations, the contribution of the mortality effect on the difference in expected lifetime without activity limitations of 4.5 years was 0.8 years, whereas the mortality effect on expected lifetime with activity limitations was 0.4 years. The activity limitations effect was 3.7 years (Table IIB). For women in these occupational groups, almost the same difference of 4.4 years in expected years without activity limitations was found. The mortality effect contributed 0.4 years without limitations and 0.2 years with limitations, whereas the activity limitations effect contributed 4.1 years (Table IIB).

As for activity limitations, the results for long-term illness demonstrate a clear social gradient (Table IIIA). The difference in expected lifetime without long-term illness between high skilled white-collar and low skilled blue-collar occupation groups was 3.8 years for men and 4.1 years for women (in favour of high skilled white-collar occupations). No difference was found between men in high skilled blue-collar and low skilled white-collar occupations (Table IIIA). The mortality effect on the difference between high skilled white-collar occupations and the other occupation groups was evenly distributed with years without and with illness (Table IIIB). Exactly the same results (to one decimal) were found for men in high skilled blue-collar and low skilled white-collar occupations.

Discussion

The health status of the majority of 50-year-old people in the labour market allows for many good future working years as life expectancy increases and health expectancy improves [29]. Therefore, the pension age needs to be adjusted to preserve and sustain the

Table IIB. Partial life expectancy and expected lifetime without and with activity limitations between the ages of 50 and 75 by occupational group. Occupational difference decomposed into contributions from mortality and health effects, Denmark in 2013–2014.[a]

	Occupation group	Partial life expectancy	Expected lifetime without activity limitations	Expected lifetime with activity limitations
		Years	Years	Years
Men	High skilled white-collar	23.5	18.1	5.4
	High skilled blue-collar	22.9	15.8	7.2
	Difference	0.6	2.3	–1.7
	Mortality effect	0.6	0.4	0.2
	Health effect		1.9	–1.9
	High skilled white-collar	23.5	18.1	5.4
	Low skilled white-collar	22.9	14.3	8.7
	Difference	0.6	3.8	–3.2
	Mortality effect	0.6	0.4	0.2
	Health effect		3.4	–3.4
	High skilled white-collar	23.5	18.1	5.5
	Low skilled blue-collar	22.3	13.6	8.7
	Difference	1.2	4.5	–3.3
	Mortality effect	1.2	0.8	0.4
	Health effect		3.7	–3.7
Women[b]	High skilled white-collar	24.0	17.0	6.9
	Low skilled white-collar	23.6	14.4	9.2
	Difference	0.4	2.6	–2.3
	Mortality effect	0.4	0.2	0.1
	Health effect		2.4	–2.4
	High skilled white-collar	24.0	17.0	6.9
	Low skilled blue-collar	23.4	12.6	10.8
	Difference	0.6	4.4	–3.9
	Mortality effect	0.6	0.4	0.2
	Health effect		4.1	–4.1

[a]The figures might not sum exactly due to rounding.
[b]Few women in the high skilled blue-collar group.

Table IIIA. Partial life expectancy and expected lifetime without long-term illness between the ages of 50 and 75 by occupational group, Denmark in 2013–2014.[a]

	Occupation group (*N*: SHARE participants)	Partial life expectancy	Expected lifetime without long-term illness	Proportion of expected lifetime without long-term illness
		Years	Years (95% CI)	% (95% CI)
Men	High skilled white-collar (*N*=632)	23.5	14.0 (13.1;14.9)	59.4 (55.5;63.2)
	High skilled blue-collar (*N*=280)	22.9	12.6 (11.2;13.9)	54.7 (48.9;60.6)
	Low skilled white-collar (*N*=219)	22.9	12.6 (11.0;14.1)	54.8 (48.1;61.6)
	Low skilled blue-collar (*N*=323)	22.3	10.2 (9.0;11.4)	45.8 (40.3;51.3)
	All[a]	22.4	12.2 (11.7;12.8)	54.8 (52.2;57.3)
Women[b]	High skilled white-collar (N=784)	24.0	13.6 (12.8;14.5)	56.8 (53.2;60.5)
	Low skilled white-collar (*N*=614)	23.6	10.7 (9.8;11.7)	45.3 (41.4;49.3)
	Low skilled blue-collar (*N*=254)	23.4	9.5 (8.1;11.0)	40.9 (34.8;46.9)
	All[a]	23.3	11.7 (11.1;12.2)	50.2 (47.8;52.6)

[a]Including people outside the labour force.
[b]Few women in the high skilled blue-collar group (*N*=19).
CI: confidence interval.

welfare of society. However, the results from this study show the expected number of life years in a healthy state from age 50 to 75 differed by up to 4–5 years between the four compared occupational groups regardless of the health indicator used. The social gradient was similar for both indicators, but long-term illness was more prevalent than activity limitations. A larger sample would allow a distinction between the

Table IIIB. Partial life expectancy and expected lifetime without and with long-term illness between the ages of 50 and 75 by occupational group. Occupational difference decomposed into contributions from mortality and health effects, Denmark in 2013–2014.[a]

	Occupation group	Partial life expectancy	Expected lifetime without long-term illness	Expected lifetime with long-term illness
		Years	Years	Years
Men	High skilled white-collar	23.5	14.0	9.6
	High skilled blue-collar	22.9	12.6	10.4
	Difference	0.6	1.4	-0.8
	Mortality effect	0.6	0.3	0.3
	Health effect		1.1	-1.1
	High skilled white-collar	23.5	14.0	9.6
	Low skilled white-collar	22.9	12.6	10.4
	Difference	0.6	1.4	-0.8
	Mortality effect	0.6	0.3	0.3
	Health effect		1.1	-1.1
	High skilled white-collar	23.5	14.0	9.6
	Low skilled blue-collar	22.3	10.2	12.1
	Difference	1.2	3.8	-2.5
	Mortality effect	1.2	0.6	0.6
	Health effect		3.1	-3.1
Women[b]	High skilled white-collar	24.0	13.6	10.4
	Low skilled white-collar	23.6	10.7	12.9
	Difference	0.4	2.9	-2.5
	Mortality effect	0.4	0.2	0.2
	Health effect		2.7	-2.7
	High skilled white-collar	24.0	13.6	10.4
	Low skilled blue-collar	23.4	9.5	13.8
	Difference	0.6	4.1	-3.5
	Mortality effect	0.6	0.3	0.3
	Health effect		3.8	-3.8

[a]The figures might not sum exactly due to rounding.
[b]Few women in the high skilled blue-collar group.

expected lifetime with mild and severe limitations as done in a study on trends in educational inequality of expected lifetime without and with activity limitations [2]. On average, there were twice as many life years with mild limitations as life years with severe limitations [2]. When the social differentials in mortality were taken into account, the proportion of a healthy life in relation to total lifespan between age 50 and 75 differed by up to 17 percentage points. In supplementary analysis where the age interval was narrowed to between 60 and 75, this difference was reduced to 14 percentage points, which might reflect a differential healthy worker effect that weakens by age.

We examined the health status in a pre-retirement period and the first years following retirement and how this might be affected by pension policy. Thus, the study has not a broader societal relevance because social differentials on long-term care needs and other public health issues related to the ageing population would be much more relevant for those over the age limit of 75.

In Denmark the state pension has not yet reached ages above 70 years. Nevertheless, according to the scheme shown in Table I, the pension age for Danes born after 1979 is set at 72 years and The Ministry of Employment recently projected the retirement age for people born after 2000 to be 75 years or higher. With an optimistic view, one can argue that the health of the elderly in the future will allow such a high retirement age, even among those with strenuous jobs. Today, however, the proportion of expected lifetime without activity limitations in the age group 70–74 is only 55.7% and 53.5% for men and women respectively in low skilled blue-collar occupations (data not shown).

Few studies investigated occupational differentials in health expectancy. This is mainly due to the fact that, contrary to data on educational level among adults, information on occupation is less accessible and less stable across ages because of changes in personal careers and economic fluctuations. In Denmark a long tradition for running high-quality nationwide population registers and utilizing register linkage at the individual level permits the study of associations between occupation, health status and mortality and an estimation of summary measures of population health, such as health expectancy by occupational group.

Information on former occupation among pensioners was available in the national registers. However, changes in the classification of occupations, missing data and other inaccuracies prevented us from tracing data on former occupation among people over 75 years old. Another reason for restricting the study population to age 50–75 was the risk of selection bias due to differential mortality related to employment (including previous occupations), which might rise with increasing age. The occupational specific life tables were unbiased because the register data used to link occupation and mortality comprises consistent information on all Danes. Due to a small sample size in SHARE, we dichotomized the health outcomes and restricted the number of occupational groups to four. Another limitation of the study was the low participation rate of 61% in the fifth SHARE wave, which may be somewhat higher when restricted to ages below 75. The effect of non-participation is expected to underestimate social inequalities because of differential response rate and differential health status implying underreporting from people worn out or in physically strenuous jobs.

The first Danish study on health expectancy by occupation was based on data 25 years ago (the end of the 1980s) – a period of recession and high unemployment rates in Denmark [6]. This study also showed a clear social gradient. For instance, the proportion of expected lifetime without long-standing illness was 58.1% and 65.0% among 30-year-old male and female unskilled workers, respectively, and 75.3% and 83.3% among the highest salaried employed men and women. The study estimated life and health expectancy at age 30 and the results were classified in eight occupation groups. Therefore, and because of the evolution of the structure of the labour market, it serves no useful purpose to assess changes in socioeconomic differences in health based on the first and the present study. Overall, the results of our study were consistent with the conclusions of the small handful scientific publications on occupational differentials in health expectancy that all demonstrate a clear social gradient [3–7,14].

Over the last 100 years or more, at first increasing life expectancy was mainly driven by decreasing infant mortality. Declining mortality from infectious diseases contributed to the postponement of death and today the mortality before old age is very low, particularly for people in the most favourable social positions [1]. Thus, continuing increased life expectancy is almost only due to falling mortality at older ages and the future gain in life expectancy has to be achieved by further reduction of old age mortality. However, this might come to an end. A recent study of 18 members of the Organisation for Economic Co-operation and Development showed that life expectancy at age 65 has declined or stagnated in most countries [30].

Conclusions

This study shows clear differences between occupational groups in expected lifetime in various health states of the Danish population around retirement age. The results also indicate that postponing the pension age equally for all occupational groups will have an impact on social inequality in health among older people. This calls for a discussion on pension age policy. If the policy is to aim for equality in life expectancy and health after retirement, measures must be taken to achieve equal health expectancy when making future retirement plans.

Acknowledgements

This paper uses data from SHARE Waves 1, 2, 3 (SHARELIFE), 4, and 5 (DOIs: 10.6103/SHARE.w1.611, 10.6103/SHARE.w2.611, 10.6103/SHARE.w3.611, 10.6103/SHARE.w4.611, 10.6103/SHARE.w5.611, 10.6103/SHARE.w6.611), see Börsch-Supan et al. (2013) for methodological details [23].
The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII -CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005 -028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) and FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHARE M4: N°261982). Additional funding from the German Ministry of Education and Research, the Max Planck Society for the Advancement of Science, the U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C) and from various national funding sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org).

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: The study was financed by grants from Helsefonden (The Health Foundation, Grant number 17-B-0281), LO (The Danish Confederation of Trade Unions), and FOA (a Danish trade union).

ORCID iD

Henrik Brønnum-Hansen https://orcid.org/0000-0003-3513-7245

References

[1] Brønnum-Hansen H. Socially disparate trends in lifespan variation: A trend study on income and mortality based on nationwide Danish register data. *BMJ Open* 2017;7:e014489.

[2] Brønnum-Hansen H, Eriksen ML, Andersen-Ranberg K, et al. Persistent social inequality in life expectancy and disability-free life expectancy: Outlook for a differential pension age in Denmark? *Scand J Pub Health* 2017;45:459–462.

[3] Kaprio J, Sarna S, Fogelholm M, et al. Total and occupationally active life expectancies in relation to social class and marital status in men classified as healthy at 20 in Finland. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:653–660.

[4] Davis P, Graham P and Pearce N. Health expectancy in New Zealand, 1981–1991: Social variations and trends in a period of rapid social and economic change. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:519–527.

[5] Melzer D, McWilliams B, Brayne C, et al. Socioeconomic status and the expectation of disability in old age: Estimates for England. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:286–292.

[6] Brønnum-Hansen H. Socioeconomic differences in health expectancy in Denmark. *Scand J Pub Health* 2000;28:194–199.

[7] Cambois E, Robine JM and Hayward MD. Social inequalities in disability-free life expectancy in the French male population, 1980–1991. *Demography* 2001;38:513–524.

[8] Nusselder WJ, Looman CW, Mackenbach JP, et al. The contribution of specific diseases to educational disparities in disability-free life expectancy. *Am J Public Health* 2005;95:2035–2041.

[9] Minicuci N and Noale M for the ILSA group. Influence of level of education on disability free life expectancy by sex: The ILSA study. *Experimental Gerontology* 2005;40:997–1003.

[10] Matthews RJ, Jagger C and Hancock RM. Does socio-economic advantage lead to a longer, healthier old age? *Soc Sci Med* 2006;62:2489–2499.

[11] Matthews FE, Jagger C, Miller LL, et al. Education differences in life expectancy with cognitive impairment. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009;64:125–131.

[12] Majer IM, Nusselder WJ, Mackenbach JP, et al. Socioeconomic inequalities in life and health expectancies around official retirement age in 10 Western-European countries. *J Epidemiol Community Health* 2011;65:972–979.

[13] Van Oyen H, Charafeddine R, Deboosere P, et al. Contribution of mortality and disability to the secular trend in health inequality at the turn of century in Belgium. *Eur J Public Health* 2011;21:781–787.

[14] Cambois E, Laborde C, Romieu I, et al. Occupational inequalities in health expectancies in France in the early 2000s: Unequal chances of reaching and living retirement in good health. *Demographic Research* 2011;25:407–436.

[15] Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M, et al. Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: Decomposition by age and cause of death. *J Epidemiol Community Health* 2012;66:573–578.

[16] Mäki N, Martikainen P, Eikemo T, et al. Educational differences in disability-free life expectancy: A comparative study of long-standing activity limitation in eight European countries. *Soc Sci Med* 2013;94:1–8.

[17] Montez JK and Hayward MD. Cumulative childhood adversity, educational attainment, and active life expectancy among U.S. adults. *Demography* 2014; 51:413–435.

[18] Charafeddine R, Berger N, Demarest S, et al. Using mortality follow-up of surveys to estimate social inequalities in healthy life years. *Popul Health Metr* 2014;12:13.

[19] Solé-Auró A, Beltrán-Sánchez H and Crimmins EM. Are differences in disability-free life expectancy by gender, race, and education widening at older ages? *Popul Res Policy Rev* 2015;34:1–18.

[20] White C and Butt A. Inequality in Health and Life Expectancies within Upper Tier Local Authorities: 2009 to 2013. Absolute difference of years spent in favourable health states between the least and most deprived areas, based on the Slope Index of Inequality. *ONS Statistical bulletin* 2015;1–18. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/bulletins/inequalityinhealthandlifeexpectancieswithinuppertierlocalauthorities/previousReleases (accessed 9 October 2019).

[21] Brønnum-Hansen H, Baadsgaard M, Eriksen ML, et al. Educational inequalities in health expectancy during the financial crisis in Denmark. *Int J Public Health* 2015;60:927–935.

[22] Chetty R, Stepner M, Abraham S, et al. The association between income and life expectancy in the United States, 2001–2014. *JAMA* 2016;315:1750–1766.

[23] Börsch-Supan A, Brandt M, Hunkler C, et al. Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Int J Epidemiol* 2013;42:992–1001.

[24] Petersson F, Baadsgaard M and Thygesen LC. Danish registers on personal labour market affiliation. *Scand J Pub Health* 2011;39(7_suppl):95–98.

[25] IOL. International Standard Classification of Occupations: ISCO-08 (pp. 11-20). Geneva: International Labour Office 2012;1. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_172572.pdf (accessed 9 October 2019).

[26] Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Rep* 1971;86:347–354.

[27] Arriaga E. Measuring and explaining the change in live expectancies. *Demography* 1984;41:315–334.

[28] Nusselder WJ and Looman CW. Decomposition of differences in health expectancy by cause. *Demography* 2004;41:315–334.

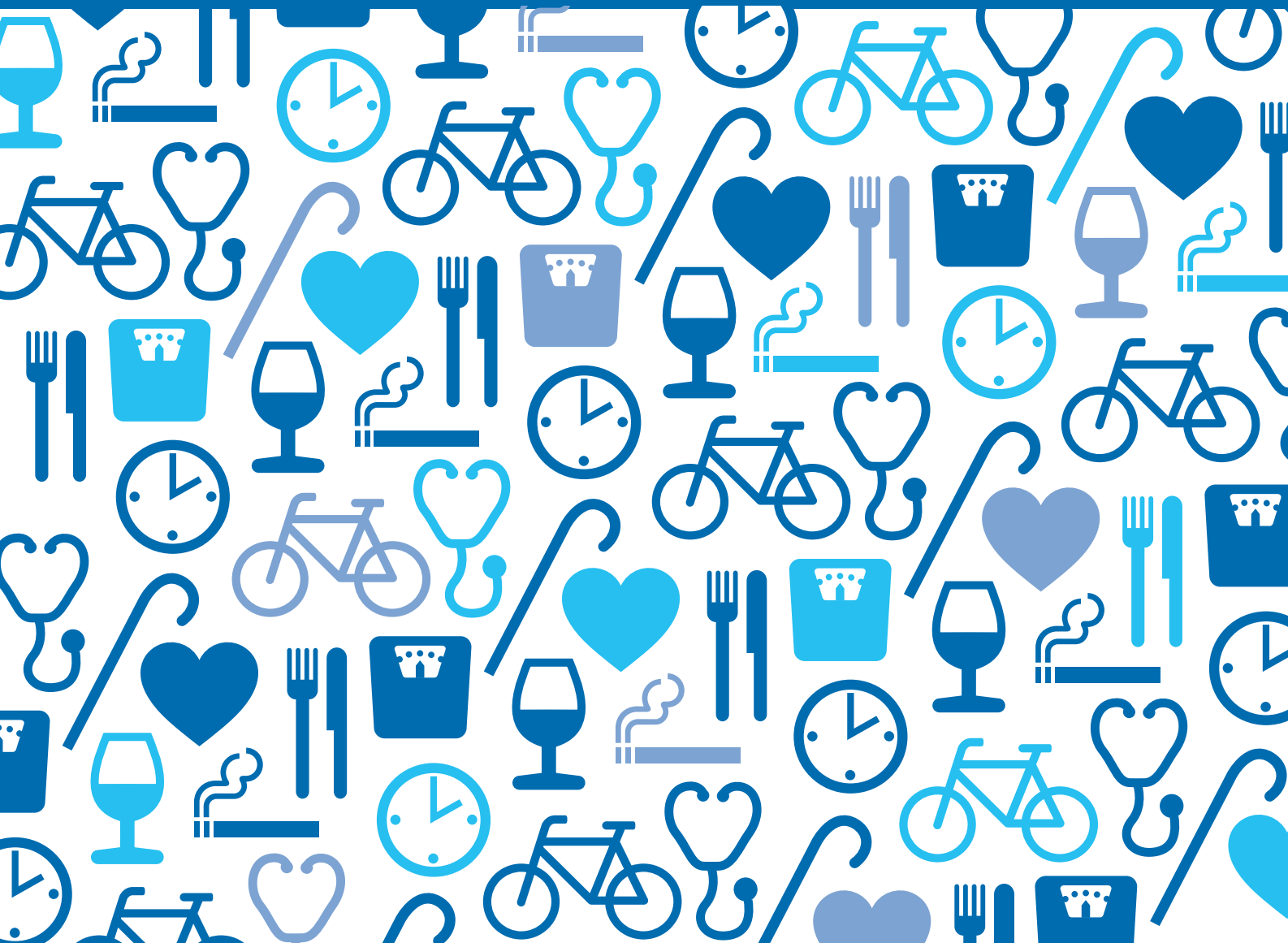
[29] Jeune B, Eriksen ML, Andersen-Ranberg K, et al. Improvement in health expectancy at age 50 and 65 in Denmark during the period 2004–2011. *Scand J Pub Health* 2015;43:254–259.

[30] Ho JY and Hendi AS. Recent trends in life expectancy across high income countries: Retrospective observational study. *BMJ* 2018;362:k2562.

SUNDHEDSSTYRELSEN

DANSKERNES SUNDHED

DEN NATIONALE SUNDHEDSPROFIL 2017



Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017
© Sundhedsstyrelsen 2018.
Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Udgiver:
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
www.sst.dk

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:
Heidi Amalie Rosendahl Jensen, Michael Davidsen, Ola Ekholm og
Anne Illemann Christensen – alle fra Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Version: 1.0
Versionsdato: 6. marts 2018
Design og layout: Michala C. Bendixen
Tryk: Rosendahls A/S
Publikationen kan bestilles hos:
Sundhedsstyrelsens publikationer
c/o Rosendahls Distribution
Herstedvang 10-12
2620 Albertslund
Telefon 70 26 26 36
sundhed@rosendahls.dk
Pris: Kr. 0,- dog betales gebyr og porto ved bestilling

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7104-956-5
ISBN trykt udgave: 978-87-7104-957-2

INDHOLD

FORORD **3**

1. INDLEDNING **5**

1.1 Kort opsummering af resultater 5

1.2 Læsevejledning 8

2. HELBRED OG TRIVSEL **13**

2.1 Selvvurderet helbred 13

2.2 Fysisk og mentalt helbred 17

2.3 Stress 25

3. SYGELIGHED **29**

3.1 Langvarig sygdom 29

3.2 Specifikke sygdomme og helbredsproblemer 34

3.3 Smerter eller ubehag 41

4. SUNDHEDSADFÆRD **51**

4.1 Rygning 51

4.2 Alkohol 63

4.3 Kost 76

4.4 Fysisk aktivitet 83

4.5 Vægt 92

4.6 Flere samtidige risikofaktorer 99

5. KONTAKT TIL EGEN LÆGE **103**

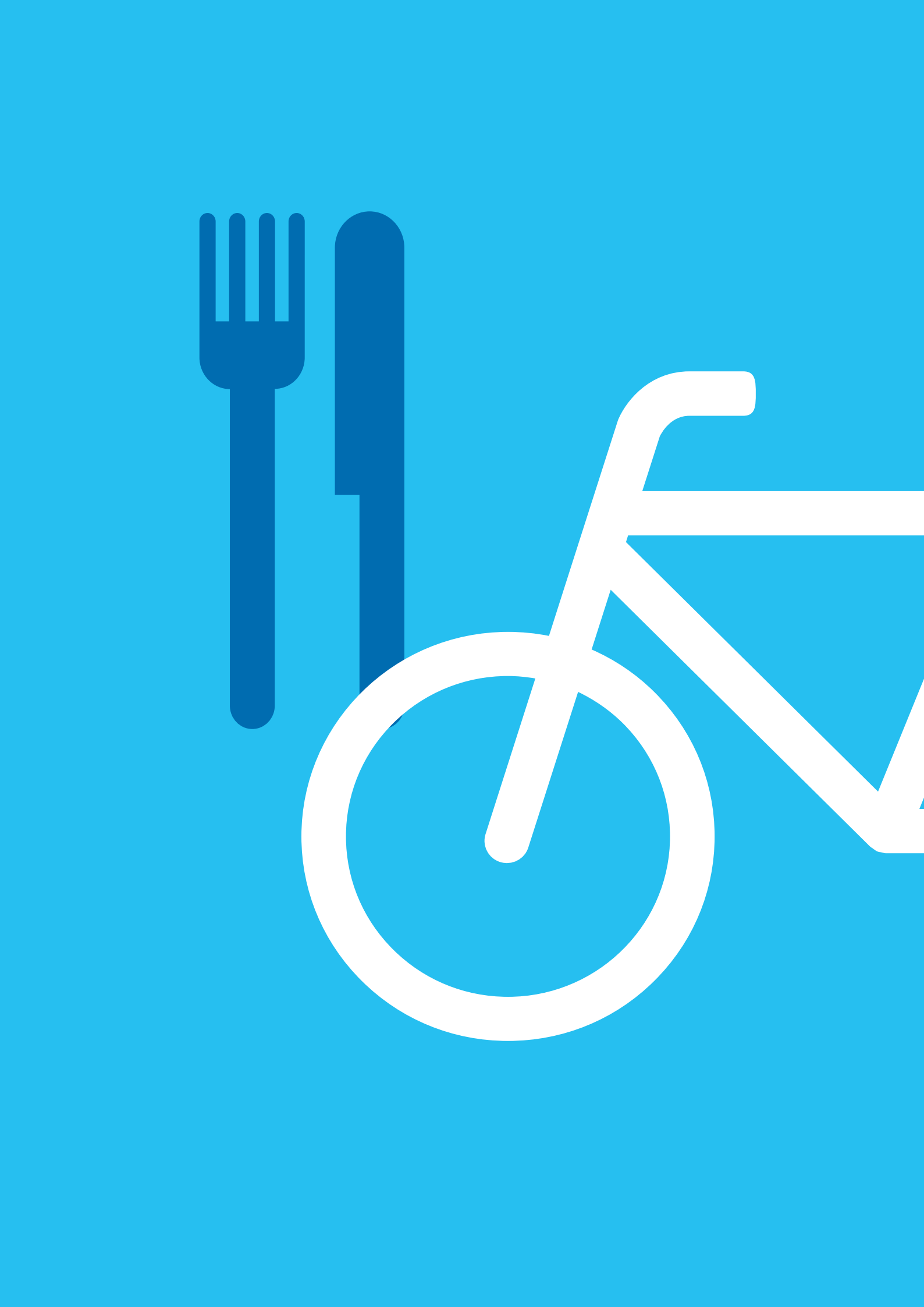
6. SOCIALE RELATIONER **107**

7. GODE LEVEÅR **115**

8. REFERENCER **122**

BILAG A **126**

BILAG B **129**



FORORD

Marts 2018

Flere end 180.000 danskere har i 2017 svaret på en række spørgsmål om deres sundhed, sygdom og trivsel. Svarene giver et enestående øjebliksbillede af danskernes sundhed, og resultaterne er nu samlet i Den Nationale Sundhedsprofil.

Den første fælles sundhedsprofilundersøgelse blev gennemført i 2010 i et tæt samarbejde mellem de fem regioner, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed. Hver region har selv finansieret og gennemført regionale undersøgelser på kommuneniveau. Det er tredje gang, den fælles undersøgelse gennemføres. Derfor har vi nu et helt unikt billede af udviklingen i danskernes sundhed fra 2010-2017.

Den Nationale Sundhedsprofil bidrager med en viden, der bl.a. kan være en hjælp for regioner og kommuner i arbejdet med sundhedsfremme, forebyggelse og behandling. Undersøgelsen viser, hvor der er potentiale for forbedringer, og hvilke befolkningsgrupper der har brug for særligt fokus, når der tilrettelægges sundhedsindsatser.

På mange områder går det tilbage med danskernes sundhed. Flere er overvægtige og spiser usundt, og mange rører sig for lidt. Det fald, der har været i andelen af rygere gennem de seneste årtier, er stagneret, samtidig med, at andelen, der ryger, er stigende for de yngste aldersgrupper. Andelen, der har et dårligt mentalt helbred og er stressede, er også steget - især blandt unge kvinder. Sundhedsprofilen viser også, at der stadig er stor social ulighed i sundhed. Alkoholområdet skiller sig dog lidt ud. Her er der færre, der drikker over Sundhedsstyrelsens høj- og lavrisikogrænser, og færre unge, der drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed.

Den nationale rapport er tænkt som et opslagsværk, der beskriver udvalgte områder fra undersøgelsen. Sideløbende med rapporten er der udviklet en offentligt tilgængelig national database, som indeholder tal fra undersøgelsen. Databasen kan findes på www.danskernessundhed.dk.

Der skal rettes en stor tak til de fem regioner. Uden dem var det ikke muligt at gennemføre en så stor national undersøgelse, som kan tegne et præcist og omfattende billede af danskernes sundhed. En særlig tak til det koordinerende udvalg og underarbejdsgrupperne, som har involveret en række fagfolk fra regioner og kommuner. Også tak til Statens Institut for Folkesundhed, som har udarbejdet den nationale rapport, og som er ansvarlig for udviklingen af den nationale database.

En helt særlig tak til de mange danskere, som har taget sig tid til at besvare spørgeskemaet.

I 2021 undersøger vi igen danskernes sundhed, og indtil da er det vores håb, at sundhedsprofilerne og databasen vil blive brugt flittigt.

Jette Jul Bruun
Enhedschef for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

1 INDLEDNING

'Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017' giver overblik over voksne danskeres sundhed, sygelighed og trivsel. Samtidig belyser undersøgelsen de senere års udvikling inden for området ved at inddrage data fra de tidligere sundhedsprofilundersøgelser, der blev foretaget i 2010 (1) og 2013 (2).

Rapporten præsenterer udvalgte områder af spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?', der er foretaget af landets fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed i løbet af 2017. Resultater fra undersøgelsen er offentligt tilgængelige og kan findes i den nationale database www.danskernessundhed.dk. Dataindsamlingen er baseret på et spørgeskema, som blev udsendt til 312.349 borgere på 16 år eller derover. I alt svarede 183.372 personer, hvilket svarer til 58,7 % af de adspurgte.

Undersøgelsen er gennemført i samtlige kommuner og regioner på samme tid, og det giver den enkelte kommune og region en god mulighed for at følge udviklingen lokalt og regionalt.

I de enkelte afsnit i rapporten redegøres kortfattet for metode, spørgsmål og svarmuligheder inden for hvert enkelt område. Se bilag A for en nærmere beskrivelse af den generelle metode, deltagelse med videre.

1.1 Kort opsummering af resultater

Selvvurderet helbred

Mere end otte ud af ti danskere vurderer deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt (83,2 %). I alle aldersgrupper vurderer mænd deres helbred bedre end kvinder. Unge vurderer deres helbred bedre end ældre. Der er en relativt lille andel, der vurderer deres helbred som godt, blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelse (68,1 %) samt blandt førtidspensionister (43,4 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (58,9 %). Der er i perioden 2010 til 2017 samlet set sket et mindre fald på 1,8 procentpoint i andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt.

Fysisk helbred

I alle aldersgrupper er andelen med dårligt fysisk helbred større blandt kvinder (13,3 %) end blandt mænd (9,3 %). Andelen stiger med stigende alder for både mænd og kvinder, med undtagelse af mænd i alderen 65-74 år, hvor andelen er lidt mindre end blandt mænd i alderen 55-64 år. Andelen med dårligt fysisk helbred falder med stigende uddannelsesniveau, fra 27,8 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 4,0 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses en relativt stor andel med dårligt fysisk helbred blandt førtidspensionister (47,8 %). I perioden 2010 til 2017 er der sket en mindre stigning i andelen med dårligt fysisk helbred med 1,3 procentpoint.

Mentalt helbred

Andelen med dårligt mentalt helbred er større blandt kvinder (15,5 %) end blandt mænd (10,9 %). Dette gælder i alle aldersgrupper. Andelen er især stor blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (23,8 %). Andelen er ligeledes stor blandt personer med grundskole (17,2 %) som højest gennemførte uddannelsesniveau samt blandt arbejdsløse (28,5 %), førtidspensionister (33,1 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (36,7 %). Der er i perioden 2010 til 2017 sket en stigning på 3,2 procentpoint i andelen med dårligt mentalt helbred.

Stress

Andelen med højt stressniveau er større blandt kvinder (29,0 %) end blandt mænd (21,0 %). Et tilsvarende mønster ses i alle aldersgrupper. Andelen med et højt stressniveau er især stor blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (40,5 %) samt blandt arbejdsløse (47,0 %), førtidspensionister (55,6 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (54,6 %). I perioden 2010 til 2017 er der sket en stigning på 4,3 procentpoint i andelen med et højt stressniveau.

Sygelighed

I alt 35,6 % af danskerne har én eller flere langvarige sygdomme eller helbredsproblemer. Andelen er større blandt kvinder (37,5 %) end blandt mænd (33,7 %) og stiger med stigende alder. Andelen, der har én langvarig sygdom, falder med stigende uddannelsesniveau. I perioden 2010 til 2017 ses en stigning på 2,2 % procentpoint i andelen med langvarig sygdom.

Allergi (21,9 %), slidgigt (20,9 %) og forhøjet blodtryk (18,9 %) er de hyppigst forekommende enkeltsygdomme.

Mere end fire ud af ti (41,8 %) af den voksne befolkning har været meget generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder (47,8 %) end blandt mænd (35,6 %). Andelen falder med stigende uddannelsesniveau, fra 52,2 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 30,5 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses en relativt stor andel med meget generende smerter eller ubehag blandt førtidspensionister (77,9 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (64,4 %). I perioden 2010 til 2017 er der sket en stigning i andelen med meget generende smerter eller ubehag på 5,1 procentpoint. Stigningen ses hovedsageligt i perioden 2013 til 2017. De hyppigst forekommende former for meget generende smerter eller ubehag er træthed (18,8 %), smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led (16,9 %), smerter eller ubehag i ryg eller lænd (15,7 %) og smerter eller ubehag i skulder eller nakke (14,8 %).

Rygning

I alt oplyser 16,9 % af den voksne befolkning, at de ryger dagligt. En større andel blandt mænd (18,5 %) end kvinder (15,4 %) ryger dagligt, og for begge køn er andelen størst i alderen 45-64 år. Der ses en meget klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der ryger dagligt. Således falder andelen fra 25,4 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 6,7 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. I perioden 2010 til 2013 er der sket et fald i andelen, der ryger dagligt, på 3,9 procentpoint, og fra 2013 til 2017 er andelen uændret. I perioden 2013 til 2017 er der sket en stigning i de yngste aldersgrupper, mens der er sket et fald i de ældste aldersgrupper blandt både mænd og kvinder.

Tre ud af fire rygere vil gerne holde op med at ryge. Især er der en stor andel blandt mænd og kvinder i alderen 25-34 år, der ønsker at stoppe med at ryge.

I alt 6,7 % af ikke-dagligrygere (det vil sige personer, der ryger mindst én gang om ugen, personer, der rygere sjældnere end hver uge, personer, der tidligere har røget, og personer, der aldrig har røget) er udsat for passiv rygning mindst en halv time om dagen. Andelen er lidt større blandt mænd (7,6 %) end blandt kvinder (6,0 %). Endvidere ses en relativt stor andel 16-24-årige mænd (10,4 %) og kvinder (10,5 %), som udsættes for passiv rygning.

Alkohol

I alt overskrider 17,6 % af den voksne befolkning Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse (14 genstande for mænd og 7 genstande for kvinder) i løbet af en typisk uge, og 6,9 % overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse (21 genstande for mænd og 14 genstande for kvinder) i løbet af en typisk uge. For mænd i alderen 25-44 år er andelen, der overskrider højrisikogrænsen, størst blandt mænd med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau, mens andelen i alderen 65 år eller derover er størst blandt mænd med en lang videregående uddannelse. I perioden 2010 til 2017 er andelen, der overskrider højrisikogrænsen, faldet jævnt med 3,7 procentpoint, og andelen, der overskrider

lavrisikogrænsen, er faldet jævnt med 6,7 procentpoint. For begge indikatorer gælder, at faldet ses blandt begge køn og i alle aldersgrupper, men er ikke så udtalt i aldersgruppen 75 år eller derover.

Blandt personer, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse, vil 33,4 % gerne nedsætte deres alkoholforbrug. Andelen er lidt større blandt mænd (34,4 %) end blandt kvinder (31,9 %).

I alt oplyser 26,7 % af den voksne befolkning, at de jævnligt (hver måned) drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed (såkaldt binge drinking). Andelen er markant større blandt mænd (35,2%) end blandt kvinder (18,4 %). Overordnet falder andelen med stigende alder for både mænd og kvinder. I perioden 2013 til 2017 ses et fald på 2,8 procentpoint i andelen, der jævnligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Der ses primært et fald i alderen 16-34 år blandt både mænd og kvinder.

Kost

I alt har 15,9 % af den voksne befolkning et usundt kostmønster. Andelen er større blandt mænd (20,3%) end blandt kvinder (11,6 %). Dette gælder i alle aldersgrupper. Der er en markant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og usund kost. Således har 5,4 % af borgerne med en lang videregående uddannelse et usundt kostmønster, mens det samme gælder for 26,7 % af dem med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau. Andelen er især stor blandt arbejdsløse (22,8 %), førtidspensionister (24,8 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (21,8 %). I perioden 2010 til 2017 er der sket en mindre stigning i andelen med et usundt kostmønster på 2,6 procentpoint.

Blandt personer, der har et usundt kostmønster, angiver 56,1 %, at de gerne vil spise mere sundt. I alle aldersgrupper er andelen større blandt kvinder end blandt mænd.

Fysisk aktivitet

I alt opfylder 28,8 % af den voksne befolkning ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Der ses ikke nævneværdig forskel på andelen blandt mænd og kvinder. Andelen er mindst blandt de 16-24-årige mænd (18,2 %) og kvinder (19,7 %) og størst i aldersgruppen 75 år eller derover for både mænd (38,8 %) og kvinder (45,5 %). Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er især stor blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (42,4 %) og førtidspensionister (43,4 %).

Blandt personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, angiver 71,0 %, at de gerne vil være mere fysisk aktive. Andelen er større blandt kvinder (74,4 %) end blandt mænd (67,4 %).

I alt har 59,5 % af den voksne befolkning totalt mindst otte timers stillesiddende tid på en typisk hverdag. Der er en markant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og stillesiddende tid. Således stiger forekomsten fra 37,9 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 77,4 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Vægt

I alt er 51,0 % af den voksne befolkning moderat eller svært overvægtige (BMI≥25), og hver sjette (16,8 %) er svært overvægtig (BMI≥30). I alle aldersgrupper er andelen af overvægtige større blandt mænd end blandt kvinder. Der ses en klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og svær overvægt. Blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau er 26,3 % svært overvægtige mod 8,1 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Blandt førtidspensionister er næsten hver tredje (32,1 %) svært overvægtig. I perioden 2010 til 2013 er andelen af svært overvægtige steget 3,2 procentpoint.

Flere samtidige risikofaktorer

Risikofaktorer som usund kost, rygning, stort alkoholforbrug, svær overvægt samt manglende fysisk aktivitet har hver for sig betydning for sundheden, og risikoen for at få en række sygdomme stiger betydeligt, når flere risikofaktorer er til stede på samme tid. Blandt mænd er der 7,6 %, der har 3-5

risikofaktorer, mens det kun gælder 4,7 % blandt kvinder. Der er en stærk sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og antal risikofaktorer. Andelen med to eller flere risikofaktorer falder med stigende uddannelsesniveau.

Kontakt til egen læge

Omkring otte ud af ti (78,8 %) voksne danskere har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder. Andelen er større blandt kvinder (84,2 %) end blandt mænd (73,1 %). Der ses en stor andel, der har været hos egen læge, blandt førtidspensionister (88,1 %). I perioden 2010 til 2017 er andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, stort set uændret.

En del af de borgere, der har været ved egen læge, har modtaget råd fra lægen om deres sundhed. Blandt dagligrygere har 38,7 % af mændene og 33,7 % af kvinderne fået råd om rygestop. Blandt borgere med usundt kostmønster har 12,7 % blandt mænd og 11,7 % blandt kvinder modtaget råd om at ændre deres kostvaner. Størst forskel mellem mænd og kvinder ses i andelen, der har modtaget råd om at nedsætte deres alkoholforbrug. Her har 19,4 % af mændene, der overskrider højrisikogrænsen, fået råd mod kun 8,3 % af kvinderne. I perioden 2010 til 2017 ses en stigning i andelen, der har fået råd om at nedsætte alkoholforbruget blandt personer, der overskrider højrisikogrænsen, og et fald i andelen, der har fået råd om at ændre kostvaner, om at dyrke motion og om vægttab blandt svært overvægtige.

Sociale relationer

I alt oplever 6,3 % af den voksne befolkning ofte eller en gang imellem at være alene, selvom de mest har lyst til at være sammen med andre. Den største andel ses i aldersgruppen 16-24 år for både mænd (8,5 %) og kvinder (10,3 %). Der ses en sammenhæng mellem uddannelse og det at være uønsket alene. Således falder andelen fra 9,1 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 4,2 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses endvidere en relativt stor andel blandt førtidspensionister (17,6 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (16,3 %). I perioden 2010 til 2017 er andelen, der ofte er uønsket alene, steget 0,7 procentpoint.

Gode leveår

Middellevetiden i Danmark er steget fra 2010 til 2017 for både mænd og kvinder, men spørgsmålet er, om de ekstra år leves med godt eller dårligt helbred? Gode leveår er belyst ud fra tre indikatorer: andelen med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, andelen uden langvarig sygdom og andelen med godt mentalt helbred. For alle tre indikatorer gælder, at andelen af forventede gode leveår for en 16-årig mand eller en 16-årig kvinde er uændret eller faldet svagt fra 2010 til 2017. Således er den stigende middellevetid kun i en vis grad fulgt af en tilsvarende stigning i gode leveår.

1.2 Læsevejledning

For at forstå resultaterne af undersøgelsen korrekt er det vigtigt at være opmærksom på en række forhold. 'Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017' præsenterer resultater fra en såkaldt tværsnitsundersøgelse, hvilket betyder, at en række forhold er målt på samme tidspunkt. En tværsnitsundersøgelse giver et øjebliksbillede og kan pege på sammenhænge, men det er ikke muligt at påvise, hvad der er årsag, og hvad der er virkning. Der kan for eksempel ses en sammenhæng mellem svær overvægt og stillesiddende fritidsaktivitet, men det er ikke muligt at fastslå, om det er overvægten, der har forårsaget den stillesiddende fritidsaktivitet, eller om det er den stillesiddende fritidsaktivitet, der er årsag til overvægten.

Hvert afsnit indledes med en kort introduktion. Herefter følger ét eller flere opslag om emnet, der for det enkelte emne viser udviklingen mellem 2010, 2013 og 2017. I hvert afsnit beskrives de enkelte spørgsmål, og der vises en opslagstabel, der for hvert spørgsmål viser udviklingen samt forekomsten

og fordelingen i forhold til forskellige sociodemografiske baggrundsvariable[1]. Tabellen er efterfulgt af kommentarer, der forklarer tabellen.

En del tabeller og figurer i de indledende afsnit til kapitlerne viser 'Køns- og aldersjusteret procent' eller blot 'Aldersjusteret procent'. Denne procent angiver andelen i befolkningen med den givne indikator, såfremt henholdsvis køns- og aldersfordelingen eller blot aldersfordelingen i den pågældende gruppe er som i den europæiske standardbefolkning (3). Baggrunden for disse justerede andele er, at aldersfordelingen i to grupper kan være temmelig forskellig, hvilket kan gøre en sammenligning af andele i grupperne problematisk, hvis man ikke justerer.

Opslagstabeller

For hvert af de undersøgte emner (fx alkohol, rygning, kost m.fl.) vises udviklingen i perioden 2010 til 2017 samt forekomsten og fordelingen i 2017 i forhold til følgende sociodemografiske variable: Køn og alder, uddannelse, erhvervsmæssig stilling, samlivsstatus og region. Opgørelsen præsenteres i en opslagstabel. Desuden præsenteres for hvert enkelt emne en figur, som viser udviklingen og forekomsten opdelt på køn og aldersgrupper. Udviklingen fra 2010 til 2017 vises kun, hvis spørgsmålet er stillet på præcis samme måde i alle tre undersøgelser i 2010, 2013 og 2017.

Alle opslagstabeller er opbygget på samme måde. I første række er angivet en overskrift for hver af søjlerne i tabellen. Søjlerne har altid den samme rækkefølge nemlig 'Procent', 'OR' (odds ratio), '95 % sikkerhedsgrænser' og til sidst 'Antal svarpersoner'.

Procent

Søjlen 'Procent' angiver andelen i den voksne befolkning med den givne indikator.

OR

Søjlen 'OR' viser odds ratio. OR giver et mål for, om forekomsten i den aktuelle gruppe ligger over eller under forekomsten i en anden gruppe, der benævnes referencegruppen, når der tages højde for eventuelle forskelle i køns- og alderssammensætning i de to grupper. Referencegruppen kan kendes ved, at OR er 1, og at der ikke er angivet 95 % sikkerhedsgrænser ud for gruppen.

For variablen 'Region' kan referencegruppen ikke ses, eftersom den er et landsgennemsnit, det vil sige en slags gennemsnit af OR i regionerne. Enkelte steder er der ikke beregnet OR. Det gælder for grupperne 'Under uddannelse', 'Efterlønsmodtagere' og 'Alderspensionister'. Årsagen er, at der er tale om grupper, som er afgrænset ved en bestemt alder, hvorfor det ikke er relevant at justere for alder. For en uddybende forklaring af OR henvises til tekstboksen senere i dette afsnit.

95 % sikkerhedsgrænser

Søjlen '95 % sikkerhedsgrænser' indeholder et 95 % sikkerhedsinterval for OR. Intervallet angiver den nedre og den øvre grænse. Dette interval indeholder i 95 % af tilfældene den sande værdi af OR.

Antal svarpersoner

Søjlen 'Antal svarpersoner' viser antallet af (uvægtede) svarpersoner i den pågældende gruppe.

Hvordan tallene skal forstås, kan ses i tabel 1.2.1.[2], hvor svær overvægt er brugt som eksempel.

Udvikling i køns- og aldersgrupper

Ud over opslagstabellen er der lavet en figur, der viser forekomsten inden for køns-og aldersgrupper samt, hvor det er muligt, udviklingen fra 2010 til 2017. Denne figur er kommenteret i et tekstafsnit sammen med den overordnede ændring, der ses i opslagstabellen (se tabel 1.2.1).

1) For klassifikation af udvalgte variable – se bilag B.
2) Se bilag A for flere detaljer om vægtning.

Tekstkommentarer

Efter opslagstabellen følger en side med kommentarer til tabellen. På siden kommenteres forekomsten af indikatoren i forhold til køn og alder, uddannelse, erhvervsmæssig stilling, samlivsstatus og bopælsregion samt udvikling i perioden 2010 til 2017. Betydningsfulde forskelle og mønstre beskrives, men der kommenteres for eksempel ikke på grupperne 'Under uddannelse', 'Efterlønsmodtagere' og 'Alderspensionister', under henholdsvis 'Uddannelse' og 'Erhvervsmæssig stilling', da disse grupper er afgrænset ved en bestemt alder. Det er derfor vanskeligt at sammenligne forekomsten i disse grupper med forekomsten i grupper, der har en anderledes alderssammensætning.

Derudover er det undersøgt, hvordan udviklingen har været inden for de forskellige uddannelsesgrupper. Denne udvikling vil imidlertid ikke blive illustreret i en figur som standard, men vil i stedet blive kommenteret sammen med den generelle udvikling (samt som 'data ikke vist').

Hvad er en odds ratio (OR)?

En odds ratio (OR) er et ofte anvendt mål for sammenhæng mellem to variable, og som navnet antyder, er det et forhold (ratio) mellem to odds (chance).

Hvis OR er 1, er der ingen forskel på de to grupper. Hvis OR er større end 1, betyder det generelt, at den aktuelle gruppe i højere grad end referencegruppen har svaret 'ja' til den betragtede indikator. Hvis OR er mindre end 1, har den betragtede gruppe i mindre grad end referencegruppen svaret 'ja' til den betragtede indikator.

For nærmere at illustrere udregning af en OR benyttes nedenstående tabel, som viser et hypotetisk eksempel på sammenhængen mellem køn og langvarig sygdom.

Antal mænd og kvinder, der har en langvarig sygdom

	Ja	Nej	I alt	Odds
Mænd	269	437	706	0,62
Kvinder	311	435	746	0,71

Eftersom 38 % af mændene (269/706) og 42 % af kvinderne (311/746) i dette eksempel har en langvarig sygdom er konklusionen, at mænd i mindre grad end kvinder svarer, at de har en langvarig sygdom.

Tankegangen for OR er som følger: 269 mænd har en langvarig sygdom, mens 437 ikke har. Dette giver et odds for langvarig sygdom på 269/437=0,62. Dvs. for hver mand, som ikke har en langvarig sygdom, er der 0,62, der har. Tilsvarende er odds for kvinder 311/435=0,71. For hver kvinde, som ikke har en langvarig sygdom, er der således 0,71, der har. Når vi vælger kvinder som referencegruppe, betyder det at OR er 0,62/0,71=0,86. Eftersom OR er mindre end 1, og kvinder er valgt som referencegruppe, betyder det, at mænd i mindre grad end kvinder har en langvarig sygdom.

Tabel 1.2.1 Eksempel på opslagstabel. Svær overvægt (tabel 4.5.4 i rapporten)

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	13,6	1		172.515
	2013	14,1	1,05	(1,03;1,08)	156.143
	2017	16,8	1,30	(1,27;1,32)	171.126
Mænd	16-24 år	6,6	0,27	(0,24;0,31)	7.239
	25-34 år	13,3	0,60	(0,55;0,66)	7.328
	35-44 år	18,1	0,86	(0,80;0,93)	10.248
	45-54 år	20,4	1		14.461
	55-64 år	21,9	1,09	(1,03;1,17)	15.090
	65-74 år	22,0	1,10	(1,03;1,17)	15.808
	≥75 år	15,0	0,69	(0,63;0,74)	8.705
	Alle mænd	17,1			78.879
Kvinder	16-24 år	8,1	0,32	(0,29;0,35)	9.371
	25-34 år	15,0	0,64	(0,60;0,69)	9.878
	35-44 år	18,1	0,81	(0,76;0,86)	13.070
	45-54 år	21,5	1		17.293
	55-64 år	19,5	0,88	(0,83;0,94)	16.783
	65-74 år	17,9	0,80	(0,75;0,85)	16.382
	≥75 år	13,6	0,57	(0,53;0,62)	9.470
	Alle kvinder	16,6			92.247
Uddannelse	Under uddannelse	7,5			12.105
	Grundskole	26,3	2,40	(2,26;2,55)	13.784
	Kort uddannelse	20,6	1,58	(1,52;1,65)	61.608
	Kort videregående uddannelse	17,1	1,18	(1,11;1,25)	14.141
	Mellemlang videregående udd.	14,6	1		36.199
	Lang videregående uddannelse	8,1	0,52	(0,48;0,55)	19.304
	Anden uddannelse	19,4	1,50	(1,39;1,62)	8.253

1) Justeret for køn og alder

Tallet angiver, at 20,6 % af dem med kort uddannelse er svært overvægtige.

Tallet angiver, at 61.604 personer med en kort uddannelse har svaret på spørgsmålet.

Tallet angiver odds ratioen, det vil sige, hvor meget større (eller mindre) odds (chance) den aktuelle gruppe har for at være svært overvægtige i forhold til referencegruppen, når der tages højde for en eventuelt forskellig køns- og alderssammensætning i de to grupper. I dette tilfælde har personer med en kort uddannelse 1,58 større chance for at være svært overvægtige i forhold til personer med en mellemlang videregående uddannelse, hvor OR står som '1'.

Intervallet 1,52-1,65 angiver inden for hvilken sikkerhedsmargin, at odds ratioen befinder sig.

2 HELBRED OG TRIVSEL

2.1 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred kan ses som en persons egen samlede vurdering af en række helbredsforhold, der ikke alene kan beskrives ved en opremsning af personens symptomer og sygdomme. Det er velkendt, at selvvurderet helbred er en selvstændig risikofaktor for både sygelighed og dødelighed (1-6). Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for sygdom og tidlig død. Der er påvist sammenhæng mellem dårligt selvvurderet helbred og brug af sundhedsvæsenet samt medicinbrug (7, 8). I internationale anbefalinger om gennemførslen af befolkningsundersøgelser fremhæves vigtigheden af at inkludere spørgsmål om selvvurderet helbred (9, 10), da denne indikator giver et overordnet indtryk af befolkningens helbredsstatus.

Der findes flere forklaringer på sammenhængen mellem selvvurderet helbred og helbredsindikatorer som fx sygelighed og død. For det første er selvvurderet helbred en persons samlede vurdering af sit helbred. Denne vurdering omfatter ikke alene den aktuelle helbredssituation, men også udviklingen i helbredet gennem livet, kendskab til sygelighed og dødelighed i familien samt en vurdering af egen helbredstilstand i forhold til jævnaldrendes. Endvidere kan vurderingen af eget helbred påvirke, hvordan man reagerer på og håndterer sygdom samt egen forebyggende og sundhedsfremmende adfærd. Selvvurderet helbred er også påvirket af oplevelsen af egne ressourcer og muligheden for at få støtte og hjælp i ens netværk i tilfælde af sygdom (5).

I denne undersøgelse belyses selvvurderet helbred ud fra følgende spørgsmål: 'Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?', hvortil det har været muligt at svare:

- Fremragende
- Vældig godt
- Godt
- Mindre godt
- Dårligt

Tabel 2.1.1 Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	85,0	1		175.130
	2013	85,2	1,03	(1,00;1,05)	160.394
	2017	83,2	0,88	(0,86;0,90)	182.169
Mænd	16-24 år	93,5	2,76	(2,46;3,10)	8.379
	25-34 år	90,7	1,86	(1,68;2,06)	8.221
	35-44 år	88,0	1,41	(1,29;1,53)	11.086
	45-54 år	83,9	1		15.277
	55-64 år	78,7	0,71	(0,66;0,76)	15.779
	65-74 år	82,6	0,91	(0,85;0,97)	16.307
	≥75 år	74,0	0,55	(0,51;0,59)	8.979
	Alle mænd	85,3			84.028
Kvinder	16-24 år	89,8	2,36	(2,16;2,57)	10.466
	25-34 år	88,8	2,11	(1,95;2,30)	10.741
	35-44 år	84,0	1,40	(1,31;1,50)	13.942
	45-54 år	78,9	1		18.254
	55-64 år	76,8	0,89	(0,83;0,94)	17.565
	65-74 år	80,6	1,11	(1,05;1,18)	16.999
	≥75 år	66,9	0,54	(0,51;0,58)	10.174
	Alle kvinder	81,3			98.141
Uddannelse	Under uddannelse	91,3			12.272
	Grundskole	68,1	0,37	(0,34;0,39)	14.033
	Kort uddannelse	82,0	0,66	(0,63;0,69)	62.137
	Kort videregående uddannelse	85,6	0,87	(0,82;0,93)	14.228
	Mellemlang videregående udd.	87,3	1		36.399
	Lang videregående uddannelse	92,1	1,54	(1,43;1,65)	19.361
	Anden uddannelse	75,0	0,45	(0,42;0,49)	8.351
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	90,5	1		85.968
	Arbejdsløse	73,2	0,26	(0,24;0,29)	3.245
	Førtidspensionister	43,4	0,09	(0,09;0,10)	5.881
	Andre uden for arbejdsmarkedet	58,9	0,11	(0,11;0,12)	7.415
	Efterlønsmodtagere	84,5			4.285
	Alderspensionister	76,8			52.459
Samlivsstatus	Gift	84,4	1		99.525
	Samlevende	87,6	0,85	(0,81;0,90)	25.822
	Enlig (separeret, skilt)	71,8	0,51	(0,49;0,54)	14.212
	Enlig (enkestand)	71,1	0,72	(0,68;0,76)	10.758
	Enlig (ugift)	85,2	0,53	(0,50;0,56)	31.852
Region	Hovedstaden	85,2	1,14	(1,11;1,17)	59.023
	Sjælland	81,4	0,95	(0,92;0,98)	21.017
	Syddanmark	80,8	0,88	(0,85;0,90)	42.918
	Midtjylland	84,6	1,10	(1,06;1,13)	35.150
	Nordjylland	81,9	0,96	(0,93;0,99)	24.061

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt vurderer 83,2 % af den voksne befolkning deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt. Andelen er større blandt mænd (85,3 %) end blandt kvinder (81,3 %), og et lignende mønster genfindes i alle aldersgrupper. Blandt begge køn falder andelen med stigende alder, dog med undtagelse af personer i aldersgruppen 65-74 år, hvor andelen stiger for derefter at falde.

Uddannelse:

Der er en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt. Således stiger andelen fra 68,1 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 92,1 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred er markant større blandt beskæftigede (90,5 %) end blandt førtidspensionister (43,4 %), andre uden for arbejdsmarkedet (58,9 %) og arbejdsløse (73,2 %).

Samlivsstatus:

Der er procentvist flere, som vurderer deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt, blandt gifte, samlevende og enlige (ugifte) end blandt de øvrige samlivsgrupper. Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, er forekomsten højere blandt gifte sammenlignet med de øvrige samlivsgrupper.

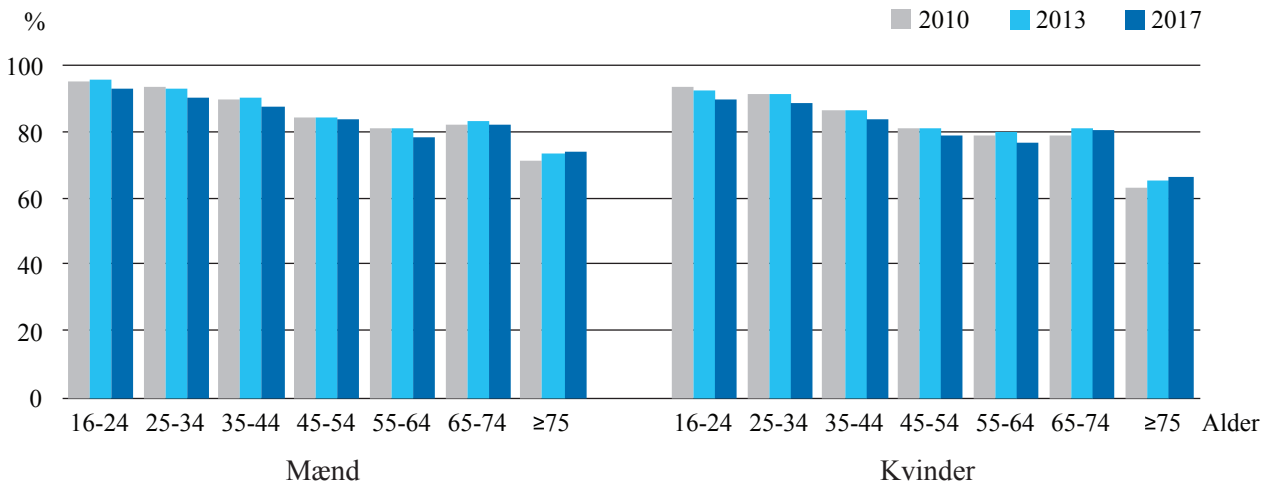
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred større i Region Hovedstaden og Region Midtjylland og mindre i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland.

Udvikling:

Der er i perioden 2010 til 2017 sket et mindre fald i andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, fra 85,0 % til 83,2 %. Faldet i perioden skyldes imidlertid alene et fald mellem 2013 og 2017. Faldet ses i alle køns- og aldersgrupper, med undtagelse af de ældste aldersgrupper. Der ses i perioden et mindre fald i andelen på tværs af alle uddannelsesgrupper (data ikke vist).

Figur 2.1.1 Andel, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Tabel 2.1.2 Selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Fremragende	25,7	19,3	12,0	10,7	7,7	7,4	5,0	13,1
Vældig godt	43,0	40,6	40,2	36,0	30,6	30,9	20,5	35,7
Godt	24,8	30,7	35,8	37,2	40,4	44,3	48,6	36,5
Mindre godt	5,4	7,7	9,7	12,9	17,3	14,5	21,2	12,0
Dårligt	1,1	1,7	2,3	3,2	4,1	2,9	4,8	2,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	8.379	8.221	11.086	15.277	15.779	16.307	8.979	84.028
Kvinder								
Fremragende	16,8	14,2	10,0	8,8	7,6	6,8	3,1	9,8
Vældig godt	42,8	41,4	38,6	34,2	29,9	28,1	15,5	33,6
Godt	30,1	33,2	35,4	35,9	39,3	45,7	48,3	37,9
Mindre godt	9,0	9,5	13,3	16,4	18,8	16,4	27,2	15,4
Dårligt	1,2	1,7	2,8	4,7	4,3	2,9	5,9	3,3
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	10.466	10.741	13.942	18.254	17.565	16.999	10.174	98.141

I tabel 2.1.2 ses svarfordelingen for selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.

2.2 Fysisk og mentalt helbred

Der findes flere forskellige spørgeskemaer, der kan anvendes til beskrivelse af en befolknings selvvurderede fysiske og mentale helbredstilstand. I denne undersøgelse anvendes SF-12 spørgeskemaet. SF står for Short Form, og spørgeskemaet består af 12 spørgsmål, som belyser svarpersonernes helbredstilstand inden for de seneste fire uger i forhold til helbredsrelaterede begrænsninger i fysisk funktion, social funktion og mentalt velbefindende (1-3).

SF-12 er et generisk mål for helbredsstatus, hvilket betyder, at spørgsmålene ses som relevante for både syge og raske. Af denne grund er SF-12 velegnet at anvende i befolkningsundersøgelser til bestemmelse af den almene helbredstilstand i den generelle befolkning.

På baggrund af svarpersonernes besvarelse er det muligt at udregne en samlet score for henholdsvis en mental helbredskomponent[3] og en fysisk helbredskomponent[4]. For begge helbredskomponenter gælder, at jo højere score, desto bedre helbredsstatus. Alle 12 spørgsmål indgår i beregningen af såvel den fysiske som den mentale helbredskomponent, men vægtningen af de enkelte spørgsmål er forskellig (4). Der indgår kun besvarelser fra personer, der har svaret på samtlige 12 spørgsmål.

3) I Den Nationale Sundhedsprofil 2010 er der defineret en standardafgrænsning for den mentale helbredskomponent, sådan at gruppen, der har dårligt mentalt helbred, er afgrænset til de 10 % med den laveste score på den mentale helbredskomponent. Dette svarer til en score på 35,76 eller derunder. Grænsen er den samme for kvinder og mænd. Se mere (5).

4) For den fysiske helbredskomponent gælder samme som ovenstående. Dog er scoren på 35,37 eller derunder.

Tabel 2.2.1 Dårligt fysisk helbred

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	10,0	1		155.427
	2013	10,1	0,97	(0,95;1,00)	145.440
	2017	11,3	1,08	(1,05;1,11)	165.584
Mænd	16-24 år	2,0	0,20	(0,17;0,25)	7.742
	25-34 år	3,3	0,34	(0,29;0,40)	7.724
	35-44 år	5,5	0,58	(0,52;0,66)	10.458
	45-54 år	9,1	1		14.389
	55-64 år	14,7	1,72	(1,57;1,88)	14.615
	65-74 år	14,2	1,66	(1,52;1,81)	14.644
	≥75 år	27,1	3,71	(3,39;4,07)	7.294
	Alle mænd	9,3			76.866
Kvinder	16-24 år	3,1	0,19	(0,17;0,22)	9.829
	25-34 år	5,4	0,35	(0,31;0,39)	10.170
	35-44 år	9,0	0,61	(0,56;0,67)	13.227
	45-54 år	13,9	1		17.103
	55-64 år	17,2	1,28	(1,19;1,37)	16.044
	65-74 år	17,4	1,30	(1,21;1,40)	14.735
	≥75 år	37,3	3,67	(3,41;3,96)	7.610
	Alle kvinder	13,3			88.718
Uddannelse	Under uddannelse	2,9			11.834
	Grundskole	27,8	3,02	(2,82;3,24)	11.889
	Kort uddannelse	12,9	1,69	(1,60;1,78)	57.690
	Kort videregående uddannelse	9,5	1,21	(1,12;1,31)	13.459
	Mellemlang videregående udd.	8,0	1		34.484
	Lang videregående uddannelse	4,0	0,59	(0,54;0,65)	18.687
	Anden uddannelse	18,8	2,33	(2,14;2,54)	7.482
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	4,9	1		82.644
	Arbejdsløse	13,3	3,38	(2,98;3,83)	3.087
	Førtidspensionister	47,8	14,28	(13,2;15,4)	5.016
	Andre uden for arbejdsmarkedet	25,5	9,18	(8,49;9,93)	6.960
	Efterlønsmodtagere	10,8			3.892
	Alderspensionister	22,3			44.283
Samlivsstatus	Gift	11,3	1		90.801
	Samlevende	7,3	1,20	(1,13;1,28)	24.629
	Enlig (separeret, skilt)	20,2	1,78	(1,68;1,89)	12.614
	Enlig (enkestand)	30,3	1,51	(1,41;1,61)	8.486
	Enlig (ugift)	7,1	1,66	(1,55;1,77)	29.054
Region	Hovedstaden	9,2	0,80	(0,77;0,83)	56.111
	Sjælland	13,5	1,07	(1,02;1,12)	18.588
	Syddanmark	13,4	1,17	(1,13;1,21)	37.221
	Midtjylland	10,4	0,93	(0,89;0,96)	31.285
	Nordjylland	13,1	1,08	(1,04;1,13)	22.379

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder[5]:

I alle aldersgrupper er andelen med dårligt fysisk helbred større blandt kvinder (13,3 %) end blandt mænd (9,3 %). Blandt begge køn stiger andelen med dårligt fysisk helbred med stigende alder med undtagelse af mænd i alderen 65-74 år, hvor andelen er lidt mindre end blandt mænd i alderen 55-64 år.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med dårligt fysisk helbred. Således falder andelen fra 27,8 % blandt personer med grundskole som højeste gennemførte uddannelsesniveau til 4,0 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Den største andel af personer med dårligt fysisk helbred ses blandt førtidspensionister (47,8 %), mens den mindste andel ses blandt beskæftigede (4,9 %). Blandt arbejdsløse og andre uden for arbejdsmarkedet er andelen henholdsvis 13,3 % og 25,5 %.

Samlivsstatus:

Der er procentvis flest med dårligt fysisk helbred blandt enlige (enkestand) (30,3 %) og færrest blandt enlige (ugifte) (7,1 %) og samlevende (7,3 %). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses imidlertid den højeste forekomst blandt enlige (separerede, skilte) og den laveste forekomst blandt gifte.

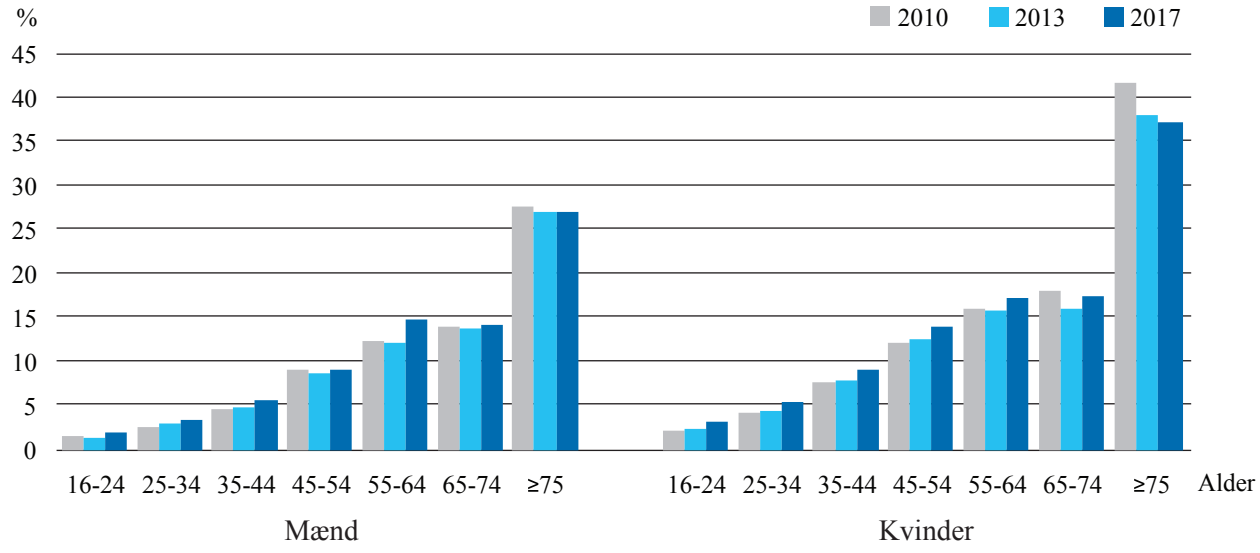
Region:

Sammenlignet med landsgennemsnittet ses en større andel med dårligt fysisk helbred i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland og en mindre andel i Region Hovedstaden og Region Midtjylland.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er der overordnet set sket en mindre stigning i andelen med dårligt fysisk helbred, fra 10,0 % til 11,3 %. Der ses en mindre stigning i alle køns- og aldersgrupper, undtaget blandt kvinder på 65 år eller derover, hvor der er sket et fald. Dette fald er dog fortrinsvis sket mellem 2010 og 2013. Der ses ikke noget entydigt mønster for udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen med dårligt fysisk helbred inden for de forskellige uddannelsesgrupper (data ikke vist).

Figur 2.2.1 Andel med dårligt fysisk helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



5) Definitionen af dårligt fysisk helbred baserer sig ikke på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men snarere på en relativ grænseværdi. Dette medfører, at det ikke i sig selv er så væsentligt at fokusere på absolutte hyppigheder, men derimod på forskelle mellem grupper og på udviklingen over tid.

Tabel 2.2.2 Dårligt mentalt helbred

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	10,0	1		155.421
	2013	10,7	1,09	(1,06;1,12)	145.436
	2017	13,2	1,40	(1,36;1,43)	165.582
Mænd	16-24 år	12,9	1,18	(1,07;1,31)	7.742
	25-34 år	13,9	1,29	(1,17;1,42)	7.724
	35-44 år	12,2	1,11	(1,01;1,22)	10.458
	45-54 år	11,1	1		14.389
	55-64 år	9,2	0,81	(0,74;0,89)	14.615
	65-74 år	5,9	0,50	(0,45;0,56)	14.644
	≥75 år	9,0	0,79	(0,70;0,88)	7.294
	Alle mænd	10,9			76.866
Kvinder	16-24 år	23,8	1,79	(1,66;1,93)	9.829
	25-34 år	19,5	1,38	(1,28;1,50)	10.170
	35-44 år	16,3	1,12	(1,04;1,21)	13.227
	45-54 år	14,9	1		17.102
	55-64 år	11,8	0,77	(0,71;0,83)	16.043
	65-74 år	7,8	0,48	(0,44;0,53)	14.735
	≥75 år	13,1	0,86	(0,79;0,95)	7.610
	Alle kvinder	15,5			88.716
Uddannelse	Under uddannelse	18,6			11.834
	Grundskole	17,2	2,34	(2,16;2,54)	11.889
	Kort uddannelse	12,7	1,32	(1,25;1,39)	57.690
	Kort videregående uddannelse	11,1	1,11	(1,02;1,20)	13.459
	Mellemlang videregående udd.	10,7	1		34.482
	Lang videregående uddannelse	9,9	0,87	(0,81;0,94)	18.687
	Anden uddannelse	16,0	1,87	(1,70;2,05)	7.482
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	9,5	1		82.643
	Arbejdsløse	28,5	3,81	(3,44;4,21)	3.087
	Førtidspensionister	33,1	5,91	(5,47;6,39)	5.016
	Andre uden for arbejdsmarkedet	36,7	6,08	(5,65;6,55)	6.959
	Efterlønsmodtagere	5,2			3.892
	Alderspensionister	8,5			44.283
Samlivsstatus	Gift	9,1	1		90.800
	Samlevende	13,0	1,24	(1,17;1,31)	24.629
	Enlig (separeret, skilt)	17,8	2,21	(2,08;2,36)	12.614
	Enlig (enkestand)	12,8	1,73	(1,58;1,90)	8.486
	Enlig (ugift)	19,8	2,14	(2,02;2,26)	29.053
Region	Hovedstaden	13,7	1,01	(0,98;1,04)	56.110
	Sjælland	13,2	1,05	(1,01;1,10)	18.588
	Syddanmark	13,5	1,04	(1,01;1,08)	37.220
	Midtjylland	12,5	0,92	(0,89;0,96)	31.285
	Nordjylland	12,7	0,98	(0,94;1,02)	22.379

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder[6]:

Andelen med dårligt mentalt helbred er større blandt kvinder (15,5 %) end blandt mænd (10,9 %), og et tilsvarende mønster ses i alle aldersgrupper. Blandt begge køn falder andelen med dårligt mentalt helbred med stigende alder indtil den ældste aldersgruppe, hvor der ses en stigning. Den markant største andel ses blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (23,8 %), mens andelen blandt mænd i samme aldersgruppe er på 12,9 %.

Uddannelse:

Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med dårligt mentalt helbred. Således er andelen størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (17,2 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (9,9 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen med dårligt mentalt helbred er markant større blandt arbejdsløse (28,5 %), førtidspensionister (33,1 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (36,7 %) sammenlignet med beskæftigede (9,5 %).

Samlivsstatus:

Andelen med dårligt mentalt helbred er størst blandt enlige (separerede, skilte og ugifte) og mindst blandt gifte.

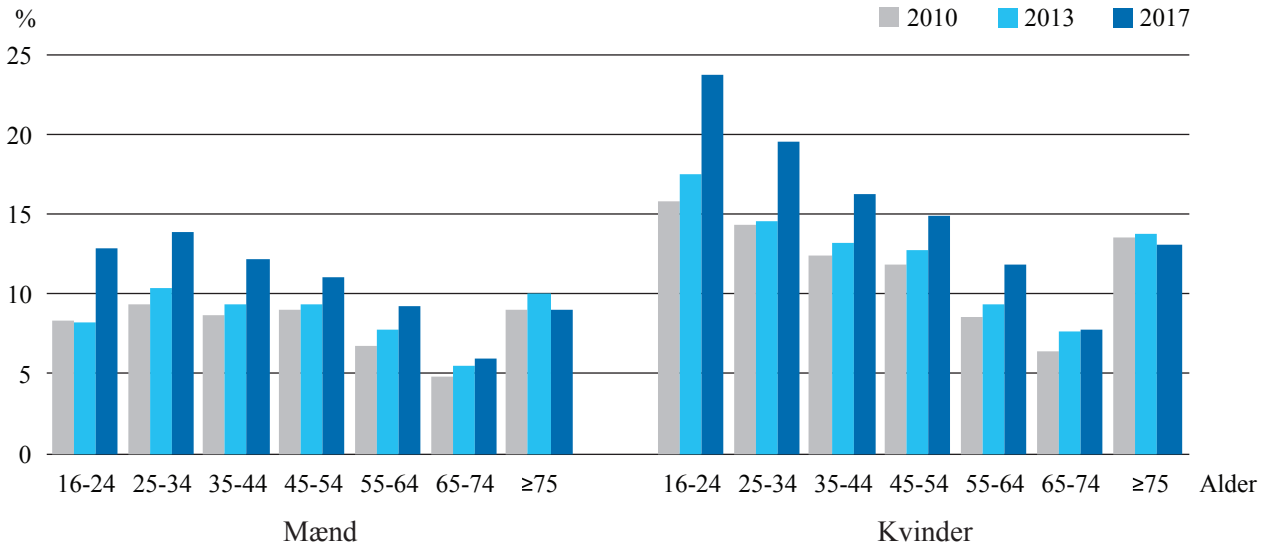
Region:

I forhold til landsgennemsnittet ses en lidt større andel af personer med dårligt mentalt helbred i Region Sjælland og Region Syddanmark og en lidt mindre andel i Region Midtjylland. Forskellene mellem regionerne er dog beskedne.

Udvikling:

Der er i perioden 2010 til 2017 sket en stigning på 3,2 procentpoint i andelen med dårligt mentalt helbred. Stigningen er overvejende sket mellem 2013 og 2017. Blandt begge køn ses de største stigninger i de yngre aldersgrupper, og stigningen er særligt stor blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år. Blandt personer på 75 år eller derover er andelen derimod uændret i perioden. I perioden 2010 til 2017 er der i alle uddannelsesgrupper sket en stigning i andelen med dårligt mentalt helbred, i de fleste grupper med den største stigning mellem 2013 og 2017 (data ikke vist).

Figur 2.2.2 Andel med dårligt mentalt helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



6) Definitionen af dårligt mentalt helbred baserer sig ikke på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men snarere på en relativ grænseværdi. Dette medfører, at det ikke i sig selv er så væsentligt at fokusere på absolutte hyppigheder, men derimod på forskel mellem grupper og på udviklingen over tid.

Tabel 2.2.3 Andel, der har dårligt fysisk og mentalt helbred, opdelt på udvalgte indikatorer for sygelighed blandt mænd og kvinder. Aldersjusteret procent

		Dårligt fysisk helbred	Antal svarpersoner	Dårligt mentalt helbred	Antal svarpersoner
Mænd					
Langvarig sygdom	Ja	21,1	26.591	18,2	26.591
	Nej	2,7	47.734	6,9	47.734
Astma	Ja	18,5	4.800	15,6	4.800
	Nej	8,9	68.285	10,0	68.285
Diabetes	Ja	23,8	5.199	15,7	5.199
	Nej	8,5	67.932	10,1	67.932
Forhøjet blodtryk	Ja	18,1	16.420	20,0	16.420
	Nej	7,3	56.311	9,3	56.311
Kronisk lungesygdom	Ja	31,7	3.346	25,9	3.346
	Nej	8,1	69.286	9,9	69.286
Slidgigt	Ja	24,0	14.686	16,6	14.686
	Nej	6,2	58.588	9,5	58.588
Osteoporose	Ja	40,5	1.086	27,5	1.086
	Nej	8,9	72.215	10,2	72.215
Diskusprolaps /andre rygsygdomme	Ja	25,9	10.520	17,7	10.520
	Nej	6,6	62.187	9,3	62.187
Psykisk lidelse (>6 måneders varighed)	Ja	24,1	4.462	46,6	4.462
	Nej	8,3	68.398	7,4	68.398
Psykisk lidelse (<6 måneders varighed)	Ja	25,6	3.063	49,9	3.063
	Nej	8,5	69.527	8,1	69.527
Kvinder					
Langvarig sygdom	Ja	27,9	32.326	23,1	32.325
	Nej	3,7	53.841	10,7	53.840
Astma	Ja	25,2	6.791	21,9	6.791
	Nej	12,1	77.708	14,5	77.706
Diabetes	Ja	28,8	3.676	22,9	3.676
	Nej	12,3	80.889	14,7	80.887
Forhøjet blodtryk	Ja	22,4	16.308	21,4	16.308
	Nej	10,8	68.193	14,4	68.191
Kronisk lungesygdom	Ja	36,4	3.138	31,5	3.138
	Nej	11,9	80.774	14,6	80.772
Slidgigt	Ja	29,5	21.874	20,1	21.874
	Nej	8,1	63.210	13,6	63.208
Osteoporose	Ja	37,4	4.944	23,7	4.944
	Nej	12,0	79.862	14,7	79.860
Diskusprolaps /andre rygsygdomme	Ja	35,7	11.619	22,1	11.619
	Nej	9,2	72.666	13,9	72.664
Psykisk lidelse (>6 måneders varighed)	Ja	26,0	8.532	47,2	8.531
	Nej	11,6	75.395	10,6	75.394
Psykisk lidelse (<6 måneders varighed)	Ja	25,9	6.123	48,9	6.121
	Nej	12,1	76.993	11,6	76.993

Andel med dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred opdelt på udvalgte indikatorer for sygelighed

I tabel 2.2.3 ses andelen med dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred opdelt på udvalgte indikatorer for sygelighed blandt mænd og kvinder i den voksne befolkning. Sygelighed er her dels belyst ved et selvstændigt spørgsmål om langvarig sygdom, dels ved spørgsmål om en række specifikke sygdomme og lidelser.

Det fremgår af tabellen, at der er en større andel, som har et dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred blandt personer, der har en sygdom eller lidelse sammenlignet med personer, der ikke har den pågældende sygdom eller lidelse. Dette mønster ses blandt både mænd og kvinder.

Tabel 2.2.4 Andel, der har dårligt fysisk og mentalt helbred, opdelt på udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd blandt mænd og kvinder. Aldersjusteret procent

		Dårligt fysisk helbred	Antal svar-personer	Dårligt mentalt helbred	Antal svar-personer
Mænd					
Ryger dagligt	Ja	14,6	12.360	16,6	12.360
	Nej	8,6	62.233	9,3	62.233
Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse ved alkoholindtagelse	Ja	12,6	6.393	16,1	6.393
	Nej	9,3	66.301	10,0	66.301
Opfylder WHO's minimums-anbefaling for fysisk aktivitet	Ja	6,2	47.320	8,4	47.320
	Nej	16,0	18.662	14,9	18.662
Vægtgrupper	Undervægt	24,3	714	19,0	714
	Normalvægt	7,6	27.877	10,0	27.877
	Moderat overvægt	8,4	31.548	9,7	31.548
	Svær overvægt	16,0	13.107	14,1	13.107
Kostmønster	Sundt	7,6	10.259	8,6	10.259
	Med sunde og usunde elementer	8,8	47.297	9,7	47.297
	Usundt	13,4	13.953	14,5	13.953
Kvinder					
Ryger dagligt	Ja	18,7	12.252	23,3	12.251
	Nej	12,4	74.294	13,8	74.293
Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse ved alkoholindtagelse	Ja	12,4	4.532	21,3	4.532
	Nej	13,4	79.832	14,8	79.830
Opfylder WHO's minimums-anbefaling for fysisk aktivitet	Ja	8,7	54.171	12,6	54.169
	Nej	21,5	22.027	20,6	22.027
Vægtgrupper	Undervægt	18,7	2.610	21,5	2.610
	Normalvægt	9,8	43.222	13,4	43.220
	Moderat overvægt	13,1	24.370	15,3	24.370
	Svær overvægt	23,1	14.288	20,4	14.288
Kostmønster	Sundt	10,4	18.526	11,9	18.526
	Med sunde og usunde elementer	12,8	56.296	14,6	56.295
	Usundt	20,9	9.049	23,5	9.048

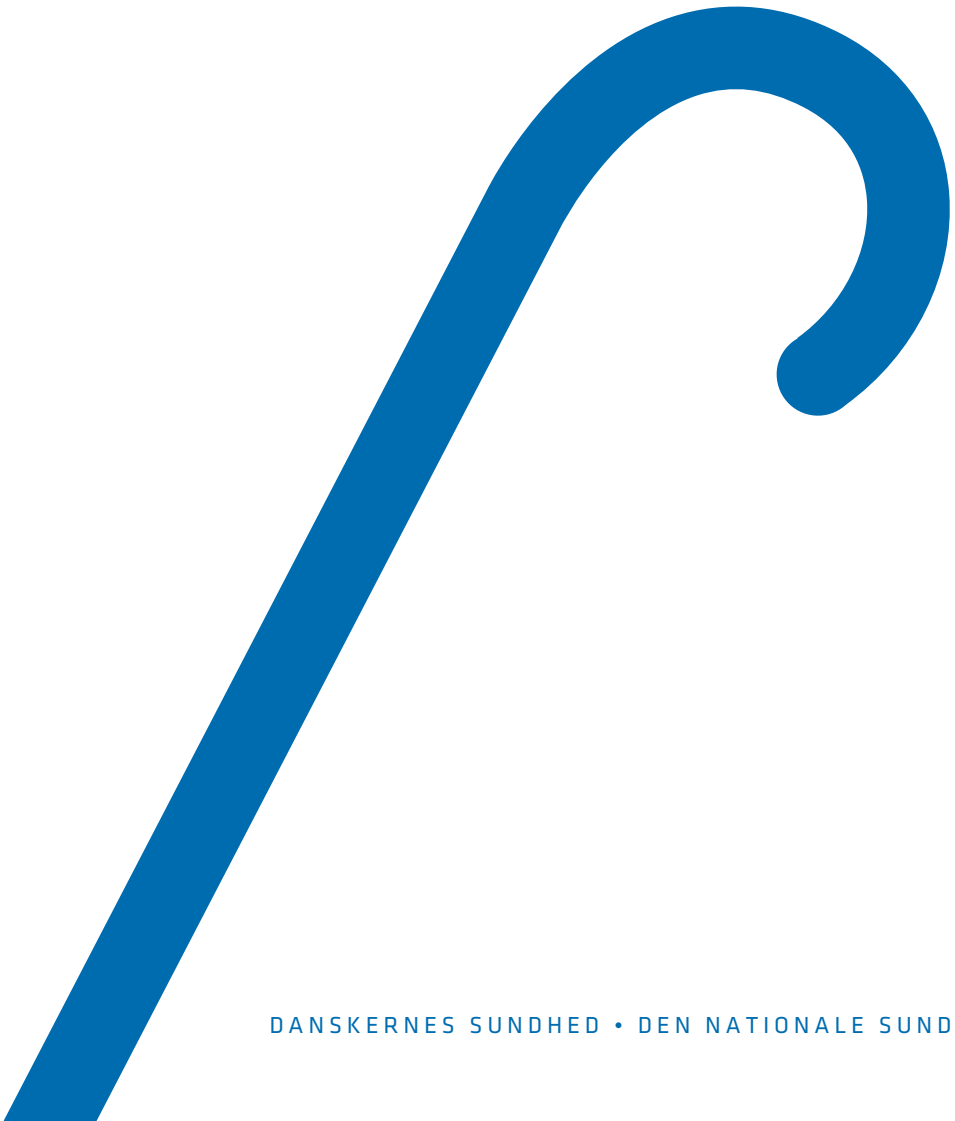
Andel med dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred opdelt på udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd og vægtgrupper

Tabel 2.2.4 viser andelen, der har henholdsvis dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred opdelt på udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd og vægtgrupper.

Blandt begge køn ses det, at andelen med henholdsvis dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred er større blandt personer, der ryger dagligt, end blandt personer, der ikke ryger dagligt. Blandt personer, der lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, ses endvidere en mindre andel med dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred end blandt personer, der ikke lever op til anbefalingen. Det fremgår også, at jo sundere et kostmønster, jo mindre er andelen med dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred.

I forhold til overskridelse af Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse ved alkoholindtagelse ses et mindre entydigt mønster. For kvinder er der ingen forskel i andelen med dårligt fysisk helbred blandt de, der overskrider højrisikogrænsen, og de, der ikke gør det. Blandt mænd er andelen med dårligt fysisk helbred større blandt personer, der overskrider højrisikogrænsen, end blandt personer, der ikke overskrider højrisikogrænsen. Andelen med dårligt mentalt helbred er større blandt både mænd og kvinder, der overskrider højrisikogrænsen, end blandt mænd og kvinder, der ikke gør det.

Andelen af mænd og kvinder med henholdsvis dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred er større blandt svært overvægtige og undervægtige sammenlignet med normalvægtige og moderat overvægtige.



2.3 Stress

Stress udgør et stigende folkesundhedsproblem og kan beskrives som en kortere- eller længerevarende tilstand karakteriseret ved anspændthed og ulyst (1). Oplevelsen af stress er subjektiv, men afhænger af faktorer såsom egne og miljøbestemte ressourcer og af, hvordan man individuelt fysisk og psykisk reagerer på og håndterer stressen, såkaldt 'coping' (2). Selvom stress ikke i sig selv defineres som en sygdom, er længerevarende stress en risikofaktor for adskillige tilstande og sygdomme, herunder forhøjet blodtryk (3), hjertekarsygdom (4-6) og depression (7), ligesom også livskvalitet og det almene velbefindende kan blive negativt påvirket af stress. Stress omfatter både private og arbejdsmæssige faktorer og udgør et alvorligt folkesundhedsmæssigt problem med store konsekvenser på både individ- og samfundsniveau, sidstnævnte i form af eksempelvis omkostninger som følge af sygefravær (2).

I denne undersøgelse er stressniveauet målt ved Cohens Perceived Stress Scale (PSS), som er en valideret stressskala (8, 9). PSS består af 10 spørgsmål, der handler om, i hvilket omfang svarpersonen inden for de seneste fire uger har oplevet sit liv som uforudsigeligt, ukontrollerbart eller belastende, og om han eller hun føler sig nervøs eller stresset. Skalaen går fra 0 til 40. Jo højere score, desto højere grad af oplevet stress.

Tabel 2.3.1 Højt stressniveau

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	20,8	1		14.183
	2013	21,3	1,03	(0,98;1,08)	149.846
	2017	25,1	1,29	(1,23;1,35)	168.802
Mænd	16-24 år	23,4	1,15	(1,06;1,24)	7.485
	25-34 år	24,6	1,23	(1,14;1,33)	7.553
	35-44 år	22,7	1,10	(1,03;1,19)	10.330
	45-54 år	21,0	1		14.373
	55-64 år	19,6	0,92	(0,85;0,98)	14.841
	65-74 år	14,6	0,64	(0,60;0,69)	15.364
	≥75 år	20,4	0,96	(0,89;1,04)	8.041
	Alle mænd	21,0			77.987
Kvinder	16-24 år	40,5	1,76	(1,65;1,87)	9.618
	25-34 år	34,0	1,33	(1,25;1,42)	10.038
	35-44 år	29,6	1,09	(1,02;1,15)	13.153
	45-54 år	27,9	1		17.251
	55-64 år	24,6	0,84	(0,80;0,90)	16.548
	65-74 år	19,3	0,62	(0,58;0,66)	15.725
	≥75 år	27,1	0,96	(0,90;1,03)	8.482
	Alle kvinder	29,0			90.815
Uddannelse	Under uddannelse	32,4			11.809
	Grundskole	33,1	2,58	(2,43;2,73)	12.861
	Kort uddannelse	24,8	1,46	(1,40;1,53)	59.600
	Kort videregående uddannelse	21,4	1,17	(1,10;1,24)	13.691
	Mellemlang videregående udd.	19,8	1		35.097
	Lang videregående uddannelse	17,5	0,82	(0,77;0,87)	18.833
	Anden uddannelse	31,2	2,15	(2,00;2,30)	7.872
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	19,4	1		83.272
	Arbejdsløse	47,0	3,60	(3,29;3,93)	3.141
	Førtidspensionister	55,6	6,07	(5,67;6,50)	5.284
	Andre uden for arbejdsmarkedet	54,6	5,55	(5,19;5,94)	7.102
	Efterlønsmodtagere	13,7			4.072
	Alderspensionister	19,8			47.612
Samlivsstatus	Gift	19,9	1		93.007
	Samlevende	25,5	1,22	(1,17;1,27)	24.938
	Enlig (separeret, skilt)	30,6	1,79	(1,70;1,88)	13.066
	Enlig (enkestand)	24,9	1,35	(1,26;1,44)	9.293
	Enlig (ugift)	33,3	1,83	(1,75;1,91)	28.498
Region	Hovedstaden	25,3	0,99	(0,97;1,01)	56.596
	Sjælland	25,6	1,07	(1,03;1,10)	18.978
	Syddanmark	26,4	1,09	(1,06;1,12)	38.247
	Midtjylland	23,8	0,92	(0,89;0,95)	32.333
	Nordjylland	23,7	0,94	(0,91;0,97)	22.648

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder[7]:

Andelen med et højt stressniveau er højere blandt kvinder (29,0 %) end blandt mænd (21,0 %). Et tilsvarende mønster ses i alle aldersgrupper. Blandt begge køn falder andelen med et højt stressniveau indtil den ældste aldersgruppe, hvor der ses en stigning. Den mindste andel ses blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år, mens den største andel ses blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med et højt stressniveau. Således falder andelen fra 33,1 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 17,5 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Der ses en større andel med et højt stressniveau blandt arbejdsløse (47,0 %), førtidspensionister (55,6 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (54,6 %) end blandt beskæftigede (19,4 %).

Samlivsstatus:

Andelen med et højt stressniveau er mindre blandt gifte sammenlignet med samlevende og enlige (separerede, skilte, enkestand, ugifte).

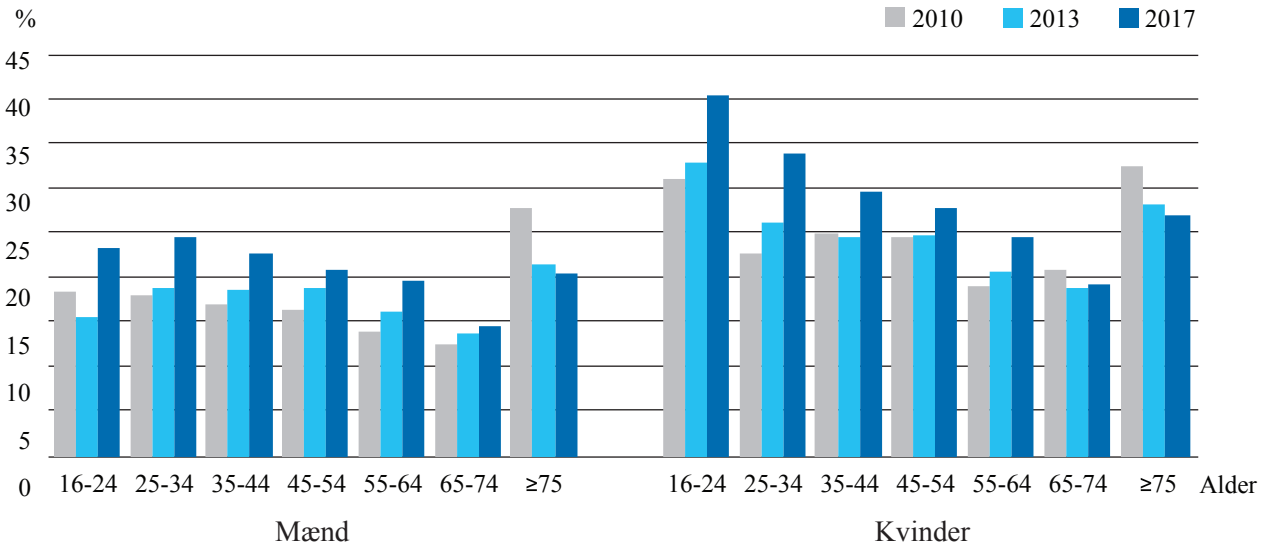
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er andelen af personer med et højt stressniveau større i Region Sjælland og Region Syddanmark og mindre i Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er der sket en stigning på 4,3 procentpoint i andelen med et højt stressniveau, fra 20,8 % til 25,1 %. Stigningen ses dog ikke for mænd på 75 år eller derover, eller for kvinder i aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover. Blandt personer i aldersgruppen 75 år eller derover ses et fald i perioden. I alle uddannelsesgrupper, undtaget blandt mænd med en kort videregående uddannelse, er der fra 2010 til 2017 sket en stigning i andelen med et højt stressniveau (data ikke vist).

Figur 2.3.1 Andel med højt stressniveau blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent

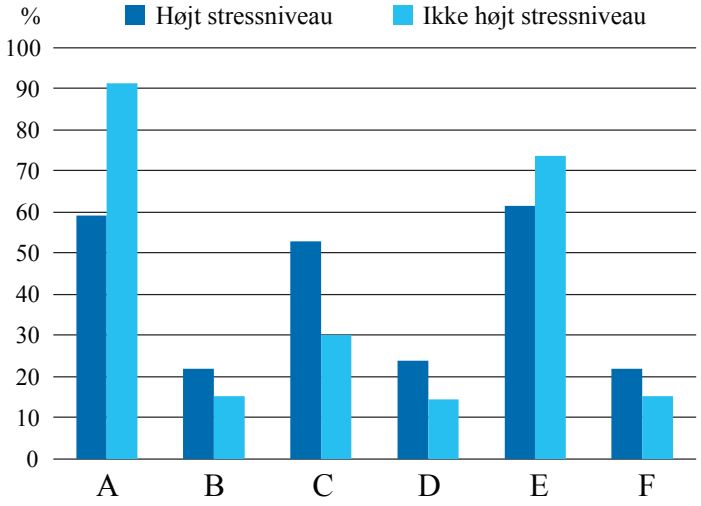


7) Definitionen af højt stressniveau baserer sig ikke på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men snarere på en relativ grænseværdi. Dette medfører, at det ikke i sig selv er så væsentligt at fokusere på absolutte hyppigheder, men derimod på forskel mellem grupper og på udviklingen over tid.

Sammenhæng mellem højt stressniveau og udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd, trivsel og vægtgrupper

Af figur 2.3.2 ses sammenhængen mellem et højt stressniveau og udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd, trivsel og vægtgrupper. Det fremgår, at andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred og andelen, der opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er mindre blandt personer med et højt stressniveau end blandt personer, der ikke har et højt stressniveau. Andelen med langvarig sygdom, andelen, der ryger dagligt, og andelen af svært overvægtige er større blandt personer med et højt stressniveau sammenlignet med personer, der ikke har et højt stressniveau.

Figur 2.3.2 Forekomsten af udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd og trivsel opdelt på stressniveau. Aldersjusteret procent



A: Andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred

B: Andel med dårligt mentalt helbred

C: Andel med langvarig sygdom

D: Andel, der ryger dagligt

E: Andel, der opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet

F: Andel svært overvægtige (BMI≥30)

3 SYGELIGHED

3.1 Langvarig sygdom

En stigende andel danskerne må i dag regne med at komme til at leve en del af deres liv med én eller flere langvarige sygdomme (kroniske sygdomme). Denne stigning kan blandt andet forklares med forbedrede levekår, hvilket resulterer i en højere middellevetid. Med en stigende middellevetid vokser andelen af ældre i befolkningen, og da ældre oftere får kroniske sygdomme, vil en sådan ændring i befolkningens demografiske sammensætning have en betydning for forekomsten af kroniske sygdomme. Forbedrede behandlingsmuligheder fører også til, at flere lever længere med en kronisk sygdom. Kroniske sygdomme kan medføre tab af livskvalitet for den enkelte, men kan også medføre store samfundsmæssige omkostninger (1). Dog har mange mennesker, der lever med kroniske sygdomme, en udmærket livskvalitet og funktionsevne i hverdagen.

Andelen, der har én eller flere langvarige sygdomme, er belyst ved spørgsmålet: 'Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? Med langvarig menes mindst 6 måneder'. Der var mulighed for at svare enten 'Ja' eller 'Nej'. Det har således ikke været muligt at angive, hvilke sygdomme det drejede sig om.

Tabel 3.1.2 Langvarig sygdom

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	33,4	1		170.020
	2013	34,9	1,06	(1,04;1,07)	155.569
	2017	35,6	1,08	(1,06;1,09)	173.597
Mænd	16-24 år	19,1	0,46	(0,42;0,49)	7.567
	25-34 år	24,1	0,62	(0,58;0,66)	7.624
	35-44 år	28,1	0,76	(0,71;0,81)	10.525
	45-54 år	34,0	1		14.689
	55-64 år	43,5	1,50	(1,42;1,58)	15.253
	65-74 år	45,6	1,63	(1,54;1,72)	15.765
	≥75 år	49,5	1,90	(1,79;2,03)	8.413
	Alle mænd	33,7			79.836
Kvinder	16-24 år	23,8	0,46	(0,43;0,49)	9.793
	25-34 år	26,2	0,52	(0,49;0,55)	10.194
	35-44 år	32,3	0,70	(0,66;0,74)	13.451
	45-54 år	40,5	1		17.703
	55-64 år	46,2	1,26	(1,20;1,33)	17.048
	65-74 år	44,7	1,19	(1,13;1,25)	16.391
	≥75 år	51,4	1,56	(1,47;1,65)	9.181
	Alle kvinder	37,5			93.761
Uddannelse	Under uddannelse	22,7			12.200
	Grundskole	48,4	1,36	(1,29;1,43)	13.478
	Kort uddannelse	38,3	1,13	(1,09;1,17)	61.411
	Kort videregående uddannelse	34,8	0,98	(0,93;1,03)	14.132
	Mellemlang videregående udd.	35,0	1		36.142
	Lang videregående uddannelse	26,9	0,77	(0,73;0,80)	19.265
	Anden uddannelse	42,1	1,24	(1,17;1,31)	8.220
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	27,7	1		85.591
	Arbejdsløse	41,2	1,99	(1,82;2,16)	3.228
	Førtidspensionister	84,8	12,45	(11,3;13,7)	5.504
	Andre uden for arbejdsmarkedet	52,9	3,83	(3,59;4,09)	7.375
	Efterlønsmodtagere	41,9			4.176
	Alderspensionister	47,3			49.750
Samlivsstatus	Gift	36,0	1		95.812
	Samlevende	29,5	1,17	(1,13;1,21)	25.640
	Enlig (separeret, skilt)	48,7	1,56	(1,50;1,63)	13.375
	Enlig (enkestand)	48,8	1,15	(1,09;1,21)	9.867
	Enlig (ugift)	31,2	1,59	(1,53;1,66)	28.903
Region	Hovedstaden	34,1	0,96	(0,94;0,98)	57.517
	Sjælland	37,7	1,01	(0,98;1,03)	19.663
	Syddanmark	36,2	0,99	(0,97;1,01)	40.259
	Midtjylland	34,8	0,98	(0,95;1,00)	33.073
	Nordjylland	38,3	1,07	(1,04;1,10)	23.085

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt angiver 35,6 % af den voksne befolkning at have én eller flere langvarige sygdomme, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse. Andelen er større blandt kvinder (37,5 %) end blandt mænd (33,7 %). Andelen stiger med stigende alder for både mænd og kvinder, med undtagelse af 65-74-årige kvinder.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med langvarig sygdom. Andelen er størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (48,4 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (26,9 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen med langvarig sygdom er størst blandt førtidspensionister (84,8 %) og mindst blandt beskæftigede (27,7 %). Andelen er desuden relativt stor blandt arbejdsløse (41,2 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (52,9 %).

Samlivsstatus:

Der er procentvis færrest med langvarig sygdom blandt samlevende og enlige (ugifte). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses den laveste forekomst af langvarig sygdom blandt gifte.

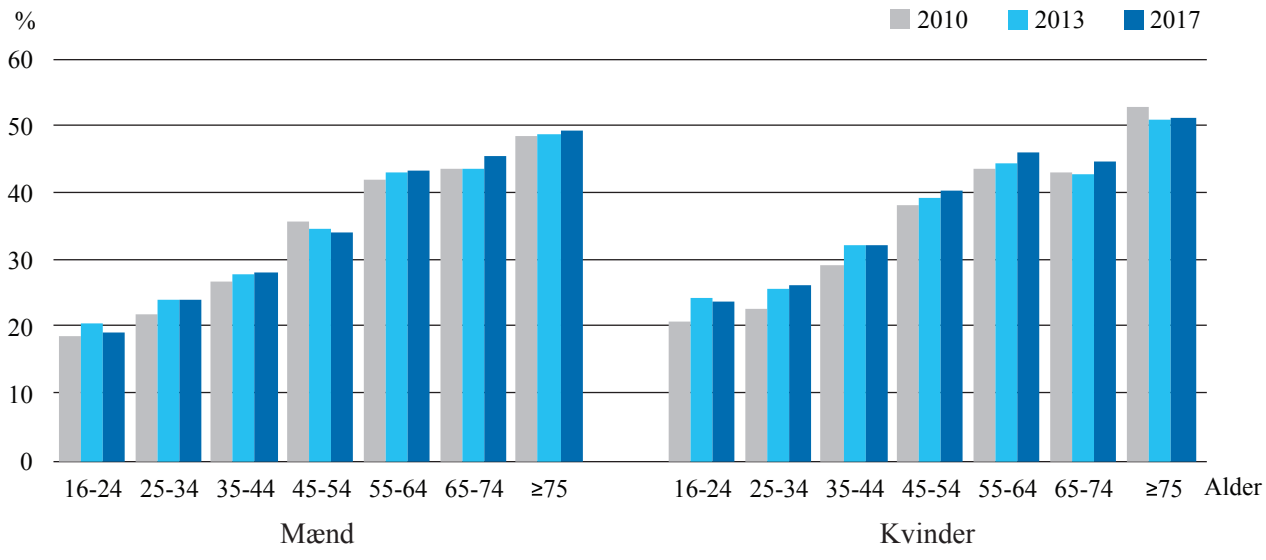
Regioner:

Forekomsten af personer med langvarig sygdom i de fem regioner afviger ikke nævneværdigt fra landsgennemsnittet. Dog ses der er en relativt høj forekomst i Region Nordjylland.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 ses en stigning på 2,2 % procentpoint i andelen med langvarig sygdom. Udviklingen i de enkelte køns- og aldersgrupper viser dog ikke et entydigt billede. Der ses heller ikke noget entydigt mønster i udviklingen inden for forskellige uddannelsesgrupper (data ikke vist).

Figur 3.1.1 Andel med langvarig sygdom, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



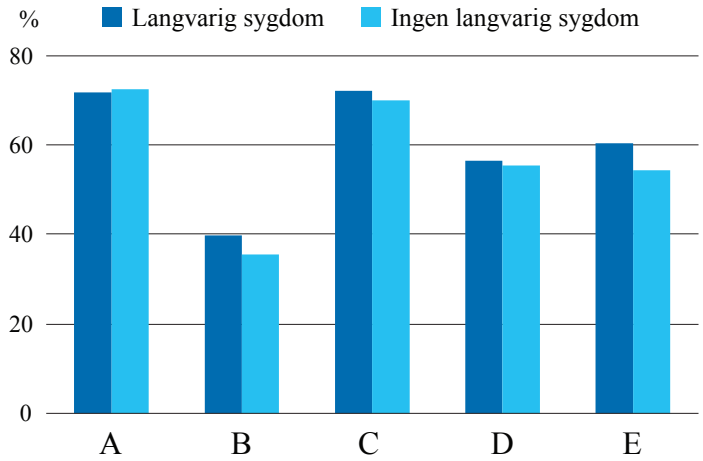
Ud over betydningen af den beskrevne ændring i befolkningssammensætningen for forekomsten af langvarige sygdomme påvirkes risikoen for at udvikle flere langvarige sygdomme også af livsstil. Således reduceres sygdomsrisikoen ofte ved en hensigtsmæssig sundhedsadfærd, ligesom også risikoen for komplikationer og nye sygdomme mindskes (2). Det fremgår af tabel 3.1.2, at blandt personer, der har én eller flere langvarige sygdomme, er der en større andel, der henholdsvis ryger dagligt, ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, har et usundt kostmønster og er svært overvægtige (BMI≥30), end blandt personer, der ikke har en langvarig sygdom.

Tabel 3.1.2 Udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd og vægtgrupper opdelt på langvarig sygdom. 2010, 2013 og 2017. Aldersjusteret procent

	2010		2013		2017	
	Langvarig sygdom		Langvarig sygdom		Langvarig sygdom	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Ryger dagligt	25,2	19,2	20,6	15,4	20,1	15,2
Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse	11,1	10,3	8,9	8,0	7,2	6,6
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	-	-	-	-	33,7	25,8
Usundt kostmønster	15,0	12,5	15,4	13,0	17,9	14,7
Svær overvægt (BMI≥30)	18,1	11,2	18,5	11,7	21,8	14,0

Figur 3.1.2 viser andelen af personer, der ønsker at ændre sundhedsadfærd, blandt personer, der henholdsvis ryger dagligt, overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse ved alkoholindtagelse, ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, har et usundt kostmønster samt er svært overvægtige, opdelt på, hvorvidt de har en langvarig sygdom eller ej. Overordnet ses der ingen væsentlige forskelle mellem de to grupper i forhold til ønsket om at ville ændre adfærd.

Figur 3.1.2 Forandringsparathed opdelt på langvarig sygdom. Aldersjusteret procent



A: Andel dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge

B: Andel, der overskrider højrisikogrænsen ved alkoholindtagelse, og som gerne vil nedsætte forbruget

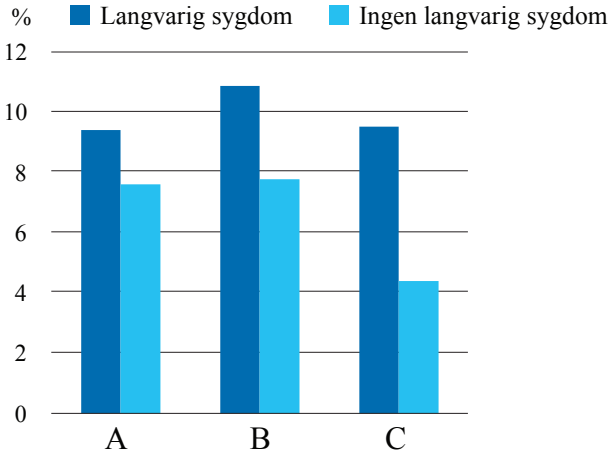
C: Andel, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, og som gerne vil være mere fysisk aktiv

D: Andel med et ususndt kostmønster, der gerne vil vil spise mere sundt

E: Andel svært overvægtige, der i høj grad vil tabe sig

At leve med en langvarig sygdom kan have en række konsekvenser for den enkelte. En konsekvens kan være manglende kontakt til sociale netværk (3). Det ses af figur 3.1.3, at en større andel blandt personer med langvarig sygdom (9,5 %) end blandt personer, der ikke har en langvarig sygdom (4,4 %), ofte føler sig uønsket alene. Endvidere er andelen, der sjældent (sjældnere end én gang om måneden) eller aldrig er i kontakt med familie eller venner, lidt større i gruppen af personer, der ikke har en langvarig sygdom.

Figur 3.1.3 Sociale relationer opdelt på langvarig sygdom. Aldersjusteret procent



A: Andel, der sjældent eller aldrig har kontakt med familie

B: Andel, der sjældent eller aldrig har kontakt med venner

C: Andel, der ofte er uønsket alene

3.2 Specifikke sygdomme og helbredsproblemer

Svarpersonerne er blevet bedt om at angive, om de på nuværende tidspunkt har eller tidligere har haft 18 specifikke sygdomme og helbredsproblemer. De 18 sygdomme og helbredsproblemer bidrager hver især til sygdomsbyrden i befolkningen, enten fordi de forårsager mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne i store grupper af befolkningen.

De specifikke sygdomme og helbredsproblemer er belyst ved følgende spørgsmål: 'For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger'. Hvis svarpersonen angiver at have den pågældende sygdom nu eller stadig har eftervirkninger af sygdommen, karakteriseres personen som at have den pågældende sygdom.

Disse 18 sygdomme og helbredsproblemer fremgår af tabel 3.2.1, hvor forekomsten af hver enkelt sygdom eller helbredsproblem er angivet for både 2010, 2013 og 2017. Desuden præsenteres det estimerede antal personer i befolkningen, som i 2017 angiver at have den pågældende sygdom eller helbredsproblem. Tabellen er opbygget sådan, at de hyppigste sygdomme og helbredsproblemer præsenteres først.

Det fremgår af tabellen, at allergi (21,9 %), slidgigt (20,9 %) og forhøjet blodtryk (18,9 %) er de hyppigst forekommende enkeltsygdomme eller helbredsproblemer. Forekomsten af de enkelte sygdomme og helbredsproblemer er generelt set uændret eller svagt stigende i perioden 2010 til 2017.

Belastningen ved at have de forskellige sygdomme kan ikke umiddelbart sammenlignes. Derfor er der også angivet den andel, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt, blandt dem, som har den pågældende sygdom eller stadig har eftervirkninger af sygdommen. Dette kan give en indikation på, hvor belastet man er af sygdommen.

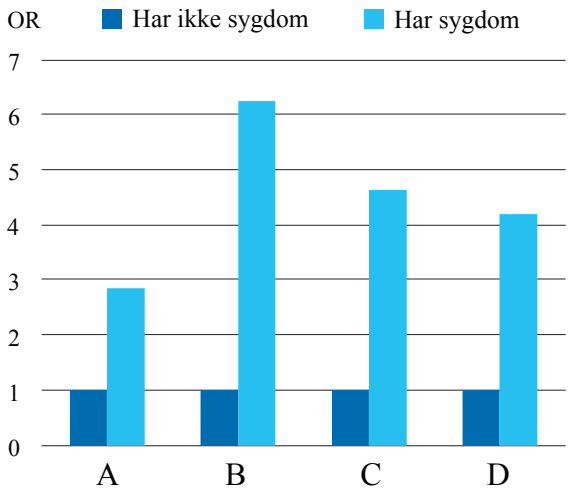
Omkring halvdelen af de personer, som lider af hjertekrampe (53,7 %), blodprop i hjertet (51,0 %), hjerneblødning (50,7 %) eller kronisk lungesygdom (49,6 %), angiver, at de har et mindre godt eller dårligt helbred, mens dette gælder for 19,1 % af personer med allergi. I alle sygdomsgrupper er der en større andel, der vurderer eget helbred som værende mindre godt eller dårligt, end i befolkningen generelt (16,8 %).

Andelen med eksempelvis kronisk lungesygdom er relativt stor blandt ældre og personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (data ikke vist). Det samme gælder andelen, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt. For at belyse, hvorvidt den forskel, der ses i andelen med mindre godt eller dårligt helbred, kan forklares ved køns-, alders- og uddannelsesforskelle mellem grupperne med og uden en given sygdom, er der i figur 3.2.1 foretaget analyser, der tager højde for dette for fire udvalgte sygdomme. Figuren viser, at når der tages højde for eventuelle køns-, alders- og uddannelsesforskelle mellem grupperne, så er der for samtlige fire udvalgte sygdomme en markant højere forekomst af personer, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt, i gruppen med den pågældende sygdom end i gruppen uden den pågældende sygdom. Eksempelvis har personer med kronisk lungesygdom næsten fem gange større chance (odds) for at vurdere eget helbred som mindre godt eller dårligt sammenlignet med personer, der ikke har en kronisk lungesygdom (når der tages højde for køns-, alders- og uddannelsesforskelle mellem de to grupper).

Tabel 3.2.1 Andel med specifikke sygdomme og helbredsproblemer (det vil sige har den pågældende sygdom eller stadig har eftervirkninger af sygdommen). 2010, 2013 og 2017. Procent og antal i befolkningen

	Andel med sygdom			Estimeret antal borgere i 2017 (i 1.000)	Andelen af syge, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt
	2010	2013	2017		
Allergi	21,9	22,7	21,9	1.034	19,1
Slidgigt	19,7	19,7	20,9	987	34,1
Forhøjet blodtryk	18,0	18,4	18,9	892	30,0
Migræne eller hyppig hovedpine	15,7	14,5	16,3	770	31,6
Diskusprolaps/andre rygsygdomme	13,6	13,3	13,7	647	40,2
Tinnitus	10,1	12,1	12,7	600	25,9
Psykisk lidelse (>6 måneders varighed)	-	8,0	9,6	453	44,3
Astma	7,6	7,5	7,6	359	29,9
Leddegigt	6,0	6,0	6,8	321	45,3
Psykisk lidelse (<6 måneders varighed)	-	5,8	6,8	321	44,3
Diabetes	4,9	5,2	5,5	260	39,1
Grå stær	3,8	4,1	4,4	208	34,7
Kronisk lungesygdom	4,6	4,4	4,3	203	49,6
Osteoporose (knogleskørhed)	3,2	3,4	3,9	184	43,1
Kræft	2,3	2,6	3,2	151	41,2
Hjertekrampe	2,1	1,8	1,9	90	53,7
Hjerneblødning	1,5	1,5	1,7	80	50,7
Blodprop i hjertet	1,2	1,1	1,2	57	51,0

Figur 3.2.1 Forekomsten af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred opdelt på udvalgte sygdomme og helbredsproblemer (25 år eller derover). Køns-, alders- og uddannelsesjusteret OR



A: Diabetes

B: Psykisk lidelse (> 6 måneders varighed)

C: Kronisk lungesygdom

D: Diskusprolaps eller andre rygsygdomme

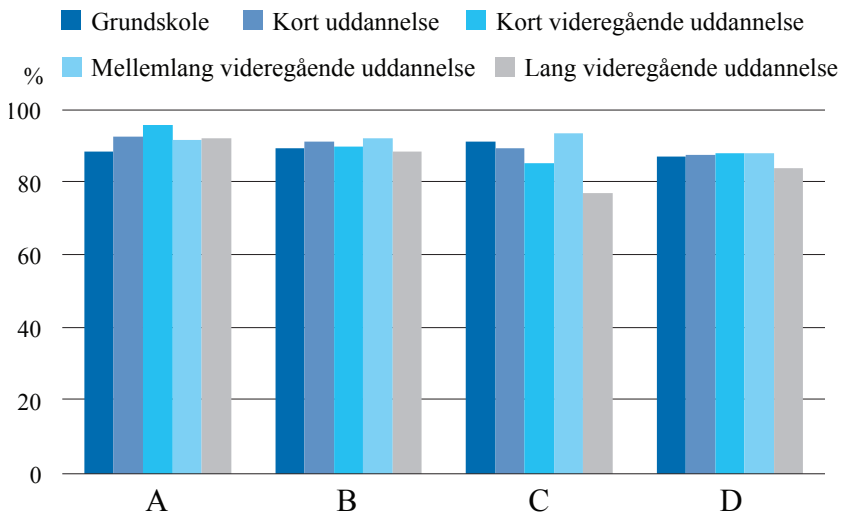
Tabel 3.2.2 Andel med specifikke sygdomme og helbredsproblemer (det vil sige har den pågældende sygdom eller stadig har eftervirkninger af sygdommen) blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Allergi	24,0	23,8	24,7	20,1	16,6	11,8	8,9	19,4
Slidgigt	0,8	3,1	7,6	16,8	29,5	33,5	39,2	17,0
Forhøjet blodtryk	1,3	3,2	7,2	16,8	31,1	41,6	47,3	18,9
Migræne eller hyppig hovedpine	9,2	11,0	13,1	13,0	11,4	6,8	5,1	10,5
Diskusprolaps/andre rygsygdomme	3,0	6,9	13,0	17,1	19,9	17,0	17,2	13,3
Tinnitus	6,1	7,4	10,7	15,7	24,9	27,1	21,9	15,7
Psykisk lidelse (>6 måneders varighed)	8,7	10,3	8,3	8,5	7,7	3,7	3,0	7,6
Astma	8,1	6,9	7,3	6,3	6,5	5,9	7,0	6,8
Leddegigt	0,9	1,7	4,0	7,3	13,0	12,7	13,9	7,1
Psykisk lidelse (<6 måneders varighed)	5,3	6,1	5,5	6,3	5,7	2,9	2,4	5,1
Diabetes	0,9	1,3	2,2	4,7	10,4	14,2	16,4	6,3
Kronisk lungesygdom	1,1	1,1	1,3	2,8	6,6	9,3	13,6	4,4
Grå stær	0,4	0,5	0,4	1,1	2,9	8,7	19,6	3,5
Osteoporose (knogleskørhed)	0,4	0,5	0,8	1,2	1,8	2,6	5,1	1,5
Kræft	0,5	0,6	0,7	1,5	3,9	7,8	10,7	3,0
Hjertekrampe	0,9	0,7	0,8	1,9	3,1	3,4	5,5	2,1
Hjerneblødning	0,3	0,4	0,5	1,3	2,6	3,7	6,0	1,8
Blodprop i hjertet	0,3	0,3	0,4	1,1	2,7	3,8	5,3	1,7
Kvinder								
Allergi	27,4	26,9	28,2	26,5	23,3	18,3	15,3	24,3
Slidgigt	1,2	3,2	9,1	23,0	40,5	48,2	58,8	24,7
Forhøjet blodtryk	1,3	2,2	4,8	14,9	27,1	40,5	53,8	18,9
Migræne eller hyppig hovedpine	24,6	26,4	29,5	27,9	19,7	11,3	8,0	22,0
Diskusprolaps/andre rygsygdomme	4,1	7,3	13,3	16,6	19,8	17,3	20,7	14,0
Tinnitus	4,4	5,5	6,3	10,0	14,9	14,5	14,8	9,8
Psykisk lidelse (>6 måneders varighed)	15,6	15,3	13,3	12,5	11,3	5,6	5,5	11,7
Astma	9,8	7,2	7,4	8,1	9,0	8,2	9,1	8,4
Leddegigt	1,1	2,1	3,3	7,0	10,0	10,6	15,1	6,6
Psykisk lidelse (<6 måneders varighed)	10,4	11,2	9,9	9,4	7,9	4,0	4,0	8,4
Diabetes	0,8	1,0	1,6	3,7	6,5	9,5	12,9	4,7
Kronisk lungesygdom	0,9	0,5	0,8	2,5	6,4	9,2	12,1	4,2
Grå stær	0,2	0,3	0,5	1,3	4,3	13,0	26,4	5,3
Osteoporose (knogleskørhed)	0,3	0,5	0,7	2,4	7,8	14,5	23,6	6,2
Kræft	0,2	0,6	1,3	3,1	5,2	6,7	8,0	3,3
Hjertekrampe	0,9	0,3	0,7	1,3	2,3	2,9	5,7	1,8
Hjerneblødning	0,2	0,3	0,5	1,2	2,1	2,5	5,9	1,6
Blodprop i hjertet	0,1	0,1	0,2	0,5	0,8	1,4	3,3	0,8

I tabel 3.2.2 ses andelen med de specifikke sygdomme og helbredsproblemer blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Forekomsten af flere af de specifikke sygdomme er stærkt afhængig af alder. Således er andelen med slidgigt, forhøjet blodtryk, leddegigt, diabetes, osteoporose og grå stær større i de ældre aldersgrupper end i de yngre. Derimod er andelen med allergi større i de yngre aldersgrupper end i de ældre. Andelen med en psykisk lidelse (både af mindre end 6 måneders og mere end 6 måneders varighed) er mindst i aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover for både mænd og kvinder.

Figur 3.2.2 viser sammenhængen mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, blandt personer med udvalgte sygdomme og helbredsproblemer. Det fremgår af figuren, at der ikke er tydelige sammenhænge.

Figur 3.2.2 Andel, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, blandt personer med udvalgte sygdomme og helbredsproblemer i forskellige uddannelsesgrupper (25 år eller derover). Aldersjusteret procent



A: Diabetes

B: Psykisk lidelse (> 6 måneders varighed)

C: Kronisk lungesygdom

D: Diskusprolaps eller andre rygsygdomme

Multisygdom

At leve med to eller flere kroniske sygdomme (multisygdom) er en voksende udfordring for både den enkelte person og sundhedsvæsenet. Undersøgelser viser, at multisygdom er forbundet med dårlig livskvalitet, dårligt mentalt helbred og nedsat fysisk funktionsevne. Endvidere har personer med multisygdom øget risiko for at blive indlagt, for at indlæggelsen bliver af længere varighed og for at få flere komplikationer efter operation (1).

Opgørelsen af, hvor mange der har multisygdom, påvirkes af, hvilke og hvor mange sygdomme, der tages med i opgørelsen, og om man kun medregner personer, der aktuelt er syge, eller om man også medregner personer med eftervirkninger af sygdom. I denne rapport opgøres antallet af sygdomme hos den enkelte ved en optælling af forekomsten af følgende sygdomme og helbredsproblemer, som hver enkelt svarperson angiver at have eller have eftervirkninger af: astma, allergi, diabetes, blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning, kronisk lungesygdom, slidgigt, leddegigt, osteoporose, kræft, psykisk lidelse (både af mindre end 6 måneders og mere end 6 måneders varighed) og diskusprolaps eller andre rygsygdomme.

Tabel 3.2.3 viser, at der er en større andel med multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) blandt kvinder (29,5 %) end blandt mænd (22,7 %). Dette gælder i alle aldersgrupper. Andelen med multisygdom stiger med stigende alder blandt både mænd og kvinder.

Tabel 3.2.3 Antal sygdomme og helbredsproblemer blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Ingen sygdom	67,7	62,8	57,4	50,8	41,9	38,6	35,2	51,9
Én sygdom	21,3	24,0	25,5	26,3	26,1	28,0	27,2	25,3
To sygdomme	8,5	9,2	10,6	12,9	15,3	17,3	19,3	12,8
Tre sygdomme	1,6	2,7	3,9	5,7	9,1	9,2	10,1	5,7
Fire eller flere sygdomme	0,9	1,2	2,6	4,3	7,6	6,9	8,1	4,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Kvinder								
Ingen sygdom	56,6	56,7	51,1	42,8	34,0	30,4	26,1	43,1
Én sygdom	26,8	25,3	27,0	27,8	27,5	30,0	28,2	27,5
To sygdomme	11,9	11,9	13,4	15,7	18,4	19,6	21,5	15,9
Tre sygdomme	3,4	4,0	5,4	7,8	10,4	11,1	12,8	7,7
Fire eller flere sygdomme	1,3	2,1	3,1	5,9	9,7	9,0	11,5	5,9
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og antal sygdomme (tabel 3.2.4). Andelen med multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) er størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (42,5 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (20,3 %).

Tabel 3.2.4 Antal sygdomme og helbredsproblemer i forskellige uddannelsesgrupper (25 år eller derover). Aldersjusteret procent

	Grundskole	Kort uddannelse	Kort videregående uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Ingen sygdom	34,8	41,6	45,5	43,4	49,9
Én sygdom	22,7	27,9	27,8	30,0	29,8
To sygdomme	18,6	16,3	15,0	15,5	12,9
Tre sygdomme	12,3	8,3	6,7	6,6	4,9
Fire eller flere sygdomme	11,6	5,9	5,1	4,4	2,5
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sammenhængen mellem antal sygdomme og antal risikofaktorer (jævnfør kapitel 4.6) fremgår af tabel 3.2.5. Det ses, at blandt personer, der ikke har nogen risikofaktorer, er der en mindre andel med multisygdom (21,5 %) end blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer (40,2 %).

Tabel 3.2.5 Antal sygdomme og helbredsproblemer opdelt på antal risikofaktorer. Aldersjusteret procent

	Antal risikofaktorer			
Antal sygdomme	**0**	**1**	**2**	**3-5**
Ingen sygdom	49,6	44,1	38,2	34,2
Én sygdom	29,0	27,9	27,3	25,6
To sygdomme	13,6	15,6	17,2	17,9
Tre sygdomme	5,1	7,0	9,2	12,2
Fire eller flere sygdomme	2,8	5,3	8,1	10,1
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0

3.3 Smerter eller ubehag

Forekomsten af smerter eller ubehag er et andet mål for sygeligheden i befolkningen end eksempelvis forekomsten af langvarig sygdom. Smerter eller ubehag kan være både kendt og ukendt i sundhedsvæsenet. For eksempel vil personer med en nyligt diagnosticeret diskusprolaps formentlig være kendt i sundhedsvæsenet. Et eksempel på det modsatte er hovedpine, som man må antage, kun i få tilfælde kommer til sundhedsvæsenets kendskab, da de færreste går til læge alene for at få hjælp med at behandle en hovedpine.

I denne undersøgelse er forekomsten af smerter eller ubehag belyst ved spørgsmålet: 'Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag?'. For hver af de i tabel 3.3.1 otte nævnte former for smerter eller ubehag var det muligt at svare 'Ja, meget generet', 'Ja, lidt generet' eller 'Nej'. Tabellen er opbygget sådan, at de forskellige former for smerter eller ubehag præsenteres efter hyppighed, hvor de hyppigst forekommende præsenteres først.

Tabel 3.3.1 Andel, der har været meget eller lidt generet af forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. Procent

	Meget generet	Lidt generet	I alt	Antal svarpersoner
Træthed	18,8	47,6	66,5	175.506
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	16,9	39,3	56,1	175.190
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	15,7	37,8	53,5	174.966
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	14,8	38,3	53,2	175.217
Søvnbesvær, søvnproblemer	13,6	32,4	45,9	175.479
Hovedpine	7,5	28,5	36,0	174.557
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	7,0	24,6	31,6	175.261
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	6,6	23,4	30,0	175.431

Tabel 3.3.1 viser forekomsten af de otte former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, opdelt på, hvorvidt personen har været meget eller lidt generet. De hyppigst nævnte former for meget generende smerter eller ubehag er træthed (18,8 %), smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led (16,9 %), smerter eller ubehag i ryg eller lænd (15,7 %), smerter eller ubehag i skulder eller nakke (14,8 %) samt søvnbesvær og søvnproblemer (13,6 %).

Tabel 3.3.2 Andel, der har været meget generet af forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Træthed	16,4	15,5	14,6	14,7	14,6	9,9	14,5	14,4
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	6,1	8,6	11,6	16,0	19,8	17,1	21,1	13,9
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	8,9	10,7	13,5	14,3	16,5	13,0	16,4	13,2
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	7,3	9,0	11,8	13,8	14,5	9,8	9,3	11,0
Søvnbesvær, søvnproblemer	11,9	10,7	10,3	12,1	12,5	8,5	9,1	10,9
Hovedpine	4,9	5,6	5,5	5,9	4,6	2,5	2,5	4,7
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	7,5	7,6	6,5	6,2	5,2	2,9	3,4	5,8
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	6,1	6,5	5,0	5,7	4,9	2,5	3,0	5,0
Kvinder								
Træthed	31,8	27,0	25,6	23,8	19,7	12,7	20,8	23,1
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	9,0	11,4	16,0	22,8	25,9	22,8	32,3	19,7
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	13,2	15,1	16,6	18,8	20,3	18,4	25,6	18,1
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	15,5	17,2	20,1	22,8	20,7	14,2	17,5	18,5
Søvnbesvær, søvnproblemer	17,8	14,1	14,0	18,3	18,1	14,8	15,4	16,1
Hovedpine	15,1	12,7	13,8	11,8	8,1	4,6	3,7	10,3
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	14,1	8,6	7,9	8,4	7,4	4,6	5,6	8,1
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	12,8	9,3	7,5	8,2	7,6	5,1	5,8	8,1

Køn og alder har betydning for forekomsten af de forskellige former for smerter eller ubehag. Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag, er større blandt kvinder end blandt mænd for alle nævnte former for smerter eller ubehag (tabel 3.3.2). Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led samt i ryg eller lænd, er stigende med alderen blandt både mænd og kvinder. Blandt kvinder er andelen, der har været meget generet af hovedpine, størst i de yngste aldersgrupper og mindst i de ældste aldersgrupper. Der ses desuden en relativt stor andel (14,1 %), der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år. Der ses desuden en relativt stor andel (12,8 %), der har været meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år.

Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i henholdsvis 2010, 2013 og 2017, fremgår af tabel 3.3.3. For alle former for smerter eller ubehag ses der en stigning i perioden.

Tabel 3.3.3 Andel, der har været meget generet af forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. 2010, 2013 og 2017. Procent

	2010	2013	2017
Træthed	15,1	15,8	18,8
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	14,9	15,3	16,9
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	14,0	13,9	15,7
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	13,3	13,4	14,8
Søvnbesvær, søvnproblemer	10,2	11,0	13,6
Hovedpine	6,6	6,9	7,5
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	5,6	5,9	7,0
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	4,7	4,9	6,6

I de følgende opslagstabeller gives en mere detaljeret beskrivelse af andelen, der inden for de seneste 14 dage har været meget generet af:

- smerter eller ubehag
- søvnbesvær, søvnproblemer
- at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig

Tabel 3.3.4 Meget generende smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	36,7	1		176.250
	2013	37,6	1,04	(1,02;1,06)	160.212
	2017	41,8	1,24	(1,22;1,26)	177.215
Mænd	16-24 år	34,6	0,91	(0,85;0,97)	7.677
	25-34 år	35,4	0,94	(0,89;1,01)	7.726
	35-44 år	35,1	0,93	(0,88;0,99)	10.635
	45-54 år	36,7	1		14.851
	55-64 år	38,4	1,07	(1,02;1,13)	15.460
	65-74 år	31,2	0,78	(0,74;0,83)	16.137
	≥75 år	38,2	1,07	(1,00;1,13)	8.886
	Alle mænd	35,6			81.372
Kvinder	16-24 år	53,1	1,16	(1,10;1,23)	9.890
	25-34 år	48,1	0,95	(0,90;1,00)	10.289
	35-44 år	46,7	0,90	(0,85;0,95)	13.584
	45-54 år	49,4	1		17.900
	55-64 år	46,9	0,91	(0,86;0,95)	17.286
	65-74 år	40,3	0,69	(0,66;0,73)	16.895
	≥75 år	51,2	1,08	(1,02;1,14)	9.999
	Alle kvinder	47,8			95.843
Uddannelse	Under uddannelse	43,9			12.272
	Grundskole	52,2	2,04	(1,94;2,14)	14.101
	Kort uddannelse	43,7	1,39	(1,34;1,43)	62.325
	Kort videregående uddannelse	38,3	1,08	(1,03;1,13)	14.248
	Mellemlang videregående udd.	37,6	1		36.467
	Lang videregående uddannelse	30,5	0,75	(0,71;0,78)	19.395
	Anden uddannelse	46,9	1,64	(1,54;1,74)	8.375
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	36,6	1		86.118
	Arbejdsløse	56,7	2,25	(2,07;2,46)	3.253
	Førtidspensionister	77,9	6,52	(6,03;7,05)	5.640
	Andre uden for arbejdsmarkedet	64,4	3,49	(3,26;3,74)	7.431
	Efterlønsmodtagere	34,5			4.233
	Alderspensionister	39,9			51.917
Samlivsstatus	Gift	38,0	1		97.581
	Samlevende	41,5	1,17	(1,13;1,21)	25.843
	Enlig (separeret, skilt)	50,7	1,60	(1,54;1,67)	13.753
	Enlig (enkestand)	46,7	1,23	(1,17;1,29)	10.605
	Enlig (ugift)	45,3	1,42	(1,37;1,48)	29.433
Region	Hovedstaden	40,8	0,95	(0,93;0,97)	58.435
	Sjælland	45,2	1,16	(1,13;1,19)	20.050
	Syddanmark	44,3	1,11	(1,09;1,14)	41.374
	Midtjylland	40,4	0,94	(0,92;0,96)	34.110
	Nordjylland	38,4	0,86	(0,84;0,89)	23.246

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt har 41,8 % af den voksne befolkning været meget generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd. Der er ingen systematiske forskelle i andelen mellem de forskellige aldersgrupper. Andelen er mindst i aldersgruppen 65-74 år for både mænd og kvinder.

Uddannelse:

Der ses en meget klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med meget generende smerter eller ubehag. Andelen er størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (52,2 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (30,5 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen med meget generende smerter eller ubehag er større blandt førtidspensionister (77,9 %), andre uden for arbejdsmarkedet (64,4 %) og arbejdsløse (56,7 %) end blandt beskæftigede (36,6 %).

Samlivsstatus:

Sammenlignet med gifte er der en større andel med meget generende smerter eller ubehag blandt enlige og samlevende.

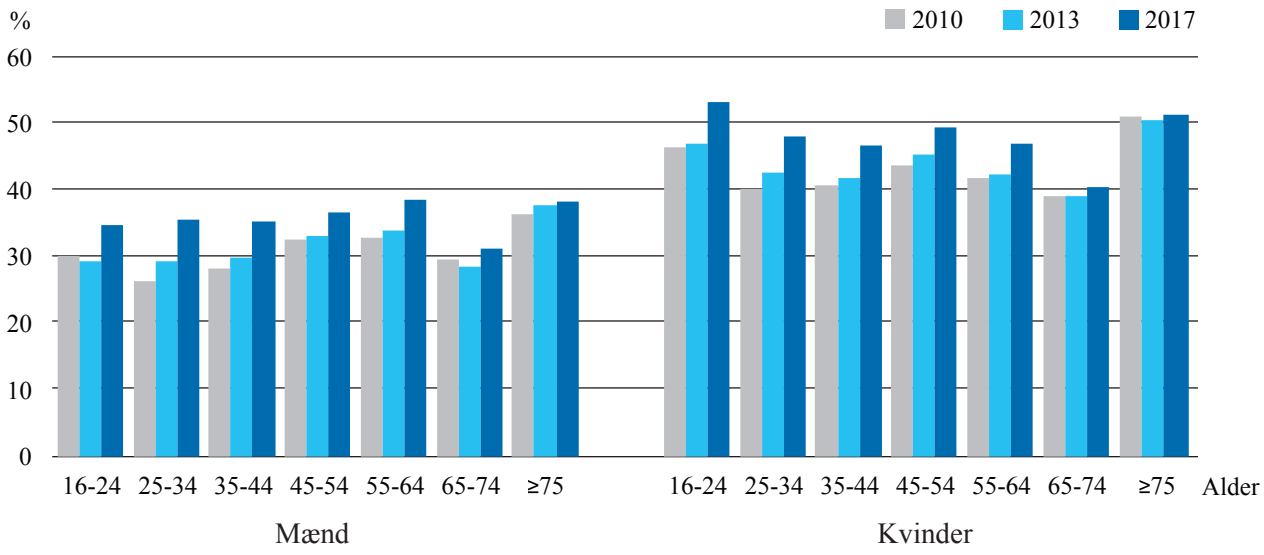
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er andelen med meget generende smerter eller ubehag større i Region Sjælland (45,2 %) og Region Syddanmark (44,3 %). I Region Nordjylland (38,4 %), Region Midtjylland (40,4 %) og Region Hovedstaden (40,8 %) er andelen mindre.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er der sket en stigning i andelen med meget generende smerter eller ubehag. Stigningen ses hovedsageligt i perioden 2013 til 2017. Stigningen ses i alle aldersgrupper hos både mænd og kvinder med undtagelse af kvinder i alderen 75 år eller derover. Der ses desuden en stigning i alle uddannelsesgrupper (data ikke vist).

Figur 3.3.1 Andel, der har været meget generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Tabel 3.3.5 Meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer inden for de seneste 14 dage

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	10,2	1		173.577
	2013	11,0	1,08	(1,06;1,11)	157.852
	2017	13,6	1,38	(1,34;1,41)	175.479
Mænd	16-24 år	11,9	0,98	(0,88;1,08)	7.627
	25-34 år	10,7	0,87	(0,79;0,96)	7.688
	35-44 år	10,3	0,83	(0,76;0,92)	10.578
	45-54 år	12,1	1		14.768
	55-64 år	12,5	1,03	(0,95;1,12)	15.349
	65-74 år	8,5	0,67	(0,62;0,74)	15.995
	≥75 år	9,1	0,72	(0,65;0,80)	8.721
	Alle mænd	10,9			80.726
Kvinder	16-24 år	17,8	0,97	(0,90;1,05)	9.844
	25-34 år	14,1	0,73	(0,68;0,79)	10.224
	35-44 år	14,0	0,73	(0,68;0,78)	13.485
	45-54 år	18,3	1		17.786
	55-64 år	18,1	0,99	(0,93;1,05)	17.141
	65-74 år	14,8	0,78	(0,73;0,83)	16.645
	≥75 år	15,4	0,82	(0,75;0,88)	9.628
	Alle kvinder	16,1			94.753
Uddannelse	Under uddannelse	14,6			12.200
	Grundskole	18,6	1,97	(1,84;2,11)	13.862
	Kort uddannelse	14,0	1,32	(1,25;1,38)	61.851
	Kort videregående uddannelse	12,2	1,08	(1,00;1,16)	14.138
	Mellemlang videregående udd.	11,4	1		36.226
	Lang videregående uddannelse	8,5	0,77	(0,71;0,82)	19.299
	Anden uddannelse	16,9	1,74	(1,60;1,90)	8.254
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	10,1	1		85.631
	Arbejdsløse	23,7	2,81	(2,53;3,12)	3.227
	Førtidspensionister	34,6	4,57	(4,25;4,91)	5.560
	Andre uden for arbejdsmarkedet	31,3	4,51	(4,20;4,85)	7.368
	Efterlønsmodtagere	10,2			4.200
	Alderspensionister	12,1			50.989
Samlivsstatus	Gift	11,3	1		96.720
	Samlevende	12,0	1,15	(1,09;1,21)	25.681
	Enlig (separeret, skilt)	19,7	1,79	(1,69;1,89)	13.587
	Enlig (enkestand)	14,6	1,26	(1,16;1,36)	10.282
	Enlig (ugift)	16,7	1,78	(1,69;1,88)	29.209
Region	Hovedstaden	13,3	0,98	(0,95;1,01)	58.097
	Sjælland	15,0	1,13	(1,09;1,18)	19.809
	Syddanmark	14,5	1,09	(1,05;1,12)	40.863
	Midtjylland	12,8	0,94	(0,91;0,97)	33.645
	Nordjylland	12,2	0,88	(0,85;0,92)	23.065

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt angiver 13,6 % af den voksne befolkning, at de har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd. De største andele ses i aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år for både mænd og kvinder. Der ses dog også en relativt stor andel blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer. Andelen er størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (18,6 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (8,5 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer, er markant større blandt førtidspensionister (34,6 %), andre uden for arbejdsmarkedet (31,3 %) og arbejdsløse (23,7 %) end blandt beskæftigede (10,1 %).

Samlivsstatus:

Sammenlignet med gifte er der en større andel, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer, blandt enlige og samlevende.

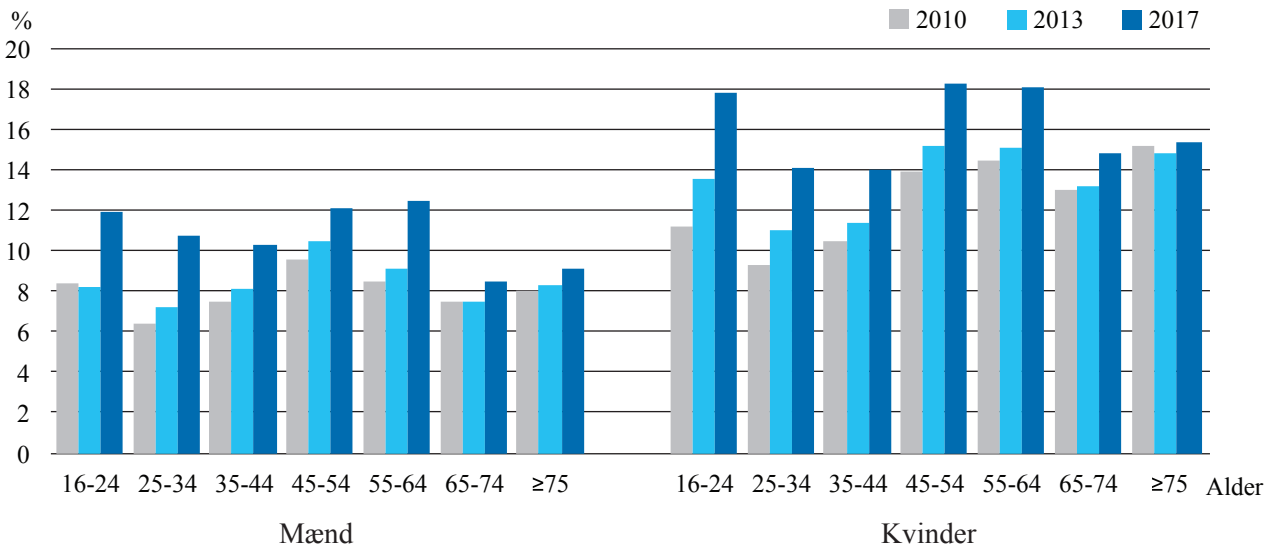
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er andelen, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer, større i Region Sjælland (15,0 %) og Region Syddanmark (14,5 %). I Region Nordjylland (12,2%) og Region Midtjylland (12,8 %) er andelen mindre.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er der sket en stigning i andelen, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer. Stigningen ses hovedsageligt i perioden 2013 til 2017. Stigningen ses i alle aldersgrupper hos både mænd og kvinder med undtagelse af kvinder i alderen 75 år eller derover, hvor andelen stort set er uændret. Der ses desuden en stigning i alle uddannelsesgrupper (data ikke vist).

Figur 3.3.2 Andel, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Tabel 3.3.6 Meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	5,6	1		173.406
	2013	5,9	1,05	(1,01;1,09)	157.771
	2017	7,0	1,28	(1,24;1,33)	175.261
Mænd	16-24 år	7,5	1,24	(1,09;1,41)	7.625
	25-34 år	7,6	1,25	(1,09;1,42)	7.688
	35-44 år	6,5	1,05	(0,92;1,19)	10.576
	45-54 år	6,2	1		14.747
	55-64 år	5,2	0,82	(0,73;0,93)	15.338
	65-74 år	2,9	0,45	(0,39;0,52)	15.965
	≥75 år	3,4	0,54	(0,46;0,64)	8.695
	Alle mænd	5,8			80.634
Kvinder	16-24 år	14,1	1,81	(1,64;1,99)	9.839
	25-34 år	8,6	1,03	(0,93;1,15)	10.240
	35-44 år	7,9	0,94	(0,85;1,04)	13.504
	45-54 år	8,4	1		17.759
	55-64 år	7,4	0,88	(0,79;0,97)	17.106
	65-74 år	4,6	0,53	(0,47;0,59)	16.605
	≥75 år	5,6	0,65	(0,57;0,73)	9.574
	Alle kvinder	8,1			94.627
Uddannelse	Under uddannelse	10,4			12.187
	Grundskole	9,3	2,63	(2,37;2,92)	13.824
	Kort uddannelse	6,8	1,47	(1,37;1,59)	61.769
	Kort videregående uddannelse	5,7	1,20	(1,07;1,34)	14.138
	Mellemlang videregående udd.	5,0	1		36.213
	Lang videregående uddannelse	4,7	0,90	(0,81;1,01)	19.293
	Anden uddannelse	9,2	2,31	(2,05;2,61)	8.256
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	4,4	1		85.582
	Arbejdsløse	16,7	4,60	(4,06;5,20)	3.229
	Førtidspensionister	19,7	6,31	(5,75;6,92)	5.561
	Andre uden for arbejdsmarkedet	23,1	7,15	(6,56;7,80)	7.372
	Efterlønsmodtagere	3,3			4.201
	Alderspensionister	4,1			50.839
Samlivsstatus	Gift	4,5	1		96.576
	Samlevende	6,2	1,23	(1,13;1,32)	25.675
	Enlig (separeret, skilt)	10,2	2,44	(2,26;2,64)	13.563
	Enlig (enkestand)	6,5	2,03	(1,80;2,29)	10.249
	Enlig (ugift)	11,6	2,44	(2,27;2,62)	29.198
Region	Hovedstaden	7,2	1,02	(0,98;1,07)	58.128
	Sjælland	7,8	1,19	(1,12;1,26)	19.748
	Syddanmark	7,2	1,07	(1,02;1,12)	40.743
	Midtjylland	6,4	0,90	(0,85;0,94)	33.600
	Nordjylland	5,9	0,86	(0,81;0,91)	23.042

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt oplyser 7,0 % af den voksne befolkning, at de har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage. I alle aldersgrupper er andelen større blandt kvinder end blandt mænd. Andelen er størst blandt de 16-24-årige kvinder (14,1 %).

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig. Andelen er størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (9,3 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (4,7 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, er markant større blandt andre uden for arbejdsmarkedet (23,1 %), førtidspensionister (19,7 %) og arbejdsløse (16,7 %) end blandt beskæftigede (4,4 %).

Samlivsstatus:

Sammenlignet med gifte er der en større andel, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, blandt enlige og samlevende.

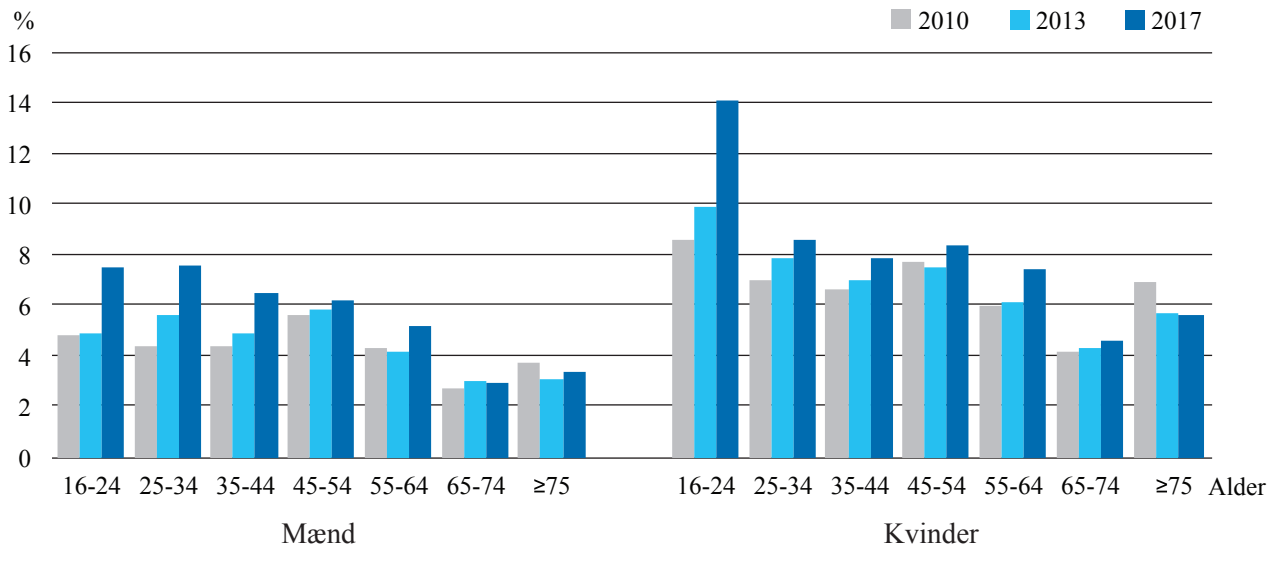
Region:

Andelen i de fem regioner, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, afgiver ikke nævneværdigt fra landsgennemsnittet. I Region Sjælland ses den største andel (7,8 %), og i Region Nordjylland ses den mindste andel (5,9 %).

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er der sket en stigning på 1,4 procentpoint i andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig. Stigningen ses hovedsageligt i perioden 2013 til 2017. Stigningen ses i alle aldersgrupper med undtagelse af mænd og kvinder i de to ældste aldersgrupper, hvor andelen er stort set uændret i perioden. Stigningen er særligt markant blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år. Endvidere ses der overordnet en stigning i alle uddannelsesgrupper (data ikke vist).

Figur 3.3.3 Andel, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



4 SUNDHEDSADFÆRD

4.1 Rygning

Tobaksrygning

Gennem de seneste årtier har andelen af rygere været faldende i Danmark (1, 2), men der er tegn på, at andelen er stagneret i de seneste år (2). Andelen, der ryger, er større end i de øvrige nordiske lande (3). Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme, herunder særlig lungekræft, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjertekarsygdom (4, 5). Uanset hvor meget man ryger, er rygning relateret til en øget risiko for sygdom.

Rygning er den forebyggelige enkeltfaktor, som har størst betydning for folkesundheden i Danmark (6). Opgørelser viser således, at sammenlignet med personer, der aldrig har røget, er der i Danmark årligt knap 14.000 flere dødsfald blandt rygere og eksrygere. Det svarer til, at næsten hvert tredje dødsfald skyldes rygning. Storrygere, defineret som personer, der ryger 15 cigaretter eller flere om dagen, lever i gennemsnit 10-11 år kortere end personer, som aldrig har røget, mens personer, der ryger mindre end 15 cigaretter om dagen, i gennemsnit lever godt 6 år kortere end personer, som aldrig har røget. Eksrygere lever i gennemsnit 2-3 år kortere end personer, der aldrig har røget. Rygning er derfor også en af de væsentligste årsager til den relativt dårlige udvikling i danskernes middellevetid sammenlignet med i andre lande.

Faldet i andelen af rygere herhjemme er ikke ligeligt fordelt mellem uddannelsesgrupperne. Andelen er i perioden 1985 til 2009 faldet markant mere blandt personer med en lang uddannelse sammenlignet med personer med en kort uddannelse (7). Dette har resulteret i en stigende social ulighed i rygning. Beregninger viser, at rygning og alkohol kan forklare størstedelen af den sociale ulighed i dødelighed i Danmark og næsten hele den stigning, der har været i uligheden siden 1985 (7).

I denne undersøgelse er svarpersonerne blevet spurgt om, hvorvidt de ryger. Dagligrygere er desuden blevet spurgt om, hvor meget de i gennemsnit ryger om dagen, og om de ønsker at stoppe med at ryge.

I alt oplyser 16,9 % af befolkningen, at de ryger dagligt, og 5,5 % oplyser, at de ryger indimellem. Samlet set er der således 22,4 % af den voksne befolkning, der ryger, hvilket svarer til ca. 1,06 mio. personer. I opgørelsen af dagligrygere indgår personer, der enten ryger cigaretter, cerutter, cigarer og/eller pibe.

Køn og alder

Der er en større andel blandt mænd (18,5 %) end blandt kvinder (15,4 %), der ryger dagligt (tabel 4.1.1). Andelen af dagligrygere er størst i aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år for både mænd og kvinder. I alt angiver 6,3 % blandt mænd og 4,6 % blandt kvinder, at de ryger lejlighedsvis, det vil sige mindst én gang om ugen eller sjældnere end hver uge. Både blandt mænd og kvinder er andelen størst i aldersgruppen 16-24 år. Overordnet set falder andelen, der ryger lejlighedsvis, med stigende alder. Tabellen viser endvidere, at der er en større andel blandt kvinder (51,7 %) end blandt mænd (45,0 %), der aldrig har røget.

Tabel 4.1.1 Rygevaner blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Ryger dagligt	17,1	18,7	18,4	20,9	21,9	16,9	11,4	18,5
Ryger mindst én gang om ugen	5,3	5,0	3,0	2,1	2,0	1,2	1,0	2,9
Rygere sjældnere end hver uge	8,1	6,6	3,7	2,0	1,1	0,9	0,7	3,4
Har tidligere røget	8,9	16,6	22,6	29,3	38,6	50,8	57,4	30,2
Har aldrig røget	60,5	53,1	52,4	45,7	36,4	30,2	29,5	45,0
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	7.526	7.575	10.477	14.700	15.357	15.982	8.704	80.321
Kvinder								
Ryger dagligt	14,2	13,5	15,3	19,0	20,3	13,6	9,3	15,4
Ryger mindst én gang om ugen	4,6	2,9	2,2	1,7	1,3	0,9	0,6	2,0
Rygere sjældnere end hver uge	7,7	4,5	2,6	1,4	1,1	0,6	0,6	2,6
Har tidligere røget	9,2	18,5	24,5	30,5	38,3	38,8	38,4	28,2
Har aldrig røget	64,3	60,6	55,3	47,4	39,1	46,1	51,1	51,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	9.773	10.168	13.437	17.717	17.152	16.672	9.586	94.505

Uddannelse

Der er en meget klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og forekomsten af personer, der ryger dagligt (tabel 4.1.2). Både blandt mænd og kvinder er andelen størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse. Endvidere ses, at andelen, der ryger lejlighedsvis, er større blandt personer med en lang videregående uddannelse end blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau. Dette gælder for både mænd og kvinder. Det samme mønster ses i forhold til andelen, der aldrig har røget.

Tabel 4.1.2 Rygevaner blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent

	Grundskole	Kort uddannelse	Kort videregående uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Mænd					
Ryger dagligt	34,5	21,0	14,8	13,9	8,1
Ryger mindst én gang om ugen	2,2	2,2	2,5	2,8	2,6
Rygere sjældnere end hver uge	1,2	2,2	2,1	3,2	3,9
Har tidligere røget	34,8	34,5	34,9	35,1	30,9
Har aldrig røget	27,4	40,2	45,7	45,0	54,6
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	6.351	28.484	6.608	13.017	10.005
Kvinder					
Ryger dagligt	29,8	20,0	13,0	10,6	6,3
Ryger mindst én gang om ugen	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9
Rygere sjældnere end hver uge	0,9	1,6	1,8	2,1	2,4
Har tidligere røget	27,5	31,7	32,4	33,7	30,2
Har aldrig røget	40,3	45,2	51,1	51,8	59,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	7.182	29.660	7.186	22.460	9.040

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af andelen, der:

- ryger dagligt
- er storrygere
- ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge

Tabel 4.1.3 Daglig rygning

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	20,9	1		173.243
	2013	17,0	0,78	(0,76;0,79)	158.867
	2017	16,9	0,77	(0,76;0,79)	174.826
Mænd	16-24 år	17,1	0,78	(0,72;0,85)	7.526
	25-34 år	18,7	0,87	(0,80;0,95)	7.575
	35-44 år	18,4	0,85	(0,79;0,92)	10.477
	45-54 år	20,9	1		14.700
	55-64 år	21,9	1,06	(0,99;1,13)	15.357
	65-74 år	16,9	0,77	(0,72;0,83)	15.982
	≥75 år	11,4	0,49	(0,45;0,53)	8.704
	Alle mænd	18,5			80.321
Kvinder	16-24 år	14,2	0,70	(0,65;0,76)	9.773
	25-34 år	13,5	0,67	(0,62;0,72)	10.168
	35-44 år	15,3	0,77	(0,72;0,83)	13.437
	45-54 år	19,0	1		17.717
	55-64 år	20,3	1,08	(1,02;1,15)	17.152
	65-74 år	13,6	0,67	(0,63;0,72)	16.672
	≥75 år	9,3	0,44	(0,40;0,48)	9.586
	Alle kvinder	15,4			94.505
Uddannelse	Under uddannelse	14,2			12.235
	Grundskole	25,4	3,09	(2,90;3,30)	13.855
	Kort uddannelse	20,6	1,90	(1,81;1,99)	62.057
	Kort videregående uddannelse	14,6	1,18	(1,10;1,26)	14.202
	Mellemlang videregående udd.	12,1	1		36.415
	Lang videregående uddannelse	6,7	0,50	(0,47;0,55)	19.381
	Anden uddannelse	21,0	2,09	(1,93;2,26)	8.300
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	15,8	1		85.972
	Arbejdsløse	27,8	2,14	(1,94;2,36)	3.245
	Førtidspensionister	34,3	2,76	(2,58;2,97)	5.534
	Andre uden for arbejdsmarkedet	27,1	2,32	(2,16;2,50)	7.402
	Efterlønsmodtagere	20,1			4.220
	Alderspensionister	13,2			50.944
Samlivsstatus	Gift	13,0	1		96.455
	Samlevende	19,3	1,83	(1,75;1,92)	25.796
	Enlig (separeret, skilt)	26,9	2,49	(2,37;2,62)	13.545
	Enlig (enkestand)	15,1	1,91	(1,77;2,06)	10.249
	Enlig (ugift)	20,0	2,17	(2,06;2,28)	28.781
Region	Hovedstaden	15,9	0,92	(0,90;0,95)	57.954
	Sjælland	18,4	1,09	(1,05;1,13)	19.836
	Syddanmark	18,7	1,11	(1,08;1,14)	40.317
	Midtjylland	15,7	0,90	(0,88;0,93)	33.751
	Nordjylland	16,9	0,99	(0,95;1,03)	22.968

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt oplyser 16,9 % af den voksne befolkning, at de ryger dagligt. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt mænd end blandt kvinder. De største andele ses i aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år for både mænd og kvinder.

Uddannelse:

Der ses en meget klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der ryger dagligt. Andelen er markant større blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (25,4 %) end blandt personer med en lang videregående uddannelse (6,7 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Forekomsten af personer, der ryger dagligt, er markant højere blandt førtidspensionister (34,3 %), arbejdsløse (27,8 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (27,1 %) end blandt beskæftigede (15,8 %).

Samlivsstatus:

Forekomsten af personer, der ryger dagligt, er højest blandt enlige (separerede, skilte) og lavest blandt gifte.

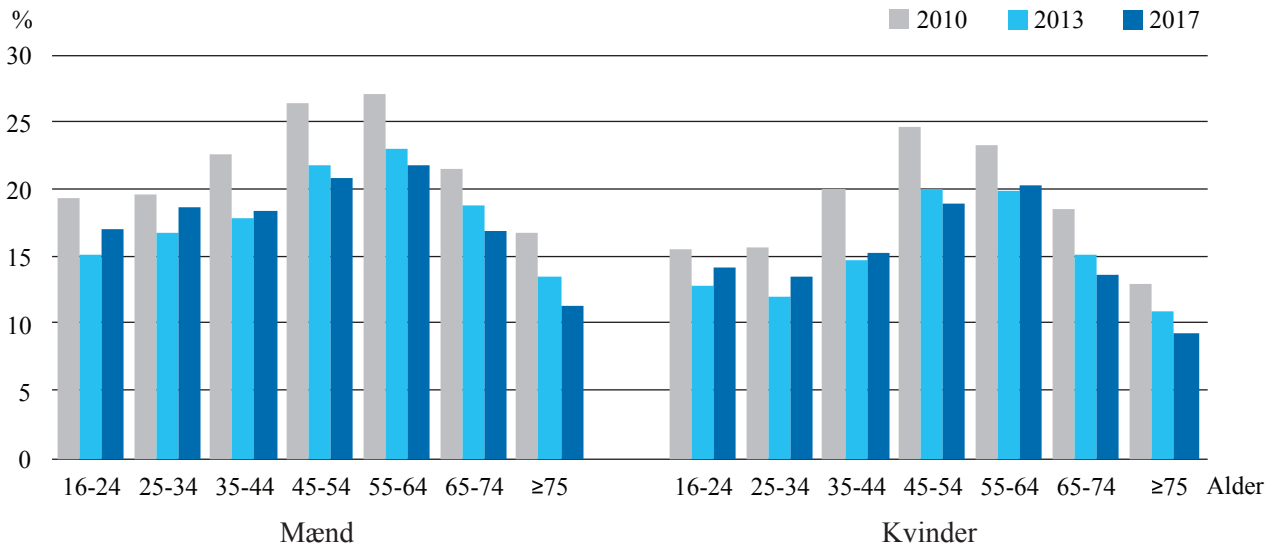
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er der en større andel i Region Syddanmark (18,7 %) og Region Sjælland (18,4 %), der ryger dagligt. I Region Midtjylland (15,7 %) og Region Hovedstaden (15,9 %) er andelen mindre.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2013 er der sket et fald i andelen, der ryger dagligt, hvorefter andelen er uændret. I perioden 2013 til 2017 er der sket en stigning i de yngste aldersgrupper, mens der er sket et fald i de ældste aldersgrupper blandt både mænd og kvinder. Endvidere ses et fald i alle uddannelsesgrupper i perioden 2010 til 2013, hvorefter andelen er uændret i alle grupper. Dog ses der en lille stigning i perioden 2013 til 2017 blandt kvinder med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (figur 4.1.3).

Figur 4.1.1 Andel, der ryger dagligt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Tabel 4.1.4 Storrygning (15 eller flere cigaretter om dagen)

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	10,9	1		172.678
	2013	8,2	0,74	(0,72;0,76)	158.348
	2017	7,9	0,72	(0,70;0,74)	174.645
Mænd	16-24 år	5,6	0,36	(0,32;0,41)	7.513
	25-34 år	9,4	0,63	(0,57;0,70)	7.567
	35-44 år	11,1	0,76	(0,69;0,83)	10.466
	45-54 år	14,1	1		14.688
	55-64 år	13,0	0,91	(0,84;0,98)	15.332
	65-74 år	7,3	0,48	(0,44;0,53)	15.962
	≥75 år	2,8	0,17	(0,15;0,20)	8.707
	Alle mænd	9,7			80.235
Kvinder	16-24 år	4,2	0,43	(0,38;0,49)	9.771
	25-34 år	5,1	0,53	(0,47;0,60)	10.160
	35-44 år	7,0	0,74	(0,67;0,82)	13.423
	45-54 år	9,3	1		17.697
	55-64 år	8,9	0,95	(0,87;1,04)	17.126
	65-74 år	5,1	0,52	(0,47;0,58)	16.658
	≥75 år	2,1	0,21	(0,18;0,25)	9.575
	Alle kvinder	6,2			94.410
Uddannelse	Under uddannelse	4,6			12.226
	Grundskole	13,6	4,13	(3,77;4,52)	13.830
	Kort uddannelse	10,5	2,24	(2,10;2,40)	61.991
	Kort videregående uddannelse	6,6	1,26	(1,14;1,40)	14.198
	Mellemlang videregående udd.	4,9	1		36.389
	Lang videregående uddannelse	2,4	0,43	(0,37;0,49)	19.376
	Anden uddannelse	10,5	2,45	(2,20;2,73)	8.290
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	7,9	1		85.915
	Arbejdsløse	15,7	2,40	(2,13;2,71)	3.243
	Førtidspensionister	21,6	3,25	(2,98;3,53)	5.507
	Andre uden for arbejdsmarkedet	15,0	2,63	(2,41;2,88)	7.387
	Efterlønsmodtagere	8,6			4.212
	Alderspensionister	4,7			50.902
Samlivsstatus	Gift	5,9	1		96.382
	Samlevende	9,4	1,99	(1,87;2,12)	25.767
	Enlig (separeret, skilt)	14,3	2,77	(2,60;2,97)	13.521
	Enlig (enkestand)	5,4	2,14	(1,90;2,41)	10.226
	Enlig (ugift)	9,3	2,49	(2,33;2,67)	28.749
Region	Hovedstaden	7,2	0,89	(0,85;0,92)	57.927
	Sjælland	8,9	1,11	(1,05;1,16)	19.823
	Syddanmark	9,3	1,17	(1,12;1,22)	40.243
	Midtjylland	7,1	0,87	(0,83;0,91)	33.717
	Nordjylland	8,0	1,00	(0,95;1,05)	22.935

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt angiver 7,9 % af den voksne befolkning, at de er storrygere, det vil sige, at de ryger 15 eller flere cigaretter om dagen. I alle aldersgrupper er andelen større blandt mænd end blandt kvinder. De største andele ses i aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år for både mænd og kvinder.

Uddannelse:

Der ses en meget klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og forekomsten af personer, der er storrygere. Således falder forekomsten fra 13,6 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 2,4 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Forekomsten af personer, der er storrygere, er højere blandt førtidspensionister (21,6 %), arbejdsløse (15,7 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (15,0 %) end blandt beskæftigede (7,9 %).

Samlivsstatus:

Når der tages højde for køns- og aldersfordelingen i grupperne, er forekomsten af personer, der er storrygere, højest blandt enlige (separerede, skilte) og lavest blandt gifte.

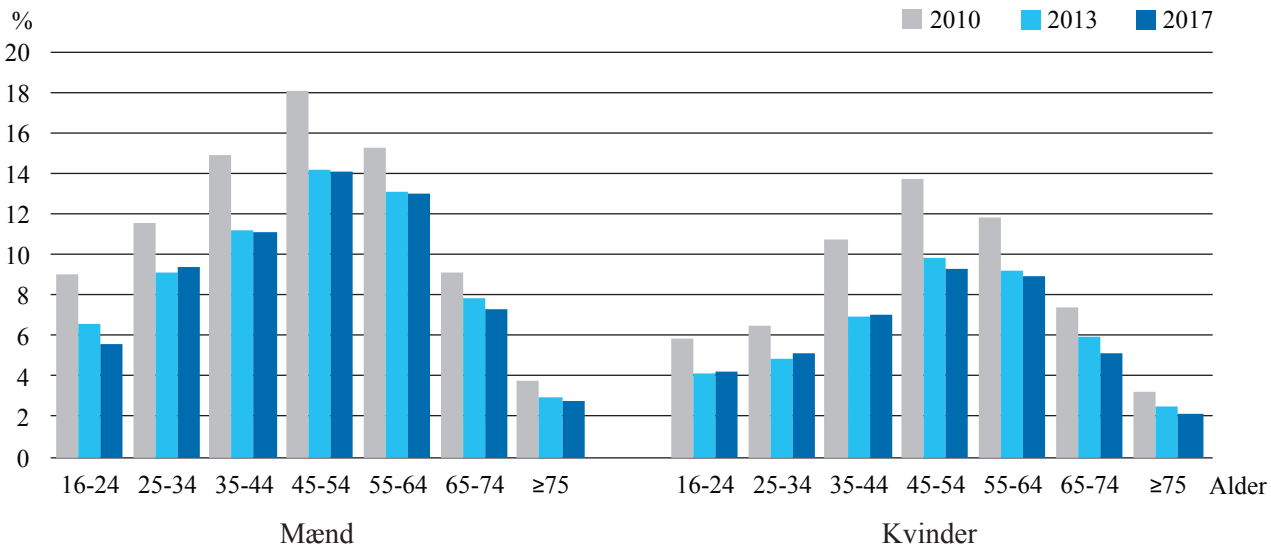
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er der en større andel i Region Syddanmark (9,3 %) og Region Sjælland (8,9 %), der er storrygere. I Region Midtjylland (7,1 %) og Region Hovedstaden (7,2 %) er andelen mindre.

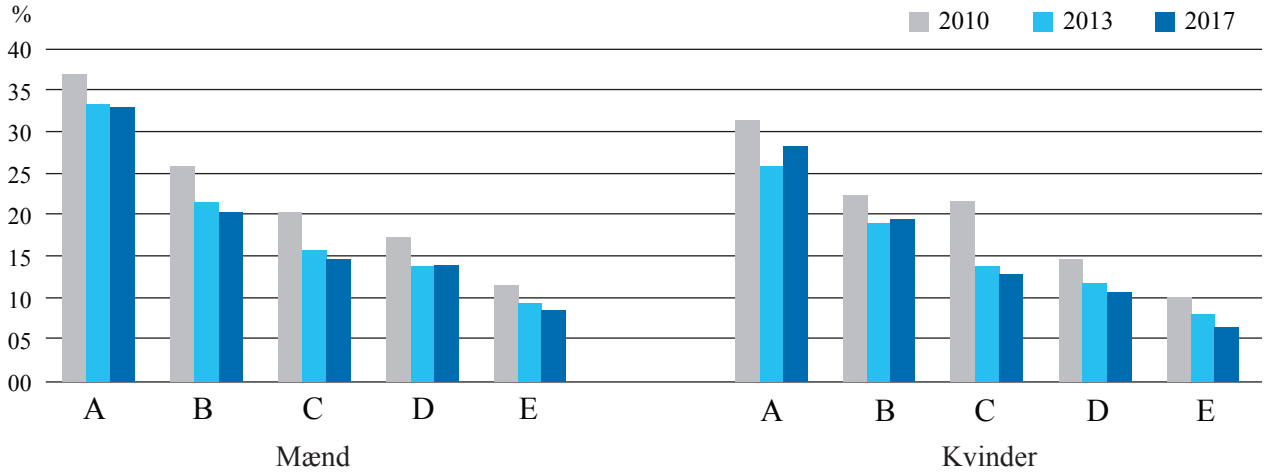
Udvikling:

I perioden 2010 til 2013 er der sket et fald i andelen, der er storrygere, hvorefter andelen stort set er uændret. Den samme udvikling ses i alle køns-, alders- og uddannelsesgrupper. Dog ses der en lille stigning i perioden 2013 til 2017 blandt kvinder med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau. I den samme periode ses et lille fald blandt kvinder med en videregående uddannelse (figur 4.1.4).

Figur 4.1.2 Andel storrygere (15 eller flere cigaretter om dagen) blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent

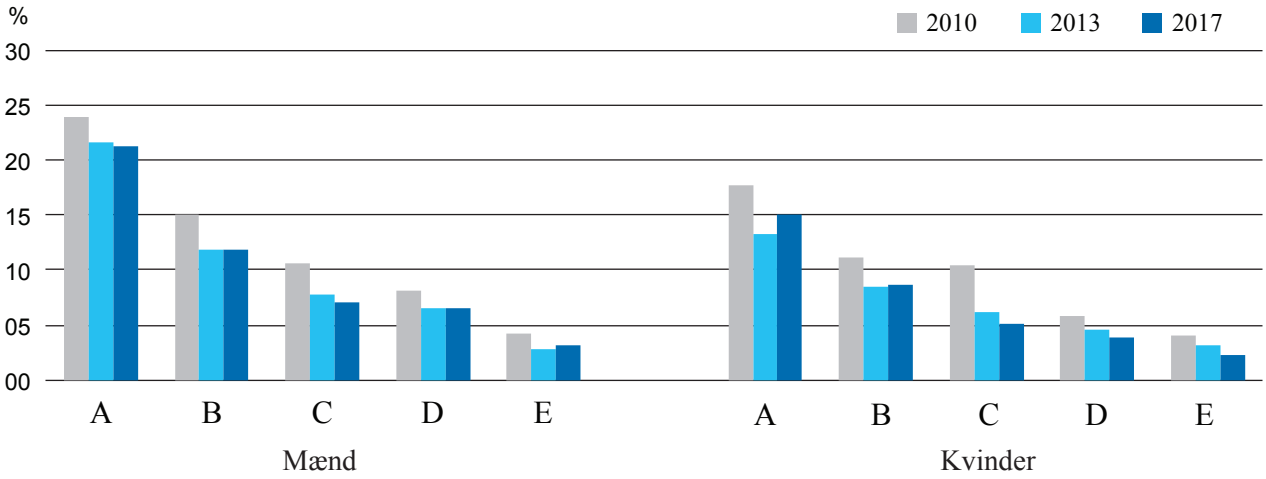


Figur 4.1.3 Forekomsten af personer, der ryger dagligt, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013 og 2017. Aldersjusteret procent



A: Grundskole **B:** Kort uddannelse **C:** Kort videregående uddannelse
D: Mellemlang videregående uddannelse **E:** Lang videregående uddannelse

Figur 4.1.4 Forekomsten af storrygere (15 eller flere cigaretter om dagen) blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013 og 2017. Aldersjusteret procent



A: Grundskole **B:** Kort uddannelse **C:** Kort videregående uddannelse
D: Mellemlang videregående uddannelse **E:** Lang videregående uddannelse

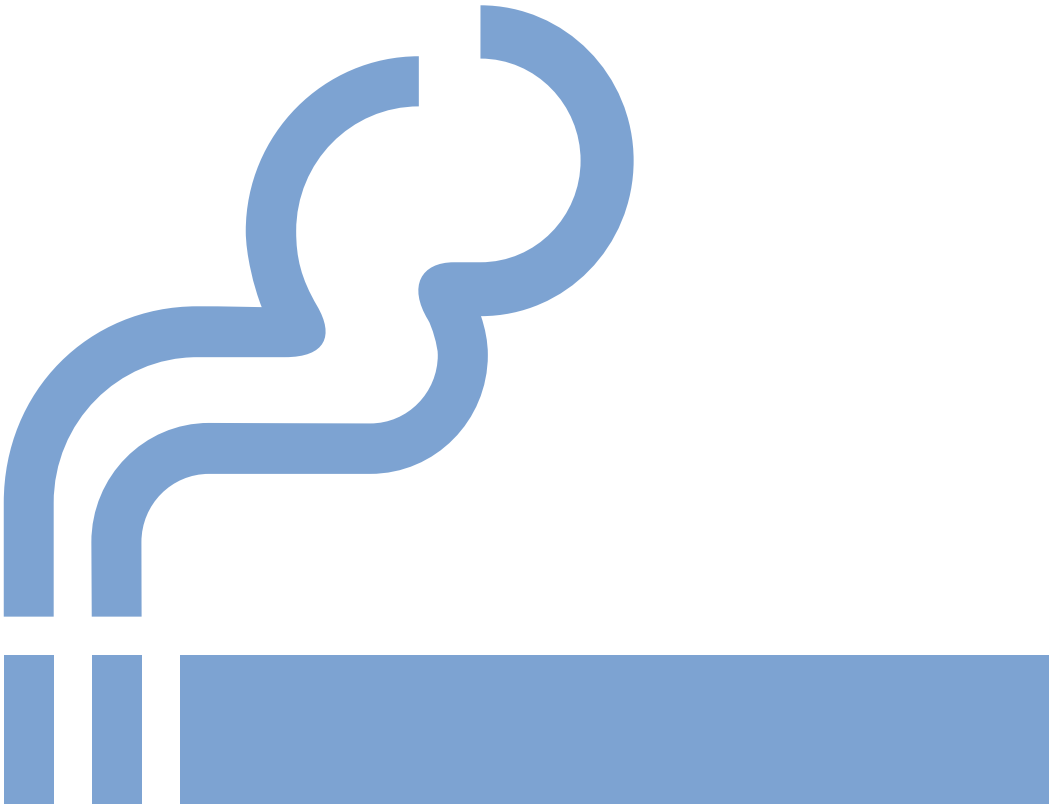
Rygestop

I tabel 4.1.6 ses, at 73,2 % af dagligrygerne ønsker at stoppe med at ryge. Der er ikke forskel i andelen af smårygere (14 eller færre cigaretter om dagen) (72,9 %) og storrygere (15 eller flere cigaretter om dagen) (73,5 %), der gerne vil holde op med at ryge. Dette gælder både blandt mænd og kvinder (data ikke vist).

Dagligrygere, der ønsker at stoppe med at ryge, er endvidere blevet spurgt om, hvorvidt de gerne vil have støtte og hjælp til at stoppe (for eksempel i form af et rygestopkursus eller støtte fra egen læge). Blandt dagligrygere, der ønsker at holde op med at ryge, oplyser 42,6 %, at de gerne vil have støtte og hjælp til at gennemføre det. Opgøres dette på storrygere og smårygere ses, at der er en større andel blandt storrygere end blandt smårygere, der ønsker støtte eller hjælp til at holde op med at ryge (tabel 4.1.5).

Tabel 4.1.5 Andel, der ønsker støtte eller hjælp til at holde op med at ryge, blandt rygere, der gerne vil holde op med at ryge. Mænd og kvinder opdelt på smårygere og storrygere.

	Smårygere	Storrygere
Mænd	34,6	52,3
Kvinder	35,0	50,0
Alle	34,8	51,4
Antal svarpersoner	10.065	8.977



Tabel 4.1.6 Dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	74,0	1		34.158
	2013	72,9	0,97	(0,93;1,02)	25.290
	2017	73,2	0,97	(0,93;1,02)	26.828
Mænd	16-24 år	77,6	1,04	(0,86;1,25)	1.156
	25-34 år	82,8	1,44	(1,19;1,74)	1.348
	35-44 år	80,0	1,20	(1,01;1,42)	1.768
	45-54 år	77,0	1		2.723
	55-64 år	70,2	0,70	(0,61;0,81)	3.036
	65-74 år	58,5	0,42	(0,37;0,49)	2.440
	≥75 år	35,9	0,17	(0,14;0,20)	901
	Alle mænd	72,8			13.372
Kvinder	16-24 år	80,9	1,27	(1,05;1,53)	1.272
	25-34 år	84,5	1,64	(1,34;2,01)	1.332
	35-44 år	80,0	1,21	(1,03;1,42)	1.885
	45-54 år	76,9	1		3.062
	55-64 år	71,9	0,77	(0,67;0,88)	3.084
	65-74 år	61,4	0,48	(0,42;0,55)	2.002
	≥75 år	40,4	0,20	(0,17;0,25)	819
	Alle kvinder	73,7			13.456
Uddannelse	Under uddannelse	77,9			1.551
	Grundskole	63,2	0,64	(0,56;0,72)	3.155
	Kort uddannelse	74,4	0,82	(0,75;0,91)	11.583
	Kort videregående uddannelse	76,4	0,89	(0,77;1,04)	1.880
	Mellemlang videregående udd.	77,6	1		4.109
	Lang videregående uddannelse	75,2	0,86	(0,73;1,02)	1.231
	Anden uddannelse	70,5	0,74	(0,63;0,87)	1.574
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	80,0	1		12.713
	Arbejdsløse	78,3	0,88	(0,72;1,08)	875
	Førtidspensionister	65,5	0,54	(0,47;0,61)	1.816
	Andre uden for arbejdsmarkedet	73,3	0,66	(0,57;0,76)	1.900
	Efterlønsmodtagere	71,3			777
	Alderspensionister	53,2			6.162
Samlivsstatus	Gift	71,3	1		11.729
	Samlevende	79,9	1,10	(0,99;1,22)	4.799
	Enlig (separeret, skilt)	70,1	0,99	(0,90;1,10)	3.425
	Enlig (enkestand)	53,8	0,98	(0,85;1,13)	1.475
	Enlig (ugift)	76,3	0,87	(0,78;0,96)	5.400
Region	Hovedstaden	75,8	1,11	(1,05;1,18)	8.156
	Sjælland	72,3	0,99	(0,92;1,07)	3.256
	Syddanmark	70,9	0,90	(0,85;0,96)	6.861
	Midtjylland	72,7	0,98	(0,92;1,05)	4.941
	Nordjylland	72,9	1,03	(0,95;1,11)	3.614

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt angiver 73,2 % af dagligrygerne, at de gerne vil holde op med at ryge. Der ses ingen væsentlig forskel i andelen mellem mænd (72,8 %) og kvinder (73,7 %). De mindste andele ses blandt mænd og kvinder i den ældste aldersgruppe (75 år eller derover).

Uddannelse:

Der ses ingen tydelig sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen af dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge. Der ses dog en relativt lille andel blandt dagligrygere med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (63,2 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Forekomsten af dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge, er lavere blandt førtidspensionister (65,5 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (73,3 %) end blandt beskæftigede (80,0 %). Blandt arbejdsløse er forekomsten 78,3 %.

Samlivsstatus:

Når der tages højde for køns- og aldersfordelingen i grupperne, ses den laveste forekomst af dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge, blandt enlige (ugifte).

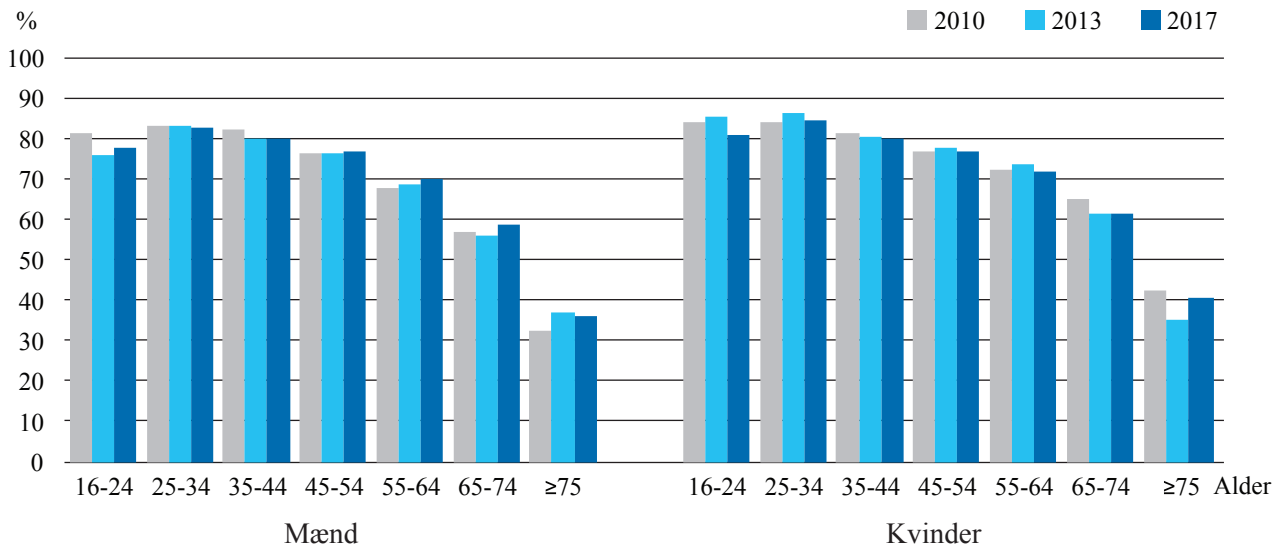
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er forekomsten af dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge, højere i Region Hovedstaden (75,8 %) og lavere i Region Syddanmark (70,9 %).

Udvikling:

Andelen af dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge, er uændret i perioden 2010 til 2017. Ser man på udviklingen i de enkelte køns- og aldersgrupper, fremgår det, at der ikke er sket systematiske ændringer i perioden.

Figur 4.1.5 Andel dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Passiv rygning

Passiv rygning finder sted, når man ved vejrtrækning indånder røg fra tobaksrygning (tobaksforurenet luft) (8). Dette kan eksempelvis ske ved, at man opholder sig i samme rum som en person, der ryger, og dermed via luften indånder noget af selve røgen samt udåndingsluften fra rygeren. Når man udsættes for tobaksforurenet luft, indåndes en vis mængde af de samme skadelige stoffer, som en ryger indånder. Udsættelse for tobaksforurenet luft medfører ofte forskellige akutte gener i form af eksempelvis irritation af øjne og slimhinder i halsen, hoste, hovedpine samt lugtgener (9). Endvidere øges ved passiv rygning også risikoen for typiske rygerelaterede sygdomme, såsom hjertekarsygdom, lungekræft og andre luftvejslidelser (9).

Som led i forebyggelsesarbejdet på tobaksområdet i Danmark blev der i 2007 vedtaget en lov om røgfri miljøer (10). Formålet med loven var at udbrede røgfri miljøer med henblik på at forebygge sundhedsskadelige effekter af passiv rygning og forebygge, at nogen ufrivilligt udsættes for passiv rygning. Loven beskriver, at rygning som hovedregel ikke er tilladt indendørs på arbejdspladser, institutioner, skoler, uddannelsesinstitutioner, indendørs lokaliteter, hvortil offentligheden har adgang, kollektive transportmidler og taxaer samt serveringssteder (10). Loven blev yderligere strammet i 2012.

I denne undersøgelse er svarpersonerne blevet spurgt om, hvor mange timer om dagen de opholder sig i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg.

Tabel 4.1.7 viser, hvor mange timer om dagen ikke-dagligrygere er udsat for passiv rygning. Andelen af ikke-dagligrygere, der er udsat for passiv rygning mindst ½ time om dagen, er lidt større blandt mænd (7,6 %) end blandt kvinder (6,0 %). Både blandt mænd og kvinder er andelen størst i aldersgruppen 16-24 år. I perioden 2013 til 2017 er andelen af ikke-dagligrygere, der er udsat for passiv rygning mindst ½ time om dagen, faldet fra 8,8 % til 6,7 % (data ikke vist).

Tabel 4.1.7 Antal timer pr. dag ikke-dagligrygere er udsat for passiv rygning, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Over 5 timer om dagen	2,0	1,0	1,4	1,5	2,5	2,8	2,5	1,9
1-5 timer om dagen	3,4	2,2	2,0	2,1	3,2	2,5	1,7	2,5
½-1 time om dagen	5,0	3,4	2,8	2,7	3,4	2,5	1,9	3,2
Mindre end ½ time om dagen	22,2	17,1	13,8	14,2	14,8	11,2	9,0	14,9
0 timer	67,5	76,3	80,0	79,6	76,2	81,1	84,9	77,6
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	6.306	6.179	8.645	11.872	12.225	13.368	7.543	66.138
Kvinder								
Over 5 timer om dagen	2,5	1,4	1,3	1,9	2,3	2,3	1,5	1,9
1-5 timer om dagen	3,8	1,7	1,5	1,8	1,9	1,3	0,9	1,8
½-1 time om dagen	4,2	2,1	1,9	2,4	2,4	1,4	1,2	2,3
Mindre end ½ time om dagen	20,4	12,1	8,9	9,9	10,1	6,5	5,7	10,6
0 timer	69,1	82,6	86,5	84,0	83,2	88,5	90,7	83,4
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	8.429	8.756	11.448	14.547	13.920	14.359	8.213	79.672

4.2 Alkohol

Alkohol har stor betydning for folkesundheden i Danmark (1). Opgørelser viser, at omkring 3.000 dødsfald herhjemme hvert år kan relateres til alkohol, enten som den primære eller medvirkende dødsårsag (1, 2). Det svarer til 6 % af alle dødsfald, hvoraf to ud af tre alkoholrelaterede dødsfald sker blandt mænd (1). Ud over at påvirke dødeligheden i befolkningen er et stort alkoholforbrug også helt eller delvist årsag til mere end 200 ICD-10-klassificerede sygdomme og tilstande (3), herunder visse kræftformer, leverlidelser, muskel- og skeletsygdomme, fosterpåvirkning og afhængighed (4). Endvidere kan et alkoholoverforbrug, herunder alkoholafhængighed, have en lang række psykosociale konsekvenser for den enkelte og dennes familie og netværk samt desuden øge risikoen for ulykker, vold og selvmord (1, 5, 6).

Sundhedsstyrelsen har formuleret syv udmeldinger om alkohol i Danmark (7):

- Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred
- Drik ikke alkohol for din sundheds skyld
- Du har en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd (lavrisikogrænse)
- Du har en høj risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på mere end 14 genstande om ugen for kvinder og 21 for mænd (højrisikogrænse)
- Stop før 5 genstande ved samme lejlighed
- Gravide skal undgå alkohol, og kvinder, der prøver at blive gravide, anbefales at undgå alkohol for en sikkerheds skyld
- Ældre skal være særligt forsigtige med alkohol

I denne undersøgelse er svarpersonerne blevet spurgt til, om de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. Svarpersoner, der har drukket alkohol inden for det seneste år, er herefter blevet spurgt om, hvor mange dage om ugen, de drikker alkohol. Der er desuden spurgt til alkoholforbruget i løbet af en typisk uge med angivelse af, hvor mange genstande de typisk drikker på hver af ugens dage for hver af kategorierne øl/alkoholcider, vin/hedvin og spiritus/alkoholsodavand. Der er endvidere spurgt om, hvor tit de drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed, samt om man ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug.

Andelen af den voksne befolkning, der oplyser, at de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, er faldet lidt fra 88,4 % i 2013 til 87,2 % i 2017. I 2010 var andelen 88,6 %. Andelen er større blandt mænd (90,6 %) end blandt kvinder (83,9 %). Andelen, der oplyser, at de drikker alkohol syv dage om ugen, er faldet fra 8,7 % i 2013 til 6,6 % i 2017. I 2010 var andelen 8,6 %. Andelen er større blandt mænd (8,7 %) end blandt kvinder (4,6 %) (data ikke vist).

Det fremgår af tabel 4.2.1, at andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse (14 genstande for mænd og 7 for kvinder om ugen), er den samme for mænd og kvinder. Derimod er der større andel blandt mænd end blandt kvinder, der i løbet af en typisk uge overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse (21 genstande for mænd og 14 for kvinder). Tabellen viser også, at omtrent 6 % af mænd i aldersgrupperne 16-24 år, 55-64 år og 65-74 år drikker 30 eller flere genstande i løbet af en typisk uge.

Tabel 4.2.1 Ugentligt alkoholforbrug blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Ikke drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	10,2	9,4	9,2	9,2	9,7	9,3	12,6	9,7
0 genstande	16,7	13,4	12,4	9,7	7,1	6,0	6,9	10,5
1-7 genstande	31,6	47,0	52,3	47,5	41,0	38,8	42,6	43,3
8-14 genstande	18,3	16,3	15,7	19,0	21,8	22,4	19,1	18,9
15-21 genstande	11,7	7,9	5,3	7,2	9,9	11,6	10,3	8,9
22-29 genstande	5,3	2,9	2,1	2,9	4,7	5,8	4,6	3,9
≥30 genstande	6,2	3,1	3,1	4,5	5,7	6,1	3,9	4,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	7.276	7.319	10.215	14.381	15.013	15.569	8.221	77.994
Kvinder								
Ikke drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	12,1	17,2	16,1	14,6	14,6	16,2	30,3	16,7
0 genstande	18,0	18,8	17,3	13,7	10,8	9,7	9,6	14,1
1-7 genstande	39,0	51,3	58,0	57,8	53,9	51,6	44,3	51,5
8-14 genstande	19,4	9,7	6,7	10,4	14,5	15,5	11,3	12,4
15-21 genstande	6,6	2,0	1,1	2,2	3,9	4,4	3,2	3,3
22-29 genstande	2,6	0,6	0,4	0,6	1,1	1,5	0,6	1,1
≥30 genstande	2,3	0,4	0,4	0,7	1,1	1,0	0,6	0,9
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	9.485	9.872	13.134	17.384	16.771	16.107	8.908	91.661

I de efterfølgende opslagstabeller belyses andelen, der:

- overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge
- overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge
- jævnligt (hver måned) drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed
- overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse og gerne vil nedsætte alkoholforbruget

Tabel 4.2.2 Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	10,6	1		169.920
	2013	8,5	0,77	(0,75;0,79)	152.567
	2017	6,9	0,61	(0,59;0,62)	169.655
Mænd	16-24 år	11,5	1,63	(1,46;1,82)	7.276
	25-34 år	6,1	0,81	(0,71;0,92)	7.319
	35-44 år	5,2	0,69	(0,61;0,78)	10.215
	45-54 år	7,4	1		14.381
	55-64 år	10,4	1,45	(1,32;1,60)	15.013
	65-74 år	11,9	1,69	(1,54;1,86)	15.569
	≥75 år	8,5	1,17	(1,04;1,31)	8.221
	Alle mænd	8,6			77.994
Kvinder	16-24 år	11,5	3,57	(3,17;4,01)	9.485
	25-34 år	3,1	0,87	(0,73;1,02)	9.872
	35-44 år	1,9	0,52	(0,44;0,62)	13.134
	45-54 år	3,5	1		17.384
	55-64 år	6,1	1,78	(1,58;2,00)	16.771
	65-74 år	7,0	2,05	(1,82;2,30)	16.107
	≥75 år	4,4	1,26	(1,10;1,46)	8.908
	Alle kvinder	5,2			91.661
Uddannelse	Under uddannelse	11,0			11.952
	Grundskole	6,2	0,80	(0,72;0,89)	13.271
	Kort uddannelse	7,1	0,99	(0,93;1,06)	60.551
	Kort videregående uddannelse	6,1	0,92	(0,83;1,01)	14.008
	Mellemlang videregående udd.	6,0	1		35.814
	Lang videregående uddannelse	5,8	1,01	(0,93;1,11)	19.141
	Anden uddannelse	5,8	0,78	(0,69;0,88)	7.987
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	5,1	1		84.590
	Arbejdsløse	9,4	2,24	(1,92;2,62)	3.147
	Førtidspensionister	7,5	1,48	(1,31;1,69)	5.275
	Andre uden for arbejdsmarkedet	7,6	1,82	(1,61;2,05)	7.171
	Efterlønsmodtagere	10,5			4.125
	Alderspensionister	8,1			48.805
Samlivsstatus	Gift	5,4	1		94.141
	Samlevende	5,7	1,29	(1,20;1,39)	25.186
	Enlig (separeret, skilt)	8,2	1,60	(1,47;1,73)	13.006
	Enlig (enkestand)	6,0	1,10	(0,99;1,24)	9.614
	Enlig (ugift)	10,5	2,17	(2,02;2,32)	27.708
Region	Hovedstaden	8,4	1,38	(1,33;1,43)	56.328
	Sjælland	7,1	1,08	(1,03;1,14)	19.150
	Syddanmark	6,2	0,93	(0,89;0,97)	38.909
	Midtjylland	5,8	0,87	(0,83;0,92)	32.966
	Nordjylland	5,5	0,82	(0,77;0,87)	22.302

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt overskrider 6,9 % af den voksne befolkning Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge. Højrisikogrænsen er 21 genstande pr. uge for mænd og 14 genstande pr. uge for kvinder. Andelen er større blandt mænd (8,6 %) end blandt kvinder (5,2 %). De største andele ses blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år samt blandt mænd i aldersgrupperne 55-64 år og 65-74 år.

Uddannelse:

Der ses overordnet ingen tydelig sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der overskrider højrisikogrænsen. Der er imidlertid tydelige sammenhænge, hvis analysen foretages separat for mænd og kvinder og opdeles på alder (figur 4.2.3). Blandt mænd i aldersgruppen 25-44 år ses den største andel blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau, mens andelen i aldersgruppen 65 år eller derover er størst blandt personer med en lang videregående uddannelse. Blandt kvinder ses ingen klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen, der overskrider højrisikogrænsen i aldersgruppen 25-44 år. I aldersgruppen 65 år eller derover er andelen klart størst i gruppen af kvinder med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Blandt arbejdsløse (9,4 %), førtidspensionister (7,5 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (7,6 %) er der en større andel, der overskrider højrisikogrænsen, sammenlignet med beskæftigede (5,1 %).

Samlivsstatus:

Andelen, der overskrider højrisikogrænsen, er lavest blandt gifte (5,4 %) og højest blandt enlige (ugifte) (10,5 %).

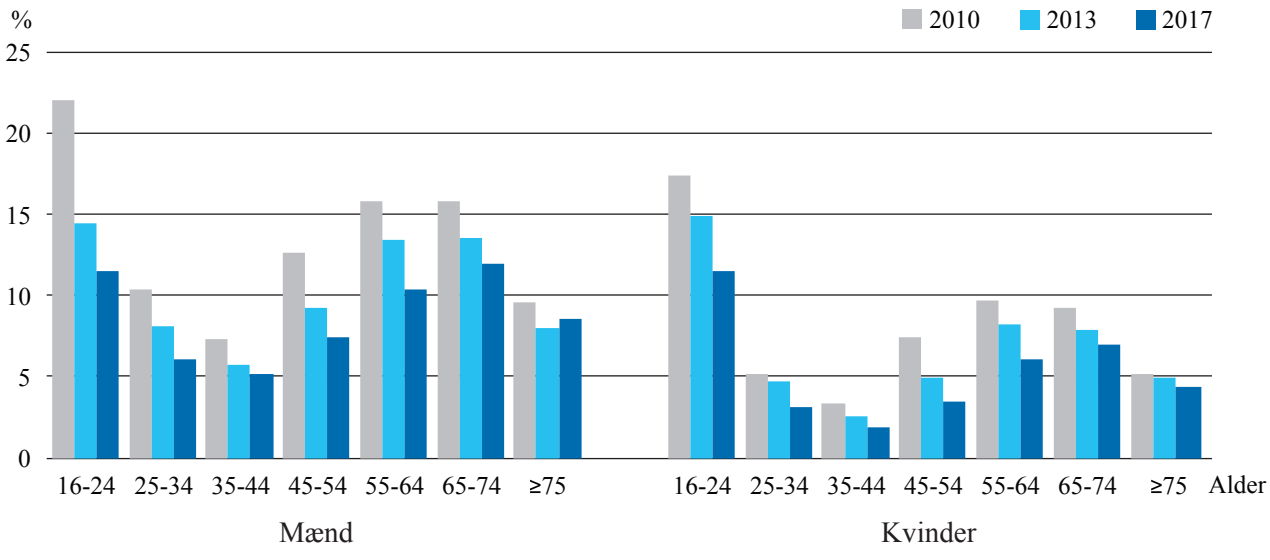
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er der en mindre andel, der overskrider højrisikogrænsen, i Region Nordjylland (5,8 %), Region Midtjylland (5,8 %) og Region Syddanmark (6,2 %), og en større andel i Region Hovedstaden (8,4 %) og Region Sjælland (7,1 %).

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er andelen, der overskrider højrisikogrænsen, faldet jævnt med 3,7 procentpoint. Faldet ses i alle køns- og aldersgrupper, men er ikke så udtalt i den ældste aldersgruppe.

Figur 4.2.1 Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Tabel 4.2.3 Overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	24,3	1		169.920
	2013	20,6	0,79	(0,77;0,81)	152.567
	2017	17,6	0,64	(0,63;0,65)	169.655
Mænd	16-24 år	23,2	1,77	(1,63;1,92)	7.276
	25-34 år	13,9	0,94	(0,86;1,03)	7.319
	35-44 år	10,5	0,68	(0,62;0,75)	10.215
	45-54 år	14,6	1		14.381
	55-64 år	20,3	1,49	(1,39;1,60)	15.013
	65-74 år	23,5	1,79	(1,68;1,92)	15.569
	≥75 år	18,8	1,35	(1,25;1,47)	8.221
	Alle mænd	17,5			77.994
Kvinder	16-24 år	30,9	2,77	(2,58;2,97)	9.485
	25-34 år	12,8	0,91	(0,83;0,99)	9.872
	35-44 år	8,6	0,58	(0,53;0,63)	13.134
	45-54 år	13,9	1		17.384
	55-64 år	20,6	1,61	(1,51;1,72)	16.771
	65-74 år	22,4	1,79	(1,68;1,91)	16.107
	≥75 år	15,7	1,16	(1,07;1,25)	8.908
	Alle kvinder	17,6			91.661
Uddannelse	Under uddannelse	26,7			11.952
	Grundskole	13,1	0,54	(0,50;0,58)	13.271
	Kort uddannelse	16,8	0,83	(0,79;0,86)	60.551
	Kort videregående uddannelse	16,7	0,89	(0,84;0,95)	14.008
	Mellemlang videregående udd.	17,9	1		35.814
	Lang videregående uddannelse	18,1	1,15	(1,09;1,22)	19.141
	Anden uddannelse	14,6	0,68	(0,63;0,74)	7.987
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	14,4	1		84.590
	Arbejdsløse	17,2	1,33	(1,18;1,49)	3.147
	Førtidspensionister	13,0	0,77	(0,69;0,85)	5.275
	Andre uden for arbejdsmarkedet	15,5	1,14	(1,04;1,24)	7.171
	Efterlønsmodtagere	24,7			4.125
	Alderspensionister	20,6			48.805
Samlivsstatus	Gift	15,4	1		94.141
	Samlevende	15,2	1,17	(1,11;1,22)	25.186
	Enlig (separeret, skilt)	17,9	1,14	(1,08;1,21)	13.006
	Enlig (enkestand)	16,2	0,87	(0,81;0,93)	9.614
	Enlig (ugift)	24,1	1,78	(1,69;1,86)	27.708
Region	Hovedstaden	21,4	1,42	(1,39;1,46)	56.328
	Sjælland	17,3	1,03	(1,00;1,07)	19.150
	Syddanmark	15,4	0,91	(0,88;0,94)	38.909
	Midtjylland	15,9	0,94	(0,91;0,97)	32.966
	Nordjylland	13,9	0,79	(0,76;0,83)	22.302

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt overskrider 17,6 % af den voksne befolkning Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge. Lavrisikogrænsen er 14 genstande pr. uge for mænd og 7 genstande pr. uge for kvinder. Andelen er overordnet den samme blandt mænd (17,5 %) og blandt kvinder (17,6 %). I den yngste aldersgruppe er der dog en større andel, som overskrider lavrisikogrænsen, blandt kvinder (30,9 %) end blandt mænd (23,2 %). Overordnet ses de største andele blandt mænd og kvinder i aldersgrupperne 16-24 år, 55-64 år og 65-74 år.

Uddannelse:

Overordnet set er andelen mindst blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau og højest blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der er imidlertid nogle markante aldersforskelle. Blandt mænd i de yngste aldersgrupper er andelen størst i gruppen med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau. Blandt mænd i den ældste aldersgruppe ses den største andel i gruppen med en lang videregående uddannelse. Blandt kvinder er andelen størst i gruppen med en lang videregående uddannelse i alle aldersgrupper (data ikke vist).

Erhvervsmæssig stilling:

Der ses relativt store andele, der overskrider lavrisikogrænsen, blandt arbejdsløse (17,2 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (15,5 %), og en relativt lille andel blandt førtidspensionister (13,0 %).

Samlivsstatus:

Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses der en højere forekomst af personer, der overskrider lavrisikogrænsen, blandt samlevende og enlige (separerede, skilte, ugifte) end blandt gifte. Blandt enlige (enkestand) ses en lavere forekomst end blandt gifte.

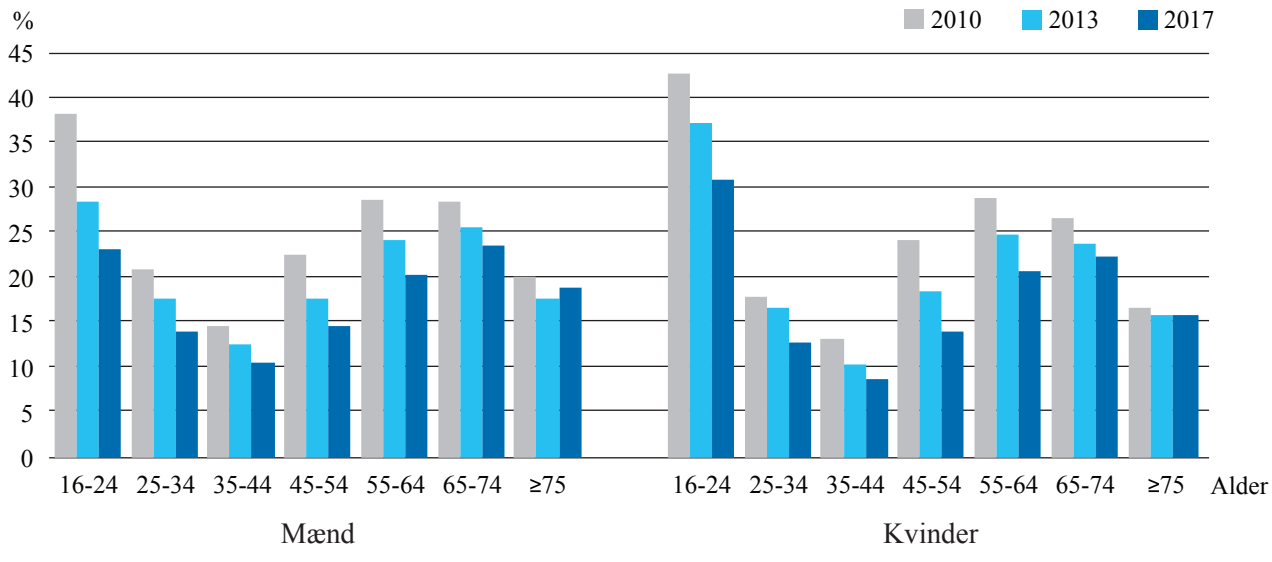
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er der en mindre andel, der overskrider lavrisikogrænsen, i Region Nordjylland (13,9 %), Region Syddanmark (15,4 %) og Region Midtjylland (15,9 %), og en større andel i Region Hovedstaden (21,4 %).

Udvikling:

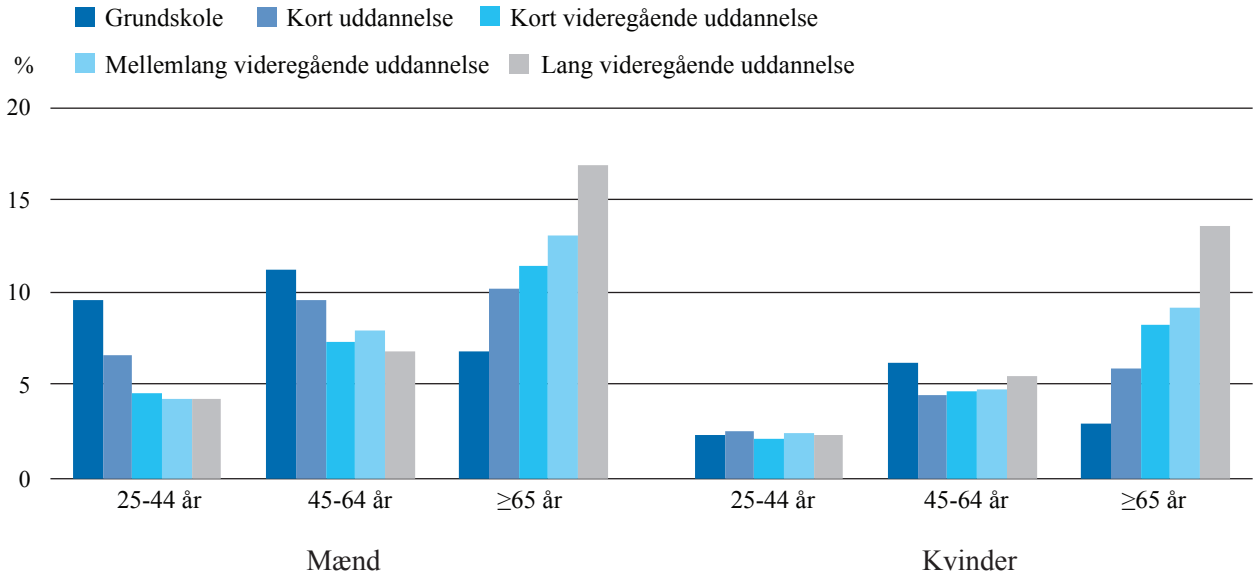
I perioden 2010 til 2017 er andelen, der overskrider lavrisikogrænsen, faldet jævnt med 6,7 procentpoint. Faldet ses i alle køns- og aldersgrupper, men er ikke så udtalt i den ældste aldersgruppe.

Figur 4.2.2 Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Figur 4.2.3 viser, at sammenhængen mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtag i løbet af en typisk uge, afhænger af alder. Blandt mænd i aldersgruppen 25-44 år ses den største andel, der overskrider højrisikogrænsen, blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau, mens andelen i aldersgruppen 65 år eller derover er størst blandt personer med en lang videregående uddannelse. Blandt kvinder ses ingen klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen, der overskrider højrisikogrænsen i aldersgruppen 25-44 år. I aldersgruppen 65 år eller derover er andelen klart størst i gruppen af kvinder med en lang videregående uddannelse.

Figur 4.2.3 Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse (21 genstande for mænd 14 for kvinder om ugen) i løbet af en typisk uge, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige alders- og uddannelsesgrupper. Procent



Tabel 4.2.4 Drikker jævnligt (hver måned) fem eller flere genstande ved samme lejlighed

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2013	29,5	1		157.206
	2017	26,7	0,88	(0,86;0,89)	174.041
Mænd	16-24 år	53,9	2,10	(1,97;2,24)	7.468
	25-34 år	42,3	1,32	(1,23;1,40)	7.514
	35-44 år	35,5	0,98	(0,93;1,04)	10.414
	45-54 år	35,8	1		14.604
	55-64 år	33,5	0,90	(0,86;0,95)	15.229
	65-74 år	23,9	0,56	(0,53;0,60)	15.916
	≥75 år	11,7	0,24	(0,22;0,26)	8.722
	Alle mænd	35,2			79.867
Kvinder	16-24 år	46,7	4,46	(4,19;4,76)	9.731
	25-34 år	22,9	1,51	(1,41;1,62)	10.116
	35-44 år	14,3	0,85	(0,79;0,91)	13.369
	45-54 år	16,4	1		17.647
	55-64 år	14,9	0,89	(0,83;0,95)	17.053
	65-74 år	8,7	0,49	(0,45;0,53)	16.615
	≥75 år	3,6	0,19	(0,17;0,21)	9.643
	Alle kvinder	18,4			94.174
Uddannelse	Under uddannelse	49,8			12.223
	Grundskole	14,8	0,65	(0,61;0,70)	13.909
	Kort uddannelse	24,8	0,85	(0,82;0,88)	61.981
	Kort videregående uddannelse	24,9	0,88	(0,83;0,93)	14.225
	Mellemlang videregående udd.	25,4	1		36.367
	Lang videregående uddannelse	31,7	1,13	(1,08;1,19)	19.363
	Anden uddannelse	17,5	0,61	(0,56;0,66)	8.296
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	29,4	1		85.916
	Arbejdsløse	26,8	0,93	(0,84;1,02)	3.246
	Førtidspensionister	15,2	0,52	(0,48;0,57)	5.507
	Andre uden for arbejdsmarkedet	23,0	0,72	(0,67;0,78)	7.393
	Efterlønsmodtagere	22,5			4.189
	Alderspensionister	12,4			50.896
Samlivsstatus	Gift	20,4	1		96.096
	Samlevende	31,5	1,26	(1,21;1,31)	25.776
	Enlig (separeret, skilt)	22,1	1,31	(1,25;1,38)	13.438
	Enlig (enkestand)	8,4	1,02	(0,93;1,11)	10.253
	Enlig (ugift)	42,5	1,62	(1,55;1,69)	28.478
Region	Hovedstaden	30,5	1,25	(1,23;1,28)	57.782
	Sjælland	21,5	0,84	(0,81;0,87)	19.469
	Syddanmark	24,3	0,93	(0,91;0,96)	40.364
	Midtjylland	27,4	1,05	(1,02;1,08)	33.620
	Nordjylland	24,7	0,97	(0,93;1,00)	22.806

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt oplyser 26,7 % af den voksne befolkning, at de jævnligt (hver måned) drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed (såkaldt binge drinking). Andelen er markant større blandt mænd (35,2 %) end blandt kvinder (18,4 %). Overordnet falder andelen med stigende alder for både mænd og kvinder.

Uddannelse:

Andelen, der jævnligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, er mindst i gruppen med grundskole som højeste gennemførte uddannelsesniveau (14,8 %) og størst i gruppen med en lang videregående uddannelse (31,7 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Der er en lavere forekomst af personer, som jævnligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, blandt førtidspensionister (15,2 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (23,0 %) sammenlignet med beskæftigede (29,4 %) og arbejdsløse (26,8 %).

Samlivsstatus:

Der ses en højere forekomst af personer, der jævnligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, blandt samlevende og enlige (separerede, skilte, ugifte) end blandt gifte og enlige (enkestand).

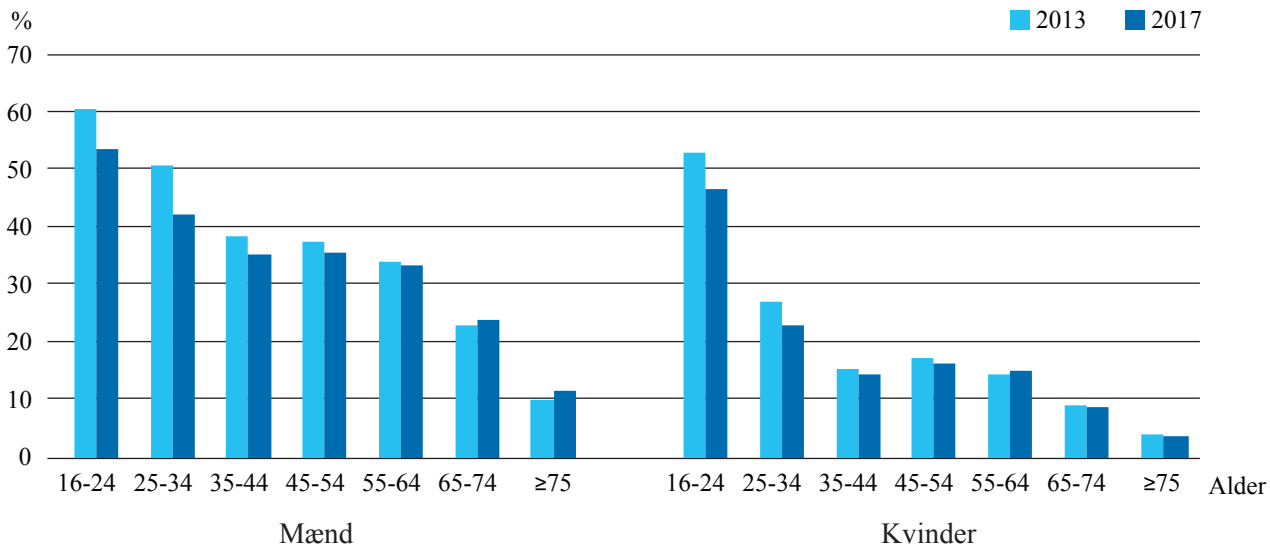
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er der en lavere forekomst af personer, der jævnligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, i Region Sjælland (21,5 %) og Region Syddanmark (24,3 %), og en højere forekomst i Region Hovedstaden (30,5 %) og Region Midtjylland (27,4 %).

Udvikling:

I perioden 2013 til 2017 ses et fald på 2,8 procentpoint i andelen, der jævnligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Ser man på de enkelte aldersgrupper, er der sket et fald i de yngste aldersgrupper og en mindre stigning i de ældste aldersgrupper blandt både mænd og kvinder. I 2010 var binge drinking defineret anderledes, og det er derfor ikke muligt at belyse udviklingen fra 2010.

Figur 4.2.4 Andel, der jævnligt (hver måned) drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2013 og 2017. Procent



Tabel 4.2.5 Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse og vil gerne nedsætte forbruget

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	27,8	1		17.461
	2013	30,0	1,17	(1,09;1,24)	12.584
	2017	33,4	1,45	(1,36;1,54)	11.666
Mænd	16-24 år	14,9	0,15	(0,11;0,19)	868
	25-34 år	36,6	0,49	(0,38;0,63)	422
	35-44 år	53,0	0,95	(0,74;1,23)	481
	45-54 år	54,2	1		958
	55-64 år	42,1	0,62	(0,51;0,74)	1.507
	65-74 år	29,2	0,35	(0,29;0,42)	1.849
	≥75 år	11,4	0,11	(0,08;0,14)	729
	Alle mænd	34,4			6.814
Kvinder	16-24 år	17,1	0,19	(0,14;0,25)	1.111
	25-34 år	32,8	0,44	(0,32;0,62)	261
	35-44 år	54,4	1,08	(0,76;1,54)	235
	45-54 år	52,4	1		588
	55-64 år	48,1	0,84	(0,66;1,06)	1.013
	65-74 år	28,0	0,35	(0,28;0,45)	1.208
	≥75 år	14,8	0,16	(0,11;0,22)	436
	Alle kvinder	31,9			4.852
Uddannelse	Under uddannelse	17,0			1.373
	Grundskole	26,0	0,47	(0,37;0,59)	773
	Kort uddannelse	34,9	0,75	(0,66;0,86)	4.139
	Kort videregående uddannelse	40,3	0,95	(0,78;1,15)	875
	Mellemlang videregående udd.	40,8	1		2.278
	Lang videregående uddannelse	42,1	1,08	(0,90;1,28)	1.274
	Anden uddannelse	37,5	1,00	(0,77;1,30)	497
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	42,9	1		4.111
	Arbejdsløse	46,9	1,16	(0,85;1,57)	286
	Førtidspensionister	44,1	0,88	(0,69;1,13)	394
	Andre uden for arbejdsmarkedet	44,5	1,25	(0,98;1,59)	563
	Efterlønsmodtagere	45,2			409
	Alderspensionister	23,9			4.222
Samlivsstatus	Gift	36,8	1		5.661
	Samlevende	34,8	0,94	(0,80;1,11)	1.374
	Enlig (separeret, skilt)	46,8	1,32	(1,12;1,55)	1.050
	Enlig (enkestand)	24,1	1,00	(0,79;1,25)	613
	Enlig (ugift)	26,8	0,92	(0,79;1,09)	2.968
Region	Hovedstaden	35,1	1,15	(1,06;1,25)	4.749
	Sjælland	34,0	1,03	(0,92;1,16)	1.376
	Syddanmark	30,5	0,88	(0,80;0,97)	2.472
	Midtjylland	33,9	1,07	(0,96;1,19)	1.902
	Nordjylland	29,7	0,89	(0,78;1,02)	1.167

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

Blandt personer, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse, angiver 33,4 %, at de gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. Andelen er lidt større blandt mænd (34,4 %) end blandt kvinder (31,9 %). Den største andel ses i aldersgrupperne 35-44 år og 45-54 år for både mænd og kvinder. Den mindste andel ses blandt mænd og kvinder i den yngste og den ældste aldersgruppe.

Uddannelse:

Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. Andelen er mindst i gruppen med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (26,0 %) og størst i gruppen med en lang videregående uddannelse (42,1 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Der er ingen nævneværdig forskel i andelen, der overskrider højrisikogrænsen og gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, mellem de forskellige erhvervsgrupper.

Samlivsstatus:

Blandt enlige (separerede, skilte) ses en større andel (46,8 %), der overskrider højrisikogrænsen og gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, end blandt gifte (36,8 %).

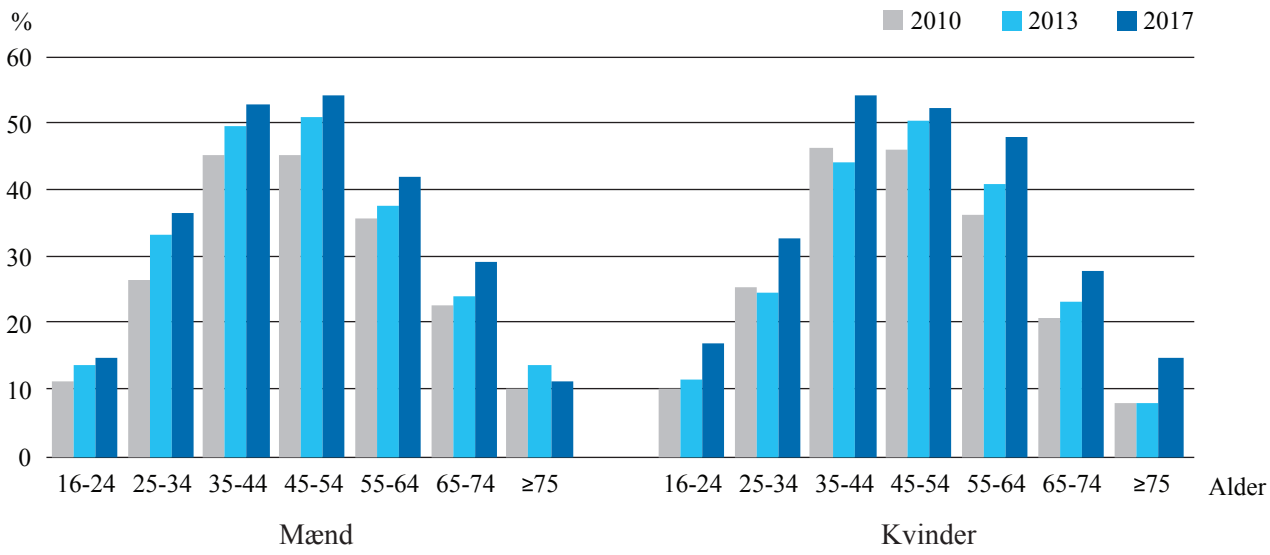
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er forekomsten af personer, der overskrider højrisikogrænsen og gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, lavere i Region Syddanmark og højere i Region Hovedstaden.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 ses en stigning på 5,6 procentpoint i andelen, der overskrider højrisikogrænsen og gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. Stigningen ses i alle køns- og aldersgrupper, men er ikke så udtalt blandt mænd i den ældste aldersgruppe.

Figur 4.2.5 Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse og gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



4.3 Kost

Kosten har stor betydning for befolkningens sundhedstilstand, og sunde kost- og måltidsvaner kan være med til at fremme og bevare et godt helbred samt forebygge kostrelaterede tilstande og sygdomme (1). Modsat kan et usundt kostmønster være en medvirkede årsag til udvikling af en række folkesygdomme som eksempelvis hjertekarsygdom, type 2-diabetes, flere former for kræft, muskelskeletsygdomme samt overvægt og svær overvægt (2, 3). Eksempelvis er der årligt 140 ekstra dødsfald i Danmark på grund af iskæmisk hjertesygdom blandt personer, der spiser mindre end 100 gram frugt om dagen, i forhold til personer, der spiser mindst 100 gram frugt om dagen, og 170 ekstra dødsfald på grund af iskæmisk hjertesygdom blandt personer, der spiser mindre end 130 gram grøntsager om dagen, end blandt personer, der spiser mindst 130 gram om dagen (4). Sunde kostvaner spiller desuden en vigtig rolle i forhold til tandsundheden og i udviklingen af undervægt.

De officielle Kostråd (5) er baseret på de nordiske næringsstofanbefalinger (6). Ved at følge de 10 kostråd vil kroppens behov for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer blive dækket, ligesom det vil gøre det nemmere at holde en sund vægt. De officielle Kostråd er (5):

- Spis varieret, ikke for meget og vær fysisk aktiv
- Spis frugt og mange grøntsager
- Spis mere fisk
- Vælg fuldkorn
- Vælg magert kød og kødprodukter
- Vælg magre mejeriprodukter
- Spis mindre mættet fedt
- Spis mad med mindre salt
- Spis mindre sukker
- Drik vand

I denne undersøgelse er der spurgt om, hvor ofte svarpersonerne typisk spiser fedtstof på brødet, grøntsager, frugt, pålæg samt forskellige former for varm mad. Samlet set giver det en indikation på befolkningens kostvaner.

Opgørelsen af befolkningens kostvaner tager udgangspunkt i en kostscore, der er udtryk for et samlet mål for kostens sundhed og kvalitet (7). På baggrund af indtaget af fire kostfaktorer (frugt, grønt, fisk og fedt) er der konstrueret et samlet mål for kostens kvalitet, hvor det samlet set er muligt at score 0-8 point. Afhængigt af svarpersonens samlede point placeres personen i en af tre rangordnede kostmønstergrupper:

- **Sundt kostmønster (6-8 point):** Generelt sunde kostvaner, typisk med et moderat til højt indtag af frugt, grønt og fisk, samt et lavt til moderat indtag af fedt – især mættet fedt. Gruppen er kendetegnet ved, at den følger flere af Fødevarestyrelsens kostråd, og der er derfor ikke i et forebyggende perspektiv behov for forbedring af kostvanerne.
- **Kostmønster med sunde og usunde elementer (3-5 point):** Generelt både sunde og usunde kostvaner, typisk med et lavt til moderat indtag af frugt, grønt og fisk, samt et moderat til højt indtag af fedt – især mættet fedt. Der er stor variation i gruppens kostvaner, hvor kosten består af både sunde og usunde elementer. Gruppen er kendetegnet ved, at den følger nogle af Fødevarestyrelsens kostråd, og der er plads til forbedringer af kostvanerne.
- **Usundt kostmønster (0-2 point):** Generelt meget usunde kostvaner, typisk med et lavt indtag af frugt, grønt og fisk, samt et højt indtag af fedt, især mættet fedt. Gruppen er kendetegnet ved, at den følger få eller ingen af Fødevarestyrelsens kostråd, og der er et stort behov for forbedringer af kostvanerne.

Den overordnede udvælgelse af de enkelte kostfaktorer samt konstrueringen af pointsystemet er udviklet af forskere fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Region Hovedstaden og er foretaget ud fra ernærings- og sundhedsmæssige overvejelser i relation til udviklingen af hjerte-karsygdomme (7). Desuden indgår i nærværende kapitel opgørelser over andelen, der ikke lever op til anbefalingerne for indtag af henholdsvis frugt og grøntsager samt fisk.

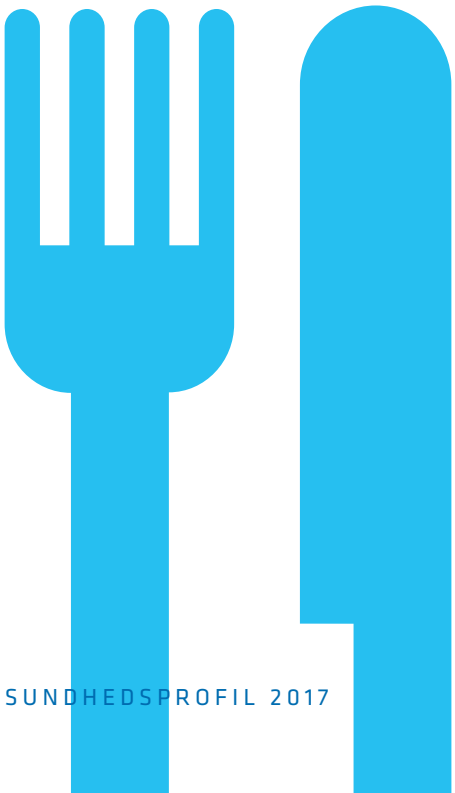
I alt har 15,9 % af svarpersonerne et usundt kostmønster, 66,6 % har et kostmønster med sunde og usunde elementer, og 17,6 % har et sundt kostmønster. Det ses af tabel 4.3.1, at der i alle aldersgrupper er en større andel blandt kvinder (21,1 %) end blandt mænd (14,0 %), der har et sundt kostmønster.

Tabel 4.3.1 Kostmønster blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Usundt kostmønster	22,5	17,8	20,1	21,6	19,9	19,6	20,9	20,3
Kostmønster med sunde og usunde elementer	64,0	68,2	67,1	65,0	65,2	65,2	65,1	65,7
Sundt kostmønster	13,6	14,0	12,8	13,5	14,9	15,2	14,0	14,0
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	6.984	7.328	10.152	14.235	14.675	15.130	8.079	76.583
Kvinder								
Usundt kostmønster	15,9	11,4	10,2	10,8	9,7	10,4	14,4	11,6
Kostmønster med sunde og usunde elementer	68,0	70,6	70,0	66,8	64,2	64,3	67,3	67,3
Sundt kostmønster	16,1	18,0	19,8	22,3	26,1	25,3	18,3	21,1
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	9.260	9.930	13.158	17.281	16.590	16.019	8.992	91.230

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af andelen, der:

- har et usundt kostmønster
- har et usundt kostmønster og gerne vil spise mere sundt



Tabel 4.3.2 Usundt kostmønster

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	13,3	1		169.645
	2013	13,9	1,05	(1,03;1,08)	153.277
	2017	15,9	1,23	(1,20;1,26)	167.813
Mænd	16-24 år	22,5	1,05	(0,97;1,14)	6.984
	25-34 år	17,8	0,79	(0,73;0,85)	7.328
	35-44 år	20,1	0,91	(0,85;0,98)	10.152
	45-54 år	21,6	1		14.235
	55-64 år	19,9	0,90	(0,85;0,96)	14.675
	65-74 år	19,6	0,89	(0,83;0,95)	15.130
	≥75 år	20,9	0,96	(0,89;1,04)	8.079
	Alle mænd	20,3			76.583
Kvinder	16-24 år	15,9	1,56	(1,43;1,69)	9.260
	25-34 år	11,4	1,06	(0,97;1,16)	9.930
	35-44 år	10,2	0,94	(0,86;1,02)	13.158
	45-54 år	10,8	1		17.281
	55-64 år	9,7	0,89	(0,82;0,96)	16.590
	65-74 år	10,4	0,95	(0,88;1,03)	16.019
	≥75 år	14,4	1,38	(1,26;1,51)	8.992
	Alle kvinder	11,6			91.230
Uddannelse	Under uddannelse	17,5			11.652
	Grundskole	26,7	3,81	(3,56;4,07)	13.178
	Kort uddannelse	19,9	2,36	(2,24;2,49)	60.120
	Kort videregående uddannelse	13,6	1,44	(1,33;1,55)	13.886
	Mellemlang videregående udd.	9,3	1		35.595
	Lang videregående uddannelse	5,4	0,49	(0,45;0,54)	19.071
	Anden uddannelse	16,7	1,90	(1,74;2,07)	8.005
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	14,1	1		84.344
	Arbejdsløse	22,8	1,89	(1,70;2,11)	3.175
	Førtidspensionister	24,8	2,40	(2,21;2,60)	5.232
	Andre uden for arbejdsmarkedet	21,8	1,82	(1,67;1,97)	7.142
	Efterlønsmodtagere	14,5			4.054
	Alderspensionister	15,7			48.220
Samlivsstatus	Gift	12,5	1		93.172
	Samlevende	16,9	1,51	(1,44;1,59)	25.228
	Enlig (separeret, skilt)	19,2	1,82	(1,72;1,92)	12.957
	Enlig (enkestand)	19,1	2,00	(1,86;2,15)	9.488
	Enlig (ugift)	20,1	1,85	(1,75;1,95)	26.968
Region	Hovedstaden	12,2	0,70	(0,68;0,72)	56.903
	Sjælland	16,4	1,00	(0,96;1,04)	19.149
	Syddanmark	18,0	1,10	(1,07;1,14)	37.000
	Midtjylland	17,5	1,07	(1,04;1,10)	32.534
	Nordjylland	19,1	1,20	(1,16;1,24)	22.227

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt har 15,9 % af den voksne befolkning et usundt kostmønster, typisk kendetegnet ved et lavt indtag af frugt, grønt og fisk, samt et højt indtag af fedt, især mættet fedt. Andelen er større blandt mænd (20,3 %) end blandt kvinder (11,6 %). Dette gælder i alle aldersgrupper.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har et usundt kostmønster. Således falder andelen med et usundt kostmønster fra 26,7 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 5,4 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen af personer, der har et usundt kostmønster, er højere blandt arbejdsløse (22,8 %), førtidspensionister (24,8 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (21,8 %) end blandt med beskæftigede (14,1 %).

Samlivsstatus:

Sammenlignet med gifte er der en større andel med et usundt kostmønster blandt enlige og samlevende.

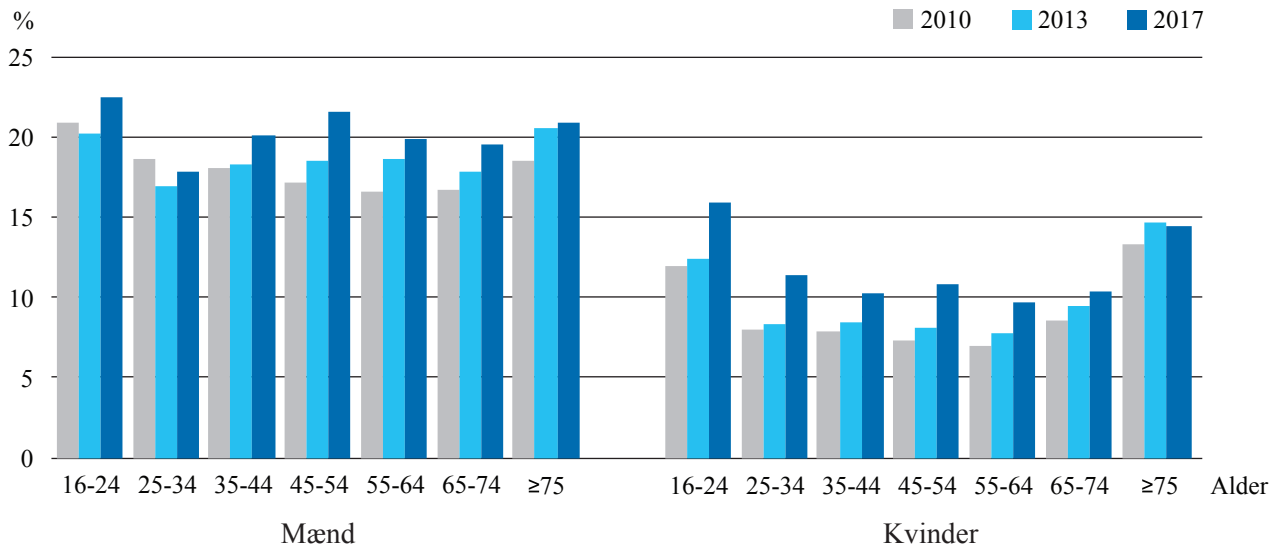
Region:

Sammenlignet med landsgennemsnittet er der en mindre andel, der har et usundt kostmønster, i Region Hovedstaden, mens der er en større andel i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er der sket en mindre stigning i andelen med et usundt kostmønster, fra 13,3 % til 15,9 %. Stigningen er primært sket mellem 2013 og 2017, og ses i de fleste aldersgrupper. I alle uddannelsesgrupper er der for begge køn i perioden 2010 til 2017 sket en stigning i andelen med et usundt kostmønster, men stigingen er fortrinsvist sket mellem 2013 og 2017 (data ikke vist).

Figur 4.3.1 Andel, der har et usundt kostmønster, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Tabel 4.3.3 Personer med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	54,4	1		21.016
	2013	51,1	0,91	(0,86;0,95)	20.151
	2017	56,1	1,12	(1,07;1,18)	24.853
Mænd	16-24 år	58,1	1,16	(1,01;1,33)	1.588
	25-34 år	66,5	1,66	(1,42;1,93)	1.380
	35-44 år	66,1	1,62	(1,42;1,85)	2.043
	45-54 år	54,5	1		2.947
	55-64 år	40,4	0,57	(0,50;0,64)	2.744
	65-74 år	31,0	0,37	(0,33;0,42)	2.719
	≥75 år	24,5	0,27	(0,23;0,32)	1.545
	Alle mænd	50,8			14.966
Kvinder	16-24 år	81,9	2,22	(1,83;2,69)	1.503
	25-34 år	82,6	2,33	(1,89;2,89)	1.155
	35-44 år	78,9	1,84	(1,51;2,23)	1.327
	45-54 år	67,1	1		1.744
	55-64 år	57,6	0,67	(0,56;0,79)	1.477
	65-74 år	43,4	0,38	(0,32;0,44)	1.486
	≥75 år	30,6	0,22	(0,18;0,26)	1.195
	Alle kvinder	65,0			9.887
Uddannelse	Under uddannelse	68,8			2.042
	Grundskole	41,2	0,64	(0,56;0,73)	3.256
	Kort uddannelse	56,5	0,82	(0,74;0,90)	11.289
	Kort videregående uddannelse	60,9	1,04	(0,89;1,20)	1.757
	Mellemlang videregående udd.	62,8	1		3.000
	Lang videregående uddannelse	63,8	1,12	(0,92;1,37)	987
	Anden uddannelse	50,1	0,82	(0,69;0,97)	1.319
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	63,1	1		11.325
	Arbejdsløse	62,2	0,85	(0,69;1,04)	684
	Førtidspensionister	54,2	0,79	(0,69;0,92)	1.253
	Andre uden for arbejdsmarkedet	65,1	0,88	(0,75;1,02)	1.484
	Efterlønsmodtagere	40,7			534
	Alderspensionister	32,0			6.945
Samlivsstatus	Gift	50,8	1		11.250
	Samlevende	65,6	1,10	(1,00;1,21)	4.195
	Enlig (separeret, skilt)	50,7	1,08	(0,97;1,20)	2.370
	Enlig (enkestand)	34,1	1,04	(0,90;1,19)	1.724
	Enlig (ugift)	64,3	1,09	(0,98;1,20)	5.314
Region	Hovedstaden	62,0	1,37	(1,30;1,46)	6.720
	Sjælland	53,7	0,96	(0,89;1,04)	2.795
	Syddanmark	50,6	0,78	(0,74;0,83)	6.080
	Midtjylland	57,1	0,99	(0,94;1,06)	5.286
	Nordjylland	54,8	0,97	(0,91;1,04)	3.972

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

Blandt personer, der har et usundt kostmønster, angiver 56,1 %, at de gerne vil spise mere sundt. I alle aldersgrupper er andelen større blandt kvinder end blandt mænd. For både mænd og kvinder falder andelen med stigende alder fra aldersgruppen 25-34 år.

Uddannelse:

Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har et usundt kostmønster og gerne vil spise mere sundt. Således stiger andelen fra 41,2 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 63,8 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Den mindste andel af personer med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, ses blandt førtidspensionister (54,2 %).

Samlivsstatus:

Der er procentvist flere med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, blandt samlevende (65,6 %) og enlige (ugifte) (64,3 %) end blandt de øvrige samlivsgrupper. Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses imidlertid ingen nævneværdig forskel mellem grupperne.

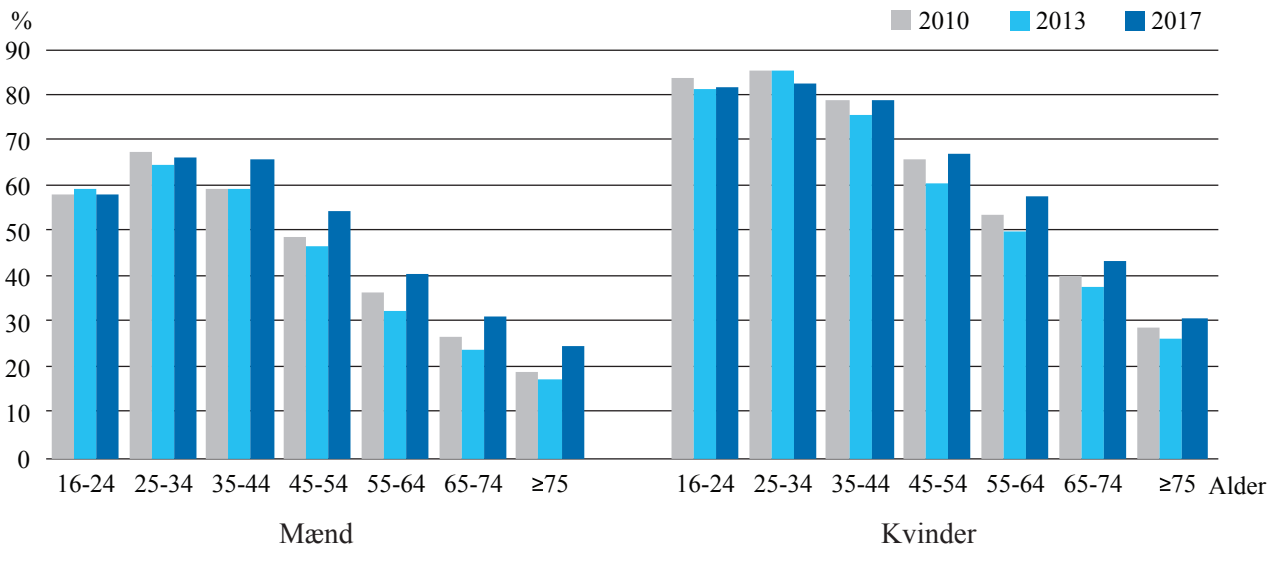
Regioner:

Sammenlignet med landsgennemsnittet er der en større andel med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, i Region Hovedstaden, mens der er en mindre andel i Region Syddanmark. De øvrige regioner adskiller sig ikke nævneværdigt fra landsgennemsnittet.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er andelen med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, steget med 1,7 procentpoint. Fra 2010 til 2013 skete der imidlertid et fald, hvorefter andelen igen steg frem til 2017. Dette gælder dog ikke mænd og kvinder i de to yngste aldersgrupper. Udviklingsmønstret i perioden 2010 til 2017 svarer for begge køn i alle uddannelsesgrupper til den overordnede udvikling (data ikke vist).

Figur 4.3.2 Andel med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Anbefalinger for indtag af frugt og grøntsager

De officielle Kostråd anbefaler, at voksne og børn over 10 år indtager ca. 600 gram frugt og grøntsager om dagen. I tabel 4.3.4 ses andelen, der ikke lever op til anbefalingen for indtag af frugt og grøntsager, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper[8]. Det fremgår, at langt størstedelen af mænd (92,5 %) og kvinder (87,3 %) ikke lever op til anbefalingen, uanset aldersgruppe. I alle aldersgrupper er der en mindre andel blandt kvinder end blandt mænd, som ikke lever op til anbefalingen for indtag af frugt og grøntsager. Andelen varierer ikke meget på tværs af aldersgrupperne, men for begge køn ses en tendens til, at andelen, der ikke lever op til anbefalingerne, er mindst i de yngste aldersgrupper og størst i de ældste aldersgrupper.

Det skal bemærkes, at op til ét glas juice ifølge de officielle anbefalinger kan indgå som en del af det daglige indtag af frugt og grøntsager. I nærværende undersøgelse er der imidlertid ikke spurgt til indtag af juice, hvorfor andelen, der ikke lever op til anbefalingen for indtag af frugt og grøntsager, sandsynligvis er en smule overestimeret i tabel 4.3.4.

Tabel 4.3.4 Andel, der ikke lever op til Fødevarestyrelsens anbefalinger for indtag af frugt og grøntsager (600 gram/dag), blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd	90,8	91,6	92,6	93,2	93,2	93,4	93,2	92,5
Antal svarpersoner	7.308	7.383	10.227	14.337	14.817	15.404	8.442	77.918
Kvinder	86,7	87,3	86,6	86,9	86,5	88,0	89,9	87,3
Antal svarpersoner	9.569	9.980	13.197	17.373	16.734	16.224	9.475	92.552

Anbefalinger for indtag af fisk

De officielle Kostråd i Danmark anbefaler, at man indtager 350 gram fisk om ugen. Det fremgår af tabel 4.3.5, at størstedelen af både mænd og kvinder ikke lever op til denne anbefaling[9]. I stort set alle aldersgrupper lever en mindre andel blandt mænd end blandt kvinder ikke op til anbefalingen for indtag af fisk. Blandt kvinder falder andelen, der ikke lever op til anbefalingen for indtag af fisk, med stigende alder. Blandt mænd stiger andelen indtil aldersgruppen 35-44 år, hvorefter den falder.

Tabel 4.3.5 Andel, der ikke lever op til Fødevarestyrelsens anbefalinger for indtag af fisk (350 gram/uge), blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd	83,1	84,1	86,1	85,5	80,9	72,5	64,6	80,8
Antal svarpersoner	7.436	7.500	10.409	14.597	15.273	15.958	8.816	79.989
Kvinder	87,2	87,0	86,9	86,0	81,1	75,2	70,7	82,5
Antal svarpersoner	9.710	10.091	13.383	17.641	17.082	16.688	9.874	94.469

8) For indtag af frugt og grøntsager er der i denne undersøgelse anvendt estimerede portionsstørrelser udarbejdet af DTU Fødevareinstituttet. Én portion frugt eller grøntsager svarer således til 100 gram (8).

9) For indtag af fisk er der i denne undersøgelse anvendt estimerede portionsstørrelser udarbejdet af DTU Fødevareinstituttet. Én portion fisk svarer således til 35 gram for fisk som pålæg og 100 gram for fisk som varm mad (8).

4.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet omfatter enhver form for bevægelse, der øger energiomsætningen. Således er både spontan, ustruktureret aktivitet og mere bevidst, planlagt og regelmæssig fysisk aktivitet omfattet af definitionen (1). Der er dermed tale om et bredt spektrum af aktiviteter, som spænder lige fra idræt, sport og hård motion til mere hverdagsprægede aktiviteter som eksempelvis leg, havearbejde, gåture, transport på cykel eller at tage trappen (1).

Det er veldokumenteret, at fysisk aktivitet reducerer risikoen for en række hyppigt forekommende tilstande og sygdomme i Danmark, herunder hjertekarsygdom, type 2-diabetes, metabolisk syndrom og bryst- og tyktarmskræft, (1) samt tidlig død. Den forebyggende effekt af fysisk aktivitet på risikoen for tidlig død findes blandt både mænd og kvinder i alle aldersgrupper og uanset en eventuel tilstedeværelse af andre risikofaktorer, for eksempel overvægt (1, 2).

Når betydningen af rygning, alkohol og BMI fjernes, viser opgørelser, at der i Danmark årligt er 6.000 ekstra dødsfald blandt fysisk inaktive personer i forhold til fysisk aktive personer (2). Det svarer til 13,8 % af alle dødsfald herhjemme. Endvidere estimeres det, at fysisk inaktive personer i gennemsnit lever omtrent syv år kortere end fysisk aktive personer. Ud over gevinsten, som fysisk inaktive selv har ved at blive fysisk aktive, vil der desuden være store samfundsøkonomiske besparelser forbundet hermed, eksempelvis på grund af reducerede offentlige omkostninger til behandling og pleje samt på grund af tabt produktion (2).

Fysisk aktivitet er i denne undersøgelse målt ved at spørge til timer og minutter anvendt på moderat og hård fysisk aktivitet i fritiden og ved transport til og fra arbejde, skole eller uddannelse på en typisk uge. Desuden spørges der om, hvor meget af denne tid, der i alt anvendes på hård fysisk aktivitet. Spørgsmålene er stillet første gang i 2017, og udviklingen over tid kan derfor ikke opgøres. Spørgsmålene er validerede (3). Befolkningens fysiske aktivitetsniveau afdækkes i forhold til efterlevelse af WHO's minimumsanbefaling[10] og udvidet anbefaling[11] for fysisk aktivitet, som omhandler ugentlig fysisk aktivitet, og ikke Sundhedsstyrelsens anbefalinger[12], som omhandler daglig fysisk aktivitet.

Svarpersonernes fysiske aktivitetsniveau er i denne rapport inddelt i følgende to kategorier:

- Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet
- Opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet

De monitorerede anbefalinger for fysisk aktivitet er gældende for personer på 18 år eller derover. Anbefalingerne for fysisk aktivitet for de 5-17-årige er anderledes. De 16-17-årige er dog medtaget i denne rapports analyser for personer på 18 år eller derover, selvom der som nævnt gælder andre anbefalinger for fysisk aktivitet for børn og unge (5-17 år). De anvendte spørgsmål om fysisk aktivitet muliggør ikke analyse af, hvor stor en andel af de 16-17-årige, der opfylder WHO's og Sundhedsstyrelsens minimumsanbefalinger for børn og unge (5-17-år), som lyder på mindst 60 minutters fysisk

10) WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (fra 18 år): Mindst 150 minutters fysisk aktivitet ved moderat intensitet pr. uge eller mindst 75 minutters fysisk aktivitet ved hård intensitet pr. uge eller en ækvivalent kombination heraf. Hvis aktiviteten deles op skal varigheden være mindst 10 minutter per gang. Anbefalingerne for fysisk aktivitet for børn (5-17 år), voksne (18-64 år) og ældre (65 år og derover) findes i deres fulde ordlyd her: www.who.int – Global Recommendations on Physical Activity for Health.

11) WHO's udvidede anbefaling for fysisk aktivitet (fra 18 år): Mindst 300 minutters fysisk aktivitet ved moderat intensitet per uge eller mindst 150 minutters fysisk aktivitet ved hård intensitet per uge eller en ækvivalent kombination heraf. Hvis aktiviteten deles op, skal varigheden være mindst 10 minutter per gang. Anbefalingen for fysisk aktivitet for børn (5-17 år), voksne (18-64 år) og ældre (65 år og derover) findes i deres fulde ordlyd her: www.who.int – Global Recommendations on Physical Activity for Health.

12) Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet (18-64 år): Vær fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen. Aktiviteten skal være med moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelige dagligdagsaktiviteter. Hvis de 30 minutter deles op, skal aktiviteten vare mindst 10 minutter. Mindst to gange om ugen skal der indgå fysisk aktivitet med høj intensitet af mindst 20 minutters varighed for at vedligeholde eller øge konditionen og muskelstyrken. Der skal indgå aktiviteter, som øger knoglestyrken og bevægeligheden. Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele. Anbefalingerne for børn (0-1 år; 1-4 år; 5-17 år, ældre (65 år og derover) og gravide findes på www.sst.dk.

aktivitet ved moderat til høj intensitet dagligt. Ved anvendelse af WHO's minimumsanbefaling for voksne i opgørelsen for de 16-17-årige får man en større andel, der opfylder minimumsanbefalingen, end hvis den var opgjort ved brug af minimumsanbefalingen for børn og unge.

Ud over spørgsmål om fysisk aktivitet i fritiden og ved transport er svarpersonerne også blevet spurgt om, hvor meget stillesiddende tid de har. Spørgsmålet er stillet første gang i 2017, og derfor kan udviklingen over tid ikke opgøres. Spørgsmålet er valideret (3).

Stillesiddende tid måles i denne rapport ved at spørge til timer og minutter anvendt på at sidde ned på en typisk hverdag i følgende situationer:

- Transport
- Arbejde/skole/uddannelse
- Fritid: ved skærm
- Fritid: andet

Hverken Sundhedsstyrelsen eller WHO har anbefalinger for stillesiddende tid for voksne.

Total stillesiddende tid på hverdage fremgår af tabel 4.4.1. Der ses ikke nævneværdig forskel på total stillesiddende tid blandt mænd og kvinder. Dog er der en lidt større andel blandt mænd (58,4 %) end kvinder (54,7 %) med total stillesiddende tid på otte timer eller mere. Unge har generelt mere stillesiddende tid end ældre. Dette gælder blandt både mænd og kvinder.

Tabel 4.4.1 Total stillesiddende tid på hverdagen blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
<4 timer	4,1	6,0	7,0	7,3	8,1	9,9	14,5	7,7
4-<6 timer	6,6	9,7	12,8	13,2	14,8	18,9	19,3	13,2
6-8 timer	12,1	15,3	18,3	20,2	23,0	31,1	30,0	20,8
>8 timer	77,3	69,0	61,9	59,3	54,1	40,1	36,2	58,4
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	6.838	7.009	9.739	13.745	14.359	14.612	7.580	73.882
Kvinder								
<4 timer	3,4	6,3	9,1	8,0	8,8	11,8	16,2	8,7
4-<6 timer	6,0	10,8	13,7	14,2	17,0	21,5	20,2	14,5
6-8 timer	11,0	17,7	20,3	20,3	25,8	32,6	31,2	22,2
>8 timer	79,6	65,2	56,9	57,6	48,4	34,1	32,5	54,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	8.997	9.448	12.559	16.634	16.018	14.756	7.425	85.837

I de følgende opslagstabeller gives en mere detaljeret beskrivelse af andelen, der:

- ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet
- ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, men som gerne vil være mere fysisk aktiv
- har mindst 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag

Tabel 4.4.2 Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2017	28,8			151.660
Mænd	16-24 år	18,2	0,54	(0,49;0,59)	6.411
	25-34 år	24,5	0,78	(0,73;0,85)	6.689
	35-44 år	29,3	1,00	(0,94;1,07)	9.388
	45-54 år	29,2	1		13.251
	55-64 år	34,0	1,25	(1,17;1,32)	13.724
	65-74 år	27,4	0,92	(0,86;0,97)	13.920
	≥75 år	38,8	1,53	(1,43;1,64)	6.751
	Alle mænd	28,2			70.134
Kvinder	16-24 år	19,7	0,56	(0,52;0,60)	8.627
	25-34 år	28,4	0,91	(0,85;0,97)	9.185
	35-44 år	32,4	1,10	(1,04;1,16)	12.219
	45-54 år	30,4	1		16.047
	55-64 år	30,3	1,00	(0,94;1,05)	15.233
	65-74 år	25,5	0,79	(0,74;0,83)	13.963
	≥75 år	45,5	1,91	(1,78;2,04)	6.252
	Alle kvinder	29,4			81.526
Uddannelse	Under uddannelse	19,3			10.850
	Grundskole	42,4	2,05	(1,94;2,17)	10.570
	Kort uddannelse	31,5	1,40	(1,35;1,45)	54.637
	Kort videregående uddannelse	28,0	1,13	(1,08;1,20)	12.953
	Mellemlang videregående udd.	25,4	1		33.635
	Lang videregående uddannelse	23,8	0,92	(0,88;0,97)	18.279
	Anden uddannelse	32,8	1,42	(1,32;1,52)	6.796
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	28,1	1		78.869
	Arbejdsløse	30,3	1,09	(0,99;1,20)	2.916
	Førtidspensionister	43,4	1,81	(1,69;1,95)	4.477
	Andre uden for arbejdsmarkedet	36,0	1,55	(1,44;1,66)	6.481
	Efterlønsmodtagere	21,9			3.799
	Alderspensionister	32,1			40.886
Samlivsstatus	Gift	29,7	1		84.953
	Samlevende	27,5	1,06	(1,01;1,10)	23.107
	Enlig (separeret, skilt)	32,5	1,13	(1,08;1,19)	11.453
	Enlig (enkestand)	39,3	1,22	(1,15;1,30)	7.341
	Enlig (ugift)	24,5	1,06	(1,02;1,11)	24.806
Region	Hovedstaden	25,9	0,85	(0,83;0,86)	51.496
	Sjælland	32,8	1,14	(1,11;1,18)	17.407
	Syddanmark	31,9	1,12	(1,09;1,15)	33.633
	Midtjylland	27,8	0,94	(0,91;0,96)	29.107
	Nordjylland	29,2	0,98	(0,95;1,01)	20.017

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt opfylder 28,8 % af den voksne befolkning ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Der ses ikke nævneværdig forskel på andelen blandt mænd (28,2 %) og kvinder (29,4 %). Andelen, der ikke opfylder minimumsanbefalingen, er mindst blandt unge i aldersgruppen 16-24 år og størst blandt de ældre i aldersgruppen 75 år eller derover. Dette gælder blandt både mænd og kvinder.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Således falder andelen fra 42,4 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 23,8 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er større blandt førtidspensionister (43,4 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (36,0 %) end blandt beskæftigede (28,1 %). Blandt arbejdsløse er andelen 30,3 %.

Samlivsstatus:

Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er størst blandt enlige (enkestand).

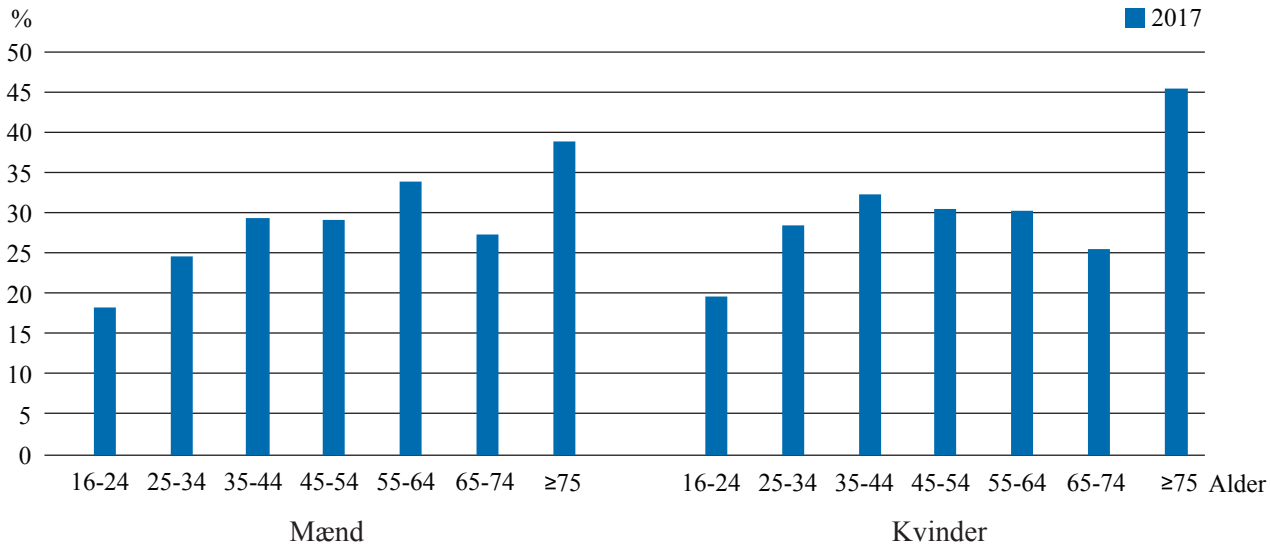
Regioner:

I forhold til landsgennemsnittet er andelen af personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, mindre i Region Hovedstaden og Region Midtjylland og større i Region Sjælland og Region Syddanmark.

Udvikling:

I 2010 og 2013 er fysisk aktivitet opgjort anderledes end i 2017, og det er derfor ikke muligt at belyse udviklingen over tid.

Figur 4.4.1 Andel, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2017. Procent



Tabel 4.4.3 Opfylder ikke WHOs minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, men vil gerne være mere fysisk aktiv

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2017	71,0			43.095
Mænd	16-24 år	68,5	0,85	(0,72;1,00)	1.139
	25-34 år	81,7	1,74	(1,48;2,05)	1.659
	35-44 år	83,4	1,96	(1,70;2,26)	2.703
	45-54 år	71,9	1		3.715
	55-64 år	63,5	0,68	(0,61;0,76)	4.473
	65-74 år	51,4	0,41	(0,37;0,46)	3.668
	≥75 år	41,4	0,28	(0,24;0,31)	2.402
	Alle mænd	67,4			19.759
Kvinder	16-24 år	85,1	1,38	(1,16;1,64)	1.676
	25-34 år	87,6	1,70	(1,44;2,01)	2.700
	35-44 år	88,0	1,77	(1,53;2,05)	3.890
	45-54 år	80,6	1		4.705
	55-64 år	71,6	0,61	(0,54;0,68)	4.462
	65-74 år	56,1	0,31	(0,27;0,35)	3.352
	≥75 år	42,0	0,17	(0,15;0,20)	2.551
	Alle kvinder	74,4			23.336
Uddannelse	Under uddannelse	76,9			2.098
	Grundskole	46,6	0,32	(0,29;0,36)	4.189
	Kort uddannelse	69,1	0,55	(0,51;0,59)	16.817
	Kort videregående uddannelse	79,0	0,93	(0,82;1,04)	3.599
	Mellemlang videregående udd.	81,6	1		8.574
	Lang videregående uddannelse	86,3	1,31	(1,16;1,48)	4.491
	Anden uddannelse	59,3	0,42	(0,37;0,48)	2.139
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	80,3	1		22.517
	Arbejdsløse	77,9	0,84	(0,68;1,02)	904
	Førtidspensionister	62,2	0,49	(0,43;0,55)	1.854
	Andre uden for arbejdsmarkedet	75,8	0,71	(0,62;0,81)	2.218
	Efterlønsmodtagere	65,2			794
	Alderspensionister	48,1			11.973
Samlivsstatus	Gift	71,2	1		24.254
	Samlevende	79,3	0,95	(0,87;1,04)	6.493
	Enlig (separeret, skilt)	67,8	0,95	(0,87;1,05)	3.580
	Enlig (enkestand)	46,0	0,85	(0,77;0,95)	2.653
	Enlig (ugift)	73,7	0,74	(0,68;0,81)	6.115
Region	Hovedstaden	75,2	1,21	(1,16;1,27)	13.441
	Sjælland	70,1	1,06	(1,00;1,12)	5.480
	Syddanmark	67,8	0,87	(0,83;0,92)	10.314
	Midtjylland	70,2	0,93	(0,88;0,98)	8.061
	Nordjylland	69,2	0,96	(0,91;1,02)	5.799

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

Blandt personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk, aktivitet angiver 71,0 %, at de gerne vil være mere fysisk aktive. Andelen er større blandt kvinder (74,4 %) end blandt mænd (67,4 %). Andelen er mindst i de to ældste aldersgrupper for både mænd og kvinder.

Uddannelse:

Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling, men som gerne vil være mere fysisk aktive. Således stiger andelen fra 46,6 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 86,3 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling, men som gerne vil være mere fysisk aktive, er mindst blandt førtidspensionister (62,2 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (75,8 %).

Samlivsstatus:

Der er procentvis flest, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling, men som gerne vil være mere fysisk aktive, blandt samlevende end blandt de øvrige samlivsgrupper. Når der tages højde for køns- og aldersforskelle, ses der endvidere en høj forekomst blandt gifte og enlige (separerede, skilte).

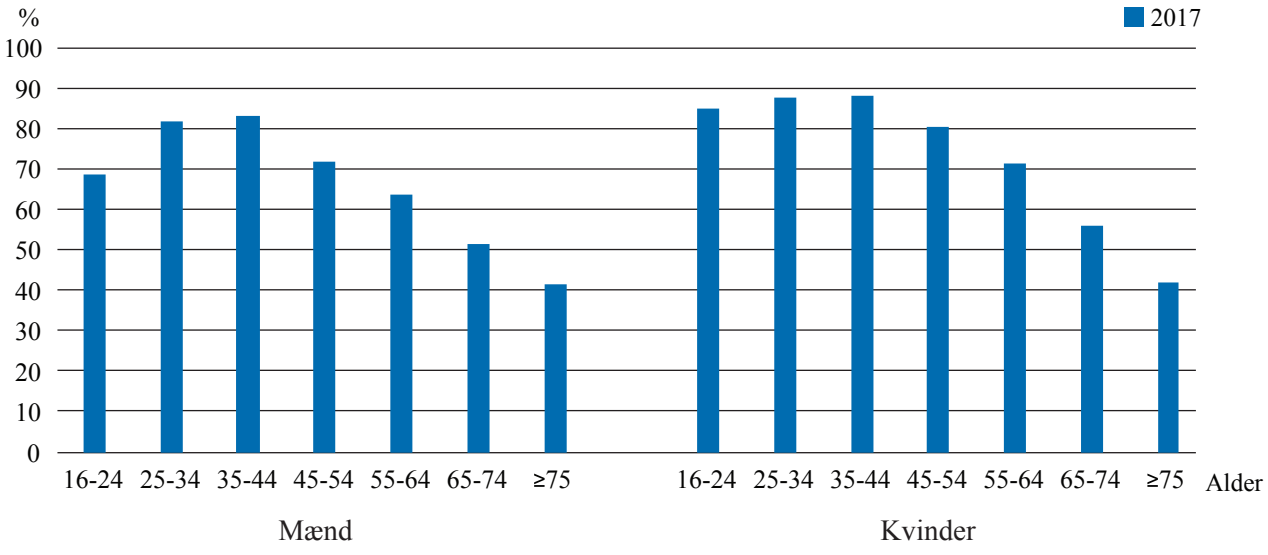
Regioner:

I forhold til landsgennemsnittet er andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling, men som gerne vil være mere fysisk aktive, større i Region Hovedstaden og mindre i Region Syddanmark.

Udvikling:

I 2010 og 2013 er fysisk aktivitet opgjort anderledes end i 2017, og det er derfor ikke muligt at belyse udviklingen over tid.

Figur 4.4.2 Andel, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, men vil gerne være mere fysisk aktiv, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2017. Procent



Tabel 4.4.4 Mindst 8 timers totalt stillesiddende tid på en typisk hverdag

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2017	56,5			159.719
Mænd	16-24 år	77,3	2,33	(2,16;2,51)	6.838
	25-34 år	69,0	1,53	(1,43;1,63)	7.009
	35-44 år	61,9	1,11	(1,05;1,18)	9.739
	45-54 år	59,3	1		13.745
	55-64 år	54,1	0,81	(0,77;0,85)	14.359
	65-74 år	40,1	0,46	(0,43;0,48)	14.612
	≥75 år	36,2	0,39	(0,36;0,42)	7.580
	Alle mænd	58,4			73.882
Kvinder	16-24 år	79,6	2,87	(2,68;3,08)	8.997
	25-34 år	65,2	1,38	(1,30;1,47)	9.448
	35-44 år	56,9	0,97	(0,92;1,03)	12.559
	45-54 år	57,6	1		16.634
	55-64 år	48,4	0,69	(0,66;0,73)	16.018
	65-74 år	34,1	0,38	(0,36;0,40)	14.756
	≥75 år	32,5	0,35	(0,33;0,38)	7.425
	Alle kvinder	54,7			85.837
Uddannelse	Under uddannelse	84,5			11.429
	Grundskole	37,9	0,59	(0,56;0,63)	11.934
	Kort uddannelse	46,9	0,68	(0,66;0,70)	58.086
	Kort videregående uddannelse	62,0	1,23	(1,17;1,29)	13.517
	Mellemlang videregående udd.	57,0	1		34.470
	Lang videregående uddannelse	77,4	2,39	(2,27;2,50)	18.439
	Anden uddannelse	46,9	0,73	(0,69;0,78)	7.539
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	60,0	1		82.134
	Arbejdsløse	58,0	0,83	(0,76;0,91)	3.018
	Førtidspensionister	46,3	0,61	(0,57;0,65)	4.812
	Andre uden for arbejdsmarkedet	58,0	0,72	(0,67;0,76)	6.779
	Efterlønsmodtagere	34,3			3.929
	Alderspensionister	36,0			44.373
Samlivsstatus	Gift	51,2	1		88.961
	Samlevende	61,6	0,98	(0,94;1,01)	24.311
	Enlig (separeret, skilt)	50,8	1,08	(1,03;1,13)	12.136
	Enlig (enkestand)	36,3	1,02	(0,96;1,08)	8.353
	Enlig (ugift)	70,6	1,20	(1,15;1,25)	25.958
Region	Hovedstaden	63,5	1,38	(1,35;1,41)	53.898
	Sjælland	54,7	1,07	(1,04;1,10)	18.110
	Syddanmark	50,8	0,84	(0,82;0,86)	36.606
	Midtjylland	55,1	0,96	(0,94;0,99)	30.188
	Nordjylland	50,6	0,84	(0,82;0,87)	20.917

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt har 56,5 % af den voksne befolkning mindst 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag. Andelen er lidt større blandt mænd (58,4 %) end blandt kvinder (54,7 %). Overordnet set falder andelen med stigende alder. Dette gælder blandt både mænd og kvinder.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med mindst 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag. Således stiger forekomsten fra 37,9 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 77,4 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses dog en relativt lille andel blandt personer med en mellemlang videregående uddannelse (57,0 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen med mindst 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag er mindre blandt arbejdsløse (58,0 %), førtidspensionister (46,3 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (58,0 %) end blandt beskæftigede (60,0 %).

Samlivsstatus:

Der ses en relativt stor andel med mindst 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag blandt enlige (ugifte) (70,6 %).

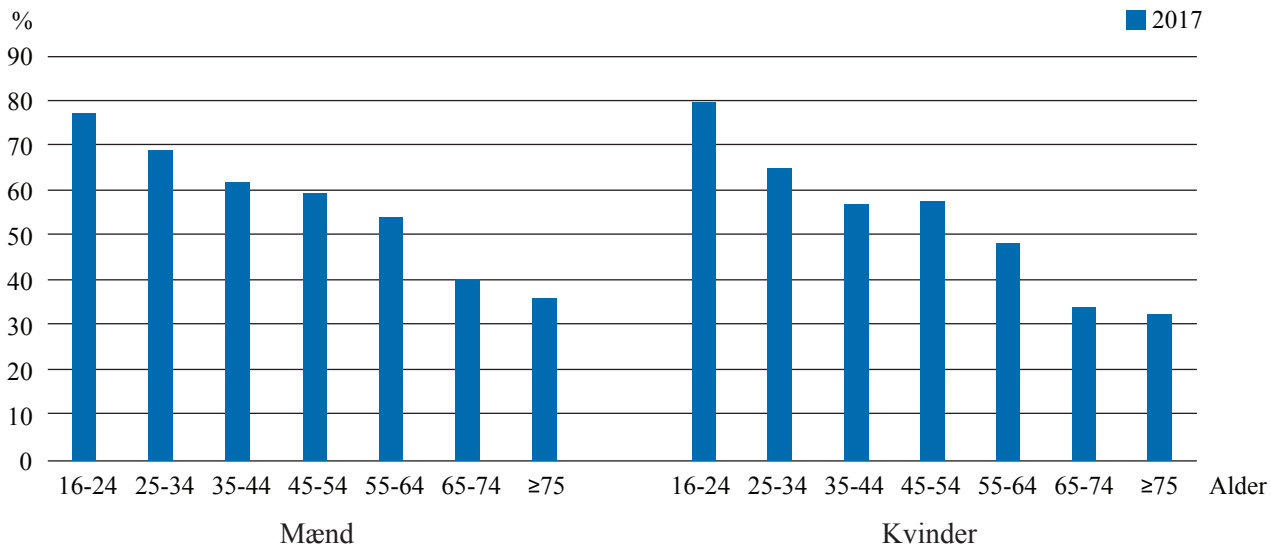
Regioner:

I forhold til landsgennemsnittet er andelen med mindst 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag større i Region Hovedstaden og Regipon Sjælland, og mindre i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Udvikling:

Spørgsmålet om stillesiddende tid er ikke belyst i 2010 og 2013, og det er derfor ikke muligt at belyse udviklingen over tid.

Figur 4.4.3 Andel med mindst 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2017. Procent



4.5 Vægt

Overvægt, herunder særligt svær overvægt, er et alvorligt folkesundhedsproblem, ikke bare i Danmark, men også på verdensplan (1). Overvægt, og særligt svær overvægt, er en betydelig risikofaktor for en række følgesygdomme, herunder type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, flere kræftformer, søvnapnø, reproduktionsproblemer, belastningslidelser i bevægeapparatet samt psykosociale problemer og tidlig død (2). De helbredsmæssige konsekvenser stiger med øget grad af overvægt (3). I Danmark er der 630 flere dødsfald om året blandt voksne med svær overvægt (BMI ≥30) end blandt voksne med et BMI mellem 20-30 (4). Hertil kommer udgifter til behandling og pleje af svært overvægtige, som koster samfundet 1,8 milliarder kr. ekstra om året, hvortil skal lægges ekstra omkostninger på 10,4 milliarder kr. om året ved tabt produktion (4).

Årsagen til udvikling af overvægt og svær overvægt er kompleks og omfatter både individuelle og samfundsmæssige faktorer (3). Overvægt skyldes en manglende evne til at regulere energibalancen, hvilket kan forklares med både genetiske, miljø- og adfærdsmæssige samt psykosociale faktorer (3).

Vægt opgøres i denne rapport på baggrund af svarpersonernes selvrapporterede oplysninger om højde og vægt. Oplysningerne bruges til at beregne Body Mass Index (BMI). BMI udregnes som vægten i kilogram divideret med kvadratet på højden i meter.

WHO definerer følgende vægtgrupper på baggrund af BMI for voksne på 18 år eller derover (5):

Tabel 4.5.1 Vægtgrupper inddelt efter BMI[13]

Vægtgruppe	BMI grænser
Undervægt	BMI<18,5
Normalvægt	18,5≤BMI<25,0
Moderat overvægt	25,0≤BMI<30,0
Svær overvægt	BMI≥30,0

BMI tager ikke højde for fedtfordelingen på kroppen, men er alene et udtryk for forholdet mellem vægt og højde. Det betyder for eksempel, at to personer med samme BMI godt kan have en forskellig fordeling af muskler og fedt, og ofte har høje personer et højere BMI end lavere personer. På befolkningsniveau vurderes BMI imidlertid at være et godt mål for de forskellige vægtgrupper.

13) BMI-kategoriseringen anbefales til personer på 18 år eller derover, idet BMI for børn og unge afhænger af køn, alder og pubertetsudvikling. I denne rapport er kategoriseringen imidlertid også anvendt for unge i alderen 16-17 år.

I tabel 4.5.2 ses andelen af mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper i de forskellige vægtgrupper. Det fremgår, at 41,0 % blandt mænd og 52,0 % blandt kvinder er normalvægtige, hvilket svarer til, at i alt 46,6 % af den voksne befolkning er normalvægtig. Forekomsten af undervægt er 2,4 % (1,3 % blandt mænd og 3,5 % blandt kvinder) og højest i aldersgruppen 16-24 år for begge køn. Forekomsten af moderat overvægt blandt voksne er 34,1 % og meget højere blandt mænd (40,6 %) end blandt kvinder (27,8 %). I forhold til svær overvægt er andelen i alt 16,9 % og nogenlunde ens for mænd (17,1 %) og kvinder (16,6 %). Andelen af svært overvægtige stiger med stigende alder indtil aldersgruppen 45-54 år blandt kvinder og 65-74 år blandt mænd, hvorefter den falder.

Tabel 4.5.2 Vægtgrupper blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Undervægt	5,8	1,0	0,5	0,3	0,5	0,4	0,9	1,3
Normalvægt	66,5	50,7	39,1	33,0	30,0	31,0	39,8	41,0
Moderat overvægt	21,1	35,0	42,4	46,4	47,6	46,6	44,4	40,6
Svær overvægt	6,6	13,3	18,1	20,4	21,9	22,0	15,0	17,1
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	7.239	7.328	10.248	14.461	15.090	15.808	8.705	78.879
Kvinder								
Undervægt	8,5	4,1	2,3	1,8	2,3	2,8	4,0	3,5
Normalvægt	67,5	58,5	52,6	46,7	45,5	45,7	49,6	52,0
Moderat overvægt	15,9	22,5	27,0	30,0	32,7	33,5	32,8	27,8
Svær overvægt	8,1	15,0	18,1	21,5	19,5	17,9	13,6	16,6
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	9.371	9.878	13.070	17.293	16.783	16.382	9.470	92.247

I de følgende opslagstabeller gives en mere detaljeret beskrivelse af andelen, der:

- er moderat eller svært overvægtig
- er svært overvægtig

Tabel 4.5.3 Moderat eller svær overvægt (BMI≥25)

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	46,8	1		172.515
	2013	47,4	1,03	(1,01;1,04)	156.143
	2017	51,0	1,19	(1,17;1,21)	171.126
Mænd	16-24 år	27,7	0,19	(0,18;0,20)	7.239
	25-34 år	48,3	0,47	(0,44;0,50)	7.328
	35-44 år	60,4	0,76	(0,72;0,81)	10.248
	45-54 år	66,8	1		14.461
	55-64 år	69,5	1,13	(1,07;1,20)	15.090
	65-74 år	68,6	1,09	(1,03;1,15)	15.808
	≥75 år	59,3	0,73	(0,68;0,77)	8.705
	Alle mænd	57,7			78.879
Kvinder	16-24 år	24,0	0,30	(0,28;0,32)	9.371
	25-34 år	37,4	0,56	(0,53;0,60)	9.878
	35-44 år	45,1	0,77	(0,73;0,82)	13.070
	45-54 år	51,5	1		17.293
	55-64 år	52,2	1,03	(0,98;1,08)	16.783
	65-74 år	51,5	1,00	(0,95;1,05)	16.382
	≥75 år	46,4	0,82	(0,77;0,86)	9.470
	Alle kvinder	44,4			92.247
Uddannelse	Under uddannelse	27,3			12.105
	Grundskole	63,4	1,80	(1,71;1,89)	13.784
	Kort uddannelse	58,0	1,44	(1,40;1,49)	61.608
	Kort videregående uddannelse	54,8	1,18	(1,13;1,24)	14.141
	Mellemlang videregående udd.	48,4	1		36.199
	Lang videregående uddannelse	38,5	0,62	(0,60;0,65)	19.304
	Anden uddannelse	57,8	1,39	(1,31;1,47)	8.253
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	52,2	1		85.477
	Arbejdsløse	54,7	1,21	(1,10;1,32)	3.210
	Førtidspensionister	64,4	1,51	(1,41;1,62)	5.351
	Andre uden for arbejdsmarkedet	50,5	1,27	(1,19;1,36)	7.303
	Efterlønsmodtagere	59,5			4.140
	Alderspensionister	56,6			50.365
Samlivsstatus	Gift	57,1	1		94.937
	Samlevende	48,1	1,00	(0,97;1,04)	25.639
	Enlig (separeret, skilt)	55,4	0,95	(0,91;0,99)	13.168
	Enlig (enkestand)	51,5	0,97	(0,92;1,02)	10.036
	Enlig (ugift)	38,4	0,88	(0,84;0,91)	27.346
Region	Hovedstaden	45,1	0,76	(0,74;0,77)	57.401
	Sjælland	56,3	1,12	(1,08;1,15)	19.226
	Syddanmark	54,8	1,09	(1,07;1,12)	39.167
	Midtjylland	50,7	0,96	(0,94;0,98)	32.994
	Nordjylland	55,5	1,13	(1,10;1,16)	22.338

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt er 51,0 % af den voksne befolkning moderat eller svært overvægtige (BMI≥25). Andelen er større blandt mænd (57,7 %) end blandt kvinder (44,4 %), hvilket ses i alle aldersgrupper. Dette skyldes hovedsageligt, at en større andel blandt mænd end blandt kvinder er moderat overvægtige (25,0≤BMI<30,0), idet andelen af svært overvægtige (BMI≥30,0) er nogenlunde ens blandt mænd og kvinder (tabel 4.5.2). Andelen af moderat eller svært overvægtige er mindst i aldersgruppen 16-24 år både blandt mænd (27,7 %) og kvinder (24,0 %). For begge køn ses, at andelen stiger med stigende alder indtil 64-årsalderen, hvorefter den falder.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen af moderat eller svært overvægtige. Således falder andelen fra 63,4 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 38,5 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Der er procentvis flest moderat eller svært overvægtige blandt førtidspensionister (64,4 %). Tages der højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses desuden en høj forekomst af moderat eller svær overvægt blandt arbejdsløse og andre uden for arbejdsmarkedet sammenlignet med beskæftigede.

Samlivsstatus:

Der er procentvis færrest moderat eller svært overvægtige blandt enlige (ugifte) (38,4 %) og procentvis flest blandt gifte (57,1 %). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses der endvidere en relativt lille andel blandt enlige (separerede, skilte).

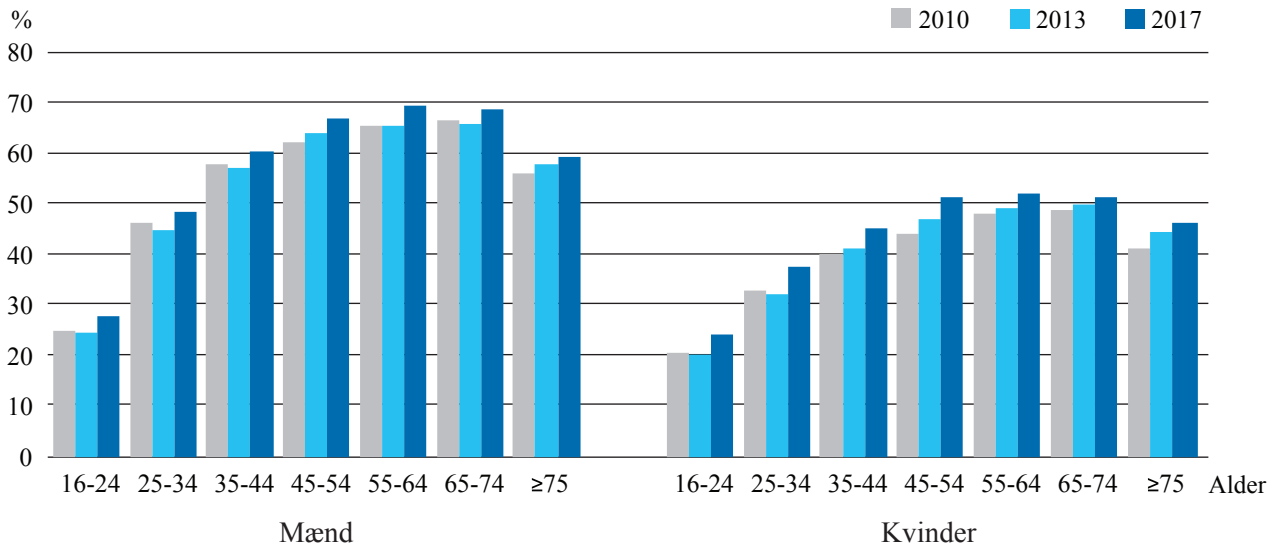
Regioner:

I forhold til landsgennemsnittet er forekomsten af moderat eller svær overvægt lavere i Region Hovedstaden og Region Midtjylland og højere i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland.

Udvikling:

Andelen af moderat eller svært overvægtige er steget fra 46,8 % i 2010 til 51,0 % i 2017. Stigningen er sket blandt mænd og kvinder i alle aldersgrupper. Stigningen er størst mellem 2013 og 2017, idet der for nogle aldersgrupper var et fald fra 2010 til 2013. I alle uddannelsesgrupper er der i perioden 2010 til 2017 sket en stigning i andelen af moderat eller svært overvægtige. Stigningen er dog primært sket fra 2013 til 2017 (data ikke vist).

Figur 4.5.1 Andel moderat eller svært overvægtige (BMI≥25) blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Tabel 4.5.4 Svær overvægt (BMI≥30)

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	13,6	1		172.515
	2013	14,1	1,05	(1,03;1,08)	156.143
	2017	16,8	1,30	(1,27;1,32)	171.126
Mænd	16-24 år	6,6	0,27	(0,24;0,31)	7.239
	25-34 år	13,3	0,60	(0,55;0,66)	7.328
	35-44 år	18,1	0,86	(0,80;0,93)	10.248
	45-54 år	20,4	1		14.461
	55-64 år	21,9	1,09	(1,03;1,17)	15.090
	65-74 år	22,0	1,10	(1,03;1,17)	15.808
	≥75 år	15,0	0,69	(0,63;0,74)	8.705
	Alle mænd	17,1			78.879
Kvinder	16-24 år	8,1	0,32	(0,29;0,35)	9.371
	25-34 år	15,0	0,64	(0,60;0,69)	9.878
	35-44 år	18,1	0,81	(0,76;0,86)	13.070
	45-54 år	21,5	1		17.293
	55-64 år	19,5	0,88	(0,83;0,94)	16.783
	65-74 år	17,9	0,80	(0,75;0,85)	16.382
	≥75 år	13,6	0,57	(0,53;0,62)	9.470
	Alle kvinder	16,6			92.247
Uddannelse	Under uddannelse	7,5			12.105
	Grundskole	26,3	2,40	(2,26;2,55)	13.784
	Kort uddannelse	20,6	1,58	(1,52;1,65)	61.608
	Kort videregående uddannelse	17,1	1,18	(1,11;1,25)	14.141
	Mellemlang videregående udd.	14,6	1		36.199
	Lang videregående uddannelse	8,1	0,52	(0,48;0,55)	19.304
	Anden uddannelse	19,4	1,50	(1,39;1,62)	8.253
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	16,4	1		85.477
	Arbejdsløse	23,2	1,60	(1,44;1,76)	3.210
	Førtidspensionister	32,1	2,23	(2,08;2,39)	5.351
	Andre uden for arbejdsmarkedet	22,4	1,69	(1,57;1,82)	7.303
	Efterlønsmodtagere	20,6			4.140
	Alderspensionister	17,6			50.365
Samlivsstatus	Gift	18,0	1		94.937
	Samlevende	15,4	1,08	(1,03;1,13)	25.639
	Enlig (separeret, skilt)	19,8	1,10	(1,04;1,16)	13.168
	Enlig (enkestand)	16,7	1,12	(1,04;1,20)	10.036
	Enlig (ugift)	14,3	1,31	(1,24;1,38)	27.346
Region	Hovedstaden	13,4	0,73	(0,71;0,75)	57.401
	Sjælland	20,4	1,17	(1,13;1,21)	19.226
	Syddanmark	18,7	1,08	(1,05;1,11)	39.167
	Midtjylland	16,8	0,96	(0,94;0,99)	32.994
	Nordjylland	19,5	1,13	(1,09;1,17)	22.338

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt er 16,8 % af den voksne befolkning svært overvægtige (BMI≥30). Forekomsten er nogenlunde ens blandt mænd (17,1 %) og kvinder (16,6 %). Blandt begge køn er forekomsten af svær overvægt lavest i aldersgruppen 16-24 år. Andelen stiger med stigende alder indtil aldersgruppen 65-74 år blandt mænd og 45-54 år blandt kvinder, hvorefter den falder.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen af svært overvægtige. Således falder andelen fra 26,3 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 8,1 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen af svært overvægtige er større blandt arbejdsløse (23,2 %), førtidspensionister (32,1 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (22,4 %) end blandt beskæftigede (16,4 %).

Samlivsstatus:

Der er procentvis flest svært overvægtige blandt enlige (separerede, skilte) (19,8 %) og procentvis færrest blandt enlige (ugifte) (14,3 %). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses en lavere forekomst blandt gifte end blandt samlevende og enlige.

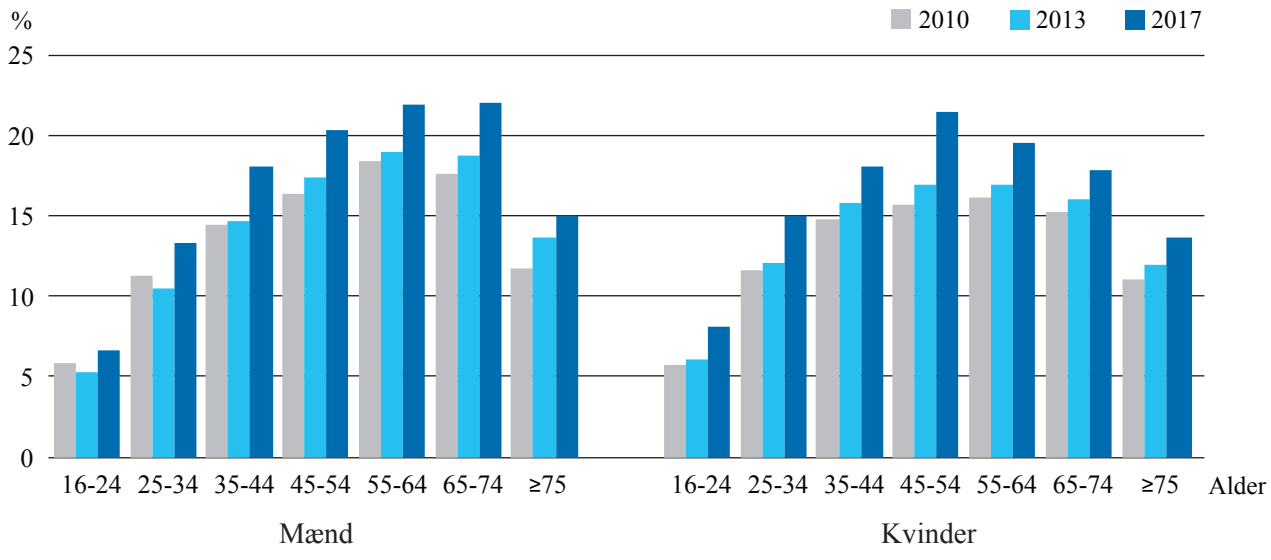
Regioner:

Sammenlignet med landsgennemsnittet er forekomsten af svær overvægt lavere i Region Hovedstaden og Region Midtjylland og højere i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland.

Udvikling:

Andelen af svært overvægtige er steget fra 13,6 % i 2010 til 16,8 % i 2017. Stigningen er sket blandt mænd og kvinder i alle aldersgrupper. Stigningen er størst mellem 2013 og 2017. I alle uddannelsesgrupper er der i perioden 2010 til 2017 sket en stigning i andelen af svært overvægtige. Stigningen, som primært er sket mellem 2013 og 2017, er størst blandt mænd med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau og mindst blandt mænd og kvinder med en lang videregående uddannelse (data ikke vist).

Figur 4.5.2 Andel svært overvægtige (BMI≥30) blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Svær overvægt og ønske om at ændre sundhedsadfærd

Tabel 4.5.5 viser andelen blandt svært overvægtige, der henholdsvis gerne vil spise mere sundt, være mere fysisk aktive og tabe sig, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Det ses, at svært overvægtige kvinder i højere grad end svært overvægtige mænd gerne vil ændre sundhedsadfærd. Overordnet er andelen blandt mænd størst i aldersgrupperne 25-34 år og 35-44 år og blandt kvinder i aldersgrupperne 16-24 år og 25-34 år, hvorefter andelen falder med stigende alder.

Tabel 4.5.5 Andel svært overvægtige, der henholdsvis gerne vil spise mere sundt, være mere fysisk aktive og tabe sig, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Svært overvægtige, der gerne vil spise mere sundt	72,0	79,8	78,6	67,3	55,6	41,3	29,6	61,2
Svært overvægtige, der gerne vil være mere fysisk aktive	70,8	78,1	80,8	73,0	65,8	52,3	40,9	67,3
Svært overvægtige, der gerne vil tabe sig	53,6	53,3	56,3	50,3	46,0	36,3	21,9	46,3
Kvinder								
Svært overvægtige, der gerne vil spise mere sundt	90,6	88,4	85,5	78,3	68,4	52,6	38,7	72,5
Svært overvægtige, der gerne vil være mere fysisk aktive	85,4	86,4	84,5	79,5	71,5	59,2	44,4	74,3
Svært overvægtige, der gerne vil tabe sig	78,1	79,4	77,2	71,9	64,3	51,2	28,5	65,8

Vægtgrupper og selvvurderet vægt

Ud over at angive oplysninger om højde og vægt til beregning af BMI er svarpersonerne blevet bedt om at vurdere deres egen vægt. Det fremgår af tabel 4.5.6, at der er en relativt god overensstemmelse mellem vægtgruppe og svarpersonernes egen opfattelse af deres vægt. Således vurderer størstedelen af de moderat og svært overvægtige mænd og kvinder, at deres vægt er lidt eller alt for høj. Til sammenligning er det kun omkring halvdelen af de undervægtige kvinder (47,7 %), der selv vurderer deres vægt som alt eller lidt for lav, mens det gælder for omtrent trefjerdedele af de undervægtige mænd (75,3 %).

Tabel 4.5.6 Vægtgrupper i forhold til selvvurderet vægt. Procent

	Alt for lav	Lidt for lav	Tilpas	Lidt for høj	Alt for høj	I alt	Antal svar-personer
Mænd							
Undervægt	31,4	43,9	22,9	1,9	0,0	100,0	761
Normalvægt	2,2	16,3	63,4	17,9	0,2	100,0	29.756
Moderat overvægt	0,1	1,1	25,0	67,4	6,4	100,0	33.969
Svær overvægt	0,4	0,6	4,6	46,0	48,4	100,0	14.227
Kvinder							
Undervægt	12,4	35,3	47,2	4,4	0,7	100,0	2.866
Normalvægt	0,4	4,1	54,8	39,0	1,7	100,0	46.821
Moderat overvægt	0,2	0,7	10,2	67,6	21,3	100,0	26.782
Svær overvægt	0,3	0,6	2,1	23,4	73,7	100,0	15.574

4.6 Flere samtidige risikofaktorer

Livsstilsrelaterede risikofaktorer omfatter eksempelvis rygning, et stort alkoholforbrug, fysisk inaktivitet, usundt kostmønster og svær overvægt (1). Disse faktorer har både hver for sig og ved en samtidig tilstedeværelse en negativ betydning for sundheden. Adskillige studier viser, at antallet af risikofaktorer, en person har, øger risikoen for at få hjertekarsygdom, kræft eller for at dø for tidligt (1-7).

Der ses ofte en ophobning af risikofaktorer i bestemte grupper i befolkningen, hvilket betyder, at der i disse grupper er en forhøjet risiko for negative helbredsudfald. En ophobning af risikofaktorer vil dermed sige, at har man en usund livsstil på ét område, er der også stor sandsynlighed for, at man har det på andre områder. Risikofaktorerne hænger således ikke blot sammen med forhold som køn, alder og uddannelse, men er også indbyrdes koblet til hinanden (8).

Årsagen til, at man udvikler en sygdom, udgøres ofte af et komplekst samspil mellem flere risikofaktorer. I en vurdering af betydningen af de helbredsmæssige konsekvenser af usundt kostmønster, rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og svær overvægt er det derfor vigtigt ikke kun at se på disse risikofaktorer hver for sig, men også at se på dem sammen. I en metaanalyse er det blevet vist, at en kombination af sunde, livsstilsrelaterede faktorer, såsom ikke at ryge, at have et moderat alkoholforbrug, at spise sundt, at motionere regelmæssigt og at opretholde en normalvægt, reducerer risikoen for tidlig død med 66 % (1).

I denne undersøgelse er der til brug for en beskrivelse af betydningen af flere samtidige risikofaktorer beregnet en score. Denne score er beregnet ved at lægge antallet af svarpersoneneres risikofaktorer sammen, og til denne beregning er følgende risikofaktorer valgt:

- Usundt kostmønster ud fra en samlet kostscore
- Daglig rygning
- Overskridelse af Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse
- Opfylder ikke WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet
- Svær overvægt

Også andre faktorer har betydning for helbredet, så den beregnede score skal ses som et simpelt mål til illustration af betydningen af flere samtidige risikofaktorer.

For hver risikofaktor gives værdien 1. Det betyder altså, at en score på 5 dækker over, at svarpersonen både har et usundt kostmønster, ryger dagligt, overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse, opfylder ikke WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet og er svært overvægtig. Omvendt betyder en score på 0, at svarpersonen ikke har nogen af de nævnte risikofaktorer. Som tidligere nævnt øger hver af de fem risikofaktorer separat risikoen for udvikling af sygdom, og jo flere samtidige risikofaktorer, desto større er risikoen for at udvikle sygdom.

Køn:

Det fremgår af tabel 4.6.1, at blandt mænd har 43,4 % ingen risikofaktorer, og 32,5 % har én risikofaktor. Blandt kvinder har 48,2 % ingen risikofaktorer, og 32,9 % har én risikofaktor. Mænd har generelt flere samtidige risikofaktorer end kvinder. Blandt mænd er der 7,6 %, der har 3-5 risikofaktorer, mens det kun er 4,7 % blandt kvinder. Der er kun mindre forskelle i antallet af risikofaktorer mellem de forskellige aldersgrupper.

Tabel 4.6.1 Antal risikofaktorer blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
0	49,6	48,7	43,8	42,0	36,9	41,6	40,7	43,4
1	32,7	31,2	32,3	31,0	33,8	33,3	34,3	32,5
2	13,2	14,3	16,5	17,5	19,3	16,9	18,9	16,6
3	3,8	4,7	6,2	7,5	7,8	6,7	5,3	6,1
4	0,7	1,0	1,2	1,8	1,8	1,3	0,8	1,3
5	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,0	0,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	5.838	6.350	8.958	12.631	12.929	12.866	5.855	65.427
Kvinder								
0	54,1	51,0	47,4	45,3	45,6	50,6	41,7	48,2
1	29,4	32,5	34,3	33,0	33,2	32,1	37,4	32,9
2	11,7	12,4	14,1	15,9	15,8	13,5	17,2	14,2
3	4,0	3,6	3,7	4,8	4,6	3,3	3,4	4,0
4	0,7	0,5	0,5	1,0	0,8	0,5	0,2	0,7
5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	7.883	8.756	11.641	15.255	14.360	12.857	5.245	75.997

Uddannelse:

Det fremgår af tabel 4.6.2, at der er en stærk sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og antal risikofaktorer. Således stiger andelen, der ikke har nogen risikofaktorer, med stigende uddannelsesniveau for både mænd og kvinder. Hvis man lægger tallene sammen for både mænd og kvinder, er der 23,5 %, som ikke har nogen risikofaktorer, blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau, mens det gælder for 59,3 % blandt personer med en lang videregående uddannelse (data ikke vist). Andelen, der har 3-5 risikofaktorer, er modsat størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (16,7 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (2,1 %) (data ikke vist).

Tabel 4.6.2 Antal risikofaktorer blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent

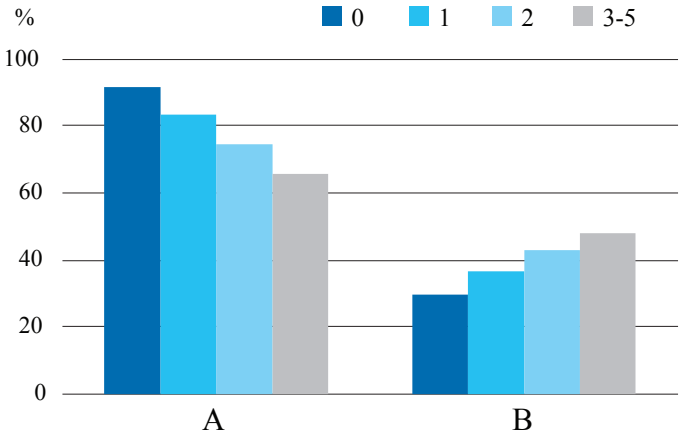
	Grundskole	Kort uddannelse	Kort videregående uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Mænd					
0	21,4	36,0	46,4	49,9	58,4
1	31,7	33,9	31,6	31,7	29,7
2	27,8	20,0	16,1	13,6	9,4
3-5	19,1	10,2	5,8	4,8	2,6
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	4.606	23.740	5.748	11.476	9.052
Kvinder					
0	26,3	40,6	49,4	54,2	61,4
1	36,3	35,0	33,3	32,4	29,6
2	23,7	18,0	13,7	10,9	7,6
3-5	13,7	6,4	3,6	2,5	1,4
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	4.567	24.226	6.247	19.787	8.289

Sammenhængen mellem antal risikofaktorer og udvalgte indikatorer for helbred og trivsel fremgår af figur 4.6.1. Blandt personer, der ikke har nogen risikofaktorer, er der 91,7 %, som vurderer deres helbred som fremragende, vældigt godt eller godt, mens det kun gælder for 66,1 % blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer. I forhold til langvarig sygdom fremgår det, at andelen stiger med antallet af risikofaktorer. Således er der 30,1 %, der har en langvarig sygdom blandt personer, som ikke har nogen risikofaktorer, mens andelen er 48,2 % blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer. Mønsteret er det samme for både mænd og kvinder.

Samme mønster ses i forhold til andelen med dårlig mental sundhed, målt ud fra spørgsmålsbatteriet SF-12 (jf. kapitel 2.2) (figur 4.6.2.). Det fremgår altså, at der er en mindre andel med dårlig mental sundhed blandt personer, der ikke har nogen risikofaktorer (8,5 %), end blandt personer med 3-5 risikofaktorer (23,4 %). Endvidere ses der en sammenhæng mellem antal risikofaktorer og andelen, der ofte er uønsket alene. Blandt personer, der ikke har nogen risikofaktorer, angiver 3,9 %, at de ofte er uønsket alene, mens det gælder for 11,3 % blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer. Mønsteret er det samme for både mænd og kvinder.

Det samme mønster ses i forhold til udvalgte indikatorer for sygelighed (diabetes, forhøjet blodtryk, kronisk lungesygdom, diskusprolaps eller andre rygsygdomme) (figur 4.6.3). Andelen med en specifik sygdom eller helbredsproblem stiger med antallet af risikofaktorer. Eksempelvis er der kun 14,1 % af personer, der ikke har nogen risikofaktorer, som angiver, at de har forhøjet blodtryk, mens andelen er 26,1 % blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer.

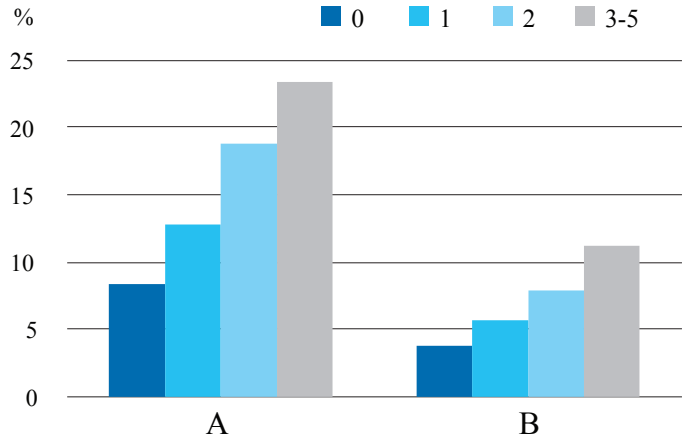
Figur 4.6.1 Andel med henholdsvis et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred og med langvarig sygdom opdelt på antal risikofaktorer. Aldersjusteret procent



A: Andel med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred

B: Andel med en langvarig sygdom

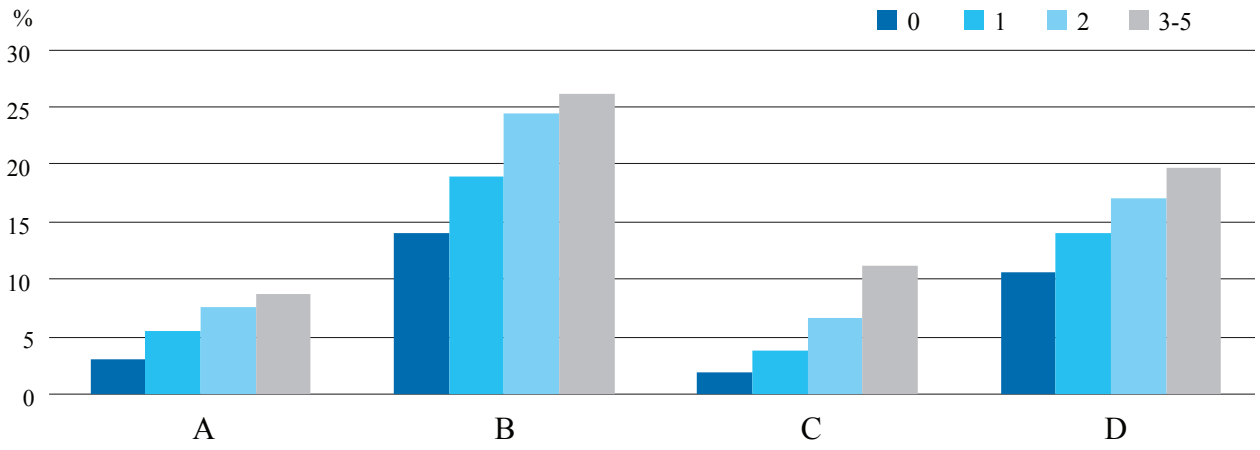
Figur 4.6.2 Andel med henholdsvis dårlig mentalt helbred, og som ofte er uønsket alene, opdelt på antal risikofaktorer. Aldersjusteret procent



A: Andel med dårligt mentalt helbred

B: Andel, der ofte er uønsket alene

Figur 4.6.3 Andel med udvalgte indikatorer for sygelighed opdelt på antal risikofaktorer. Aldersjusteret procent



A: Andel med diabetes **B:** Andel med forhøjet blodtryk **C:**Andel med kronisk lungesygdom

D: Andel med dikusprolaps eller andre rygsygdomme

5 KONTAKT TIL EGEN LÆGE

I løbet af en periode på tre år har næsten alle i den danske befolkning kontakt til egen læge (1). Således har alment praktiserende læger kontakt med langt de fleste danskere, og denne kontakt giver den praktiserende læge mulighed for at indgå i dialog med patienterne omkring deres sundhedsadfærd. Dette er af stor relevans, da mange kroniske sygdomme kan forebygges ved at ændre sundhedsadfærd. Undersøgelser har vist, at omkring halvdelen af patienterne, som er i kontakt med praktiserende læger, allerede har mindst én kronisk lidelse (1). Den praktiserende læges rådgivning er vigtig i forhold til både raske personer og patienter med kendt kronisk sygdom, da en hensigtsmæssig sundhedsadfærd er en vigtig del af såvel forebyggelse som behandling af kroniske sygdomme (2).

Kontakt til egen læge er i denne undersøgelse belyst ved følgende spørgsmål: 'Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?'. Det var muligt at svare 'Ja' eller 'Nej'.

Svarpersoner, der oplyser, at de har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, er endvidere blevet spurgt: 'Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til:' Det var muligt at svare:

- At holde op med at ryge
- At tabe sig
- At tage på i vægt
- At dyrke motion
- At nedsætte alkoholforbruget
- At ændre kostvaner
- At tage den med ro

Tabel 5.1 Har været hos egen læge i løbet af de seneste 12 måneder

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	77,8	1		174.136
	2013	77,9	0,99	(0,97;1,01)	158.105
	2017	78,8	1,02	(1,00;1,05)	171.440
Mænd	16-24 år	66,7	0,84	(0,79;0,90)	7.250
	25-34 år	64,6	0,77	(0,72;0,82)	7.367
	35-44 år	66,5	0,83	(0,78;0,89)	10.239
	45-54 år	70,4	1		14.399
	55-64 år	77,1	1,41	(1,33;1,50)	15.001
	65-74 år	83,8	2,18	(2,04;2,33)	15.687
	≥75 år	91,9	4,77	(4,32;5,27)	8.650
	Alle mænd	73,1			78.593
Kvinder	16-24 år	85,9	1,41	(1,29;1,53)	9.514
	25-34 år	86,3	1,46	(1,34;1,59)	9.939
	35-44 år	82,0	1,06	(0,99;1,13)	13.157
	45-54 år	81,2	1		17.387
	55-64 år	82,0	1,06	(0,99;1,13)	16.826
	65-74 år	84,6	1,27	(1,19;1,36)	16.380
	≥75 år	89,4	1,95	(1,79;2,13)	9.644
	Alle kvinder	84,2			92.847
Uddannelse	Under uddannelse	76,8			12.221
	Grundskole	82,8	1,02	(0,95;1,08)	13.833
	Kort uddannelse	79,0	1,01	(0,97;1,05)	61.704
	Kort videregående uddannelse	78,3	1,01	(0,95;1,07)	14.147
	Mellemlang videregående udd.	79,5	1		36.191
	Lang videregående uddannelse	73,7	0,81	(0,77;0,86)	19.334
	Anden uddannelse	80,3	1,02	(0,95;1,11)	8.271
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	74,0	1		85.590
	Arbejdsløse	81,5	1,49	(1,32;1,67)	3.234
	Førtidspensionister	88,1	2,48	(2,23;2,75)	5.415
	Andre uden for arbejdsmarkedet	83,1	1,86	(1,69;2,04)	7.385
	Efterlønsmodtagere	82,1			4.128
	Alderspensionister	86,8			50.361
Samlivsstatus	Gift	79,0	1		94.783
	Samlevende	76,7	1,04	(0,99;1,09)	25.707
	Enlig (separeret, skilt)	83,5	1,26	(1,18;1,33)	13.197
	Enlig (enkestand)	87,2	1,01	(0,94;1,09)	10.160
	Enlig (ugift)	75,7	1,00	(0,95;1,05)	27.593
Region	Hovedstaden	78,4	1,00	(0,98;1,03)	57.740
	Sjælland	80,4	1,06	(1,03;1,10)	19.278
	Syddanmark	79,1	1,02	(0,99;1,05)	38.549
	Midtjylland	78,5	1,00	(0,97;1,03)	33.301
	Nordjylland	77,8	0,92	(0,89;0,95)	22.572

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt angiver 78,8 % af den voksne danske befolkning, at de har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder. Det gælder for en større andel blandt kvinder (84,2 %) end blandt mænd (73,1 %). Blandt mænd er andelen stort set konstant frem til 45-års alderen, hvorefter den stiger, mens andelen blandt kvinder er størst i de yngste og ældste aldersgrupper.

Uddannelse:

Der er kun små forskelle i andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, mellem de forskellige uddannelsesgrupper. Der ses dog en relativt lille andel blandt personer med en lang videregående uddannelse (73,7 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, er større blandt arbejdsløse (81,5 %), førtidspensionister (88,1 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (83,1 %) end blandt beskæftigede (74,0 %).

Samlivsstatus:

Der er procentvis flest, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, blandt enlige (enkestand). Når der tages højde for køns-og aldersforskelle mellem grupperne, ses den højeste forekomst blandt enlige (separerede, skilte).

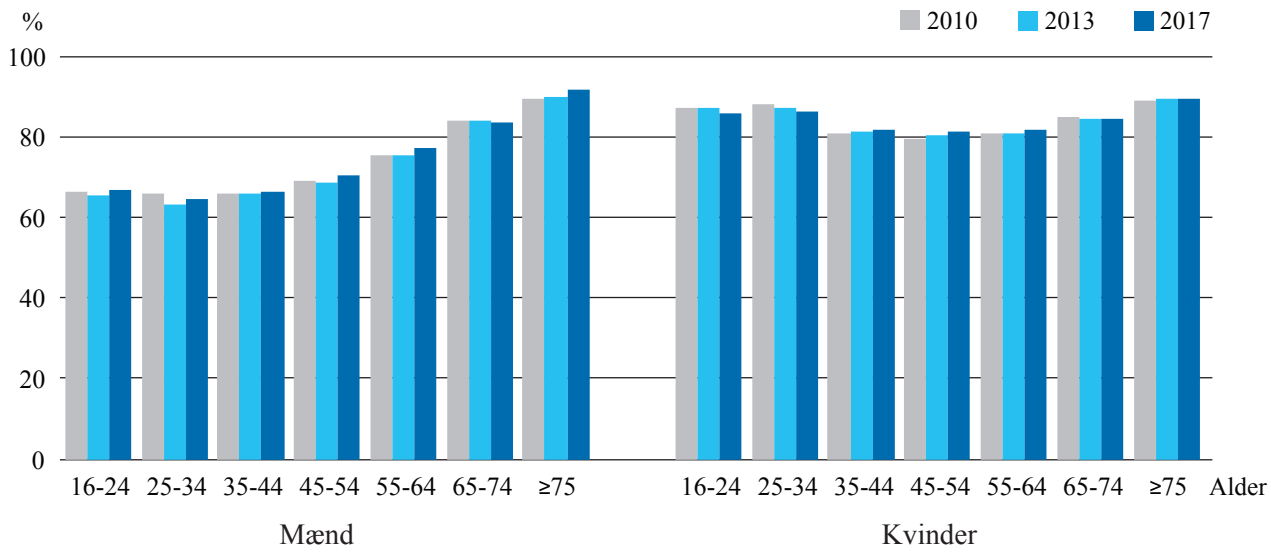
Regioner:

Andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, er størst i Region Sjælland, og mindst i Region Nordjylland.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, stort set uændret. Andelen er også stort set uændret i alle køns- og aldersgrupper. Der ses ikke noget entydigt mønster i udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, inden for forskellige uddannelsesgrupper (data ikke vist).

Figur 5.1 Andel, der har været hos egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Råd fra egen læge

I tabel 5.2 ses andelen, der har modtaget råd fra egen læge, i henholdsvis 2010, 2013 og 2017, blandt mænd og kvinder, som henholdsvis har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, er svært overvægtige eller ofte er nervøse eller stressede, og som har været hos egen læge inden for de sidste 12 måneder.

I 2017 er der blandt dagligrygere en relativt stor andel blandt både mænd og kvinder, der har fået råd om rygestop. Både blandt mænd og kvinder er der ligeledes en relativt stor andel blandt svært overvægtige, som har fået råd om vægttab, og en relativt stor andel, der ofte er nervøse og stressede, som har fået råd om at tage det med ro. Den største forskel mellem mænd og kvinder ses i andelen, der har modtaget råd om at nedsætte deres alkoholforbrug. I gruppen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse ved alkoholindtagelse i en typisk uge, er der således en større andel blandt mænd (19,4 %) end blandt kvinder (8,3 %), der har modtaget råd om at nedsætte deres alkoholforbrug. Der ses en stigning i andelen, der har fået råd om at nedsætte alkoholforbruget, blandt personer, der overskrider højrisikogrænsen i forbindelse med alkoholindtagelse. Derimod ses der et fald i andelen blandt svært overvægtige, der har fået råd om at ændre kostvaner, dyrke motion og at tabe sig.

Tabel 5.2 Andel, der har modtaget råd fra egen læge, blandt mænd og kvinder, der har været hos egen læge i løbet af seneste 12 måneder, og henholdsvis har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, er svært overvægtige eller ofte er nervøse eller stressede. 2010, 2013 og 2017. Aldersjusteret procent

		2010		2013		2017	
	Modtaget råd om	Procent	Antal svar-personer	Procent	Antal svar-personer	Procent	Antal svar-personer
Mænd							
Dagligrygere	Rygestop	37,6	11.747	38,1	8.933	38,7	9.472
Overskrider Sundheds-styrelsens højrisikogrænse ved alkoholindtagelse	Nedsætte alkoholforbruget	16,1	7.235	17,4	5.307	19,4	5.219
Usundt kostmønster	Ændre kostvaner	12,6	8.866	12,6	8.671	12,7	10.844
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	Dyrke motion	-	-	-	-	25,8	14.902
Svær overvægt	Ændre kostvaner	31,7	8.474	29,0	8.458	25,8	11.190
Svær overvægt	Dyrke motion	37,7	8.516	38,0	8.487	36,5	11.229
Svær overvægt	Vægttab	46,7	8.718	43,5	8.689	38,2	11.325
Ofte nervøs eller stresset	Tage det med ro	36,7	5.001	35,1	4.708	34,8	6.692
Kvinder							
Dagligrygere	Rygestop	34,1	13.469	33,3	9.880	33,7	10.675
Overskrider Sundheds-styrelsens højrisikogrænse ved alkoholindtagelse	Nedsætte alkoholforbruget	6,5	5.859	6,9	4.378	8,3	4.011
Usundt kostmønster	Ændre kostvaner	12,5	5.571	12,1	5.650	11,7	7.973
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitett	Dyrke motion	-	-	-	-	20,1	19.376
Svær overvægt	Ændre kostvaner	31,2	9.765	27,0	9.546	23,2	11.190
Svær overvægt	Dyrke motion	36,0	9.783	33,8	9.586	30,7	12.955
Svær overvægt	Vægttab	41,7	10.105	37,9	9.781	31,3	13.120
Ofte nervøs eller stresset	Tage det med ro	40,6	10.383	39,7	9.772	39,8	14.186

6 SOCIALE RELATIONER

Sociale relationer har både betydning for menneskers fysiske og psykiske helbred (1). Personer med stærke sociale relationer har oftere et bedre helbred, bliver sjældnere syge og kommer sig hurtigere over sygdom end personer med svage sociale relationer. Undersøgelser viser, at personer, der føler sig ensomme, har en øget risiko for blandt andet forhøjet blodtryk (3), hjertekarsygdom (4) og metabolisk syndrom (5). Personer med stærke sociale relationer har derimod lavere risiko for psykiske lidelser og dødelighed sammenlignet med personer med svage sociale relationer (6).

I Danmark er ensomhed årligt relateret til godt 2.200 ekstra dødsfald, hvilket svarer til 4 % af alle dødsfald (7). Det betyder, at personer, der er ensomme, i gennemsnit lever seks måneder kortere end personer, der ikke er ensomme (7). Derudover tegner ensomme personer sig for langt flere kontakter i både primær- og sekundærsektoren, har mere arbejdsmarkedsfravær og koster samfundet flere penge i form af udgifter til behandling og pleje samt på grund af tabt produktion (7).

Karakteren og typen af sociale relationer har været under forandring de seneste årtier. Dette skyldes blandt andet ændrede familiemønstre (8), den teknologiske udvikling, herunder udviklingen af de sociale medier, samt et arbejdsmarked, hvor mange gør brug af fleksible arbejdstider (9), og hvor flere arbejder hjemme (10).

Sociale relationer beskrives i litteraturen ofte ved en strukturel og en funktionel dimension, hvor førstnævnte primært forholder sig til de kvantitative aspekter af relationerne, det vil sige hvor mange og hvilke personer, man har kontakt med. Den funktionelle dimension henviser derimod til mere kvalitative aspekter af ens sociale relationer, altså hvordan relationerne fungerer, og dækker eksempelvis over graden af oplevet følelsesmæssig støtte og praktisk hjælp samt de problemer eller bekymringer, relationen giver.

Sociale relationer belyses i denne undersøgelse ud fra både en strukturel og en funktionel dimension.

Det strukturelle aspekt belyses ud fra følgende spørgsmål: 'Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med?'. Det var muligt at svare:

- Dagligt eller næsten dagligt
- 1 eller 2 gange om ugen
- 1 eller 2 gange om måneden
- Sjældnere end 1 gang om måneden
- Aldrig

Det funktionelle aspekt belyses ud fra spørgsmålet: 'Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?'. Her var det muligt at svare:

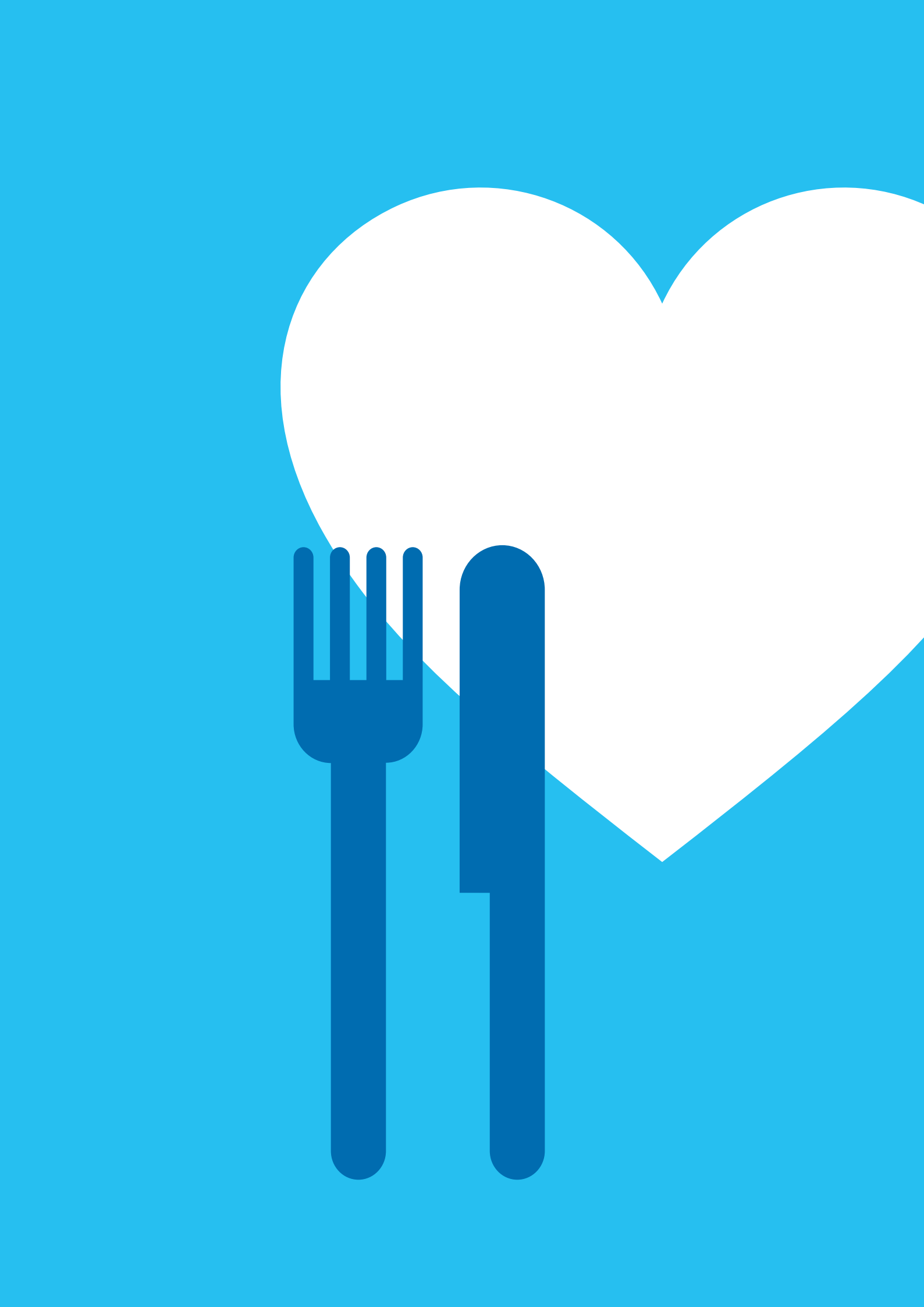
- Ja, ofte
- Ja, en gang imellem
- Ja, men sjældent
- Nej

Kontakt med familie, venner eller bekendte

Tabel 6.1 viser, hvor ofte den voksne befolkning har kontakt med venner, bekendte og familie, som de ikke bor sammen med. En større andel blandt kvinder (40,2 %) end blandt mænd (25,7 %) har kontakt med familie dagligt eller næsten dagligt. Der ses ingen markante kønsforskelle ved de øvrige sociale kontakter.

Tabel 6.1 Andel, der har kontakt med familie, venner og bekendte, som de ikke bor sammen med, blandt mænd og kvinder. Procent

	Dagligt eller næsten dagligt	1 eller 2 gange om ugen	1 eller 2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig	I alt	Antal svar-personer
Mænd							
Familie, som du ikke bor sammen med	25,7	44,2	19,6	8,5	2,0	100,0	78.834
Venner	30,2	40,6	19,5	7,5	2,2	100,0	78.393
Kollegaer eller studie-kammerater i fritiden	17,4	17,4	16,7	21,6	26,9	100,0	76.687
Naboer eller beboere i dit lokalområde	14,2	29,2	21,5	18,4	16,7	100,0	78.329
Personer, du mest kender fra internettet	8,4	11,7	10,9	18,0	51,0	100,0	77.818
Kvinder							
Familie, som du ikke bor sammen med	40,2	40,7	12,7	5,1	1,3	100,0	93.147
Venner	31,4	41,6	18,8	6,4	1,8	100,0	92.283
Kollegaer eller studie-kammerater i fritiden	15,8	16,9	17,2	21,7	28,5	100,0	88.823
Naboer eller beboere i dit lokalområde	14,1	27,8	20,8	19,2	18,0	100,0	92.097
Personer, du mest kender fra internettet	7,7	10,4	10,1	17,1	54,8	100,0	91.065



Tabel 6.2 Ofte uønsket alene

		Procent	OR[1]	95 % sikker-hedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	5,6	1		174.560
	2013	5,7	1,02	(0,98;1,06)	157.619
	2017	6,3	1,13	(1,09;1,17)	172.171
Mænd	16-24 år	8,5	1,58	(1,38;1,80)	7.272
	25-34 år	7,4	1,36	(1,18;1,56)	7.341
	35-44 år	5,9	1,06	(0,93;1,22)	10.261
	45-54 år	5,5	1		14.455
	55-64 år	5,0	0,90	(0,79;1,02)	15.110
	65-74 år	4,1	0,73	(0,63;0,83)	15.823
	≥75 år	5,7	1,03	(0,89;1,19)	8.701
	Alle mænd	6,0			78.963
Kvinder	16-24 år	10,3	2,05	(1,82;2,30)	9.528
	25-34 år	7,6	1,45	(1,28;1,64)	9.917
	35-44 år	5,7	1,06	(0,94;1,21)	13.159
	45-54 år	5,3	1		17.450
	55-64 år	5,3	1,00	(0,89;1,13)	16.891
	65-74 år	4,4	0,81	(0,71;0,92)	16.561
	≥75 år	8,1	1,56	(1,39;1,77)	9.702
	Alle kvinder	6,5			93.208
Uddannelse	Under uddannelse	9,3			12.262
	Grundskole	9,1	2,51	(2,26;2,80)	14.020
	Kort uddannelse	6,0	1,44	(1,32;1,57)	62.128
	Kort videregående uddannelse	4,7	1,13	(1,00;1,29)	14.214
	Mellemlang videregående udd.	4,3	1		36.342
	Lang videregående uddannelse	4,2	0,91	(0,81;1,03)	19.368
	Anden uddannelse	8,9	2,33	(2,05;2,64)	8.342
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	4,0	1		85.893
	Arbejdsløse	12,4	3,45	(3,00;3,97)	3.250
	Førtidspensionister	17,6	6,62	(5,99;7,32)	5.423
	Andre uden for arbejdsmarkedet	16,3	4,99	(4,51;5,52)	7.402
	Efterlønsmodtagere	3,2			4.153
	Alderspensionister	5,4			50.787
Samlivsstatus	Gift	2,7	1		95.221
	Samlevende	4,4	1,42	(1,29;1,57)	25.790
	Enlig (separeret, skilt)	12,1	5,28	(4,86;5,74)	13.257
	Enlig (enkestand)	12,2	6,65	(6,00;7,37)	10.280
	Enlig (ugift)	11,4	4,13	(3,78;4,50)	27.623
Region	Hovedstaden	6,1	0,94	(0,90;0,98)	57.787
	Sjælland	6,5	1,06	(0,99;1,12)	19.195
	Syddanmark	6,5	1,04	(0,99;1,09)	39.596
	Midtjylland	5,9	0,91	(0,86;0,96)	33.113
	Nordjylland	6,7	1,07	(1,01;1,14)	22.480

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt oplever 6,3 % af den voksne befolkning ofte at være uønsket alene. Andelen er lidt større blandt kvinder (6,5 %) end blandt mænd (6,0 %). Både blandt mænd og kvinder ses den største andel i aldersgruppen 16-24 år.

Uddannelse:

Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der ofte er uønsket alene. Således falder andelen fra 9,1 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 4,2 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen, der ofte er uønsket alene, er større blandt arbejdsløse (12,4 %), førtidspensionister (17,6 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (16,3 %) sammenlignet med beskæftigede (4,0 %).

Samlivsstatus:

Andelen, der ofte er uønsket alene, er mindre blandt gifte (2,7 %) sammenlignet med de øvrige samlivsgrupper. Andelen er størst blandt enlige.

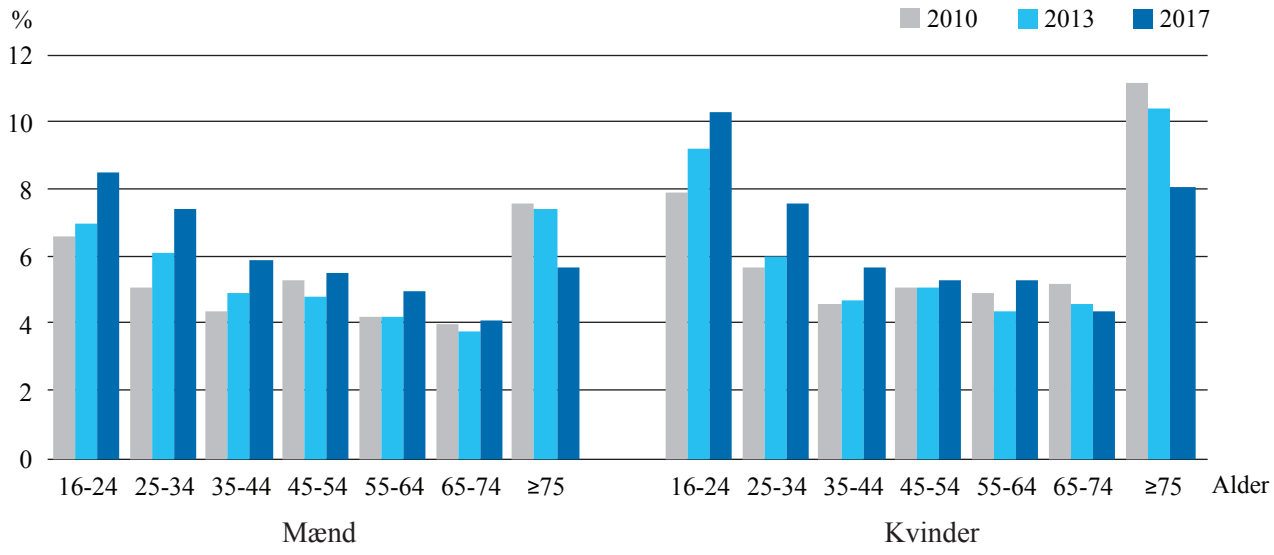
Regioner:

I forhold til landsgennemsnittet er andelen, der ofte er uønsket alene, lidt mindre i Region Hovedstaden og Region Midtjylland og større i Region Nordjylland.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er andelen, der ofte er uønsket alene, steget med 0,7 procentpoint. Der ses dog ændringer inden for de enkelte køns-og aldersgrupper. Både for mænd og kvinder ses en stigning i andelen i de tre yngste aldersgrupper. Modsat ses et fald i den ældste aldersgruppe for mænd og i de to ældste aldersgrupper for kvinder. Der er ikke noget entydigt mønster i udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen, der ofte er uønsket alene, inden for forskellige uddannelsesgrupper (data ikke vist).

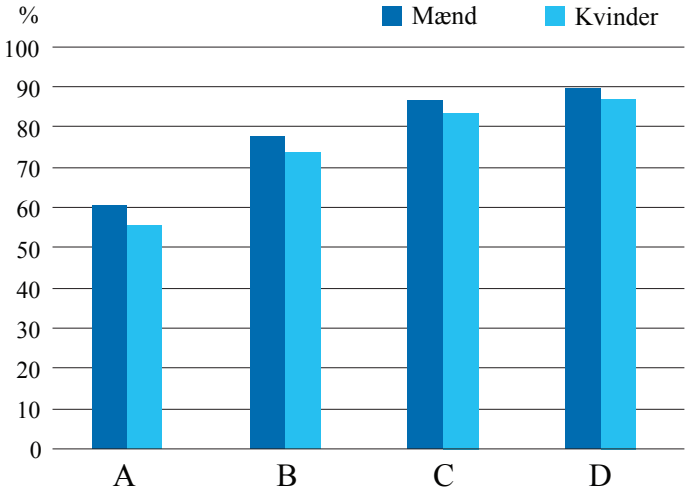
Figur 6.1 Andel, der ofte er uønsket alene, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Selvvurderet helbred og sociale relationer

Der er en sammenhæng mellem sociale relationer og selvvurderet helbred, sådan at andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, er mindre blandt personer med svage sociale relationer end blandt personer med stærke sociale relationer. Eksempelvis er andelen med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred mindre blandt personer, der sjældent eller aldrig har kontakt med familie eller venner, end blandt personer, der dagligt eller næsten dagligt, ugentligt eller månedligt har kontakt med deres familie eller venner (data ikke vist). Blandt personer, der sjældent eller aldrig føler sig uønsket alene, er der en større andel, som har et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, end blandt personer, der ofte eller en gang imellem er uønsket alene (figur 6.2). Dette gælder blandt både mænd og kvinder.

Figur 6.2. Andel, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt i forhold til, hvorvidt man er uønsket alene. Aldersjusteret procent



A: Ja, ofte

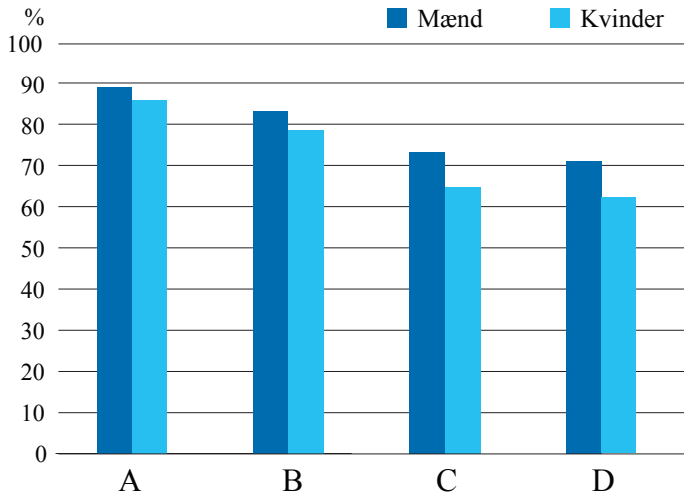
B: Ja, en gang imellem

C: Ja, men sjældent

D: Nej

Den samme tendens ses i forhold til selvvurderet helbred, og hvorvidt man har nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte. Andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred er større blandt personer, der som oftest har nogen at tale med, end blandt personer, der kun nogle gange eller aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte (figur 6.3).

Figur 6.3. Andel, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt i forhold til, hvorvidt man har nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte. Aldersjusteret procent

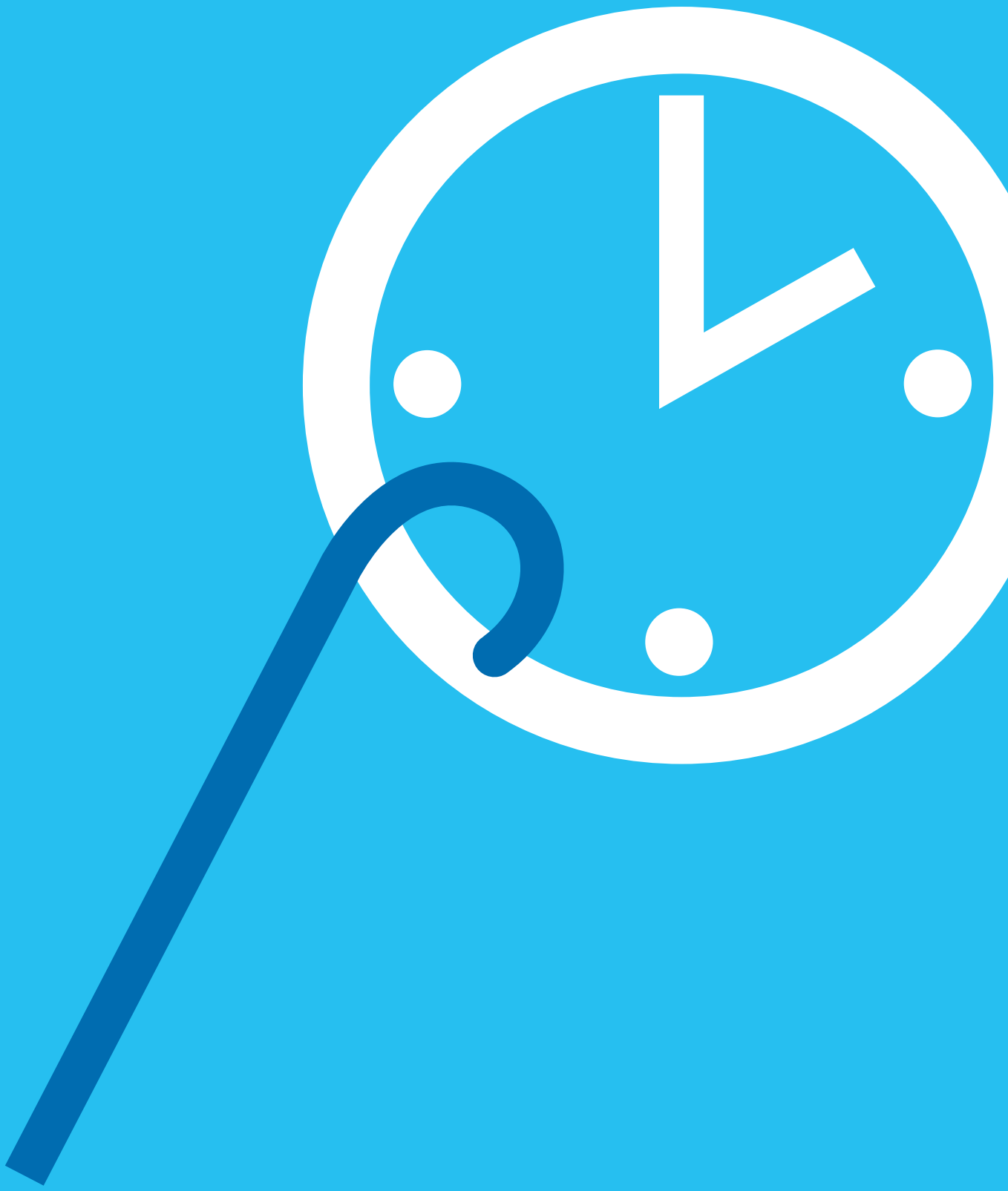


A: Ja, altid

B: Ja,for det meste

C: Ja,nogen gange

D: Nej, aldrig eller næsten aldrig



7 GODE LEVEÅR

Et meget udbredt mål til at belyse en befolknings sundhedstilstand er middellevetiden eller forventet antal leveår for 0-årige. Dette mål udtrykker det antal leveår, som en nyfødt kan forventes at få.

I tabel 7.1 vises middellevetiden i Danmark samt i de fem regioner i 2010, 2013 og 2017. Af tabellen ses, at middellevetiden for mænd i Danmark er steget støt fra 76,5 år i 2010 til 78,5 år i 2017 og for kvinder fra 80,8 år til 82,4 år i den samme periode. Stigningen ses i alle regioner. Det fremgår også, at kvinder har længere middellevetid end mænd, samt at den korteste middellevetid findes i Region Sjælland og den længste i Region Midtjylland for både mænd og kvinder.

Tabel 7.1. Middellevetiden for 0-årige blandt mænd og kvinder i forskellige regioner. 2010, 2013 og 2017

	Mænd			Kvinder		
	2010	2013	2017	2010	2013	2017
Hovedstaden	76,2	77,5	78,2	80,6	81,7	82,3
Sjælland	75,6	76,9	77,8	80,2	81,2	81,7
Syddanmark	76,6	77,8	78,8	80,8	82,0	82,6
Midtjylland	77,4	78,8	79,1	81,4	82,5	82,9
Nordjylland	76,6	78,4	78,2	80,5	81,7	82,2
Danmark	76,5	77,9	78,5	80,8	81,9	82,4

I takt med, at befolkningen generelt lever længere, er der kommet et øget fokus på at dokumentere, om de ekstra leveår leves med godt eller dårligt helbred. En persons forventede restlevetid kan således opdeles i levetid med godt helbred og levetid med dårligt helbred, og indikatoren 'tabte gode leveår' anvendes til beskrivelse af levetid med dårligt helbred (1, 2). En persons helbredstilstand omfatter forskellige forhold, og indikatoren er derfor en fællesbetegnelse for forhold, som fx dårligt selvvurderet helbred, funktionsnedsættelse og langvarig sygdom. Indikatoren 'gode leveår' kan ses som et mål for kvaliteten af befolkningens restlevetid (1, 2). I dette kapitel fokuseres på gode leveår.

Da estimater af gode leveår (og tabte gode leveår) ikke påvirkes af befolkningens størrelse og aldersammensætning, kan disse indikatorer benyttes til direkte sammenligninger mellem lande og regioner. Af denne grund er gode leveår ofte en central indikator i internationale sammenhænge.

I denne undersøgelse er gode leveår beregnet ved brug af Sullivans metode (3), som kombinerer registerdata om befolkningens dødelighed med spørgeskemaoplysninger om befolkningens helbredstilstand. Det forventede antal leveår i forskellige aldersgrupper er beregnet på baggrund af registerdata om dødelighed fra Danmarks Statistik (4). I denne rapport er der anvendt oplysninger om befolkningens helbredstilstand fra sundhedsprofilundersøgelserne i 2010, 2013 og 2017. Følgende tre indikatorer til beskrivelse af befolkningens gode helbred er valgt:

- Fremragende, vældigt godt eller godt selvvurderet helbred
- Ingen langvarig sygdom
- Godt mentalt helbred (defineret som modsætningen til dårligt mentalt helbred)

Der henvises til de respektive afsnit for en nærmere beskrivelse af, hvordan disse indikatorer er defineret (jf. kapitel 2.1 Selvvurderet helbred, kapitel 2.2 Fysisk og mentalt helbred og kapitel 3.1 Langvarig sygdom).

Da sundhedsprofilundersøgelserne er foretaget blandt personer i alderen 16 år eller derover, er beregningerne af forventede gode leveår foretaget for en 16-årig. For at belyse forholdene for de ældre er beregningerne også foretaget for en 65-årig.

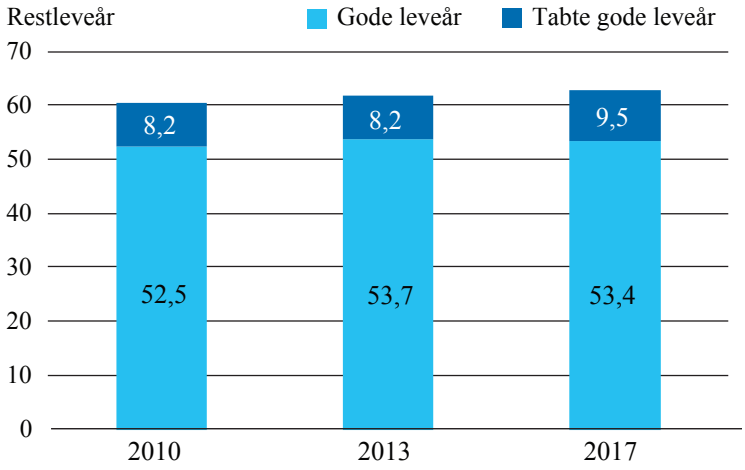
I tabel 7.2 vises antal forventede restleveår med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred (gode leveår) for 16-årige og 65-årige mænd og kvinder samt den procentvise andel af den forventede restlevetid, der er med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred (andelen af restlevetiden med gode leveår). Det fremgår, at i 2010 forventedes 16-årige danske mænd at have 52,5 restleveår med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred (86,5 % af den forventede restlevetid). I 2013 steg antal gode leveår til 53,7 år (86,7 % af restlevetiden), mens antallet i 2017 faldt svagt til 53,4 år (84,8 %). For en 16-årig kvinde er antal forventede restleveår med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred i Danmark steget fra 53,7 år (82,5 % af restlevetiden) i 2010 til 54,6 år (82,6 % af restlevetiden) i 2013 og derefter faldet til 53,9 år (80,6 %) i 2017. For både 16-årige mænd og kvinder gælder, at antal forventede gode leveår er steget svagt fra 2010 til 2017, mens andelen af restlevetiden med gode leveår er faldet i den tilsvarende periode. Det ses, at antal gode leveår i alle regioner er steget fra 2010 til 2017, men at mønsteret i stigningerne ikke er helt ens. Det ses også, at andelen af restlevetiden med gode leveår er faldet i alle regioner.

Årsagen til, at andelen af restlevetiden med gode leveår blandt en 16-årig overordnet set er faldet, selvom antal forventede gode leveår er steget, er, at den samlede forventede restlevetid er steget fra 2010 til 2017 (figur 7.1). Figuren viser, at en 16-årig mand i 2010 havde en forventet restlevetid på 60,7 år, hvoraf 52,5 år (86,5 % af restlevetiden) forventedes at være gode leveår og 8,2 år (13,5 % af restlevetiden) tabte gode leveår. I 2017 steg restlevetiden til 62,9 år, hvoraf 53,4 år (84,9 %) forventedes at være gode leveår og 9,5 år (15,1 %) tabte gode leveår. Resultatet synes således at pege på, at stigningstakten i restlevetid er større end stigningstakten i gode leveår.

Tabel 7.2. Antal forventede restleveår med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred (gode leveår) samt andelen (i procent) af den forventede restlevetid med gode leveår for henholdsvis 16-årige og 65-årige mænd og kvinder. 2010, 2013 og 2017

		2010		2013		2017	
		Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)	Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)	Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)
16-årige	**Mænd**						
	Hovedstaden	52,3	86,6	53,8	87,4	53,9	86,0
	Sjælland	51,3	85,7	52,8	86,5	52,5	84,4
	Syddanmark	51,9	85,4	52,9	85,3	52,3	82,8
	Midtjylland	53,8	87,6	54,4	86,8	54,6	85,9
	Nordjylland	53,1	87,1	54,1	87,0	52,1	83,4
	Danmark	52,5	86,5	53,7	86,7	53,4	84,8
	Kvinder						
	Hovedstaden	54,0	83,3	55,4	84,1	54,9	82,3
	Sjælland	52,6	81,7	53,4	81,8	52,1	78,9
	Syddanmark	52,6	80,6	53,6	81,0	52,5	78,4
	Midtjylland	54,9	83,7	54,9	82,7	54,5	81,2
	Nordjylland	53,4	82,4	54,2	82,2	53,5	80,4
	Danmark	53,7	82,5	54,6	82,6	53,9	80,6
65-årige	**Mænd**						
	Hovedstaden	12,2	76,6	13,0	77,9	13,4	78,1
	Sjælland	12,3	77,7	13,1	79,8	13,5	78,5
	Syddanmark	12,5	75,8	13,4	78,3	13,7	76,4
	Midtjylland	13,3	79,7	13,7	78,4	14,4	79,7
	Nordjylland	12,9	78,4	13,6	79,2	13,6	76,9
	Danmark	12,6	77,5	13,3	78,6	13,8	78,0
	Kvinder						
	Hovedstaden	13,5	71,6	14,4	73,4	14,8	73,3
	Sjælland	12,8	68,8	13,7	71,4	14,7	73,4
	Syddanmark	13,5	70,1	14,5	72,6	14,6	71,4
	Midtjylland	14,2	72,6	14,3	71,9	15,0	72,9
	Nordjylland	13,5	71,2	14,2	72,5	15,0	73,8
	Danmark	13,6	70,9	14,3	72,4	14,8	72,8

Figur 7.1 Antal forventede restleveår med fremragende, vældigt godt eller godt selvvurderet helbred (gode leveår) og med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred (tabte gode leveår) for 16-årige mænd. 2010, 2013 og 2017



Det fremgår endvidere af tabel 7.2, at en 65-årig mand i 2010 kunne forvente at leve 12,6 år med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred (gode leveår), svarende til 77,5 % af den forventede restlevetid. I 2017 var antal gode leveår steget til 13,8 år (78,0 % af restlevetiden). Imidlertid er denne stigning ikke konsistent i forhold til år 2013, hvor både antal og andel af gode leveår er højere end i 2010. Der ses ikke en entydig udvikling i de forskellige regioner. En 65-årig kvinde kunne i 2010 forvente 13,6 restleveår med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred (70,9 % af restlevetiden). Antal forventede gode leveår steg i 2013 svagt til 14,3 år (72,4 % af restlevetiden) og videre til 14,8 år (72,8 %) i 2017. Stigningen i antal gode leveår fra 2010 over 2013 til 2017 ses i alle regioner. Det bemærkes, at andelen af restlevetiden med gode leveår hos kvinder er lavere end hos mænd. Dette skyldes dels, at andelen af mænd med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred er højere end den tilsvarende andel hos kvinder, og dels, at danske kvinder lever længere end danske mænd (jf. tabel 7.1).

I tabel 7.3 vises antal forventede restleveår uden langvarig sygdom (gode leveår) for 16-årige og 65-årige mænd og kvinder samt den procentvise andel af den forventede restlevetid uden langvarig sygdom (andelen af restlevetiden med gode leveår) i år 2010, 2013 og 2017.

I 2010 kunne 16-årige danske mænd forvente 40,9 restleveår uden langvarig sygdom (67,3 % af restlevetiden). I 2013 var antal gode leveår for mænd 41,0 år (66,3 % af restlevetiden), mens det i 2017 var 41,5 år (66,0 %). Således er antal gode leveår steget svagt fra 2010 til 2017, mens andelen af gode leveår er faldet svagt. Der ses noget forskelligtartede mønstre i hver af de fem regioner.

Det forventede antal restleveår uden langvarig sygdom for en 65-årig mand er steget svagt fra 8,8 år i 2010 til 9,1 år i 2013 og 9,2 år i 2017, mens andelen af leveår uden langvarig sygdom er faldet svagt fra 54,0 % i 2010 til 52,2 % i 2017. Der tegner sig et noget usystematisk billede for udviklingen i både antallet og andelen af forventede gode leveår på tværs af de fem regioner.

For en 16-årig kvinde er antal forventede restleveår uden langvarig sygdom i Danmark faldet svagt fra 42,0 år (64,5 % af restlevetiden) i 2010 over 41,6 år (63,0 %) i 2013 til 41,5 år (62,1 %) i 2017. Således er både antallet og andelen af restlevetiden med gode leveår faldet svagt fra 2010 til 2017. I alle regioner ses, at både antal og andel af gode leveår er lavere i 2017 end i 2010.

For en 65-årig kvinde er antal gode leveår steget fra 9,9 år i 2010 (51,7 % af restlevetiden) over 10,4 år i 2013 (52,7 %) til 10,5 år (51,4 %) i 2017. Der ses også et noget usystematisk mønster, når man ser på tendenser for de fem regioner.

Tabel 7.3 Antal forventede restleveår uden langvarig sygdom (gode leveår) samt andelen (i procent) af den forventede restlevetid med gode leveår for henholdsvis 16-årige og 65-årige mænd og kvinder. 2010, 2013 og 2017

		2010		2013		2017	
		Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)	Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)	Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)
16-årige	**Mænd**						
	Hovedstaden	40,9	67,8	40,6	65,9	41,4	66,1
	Sjælland	40,5	67,7	41,4	67,9	40,5	65,2
	Syddanmark	40,7	66,9	41,0	66,2	41,8	66,2
	Midtjylland	40,4	65,7	40,7	64,9	42,4	66,7
	Nordjylland	42,3	69,5	41,9	67,3	39,6	63,5
	Danmark	40,9	67,3	41,0	66,3	41,5	66,0
	Kvinder						
	Hovedstaden	42,6	65,7	42,4	64,4	41,8	62,6
	Sjælland	40,8	63,4	41,5	63,5	40,6	61,4
	Syddanmark	41,8	64,0	41,1	62,0	41,3	61,7
	Midtjylland	41,3	62,9	40,8	61,5	41,2	61,5
	Nordjylland	43,0	66,3	41,4	62,9	40,9	61,5
	Danmark	42,0	64,5	41,6	63,0	41,5	62,1
65-årige	**Mænd**						
	Hovedstaden	8,3	52,0	8,8	53,0	8,7	50,6
	Sjælland	9,1	57,7	9,5	57,8	9,0	52,0
	Syddanmark	8,8	53,2	9,2	54,0	9,8	54,7
	Midtjylland	8,8	52,7	9,0	51,4	9,6	53,3
	Nordjylland	9,4	57,3	9,2	53,5	8,8	50,0
	Danmark	8,8	54,0	9,1	53,8	9,2	52,2
	Kvinder						
	Hovedstaden	9,6	50,7	10,5	53,7	9,8	48,4
	Sjælland	9,8	52,3	10,3	53,5	10,7	53,5
	Syddanmark	10,1	52,2	10,6	52,9	11,1	54,0
	Midtjylland	9,8	50,5	10,2	51,1	10,4	50,7
	Nordjylland	10,4	54,9	10,1	51,5	10,5	51,8
	Danmark	9,9	51,7	10,4	52,7	10,5	51,4

I tabel 7.4 ses antal forventede restleveår med godt mentalt helbred (gode leveår) for 16-årige og 65-årige mænd og kvinder samt den procentvise andel af den forventede restlevetid med godt mentalt helbred (andelen af restlevetiden med gode leveår).

I 2010 kunne 16-årige danske mænd forvente 55,8 restleveår med godt mentalt helbred (91,9 % af restlevetiden). I 2013 var antal gode leveår for mænd 56,5 år (91,2 % af restlevetiden) og i 2017 56,1 år (89,1 % af restlevetiden). Således er antal gode leveår stort set uændret fra 2010 til 2017, mens andelen af restlevetiden med gode leveår er faldet svagt. Det ses, at andelen af restlevetiden med gode leveår er faldet i alle de fem regioner.

For en 16-årig kvinde ses, at det forventede antal restleveår med godt mentalt helbred var 57,3 år i 2010, 57,5 år i 2013 og 56,4 år i 2017 (henholdsvis 88,0 %, 87,1 % og 84,5 % af restlevetiden med gode leveår). Således er både antal af og andel af gode leveår faldet i perioden 2010 til 2017. Den samme tendens ses i alle fem regioner.

Det forventede antal restleveår med godt mentalt helbred for 65-årige mænd er steget svagt fra 15,2 år i 2010 (93,1 % af restlevetiden) over 15,6 år i 2013 (92,1 % af restlevetiden) i 2013 til 16,3 år (92,3 % af restlevetiden) i 2017. Der ses det samme mønster i alle de fem regioner.

Endvidere viser tabellen, at det forventede antal restleveår med godt mentalt helbred for 65-årige kvinder var 17,2 år i 2010, 17,5 år i 2013 og 18,1 år i 2017. Antallet af leveår er således steget, mens andelen af restlevetid med gode leveår stort set er konstant. Det samme mønster ses i alle regioner. Det bemærkes, at andelen af restlevetiden med gode leveår er af samme størrelsesorden for 16-årige som for 65-årige, når gode leveår er baseret på godt mentalt helbred. Dette er i modsætning til beregningen af gode leveår baseret på de to øvrige indikatorer (fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred og ingen langvarig sygdom). Det skyldes, at forekomsten af godt mentalt helbred ikke er så aldersafhængig som de to øvrige indikatorer.

Tabel 7.4 Antal forventede restleveår med godt mentalt helbred (gode leveår) samt andelen (i procent) af den forventede restlevetid med gode leveår for henholdsvis 16-årige og 65-årige mænd og kvinder. 2010, 2013 og 2017

		2010		2013		2017	
		Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)	Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)	Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)
16-årige	**Mænd**						
	Hovedstaden	55,0	91,1	55,8	90,7	55,7	88,9
	Sjælland	54,8	91,5	55,6	91,1	55,1	88,6
	Syddanmark	55,6	91,3	56,4	91,0	55,9	88,6
	Midtjylland	57,3	93,3	57,6	91,9	57,3	90,2
	Nordjylland	56,5	92,8	57,0	91,6	55,4	88,8
	Danmark	55,8	91,9	56,5	91,2	56,1	89,1
	Kvinder						
	Hovedstaden	56,9	87,7	57,2	86,8	56,3	84,5
	Sjælland	56,4	87,6	56,4	86,3	55,2	83,5
	Syddanmark	56,9	87,2	57,3	86,6	56,2	83,9
	Midtjylland	58,7	89,4	58,6	88,3	57,3	85,4
	Nordjylland	57,4	88,5	57,5	87,2	56,6	85
	Danmark	57,3	88,0	57,5	87,1	56,4	84,5
65-årige	**Mænd**						
	Hovedstaden	14,7	92,4	15,1	91,0	16,0	92,7
	Sjælland	14,7	93,1	15,2	92,7	16,0	92,7
	Syddanmark	15,3	92,6	15,7	92,1	16,4	91,2
	Midtjylland	15,9	94,9	16,3	93,4	16,7	92,8
	Nordjylland	15,3	93,1	15,8	92,3	16,2	91,5
	Danmark	15,2	93,1	15,6	92,1	16,3	92,3
	Kvinder						
	Hovedstaden	17,0	89,7	17,1	87,1	17,8	88,4
	Sjælland	16,6	89,2	17,3	89,9	17,8	89,2
	Syddanmark	17,1	88,5	17,8	89,1	18,0	87,7
	Midtjylland	17,9	92,1	18,1	90,6	18,6	90,6
	Nordjylland	16,9	89,3	17,3	88,3	18,2	89,7
	Danmark	17,2	89,7	17,5	88,8	18,1	88,9

8 REFERENCER

1. Indledning

1. Sundhedsstyrelsen. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
2. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen, 2014.
3. Eurostat. Revision of the European Standard Population - Report of Eurostat's task force. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013.

2.1. Selvvurderet helbred

1. Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E, Puska P. Self-rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. J Epidemiol Commun Health. 2001;55: 227-32.
2. Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. Self-reported health and adult mortality risk: An analysis of cause-specific mortality. Soc Sci Med. 2004;59: 1297-306.
3. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. J Gen Intern Med. 2006;21: 267-75.
4. Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2013;68: 107-16.
5. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. Journal of Health Soc Behav. 1997;38: 21-37.
6. Schnittker J, Bacak V. The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health. Plos One. 2014;9(1).
7. Tamayo-Fonseca N, Nolasco A, Quesada JA, Pereyra-Zamora P, Melchor I, Moncho J, et al. Self-rated health and hospital services use in the Spanish National Health System: a longitudinal study. Bmc Health Serv Res. 2015;15.
8. Holstein BE, Hansen EH, Andersen A, Due P. Self-rated health as predictor of medicine use in adolescence. Pharmacoepidem Dr S. 2008;17: 186-92.
9. Robine JM, Jagger C, Grp E-R. Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe - The Euro-REVES 2 project. Eur J Public Health. 2003;13: 6-14.
10. World Health Organization. Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO Office for Europe: Statistics Netherlands, 1996.
11. Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Soc Sci Med. 2009;69: 307-16.

2.2. Fysisk og mentalt helbred

1. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short-form health survey - Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. 1996;34(3):220-33.
2. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. J Clin Epidemiol. 1998;51(11):1171-8.
3. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. Health Qual Life Out. 2007;5.
4. Christensen AI, Davidsen M, Koushede V, Juel K. Betydningen af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv - en analyse af registerdata fra «Sundhedsprofilen 2010». København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
5. Christensen AI, Davidsen M, Kjøller M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen, 2010.

2.3. Stress

1. Sundhedsstyrelsen. Stress i Danmark - hvad ved vi? København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
2. Rod NH. Stress. I: Lund R, Christensen U, Iversen L, red. Medicinsk sociologi. 2. udgave, 2. oplag. udgave. København: Munksgaard Danmark, 2012.
3. Liu MY, Li N, Li WA, Khan H. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. Neurol Res. 2017; 39: 573-580.
4. Kivimaki M, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkila K, Alfredsson L, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart

disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. Lancet. 2012; 380: 1491-7.
5. Nabi H, Kivimaki M, Batty GD, Shipley MJ, Britton A, Brunner EJ, et al. Increased risk of coronary heart disease among individuals reporting adverse impact of stress on their health: the Whitehall II prospective cohort study. Eur Heart J. 2013; 34: 2697-705.
6. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004; 364: 953-62.
7. Rugulies R, Bultmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: Prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. Am J Epidemiol. 2006; 163: 877-87.
8. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983; 24: 385-96.
9. Eskildsen A, Dalgaard VL, Nielsen KJ, Andersen JH, Zachariae R, Olsen LR, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Danish consensus version of the 10-item Perceived Stress Scale. Scand J Work Env Health. 2015; 41: 486-90.
10. Nielsen L, Curtis T, Kristensen TS, Nielsen NR. What characterizes persons with high levels of perceived stress in Denmark? A national representative study. Scand J Public Health. 2008; 36: 369-79.

3.1. Langvarig sygdom

1. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2015.
2. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
3. Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats mod ensomhed blandt ældre mennesker med meget hjemmehjælp. København: Sundhedsstyrelsen, 2016.

3.2. Specifikke sygdomme og helbredsproblemer

1. Prados-Torres A, Calderón-Larrañaga A, Hancco-Saavedra J, Poblador-Plou B, van den Akker M. Multimorbidity patterns: a systematic review. J Clin Epidemiol. 2014; 67: 254-266.

3.3. Smerter eller ubehag

4.1. Rygning

1. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark - & udvikling siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012.
2. Sundhedsstyrelsen. Danskernes rygevaner 2016. Sundhedsstyrelsen. 2017 [04-12-2017]. https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/danskernes-rygevaner-2016.
3. Nordic Medico-Statistical Committee. Health Statistics for the Nordic Countries. Copenhagen: NOMESCO, 2015.
4. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): 2014.
5.. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2015.
6. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
7. Koch MB, Juel K. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydningen af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2013.
8. World Health Organization. Tobacco smoke and involuntary smoking. Summary of Data Reported and Evaluation. International Agency for Research on Cancer, 2002.
9. Sundhedsstyrelsen. Tobaksforurenet luft og helbredsmæssige konsekvenser. 2016 [31-07-2017]. https://sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tobak/helbred-og-sygdom/tobaksforurenet-luft/helbredsmaessige-konsekvenser.
10.Sundheds- og Ældreministeriet. Lov om røgfri miljøer. 2007 [31-07-2017]. https://retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=11388.

4.2. Alkohol

1. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
2. Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Alkoholstatistik 2015. Nationale data. København: 2015.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Genève: 2014.

4. Sundhedsstyrelsen. Alkohol og helbred. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
5. Møller H, Damm M, Laursen B. Ulykker i Danmark 1990-2009. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012.
6. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction. 2010;105(5):817-43.
7. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om alkohol. 2010 [06-09-2017]. https://sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/alkohol/anbefalinger.

4.3. Kost

1. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronis diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Genève: World Health Organization, 2003.
2. Tetens I, Andersen LB, Astrup A, Gondolf UH, Hermansen K, Jakobsen MU, Knudsen VK, Mejborn H, Schwarz P, Tjønneland A, Trolle E. Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet. Søborg: DTU Fødevareinstituttet, 2013.
3. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke Mad & måltider. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.
4. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
5. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. De officielle Kostråd. Glostrup: Fødevarestyrelsen, 2013.
6. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity (5. udgave). København: Nordisk Ministerråd, 2014.
7. Toft U, Kristoffersen L, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. Eur Journal Clin Nutr. 2007; 61: 270-78.
8. Ygil KH. Mål, vægt og portionsstørrelser på fødevarer. Søborg: DTU Fødevareinstituttet, 2013.

4.4. Fysisk aktivitet

1. Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. København: 2011.
2. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
3. Danquah IH, Skov SS, Callesen BR, Voss I, Petersen CB, Tolstrup JS. Validering af spørgsmål om fysisk aktivitet og siddetid. Til brug for national monitorering. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2016.

4.5. Vægt

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Cause Patterns. 2016 [07-04-2017]. https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/.
2. Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: Epidemiological evidence and proposed mechanisms. Nat Rev Cancer. 2004;4(8):579-91.
3. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Overvægt. København: Sundhedsstyrelsen, 2013.
4. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
5. World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Genève: World Health Organization, 2000.

4.6. Flere samtidige risikofaktorer

1. Loef M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis. Prev Med. 2012; 55: 163-70.
2. Foraker RE, Abdel-Rasoul M, Kuller LH, Jackson RD, Van Horn L, Seguin RA, et al. Cardiovascular Health and Incident Cardiovascular Disease and Cancer The Women's Health Initiative. Am J Prev Med. 2016; 50: 236-40.
3. Carlsson AC, Wandell PE, Gigante B, Leander K, Hellenius ML, de Faire U. Seven modifiable lifestyle factors predict reduced risk for ischemic cardiovascular disease and all-cause mortality regardless of body mass index: A cohort study. Int J Cardiol. 2013; 168: 946-52.
4. Petersen KEN, Johnsen NF, Olsen A, Albieri V, Olsen LKH, Dragsted LO, et al. The combined impact of adherence to five lifestyle factors on all-cause, cancer and cardiovascular mortality: a prospective cohort study among Danish men and women. Brit J Nutr. 2015; 113: 849-58.
5. Ding D, Rogers K, van der Ploeg H, Stamatakis E, Bauman AE. Traditional and Emerging Lifestyle Risk Behaviors and All-Cause Mortality in Middle-Aged and Older Adults: Evidence from a Large Population-Based Australian Cohort. Plos Med. 2015; 12.
6. Ford ES, Bergmann MM, Boeing H, Li CY, Capewell S. Healthy lifestyle behaviors and all-cause mortalityamong adults in the

United States. Prev Med. 2012; 55: 23-7.
7. McCullough ML, Patel AV, Kushi LH, Patel R, Willett WC, Doyle C, et al. Following cancer prevention guidelines reduces risk of cancer, cardiovascular disease, and all-cause mortality. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2011; 20: 1089-97.
8. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.

5. Kontakt til egen læge

1. Moth G, Vedsted P, Olesen F. Kontakt- og sygdomsmønsterundersøgelse, KOS 2008. Aarhus: Forskningsenheden for Almen Praksis, 2010.
2. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.

6. Sociale relationer

1. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. Perspect Psychol Sci. 2015;10(2):227-37.
2. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. I: Peplau LA, Perlman D, red. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley; 1982. s. 1-18.
3. Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. Loneliness Predicts Increased Blood Pressure: 5-Year Cross-Lagged Analyses in Middle-Aged and Older Adults. Psychol Aging. 2010;25(1):132-41.
4. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. Heart. 2016;102(13):1009-16.
5. Whisman MA. Loneliness and the Metabolic Syndrome in a Population-Based Sample of Middle-Aged and Older Adults. Health Psychol. 2010;29(5):550-4.
6. Lund R, Christensen U, Iversen L, red. Medicinsk sociologi - sociale faktorers betydning for befolkningens helbred. København: Munksgaard; 2011.
7. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
8. Christoffersen MN. Familiens udvikling i det 20. århundrede. Demografiske strukturer og processer. København: Socialforskningsinstituttet, 2004.
9. European Agency for Safety and Health at Work. New risks and trends in the safety and health of women at work. European Risk Observatory. Literature review. Luxembourg: Publications Office of the European Union: 2013.
10. Danmarks Statistik. Flere arbejder hjemme. 2010 [03-08-2017]. http://dst.dk/da/Statistik/bagtal/2010/2010-02-24-Hjemmearbejde.

7. Gode leveår

1. Jagger C, Oyen HV, Robine J-M. Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: A Practical Guide. EHLEIS, 2014.
2. Brønnum-Hansen H. Health expectancy in Denmark, 1987-2000. Eur J Public Health. 2005;15(1):20-5.
3. Sullivan DF. A single index og mortality and morbidity. HSMHA Health Rep. 1971;86:347-54.
4. Danmarks Statistik. http://statistikbanken.dk/.

Bilag A

1. Sundhedsstyrelsen. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
2. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen, 2014.
3. Fangel S, Linde PC, Thorsted BL. Nye problemer med repræsentativitet i surveys, som opregning med registre kan reducere. Metode & Data 2007; 93: 14-26.

Bilag B

1. Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet. DUN 2012. Dansk Uddannelses-Nomenklatur. København: Danmarks Statistik, 2012.
2. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen, 2014.

BILAG A: MATERIALE OG METODE

Metode

Der er udtrukket en stikprøve i hver region og en stikprøve, der omfatter hele Danmark (en national stikprøve). Stikprøverne er gensidigt udelukkende. Resultaterne offentliggjort i de regionale sundhedsprofiler vil derfor være forskellige fra resultaterne i 'Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017'.

De fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed har alle udsendt spørgeskemaer med 53 fælles kernespørgsmål. De fælles spørgsmål er i vid udstrækning de samme, som blev stillet ved undersøgelserne i 2010 og 2013.

Dataindsamlingen foregik ved brug af en kombination af digital post og fysisk post. Invitation og link til et elektronisk spørgeskema blev sendt med digital post til alle, der var tilmeldt digital post. Personer, der ikke var tilmeldt digital post, fik tilsendt et fysisk papirskema. Personer, der ikke havde besvaret det elektroniske spørgeskema efter henvendelse med digital post, fik tilsendt et papirskema. Alle personer i stikprøven fik tilsendt et introduktionsbrev samt et spørgeskema. Uanset om personen modtog invitationen som digital eller fysisk post, var det muligt at besvare spørgeskemaet på internettet. I introduktionsbrevet blev det gjort klart, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at svarpersonen var sikret fuld anonymitet.

I alt er der udsendt spørgeskemaer til 312.349 personer på 16 år eller derover med bopæl i Danmark. I den nationale stikprøve blev der udsendt 25.000 spørgeskemaer, i Region Hovedstaden 104.950, i Region Sjælland 34.000, i Region Syddanmark 58.800, i Region Midtjylland 51.999 og i Region Nordjylland 37.600.

Deltagelse

I alt har 183.372 borgere (58,7 %) helt eller delvist besvaret spørgeskemaet. I tabel A1 er deltagelsen opgjort efter køn og alder, civilstand, etnisk baggrund og bopælsregion. Det fremgår, at svarprocenten er højere blandt kvinder (62,6 %) end blandt mænd (54,1 %). Blandt både mænd og kvinder ses den laveste svarprocent i aldersgruppen 16-24 år og 25-34 år. Desuden ses en lav svarprocent blandt kvinder i alderen 75 år eller derover (50,3 %). Det ses endvidere, at svarprocenten er lav blandt ugifte (46,4 %), blandt borgere med anden vestlig (40,6 %) og ikke-vestlig baggrund (33,3 %), i Region Hovedstaden (52,6 %) samt i Region Sjælland (56,2 %).

Overordnet set er deltagelsesprocenten faldet fra 59,5 % i 2010 til 54,0 % i 2013 og derefter steget til 58,7 % i 2017. Dette mønster ses i de fleste grupper defineret ud fra køn og alder, civilstand, etnisk baggrund og region. Undtagelser er blandt mænd og kvinder i aldersgrupperne fra 55 år og opefter, blandt fraskilte og enke/enkemænd, blandt personer af ikke-vestlig baggrund og i Region Sjælland og Region Syddanmark, hvor svarprocenten i 2017 ligger over svarprocenten i både 2010 og 2013.

Tabel A1 Antal inviterede, antal svarpersoner og svarprocent i 2017 samt svarprocent i 2013 og 2010

	2017			2013	2010
	Antal inviterede	Antal svarpersoner	Svarprocent	Svarprocent	Svarprocent
Danmark	312.349	183.372	58,7	54,0	59,5
Mænd					
16-24 år	21.600	8.421	39,0	34,3	42,4
25-34 år	21.514	8.252	38,4	36,3	44,9
35-44 år	24.037	11.120	46,3	44,3	51,1
45-54 år	27.464	15.346	55,9	50,8	56,3
55-64 år	24.051	15.885	66,0	59,8	63,5
65-74 år	22.165	16.451	74,2	67,1	69,9
≥75 år	12.445	7.507	60,3	60,3	60,1
Alle mænd	153.276	82.982	54,1	50,4	55,5
Kvinder					
16-24 år	20.204	10.492	51,9	48,1	57,0
25-34 år	20.616	10.766	52,2	49,3	59,2
35-44 år	23.474	13.983	59,6	55,4	64,6
45-54 år	27.438	18.323	66,8	61,1	67,2
55-64 år	24.404	17.667	72,4	65,6	70,3
65-74 år	23.325	17.188	73,7	66,4	69,3
≥75 år	18.420	10.346	56,2	50,3	49,4
Alle kvinder	157.881	98.765	62,6	57,5	63,4
Civilstand					
Gift	148.087	100.168	67,6	62,6	67,0
Fraskilt	20.553	12.067	58,7	50,8	55,6
Enke/enkemand	35.012	20.655	59,0	52,8	54,3
Ugift	108.697	50.482	46,4	41,7	49,2
Etnisk baggrund					
Dansk	272.290	168.932	62,0	57,1	62,1
Anden vestlig	15.072	6.125	40,6	35,8	43,0
Ikke-vestlig	24.987	8.315	33,3	25,8	31,8
Region					
Hovedstaden	112.644	59.267	52,6	44,3	52,7
Sjælland	37.618	21.148	56,2	49,4	55,6
Syddanmark	64.173	43.231	67,4	64,4	64,4
Midtjylland	57.618	35.604	61,8	61,1	65,0
Nordjylland	40.296	24.122	59,9	56,6	65,2

Vægtning

I undersøgelser som denne er det af stor betydning for resultaterne, at svarpersonerne ligner den øvrige voksne befolkning så meget som muligt med hensyn til køn, alder, uddannelse og andre sociodemografiske karakteristika. En afvigelse fra dette svækker undersøgelsens konklusioner. Som det fremgår af tabel A1, er der stor forskel på svarprocenten i de forskellige befolkningsgrupper. Befolkningssammensætningen blandt personer, der har besvaret spørgeskemaet, afviger derfor på en række områder fra befolkningssammensætningen i hele landet. I denne undersøgelse er dette problem søgt løst ved en opregning foretaget af Dataindsamling og Metode, Danmarks Statistik, en såkaldt vægtning for non-response (3). Det betyder, at besvarelsen fra den enkelte person er givet en vægt i forhold til, hvor sandsynligt det er at få en besvarelse fra en person med samme køn, alder, uddannelse, bruttoindkomst, socioøkonomisk gruppering, familietype, etnisk baggrund, antal lægebesøg i 2016, indlæggelse på sygehus i 2015 samt ejer/lejer-forhold. Formålet er at imødegå de udfordringer, der er i forbindelse med bortfaldet. Dataindsamling og Metode, Danmarks Statistik, er alene fagligt ansvarlig for opregningen. Denne opregning er anvendt både ved nationale og regionale opgørelser. Den samme vægtningsprocedure blev anvendt i 2010 og 2013.

BILAG B: KLASSIFIKATION AF UDVALGTE VARIABLE

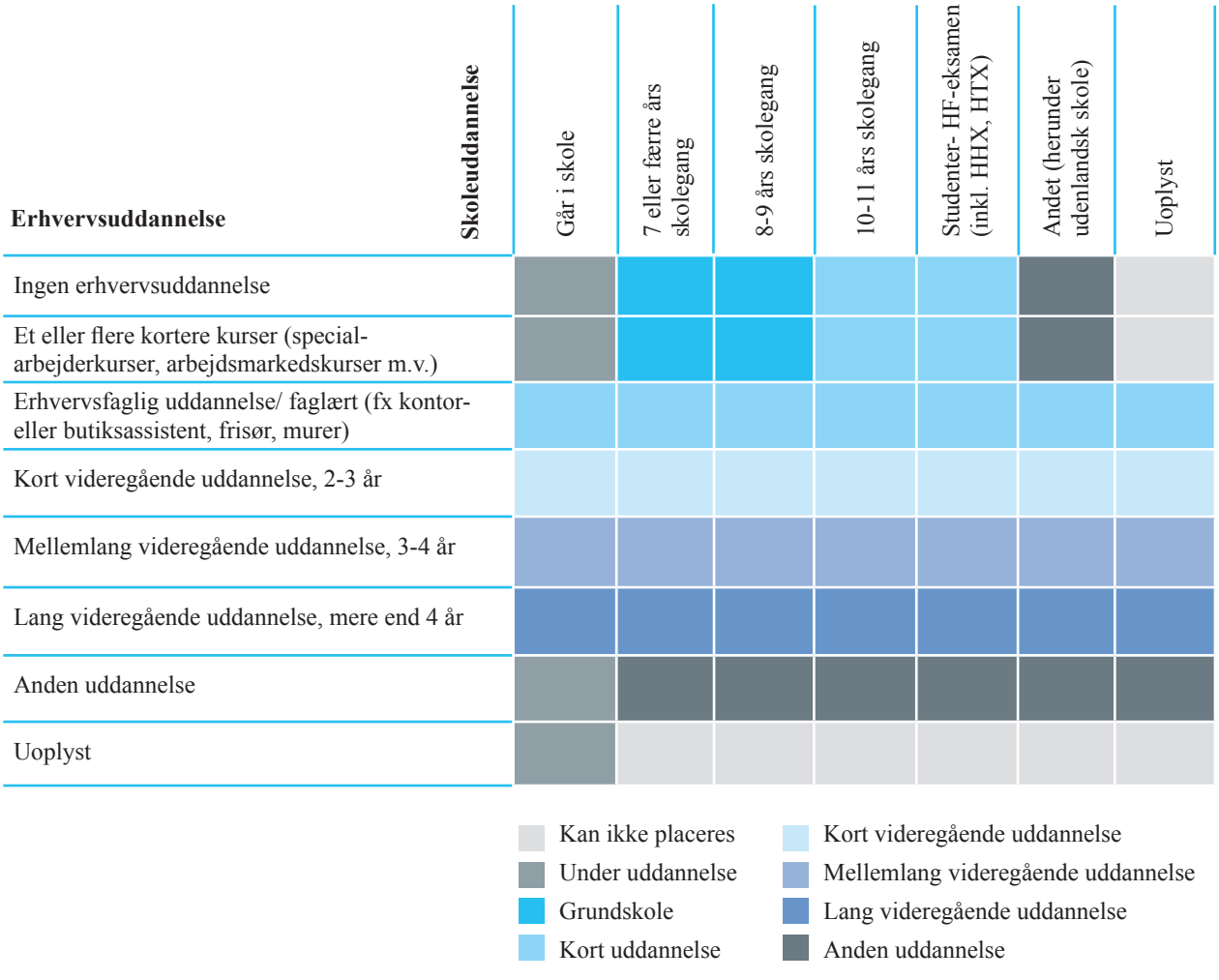
Klassifikation af uddannelse

Den anvendte klassifikation af uddannelse er en tilnærmelse til DUN-klassifikationen (Dansk Uddannelses Nomenklatur) (1). I nærværende undersøgelse anvendes en opdeling i syv uddannelsesgrupper:

- Grundskole
- Kort uddannelse
- Kort videregående uddannelse
- Mellemlang videregående uddannelse
- Lang videregående uddannelse
- Under uddannelse
- Anden uddannelse (fx udenlandsk skolegang)

Figur B1 viser, hvorledes skoleuddannelse og erhvervsuddannelse kombineres til de syv uddannelsesgrupper. Inddelingen er baseret på svarpersonens oplysninger ud fra spørgsmålene 'Hvilken skoleuddannelse har du?' og 'Har du fuldført en uddannelse ud over en skole- eller ungdomsuddannelse?'. Der er dog enkelte undtagelser. Personer, der enten har svaret, at de ikke har fuldført en uddannelse udover en skole- eller ungdomsuddannelse, eller at de har fuldført ét eller flere kortere kurser (for eksempel specialarbejderkurser eller arbejdsmarkedskurser), og som derudover har svaret, at de er uddannelsessøgende i spørgsmålet 'Er du under uddannelse?', er klassificeret som at være under uddannelse.

Figur B1 Klassifikation af uddannelse på baggr. af skoleuddannelse og erhvervsuddannelse



Klassifikation af erhvervsmæssig stilling

Inddelingen i grupper af erhvervsmæssig stilling i denne undersøgelse er baseret på en kombination af svarpersonernes selvrapporterede oplysninger om erhvervsmæssig stilling og registerbaserede oplysninger om sociale ydelser i Danmark i 2016 fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings (DREAM-registeret). I undersøgelsen er nedenstående definition af erhvervsmæssig stilling blevet brugt.

Fra spørgeskemaet i 2017 anvendes spørgsmålene 'Er du i arbejde?' og 'Er du under uddannelse'. Begge spørgsmål har svarmulighederne 'Ja' og 'Nej'. Fra DREAM anvendes oplysninger om ydelser i forbindelse med førtidspension, efterløn samt ledighed i løbet af 2016. Der er anvendt følgende hierarki til definitionen af erhvervsmæssig stilling:

1. Borgere, der er 65 år eller derover pr. 1. januar 2017, er defineret som alderspensionister.
2. Borgere i aldersgruppen 16-64 år, der ifølge DREAM har modtaget førtidspension i mindst én uge i 2017, er defineret som førtidspensionister.
3. Borgere i aldersgruppen 60-64 år, der ifølge DREAM har modtaget efterløn i mindst én uge i 2017, er defineret som efterlønsmodtagere.
4. Borgere i aldersgruppen 16-24 år, der har svaret:
   a. 'Ja' i spørgsmålet 'Er du under uddannelse' er defineret som værende under uddannelse.
   b. 'Nej' i spørgsmålet 'Er du under uddannelse' og 'Ja' i spørgsmålet 'Er du i arbejde' er defineret som værende beskæftigede.
   c. 'Nej' i spørgsmålet 'Er du under uddannelse' og 'Nej' i spørgsmålet 'Er du i arbejde' er defineret som værende uden for arbejdsmarkedet.
5. Borgere i aldersgruppen 25-64 år, der har svaret:
   a. 'Ja' i spørgsmålet 'Er du i arbejde' er defineret som beskæftigede.
   b. 'Nej' i spørgsmålet 'Er du i arbejde' og 'Ja' i spørgsmålet 'Er du under uddannelse' er defineret som værende under uddannelse.
   c. 'Nej' i spørgsmålet 'Er du under uddannelse' og 'Nej' i spørgsmålet 'Er du i arbejde' er defineret som værende uden for arbejdsmarkedet.
6. Hvis man ifølge punkt 4c eller 5c er uden for arbejdsmarkedet, opdeles man ud fra DREAM som følger:
   a. Borgere, der ifølge de i DREAM angivne koder er arbejdsløse, defineres som arbejdsløse.
   b. Borgere, der ikke opfylder punkt 6a, defineres som værende andre uden for arbejdsmarkedet.

Nedenfor ses de forskellige grupper for erhvervsmæssig stilling, som de optræder i opslagstabellerne.

- Beskæftigede
- Arbejdsløse
- Førtidspensionister
- Andre uden for arbejdsmarkedet
- Efterlønsmodtagere
- Alderspensionister

Gruppen under uddannelse bliver vist ved opgørelsen for højest gennemførte uddannelsesniveau og indgår derfor ikke i klassifikationen af erhvervsmæssig stilling.

I 2010 blev inddelingen udelukkende baseret på svarpersonernes oplysninger om erhvervsmæssig stilling. Definitionen er således ikke sammenlignelig med ovenstående. Det er derfor kun muligt at belyse udviklingen i perioden 2013 til 2017 i de forskellige grupper af erhvervsmæssig stilling.

Der er i perioden 2013 til 2017 sket en del ændringer i den danske beskæftigelseslovgivning, herunder en kontanthjælps- og førtidspensionsreform med indførelse af ressourceforløb, integrationsydelse og nedsættelse af den periode, hvori man kan få sygedagpenge. Den ovenfor angivne definition af arbejdsløse og andre uden for arbejdsmarkedet er derfor en smule anderledes end ved sundhedsprofil-undersøgelsen i 2013 (2). Opgørelser af erhvervsmæssig stilling for 2013 er derfor i nærværende undersøgelse baseret på 2017-definitionen.

Klassifikation af samlivsstatus

Grupperingen af samlivsstatus er fremkommet ved at kombinere svarpersonens egne oplysninger om, hvorvidt han eller hun bor sammen med en ægtefælle, samlever eller kæreste, med registeroplysninger fra Det Centrale Personregister (CPR) om civilstand. Samlivsforhold grupperes i følgende fem grupper:

- Gift: Personer, der ifølge CPR er gifte eller i registreret parforhold.
- Samlevende: Personer der i spørgeskemaet angiver, at han eller hun bor sammen med en ægtefælle, samlever eller kæreste, men som ifølge CPR ikke er gifte eller i registreret parforhold.
- Enlig (separeret, skilt): Personer, der ifølge CPR er skilte eller separerede og ikke har angivet, at de er samlevende.
- Enlig (enkestand): Personer, der ifølge CPR er enker eller enkemænd og ikke har angivet, at de er samlevende.
- Enlig (ugift): Personer, der ifølge CPR er ugifte og ikke har angivet, at de er samlevende.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
www.sst.dk

SUNDHEDSSTYRELSEN

Social ulighed i sundhed og sygdom

Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017

SDU

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet af:

Caroline Holt Udesen, videnskabelig assistent

Carina Skaarup, videnskabelig assistent

Maria Nivi Schmidt Petersen, videnskabelig assistent

Annette Kjær Ersbøll, professor.

Forord

"Sundhed for alle" blev i 1981 lanceret af danskeren Halfdan Mahler, generaldirektør for WHO, som overskrift for den første egentlige globale sundhedsstrategi. Sundhed blev defineret som mere end fravær af sygdom: som en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velbefindende. Og med 'Sundhed for alle' pegede WHO på et bredere samfundsmæssigt sigte: at sundhed for alle må være målet for økonomisk og samfundsmæssig udvikling, og ikke blot et middel til at opnå denne udvikling.

Strategien for 'Sundhed for alle' understreger samtidig, at sundhedsfremme ikke alene kan løses inden for sundhedssektoren, men skal integreres bredt i alle politikområder, herunder beskæftigelse, uddannelse, bolig, social, infrastruktur, skat, økonomi osv. Hvis det skal lykkes at reducere ulighed i sundhed, kræver det en betydelig indsats på mange politikområder - 'Health in all policies' – og med inddragelse af både politiske beslutningstagere, offentlige myndigheder, private erhverv og civilsamfundet. Lighed i sundhed kendetegner et samfund i sund udvikling!

I Sundhedsstyrelsen har vi længe haft 'Sundhed for alle' som vores mission, og vi har for et par år siden givet udtrykket en grafisk form (sundhed ♥ for ✚ alle ●), der præger alle vores produkter: ♥ ✚ ●

Med denne rapport sætter vi fokus på social ulighed i sundhed: at sundhed og sygdom er systematisk skævt fordelt i samfundet. At social position og vilkår har betydning for menneskers sundhed, sygdom, levetid og sundhedsrelateret livskvalitet. Nogle grupper i befolkningen får mere sygdom, bliver tidligere syge, mærker større konsekvenser af sygdom og dør tidligere – og det er forskelle, der er socialt bestemt.

I Sundhedsstyrelsen er det vores opgave at synliggøre, hvordan social ulighed kommer til udtryk i befolkningens sundhed og sygdom. Vi skal bidrage til mere lighed i sundhed i arbejdet med forebyggelse, behandling, rehabilitering og pleje, så der tages højde for borgere og patienters forskellige udgangspunkt og behov.

Nærværende rapport er den første af sin art, og fremadrettet vil vi hvert 4. år udsende tilsvarende statusrapporter for social ulighed i sundhed i Danmark. Rapporten beskriver ulighed i sundhed med en række indikatorer, der indsamles systematisk og som derfor gør, at vi kan følge udviklingen.

Jeg vil gerne takke både Statens Institut for Folkesundhed, for det store arbejde med at udarbejde rapporten, og den ekspertgruppe, som har hjulpet os i Sundhedsstyrelsen med at pege på behovet og rammerne for nærværende rapport om ulighed i sundhed.

Søren Brostrøm
Direktør
Sundhedsstyrelsen

Kort opsummering af resultater

Sociale vilkår for sundhed

Gini-koefficient

Gini-koefficienten, der er et mål for indkomstulighed mellem personer i et samfund, er steget fra 24,1 Gini-point i år 2000 til 29,1 i 2018. Det betyder, at indkomstuligheden er vokset i perioden 2000-2018.

Fattigdom

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der er relativt fattige i perioden 2000-2016. Andelen, der er fattige, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2000-2016.

Arbejdsløshed

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2000-2017. Således er andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt kvinder gælder det, at der i perioden 2000-2017 er sket et fald i den sociale ulighed. Blandt mænd er der ikke sket en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed.

Generelle helbredsindikatorer

Restlevetid og uddannelse

Der ses en social ulighed i restlevetiden blandt 30-årige, således at restlevetiden er længere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 1990-2016 blandt kvinder og blandt mænd.

Restlevetid og indkomst

Der ses en social ulighed restlevetiden blandt 30-årige, således at restlevetiden er længere med højere indkomstniveau. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 1990-2016 blandt kvinder og blandt mænd.

Dødelighed i befolkningen

Der ses en social ulighed i antallet af dødsfald pr. 100.000 personer i perioden 1988-2017, således at antallet af dødsfald pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden både blandt kvinder og blandt mænd i aldersgrupperne 24-44 år og 45-64 år.

Dødfødsler

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af dødfødsler pr. 1.000 fødsler i perioden 2010-2017, således at antallet af dødfødsler pr. 1.000 er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden.

Neonatal død
Der ses en moderat til høj social ulighed i antallet af børn, der dør inden for de første 28 dage i perioden 2010-2017, således at antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden.

Dødelighed for børn under 5 år
Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af dødsfald blandt børn under 5 år for børn født i perioden 2010-2012, således at antallet af dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden.

Selvvurderet helbred
Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har et godt selvvurderet helbred både blandt kvinder og blandt mænd, således at andelen, der har godt selvvurderet helbred, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden.

Funktionsevne – Mobilitet
Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af ældre, der har begrænset mobilitet, således at andelen, der har begrænset mobilitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden.

Funktionsevne – Kommunikationsfærdigheder
Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen af ældre, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, således at andelen, der har begrænset mobilitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden.

Tidlige vilkår for sundhed og sygdom

Fødsler – Fødsel før uge 37
Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af børn, der er født før uge 37, således at andelen af børn, der er født før uge 37, er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. For perioden 2010-2017 mindskes den sociale ulighed.

Fødsler – Børn født små i forhold til gestationsalder
Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, således at andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. For perioden 2010-2017 mindskes den sociale ulighed.

Fuldamning
Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder således, at andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder er højere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2017.

Børnevaccinationsprogrammet
Der ses moderat til høj grad af social ulighed i andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, således at andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau hos forældrene. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2011-2017.

HPV-vaccination
Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af piger, der har gennemført HPV-vaccination således, at andelen af piger, der har gennemført HPV-vaccination er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau hos forældrene. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Tandsundhed hos børn
Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har god tandsundhed blandt piger og blandt drenge i perioden 2010-2017. Blandt piger ses der en stigning i den sociale ulighed i perioden, mens der blandt drenge ikke ses nogen ændring i den sociale ulighed.

Overvægt blandt børn
Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der er overvægtige blandt piger og blandt drenge i perioden 2010-2018. Blandt piger ses der ikke en ændring i den sociale ulighed. Blandt drengene ses der en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed i perioden.

Ensomhed hos skolebørn
Der ses ingen social ulighed i andelen af piger og drenge, der oplever ensomhed.

Livstilfredshed
Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der oplever lav livstilfredshed blandt piger i perioden 2010-2018, mens der blandt drenge ses en høj grad af social ulighed i andelen, der oplever lav livstilfredshed i 2010, men ikke i 2014 og 2018. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

Self-efficacy
Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der oplever lav self-efficacy blandt piger og drenge i perioden i årene 2014 og 2018.

Børnefattigdom
Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der lever under fattigdoms-grænsen, således at andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. For perioden 2000-2016 ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed.

Ungdomsuddannelse
Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har gennemført en ungdoms-uddannelse, således at andelen, der har gennemført en ungdomsuddannelse, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der er sket en statistisk signifikant mindskning i den social ulighed i perioden 2010-2017.

Stofbrug
Der ses ingen social ulighed i andelen, der har taget stoffer inden for det seneste år i perioden 2010-2017.

Sundhedsadfærd og arbejdsmiljø

Daglig rygning
Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der ryger dagligt, for både kvinder og mænd, således at andelen, der ryger dagligt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Alkoholindtag – Højrisikogrænse for alkoholindtagelse

Der ses en lav grad af omvendt social ulighed i andelen af kvinder, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse, således at andelen, som overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Alkoholindtag – Fem eller flere genstande ved samme lejlighed

Der ses en lav grad af omvendt social ulighed i andelen, der jævnligt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed for både kvinder og mænd, således at andelen, der jævnligt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Fysisk inaktivitet

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, for både kvinder og mænd i 2017, således at andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Svær overvægt

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der er svært overvægtige, for både kvinder og mænd således, at andelen, der er svært overvægtige, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Ophobning af risikofaktorer

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen med to eller flere risikofaktorer for både kvinder og mænd i 2017, således at andelen med to eller flere risikofaktorer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Arbejdsmiljø – indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, for både kvinder og mænd. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2018.

Arbejdsmiljø – fysisk tungt arbejde

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, for både kvinder og mænd. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2018.

Mentalt helbred og psykisk sygdom

Dårligt mentalt helbred

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har dårligt mentalt helbred, for både kvinder og mænd, således at andelen, der har dårligt mentalt helbred, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Højt stressniveau

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen med højt stressniveau for både kvinder og mænd, således at andelen med højt stressniveau er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Uønsket alene

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der ofte er uønsket alene, for både kvinder og mænd, således at andelen, der ofte er uønsket alene, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Depression
Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017, således at antallet af personer, som får depression, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Bipolar lidelse og egen uddannelse
Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017, når man sammenholder med eget højest fuldførte uddannelsesniveau, således at antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Bipolar lidelse og forældres uddannelse
Der ses ikke social ulighed i antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer, når man sammenholder med forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017.

Skizofreni og egen uddannelse
Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017, når man sammenholder med eget fuldførte uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses der ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017. Blandt mænd ses der en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Skizofreni og forældres uddannelse
Der ses ikke social ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 kvinder, når man sammenholder med forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 mænd, når man sammenholder med forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau.

Selvmord
Der ses ingen social ulighed i antal selvmord pr. 100.000 blandt kvinder, mens der blandt mænd ses en moderat til høj grad af social ulighed i antal selvmord pr. 100.000 mænd i perioden 2010-2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

Somatiske sygdomme og ulykker

Diabetes
Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

Iskæmisk hjertesygdom
Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med en iskæmisk hjertesygdom ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelene er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Cerebrovaskulær sygdom

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med cerebrovaskulær sygdom ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelene er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med KOL ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelene er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Brystkræft

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 kvinder, således at antallet af nye tilfælde er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau, dvs. omvendt social ulighed. Blandt kvinder med brystkræft ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelene er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Lungekræft

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med lungekræft ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelene er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Tyk- og endetarmskræft

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med tyk- og endetarmskræft ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelene er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Muskel-skelet-diagnoser

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017. Blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Selvrapporterede muskel-skelet-smerter

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har muskel-skelet-smerter, både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at andelen, der har muskel-skelet-smerter, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

Demens

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer blandt kvinder i perioden 2010-2017, således at antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Blandt mænd ses der kun social ulighed i antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer i dele af perioden. Der ses en stigning i den sociale ulighed blandt mænd i perioden.

Multisygdom – To eller flere sygdomme

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017 både blandt kvinder og blandt mænd.

Multisygdom – Fire eller flere sygdomme

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017 både blandt kvinder og blandt mænd.

Tandsundhed hos voksne

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, således at andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Trafikulykker

Blandt mænd ses der en lav grad af social ulighed i andelen, der kommer til skade ved trafikulykker, således at antallet, der kommer til skade ved trafikulykker, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder i 2013 og 2017. Der ses en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed blandt mænd i perioden 2010-2017. Blandt kvinder ses der ikke en social ulighed i andelen, der kommer til skade ved en trafikulykke.

Faldulykker

Blandt mænd ses der en lav grad af social ulighed i andelen, der kommer til skade ved faldulykker, således at antallet, der kommer til skade ved faldulykker, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses der ikke en social ulighed i andelen, der kommer til skade ved en faldulykke. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed blandt mænd i perioden 2010-2017.

Kontakt med sundhedsvæsenet

Livmoderhalskræftscreening

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft. Således er andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Brystkræftscreening

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der deltager i screening for brystkræft i alle tre runder, således at andelen, der deltager i screening for brystkræft, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ingen statistisk ændring i den sociale ulighed fra runde 3-5.

Screening for tyk- og endetarmskræft

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft både blandt kvinder og blandt mænd, således at andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, er højere med højere fuldførte

uddannelsesniveau. Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt kvinder, mens der blandt mænd ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden.

Brug af sundhedsydelser – Kontakt til almen praktiserende læge

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der har kontakt til almen praktiserende læge blandt mænd, men ikke blandt kvinder. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt hverken kvinder eller mænd i perioden 2010-2017.

Brug af sundhedsydelser – Kontakt til praktiserende speciallæge

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge blandt kvinder og mænd. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed både blandt kvinder eller mænd i perioden 2010-2017.

Forebyggelige indlæggelser

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen med en forebyggelig indlæggelse både blandt kvinder og blandt mænd således, at andelen med en forebyggelig indlæggelse er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017.

Korttidsindlæggelser

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen med en korttidsindlæggelse både blandt kvinder og blandt mænd, således at andelen med en korttidsindlæggelse er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017.

Visiteret hjemmehjælp – Personlig pleje

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der er visiteret til personlig pleje således at andelen, der er visiteret til personlig pleje, er lavere med højere fuldførte uddannelse for kvinder i 2010 og 2013, men ikke i 2017 og for mænd i 2010, men ikke i 2013 og 2017.

Visiteret hjemmehjælp – Praktisk hjælp

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, således at andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, er lavere med højere fuldførte uddannelse for kvinder i 2013, men ikke i 2010 og 2017 og for mænd i hele perioden. Blandt mænd er der en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Kommunale sygeplejeydelser

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, således at andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, er lavere med højere fuldførte uddannelse for både kvinder og mænd i 2013.

Førtidspension

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen på førtidspension blandt kvinder og blandt mænd, således at andelen på førtidspension er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2000-2017.

Mangel på social støtte

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen med lav grad af social støtte, både blandt personer uden langvarig sygdom og blandt personer med langvarig sygdom, således at andelen med lav grad af social støtte er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed fra 2010-2017.

Oversigt over resultater

	Grad									Udvikling		
Indikator	**Kvinder**			**Mænd**			**Total**			**Kvinder**	**Mænd**	**Total**
KAPITEL 1												
Gini-koefficient							x					z
Fattigdom[1]							H		H			↑
Arbejdsløshed[2]	M	M	M	L	M	L				↓	–	
KAPITEL 2												
Restlevetid												
Restlevetid og uddannelse	x			x						z	z	
Restlevetid og indkomst	x			x						z	z	
Dødelighed i befolkningen	x			x						z	z	
Børnedødelighed												
Dødfødsel[3]							M	M	H			–
Neonatal død[3]							M	H	H			–
Dødelighed for børn > 5 år[15]							M	H	H			–
Selvvurderet helbed[3]	H	H	H	H	H	H				–	–	
Funktionsevne												
Mobilitet[3]							H	H	H			–
Kommunikationsfærdighed[3]							H	M	M			–
KAPITEL 3												
Fødsler												
Fødsel før uge 37[3]							M	M	L			↓
Børn, der er født små[3]							M	L	L			↓
Fuldamning[4]							H	H	H			–
Børnevaccinationsprogrammet[5]							M	M	H			–
HPV-vaccination[3]	M	M	L							–		
Tandsundhed hos børn[3]	H	H	H	H	H	H				↑	–	
Overvægt blandt børn[6]	H	H	H	H	H	H				–	↓	
Ensomhed hos skolebørn[7]		y			y					z	z	
Livsstilfredshed[6]	M	M	M	H	y	y				–	–	
Self-efficacy[8]		H	H		M	H				z	z	
Børnefattigdom[1]							H		H			↑
Ungdomsuddannelse[3]	H	H	H	H	H	H				↓	↓	
Stofbrug[3]	y	y	y	y	y	y				z	z	

	Grad							Udvikling		
Indikator	**Kvinder**				**Mænd**			**Kvinder**	**Mænd**	**Total**
KAPITEL 4										
Rygning[3]	H	H	H		H	H	H	–	–	
Alkohol										
Høj risikogrænse[3]	L	L	L		L	L	L	–	–	
≥5 genstande ved samme lejlighed[3]	L	L	L		L	L	L	–	–	
Fysisk inaktivitet[10]			M				M	z	z	
Svær overvægt[3]	H	H	H		H	H	H	–	–	
Ophobning af risikofaktorer [10]			H				H	z	z	
Arbejdsmiljø										
Indflydelse på eget arbejde[11]	H	H	H	H	H	H	H	–	–	
Fysisk krav i arbejde[11]	H	H	H	H	H	H	H	–	–	
KAPITEL 5										
Dårligt mentalt helbred[3]	M	M	M		M	M	M	–	–	
Højt stressniveau[9]		H	H			H	H	z	z	
Ofte uønsket alene[3]	H	H	H		H	H	H	–	–	
Depression[3]	M	H	M		M	H	M	↓	↓	
Bipolar lidelse										
Bipolar lidelse og egen uddannelse[3]	H	H	M		H	H	H	–	–	
Bipolar lidelse og forældres uddannelse[3]	L	y	y		y	y	y	z	z	
Skizofreni										
Skizofreni og egen uddannelse[3]	H	H	H		H	H	H	–	↓	
Skizofreni og forældres uddannelse[3]	M	L	y		M	M	L	z	–	
Selvmord[3]	y	y	y		H	H	M	z	–	
KAPITEL 6										
Diabetes[3]	H	H	H		M	M	H	–	–	
Iskæmisk hjertesygdom[12]	M		M		L		L	z	z	
Cerebrovaskulær sygdom[12]	L		L		L		L	z	z	
Kronisk lungesygdom[12]	H		H		H		H	z	z	
Brystkræft[12]	L		L					z	z	
Lungekræft[12]	H		H		H		H	z	z	
Tyk- og endetarmskræft[12]	L		L		L		L	z	z	
Muskelskeletlidelser										
Muskelskeletdiagnoser[3]	L	L	L		L	L	L	↑	–	
Selvrapporterede muskelskeletlidelser[3]	H	H	H		H	H	H	–	–	

	Grad							Udvikling		
Indikator	**Kvinder**				**Mænd**			**Kvinder**	**Mænd**	**Total**
Demens[3]	L	L	L		y	y	L	–	↑	
Multisygdom										
To eller flere[3]	M	M	M		M	M	M	↑	↑	
Fire eller flere[3]	M	M	M		M	M	M	↑	↑	
Tandsundhed hos voksne[3]	H	H	H		H	H	H	–	–	
Trafikulykker[3]	L	L	y		L	L	L	z	↓	
Faldulykker[3]	L	y	y		y	L	L	z	↑	
KAPITEL 7										
Livmoderhalskræftscreening[3]	M	H	H					↑		
Brystkræftscreening[16]	L	M	M					–		
Screening for tyk- og endetarmskræft[17]	L	L	L	M	M	M		–	↑	
Brug af sundhedsydelser										
Kontakt til almen praktiserende læge[3]	y	y	y		L	y	L	z	–	
Kontakt til praktiserende speciallæge[3]	L	L	L		L	L	L	–	–	
Forebyggelige indlæggelser[3]	L	L	L		L	M	M	↑	↑	
Korttidsindlæggelser[3]	M	M	M		M	M	M	↑	↑	
Visiteret hjemmehjælp[3]										
Personlig pleje[3]	L	L	y		M	y	y	z	z	
Praktisk hjælp[3]	y	L	y		L	L	L	z	↓	
Kommunale sygeplejeydelser[13]		M				M		z	z	
Førtidspension[14]	H	H	H		H	H	H	↑	↑	
Mangel på social støtte[3†]	H	M	H		H	H	H	–	–	

x Der kommenteres ikke på graden af social ulighed.
y OR er ikke statistisk signifikant.
z Der kommenteres ikke på SII/trend test.
† Uden langvarig sygdom sammenlignet med langvarig sygdom

Graden
L Lav
M Moderat
H Høj

Udvikling
↑ Stigning
↓ Mindskning
– Ingen ændring

Nedslagsår
1 2000, 2016
2 2000, 2010, 2017
3 2010, 2013, 2017
4 2012, 2014, 2017
5 2011, 2014, 2017
6 2010, 2014, 2018
7 2014
8 2014, 2018
9 2013, 2017
10 2017
11 2012, 2014, 2016,2018
12 2010-2013, 2014-2017
13 2013
14 2000, 2010, 2017
15 2010, 2011, 2012
16 Runde 3, runde 4, runde 5
17 2014, 2016, 2017

Indhold

Forord 3

Kort opsummering af resultater 4
- Sociale vilkår for sundhed 4
- Generelle helbredsindikatorer 4
- Tidlige vilkår for sundhed og sygdom 5
- Sundhedsadfærd og arbejdsmiljø 6
- Mentalt helbred og psykisk sygdom 7
- Somatiske sygdomme og ulykker 8
- Kontakt med sundhedsvæsenet 10

Oversigt over resultater 12

Baggrund og kommentar 18
- Hvorfor lighed i netop sundhed? 18
- Årsager til ulighed i sundhed 19
- Referencer 25

Læsevejledning 27
- Ordforklaring 27
- Beskrivelse af resultater 33

1 Sociale vilkår for sundhed 34
1.1 Gini-koefficient 36
1.2 Fattigdom 37
1.3 Arbejdsløshed 39
- Opsummering 41
- Referencer 42

2 Generelle helbredsindikatorer 44
2.1 Restlevetid 46
2.2 Dødelighed i befolkningen 49
2.3 Børnedødelighed og dødfødsler 51
2.4 Selvvurderet helbred 58
2.5 Funktionsevne 60
- Opsummering 65
- Referencer 66

3 Tidlige vilkår for sundhed og sygdom 68
3.1 Fødsler 70
3.2 Fuldamning 75
3.3 Børnevaccinationsprogrammet 77

3.4 HPV-vaccination 79
3.5 Tandsundhed hos børn 81
3.6 Overvægt blandt børn 83
3.7 Ensomhed hos skolebørn 85
3.8 Livstilfredshed 87
3.9 Self-efficacy 89
3.10 Børnefattigdom 91
3.11 Ungdomsuddannelse 93
3.12 Stofbrug 95
Opsummering 97
Referencer 98

4 Sundhedsadfærd og arbejdsmiljø 102
4.1 Daglig rygning 104
4.2 Alkoholindtag 106
4.3 Fysisk inaktivitet 111
4.4 Svær overvægt 113
4.5 Ophobning af risikofaktorer 115
4.6 Arbejdsmiljø – indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver 117
4.7 Arbejdsmiljø – fysisk tungt arbejde 119
Opsummering 121
Referencer 122

5 Mentalt helbred og psykiske sygdomme 124
5.1 Dårligt mentalt helbred 126
5.2 Højt stressniveau 128
5.3 Uønsket alene 130
5.4 Depression 132
5.5 Bipolar lidelse 134
5.6 Skizofreni 139
5.7 Selvmord 144
Opsummering 146
Referencer 147

6 Somatiske sygdomme og ulykker 150
6.1 Diabetes 152
6.2 Iskæmisk hjertesygdom 154
6.3 Cerebrovaskulær sygdom 158
6.4 Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) 162
6.5 Brystkræft 166
6.6 Lungekræft 169
6.7 Tyk- og endetarmskræft 173
6.8 Muskel-skelet-lidelser 177
6.9 Demens 182
6.10 Multisygdom 185
6.11 Tandsundhed hos voksne 190
6.12 Trafikulykker 192

6.13 Faldulykker 194
Opsummering 196
Referencer 197

7 Kontakt med sundhedsvæsenet 200
7.1 Livmoderhalskræftscreening 202
7.2 Brystkræftscreening 204
7.3 Screening for tyk- og endetarmskræft 206
7.4 Brug af sundhedsydelser justeret for behov 208
7.5 Forebyggelige indlæggelser 213
7.6 Korttidsindlæggelser 215
7.7 Visiteret hjemmehjælp 217
7.8 Kommunale sygeplejeydelser 222
7.9 Førtidspension 224
7.10 Mangel på social støtte 226
Opsummering 228
Referencer 229

Bilag 232

Bilag 1 Materialer og metode 233
Registre 233
Spørgeskemaundersøgelser 237
Analysemetoder 238
Definition af indikatorer 240

Bilag 2 252

Bilag 3 254

Bilag 4 260

Bilag 5 262

Bilagsreferencer 263

Baggrund og kommentar

Af Finn Diderichsen, professor emeritus

Efter at den globale Commission on Social Determinants of Health afsluttede sit arbejde i 2008[1], opfordrede WHO medlemslandene til at gennemføre analyser af social ulighed i sundhed i sine befolkninger. Sundhedsstyrelsen og Københavns Universitet udarbejdede derefter en rapport om omfanget af social ulighed i sundhed i Danmark, som beskrev, hvad man vidste om årsagerne til den sociale ulighed og mulige indsatser for at reducere uligheden[2]. Her foreslog man også indikatorer, som det kunne være relevant at følge fremover. Nærværende rapport er den første nationale opfølgning af udviklingen på ulighed i sundhed på en række indikatorer.

I andre europæiske lande har man udviklet lignende indikatorsystemer for at kunne monitorere uligheden og dens årsager[3]. I EU sker det med hjælp af European Core Health Indicators[4]. I England sker det i form af de såkaldte Marmot Indicators[5], og i Norge sker det med de tilbagevendende Folkehelsepolitiske rapporter[6]. WHO's europakontor har udviklet de såkaldte Health Equity Policy Tools[8]. Disse værktøjer følger alle et udvalg af indikatorer for ulighed i sygdomsforekomst, men også sygdomskonsekvenser og -årsager. WHO foreslår også at følge implementering af relevante kliniske og sundheds-politiske indsatser, men her savnes dog endnu i stor udstrækning brugbare værktøjer.

Hvorfor lighed i netop sundhed?

Samfundets udvikling handler på mange måder om at øge menneskers frihed til at leve det liv, de sætter pris på[7]. Uddannelse, arbejde, økonomi og sociale relationer er alle vigtige for den frihed, men et godt helbred er en særlig vigtig forudsætning. Et godt helbred sikrer en grundlæggende frihed, som både har værdi i sig selv, men som også udgør en ressource for at kunne uddanne sig, arbejde og deltage i sociale aktiviteter. Alt dette er omvendt en vigtig forudsætning for et godt helbred.

I et samfund, som har en vidtgående arbejdsdeling, og som vil belønne uddannelse og arbejdsindsats, kan en vis grad af ulighed i arbejdsforhold og indkomster være uundgåelige. Men ulighed i helbred er ikke på nogen måde til gavn for samfundet eller den enkelte. Samfundsskabt ulighed i sundhed er kun uretfærdigt og uhensigtsmæssigt.

Forskelle i helbred mellem individer er ikke svære at få øje på. Nogle fødes med et alvorligt handikap, nogle dør tidligt, mens andre dør mere eller mindre raske efter et langt liv. Disse forskelle handler i høj grad om årsager, som er knyttet til biologi og arvelighed. Og det er forskelle, som er blevet mindre. For eksempel er variationen i individers levetid mindsket i takt med, at middellevetiden er steget, om end der ses en tendens i modsat retning blandt de dårligst stillede befolkningsgrupper[13].

Det er de systematiske uligheder mellem befolkningsgrupper opdelt efter socioøkono-miske kriterier som uddannelse, erhverv eller indkomst, som i de fleste lande har været opfattet som den etiske og politiske udfordring[8]. Det er ikke mindst, fordi den ulighed har vist sig vanskelig at reducere, selvom befolkningens helbred i gennemsnit er blevet bedre. Social ulighed i sundhed er i høj grad skabt af samfundets udvikling og de politiske og kommercielle beslutninger, som former den. Ulighed i helbred kan derfor opfattes som et følsomt kriterium for kvaliteten af samfundets udvikling.

Årsager til ulighed i sundhed

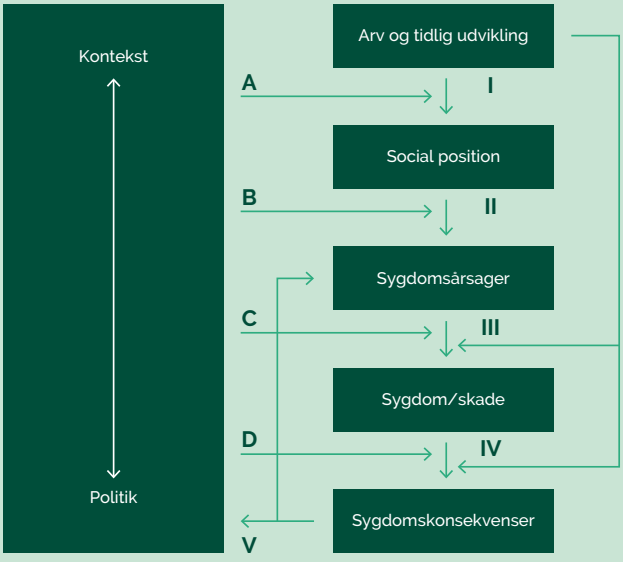
Et godt helbred er mere end fravær af sygdom, men hvis det er menneskers frihed til faktisk at leve det liv, de sætter pris på, som er det centrale, så handler det om ulighed i de konsekvenser af sygdom og skader, som begrænser denne frihed. Det handler med andre ord om overlevelse, psykisk og fysisk funktionsevne samt deltagelse i arbejdsliv og socialt liv i øvrigt. Men sygdomme og deres konsekvenser har årsager. Mange af årsagerne – men langt fra alle – kender vi til, og det er viden om disse årsager, som er en forudsætning for at kunne forebygge. Ud over arv er menneskers helbred bestemt af fysisk miljø, sociale forhold, mikroorganismer og adfærd. I sidste ende spiller sundhedsvæsenet også en stor og stigende rolle. Forklaringer på ulighed i helbred kan så handle om ulighed i forekomst af årsagerne til, at man bliver syg, ulighed i sårbarhed for deres helbredseffekter og ulighed i de forhold, som påvirker forløb og konsekvenser af sygdom, inklusive sundhedsvæsenets ydelser.

Denne rapport giver en opdateret beskrivelse af uligheden i sygdom og skader samt deres konsekvenser og deres årsager. Indikatorerne er udvalgt på baggrund af, hvilke data der findes nationalt, og som indsamles systematisk, således at udviklingen kan følges fremover, og rapporten kan gentages hvert fjerde år. Indikatorerne omfatter mål på sygdomsforekomst, sygdomsårsager og sygdomskonsekvenser.

Det handler om et komplekst netværk af årsagsrelationer, som skal tydeliggøres for at kunne arbejde systematisk. Figur 1[9] giver i diagramform et billede af de årsagsrelationer, som motiverer opdelingen af indikatorer i kapitler i denne rapport. Modellen har tidligere været anvendt af Sundhedsstyrelsen, internationalt af WHO[10] og i tilsvarende analyser i Norge og Sverige[11, 12].

FIGUR 1

Oversigt over væsentlige mekanismer (I-V) og tilhørende interventionspunkter (A-D) i forbindelse med social ulighed i sundhed[2, 9].



Forklaring til figur 1

Allerede under fosterstadiet påvirkes barnet af moderens sociale vilkår, adfærd og miljø, hvilket påvirker udvikling og funktion af barnets organer inklusive mange gener. Det påvirker helbred og sårbarhed senere i livet. Børnenes opvækstforhold og tidlige udvikling har også indflydelse på børnenes muligheder for uddannelse og dermed deres sociale position og helbred senere i livet (I).

Afhængigt af den sociale position som voksen er befolkningen i meget varierende grad udsat for en lang række sygdomsårsager i arbejde, økonomi, miljø og sundhedsadfærd (II).

Mange forhold i miljø og adfærd er knyttet til social position, og nogle af dem forstærker hinandens effekt (interagerer) og skaber ulighed i sårbarhed (III).

Sygdomme og skader påvirker overlevelse, funktionsevne og livskvalitet samt mulighed for deltagelse i arbejdsliv (IV), og disse konsekvenser påvirkes også af individets sociale position.

Nogle sygdomskonsekvenser påvirker risiko for recidiv og forløb af andre sygdomme (V). Nogle sygdomme, som for eksempel visse psykiske lidelser og misbrug, har så alvorlige konsekvenser, at det kan lede til social udsathed. På samfundsniveau kan sygdoms-konsekvenser have betydning for beskæftigelse og økonomi (V).

Modellen åbner for at identificere fire indsatspunkter (A-D) for politik med henblik på reduktion af ulighed i sundhed.

Rapporten fokuserer på de sammenhænge, som illustreres i den højre halvdel af figur 1, hvor pilene I-IV illustrerer relationer mellem på den ene side individets sociale position og på den anden side risikoen for sygdom og deres konsekvenser. Som man kan se i rapportens mange tabeller, er dette ikke sammenhænge, som er mejslet i sten eller menneskers biologi. De kan forandre sig med tiden. Modellen og tabellerne anlægger et livsforløbsperspektiv, hvor vi ser på de forhold, som tidligt i livet er med til at forme uddannelse, social position og helbred senere i livet. Social position som voksen påvirker levevilkår og sundhedsadfærd. Det er forhold, som forandrer sig over tid. De er påvirket af politiske prioriteringer for blandt andet arbejds- og boligmarked, uddannelsessystem, indkomstfordeling, socialpolitik og sundhedspolitik. Men også af erhvervslivets beslut-ninger om og rammer for markedsføring af fødevarer, tobak og alkohol, og arbejds-markedets holdning til at beskæftige mennesker med nedsat arbejdsevne og kort uddannelse.

Ulighedens mekanismer – eksemplet COVID-19

Præliminære rapporter fra flere lande dokumenterer en betydelig social ulighed i forekomst af indlæggelser og dødsfald med COVID-19 [15,16]. Selvom meget endnu er ukendt om denne sygdom, er der tre af de mekanismer, som er vist i figur 1 (II-IV), som formentlig bidrager til uligheden i indlæggelser og dødsfald med COVID-19:

Differentiel eksponering: Personer, som arbejder i sundheds- og omsorgs-, levnedsmiddel- og transportsektoren, er mere eksponerede for SARS-CoV-2 virus, især i perioder, når ansatte i andre sektorer kan arbejde hjemmefra. Yderligere påvirker trange boligforhold også eksponeringen.

Differentiel sårbarhed: Immunitet er afgørende for, om eksponerede bliver syge. Immunitet påvirkes af tidligere infektion, vaccination (om det fandtes) og immunsuppressiv behandling, men også af blandt andet svær overvægt samt stress og søvnbesvær. Ulighed i disse forhold kan skabe ulighed i sårbarhed.

Differentielle konsekvenser: Personer, som bliver svært syge og dør af COVID-19, ser ud til at være ældre, og er oftere eksponeret for svær overvægt og har oftere hjertekarsygdom eller KOL [17]. Massiv viruseksponering øger måske også dødeligheden. Den eksisterende ulighed i disse forhold skaber ulighed i sygdommens forløb og konsekvenser.

Hvad viser rapporten – nogle kommentarer

Den venstre halvdel af figur 1 illustrer således med pilene A-D de indsatspunkter, hvor samfundet også fremover kan påvirke associationerne til højre. Det handler om indsatser på mange politikområder, og med bidrag fra civilsamfundet og erhvervslivet. De få eksempler, der er på lande, hvor man faktisk er lykkedes med at reducere uligheden i sundhed, viser, at det krævede en massiv indsats på mange politikområder – arbejdsmarked, socialpolitik, sundhedsvæsen etc.[14].

For at det skal kunne ske, kræves ikke kun epidemiologiske fakta af høj kvalitet af den type, som findes i denne rapport, men også en sammenhængende fælles fortælling om, og forståelse af, hvordan samfundets udvikling og den førte politik former folkesundhedens udvikling og fordeling. Det er en fortælling om, hvad som er en bæredygtig sundhedsudvikling i forhold til børnenes helbred, vores måde at producere fødevarer, og om et arbejdsmarked, som folk ikke må forlade, fordi de er blevet syge allerede som 60-årig. Det er en fortælling, som tydeliggør forskellige samfundssektorers ansvar, som bygger på viden om helbredseffekter af indsatserne og om forudsætningerne for at implementere dem. Den fortælling får man ikke i denne rapport. Man får derimod en detaljeret beskrivelse af uligheden i sundhed i Danmark, og hvordan den har udviklet sig i de senere år. Jeg skal fremhæve nogle fund, som jeg finder særligt vigtige.

- Det første spørgsmål, mange stiller sig, er, om uligheden i dødelighed og middellevetid fortsat vokser. Beregningerne i denne rapport (Figur 2.2.2-3), som går frem til 2017, viser, at dødeligheden i erhvervsaktiv alder blandt dem med en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau de sidste 30 år er mindsket i en takt, som er tre gange højere end, hvad den er for dem med grundskole som højest

fuldførte uddannelsesniveau. Særligt påfaldende er det, at dødeligheden blandt kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau i alderen 25-44 år stagnerer på et højt niveau. Man kan spørge, hvad det er i kortuddannede yngre kvinders vilkår, som hindrer samme positive udvikling, som andre grupper har oplevet.

- Er udviklingen i social ulighed unik for Danmark? Rapporten indeholder ikke data om udviklingen i andre lande. Det seneste europæiske studie om uddannelse og dødelighed dækker perioden 1990-2015[18]. Den viser, at i absolutte tal mindskedes uligheden for mænd i 10 ud af de 11 lande i Vesteuropa, som blev undersøgt. I det ellevte – Danmark – blev uligheden større. Også for kvinder øgedes uligheden i Danmark, men det gjorde den også i de andre nordiske lande, mens den mindskedes i Sydeuropa. Uligheden for kvinder i Danmark er således øget til nu at være størst i Europa. Den faldende dødelighed i hjertesygdom har presset uligheden ned, men uligheden i mange andre sygdomme, inklusive flere typer af kræft, KOL, alkoholskader og andre sygdomme for hvilke, der findes effektiv behandling, er gået i modsat retning. Danmark har relativt gode sociale og økonomiske forudsætninger for at levere en sundhedsudvikling med mindre ulighed. At vi ligger sidst i udviklingen blandt lande i Vesteuropa, viser, at der findes et stort potentiale i et grundigt gennemsyn af det politikområde.
- Alt, der kan gøres for at give børn en optimal start i livet, kan bidrage til at reducere ulighed i sundhed, fordi barnets tidlige udvikling påvirker, hvordan de klarer sig uddannelsesmæssigt og helbredsmæssigt. Hvis barnets start på livet er meget påvirket af forældrenes uddannelsesmæssige baggrund, så får de ikke samme chancer. Ulighed i starten af livet finder vi mange eksempler på i denne rapport. Længe havde Danmark noget nær verdensrekord med en børnefattigdom under 5 %. Nu er den steget. Blandt børn af mødre med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er den fra 2000 til 2016 steget fra 9 % til 20 % (tabel 3.10). For personer med en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau er den uforandret 2 %. Studier viser, at det at være barn med forældre med en kort uddannelse er i stigende udstrækning associeret med at være fattig, bo i udsatte områder og have en psykisk syg moder[19]. Børnenes dødelighed er takket være effektiv svangreomsorg, perinatal medicin og sundhedspleje blevet bragt ned til et meget lavt niveau. Lav fødselsvægt er en indikator på, at barnets trivsel under graviditet ikke har været optimal. Andelen af børn, som fødes med lav fødselsvægt (SGA) mindskes ikke (se tabel 3.1.2), men uligheden i forhold til moderens uddannelse er glædeligt nok mindsket i de senere år. Sundhedsstyrelsen har dog i en aktuel kortlægning[20] fundet, at man stadig godt kan arbejde mere målrettet i forhold til socialt sårbare familiers behov.
- Manglende gennemførelse af en ungdomsuddannelse begrænser mulighederne for senere tilknytning til arbejdsmarkedet og dermed risikoen for dårligere helbred. 10 % af børn med forældre, som har en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau, gennemfører ikke ungdomsuddannelse mod 40 % af de, som har forældre med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau (tabel 3.11). Vi ved, at børn fra socialt dårligt stillede hjem oftere havner i en ond cirkel, hvor vanskeligheder med at klare skolearbejdet leder til psykisk mistrivsel, hvilket gør det endnu sværere at klare skolens krav[21], hvilket kan lede til, at ungdomsuddannelsen ikke bliver gennemført. At gribe ind mod dårlig trivsel og psykiske symptomer er én måde at bryde den onde cirkel. Det er vigtigt, at der findes ressourcer til det, ikke mindst i skoler i udsatte områder. Dårlig trivsel i skolealderen er meget hyppigere, når forældrene har kort uddannelse (tabel 3.8). Men det forudsætter, at skoler med mange børn med forældre med en kort uddannelse har ressourcer, som modsvarer behovene.
- At give alle børn de bedste chancer for at klare sig godt i skolen og på arbejdsmarkedet ændrer ikke på de uligheder, som findes i levevilkår mellem de, der klarer sig godt, og de, som klarer sig mindre godt. Det kan først illustreres med risikoen for at blive arbejdsløs (tabel 1.3). Den er betydeligt forhøjet, hvis man har en kort uddannelse. Den ulighed var meget større lige efter finanskrisen i 2008 og må desværre forventes at øge igen i forbindelse med Corona-krisen. Levevilkårenes afhængighed af uddannelse kan også illustreres med arbejdsmiljøet (Tabel 4.6-7). Der findes en meget stejl gradient i, hvor tungt arbejdet er rent fysisk, og hvor meget indflydelse man har over, hvordan

man skal klare sine arbejdskrav. Begge dele har stor betydning for helbredet, ikke mindst mukelskelet-besvær og psykiske symptomer. De symptomer forekommer således også med stor ulighed (tabel 5.1 og 6.8.2).

- For uligheden i dødelighed har tobaksforbruget i mange år spillet en stor rolle. Lungekræft og KOL er blandt de sygdomme, som udviser den største ulighed i forekomst (tabel 6.4.1 og 6.6.1), og uligheden i tobaksforbrug er blevet meget udtalt (tabel 4.1). Tobaksforbruget er påvirket af stress og afhængighed. Men udviklingen er også et resultat af tobaksindustriens markedsføring og mange års effektive forsøg at bekæmpe hævede afgifter og andre reguleringer[22]. Diabetes er en anden sygdom, som optræder med en stejl gradient (tabel 6.1), og det er i høj grad et resultat af en tilsvarende ulighed i overvægt (tabel 4.4). Her spiller den globale udvikling af fødevareproduktionen en stor rolle[23]. Fødevareproduktionen har udviklet sig med mere tilsat salt og sukker og er blevet mere energitæt. Samtidig bruger vi mindre energi på transport, og det kræver ekstra ressourcer at være fysisk aktiv i fritiden (tabel 4.3). Nogle risikofaktorer interagerer, og da flere af dem ophobes hos personer med en kort uddannelse (tabel 4.5), skaber det en ulighed i sårbarhed for effekten af den enkelte risikofaktor.
- Uligheden i dødelighed, som jeg nævnte ovenfor, er et resultat af ulighed i forekomsten af mange alvorlige sygdomme – ikke mindst hjertekarsygdomme og kræftsygdomme. Men den er også påvirket af en betydelig ulighed i overlevelse, når først man er blevet syg. For iskæmisk hjertesygdom, cerebrovaskulær sygdom, brystkræft, tyktarmskræft samt lungekræft og KOL er dødeligheden inden for fem år efter diagnosen 30-80 % højere for de, som har grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau, sammenlignet med de, som har en videregående uddannelse (se tabellerne 6.2.2 - 6.7.2). Det er sygdomme, hvor overlevelsen ofte er forbedret betydeligt gennem de senere år, takket være mere effektive behandlingsformer. Alligevel er der en stor ulighed i resultatet. For kræft er den ulighed desuden øget på 20 år, som det fremgår af studier fra Kræftens Bekæmpelse[24]. Der er mange årsager bag dette. Det handler om, hvor tidligt man kommer til behandling, sundhedsadfærd før og efter man blev syg, hvilke andre sygdomme man lider af, men formentlig også behandlingens kvalitet. At Danmark har indhentet meget af sit efterslæb i kræftoverlevelse viser, at meget af dette er muligt at påvirke[25].
- Rapporten indeholder ikke noget om ulighed i infektionssygdomme. Da indikatorerne valgtes i 2018, fremstod infektioner ikke som en væsentlig del af uligheden i sygdomsbyrde. Men allerede da var nedre luftvejsinfektioner en hyppig dødsårsag i Danmark. Den sociale ulighed i dødeligheden i den type af infektioner skabes i stor udstrækning af ulighed i komorbiditet inklusive nogle af de meget skævt fordelte sygdomme, der er nævnt ovenfor, inklusive svær overvægt, diabetes, KOL og hjertekarsygdomme[26]. Det forhold ser ud til at være uændret, men med større aktualitet med COVID-19 [16,17].
- Det danske samfund bygger på en høj beskæftigelse. Mange af de, som overlever alvorlige sygdomme, lider af træthed og funktionsbegrænsninger længe efter, den akutte behandling er afsluttet. Mellem 10 % og 20 % af de, som overlever, kommer ikke tilbage i arbejde. Her er der en meget stor uddannelsesmæssig ulighed. Risikoen for ikke at komme i arbejde er 2 til 4 gange forhøjet, hvis man har grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau i forhold til dem, der har en videregående uddannelse (Tabel 6.2.2-6.7.2). Den kombinerede effekt af ulighed i risiko for at blive syg, og ulighed i konsekvenserne af at være syg, ser man i den meget store ulighed i forekomst af førtidspension (Tabel 7.9). De samme faktorer, som påvirker overlevelsen, kan også spille ind her, men man kan være bekymret for, at to andre forhold ikke fungerer, som de skal. De lange rehabiliteringsforløb tilbage til arbejde, som kræver, at forskellige faggrupper og sektorer spiller sammen, kan let tabe den sårbare patient på vejen. Desuden kan man stille spørgsmålet, om et rummeligt arbejdsmarked ikke burde kunne etablere flere arbejdspladser med krav, som også en person med både en kort uddannelse og nedsat arbejdsevne kan klare.

- Mange somatiske sygdomme og psykiske lidelser optræder med samme sociale ulighed (kapitel 5 og 6). Når flere sygdomme har samme sociale mønster, er det ventet, at forekomsten af multimorbiditet optræder med en stejl gradient (tabel 6.10.1). Men det er ikke nødvendigvis det at være diagnosticeret med 2 eller flere sygdomme, som er det vigtigste. Forløbet af én sygdom kan blive sværere, når man også har en anden sygdom, og måske samtidig skal slås med social sårbarhed. Det mest voldsomme eksempel er den meget høje dødelighed, som psykiatriens patienter har i somatiske sygdomme[27]. Men det er for eksempel også for en diabetespatient med depression sværere at mobilisere den energi, præcision og vedholdenhed, det kræver at passe sin diabetes. Hvis man derudover skal slås med sociale problemer i form af arbejdsløshed og økonomisk stress, bliver sygdomsbyrden ekstra tung[28]. Den patient behøver et nært sundhedsvæsen, som ikke isoleret behandler ét medicinsk eller socialt problem ad gangen.
- Det har længe været en udbredt opfattelse, at ulighed i sundhed har årsager, som ligger uden for sundhedsvæsenet, som dog forventes at være forberedt til at tage imod konsekvenserne og deres ulige fordeling. Begge opfattelser hviler på spinkel grund. Den ulighed, vi ser i kapitel 6 i overlevelse og tilbagevenden til arbejde, rejser spørgsmål om, hvad sundhedsvæsenet kan gøre for at mindske den. Sammenlignet med andre lande i Vesteuropa har Danmark desuden en påfaldende stor stigning i ulighed i dødsårsager, for hvilke der findes effektiv behandling[18]. Den anden opfattelse om sundhedsvæsenets evne til at møde den ulige sundhed er belyst i kapitel 7. Det har måske været set som en selvfølge, at det møde skete på lige vilkår, således at man ikke behøvede at holde øje med det. Det er man nu, med denne rapport, begyndt at gøre.
- Skal man studere ulighed i brug eller kvalitet i sundhedsvæsnet, er det vigtigt, at man sammenligner grupper med samme behov[29]. For nogle ydelser, som for eksempel vaccinationer eller kræftscreening, har alle med samme køn og alder det samme behov. Men allerede her ser vi en betydelig social ulighed, hvor de med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau bliver mindre vaccineret (tabel 3.3-4) og mindre ofte undersøgt for kræft (tabel 7.1-3). Der findes ingen datakilder, som beskriver behov af diagnostik og behandling. Her har man i analysen brugt spørgsmål om selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme. Man finder for eksempel, at de, som har en kort uddannelse, har noget mindre kontakt med praktiserende speciallæge (tabel 7.4.2). Det er næppe overraskende med tanke at speciallægetætheden er størst i områder med flest veluddannede. Det er usikkert, om det anvendte mål på behov, fanger dybden i ulighed i symptomer, funktionsevne og sårbarhed, og derfor kan uligheden i brug af ydelserne være undervurderet. Korte og andre ofte forebyggelige indlæggelser er et vigtigt symptom på, at primærsektoren og sygehuse ikke fungerer optimalt. Her finder man desværre en betydelig og desuden stigende ulighed (tabel 7.5-6).
- Nogle ydelser får man ikke adgang til uden at betale en betragtelig brugerafgift – for eksempel ved besøg hos tandlæge, fysioterapeut eller psykolog, og ved køb af lægemidler. Her er ulighed i brug, om ikke tilsigtet, så forventet. De ydelser er ikke undersøgt her. OECD's analyser[30] viser, at i Danmark angiver hver sjette, at de det seneste år har haft behov for sundhedsydelser, men afstået fra at søge hjælp af økonomiske grunde. Andelen er højere for de med lave indkomster. Mange af de vigtige indikatorer på kvalitet i sundhedsvæsenet, som findes i De 8 Nationale Mål for Sundhedsvæsenet, er foreløbig kun beregnet opdelt på producenter (dvs. regionerne), men ikke efter patienternes sociale og økonomiske situation.

Det etablerede billede er som sagt, at det danske sundhedsvæsen er ganske lige. Det er det også sammenlignet med mange andre lande. Men skraber man, som det er gjort her, på overfladen, fremkommer der hurtigt fragmenter af et billede, som viser noget andet.

Den offentlige samtale om sundhedspolitikken har brug for et mere fuldstændigt og skarpt tegnet billede. Ikke kun af ulighed i sundhed, som vi nu har fået, men også af ulighed i sundhedsvæsenet.

Referencer

1. Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation – health equity through action on social determinants of health. Geneve: World Health Organization.
2. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. (2011) Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen.
3. Hosseinpoor AR, Bergen N. (2019) Health inequality monitoring: A practical application of population health monitoring. In: Verschuuren M, van Oers H, (eds). Population Health Monitoring: Springer, Cham;
4. European Commision. European core health indicators Bruxelles 2020 [Available from: https://ec.europa.eu/health/social_determinants/indicators_en.
5. UCL Institute of Epidemiology and Health Care (2017). Marmot indicators release 2017 London: UCL Institute of Epidemiology and Health Care; [Available from: http://www.instituteofhealthequity.org/about-our-work/marmot-indicators-release-2017.
6. Helsedirektoratet.(2018) Folkehelsepolitisk Rapport 2017. Oslo.
7. Sen A.(1999) Development as freedom. Oxford: Oxford University Press;
8. World Health Organization (2019). Health Equity Policy Tool. A framework to track policies for increasing health equity in the WHO European Region. Copenhagen
9. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. (2001) The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, (eds). Challenging inequities in health: From ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001.
10. World Health Organization.(2010) Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010.
11. Dahl E, Bergsli H, Wel K (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus
12. Statens Offentliga Utredningar. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - SOU 2017:47. Stockholm 2017.
13. Brønnum-Hansen H (2017). Socially disparate trends in lifespan variation: A trend study on income and mortality based on nationwide Danish register data. BMJ Open 7, e014489.
14. Barr B, Higgerson J, Whitehead M. (2017) Investigating the impact of the English health inequalities strategy: time trend analysis. BMJ.358:j3310
15. ONS (2020). Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales: deaths registered up to and including 20 April 2020. Office for national Statistics. London 2020.
16. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. (2020) The COVID-19 pandemic and health inequalities J Epidemiol Community Health. doi:10.1136/jech-2020-214401
17. Sundhedsstyrelsen (2020): Personer med øget risiko ved COVID-19. Version 25.05.20. København. Sundhedsstyrelsen
18. Mackenbach JP, Valverdes JR, Bopp M et al. (2019) Progress against inequalities in mortality: register based study of 15 European countries between 1990 and 2015. Eur J Epid 34(12):1131-1142

19. Ottoson MH, Andreasen AG, Dahl KM et al. (2018) Børn og unge i Danmark - velfærd og trivsel 2018. VIVE København.

20. Sundhedsstyrelsen (2017): Tidlig indsats for sårbare familier. Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre.

21. Gustafsson J-E, Westling AM, Åkerman A et al. (2010) School, Learning and Mental Health. A systematic review. Kungl. Vetenskapsakademien. Stockholm

22. Hiscock R, Branston JR, McNeill A, et al. (2018) Tobacco industry strategies undermine government tax policy: evidence from commercial data. Tobacco Control 27:488-497.

23. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S et al. (2019) The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. The Lancet 393(10173):717-846,e30-e32

24. Dalton SO, Olsen MH, Johansen C et al. (2019) Socioeconomic inequality in cancer survival – changes over time. A population-based study, Denmark, 1987–2013, Acta Oncologica 58:5, 737-74

25. Coleman MP, Forman D, Bryant H, et al. (2011) Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995-2007. The Lancet.377(9760):127138.

26. Trucchi, C., Paganino, C., Orsi, A. et al. (2019) Hospital and economic burden of influenza-like illness and lower respiratory tract infection in adults ≥50 years-old. BMC Health Serv Res 19:585

27. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, et al. (2013) Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. PLoS ONE. 8(1):e55176

28. Sodermann M.(2020) Multisygdom: Pseudoepidemi og sølv-Tsunami. Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund 32:15-35

29. Cookson R, Asaria M Ali S et al. (2018) Health equity monitoring for healthcare quality assurance. Soc Sci Med 198:148-156.

30. OECD (2019). Health for everyone? Social inequalities in health and health systems. OECD, Paris.

Læsevejledning

I kapitel 1-7 præsenteres rapportens resultater inden for emnerne; "Sociale vilkår for sundhed", "Generelle helbredsindikatorer", "Tidlige vilkår for sundhed og sygdom", "Sundhedsadfærd og arbejdsmiljø", "Mentalt helbred og psykisk sygdom", "Somatiske sygdomme og ulykker" og "Kontakt med sundhedsvæsnet".

Hvert kapitel indledes med en introduktion til emnet. Herefter følger et afsnit for hver indikator, for eksempel tidlig fødsel. Hvert afsnit indledes med en beskrivelse af indikatoren. Herefter følger en beskrivelse af resultaterne, som er vist i tabeller og figurer, og som illustrerer forekomsten og udviklingen for indikatoren. Afsnittet afsluttes med en kort sammenfatning.

I denne rapport beskriver vi udviklingen i social ulighed over tid med udgangspunkt i perioden 2010-2017. Denne periode kan imidlertid variere afhængig af datakilden. Derudover er der enkelte indikatorer, hvor vi har valgt at se på en længere periode, fordi indikatorerne er særlig konjekturfølsomme, for eksempel arbejdsløshed.

De fleste indikatorer tager udgangspunkt i den voksne danske befolkning (på 30 år eller derover), mens nogle indikatorer omhandler spædbørn, børn og unge. Definition af hver enkel indikator er beskrevet i Bilag 1: Materialer og metode. En beskrivelse af de anvendte datakilder findes også i Bilag 1.

Denne rapport beskriver i alt 69 indikatorer, defineret på baggrund af 27 datakilder. Analyserne er baseret på forskellige typer af datakilder, herunder både data fra danske registre og data fra spørgeskemaundersøgelser. Det betyder, at der knytter sig forhold til de enkelte indikatorer, som ikke nødvendigvis er gældende for alle indikatorer. Data i de danske registre er oftest baseret på hele befolkningen, mens data i spørgeskemaundersøgelser typisk dækker et mindre, men repræsentativt udsnit af befolkningen. Både spørgeskemadata og registerdata har fordele og ulemper, som er væsentlige at være opmærksomme på, når man skal forstå resultaterne. Disse fordele og ulemper er nærmere beskrevet for hver type datakilde i ordforklaringen nedenfor.

Ordforklaring

Datakilder

Denne rapport er baseret på data fra en række forskellige nationale registre (herunder sundhedsregistre), spørgeskemaundersøgelser og kliniske kvalitetsdatabaser. De anvendte datakilder er beskrevet i Bilag 1.

Spørgeskemaundersøgelse

I denne rapport er en række indikatorer defineret på baggrund af spørgeskemaundersøgelser. Ved spørgeskemaundersøgelser har man mulighed for at spørge om emner, som man ikke har information om i de nationale registre. En af begrænsningerne ved brug af data fra spørgeskemaundersøgelser er, at der er forskel i svarprocent afhængig af blandt andet alder, køn og socioøkonomisk position. Dette kan der korrigeres for, hvilket også er gjort i denne rapport.

Registerdata og kliniske kvalitetsdatabaser

I Danmark indsamles en lang række oplysninger i administrative registre og databaser. Ved hjælp af CPR-nummeret er det muligt at koble informationer fra forskellige registre på individniveau. Det gør det muligt at følge en gruppe personer over tid og gennem forskellige dele af livet i forhold til blandt andet sygdom, indkomst, uddannelse m.m.

En af begrænsningerne ved denne type data er, at data kun indeholder den information, der bliver indberettet til registrene. Det betyder for eksempel, at sygdom, der ikke diagnosticeres hos en læge, ikke fremgår af registret.

Population

De fleste indikatorer tager udgangspunkt i den voksne danske befolkning (på 30 år eller derover). Enkelte indikatorer omhandler spædbørn, børn og unge. I denne rapport vil den aktuelle population afhænge af den specifikke indikator og tilhørende datakilde.

Social ulighed

Social ulighed måles oftest i forhold til 1) indkomst, 2) uddannelse eller 3) erhverv. I denne rapport måles social ulighed primært ved personernes højest fuldførte uddannelsesniveau. Dette mål er blandt andet valgt, fordi det er stabilt gennem livet, hvorimod for eksempel indkomst i højere grad kan variere over tid. Det antages, at personer på 30 år eller derover har færdiggjort deres uddannelse, og at de derfor her har opnået højest fuldførte uddannelsesniveau.

Uddannelsesniveau

Uddannelse er defineret ved højest fuldførte uddannelsesniveau på baggrund af data fra Uddannelsesregistret. Personer under 30 år kan være i gang med en uddannelse. For denne aldersgruppe benyttes den højeste kategori af igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau. Igangværende uddannelse er baseret på data fra Elevregistret. I denne rapport bruger vi tre kategorier af uddannelsesniveau;

1. Grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau
2. Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau
3. Videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau

Derudover er der en gruppe, hvor uddannelsesniveau ikke er registreret. Det kan eksempelvis være tilfældet for ældre personer (som har en uddannelse, før registret blev etableret) og for indvandrere (som har taget en uddannelse i udlandet). For denne gruppe betegnes uddannelsesniveau som uoplyst. I Bilag 1 er der en oversigt over inddelingen af uddannelsesniveau.

Familiesocialgruppe

Familiesocialgruppe bruges som indikation for social position for de indikatorer, som er baseret på data fra Skolebørnsundersøgelsen (HBSC). I HBSC er der ikke indsamlet CPR-numre, og det er derfor ikke muligt at identificere forældrenes uddannelse i Elevregisteret eller Uddannelsesregisteret. I HBSC bliver børnene spurgt til forældrenes stilling. På baggrund af elevernes svar er familiens sociale baggrund blevet klassificeret ud fra nøje specificerede stillingskataloger. Familiesocialgruppe defineres således på baggrund af forældrenes stilling. Dernæst foretages en inddeling i tre socialgrupper: Høj (socialgruppe I og II), Mellem (socialgruppe III og IV) og Lav (socialgruppe V og VI).

Social gradient

En social gradient i sundhed refererer til en sammenhæng mellem individers sociale position og deres sygdomsrisiko. Social position er i denne rapport defineret som højest fuldførte uddannelsesniveau.

Antal (N)

N (total) angiver antal personer (se tabeleksempel 1). Det vil sige i rækken 'Alle' ses det totale antal personer, der indgår i analysen. I rækken 'Grundskole' under kvinder angiver N antallet af kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau. Denne værdi afspejler altid det faktiske antal i analysen, uanset datakilde. Se tabeleksempler senere i dette afsnit.

Antal mindre end 10 personer
Hvis antallet af personer er under 10 i en rubrik i tabellerne, vises ingen resultater, og rubrikken vil være blank. Dette er gjort for at sikre persondatabeskyttelse.

Procent
Procent (%) angiver andelen af populationen, der har den givne indikator (se tabeleksempel 1). Ved analyser med data fra spørgeskemaundersøgelser angives dette ved en vægtet %. Det betyder, at andelen af populationen, der har den givne indikator, er vægtet, så den afspejler andelen i befolkningen. Se tabeleksempel senere i dette afsnit.

Procentenheder
Procentenheder kaldes også procentpoint. Procentenheder er den absolutte forskel mellem to procenter. Procentenheder benyttes i denne rapport, når vi beskriver en ændring i den sociale ulighed for indikatorer, der angives i procent.

Odds ratio
Odds ratio (OR) anvendes som mål for sammenhængen mellem to grupper. OR er et mål for, om forekomsten er højere i en gruppe sammenlignet med en referencegruppe. Referencegruppen er i denne rapport gruppen med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau og kan kendes ved, at OR er 1. For langt de fleste indikatorer er OR justeret for alder, sådan at der tages højde for forskellig aldersfordeling mellem grupperne, der sammenlignes. For de indikatorer, som ikke er opdelt efter køn, er OR desuden justeret for køn. Se tabeleksempel 1 senere i dette afsnit.

Incidens
Incidens angiver antallet af nye tilfælde af den specifikke sygdom inden for en given periode. Incidensen (antallet af nye tilfælde) af en given sygdom i et givent år er opgjort som antallet af personer, der i løbet af det givne år eller periode er blevet registreret med en diagnose for den pågældende sygdom, eller som er registeret med én eller flere indløste recepter på medicin, som bruges til behandling af den specifikke sygdom. Incidens bestemmes på baggrund af de personer, der er i risiko for sygdommen. Det betyder, at personer, som i en forudgående periode allerede var registreret med pågældende sygdom, ikke indgår. Se tabeleksempel 2 senere i dette afsnit.

Incidensrate
Incidensraten (IR) beskriver "hastigheden", hvormed nye sygdomstilfælde opstår. Denne er opgjort pr. 100.000 person-år og angiver således hvormange personer, der får sygdommen ud af 100.000 personer i løbet af et år. Se tabeleksempel 2 senere i dette afsnit.

Incidensrate ratio
Incidensrate ratio (IRR) er forholdet mellem incidensraten af en sygdom for et uddannelsesniveau sammenlignet med incidensraten for sygdommen i referencegruppen. I denne rapport er referencegruppen personer med videregående uddannelse som højst fuldførte uddannelsesniveau og kan kendes ved, at IRR er 1. For langt de fleste indikatorer er IRR justeret for alder, sådan at der tages højde for forskellig aldersfordeling mellem grupperne, der sammenlignes. For de indikatorer, som ikke er opdelt efter køn, er IRR desuden justeret for køn. Se tabeleksempel 2 senere i dette afsnit.

Aldersjustering
At justere for alder betyder, at der i analysen tages højde for eventuelle forskelle i alderssammensætningen mellem grupper. Effekten af denne aldersjustering kan have betydning, når vi ser på forholdet mellem procentfordelingen og OR, og antal nye tilfælde pr. 100.000 og IRR. Her kan % for eksempel indikere, at der ikke er nogen forskel mellem to grupper, mens den aldersjusterede OR viser en statistisk signifikant forskel mellem to grupper eller omvendt. Denne forskel kan skyldes, at alderssammensætningen er forskellig mellem de to grupper, og at denne er afgørende for den givne indikator.

Statistisk signifikans

Statistisk signifikans beskriver den statistiske usikkerhed. I denne rapport er det angivet, hvis OR eller IRR er statistisk signifikant, ved markering med "*". Se tabeleksempel senere i dette afsnit.

Slope index of inequality

Slope index of inequality (SII) er et mål for den absolutte ulighed mellem socialgrupper. SII er målt fra den laveste til den højeste socialgruppe, hvor der tages hensyn til alle mellemliggende grupper og deres størrelse. SII er aldersjusteret for at tage hensyn til gruppernes alderssammensætning. I denne rapport måler vi uligheden mellem de tre uddannelsesgrupper fra grundskole til videregående uddannelse. Hvis der ikke er ulighed i forekomsten af en indikator, vil SII være lig 0, mens en SII forskellig fra 0 indikerer, at der er ulighed mellem grupperne. SII vil enten være positiv eller negativ afhængigt af, hvilken uddannelsesgruppe der er mest belastet, og afhængigt af, hvilken indikator man kigger på.

Trend test

For at undersøge udviklingen i ulighed over tid (dvs. om uligheden er uændret, faldende eller stigende over tid) laves en trend test. Resultatet af en trend test angives ved signifikansniveauet, hvor en p-værdi mindre end eller lig med 0,05 er et udtryk for en signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden. Da trend testen benyttes til at beskrive en eventuel udvikling over tid, er denne lavet for de indikatorer, hvor der minimum er målinger for tre år.

Tabeller

For hver indikator er der en tabel, der beskriver udviklingen i en given periode. Vi har som udgangspunkt valgt perioden 2010-2017 og valgt at vise resultaterne for tre år; 2010, 2013 og 2017. For nogle indikatorer er perioden og de valgte år anderledes. Det skyldes, at der ikke har været data tilgængelig for de valgte år. Det gælder for eksempel indikatoren screening for tyk- og endetarmskræft, fordi screeningsprogrammet først startede i 2014. Hver indikator er præsenteret med deskriptive og statistiske analyseresultater. Disse er angivet ved enten en procentfordeling med tilhørende OR eller ved antal nye tilfælde pr. 100.000 personer og tilhørende IRR. Nedenfor gives to tabeleksempler; den første er et eksempel på en tabel med OR, den anden er et eksempel på en tabel med IRR.

Figurer

For hver indikator er der en figur, der beskriver udviklingen i andelen af populationen, der har den givne indikator i perioden. Figurerne supplerer tabellerne ved at vise tal for hele perioden, når disse er tilgængelige. Det gælder for eksempel indikatorer, der er baseret på data fra nationale registre, hvor der findes data for hvert år, for eksempel andelen af tidligt fødte børn. I dette tilfælde vil figuren supplerer med opgørelse for hvert år i perioden 2010-2017, mens tabellen kun viser tal for 2010, 2013 og 2017. Det er væsentligt at have for øje, at figurerne viser andele, som ikke er justeret for forskelle i køn og alder.

TABELEKSEMPEL 1

Andelen, der ryger dagligt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**21,7**		**147.415**	**17,8**		**135.573**	**17,1**		**148.697**	
KVINDER	**20,1**		**79.128**	**16,2**		**72.593**	**15,7**		**79.619**	
Grundskole	26,5	3,01*	21.320	22,2	2,93*	18.222	21,7	3,4*	17.414	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	22,2	2,04*	30.365	17,7	1,89*	27.788	17,5	2,14*	30.863	
Videregående uddannelse	12,6	1	25.854	10,5	1	25.262	9,4	1	29.617	
Uoplyst	15,7	1,89*	1.589	14,4	1,76*	1.321	14,7	1,77*	1.725	
*SII***	*-22,2*			*-18,5*			*-20,4*			*0,74*
MÆND	**23,5**		**68.287**	**19,4**		**62.980**	**18,6**		**69.078**	
Grundskole	32,6	3,23*	15.593	28,3	3,52*	13.530	27,0	3,7*	13.788	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	25,0	2,07*	31.969	20,8	2,18*	29.603	19,5	2,21*	32.064	
Videregående uddannelse	13,9	1	19.349	10,8	1	18.620	10,1	1	21.511	
Uoplyst	26,9	2,69*	1.376	27,9	3,52*	1.227	26,1	3,24*	1.715	
*SII***	*-22,4*			*-20,4*			*-21,5*			*0,74*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen der ryger dagligt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

%: angiver procentandel af kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau, der ryger dagligt.
I eksemplet her er der 26,5 % kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau, der ryger dagligt.

OR: angiver odds ratio, det vil sige, hvor mange gange større (eller mindre) odds (chance) den aktuelle gruppe har for at ryge dagligt i forhold til referencegruppen (videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau).
I eksemplet her er OR 3,23, dvs. mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau har 3,23 gange større chance for at være daglig ryger i forhold til mænd med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.
Langt de fleste OR er i rapporten justeret for alder (enkelte indikatorer er også justeret for køn), hvilket betyder, at der i beregningen af OR er taget højde for eventuelle forskelle i aldersammensætning (og evt. kønssammensætningen) mellem de to grupper.

*: angiver, at der er en statistisk signifikant forskel i odds (chance) for at være daglig ryger mellem personer med henholdsvis grundskole (eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse) som uddannelsesniveau og referencegruppen, som er personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

SII: Slope index of inequality beskriver uligheden for daglig rygning målt mellem lavest og højest fuldførte uddannelsesniveau, hvor der tages højde for antal personer i de forskellige grupper.
I eksemplet her er den sociale ulighed i andelen af kvinder, der ryger dagligt, beregnet som forskellen mellem kvinder med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau, er 20,4 procentenheder.

Trend, p-værdi: angiver signifikansniveauet for, om ændringer i SII over tid er statistisk signifikante. Det er et udtryk for, om den sociale ulighed er ændret over tid, angivet ved en *p*-værdi.
I eksemplet her er der for mænd fundet en *p*-værdi = 0,74, der indikerer, at der ikke ses en signifikant ændring i den sociale ulighed i daglig rygning i perioden 2010 til 2017.

TABELEKSEMPEL 2

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR) og IRR (incidensrate ratio) af iskæmisk hjertesygdom fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

	2010-2013			2014-2017		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR§	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR§
ALLE	**79.299**	**625,6**		**65.494**	**510,2**	
KVINDER	**34.896**	**527,3**		**26.305**	**392,4**	
Grundskole	15.784	833,7	1,57*	11.174	654,9	1,60*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.835	435,0	1,25*	9.009	357,2	1,28*
Videregående uddannelse	5.999	294,7	1	5.114	225,9	1
Uoplyst	2.278	1149,0	1,63*	1.008	475,3	1,62*
*SII***		*-310,0*			*-258,0*	
MÆND	**44.403**	**732,9**		**39.189**	**639,1**	
Grundskole	14.639	995,7	1,45*	11.986	873,3	1,47*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	19.542	703,3	1,26*	17.787	638,9	1,27*
Videregående uddannelse	8.503	520,4	1	8.083	462,2	1
Uoplyst	1.719	977,3	1,39*	1.333	587,9	1,47*
*SII***		*-371,0*			*-345,0*	

§ IRR er justeret for alder.
* IRR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Antal nye til fælde: angiver antallet af nye sygdomstil-fælde (også kaldet incidens) i den givne periode, her 2010-2013.
I eksemplet her er der blandt mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelses-niveau 14.639 nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom i perioden 2010-2013.

Antal nye tilfælde pr. 100.000: angiver antal nye sygdomstilfælde per 100.000 person-år. Det beregnes for hele populationen blandt personer, der ikke har sygdommen pr. 01/01/2010.
I eksemplet her er der ud af 100.000 mænd 995,7, der får iskæmisk hjertesygdom i perioden 2010-2013.

IRR: angiver en incidensrate ratio, det vil sige, hvor mange gange større (eller mindre) incidensraten (antal nye sygdomstilfælde pr. 100.000 person-år) er for den aktuelle gruppe sammenlignet med referencegruppen, når der tages højde for eventuelle forskelle i alderssammen-sætningen mellem de to grupper.
I eksemplet her er incidens-raten blandt mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau 1,47 gange højere end incidensraten for mænd med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

SII: Slope index of inequality beskriver uligheden i antal nye sygdomstilfælde målt mellem lavest og højest uddannelses-niveau, hvor der tages højde for antal personer i de forskellige grupper. SII er aldersjusteret.
I eksemplet her er den sociale ulighed i antal nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom blandt mænd, beregnet som forskellen mellem mænd med højest og lavest fuldførte uddannelses-niveau, 345 pr. 100.000 mænd. Dette udtrykker en negativ social ulighed i iskæmisk hjertesygdom blandt mænd i forhold til højest fuldførte uddannelsesniveau.

Beskrivelse af resultater

I beskrivelsen af resultaterne bruges en række standardformuleringer, som vi vil redegøre for i det følgende.

I denne rapport refereres der til andele som for eksempel "Blandt mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der 74 %, som vurderer deres helbred som godt".

Andelen på 74 % er ikke justeret for alder og køn.

Er der social ulighed?

Når vi skal vurdere, om der er social ulighed inden for en indikator, bruger vi de justerede oddsratio'er (OR). Hvis gruppen af personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau har en OR, som er signifikant højere eller lavere end 1 (markeret med en "*"), konkluderes det, at der er social ulighed for den givne indikator. Følgende tre standardformuleringer er således baseret på en vurdering af OR for gruppen med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau i forhold til referencegruppen med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau:

- Der er en sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der...
- Der ses en social ulighed...

Hvis det gælder for både kvinder og mænd i alle tre år, beskrives det som:

- Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd og for alle tre år.

Graden af social ulighed beskrives som lav, moderat og høj baseret på størrelsen af henholdsvis odds ratio (OR) og incidensrate ratio (IRR). OR og IRR kan have værdier over og under 1.0. Følgende intervaller er benyttet for graden af social ulighed med angivelse af intervaller under 1.0 i parentes.

Der ses en

- lav grad af social ulighed, når OR eller IRR ligger i intervallet 1.00-1.49 (0.67-1.00)
- moderat grad af social ulighed, når OR eller IRR ligger i intervallet 1.50-2.00 (0.50-0.66)
- høj grad af social ulighed, når OR eller IRR >2.00 (<0.50)

Er uligheden blevet større eller mindre i perioden?

Til at vurdere, om uligheden bliver større eller mindre i perioden, bruger vi SII og trend testet af SII. Trend testet beskriver SII over tid ved en ret linje. SII beskriver retningen på udviklingen, altså om uligheden bliver større eller mindre. Hvis SII bevæger sig længere væk fra nul enten i positiv eller negativ retning, er uligheden blevet større. Mens hvis SII i perioden nærmer sig nul, er uligheden blevet mindre. En negativ værdi for SII er et udtryk for, at der er en større forekomst af indikatoren blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau sammenlignet med personer med en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

Hvis trend testet er statistisk signifikant, konkluderer vi, at der er sket en statistisk signifikant ændring i uligheden. For de datakilder, hvor vi har data for alle år fra 2010-2017, er trend test baseret på SII for alle år og ikke kun for de tre år, som vises i tabellen. Derfor kan der være steder, hvor der ser ud til at være en trend for de tre år i tabellen, men der ikke er et statistisk signifikant trend test. Det kan skyldes, at der ikke er et fald eller en stigning i SII gennem hele perioden.

1 | Sociale vilkår for sundhed

I dette kapitel beskrives indikatorer for sociale vilkår, der har betydning for sundheden. Det drejer sig om indkomstfordeling, fattigdom og arbejdsløshed. Indkomstuligheden påvirkes i høj grad af politiske beslutninger, og en stor del af forandringerne kan tilskrives senere års politiske reformer af skatter og velfærdsydelser. Relativ fattigdom[1, 2] er samtidig steget kraftigt – særligt blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau.

Indkomst er stærkt påvirket af uddannelse og position på arbejdsmarkedet. Indkomst påvirker i sig selv helbredet[3]. Men indkomst påvirkes også af helbred i en modsatrettet årsagsrelation, sådan at dårligt helbred påvirker indkomsten.

Studier fra mange lande inklusive Danmark har bekræftet hypotesen om en lineær relation mellem indkomst og helbred. Det betyder, at associationen mellem indkomst og helbred er stærkere i lavere indkomstlag – et mønster, som er blevet forstærket i de senere år. Denne sammenhæng bidrager til, at samfund med små indkomstforskelle har et generelt bedre helbred[4]. Denne association findes internationalt, men Danmark falder ikke ind i mønsteret, da vi har relativt set lav økonomisk ulighed og samtidig noget højere dødelighed end de fleste andre velstillede lande.

Langvarig arbejdsløshed er forbundet med alvorlige helbredsproblemer. Bag den statistiske sammenhæng mellem arbejdsløshed og helbred findes ligesom med indkomst to årsagsrelationer: Den første er, at dårligt helbred, ikke mindst psykiske lidelser, øger risikoen for at blive arbejdsløs. Den anden årsagsrelation handler om, at arbejdsløsheden har en effekt på helbredet. Nordiske studier finder, at der er en effekt af arbejdsløshed på mentalt helbred (særligt depression) og hjertekarsygdom[5]. Der er fundet en tydelig effekt på dødelighed inklusive selvmord, også når man tager hensyn til, at psykisk syge oftere bliver arbejdsløse[6]. Mennesker med nedsat psykisk helbred er også mere sårbare for effekten af arbejdsløshed[7].

1.1 Gini-koefficient

I dette afsnit belyses udviklingen i indkomstfordelingen for perioden 2000-2018 målt ved brug af Gini-koefficienten.

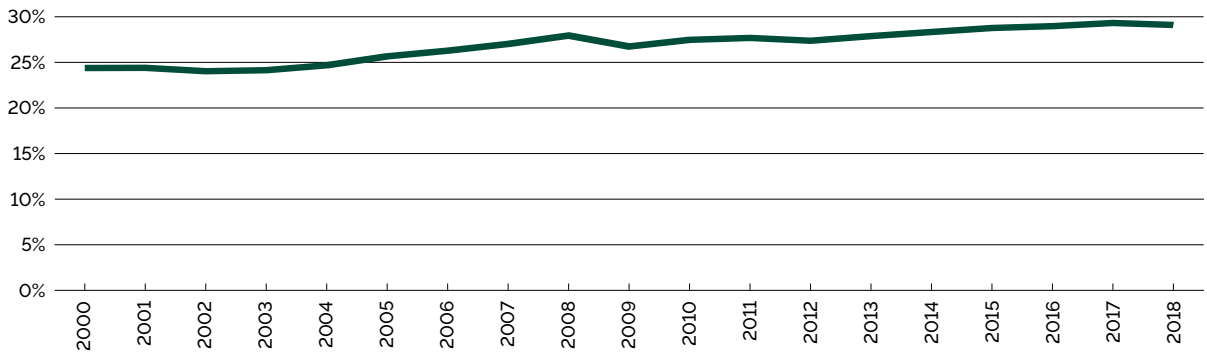
Gini-koefficienten er et mål for indkomstulighed, der med et enkelt tal angiver afstanden i indkomst mellem personerne med de mindste og de største indkomster. Hvis alle personer i et samfund har den samme indkomst, er Gini-koefficienten 0. Hvis én person modtager al indkomst, og resten af befolkningen ingen indkomst har, vil Gini-koefficienten være 100[8].

Danmark har sammen med de øvrige nordiske lande en forholdsvis lav grad af indkomstulighed sammenlignet med andre europæiske lande[9], hvilket hænger sammen med den veludbyggede skandinaviske velfærdsstatsmodel. Den lave grad af indkomstulighed er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med en lav grad af social ulighed i sundhed, hvilket er blevet kaldt "The Scandinavian Welfare Paradox of Health"[10]. Hermed menes det paradoks, at der i Danmark og andre nordiske lande, karakteriseret ved en universel velfærdsmodel og forholdsvist lave indkomstuligheder, samtidig ses en betydelig social ulighed i dødelighed og selvvurderet helbred[10, 11].

Indikatoren Gini-koefficient er i denne rapport baseret på tal fra Statistikbanken ved Danmarks Statistik. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

FIGUR 1.1

Gini-koefficient som ulighedsmål beregnet ved ækvivaleret disponibel indkomst i perioden 2000-2018.



Af figur 1.1 fremgår det, at Gini-koefficienten er steget fra 24,1 Gini-point i år 2000 til 29,1 i 2018. Det betyder, at indkomstuligheden er vokset i perioden 2000-2018.

1.2 Fattigdom

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der er fattige, for personer på 30 år eller derover.

I overensstemmelse med OECD måles risikoen for fattigdom i forhold til normen i samfundet (relativ fattigdom). Det gøres ved at se på den andel af befolkningen, der har en disponibel indkomst efter skat på 50 % af medianindkomsten. Medianindkomsten er den indkomst, hvor halvdelen af befolkningen har en højere indkomst og halvdelen har en lavere indkomst[1, 2].

At leve i fattigdom kan påvirke helbredet negativt gennem et komplekst sammenspil af en række materielle, sociale og psykosociale mekanismer[12]. Personer, der er økonomisk fattige, rapporterer markant dårligere fysisk og psykisk helbred end personer, der ikke er økonomisk fattige[13]. Herudover har økonomisk fattige også væsentligt flere materielle, sociale og helbredsmæssige afsavn end personer, der ikke er økonomisk fattige – herunder også basale afsavn som for eksempel at undlade at købe medicin af økonomiske grunde[13].

Indikatoren fattigdom er i denne rapport defineret på basis af information i Familieindkomstregistret og Arbejdsklassifikationsmodulet. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 1.2

Andelen af fattige, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for personer på 30 år eller derover, i 2000 og 2016.

	2000			2016				
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	Δ FATTIGDOM (+/-)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**2,4**		**3.339.283**	**4,1**		**3.644.309**	**1,7**	
Grundskole	2,8	2,03*	1.093.955	4,6	2,94*	860.347	1,8	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,2	1,30*	1.265.167	2,8	1,44*	1.470.041	0,6	
Videregående uddannelse	1,7	1	711.920	2,2	1	1.146.124	0,5	
Uoplyst	4,2	7,10*	268.241	24,8	12,73*	167.797	20,6	
*SII***	*-2,2*			*-4,5*				*0,01*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen af personer, der er fattige, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.
Δ Fattigdom er ændringen i fattigdom, angivet ved procentpoint, i perioden 2000 til 2016.

Tabel 1.2 viser sammenhængen mellem andelen af fattige og højest fuldførte uddannelsesniveau, i 2000 og 2016.

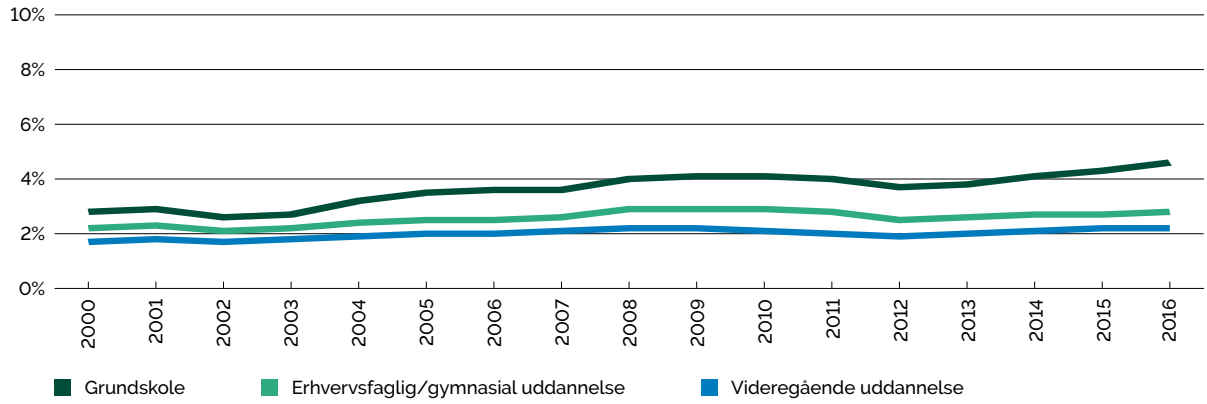
I 2016 er der blandt personer med grundskole 4,6 %, der er relativt fattige. Det gælder henholdsvis 2,8 % og 2,2 % blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for køn og alder er der en signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af fattige. Der ses en social gradient, hvor andelen af fattige er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både i 2000 og i 2016.

Den sociale ulighed i andelen af fattige, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 4,5 procentenheder i 2016, mens det var 2,2 procentenheder i år 2000. Der er sket en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2000-2016.

FIGUR 1.2

Andelen af fattige fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for personer på 30 år eller derover i perioden 2000-2016.



Figur 1.2 viser sammenhængen mellem andelen af fattige og højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2000-2016.

Af figur 1.2 fremgår det, at andelen af fattige er steget i perioden 2000-2016 og særligt blandt personer med grundskole som uddannelsesniveau.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der er relativt fattige i perioden 2000-2016. Andelen, der er fattige, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2000-2016.

1.3 Arbejdsløshed

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer i alderen 30-65 år, der er arbejdsløse.

Talrige undersøgelser har dokumenteret, at der eksisterer en gensidig sammenhæng mellem sundhed og tilknytning til arbejdsmarkedet[14-21]. Der findes to centrale kausale årsagsforklaringer hertil. Den første forklaring beskriver, hvordan sundhedstilstanden (både fysisk og psykisk) kan have betydning for tilknytningen til arbejdsmarkedet. Det handler blandt andet om, at mennesker med varig nedsat arbejdsevne kan få førtidspension, men også om, at mange med ikke mindst psykiske lidelser bliver arbejdsløse og har svært ved at komme tilbage på arbejde. Den anden forklaring beskriver, hvordan en manglende eller ustabil tilknytning til arbejdsmarkedet kan påvirke helbredet negativt[5, 7].

De fleste arbejdsløshedsperioder er korte og opstår for eksempel efter endt uddannelse eller i forbindelse med jobskifte. Der er imidlertid nogle, som ikke forlader ledighedssystemet med det samme. Længerevarende arbejdsløshed øger risikoen for tab af arbejdsmarkedsrettede kompetencer, hvilket udgør en omkostning for den enkelte og for samfundsøkonomien[22].

Indikatoren arbejdsløshed er i denne rapport defineret på basis af information fra Arbejdsklassifikationsmodulet. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 1.3

Andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år, i 2000, 2010 og 2017.

	2000			2010			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**3,0**		**2.551.560**	**2,3**		**2.641.281**	**1,7**		**2.576.163**	
KVINDER	**3,2**		**1.261.196**	**1,7**		**1.313.671**	**1,7**		**1.281.884**	
Grundskole	3,9	1,88*	422.064	2,2	1,83*	293.049	2,1	1,56*	216.004	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3,4	1,58*	488.099	1,8	1,40*	527.969	1,6	1,15*	480.974	
Videregående uddannelse	2,2	1	326.894	1,3	1	463.950	1,5	1	522.219	
Uoplyst	4,5	2,15*	24.139	1,9	1,40*	28.703	3,0	1,90*	62.687	
*SII***	*-2,5*			*-1,4*			*-0,9*			*< 0,01*
MÆND	**2,7**		**1.290.364**	**2,8**		**1.327.610**	**1,7**		**1.294.279**	
Grundskole	3,1	1,41*	354.486	3,7	1,88*	293.881	2,2	1,42*	248.007	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,6	1,17*	606.206	2,9	1,44*	624.162	1,3	0,87*	572.482	
Videregående uddannelse	2,2	1	298.821	2,1	1	370.810	1,6	1	390.821	
Uoplyst	4,3	2,02*	30.851	2,8	1,35*	38.757	3,1	1,95*	82.969	
*SII***	*-1,2*			*-2,3*			*-0,6*			*0,76*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 1.3 viser sammenhængen mellem andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år i 2000, 2010 og 2017.

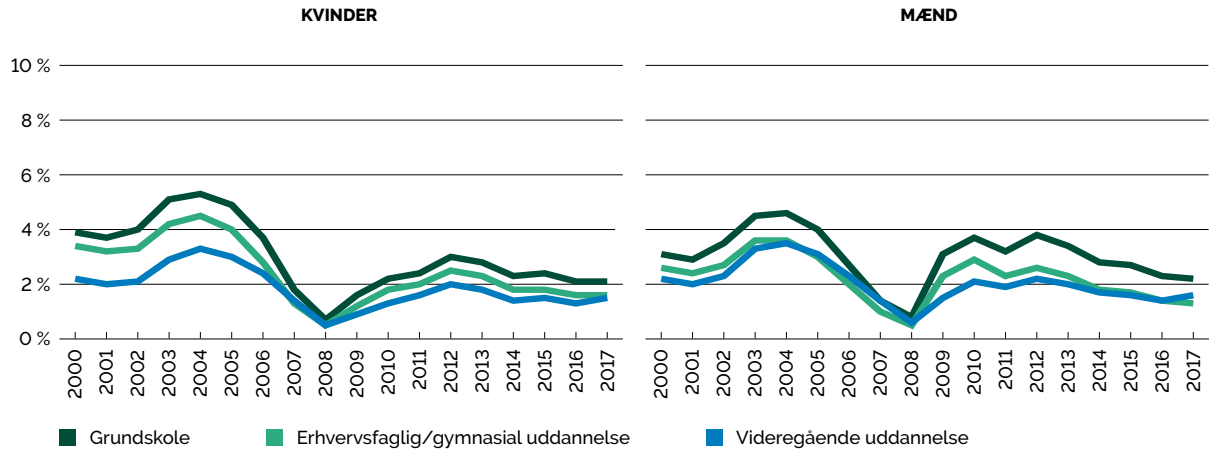
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 2,1 %, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året. Det gælder henholdsvis 1,6 % og 1,5 % blandt kvinder med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd er der i 2017 2,2 %, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, blandt mænd med grundskole. Blandt mænd med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det 1,3 % og 1,6 % i 2017.

Justeret for alder er der en statistisk signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året. Der ses en social gradient, hvor andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd og for alle tre år.

Den sociale ulighed i andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 0,9 procentenhed blandt kvinder og 0,6 procentenhed blandt mænd i 2017. Blandt kvinder gælder det, at der i perioden fra 2000-2017 er sket et statistisk signifikant fald i den sociale ulighed, sådan at uligheden er faldet. Blandt mænd er der ikke sket en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed.

FIGUR 1.3

Andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år, i perioden 2000-2017.



Figur 1.3 viser sammenhængen mellem andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år i perioden 2000-2017.

Som det fremgår af figur 1.3, er andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, påvirket af konjunkturændringer. Af figuren fremgår det, at der frem mod finanskrisen i 2008 ses et fald i arbejdsløsheden for alle uddannelsesgrupper både blandt kvinder og mænd.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2000-2017. Således er andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt kvinder gælder det, at der i perioden 2000-2017 er sket et fald i den sociale ulighed. Blandt mænd er der ikke sket en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i forhold til sociale vilkår, som har betydning for vores sundhed. Indkomstuligheden er i perioden 2000-2018 steget fra 24,1 Gini-point til 29,1 Gini-point.

Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, som er relativt fattige, og en højere andel, som er arbejdsløse, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

I forhold til udviklingen i den sociale ulighed ses en stigning i fattigdom i perioden 2000-2016 både blandt kvinder og blandt mænd. Omvendt ses et fald i den sociale ulighed i arbejdsløshed blandt kvinder i perioden 2000-2017. Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt mænd i forhold til arbejdsløshed.

Referencer

1. Danmarks Statistik. Levevilkår. Tema: Måling af fattigdom. København: Danmarks Statistik; 2012.
2. Ekspertudvalg om fattigdom. En dansk fattigdomsgrænse – analyser og forslag til opgørelsesmetoder. København: Ekspertudvalg om fattigdom; 2013.
3. Lenhart O. The effects of income on health: new evidence from the Earned Income Tax Credit. Review of Economics of the Household. 2019;17(2):377-410.
4. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. Soc Sci Med. 2015;128:316-26.
5. Browning M, Dano AM, Heinesen E. Job displacement and stress-related health outcomes. Health economics. 2006;15(10):1061-75.
6. Lundin A, Lundberg I, Hallsten L, Ottosson J, Hemmingsson T. Unemployment and mortality - A longitudinal prospective study on selection and causation in 49321 Swedish middle-aged men. Journal of epidemiology and community health. 2009;64:22-8.
7. Andreeva E, Magnusson Hanson LL, Westerlund H, Theorell T, Brenner MH. Depressive symptoms as a cause and effect of job loss in men and women: evidence in the context of organisational downsizing from the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health. BMC Public Health. 2015;15(1):1045.
8. Danmarks Statistik. Ulighedsmål: Gini-koefficient. København: Danmarks Statistik; 2019.
9. OECD Centre for Opportunity and Equality. Understanding the socio-economic divide in Europe OECD Centre for Opportunity and Equality; 2017.
10. Hurrelmann K, Rathmann K, Richter M. Health inequalities and welfare state regimes. A research note.
11. Eikemo TA, Bambra C, Joyce K, Dahl E. Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. European Journal of Public Health. 2008;18(6):593-9.
12. Shaw M, Dorling D, Smith GD. Poverty, social exclusion, and minorities. In: Marmot M, Wilkinson R, editors. Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press; 2006.
13. Benjaminsen L, Enemark M, Birkelund J. Fattigdom og afsavn. Om materielle og sociale afsavn blandt økonomisk fattige og ikke-fattige. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2016.
14. Andersen I, Bronnum-Hansen H, Kriegbaum M, Hougaard CO, Hansen FK, Diderichsen F. Increasing illness among people out of labor market - A Danish register-based study. Soc Sci Med. 2016;156:21-8.
15. Blomqvist S, Burstrom B, Backhans MC. Increasing health inequalities between women in and out of work--the impact of recession or policy change? A repeated cross-sectional study in Stockholm county, 2006 and 2010. Int J Equity Health. 2014;13:51.
16. Burstrom B, Whitehead M, Lindholm C, Diderichsen F. Inequality in the social consequences of illness: how well do people with long-term illness fare in the British and Swedish labor markets? Int J Health Serv. 2000;30(3):435-51.

17. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, Working Group of Danish Review on Social Determinants of H, Andersen AM, Bach E, et al. Health inequality--determinants and policies. Scand J Public Health. 2012;40(8 Suppl):12-105.

18. Holland P, Burstrom B, Moller I, Whitehead M. Socioeconomic inequalities in the employment impact of ischaemic heart disease: a longitudinal record linkage study in Sweden. Scand J Public Health. 2009;37(5):450-8.

19. Holland P, Burstrom B, Moller I, Whitehead M. Gender and socio-economic variations in employment among patients with a diagnosed musculoskeletal disorder: a longitudinal record linkage study in Sweden. Rheumatology (Oxford). 2006;45(8):1016-22.

20. Holland P, Burstrom B, Whitehead M, Diderichsen F, Dahl E, Barr B, et al. How do macro-level contexts and policies affect the employment chances of chronically ill and disabled people? Part I: The impact of recession and deindustrialization. Int J Health Serv. 2011;41(3):395-413.

21. Holland P, Nylen L, Thielen K, van der Wel KA, Chen WH, Barr B, et al. How do macro-level contexts and policies affect the employment chances of chronically ill and disabled people? Part II: The impact of active and passive labor market policies. Int J Health Serv. 2011;41(3):415-30.

22. Finansministeriet. Økonomisk Redegørelse - December 2019. København: Finansministeriet; 2019

2 Generelle helbreds-indikatorer

I dette kapitel beskrives generelle helbredsindikatorer, der knytter sig til forskellige faser i et livsforløb. De generelle helbredsindikatorer inkluderer restlevetid for 30-årige, dødelighed i befolkningen, børnedødelighed, selvvurderet helbred og funktionsevne hos ældre.

Restlevetid og dødelighed i forskellige aldersgrupper inklusive børnedødelighed anvendes ofte til karakterisering af befolkningens sundhed. Disse mål benyttes ofte i internationale sammenligninger, fordi de er mere sammenlignelige end andre mål. Ulighed og ændringer i middellevetid formes af dødelighedsmønstret i forskellige aldersgrupper. Det er ulighed i dødelighed blandt midaldrende, som er afgørende for uligheden i middellevetid i Danmark. En voksende andel af dødsfaldene i Danmark sker i et snævert aldersinterval mellem 85 og 105 år, men den mindskede spredning i dødsalder har ikke fundet sted blandt personer med en kort uddannelse[1].

Selvvurderet helbred er en persons egen vurdering af en række helbredsforhold, som rummer mere og andet end en liste af de enkelte sygdomme, personen lider af. Selvvurderet helbred er en indikator, der ofte benyttes som et overordnet mål for en befolknings helbredstilstand. Når man søger at forstå uligheden i selvvurderet helbred hos individer med lavest og højest fuldførte uddannelsesniveau, finder man, at sociale vilkår i barndommen spiller en vigtig rolle[2], men også, at ulighed i materielle forhold (fx indkomst og bolig), fysisk og psykosocialt arbejdsmiljø samt sundhedsadfærd senere i livet er vigtige forklaringer, ikke mindst i Danmark[3].

Bevarelse af høj funktionsevne blandt ældre er vigtig for et godt og selvstændigt liv. Med stigende middellevetid, og dermed et stigende antal ældre, er bevarelse af så høj funktionsevne som muligt vigtig for samfundets behov for ressourcer til blandt andet sundheds- og omsorgsydelser.

2.1 Restlevetid

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem henholdsvis højest fuldførte uddannelsesniveau og indkomstniveau og restlevetiden for 30-årige.

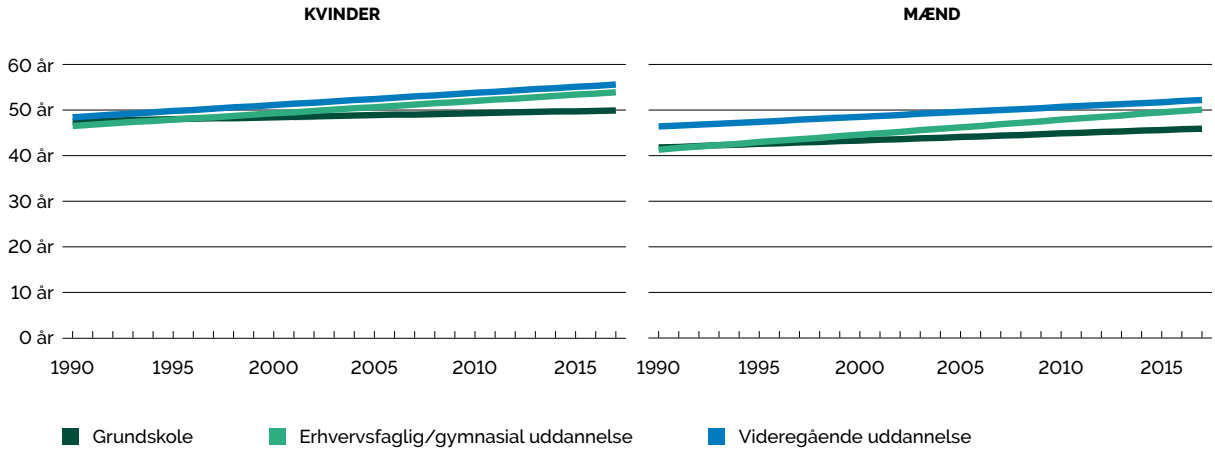
Restlevetid defineres som det gennemsnitlige resterende antal år, en person på 30 år forventes at leve i. Det forudsættes, at dødeligheden fremover svarer til dødeligheden i befolkningen (begge køn og alle aldersgrupper på 30 år eller derover) for det år, beregningen er lavet[4].

Indikatoren restlevetid for 30-årige er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Befolkningsregistret og Dødsårsagsregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.1.1 Restlevetid og uddannelse

FIGUR 2.1.1

Restlevetid blandt 30-årige, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd, i perioden 1990-2016.



Figur 2.1.1 viser sammenhængen mellem restlevetid blandt 30-årige og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd i perioden 1990-2016.

Der er en sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og restlevetid blandt 30-årige. Der ses en social gradient, hvor restlevetiden blandt 30-årige er længere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Af figur 2.1.1 fremgår det, at restlevetiden blandt 30-årige generelt er steget i perioden 1990-2016. Restlevetiden er steget langsommere blandt personer med grundskole end blandt personer med både erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Denne udvikling gælder både blandt kvinder og blandt mænd. Det betyder, at den sociale ulighed i restlevetid blandt 30-årige er steget i perioden fra 1990-2016.

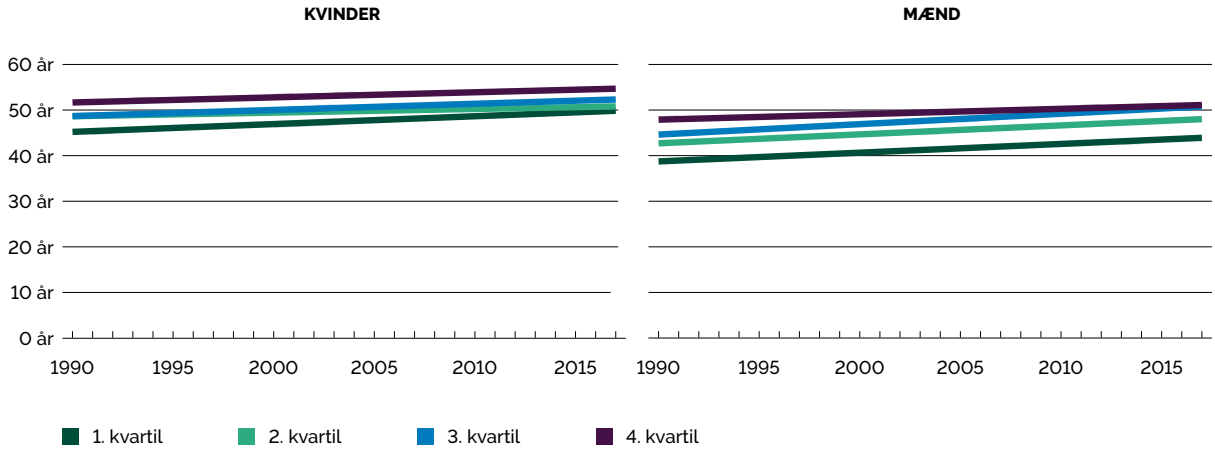
Sammenfatning

Der ses en social ulighed i restlevetiden blandt 30-årige, således at restlevetiden er længere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden blandt kvinder og blandt mænd.

2.1.2 Restlevetid og indkomst

FIGUR 2.1.2

Restlevetid blandt 30-årige, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd, i perioden 1990-2016.



Figur 2.1.2 viser sammenhængen mellem restlevetid blandt 30-årige og indkomstniveau blandt kvinder og mænd i perioden 1990-2016.

Der er en sammenhæng mellem indkomstniveau og restlevetid blandt 30-årige. Der ses en social gradient, hvor restlevetiden blandt 30-årige er længere med højere indkomstniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Af figur 2.1.2 fremgår det, at restlevetiden blandt 30-årige generelt er steget i perioden 1990-2016. Restlevetiden er steget langsommere blandt personer med lavt indkomstniveau end blandt personer med højt indkomstniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd. Det betyder, at den sociale ulighed i restlevetid blandt 30-årige er steget i perioden fra 1990-2016.

Sammenfatning

Der ses en social ulighed restlevetiden blandt 30-årige, således at restlevetiden er længere med højere indkomstniveau. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden blandt kvinder og blandt mænd.

2.2 Dødelighed i befolkningen

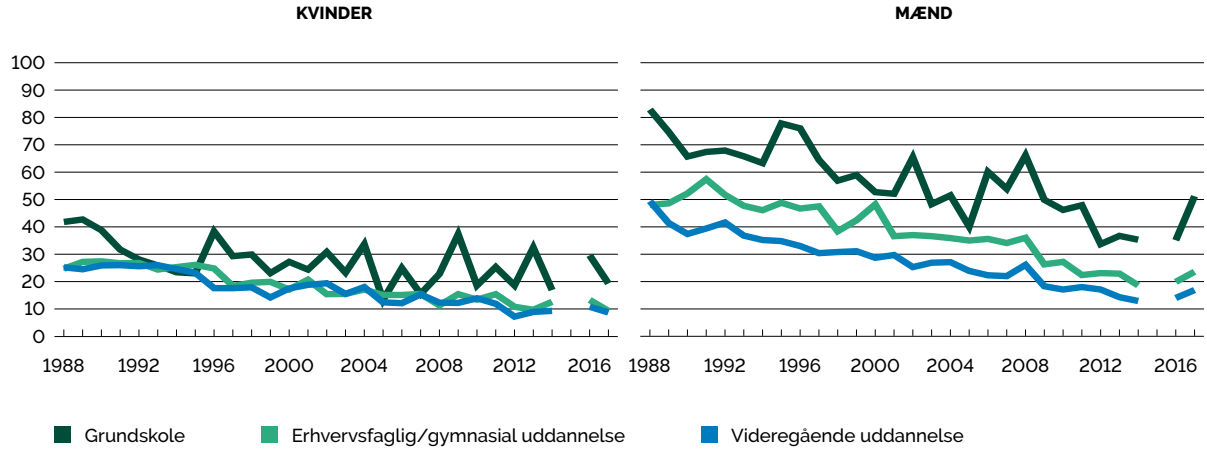
I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antal dødsfald pr. 100,000 personer, for personer på henholdsvist 1-24 år, 25-44 år og 45-64 år. Dødelighed blandt 1-24-årige er undersøgt i forhold til forældres højest fuldførte uddannelsesniveau.

Gennem de sidste 100 år er middellevetiden i Danmark steget markant for både kvinder og mænd, men kvinderne har hele tiden haft en længere levetid end mændene[5]. Denne generelle udvikling i dødeligheden afspejler særligt en ganske lav og konstant faldende dødelighed blandt børn og unge, mens dødeligheden blandt personer på 35 år eller derover har været mere stabil gennem de sidste årtier[6]. Gennem de sidste 3-5 årtier har der konstant været en forskel i dødeligheden mellem lavest og højest uddannelses-niveau, således at selvom dødeligheden er faldet i hele perioden, er dødeligheden konstant højere blandt lavest uddannede end blandt højest uddannede[7].

Indikatoren dødelighed er i denne rapport defineret på basis af information fra Dødsårsagsregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

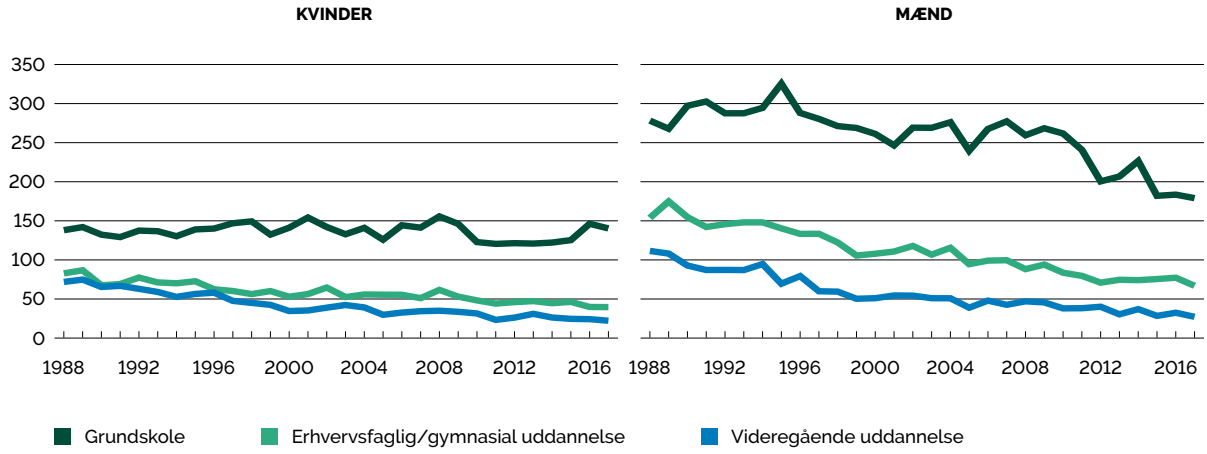
FIGUR 2.2.1

Antal dødsfald pr. 100.000 personer, fordelt på forældres højest fuldførte uddannelsesniveau blandt 1-24-årige piger og drenge, i perioden 1988-2017.



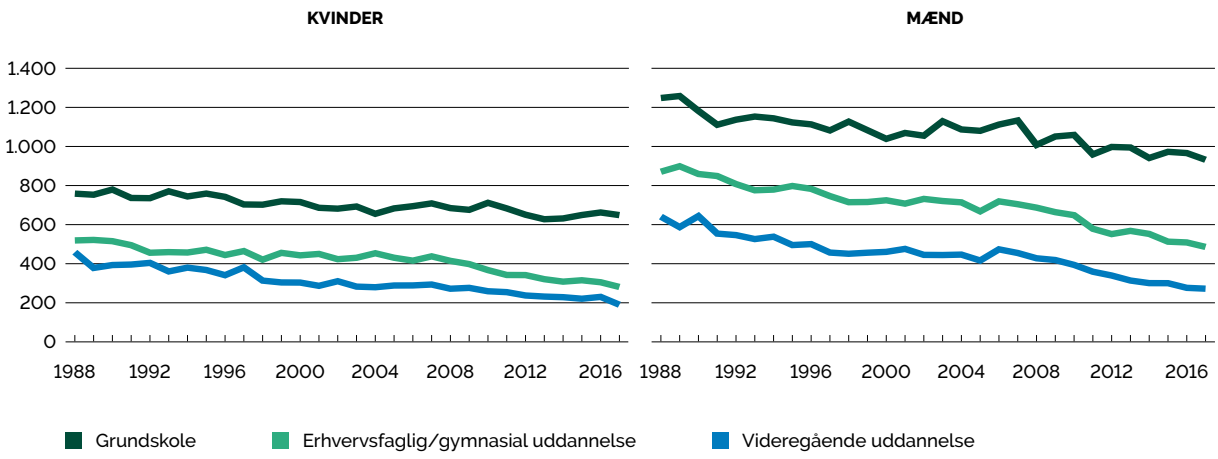
FIGUR 2.2.2

Antal dødsfald pr. 100.000 personer, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt 25-44-årige kvinder og mænd, i perioden 1988-2017.



FIGUR 2.2.3

Antal dødsfald pr. 100.000 personer, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt 45-64-årige kvinder og mænd, i perioden 1988-2017.



Figur 2.2.1, 2.2.2 og 2.2.3 viser sammenhæng mellem antallet af dødsfald pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og blandt mænd i perioden 1988-2017. De tre figurer viser tal for henholdsvis 1-24-årige, 25-44-årige og 45-64-årige. Blandt 1-24-årige er der få dødsfald i 2014, og tallene er derfor ikke vist.

Blandt de 1-24-årige ses i perioden en del udsving, men et generelt fald i dødeligheden blandt både piger og drenge (figur 2.2.1). Af figur 2.2.2 og 2.2.3 fremgår det, at dødeligheden generelt er faldet i perioden 1988-2017. Det gælder for alle tre fuldførte uddannelsesniveauer både blandt kvinder og blandt mænd, bortset fra de 25-44-årige kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau. For denne gruppe er dødeligheden i perioden stagneret.

Der er en sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af dødsfald pr. 100.000 personer. Der ses en social gradient, hvor antallet af dødsfald pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd og for alle aldersgrupperne.

I perioden fra 1988-2017 er den sociale ulighed i dødelighed øget i aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år. Blandt de 25-44-årige kvinder er den stigende ulighed et resultat af den stagnerende dødelighed blandt kvinder med grundskole, mens dødeligheden falder blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. For kvinder i aldersgruppen 45-64 år falder dødeligheden blandt kvinder med alle fuldførte uddannelsesniveauer, men langsommere for gruppen med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau. Blandt de 25-44-årige og 45-64-årige mænd øges den sociale ulighed som et resultat af, at dødeligheden falder langsommere blandt mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau.

Sammenfatning

Der ses en social ulighed i antallet af dødsfald pr. 100.000 personer i perioden 1988-2017, således at antallet af dødsfald pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden både blandt kvinder og blandt mænd i aldersgrupperne 24-44 år og 45-64 år.

2.3 Børnedødelighed og dødfødsler

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem moderens højest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau og andelen af dødfødsler samt dødeligheden blandt levendefødte børn.

Børnedødelighed er tidligere anvendt som en indikator for et lands sundhedstilstand og levevilkår i internationale sammenligninger[8]. Dødfødsel defineres som fødsel af et dødt barn fra og med uge 22 i graviditeten[9]. Spædbørnsdødelighed dækker over dødeligheden i barnets første leveår, og den havde i mange år stor betydning for befolkningens middellevetid[10]. Neonatal dødelighed anvendes som betegnelse for spædbørn, der dør inden for de første 28 dage. Det er i denne periode, at de fleste spædbørn dør, og dødsfaldet kan skyldes for tidlig fødsel, medfødte misdannelser eller andre komplikationer. Postneonatal dødelighed forekommer fra 29 dage og frem til barnet bliver ét år[11, 12]. Postneonatal dødelighed beskrives ikke i denne rapport, idet der er så få dødsfald, at resultaterne ikke kan publiceres grundet persondatabeskyttelse.

Indikatoren dødfødsler er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Medicinske Fødselsregister. Indikatorerne neonatal dødelighed og dødelighed inden barnet er fyldt 5 år er i denne rapport defineret på basis af information fra Dødsårsagsregistret. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.3.1 Dødfødsel

TABEL 2.3.1

Antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau, i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	Antal pr. 1.000 fødsler	OR§	N (total)	Antal pr. 1.000 fødsler	OR§	N (total)	Antal pr. 1.000 fødsler	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**3,7**		**60.426**	**3,7**		**53.039**	**3,9**		**58.952**	
Grundskole	5,0	1,62*	8.837	6,0	1,96*	6.884	6,8	2,63*	6.138	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3,9	1,32	20.128	3,9	1,30	16.473	4,0	1,45*	16.942	
Videregående uddannelse	2,9	1	28.842	3,0	1	26.088	3,0	1	29.639	
Uoplyst	5,7	1,95*	2.619	3,3	1,12	3.594	5,1	1,78*	6.233	
*SII***	*-2,3*			*-3,0*			*-4,6*			*0,48*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antal dødfødsler pr. 1000 fødsler er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 2.3.1 viser sammenhængen mellem antallet af dødfødsler pr. 1.000 fødsler og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

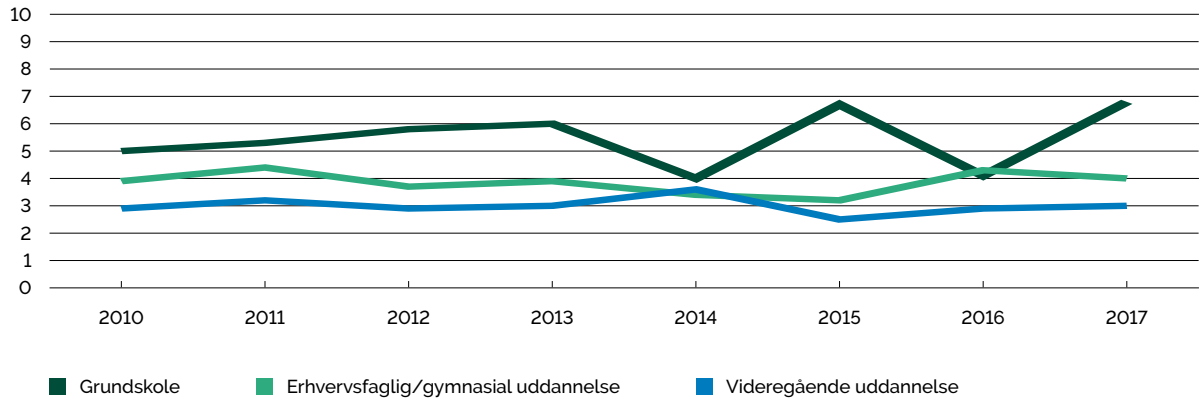
I 2017 er der blandt fødsler af mødre med grundskole 6,8 dødfødsler pr. 1.000 fødsler. Der er henholdsvis 4,0 og 3,0 dødfødsler pr. 1.000 fødsler blandt fødsler af mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er der en statistisk signifikant sammenhæng mellem moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af dødfødsler for alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af dødfødsler pr. 1.000 fødsler er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af dødfødsler pr. 1.000 fødsler, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 4,6 dødfødsler pr. 1.000 i 2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 2.3.1

Antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau, i perioden 2010-2017.



Figur 2.3.1 viser sammenhængen mellem antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af dødfødsler pr. 1.000 fødsler i perioden 2010-2017, således at antallet af dødfødsler pr. 1.000 er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

2.3.2 Neonatal død

TABEL 2.3.2

Antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau, i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	Antal pr. 1.000 levende-fødte	OR§	N (total)	Antal pr. 1.000 levende-fødte	OR§	N (total)	Antal pr. 1.000 levende-fødte	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**2,2**		**57.600**	**1,9**		**49.262**	**2,6**		**52.519**	
Grundskole	3,3	1,81*	8.793	3,8	2,39*	6.843	4,3	2,14*	6.096	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	1,9	1,02	20.049	1,8	1,11	16.409	3,0	1,50*	16.874	
Videregående uddannelse	1,9	1	28.758	1,6	1	26.010	2,1	1	29.549	
Uoplyst										
*SII***	*-1,5*			*-1,8*			*-2,8*			*0,72*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 2.3.2 viser sammenhængen mellem antallet af neonatale dødsfald, det vil sige dødsfald inden for de første 28 dage, og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

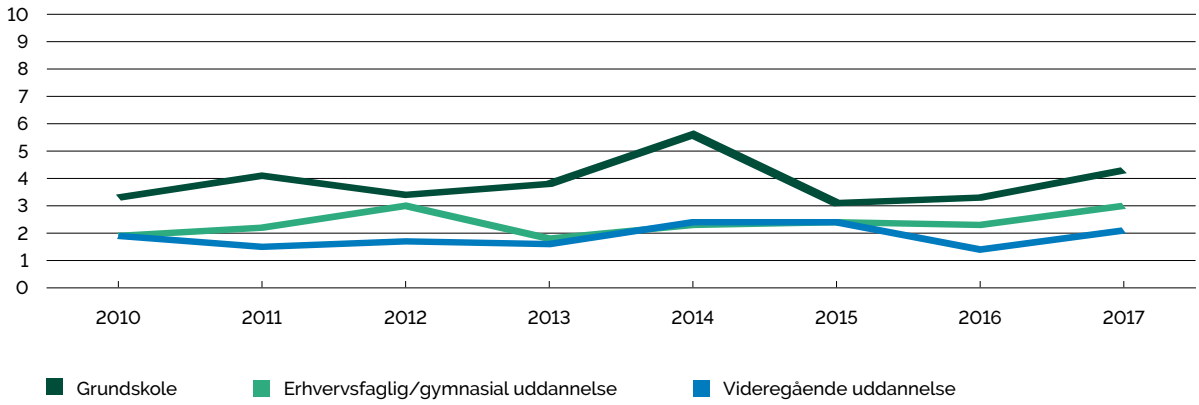
I 2017 er der blandt børn af mødre med grundskole som igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau 4,3 neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte. Der er henholdsvis 3,0 og 2,1 neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte blandt fødsler af mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er der en statistisk sammenhæng mellem moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte for alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 2,8 dødfødsler pr. 1.000 i 2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 2.3.2

Antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.



Figur 2.3.2 viser sammenhængen mellem antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af børn, der dør inden for de første 28 dage i perioden 2010-2017, således at antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

2.3.3 Dødelighed for børn under 5 år

TABEL 2.3.3

Antallet af dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau, for børn født år 2010, 2011 og 2012.

	2010			2011			2012			
	Antal pr. 1.000 levende-fødte	OR§	N (total)	Antal pr. 1.000 levende-fødte	OR§	N (total)	Antal pr. 1.000 levende-fødte	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**3,4**		**60.204**	**3,3**		**56.012**	**3,3**		**54.904**	
Grundskole	5,6	1,87*	8.793	6,4	2,92*	7.819	5,4	2,02*	7.362	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3,0	1,01	20.049	3,1	1,44	17.972	3,8	1,57*	17.271	
Videregående uddannelse	3,0	1	28.758	2,2	1	27.326	2,3	1	26.946	
Uoplyst	3,8	1,28	2.604	6,9	3,3*	2.895	3,0	1,26	3.325	
*SII***	*-2,4*			*-4,3*			*-3,3*			*0,67*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af dødsfald under 5 år pr. 1.000 levendefødte er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 2.3.3 viser sammenhængen mellem antallet af dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau for børn født år 2010, 2011 og 2012.

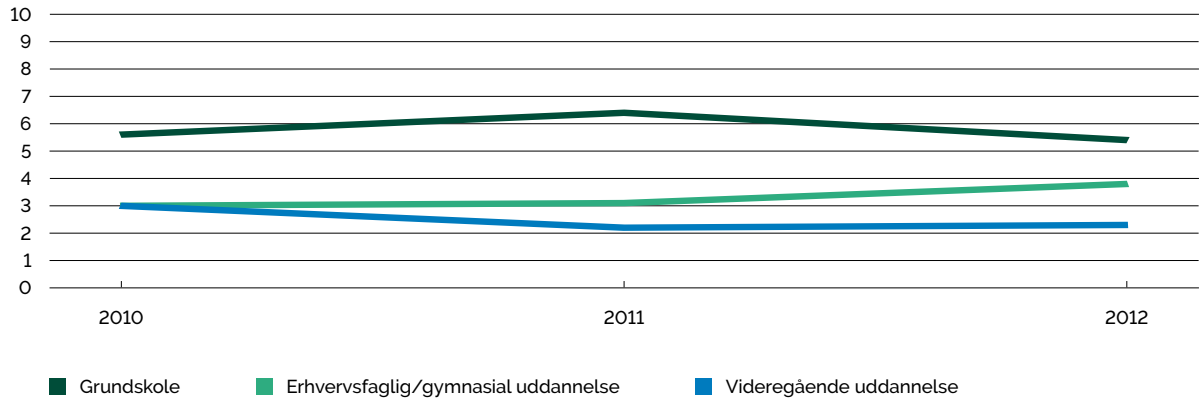
Blandt børn af mødre med grundskole er der 5,4 dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte for børn født i 2012. Der er henholdsvis 3,8 og 2,3 dødsfald pr. 1.000 levendefødte blandt børn født i 2012 af mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er der en statistisk signifikant sammenhæng mellem moderens igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau og antallet af dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte for børn født alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af dødsfald under 5 år pr. 1.000 levendefødte er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte, beregnet som forskellen mellem mødre med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 3,3 procentenheder for børn født i 2012. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed for børn født i år 2010-2012.

FIGUR 2.3.3

Antallet af dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau, for børn født år 2010, 2011 og 2012.



Figur 2.3.3 viser sammenhængen mellem antallet af dødsfald blandt børn under 5 år og moderens uddannelsesniveau for børn født i perioden 2010-2012.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af dødsfald blandt børn under 5 år for børn født i perioden 2010-2012, således at antallet af dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

2.4 Selvvurderet helbred

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer på 30 år eller derover, der har et godt selvvurderet helbred.

Selvvurderet helbred er et udtryk for en persons egen samlede vurdering af sin helbredstilstand, der ikke alene kan beskrives ved en liste af personens symptomer og sygdomme. Det er velkendt, at selvvurderet helbred er en god prædiktor for sygelighed[13-18]. Jo dårligere en person vurderer eget helbred, desto større er risikoen for sygdom og tidlig død. Der findes flere forklaringer på disse sammenhænge. For det første er selvvurderet helbred en persons samlede vurdering af eget helbred. Denne vurdering omfatter ikke alene den aktuelle helbredssituation, men også udviklingen i helbredet gennem livet, kendskab til sygelighed og dødelighed i familien samt en sammenligning af egen helbredstilstand med helbredstilstanden blandt jævnaldrende. Desuden kan vurderingen af eget helbred påvirke, hvordan man reagerer på og håndterer sygdom samt egen forebyggende og sundhedsfremmende adfærd. Selvvurderet helbred menes tillige at være påvirket af oplevelsen af egne ressourcer og muligheden for at få støtte og hjælp i éns netværk i tilfælde af sygdom[17].

Indikatoren selvvurderet helbred er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 2.4

Andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover, i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**82,6**		**149.142**	**82,8**		**136.716**	**80,9**		**153.844**	
KVINDER	**80,6**		**80.146**	**80,9**		**73.207**	**78,9**		**82.266**	
Grundskole	69,6	0,36*	21.963	68,5	0,32*	18.664	67,8	0,36*	18.315	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	83,0	0,65*	30.583	82,1	0,58*	27.894	79,6	0,61*	31.825	
Videregående uddannelse	88,9	1	25.895	89,4	1	25.273	87,0	1	30.261	
Uoplyst	64,8	0,35*	1.705	72,0	0,37*	1.376	77,2	0,50*	1.865	
*SII***	*18,1*			*19,5*			*20,1*			*0,20*
MÆND	**84,7**		**68.996**	**84,9**		**63.509**	**83,0**		**71.578**	
Grundskole	76,1	0,38*	15.910	75,8	0,35*	13.775	73,8	0,36*	14.432	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	85,7	0,65*	32.218	85,0	0,58*	29.803	83,3	0,59*	33.187	
Videregående uddannelse	90,8	1	19.454	91,3	1	18.662	89,9	1	22.076	
Uoplyst	71,8	0,32*	1.414	79,7	0,38*	1.269	79,9	0,42*	1.883	
*SII***	*13,9*			*14,3*			*16,5*			*0,17*

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII; Ulighed i andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 2.4 viser sammenhængen mellem andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

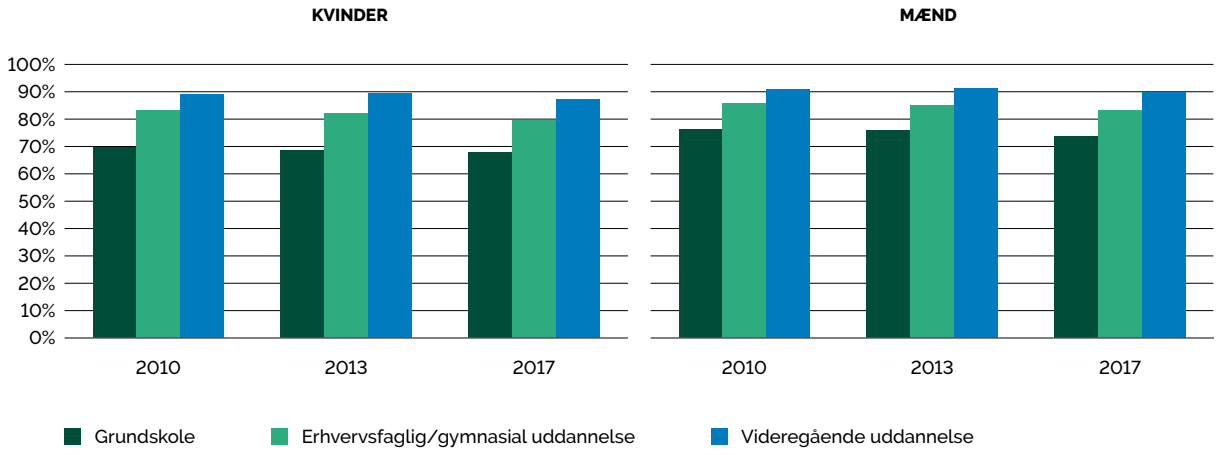
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 68 %, der har et godt selvvurderet helbred. Det gælder henholdsvis 80 % og 87 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 74 %, der har et godt selvvurderet helbred. Det gælder henholdsvis 83 % og 90 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har et godt selvvurderet helbred for både kvinder og mænd statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har et godt selvvurderet helbred, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har godt selvvurderet helbred, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 20 procentenheder blandt kvinder og 17 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 2.4

Andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover, i 2010, 2013 og 2017.



Figur 2.4 viser sammenhængen mellem andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har et godt selvvurderet helbred både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år, således at andelen, der har godt selvvurderet helbred, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

2.5 Funktionsevne

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har begrænset mobilitet, samt andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder for personer på 65 år eller derover.

Danskernes middellevetid er gennem de seneste årtier overordnet set steget støt[19]. Både andelen og antallet af ældre – her afgrænset til personer på 65 år eller derover – forventes således at stige i de kommende år. Ifølge Danmarks Statistik udgjorde andelen af ældre på 65 år eller derover omkring 19 % af hele befolkningen i 2017. I 2050 forventes andelen at være steget til godt 24 %[20]. I absolutte tal drejer det sig om en stigning fra 1,10 mio. i 2017 til 1,54 mio. i 2050. I takt med at befolkningen generelt lever længere, vil det betyde, at flere danskere kommer til at leve en del af deres liv med kronisk sygdom, idet ældre oftere får én eller flere samtidige kroniske sygdomme[21]. Desuden vil ældre typisk med alderen opleve en stigende grad af nedsat mobilitet[22, 23] og kognition[24, 25]. Dette mønster fremgår også af rapporten "Ældres sundhed og trivsel", som belyser sundhedstilstanden blandt personer på 65 år eller derover[26]. Rapporten viser således, at ældres sundhedstilstand og trivsel generelt set bliver dårligere med alderen[26]. Dette ses også afspejlet i, at efterspørgslen på og forbruget af ydelser i sundhedsvæsenet og i den kommunale ældrepleje generelt stiger med alderen[27].

Indikatorerne mobilitet og kommunikationsfærdigheder er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (2010, 2013 og 2017). Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.5.1 Mobilitet

TABEL 2.5.1

Andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til mobilitet, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover, i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**22,7**		**3.322**	**22,9**		**3.616**	**23,4**		**3.636**	
Grundskole	27,1	2,52*	1.301	29,9	2,03*	1.300	32,6	2,75*	1.076	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	18,5	1,92*	1.238	19,6	1,59*	1.467	20,3	1,65*	1.547	
Videregående uddannelse	10,8	1	644	13,7		775	12,9	1	941	
Uoplyst	53,3	3,70*	139	40,6	2,36*	74	23,1	1,73	72	
*SII***	*-15,9*			*-13,2*			*-21,9*			*0,48*

§ OR er justeret for alder og køn.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til mobilitet, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 2.5.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har begrænset mobilitet, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

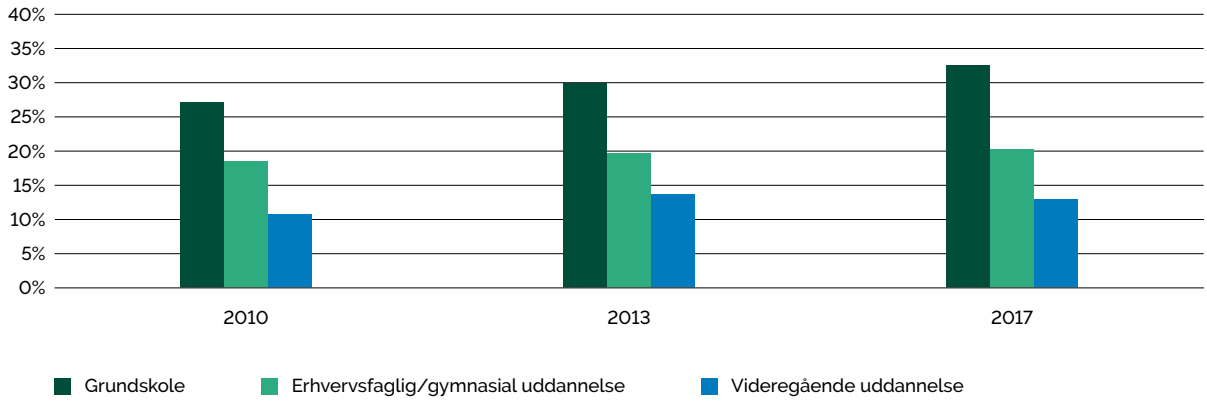
I 2017 er der blandt ældre med grundskole 33 %, der har begrænset mobilitet. Det gælder henholdsvis 20 % og 13 % blandt ældre med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse.

Justeret for alder og køn er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har begrænset mobilitet statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har begrænset mobilitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har begrænset mobilitet, beregnet som forskellen mellem ældre med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 22 procentenheder i 2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 2.5.1

Andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til mobilitet, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover, i 2010, 2013 og 2017.



Figur 2.5.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har begrænset mobilitet, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af ældre, der har begrænset mobilitet i alle tre år, således at andelen, der har begrænset mobilitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

2.5.2 Kommunikationsfærdigheder

TABEL 2.5.2

Andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til kommunikationsfærdigheder, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover, i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**10,9**		**3.352**	**12,1**		**3.631**	**12,5**		**3.680**	
Grundskole	10,8	2,38*	1.318	15,8	1,74*	1.304	15,7	1,99*	1.100	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10,5	2,60*	1.247	9,2	1,06	1.470	11,4	1,47*	1.563	
Videregående uddannelse	4,3	1	648	8,6	1	778	7,7	1	944	
Uoplyst	33,8	6,06*	139	29,3	2,77*	79	18,5	2,24*	73	
*SII***	*-6,1*			*-8,5*			*-8,3*			*0,43*

§ OR er justeret for alder og køn.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til kommunikationsfærdigheder, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 2.5.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

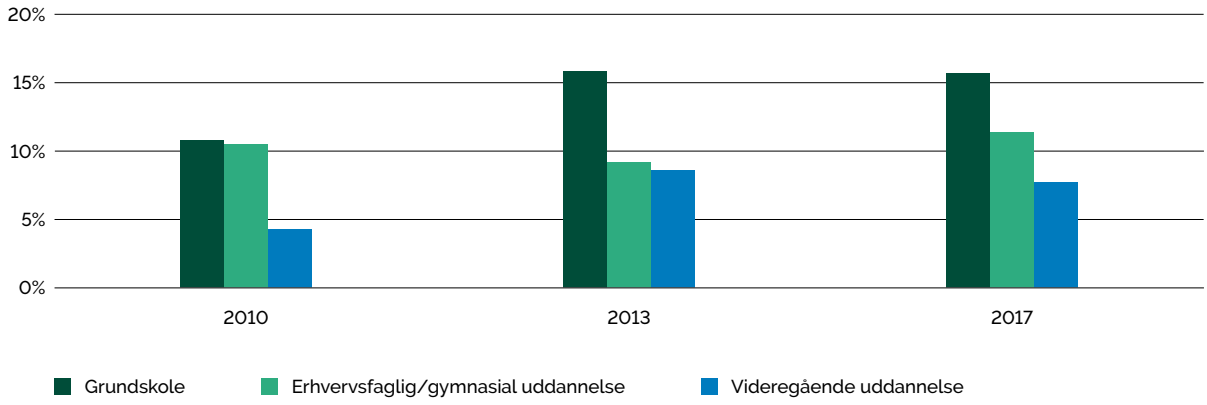
I 2017 er der blandt ældre med grundskole 16 %, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder. Det gælder henholdsvis 11 % og 8 % blandt ældre med erhvervsfaglig/ gymnasial og videregående uddannelse.

Justeret for alder og køn er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, beregnet som forskellen mellem ældre med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 8 procentenheder i 2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 2.5.2

Andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til kommunikationsfærdigheder, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover, i 2010, 2013 og 2017.



Figur 2.5.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen af ældre, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder i alle tre år, således at andelen, der har begrænset mobilitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i forhold til en række generelle helbredsindikatorer, som ofte benyttes som mål for et lands udvikling og velstand over tid og i internationale sammenligninger.

Vi har i dette kapitel blandt andet beskrevet restlevetid for 30-årige, dødelighed i befolkningen og børnedødelighed. Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en kortere restlevetid og en højere dødelighed end blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Ligeledes gælder det, at antallet af dødfødsler, antallet af neonatale dødsfald og antallet af dødsfald blandt børn under 5 år er højere blandt børn af mødre med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau end blandt børn af mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

Derudover har vi beskrevet selvvurderet helbred og funktionsevne blandt ældre. Resultaterne viser, at der blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er en lavere andel, der har et godt selvvurderet helbred og en større andel, der har begrænset mobilitet og begrænsede kommunikationsfærdigheder, end blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

I forhold til udviklingen i den sociale ulighed gælder det, at der ses en stigning i den sociale ulighed i dødelighed i perioden 1988-2017 både blandt kvinder og blandt mænd i aldersgrupperne 24-44 år og 45-64 år. Ligeledes ses en stigning i den sociale ulighed i restlevetid blandt 30-årige i perioden 1990-2016. Dødeligheden blandt kvinder i alderen 25-44 år med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau mindskes ikke, i modsætning til de andre køns- og aldersgrupper. For de tre børnedødelighedsmål, selvvurderet helbred og funktionsevne blandt ældre ses ingen ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Referencer

1. Bronnum-Hansen H. Socially disparate trends in lifespan variation: a trend study on income and mortality based on nationwide Danish register data. BMJ Open. 2017;7(5):e014489.
2. Sieber S, Cheval B, Orsholits D, Van der Linden BW, Guessous I, Gabriel R, et al. Welfare regimes modify the association of disadvantaged adult-life socioeconomic circumstances with self-rated health in old age. Int J Epidemiol. 2019;48(4):1352-66.
3. Dieker AC, W IJ, Proper KI, Burdorf A, Ket JC, van der Beek AJ, et al. The contribution of work and lifestyle factors to socioeconomic inequalities in self-rated health a systematic review. Scand J Work Environ Health. 2019;45(2):114-25.
4. Danmarks Statistik. Middellevetid: Danmarks Statistisk; 2020 [Available from: https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/doedsfald-og-middel-levetid/middellevetid.
5. Danmarks Statistik. HISB7: Middellevetid for 0-årige efter køn Danmarks Statistik; 2020 [Available from: https://statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1745.
6. Juel K. Dødeligheden i Danmark gennem 100 år. Danskerne lever længere, men hvorfor 3-4 år kortere end svenske mænd og franske kvinder? København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2004.
7. Juel K, Koch MB. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydningen af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2013.
8. World Health Organization. Child - Mortality/causes of death: World Health Organization; 2020 [Available from: https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/child-data/child---mortality-causes-of-death.
9. Tavares Da Silva F, Gonik B, McMillan M, Keech C, Dellicour S, Bhange S, et al. Stillbirth: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. Vaccine. 2016;34(49):6057-68.
10. Danmarks Statistik. Befolkningens udvikling 2018 København: Danmarks Statistik; 2019.
11. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality. Country, regional and global estimates. Geneve: World Health Organization; 2006.
12. Mortensen LH. Spædbarnsdødeligheden i Danmark er lav, men langt fra Europas laveste København: Danmarks Statistik; 2017 [Available from: https://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2017/2017-06-27-spaedbarnsdoedeligheden-i-danmark.
13. Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E, Puska P. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. J Epidemiol Community Health. 2001;55(4):227-32.
14. Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. Soc Sci Med. 2004;59(6):1297-306.
15. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. J Gen Intern Med. 2006;21(3):267-75.
16. Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2013;68(1):107-16.

17. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997;38(1):21-37.

18. Schnittker J, Bacak V. The increasing predictive validity of self-rated health. PLoS One. 2014;9(1):e84933.

19. Danmarks Statistik. Nyt fra Danmarks Statistik: Middellevetiden er ikke steget det seneste år: Danmarks Statistik; 2019 [50:[Available from: https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=28481.

20. Danmarks Statistik. Statistikbanken 2019 [Available from: https://www.statistikbanken.dk.

21. Jensen H, Davidsen M, Ekholm O, Christensen A. Danskernes sundhed – den nationale sundhedsprofil 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2018.

22. Ferrucci L, Cooper R, Shardell M, Simonsick EM, Schrack JA, Kuh D. Age-related change in mobility: Perspectives from life course epidemiology and geroscience. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2016;71(9):1184-94.

23. Manini TM. Mobility decline in old age: a time to intervene. Exerc Sport Sci Rev. 2013;41(1):2.

24. Salthouse T. Consequences of age-related cognitive declines. Annu Rev Psychol. 2012;63:201-26.

25. Park HL, O'Connell JE, Thomson RG. A systematic review of cognitive decline in the general elderly population. Int J Geriatr Psychiatry. 2003;18(12):1121-34.

26. Johannesen C, Davidsen M, Christensen A. Ældres sundhed og trivsel - Ældreprofilen 2019 er baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, de nationale sundhedsprofiler og udvalgte registre. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2019.

27. Sundheds- og Ældreministeriet med bidrag fra Sundhedsdatastyrelsen. Sundheds- og ældreøkonomisk analyse. Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2018.

3 Tidlige vilkår for sundhed og sygdom

Social ulighed i sundhed kan kun forstås, hvis man ser det i et livsforløbsperspektiv, hvor de livsvilkår, som samfundet og familierne kan skabe for sine børn, påvirker børnenes opvækst, senere uddannelse, erhverv og helbred. I dette kapitel beskrives en række vigtige indikatorer på de tidlige vilkår for den sociale ulighed i sundhed, herunder miljø i forsterlivet, forholdene omkring fødsel, de første leveår samt indikatorer, som påvirker børn og unges skolegang.

I et 30 års perspektiv har mange flere børn i dag forældre med et højt uddannelsesniveau. Men de børn, som har en forælder med et lavt uddannelsesniveau, er nu oftere socialt udsatte. For eksempel bor de oftere i et ressourcefattigt område, er fattige, har en arbejdsløs forælder, en straffet far eller en mor i psykiatrisk behandling[1]. Forældres lavere uddannelsesniveau er på den måde blevet stærkere knyttet til en øget sårbarhed for barnet.

Den stærke kobling mellem forældres uddannelse og indkomst, som er beskrevet i kapitel 1, er en væsentlig baggrund for belysning af uligheden i børnenes trivsel, ernæring og psykiske symptomer. Hvad barnet udsættes for tidligt i livet, såsom dårlig ernæring, stress og kemikalier under graviditet og tidlig opvækst, påvirker en lang række organers (inkl. hjernens) udvikling, senere funktion og regulering. Det sker delvis via epigenetiske mekanismer, hvor genernes funktion ændres på en måde, som kan videreføres til næste generation[2].

To meget anvendte indikatorer for fostrets udvikling og eventuel eksponering under graviditeten er tidlig fødsel og lav fødselsvægt i forhold til gestationsalder (graviditetens længde). Lav fødselsvægt i forhold til gestationsalder (small for gestational age (SGA)) er forbundet med øget risiko for blandt andet hjertekarsygdom, lungesygdom samt metaboliske sygdomme i voksenlivet som for eksempel type 2-diabetes og forhøjet blodtryk[3-6]. Tidlig fødsel øger, uanset fødselsvægt, risikoen for senere neurologiske symptomer og indlæringsvanskeligheder. Dermed reducerer det også chancen at få en videregående uddannelse[7].

Andre vigtige indikatorer for tidlige vilkår for sundhed er barnets ernæring, herunder om barnet ammes fuldt ud. Fuldamning har en positiv effekt på immunsystemets modning og mindsker formentlig risiko for allergiske sygdomme og overvægt. Overvægt blandt børn kan lede til sociale vanskeligheder, som påvirker børnenes helbred, skolegang og sociale relationer.

3.1 Fødsler

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af fødsler, hvor barnet er født før uge 37, eller hvor barnet er født lille i forhold til gestationsalder.

Børn født før udgangen af 37. svangerskabsuge betegnes som tidlig fødte. De inddeles i: moderat tidlig fødte børn med en gestationsalder på 32-36 uger, meget tidlig fødte børn med gestationsalder på 28-31 uger og ekstremt tidlig fødte med en gestationsalder på mindre end 28 uger[8]. Andelen af børn, der er født før fulde 37. uge, har i perioden 2008-2018 udgjort 6-7 % af alle nyfødte børn i Danmark[9]. Et barn kan ved fødslen være lille i forhold til gestationsalderen, hvilket defineres som en fødselsvægt ≤10 percentilen for gestationalderen. (Small for Gestational Age, SGA).

Indikatorerne født før uge 37 og født lille i forhold til gestationsalder er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Medicinske Fødselsregister. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1.

3.1.1 Fødsel før uge 37

TABEL 3.1.1

Andelen af børn, der fødes før uge 37, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**4,9**		**59.114**	**4,7**		**51.804**	**4,8**		**57.812**	
Grundskole	6,8	1,65*	8.633	6,3	1,50*	6.726	5,9	1,34*	6.005	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5,2	1,25*	19.729	5,0	1,18*	16.132	5,3	1,21*	16.604	
Videregående uddannelse	4,1	1	28.178	4,1	1	25.425	4,5	1	29.060	
Uoplyst	4,2	1,00	2.574	4,3	1,04	3.521	4,2	0,94	6.143	
*SII***	*-3,0*			*-2,3*			*-1,9*			*< 0.03*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen af børn, der fødes før uge 37, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem moderens højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.1.1 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der fødes før uge 37, og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

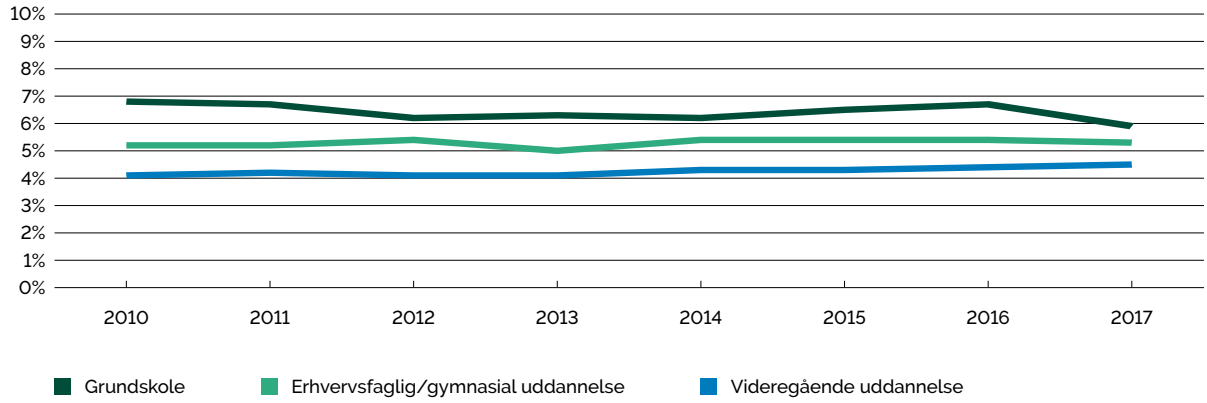
I 2017 er der blandt børn af mødre med grundskole 6 %, der er født før uge 37. Det gælder 5 % og 4,5 % blandt børn af mødre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er sammenhængen mellem moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der er født før uge 37, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der er født tidligt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der er født før uge 37, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 1,9 procentenheder. Der ses en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed, således at uligheden i andelen, der er født før uge 37, falder i perioden 2010-2017.

FIGUR 3.1.1

Andelen af børn, der fødes før uge 37, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.



Figur 3.1.1 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der fødes før uge 37, og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af børn, der er født før uge 37, således at andelen af børn, der er født før uge 37, er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. For perioden 2010-2017 mindskes den sociale ulighed.

3.1.2 Børn, der er født små i forhold til gestationsalder

TABEL 3.1.2

Andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**10,8**		**59.114**	**10,8**		**51.804**	**10,4**		**57.812**	
Grundskole	14,9	1,64*	8.633	14,1	1,45*	6.726	13,0	1,38*	6.005	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10,7	1,16*	19.729	10,8	1,11*	16.132	9,7	1,01	16.604	
Videregående uddannelse	9,2	1	28.178	9,6	1	25.425	9,5	1	29.060	
Uoplyst	14,1	1,58*	2.574	12,8	1,35*	3.521	14,0	1,54*	6.143	
*SII***	*-5,6*			*-4,1*			*-2,7*			*< 0,01*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem moderens højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.1.2 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

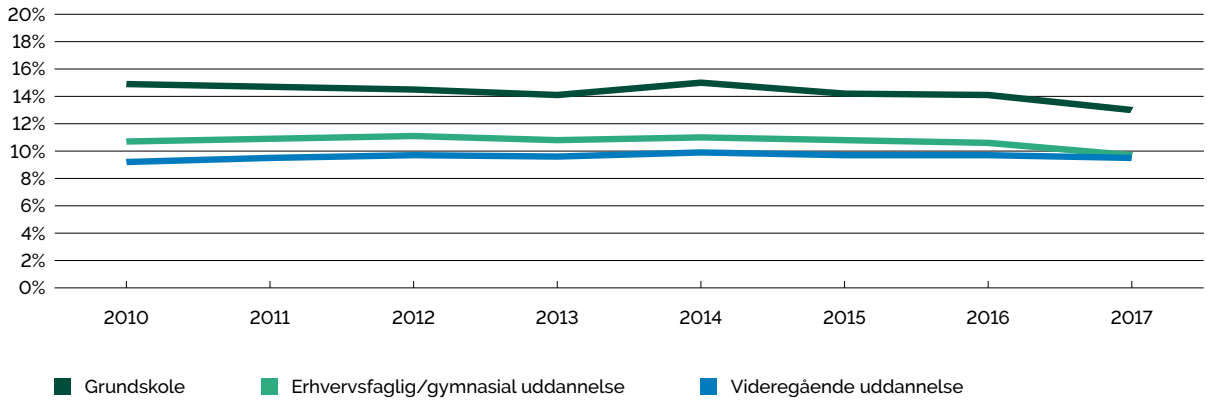
I 2017 er der blandt børn af mødre med grundskole 13 %, der fødes små i forhold til gestationsalder. Det gælder omkring 10 % blandt børn af mødre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er sammenhængen mellem moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der fødes små, er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der fødes små, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 2,7 procentenheder. Der ses en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed, således at uligheden i andelen, der fødes små i forhold til gestationsalder falder i perioden 2010-2017.

FIGUR 3.1.2

Andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.



Figur 3.1.2 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, således at andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. For perioden 2010-2017 mindskes den sociale ulighed.

3.2 Fuldamning

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der fuldammes, til de er mindst fire måneder.

Amning har en lang række gavnlige helbreds- og trivselseffekter for barnet. Ud over at give næring til barnet har amning også positive fysiologiske, psykologiske, immunologiske og udviklingsmæssige fordele for barnet – også på lang sigt. Tidligere forskning viser, at amning giver barnet en vis beskyttelse mod infektionssygdomme i barndommen, giver en bedre udvikling af barnets intelligens og sandsynligvis en vis beskyttelse mod overvægt samt type 1- og 2-diabetes[10-12]. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at spædbørn ammes fuldt, til de er omkring seks måneder. Delvis amning anbefales til 12 måneder eller længere[13]. Nogle børn har dog brug for anden mad end mælk, før de bliver seks måneder, dog ikke tidligere end fire måneder[14]. På den baggrund er det valgt at benytte fuldamning i mindst fire måneder.

Indikatoren fuldamning i mindst fire måneder er i denne rapport defineret på basis af information fra Den Nationale Børnedatabase. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 3.2

Andelen af børn, der fuldammes, til de er mindst 4 måneder, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2012, 2014 og 2017.

	2012			2014			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**56,2**		**30.331**	**57,5**		**39.020**	**60,0**		**29.837**	
Grundskole	37,1	0,36*	3.898	38,1	0,35*	4.488	39,9	0,33*	2.988	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	48,9	0,53*	9.972	47,7	0,47*	11.536	52,6	0,53*	8.627	
Videregående uddannelse	66,0	1	14.848	67,3	1	20.052	68,3	1	15.090	
Uoplyst	57,2	0,73*	1.613	58,4	0,71*	2.944	59,9	0,71*	3.132	
*SII***	*33,8*			*38,1*			*35,4*			*0,39*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen af børn, der fuldammes til de er 4 måneder, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.2 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder og moderens igangværende og højest fuldførte uddannelsesniveau i 2012, 2014 og 2017.

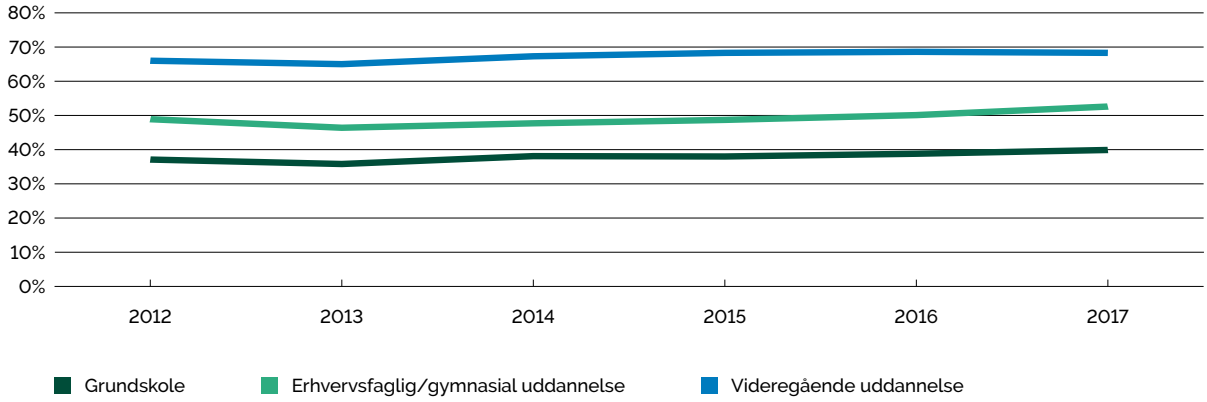
I 2017 er der blandt børn af mødre med grundskole 40 %, der fuldammes til de er mindst fire måneder. Det gælder 53 % og 68 % blandt børn af mødre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder, er sammenhængen mellem moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 35 procentenheder i 2017. Der ses en ikke statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed.

FIGUR 3.2

Andelen af børn, der fuldammes til de er 4 måneder, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2012-2017.



Figur 3.2 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der fuldammes til de er fire måneder og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2012-2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder således, at andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder er højere med moderens højere igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2017.

3.3 Børnevaccinationsprogrammet

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet.

Det danske børnevaccinationsprogram er indført med det formål at bekæmpe udbredte og alvorlige børne- og folkesygdomme, som for eksempel difteri, polio, kighoste, og mæslinger[15]. For at opnå den bedst mulige beskyttelse, også blandt børn, der ikke vaccineres, bør en vis andel af en fødselsårgang vaccineres. Dette kaldes "flok immunitet". Andelen, der bør vaccineres for at opnå flokimmunitet, afhænger af, hvilken smitsom sygdom, der er tale om. For eksempelvis mæslinger, som er en af de mest smitsomme sygdomme, vi kender, skal vaccinationsdækningen være på 95 %[15]. Børnevaccinationsprogrammet er sammensat og udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger[16], og vaccinationerne bliver tilbudt gratis og gives hos den praktiserende læge.

Børnevaccinationsprogrammet består af tre gange vaccination mod difteri, stivkrampe, kighoste, polio og Hib-infektion (DiTeKiPolHib, anbefalet ved 3, 5 og 12 måneder), tre gange vaccination mod pneumokokker (PCV, anbefalet ved 3, 5 og 12 måneder), to vaccinationer mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR, anbefalet ved 15 måneder og 4 år), en vaccination mod difteri, stivkrampe, kighoste og polio (DiTeKigPol Revaccination (anbefalet ved 5 år)) og to vaccinationer mod human papillomavirus (HPV). HPV-vaccination er omfattet af børnevaccinationsprogrammet, men behandles som en selvstændig indikator, og er derfor ikke inkluderet her.

Indikatoren gennemført børnevaccinationsprogram er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Danske Vaccinationsregister. Indikatoren er defineret som gennemført børnevaccinationsprogram, når alle vaccinedoser (undtagen HPV-vaccinationen) er modtaget i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger (herunder med den anbefalede alder for vaccination og de anbefalede perioder mellem vaccinationerne). Dette afviger for Statens Seruminstituts måde at opgøre gennemførsel på, hvorfor tallene i denne rapport også afviger fra tallene rapporteret hos Statens Seruminstitut. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 4.

TABEL 3.3

Andelen, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet fordelt på forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2011, 2014 og 2017.

	2011			2014			2017			
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**43,1**		**128.063**	**61,3**		**127.969**	**68,9**		**73.467**	
Grundskole	32,0	0,53*	12.504	48,2	0,51*	12.015	54,4	0,44*	6.010	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	41,4	0,79*	55.852	60,7	0,85*	51.196	66,5	0,74*	25.558	
Videregående uddannelse	47,1	1	59.318	64,5	1	64.221	72,9	1	40.898	
Uoplyst	29,6	0,47*	389	38,7	0,35*	537	52,2	0,41*	1.001	
*SII***	*16,7*			*14,9*			*19,2*			*0,35*

* OR er statistisk signifikant.

** SII Ulighed i andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.3 viser sammenhængen mellem andelen, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2011, 2014 og 2017.

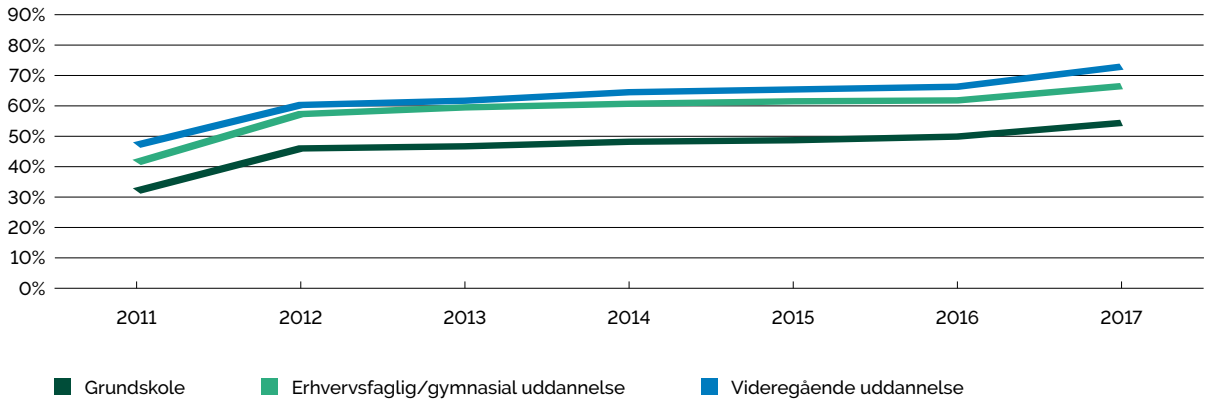
I 2017 er der blandt børn af forældre med grundskole 54 %, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet. Det gælder 67 % og 73 % blandt børn af forældre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Disse tal er lavere end opgjort af Statens Seruminstitut[17]. Statens Seruminstitut opgør resultater pr. vaccination, mens nærværende rapport er baseret på gennemførelse af det samlede børnevaccinationsprogram på basis af Sundhedsstyrelsens anbefalinger herom.

Justeret for køn er sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, beregnet som forskellen mellem børn af forældre med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 19 procentenheder i 2017. Der ses en ikke statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed.

FIGUR 3.3

Andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2011-2017.



Figur 3.3 viser sammenhængen mellem andelen, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet og forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau perioden 2011-2017.

Sammenfatning

Der ses moderat til høj grad af social ulighed i andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, således at andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau hos forældrene. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2011-2017.

3.4 HPV-vaccination

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af piger, der gennemfører vaccination mod HPV (human papillomavirus).

Vaccination mod HPV blev en del af det danske børnevaccinationsprogram til piger i 2009[15], og har blandt andet til formål at beskytte piger og kvinder mod kræft i livmoderhalsen. Den 1. september 2019 blev HPV-vaccination til drenge også en del af børnevaccinationsprogrammet og har til formål at beskytte drenge og mænd mod blandt andet analkræft. Fordi HPV smitter ved seksuel kontakt, bør man blive vaccineret inden seksuel debut for at opnå den bedst mulige beskyttelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler vaccination ved 12 år. Vaccination mod HPV er gratis og gives hos den praktiserende læge. I 2014 skete der et stort fald i tilslutningen til vaccinen mod HPV efter en ellers succesfuld introduktion i 2009. En forklaring på det store fald kan være den negative medieomtale omkring vaccinen[18].

Indikatoren gennemført HPV-vaccination er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Danske Vaccinationsregister og gælder kun HPV-vaccination for piger, fordi det på de udvalgte år ikke var en del af børnevaccinationsprogrammet til drenge. Opgørelsen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger, herunder anbefaling om vaccination som 12-årig og afsluttet indenfor 1 år[19]. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 4.

TABEL 3.4

Andelen af piger, der i deres 13. leveår har gennemført HPV-vaccination fordelt på forældrenes igangværende og højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**67,4**		**33.431**	**75,6**		**32.797**	**38,9**		**32.150**	
Grundskole	58,7	0,64*	3.212	66,8	0,59*	2.677	34,7	0,80*	2.099	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	67,9	0,95*	15.443	75,8	0,93*	13.965	38,8	0,95	12.141	
Videregående uddannelse	69,0	1	14.604	77,2	1	15.839	39,9	1	17.305	
Uoplyst	50,0	0,45*	172	55,1	0,36*	316	27,6	0,57*	605	
*SII***	*7,9*			*7,7*			*4,1*			*0,18*

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der har gennemført HPV-vaccination er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.4 viser sammenhængen mellem andelen af piger, som har gennemført HPV-vaccination fordelt på forældrenes igangværende og højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

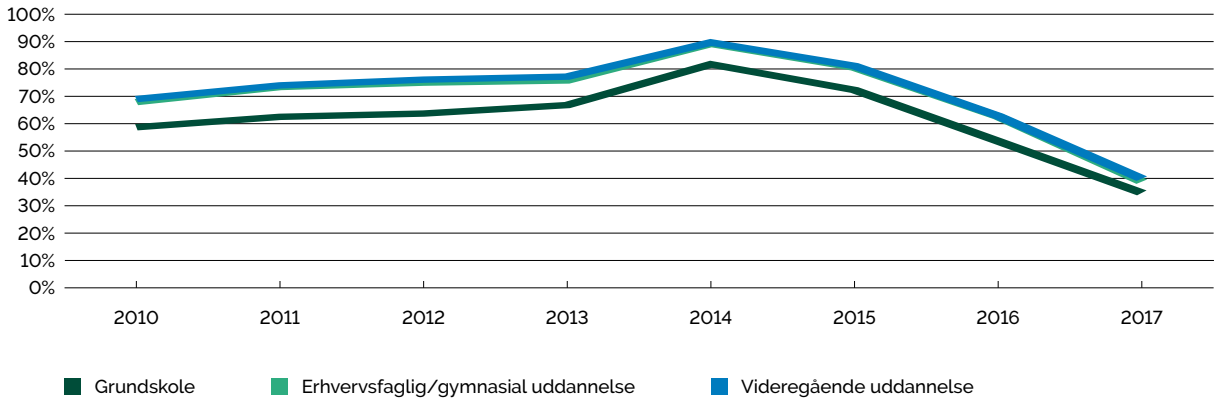
I 2017 er der blandt piger af forældre med grundskole 35 %, der har gennemført HPV-vaccination. Det gælder 39 % og 40 % blandt piger af forældre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Disse tal er lavere end opgjort af Statens Seruminstitut[20]. Det skyldes, at gennemført HPV-vaccination i nærværende rapport er defineret på basis af anbefalingen om, at piger vaccineres som 12-årige og vaccinationerne afsluttes inden for 1 år.

Der er en sammenhæng mellem forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af piger, der har gennemført HPV-vaccination.
Der ses en social gradient, hvor andelen af piger, der har gennemført HPV-vaccination, er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen af piger, der har gennemført HPV-vaccination, beregnet som forskellen mellem piger af forældre med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 4 procentenheder i 2017. Der ses en ikke statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed.

FIGUR 3.4

Andelen af piger, som har gennemført vaccination med HPV fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.



Figur 3.4 viser sammenhængen mellem andelen af piger som har gennemført HPV-vaccination og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017. Som det fremgår af figuren, dykkede deltagelsen i HPV vaccinationsprogrammet efter 2014, og er endnu ikke nået op på samme høje deltagelse som før 2014.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af piger, der har gennemført HPV-vaccination således, at andelen af piger, der har gennemført HPV-vaccination er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau hos forældrene. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

3.5 Tandsundhed hos børn

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af 15-årige børn, der har god tandsundhed.

Tand- og mundsundhed betragtes i dag som en integreret del af det generelle helbred og udgør et vigtigt aspekt af menneskets livskvalitet og funktionsevne[21, 22]. Sygdomme i tænder og mund og de eventuelt medfølgende smerter eller ubehag kan have en negativ sammenhæng med vigtige livsfunktioner, såsom fødeindtagelse[23], mentalt helbred[24] og sociale relationer[22]. Gener på grund af sygdomme i tænder og mund kan desuden give anledning til, at den almindelige livsførelse begrænses i en sådan grad, at det for eksempel kan være svært at passe arbejde eller skole[22]. Befolkningens tandsundhed har også betydning for omfanget af det offentliges sygesikringsudgifter til tandpleje og behandling, og god tand- og mund-sundhed er derfor både i den enkeltes og samfundets interesse[25].

Alle børn på 0-17 år tilbydes i Danmark gratis tandpleje, som inkluderer forebyggende og behandlende tandpleje uden egen betaling. Tandplejen varetages kommunalt og er i høj grad skolebaseret og opsøgende. Dette har medvirket til en høj andel af børn og unge, der deltager i det kommunale tandplejetilbud. Udviklingen af caries i tænderne skyldes både biologiske og sociale faktorer samt genetiske forskelle, hvor nogle er mere disponible for caries end andre.

Indikatoren god tandsundhed er i denne rapport defineret ved ingen caries på basis af informationer fra Det Centrale Odontologiske Register. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 3.5

Andelen af piger og drenge, der har god tandsundhed fordelt på forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**49,9**		**55.044**	**55,8**		**52.171**	**65,2**		**46.362**	
PIGER	**48,6**		**26.794**	**53,9**		**25.384**	**63,7**		**22.510**	
Grundskole	33,7	0,40*	2.503	34,7	0,33*	2.067	42,6	0,30*	1.405	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	45,5	0,66*	12.219	50,1	0,62*	10.909	58,8	0,57*	8.537	
Videregående uddannelse	55,8	1	11.461	61,9	1	11.670	71,3	1	11.660	
Uoplyst	34,2	0,41*	611	38,3	0,38*	738	43,8	0,31*	908	
*SII***	*26,2*			*30,8*			*31,5*			*0,02*
DRENGE	**51,2**		**28.250**	**57,5**		**26.787**	**66,6**		**23.852**	
Grundskole	33,1	0,35*	2.550	39,7	0,36*	2.047	48,1	0,33*	1.515	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	48,5	0,67*	12.887	53,7	0,63*	11.495	61,9	0,57*	8.947	
Videregående uddannelse	58,6	1	12.106	64,6	1	12.551	73,9	1	12.427	
Uoplyst	39,9	0,47*	707	43,2	0,42*	694	45,1	0,29*	963	
*SII***	*27,9*			*27,9*			*29,4*			*0,40*

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af piger og drenge, der har god tandsundhed, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.5 viser sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af piger og drenge, der har god tandsundhed i 2010, 2013 og 2017.

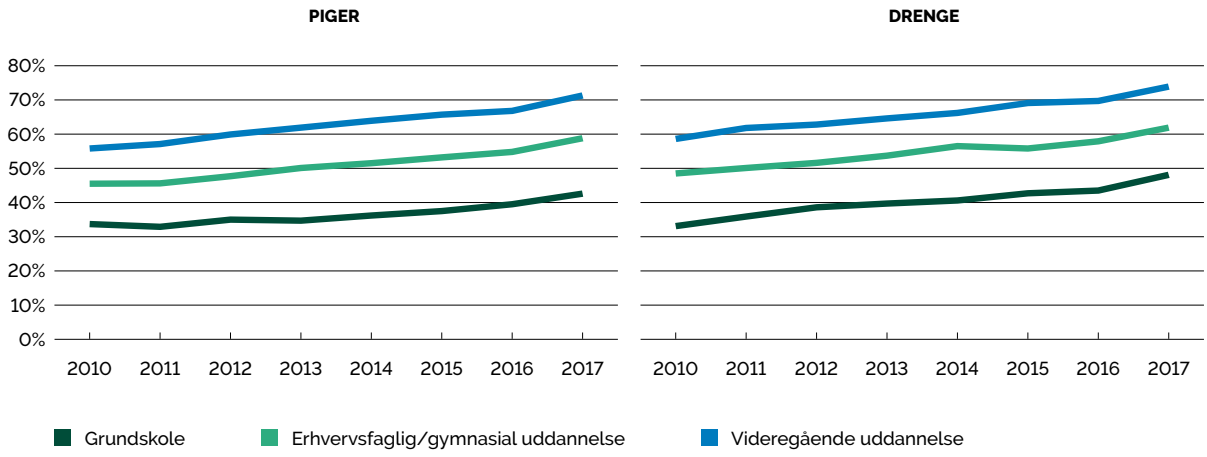
I 2017 er der blandt piger af forældre med grundskole 43 %, der har god tandsundhed. Det gælder henholdsvis 59 % og 71 % blandt piger af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. I 2017 er der blandt drenge af forældre med grundskole 48 %, der har god tandsundhed. Blandt drenge af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse er der en højere andel med god tandsundhed, på henholdsvis 62 % og 74 %.

Sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af piger og drenge, der har god tandsundhed, er statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der har god tandsundhed, er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har god tandsundhed, beregnet som forskellen mellem børn af forældre med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er henholdsvis 32 procentenheder blandt piger og 19 procentenheder blandt drenge i 2017. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed for piger i perioden 2010-2017.

FIGUR 3.5

Andelen af piger og drenge, der har god tandsundhed, fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.



Figur 3.5 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, der har god tandsundhed og forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har god tandsundhed blandt piger og blandt drenge i perioden 2010-2017. Blandt piger ses der en stigning i den sociale ulighed i perioden, mens der blandt drenge ikke ses nogen ændring i den sociale ulighed.

3.6 Overvægt blandt børn

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres familiesocialgruppe og andelen af børn, der er overvægtige blandt elever i 5., 7. og 9. klasse (11-, 13- og 15-årige).

Ved skolestart er andelen af overvægtige og svært overvægtige elever 13,1 %, og når eleverne forlader grundskolen, udgør denne andel 18,6 %. Andelen af svært overvægtige udgør henholdsvis 2,9 % og 3,7 %[26]. Overvægt og svær overvægt kan være indgribende i børn og unges liv særligt grundet negative psykosociale konsekvenser. Sammenlignet med normalvægtige børn og unge har overvægtige børn og unge forøget risiko for blandt andet mobning, social isolation, depression og stigmatisering[27]. Helbredskonsekvenser i form af for eksempel forhøjet blodtryk og type 2-diabetes kan allerede optræde i barn- og ungdommen[28], og der er stor sandsynlighed for, at barnet fastholder overvægten ind i ungdomslivet og videre ind i voksenlivet[29], hvor den kan have betydelige helbredsproblemer som konsekvens[30].

Indikatoren overvægt blandt børn er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Skolebørnsundersøgelsen, HBSC (2010, 2014, 2018). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1. Der er få børn med svær overvægt, og resultater herfor vises derfor ikke i denne rapport.

TABEL 3.6

Andelen af piger og drenge, der er overvægtige fordelt på forældrenes socialgruppe i 2010, 2014 og 2018.

	2010			2014			2018			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**10,0**		**3.990**	**8,9**		**4.190**	**10,7**		**3.271**	
PIGER	**8,7**		**2.022**	**8,5**		**2.118**	**10,3**		**1.601**	
Lav	12,0	6,87*	325	12,1	3,22*	321	16,9	2,31	160	
Mellem	8,7	3,70*	772	10,1	1,69	834	12,2	2,08	633	
Høj	6,1	1	694	5,5	1	747	6,1	1	592	
Ukendt	11,7	4,68*	231	7,4	2,77	216	11,6	1,13	216	
*SII***	*-7,9*			*-10,2*			*-14,4*			*0,11*
DRENGE	**11,4**		**1.968**	**9,3**		**2.072**	**11,1**		**1.670**	
Lav	18,5	3,06*	286	16,0	4,41*	263	14,4	2,72	167	
Mellem	11,6	1,61	690	9,8	1,60	693	12,6	1,09	589	
Høj	7,6	1	687	6,8	1	829	8,9	1	610	
Ukendt	12,8	2,66*	305	9,4	3,41*	287	10,9	2,72	304	
*SII***	*-13,8*			*-11,2*			*-8,8*			*< 0,01*

§ OR er justeret for klassetrin.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen af børn, der er overvægtige, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest familiesocialgruppe justeret for klassetrin. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.6 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, der er overvægtige og forældrenes socialgruppe i 2010, 2014 og 2018.

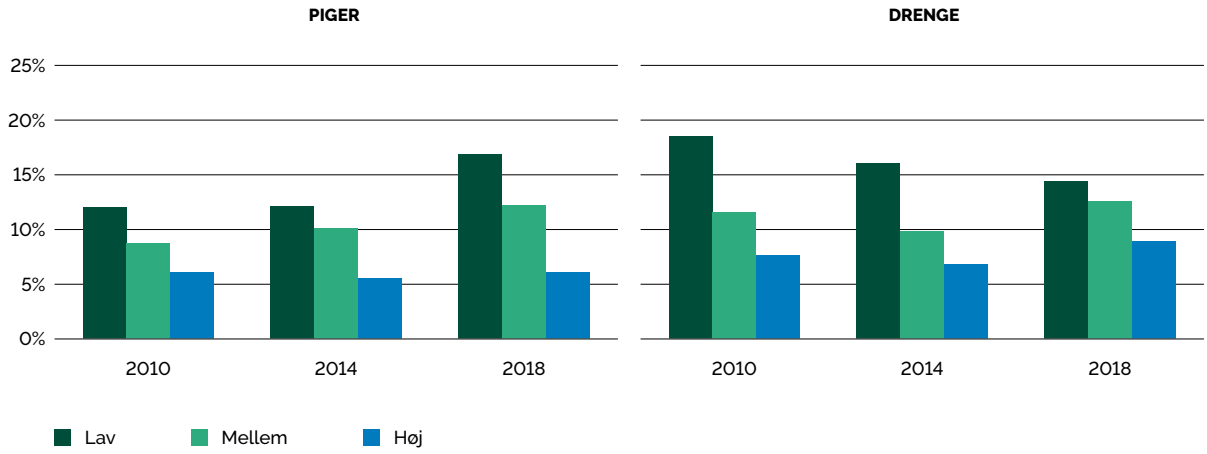
I 2018 er der blandt piger af forældre med lav familiesocialgruppe 17 %, der er overvægtige. Det gælder henholdsvis 12 % og 6 % for piger af forældre med mellem og høj familiesocialgruppe. I 2018 er der blandt drenge af forældre med lav familiesocialgruppe 14 %, som er overvægtige. Det gælder henholdsvis 13 % og 9 % for drenge af forældre med mellem og høj familiesocialgruppe.

Justeret for klassetrin er sammenhængen mellem andelen af børn, der er overvægtige og familiesocialgruppe i årene 2010 og 2014 statistisk signifikant. I 2010 og 2014 ses der en social gradient, hvor andelen af børn, der er overvægtige, er lavere med højere familiesocialgruppe. I 2018 ses der ikke en statistisk signifikant sammenhæng mellem andelen af børn, der er overvægtige og familiesocialgruppe. I 2018 er usikkerheden på OR stor for både piger og drenge, derfor ses der ikke en statistisk signifikant sammenhæng i 2018.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der er overvægtige, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest familiesocialgruppe (SII) er 14 procentenheder blandt piger og 9 procentenheder blandt drenge i 2018. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2018 blandt piger. Der ses en reduktion i den sociale ulighed i perioden 2010-2018 blandt drenge.

FIGUR 3.6

Andelen af piger og drenge, der er overvægtige, fordelt på familiesocialgruppe i 2010, 2014 og 2018.



Figur 3.6 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, der er overvægtige og familiesocialgruppe i 2010, 2014 og 2018.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der er overvægtige blandt piger og blandt drenge i perioden 2010-2018. Blandt piger ses der ikke en ændring i den sociale ulighed. Blandt drengene ses der en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed i perioden.

3.7 Ensomhed hos skolebørn

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres familiesocialgruppe og andelen af børn, der føler sig ensomme blandt elever i 5., 7. og 9. klasse (11-, 13- og 15-årige).

Ensomhed kan defineres som en subjektiv, uønsket følelse, der opstår, når éns sociale relationer ikke lever op til éns sociale behov[31]. Ensomhed er ikke det samme som at være alene eller socialt isoleret, og mange børn vil derfor lige så hyppigt møde ensomheden i samværet med andre, som når de er alene[32].

Langt de fleste børn vil føle sig ensomme på et tidspunkt i livet – for eksempel i forbindelse med et skoleskift, ved forældres skilsmisse, eller hvis de føler sig uden for i klassen[33]. For de fleste børn vil følelsen være forbigående, men hos et betydeligt mindretal af børn kan følelsen blive vedvarende og have alvorlige konsekvenser for deres trivsel, sundhed og adfærd på kort og længere sigt[34]. Et voksende antal studier peger for eksempel på, at vedvarende ensomhed igennem barndom og ungdom kan øge risikoen for lavt selvværd, nedsat søvnkvalitet, selvskadende adfærd, selvmordstanker, depression, angst, skolefrafald, skolefravær og lavere karakterer[35-37].

Indikatoren ensomhed er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i Skolebørnsundersøgelsen, HBSC (2014). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1. Der kan i denne rapport kun vises tal for 2014. Det skyldes, dels at spørgsmålet omkring ensomhed først blev tilføjet i 2014, dels at der i 2018 var få børn med ensomhed, og derfor kan resultaterne ikke publiceres grundet persondatabeskyttelse.

TABEL 3.7

Andelen af piger og drenge, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, fordelt på familiesocialgruppe i 2014.

	2014		
	%	OR§	N (total)
ALLE	**7,2**		**4.506**
PIGER	**8,8**		**2.306**
Lav	11,4	1,32	359
Mellem	7,7	0,82	897
Høj	9,3	1	799
Ukendt	8,0	0,95	251
*SII***	*-1,6*		
DRENGE	**5,5**		**2.200**
Lav	4,2	0,82	285
Mellem	6,1	1,22	738
Høj	5,1	1	863
Ukendt	6,1	1,25	314
*SII***	*-0,1*		

§ OR er justeret for klassetrin.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest familiesocialgruppe justeret for klassetrin. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.7 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme og familiesocialgruppe i 2014.

I 2014 er andelen af piger, der oplever ensomhed 11 % blandt piger af forældre med lav familiesocialgruppe. Blandt piger af familie med mellem og lav familiesocialgruppe er der henholdsvis 8 % og 9 %, som oplever ensomhed. I 2014 er andelen af drenge, der oplever ensomhed 4 % blandt drenge med lav familiesocialgruppe. For drenge af forældre med mellem og høj familiesocialgruppe er der henholdsvis 6 % og 5 %, der oplever ensomhed.

Justeret for barnets klassetrin, er der ikke en statistisk signifikant sammenhæng mellem andelen af piger og drenge, der oplever ensomhed og familiesocialgruppe.

Sammenfatning

Der ses ingen social ulighed i andelen af piger og drenge, der oplever ensomhed.

3.8 Livstilfredshed

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres familiesocialgruppe og andelen af børn, der har lav livstilfredshed blandt elever i 5., 7. og 9. klasse (11-, 13- og 15-årige).

Almen livstilfredshed er et mål for, hvordan en person vurderer sit liv som helhed, og det antages, at være stabilt over længere tid hos personen i modsætning til følelser, som er afhængige af umiddelbare oplevelser[38]. Indikatorer for subjektivt velbefindende, såsom livstilfredshed, anbefales som vigtige mål for et samfunds fremskridt på linje med mål for fysisk helbred og økonomi[39]. Hos børn og unge, som gennemgår store biologiske, psykologiske og sociale forandringer, giver måling af livstilfredshed vigtig information om andre forhold end direkte helbredsmål som symptomer og kroniske sygdomme[40, 41]. Lav livstilfredshed har sammenhæng med problematiske relationer i familien, forhold i skolen og mobning, ligesom det har sammenhæng med emotionelle problemer (f.eks. ensomhed) og risikoadfærd (f.eks. brug af rusmidler). Hos skolebørn er det velkendt, at vurderingen af ens eget liv er lavere blandt piger end blandt drenge. Livstilfredsheden falder betydeligt gennem teenageårene og faldet er større hos pigerne end hos drengene[41].

Indikatoren lav livstilfredshed er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i Skolebørnsundersøgelsen, HBSC (2010, 2014, 2018)[42]. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 3.8

Andelen af piger og drenge, med lav livstilfredshed fordelt på familiesocialgruppe i 2010, 2014 og 2018.

	2010			2014			2018			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**14,3**		**4.857**	**11,4**		**4.522**	**11,3**		**3.641**	
PIGER	**17,2**		**2.434**	**15,4**		**2.310**	**15,4**		**1.821**	
Lav	20,0	1,60*	416	19,8	1,69*	358	20,1	1,78*	189	
Mellem	17,1	1,33*	903	14,6	1,13	897	16,5	1,44*	709	
Høj	13,3	1	789	13,3	1	799	12,3	1	652	
Ukendt	23,3	2,04*	326	18,4	1,61*	256	16,6	1,51*	271	
*SII***	*-8,8*			*-8,2*			*-10,2*			*0,53*
DRENGE	**11,3**		**2.423**	**7,2**		**2.212**	**7,1**		**1.820**	
Lav	14,0	2,44*	372	6,0	0,80	285	9,2	1,81	185	
Mellem	13,3	2,32*	839	7,2	0,99	736	7,5	1,45	638	
Høj	6,2	1	802	7,3	1	864	5,3	1	639	
Ukendt	14,9	2,62*	410	8,0	1,10	327	8,7	1,71*	358	
*SII***	*-12,6*			*1.4*			*-5,1*			*0,64*

§ OR er justeret for klassetrin.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen af børn med lav livstilfredshed, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest familiesocialgruppe justeret for klassetrin. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.8 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, med lav livstilfredshed og familiesocialgruppe i 2010, 2014 og 2018.

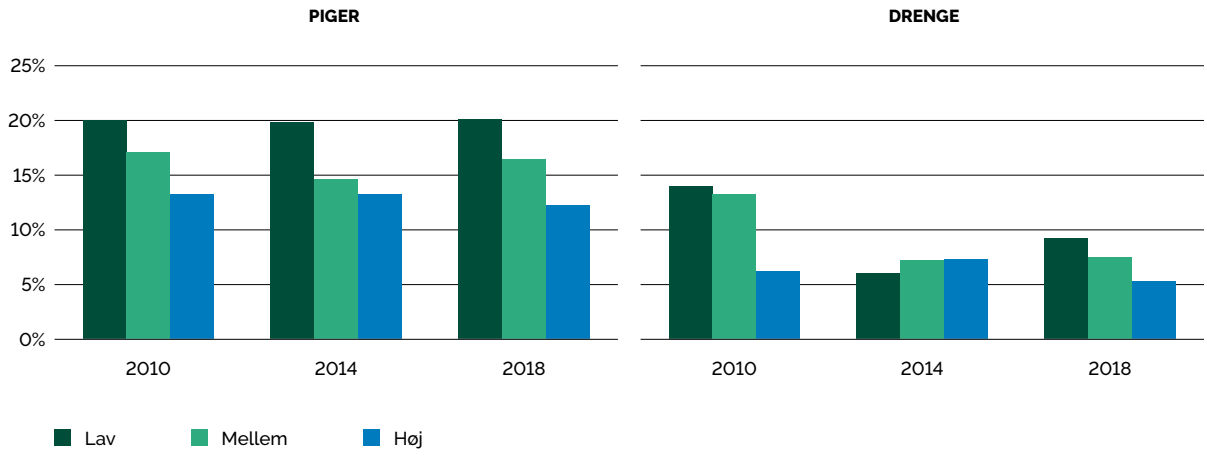
I 2018 er der blandt piger af familier med lav familiesocialgruppe 20 %, der oplever lav livstilfredshed. Det er henholdsvis 17 % og 12 % for mellem og høj familiesocialgruppe. I 2018 er der blandt drenge med lav familiesocialgruppe 9 %, der oplever lav livstilfredshed. Blandt drenge med mellem og høj familiesocialgruppe er det henholdsvis 8 % og 5 %.

Justeret for barnets klassetrin er sammenhængen mellem familiesocialgruppe og andelen af piger, der oplever lav livstilfredshed, statistisk signifikant. Blandt pigerne ses der en social gradient, hvor andelen af piger, der oplever lav livstilfredshed, er lavere med højere familiesocialgruppe. I 2010 ses der blandt drenge en social gradient, hvor andelen af drenge, der oplever lav livstilfredshed, er lavere med højere familiesocialgruppe. Blandt drengene ses der ingen sammenhæng mellem familiesocialgruppe og andelen, der oplever lav livstilfredshed i årene 2014 og 2018.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der oplever lav livstilfredshed, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest familiesocialgruppe (SII) er 10 procentenheder blandt piger og 5 procentenheder blandt drenge i 2018. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2018.

FIGUR 3.8

Andelen af piger og drenge, med lav livstilfredshed fordelt på familiesocialgruppe i 2010, 2014 og 2018.



Figur 3.8 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, med lav livstilfredshed og familiesocialgruppe i 2010, 2014 og 2018.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der oplever lav livstilfredshed blandt piger i perioden 2010-2018, mens der blandt drenge ses en høj grad af social ulighed i andelen, der oplever lav livstilfredshed i 2010, men ikke i 2014 og 2018. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

3.9 Self-efficacy

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres familiesocialgruppe og andelen af børn, der har lav self-efficacy blandt elever i 5., 7. og 9. klasse (11-, 13- og 15-årige).

Self-efficacy er et begreb, som stammer fra den sociale kognitive teori udviklet af Bandura (1995)[43]. Begrebet refererer til en persons vurdering af egne evner til at klare en situation, nå et mål de har sat sig eller løse en opgave, hvilket er væsentligt, særligt for funktionsdimensionen af mental sundhed[43, 44]. Der findes ikke noget præcist dansk ord for begrebet, men self-efficacy kan oversættes til 'mestringsevne' eller 'tro på egen formåen'[45].

Børn og unge med lav selv-efficacy er i større risiko for at udvikle symptomer på stress, angst og depression end børn, der har høj self-efficacy[46, 47]. Self-efficacy er derfor en vigtig indikator for mental sundhed blandt børn og unge.

Indikatoren self-efficacy er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i Skole-børnsundersøgelsen, HBSC (2014, 2018)[42]. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 3.9

Andelen af piger og drenge, med lav self-efficacy fordelt på familiesocialgruppe i 2014 og 2018.

	2014			2018		
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)
ALLE	**12,3**		**4.017**	**10,3**		**3.020**
PIGER	**15,1**		**2.082**	**11,6**		**1.546**
Lav	25,1	3,02*	319	16,0	2,13*	163
Mellem	15,4	1,66*	827	13,0	1,70*	622
Høj	9,9	1	751	8,2	1	564
Ukendt	17,8	1,90*	185	13,7	1,85*	197
*SII***	*-18,6*			*-10,9*		
DRENGE	**9,3**		**1.935**	**8,8**		**1.474**
Lav	10,9	1,97*	256	15,8	3,29*	146
Mellem	10,7	1,95*	664	9,8	1,94*	549
Høj	5,8	1	799	5,3	1	544
Ukendt	15,7	2,88*	216	10,2	1,95*	235
*SII***	*-8,8*			*-12,4*		

§ OR er justeret for klassetrin.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen af børn med lav self-efficacy, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest familiesocialgruppe justeret for klassetrin. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.9 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, med lav self-efficacy og familiesocialgruppe i 2014 og 2018.

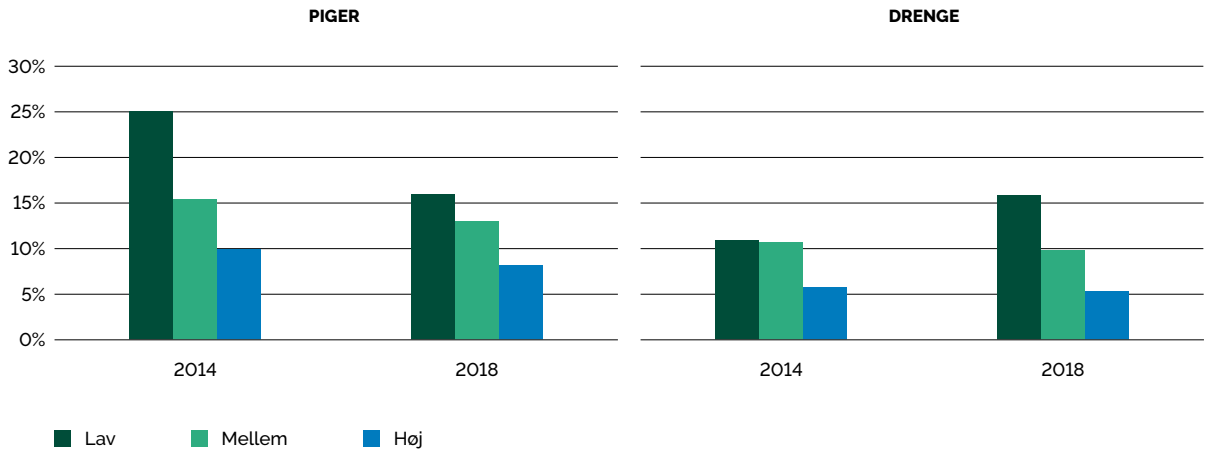
I 2018 er der blandt piger af familier med lav familiesocialgruppe 16 %, der oplever lav self-efficacy. Det er henholdsvis 13 % og 8 % for mellem og høj familiesocialgruppe. I 2018 er der blandt drenge af familier med lav familiesocialgruppe 16 %, der oplever lav self-efficacy. Blandt drenge med mellem og høj familiesocialgruppe er det henholdsvis 10 % og 5 %.

Justeret for barnets klassetrin er sammenhængen mellem andelen af børn, der oplever lav self-efficacy og familiesocialgruppe, statistisk signifikant, i både 2014 og 2018. Der ses en social gradient, hvor andelen af piger og drenge, der oplever lav self-efficacy er lavere med højere familiesocialgruppe.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der oplever lav self-efficacy, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest familiesocialgruppe (SII) er 11 procentenheder blandt piger og 12 procentenheder blandt drenge i 2018. Der kan ikke siges noget om udviklingen i den sociale ulighed, da vi kun har data for to år.

FIGUR 3.9

Andelen af piger og drenge, med lav self-efficacy fordelt på familiesocialgruppe i 2014 og 2018.



Figur 3.9 viser sammenhængen mellem andelen af børn, med lav self-efficacy og familiesocialgruppe i 2014 og 2018.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der oplever lav self-efficacy blandt piger og drenge i årene 2014 og 2018.

3.10 Børnefattigdom

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen.

En barndom præget af opvækst i fattigdom kan medføre en række negative konsekvenser i det senere voksenliv. Forskning baseret på danske registerdata har vist, at en opvækst i fattigdom blandt andet kan medføre en øget risiko for dårlig tilknytning til arbejdsmarkedet, lavere løn, kortere uddannelse, reduceret sandsynlighed for at blive gift eller være samboende og reduceret sandsynlighed for at have fået børn ved 30-års-alderen. Børnefattigdom har ligeledes umiddelbare konsekvenser i form af øget risiko for mentale sundhedsproblemer i barndommen[48, 49] og for både mentale og fysiske helbredsproblemer i det senere voksenliv[50].

Indikatoren børnefattigdom er i denne rapport defineret på basis af information fra Familieindkomstregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 3.10

Andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, fordelt på forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2000 og 2016.

	2000			2016				
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	Δ FATTIGDOM (+/-)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**4,1**		**1.037.039**	**6,2**		**1.008.646**	**2,1**	
Grundskole	8,6	3,69*	120.124	20,2	11,57*	57.383	11,6	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3,7	1,50*	480.398	5,7	2,75*	325.679	2	
Videregående uddannelse	2,5	1	412.122	2,1	1	569.209	-0,4	
Uoplyst	18,9	9,09*	24.395	36,1	25,89*	56.375	17,2	
*SII***	*-5,9*			*-13,4*				*< 0,01*

§ OR er justeret for køn

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen børn, der lever under fattigdomsgrænsen, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Δ Fattigdom er ændringen i fattigdom, angivet ved procentpoint, i perioden 2000 til 2016.

Tabel 3.10 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2000 og 2016.

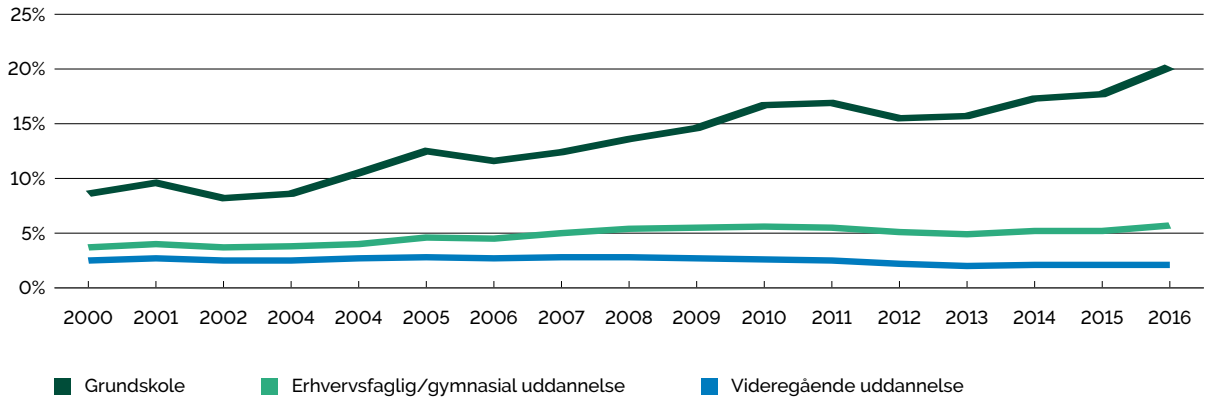
I 2016 er der blandt børn af forældre med grundskole 20 %, som lever under fattigdomsgrænsen. Det gælder omkring 6 % og 2 % blandt børn af forældre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for køn er sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 13 procentenheder. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2000-2016.

FIGUR 3.10

Andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, fordelt på forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2000-2016.



Figur 3.10 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2000-2016.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, således at andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. For perioden 2000-2016 ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed.

3.11 Ungdomsuddannelse

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer på 25 år, der har gennemført en ungdomsuddannelse.

Uddannelse har stor betydning for at blive en del af samfundet, idet det modvirker arbejdsløshed og lav indkomst. Samtidig er uddannelse en vigtig faktor for et godt helbred, lavere dødelighed og en høj livskvalitet[51]. Uddannelse påvirker ikke kun den enkeltes arbejdsmarkedsmuligheder, men er også vigtigt for samfundsøkonomien. I Danmark findes to hovedgrupper af ungdomsuddannelser – erhvervsuddannelser og gymnasiale uddannelser – som begge giver adgang til videregående uddannelse. En erhvervsuddannelse giver desuden adgang til arbejdsmarkedet som faglært.

Ungdommen er en særlig vigtig periode i livet, som skaber fundamentet for senere helbred og livsomstændigheder[52], og det er også her, at valget om en ungdomsuddannelse træffes. Selvom mange faktorer spiller ind på valget om en ungdomsuddannelse, ser det ud til, at særligt forældres uddannelse har stor betydning for, hvem der får en ungdomsuddannelse[53].

Indikatoren gennemført ungdomsuddannelse er i denne rapport defineret på basis af information fra Uddannelsesregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 3.11

Andelen af piger og drenge, der har gennemført en ungdomsuddannelse fordelt på forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**67,4**		**63.324**	**67,3**		**69.614**	**71,4**		**79.884**	
PIGER	**70,2**		**31.260**	**69,8**		**34.257**	**74,0**		**39.038**	
Grundskole	58,3	0,20*	3.804	57,4	0,18*	3.583	62,4	0,18*	3.309	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	76,7	0,47*	11.966	77,0	0,45*	13.114	81,8	0,50*	15.050	
Videregående uddannelse	87,4	1	10.651	88,2	1	11.825	90,1	1	14.257	
Uoplyst	25,4	0,05*	4.839	23,0	0,04*	5.735	25,9	0,04*	6.422	
*SII***	*34,6*			*35,4*			*27,9*			*< 0,01*
DRENGE	**64,6**		**32.064**	**65,0**		**35.357**	**68,8**		**40.846**	
Grundskole	49,6	0,21*	3.884	46,4	0,18*	3.818	51,2	0,17*	3.538	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	69,9	0,50*	12.737	70,2	0,49*	13.996	74,7	0,47*	16.016	
Videregående uddannelse	82,3	1	10.890	82,7	1	12.519	86,2	1	15.059	
Uoplyst	20,3	0,05*	4.553	20,2	0,05*	5.024	21,9	0,05*	6.233	
*SII***	*39,0*			*40,9*			*36,6*			*0,01*

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen der har gennemført en ungdomsuddannelse, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.11 viser sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af piger og drenge, der har gennemført en ungdomsuddannelse i perioden 2010-2017.

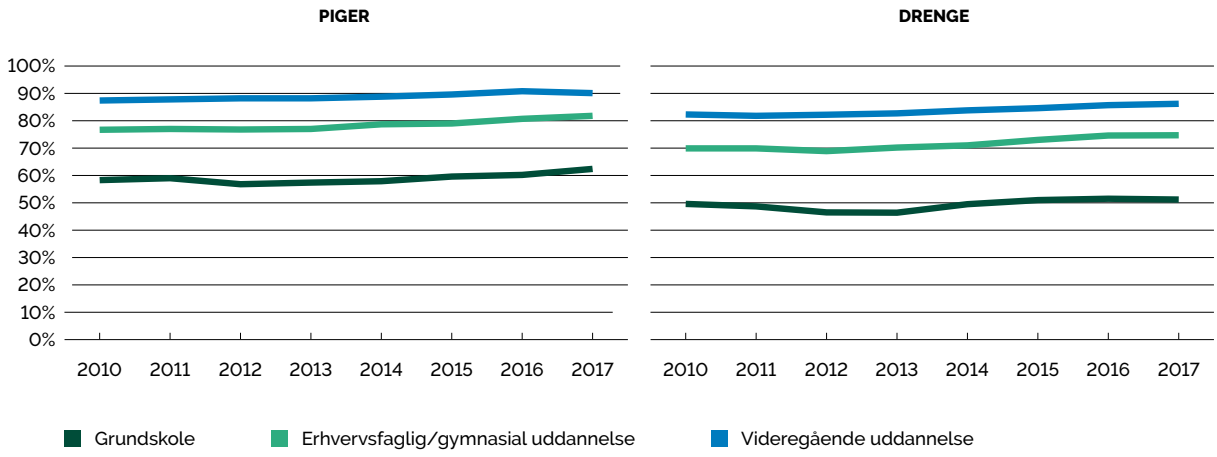
I 2017 er der blandt piger af forældre med grundskole 62 %, som har gennemført en ungdomsuddannelse. Det gælder omkring 82 % og 90 % blandt piger af forældre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2017 er der blandt drenge af forældre med grundskole 51 %, som har gennemført en ungdomsuddannelse. Det gælder omkring 75 % og 86 % blandt drenge af forældre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for køn er sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har gennemført en ungdomsuddannelse, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen af dem, der har gennemført en ungdomsuddannelse, er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har gennemført en ungdomsuddannelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 28 procentenheder for piger og 37 procentenheder for drenge i 2017. Der ses en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed for perioden 2010-2017, således at den sociale ulighed er faldet.

FIGUR 3.11

Andelen af piger og drenge, der har gennemført en ungdomsuddannelse fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.



Figur 3.11 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, der har gennemført en ungdomsuddannelse og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har gennemført en ungdomsuddannelse, således at andelen, der har gennemført en ungdomsuddannelse, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der er sket en statistisk signifikant mindskning i den social ulighed i perioden 2010-2017.

3.12 Stofbrug

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af unge på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år.

I ungdomsårene eksperimenterer nogle unge med hash, og enkelte forsøger sig også med andre stoffer, såsom amfetamin, kokain og ecstasy. For de fleste er der tale om et ungdomsfænomen, og de færreste fortsætter brugen ind i voksenlivet[54]. Befolkningsundersøgelser viser således, at det eksperimenterende brug af stoffer er mest udbredt i aldersgruppen 16-19 år, og at meget få prøver stoffer første gang efter 20-års alderen. For nogle unge kan brugen af stoffer have alvorlige akutte konsekvenser, herunder forgiftninger, ulykker og psykotiske symptomer. Et mere regelmæssigt brug af stoffer kan føre til misbrug og afhængighed, ligesom regelmæssigt brug kan føre til varige psykiske og fysiske lidelser[54]. Hash er langt det mest udbredte euforiserende stof blandt unge, og næsten alle, der har prøvet andre stoffer end hash, har også prøvet hash[54, 55].

Indikatoren stofbrug er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen SUSY (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1. Stofbrug blandt piger i 2013 beskrives ikke i rapporten, idet der er så lavt et antal, at resultaterne ikke publiceres grundet persondatabeskyttelse.

TABEL 3.12

Andelen af piger og drenge på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**21,5**		**1.575**	**26,2**		**1.552**	**23,6**		**1.286**	
PIGER	**16,7**		**884**	**22,3**		**866**	**18,2**		**751**	
Grundskole	14,2	0,74	72				27,7	1,73	47	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	15,4	0,81	374				16,4	0,88	292	
Videregående uddannelse	18,3	1	438				18,2	1	412	
Uoplyst										
*SII***	*4,9*						*4,2*			
DRENGE	**26,1**		**691**	**30,1**		**686**	**29,1**		**535**	
Grundskole	24,3	0,80	41	29,3	0,72	42	30,6	1,01	36	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	23,3	0,76	284	23,9	0,55*	311	27,2	0,85	211	
Videregående uddannelse	28,5	1	366	36,4	1	333	30,4	1	288	
Uoplyst										
*SII***	*8,9*			*19,1*			*4,4*			*0,76*

* OR er statistisk signifikant.

** SII Ulighed i andelen der har taget stoffer inden for det seneste år, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

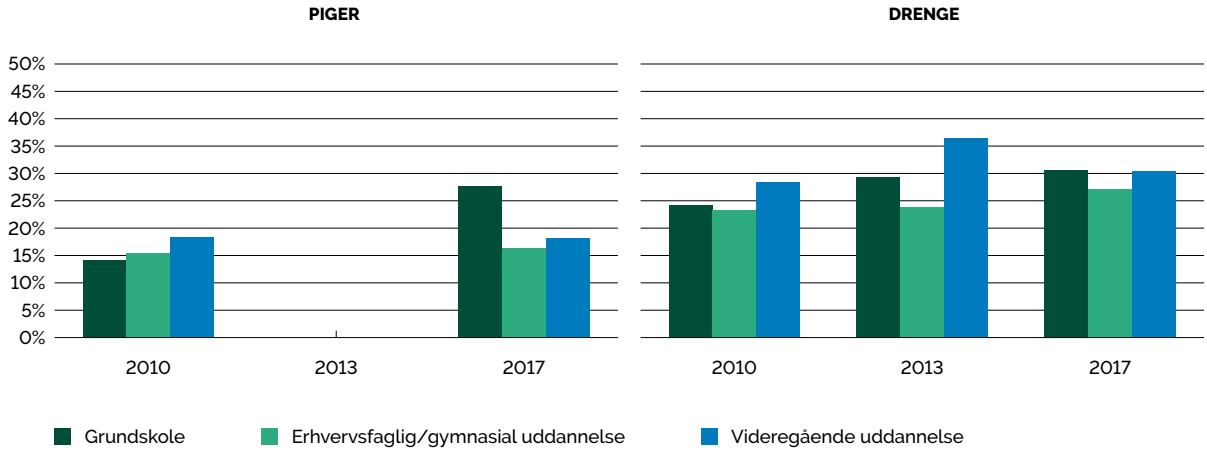
Tabel 3.12 viser sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af piger og drenge på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år i 2010, 2013 og 2017.

I 2017, er der 28 %, der har taget stoffer inden for det seneste år blandt piger af forældre med grundskole. For piger af forældre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det 16 % og 18 %. For drenge af forældre med grundskole er der i 2017 31 %, som har taget stoffer inden for det seneste år. For drenge af forældre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det 27 % og 30 %.

Der ses ingen sammenhæng mellem andelen af piger og drenge, der har taget stoffer inden for det seneste år og forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau. Der er dermed ingen social ulighed i andelen, der har taget stoffer inden for det seneste år.

FIGUR 3.12

Andelen af piger og drenge, der har taget stoffer inden for det seneste år fordelt på forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013, 2017.



Figur 4.6 viser sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af piger og drenge på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses ingen social ulighed i andelen, der har taget stoffer inden for det seneste år i perioden 2010-2017.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i sundhed i de tidlige vilkår. Det gælder indikatorer, der knytter sig til både fødsel, de første leveår, skolealderen og ungdomsårene. Derudover har vi beskrevet social ulighed i børnefattigdom, som et mere generelt livsvilkår.

Vi har i kapitlet beskrevet en række indikatorer, som knytter sig til barnets fødsel og de første leveår. Blandt børn af mødre med grundskole, er der en højere andel, der fødes før uge 37, en højere andel, der fødes små i forhold til gestationsalder, samt en lavere andel der ammes fuldt i mindst fire måneder, end blandt børn af mødre med videregående uddannelse. I perioden fra 2010-2017 er den sociale ulighed i andelen af børn, der fødes før uge 37 og andelen af børn der fødes små i forhold til gestationsalder mindsket, mens der ikke er sket nogen ændring i den sociale ulighed i andelen, der fuldammes i mindst fire måneder i perioden 2012-2017.

Derudover ses det, at der blandt børn af forældre med grundskole er en lavere andel, som gennemfører børnevaccinationsprogrammet, end blandt børn af forældre med videregående uddannelse. Det gælder i hele perioden fra 2010-2017 og der er i perioden ikke sket nogen ændring i den sociale ulighed. Ligeledes er der blandt piger af forældre med grundskole en lavere andel, der gennemfører HPV-vaccination, end blandt piger af forældre med videregående uddannelse. Det gælder i hele perioden 2010-2017 og, der er i perioden ikke sket nogen ændring i den sociale ulighed. Blandt børn af forældre med grundskole eller lav familiesocialgruppe er der en lavere andel med god tandsundhed og en højere andel, der er overvægtige, end blandt børn af forældre med videregående uddannelse eller høj familiesocialgruppe. Det gælder hele perioden fra 2010-2017/8, med undtagelse af overvægt, hvor der ses social ulighed i 2010 og 2014, men ikke i 2018. Den sociale ulighed i tandsundhed er steget blandt piger i perioden 2010-2017, mens der blandt drenge ikke er sket nogen ændring. Der ses en større andel af børn af forældre med grundskole, der lever under fattigdomsgrænsen sammenlignet med børn af forældre med videregående uddannelse i perioden 2000-2016. Der er i perioden sket en stigning i den sociale ulighed.

Vi har i dette kapitel også beskrevet social ulighed i forhold til mental sundhed blandt skolebørn. Resultaterne viser, at der blandt piger af forældre med lav familiesocialgruppe er en højere andel, der har lav livstilfredshed, end blandt piger af forældre med høj familiesocialgruppe i årene 2010, 2014 og 2018. Denne sammenhæng findes ikke blandt drengene. Både blandt piger og blandt drenge gælder det, at der er en højere andel af børn af forældre med lav familiesocialgruppe, der har lav self-efficacy, end blandt børn af forældre med høj familiesocialgruppe i årene 2014 og 2018. Der ses ingen social ulighed i ensomhed blandt børn.

I forhold til ungdomsårene har vi beskrevet, at der blandt unge af forældre med grundskole er en lavere andel, der gennemfører en ungdomsuddannelse, end blandt unge af forældre med videregående uddannelse. Den sociale ulighed i andelen, der gennemfører en ungdomsuddannelse, falder i perioden 2010-2017. Der ses ingen social ulighed i andelen, der har brugt stoffer inden for det seneste år i årene 2010, 2013 og 2017.

Referencer

1. Ottoson MH, Andreasen AG, Dahl KM, Hestbæk A-D, Laustsen M, Rayce SB. Børn og unge i Danmark - Velfærd og trivsel 2018. København: VIVE; 2018.
2. Simeoni U, Armengaud JB, Siddeek B, Tolsa JF. Perinatal Origins of Adult Disease. Neonatology. 2018;113(4):393-9.
3. Huxley RR, Shiell AW, Law CM. The role of size at birth and postnatal catch-up growth in determining systolic blood pressure: a systematic review of the literature. J Hypertens. 2000;18(7):815-31.
4. Levy-Marchal C, Jaquet D. Long-term metabolic consequences of being born small for gestational age. Pediatr Diabetes. 2004;5(3):147-53.
5. Gjerris AC, Pinborg A, Shalmi A-C, Zizzo AR, Ekelund C, Schmigelow C, et al. IUGR - Sandbjerg guideline 2014: Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi; 2014 [Available from: https://www.dsog.dk/obstetrik.
6. Ovesen P, Frederiksen M, Kanstrup C, Lauenborg J, Kjærbye-Thygesen A, Kirkegaard I, et al. Foetus Magnus Suspicio (DO366). Sandbjerg 2018: Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi; 2018 [Available from: https://www.dsog.dk/obstetrik.
7. Bharadwaj P, Lundborg P, Rooth D-O. Birth Weight in the Long Run. Journal of Human Resources. 2018;53(1):189-231.
8. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet. 2012;379(9832):2162-72.
9. eSundhed. Fødte og fødsler 2019 [Available from: https://www.esundhed.dk/Emner/Gravide-foedsler-og-boern/Foedte-og-foedsler-1997-#tabpane-I7357588148A54E3AAFA0D9F90C1340E7.
10. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, Franca GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475-90.
11. Al Mamun A, O'Callaghan MJ, Williams GM, Najman JM, Callaway L, McIntyre HD. Breastfeeding is protective to diabetes risk in young adults: a longitudinal study. Acta Diabetol. 2015;52(5):837-44.
12. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(467):30-7.
13. Sundhedsstyrelsen. Amning – en håndbog for sundhedspersonale. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
14. Sundhedsstyrelsen, Komiteen for Sundhedsoplysning. Sunde børn - Til forældre med børn i alderen 0-2 år. København: Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning; 2019.
15. Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, Steatens Serum Institut. Børnevaccinationsprogrammet - årsrapport 2014. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
16. Sundhedsstyrelsen. Børnevaccinationsprogrammet København: Sundhedsstyrelsen; 2020 [Available from: https://www.sst.dk/da/viden/vaccination/vaccination-af-boern/boernevaccinationsprogrammet.

17. Statens Serum Institut. Overvågning i tal, grafer og kort - DiTeKiPolHiB3 (12 mdr), Vaccinationstilslutning 2020 [Available from: https://statistik.ssi.dk/sygdomsdata#!/?vaccination=3&show=Graph&datatype=Vaccination.

18. Suppli CH, Hansen ND, Rasmussen M, Valentiner-Branth P, Krause TG, Molbak K. Decline in HPV-vaccination uptake in Denmark - the association between HPV-related media coverage and HPV-vaccination. BMC Public Health. 2018;18(1):1360.

19. Sundhedsstyrelsen. Børnevaccinationsprogrammet i Danmark København: Sundhedsstyrelsen; 2019.

20. Statens Serum Institut. Overvågning i tal, grafer og kort - HPV færdigvaccineret, Vaccinationstilslutning.: Statens Serum Institut,; 2020 [Available from: https://statistik.ssi.dk/sygdomsdata#!/?vaccination=6&sex=0&landsdel=100&xaxis=Cohort&show=Graph&datatype=Vaccination.

21. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabe E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. J Dent Res. 2013;92(7):592-7.

22. Petersen PE. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community dent oral epidemiol. 2003;31 Suppl 1:3-23.

23. Touger-Decker R, Mobley C, Academy of N, Dietetics. Position of the academy of nutrition and dietetics: oral health and nutrition. J acad nutr diet. 2013;113(5):693-701.

24. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Siskind D, Johnson NW. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. Psychosom Med. 2015;77(1):83-92.

25. Meier T, Deumelandt P, Christen O, Stangl GI, Riedel K, Langer M. Global burden of sugar-related dental diseases in 168 countries and corresponding health care costs. J Dent Res. 2017;96(8):845-54.

26. Sundhedsdatastyrelsen. Den Nationale Børnedatabase (BDB) København: Sundhedsdatastyrelsen 2019 [Available from: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/graviditet-foedsler-og-boern/boernedatabasen.

27. Rankin J, Matthews L, Cobley S, Han A, Sanders R, Wiltshire HD, et al. Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. Adolesc Health Med Ther. 2016;7:125-46.

28. Daniels SR. Complications of obesity in children and adolescents. Int J Obes (Lond). 2009;33 Suppl 1:S60-5.

29. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. Obes Rev. 2016;17(2):95-107.

30. Reilly JJ, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. Int J Obes (Lond). 2011;35(7):891-8.

31. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. Clin Psychol Rev. 2006;26(6):695-718.

32. de Jong-Gierveld J, van Tilburg TG, Dykstra PA. Loneliness and social isolation. In: Perlman D, Vangelisti A, editors. The Cambridge handbook of personal relationships Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p. 485-500.

33. Lerstrup Pedersen K, Rich Madsen K. Ensom men ikke alene: En antologi om unge og ensomhed. København: Ventilen Danmark; 2014. 197 sider.

34. Eccles AM, Qualter P, Madsen KR, Holstein BE. Loneliness in the lives of Danish adolescents: Associations with health and sleep. Scand J Public Health. 2020:1403494819865429.

35. Qualter P, Brown SL, Rotenberg KJ, Vanhalst J, Harris RA, Goossens L, et al. Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: predictors and health outcomes. J Adolesc. 2013;36(6):1283-93.

36. Harris RA, Qualter P, Robinson SJ. Loneliness trajectories from middle childhood to pre-adolescence: impact on perceived health and sleep disturbance. J Adolesc. 2013;36(6):1295-304.

37. Qualter P, Brown SL, Munn P, Rotenberg KJ. Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2010;19(6):493-501.

38. Pavot W, Diener E. Review of the Satisfaction With Life Scale. Psychological Assessment. 1993;5(2):164-72.

39. OECD. OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being. Paris: OECD Publishing; 2013.

40. Cavallo F, Dalmasso P, Ottova-Jordan V, Brooks F, Mazur J, Valimaa R, et al. Trends in life satisfaction in European and North-American adolescents from 2002 to 2010 in over 30 countries. Eur J Public Health. 2015;25 Suppl 2:80-2.

41. Due P, Eriksson C, Torsheim T, Potrebny T, Välimaa R, Suominen S, et al. Trends in high life satisfaction among adolescents in five Nordic countries 2002–2014. Nordisk välfärdsforskning | Nordic Welfare Research. 2019;4(2):54-66.

42. Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein S, Holstein B, Damsgaard M, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018. Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.

43. Bandura A. Self-efficacy in changing societies. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.

44. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M, editors. Measures in health psychology: A user's portfolio. Windsor: NFER-NELSON; 1995. p. 35-7.

45. Koushede V. For mental sundhed – et nyt perspektiv. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2015.

46. Tahmassian K, Jalali Moghadam N. Relationship between self-efficacy and symptoms of anxiety, depression, worry and social avoidance in a normal sample of students. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2011;5(2):91-8.

47. Muris P. Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. Personality and individual differences. 2002;32:337-48.

48. Wickham S, Whitehead M, Taylor-Robinson D, Barr B. The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: a longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study. Lancet Public Health. 2017;2(3):e141-e8.

49. Pryor L, Strandberg-Larsen K, Nybo-Anderson A-M, Rod N, Melchior M. Trajectories of family poverty and children's mental health: Results from the Danish National Birth Cohort. Social Science & Medicine. 2018;220:371-78.

50. Wise PH. Child Poverty and the Promise of Human Capacity: Childhood as a Foundation for Healthy Aging. Acad Pediatr. 2016;16(3 Suppl):S37-45.

51. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. N Engl J Med. 2008;358(23):2468-81.

52. Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. Am Psychol. 2000;55(5):469-80.

53. Danmarks Statistik. Fakta om uddannelser, studerende og dimittender København: Danmarks Statistik; 2019 [Available from: https://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2019/2019-03-11-fakta-om-uddannelser-studerende-og-dimittender.

54. Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituatioen i Danmark 2017 – Nationale data. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.

55. Pisinger V, Thorsted A, Jezek AH, Jørgensen A, Christensen AI, Thygesen LC. UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.

4 | Sundheds-adfærd og arbejdsmiljø

I dette kapitel beskrives en række indikatorer for sundhedsadfærd og arbejdsmiljø med stor betydning for helbredet. Sundhedsadfærd i denne rapport omhandler rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, overvægt og ophobning af risikofaktorer. Hvad angår arbejdsmiljø, omhandler det indflydelse på eget arbejde og fysiske krav.

Sundhedsadfærd relateret til for eksempel tobaksrygning, usund kost, fysisk inaktivitet og brug af alkohol står samlet set for 31,5 % af sygdomsbyrden i Danmark[1]. Uligheden i sundhedsadfærd er betydende i Danmark ligesom i andre europæiske lande, men uligheden er, hvad angår rygning, lidt mere udtalt i de nordiske lande.

Daglig rygning har en stor betydning for blandt andet en lang række kræftformer og hjertekarsygdomme, og da der ses en betydende ulighed i rygning, har daglig rygning derfor også en meget stor rolle for uligheden i sygdomsbyrden i det danske samfund.

I forhold til brug af alkohol har der længe været et mønster, hvor alkoholforbruget i Danmark var højere blandt højtuddannede, og det mønster findes stadig blandt kvinder og blandt ældre borgere. Danske børn og unge har europæisk rekord, når det gælder fuldskabsorienteret druk, og de helbredsmæssige konsekvenser af dette er alvorligere for de, som har forældre med et lavt uddannelsesniveau[2]. En sådan ulighed i sårbarhed er også påvist for voksnes alkoholforbrug[3]. Årsagerne til sårbarheden er ikke klarlagt, men registerstudier har dog vist, at socialhjælp, psykisk lidelse og misbrug eller kriminalitet i hjemmet kan bidrage til den øgede sårbarhed for alkohol blandt dem, som har forældre med et lavt uddannelsesniveau[4].

Fysisk inaktivitet og usund kost spiller en vigtig rolle for overvægt og svær overvægt. Danmark har haft en stigende forekomst af svær overvægt, som dog ser ud til at stagnere. Intet land har endnu lykkedes med at mindske prævalensen og uligheden, som øges i mange både rige og fattige lande.

Blandt bestemte grupper i befolkningen ses der ofte en ophobning af risikofaktorer. Dette er eksempelvis de risikofaktorer, som samlet kaldes KRAM-faktorer, som også dækker over tidligere nævnte sundhedsfaktorer. Når sammenhængen mellem risikofaktorer og helbredet undersøges, er der en risiko for, at de sammenhænge, der findes, ikke kun skyldes den undersøgte risikofaktor, men derimod er en kombination af flere risikofaktorer relateret til sundhedsadfærd[5].

I forhold til arbejdsmiljø er der særligt to faktorer, som er af betydning for helbredet og for uligheden. Det er dels en fysisk dimension (fysisk tungt arbejde), dels en dimension i det psykosociale miljø (lav indflydelse på, hvordan arbejdsopgaverne skal løses). De to indikatorer er ifølge Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljøs (NFA) spørgeskemaundersøgelser ikke mindsket og optræder med en uforandret skæv social fordeling i forhold til de ansattes uddannelse. De to indikatorer bidrager dermed til ulighed i sundhed, ikke mindst hvad gælder muskel-skelet lidelser, hjertekarsygdomme og psykiske problemer.

4.1 Daglig rygning

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der ryger dagligt, for personer på 30 år eller derover.

Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme, herunder særligt lungekræft, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjertekarsygdom[6, 7]. Rygning er den forebyggelige enkeltfaktor, som har størst betydning for folkesundheden i Danmark[8]. Sammenlignet med personer, der aldrig har røget, er der i Danmark årligt omkring 13.000 flere dødsfald blandt rygere og eksrygere. Det svarer til, at næsten hvert tredje dødsfald skyldes rygning. Beregninger viser endvidere, at rygning sammen med alkohol kan forklare størstedelen af den sociale ulighed i dødelighed i Danmark og næsten hele den stigning, der har været i uligheden siden 1985[9].

Indikatoren daglig rygning er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 4.1

Andelen, der ryger dagligt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**21,7**		**147.415**	**17,8**		**135.573**	**17,1**		**148.697**	
KVINDER	**20,1**		**79.128**	**16,2**		**72.593**	**15,7**		**79.619**	
Grundskole	26,5	3,01*	21.320	22,2	2,93*	18.222	21,7	3,40*	17.414	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	22,2	2,04*	30.365	17,7	1,89*	27.788	17,5	2,14*	30.863	
Videregående uddannelse	12,6	1	25.854	10,5	1	25.262	9,4	1	29.617	
Uoplyst	15,7	1,89*	1.589	14,4	1,76*	1.321	14,7	1,77*	1.725	
*SII***	*-22,2*			*-18,5*			*-20,4*			*0,74*
MÆND	**23,5**		**68.287**	**19,4**		**62.980**	**18,6**		**69.078**	
Grundskole	32,6	3,23*	15.593	28,3	3,52*	13.530	27,0	3,70*	13.788	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	25,0	2,07*	31.969	20,8	2,18*	29.603	19,5	2,21*	32.064	
Videregående uddannelse	13,9	1	19.349	10,8	1	18.620	10,1	1	21.511	
Uoplyst	26,9	2,69*	1.376	27,9	3,52*	1.227	26,1	3,24*	1.715	
*SII***	*-22,4*			*-20,4*			*-21,5*			*0,74*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen, der ryger dagligt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.1 viser sammenhængen mellem andelen, der ryger dagligt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

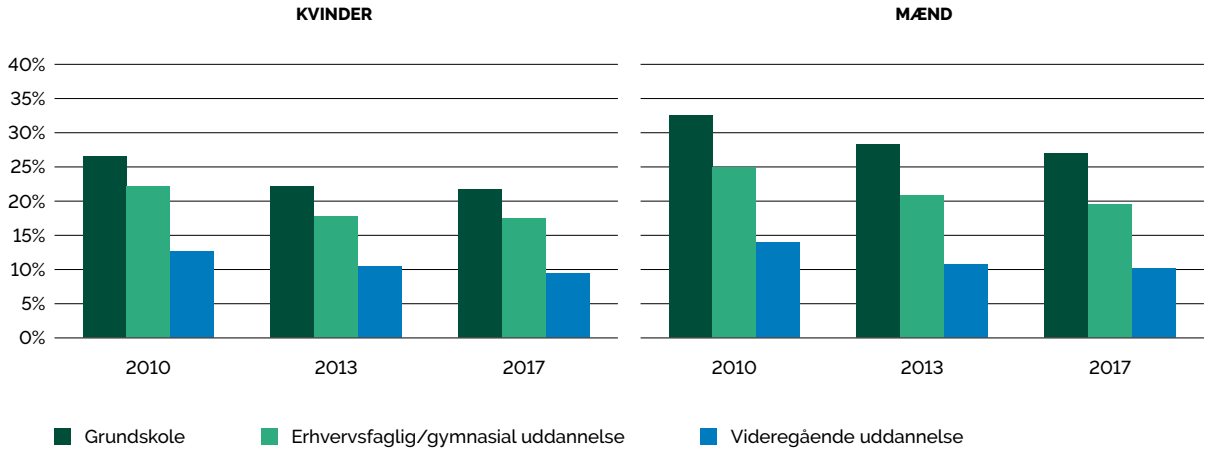
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 22 %, der ryger dagligt. Det gælder henholdsvis 18 % og 9 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse som uddannelsesniveau. Blandt mænd med grundskole er der 27 %, der ryger dagligt. Det gælder henholdsvis 20 % og 10 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der ryger dagligt, for både kvinder og mænd statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der ryger dagligt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der ryger dagligt, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 20 procentenheder blandt kvinder og 22 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 4.1

Andelen, der ryger dagligt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 4.1 viser sammenhængen mellem andelen, der ryger dagligt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der ryger dagligt, for både kvinder og mænd, således at andelen, der ryger dagligt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

4.2 Alkoholindtag

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og henholdsvis andelen af personer, der har et alkoholforbrug over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse (14/21 genstande pr. uge for henholdsvis kvinder og mænd) i løbet af en typisk uge, og andelen af personer, der jævnligt (hver måned) indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed (binge drinking) for personer på 30 år eller derover.

Alkohol er hel eller delvis årsag til mere end 200 kroniske og akutte tilstande og sygdomme, som for eksempel inkluderer forgiftning, alkoholafhængighed, leversygdomme og kræft især i øvre mave-tarm-kanal[10]. Alkohol er årsag til mellem 3.000 og 4.000 dødsfald årligt i Danmark[11]. De fleste alkoholrelaterede dødsfald ses hos personer, der drikker over højrisikogrænsen, og herudover er et stort alkoholforbrug årsag til større risiko for arbejdsløshed[12]. Alkohol er fortsat en af de væsentligste risikofaktorer både globalt og nationalt[13].

Indikatoren alkoholindtag er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Alkoholindtag bliver i rapporten beskrevet ved alkoholindtag over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse og fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Et alkoholindtag på fem eller flere genstande ved samme lejlighed er defineret anderledes i 2010 end i 2013 og 2017. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1.

4.2.1 Højrisikogrænse for alkoholindtagelse

TABEL 4.2.1

Andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**9,0**		**144.274**	**7,4**		**129.918**	**6,2**		**144.345**	
KVINDER	**6,5**		**77.143**	**5,3**		**69.299**	**4,3**		**77.231**	
Grundskole	5,9	0,68*	20.106	4,9	0,70*	16.591	4,4	0,74*	16.504	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	6,8	0,91*	29.833	5,6	0,93	26.764	4,3	0,82*	29.941	
Videregående uddannelse	6,8	1	25.673	5,4	1	24.722	4,5	1	29.096	
Uoplyst	5,7	0,93	1.531	4,2	0,86	1.222	2,3	0,60*	1.690	
*SII***	*3,6*			*2,9*			*2,7*			*0,20*
MÆND	**11,7**		**67.131**	**9,5**		**60.619**	**8,2**		**67.114**	
Grundskole	12,4	1,07	14.951	10,6	1,20*	12.651	8,9	1,11*	13.184	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	12,1	1,09*	31.564	10,2	1,18*	28.601	8,8	1,14*	31.187	
Videregående uddannelse	10,6	1	19.298	8,2	1	18.229	7,2	1	21.099	
Uoplyst	11,0	1,09	1.318	6,7	0,88	1.138	6,0	0,89	1.644	
*SII***	*1,5*			*0,6*			*0,5*			*0,32*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse på en typisk uge, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.2.1 viser sammenhængen mellem andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

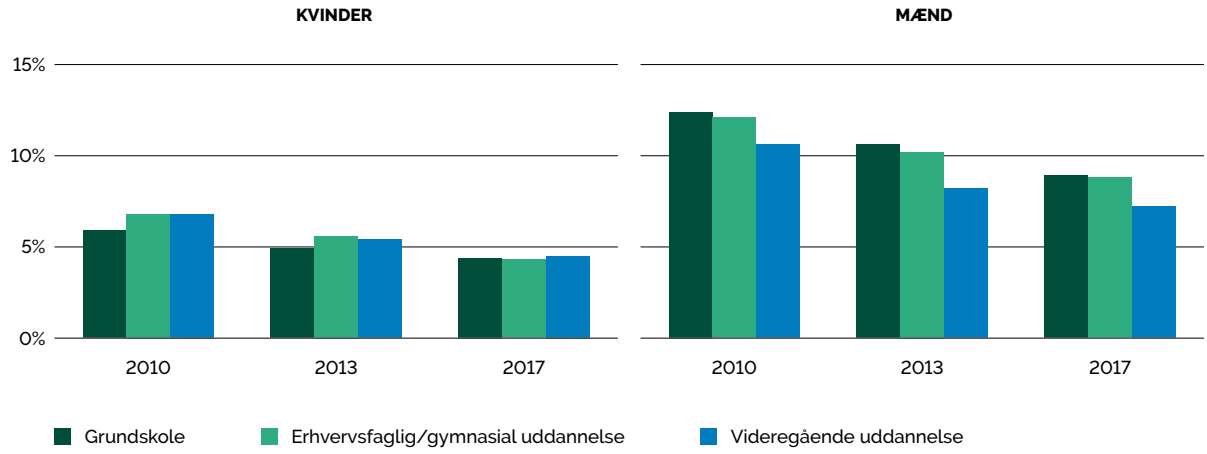
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 4,4 %, der overskrider højrisikogrænsen i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge. Det gælder henholdsvis 4,3 % og 4,5 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 9 %, der overskrider højrisikogrænsen i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge. Det gælder henholdsvis 9 % og 7 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der overskrider højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, i alle tre år statistisk signifikant. Der ses en omvendt social gradient blandt kvinder, hvor andelen, der overskrider højrisikogrænsen i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det skal bemærkes, at uligheden for kvinder i dette tilfælde har den modsatte retning i forhold til størstedelen af indikatorerne i denne rapport; i dette tilfælde er kvinder med grundskole bedre stillet end gruppen med videregående uddannelse. Der ses altså omvendt social ulighed.

Den sociale ulighed i andelen, der overskrider højrisikogrænsen i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 2,7 procentenheder blandt kvinder og 0,5 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 4.2.1

Andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 4.2.1 viser sammenhængen mellem andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, og uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af omvendt social ulighed i andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse for kvinder, således at andelen, som overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

4.2.2 Fem eller flere genstande ved samme lejlighed

TABEL 4.2.2

Andelen, der jævnligt (hver måned) indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**22,1**		**147.152**	**23,0**		**134.009**	**21,5**		**148.076**	
KVINDER	**12,3**		**78.896**	**13,6**		**71.611**	**12,6**		**79.368**	
Grundskole	8,6	0,74*	21.035	10,0	0,80*	17.706	9,4	0,75*	17.422	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	13,2	0,91*	30.348	13,7	0,89*	27.498	12,4	0,80*	30.716	
Videregående uddannelse	15,1	1	25.914	16,3	1	25.117	15,9	1	29.504	
Uoplyst	6,0	0,59*	1.599	8,7	0,60*	1.290	7,5	0,45*	1.726	
*SII***	*4,0*			*3,3*			*4,3*			*0,76*
MÆND	**32,3**		**68.256**	**32,8**		**62.398**	**30,8**		**68.708**	
Grundskole	25,6	0,73*	15.439	26,7	0,75*	13.303	25,2	0,73*	13.756	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	33,2	0,90*	31.979	33,1	0,88*	29.368	31,6	0,89*	31.871	
Videregående uddannelse	36,8	1	19.475	37,6	1	18.534	35,4	1	21.381	
Uoplyst	21,0	0,61*	1.363	21,8	0,49*	1.193	20,7	0,47*	1.700	
*SII***	*8,4*			*7,9*			*7,5*			*0,11*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen, der jævnligt (hver måned) indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.2.2 viser sammenhængen mellem andelen, der jævnligt (hver måned) indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

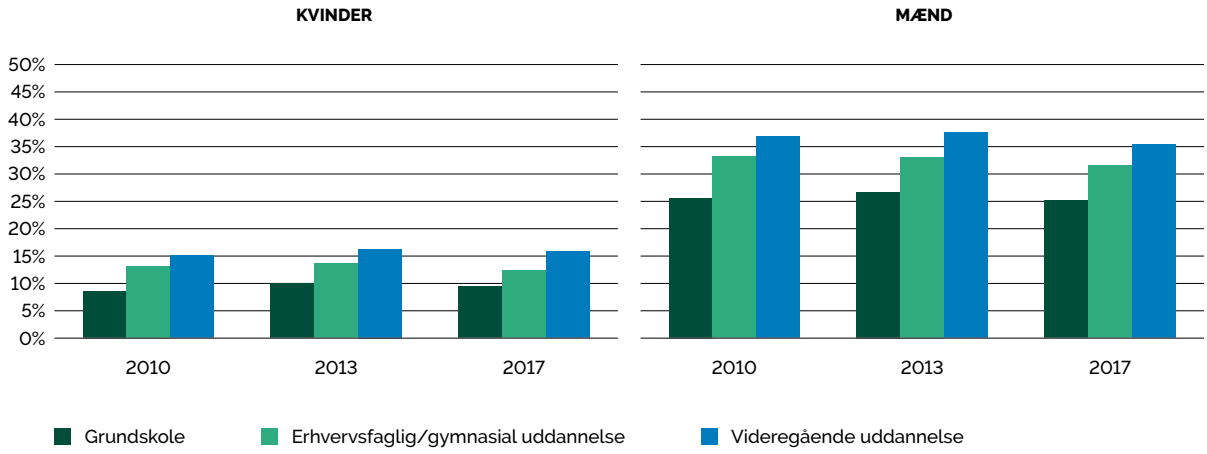
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 9 %, der jævnligt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Det gælder henholdsvis 12 % og 16 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 25 %, der jævnligt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Det gælder henholdsvis 32 % og 35 % blandt mænd med erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der jævnligt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en omvendt social gradient, hvor andelen, der jævnligt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det skal bemærkes, at uligheden i dette tilfælde har den modsatte retning i forhold til størstedelen af indikatorerne i denne rapport; i dette tilfælde er kvinder og mænd med grundskole bedre stillet end gruppen med videregående uddannelse. Der ses altså omvendt social ulighed.

Den sociale ulighed i andelen, der jævnligt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 4 procentenheder blandt kvinder og 8 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 4.2.2

Andelen, der jævnligt (hver måned) indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 4.2.2 viser sammenhængen mellem andelen, der jævnligt (hver måned) indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af omvendt social ulighed i andelen, der jævnligt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed for både kvinder og mænd, således at andelen, der jævnligt indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

4.3 Fysisk inaktivitet

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der er fysisk inaktive, for personer på 30 år eller derover i 2017.

Det er veldokumenteret, at fysisk aktivitet reducerer risikoen for en række hyppigt forekommende tilstande og sygdomme i Danmark, herunder hjertekarsygdom, type 2-diabetes, metabolisk syndrom og bryst- og tyktarmskræft samt tidlig død. Den forebyggende effekt af fysisk aktivitet på risikoen for tidlig død findes blandt både mænd og kvinder i alle aldersgrupper og uanset en eventuel tilstedeværelse af andre risikofaktorer, for eksempel overvægt[8, 14]. Når der justeres for rygning, alkohol og BMI, viser opgørelser, at der i Danmark årligt er 6.000 ekstra dødsfald blandt fysisk inaktive personer i forhold til fysisk aktive personer. Relateret til fysisk inaktivitet er der blandt mænd 14.000 tabte leveår, og blandt kvinder er der 8.300 tabte leveår[8].

Indikatoren fysisk inaktivitet er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2017). Fysisk inaktiv er baseret på, at man ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Indikatoren er nærmere defineret i Bilag 1. Der indgår kun data for år 2017, idet der først i Den Nationale Sundhedsprofil i 2017 er inkluderet spørgsmål vedrørende tiden, der er brugt på fysisk aktivitet.

TABEL 4.3

Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

	2017		
	%	OR§	N (total)
ALLE	**31,1**		**128.746**
KVINDER	**31,6**		**68.285**
Grundskole	38,1	1,61*	12.901
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	31,7	1,28*	26.723
Videregående uddannelse	27,1	1	27.297
Uoplyst	37,4	1,47*	1.364
*SII***	*-12,9*		
MÆND	**30,5**		**60.461**
Grundskole	36,7	1,69*	11.074
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	31,2	1,35*	28.082
Videregående uddannelse	25,0	1	19.943
Uoplyst	34,6	1,59*	1.362
*SII***	*-13,5*		

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.3 viser sammenhængen mellem andelen, der ikke opfylder WHO's minimums-anbefaling for fysisk aktivitet, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 38 %, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Det gælder henholdsvis 32 % og 27 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 37 %, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Det gælder henholdsvis 31 % og 25 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, statistisk signifikant i 2017. Der ses en social gradient, hvor andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 13 procentenheder blandt kvinder og 14 procentenheder blandt mænd i 2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, for både kvinder og mænd i 2017, således at andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

4.4 Svær overvægt

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der er svært overvægtige, for personer på 30 år eller derover.

Svær overvægt er en betydelig risikofaktor for en række sygdomme som type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, visse former for kræft, reproduktionsproblemer, psykosociale problemer og tidlig død[15]. De helbredsmæssige konsekvenser stiger med stigende grad af overvægt[16]. Når der justeres for rygning, alkohol og fysisk inaktivitet, viser opgørelser, at der i Danmark årligt er 630 ekstra dødsfald blandt svært overvægtige i forhold til personer, der ikke er svært overvægtige. Relateret til svær overvægt er der blandt mænd 4.300 tabte leveår og blandt kvinder er der 2.900 tabte leveår[8].

Indikatoren svær overvægt er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere defineret i Bilag 1.

TABEL 4.4

Andelen af personer, der er svært overvægtige (BMI ≥30) fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**15,0**		**146.514**	**16,1**		**133.392**	**18,9**		**145.970**	
KVINDER	**14,6**		**78.582**	**15,6**		**71.092**	**18,4**		**77.934**	
Grundskole	18,7	2,28*	21.086	20,2	2,31*	17.630	22,6	2,19*	16.970	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	15,6	1,66*	30.188	16,9	1,66*	27.235	20,4	1,69*	30.150	
Videregående uddannelse	10,3	1	25.779	11,3	1	24.951	13,6	1	29.130	
Uoplyst	12,1	1,67*	1.529	13,5	1,42*	1.276	13,8	1,05	1.684	
*SII***	*-13,9*			*-14,4*			*-15,5*			*0,06*
MÆND	**15,5**		**67.932**	**16,5**		**62.300**	**19,4**		**68.036**	
Grundskole	21,3	2,55*	15.430	22,6	2,38*	13.352	27,2	2,77*	13.579	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16,4	1,80*	31.822	17,5	1,69*	29.314	20,6	1,85*	31.562	
Videregående uddannelse	9,7	1	19.324	11,0	1	18.434	12,2	1	21.239	
Uoplyst	15,9	2,04*	1.356	16,6	1,73*	1.200	17,1	1,53*	1.656	
*SII***	*-15,5*			*-15,0*			*-20,2*			*0,33*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen af personer, der er svært overvægtige (BMI ≥30), er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.4 viser sammenhængen mellem andelen af personer, der er svært overvægtige, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

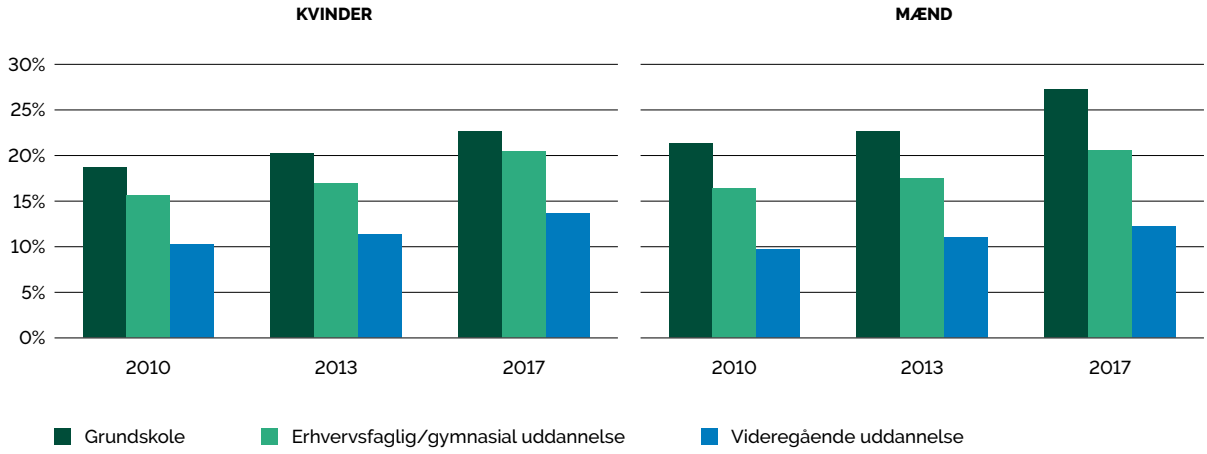
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 23 %, der er svært overvægtige. Det gælder henholdsvis 20 % og 14 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 27 %, der er svært overvægtige. Det gælder henholdsvis 21 % og 12 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der er svært overvægtige, statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der er svært overvægtige, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der er svært overvægtige, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 16 procentenheder blandt kvinder og 20 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 4.4

Andelen af personer, der er svært overvægtige, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 4.4 viser sammenhængen mellem andelen af personer, der er svært overvægtige, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der er svært overvægtige, for både kvinder og mænd, således at andelen, der er svært overvægtige, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

4.5 Ophobning af risikofaktorer

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har to eller flere risikofaktorer (daglig rygning, alkoholindtag over højrisikogrænsen (14/21 genstande per uge for henholdsvis kvinder og mænd), fysisk inaktivitet og svær overvægt), for personer på 30 år eller derover.

Ofte undersøges effekten på helbredsrelaterede byrdemål af risikofaktorer som alkohol, rygning, fysisk aktivitet og overvægt enkeltvis. Men risikofaktorer udøver ofte en såkaldt synergistisk effekt (et samspil mellem risikofaktorer med en forstærkende effekt) på sygelighed og dødelighed[17]. Således forstærker den ene risikofaktor effekten af en anden, for eksempel tobak og alkohol i forhold til strubekræft, og rygning og overvægt i forhold til hjertekarsygdom. Hvis man kun undersøger effekten af den enkelte risikofaktor, er der en risiko for at overse sammenhænge mellem flere forskellige risikofaktorer samt effekten af kombinationer af flere risikofaktorer. Herudover ses ofte en ophobning af risikofaktorer hos enkeltindivider og i bestemte grupper i befolkningen. Endvidere ses ofte, at dét at have færre risikofaktorer er associeret til lavere dødelighed[18].

Indikatoren ophobning af risikofaktorer er i denne rapport defineret på basis af fire spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2017). Det drejer sig om daglig rygning, ugentligt alkoholindtag over højrisikogrænsen, fysisk inaktivitet og svær overvægt. Indikatoren er nærmere defineret i Bilag 1. Idet information om fysisk inaktivitet kun haves for 2017, vises kun resultater for dette år vedrørende ophobning af risikofaktorer.

TABEL 4.5

Andelen med to eller flere risikofaktorer fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

	2017		
	%	OR§	N (total)
ALLE	**13,8**		**150.324**
KVINDER	**12,4**		**80.627**
Grundskole	14,7	2,13*	17.959
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	14,4	1,75*	31.154
Videregående uddannelse	9,1	1	29.751
Uoplyst	8,7	0,99	1.763
*SII***	*-10,5*		
MÆND	**15,2**		**69.697**
Grundskole	20,3	2,46*	14.056
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	16,4	1,82*	32.324
Videregående uddannelse	9,7	1	21.587
Uoplyst	15,4	1,76*	1.730
*SII***	*-13,2*		

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen med to eller flere risikofaktorer (daglig rygning, ugentligt alkoholindtag over højrisikogrænsen, fysisk inaktivitet og svær overvægt) er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.5 viser sammenhængen mellem andelen med to eller flere risikofaktorer og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 15 % med to eller flere risikofaktorer. Det gælder henholdsvis 14 % og 9 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 20 % med to eller flere risikofaktorer. Det gælder henholdsvis 16 % og 10 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, med to eller flere risikofaktorer, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen med to eller flere risikofaktorer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, med to eller flere risikofaktorer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 11 procentenheder blandt kvinder og 13 procentenheder blandt mænd i 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen med to eller flere risikofaktorer for både kvinder og mænd i 2017, således at andelen med to eller flere risikofaktorer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

4.6 Arbejdsmiljø – indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver

Arbejdsmiljø omfatter en lang række af kemiske, fysiske, ergonomiske og psykosociale forhold af betydning for helbredet. Vi har i rapporten valgt at belyse to af stor betydning for ulighed i sygdomsbyrden i Danmark: fysisk belastning og mangel på indflydelse på, hvordan arbejdsopgavernes skal løse. I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver, for personer på 30 år eller derover.

Indflydelse i arbejdet omfatter medarbejderens indflydelse på, hvornår og hvordan de løser deres arbejdsopgaver. Forskning har vist, at indflydelse på arbejdet har betydning i forhold til udvikling af stress[19] og dårlig mental sundhed[20], blandt andet fordi indflydelse giver medarbejderne mulighed for at tilpasse arbejdet til egne behov og håndtere krav i arbejdet. Derudover peger forskningen på, at netop manglen på indflydelse i arbejdet øger risikoen for førtidspension blandt kontormedarbejdere og medarbejdere, som arbejder med kunder, klienter eller manuelt arbejde i Danmark[21].

Indikatoren indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen Arbejdsmiljø og helbred i Danmark (2012, 2014, 2016, 2018). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 4.6

Andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.

	2012			2014			2016			2018			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**2,2**		**21.630**	**2,4**		**24.540**	**2,7**		**27.932**	**2,5**		**34.099**	
KVINDER	**1,9**		**11.689**	**2,3**		**13.266**	**2,6**		**14.539**	**2,4**		**18.336**	
Grundskole	4,0	3,98*	1.364	3,6	2,20*	1.425	5,3	3,13*	1.518	4,6	3,07*	1.610	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,2	2,11*	4.730	2,7	1,62*	5.082	2,9	1,72*	5.526	2,9	1,84*	6.972	
Videregående uddannelse	1,1	1	5.595	1,7	1	6.759	1,7	1	7.495	1,7	1	9.754	
Uoplyst													
*SII***	*-3,8*			*-2,0*			*-3,7*			*-3,4*			*0,95*
MÆND	**2,4**		**9.941**	**2,5**		**11.274**	**2,9**		**13.393**	**2,6**		**15.763**	
Grundskole	4,1	3,77*	1.465	4,8	3,04*	1.470	4,2	2,31*	1.964	4,5	2,61*	1.991	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,9	2,63*	4.816	2,7	1,67*	5.201	3,3	1,80*	6.309	2,7	1,49*	7.157	
Videregående uddannelse	1,1	1	3.660	1,6	1	4.603	1,9	1	5.120	1,9	1	6.615	
Uoplyst													
*SII***	*-3,7*			*-3,0*			*-3,2*			*-2,9*			*0,16*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.6 viser sammenhængen mellem andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.

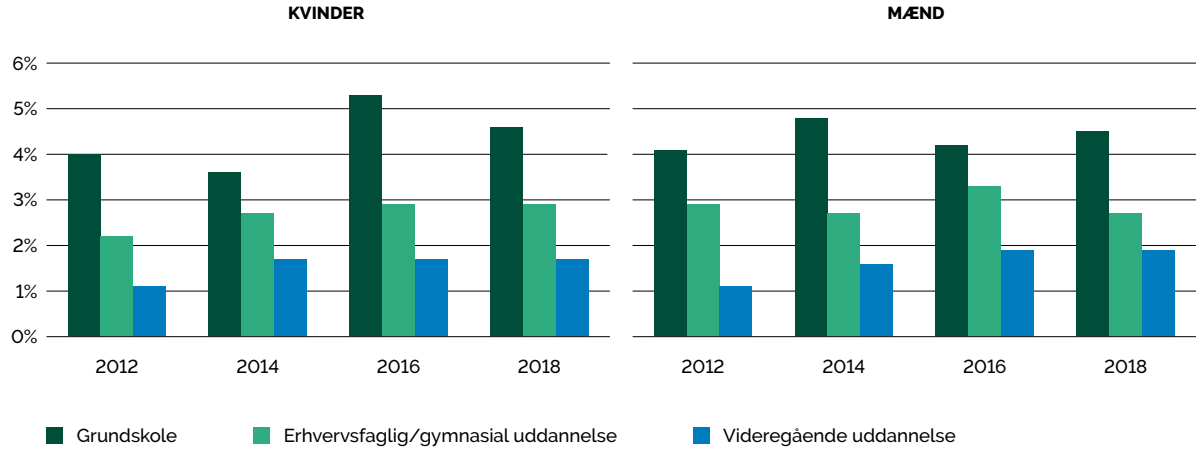
I 2018 er der blandt kvinder med grundskole 4,6 %, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver. Det gælder henholdsvis 2,9 % og 1,7 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 4,5 %, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver. Det gælder henholdsvis 2,7 % og 1,9 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, statistisk signifikant for både kvinder og mænd i alle fire år. Der ses en social gradient, hvor andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 3,4 procentenheder blandt kvinder og 2,9 procentenheder blandt mænd i 2018. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2018.

FIGUR 4.6

Andelen, der oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.



Figur 4.6 viser sammenhængen mellem andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, for både kvinder og mænd. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2018.

4.7 Arbejdsmiljø – fysisk tungt arbejde

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har fysisk tungt arbejde, for personer på 30 år eller derover.

Fysiske krav i arbejdet handler om de bevægelser, aktiviteter og kropspositioner, som personen udfører i arbejdstiden, og som i de fleste tilfælde er nødvendige for, at personen kan udføre sit arbejde. Den fysiske anstrengelse defineres som, hvor fysisk 'hårdt' den enkelte person mener, det er at udføre sit arbejde. Den selvvurderede anstrengelse kan derfor variere meget fra person til person, selvom de udfører præcis det samme fysiske arbejde. Det kan for eksempel afhænge af personens alder, køn, helbred og fysisk kapacitet[19]. Fysiske krav i arbejdet øger risikoen for muskel-skelet-besvær, sygefravær og førtidspension. Det gælder især tunge løft[22, 23].

Indikatoren fysisk tungt arbejde er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen Arbejdsmiljø og helbred i Danmark (2012, 2014, 2016, 2018). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 4.7

Andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.

	2012			2014			2016			2018			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**22,0**		**21.753**	**17,8**		**24.715**	**22,3**		**27.476**	**18,4**		**33.615**	
KVINDER	**19,6**		**11.731**	**16,3**		**13.343**	**20,3**		**14.340**	**16,8**		**18.100**	
Grundskole	37,2	4,92*	1.359	26,2	4,19*	1.432	36,6	4,80*	1.498	**32,8**	**5,14***	**1.580**	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	23,6	2,52*	4.722	22,8	3,36*	5.092	27,1	3,01*	5.428	**22,8**	**3,01***	**6.846**	
Videregående uddannelse	11,0	1	5.598	8,3	1	6.768	11,3	1	7.345	**9,2**	**1**	**9.615**	
Uoplyst	39,1	5,20*	52	43,0	7,95*	51	46,1	6,78*	69	**32,6**	**4,62***	**59**	
*SII***	*-34,3*			*-26,3*			*-33,2*			*-29,5*			*0,73*
MÆND	**24,3**		**10.022**	**19,2**		**11.372**	**24,1**		**13.136**	**20,0**		**15.515**	
Grundskole	36,6	7,71*	1.474	33,2	9,12*	1.469	40,1	8,65*	1.924	34,0	8,04*	1.947	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	33,3	6,51*	4.818	26,6	6,53*	5.209	32,6	6,05*	6.144	27,7	5,82*	6.997	
Videregående uddannelse	7,3	1	3.651	5,4	1	4.613	7,7	1	4.959	6,5	1	6.471	
Uoplyst	34,9	6,98*	79	25,4	5,92*	81	42,4	9,17*	109	**40,2**	**10,41***	**100**	
*SII***	*-48,4*			*-40,8*			*-48,6*			*-40,7*			*0,56*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.7 viser sammenhængen mellem andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.

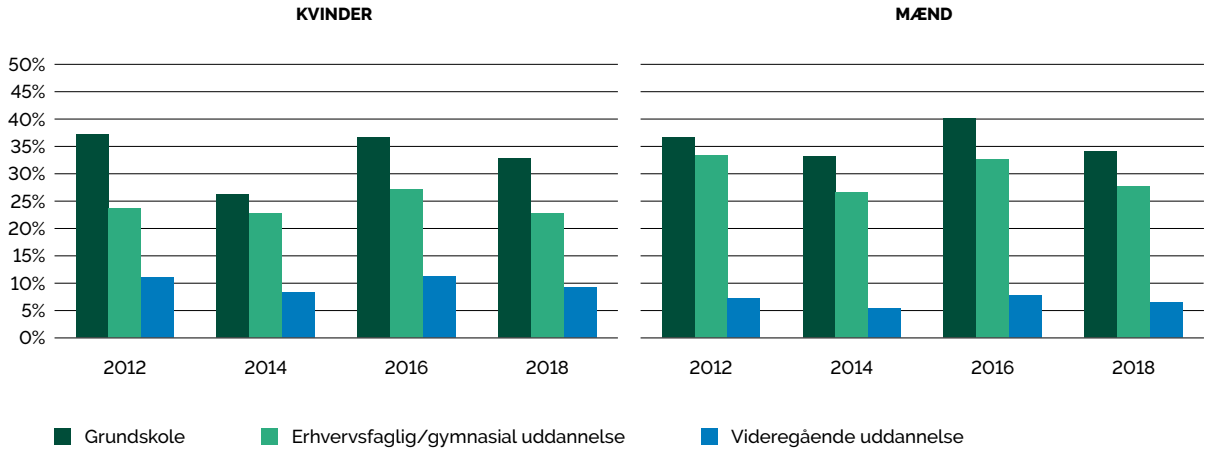
I 2018 er der blandt kvinder med grundskole 33 %, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt. Det gælder henholdsvis 23 % og 9 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 34 %, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt. Det gælder henholdsvis 28 % og 7 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, statistisk signifikant for både kvinder og mænd i alle fire år. Der ses en social gradient, hvor andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 30 procentenheder blandt kvinder og 41 procentenheder blandt mænd i 2018. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2018.

FIGUR 4.7

Andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.



Figur 4.7 viser sammenhængen mellem andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, for både kvinder og mænd. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2018.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i sundhed i forhold til en række indikatorer relateret til sundhedsadfærd. Det gælder daglig rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet, svær overvægt og ophobning af risikofaktorer. Derudover har vi beskrevet den sociale ulighed i forhold til arbejdsløshed; dels graden af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver og dels fysiske krav på arbejdet.

I forhold til sundhedsadfærd gælder det, at der blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er en højere andel, der ryger dagligt, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefalinger til fysisk aktivitet, der er svært overvægtige, og som har en ophobning af disse risikofaktorer, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Omvendt ses en højere andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for ugentligt alkoholindtag, og der jævnligt indtager mere end fem genstande ved samme lejlighed, blandt personer med videregående uddannelse end blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau. Der er i perioden 2010-2017 ikke sket nogle ændringer i den sociale ulighed for de nævnte indikatorer relateret til sundhedsadfærd.

I forhold til arbejdsmiljø har vi beskrevet, at der blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er en højere andel, der oplever at have lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver og en højere andel med fysiske krav på arbejdet, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt mænd og blandt kvinder og i alle årene 2010, 2012, 2014 og 2018. Der er ikke sket nogle ændringer i den sociale ulighed for de to indikatorer relateret til arbejdsmiljø.

Referencer

1. G. B. D. Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018;392(10159):1923-94.
2. Tolstrup J, Demant J, Grønbæk M, Møller S, Pedersen M, Pisinger V. Unges alkohol-kultur – et bidrag til debatten. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2019.
3. Christensen HN, Diderichsen F, Hvidtfeldt UA, Lange T, Andersen PK, Osler M, et al. Joint effect of alcohol consumption and educational level on alcohol-related medical events: A Danish register-based cohort study. Epidemiology. 2017;28(6):872-9.
4. Gauffin K, Hjern A, Vinnerljung B, Bjorkenstam E. Childhood household dysfunction, social inequality and alcohol related illness in young adulthood. A Swedish national cohort study. PLoS One. 2016;11(3):e0151755.
5. Strøbæk L, Flachs E, Ryd J, Davidsen M, Eriksen L, Jensen H, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Ulykker, selvskade og selvmord. København: Statens Institut for Folke-sundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2016.
6. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA)2014.
7. Flachs E, Eriksen L, Koch M, Ryd J, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2015.
8. Eriksen L, Davidsen M, Jensen H, Ryd J, Strøbæk L, White E, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2016.
9. Juel K, Koch MB. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydningen af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2013.
10. Rehm J, Gmel GE, Sr., Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. Addiction. 2017;112(6):968-1001.
11. Eliasen M, Becker U, Gronbaek M, Juel K, Tolstrup JS. Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Denmark: an analysis of which intake levels contribute most to alcohol's harmful and beneficial effects. Eur J Epidemiol. 2014;29(1):15-26.
12. Jørgensen MB, Pedersen J, Thygesen LC, Lau CJ, Christensen AI, Becker U, et al. Alcohol consumption and labour market participation: a prospective cohort study of transitions between work, unemployment, sickness absence, and social benefits. Eur J Epidemiol. 2019;34(4):397-407.
13. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018: World Health Organization; 2018.
14. Pedersen BK, Andersen LB. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
15. Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. Nat Rev Cancer. 2004;4(8):579-91.

16. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Overvægt. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

17. Tamakoshi A, Tamakoshi K, Lin Y, Yagyu K, Kikuchi S, Group JS. Healthy lifestyle and preventable death: findings from the Japan Collaborative Cohort (JACC) Study. Prev Med. 2009;48(5):486-92.

18. Loef M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. Prev Med. 2012;55(3):163-70.

19. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Arbejdsmiljø og helbred i Danmark 2012 - Resumé og resultater. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2013.

20. Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A, et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. Occupational and Environmental Medicine. 2017;74(4):301.

21. Thorsen SV, Flyvholm M-A, Bültmann U, Pedersen J, Bach E. Deskriptiv analyse af lønmodtagernes sygefravær i Danmark – belyst ud fra register- og spørgeskemadata fortrinsvis fra 2010-2014 København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø 2016.

22. Sundstrup E, Hansen AM, Mortensen EL, Poulsen OM, Clausen T, Rugulies R, et al. Retrospectively assessed physical work environment during working life and risk of sickness absence and labour market exit among older workers. Occup Environ Med. 2018;75(2):114-23.

23. Sundstrup E, Hansen AM, Mortensen EL, Poulsen OM, Clausen T, Rugulies R, et al. Cumulative occupational mechanical exposures during working life and risk of sickness absence and disability pension: prospective cohort study. Scand J Work Environ Health. 2017;43(5):415-25.

5 | Mentalt helbred og psykiske sygdomme

I dette kapitel beskrives indikatorer relateret til mental helbred og psykiske sygdomme. Det drejer sig om dårligt mentalt helbred, højt stressniveau, at føle sig uønsket alene, depression, bipolar lidelse, skizofreni og selvmord. Mange danskere lever i dag med en psykisk sygdom eller med et dårligt mentalt helbred. I kapitlet beskrives omfanget af social ulighed i sundhed inden for mentalt helbred og psykisk sygdom hos både børn og voksne. Forekomsten af et dårligt mentalt helbred og psykisk sygdom beregnes som nye (incidente) tilfælde af de enkelte sygdomme i perioden 2010-2017. Forekomsten præsenteres som andel af befolkningen, der har fået sygdommen. De psykiske sygdomme og selvmord udgør ca. 11 % af sygdomsbyrden[1, 2].

Personer, der lever med en psykisk sygdom, har en øget risiko for funktionsnedsættelse, som påvirker deltagelse i arbejdsliv og andre sociale aktiviteter. Personer med alvorlig (hhv. lettere) psykisk funktionsnedsættelse har en beskæftigelsesgrad, der er 47 (hhv. 26) procentenheder lavere end for personer uden funktionsnedsættelse[3].

Psykisk sygdom, beskrevet i denne rapport, inkluderer depression, bipolar lidelse og skizofreni.

Depression er en meget udbredt psykisk sygdom, der fører til vedvarende nedtrykthed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi og mere træthed end normalt. Størstedelen af dem, der oplever en depression, kan behandles og hjælpes effektivt, og dermed komme sig. Depression kan have stor indflydelse på sociale relationer og arbejdsliv.

Bipolar lidelse er en alvorlig psykisk sygdom, der er kendetegnet ved, at man har maniske og depressive episoder. Bipolar lidelse optræder i ungdomsårene og tidlig voksenalder[29].

Skizofreni optræder ofte tidligt i livet, og hindrer ofte et længere uddannelsesforløb. En kort uddannelse er derfor mere en effekt af end en årsag til skizofreni[4]. Skizofreni er en sjælden dødsårsag (<0,1 % af alle dødsfald), men personer med skizofreni har en meget kraftig overdødelighed, som medfører 15-20 års kortere middellevetid end den øvrige befolkning[5]. Selvom en del af overdødeligheden kan tilskrives selvmord og ulykker, skyldes risikoen for tidlig død også hjertekarsygdom, diabetes og infektioner, som er 2-3 gange forhøjet.

I den voksne befolkning i Danmark svarer 13 % i 2017, at de vurderer at have et dårligt mentalt helbred i forhold til daværende referenceværdi[6]. I 2012 konkluderede en OECD-rapport, at omkring 1/5 af den arbejdende befolkning i Europa, Nordamerika, Australien og Japan lider af mentale helbredsproblemer. Et godt mentalt helbred defineres som en tilstand, hvor man trives, udvikler og udfolder sine evner, kan håndtere belastninger og indgår i fællesskaber med andre mennesker[7]. Et godt mentalt helbred er forbundet med engagement, produktivitet, kreativitet og evne til at vise omsorg. Det er desuden vigtigt for vores evne til at klare os godt socialt, uddannelsesmæssigt og økonomisk.

Personer, der over længere tid har haft et dårlig mentalt helbred, har en højere risiko for at udvikle både somatisk og psykisk sygdom, blandt andet hjertekarsygdom, angst og depression. Dårligt mentalt helbred er hermed en alvorlig og selvstændig risikofaktor. Såvel dårligt mentalt helbred som psykisk sygdom har store personlige og samfundsmæssige omkostninger. Forskelle i forekomst og konsekvens af psykisk sygdom og dårligt mental helbred afhænger blandt andet af den enkelte persons uddannelsesniveau, og er derfor et vigtigt fokusområde i forhold til social ulighed i sundhed.

5.1 Dårligt mentalt helbred

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har et dårligt mentalt helbred for personer på 30 år eller derover.

Der er en stærk sammenhæng mellem dårligt mentalt helbred og en række helbredsmæssige og sociale udfald[8]. Det er blandt andet associeret med sundheds- og risikoadfærd og har afgørende betydning for et individs helbred på kort og på lang sigt[9-13]. Et dårligt mentalt helbred udgør en betydningsfuld risikofaktor for bevidst og ubevidst selvskade samt risiko for marginalisering[14]. Et godt mentalt helbred er afgørende for livskvalitet, evne til at håndtere livets udfordringer og er beskyttende i forhold til sygdom og social ulighed[15, 16].

Indikatoren dårligt mentalt helbred er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 5.1

Andelen med dårligt mentalt helbred fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**9,4**		**130.591**	**10,1**		**122.719**	**11,8**		**139.063**	
KVINDER	**11,0**		**68.929**	**11,6**		**64.847**	**13,5**		**73.746**	
Grundskole	13,4	1,76*	16.598	14,9	1,90*	14.778	16,7	1,96*	14.994	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10,4	1,18*	27.213	11,1	1,25*	25.290	13,1	1,30*	28.792	
Videregående uddannelse	9,4	1	23.882	9,7	1	23.684	11,4	1	28.367	
Uoplyst	17,7	1,8*	1.236	17,6	1,82*	1.095	17,0	1,47*	1.593	
*SII***	*-5,4*			*-6,1*			*-8,0*			*0,11*
MÆND	**7,9**		**61.662**	**8,5**		**57.872**	**10,1**		**65.317**	
Grundskole	10,2	1,71*	13.033	11,8	1,92*	11.702	13,6	1,98*	12.511	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7,3	1,12*	29.145	8,0	1,21*	27.358	9,2	1,19*	30.369	
Videregående uddannelse	6,7	1	18.358	7,0	1	17.744	8,3	1	20.813	
Uoplyst	14,7	2,34*	1.126	12,8	1,87*	1.068	15,5	1,92*	1.624	
*SII***	*-3,5*			*-4,6*			*-5,6*			*0,08*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen med dårligt mentalt helbred er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.1 viser sammenhængen mellem andelen med dårligt mentalt helbred og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

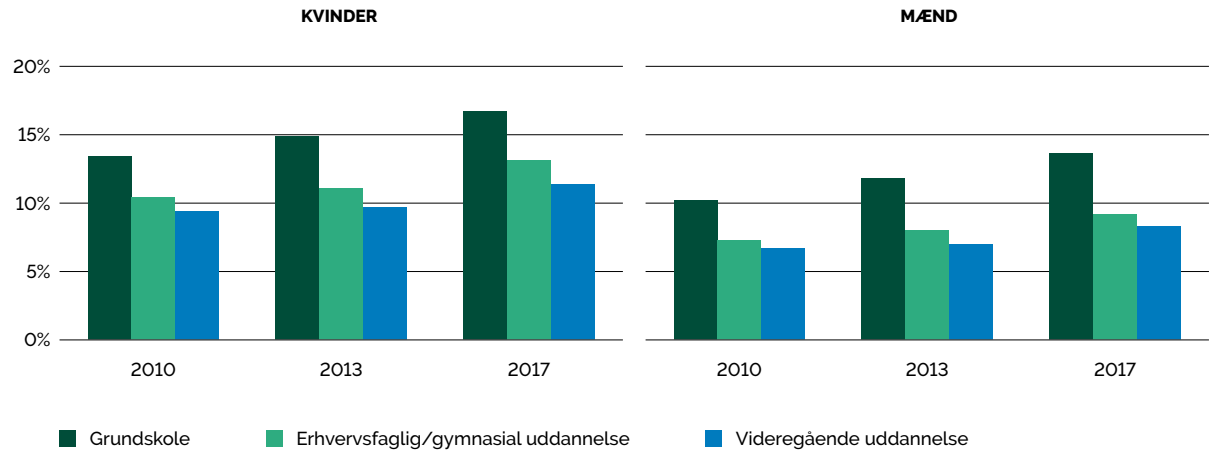
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 17 %, der har dårligt mentalt helbred. Det gælder henholdsvis 13 % og 11 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 14 %, der har dårligt mentalt helbred. Det gælder henholdsvis 9 % og 8 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har dårligt mentalt helbred, statistisk signifikant for både kvinder og mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har dårligt mentalt helbred, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har dårligt mentalt helbred, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 8 procentenheder blandt kvinder og 6 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 5.1

Andelen, der har dårligt mentalt helbred, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 5.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har dårligt mentalt helbred, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har dårligt mentalt helbred, for både kvinder og mænd, således at andelen, der har dårligt mentalt helbred, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

5.2 Højt stressniveau

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer med et højt stressniveau for personer på 30 år eller derover.

Stress kan beskrives som en kort- eller længerevarende tilstand karakteriseret ved anspændthed og ulyst[17]. Både arbejdslivet, økonomiske problemer, sygdom og belastende sociale relationer kan medføre stress. Stress påvirker helbredet både direkte gennem fysiologiske og psykiske mekanismer inklusive søvnforstyrrelser, men også indirekte, fordi det påvirker sundhedsadfærd. Stress kan måles på mange måder, men subjektiv stress viser et tydeligt socialt mønster.

Menneskers stresstærskel er forskellig, og hvornår man føler sig stresset, er til en vis grad subjektiv. Hvordan stress opleves og håndteres (coping) afhænger af blandt andet egne og miljøbestemte ressourcer[18]. Stress defineres ikke som en sygdom, men personer, som oplever intens og langvarig stress, er i øget risiko for at udvikle for eksempel hjertekarsygdomme og depression[17].

Indikatoren højt stressniveau er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2013, 2017). Spørgsmål til beregning af højt stressniveau indgik ikke i Den Nationale Sundhedsprofil i 2010. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 5.2

Andelen med højt stressniveau fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013 og 2017.

	2013			2017		
	%	OR§	N	%	OR§	N (total)
ALLE	**20,7**		**127.384**	**23,4**		**142.909**
KVINDER	**23,6**		**67.660**	**26,4**		**76.133**
Grundskole	30,7	2,26*	16.121	33,1	2,33*	16.094
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	23,6	1,48*	26.226	26,3	1,51*	29.651
Videregående uddannelse	18,1	1	24.132	20,5	1	28.751
Uoplyst	33,7	2,19*	1.181	36,6	2,11*	1.637
*SII***	*-16,7*			*-19,4*		
MÆND	**17,8**		**59.724**	**20,2**		**66.776**
Grundskole	25,1	2,44*	12.533	26,5	2,35*	13.166
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	17,3	1,48*	28.120	19,6	1,51*	31.032
Videregående uddannelse	12,7	1	17.958	14,5	1	20.931
Uoplyst	31,0	3,03*	1.113	33,3	2,83*	1.647
*SII***	*-14,2*			*-15,4*		

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen med højt stressniveau er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.2 viser sammenhængen mellem andelen med højt stressniveau og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i henholdsvis 2013 og 2017.

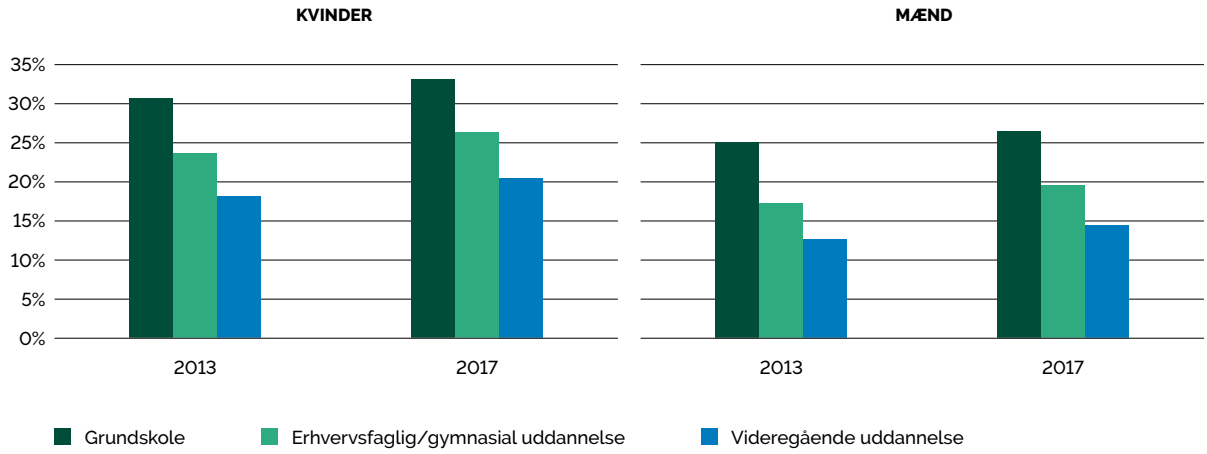
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 33 % med højt stressniveau. Det gælder henholdsvis 26 % og 21 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 27 % med højt stressniveau. Det gælder henholdsvis 20 % og 15 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen med højt stressniveau statistisk signifikant for både kvinder og mænd i 2013 og 2017. Der ses en social gradient, hvor andelen med højt stressniveau er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen med højt stressniveau, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 19 procentenheder blandt kvinder og 15 procentenheder blandt mænd i 2017.

FIGUR 5.2

Andelen med højt stressniveau, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013 og 2017.



Figur 5.2 viser sammenhængen mellem andelen med højt stressniveau og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen med højt stressniveau for både kvinder og mænd, således at andelen med højt stressniveau er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

5.3 Uønsket alene

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der føler sig uønsket alene, på 30 år og derover.

Ensomhed er en negativ følelsesmæssig tilstand, der beror på et oplevet misforhold mellem et individs sociale behov og kvaliteten af hans eller hendes sociale relationer[19]. Ensomhed og social isolation er forskellige tilstande, der kan forekomme uafhængigt af hinanden. Det er for eksempel muligt at føle sig ensom i en gruppe mennesker og at være socialt isoleret uden at føle sig ensom[20].

På tværs af lande er forekomsten af ensomhed størst blandt unge (16-24 år) og ældre (75 år og derover)[21, 22]. Blandt subgrupper er der betydelig variation i forekomsten af ensomhed med størst forekomst blandt flygtninge, psykiatriske patienter og mennesker uden for arbejdsmarkedet[23, 24].

Langvarig ensomhed medfører en øget risiko for hypertension, høje kolesterolniveauer, hjertesygdom, smerter, søvnforstyrrelser, angst og depression[25, 26]. Ensomhed udgør dermed et betydeligt folkesundhedsproblem med en øget risiko for mentale helbreds-problemer og øget sygelighed[27, 28].

Indikatoren uønsket alene er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelse Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 5.3

Andelen, der ofte er uønsket alene, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**5,3**		**148.539**	**5,2**		**134.654**	**5,6**		**146.781**	
KVINDER	**5,7**		**79.907**	**5,5**		**72.181**	**5,7**		**78.704**	
Grundskole	8,8	2,53*	21.682	8,6	2,62*	18.166	8,4	2,56*	17.314	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4,7	1,39*	30.616	5,0	1,59*	27.622	5,2	1,54*	30.440	
Videregående uddannelse	3,4	1	25.979	3,2	1	25.075	3,6	1	29.245	
Uoplyst	14,1	3,29*	1.630	13,5	3,78*	1.318	11,4	3,23*	1.705	
*SII***	*-4,8*			*-4,9*			*-5,3*			*0,17*
MÆND	**4,8**		**68.632**	**4,8**		**62.473**	**5,4**		**68.077**	
Grundskole	7,7	2,49*	15.705	7,6	2,47*	13.462	7,8	2,45*	13.578	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4,0	1,26*	32.095	4,3	1,38*	29.408	4,6	1,37*	31.580	
Videregående uddannelse	3,2	1	19.451	3,3	1	18.414	3,6	1	21.256	
Uoplyst	11,7	3,34*	1.381	10,8	3,36*	1.189	13,0	3,88*	1.663	
*SII***	*-4,1*			*-3,9*			*-4,7*			*0,39*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen, der ofte er uønsket alene, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.3 viser sammenhængen mellem andelen, der ofte er uønsket alene, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

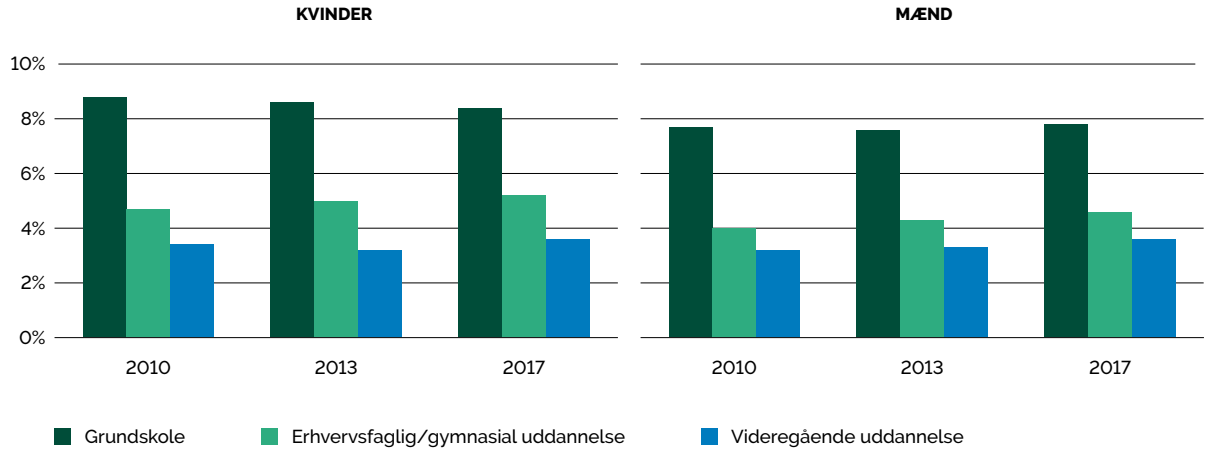
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 8 %, der ofte er uønsket alene. Det gælder henholdsvis 5 % og 4 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 8 %, der ofte er uønsket alene. Det gælder henholdsvis 5 % og 4 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der ofte er uønsket alene, statistisk signifikant for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017. Der ses en social gradient, hvor andelen, der ofte er uønsket alene, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der ofte er uønsket alene, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 5 procentenheder for både kvinder og mænd i 2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 5.3

Andelen, der ofte er uønsket alene, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 5.3 viser sammenhængen mellem andelen, der ofte er uønsket alene, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der ofte er uønsket alene, for både kvinder og mænd, således at andelen, der ofte er uønsket alene, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

5.4 Depression

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af depression for personer på 30 år eller derover.

Depression er en meget udbredt psykisk sygdom, der fører til vedvarende nedtrykthed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi og mere træthed end normalt. Én ud af 20 personer vil på ét eller andet tidspunkt blive ramt af en depression[29]. Depression kan forekomme på mange måder fra en mild depression til svære og livstruende depressioner[30]. Størstedelen af dem, der oplever en depression, kan behandles og hjælpes effektivt, og dermed komme sig. Men op mod 20 % kommer sig ikke efter endt behandling. Depression kan have stor indflydelse på sociale relationer og arbejdsliv, og nogle vil endvidere være ramt af selvmordstanker og vil dermed være i risiko for at begå selvmord.

Indikatoren depression er i rapporten defineret på basis af information fra Det Centrale Psykiatriregister, Landspatientregistret og Lægemiddelstatistikregistret. Omfanget og uligheden af depression er formentlig undervurderet, idet mindre alvorlige depressioner ikke fremgår af de tilgængelige datakilder. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

TABEL 5.4

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af depression fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**1.846,9**		**3.988.462**	**1.051,0**		**3.951.121**	**811,2**		**4.041.519**	
KVINDER	**2.231,1**		**1.955.736**	**1.226,2**		**1.923.219**	**936,2**		**1.956.086**	
Grundskole	3.040,0	1,93*	553.912	1.768,4	2,04*	492.434	1.405,6	1,94*	440.525	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2.119,4	1,39*	742.955	1.198,5	1,49*	728.808	922,1	1,45*	747.240	
Videregående uddannelse	1.541,9	1	579.041	808,8	1	620.559	621,3	1	663.107	
Uoplyst	2.657,0	1,28*	79.828	1.375,6	1,39*	81.418	1.055,9	1,51*	105.214	
*SII***	*-1.925,2*			*-1.148,1*			*-796,3*			*< 0,01*
MÆND	**1.477,2**		**2.032.726**	**884,9**		**2.027.902**	**693,9**		**2.085.433**	
Grundskole	2.034,1	1,94*	543.964	1.255,4	2,03*	503.989	985,5	1,88*	475.695	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	1.370,5	1,36*	923.038	838,2	1,43*	918.564	659,5	1,36*	929.224	
Videregående uddannelse	1.027,9	1	489.139	588,0	1	520.569	481,5	1	555.552	
Uoplyst	1.677,9	1,38*	76.585	1.010,9	1,63*	84.780	784,2	1,69*	124.962	
*SII***	*-1.288,1*			*-814,9*			*-564,8*			*< 0,01*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.4 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af depression og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

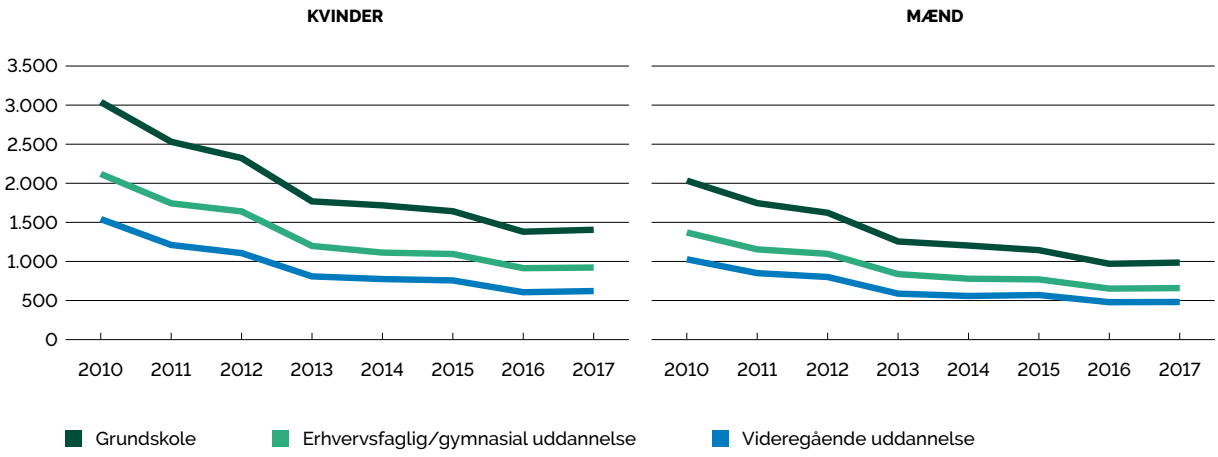
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 1.406 nye tilfælde af depression pr. 100.000 kvinder. Der er henholdsvis 922 og 621 nye tilfælde af depression pr. 100.000 kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. I 2017 er der blandt mænd med grundskole 986 nye tilfælde af depression pr. 100.000 mænd. Blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 660 og 482 nye tilfælde af depression pr. 100.000 mænd.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antal nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer statistisk signifikant blandt både kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII) er henholdsvis 796 pr. 100.000 for kvinder og 565 pr. 100.000 for mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd er der en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden, således at den sociale ulighed i andelen, der får en depression, falder i perioden 2010-2017.

FIGUR 5.4

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af depression, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 5.4 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af depression og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017, således at antallet af personer, som får depression, er lavere med højere fuldførte uddannelses-niveau. Der ses en statistisk signifikant reduktion i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

5.5 Bipolar lidelse

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse for personer på 15 år eller derover. Højest fuldførte uddannelsesniveau, er baseret på henholdsvis eget højest fuldførte uddannelsesniveau og forældres højest fuldførte uddannelsesniveau.

Bipolar lidelse er en alvorlig psykisk sygdom, der er kendetegnet ved, at man har maniske og depressive episoder. Bipolar lidelse kaldes også manio-depressiv lidelse. Hos mange starter sygdommen i ungdomsårene og tidlig voksenalder[31]. Grundet den unge debutalder er den sociale ulighed i bipolar lidelse opgjort i forhold til dels eget, dels forældres højest fuldførte uddannelsesniveau.

Indikatoren bipolar lidelse er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Centrale Psykiatriregister og Landspatientregistret. Populationen er afgrænset til 15 år eller derover, da bipolar lidelse ofte debutere sent i teenageårene eller i det tidlige voksenliv. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

5.5.1 Bipolar lidelse og egen uddannelse

TABEL 5.5.1

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**46,4**		**4.515.271**	**90,5**		**4.599.636**	**48,5**		**4.752.269**	
KVINDER	**52,3**		**2.292.277**	**99,5**		**2.332.031**	**56,0**		**2.400.097**	
Grundskole	74,6	2,34*	682.138	151,0	2,72*	638.887	73,1	1,79*	585.712	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	47,3	1,32*	860.317	90,7	1,48*	877.954	54,5	1,22*	915.436	
Videregående uddannelse	37,1	1	654.872	64,6	1	721.202	46,5	1	782.799	
Uoplyst	41,1	1,19	94.950	100,0	1,48*	93.988	46,5	0,89	116.150	
*SII***	*-63,9*			*-139,2*			*-44,0*			*0,16*
MÆND	**40,3**		**2.222.994**	**81,2**		**2.267.605**	**40,9**		**2.352.172**	
Grundskole	58,6	2,24*	609.633	129,3	2,38*	584.660	62,1	2,19*	560.792	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	34,7	1,27*	1.003.209	66,9	1,19*	1.021.666	37,4	1,30*	1.045.512	
Videregående uddannelse	28,3	1	526.582	58,2	1	569.015	29,4	1	612.251	
Uoplyst	50,3	1,79*	83.570	75,9	1,27	92.264	32,2	1,04	133.617	
*SII***	*-45,8*			*-103,1*			*-44,9*			*0,19*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.5.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

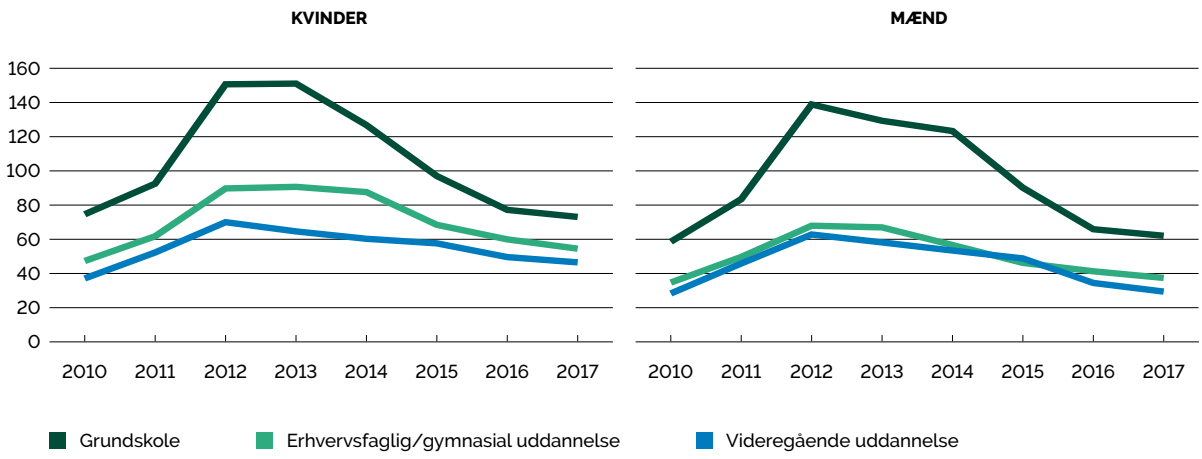
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 73 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 kvinder. Der er henholdsvis 55 og 47 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. I 2017 er der blandt mænd med grundskole 62 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 mænd. Blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 37 og 29 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 mænd.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antal nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer statistisk signifikant blandt både kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII) er henholdsvis 44 pr. 100.000 for kvinder og 45 pr. 100.000 for mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd er der ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

FIGUR 5.5.1

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 5.5.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017, når man sammenholder med eget højest fuldførte uddannelsesniveau, således at antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

5.5.2 Bipolar lidelsen og forældrenes uddannelse

TABEL 5.5.2

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**46,4**		**4.515.271**	**90,5**		**4.599.636**	**48,5**		**4.752.269**	
KVINDER	**52,3**		**2.292.277**	**99,5**		**2.332.031**	**56,0**		**2.400.097**	
Grundskole	70,6	1,37*	311.762	111,9	1,15	306.534	57,8	0,86	290.623	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	57,0	1,05	491.467	114,7	1,13	519.438	58,7	0,78*	546.522	
Videregående uddannelse	55,1	1	343.312	102,9	1	381.014	78,7	1	433.180	
Uoplyst	44,4	0,97	1.145.736	88,0	0,98	1.125.045	45,6	0,79*	1.129.772	
*SII***	*-26,7*			*-26,7*			*16,1*			*0,02*
MÆND	**40,3**		**2.222.994**	**81,2**		**2.267.605**	**40,9**		**2.352.172**	
Grundskole	45,3	1,04	339.859	81,5	1,07	329.966	42,1	0,89	308.723	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	41,7	0,96	514.978	86,3	1,11	542.602	43,1	0,90	568.997	
Videregående uddannelse	43,1	1	359.358	77,1	1	398.379	47,6	1	452.065	
Uoplyst	36,9	0,97	1.008.799	80,0	1,22*	996.658	36,4	0,82	1.022.387	
*SII***	*-2,6*			*-11,6*			*5,7*			*0,13*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

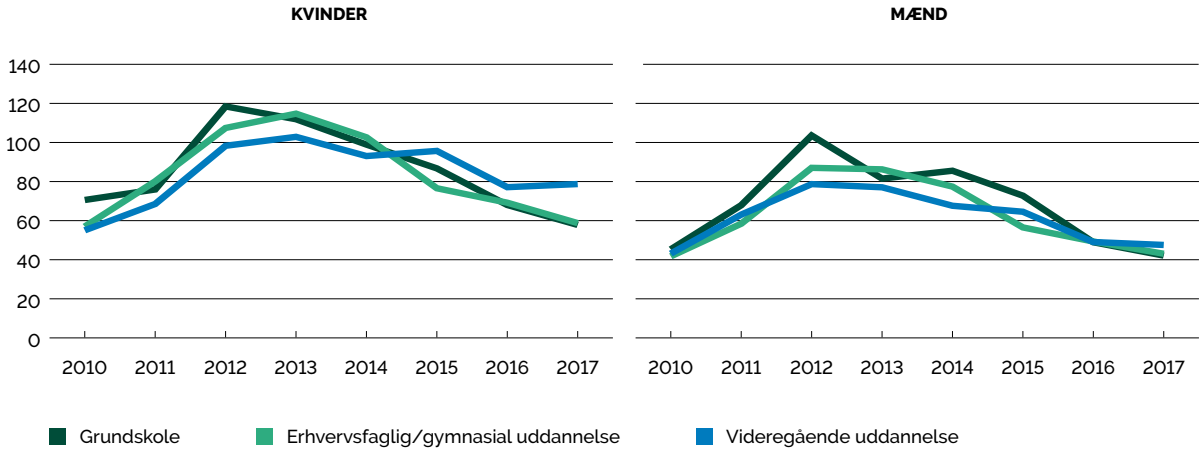
Tabel 5.5.2 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder af forældre med grundskole 58 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer. Blandt kvinder af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 59 og 79 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer. I 2017 er der blandt mænd af forældre med grundskole 42 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer. Blandt mænd af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 43 og 48 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer.

Justeret for alder er sammenhængen mellem forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og antal nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer ikke statistisk signifikant blandt både kvinder og blandt mænd i alle tre år.

FIGUR 5.5.2

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse, fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 5.5.2 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses ikke social ulighed i antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer, når man sammenholder med forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017.

5.6 Skizofreni

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni for personer på 15 år eller derover. Højest fuldførte uddannelsesniveau er baseret på henholdsvis eget højest fuldførte uddannelsesniveau og forældres højest fuldførte uddannelsesniveau.

Skizofreni er en meget alvorlig psykisk sygdom med symptomer som vrangforestillinger, hallucinationer, tankeforstyrrelser og apati. Skizofreni debuterer ofte i en ung alder og har store konsekvenser for den enkelte person gennem resten af livet[32]. Grundet den unge debutalder for skizofreni kan denne psykiske sygdom have stor betydning for uddannelsesforløb og arbejdsliv[33]. Der er en kraftig overdødelighed blandt personer med skizofreni med en middellevetid, der er 15-20 år kortere end for den øvrige befolkning[32]. Den tidligere død skyldes i et vist omfang selvmord, men også hjertekar-sygdomme, diabetes og infektioner[34]. Grundet den unge debutalder er den sociale ulighed i skizofreni opgjort i forhold til dels eget, dels forældres højest fuldførte uddannelsesniveau.

Indikatoren skizofreni er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Centrale Psykiatriregister og Landspatientregistret. Populationen er afgrænset til 15 år eller derover, da skizofreni ofte debutere i ungdomsårene eller i det tidlige voksenliv. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

5.6.1 Skizofreni og egen uddannelse

TABEL 5.6.1

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**33,0**		**4.498.685**	**34,8**		**4.588.049**	**30,6**		**4.747.481**	
KVINDER	**26,6**		**2.287.414**	**28,3**		**2.330.322**	**28,0**		**2.402.587**	
Grundskole	48,8	6,64*	678.380	58,8	6,20*	636.257	61,1	8,51*	584.080	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	22,7	2,44*	859.197	19,8	1,64*	877.949	22,9	2,49*	917.171	
Videregående uddannelse	9,2	1	655.030	12,3	1	722.217	8,7	1	785.193	
Uoplyst	23,2	2,82*	94.807	23,4	1,74*	93.899	31,9	2,73*	116.143	
*SII***	*-67,2*			*-76,0*			*-79,6*			*0,62*
MÆND	**39,7**		**2.211.271**	**41,5**		**2.257.727**	**33,3**		**2.344.894**	
Grundskole	88,8	6,53*	602.235	96,9	7,90*	577.698	78,8	7,00*	554.560	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	22,6	1,65*	1.000.042	24,2	2,00*	1.019.398	22,8	2,14*	1.044.349	
Videregående uddannelse	12,9	1	526.055	11,6	1	568.951	9,8	1	612.895	
Uoplyst	59,1	4,04*	82.939	68,7	4,63*	91.680	34,6	2,48*	133.090	
*SII***	*-103,0*			*-111,9*			*-84,7*			*0,01*

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.6.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

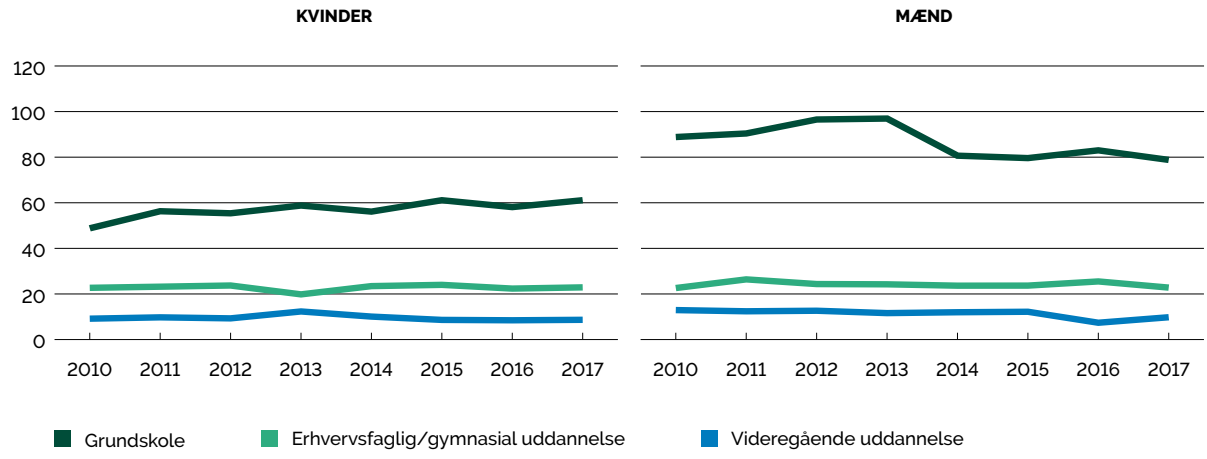
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 61 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 kvinder. Der er henholdsvis 23 og 9 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. I 2017 er der blandt mænd med grundskole 79 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 mænd. Blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 23 og 10 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 mænd.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antal nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer statistisk signifikant blandt både kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

De høje forekomster blandt personer med grundskole forklares delvist ved den tidlige debutalder for skizofreni, som kan influere på gennemførelsen af en uddannelse. Der kan altså for sygdomme med tidlig debutalder være tale om en omvendt årsags-sammenhæng, hvor sygdommen har betydning for, om en uddannelse bliver påbegyndt eller gennemført. For andre sygdomme kan det være mere naturligt, at sammenhængen med uddannelsesniveau for eksempel skyldes, at blandt andet sundhedsadfærd hænger sammen med uddannelsesniveau, og dermed influerer på udviklingen af sygdommen. Den sociale ulighed beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII) er henholdsvis 80 pr. 100.000 for kvinder og 85 pr. 100.000 for mænd i 2017. Blandt kvinder er der ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden. Blandt mænd er der en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017, således at den sociale ulighed er faldet.

FIGUR 5.6.1

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 5.6.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017, når man sammenholder med eget uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses der ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017. Blandt mænd ses der en statistisk signifikant reduktion i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

5.6.2 Skizofreni og forældrenes uddannelse

TABEL 5.6.2

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**33,0**		**4.498.685**	**34,8**		**4.588.049**	**30,6**		**4.747.481**	
KVINDER	**26,6**		**2.287.414**	**28,3**		**2.330.322**	**28,0**		**2.402.587**	
Grundskole	38,0	1,59*	310.683	37,6	1,43*	305.971	33,4	1,21	290.750	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	36,3	0,97	490.373	40,5	0,99	519.008	35,8	0,79*	547.060	
Videregående uddannelse	43,2	1	342.460	47,3	1	380.514	53,8	1	433.442	
Uoplyst	14,3	1,35*	1.143.898	13,7	1,04	1.124.829	12,9	0,88	1.131.335	
*SII***	*-23,2*			*-17,5*			*-4,0*			*0,19*
MÆND	**39,7**		**2.211.271**	**41,5**		**2.257.727**	**33,3**		**2.344.894**	
Grundskole	52,5	1,76*	337.445	57,6	1,87*	327.986	38,1	1,44*	307.319	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	55,1	1,17	512.158	58,9	1,14	540.040	49,2	1,08	566.898	
Videregående uddannelse	54,0	1	357.358	59,8	1	396.510	54,2	1	450.473	
Uoplyst	22,5	2,00*	1.004.310	19,3	1,51*	993.191	13,8	0,98	1.020.204	
*SII***	*-36,1*			*-46,9*			*-24,4*			*0,37*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

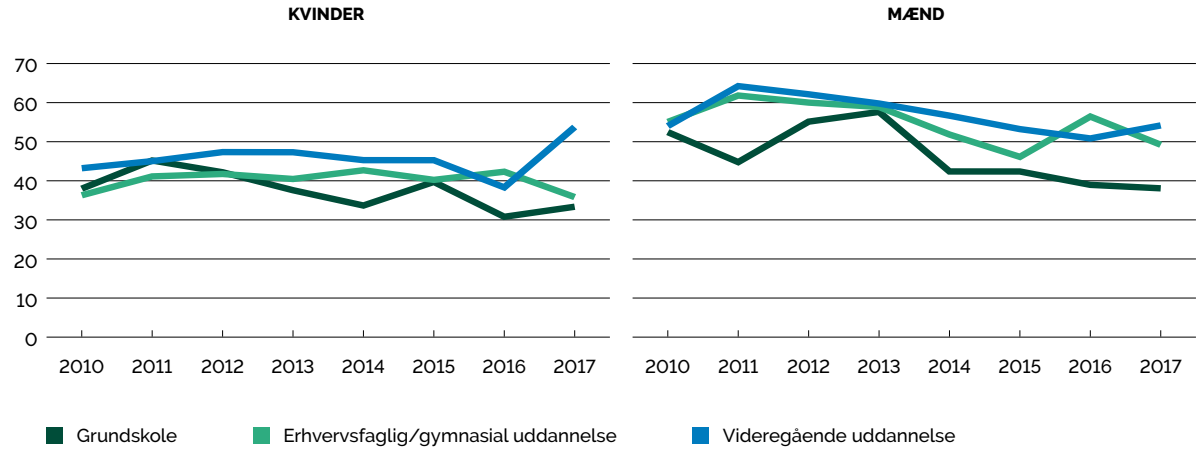
Tabel 5.6.2 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder af forældre med grundskole 33 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 kvinder. Blandt kvinder af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 36 og 54 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 kvinder. I 2017 er der blandt mænd af forældre med grundskole 38 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 mænd. Blandt mænd af forældre med erhvervsfaglig/ gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 49 og 54 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 mænd.

Justeret for alder er der blandt kvinder ikke en statistisk signifikant sammenhæng mellem forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og antal nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 kvinder. Justeret for alder er sammenhængen mellem forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og antal nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 mænd statistisk signifikant. Blandt mænd ses der ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 5.6.2

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni, fordelt på forældres højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 5.6.2 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses ikke social ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 kvinder, når man sammenholder med forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 mænd, når man sammenholder med forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau.

5.7 Selvmord

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antal tilfælde af selvmord pr. 100.000 personer for personer på 30 år eller derover.

Selvmord er i Danmark en hyppig dødsårsag i aldersgruppen 15-49 år og er årsag til omkring 13.000 tabte leveår årligt[35], heraf mange i den erhvervsaktive alder. Årligt tager omkring 600 personer deres liv[36]. Der er en betydelig kønsskævhed, idet mere end dobbelt så mange mænd som kvinder tager deres liv – modsat selvmordsforsøg, hvor især unge kvinder har mange selvmordsforsøg. Risikoen for selvmord er høj blandt personer med en række forskellige psykiske sygdomme; forebyggelse og tidlig behandling af psykisk sygdom er derfor centralt i arbejdet for at nedbringe forekomsten af selvmord, selvmordsforsøg og selvskade[35].

Indikatoren selvmord er i denne rapport defineret på basis af information om dødsårsager fra Dødsårsagsregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 5.7

Antal tilfælde af selvmord pr. 100.000 personer fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	Antal tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**14,3**		**3.413.585**	**16,1**		**3.453.823**	**13,4**		**3.498.910**	
KVINDER	**8,1**		**1.745.544**	**8,3**		**1.770.586**	**7,5**		**1.797.046**	
Grundskole	9,6	1,18	549.665	9,1	1,11	515.544	9,6	1,28	467.444	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7,7	1,02	664.310	8,7	1,18	676.288	7,4	1,12	686.315	
Videregående uddannelse	7,1	1	531.569	7,1	1	578.754	6,1	1	643.287	
Uoplyst										
*SII***	*-1,8*			*-1,5*			*-2,5*			*0,28*
MÆND	**20,8**		**1.668.041**	**24,3**		**1.683.237**	**19,7**		**1.701.864**	
Grundskole	31,2	2,04*	441.919	36,4	2,21*	422.891	28,5	1,85*	397.088	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	18,8	1,31	780.365	23,2	1,49*	788.789	19,4	1,38*	794.847	
Videregående uddannelse	13,9	1	445.757	15,3	1	471.557	13,3	1	509.929	
Uoplyst										
*SII***	*-20,6*			*-25,7*			*-16,7*			*0,18*

§ OR er justeret for alder.
* OR er ikke statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af tilfælde af selvmord pr. 100.000 personer er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.7 viser sammenhængen mellem antal tilfælde af selvmord pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

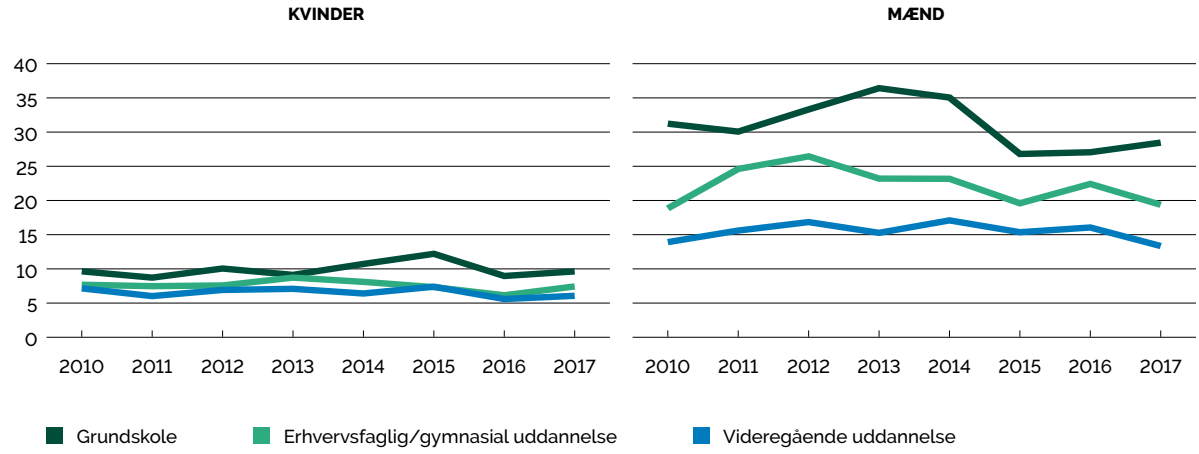
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 10 selvmord pr. 100.000 kvinder. Der er henholdsvis 7 og 6 selvmord pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. I 2017 er der blandt mænd med grundskole 29 tilfælde af selvmord pr. 100.000 mænd. Blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 19 og 13 tilfælde pr. 100.000 mænd.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antal selvmord pr. 100.000 personer ikke statistisk signifikant blandt kvinder. Blandt mænd er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antal tilfælde af selvmord pr. 100.000 personer statistisk signifikant for alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antal selvmord pr. 100.000 mænd er lavere med højere uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i selvmord blandt mænd, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 17 antal nye tilfælde pr. 100.000 mænd i 2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring af den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 5.7

Andelen mellem antal tilfælde af selvmord pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 5.7 viser sammenhængen mellem antal tilfælde af selvmord pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses ingen social ulighed i antal selvmord pr. 100.000 blandt kvinder, mens der blandt mænd ses en moderat til høj grad af social ulighed i antal selvmord pr. 100.000 mænd i perioden 2010-2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i mentalt helbred; herunder dårligt mentalt helbred, højt stressniveau og ofte uønsket alene. Derudover har vi beskrevet social ulighed i forhold til en række psykiske sygdomme; depression, bipolar lidelse, skizofreni og selvmord.

Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, der har dårligt mentalt helbred, der har et højt stressniveau og som føler sig ofte uønsket alene, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd og i alle tre år 2010, 2013 og 2017. Der er ikke sket nogen ændring i den sociale ulighed i denne periode.

I forhold til de psykiske sygdomme har vi beskrevet, at der blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er et højere antal nye tilfælde af depression, bipolar lidelse og skizofreni pr. 100.000 personer end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd i hele perioden 2010-2017. Der ses ingen sammenhæng mellem forældres højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af henholdsvis bipolar lidelse og skizofreni.

Fra 2010-2017 reduceres den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer blandt kvinder og blandt mænd. Ligeledes reduceres den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni fra 2010-2017 blandt mænd. Blandt kvinder ses ingen ændringer i den sociale ulighed i perioden.

Blandt mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau ses et højere antal selvmord pr. 100.000 personer end blandt mænd med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau fra 2010-2017. Den sociale ulighed ændres ikke i perioden 2010-2017. Denne sammenhæng ses ikke blandt kvinder.

Referencer

1. G. B. D. Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018;392(10159):1923-94.
2. Flachs E, Eriksen L, Koch M, Ryd J, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2015.
3. Damgaard M, Steffensen T, Bengtson S. Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse. København SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2013.
4. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 2004;61(1):28-33.
5. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. PLoS One. 2013;8(1):e55176.
6. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
7. Sundhedsstyrelsen. Mental sundhed København: Sundhedsstyrelsen; 2020 [Available from: https://www.sst.dk/da/viden/mental-sundhed.
8. Christensen A, Davidsen M, Koushede V, Juel K. Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv – en analyse af registerdata fra "Sundhedsprofilen 2010". København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen 2017. 1-88 p.
9. Hamer M, Stamatakis E, Steptoe A. Dose-response relationship between physical activity and mental health: the Scottish Health Survey. Br J Sports Med. 2009;43(14):1111-4.
10. Hoyt LT, Chase-Lansdale PL, McDade TW, Adam EK. Positive youth, healthy adults: does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? J Adolesc Health. 2012;50(1):66-73.
11. Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists. Smoking and mental health - A joint report by the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists. London: Royal College of Physicians; 2013.
12. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013;382(9904):1575-86.
13. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. Psychosom Med. 2008;70(7):741-56.
14. World Health Organization. Mental health, resilience and inequalities. København: World Health Organization; 2009.
15. UK Faculty of Public Health and The Mental Health Foundation. Better mental health for all: A public health approach to mental health improvement. London: Faculty of Public Health and Mental Health Foundation; 2016.

16. Huppert F. Interventions and policies to enhance wellbeing: The state of wellbeing science concepts, measures, interventions, and policies. Wellbeing: A complete reference guide. VI. West Sussex: Wiley Blackwell; 2014.

17. Nielsen N, Kristensen T. Stress i Danmark – hvad ved vi? København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU og Forskningscenter for Arbejdsmiljø for Sundhedsstyrelsen; 2007.

18. Rod N. Stress. In: Iversen L, Lund R, Christensen U, editors. Medicinsk sociologi. 2. udgave. København: Munksgaard; 2012.

19. Svendsen L. A Philosophy of Loneliness: Reaktion Books; 2017.

20. Cacioppo JT, Cacioppo S. The phenotype of loneliness. European Journal of Developmental Psychology. 2012;9(4):446-52.

21. Fokkema T, De Jong Gierveld J, Dykstra PA. Cross-national differences in older adult loneliness. The Journal of psychology. 2012;146(1-2):201-28.

22. Yang K, Victor C. Age and loneliness in 25 European nations. Ageing & Society. 2011;31(8):1368-88.

23. Meltzer H, Bebbington P, Dennis MS, Jenkins R, McManus S, Brugha TS. Feelings of loneliness among adults with mental disorder. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2013;48(1):5-13.

24. Strijk PJ, van Meijel B, Gamel CJ. Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: An exploratory study. Perspectives in psychiatric care. 2011;47(1):48-55.

25. Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, Alfano CM, Povoski SP, Lipari AM, et al. Pain, depression, and fatigue: loneliness as a longitudinal risk factor. Health Psychology. 2014;33(9):948.

26. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. Annals of behavioral medicine. 2010;40(2):218-27.

27. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. BMC psychiatry. 2017;17(1):97.

28. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. Clin Psychol Rev. 2006;26(6):695-718.

29. Brinck-Claussen UO, Curth NK, Davidsen AS, Mikkelsen JH, Lau ME, Lundsteen M, et al. Collaborative care for depression in general practice: study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2017;18(1):344.

30. Depressionsforening. Hvad er depression? 2020 [Available from: https://depressionsforeningen.dk/hvad-er-depression/.

31. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP, et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). Biol Psychiatry. 2004;55(9):875-81.

32. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. Annu Rev Clin Psychol. 2014;10:425-48.

33. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen. Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2014.

34. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(10):1058-64.

35. Strøbæk L, Flachs E, Ryd J, Davidsen M, Eriksen L, Jensen H, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Ulykker, selvskade og selvmord. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2016.

36. Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregisteret 2018. Tal og analyse: Sundhedsdatastyrelsen; 2019.

6 Somatiske sygdomme og ulykker

I dette kapitel beskrives indikatorer for somatiske sygdomme hos voksne samt tandsundhed, trafikulykker og faldulykker.

Flere og flere danskere lever i dag med kroniske og langvarige sygdomme. Det skyldes, at vi bliver flere ældre, og at vi lever længere med kroniske og langvarige sygdomme, blandt andet fordi behandlingsmulighederne er blevet bedre. Kroniske og langvarige sygdomme har stor betydning for den enkelte person og er blandt andet forbundet med nedsat funktionsevne, dårlig livskvalitet, og tidlig død. De udgør derfor en stor del af sygdomsbyrden i den danske befolkning. De kroniske og langvarige sygdomme har en stor samfundsøkonomisk betydning i form af funktionsnedsættelse, tabt arbejdskraft og omkostninger til behandling og rehabilitering. Forskelle i forekomst og konsekvens af somatiske sygdomme afhænger blandt andet af den enkelte persons uddannelsesniveau og er derfor et vigtigt fokusområde i forhold til social ulighed i sundhed.

De somatiske sygdomme er valgt ud fra en vurdering af deres sygdomsbyrde[1, 2]. Der menes hermed både, at sygdommene er udvalgt, fordi de er hyppigt forekommende, og at sygdommene har store konsekvenser i form af nedsat funktionsevne, førtidspension og tabte gode leveår. Sygdommene inkluderet i denne rapport er diabetes (type 1 og 2), hjertekarsygdomme (iskæmisk hjertesygdom og cerebrovaskulær sygdom), kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), kræft (bryst, lunge, tyk- og endetarm), muskelskelet-lidelser, selvrapporterede smerter og ubehag i ryg, nakke og led samt demens. For nogle udvalgte sygdomme (hjertekarsygdomme, KOL og kræft) er der yderligere analyser af konsekvenserne af somatisk sygdom i form af dødelighed og mistet beskæftigelse, fordi disse sygdomme typisk har store og øjeblikkelige konsekvenser for helbred og funktionsevne.

Forekomst af trafik- og faldulykker står for ca 4 % af sygdomsbyrden. Over 75 % af alle skader sker i hjemmet og/eller i fritiden. Her er det fald blandt ældre, som dominerer de alvorligere skader. Der er tidligere fundet en tydelig association mellem lav indkomst og risiko for fraktur i håndled, overarm og hofter, og den ulighed har ikke forandret sig 1995-2011[3].

Forekomsten af de somatiske sygdomme beregnes som nye (incidente) tilfælde af de enkelte sygdomme i perioderne 2010-2013 og 2014-2017. Forekomsten præsenteres som antal nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personer. Forekomsten er bestemt for to perioder, og ikke for hvert enkelt år, for at reducere usikkerheden grundet et begrænset antal nye sygdomstilfælde. Hermed bliver der heller ikke lavet et trend test, da der kun indgår to perioder.

Dødelighed blandt personer med sygdom er opgjort i en 5-årig periode efter diagnosen. Mistet beskæftigelse er opgjort for en 4-årig periode efter diagnose blandt personer med sygdom, som var i beskæftigelse året inden diagnosen.

6.1 Diabetes

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer for personer på 30 år eller derover.

Diabetes er en kronisk sygdom, der er karakteriseret ved forhøjet blodsukkerniveau i kroppen på grund af defekter i insulinsekretionen og/eller insulinens virkning[4]. Diabetes er forbundet med en række langtidskomplikationer og alvorlige følgesygdomme[4]. Der er omkring 270.000 personer med diabetes i Danmark. Diabetes inddeles overordnet set i type 1-diabetes og type 2-diabetes, hvoraf type 2-diabetes udgør ca. 90 % af den samlede gruppe[5]. Risikofaktorerne for type 1-diabetes er uklare[6, 7]. For type 2-diabetes findes en lang række kendte risikofaktorer, såsom usund kost, fysisk inaktivitet og svær overvægt, samt blandt andet tobaksforbrug som risikofaktor for udviklingen og progression af langtidskomplikationer, herunder åreforkalkning og hjertekarsygdom[6, 8].

I de følgende opgørelser bliver der ikke skelnet mellem type 1-diabetes og type 2-diabetes, og de to diabetesformer præsenteres derfor samlet.

Indikatoren diabetes er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret og Lægemiddelstatistikregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

TABEL 6.1

Antal nye tilfælde pr. 100.000, der får diabetes (uanset type), fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**573,8**		**3.544.985**	**462,2**		**3.522.529**	**478,2**		**3.555.507**	
KVINDER	**486,8**		**1.817.075**	**392,4**		**1.808.677**	**402,8**		**1.823.560**	
Grundskole	758,8	2,36*	549.665	627,8	2,37*	503.182	620,1	2,36*	446.400	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	443,9	1,63*	664.310	361,2	1,57*	666.759	418,2	1,68*	667.653	
Videregående uddannelse	251,9	1	531.569	209,8	1	573.950	230,1	1	633.131	
Uoplyst	539,6	2,15*	71.531	504,7	2,50*	64.786	430,8	2,18*	76.376	
*SII***	*-520,8*			*-436,0*			*-465,6*			*0,06*
MÆND	**665,4**		**1.727.910**	**535,9**		**1.713.852**	**557,6**		**1.731.947**	
Grundskole	918,9	1,84*	441.919	756,6	1,89*	411.056	805,5	2,02*	375.896	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	659,4	1,47*	780.365	525,9	1,43*	773.107	568,2	1,48*	765.577	
Videregående uddannelse	421,1	1	445.757	343,6	1	465.637	358,0	1	498.360	
Uoplyst	689,8	1,73*	59.869	637,0	2,13*	64.052	538,5	1,99*	92.114	
*SII***	*-508,0*			*-442,1*			*-516,0*			*0,70*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.1 viser sammenhængen mellem antallet, der får diabetes, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

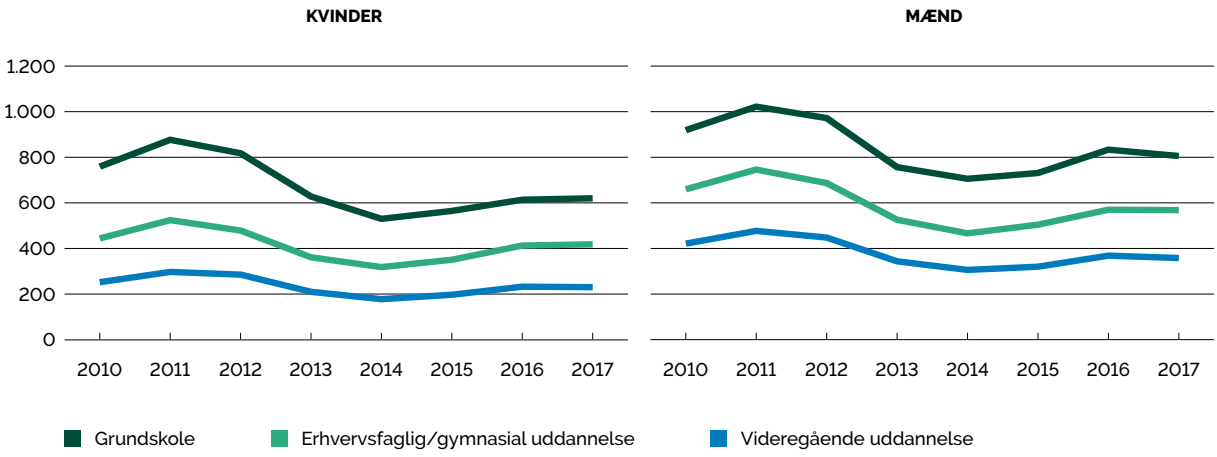
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 620 nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 kvinder. Det gælder henholdsvis 418 og 230 nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i 2017 806 nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 mænd. For mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 568 og 358 nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 mænd i 2017.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer statistisk signifikant for både kvinder og mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 466 pr. 100.000 personer blandt kvinder og 516 pr. 100.000 personer blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 6.1

Sammenhængen mellem andelen, der får diabetes og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 6.1 viser sammenhængen mellem andelen, der får diabetes og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

6.2 Iskæmisk hjertesygdom

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personer for personer på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse efter diagnose af iskæmisk hjertesygdom.

Iskæmisk hjertesygdom er en samlet betegnelse for sygdomme, der skyldes forsnævringer (åreforkalkning) af kranspulsårerne, der forsyner hjertet med blod. Åreforkalkning kan blandt andet medføre hjertekramper (angina pectoris) og blodprop i hjertet. Iskæmisk hjertesygdom er den hyppigst forekommende hjertekarsygdom i Danmark og udgør en væsentlig del af sygdomsbyrden. Mere end 160.000 danskere lever med iskæmisk hjertesygdom[2]. Hvert år dør over 4.500 personer af iskæmisk hjertesygdom, svarende til 8,9 % af alle dødsfald[2]. Iskæmisk hjertesygdom er forbundet med højere risiko for tidlig død[9], et øget forbrug af sundhedsydelser og lav beskæftigelse[2].

Indikatoren iskæmisk hjertesygdom er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.2.1 Incidens

TABEL 6.2.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR) og IRR (incidensrate ratio) af iskæmisk hjertesygdom fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

	2010-2013			2014-2017		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR§	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR§
ALLE	**79.299**	**625,6**		**65.494**	**510,2**	
KVINDER	**34.896**	**527,3**		**26.305**	**392,4**	
Grundskole	15.784	833,7	1,57*	11.174	654,9	1,60*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.835	435,0	1,25*	9.009	357,2	1,28*
Videregående uddannelse	5.999	294,7	1	5.114	225,9	1
Uoplyst	2.278	1149,0	1,63*	1.008	475,3	1,62*
*SII***		*-310,0*			*-258,0*	
MÆND	**44.403**	**732,9**		**39.189**	**639,1**	
Grundskole	14.639	995,7	1,45*	11.986	873,3	1,47*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	19.542	703,3	1,26*	17.787	638,9	1,27*
Videregående uddannelse	8.503	520,4	1	8.083	462,2	1
Uoplyst	1.719	977,3	1,39*	1.333	587,9	1,47*
*SII***		*-371,0*			*-345,0*	

§ IRR er justeret for alder.
* IRR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.2.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

Blandt kvinder med grundskole er der i perioden 2014-2017 655 nye tilfælde pr. 100.000 kvinder, mens der er henholdsvis 357 og 226 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i perioden 2014-2017 873 nye tilfælde pr. 100.000 mænd, mens der er henholdsvis 639 og 462 nye tilfælde pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og en videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personer statistisk signifikant for både kvinder og mænd i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 258 pr. 100.000 personer blandt kvinder og 345 pr. 100.000 personer blandt mænd i 2017.

6.2.2 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.2.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse (andel i % og OR) fordelt efter højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover med iskæmisk hjertesygdom 2010-2013.

	2010-2013				
		Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
	Antal nye tilfælde	%	OR§	%	OR§
ALLE	**79.299**	**24,2**		**11,4**	
KVINDER	**34.896**	**26,3**		**13,0**	
Grundskole	15.784	31,7	1,77*	20,4	3,02*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.835	17,4	1,24*	12,7	1,68*
Videregående uddannelse	5.999	12,5	1	7,9	1
Uoplyst	2.278	67,1	2,73*	29,7	4,92*
*SII***		*-11,1*		*-16,5*	
MÆND	**44.403**	**22,6**		**10,5**	
Grundskole	14.639	28,3	1,64*	15,4	2,62*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	19.542	19,1	1,33*	9,1	1,44*
Videregående uddannelse	8.503	16,1	1	6,5	1
Uoplyst	1.719	47,0	1,84*	25,0	4,81*
*SII***		*-8,8*		*-11,9*	

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.2.2 viser antallet af nye sygdomstilfælde af iskæmisk hjertesygdom (i 2010-2013) og sammenhængen mellem henholdsvis 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Blandt personer med iskæmisk hjertesygdom dør 24 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 32 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 17 % og 13 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 28 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 19 % og 16 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der dør inden for 5 år, statistisk signifikant både for kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der dør inden for 5 år, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 11 procentenheder blandt kvinder og 9 procentenheder blandt mænd.

Blandt personer med en iskæmisk hjertesygdom mister 11 % beskæftigelse i årene efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 20 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 13 % og 8 % blandt kvinder med

erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 15 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 9 % og 7 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der mister beskæftigelse, statistisk signifikant både for kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 17 procentenheder blandt kvinder og 12 procentenheder blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med en iskæmisk hjertesygdom ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelene er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

6.3 Cerebrovaskulær sygdom

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom (sygdomme i hjernens kar) pr. 100.000 personer for personer på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem uddannelsesniveau og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse efter diagnose af cerebrovaskulær sygdom.

Cerebrovaskulær sygdom refererer til en gruppe af sygdomme, der rammer blodforsyningen til hjernen. Den hyppigste cerebrovaskulære sygdom er apopleksi, også kaldet slagtilfælde, som dækker over både blodpropper og blødninger i hjernen. Apopleksi rammer årligt 15.000 danskere. Hvert år dør over 3.500 personer af apopleksi, svarende til 6,8 % af alle dødsfald[2], og er dermed en af de hyppigste dødsårsager i Danmark. Cerebrovaskulær sygdom er årsag til tab af arbejds- og funktionsevne, højt forbrug af sundhedsydelser og tidlig død[2].

Indikatoren cerebrovaskulær sygdom er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.3.1 Incidens

TABEL 6.3.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR) og IRR (incidensrate ratio) af cerebrovaskulær sygdom fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

	2010-2013			2014-2017		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR§	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR§
ALLE	**75.873**	**585,8**		**74.254**	**566,6**	
KVINDER	**37.041**	**555,0**		**35.455**	**525,1**	
Grundskole	17.356	899,6	1,42*	15.696	904,6	1,36*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.850	433,2	1,20*	11.597	457,3	1,18*
Videregående uddannelse	5.951	291,8	1	6.745	297,5	1
Uoplyst	2.884	1435,0	1,34*	1.417	661,3	1,26*
*SII***		*-245,0*			*-223,0*	
MÆND	**38.832**	**618,5**		**38.799**	**610,7**	
Grundskole	13.496	871,2	1,37*	12.324	852,3	1,32*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	16.434	571,4	1,21*	17.227	597,1	1,19*
Videregående uddannelse	7.188	430,3	1	8.068	451,2	1
Uoplyst	1.714	936,6	1,28*	1.180	505,2	1,18*
*SII***		*262,0*			*240,0*	

§ IRR er justeret for alder.
* IRR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.3.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover, i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

Blandt kvinder med grundskole er der i perioden 2014- 2017 905 nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 kvinder, mens der er henholdsvis 457 og 298 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i perioden 2014-2017 852 nye tilfælde pr. 100.000 mænd, mens der er henholdsvis 597 og 451 nye tilfælde pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og en videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personer statistisk signifikant for både kvinder og mænd i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 223 pr. 100.000 personer blandt kvinder og 240 pr. 100.000 personer blandt mænd i perioden 2014-2017.

6.3.2 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.3.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse (andel i % og OR) fordelt efter højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover med cerebrovaskulær sygdom, 2010-2013.

	2010-2013				
		Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
	Antal nye tilfælde	%	OR§	%	OR§
ALLE	**75.873**	**35,4**		**21,2**	
KVINDER	**37.041**	**36,9**		**22,5**	
Grundskole	17.356	41,7	1,60*	33,7	2,76*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.850	27,4	1,24*	22,6	1,60*
Videregående uddannelse	5.951	21,4	1	15,4	1
Uoplyst	2.884	76,0	2,44*	34,9	2,90*
*SII***		*-11,9*		*-23,2*	
MÆND	**38.832**	**34,0**		**20,1**	
Grundskole	13.496	39,5	1,61*	29,8	3,77*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	16.434	30,0	1,32*	19,9	2,22*
Videregående uddannelse	7.188	26,1	1	10,0	1
Uoplyst	1.714	62,0	1,95*	30,5	3,88*
*SII***		*-11,4*		*-26,0*	

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.3.2 viser antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom (i 2010-2013) og sammenhængen mellem henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Blandt personer med cerebrovaskulær sygdom dør 35 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 42 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 27 % og 21 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder med videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 40 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 30 % og 26 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der dør inden for 5 år, statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der dør inden for 5 år, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 12 procentenheder blandt kvinder og 11 procentenheder blandt mænd.

Blandt personer med en cerebrovaskulær sygdom mister 21 % beskæftigelse i årene efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 34 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 23 % og 15 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 30 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 20 % og 10 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der mister beskæftigelse, statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 23 procentenheder blandt kvinder og 26 procentenheder blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med cerebrovaskulær sygdom ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelene er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

6.4 Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personer for personer på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem uddannelsesniveau og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse efter diagnose af KOL.

KOL (Kronisk obstruktiv lungesygdom) er en kronisk og potentielt livstruende sygdom, hvor luftvejene forsnævres, slimproduktionen i lungerne øges på grund af en kronisk inflammationstilstand og lungevævet nedbrydes[10, 11]. Dette medfører gradvis tab af lungefunktion og kommer til udtryk ved åndenød, hoste, slim og hyppige lungeinfektioner[11]. KOL udvikler sig typisk over lang tid og kan forekomme i forskellige sværhedsgrader[12]. KOL opstår i et kompleks samspil mellem risikofaktorer, miljømæssige påvirkninger og genetik. Dog er tobaksrygning ansvarlig for mindst 85 % af tilfældene[11].

KOL er hyppigt forekommende i Danmark med en prævalens, der er blandt de højeste i den vestlige verden[13]. Omkring 400.000 danskere anslås at have KOL, men da sygdommen ofte diagnosticeres i et fremskredent stadie, er det kun ca. halvdelen, der har fået diagnosen[13, 14]. Hvert år dør over 3.000 personer af KOL, svarende til 6,4 % af alle dødsfald[2], og er dermed en af de hyppigste dødsårsager i Danmark[2, 15].

KOL har store samfundsøkonomiske og personlige omkostninger; blandt andet er KOL forbundet med flere kontakter til sundhedsvæsenet, et højere medicinforbrug og langvarige sygdomsforløb med nedsat funktionsevne og livskvalitet[10, 16].

Indikatoren KOL er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret og Lægemiddelstatistikregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.4.1 Incidens

TABEL 6.4.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR) og IRR (incidensrate ratio) af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

	2010-2013			2014-2017		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR§	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR§
ALLE	**72.515**	**551,1**		**71.923**	**540,1**	
KVINDER	**36.098**	**534,9**		**35.467**	**519,8**	
Grundskole	18.884	969,0	2,26*	17.576	1.003,0	2,27*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.556	417,5	1,55*	11.271	439,7	1,52*
Videregående uddannelse	4.601	223,7	1	5.286	230,9	1
Uoplyst	2.057	964,0	1,93*	1.334	610,3	1,92*
*SII***		*-541,0*			*-569,0*	
MÆND	**36.417**	**568,0**		**36.456**	**561,6**	
Grundskole	14.732	932,3	2,17*	13.986	948,4	2,20*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	14.993	510,2	1,59*	15.643	529,8	1,59*
Videregående uddannelse	4.998	293,1	1	5.525	302,0	1
Uoplyst	1.694	903,8	1,93*	1.302	552,8	1,94*
*SII***		*-568,0*			*-607,0*	

§ IRR er justeret for alder.
* IRR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.4.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af KOL og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

Blandt kvinder med grundskole er der i perioden 2014-2017 1.003 nye tilfælde pr. 100.000 kvinder, mens der er henholdsvis 440 og 231 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i perioden 2014-2017 948 nye tilfælde pr. 100.000 mænd, mens der er henholdsvis 530 og 302 nye tilfælde pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og en videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personer statistisk signifikant for både kvinder og mænd i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 569 pr. 100.000 personer blandt kvinder og 607 pr. 100.000 personer blandt mænd i perioden 2014-2017.

6.4.2 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.4.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse (andel i % og OR) fordelt efter højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover med KOL 2010-2013.

	2010-2013				
		Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
	Antal nye tilfælde	%	OR§	%	OR§
ALLE	**72.515**	**47,7**		**23,2**	
KVINDER	**36.098**	**44,7**		**22,7**	
Grundskole	18.884	48,7	1,39*	30,9	2,22*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.556	37,1	1,14*	21,4	1,37*
Videregående uddannelse	4.601	32,8	1	16,5	1
Uoplyst	2.057	73,9	1,82*	31,1	2,25*
*SII***		*-9,9*		*-18,9*	
MÆND	**36.417**	**50,6**		**23,8**	
Grundskole	14.732	53,5	1,28*	28,5	1,80*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	14.993	47,4	1,13*	22,9	1,35*
Videregående uddannelse	4.998	45,9	1	18,0	1
Uoplyst	1.694	66,8	1,44*	28,9	1,84*
*SII***		*-6,9*		*-13,6*	

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.4.2 viser antallet af nye tilfælde af KOL (i 2010-2013) og sammenhængen mellem henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Blandt personer med KOL dør 48 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 49 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 37 % og 33 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole som uddannelsesniveau er der 54 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 47 % og 46 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der dør inden for 5 år, statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der dør inden for 5 år, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 10 procentenheder blandt kvinder og 7 procentenheder blandt mænd.

Blandt personer med en KOL mister 23 % beskæftigelse i årene efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 31 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 21 % og 17 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial

uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 29 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 23 % og 18 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der mister beskæftigelse statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 19 procentenheder blandt kvinder og 14 procentenheder blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med KOL ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelene er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

6.5 Brystkræft

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye sygdomstilfælde af brystkræft per 100.000 personer for personer på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem uddannelsesniveau og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse efter diagnose af brystkræft.

Brystkræft er den hyppigst forekommende kræftsygdom blandt kvinder[17]. Brystkræft er meget sjælden blandt mænd[18], og resultaterne i denne rapport er derfor kun blandt kvinder.

Brystkræft udgør en væsentlig del af sygdomsbyrden i Danmark[2] både målt ved forøget dødelighed, tabte leveår, kontakter til primær- og sekundærsektoren, tilkendelse af førtidspension og sygedage[2]. Mere end 20.000 kvinder lever med brystkræft. Hvert år dør over 1.100 kvinder af brystkræft, svarende til 4,4 % af alle dødsfald blandt kvinder[2]. Siden 2009 er alle kvinder i alderen 50-69 år blevet tilbudt undersøgelse for brystkræft.

Indikatoren brystkræft er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Cancer-registret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.5.1 Incidens

TABEL 6.5.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR) og IRR (incidensrate ratio) af brystkræft fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for kvinder på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

	2010-2013			2014-2017		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR§	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR§
ALLE	**18.774**	**276,6**		**18.720**	**272,5**	
Grundskole	6.462	321,9	0,90*	5.618	309,4	0,85*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	6.779	268,3	0,97	7.020	273,6	0,94*
Videregående uddannelse	5.023	246,6	1	5.677	250,4	1
Uoplyst	510	235,5	0,67*	405	182,4	0,71*
*SII***		*45,8*			*68,0*	

§ IRR er justeret for alder.
* IRR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.5.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af brystkræft og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

Blandt kvinder med grundskole er der i perioden 2014-2017 309 nye tilfælde pr. 100.000 kvinder, mens der er henholdsvis 274 og 250 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 personer statistisk signifikant i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 personer er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det skal bemærkes at uligheden i dette tilfælde har den modsatte retning i forhold til størstedelen af indikatorerne i denne rapport; i dette tilfælde er kvinder med grundskole bedre stillet end gruppen med videregående uddannelse. Det er det, som man kan kalde omvendt social ulighed.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 kvinder, beregnet som forskellen mellem kvinder med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 68 pr. 100.000 kvinder i perioden 2014-2017.

6.5.2 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.5.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse (andel i % og OR) fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder på 30 år eller derover med brystkræft 2010-2013.

	2010-2013				
		Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
	Antal nye tilfælde	%	OR§	%	OR§
ALLE	**18.774**	**19,3**		**9,3**	
Grundskole	6.462	26,7	1,84*	18,2	3,48*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	6.779	16,1	1,42*	9,7	1,66*
Videregående uddannelse	5.023	10,8	1	6,1	1
Uoplyst	510	53,7	2,66*		
*SII***		*-10,5*		*-13,7*	

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.5.2 viser antallet af nye tilfælde af brystkræft (i 2010-2013) og sammenhængen mellem henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder på 30 år eller derover.

Blandt kvinder med brystkræft dør 19 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 27 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 16 % og 11 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der dør inden for 5 år, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen, der dør inden for 5 år, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem kvinder med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 11 procentenheder.

Blandt kvinder med brystkræft mister 9 % beskæftigelse i årene efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 18 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 10 % og 6 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der mister beskæftigelse, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 14 procentenheder.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af omvendt social ulighed i antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 kvinder, således at antallet af nye tilfælde er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau, dvs. omvendt social ulighed. Blandt kvinder med brystkræft ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelene er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

6.6 Lungekræft

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af lungekræft for personer på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse efter diagnose af lungekræft.

Lungekræft er en hyppig kræftsygdom blandt både kvinder og mænd. Sygdommen opdages ofte i et stadie, hvor den er spredt, og prognosen er derfor ofte dårlig[17], hvilket betyder, at sygdommen ofte er dødelig. Hvert år dør over 3.600 personer af lungekræft, svarende til 7 % af alle dødsfald[2]. Lungekræft er dermed en af de hyppigste dødsårsager generelt og den hyppigste kræft-dødsårsag i Danmark[19].

Langt hovedparten af alle tilfælde af lungekræft kan tilskrives tobaksrygning, men også andre stoffer i inde- og udemiljøet har betydning[17]. Lungekræft udgør en væsentlig del af sygdomsbyrden i Danmark[2], både målt ved forøget dødelighed, tabte leveår, kontakter til primær- og sekundærsektoren, tilkendelse af førtidspension og sygedage[2]. Det er tidligere vist, at kvinder og mænd med et lavt uddannelsesniveau har en højere risiko for lungekræft, og at overlevelsen efter diagnose er bedre hos kvinder og mænd med et højt uddannelsesniveau end blandt kvinder og mænd med et lavt uddannelsesniveau[20].

Indikatoren lungekræft er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Cancer-registret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.6.1 Incidens

TABEL 6.6.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR) og IRR (incidensrate ratio) af lungekræft fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

	2010-2013			2014-2017		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR§	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR§
ALLE	**19.361**	**142,2**		**19.888**	**143,8**	
KVINDER	**9.227**	**131,9**		**9.585**	**135,0**	
Grundskole	5.060	243,4	2,44*	4.794	253,7	2,40*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	2.802	107,8	1,64*	3.225	121,6	1,61*
Videregående uddannelse	1.120	53,6	1	1.369	58,7	1
Uoplyst	245	109,2	1,52*	197	86,8	1,54*
*SII***		*-150,0*			*-162,0*	
MÆND	**10.134**	**153,1**		**10.303**	**153,1**	
Grundskole	4.146	248,6	2,19*	4.032	257,0	2,33*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	4.361	144,3	1,72*	4.541	148,7	1,70*
Videregående uddannelse	1.299	75,0	1	1.443	77,4	1
Uoplyst	328	167,3	1,72*	287	118,0	1,84*
*SII***		*-148,0*			*-175,0*	

§ IRR er justeret for alder.
* IRR er statistisk signifikant.
** Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (incidensrate) og IRR (incidensrate ratio) af lungekræft fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

Tabel 6.6.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af lungekræft og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

Blandt kvinder med grundskole er der i perioden 2014-2017 254 nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 kvinder, mens der er henholdsvis 122 og 59 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i perioden 2014-2017 257 nye tilfælde pr. 100.000 mænd, mens der er henholdsvis 149 og 77 nye tilfælde pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og en videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personer statistisk signifikant for både kvinder og mænd i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 162 pr. 100.000 personer blandt kvinder og 175 pr. 100.000 personer blandt mænd i perioden 2014-2017.

6.6.2 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.6.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse (andel i % og OR) fordelt efter højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover med lungekræft i perioden 2010-2013.

	2010-2013				
		Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
	Antal nye tilfælde	%	OR§	%	OR§
ALLE	**19.361**	**83,0**		**39,5**	
KVINDER	**9.227**	**81,4**		**37,4**	
Grundskole	5.060	83,2	1,23*	51,7	2,92*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	2.802	79,3	1,10	36,0	1,55*
Videregående uddannelse	1.120	76,7	1	26,0	1
Uoplyst	245	88,9	1,57*		
*SII***		*-4,7*		*-33,0*	
MÆND	**10.134**	**84,5**		**42,2**	
Grundskole	4.146	86,8	1,44*	50,4	2,05*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	4.361	83,0	1,16	40,3	1,36
Videregående uddannelse	1.299	81,5	1	32,8	1
Uoplyst	328	86,5	1,23		
*SII***		*-6,5*		*-23,0*	

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.6.2 viser antallet af nye tilfælde af lungekræft (i 2010-2013) og sammenhængen mellem henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Blandt personer med lungekræft dør 83 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 83 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 79 % og 77 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 87 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 83 % og 82 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd med videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der dør inden for 5 år, statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der dør inden for 5 år, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 5 procentenheder blandt kvinder og 7 procentenheder blandt mænd.

Blandt personer med en lungekræft mister 40 % beskæftigelse i årene efter diagnosen.

Blandt kvinder med grundskole er der 52 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 36 % og 26 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 50 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 40 % og 33 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der mister beskæftigelse, statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 33 procentenheder blandt kvinder og 23 procentenheder blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med lungekræft ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelene er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

6.7 Tyk- og endetarmskræft

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft for personer på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og henholdsvis dødelighed mistet beskæftigelse efter diagnose af tyk- og endetarmskræft.

Tyk- og endetarmskræft er en hyppig kræftform for både kvinder og mænd[17] og udgør en væsentlig del af sygdomsbyrden i Danmark[2], både målt ved forøget dødelighed, tabte leveår, kontakter til primær- og sekundærsektoren, tilkendelse af førtidspension og sygedage[2]. Hvert år dør næsten 2.000 personer af tyk- og endetarmskræft, svarende til 3,7 % af alle dødsfald[2]. Siden 2014 har der været et nationalt screeningsprogram for personer i alderen 50-74 år, som har til formål at opdage tyk- og endetarmskræft i tidligere stadier for derved at nedbringe dødeligheden.

Indikatoren tyk- og endetarmskræft er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Cancerregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.7.1 Incidens

TABEL 6.7.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR) og IRR (incidensrate ratio) af tyk- og endetarmskræft fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

	2010-2013			2014-2017		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR§	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR§
ALLE	**28.105**	**207,8**		**32.991**	**240,4**	
KVINDER	**12.532**	**180,4**		**14.345**	**203,5**	
Grundskole	5.846	283,8	1,30*	6.197	331,8	1,31*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	3.999	154,6	1,23*	4.928	187,1	1,15*
Videregående uddannelse	2.068	99,34	1	2.855	122,9	1
Uoplyst	619	281,0	1,11*	365	162,3	1,01
*SII***		*-55,4*			*-75,8*	
MÆND	**15.573**	**236,9**		**18.646**	**279,4**	
Grundskole	5.270	318,6	1,23*	5.774	371,9	1,24*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	6.862	228,5	1,21*	8.520	281,4	1,19*
Videregående uddannelse	2.915	169,2	1	3.887	210,0	1
Uoplyst	526	270,9	1,09	465	192,2	1,07
*SII***		*-61,1*			*-83,4*	

§ IRR er justeret for alder.
* IRR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.7.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

Blandt kvinder med grundskole er der i perioden 2014-2017 332 nye sygdomstilfælde pr. 100.000 kvinder, mens der er henholdsvis 187 og 123 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i perioden 2014-2017 372 nye tilfælde pr. 100.000 mænd, mens der er henholdsvis 281 og 210 nye tilfælde pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og en videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personer statistisk signifikant for både kvinder og mænd i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 76 pr. 100.000 personer blandt kvinder og 83 pr. 100.000 personer blandt mænd i perioden 2014-2017.

6.7.2 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.7.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse (andel i % og OR) fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover med tyk- og endetarmskræft i perioden 2010-2013.

	2010-2013				
		Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
	Antal nye tilfælde	%	OR§	%	OR§
ALLE	**28.105**	**63,1**		**23,6**	
KVINDER	**12.532**	**60,9**		**20,2**	
Grundskole	5.846	64,7	1,25*	29,3	2,54*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	3.999	56,3	1,06	21,1	1,65*
Videregående uddannelse	2.068	53,5	1	13,9	1
Uoplyst	619	80,1	1,56*		
*SII***		*-8,5*		*-20,4*	
MÆND	**15.573**	**64,8**		**26,3**	
Grundskole	5.270	69,5	1,42*	36,7	3,03*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	6.862	62,4	1,13*	26,4	1,88*
Videregående uddannelse	2.915	59,8	1	16,0	1
Uoplyst	526	76,8	1,59*		
*SII***		*-11,0*		*-27,5*	

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.7.2 viser antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft (i 2010-2013) og sammenhængen mellem henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Blandt personer med tyk- og endetarmskræft dør 63 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 65 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 56 % og 54 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 70 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 62 % og 60 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd med videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der dør inden for 5 år, statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der dør inden for 5 år, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 9 procentenheder blandt kvinder og 11 procentenheder blandt mænd.

Blandt personer med en tyk- og endetarmskræft mister 24 % beskæftigelse i årene efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 29 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 21 % og 14 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 37 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 26 % og 16 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd med videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der mister beskæftigelse, statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 20 procentenheder blandt kvinder og 28 procentenheder blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med tyk- og endetarmskræft ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelene er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

6.8 Muskel-skelet-lidelser

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af indlæggelser for muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer, samt andelen af personer, der har muskel-skelet-smerter, for personer på 30 år eller derover.

Muskel-skelet-lidelser er en betegnelse for sygdomme og tilstande, der er relateret til knogler, led og muskler og ofte er karakteriseret ved smerte og nedsat fysisk funktion. Der findes mange sygdomme og sygdomstilstande inden for muskel-skelet-lidelser, hvoraf de hyppigst forekommende er slidgigt (artrose) og leddegigt, rygsygdomme som diskusprolaps samt knogleskørhed (osteoporose). Smerter kan optræde i nakke og ryg samt kroppens led, typisk skuldre, albuer, hånd- og fingerled samt hofte- og knæled. Globalt set er disse sygdomme blandt de sygdomme, der har den største folkesundhedsmæssige belastning[21]. I Danmark er muskel-skelet-lidelser blandt de mest hyppige[22]. En gennemsnitlig dansker mister syv gode leveår som følge af smerter samt funktionsbegrænsning i muskler og led[23]. Desuden er muskel- og skeletlidelser forbundet med store samfundsmæssige omkostninger[24].

Ingen symptomer er så hyppige i den danske befolkning som smerter i ryg, nakke og led. Ca. 30 % af befolkningen har betydelige besvær med dette. Smerter i ryg, nakke og led påvirker i høj grad livskvalitet og arbejdsevne. Muskel-skeletale symptomer og lidelser står for 12 % af sygdomsbyrden i Danmark.

Indikatoren muskel-skelet-lidelser er delt i to i denne rapport. Indikatoren muskel-skelet-diagnoser er i denne rapport beskrevet på basis af informationer fra Landspatientregistret. Indikatoren selvrapporteret muskel-skelet-smerter er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.8.1 Muskel-skelet-diagnoser

TABEL 6.8.1

Antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**3.188,2**		**2.238.999**	**3.352,6**		**2.100.796**	**2.771,6**		**1.963.840**	
KVINDER	**3.576,8**		**1.114.810**	**3.768,4**		**1.035.436**	**3.087,2**		**953.127**	
Grundskole	4.247,5	1,14*	298.973	4.550,3	1,16*	248.445	3.849,5	1,23*	191.610	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3.551,8	1,10*	412.637	3.873,6	1,13*	380.728	3.310,1	1,20*	337.487	
Videregående uddannelse	3.066,4	1	358.856	3.189,4	1	362.111	2.540,6	1	365.736	
Uoplyst	3.416,5	0,95	44.344	3.209,4	0,97	44.152	2.720,7	1,17*	58.294	
*SII***	*-622,1*			*-786,0*			*-918,3*			*< 0,01*
MÆND	**2.802,9**		**1.124.189**	**2.948,6**		**1.065.360**	**2.473,9**		**1.010.713**	
Grundskole	3.071,2	1,15*	268.784	3.284,0	1,18*	237.152	2.828,3	1,23*	199.872	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2.891,0	1,15*	498.512	3.085,4	1,18*	467.042	2.631,1	1,22*	424.495	
Videregående uddannelse	2.459,0	1	313.341	2.557,0	1	311.923	2.074,2	1	311.350	
Uoplyst	2.613,0	1,01	43.552	2.516,1	1,02	49.243	2.298,8	1,26*	74.996	
*SII***	*-531,6*			*-684,3*			*-745,0*			*0,26*

§ IRR er justeret for alder.
* IRR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.8.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

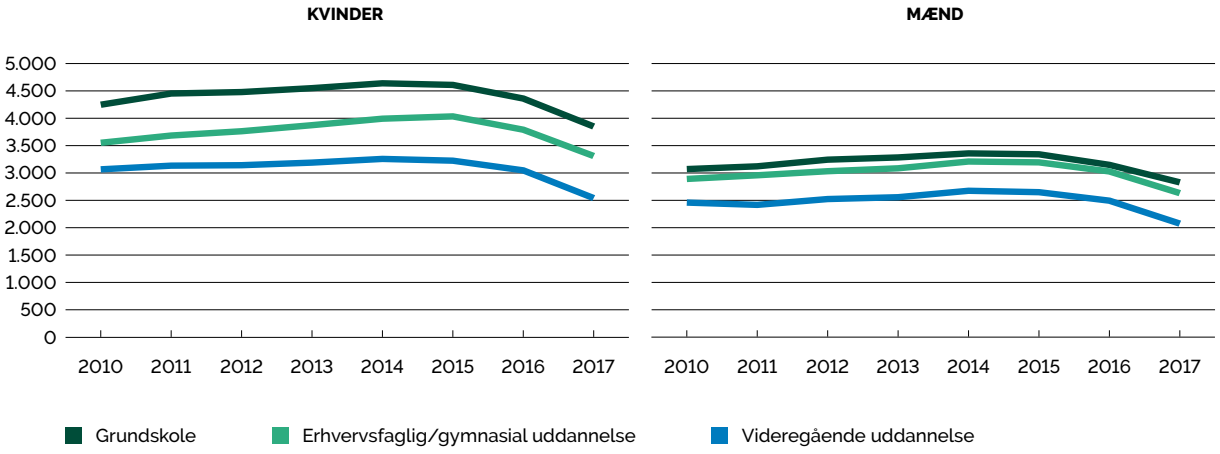
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 3.850 nye tilfælde pr. 100.000 kvinder, der får muskel-skelet-diagnoser. Det gælder 3.310 og 2.541 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i 2017 2.828 nye tilfælde pr. 100.000 mænd, der får muskel-skelet-diagnoser. For mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det henholdsvis for 2.631 og 2.074 nye tilfælde pr. 100.000 mænd i 2017.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer statistisk signifikant for både kvinder og mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 918 pr. 100.000 personer blandt kvinder og 745 pr. 100.000 personer blandt mænd i 2017. Blandt kvinder ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017. Blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 6.8.1

Antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 6.8.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017. Blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

6.8.2 Selvrapporterede muskel-skelet-smerter

TABEL 6.8.2

Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**28,0**		**146.284**	**28,5**		**133.260**	**31,0**		**147.763**	
KVINDER	**32,7**		**78.357**	**33,2**		**71.204**	**35,4**		**79.071**	
Grundskole	42,9	2,28*	20.927	44,5	2,29*	17.730	45,1	2,20*	17.320	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	32,3	1,55*	30.168	33,5	1,52*	27.337	36,8	1,60*	30.647	
Videregående uddannelse	23,2	1	25.684	24,5	1	24.848	26,5	1	29.384	
Uoplyst	46,2	2,22*	1.578	39,6	1,80*	1.289	36,8	1,61*	1.720	
*SII***	*-21,7*			*-21,6*			*-22,8*			*0,33*
MÆND	**23,2**		**67.927**	**23,6**		**62.056**	**26,5**		**68.692**	
Grundskole	30,6	2,24*	15.398	31,7	2,27*	13.277	34,4	2,28*	13.717	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	23,9	1,65*	31.861	24,7	1,64*	29.188	27,8	1,70*	31.913	
Videregående uddannelse	15,6	1	19.320	16,3	1	18.386	18,3	1	21.361	
Uoplyst	34,1	2,61*	1.348	29,3	2,13*	1.205	30,4	2,01*	1.701	
*SII***	*-16,5*			*-17,1*			*-20,1*			*0,18*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.8.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

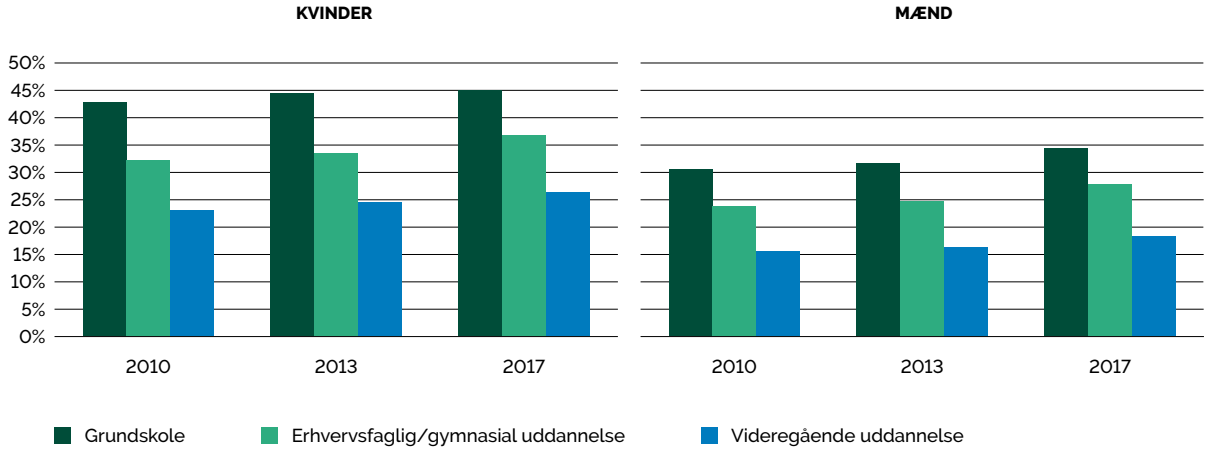
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 45 %, der har muskel-skelet-smerter. Det gælder 37 % og 27 % blandt kvinder med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Det samme mønster ses for mænd, hvor der i 2017 er 34 %, der har muskel-skelet-smerter, blandt mænd med grundskole. For mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det henholdsvis for 28 % og 18 % i 2017.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har muskel-skelet-smerter, statistisk signifikant, både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har muskel-skelet-smerter, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har muskel-skelet-smerter, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 23 procentenheder blandt kvinder og 20 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 6.8.2

Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 6.8.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har muskel-skelet-smerter, både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at andelen, der har muskel-skelet-smerter, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

6.9 Demens

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der er behandlet for demens, for personer på 65 år eller derover.

Det anslås, at der er omkring 82.000 personer på 65 år eller derover med demens i Danmark, og på grund af den demografiske udvikling er antallet stigende[25]. Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomstilstande, der karakteriseres ved vedvarende og progressiv svækkelse af de kognitive funktioner. De fleste personer med demens får hukommelsesbesvær, men andre kognitive færdigheder kan også blive påvirket; for eksempel sprog, koncentration, stedsans, overblik, situationsfornemmelse og praktiske færdigheder. Personer med demens vil typisk have en markant svækket evne til at indgå i sociale sammenhænge.

Alzheimer er den mest udbredte demenssygdom og udgør 60-70 % af demens-tilfældene i Danmark. Den næstehyppigste demenssygdom er vaskulær demens, det vil sige demens forårsaget af åreforkalkning og tidligere blodpropper i hjernen eller hjerneblødning. Derudover findes en række andre degenererende og irreversible demenssygdomme i hjernen. Hvert år dør over 3.000 personer af demens, svarende til 5,9 % af alle dødsfald[2]. Demens er dermed en af de hyppigste dødsårsager i Danmark, og de årlige direkte omkostninger forbundet med demens anslås til 10 milliarder kroner[26].

Den væsentligste risikofaktor for at udvikle demens er høj alder, men rygning, forhøjet blodtryk og type 2-diabetes er også kendte risikofaktorer. Der er flere kvinder end mænd, som får en demenssygdom[27]. Dette kan skyldes, at kvinder har en højere middellevetid[25].

Indikatoren demens er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Lands-patientregistret og Lægemiddelstatistikregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

TABEL 6.9

Antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**897,4**		**876.277**	**912,8**		**969.667**	**697,0**		**1.059.253**	
KVINDER	**962,6**		**486.196**	**944,6**		**529.314**	**694,5**		**572.089**	
Grundskole	963,7	1,16*	248.415	1.067,9	1,10*	252.077	930,9	1,32*	240.088	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	709,8	1,16*	132.998	751,2	1,10	165.335	518,8	1,11	199.309	
Videregående uddannelse	578,9	1	66.164	646,2	1	87.591	421,8	1	118.072	
Uoplyst	2.483,2	1,19*	38.619	2.056,7	1,08	24.311	1.409,0	1,38*	14.620	
*SII***	*-94,9*			*-71,0*			*-252,4*			*0,09*
MÆND	**816,2**		**390.081**	**874,5**		**440.353**	**700,0**		**487.164**	
Grundskole	834,2	1,05	144.202	963,1	1,06	148.163	935,3	1,30*	143.806	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	716,3	1,10	152.719	832,2	1,15*	184.082	624,5	1,13*	216.344	
Videregående uddannelse	645,1	1	73.473	702,1	1	93.863	537,4	1	116.115	
Uoplyst	2.097,8	1,23*	19.687	1.635,7	1,15	14.245	825,8	0,98	10.899	
*SII***	*-14,7*			*-13,2*			*-249,6*			*0,02*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.9 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 931 nye tilfælde pr. 100.000 kvinder, der får demens. Det gælder 519 og 422 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i 2017 935 nye tilfælde pr. 100.000 mænd, der får demens. For mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det henholdsvis for 625 og 537 nye tilfælde pr. 100.000 mænd i 2017.

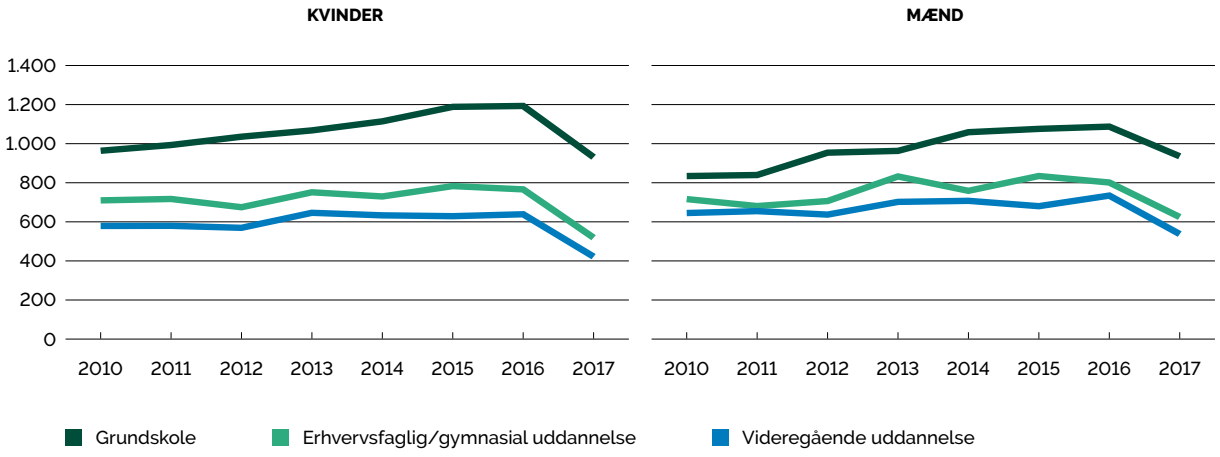
Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der får demens, statistisk signifikant blandt kvinder i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der får demens, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Justeret for alder er der blandt mænd en statistisk signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der får demens, i 2017, mens der i 2010 og 2013 ikke ses en statistisk signifikant sammenhæng. I 2017 ses der blandt mænd en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 252 pr. 100.000 blandt kvinder og 250 pr. 100.000 blandt mænd i 2017.

Blandt kvinder ses der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017, mens der blandt mænd ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed.

FIGUR 6.9

Antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 6.9 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer blandt kvinder i perioden 2010-2017, således at antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt mænd ses der kun social ulighed i antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer i dele af perioden. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed blandt mænd i perioden.

6.10 Multisygdom

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har henholdsvis to eller flere og fire eller flere kroniske sygdomme for personer på 30 år og derover.

Multisygdom kan være en udfordring for både den enkelte person og for sundhedsvæsenet[28, 29]. Undersøgelser viser, at multisygdom blandt andet er forbundet med større risiko for tidlig død[30, 31], et øget forbrug af sundhedsydelser[32], dårlig livskvalitet og nedsat fysisk funktionsevne[33], og som følge heraf lav beskæftigelse[34]. Derved er multisygdom også forbundet med store økonomiske konsekvenser for samfundet[29].

Multisygdom kan beskrives ved brug af forskellige mål, herunder antal sygdomme (typisk to eller flere)[31, 32, 35, 36], kombinationer af specifikke sygdomme[37] og klynger af sygdomme[33, 38, 39]. Opgørelsen af, hvor mange der har multisygdom, påvirkes af, hvilke og hvor mange sygdomme, der tages med i opgørelsen, og om man kun medregner personer, der aktuelt er syge, eller om man også medregner personer med eftervirkninger af sygdom, samt om tilstande som forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol medtages. Desuden har det væsentlig betydning, om man benytter selvrapporterede data eller registerdata til at belyse sygdomsforekomsten.

Indikatorerne to eller flere sygdomme og fire eller flere sygdomme er i denne rapport defineret på basis af information fra Landspatientregistret, Det Centrale Psykiatriregister og Lægemiddelstatistikregistret. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 3.

6.10.1 To eller flere sygdomme

TABEL 6.10.1

Andel, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**25,1**		**3.544.985**	**27,2**		**3.584.959**	**30,1**		**3.672.411**	
KVINDER	**28,3**		**1.817.075**	**30,5**		**1.836.442**	**33,6**		**1.875.655**	
Grundskole	39,8	1,62*	549.665	44,0	1,67*	515.544	49,0	1,72*	467.444	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	24,8	1,23*	664.310	28,2	1,25*	676.288	33,1	1,27*	686.315	
Videregående uddannelse	18,8	1	531.569	20,9	1	578.754	24,2	1	643.287	
Uoplyst	43,1	1,21*	71.531	32,8	1,07*	65.856	22,2	0,88*	78.609	
*SII***	*-12,0*			*-13,5*			*-15,0*			*< 0,01*
MÆND	**21,8**		**1.727.910**	**23,7**		**1.748.517**	**26,4**		**1.796.756**	
Grundskole	29,4	1,63*	441.919	32,3	1,69*	422.891	36,1	1,71*	397.088	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	20,6	1,31*	780.365	23,1	1,32*	788.789	26,9	1,32*	794.847	
Videregående uddannelse	15,7	1	445.757	17,3	1	471.557	20,2	1	509.929	
Uoplyst	27,0	1,24*	59.869	20,4	1,15*	65.280	15,0	0,99	94.892	
*SII***	*-9,6*			*-11,0*			*-12,0*			*< 0,01*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen af personer, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.10.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

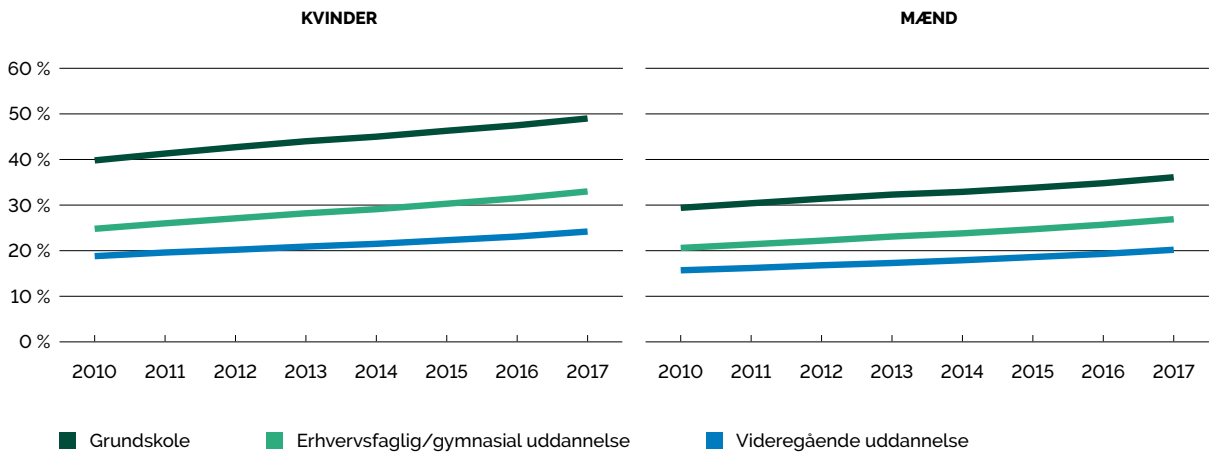
Blandt kvinder med grundskole er der i 2017 49 %, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder for 33 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og 24 % blandt kvinder med videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i 2017 36 %, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder for 27 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og 20 % blandt mænd med videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, statistisk signifikant. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd og for alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 15 procentenheder blandt kvinder og 12 procentenheder blandt mænd i 2017. Der er en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017 både blandt kvinder og blandt mænd.

FIGUR 6.10.1

Andel, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 6.10.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017 både blandt kvinder og blandt mænd.

6.10.2 Fire eller flere sygdomme

TABEL 6.10.2

Andel, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010-2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**7,6**		**3.544.985**	**8,6**		**3.584.959**	**10,1**		**3.672.411**	
KVINDER	**9,1**		**1.817.075**	**10,2**		**1.836.442**	**11,7**		**1.875.655**	
Grundskole	14,9	1,83*	549.665	17,6	1,89*	515.544	21,0	1,95*	467.444	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7,0	1,33*	664.310	8,6	1,34*	676.288	10,8	1,36*	686.315	
Videregående uddannelse	4,5	1	531.569	5,3	1	578.754	6,5	1	643.287	
Uoplyst	18,4	1,45*	71.531	13,4	1,34*	65.856	7,9	1,17*	78.609	
*SII***	*-5,8*			*-7,2*			*-8,8*			*< 0,01*
MÆND	**6,0**		**1.727.910**	**6,9**		**1.748.517**	**8,3**		**1.796.756**	
Grundskole	9,2	1,74*	441.919	10,8	1,78*	422.891	13,0	1,82*	397.088	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5,4	1,38*	780.365	6,5	1,38*	788.789	8,3	1,39*	794.847	
Videregående uddannelse	3,6	1	445.757	4,3	1	471.557	5,4	1	509.929	
Uoplyst	9,3	1,41*	59.869	6,8	1,37*	65.280	4,7	1,29*	94.892	
*SII***	*-3,7*			*-4,5*			*-5,7*			*< 0,01*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen af personer, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.10.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

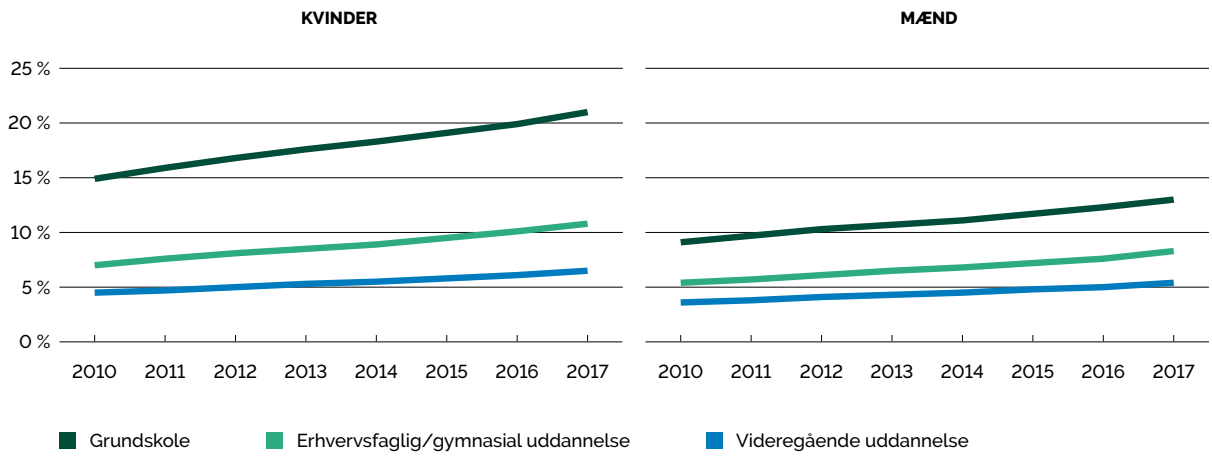
Blandt kvinder med grundskole er der i 2017 21 %, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder for 11 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og 7 % blandt kvinder med videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i 2017 13 %, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder for 8 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og 5 % blandt mænd med videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, statistisk signifikant. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd og for alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 9 procentenheder blandt kvinder og 6 procentenheder blandt mænd i 2017. Der er en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017 både blandt kvinder og blandt mænd.

FIGUR 6.10.2

Andel, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 6.10.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017 både blandt kvinder og blandt mænd.

6.11 Tandsundhed hos voksne

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har 20 eller flere naturlige tænder, for personer på 30 år eller derover.

Tand- og mundsundhed betragtes i dag som en integreret del af det generelle helbred og udgør et vigtigt aspekt af menneskets livskvalitet og funktionsevne[40, 41]. Sygdomme i tænder og mund og de eventuelt medfølgende smerter eller ubehag kan have en negativ sammenhæng med vigtige livsfunktioner, såsom fødeindtagelse[42], mentalt helbred[13] og sociale relationer[41]. Gener på grund af sygdomme i tænder og mund kan desuden give anledning til, at den almindelige livsførelse begrænses i en sådan grad, at det for eksempel kan være svært at passe arbejde eller skole[41]. Befolkningens tandsundhed har også betydning for omfanget af det offentliges sygesikringsudgifter til tandpleje og behandling, og god tand- og mundsundhed er derfor både i den enkeltes og samfundets interesse[44].

Indikatoren tandsundhed hos voksne er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 6.11

Andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**79,3**		**12.525**	**81,4**		**11.549**	**82,0**		**10.788**	
KVINDER	**78,5**		**6.707**	**80,8**		**6.308**	**82,0**		**5.814**	
Grundskole	57,4	0,22*	1.750	59,5	0,24*	1.500	62,0	0,22*	1.221	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	83,9	0,52*	2.590	84,8	0,57*	2.417	85,6	0,58*	2.205	
Videregående uddannelse	92,8	1	2.229	93,0	1	2.272	93,9	1	2.279	
Uoplyst	49,6	0,21*	138	64,7	0,15*	119	74,3	0,15*	109	
*SII***	*26,4*			*23,7*			*24,7*			*0,62*
MÆND	**80,2**		**5.818**	**82,0**		**5.241**	**82,1**		**4.974**	
Grundskole	63,4	0,21*	1.273	62,4	0,20*	1.039	65,9	0,16*	946	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	81,8	0,45*	2.672	84,0	0,50*	2.506	83,5	0,34*	2.265	
Videregående uddannelse	91,8	1	1.751	92,3	1	1.612	94,3	1	1.642	
Uoplyst	64,4	0,30*	122	65,1	0,13*	84	68,0	0,10*	121	
*SII***	*25,6*			*24,6*			*27,7*			*0,49*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen af personer. der har 20 eller flere naturlige tænder. er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.11 viser sammenhængen mellem andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

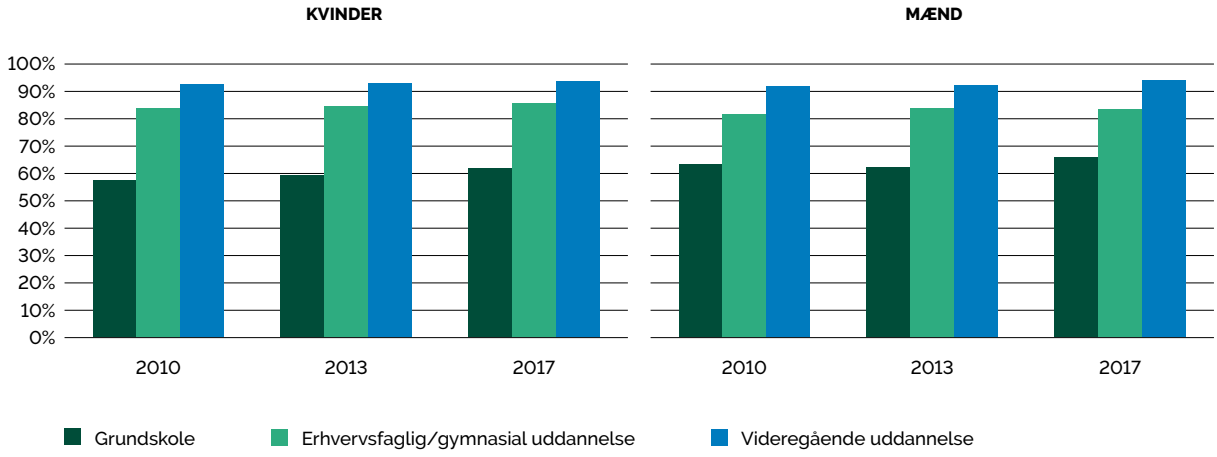
Blandt kvinder med grundskole er der 62 %, der har 20 eller flere naturlige tænder i 2017. Det gælder henholdsvis 86 % og 94 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 66 %, der har 20 eller flere naturlige tænder. Det gælder henholdsvis 84 % og 94 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder. statistisk signifikant. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd og for alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 25 procentenheder blandt kvinder og 28 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 6.11

Andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 6.11 viser sammenhængen mellem andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, således at andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

6.12 Trafikulykker

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har været involveret i en trafikulykke, for personer på 30 år eller derover.

Trafikulykker er årligt årsag til omkring 200 dræbte og godt 30.000 sygehusbehandlede tilskadekomne[45, 46]. Blandt de dræbte er knap halvdelen i personbil (knap 100), og en tredjedel er fordelt på cyklister, motorcyklister og fodgængere (ca. 70). Blandt de tilskadekomne er halvdelen cyklister (ca. 15.000), en tredjedel i personbil (ca. 10.000) og ca. 600 fodgængere. Mere end dobbelt så mange mænd som kvinder bliver dræbt i trafikken, mens der blandt de lettere tilskadekomne er næsten lige mange kvinder og mænd. Trafikulykker rammer især de yngre og er dermed årsag til mange tabte leveår, knap 3.000 årligt[47].

Indikatoren trafikulykker er i denne rapport defineret på basis af information fra Landspatientregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 6.12

Antal nye tilfælde pr. 100.000, der kommer til skade ved en trafikulykke, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	Antal tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**542,6**		**3.544.985**	**479,4**		**3.584.959**	**475,5**		**3.672.411**	
KVINDER	**498,2**		**1.817.075**	**422,5**		**1.836.442**	**446,6**		**1.875.655**	
Grundskole	417,5	0,93*	549.665	353,0	0,93*	515.544	382,7	0,94	467.444	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	529,4	0,98	664.310	433,1	0,95	676.288	456,1	0,98	686.315	
Videregående uddannelse	569,6	1	531.569	486,9	1	578.754	496,4	1	643.287	
Uoplyst	297,8	0,78*	71.531	291,5	0,71*	65.856	337,1	0,67*	78.609	
*SII***	*45,0*			*41,6*			*29,7*			*0,51*
MÆND	**589,3**		**1.727.910**	**539,1**		**1.748.517**	**505,6**		**1.796.756**	
Grundskole	670,0	1,35*	441.919	563,5	1,14*	422.891	565,9	1,20*	397.088	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	561,0	1,04	780.365	517,8	0,97	788.789	466,9	0,94*	794.847	
Videregående uddannelse	560,2	1	445.757	552,6	1	471.557	517,7	1	509.929	
Uoplyst	579,6	1,10	59.869	540,7	0,96	65.280	513,2	0,90*	94.892	
*SII***	*-240,0*			*-89,4*			*-107,0*			*0,04*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.12 viser sammenhængen mellem antallet, der kommer til skade ved en trafikulykke, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

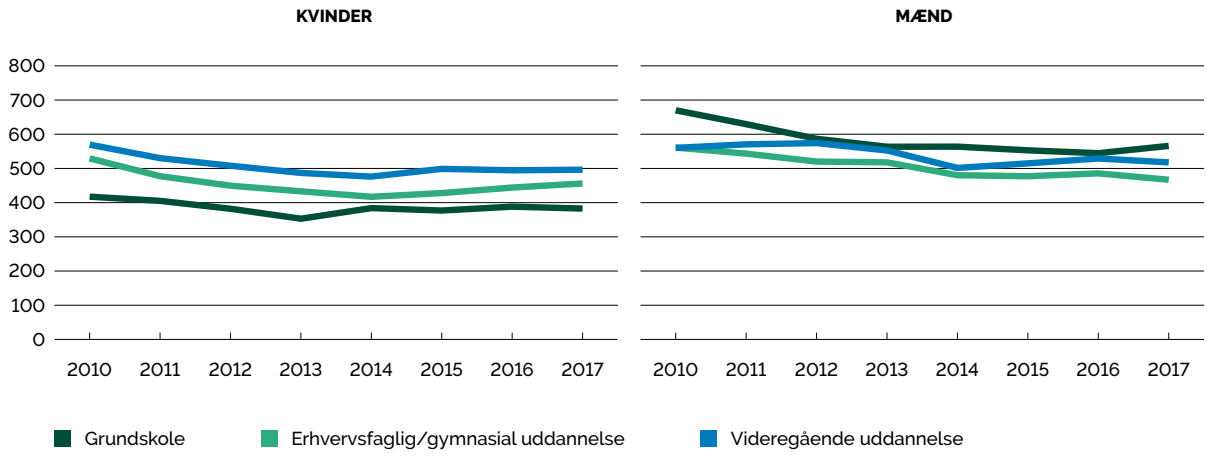
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 383 pr. 100.000 kvinder, der kommer til skade ved en trafikulykke. Det gælder henholdsvis 456 og 496 pr. 100.000, der kommer til skade ved en trafikulykke, blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i 2017 566 pr. 100.000 mænd, der kommer til skade ved en trafikulykke. For mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 467 og 518, der kommer til skade ved en trafikulykke, pr. 100.000 mænd i 2017.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet, der kommer til skade ved en trafikulykke blandt kvinder pr. 100.000 personer statistisk signifikant i 2010 og 2013, men ikke i 2017. Justeret for alder er der blandt mænd en statistisk signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet, der kommer til skade ved en trafikulykke, pr. 100.000 personer for alle tre år. I 2017 ses der blandt mænd en social gradient, hvor antallet der kommer til skade ved en trafikulykke, pr. 100.000 personer overordnet set er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet, der kommer til skade ved en trafikulykke, pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 107 pr. 100.000 blandt mænd i 2017. Blandt mænd ses en statistisk signifikant reduktion i den sociale ulighed.

FIGUR 6.12

Antal nye tilfælde pr. 100.000, der kommer til skade ved en trafikulykke, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 6.12 viser sammenhængen mellem antallet, der kommer til skade ved en trafikulykke og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Blandt kvinder ses der ikke en social ulighed i andelen, der kommer til skade ved en trafikulykke. Blandt mænd ses der en lav grad af social ulighed i andelen, der kommer til skade ved trafikulykker, således at antallet, der kommer til skade ved trafikulykker, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed blandt mænd i perioden 2010-2017.

6.13 Faldulykker

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har haft en faldulykke, for personer på 65 år eller derover.

Faldulykker er den hyppigste ulykkestype for personer på 65 år eller derover. Faldulykkernes andel af hjemme- og fritidsulykker i aldersgruppen stiger fra knap 60 % blandt 65-74-årige til 90 % blandt personer på 85 år eller derover. Med stigende alder fører faldulykker desuden oftere til knoglebrud, og særligt blandt kvinder er risikoen for hoftenære frakturer stor. Knogleskørhed (osteoporose) og fysisk inaktivitet er en medvirkende faktor til disse frakturer. Dødsfald blandt ældre som følge af fald er over 500 årligt[48, 49]. Der er 44.000 ekstra årlige indlæggelser i forbindelse med faldulykker[47], og blandt personer på 65 år eller derover er hver femte indlæggelse relateret til en faldulykke. Faldulykker, der medfører hoftenære frakturer, fører ofte til nedsat førlighed og dermed betydelige udgifter til hjemmehjælp og andre offentlige ydelser[47].

Indikatoren faldulykker er i denne rapport defineret på basis af information fra Landspatientregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 6.13

Antal nye tilfælde pr. 100.000, der kommer til skade ved en faldulykke, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	Antal tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Antal tilfælde pr. 100.000	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**4.640,0**		**902.859**	**4.064,0**		**999.801**	**3.891,0**		**1.095.172**	
KVINDER	**5.694,0**		**503.112**	**4.975,0**		**547.849**	**4.730,0**		**593.437**	
Grundskole	5.451,0	0,96*	256.544	5.190,0	1,01	261.895	5.277,0	1,03	251.411	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4.995,0	0,98	136.275	4.325,0	1,00	169.701	4.256,0	1,00	205.302	
Videregående uddannelse	4.960,0	1	67.561	4.216,0	1	89.522	4.085,0	1	121.016	
Uoplyst	10.542,0	1,18*	42.732	9.528,0	1,21*	26.731	7.136,0	1,15*	15.708	
*SII***	*299,2*			*-83,4*			*-251,0*			*< 0,01*
MÆND	**3.313,0**		**399.747**	**2.960,0**		**451.952**	**2.898,0**		**501.735**	
Grundskole	3.274,0	0,97	147.933	3.250,0	1,08*	152.569	3.328,0	1,13*	149.040	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3.048,0	0,99	156.096	2.733,0	1,03	188.495	2.715,0	1,05*	222.304	
Videregående uddannelse	3.087,0	1	74.872	2.637,0	1	95.877	2.573,0	1	119.027	
Uoplyst	6.385,0	1,15*	20.846	4.936,0	1,18*	15.011	4.268,0	1,34*	11.364	
*SII***	*118,9*			*-330,0*			*-477,0*			*< 0,01*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.13 viser sammenhængen mellem antallet, der kommer til skade ved en faldulykke, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

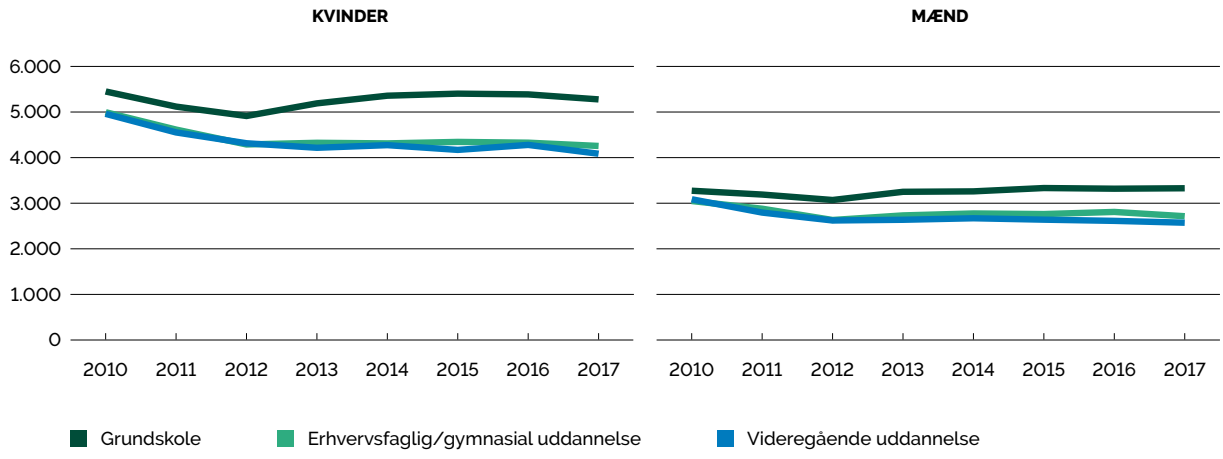
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 5.277, der kommer til skade ved en faldulykke, pr. 100.000 kvinder. Det gælder henholdsvis 4.256 og 4.085, der kommer til skade ved en faldulykke, pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i 2017 3.328, der kommer til skade ved en faldulykke, pr. 100.000 mænd. For mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 2.715 og 2.573, der kommer til skade ved en faldulykke, pr. 100.000 mænd i 2017.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet, der kommer til skade ved en faldulykke blandt kvinder pr. 100.000 personer statistisk signifikant i 2010, men ikke i 2013 og 2017. Justeret for alder er der blandt mænd en statistisk signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet, der kommer til skade ved en faldulykke, pr. 100.000 personer i 2013 og 2017, men ikke i 2010. I 2017 ses der blandt mænd en social gradient, hvor antallet, der kommer til skade ved en faldulykke, pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet, der kommer til skade ved en faldulykke, pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 477 pr. 100.000 blandt mænd i 2017. Blandt mænd ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed.

FIGUR 6.13

Antal nye tilfælde pr. 100.000, der kommer til skade ved en faldulykke, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 6.13 viser sammenhængen mellem antallet, der kommer til skade ved en faldulykke, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Blandt kvinder ses der ikke en social ulighed i andelen, der kommer til skade ved en faldulykke. Blandt mænd ses der en lav grad af social ulighed i andelen, der kommer til skade ved faldulykker, således at antallet, der kommer til skade ved faldulykker, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder i 2013 og 2017. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed blandt mænd i perioden 2010-2017.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i sundhed inden for en række udvalgte somatiske sygdomme hos den voksne befolkning. For enkelte sygdomme (hjertekar-sygdomme, KOL og kræft) har vi desuden set på konsekvenserne af somatisk sygdom i form af dødelighed og mistet beskæftigelse. Derudover har vi beskrevet ulighed i forhold til tandsundhed, trafikulykker blandt voksne og faldulykker blandt ældre.

Vi har i dette kapitel beskrevet antallet af nye tilfælde af en række somatiske sygdomme. Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der et højere antal af nye tilfælde pr. 100.000 personer for diabetes, iskæmisk hjertesygdom, cerebrovaskulære sygdomme, KOL, lungekræft, tyk- og endetarmskræft, muskel-skelet-diagnoser og demens end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017. Dog med den undtagelse, at der blandt mænd først ses social ulighed i antallet af nye tilfælde af demens i 2017, men ikke i 2010 og 2013.

Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau ses desuden en større andel med to eller flere og fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt og en lavere andel, der har 20 eller flere naturlige tænder, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

For brystkræft gælder det, at der er et lavere antal nye tilfælde pr. 100.000 kvinder blandt kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau, end blandt kvinder med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Det er det, man kalder omvendt social ulighed.

I forhold til udviklingen i den sociale ulighed gælder det, at der ses en stigning i den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser blandt kvinder, i antallet af nye tilfælde af demens blandt mænd og i andelen med to eller flere og fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017.

Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000, i andelen der har smerter og ubehag i muskler og skelet, eller i andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder. Det er ikke muligt at sige noget om udviklingen i den sociale ulighed for iskæmisk hjertesygdom, cerebrovaskulære sygdomme, KOL samt de tre kræftformer, da der for disse sygdomme kun er opgjort i to perioder.

Ud over de somatiske sygdomme har vi i dette kapitel beskrevet social ulighed i forhold til trafikulykker og faldulykker blandt ældre. Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, der kommer til skade ved henholds-vis trafikulykker og faldulykker, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

I forhold til udviklingen i den sociale ulighed gælder det, at der ses et fald i den sociale ulighed i trafikulykker blandt mænd, men en stigning i faldulykker.

Referencer

1. G. B. D. Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018;392(10159):1923-94.
2. Flachs E, Eriksen L, Koch M, Ryd J, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2015.
3. Hansen L, Judge A, Javaid MK, Cooper C, Vestergaard P, Abrahamsen B, et al. Social inequality and fractures-secular trends in the Danish population: a case-control study. Osteoporos Int. 2018;29(10):2243-50.
4. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2014;37 Suppl 1:S81-90.
5. Sundhedsdatastyrelsen. Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser: Sundhedsdatastyrelsen; 2019 [Available from: https://www.esundhed.dk/Registre/Register-for-udvalgte-kroniske-sygdomme.
6. Nyaga DM, Vickers MH, Jefferies C, Perry JK, O'Sullivan JM. The genetic architecture of type 1 diabetes mellitus. Mol Cell Endocrinol. 2018;477:70-80.
7. Langenberg C, Lotta LA. Genomic insights into the causes of type 2 diabetes. Lancet. 2018;391(10138):2463-74.
8. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus--present and future perspectives. Nat Rev Endocrinol. 2011;8(4):228-36.
9. Sibilitz KL, Olsen MH, Krarup NT, Sehested TSG. 34. Forebyggelse af hjertesygdom. Behandlingsvejledning. København: Dansk Cardiologisk Selskab; 2019.
10. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. National Institute of Public Health, University of Southern Denmark: Copenhagen: Danish Health Authority; 2015.
11. Jensen LF, Nielsen, K. Sygdomslære. 1 ed. København: Munksgaard; 2019.
12. Lokke A, Lange P, Scharling H, Fabricius P, Vestbo J. Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population. Thorax. 2006;61(11):935-9.
13. Lange P, Tøttenborg SS, Sorknæs AD, Andersen JS, Søgaard M, Nielsen H, et al. Danish Register of chronic obstructive pulmonary disease. Clin Epidemiol. 2016;8:673-8.
14. Sundhedsstyrelsen. KOL. 2020 [Available from: https://www.sst.dk/da/viden/kol.
15. Lungeforeningen. Nøgletal om lungesygdomme 2020 [Available from: https://www.lunge.dk/lunger/viden-noegletal-om-lungesygdomme.
16. Lokke A, Hilberg O, Tonnesen P, Ibsen R, Kjellberg J, Jennum P. Direct and indirect economic and health consequences of COPD in Denmark: a national register-based study: 1998-2010. BMJ Open. 2014;4(1):e004069.
17. Schroeder T, Schulze S, Hilsted J, Gøtzsche L. Basisbog i medicin og kirurgi. København: Munksgaard; 2016.
18. Johansen Taber KA, Morisy LR, Osbahr AJ, Dickinson BD. Male breast cancer: Risk factors, diagnosis, and management (Review). Oncology Reports. 2010;24:1115-20.

19. Engholm G, Ferlay J, Christensen N, Bray F, Gjerstorff ML, Klint A, et al. NORDCAN-- a Nordic tool for cancer information, planning, quality control and research. Acta Oncol. 2010;49(5):725-36.

20. Dalton SO, Steding-Jessen M, Engholm G, Schüz J, Olsen JH. Social inequality and incidence of and survival from lung cancer in a population-based study in Denmark, 1994–2003. European Journal of Cancer. 2008;44(14):1989-95.

21. Global Burden of Disease Study Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015;386(9995):743-800.

22. Jensen H, Davidsen M, Ekholm O, Christensen A. Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2018.

23. Manniche C, Bendix T, Hestbæk L, Hundrup Y, Thomsen B. Muskel- og skeletsygdom. In: Kjøller. M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, editors. Folkesundhedsrapport Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2007.

24. Jørgensen M, Davidsen M, Tolstrup J. De samfundsmæssige omkostninger ved muskel- og skeletlidelser i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2017.

25. Nationalt Videnscenter for Demens. Tal og statistik om demens København: Nationalt Videnscenter for Demens; 2020 [Available from: http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/.

26. Nationalt Videnscenter for Demens. Omkostninger forbundet med demens København2018 [Available from: http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/omkostninger-forbundet-med-demens.

27. World Health Organization. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2019.

28. Frølich A, Olesen F, Kristensen I. Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. Fjerritslev: Forlag1.dk; 2017.

29. Statens Serum Institut, National Sunhedsdokumentation og -it. Store udgifter forbundet med multisygdom. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2015.

30. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev. 2011;10(4):430-9.

31. Lund Jensen N, Pedersen HS, Vestergaard M, Mercer SW, Glumer C, Prior A. The impact of socioeconomic status and multimorbidity on mortality: a population-based cohort study. Clin Epidemiol. 2017;9:279-89.

32. Frølich A, Ghith N, Schiotz M, Jacobsen R, Stockmarr A. Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A register-based study in Denmark. PLoS One. 2019;14(8):e0214183.

33. Larsen FB, Pedersen MH, Friis K, Glumer C, Lasgaard M. A latent class analysis of multimorbidity and the relationship to socio-demographic factors and health-related quality of life. A national population-based study of 162,283 Danish adults. PLoS One. 2017;12(1):e0169426.

34. Statens Serum Institut. Få borgere med multisygdom på arbejdsmarkedet. København2015.

35. Schiotz ML, Stockmarr A, Host D, Glumer C, Frolich A. Social disparities in the prevalence of multimorbidity - A register-based population study. BMC Public Health. 2017;17(1):422.

36. Friis K, Pedersen MH, Larsen FB, Lasgaard M. A national population study of the co-occurrence of multiple long-term conditions in people with multimorbidity, Denmark, 2013. Prev Chronic Dis. 2016;13:E12.

37. Willadsen TG, Siersma V, Nicolaisdottir DR, Koster-Rasmussen R, Jarbol DE, Reventlow S, et al. Multimorbidity and mortality: A 15-year longitudinal registry-based nationwide Danish population study. J Comorb. 2018;8(1):2235042X18804063.

38. Møller S, Laursen B, Johannesen C, Schramm S. Multisygdom i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.

39. Møller S, Johannessen C, Tolstrup J, Laursen B, Schramm S. Risikofaktorer for multisygdom. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.

40. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabe E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. J Dent Res. 2013;92(7):592-7.

41. Petersen PE. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community dent oral epidemiol. 2003;31 Suppl 1:3-23.

42. Touger-Decker R, Mobley C, Academy of N, Dietetics. Position of the academy of nutrition and dietetics: oral health and nutrition. J acad nutr diet. 2013;113(5):693-701.

43. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Siskind D, Johnson NW. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. Psychosom Med. 2015;77(1):83-92.

44. Meier T, Deumelandt P, Christen O, Stangl GI, Riedel K, Langer M. Global burden of sugar-related dental diseases in 168 countries and corresponding health care costs. J Dent Res. 2017;96(8):845-54.

45. Danmarks Statistik. Moerke: Personskader i færdselsuheld indberettet af politi, skadestuer og sygehuse efter indberetter, uheldssituation, transportmiddel, køn, alder og skadens type København: Danmarks Statistik; 2020 [Available from: https://www.statistikbanken.dk/MOERKE.

46. Danmarks Statistik. Færdselsuheld København: Danmarks Statistik; 2018 [Available from: https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/levevilkaar/trafikulykker/faerdselsuheld.

47. Strøbæk L, Flachs E, Ryd J, Davidsen M, Eriksen L, Jensen H, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Ulykker, selvskade og selvmord. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2016.

48. Helweg-Larsen K. The Danish register of causes of death. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):26-9.

49. Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregisteret 2018. Tal og analyse: Sundhedsdatastyrelsen; 2019.

7 Kontakt med sundheds-væsenet

I kontakten med sundhedsvæsenet er samspillet mellem den enkelte person og sundhedsvæsenet et centralt element. Den enkelte persons erfaringer fra tidligere kontakter, forventninger, viden om symptomer og sygdom, samt sociale position har en afgørende betydning i kontakten med sundhedsvæsenet. Omvendt har sundhedsvæsenets organisering en stor betydning for tilgangen af patienter.

I dette kapitel beskrives en række indikatorer, som er relevante i forhold til at følge ulighed i kontakten med sundhedsvæsenet, herunder deltagelse i screening for udvalgte typer kræft (livmoderhalskræft, brystkræft og tyk- og endetarmskræft), kontakt med henholdsvis praktiserende læge (almen og speciallæge) samt hjemmehjælp og sygeplejeydelser. Endvidere beskrives social ulighed i forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser samt mangel på social støtte.

I kontakten med sundhedsvæsenet spiller den enkelte persons behov for ydelser en central rolle. Dette inkluderer den enkelte persons sundhedstilstand, oplevede behov og præferencer, samt organisering, visitation og formidling af tilbud. Kontakt med praktiserende læge (almen og speciallæge), samt visiteret hjemmehjælp og modtaget sygeplejeydelser er justeret for den enkeltes behov. Behov for ydelser fra sundhedsvæsenet er baseret på selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet (såsom at gå flere etager på trapper og støvsuge) og langvarige sygdomme[1]. Ved vurderingen af social ulighed i kontakt med sundhedsvæsenet er der således taget hensyn til, at nogle personer har et større behov for ydelser fra sundhedsvæsenet end andre.

7.1 Livmoderhalskræftscreening

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af kvinder, der har deltaget i screening for livmoderhalskræft (cervical cancer) på 30-64 år.

Omkring 99 % af alle livmoderhalskræfttilfælde forårsages af en infektion med human papillomavirus (HPV). HPV kan forårsage celleforandringer i livmoderslimhinden, og disse celleforandringer videreudvikler sig i nogle tilfælde til kræft. Livmoderhalskræft kan derfor forebygges ved vaccination mod HPV og ved behandling af celleforandringer. Siden 2006 har der i Danmark været landsdækkende screeningsprogram omfattende kvinder på 23-64 år, som regelmæssigt får tilbudt at deltage i screening for livmoderhalskræft (hvert tredje år for kvinder på 23-49 år og hvert femte år for kvinder på 50-64 år). Cytologisk undersøgelse anvendes som primær screeningsmetode til kvinder på 23-59 år, og HPV-test anvendes som primær screeningsmetode til kvinder på 60-64 år[2,3].

Indikatoren deltagelse i screening for livmoderhalskræft er i denne rapport defineret på basis af information fra Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS), som er en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I denne rapport er deltagelse i screening for livmoderhalskræft begrænset til kvinder på 30-64 år, mens der i årsrapporten for Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening[4] indgår kvinder fra 23 år eller derover. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.1

Andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft blandt de inviterede kvinder i alderen 30-64 år fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**71,2**		**204.479**	**69,3**		**268.918**	**66,4**		**254.793**	
Grundskole	60,7	0,50*	38.490	57,3	0,45*	52.618	54,9	0,44*	41.577	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	72,7	0,86*	85.891	70,9	0,81*	106.168	67,1	0,74*	94.726	
Videregående uddannelse	75,6	1	76.692	75,1	1	103.084	73,0	1	106.482	
Uoplyst	52,6	0,36*	3.406	48,3	0,31*	7.048	43,2	0,29*	12.008	
*SII***	*17,8*			*21,4*			*23,1*			*< 0,01*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen af kvinder, der deltager i screening for livmoderhalskræft, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.1 viser sammenhængen mellem andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft blandt kvinder på 30-64 år og højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

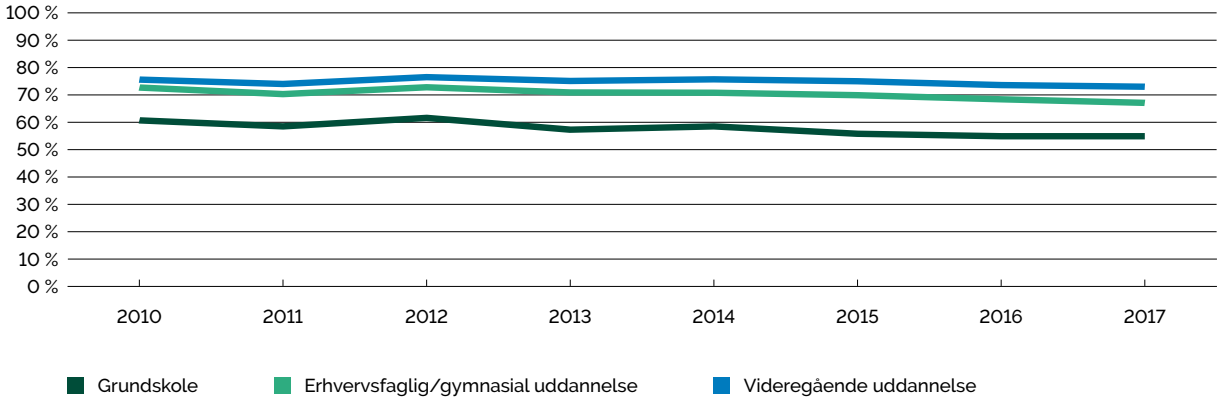
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 55 %, der deltager i screening for livmoderhalskræft. Det gælder henholdsvis 67 % og 73 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 23 procentenheder i 2017. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 7.1

Andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft blandt de inviterede kvinder i alderen 30-64 år fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.



Figur 7.1 viser sammenhængen mellem andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, blandt kvinder på 30-64 år og højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft i alle tre år. Således er andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

7.2 Brystkræftscreening

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af kvinder, der har deltaget i screening for brystkræft (mammografiscreening) for kvinder på 50-69 år.

Kvinder på 50-69 år bliver i Danmark hvert andet år tilbudt en mammografiscreening, som er en røntgenundersøgelse af brystet. Mammografiscreening nedsætter ikke risikoen for brystkræft, men kan afsløre kræft i tidligere faser – før symptomer og før sygdommen har spredt sig, hvilket øger sandsynligheden for at overleve sygdommen[5].

Indikatoren deltagelse i screening for brystkræft er i denne rapport defineret på basis af information fra Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS), som er en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.2

Andelen, der deltager i screening for brystkræft (runde 3-5) blandt de inviterede kvinder på 50-69 år fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau.

	Runde 3			Runde 4			Runde 5			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**84,2**		**612.377**	**81,8**		**653.560**	**83,1**		**647.786**	
Grundskole	81,0	0,72*	178.274	77,3	0,66*	173.804	78,3	0,64*	156.426	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	86,3	1,07*	238.606	84,1	1,02*	259.607	85,2	1,02	263.510	
Videregående uddannelse	85,5	1	185.268	83,7	1	208.039	85,0	1	216.557	
Uoplyst	67,9	0,36*	10.229	61,8	0,31*	12.110	63,0	0,30*	11.293	
*SII***	*6,4*			*8,7*			*8,5*			*0,07*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen af kvinder, der deltager i screening for brystkræft, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.2 viser sammenhængen mellem andelen, der deltager i screening for brystkræft blandt kvinder på 50-69 år og højest fuldførte uddannelsesniveau for runde 3-5.

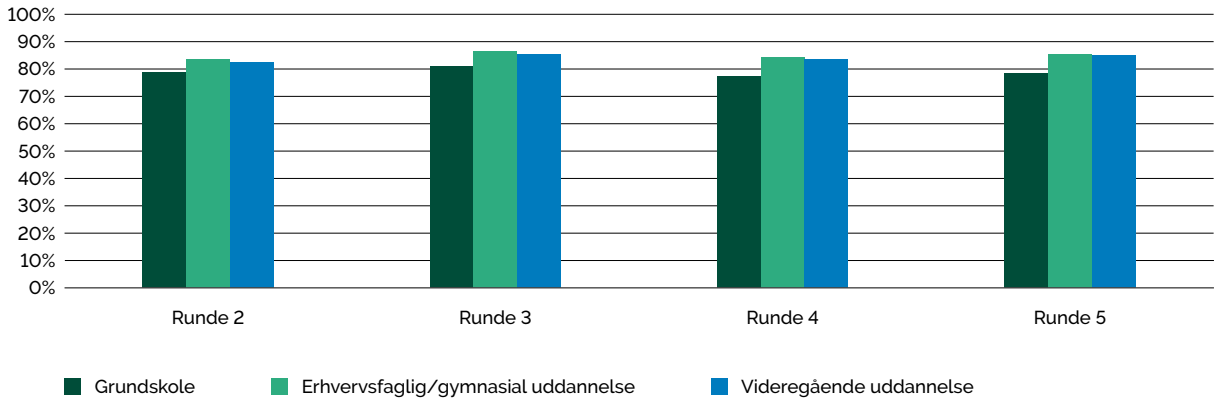
Ved runde 5 er der blandt kvinder med grundskole 78 %, der deltager i screening for brystkræft. Det gælder 85 % blandt kvinder med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der deltager i screening for brystkræft, statistisk signifikant i alle tre runder. Der ses en social gradient, hvor andelen, der deltager i screening for brystkræft, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der deltager i screening for brystkræft, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 9 procentenheder ved runde 5. Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed fra runde 3-5.

FIGUR 7.2

Andelen, der deltager i screening for brystkræft blandt de inviterede kvinder på 50-69 år fordelt på på højest fuldførte uddannelsesniveau og runde 2-5.



Figur 7.2 viser sammenhængen mellem andelen, der deltager i screening for brystkræft, blandt kvinder på 50-69 år og højest fuldførte uddannelsesniveau for runde 2-5.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der deltager i screening for brystkræft i alle tre runder, således at andelen, der deltager i screening for brystkræft, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ingen statistisk ændring i den sociale ulighed fra runde 3-5.

7.3 Screening for tyk- og endetarmskræft

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har deltaget i screening for tyk- og endetarmskræft (colorektal cancer) for personer på 50-74 år.

Siden 2014 har alle personer på 50-74 år hvert andet år fået tilbud om deltagelse i screening for tyk- og endetarmskræft. Formålet med screening for tyk- og endetarmskræft er både, at nedsætte dødeligheden af sygdommen ved at finde kræfttilfælde i tidlige stadier, så helbredelse er mulig, og at nedsætte forekomsten ved at identificere og fjerne forstadier til sygdommen (polypper), før de udvikler sig til kræft. Screening for tyk- og endetarmskræft laves ved en undersøgelse af afføringen for indhold af blod. Påvises der blod i afføringen, tilbydes personen yderligere undersøgelse i form af en kikkertundersøgelse af tarmen[6].

Indikatoren deltagelse i screening for tyk- og endetarmskræft er i denne rapport defineret på basis af information fra Dansk Tarmkræftscreening Database (DTS), som en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.3

Andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft blandt de inviterede kvinder og mænd på 50-74 år fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau i 2014, 2016 og 2017.

	2014			2016			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**65,8**		**299.668**	**62,7**		**458.558**	**60,7**		**486.205**	
KVINDER	**68,9**		**152.819**	**66,2**		**232.918**	**64,5**		**245.190**	
Grundskole	63,7	0,68*	50.413	61,0	0,69*	69.463	59,3	0,69*	70.062	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	71,6	0,97*	56.901	69,0	0,99	89.894	66,9	0,96*	96.140	
Videregående uddannelse	72,3	1	42.827	69,0	1	68.760	67,5	1	74.116	
Uoplyst	53,4	0,44*	2.678	49,8	0,44*	4.801	47,6	0,44*	4.872	
*SII***	*12,2*			*11,8*			*12,1*			*0,99*
MÆND	**62,7**		**146.849**	**59,1**		**225.640**	**56,8**		**241.015**	
Grundskole	56,5	0,63*	37.970	52,4	0,62*	54.787	49,6	0,60*	57.366	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	64,6	0,91*	67.906	61,1	0,90*	106.056	58,6	0,88*	114.436	
Videregående uddannelse	66,7	1	37.597	63,5	1	58.692	61,7	1	63.093	
Uoplyst	47,7	0,45*	3.376	41,2	0,42*	6.105	40,9	0,45*	6.120	
*SII***	*14,7*			*15,4*			*16,4*			*< 0,04*

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen af personer, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.3 viser sammenhængen mellem andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft blandt kvinder og mænd på 50-74 år og højest fuldførte uddannelsessniveau i 2014, 2016 og 2017.

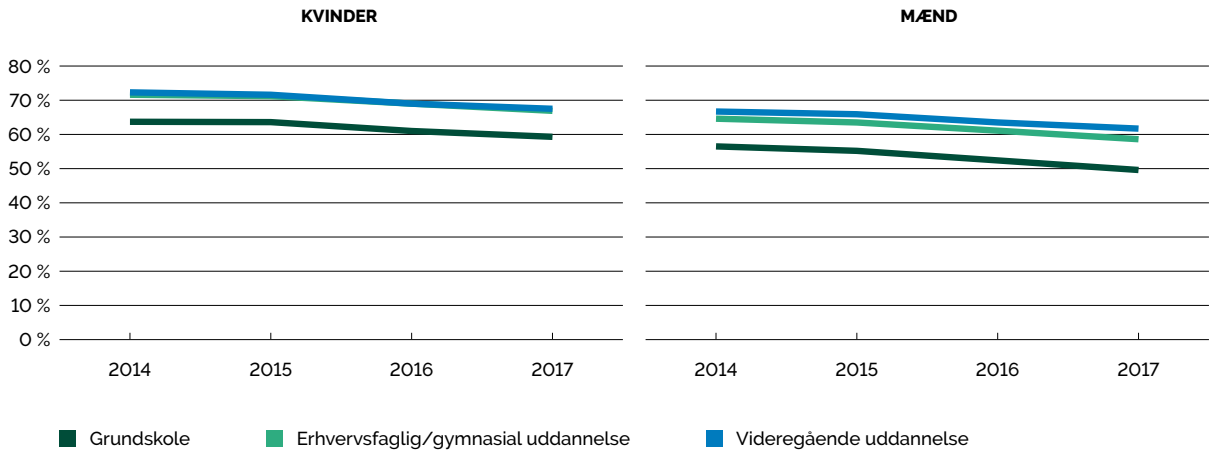
Blandt kvinder med grundskole er der 59 %, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft i 2017. Det gælder henholdsvis 67 % og 68 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder med videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 50 %, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft i 2017. Det gælder henholdsvis 59 % og 62 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd med videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 12 procentenheder blandt kvinder og 16 procentenheder blandt mænd i år 2017. Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt kvinder, mens der blandt mænd ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed fra 2014-2017.

FIGUR 7.3

Andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft blandt de inviterede kvinder og mænd på 50-74 år fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2014-2017.



Figur 7.3 viser sammenhængen mellem andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, blandt kvinder og mænd på 50-74 år og højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2014-2017.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år, således at andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt kvinder, mens der blandt mænd ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden.

7.4 Brug af sundhedsydelser justeret for behov

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og brug af sundhedsydelser i praksissektoren på basis af kontakt til almen praktiserende læge og praktiserende speciallæge for personer på 30 år eller derover.

Sundhedsydelser i praksissektoren er karakteriseret ved ydelser inden for blandt andet almen praksis, speciallæge og fysioterapi[7]. Almen praksis er det sted, en patient skal henvende sig først ved ikke-livstruende sygdom. Hvis problemstillingen ikke kan løses hos den almen praktiserende læge, har den praktiserende læge ansvaret for at videre-henvise til en anden mere specialiseret behandling. Denne rolle kaldes for "gatekeeper"[8]. Hovedparten af alle danskere benytter sundhedsydelser i praksissektoren. I 2017 modtog ca. 4,9 mio. personer – svarende til ca. 86 % af befolkningen behandling i almen praksis. I samme periode modtog 65 % af befolkningen behandling ved mindst ét af tilbuddene inden for fysioterapi, kiropraktik, fodterapi, speciallægehjælp, tandlægehjælp, tandplejer og psykologhjælp[9].

Indikatorerne kontakt til praktiserende læge og kontakt til praktiserende speciallæge er justeret for behov. I denne rapport er kontakter defineret på basis af information fra Sygesikringsregisteret. Behovet for sundhedsydelser er defineret på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1.

7.4.1 Kontakt til almen praktiserende læge

TABEL 7.4.1

Andelen, der har kontakt til en almen praktiserende læge fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Kontakt til almen praktiserende læge er justeret for behov defineret på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE			**137.215**			**127.394**			**142.389**	
KVINDER			**73.052**			**67.913**			**76.146**	
Grundskole	92,6	1,02	18.804	93,3	0,98	16.269	92,8	1,02	15.966	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	92,5	1,14*	28.394	93,2	1,11*	26.295	92,8	1,09*	29.638	
Videregående uddannelse	92,5		24.427	93,1		24.157	92,7		28.904	
Uoplyst	92,3	0,72*	1.427	92,7	0,59*	1.192	92,5	0,54*	1.638	
*SII***	*-0,3*			*-0,3*			*-0,2*			*0,14*
MÆND			**64.163**			**59.481**			**66.243**	
Grundskole	81,2	1,07*	14.110	81,3	1,06	12.327	81,5	1,08*	12.871	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	81,2	1,14*	30.182	81,3	1,13*	28.050	81,2	1,10*	30.723	
Videregående uddannelse	80,7		18.635	80,5		17.976	80,4		21.052	
Uoplyst	79,9	0,88	1.236	78,1	0,72*	1.128	80,7	0,78*	1.597	
*SII***	*-0,8*			*-1,1*			*-1,7*			*0,05*

§ OR er justeret for alder og behov for brug af almen praktiserende læge defineret på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer, der har kontakt til almen praktiserende læge, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og behov for brug af almen praktiserende læge. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.4.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har kontakt til almen praktiserende læge og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017, justeret for behov.

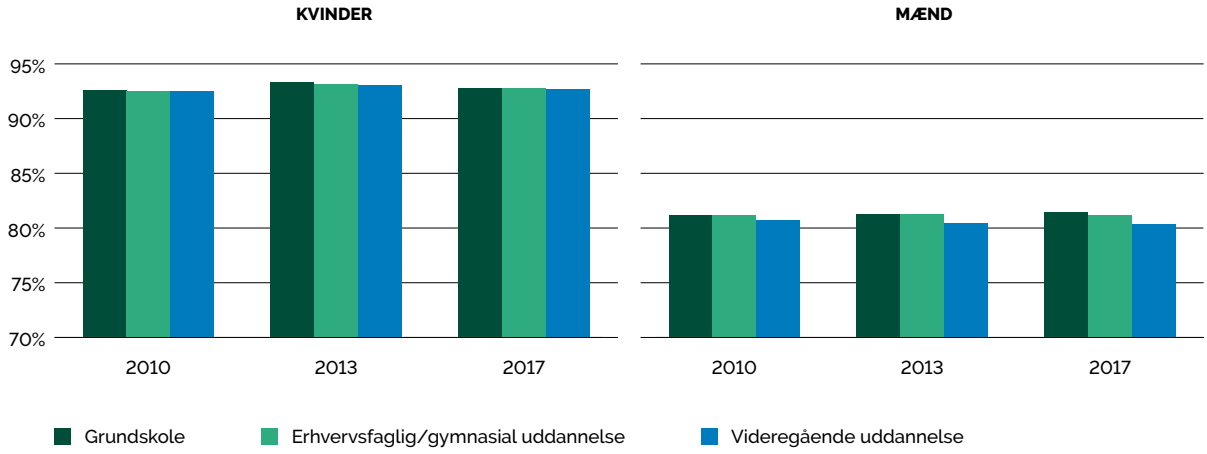
Blandt kvinder er der uanset uddannelsesniveau 93 %, der har kontakt til almen praktiserende læge i 2017, justeret for behov. Blandt mænd med grundskole er der 82 %, der har kontakt til almen praktiserende læge i 2017, justeret for behov. Det gælder henholdsvis 81 % og 80 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder og behov ses der blandt kvinder ikke en statistisk signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har kontakt til praktiserende læge i alle tre år. Blandt mænd er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har kontakt til praktiserende læge, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har kontakt til praktiserende læge, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har kontakt til praktiserende læge, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest uddannelsesniveau (SII), er 1,7 procentenheder blandt mænd i år 2017. Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt kvinder og mænd fra 2010-2017.

FIGUR 7.4.1

Andelen, der har kontakt til almen praktiserende læge, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Kontakt til almen praktiserende læge er justeret for behov defineret på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.



Figur 7.4.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har kontakt til almen praktiserende læge og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017 justeret for behov.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der har kontakt til almen praktiserende læge blandt mænd, men ikke blandt kvinder i alle 3 år. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt hverken kvinder eller mænd i perioden 2010-2017.

7.4.2 Kontakt til praktiserende speciallæge

TABEL 7.4.2

Andelen, der har kontakt til en praktiserende speciallæge, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Kontakt til praktiserende speciallæge er justeret for behov defineret på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE			**137.215**			**127.394**			**142.389**	
KVINDER			**73.052**			**67.913**			**76.146**	
Grundskole	42,8	0,77*	18.804	43,7	0,80*	16.269	44,6	0,78*	15.966	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	42,6	0,89*	28.394	43,6	0,92*	26.295	44,3	0,87*	29.638	
Videregående uddannelse	42,3		24.427	43,2		24.157	43,9		28.904	
Uoplyst	41,7	0,70*	1.427	41,6	0,76*	1.192	43,4	0,76*	1.638	
*SII***	*-0,9*			*-0,8*			*-1,1*			*0,42*
MÆND			**64.163**			**59.481**			**66.243**	
Grundskole	28,9	0,76*	14.110	28,2	0,82*	12.327	30,4	0,80*	12.871	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	29,2	0,87*	30.182	28,6	0,88*	28.050	30,2	0,89*	30.723	
Videregående uddannelse	28,5		18.635	27,7		17.976	29,0		21.052	
Uoplyst	27,1	0,81*	1.236	25,2	0,88*	1.128	29,9	0,96	1.597	
*SII***	*-0,6*			*-1,0*			*-2,2*			*0,13*

§ OR er justeret for alder og behov for brug af praktiserende speciallæge defineret på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer, der har kontakt til praktiserende speciallæge, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og behov for brug af praktiserende speciallæge. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.4.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017, justeret for behov.

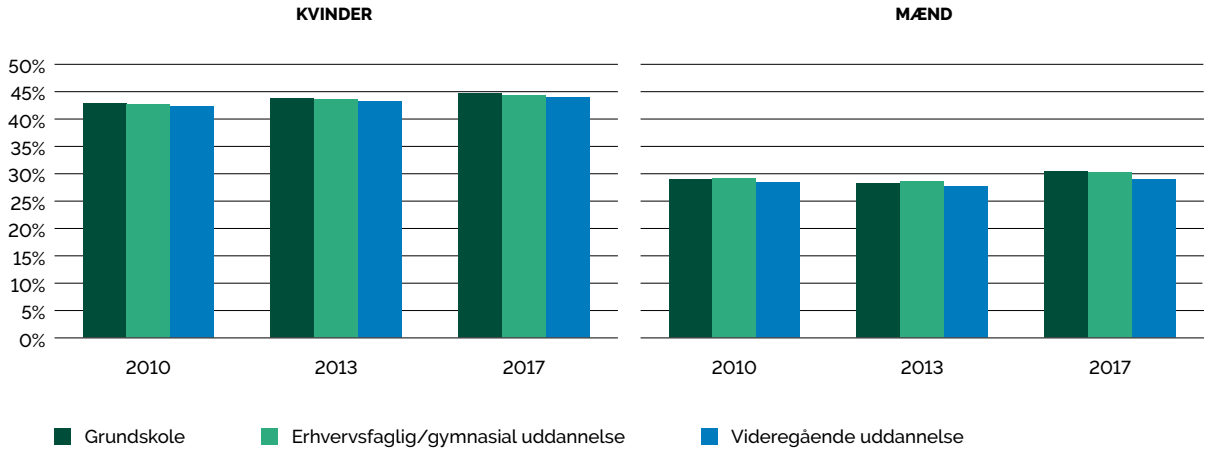
Blandt kvinder med grundskole er der 45 %, der har kontakt til praktiserende speciallæge i 2017, justeret for behov. Det gælder 44 % for blandt kvinder med en erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse er der 30 %, der har kontakt til praktiserende speciallæge i 2017, justeret for behov. Det gælder 29 % blandt mænd med videregående uddannelse.

Justeret for alder og behov er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, er lavere med lavere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 1,1 procentenheder blandt kvinder og 2,2 procentenheder blandt mænd i år 2017. Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt kvinder og mænd fra 2010-2017.

FIGUR 7.4.2

Andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Kontakt til praktiserende speciallæge er justeret for behov defineret på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.



Figur 7.4.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017 justeret for behov.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge blandt kvinder og mænd i alle tre år. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed både blandt kvinder eller mænd i perioden.

7.5 Forebyggelige indlæggelser

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer på 65 år og derover, der har haft en forebyggelig indlæggelse.

Forebyggelige indlæggelser defineres som indlæggelser blandt personer på 65 år eller derover, hvor den primære diagnose er dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, knoglebrud, ernæringsbetinget blodmangel, sociale og plejemæssige forhold eller tryksår[10,11]. Forebyggelige indlæggelser indebærer, at indlæggelsen potentielt kunne være forebygget - oftest ved hjælp af en tidlig kommunal indsats eller en indsats fra den almen praktiserende læge. At en indlæggelse er forebyggelig, betyder imidlertid ikke, at tilstanden ikke er indlæggelseskrævende på det tidspunkt, hvor personen indlægges[11].

Indikatoren forebyggelige indlæggelser er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret (LPR). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.5

Andelen, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010-2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**5,8**		**902.859**	**5,6**		**999.801**	**5,3**		**1.095.172**	
KVINDER	**6,3**		**503.112**	**6,0**		**547.849**	**5,6**		**593.437**	
Grundskole	6,7	1,38*	256.544	6,9	1,41*	261.895	7,1	1,46*	251.411	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4,9	1,17*	136.275	4,7	1,15*	169.701	4,6	1,16*	205.302	
Videregående uddannelse	4,1	1	67.561	3,9	1	89.522	3,8	1	121.016	
Uoplyst	12,5	1,56*	42.732	12,2	1,62*	26.731	9,6	1,60*	15.708	
*SII***	*-2,2*			*-2,5*			*-2,7*			*0,01*
MÆND	**5,2**		**399.747**	**5,1**		**451.952**	**5,0**		**501.735**	
Grundskole	5,9	1,42*	147.933	6,2	1,52*	152.569	6,5	1,56*	149.040	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4,5	1,22*	156.096	4,5	1,28*	188.495	4,6	1,30*	222.304	
Videregående uddannelse	3,7	1	74.872	3,5	1	95.877	3,6	1	119.027	
Uoplyst	10,7	1,55*	20.846	9,3	1,60*	15.011	7,6	1,66*	11.364	
*SII***	*-2,1*			*-2,5*			*-2,7*			*< 0,01*

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af indlæggelser, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.5 viser sammenhængen mellem andelen af forebyggelige indlæggelser og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

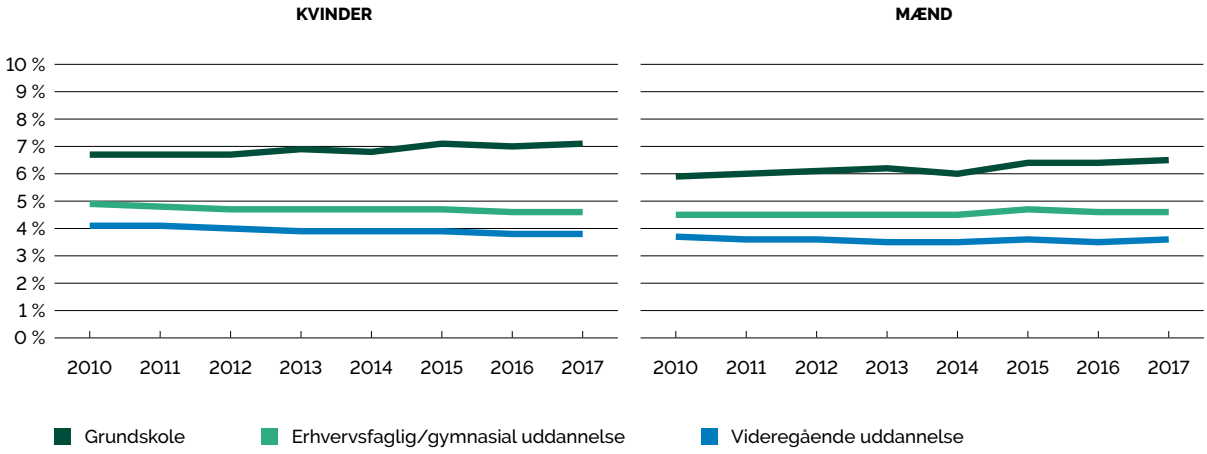
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 7 % med en forebyggelig indlæggelse. Det gælder henholdsvis 4,6 % og 3,8 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 7 % med en forebyggelig indlæggelse i 2017. Det gælder henholdsvis 4,6 % og 3,6 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen med en forebyggelig indlæggelse statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen med en forebyggelig indlæggelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen med en forebyggelig indlæggelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 2,7 procentenheder blandt kvinder og 2,7 procentenheder blandt mænd i år 2017. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017.

FIGUR 7.5

Andelen med en forebyggelig indlæggelse, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 7.5 viser sammenhængen mellem andelen af forebyggelige indlæggelser og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen med en forebyggelig indlæggelse både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år således, at andelen med en forebyggelig indlæggelse er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017.

7.6 Korttidsindlæggelser

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse for personer på 30 år eller derover.

Akutte medicinske korttidsindlæggelser defineres som ikke-planlagte indlæggelser på medicinske afdelinger, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse[11]. Disse indlæggelser er særligt udbredte blandt ældre personer og personer med kronisk sygdom og er ofte kendetegnet ved, at patienten har kontakt til kommunen gennem pleje eller praktisk bistand eller kontakt til praktiserende læge kort forud for indlæggelsen[12].

Indikatoren akut medicinsk korttidsindlæggelse er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret (LPR). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.6

Andelen med en korttidsindlæggelse fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**3,6**		**3.544.985**	**3,8**		**3.584.959**	**5,0**		**3.672.411**	
KVINDER	**3,5**		**1.817.075**	**3,6**		**1.836.442**	**4,9**		**1.875.655**	
Grundskole	5,0	1,60*	549.665	5,5	1,59*	515.544	7,9	1,69*	467.444	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,9	1,26*	664.310	3,3	1,28*	676.288	4,6	1,34*	686.315	
Videregående uddannelse	2,1	1	531.569	2,3	1	578.754	3,0	1	643.287	
Uoplyst	7,0	1,53*	71.531	5,6	1,55*	65.856	5,0	1,53*	78.609	
*SII***	*-2,0*			*-2,1*			*-3,2*			*< 0,01*
MÆND	**3,7**		**1.727.910**	**3,9**		**1.748.517**	**5,1**		**1.796.756**	
Grundskole	5,0	1,57*	441.919	5,5	1,57*	422.891	7,5	1,72*	397.088	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3,4	1,27*	780.365	3,7	1,24*	788.789	5,1	1,35*	794.847	
Videregående uddannelse	2,5	1	445.757	2,8	1	471.557	3,5	1	509.929	
Uoplyst	5,7	1,52*	59.869	4,5	1,50*	65.280	4,0	1,43*	94.892	
*SII***	*-2,1*			*-2,2*			*-3,5*			*< 0,01*

* § OR er justeret for alder
* OR er statistisk signifikant.
** SII: Ulighed i andelen med en korttidsindlæggelse, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.6 viser sammenhængen mellem andelen med en korttidsindlæggelse, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

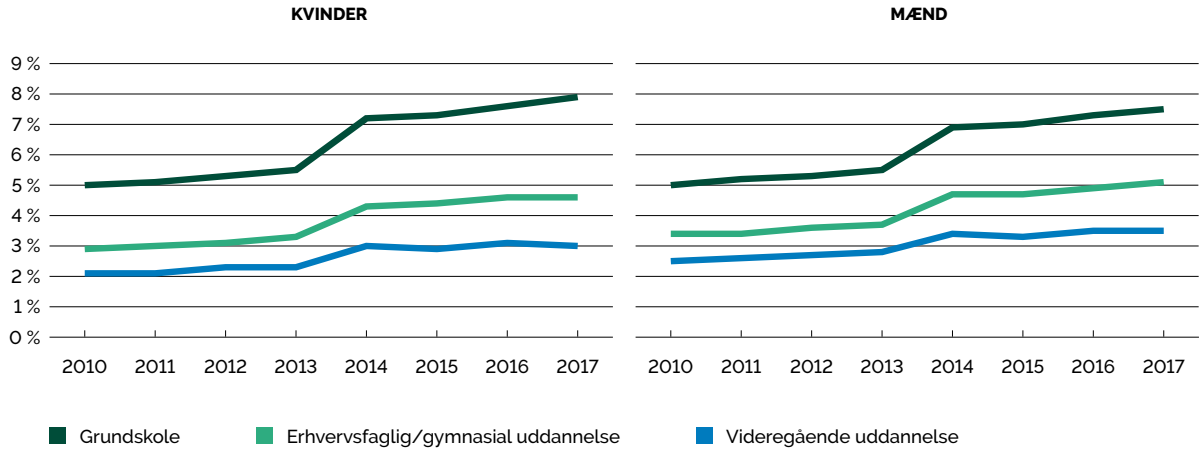
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 8 % med en korttidsindlæggelse. Det gælder henholdsvis 4,6 % og 3,0 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 8 % med en korttidsindlæggelse i 2017. Det gælder henholdsvis 5 % og 3,5 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen med en korttidsindlæggelse statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen med en kortidsindlæggelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen med en korttidsindlæggelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 3,2 procentenheder blandt kvinder og 3,5 procentenheder blandt mænd i år 2017. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017.

FIGUR 7.6

Andelen med en korttidsindlæggelse fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 7.6 viser sammenhængen mellem andelen med en korttidsindlæggelse og højest fuldført uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen med en korttidsindlæggelse både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år, således at andelen med en korttids-indlæggelse er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017.

7.7 Visiteret hjemmehjælp

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der er visiteret til hjemmehjælp for personer på 65 år eller derover.

Hjemmehjælp omfatter personlig pleje, praktisk hjælp og madservice. Personlig pleje er for eksempel hjælp til at komme i bad, til at få tøj på eller til at spise, og praktisk hjælp er for eksempel rengøring, hjælp til tøjvask eller indkøb. Hjemmehjælp gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver. Visitationen foregår efter en konkret og individuel vurdering. Hjemmehjælp kan altså være både kortere eller længerevarende. I 2018 blev 120.000 ældre (67 år eller derover) visiteret til hjemmepleje[13].

Indikatorerne personlig pleje og praktisk hjælp er i denne rapport defineret på basis af information fra registret Ældredokumentation og behovsjusteret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

7.7.1 Personlig pleje

TABEL 7.7.1

Andelen, der er visiteret til personlig pleje, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Visiteret til personlig pleje er justeret for behov på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE			**35.129**			**39.898**			**46.813**	
KVINDER			**18.180**			**20.495**			**24.003**	
Grundskole	12,3	1,33*	8.544	9,5	1,43*	8.683	8,3	1,16	8.432	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	11,9	1,12	5.734	8,8	1,24	7.169	8,0	1,00	9.086	
Videregående uddannelse	11,5		3.130	8,6		4.154	7,9		6.069	
Uoplyst	12,1	1,83*	772	10,5	1,98*	489	8,8	0,79	416	
*SII***	*-1,3*			*-1,5*			*-0,6*			*0,45*
MÆND			**16.949**			**19.403**			**22.810**	
Grundskole	6,5	1,54*	5.621	5,7	1,08	5.689	4,9	1,06	5.865	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	6,3	1,26	6.967	5,5	0,91	8.555	4,9	1,04	10.266	
Videregående uddannelse	6,1		3.787	5,5		4.705	4,8		6.273	
Uoplyst	6,5	2,30*	574	7,5	1,75*	454	5,1	1,20	406	
*SII***	*-0,6*			*-0,3*			*-0,2*			*0,22*

§ OR er justeret for alder behov på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme

* OR er statistisk signifikant

** SII: Ulighed i andelen af personer, der er visiteret til personlig pleje, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og behov. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning

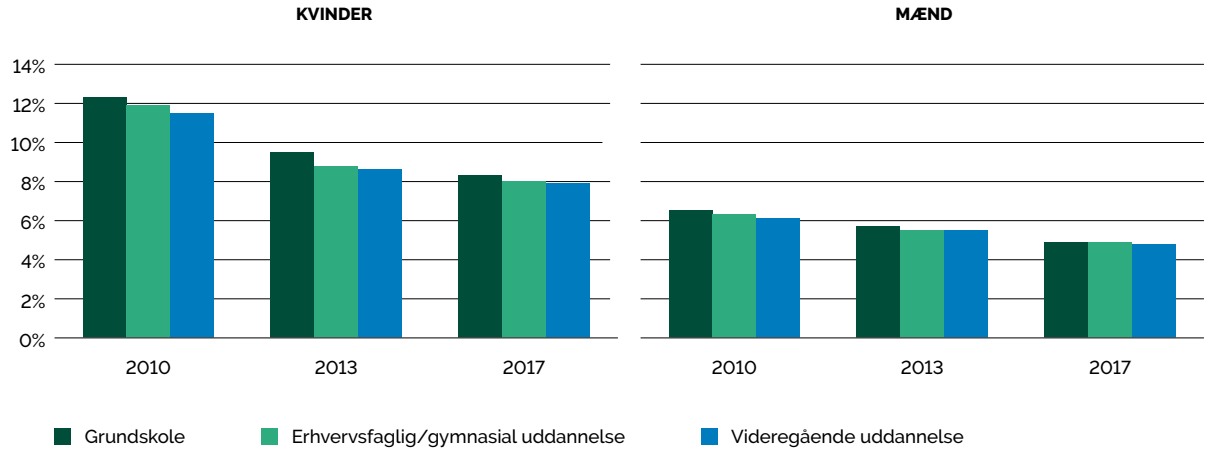
Tabel 7.7.1 viser sammenhængen mellem andelen, der er visiteret til personlig pleje, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017 justeret for behov.

Blandt kvinder uanset uddannelsesniveau er der 8 %, der er visiteret til personlig pleje i 2017, justeret for behov. Blandt mænd uanset højest fuldførte uddannelsesniveau er der 5 %, der er visiteret til hjemmehjælp i form af personlig pleje, i 2017, justeret for behov.

Justeret for alder og behov er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelses-niveau og andelen, der er visiteret til personlig pleje, blandt kvinder statistisk signifikant i 2010 og 2013, men ikke i 2017. Justeret for alder og behov er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der er visiteret til personlig pleje blandt mænd, statistisk signifikant i 2010, men ikke i 2013 og 2017.

FIGUR 7.7.1

Andelen visiteret til personlig pleje fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Visiteret til personlig pleje er justeret for behov på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.



Figur 7.7.1 viser sammenhængen mellem andelen, der er visiteret til personlig pleje, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017 justeret for behov.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der er visiteret til personlig pleje således at andelen, der er visiteret til personlig pleje, er lavere med højere fuldførte uddannelse for kvinder i 2010 og 2013, men ikke i 2017 og for mænd i 2010, men ikke i 2013 og 2017.

7.7.2 Praktisk hjælp

TABEL 7.7.2

Andelen, der er visiteret til praktisk hjælp fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Visiteret til praktisk hjælp er justeret for behov på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE			**35.129**			**39.898**			**46.813**	
KVINDER			**18.180**			**20.495**			**24.003**	
Grundskole	22,5	1,09	8.544	17,3	1,28*	8.683	13,8	1,15	8.432	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	21,9	1,07	5.734	16,3	1,31*	7.169	13,5	1,15	9.086	
Videregående uddannelse	21,6	1	3.130	15,9	1	4.154	13,4	1	6.069	
Uoplyst	21,8	1,27*	772	18,4	1,52*	489	14,6	0,94	416	
*SII***	*-1,6*			*-2,1*			*-0,7*			*0,53*
MÆND			**16.949**			**19.403**			**22.810**	
Grundskole	10,1	1,41*	5.621	8,0	1,42*	5.689	6,4	1,35*	5.865	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	9,9	1,30*	6.967	7,8	1,29*	8.555	6,3	1,15	10.266	
Videregående uddannelse	9,7	1	3.787	7,7	1	4.705	6,2	1	6.273	
Uoplyst	10,3	2,06*	574	10,1	2,04*	454	6,5	0,82	406	
*SII***	*-0,6*			*-0,4*			*-0,2*			*< 0,01*

§ OR er justeret for alder og behov på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer, der er visiteret til praktisk hjælp, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og behov. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.7.2 viser sammenhængen mellem andelen, der er visiteret til hjemmehjælp i form af praktisk hjælp, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017 justeret for behov.

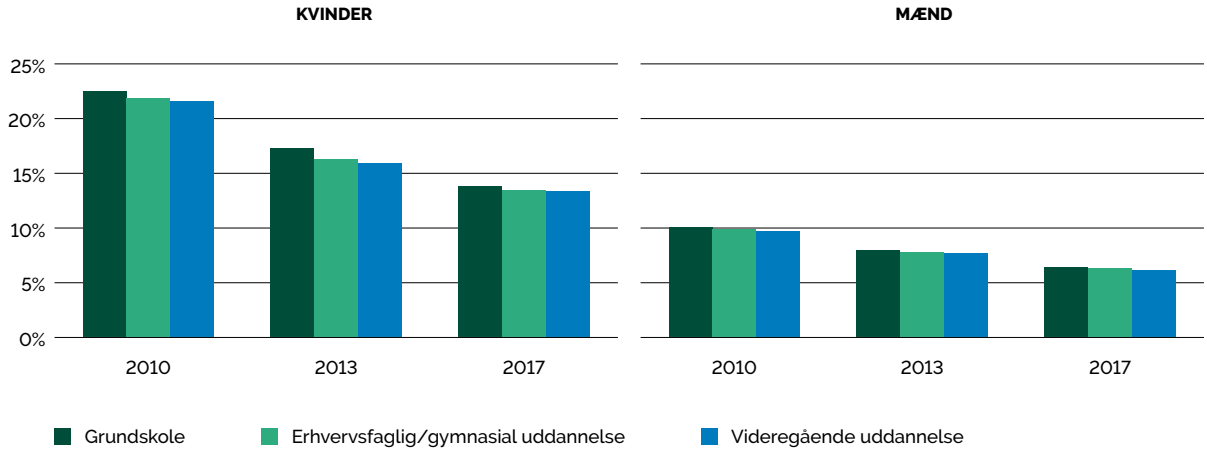
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse 14 %, der er visiteret til praktisk hjælp, justeret for behov. Det gælder 13 % blandt kvinder med videregående uddannelse. Blandt mænd er der 6 %, der er visiteret til hjemmehjælp i form af praktisk hjælp i 2017 justeret for behov uanset højest fuldførte uddannelsesniveau.

Justeret for alder og behov er der blandt kvinder en statistisk signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der er visiteret til praktisk hjælp i 2013, men ikke i 2010 og 2017. Justeret for alder og behov er der blandt mænd en statistisk signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der er visiteret til praktisk hjælp. Blandt mænd ses der en social gradient, hvor andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau i alle tre år.

Den sociale ulighed i andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 0,2 procentenheder blandt mænd i 2017. Blandt mænd er der en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 7.7.2

Andelen visiteret til praktisk hjælp fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Visiteret til praktisk hjælp er justeret for behov på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.



Figur 7.7.2 viser sammenhængen mellem andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017 justeret for behov.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, således at andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, er lavere med højere fuldførte uddannelse for kvinder i 2013, men ikke i 2010 og 2017 og for mænd i alle tre år. Blandt mænd er der en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

7.8 Kommunale sygeplejeydelser

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har modtaget kommunal hjemmesygepleje for personer på 65 år eller derover.

Kommunal sygepleje er ydelser fra sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter/hjælpere, der enten kan leveres i kommunale sygeplejeklinikker eller i eget hjem på baggrund af sundhedsloven.

Indikatoren modtaget kommunal hjemmesygepleje er i denne rapport defineret på basis af information fra registret Hjemmesygepleje og behovsjusteret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2013). Information om kommunal hjemmesygepleje haves for perioden 2011-2016. Kommunale sygeplejeydelser justeret for behov baseret på selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme i Den Nationale Sundhedsprofil (som er foretaget i årene 2010, 2013, 2017) kan derfor kun vises for år 2013. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.8

Andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013. Modtaget kommunale sygeplejeydelser er justeret for behov på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

	2013		
	%	OR§	N (total)
ALLE			**39.898**
KVINDER			**20.495**
Grundskole	7,1	1,84*	8.683
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	6,5	1,29	7.169
Videregående uddannelse	6,3		4.154
Uoplyst	7,9	2,62*	489
*SII***	*-1,2*		
MÆND			**19.403**
Grundskole	5,0	1,67*	5.689
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	4,8	1,18	8.555
Videregående uddannelse	4,7		4.705
Uoplyst	6,2	2,24*	454
*SII***	*-0,4*		

§ OR er justeret for alder og behov på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme

* OR er statistisk signifikant

** SII: Ulighed i andelen af personer, der har modtaget kommunale sygeplejeydelser, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og behov for kommunale sygeplejeydelser. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning

Tabel 7.8 viser sammenhængen mellem andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013 justeret for behov.

I 2013 er der blandt kvinder med grundskole 7 %, der modtager kommunale sygeplejeydelser justeret for behov. Det gælder henholdsvis 7 % og 6 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2013 er der blandt

mænd med grundskole 5 %, der modtager kommunale sygeplejeydelser justeret for behov. Det gælder henholdsvis 4,8 % og 4,7 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder og behov er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser statistisk signifikant for både kvinder og mænd i 2013. Der ses en social gradient, hvor andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Den sociale ulighed i andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 1,2 procentenheder blandt kvinder og 0,4 procentenheder blandt mænd i 2013.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, således at andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, er lavere med højere fuldførte uddannelse for både kvinder og mænd i 2013.

7.9 Førtidspension

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har modtaget førtidspension for personer på 30-65 år.

Førtidspension kan tilkendes til personer i alderen fra 40 år og til folkepensionsalderen, som har en varig og væsentligt nedsat arbejdsevne. Personer i alderen 18-39 år kan få førtidspension i særlige tilfælde[14]. Førtidspension tilkendes på baggrund af en helhedsvurdering af personens samlede ressourcer, kompetencer og udviklingsmuligheder. Personer, der tilkendes førtidspension, har ofte flere diagnoser og samtidig også sociale problemer[14].

De hyppigste årsager til tilkendelse af førtidspension er psykiske lidelser og bevægeapparatsygdomme. I 2016 udgjorde andelen af tilkendelser på grundlag af psykiske lidelser 43 %, mens tilkendelser på grundlag af bevægeapparatsygdomme udgjorde 16 %[14].

Undersøgelser viser en overdødelighed blandt førtidspensionister sammenlignet med ikke-førtidspensionerede og peger på, at den underliggende sygdom, som førtidspensionen er tilkendt på baggrund af, kun delvist kan forklare denne overdødelighed[15]. Andre forklarende faktorer kan for eksempel være social isolation og sundhedsadfærd[15].

Indikatoren førtidspension er i denne rapport defineret på basis af information fra Arbejdsklassifikationsmodulet. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.9

Andel på førtidspension fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år i 2000, 2010 og 2017.

	2000			2010			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**8,9**		**2.551.560**	**8,7**		**2.641.281**	**7,6**		**2.576.163**	
KVINDER	**10,4**		**1.261.196**	**9,6**		**1.313.671**	**8,3**		**1.281.884**	
Grundskole	20,6	6,82*	421.981	23,5	7,17*	292.994	25,0	9,60*	215.970	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5,9	1,90*	487.974	7,0	1,95*	527.929	6,8	2,19*	480.990	
Videregående uddannelse	3,1	1	327.031	3,5	1	464.045	2,9	1	522.237	
Uoplyst	20,2	7,99*	24.210	15,7	5,56*	28.703	6,8	3,18*	62.687	
*SII***	*-23,1*			*-23,2*			*-23,5*			*< 0,01*
MÆND	**7,5**		**1.290.364**	**7,8**		**1.327.610**	**6,9**		**1.294.279**	
Grundskole	15,3	7,78*	354.355	17,7	7,23*	293.803	18,3	9,47*	247.940	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5,1	2,40*	606.146	5,7	2,07*	624.191	5,1	2,25*	572.528	
Videregående uddannelse	2,2	1	298.829	2,7	1	370.859	2,2	1	390.842	
Uoplyst	17,8	10,92*	31.034	14,7	6,71*	38.757	7,1	4,37*	82.969	
*SII***	*-17,5*			*-18,4*			*-18,9*			*< 0,01*

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant

** SII: Ulighed i andelen af personer på førtidspension er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning

Tabel 7.9 viser sammenhængen mellem andelen på førtidspension og på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år i 2000, 2010 og 2017.

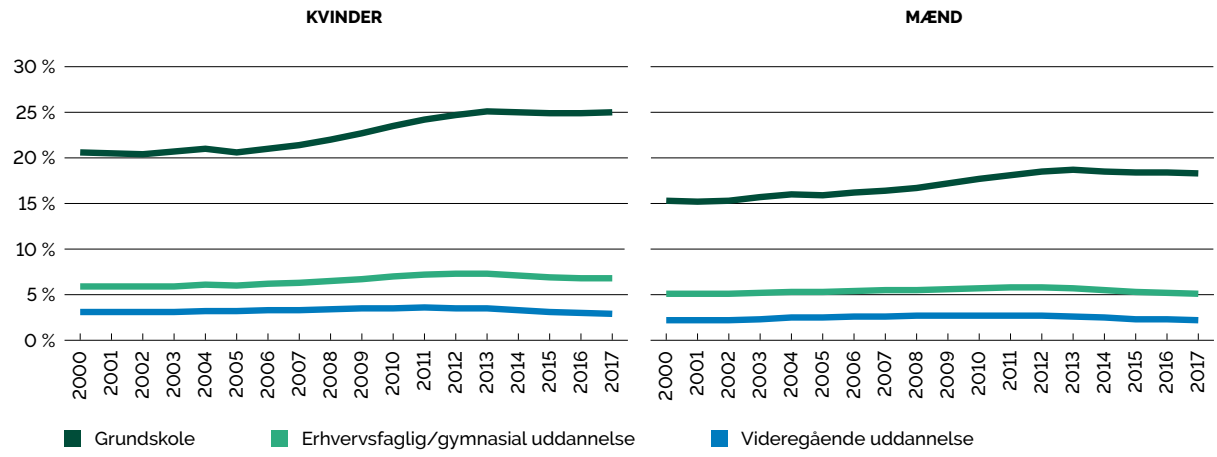
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 25 % på førtidspension. Det gælder henholdsvis 7 % og 2,9 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. For mænd gælder det, at der blandt mænd med grundskole er 18 % på førtidspension i 2017. Det gælder henholdsvis 5 % og 2,2 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen på førtidspension statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen på førtidspension er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen på førtidspension, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 24 procentenheder blandt kvinder og 19 procentenheder blandt mænd i år 2017. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2000-2017.

FIGUR 7.9

Andel på førtidspension, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år i perioden 2000-2017.



Figur 7.9 viser sammenhængen mellem andelen på førtidspension og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år i perioden 2000-2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen på førtidspension blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år, således at andelen på førtidspension er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2000-2017.

7.10 Mangel på social støtte

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har lav grad af social støtte for personer på 30 år eller derover.

Social støtte er en oplevelse af, at nogen bekymrer sig om en, at man har adgang til hjælp fra andre mennesker, og at man er del af et positivt socialt netværk[16]. Social støtte kan være praktisk, følelsesmæssig og faglig støtte, som kan komme fra familie, venner, kolleger eller nærmeste leder.

Hvis personer oplever deres sociale relationer som mangelfulde eller belastende, kan det have alvorlige, negative implikationer for deres helbred, livskvalitet og trivsel[17,18]. Mangelfuld social støtte er således en kendt determinant for højere sygelighed og dødelighed[19]. Den negative indflydelse på helbredet skyldes blandt andet, at mangel på social støtte har negative implikationer på blandt andet immunsystemets og kardio-vaskulære funktioner[19]. Samtidigt peger flere undersøgelser på, at lav grad af social støtte øger risikoen for tidlig død, særligt gennem hjertekarsygdom og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd som for eksempel højt alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og rygning[17,20].

Indikatoren social støtte er i denne rapport defineret på basis af to spørgsmål fra spørge-skemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatoren er ikke opdelt på køn, men på hvorvidt personen har langvarig sygdom eller ej. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.10

Andelen, der har lav grad af social støtte, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer uden langvarig sygdom og personer med langvarig sygdom på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			
	%	OR§	N (total)	%	OR§	N	%	OR§	N (total)	Trend, *p*-værdi
ALLE	**4,6**		**142.108**	**4,6**		**130.003**	**4,8**		**143.702**	
LANGVARIG SYGDOM = NEJ	**4,0**		**90.759**	**4,1**		**80.334**	**4,1**		**86.584**	
Grundskole	6,0	2,12*	19.565	5,6	1,89*	16.252	5,5	2,04*	15.508	
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	4,0	1,56*	39.252	4,3	1,53*	34.739	4,0	1,41*	36.771	
Videregående uddannelse	2,5	1	30.337	2,7	1	27.921	2,8	1	32.128	
Uoplyst	7,2	2,78*	1.605	8,8	3,44*	1.422	9,4	3,64*	2.177	
*SII***	*-3,1*			*-2,6*			*-3,2*			*0,89*
LANGVARIG SYGDOM = JA	**5,7**		**51.349**	**5,5**		**49.669**	**5,8**		**57.118**	
Grundskole	7,4	2,01*	15.177	7,1	2,11*	13.404	7,6	2,22*	14.017	
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	5,5	1,51*	21.170	5,6	1,64*	20.646	5,6	1,55*	24.127	
Videregående uddannelse	3,7	1	13.824	3,4	1	14.652	3,7	1	17.859	
Uoplyst	8,8	2,84*	1.178	7,9	2,63*	967	10,5	3,17*	1.115	
*SII***	*-4,1*			*-4,2*			*-4,7*			*0,19*

§ OR er justeret for alder og køn.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer der har lav grad af social støtte, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.10 viser sammenhængen mellem andelen, der har lav grad af social støtte, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer uden langvarig sygdom og personer med langvarig sygdom på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

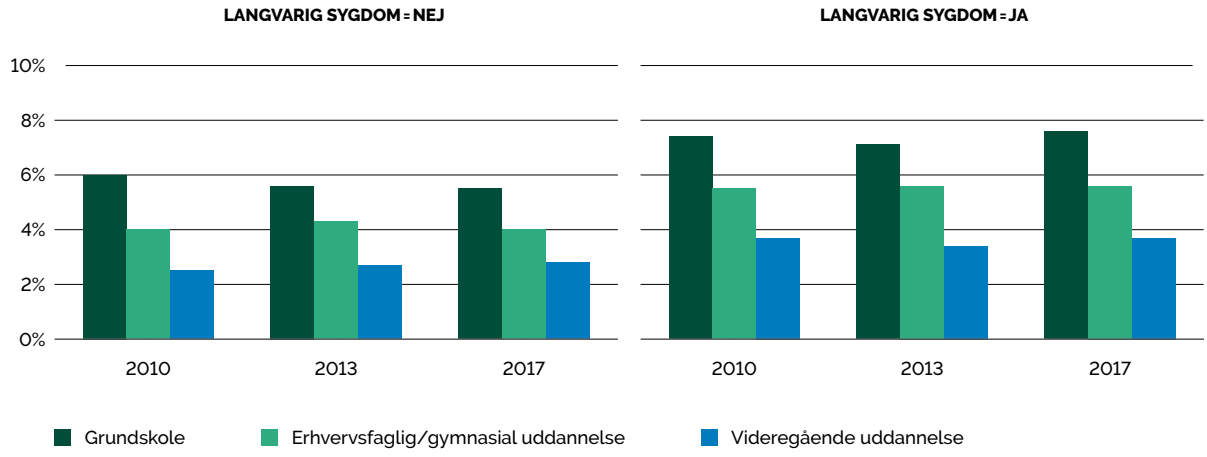
I 2017 er der blandt personer uden langvarig sygdom med grundskole 6 % med lav grad af social støtte. Det gælder 4,0 % og 2,8 % blandt personer med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt personer med langvarig sygdom og grundskole er der i 2017 8 % med lav grad af social støtte. For personer med langvarig sygdom og henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det 6 % og 3,7 % i 2017.

Justeret for alder og køn er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen med lav grad af social støtte, statistisk signifikant i alle tre år både blandt personer uden langvarig sygdom og blandt personer med langvarig sygdom. Der ses en social gradient, hvor andelen, med lav grad af social støtte, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, med lav grad af social støtte, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 3,2 procentenheder blandt personer uden langvarig sygdom og 4,7 procentenheder blandt personer med langvarig sygdom i år 2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed fra 2010-2017.

FIGUR 7.10

Andelen, der har lav grad af social støtte, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer uden langvarig sygdom og personer med langvarig sygdom på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 7.10 viser sammenhængen mellem andelen, der har lav grad af social støtte og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer uden langvarig sygdom og personer med langvarig sygdom på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen med lav grad af social støtte i alle tre år, både blandt personer uden langvarig sygdom og blandt personer med langvarig sygdom, således at andelen med lav grad af social støtte er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed fra 2010-2017.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i forhold til en række indikatorer relateret til kontakt med sundhedsvæsenet. Det gælder social ulighed i deltagelse i screeningprogrammer for kræft, forebyggelige indlæggelser og kortidsindlæggelser, visiteret hjemmeplejeydelser og kommunale sygeplejeydelser. Derudover har vi beskrevet social ulighed i førtidspension og i mangel på social støtte, som kan være afgørende i forbindelse med sygdomsforløb og langvarig sygdom.

Blandt kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en lavere andel, der deltager i screening for livmoderhalskræft og screening for brystkræft, end blandt kvinder med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Ligeledes gælder det, at der blandt personer med grundskole er en lavere andel, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft end blandt personer med videregående uddannelse. I perioden 2010-2017 er den sociale ulighed i deltagelse i screening for livsmoderhalskræftscreening steget. Ligeledes gælder det at, at der er sket en stigning i den sociale ulighed i deltagelsen i brystkræftscreening og i deltagelsen i tyk- og endetarmskræft blandt mænd, men ikke blandt kvinder.

Blandt mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, der har kontakt til almen praktiserende læge, justeret for behov, end blandt mænd med en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ingen forskelle blandt kvinder. Der ses i perioden 2010-2017 ingen ændring i den sociale ulighed for kontakt med almen praktiserende læge justeret for behov. Blandt personer med grundskole er der en højere andel, der har kontakt til praktiserende speciallæge, justeret for behov, end blandt personer med en videregående uddannelse. Der ses i perioden 2010-2017 ingen ændring i den sociale ulighed for kontakt med praktiserende speciallæge, justeret for behov.

Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, der er visiteret til personlig pleje, end blandt personer med en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, men ikke i 2017. Der ses i perioden 2010-2017 ingen ændring i den sociale ulighed for visiteret til personlig pleje. Blandt mænd med grundskole er der en højere andel, der er visiteret til praktisk hjælp. Der er sket et fald i den sociale ulighed i perioden 2010-2017 for visiteret til praktisk hjælp blandt mænd. Blandt personer med grundskole er der en højere andel, der har modtaget kommunale sygeplejeydelser end blandt personer med en videregående uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og mænd i 2013.

Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, der har en forebyggelig indlæggelse og en korttidsindlæggelse, end blandt personer med en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. I perioden 2010-2017 er den sociale ulighed steget for både forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser.

Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, der får førtidspension, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. I perioden 2000-2017 er den sociale ulighed i andelen, der får førtidspension steget både blandt kvinder og blandt mænd.

I forhold til mangel på social støtte er der blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau en større andel, som oplever mangel på sociale støtte, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både personer med og uden langvarig sygdom. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i perioden 2010-2017.

Referencer

1. OECD. Health for everyone?: Social inequalities in health and health systems. Paris: OECD Publishing; 2019.
2. Sundhedsstyrelsen. Screening for livmoderhalskræft – anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
3. Sundhedsstyrelsen. Screening for livmoderhalskræft – anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
4. Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening Dansk kvalitetsdatabase for livmoderhalskræftscreening - Årsrapport 2018 Regionernes Kliniske Kvalitets-udviklingsprogram - www.rkkp.dk; 2019.
5. Vejborg I. Mammografiscreening i Danmark. Kliniske retningslinjer: Dansk Radiologisk Selskab; 2010.
6. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft København: Sundhedsstyrelsen; 2010 og 2012.
7. Andersen JS, Olivarius Nde F, Krasnik A. The Danish national health service register. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):34-7.
8. Vallgårda S, Krasnik A. Sundhedsvæsen og sundhedspolitik. København: Munksgaard; 2016.
9. Danske Regioner. Fakta om praksissektoren: Danske Regioner; 2018.
10. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser – en oversigt over viden om kommunale indsatser: Sundhedsstyrelsen; 2015.
11. KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Indblik i sundhedsvæsenets resultater 2015. København Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2015.
12. KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.
13. Danmarks Statistik. AED06: Modtagere visiteret til hjemmehjælp, frit valg, efter område, ydelsestype, timer pr. uge, alder og køn Danmarks Statistik; 2018 [Available from: https://www.statistikbanken.dk/AED06.
14. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013. København: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering; 2018.
15. Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S, Alexanderson KA. Mortality in relation to disability pension: findings from a 12-year prospective population-based cohort study in Sweden. Scand J Public Health. 2007;35(4):341-7.
16. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. Clin Psychol Rev. 2006;26(6):695-718.
17. Vaux A. Social support: Theory, research, and intervention: Praeger publishers; 1988.
18. Frasure-Smith N, Lespérance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. 2000;101(16):1919-24.

19. Siedlecki KL, Salthouse TA, Oishi S, Jeswani S. The relationship between social support and subjective well-being across age. J Social indicators research. 2014;117(2):561-76.

20. Uchino BN. Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. Journal of Behavioral Medicine. 2006;29.

Bilag

Bilag 1
Materialer og metode

Beskrivelse datakilder anvendt i rapporten

Resultaterne i denne rapport er baseret på data fra en række nationale registre, kliniske kvalitetsdatabaser samt data fra udvalgte spørgeskemaundersøgelser. I det følgende beskrives de anvendte datakilder.

Registre

Det Centrale Personregister

Det Centrale Personregister (CPR)[1] blev etableret i 1968, og alle dalevende personer med adresse i Danmark blev registreret med et administrativt formål. Ligeledes bliver oplysninger om alle nulevende personer med dansk bopælsadresse registreret i CPR. Alle personer, som er registreret i CPR er tildelt et unikt 10-cifret personidentifikationsnummer (CPR-nr), hvilket muliggør en kobling på tværs af de nationale registre. Udover kobling på tværs af registre indeholder registeret information om køn, fødselsdato, forældres CPR-nummer, civilstand og oprindelsesland m.m.

Datatræk udført d. 1.7.2019

Det Medicinske Fødselsregister

Det Medicinske Fødselsregister (MFR)[2] blev etableret i 1973 og indeholder data om alle fødsler i Danmark[2]. Det består af prospektivt indsamlede data fra graviditet til den nyfødte periode og dækker omkring 99 % af alle fødsler. Fra MFR er det muligt at indhente data omkring moderens karakteristika, barnets antropometri samt komplikationer under graviditeten og ved fødslen. Det primære formål med MFR er registrering og monitorering af sundheden blandt nyfødte samt kvaliteten af svangreomsorgen. I denne rapport er MFR anvendt til at indhente informationer om gestationsalder, fødselsvægt og mortalitet.

Datatræk udført d. 03.07.2019

Den Nationale Børnedatabase

Den Nationale Børnedatabase (BDB)[3] blev oprettet i 2009 med det formål at opbygge en fælles offentlig database om børns sundhed. Alle børn, som bor i Danmark, bliver tilbudt forebyggende helbreds- og funktionsundersøgelsen. Data er systematisk udvalgt fra undersøgelserne foretages af sundhedsplejersker og praktiserende læger. BDB indeholder oplysninger om højde, vægt, passiv rygning og amning. I denne rapport har vi anvendt BDB til at indhentet information om amning.

Datatræk udført d. 29.11.2019

Landspatientregisteret

Landspatientregisteret (LPR)[4] blev etableret i 1977 og indeholder oplysninger fra offentlige og private hospitaler. LPR indeholder information om CPR-nr, hospitalsafdeling, dato for indlæggelse og udskrivelse, behandling og operation, for både somatiske, psykiatriske og akutte ambulante kontakter. En patientkontakt starter ved indskrivningsdato, typisk ved indlæggelse, og afsluttes ved udskrivningsdato, hvor indberetningen til LPR sker. Hver patientkontakt tildeles i registeret et unikt identifikationsnummer. Der er

ikke direkte information om et samlet behandlingsforløb, der involverer flere afdelinger, da LPR er baseret på enkeltkontakter. Et patientforløb vil med et ambulant besøg, en indlæggelse og et efterfølgende ambulant besøg dermed udgøre tre kontakter. Fra 1994 og fremefter anvendes ICD-10 klassifikationer af diagnoser, og fra 1996 og fremefter bruges den danske udgave af Nordic Classification of Surgical Procedures (NCSP) til operations- og behandlingsklassifikation for operationer (procedurer). LPR anvendes i mange forskellige sammenhænge, og dets formål er flerfoldigt. Formålet med LPR er blandt andet at danne grundlag for løbende hospitalsstatistik, kvalitetssikring af hospitaler, give patienter mulighed for indsigt i hospitalsbehandling, epidemiologisk forskning, etc. LPR danner desuden helt eller delvist datagrundlag for andre registre heriblandt Cancer- og Fødselsregistreret. Data fra psykiatriske afdelinger er desuden også anvendt i nærværende rapport (LPR-PSYK). I denne rapport har vi anvendt LPR til at indhentet information om somatiske og psykiske sygdomme.

Datatræk udført d. 02.07.2019 (LPR), 22.11.2019 (LPR-ULYK) og 29.11.2019 (LPR-PSYK)

Det Centrale Psykiatriregister

Det centrale psykiatriregister (PCR)[5] blev etableret i 1970 og indeholder oplysninger om patienter behandlet på psykiatriske afdelinger i Danmark. PCR indeholder information om CPR-nr, start- og slut-dato for behandling, diagnoser, type henvisning, og indlæggelsesmåde. Indtil 1995 indeholder registret udelukkende indlagte patienter, og fra 1995 også det også patienter i ambulant forløb samt skadestuekontakter. PCR er i dag en integreret del af Landspatientregistret (LPR). I denne rapport har vi anvendt PCR til at indhentet information om psykiske sygdomme.

Datatræk udført d. 29.11.2019

Sygesikringsregistret

Sygesikringsregisteret (SSR)[6] indeholder oplysninger om ydelser, som er støttet af den offentlige sygesikring foretaget af alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, psykologer etc. SSR indeholder blandt andet information omkring CPR-nr, alder, køn, bopæl, speciale for ydelse, ydernummer, dato for ydelse. Registeret dækker over to opdelte perioder, der delvist overlapper hinanden. Registerets formål er at fungere som dokumentation for ydelser udført. Det indeholder ikke detaljeret information om sygdom eller behandling for den enkelte patient. I denne rapport er Sygesikringsregisteret anvendt til at indhente oplysninger om brugen af sundhedsydelser.

Datatræk udført d. 02.07.2019 (SSSY og SYSI).

Cancerregistret

Cancerregisteret blev etableret i 1942 med det formål at indsamle data på nye tilfælde af kræft[7]. Cancerregistret benyttes til statistikker for incidensen og prævalensen af kræft i Danmark og anvendes i planlægningen af sundhedsydelser samt udgør et grundlag for forskning indenfor bl.a. årsager og forløb. I denne rapport er Cancerregisteret anvendt til at identificerer nye tilfælde af bryst- lunge- samt tyk- og endetarmskræft.

Datatræk udført d. 29.11.2019

RKKP, Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS)

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræft (DKLS)[8] er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase. DKLS blev etableret i 2009. Formålet med DKLS er at overvåge og forbedre kvaliteten af livmoderhalskræftscreening i Danmark, baseret på kliniske retningslinjer og kvalitetsindikatorer. DKLS indeholder information om CPR-nr, dato invitation til screening, dato for rykkere, diagnose, og HPV-test. I denne rapport har vi anvendt DKLS til at indhentet information om deltagelse i screening for livmoderhalskræft.

Datatræk udført d. 08.11.2019

RKKP, Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS)

Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS)[9] er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase. DKMS blev etableret i 2007. Formålet med DKMS er overvåge og forbedre kvaliteten af mammografiscreening i Danmark, baseret på kliniske retningslinjer og kvalitetsindikatorer. DKLS indeholder information om CPR-nr, dato for invitation til screening, dato for rykkere, strålingseksponering og diagnose. I denne rapport har vi anvendt DKMS til at indhentet information om deltagelse i mammografiscreening for brystkræft.

Datatræk udført d. 20.09.2019

RKKP, Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase (DTS)

Dansk Kvalitetsdatabase for Tarmkræftscreeningsdatabase (DTS)[10] er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase. DTS blev etableret i 2014. Formålet med DTS er overvåge og forbedre kvaliteten af tarmkræftscreening i Danmark, baseret på kliniske retningslinjer og kvalitetsindikatorer. DTS indeholder information om CPR-nr, dato for invitation til screening, dato for indsendt afføringsprøve, testresultat, og diagnose. I denne rapport har vi anvendt DTS til at indhentet information om deltagelse i screening for tyk- og endetarmskræft.

Datatræk udført d. 08.11.2019

Det Danske Vaccinationsregister

Vaccinationer afregnet med sygesikringen er siden 1996 registreret i Det Danske Vaccinationsregister (DDV)[11]. Fra november 2015 har der været indberetningspligt til DDV for alle læger. Formålet med vaccinationsregistret er at give både privat- og sundhedspersoner, adgang til en samlet oversigt over de vaccinationer, som en person har fået, samt adgang til børns vaccinationer. I denne rapport har vi anvendt DDV til at indhente information om børnevaccinationsprogrammet og HPV-vacciner.

Datatræk udført d. 18.11.2019

Det Centrale Odontologiske Register (SCOR)

Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR)[12] blev oprettet i 1972 med formålet at støtte organisations- og kvalitetsudvikling i den kommunale tandpleje. Det indeholder data vedr. tandsundhedsforhold hos børn og unge. Alle børn og unge under 18 år er omfattet af vederlagsfri forebyggende og behandlende børne- og ungdoms-tandpleje. I denne rapport har vi anvendt SCOR til at indhente information om tand-sundhed blandt unge.

Datatræk udført d. 29.11.2019

Elevregisteret

Elevregisteret blev etableret i begyndelsen af 1970'erne[13]. Formålet med registeret er at kunne belyse tilgangen og afgangen fra det ordinære uddannelsessystem såvel som elevstrømmene i dette. Registeret dækker over uddannelser fra 0. klasse til forskeruddannelse og omfatter studerende ved ordinære uddannelser som er offentlig reguleret. Registeret er organiseret således, at man kan følge de enkelte uddannelses-programmer, som den enkelte studerende har været indskrevet på gennem sin uddannelseskarriere. I denne rapport har vi anvendt Elevregisteret til at indhente oplysninger om igangværende uddannelse blandt unge under 30 år.

Datatræk udført d. 11.09.2019

Uddannelsesregistret

Uddannelsesregisteret indeholder information om afsluttede uddannelser for hele den danske befolkning siden 1974[13]. I registret er uddannelserne klassificeret i henhold til Danmarks Statistiks klassifikationssystem (DISCED-15) samt *International Standard Classification of Education* (ISCED2011). Information om uddannelse kan være ufuldstændig for personer født før 1945, samt for mange indvandrere. Uddannelsesregistret er i denne rapport anvendt til definition af højest fuldførte uddannelsesniveau.

Datatræk udført ¬d. 01.07.2019

Lægemiddelstatistikregisteret

Lægemiddelstatistikregisteret (LSR)[14] indeholder oplysninger om salg af humane og veterinære receptpligtige lægemidler i Danmark siden 1995. Formålet med LSR er bl.a. at overvåge lægemiddelforbruget for at styrke sundhedsmyndigheders beslutningsgrundlag. Dertil anvendes registeret til forskning, hvor det bruges til at vurdere lægemiddelforbrugets virkning på sygdom og sundhed. Ved indløsning af en recept registreres der omkring 20 forskellige oplysninger. LSR er i denne rapport anvendt til definition af sygdomme, hvor medicinindtag er en del af definitionen.

Datatræk udført d. 02.07.2019

Indkomstregisteret

Indkomstregisteret indeholder data om indkomst for hele den danske befolkning siden 1970[15]. Formålet med registret er at skabe et overblik over befolkningens indkomst for at vise udviklingen blandt forskellige befolkningsgrupper. Indkomstregistret bygger på en række mindre registre blandt andet SKATs Centrale Skatteyderregister (CSR), Det Centrale Pensionsregister og Pensionsafgiftsregisteret. Data indsamles årligt, og den primære kilde til data om indkomst er SKATs slutligningsregister samt e-indkomstregistret. Disse oplysninger suppleres med information om udbetalinger af overførsler fra kommuner, a-kasser og interne registre i Danmarks Statistik. Indkomstregistret er i denne rapport anvendt til definition af individuelt indkomstniveau.

Datatræk udført d. 11.09.2019

Arbejdsklassifikationsmodulet

Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM)[16] er et register fra 1976, og indeholder en række oplysninger til belysningen af personers arbejdsmarkedsmæssige placering i løbet af året. Formålet med registeret er at give statistiske baggrundsoplysninger vedr. befolkningens beskæftigelsesforhold. AKM er baseret på oplysninger fra en række forskellige registrer, såsom CPR, registrer fra Told- og Skattestyrelse, samt diverse registre omkring løn– og ansættelsesforhold. I denne rapport er AKM anvendt til definition af arbejdsløshed.

Datatræk udført d. 01.07.2019

Dødsårsagsregisteret (DAR)

Når en person dør i Danmark, foretager en læge ligsyn og udfylder en dødsattest, der indeholder oplysninger omkring dødsfaldet. Disse oplysninger danner grundlaget for Dødsårsagsregistret (DAR)[17]. Centralt for DAR er selve dødsårsagen, men registret indeholder også oplysninger om dødsdato, dødssted, og alder ved dødstidspunkt. Registret indeholder data fra 1970 og frem. Formålet med registret er at indhente oplysninger om enkeltpersoners dødsårsager, hvilket danner grundlag for Sundhedsdatastyrelsens dødsårsagsstatistik. Med denne statistik ønsker man at beskrive generelle udviklingstendenser i dødsårsager, og dermed give muligheden for at sammenligne på tværs af regioner i landet. I denne rapport er DAR anvendt til at definere selvmord og dødeligshed.

Datatræk udført d. 04.11.2019

Vandringsdata (VNDS)

Information om indvandring til Danmark og udvandring fra Danmark er baseret på CPR registret[18]. Informationen er indsamlet siden 1980. I Danmark skal tilflyttere fra udlandet, som har til hensigt at bo i Danmark i mindst 3 måneder, registreres i folkeregisteret og får et dansk CPR-nr. Data indeholder CPR-nr, og dato for ind- og udvandring. I denne rapport er VNDS anvendt til at bestemme om en person er ind- eller udvandret.

Datatræk udført d. 01.07.2019

Ældredokumentation (AEFV)

Ældredokumentation blev etableret i 2008 med information om visiteret hjemmehjælp[19]. Registret indeholder information om CPR-nr, dato, typen af visiteret hjemmehjælp (personlig pleje og praktisk hjælp). AEFV er i denne rapport anvendt til at definere visiteret personlig pleje og praktisk hjælp.

Datatræk udført d. 03.07.2019

Kommunale sygeplejeydelser (HJSP)

Registret med kommunale hjemmesygeplejeydelser (HJSP)[20] indeholder information om CPR-nr, ydelsestype og dato for ydelse. HJSP er i denne rapport anvendt til at definere modtaget kommunale sygeplejeydelser.

Datatræk udført d. 03.07.2019

Familieindkomster (FAIK)

Registret med familieækvivaleret disponibel indkomst (FAIK)[21] blev etableret i 1990. Registret indeholder information om familieidentifikationsnummer og familieækvivaleret disponibel indkomst. FAIK er i denne rapport anvendt til at definere familieækvivaleret indkomstniveau.

Datatræk udført d. 01.07.2019

Spørgeskemaundersøgelser

Arbejdsmiljø og Helbred (AH)

Arbejdsmiljø og Helbred (AH)[22] er en spørgeskemaundersøgelse blandt beskæftigede i Danmark. Undersøgelserne gennemføres hvert andet år siden 2012. Undersøgelsernes formål er at forbedre arbejdsmiljøet på danske arbejdspladser. AH er i denne rapport anvendt til at definere indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver og fysiske krav.

Dataudtræk udført 4.7.2019

Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP)

Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP)[23,24,25] er en undersøgelse udført blandt den danske voksne befolkning (16 år eller derover) omhandlende deres sundhed og sygelighed i henholdsvis 2010, 2013 og 2017. Undersøgelserne gennemføres i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, de fem danske regioner og Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet. NATSUP er en national repræsentativ undersøgelse bestående af en stikprøve fra hver af de fem regioner samt en national stikprøve, hvor alle fem stikprøver er gensidigt udelukkende. I denne rapport er NATSUP anvendt til selvvurderet helbred, mental sundhed, stress, selvrapporterede smerter i ryg, nakke og led, rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, svær overvægt, ophobning af risikofaktorer, behovsjustering samt social støtte blandt voksne.

Dataudtræk udført 11.10.2019

Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen (SUSY)

Den nationalt repræsentative Sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY)[26,27,28] gennemføres i den voksne befolkning (16 år eller derover). Der indsamles data til brug for statslig, regional og kommunal planlægning og sundhedsovervågning og til brug for forskning og analyser. Undersøgelserne er gennemført siden 1987. Undersøgelserne gennemføres i et samarbejde med Sundhedsstyrelsen. SUSY er en national repræsentativ undersøgelse bestående af en national repræsentativ stikprøve. SUSY er i denne rapport anvendt til at definere funktionsevne og stofbrug.

Dataudtræk udført 13.11.2019

The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE

SHARE er en repræsentativ forløbsundersøgelse af personer på 50 år eller derover, hvor der i én og samme undersøgelse indsamles individuelle informationer om demografi, helbred og socioøkonomiske forhold. Data bliver indsamlet hvert andet år, og det startede i 2004 med første bølge. I denne rapport indgår data fra bølge 4-6[29,30,31], som blev gennemført i 2015. Bølge 7, som blev gennemført i 2017, indgår ikke. Grunden er, at GDPR trådte i kraft inden bølge 7 blev frigivet. Det betyder, at der kræves en særlig godkendelse til at koble SHARE-data med CPR-numre, og denne blev ikke indhentet i forbindelse med bølge 7. SHARE er i denne rapport anvendt til at definere gribeevne.

Dataudtræk udført 9.10.2019

Skolebørnsundersøgelsen (HBSC)

Skolebørnsundersøgelsen (HBSC)[32,33,34] er det danske bidrag til det internationale forskningssamarbejde om børns (11-, 13- og 15-årige) sundhed, trivsel og sundhedsadfærd. HBSC blev første gang gennemført i 1984. HBSC er baseret på et repræsentativt udsnit af danske skoleelever i 5., 7. og 9. klasse. Spørgsmålene er udviklet i Danmark til skolebørn i alderen 11-15 år. HBSC er anvendt vedrørende self-efficacy, livstilfredshed, overvægt, og ensomhed. Spørgsmålene har vist sig at fungere tilfredsstillende, da skolebørnene forstår dem og gerne vil svare på dem, og da psykometriske test viser, at de er pålidelige. HBSC er i denne rapport anvendt til at definere børneovervægt, ensomhed, livstilfredshed, og self-efficacy blandt børn.

Dataudtræk udført 27.1.2020

Analysemetoder

Hver indikator er beskrevet ved fordelingen af den givne indikator i forhold til højest fuldførte uddannelsesniveau (og køn). For at undersøge om forekomsten af en indikator varierer signifikant mellem højest fuldførte uddannelsesniveau er er benyttet to forskellige regressionsmetoder: logistisk regression og Poisson regression af incidensrater.

Logistisk regression

Logistisk regression benyttes ved analyse af en binær indikator (0/1), f.eks. født tidligt, der kategoriseres ved enten ja eller nej. Forekomsten af helbredsindikatoren sammenlignes mellem højest fuldførte uddannelsesniveauerne med videregående uddannelse som referencegruppe. Som resultat af en logistisk regression beregnes en odds ratio (OR), der beskriver en evt. mindre eller øget odds (chance) for den givne indikator.

Poisson regression af incidensrater

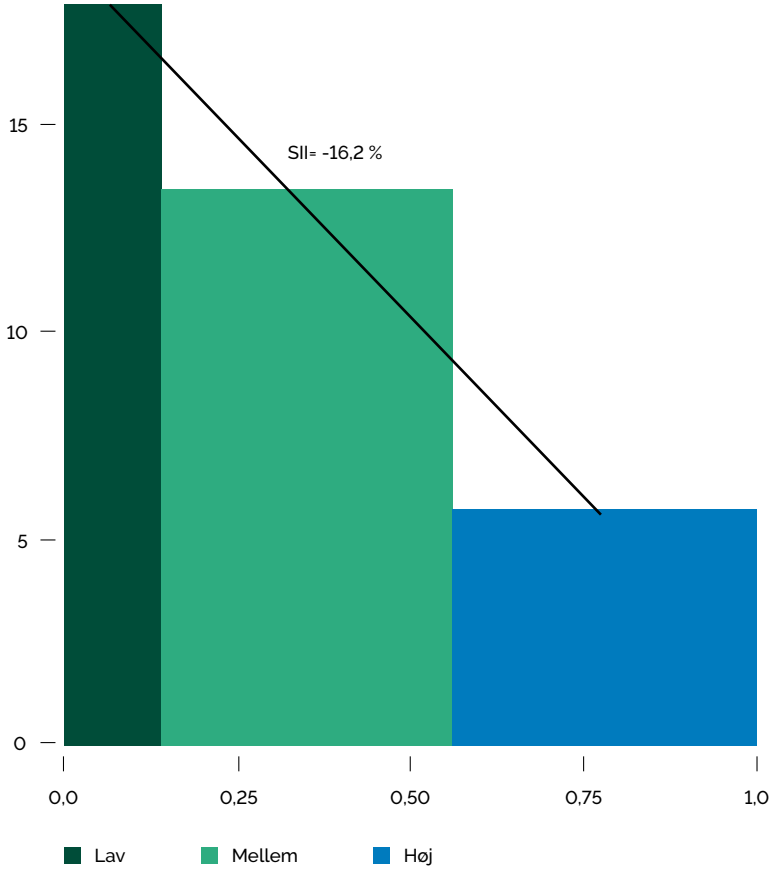
Poisson regression af incidensrater benyttes ved analyse af en sygdomsrate, dvs. antallet af nye sygdomstilfælde pr. 100.000 person-år. Antal nye tilfælde af helbredsindikatoren pr. 100.000 sammenlignes mellem uddannelsesniveauerne med videregående uddannelse som referencegruppe ved regression. Som resultat af en Poisson regression beregnes en incidensrateratio (IRR), der beskriver en evt. mindre eller øget hyppighed for udvikling af nye sygdomstilfælde.

Slope index of inequality

Som mål for social ulighed benyttes et Slope index of inequality (SII). SII beskriver, om der er forskel i forekomst af indikatoren på tværs af uddannelsesgrupper. Som eksempel er anvendt andelen af piger med overvægt. SII beregnes separat for hvert år, og beregnes på baggrund af det totale antal personer pr. uddannelsesniveau fra lavest til højest fuldførte uddannelsesniveau. SII er en hældningskoefficient beregnet ved en vægtet regression på tværs af uddannelsesniveauerne fra lavest til højest fuldførte uddannelsesniveau.

FIGUR B.1.1

Illustration af beregning af Slope index of inequality (SII).



De tre søjler i figur B.1.1 repræsenterer de tre uddannelsesgrupper (familiesocialgruppe), hvor højden af søjlen viser andelen af piger med overvægt, og bredden på søjlerne viser gruppernes størrelse i forhold til hinanden. SII bestemmes ved en vægtet regression på tværs af grupperne og angives ved hældningskoefficienten af denne. Eksemplet her er forenklet og vises kun for piger i 7. klasse i 2018, hvor SII er beregnet til -16.2%. SII i rapporten inkluderer piger i alle klassetrin med justering for klassetrin. For piger i 2018 er SII beregnet til -14.4 % (tabel 3.6).

Trend test – ændring i social ulighed over tid

For at undersøge, om der er sker en ændring i den sociale ulighed over tid, er der benyttet et trend test. Resultatet af trend testet er en angivelse af signifikansniveauet for, om ændringer i SII over tid er uændret, eller om der er sket en statistisk signifikant ændring (fald eller stigning i uligheden).

Trend testet foretages ved en regression af SII for de år, der indgår for den enkelte helbredsindikator (alle år i perioden 2010-2017 for de fleste indikatorer, eller udvalgte år, når data ikke haves for alle årene i perioden).

5-års dødelighed

5-års dødelighed er bestemt blandt personer med nye tilfælde af den specifikke indikator i perioden 01.01.2010 - 31.12.2013. Dødelighed er bestemt fra diagnosen er givet og fem år derefter.

Mistet beskæftigelse i en 4-årig periode

Andelen af personer, der har mistet beskæftigelsen, er bestemt blandt personer med nye tilfælde af den specifikke helbredsindikator i perioden 01.01.2010 - 31.12.2013. Personerne i denne analyse skal have været i arbejde året før diagnosen, samt være højest 59 år gammel ved diagnosen.

Som mål for tilknytning til arbejdsmarkedet benyttes det dominerende indkomstgrundlag i perioden 2010-2013. Personer i arbejde er defineret som personer, der overvejende var selvforsørgende i opgørelsesperioden, dvs.: selvstændige, medarbejdende ægtefæller og lønmodtagere. Personer, der ikke er i arbejde, er: arbejdsløse, modtagere af dagpenge, pensionister, kontanthjælpsmodtagere og øvrige uden for arbejdsmarkedet.

Definition af indikatorer

Kapitel 1: Sociale vilkår for sundhed

Indkomstfordeling (ginikoefficient)

Indikatoren *indkomstfordeling* er i denne rapport defineret på basis af information i Statistikbanken (DST)[35].

Fattigdom

Indikatoren ***fattigdom*** er i denne rapport defineret på basis af information fra Familieindkomstregistret (FAIK) og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM). Fattigdom defineres i denne rapport som relativ fattigdom, hvor fattigdomsgrænsen er defineret ved 50 % af medianindkomsten for befolkningen, tilsvarende til definitionen, der benyttes af OECD[36].

Medianindkomsten er defineret som den midterste indkomst i indkomstfordelingen blandt alle danskere. Dvs. 50 % har indkomst over medianindkomsten og 50 % har indkomst under medianindkomsten. Fattigdomsgrænsen er beregnet på baggrund af en families ækvivalerede disponible indkomst fra registeret Familieindkomster (FAIK).

Den ækvivalerede disponible indkomst er bestemt på baggrund af familiens størrelse (antal børn og voksne) og familiens disponible indkomst. Ækvivaleringen tager højde for familiens størrelse og evt. fordele ved stordriftsfamilier. Variablen for disponibel indkomst består af skattefri indkomst, beregnet lejeværdi, renteudgifter, skat mm. Metoden for beregning af familiens disponible indkomst har ændret sig ved en revision i 2013[37] og har dermed også påvirket den ækvivalerede disponible indkomst. I denne rapport betyder det, at der i perioden 2010-2012 er beregnet to fattigdomsgrænser, baseret for hhv. tidligere og nuværende metode for beregning af disponibel indkomst. Familier med negativ ækvivaleret disponibel indkomst indgår ikke ved beregning af fattigdomsgrænse eller i andelen af relativt fattige. Familier, der kun består af studerende, og familier, hvor primær forsørgeren er studerende, ekskluderes ved optælling af antal fattige[38].

Arbejdsløshed

Indikatoren ***arbejdsløshed*** er i denne rapport defineret på basis af information i registret Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM). I denne rapport er arbejdsløshed defineret ved personer angivet som 'Arbejdsløs mindst halvdelen af året'. Populationen er her afgrænset til personer i aldersgruppen 30-65 år, da det er forventet, at denne gruppe er på arbejdsmarkedet.

Kapitel 2: Generelle helbredsindikatorer

Restlevetid for 30-årige

Indikatoren ***restlevetid*** for 30-årige er i denne rapport defineret på basis af informationer i Det Centrale Personregister (CPR), Dødsårsagsregistret (DAR), Uddannelsesregistret (UDDA) og indkomstregistret (IND). Den forventede restlevetid for 30-årige er i denne rapport beregnet for hvert højest fuldførte uddannelsesniveau og for indkomstgrupper.

Dødelighed i befolkningen

Indikatoren ***dødelighed*** er i denne rapport defineret på basis af information i Dødsårsagsregistret.

Udviklingen af dødelighed i befolkningen er i denne rapport beregnet for aldersgrupperne 15-29, 30-44 og 45-64 år.

Børnedødelighed og dødfødsler

Indikatoren ***dødfødsler*** er i denne rapport defineret på basis af information i det Medicinske Fødselsregister (MFR). Indikatorerne ***neonatal dødelighed*** og ***dødelighed inden barnet er fyldt 5 år*** er i denne rapport defineret på basis af information i Dødsårsagsregistret (DAR). Andelen af børn, der er dødfødte, bestemmes på baggrund af alle fødsler i Danmark. Andelen af neonatal død, bestemmes på baggrund af alle levendefødte. Andelen af børn, der dør inden de fylder 5 år, bestemmes på baggrund af alle levendefødte.

Selvvurderet helbred

Indikatoren ***selvvurderet helbred*** er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil[23,24,25]. Spørgsmålet lyder således: "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?", med følgende svarmuligheder: "Fremragende", "Vældig godt", "Godt", "Mindre godt" og "Dårligt". Andelen med godt selvvurderet helbred er defineret ved de personer, der har svaret "Fremragende", "Vældig godt" og "Godt" lagt sammen. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Funktionsevne

Indikatorerne ***mobilitet og kommunikationsfærdigheder*** er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen[26,27,28].

Spørgsmålene fokuserer på henholdsvis fysisk og mentalt sundhed, og lyder således:

"Kan du normalt uden besvær, med lidt besvær, med meget besvær eller slet ikke gøre følgende?"

1. "Læse en almindelig avistekst (evt. med briller, hvis normalt bruges)?"
2. "Høre, hvad der bliver sagt uden en normal samtale mellem tre eller flere personer (evt. med høreapparat, hvis det normalt bruges)?"
3. Gå 400 meter uden at hvile?
4. Gå op eller ned ad en trappe fra en etage til en anden uden at hvile?
5. Bære 5 kg (f.eks. indkøbsposer)?

Med svarmulighederne: "Ja, uden besvær", "Ja, med lidt besvær", "Ja, med meget besvær" og "Nej, slet ikke".

Andelen med dårlig mobilitet er defineret på basis af spørgsmål 3, 4 og 5, ved de personer der har svaret "Nej, slet ikke" eller "Ja, med meget besvær" til et eller flere af spørgsmålene. Andelen med dårlige kommunikationsfærdigheder er defineret på basis af spørgsmål 1 og 2, ved de personer der har svaret "Nej, slet ikke" eller "Ja, med meget besvær" til et eller flere af spørgsmålene.

Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Kapitel 3: Tidlige vilkår for sundhed og sygdom

Fødsler

Indikatorerne ***født før uge 37*** er i denne rapport defineret på basis af information i det Medicinske Fødselsregister. Født tidligt er i denne rapport defineret ved fødsel inden uge 37.

Indikatoren ***født små*** er i denne rapport defineret på basis af information i det Medicinske Fødselsregister. Født små er defineret ved barnets fødselsvægt i forhold til gestationsalderen (graviditetens længde). Født små eller Small for gestational age (SGA) er bestemt på basis af grænseværdier fra studiet Intrauterine growth curves based on ultrasonically estimated foetal weights[39]. Den forventede fødselsvægt (Average for gestational age, AGA) beregnes ved brug af barnets gestationsalder. Børn, der er født små, er defineret ved en fødselsvægt under grænsen for SGA.

Amning

Indikatoren ***fuldamning*** i mindst fire måneder er i denne rapport defineret på basis af information i Den Nationale Børnedatabase. Andelen af børn, der er fuldt ammet de første fire måneder efter fødslen.

Børnevaccinationsprogram

Indikatoren ***gennemført børnevaccinationsprogram*** er i denne rapport defineret på basis af information i Det Danske Vaccinationsregister (DDV), med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger[40]. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til vaccinations tidspunkt har for nogle vacciner ændret sig over tid. Resultaterne vil derfor i perioden 2010 til 2016 repræsentere flere fødselsårgange.

I denne rapport bestemmes andelen, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet ved at alle vaccine doser er modtaget i barnets 6. (født i perioden 01.04.2004 - 31.12.2012) eller 13. (født i perioden 01.01.1997 - 31.03.2004) leveår. Populationen er afgrænset ved at børnene skal være registreret i Det Centrale Personregister (CPR) det år, hvor gennemførsel af vaccinationsprogrammet evalueres, og at barnets forældre skal være registreret i CPR det år, barnet er født. Forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau er bestemt for det år, barnet er født, og dermed burde påbegynde vaccinationsforløbet.

HPV-vaccination

Indikatoren ***gennemført HPV-vaccination*** er i denne rapport defineret på basis af information i Det Danske Vaccinationsregister (DDV). HPV-vaccination er en del af børnevaccinationsprogrammet, og bliver i denne rapport analyseret særskilt fra de andre vaccinationer i børnevaccinationsprogrammet, da HPV-vaccination gennemføres senere end de resterede vaccinationer i børnevaccinationsprogrammet. I denne rapport er gennemført HPV-vaccination bestemt for piger, da Sundhedsstyrelsens anbefaling til HPV-vaccination i perioden 2009 – 2019 kun gælder piger[41].

Opgørelsen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger[42]. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til HPV-vaccination har ændret sig siden indførslen i 2009, og derfor vil der være forskellige kriterier afhængig af fødselsårgang. I denne rapport defineres gennemførsel af vaccination ved minimum to doser (født i perioden 01.01.2000 - 31.12.2005), eller 3 doser (født i perioden 01.01.1996 – 31.12.1999) i pigernes 14. leveår. Populationen er afgrænset ved, at pigerne skal være registreret i Det Centrale Personregister (CPR) ved påbegyndelse af vaccination og ved opfølgning på vaccinationsstatus, deres 12. og 14. leveår. Forældrenes uddannelses status er bestemt det år, vaccinationen forventes påbegyndt, det år pigen fylder 12 år.

Tandsundhed hos børn

Indikatoren *god tandsundhed* er i denne rapport defineret på basis af informationer i Det Centrale Odontologiske Register (SCOR). Ifølge lovgivningen skal tandplejen registrere børns tandstatus i alderen 5, 7, 12 og 15 år. I denne rapport er god tandsundhed bestemt ved at børnene ikke har caries i tænderne. Populationen er afgrænset til det tandeftersyn, der foretages ved 15 år.

Børneovervægt

Indikatoren *overvægt blandt børn* er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Skolebørnsundersøgelsen (HBSC) (2010, 2014, 2018) [32,33,34]. Blandt voksne defineres overvægt ved et BMI over 25. Da børn vokser forskelligt afhængig af alder og køn, anvendes køns- og aldersspecifikke grænser. Her er BMI-grænsen på 25 for overvægt blandt voksne over 18 år ekstrapoleret ned til køns- og aldersspecifikke grænser. I denne rapport er BMI-grænsen for overvægt f.eks. 20,51 for en 11-årig dreng, mens den er 24,14 for en 15-årig pige.

Ensomhed børn

Indikatoren *ensomhed* er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Skolebørnsundersøgelsen (HBSC)[33]. Spørgsmålet lyder således: "Føler du dig ensom?" med fire svarkategorier: 'Ja, meget ofte', 'Ja, ofte', 'Ja, af og til' og 'Nej'. De ensomme elever defineres som dem, der har svaret 'Ja, meget ofte' eller 'Ja, ofte'.

Livstilfredshed blandt børn

Indikatoren *lav livstilfredshed* er i denne rapport defineret på basis af på et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Skolebørnsundersøgelse (HBSC)[32,33,34]. Livstilfredshed er målt med en tilpasset udgave af den visuelle skala, Cantrils stige[43]. På billedet af en stige med 11 trin fra 0 til 10, hvor 10 betyder 'det bedst mulige liv for dig' og 0 betyder 'det værst mulige liv for dig', skal eleverne svare på, hvor de selv synes, de er for tiden. I denne rapport er andelen med lav livstilfredshed defineret ved de personer der har angivet en score fra 0 til 5[34].

Self-efficacy blandt børn

Indikatoren *self-efficacy* er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Skolebørnsundersøgelse (HBSC)[34]. Indikatoren er udviklet på baggrund af en ti-punkt skala af Schwarzer og Jerusalem[44]. Målet indeholder to spørgsmål, der indfanger kernen af self-efficacy. Spørgsmålene lyder således: 1) 'Hvor tit kan du finde en løsning på problemer, bare du prøver hårdt nok?' og 2) 'Hvor tit kan du klare det, du sætter dig for?' med følgende fem svarmuligheder: "Altid", "For det meste", "Nogle gange", "Sjældent" og "Aldrig". I denne rapport er andelen med lav self-efficacy defineret ved de personer, der har svaret "Nogle gange", "Sjældent" eller "Aldrig" til begge spørgsmål lagt sammen.

Børnefattigdom

Indikatoren *børnefattigdom* er i denne rapport defineret på basis af information i Familieindkomstregistret (FAIK) og Arbejdsmarkedsklassifikationsmodulet (AKM). Fattigdom er i denne rapport defineret ved relativ fattigdom, med en optælling af antallet af børn (personer under 15 år) hvor familiens ækvivalerede disponible indkomst er under fattigdomsgrænsen. Børn hvor begge forældre er studerende er ikke med i optællingen. Fattigdomsgrænsen er i rapporten målt ved 50 % af medianindkomsten for befolkningen. En længere beskrivelse af hvordan fattigdomsgrænsen er defineret findes ved beskrivelse af indikatoren Fattigdom.

Gennemført ungdomsuddannelse

Indikatoren *gennemført ungdomsuddannelse* er i denne rapport defineret på basis af information i Uddannelsesregistret (UDDA). I denne rapport ser vi på andelen af de 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse. En ungdomsuddannelse er enten gennemført gymnasium eller erhvervsfaglig uddannelse.

Stofbrug

Indikatoren ***stofbrug*** er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen[45,46,47]. Spørgsmålet lyder således: 'Har du nogensinde prøvet ét eller flere af følgende stoffer? Hvis ja, hvor gammel var du, da du prøvede stoffet første gang?' "Hash", "Amfetamin", "Ecstasy", "Kokain", "LSD", "Heroin", "Svampe med euforiserende virkning (psilocybunsvampe)", "Ketamin", "GHB (fantacy)", "Andre stoffer". Svarmuligheder: "Nej", "Ja, inden for den seneste måned", "Ja, indenfor det seneste år (men ikke inden for den seneste måned)", "Ja, tidligere (men ikke inden for det seneste år)" og "Hvis ja, hvor gammel var du, da du prøvede stoffet første gang?

I denne rapport er stofbrug defineret ved besvarelserne "Ja, inden for den seneste måned" eller "Ja, indenfor det seneste år (men ikke inden for den seneste måned)" lagt sammen. Populationen er afgrænset til personer i aldersgruppen 16 til 24 år.

Kapitel 4: Sundhedsadfærd og arbejdsmiljø

Rygning

Indikatoren ***daglig rygning*** er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil[23,24,25]. Spørgsmålet lyder således: "Ryger du? (gælder ikke e-cigaretter)", med svarmulighederne: "Ja, hver dag", "Ja, mindst én gang om ugen", "Ja, sjældnere end hver uge", " Nej, jeg er holdt op" og "Nej, jeg har aldrig røget".

I denne rapport er andelen af daglige rygere defineret ved de personer der har svaret "Ja, hver dag". Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Alkoholindtag

Indikatorerne ***alkoholindtag over højrisikogrænsen*** er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den National Sundhedsprofil[23,24,25].

Spørgsmålet lyder således: "Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen? Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter, også selv om svaret er 0)." Hvor der for hver dag (mandag til søndag) angives antal genstande for følgende kategorier: "Øl eller alkoholcider", "Vin eller hedvin" og "Spiritus eller alkoholsodavand". I denne rapport defineres andelen med et alkoholindtag over højrisikogrænsen, på baggrund af Sundhedsstyrelsens retningslinjer med max 14 genstande for kvinder og max 21 genstande for mænd. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Indikatoren ***fem eller flere genstande ved samme lejlighed*** er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den National Sundhedsprofil[23,24,25]. Spørgsmålet lyder således: "Hvor tit drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed?", med svarmulighederne: "Næsten dagligt eller dagligt", "Ugentligt", "Månedligt", "Sjældent" og "Aldrig". I denne rapport er andelen med jævnlig binge drinking defineret ved de personer, der har svaret "Næsten dagligt eller dagligt", "Ugentligt" og "Månedligt" lagt sammen. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Fysisk inaktivitet

Indikatoren ***fysisk inaktivitet*** er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil[25]. Fysisk inaktivitet måles ved tid brugt på aktiviteter af hård eller moderat intensitet.

Spørgsmålene lyder således: 'De følgende spørgsmål handler om, hvor fysisk aktiv du er i din fritid og ved transport (inkl. transport til og fra arbejde/skole/uddannelse)'.

1. "På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor du kan mærke pulsen og vejrtrækningen øges (det kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb eller motionsidræt)? Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen."

2. "Hvor meget af den tid, du ovenfor angav at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet? Det er aktiviteter, som øger pulsen væsentligt, får dig til at svede og gør dig så forpustet, at det er svært at tale (det kan f.eks. være svømning, løb, cykling i højt tempo, konditionstræning, hård styrketræning eller boldspil). Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen."

Hvor svarmulighederne består af angivelse af "timer" og "minutter pr. uge". Fysisk inaktivitet er bestemt på baggrund af WHO's minimumsanbefalinger for ugentlig fysisk aktivitet.

I denne rapport er andelen, der er fysisk inaktive defineret ved kategorisering "opfylder WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet". Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Svær overvægt

Indikatoren ***svær overvægt*** er i denne rapport defineret på basis af to spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil[23,24,25]. Spørgsmålene lyder således: 1 "Hvor høj er du (uden sko)?", med svar angivelse i cm. 2 "Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?", med svar angivelse i kg. Baseret på selvrapporteret højde og vægt beregnes svarpersonens BMI. I denne rapport er andelen med svær overvægt defineret ved de personer, der har et BMI ≥ 30. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Ophobning af risikofaktorer

Indikatoren ***ophobning af risikofaktorer*** er i denne rapport defineret på basis af seks spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil[25]. I denne rapport defineres risikofaktorer ved daglig rygning, alkohol indtag over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse, fysisk inaktivitet målt ved WHO's retningslinjer og svær overvægt baseret på BMI (se specifikke definitioner ovenfor). I denne rapport er andelen af personer med to eller flere risikofaktorer benyttet. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Arbejdsmiljø – Indflydelse

Indikatoren ***indflydelse på løsning*** af egne arbejdsopgaver er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen Arbejdsmiljø og helbred i Danmark[48,49,50].

Arbejdsmiljø – fysiske krav

Indikatoren ***fysiske krav i arbejdet*** er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen Arbejdsmiljø og helbred i Danmark[48,49,50].

Kapitel 5: Mentalt helbred og psykisk sygdom

Mental sundhed

Indikatoren ***dårligt mentalt helbred*** er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil[23,24,25]. Denne indikator defineres på baggrund af 12 spørgsmål om fysisk og mentalt helbred (SF-12), hvoraf der udregnes en samlet score for den mentale helbredskomponent. I denne rapport defineres dårlig mental sundhed på baggrund af besvarelser fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, og er afgrænset ved de 10 % med den laveste score på den mentale helbredskomponent. Dette svarer til en score på 35,76 eller derunder, for både kvinder og mænd. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Højt stressniveau

Indikatoren ***højt stressniveau*** er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil[24,25]. Stressniveau er defineret ved Cohens Perceived Stress Scale[51], dermed beskriver det personens egen oplevelse af stressniveauet. På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen Hvordan har du det? En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne

i Danmark 2010[26], er højt stress niveau afgrænset ved de 20 % med den højeste score, er relativ grænseværdi. Dette svarer til en score på 18 eller derover for både kvinder og mænd. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Uønsket alene

Indikatoren ***uønsket alene*** er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil[23,24,25]. Spørgsmålet lyder således: "Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?", med svarmulighederne: "Ja, ofte", "Ja, en gang imellem", "Ja, men sjældent" og "Nej". I denne rapport er andelen, der oplever ensomhed defineret ved de personer, der har svaret " Ja, ofte". Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Depression

Indikatoren ***depression*** er i denne rapport defineret på basis af information i Det Centrale Psykiatriregister (PCR), Landspatientregistret (LPR-PSYK) og Lægemiddelstatistikregistret (LSR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med depression defineret ved diagnosen depression stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder, samt indløsning af recepter på apoteket på lægemidler til behandling af depression (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Bipolar lidelse

Indikatoren ***bipolar lidelse*** er i denne rapport defineret på basis af information i Det Centrale Psykiatriregister (PCR), og Landspatientregistret (LPR-PSYK). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med bipolar lidelse defineret ved diagnosen bipolar lidelse stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 15 år eller derover.

Skizofreni

Indikatoren ***skizofreni*** er i denne rapport defineret på basis af information i Det Centrale Psykiatriregister (PCR) og Landspatientregistret (LPR-PSYK). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med skizofreni defineret ved diagnosen skizofreni stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 15 år eller derover.

Selvmord

Indikatoren ***selvmord*** er i denne rapport defineret på basis af information i Dødsårsagsregistret (DAR).

Kapitel 6: Somatiske sygdomme og ulykker

Diabetes

Indikatoren ***diabetes*** er i denne rapport defineret på basis af informationer i Landspatientregistret (LPR) og Lægemiddelstatistikregistret (LSR). I denne rapport er antallet af nye tilfælde med diabetes defineret ved diagnosen diabetes stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder, samt indløsning af recepter på apoteket på lægemidler til behandling af diabetes. Ved definition af diabetes anvendes en modificeret version af algoritmen fra Register for Kroniske Sygdommes. De anvendte diagnosekoder og ATC-koder er specificeret i Bilag 2. Der skelnes ikke mellem specifikke typer af diabetes. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Iskæmisk hjertesygdom

Indikatoren ***iskæmisk hjertesygdom*** er i denne rapport defineret på basis af informationer i Landspatientregistret (LPR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med iskæmisk hjertesygdom defineret ved diagnosen iskæmisk hjertesygdom stillet på et hospital (indlæggelser og ambulante besøg), angivet ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Cerebrovaskulær sygdom (sygdomme i hjernens kar)

Indikatoren *cerebrovaskulær sygdom* er i denne rapport defineret på basis af informationer i Landspatientregistret (LPR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med cerebrovaskulær sygdom defineret ved diagnosen cerebrovaskulær sygdom stillet på et hospital (indlæggelser og ambulante besøg), angivet ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Indikatoren *KOL* er i denne rapport defineret på basis af informationer i Landspatientregistret (LPR) og Lægemiddelstatistikregistret (LSR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med KOL defineret ved diagnosen KOL stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder samt indløsning af recepter på apoteket på lægemidler til behandling af KOL (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Brystkræft

Indikatoren *brystkræft* er i denne rapport defineret på basis af oplysninger i Cancerregistret (CAR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med brystkræft defineret ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til kvinder på 30 år eller derover.

Lungekræft

Indikatoren *lungekræft* er i denne rapport defineret på basis af oplysninger fra Cancerregistret (CAR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med lungekræft defineret ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til kvinder på 30 år eller derover.

Tyk- og endetarmskræft

Indikatoren *tyk- og endetarmskræft* er i denne rapport defineret på basis af oplysninger fra Cancerregistret (CAR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med tyk- og endetarmskræft defineret ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Muskel-skelet-diagnoser

Indikatoren *muskel-skelet-diagnoser* er i denne rapport beskrevet på basis af oplysninger i Landspatientregistret (LPR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med muskel-skelet-diagnoser defineret ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Selvrapporteret muskel-skelet-smerter

Indikatoren *selvrapporteret muskel-skelet-smerter* er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil[23,24,25]. Spørgsmålet lyder således: 'Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?' "Smerter eller ubehag i skulder eller nakke", "Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led", "Smerter eller ubehag i ryg eller lænd" Med svarmulighederne: "Ja, meget generet", "Ja, lidt generet" og "Nej". I denne rapport er selvrapporteret muskel-skelet-smerter defineret ved de personer der har svaret "Ja, meget generet" til et eller flere af de ovenstående spørgsmål. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Demens

Indikatoren *demens* er i denne rapport defineret på basis af oplysninger fra Landspatientregistret (LPR) og Lægemiddelstatistikregistret (LSR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med demens defineret ved diagnosen demens stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder, samt indløsning af recepter på apoteket på lægemidler til behandling af demens (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Multisygdom

Indikatorerne ***to eller flere sygdomme*** og ***fire eller flere sygdomme*** er i denne rapport defineret på basis af information i Landspatientregistret (LPR), Det Centrale Psykiatriregister (PCR) og Lægemiddelstatistikregistret (LSR). Begrebet multisygdom beskriver en tilstand, hvor en person har flere langvarige/kroniske sygdomme samtidigt, dvs. en optælling af diagnoser. Listen over de specifikke sygdomme og tilhørende diagnosekoder eller lægemidler kan ses i Bilag 3. I denne rapport defineres multisygdom ved andelen af personer, der har to eller flere diagnoser og andelen der har fire eller flere diagnoser.

Tandsundhed blandt voksne

Indikatoren ***tandsundhed*** er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen[23,24,25]. Spørgsmålet lyder således: 'Næsten alle voksne har fået trukket nogle tænder ud. Hvor mange af dine egne tænder har du tilbage? (Voksne har 28 tænder + de fire visdomstænder, der ikke medregnes. Svar kategorien "alle tænder tilbage" bruges således selv om en eller flere visdomstænder er fjernet). Med følgende svarmuligheder: "Ingen tænder tilbage", "0-9 tænder tilbage", "10-19 tænder tilbage", "20 eller flere tænder tilbage" og "Alle tænder tilbage". Tyve eller flere egne tænder anses af WHO for at være et funktionelt tandsæt[52]. I denne rapport er andelen med god tandsundhed defineret ved de personer der har svaret "20 eller flere tænder tilbage" og "Alle tænder tilbage" lagt sammen. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Trafikulykker

Indikatoren ***trafikulykker*** er i denne rapport defineret på basis af information i Landspatientregistret (LPR-ULYK). I denne rapport er andelen af trafikulykker defineret ved hospitalskontakter i forbindelse med en trafikulykke, angivet ved specifikke ulykkeskoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Faldulykker

Indikatoren ***faldulykker*** er i denne rapport defineret på basis af information i Landspatientregistret (LPR-ULYK). I denne rapport er andelen af faldulykker defineret ved hospitalskontakter i forbindelse med en faldulykke, angivet ved specifikke ulykkeskoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Kapitel 7: Kontakt med sundhedsvæsenet

Deltagelse i screening for livmoderhalskræft

Indikatoren ***deltagelse i screening for livmoderhalskræft*** er i denne rapport defineret på basis af information i Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS), som en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I denne rapport er andelen af kvinder, der deltager i screening defineret ved, de kvinder der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres til screening. Deltagelsesprocenterne for det pågældende år opgøres for kvinder, der er inviteret året forinden, så kvinderne har haft mulighed for at blive geninviteret efter henholdsvis 3 mdr. og 6 mdr. jf. invitationsproceduren. Antal inviterede kvinder kan inkludere kvinder, der har fået fjernet hele livmoderen (total hysterektomi), om end antallet skønnes at være lille. Populationen er afgrænset til kvinder på 30-64 år.

Deltagelse i screening brystkræft

Indikatoren ***deltagelse i screening for brystkræft*** er i denne rapport defineret på basis af information i Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening, som en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I denne rapport er andelen af kvinder der deltager i screening defineret ved, de kvinder der får foretaget en screeningsmammografi ud af de inviterede kvinder. Kvinder, der har frameldt deres deltagelse i screeningen i en tidligere screeningsrunde, er ikke inkluderet i invitationspopulationen. De fem regioner har ikke brugt samme start- og slutdato for de fem

screeningsrunder der indtil nu er gennemført og derfor opgøres screeningsdeltagelsen pr. runde og ikke pr. år. Nedenfor fremgår en oversigt over, hvornår de forskellige screeningsrunder er forløbet. Populationen er afgrænset til kvinder på 50-69 år.

TABEL B.1.1

Screeningsrunder af brystkræft.

Screening af brystkræft	
SCREENINGSRUNDE	**ÅR**
1	2007-2010
2	2009-2012
3	2011-2014
4	2013-2016
5	2016-2018

Deltagelse i screening tyk- og endetarmskræft

Indikatoren ***deltagelse i tarmkræftsscreening*** er i denne rapport defineret på basis af information i Dansk Tarmkræftscreening Database (DTS), som en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I denne rapport er andelen der deltager i screening defineret ved, de personer der har indsendt en afføringsprøve indenfor 4½ måned efter invitation, ud af alle inviterede personer. Populationen er afgrænset til personer på 50-74 år.

Brug af sundhedsydelser (behovsjusteret)

Indikatoren ***kontakt til praktiserende læge*** er defineret på basis af information i Sygesikringsregisteret og behovsjusteret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil[23,24,25]. Kontakt til praktiserende læge er defineret ved en eller flere kontakter til praktiserende læge og praktiserende speciallæge. I denne rapport er andelen, der har kontakt til praktiserende læge behovsjusteret. Ved behovsjustering bruges information om personens selvvurderede helbred, langvarig sygdom og helbredsmæssige begrænsninger ved lettere fysisk aktivitet.

Helbredsmæssige begrænsninger ved aktiviteter er defineret ved følgende spørgsmål: "De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?"

1. "Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle"
2. "At gå flere etager op ad trapper"

Med følgende svarmuligheder: "Ja, meget begrænset", "Ja, lidt begrænset" og "Nej, slet ikke begrænset":

Ved behovsjustering er helbredsmæssige begrænsninger ved aktiviteter angivet ved at have svaret "Ja, meget begrænset" til ingen, et eller to af de ovenstående spørgsmål. Se definition for de øvrige parametre ved behovsjustering under de enkelte afsnit. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Forebyggelige indlæggelser

Indikatoren ***forebyggelig indlæggelse*** er i denne rapport defineret på basis af informationer i Landspatientregistret (LPR). En forebyggelige indlæggelse er defineret ved en hospitalskontakt i form af en akut indlæggelse indenfor 10 specifikke diagnoser (Bilag 2). I denne rapport er andelen med forebyggelige indlæggelser defineret ved personer, der har en eller flere forebyggelige indlæggelser i løbet af et år. Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Korttidsindlæggelse

Indikatoren ***akut medicinsk korttidsindlæggelse*** er i denne rapport defineret på basis af information i Landspatientregistret (LPR). En korttidsindlæggelse er defineret ved en hospitalskontakt i form af en akut indlæggelse på en afdeling inden for de medicinske specialer (Bilag 5), hvor udskrivning enten finder sted på samme dag som indlæggelse eller dagen efter indlæggelse (én overnatning). I denne rapport ser vi på andelen af personer, der i løbet af året har en eller flere korttidsindlæggelser. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Visiteret hjemmepleje

Indikatorerne ***personlig pleje*** og ***praktisk hjælp*** er i denne rapport defineret på basis af information fra registret Ældredokumentation (AEFV) og behovsjusteret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil[23,24,25]. I denne rapport ser vi på den andel, der er visiteret til hjemmehjælp, minimum en måned i året. Visiteret hjemmehjælp er opdelt i to typer, personlig pleje og praktisk hjælp. Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Sygeplejeydelser

Indikatoren ***modtaget hjemmesygepleje*** er i denne rapport defineret på basis af information i registret Hjemmesygepleje (HJSP) og behovsjusteret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil[23,24,25]. I denne rapport ser vi på den andel, der modtager sygeplejeydelser en eller flere gange i løbet af året. Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Førtidspension

Indikatoren ***førtidspension*** er i denne rapport defineret på basis af information i Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM). I denne rapport er førtidspension defineret ved personer angivet som 'Førtidspensionister'. Populationen er her afgrænset til personer i aldersgruppen 30-65 år.

Social støtte og langvarig sygdom

Indikatoren ***social støtte*** er i denne rapport defineret på basis af to spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil[23,24,25].

Det første spørgsmål omhandler kontakt til andre mennesker: "Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?" med svarmulighederne: "Ja, altid", "Ja, for det meste", "Ja, nogen gange" og "Nej, aldrig eller næsten aldrig".

Det andet spørgsmål lyder således: "Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? Med langvarig menes mindst 6 måneder."

Svarmuligheder: "Ja" og "Nej".

I denne rapport er andelen med lav grad af social støtte defineret ved de personer, der har svaret "Nej, aldrig eller næsten aldrig" lagt sammen. Andelen af personer med lav social støtte bestemmes for personer med og uden langvarig sygdom. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Uddannelseskategorier

TABEL B.1.2

Oversigt over inddeling af uddannelsesniveau efter hovedområde (DISCED-15).

DISCED hovedområde			
KATEGORI	**BESKRIVELSE**	**EKSEMPEL**	**UDDANNELSESLÆNGDE**
Grundskole	Grundskole		≤9
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Gymnasiale uddannelser Erhvervsfaglige		 10-12
Videregående uddannelse	Korte videregående uddannelser Mellemlange videregående uddannelser Bacheloruddannelser Lange videregående uddannelser Ph.d. og forskeruddannelse	Fx Erhvervsakademi Fx pædagog, folke-skolelærer, tandplejer Fx kandidat	13-14 15-16 15-16 ≥17
Uoplyst	Uoplyst		

Bilag 2

TABEL B.2.1

Koder for diagnoser og lægemidler anvendt i rapporten.

Diagnose	Register	ICD-10	ICD-7/-8	ATC	Definition	Kilde
PSYKISK HELBRED						
Depression	PCR/LPR PSYK	F32, F33	296.09, 296.29, 296.99, 298.09, 300.49, and 300.19	N06A indikationskode 168 (depression)	ICD og/ eller ATC	(53)
Bipolar lidelse	PCR/LPR PSYK	F30, F31	296.19, 296.39	N05A, N06A med indikationskoder 491 (mani) eller 631 (behandling af bipolar lidelse)	ICD og/ eller ATC	(53)
Skizofreni	PCR/LPR PSYK	F20	295, 297.19, 295.79, 296.8, 297.99, 301.83		ICD	(54)
SOMATISK HELBRED						
Diabetes	LPR/LSR	E10, E11	Fra 1977-1986 blev der ikke skelnet mellem T1 og T2 ICD-8: 250. Fra 1987-1993 T1:249, T2: 250	A10A: Insuliner og analoger (eksklusiv A10AE56) A10B: Blod-glucose sænkende midler, exkl. Insuliner (eksklusiv A10BJ02)	ICD og/ eller ATC	(54)
Iskæmisk hjerte-sygdom	LPR	I20-25	410-414		ICD	(53)
Cerebro-vaskulær sygdom	LPR	G45-46, I60-69	430-438		ICD	(55)
KOL	LPR	J40-44, J47, J96	490-492	Indikationskoder 379 (ved kronisk obstruktiv lungesygdom) og 464 (mod opblussen i kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)) R43AC18, R03AC19, R03AL02, R03AL03, R03AL04, R03AL05, R03AL06, R03AL09, R03BB04, R03BB05, R03BB06, R03BB07, R03DX07	ICD og/ eller ATC	(54)
Brystkræft	CAR	C50	170		ICD	(53)
Lungekræft	CAR	C30-39	162, 162.2, 163		ICD	(53)
Colorectal kræft	CAR	C15-26	153 (Colon incl. rectosigmoid), 154 (Rectum excl. anus)		ICD	(53)

Diagnose	Register	ICD-10	ICD-7/-8	ATC	Definition	Kilde
Muskel-skelet-diagnoser	LPR/LSR	M00-M82		ATC for knogleskørhed: M05BA01, M05BA04, M05BA07 M05BA06 (kun Bonviva, Bonefurbit, Ibamyl, Ibandronat "Actavis", Ibandronat "Stada", Ibandronate "Bluefish", Ibandronsyre "2care4", Ibandronsyre "Medical Valley")), M05BB01, M05BB03, M05BX03, G03XC01, H05AA02, H05AA03	Ledsyg-domme, Slidgigt, Rygsyg-domme, Fibromy-algi: ICD Knogle-skørhed: ICD og/ eller ATC	(53)/ (55)
Demens	LPR/LSR	F00-F03	290.09-290.19	N06D	ICD og/ eller ATC	(54)
Forebygge-lige indlæg-gelser	LPR	Dehydre-ring: E869 Forstoppel-se: K590 Nedre lufvejs-sygdom: J12, J13, J14, J15, J18, J20, J21, J22, J40, J41, J42, J43, J44, J45, J46, J47 Blærebe-tændelse: N30 (undtaget N303 og N304) Gastro-enteritis: A09 Brud: S02, S12, S22, S32, S42, S52, S62, S72, S82, S92 Ernærings-betinget anæmi: D50, D51, D52, D53 Sociale og plejemæs-sige forhold: Z59, Z74, Z75 Tryksår: L89				
Trafik-ulykker	LPR-ULYK	EUP, EUG0			ICD	
Faldulykker	LPR-ULYK	EUBA, EUBB, EUHE			ICD	

CAR: Cancerregisteret, LPR: Landspatientregisteret, PCR: Det centrale psykiatriregister, LSR: lægemiddelregisteret
a Hvidberg et al. (53), b Schiøtz et al. 2017 (55), c RUKS (54)

Bilag 3

TABEL B.3.1

Koder for diagnoser og lægemidler for multisygdom anvendt i rapporten. Udtræksalgoritmerne er baseret på den henviste kilde. I enkelte tilfælde er algoritmen modificeret fra kilden. Dette er præsenteret i tabellen under kilde.

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Diabetes	E10: Type 1-diabetes E11: Type 2-diabetes	A10A: Insuliner og analoger (eksklusiv A10AE56) A10B: Blod-glucose sænkende midler, exkl. Insuliner (eksklusiv A10BJ02)	(54)
Knogleskørhed	M80: Osteoporose med patologisk fraktur M81: Osteoporose uden patologisk fraktur M82: Osteoporose ved sygdom klassificeret andetsteds	Bisfosfonater: M05BA01: etidronsyre M05BA04: alendronsyre M05BA06 (kun 150 mg tabeletter): ibandronsyre M05BA07: risedronsyre Bisfosfonater kombinationer: M05BB01: etidronsyre og calcium, sekvenspræparater M05BB03: alendronsyre og colecalciferol Strontiumranelat: M05BX03: strontiumranelat Raloxifen: G03XC01: raloxifen Teriparatid: H05AA02: teriparatid Parathyriodhormon: H05AA03: parathyroideahormon	(54)
Sygdomme i skjoldbrusk-kirtlen inkl. struma	E00: Medfødt jodmangelsyndrom E01: Jodmangelrelaterede lidelser i skjoldbruskkirtlen og beslægtede tilstande E02: Kompenseret jodmangelbetinget myksødem E03: Anden hypotyroidisme E04: Anden atoksisk struma E05: Tyrotoksikose E06: Betændelse i skjoldbruskkirtlen E07: Andre sygdomme i skjoldbruskkirtlen	H03: thyreoidea-terapi	(53)
Iskæmiske hjertesygdomme og hjertesvigt	I20: Angina pectoris (hjertekrampe) I21: Akut myokardieinfarkt I23: Komplikationer i efterløbet af akut myokardieinfakt I24: Andre former for akut iskæmisk hjertesygdom I25: Kronisk iskæmisk hjertesygdom I50: Hjertesvigt I11 Hypertensiv hjertesygdom I13 Blodtryksforhøjelse med både hjertesygdom og nyresygdom	C01A: hjerteglycosider C01B: anti-arytmica, klasse I og III C01D: vasodilatorer anvendt ved hjertesygdomme C01E: andre midler til hjerteterapi C01AA05: digoxin C09A: ACE-hæmmere, usammensatte med indikationskoden 430	(55) med supplerende ATC-koder: C01AA05 og C09A
Pulmonal hjertesygdom og sygdomme i lungekredsløbet	I26: Blodprop i lunge I27: Anden pulmonal hjertesygdom I28: Andre sygdomme i lungekredsløbet		(53)
Atrieflimren og -flagren	I48: Atrieflagren og atrieflimren		(53)

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Hjerteklap-sygdom	I05: Reumatiske affektioner af mitralklappen I06: Reumatiske affektioner af aortaklappen I34: Ikke-reumatiske sygdomme i mitral-klappen I35: Ikke-reumatiske sygdomme i aorta-klappen		(53)
Aterosklerose (åreforkalkning)	I70: Åreforkalkning		(53)
Årebetændelse	I80: Årebetændelse		(53) med undtagelse af I81 og I82
Forhøjet blodtryk	I10: Blodtryksforhøjelse af ukendt årsag I12: Hypertensiv nyresygdom I15: Blodtryksforhøjelse med kendt årsag	Antihypertensiva: C02A, C02B, C02C Non-loop diuretika: C02DA, C02L, C03A, C03B, C03D, C03E, C03X, C07C, C07D, C08G, C09BA, C09DA, C09XA52 Vasodilatorer: C02DB, C02DD, C02DG Beta-blokerende midler: C07 Calciumkanalblokkere: C07F, C08, C09BB, C09DB Midler med virkning på renin-angiotensin systemet: C09	(55). Udeladt I11 og I13 for at undgå overlap med iskæmiske hjertesyg-domme og hjertesvigt
Forhøjet kolesterol	E78.0: Hyperkolesterolæmi E78.2: Blandet hyperlipidæmi E78.4: Anden hyperlipidæmi E78.5: Hyperlipidæmi UNS	C10: lipid-modificerende midler	(55)
Inflammatoriske tarmsygdomme	K50: Crohns sygdom K51: Ulcerøs colitis		(53)
Colon irritable (IBS)	K58: Irritabel tyktarm		(53)
Sygdomme i lever, galde-vejene og bugspytkirtlen	K71: Toksisk leversygdom K72: Leverinsufficiens IKA K73: Kronisk leverbetændelse IKA K74: Fibrose i lever og skrumpelever K75: Andre former for betændelse i leveren K76: Andre leversygdomme K77: Leverlidelse ved sygdomme klassificeret andetsteds K86.1: Anden form for kronisk pankreatitis K87: Sygdomme i galdeblæren, galdevejene og bugspytkirtlen ved sygdomme klassificeret andetsteds		(53), eksklusiv koder for alkohol-afhængig-hed for at undgå overlap.
Blodprop/ blødning i hjernen	G45: Transitorisk cerebral iskæmi og beslægtede syndromer G46: Symptomkomplekser ved cerebro-vaskulære sygdomme I60: Subaraknoidalblødning I61: Hjerneblødning I62: Andre ikke-traumatiske intrakranielle blødninger I63: Hjerneinfarkt I64: Slagtilfælde uden oplysning om blødning eller infarkt I65: Okklusioner og stenoser af præcere-brale arterier uden hjerneinfarkt I66: Okklusioner og stenoser af cerebrale arterier uden hjerneinfarkt I67: Andre cerebrovaskulære sygdomme I68: Karforandringer i hjernen ved sygdomme klassificeret andetsteds I69: Senfølger efter karsygdomme i hjernen		(55)

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Epilepsi	G40: Epilepsi G41: Status epilepticus	N03: antiepileptica N05BA: benzodiazepin-derivater N05CD: benzodiazepin-derivater De to sidste kun med indikationskode 155 eller 753	Læge-håndbogen
Migræne/hyppig hovedpine	G43: Migræne G44: Andre hovedpinesyndromer	N02C: midler mod migræne	(53)
Demens	F00: Demens ved Alzheimers sygdom F01: Vaskulær demens F02: Demens ved andre sygdomme klassificeret andetsteds F03: Ikke specifiseret demens G30: Alzheimers sygdom G31.8B: Hjernebarksdegeneration G31.8E: Lewy body sygdom G31.9: Degenerativ sygdom i nervesystemet UNS G31.0B: Picks sygdom	N06D og indikationskoderne: 329 (demens), 330 (Alzheimers demens) eller 331 (Alzheimers sygdom)	(55)
Parkinson	G20: Parkinson sygdom G21: Sekundær parkinsonisme G22: Parkinsonisme ved sygdomme klassificeret andetsteds F02.3: Demens ved Parkinsons sygdom	N04: anti-parkinson midler	(53)
Sklerose	G35: Dissemineret sklerose (Multipel sklerose)		(53)
Kronisk obstruktiv lungesygdom	J40: Bronkitis ikke specificeret som akut eller kronisk J41: Kronisk bronkitis uden obstruktion J42: Kronisk bronkitis ikke nærmere specificeret J43: Lungeemfysem J44: Kronisk obstruktiv lungesygdom J47: Udvidelse af bronkier J96: Respirationsinsufficiens IKA	Indikationskoder 379 og 464 • indacaterol (R03AC18) • olodaterol (R03AC19) • salbutamol og ipratropiumbromid (R03AL02) • vilanterol og umeclidiniumbromid (R03AL03) • indacaterol og glycopyrroniumbromid (R03AL04) • formoterol og aclidiniumbromid (R03AL05) o olodaterol og tiotropiumbromid (R03AL06) o beclometasondipropionat, formoterol, glycopyrroniumbromid (R03AL09) • tiotropiumbromid (R03BB04) • aclidiniumbromid (R03BB05) • glycopyrroniumbromid (R03BB06) • umeclidiniumbromid (R03BB07) • roflumilast (R03DX07)	(55)/(54)
Astma	J45: Astma	R03DC03: montelukast Indikationskoder 202, 203, 822	(54)
Kronisk nyresygdom og kronisk nyresvigt	N18: Kronisk nyreinsufficiens		(53)
Kræft i fordøjelsesorganer	C15-C26: Kræft i fordøjelsesorganer		(55), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Kræft i ånde-drætsorganer og organer i brysthulen	C30-C39: Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthulen		(55), med under-opdeling baseret på ICD-10 koder.
Modermærke-kræft i hud	C43: Modermærkekræft i hud		(55), med under-opdeling baseret på ICD-10 koder.
Brystkræft	C50: Brystkræft		(55), med under-opdeling baseret på ICD-10 koder.
Kræft i køns-organer	C51-C58: Kræft i de kvindelige kønsorganer C60-C63: Kræft i de mandlige kønsorganer		(55), med under-opdeling baseret på ICD-10 koder.
Anden kræft (ikke metastaser)	C00-C14: Kræft i læber, mundhule og svælg C40-C41: Kræft i knogler og ledbrusk C45-C49: Kræft i mesotel, bindevæv og andet bløddelsvæv C64-C68: Kræft i nyre og urinveje C69-C72: Kræft i øje, hjerne og andre dele af centralnervesystemet C73-C75: Kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler C81-C96: Kræft i lymfatisk og bloddannede væv		(55), med under-opdeling baseret på ICD-10 koder.
Depression	F32: Depressiv enkeltepisode F33: Periodisk depression F34.1: Dystymi F06.32: Organisk depressiv sindslidelse	N06A: antidepressiva med indikations-kode 168	(53)
Angst	F40.1: Fobiske angsttilstande F41.1: Andre angsttilstande	Alle recepter med indikationskoderne: 163 og 371	Schiøtz
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser	F20: Skizofreni F21: Skizotypisk sindslidelse F22: Paranoide psykoser F25: Skizoaffektive psykoser F28: Andre ikke-organiske psykoser F29: Ikke specificeret ikke-organisk psykose	N05AX13, N05AX12, N05AH03, N05AX08	(55), med undtagelse af F31, som er medtaget i bipolar affektiv sindslidelse
Bipolar affektiv sindslidelse	F30: Manisk enkeltepisode (med i Hvidberg under denne kategori) F31: Bipolar affektiv sindslidelse	N05A: antipsychotica N06A: antidepressiva Med indikationskoderne: 491 og 631	(53)
Posttraumatisk belastnings-reaktion	F43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion		Læge-håndbogen
Tvangslidelse	F42: Obsessiv-kompulsiv tilstand	N06A: antidepressiva med indikations-koderne 472 og 596	(53)

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Spiseforstyrrelse	F50: Spiseforstyrrelser		Læge-håndbogen
Andre eftervirk-ninger/tilstande af alkohol-afhængighed	G31.2: Degenerative forandringer i nerve-systemet forårsaget af alkohol G62.1: Alkoholisk polyneuropati G72.1: Alkoholisk myopati K29.2: Alkoholisk gastritis K70: Alkoholisk leversygdom K86.0: Kronisk alkoholisk pankreatitis		Læge-håndbogen
Allergisk rhinoconjunc-tivitis	J30.1: Pollenudløst allergisk rinitis J30.2: Anden sæsonbetinget allergisk rinitis J30.3: Ikke-sæsonbetinget allergisk rinitis J30.4: Allergisk rinitis UNS	V01AA02: græspollen V01AA03: husstøvmider V01AA05: træpollen V01AA11: dyr R01AC: antiallergiske midler, excl. corticosteroider R01AD: corticosteroider R06A: antihistaminer til systemisk brug S01G: decongestantica og antiallergica R01BA52: pseudoephedrin, kombinationer	(55)
HIV/AIDS	B20: Humant immundefekt-virus (HIV) sygdom medførende infektiøse og parasitære sygdomme B21: Humant immundefekt-virus (HIV) sygdom med neoplastisk sygdom B22: Humant immundefekt-virus (HIV) sygdom med andre specificerede sygdomme B23: Andre tilstande ved HIV-sygdom B24: HIV-sygdom og AIDS uden nærmere specificering		(53)
Ledsygdom	M05: Seropositiv leddegigt M06.0: Seronegativ reumatoid artritis M06.8: Anden form for reumatoid artritis M07.0: Psoriatisk artritis i distale inter-falangealled M07.1: Arthritis psoriatica mutilans M07.3: Anden form for psoriatisk artropati M10.0: Urinsur gigt M10.9: Urinsur gigt, andet	Indikationskoder 147, 402, 641	(55)
Slidgigt	M15: Slidgigt i flere led M16: Slidgigt i hofte M17: Slidgigt i knæ M18: Slidgigt i tommelfingers rodled M19: Andre former for slidgigt		(55)
Rygsygdom	M40-M43: Deformerede rygsygdomme M40: Kyfose og lordose M41: Skoliose M42: Osteokondrose i rygsøjlen M43: Andre deformerende rygsygdomme M45-M49: Spondylopatier M45: Spondylitis ankylopoietica M46: Andre inflammatoriske spondylopatier M47: Spondylose M48: Andre sygdomme i rygsøjlen M49: Sygdomme i rygsøjlen ved sygdomme klassificeret andetsteds M50-M54: Andre ryglidelser M50: Sygdomme i halshvirvelsøjlens båndskiver M51: Sygdomme i lumbale og torakale båndskiver M53: Andre ryglidelser IKA M54: Rygsmerter		(55)
Fibromyalgi	M79.7: Fibromyalgi		(53)

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Rygmarvs-skader/ Spinaltraume og syndromer med lammelse	G81: Hemiplegi G82: Paraplegi og tetraplegi G83: Andre syndromer med lammelse S14: Læsion af nerver og rygmarv i halsregionen S24: Læsion af nerver og rygmarv i brystregionen S34: Læsion af nerver og rygmarv i lænde- og bækkenregionen T09.3: Læsion af rygmarven UNS		Læge-håndbogen
Blindhed	H54: Blindhed og svagsyn		(53)
Tinnitus	H93.1: Tinnitus		Læge-håndbogen
Medfødte misdannelser	Q00-Q99: Medfødte misdannelser og kromosomanomalier		(53)

Lægemidler inkluderes ved indløsning af minimum 2 recepter inden for de seneste to år. Udtræksalgoritmer er baseret på følgende tre kilder: Schiøtz et al. 2017 (55); Sundhedsdatastyrelsen. RUKS 2018 (54); Hvidberg et al. 2016 (53); og Lægehåndbogen, sundhed.dk.

Bilag 4

Vaccinationskoder

Koder for vaccinationer anvendt i rapporten

Børnevaccinationsprogrammet består af vacciner til beskyttelse mod ti infektionssygdomme: difteri, stivkrampe (tetanus), kighoste, polio, Haemophilus influenza type b (Hib), pneumokoksygdom, mæslinger, fåresyge og røde hunde.

TABEL B.4.1

Vaccinationskoder for børnevaccinationsprogrammet.

Vaccination		Anbefalet alder for vaccination	Eventuelle ændringer i vaccinations-programmet	Vaccine ID
Difteri, Stivkrampe (Tetanus), Polio, Ha-emophilus influenza type b,	DiTeKigPolHib	• 3 mdr. • 5 mdr. • 12 mdr.		4034, 4074, 4221, 4234, 4347, 3339, 3911, 4163, 4165, 4222, 4314, 4345, 4346, 2745, 3606, 3871, 4052, 4070, 4183, 2693, 3594, 3869, 3982, 4069, 4182, 4307, 4329, 3587, 3864, 3589, 3866, 4068, 4076, 4105, 4111, 4181
Pneumokoksygdom	Pneumokok	• 3 mdr. • 5 mdr. • 12 mdr.		3290, 3737, 3749, 3906, 3927, 4079, 4100, 4104, 4229
Mæslinger, Fåresyge, Rødehunde	MFR	• 15 mdr.		2998, 3662, 3665, 3884, 3887, 4003, 4062, 4077, 4088, 4124, 4204, 4289
		• 4 år	Tidligere 12 år (ændret i 2004, ref.)	
Difteri, Stivkrampe (Tetanus), Polio	DiTeKigPol Revaccination	• 5 år		

Idet Sundhedsstyrelsens anbefalinger til Børnevaccinationsprogrammet har ændret sig over tid vil forskellige fødselsårgange i nogle tilfælde have samme opfølgnings tidspunkt. Vaccinen Pneumokok blev først indført i børnevaccinationsprogrammet i 2007, og grundet mangelfulde indberetninger vil denne ikke indgå ved definition af fuldført vaccinations program[56].

TABEL B.4.2

Vaccinationskoder for HPV-vaccination.

Vaccination		Anbefalet alder ved vaccination	Eventuelle ændringer i vaccinationspro-gram-met	Vaccine ID
Human Papilloma-virus	HPV	12 år		2793, 3610, 3613, 3874, 3951, 3985, 4059, 4090, 4113, 4186, 4193, 4271, 4309, 4310, 4326, 4327, 4335
		12 år og 5 mdr.	Tidligere 2 mdr.	
			Tidligere 6 mdr.[1]	

1. https://www.ssi.dk/-/media/arkiv/dk/aktuelt/nyhedsbreve/epi-nyt/2008/2008-pdf/epi-nyt---2008---uge-35.pdf?la=da

Bilag 5

Koder for medicinske specialer

Medicinske specialer ved korttidsindlæggelse:

Intern medicin (01), geriatri (02), hepatologi (03), hæmatologi (04), infektionsmedicin (05), kardiologi (06), medicinsk allergologi (07), medicinsk endokrinologi (08), medicinsk gastroenterologi (09), medicinsk lungesygdomme (10), nefrologi (11), reumatologi (12), palliativ medicin (14), akut medicin (15), dermatovenerologi (18), neurologi (19), onkologi (22), fysiurgi (26) og tropemedicin (28).

Bilagsreferencer

1. Pedersen CB. The Danish civil registration system. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):22-5.
2. Bliddal M, Broe A, Pottegard A, Olsen J, Langhoff-Roos J. The Danish medical birth register. Eur J Epidemiol. 2018;33(1):27-36.
3. Sundhedsdatastyrelsen. Den nationale børnedatabase (BDB) København: Sundhedsdatastyrelsen; 2019 [Available from: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/graviditet-foedsler-og-boern/boernedatabasen.
4. Lynge E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish national patient register. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):30-3.
5. Mors O, Perto GP, Mortensen PB. The Danish psychiatric central research register. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):54-7.
6. Andersen JS, Olivarius Nde F, Krasnik A. The Danish national health service register. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):34-7.
7. Gjerstorff ML. The Danish cancer registry. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):42-5.
8. Rygaard C. The Danish quality database for cervical cancer screening. Clin Epidemiol. 2016;8:655-60.
9. Mikkelsen EM, Njor SH, Vejborg I. Danish quality database for mammography screening. Clin Epidemiol. 2016;8:661-6.
10. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. Dansk tarmkræftscreening database Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram,; 2020 [Available from: https://www.rkkp.dk/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-tarmkraftscreening-database-dts/.
11. Holt N, Mygind A, Bro F. Danish MMR vaccination coverage is considerably higher than reported. Danish Medical Journal. 2017;64(2).
12. Sundhedsstyrelsen. Ansøg om SCOR-data hos Forskerservice København: Sundhedsstyrelsen; 2019 [Available from: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/forskerservice/om-forskerservice/nyheder_forskerservice/ansoeg-om-scor_data111219.
13. Jensen VM, Rasmussen AW. Danish education registers. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):91-4.
14. Kildemoes HW, Sorensen HT, Hallas J. The Danish national prescription registry. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):38-41.
15. Baadsgaard M, Quitzau J. Danish registers on personal income and transfer payments. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):103-5.
16. Petersson F, Baadsgaard M, Thygesen LC. Danish registers on personal labour market affiliation. 2011;39(7_suppl):95-8.
17. Helweg-Larsen K. The Danish register of causes of death. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):26-9.
18. Danmarks Statistik. Statistikdokumentation for flytninger til og fra udlandet 2016 København: Danmarks Statistik; 2016 [Available from: https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/flytninger-til-og-fra-udlandet.

19. Danmarks Statistik. Ældredokumentation København: Danmarks Statisik; 2020 [Available from: https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/aeldredokumentation.

20. Danmarks Statistik. Hjemmesygepleje København: Danmarks Statistik; 2020 [Available from: https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/levevilkaar/sundhed/hjemmesygepleje.

21. Danmarks Statistik. Person- og familieindkomster København: Danmarks Statisik; 2020 [Available from: https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/arbejde-indkomst-og-formue/indkomster/person-og-familieindkomster.

22. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Arbejdsmiljø og helbred i Danmark, AH København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2020 [Available from: https://nfa.dk/da/Vaerktoejer/Sporgeskemaer/Arbejdsmiljo-og-Helbred-i-Danmark-AH.

23. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Holst M, Juel K. Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? København: Sundhedsstyrelsen; 2011.

24. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes sundhed: Den nationale sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.

25. Jensen H, Davidsen M, Ekholm O, Christensen A. Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2018.

26. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2012.

27. Ekholm O, Davidsen M, Christensen AI, Juel K. Materiale og metode. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2015.

28. Christensen AI, Jensen HAR, Ekholm O, Davidsen M. Materiale og metode. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017 København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2018.

29. Börsch-Supan A. Survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE) Wave 4. In: SHARE-ERIC, editor. 7.1.0. ed2020.

30. Börsch-Supan A. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5. In: SHARE-ERIC, editor. 7.1.0 ed2020.

31. Börsch-Supan A. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. In: SHARE-ERIC, editor. 7.1.0. ed2020.

32. Rasmussen M, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2010. København: Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed (FoBUS) og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2011.

33. Rasmussen M, Pedersen T, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2014. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2015.

34. Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018: Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.

35. Danmarks Statistik. Ulighedsmål: Gini-koefficient. København: Danmarks Statistik; 2019.

36. Oecd. OECD Income distribution database (IDD): Gini, poverty, income, methods and concepts Paris: OECD; 2020 [Available from: https://www.oecd.org/social/income-distribution-database.htm.

37. Quitzau J. Revision af indkomststatistikken for 2013. København: Danmarks Statistik; 2014.

38. Caspersen S. Sørgelig rekord: Der har aldrig været flere fattige børn København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd; 2018.

39. Marsál K, Persson PH, Larsen T, Lilja H, Selbing A, Sultan B. Intrauterine growth curves based on ultrasonically estimated foetal weights. Acta Paediatr. 1996;85(7):843-8.

40. Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, Statens serum Institut. Børne-vaccinationsprogrammet - Årsrapport 2014. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

41. Statens Serum Institut. Vaccination mod human papilloma virus (HPV) København: Statens Serum Institut; 2020 [Available from: https://www.ssi.dk/vaccinationer/boernevaccination/vaccination-mod-livmoderhalskraeft.

42. Sundhedsstyrelsen. Børnevaccinationsprogrammet i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.

43. Cantril H. The pattern of human concerns. New Brunswick: NJ: Rutgers University Press; 1965.

44. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M, editors. Measures in health psychology: A user's portfolio. Windsor: NFER-NELSON; 1995. p. 35-7.

45. Iversen A, Kristensen PL, Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, et al. Hvordan har du det? trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2010. Vejle: Region Syddanmark 2011.

46. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K, Kristensen PL, et al. Hvordan har du det? Trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2013. Vejle: Region Syddanmark; 2014.

47. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI, Kristensen PL, Gårn A, et al. Hvordan har du det? Trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne I region Syddanmark 2017. Vejle: Region Syddanmark; 2018.

48. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Arbejdsmiljø og helbred i Danmark 2012 - Resumé og resultater. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2013.

49. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA). Danskernes arbejdsmiljø 2016: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA); 2018.

50. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Fakta om arbejdsmiljø og helbred 2018: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2019.

51. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385-96.

52. Petersen PE, Kjoller M, Christensen LB, Krustrup U. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. J Public Health Dent. 2004;64(3):127-35.

53. Hvidberg MF, Johnsen SP, Glumer C, Petersen KD, Olesen AV, Ehlers L. Catalog of 199 register-based definitions of chronic conditions. Scand J Public Health. 2016;44(5):462-79.

54. Sundhedsdatastyrelsen. Algoritmer for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2018.

55. Schiøtz ML, Stockmarr A, Høst D, Glümer C, Frølich A. Social disparities in the prevalence of multimorbidity - A register-based population study. BMC Public Health. 2017;17(1):422.

56. Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, Statens serum I. Børnevaccinations-programmet - Årsrapport 2014. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

Internt review ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Ph.d.-studerende Thora Majlund Kjærulff

Direktør Morten Grønbæk.

Bidrag til rapporten fra andre medarbejdere ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet:

Anna Paldam Folker, forskningschef

Anne Illemann Christensen, forskningschef

Bjarne Laursen, seniorforsker

Camilla Schmidt Morgen, post doc

Camilla Thørring Bonnesen, post doc

Charlotte Riebeling Meilstrup, post doc

Janne S Tolstrup, professor

Janni Ammitzbøll, post doc

Katrine Rich Madsen, post doc

Lau Caspar Thygesen, professor

Lotus Sofie Bast, post doc

Maja Bæksgaard Jørgensen, forsker

Maj Britt Dahl Nielsen, seniorforsker

Mette Rasmussen, lektor

Mette Toftager, post doc

Michael Davidsen, seniorforsker

Mogens Trab Damsgaard, lektor

Morten Klöcker Grønbæk, direktør

Ola Ekholm, specialrådgiver

Pia Vivian Pedersen, seniorforsker

Sigurd Mørk Rønbøl Lauridsen, seniorrådgiver

Susan Andersen, post doc

Stine Schramm, post doc

Teresa Holmberg, lektor

Trine Pagh Pedersen, forsker

Ulrik Becker, professor

Vibeke Koushede, professor

Med sparring fra Sundhedsstyrelsens ekspertgruppe i social ulighed i sundhed:

Mogens Vestergaard (Seniorforsker, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet. Praktiserende læge, Grenå)

Tine Curtis (Leder af Center for Forebyggelse i praksis, KL, forskningschef, Aalborg Kommune, adj. professor, Syddansk Universitet og Aalborg Universitet)

Pernille Tanggaard Andersen (Professor, forskningsleder, Forskningsenheden for sundhedsfremme, Det Sundheds-videnskabelige Fakultet, Syddansk Universitet)

Anne-Marie Nybo Andersen (Professor, Afdeling for Epide-miologi, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Det Sundheds-videnskabelige Fakultet, Københavns Universitet)

Finn Diderichsen (Professor Emeritus, Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet)

Henrik Brønnum-Hansen (Lektor, Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Det Sundhedsviden-skabelige Fakultet, Københavns Universitet)

Berit Andersen (Professor, Ledende Overlæge, Institut for Klinisk Medicin, Afdeling for Folkeundersøgelser, Aarhus Universitet)

Merete Nordentoft (Klinisk professor, Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet. Overlæge, Psykiatrisk Center København)

Espen Dahl (Professor, Institutt for sosialfag, Oslomet – Storbyuniversitetet)

Jørgen T. Lauridsen (Professor, Institut for Virksomheds-ledelse og Økonomi, Syddansk Universitet)

Pia Vivian Pedersen (Seniorforsker, Forskningsafdelingen for Sundhed og Social Kontekst, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet)

Morten Sodemann (Overlæge, Klinisk professor, Infektionsmedicin, Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet)

Social ulighed i sundhed og sygdom
Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017

© Sundhedsstyrelsen, 2020.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk version ISBN: 978-87-7014-206-9
Trykt version ISBN: 978-87-7014-207-6

Sprog: Dansk
Version: 1.
Versionsdato: 2. september 2020
Format: pdf
Foto: iStock
Design og layout: BGRAPHIC

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
September 2020

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
www.sst.dk

Sundhed for alle

SUNDHEDSSTYRELSEN

SDU

Sund aldring

Udvikling i Danmark i løbet af de seneste årtier

2021

Sund aldring
Udvikling i Danmark i løbet af de seneste årtier

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet ved Heidi Amalie Rosendahl Jensen, Ida Kyvsgaard, Kaare Christensen og Anne Illemann Christensen

© Sundhedsstyrelsen, 2021.
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-294-6

Sprog: Dansk
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
April 2021

Indhold

Sammenfatning **4**

1 Baggrund **8**
1.1 Afgrænsning af ældre 9
1.2 Definition af sund aldring 9
1.3 Operationalisering af sund aldring 12
Opsamling 13

2 Centrale indikatorer for sund aldring **15**
2.1 Udvælgelse af indikatorer for sund aldring 16
2.2 Vægtning af indikatorer for sund aldring 19
2.3 Datakilder til sund aldring 20
Opsamling 24

3 Udvikling i ældres sundhed **26**
3.1 Søgestrategi og inklusionskriterier 26
3.2 Udvikling i gode leveår 30
3.3 Udvikling i prævalens og incidens af helbredsindikatorer 33
3.4 Diskussion 47

4 Konklusion **52**

Referencer **54**

Bilag **60**

Sammenfatning

Danskernes middellevetid er steget støt de seneste årtier, og også de kommende år forventes ældrebefolkningen at vokse betragteligt. Med sådanne demografiske forandringer rejser der sig spørgsmål om, hvorvidt de ekstra leveår har medført flere gode leveår blandt de ældre, eller om de ekstra leveår derimod er præget af dårligt helbred og begrænset funktionsniveau.

I faglitteraturen benyttes begrebet *sund aldring* som en samlet betegnelse for, at man i takt med stigende alder bevarer en relativt god helbredstilstand og godt funktionsniveau. Men hvordan sund aldring bør defineres og operationaliseres, samt hvordan det måles i befolkningen, er spørgsmål, som gennem mange år har været genstand for omfattende international interesse og forskning. Endvidere har der ikke været foretaget en gennemgang af litteraturen på området i Danmark. Tidligere forskning på området har tydeliggjort, at sund aldring er et komplekst område at belyse og monitorere på befolkningsniveau, da der blandt andet er stor variation i ældrebefolkningen, hvad angår blandt andet alder, funktionsniveau, helbredstilstand og arbejdsmarkedstilknytning.

Denne rapport har til formål at bidrage til en nærmere forståelse af, hvad sund aldring er. I første del af rapporten belyses, hvordan sund aldring kan defineres og operationaliseres, hvilke indikatorer der er centrale i dette arbejde, samt hvilke tilgængelige, danske datakilder der findes til at belyse sund aldring. I anden del af rapporten beskrives på baggrund af en gennemgang af litteraturen udviklingen i ældres sundhed i Danmark i løbet af de seneste årtier.

I faktaboksen herunder er anført i punktform, hvorfor det er svært at belyse og monitorere sund aldring på befolkningsniveau.

Hvorfor er det svært at måle sund aldring?

• Mangel på internationale standarder for, hvordan sund aldring bør defineres og måles i befolkningen.

• Stor variation i gruppen af ældre, blandt andet i forhold til alder, funktionsniveau, helbredstilstand og arbejdsmarkedstilknytning.

• Relevans og vægtning af centrale indikatorer for sund aldring afhænger af, hvilket spørgsmål der ønskes besvaret, og hvilken kontekst der ønskes belyst (for eksempel pensionsalder, plejebehov eller sundhedsudgifter).

• Sund aldring kan beskrives ud fra både subjektive og objektive indikatorer samt ud fra henholdsvis et individperspektiv eller et samfundsmæssigt perspektiv. De forskellige aspekter kan i nogle tilfælde give forskellige resultater.

• Beskrivelsen af udviklingen i sund aldring afhænger af, hvilke relevante datakilder der er til rådighed, blandt andet i forhold til indikatorer og periode.

I det følgende gives en kort sammenfatning af baggrund samt hovedkonklusionerne i både første og anden del af rapporten.

Baggrund
Som følge af den voksende ældrepopulation er der kommet et øget samfundsmæssigt fokus på sund aldring, altså at ældre ikke bare lever længere, men at de ekstra leveår også er med godt helbred. Da gruppen af ældre omfatter en meget bred befolkningsgruppe, både alders- og funktionsmæssigt, findes imidlertid mange forskellige definitioner af sund aldring. Valget af definition har dermed betydning for, hvordan man på befolkningsniveau kan arbejde videre med, måle og sikre sund aldring.

I denne rapport tages der udgangspunkt i WHO's holistiske og brede definition af sund aldring, hvor der lægges vægt på en vedvarende interaktion mellem individets egne ressourcer og det omgivende miljø. Essentielt for sund aldring er ifølge WHO menneskets mulighed for at leve i miljøer, som understøtter og fastholder dets egne ressourcer og funktionsmæssige færdigheder. WHO beskriver imidlertid ikke, hvordan man operationaliserer sund aldring, det vil sige, hvordan man konkret arbejder videre med og måler sund aldring i befolkningen.

Til brug for en videre operationalisering af WHO's definition af sund aldring arbejdes der i denne rapport videre med en modificeret model, som originalt er udarbejdet af Rowe og Kahn. Denne model indeholder standarder for, hvordan sund aldring kan måles i befolkningen, og beskriver sund aldring ud fra tre komponenter: 1) Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse, 2) Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau, og 3) Aktiv deltagelse i livet. I den modificerede version af modellen er der i denne rapport på baggrund af yderligere forskning på området tilføjet en supplerende komponent om; 4) Mental sundhed. Komponenterne har alle betydning for sund aldring og kan også have et vist overlap, men det er af afgørende betydning, at det videre konkrete arbejde med sund aldring netop har et holistisk sigte, hvor sund aldring således belyses nuanceret.

Centrale indikatorer for sund aldring
Det er ud fra den foreliggende evidens ikke muligt at komme med én enkelt, vægtet universel liste over indikatorer, som er de mest centrale til at belyse og måle sund aldring i befolkningen. Dette skyldes blandt andet den store variation i gruppen af ældre, hvad angår for eksempel alder, helbred, funktionsniveau og livssituation. Graden af variation kan for eksempel sammenlignes med den variation, der ses blandt børn, hvad angår sundhed, helbred og trivsel. Således er en 'sund barndom' ikke det samme for henholdsvis et spædbarn og en teenager, og det vil derfor være forskellige indikatorer, der er centrale og relevante at benytte i målingen og beskrivelsen af de to nævnte grupper. Med udgangspunkt i fundene i et internationalt review på området er det imidlertid muligt at angive de hyppigst anvendte indikatorer for sund aldring, men i reviewet belyses ikke, hvordan disse indikatorer bør vægtes i forhold til hinanden, da vægtningen afhænger af, hvilke forhold eller aspekter af sund aldring det præcis er, man ønsker at belyse og undersøge.

For at fastslå, hvilke indikatorer der er de vigtigste, bør det derfor først afklares, hvad præcist det er, man ønsker at undersøge, og i hvilken gruppe af ældre, periode og kontekst man ønsker spørgsmålet besvaret eller problemstillingen belyst. Yderligere er det afgørende at gøre sig klart, om man ønsker sund aldring belyst ud fra subjektivt eller objektivt målte indikatorer samt ud fra et samfundsmæssigt perspektiv eller et individperspektiv, idet man kan opnå forskellige resultater ved

at anlægge forskellige perspektiver. Disse aspekter har endvidere betydning for, hvordan indikatorerne bør vægtes i forhold til hinanden.

Med udgangspunkt dels i det internationale review om indikatorer for sund aldring, dels i den modificerede model til operationalisering af WHO's definition af sund aldring er der i første del af rapporten redegjort for de fire komponenters indbyrdes forhold og overlap. For hver komponent beskrives eksempler på relevante indikatorer, som dermed i kombination kan benyttes i en holistisk beskrivelse af sund aldring.

Første del af rapporten belyser endvidere, hvordan måling af sund aldring forudsætter tilgængelighed af relevante datakilder. Selvom internationale reviews opsummerer, hvilke indikatorer der hyppigst benyttes til at belyse sund aldring i befolkningen, er det kun muligt i en dansk kontekst at belyse indikatorer, der findes oplysninger om fra relevante datakilder. Overordnet set findes to forskellige typer af kvantitative data i Danmark til belysning af sund aldring, nemlig survey-data og registerdata. Begge typer af data rummer fordele og ulemper, og det vil derfor ofte være fordelagtigt at kombinere de to datatyper for at opnå et samlet og retvisende billede af befolkningens – og dermed også de ældres – sundhedstilstand. I kapitlet er der beskrevet de relevante danske datakilder til belysning af sund aldring.

Udvikling i ældres sundhed

På baggrund af den eksisterende danske litteratur gennemgås i denne rapport udviklingen i udvalgte indikatorer for sund aldring blandt personer på 65 år eller derover i løbet af de seneste årtier. I litteraturgennemgangen belyses udviklingen i ældres helbred ud fra udviklingen i gode leveår samt udviklingen i, hvor mange der har (prævalens) eller udvikler (incidens) en given sygdom eller tilstand. For sygdomme og tilstande er der i litteraturgennemgangen udvalgt relevante indikatorer for kroniske sygdomme, kognitivt og fysisk funktionsniveau, aktiv deltagelse i livet, mental sundhed samt overordnede helbredsindikatorer.

Baseret på litteraturen ses for en række helbredsindikatorer blandt ældre en positiv udvikling i løbet af de seneste årtier. Der er således sket en positiv udvikling i antal gode leveår, defineret som år henholdsvis med godt selvvurderet helbred, uden langvarig sygdom og med godt mentalt helbred. Ser man i stedet på udviklingen i år uden aktivitetsbegrænsninger, er der sket en stagnation. Dertil er der sket en markant forbedring i ældres kognitive funktionsniveau og tandsundhed samt en stigning i andelen af ældre, der deltager i frivilligt arbejde. Derudover er der siden 2003 sket et fald i andelen af en ældreårgang, der årligt diagnosticeres med demens (incidensrate).

Modsat peger en række helbredsindikatorer blandt ældre på, at der er sket en negativ udvikling i løbet af de seneste årtier. Der er således blandt andet sket en stigning i andelen af ældre, der lever med diabetes og iskæmisk hjertesygdom, hvilket dog delvist er betinget af en forbedret overlevelse. Ligeledes er der sket en stigning i andelen, der er svært overvægtige, samt et fald i andelen af ældre, der har en god funktionel hørelse. Derudover er der sket en stigning i incidensraten af blandt andet atrieflimren samt brystkræft og lungekræft blandt kvinder.

For andre helbredsindikatorer blandt ældre peger litteraturen på, at der ikke er sket en mærkbar ændring i løbet de seneste årtier, hvilket eksempelvis er tilfældet for depressive symptomer og

nakkesmerter samt antal gode leveår defineret som år uden aktivitetsbegrænsninger. Endeligt tyder det for en række helbredsindikatorer på, at udviklingen varierer over tid, i forhold til køn, alder eller datagrundlag. Dette gælder blandt andet for KOL, hvor udviklingen afhænger af den specifikke aldersgruppe, der ses på.

Samlet set konkluderes det på baggrund af resultaterne fra litteraturgennemgangen, at udviklingen i udvalgte indikatorer for sund aldring i løbet af de seneste årtier er meget kompleks, da den afhænger af den enkelte, specifikke helbredsindikator, der tages udgangspunkt i. For en række indikatorer er der således sket en positiv udvikling, mens der for andre er sket en negativ udvikling eller en stagnation. Det er således vigtigt at fortolke udviklingen specifikt for de enkelte helbredsindikatorer.

1 Baggrund

Siden 1990'erne er danskernes middellevetid steget støt [1], og denne udvikling har medført en stigning i både andelen og antallet af ældre i befolkningen [2]. Befolkningsfremskrivninger viser, at der også i fremtiden forventes at komme flere ældre. Således forventer Danmarks Statistik, at antallet af ældre på 65 år eller derover vil stige fra ca. 1,2 mio. i 2020, svarende til 20 % af befolkningen, til ca. 1,6 mio. i 2060, svarende til 25 % af befolkningen [2]. I takt med denne udvikling er det afgørende at følge udviklingen i ældres helbred, således at indsatser på social- og sundhedsområdet kan evalueres og fremtidige tiltag planlægges.

Sund aldring er et begreb, der hyppigt bruges i faglitteraturen som en samlet betegnelse for, at man i takt med stigende alder bevarer et relativt godt funktionsniveau og en god helbredstilstand [3]. Hvad der karakteriserer et godt funktionsniveau og en god helbredstilstand afhænger blandt andet af alder og livssituation. Da ældre er en meget bred gruppe af befolkningen, som eksempelvis spænder fra personer, der stadig er aktive på arbejdsmarkedet, til meget plejekrævende personer, findes der også mange forskellige definitioner af sund aldring (f.eks. [4, 5]). Derfor er der også forskellige indikatorer, som vil være særligt relevante at anvende til belysning af sund aldring i forskellige kontekster. For eksempel vil nogle indikatorer være relevante, hvis man ønsker at belyse arbejdsmarkedsforhold blandt erhvervsaktive ældre, herunder muligheden for, at flere kan blive længere på arbejdsmarkedet. Andre indikatorer vil derimod være relevante, hvis man ønsker at belyse ændringer i plejebehov for de ældste ældre.

Udviklingen i ældres sundhed har stor samfundsmæssig betydning. Af særlig interesse er det, om de ekstra leveår medfører flere år med godt helbred. Dette kan have en betydning i forhold til for eksempel pensionsalder og plejeudgifter, og har endvidere stor betydning for livskvaliteten hos det enkelte individ. Modsat vil ekstra leveår, som resulterer i flere år med dårligt helbred, kunne give anledning til overvejelser omkring prioritering af offentlige midler til eksempelvis behandling, pleje og omsorg blandt de ældre. Hvorvidt udviklingen i ældres helbred generelt har medført flere gode eller flere dårlige leveår er omdiskuteret i faglitteraturen, og tre forskellige scenarier er blevet foreslået til at beskrive mulige retninger i udviklingen.

Det ene scenarie er, at der er sket en ekspansion af sygdomme og år med dårligt helbred (eng. *expansion of morbidity*) [6], altså at vi lever længere, men at det generelt er år med dårligt helbred, der føjes til livet. Det modsatte og mere optimistiske scenarie er derimod, at antallet af år med dårligt helbred er blevet komprimeret (eng. c*ompression of morbidity* [7]), altså at vi lever flere år med godt helbred. Et tredje scenarie er, at vi som følge af lavere dødelighed og belastningsgrad af sygdomme vil leve længere med sygdommene, men generelt være mindre påvirket af dem, refereret til som et dynamisk ligevægtsscenarie (eng. *dynamic equilibrium* [8]). De tre scenarier udelukker ikke nødvendigvis hinanden, da forskellige helbredsindikatorer kan pege i forskellige retninger og dermed understøtte hvert sit scenarie. For eksempel viser et review, at der for størstedelen af sygdomme i Storbritannien er sket en ekspansion, mens der for eksempelvis demens er sket en kompression [9].

Andre undersøgelser viser, at der endvidere kan være geografiske forskelle i udviklingen [10], og endeligt kan der være forskellige udviklinger blandt mænd og kvinder samt i forskellige aldersgrupper og socioøkonomiske grupper.

Formål
Denne rapport har til formål at bidrage til en nærmere forståelse af, hvad sund aldring er, herunder at redegøre for, hvordan sund aldring kan defineres, hvilke indikatorer der er centrale til at belyse sund aldring, samt hvilke danske datakilder der foreligger hertil. Endelig omfatter rapporten en gennemgang af litteraturen om udviklingen i ældres sundhed i Danmark med fokus på de seneste årtier.

1.1 Afgrænsning af ældre

Der eksisterer mange forskellige afgrænsninger af ældre som målgruppe. Socialt kan ældre eksempelvis afgrænses ved folkepensionsalderen, men denne afgrænsning er foranderlig og varierer blandt andet med fødselsår. Der er som udgangspunkt heller ikke en naturlig biologisk afgrænsning af ældregruppen, da de fleste aldersrelaterede forandringer sætter ind allerede ved 30-40-årsalderen og fortsætter livet igennem, dog med relativt stor individuel variation. I denne rapport er det valgt at afgrænse ældregruppen til personer på 65 år eller derover. Denne afgrænsning er valgt, da det er den hyppigst anvendte i andre rapporter [11] og videnskabelige artikler om aldring [12-17] i både Danmark og andre europæiske lande med nogenlunde sammenlignelig middellevetid.

1.2 Definition af sund aldring

De forandringer og transitioner, der optræder i takt med menneskers aldring, er af natur komplekse [18]. Rent biologisk ses der ved aldring en gradvis akkumulering af en række molekylære og cellulære forandringer [19, 20], hvorved der med tiden ses nedgang i funktionsniveau og øget risiko for sygdom [4]. Således optræder der overordnet set fra cirka 60-årsalderen en kraftig stigning i omfanget af funktionsbegrænsninger i forhold til eksempelvis hørelse, syn og bevægelse samt af kroniske sygdomme, såsom hjertekarsygdomme, kroniske luftvejssygdomme, kræft og demens [4]. Imidlertid er det i denne sammenhæng vigtigt at bemærke, at ikke alle ældre rammes af sådanne funktionsbegrænsninger eller sygdomme, og at der med alderen således ses en stigende variation i helbred og funktionsniveau mellem individer født i samme kalenderår. De fysiske funktionsbegrænsninger, som ofte følger med den stigende alder, ledsages derudover også typisk af psykosociale forandringer. Disse forandringer vil generelt set være knyttet til livstransitioner relateret til blandt andet afvikling af arbejdslivet, hvorved den rolle og sociale position, som et menneske har, påvirkes og ændres [4]. Endvidere vil ældre typisk også skulle forholde sig til og lære at leve med tab af nære relationer, enten som følge af den ophørte arbejdsmarkedstilknytning eller på grund af dødsfald blandt familie, venner og øvrige pårørende [4].

Sund aldring er et udtryk for, at en person i takt med stigende alder bevarer et relativt godt funktionsniveau og en god helbredstilstand [3]. Mange forskellige betegnelser benyttes i faglitteraturen til at beskrive sund aldring, herunder blandt andet ’succesfuld aldring’, ’aktiv aldring’ og ’positiv aldring’. I denne rapport vil betegnelsen ’sund aldring’ blive anvendt, da dette er i overensstemmelse med den eksisterende praksis i World Health Organization (WHO) [4].

Ud over forskellige betegnelser findes også flere forskellige definitioner af sund aldring, og blandt de hyppigst anvendte er WHO's definition fra 2015 [4] og Rowe og Kahns definition fra 1997 [5]. Disse to definitioner vil således også være udgangspunktet for nærværende rapport. Det er relevant at introducere begge definitioner af sund aldring, da de typisk anvendes i forskellige sammenhænge. Hvor WHO's definition overordnet set har til formål at bidrage til en forståelse af, hvad der skal til for at udvikle strategier for optimal understøttelse af sund aldring, omfatter Rowe og Kahns definition derimod standarder for, hvordan sund aldring kan måles [21]. Begge definitioner vil blive beskrevet i det følgende.

WHO's definition af sund aldring

Med afsæt i en holistisk tilgang definerer WHO sund aldring som "the process of developing and maintaining the **functional ability** that enables **well-being** in older age" [4]. 'Functional ability' betragtes her som at have funktionsmæssige færdigheder til at leve det liv, den enkelte mener, er meningsfuldt. Dette omfatter et menneskes evne til at:

- Imødekomme egne behov
- Lære, udvikle sig og træffe beslutninger
- Være mobil
- Skabe og bibeholde sociale relationer
- Bidrage til samfundet

WHO beskriver endvidere, hvordan de funktionsmæssige færdigheder kan deles op i henholdsvis individets egne ressourcer og relevante miljømæssige faktorer, men at det særligt er samspillet mellem disse, som er afgørende for at sikre sund aldring.

Individets egne ressourcer indebærer de fysiske og mentale ressourcer, som et menneske kan trække på og anvende. Dette omfatter eksempelvis evnen til at gå, tænke, se, høre og huske. Omfanget af egne ressourcer er påvirket af adskillige forhold, herunder forekomsten af sygdom, skader og aldersrelaterede forandringer [4].

Relevante miljømæssige forhold henviser i WHO's definition til miljøer såsom hjemmet, lokalsamfundet og samfundet generelt samt alle de submiljøer, der er knyttet hertil. Det vedrører både det byggede miljø, andre mennesker og sociale relationer, holdninger og værdier, social- og sundhedspolitikker samt offentlige systemer, strukturer og serviceydelser, der understøtter disse [4].

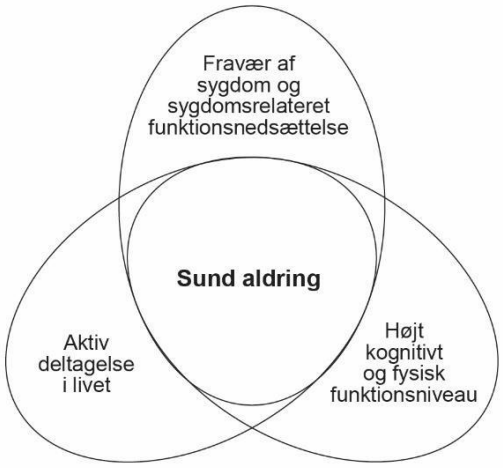
Essentielt for sund aldring er ifølge WHO menneskets mulighed for at leve i miljøer, som understøtter og fastholder individets egne ressourcer og funktionsmæssige færdigheder. Sund aldring kan således ses som en vedvarende interaktion mellem individet og det omgivende miljø [4].

Af WHO's definition af sund aldring fremgår det, at begrebet omfatter en bred beskrivelse af forskellige aspekter af livet, som menes at være afgørende for ældres sundhed, trivsel og livskvalitet. Den brede definition inkluderer derimod ikke klare standarder for, hvordan man konkret måler og monitorerer sund aldring i befolkningen, det vil sige, operationaliserer begrebet. Derfor anvender de fleste studier, der måler sund aldring, kun sjældent WHO's definition alene. Mange

studier tager derimod udgangspunkt i en definition af Rowe og Kahn, som beskrives herunder og netop kommer med konkrete anvisninger til, hvordan sund aldring bør måles i befolkningen. I denne rapport vil WHO's definition af sund aldring således blive suppleret med en definition af sund aldring, som muliggør et egentlig og konkret, videnskabeligt arbejde med emnet.

Rowe og Kahns definition af sund aldring

Den holistiske definition af sund aldring af Rowe og Kahn [5] er blandt de hyppigst anvendte i faglitteraturen. Ifølge Rowe og Kahn kan sund aldring beskrives ud fra tre komponenter: 1) Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse, 2) Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau, og 3) Aktiv deltagelse i livet (figur 1.1). De tre komponenter er alle relative og korrelerer med hinanden. Eksempelvis kan en svækkelse i fysisk funktionsniveau begrænse en persons aktive deltagelse i andre aktiviteter i livet. De enkelte komponenter er hver især vigtige, men det er kombinationen af alle tre, der resulterer i sund aldring. Sund aldring er således mere end fravær af sygdom og bevarelse af højt kognitivt og fysisk funktionsniveau, da det også forudsætter en aktiv deltagelse i livet [5]. Figur 1.1 herunder viser Rowe og Kahns model, der belyser de tre komponenter, som i kombination vurderes at være afgørende for sund aldring.



Figur 1.1 Model af Rowe og Kahn [5], der belyser relevante komponenter i sund aldring.

Modellen er dog blevet kritiseret på en række områder. Kritikken går blandt andet på, at kun få ældre vil opnå sund aldring ved denne definition [22], fordi kun de færreste vil opfylde indholdet i alle komponenter samtidigt [22], samt at sund aldring ses som en statisk tilstand frem for en livslang proces, der kontinuerligt forandres [23]. Yderligere har kritikere fremhævet, at der er komponenter, som (i højere grad) bør inkorporeres, herunder blandt andet mentale aspekters betydning for sund aldring [24]. En række kvantitative studier har vist, at netop mentale aspekter, såsom livskvalitet og positiv indstilling, er faktorer, som i høj grad forbindes med sund aldring [25, 26].

På baggrund af denne kritik har Kahn (2002) fremhævet, at modellen med fordel kan kombineres med andre modeller for sund aldring, der bør ses som komplementerende frem for konkurrerende [27]. En lang række studier har således foruden komponenterne i Rowe og Kahns model yderligere inkluderet mentale aspekter af sund aldring [21].

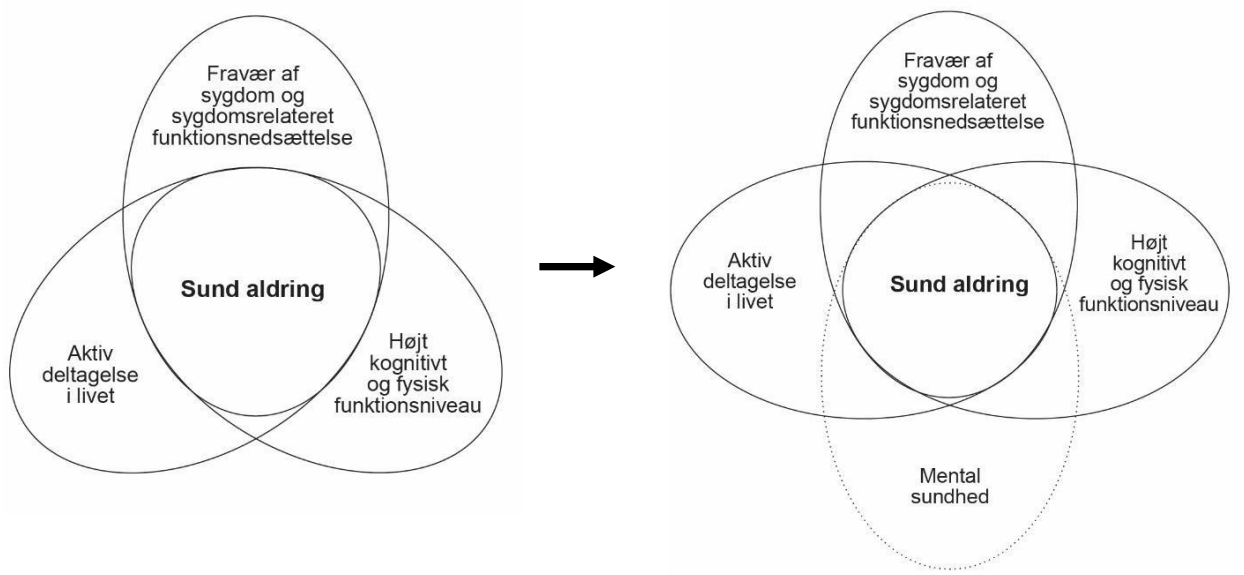
I denne rapport vil vi ligeledes imødekomme kritikken af operationaliseringen af begrebet sund aldring ved at inkludere mental sundhed som komponent (figur 1.2) til belysning af centrale indikatorer for sund aldring, ligesom mental sundhed også vil blive inddraget i gennemgangen af litteraturen om udviklingen i ældres sundhed i Danmark (kapitel 3).

1.3 Operationalisering af sund aldring

Til operationaliseringen af sund aldring tages der i denne rapport udgangspunkt i de tidligere omtalte tre komponenter formuleret i modellen af Rowe og Kahn (1997). Som supplement inkluderes denne rapports modificerede model yderligere én komponent omhandlende mental sundhed som gjort i andre studier også [21, 24]. Følgende fire komponenter indgår derfor i denne rapports operationalisering af sund aldring:

1. Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse
2. Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau
3. Aktiv deltagelse i livet
4. Mental sundhed

Figur 1.2 viser dels den oprindelige model udarbejdet af Rowe & Kahn, der belyser relevante komponenter for sund aldring, dels den i denne rapport modificerede model, hvori komponenten 'Mental sundhed' er tilføjet. Som det fremgår af figuren, er sund aldring mere end blot fravær af sygdom og mere end blot højt fysisk funktionsniveau, selvom begge komponenter er vigtige aspekter af sund aldring. Imidlertid er en aktiv deltagelse i livet og mental sundhed også afgørende komponenter i forhold til sund aldring. Som det ses af figuren, er den benyttede model i vid udstrækning en holistisk model, hvor de fire komponenter kan have et vist overlap. Den holistiske tilgang til sund aldring genfindes også i andre studier, der undersøger sund aldring. Disse inkluderer typisk flere indikatorer, således at sund aldring ikke kun belyses ud fra én enkelt indikator, men ud fra kombinationen af flere indikatorer [21, 28]. Dette er således i god tråd med bredden og kompleksiteten i blandt andet WHO's definition af sund aldring, som netop kalder på en holistisk tilgang.



Figur 1.2 Oprindelig model af Rowe & Kahn (til venstre), der belyser relevante komponenter i sund aldring [5], samt en modificeret model (til højre) anvendt i denne rapports operationalisering af sund aldring, hvor der er tilføjet komponenten 'Mental sundhed'.

Hver komponent i sund aldring består ifølge Rowe og Kahn af underkomponenter. Eksempelvis omfatter komponenten 'Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse' ikke blot disse elementer, men også fravær, tilstedeværelse og sværhedsgrad af risikofaktorer herfor. Ligeledes indbefatter komponenten 'Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau' ikke alene, hvad en person rent faktisk gør, men hvad personen har funktionsniveau til at gøre, altså potentialet for aktivitet. De anerkender dog, at det i praksis ofte kan være vanskeligt at måle potentiale for aktivitet. Mens komponenten 'Aktivt deltagelse i livet' kan komme til udtryk på forskellige vis i livet, vil den primært centrere sig omkring to forhold: sociale relationer og værdiskabende aktiviteter. De sociale relationer involverer kontakt og samspil med andre mennesker, udveksling af informationer, følelsesmæssig støtte og praktisk hjælp. Værdiskabende aktiviteter kan defineres som aktiviteter, som resulterer i samfundsmæssig eller personlig værdi i form af for eksempel lønnet eller frivilligt arbejde, herunder dét at yde hjælp til andre [5]. 'Mental sundhed' skal ifølge WHO's definition ses som en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdagsudfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker [29]. Mental sundhed kan således ikke ses som fravær af psykisk sygdom eller funktionsnedsættelse, men omfatter med andre ord også generel trivsel og velvære.

Opsamling

I dette kapitel er det blevet belyst, hvordan der som følge af en voksende ældrepopulation er kommet et øget samfundsmæssigt fokus på *sund aldring*, som er et begreb, der dækker over, at personer i takt med stigende alder bevarer et relativt godt funktionsniveau og en god helbredstilstand. Idet gruppen af ældre omfatter en meget bred befolkningsgruppe, både i forhold til alder, funktionsniveau og livssituation, findes der mange forskellige definitioner af sund aldring.

I denne rapport afgrænses ældre som målgruppe til at omfatte personer på 65 år eller derover, og der tages udgangspunkt i WHO's holistiske definition af sund aldring, som forudsætter en vedvarende interaktion mellem individ og miljø for at sikre optimal understøttelse og fastholdelse af individets egne ressourcer og funktionsmæssige færdigheder. WHO's definition beskriver imidlertid ikke, hvordan man operationaliserer begrebet, det vil sige konkret måler og monitorerer sund aldring i befolkningen. Definitionen suppleres derfor i denne rapport med Rowe og Kahns definition af og model for sund aldring. Denne model beskriver sund aldring ud fra tre relative, korrelerende komponenter: 1) Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse, 2) Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau, og 3) Aktiv deltagelse i livet. I overensstemmelse med den i litteraturen fremsatte kritik og yderligere forskning på området er der i denne rapport tilføjet en supplerende komponent om 4) Mental sundhed.

I næste kapitel beskrives, hvilke indikatorer der er centrale til belysning af sund aldring i befolkningen, hvordan indikatorerne kan vægtes i forhold til hinanden, samt hvilke danske datakilder til sund aldring der foreligger til indikatorer om sund aldring. Dette gøres med udgangspunkt i den ovenfor nævnte modificerede model af Rowe og Kahn samt en systematisk litteraturgennemgang.

2 Centrale indikatorer for sund aldring

Ældrebefolkningen omfatter en gruppe af personer med stor variation i alder, helbred og funktionsniveau. Eksempelvis er der stor forskel på erhvervsaktive og raske ældre personer og meget plejekrævende ældre, som kan være i deres sidste livsfase. Det er derfor vanskeligt at definere få og enkle centrale indikatorer for sund aldring, som vil være relevante for hele ældrebefolkningen. Endvidere foreligger der ikke alment accepterede standarder for, hvordan helbred og funktionsniveau defineres og måles, hvilket yderligere komplicerer videnskabelige undersøgelser af sund aldring.

Det er afgørende at have fokus på den store variation, der ses hen over gruppen af ældre. Graden af variation kan for eksempel sammenlignes med den variation, der ses blandt børn, hvad angår sundhed, helbred og trivsel. Således er en 'sund barndom' ikke det samme for henholdsvis et spædbarn og en teenager, og det vil derfor være forskellige indikatorer, der er centrale og relevante at benytte i målingen og beskrivelsen af de to nævnte grupper. Samme overvejelser bør også indgå, når man ønsker at belyse ældres helbredstilstand og dermed finde frem til de mest centrale indikatorer for sund aldring.

Hvilke indikatorer, der er de mest relevante til at belyse sund aldring, vil blandt andet afhænge af:

- *Hvad* man ønsker at undersøge
- *Hvem* blandt de ældre, man ønsker at undersøge
- *Hvilken* kontekst, man ønsker at undersøge
- *Hvilke* tilgængelig data, der forefindes

Når man ønsker at belyse sund aldring, er det endvidere af afgørende betydning, om sund aldring måles ud fra objektive eller subjektive helbredsindikatorer, altså om oplysningerne er selvrapporterede eller anført af sundhedsprofessionelle i officielle registre. Brugen af selvrapporterede data gør det muligt at inkludere information om helbredsforhold, som ikke findes i registre (f.eks. depressive symptomer eller smerter). Ved at inkludere både objektive og subjektive helbredsmål er det muligt at give et mere nuanceret billede af ældres helbred. Det betyder derfor, at det vil være relevant og fordelagtigt at inkludere data fra forskellige typer datakilder, herunder surveys (spørgeskemaundersøgelser) og registre.

En anden overvejelse i forhold til at belyse sund aldring er, om sund aldring ønskes belyst ud fra et samfundsmæssigt perspektiv eller et individperspektiv. Med et samfundsperspektiv menes her, at der fokuseres på forhold, som kan lægges til grund for strukturelle indsatser og sundhedspolitiske beslutninger, mens der med et individperspektiv her menes, at der fokuseres på forhold, som det enkelte individ oplever og påvirkes af. Som det fremgår af WHO's definition af sund aldring, er det

samspillet mellem individ og miljø, som understøtter optimale betingelser for sund aldring, hvorfor begge perspektiver bør tilgodeses.

Hvis man ønsker at arbejde med sund aldring i forhold til planlægning og prioritering inden for områder som arbejdsmarked, plejebehov og sundhedsøkonomi, vil der primært være tale om et samfundsmæssigt perspektiv. Det samfundsmæssige perspektiv vil således bidrage med viden, som vil kunne benyttes som grundlag for sundhedspolitiske prioriteringer og beslutninger.

Ønsker man derimod at arbejde med sund aldring ud fra et individperspektiv, bør der i stedet tages udgangspunkt i den enkeltes oplevelser af eksempelvis egen sundhed og sygelighed samt individets risiko for at få en given sygdom. Denne tilgang vil dog også have stor samfundsmæssig relevans i arbejdet med blandt andet forebyggelsesindsatser.

Som eksempel på forskellen mellem henholdsvis et samfundsmæssigt og et individbaseret perspektiv i forhold til sund aldring kan nævnes, at der for nogle helbredsindikatorer kan være sket en forbedring over tid på individniveau, eksempelvis en faldende risiko for at få en specifik sygdom for det enkelte menneske, mens der på samfundsniveau kan være sket en forværring, såsom øgede samfundsøkonomiske omkostninger, fordi flere mennesker lever med sygdommen som følge af sociodemografiske ændringer, herunder store fødselsårgange og en stigende andel, der bliver ældre. Dette er blandt andet tilfældet for demens, hvor et nyere studie har vist, at andelen af en fødselsårgang, der diagnosticeres med demens i en given alder, er faldende, mens antallet af ældre med demens fortsat er stigende [30].

2.1 Udvælgelse af indikatorer for sund aldring

Mens Rowe og Kahns definition af sund aldring, som modellen i denne rapport tager udgangspunkt i, giver en ramme for, hvilke komponenter der er centrale til belysning af sund aldring, beskriver den ikke, *hvilke* indikatorer der kan belyse de enkelte komponenter.

Forskellige reviews [21, 28] har imidlertid belyst, hvordan sund aldring hyppigst operationaliseres og på baggrund af hvilke indikatorer. Det nyeste og til dato mest omfattende review på området er udarbejdet af Lu et al. i 2019, som gennemgår 50 studier om sund aldring. I reviewet er inkluderet i alt ni forskellige komponenter, som hyppigt anvendes til at belyse sund aldring. Listet fra den komponent, der hyppigst er inkluderet, til den mindst hyppige er: fysisk funktionsniveau (37 studier), kognitivt funktionsniveau (33 studier), fysisk helbred (26 studier), mental sundhed (24 studier), sociale relationer (22 studier), overordnede helbredsindikatorer (16 studier), personlig og økonomisk tryghed (5 studier), sundhedsadfærd (3 studier) og øvrige (15 studier) [21]. Tabel 2.1 giver et overblik over eksempler på indikatorer, der er anvendt til at måle hver af disse ni komponenter. Som det fremgår af tabellen, så spænder indikatorerne vidt og omfatter blandt andet både relativt afgrænsede områder, såsom søvn, BMI og rygning, og egentlige spørgsmålsbatterier, såsom Short Form Health Survey med 12 spørgsmål (SF-12) og Mini-Mental State Examination (MMSE), hvor der på baggrund af flere spørgsmål genereres indikatorer til belysning af de pågældende helbredsforhold.

Sammenholdes de fire komponenter i den modificerede model af Rowe og Kahn, der i denne rapport benyttes til operationalisering af sund aldring, med komponenterne fra reviewet af Lu et al. [21], ses et tydeligt sammenfald. Dette styrker argumentet for at udvælge indikatorer, som er relateret til disse fire komponenter, når man ønsker at belyse sund aldring, idet uafhængige, videnskabelige kilder således indkredser samme områder som relevante.

I udvælgelsen af indikatorer for sund aldring i en dansk kontekst er det ligeledes afgørende at afdække, hvilke tilgængelige datakilder der findes, samt om alle indikatorer er relevante at belyse i en dansk kontekst. Derfor kan de i tabel 2.1 nævnte indikatorer ikke uden videre overføres til en dansk undersøgelse af sund aldring, fordi det ikke er sikkert, der findes samme danske data. I afsnit 2.3 gennemgås relevante danske datakilder til indikatorer om sund aldring med udgangspunkt dels i komponenterne i den modificerede model af Rowe og Kahn, dels i reviewet af Lu et al.

Tabel 2.1 Oversigt over eksempler på indikatorer for sund aldring opdelt på ni komponenter [21].

	KOMPONENT								
	Fysisk funktions-niveau	**Kognitivt funktionsniveau**	**Fysisk helbred**	**Mental sundhed**	**Sociale relationer**	**Overordnede helbredsindikatorer**	**Personlig og økonomisk tryghed**	**Sundheds-adfærd**	**Øvrige**
Indikatorer	ADL[a]	MMSE[c]	Selvrapporteret langvarig sygdom	Depressions-tests	Sociale aktiviteter	Selvrapporteret helbred	Socioøkono-misk status	Rygning	SF-12[d]
	IADL[b]	Arbejds-hukommelse	Specifikke kroniske sygdomme	Livskvalitet	Sociale relationer	Selvrapporteret aldring	Oplevet økonomisk sikkerhed	Alkohol	SF-36[d]
	Gribestyrke	Intelligens	Systolisk blodtryk	Tilfredshed med livet	Emotionel støtte	Mortalitet	Oplevet tryghed i nærmiljøet	Kost	Andre helbreds-indekser
	Balance	Orientering i tid	Lungefunktion	Optimisme	Ægteskab			Medicin	
	Gå-tempo	Oplistning af ord	BMI	Personlighed	Arbejdsstatus				
	Rejse/sætte sig	Selvrapporteret hukommelse	Smerter	Mestring	Autonomi				
	Hyppighed i aktiviteter		Søvn	Coping	Ensomhed				

ADL[a] = Almindelig Daglig Livsførelse inkluderer bl.a. evnen til selv at tage tøj på, gå, vaske sig, spise, komme på toilettet. IADL[b] = Instrumental Almindelig Daglig Livsførelse inkluderer bl.a. madlavning, indkøb, håndtering af penge, huske medicin. MMSE[c] = Mini-Mental State Examination, kognitiv test inkluderer bl.a. orientering i tid og sted og at huske ord. SF-12/36[d] = Short Form-12/36 Health Survey, indeholder hhv. 12 eller 36 spørgsmål vedrørende fysisk og mentalt helbred.

2.2 Vægtning af indikatorer for sund aldring

Hvordan centrale indikatorer for sund aldring bør vægtes i forhold til hinanden, afhænger som tidligere nævnt blandt andet af, hvad man specifikt ønsker at undersøge, hvilken gruppe af ældre man har med at gøre, og i hvilken periode, samt hvilke datakilder man har til rådighed. Det er derfor ikke muligt at komme med et enkelt svar på, hvilke indikatorer som på tværs af gruppen af ældre og kontekst er de vigtigste, når man ønsker at belyse sund aldring.

Som nævnt indledningsvis i dette kapitel kan sund aldring belyses i forhold til en række kontekster, som vil være afgørende for, hvilke indikatorer der vil være særligt relevante at benytte, eksempelvis blandt de i tabel 2.1 nævnte indikatorer. Også den indbyrdes vægtning af indikatorer vil være påvirket af, hvilken kontekst der ønskes belyst. For én given kontekst i forhold til sund aldring, for eksempel pensionsalder, vil der være bestemte indikatorer, som vil være relevante at inkludere, og som dermed ville kunne vægtes efter betydning, relevans og implikationer. For andre kontekster, for eksempel plejebehov eller sundhedsudgifter, vil det være andre indikatorer, som vil være særligt relevante at inkludere og vægte i forhold til hinanden. Relevansen af indikatorer i forhold til kontekst fremgår imidlertid ikke af tabel 2.1, men må bero på en kulturelt tilpasset vurdering.

Herunder gennemgås tre eksempler på kontekster, som er relevante at fokusere på i arbejdet med sund aldring (arbejdsmarked, plejebehov og sundhedsudgifter) på grund af den samfundsmæssige relevans samt tilhørende vægtede lister over relevante indikatorer. Indikatorerne kan genfindes i tabel 2.1, dog i enkelte tilfælde i lettere revideret form. De vægtede lister er baseret på en faglig vurdering foretaget af rapportens forfattere.

Arbejdsmarked (pensionsalder)
Flere ældre er i løbet af de seneste årtier forblevet aktive på arbejdsmarkedet [31]. Sammenholdes denne udvikling med den stigende pensionsalder [32], er det væsentligt at afdække sund aldring i forhold til arbejdsmarkedet. Her er det særligt gruppen af de yngre ældre, det vil være relevant at have fokus på. Indikatorer, der er centrale i forhold til sund aldring og arbejdsmarkedet, vil blandt andet omfatte kognition og mentalt helbred, og i visse erhverv vil det endvidere være relevant at fokusere på fysisk funktionsniveau. Forekomsten af visse alvorlige sygdomme eller skader vil yderligere have betydning for personers tilknytning til arbejdsmarkedet. Dog er nogle af de mest hyppige kroniske sygdomme blandt voksne, såsom forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol [33], sygdomme, som i de fleste tilfælde må forventes at have en forholdsvis beskeden indflydelse på arbejdsmarkedstilknytning og i højere grad have betydning for eksempelvis sundhedsudgifter.

Som eksempel kunne en vægtet liste over særligt relevante indikatorer for pensionsalder (i rækkefølge startende med den mest betydningsfulde) være:

1) Bevarelse af højt kognitivt funktionsniveau
2) Bevarelse af højt fysisk funktionsniveau (i udvalgte erhverv)
3) Godt mentalt helbred

Plejebehov
Hvis sund aldring ønskes belyst i forhold til plejebehov, er det derimod ældres fysiske og kognitive funktionsniveau samt deres sociale netværk, som er afgørende. Ligeledes er forekomsten af relevante sygdomme væsentlige at belyse, herunder blandt andet Alzheimers og andre typer demens. Fysisk funktionsniveau måles ofte ud fra indikatorer for Almindelig Daglig Livsførelse (ADL), som blandt andet omfatter evnen til selvstændigt at kunne håndtere påklædning, toiletbesøg og bad, at kunne rejse sig fra seng og stol, at spise osv. I forhold til plejebehov er det generelt set de ældste ældre, det typisk er relevant at fokusere på, da det særligt er i de sidste få leveår, at personer har behov for længerevarende hjælp som hjemmehjælp eller plejehjem [34].

For plejebehov kunne en tilsvarende vægtet liste over særligt relevante indikatorer derimod være:

1) Fravær af demens
2) Funktionsmæssige færdigheder til at kunne klare dagligdagsaktiviteter, inklusive toiletbesøg
3) Godt socialt netværk

Sundhedsudgifter
Hvis formålet er at belyse sund aldring i forhold til sundhedsudgifter, er det relevant at inkludere oplysninger om plejebehov, operationer og medicinudgifter, hvorved også sygdomme og skader som følge af ulykker er relevant at belyse. Her er der stor variation mellem sygdomme, i hvor store udgifter der er forbundet til den enkelte sygdom. Eksempelvis er der store udgifter forbundet med demens, både i forhold til medicin- og plejeudgifter [35], mens en række andre kroniske sygdomme, såsom forhøjet kolesterol og forhøjet blodtryk, alene vil være relateret til mindre omkostninger.

For sundhedsudgifter kunne listen være:

1) Forekomst af kroniske sygdomme i befolkningen
2) Diagnostisk og behandlingsmæssig intensitet
3) Plejebehov

Som belyst herover er der således ikke grundlag for at præsentere en overordnet vægtet liste over indikatorer, som belyser sund aldrig, da indikatorerne – og dermed også vægtningen – altså afhænger af, hvad det specifikt er, man ønsker at belyse, og i hvilken gruppe af ældre. Endvidere må der i en sådan udvælgelse af indikatorer tages højde for tilgængeligheden af relevante datakilder, ligesom der må foretages en metodekritisk vurdering af fordele og ulemper ved de valgte data. Sidstnævnte vil blive gennemgået i det følgende afsnit.

2.3 Datakilder til sund aldring

Sund aldring kan som tidligere beskrevet belyses ud fra forskellige komponenter og med forskellige indikatorer, i forskellige tidsperioder og blandt ældre i forskellige aldersgrupper og

kontekster. En anden afgørende faktor for at kunne belyse sund aldring er, hvilke data der er til rådighed.

I tabel 2.1 blev der oplistet indikatorer, som i et internationalt review hyppigt inkluderes til at belyse sund aldring [21, 28]. Det er i denne rapport imidlertid kun muligt at belyse sund aldring ud fra eksisterende data, og derfor er det relevant at beskrive de danske datakilder, der indeholder relevante data til belysning af sund aldring. I litteraturgennemgangen i kapitel 3 er der udvalgt centrale indikatorer for sund aldring, som der foreligger danske data på, og som hyppigt anvendes i litteraturen til belysning af sund aldring.

Overordnet set fordeler danske datakilder til sund aldring sig i to dele, nemlig surveys og registre. For hver relevant datakilde vil der være både fordele og ulemper, og det vil derfor ofte være fordelagtigt og optimalt at kombinere eksempelvis survey-data med registerdata.

Fordelen ved at benytte registerdata er generelt set, at de dækker hele befolkningen, mens ulempen blandt andet er, at det kun er de mest alvorlige helbredstilstande, hvor der kræves sundhedsfaglig behandling, som er inkluderet (eksempelvis apopleksi, blodprop i hjertet eller kræft). Modsat er fordelen ved at benytte survey-data, at der i denne type undersøgelser kan indgå spørgsmål om udbredte helbredstilstande, som en stor del af befolkningen oplever, men som ikke nødvendigvis kræver lægefaglig behandling og kontrol (eksempelvis nakkesmerter, ensomhed eller selvvurderet helbred). Endvidere kan survey-data give viden om befolkningens sundhedsadfærd i forhold til risikofaktorer for sygdom. Ulempen ved at benytte survey-data er blandt andet, at der sjældent opnås nationalt repræsentative besvarelser, fordi deltagelse i surveys varierer i forhold til eksempelvis køn, alder og uddannelsesniveau. Enkelte danske surveys har endvidere inkluderet såkaldte proxy-interviews, hvor en pårørende svarer på den egentlige respondents vegne, fordi denne selv har svært ved at svare, eksempelvis som følge af fremskreden demens. På denne måde sikres det, at også besvarelser fra de svageste ældre inkluderes i det pågældende studie. Som netop illustreret vil det derfor typisk være mest dækkende og retvisende at benytte både register- og survey-data, hvis man ønsker et samlet billede af en befolknings sundhedstilstand – og derfor også blandt ældre.

I tabel 2.2 vises eksempler på vigtige danske datakilder, som indeholder data, der vurderes centrale til belysning af sund aldring i Danmark. Der er i tabellen alene inkluderet datakilder, som indeholder bredspektrede oplysninger om ældres sundhed, hvorfor der i beskrivelsen blandt andet ikke er medtaget sygdomsspecifikke registre. Tabellen viser blandt andet datakildens målgruppe, dataindsamlingsmetode for surveys og oprettelsesår for registre samt eksempler på, hvilke indikatorer for sund aldring der findes i den pågældende datakilde.

Ud over de i tabellen nævnte datakilder til centrale indikatorer for sund aldring i Danmark kan yderligere nævnes European Health Interview Survey [36], Glostrup-undersøgelserne [37] og Længe Leve - et familiestudie (LLFS) [38]. Imidlertid er der er i denne rapport ikke identificeret studier, som belyser udviklingen i ældres helbred, baseret på disse kilder, hvorfor de ikke fremgår af tabel 2.2.

Tabel 2.2 Eksempler på danske datakilder til centrale indikatorer for sund aldring i Danmark

Danske surveys	**Målgruppe (alder)**	**Dataindsamlingsmetode (år)**	**Eksempler på indikatorer**
Den Nationale Sundhedsprofil	Hele befolkningen (16 år eller derover)	Selvadministrerede papir- eller webspørgeskemaer (2010, 2013, 2017)	• Selvvurderet helbred • Langvarig sygdom • Iskæmisk hjertesygdom • KOL • Nakkesmerter • Fysisk funktionsniveau • Dårligt mentalt helbred • Ensomhed og social støtte • BMI
Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen	Hele befolkningen (16 år eller derover)	Personligt interview, selvadministrerede papir- eller webspørgeskemaer (1987, 1994, 2000, 2005, 2010, 2013, 2017)	• Selvvurderet helbred • Langvarig sygdom • Aktivitetsbegrænsninger • Fysisk funktionsniveau • Høretab • Ensomhed og social støtte • BMI • Antal tænder
SHARE	Personer på 50 år eller derover samt partnere	Personligt (ansigt-til-ansigt) interview samt proxy-interviews (2004, 2006/2007, 2011, 2013, 2015, 2017)	• Selvvurderet helbred • Langvarig sygdom • Aktivitetsbegrænsninger • Fysisk funktionsniveau
EU-SILC	Hele befolkningen (16 år eller derover)	Selvadministrerede papir- eller webspørgeskemaer eller telefoninterviews (årligt siden 2003)	• Aktivitetsbegrænsninger
De danske 1895-, 1905-, 1910- og 1915-fødselskohorter	Personer på 92 år eller derover født i 1895, 1905, 1910 og 1915	Personlige interviews og tests i eget hjem samt proxy-interviews (1995-2015)	• Kognitivt funktionsniveau • Depressive symptomer
Ældredatabasen	Personer på 52 år eller derover født i 1920, 1925, 1930, 1935, 1940, 1945, 1950, 1955, 1960 og 1965	Telefoninterviews eller personlige interviews i eget hjem (1997, 2002, 2007, 2012, 2017)	• Fysisk funktionsniveau • Selvvurderet helbred • Trist til mode • Frivilligt arbejde
Danske registre	**Målgruppe (alder)**	**Oprettet (år)**	**Eksempler på indikatorer**
Landspatientregisteret	Hele befolkningen (alle aldersgrupper)	Somatiske afdelinger siden 1977 Psykiatriske afdelinger siden 1995	• Specifikke sygdomme (f.eks. iskæmisk hjertesygdom, Alzheimers og demens, apopleksi, atrieflimren)
Lægemiddelstatistikregisteret	Hele befolkningen (alle aldersgrupper)	Siden 1995	• Medicin mod specifikke sygdomme eller symptomer (f.eks. Alzheimers og demens)
Dødsårsagsregisteret	Hele befolkningen (alle aldersgrupper)	Siden 1970	• Årsager til dødsfald (f.eks. iskæmisk hjertesygdom)

Sund aldring er i denne rapport defineret med udgangspunkt i Rowe og Kahns model for sund aldring (figur 1.2), suppleret med en ekstra komponent, hvor sund aldring således defineres som kombinationen af de fire komponenter: 1) Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse, 2) Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau, 3) Aktiv deltagelse i livet, og 4) Mental sundhed. De fire komponenter for sund aldring kan måles på baggrund af en lang række indikatorer, såsom selvvurderet helbred eller kognitive og fysiske tests.

I mange tilfælde vil en indikator være relevant at inkludere til belysning af flere af de fire komponenter for sund aldring, men ofte i varierende grad. Hvis sund aldring eksempelvis måles ud fra den kognitive test, Mini-Mental Scale Examination (MMSE), vil denne indikator i høj grad afspejle komponenten 'Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau', men vil også i nogen grad afspejle komponenten 'Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse', da flere sygdomme er relateret til kognition. Et andet eksempel er Almindelig Daglig Livsførelse (ADL), der vedrører en persons mulighed for selv at udføre daglige aktiviteter, blandt andet evnen til at spise, tage tøj på eller gå i bad. ADL belyser i høj grad komponenten 'Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau', da ADL er tæt forbundet med ældres kognitive og fysiske funktionsniveau. Ligeledes vil ADL i nogen grad belyse 'Aktiv deltagelse i livet', da begrænsninger i ADL kan være relateret til den ældres deltagelse i eksempelvis frivilligt arbejde. Andre indikatorer er mere specifikke, såsom diabetes, der er af betydning for 'Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse', men ikke nødvendigvis de øvrige komponenter.

Selvvurderet helbred belyses på baggrund af et enkelt spørgsmål med følgende formulering: 'Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?', hvortil det har været muligt at svare: fremragende, vældig godt, godt, mindre godt og dårligt. Selvvurderet helbred kan ses som en persons egen samlede vurdering af en række helbredsforhold, der ikke alene kan beskrives ved en opremsning af personens symptomer og sygdomme. Det er velkendt, at selvvurderet helbred er en selvstændig risikofaktor for både sygelighed og dødelighed. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for sygdom og tidlig død, og er således en værdifuld indikator der giver et overordnet indtryk af befolkningens helbredsstatus. Selvvurderet helbred er en indikator, som især er god til at belyse forskelle i sund aldring inden for en bestemt aldersgruppe, men er mindre anvendelig som indikator på tværs af aldersgrupper, da individer har tendens til at vurdere deres helbred ud fra, hvad 'der er normalt' for aldersgruppen. Yngre vil formentlig vurdere, at et 'godt' helbred afspejler, at de er sygdomsfri, mens ældre vil have andre forventninger, herunder forvente at have sygdomme, og derfor anse hvad der udgør et "godt" helbred anderledes [115]. Der er således kun relativt små forskelle i selvvurderet helbred mellem 65-årige og 85-årige, selvom mere objektive tests viser betydelige forskelle. Desuden er selvvurderet helbred historisk og kulturelt betinget. Hvad der forstås ved 'godt' helbred kan således variere over tid [115].

Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomme, der indebærer en vedvarende kognitiv svækkelse, der udvikles i voksenlivet [80]. Demens er en indikator, som i høj grad belyser komponenterne for sund aldring, da demens f.eks. i høj grad er relateret til ældres kognitive og fysiske funktionsniveau. Tilstedeværelse af demens er således en vigtig indikator at inkludere i undersøgelser om sund aldring. Fravær af demens er dog ikke på samme måde informativt om alle komponenterne i sund aldring, hvorfor demens ikke kan stå alene som indikator for sund aldring.

Tabel 2.3 giver eksempler på indikatorer, der er målt i danske surveys og registre, og hvordan de kan belyse de fire komponenter for sund aldring. I tabellen er indikatorerne gradueret ud fra farve efter, i hvor høj grad de belyser komponenterne for sund aldring. Eksemplerne og gradueringen er baseret på en fagligt funderet vurdering af rapportens forfattere.

Tabel 2.3 Eksempler på indikatorer for sund aldring med tilgængelige danske data, fordelt efter de fire komponenter i den modificerede model af Rowe og Kahn.

	KOMPONENTER I MODELLEN FOR SUND ALDRING			
Eksempler på indikatorer for sund aldring fra danske surveys og registre	**Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse**	**Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau**	**Aktiv deltagelse i livet**	**Mental sundhed**
Selvvurderet helbred	■	■		■
MMSE[a]	■	X		
ADL[b]	■	X	●	
Frivilligt arbejde			X	●
Depressive symptomer	■		●	X
Sociale relationer			■	■
Svær overvægt	X	●		
Demens	X	X	X	X
Diabetes	X			

[a] MMSE = Mini-Mental State Examination, kognitiv test inkluderer bl.a. orientering i tid og sted og at huske ord. [b] ADL = Almindelig Daglig Livsførelse, som blandt andet inkluderer evnen til selv at spise, tage tøj på eller gå i bad selvstændigt.

X: Belyser i høj grad komponenten for sund aldring, ■: Belyser i nogen grad komponenten for sund aldring, ●: Belyser i mindre grad komponenten for sund aldring, ☐:Tomt felt indikerer, at indikatoren i ringe grad belyser komponenten for sund aldring

Litteraturgennemgangen i kapitel 3 indeholder en uddybende beskrivelse af de inkluderede indikatorer for sund aldring.

Opsamling

I dette kapitel er det blevet belyst, hvilke udfordringer der er med at udvælge få og enkle centrale indikatorer for sund aldring, som kan benyttes gennemgående til hele spektret af ældre. Idet der er stor variation i gruppen af ældre, hvad angår både alder, helbred, funktionsniveau og livssituation, vil der være forskellige indikatorer, som er mere relevante end andre i de forskellige grupper af ældre. Endvidere bør det overvejes, om sund aldring ønskes belyst ud fra objektive eller subjektive indikatorer samt ud fra et samfundsmæssigt perspektiv eller et individperspektiv. Disse aspekter har endvidere betydning for, hvordan indikatorerne bør vægtes i forhold til hinanden. Med udgangspunkt dels i et internationalt review om sund aldring, dels i den modificerede model for sund aldring, er der i kapitlet kommet med eksempler på relevante indikatorer, som kan benyttes i en holistisk beskrivelse af sund aldring.

I kapitlet er det endvidere belyst, hvordan måling af sund aldring forudsætter tilgængelighed af relevante data. Overordnet set findes to forskellige typer af data i Danmark til belysning af sund

aldring, nemlig survey-data og registerdata. Det vil ofte være fordelagtigt at kombinere de to datatyper for at opnå et nuanceret billede af befolkningens – og dermed også de ældres – sundhedstilstand. I kapitlet er der beskrevet de relevante datakilder, der indeholder data om centrale indikatorer til belysning af sund aldring i Danmark.

Næste kapitel omfatter en litteraturgennemgang, som har til formål at belyse udviklingen i ældres sundhed i Danmark i løbet af de seneste to årtier.

3 Udvikling i ældres sundhed

Igennem anden halvdel af det 20. århundrede er dødeligheden blandt ældre faldet markant i højindkomstlande [39]. Både danske og internationale studier dokumenterer således, at de nye generationer af ældre i denne periode har opnået bedre levevilkår og medicinske behandlingsmuligheder end tidligere generationer samt afledt heraf også har bedre helbred samt fysisk og kognitivt funktionsniveau end tidligere generationer (se f.eks. [40-44]). Hvorvidt denne positive udvikling er fortsat ind i starten af det 21. århundrede i Danmark, er der imidlertid større usikkerhed om i litteraturen. Dette kapitel vil således bidrage til en yderligere afklaring heraf ved at præsentere en gennemgang af den litteratur, der beskriver udviklingen i udvalgte indikatorer for sund aldring blandt personer på 65 år eller derover i Danmark i løbet af de seneste årtier.

Litteraturstudiet vil så vidt muligt tage udgangspunkt i rapportens to første kapitler, herunder de i afsnit 1.3 beskrevne komponenter til operationaliseringen af sund aldring. Derudover vil litteraturstudiet tage udgangspunkt i et engelsk litteraturstudie af udviklingen i sund aldring [9]. De udvalgte centrale indikatorer for sund aldring er således både udvalgt ud fra relevans og anvendelse i litteraturen samt ud fra, hvad der foreligger danske data på.

3.1 Søgestrategi og inklusionskriterier

Udviklingen i ældres sundhed kan beskrives på flere måder. Eksempelvis kan udviklingen beskrives ud fra, hvor mange år med godt helbred ældre kan forventes at have tilbage at leve i (gode leveår), hvor mange ældre der lever med en given sygdom eller tilstand (prævalens), eller hvor mange nye tilfælde af en given sygdom eller tilstand, der diagnosticeres blandt ældre (incidens).

Et nyere engelsk litteraturstudie har belyst helbredsudviklingen på baggrund af en bred og holistisk definition af sundhed, hvor udviklingen netop opgøres på baggrund af gode leveår og udviklingen i prævalens og incidens af de helbredsindikatorer og sygdomme, der generelt set inden for aldringsforskningen betragtes som centrale for sund aldring [9]. Også i denne rapport vurderes en sådan holistisk tilgang bedst egnet og dækkende til at belyse sund aldring, jævnfør WHO's og Rowe og Kahns definitioner (kapitel 1). Med udgangspunkt i fremgangsmåden i det engelske litteraturstudie [9] og definitionen af sund aldring (kapitel 1) beskrives i nærværende litteraturstudie:

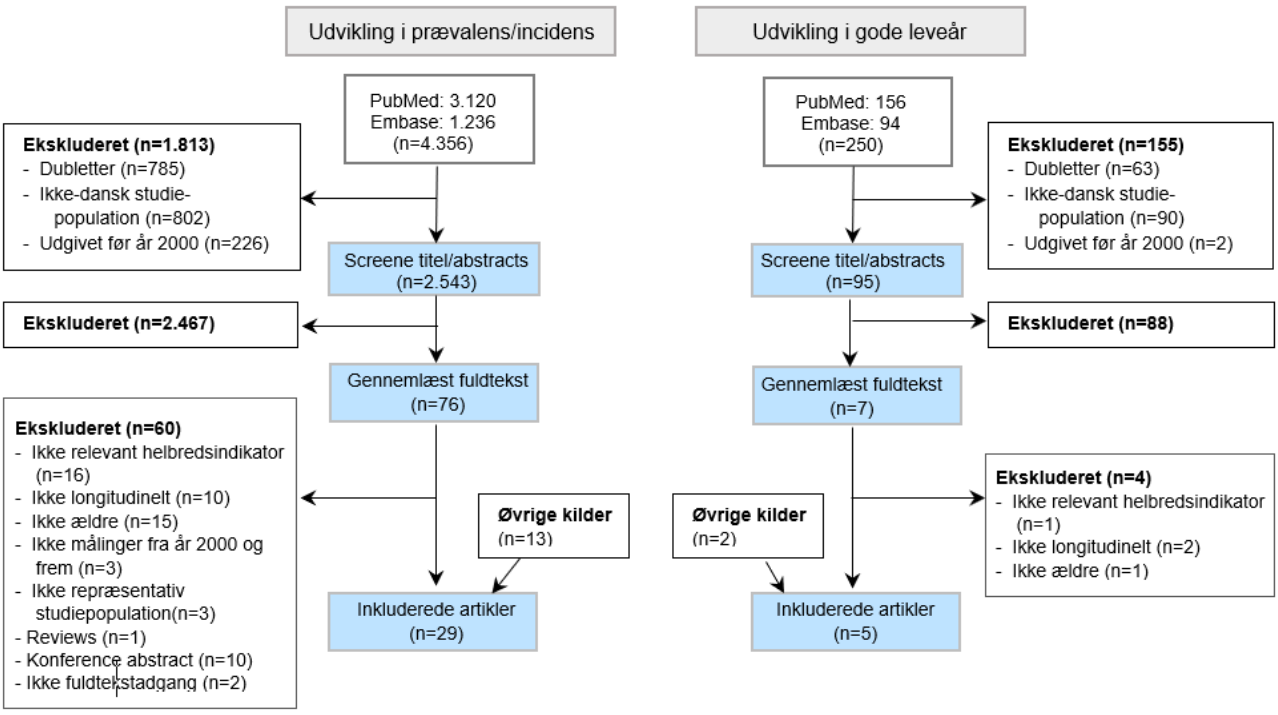
1) Udviklingen i gode leveår
2) Udviklingen i prævalens/incidens af udvalgte kroniske sygdomme, fysisk og kognitivt funktionsniveau, aktiv deltagelse i livet, mental sundhed samt overordnede helbredsindikatorer

Der er foretaget to separate søgninger til at belyse henholdsvis udviklingen i gode leveår og udviklingen i prævalens/incidens af de specifikke helbredsindikatorer. Der er søgt efter studier på

PubMed og Embase, der er to store søgedatabaser med sundhedsvidenskabelige artikler, og som inden for sundhedsvidenskabelig forskning begge er hyppigt anvendte søgedatabaser [45]. Litteratursøgningen er suppleret med resultater fra artikler og rapporter, der blandt andet er identificeret via kildehenvisninger og på danske forskningsinstitutioners hjemmesider. En mere detaljeret beskrivelse af litteratursøgningen kan findes i bilag 1 (samt i en selvstændig studieprotokol [46]).

I litteratursøgningen er dubletter, studier med en ikke-dansk studiepopulation samt studier udgivet før år 2000 blevet ekskluderet (af en reviewer). Herefter blev artiklerne screenet af to reviewere, der først screenede artiklerne på baggrund af titel/abstracts og dernæst på baggrund af fuldtekstlæsning. De to reviewere screenede uafhængigt af hinanden og i henhold til følgende eksklusionskriterier: ikke relevant helbredsindikator (se figur 3.2), omfatter ikke ældre, undersøger ikke udviklingen over tid (minimum to målinger), undersøger ikke udviklingen i det 21. århundrede, omfatter ikke en repræsentativ studiepopulation (f.eks. udelukkende plejehjemsbeboere). I fuldtekstlæsningen blev der yderligere ekskluderet konferenceabstracts samt reviews, hvor relevante referencer dog blev inkluderet.

Den indledende screening af artikler om udvikling i gode leveår resulterede i 95 artikler, hvoraf i alt fem studier levede op til inklusionskriterierne og således er inkluderet i litteraturgennemgangen. Tilsvarende blev der i screeningen af artikler om udvikling i prævalens/incidens af helbredsindikatorer identificeret 2.543 artikler, hvoraf 29 studier blev inkluderet. Figur 3.1 viser et flowdiagram over inklusions- og eksklusionsprocessen i litteratursøgningen. Med den anvendte søgestrategi blev der ikke identificeret relevant litteratur om udviklingen i lænderygsmerter, kronisk nyresygdom og bugspytkirtelkræft (kroniske sygdomme), livskvalitet/tilfredshed med livet (mental sundhed) samt faldulykker og undervægt (overordnede helbredsindikatorer).



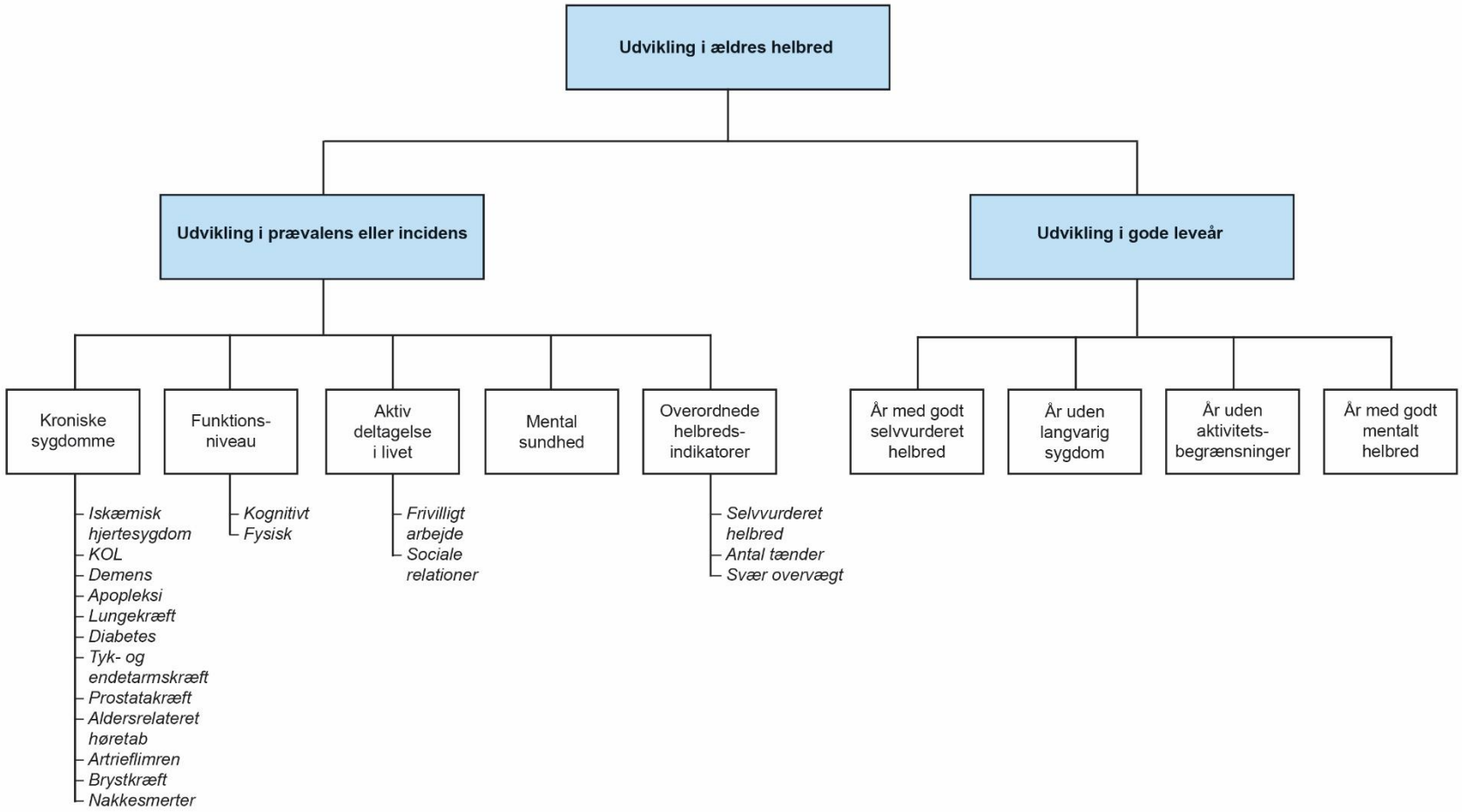
Figur 3.1 Flowdiagram over inklusions- og eksklusionsprocessen i søgningen (seneste søgning er foretaget 1/5-2020).

Figur 3.2 giver et overblik over de helbredsindikatorer, der vil blive belyst i nærværende litteraturgennemgang. Indikatorerne fordeler sig først og fremmest i kategorierne 'Udvikling i prævalens eller incidens' og 'Udvikling i gode leveår'. Kategorien for prævalens eller incidens omfatter desuden flere underkategorier, som alle belyses ud fra flere relevante indikatorer. Kategorien for gode leveår belyses på baggrund af fire relevante helbredsindikatorer.

Som det ses af figuren, er der stort sammenfald mellem de inkluderede helbredsindikatorer og de komponenter, som indgår i den modificerede model, der i denne rapport benyttes til operationalisering af sund aldring (afsnit 1.3). Her belyses sund aldring ud fra komponenterne 'Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse', 'Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau', 'Aktiv deltagelse i livet' og 'Mental sundhed'.

I litteraturgennemgangen beskrives udviklingen for hver enkelt indikator overordnet set enten som et 'fald' eller en 'stigning' eller som en 'positiv' eller 'negativ' udvikling, hvis dette overordnet set er det, der kan konkluderes på baggrund af litteraturen for den pågældende periode. Hvis litteraturen derimod peger på, at der overordnet set ikke har været nogen udvikling i den givne periode, beskrives udviklingen som en 'stagnation'. For enkelte helbredsindikatorer gælder det dog, at udviklingen varierer hen over tid, køn, alder eller datagrundlag, og i sådanne tilfælde beskrives udviklingen enten som 'usystematisk' eller 'ingen entydig udvikling'.

Det skal bemærkes, at selvom der i litteraturgennemgangen inkluderes studier, der belyser udviklingen i indikatorer for sund aldring i løbet af de seneste årtier, vil nogle af studierne indeholde opgørelser, som gør, at resultaterne i denne rapport går lidt længere tilbage i tid end år 2000.



Figur 3.2 Oversigt over helbredsindikatorer i litteraturgennemgangen til belysning af udviklingen i ældre danskeres helbred.

3.2 Udvikling i gode leveår

Gode leveår er et mål for, hvor mange år med godt helbred en person med en given alder kan forventes at have tilbage at leve i. Ofte beregnes gode leveår ved hjælp af Sullivans metode, som kombinerer registerdata om befolkningens dødelighed med spørgeskemaoplysninger om befolkningens helbredstilstand. I faglitteraturen anvendes flere forskellige mål til at karakterisere et godt helbred, men hyppigt anvendes målene 'År med godt selvvurderet helbred', 'År uden langvarig sygdom', 'År uden aktivitetsbegrænsninger'. I denne litteraturgennemgang inkluderes desuden 'År med godt mentalt helbred'. Gode leveår er et mål, der tager udgangspunkt i, hvor mange forventede leveår personer har ved en given alder, og hvor mange af de år der kan forventes at blive levet med godt helbred. Det skal bemærkes, at årene levet med dårligt helbred kan være fordelt ud over flere perioder i livet og således ikke behøver være de sidste leveår [47].

I nærværende litteraturgennemgang er der inkluderet fem studier, som beskriver udviklingen i gode leveår blandt personer på 65 år i Danmark [13-15, 48, 49]. Gode leveår er målt som: År med godt selvvurderet helbred, år uden langvarig sygdom, år uden aktivitetsbegrænsninger og år med godt mentalt helbred. Tabel 3.1 opsummerer fundene fra de fem studier.

Tabel 3.1 Udvikling i gode leveår blandt 65-årige i Danmark. Opsummering af resultater fra de inkluderede studier og datagrundlag

Helbredsindikator og datagrundlag (n, studier)	**Periode**	**Alder**	**Opsummering af resultater**	**Konklusion**
Godt selvvurderet helbred (n=3)				
SUSY [15] SHARE [14] DNS [48]	2000-2017[a]	65	I perioden 2000-2005 (SUSY) ses en stigning i antallet af forventede leveår med godt selvvurderet helbred, hvilket også ses i perioden 2004-2011 (SHARE) og 2010-2017 (DNS).	Positiv udvikling
Uden langvarig sygdom (n=3)				
SUSY [15] SHARE [14] DNS [48]	2000-2017[a]	65	I perioden 2000-2005 ses en stigning i antallet af leveår uden langvarig sygdom (SUSY), hvilket også ses i perioden 2004-2011 (SHARE) og 2010-2017 (DNS), dog mindre udtalt i sidstnævnte.	Positiv udvikling
Uden aktivitetsbegrænsninger (n=4)				
SUSY [15] SHARE [13, 14] EU-SILC [49]	2000-2015[a]	65	I perioden 2000-2005 (SUSY) og 2004-2013/14 (SHARE) ses en stigning i antallet af år uden aktivitetsbegrænsninger, altså en positiv udvikling. Dog viser data fra SHARE en stagnation i antallet af år med betydelige aktivitetsbegrænsninger (2004-2013/14). Dertil tyder data fra EU-SILC på, at der er sket en stagnation i antallet af leveår uden aktivitetsbegrænsninger i perioden 2008-2015.	Stagnation
Godt mentalt helbred (n=1)				
DNS [48]	2010-2017	65	Overordnet set er der sket en lille stigning i antallet af leveår med godt mentalt helbred, mens andelen er stagneret (2010-2017).	Positiv udvikling

SUSY: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne
DNS: Den Nationale Sundhedsprofil
[a] Udviklingen bliver i et af de inkluderede studier belyst fra 1987 og frem, men i nærværende litteraturgennemgang er det alene udviklingen fra år 2000 og frem der vil blive beskrevet

Leveår med godt selvvurderet helbred

Udviklingen i forventede leveår med godt selvvurderet helbred blandt 65-årige er målt i to artikler og en rapport [14, 15, 48] (bilag 2a). Selvvurderet helbred er målt ud fra en fem-trins skala fra

'Fremragende' til 'Dårligt', dog med lidt variation i svarkategorierne på tværs af studierne. På baggrund af data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (SUSY) ses i perioden 2000 til 2005 en stigning i antallet af forventede leveår med godt selvvurderet helbred [15], hvilket yderligere er dokumenteret på baggrund af data fra SHARE for perioden 2004 til 2011. Eksempelvis kunne en 65-årig kvinde i 2004 forvente at leve 19,0 år, heraf 12,5 år med godt selvvurderet helbred (svarende til 66,2 % af restlevetiden), mens en 65-årig kvinde i 2011 kunne forvente at leve 19,8 år, heraf 14,0 år med godt selvvurderet helbred (70,3 %) [14]. Der er ligeledes fundet en stigning i antallet af leveår med godt selvvurderet helbred i perioden 2010 til 2017 på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil (DNS) [48]. Overordnet set viser de tre inkluderede studier en stigning i både antallet og andelen af forventede leveår med godt selvvurderet helbred blandt 65-årige i Danmark i perioden 2000 til 2017 [14, 15, 48].

Leveår uden langvarig sygdom

Udviklingen i forventede leveår uden langvarig sygdom blandt 65-årige er målt i to artikler og en rapport [14, 15, 48] (bilag 2b). Langvarig sygdom er i alle tre undersøgelser baseret på selvrapporterede oplysninger med svarkategorierne 'Ja' og 'Nej', dog målt med lidt variation i spørgsmålsformuleringerne [14, 15, 48].

På baggrund af data fra SUSY i perioden 2000 til 2005 er der fundet en stigning i antallet af forventede leveår uden langvarig sygdom, altså en positiv udvikling [15]. På baggrund af data fra SHARE i perioden 2004 til 2011 er der fundet en fortsat stigning i forventede leveår uden langvarig sygdom. Eksempelvis kunne en 65-årig mand i 2004 forvente at leve 16,0 år, heraf 5,6 år uden langvarig sygdom (35,3 % af restlevetiden), mens en 65-årig mand i 2011 kunne forvente at leve 17,1 år, heraf 8,2 år uden langvarig sygdom (47,7 %) [14]. I perioden 2010 til 2017 ses på baggrund af DNS en lille stigning i antallet af år uden langvarig sygdom, men en stagnation, når der ses på udviklingen i andelen af den forventede restlevetid. Eksempelvis kunne en 65-årig mand i 2010 forvente at leve 8,8 år uden langvarig sygdom (54,0 % af restlevetiden), mens det i 2017 var 9,2 år (52,2 %) [48]. Overordnet set viser de tre inkluderede studier en stigning i både antallet og andelen af leveår uden langvarig sygdom blandt 65-årige i Danmark i perioden 2000 til 2011 [14, 15], mens der i perioden 2010 til 2017 ses en stigning i antallet, men en stagnation målt på andelen [48].

Leveår uden aktivitetsbegrænsninger

Udviklingen i forventede leveår uden aktivitetsbegrænsninger blandt 65-årige er målt i fire studier. [13-15, 49] (bilag 2c). De inkluderede studier har anvendt forskellige mål til at belyse aktivitetsbegrænsninger. Et studie har på baggrund af SUSY-data anvendt ét mål for fysiske aktivitetsbegrænsninger (f.eks. at kunne løfte 5 kg.) og ét mål for kommunikative aktivitetsbegrænsninger (f.eks. at kunne læse en avis). På baggrund heraf er der overordnet set vist en stigning i antallet af forventede leveår uden både fysiske og kommunikative aktivitetsbegrænsninger i perioden 2000 til 2005 [15], altså en positiv udvikling.

Tre studier har på baggrund af data fra henholdsvis SHARE [13, 14] og EU-SILC [49] anvendt et overordnet mål for aktivitetsbegrænsninger, hvor svarpersonerne subjektivt har vurderet, om de på grund af helbredsproblemer er begrænset i almindelige dagligdagsaktiviteter. To af studierne, som begge benytter data fra SHARE, har beregnet antal år henholdsvis uden aktivitetsbegrænsninger, med milde aktivitetsbegrænsninger og med betydelige aktivitetsbegrænsninger [13, 14]. Betydelige

begrænsninger indebærer, at svarpersoner angiver, at de er 'svært begrænsede' i almindelige aktiviteter. På baggrund heraf er der fundet en stigning i antallet af leveår uden aktivitetsbegrænsninger, både i perioden 2004 til 2011 og i perioden 2006 til 2013/14 [13, 14], altså en positiv udvikling. Dog er antallet af år med betydelige aktivitetsbegrænsninger stort set uændret i perioden [13, 14], altså stagneret. Således kunne en 65-årig kvinde i 2004 forvente at leve 3,0 år med betydelige aktivitetsbegrænsninger, hvilket var det samme som for en 65-årig kvinde i 2011 [14].

På baggrund af data fra EU-SILC er der fundet en stagnation i antallet af leveår uden aktivitetsbegrænsninger i perioden 2008 til 2015 [49]. Det bør dog tilføjes, at dataindsamlingsmetoden i EU-SILC er blevet ændret undervejs. I de første år er data hovedsageligt indsamlet som telefoninterviews, men fra omkring 2013 blev størstedelen indsamlet som web-baserede spørgeskemaer [50, 51]. Dette kan havde betydning for sammenligneligheden over tid, idet det er velkendt, at dataindsamlingsmetoden kan påvirke, hvordan folk besvarer spørgeskemaer.

Leveår med godt mentalt helbred
Udviklingen i forventede leveår med godt mentalt helbred blandt 65-årige er målt i en rapport på baggrund af data fra DNS i perioden 2010 til 2017 [48] (bilag 2d). I rapporten benyttes den mentale helbredskomponent i SF-12 til at belyse godt mentalt helbred. Overordnet set er der sket en lille stigning i antallet af leveår med godt mentalt helbred, mens andelen af restlevetiden med godt mentalt helbred er stagneret i perioden. Eksempelvis kunne en 65-årig kvinde i 2010 forvente at leve 17,2 år med godt mentalt helbred (89,7 % af restlevetiden), mens det i 2017 var 18,1 år (88,9 %) [48].

Delkonklusion
Udviklingen i gode leveår kan både beskrives ud fra udviklingen i antallet af gode leveår (hvor mange år kan en 65-årige forvente at leve med godt helbred) samt andelen (hvor stor en andel af restlevetiden kan forventes at leves med godt helbred). Udviklingen i antallet og andelen af gode leveår behøver ikke nødvendigvis at være ens. Der kan således godt være en stigning i antallet af gode leveår samtidig med en stagnation i andelen.

Overordnet set er der sket en stigning i både antallet og andelen af gode leveår blandt personer på 65 år i Danmark, målt som år med godt selvvurderet helbred og år uden langvarig sygdom (2000-2017), altså en positiv udvikling. På baggrund af en opgørelse om leveår med godt mentalt helbred ses ligeledes en mindre stigning i antallet af år med godt mentalt helbred, dog stagneret opgjort som andel (2010-2017). Det vil sige, at flere indikatorer for gode leveår peger på, at der er sket en positiv udvikling i løbet af de seneste årtier. Baseret på antal år uden aktivitetsbegrænsninger ses ligeledes en positiv udvikling i starten af 00´erne. Dog er udviklingen stagneret målt på antallet af år med betydelige aktivitetsbegrænsninger (2004-2013/14). Dertil peger data fra EU-SILC på, at der er sket en stagnation i antallet af år uden aktivitetsbegrænsninger i perioden 2008 til 2015. Stagnationen baseret på data fra EU-SILC skal dog tolkes med forbehold, da der i løbet af opfølgningstiden er sket en ændring i dataindsamlingsmetoden.

3.3 Udvikling i prævalens og incidens af helbredsindikatorer

Beskrivelsen af udviklingen i prævalens og incidens af helbredsindikatorer vil i nærværende litteraturgennemgang omfatte udvalgte kroniske sygdomme, fysisk og kognitivt funktionsniveau, aktiv deltagelse i livet, mental sundhed samt overordnede helbredsindikatorer. I litteraturgennemgangen er i alt inkluderet 29 studier blandt personer på 65 år eller derover i Danmark.

De inkluderede helbredsindikatorer er udvalgt efter kriterierne:

1) Indbefattet i definitionen af sund aldring (afsnit 1.3)
2) Videnskabelige studier inden for aldringsforskningen har fundet indikatorerne valide til at belyse sund aldring
3) Der findes tilstrækkelige, danske data til, at udviklingen i løbet af det seneste to årtier kan beskrives.

Prævalens og incidens
En sygdomshyppighed kan beskrives ud fra, hvor mange der har en given sygdom (prævalens), men kan også beskrives ud fra, hvor mange der får sygdommen (incidens). Prævalens er således et udtryk for andelen eller antallet af en studiepopulation, der lever med en given sygdom på et givent tidspunkt. Incidens er derimod et udtryk for andelen eller antallet af nye tilfælde i studiepopulationen over en given periode (typisk et kalenderår) [52].

Antallet af personer på 65 år eller derover er stigende i Danmark. For en lang række helbredsindikatorer er det således forventeligt, at de absolutte antal sygdomstilfælde vil være steget i løbet af de seneste årtier, alene fordi der er flere personer i denne aldersgruppe nu end tidligere. Da formålet med litteraturgennemgangen er at beskrive udviklingen i ældres helbredstilstand, altså at sammenligne ældre i dag med tidligere, vil udviklingen blive beskrevet i relative mål, som tager højde for ændringer i befolkningssammensætningen. Det vil sige, at udviklingen ikke vil blive beskrevet ud fra absolutte antal. For prævalens vil udviklingen blive beskrevet ud fra opgørelser, som er angivet i andele, det vil sige i procent (eller lignende). For incidens vil udviklingen ikke blive beskrevet ud fra det absolutte antal af incidente tilfælde (antallet af personer der får sygdommen), men alene ud fra incidensraten, for eksempel opgjort som antallet af personer, der får sygdommen, per 1.000 personer i en given aldersgruppe per år.

3.3.1 Kroniske sygdomme

Kroniske sygdomme er her afgrænset til de ikke-smitsomme sygdomme, der ifølge Global Burden of Disease Study (GBD) bidrager til mere end 1 % af de sygdomsjusterede leveår, DALYs (eng. *Disability-Adjusted Life Years*) blandt ældre danskere.

DALYs er et mål, som kan anvendes til at pege på de sygdomme, der udgør den største byrde i befolkningen. Dét at udvælge sygdomme på baggrund af DALYs er en hyppigt anvendt metode (se f.eks. [53]), og afgrænsningen på 1 % er baseret på et engelsk litteraturstudie [9]. GBD anvender et bredt datagrundlag til beregningerne af DALYs, herunder demografiske data og interviews (for metode, se f.eks. [54, 55]). Beregningen af DALYs er baseret på, hvor mange tidlige dødsfald der

kan tilskrives sygdommen (tabte leveår), og hvor mange år personer lever med sygdommen (år levet med sygdom). Sygdommene er gradueret efter, hvor meget det antages, at sygdommen samlet set forværrer helbredstilstanden. For eksempel vægter et år levet med svær demens langt tungere end et år levet med astma [54, 55].

I opgørelsen fra GBD (2017) bidrager følgende sygdomme nævnt i faldende rækkefølge til mere end 1 % af de sygdomsjusterede leveår blandt ældre danskere: Iskæmisk hjertesygdom, KOL, Alzheimers og anden demenssygdom, apopleksi, lungekræft, diabetes, tyk- og endetarmskræft, prostatakræft, aldersrelateret høretab, atrieflimren (inklusive atrieflagren), brystkræft og nakkesmerter. Yderligere er der i litteraturgennemgangen søgt på studier, der undersøger udviklingen i forekomsten af lænderygsmerter, kronisk nyresygdom og bugspytkirtelkræft blandt ældre i Danmark, hvor der med den anvendte søgestrategi ikke blev identificeret relevante studier [56].

Tabel 3.2 viser en oversigt over de studier, der belyser udviklingen i de specifikke kroniske sygdomme, datagrundlag samt de overordnede resultater.

Tabel 3.2 Udvikling i kroniske sygdomme blandt ældre i Danmark. Opsummering af resultater fra de inkluderede studier og datagrundlag

Helbredsindikator og datagrundlag (n, studier)	**Periode**	**Alder**	**Opsummering af resultater**	**Konklusion**
Iskæmisk hjertesygdom (n=4)				
LPR og Dødsårsags-registeret [57] LPR [58, 59] DNS [11]	2000-2017[a]	65+	Et studie har undersøgt den samlede udvikling i iskæmisk hjertesygdom og vist en stigning i prævalensen fra 2000 til 2009, men fald i incidensraten. Baseret på selvrapporterede hjertekramper ses en overordnet stagnation i forekomst fra 2010 til 2017. To registerbaserede studier viser en et fald i incidensraten i blodprop i hjertet fra 2004 til 2012.	Stigende prævalens, faldende incidensrate
KOL (n=1)				
DNS [11]	2010-2017	65+	Baseret på selvrapporterede data om KOL ses en aldersspecifik udvikling i perioden 2010 til 2017. For gruppen af de ældste ældre (85+) ses en stigning i andelen, der lever med KOL, mens der blandt de 75-84-årige ses et fald. Endelig ses en stagnation blandt de 65-74-årige.	Aldersspecifik udvikling
Demens (n=3)				
Nationale registre[b] [30, 60, 61]	1995-2015	65+	Omkring år 2000 (1995-2003) ses en stigning i incidensraten af demens, der siden 2003 er blevet afløst af et fald. Samtidig har der været en stigning i prævalensen fra 1996 frem til 2015, dog forholdsvis uændret fra 2010.	Stigende prævalens, faldende incidensrate
Apopleksi (n=1)				
LPR [62]	1997–2009	65+	Baseret på data om hospitalsbehandlede apopleksitilfælde har der været en forholdsvis uændret incidensrate fra 1997 til 2009.	Stagnation i incidensrate
Lungekræft (n=2)				
NORDCAN [63, 64]	1998-2012[a]	65+	Blandt kvinder ses en konstant stigning i incidensraten i perioden (1998-2012). Blandt mænd er udviklingen i incidensraten aldersspecifik, hvor der hos de 65-79-årige ses et fald eller en stagnation, mens der blandt de 80+ årige ses en stigning.	Stigende incidensrate blandt kvinder, aldersspecifik blandt mænd

Tabel 3.2 – fortsat

Diabetes (n=2)				
Danske diabetesregistre [65, 66]	1995-2016	65+	I perioden 1995-2016 er der sket en markant stigning i andelen af ældre, der lever med diabetes. Ligeledes har incidensraten af diabetes været stigende, dog med lidt udsving i perioden 1996-2016.	Stigende prævalens og incidensrate
Tyk- og endetarmskræft (n=2)				
NORDCAN/Cancer-registeret [67, 68]	2000-2012[a]	70+	Overordnet set er udviklingen usystematisk, dog med en tendens til en lille stigning i incidensraten af tyktarmskræft, samtidig med en tendens til et mindre fald i incidensraten af endetarmskræft.	Usystematisk
Prostatakræft (n=3)				
NORDCAN/Cancer-registeret [69-71]	1995-2013[a]	70+	Der ses en markant stigning incidensraten af prostatakræft fra midten af 1990´erne og frem til 2005/08, hvorefter der ses et fald.	Stigende incidensrate frem mod 2005/08, herefter fald
Aldersrelateret høretab (n=1)				
SUSY [11]	2010-2017	65+	I perioden 2010-2017 har der været et fald i andelen af ældre, der uden besvær kan høre, hvad der bliver sagt under en normal samtale med tre eller flere personer.	Faldende prævalens med god hørelse
Atrieflimren (n=1)				
LPR [72]	2000-2012 [a]	70+	Baseret på data fra Landspatientregisteret er der vist en stigning i incidensraten af atrieflimren blandt ældre.	Stigende incidensrate
Brystkræft (n=2)				
NORDCAN [71, 73]	2000-2013[a]	70+	I perioden 2000-2013 ses en stigning i incidensraten af brystkræft blandt ældre kvinder, som dog toppede i 2010, hvorefter der ses et fald frem mod 2013.	Stigende incidensrate
Nakkesmerter (n=1)				
DNS [11]	2010-2017	65+	Andelen af ældre, der har smerter eller ubehag i skulder eller nakke, er stagneret i perioden 2010-2017.	Stagneret prævalens

LPR: Landspatientregisteret
SUSY: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne
DNS: Den Nationale Sundhedsprofil
[a] Helbredsindikatoren bliver undersøgt længere tilbage i tiden, men i nærværende litteraturgennemgang beskrives alene udviklingen fra år 2000 og frem
[b] Alle tre studier har anvendt en kombination af danske registre. Et studie har anvendt LPR og Lægemiddelstatistikregisteret [60]. Et har anvendt LPR, Lægemiddelstatistikregisteret og det Psykiatriske Centralregister [30]. Et studie har anvendt LPR og det Psykiatriske Centralregister [61]

Iskæmisk hjertesygdom

Iskæmisk hjertesygdom er en samlet betegnelse for en række sygdomme forårsaget af en reduceret blodforsyning til hjertet [74]. På trods af et fald i dødeligheden i mange år udgør iskæmisk hjertesygdom stadig én af de enkeltsygdomme, som flest danskere dør af [75]. Iskæmisk hjertesygdom dækker over flere hjertesygdomme, herunder hjertekramper (angina pectoris) og blodprop i hjertet (myokardieinfarkt) [74].

Et studie har undersøgt den samlede udvikling i iskæmisk hjertesygdom baseret på data fra Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret. Dette studie finder en stigende andel blandt ældre, der lever med sygdommen, fra 2000 til 2009 (stigende prævalens). En opgørelse over incidensraten i samme periode viser et fald blandt de ældre. Dette kan virke paradoksalt, men da iskæmisk hjertesygdom anses som en kronisk sygdom, vil personer, der får diagnosen, tælle med som syge indtil deres død (eller emigration). Hvis overlevelsen forbedres, altså at personer lever

længere med sygdommen, kan det medføre en stigende prævalens som følge af, at de, der har sygdommen, lever længere med sygdommen. Dette virker til at være tilfældet med iskæmisk hjertesygdom [57].

Hjertekramper (angina pectoris)
Et studie har på baggrund af selvrapporterede data fundet en stagnation i andelen af personer på 65 år eller derover, der lever med hjertekramper, i perioden 2010 til 2017 [11].

Blodprop i hjertet (myokardieinfarkt)
To studier har undersøgt udviklingen i førstegangshospitalsbehandlede blodpropper i hjertet. Efter en stigning i incidensraten i starten af 00´erne (2000-2004), særligt blandt de ældste ældre på 80 år eller derover [59], ses et støt fald frem til 2012 [58, 59]. Stigningen omkring år 2000 kan være påvirket af ændrede diagnostiske kriterier i denne periode [59].

Hjertesvigt
Iskæmisk hjertesygdom kan medføre hjertesvigt. Et studie har vist et fald i incidensraten af både iskæmisk og ikke-iskæmisk hjertesvigt blandt personer på 65 år eller derover i perioden 2000 til 2012 [76].

KOL
Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en hyppig kronisk sygdom, som omtrent 13 % blandt danskere på 75 år eller derover er diagnosticeret med [33]. Den største risikofaktor for KOL er rygning, og sygdommen er karakteriseret ved, at den medfører tiltagende åndenød [77]. I et europæisk perspektiv har Danmark en meget høj forekomst af KOL og KOL-relaterede dødsfald [78].

Et studie har undersøgt udviklingen i andelen blandt ældre med selvrapporteret KOL, kronisk bronkitis og emfysem (herefter benævnt KOL) i perioden 2010 til 2017. For gruppen af de ældste ældre på 85 år eller derover ses en stigende andel, der lever med KOL, mens der blandt de 75-84-årige ses et fald. Blandt de 65-74-årige er der sket en stagnation [11]. Udviklingen i selvrapporteret KOL er for perioden 2010 til 2017 således aldersspecifik. Det bør dog tilføjes, at mindst ét dansk studie har undersøgt udviklingen i hospitalskrævende KOL baseret på registeroplysninger. Dette studie finder en stigning i andelen blandt personer på 75 år eller derover med hospitalskrævende KOL i perioden 2002 til 2009, og særligt blandt kvinder. Derimod ses et fald blandt de lidt yngre ældre i aldersgruppen 60-74 år [79]. Samlet set er udviklingen i KOL aldersspecifik, baseret på både selvrapporterede data og hospitalsbehandlede KOL-tilfælde.

Alzheimers og anden demenssygdom
Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomme, der indebærer en vedvarende kognitiv svækkelse, der udvikles i voksenlivet [80]. Alzheimers er årsag til omkring 60 % af alle demenstilfælde og er således den hyppigste demenssygdom. Demens påvirker hukommelse samt ofte også dømmekraft, abstraktionsevne, færdigheder og personlighed [77, 81]. Risikoen for demens stiger markant med alderen. Blandt de 65-69-årige har under 1 % en demensdiagnose, mens andelen blandt personer på 90 år eller derover er 14 % [30]. Det anslås dog, at tallet reelt set er større, da ikke alle personer med demens har en demensdiagnose registreret i et nationalt register [81]. Tre studier har undersøgt udviklingen i demens blandt ældre i Danmark, hvoraf to af

studierne har undersøgt udviklingen i demens generelt [30, 61], mens ét studie alene har inkluderet Alzheimers [60].

Udviklingen i Alzheimers varierer over tid, hvor der omkring årtusindeskiftet (2000-2003) ses en stigning i incidensraten, efterfulgt af en stagnation (2003-2009) [60]. Ligeledes viser to studier af udviklingen i demens en støt stigende incidensrate omkring år 2000 (1995-2003) [30, 61], mens der ses en svagt faldende incidensrate i perioden 2003 til 2015 [30]. Det vil sige, at der siden 2003 har været et fald i andelen af en ældreårgang, der årligt diagnosticeres med demens. Derimod ses en stigning i andelen af ældre, der lever med demens, i perioden 1996-2015; dog har andelen været forholdsvis stabil siden 2010 [30]. Stigningen i incidensraten omkring år 2000 kan være påvirket af, at der kom mere opmærksomhed på demens i denne periode, med åbning af demensklinikker i midten af 1990´erne og introduktion af ny medicin [30, 61].

Apopleksi
Apopleksi, også kaldet slagtilfælde eller stroke, er en blodprop eller blødning i hjernen. Dødeligheden i den første måned efter apopleksi er op til 15 %, dog med variation afhængigt af apopleksitype [77]. Størstedelen af apopleksipatienter vil efter endt hospitalsbehandling kunne udskrives som selvhjulpne, men ca. 15 % kommer efter endt behandling på plejebolig [77].

Et studie har undersøgt udviklingen i førstegangshospitalsbehandlede apopleksitilfælde og viser, at der i perioden 1997 til 2009 ses en forholdsvis konstant incidensrate i alle aldersgrupper, herunder blandt personer på 65 år eller derover [62]. Dertil bør det nævnes, at et nyere studie har belyst udviklingen i førstegangshospitalsbehandlede tilfælde af iskæmisk apopleksi, som er den hyppigste apopleksitype. Dette studie viser en stigende incidensrate omkring år 2000 (1996-2002), hvorefter der ses et fald i en lang årrække (2002-2016) [82].

Lungekræft
Lungekræft er den kræftform, som medfører flest dødsfald i Danmark [75], og i en europæisk kontekst har Danmark, og særligt danske kvinder, en meget høj forekomst [63]. Der er en stærk sammenhæng mellem rygning og lungekræft, og 80-90 % af dem, der udvikler lungekræft, enten ryger eller har tidligere røget [77].

To studier har undersøgt udviklingen i lungekræft blandt ældre i Danmark baseret på NORDCAN-data [63, 64]. Begge studier viser, at udviklingen er kønsspecifik, hvor der blandt kvinder på 65 år eller derover ses en markant stigning i incidensraten i det 21. århundrede, målt frem til 2012 [63, 64]. Blandt mænd er udviklingen i incidensraten aldersspecifik, hvor der i aldersgruppen 65-79 år ses et fald eller en stagnation [63, 64], mens der blandt de ældste mænd på 80 år eller derover ses en stigning i incidensraten [64].

Diabetes
Type 2-diabetes er én af de hyppigste kroniske sygdomme blandt ældre, som omtrent 15 % blandt personer på 75 år eller derover er registreret med i Danmark [33]. Yderligere forventes der at være et stort antal ikke-diagnosticerede sygdomstilfælde. Type 2-diabetes er en sygdom, der i høj grad forekommer hos overvægtige personer med nedsat fysisk aktivitet [77].

Udviklingen i diabetes blandt ældre i Danmark er målt i to studier. Det ene viser udviklingen samlet for type 1- og type 2-diabetes [65], mens det nyeste studie fra 2020 opdeler på de to typer [66]. Begge studier viser en markant stigning i andelen af ældre, der lever med diabetes i Danmark i perioden 1995 til 2016 [65, 66]. Ligeledes er incidensraten generelt set steget i perioden 1996 til 2016, dog med mindre årlige udsving [66].

Tyk- og endetarmskræft
Tyk- og endetarmskræft er én af de hyppigste kræftformer i Danmark, som særligt rammer ældre [83]. To studier har undersøgt udviklingen i incidensraten af tyk- og endetarmskæft blandt ældre danskere. Det ene studie omfatter ældre på 75 år eller derover og viser udviklingen fra 2003 til 2012 [68], mens det andet studie viser udviklingen fra 1980 til 2012 blandt ældre på 70 år eller derover [67]. Overordnet set viser studierne en usystematisk udvikling, dog med en let stigning i incidensraten af tyktarmskræft og en tendens til et mindre fald i incidensraten af endetarmskræft (inklusive analkræft) [67, 68].

De inkluderede studier belyser alene udviklingen i incidensraten af tyk- og endetarmskræft frem til 2012. Imidlertid blev der i 2014 indført screening for tarmkræft blandt de 50-74-årige i Danmark [84], hvilket må forventes at have påvirket udviklingen i de senere år.

Prostatakræft
Prostatakræft er den hyppigst diagnosticerede kræftform blandt danske mænd [84] og dén kræftform, der kan tilskrives næstflest dødsfald blandt mænd (efter lungekræft) [75].

Tre studier beskriver udviklingen i incidensraten af prostatakræft blandt ældre mænd i Danmark [69-71]. Studierne viser en markant stigning i incidensraten af prostatakræft fra midten af 1990´erne og frem mod 2005/08 [69-71], hvorefter der ses et fald frem mod 2013 [70, 71]. Udviklingen i incidensraten af prostatakræft varierer således over tid. Udviklingen i prostatakræft skal blandt andet ses i lyset af brugen af PSA-testning, hvor der fra 1990´erne skete en stigning i dens anvendelse [69]. Fra 2009 faldt anvendelsen af PSA-test imidlertid igen, blandt andet på baggrund af ændrede anbefalinger fra danske urologer [84].

Aldersrelateret høretab
Forekomsten af aldersrelateret høretab stiger særligt efter 55-årsalderen [85]. Høretab måles og afgrænses på flere måder i faglitteraturen og kan således både omfatte kliniske undersøgelser og selvrapporterede mål for egen funktionelle oplevelse af hørelsen [86].

På baggrund af data fra SUSY er udviklingen i andelen blandt ældre, der uden besvær kan høre en normal samtale mellem tre eller flere personer, undersøgt – altså andelen, der *ikke* har problemer med hørelsen. Andelen er meget aldersafhængig og falder i 2017 eksempelvis fra 71 % blandt 65-74-årige kvinder til 34 % blandt kvinder på 85 år eller derover. I perioden 2010 til 2017 ses et mindre fald i andelen af ældre, der uden besvær kan høre en samtale mellem tre eller flere personer. Det største fald ses blandt de ældste mænd på 85 år eller derover, hvor andelen i 2010 er 31 %, mens den i 2017 er 19 % [11]. Der er således sket en negativ udvikling i perioden 2010 til 2017.

Atrieflimren
Atrieflimren (inklusive atrieflagren) er en relativt hyppig hjerterytmeforstyrrelse blandt ældre, som omtrent 13 % blandt personer i Danmark på 75 år eller derover er diagnosticeret med [33]. Der er i dette litteraturstudie ikke identificeret studier, som har undersøgt udviklingen i atrieflimren i den generelle ældrepopulation. Dog har et studie undersøgt udviklingen i førstegangshospitalsdiagnosticeret atrieflimren på baggrund af data fra Landspatientregisteret. Dette studie finder en stigning i incidensraten af atrieflimren blandt personer 70 år eller derover i hele perioden fra 1983 og frem, også i perioden 2000 til 2012 [72]. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at dette studie er baseret på hospitalsoplysninger. Udviklingen skal således fortolkes med forbehold for, at denne kan være påvirket af potentielle ændringer i procedurer for hospitalsindlæggelser.

Brystkræft
Brystkræft er den hyppigste kræftform blandt kvinder i Danmark [77] og dén kræftform, der kan tilskrives næstflest dødsfald blandt danske kvinder (efter lungekræft) [75]. To studier har belyst udviklingen i brystkræft blandt ældre kvinder baseret på NORDCAN-data [71, 73]. Begge studier viser, at der blandt danske kvinder på 70 år eller derover har været en stigning i incidensraten mellem 2000 og 2013, dog med den højeste incidensrate omkring år 2010 [71, 73]. Denne stigning ses i alle aldersgrupper, på nær blandt de ældste kvinder på 90 år eller derover, hvor der ses en stagnation i perioden [73].

Nakkesmerter
En stor andel blandt ældre har smerter i bevægeapparatet, herunder nakke eller skuldre. Baseret på selvrapporterede data har henholdsvis 16 % og 10 % blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover været generet af smerter eller ubehag i skulder eller nakke inden for de seneste 14 dage. I perioden 2010 til 2017 er andelen stagneret [11].

Delkonklusion
Samlet set er udviklingen i kroniske sygdomme i løbet af de seneste årtier ikke entydig, men varierer fra sygdom til sygdom. I flere tilfælde varierer udviklingen for en given sygdom endvidere i forhold til periode, køn eller alder.

Herunder præsenteres i hovedtræk udviklingen for de inkluderede kroniske sygdomme.

Negativ udvikling
For en række kroniske sygdomme er der blandt ældre danskere sket en stigning i forekomsten i løbet af de seneste årtier. Eksempelvis er der sket en stigning i andelen, der lever med diabetes og iskæmisk hjertesygdom. Ligeledes er der sket en stigning i incidensraten af atrieflimren og hos kvinder en stigning i incidensraten af brystkræft og lungekræft. Endvidere er der en mindre andel blandt ældre, der har en god funktionel hørelse (kan høre en samtale), det vil sige, at udviklingen dermed er negativ.

Stagnation
For andre af de undersøgte sygdomme er forekomsten uændret i perioden, altså stagneret. Dette gælder blandt andet for andelen med selvrapporterede hjertekramper (angina pectoris) og nakkesmerter.

Ingen entydig udvikling
For en række sygdomme varierer udviklingen i forhold til periode, køn eller alder. Udviklingen i KOL er eksempelvis aldersafhængig. Blandt de ældste ældre ses således en stigning i andelen, der lever med KOL, mens andelen er faldet blandt de lidt yngre ældre. For prostatakræft varierer udviklingen over tid, hvor der i starten af 00'erne ses en stigning i incidensraten, efterfulgt af et fald efter 2005/08.

For demens varierer udviklingen over tid og afhænger af, om udviklingen opgøres som incidensrate eller prævalens. Baseret på udviklingen i incidensraten ses en stigning omkring år 2000 (1995-2003), hvorefter kurven knækker, og siden 2003 ses et fald (2003-2015). Derimod ses en stigning i andelen, der lever med demens, i perioden 1996 til 2015, dog forholdsvis stabil fra 2010.

3.3.2 Kognitivt og fysisk funktionsniveau

I litteraturgennemgangen er der inkluderet studier, som undersøger udviklingen i både kognitivt og fysisk funktionsniveau. Fysisk funktionsniveau belyses både ud fra fysiske tests samt selvrapporterede aktivitetsbegrænsninger. Tabel 3.3 viser en oversigt over fundene i de inkluderede studier, der har undersøgt udviklingen i funktionsniveauet blandt ældre i Danmark.

Tabel 3.3 Udvikling i kognitivt og fysisk funktionsniveau blandt ældre i Danmark. Opsummering af resultater fra de inkluderede studier og datagrundlag

Helbredsindikator og datagrundlag (n, studier)	**Periode**	**Alder**	**Opsummering af resultater**	**Konklusion**
Kognitivt funktionsniveau (n=2)				
De danske1895-, 1905-, og 1915-fødselskohorter [87, 88]	1995-2010	92+	I 2010 havde personer på 95 år et bedre kognitivt funktionsniveau sammenlignet med 93-årige i 1998, på trods af at være i gennemsnit to år ældre. Der ses ingen entydig udvikling i kognitivt funktionsniveau blandt 100-årige i år 2005 i forhold til 100-årige i 1995, men i dette studie indgik kun en lille studiepopulation.	Positiv udvikling
Fysisk funktionsniveau (n=6)				
DNS og SUSY [11] Ældredatabasen [89] SHARE [10] De danske 1895-, 1905-, og 1915-fødselskohorter [87, 90, 91]	1995-2017	65+	Resultaterne varierer mellem de specifikke mål for fysisk funktionsniveau og de specifikke aldersgrupper. Studierne tyder enten på en stagnation eller en forbedring.	Stagnation eller positiv udvikling

SUSY: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne
DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

Kognitivt funktionsniveau
Kognitivt funktionsniveau vedrører de mentale processer, der er afgørende for, hvordan folk husker, tænker, lærer, planlægger og kan løse problemer. Det indebærer såvel evnen til at huske tidligere begivenheder og indlærte kompetencer som evnen til at planlægge handlinger, såsom at tage sin medicin [92, 93].

To studier har undersøgt udviklingen i ældres kognitive funktionsniveau ved at sammenholde data fra to fødselsårgange født med 10 års mellemrum [87, 88]. Her er kognition målt ud fra hyppigt anvendte kognitive tests. Det ene studie har sammenholdt resultater fra to fødselsårgange (født i henholdsvis 1905 og 1915), da personerne var i 90-årsalderen [87], mens det andet studie har sammenholdt personer på 100 år (født i henholdsvis 1895 og 1905) [88]. Det ene studie finder, at der er sket en markant forbedring i de ældste ældres kognitive funktionsniveau. Personer, der var 95 år i 2010, klarede sig således bedre kognitivt end dem, der var i 93 år i 1998, på trods af, at de i gennemsnit var to år ældre [87]. Studiet blandt de 100-årige finder dog ingen systematisk forskel i det kognitive funktionsniveau, men studiepopulationen var meget lille, hvilket gør det svært at finde en statistisk signifikant forskel mellem grupperne [88].

Det bør tilføjes, at et studie har undersøgt udviklingen i ældres kognitive funktionsniveau i Europa. I dette studie ses på baggrund af en nordisk studiepopulation med personer fra Sverige og Danmark en forbedring i kognitivt funktionsniveau fra 2004 til 2013 blandt personer på 65 år eller derover. Der skal dog tages forbehold for, at resultaterne fra dette studie ikke er afgrænset til Danmark alene [94].

Fysisk funktionsniveau

Fysisk funktionsniveau er et begreb, der vedrører individets kapacitet til at udføre fysiske opgaver i dagligdagen og kan dels måles ud fra objektive, fysiske tests (såsom gribestyrke), dels ud fra selvrapporterede spørgsmål om aktiviteter (såsom selv at kunne tage tøj på) [95]. Studier har vist, at fysisk aktivitet har en positiv effekt på ældres fysiske funktionsniveau [96].

Seks studier har undersøgt udviklingen i fysisk funktionsniveau blandt ældre. Fysisk funktionsniveau er hovedsageligt målt på baggrund af selvrapporterede aktivitetsbegrænsninger [10, 11, 87, 89-91], men ét studie har også inkluderet objektivt målte, fysiske tests [87]. Overordnet set oplever størstedelen af personer i alderen 65-74 år ingen begrænsninger i de adspurgte aktiviteter, såsom at gå 400 meter uden hvil, løfte 5 kg eller gå på trapper, mens disse aktiviteter er en udfordring for mange personer på 85 år eller derover. Eksempelvis kan 77 % blandt mænd i alderen 65-74 år uden besvær gå 400 meter uden hvil, mens det gælder for 37 % blandt mænd på 85 år eller derover [11].

En rapport baseret på tal fra Ældredatabasen har overordnet set vist en forbedring i perioden 1997 til 2017 i det fysiske funktionsniveau blandt personer på 67 år eller derover, målt på baggrund af selvrapporterede aktivitetsbegrænsninger. Eksempelvis har 18 % blandt de 87-årige i 2007 besvær med flere hverdagsaktiviteter og behøver hjælp til mindst én, mens der ses et fald i andelen til 11 % i 2017 [89]. Modsat viser et studie blandt personer på 80 år eller derover, at der er sket en stagnation i omfattende aktivitetsbegrænsninger fra 2004 til 2014 (SHARE) [10]. Ligeledes er der på baggrund af data fra SUSY og DNS i perioden 2010 til 2017 overordnet set fundet en stagnation i udviklingen, målt på baggrund af den fysiske helbredskomponent i SF-12[1] samt målt ud fra evnen til at gå 400 meter, løfte 5 kg og gå på trapper uden hvile blandt personer på 65 år eller derover [11].

[1]SF-12 er et generisk spørgsmålsbatteri med i alt 12 spørgsmål, der belyser en persons selvvurderede helbredstilstand. På baggrund af besvarelserne af alle spørgsmål beregnes en samlet score for to helbredskomponenter, én for fysisk helbred og én for mentalt helbred.

Tre studier har undersøgt udviklingen i fysisk funktionsniveau blandt de ældste ældre på 90 år eller derover på baggrund af de danske 1895-, 1905-, og 1915-fødselskohortestudier [87, 90, 91]. To af studierne vedrører 100-årige, der begge viser en forbedring over tid i aktivitetsbegrænsninger, dog mest udtalt blandt kvinder [90, 91]. Således klarer 100-årige kvinder i 2005 sig bedre end 100-årige kvinder ti år før dem, blandt andet i forhold til selv at kunne tage tøj på, spise og gå i bad [90]. Ligeledes finder et studie, der sammenligner personer, der var 95 år i 2010, med personer, der var 93 år i 1998, en forbedring i aktivitetsbegrænsninger. Dette studie inkluderer desuden objektivt målte, fysiske tests (såsom gribestyrke) og finder ingen entydig udvikling [87].

Delkonklusion
Herunder præsenteres i hovedtræk udviklingen for henholdsvis kognitivt og fysisk funktionsniveau.

Positiv udvikling
Overordnet set er der sket en markant forbedring i ældres kognitive funktionsniveau, hvor ældre i dag dermed har et bedre kognitivt funktionsniveau end tidligere generationer af ældre.

Ingen entydig udvikling
Udviklingen i fysisk funktionsniveau er ikke entydig. En række studier tyder på, at der er sket en stagnation, mens andre studier tyder på en forbedring. De studier, der undersøger fysisk funktionsniveau, anvender forskellige mål, datagrundlag og aldersgrupper, hvilket formentlig kan forklare de forskellige resultater. Studierne blandt de ældste ældre på 90 år eller derover peger dog på, at der er sket en forbedring i selvrapporterede aktivitetsbegrænsninger i denne aldersgruppe, mens der i samme aldersgruppe ikke ses nogen systematisk udvikling i aktivitetsbegrænsninger målt på baggrund af fysiske tests.

3.3.3 Aktiv deltagelse i livet

Udviklingen i aktiv deltagelse i livet blandt ældre i Danmark er i denne rapport belyst ud fra indikatorer for henholdsvis frivilligt arbejde og sociale relationer. Tabel 3.4 viser en oversigt over fundene i de inkluderede studier, der har undersøgt udviklingen i indikatorer for aktiv deltagelse i livet blandt ældre i Danmark.

Tabel 3.4 Udvikling i aktiv deltagelse i livet blandt ældre i Danmark. Opsummering af resultater fra de inkluderede studier og datagrundlag

Helbredsindikator og datagrundlag (n, studier)	**Periode**	**Alder**	**Opsummering af resultater**	**Konklusion**
Frivilligt arbejde (n=2)				
Ældredatabasen [97] Frivillighedsundersøgelserne [98]	1997-2017	65+	Der er sket en stigning i andelen af ældre, der arbejder frivilligt, vist på baggrund af resultater fra begge undersøgelser.	Positiv udvikling
Sociale relationer (n=3)				
DNS og SUSY [11] Ældredatabasen [99, 100]	1997-2017	65+	På baggrund af flere mål for sociale relationer er der fundet enten en positiv udvikling eller en stagnation blandt ældre. Udviklingen varierer i forhold til køn, alder, mål og datagrundlag.	Usystematisk

SUSY: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne
DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

Frivilligt arbejde

Frivilligt arbejde kan beskrives som en ulønnet organiseret aktivitet, der udføres for andre personer end dem, man er i familie med. At frivilligt arbejde er organiseret indebærer, at det ikke inkluderer spontane aktiviteter, såsom at hjælpe en person over gaden [101].

To rapporter har belyst udviklingen i ældres frivillige arbejde i Danmark, og begge viser en stigning i andelen af ældre, der arbejder frivilligt. Således belyser en rapport på baggrund af Ældredatabasen udviklingen i ældres frivillige arbejde fra 1997 til 2017, hvor der ses en markant stigning i andelen blandt personer på 67 år eller derover, der udfører frivilligt arbejde. Eksempelvis udøver 17 % blandt de 77-årige frivilligt arbejde i 1997, mens andelen er 30 % i 2017 [97]. Ligeledes viser en rapport baseret på tal fra Frivillighedsundersøgelserne en stigning mellem 2004 og 2012 i andelen af ældre på 65 år eller derover, der udfører frivilligt arbejde [98].

Sociale relationer

Sociale relationer har stor betydning for ældres helbred og trivsel. Personer, der er ensomme, har flere kontakter til primær- og sekundærsektoren og lever i gennemsnit kortere end personer, der ikke er ensomme [102]. I denne rapport belyses udviklingen i ældres sociale relationer ud fra kvalitative mål, som beskriver, hvordan ældre oplever deres sociale relationer. Kvalitative mål for sociale relationer omfatter således ikke, hvor mange mennesker de ses med eller hvor ofte.

Tre danske rapporter belyser udviklingen i ældres sociale relationer på baggrund af data fra henholdsvis Ældredatabasen (1997-2012) [99, 100] samt SUSY og DNS (2010-2017) [11].

Baseret på begge datakilder er udviklingen målt i andelen af ældre, der ofte føler sig uønsket alene. Generelt set er det de færreste ældre, der ofte føler sig uønsket alene, dog stiger andelen med stigende alder. Således føler 4 % blandt kvinder i alderen 65-74 år sig ofte uønsket alene, mens det drejer sig om 14 % blandt kvinder på 85 år eller derover (2017) [11]. Baseret på data fra Ældredatabasen er der ikke sket en systematisk udvikling i andelen af ældre på 67 år eller derover, der ofte er uønsket alene, mellem 1997 og 2012 [99], mens der baseret på data fra DNS i perioden 2010 til 2017 overordnet set er fundet et fald i andelen af personer på 65 år eller derover, der ofte er uønsket alene, altså en positiv udvikling [11].

Begge datakilder har derudover målt andelen blandt ældre, der ikke har nogen at tale med omkring problemer, dog med lidt variation i spørgsmålsformulering og svarkategorier. Overordnet set har langt de fleste ældre nogen at tale med omkring problemer, hvilket gælder alle aldersgrupper blandt personer på 65 år eller derover. Eksempelvis svarer 96 % af de 67-årige og 94 % af de 82-årige kvinder, at de havde nogen at tale med omkring personlige problemer eller vanskeligheder (2012) [99]. Udviklingen er ikke entydig, idet data fra DNS (2010-2017) generelt set viser en positiv udvikling [11], mens der baseret på data fra Ældredatabasen ses en stagnation (1997-2012), på nær i enkelte aldersgrupper, hvor der ses en positiv udvikling [99].

Baseret på selvrapporterede besvarelser i SUSY er andelen målt blandt ældre, der ikke regner med at få praktisk hjælp fra andre ved sygdom. Det er kun en mindre andel af ældre, der ikke regner med at få hjælp, og dette gælder for alle aldersgrupper. For eksempel svarer 6 % blandt kvinder i alderen 85 år eller derover, at de ikke regner med hjælp. I perioden 2010 til 2017 ses en stagnation i udviklingen [11].

Baseret på data fra Ældredatabasen er andelen målt blandt ældre, der ofte eller af og til føler sig ensomme. Der er ikke sket nogen systematisk udvikling fra 1997 til 2007 på tværs af køn og aldersgrupper. Således ses blandt 67-77-årige kvinder et fald i andelen, mens der blandt mænd og de ældste kvinder ses en stagnation [100].

Delkonklusion

Herunder præsenteres i hovedtræk udviklingen for de inkluderede indikatorer for aktiv deltagelse i livet.

Positiv udvikling

I løbet af de seneste årtier er der sket en markant stigning i andelen af ældre, der udfører frivilligt arbejde.

Ingen entydig udvikling

Der ses en noget usystematisk udvikling i ældres sociale relationer, idet udviklingen varierer i forhold datagrundlag, køn, alder og indikator.

3.3.4 Mental sundhed

Mange ældre har et godt mentalt helbred, men der er også en del ældre, der har depressive symptomer og føler sig trist til mode. Det anslås, at omtrent 18 % blandt ældre har depressive symptomer [103].

Udviklingen i mental sundhed blandt ældre i Danmark er i denne rapport belyst ud fra indikatorerne: Depressive symptomer, at føle sig trist til mode, dårligt mentalt helbred samt psykisk velbefindende. Yderligere er der søgt efter litteratur vedrørende udviklingen i livskvalitet/tilfredshed med livet, men ud fra den anvendte søgestrategi er der ikke identificeret relevante studier. Tabel 3.5 viser en oversigt over fundene i de inkluderede studier, der har undersøgt udviklingen i mental sundhed blandt ældre i Danmark.

Tabel 3.5 Udvikling i mental sundhed blandt ældre i Danmark. Opsummering af resultater fra de inkluderede studier og datagrundlag

Helbredsindikator og datagrundlag (n, studier)	**Periode**	**Alder**	**Opsummering af resultater**	**Konklusion**
Mental sundhed (n=3)				
De danske 1905- og 1915-fødselskohorter [87] DNS [11] Ældredatabasen [99]	1997-2017	65+	Mental sundhed er målt på baggrund af forskellige indikatorer og i forskellige aldersgrupper i de tre studier, men overordnet set finder alle tre studier, at der ikke er sket en nævneværdig udvikling over tid blandt ældre.	Stagnation

DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

Tre studier har undersøgt udviklingen inden for forskellige aspekter af mental sundhed blandt ældre i Danmark [11, 87, 99].

Ét af studierne har sammenholdt depressive symptomer blandt 95-årige i 2010 med 93-årige i 1998 for at undersøge udviklingen blandt de allerældste. Resultaterne fra dette studie viser, at der ingen tydelig forskel er i depressive symptomer over tid [87].

På baggrund af data fra DNS er andelen af ældre på 65 år eller derover, der føler sig trist til mode, og andelen med dårligt mentalt helbred (SF-12) opgjort for perioden 2010 til 2017 [11]. Det er alene en mindre andel af de ældre, der det meste af tiden føler sig trist til mode. For eksempel svarer 6 % blandt mænd i alderen 65-74 år og 9 % blandt de ældste mænd på 85 år eller derover, at de det meste af tiden føler sig trist til mode. I perioden 2010 til 2017 ses en stagnation blandt ældre i andelen, der det meste af tiden føler sig trist til mode. Eneste undtagelse ses blandt mænd på 85 år eller derover, hvor der i perioden ses et fald i andelen. Andelen med dårligt mentalt helbred er målt ud fra den mentale helbredskomponent i SF-12 er også stort set uændret i perioden 2010 til 2017 [11].

Med udgangspunkt i data fra Ældredatabasen er der foretaget en undersøgelse af ældres psykiske velbefindende. Psykisk velbefindende er her vurderet på baggrund af en række spørgsmål, såsom ”Sker det ofte, at De er nedtrykt?”. Fra 1997 til 2012 ses en stagnation i ældres psykiske velbefindende [99].

Delkonklusion
Herunder præsenteres i hovedtræk udviklingen for de inkluderede indikatorer for mental sundhed.

Stagnation
Udviklingen i mental sundhed blandt ældre i Danmark er ikke entydig, idet udviklingen i nogen grad varierer på tværs af aldersgrupper og indikatorer, men overordnet set er udviklingen i ældres mentale sundhed stagneret.

3.3.5 Overordnede helbredsindikatorer

Overordnede helbredsindikatorer er i rapporten afgrænset til selvvurderet helbred, overvægt og antal tænder, som alle er helbredsindikatorer, der er relevante og gennemgående for den generelle helbredstilstand for hele gruppen af ældre, uanset alder, arbejdsmarkedstilknytning og funktionsniveau. I det følgende vil udviklingen for hver af disse indikatorer blive beskrevet separat. Der er endvidere uden held med den anvendte søgestrategi søgt efter litteratur vedrørende udviklingen i henholdsvis undervægt og faldulykker.

Tabel 3.6 giver et overblik over fundene i de studier, der belyser udviklingen i de overordnede helbredsindikatorer blandt ældre i Danmark.

Tabel 3.6 Udvikling i overordnede helbredsindikatorer. Opsummering af resultater fra de inkluderede studier og datagrundlag

Helbredsindikator og datagrundlag (n, studier)	**Periode**	**Alder**	**Opsummering af resultater**	**Konklusion**
Selvvurderet helbred (n=2)				
SUSY og DNS [11] Ældredatabasen [89]	1997-2017[a]	65+	Baseret på data fra SUSY og DNS er der overordnet set ikke sket nogen nævneværdig udvikling i andelen af ældre, der vurderer eget helbred som godt (2000-2017). Baseret på data fra Ældredatabasen (1997-2017) ses en lille stigning i andelen af ældre med godt selvvurderet helbred.	Stagnation eller svagt positiv udvikling
Svær overvægt (n=1)				
SUSY og DNS [11]	2000-2017[a]	65+	Der er sket en stigning i andelen af ældre, der er svært overvægtige i perioden 2000-2017.	Negativ udvikling
Antal tænder (n=1)				
SUSY [11]	2000-2017[a]	65+	Der er sket en markant stigning i andelen af ældre med 20 eller flere tænder i perioden 2000-2017.	Positiv udvikling

SUSY: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne
DNS: Den Nationale Sundhedsprofil
[a] Helbredsindikatoren er undersøgt længere tilbage i tid, men i nærværende litteraturgennemgang er det alene udviklingen fra år 1997/2000 og frem, der bliver beskrevet.

Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred har i talrige danske og udenlandske undersøgelser vist sig at være associeret med overlevelse, selv når der kontrolleres for objektive helbredsindikatorer (se f.eks. [104, 105]).

To danske rapporter har på baggrund af data fra henholdsvis SUSY og DNS (2000-2017) [11] samt Ældredatabasen (1997-2017) [89] undersøgt udviklingen i selvvurderet helbred blandt ældre danskere. Overordnet set vurderer langt størstedelen af ældre danskere, at deres helbred er godt. Dette gælder også for de ældste aldersgrupper. Eksempelvis svarer 83 % blandt mænd i alderen 65-74 år i 2017, at deres helbred er fremragende, vældig godt eller godt, og tilsvarende gælder dette 63 % blandt de ældste ældre mænd på 85 år eller derover [11]. Baseret på tal fra SUSY og DNS ses det, at udviklingen i ældres selvvurderede helbred i perioden 2000 til 2017 overordnet set er stagneret [11]. Derimod viser en rapport baseret på tal fra Ældredatabasen en svagt positiv udvikling ved at sammenholde oplysninger om personer på samme alderstrin over tid. Ved at sammenholde besvarelser blandt henholdsvis 67-, 77- og 87-årige i perioden 1997 til 2017 viser rapporten således en forbedring i andelen, der vurderer at have et godt helbred i perioden. For eksempel vurderer 63 % blandt de 67-årige i 1997, at deres helbred er godt, mens det samme er tilfældet for 71 % blandt de 67-årige i 2017. Dog ses der en stagnation for den ældste aldersgruppe på 87 år [89].

Svær overvægt

Body Mass Index (BMI), som beskriver forholdet mellem en persons vægt og højde, er associeret til dødelighed [106]. Desuden er overvægt af central betydning for en persons fysiske funktionsniveau [107]. Et dansk studie viser, at det særligt er undervægt, der er stærkt associeret til højere dødelighed blandt ældre [106], men det har i denne litteratursøgning desværre ikke været muligt at identificere studier, der undersøger udviklingen i undervægt blandt ældre i Danmark.

Der er identificeret én rapport, der undersøger udviklingen i svær overvægt blandt ældre i Danmark på baggrund af data fra SUSY og DNS. Svær overvægt er defineret som et BMI≥30 og er her vurderet på baggrund af selvrapporterede oplysninger om højde og vægt. I perioden 2000 til 2017 ses en stigning i andelen blandt ældre, der er svært overvægtige. Således er 22 % blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år svært overvægtige i 2017, mens andelen er 13 % i 2000 [11].

Antal tænder
Tandsundhed er et område, hvor der er sket en markant forbedring i det 20. århundrede [108] og er en helbredsindikator, der er vigtig for ældres dagligdag (f.eks. om man ubesværet kan spise et måltid). Tandsundhed er endvidere associeret med den almene helbredstilstand og med overlevelse [109-111].

Én rapport har undersøgt udviklingen i andelen blandt ældre, der har 20 eller flere egne tænder tilbage (2000-2017), og i hele perioden ses en markant stigning i denne andel. I år 2000 har 37 % blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år 20 eller flere egne tænder tilbage, mens det drejer sig om 70 % i 2017 [11].

Delkonklusion
De tre overordnede helbredsindikatorer peger i forskellige retninger med hensyn til udviklingen i ældres helbred. Herunder præsenteres i hovedtræk udviklingen for de inkluderede overordnede helbredsindikatorer.

Positiv udvikling
Udviklingen i ældres tandstatus viser en markant stigning i andelen med 20 eller flere egne tænder tilbage.

Negativ udvikling
Der er sket en markant stigning i andelen blandt ældre, der er svært overvægtige.

Ingen entydig udvikling
Udviklingen i selvvurderet helbred er usystematisk og varierer på tværs af datagrundlag. Én rapport peger overordnet set på en stagnation, mens en anden peger på en svagt positiv udvikling.

3.4 Diskussion

Igennem anden halvdel af det 20. århundrede er der i såvel Danmark som i resten af den industrialiserede verden sket en stor stigning i middellevetiden, og denne stigning er fortsat ind i starten af det 21. århundrede. Således er middellevetiden for 0-årige i Danmark i perioden 2000 til 2019 steget med 4,0 år for kvinder (79,2-83,2 år) og med 4,8 år for mænd (74,5-79,3 år) [112].

Sund aldring er et meget bredt begreb, som kan defineres på forskellige måder og belyses ud fra en lang række helbredsindikatorer. Hvilke indikatorer, der vil være de mest centrale og relevante at benytte, vil blandt andet afhænge af, hvad man specifikt ønsker at undersøge, hvilken gruppe af ældre man har med at gøre og i hvilken periode. Sund aldring kan endvidere belyses ud fra en lang række kontekster, herunder eksempelvis ældres tilknytning til arbejdsmarkedet

(pensionsalder), plejebehov, sundhedsudgifter eller trivsel. Afhængigt heraf vil forskellige indikatorer være særligt relevante. For eksempel kan det tænkes, at visse sygdomme vil være mindre relevante i forhold til ældres trivsel, men være meget relevante i forhold til sundhedsudgifter. Det er således vigtigt at være opmærksom på, at visse indikatorer kan være mere relevante i nogle kontekster frem for andre.

Generelt set kan det på baggrund af en gennemgang af litteraturen om ældres helbred i Danmark konkluderes, at størstedelen af ældre i alle aldersgrupper vurderer, at de har et godt helbred [11, 89], langt de fleste har nogen at tale med omkring problemer [11, 99], og langt størstedelen føler sig ikke ensomme [100]. Modsat viser litteraturen også, at langt størstedelen af de ældre lever med mindst én kronisk sygdom [33], og størstedelen af de ældste ældre på 82 år eller derover har besvær med mindst én dagligdagsaktivitet [89].

På baggrund af nærværende litteraturgennemgang er det vist, at udviklingen i ældres helbred i løbet af de seneste årtier ikke er entydig. For nogle helbredsindikatorer tyder det på, at der er sket en positiv udvikling, mens der for andre indikatorer synes at være sket en negativ udvikling eller stagnation. Dertil er der en række helbredsindikatorer, der viser en usystematisk udvikling, hvor udviklingen varierer i løbet af den undersøgte periode, på tværs af aldersgrupper, køn eller datagrundlag.

Positiv udvikling
En række væsentlige indikatorer peger på en positiv udvikling i ældres helbred. Baseret på resultater om gode leveår ses således en positiv udvikling, defineret som år med godt selvvurderet helbred, år uden langvarig sygdom og år med godt mentalt helbred. Dog er udviklingen i gode leveår uden aktivitetsbegrænsninger stagneret. Resultaterne, der viser en stagnation, er dog delvist baseret på data fra EU-SILC og skal fortolkes med forbehold, da dataindsamlingsmetoden er blevet ændret undervejs i den belyste periode. Hvad angår ældres kognitive funktionsniveau, er der ligeledes sket en positiv udvikling, en markant større andel af ældre har en god tandsundhed (20 eller flere egne tænder tilbage), og en større andel blandt de ældre deltager i frivilligt arbejde. Yderligere har der siden 2003 været et fald i incidensraten af demens blandt ældre.

Negativ udvikling
Modsat peger en række helbredsindikatorer på, at der er sket en negativ udvikling i ældres helbred i løbet af de seneste årtier. Eksempelvis er der sket en stigning i andelen af ældre, der lever med diabetes og iskæmisk hjertesygdom, som dog delvist er betinget af en bedre overlevelse, hvilket må betragtes som en positiv udvikling. Ligeledes er der sket en stigning i andelen af ældre, som er svært overvægtige, samtidig med at der er sket et fald i andelen af ældre, der har en god funktionel hørelse. Derudover er der sket en stigning i incidensraten af blandt andet atrieflimren samt brystkræft og lungekræft blandt kvinder.

Ingen entydig udvikling
En række helbredsindikatorer peger på, at udviklingen varierer over tid eller i forhold køn, alder eller datagrundlag. Udviklingen i andelen af ældre, der lever med KOL, er eksempelvis aldersspecifik, idet der ses en stigning blandt de ældste ældre samtidigt med et fald blandt de lidt yngre ældre. For prostatakræft varierer udviklingen over tid, idet der ses en markant stigning i incidensraten fra midten af 1990´erne og frem til 2005/08, hvorefter der ses et fald.

Stagnation
Andre helbredsindikatorer peger på, at helbredet hos ældre i dag ikke har ændret sig mærkbart de seneste årtier, eksempelvis målt på baggrund af flere indikatorer for mental sundhed samt andelen med nakkesmerter.

Samlet set er konklusionen om udviklingen i ældres helbred særdeles afhængig af, hvilken specifik helbredsindikator man vælger at belyse og følge udviklingen for.

Når man fortolker resultaterne i litteraturgennemgangen, er det vigtigt at være opmærksom på, at en udvikling kan være påvirket af en lang række samfunds- og sundhedsmæssige forandringer over tid. Derudover er det vigtigt at være opmærksom på, at en udvikling kan være skævt fordelt i samfundet. Dette vil i det følgende blive uddybet.

Faktorer, der kan påvirke en udvikling
Når man undersøger udviklingen i helbred over tid, er der mange faktorer, der kan spille ind. For eksempel kan forekomsten af kroniske sygdomme i befolkningen påvirkes af en eventuel ændring i de diagnostiske kriterier. Yderligere kan en ændring påvirkes af, hvor mange der udredes for sygdommen samt af ændringer i testmuligheder eller -strategier. En ændring i sygdomsforekomsten kan således være et udtryk for en reel ændring i, hvor mange der har en given sygdom, men kan altså også være påvirket af, hvor mange der bliver undersøgt for den pågældende sygdom, samt hvor tidligt i et sygdomsforløb diagnosen bliver stillet. Kroniske sygdomme blandt ældre er generelt set underdiagnosticerede (se f.eks. [113]), og der er således et betydeligt mørketal. Hvis flere ældre udredes for en sygdom, kan en stigning i forekomsten således afspejle, at flere syge bliver diagnosticeret. For en række sygdomme og tilstande er det vist, at der i de seneste år er sket en stigning i, hvor mange ældre der helbredsundersøges og udredes (se f.eks. [11, 100]). Et eksempel på, at flere faktorer kan påvirke forekomsten, ses for prostatakræft, hvor forekomsten har varieret i løbet af de seneste årtier. Ændringerne i forekomsten af prostatakræft kan eksempelvis være påvirket af ændringer i anvendelsen af PSA-testning i almen praksis i samme periode [69, 84].

Hvor mange personer, der lever med en kronisk sygdom (prævalens), er desuden påvirket af, hvor mange der dør af eller med sygdommen. Hvis overlevelsen af en sygdom bliver bedre, kan der således ske en stigning i, hvor mange der lever med sygdommen, fordi flere af dem, der har sygdommen, overlever. For en række sygdomme, såsom specifikke hjertekarsygdomme og en række kræftsygdomme, er der igennem de sidste årtier sket et fald i dødeligheden (se f.eks. [66, 75]). I visse tilfælde kan det faktum, at flere ældre lever med en sygdom, således være påvirket af en bedre sygdomsoverlevelse.

Potentielle metodiske ændringer i, hvordan helbredet er målt over tid, er også relevant at tage i betragtning, når udviklingen i ældres sundhed ønskes belyst. Eksempelvis er dataindsamling i EU-SILC gået fra primært at være gennemført som telefoninterviews til primært at blive indsamlet via selvadministrerede spørgeskemaer [50, 51]. Studier har vist, at dataindsamlingsmetoden kan have indflydelse på, hvordan folk svarer [114]. Der kan således eksempelvis være en tilbøjelighed til, at personer svarer anderledes, hvis de interviewes, i forhold til hvis de selv udfylder et spørgeskema, særligt hvis der er tale om spørgsmål om følsomme og personlige emner. I sådanne tilfælde kan der være en tendens til, at respondenter, der interviewes, i højere grad svarer i overensstemmelse

med det, som er socialt acceptabelt, sammenlignet med personer, der selv udfylder et spørgeskema (eng*. social desirability bias*) [114]. Dataindsamlingsmetoden kan således have betydning for blandt andet de estimater, der præsenteres fra den pågældende undersøgelse, og hvem der deltager i undersøgelsen. Hvis metoden ændres undervejs, kan det dermed have betydning for sammenligneligheden hen over tid.

I forhold til ændringer i forekomster på baggrund af selvrapporterede helbredsindikatorer gælder det, at samfundsmæssige forandringer kan påvirke respondenternes svar over tid. Når respondenter skal vurdere deres eget helbred, er der eksempelvis en lang række faktorer, der kan spille ind. Vurderingen vil typisk være påvirket af, hvordan personen reelt har det, alderen taget i betragtning, men vil også være historisk og kulturelt betinget samt påvirket af forventninger til eget helbred [115]. Det kan således være, at ældre i dag har andre forventninger til, hvad der udgør et 'godt helbred' sammenlignet med tidligere generationer.

Udviklingen kan være skævt fordelt

Der er en udtalt social gradient i sundhed, også blandt ældre. Dette gælder både i forhold til forventet levetid, gode leveår og forekomsten af sygdomme [11, 116]. Eksempelvis kunne en 65-årig mand med højt uddannelsesniveau i 2014 forvente at have omtrent 19 år tilbage at leve i, heraf 11 år uden aktivitetsbegrænsninger (gode leveår). Tilsvarende kunne en 65-årig mand med lavt uddannelsesniveau forvente at have omtrent 17 år tilbage at leve i, heraf 8 år uden aktivitetsbegrænsninger [13]. Ældre mænd med lavt uddannelsesniveau kunne således både forvente en kortere restlevetid og færre år med godt helbred. Når man fortolker udviklingen i ældres helbred, er det således vigtigt at være opmærksom på, at denne udvikling kan være skævt fordelt i samfundet, altså at en eventuel samlet positiv udvikling kan dække over, at dette særligt er kommet bestemte socioøkonomiske grupper til gode. Enkelte studier har undersøgt udviklingen i helbred i forhold til social ulighed og viser en stigende social ulighed i gode leveår (1994-2011) [117, 118]. Dog tyder et nyere studie på, at den sociale ulighed er stagneret i perioden 2006 til 2014 [13]. Disse fund er dog ikke afgrænset til ældre alene. En ny, dansk rapport viser, at der for nogle helbredsindikatorer er sket en stigning i den sociale ulighed blandt voksne i Danmark, mens uligheden for andre indikatorer er mindsket [116]. Det er således vigtigt at være opmærksom på, at en udvikling ikke nødvendigvis er ligeligt fordelt i samfundet. En generelt positiv eller negativ udvikling kan dermed potentielt være forårsaget af en specifik udvikling i selekterede samfundsgrupper, som dermed påvirker den samlede udvikling i befolkningen.

Diskussion af metoden i litteraturgennemgangen

I denne litteraturgennemgang er der både inkluderet studier, der undersøger udviklingen i gode leveår samt udviklingen i incidensraten og prævalens af helbredsindikatorer blandt ældre danskere. Grunden til dette er, at indikatorerne samlet set bidrager til en bred forståelse af sund aldring på baggrund af forskellige informationer om udviklingen i ældres helbred. Udviklingen i ældres helbred er belyst på baggrund af publicerede artikler og rapporter. Det er derfor vigtigt at bemærke, at det ikke nødvendigvis er alle forskningsresultater, der bliver publiceret. Potentielt set er der risiko for, at det i højere grad er de studier, som påviser en signifikant udvikling, der bliver publiceret (publikationsbias), og at det i højere grad er de overraskende resultater, der tildeles opmærksomhed.

Størstedelen af de inkluderede studier af udviklingen i incidensrate eller prævalens af kroniske sygdomme er baseret på registerdata, mens få er opgjort på baggrund af selvrapporterede data. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at ældre personer ofte underrapporterer de sygdomme, de er diagnosticeret med, i selvrapporterede undersøgelser [113, 119]. I hvilken grad sygdomme underrapporteres, varierer i nogen grad sygdommene imellem. Det er for eksempel blevet vist, at kroniske hjertesygdomme i meget høj grad underrapporteres i spørgeskemaundersøgelser, mens ældre generelt set er mere præcise til at rapportere diagnosticeret diabetes [113, 119]. Yderligere er det vigtigt at være opmærksom på, at personer, der deltager i spørgeskemaundersøgelser, ofte vil udgøre en selekteret gruppe af befolkningen [52], som kan adskille sig fra den generelle population på en række områder, eksempelvis ved at have et bedre helbred sammenlignet med personer, der ikke deltager. Resultaterne i litteraturgennemgangen, som er baseret på selvrapporterede data, skal således tolkes med en række forbehold. Modsat har selvrapporterede data den fordel, at det er muligt at undersøge tilstande, som der ikke er information om i et register, såsom forekomsten af nakkesmerter, aldersrelateret høretab eller depressive symptomer.

4 Konklusion

Som følge af en stadig voksende ældrepopulation i Danmark er der kommet et øget fokus på *sund aldring*, som er et begreb, der dækker over, at personer i takt med stigende alder bevarer et relativt godt funktionsniveau og en god helbredstilstand. Der findes mange forskellige definitioner af sund aldring, og samtidig eksisterer der ingen internationalt accepterede standarder for, hvordan man konkret måler og monitorerer sund aldring i befolkningen.

I denne rapport er der taget udgangspunkt i WHO's holistiske definition af sund aldring, som herefter er operationaliseret på baggrund af en modificeret udgave af Rowe og Kahns model over sund aldring. Således er sund aldring beskrevet ud fra fire relative og delvis overlappende komponenter, som omfatter:

1. Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse
2. Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau
3. Aktiv deltagelse i livet
4. Mental sundhed

Hver komponent kan belyses ud fra forskellige indikatorer. Både udvælgelsen og vægtningen af de mest centrale indikatorer for sund aldring, som gennemgående kan benyttes til hele spektret at ældre, er vanskelig og afhænger af flere forhold. Disse forhold omfatter blandt andet den store variation i gruppen af ældre, hvad angår både alder, helbred, funktionsniveau og livssituation. Endvidere har det betydning, om sund aldring ønskes belyst ud fra subjektive eller objektive helbredsindikatorer samt ud fra et samfundsmæssigt perspektiv eller et individperspektiv. Slutteligt er tilgængeligheden af data af afgørende betydning for at kunne belyse relevante indikatorer for sund aldring i befolkningen.

Baseret på fundene i rapportens litteraturgennemgang kan det konkluderes, at der for en række centrale helbredsindikatorer i løbet af de seneste årtier er sket en positiv udvikling i ældres helbred i Danmark. Der er således overordnet set sket en positiv udvikling i gode leveår, defineret som år henholdsvis med godt selvvurderet helbred, uden langvarig sygdom og med godt mentalt helbred. Dertil er der sket en markant forbedring i ældres kognitive funktionsniveau og tandsundhed samt en stigning i andelen af ældre, der deltager i frivilligt arbejde. Slutteligt er der siden 2003 sket et fald i incidensraten af demens.

For andre helbredsindikatorer ser det imidlertid ud til, at der er sket en negativ udvikling i ældres helbred. Der er således sket en stigning i andelen af ældre, der lever med blandt andet diabetes og iskæmisk hjertesygdom, dog delvist betinget af bedre overlevelse i disse grupper. Ligeledes er der sket en stigning i andelen, der er svært overvægtige, samt et fald i andelen af ældre, der har en god funktionel hørelse. Derudover er der sket en stigning i incidensraten af blandt andet atrieflimren samt brystkræft og lungekræft blandt ældre kvinder.

For en række helbredsindikatorer peger den tilgængelige litteratur på, at helbredet hos ældre i dag ikke har ændret sig mærkbart i løbet af de seneste årtier. Dette gælder blandt andet for gode leveår målt på aktivitetsbegrænsninger, flere indikatorer for mental sundhed samt nakkesmerter, hvor udviklingen er stagneret. Desuden er der en række helbredsindikatorer, for hvilke udviklingen varierer hen over perioden samt i forhold til køn, alder eller datagrundlag.

Samlet set vurderes det på baggrund af resultaterne fra litteraturgennemgangen, at en konklusion om udviklingen i ældres helbred i Danmark i løbet af de seneste årtier afhænger af, hvilken helbredsindikator der ses på, da der både ses en positiv og negativ udvikling samt stagnation i perioden.

Referencer

1. Danmarks Statistik. *Middellevetiden stiger fortsat*. Nyt fra Danmarks Statistik 2020 [cited 2020 20-04]; Available from: https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=30217.
2. Danmarks Statistik. *Befolkningsfremskrivning 2019 for hele landet efter herkomst, køn og alder.* Statistikbanken [cited 2020 02-03]; Available from: www.statbank.dk.
3. Møller, S.P., M.B. Jørgensen, and M. Davidsen, *Sund aldring Udvikling fra 2010 til 2013*. 2017: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
4. World Health Organization, *World report on Ageing and Health*. 2015: Genève: World Health Organization.
5. Rowe, J.W. and R.L. Kahn, *Successful Aging.* The Gerontologist, 1997. **37**(4): p. 433-440.
6. Gruenberg, E.M., *The Failures of Success.* The Milbank Memorial Fund Quarterly, 1977. **55**(1): p. 3-24.
7. Fries, J.S., *Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity.* The New England Journal of Medicine, 1980. **303**(3): p. 130-135.
8. Manton, K.G., *Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population.* The Milbank Memorial Fund Quarterly, 1982. **60**(2): p. 183-244.
9. Gondek, D., et al., *Post-war (1946-2017) population health change in the United Kingdom: A systematic review.* PLoS One, 2019. **14**(7): p. e0218991.
10. Lee, J., et al., *Living Longer, With or Without Disability? A Global and Longitudinal Perspective.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2020. **75**(1): p. 162-167.
11. Johannesen, C.K., M. Davidsen, and A.I. Christensen, *Ældres sundhed og trivsel - Ældreprofilen 2019.* Sundhedsstyrelsen, 2019.
12. Rodriguez-Laso, A., et al., *Defining and Estimating Healthy Aging in Spain: A Cross-sectional Study.* Gerontologist, 2018. **58**(2): p. 388-398.
13. Bronnum-Hansen, H., et al., *Persistent social inequality in life expectancy and disability-free life expectancy: Outlook for a differential pension age in Denmark?* Scand J Public Health, 2017. **45**(4): p. 459-462.
14. Jeune, B., et al., *Improvement in health expectancy at ages 50 and 65 in Denmark during the period 2004-2011.* Scand J Public Health, 2015. **43**(3): p. 254-9.
15. Jeune, B. and H. Bronnum-Hansen, *Trends in health expectancy at age 65 for various health indicators, 1987-2005, Denmark.* Eur J Ageing, 2008. **5**(4): p. 279-285.
16. Bronnum-Hansen, H., *Health expectancy in Denmark, 1987-2000.* Eur J Public Health, 2005. **15**(1): p. 20-5.
17. Jaspers, L., et al., *Development of a Healthy Aging Score in the Population-Based Rotterdam Study: Evaluating Age and Sex Differences.* J Am Med Dir Assoc, 2017. **18**(3): p. 276 e1-276 e7.
18. Kirkwood, T.B., *A systematic look at an old problem.* Nature, 2008. **451**(7179): p. 644-7.
19. Steves, C.J., T.D. Spector, and S.H. Jackson, *Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future.* Age Ageing, 2012. **41**(5): p. 581-6.
20. Vasto, S., et al., *Biomarkes of aging.* Front Biosci (Schol Ed), 2010. **2**: p. 392-402.
21. Lu, W., H. Pikhart, and A. Sacker, *Domains and Measurements of Healthy Aging in Epidemiological Studies: A Review.* Gerontologist, 2019. **59**(4): p. e294-e310.
22. Cho, J., P. Martin, and L.W. Poon, *The older they are, the less successful they become? Findings from the Georgia Centenarian Study.* J Aging Res, 2012: p. 695854.
23. Stowe, J.D. and T.M. Cooney, *Examining Rowe and Kahn's Concept of Successful Aging: Importance of Taking a Life Course Perspective.* Gerontologist, 2015. **55**(1): p. 43-50.

24. Martinson, M. and C. Berridge, *Successful aging and its discontents: a systematic review of the social gerontology literature.* Gerontologist, 2015. **55**(1): p. 58-69.
25. Jopp, D.S., et al., *How Could Lay Perspectives on Successful Aging Complement Scientific Theory? Findings From a U.S. and a German Life-Span Sample.* Gerontologist, 2015. **55**(1): p. 91-106.
26. Reichstadt, J., et al., *Building Blocks of Successful Aging: A Focus Group Study of Older Adults' Perceived Contributors to Successful Aging.* The American Journal of Geriatric Psychiatry, 2007. **15**(3): p. 194-201.
27. Kahn, R.L., *On "Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn".* The Gerontological Society of America, 2002. **42**(6): p. 725-6.
28. Depp, C.A. and D.V. Jeste, *Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies.* American Journal of Geriatric Psychiatry, 2006. **14**: p. 6-20.
29. World Health Organization, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. 2004, World Health Organization: Geneva.
30. Taudorf, L., et al., *Declining incidence of dementia: A national registry-based study over 20 years.* Alzheimers Dement, 2019. **15**(11): p. 1383-1391.
31. Larsen, M. *Ældre bliver markant længere på arbejdsmarkedet*. VIVE 2019 [cited 2020 18-11]; Available from: https://www.vive.dk/da/nyheder/2019/aeldre-bliver-markant-laengere-paa-arbejdsmarkedet/.
32. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. *Folkepensionsalderen nu og fremover*. 2019 [cited 2020 26-04]; Available from: https://star.dk/ydelser/pension-og-efterloen/folkepension-og-foertidspension/folkepension/folkepensionsalderen-nu-og-fremover/.
33. Hvidberg, M.F., et al., *A Nationwide Study of Prevalence Rates and Characteristics of 199 Chronic Conditions in Denmark.* Pharmacoecon Open, 2019.
34. Meinow, B., et al., *Long-Term Care Use During the Last 2 Years of Life in Sweden: Implications for Policy to Address Increased Population Aging.* J Am Med Dir Assoc, 2020.
35. Nationalt Videnscenter for Demens. *Omkostninger forbundet med demens*. 2018 [cited 2020 26-04]; Available from: http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/omkostninger-forbundet-med-demens/.
36. Statens Institut for Folkesundhed. *Den Europæiske Sundhedsprofil (EHIS)*. 2020 [cited 2020 18-11]; Available from: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/den_europaeiske_sundhedsprofil.
37. Schroll, M., T. Jørgensen, and J. Ingerslev, *The Glostrup Population Studies, 1964-1992.* Dan Med Bull, 1992. **39**(3): p. 204-7.
38. Epidemiologi Biostatistik og Biodemografi SDU. *Længe Leve - et familiestudie*. 2020 [cited 2020 09-03]; Available from: https://www.sdu.dk/da/om_sdu/institutter_centre/ist_sundhedstjenesteforsk/forskning/epidemiologi/forskningsprojekter/lef/llfs.
39. Wilmoth, J.R., *Demography of longevity: past, present, and future trends.* Experimental Gerontology, 2000. **35**(9-10): p. 1111-1129.
40. Aijanseppa, S., et al., *Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the north and south: the HALE project.* J Epidemiol Community Health, 2005. **59**(5): p. 413-9.
41. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Ten great public health achievements-United States, 1900-1999.* Morbidity and Mortality Weekly Report, 1999. **48**(12): p. 241-243.
42. Baxendale, S., *The Flynn effect and memory function.* J Clin Exp Neuropsychol, 2010. **32**(7): p. 699-703.
43. Ronnlund, M. and L.G. Nilsson, *Flynn effects on sub-factors of episodic and semantic memory: parallel gains over time and the same set of determining factors.* Neuropsychologia, 2009. **47**(11): p. 2174-80.

44. Flynn, R.J., *The Mean IQ of Americans: Massive Gains 1932 to 1978.* Psychological Bulletin, 1984. **95**: p. 29-51.
45. Eriksen M.B., Christensen J.B., and Frandsen T.F., *Embase er et centralt værktøj til medicinsk litteratursøgning.* Ugeskr Læger, 2016. **17/2016**(178).
46. Kyvsgaard, I., *Systematic review – Protocol: Trends in Health and Physical Functioning Among Older Danes in the Beginning of the 21st Century.* Syddansk Universitet. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet., 2020.
47. Saito, Y., J.M. Robine, and E.M. Crimmins, *The methods and materials of health expectancy.* Stat J IAOS, 2014. **30**(3): p. 209-223.
48. Jensen, H.A.R., et al., *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. 2018: Sundhedsstyrelsen.
49. EHLEIS, *Health Expectancy in Denmark.* EHLEIS Country Reports 2018. **11**.
50. Jäntti, M., V.M. Törmälehto, and E. Marlier, *The use of registers in the context of EU–SILC: challenges and opportunities*, in *Statistical working papers*, Eurostat, Editor. 2013.
51. Danmarks Statistik. *Levevilkårsundersøgelsen Sammenlignelighed*. [cited 2020 03-11]; Available from: https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/levevilkaarsundersoegelsen/sammenlignelighed.
52. Juul, S., *Epidemiologi og evidens*. Vol. 2. 2012: Munksgaard.
53. Flachs, E.M., et al., *Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. Statens Institut for Folkesundhed, SDU*. Vol. 2. 2015, København: Sundhedsstyrelsen.
54. Kyu, H.H., et al., *Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.* The Lancet, 2018. **392**(10159): p. 1859-1922.
55. Salomon, J.A., et al., *Disability weights for the Global Burden of Disease 2013 study.* The Lancet Global Health, 2015. **3**(11): p. e712-e723.
56. GBD Institute for Health Metrics and Evaluation. *GBD Compare data visualization*. 2017 [cited 2020 20-03]; Available from: https://gbd2017.healthdata.org/gbd-compare/.
57. Koch, M.B., et al., *Increasing prevalence despite decreasing incidence of ischaemic heart disease and myocardial infarction. A national register based perspective in Denmark, 1980-2009.* Eur J Prev Cardiol, 2015. **22**(2): p. 189-95.
58. Smedegaard, L., et al., *Temporal trends in acute myocardial infarction presentation and association with use of cardioprotective drugs: A nationwide registry-based study.* European Heart Journal - Cardiovascular Pharmacotherapy, 2018. **4**(2): p. 93-101.
59. Schmidt, M., et al., *25 Year trends in first time hospitalisation for acute myocardial infarction, subsequent short and long term mortality, and the prognostic impact of sex and comorbidity: A Danish nationwide cohort study.* BMJ (Online), 2012. **344**(7842).
60. Jorgensen, T.S., et al., *Time trend in Alzheimer diagnoses and the association between distance to an Alzheimer clinic and Alzheimer diagnosis.* European journal of public health, 2015. **25**(3): p. 522-527.
61. Phung, T.K., et al., *Time trend in diagnosing dementia in secondary care.* Dement Geriatr Cogn Disord, 2010. **29**(2): p. 146-53.
62. Demant, M.N., et al., *Temporal trends in stroke admissions in Denmark 1997-2009.* BMC Neurol, 2013. **13**: p. 156.
63. Lortet-Tieulent, J., et al., *Convergence of decreasing male and increasing female incidence rates in major tobacco-related cancers in Europe in 1988-2010.* Eur J Cancer, 2015. **51**(9): p. 1144-63.
64. Kristiansen, C., et al., *Trends in lung cancer in elderly in Denmark, 1980-2012.* Acta Oncol, 2016. **55 Suppl 1**: p. 46-51.
65. Carstensen, B., et al., *The Danish National Diabetes Register: trends in incidence, prevalence and mortality.* Diabetologia, 2008. **51**(12): p. 2187-96.

66. Carstensen, B., P.F. Ronn, and M.E. Jorgensen, *Prevalence, incidence and mortality of type 1 and type 2 diabetes in Denmark 1996-2016.* BMJ Open Diabetes Res Care, 2020. **8**(1).
67. Winther, S.B., et al., *Trends in colorectal cancer in the elderly in Denmark, 1980-2012.* Acta Oncologica, 2016. **55**(Supplement 1): p. 29-39.
68. Araghi, M., et al., *Changes in colorectal cancer incidence in seven high-income countries: a population-based study.* Lancet Gastroenterol Hepatol, 2019. **4**(7): p. 511-518.
69. Outzen, M., et al., *Prostate cancer in Denmark 1978-2009 - Trends in incidence and mortality.* Acta Oncologica, 2013. **52**(4): p. 831-836.
70. Poulsen, M.H., et al., *Trends in prostate cancer in elderly in Denmark, 1980-2012.* Acta Oncol, 2016. **55 Suppl 1**: p. 74-8.
71. Kvale, R., et al., *Prostate and breast cancer in four Nordic countries: A comparison of incidence and mortality trends across countries and age groups 1975-2013.* International Journal of Cancer, 2017. **141**(11): p. 2228-2242.
72. Schmidt, M., et al., *30-year nationwide trends in incidence of atrial fibrillation in Denmark and associated 5-year risk of heart failure, stroke, and death.* Int J Cardiol, 2016. **225**: p. 30-36.
73. Jensen, J.D., et al., *Trends in breast cancer in the elderly in Denmark, 1980-2012.* Acta Oncol, 2016. **55 Suppl 1**: p. 59-64.
74. Wenger K.N., et al., *Chapter 7. Ischemic Heart Disease* in *Cardiovascular Disability: Updating the Social Security Listings*. 2010, The National Academies Press (US): Washington (DC).
75. Sundhedsdatastyrelsen, *Dødsårsagsregisteret 2018 - årsrapport.* Sundhedsdatastyrelsen, 2019.
76. Christiansen, M.N., et al., *Age-Specific Trends in Incidence, Mortality, and Comorbidities of Heart Failure in Denmark, 1995 to 2012.* Circulation, 2017. **135**(13): p. 1214-1223.
77. Schroeder, T.V., et al., *Basisbog i medicin og kirurgi*. Vol. 5. 2013: Munksgaard.
78. López-Campos, J.L., M. Ruiz-Ramos, and J.B. Soriano, *Mortality trends in chronic obstructive pulmonary disease in Europe, 1994–2010: a joinpoint regression analysis.* The Lancet Respiratory Medicine, 2014. **2**(1): p. 54-62.
79. Lykkegaard, J., et al., *On the crest of a wave: Danish prevalence of hospitalisation-required COPD 2002-2009.* Respir Med, 2012. **106**(10): p. 1396-403.
80. Nationalt Videnscenter for Demens. *Fakta-ark: Hvad er demens?* 2019 [cited 2020 29-09]; Available from: http://www.videnscenterfordemens.dk/faktaark/demenssygdomme-fakta-ark/fakta-ark-hvad-er-demens/.
81. Nationalt Videnscenter for Demens. *Tal og statistik om demens*. [cited 2020 18-11]; Available from: http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/.
82. Yafasova, A., et al., *Time trends in incidence, comorbidity, and mortality of ischemic stroke in Denmark (1996-2016).* Neurology, 2020. **95**(17): p. e2343-e2353.
83. Kvernrød, A.-B. and J. Bigaard. *Screening for tarmkræft*. Kræftens Bekæmpelse 2020 [cited 2020 26-11]; Available from: https://www.cancer.dk/forebyg/screening/screening-tarmkraeft/.
84. Sundhedsdatastyrelsen, *Nye kræfttilfælde i Danmark - Cancerregisteret 2018.* Sundhedsdatastyrelsen, 2019.
85. Holmelund, M., H.C. Kjeldsen, and L.H. Nielsen. *Hørenedsættelse hos ældre*. Sundhed.dk 2018 [cited 2020 25-10]; Available from: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/oere-naese-hals/tilstande-og-sygdomme/indre-oere/hoerenedsaettelse-hos-aeldre/.
86. Bengtsson, S. and M. Røgeskov, *Personer med høretab i Danmark.* SFI og Videnscenter for Hørehandicap, 2010.
87. Christensen, K., et al., *Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart.* The Lancet, 2013. **382**(9903): p. 1507-1513.

88. Engberg, H., et al., *Cohort changes in cognitive function among Danish centenarians. A comparative study of 2 birth cohorts born in 1895 and 1905.* Dement Geriatr Cogn Disord, 2008. **26**(2): p. 153-60.
89. Siren, A. and M.R. Larsen, *Ældres helbred, funktionsevne og livsstil. Analyser på baggrund af Ældredatabasens 5. bølge samt udviklingen mellem 1. og 5. bølge 1997-2017*. Vol. 2. 2018: VIVE Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
90. Engberg, H., et al., *Improving Activities of Daily Living in Danish Centenarians—But Only in Women: A Comparative Study of Two Birth Cohorts Born in 1895 and 1905.* The Gerontological Society of America, 2008. **63 A**(11): p. 1186-1192.
91. Rasmussen, S.H., et al., *Improvement in Activities of Daily Living Among Danish Centenarians?-A Comparative Study of Two Centenarian Cohorts Born 20 Years Apart.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2018. **73**(8): p. 1125-1131.
92. Murman, D.L., *The Impact of Age on Cognition.* Semin Hear, 2015. **36**(3): p. 111-21.
93. Roy, E., *Cognitive Function*, in *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, M.D. Gellman and J.R. Turner, Editors. 2013, Springer, New York, NY.
94. Ahrenfeldt, L.J., et al., *Comparison of cognitive and physical functioning of Europeans in 2004-05 and 2013.* Int J Epidemiol, 2018. **47**(5): p. 1518-1528.
95. Cooper, R., et al., *Objective measures of physical capability and subsequent health: a systematic review.* Age Ageing, 2011. **40**(1): p. 14-23.
96. Manini, T.M. and M. Pahor, *Physical activity and maintaining physical function in older adults.* Br J Sports Med, 2009. **43**(1): p. 28-31.
97. Amilon, A., T. Fridberg, and Larsen M.R., *Ældres frivillige arbejde – Udviklingen over tid* VIVE Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019.
98. Fridberg, T. and L.S. Henriksen, *Udviklingen i frivilligt arbejde 2004-2012*. 2014: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
99. Lauritzen, H.H., *Ældres ressourcer og behov i perioden 1997-2012. Nyeste viden på baggrund af Ældredatabasen*. 2014, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd: København.
100. Lauritzen H.H., et al., *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af Ældredatabasen* SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2012.
101. Hjære, M., H.E.D. Jørgensen, and M.L. Sørensen, *Kapitel 1. På tværs af frivilligheden* in *Tal om frivillighed i Danmark. Frivilligrapport 2016 - 2018*. 2018, Center for Frivilligt Socialt Arbejde. p. 8-17.
102. Eriksen, L., et al., *Sygdomsbyrden i Danmark - Risikofaktorer.* København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, Sundhedsstyrelsen, 2016.
103. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD*, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Editor. 2019: Brussels.
104. Schnittker, J. and V. Bacak, *The increasing predictive validity of self-rated health.* PLoS One, 2014. **9**(1): p. e84933.
105. DeSalvo, K.B., et al., *Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis.* J Gen Intern Med, 2006. **21**(3): p. 267-75.
106. Thinggaard, M., et al., *Is the relationship between BMI and mortality increasingly U-shaped with advancing age? A 10-year follow-up of persons aged 70-95 years.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2010. **65**(5): p. 526-31.
107. Woo, J., J. Leung, and T. Kwok, *BMI, body composition, and physical functioning in older adults.* Obesity (Silver Spring), 2007. **15**(7): p. 1886-94.
108. ATO Ansatte Tandlægers Organisation. *Fra 93 procent caries til nul huller - historien om den offentlige tandpleje*. [cited 2020 02-11]; Available from: https://www.ato.dk/Medlemskab/historie/Sider/Fra%2093%20procent%20caries%20til%20nul%20huller.aspx.
109. Holm-Pedersen, P., et al., *Tooth loss and subsequent disability and mortality in old age.* J Am Geriatr Soc, 2008. **56**(3): p. 429-35.

110. Brennan, D.S., A.J. Spencer, and K.F. Roberts-Thomson, *Tooth loss, chewing ability and quality of life.* Qual Life Res, 2008. **17**(2): p. 227-35.
111. Osterberg, T., et al., *Number of teeth - a predictor of mortality in the elderly? A population study in three Nordic localities.* Acta Odontol Scand, 2007. **65**(6): p. 335-40.
112. Danmarks Statistik. *Middellevetid for 0-årige efter køn og tid*. 2020; Available from: https://www.statistikbanken.dk/.
113. Frost, M., et al., *Chronic diseases in elderly men: underreporting and underdiagnosis.* Age Ageing, 2012. **41**(2): p. 177-83.
114. Krumpal, I., *Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review.* Quality & Quantity, 2011. **47**(4): p. 2025-2047.
115. Jylhä, M., *What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model.* Social Science & Medicine, 2009. **69**(3): p. 307-316.
116. Udesen, C.H., et al., *Social ulighed i sundhed og sygdom - Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017.* Sundhedsstyrelsen, 2020.
117. Bronnum-Hansen, H., et al., *Educational inequalities in health expectancy during the financial crisis in Denmark.* Int J Public Health, 2015. **60**(8): p. 927-35.
118. Bronnum-Hansen, H. and M. Baadsgaard, *Increase in social inequality in health expectancy in Denmark.* Scand J Public Health, 2008. **36**(1): p. 44-51.
119. Leikauf, J. and A.D. Federman, *Comparisons of self-reported and chart identified chronic diseases among inner-city seniors.* J Am Geriatr Soc, 2009. **57**(7): p. 1219-25.

Bilag

Bilag 1. Søgeprotokol anvendt i litteraturgennemgangen

Databaser

Der er anvendt kombinationen af PubMed (PubMed.gov) og Embase (Embase Classic+Embase via Ovid) til at identificere relevante studier til nærværende litteraturgennemgang. Søgningerne er tilpasset de enkelte databaser. Der er foretaget to separate søgninger til at belyse henholdsvis ændring i gode leveår og ændring i prævalens/incidens af udvalgte helbredsindikatorer. Udsnit af søgestrategien er præsenteret i tabel 1-4.

Supplerende litteratur

Udover litteratur fra ovennævnte databaser er litteraturgennemgangen yderligere suppleret med resultater fra rapporter eller lignende udgivet på forskellige danske forskningsinstitutioners og foreningers hjemmesider. Her er søgt på relevante søgeord, som eksempelvis "Ældre". Der er blandt andet søgt efter rapporter udgivet på følgende institutioner eller foreningers hjemmesider: Danmarks statistik, Statens Institut for Folkesundhed, NORDCAN, VIVE, OECD, Eurostat, Sundhedsdatastyrelsen, Center for Frivilligt Socialt Arbejde, Hjerteforeningen, Nationalt Videnscenter for Demens, Lungeforeningen, Kræftens Bekæmpelse.

Tabel 1 Søgeord til at identificere studier vedrørende *udvikling i gode leveår blandt ældre danskere* i PubMed

PubMed[a]				
Facet	#1 *Gode leveår*		AND	#2 *Danmark*
Søgefelt	All fields			All fields
Søgeord		"health expectancy" OR "expected lifetime" OR healthspan OR "health span" OR "healthy life years" OR "disability-free life expectancy" OR "healthy life expectancy" OR "health Adjusted Life Expectancy" OR "Disability-Adjusted Life-Years" OR "Disability-Adjusted Life Year"		Denmark[Mesh] OR Denmark OR Danish OR Danes
Vi har yderligere søgt på enkelte danske termer, f.eks. leveaar eller leveår, hvilket ikke bidrog til ekstra studier. Flere danske artikler er identificeret i den engelske søgning, da abstracts og titler ofte er angivet på engelsk i danskprogede artikler, samt indekserede efter de engelske MeSH termer. Yderligere er der søgt på "health adjusted life" på PubMed for at se, om det havde medført relevante citationer, hvilket ikke havde medført andre relevante studier [a] PubMed.gov				

Tabel 2 Søgeord til at identificere studier vedrørende *udvikling i gode leveår blandt ældre danskere* i Embase

Embase[a]				
Facet	1# *Gode leveår*		AND	#2 *Danmark*
Søgefelt	Keyword/mp.			Keyword/mp.
Søgeord		(Health adj3 expectancy).mp. OR (expected adj3 lifetime).mp. OR healthspan.mp. OR (health adj3 span).mp. OR (healthy adj3 life adj3 years).mp. OR (healthy adj3 life adj3 expectancy).mp. OR (disability adj3 free adj3 life adj3 expectancy).mp. OR (health adj3 Adjusted adj3 Life).mp. OR (Disability adj3 Adjusted adj3 Life adj3 Year*).mp		Denmark/ or Denmark.mp. OR Danish.mp. OR Danes.mp.

Vi har yderligere søgt på enkelte danske termer, f.eks. "leveaar"
adj3: Nærhedsoperator, tillader søgningen i Embase (Ovid) at inkludere studier, hvor de relevante søgetermer ikke behøver stå i den givne rækkefølge og være adskilt af op til to ord imellem
mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word
[a] Embase Classic+Embase via Ovid

Tabel 3 Eksempler på søgeord til at identificere studier vedrørende *udvikling i prævalens/incidens af udvalgte helbredsindikatorer blandt ældre danskere* i PubMed

PubMed[a]					
Facet	#1 *Ændring*	AND	#2 *Helbredsindikatorer* AND	#3 *Ældre* AND	#4 *Danmark*
Søgefelt	All fields		All fields	All fields	All fields
Søgeord	Longitudinal OR trajectory OR trajectories OR "prevalence trends" OR "incidence trends" OR "prevalence rate" OR "incidence rate" OR "time trends" OR "trend study" […]		"Myocardial Ischemia"[Mesh] OR "Ischemic Heart Disease" OR "Myocardial Ischemia" OR "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Mesh] OR "Chronic Obstructive Pulmonary Disease" OR COPD OR Dementia[Mesh] OR Dementia* OR Dementia OR "Alzheimer Disease"[Mesh] OR Alzheimer* OR Stroke[Mesh] OR stroke* OR stroke OR Apoplexy […]	Elder* OR Aging[Mesh] OR Aged OR "age 65" OR old OR ageing OR aging OR septuagenarian OR Nonagenarian OR Octogenarian OR Centenarian	Denmark[Mesh] OR Denmark OR Danish OR Danes

Vi har søgt på flere begreber der er fjernet igen, fordi de ikke bidrog med ekstra kilder, ex. "change in the incidence" mfl.
[a] PubMed.gov

Tabel 4 Eksempler på søgeord til at identificere studier vedrørende *udvikling i prævalens/incidens af udvalgte helbredsindikatorer blandt ældre danskere* i Embase

Embase[a]							
Facet	#1 *Ændring*	AND	#2 *Helbredsindikatorer*	AND	#3 *Ældre*	AND	#4 *Danmark*
Søgefelt	Keyword/mp.		Keyword/mp.		Keyword/mp.		Keyword/mp.
Søgeord	Longitudinal.mp. OR trajectory.mp. OR trajectories.mp. OR (prevalence adj3 rate.mp.) OR (incidence adj3 rate.mp.) OR (trends adj3 incidence).mp. OR (trends adj3 prevalence).mp. […]		exp ischemic heart disease/ OR (ischemic adj3 heart adj3 disease).mp. OR (myocardial adj3 Ischemia).mp. OR (chronic adj3 obstructive adj3 lung adj3 disease).mp. OR exp chronic obstructive lung disease/ OR COPD.mp. OR dementia.mp. OR exp dementia/ OR exp alzheimer disease/ OR Alzheimer.mp. […]		Elder* OR Aged OR old OR ageing OR aging OR (age adj3 65) OR septuagenarian* OR Nonagenarian* OR Octogenarian* OR Centenarian*		Denmark/ OR Denmark.mp. OR Danish.mp. OR Danes.mp

adj3: Nærhedsoperator, tillader søgningen i Embase (Ovid) at inkludere studier, hvor de relevante søgetermer ikke behøver stå i den givne rækkefølge og være adskilt af op til to ord imellem

mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word

[a] Embase Classic+Embase via Ovid

Bilag 2a. Oversigt over udviklingen i forventede leveår med godt selvvurderet helbred blandt 65-årige mænd og kvinder, baseret på data fra henholdsvis SUSY [15], SHARE [14] og DNS [48]. Resultaterne fra de enkelte studier kan kun sammenlignes inden for hvert studie og ikke på tværs af studierne. Dette skyldes, at godt selvvurderet helbred er målt forskelligt i de tre studier, blandt andet med forskellige svarkategorier.

Forventet antal år med godt selvvurderet helbred

(andel af restlevetid med godt selvvurderet helbred, %)

65-årige mænd

	1994	2000	2004/2005	2006/2007	2010/2011	2013	2017
SUSY	**9,1** (64,4 %)	**9,7** (64,3 %)	**11,0** (68,6 %)				
SHARE			**10,6** (66,5 %)	**11,8** (72,3 %)	**12,2** (71,2 %)		
DNS					**12,6** (77,5 %)	**13,3** (78,6 %)	**13,8** (78,0 %)

65-årige kvinder

	1994	2000	2004/2005	2006/2007	2010/2011	2013	2017
SUSY	**9,4** (53,5 %)	**10,3** (56,6 %)	**12,1** (64,0 %)				
SHARE			**12,5** (66,2 %)	**12,6** (66,0 %)	**14,0** (70,3 %)		
DNS					**13,6** (70,9 %)	**14,3** (72,4 %)	**14,8** (72,8 %)

Stigning

Stagnation/fald

SUSY: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen

DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

Bilag 2b. Oversigt over udviklingen i forventede leveår uden langvarig sygdom blandt 65-årige mænd og kvinder, baseret på data fra henholdsvis SUSY [15], SHARE [14] og DNS [48]. Resultaterne fra de enkelte studier kan kun sammenlignes inden for hvert studie og ikke på tværs af studierne. Dette skyldes, at langvarig sygdom er målt forskelligt på tværs af studierne.

Forventet antal år uden langvarig sygdom

(andel af restlevetid uden langvarig sygdom, %)

65-årige mænd

	1994	2000	2004/2005	2006/2007	2010/2011	2013	2017
SUSY	**6,8** (47,8 %)	**6,4** (42,4 %)	**7,8** (48,9 %)				
SHARE			**5,6** (35,3 %)	**8,0** (49,1 %)	**8,2** (47,7 %)		
DNS					**8,8** (54,0 %)	**9,1** (53,8 %)	**9,2** (52,2 %)

65-årige kvinder

	1994	2000	2004/2005	2006/2007	2010/2011	2013	2017
SUSY	**6,5** (36,8 %)	**7,0** (38,9 %)	**8,4** (44,4 %)				
SHARE			**7,1** (37,7 %)	**8,4** (43,9 %)	**8,7** (44,0 %)		
DNS					**9,9** (51,7 %)	**10,4** (52,7 %)	**10,5** (51,4 %)

Stigning

Stagnation/fald

SUSY: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen

DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

Bilag 2c. Oversigt over udviklingen i forventede leveår uden aktivitetsbegrænsninger blandt 65-årige mænd og kvinder, baseret på data fra henholdsvis SUSY [15], EU-SILC [49] og SHARE [14]. Resultaterne fra de enkelte studier kan kun sammenlignes inden for hvert studie og ikke på tværs af studierne. Dette skyldes, at aktivitetsbegrænsninger er målt forskelligt på tværs af studierne.

Forventet antal år uden aktivitetsbegrænsninger

(andel af restlevetid uden aktivitetsbegrænsninger, %)

65-årige mænd

	1994	2000	2005	…	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SUSY (f)	**10,7** (75,9%)	**12,4** (82,4%)	**13,3** (83,0%)									
SUSY (k)	**12,7** (89,6%)	**12,9** (85,7%)	**13,7** (85,5%)									
EU-SILC					**12,0** (72 %)	**11,3** (67 %)	**11,8** (69 %)	**12,4** (72 %)	**10,6** (61 %)	**11,6** (66 %)	**11,0** (61 %)	**11,0** (61 %)

65-årige kvinder

	1994	2000	2005	…	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SUSY (f)	**10,5** (59,8 %)	**11,9** (65,6 %)	**13,1** (69,2 %)									
SUSY (k)	**14,9** (84,3%)	**15,3** (84,3%)	**16,3** (85,8%)									
EU-SILC					**12,4** (64 %)	**12,1** (62 %)	**12,8** (65 %)	**13,0** (65 %)	**12,9** (64 %)	**12,7** (62 %)	**12,8** (62 %)	**11,9** (57 %)

SUSY (f): Fysiske aktivitetsbegrænsninger

SUSY (k): Kommunikative aktivitetsbegrænsninger

Forventet antal år uden aktivitetsbegrænsninger

Forventet antal år med milde aktivitetsbegrænsninger[a]

Forventet antal år med betydelige aktivitetsbegrænsninger[b]

65-årige mænd

	2004/2005	2006/2007	…	2010/2011
SHARE	**6,9** 5,9[a] 3,2[b]	**9,1** 4,6[a] 2,6[b]		**9,4** 4,6[a] 3,0[b]

65-årige kvinder

	2004/2005	2006/2007		2010/2011
SHARE	**8,2** 7,8[a] 3,0[b]	**9,6** 6,1[a] 3,4[b]		**10,2** 6,7[a] 3,0[b]

Stigning

Stagnation/fald

SUSY: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen

DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

Bilag 2d. Oversigt over udviklingen i forventede leveår med godt mentalt helbred blandt 65-årige mænd og kvinder, baseret på data fra DNS [48].

Forventet antal år med godt mentalt helbred (andel af restlevetid med godt mentalt helbred, %)			
65-årige mænd			
	2010	2013	2017
DNS	**15,2**	**15,6**	**16,3**
	(93,1 %)	(92,1 %)	(92,3 %)
65-årige kvinder			
	2010	2013	2017
DNS	**17,2**	**17,5**	**18,1**
	(89,7 %)	(88,8 %)	(88,9 %)

Stigning
Stagnation/fald

DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle

Pension: Formål, beregninger og forudsætninger

Det har stor betydning for både livsindkomst og pension, om medarbejderen er på fuldtid eller deltid. Forhandlingsfællesskabet og RLTN har derfor bedt en række pensionsselskaber om at beregne forskellige scenarier, herunder den årlige pensionsudbetaling før skat, hvis medarbejderen har været ansat på henholdsvis 25, 32 eller 37 timer om ugen.

Det har også betydning for pensionsudbetalingen, hvis medarbejderen i løbet af sit arbejdsliv går fra en deltids- til en fuldtidsstilling. Derfor har pensionsselskaberne også beregnet, hvor meget den årlige pensionsudbetaling stiger, hvis man går på fuldtid som henholdsvis 41- eller 51-årig. Beregningerne er gennemført for en række forskellige faggrupper, som har forskellige pensionsselskaber.

Formålet med beregningerne er at vise, hvilken betydning det har for den årlige pension, hvis medarbejderen er på fuldtid hele livet eller går på fuldtid i løbet af sit arbejdsliv. Beregningerne kan medvirke til, at medarbejderne får større indsigt i, hvad beskæftigelsesgraden betyder for pensionen.

Pensionsberegningerne kan ikke bruges til at sammenligne på tværs af faggrupper, men er derimod valide til sammenligning inden for de enkelte faggrupper.

Det skyldes bl.a. at:

- Faggrupperne har forskellig livsindkomst. Jo højere livsindkomst, jo flere midler kan der beregnes pension af.
- Faggrupperne har forskellig pensionssats. Jo højere pensionssats, jo flere midler bliver indbetalt til pension.
- Pensionsselskaberne har sammensat deres produkter på forskellig måde. Det er derfor forskelle på, hvor stor en andel af de indbetalte midler, der anvendes til pension, livsforsikring, invaliditet, kritisk sygdom m.v.
- Forskelle i forhold til opgørelse over lønniveauet, hvor udgangspunktet for eksempel kan være baseret på grundlønnen, gennemsnitslønnen eller gennemsnitsindbetalingen.
- Forskelle i udregning af levealder.
- Forskelle i forudsætningerne i forhold til aldersopsparing.

Beregningerne er udarbejdet i tæt dialog med pensionsselskaberne. Da forudsætningerne og metoderne ikke er ens, kan beregningerne ikke bruges som sammenligningsgrundlag på tværs af faggrupperne.

I pensionsselskabernes regneeksempler er pensionsalderen som standard sat til 72 år – vel vidende at den faktiske pensionsalder typisk er noget lavere i de respektive faggrupper.

Regneeksemplerne viser den årlige pensionsudbetaling før skat og tager ikke hensyn til eventuel modregning i offentlige ydelser, da der skal lægges rigtig mange yderligere forudsætninger ind i regnestykket, hvis man skal have et præcist billede af, hvad man samlet set får i hånden (pensionsudbetaling plus offentlige ydelser), når man går på pension.

Bilag fra OK-21 Forhandlingsprotokol mellem RLTN og Forhandlingsfællesskabet vedrørende arbejdsmiljø

Bilag 5 - Styrket indsats om psykisk arbejdsmiljø

Arbejdsmiljøforum

Arbejdsmiljøforum drøfter i perioden aktuelle arbejdsmiljødagsordener og andre relevante temaer, som har betydning for arbejdsmiljøet.

Arbejdsmiljøforum udarbejder en arbejdsplan for året, hvor der fremgår en bruttoliste af aktuelle emner, der skal drøftes i løbet af året. Planen kan yderligere suppleres med dagsaktuelle temaer.

Eksempler på emner til Arbejdsmiljøforums arbejdsplan kan være:

- AT-bekendtgørelsen om psykisk arbejdsmiljø og 3-partsaftalen om nationale mål for arbejdsmiljø i en regional sammenhæng.
- Aftale om trivsel og sundhed på arbejdspladserne eller udvalgte elementer i aftalen.
- Nye metoder til forbedring af arbejdsmiljøet, fx arbejdsfællesskaber.
- Arbejdsmiljøbudget og -regnskab.

Endvidere skal arbejdsmiljøforum iværksætte, følge og drøfte de fælles initiativer, der er aftalt ved OK21.:

- Udvikling, fokusering og videreførelse af Ekspertrådgivning og forskningsprojekt
- Formidling
- Udvikling af lederuddannelse i psykisk arbejdsmiljø
- Udvikling af fælles uddannelse for ledere, TR og AMR i psykisk arbejdsmiljø

Udgangspunktet for dialogen er at have et løbende udviklingsperspektiv i forhold til fælles igangsatte aktiviteter.

Forummet består af sekretariatsmedarbejdere fra Danske Regioner og Forhandlingsfællesskabet/Forhandlingsfællesskabets organisationer. Endvidere kan der ad. hoc. inddrages regional/lokal repræsentation, eksempelvis arbejdsmiljøorganisationen i forummets arbejde.

Arbejdsmiljøforum skal understøtte formidling af den genererede viden og læring fra både forskningsprojektet og ekspertrådgivningen med henblik på, at det i regionerne kan omsættes til handlingsrettede indsatser.

Udviklingsprojektet: Ekspertrådgivning og forskningsprojekt

Udvikling af Ekspertrådgivning

Helt væsentligt for den fremtidige arbejdsmiljøindsats er, at den skal bidrage til, at arbejdsmiljøet på arbejdspladserne forbedres. Indsatsen skal få en påviselig effekt på det psykiske arbejdsmiljø og arbejdet med kerneopgaven. Viden og erfaringer skal ud i regionerne og på de regionale arbejdspladser så erfaringerne kan anvendes.

Et bærende element i indsatsen er, at den skal supplere det eksisterende arbejdsmiljøarbejde i regionerne herunder bibringe regionerne ny viden og understøtte regionernes løsninger.

Der vil i OK-21 perioden være tilbud om Ekspertrådgivning til arbejdspladser.

Parterne er enige om, at der i perioden igangsættes et arbejde, som har til formål i højere grad via formidling at målrette viden fra ekspertrådgivningen og fra forskningsprojektet til en bredere funderet kreds, fx det strategiske MED-niveau i regionen/hospitalet.

Regional/lokal repræsentation inddrages i arbejdet i videst muligt omfang.

Rekvirering af ekspertrådgivning
De lokale parter på arbejdspladsen/på tværs af arbejdspladser i MED-udvalg/i støttefunktioner/i regionen kan i fællesskab rekvirere Ekspertrådgivningens tilbud indenfor den afsatte pulje.

Endnu tættere konneks mellem ekspertrådgivning og forskning samt fortsættelse af forskningsindsats
Ændringen af parternes arbejdsmiljøindsats betyder, at Ekspertrådgivning og forskningsindsats i endnu højere grad end tidligere knyttes sammen.

Ekspertrådgivning og forskning skal være en sammenhængende indsats, hvor Ekspertrådgivningen udover at være arbejdspladsnær forskningsformidling også fungerer som led i indsamlingen af empiri til forskningsprojektet. Forskningsprojektet føder samtidig tilbage til ekspertrådgivningen med ny relevant viden, data mv.

Det betyder at såvel Ekspertrådgivningen som forskningsindsatsen fortsættes i hele perioden.

Projektets resultater skal være anvendelsesorienteret

Der vil i projektet ske en vekselvirkning mellem en praksisnær kvalitativ tilgang og kvantitativ tilgang.

Den kvantitative tilgang kan med fordel kobles tæt til den regionale arbejdsmiljøkohorte etableret i regi af Københavns Universitet. Via forskning i kohorten, kan der kortlægges interessante årsagssammenhænge. Disse årsagssammenhænge kan efterfølgende konkretiseres kvalitativt, således at arbejdspladserne kan iværksætte de mest relevante forebyggelsestiltag.

Den kvalitative tilgang skal belyse, hvad der styrker et godt arbejdsmiljø og arbejdsglæde, hvorfor det er tilfældet og under hvilke omstændigheder, det sker.

Ekspertrådgivnings- og forskningsindsatsen skal derigennem række tilbage til regionerne og de regionale arbejdspladser, så delresultater og resultater bliver anvendelsesorienterede. Det vigtigste med indsatsen er at forankre styrkede arbejdsmiljø- og evt. ledelsesfaglige kompetencer til at håndtere fremtidige udfordringer.

Parterne er enige om, at en væsentlig forudsætning for parternes arbejde/indsatser er, at indsatserne er efterspurgte og kan anvendes og bidrage til en styrket arbejdsmiljøindsats på de regionale arbejdspladser.

Forskningsindsatsen skal endvidere undersøge, hvorvidt den samlede indsats har en effekt. Med andre ord, hvad får arbejdspladserne ud af, at parterne igangsætter denne type tiltag.

Udbyderne skal være tilknyttet forskningsprojektet
Udbyderne af Ekspertrådgivningen skal have et forskningsmæssigt fundament og enten være tilknyttet forskningsprojektet eller have et tæt samarbejde med forskningsprojektet. Desuden skal udbyderne have forudsætninger for at bidrage til forskningsprojektet. De samlede kompetencer blandt udbyderne skal dække bredt. Udbyderne skal have afsæt i arbejdsmiljøforskningen og/eller i nabodiscipliner, som har et stærkt fundament i ledelse og organisation mv.

Formidling

Parterne formidler i perioden erfaringer, delresultater og resultater mv. af de igangsatte initiativer med henblik på at få resultaterne bredt ud til dem, der arbejder med arbejdsmiljø i regionerne, så alle regionale arbejdspladser potentielt kan få gavn af indsatserne. Parterne vil i perioden udvikle en fælles platform til formidling af parternes samarbejde om arbejdsmiljø mv. Endvidere kan der igangsættes yderligere formidlingsaktivitet.

Uddannelse i ledelse af psykisk arbejdsmiljø

Parterne udbyder en frivillig lederuddannelse i psykisk arbejdsmiljø.

Formålet er at klæde lederne yderligere på til med udgangspunkt i opgaveløsningen at skabe et motiverende psykisk arbejdsmiljø med høj trivsel på arbejdspladserne, herunder bidrage til:

- At lederen får håndgribelige værktøjer til at udvikle og fastholde et bedre psykisk arbejdsmiljø for de ansatte på arbejdspladsen, herunder lederens eget psykiske arbejdsmiljø, da forskningsresultater viser, at der kan være sammenhæng mellem lederes oplevelse af social kapital og arbejdspladsens samlede oplevelse af social kapital.
- En styrkelse af ledernes viden og handlekompetencer i forhold til identifikation, forebyggelse og håndtering af udfordringer med det psykiske arbejdsmiljø,
- At lederen får en styrket forståelse for sammenhængen mellem den daglige opgaveløsning, psykisk arbejdsmiljø, en højere produktivitet hos både den ansatte og på den samlede arbejdsplads samt øget kvalitet i opgaveløsningen.

Uddannelsen skal være praksisnær og skal tage udgangspunkt i ledernes daglige ledelsesopgaver.

Udvikling af uddannelsen

Uddannelsen iværksættes og udvikles i OK-21 perioden. Arbejdsmiljøforum aftaler en overordnet ramme og retning for uddannelsen og entrerer med en ekstern leverandør herunder med eksperter i både ledelse og psykisk arbejdsmiljø. Det foreslås, at parterne lader sig inspirere af allerede eksisterende uddannelser som virker, fremfor selv at anvende mange ressourcer på at udvikle en ny uddannelse. Uddannelsen justeres efter behov evt. på baggrund af evaluering af uddannelsen.

Undervisere på uddannelsen skal have stor viden indenfor ledelse og psykisk arbejdsmiljø. Det kan betyde at flere undervisere kan være tilknyttet uddannelsen både som undervisere og i udviklingsfasen.

Uddannelsen hviler på og formidler den nyeste forskning på området. I lederuddannelsen kan indgå viden og erfaringer fra forskningsprojektet og Ekspertrådgivningens indsatser på de regionale arbejdspladser.

Uddannelsen skal også kunne udbydes digitalt.

Rammer om uddannelsen
Uddannelsens varighed er 2-3 dage fordelt over en periode på omkring et halvt år, så lederne kan arbejde med det lærte i praksis imellem kursusdagene.

Den færdige uddannelse for så vidt angår tilmeldinger, gennemførelse. evaluering mv. varetages af eksterne. Arbejdsmiljøforum følger uddannelsen.

Det skal det være nemt at finde oplysninger om uddannelsen, herunder tilmelding, betaling mv.
Uddannelsen kan fx markedsføres via www.lederweb.dk og via parternes egne kanaler.

Prisen for deltagelse skal være konkurrencedygtig i forhold til markedet. Der indføres fuld deltagerbetaling, når de første forløb i udviklingsfasen er gennemført.

Uddannelse for leder, tillidsrepræsentant og arbejdsmiljørepræsentant i psykisk arbejdsmiljø

Parterne er enige om at søge indstillet til PUF's bestyrelse, at der i regi af PUF udvikles en uddannelse for leder, tillidsrepræsentant og arbejdsmiljørepræsentant i psykisk arbejdsmiljø.

Formålet med uddannelsen er at styrke deltagernes samarbejde om og handlekompetencer til at identificere, forebygge og håndtere problemer i det psykiske arbejdsmiljø med afsæt i opgaveløsningen.

REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN

FORHANDLINGSFÆLLESSKABET

RAMMEAFTALE OM SENIORPOLITIK

NYT = Nyt i forhold til tidligere gældende aftale
NYT med virkning fra dato = Hvis en bestemmelse træder i kraft efter aftalens ikrafttrædelse
NYT pr. dato = Nyt efter aftalens ikrafttræden

_____
2021

INDHOLDSFORTEGNELSE

PRÆAMBEL....4

KAPITEL 1. INDLEDENDE BESTEMMELSER....5

§ 1. HVEM ER OMFATTET AF AFTALEN....5

KAPITEL 2. DIALOG OM SENIORARBEJDSLIV/FASTHOLDELSE....5

§ 2. DIALOG OM SENIORARBEJDSLIV/FASTHOLDELSE....5

§ 3. MED-UDVALGENES ROLLE....7

§ 4. TILLIDSREPRÆSENTANTEN....7

KAPITEL 3. SENIORORDNINGER EFTER KAPITEL 5, 6 OG 7....8

§ 5. SENIORORDNINGER EFTER KAPITEL 5, 6 OG 7....8

KAPITEL 4. SENIORBONUS....8

§ 6. SENIORBONUS....8

KAPITEL 5. SENIORSTILLINGER....8

§ 7. PERSONKREDS....9

§ 8. UDLIGNINGSTILLÆG....9

§ 9. BEVARELSE AF PENSION....9

§ 10. PENSIONSFORBEDRING....9

§ 11. FASTHOLDELSESBONUS....10

KAPITEL 6. GENERATIONSSKIFTEORDNINGER....10

§ 12. PERSONKREDS....10

§ 13. GENERATIONSSKIFTEAFTALENS INDHOLD....11

KAPITEL 7. FASTHOLDELSES- OG FRATRÆDELSESORDNINGER....12

§ 14. FRATRÆDELSESGODTGØRELSE....12

§ 15. PENSIONSFORBEDRING.....13

§ 16. TJENESTEFRI MED SÆDVANLIG LØN.....13

KAPITEL 8. IKRAFTTRÆDEN, OVERGANGSBESTEMMELSER SAMT OPSIGELSE AF AFTALEN 14

§ 17. IKRAFTTRÆDEN OG OPSIGELSE MV. 14

BILAG 1: PROTOKOLLAT VEDRØRENDE SENIORBONUS **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

BILAG 2: EKSEMPLER PÅ BEREGNING AF DE ØKONOMISKE MULIGHEDER VED GENERATIONSSKIFTEAFTALER..**FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

BILAG 3: TABEL OVER VÆRDIEN AF PENSIONSFORBEDRINGER FOR TJENESTEMÆND I FORBINDELSE MED SENIORPOLITISKE ORDNINGER.....14

BILAG 4: TABEL OVER UDGIFT TIL AFTALE OM IKKE AT FORETAGE FØRTIDSFRADRAG MV..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

****NYT****

PRÆAMBEL

Aftalens parter har som fælles målsætning at fastholde seniorer i regional beskæftigelse, herunder at medarbejderne har et langt og godt arbejdsliv. Målet er at forbedre fastholdelsen af de seniormedarbejdere, som ellers ville forlade arbejdsmarkedet og få sat fokus på vilkårene for de seniorer, der kan have udfordringer ved at fortsætte i jobbet. Dette er til gavn for både den enkelte medarbejder, der får flere gode arbejdsår, og arbejdspladsen, der kan beholde medarbejderen i længere tid.

Særligt for seniormedarbejdere er, at de ofte har haft et længere arbejdsliv bag sig. Samtidig kan helbred, familiesituationer, økonomi mm. påvirke seniormedarbejderens evne og vilje til at blive ved med at arbejde. Parterne har for øje, at seniorernes tidligere arbejdsliv kan påvirke deres arbejdsevne senere i livet. Derfor er det også relevant at overveje tidligere i arbejdslivet, hvordan medarbejderne kan få bedre forudsætninger for at blive længere på arbejdsmarkedet. Det er parternes ønske, at flest medarbejdere bliver på arbejdsmarkedet, og at det er et positivt tilvalg.

Denne aftale skal bidrage til at øge fastholdelsen af seniorer i regionerne. Seniorer forlader og bliver på arbejdsmarkedet af forskellige årsager, og har forskellige vilkår, ønsker og behov. Aftalen peger derfor på en række muligheder for aktivt at arbejde med at fastholde seniorer. Ikke alle seniorer har brug for, at der gøres noget specielt for, at de kan og har lyst til at forsætte i deres aktive arbejdsliv. Og medarbejderne bliver seniormedarbejdere på forskellige tidspunkter af arbejdslivet – her spiller såvel individuelle forhold som den generelle udvikling i samfundet en rolle. Det indgår som vigtige element i den samlede indsats for at fastholde seniormedarbejdere.

Aftalen er målrettet alle seniorer på de regionale arbejdspladser. Alle seniormedarbejdere skal have mulighed for at drøfte overvejelser og ønsker til det fortsatte arbejdsliv med deres leder. Dialogen skal tage udgangspunkt i, hvilke muligheder, der kan tilbydes medarbejderen inden for arbejdspladsens rammer og som bidrager med en målrettet og individuel indsats til fastholdelse.

Intentionerne i denne rammeaftale skal løftes og realiseres gennem drøftelser og opfølgning i regionens MED-udvalg, det eksisterende samarbejde mellem leder og tillidsrepræsentant og ikke mindst gennem dialog og samtale mellem medarbejder og leder.

****NYT****

KAPITEL 1. INDLEDENDE BESTEMMELSER

Rammeaftalen om seniorpolitik har til formål at styrke fastholdelsen af seniorer på de regionale arbejdspladser, herunder at fremme dialogen mellem leder og medarbejder med henblik på at understøtte et godt og langt seniorarbejdsliv.

§ 1. HVEM ER OMFATTET AF AFTALEN

Stk. 1.
Aftalen gælder for personale i regional tjeneste.

Stk. 2.
Aftalen gælder endvidere for personale ved selvejende institutioner, med hvilke regioner indgår driftsaftaler med henblik på opfyldelsen af dem i lovgivningen pålagte forpligtelser.

Hvis der på institutionen er aftalt andet overenskomst-/aftalegrundlag fortsætter dette dog i stedet for, medmindre der indgås anden aftale mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og den forhandlingsberettigede organisation.

****NYT****

KAPITEL 2. DIALOG OM SENIORARBEJDSLIV/FASTHOLDELSE

§ 2. DIALOG OM SENIORARBEJDSLIV/FASTHOLDELSE

Stk. 1

I forbindelse med den årlige medarbejderudviklingssamtale skal leder og seniormedarbejder sammen afklare seniormedarbejderens overvejelser i forhold til at fortsætte med at arbejde, herunder hvilke barrierer medarbejderen har for at fortsætte. I den forbindelse kan det drøftes, hvilke muligheder der, inden for arbejdspladsens rammer, kan tilbydes medarbejderen, og som kan bidrage til fastholdelse.

BEMÆRKNINGER:
Et centralt element i realiseringen af indsatsen for at fastholde seniormedarbejdere på de regionale arbejdspladser er den løbende dialog mellem leder og medarbejder om medarbejderens tanker og ønsker for det fortsatte arbejdsliv.

Leder og medarbejder drøfter løbende udviklingsmuligheder, opgaver, trivsel m.m. i de årlige medarbejderudviklingssamtaler. For medarbejdere i den sidste del af arbejdslivet vil tanker om, hvorvidt medarbejderen kan og/eller vil fortsætte med at arbejde begynde at fylde mere.

Det kan variere fra medarbejder til medarbejder, hvornår sådanne drøftelser om fastholdelse og tilbagetrækning bliver relevant.

Lederen skal være opmærksom på, hvornår det er relevant at drøfte seniormedarbejderens overvejelser om det fortsatte arbejdsliv, og selv være aktiv i at inddrage spørgsmålet. Lederen bør i den forbindelse være opmærksom på, at der også kan være forhold på et tidligere tidspunkt i arbejdslivet som kan påvirke medarbejderens evne og vilje til at blive ved med at arbejde.

Det kan indgå i MED-udvalgenes drøftelser, jf. § 3, hvordan spørgsmålet om seniormedarbejderens fortsatte arbejdsliv inddrages og håndteres i den årlige medarbejderudviklingssamtale.

Stk. 2
Identificeres der et behov for en tilpasning i arbejdssituation/vilkår for at fremme det gode seniorarbejdsliv og fastholde medarbejderen, drøfter leder og medarbejder hvilke tiltag, der kan være relevante og mulige på den pågældende arbejdsplads.

BEMÆRKNINGER:
Er leder og medarbejder enige om eventuelle konkrete tiltag indgår disse som et supplement til en del af de beskrevne udviklingsmål, jf. aftalen om kompetenceudvikling.

Stk. 3
Såfremt det er relevant, drøfter og aftaler leder og medarbejder, hvilke konkrete tiltag, der kan medvirke til, at medarbejderen kan forblive i beskæftigelse. De konkrete tiltag kan være mangeartede, idet de vil være tilpasset den enkelte medarbejder.

Eksempler på konkrete initiativer og redskaber, der kan bringes i anvendelse, kan være kompetenceudvikling, hel eller delvis aflastning fra særligt belastende opgaver, tilpasning af arbejdstidstilrettelæggelsen, individuelle arbejdsmiljømæssige tiltag, større egenplanlægning, involvering i særlige arbejdsopgaver og projekter, mulighed for hjemmearbejde, midlertidig eller permanent nedsat tid, job- og/eller opgaveskifte, løntillæg, ned i charge mv.

Der henvises i øvrigt til tiltagene beskrevet i kapitel 5, 6 og 7.

Leder og medarbejder skal i denne forbindelse være opmærksomme på, at der, udover ordninger efter kapitel 5, 6 og 7, kan være tiltag, der i henhold til overenskomster og aftaler forudsætter indgåelse af en aftale med en (lokal) repræsentant fra den forhandlingsberettigede organisation.

****NYT****

§ 3. MED-UDVALGENES ROLLE

Regionens MED-udvalg skal medvirke til at rammeaftalen anvendes efter hensigten, herunder i forhold til bredden i indsatsen, både i forhold til faggrupper og arbejdspladser.

Hovedudvalget drøfter politik og den overordnede vision på området i regionen samt drøfter, hvordan der kan skabes forankring også i de underliggende MED-udvalg og dermed på de enkelte arbejdspladser.

Øvrige MED-udvalg kan drøfte rammeaftalens anvendelse set i forhold til den enkelte arbejdsplads.

Hovedudvalgets og de øvrige MED-udvalgs opfølgning på rammeaftalen sker i det omfang som udvalgene finder, at der er behov for det, idet lokale forhold danner grundlag for, hvordan opfølgning finder sted.

BEMÆRKNINGER:
Hovedudvalget og de øvrige med-udvalg kan i drøftelserne inddrage tilgængelige og relevante statistikker og opgørelser om fx alderssammensætning, tilbagetrækningsalder og personaleomsætning samt erfaringer med anvendelsen af seniorpolitiske tiltag.

****NYT****

§ 4. TILLIDSREPRÆSENTANTEN

Tillidsrepræsentanten skal medvirke ved indgåelse af aftaler om vilkår, der ligger indenfor de kollektive overenskomster og aftalers rammer.

BEMÆRKNINGER:
Tillidsrepræsentanten spiller en væsentlig rolle for samarbejdet på arbejdspladsen og dialogen mellem ledelse og medarbejdere. Dette gør sig også gældende i forhold til den seniorpolitiske indsats. Tillidsrepræsentant og leder bør derfor samarbejde om at indfri intentionerne i rammeaftalen herunder drøfte erfaringer med dialog om fastholdelse jf. § 2. efter behov.

Tillidsrepræsentanten understøtter endvidere dialogen mellem leder og medarbejder bl.a. gennem at medvirke ved indgåelse af aftaler med konkrete vilkår, der ligger indenfor tillidsrepræsentantens sædvanlige varetagelse af hvervet.

****NYT****

KAPITEL 3. SENIORORDNINGER EFTER KAPITEL 5, 6 OG 7

§ 5. SENIORORDNINGER EFTER KAPITEL 5, 6 OG 7

Stk. 1
For seniorordninger, der indgås efter kapitel 5, 6 og 7 aftales vilkårene for de konkrete ordninger mellem regionen og (lokale) repræsentanter for de(n) forhandlingsberettigede organisation(er).

Bestemmelserne om seniorstillinger og om fratrædelsesordninger kan kombineres. Bestemmelserne om generationsskifteordninger kan ikke kombineres med de to andre ordninger.

BEMÆRKNINGER:
***Formålet med rammeaftalens ordninger er fastholdelse af seniorer**. Ved vurderingen af om rammeaftalens ordninger skal etableres kan der fx tages hensyn til den ansattes alder, perioden for regional ansættelse, perioden for nuværende ansættelse i regionen samt i øvrigt den ansattes mulighed for at opnå delpension, efterløn eller andre supplerende ydelser.*

For chefer/ledere kan det endvidere indgå i vurderingen, at den pågældende har været ansat i en chef/lederstilling i regionen for en længere periode på fx 5 år samt længden af den periode, for hvilken en seniorordning aftales.

Stk. 2
Seniorordninger kan have en begrænset gyldighedsperiode eller være uden tidsbegrænsning.

****NYT****

KAPITEL 4. SENIORBONUS

§ 6. SENIORBONUS

Parterne har aftalt en seniorbonus, som er reguleret i Protokollat vedrørende seniorbonus, jf. aftalens bilag 1.

KAPITEL 5. SENIORSTILLINGER

Som led i bestræbelserne på at fastholde ældre medarbejdere er parterne enige om at anbefale, at ansatte på 60 år og derover, der har til hensigt at gå på pension/efterløn, i stedet tilbydes nedsættelse af arbejdstiden med opretholdelse af fuld pension, hvis forholdene på arbejdsstedet mv. tillader det.

Fastholdelse i en seniorstilling kan for såvel ledere og medarbejdere ske ved nedsættelse af arbejdstiden, ændrede arbejdsopgaver/arbejdsfunktioner, og ved en kombination heraf.

For chefer og ledere kan et relevant alternativ til pensionering derfor også være en seniorstilling i form af en stilling uden ledelsesansvar.

Fastholdelseselementerne i en seniorstilling kan bestå af:

- udligningstillæg,
- bevarelse af pensionsrettigheder/pensionsforbedringer og/eller
- fastholdelsesbonus.

§ 7. PERSONKREDS

For såvel tjenestemænd som ikke-tjenestemænd, der er fyldt 52 år, kan der oprettes seniorstillinger. Seniorstillinger kan enten være eksisterende eller nye stillinger, der oprettes til formålet.

§ 8. UDLIGNINGSTILLÆG

Stk. 1.
I de tilfælde, hvor lønnen i seniorstillingen er lavere end i den hidtidige stilling, kan der ydes et udligningstillæg. Tillægget kan maksimalt udgøre forskellen mellem lønnen i den hidtidige stilling og lønnen i seniorstillingen.

Stk. 2.
Hvis overgang til en seniorstilling indebærer en nedsættelse af den for stillingen i øvrigt gældende fuldtidsarbejdstidsnorm, kan der i enkelte særlige tilfælde ydes et udligningstillæg, der maksimalt kan udgøre forskellen mellem lønnen i seniorstillingen på fuld tid og lønnen i seniorstillingen på nedsat tid.

§ 9. BEVARELSE AF PENSION

Med virkning for aftaler, der er indgået den 1. april 2002 eller senere, bevarer en tjenestemand, der overgår til en seniorstilling, retten til at få beregnet tjenestemandspensionen efter lønnen og beskæftigelsesgraden i den hidtidige stilling. Tilsvarende bevarer ikke-tjenestemænd retten til pensionsbidrag efter lønnen og beskæftigelsesgraden i den hidtidige stilling.

§ 10. PENSIONSFORBEDRING

Stk. 1.
Hvis den samlede løn er nedsat væsentligt, kan der tillægges op til 2 års ekstraordinær pensionsalder til tjenestemænd, som ved overgang til seniorstillingen er fyldt 55 år.

En betingelse for tillæggelse af ekstraordinær pensionsalder er, at seniorstillingen fratrædes efter det fyldte 62. år. Fratrædes seniorstillingen før dette tidspunkt, bortfalder den ekstraordinært tillagte pensionsalder.

Tillæggelse af ekstraordinær pensionsalder kan ikke bevirke en samlet pensionsalder på mere end 37 år eller en samlet pensionsalder højere, end der ville være optjent ved udgangen af den måned, hvori den pågældende fylder 70 år. Herudover vil Rammeaftale om supplerende pension kunne anvendes.

Stk. 2.
Hvis den samlede løn er nedsat væsentligt, kan der indbetales op til 2 års ekstra pensionsbidrag for ikke-tjenestemænd, som ved overgang til en seniorstilling er fyldt 55 år. Det er en betingelse for indbetaling af ekstra pensionsbidrag, at seniorstillingen fratrædes efter det fyldte 62. år.

Pensionsbidraget indbetales samlet, når pågældende fratræder seniorstillingen.

§ 11. FASTHOLDELSESBONUS

I forbindelse med aftaler om en seniorstilling kan det aftales, at der ved fratrædelsen ydes en særlig bonus, hvis seniorstillingen fratrædes efter det fyldte 62. år.

KAPITEL 6. GENERATIONSSKIFTEORDNINGER

For chefer og ledere kan fastholdelse ske ved etablering af en generationsskifteordning i nuværende stilling.

Fastholdelseselementerne i en generationsskifteordning kan bestå af:
- løntillæg,
- fastholdelsesbonus og/eller
- pensionsforbedring.

§ 12. PERSONKREDS

Stk. 1.
For chefer og ledere, der er fyldt 54 år, kan der indgås en generationsskifteaftale om særlige vilkår for fortsat ansættelse i den nuværende stilling i et nærmere fastsat tidsrum og herefter fratræden.

Stk. 2.
Generationsskifteaftaler kan højst indgås for en periode på 6 år og med et fratrædelsestidspunkt tidligst fra pågældendes fyldte 60. år.

> *BEMÆRKNINGER:*
> *Fratrædelsestidspunktet skal fremgå af aftalen. Aftaler om fratræden efter pågældendes fyldte 65. år kan kun indgås efter RLTN's forudgående godkendelse.*

§ 13. GENERATIONSSKIFTEAFTALENS INDHOLD

Stk. 1.
I generationsskifteaftalen kan fastsættes

a) et løntillæg,
b) en fastholdelsesbonus og/eller
c) en pensionsforbedring.

eller kombinationer heraf således, at værdien af løntillæg og/eller fastholdelsesbonussen kan konverteres til pensionsforbedring, men ikke omvendt.

BEMÆRKNINGER:
Indgåelse af generationsskifteaftaler kan ske efter følgende retningslinier:

1. *Et løntillæg på op til 15 % af årslønnen (inkl. evt. særligt tillæg, topcheftillæg, kvalifikations- og funktionstillæg, men ekskl. resultatlønstillæg).*

2. *En fastholdelsesbonus på op til 3 måneders løn med tillæg af yderligere en månedsløn pr. generationsskifteår. Løntillægget på op til 15 % indgår i beregningen.*

3. *En pensionsforbedring op til en samlet værdi på 15 % af løntillæggets maksimum.*

   For tjenestemænd kan der tillægges op til 4 års ekstraordinær pensionsalder ved supplerende anvendelse af værdien af løntillæg og/eller fratrædelsesbeløb.

   Den økonomiske beregning af værdien af pensionsforbedringer sker efter tabellen i aftalens bilag 3.

   Tillæggelse af ekstraordinær pensionsalder kan ikke bevirke en samlet pensionsalder på mere end 37 år eller en samlet pensionsalder højere, end der ville være optjent ved udgangen af den måned, hvori den pågældende fylder 70 år.

I aftalens bilag 2 er angivet konkrete eksempler på, hvorledes elementerne i generationsskifteordninger kan kombineres.

Kan der undtagelsesvis ikke indgås aftale inden for disse retningslinier, forelægges sagen for RLTN.

Stk. 2.
En ansat i en generationsskifteordning kan afskediges uansøgt af andre grunde end sygdom eller tjenesteforseelse, såfremt vilkårene herfor aftales med den forhandlingsberettigede organisation. Vilkårene kan aftales inden for en økonomisk ramme, der begrænses af generationsskifteordningens udløbsperiode, dog maksimalt svarende til 3 års løn.

Stk. 3.
Tjenestemænd, der overgår til aldersbetinget førtidspension efter en generationsskifteaftale, er omfattet af Tjenestemandspensionsregulativets/-vedtægtens bestemmelser om førtidspensionsfradrag. Det kan dog i forbindelse med aftalens indgåelse aftales, at procentfradraget skal reduceres eller helt bortfalde.

For tjenestemænd i folkeskolen mv. (den lukkede gruppe) samt reglementsansatte, kan der indgås aftale om, at der i stedet for eventuel reduktion eller bortfald af førtidspensionsfradraget i den udbetalte pension ydes et engangstillæg. Tillæggets størrelse fremgår af aftalens bilag 4.

****NYT****

KAPITEL 7. FASTHOLDELSES- OG FRATRÆDELSESORDNINGER

For såvel ledere som medarbejdere kan der aftales fratrædelsesordninger. Fratrædelsesordninger kan anvendes i fastholdelsesøjemed, fx således, at ansættelse til minimum en bestemt alder udløser et eller flere af elementerne. Fratrædelsesordninger kan også anvendes i forbindelse med personaletilpasninger.

En fratrædelsesordning kan bestå af:
- fratrædelsesgodtgørelse,
- pensionsforbedring og/eller
- tjenestefri med sædvanlig løn.

§ 14. FRATRÆDELSESGODTGØRELSE

I forbindelse med fratræden kan der ydes en medarbejder en godtgørelse på indtil 6 måneders løn.

BEMÆRKNINGER:
Bestemmelsen omfatter primært fratræden efter længerevarende ansættelse.

Det kan aftales, om beløbet skal beregnes på samme måde som løn under sygdom (tjenestemænd).

For ikke-tjenestemænd kan det aftales, at godtgørelsen skal inkludere et beløb svarende til aktuelt pensionsbidrag.

Det kan ikke aftales, at godtgørelsen skal indgå ved beregning af feriegodtgørelse.

Herudover kan den ansatte have ret til fratrædelsesgodtgørelse efter funktionærlovens § 2a.

§ 15. PENSIONSFORBEDRING

Stk. 1.
Når en tjenestemand, der er fyldt 60 år, fratræder stillingen med henblik på at oppebære aldersbetinget førtids- eller egenpension, kan der tillægges op til 4 års ekstraordinær pensionsalder.

Tillæggelse af ekstraordinær pensionsalder kan ikke bevirke en samlet pensionsalder på mere end 37 år eller en samlet pensionsalder højere, end der ville være optjent ved udgangen af den måned, hvori den pågældende fylder 70 år.

Stk. 2.
Bestemmelsen i stk. 1 kan ikke anvendes i forhold til tjenestemænd, der afskediges eller fratræder af andre grunde end aldersbetinget førtids- eller egenpension, som fx. svagelighed, eller anden utilregnelig årsag.

Stk. 3.
Tjenestemænd, der overgår til aldersbetinget førtidspension i forbindelse med en fratrædelsesordning, er omfattet af Tjenestemandspensionsregulativets/-vedtægtens bestemmelser om førtidspensionsfradrag. Det kan dog aftales, at procentfradraget skal reduceres eller helt bortfalde.

Dette skal ske ved indgåelse af aftalen om fratrædelsesordningen.

For tjenestemænd i folkeskolen mv. (den lukkede gruppe) samt reglementsansatte, kan der indgås aftale om, at der i stedet for eventuel reduktion eller bortfald af førtidspensionsfradraget i den udbetalte pension ydes et engangstillæg. Tillæggets størrelse fremgår af aftalens bilag 4.

Stk. 4.
For ikke-tjenestemænd, der er fyldt 60 år og som selv siger op, kan der indbetales op til 4 års ekstraordinært pensionsbidrag. Det ekstraordinære bidrag indbetales samlet ved fratrædelsen.

Ydelse af et ekstraordinært pensionsbidrag kan ikke bevirke en større samlet indbetaling, end der kunne være indbetalt ved fratræden som 70-årig.

§ 16. TJENESTEFRI MED SÆDVANLIG LØN

Ikke-tjenestemænd kan i forbindelse med fratræden ydes op til 6 måneders tjenestefrihed med sædvanlig løn.

KAPITEL 8. IKRAFTTRÆDEN, OVERGANGSBESTEMMELSER SAMT OPSIGELSE AF AFTALEN

****NYT****

§ 17. IKRAFTTRÆDEN OG OPSIGELSE MV.

Stk. 1.
Rammeaftalen træder i kraft pr. 1. april **2021**. Rammeaftalen erstatter rammeaftale om seniorpolitik af **14. april 2016 indgået mellem RLTN og Forhandlingsfællesskabet**

Stk. 2.
Aftaler om seniorstillinger, generationsskifte- og fratrædelsesordninger indgået forud for denne rammeaftales udsendelse har gyldighed efter deres indhold.

Stk. 3.
Tjenestemænd i folkeskolen mv. (den lukkede gruppe) og reglementsansatte er, i det omfang det er foreneligt med vilkårene herfor, omfattet af denne rammeaftale.

> *BEMÆRKNINGER:*
> *Når der er indgået aftale om en seniorstilling, bevarer den ansatte retten til optjening af pension efter den hidtidige stillings løn og beskæftigelsesgrad, og regionen skal indbetale et pensionsdækningsbidrag på 15 pct. af differencen mellem den hidtidige højere pensionsgivende løn og den pensionsgivende løn i den nye stilling til Statens Administration, jf. § 5, stk. 2 i Tjenestemandspensionsloven. Når der er indgået aftale om tillæggelse af ekstraordinær pensionsalder, skal regionen indbetale et kapitalbeløb til Statens Administration.*

Stk. 4.
Rammeaftalen kan opsiges til ophør med 3 måneders varsel til en 31. marts, dog tidligst til den 31. marts **2024**. Opsigelse skal ske skriftligt.

København, **den xx.xx.2021**

For REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN:

For FORHANDLINGSFÆLLESSKABET:

DANSKE REGIONER

06-12-2013

Danske Regioners pensionspolitik

1. Fokus på pension

Pensionsområdet er i stigende grad en væsentlig del af samfundsdebatten og et nødvendigt fokusområde for fremtidens velfærdssamfund.

Som arbejdsgiver på det offentlige arbejdsmarked er Danske Regioner medvirkende i forhold til at sikre de regionale medarbejdere en tilstrækkelig og bæredygtig pensionsopsparing.

Pensionsindbetalingerne er vigtige. Pensionen er en væsentlig del af de samlede vilkår, der udgør de regionale medarbejderes lønpakker. Pensionen skal give de regionale medarbejdere et tilstrækkeligt forsørgelsesgrundlag i deres pensionstilværelse, og den skal sikre de regionale medarbejdere og deres familier i forbindelse med sygdom, invaliditet og død. En borger, der har en tilstrækkelig pensionsopsparing vil i høj grad være selvforsørgende i sin pensionstilværelse. Danske Regioner anser derfor også pensionsindbetalingerne som et vigtigt bidrag til understøttelse af en forsvarlig samfundsøkonomi.

2. De regionale arbejdsmarkedspensioner

De regionale arbejdsmarkedspensioner er kendetegnet ved at være kollektivt aftalte, solidariske ordninger. Det betyder, at medlemmerne i pensionskasserne deler de risici, der måtte være forbundet med sygdom, invaliditet og død. Med en solidarisk pensionsordning sikres regionale medarbejdere en pensions- og forsikringsdækning, der ikke er afhængig af individuelle risici. For Danske Regioner er dét et vigtigt hensyn.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

Danske Regioner arbejder derfor for, at de pensionsordninger, som de regionale medarbejdere er dækket af, består som kollektive, solidariske ordninger – også i fremtiden.

Det er Danske Regioners mål, at værdien af den samlede pension, inklusiv offentlige pensioner, skal andrage et niveau, der gør det muligt for den enkelte at opretholde en tilstrækkelig selvforsørgelse i pensionstilværelsen. Arbejdsmarkedspensionen skal bidrage til, at den samlede pension står i et rimeligt forhold til medarbejderens indkomst som erhvervsaktiv. De regionale pensionsordninger skal dermed medvirke til, at tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet ikke er forbundet med et drastisk fald i levestandard.

Det er ligeledes en målsætning, at den investeringspolitik, der fastlægges af pensionsselskabet, har det formål at sikre et højt afkast afvejet mod den risikoprofil, der passer til den enkelte ordning. Det betyder også, at Danske Regioner vil arbejde på, at omkostningsniveauet i de obligatoriske pensionsordninger holdes så lavt som muligt. Samtidig skal medarbejdernes pensionsydelser i overvejende grad være livsvarige ydelser, som sikrer pensionsdækning gennem hele livet.

Som arbejdergiver har Danske Regioner visse krav til regionale pensionsordninger. Kravene skal være med til at sikre de hensyn, der er beskrevet i de indledende afsnit. Nedenfor er Danske Regioners krav beskrevet nærmere.

3. Ydelsessammensætning

For at sikre livsvarig pensionsdækning skal ydelsessammensætningen leve op til nedenstående krav:

- *Livsvarige ydelser:* Minimum 2/3 af det indbetalte pensionsbidrag anvendes til livsvarige ydelser, også kaldet obligatoriske ydelser. De livsvarige ydelser inkluderer eksempelvis alderspension, invalidepension, evt. børne- og ægtefællepension, udbetalinger i forbindelse med kritisk sygdom samt gruppelivsforsikringer.

- *Valgfrie ydelser:* 1/3 af det indbetalte pensionsbidrag kan anvendes til såkaldte valgfrie ydelser. De valgfrie ydelser inkluderer bl.a. løbende ydelser, sumudbetalinger, som ophørende alderspension samt ophørende ydelser som fx ratepensioner. Maksimalt halvdelen af de valgfrie ydelser kan anvendes til sumudbetalinger. Valgfri ydelser dækker også over øvrige produkter som fx delpension, depotsikring og sundhedsordninger.

4. Delpension

Ved indførelse af delpension i de regionale pensionsordninger skal iagttages en række principper[1]. Principperne skal sikre hensynet til medarbejdernes pensionsopsparing, seniorøkonomi og beskæftigelsen i den regionale sektor.

- Der skal indenfor fem år efter indførelsen af muligheden for delpension foreligge en evaluering, der belyser hvorledes og i hvor høj grad, ordningen benyttes. Herefter skal overenskomstparterne vurdere muligheden for en fortsættelse af ordningen.
- Ved anmodning om udbetaling af delpension skal den ansatte overfor pensionsselskabet dokumentere nedgang i arbejdstid.
- Delpensionen beregnes af den ansattes pensionsopsparing forholdsmæssigt til den tid, hvormed arbejdstiden reduceres – dog max en tredjedel af pensionsdepotet, svarende til den tredjedel, som i dag kan anvendes til valgfri ydelser.
- Aldersgrænsen for overgang til delpension skal følge pensionsbeskatningsloven for udbetaling af skattebegunstigede pensionsordninger.
- Udbetaling af delpension kan fx ske som en løbende livrente, dog kan udbetalingerne midlertidigt sættes på pause i henhold til gældende lovgivning.

5. Depotsikring

Såfremt der i de regionale pensionsordninger indføres depotsikring, er det et krav fra Danske Regioner, at depotsikringen skal finansieres af den tredjedel af pensionsbidraget, som i dag kan anvendes til valgfri ydelser. Det betyder, at depotsikring kan indføres under forudsætning af, at hverken det enkelte medlems eller kollektivets opsparing til livsvarig alderspension forringes herunder at eventuelle overlevelsesrenter sikres. Forudsætningerne for indførelse af depotsikring skal således følge en række principper:

- At etablering af depotsikring sker som en kollektiv ordning for hele gruppen.
- At depotet kun udbetales i den situation, hvor et medlem af pensionsordningen dør før pensioneringstidspunktet.
- At depotsikring finansieres ved brug af den 1/3 af bidraget, som kan anvendes til valgfri ydelser.

[1] Enkelte kasser har allerede tilbudt delpension til deres medlemmer. Disse kasser kan derfor, forud for pensionspolitikkens vedtagelse, have tilrettelagt IT-systemer og administrative procedurer, der ikke nødvendigvis følger principperne i politikken.

— At det i den enkelte pensionsordning sikres, at der afsættes midler til obligatoriske ydelser, herunder livsvarig alderspension minimum svarende til hidtidig dækning ved 2/3 af bidraget samt eventuel overlevelsesgevinst.
— At udbetaling af depotsikring er begrænset til nærmeste pårørende[2].

6. Investeringsvalg

Størrelsen på den pensionsindtægt, som de regionale medarbejdere har til rådighed ved overgangen til pensionering, er afhængig af det afkast, pensionsselskaberne skaber. Pensionsselskaberne har således en forpligtelse overfor deres medlemmer til at sigte imod opnåelsen af det bedst mulige afkast. Bestyrelserne og direktionerne i pensionskasserne har ansvaret for pensionskassernes investeringspolitik.

Derfor vil Danske Regioner være påpasselig med at åbne for individuelle investeringsvalg, der enten påfører store administrative omkostninger eller er forbundet med store risici for medarbejderen.

7. Sundhedsordninger

De sundhedsordninger, der udbydes gennem de regionale pensionsordninger, skal følge bestemmelserne i de protokollater om personalegoder, der er indgået på de enkelte overenskomstområder[3]. Endvidere skal eventuelle sundhedsordninger kunne finansieres indenfor den tredjedel af pensionsbidraget, der normalt kan anvendes til valgfrie ydelser.

8. Valgfrihed i pensionsordningerne

Samfundsudviklingen bevæger sig generelt i retning af en øget individualisering og en efterspørgsel på fleksibilitet og valgfrihed. Det gør sig også gældende i forhold til pensionsopsparing. Personalegrupperne ansat i regionerne kan af forskellige årsager have særlige ønsker til sammensætningen af deres pensionsordning. Danske Regioner vil i sådanne tilfælde være indstillet på at samarbejde med lønmodtagerorganisationerne og pensionskasserne om udviklingen af løsninger, der kan opfylde de ansattes ønsker og samtidig sikre den enkelte ansatte tilstrækkeligt i forbindelse med pensionering samt ved sygdom, invaliditet eller død.

---

[2] "Ved nærmeste pårørende" forstås i forhold til udbetaling af depotsikring medlemmets ægtefælle, samlever, børn eller slægtsarvinger efter arveloven, i nævnte rækkefølge. Udbetaling af depotsikring til samlevere forudsætter, at de i pensionsbeskatningslovens § 2, nr. 4, litra d), 2. eller 3. led fastsatte krav er opfyldt.

[3] Protokollat om aftaler om nedgang i kontantløn ved indgåelse af lokale aftaler om personalegoder

For visse regionale medarbejdergrupper er der indgået aftaler om valgfrihed med hensyn til udbetaling af en vis procentdel af pensionsbidraget. Det er eksempelvis tilfældet på akademikerområdet. Valgfriheden betyder, at medarbejderen kan vælge at få udbetalt en nærmere aftalt procentdel af sit pensionsbidrag som løn frem for at indbetale den til pension. En sådan valgfrihed kan være hensigtsmæssig og samfundsmæssig forsvarlig på områder, hvor pensionsordningen er særligt veludbygget. Danske Regioner har en målsætning om, at pensionsindbetalingerne i størst muligt omfang går til pension. Derfor vil Danske Regioner dog udvise forsigtighed i forhold til en udvidelse af valgfriheden på pensionsområdet.

9. Arbejdsmarkedets Tillægspension (ATP)

Arbejdsmarkedets tillægspension (ATP) er en lovpligtig pensionsordning, der har til formål at supplere folkepension, arbejdsmarkedspension og evt. supplerende pensionsordninger. De regionale arbejdsgivere indbetaler bidrag til ATP for regionernes medarbejdere. Udgangspunktet for indbetaling til ATP er det såkaldte A-bidrag. Op gennem 1980'erne og 1990'erne blev der for de offentligt ansatte dog aftalt en række nye bidragssatser, de såkaldte B-, C- og D-satser, der alle er lavere satser end A-satsen.

For at styrke de regionale medarbejderes samlede pensionsopsparing og til fortsat støtte af samfundsøkonomien er det Danske Regioners ambition, at samtlige medarbejdergrupper på det regionale arbejdsmarked skal omfattes af A-satsen. Danske Regioner arbejder derfor målrettet på hurtigst muligt, og i det tempo som den økonomiske udvikling tillader det, at få gennemført en ensretning af bidragssatserne, således at alle medarbejdere omfattes af A-satsen. Fremadrettet kan det være relevant at fortsætte arbejdet med udvikling af ATP-satserne ud over A-satsen, således at de grupper af medarbejdere med de laveste indkomster styrkes.

10. Tjenestemandspension

Knapt 5.000 af de regionale medarbejdere, svarende til ca. 4 %, er tjenestemænd. Gruppen af tjenestemænd har ret til en tjenestemandspension ved pensionering. Tjenestemandspensionen er en tilsagnspensionsordning. I modsætning til opsparingerne i arbejdsmarkedspensionerne, bliver der for tjenestemænd ikke løbende foretaget indbetalinger. Tjenestemandspensionen er derimod afhængigt af antallet af ansættelsesår og den enkeltes løn på pensioneringstidspunktet. Det er op til den regionale arbejdsgiver at sikre, at der er tilstrækkelige midler til rådighed til pensionsudbetalingen, når en tjenestemand pensioneres. Tjenestemandspensionerne rummer derfor en

økonomisk udfordring for arbejdsgiveren og for samfundsøkonomien. På det regionale arbejdsmarked er tjenestemandsansættelserne under udfasning.

11. Samarbejde om pension

Pension er et fælles anliggende. Pensionsordningerne på det regionale arbejdsmarked er baseret på aftale mellem medarbejder- og arbejdsgiverorganisationer. Parternes gensidige interesse på pensionsområdet har været medvirkende til at sikre de regionale medarbejdere en pensionsordning, der giver dem en livsvarig forsørgelse og en sikring mod sygdom, tilskadekomst og død. Medarbejder- og arbejdsgiverside drøfter løbende de krav til pensionsordninger, som parterne i fællesskab mener, bør være gældende. Det faktum, at pensionsordningerne er aftalt mellem parterne, har i høj grad været bærende for udviklingen af det pensionssystem, der i dag omfatter alle medarbejdere i de 5 danske regioner.

Danske Regioner udpeger ligesom medarbejderorganisationerne bestyrelsesmedlemmer til en række af de pensionskasser, der forvalter de regionale medarbejderes pensionsmidler. For Danske Regioner er det af væsentlig betydning at være med til at sikre at medarbejderne opnår det bedste mulige afkast. Det er dog samtidig højt prioriteret for Danske Regioner, at afkastet opnås inden for en etisk og socialt ansvarlig investeringspolitik. Samtidig arbejder Danske Regioner på at udvikle de regionale kollektive og solidariske arbejdsmarkedspensioner som et fundament for en økonomisk forsvarlig pensionstilværelse for de regionale medarbejdere.

Både arbejdsgiverne og medarbejderorganisationerne vil også fremadrettet spille en væsentlig rolle i forhold til videreudvikling af pensionssystemet. Danske Regioner anser det som en selvfølge at samarbejde med medarbejderorganisationerne, de øvrige arbejdsgiverorganisationer og pensionsselskaberne om spørgsmål i relation til pension.

Danske Regioner arbejder desuden for opfyldelsen af sine pensionspolitiske ambitioner via aktiv deltagelse i den løbende samfundsdebat, politiske drøftelser og påvirkning af den danske og den europæiske lovgivningsproces.

Årlig pension **SOCIAL- OG SUNDHEDSASSISTENT**- fratræder som 72-årig

Ansættelses-norm hele livet til 72 år

102.000 kr. pr år

134.000 kr. pr. år

155.000 kr. pr. år

Hvis fuldtid fra 41 år til 72 år

Forhøjelse af pension
+ 34.000 kr. pr år

Forhøjelse af pension
+ 14.000 kr. pr år

Hvis fuldtid fra 51 år til 72 år

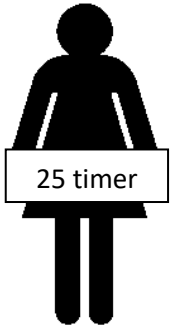
Forhøjelse af pension
+ 17.000 kr. pr. år

Forhøjelse af pension
+ 8.000 kr. pr. år

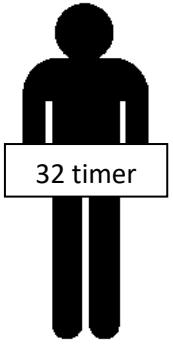
Kilde: Pensam

Årlig pension **SOCIALPÆDAGOG** -fratræder som 72-årig

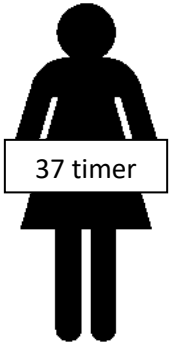
Ansættelses-norm hele livet til 72 år



100.251 kr. pr. år



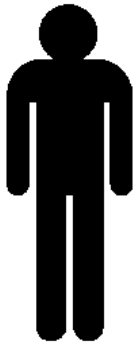
128.185 kr. pr. år



148.138 kr. pr. år

Hvis fuldtid fra 41 år til 72 år

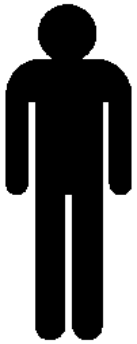
Forhøjelse af pension
+ 27.948 kr. pr. år



Forhøjelse af pension
+ 11.645 kr. pr. år

Hvis fuldtid fra 51 år til 72 år

Forhøjelse af pension
+ 17.943 kr. pr. år

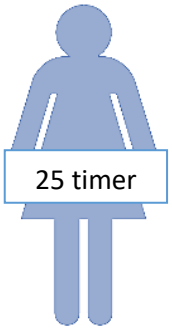


Forhøjelse af pension
+ 7.476 kr. pr. år

Kilde: PKA

Årlig pension **LÆGESEKRETÆRER M.FL.** - fratræder som 72-årig

Ansættelses-norm hele livet til 72 år

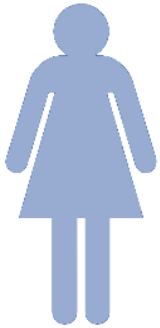


112.151 kr. pr. år

143.289 kr. pr. år

165.531 kr. pr. år

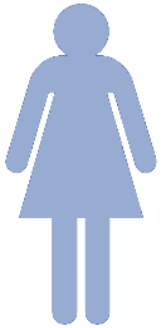
Hvis fuldtid fra 41 år til 72 år



Forhøjelse af pension
+ 30.997 kr. pr. år

Forhøjelse af pension
+ 12.916 kr. pr. år

Hvis fuldtid fra 51 år til 72 år

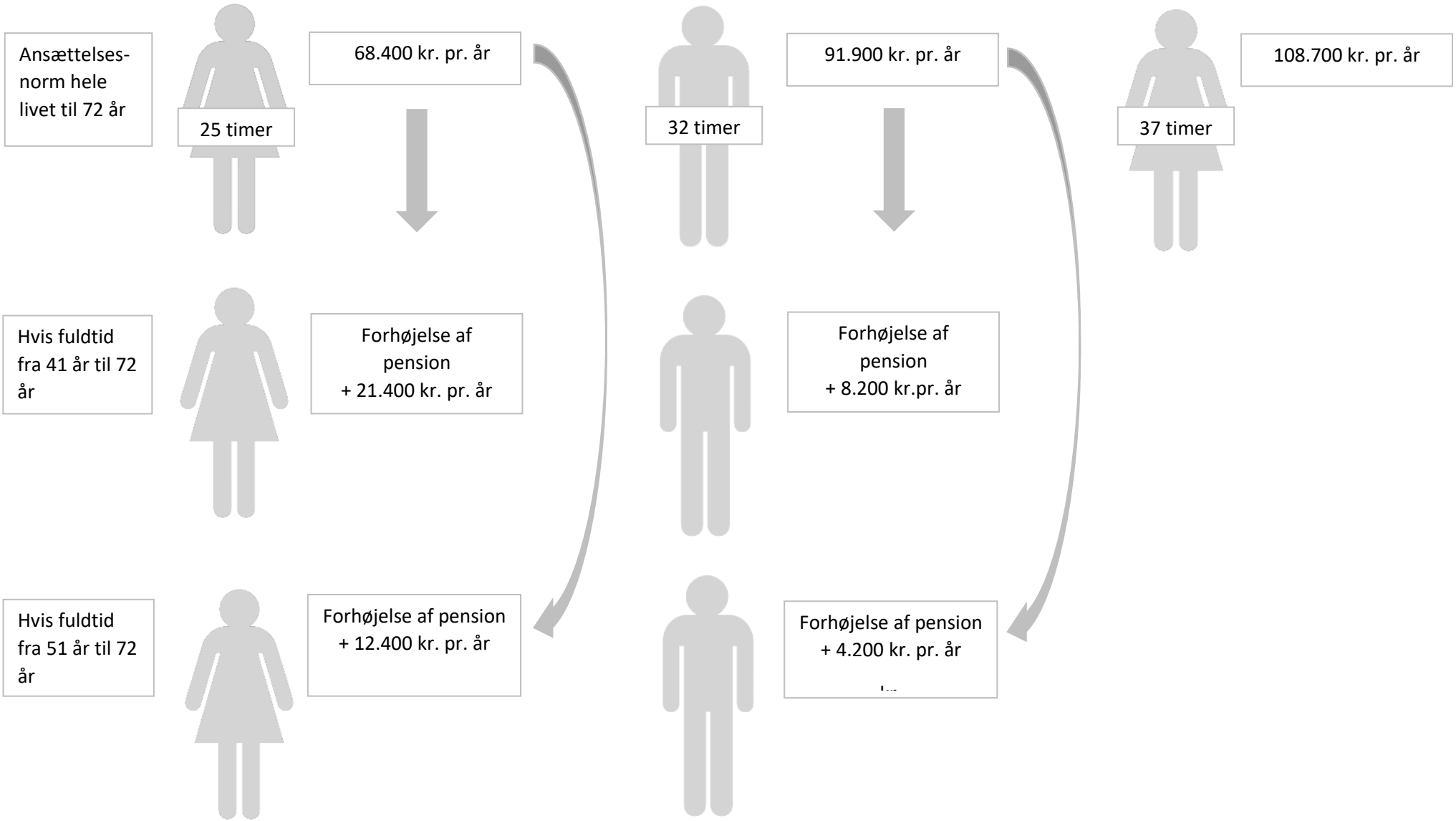


Forhøjelse af pension
+ 19.770 kr. pr. år

Forhøjelse af pension
+ 8.238 kr. pr. år

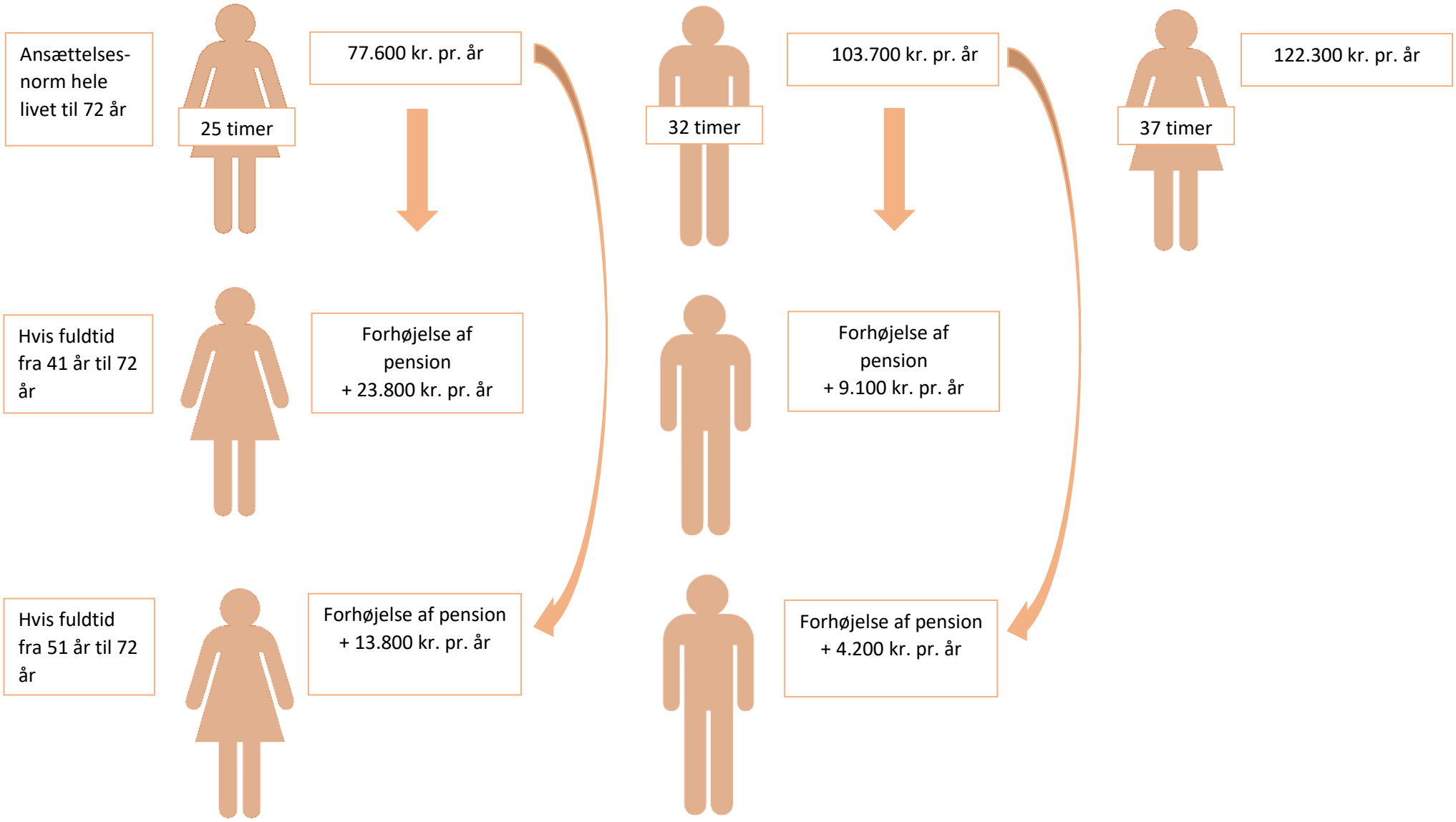
Kilde: PKA

Årlig pension for **RENGØRINGSASSSISTENTER** - fratræder som 72-årig



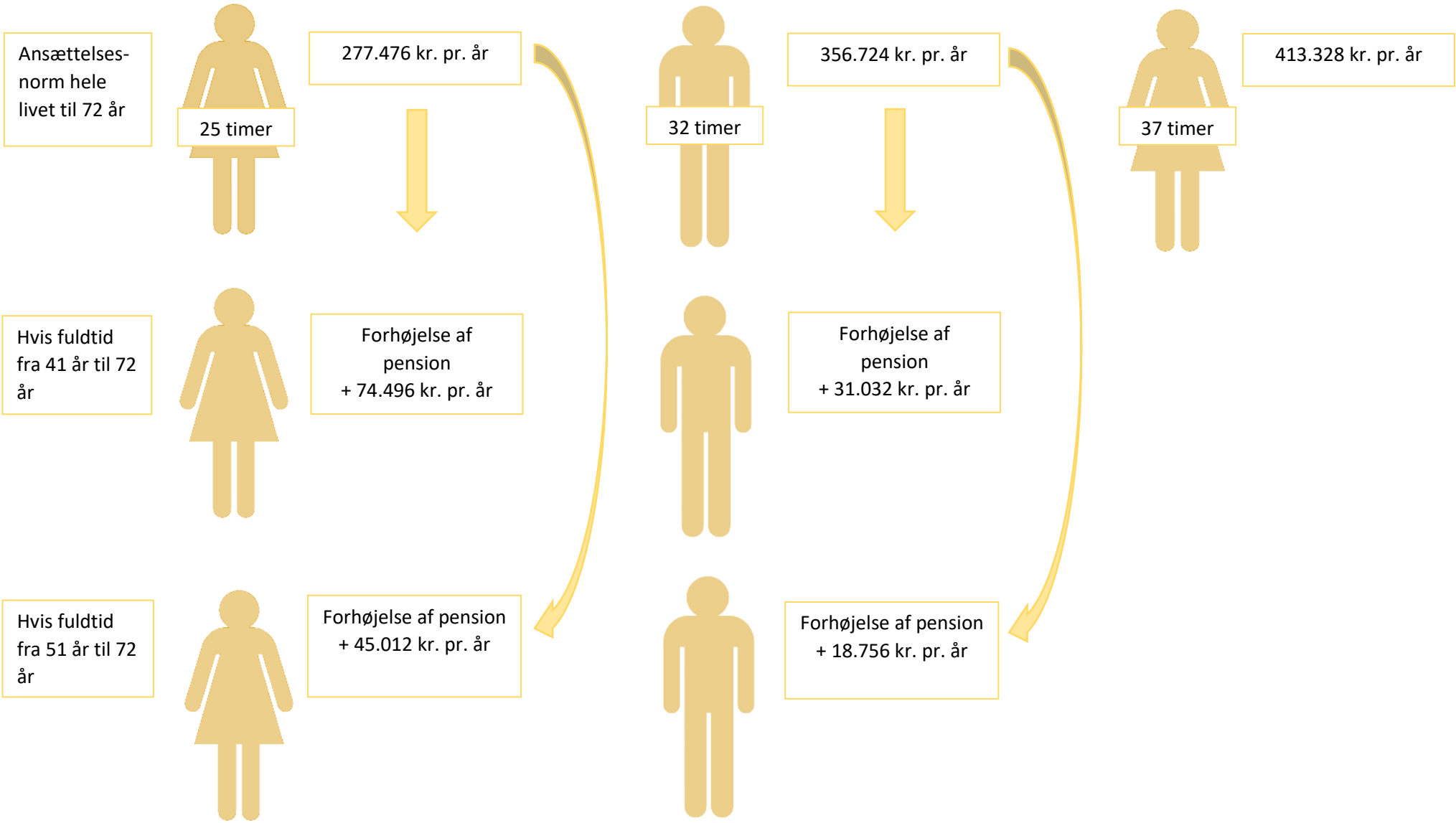
Kilde: PensionDanmark

Årlig pension **OMSORGS- OG PÆDAGOGMEDHJÆLPERE OG PÆDAGOGASSISTENTER** - fratræder som 72-årig



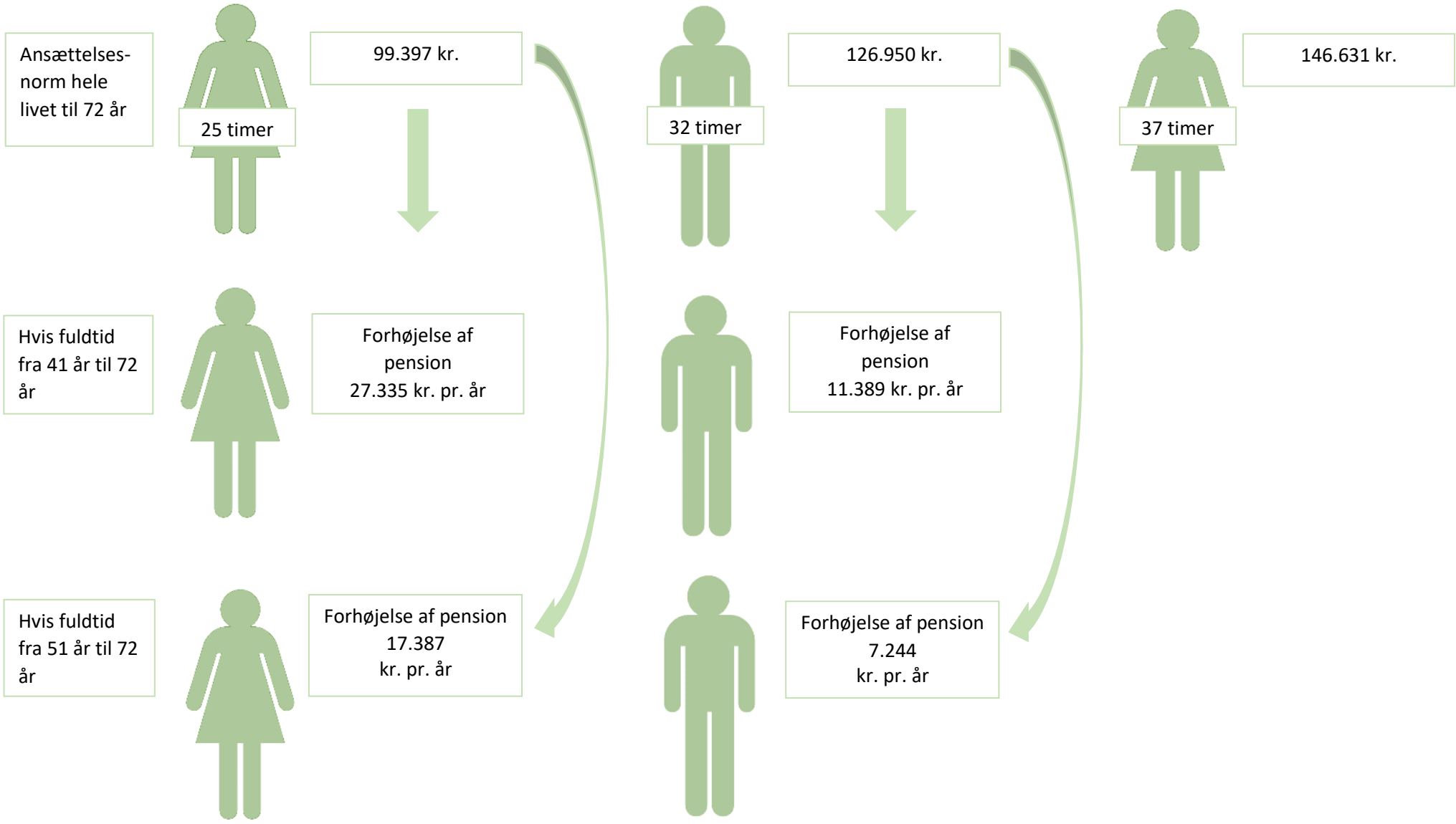
Kilde: PensionDanmark

Årlig pension **MAGISTRE** - fratræder som 72-årig



Kilde: MP Pension

Årlig pension **BIOANALYTIKERE** - fratræder som 72-årig

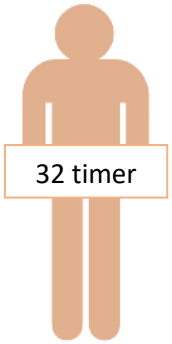


Kilde: PKA

Årlig pension **ERGOTERAPEUTER** - fratræder som 72-årig

Ansættelses-norm hele livet til 72 år

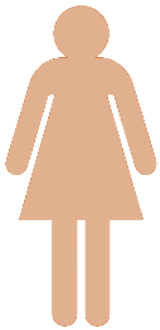
123.751 kr. pr. år



158.123 kr. pr. år

182.674 kr. pr. år

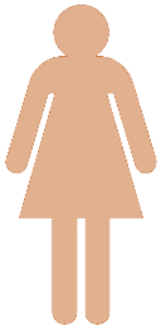
Hvis fuldtid fra 41 år til 72 år



Forhøjelse af pension
+ 34.099 kr. pr. år

Forhøjelse af pension
+ 14.208 kr. pr. år

Hvis fuldtid fra 51 år til 72 år



Forhøjelse af pension
+ 21.689 kr. pr. år

Forhøjelse af pension
+ 9.037 kr. pr. år

Kilde: PKA

Årlig pension **FYSIOTERAPEUTER** - fratræder som 72-årig

Ansættelses-norm hele livet til 72 år

123.548 kr. pr. år

157.863 kr. pr. år

182.375 kr. pr. år

Hvis fuldtid fra 41 år til 72 år

Forhøjelse af pension
+ 34.044 kr. pr. år

Forhøjelse af pension
+ 14.186 kr. pr. år

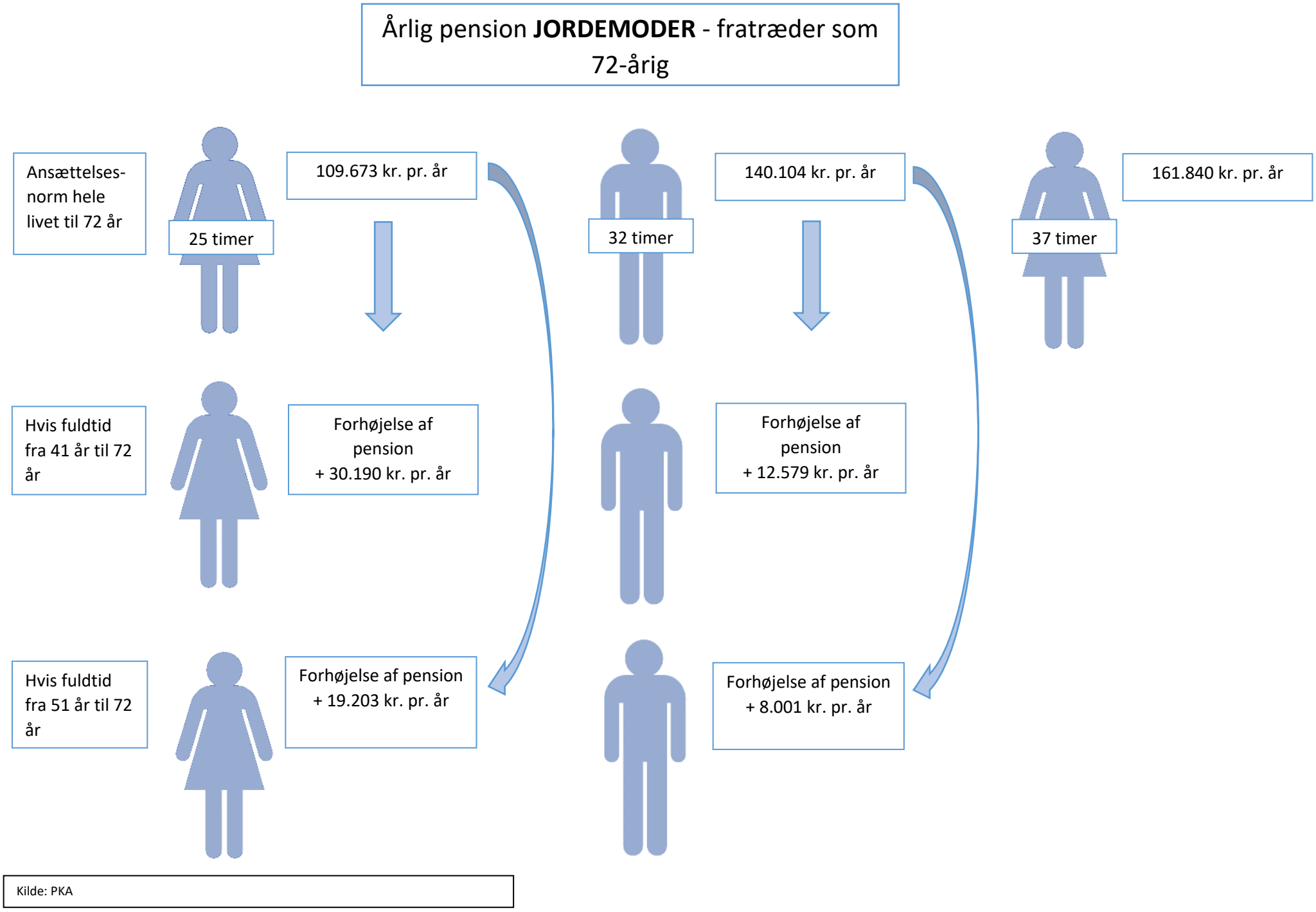
Hvis fuldtid fra 51 år til 72 år

Forhøjelse af pension
+ 21.655 kr. pr. år

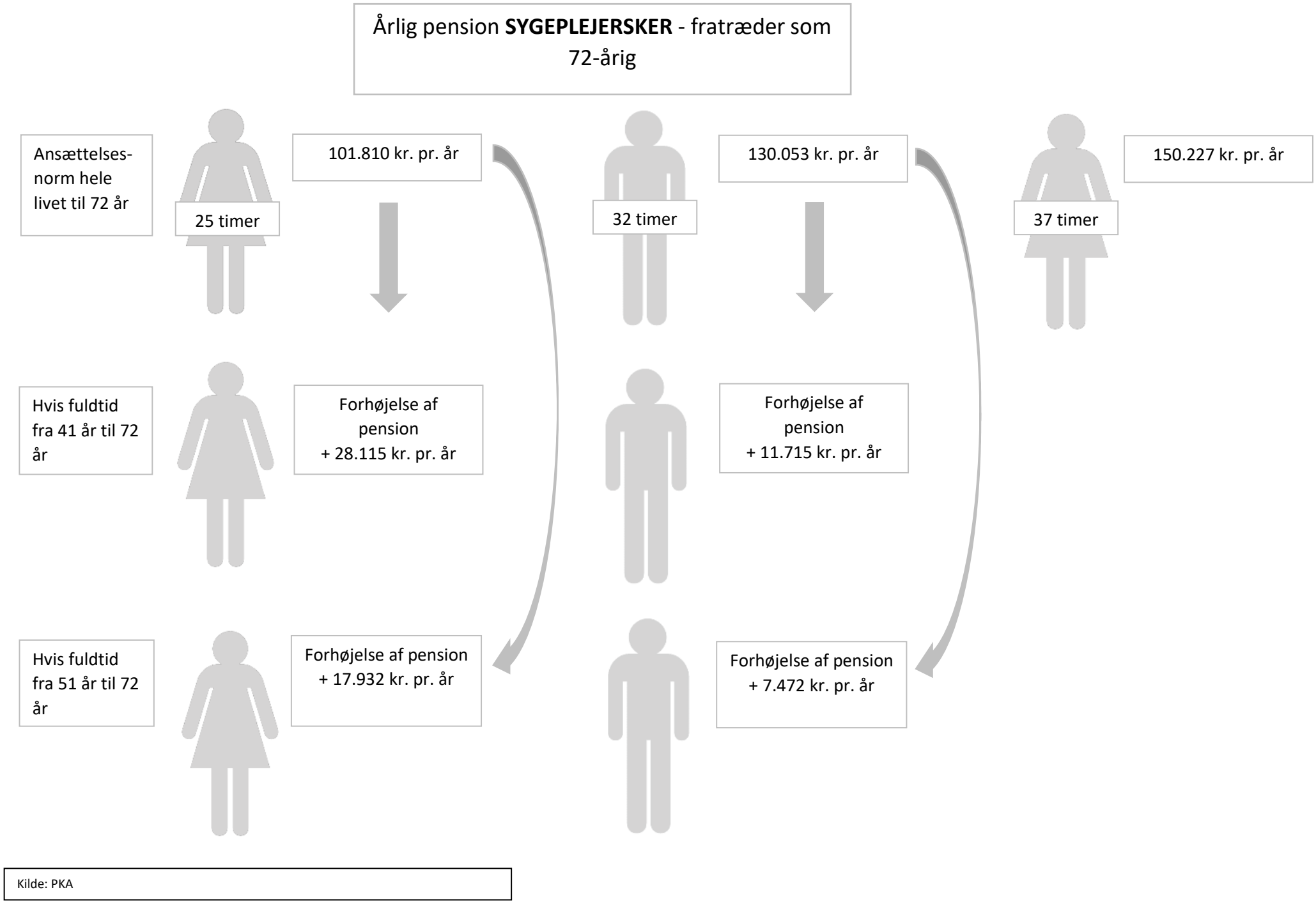
Forhøjelse af pension
+ 9.024 kr. pr. år

Kilde: PKA

Årlig pension **JORDEMODER** - fratræder som 72-årig

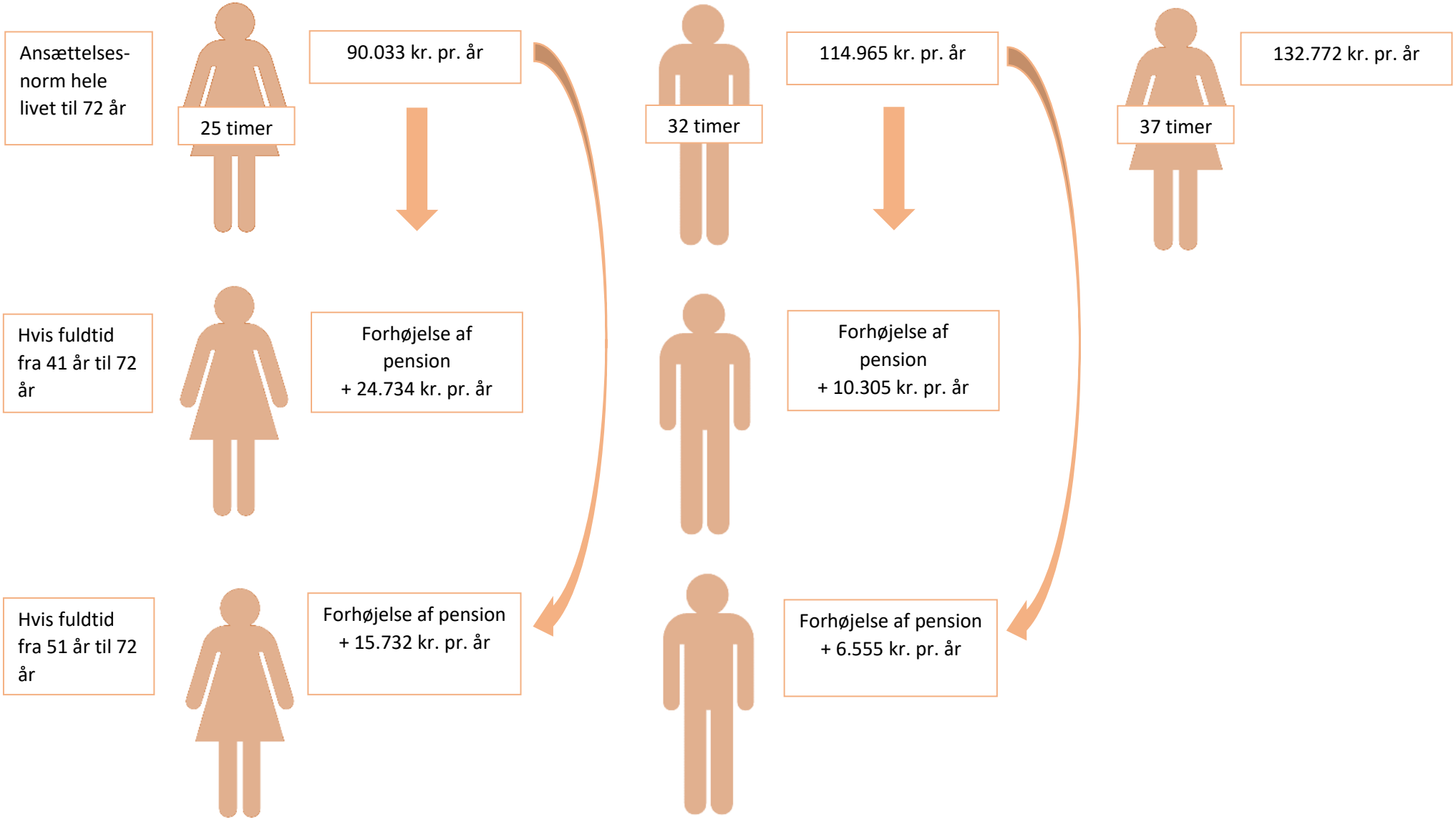


Kilde: PKA


Årlig pension **SYGEPLEJERSKER** - fratræder som 72-årig
Ansættelses-norm hele livet til 72 år
25 timer
101.810 kr. pr. år
32 timer
130.053 kr. pr. år
37 timer
150.227 kr. pr. år
Hvis fuldtid fra 41 år til 72 år
Forhøjelse af pension + 28.115 kr. pr. år
Forhøjelse af pension + 11.715 kr. pr. år
Hvis fuldtid fra 51 år til 72 år
Forhøjelse af pension + 17.932 kr. pr. år
Forhøjelse af pension + 7.472 kr. pr. år

Kilde: PKA

Årlig pension **ERNÆRINGSASSISTENTER** - fratræder som 72-årig



Kilde: PKA

Seniorer i regionerne
Fase 1 i OK-18 seniorprojektet

DANSKE REGIONER

Forhandlings fællesskabet

Indhold

Indledning 3

Kort om tabellerne 4

1. Udviklingen i antal ansatte, som er 55+ og 60+ år. 6
2. Arbejdstid og vagtmønstre for 55+ og 60+ årige 8
3. Sygefravær fordelt på alder 14
4. Seniorernes anciennitet i regionerne 16

5. Fratrådte og socioøkonomisk status 17

6. Bibeskæftigelse 22

Indledning

Ved overenskomstforhandlingerne i 2018 blev Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Forhandlingsfællesskabet enige om, at der i perioden gennemføres et projekt om seniorpolitik. Parterne har som fælles målsætning at fastholde seniorer på arbejdsmarkedet, herunder at medarbejderne har et langt og godt arbejdsliv.

Denne afrapportering udgør første fase i projektet, hvor parterne har udarbejdet et fælles datamateriale om seniorerne på de regionale arbejdspladser. Hensigten med nærværende rapport er at skabe et fælles vidensgrundlag, som kan danne afsæt for de videre drøftelser om parternes fælles målsætning.

Rapporten fokuserer primært på ansatte, som er fyldt hhv. 55 år og 60 år. Rapporten indeholder overblik over udvikling fra 2008 til 2018 for disse aldersgrupper inden for en række forskellige temaer, herunder bl.a.:

- Antal ansatte og andel ældre medarbejdere
- Beskæftigelsesgrader
- Sygefravær
- Vagtmønstre
- Bibeskæftigelser
- Fratrådte

De overordnede tabeller viser gennemsnitstal for alle på tværs af faggrupper og er fordelt på de udvalgte aldersgrupper for at give et indblik i, hvorvidt der er aldersbetingende tendenser. Gennemsnitstallene kan imidlertid dække over store forskelle mellem stillingsgrupperne. Derfor er en række af tabellerne suppleret med tabeludtræk på stillingsgruppeniveau, som er vedlagt i bilagsmaterialet.

Rapporten fokuserer på at beskrive, hvad dataene viser om de 55+ og 60+ årige. Rapporten indeholder ikke fortolkninger af, hvorfor bestemte udviklingstendenser ser ud, som de gør. I de tilfælde, hvor parterne har kendskab til eller en formodning om forklaringsfaktorer, som kan have betydning for bestemte udviklingstendenser, vil dette dog blive bemærket.

God læselyst

Danske Regioner og Forhandlingsfællesskabet

Kort om tabellerne

Denne rapport indeholder en lang række figurer om ansatte, som er fyldt 55 år, i regionerne. Figurerne illustrerer udviklingen fra 2008 til 2018. For figurer og tabeller gælder følgende:

- Figurerne er baseret på data fra henholdsvis Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) og Danmarks Statistik. Alle tabeller, som ligger til grund for figurerne, er vedlagt som bilag.

<u>Om tabeller fra KRL</u>

- Tabellerne er baseret på data for oktober måned fra 2008 til 2018.
- Data er udtrukket for primært tre grupper:
    - Alle ansatte
    - Ansatte som er fyldt 55 år, dvs. 55+ årige.
    - Ansatte som er fyldt 60 år, dvs. 60+ årige.
- I tabellerne er "deltid" defineret, som månedslønnede med en beskæftigelsesgrad, som er lavere end 37 timer om ugen.
- Der fokuseres primært på antal ansættelsesforhold i tabellerne.
- Tabellerne er inklusiv alle ansatte og alle ansættelsesformer, herunder fleksjob, ekstraordinært ansatte og elever.

<u>Om tabeller fra Danmarks Statistik (DST)</u>

- Data fra DST er baseret på 2008, 2014 og 2015.
- Data vedrørende fratrådte er baseret på individer, der var ansat i hhv. januar 2008, 2014 eller 2015, men som ikke er ansat året efter i hhv. januar 2009, 2015 og 2016 i den regionale eller kommunale sektor.
- Socioøkonomisk status angiver, hvorledes DST har registreret hver enkelt borger i deres arbejdsmarkedsregnskab:
    - Person findes ikke i AMR: Angiver, at personen ikke er registret hos DST. Dette kan være på grund af, at de er flyttet udenlands, er afgået ved døden eller andet.
    - Beskæftiget: Angiver, at personen stadig er beskæftiget.
    - Arbejdsløs. Angiver, at personen som benævnt er arbejdsløs.
    - Efterløn: Angiver, at personen er gået på efterløn.
    - Folkepension: Angiver, at personen er gået på pension.

- Anden pension: Angiver, at personen modtager en anden pension end folkepension typisk førtidspension eller anden arbejdsmarkedspension.
- Øvrige uden for arbejdsstyrken: Angiver, at personen ikke er en del af arbejdsstyrken længere.

1. Udviklingen i antal ansatte, som er 55+ og 60+ år.

I dette afsnit sammenholdes aldersfordelingen for alle regionalt ansatte i 2008 i forhold til 2018. Herudover undersøges udviklingen for andelen af 55+ og 60+ årige medarbejdere i perioden.

Figuren herunder viser aldersfordelingen for alle regionalt ansatte i 2008 og 2018.

Kilde: KRL – Kommune og Regionernes Løndatakontor. Data er trukket for oktober hvert år.

Ovenstående figur viser bl.a. at:

- Aldersprofilen for de regionale medarbejdere er spredt mere ud i 2018 end i 2008. Andelen af yngre medarbejdere (23-30-årige) samt ældre medarbejdere (56+ årige) er højere i 2018 end i 2008.

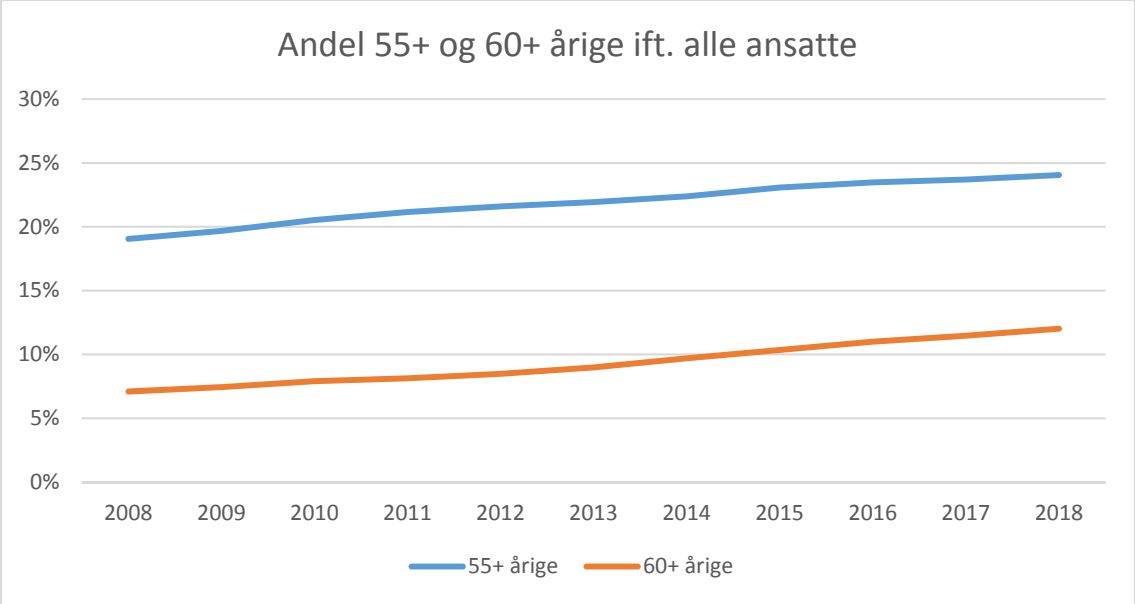
Den overordnede udvikling i perioden fra 2008 til 2018 er, at antallet af regionalt ansatte er steget med ca. 4.300 personer fra 133.500 personer i 2008 til 137.800 personer i 2018, hvilket svarer til en stigning på 3 pct.

I samme periode er antallet af ældre medarbejdere steget relativt mere:

- Antallet af 55+ årige er steget med ca. 7.700 personer fra 25.400 personer i 2008 til 33.100 personer i 2018, hvilket svarer til en stigning på 30 pct.
- Antallet af 60+ årige er steget med ca. 7.100 personer fra 9.500 personer i 2008 til 16.500 personer i 2018, hvilket svarer til en stigning på 75 pct.

Figuren herunder viser, hvordan andelen af 55+ og 60+ årige i forhold til alle ansatte har udviklet sig i perioden fra 2008-2018.

Figur 1.a. Andelen af 55+ og 60+ årige ift. ansatte i alt i regionerne, okt. 2008-2018



Kilde: KRL – Kommune og Regionernes Løndatakontor. Se data vedr. antal ansatte, som ligger til grund for figuren i afsnit 1, tabel 1.a, i vedlagte bilag.

Figuren viser, at:

- Andelen af ansatte 55+ årige er steget fra 19 % til 24 % de seneste 10 år.
- Andelen af ansatte 60+ årige er steget fra 7 % til 12 % de seneste 10 år.

Der henvises til tabel 1.b i vedlagte bilag for et overblik over udviklingen af andelen af ældre medarbejdere fordelt på stillingsgrupper.

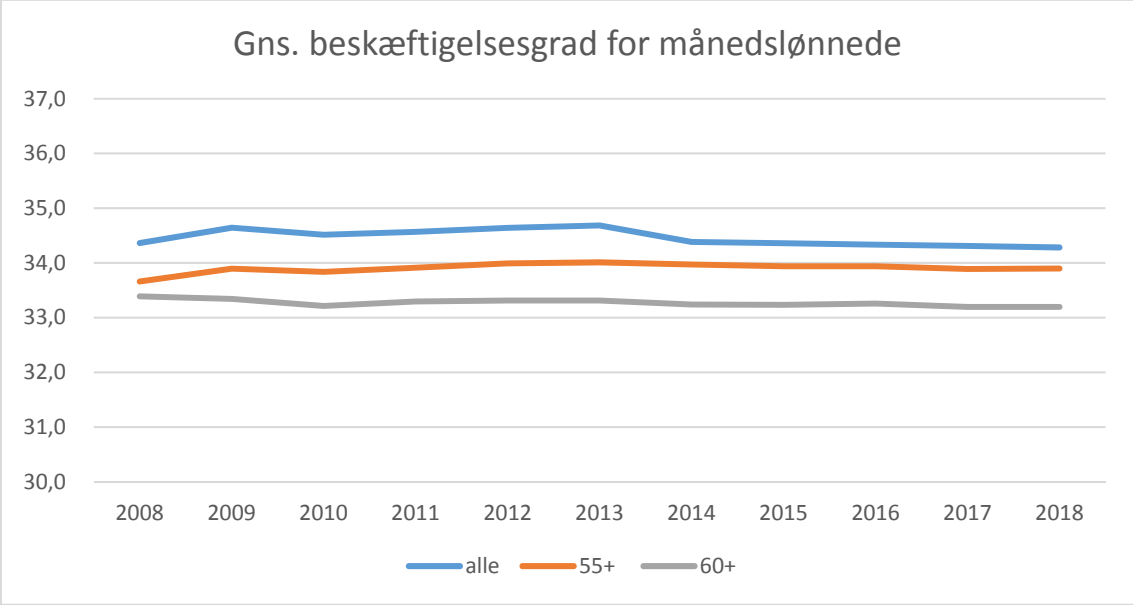
2. Arbejdstid og vagtmønstre for 55+ og 60+ årige

I dette afsnit sammenholdes 55+ og 60+ årige medarbejderes gennemsnitlige ugentlige arbejdstid med den gennemsnitlige arbejdstid for alle ansatte. Herudover sammenholdes andelen af deltidsansatte 55+ og 60+ årige med alle deltidsansatte for at undersøge, om 55+ og 60+ årige er mere tilbøjelige til at arbejde på nedsat tid. Hvordan den ugentlige gennemsnitlige beskæftigelsesgrad ændrer sig over perioden 2008-2017, behandles også i følgende afsnit med fokus på regionalt ansatte over 50 år. Afslutningsvis belyser afsnittet vagtmønstrene blandt 55+ og 60+ årige i forhold til alle ansatte inden for samme overenskomstgruppe.

2.1 Beskæftigelsesgrad for 55+ og 60+ årige

Nedenstående figur viser den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad for månedslønnede ansatte fordelt på tre grupper: a) alle ansatte, b) ansatte som er fyldt 55 år og c) ansatte som er fyldt 60 år.

Figur 2.a. Den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad for månedslønnede, okt. 2008-2018.



Kilde: KRL – Kommune og Regionernes Løndatakontor. Se data vedr. beskæftigelsesgrader, som ligger til grund for figuren i afsnit 2, tabel 2.a i vedlagte bilag. Der henvises til tabel 4 for tilsvarende tabel fordelt på stillingsgrupper.

Figuren ovenfor viser bl.a., at:

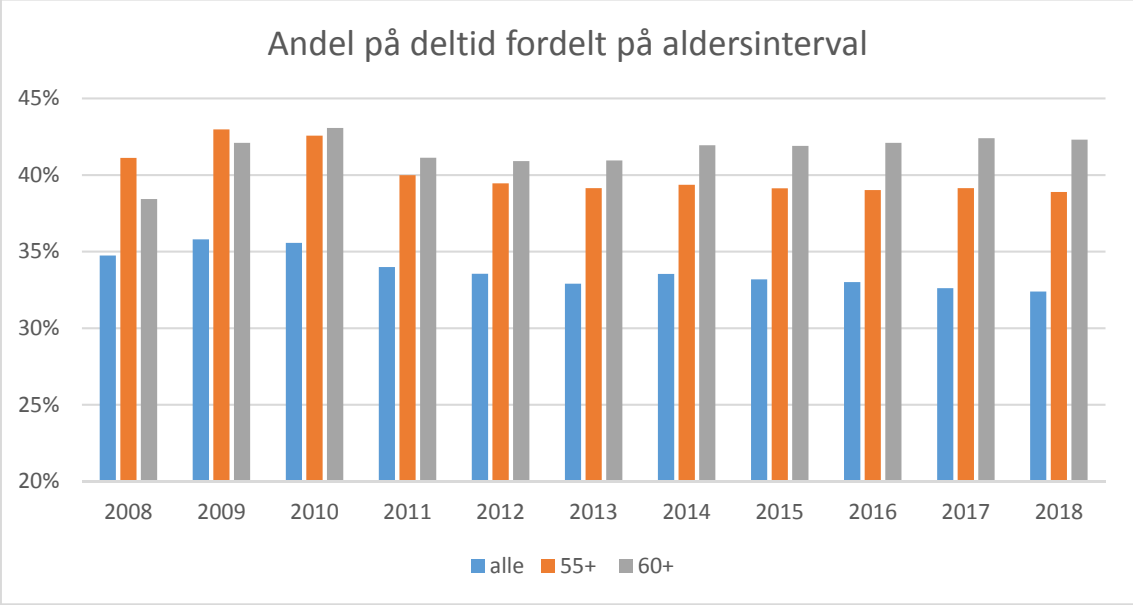
- 55+ årige arbejder i gennemsnit ca. 0,7 til 0,4 time mindre om ugen end hele gruppen af månedslønnede.
- 60+ årige arbejder i gennemsnit ca. 1,0-1,4 time mindre om ugen end hele gruppen af månedslønnede. Det skal dog bemærkes, at gruppen af 65+ årige, som har en lavere gennemsnitlig beskæftigelsesgrad, end de øvrige grupper, trækker beskæftigelsesgraden blandt de 60+ årige ned. Dette hænger sammen med, at de 65+ årige vægter proportionalt mere i gruppen af 60+ årige end i de andre aldersgrupper.
- Forskellene er forholdsvis stabile de seneste 10 år. Dog er der sket et fald i den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad for alle fra 2014, hvilket formentlig hænger sammen med afskaffelsen af 8 timers reglen i september 2014. Regelændringen medførte, at varigt ansatte timelønnede efter

september 2014 overgik til en månedslønnet deltidsbeskæftigelse med et lavt timeantal, hvilket trækker den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad[1] ned.

2.2 Andelen af deltidsansatte blandt 55+ og 60+ årige

I figuren herunder sammenholdes andelen af deltidsansatte for alle ansatte med andelen af deltidsansatte blandt 55+ og 60+ årige.

Figur 2.b. Andel deltidsbeskæftigede 55+ og 60+ årige ift. alle ansatte, okt. 2008-2018.



Kilde: KRL – Kommune og Regionernes Løndatakontor. Se data vedr. deltidsbeskæftigede, som ligger til grund for figuren i afsnit 2, tabel 2.b i vedlagte bilag. Der henvises til afsnit 2 for tilsvarende tabel fordelt på stillingsgrupper.

Ovenstående figur viser bl.a. at:

- Andelen af deltidsansatte er højere blandt de 55+ og 60+ årige end blandt alle ansatte. I 2018 gælder, at:
    - blandt de 55+ årige er 7 pct. point flere på deltid end blandt alle ansatte.
    - blandt de 60+ årige er 10 pct. point flere på deltid end blandt alle ansatte.
- Udviklingen fra 2008-2018 viser, at den samlede andel deltidsansatte er faldet, mens andelen af deltidsansatte, som er fyldt 60+ har været forholdsvis stabil siden 2009. Altså udgør de ældre en større andel af den samlede mængde af ansatte på deltid.

[1] Effekten af afskaffelsen af 8-timers reglen er undersøgt af parterne i en tidligere rapport om Atypiske ansættelser. Når udviklingen i "små" deltidsbeskæftigelser med 0-7 timer om ugen sammenholdes med udviklingen i antallet af timelønnede viser det, at stigningen i 0-7 timers deltidsbeskæftigede stort set matches af lignende fald i antallet af timelønnede fra 2013 til 2014 og fra 2014 til 2015, dvs. i den periode hvor 8-timers-reglen-ændringerne blev implementeret:

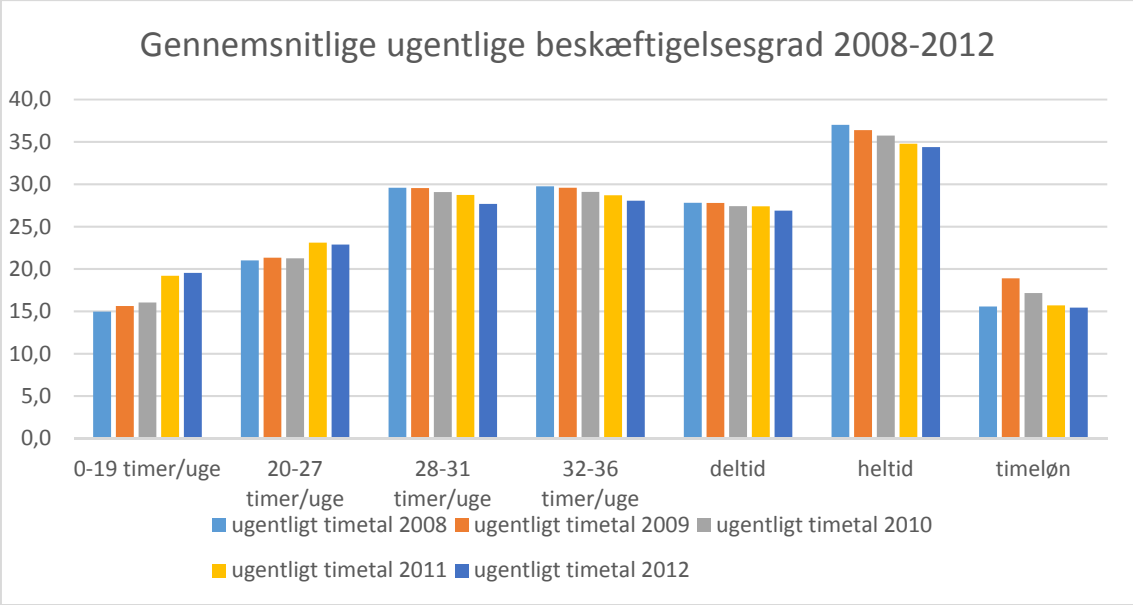
- Fra 2013 til 2014 steg antallet af deltidsbeskæftigede med 0-7 timer om ugen i regionerne i alt med 541 ansættelsesforhold. Ses der på udviklingen i antallet af timelønnede i den tilsvarende periode var der et fald på 299 ansættelsesforhold.
- Fra 2014 til 2015 steg antallet af deltidsbeskæftigede med 0-7 timer om ugen i regionerne i alt med 1.189 ansættelsesforhold. I samme periode var der et fald i antallet af timelønnede på 1.434 ansættelsesforhold.

- Det er umiddelbart bemærkelsesværdigt, at andelen af deltidsansatte er højere blandt de 55+ årige end de 60+ årige i 2008 og 2009, hvilket dog skifter i 2010, hvorefter andelen af 60+årige på deltid overstiger andelen af 55+årige på deltid.

2.3 Ændringer i den ugentlige beskæftigelsesgrad

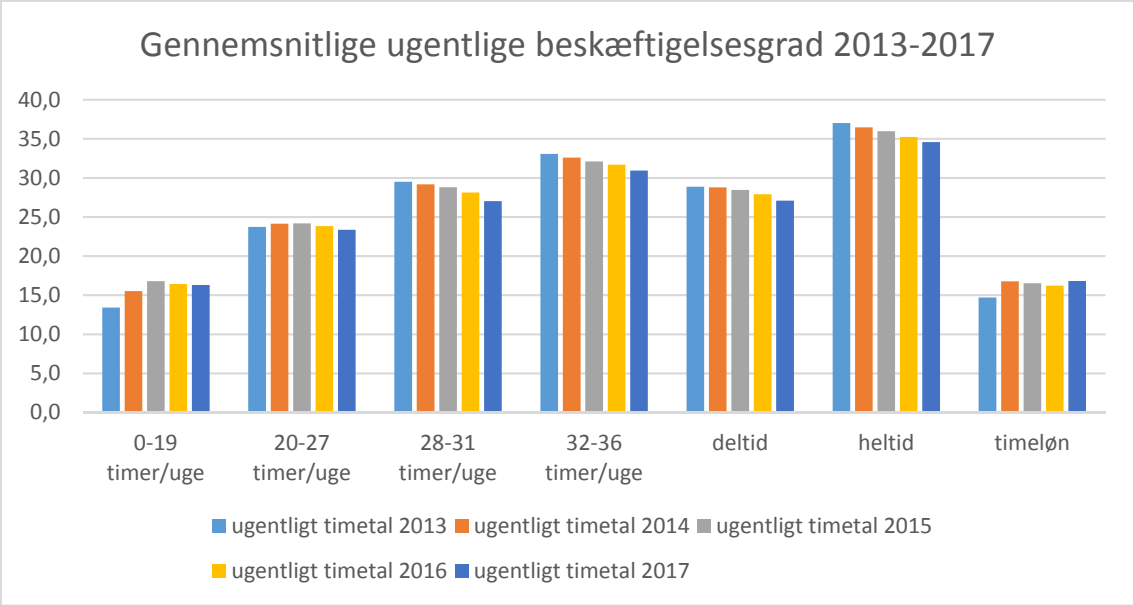
Den første tabel nedenfor viser udviklingen fra 2008-2012 og den anden tabel viser udviklingen fra 2012-2017. Alderen er frosset, dvs. der kigges på de samme individer fra år til år, således at hvis en person var 50 år i 2008, er personen 51 år i 2009. Det er samtidig et krav, at de ansatte er ansat i hele perioden i henholdsvis 2008-2012 og 2013-2017[2].

Figur 2.c. Udviklingen af den gennemsnitlige ugentlige beskæftigelsesgrad for ansatte over 50 år i 2008-2012.



[2] For gruppen 'heltid' gælder, at personerne i gruppen i udgangsåret i hhv. 2008 og 2013 arbejdede 37 timer ugentligt. Da eventuelt arbejde udover 37 timer ikke indgår i KRL's opgørelse af beskæftigelsesgraden betyder det konkret, at udviklingen i beskæftigelsesgraden for heltidsgruppen kun kan falde eller forblive uændret – den vil ikke kunne stige.

Figur 2.d. Udviklingen af den gennemsnitlige ugentlige beskæftigelsesgrad for ansatte over 50 år i 2013-2017



Noter: I kørslerne er det et krav, at de ansatte alle er ansat i hele perioden fra henholdsvis 2008 til 2012 og 2013-2017. Alderen er frosset, dvs. der kigges på den samme gruppe mennesker fra år til år, således at hvis en person var 50 år i 2008, er personen 51 år i 2009. Begge tabeller er baseret på tal fra oktober måned.
Kilde: KRL – Kommune og Regionernes Løndatakontor. Se data vedr. gennemsnitlige ugentlige beskæftigelsesgrad, som ligger til grund for figurerne i afsnit, 1, tabel 2.c og 2.d i vedlagte bilag.

Figur 2.c. og 2.d. viser bl.a., at:

- Den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad falder med alderen for gruppen 50+ årige både i 2008 og frem til 2012 og i 2013 og frem til 2017.
- Det gennemsnitlige beskæftigelsestimetal for gruppen 50+ årige, som arbejder 0-19 timer om ugen, stiger med alderen i begge perioder.
- Det gennemsnitlige beskæftigelsestimetal for gruppen 50+ årige, som arbejder 20-27 timer om ugen stiger med alderen i perioden 2008-2012.
- Den gennemsnitlige beskæftigelsestimetal for gruppen 50+-årige, som arbejder 28-37 timer om ugen falder med alderen i begge perioder.
- Det kan konstateres, at udviklingen for alle grupper er løbende og uden drastiske ændringer fra det ene år til det andet.

2.4 Vagtmønstre blandt 55+ og 60+ årige

I dette afsnit sammenholdes vagtmønstre for aften, nat og weekend blandt 55+ og 60+ årige med vagtmønstrene for alle ansatte inden for samme overenskomstgruppe. Nedenstående tabel er baseret på antallet af udbetalte særydelser for aften-, nat- og weekendvagter pr. person. Tabelværdierne er indekseret således, at det gennemsnitlige antal enheder af udbetalte aften-, nat og weekendtillæg pr. person i alle-gruppen for hver af overenskomstgrupperne i 2010 er lig indeks 100.

Tabellen indeholder udelukkende udbetalte særydelser. Tabellen viser derfor ikke nødvendigvis, hvor meget de forskellige overenskomstgrupper arbejder aften, nat og weekend, da graden af afspadsering ikke kendes. Derudover kan forholdet mellem afspadsering og udbetaling eventuelt ændre sig fra år til år.

Et par forklaringseksempler inden læsning af tabellen:

- Såfremt der er sket en stigning i antallet af udbetalte særydelser i 2014 ift. 2010, vil værdien være større end 100. For alle lægesekretærer i 2014 er antallet af udbetalte særydelser for aften-, nat- og weekendvagter lig 124 – antal enheder pr. person i 2014 er altså steget med 24 pct. i forhold til antal enheder i 2010.
- Tabellen viser fx også, at gruppen af lægesekretærer, som er fyldt hhv. 55 og 60 år, har gennemsnitligt flere udbetalte særydelser for vagter på skæve tidspunkter end den samlede gruppe af lægesekretærer. Dette gælder i både 2010, 2014 0g 2018.

Tabel 2.e. Udvikling i udbetalte særydelser for aften-, nat- og weekendvagter 2010, 2014 og 2018

Overenskomst	Alder	2010	2014	2018
Lægesekretærer	**Alle**	**100**	124	109
	55+	118	141	126
	60+	125	148	140
Overlæger, lægelige chefer m.v. *	**Alle**	**-**	**100**	124
	55+	-	76	101
	60+	-	60	88
Sygehusportører	**Alle**	**100**	103	105
	55+	79	88	94
	60+	75	81	86
Pæd. pers. og husholdn.led. døgninst.	**Alle**	**100**	110	113
	55+	96	119	123
	60+	98	117	126
Underordnede læger (reservelæger)	**Alle**	**100**	99	98
	55+	63	60	70
	60+	50	42	54
Syge- og sundhedspersonale, ikke led.	**Alle**	**100**	102	98
	55+	91	90	85
	60+	90	90	86
Håndværkere m.fl., Regioner	**Alle**	**100**	177	215
	55+	65	130	192
	60+	54	95	158
Social- og sundhedspersonale	**Alle**	**100**	87	93
	55+	122	121	124
	60+	125	128	123

Noter: a) Indeks: alle i gruppen 2010 = 100, bemærk dog for overlæger er indeks 2014 = 100. b) Data omfatter udbetalte særydelser i 2018 fordelt på 101.620 ansatte. *Se data vedr. udbetalte særydelser, som ligger til grund for ovenstående i afsnit 2, tabel 2.e i vedlagte bilag*
Kilde: *KRL, særydelsesstatistik fra overenskomststatistik for de pågældende år*.

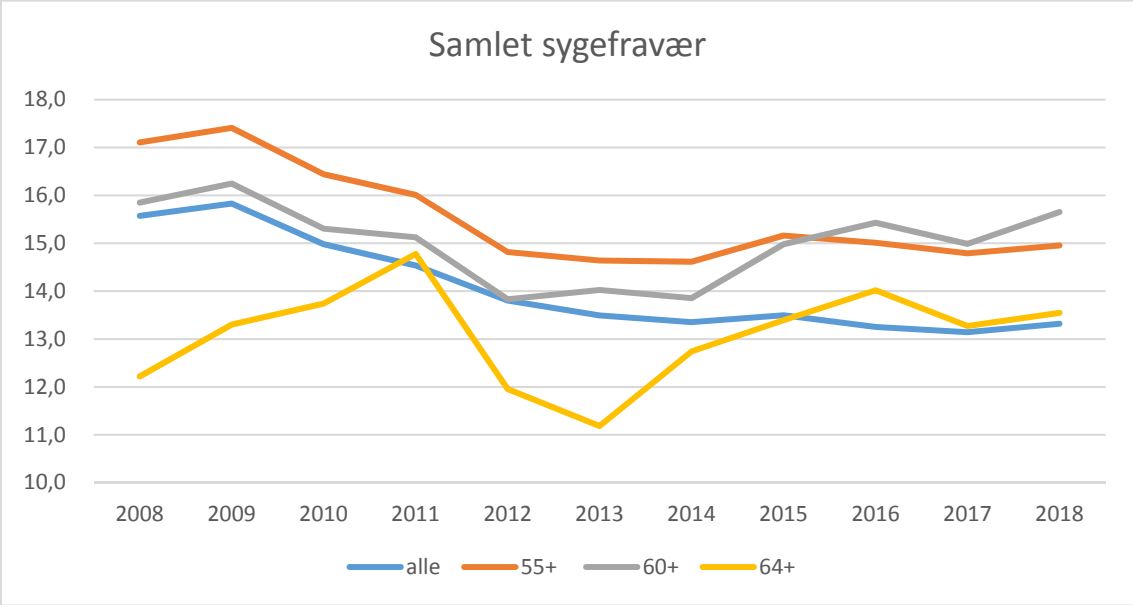
På baggrund af tabellen kan bl.a. følgende konkluderes:

- For lægesekretærer, overlæger, pædagogisk personale på døgninstitutioner mv. og håndværkere er antal udbetalte særydelser for ansatte i alle aldre steget siden 2010.
- For portører, reservelæger samt syge- og sundhedspersonalet er det omtrent uændret, mens der for SOSU er sket et fald på omkring 10 procent.
- For en del grupper er de 55+ og 60+ åriges særydelsesantal lidt eller noget lavere end for alle aldre i gruppen – fx læger, syge- og sundhedspersonalet samt portører.
- For andre grupper er det de 55+ og 60+ årige, der har størst antal særydelser – det gælder fx SOSU, døgninstitutionspædagoger m.fl., lægesekretærer.
- For alle grupperne under ét tegner der sig ikke et entydigt billede af tendenser.
- For SOSU-personalet er antal udbetalte særydelser stigende/stabile for både de 55+årige og de 60+årige, mens antal udbetalte særydelser er faldende for alle-gruppen.

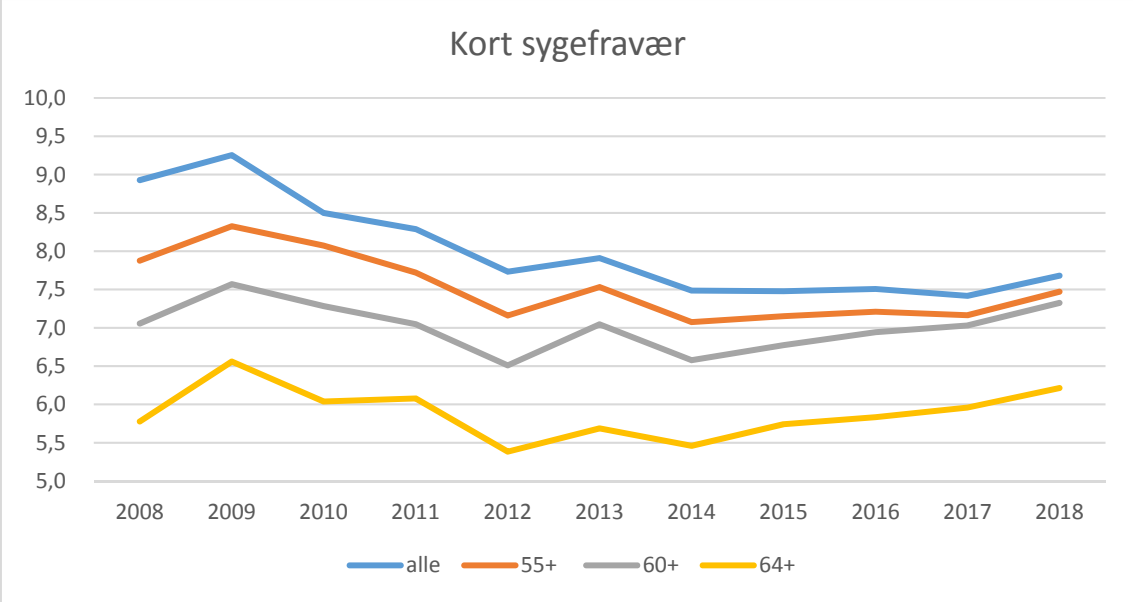
3. Sygefravær fordelt på alder

I dette afsnit sammenholdes det gennemsnitlige sygefravær for alle ansatte med det gennemsnitlige sygefravær for medarbejdere, som er fyldt hhv. 55, 60 og 64 år. Der ses både på det samlede sygefravær og på kortere og længerevarende sygefravær.

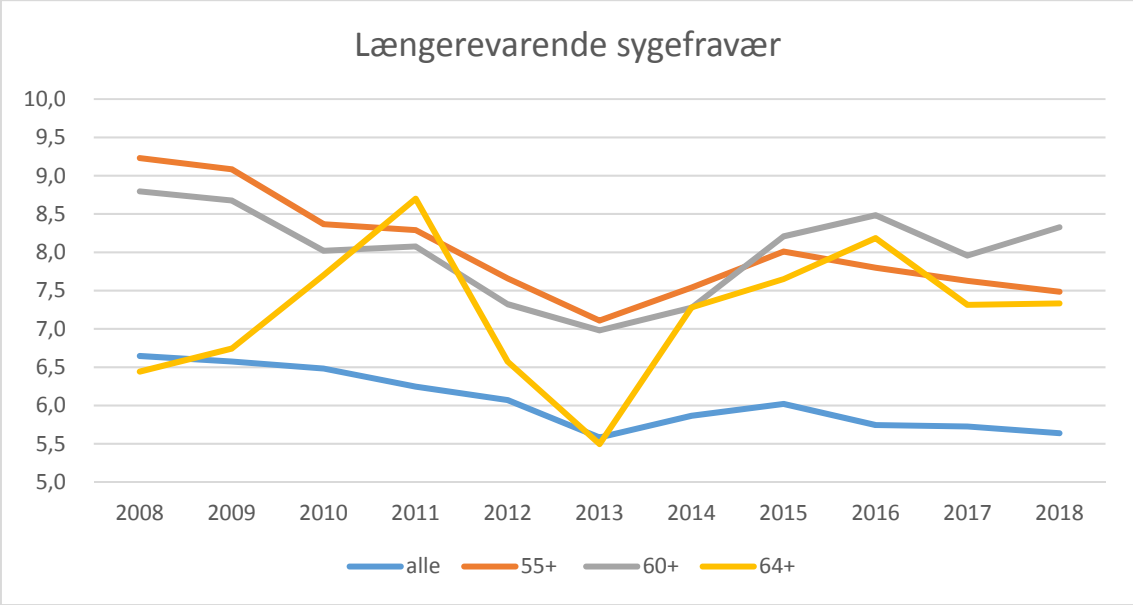
Figur 3.a. Samlet sygefravær fordelt på alle, 55+, 60+ og 64+ årige, okt. 2008-2018.



Figur 3.b. Kort sygefravær fordelt på alle, 55+, 60+ og 64+ årige, okt. 2008-2018.



Figur 3.c. Længerevarende sygefravær fordelt på alle, 55+, 60+ og 64+ årige, okt. 2008-2018.



Noter: Sygefraværet er opgjort i kalenderdage. Kort sygefravær er defineret som sammenhængende sygefravær til og med den 29. dag. Længerevarende sygefravær er defineret som sammenhængende sygefravær på 30 dage og derover. Kilde: KRL – Kommune og Regionernes Løndatakontor. Se data vedr. sygefravær, som ligger til grund for figurerne i afsnit 3, tabel 3.a, 3.b og 3.c i vedlagte bilag.

Ovenstående figurer vedr. sygefravær viser bl.a. at:

- Der er et sket et fald i samlet sygefravær fra alle ansatte i perioden.
- Samlet sygefravær er højere for de 55+ og 60+ årige end for alle. Dette skyldes dog forskellene i det længerevarende sygefravær. Det kortere sygesygefravær trækker i modsat retning – her har de 55+ og 60+ lavere sygesygefravær end for alle.
- Det samlede sygefravær for gruppen af 64+ årige er lavere eller på tilsvarende niveau som det gennemsnitlige sygefravær for alle ansatte, og det er lavere end blandt de 55+ og 60+ årige. Sidstnævnte forskel hænger formentlig sammen med, at ansatte med dårligere helbred har forladt det regionale arbejdsmarked, inden de fylder 64 år.

Når der ses på sygefravær fordelt på kvinder og mænd gælder, at kvinders gennemsnitlige sygefravær er højere end mændenes gennemsnitlige sygefravær. Dette gælder alle ansatte og for grupperne af 55+ og 60+ årige. Og det gælder både for kort og længerevarende sygefravær. Der henvises til tabel 3.d og 3.e for en opgørelse af sygefravær fordelt på køn. Derudover henvises der til tabel 3.f i vedlagt bilag for et overblik over sygefravær fordelt på stillingsgrupperne og aldersgrupper.

4. Seniorernes anciennitet i regionerne

I dette afsnit undersøges ansattes anciennitet på de regionale arbejdspladser. Figuren herunder viser anciennitet fordelt på aldersintervaller. Anciennitet defineres her, som antal års beskæftigelse i regionerne.

Figur 4. Anciennitet fordelt på aldersintervaller.

	Anciennitet			
Aldersinterval	0-4 års anc.	5-9 års anc.	10-14 års anc.	min. 15 års anc.
25-29 år	95%	5%	0%	0%
30-34 år	56%	40%	4%	0%
35-39 år	30%	34%	34%	3%
40-44 år	26%	17%	27%	29%
45-49 år	22%	15%	16%	47%
50-54 år	17%	14%	14%	55%
55-59 år	11%	11%	13%	65%
60-64 år	8%	9%	11%	72%
fra 65 år	14%	8%	11%	67%
Total	36%	17%	14%	33%

Kilde: KRL – Kommune og Regionernes Løndatakontor, SBG-18 data. Se data vedr. anciennitet, som ligger til grund for tabellen i afsnit 4, tabel 4. i vedlagte bilag.

Figuren ovenfor viser bl.a., at:

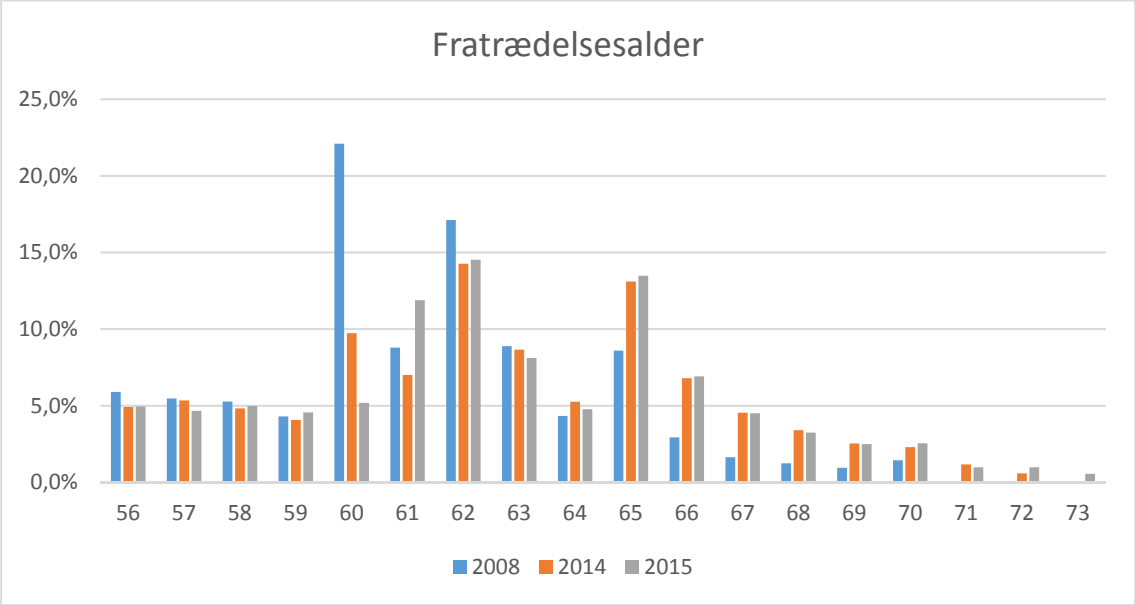
- 2/3 dele af de 55+ årige har mindst 15 års anciennitet.
- 4/5 dele af de 55+ årige har mindst 10 års anciennitet.
- 9 ud af 10 blandt de 55+ årige har mindst 5 års anciennitet.

5. Fratrådte og socioøkonomisk status

I dette afsnit ser vi på ansattes fratrædelsesalder og socioøkonomiske status. Vi undersøger hvornår ansatte over 55 år hyppigst fratræder, og hvad de går over til, dvs. om de fx går fra det regionale arbejdsmarked til efterløn. De fratrådte arbejder hverken i regionerne eller kommunerne.

Figurerne nedenfor viser, fratrædelsesalderen fra det regionale arbejdsmarked for 56+ årige i 2008, 2014 og 2015.

Figur 5.a. Fratrædelsesalder for 56+ årige i 2008, 2014 og 2015



Noter: Figuren viser andelen af regionalt ansatte, som fratræder det regionale arbejdsmarked og som herefter hverken arbejder i regionerne eller kommunerne. Personerne kan være gået på pension, efterløn, skiftet job til en anden sektor eller andet. Der er således ikke nødvendigvis tale om tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Se data vedr. antal ansatte, som ligger til grund for figuren i afsnit 5, tabel 5.a i vedlagte bilag.
Kilde: KRL – Kommune og Regionernes Løndatakontor og Danmarks Statistik.

Figur 5.a. viser bl.a., at:

- Ansatte over 55 år hyppigst fratrådte det regionale arbejdsmarked, da de var 60 år i 2008, 62 år i 2014 og 2015.

Det samlede antal af alle fratrådte 56+ årige var i 2008 3.073 personer, i 2014 3.443 personer og i 2015 3.821 personer.

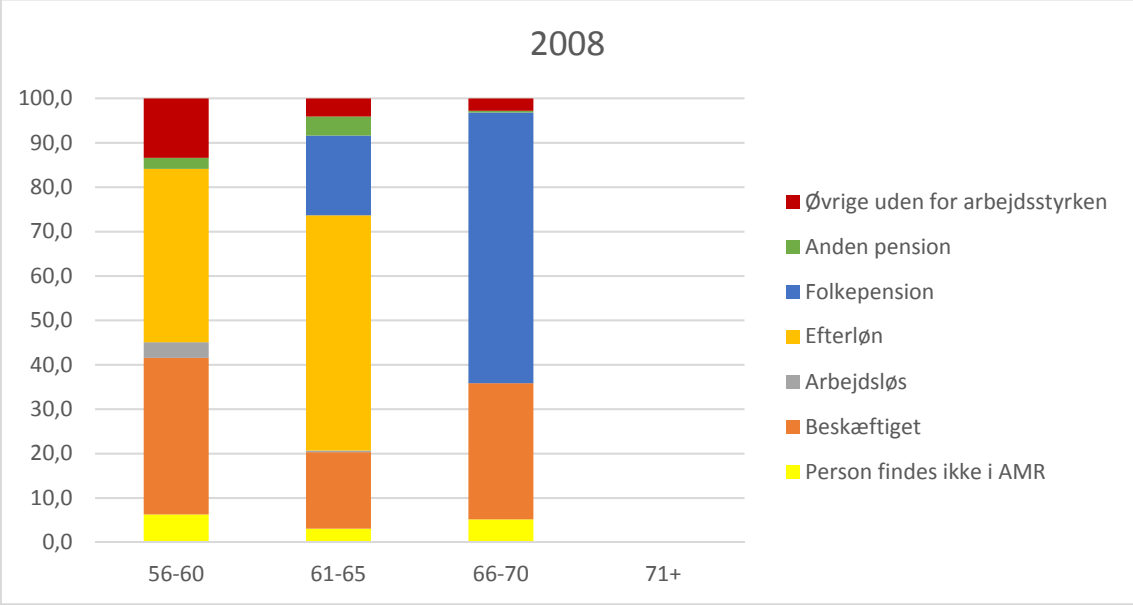
Den gennemsnitlige fratrædelsesalder fra det regionale arbejdsmarked for 56+ årige er:

Gennemsnitsalder for fratrædelse for 56+ årige	
2008	60,7
2014	61,7
2015	62,3

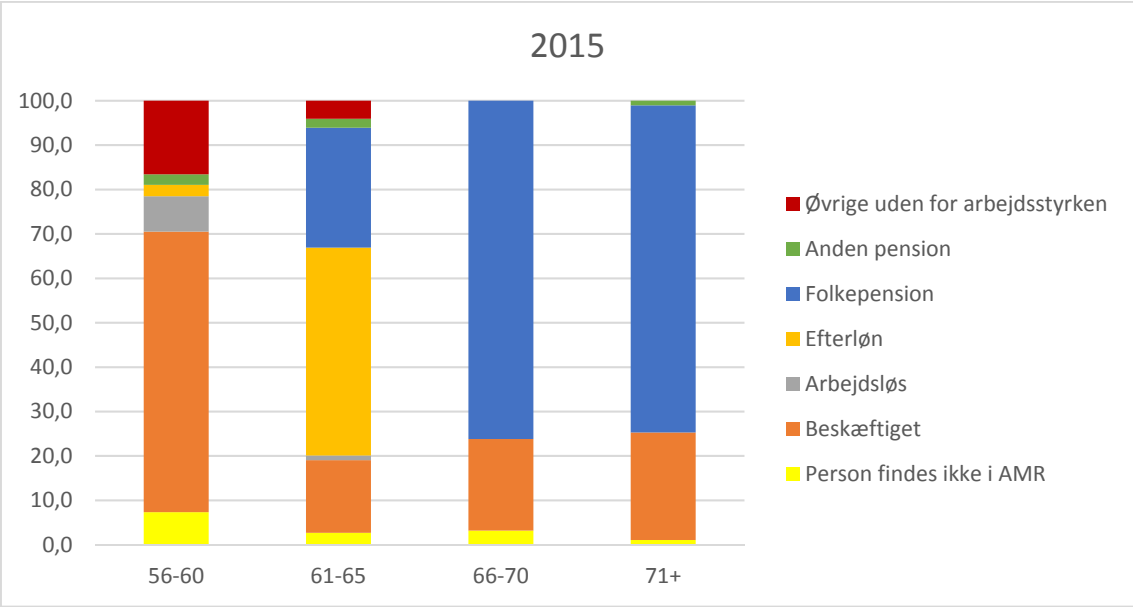
Af tabellen fremgår, at den gennemsnitlige fratrædelsesalder for ansatte over 55 år stiger fra 2008 til 2014 og igen til 2015.

I figuren nedenfor vises, hvad de ansatte over 55 år, som fratræder det regionale og kommunale arbejdsmarked, fratræder til, fx efterløn eller anden beskæftigelse.

Figur 5.b. Fratræden i 2008 i procent fordelt på aldersintervaller



Figur 5.c. Fratræden i 2015 i procent fordelt på aldersintervaller



Noter: Figurerne viser andelen af fratrådte regionalt ansattes socioøkonomiske status. Se data vedr. antal ansatte, som ligger til grund for figurerne i afsnit 5, tabel 5.b og 5.c i vedlagte bilag.
Kilde: KRL – Kommune og Regionernes Løndatakontor og Danmarks Statistik.

Socioøkonomisk status angiver, hvorledes DST har registreret hver enkelt borger i deres arbejdsmarkedsregnskab:

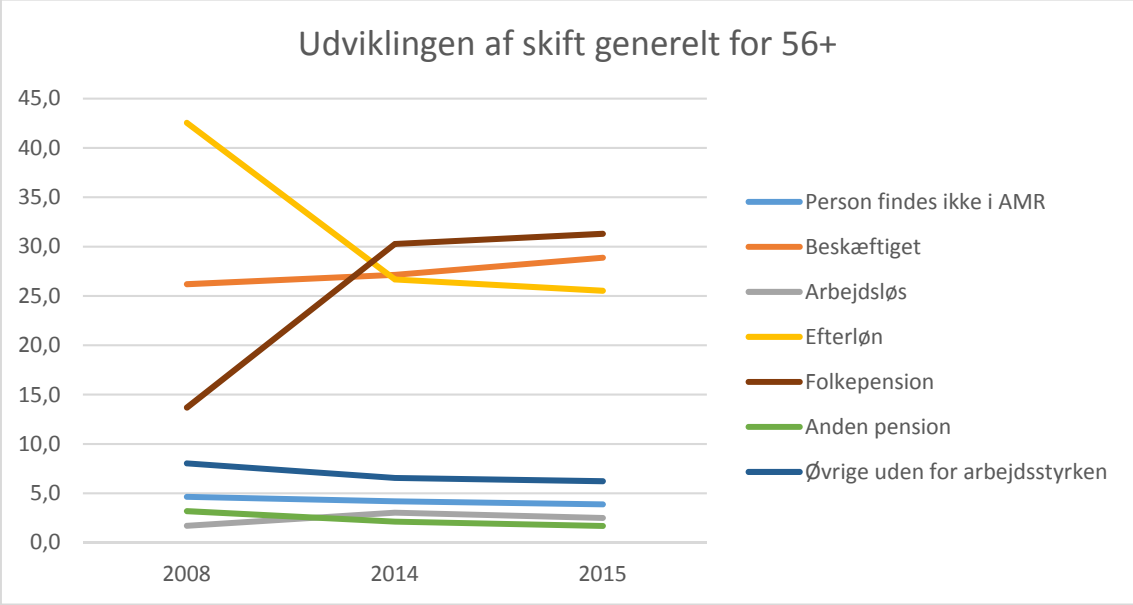
- Person findes ikke i AMR: Angiver, at personen ikke er registret hos DST. Dette kan være på grund af, at de er flyttet udenlands eller er afgået ved døden eller andet.
- Beskæftiget: Angiver, at personen stadig er beskæftiget.
- Arbejdsløs. Angiver, at personen som benævnt er arbejdsløs.
- Efterløn: Angiver, at personen er gået på efterløn.
- Folkepension: Angiver, at personen er gået på pension
- Anden pension: Angiver, at personen modtager en anden pension end folkepension typisk førtidspension eller anden arbejdsmarkedspension.
- Øvrige uden for arbejdsstyrken: Angiver, at personen ikke er en del af arbejdsstyrken mere.

Figurerne ovenfor viser bl.a., at:

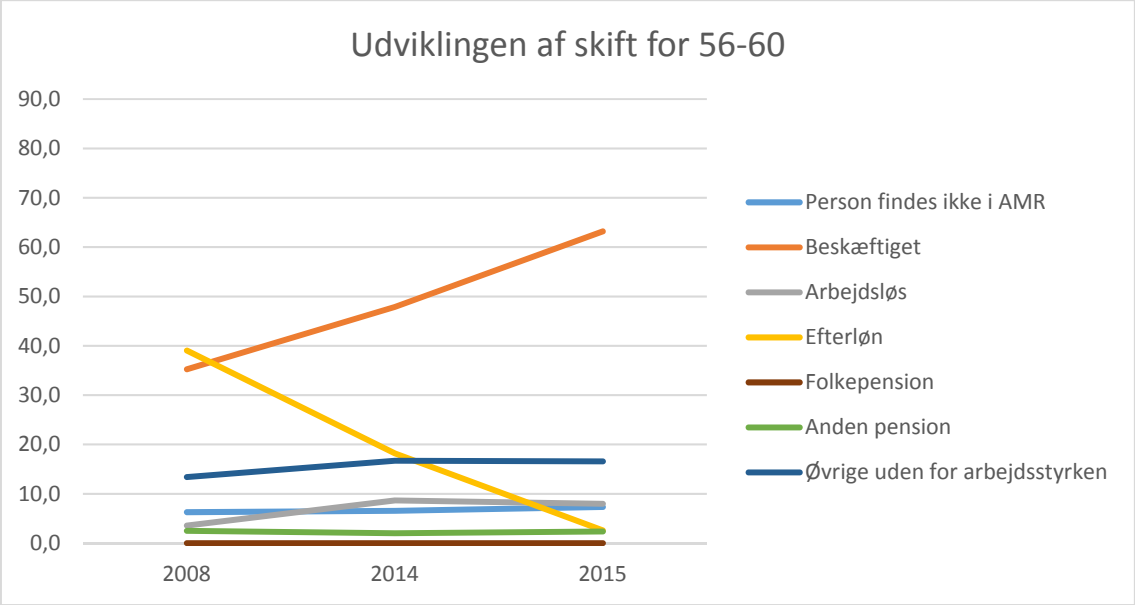
- Andelen af ansatte, som går på folkepension fremfor efterløn er stigende fra 2008 til 2015.
- Andelen af ansatte mellem 56-59 år, som fratræder og får anden beskæftigelse, er stigende fra 2008 til 2015.

I figuren nedenfor vises udviklingen af, hvad de ansatte over 55 år, som fratræder det regionale arbejdsmarked, fratræder til, fx efterløn eller anden beskæftigelse. Det skal bemærkes, at ansatte er blevet to år ældre i det år deres socioøkonomiske status registreres.

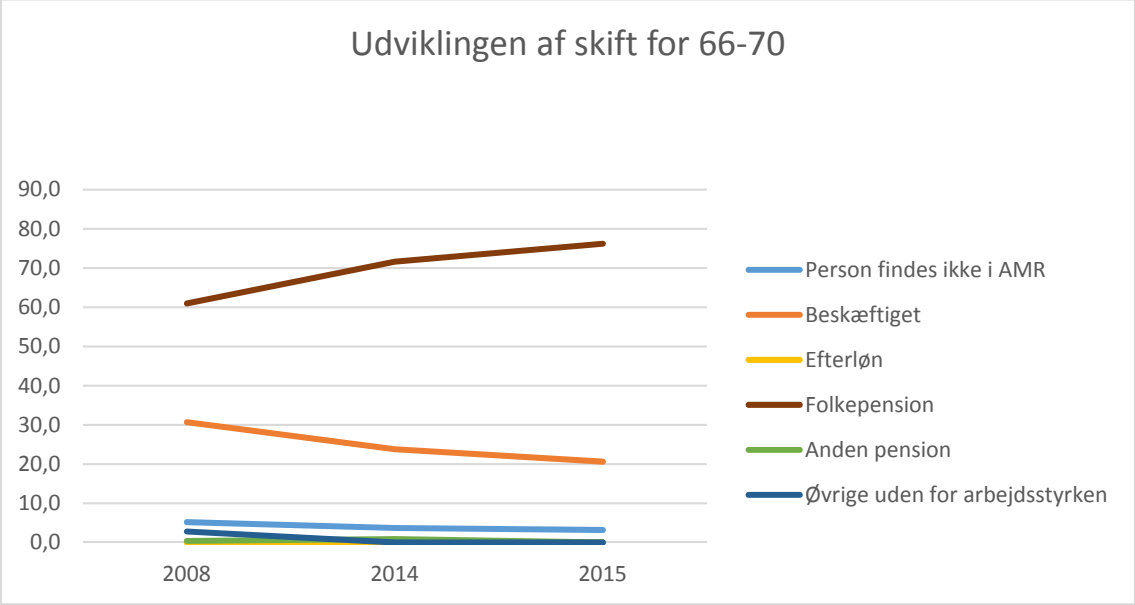
Figur 5.d. Udviklingen af skift generelt for alle 56+-årige i procent



Figur 5.e. Udviklingen af skift for 56-60-årige i procent.



Figur 5.f. Udviklingen af skift for 66-70 -årige i procent



Noter: Figurerne viser andelen af fratrådte regionalt ansattes socioøkonomiske status. Se data vedr. antal ansatte, som ligger til grund for figurerne i afsnit 5, tabel 5.d, 5.e og 5.f i vedlagte bilag.
Kilde: KRL – Kommune og Regionernes Løndatakontor og Danmarks Statistik.

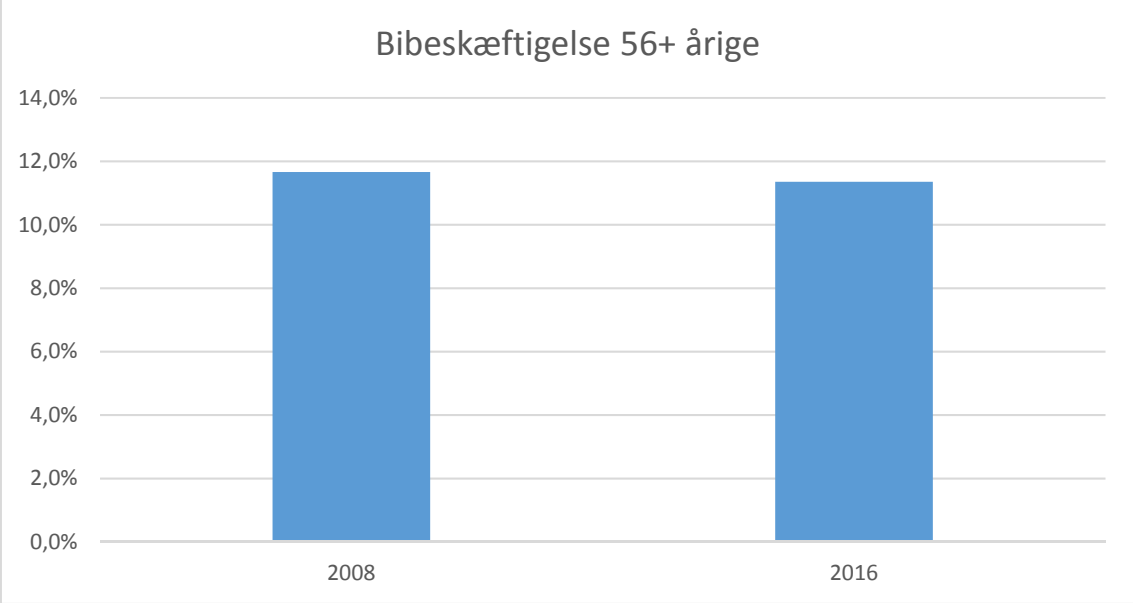
Figurerne viser bl.a., at:

- Andelen af ansatte over 55 år, som fratræder og bliver arbejdsløse, er i 2008 1,7 %, i 2014 3 % og i 2015 2,5 %.
- Fra 2008 til 2014 og 2015 stiger andelen af ansatte over 55 år, som fratræder og får folkepension, fra 13,7 % i 2008 til 31,3 % i 2015, samtidig med at andelen af ansatte over 55 år, som fratræder og får efterløn, falder fra 42,5 % i 2008 til 25,5 % i 2015. Det kan skyldes, at efterlønsordningen udfases.
- Andelen af ansatte på 56-60-årige, som fratræder og får anden beskæftigelse, er stigende fra 2008 til 2014 og igen til 2015, men den er faldende for ansatte på 66-70 år.

6. Bibeskæftigelse

I dette afsnit undersøges andelen af regionalt ansatte, som har en bibeskæftigelse ved siden af deres regionale job, samt i hvilken sektor de har bibeskæftigelse. Bibeskæftigelse er her defineret, som beskæftigelse uden for den regionale og kommunale sektor, dvs. ansættelse i fx den private eller statslige sektor. Der ses også på, om der er en forskel i andelen af personer, som har bibeskæftigelse og som arbejder deltid og heltid.

Figur 6.a. Andel ansatte 56+ årige med bibeskæftigelse i 2008 og i 2016

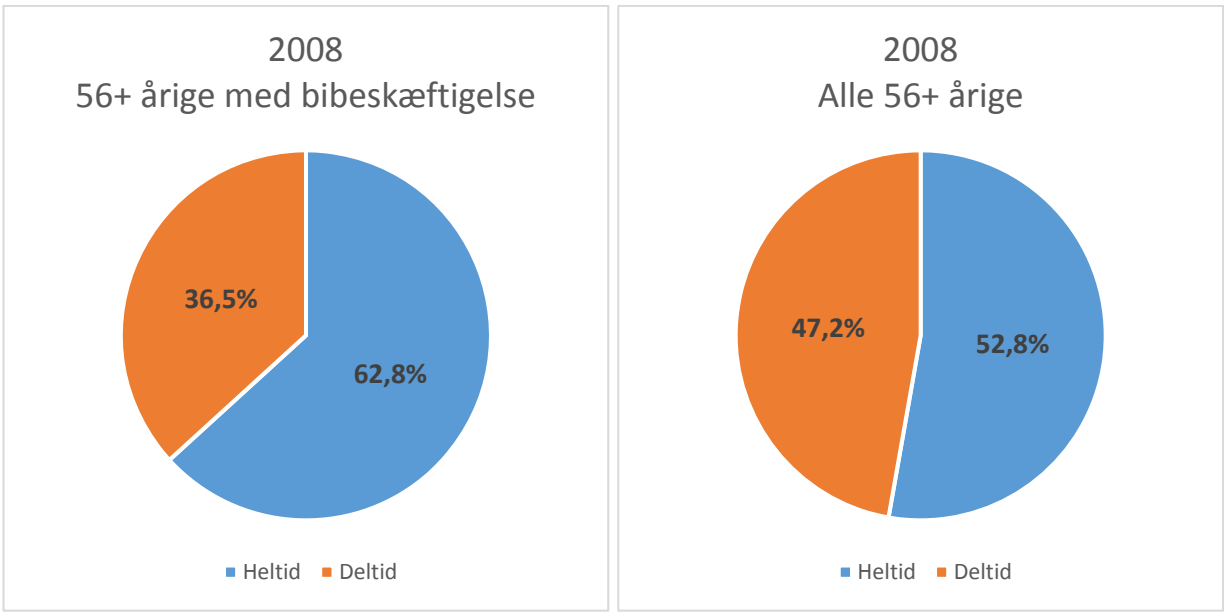


Noter: Figurerne viser andelen af 56+ årige med bibeskæftigelse i 2008 og 2016 i forhold til alle ansatte 56+ årige (i oktober 2008 og oktober 2016). Se data vedr. antal ansatte, som ligger til grund for figuren i afsnit 6, tabel 6.a i vedlagte bilag.
Kilde: KRL – Kommune og Regionernes Løndatakontor og Danmarks Statistik.

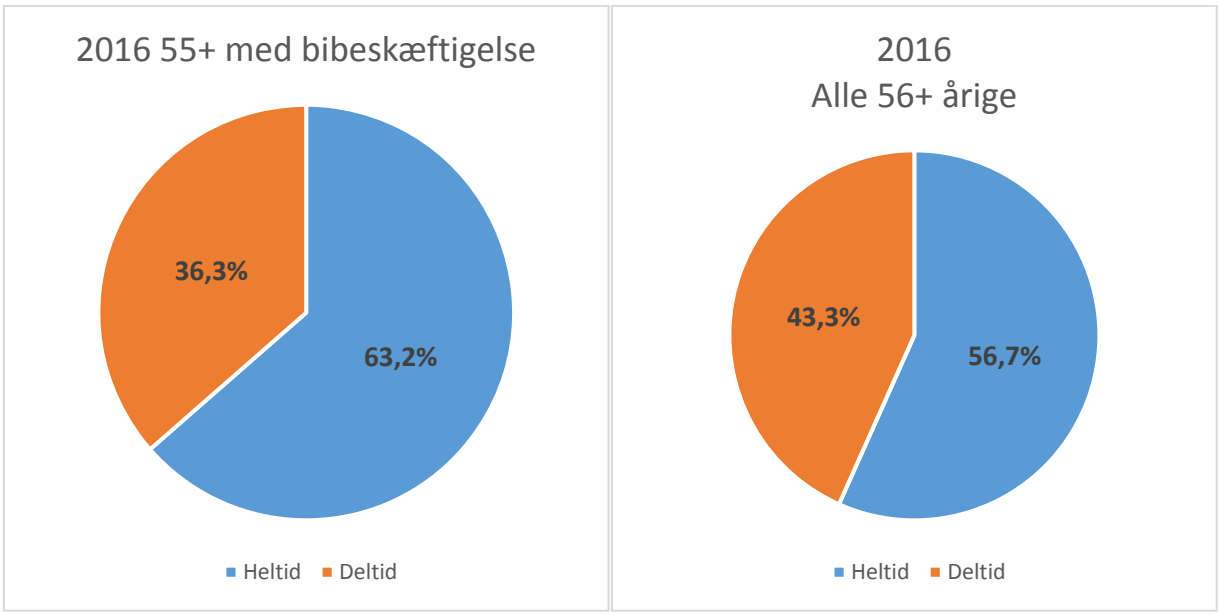
Figuren viser bl.a., at:

- Andelen af ansatte 56+ årige, som har bibeskæftigelse, er faldet fra 11,7% i 2008 til 11,4% 2016.

Figur 6.b. Ansatte 56+ årige med bibeskæftigelse fordelt på beskæftigelsesgrad i 2008 sammenholdt med alle 56+ årige fordelt på beskæftigelsesgrad i 2008



Figur 6.c. Ansatte 56+ årige med bibeskæftigelse fordelt på beskæftigelsesgrad i 2016 sammenholdt med alle 56+ årige fordelt på beskæftigelsesgrad i 2016



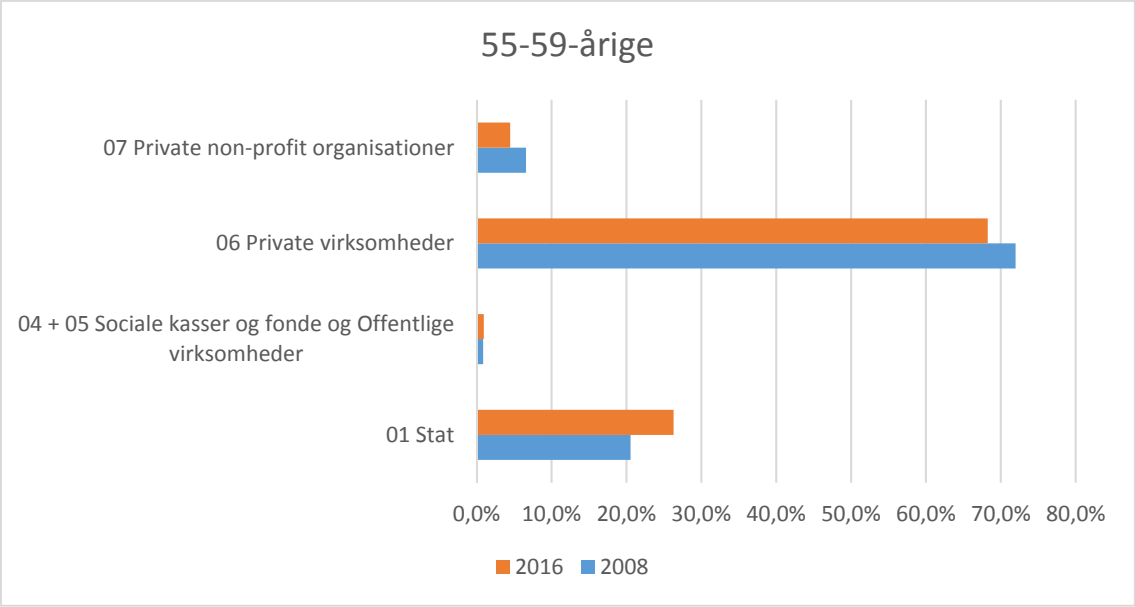
Noter: Figurerne med 56+ årige ansatte med bibeskæftigelse ved siden af det regionale job er fordelt på beskæftigelsesgrad i 2008 og 2016. Disse kan sammenholdes med figurerne for alle 56+ årige fordelt på beskæftigelsesgrad i 2008 og 2016. Se data vedr. antal ansatte, som ligger til grund for figurerne i afsnit 6, tabel 6.b og 6.c i vedlagte bilag.
Kilde: KRL – Kommune og Regionernes Løndatakontor og Danmarks Statistik.

Figurerne 6.b. og 6.c. viser bl.a., at:

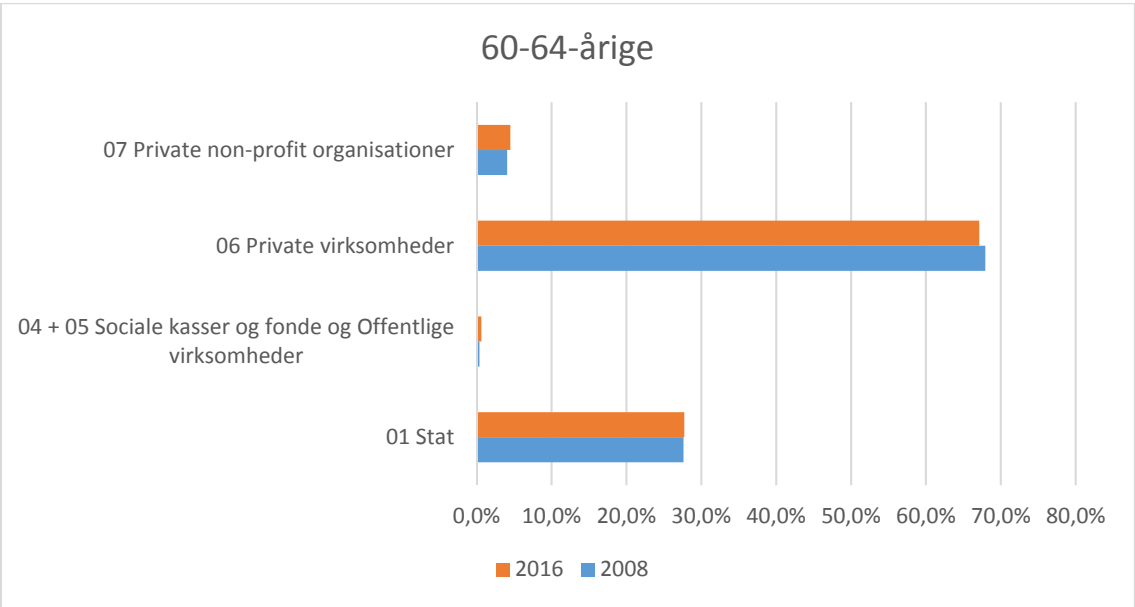
- I 2008: Blandt alle 56+ årige i regionerne var 52,8 % ansat på heltid. Blandt gruppen af 56+ årige med bibeskæftigelse var 62,8 % på heltid.
- I 2016: Blandt alle 56+ årige i regionerne i 2016 var 56,7 % ansat på heltid. Blandt gruppen af 56+ årige med bibeskæftigelse var 63,2 % på heltid.

Nedenfor vises i hvilken sektor, hvor de ansatte, som har bibeskæftigelse, arbejder.

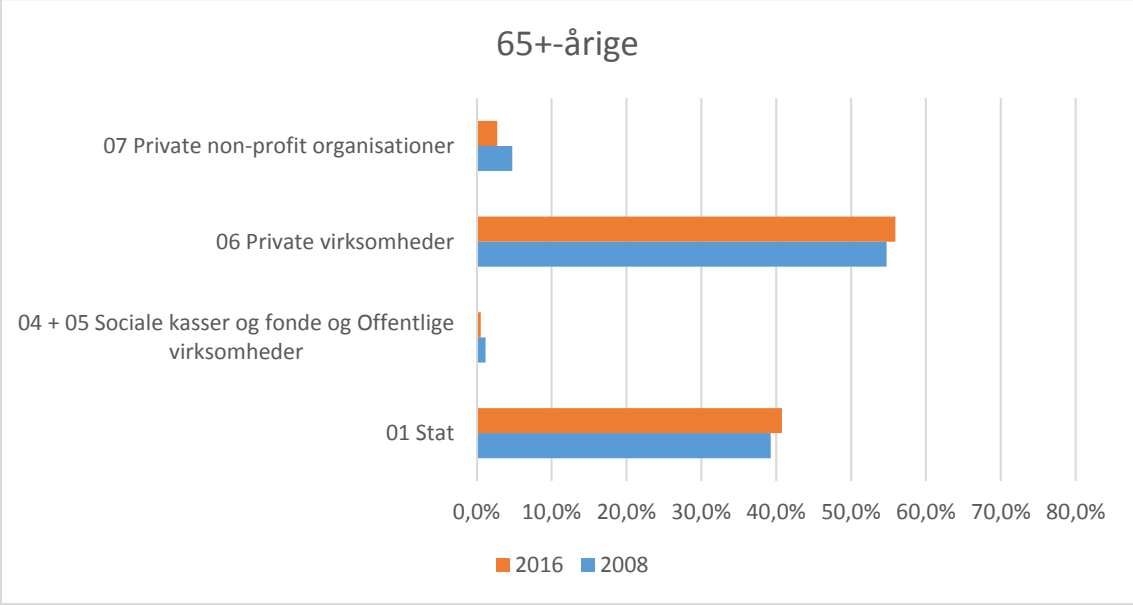
Figur 6.d. Sektor ansatte 55-59-årige har bibeskæftigelse i, 2008 og 2016



Figur 6.e. Sektor ansatte 60-64-årige har bibeskæftigelse i, 2008 og 2016



Figur 6.f. Sektor ansatte over 65 år har bibeskæftigelse i, 2008 og 2016



Noter: Figurerne viser procentdelen af personer med bibeskæftigelse fordelt på beskæftigelsesgrad. Procentdelen er udregnet i forhold til totaltallet af ansatte fra henholdsvis 55-59 år, 60-65-årige og 65+årige, som har bibeskæftigelse. Se data vedr. antal ansatte, som ligger til grund for figurerne i afsnit 6, tabel 6.d, 6.e og 6.f i vedlagte bilag.
Kilde: KRL – Kommune og Regionernes Løndatakontor og Danmarks Statistik.

Figurerne viser bl.a., at:

- Størstedelen af ansatte med bibeskæftigelse, har deres bibeskæftigelse i private virksomheder.
- Der er en stigning i andelen af ansatte over 65 år med bibeskæftigelse, som har deres bibeskæftigelse i private virksomheder og i staten fra 2008 og 2016.

Et godt og fleksibelt pensionssystem – også for velfærdsreformens vandbærere

Resumé

FOAs medlemmer er gennem de senere år blevet stadigt mere betænkelige ved den stigende folkepensionsalder. Hvordan vil det gå med deres pensionsmuligheder? Mange tvivler på, at det danske pensionssystem vil matche deres individuelle tilbagetrækningspræferencer, når folkepensionsalderen sættes op.

Notatet ser nærmere på dette spørgsmål og denne tvivl. Vil det kommende pensionssystem med stadigt højere folkepensionsalder komme til at mangle tilstrækkeligt gode og fleksible muligheder for bl.a. FOAs medlemsgrupper? Notatet peger på, at nogle grupper i samfundet sandsynligvis vil opleve at mangle tilstrækkeligt gode og fleksible pensionsmuligheder, når folkepensionsalderen sættes i vejret. Det vil især gælde nogle af de grupper, hvis tilbagetrækningsadfærd ifølge politikerne med velfærdsreformen i særlig grad ønsker at ændre med stadigt stigende folkepensionsalder. Dem, som politikerne i særlig grad har udpeget til velfærdsreformens samfundsøkonomiske vandbærere, vil i særlig grad komme til at opleve et pensionssystem, hvor de vil mangle tilstrækkeligt fleksible og gode pensionsmuligheder.

Trods både seniorpension og ret til tidlig pension vil der i denne gruppe fortsat være problemer med både pensionsmuligheder og incitamenter til at fortsætte på arbejdsmarkedet.

Her finder notatet en af forklaringerne på, at dem, der er udset til at skulle bære de største byrder ved velfærdsreformen, samtidig er dem, der tvivler mest på fremtidens pensionsmuligheder og er mest kritisk over for stigende folkepensionsalder.

Derfor peger notatet på en række områder, hvor *Kommission om tilbagetrækning og nedslidning* anbefales at overveje pensionsreformer og ændring i incitamenterne til senere tilbagetrækning. Notatet peger således både på to reformbehov. Det er og vil i endnu højere komme at behov for justering eller videreudvikling de anciennitetsbaserede modeller for tidligere tilbagetrækning. Samtidig er der behov for at ændre pensionssystemet, så det i højere grad giver effektive økonomiske incitamenter til senere tilbagetrækning, også for dem, hvor det ikke nødvendigvis er på tale at arbejde efter en stadigt højere folkepensionsalderen.

Hvis man kan finansiere bedre og mere fleksible pensionsmuligheder, der bedre matcher de individuelle pensionsønsker også hos dem, der har præference for lidt tidligere tilbagetrækning ved at skabe bedre muligheder for, at flere kan få alle de gode seniorarbejdsår, de ønsker sig, vil man samtidig bidrage til at sikre bredere opbakning til en stigende folkepensionsalder.

Reformer på disse to områder vil tilsammen kunne bidrage til et mere holdbart pensionssystem. Vel at mærke et mere holdbart pensionssystem i både samfundsøkonomisk og politisk forstand.

Indledning

Kommission om tilbagetrækning og nedslidning blev nedsat ud fra et politisk ønske om "at sikre fortsat bred opbakning til en stigende folkepensionsalder". Ud fra dette politiske ønske er kommissionen blevet bedt om at komme med analyse og forslag til at sikre et pensionssystem, der "er med til at sikre et forsørgelsesgrundlag for de ældre, høj dækningsgrad for brede grupper af arbejdsmarkedet og fleksibilitet for den enkelte". Kommissionen skal således udarbejde analyser, vurderinger og forslag til fremtidens pensionssystem ud fra

et politisk ønske om at gøre pensionssystemet så tilstrækkeligt godt og fleksibelt, at det kan sikre fortsat bred folkelig opbakning til velfærdsaftalen om at lade folkepensionsalderen stige.

Dette gør kommissionens arbejde særligt interessant og relevant for et fagforbund som FOA, da der blandt FOAs medlemmer allerede på nuværende tidspunkt kan spores en udbredt bekymring for, at pensionssystemet ikke vil være godt og fleksibelt nok for dem, når folkepensionsalderen sættes yderligere i vejret.

Der har gennem de senere år vist sig en voksende betænkelighed blandt FOAs medlemmer over, hvad den stigende folkepensionsalder gør og vil gøre ved deres pensionsmuligheder. Det fremgik f.eks. tydeligt på FOAs seneste kongres i 2019, hvor de delegerede vedtog en klar kritik af den stadige forhøjelse af folkepensionsalderen[1]. Tilsvarende fremgår det af FOAs medlemsundersøgelser, at forbundets medlemmer opfatter den stigende folkepensionsalder som et voksende problem. FOAs medlemsundersøgelser viser, at godt halvdelen af FOAs medlemmer ikke forventer at kunne arbejde indtil folkepensionsalderen[2].

FOAs medlemmer går da også *i gennemsnit* på pension, inden de når folkepensionsalderen. Over halvdelen af FOAs medlemmer påbegynder udbetaling af deres arbejdsmarkedspension, inden de er nået folkepensionsalderen[3]. Frem til 2018, hvor folkepensionsalderen var 65 år, gik de i gennemsnit på pension i en alder af 64,2 år. FOAs seniormedlemmer gik således som gennemsnit på pension 0,8 år før folkepensionsalderen. I 2020, hvor folkepensionsalderen var sat op til 66 år, gik de i gennemsnit på pension endnu mere før folkepensionsalderen. I 2020 gik de på pension i en alder af 64,6 år, dvs. 1,4 år før folkepensionsalderen[4].

Hvis denne udvikling fortsætter, kan der være tale om en foruroligende tendens. Hvis det bliver mere og mere udbredt med tilbagetrækning stadigt længere tid før folkepensionsalderen, vil FOAs medlemmer få et stadigt større problem med at finansiere den stadigt længere del af pensionstilværelsen, hvor folkepensionen vil mangle.

Har man af den ene eller anden grund en begrænset tiltro til at kunne arbejde indtil folkepensionsalderen, vil det ofte bidrage til en stærk præference for at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet inden folkepensionsalderen, og dermed vil det i særlig grad blive oplevet som et problem, hvis der 'mangler' folkepension eller en anden offentlig ydelse, der sammen med arbejdsmarkedspension, ATP og evt. privat opsparing kan finansiere den ønskede tidlige tilbagetrækning. Forventer man at være mere eller mindre nødt til at trække sig tidligere tilbage fra arbejdsmarkedet, er det let at forstå, hvorfor de stadige forhøjelser af folkepensionsalderen kan føre til utryghed og tvivl om, hvorvidt der til sin tid vil være tilstrækkeligt gode og fleksible pensionsmuligheder, der matcher de individuelle ønsker om tidlig tilbagetrækning.

Det er denne problemstilling, som dette notat forsøger at belyse nærmere:

- Hvor kommer et pensionssystem med stadigt højere folkepensionsalder eventuelt til at mangle tilstrækkeligt gode og fleksible muligheder for de sociale grupper, der i særlig grad forventes at ville ændre tilbagetrækningsadfærd?

---

[1] Udtalelse fra FOAs kongres 2019: *FOAs kongres 2019 opfordrer de politiske partier til at sige farvel til velfærdsforliget fra 2006*

[2] FOA: *Forventninger om at kunne arbejde til folkepensionsalderen.* Medlemsundersøgelse januar 2019.

[3] Når man ved, hvor stort et økonomisk incitament der er til ikke at påbegynde udbetaling fra arbejdsmarkedspension, mv. før folkepensionsalderen, er det ekstra bemærkelsesværdigt, at så mange påbegynder pensionsudbetaling før folkepensionalderen.

[4] Tallene henviser til det gennemsnitlige tidspunkt for påbegyndelse af udbetaling af arbejdsmarkedspension.

- I hvor høj grad – og hvordan - vil disse sociale grupper ændre deres tilbagetrækningspræferencer og -adfærd? Vil de trække sig så meget senere tilbage, at politikerne kan forvente at opnå de ønskede og forventede samfundsøkonomiske effekter af højere folkepensionsalder?
- Hvor vil det eventuelt være relevant at overveje ændring af det samlede pensionssystem, hvis der ønskes et mere både politisk og samfundsøkonomisk holdbart pensionssystem?

1. Et tilstrækkeligt godt og fleksibelt pensionssystem for alle trods højere folkepensionsalder?

Forskelle i afhængighed af folkepension

For en meget stor del af befolkningen spiller adgang til folkepension en altafgørende rolle. Uden den er det for de fleste ikke muligt at sikre et rimeligt forsørgelsesgrundlag ved tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Derfor er der god grund til at antage, at folkepensionsalderen spiller en helt central rolle for den konkrete tilbagetrækningsbeslutning hos rigtigt mange. Når der sker ændringer i folkepensionsalderen, har det stor betydning for rigtig mange danskernes tilbagetrækningsplaner.

Ændringer af folkepensionsalderen påvirker ikke den konkrete tilbagetrækningsadfærd lige meget for alle. Det må forventes, at den konkrete tilbagetrækningsadfærd påvirkes relativt mest hos de borgere, hvor adgangen til folkepension spiller den største og ofte altafgørende rolle for, om de overhovedet har noget rimeligt forsørgelsesgrundlag, når de forlader arbejdsmarkedet. Derimod må folkepensionsalderen forventes at spille en langt mere begrænset rolle for de borgere, hvor adgang til folkepension spiller en ringe eller marginal rolle for forsørgelsesgrundlaget den dag, de ønsker at forlade arbejdsmarkedet.

Til den første gruppe, dem der er meget afhængige af folkepensionen, hører i særlig grad de dårligst lønnede, herunder ikke mindst grupper, der udover relativ lav arbejdsindkomst også undervejs i livet i større eller mindre perioder er ramt af ledighed, sygdom og manglende mulighed for fuldtidsbeskæftigelse. Disse grupper vil typisk have en begrænset pensionsopsparing, da det er en afgørende grund til, at de er så afhængige af at kunne få folkepension eller en tilsvarende offentlig ydelse, når de forlader arbejdsmarkedet.

FOAs medlemsgrupper hører i vid udstrækning til denne del af befolkningen. FOAs medlemsgrupper er altovervejende lavtlønnede. Mange har ikke altid mulighed for fuldtidsarbejde. De fleste FOA-medlemmer har ikke arbejdet uafbrudt siden deres første indtræden på arbejdsmarkedet, men har undervejs haft perioder med ledighed, forlænget barselsorlov, uddannelse eller andre kortere eller længerevarende pauser fra arbejdsmarkedet, bl.a. i forbindelse med sygdom, og i alle disse perioder har indbetalingen til arbejdsmarkedspensionen været sat helt i stå eller kraftigt nedsat.

Alle disse forhold, der begrænser pensionsopsparingen modvirkes af to forhold. Det altovervejende flertal af FOAs medlemmer har ganske vist beskæftigelse på områder med en overenskomstsikret ret til opsparing til arbejdsmarkedspension. Samtidig er det typiske FOA-medlem startet tidligt på arbejdsmarkedet. Men alligevel medfører disse forhold ikke, at det typiske FOA-medlem har nogen større pensionsopsparing, når man lægger arbejdsmarkedspension og ATP sammen med for nogles vedkommende en begrænset privat pensionsopsparing. Når det typiske FOA-medlem som nævnt ovenfor går på pension inden folkepensionsalderen,

udgør arbejdsmarkedspensionen kun godt 20 pct. af den samlede pension efter folkepensionsalderen.[5] Dermed er ret til folkepension (eller anden offentlig tilbagetrækningsydelse) en helt uomgængelig nødvendighed for at kunne opnå et rimeligt forsørgelsesgrundlag som pensionist.

Denne store afhængighed af folkepensionen gælder selvsagt ikke kun for FOAs medlemmer, men er her blot belyst med eksempler fra FOAs område. ATP har regnet på folkepensionen med tillæg, boligydelsen og ATP. De udgjorde i 2020 tilsammen mere end 80 pct. af den samlede pensionsindkomst for op mod 3 af 4 pensionister. Kun den femtedel, der have de allerhøjeste pensionsindkomster, fik under halvdelen af pensionsindkomsten fra folkepensionen.[6]

Ser vi fremad i tid, er der ganske vist udsigt til større pensionsopsparing for mange. Store grupper af fremtidens pensionister vil løbende have indbetalt mere til arbejdsmarkedspensioner, mv. end nutidens pensionister. Men alligevel vil den udbredte afhængighed af folkepensionen som forsørgelsesgrundlag ikke ændre sig grundlæggende. Selv om der er udsigt til, at de private pensioner om 10, 20, 30 og 50 år vil udgøre en større andel af den samlede pensionsindkomst, vil rigtig mange stadig være afhængig af de offentlige pensionsydelser. Selv så langt ude i fremtiden som 2080 vil de offentlige pensioner sammen med ATP ifølge ATP's beregninger udgøre mindst 60 pct. af den samlede pensionsindkomst for del halvdel af befolkningen med de laveste pensionsindkomster.

I den store befolkningsgruppe, der er stærkt afhængig af folkepension og dermed af folkepensionsalderen, befinder der sig mange, som samtidig har stærke præferencer for tidlig tilbagetrækning, og har man en stærk præference for at trække sig tidligt tilbage fra arbejdsmarkedet. For dem er det i sagens natur ekstra vigtigt, hvor længe man skal vente på at få ret til folkepension. For dem vil det ofte spille en altafgørende rolle, om der er ret til folkepension på det ønskede tilbagetrækningstidspunkt eller først 1, 2, 3 eller flere år senere. Ønsker man derimod først at forlade arbejdsmarkedet nogle år efter folkepensionsalderen, spiller det en langt mindre rolle, hvad folkepensionsalderen er.

Folkepensionsprincipper er koblet til folkepensionsalder

Disse forskelle i afhængigheden af folkepensionsalderen, handler langtfra alene om mulighederne for at kunne opnå folkepension eller anden offentlig ydelse ved tilbagetrækning. Selve aldersgrænsen for ret til folkepension spiller en helt central rolle i det samlede danske pensionssystems opbygning. Dermed har folkepensionsalderen også afgørende betydning for de pensionsmuligheder, der er udover selve folkepensionen.

Det samlede tilbagetrænings- og pensionssystem har lige siden indførelse af efterlønnen i 1979 været afhængig af folkepensionsalderen. Efterløn kunne man oprindeligt få de sidste 5 år op til folkepensionsalderen, og førtidspension kunne man få indtil folkepensionsalderen. På det seneste er de samlede pensions- og tilbagetrækningsmuligheder over en længere årrække blevet gjort stadigt mere afhængig af folkepensionsalderen. Dermed har folkepensionsalderen fået stadigt større betydning for pensionssystemets forskellige pensionsmuligheder.

Det samlede danske folkepensionssystem bygger her på to grundlæggende principper, der har afgørende betydning for folkepensionsordningens fleksibilitet og brugbarhed for forskellige grupper i samfundet. Disse

[5] Ifølge ikke offentliggjorte beregninger foretaget for FOA af PenSam.
[6] ATP: *Faktum, nr. 184, marts 2019.*

to principperne har særlig stor betydning for dem, der af forskellige årsager både har særlige præferencer for pensionering før folkepensionsalderen og er meget afhængig af folkepensionen.

Det drejer sig om følgende to danske principper:

- *Ens pensionsalder for alle*. Der er kun én folkepensionsalder, der giver ret til ens folkepension resten af livet, og denne folkepensionsalder gælder for alle i samme årgang.
- *Ret til opsat pension, men ikke til fremskyndet pension*. Udover indkomstgradueringen er der kun én væsentlig modifikation fra den ens universelle folkepension. De, der har nået folkepensionsalderen og fået ret til folkepension, kan, hvis de arbejder mindst 750 timer inden for et kalenderår, få udskudt folkepension og herved opnå en opreguleret folkepension efter reglerne om såkaldt opsat folkepension.

Danmark har - modsat en række andre lande – hverken et system med varierende pension ved varierende alder og/eller arbejdsmarkedsanciennitet eller nogen mulighed for 'fremskyndet folkepension'. Inden du når folkepensionsalderen er der nul adgang til folkepension.

I Danmark er det således ikke muligt at påbegynde den offentlige pensionsydelse før det officielle pensionstidspunkt mod et nedslag i pensionsydelsens størrelse. Folkepensionen kan derimod godt sammenpresses til en højere ydelse fra et senere starttidspunkt end folkepensionsalderen, men altså ikke udstrækkes til en lavere ydelse fra et tidligere tidspunkt.

Danmark har heller ikke større tradition for at fastsætte særlige lavere aldersgrænser for adgang til pension for bestemte grupper på arbejdsmarkedet, hverken ved lov eller gennem overenskomst. Også her adskiller Danmark sig fra en række andre europæiske lande. I mange andre europæiske lande findes der findes en lang række pensionsordninger, hvorefter bestemte grupper på arbejdsmarkedet ved lov og/eller overenskomst opnår mulighed for pension ved varierende alder. Ikke sjældent opnås retten kun under forudsætning af en vis forudgående beskæftigelsesanciennitet, og pensionens størrelse varierer ofte efter, hvor mange år den pågældende har været på det pågældende arbejdsmarked inden pensionering. I nogle tilfælde kan det dreje sig om generelle offentlige pensionsordninger baseret på enten ren arbejdsmarkedsanciennitet eller på en kombination af (minimums)alder og arbejdsmarkedsanciennitet.

Det danske folkepensionssystem er således relativt unikt ved både at bygge på en universel skattefinansieret folkepensionsalder, som ikke er modificeret efter sociale behov, kun i begrænset omfang målrettet efter økonomiske behov, og som kun kan vælges modificeret i ydelsesperiode via ret til opsat folkepension.

Dermed er de andre søjler i det samlede danske pensionssystem, at på mange måder er koblet til den universelle folkepensionsalder. Alle de forskellige tilbagetrænings- og pensionsordninger (førtidspension, seniorpension, tidlig pension, mv.) er indrettet som særlige tidsbegrænsede ydelser, der ophører ved folkepensionsalderen. Alle de tidsbegrænsede tilbagetrækningsordninger (efterløn, seniorpension og tidlig pension). er alle knyttet direkte lovmæssigt sammen med folkepensionsalderen. Højere folkepensionsalder betyder automatisk senere ret til efterløn, seniorpension og tidlig pension.

Også mulighederne for at anvende arbejdsmarkedspension og ATP i forbindelse med tidlig tilbagetrækning er knyttet direkte lovmæssigt til den universelle folkepensionsalder. Alderskriterierne for, hvornår man har fuld adgang til arbejdsmarkedspension og ATP, sættes op i takt med en forhøjelse af folkepensionsalderen.

Alle muligheder for at sikre et forsørgelsesgrundlag for dem, der ønsker at gå tidligt på pension, er således afhængig af folkepensionsalderen. Så godt som alle muligheder for at få adgang til tidlig tilbagetrækning med et forsørgelsesgrundlag med en tilstrækkelig dækningsgrad påvirkes negativt ved højere folkepensionsalder,

og det opleves selvsagt særligt utrygt for dem, der af den ene eller anden grund ønsker relativt tidlig pensionering.[7]

Velfærdsaftalens vandbærere

Ligesom stjernerytterne i Tour de France har deres vandbærere, som tager det store slæb for at bringe dem i front, har også velfærdsaftalen fra 2006 sin gruppe af vandbærere. Men modsat de professionelle cykelhold satte politikerne bag Velfærdsaftalen ikke navne på sine vandbærere.

Ved Velfærdsaftalen i 2006 var den politiske fortælling, at her var der ingen opdeling i vandbærere og stjerneryttere. Fortællingen var, at vi alle sammen får forhøjet vores folkepensionsalder. Alle skal blive lidt længere på arbejdsmarkedet. Så kan vi alle få bedre råd til vores fælles velfærd i fremtiden, uden at nogen af os skal betale mere i skat.

Men bag denne fortælling gemmer der sig en historie om stjerner og vandbærere. Stjernerne er alle dem, der i forvejen både kan og gerne vil blive længere på arbejdsmarkedet. De kommer ikke til at yde de store ofre eller mærke den store ændring. Det bliver allerhøjest en opsat folkepension, der bliver en smule mindre i den sidste ende. Vandbærerne er alle dem, der er økonomisk meget afhængig af folkepensionen for overhovedet at have friheden til at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet, og som samtidig af den ene eller anden grund har stærke præferencer for tidlig tilbagetrækning. Det er dem, der er udset til at skulle trække det tunge læs med at gå senere på pension, så vi allesammen kan få bedre råd til vores fælles velfærd i fremtiden, uden at nogen skal betale mere i skat.

Denne fordeling mellem stjerneryttere og vandbærere er der nogle forskere og nu også Det Økonomiske Råd, der har regnet på[8]. Forskerne fandt, at for personer med nul privat pensionsopsparing forsinkes deres tilbagetrækning til pension med 0,15-0,2 år, når den lovpligtige pensionsalder stiger fra 65 til 66. For personer, hvor den private pensionsformue svarer til fire eller flere års indtjening før pension, udskydes tilbagetrækningen til pension kun halvt så meget.

For personer, der i forvejen har til hensigt at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet *efter* folkepensionsalderen, betyder det ikke ret meget, at folkepensionsalder bliver sat op. Det påvirker ikke nødvendigvis deres tilbagetrækningsadfærd. Mange vil formodentlig være tilbøjelig til at trække sig tilbage på samme tidspunkt, som de hele tiden har regnet med. Universitetsprofessoren, der altid har regnet med at stoppe, når hun blev 70 år, ændrer ikke nødvendigvis på det, fordi Folketinget vedtager at forhøje folkepensionsalderen til 69 år fra 2035.

Det eneste, der umiddelbart kan få indflydelse på tilbagetrækningstidspunktet, er, at den forventede folkepension, når man trækker sig tilbage senere end folkepensionsalderen, bliver forringet lidt. Højere folkepensionsalder betyder således en lidt forringet adgang til opsat folkepension fra tilbagetrækningstidspunktet. De økonomiske gulerødder ved at fortsætte på arbejdsmarkedet bliver dermed lidt mindre, og dette kan evt. indikere, at nogle vil træffe beslutning om lidt tidligere stop på arbejdsmarkedet. Men overordnet synes der at være tale om begrænsede adfærdsændringer – i samfundsøkonomisk negativ retning. Mindst for dem

[7] Det ligger uden for dette notats rammer at redegøre mere detaljeret for, præcist hvordan disse muligheder for at opnå en rimelig dækningsgrad påvirkes negativt for forskellige indkomstgrupper og grupper på arbejdsmarkedet.

[8] Arnberg, Søren, Helsø, Anne-Line Koch og Stephensen, Peter (2018): *Pension Wealth, Preference Heterogenity and the Impact of Retirement Policies* DREAM Working Paper 2018:2. Det Økonomiske Råd: *Dansk økonomi, foråret 2021.*

med stor pensionsopsparing, hvor folkepensionen har begrænset betydelig og lidt mere for dem med begrænset eller slet ingen pensionsopsparing og stor afhængighed af folkepensionen. I den ovennævnte forskning beregnes der da også kun en lidt tidligere pensionsalder. Den forventede pensionsalder falder lidt mere for dem uden pensionsopsparing og lidt mindre for dem med stor pension. For dem med stor pensionsopsparing spiller de lidt mindre økonomiske gulerødder ved at blive længere tydeligvis næsten ingen rolle. Det er helt andre ting, der afgør deres valg af pensioneringstidspunkt, herunder helbred, vilkår i arbejdet og ønsker til pensionstilværelsen.

Analyser af efterlønsændringerne viser tilsvarende, hvem der er vandbærere, og hvem der er stjerneryttere. Analyserne viser ikke overraskende, at vandbærerne, der står til de største (uønskede) adfærdsændringer, også her er de grupper, der af den ene eller anden grund har stærke præferencer for tidlig tilbagetrækning, så snart efterlønskriterierne tillod det. De er dem, der er blevet påvirket massivt til senere tilbagetrækning, da efterlønsalderen blev sat i vejret. Da efterlønsalderen blev øget fra 60 år for kohorte 1953 til 61 for kohorte 1954 (2. halvdel), flyttede det markante fald i deltagelse i arbejdsstyrken i en alder af 60 år stort set op til en alder af 61 år. Arbejdsmarkedsdeltagelsen for de 60-årige i årgang 1954 (2. halvdel) var 28 procentpoint større sammenlignet med årgang 1953[9].

Det Økonomiske Råds seneste analyse tegner et tilsvarende billede af, hvem der er velfærdsaftalens vandbærere. Det er mere kvinderne end mændene. Mere de lavtlønnede end de højtlønnede, og ikke mindst de kortuddannede langt mere end dem med en længerevarende uddannelse. Ufaglærte og faglærte står ifølge de økonomiske vismænd for mere end 75 pct. af al senere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Folk med lange uddannelser kun for 3 pct. Byrderne er således meget skævt fordelt.[10]

Nyere supplerende tilbagetrækningsmuligheder

Inden for de seneste ti år er der kommet nye supplerende tilbagetrækningsmuligheder, først og fremmest seniorpension og ret til tidlig pension. Der er indført en seniorpensionsordning, som allerede nu bruges flittigt. Fra 2022 suppleres pensionssystemet med en ny tredje pille i form af en rettighedsbaseret tilbagetrækningsordning baseret på arbejdsmarkedsanciennitet og manglende økonomisk mulighed for selvfinansieret pensionering, tidlig pension.

Med de nye tilbagetrækningsmuligheder er vores pensionssystem blevet suppleret med ordninger, der i særlig grad kan siges at henvende sig til de grupper, der ovenfor blev beskrevet som velfærdsaftalens vandbærere. De supplerende tilbagetrækningsmuligheder kan og bør ses som et politisk ønske om at kompensere for velfærdsaftalens og tilbagetrækningsreformens indskrænkninger i pensionssystemets muligheder til tilbagetrækning for en stadigt stigende folkepensionsalder.

Men selv om de nye supplerende tilbagetrækningsmuligheder åbner en række nye muligheder for mange af velfærdsreformens vandbærere, er fremtidsudsigterne ikke nødvendigvis kun klar blå himmel. Hverken seniorpension eller tidlig pension har nødvendigvis fundet sin mest optimale og fremtidsholdbare form i første politiske hug.

[9] Arnberg, Søren, Helsø, Anne-Line Koch og Stephensen, Peter (2018), op.cit.
[10] Det Økonomiske Råd: *Dansk Økonomi, forår 2021,* s. 229.

Seniorpension

Tidligere var der kun relativt få med væsentlig nedsat arbejdsevne, der kunne opnå seniorførtidspension. Men med seniorpensionen kan langt flere seniorer med nedsat arbejdsevne få en mulighed for fleksibel tidlig tilbagetrækning. Men selv med den nuværende seniorpension vil der være seniorer med en arbejdsevne, der er nedsat så meget, at de ikke vil kunne opnå en rimelig selvforsørgelse frem til folkepensionsalderen gennem fortsat deltagelse på arbejdsmarkedet. Dette gælder ikke mindst de kortuddannede og relativt lavtlønnede. På FOAs områder skal man f.eks. typisk have arbejdsevne nok til at kunne passe et deltidsjob på 25-30 timer for bare at kunne opnå en indkomst, der svarer til en seniorpension. Da ret til seniorpension forudsætter, at den pågældende højest kan arbejde 15 timer, vurderet ud fra dit seneste job, er der således en ikke ubetydelig gruppe af primært kortuddannede/lavtlønnede (uden ret til efterløn og uden tilstrækkelig pensionsopsparing til tidlig selvpensionering), der er afskåret fra en fleksibel pensionsmulighed, som de ellers har et begrundet behov for.

For denne gruppe har FOA tidligere foreslået, at der kan opnås ret til seniorpension under forudsætning af, at den pågældende højest kan arbejde 18 timer, vurderet ud fra dit seneste job. Partierne bag aftalen om tidlig pension er enige om at søge tilslutning fra forligskredsen omkring seniorpension til, at der fra 2024 lempes på kravet til en persons arbejdsevne i seniorpensionsordningen fra 15 timer til 18 timer, som foreslået af FOA. Sker det, vil dette hul i pensionssystemet blive lukket.

Et andet 'hul' i seniorpensionsordningen er dem, der ikke opfylder ordningens krav om forudgående beskæftigelse. For at kunne få seniorpension skal du have haft en langvarig tilknytning til arbejdsmarkedet med sammenlagt mindst 20-25 års fuldtidsbeskæftigelse. Kun efter kommunalbestyrelsens konkrete vurdering kan perioder med deltidsbeskæftigelse med mindre end 27 timer om ugen omregnes forholdsmæssigt til perioder med fuldtidsbeskæftigelse. Dermed er borgere, hvis arbejdsevne er varigt nedsat til højst 15 timer om ugen i forhold til seneste job, ikke få seniorpension, hvis de ikke kan dokumentere sammenlagt mindst 20-25 års (omregnet) fuldtidsbeskæftigelse.

Dermed indebærer arbejdsmarkedsanciennitetskravet, at en gruppe med stærkt nedsat arbejdsevne står uden mulighed for et tilstrækkeligt forsørgelsesgrundlag. Seniorpension er der ikke adgang til, og et eventuelt lavtlønnet job på mindre end 15 timer giver ikke et tilstrækkeligt forsørgelsesgrundlag. Dette gælder ikke mindst på arbejdsområder som FOAs. For det første er nedslidningen på FOAs arbejdsområder væsentlig højere end på de fleste andre arbejdsområder.[11] Dernæst har mange faggrupper på FOAs område langtfra alle har reel adgang til fuldtidsbeskæftigelse.[12]

Både forbund og lokale afdelinger af FOA får da også løbende kendskab til medlemmer, der på grund af arbejdsmarkedsanciennitetskravet ikke kan få seniorpension, selv om deres arbejdsevne tydeligvis synes varigt nedsat til højst 15 timer om ugen i forhold til seneste job. De vil som absolut hovedregel heller ikke have ret til efterløn. Næsten ingen af dem er fortsat tilmeldt efterlønsordningen, da de alligevel ikke vil kunne opfylde kravet om arbejdsmarkedstilknytning. Man skal som udgangspunkt have været medlem af en a-kasse

[11] For hver læge eller person med en længere videregående uddannelse, der får tilkendt en førtidspension, får hele 10 FOA-medlemmer (SOSU) tilkendt førtidspension. Sammenlignet med tømrer, sygeplejerske og lærere, får dobbelt så mange FOA-medlemmer tilkendt førtidspensioner. FOAs faggrupper ligger tilsvarende højt i tilkendelser af seniorpension og sygefravær, der er en indikator for, at faggruppen er udfordret enten i form af KRAM-faktorer, belastende arbejde eller en kombination.

[12] Cirka 23 % af FOAs medlemmer, der arbejder på ældreområdet, vil f.eks. gerne op i tid.

og betalt efterlønsbidrag i 30 år og senest have startet betalingerne på din 30-års fødselsdag. Herudover skal man stå til rådighed for arbejdsmarkedet og ikke være for syg eller på anden måde ude af stand til at påtage dig et arbejde, når man overgår til efterløn. Dette kan udelukke dem, der af den ene eller anden grund undervejs forlader arbejdsmarkedet og efterlønsordningen, ligesom det udelukker dem, der som senior har en så nedsat arbejdsevne, at de ikke står til rådighed for arbejdsmarkedet.

De fleste af dem, der ikke opfylder kravet om 20-25 års fuldtidsbeskæftigelse er for lidt nedslidte til at passere den almindelige førtidspensions smalle nåleøje, ligesom de selvsagt ikke opfylder det langt mere omfattende arbejdsmarkedsanciennitetskrav i tidlig pension.

Til gruppen af seniorer med nedsat arbejdsevne, som ikke kan opnå ret til seniorpension som følge af arbejdsmarkedsanciennitetskravet hører en særlig gruppe, nemlig de indvandrere, der ikke har tilbragt hele deres arbejdsliv med dokumenteret dansk beskæftigelse, der kan tælles med i de 20-25 år fuldtidsarbejde, der kræves for at få seniorpension. Denne gruppe er stødt voksende, også blandt FOAs medlemmer. De har haft lang nok tid på det danske arbejdsmarked til at blive slidt ned eller på anden måde mistet arbejdsevne. Men de har ikke lang nok anciennitet på det danske arbejdsmarked til at opnå ret til seniorpension.

Uanset om det drejer sig om indvandrere eller personer, der har boet i Danmark hele livet, har vi her en gruppe af nedslidte seniorer med begrænset restarbejdsevne, der ikke med det nuværende pensionssystem har nogen fleksible muligheder for at opnå et blot rimeligt forsørgelsesgrundlag ved tidlig tilbagetrækning.

Hvis man ønsker at udbedre dette hul i pensionssystemet, kan det bl.a. overvejes at lempe beskæftigelseskravet, således at der ikke blot gives ret til seniorpension ved opfyldelse af det nuværende krav om 20-25 års fuldtidsbeskæftigelse, men også herudover åbnes mulighed for ret til seniorpension på grundlag af mindre end 20 års fuldtidsbeskæftigelse, såfremt denne beskæftigelse ligger inden for en nærmere afgrænset tidsperiode forud for ansøgning om seniorpension[13].

Tidlig pension

Ret til tidlig pension træder i kraft fra 2022. Retten er altovervejende målrettet en særlig målgruppe, der ikke tilgodeses ved hverken efterløn eller med seniorpension[14]. Det sker ved en kombination af krav om en meget høj arbejdsmarkedsanciennitet, et krav om en begrænset pensionsopsparing og en tilpas lav og tidsmæssig begrænset ydelse. Dermed begrænses selve retten til tidlig pension til dem, der er startet meget tidligt i livet på et langt og ofte belastende arbejdsliv uden reelle muligheder for en indtjening, der har muliggjort en større pensionsopsparing. Samtidig medvirker ydelsens begrænsede størrelse og varighed til en begrænsning af efterspørgslen blandt dem, der får rettigheden. Kun en begrænset del af de berettigede kan forventes at benytte retten til tidlig pension[15]. Tidlig pension vil typisk kun være attraktiv for dem, der på grund af sygdom, nedslidning, nedsat arbejdsevne samt eventuelt fysisk og psykisk belastende arbejde har meget væsentlige

[13] Et sådant princip om rettighedsudmåling baseret på arbejdsmarkedstilknytning i form af en vis mængde beskæftigelse inden for en forudgående nærmere afgrænset periode kendes i forvejen bl.a. fra arbejdsløshedsdagpengelovgivningen og udlændingelovgivningen.

[14] Ordningen er dog også målrettet efter at kunne være en attraktiv mulighed for grupper med ret til efterløn, hvor forringelserne i efterlønsordningen har gjort, at en begrænset pensionsopsparing kan forringe efterlønnen væsentligt.

[15] Det forventes således, at 41.000 helårspersoner får ret til at gå på tidlig pension i 2022, mens det kun forventes, at omkring 60 pct. af de berettigede svarende til 24.000 helårspersoner i 2022 vil vælge at gå på tidlig pension i 2022.

grunde til at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet før folkepensionsalderen – uden at have mulighed for hverken seniorpension eller efterløn.[16]

Ret til tidlig pension er således målrettet grupper, der pga. en høj afhængighed af folkepension eller anden offentlig pensionsydelse ellers fratages muligheder for at realisere deres ønske om tidlig tilbagetrækning. Men retten til tidlig pension løser ikke alle problemerne for denne gruppe. Ganske vist regner Beskæftigelsesministeriet med, at op mod halvdelen (46 pct.) af FOAs medlemmer vil få en eller anden ret til tidlig pension. Men FOAs egne beregninger viser, at rigtig mange af dem kun vil få ret til 1 eller højest 2 års tidlig pension[17].

For mange FOA-medlemmer opfylder 1 eller 2 års tidlig pension langtfra behovet. Mange af dem, der har et stærkt ønske om tidlig tilbagetrækning, vil tilmed slet ikke opfylde de høje arbejdsmarkedsanciennitetskrav i ordningen.

Hertil kommer, at der med den nuværende ordning er en risiko for, at endnu færre i fremtiden vil opfylde de høje arbejdsmarkedsanciennitetskrav. De årgange, der de næste 10-20 år når aldersgrænsen for beregning af arbejdsmarkedsanciennitet i forhold til tidlig pension, vil i højere grad have taget enten en erhvervsuddannelse eller en gymnasial uddannelse, inden de starter på arbejdsmarkedet[18].

Der således en risiko for, at de nuværende regler for tidlig pension i fremtiden vil give relativt færre ret til tidlig pension. Dette behøver i sig selv ikke nødvendigvis at være noget problem. Hvis det afspejler, at behovet for og ønsket om tidlig tilbagetrækning er blevet mindre, er det ikke nødvendigvis et problem. Derfor er det afgørende at se lidt nærmere på, om der er udsigt til vækst eller fald i den gruppe, der både har stærke præferencer for tidlig tilbagetrækning og er meget afhængig af at kunne modtage folkepension eller anden offentlig tilbagetrækningsydelse.

Der er her en vis risiko for, at den samlede gruppen med stærke præferencer for tilbagetrækning før folkepensionsalderen ikke vil mindskes, men tværtimod vokse. Ser man nærmere på det, vi ved om den forventede udvikling i seniorernes sundhed og arbejdsevne, er der en risiko for, at behovet for og ønskerne om tilbagetrækning før en stadigt stigende folkepensionsalder vil vokse. Men der er usikkerhed om udviklingen.

Først og fremmest ved vi ikke, om stigende levetid vil blive fulgt af en tilsvarende stigning i år med fuld eller næsten fuld arbejdsevne for de forskellige sociale grupper i forhold til deres fremtidige arbejdsmarked. Dette bygger på flere usikkerheder.

Vi ved for det første ikke, om en forventet stigende gennemsnitslevetid vil være resultatet af nogenlunde ens stigende gennemsnitslevetid for forskellige sociale grupper med forskellig uddannelses- og arbejdsmarkedsbaggrund. I den hidtidige udvikling har været visse tegn på, at gennemsnitslevealderen udviklede sig lidt langsommere for kortuddannede end for højtuddannede. Der har bl.a. været en tendens til, at restlevetiden for ufaglærte er steget lidt mindre end blandt faglærte og personer med videregående uddannelser[19].

---

[16] Selv om reglerne for tidlig pension er indrettet sådan, at det – specielt for borgere med en vis pensionsformue – kan være attraktivt at vælge tidlig pension fremfor efterløn, har beregninger for FOAs område vist, at det kun vil være tilfældet for meget få af FOAs medlemmer.

[17] Det har ikke været muligt at få beregninger heraf fra Beskæftigelsesministeriet.

[18] Ikke mindst i de årgange, der er født fra 1955 til 1975, vokser den andel, der tager en gymnasial uddannelse markant. Jf. bl.a. Danmarks Statistik: *65 år i tal – Danmark siden 2. verdenskrig.*

[19] Jf. Finansministeriet: *Økonomisk analyse: Stigende levetider for alle befolkningsgrupper.* April 2017, figur 9 og 10 s. 8.

For det andet ved vi ikke, om en stigende gennemsnitslevetid for forskellige grupper vil blive fulgt en tilsvarende stigning i år med fuld eller næsten fuld fysisk og kognitiv funktionsevne. Vi ved bl.a. ikke, om de fysiologiske eller mentale aldringsprocesser udskydes eller forsinkes i samme takt som gennemsnitslevealderen. Ganske vist synes antallet af såkaldte dårlige leveår at være stort set uændret ved stigende gennemsnitslevealder. Men det vurderes, at de ældre i fremtiden bl.a. vil have flere sygdomme på samme tid[20]. Og ikke nok med det. Forskningen viser, at når danskerne lever længere, bidrager de ekstra leveår ikke til en reduktion af den sociale ulighed i levetid med godt helbred.

Nyere forskning har vist, at blandt danske mænd 50 år og ældre er andelen af leveår uden aktivitetsbegrænsning markant forskellig. For den fattigste fjerdedel er kun 42,5% af restleveårene uden aktivitetsbegrænsning. For den rigeste fjerdedel er hele 63,2% af restleveårene uden aktivitetsbegrænsning. For kvinderne er der tilsvarende forskelle.[21]

Endelig ved for det tredje vi meget lidt om, hvordan udviklingen i fysisk og psykisk funktionsevne vil matche udviklingen i kravene på arbejdsmarkedet. Visse krav og belastninger i arbejdet må forventes at blive mindre over tid. Men det betyder ikke nødvendigvis, at den samlede mængde krav og belastninger nødvendigvis vil falde. Det er udviklingen på FOAs arbejdsområder et eksempel på. Her er udviklingen på flere områder gået den forkerte vej. Sammenlignet med 2010 havde mandlige FOA-medlemmer således 40 procent større risiko for langvarig sygdom i 2017. Det fysiske arbejdsmiljø er på flere punkter blevet stadigt mere belastende[22]. De psykiske arbejdsmiljøbelastninger forbliver høje og stiger tilmed for nogles vedkommende. FOAs medlemmer udsættes oftere end tidligere for både fysisk vold og trusler om vold på arbejdspladsen sammenlignet med den generelle danske lønmodtager.

Denne negative udvikling sker med udgangspunkt i et fysisk og psykisk arbejdsmiljø, der var relativt belastende. FOA-medlemmernes fysiske arbejdsmiljø er hårdere sammenlignet med andre danske lønmodtageres. Deres hverdag præges af tunge løft og forflytninger, bøjede og forvredne arbejdsstillinger, gentagne og ensidige bevægelser og meget tid gående eller stående. Tilsvarende hører FOAs medlemmer blandt de faggrupper, der oftest har psykisk eller følelsesmæssigt belastende arbejde, herunder vold og trusler om vold.

Skal man vurdere den samlede udvikling, kan der ikke nødvendigvis forventes den samlede udvikling i gennemsnitlig levealder, arbejdsevne og arbejdsbelastninger for alle grupper på arbejdsmarkedet. Her er det imidlertid først og fremmest udviklingsscenariet for de kortuddannede med et langt og ofte belastende arbejdsliv der interesserer.

Der vil her tegne sig et nogenlunde uforandret billede af pensions- og tilbagetrækningsbehov og -muligheder, hvis de følgende tre meget optimistiske forudsætninger opfyldes:

1. At den gennemsnitlige levealder stiger i mindst samme takt som for personer med længere uddannelser

[20] Jeune, B., M.L. Eriksen, K. Andersen-Ranberg & H. Brønnum-Hansen (2015): "Improvement in Health Expectancy at Ages 50 and 65 in Denmark during the Period 2004-2011. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(3), s. 254-259.

[21] Brønnum-Hansen H, Foverskov E, Andersen I. Income inequality in life expectancy and disability-free life expectancy in Denmark. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2021;75:145-150.

[22] En undersøgelse af FOA- medlemmernes arbejdsmiljø foretaget i 2017 viste bl.a., at siden 2012 og 2015 var der sket en stigning i andelen af medlemmer, der er helt eller delvist enige i udsagnene "Der er mange forflytninger i mit arbejde", "Jeg arbejder meget i bøjede og forvredne arbejdsstillinger", "Mit arbejde har mange gentagne og ensidige bevægelser" og "Jeg står op/går meget i mit arbejde".

2. At de fysiologiske og kognitive aldringsprocesser, mv. udskydes eller forsinkes i samme tempo, som gennemsnitslevealderen stiger;
3. At de samlede fysiske og psykiske krav til arbejdet som minimum ikke øges.

Hvis f.eks. fremtidens krav til seniorerne på arbejdsmarkedet mindskes, vil der tegne sig et positivt scenarie, hvor færre seniorer vil have behov for at trække sig tidligt tilbage fra arbejdsmarkedet før folkepensionsalderen.

Men hvis en eller flere af de tre forudsætninger ikke opfyldes, kan der tegne sig et mere negativt scenarie. Måske udskydes eller forsinkes de fysiologiske og kognitive aldringsprocesser langsommere, end gennemsnitslevealderen stiger. Arbejdsmiljøindsatsen forhindrer ikke nødvendigvis nye fysiske og psykiske belastninger i arbejdet, og derfor er det langtfra sikkert, at de fysiske og psykiske krav til seniorerne overalt på arbejdsmarkedet vil mindskes i fremtiden.

Med et sådant negativt scenarie kan der i fremtiden forventes en voksende gruppe med stærke præferencer for tilbagetrækning før en stadigt højere folkepensionsalder.

Som pensionssystemet er indrettet i dag, er det ikke indrettet på at tage højde for et sådant negativt behovsscenarie. Med et uændret pensionssystem vil der tværtimod være udsigt til, at flere og flere vil mangle fleksible muligheder for tidlig pensionering med en rimelig pensionsdækning:

- Færre vil kunne bruge efterlønnen som tidlig pensionsmulighed, fordi færre og færre vil få ret til efterløn i fremtiden. Tilmeldingen til efterlønsordningen er langt, langt mindre blandt de årgange, der kommer efter de nærmeste års efterlønsårgange. Hertil kommer, at for dem, der vil kunne få ret til efterløn, vil den økonomiske værdi af efterlønnen falde som følge af en voksende pensionsopsparing;
- Med hensyn til tidlig pension, er der en risiko for, at færre vil kunne opnå denne rettighed i fremtiden. Det skyldes især, at de kommende årtiers seniorer er kommet senere på arbejdsmarkedet. Når en større andel af de kommende årtiers seniorer som ung har gennemført en ungdomsuddannelse, inden de startede på arbejdsmarkedet, vil færre opfylde det nuværende anciennitetskrav. Hertil kommer, at når optællingstidspunktet for arbejdsmarkedsanciennitet udskydes i takt med stigende folkepensionsalder, vil der være en vis risiko for mindsket optjening af arbejdsmarkedsanciennitet umiddelbart op til optællingstidspunktet specielt for kortuddannede med et relativt belastende arbejde.

Opsamling

Der er allerede i dag en klar opdeling i vandbærere og stjerneryttere, når det handler om, hvem der påvirkes mest til senere tilbagetrækning ved at forhøje folkepensionsalderen. Vandbærerne med den største og samfundsøkonomisk væsentligste adfærdsfærdsændring er dem, der både har de største præferencer for tidlig tilbagetrækning, og som samtidig er mest afhængig af en offentlig tilbagetrækningsydelse for at kunne virkeliggøre disse præferencer. Derimod lægger velfærdsreformen reelt ikke i særlig udstrækning op til hverken større eller uønskede tilbagetrækningsadfærd hos den gruppe, der i forvejen både har de største præferencer for relativ sen tilbagetrækning og en betydelig pensionsopsparing ved siden af folkepensionen. I den forstand er velfærdsreformens ændringer af efterløn og folkepension allerede på nuværende tidspunkt en socialt ulige fordelt reform.

Ud fra ovenstående analyse er der en risiko for fremtidig vækst i den gruppe af 'velfærdsreformens vandbærere', der både har et udbredt ønske om tidlig tilbagetrækning bl.a. på grundlag af et ofte langt og belastende arbejdsliv, og samtidig er meget økonomisk afhængig af folkepension eller en anden tilsvarende offentlig ydelse (efterløn, tidlig pension, seniorpension, mv.) for at kunne realisere et stærkt ønske om tidlig tilbagetrækning. Denne klare opdeling i vandbærere og stjerneryttere, når det handler om, hvem der påvirkes mest til senere tilbagetrækning ved at forhøje folkepensionsalderen, risikerer som vist ovenfor et forstærkes yderligere frem mod 2040.

Dette kan være med til at forklare, hvorfor opbakningen til forhøjelse af folkepensionsalderen har været mindst blandt vandbærerne. F.eks. er der kun 3 større fagforbund, der kritiserer velfærdsaftalen og kræver den opsagt eller genbesøgt, nemlig 3F, HK og FOA. Alle de tre forbund har mange medlemmer, der har relativt stærke præferencer for at trække sig relativt tidligt tilbage fra arbejdsmarkedet. Alle tre forbund har relativt lavtlønnede medlemmer, der som absolut hovedregel vil være meget økonomisk afhængig af folkepension eller en anden tilsvarende offentlig ydelse (efterløn, tidlig pension, seniorpension, mv.) for at kunne realisere et stærkt ønske om tidlig tilbagetrækning.

Da *Kommission om tilbagetrækning og nedslidning* blev nedsat, var det ud fra et politisk ønske om "at sikre fortsat bred opbakning til en stigende folkepensionsalder". Ikke mindst på den baggrund kan der være særlig grund til at se nærmere på denne gruppe af 'vandbærere' i Velfærdsaftalen: Vil det nuværende og kommende pensionssystem vil være i stand til at sikre disse grupper et forsørgelsesgrundlag med en tilstrækkelig høj dækningsgrad og fleksibilitet for den enkelte? Hvis ikke, er der god grund til at forvente, at de pågældende alt andet lige vil være mere kritiske over for politikeres ønsker om fortsat af forhøje folkepensionsalderen. Spørgsmålet er, om vi har et pensionssystem, der er godt nok til at Velfærdsaftalens vandbærere, vil bakke op bag stigende folkepensionsalder.

Dette bekymrer FOA. Derfor finder FOA, at der er ekstra god grund til, at Kommission om tilbagetrækning og nedslidning undersøger fordele og ulemper ved forskellige anciennitetsbaseret modeller for tidligere tilbagetrækning (differentieret pensionsalder) og herudfra overvejer bl.a. muligheder for at justere tidlig pension og seniorpension i retning af at skabe bedre og mere fleksible pensionsmuligheder for de grupper på arbejdsmarkedet, der af forskellige grunde har stærke præferencer for tidlig tilbagetrækning.

Velfærdsaftalens stadige forhøjelser af efterløns- og folkepensionsalderen tager ikke højde for, at kortuddannede med lav indkomst og begrænsede pensionsopsparing, der har kortere levetid og færre leveår med godt helbred, ofte ovenikøbet har et fysisk og psykisk belastende arbejde og derfor med alderen har øget risiko for at få nedsat arbejdsevne og større risiko for at udvikle sygdom. Dette har to væsentlige konsekvenser. For det første undergraves disse gruppers pensionsmuligheder urimeligt og derigennem næres to ting, nemlig utilfredsheden med den stadigt stigende folkepensionsalder og behovet for at justere pensionsmulighederne for disse grupper. For det andet er der en risiko for, at den samlede samfundsøkonomiske effekt mindskes, hvis der mangler den fornødne indsats over for at mindske den sociale ulighed i helbred fortsat øges, sikre et godt fysisk og psykosocialt arbejdsmiljø og skabe at mere attraktivt seniorarbejdsliv også for disse grupper.

2. Samfundsøkonomiske konsekvenser - Vil vandbærerne træde nok i pedalerne?

I det følgende fokuseres der på de samfundsøkonomiske konsekvenser af ændringerne i pensionssystemet. Der sættes især fokus på følgende spørgsmål:

- Kan vi være sikre på at 'Velfærdsreformens vandbærere' vil træde nok i pedalerne? Hvilke sociale og økonomiske adfærdsændringer kan vi forvente for personer med stærke præferencer for tidlig tilbagetrækning, når de inden for det ovenfor beskrevne pensionssystem fratages muligheden for at realisere disse præferencer ved hjælp af den folkepension, der for de allerfleste er en økonomisk nødvendighed for at kunne trække sig tilbage?
- Hvor mange kan vi forvente vil påtage sig vandbærerrollen, bide i det sure æble og blive længere på arbejdsmarkedet, og hvor mange vil afsøge andre veje og muligheder for fortsat at trække sig tidligt tilbage? Vil det – også fremover – være nok til at opnå de samfundsøkonomiske gevinster, som politikerne har stillet os i udsigt?

Disse spørgsmål lader sig ikke umiddelbart besvare, da de mulige adfærdsændringer er mange, forskellige og usikre. Fremtidens seniorer, herunder ikke mindst 'Velfærdsreformens vandbærere', kan søge at overgå til mindre belastende arbejde. De kan i højere grad trække sig delvist (mere) tilbage på deltid. De kan intensivere bestræbelserne på at opnå ret til fleksjob. Tilbøjelighed til kortere og længere sygefravær kan øges. Jobsøgning ved ledighed kan ændres både så der søges mindre belastende og evt. mindre produktiv beskæftigelse, og så der søges mindre engageret og effektivt. Flere kan søge seniorpension eller benytte sig af retten til tidlig pension. Osv.

Alt dette regnede man på ved Velfærdsaftalen i 2006 og ved den efterfølgende lovgivning. Dengang blev beslutningerne baseret på en række antagelser, kvalificerede skøn og beregninger over disse mange mulige adfærdsændringer. De politiske beslutninger blev truffet ud fra en række antagelser om, hvordan seniorer med samme arbejdsmarkedsstatus, helbred, mv. ville ændre tilbagetrækningsadfærd, når der blev ændret på en række objektive omstændigheder som f.eks. folkepensionsalderen.

Det blev dengang lagt til grund for beregningerne, at folks eventuelt ændrede beslutninger om tilbagetrækning ville blive påvirket af en kombination af deres objektive omstændigheder og subjektive præferencer, men hvor det blev antaget, at folk med identiske objektive omstændigheder ville have identiske rationelle subjektive præferencer og dermed opføre sig identisk. Antagelsen var således grundlæggende, at de fremtidige samfundsøkonomiske effekter kunne beregnes ud fra antagelser om udvikling/forandring i de relevante omstændigheder og viden om, hvor meget de ændrede objektive omstændigheder ville påvirke de subjektive præferencer og tilbagetrækningsvalg.

Populært sagt blev de samfundsøkonomiske effekter af Velfærdsaftalen beregnet ud fra et kvalificeret skøn over, hvordan seniorer med samme arbejdsmarkedsstatus, helbred, mv. ville ændre foretage en ens ændring af deres tilbagetrækning. Ud fra dette skøn over, i hvilket omfang folk på arbejdsmarkedet ville udskyde tilbagetrækningen, når folkepensionsalderen blev sat i vejret, beregnede man dernæst de samfundsøkonomiske effekter heraf under den forudsætning, at der over tid ville være beskæftigelse til de seniorer, der valgte at blive længere på arbejdsmarkedet.

I dag ved vi strengt taget ikke, om disse beregninger og skøn ramte rigtigt. Det er nemlig ikke normal politisk-administrativ praksis at undersøge dette nærmere[23]. Den normale politisk-administrative praksis er, at man senere foretager nye fremtidsberegninger af de samfundsøkonomiske effekter af ud fra ændrede tal for demografi, økonomi, vedtagne regelændringer, mv. Selve den faktisk realiserede virkning af f.eks. forhøjet fol-

[23] Fra forskningsside er der derimod gjort en række forsøg på at estimere de samfundsøkonomiske effekter. Den seneste analyse findes i Det Økonomiske Råd: *Dansk økonomi, foråret 2021.*

kepensionsalder beregnes derimod ikke særskilt. Den faktisk realiserede virkning forudsættes i stedet indarbejdet i forbindelse i bl.a. Finansministeriets løbende opdateringer af de såkaldte mellemfristede fremskrivninger med vurderinger af det finanspolitiske råderum og de offentlige finanser.

Ud fra det ovenstående kan der imidlertid være grund til se lidt kritisk på, om de anvendte beregningsforudsætninger og -skøn kan forventes at have givet et retvisende billede af de samfundsøkonomiske effekter.

Selv om de oprindelige beregninger ikke blev foretaget på grundlag af kvalificerede skøn over et differentieret billede af forskellige adfærdsændringer for forskellige samfundsgrupper, kan de oprindelige beregninger i princippet godt have været retvisende. Man kan populært sagt godt finde den rigtige temperatur på lunkent vand uden at regne på både det kolde og varme vand, der løber ind i blandingsbatteriet. Men holder den ovenstående tese om en stærkt differentieret adfærdsændring, bliver det vigtigt at se nærmere på, om velfærdsreformens vandbærerne kan forventes at træde nok i arbejdspedalerne. Det diskuteres derfor i det følgende.

Identiske omstændigheder – forskellige præferencer

Først lidt om, hvordan man kan få et nogenlunde dækkende svar på, hvor meget velfærdsreformens vandbærerne vil ændre tilbagetrækningsadfærd.

I det virkelige liv observerer vi ofte, at mennesker med tilsyneladende identiske objektive omstændigheder opfører sig forskelligt. Tilsyneladende ens objektive omstændigheder fører ikke nødvendigvis til de samme rationelle valg, som bl.a. adfærdsøkonomien har gjort os opmærksom på. Det kan der være flere årsager til. Måske er de tilsyneladende identiske omstændigheder reelt ikke er så identiske endda. To seniorer med tilsyneladende identisk helbredstand kan f.eks. have ret forskellige arbejdsvilkår og krav i arbejdet. De forskellige arbejdsvilkår og krav i arbejdet kan så bevirke, at den ene oplever arbejdet mere belastende end den anden, og det kan så føre til, at den mest belastede vil være mere tilbøjelig til at stoppe tidligere på jobbet end den anden.

Bredt på arbejdsmarkedet er der meget store forskelle på, hvor fysisk og psykisk belastende arbejdet er, ikke mindst for seniormedarbejdere.[24] Den 64-årige social- og sundhedshjælper med diverse smerter og lidelser i bevægeapparatet og et hårdt og fysisk belastende arbejde vil ofte have et mere intenst ønske om tidlig tilbagetrækning end den 64-årige arkitekt på tegnestuen, selv med tilsvarende lidelser i bevægeapparatet.

Vi ved, at fysiologiske og kognitive aldringsprocesser, langvarige helbredsproblemer og kroniske sygdomme som f.eks. lidelser i bevægeapparatet, der tiltager med alderen, er nogle af de faktorer, der spiller en stor rolle, når seniorerne gør sig overvejelser og træffer beslutning om tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

Vi ved også, at det samtidig spiller ind, hvor belastende forskellige typer arbejde er og dermed opleves. Forskningen fortæller os, at forskelle i seniorernes objektive og oplevede arbejdsbelastninger er en væsentlig del af forklaringen på forskelle i seniorers præferencer og faktiske adfærdsvalg, når det gælder tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

Ikke mindst når det gælder dem, der har subjektive ønsker om tidlig tilbagetrækning, spiller både helbred/arbejdsevne og belastninger i arbejdet en stor, men ikke nødvendigvis altafgørende rolle. Det er nemlig ikke kun disse og andre objektive omstændigheder ved seniorernes arbejde, der spiller en rolle. Som mennesker

[24] Jf. f.eks. Nationalt Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA): undersøgelse *Arbejdsmiljø og Helbred i Danmark 2018* (AH2018).

er vi forskellige. Vi både har og udvikler forskellige præferencer livet igennem, som vel at mærke ikke uden videre kan reduceres til simple funktioner af forskellige objektive omstændigheder.

Vi udvikler også forskellige præferencer og adfærd ud fra forskelle i bl.a. arbejdsidentitet, identitet uden for arbejdslivet, helbredsmestring og hverdagsmestring, der bl.a. er socialt og kulturelt betingede. Disse forskelle kan så bevirke, at tilsyneladende identisk helbredstand, arbejdsvilkår og krav i arbejdet bl.a. giver sig udslag i forskellige tilbagetrækningspræferencer og -adfærd. Børnebørnene, kolonihaven og tid til venner og rejser trækker mere for nogen end for andre. Tilsvarende trækker arbejdet mere for nogen end for andre. Forskellige omstændigheder og forskellige de subjektive præferencer bidrager således til forskellig tilbagetrækningsadfærd med forskellige samfundsøkonomiske effekter.

For den pædagogiske assistent, der ikke oplever sig så anerkendt på jobbet, men som har stor glæde af at kunne være noget for sine egne børnebørn, har måske et særligt stort ønske om at gå tidligere på pension. Men måske vil øget anerkendelse på jobbet trække den anden vej. Det samme kan være tilfældet for hende, der bekymrer sig om plejehjemmets (mangelfulde) omsorg for forældrene. Hun har måske også et stort ønske om at trække sig tilbage for at kunne bruge tid og kræfter på at besøge dem, som måske vil blive mindre, hvis omsorgen for forældrene på plejehjemmet blev bedre.

Eksemplerne illustrerer, at der kan være meget andet end folkepensionsalderen både på og uden for arbejdet, der kan og vil påvirke tilbagetrækningsadfærden hos bl.a. FOAs medlemmer. Vores tilbagetrækningsadfærd trækkes og skubbes langtfra alene af økonomiske incitamenter. Ofte vil økonomien snarere fungere som bremse eller speeder, når vi ud fra helt andre præferencer træffer vores tilbagetrækningsvalg.

Anskuer man spørgsmålet om tilbagetrækningsadfærd og ændringer heraf i det perspektiv, bliver det klart, at der er mange andre måder, man kan påvirke pensionsadfærden end at træde på pensionsbremsen (hæve folkepensionsalderen), og at pensionsbremsen ikke nødvendigvis virker lige effektivt på alle, men er stærkt afhæng af, hvilke og hvor stærke pensionsønsker, man søger at bremse.

Det er f.eks. et kompliceret samspil af en række objektive omstændigheder og subjektivt bestemte præferencer, der ligger bag det faktum, at en række faggrupper som bl.a. FOAs medlemmer har langt stærkere præferencer for tidlig tilbagetrækning end f.eks. akademikergrupperne. Men heri ligger samtidig, at det ikke blot er forringede pensionsmuligheder der kan bidrage senere tilbagetrækning og dermed øget arbejdsudbud og strukturel beskæftigelse. Tilbagetrækningsadfærden påvirkes også af bl.a. vilkårene og indholdet i FOA-medlemmernes arbejde. De rummer også både direkte og indirekte et samfundsøkonomisk potentiale for senere tilbagetrækning.

Et politisk flertal med velfærdsreformen de facto valgte at udpege nogle grupper med stærke præferencer, herunder mange af FOAs medlemmer, til velfærdsaftalens vandbærere ved alene at forhøje folkepensionsalderen uden samtidig at satse målrettet på at påvirke nogle af de andre faktorer i og uden for arbejdslivet, som ligger til grund for de stærke præferencer for tidlig tilbagetrækning. Dette politiske valg synes at rumme en ikke ubetydelig politisk og økonomisk risiko. Hvis de andre objektive og subjektive faktorer bag pensionspræferencerne udvikler sig i ugunstig retning, er det er ikke givet, at en isoleret forhøjelse af folkepensionsalderen ikke vil få bl.a. FOAs medlemmer til at udskyde tilbagetrækningen så meget, som politikerne har ønsket, håbet og beregnet. Politikerne bag velfærdsreformen risikerer med andre ord at have gjort regning uden vært, hvis de ikke også interesserer sig for:

- Om de fysiologiske og kognitive aldringsprocesser, mv. udskydes eller forsinkes langsommere, end gennemsnitslevealderen stiger;

- Om de fysiske og psykiske krav til og belastninger af seniorerne på arbejdsmarkedet mindskes eller øges i fremtiden;
- Om der er tilstrækkeligt målrettede og effektive økonomiske og arbejdsrelaterede incitamenter til at træffe beslutninger om at udskyde tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet også for dem, der endnu ikke er nået folkepensionsalderen.

Ved at interessere sig mere for at påvirke disse faktorer synes der at være gode muligheder for at forebygge det negative udviklingsscenarie, der blev beskrevet ovenfor. Hvis flere i fremtiden kan klare arbejdet frem til folkepensionsalderen, hvis de fysiske og psykiske krav til seniorernes arbejde mindskes, og hvis der skabes mere effektive økonomiske og arbejdsrelaterede incitamenter til at fortsætte på arbejdsmarkedet også for dem, der måske ellers er tilbøjelige til at gå tidligt på pension, kan der opnås en række samfundsøkonomiske gevinster, som ikke vil blive opnået alene ved at hæve folkepensionsalderen.

Det Økonomiske Råd har i sin seneste rapport[25] gennemført en analyse, der viser en langt lavere samfundsøkonomiske effekt af højere efterløns- og folkepensionsalder end tidligere beregninger. Set i lyset af, at de politikere, der indgik velfærdsaftalen, ikke havde noget erfaringsgrundlag med stigninger i tilbagetrækningsalderen i denne størrelsesorden, finder Det Økonomiske Råd det ikke nødvendigvis voldsomt bemærkelsesværdigt, at reformeffekten på beskæftigelsen overvurderes med 63 pct. ifølge de nye beregninger. Men til gengæld tænder Det Økonomiske Råd advarselslampen, når det gælder fremskrivningen af den finanspolitiske holdbarhed fremover. Det Økonomiske Råds seneste analyse giver gode argumenter for, at vedvarende forhøjelser af efterløns- og folkepensionsalderen er en urimeligt skævt fordelt, men væsentlig dårligere samfundsøkonomisk business case, end politikerne bag velfærdsaftalen i sin tid forventede.

På den baggrund er der efter FOAs opfattelse ekstra gode grunde til at se nærmere på andre potentialer på tilbagetrænings- og pensionsområdet for at forbedre den langsigtede finanspolitiske holdbarhed. Det Økonomiske Råds seneste rapport viser, at dette potentiale kan være betydeligt. Ifølge Det Økonomiske Råd kan kun 2/3 af den samlede beskæftigelsesstigning blandt de 60-65-årige seniorer på knap 61.000 henføres til højere efterløns- og folkepensionsreformer.

Ved at analysere og udnytte dette potentiale for øget finanspolitisk holdbarhed på andre måder end at forhøje folkepensionsalderen, ligger der således en potentiel samfundsøkonomisk finansiering af en række påtrængende justeringer af pensionssystemet, som vil kunne bidrage til at sikre bredere opbakning til en stigende folkepensionsalder, jf. afsnit 1 ovenfor.

I det følgende, sidste, afsnit beskrives som supplement hertil et yderligere reformbehov: behovet for at justere og udvide de økonomiske incitamenter til senere tilbagetrækning for hvor beslutningen om tilbagetrækning ikke handler om, hvor mange år efter folkepensionsalderen, men hvor få år før folkepensionsalderen de skal trække sig.

3. Økonomiske incitamenter til senere tilbagetrækning for alle

Justering af alderspensionen

Det danske pensions- og skattesystem rummer i dag en række økonomiske incitamenter til senere tilbagetrækning. En af dem er, at der er skattefrihed for den del af arbejdsindkomst, der går til pensionsopsparing

[25] Det Økonomiske Råd: *Dansk Økonomi, foråret 2021.*

via forskellige former for arbejdsmarkedspensionsordninger. Dette økonomiske incitament er størst for topskatteydere. De får mulighed for at lade en større og ofte betydelig pensionsopsparing forrente sig, inden den beskattes ved udbetaling. Samtidig kan beskatningen ved udbetaling vise sig mindre end den topskat, der blevet 'sparet' ved indbetalingen. For personer med lavere arbejdsindkomster, herunder personer i den ovenfor beskrevne 'vandbærer'-gruppe, er dette økonomiske incitament typisk mindre. Det skyldes flere forhold. Deres opsparingsfordel er mindre. Selve opsparingen, der omfattes af skatteudskydelsen, er mindre, og den 'sparede' skat på indbetalingstidspunktet er mindre. Dermed er den pensionsopsparing, der kan forrentes med en lempelig beskatning af afkast på pensionsopsparing (15,3 pct.), mindre for 'Velfærdsreformens vandbærere'.

Hertil kommer det fortsat eksisterende såkaldte samspilsproblemer på pensionsområdet. Disse samspilsproblemer rammer de beskedne pensionsformuer opsparinger blandt 'Velfærdsreformens vandbærere' forholdsvist hårdest.

Samspilsproblemerne blev i 2017/18 søgt løst bl.a. ved en skatteaftale med ekstra fradrag for pensionsindbetalinger, udvidelse af grundlag for beskæftigelsesfradrag, mv. og ved indførelse af en såkaldt aldersopsparingsordning, hvor indbetaling ikke er fradragsberettiget, mens udbetaling til gengæld er skattefri og uden modregning i overførselsindkomst.

Den fundne løsning er imidlertid ikke særlig velegnet til at øge det økonomiske incitament til at forblive længere på arbejdsmarkedet for den ovennævnte 'vandbærer'-gruppe. Der er tale om et kompliceret og ikke særligt overskueligt produkt. Derfor egner det sig som udgangspunkt ikke særligt godt som effektivt økonomisk incitament. Hertil kommer, at selve produktet, alderspensionen, ikke er indrettet efter at være incitament til at blive længere på arbejdsmarkedet. På nogle strækninger trækker alderspension snarere den modsatte vej. Det gælder f.eks. dem, hvis hustru eller samlever modtager eller risikerer at skulle modtage offentlige ydelser. Omlægger man fra fradragsberettiget pensionsopsparing til aldersopsparing, vil man få en øget personlig indkomst, og det vil kunne betyde en lavere offentlige ydelser for indbetaler eller dennes ægtefælle/samlever.

Hertil kommer, at selve reglerne for brug af aldersopsparing udformet på en sådan måde, at de kun i ringe grad vil kunne bruges af bl.a. den ovennævnte 'vandbærer'-gruppe, herunder FOAs medlemsgrupper. Som lavtlønnede, ofte kun deltidsansatte, vil bl.a. FOAs medlemmer ikke have nogen reel mulighed for et betale et årligt indskud på op til 52.400 kr. i de sidste 5 år før folkepensionsalder (mod kun 5.400 kr. ellers).[26]

Hvis alderspension reelt skal gøres til en ordning med et positivt økonomisk incitament for bl.a. 'vandbærer'-gruppen, bør ordningen justeres. Det kan f.eks. overvejes en justering, hvor:

- Omlægning fra fradragsberettiget pensionsopsparing til aldersopsparing ikke medfører en lavere offentlige ydelser for indbetaler eller dennes ægtefælle/samlever;
- Indskudsprofilen ændres (eventuelt som særlig option), således at det (1) bliver muligt at spare mere end 5.400 kr. op til alderspension forud for en afsluttende 5-årsperiode med forhøjet indskudsloft (2) at indskudsloftet i den afsluttende 5-årsperiode eventuelt sænkes, (3) at der kan vælges en 5-årig periode med forhøjet indskudsloft fra f.eks. det fyldte 60. år og (4) at pensionsudbetalingsalderen for alderspension ændres så den bliver 60 år for alle uanset fødselsår[27]

[26] Den skattefri pensionsindbetaling for et typisk FOA-seniormedlemmer er i forvejen mindre end 50.000 kr. årligt.

[27] I gældende lovgivning er pensionsudbetalingsalderen er tidspunktet 5 år før folkepensionsalderen. Pensionsudbetalingsalderen er således:

Bedre økonomiske incitamenter til flere år på arbejdsmarkedet

Det er ikke alle, der har lige gode incitamenter til at blive længere på arbejdsmarkedet. Heller ikke, når det gælder økonomiske incitamenter i skatte- og pensionssystemet. Her eksisterer der en særlig udfordring med at skabe fleksible, attraktive incitamenter for alle uanset øvrige individuelle tilbagetrækningsønsker. Der mangler positive incitamenter til senere tilbagetrækning for dem, hvor beslutningen om tilbagetrækning ikke handler om, hvor mange år efter folkepensionsalderen, men hvor få år før folkepensionsalderen de skal trække sig.

Pensions- og skattesystemet har ikke mindst de seneste årtier har udfoldet stor fantasi for at gøre det ekstra økonomisk fordelagtigt at fortsætte på arbejdsmarkedet efter folkepensionsalderen. Det er bl.a. sket med indførelse af og løbende forbedring af regler for opsat folkepension, forskellige skiftende skattemæssige præmieringsordninger, mv.

Derimod har det skortet langt mere på fantasien og den politiske vilje, når det gælder incitamenter til dem, der på ingen måde kan lokkes af en økonomisk gevinst ved at arbejde efter folkepensionsalderen, men som måske godt kan motiveres til lidt senere tilbagetrækning inden folkepensionsalderen. Både pensions- og skattesystemet rummer i dag masser af store, flotte, synlige økonomiske gulerødder for dem, der overvejer at forblive på arbejdsmarkedet efter folkepensionsalderen, men kun få, små og uigennemskuelige gulerødder for dem, hvor overvejelserne går på, om de skal trække sig tilbage 1, 2, 3 eller 4 år før folkepensionsalderen.

For den sidstnævnte gruppe vil der ofte være et mere eller mindre stærkt ønske om tidlig tilbagetrækning, som søges afvejet mod et ønske om et sikkert forsørgelsesgrundlag med en rimelig dækningsgrad som pensioneret. Tag f.eks. ham eller hende, der har ret til tidlig pension i f.eks. 3 år. Ydelsen i forbindelse med tidlig pension er på folkepensionsniveau. Derfor forudsætter, at den pågældende påbegynder udbetaling fra arbejdsmarkedspensionsordning, mv. for at få nogenlunde samme pensionsdækning resten af livet. Når der bruges af arbejdsmarkedspensionen inden folkepensionsalderen betyder det lavere årlige pensionsudbetalinger. Dækningsgraden som pensionist forringes væsentligt. Det gælder også for FOAs medlemsgrupper. En typisk arbejdsmarkedspension for et FOA-medlem vil falde med op mod 20 pct., hvis den pågældende påbegynder pensionen 3 år tidligere end folkepensionsalderen.

Med denne betydelige selvfinansiering i forbindelse med tidlig pension er der således indbygget et stærkt økonomisk incitament for personer med til tidlig pension til alligevel at fortsætte på arbejdsmarkedet frem mod folkepensionsalderen. Men man kan overveje at supplere dette incitament.

Dette bør efter FOAs opfattelse ikke ske ved at nedsættelse selve ydelsen til tidlig pension. Det vil uhensigtsmæssigt indsnævre målgruppen for tidlig pension yderligere. Hvis ydelse på tidlig pension sænkes under folkepensionsniveau, vil der ikke længere være adgang til, at målgruppen kan opnå nogenlunde samme pensionsdækning resten af livet, og det vil på ingen måde være hverken rimeligt eller hensigtsmæssigt.

- 60 år for personer født i perioden fra den 1. januar 1954 til den 31. december 1958
- 60 ½ år for personer født i perioden fra den 1. januar 1959 til den 30. juni 1959
- 61 år for personer født i perioden fra den 1. juli 1959 til den 31. december 1959
- 61½ år for personer født i perioden fra den 1. januar 1960 til den 30. juni 1960.

Men det økonomiske incitament til senere tilbagetrækning kan også styrkes på anden vis. F.eks. kan det overvejes, om et sådant øget økonomisk incitament kan indrettes således, at den enkelte vil få bedre, klart overskuelige muligheder for at undgå en varig nedsættelse af arbejdsmarkedspensionen – som i FOA-eksemplet med op til 20 pct. over 3 år - ved at forblive længere på arbejdsmarkedet. På arbejdsmarkedet har parterne bl.a. gennem overenskomsternes aftaler om seniorpolitik taget hul på at skabe sådanne incitamenter i form af mulighed for at aftale fastholdelsesbonus og/eller pensionsforbedringer for seniorer, der første trækker sig tilbage efter en vis alder, f.eks. 62 år[28]. En mulighed blandt flere er således at overveje forskellige muligheder for at etablere tilsvarende, evt. supplerende præmieringsordninger for bl.a. dem, der opnår ret til tidlig pension eller f.eks. opfylder et lempeligere krav om arbejdsmarkedsanciennitet.[29]

Indrettet rigtigt vil et sådant øget økonomisk incitament til at blive længere på arbejdsmarkedet for bl.a. dem, der har udsigt til at opnå ret til tidlig pension i op til 3 år, kunne mindske den reduktion af arbejdsstyrken med ca. 9.800 fuldtidspersoner varigt fra 2025, som aftalen om tidlig pension er beregnet til at medføre. FOA gennemfører for øjeblikket en række undersøgelser og analyser med henblik på at komme med nærmere forslag til en sådan incitamentsmodel, herunder hvordan modellen i givet fald vil kunne/skulle sammentænkes med arbejdsmarkedsparternes overenskomster, aftaler og samarbejde om bl.a. pensionsindbetaling og seniorpolitik.

Afslutning

Med dette notat håber FOA bl.a. at have givet en række in put til to af kommissionens opgaver, nemlig:

(1) Undersøge fordele og ulemper ved anciennitetsbaseret modeller for tidligere tilbagetrækning (differentieret pensionsalder) og
(2) Undersøge sammenhængen mellem udvikling i levetid og antal raske leveår på tværs af befolkningsgrupper (fx uddannelsesgrupper), herunder hvordan den stigende levetid påvirker seniorers muligheder for at blive længere på arbejdsmarkedet. Det skal undersøges, om der er danskere som lever længere blandt andet pga. et bedre sundhedsvæsen, men som ikke nødvendigvis af den grund kan arbejde længere.

I forhold til den førstnævnte opgave har det været hensigten med dette notat at vise, hvorledes de to nuværende anciennitetsbaseret modeller for tidligere tilbagetrækning, seniorpension og tidlig pension rummer en *politisk* fordel. Begge ordninger tilbyder med hver sin målgruppe nogle nye tilbagetrækningsmuligheder for henholdsvis 'nedslidte' med væsentligt nedsat arbejdsevne og 'slidte' efter et langt og ofte belastende arbejdsliv med mere eller mindre stærke præferencer for tilbagetrækning tidligere end en stadigt højere pensionsalder.

Derfor er der grund til at formode, at disse ordninger vil bidrage til, at bl.a. dem, der i notatet beskrives som velfærdsreformens vandbærere i højere grad end ellers vil opleve det samlede pensionssystem som tilstrækkeligt godt og fleksibelt til, at de derimod i højere grad vil have forståelse for eller ligefrem bakke op bag en stigende folkepensionsalder.

[28] Se f.eks. Aftale mellem KL og Forhandlingsfællesskabet om overenskomst- og aftalefornyelsen pr. 1 april 2021

[29] En sådan præmieringsordning vil således i selve grundprincippet kunne have en vis lighed med de skattefri præmieportioner i efterlønsordningen.

Samtidig peger notatet imidlertid på, at selv med disse ændringer vil en stigende folkepensionsalder efterlade en række grupper med så få fleksible tilbagetrækningsmuligheder, at der for dem dårligt kan tales om et pensionssystem, der "er med til at sikre et forsørgelsesgrundlag for de ældre, høj dækningsgrad for brede grupper af arbejdsmarkedet og fleksibilitet for den enkelte". Derfor peger notatet på et yderligere reformbehov, hvis der skal sikres fortsat bred opbakning til en stigende folkepensionsalder. Det sidste ord er ikke sagt og den sidste streg er ikke slået på tegnebrættet i diskussionen om anciennitetsbaserede modeller for tidligere tilbagetrækning.

Endelig peger notatet på nogle muligheder for at ændre pensionssystemet, så det i højere grad giver effektive økonomiske incitamenter til senere tilbagetrækning, også for dem, hvor det ikke nødvendigvis er på tale at arbejde efter en stadigt højere folkepensionsalderen.

Hvis man kan finansiere bedre og mere fleksible pensionsmuligheder, der bedre matcher de individuelle pensionsønsker også hos dem, der har præference for lidt tidligere tilbagetrækning ved at skabe bedre muligheder for, at flere kan få alle de gode seniorarbejdsår, de ønsker sig, vil man samtidig bidrage til at sikre bredere opbakning til en stigende folkepensionsalder. Et Kinder-æg ville nogen måske kalde det.

Faglige Seniorer

Januar 2020

Profiler af den sammensatte marginalprocent for en reelt enlig pensionist med ekstraindkomst ud over folkepensionen i form af pensionsindkomst (livrente inkl. ATP eller ratepension) eller ATP- pension og ekstra lønindkomst. 2017, 2019 og 2020.

Notatet er i sin grundsubstans udarbejdet af pensioneret økonom Hans Hansen, forfatter til bla. "Folkepensionen gennem 25 år - Ydelser, betingelser og rettigheder, samspilsproblemet fra 1993 til 2017."

Hans Hansen har udgivet flere bøger om sociale ydelser bla. Public pension schemes in seven European Countries samt været medforfatter af Kontanthjælpen gennem 25 år. Født 12.1.1942. Cand. Polit. 1967. Ph.d. University of Pennsylvania 1976. Har arbejdet I Danmarks Statistik, Finansministeriet, Økonomiministeriet og i Socialforskningsinstituttet SFI. Udgivelser: I SFI serierne "Elements of Social Security" og "Time Series of APW Calculations", modules for Sweden, Finland, Great Britain and Denmark. "Public Pension Schemes in Seven European Countries, a Micro Simulation Approach", Nova Publishers, New York State, 2006. "Kontanthjælpen gennem 25 år, modtagere, regler, incitamenter og levevilkår fra 1987 til 2012". Bogen er skrevet sammen med Marie Louise Schultz-Nielsen Rockwool Fondens Forskningsenhed. Gyldendal 2015.

Tre profiler (livrente inkl. ATP-pension eller ratepension) 2017, 2019 og 2020

Profiler af den sammensatte marginalprocent for en reelt enlig pensionist med en ekstra indkomst i form af en ratepension eller en livrente inklusive op til den maksimale ATP-pension. 2017, 2019 og 2020

2017 regler		**2019 regler**		**2020 regler**	
Ekstraindk.	Marg.pct.	Ekstraindk.	Marg.pct.	Ekstraindk.	Marg.pct.
0 - 4500	37,7	0 - 5000	37,7	0 - 4708	37,7
4500 - 20100	60,2	5000 - 36000	60,2	4708 - 35800	60,2
20100 - 69800	99,6	36000 - 87800	99,4	35800 - 87800	99,7
69800 - 252000	72,5	87800 - 257200	72,5	87800 - 261809	72,5
252000 - 310000	57,0	257200 - 317750	57,0	261809 - 325326	57,0
310000 - 324000	64,2	317750 - 335050	62,2	325326 - 342153	62,2
324000 - 326800	48,2	335050 - 356700	57,0	342153 - 365300	57,0
326800 - 405680	40,7	356700 - 437476	37,7	365300 - 453972	37,7

Note: Dokumentationen af beregningerne for 2017 findes i e-bogen 'Folkepensionen gennem 25 år'. Dokumentationen for beregningerne for 2019 og sammenligningen med 2017 findes i dokumentet 'Opdatering 1'. Fra 2019 til 2020 sker der meget lidt. Selve marginalprocenterne er for det meste ens, mens aftrapningsintervallerne, hvor der aftrappes ydelser og hvor marginalprocenten er konstant, for det meste er lidt længere, hvilket primært skyldes, at selve ydelserne er højere i 2020 end i 2019, det gælder dog ikke den grønne check, som er lidt lavere i 2020.

Faglige Seniorer

Tre profiler (ATP og løn) 2017, 2019 og 2020

2017 regler		2019 regler		2020 regler	
Ekstraindk.	Marg.pct.	Ekstraindk.	Marg.pct	Ekstraindk.	Marg.pct.
Fradrag: 60000 kr.		Fradrag: 122004 kr.		Fradrag: 122004 kr.	
0 - 4500	37,7	0 - 5000	37,7	0 - 4708	37,7
4500 - 20100	60,2	5000 - 23600	60,2	4708 - 24500	60,2
20100 - 23500	99,6	23600 - 169691	60,8	24500 - 169396	60,7
23500 - 88717	61,0	169691 - 215200	96,9	169396 - 220300	97,0
88717 - 139043	97,3	215200 - 220658	95,9	220300 - 225074	95,8
139043 - 243244	72,3	220658 - 225995	75,2	225074 - 226896	75,1
243244 - 305572	58,0	225995 - 271200	56,8	226896 - 278078	56,5
305572 - 325221	62,8	271200 - 284038	57,8	278078 - 292182	57,7
325221 - 366357	58,0	284038 - 302257	62,7	292182 - 310039	62,6
366357 - 367196	60,4	302257 - 381861	57,8	310039 - 390696	57,7
367196 - 415348	77,6	381861 - 391917	75,0	390696 - 399738	74,9
415348 - 473422	59,9	391917 - 508376	77,6	399738 - 527548	77,6
473422 - 550501	69,8	508376 - 518278	83,6	527548 - 536508	59,9
550501 - 628392	70,5	518278 - 568237	69,8	536508 - 583116	69,9
628392 og frem	56,4	568237 - 650121	70,5	583116 - 662826	70,6
		650121 og frem	56,5	662826 og frem	56,5

Dokumentationen for 2017 profilen findes i e-bogen 'Folkepensionen gennem 25 år', for 2019 er det i notatet 'To fradrag'. 2020 profilen er ikke meget forskellig fra den for 2019. Selve marginalprocenterne er kun marginalt forskellige, se dog nedenfor. Aftrapningsintervallerne er noget længere i 2020 profilen primært på grund af højere ydelser. Den største forskel mellem 2019 og 2020 profilerne er, at i 2020 er pensionstillægget fuldt ud aftrappet inden topskattegrænsen nås I. 2019 var der lidt tilbage af tillægget (det korte interval med en marginalprocent på 83,6). Det betyder også, at i 2020 er der et lille interval, hvor grundbeløbet aftrappes alene inden topskattegrænsen nås, marginalprocenten er her 59,9.

Bilag.

Bilagene drejer sig om dokumentation af nogle af de profiler, der er præsenteret på side 2 og 3. Dokumentationen af profilerne for 2017 er indeholdt i e-bogen 'Folkepensionen gennem 25 år', og der er ingen særlig dokumentation af profilerne for 2020, som ligger tæt op ad dem for 2019. Forskellene er kort kommenteret i oversigterne på side 2 og 3.

Bilag 1 med titlen 'Opdatering 1' (gengivet nedenfor) vedrører profilen for 2019 hvor ekstraindkomsten er en livrente eller en ratepension. Der er referencer til 2017 profilen, men ingen egentlig dokumentation af denne. Det skal dog understreges, at det er helt den samme metodik, der er anvendt ved beregningerne af profilerne for de tre år.

Opdatering 1.

Opdatering af profil for sammensat marginalprocent fra 2017 til 2019 niveau og regler, 1. (med korrektion af indkomstgrænse for aftrapning af grøn check i 2019).

I det følgende opdateres beregningerne i 'Folkepensionen gennem 25 år', kapitel 5, afsnittet om ekstra pensionsindkomst, fra 2017 til 2019 niveau og regler. I den forbindelse opdateres profilen for den sammensatte marginalprocent ved forøget ekstra pensionsindkomst også.

Ekstraindkomsten i form af en ratepension eller en livrente udover folkepensionen for en reelt enlig pensionist øges gradvist fra nul indtil alle ydelser er aftrappet og indkomstgrænsen for topskat nås. ATP-pension op til maksimum, 23600 kr. i 2019, udgør 'første' del af ekstraindkomsten, derefter følger en ratepension eller livrente, f.eks. fra en arbejdsmarkedspension.

Aftrapning af boligydelse.

En fuld folkepension for en reelt enlig pensionist udgør i 2019 159000 kr. Aftrapningen af den 'første' ydelse, det er boligydelse, begynder ved en personlig indkomst på 164000 kr. I intervallet 0 til 5000 kr. for ekstra pensionsindkomst udgøres den sammensatte marginalprocent derfor udelukkende af marginalskatten for ekstraindkomsten, her ATP-pension, den er på 37,7 pct. i 2019. Øges ekstraindkomsten udover 5000 kr. (hvorved indkomstgrænsen for boligydelse på 164000 kr. overskrides) begynder aftrapningen af boligydelse, aftrapningsprocenten er 22,5 i 2019. Det forudsættes, at pensionisten modtager maksimal boligydelse, 48540 kr. i 2019.

Fra en ekstraindkomst på 5000 kr. op til grænsen på 36000 kr., hvor ydelserne, der styres af den personlige tillægsprocent, begynder at blive aftrappet, er den sammensatte marginalprocent på 37,7 + 22,5 = 60,2. I 2017 var den sammensatte marginalprocent nøjagtig den samme, men kun i intervallet af ekstraindkomst fra 4500 kr. til 20100 kr. I intervallet 0 til 4500kr. var marginalprocenten 37,7, den samme som i 2019.

Aftrapning af boligydelse, supplerende pensionsydelse og varmetillæg.

Ved en ekstraindkomst under og på 36000 kr. er den personlige tillægsprocent 100. For hver 518 kr. ekstraindkomsten for en reelt enlig pensionist overstiger 36000 kr., reduceres den personlige tillægsprocent med 1 procentpoint. Det betyder, at ydelserne (supplerende pensionsydelse, varmetillæg og helbredstillæg) reduceres. Ved en personlig tillægsprocent på 96 udbetales ydelserne med 96 pct. af deres pålydende værdi. Den personlige tillægsprocent reduceres fra 100 til nul i intervallet 36000 kr. til 87800 kr., det er over et indkomstspænd på 51800 kr. Ved den type aftrapning, der er tale om her, er det ydelsens størrelse, der bestemmer aftrapningsprocenten, aftrapningsintervallet ligger fast.

Den supplerende pensionsydelse er på 17600 kr. i 2019. 1 pct. af 17600kr er 176 kr. Målt i forhold til indkomstforøgelsen på 518 kr. giver det en aftrapningsprocent på 176/518 = 33,98. For 2017 blev den tilsvarende aftrapningsprocent beregnet på en lidt anderledes måde til 33,8. Beregnet på samme måde som for 2019 bliver aftrapningsprocenten for 2017 34,0.

Det maksimale varmetillæg er på 9349 kr. i 2019. 1 pct. af 9349 kr. er 93,49 kr., hvilket sat i forhold til indkomstforøgelsen på 518 kr. giver en aftrapningsprocent på 93,49/518 = 18,0. Modtages der mindre end det maksimale varmetillæg bliver aftrapningsprocenten mindre. Er varmetillægget på 5000 kr. bliver aftrapningsprocenten 50,00/518 = 9,65. Intervallet for aftrapning er uændret. For 2017 blev den tilsvarende aftrapningsprocent for det maksimale varmetillæg beregnet på en lidt anden måde til 18,1. Beregnet på samme måde som for 2019 bliver aftrapningsprocenten for 2017 18,2.

I intervallet 36000 kr. til 87800 kr. for ekstraindkomst er der følgende aftrapningsprocenter: 22,5 (boligydelse), 33,98 (supplerende pensionsydelse) og 18,0 (maksimalt varmetillæg) i alt 74,48. Der er ikke taget hensyn til et eventuelt helbredstillæg. For 2017 er de tilsvarende aftrapningsprocenter (beregnet som for 2019): 22,5 (boligydelse), 34,0 (supplerende pensionsydelse) og 18,2 (maksimalt varmetillæg) i alt 74,7. Forskellen mellem de to år er helt marginal.

Der mangler at blive taget hensyn til marginalskatten, som er på 37,7 pct. i begge år. Af de aftrappede ydelser er det kun den supplerende pensionsydelse, der er skattepligtig. Når den supplerende pensionsydelse reduceres, mindskes skatten med skatten af reduktionen, det er med 33,98 pct. i 2019. 33,98 pct. af 37,7 er 12,8 pct. Marginalskatten i intervallet er derfor 37,7 – 12,8 = 24,9 pct. i 2019. For 2017 er marginalskatten 37,7 pct. fratrukket 34 pct. af 37,7 = 12,8 pct., i alt 24,9 pct.

Den sammensatte marginalprocent i intervallet 36000 kr. til 87800 kr. bliver 74,48 + 24,9 = 99,38 afrundet til 99,4. For 2017 er den tilsvarende marginalprocent 99,6, næsten den samme som i 2019, men kun i intervallet 20100 kr. til 69800 kr.

Aftrapning af boligydelse, pensionstillæg og grøn check.

Ved en ekstraindkomst på 87800 kr. begynder aftrapningen af folkepensionens pensionstillæg. Her er alle ydelser, der styres af den personlige tillægsprocent, aftrappet til 0. Fra en ekstraindkomst på 87800 kr. er der tre ydelser, heraf to 'nye', der skal aftrappes. Som

nævnt starter aftrapningen af pensionstillægget her, og det strækker sig over et indkomstspænd på 268900 kr. frem til en ekstraindkomst på 356700 kr. Samtidig med aftrapningen af pensionstillægget fortsætter aftrapningen af boligydelsen. Under forudsætning af maksimal boligydelse slutter aftrapningen af denne ydelse ved en ekstraindkomst på ca. 257200 kr. Ved en lavere boligydelse slutter aftrapningen selvsagt ved en lavere ekstraindkomst. Endelig er der den grønne check, som aftrappes over et relativt kort indkomstspænd startende ved en ekstraindkomst på ca. 317750 kr. og slutter ved ca. 335050 kr. Det er de tre resterende ydelser, hvis aftrapning der skal holdes styr på i det følgende.

Aftrapningsprocenten for pensionstillægget er 30,9 i 2019. Isoleret sker aftrapningen af boligydelsen mod ekstraindkomsten med 22,5 pct., men situationen er ikke isoleret. Pensionstillægget er også indkomstgrundlag for boligydelsen, så når pensionstillægget reduceres, så øges boligydelsen. Det modvirker aftrapningen af boligydelsen mod ekstraindkomsten. De 22,5 pct. skal reduceres 30,9 pct., det er med 6,95 procentpoint, således at den effektive aftrapningsprocent for boligydelsen, når denne aftrappes sammen med pensionstillægget, bliver 22,5 – 6,95 = 15,55.

Ligesom tilfældet var ved aftrapning af den skattepligtige supplerende pensionsydelse, skal marginalskatten også reduceres når pensionstillægget aftrappes. Reduktionen sker med 30,9 pct. af 37,7 pct, det er med 11,65 procentpoint, således at marginalskatten bliver 37,7 – 11,65 = 26,05 pct, så længe pensionstillægget aftrappes. Når pensionstillæg og boligydelse aftrappes sammen, bliver den sammensatte marginalprocent således 30,9 + 15,55 + 26,05 = 72,5. Det er nøjagtig det samme som den tilsvarende marginalprocent i 2017. Intervallet hvor de 72,5 pct. gælder i 2019 er fra 87800 kr. til ca. 257200kr. i ekstraindkomst. I 2017 var det i intervallet fra 69800 kr. til 252000 kr.

Når boligydelsen er fuldt ud aftrappet ved en ekstraindkomst på ca. 257200 kr. er der pensionstillægget og den grønne check tilbage. Aftrapningen af pensionstillægget medfører en sammensat marginalprocent på 30,9 + 26,05 (fra skat) = 56,95 afrundet til 57,0. Det er marginalprocenten frem til aftrapningen af den grønne check begynder. Det sker som nævnt ved en ekstraindkomst på ca. 317750 kr. Den sammensatte marginalprocent er derfor 57,0 i intervallet 257200 kr. til 317750 kr. Det er nøjagtig det samme som i det tilsvarende interval for 2017, 252000 kr. til 310000 kr.

Den grønne check er på 900 kr. i 2019 og aftrappes isoleret med 7,5 pct. Pensionstillægget indgår imidlertid i indkomstgrundlaget for den grønne check, og det reduceres når ekstraindkomsten stiger. Aftrapningsprocenten er derfor 7,5 minus 7,5 x 0,309 i alt 5,2 så længe den grønne check aftrappes sammen med pensionstillægget. Det er tilfældet for hele den grønne check i 2019. Den grønne check er aftrappet til nul ved en ekstraindkomst på 335050 kr. I intervallet 317750 kr. til 335050 kr. er den sammensatte marginalprocent derfor 57,0 + 5,2 = 62,2. I 2017 var det lidt mere kompliceret. Aftrapningsprocenten var den samme, 5,2, når den grønne check blev aftrappet sammen med pensionstillægget, men dette blev fuldt ud aftrappet ved en ekstraindkomst på 324000 kr. I intervallet 310000 kr. til 324000 kr. havde den sammensatte marginalprocent følgende komponenter, 57,0 (skat og pensionstillæg), 5,2 (grøn check), de to er identiske med komponenterne fra 2019. Derudover var der i intervallet 310000 kr. til 324000 kr. bidraget på 2 pct. fra udligningsskatten, således at den sammensatte marginalprocent blev 57,0 + 5,2 + 2.0 = 64,2. Ved 324000 kr. var den

grønne check imidlertid ikke helt aftrappet, det skete først ved en ekstraindkomst på 326800 kr. I intervallet 324000 kr. til 326800 kr. blev den sammensatte marginalprocent 37,7 (skat) + 7,5 (grøn check) + 3.0 (udligningsskat) = 48,2.

Når den grønne check er fuldt ud aftrappet ved en ekstraindkomst på 335050 kr., fortsætter aftrapningen af pensionstillægget, indtil det er fuldt aftrappet ved en ekstraindkomst på 356700 kr. I intervallet 335050 kr. til 356700 kr. er den sammensatte marginalprocent 57,0, ligesom i intervallet 257200 kr. til 317750 kr. Ovenfor er der gjort rede for, hvordan det så ud i 2017.

Når alle ydelse er fuldt ud aftrappet ved en ekstraindkomst på 356700 kr., er det kun marginalskatten, der udgør den sammensatte marginalprocent. Den er på 37,7pct. i intervallet 356700 kr. til 437476kr., hvor topskattegrænsen nås. I 2017 var marginalskatten 40,7 pct. i intervallet 326800 kr. til 405680kr., hvor topskattegrænsen for 2017 nås. Grunden til, at den er højere end i 2019, er udligningsskatten, som var på 3 pct. i 2017 og bortfaldet i 2019.

Profil af den sammensatte marginalprocent for en reelt enlig pensionist med en ekstra indkomst i form af en ratepension eller en livrente inklusive op til den maksimale ATP-pension.

2017		2019	
Ekstraindkomst	Marginalprocent	Ekstraindkomst	Marginalprocent
0 - 4500	37,7	0 - 5000	37,7
4500 - 20100	60,2	5000 - 36000	60,2
20100 - 69800	99,6	36000 - 87800	99,4
69800 - 252000	72,5	87800 - 257200	72,5
252000 - 310000	57,0	257200 - 317750	57,0
310000 - 324000	64,2	317750 - 335050	62,2
324000 - 326800	48,2	335050 - 356700	57,0
326800 - 405680	40,7	356700 - 437476	37,7

Der er ikke megen forskel på selve marginalprocenterne i de to år, men aftrapningen af ydelser styret af den personlige tillægsprocent og dermed også af pensionstillægget starter (og slutter) ved en væsentlig højere ekstraindkomst i 2019 end i 2017. I det sidste interval fra ophør af al aftrapning op til grænsen for topskatten er marginalskatten lavere i 2019 end i 2017. Det skyldes bortfaldet af udligningsskatten. Dens bortfald er også årsag til den lavere sammensatte marginalprocent for 2019 i det tredjesidste interval. I det næstsidste interval er

pensionstillægget fuldt ud aftrappet ved en ekstraindkomst på 324000 kr. i 2017 medens den grønne check først er fuldt ud aftrappet ved en ekstraindkomst på 326800 kr. I 2019 er pensionstillægget først helt aftrappet ved en ekstraindkomst på 356700 kr. mens den grønne check er fuldt ud aftrappet, inden pensionstillægget er det.

Afhjælpningen af samspilsproblemet fra 2017 til 2019 er hovedsageligt sket ved at udskyde starten på aftrapning til en højere ekstraindkomst. Det hjælper for relativt lave ekstra pensionsindkomster. Der er sket meget lidt med den sammensatte marginalprocent, den er dog blevet mindsket med 2-3 procentpoint for de høje ekstra pensionsindkomster ved bortfaldet af udligningsskatten. Intervallet fra 36000 til 87800 kr. med sammensatte marginalprocenter tæt på 100 under de gjorte forudsætninger, og hvor der ikke er taget hen syn til helbredstillægget, er jo nærmest konfiskatorisk. Hvis man i stedet for udskydelsen havde brugt de 16000 kr. på at udvide indkomstspannet, hvorover den personlige tillægsprocent reduceres fra 100 til nul, så ville indkomstspannet over hvilket reduktionen sker være 67800 kr. i stedet for 51800 kr. Dvs., at der reduceres med 1 procentpoint for hver 678 kr. i stedet for hver 518 kr. ekstraindkomsten stiger. Det betyder at aftrapningsprocenten for den supplerende pensionsydelse ændres fra 34 til 26 og fra 18 til 14 for det maksimale varmetillæg, i alt 12 procentpoint. Det mindskes så med en mindre reduktion af marginalskatten nemlig med ca. 10 procentpoint i stedet for med 13, men dog en samlet reduktion på omkring 10 procentpoint. Det er måske en vej at gå.

Bilag 2 med titlen 'Opdatering 2' vedrører profilen for 2019 hvor ekstraindkomsten er ATP pension og løn og fradraget er på 100008 kr. Det blev senere erstattet med et fradrag på 122004 kr. for 2019, derfor er det profilen med dette fradrag, der er med på side 3. Der er enkelte referencer til 2017 profilen men ingen egentlig dokumentation af denne.

Opdatering 2.

Opdatering af profil for sammensat marginalprocent fra 2017 til 2019 regler og niveau, 2. (Denne udgave fokuserer på 2019, der vil senere blive suppleret med mere tekst om 2017)

I det følgende opdateres beregningerne i 'Folkepensionen gennem 25 år' kapitel 5, afsnittet om arbejdsindkomst som ekstraindkomst fra 2017 til 2019 regler og niveau. Samtidig opdateres profilen for den sammensatte marginalprocent ved ekstra arbejdsindkomst.

Ekstraindkomsten for en reelt enlig pensionist starter, ligesom i opdatering 1, med ATP-pension op til dennes maksimum for 2019, det er 23600 kr., hvorefter der fortsættes med en lønindkomst op til et niveau, hvor alle ydelser er aftrappet. Det er forudsat, at folkepensionisten ikke sparer op til en ekstra pension.

Fuld folkepension for den reelt enlige pensionist er 159000 kr. i 2019. Aftrapningen af den 'første' ydelse, det er boligydelse, starter ved 164000 kr. i personlig indkomst (for pensionsindkomst, her folkepension og ATP-pension, er der ingen forskel på bruttoindkomst og personlig indkomst). For en ekstraindkomst i intervallet 0 til 5000 kr., her ATP-pension, er marginalprocenten 37,7 og består alene af marginalskatteprocenten. I 2017 var marginalprocenten den samme i intervallet 0 til 4500 kr.

Aftrapning af boligydelse.

Ved en ekstraindkomst over 5000 kr., stadig ATP-pension, overskrides grænsen for aftrapning af boligydelse og denne aftrappes med 22,5 pct. af ekstraindkomsten. Boligydelsen forudsættes at være den maksimale, 48540 kr., ligesom i opdatering 1. I intervallet 5000 – 23600 kr. er den sammensatte marginalprocent 37,7 (skat) + 22,5 (boligydelse) = 60,2. Det var den også i 2017, men kun i intervallet 4500 til 20100 kr.

Overstiger ekstraindkomsten 23600 kr. (2019) består den af lønindkomst, og så er bruttoindkomst og personlig indkomst ikke længere ens, og marginalskatten er også en anden, den starter med at være 40,1 pct. Aftrapningsprocenten for boligydelse er stadig 22,5 af den personlige indkomst, men 20,7 målt i forhold til bruttoindkomsten. Den sammensatte marginalprocent er derfor 40,1 + 20,7 = 60,8. Det er den helt op til en ekstraindkomst (brutto) på 145782 kr. De 145782 kr. består af 23600 kr. (max ATP-pension), 108704 kr. (lønindkomst der ses bort fra ved aftrapning af personlig tillægsprocent og pensionstillæg), 13478 kr. (for at nå grænsen på 36000 kr. i personlig indkomst, hvor aftrapningen af den personlige tillægsprocent begynder). I intervallet 23600 kr. til 145782 kr. er den sammensatte marginalprocent 60,8. I 2017 var det lidt mere kompliceret. Her startede aftrapningen af den personlige tillægsprocent inden ATP-pensionen havde nået sit maksimum, 23500 kr., således at den sammensatte marginalprocent var på (99,4) i intervallet 20100 til 23500, hvorefter den faldt til 61 derfra og op til en ekstraindkomst på 88717 kr.

Aftrapning af boligydelse, supplerende pensionsydelse og varmetillæg.

Ved en ekstraindkomst på 145782 kr. starter aftrapningen af den personlige tillægsprocent fra 100 til 0. Aftrapningen sker over et span på 51800 kr. i personlig indkomst, svarende til 56304 kr. i bruttoindkomst. Den personlige tillægsprocent er således på nul, og hermed også de ydelser den styrer, det er den supplerende pensionsydelse og varmetillægget, ved en brutto ekstraindkomst på 202086 kr. Helbredstillægget styres også af den personlige tillægsprocent, men er ikke medregnet her.

Den personlige tillægsprocent falder med et procentpoint for hver 518 kr. (personlig indkomst) eller her for hver 563 kr. (bruttoindkomst) ekstraindkomsten overstiger grænsen, hvor aftrapningen begynder, her 145782 kr. i ekstra bruttoindkomst (ATP og løn). Den supplerende pensionsydelse er på 17600 kr. i 2019, 1 pct. heraf udgør 176 kr. Aftrapningsprocenten for den supplerende pensionsydelse er således 176/563 = 31,3 når den måles på grundlag af bruttoindkomsten. Det maksimale varmetillæg er på 9349 kr. i 2019. Aftrapningsprocenten for denne ydelse, beregnet på samme måde som for den supplerende pensionsydelse, er 16,6. Samtidig fortsætter aftrapningen af boligydelsen med en aftrapningsprocent på 20,7. Alt i alt er aftrapningsprocenten for de tre ydelser på tilsammen 68,6. Hertil kommer så skatten af ekstraindkomsten, som imidlertid skal reduceres med skatten af den reducerede supplerende pensionsydelse, den eneste af de tre ydelser der er skattepligtig. Marginalskatten af brutto ekstraindkomsten inden reduktion er på 40,1, herfra går 0,313 x 37,7 = 11,8 procentpoint, således at den korrigerede marginalskat er 40,1 – 11,8 = 28,3 pct. Den sammensatte marginalprocent i intervallet 145782 til 202086 kr. udgør således 68,6 + 28,3 = 96,9.

I 2017 var den tilsvarende samlede marginalprocent fra aftrapningen af de tre ydelser beregnet på en lidt anden måde 68,4. Beregnet som her for 2019 bliver den 68,8. Den reducerede marginalskat beregnet på en lidt anden måde var 28,6 pct i 2017. Beregnet som for 2019 er den 28,5 pct. Samlet var den sammensatte marginalprocent 97,0 i 2017, beregnet som for 2019 bliver den 97,3. Den marginalprocent var gældende i intervallet 88717 til 139043 kr.

Aftrapning af boligydelse, pensionstillæg, grøn check og folkepensionens grundbeløb.

Når ekstraindkomsten når 202086 kr. begynder aftrapningen af pensionstillægget, boligydelsen aftrappes fortsat (vi har forudsat maksimal boligydelse). Senere træder aftrapning af grundbeløbet og af den grønne check til. Alt det sker over et meget langt indkomstspænd, hvor beskæftigelsesfradraget når sit maksimum og jobfradraget både begynder og når sit maksimum og hvor topskattegrænsen passeres.

Aftrapningen af pensionstillægget sker med 30,9 pct. af den personlige indkomst svarende til 28,4 pct. af bruttoindkomsten. Boligydelsen aftrappes isoleret med 22,5 pct. af den personlige indkomst svarende til 20,7 pct. af bruttoindkomsten. Aftrapningen sker her sammen med aftrapningen af pensionstillægget, og det modvirker aftrapningen af boligydelsen, da pensionstillægget indgår i indkomstgrundlaget for boligydelsen. Når aftrapningen af boligydelsen sker samtidig med aftrapningen af pensionstillægget, er aftrapningsprocenten

derfor 20,7 – (0,225 x 28,4 = 6,4) = 14,3. Den sammensatte marginalprocent ved aftrapning af de to ydelser er således 28,4 + 14,3 =42,7. Marginalskatten af ekstraindkomsten påvirkes også af aftrapningen af pensionstillægget, isoleret er den 40,1 pct., men skatten af reduktionen af pensionstillægget skal trækkes fra, den udgør 0,284 x 37,7 = 10,7 således at marginalskatten er på 40,1 – 10,7 = 29,4. Den sammensatte marginalprocent er således 42,7 + 29,4 = 72,1.

I intervallet 202086 – 215200 kr. er den sammensatte marginalprocent 72,1. Ved en bruttoindkomst på 215200 kr. starter jobfradraget, som er på 3,75 pct. af bruttoindkomsten med et maksimum på 2100 kr. i 2019. Ved en ekstraindkomst på 215200 kr. sænkes marginalskatten af bruttoindkomsten med 0,256 x 3,75 = 0,96 afrundet til 1 procentpoint, den sammensatte marginalprocent bliver således 71,1. Det er den frem til en ekstraindkomst på 228956 kr., hvor boligydelsen er fuldt ud aftrappet (bagatelgrænsen nås, og så kan marginalprocenten blive meget høj, da der pludselig falder ca. 3500 kr. bort i boligydelse. Dette punkt indgår ikke i beregningen af den sammensatte marginalprocent). I intervallet 215200 til 228956 kr. er den sammensatte marginalprocent 71,1. Ved en ekstraindkomst på 228956 kr. falder den sammensatte marginalprocent til 71,1 – 14,3 = 56,8, det er den i intervallet 228956 til 271200 kr. Derefter stiger den til 57,8, hvor jobfradraget når sit maksimum. I 2017 var der ikke noget jobfradrag.

Den grønne check begynder med at blive aftrappet ved en totalindkomst på 405700 kr. personlig indkomst (den er på 900 kr. og aftrapningsprocenten er 7,5 af personlig indkomst). De 405700 kr. består af 132664 kr. i grundbeløb og pensionstillæg (pensionstillægget er aftrappet med 26336 kr.), 23600 kr. i ATP-pension og 249438 kr. i lønindkomst, alt sammen personlig indkomst. Oversættes det til brutto ekstraindkomst, bliver det 294727 kr. I intervallet 271200 kr. til 294727 kr. er den sammensatte marginalprocent således 57,8. Den grønne check starter med at blive aftrappet ved en ekstraindkomst på 294727 kr., aftrapningsprocenten er 4,9. Både ekstraindkomsten og pensionstillægget indgår i indkomstgrundlaget for aftrapning af den grønne check. Derfor mindskes aftrapningsprocenten med reduktionen af pensionstillægget som følge af aftrapningen af dette. I intervallet 294727 kr. til 312946 kr. er den sammensatte marginalprocent 57,8 + 4,9 = 62,7.

Folkepensionens grundbeløb begynder at blive aftrappet ved en ekstraindkomst på 381861 kr. I intervallet 312946 kr. til 381861 kr. er den sammensatte marginalprocent 57,8. Grundbeløbet aftrappes med 30 pct. af ekstra personlig indkomst, målt i forhold til bruttoindkomsten bliver det 27,6 pct. Grundbeløbet aftrappes samtidigt med pensionstillægget, som har en aftrapningsprocent på 28,4. Pensionstillægget er fuldt ud aftrappet ved en ekstraindkomst på 494369 kr. Der er ingen gensidig påvirkning mellem aftrapningen af folkepensionens to bestanddele, aftrapning af den ene påvirker ikke den anden. Aftrapningen af de to bestanddele giver et samlet bidrag til den sammensatte marginalprocent på 56 procentpoint. Marginalskatten af ekstraindkomsten er 40,1 pct. Herfra trækkes 10,7 procentpoint som følge af reduktion af pensionstillægget og 10,4 procentpoint som følge af aftrapning af grundbeløbet, i alt 21,1 procentpoint. 40,1- 21,1= 19 procentpoint. Den sammensatte marginalprocent er således 56 + 19 = 75. Det er den i intervallet 381861kr. til 391917 kr.

Beskæftigelsesfradraget når sit maksimum ved en ekstra indkomst på 391917 kr. hvorefter marginalskatten stiger med 2,6 procentpoint (det er 'skatteværdien' af de 10,1 pct. beskæftigelsesfradraget udgør af bruttoindkomsten). Den sammensatte marginalprocent bliver således 75,0 + 2,6 = 77,6. Det er den i intervallet 391917 kr. til 494369 kr., hvor pensionstillægget er fuldt ud aftrappet. Så falder den sammensatte marginalprocent med 17,7 pct. (-28,4 + 10,7) til 59,9. Det er den i intervallet 494369 kr. til 512724 kr. (brutto ekstraindkomst) , hvor topskattegrænsen (513400 kr. i personlig indkomst) nås.

Topskatteprocenten er 15, der er ikke noget nedslag som følge af det skrå skatteloft ved en gennemsnitlig kommuneskat i 2019, målt i forhold til bruttolønnen er topskatten på 13,7 pct. Det betyder. At den maksimale marginalskat på 56,5 pct. for 2019 nås. Den sammensatte marginalprocent stiger umiddelbart til 59,9 + 13,7 = 73,6 fra en ekstraindkomst på 512724 kr. Der sker imidlertid også det, at den del af ekstraindkomsten, der svarer til aftrapningen af grundbeløbet 'falder' ned under topskattegrænsen, og dermed reduceres den sammensatte marginalprocent med 0,276 x (56,5 – 42,7) = 3,8 procentpoint, således at den fra 512724 kr. i ekstraindkomst er 69,8.

Aftrapningen af grundbeløbet fortsætter. Den begyndte som tidligere nævnt ved en ekstra indkomst (brutto) på 381861 kr. Indkomstspannet hvorover grundbeløbet aftrappes er på 268260 kr. (brutto lønindkomst). Aftrapningen afsluttes således ved en ekstra indkomst på 381861 kr. + 268260 kr. = 650121 kr. Aftrapningen af grundbeløbet slutter, når bagatelgrænsen nås, den er på 1896 kr. i 2019. Det betyder, ligesom ved boligydelsen, at den sammensatte marginalprocent kan blive meget høj ved det punkt. Det er der set bort fra i beregningen af den sammensatte marginalprocent.

Personfradraget i 2019 er på 46200 kr. Det betyder at de første 46200 kr. af den personlige indkomst ikke beskattes. Det består her af folkepensionens grundbeløb, men det er der ikke taget højde for i ovenstående beregninger vedr. aftrapning af grundbeløbet, her er det forudsat, at hele grundbeløbet er skattepligtigt. Efterhånden som grundbeløbet aftrappes til under 46200 kr. erstattes det først af ATP-pension og derefter af lønindkomst. Når en pensionsindkomst (grundbeløbet) erstattes af en anden (ATP-pension) af samme størrelse og med samme marginalskatteprocent, ændres den samlede marginalbeskatning ikke. Det gør den imidlertid, når grundbeløbet i personfradraget begynder at blive erstattet af lønindkomst (personlig indkomst), hvor marginalbeskatningen af de to indkomstkilder ikke er den samme. Når den maksimale ATP-pension er 'i' personfradraget, er der 46200 – 23600 = 22600 kr. af grundbeløbet tilbage 'i' personfradraget. Det tager 22600/0.30 = 75333 kr. i lønindkomst (personlig indkomst) svarende til 81884 kr., i brutto lønindkomst at aftrappe resten af grundbeløbet.

I intervallet 512724 kr. til 568237 kr. er den sammensatte marginalprocent 69,8. Ved en ekstraindkomst på 568237 kr. begynder arbejdsindkomsten at erstatte grundbeløbet. Mens aftrapningen foregår 'fra oven' med arbejdsindkomst der delvist har passeret topskattegrænsen, så foregår 'erstatningen' fra bunden, med arbejdsindkomst beskattet med bundskatten samt 'aktivt' beskæftigelsesfradrag, dvs. at det ikke har nået sit maksimum. Når arbejdsindkomsten afløser grundbeløbet 'i' personfradraget gennem aftrapning, er det ikke længere muligt at reducere marginalskatten (37,7 pct.) med den reducerede skat fra det aftrappede grundbeløb, 37,7 x 0,276 = 10,4 procentpoint. Til gengæld spares der 9,7

procentpoint ved, at en del af arbejdsindkomsten (svarende til det aftrappede beløb af grundbeløbet) bliver skattefrit, når det kommer ind 'i' personfradraget. De 9,7 procentpoint fremkommer ved, at marginalskatten på 37,7 procent bliver reduceret med 2,6 procentpoint (skatteværdien af procenten for beskæftigelsesfradraget), i alt 35,1 x 0,276 = 9,7. Nettoeffekten på 0,7 procentpoint (10,4 – 9,7) henføres til toppen af ekstraindkomsten, som er årsag til 'erstatningen' af indkomstkilde 'i' personfradraget. Det betyder, at marginal-procenten øges med 0,7 procentpoint til 70,5 i intervallet 568237 kr. til 650121 kr.

Profil af den sammensatte marginalprocent for en reelt enlig pensionist med en ekstra indkomst bestående af op til maksimal ATP-pension og derefter arbejdsindkomst (løn).

2017		2019	
Ekstra indkomst	Marginalprocent	Ekstra indkomst	Marginalprocent
0 - 4500	37,7	0 - 5000	37,7
4500 - 20100	60,2	5000 - 23600	60,2
20100 - 23500	99,6	23600 - 145782	60,8
23500 - 88717	61,0	145782 - 202086	96,9
88717 - 139043	97,3	202086 - 215200	72,1
139043 - 243244	72,3	215200 - 228956	71,1
243244 - 305572	58,0	228956 - 271200	56,8
305572 - 325221	62,8	271200 - 294727	57,8
325221 - 366357	58,0	294727 - 312946	62,7
366357 - 367196	60,4	312946 - 381861	57,8
367196 - 415348	77,6	381861 - 391917	75,0
415348 - 473422	59,9	391917 - 494369	77,6
473422 - 550501	69,8	494369 - 512724	59,9
550501 - 628392	70,5	512724 - 568237	69,8
628392 og frem	56,4	568237 - 650121	70,5
		650121 og frem	56,5

Note: I forhold til 'Folkepensionen gennem 25 år' er det sidste interval for 2017 (med en marginalprocent på 70,5) blevet forlænget med 6699 kr. Bagatelgrænsen for grundbeløbet er oprindeligt ikke blevet korrekt behandlet.

Der er generelt ikke stor forskel på selve marginalprocenterne, men 'udskydelsen' af aftrapning af den personlige tillægsprocent og pensionstillægget med ca. 16000 kr. i forhold til 2017 samt forhøjelsen af fradraget i arbejdsindkomst fra 60000 kr. i 2017 til 100008 kr. i 2019 i forbindelse med aftrapning af den personlige tillægsprocent og pensionstillægget betyder, at de tilsvarende marginalprocenter for de to år i mange tilfælde ligger i forskellige intervaller for ekstraindkomst.

I intervallet 20100 kr. til 23500 kr. er marginalprocenten tæt på hundrede i 2017. Et tilsvarende interval findes ikke i 2019. Det skyldes, at i 2017 begyndte aftrapningen af den personlige tillægsprocent ved en ekstra indkomst på 20100. Her består ekstraindkomsten af ATP-pension (60000 kr. fradraget gælder kun arbejdsindkomst). I 2019 begynder aftrapningen først ved en indkomst på 36000 kr. (personlig indkomst) og her er det arbejdsindkomsten der gælder.

Bemærk at intervallet hvor både pensionstillæg og grundbeløb aftrappes med høje sammensatte marginalprocenter til følge er mere end dobbelt så langt i 2019 (ca. 112500 kr.) end i 2017 (ca. 48100 kr.), det skyldes de ovenfor omtalte 'udskydelser', og at indkomstgrænsen for aftrapning af grundbeløbet ikke er fulgt med.

Alt i alt betyder udskydelse af aftrapning og forhøjelse af fradraget i arbejdsindkomsten en reduktion af marginalprocenterne for pensionister med relativt små til mellemstore ekstraindkomster, medens der er sket en forværring ved at indkomstspannet. hvor både pensionstillæg og grundbeløb aftrappes, er mere end fordoblet. Tilbage er også et interval med marginalprocenter omkring 100, det er hvor den personlige tillægsprocent aftrappes fra 100 til 0. Det kan afbødes vad at udvide det indkomstspænd, aftrapningen sker over, jf. også opdatering 1 hvor ekstraindkomsten er en pensionsindkomst.

Bilag 3 med titlen 'To fradrag' er dokumentation af de to profiler med ekstraindkomst i form af ATP-pension og løn i 2019 med fradrag på henholdsvis 100008 kr. og 122004 kr. For førstnævnte er dokumentationen den samme som i bilag 2.

'To fradrag'.

To fradrag: 100008 kr. og 122004 kr. Sidstnævnte kommer til at gælde med tilbagevirkende kraft fra 1/1 2019 i 'stedet for' 100008 kr.

2019 regler		2019 regler	
Ekstra indkomst	Marginalprocent	Ekstra indkomst	Marginalprocent
122004 kr.		100008 kr.	
0 - 5000	37,7	0 - 5000	37,7
5000 - 23600	60,2	5000 - 23600	60,2
23600 - 169691	60,8	23600 - 145782	60,8
169691 - 215200	96,9	145782 - 202086	96,9
215200 - 220658	95,9	202086 - 215200	72,1
220658 - 225995	75,2	215200 - 228956	71,1
225995 - 271200	56,8	228956 - 271200	56,8
271200 - 284038	57,8	271200 - 294727	57,8
284038 - 302257	62,7	294727 - 312946	62,7
302257 - 381861	57,8	312946 - 381861	57,8
381861 - 391917	75,0	381861 - 391917	75,0
391917 - 508376	77,6	391917 - 494369	77,6
508376 - 518278	83,6	494369 - 512724	59,9
518278 - 568237	69,8	512724 - 568237	69,8
568237 - 650121	70,5	568237 - 650121	70,5
650121 og frem	56,5	650121 og frem	56,5

Dokumentation af profilen for ekstraindkomst i form af ATP-pension og arbejdsindkomst. Fradrag på 100008 kr. (personlig indkomst) i arbejdsindkomsten. 2019 regler.

Ekstraindkomsten for en reelt enlig pensionist starter, ligesom i opdatering 1, med ATP-pension op til dennes maksimum for 2019, det er 23600 kr., hvorefter der fortsættes med en lønindkomst op til et niveau, hvor alle ydelser er aftrappet. Det er forudsat, at folkepensionisten ikke sparer op til en ekstra pension.

Fuld folkepension for den reelt enlige pensionist er 159000 kr. i 2019. Aftrapningen af den 'første' ydelse, det er boligydelse, starter ved 164000 kr. i personlig indkomst (for pensionsindkomst, her folkepension og ATP-pension, er der ingen forskel på bruttoindkomst og personlig indkomst). For en ekstraindkomst i intervallet 0 til 5000 kr., her ATP-pension, er marginalprocenten 37,7 og består alene af marginalskatteprocenten.

Aftrapning af boligydelse.

Ved en ekstraindkomst over 5000 kr., stadig ATP-pension, overskrides grænsen for aftrapning af boligydelse og denne aftrappes med 22,5 pct. af ekstraindkomsten. Boligydelsen forudsættes at være den maksimale, 48540 kr., ligesom i opdatering 1. I intervallet 5000 – 23600 kr. er den sammensatte marginalprocent 37,7 (skat) + 22,5 (boligydelse) = 60,2.

Overstiger ekstraindkomsten 23600 kr. (2019) består den af lønindkomst, og så er bruttoindkomst og personlig indkomst ikke længere ens, og marginalskatten er også en anden, den starter med at være 40,1 pct. Aftrapningsprocenten for boligydelse er stadig 22,5 af den personlige indkomst, men 20,7 målt i forhold til bruttoindkomsten. Den sammensatte marginalprocent er derfor 40,1 + 20,7 = 60,8. Det er den helt op til en ekstraindkomst (brutto) på 145782 kr. De 145782 kr. består af 23600 kr. (max ATP-pension), 108704 kr. (lønindkomst der ses bort fra ved aftrapning af personlig tillægsprocent og pensionstillæg), 13478 kr. (for at nå grænsen på 36000 kr. i personlig indkomst, hvor aftrapningen af den personlige tillægsprocent begynder). I intervallet 23600 kr. til 145782 kr. er den sammensatte marginalprocent 60,8.

Aftrapning af boligydelse, supplerende pensionsydelse og varmetillæg.

Ved en ekstraindkomst på 145782 kr. starter aftrapningen af den personlige tillægsprocent fra 100 til 0. Aftrapningen sker over et span på 51800 kr. i personlig indkomst, svarende til 56304 kr. i bruttoindkomst. Den personlige tillægsprocent er således på nul, og hermed også de ydelser den styrer, det er den supplerende pensionsydelse og varmetillægget, ved en brutto ekstraindkomst på 202086 kr. Helbredstillægget styres også af den personlige tillægsprocent, men er ikke medregnet her.

Den personlige tillægsprocent falder med et procentpoint for hver 518 kr. (personlig indkomst) eller her for hver 563 kr. (bruttoindkomst) ekstraindkomsten overstiger grænsen, hvor aftrapningen begynder, her 145782 kr. i ekstra bruttoindkomst (ATP og løn). Den supplerende pensionsydelse er på 17600 kr. i 2019, 1 pct. heraf udgør 176 kr. Aftrapningsprocenten for den supplerende pensionsydelse er således 176/563 = 31,3 når den

måles på grundlag af bruttoindkomsten. Det maksimale varmetillæg er på 9349 kr. i 2019. Aftrapningsprocenten for denne ydelse, beregnet på samme måde som for den supplerende pensionsydelse, er 16,6. Samtidig fortsætter aftrapningen af boligydelsen med en aftrapningsprocent på 20,7. Alt i alt er aftrapningsprocenten for de tre ydelser på tilsammen 68,6. Hertil kommer så skatten af ekstraindkomsten, som imidlertid skal reduceres med skatten af den reducerede supplerende pensionsydelse, den eneste af de tre ydelser der er skattepligtig. Marginalskatten af brutto ekstraindkomsten inden reduktion er på 40,1, herfra går 0,313 x 37,7 = 11,8 procentpoint, således at den korrigerede marginalskat er 40,1 – 11,8 = 28,3 pct. Den sammensatte marginalprocent i intervallet 145782 til 202086 kr. udgør således 68,6 + 28,3 = 96,9.

Aftrapning af boligydelse, pensionstillæg, grøn check og folkepensionens grundbeløb.

Når ekstraindkomsten når 202086 kr. begynder aftrapningen af pensionstillægget, boligydelsen aftrappes fortsat (vi har forudsat maksimal boligydelse). Senere træder aftrapning af grundbeløbet og af den grønne check til. Alt det sker over et meget langt indkomstspænd, hvor beskæftigelsesfradraget når sit maksimum og jobfradraget både begynder og når sit maksimum og hvor topskattegrænsen passeres.

Aftrapningen af pensionstillægget sker med 30,9 pct. af den personlige indkomst svarende til 28,4 pct. af bruttoindkomsten. Boligydelsen aftrappes isoleret med 22,5 pct. af den personlige indkomst svarende til 20,7 pct. af bruttoindkomsten. Aftrapningen sker her sammen med aftrapningen af pensionstillægget, og det modvirker aftrapningen af boligydelsen, da pensionstillægget indgår i indkomstgrundlaget for boligydelsen. Når aftrapningen af boligydelsen sker samtidig med aftrapningen af pensionstillægget er aftrapningsprocenten derfor 20,7 – (0,225 x 28,4 = 6,4) = 14,3. Den sammensatte marginalprocent ved aftrapning af de to ydelser er således 28,4 + 14,3 =42,7. Marginalskatten af ekstraindkomsten påvirkes også af aftrapningen af pensionstillægget, isoleret er den 40,1 pct., men skatten af reduktionen af pensionstillægget skal trækkes fra, den udgør 0,284 x 37,7 = 10,7 således at marginalskatten er på 40,1 – 10,7 = 29,4. Den sammensatte marginalprocent er således 42,7 + 29,4 = 72,1.

I intervallet 202086 – 215200 kr. er den sammensatte marginalprocent 72,1. Ved en bruttoindkomst på 215200 kr. starter jobfradraget, som er på 3,75 pct. af bruttoindkomsten med et maksimum på 2100 kr. i 2019. Ved en ekstraindkomst på 215200 kr. sænkes marginalskatten af bruttoindkomsten med 0,256 x 3,75 = 0,96 afrundet til 1 procentpoint, den sammensatte marginalprocent bliver således 71,1. Det er den frem til en ekstraindkomst på 228956 kr., hvor boligydelsen er fuldt ud aftrappet (bagatelgrænsen nås, og så kan marginalprocenten blive meget høj, da der pludselig falder ca. 3500 kr. bort i boligydelse. Dette punkt indgår ikke i beregningen af den sammensatte marginalprocent). I intervallet 215200 til 228956 kr. er den sammensatte marginalprocent 71,1. Ved en ekstraindkomst på 228956 kr. falder den sammensatte marginalprocent til 71,1 – 14,3 = 56,8, det er den i intervallet 228956 til 271200 kr. Derefter stiger den til 57,8, hvor jobfradraget når sit maksimum.

Den grønne check begynder med at blive aftrappet ved en totalindkomst på 405700 kr. personlig indkomst (den er på 900 kr. og aftrapningsprocenten er 7,5 af personlig indkomst). De 405700 kr. består af 132664 kr. i grundbeløb og pensionstillæg (pensionstillægget er aftrappet med 26336 kr.), 23600 kr. i ATP-pension og 249438 kr. i lønindkomst, alt sammen personlig indkomst. Oversættes det til brutto ekstraindkomst, bliver det 294727 kr. I intervallet 271200 kr. til 294727 kr. er den sammensatte marginalprocent således 57,8. Den grønne check starter med at blive aftrappet ved en ekstraindkomst på 294727 kr., aftrapningsprocenten er 4,9. Både ekstraindkomsten og pensionstillægget indgår i indkomstgrundlaget for aftrapning af den grønne check. Derfor mindskes aftrapningsprocenten med reduktionen af pensionstillægget som følge af aftrapningen af dette. I intervallet 294727 kr. til 312946 kr. er den sammensatte marginalprocent 57,8 + 4,9 = 62,7.

Folkepensionens grundbeløb begynder at blive aftrappet ved en ekstraindkomst på 381861 kr. I intervallet 312946 kr. til 381861 kr. er den sammensatte marginalprocent 57,8. Grundbeløbet aftrappes med 30 pct. af ekstra personlig indkomst, målt i forhold til bruttoindkomsten bliver det 27,6 pct. Grundbeløbet aftrappes samtidigt med pensionstillægget, som har en aftrapningsprocent på 28,4. Pensionstillægget er fuldt ud aftrappet ved en ekstraindkomst på 494369 kr. Der er ingen gensidig påvirkning mellem aftrapningen af folkepensionens to bestanddele, aftrapning af den ene påvirker ikke den anden. Aftrapningen af de to bestanddele giver et samlet bidrag til den sammensatte marginalprocent på 56 procentpoint. Marginalskatten af ekstraindkomsten er 40,1 pct. Herfra trækkes 10,7 procentpoint som følge af reduktion af pensionstillægget og 10,4 procentpoint som følge af aftrapning af grundbeløbet, i alt 21,1 procentpoint. 40,1- 21,1= 19 procentpoint. Den sammensatte marginalprocent er således 56 + 19 = 75. Det er den i intervallet 381861kr. til 391917 kr.

Beskæftigelsesfradraget når sit maksimum ved en ekstra indkomst på 391917 kr. hvorefter marginalskatten stiger med 2,6 procentpoint (det er 'skatteværdien' af de 10,1 pct. beskæftigelsesfradraget udgør af bruttoindkomsten). Den sammensatte marginalprocent bliver således 75,0 + 2,6 = 77,6. Det er den i intervallet 391917 kr. til 494369 kr., hvor pensionstillægget er fuldt ud aftrappet. Så falder den sammensatte marginalprocent med 17,7 pct. (-28,4 + 10,7) til 59,9. Det er den i intervallet 494369 kr. til 512724 kr. (brutto ekstraindkomst) , hvor topskattegrænsen (513400 kr. i personlig indkomst) nås.

Topskatteprocenten er 15, der er ikke noget nedslag som følge af det skrå skatteloft ved en gennemsnitlig kommuneskat i 2019, målt i forhold til bruttolønnen er topskatten på 13,7 pct. Det betyder, at den maksimale marginalskat på 56,5 pct. for 2019 nås. Den sammensatte marginalprocent stiger umiddelbart til 59,9 + 13,7 = 73,6 fra en ekstraindkomst på 512724 kr. Der sker imidlertid også det, at den del af ekstraindkomsten, der svarer til aftrapningen af grundbeløbet 'falder' ned under topskattegrænsen, og dermed reduceres den sammensatte marginalprocent med 0,276 x (56,5 – 42,7) = 3,8 procentpoint, således at den fra 512724 kr. i ekstraindkomst er 69,8.

Aftrapningen af grundbeløbet fortsætter. Den begyndte som tidligere nævnt ved en ekstra indkomst (brutto) på 381861 kr. Indkomstspannet hvorover grundbeløbet aftrappes er på 268260 kr. (brutto lønindkomst). Aftrapningen afsluttes således ved en ekstra indkomst på

381861 kr. + 268260 kr. = 650121 kr. Aftrapningen af grundbeløbet slutter, når bagatelgrænsen nås, den er på 1896 kr. i 2019. Det betyder, ligesom ved boligydelsen, at den sammensatte marginalprocent kan blive meget høj ved det punkt. Det er der set bort fra i beregningen af den sammensatte marginalprocent.

Personfradraget i 2019 er på 46200 kr. Det betyder at de første 46200 kr. af den personlige indkomst ikke beskattes. Det består her af folkepensionens grundbeløb, men det er der ikke taget højde for i ovenstående beregninger vedr. aftrapning af grundbeløbet, her er det forudsat, at hele grundbeløbet er skattepligtigt. Efterhånden som grundbeløbet aftrappes til under 46200 kr. erstattes det først af ATP-pension og derefter af lønindkomst. Når en pensionsindkomst (grundbeløbet) erstattes af en anden (ATP-pension) af samme størrelse og med samme marginalskatteprocent, ændres den samlede marginalbeskatning ikke. Det gør den imidlertid, når grundbeløbet i personfradraget begynder at blive erstattet af lønindkomst (personlig indkomst), hvor marginalbeskatningen af de to indkomstkilder ikke er den samme. Når den maksimale ATP-pension er 'i' personfradraget, er der 46200 – 23600 = 22600 kr. af grundbeløbet tilbage 'i' personfradraget. Det tager 22600/0.30 = 75333 kr. i lønindkomst (personlig indkomst) svarende til 81884 kr., i brutto lønindkomst at aftrappe resten af grundbeløbet.

I intervallet 512724 kr. til 568237 kr. er den sammensatte marginalprocent 69,8. Ved en ekstraindkomst på 568237 kr. begynder arbejdsindkomsten at erstatte grundbeløbet. Mens aftrapningen foregår 'fra oven' med arbejdsindkomst der delvist har passeret topskattegrænsen, så foregår 'erstatningen' fra bunden, med arbejdsindkomst beskattet med bundskatten samt 'aktivt' beskæftigelsesfradrag, dvs. at det ikke har nået sit maksimum. Når arbejdsindkomsten afløser grundbeløbet 'i' personfradraget gennem aftrapning, er det ikke længere muligt at reducere marginalskatten (37,7 pct.) med den reducerede skat fra det aftrappede grundbeløb, 37,7 x 0,276 = 10,4 procentpoint. Til gengæld spares der 9,7 procentpoint ved, at en del af arbejdsindkomsten (svarende til det aftrappede beløb af grundbeløbet) bliver skattefrit, når det kommer ind 'i' personfradraget. De 9,7 procentpoint fremkommer ved, at marginalskatten på 37,7 procent bliver reduceret med 2,6 procentpoint (skatteværdien af procenten for beskæftigelsesfradraget), i alt 35,1 x 0,276 = 9,7. Nettoeffekten på 0,7 procentpoint (10,4 – 9,7) henføres til toppen af ekstraindkomsten, som er årsag til 'erstatningen' af indkomstkilde 'i' personfradraget. Det betyder, at marginal-procenten øges med 0,7 procentpoint til 70,5 i intervallet 568237 kr. til 650121 kr.

Dokumentation af profilen for ekstraindkomst i form af ATP-pension og arbejdsindkomst. Fradrag på 122004 kr. (personlig indkomst) i arbejdsindkomsten. 2019 regler.

Den eneste forskel mellem forudsætningerne for de to profiler er, at fradraget i arbejdsindkomsten nu er 122004 kr. mod før 100008 kr. i personlig indkomst.

Aftrapning af boligydelse.

Fra 0 til 5000 kr. er marginalprocenten 37,7 og vedrører kun beskatning af ATP-pensionen, helt som i profilen med 100008 kr. i fradrag.

Fra 5000 til 23600 kr. er marginalprocenten 37,7 (fra beskatning) + 22,5 (aftrapning af boligydelse) = 60,2. Al ekstraindkomst er ATP pension ligesom i profilen med 100008 kr. i fradrag.

Fra 23600 kr. (maksimal ATP-pension i 2019) og opefter er det brutto-arbejdsindkomst, der udgør ekstraindkomsten. Marginalskatten er nu 40,1 pct. og aftrapningsprocenten for boligydelse er 20,7 i alt 60,8 i sammensat marginalprocent. Den gælder i intervallet 23600 kr. til 169691 kr. I profilen med fradraget på 100008 kr. var det i intervallet 23600 til 145782 kr. Forskellen i intervallets længde skyldes det højere fradrag.

Aftrapning af boligydelse, supplerende pensionsydelse og varmetillæg.

Aftrapningen af den personlige tillægsprocent begynder ved en personlig ekstraindkomst på 36000 kr., her bestående af 23600 kr. i ATP-pension plus 12400 kr. i lønindkomst (personlig indkomst). Dertil kommer, at de første 122004 kr. af den personlige lønindkomst ikke tæller med i den indkomst, der aftrapper den personlige tillægsprocent. Aftrapningen begynder derfor ved 23600 kr. i ATP-pension plus 134404 kr. i ekstra lønindkomst (personlig). Det svarer til en ekstra bruttoindkomst på 169691 kr. I intervallet 169691 til 215200 kr. er den sammensatte marginalprocent 96,9, den samme som i intervallet 145782 til 202086 kr. i profilen med 100008 kr. i fradrag. Ved en ekstraindkomst på 215200 kr. begynder jobfradraget, det betyder et fald i marginalskatten på 1 procentpoint. I intervallet 215200 til 220658 kr. er den sammensatte marginalprocent derfor 95,9. Ved 220668 kr. er boligydelsen aftrappet til nul, og den sammensatte marginalprocent falder til 75,2, det er den i intervallet 220668 til 225995 kr., hvor den personlige tillægsprocent er aftrappet til nul.

Aftrapning af pensionstillæg, grøn check og folkepensionens grundbeløb.

Aftrapningen af pensionstillægget begynder ved en brutto ekstraindkomst på 225995 kr. Aftrapningsprocenten er 28,4 af brutto ekstraindkomsten. Marginalskatten af brutto ekstraindkomsten er isoleret 39,1 pct. Herfra går skatten af reduktionen af pensionstillægget, den er på 0,284 x 37,7 =10,7 procentpoint. Den sammensatte marginalprocent er derfor 28,4 + 39,1 – 10,7 = 56,8, det er den i intervallet 225995 til 271200 kr.

Ved en ekstraindkomst på 271200 når jobfradraget sit maksimum og marginalskatten stiger med 1 procentpoint, således at den sammensatte marginalprocent i intervallet 271200 til 284038 kr. bliver 57,8. I intervallet 284038 til 302257 aftrappes den grønne check med en aftrapningsprocent på 4,9, den samme som i profilen med et fradrag på 100008 kr., således at den sammensatte marginalprocent bliver 62,7. Fra 302257 til 381861 kr. er den sammensatte marginalprocent igen 57,8 indtil grundbeløbet begynder at blive aftrappet ved en ekstra indkomst på 381861 kr.

Fra en ekstraindkokmst på 381861 kr. begynder grundbeløbet som sagt at blive aftrappet. Det sker samtidigt med, at pensionstillægget aftrappes, og det betyder, at den sammensatte marginalprocent stiger til 75, ligesom i profilen med et fradrag i arbejdsindkomsten på 100008 kr. Det er den indtil en ekstraindkomst på 391917 kr. hvor beskæftigelsesfradraget når sit maksimum, og marginalskatten stiger med 2,6 procentpoint. I intervallet 391917 til 513645 kr. er den sammensatte marginalprocent 77,6.

Topskattegrænsen nås ved en ekstraindkomst på 508376 kr., hvor der stadig er noget tilbage af pensionstillægget, således at der aftrappes både pensionstillæg og grundbeløb samtidig med at topskattegrænsen nås. Det resulterer i en sammensat marginalprocent på 83,6 frem til en ekstraindkomst på 518278 kr. Marginalprocenten er 77,6 inden topskattegrænsen nås. Topskatteprocenten er 15 eller 13,7 målt i forhold til bruttoindkomsten. Herudover sker der det, at den del af ekstraindkomsten som erstatter det aftrappede grundbeløb og pensionstillæg, det er tilsammen 27,6 + 28,4 = 56 procent, falder under topskattegrænsen. Det betyder, at topskatteprocenten yderligere reduceres med 56 pct af forskellen mellem den maksimale marginalskatteprocent på 56,5 og marginalskatten inden topskattegrænsen nås, den er på 42,7 pct., en yderligere reduktion på 0,56 x (56,5 -42,7) = 7,7 procentpoint. 13,7 -7,7 = 6,0, den sammensatte marginalprocent i intervallet 508376 til 518278 kr. bliver således 77,6 plus 6,0 = 83,6.

I de to sidste intervaller 518278 til 568237 kr. og 568237 til 650121 kr. er den sammensatte marginalprocent henholdsvis 69,8 og 70,7, de samme som i de tilsvarende intervaller i profilen med 100008 kr. i fradrag.

Faglige Seniorer

24. marts 2021

Til kommissionen
vedr. tilbagetrækning og nedslidning

Ønsker og forslag til analyser

Med henvisning til drøftelsen på det seneste møde i følgegruppen i kommissionen vedr. tilbagetrækning og nedslidning sender jeg en oversigt over ønsker til opdatering af vidensgrundlag og nye analyser, som kommissionen bør iværksætte i forhold til arbejdsgrundlaget.

1. Vi har brug for et opdateret billede af, hvordan folk trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet. Det skal kombineres med en viden om, hvor mange, der fortsætter med at arbejde efter pensionsalderen.
   Vi ved at ca. 20 procent i dag fortsætter med at arbejde, men ikke hvem og hvor meget. Danmarks Statistik bør udarbejde en oversigt over personers socioøkonomiske situation både før og efter pensionsalderen. Hvis det nuværende pensionssystem fortsætter, hvad er så fordelingen, når vi når frem til 2040? Fortsætter den nuværende tendens med stigning i andelen, der fortsætter med at arbejde? Er tendensen generel eller vil tendensen til et stigende antal i arbejde være mere opdelt mellem de forskellige uddannelsesgrupper?

2. Hvor stor en andel af den erhvervsaktive befolkning er ikke omfattet af en kollektiv eller individuel pensionsopsparingsordning baseret på ansættelsesforhold?

3. Der er brug for et opdateret grundlag for at vurdere de økonomiske virkninger af mere enkle og lempeligere modregningsregler ikke mindst i lyset af, at en stigende andel af seniorerne vælger at fortsætte med at arbejde efter pensionsalderen.

4. En præcis oversigt over de sammensatte marginalskatter bør opdateres samt grupperes i forhold til de forskellige indkomsttyper – erhvervsindtægter og indtægter fra pensionsordninger. Jeg vedlægger nogle notater med oversigter over den sammensatte marginalskat, som Faglige Seniorer har fået udarbejdet af Hans Hansen, nu pensioneret økonom.

5. Det nuværende regime i vores offentlige pensioner er opbygget af mange elementer. Grundbeløb, pensionstillæg, supplerende pensionsydelse (ældrecheck), personlige tillæg, varmehjælp, helbredstillæg og tillæg hertil boligydelse. Kan nogle af disse elementer bygges sammen, så man kan skabe en større forenkling?

Venlig hilsen

Palle Smed
Direktør
Faglige Seniorer

Anmodning om at modtage forslag og anbefalinger fra følgegruppens medlemmer.

Analyse pensionssystemets udfordringer
Kommissionen vedr. tilbagetrækning og nedslidning blev nedsat i efteråret 2020 med den opgave at analysere vores tilbagetrækningssystemer i lyset af de centrale samfundsøkonomiske udfordringer som den stigende levealder medfører. Kommissionen fik samtidig til opgave at komme med forslag, der kan medføre en forenkling af vores pensionssystemer ikke mindst i samspillet med arbejdsmarkedet og herunder se på om der kan skabes forøgede incitamenter til at blive længere tid på arbejdsmarkedet.

Mere specifikt skal kommissionen undersøge:

1. Fordele og ulemper ved anciennitetsbaserede modeller og herunder muligheden for at lave en differentieret pensionsalder

2. Sammenhængen mellem den stigende levetid og antal raske leveår på tværs af befolkningsgrupper – herunder bl.a. hvordan det påvirker muligheden for at blive længere på arbejdsmarkedet.

3. Afdække virkningerne af en lempeligere levetidsindeksering af folkepensionsalderen– herunder bl.a. muligheden for at fastfryse pensionsalderen til f.eks. 70 år.

4. Undersøge muligheden for nye forsikringsordninger for nedslidte f.eks. i regi af ATP

5. Undersøge muligheden for at skabe en borgerrettet forenkling af pensionssystemerne herunder modregning så det bedre kan betale sig at arbejde i længere tid

6. Undersøge omfanget af negative incitamenter til pensionsopsparing som følge af høje sammensatte marginalskatteprocenter.

Kommissionens arbejde er i høj grad blevet påvirket af løbende politiske initiativer bl.a. aftalen om Tidlig Pension og senest regeringens udspil ”Danmark kan mere 1”.

Det er komplicerede rammevilkår, som udgør grundlaget for tilbagetrækningsmønstret. Og det er blevet yderligere kompliceret i de senere år takt med gennemførelse af store reformer fra velfærdsreformen i 2006, tilbagetrækningsaftalen i 2011, flere år på arbejdsmarkedet i 2017/18, aftaler om seniorpension og Tidlig Pension i 2019/2020 suppleret af incitamenter til at blive længere tid på arbejdsmarkedet.

Vi har derfor i dag et kompliceret sæt af førtidige tilbagetrækningsmodeller.

I den større ramme er pensionssystemet tilsvarende blevet mere kompliceret og sammensat. Det hviler på tre grundpiller. De sociale pensioner (folkepensionen og supplerende ydelser), private og arbejdsmarkedsbaserede pensionssystemer og ATP.

Vægtningen og balancen i vores pensionssystemer har flyttet sig betydeligt gennem de sidste 30 – 40 år. Og det har fået stor betydning for pensionisternes økonomiske forhold. Men det påvirker også vores økonomiske forhold gennem hele arbejdslivet. De fleste sparer op til pension gennem hele livet og afsætter 12-20 procent af deres indkomst til dette formål.

Samtidig med tilblivelsen af det nuværende system af pensionsordninger har vores adfærd på arbejdsmarkedet ændret sig siden årtusindeskiftet. Vi arbejder længere og tilbagetrækningen sker mere gradvist. I dag er den gennemsnitlige tilbagetrækningsalder højere end folkepensionsalderen. Og 20 procent har supplerende arbejde efter folkepensionsalderen. Tendensen fortsætter.

Indretningen af vores pensionssystem har enorm samfundsøkonomisk betydning. Og i takt med at vores restlevetid stiger for både mænd og kvinder, så er senere tilbagetrækning af helt afgørende betydning for vores økonomiske råderum.

Vi hævder, at vi har et robust pensionssystem også i forhold til udfordringen med et stigende antal ældre. Men pensionssystemet er også sårbart. Svinder vores opsparingsvilje, så ændrer vi den sårbare balance mellem skattefinansieret social pension og private opsparingsordninger. Vi har ikke forøget indbetalingerne til arbejdsmarkedspensioner siden 2010, fordi arbejdsmarkedets parter har ønsker at forbedre andre dele af de erhvervsaktives

realøkonomi. Men dermed så reduceres betydningen af de kollektive arbejdsmarkedspensioner i det samlede pensionssystem.

Hvis samfundet beslutter at fastfryse pensionsalderen samtidig med at restlevetiden fortsat stiger, så påvirker det værdien af vores livrenter, da opsparingen skal dække en længere gennemsnitlig periode på pension. Det kan kun løses ved at indbetalingerne til de forskellige opsparingsordninger stiger i de kommende år.

Vi har som befolkning forskellige pensionsvilkår. Folkepensionen giver en samlet bund for alle og de erhvervsaktive, der har supplerende pensionsordninger, har meget forskellige dækningsgrader i forhold til den realøkonomi, som var gældende i den erhvervsaktive alder.

Der er heldigvis flere, som har kollektive pensionsopsparingsordninger. Men der vil fortsat om 50 år være 15-20 procent, som hovedsagelig vil være afhængig af de sociale pensioner. Uligheden vil stige og det vil påvirke vores tilbagetrækningsmønster. Flere og flere vil være økonomisk afhængig af at arbejde sideløbende med folkepensionen.

Samspilsproblemerne vil stige. Med de nuværende modregningssystemer er den sammensatte marginalskat for den enkelte ved enten at spare yderligere op til pension og/eller arbejde længere være betydelig.

Derfor er det nødvendigt på den lange bane at få forenklet men også adskilt de forskellige pensionsordninger. Det skal sikre, at vi kan opnå dækningsgrader, der kan give kommende pensionistgenerationer den fornødne økonomiske tryghed.

Der er behov for en langsigtet og stabil ramme for pensionisternes økonomiske kår, for deres opsparingsmuligheder og for tilskyndelsen til at arbejde længere end i dag. Det skal også bidrage til større gennemskuelighed og overskuelighed, når fremtidens pensionister skal tilrettelægge deres tilbagetrækning.

Incitamentet til at arbejde længere tid skal øges både de direkte økonomiske incitamenter, men også de indirekte i form af flere jobmuligheder og bedre arbejdsmiljø osv.

Udfordringen med at sikre tryghed for fremtidens mange flere pensionister er kun en blandt andre store nødvendige tilpasninger – herunder bl.a. klimaløsningen. Men der er brug for langsigtede ændringer af vores pensionssystemer.

Der er brug for, at de forskellige aktører i udviklingen af vores fremtidige pension arbejder i en fælles samfundsmæssig referenceramme. Det lykkedes i 1987 at skabe en fælleserklæring, som dannede grundlaget for nutidens arbejdsmarkedspensioner. En sådan fælles hensigtserklæring bør kunne etableres i dag. Det vil øge trygheden for fremtidens pensionister.

Forslag fra Faglige Seniorer

Nedenfor listes de forslag som Faglige Seniorer vil byde ind med som grundprincipper til kommissionens anbefalinger.

Folkepensionens grundydelser skal forenkles og fastholde deres værdi i kommende årtier.

Folkepensionen skal fastholde sin betydning, som en pensionsydelse, der kan sikre alle en grundlæggende økonomisk tryghed. Det bør baseres på et grundbeløb og en supplerende pensionsydelse, som der kun modregnes i ved høje supplerende pensions- og arbejdsindtægter. Det vil sikre 'restgruppen' en rimelig levestandard samtidig med, at alle vil opnå en tilskyndelse til at spare op til supplerende pensionsindtægter og at arbejde parallelt med en pensionsydelse.

Folkepensionen skal ikke baseres på strammere anciennitetsvilkår end vi kender det i dag. Det kan føre til et pensionsproletariat, som ikke opnåede rettighederne og som derfor vil være afhængig af andre sociale ydelser.

Folkepensionsalderen skal fastfryses

Vi har i dag en række muligheder for at opnå førtidig pension. Førtidspension, seniorpension, Efterløn og Tidlig Pension. Det giver både et sikkerhedsnet i forhold til dem, der ikke kan arbejde helt frem til pensionsalderen og dem som er nedslidt efter et langt arbejdsliv. Der er anciennitetsprincipper indarbejdet i Tidlig Pension og Efterløn, men det skønnes ikke nødvendigt at skærpe dem yderligere.

I 2025 skal der tages stilling til om pensionsalderen skal hæves til 70 år i 2040. Her bør der politisk sættes en stop for yderligere stigning. Der er ikke folkelig opbakning for at lade folkepensionsalderen stige yderligere og der er ikke den fornødne viden om den generelle levetidsalder fortsætter med at stige også i anden halvdel af dette århundrede. Den nuværende viden om levetiden baserer sig på den faktiske udvikling for en periode, der ligger mere end 15 år før en evt. stigning i pensionsalder skal gennemføres.

Den almindelige arbejdsmarkedstilknytning ændrer sig også over en så lang periode. Vi starter senere pga. uddannelse og vores arbejde ændrer karakter i takt med den teknologiske udvikling. Det vil får betydning for behovet for yderligere arbejdskraft på den lange bane også i forhold til en holdbar økonomisk udvikling. Det får betydning, at vi teknologisk og gennem ny viden kan få bugt med flere sygdomme, så vi alene af den grund føler, at vi kan arbejde og bidrage mere i fremtiden.

Vores pensionstilværelse skifter karakter, så vi fortsætter med at være aktive i en højere alder. På den måde bliver skiftet fra arbejde til pension langt mere fleksibel. Alene af den grund bør vi stoppe levetidsindekseringen af vores pensionsalder. De økonomiske konditioner ændrer sig og det bør så overlades til de kommende generationer at indrette den fremtidige samfundsstruktur – herunder forholdet mellem erhvervsaktive og pensionister.

Opsparingen til fremtidens pensioner skal øges i de kommende årtier.

Opsparingen til vores fremtidige pensioner skal forøges. Det skal forhandles mellem arbejdsmarkedets parter i de kommende årtier bl.a. under hensyntagen til udviklingen i restlevetiden.

Vi bliver nødt til at indbygge et obligatorisk element i vores kollektive pensionsopsparingsordninger, så alle kan opnå en supplerende indtægt fra en pensionsordning. Det skal forebygge en stigende ulighed blandt fremtidens pensionister. Et obligatorisk element kan være forsikringsbaseret, så den enkelte er sikret i tilfælde af sygdom eller ulykke.

Det bliver nødvendigt at understøtte incitamentet til at spare op. Hvis den enkelte oplever risiko for at opsparingen forsvinder i modregning i de grundlæggende sociale pensioner, så bliver opsparingen ikke forøget.

Vi skal adskille pensionsindtægter og erhvervsindtægter og alle indtægter skal beskattes under et.
Det er uhensigtsmæssigt, at personer, der vil arbejde efter pensionsalderen og har sparet op i kollektive eller individuelle pensionsordninger, rammes af meget høje sammensatte marginalskatter.

På den korte bane anbefales det, at man letter i modregningssatserne både gennem højere bundfradrag eller lavere nedsættelsesprocenter. Målet bør på lang sigt være at adskille pensionsindtægter og arbejdsindtægter, så der ikke modregnes, hvis man har arbejds- og andre pensionsindtægter sideløbende med pensioner.

Det kræver tilpasning over en årrække, men det kan løses ved samtænkning af vores pensionssystemer, pensionisternes arbejdsvilkår og vores skattesystem og gennem systematiske reguleringer, så incitamentet til at spare op og arbejde opretholdes.

Pensionister skal beskattes på lige fod med andre befolkningsgrupper. Det kan overvejes at give pensionister et særligt beskæftigelsesfradrag for at arbejde sideløbende med pension. Det kan medvirke til at endnu flere vil fortsætte med at arbejde gennem en forlænget gradvis tilbagetrækning. Det vil også forhøje den gennemsnitlige tilbagetrækningsalder og bidrage til den langsigtede økonomiske holdbarhed.

Bedre rådgivning og målrettet information om fremtidens pensions- og beskæftigelsesmuligheder.
De nuværende komplicerede pensionssystemer er for mange uoverskuelige. Det svækker også mulighederne for at træffe beslutninger om ens tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Al erfaring tyder på, at bedre information og rådgivning kan bidrage til at udskyde beslutning om tilbagetrækning og/eller gennemføre den mere gradvist.

Derfor anbefales det, at kommuner, pensionsselskaber, faglige organisationer og seniororganisationer skal bidrage til bedre information og rådgivning ved overgang fra arbejde til pension. Det kan ske i et strategisk partnerskab.

Faglige Seniorer

Oversigt over forslag, der kan bidrage til en forenkling af de nuværende regler om beregning af sociale pensioner, ydelser m.v.

I forlængelse af de fremsendte anbefalinger til kommissionen vedr. tilbagetrækning og nedslidning følger nedenfor en oversigt over forslag til forenkling af de nuværende regler for beregning af sociale pensioner, ydelser og tillæg som følge af supplerende arbejdsindtægter, pensionsindtægter mv.

I forslagene er der taget hensyn til de forslag, der er indeholdt i regeringens udspil: 'Danmark kan mere 1' med forhøjelse af skattefri præmie og afskaffelse af modregning som følge ægtefælles/samlevers arbejdsindtægt. Faglige Seniorer støtter de forslag.

Forslagene har som udgangspunkt, at de skal dæmpe eller fjerne den høje sammensatte marginalskat som følge af modregning for supplerende arbejdsindtægter/indkomster fra pensionsordninger m.v. Forslagene skal desuden gøre det lettere og mere overskueligt at beregne pensionisternes økonomiske vilkår i fremtiden.

Forslagene er ikke indbyrdes afhængige eller sammensatte. De skal bedømmes hver for sig.

1. Nedsættelse af sociale pensioner, tillæg eller ydelser som følge af arbejdsindkomster og indkomster fra pensionsordninger kan kun foretages i en pensionsydelse og tillæg.

Årsagen til de høje sammensatte marginalskatter er, at der ved særlige indkomstniveauer foretages nedsættelser i flere pensionsydelser og tillæg på en gang. Det betyder sammensatte marginalskatter på over 90%, hvilket jo indlysende nedsætter incitamentet til at spare op i pensionsordninger eller at arbejde sideløbende med modtagelse af sociale pensioner.

Med forslaget kan en supplerende indtægt kun modregnes i en ydelse, hvorefter det ikke indgår i beregning af andre ydelser, som pensionisten er berettiget til. Det vil sige, der efter beregningen af nedsættelsen i pensionstillæg ikke skal ske nedsættelser i supplerende pensionsydelse, varmetillæg, boligydelse m.fl.

Alternativt kan det anbefales, at man ikke beregner ydelserne hver for sig men i sammenhæng således, at der ikke foretages en nedsættelse af samtlige ydelser, men kun en gang.

2. En maksimal grænse for den sammensatte marginalskat.

Det nuværende pensionssystem er bygget op af grundydelse, tillæg og særlige ydelser. Og der er udarbejdet særlige regler for beregningsgrundlaget for nedsættelse af de enkelte ydelser som følge af supplerende indkomster fra arbejde eller private pension.

Forslaget indebærer, at der etableres en maksimal grænse for den sammensatte marginalskat på eksempelvis 60%. Når denne grænse overskrides, så skal ikke ske yderligere nedsættelse af tillæg eller ydelser.

De tekniske forudsætninger for at etablere en sådan maksimalgrænse er til stede, da oplysningerne i forvejen er tilgængelige i Skat/Udbetaling Danmark.

3. Forhøj de eksisterende fradrag forud for beregning af indkomster, der medfører nedsættelser af tillæg og ydelser.

De nuværende regler for beregning af indkomster, der fører til nedsættelse af tillæg og ydelser, er tilfældige og uden sammenhæng. Derved bliver reglerne både komplekse og uforståelige.

En umiddelbar forenkling vil kunne tilvejebringes ved at forhøje bundfradragene på samtlige tillæg ydelser. Det vil medføre, at mange flere pensionister helt undgår nedsættelse som følge af supplerende indkomster. Eksempelvis kan man forhøje bundfradraget for arbejdsindkomster fra 122.000 kr. til 175.000 kr.

Alternativt kan det anbefales at reducere nedsættelsesprocenterne, så virkningen af modregningen lettes. Det er i sig selv ingen forenkling, men vil dog føre til, at nedsættelsen ikke opleves så uretfærdigt, som det nuværende system.

4. Etabler en fælles beregningsmodel på alle tillæg/ydelser som indeholder indkomstafhængige elementer.

Tilgængelighed til informationer om de økonomiske konsekvenser af supplerende indkomster ved arbejde eller pension er vigtige for alle pensionister. Faglige Seniorers erfaring viser, at mange ikke har de fornødne forudsætninger for at tilegne sig viden om beregning af tillæg og ydelser. Meget tyder også på, at tilgængelighed til information i sig selv øger incitamentet til at øge arbejdsindkomster eller indkomster fra supplerende pensionsordninger.

I dag skal en pensionist foretage beregninger i flere forskellige systemer i både skat.dk eller borger.dk under Udbetaling Danmark.

Faglige Seniorer anbefaler, at man forsøger at opstille en samlet beregningsmodel, som vil give oplysninger om skat, tillæg eller ydelser. Det kræver formentlig en del lovgivningsmæssig tilpasning af beregningsforudsætninger og forenkling af dataforudsætninger. Men det vil for den enkelte opleves som en væsentlig forenkling af de nuværende regler om modregning og nedsættelse som følge af andre indtægter.

Faglige Seniorer
oktober 2021

FAGBEVÆGELSENS HOVEDORGANISATION

Islands Brygge 32D
2300 København S

Tlf. 3524 6000
Mail: FH@fho.dk

Kommissionen om tilbagetrækning og nedslidning
Att.:
- Formand Jørn Neergaard Larsen
- Fagkoordinator Anne Sophie W. Fusager

Sagsnr. 20-2794
Vores ref.LRI/lgy
Deres ref.

Den 5. juli 2021

Oversigtsanalyse til kommissionen om tilbagetrækning og nedslidning

Kære Jørn

Jeg skriver til dig, fordi FH har fået udarbejdet en oversigt over den forskning i ulighed i helbred og levetid, som Henrik Brønnum-Hansen og hans kollegaer på KU har produceret i de seneste år.

Vi vil gerne dele denne oversigt med dig og Pensionskommissionen, da vi mener, den er relevant for kommissionens arbejde. Det gælder i særdeleshed kommissoriets punkt 2, hvor sammenhængen mellem udvikling i levetid og antal raske leveår på tværs af befolkningsgrupper (fx uddannelsesgrupper) skal undersøges.

Jeg håber derfor, I vil kunne drage nytte af oversigten i jeres arbejde.

Med venlig hilsen

Lizette Risgaard

De økonomiske konsekvenser af lavere tilgang til førtidspensionsordningen[1]

28. oktober 2016

Indledning

Notatet opsummerer resultaterne af to marginaleksperimenter udført på den makroøkonomiske model DREAM. Eksperimenterne undersøger de samfundsøkonomiske konsekvenser af en lavere tilgang til førtidspensionsordningen end antaget i DREAMs grundforløb. Tilgangen til førtidspension nedjusteres, så overgangen til førtidspension fremadrettet udskydes med ét (eksperiment 1) henholdsvis to år (eksperiment 2) ved alder 60[2].

Lavere tilgang til førtidspension end antaget i DREAMs grundforløb resulterer naturligvis i færre førtidspensionister end i grundforløbet. I eksperiment 1 er antallet af førtidspensionister i 2050 således cirka 11.750 personer lavere end i grundforløbet. Eksperiment 2 har generelt effekter, som er af dobbelt størrelse i forhold til eksperiment 1. I 2050 er der således knap 23.000 færre førtidspensionister end i grundforløbet.

Personerne antages i stedet at blive fastholdt i arbejdsstyrken som enten ordinært beskæftigede eller ledige. Eksperimenternes effekt på arbejdsstyrken er derfor, at arbejdsudbuddet i alternativforløbene stiger kraftigere end i DREAMs grundforløb. Ændringen i forhold til grundforløbet modsvarer faldet i antal førtidspensionister.

Den samlede virkning af eksperimenterne på de offentlige finanser er opsummeret i Tabel 1. Tabellen indeholder den finanspolitiske holdbarhedsindikator i DREAMs langsigtede økonomiske fremskrivning 2016 (kaldet grundforløbet) og i de to eksperimenter. Hvis holdbarhedsindikatoren er nul, betyder det, at den langsigtede finanspolitik er holdbar. Holdbarhedsindikatoren er i grundforløbet og for eksperimenterne positiv. DREAM vurderer altså i grundforløbet, at den danske finanspolitik er overholdbar.

Tabel 1. Opsummering af effekt af eksperimenter på de offentlige finanser.

	Holdbarhedsindikator		Ændring ift. grundforløb	
	Procent af BNP	Årligt beløb	Procent af BNP	Årligt beløb
DREAM grundforløb	0,70	13,6 mia. kr.	-	-
Eksperiment 1	0,81	15,7 mia. kr.	0,11	2,1 mia. kr.
Eksperiment 2	0,91	17,6 mia. kr.	0,21	4,0 mia. kr.

Anm.: Grundforløbet er DREAMs langsigtede økonomiske fremskrivning 2016. Det årlige beløb angiver holdbarhedsindikatoren omregnet til en permanent årlig ændring i den primære saldo opgjort i 2014-niveau. Foreløbigt BNP for 2014 er 1.942,6 mia. kr. (løbende priser).

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger på den makroøkonomiske model DREAM.

[1] Beregningen er rekvireret af Landsorganisationen i Danmark (LO).

[2] Beregningsforudsætningerne er defineret af LO.

I grundforløbet er den finanspolitiske holdbarhedsindikator lig 0,7 procent af BNP, hvilket svarer til et permanent årligt budgetoverskud på 13,6 mia. kr. (2014 niveau). En holdbarhed på 0,7 betyder, at den offentlige sektor årligt har et råderum svarende til 13,6 mia. kr. (2014-niveau), som den kan bruge uden, at de fremtidige udgifter overstiger de fremtidige indtægter.

I eksperiment 1 forventes holdbarhedsindikatoren at blive forbedret med 0,11 procent af BNP som følge af lavere tilgang til førtidspensionsordningen. Dette svarer til, at det offentlige råderum bliver forbedret med 2 mia. kr. årligt (2014-niveau). Forbedringen følger primært af en besparelse i de offentlige udgifter til førtidspension som følge af færre modtagere end i grundforløbet.

I eksperiment 2 er faldet i antal førtidspensionister i forhold til grundforløbet cirka dobbelt så stort som i eksperiment 1. Dette afspejles i effekten på holdbarhedsindikatoren, og holdbarhedsforbedringen er på 0,21 procentpoint. Dette svarer til en forbedring på 4 mia. kr. årligt.

Tekniske forudsætninger for beregningerne

Den makroøkonomiske model DREAM er en langsigtet ligevægts-strukturmodel, der har som hovedformål at analysere den langsigtede finanspolitiske holdbarhed, og politikændringers konsekvenser for denne. Når DREAM-modellen bruges til at analysere effekter af ændringer i den økonomiske politik, er det dermed de langsigtede strukturelle ændringer, der analyseres, hvorimod kortsigtede og konjunkturafhængige effekter ikke medtages i analysen.

Den nærværende DREAM-model er kalibreret via nationalregnskabet fra 2011, hvor nationalregnskabet inden kalibreringen er blevet renset for konjunkturafhængige effekter. Den økonomiske krise er indarbejdet i modellen via Finansministeriets fremskrivning til 2020 ved at tillade, at en række af modellens parametre, der beskriver modellens økonomiske struktur og agenternes adfærd, må afvige fra deres strukturelle niveau. Fra 2020 tilpasses parametrene gradvist til DREAMs strukturelle niveauer. DREAMs grundforløb bygger på den nyeste udgave af DREAM modellen, se DREAM (2016)[3]. Grundforløbet medtager alt politik, der var vedtaget i oktober 2016.

Eksperimenterne afvikles som stød til økonomien fra og med år 2017, hvor udgangspunktet er DREAMs grundforløb. Herved danner eksperimenterne to alternativforløb, som vurderes op imod DREAMs grundforløb.

Lavere tilgang til førtidspension

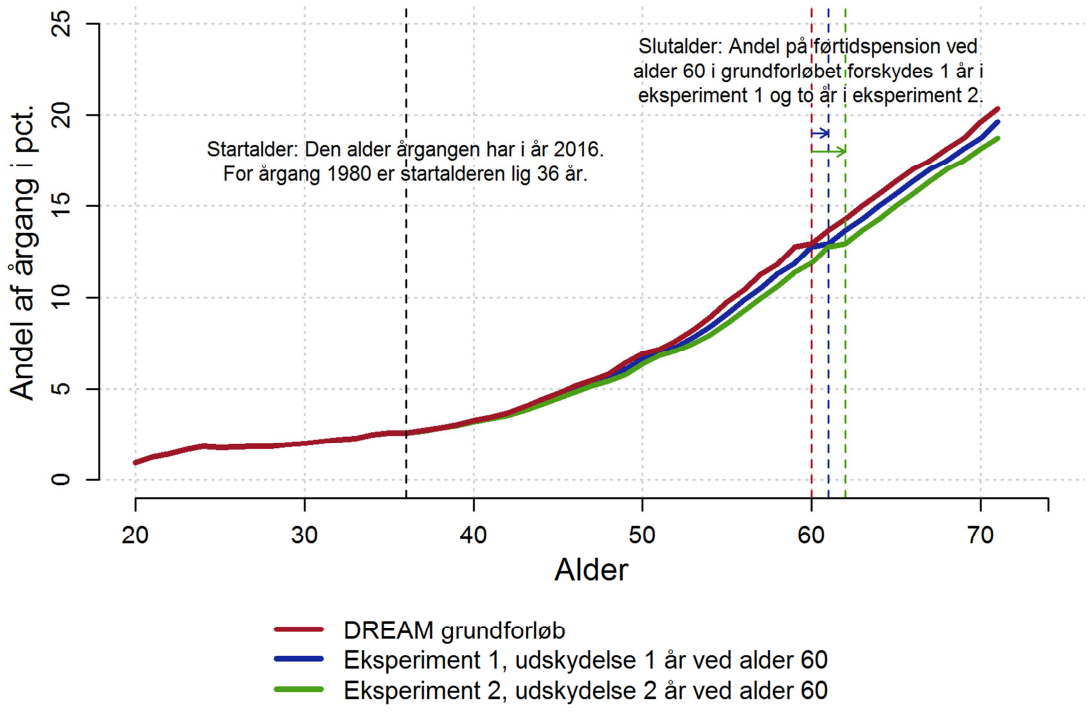
I de to eksperimenter undersøges effekten af en lavere tilgang til førtidspensionsordningen end forudsat i DREAMs grundforløb. Den lavere tilgang kan fortolkes som, at overgangen til førtidspension udskydes med et henholdsvis to år ved alder 60. I dette afsnit gives en teknisk beskrivelse af, hvordan andelen af befolkningen på førtidspension korrigeres som følge af udskydelsen.

[3] DREAM (2016): Langsigtet økonomisk fremskrivning 2016. Rapporten kan downloades fra DREAMs hjemmeside fra november 2016.

Det antages, at tilgangen til førtidspension reduceres fra andet halvår 2016, hvorfor ændringen har betydning for antallet af førtidspensionister fra medio 2017. For generation 1970 og senere korrigeres andelen af årgangen, som modtager førtidspension således, at overgangen til førtidspension ved alder 60 udskydes med et henholdsvis to år i forhold til grundforløbet. For årgangene født i 1957–70 sker en indfasning mod den fulde effekt på et (to) års udskydelse. Årgang 1957 antages således at udskyde overgange til førtidspension med knap en (to) måned(er), årgang 1958 udskyder med knap to (fire) måneder osv. frem til årgang 1970, hvor udskydelsen på et (to) år er fuldt indfaset.

Metoden til korrektion af andelen af en generation, som modtager førtidspension, er illustreret i Figur 1. I figuren betragtes det, hvor stor en andel af årgang 1980, som i hvert alderstrin modtager førtidspension. I grundforløbet ses andelen at være stigende i alder således, at jo højere alder, jo større andel af årgangen er tilbagetrukket fra arbejdsmarkedet. Andelen stiger nogenlunde lineært fra omkring 3 procent ved 40-års alderen til godt 20 procent umiddelbart før folkepensionsalderen, som for denne årgang er 72 år.

Figur 1. Illustration af metode til korrektion af andel af årgang på førtidspension, årgang 1980.



Anm.: Efterlønsalderen for årgang 1980 er 69 år, mens folkepensionsalderen er 72 år.

Kilde: Egne beregninger på DREAMs socioøkonomiske fremskrivning 2016.

Ved korrektionen tages der udgangspunkt i andelen af årgangen på førtidspension ved alder 60 i DREAMs grundforløb, hvilket i figuren ovenfor er 12,9 procent af alle født i 1980. Denne andel flyttes et alderstrin i eksperiment 1 og to alderstrin i eksperiment 2. Dette kan fortolkes som, at årgangen udskyder overgangen til førtidspension ved alder 60 med et henholdsvis to år.

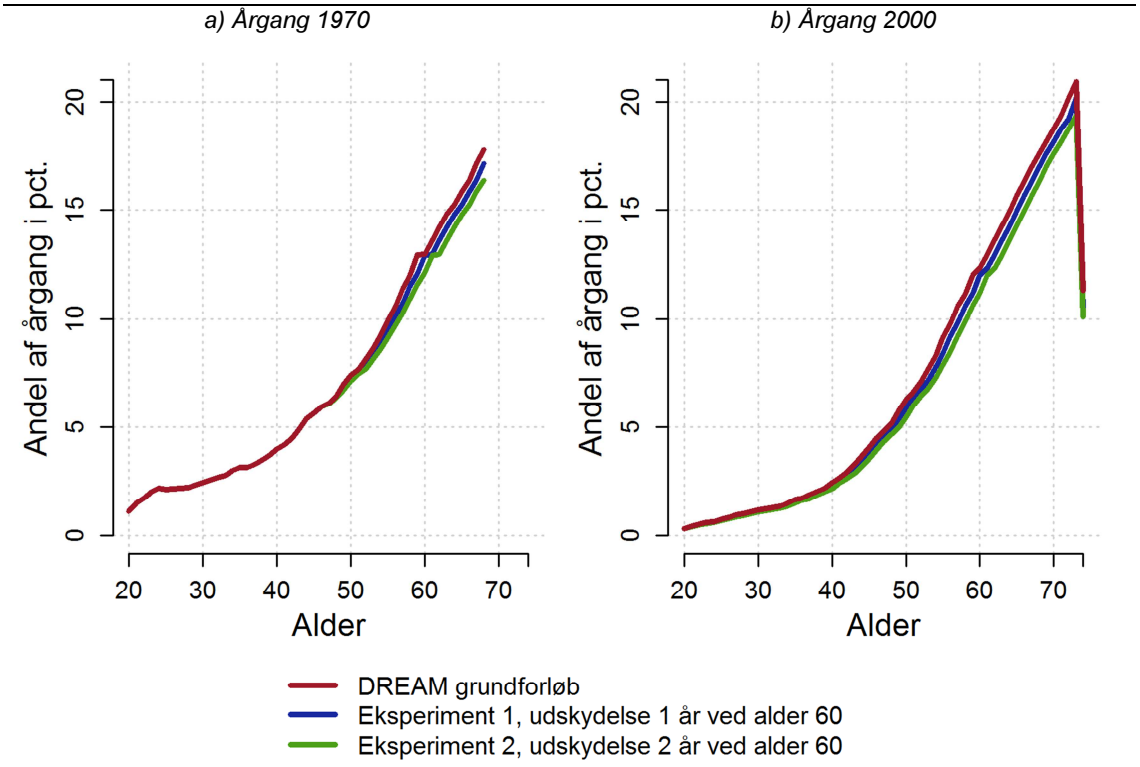
Implementering af de to eksperimenter er foretaget som følger: For alderstrinnene yngre end 60 år strækkes den gældende adfærd til ligeledes at gælde det antal alderstrin, andelen på førtidspension ved alder 60 rykkes opad. Til dette anvendes en såkaldt elastik, som for givne aldersgrænser (en startalder og en slutalder) strækker den mellemliggende adfærd til

yderligere at gælde et givet antal aldre. Den nedre aldersgrænse sættes til den alder, årgangen har i år 2016. I eksemplet med årgang 1980 er dette 36 år. Fastsættelsen af startalderen sikrer, at andelen på førtidspension korrigeres første gang i år 2017. Den øvre aldersgrænse sættes lig 60 år for alle årgange. Andelen af årgangen på førtidspension i aldersintervallets to endepunkter ændres ikke.

Efter den nye alder, hvor andelen på førtidspension ved alder 60 i grundforløbet er flyttet til, forskydes andelen fra grundforløbet med samme antal alderstrin. I figuren ovenfor ses der for eksempel i eksperiment 2 at være 18,7 procent af årgangen på førtidspension umiddelbart før folkepensionsalderen ved 71 år. Dette svarer til andelen ved alder 69 i grundforløbet.

Figur 2 viser yderligere eksempler på implementeringen af en lavere tilgang til førtidspensionsordningen. I figuren betragtes det, hvor stor en andel af årgang 1970 henholdsvis årgang 2000, som forventes at modtage førtidspension gennem et livsforløb. For begge generationer ses det, at andelen af årgangen på førtidspension umiddelbart før pensionsalderen falder med cirka 0,6 procentpoint som følge af korrektionen i eksperiment 1. Det tilsvarende fald i eksperiment 2 er 1,3 procentpoint.

Figur 2. Andel af årgang på førtidspension i DREAMs grundforløb og eksperimenter med lavere tilgang til førtidspension.



Anm.: Folkepensionsalderen for årgang 1970 er 67 år, mens generation 2000 kan overgå til folkepension, når de fylder 74½ år. For sidstnævnte årgang falder andelen af genrationen på førtidspension til det halve ved 74 år, da halvdelen af årgangens førtidspensionister overgår til folkepension.

Kilde: Egne beregninger på DREAMs socioøkonomiske fremskrivning 2016.

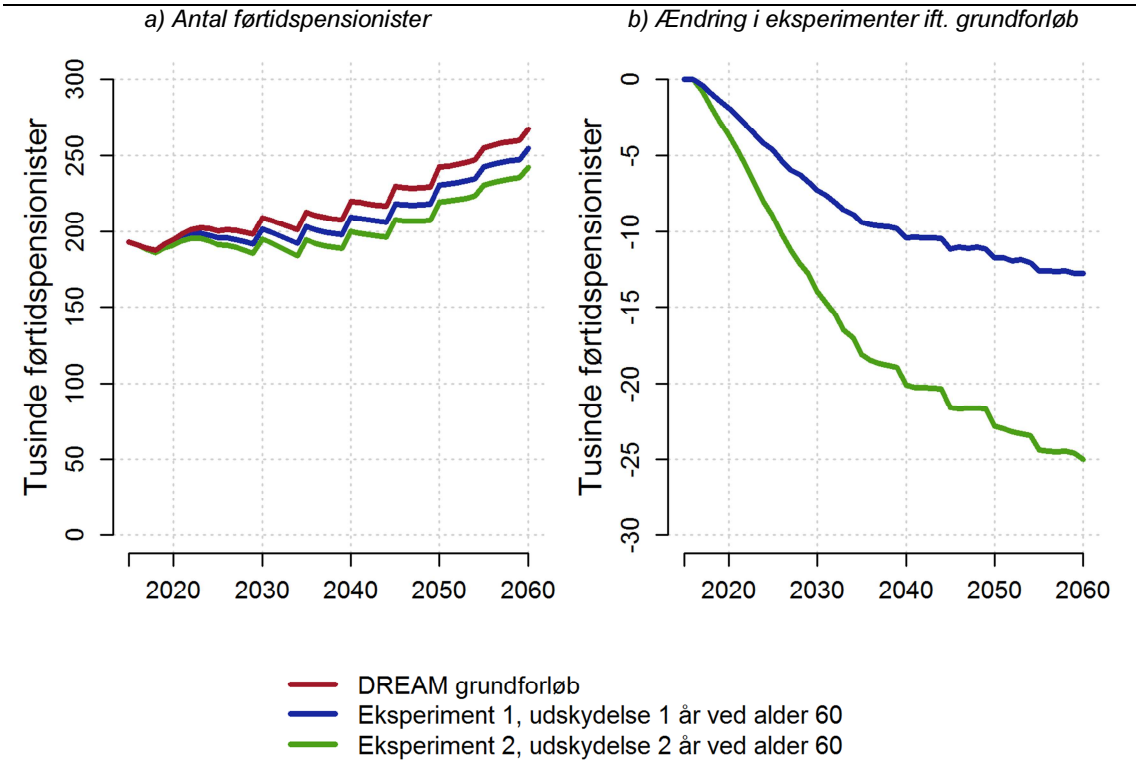
Af Figur 2 ses desuden, at korrektionens startalder er forskellig for de viste årgange. For årgang 1970 starter korrektionen ved alder 46 og for generation 2000 ved 18 år (årgangen er 16 år i 2016, men 18 år er første alderstrin, hvor det er muligt at modtage førtidspension).

I DREAMs grundforløb skønnes antallet af førtidspensionister at stige frem mod år 2060, jf. Figur 3a. Dette skyldes flere modsatrettede effekter. Den vedtagne førtidspensionsreform begrænser adgangen til førtidspension for den yngre del af befolkningen, hvilket trækker mod færre førtidspensionister. Desuden trækker en stigning i de erhvervsaktives uddannelsesniveau over de kommende årtier mod en faldende andel af befolkningen på førtidspension. Modsat effekt har de vedtagne stigninger i de lovbestemte tilbagetrækningsaldre, da en del af de, som under de nuværende regler udnytter efterlønsordningen i stedet overgår til førtidspension, når muligheden for efterløn udskydes og begrænses.

En lavere tilgang til førtidspension end i DREAMs grundforløb resulterer naturligvis i et lavere antal førtidspensionister. I perioden 2017–35, hvor effekten i eksperimenterne indfases, falder antallet af førtidspensionister i forhold til grundforløbet således nogenlunde lineært. I eksperimentet med et års udskydelse er antallet af førtidspensionister cirka 9.000 personer lavere end i grundforløbet, jf. Figur 3b. I eksperimentet 2 er effekten cirka dobbelt så stor. Efter 2035 sker der i eksperimenterne et yderligere fald i antal førtidspensionister i forhold til grundforløbet, særligt hvert femte år, når folkepensionsalderen reguleres opad.

Faldet i antal førtidspensionister i forhold til grundforløbet medfører, at det samlede antal førtidspensionister i eksperimenterne skønnes at være nogenlunde konstant i perioden frem mod 2045. Efter 2045 stiger antallet af førtidspensionister i alternativforløbene med samme stigningstakt som i grundforløbet, jf. Figur 3a.

Figur 3. Antal førtidspensionister i DREAMs grundforløb og eksperimenter med lavere tilgang til førtidspension, 2015–60.



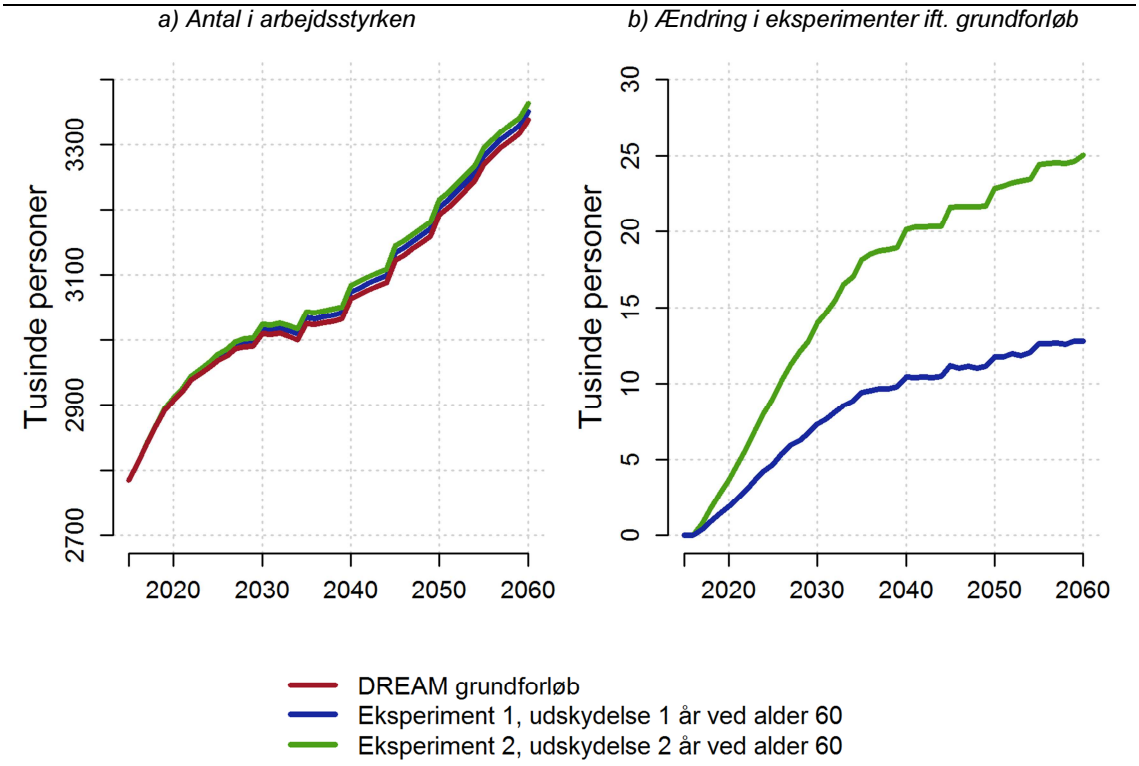
Kilde: Egne beregninger på DREAMs socioøkonomiske fremskrivning 2016.

Effekt på arbejdsstyrken

I DREAMs grundforløb skønnes den strukturelle arbejdsstyrke at stige betydeligt i de kommende årtier. Frem mod år 2020 stiger arbejdsstyrken med cirka 94.000 personer. I perioden 2020–60 ventes en stigning på yderligere godt 430.000 personer. Stigningen i arbejdsstyrken er hovedsageligt drevet af senere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Den demografiske udvikling, befolkningens stigende uddannelsesniveau og øvrige arbejdsmarkedspolitiske reformer biddrager ligeledes positivt til arbejdsstyrken fremadrettet.

I eksperimenterne sænkes tilgangen til førtidspensionsordningen. Disse personer antages i stedet at blive fastholdt i arbejdsstyrken som enten ordinært beskæftigede eller ledige. Resultatet er derfor, at arbejdsstyrken i alternativforløbene stiger kraftigere end i DREAMs grundforløb, jf. Figur 4a. Ændringen i forhold til grundforløbet modsvarer faldet i antal førtidspensionister, jf. Figur 3b og Figur 4b.

Figur 4. Arbejdsstyrken i DREAMs grundforløb og eksperimenter med lavere tilgang til førtidspension, 2015–60.



Kilde: Egne beregninger på DREAMs socioøkonomiske fremskrivning 2016.

Tabel 2 viser den overordnede udvikling på arbejdsmarkedet i de to eksperimenter. Antallet af personer udenfor arbejdsstyrken er i 2050 lavere end i grundforløbet, da antallet af førtidspensionister er faldet. En tilsvarende stigning ses i antallet af personer i arbejdsstyrken. Stigningen i arbejdsstyrken resulterer i en beskæftigelsesstigning, primært i den private sektor.

Tabel 2. Arbejdsmarkedet, eksperiment 1 og 2 i forhold til grundforløbet i år 2050, 1000 personer.

	2016 †	Eksperiment 1	Eksperiment 2
Udenfor arbejdsstyrken	2.918	-11,74	-22,83
I arbejdsstyrken	2.813	11,74	22,83
- Beskæftigede	2.712	11,25	21,88
- Offentlige	809	1,28	2,48
- Private	1.904	9,97	19,40
- Arbejdsløse	100	0,50	0,95

Kilde: Egne beregninger på DREAM.
† Grundforløbsniveau

Makroøkonomiske effekter

Tabel 3 er en dekomponering af BNP i forsyningsbalancekomponenterne. Fra tabellen ses det, at den lavere tilgang til førtidspension medfører stigning i BNP i faste priser relativt til grundforløbet. Trods en negativ priseffekt ses også en stigning i BNP i løbende priser. Det ses, at stigningen i BNP i løbende priser især er drevet af ændringer i investeringerne. Som det tidligere har været tilfældet, er effekterne i eksperiment 2 cirka dobbelt så store som i eksperiment 1.

Tabel 3. Forsyningsbalancen, eksperiment 1 og 2 relativt til grundforløbet, procentvis ændring i 2050.

	2016 †	Eksperiment 1	Eksperiment 2
BNP, Mia. kr.	1.729,95	0,14	0,27
- Realeffekt		0,33	0,64
- Priseffekt		-0,19	-0,37
Privat forbrug	832,22	-0,04	-0,08
- Realeffekt		0,07	0,14
- Priseffekt		-0,12	-0,22
Offentligt forbrug	452,47	-0,10	-0,20
- Realeffekt		0,09	0,18
- Priseffekt		-0,20	-0,38
Eksport	775,03	0,56	1,09
- Realeffekt		0,70	1,36
- Priseffekt		-0,14	-0,27
Import	671,72	0,22	0,42
- Realeffekt		0,22	0,42
- Priseffekt		0,00	0,00
Private investeringer	279,30	0,27	0,52
- Realeffekt		0,42	0,82
- Priseffekt		-0,15	-0,30
Offentlige investeringer	62,65	0,04	0,08
- Realeffekt		0,16	0,31
- Priseffekt		-0,12	-0,23

Kilde: Egne beregninger på DREAM
† Grundforløbsniveau

I det følgende beskrives eksperiment 1, men samme konklusioner kan drages for eksperiment 2.

Det øgede arbejdsudbud har en betydning for den private og offentlige beskæftigelse, der for eksperiment 1 i 2050 stiger med henholdsvis 1.280 og 9.970 personer ift. grundforløbet, jf.

Tabel 2. Arbejdskraft (i produktive enheder) er direkte et input i virksomhedernes og den offentlige sektors produktion. Virksomhederne og den offentlige sektor vil følgelig producere mere for et øget arbejdsudbud.

Den øgede mængde arbejdskraft giver en ubalance i forhold til kapitalapparatet i produktionen. For at imødekomme dette ønsker virksomhederne og den offentlige sektor derfor at øge kapitalapparatet via øgede investeringer. I 2050 er de private og de offentlige investeringer steget henholdsvis 0,52 og 0,08 procent i løbende priser ift. grundforløbet. En del af de øgede offentlige og private investeringer importeres fra udlandet, hvilket er hovedforklaringen på, at importen i 2050 er steget med 0,41 procent i løbende priser i forhold til grundforløbet.

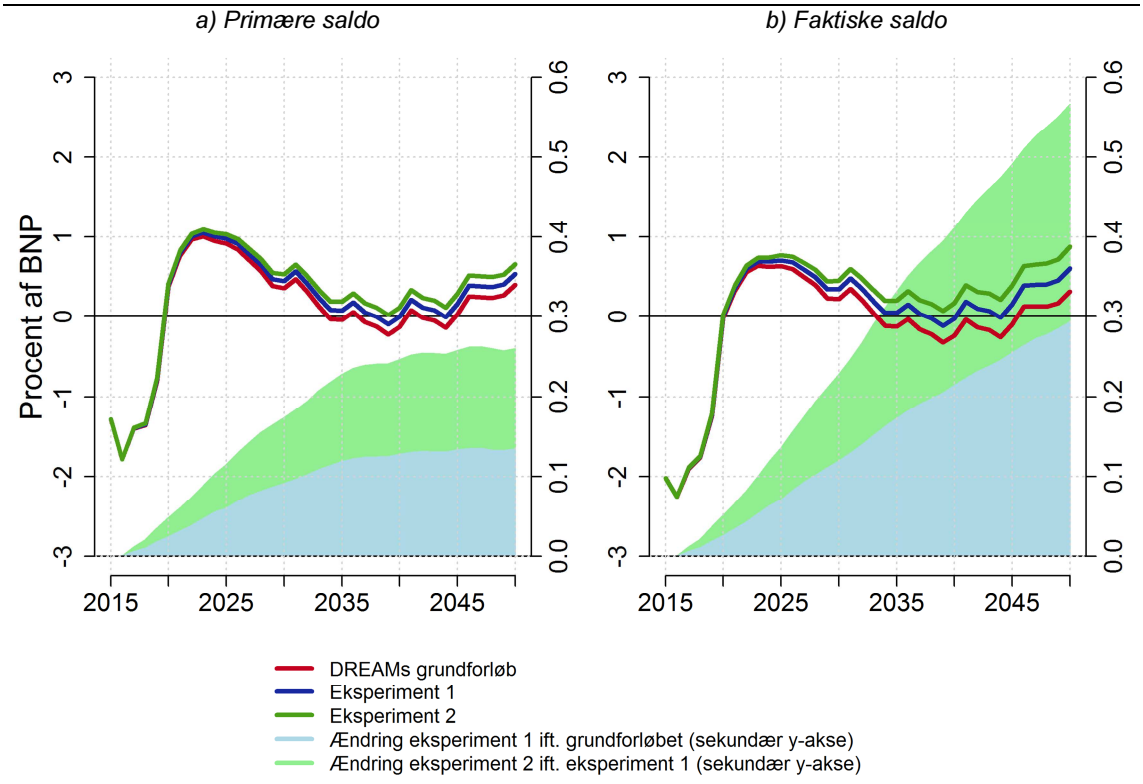
Virksomhederne må sænke outputprisen for at afsætte den øgede produktion. Det lavere prisniveau betyder en forbedret konkurrenceevne i forhold til udlandet, hvorfor eksporten i 2050 stiger med 0,56 procent i løbende priser for eksperiment 1.

Reallønnen og produktreallønnen i den private sektor falder i forhold til grundforløbet. Trods den øgede beskæftigelse giver reallønsfaldet anledning til et lidt lavere privatforbrug, der i 2050 er faldet med 0,08 procent i løbende priser i forhold til grundforløbet.

De offentlige finanser

Udviklingen i de offentlige saldi som andel af BNP kan for DREAMs grundforløb og de to eksperimenter ses i Figur 5. Af figuren fremgår det, at de offentlige saldi for eksperiment 1 og 2 i alle perioder er forbedret ift. grundforløbet.

Figur 5. De offentlige saldi i procent af BNP.



Kilde: Egne beregninger på DREAM.

Tabel 4 dekomponerer den faktiske saldo i offentlige indtægter og udgifter. Herfra ses det, at den primære offentlige saldo i procent af BNP i 2050 er steget 0,13 og 0,26 procentpoint i eksperiment 1 henholdsvis eksperiment 2 i forhold til grundforløbet.

Forklaringen på, hvorfor de offentlige saldi i procent af BNP er forbedret i forhold til DREAMs grundforløb er, at udgifterne er faldet mere end indtægterne i procent af BNP. For eksperiment 1 er de offentlige indtægter faldet med -0,07 procentpoint i 2050 i forhold til grundforløbet, mens de offentlige udgifter er faldet med -0,20 procentpoint, jf. Tabel 4.

Faldet i de offentlige indtægter i procent af BNP skyldes hovedsageligt, at indtægten fra direkte skatter som andel af BNP er faldet ift. grundforløbet. Trods merbeskæftigelsen giver faldet i reallønnen en mindre skattebase for husholdningen, hvilket fører til lavere indtjening fra kildeskatterne i procent af BNP i forhold til DREAMs grundforløb.

Tabel 4. De offentlige finanser, eksperiment 1 og 2 ift. grundforløbet, ændring i BNP-andele.

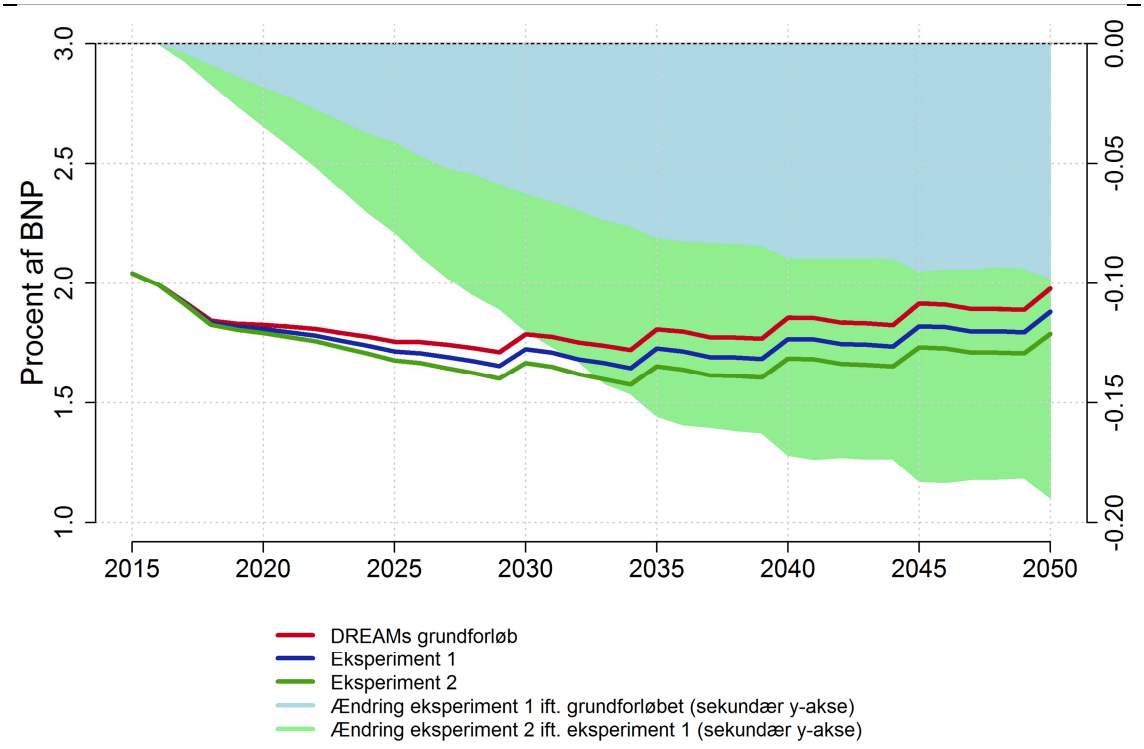
	2016 †	Eksperiment 1	Eksperiment 2
Budget overskud	-2,26	0,29	0,57
- Primære budget overskud	-1,79	0,13	0,26
- Indtægter	50,47	-0,07	-0,13
- Direkte skatter	29,07	-0,05	-0,10
- Indirekte skatter	16,52	-0,01	-0,02
- Anden indkomst	4,88	-0,01	-0,01
- Udgifter	52,26	-0,20	-0,39
- Kollektivt forbrug	7,60	0,00	0,00
- Individuelt forbrug	18,55	-0,06	-0,13
- Indkomstoverførsler	17,71	-0,14	-0,27
- Investeringer	3,62	0,00	-0,01
- Andre udgifter	2,78	0,01	0,02
- Nettorenteudgifter	0,47	-0,16	-0,31

Kilde: Egne beregninger på DREAM
† 2016 baseline niveau i procent af BNP

Fra tabellen ses det desuden, at den helt store ændring ift. grundforløbet er "indkomstoverførsler". Denne udgiftspost indeholder indkomstoverførsler til førtidspension og er den direkte effekt af eksperimenterne på de offentlige finanser.

Figur 6 viser indkomstoverførsler til førtidspension i procent af BNP for DREAMs grundforløb og de to eksperimenter. Det individuelle offentlige forbrug følger den demografiske udvikling, og idet denne er uændret i forhold til grundforløbet, vil det individuelle offentlige forbrug falde i andel af BNP for stigende BNP. Det kollektive forbrug er antaget til at følge BNP, hvorfor det som BNP-andel er uændret i forhold til grundforløbet.

Figur 6. Indkomstoverførsler til førtidspension, procent af BNP.



Kilde: Egne beregninger på DREAM.

Den samlede virkning af eksperiment 1 og 2 på de offentlige finanser er som tidligere nævnt opsummeret i holdbarhedsindikator (HBI). Holdbarhedsindikator for DREAMs grundforløb og eksperimenterne findes i Tabel 1 i notatets indledning. Eksperimenterne forbedrer holdbarheden med henholdsvis 0,11 og 0,21 procentpoint i forhold til grundforløbet, svarende til at det offentlige råderum årligt bliver forbedret med henholdsvis 2 og 4 mia.kr (2014-niveau).

Stor gevinst ved at hindre nedslidning

Den kommende stigning i pensionsalderen betyder, at lønmodtagerne skal være mange flere år på arbejdsmarkedet. Det er dog gået upåagtet hen, at Finansministeriet forudsætter, at en meget stor andel af befolkningen ikke er i stand til at fortsætte på arbejdsmarkedet frem til pensionsalderen, men i stedet overgår til førtidspension. Fx ventes op mod hver fjerde fra årgang 1980, at være førtidspensionister forud for folkepensionsalderen.

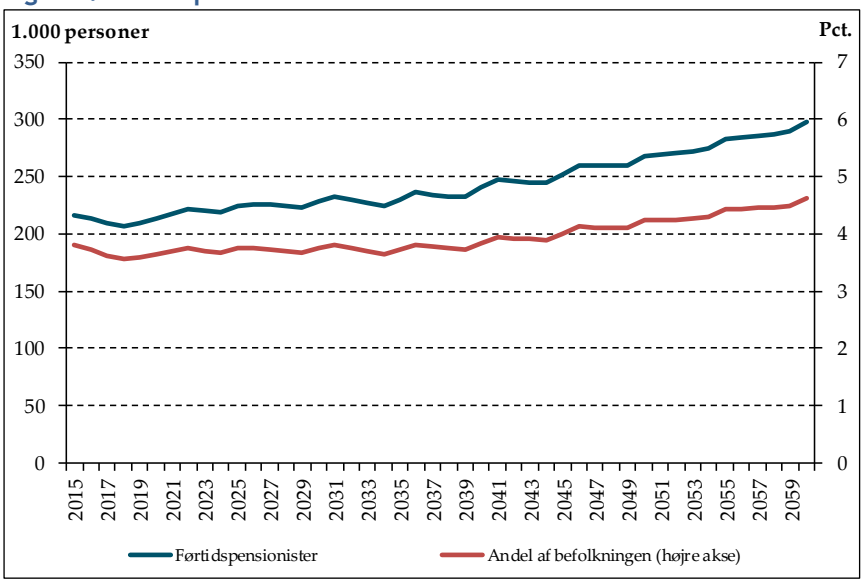
Lykkes det gennem en forebyggende indsats at nedbringe nedslidning og udstødning fra arbejdsmarkedet er der meget store gevinster at hente både for den enkelte og for samfundet.

Analyser på den samfundsøkonomiske model DREAM viser, at det offentlige råderum årligt forbedres med 2-4 mia. kr., hvis antallet af førtidspensionister på langt sigt reduceres med 4 ½ -9 pct.

Udsigt til flere førtidspensionister i fremtiden

I 2025-fremskrivningen fra august ventes antallet af førtidspensionister at vokse med 80.000 personer frem til 2060. En tredjedel af den stigning skyldes en større befolkning, mens resten skyldes, at en voksende andel af befolkningen ventes at være på førtidspension. Andelen af førtidspensionister vokser således fra 3,8 pct. i 2015 til 4,6 pct. i år 2060, *jf. figur 1*.

Figur 1. Førtidspensionister

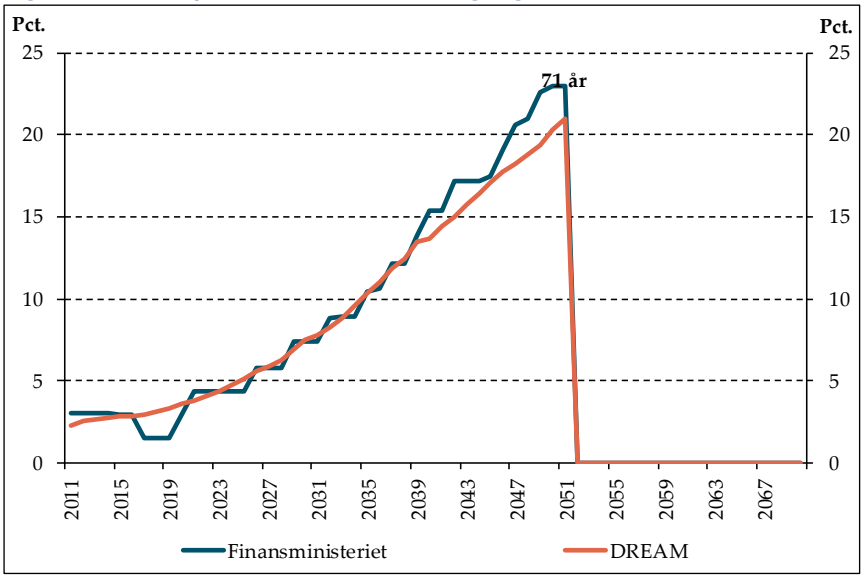


Anm.: Antallet af førtidspensionister inkluderer også pensionister i beskæftigelse og pensionister bosiddende i udlandet.
Kilde: Finansministeriet (2016): DK2025.

Stigningen i andelen af førtidspensionister sker på trods af et i skift i befolkningens uddannelsesmønster, væk fra grundskole og erhvervsuddannelse som højest fuldført uddannelse og over mod videregående uddannelse. Dette trækker i retning af en lavere andel førtidspensionister for befolkningen som helhed, idet andelen af førtidspensionister blandt videregående uddannede er forholdsvis lav.

Den stigende andel af førtidspensionister skal ses i sammenhæng med den voksende pensionsalder. I Finansministeriets fremskrivninger forudsættes andelen af førtidspensionister i en given årgang således at vokse frem mod pensionsalderen. Betragter man fx årgang 1980, som i dag er 36 år, antager Finansministeriet, at op mod hver fjerde er førtidspensionist umiddelbart inden de som 72-årige kan gå på folkepension i 2052, *figur 2*.

Figur 2. Førtidspensionister blandt årgang 1980



Anm.: Antallet af førtidspensionister inkluderer også pensionister i beskæftigelse og pensionister bosiddende i udlandet.
Kilde: Finansministeriets svar på FIU, spm. 403 og DREAM's socioøkonomiske fremskrivning, oktober 2016.

Det er en markant stigning set i forhold til de årgange, som i dag forlader arbejdsmarkedet for at blive folkepensionister. Fx var ca. 17 pct. af årgang 1950 førtidspensionister i årene forud for folkepensionen[1].

Den uafhængige økonomiske institution DREAM, der udarbejder lange fremskrivninger af dansk økonomi, forudsætter også en stigende andel førtidspensionister frem mod folkepensionsalderen.

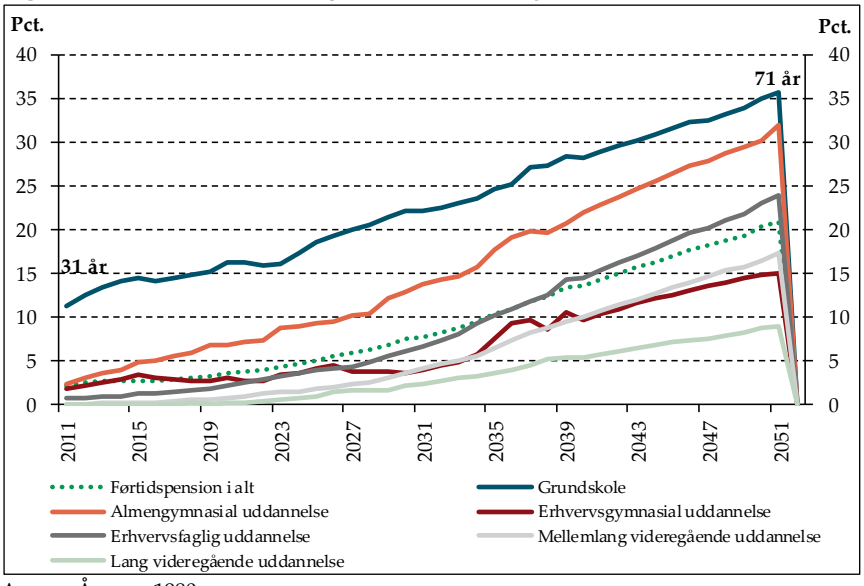
[1] DREAM's befolkningsregnskab.

Som det fremgår af *figur 2*, ligger stigningen i DREAM's fremskrivning af årgang 1980 en smule under Finansministeriets fremskrivning.

Som nævnt, er der stor forskel på hyppigheden af førtidspensionering alt efter befolkningens uddannelsesmæssige baggrund. Generelt gælder, at jo længere uddannelsen er, jo mindre er sandsynligheden for at blive førtidspensioneret. Disse forskelle bliver endnu mere eksponeret, når pensionsalderen stiger.

I DREAM's fremskrivning er hver tredje ufaglærte blandt årgang 1980 førtidspensionister inden overgangen til folkepension, mens det gør sig gældende for mindre end hver tiende blandt gruppen med lang videregående uddannelse, *jf. figur 3*.

Figur 3. Andel med førtidspension efter højest fuldførte uddannelse



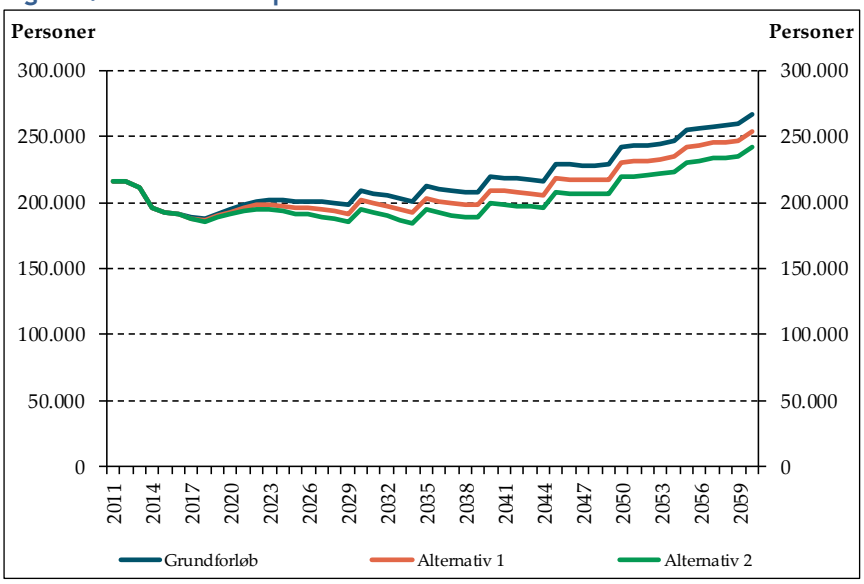
Anm.: Årgang 1980.
Kilde: DREAM og egne beregninger.

Færre på førtidspension er en stor gevinst

Hvis det gennem en forebyggende arbejdsmiljøindsats lykkes at reducere nedslidning og nedbringe antallet af førtidspensionister, vil det være en gevinst for den enkelte lønmodtager, der undgår fysiske og psykiske gener, får en bedre levestandard og bevarer tilknytningen til kollegaer og det arbejdsmæssige fællesskab. Men det vil også være en gevinst for samfundet, der kan spare udgifter til førtidspension, samtidig med at velstanden øges gennem stigende beskæftigelse. Det vil skabe et økonomisk råderum, som kan anvendes til forbedret velfærd alt efter politisk prioritering.

Kan de ældre aldersgrupper fastholdes et år ekstra på arbejdsmarkedet i stedet for at overgå til førtidspension vil det give anledning til en reduktion i antallet af førtidspensionister på knap 5 pct. på langt sigt (scenarie 1). Udskydes overgangen til førtidspension med to år, er der udsigt til et fald på ca. 9 pct. på langt sigt (scenarie 2). Reduktionen i antallet af førtidspensionister vil være stigende gennem fremskrivningsperioden. I 2060 vil udskydelsen af førtidspensionering fx resultere i en nedgang på 12.500 henholdsvis 25.000 personer i de to scenarier, *jf. figur 4*.

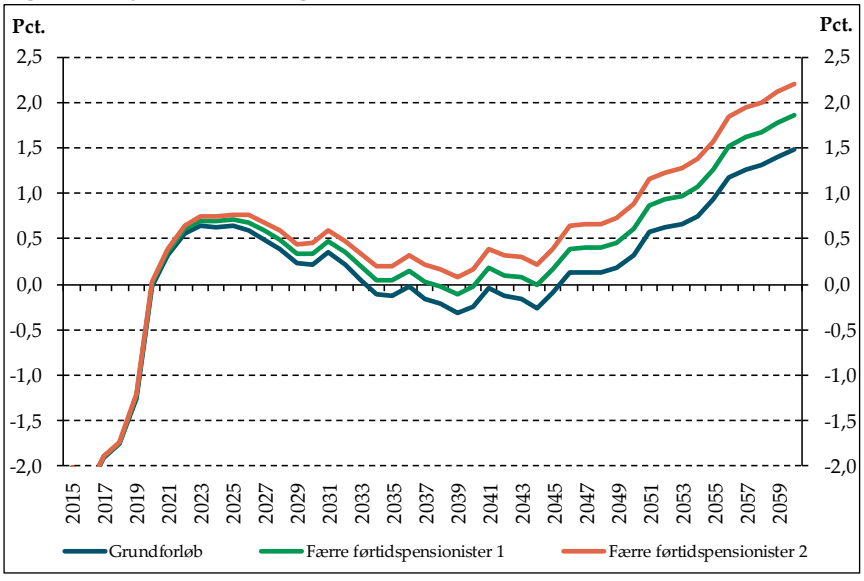
Figur 4. Færre førtidspensionister



Anm.: Vedrørende metode, *se boks 1*.
Kilde: DREAM beregning for LO.

En reduktion i antallet af førtidspensionister i denne størrelsesorden vil forbedre den offentlige saldo, *jf. figur 5*.

Figur 5. Styrket offentlig saldo



Anm.: Vedrørende metode, *se boks 1*.
Kilde: DREAM beregning for LO.

I de to alternative forløb vil den finanspolitiske holdbarhed blive forbedret med godt 0,1 henholdsvis 0,2 pct. af BNP. Det svarer til, at det offentlige råderum årligt øges med 2 mia. kr. i *scenarie 1* og 4 mia. kr. i *scenarie 2*.

Hvis det lykkes at mindske nedslidning og forebygge udstødning til førtidspension, vil det give en stor forbedring af den offentlige økonomi, som kan være med til at skabe bedre velfærd.

Boks 1. Metode

Reduktionen i antallet af førtidspensionister er beregnet ved at tage udgangspunkt i andelen af førtidspensionister fordelt på alder i de enkelte årgange.

I det første alternativ udskydes overgangen til førtidspension med et år. Det vil sige, andelen med førtidspension blandt 60-årige og ældre forskydes med et år, så 61-årige får en andel på førtidspension svarende til 60-årige i grundfremskrivningen. Blandt yngre aldre tilpasses andelene, så disse får et jævnt forløb på tværs af alder.

Det andet alternativ bygger på tilsvarende antagelse, idet forskydningen af andelen for 60-årige og ældre nu er to år.

I de to scenarier er der forudsat en gradvis tilpasning frem mod 2030, hvor ovenstående ændring først får fuld effekt. Det skal ses i lyset af, at en stærkere forebyggende indsats må formodes at slå gradvist igennem i forhold til antallet af år en årgang allerede har været på arbejdsmarkedet.

Det forudsættes, at nedgangen i antal personer på førtidspension modsvares af en tilsvarende udvidelse af arbejdsstyrken.

Sagsnr. 20-0339
Vores ref. AWZ
4. marts 2021

Tekniske hjælpemidlers effekt på arbejdsmiljø

Notatet beskriver en række studier, der dokumenterer den positive arbejdsmiljøeffekt af tekniske hjælpemidler, og den negative effekt af manglen på samme. Studierne vedrører særligt sundheds- og plejesektoren.

Flere af studierne beskrives også i en antologi om forebyggelse af MSB, der er et samarbejde mellem DA og FH. Antologien skal inspirere virksomheder og aktører, der arbejder med forebyggelse af MSB, og præsentere den nyeste forskning og viden i en række artikler skrevet af udvalgte forskere og konsulenter. Antologien udgives i foråret 2021.

Konsekvent brug af hjælpemidler cirka halverer risikoen for rygskader
Studie fra 2014 med over 5000 medarbejdere i ældreplejen. Undersøgelsen vedrører rygskader i forbindelse med patientforflyttelse. Resultatet er kontrolleret for informanternes livstil.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24030699/

Sjælden brug af tekniske hjælpemidler forhøjer risikoen for rygskader
Studie fra 2015 om sundhedsprofessionelle, der viser at lønmodtagere der sjældent bruger tekniske hjælpemidler til patienthåndtering, har forhøjet risiko for lændesmerter sammenlignet med lønmodtagere der ofte bruger tekniske hjælpemidler til patienthåndtering.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25053444/

Der mangler ofte hjælpemidler ved forflytninger
Studie fra 2019, der vedrører lønmodtageres risiko for rygskader ved patientforflyttelse. Mange patientforflytninger indebærer risiko for rygskader for lønmodtageren og tekniske hjælpemidler er et vigtigt forebyggelsesmiddel i at forhindre dette.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31731806/

Tekniske hjælpemidler giver mindre muskel-skelet belastning
Studie fra 2020 der via tekniske målinger af måling af muskelaktivitet og kropsposition i det daglige arbejde for sundhedsprofessionelle. Studiet viser at tekniske hjælpemidler (loftlift og intelligente senge) mindsker belastningen af de sundhedsprofessionelles rygge.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32362200/

Særlige hjælpemidler giver mindre muskelbelastning og dermed mindre risiko for rygsmerte
Studie fra 2020, der undersøger muskelsmerte hos sundhedsprofessionelle. Studiet viser at de lønmodtagere der har lavere belastning i arbejdet som følge af fx loftlift og intelligente senge, får færre rygsmerter.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33129282/

9 ud af 10 er enige i, at loftlifter giver et bedre arbejdsmiljø

FOA har gennemført en undersøgelse i 2013, der viser at 9 ud af 10 af deres medlemmer er helt eller delvist enige i at enmandsbetjent loftlift har givet den et bedre fysisk arbejdsmiljø.

https://www.foa.dk/~/media/faelles/pdf/rapporter-undersoegelser/2014/koanotatvelfrdsteknologipdf.pdf

Sagsnr. 20-2794
Vores ref. IBU
21. december 2021

FH-forslag om aftalt delpensionering og indbetaling til aldersopsparing.

De nuværende pensionsbeskatningsregler lægger sten i vejen for gradvis tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, hvor nedsat arbejdstid og nedgang i lønindkomsten suppleres med træk på pensionsopsparingen. Det skyldes, at det ikke er muligt at indbetale på aldersopsparing op til det høje loft uden en strafafgift på 40 pct., hvis man har påbegyndt eller påbegynder udbetalinger fra en liv-og/eller ratepension.

FH har derfor stillet forslag om, at indbetaling til aldersopsparing op til det høje loft skal være muligt uden strafafgift som led i aftalt delpensionering. Det vil sikre en målretning af reglerne, så spekulation i omplacering af pensionsopsparing over livsforløbet fortsat kan undgås samtidig med, at gradvis tilbagetrækning bliver en reel mulighed.

Nedenfor foldes det forslag ud i konkrete anbefalinger, men først ses på de nuværende regler og rammer omkring delpension.

Delpension – regler og muligheder

Delpension betyder, at en ansat, som aftaler en nedsættelse af arbejdstiden fra et tidspunkt, hvor pensionsordningen vil kunne sættes i kraft, kan få udbetalt en forholdsmæssig del af sin pension. Delpensionen baserer sig på kollektive aftaler.[1]

Delpension er et bidrag til en gradvis tilbagetrækning på et tidspunkt, hvor medarbejderen ellers kunne forlade arbejdsmarkedet, og påbegynde fuld udbetaling fra pensionsordningen. Delpension giver altså den enkelte mulighed for at fleksibel tilbagetrækning, og forventes i overvejende grad at kunne styrke et tilbagetrækningsmønster, hvor seniorer generelt kan arbejde i flere år.

Pensionsbeskatningsloven stiller krav om at pensionsordninger med løbende udbetaling skal udbetales i lige store ydelser frem til den forsikredes død, mens en rateforsikring skal udbetales i lige store rater over mindst 10 år og højst 30 år[2].

I selskabet håndteres delpension typisk ved, at selskabet opdeler pensionsordningen i flere policer, således at udbetalingen sker fra en police mens fortsat indbetaling sker til en anden police. Indenfor reglerne i pensionsbeskatningsloven er det altså muligt, at differentiere pensionsudbetalingerne, og dermed er delpension i princippet en mulighed.

Boks 1 viser eksempler på selskaber med mulighed for delpension.

---

[1] Se fx følgende overenskomstaftaler som eksempler på områder med aftalt mulighed for delpension:
Kommuner: KLs pensionspolitik, Regioner: RLTNs pensionspolitik
Stat: Cirkulære om aftale om generelle krav til indhold af bidragsdefinerede pensionsordninger i staten mv. (ydelsessammensætning, tilbagekøb og overflytning i forbindelse med jobskifte)

[2] Jf. Pensionsbeskatningsloven §2 og §8.

Boks 1. Eksempler på delpension i udvalgte selskaber

PenSam (Fleksion):
Delpension kræver, at kunden har nået pensionsudbetalingsalderen og er overgået til deltidsansættelse i den stilling, som gav og fortsat giver ret til pensionsbidraget. Arbejdstidsreduktionen skal være på mindst 10 pct., og skal være sket inden for de sidste 12 måneder.

Sampension:
Delpension er en mulighed i forbindelse med arbejdstidsreduktion baseret på kollektive aftaler. Der kan udbetales op til 1/3 af den livsvarige alderspension mm., og arbejdstidsreduktionen opgøres i forhold til arbejdstiden før den tidligste pensionsudbetalingsalder. Ved delpension flyttes den værdi, der kan udbetales - til en ny police. Det betyder, at arbejdsgiveren fortsat kan betale til hovedpolicen.

Kilde: Selskabernes hjemmesider:
https://www.pensam.dk/pension/gaa-paa-pension/planlaeg-pension/delpension
https://www.pensam.dk/-/media/pdf-filer/pension/betingelser_01072021/betingelser-fleksion-39156892123.pdf?la=da-dk
https://www.sampension.dk/kunde/pension/hvilke-pensioner-indeholder-ordningen/delpension

Diskvalificerende udbetalinger er en barriere for delpension

Reglerne om diskvalificerende udbetalinger udgør dog en barriere for at gøre brug af delpension. Loven indebærer, at der pålægges en afgift på 40 pct. på indbetalinger til aldersopsparing over det lave loft, såfremt der er sket udbetalinger fra løbende pensionsordninger op til 10 år før folkepensionsalderen.

For at hindre at personer med diskvalificerende udbetalinger uforvarende indbetaler til aldersopsparing skal det enkelte pensionsselskab indberette diskvalificerende udbetalinger til SKAT. Selskaberne kan dermed via en samkørsel med Dataudvekslingsplatformen (DUPLA) få oplyst om kunderne i selskabet har mulighed for at indbetale til aldersopsparing op til det høje loft uden afgift.

Reglerne skal sikre mod spekulation mod lofterne over indskud på aldersopsparing. Så der ikke flyttes opsparing fra årene med lavt loft til de sidste fem år med højt loft. Dermed fastholdes en betydelig del af pensionsopsparingen i liv-og ratepensioner, der modregnes i folkepensionen ved udbetaling.

Indskud på aldersopsparing op til det høje loft kan således ikke betale sig, hvis man er gået på delpension og har fået udbetalinger fra sin livrente eller ratepension. Det er et stort problem, fordi det høje loft over aldersopsparingen de sidste fem år netop skal sikre, at det kan betale sig at fortsætte med at indbetale til pension.

Bundskatteydere, der ikke kan benytte sig af denne mulighed, har ofte et betydeligt samspilsproblem i de sidste år før folkepensionsalderen. Risikoen er, at nogle vil vælge helt at forlade arbejdsmarkedet før folkepensionsalderen, fordi gevinsten ved at fortsætte med at arbejde (og spare op) er for lille.

Konkretisering af FH's forslag

Friholdelse af udbetalinger i forbindelse med overenskomstmæssigt aftalt delpensionering kan helt simpelt gennemføres ved at tilføje en supplerende undtagelsesbestemmelse til pensionsbeskatningslovens §25a stk. 7, hvor der er listet en række konkrete tilfælde, hvor en udbetaling ikke er diskvalificerende og dermed ikke omfattes af afgiften på de 40 pct., jf. § 25a stk. 6.

Det foreslås at tilføje et ekstra punkt 18 til Pensionsbeskatningslovens § 25a, stk. 7:

18) udbetalinger, der sker som led i en kollektiv overenskomstaftale om delpension

Pensionsselskaberne kan i dette tilfælde undlade at indberette til Skat, at de pågældende udbetalinger skal betragtes som diskvalificerende udbetalinger. Derved vil selskabet selv kunne foretage fortsatte indbetalinger til aldersopsparing uden strafafgift for de kunder, der har aftaler om delpension. Det vil også være muligt for kunden at indbetale til aldersopsparing i andre selskaber uden strafafgift som følge af udbetalingerne i forbindelse med delpension i selskabet.

De relevante paragraffer i Pensionsbeskatningsloven fremgår af *bilaget*.

Bilag

Lovgrundlaget i forhold til diskvalificerende udbetalinger

Uddrag af Pensionsbeskatningsloven:

§ 25 A Stk. 6. Sker der udbetaling af eller foretages der afgiftspligtige dispositioner over en af kapitel 1 omfattet rateforsikring, rateopsparing, pensionsordning med løbende udbetalinger eller indeksordning fra og med det tiende indkomstår før det indkomstår, hvor pensionsopspareren når folkepensionsalderen, betales i tilfælde omfattet af § 16, stk. 1, 2. pkt., en afgift på 40 pct. af indkomstårets indbetalinger til aldersforsikring, aldersopsparing og supplerende engangssum, der overstiger et grundbeløb på 4.600 kr. (2010-niveau), jf. dog stk. 8. Stk. 5 finder i dette tilfælde ikke anvendelse. Grundbeløbet reguleres efter personskattelovens § 20. 1. pkt. finder anvendelse for indbetalinger, der sker i de indkomstår, der følger efter indkomståret, hvori de nævnte pensionsordninger er påbegyndt udbetalt, eller hvor de afgiftspligtige dispositioner er sket. § 38 finder ikke anvendelse på afgiften som nævnt i 1. pkt.

Stk. 7. Stk. 6 gælder ikke i følgende tilfælde:

1) Ved udbetaling af invalidepension.

2) Ved udbetaling af rateforsikring i tilfælde af forsikredes invaliditet, herunder af invalidesum.

3) Ved udbetaling af rateopsparing i tilfælde af kontohaverens varigt nedsatte arbejdsevne, som efter reglerne i lov om social pension berettiger kontohaveren til at oppebære førtidspension eller seniorpension, og ved udbetaling af invalidesum.

4) Ved udbetaling af ægtefælle- eller samleverpension.

5) Ved udbetaling til efterladte.

6) Ved udbetalinger fra Arbejdsmarkedets Tillægspension.

7) Ved udbetaling af en indeksordning, der påbegyndes, når interessenten fylder 67 år.

8) Ved automatisk udbetaling af tjenestemandspension ved den pligtige afgangsalder.

9) Ved udbetaling af tjenestemandspension af helbredsmæssige årsager eller ved uansøgt afsked.

10) Ved automatiske udbetalinger af hvilende pensionsordninger i overensstemmelse med aftalegrundlaget for pensionsordningen.

11) Ved udbetalinger, der sker, som følge af at en kommune ikke ser bort fra formue i form af pensionsopsparing, jf. §§ 14 og 15 i lov om aktiv socialpolitik.

12) Ved udbetalinger fra en pensionsordning, hvor en lavere aldersgrænse for udbetaling end pensionsudbetalingsalderen er godkendt af Skatterådet.

13) Ved automatiske udbetalinger til en modtagende ægtefælle, der sker fra en udloddet del af en pensionsordning, jf. § 30, stk. 2, i det omfang udbetalingen beror på indtræden af ejerægtefællens pensionsbegivenhed.

14) Ved udbetaling af børnepension.

15) Ved udbetaling af supplerende engangsydelse og supplerende engangssum.

16) 10) Ved engangsudbetalinger af og dispositioner over en hel pensionsordning, der ikke overstiger 1.000 kr.

17) 10) Ved påbegyndelse af løbende eller ratevise udbetalinger fra en hel pensionsordning, når de årlige udbetalinger ved påbegyndelsen ikke overstiger 500 kr. årligt, i det omfang at den anvendte afkastforudsætning, jf. § 2, stk. 2, eller anvendte amortisationsrente, jf. § 11 A, stk. 3, mindst udgør 0 pct., eller i det omfang den anvendte afkastforudsætning eller amortisationsrente er mindre end 0 pct., men de årlige udbetalinger ikke ville have oversteget 500 kr. under anvendelse af en afkastforudsætning eller amortisationsrente på 0 pct.

Anm.: § 25 A, stk. 6 og 7 har virkning for afgiftspligtige udbetalinger af eller dispositioner over pensionsordninger, der sker den 1. april 2018 eller senere, og for udbetalinger af rateforsikringer, rateopsparinger, pensionsordninger med løbende udbetalinger og indeksordninger, der i overensstemmelse med pensionsvilkårene påbegyndes den 1. april 2018 eller senere, jf. § 8, stk. 9, i lov nr. 1682 af 26. december 2017.

Kilde: LBK nr. 1327 af 10/09/2020 (Gældende): Bekendtgørelse af lov om beskatningen af pensionsordninger m.v. (pensionsbeskatningsloven)

Social ulighed i dødelighed og levetid uden aktivitetsbegrænsning i Danmark

Udarbejdet af Henrik Brønnum-Hansen, Afdeling for Social Medicin, Københavns Universitet

for Fagbevægelsens Hovedorganisation

Maj 2021

Dette oversigtsnotat er udarbejdet på Fagbevægelsens Hovedorganisations anmodning. Formålet er en let forståelig formidling af danske analyser af social ulighed i dødelighed med fokus på udviklingen i forventet restlevetid og levetid uden aktivitetsbegrænsning. Resultaterne er baseret på forskning gennemført primært ved Afdeling for Social Medicin på Københavns Universitet.

Resumé

Social ulighed i sundhed betyder, at helbred bliver ringere og levetid kortere med faldende social position. Social ulighed eller social position måles i almindelighed ved opdeling af befolkningen i uddannelses-, erhvervs- eller indkomstgrupper. Hvilket mål, der bruges, afhænger af hvilket problem, der skal belyses. Sundhed måles ved dødelighed (f.eks. dødsrater, levetid eller dødsårsager) og helbred (sygdom, funktionsnedsættelse eller andre helbredsproblemer). I dette korte notat gennemgås resultaterne fra udvalgte analyser, der undersøger social ulighed i dødelighed og levetid uden og med helbredsproblemer.

Hovedresultaterne er:

- Der er stor social ulighed i dødelighed og forventet restlevetid mellem uddannelses-, erhvervs- og indkomstgrupper. Og den sociale ulighed er endnu større, når man ser på forskelle i leveår med godt helbred.
- Den sociale ulighed i dødelighed mellem indkomst- og uddannelsesgrupper er steget de sidste mange år.
- Danskerne lever længere, men de ekstra leveår har ikke bidraget til en reduktion af den sociale ulighed i levetid med godt helbred.

Baggrund

Hvis befolkningens stigende levealder overvejende fører til flere leveår med godt helbred, kan vi se frem til en sundere erhvervsaktiv ældrebefolkning, at færre forlader arbejdsmarkedet af helbredsmæssige årsager samt et mindre pres på sundhedsvæsenet og socialsektoren.

I dag har de fleste danskere fra efterkrigstidens store fødselsårgange, som har nået pensionsalderen, forladt arbejdsmarkedet. Dette og den stigende levealder har øget presset på pensionssystemet, sundheds- og plejesektoren. Dertil kommer, at ændringen i befolkningens aldersfordeling medfører, at den erhvervsaktive andel af befolkningen falder og andelen på overførselsindkomst stiger. Kort sagt – som i mange andre lande – er den aldrende befolkning en udfordring for det danske velfærdssamfund.

Med de danske velfærdsreformer siden 2006 har politikerne søgt at løse problemet bl.a. ved at sætte aldersgrænsen for tildeling af førtidspension op, at udfase efterlønnen og sætte pensionsalderen op i takt med en forventet stigende middellevetid. Lovændringerne tager ikke højde for, at mennesker med mindre uddannelse eller lav indkomst i forhold til den øvrige befolkning har kortere levetid og færre leveår med godt helbred, ofte har hårdt fysisk arbejde og derfor med alderen får nedsat arbejdsevne og har større risiko for at udvikle sygdom.

Senest har regeringen nedsat en kommission, der skal undersøge modeller for differentieret pensionsalder, en forenkling af regler i pensionssystemet, mulighed for seniorers fortsatte tilknytning til arbejdsmarkedet samt de finansieringsmæssige aspekter ved evt. regelændringer.

Middellevetid, gode og tabte gode leveår

Middellevetid er et simpelt mål for dødeligheden på et bestemt tidspunkt i en befolkning. Middellevetid er også et udtryk for det antal år en nyfødt kan forvente at leve, hvis den fremtidige aldersspecifikke dødelighed forbliver uændret på det aktuelle niveau, idet der ikke tages højde for, at dødeligheden ændrer sig i fremtiden. Mens middellevetid under denne forudsætning kan fortolkes som forventet levetid for en nyfødt, udtrykker "forventet restlevetid" forventet levetid ved andre aldre, f.eks. fra alder 65. Forventet restlevetid ved alder 0 er det sammen som middellevetid (Box 1).

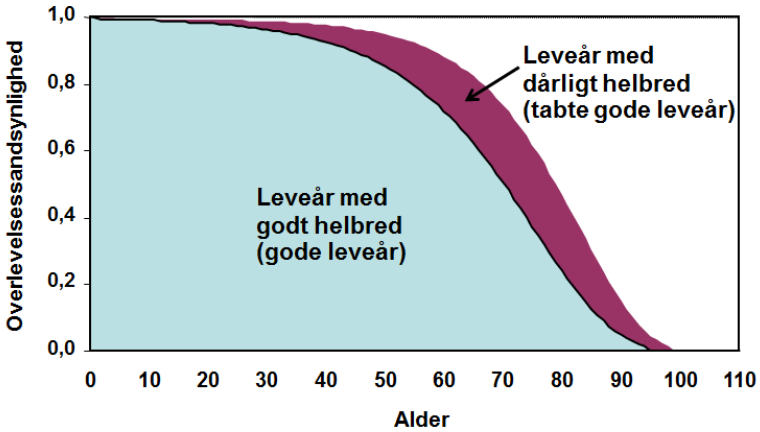
Box 1 – Hvad er middellevetid/forventet restlevetid

Middellevetid er et samlet aldersstandardiseret mål for en befolknings dødelighed. Middellevetiden for en befolkning eller befolkningsgruppe i et bestemt år kan tolkes som den levetid, et nyfødt barn kan forvente, hvis det fremover udsættes for det gældende års risiko for at dø i alle aldersgrupper i den pågældende befolkning eller befolkningsgruppe. Tilsvarende er forventet restlevetid et udtryk for, hvor mange leveår man kan forvente fra en given opnået alder. Middellevetid (eller forventet restlevetid) kan korrigeres, så der tages højde for antagelser eller forventninger om en fremtidig ændret dødelighed. Analyser med sådanne korrektioner præsenteres ikke i dette notat.

I dag er middellevetiden for mænd 79,5 år og 83,6 år for kvinder. For 65-årige er forventet restlevetid 18,3 år for mænd og 21,1 år for kvinder. Det betyder f.eks. at danske mænd, som har overlevet til alder 65, i gennemsnit kan forvente at blive 83,3 (= 65 + 18,3) år (hvis dødeligheden for mænd over 65 ikke ændrer sig i de kommende år).

Forventet restlevetid kan opdeles i levetid med godt og dårligt helbred. Udtrykket "tabte gode leveår" betegner levetid med dårligt helbred. Da helbredstilstand kan måles på mange måder, er denne indikator en fællesbetegnelse for flere mål, der opgør forventet levetid med eller uden et helbredsmæssigt problem. Figur 1 illustrerer idéen:

Figur 1 Middellevetid opdelt på gode og tabte gode leveår – en illustration



Det samlede areal under den øverste kurve er forventet restlevetid (middellevetiden). Det lyse areal under den nederste kurve er forventet levetid med godt helbred, "gode leveår", mens det mørke areal (mellem de to kurver) er forventet levetid med dårligt helbred, "tabte gode leveår".

Når middellevetiden stiger melder spørgsmålet sig, om der blot "føjes år til livet", eller om der også "føjes liv til årene". Siden slutningen af 1980erne har vi f.eks. set, at stigningen i den forventede restlevetid blandt 65-

årige danskere overvejende har "føjet liv til årene", når gode leveår opgøres som forventet restlevetid uden nedsat funktion (1,2). Men udviklingen er forskellig mellem befolkningsgrupper, og i Danmark er den sociale gradient – hvor uligheden øges hele vejen ned igennem socialgrupper – i middellevetid steget gennem mange år. Dette gælder også udviklingen for de fleste indikatorer for gode/tabte gode leveår, men afhænger af hvilket helbredsmål, der lægges til grund.

Middellevetid har i mange år været en vigtig indikator til måling og sammenligning af befolkningers og befolkningsgruppers helbredstilstand. Med gode leveår suppleres middellevetid med en kvantificering af levetidens helbredsmæssige kvalitet, og flere gode leveår har i mange år været et sundhedspolitisk mål både for danske regeringer og i EU. I 2005 blev således "Healthy Life Years" inkluderet som en strukturel indikator (Lisbon Structural Indicator), hvormed alle EU-lande forpligtede sig til at bidrage med data til beregning af denne indikator. Beregningen er baseret på registerdata om dødelighed og selvrapporterede oplysninger om aktivitetsbegrænsning (se Box 2). Nogle lande – bl.a. Danmark – råder over data, som gør det muligt at beregne Healthy Life Years opdelt på socialgrupper. Det har særlig relevans, fordi man derved kan følge udviklingen i social ulighed i forventet restlevetid uden og med aktivitetsbegrænsning.

Box 2 – Hvorfra stammer oplysninger om helbred

Helbred er et mangetydigt og omfattede begreb og registreres eller måles afhængigt af den konkrete problemstilling. Nogle oplysninger er f.eks. registreret i sygdomsregistre, mens andre må tilvejebringes ved spørgeskema- eller interviewundersøgelser (se afsnittet "Datamateriale og metode").

I dette notat kommer information om **aktivitetsbegrænsning** (Global Activity Limitation Indicator) fra interviewundersøgelser, hvor et spørgsmål lyder "Har du de seneste 6 måneder på grund af helbreds-problemer eller sygdom været hæmmet i udførelsen af aktiviteter, som folk sædvanligvis udfører?" med svarkategorierne:

- Alvorligt hæmmet
- Noget hæmmet
- Slet ikke hæmmet
- Ved ikke

Et andet udbredt mål er **selvvurderet helbred**, som baseres på spørgsmålet "Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed" med svarkategorierne:

- Virkelig god
- God
- Nogenlunde
- Dårlig
- Meget dårlig
- Uoplyst

Alder ved død for danskere med høj og lav indkomst

Når middellevetiden stiger, skyldes det, at mange dødsfald udskydes til en stadig højere alder. Dette kan anskueliggøres ved at undersøge udviklingen i aldersspecifik dødelighed eller ved at se på fordelingen af alder ved død. Baseret på en opdeling af befolkningen for hvert kalenderår, køn og alder i fire lige store grupper defineret ud fra ækvivaleret disponibel indkomst (se Box 3), kan dødelighedsmønsterets udvikling i disse indkomstkvartiler sammenlignes.

Box 3 – Hvordan opgøres indkomst

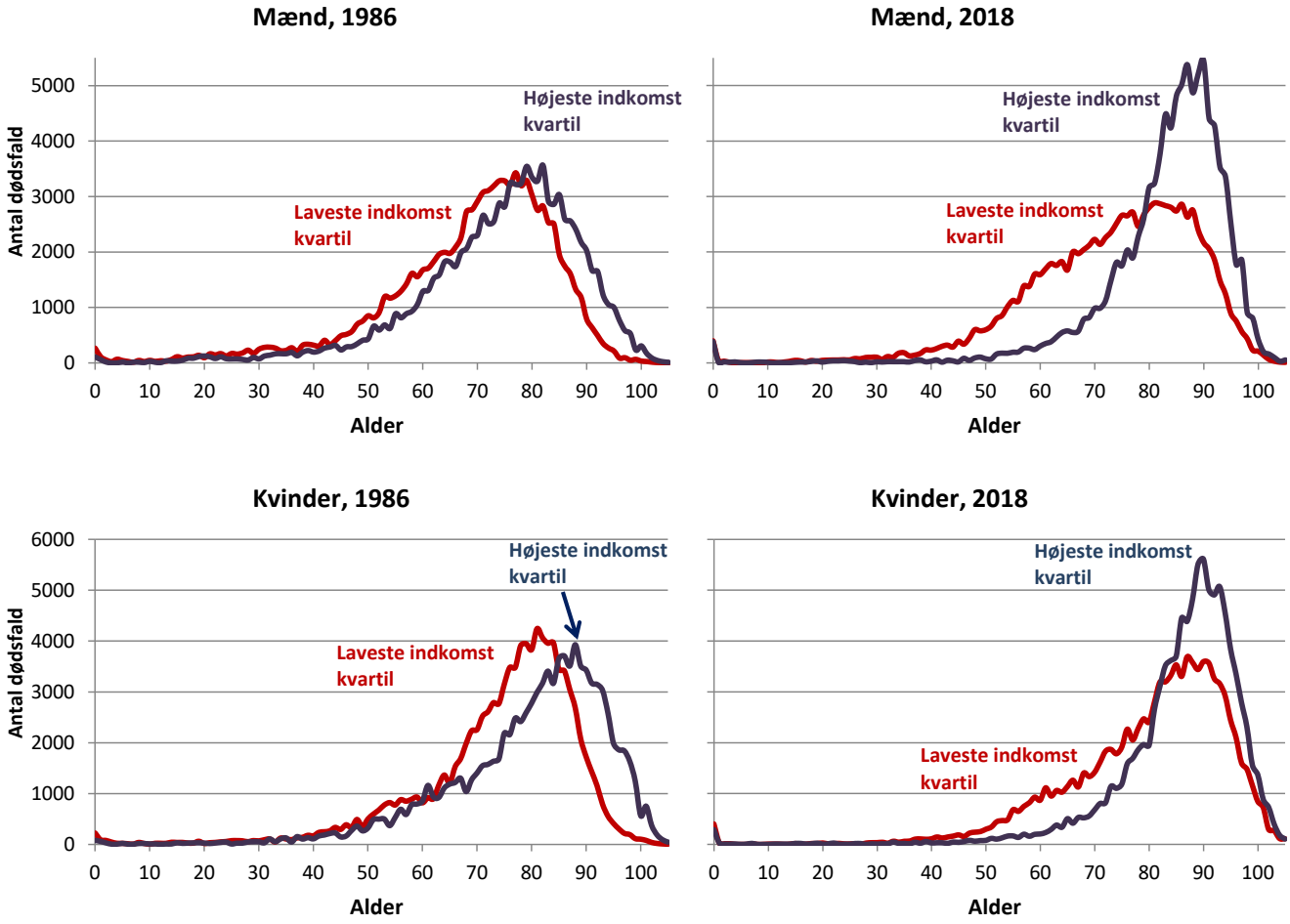
Ækvivaleret disponibel indkomst er baseret på en families samlede indkomst, men tager højde for familiens størrelse og alderssammensætning. F.eks. korrigeres for stordriftsfordele for familier med flere medlemmer, men også for at børn og voksne ikke behøver samme indkomst for at opnå samme levestandard. Ækvivaleret disponibel indkomst er en udbredt variabel ved indkomstfordelingsanalyser bl.a. i Finansministeriet og OECD og anvendes også i sundhedsforskning.

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Equivalised_disposable_income

I perioden 1986 til 2018 er middellevetiden steget med 4,6 år fra 69,1 år til 73,7 år for den fattigste fjerdedel af danske mænd, mens stigningen var 9,1 år fra 74,6 år i 1986 til 83,7 år i 2018 for den rigeste fjerdedel. I samme periode steg middellevetiden for den fattigste fjerdedel af kvinderne med 5,6 år fra 74,8 år til 80,4 år, mens stigningen for den rigeste fjerdedel var 6,3 år fra 80,1 år i 1986 til 86,4 år. Forskellen i 1986 på 5,5 år for mænd og 5,3 år for kvinder i middellevetid mellem den fattigste og den rigeste fjerdedel af befolkningen var i 2018 steget til 10,0 år for mænd og 6,0 år for kvinder.

Et nuanceret billede af dødeligheden fremgår af Figur 2, som viser, at forskydningen af død mod højere alder i 2018 sammenlignet med 1986 er sket hurtigere for den rigeste fjerdedel end for den fattigste fjerdedel af danskerne. Mest slående er det, at der i perioden er sket en stærk kompression af dødeligheden (dvs. koncentration af dødsfald ved høj alder) for de 25% rigeste mænd og kvinder. For de fattigste 25% ses ikke denne kompression og alder ved død er kun i mindre omfang forskudt mod højere alder. Fra fordelingen af alder ved død kan også udledes andre resultater. F.eks. kunne 22% af den fattigste fjerdedel mænd opnå at blive over 80 år i 1986. I 2018 var andelen steget til 37%, hvilket var samme andel som for mænd i den rigeste fjerdedel i 1986, for hvem andelen steg til 71% i 2018. Disse tal skal dog ikke fortolkes alt for bogstaveligt, da fordelingerne er baseret på statiske data, som ikke rummer dynamikken i befolkningens udvikling i dødelighed og indkomst (jf. antagelserne nævnt i Box 1). Opdeles på uddannelsesniveau fås samme mønster. Udviklingen i længere levetid sker altså ikke i samme tempo for velstillede og mindre velstillede. Flere detaljer er beskrevet i (3).

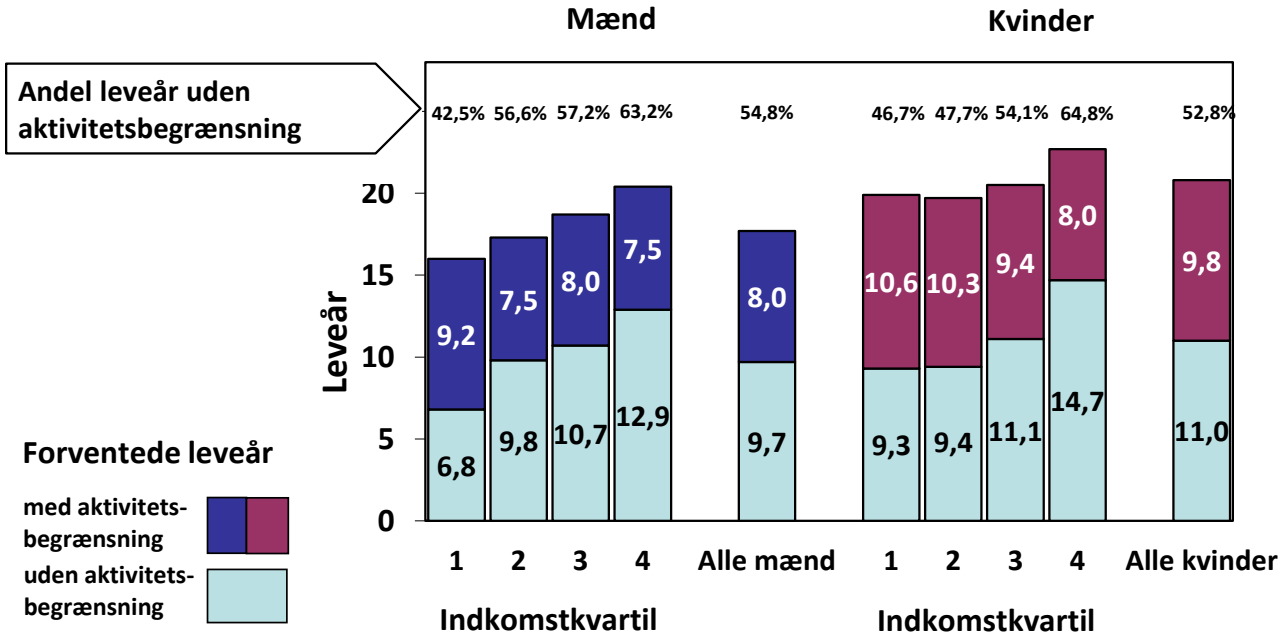
Figur 2 Fordeling af alder ved død for danske mænd og kvinder i 1986 og 2018 opdelt på indkomstkvartiler. Hver kurve viser antal ud af i alt 100.000 dødsfald



Ulighed mellem indkomstgrupper i levetid uden aktivitetsbegrænsning

En analyse af forventede leveår uden aktivitetsbegrænsning opdelt på indkomstgrupper blandt danskere 50 år og ældre blev publiceret i januar 2021 (4). Beregningerne er baseret på registeroplysninger om ækvivaleret disponibel indkomst (se Box 3) og selvrapporterede oplysninger om aktivitetsbegrænsning (se Box 2). Figur 3 viser forventet restlevetid uden og med aktivitetsbegrænsning for 65-årige opdelt i indkomstkvartiler (4 lige store grupper). Forskellen i forventet restlevetid for de 25% fattigste og 25% rigeste 65-årige mænd er 4,4 år. For kvinder er denne forskel 2,8 år. Målt i leveår uden aktivitetsbegrænsning er forskellen 6,1 år for mænd og 5,4 år for kvinder. Trods kortere levetid har de 25% fattigste mænd flere leveår med aktivitetsbegrænsning end andre mænd. Samme ulighed gælder for kvinder. Af figuren fremgår således, at andelen af leveår uden aktivitetsbegrænsning er markant forskellig, 42,5% henholdsvis 63,2% for den fattigste og rigeste fjerdedel af danske mænd over 65 år og 46,7% henholdsvis 64,8% for den fattigste og rigeste fjerdedel af kvinderne. Flere detaljer er beskrevet i (4), hvor indkomst er opdelt i kvintiler.

Figur 3 Forventet restlevetid og leveår uden og med aktivitetsbegrænsninger ved alder 65 opdelt på indkomstkvartiler, Danmark 2013-2014



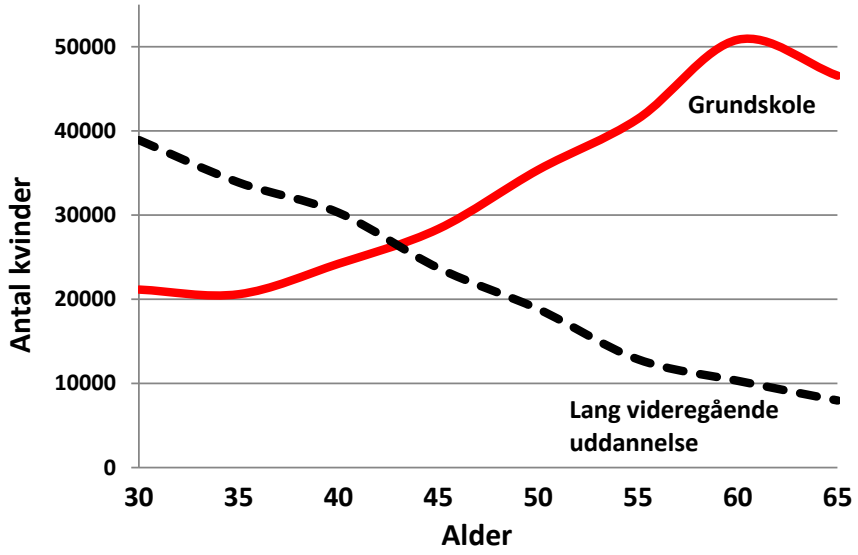
Når forskel i forventet restlevetid mellem socialgrupper stiger, melder sig spørgsmålet om dette også gælder for levetid uden aktivitetsbegrænsning. Udviklingen i social ulighed i gode leveår er ikke undersøgt med en opdeling i indkomstgrupper. Derimod er der gennemført en del analyser med opdeling i uddannelsesgrupper.

Analyser med opdeling i uddannelsesgrupper

Ligesom ulighed i levetid mellem indkomstgrupper er påvist i mange undersøgelser verden over, har også adskillige undersøgelser (både danske og udenlandske) vist, at forventet restlevetid for mennesker med lang uddannelse er længere end for dem med kort uddannelse. Derudover er der ikke noget, der tyder på, at uligheden i forventet levetid uden aktivitetsbegrænsning mellem uddannelsesgrupperne er mindsket i flere årtier.

Flere unge får mere uddannelse i dag end tidligere. Derfor øges uddannelsesniveauet i den yngre del af den voksne befolkning. Som årene går, vil det også gælde den ældre del af befolkningen. Særlig markant har udviklingen været for kvinder. Således viser Figur 4, at blandt 30 årige kvinder har ca. 20.000 en grundskole uddannelse, hvorimod ca. 40.000 kvinder har en lang videregående uddannelse. Blandt 60-årige kvinder har ca. 50.000 kvinder grundskole som højeste uddannelse, og ca. 10.000 har en lang videregående uddannelse.

Figur 4 Aldersfordeling blandt ufaglærte og akademikere. Kvinder 2018, alder 30-65 år



Vi ser en forskydning, hvor stadig flere borgere stilles mere gunstigt med bedre muligheder på arbejdsmarkedet og bedre økonomi. Denne udvikling kan tænkes at have to modsatrettede effekter på social ulighed i sundhed. Dels kan det tænkes, at mennesker med ingen eller kort uddannelse bliver en mere selekteret gruppe med dårligere helbred end den øvrige befolkning. Det kan føre til, at den sociale ulighed stiger mellem denne selekterede gruppe og resten af befolkningen. Dels kan det tænkes, at forskellen mellem socialgrupperne i resten af befolkningen bliver mindre, fordi stadig flere får bedre muligheder. Dette vil mindske den sociale ulighed i resten af befolkningen. Derfor skal analyser af udviklingen i social ulighed i sundhed tage højde for dynamikken i befolkningens sociale sammensætning. Dette er bl.a. forsøgt gjort i en analyse af udviklingen i social ulighed i middellevetid i Danmark (5).

I den undersøgelse blev forventet restlevetid ved alder 30 beregnet for befolkningen dels efter en opdeling i fire faste uddannelseskategorier, dvs. som var uændret over tid, dels efter en opdeling i fire grupper, der konstant var lige store (kvartiler) baseret på uddannelsernes foreskrevne varigheder. Resultaterne fra de to beregninger viste næsten det samme resultat i forhold til, hvor meget den sociale ulighed i forventet restlevetid steg i perioden 1987-2011 (5). Opdaterede resultater fra nyere undersøgelser vises i dette notat.

I de efterfølgende afsnit, er uddannelse opdelt i tre niveauer: *kort uddannelse* defineres ved ingen yderligere uddannelse efter afsluttet grundskole, uddannelse på *mellemniveau* rummer gymnasiale uddannelser og erhvervsfaglig praktik- og hovedforløb. Kategorien *lang uddannelse* dækker gruppen af videregående uddannelser (både korte, mellemlange og lange videregående uddannelser) (Box 4).

Box 4 – Hvordan opdeles i uddannelsesgrupper

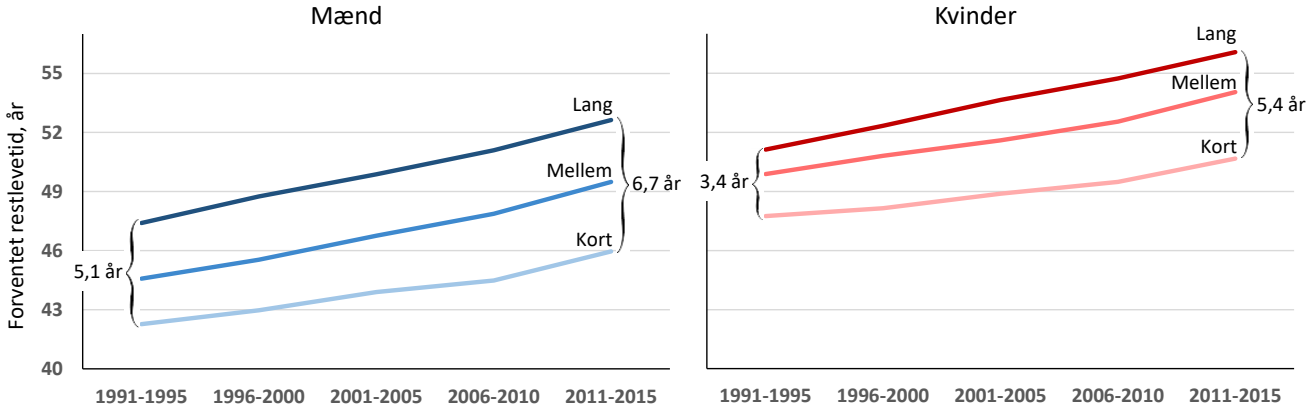
De anvendte tre uddannelseskategorier:

- Kort uddannelse: ingen yderligere uddannelse udover afsluttet grundskole
- Uddannelse på mellemniveau: gymnasiale uddannelser og erhvervsfaglig praktik- og hovedforløb
- Lang uddannelse: korte, mellemlange og lange videregående uddannelser

Den systematiske indsamling af information om befolkningens uddannelse dækkede kun aldre under 78 år i 2000. I dag dækker registeroplysningerne alle aldre (under 98 år), men er ikke fuldt dækkende for indvandrere og flygtninge.

Analyser af de senere års udvikling i dødelighed og helbred opdelt på uddannelsesniveau viser, at uligheden stiger. Figur 5 viser f.eks., at forskellen i forventet restlevetid mellem 30-årige mænd med kort og lang uddannelse siden 1990erne er steget fra 5,1 år til 6,7 år. For kvinder er forskellen steget med 2 år, fra 3,4 år til 5,4 år. I beregningerne er der korrigeret for manglende oplysninger om uddannelse blandt de ældre aldersgrupper ved en demografisk metode, som er beskrevet i en kommende publikation (6).

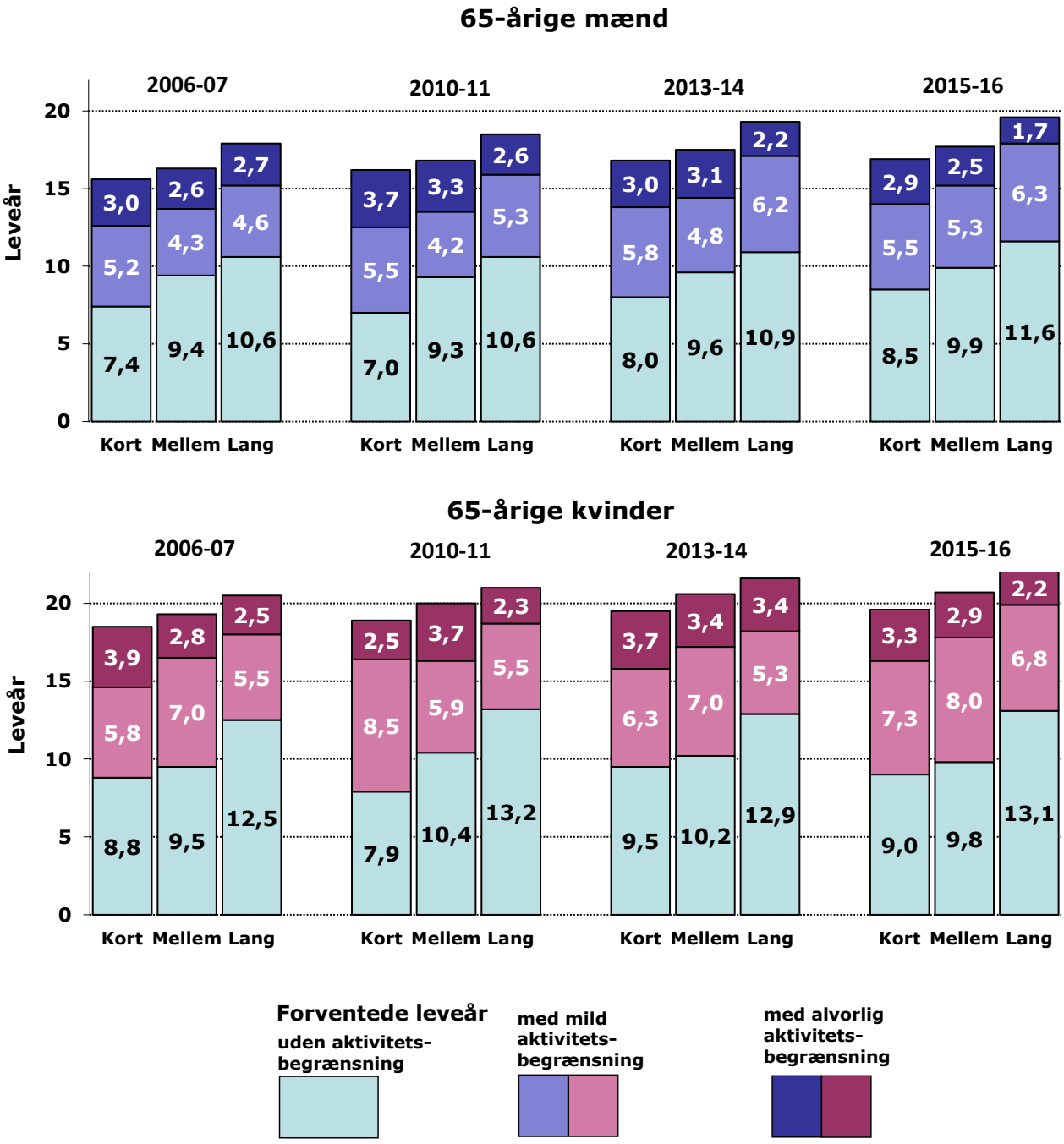
Figur 5 Tyve års udvikling i forventet restlevetid ved alder 30 år opdelt på uddannelsesniveau



Fra 2007 til 2016 steg danskernes forventede restlevetid ved alder 65 med knap 2 år for begge køn og andelen heraf i levetid uden aktivitetsbegrænsning var 63% for mænd og 51% for kvinder. Bag disse stigninger skjuler sig, at uddannelsesniveauet har udviklet sig forskelligt mellem aldersgrupperne. I perioden steg andelen af kvinder med en lang uddannelse fra 19% til 31% og stigningen gjaldt primært de yngste blandt kvinder over 65 år. Blandt mænd over 65 år faldt andelen med kort uddannelse fra 23% til 15%.

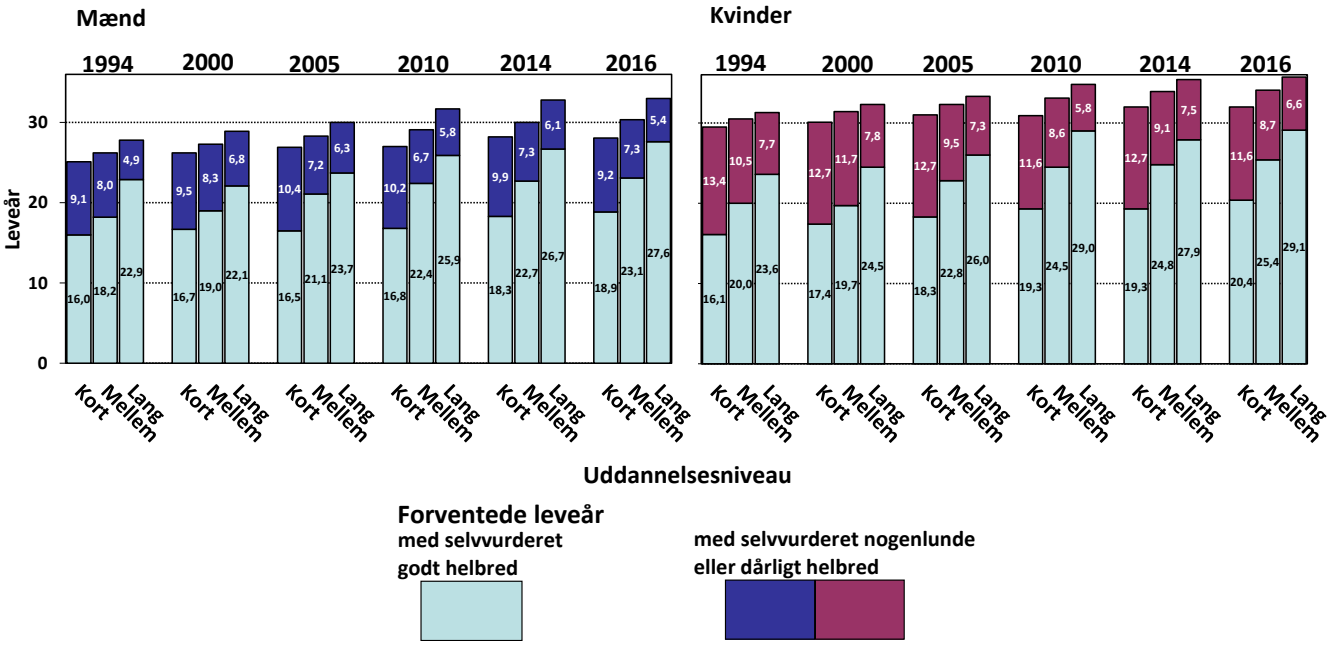
Udviklingen i forventet restlevetid og fordelingen heraf på leveår uden og med aktivitetsbegrænsning opdelt på uddannelsesniveau for 65-årige i perioden 2007-2016 er vist i Figur 6. Det fremgår af figuren, at forskellen i forventet restlevetid i 2016 mellem 65-årige mænd med kort og lang uddannelse var 2,7 år, mens forskellen i forventet levetid uden aktivitetsbegrænsning var 3,1 år. I løbet af perioden steg forskellen i samlet forventet restlevetid mellem mænd med kort og lang uddannelse med 0,4 år, hvorimod forskellen i leveår uden aktivitetsbegrænsning reduceredes med 0,1 år. I 2016 var forskellen i forventet restlevetid for 65-årige kvinder med kort og lang uddannelse 2,5 år, mens forskel i levetid uden aktivitetsbegrænsning var 4,1 år. For kvinder steg forskellen mellem de to uddannelsesgrupper med 0,5 år i samlet restlevetid og med 0,4 leveår uden aktivitetsbegrænsning. Af figuren ses også, at kortuddannede kvinder i 2016 kunne forvente 10,6 (7,3 + 3,3) år med mild eller alvorlig aktivitetsbegrænsning, mens det for kvinder med lang uddannelse ”kun” var 9 (6,8 + 2,2) år. Når forskelle mellem uddannelsesgrupper i den samlede levetid stiger, er det relevant også at undersøge, hvorvidt andelen heraf i levetid uden aktivitetsbegrænsning udvikler sig forskelligt. Af figurens tal kan det udledes, at den relative andel af leveår uden aktivitetsbegrænsning af den øgede samlede levetid var 84,6% for mænd med kort uddannelse og 58,8% for mænd med lang uddannelse – altså den relativt største fremgang sås her for kortuddannede mænd. For kvinder med kort uddannelse var andelen 18,2% og for kvinder med lang uddannelse 37,5%. For mænd og kvinder med uddannelse på mellemniveau var andelen 35,7% henholdsvis 21,4%. Publikationerne (7 og 8) indeholder flere detaljer og resultater.

Figur 6 Ti års udvikling i forventet restlevetid uden og med aktivitetsbegrænsning fra alder 65 år opdelt på uddannelsesniveau

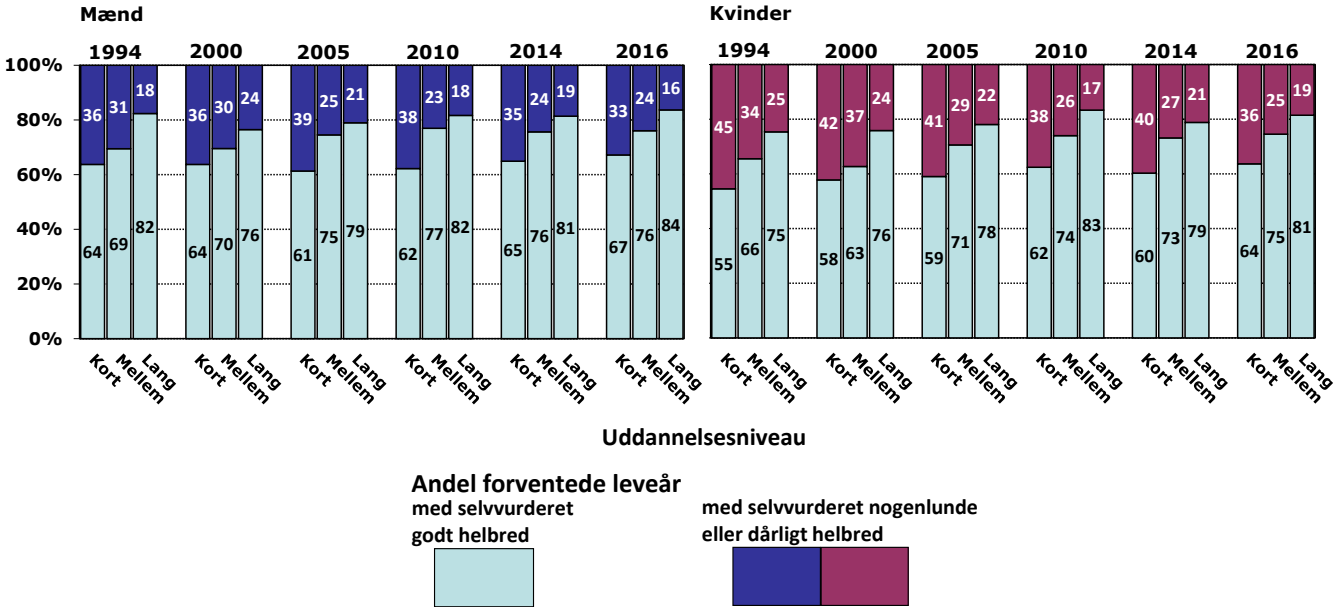


Et eksempel på gode/tabte gode leveår beregnet med udgangspunkt i et andet mål for helbred end aktivitetsbegrænsning er vist i Figur 7A, hvor helbredsstilstanden er målt ved selvvurderet helbred (se Box 2). Da dette spørgsmål er forblevet uændret i over tyve år i forskellige interviewundersøgelser, har det været muligt at se udviklingen over en længere årrække. Sammenlignes udviklingen for mænd med kort og lang uddannelse, fremgår det, at forskellen i forventet restlevetid med selvvurderet godt helbred er steget med 1,8 år fra 6,9 år i 1994 til 8,7 år i 2016. I denne periode er forskellen i forventet restlevetid med selvvurderet nogenlunde eller dårligt helbred til gengæld reduceret med 0,4 år, fordi mænd med kort uddannelse har en (ubetydelig) forøget (med 0,1 år) forventet levetid med nogenlunde eller dårligt helbred (fra 9,1 til 9,2 år) samtidig med, at forventet levetid med nogenlunde eller dårligt helbred er steget med 0,5 år (fra 4,9 til 5,4 år) for mænd med lang uddannelse. Den tilsvarende opgørelse for kvinder viser, at forskellen i forventet restlevetid med selvvurderet godt helbred er steget med 1,2 år fra 1994 til 2016 samtidig med, at forskellen mellem kvinder kort og lang uddannelse i forventet restlevetid med selvvurderet nogenlunde eller dårligt helbred er reduceret med 0,7 år. Da forventet restlevetid stiger for alle grupper, er det nærliggende også at undersøge, hvordan udviklingen i andelen af leveår med selvvurderet godt henholdsvis nogenlunde eller dårligt helbred fordeler sig i forhold til samlet levetid. Figur 7B viser et lidt uklart billede, som i nogen grad skyldes statistisk usikkerhed, da der i nogle år indgår relativt få deltagere i datagrundlaget fra interview-undersøgelserne. Der kan således ikke udledes en klar og entydig konklusion om udviklingen i social ulighed i gode/tabte gode leveår baseret på dette helbredsmål; men der er dog grundlag for at konkludere, at forskellen mellem uddannelsesgrupperne i forventet levetid med selvvurderet godt helbred ikke er blevet mindre.

Figur 7A Forventet restlevetid ved alder 50 opdelt på selvvurderet godt og mindre godt helbred og uddannelsesniveau, 1994-2016



Figur 7B Andel af samlet forventet restlevetid fordelt på selvvurderet godt/nogenlunde eller dårligt helbred ved alder 50 opdelt på uddannelsesniveau, 1994-2016



I en undersøgelse af lidt ældre dato er social ulighed i sygdomsbyrde analyseret (9, 10). Her er forskel mellem uddannelsesgrupperne i levetid i aldersintervallet 30 til 75 med udvalgte sygdomme beregnet ved brug af en metode baseret på hypotetisk eliminering af en specifik sygdom og dødsårsag. Når en dødsårsag elimineres i beregningerne, justeres dødsrisikoen for andre dødsårsager ved en standard demografisk metode – detaljer er nærmere beskrevet i (9). Tabel 1 viser resultaterne for kræft, hjertekarsygdomme og muskel- og skelet-sygdomme.

Kræft er årsag til, at forventet restlevetid mellem alder 30 og 75 år er 0,3 år (mænd: 3,1 - 2,8; kvinder: 1,6 - 1,3) kortere for dem, der har en kort uddannelse, end for dem, der har en lang uddannelse. Forekomst af multisygdom stiger med faldende uddannelsesniveau. Så da mange lider af flere sygdomme, vil eliminering af kræft øge forskellen mellem personer med kort og lang uddannelse i forventet levetid med langvarig, belastende sygdom i aldersintervallet 30-75 med 0,2 år (mænd: 4,1 - 3,9; kvinder: 5,2 - 5,0). Hjerte-kar-sygdomme er årsag til, at 30-årige mænd med kort uddannelse i gennemsnit mister 0,6 leveår (3,1 - 2,5) før alder 75 år i forhold til mænd med lang uddannelse. På grund af hjerte-kar-sygdomme er forventet levetid uden langvarig, belastende sygdom 0,7 år (7,0 - 6,3) kortere for kort uddannede end for dem med lang uddannelse. For kvinder kan 0,4 år (1,6 - 1,2) af forskellen i levetid mellem langt og kort uddannede tilskrives hjerte-kar-sygdomme. Men på grund af andre sygdomme vil eliminering af hjerte-kar-sygdomme øge forskellen i sygdomsbyrden mellem uddannelsesgrupperne, idet de kort uddannede kvinder kunne forvente 0,3 flere leveår (5,3 - 5,0) med sygdom end de langt uddannede kvinder, selv om hjerte-kar-sygdomme ikke fandtes.

Tabel 1 Forskel mellem danskere med lang og kort uddannelse i forventet restlevetid og forventet levetid uden og med langvarig sygdom i aldersintervallet 30-75 før og efter hypotetisk eliminering af specifikke sygdomme (regneeksempel: 3,1 = 7,0 – 3,9)

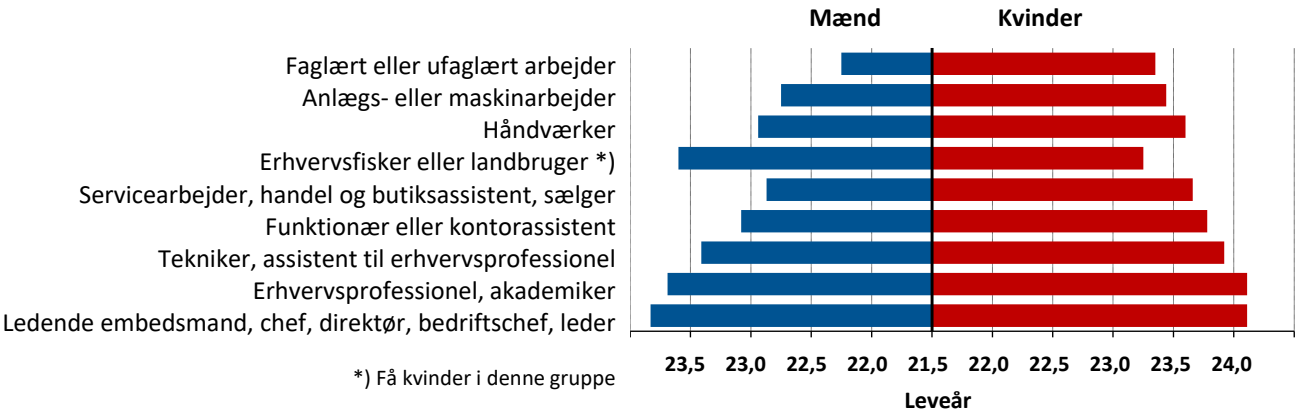
	Længere forventet restlevetid for langt uddannede i forhold til kort uddannede år	Længere forventet levetid uden langvarig sygdom for langt uddannede i forhold til kort uddannede år	Kortere forventet levetid med langvarig sygdom for langt uddannede i forhold til kort uddannede år
Mænd			
Observeret	3,1	7,0	3,9
Elimineret sygdom			
kræft	2,8	6,9	4,1
hjertekarsygdomme	2,5	6,3	3,8
muskel- og skeletsygdomme	3,1	5,7	2,6
Kvinder			
Observeret	1,6	6,6	5,0
Elimineret sygdom			
kræft	1,3	6,5	5,2
hjertekarsygdomme	1,2	6,5	5,3
muskel- og skeletsygdomme	1,6	5,4	3,8

Analyser med opdeling i erhvervsgrupper

Uddannelse, indkomst og erhverv er de mest udbredte oplysninger som benyttes til opdeling i socialgrupper. Selvom der er en stærk sammenhæng mellem disse, belyser de forskellige aspekter af social ulighed i sundhed. Hvis der f.eks. er fokus på arbejdsmiljøets betydning for helbredet, er det relevant at opdele i erhvervsgrupper. Hvis man ønsker at undersøge helbredet blandt personer, som nærmer sig pensionsalderen, er det nærliggende at undersøge, hvordan helbredet er blandt ældre medarbejdere i forskellige erhverv(sgrupper).

Figur 8 viser forventede leveår i aldersintervallet 50-75 fordelt på ni erhvervsgrupper. Den øvre aldersgrænse (75 år) er valgt, da stort set alle er pensioneret efter den alder. Desuden reduceres selektionsbias, som følge af forskel i dødelighed mellem grupperne. Erhvervsgruppe for pensionerede personer er den, som de tilhørte før tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Den maksimalt mulige levetid er 25 (75 – 50) år.

Figur 8 Forventet levetid mellem alder 50 og 75 opdelt på ni erhvervsgrupper



*) Få kvinder i denne gruppe

Figur 8 viser en klar social gradient i levetid. F.eks. er forskellen i levetid fra alder 50 til 75 mellem arbejdere og personer i de øverste lederstillinger 1,6 år for mænd og 0,8 år for kvinder.

Box 5 – Hvordan opdeles i erhvervsgrupper

Ved analyser af forventet restlevetid opdeles i ni erhvervskategorier:

- Faglært eller ufaglært arbejder
- Anlægs- eller maskinarbejder
- Håndværker
- Erhvervsfisker eller landbruger
- Servicearbejder, handel og butiksassistent, sælger
- Funktionær eller kontorassistent
- Tekniker, assistent til erhvervsprofessionel
- Erhvervsprofessionel, akademiker
- Ledende embedsmand, chef, direktør, bedriftschef, leder

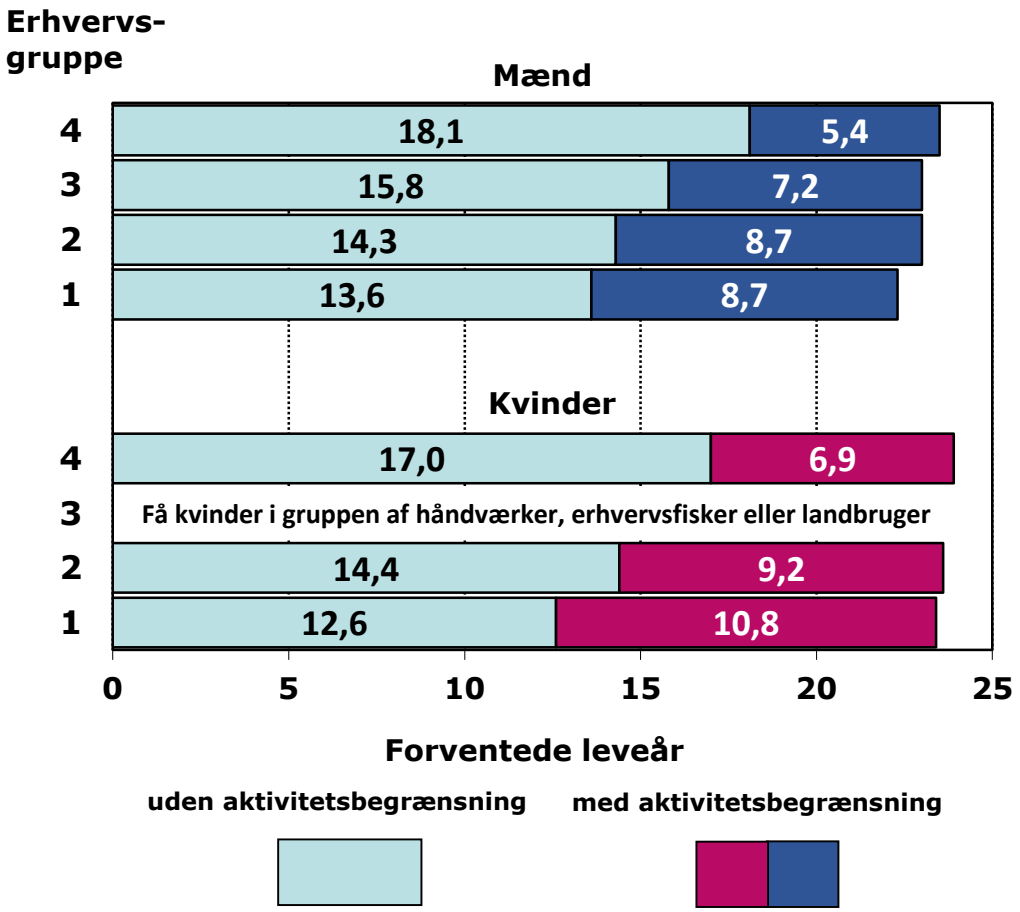
Til analyser af forventet restlevetid uden aktivitetsbegrænsning rækker datagrundlaget kun til fire kategorier:

1. Faglært eller ufaglært arbejder, anlægs- eller maskinarbejder
2. Servicearbejder, handel og butiksassistent, sælger, funktionær eller kontorassistent
3. Håndværker, erhvervsfisker eller landbruger
4. Tekniker, erhvervsprofessionel, akademiker, ledende embedsmand, chef, direktør, leder

På grund af begrænsninger i data er det nødvendigt at slå erhvervsgrupper sammen ved beregning af gode/tabte gode leveår opdelt på erhverv. Med en opdeling i fire grupper (se Box 5) viser Figur 9 forventet levetid fra alder 50 frem til alder 75, og hvor mange leveår der forventes uden og med aktivitetsbegrænsning.

Af figuren fremgår det tydeligt, at den sociale gradient er væsentlig stejlere for levetid uden aktivitetsbegrænsning end for samlet levetid. Blandt mænd er f.eks. forventet levetid mellem alder 50 og 75 for gruppen af faglærte og ufaglærte arbejdere, anlægs- eller maskinarbejdere 1,2 år kortere end for gruppen af teknikere, erhvervsprofessionelle, akademikere, ledende embedsmænd, direktører og ledere, mens forskellen i forventet levetid uden aktivitetsbegrænsning er 4,5 år. For kvinder i disse to erhvervskategorier er forskellen i samlet levetid henholdsvis levetid uden aktivitetsbegrænsning 0,5 år og 4,4 år. Det betyder så også, at mænd og kvinder i gruppen af faglærte og ufaglærte arbejdere, anlægs- eller maskinarbejdere har væsentlig flere leveår med aktivitetsbegrænsning end gruppen af teknikere, erhvervsprofessionelle, akademikere, ledende embedsmænd, direktører og ledere – 3,3 år for mænd og 3,9 år for kvinder.

Figur 9 Forventet levetid mellem alder 50 og 75 uden og med aktivitetsbegrænsning opdelt på fire erhvervsgrupper (se Box 5)



Datamateriale og metode

I Box 1-5 er undersøgelsernes væsentligste definitioner og variabler beskrevet. Analyserne udnytter de danske registre, som indsamles af de relevante ministerier og styrelser. Via Danmarks Statistik og Sundheds-datastyrelsen er disse data tilgængelige for andre myndigheder, forvaltninger, forskere o.a. under en række betingelser, der sikrer, at lovgivning om personfølsomme oplysninger, datasikkerhed etc. er opfyldt. Da data ved hjælp af personnummeret kan kobles på individniveau, er det bl.a. muligt at konstruere kønsspecifikke overlevelsestavler for forskellige indkomst-, uddannelses- eller erhvervsgrupper. Overlevelsestavler er grundlaget for dødelighedsanalyser og beregning af middellevetid/forventet restlevetid. Som beskrevet nedenfor beregnes leveår uden og med aktivitetsbegrænsning (eller med selvvurderet godt eller mindre godt helbred) opdelt på socialgruppe ved at kombinere overlevelsestavlernes data og besvarelser af spørgsmål om aktivitetsbegrænsning (eller selvvurderet helbred) (se Box 2) fra den danske del af helbredsundersøgelsen om helbred, aldring og tilbagetrækning i Europa: "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" (SHARE, http://www.share-project.org/) eller Sundheds- og sygelighedsunder-søgelserne (Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (sdu.dk)).

SHARE blev startet i 2004 med Syddansk Universitet som den danske partner. Ved den første dataindsamling blev et repræsentativt udsnit af danskere i aldersgruppen 50 år og derover inviteret og knap 1600 (63,2%) deltog. Data blev indsamlet ved besøgsinterviews gennemført af interviewerkorpset ved Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI nu VIVE). Dataindsamlingen er siden udvidet og gentages hvert andet år,

dels med geninterviews af tidligere deltagere dels ved besøg hos nye deltagere. Siden første dataindsamling, har mellem 2500 og 4100 deltaget. Deltagelsesprocenten har varieret mellem 60% og 69% blandt de inviterede. I dette notat indgår ikke SHARE data fra 2004. Således omfatter resultater fra de tidlige perioder i Figur 7A og 7B data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne ved Statens Institut for Folkesundhed (tidl. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, DIKE), som frem til 2005 blev indsamlet ved besøgsinterviews gennemført af Danmarks Statistiks professionelle interviewerkorps og suppleret med et selvadministreret spørgeskema. Også analysen af social ulighed i sygdomsbyrden præsenteret i Tabel 1 er baseret på data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne. I 1994 deltog 4667 (78,0%) blandt de inviterede, i 2000 og 2005 deltog 22484 (74,2%) henholdsvis 21832 (66,7%).

Manglende deltagelse forventes at påvirke resultaterne. De fleste undersøgelser, som har vurderet forskellen i helbred mellem deltagere og ikke-deltagere peger på, at personer med godt helbred er mere tilbøjelige til at deltage end personer med mindre godt helbred. Hvis forskellen i helbred mellem personer på forskellige uddannelsesniveauer fordeler sig på samme måde blandt deltagere som blandt ikke-deltagere, vil det betyde, at de præsenterede forskelle i forventet levetid med godt helbred mellem uddannelsesgrupperne undervurderes.

I de analyser (de fleste), som inkluderer data fra interviewundersøgelser, er resultaterne behæftet med statistisk usikkerhed og betyder, at konklusioner i nogle tilfælde må tages med et vist forbehold. F.eks. er konklusionen på resultaterne fra undersøgelsen af udviklingen i gode/tabte gode leveår, som er baseret på selvvurderet helbred, usikker, omend der er belæg for at konkludere, at den sociale ulighed i levetid med selvvurderet godt helbred ikke er reduceret.

Beregning af leveår uden og med (mild eller alvorlig) aktivitetsbegrænsning baseres på Sullivans metode (12). For hver socialgruppe beregnes her det forventede antal leveår (personår) i 5-års aldersintervaller på basis af overlevelsestavlen og multipliceres med de aldersspecifikke prævalenser (forekomster) af ingen, mild eller alvorlig aktivitetsbegrænsning. Herefter kan f.eks. forventet restlevetid uden aktivitetsbegrænsning fra alder 65 beregnes ved at addere de aldersspecifikke forventede antal leveår uden aktivitetsbegrænsning i aldersintervallerne 65-69, 70-74, …, 85+ og dividere summen med antallet af overlevende ved alder 65. Subtraheres dette resultat fra forventet restlevetid ved alder 65, fås forventet restlevetid med aktivitetsbegrænsning. Ved at relatere forventet levetid uden aktivitetsbegrænsning til den samlede forventede restlevetid fås et mål for andelen af leveår uden aktivitetsbegrænsning. Samme metode anvendes for andre mål for helbred end aktivitetsbegrænsning, f.eks. selvvurderet helbred.

Konklusion

I dette notat er resultater fra en række forskningsprojekter om social ulighed i dødelighed, forventet restlevetid og fordelingen heraf på leveår med godt og dårligt helbred præsenteret. Når forventet restlevetid opdeles i gode/tabte gode leveår tilføjes en helbredsdimension til analyser af forventet levetid. Mens dødelighedsanalyser har et entydigt udfald (når dødsårsager ikke indgår), har helbred mange forskellige definitioner. Derfor afhænger resultaterne fra analyser af gode/tabte gode leveår af den valgte helbredsindikator. Notatet præsenterer primært undersøgelser baseret på helbred defineret ved aktivitetsbegrænsning (Global Activity Limitation Indicator) (se side 3), som er en udbredt anvendt helbredsindikator i forskning om helbred i ældre befolkningsgrupper. I notatet er der desuden vist resultater for gode/tabte gode leveår, hvor helbred er målt ved andre indikatorer: Selvvurderet helbred samt udvalgte sygdomme.

Som definition af social position i de præsenterede analyser er anvendt opdelinger baseret på uddannelse, erhverv eller indkomst.

Hovedresultaterne fra projekterne er:

1. Der er stor social ulighed i dødelighed mellem uddannelses-, erhvervs- og indkomstgrupper. Og den sociale ulighed er endnu større, når man ser på forskelle i leveår uden aktivitetsbegrænsning eller langvarig sygdom:
    - I 2013-14 var 65-årige danskeres forventede restlevetid 17,7 år for mænd og 20,8 år for kvinder, hvoraf 9,7 år henholdsvis 11,0 år var uden aktivitetsbegrænsning svarende til 54,8% for mænd og 52,8% for kvinder af den samlede restlevetid. Forskellen i samlet restlevetid mellem den fattigste og rigeste fjerdedel blandt 65-årige var 4,4 år for mænd og 2,8 år for kvinder, mens forskellen i levetid uden aktivitetsbegrænsning var 6,1 år for mænd og 5,4 år for kvinder. Af den samlede restlevetid udgjorde andelen af leveår uden aktivitetsbegrænsning 42,5% henholdsvis 63,2% for den fattigste og rigeste fjerdedel blandt 65-årige mænd. Blandt 65-årige kvinder var andelen 46,7% for den fattigste og 64,8% for den rigeste fjerdedel.
    - Der er en markant forskel mellem erhvervsgrupper i levetid uden og med aktivitetsbegrænsning.
    - Social ulighed i levetid med sygdom skyldes bl.a., at forekomst af multisygdom stiger med faldende uddannelsesniveau.
2. Social ulighed i dødelighed mellem indkomst- og uddannelsesgrupper er steget de sidste mange år:
    - I 1986 var middellevetiden 69,1 år og 74,6 år for den fattigste og rigeste fjerdedel af danske mænd. For kvinder var middellevetiden henholdsvis 74,8 år og 80,1 år. Denne forskel på 5,5 år for mænd og 5,3 år for kvinder var i 2018 steget til 10,0 år for mænd og 6,0 år for kvinder. For den rigeste del af befolkningen er der sket en stærk kompression af dødeligheden (dvs. koncentration af dødsfald ved høj alder), som ikke ses hos den fattigste fjerdedel af befolkningen.
    - Siden 1990erne er forskellen i forventet restlevetid mellem 30-årige med kort og lang uddannelse steget med 1,6 år for mænd og med 2,0 år for kvinder.
3. Danskerne lever længere, men de ekstra leveår har ikke bidraget til en reduktion af den sociale ulighed i levetid med godt helbred.
    - Forventet restlevetid øgedes mere blandt mennesker med lang end med kort uddannelse.
    - I perioden 2007-2016 steg den forventede restlevetid for 65-årige med knap 2 år og andelen heraf i levetid uden aktivitetsbegrænsning var 63% for mænd og 51% for kvinder. Den relative andel af leveår uden aktivitetsbegrænsning i øget levetid var mindst for kvinder med kort uddannelse (18,2%). Andelen steg med uddannelsesniveau med den undtagelse, at mænd med kort uddannelse havde den største stigning (på 84,6%).
    - Ligesom for levetid uden aktivitetsbegrænsning stiger levetid med selvvurderet godt helbred jo højere uddannelsesniveauet er, og uligheden er ikke mindsket siden 1990erne.

Litteraturliste

1. Jeune B, Brønnum-Hansen H. Trends in health expectancy at age 65 for various health indicators, 1987-2005, Denmark. European Journal of Ageing 2008;5:279-285. https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-008-0100-x

2. Jeune B, Eriksen ML, Andersen-Ranberg K, Brønnum-Hansen H. Improvement in health expectancy at ages 50 and 65 in Denmark during the period 2004-2011. Scandinavian Journal of Public Health 2015;43:254-259. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494815569104?journalCode=sjpc

3. Brønnum-Hansen H. Socially disparate trends in lifespan variation: A trend study on income and mortality based on nationwide Danish register data. BMJ Open 2017; http://bmjopen.bmj.com/content/7/5/e014489.

4. Brønnum-Hansen H, Foverskov E, Andersen I. Income inequality in life expectancy and disability-free life expectancy in Denmark. Journal of Epidemiology and Community Health 2021;75:145-150. http://dx.doi.org/10.1136/jech-2020-214108

5. Brønnum-Hansen H, Baadsgaard M. Widening social inequality in life expectancy in Denmark. A register-based study on social composition and mortality trends for the Danish population. BMC Public Health 2012;12:994. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-994

6. Németh L, Jasilionis D, Brønnum-Hansen H, Jdanov DA. Method for reconstructing mortality by educational groups. Population Health Metrics 2021. In review.

7. Brønnum-Hansen H, Eriksen ML, Andersen-Ranberg K, Jeune B. Persistent social inequality in life expectancy and disability-free life expectancy: Outlook for a differential pension age in Denmark. Scandinavian Journal of Public Health 2017;45:459-462. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494816683591

8. Brønnum-Hansen H, Baadsgaard M, Eriksen ML, Andersen-Ranberg K, Jeune B. Educational inequalities in health expectancy during the financial crisis in Denmark. International Journal of Public Health 2015;60:927-935. https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-015-0726-3

9. Brønnum-Hansen H, Davidsen M. Social differences in the burden of long-standing illness in Denmark. Social and Preventive Medicine 2006;51:221-231. https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-006-5081-y

10. Brønnum-Hansen H. Social ulighed i sygdomsbyrde. Ugeskrift for Læger 2007;169:2526-2528. https://ugeskriftet.dk/videnskab/social-ulighed-i-sygdomsbyrde

11. Brønnum-Hansen H, Foverskov E, Andersen I. Occupational inequality in health expectancy in Denmark. Scandinavian Journal of Public Health 2020;48:338-345. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494819882138

12. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Rep* 1971;86:347-54. ptpmcrender.fcgi (europepmc.org)

Forsikring & Pension

Analyseforslag til Pensionskommissionen

Nedenfor er listet analyser, som Forsikring & Pension vurderer er essentielle for at kunne løse de opgaver, der opstilles med kommissoriet.

Incitamenter til opsparing, dækningsgrader og balancen mellem søjle 1 og 2 i det samlede pensionssystem i dag og i det fremtidige, modnede pensionssystem

Der er behov for en detaljeret beskrivelse af pensionssystemet i dag og i det modnede system.

I kortlægningen skal inddrages konsekvenser af samspilsløsningerne fra 2017 og 2018 med særligt fokus på effekten af målretningen af aldersopsparingen, der på sigt alt andet lige vil reducere aftrapningsgrundlaget for de indkomstafhængige ydelser.

Kortlægning bør som minimum indeholde:

- Omfanget af samspilsproblemer for forskellige undergrupper, herunder også for samlevende/ægtefæller
- Dækningsgrader for forskellige uddannelsesgrupper, socioøkonomiske grupper mv.
- Omfanget af modregning i folkepensionsydelser og behovsbestemte ydelser
- Effekten af tvangsopsparing for overførselsindkomster
- Følsomhedsanalyser af afkastforudsætningerne

Denne kortlægning kan give baggrund for en kvantificering af udestående samspilsproblemer, herunder en vurdering af nye initiativer som et "skatteloft" over maksimal aftrapning som borgernær løsning af samspilsproblemerne for også trangsbestemte ydelser. Det kan eksempelvis ske ved, at ingen har en sammensat marginalskat på pensionsudbetalinger større end topskatten på lønindkomst (56,4 pct.). Det skal dog bemærkes, at et loft på 56,4 pct. kun vil få effekt for behovsbestemte ydelser som f.eks. boligydelse. Loftet skal længere ned, hvis aftrapningen af pensionstillægget skal påvirkes.

21.12.2020

Forsikring & Pension
Philip Heymans Allé 1
2900 Hellerup
Tlf.: 41 91 91 91
fp@forsikringogpension.dk
www.forsikringogpension.dk

Peter Foxman
Cheføkonom
Dir. 41 91 91 28
pfo@forsikringogpension.dk

Sagsnr. GES-2019-00305
DokID 415263

Hidtil er de individbaserede analyser af det modnede pensionssystem lavet med udgangspunkt i fremskrivninger baseret på sammenklippede livsforløb. F&P vurderer, at denne metode har sine begrænsninger, da variation i individdataene bliver formindsket jo flere år frem, der fremskrives. Det vil derfor være oplagt at tage udgangspunkt i DREAM's SMILE-model, der rummer en mere sofistikeret fremskrivningsmetode.

Der kan i emneområder for analyserne tages udgangspunkt i "Det danske pensionssystem nu og i fremtiden" (2017) fra Finansministeriet.

Virkningerne af fleksibel tilbagetrækning på tilbagetrækningsalderen
De generelle virkninger på arbejdsbuddet af en mere fleksibel tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet skal analyseres både med hensyn til beskæftigelse før folkepensionsalderen og efter folkepensionsalderen. F.eks. bør det søges besvaret, om en gradvis tilbagetrækning i tiden før folkepensionsalderen medvirker til at øge arbejdsudbuddet både før og efter folkepensionsalderen, og hvilken betydning den stigende folkepensionsalder vil få for efterspørgslen efter fleksibel tilbagetrækning.

Følgende problemstillinger kan overvejes:

- Om den nuværende øgede beskæftigelse blandt personer over folkepensionsalderen er varig, eller vil forsvinde i takt med, at levetidsforlængelsen er indlejret i folkepensionsalderen
- Om fleksibel tilbagetrækning kan mindske behovet for/ønsker om tidligere tilbagetrækning for personer uden helbredsproblemer
- Om øget udbredelse af fleksibel tilbagetrækning kan være med til at mindske behovet for fuldstændig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet for personer med nedsat arbejdsevne

Fokus på forenkling af det offentlige pensionssystem

Det samlede offentlige pensionssystem inkl. behovsbestemte ydelser er særdeles kompliceret. Der bør indledningsvis foretages en grundig kortlægning af de forskellige ydelser, der inddrager, hvordan ydelser tilkendes, og hvordan de aftrappes med anden indkomst og eventuel formue. Ydelser bør forstås bredt og f.eks. også inkludere nedslag i ejendomsværdiskat for pensionister.

Det er helt centralt for pensionsselskaber, at de kan hjælpe deres kunder med deres fremtidige økonomi som pensionister. Det afspejler udviklingen af PensionsInfo, der giver kunderne stor indsigt i deres fremtidige økonomi med fokus på pensionsudbetalinger fra pensionsopsparing. Men det er ikke muligt at give et heldækkende overblik over økonomien, så længe de offentlige ydelser er så komplekse som i dag.

Der skal være særligt fokus på udbetalinger fra pensionsordninger og fra aftrapningen fra erhvervsaktive samleveres erhvervsindkomst, som må antages at påvirke arbejdsudbud negativt.

Det bør være målet, at man fremadrettet kan arbejde sig hen imod et væsentligt mere enkelt offentligt pensionssystem med få indkomstafhængige ydelser, men med nogenlunde uændret fordelingspolitisk profil.

Et mål bør også være at undersøge et bredere indkomstgrundlag for indkomstaftrapningen, der i højere grad end det nuværende er et dækkende mål for pensionistens egen økonomi. Grundlaget bør inddrage flere aktivtyper og formuer end det nuværende grundlag, hvor fokus er på pensionsudbetalinger, mens finansiel formue kun indgår ved afkast, mens forbrug af formuen er fritaget. Ejerbolig indgår efter bortfaldet af lejeværdi slet ikke i aftrapningsgrundlaget.

Forsikring & Pension

Bilag

Beskrivelse af forenklingsforslagene til Kommissionen

F&P har ti konkrete forslag til forenkling af pensionssystemet på den kortere bane.

09.06.2021

Forsikring & Pension
Philip Heymans Allé 1
2900 Hellerup
Tlf.: 41 91 91 91
fp@forsikringogpension.dk
www.forsikringogpension.dk

Lotte Katrine Ravn
Chefkonsulent, cand.polit.
lkr@forsikringogpension.dk

Sagsnr. GES-2021-00031
DokID 426566

Vigtigste forslag

Forslag: Helt eller delvist fjerne modregning ved aldersopsparing på indbetalingstidspunktet, som det f.eks. er sket med feriepenge-løsningen

Hvad er problemet i dag?

Aldersopsparingen er en central del af samspilsløsningen for opsparing tæt på folkepensionsalderen, men der er uhensigtsmæssigheder i ordningen. Brug af aldersopsparing skaber et utilsigtet problem på indbetalingstidspunktet. Det skyldes, at indkomstafhængige ydelser i pensionsopsparerens familie – kontanthjælp, førtidspension, boligsikring, folkepensionens tillæg – nedjusteres, alene fordi pensionsindbetalingerne fra at være indbetalt med fradragsret nu foretages efter betaling af indkomstskat. Det gør det vanskeligt at udbrede aldersopsparing bredt, fordi pensionsselskabet ikke har mulighed for at kunne vurdere, om pensionsopspareren har råd til at indbetale til aldersopsparing. Derfor bliver aldersopsparingens potentiale ikke udnyttet godt nok – og slet ikke i overensstemmelse med intentionen ved ordningens indførsel.

F&P anbefaler, at der rettes op på dette problem ved at sørge for, at omlægning til aldersopsparing ikke påvirker aftrapningen af overførselsindkomster. Det har man gjort tidligere både i forbindelse med udbetalingen af feriepenge og overarbejdsbetaling for COVID-19-kernetropper. Det vil dog betyde et provenutab for det offentlige, der dog skal holdes op mod gevinsterne ved større udbredelse af aldersopsparing.

Hvordan vil forslaget hjælpe?

Forslaget vil gøre det muligt at udrulle aldersopsparing som default-løsning for brede grupper på arbejdsmarkedet, der ikke betaler topskat. Årsagen er, at risikoen for modregning i offentlige ydelser på indbetalingstidspunktet er elimineret.

Betydning af forslag for borgerne, branchen og staten:

Ved at kunne tilbyde aldersopsparing til langt flere danskere, kommer vi tættere på at løse formålet med aldersopsparingen: at løse samspilsproblemet 5 år eller

tættere på folkepensionsalderen. Samtidig fjernes den byrde fra pensionsselskaberne, som den nuværende administration og krav til rådgivning udgør.

Det vil dog betyde et provenutab for det offentlige, der dog skal holdes op mod gevinsterne ved større udbredelse af aldersopsparing. Både i form af positive arbejdsudbudseffekter – samspilsproblemet er jo ultimativt en ekstra-skat på lønindkomst – og fremrykket offentligt provenu.

Forslag: Fjerne ægtefællemodregning for erhvervsindkomst

Hvad er problemet i dag?

Hvis en pensionist er samlevende med en erhvervsaktiv, har lønindkomsten for den erhvervsaktive betydning for størrelsen af folkepensionen gennem modregning i pensionstillægget.

Det betyder overordnet, at den erhvervsaktives arbejdsudbud påvirkes negativt gennem modregningen af samleverens pension. Hvis den erhvervsaktive fx yder en ekstra indsats og får lønforhøjelse, reducerer det ægtefællens pension. En erhvervsaktiv bundskatteyder har hermed en reel marginalskat, der er højere end topskatteniveauet.

Ægtefællemodregningen giver også et helt konkret problem i udrulningen af aldersopsparing. Skift til aldersopsparing giver højere erhvervsindkomst, men kan reducere den disponible indkomst for parret pga. øget modregning. Det er særlig relevant for personer, som indbetaler til aldersopsparing under det høje loft. F&P foreslår, at indbetalinger til aldersopsparing ikke skal modregnes. Hvis det ikke er muligt, kan en fjernelse af ægtefællemodregning afhjælpe en stor del af problemstillingen.

Problemstillingen har haft politisk fokus, hvilket kan aflæses af lempelser i form af højere bundgrænse gennemført i 2019 og 2020.

Hvordan vil forslaget hjælpe?

Forslaget kan være med til, at flere bliver længere tid på arbejdsmarkedet eller arbejder flere timer og - i fravær af andre løsninger - gøre udrulningen af aldersopsparing lettere.

Betydning af forslag for borgerne, branchen og staten:

Forslaget vil give højere disponibel indkomst for par, hvor en af parterne har erhvervsindkomst. Det vil også give borgernær forenkling.

Forslaget vil lette rådgivningsopgaven for selskaberne og kan i fravær af den primære løsning medvirke til at gøre udrulningen af aldersopsparing lettere.

Forslaget skønnes at medføre provenutab for staten, der dog skal ses i lyset af mulighed for større arbejdsudbud.

Forslag: Når man sammenlægger sine pensionsordninger, skal man kunne beholde den laveste PBL-alder

Hvad er problemet i dag?

I forbindelse med jobskifte kan man gebyrfrit samle sine ordninger i det nye pensionsselskab, og samtidig få overført den pensionsalder, der var gældende på sin hidtidige opsparing. Det gælder dog alene, hvis man overfører inden for tre år efter jobskifte, og kun fra det seneste jobskifte. Det gælder også kun ordninger, der er oprettet i forbindelse med et ansættelsesforhold. Det betyder, at ved jobskifte kan kunden have ordninger med forskellige udbetalingsaldre. Det kan gøre det svært at overskue, om man har råd til at trække sig – helt eller delvist.

Hvordan vil forslaget hjælpe?

Det bliver lettere for kunder at overskue tilbagetrækningsmuligheder før folkepensionsalderen. Det kan samtidig give ekstra incitamenter til at samle pensionsopsparing, så der bliver færre små hvilende pensioner.

Betydning af forslag for borgerne, branchen og staten

Det er enklere for borgerne, når der kun er én pensionsudbetalingsalder, de skal forholde sig til.

Det vil være lettere for branchen ikke at skulle administrere pensionsordninger for samme kunde, der har forskellig pensionsalder.

Forslaget skønnes ikke at have væsentlige provenumæssige konsekvenser for staten, men det kan bidrage til, at flere trækker sig lidt tidligere tilbage, hvis deres tidligste pensionsalder ensrettes.

Forslag: Fjerne reglerne helt omkring diskvalificerende udbetalinger, så aldersopsparing bliver mere enkelt at administrere og rådgive om for selskaberne samt forstå for pensionsopsparerne

Hvad er problemet i dag?

Samspilsløsningen indebar en målretning af aldersopsparingen, hvor der kan indskydes 52.400 kr. årligt fra 5 år før folkepensionsalderen. Udbetalingerne fra aldersopsparingen aftrapper ikke offentlige ydelser.

Folketinget har ønsket at afskære muligheden for at flytte tidligere opsparing med løbende udbetaling til aldersopsparing for at undgå modregning.

Derfor afskæres man fra at indbetale op til det høje beløb på aldersopsparing, hvis man i perioden 10 år før folkepensionsalderen har modtaget løbende udbetalinger fra fradragsberettigede pensionsordninger.

Det skader muligheden for at lave en fleksibel tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Man kan f.eks. ikke lave en delvis tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet med delvist træk på pensionsordningen for at sikre forsørgelsesgrundlaget, og samtidigt bruge aldersopsparing.

Regelsættet er meget kompliceret for både borgerne og branchen, og vanskeliggør udrulning af aldersopsparing.

Hvordan vil forslaget hjælpe?

Forslaget vil øge mulighederne for fleksibel tilbagetrækning til fordel for arbejdsudbuddet, og indebære en betydelig forenkling for både borgere og branchen.

Betydning af forslag for borgerne, branchen og staten
Staten frygter, at afskaffelsen af de diskvalificerende udbetalinger vil give stor spekulation i form af omlægning af eksisterende ordninger med løbende udbetalinger. Forslaget skønnes af Skatteministeriet at kunne medføre et provenutab på 1 mia. kr.

Supplerende forslag

Forslag: Samordne modregningsreglerne for pensionsformuer, så der ikke gøres forskel mellem søjle 2- og søjle 3-pensionsformue i forhold til efterløn, og som gør valget mellem tidlig pension og efterløn nemmere at overskue. I relation hertil sikre tilvejebringelse af oplysninger om anciennitetskrav til brug for pensionsselskabernes rådgivning

Hvad er problemet i dag?
Uanset om man er berettiget til efterløn eller den nye Tidlig pension (Arne-pension), så vil der ske en modregning i ydelsen, hvis man har en pensionsopsparing. Ved tidlig pension bliver der modregnet med 80 pct. af den løbende ydelse, uanset om det er pension som led i et ansættelsesforhold (søjle 2) eller en privat pension (søjle 3). I forhold til efterløn er der imidlertid forskel på modregningssatsen afhængig af, om det er opsparing i søjle 2 eller søjle 3.

Personer, der er berettiget til såvel efterløn som tidlig pension, skal forholde sig til forskellige satser for de to ordninger og forskellig modregning. Det gør det vanskeligt at gennemskue, hvilken ordning der er mest attraktiv.

Det foreslås også, at man kan indhente aktuelle oplysninger om kunders anciennitet på et givent tidspunkt, for at kunne rådgive om muligheden for tidlig pension. Et centralt register, der kan opgøre aktuel anciennitet, mangler. Dermed er det svært at rådgive kunderne, om de vil opnå ret til tidlig pension, og, om de har sparet nok op. Samtidig mangler der aktuelle oplysninger om, hvorvidt kunderne kan få ret til tidlig pension. Et centralt register for anciennitet mangler, og dermed muligheden for at kunne rådgive kunderne om, hvorvidt de har sparet nok op til pensionstilværelsen, hvis de kan gå tidligere.

Hvordan vil forslaget hjælpe?
Problemstillingen med modregningen er dels, at det komplicerer pensionssystemet med de forskellige satser, men også, at det gør det mindre attraktivt at spare op til pension fremfor andre opsparingsformer.

En ensretning vil nok imidlertid betyde, at det bliver den højeste sats, der vil gælde, og dermed gøre det endnu mindre attraktivt at spare op til pension. Alternativt skal vi arbejde for at få lempet modregningen af pensionsopsparing i såvel efterløn som tidlig pension. Det vil dog få provenumæssige konsekvenser.

Betydning af forslag for borgerne, branchen og staten
En ensretning vil gøre det lettere for borgerne at overskue konsekvenserne af deres valg om tidligere tilbagetrækning, og gøre det lettere at sammenligne situationen med efterløn versus tidlig pension. Det er en forholdsvis stor personkreds, der vil få glæde af forslaget.

Den provenumæssige virkning er uklar og afhænger af den nærmere udformning af forslaget om modregning.

Indblik i aktuelle anciennitet vil lette selskabernes rådgivning af borgerne.

Forslag: Mulighed for at pause ratepensionen efter påbegyndt *udbetaling*

Hvad er problemet i dag?
Ratepension kan i modsætning til livrente ikke sættes på pause, når udbetaling først er påbegyndt. Det mindsker fleksibiliteten for den enkelte, f.eks. hvis man ønsker at vende tilbage til arbejdsmarkedet igen efter at være gået på pension.

Hvordan vil forslaget hjælpe?
Forslaget vil give mulighed for større fleksibilitet i tilbagetrækningsbeslutningen, og samtidig gøre det mere fleksibilitet at kombinere arbejde og pension.

Betydning af forslag for borgerne, branchen og staten
Forslaget vil som sådan ikke gøre reglerne mindre komplicerede, men de vil opfattes mindre komplicerede og rigide for den enkelte borger og samtidig gøre rådgivningsopgaven mere fleksibel for selskaberne.

Staten har hidtil begrundet den manglende mulighed for pause på ratepension i risikoen for skattespekulation, herunder spekulation imod topskattegrænsen samt i risikoen for spekulation mod sociale ydelser.

Den provenumæssige virkning er uklar. Hvis man sætter en ratepension på pause for at undgå topskat, har det negativ provenuvirkning for staten. Hvis man sætter en ratepension på pause for at arbejde, har det en positiv provenuvirkning. Den negative provenuvirkning kan reduceres ved værnsregler, der dog kan komplicere rådgivningen.

Forslag: Harmonisering af beløbsgrænser for ratepension, aldersopsparing og grænse for opfyldningsfradrag

Hvad er problemet i dag?
I dag findes der forskellige beløbsgrænser i PBL, der gør rådgivningsopgaven mere kompleks hos selskaberne:

- Loft for indbetaling på ratepension: 58.500 kr.
- Grænse for opfyldningsfradrag: 53.800 kr.
- Høj indbetalingsgrænse for aldersopsparing: 52.400 kr.

Hvordan vil forslaget hjælpe?
Ved at ensrette beløbsgrænser vil rådgivningen af borgere blive mere simpel samtidig med, at risikoen for fejl mindskes.

Betydning af forslag for borgerne, branchen og staten
Borgerne vil nok kun i begrænset omfang have glæde af forbedringen.

Forslag: Reducere eller fjerne/sammenlægge de mange offentlige ydelser i pensionsalderen (f.eks. varmetillæg, boligydelse, mediecheck m.v.) samt ensrette modregningen i helbredsrettede ydelser før pensionsalderen

Hvad er problemet i dag?
Der gives i dag en række forskellige ydelser til pensionister med lav indkomst. Det drejer sig fx om varmetillæg, mediecheck og boligydelse.

Ydelserne aftrappes efter vidt forskellige indkomstgrundlag, og det betyder en svær rådgivningsopgave for branchen og meget komplekst regelsæt for borgerne.

Ydelserne gives til specifikke behov, og det vurderes ikke, at regelsættene har stor betydning for incitamenterne for pensionsopsparing, da det ikke på forhånd er muligt at vide, om man får behov for ydelserne.

Hvordan vil forslaget hjælpe?
Forslaget vil gøre rådgivningsopgaven lettere og give borgernær forenkling.

Betydning af forslag for borgerne, branchen og staten
Den provenumæssige virkning er uklar. Hvis man skal tage hensyn til de fordelingsmæssige virkninger af forenklingsforslaget, skønnes forslaget at medføre et provenutab for staten.

Rådgivningsopgaven lettes for branchen.

Forslag: Samordning af pensionistnedslag i ejendomsværdiskat med boligydelse og varmetillæg

Hvad er problemet i dag?
Folkepensionist i ejerbolig får et nedslag i den beregnede ejendomsværdiskat. Nedslaget aftrappes for indkomst og er afhængig af, om man er enlig eller par.

Pensionister i lejebolig kan få boligydelse, der afhænger af huslejen, boligens størrelse og husstandens indkomst mv. Likvid formue har betydning for aftrapningen af boligydelsen.

Der er tale om to meget forskellige regelsæt, der dog begge er knyttet til boligsituationen. Udgiften og omfanget af boligydelsen til lejere er langt større end nedslaget i ejendomsværdiskatten.

Der bør overvejes, om disse meget forskellige regelsæt betyder, at man er mindre tilbøjelig til at skifte bolig, når boligbehovet ændrer sig. Det giver en dårlig udnyttelse af boligmassen.

Hvordan vil forslaget hjælpe?
En samordning og samtænkning kan give forenkling og give bedre udnyttelse af boligmassen.

Betydning af forslag for borgerne, branchen og staten
Den provenumæssige virkning og betydningen for borgerne m.v. vil afhænge af den nærmere udformning af forslaget.

Forslag: Give bedre mulighed for at ændre skattekode af overskydende indskud ved indbetaling over beløbslofter uden strafafgift/beskatning af indskud. AMP-ordningers forrang skal respekteres

Hvad er problemet i dag?
I dag er der ufleksible muligheder for at ændre skattekode på indskud for kunder med pensionsindbetalinger i flere selskaber. Hvis en person f.eks. har betalt for meget til aldersopsparing og først opdager det i året efter indbetalingsåret, er der mulighed for at flytte det overskydende beløb til en fradragsberettiget ordning, men det koster en strafafgift på 4 pct. af det overførte beløb. Strafafgiften på 4 pct. er en værnsregel fra dengang loftet for aldersopsparing var ca. 30.000 kr. for alle aldersgrupper, men med de to nye indbetalingslofter er det begrænset, hvor meget der kan spekuleres.

Hvordan vil forslaget hjælpe?
Forslaget vil gøre det billigere for forbrugeren at flytte indbetalinger over lofterne.

Betydning af forslag for borgerne, branchen og staten
Forslaget vil være særligt relevant, hvis forbrugeren både er kunde eller medlem i et pensionsselskab og samtidig er kunde i et pengeinstitut. Hvis strafafgiften for overskydende beløb til aldersopsparing fjernes, vil forbrugerne opleve, at pension og pensionsselskabernes forretningsmodel med en mindre grad af kundekontakt er lidt mindre byrdefuldt. Forslaget skønnes at være provenuneutralt for staten.

Følgegruppe til Kommissionen om Tilbagetrækning og Nedslidning

Forsikring & Pension

Forenkling af det nuværende pensionssystem - forslag fra Forsikring & Pension til Kommission om tilbagetrækning og nedslidning

Jeg vil gerne kvittere for muligheden for, at F&P kan komme med forslag til forenkling af det nuværende pensionssystem. Forslagene vil hver især kunne implementeres relativt let og medvirke til at forenkle på den korte bane, så pensionssystemet bliver lettere at forstå for den enkelte dansker og lettere at administrere for pensionsselskaberne.

For F&P er følgende forslag vigtigst på kort sigt:

- Helt eller delvist fjerne modregning ved aldersopsparing på indbetalingstidspunktet, som det f.eks. er sket med feriepenge-løsningen
- Fjerne ægtefællemodregning for erhvervsindkomst
- Når man sammenlægger sine pensionsordninger, skal man kunne beholde den laveste PBL-alder
- Fjerne reglerne helt for diskvalificerende udbetalinger, så aldersopsparing bliver mere enkel at administrere og rådgive om for selskaberne samt forstå for pensionsopsparerne

Derudover bør Kommissionen ligeledes på den korte bane se på følgende forslag:

- Samordne modregningsreglerne for pensionsformuer, så der ikke gøres forskel mellem søjle 2- og søjle 3-pensionsformue i forhold til efterløn; det vil gøre valget mellem tidlig pension og efterløn nemmere at overskue. I relation hertil sikre tilvejebringelse af oplysninger om anciennitetskrav til brug for pensionsselskabernes rådgivning
- Mulighed for at pause ratepensionen efter påbegyndt udbetaling
- Harmonisering af beløbsgrænser for ratepension, aldersopsparing og grænse for opfyldningsfradrag
- Reducere eller fjerne/sammenlægge de mange offentlige ydelser i pensionsalderen (f.eks. varmetillæg, boligydelse, mediecheck m.v.) samt ensrette modregningen i helbredsrettede ydelser før pensionsalderen
- Samordning af pensionistnedslag i ejendomsværdiskat med boligydelse og varmetillæg

09.06.2021

Forsikring & Pension
Philip Heymans Allé 1
2900 Hellerup
Tlf.: 41 91 91 91
fp@forsikringogpension.dk
www.forsikringogpension.dk

Lotte Katrine Ravn
Chefkonsulent, cand.polit.
lkr@forsikringogpension.dk

Sagsnr. GES-2021-00031
DokID 426582

- Give bedre mulighed for at ændre skattekode af overskydende indskud ved indbetaling over beløbslofter uden strafafgift/beskatning af indskud. AMP-ordningers forrang skal respekteres

Forslagene er uddybet i vedlagte bilag.

Med venlig hilsen

Jan V. Hansen

Forsikring & Pension

Invalidepension i arbejdsmarkedspensionssystemet

21.12.2020

Forsikring & Pension
Philip Heymans Allé 1
2900 Hellerup
Tlf.: 41 91 91 91
fp@forsikringogpension.dk
www.forsikringogpension.dk

Troels Hauer Holmberg
Chefkonsulent
Dir. 41919082
trh@forsikringogpension.dk

Sagsnr. GES-2017-00378
DokID 413893

Analysen viser:

- Alle arbejdsgiveradministrerede pensionsordninger indeholder som udgangspunkt en invalidepensionsordning – også kaldet en forsikring mod tab af erhvervsevne. I 2018 var der ca. 2,4 mio. personer, der indbetalte til én eller flere arbejdsgiveradministrerede pensionsordninger, og i 2019 var der ca. 70.000 personer under 65 år, der modtog udbetaling fra en invalidepension.
- Invalidepension supplerer de offentlige ydelser for personer, der har mistet en væsentlig del af deres arbejdsevne som følge af nedslidning, sygdom eller ulykke. Blandt modtagerne af invalidepension var 66 pct. førtidspensionister, 17 pct. var i fleksjob eller på ledighedsydelse og 4 pct. modtog sygedagpenge i 2018.
- Personer, der modtager løbende invalidepension, repræsenterer alle uddannelsesgrupper, men sammenlignet med hele arbejdsstyrken, er der en overvægt af personer med en erhvervsfaglig uddannelse eller personer uden en erhvervskompetencegivende uddannelse. Disse to grupper udgør 55 pct. af arbejdsstyrken, men 73 pct. af dem, som modtager løbende invalidepension.
- Reglerne for modregning af invalidepension er komplekse og varierer på tværs af de offentlige ydelser rettet mod personer med nedsat erhvervsevne. Det skaber huller i lønmodtagernes økonomiske sikkerhedsnet, og betyder, at nedslidte kan opleve store "spring" i indkomsten ved overgangen mellem ydelser. Der er behov for en gentænkning af reglerne for modregning af invalidepension.

Brancheorganisation
for forsikringsselskaber
og pensionskasser

1.0 Invalidepension supplerer de offentlige ydelser

Tre søjler

Forsørgelsen af borgere med nedsat arbejdsevne består af tre søjler ligesom alderspensionssystemet.

I **søjle 1** har vi de offentlige ydelser. Lovgivningen indeholder en række midlertidige og længerevarende forsørgelsesmuligheder for borgere med nedsat arbejdsevne. Det drejer sig bl.a. om sygedagpenge, revalidering, jobafklarings- og ressourceforløb, fleksjob og ledighedsydelse, fleksydelse, senior- og førtidspension, samt efterløn.

I **søjle 2** har vi firma- og arbejdsmarkedspensionsordningernes kollektivt forhandlede invalidepensionsordninger. Ordningerne supplerer de offentlige ydelser i søjle 1, da disse er på kontanthjælps- eller dagpengeniveau, og derfor er utilstrækkelige for mange lønmodtagere. Ca. 92 pct. af de fuldtidsbeskæftigede lønmodtagere i alderen 25-64 år indbetalte i 2018 på en arbejdsgiveradministreret pensionsordning, der som udgangspunkt indeholder en invalidepensionsordning.

I **søjle 3** finder vi forsikringer mod tab af erhvervsevne, som købes individuelt i forsikringsselskaberne eller indirekte via bankerne. Derudover er der pensionsselskaber, der administrerer pensionsordninger med tilknyttede invalidepensionsdækninger, som etableres individuelt - oftest via banker. Begge typer supplerer ligesom firma- og arbejdsmarkedspensionernes invalidepensionsordninger de offentlige ydelser. Forsikringer mod tab af erhvervsevne kan købes, hvis man ikke har en søjle 2-dækning, eller hvis man ønsker et supplement til denne.

Udbredelsen af invalidepensionsordninger

Det danske arbejdsmarkedspensionssystem dækker næsten hele arbejdsmarkedet. Hele det overenskomstdækkede arbejdsmarked har arbejdsmarkedspensioner. Desuden er der sket en udbygning på firmapensionsområdet.

Det er ikke muligt at opgøre udbredelsen af invalidepensionsordninger i arbejdsmarkedspensionssystemet præcist, men alle arbejdsmarkedspensionsordninger har invalidepensionsdækninger tilknyttet. I 2018 var der ca. 2,4 mio. personer, der indbetalte på én eller flere arbejdsgiveradministrerede pensionsordninger.

Som udgangspunkt er alle, der indbetaler på en arbejdsmarkedspension, dækket af en invalidepensionsordning. Der kan dog være individuelle forhold, der gør, at man ikke er dækket. Det kan fx være deltidsbeskæftigede, som har en relativt lavere løn end fuldtidsbeskæftigede, og derfor ikke har et forsikringsbehov, da de offentlige ydelsers dækningsgrad ved tab af arbejdsevne vil være tilstrækkelig. Det kan også være personer, der allerede har væsentligt nedsat arbejdsevne og derfor ikke kan forsikre sig mod dette.

Hvis vi ser på alle fuldtidsbeskæftigede lønmodtagere i aldersgruppen 25 til 64 år, så indbetaler 92 pct. til en arbejdsgiveradministreret pensionsordning, jf. tabel 1.

Tabel 1. Lønmodtagere 25-64 år med indbetaling til en arbejdsgiveradministreret pensionsordning, 2018

	Lønmodtagere Antal	Lønmodtager med indbetalinger til arbejdsgiveradministreret ordning Antal	Andel beskæftigede med indbetalinger Pct.
Fuldtidsbeskæftigede	1.756.848	1.606.757	91,5
Deltidsbeskæftigede	418.359	317.085	75,8
I alt	2.175.207	1.923.842	88,4

Anm.: Lønmodtagere fordelt på heltid- eller deltidsbeskæftigelse afhængig af om de er heltid- eller deltidsforsikrede i en a-kasse. For ikke-forsikrede er beskæftigelsesomfanget defineret på baggrund af ATP-bidrag.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Stort set alle fuldtidsbeskæftigede lønmodtagere med arbejdsmarkedspensioner vil være omfattet af en invalidepensionsordning.

Det har ikke været muligt at lave en opgørelse over udbredelsen af invalidepensionsordninger og erhvervsevnetabsforsikringer i søjle 3.

1.1 Typer af invalidepensionsordninger

Invalidepensionsordningerne fungerer forskelligt. Grundlæggende kan der skelnes mellem tilkendelseskriterier, udbetalingsformer og hvornår i sygdomsforløbet, det er muligt at få invalidepension. Set i dette perspektiv, er der fire modeller for invalidepension.

Tabel 2. Kollektive invalidepensionsordninger i søjle 2

	Princip for tilkendelse	Mulig start på invalidepension	Invalide-sum	Antal invalidepensionsordninger med indbetalinger (skøn)
Model 1	Selvstændig vurdering af erhvervsevnetab	Tidspunktet for tab af erhvervsevne	Ja	1.300.000
Model 2	Selvstændig vurdering af erhvervsevnetab	Tidspunktet for tab af erhvervsevne	Nej	80.000
Model 3	Følger tilkendelse af offentlige ydelser	Tidspunktet for tab af erhvervsevne	Ja	80.000
Model 4	Følger tilkendelse af offentlige ydelser	Tilkendelse af førtids- eller seniorpension	Ja	800.000

Anm.: Opgørelsen af antal ordninger er ikke udtømmende.
Kilde: Oplysninger fra pensionsselskaberne.

Tilkendelse af invalidepension

Som det fremgår af tabel 2, er der grundlæggende to principper for tilkendelse af invalidepension. I den mest udbredte model vurderer pensionsselskabet selv den sygdomsramtes erhvervsevnetab på baggrund af sundhedsoplysninger – og i nogle tilfælde speciallægeerklæringer. I den anden model er det tilkendelsen af offentlige ydelser, der bestemmer, om man har ret til invalidepension.

Ordninger med selvstændig vurdering af erhvervsevnetab

De selskaber, der foretager egen vurdering af erhvervsevnetabet, vil typisk tage udgangspunkt i, at personen, ud fra en lægelig og forsikringsmæssig vurdering, skal have mistet mindst 2/3 af sin erhvervsevne. Inden førtidspensionsreformen i 2003 var dette sammenfaldende med kravet for, at en person under 60 år kunne blive tilkendt mellemste førtidspension fra det offentlige.

Ved vurderingen ses på, hvor meget personen kan arbejde som følge af helbredet. 2/3 erhvervsevnetab svarer nogenlunde til, at man kun kan arbejde 12 timer om ugen, men der bliver også taget højde for eventuelle skåne-hensyn. Det kan fx være en sygdomsramt, som arbejder 15 timer om ugen, men har skånehensyn i form af hyppige pauser og væsentlige indskrænkninger i jobfunktioner, som gør, at vedkommende reelt kun kan levere arbejde svarende til 12 timer om ugen.

Nogle selskaber tilbyder dog forsikringer, der kommer til udbetaling, allerede når man har mistet halvdelen af erhvervsevnen og/eller ved midlertidigt erhvervsevnetab.

I invalidepensionsordninger, hvor der foretages egen erhvervsevnevurdering, er starttidspunktet for løbende udbetalinger typisk, når personens indkomsttab indtræffer, hvilket i praksis vil være, når lønindkomsten stopper som følge af afskedigelse.

Ordninger der følger tilkendelsen af offentlige ydelser

Der er aktuelt fem overenskomstbaserede arbejdsmarkedspensionsselskaber, der ikke foretager egen vurdering af medlemmernes erhvervsevnetab, men i stedet følger tilkendelsen af offentlige ydelser. I fire selskaber betyder dette, at man har ret til løbende invalidepension ved tilkendt offentlig senior- eller førtidspension. Det kan eventuelt suppleres med andre ydelser i form af fx en engangssum på et tidligere tidspunkt i forløbet – fx ved tilkendt fleksjob eller et længerevarende ressourceforløb.

I det 5. selskab kan også tilkendelse af sygedagpenge, revalideringsydelse, ledighedsydelse, jobafklaringsforløb, eller ressourceforløb samt fleksjob udløse invalidepension.

Udbetaling af invalidepension

Alle invalidepensionsordninger indeholder mulighed for løbende invalidepension, mens nogle ordninger også indeholder mulighed for en engangssum og bidragsfritagelse.

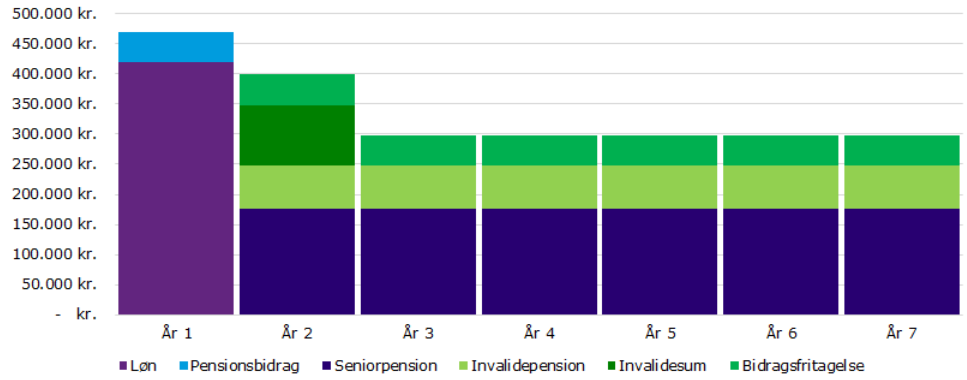
Formålet med en invalidesum er – ligesom den løbende invalidepension – at hjælpe den sygdomsramte økonomisk, når lønindkomsten stopper. I de arbejdsmarkedspensionsselskaber, hvor de løbende invalidepensionsudbetalinger tidligst udløses ved tilkendelse af senior- eller førtidspension, har invalidesummen også den funktion, at den ofte helt eller delvist kan udbetales på et tidligere tidspunkt i sygdomsforløbet.

Formålet med bidragsfritagelsen er at bevare indbetalingerne på den invalides alderspensionsordning, og derved undgå, at den invalides supplement til folkepensionen forringes som følge af erhvervsevnetabet. Bidragsfritagelse kaldes også

præmiefritagelse eller opsparingssikring. I nogle ordninger betyder bidragsfritagelse, at også forsikringsdækninger videreføres uden bidrag.

I figur 1 illustreres, hvordan løbende invalidepension, invalidesum og bidragsfritagelse supplerer indkomsten for en ansat i industrien, der mister 2/3 af arbejdsevnen 6 år før folkepensionsalderen:

Figur 1. Eksempel: Invalidepension som supplement til seniorpension



Anm.: Eksemplet viser en ansat i industrien, der sparer op til pension i Industriens Pension. Månedslønnen er på 35.000 kr. før skat, hvilket ca. svarer til gennemsnitslønnen for ansatte i industrien. Eget og arbejdsgivers pensionsbidrag er på samlet 12 pct. af lønnen. Erhvervsevnen vurderes til mindre end 2/3 i år 1, og ved udgangen af år 1 ophører lønindkomsten. Herefter udbetales en skattefri engangsudbetaling (invalidesum) på 100.000 kr. og en løbende invalidepension på 72.000 kr. årligt. I Industriens Pension betyder bidragsfritagelsen, at opsparing og forsikringsdækninger fortsætter uændret, men nu uden bidrag fra medlemmet. Værdien af bidragsfritagelsen svarer derfor til de hidtidige pensionsbidrag. Kommunen har tilkendt seniorpension på ca. 14.700 kr. om måneden (2021-sats) på grundlag af samleverindkomst (35.000 kr./mdr.) og løbende invalidepension. Invalidepensionen løber frem til folkepensionsalderen, hvorefter indkomsten består af folkepension, ATP samt egen pension. Kilde: borger.dk og industrienspension.dk.

Dækning tilpasses behov

Den enkeltes behov for et supplement til de offentlige ydelser afhænger af lønindkomsten. Desto højere lønindkomsten er, desto sværere er det at skulle overgå til at leve af en given offentlig ydelse. Derfor er det generelt sådan, at desto højere den gennemsnitlige løn er for en given lønmodtagergruppe, desto mere omfattende er invalidepensionsdækningen.

De fire selskaber, hvor det først er muligt at få løbende invalidepension ved tilkendelse af senior- eller førtidspension (model 4), er således blandt de selskaber, hvor medlemmernes lønninger er lavest. De har derfor det mindste forsikringsbehov. Det potentielt senere tidspunkt for udbetaling af løbende invalidepension bliver dog delvist kompenseret ved, at tre af disse selskaber giver mulighed for at få udbetalt en invalidesum på mellem 50.000-135.000 kr. på et tidligere tidspunkt.

Dækningsperiode

I de invalidepensionsordninger, der dækker fra et erhvervsevnetab kan konstateres, opereres der typisk med en tre måneders karensperiode. Det er dog en forudsætning, at der også er indtruffet et indkomsttab.

I invalidepensionsordninger, der følger tilkendelsen af senior- eller førtidspension, udbetales invalidepensionen samtidigt med de offentlige ydelser.

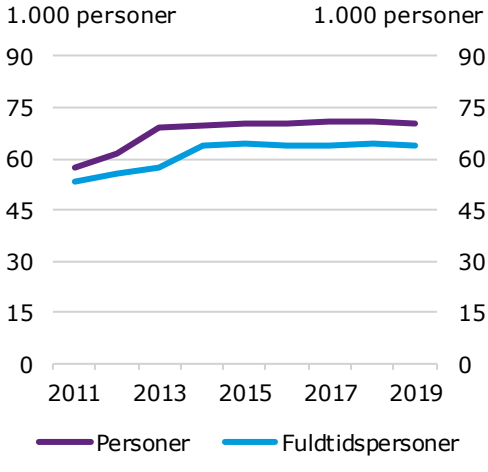
Som udgangspunkt – og i lighed med senior- og førtidspension - løber invalidepensionen frem til folkepensionsalderen, eller så længe man har et erhvervsevnetab. Herefter bliver den afløst af den almindelige pensionsopsparing.

1.2 Modtagere af invalidepension

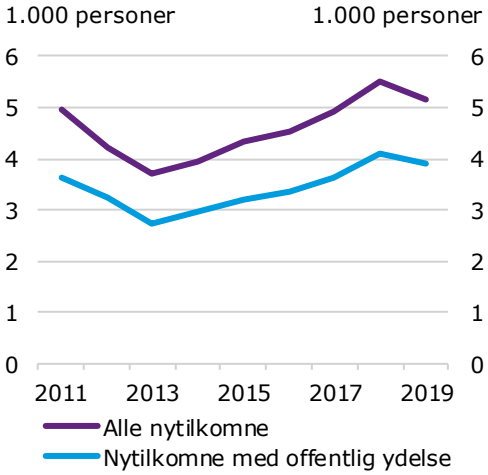
Der er 70.600 personer i 2019, som modtager løbende invalidepension fra et pensions- eller forsikringsselskab. De modtager typisk den løbende invalidepension samtidig med, at de modtager en offentlig ydelse, som fx førtidspension.

Antal af personer med løbende invalidepension er steget med godt 10.000 personer i de seneste knap 10 år til 70.600 personer i 2019, svarende til godt 64.000 fuldtidspersoner, jf. figur 2.

Figur 2. Bestanden af modtagere af løbende invalidepension



Figur 3. Nye modtagere af løbende invalidepension



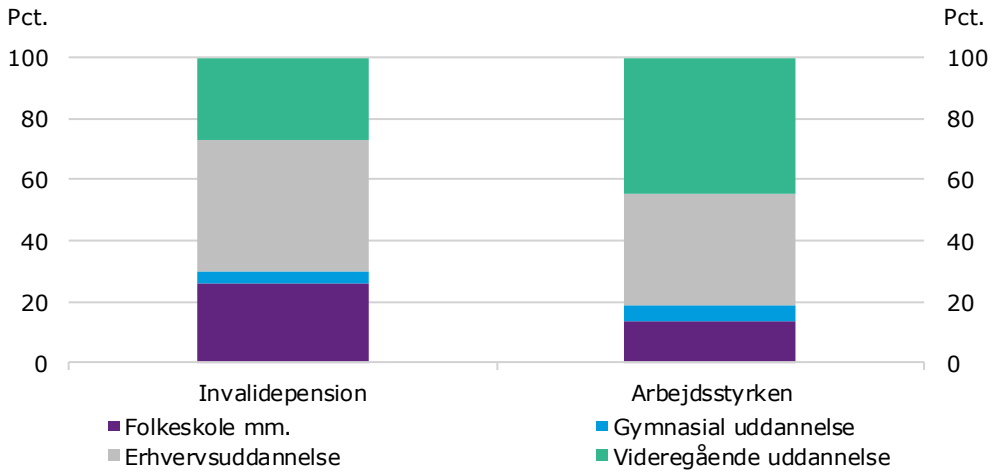
Anm.: Begge opgørelser er omregnet til fuldtidspersoner. Nye modtagere af løbende invalidepension er defineret som personer, der begynder at modtage en løbende invalidepension i året, og som ikke havde en tilsvarende udbetaling året før. Nytilkomne med offentlige ydelser omfatter førtidspension, fleksjob, ledighedsydelse, sygedagpenge, revalidering, forrevalidering, jobafklarings- og ressourceforløb.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

En række pensionsselskaber tilkender som nævnt invalidepension på baggrund af offentlig tilkendelse af førtidspension. Derfor får ændringer i de offentlige regler også betydning for tilkendelserne af invalidepension. Førtidspensionsreformen i 2013 førte til, at adgangen til førtidspension blev begrænset, og flere i stedet kom i ressourceforløb og minifleksjob. Derfor sker der samtidigt et fald i antallet af nye modtagere af løbende invalidepension i 2013.

Hvert år er der ca. 4-5.000 nye personer (opgjort som fuldtidspersoner), som begynder at modtage løbende invalidepension. Hovedparten modtager samtidig en offentlig ydelse. 3-4.000 fuldtidspersoner modtager den løbende invalidepension som supplement til førtidspension, fleksjob, ledighedsydelse, sygedagpenge, revalidering, forrevalidering, jobafklaring eller ressourceforløb, jf. figur 3.

Personer, der modtager løbende invalidepension, repræsenterer alle uddannelsesgrupper. Men sammenlignet med hele arbejdsstyrken er der en overvægt af personer med en erhvervsfaglig uddannelse eller personer uden en erhvervskompetencegivende uddannelse. Disse to grupper udgør 55 pct. af arbejdsstyrken, men 73 pct. af dem, som modtager løbende invalidepension, jf. figur 4.

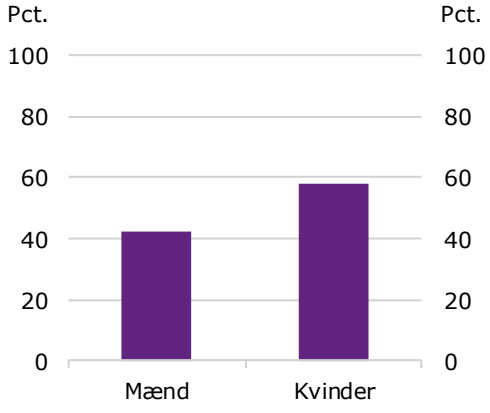
Figur 4. Uddannelse for modtagere af løbende invalidepension og arbejdsstyrken, 2019



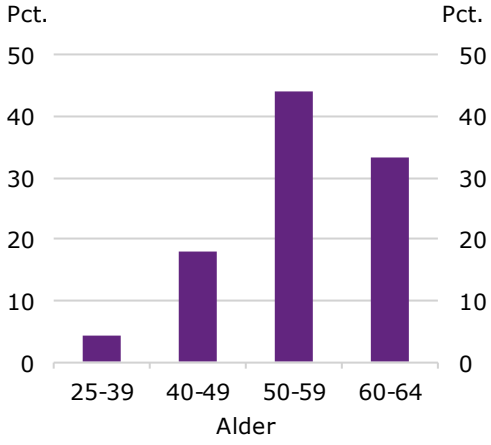
Anm.: Folkeskole m.m. omfatter personer med folkeskole som højeste fuldførte uddannelse samt personer med uoplyst uddannelse.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Kvinder udgør knapt 60 pct. af alle, som modtager løbende invalidepension, jf. figur 5. Det er ca. 75 pct. af alle, som modtager løbende invalidepension, der er over 50 år, jf. figur 6.

Figur 5. Mænd og kvinder, som modtager løbende invalidepension, 2019



Figur 6. Alder for modtagere af løbende invalidepension, 2019



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Den løbende invalidepension supplerer typisk en række indkomstkilder, fx offentlige overførselsindkomster eller indkomst fra beskæftigelse. For nogle er den løbende invalidepension den eneste indkomst.

Personer med løbende invalidepension er overvejende førtidspensionister. Det gør sig gældende for ca. 42.000 fuldtidspersoner svarende til 66 pct. af gruppen. Dernæst består gruppen af godt 10.000 fuldtidspersoner i fleksjob eller på ledighedsydelse samt ca. 7.600 selvforsørgede. Selvforsørgede er personer, der enten har

indkomst som lønmodtager eller selvstændig virksomhed ved siden af invalidepensionen, eller personer, der alene lever af den løbende invalidepension. Den resterende del af gruppen består primært af sygedagpenge-, dagpenge og kontanthjælpsmodtagere, jf. tabel 3.

Tabel 3. Socioøkonomisk status for modtagere af løbende invalidepension, 2019

	Antal fuldtidspersoner	Pct.
Førtidspension	41.984	65,6
Fleksjob og ledighedsydelse	10.536	16,5
Selvforsørgede	7.591	11,9
Sygedagpenge og dagpenge	2.535	4,0
Kontanthjælp mv.	1.375	2,1
I alt	64.021	100,0

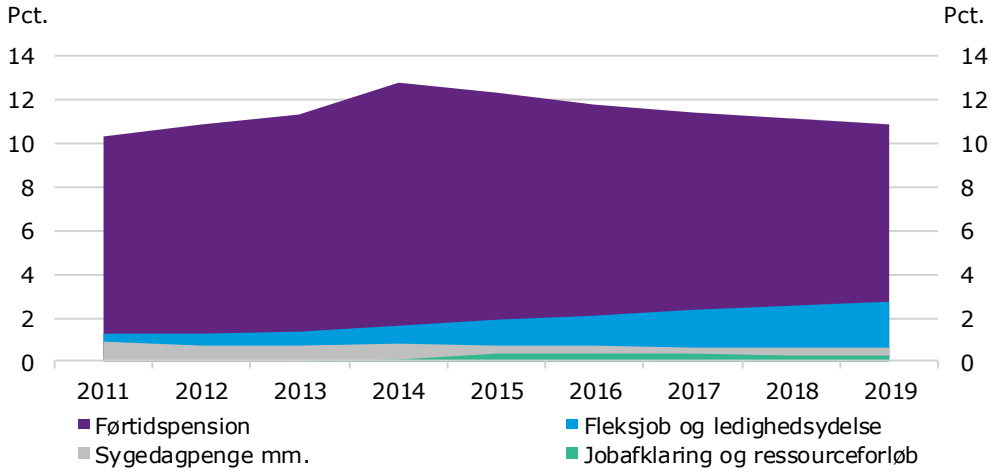
Anm.: Fuldtidspersoner. Kontanthjælp mv. dækker primært over kontanthjælp, men også en række øvrige ydelser. Selvforsørgede er personer som på tidspunktet, hvor de modtager invalidepension, enten også har indkomst som lønmodtager, fra selvstændig virksomhed eller ikke har anden supplerende indkomst.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Mange offentligt forsørgede modtager også løbende invalidepension

Hvert år modtager ca. 380.000 fuldtidspersoner offentlige ydelser, der kompenserer dem for nedsat arbejdsevne. Det dækker over førtidspensionister og syge, som enten har en permanent eller midlertidig nedsat erhvervsevne. Hovedparten af de offentligt forsørgede har haft en svag tilknytning til arbejdsmarkedet og er derfor ikke dækket af en invalidepensionsordning. Det er ca. 11 pct. af dem, som modtager en offentlig ydelse, der samtidig modtager invalidepension fra et forsikrings- eller pensionsselskab, der supplerer den offentlige ydelse. Det er overvejende førtidspensionister, der får et supplement til den offentlige ydelse, dernæst personer i fleksjob eller på ledighedsydelse.

Førtidspensionsreformen i 2013 medførte, at flere kom i fleksjob og ressourceforløb frem for på førtidspension. Andelen af personer i fleksjob eller ressourceforløb med supplerende invalidepension stiger derfor efter 2013. Med sygedagpengereformen i 2014 blev sygedagpengeperioden forkortet fra 52 uger til 26 uger. Det betyder, at der bliver færre sygedagpengemodtagere med supplerende invalidepension efter reformens ikrafttrædelse, jf. figur 7.

Figur 7. Invalidepension blandt offentligt forsørgede

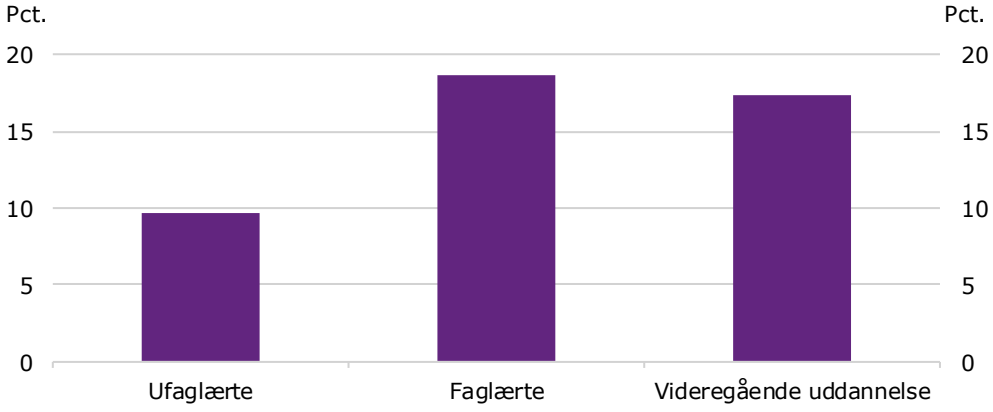


Anm.: Sygedagpenge m.m. består primært af sygedagpengemodtagere, men også personer i revalidering og forrevalidering.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Andelen af offentligt forsørgede, der får supplerende invalidepension, er størst blandt faglærte personer og personer med en videregående uddannelse og mindst blandt ufaglærte personer. Det skyldes, at der mellem uddannelsesgrupperne er forskelle i den historiske arbejdsmarkedstilknytning. Personer med en erhvervskompetencegivende uddannelse har i højere grad været en del af arbejdsmarkedet, men har fx forladt arbejdsmarkedet pga. sygdom, ulykke eller nedslidning. De øvrige offentligt forsørgede personer uden uddannelse har typisk haft en svag tilknytning til arbejdsmarkedet og dermed ikke forsikringsdækning fra en firma- eller arbejdsmarkedspension.

Blandt offentligt forsørgede, som er faglærte, er det 19 pct., der også modtager løbende invalidepension, jf. figur 8.

Figur 8. Invalidepension blandt offentligt forsørgede efter uddannelse, 2019

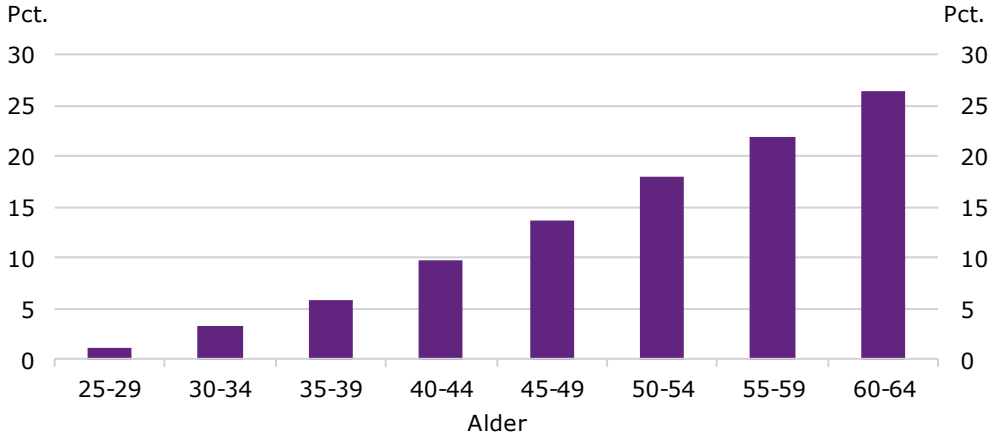


Anm.: Bestanden udgør ufaglærte, faglærte og personer med en videregående uddannelse på enten førtidspension, fleksjob, ledighedsydelse, sygedagpenge, revalidering, forrevalidering, jobafklaring eller i ressourceforløb.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Hovedparten af dem, som begynder at modtage en løbende invalidepension sammen med en offentlig ydelse, er i den sidste del af deres arbejdsliv. Det kan skyldes, at førtidspensionsreformen fra 2013 har begrænset adgangen til førtidspension for personer under 40 år, og det har en afsmittende virkning på tilkendelsen af invalidepension. Men det kan også skyldes, at invaliditeten eller erhvervsevnetabet først indtræffer efter mange år på arbejdsmarkedet fx pga. nedslidning.

Blandt nytilkomne modtagere af løbende invalidepension, der også modtager en offentlig ydelse, er næsten halvdelen over 55 år, jf. figur 9.

Figur 9. Alder for nye modtagere af invalidepension på offentlige ydelser, 2019



Anm.: Bestanden udgør ca. 3.900 fuldtidspersoner, der begynder at modtage løbende invalidepension i 2019 som supplement til førtidspension, fleksjob, ledighedsydelse, sygedagpenge, revalidering, forrevalidering, jobafklaring eller ressourceforløb.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

1.3 Modregning af invalidepension i offentlige ydelser

Beløbsgrænser og satser for modregning af invalidepension i offentlige ydelser varierer. Der er fx ingen modregning af invalidepension i fleksydelse, efterløn, sygedagpenge, ledighedsydelse eller fleksløntilskud. Derimod modregnes invalidepension med 100 pct. i ressourceforløbsydelsen (jobafklarings- og ressourceforløb) uden bundfradrag, mens den modregnes med 30 pct. i seniorpension og førtidspension udover et bundfradrag.

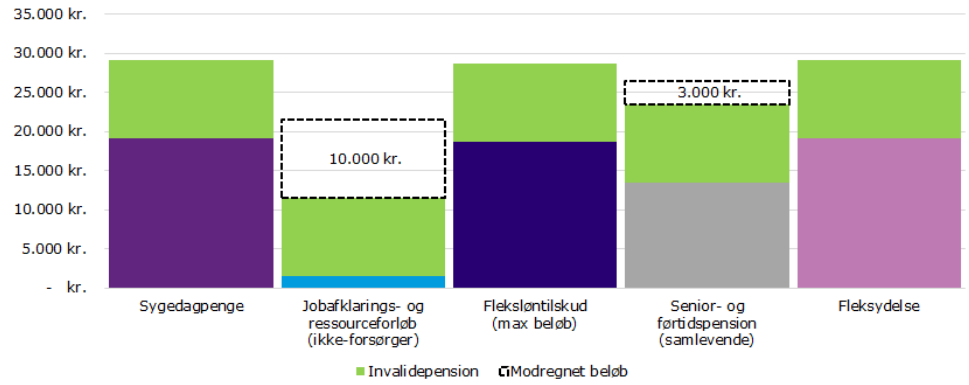
Tabel 4. Regler for modregning af løbende invalidepension, 2019

	Modregningssats	Bundfradrag (enlige/samlevende)
Sygedagpenge	0 pct.	-
Jobafklarings- og ressourceforløb	100 pct.	-
Fleksløntilskud og ledighedsydelse	0 pct.	-
Senior- og førtidspension	30 pct.	80.300/127.400 kr.
Efterløn og fleksydelse	0 pct.	-

Anm.: Løbende invalidepension modregnes med 100 pct. i kontanthjælpen. Det er dog ikke almindeligt, at kontanthjælpsmodtagere har invalidepensionsdækning. I 2018 var der 118 fuldtidspersoner i alderen 25-59 år, der både modtog kontanthjælp og invalidepension. Bundfradraget for samlevende senior- og førtidspensionister vil ofte blive "opbrugt" på samleverens lønindkomst, hvilket medfører, at der sker modregning på 30 pct. i hele invalidepensionen.
Kilde: Retsinformation.dk.

De varierende modregningsregler er særdeles uhensigtsmæssige set fra en nedslidt lønmodtagers perspektiv, da mange vil opleve store "spring" i indkomsten i løbet af et sygdoms-/nedslidningsforløb, og nogle vil opleve lange perioder uden et supplement til de offentlige ydelser pga. 100 pct. modregning.

Figur 10. Offentlige ydelser, invalidepension og modregning (før skat)



Anm.: Eksemplerne tager udgangspunkt i en løbende invalidepension på 10.000 kr. om måneden. Det forudsættes, at modtageren af invalidepensionen og offentlige ydelser er samlevende og ikke har hjemmeboende børn. Samleveren antages at have en månedsløn på 35.000 kr. før skat. Ressourceforløbsydelsen modregnes med 10.000 kr. (100 pct. af invalidepensionen) under jobafklarings- og ressourceforløb. Senior- og førtidspensionen modregnes med 3.000 kr. (30 pct. af invalidepensionen), da samleverens løn overstiger bundfradraget. Invalidepensionen modregnes ikke i sygedagpenge, fleksløntilskud eller fleksydelse.
Kilde: bm.dk, borger.dk og egne opgørelser.

Der er behov for at gentænke reglerne for modregning af invalidepension (og tilsvarende forsikringsordninger) i de offentlige ydelser. Det er i lønmodtagernes og virksomhedernes interesse at få et simpelt og ensartet regelsæt.

Folketingets Beskæftigelsesudvalg
Beskæftigelsesordførerne
Christiansborg
1240 København K

Forsikring & Pension

Revision af førtidspensions- og fleksjobreformen

Vi står overfor en revision af reformen af førtidspension og fleksjob. Forsikring & Pension finder, at der er behov for tre grundlæggende ændringer, hvis lønmodtagernes sikkerhedsnet skal genoprettes:

- Reglerne for modregning af invalidepension i ressourceforløbsydelsen bør lempes, så lønmodtagerne får bedre mulighed for at beskytte sig mod økonomiske problemer som følge af sygdom.
- Kvaliteten af ressourceforløb bør forbedres, så flere hjælpes tilbage i job.
- Adgangen til fastholdelsesfleksjob bør lettes, så flere kan blive i deres job, selvom deres arbejdsevne er blevet væsentligt forringet.

På vores hjemmeside har vi uddybet og forklaret vores holdning til alle tre spørgsmål. Hjemmesiden kan tilgås her. Vi ser et særligt behov for at uddybe vores syn på modregningsreglerne, da disse helt forbigås i de foreliggende evalueringer af reformen.

Modregning af invalidepension fra pensionsselskaberne
I 2013 og 2014 blev der indført henholdsvis ressource- og jobafklaringsforløb, som begge giver ret til ressourceforløbsydelse. Der blev samtidigt indført en regel om, at pensionsselskabernes invalidepensioner skal modregnes 100 pct. i ressourceforløbsydelsen. Forsikring & Pension finder, at modregningsreglen blev indført på et forkert grundlag og bør lempes.

- Den hårde modregning har skabt et hul i lønmodtagernes økonomiske sikkerhedsnet og flere end 50.000 tidligere lønmodtagere har måttet leve – ofte i årevis – af en indkomst på kontanthjælpsniveau, uden et supplement fra pensionsordningen.
- Reglen om 100 pct. modregning var målrettet langvarige kontanthjælpsmodtagere, men rammer lønmodtagere, der er blevet invalide af sygdom eller ulykke.
- Modregning af invalidepension i ressourceforløbsydelsen bør sænkes til 30 pct., som svarer til reglerne for modregning i senior- og førtidspension.

03.08.2020

Forsikring & Pension
Philip Heymans Allé 1
2900 Hellerup
Tlf.: 41 91 91 91
fp@forsikringogpension.dk
www.forsikringogpension.dk

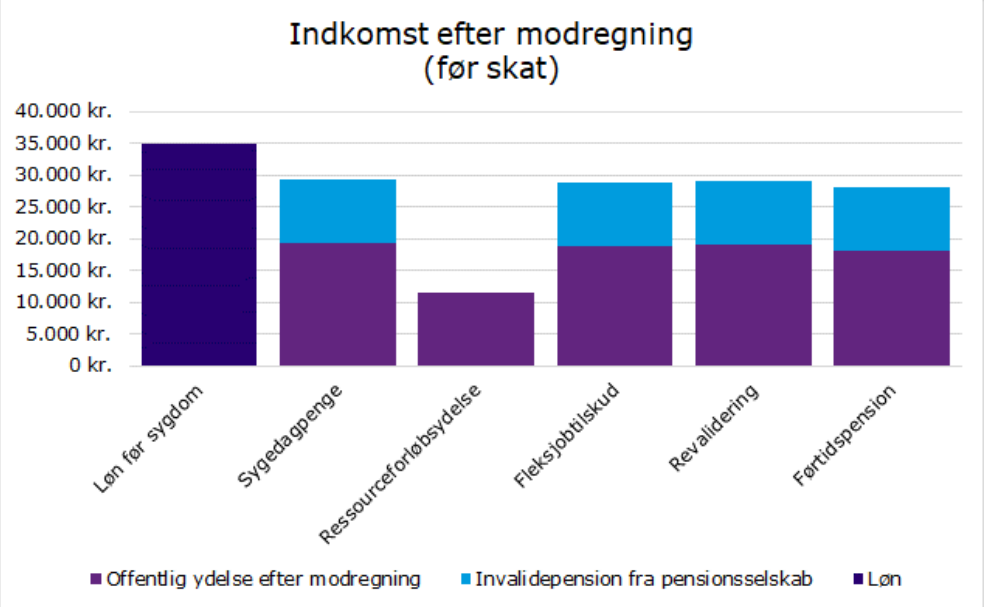
Troels Hauer Holmberg
Chefkonsulent
Dir. 41919082
trh@forsikringogpension.dk

Sagsnr. GES-2019-00344
DokID 405840

Hul i sikkerhedsnettet
Reglen om 100 pct. modregning betyder, at borgerne ikke får noget ud af invalidepensionsudbetalinger, når disse er mindre end ressourceforløbsydelsen. Derfor er udbetalingerne stoppet i mange pensionsselskaber. Flere end 50.000 lønmodtagere har mistet arbejdsevnen og været i ressource- eller jobafklaringsforløb, hvor de har skullet leve af en ydelse på kontanthjælpsniveau uden et reelt supplement fra pensionsordningen. Enkelte selskaber giver en engangsudbetaling, men ikke noget, der kan kompensere for en årrække med indkomst på kontanthjælpsniveau.

Modregningsreglen står i skarp kontrast til reglerne for sygedagpenge, fleksjob, revalidering og førtidspension, hvor den offentlige ydelse er højere og modregningen af invalidepension mere moderat.

Som illustration viser figuren nedenfor et eksempel på indkomst efter modregning for en ikke-forsørger, der modtager en løbende invalidepension på 10.000 kr. om måneden:



Det er de færreste lønmodtagerfamilier, der økonomisk kan klare den voldsomme indkomstnedgang fra løn til ressourceforløbsydelse, uden at skulle foretage drastiske omlægninger af deres liv, på et tidspunkt, hvor fokus burde være at finde vej tilbage til arbejdsmarkedet. Problemet forstærkes af, at der ofte er tale om årelange forløb på ressourceforløbsydelse.

Modregningsreglen rammer forkert
Den hårde modregning blev indført med henvisning til, at ressourceforløb var målrettet langvarige kontanthjælpsmodtagere, som i forvejen fik modregnet anden indkomst med 100 pct. Vi har undersøgt, hvordan praksis har udviklet sig. I 2018 var det omkring 17 pct. af dem, der kom på ressourceforløbsydelse (herunder både ressource- og jobafklaringsforløb), som kom fra kontanthjælpssystemet, mens omkring 73 pct. kom fra sygedagpengesystemet. Modregningsreglen rammer altså hovedsageligt en anden gruppe end dem den var tiltænkt.

Provenueffekten kan være beskeden

Der er forskellige økonomiske effekter af at ændre modregningsreglerne fra 100 til 30 pct. afhængig af, hvilken gruppe af borgere der er tale om:

- For borgere, der både modtager invalidepension og delvis ressourceforløbsydelse vil det betyde øgede offentlige udgifter, da en mindre del af ressourceforløbsydelsen vil blive modregnet. Beskæftigelsesministeren har skønnet, at det vil koste staten **20** mio. kr. om året.
- For borgere, der har fået nedsat deres ressourceløbsydelse til 0 kr. pga. modregningsreglerne, og derfor lever af invalidepension fra deres pensionsselskab, skønner Forsikring & Pension, at det vil koste omkring **50** mio. kr. om året.

En række pensionsselskaber har imidlertid tilkendegivet, at hvis satsen for modregning lempes, så vil de også begynde at udbetale invalidepensioner, der er mindre end ressourceforløbsydelsen, fordi deres medlemmer vil få en gevinst ud af det. Det betyder, at det offentlige skal udbetale mindre ressourceforløbsydelse og at skatteindtægterne øges. Hver 1.000 nye borgere, der får en månedlig invalidepensionsudbetaling på 6.000 kr., vil have en positiv provenueffekt for staten på xx mio. kr. om året.

Den samlede provenueffekt for staten kan ikke opgøres præcist. Det står dog klart, at en eventuel negativ effekt er af beskeden størrelse – særligt når den sættes i forhold til gevinsten for de lønmodtagere, der er blevet midlertidigt eller permanent invalide af sygdom eller ulykke.

Vi håber, du vil tage disse betragtninger med dig i forhandlingerne om en revision af førtidspensionsreformen. Vi stiller naturligvis gerne op til eventuelle uddybende spørgsmål eller kommentarer.

Med venlig hilsen

Karina Ransby

Forsikring & Pension

Til Kommissionen om tilbagetrækning og nedslidning

Livrente bør være grundstenen i alles pensionsopsparing – men den optimale andel er individuel

28.10.2021

Forsikring & Pension
Philip Heymans Allé 1
2900 Hellerup
Tlf.: 41 91 91 91
fp@forsikringogpension.dk
www.forsikringogpension.dk

Lotte Katrine Ravn
Chefkonsulent, cand.polit.
lkr@forsikringogpension.dk

Sagsnr. GES-2021-00031
DokID 431489

Resumé

En livsvarig livrente sikrer en økonomisk tryg alderdom *hele* alderdommen. Derfor bør livrente indgå i alle pensionsordninger, og en stor andel af pensionsopsparingen bør opspares i livrente. Livrenten er solidarisk, da man forsikrer sig mod at løbe tør for penge sammen med andre, der ligner en selv. Sammen med folkepensionen og ATP sikrer livrente forsørgelse i hele livet.

Til forskel for ratepensionen vil livrenten som udgangspunkt ikke komme til udbetaling til efterladte ved død, da livrenten i sagens natur omfordeler fra dem i pensionsordningen, der ikke bliver så gamle som gennemsnittet til dem, der lever længere. Derfor kan opsparing i ratepension være et godt supplement til opsparing i livrente, da det produkt tilgodeser personer, der ønsker at have en højere indkomst i starten af pensionisttilværelsen og samtidig ønsker at efterlade pension til arv. Ønsket om at tilgodese de efterladte kan dog også tilgodeses ved livrenten (reservesikring). Tilkøb af en reservesikring ændrer ikke på, at livrenten sikrer livsvarig forsørgelse.

Der findes ikke en gylden tommelfingerregel for, hvor meget der skal opspares i hhv. livrente og ratepension. Det vil afhænge af den enkeltes samlede økonomiske forhold og ønsker.

Pension er økonomisk sikkerhed i alderdommen

Formålet med pension er at sikre alle en tryg alderdom. En pensionsopsparing sikrer, at man kan klare sig økonomisk efter at have forladt arbejdsmarkedet – på den måde skal pension være en (for)sikring af "den gode alderdom". Udover den lovbaserede folkepension og ATP har langt de fleste danskere også en pensionsordning gennem deres ansættelsesforhold eller individuelt. En arbejdsmarkedspensionsordning eller en firmapensionsordning består ofte af en livsvarig livrente, en ratepension, aldersopsparing eller en kombination af alle tre produkter.

Brancheorganisation
for forsikringsselskaber
og pensionskasser

Boks 1. De tre pensionsprodukter

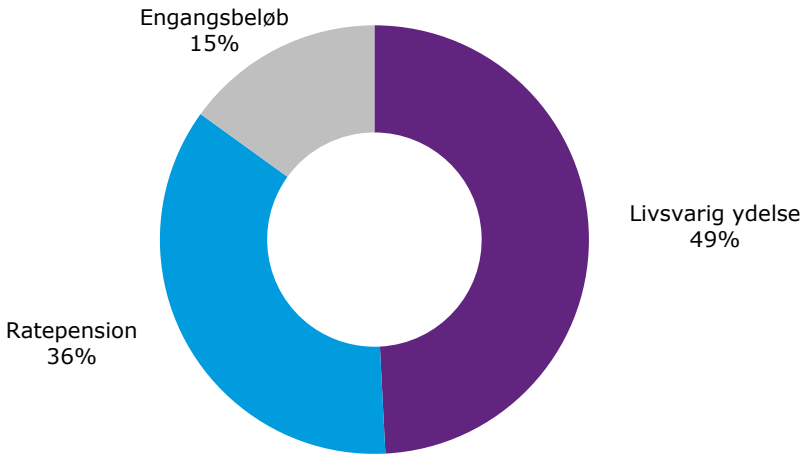
En **livrente** er en ordning, som udbetaler penge hver måned lige så længe man lever – uanset hvor gammel man bliver. Livrenten giver tryghed, fordi man ikke kan løbe tør for pension og bør derfor indgå i alle pensionsordninger. Dermed er livrenten en forsikring mod at leve længe. En livrentepension er et kollektivt og solidarisk produkt og er en del af pensionen i næsten alle arbejdsmarkedspensioner. Pensionskasserne er oprettet for forskellige overenskomst- og fagområder, og derfor deler fagfæller typisk pensionskasse. Det kan være akademikere i en kasse, lærere i en anden kasse og 3F'ere i en tredje pensionskasse. Fælles for pensionskasserne er, at kundegrupperne ligner hinanden i hver enkelt pensionskasse, men er forskellige mellem pensionskasserne. Når man deler pensionskasse med nogen, som ligner en selv, deler man i vid udstrækningen også den samme forventede levetid. Det er en fordel, når man ikke ved, hvor lang tid man selv præcis lever. På den måde finansierer dem, der dør tidligt dem, som lever længe. Da personerne i gruppen ligner hinanden, er der samtidig ikke risiko for, at der systematisk er nogen, der "stjæler" overlevelsesbonus fra andre. Livrenten vil i sin rene form ikke give udbetalinger til arv, men det er muligt at tilkøbe en reservesikring til sin livrenteopsparing for at sikre arvinger i en periode efter sin død, og efter at udbetalingerne fra livrenten er påbegyndt. Der er fuldt fradrag for indbetalinger til en livrente.

En **ratepension** er en opsparing, hvor pengene udbetales i lige store rater hver måned over en fastsat periode på mindst 10 år. Ratepensionen giver mulighed for, at man i en årrække efter, at man har forladt arbejdsmarkedet, kan få en højere indkomst end i resten af pensionisttilværelsen. Det kan f.eks. være en fordel, hvis man forventer at have et højere forbrug som yngre end som ældre pensionist. Ratepensionen indgår i højere grad i pensionsopsparingen i de kommercielle pensionsselskaber, hvor selskaberne i høj grad "fylder op" på ratepensionen for at skabe maksimal fleksibilitet for kunden, der ved pensionsudbetalingernes påbegyndelse kan ændre ratepensionen til livrente. Det er muligt at lave en ratepension om til en livrente, mens det omvendte ikke er muligt. Der er derfor typisk sådan, at man i kommercielle selskaber indbetaler maksimalt på ratepension hvert år. Ratepension udbetales til de efterladte ved død. Der er et loft for fradrag på indbetaling til ratepension på 58.500 kr. efter AM-bidrag (2021-niveau).

Aldersopsparingen er et supplement til de fradragsberettigede ordninger. Indbetalinger til aldersopsparing bliver indkomstbeskattet på indbetalingstidspunktet, men indgår omvendt ikke i modregningsgrundlaget i offentlige ydelser ved udbetaling. Det gør sig gældende for udbetaling fra livrente og ratepension. Er der mere end 5 år til folkepensionsalderen, kan man indbetale 5.400 kr. (2021-niveau) på aldersopsparingen årligt. De sidste fem år før pensionsalderen kan man indbetale 52.400 kr. årligt (2021-niveau). Aldersopsparingen kan udbetales som et engangsbeløb, en livrente eller en ratepension.

Næsten halvdelen af danskernes pensionsformue er opsparet i en livsvarig ydelse, mens ratepension fylder godt 1/3, og engangsbeløb (herunder aldersopsparing) står for resten, jf. figur 1.

Figur 1. Samlet pensionsformue 2020



Anm.: Både arbejdsgiveradministrerede og privattegnede pensioner.
Kilde: F&P-statistik.

Livrente bør udgøre en væsentlig andel af pensionsopsparingen

1. Giver mulighed for højere forbrug grundet "mortality premium"

Ud fra et teoretisk perspektiv bør pensionsopsparing alene være baseret på livrente, det viste M. Yaari tilbage i 1965 i artiklen *Uncertain Lifetime, Life Insurance, and the Theory of the Consumer, The Review of Economic Studies, Vol. 32, No. 2 (Apr., 1965)*. Det bygger blandt andet på en antagelse om, at der ikke er noget arvemotiv. I det tilfælde er det mere fordelagtigt at købe en livrente end obligationer, da man vil få et højere forbrugsniveau hvert år man lever, grundet den såkaldte "mortality premium" (de, der lever færre år, subsidierer dem, der lever længere).

2. Usikkerhed om levetid gør forbrugsudjævning svær

Så ud fra den enkeltes perspektiv giver livrenten et højere muligt forbrug end andre investeringsformer. Samtidig kan folk ikke selv finde ud af at fordele deres formue hen over pensionstilværelsen, da de ikke ved hvor længe de lever. De kan derfor have en tendens til enten at forbruge for meget eller for lidt, jf. S. Benartzi, A. Previtero, and R. H. Thaler (2011) *Annuitization Puzzles, Journal of Economic Perspectives Volume 25, Nr. 4, efterår 2011.* Faktisk tror 63 pct. af danskere i alderen 50-64 år ikke, at de bliver ældre end deres forældre (Epinion for F&P, december 2020). Men faktum er, at restlevetiden for 60-årige hhv. mænd og kvinder de seneste 30 år er steget med 4,8 år og 3,7 år (jf. Danmarks Statistik). Skulle folk selv forbrugsudjævne på den baggrund, ville de nok have en tendens til at bruge for mange penge i starten af pensionstilværelsen. Andre vil måske have en tendens til at overforsikre sig. Det sikrer livrenten også. Det påpeger en ekspertgruppe nedsat af Penge & Pensionspanelet i deres rapport fra 2019, hvor de skriver, at man primært bør spare op i livrente. F.eks. skriver de:

"Livrenten er den ydelsesprofil, der i udgangspunktet afdækker forbrugsbehovet. På den ene side bidrager livrenten til at undgå overforsikring ved død i nedsparingsfasen. Men vigtigst sørger livrenten for en jævn ydelse resten af livet, uanset hvor gammel man bliver."

3. Samfundsmæssigt er forbrugsudjævning og livsvarig forsørgelse godt

Fra et samfundsperspektiv er livrente også godt. Folk har penge til resten af livet, dermed bliver de offentlige udgifter lavere til pensionstillæg mv. Når en befolkning bliver ældre, er det ekstra fordelagtigt, da pensionsindkomsten så sikrer, at der er penge til hele alderdommen.

Der er imidlertid også argumenter for, at al pensionsopsparing ikke skal i livrente.

4. Arv kan være et motiv – kan løses ved reservesikring

Jo mere man nærmer sig folkepensionsalderen, des større er ens pensionsopsparing, og hvis alt er sat i livrente, kan det for den enkelte opsparer virke voldsomt, hvis det slet ikke er muligt at få noget ud til arv. Betydningen af arveelementet bliver nok mindre og mindre vigtig, jo ældre man bliver, og ens efterladte i høj grad vil have en lige så god – eller måske bedre - økonomi. Langt de fleste livrenter har dog også mulighed for en vis sikring af ægtefælle/samlever og børn.

For både ratepension og livrente opsparet hos kommercielle selskaber gælder typisk, at hele depotet kommer til udbetaling til de efterladte, hvis man dør i opsparingsperioden (inden påbegyndelse af udbetalingerne fra pensionen). I arbejdsmarkedspensionsselskaber vil opsparingen i livrente i stedet typisk have en dødsfaldssikring, som kommer til udbetaling som et engangsbeløb ved tidlig død. Også i kommercielle selskaber vil opsparingen typisk have en dødsfaldssikring tilknyttet.

En reservesikring (også kaldet depotsikring, kontosikring eller opsparingsgaranti) er en ekstra sikring, som man kan tilkøbe sin livrenteopsparing for at sikre arvinger i en periode efter sin død, og efter at udbetalingerne fra livrenten er påbegyndt. Den fungerer typisk sådan, at hvis man dør efter påbegyndelse, kommer udbetalinger svarende til f.eks. op til 10 år til udbetaling. En reservesikring må højst koste 10 pct. af de samlede indbetalinger, jf. Pensionsbeskatningslovens §5, stk. 1.

På den ene side har reservesikring af livrente den fordel, at den enkelte i højere grad har ejerskab til sin pensionsopsparing, understøtter nogle af de karakteristika, der findes i en almindelig ratepension og sikrer bekymring mod at tabe penge ved tidlig død. På den anden side udhuler en reservesikring naturligt de penge, der er til kollektivet i pensionsordningen, hvilket vil betyde lavere pensionsudbetalinger. Samtidig kan der være risiko for at være overforsikret - særligt i slutningen af opsparingsperioden – hvis de efterladte ikke har brug for pengene i samme omfang, som man selv kunne have brugt dem. Et tilkøb af reservesikring ændrer dog ikke på, at livrenten sikrer livsvarig forsørgelse.

5. Brug for fleksibilitet

Men ratepensionen har også sin berettigelse. Den sikrer mulighed for et højere forbrug i begyndelsen af pensionisttilværelsen og øger dermed fleksibiliteten i pensionssystemet. Muligheden for at lave ratepensionen om til en livrente øger også fleksibiliteten for den enkelte og kan medvirke til generelt at gøre pensionsopsparing mere attraktiv.

Er der et optimalt niveau for livrente

Teoretisk argumenterede Yaari for, at den optimale andel for livrente er 100 pct., men som beskrevet er der også argumenter, der taler for, at en vis andel skal være i en ratepension, eller at man har en depotsikring.

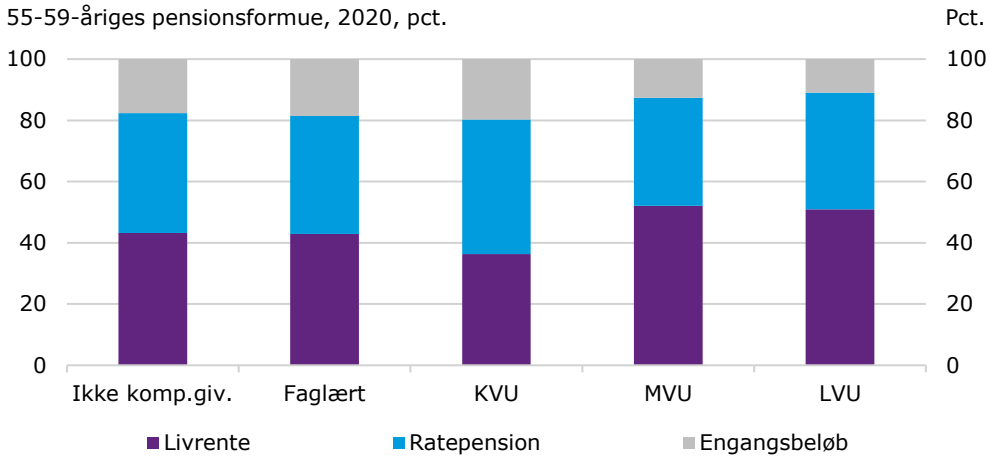
Yaaris argumenter bygger blandt andet på forudsætninger om:

- Fravær af arvemotiv. Hvis der findes et arvemotiv, vil det optimale være, at en vis andel af opsparing sker i andre produkter end livrente, f.eks. ratepension, men også fri opsparing vil opfylde dette formål. Desuden vil reservesikring i livrenteproduktet understøtte arvemotivet.
- Forbrugsudglatning. Livrenten understøtter en perfekt forbrugsudglatning over livet, hvilke ikke nødvendigvis er optimalt. Hvis man f.eks. ønsker et større forbrug i begyndelsen af pensionisttilværelsen, kan det være et argument for ratepension eller engangsudbetalinger.
- Yaaris' model indeholder alene egen pensionsopsparing og tager derfor ikke højde for, at der findes en offentlig grundpension til alle, som også har egenskaber, der sikrer udbetalinger hele livet. Dermed bliver livrenteopsparing alt andet lige mindre betydningsfuld.
- Det samme gør sig gældende, hvis man som enkeltperson har viden om forhold i forhold til eget helbred, der gør, at man ved, at man ikke lever længere end en ratepensions udløb.

I lyset af disse opmærksomhedspunkter i forhold til Yaaris' forudsætninger må det nok konstateres, at 100 pct. opsparing i livrente på danske forhold ikke vil være den optimale andel. Det er svært at beregne, hvad det optimale niveau vil være. Det skyldes blandt andet, at folkepension og ATP (søjle I-produkterne) fylder mere i den samlede pensionsformue for lav- og mellemindkomster end for højindkomster. Derfor afhænger et "optimalt niveau" for livrenter i søjle II af, hvor man ligger i indkomstskalaen.

Blandt nutidens 55-59-årige har personer med mellemlang og lang videregående uddannelse den største andel af deres pensionsopsparing stående i livrente. For disse grupper står ca. halvdelen af pensionsformuen i livrente, jf. figur 2.

Figur 2. MVU'ere og LVU'ere har størst andel af opsparing i livrente

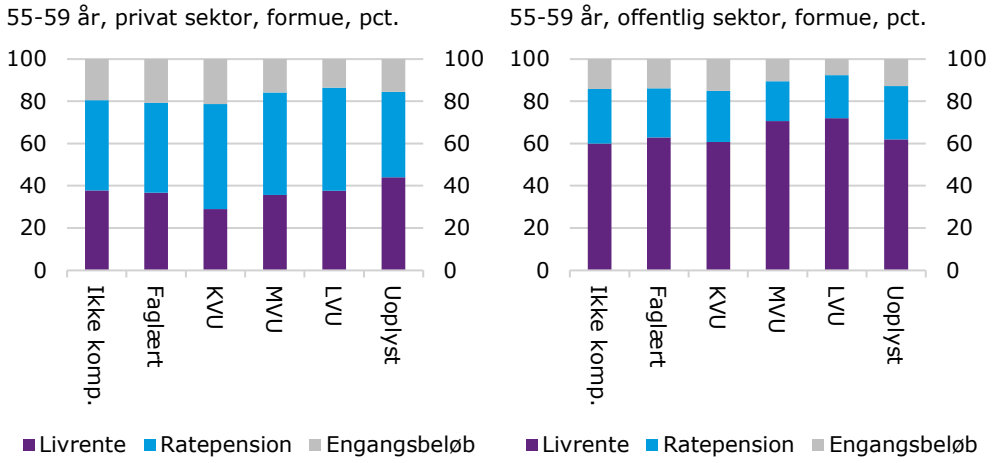


Anm.: Ikke kompetencegivende er personer med grundskole og gymnasial uddannelse som højst fuldførte.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Det afspejler i høj grad de valg, der træffes i de enkeltes tilknyttede pensionsselskaber, hvor pensionsselskaber med kunder i disse grupper i høj grad har valgt livrenten som standardprodukt. Det kommer tydeligt frem, hvis der ses på personer ansat i hhv. offentlig og privat sektor. Personer ansat i den offentlige sektor har generelt en større del af deres pensionsformue i livrente, jf. figur 3 og figur 4.

Figur 3. Offentligt ansatte har størst andel i livrente

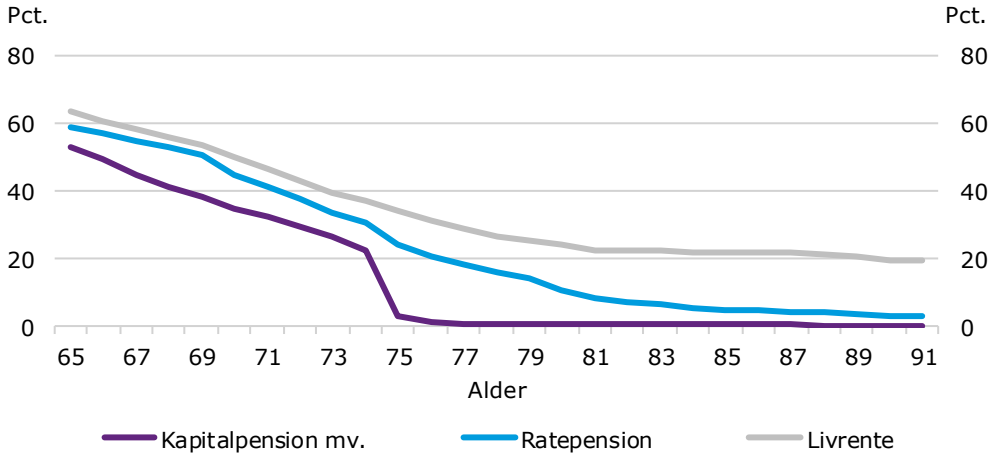
Figur 4.



Anm.: Der tages udgangspunkt i den primære ansættelse på tidspunktet (alderen) for måling af den samlede pensionsformue i 2020.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Blandt nutidens pensionister vælger mange en 10-årig eller 15-årig ratepension, og derfor er pensionen opbrugt omkring 75-80-årsalderen. Kun livrenten rækker hele livet. Det betyder, at mange af de ældste pensionister har opbrugt hele deres private pension, og derfor er helt afhængige af folkepensionen, jf. Figur 4.

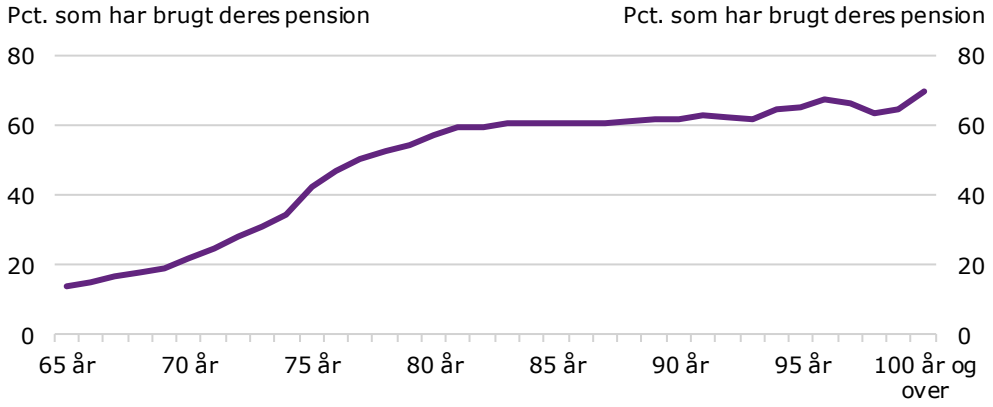
Figur 4. Kun livrenten holder hele livet



Anm.: Opgørelsen viser, hvor stor en del af pensionisterne ved en given alder, som har en pensionsformue i enten kapitalpension/aldersopsparing, ratepension eller livrente. Andelene summer til over 100, da folkepensionisterne godt kan have flere typer af pensionsordninger.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

I dag er en stor del af de ældre pensionister helt afhængige af den offentlige folkepension. 60 pct. af de ældste pensionister har brugt hele deres pension og så har således ikke en pensionsformue tilbage, jf. figur 5.

Figur 5. 6 ud af 10 af de ældste pensionister har brugt deres pension



Anm.: Opgørelsen viser, hvor stor en del af pensionisterne i 2018 ved en given alder, som ikke har en pensionsformue i enten en livsvarig pension (livrente og /eller tjenestemandspension) og en pension med en begrænset udbetalingsperiode (kapitalpension, aldersopsparing og/eller ratepension). ATP og LD indgår ikke i opgørelsen. Frem til 2019 skulle kapitalpension senest være udbetalt 15 år efter PBL-alderen, der for den betragtede gruppe typisk var 60 år. I forhold til figur 4 er tjenestemandspension med her.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Dette billede vil alt andet lige ændre sig, i takt med at pensionssystemet modnes og flere og flere har sparet op i hele deres arbejdsliv. Når aldersopsparingen bliver mere og mere udbredt, vil den modvirke dette billede, idet aldersopsparingen kan udbetales som en engangssum. Det er en mærkelig regel, særligt i lyset af, at kapitalpension er blevet afskaffet.

Forsikring & Pension

Modtagere af løbende erstatning for tab af erhvervsevne

De fleste personer, der bliver syge eller ramt af en ulykke, kan modtage en løbende ydelse fra deres forsikrings- eller pensionsselskab. Erstatningen kompenserer dem for deres bortfald af erhvervsindkomst, hvis skaden forårsager et varigt eller midlertidigt tab af erhvervsevnen. Det skyldes, at de fleste arbejdsmarkedspensioner indeholder en forsikring mod tab af erhvervsevne, og omkring 95 pct. af alle lønmodtagere har en arbejdsmarkedspension.

De fleste selskaber vurderer selv omfanget af tab af erhvervsevne for den enkelte forsikringstager. Selskaberne har forskellige tilkendelseskriterier, men de fleste tilkender erstatning ved tab af erhvervsevne på 50 pct. eller 2/3, hvilket svarer til en arbejdstid i omegnen af hhv. 20 og 12 timer om ugen. Andre selskaber læner sig op ad den offentlige tilkendelse af førtidspension som kriterie for udbetaling for tab af erhvervsevne.

13.05.2020

Notatet viser:

- Knap 47.000 personer modtager hvert år erstatning for tab af erhvervsevne hele eller dele af året. Det svarer til knap 43.000 fuldtidspersoner.
- For de fleste – omkring 27.000 fuldtidspersoner – er erstatningen for tab af erhvervsevne et supplement til den offentlige førtidspension.
- Det skønnes med nogen usikkerhed, at knap 1.000 fuldtidspersoner i 2018 er i jobafklarings- eller ressourceforløb og får nedsat deres ressourceforløbsydelse til 0 kr., fordi deres erstatning for tab af erhvervsevne modregnes med 100 pct.

Erstatning for tab af erhvervsevne er typisk en supplerende indkomst

Antallet af personer med udbetalinger for tab af erhvervsevne (TAE) fra et forsikrings- eller pensionsselskab er nogenlunde konstant lige under 47.000 personer i 2017, 2018 og 2019. Det svarer til knap 43.000 fuldtidspersoner.

Udbetalingen for tab af erhvervsevne supplerer typisk en række indkomstkilder, fx offentlige overførselsindkomster eller indkomst fra beskæftigelse. For nogen er udbetalingen for tab af erhvervsevne den eneste indkomst.

Offentlige overførselsindkomster dækker over en lang række forskellige typer af offentlige ydelser. Det viser sig ofte at være modtagere af offentlig førtidspension, men også personer i fleksjob har supplerende indkomst fra udbetaling af tab af erhvervsevne.

Blandt personer med udbetaling for tab af erhvervsevne modtager ca. 27.000 fuldtidspersoner offentlig førtidspension. Den næststørste gruppe er ca. 8.000 fuldtidspersoner i fleksjob efterfulgt af personer, som modtager sygedagpenge. Knap 1.800 fuldtidspersoner i 2018 har ingen anden indkomst end udbetalingen for tab af erhvervsevne, jf. tabel 1.

Brancheorganisation
for forsikringsselskaber
og pensionskasser

Tabel 1. Modtagere af erstatning for tab af erhvervsevne

	2017	2018	2019
	----- Antal -----		
Personer med TAE-udbetalinger	46.870	46.606	46.946
Fuldtidspersoner	42.552	42.489	42.720
	----- Fuldtidspersoner -----		
Førtidspension	28.199	27.560	27.340
Fleksjob (inkl. ledighedsydelse)	7.034	7.742	8.290
Sygedagpenge	1.855	1.813	1.788
Ingen anden indkomst	1.541	1.760	2.569*
Lønmodtagere	1.792	1.696	1.552
Jobafklaring	617	548	489
Selvstændige	534	538	- *
Ressourceforløb	516	395	316
Kontanthjælp	152	138	118
Dagpenge (inkl. aktivering)	102	102	102
Revalidering	113	95	86
Øvrige	97	103	71

Anm.: Lønmodtagere har en beskæftigelsesgrad over 40 pct. pr. måned. *Grundet manglende data om overskud af selvstændig virksomhed er det ikke muligt at identificere selvstændige i 2019, hvorfor de 2.569 personer uden anden indkomst også indeholder selvstændige. Se boks 1 for metode til opgørelse af ydelsestyper.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Boks 1. Metode til opgørelse af offentlige ydelser og beskæftigelse

Opgørelsen af personer med udbetaling for tab af erhvervsevne og fordelingen af samtidig indkomst tager udgangspunkt i detaljerede oplysninger fra registeret 'Ikke lønmodtagerdata fra E-Indkomst' (ILME) fra Danmarks Statistik samt Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM.

DREAM-databasen indeholder ugentlige oplysninger og offentlige ydelser samt lønmodtager beskæftigelse på månedsniveau fra eIndkomst. ILME indeholder bl.a. information om hver enkelt udbetaling fra et forsikrings- eller pensionsselskab, samt en startdato og en slutdato for udbetalingen. Opgørelsen er i udgangspunktet baseret på pensionsudbetalinger til personer i alderen 25-59 år. Der kan ikke direkte skelnes mellem udbetalinger for tab af erhvervsevne og andre pensionsudbetalinger. Derfor indgår der i opgørelsen kun personer, som ikke har civilstand (ægteskabelig stilling) som enke/enkemand, da udbetalingen kan dække over ægtefællepensioner. Personer under 25 år er ekskluderet, da pensionsudbetalingen til unge under 25 år kan dække over børnepensioner. Det vurderes, at udbetalingerne for den resterende gruppe hovedsageligt er udbetalinger for tab af erhvervsevne.

Sammenholdes oplysningerne fra ILME og DREAM, er det muligt at beregne, hvor stor en andel af et givent år, en person har modtaget en bestemt ydelse sideløbende med udbetalingen for tab af erhvervsevne. Antallet af fuldtidspersoner beregnes på baggrund af andelen af året en person modtager en udbetaling for tab af erhvervsevne.

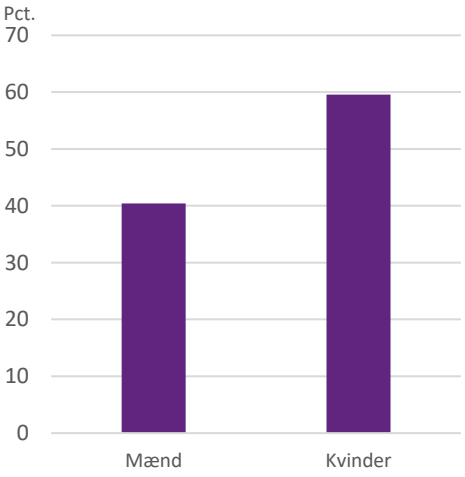
I DREAM-databasen findes der ikke oplysninger om selvstændige. I stedet anvendes oplysninger fra indkomstregisteret om indkomst fra selvstændig virksomhed i løbet af året. Personer uden offentlige ydelser og uden lønindkomst kategoriseres som selvstændige, hvis de i løbet af året har enten positiv eller negativ indkomst fra selvstændig virksomhed.

Personer, der alene har udbetalinger for tab af erhvervsevne

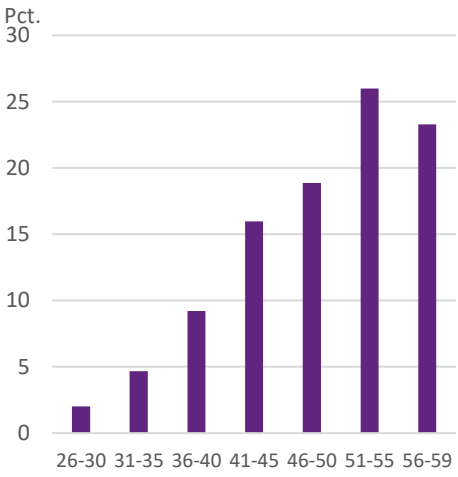
Gruppen af personer, der alene har indkomst fra udbetalinger for tab af erhvervsevne, består af personer, som ikke samtidig modtager offentlige ydelser og heller ikke er lønmodtager eller er selvstændig. Gruppen kan dække over personer med arbejdsmarkedserfaring, men har nedsat erhvervsevne, som følge af sygdom eller ulykke. Det er en særlig gruppe, som må antages primært at leve af udbetalingen for tab af erhvervsevne. Gruppen består af ca. 2/3 kvinder og 1/3 mænd, jf. figur 2.

Personerne vil typisk have haft et forløb på arbejdsmarkedet forud for et sygdomsforløb eller en ulykke, som har givet dem ret til en udbetaling for tab af erhvervsevne. Det er blandt andet derfor, at halvdelen af gruppen består af personer over 50 år, jf. figur 3.

Figur 2. Mænd og kvinder uden anden indkomst, 2018



Figur 3. Alder for personer uden anden indkomst, 2018



Anm.: Alene personer uden anden indkomst end udbetalinger for tab af erhvervsevne.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

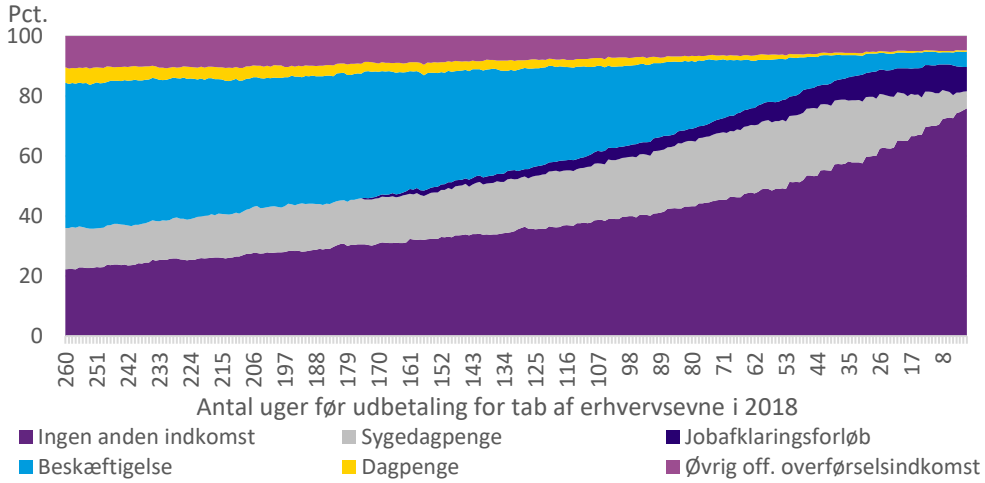
Fra 1. januar 2013 blev der med førtidspensionsreformen indført ressourceforløb, og med sygedagpengereformen fra 2014 blev der indført jobafklaringsforløb. Begge forløb giver ret til såkaldt ressourceforløbsydelse, som er en ydelse på kontanthjælpsniveau. Jobafklaringsforløb er for personer, der er uarbejdsdygtige pga. sygdom og ikke opfylder betingelserne for at få forlænget deres sygedagpenge. Sygdomsramte lønmodtagere har typisk været på sygedagpenge et halvt år eller mere, før de kommer i jobafklaring. Ressourceforløb skal udvikle arbejdsevnen hos personer med komplekse problemer og behov for en langvarig indsats. Sygdomsramte lønmodtagere har typisk været på sygedagpenge, i jobafklaring eller på andre offentlige ydelser i mere end 3 år, før de kommer i ressourceforløb.

Det særlige for ressourceforløbsydelsen, sammenlignet med øvrige offentlige ydelser, er, at den nedsættes krone for krone med udbetalinger for tab af erhvervsevne. Det vil sige, at hvis udbetalingen for tab af erhvervsevne overstiger ressourceforløbsydelsen, vil den pågældende ikke få udbetalt nogen offentlig ydelse.

Gruppen af personer, der alene har indkomst fra udbetalinger af tab af erhvervsevne, kan indeholde personer, som er i ressourceforløb eller jobafklaringsforløb,

hvor ressourceforløbsydelsen bliver 100 pct. modregnet. Det er muligt at få en idé om, hvor mange af de 1.760 fuldtidspersoner i 2018, der sandsynligvis er i ressourceforløb eller jobafklaringsforløb. Ideen er at se på ydelseshistorikken frem til tidspunktet, hvor personerne optræder uden anden indkomst end udbetalingen for tab af erhvervsevne. De fleste har i løbet af de foregående 5 år været i beskæftigelse, på sygedagpenge eller i jobafklaringsforløb forud for perioden i 2018, hvor de optræder uden anden indkomst ud over tab af erhvervsevne-udbetalingen, jf. se figur 4.

Figur 4. Historik forud for periode uden anden indkomst i 2018



Anm.: Se boks 2 for metode til opgørelse af personer i ressourceforløb med 100 pct. modregning i ressourceforløbsydelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

De personer, der modtager sygedagpenge eller er i jobafklaringsforløb umiddelbart inden perioden uden anden indkomst, er muligvis dem, der er 100 pct. modregnet i ressourceforløbsydelsen. Det skønnes med nogen usikkerhed at dreje sig om knap 1.000 fuldtidspersoner ud af de 1.760 fuldtidspersoner, der ikke har anden indkomst ved siden af udbetalingen for tab af erhvervsevne i 2018, jf. tabel 2. De øvrige personer har enten været uden anden indkomst i hele den 5-årige periode, eller kommer direkte fra beskæftigelse, eller en anden type offentlig forsørgelse.

Tabel 2. Forløb forud for periode uden anden indkomst i 2018

	Fuldtidspersoner
Kommer fra sygedagpenge eller jobafklaringsforløb	971
Kommer fra anden offentlig forsørgelse	242
Ingen anden indkomst siden 2013	547
I alt, personer uden anden indkomst end udbetaling fra TAE	1.760

Anm.: Se boks 2 for metoden til opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Boks 2. Metode til opgørelse af personer, som er 100 pct. modregnede i ressourceforløbsydelsen

Opgørelsen tager udgangspunkt i Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, og forsøger at bestemme antallet af fuldtidspersoner, der sandsynligvis er i ressourceforløb, men 100 pct. modregnet i ressourceforløbsydelsen pga. en udbetaling for tab af erhvervsevne.

Personer i jobafklaringsforløb eller ressourceforløb, der er 100 pct. modregnet i ressourceforløbsydelsen, vil optræde uden nogen markering af offentlige ydelser og uden erhvervsindkomst i DREAM-databasen. Det er således ikke muligt præcist at opgøre antallet af personer, der er 100 pct. modregnet i ressourceforløbsydelsen.

I stedet opgøres overgangen fra tidligere ydelser for personerne uden anden indkomst end udbetalingen for tab af erhvervsevne i 2018. Personer, der overgår fra enten jobafklaringsforløb eller sygedagpenge til en situation uden offentlige ydelser og uden erhvervsindkomst, vurderes at være dem, som er 100 pct. modregnet i ressourceforløbsydelsen. Overgangen fra jobafklaringsforløb eller sygedagpenge kan ligge i hele perioden 2013 til 2018. Overgangen er fra én uge til den efterfølgende.

Forsikring & Pension

Til Kommissionen om tilbagetrækning og nedslidning

Fleksible muligheder for pensionsopsparing for selvstændige

02.11.2021

Forsikring & Pension
Philip Heymans Allé 1
2900 Hellerup
Tlf.: 41 91 91 91
fp@forsikringogpension.dk
www.forsikringogpension.dk

Lotte Katrine Ravn
Chefkonsulent, cand.polit.
lkr@forsikringogpension.dk

Sagsnr. GES-2021-00031
DokID 431964

Det er vigtigt at selvstændige også sparer op til pension. Det er der - ligesom for lønmodtagere - åbenlyse grunde til. Nogle selvstændige har dog den tilgang, at deres virksomhed er deres pensionsopsparing, hvilket den også kan vise sig at blive. Men usikkerheden er stor, f.eks. kan virksomheden vise sig at være mindre værd, end man troede. En anden fordel ved at have sparet op til pension som selvstændig er, at pensionsopsparing er kreditorbeskyttet, så hvis man går konkurs med sin virksomhed, vil man fortsat have sin pensionsopsparing.

Særligt inden for de seneste 10-20 år, er reglerne blevet ændret, og det giver selvstændige fleksible og gode muligheder for pensionsopsparing:

- Selvstændige erhvervsdrivende kan vælge at indbetale op til 30 pct. af virksomhedens årlige overskud til pensionsordning med fuld fradragsret ("**30 pct.'s reglen**"). Dermed kan opsparingen ske de år, hvor det går godt for virksomheden, hvilket giver stor fleksibilitet. Der er intet krav om minimumsindbetaling. Indbetalinger under 30 pct.'s-ordningen gælder kun for indbetalinger til livsvarige livrenter, men den selvstændige kan derudover også indbetale på en ratepension, men disse midler skal komme fra lønindkomst.
- Muligheder for **ophørspension** ved afståelse af virksomhed eller afståelse af aktier som hovedaktionær i en virksomhed. Gælder for personer over 55 år, der minimum 10 ud af de sidste 15 år har været selvstændig. Beløb fra salget op til 2.931.800 kr. (2021-niveau) kan indbetales som både ratepension med fradragsret uden beløbsgrænse eller livrente. Indbetaling skal foretages inden for en periode på 10 år fra det år, hvor virksomheden afstås, jf. PBL § 15 A. Udbetaling kan tidligst ske ved den gældende PBL-alder. For indbetalinger på ratepension i forbindelse med ophørspension gælder desuden, at udbetalingen tidligst kan starte 5 år efter første indbetaling. Brugen af ophørspension kan kombineres med 30 pct.'s reglen det år, afståelsen finder sted. Fordelen er, at beskatningen udskydes fra tidspunktet for afståelse til pensionsudbetalingstidspunktet.
- Derudover kan selvstændige naturligvis vælge at oprette en almindelig pensionsopsparing via et pensionsselskab eller pengeinstitut, der også kan indeholde forsikringer, jf. neden for.
- Det er ikke obligatorisk for selvstændige at betale ind til ATP. Som selvstændig skal man selv tilmelde sig ordningen, som også indeholder en livsforsikring. Tilmelding kræver, at man skal have været med i ATP som

lønmodtager i mindst tre år i alt og indbetalt et beløb, der svarer til mindst tre års bidrag.

Pensionsselskabernes pensionsordninger rettet mod selvstændige

Mange pensionsselskaber har pensionsordninger rettet direkte mod selvstændige. Kendetegnet ved ordningerne er typisk, at:

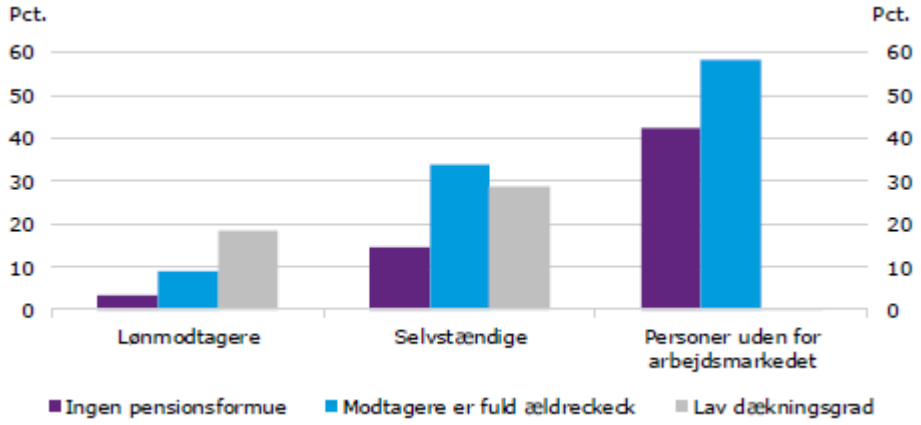
- ordningerne - udover selve pensionsopsparingen - giver den selvstændige mulighed for forsikringsdækninger ved kritisk sygdom, tab af erhvervsevne og død.
- ordningerne er ret fleksible og kan tilpasses den enkeltes behov både i forhold til indbetaling og forsikringsdækninger.
- ordningerne har et minimumsindbetalingskrav, blandt andet for at sikre forsikringsdækninger og bidragsfri perioder.
- Anden prisstruktur en for lønmodtageraftalerne og oftest krav om individuel helbredserklæring.
- ordningerne har gode muligheder for selv at vælge investeringsprofil.
- Desuden indeholder nogle af ordningerne ligeledes mulighed for at eventuelle ansatte kan blive omfattet af en pensionsordning.
- Pensionsselskaberne i høj grad arbejder sammen med pengeinstitutter og mæglere og fintech-virksomheder i forhold til de selvstændige kunder.

Selvstændige med ingen eller utilstrækkelig pensionsopsparing

De selvstændige med en utilstrækkelig pensionsopsparing kan groft sagt inddeles i to grupper. Den første gruppe består af selvstændige, som har en lav pensionsformue eller slet ingen. De vil være berettiget til at modtage fuld ældrecheck som pensionist. Den anden gruppe af selvstændige er kendetegnet ved, at de har en pensionsopsparing, men den er ikke alene tilstrækkelig til at sikre dem en passende indkomst som pensionist sammenlignet med deres indkomst som erhvervsaktiv. De vil have en lav dækningsgrad, hvis de ikke sparer op på andre måder. Det er muligt at have en lav dækningsgrad, selvom man har en høj indkomst hele livet, blot indkomsten før pensionering er væsentlig højere.

Det vil sige, at den ene gruppe af selvstændige har en lille pensionsformue målt i kroner og ører, og den anden gruppe har en relativt lav pensionsopsparing i forhold til deres indkomstniveau som erhvervsaktiv. Der er et begrænset overlap mellem de to grupper. Det betyder, at over halvdelen af alle selvstændige ikke sparer nok op til deres pension i en pensionsordning, jf. figur 1.

Figur 1. Restgrupperne fordelt på arbejdsmarkedstilknytning

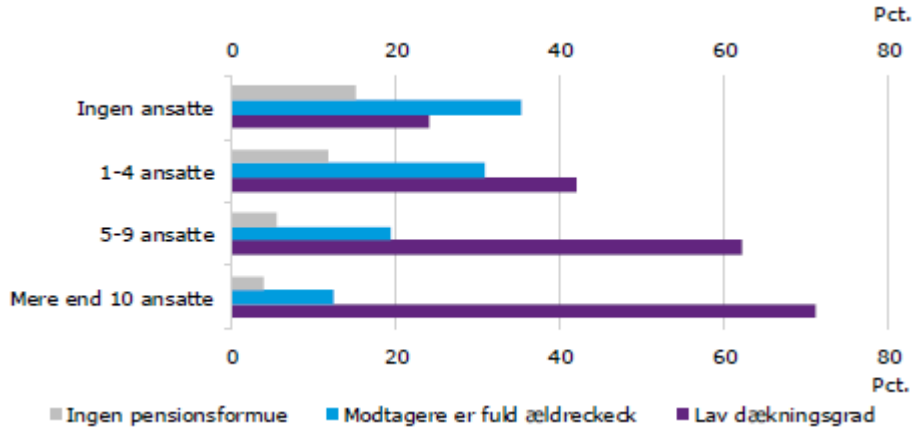


Anm.: Alle 25-59-årige ekskl. studerende. Selvstændige er defineret på baggrund af socioøkonomisk status. Selvstændige udgør ca. 5 pct. Lav dækningsgrad er defineret som en indkomst før skat som pensionist, der er mindre end halvdelen af indkomsten året før pensionering. Indkomst som pensionist er summen af forventede udbetalinger fra egen pension, ATP og folkepension inkl. pensionstillæg, varmehjælp og ældrecheck før skat. Indkomsten året før pensionering er summen af erhvervsindkomst og offentlige overførselsindkomster før skat fremskrevet fra alderen i 2018 til året før folkepensionsalderen. Kapitalindkomst er ikke medtaget i dækningsgraden.

Kilde: F&P-analyserapport "Stor udbredelse af pensionsordninger giver lille restgruppe" (2020:5).

En tredjedel af selvstændige med enkeltmandsvirksomheder har en begrænset pensionsformue og kan forvente at modtage fuld ældrecheck som pensionister. Den tilsvarende andel er 13 pct. for selvstændige med 10 eller flere ansatte. Knap tre fjerdedele af alle selvstændige med 10 eller flere ansatte forventes derimod at få en lav dækningsgrad som pensionist, mens det tilsvarende tal er en fjerdedel for selvstændige med ingen ansatte, jf. figur 2.

Figur 2. Restgruppen blandt selvstændige efter antal ansatte



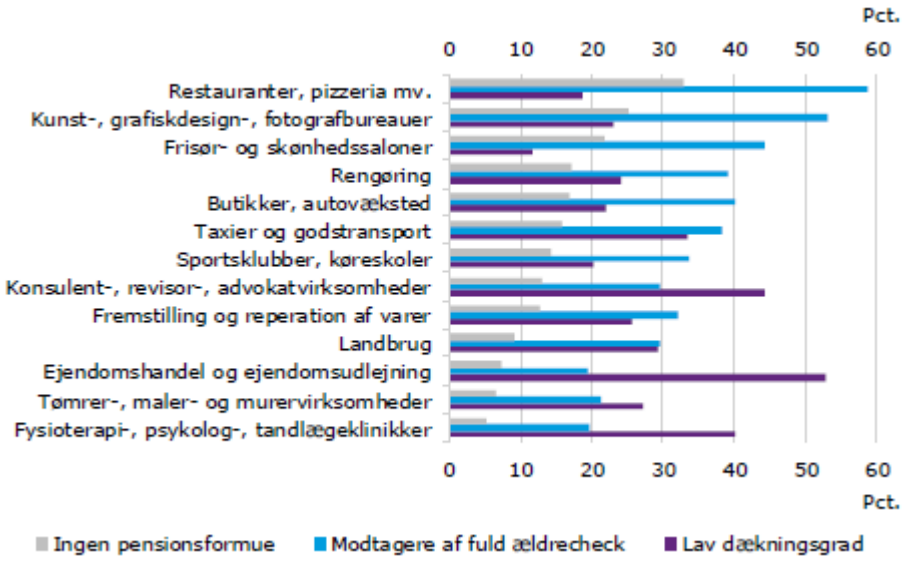
Anm.: Alle 25-59-årige ekskl. studerende. Selvstændige er defineret på baggrund af socioøkonomisk status.

Kilde: F&P-analyserapport "Stor udbredelse af pensionsordninger giver lille restgruppe" (2020:5).

Selvstændige uden pensionsformue er særligt udbredt inden for ejere af restauranter, cafeer, pizzarier mv. I denne gruppe har en tredjedel ikke nogen pensi-

onsformue, og godt halvdelen har en begrænset pensionsopsparing, som forventes at give ret til fuld ældrecheck som pensionist. Anderledes ser det ud for selvstændige fysioterapeuter, psykologer og tandlæger, hvor kun 5 pct. ikke har en pensionsopsparing. Godt halvdelen af alle selvstændige ejendomsmæglere mv. kan forvente en lav dækningsgrad ved pensionering. Brancherne er de selvstændiges nuværende branche, mens pensionsformuen kan spares op gennem hele livet, også mens de var ansat i anden branche. jf. figur 3.

Figur 3. Selvstændige i restgrupperne fordelt på branche



Anm.: Alle 25-59-årige, der er klassificeret som selvstændige efter Danmarks Statistiks socioøkonomiske kategorier indgår. Selvstændige, hvor branchen ikke er oplyst, er ikke medtaget. Betegnelserne af brancher i figuren er de hyppigste inden for de pågældende branchegrupperinger for selvstændige. Der indgår fx også få gartnere i kategorien for landbrug.

Kilde: F&P-analyserapport "Stor udbredelse af pensionsordninger giver lille restgruppe" (2020:5).

Hvornår styrker ratepension de offentlige finanser mere end livsvarige livrenter?

Artiklen redegør for, hvordan det samlede statslige skatte- og modregningsprovenu påvirkes af valget af pensionsprodukt for forskellige pensionsformuer og forskellige antagelser omkring dødelighed, længden af ratepensionens udbetalingsperiode, og om ældrechecken modtages eller ej. Artiklen viser, at det samlede statslige skatte- og modregningsprovenu for den gennemsnitlige 67-åriges pensionsformue er større for ratepensionen i forhold til livrenten. Isoleret set indikerer det ud fra en gennemsnitsbetragtning, at der ingen økonomiske eller statsfinansielle argumenter er for at hindre, at en større andel af pensionsindbetalingerne sker på ratepensioner fremfor livrenter, snarere tværtimod. Det indikerer også, at den levetidsforsikring, som er indbygget i livrenten, kan være dyrere for staten end først antaget og ofte dyrere end at give pensionsopspareren bedre adgang til at opspare via ratepensionen.

AF FORFATTER

Nikolaj Warming-Lollesgaard
chef for skat og pension
Finans Danmark
E-mail: nwa@fida.dk

Nikolaj Warming-Lollesgaard er chef for skat og pension i Finans Danmark, uddannet cand.polit og tidligere ansat i ATP, Tænketanken Kraka og Finansministeriet.

Note: Forfatteren takker Jesper Rangvid, Henrik Ramlau-Hansen, Peter Schultz-Møller og Lene Schønebeck for kommentarer til artiklen.

De reducerede indbetalingslofter på ratepension i 2009 og 2012 var bl.a. motiveret af et ønske om at få en større andel af pensionsindbetalingerne over i livsvarige livrente (herefter livrente) produkter, fordi der var en forventning om, at det ville styrke de offentlige finanser mere ift. opsparing i ratepension.

Forventningen var baseret på, at den løbende modregning og beskatning gennem hele pensionslivet bidrog mere til de offentlige finanser ift. til den kraftigere beskatning og modregning, der er i starten af ratepensionen.

Indbetalingslofterne har bidraget til en strukturel ændring af pensionsindbetalinger på de to pensionsprodukter. Før indbetalingsloftet i 2009 blev 50 pct. og 35 pct. af pensionsindbetalinger indbetalt på hhv. ratepension og livrente. I dag er forholdet skiftet, så 52 pct. og 42 pct. af indbetalingerne sker på hhv. livrente og ratepension.

Livrenter og ratepensioner adskiller sig bl.a. på den måde, at ratepensionen udbetales typisk over en kortere periode end livrente, som udbetales gennem hele livet. Det betyder, at skatteprovenuet og værdien af modregning i folkepensionens tillægsbeløb og ældrechecken er højere i starten for ratepension, men lavere i slutningen af pensionsperioden. For livrenten er skatteprovenuet og modregningsværdien nogenlunde det samme gennem hele pensionsperioden. Det vil sige, at i starten af pensionsperioden er livrenter dyrere for staten end ratepension, men jo længere man lever som pensionist, jo mindre påvirkes de offentlige finanser, hvis pensionsformuen er placeret i livrenter fremfor ratepension.

Forfatteren er ikke bekendt med, at forventningerne ovenfor tidligere er blevet efterprøvet lige så bredt, som de er i denne artikel. Ramlau-Hansen (2021) viser dog, at ratepensionen bedre kan bruges til at optimere folkepensionens tillægsbeløb, når udbetalingsperioden på ratepensionen er meget lang (25-30 år) og over gennemsnittet.

Modstykket til, at ratepensioner i gennemsnit medfører højere skatteindtægter og modregning sammenlignet med livrenten, er, at ratepensionen i gennemsnit medfører et *mindre* direkte rådighedsbeløb for pensionsopspareren sammenlignet med livrenten. Der er dog andre økonomiske produktkarakteristika ved ratepensionen, som for mange pensionsopsparere vejer tungere end forskellene i de samlede skatte- og modregningsprovenuer, f.eks. at restpensionen i ratepensionen, i modsætningen til livrenten uden ægtefælledækning, automatisk tilfalder de efterladte, og at ratepensionen udbetales over en kortere tidshorisont.

Særligt sidstnævnte vurderes for mange at veje tungere end de isolerede skatte- og modregningsfordele, der er ved evt. at forlænge udbetalingsperioden for ratepensionen eller ved kun at indbetale på livrenten.

Resultaterne i artiklen er robuste og indeholder ikke typiske adfærds- og forvridningseffekter samt den løbende højere kapitalbeskatning af frie midler, som i større grad er relevant for ratepensionen, og som samlet set styrker ratepensionernes bidrag til de offentlige finanser.

Baggrund

I dag findes der tre forskellige pensionsprodukter, aldersopsparing, livrente og ratepension, der fortsat kan indbetales på. De tre pensionsprodukter påvirker de offentlige finanser forskelligt, fordi de har forskellige udbetalingsprofiler og er underlagt forskellige modregningsregler. F.eks. modregnes aldersopsparing, i modsætning til ratepension og livrenteproduktet, ikke i folkepensionens tillægsbeløb. Det gør isoleret set aldersopsparing dyrere for staten sammenlignet med de to andre pensionsprodukter. Det er bl.a. baggrunden for, at der er loft over, hvor meget man kan indbetale på aldersopsparing.

Skatteprovenuet og værdien af modregningen kan dog variere meget i løbet af pensionsperioden for de to øvrige pensionsprodukter, fordi udbetalingsprofilen typisk er forskellig. F.eks. udbetales ratepension for de fleste danskere over ti år, mens pensionsudbetalingerne fra livrenten fordeles jævnt over hele pensionistens levetid. Dvs. skatteprovenuet og værdien af modregning for ratepension vil være højere i starten af pensionsperioden og mindre sidst i pensionsperioden. Anderledes

forholder det sig med livrenten, hvor skatteprovenuet og modregningsværdien, som udgangspunkt, vil være konstant gennem hele pensionsperioden. For at vurdere det samlede skatteprovenu og den samlede modregningsværdi for de to produkter skal hele pensionsperioden derfor betragtes.

Desuden adskiller ratepension og livrente sig ved at have forskellige adfærds- og forvridningseffekter, som ikke er uvæsentlige, men som ikke er kvantificeret i denne analyse. Adfærds- og forvridningseffekterne knytter sig til:

1. De større arbejdsudbudseffekter der må antages at være for rateopsparing ift. livrenteopsparing. Det skyldes, at personer, der tvinges ind i pensionsordninger med egenskaber, de ikke nødvendigvis ønsker, værdisætter pensionsindbetalingerne lavere. Det svarer til en højere skat på bruttolønnen, hvilket reducerer arbejdsudbuddet. Da livrenter ikke indeholder de ofte ønskede egenskaber, fordi nærmeste familie ikke *automatisk* arver evt. restpension ved livrente, vil incitamentet til at arbejde mere (større arbejdsudbudseffekt) i den erhvervsaktive alder, alt andet lige, være mindre for livrenteopsparing sammenlignet med rateopsparing. I det omfang der tilkøbes depot- eller ægtefællesikringer på livrenten, reduceres denne adfærdseffekt, men det samme gør den løbende modregning og beskatning, jf. senere afsnit.
2. Det samfundsøkonomiske velfærdstab, som opstår ved at tvinge, pensionsopsparer ind i pensionsprodukter, som de ikke nødvendigvis selv havde valgt.

I forlængelse heraf adskiller rate- og livrenteopsparing sig som nævnt på ét særligt område, som også tids- og størrelsesmæssigt kan påvirke skatteprovenuet og værdien af modregning forskelligt.

I tilfælde af dødsfald udbetales evt. restpension til begunstigede, hvis pensionsopsparingen er sket på en ratepension. Dvs. "restpensionen" trækkes ud af pensionssystemet, afgiftspålægges med 40 pct. ved sumudbetaling og beskattes i et hårdere skatteregime, hvor investeringsafkast beskattes med mellem ca. 25,6 pct. og 42,7 pct. i modsætning til PAL-satsen på 15,3 pct. Hvis restpensionen sumudbetales til børn, tillægges de 40 pct. boafgiftssatsen på 15 pct., dvs. samlet effektivt 49 pct. Ægtefæller og børn under 24 år kan også vælge at få restpensionen løbende udbetalt, så den beskattes som personlig indkomst, uden at der betales boafgift. I de tilfælde hvor ægtefællen er pensionist og vælger at få restpensionen løbende udbetalt, vil det ikke have nogen nævneværdig betydning på størrelsen af modregning sammenlignet med livrente. I de tilfælde hvor arvinger er "uden for" pensionssystemet, vil modregningen alt andet lige falde sammenlignet med livrente, fordi restpensionen "trækkes" ud af pensionssystemet. Omvendt vil evt. investeringsafkast af restpensionen uden for pensionssystemet, som tidligere nævnt, være hårdere beskattet. En del af restpensionen, som arves ud af pensionssystemet, må også forventes at blive indbetalt igen i form af højere pensionsindbetalinger fra arvingerne.

For livrenter vil dødsfald betyde, at evt. restpension som udgangspunkt tilfalder livrentegruppen og udbetales til dem i livrentegruppen, som lever længere. Med andre ord bliver pensionsformuen i pensionssystemet. Det er denne mekanisme, som isoleret set giver livrenteprodukterne en højere ydelsesmæssig dækning gennem livet for de personer, som lever længere end det forventede gennemsnit.

Der findes en række forsikringer (depotsikring og ægtefælleforsikring), som giver forsikringstageren mulighed for at overdrage en vis andel af restpensionen til nærmeste familie. Fælles for alle disse forsikringer er, at de er aktuarisk fair prisfastsat, hvorfor forsikringstager ikke kan forvente at få mere udbetalt end det, han eller hun har betalt for forsikringen. Prisen (som typisk er en reduktion i udbetalingsniveauet) for forsikringen tilfalder livrentegruppen, hvorfor den ydelsesmæssige dækning for *resten* af medlemmerne i livrentegruppen ikke påvirkes af omfanget af depot- og ægtefællesikringer.

Forsikringstageren vil i den situation betale mindre i skat og blive modregnet mindre, fordi hans udbetalingsprofil reduceres som betaling for forsikringen.

Dødsfald kan påvirke skatteprovenuet og omfanget af modregning lidt forskelligt for de to pensionsprodukter, hvis dødsfaldet giver anledning til restpension. I de følgende beregninger ses der dog bort fra betydningen af restpensionen for ratepensionen ved at antage, at alle ratepensioner udbetales over 10 år, og at døden i gennemsnit og i overensstemmelse med dødelighedssandsynlighederne først forventes at indtræffe 21½ år efter pensionering. Med andre ord vil ratepensionen være helt udbetalt, og der vil ikke være nogen restpension til de efterladte.

For livrenten kan det være lidt mere kompliceret, hvis personer i gennemsnit ikke lever som forventet. Men artiklen antager netop, at personer i gennemsnit lever som forventet og i overensstemmelse med Finanstilsynets dødelighedssandsynligheder og levetidsforbedringer. Det betyder, at personer med livrente i gennemsnit præcis får det udbetalt, de selv har opsparet. Hverken mere eller mindre. Eller formuleret lidt anderledes, så forventes restpensionen i gennemsnit at være nul.

Et centralt element ved livrenten er, at den *skal* sikre lige store udbetalinger hele livet, uanset hvor længe man lever. Deraf navnet *livsvarige* livrenter. Dette element bliver typisk omtalt som den indbyggede forsikring mod forventede levetidsforbedringer. Derfor er niveauet for udbetalingsprofilerne af livrenter generelt, og ligeledes i denne artikel, konstrueret i overensstemmelse med Finanstilsynets dødelighedssandsynligheder på en måde, så det samme udbetalingsniveau kan opretholdes, indtil pensionsopspareren med 100 pct. sikkerhed er død.

Baseret på de senest observerede dødelighedssandsynligheder og levetidsforbedringer fra Finanstilsynet[1] skal en person med en livrente, som går på pension som 67-årig, strække sin pensionsformue over 37 år for at være sikker på at opnå det samme ydelsesniveau så længe, han eller hun lever. I den forbindelse skal det understreges, at sandsynligheden for at leve i 37 år efter pensionering er meget lille, og sandsynligheden for at overleve falder løbende.

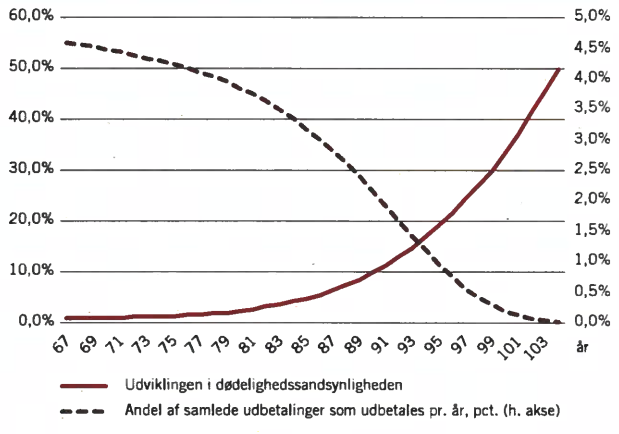
Det betyder, at andelen af pensionsformuen, som forventes at blive udbetalt de første ti år på pension, er væsentlig højere (44 pct., svarende til arealet under den stiplede kurve for perioden 67-77 år) end andelen af pensionsformuen, som forventes at bli-

1. De observerede dødsintensiteter er baseret på gennemsnittet af Finanstilsynets benchmarktal for perioden 2014-2018. Dertil er beregnet forventede levetidsforbedringer på baggrund af Finanstilsynets levetidsforbedringer, jf. https://www.finanstilsynet.dk/Tal-og-Fakta/Oplysninger-for-virksomheder/Oplysningstal-om-forsikring-og-pension/Levetidsmodel

ve udbetalt de sidste ti år (3½ pct., svarende til arealet under den stiplede kurve for perioden 93-103 år) på pension, jf. Figur 1.

Dødelighedssandsynlighederne og levetidsforbedringerne fra Finanstilsynet viser også, at en 67-årig person i dag i gennemsnit forventes at leve i 21½ år. I de følgende beregninger forudsættes det dermed, at livrentedepoterne fordeles jævnt ud over 21½ år, således at hele livrentedepotet er udbetalt efter 21½ år på pension.

FIGUR 1: Udviklingen i dødelighedssandsynligheder pr. år samt andelen af udbetalinger, som forventes udbetalt løbende



Kilde: Finanstilsynet (2019) og egne beregninger

Dermed sikres det, at restpensionen er nul for både ratepension og livrenten i gennemsnit, og at udbetalingsniveauet for livrenten er designet til at være konstant og vare hele livet.

Jo længere pensionsformuen skal holde, desto lavere løbende udbetaling må man forvente at få. Eller formuleret lidt anderledes, så vil et fald i de forventede dødelighedssandsynligheder, som følge af forøget levetid, resultere i et lavere konstant udbetalingsniveau fra livrenten, hvis pensionstidspunktet og pensionsformuen er uændret. Faldet i udbetalingsniveauet er omkostningen ved levetidsforsikringen i livrenten. Livrenten kan ikke både sikre høje pensionsudbetalinger og samtidig have samme levetidsdækning.

Resultater og følsomhedstest

Tabel 1 viser resultaterne af de samlede provenuforskelle mellem skatte- og modregningsværdien for ratepension og livrente for forskellige pensionsformuer og for forskellige antagelser omkring dødelighed, ældrecheck og ratepensionens udbetalingsperiode. Resultaterne tager udgangspunkt i en nulevende 67-årig pensionist og tager både hensyn til top-, bund-, kirke-, og kommuneskatten.

Ifølge Finanstilsynets dødelighedssandsynligheder forventes nulevende 67-årige pensionister at have en pensionsperiode på 21½ år i gennemsnit (inklusiv forventede levetidsforbedringer). Dvs. efter 21½ år forventes den gennemsnitlige pensionist at have fået hele pensionsformuen udbetalt. Grundforløbet i Tabel 1 bygger dermed på en forudsætning om, at en nulevende 67-årig pensionist lever 21½ år i gennemsnit på pension, er berettiget til ældrecheck og får ratepensionen udbetalt over 10 år. Hvis pensionsperioden er kortere eller længere end 21½ år, vil restpensionen i livrenten enten være over- eller undervurderet i beregningerne, og man vil reelt sammenligne forskellige pensionsdepoter.

En 67-årig person i dag med positiv pensionsformue vurderes skønsmæssigt at have en pensionsformue på omkring 2 mio. kr. i gennemsnit[2]. Derfor er de mest centrale tal i Tabel 1 resultaterne for pensionsformuerne 1, 2 og 3 mio. kr. Alle resultater indikerer, at ratepension bidrager mere til de offentlige finanser sammenlignet med livrenten. I kronebeløb er forskellene dog forholdsvis begrænsede, særligt når tidshorisonten tages i betragtning.

TABEL 1: Samlede provenuforskelle for ratepension og livrente, t. kr.

	Høj og lav dødelighed, u. ældrecheck og længere ratepensionsudbetaling				
Pensionsformue	1. Høj dødelighed – 19 år	2. Lav dødelighed – 24 år	3. Grundforløb	4. Uden ældrecheck	5. Ratepensionsudbetaling – 15 år
1 mio. kr.	5,8	13,2	**9,5**	74,8	8,0
2 mio. kr.	2,7	4,2	**3,4**	135,2	1,9
3 mio. kr.	2,7	4,2	**3,4**	135,2	1,9
4 mio. kr.	-94,0	-92,5	**-93,3**	38,5	1,9
5 mio. kr.	-217,3	-215,8	**-216,5**	-84,8	1,9
6 mio. kr.	-383,8	-258,2	**-259,0**	-127,2	-143,1
7 mio. kr.	-302,1	-300,6	**-301,4**	-169,6	-306,9
8 mio. kr.	-83,8	-343,0	**-251,3**	-119,5	-256,8
9 mio. kr.	10,0	-268,7	**-101,3**	30,5	-106,8
10 mio. kr.	10,0	-118,7	**12,7**	144,5	7,2
11 mio. kr.	10,0	15,5	**12,7**	144,5	7,2
12 mio. kr.	10,0	15,5	**12,7**	144,5	7,2
13 mio. kr.	10,0	15,5	**12,7**	144,5	7,2
14 mio. kr.	10,0	15,5	**12,7**	144,5	7,2
15 mio. kr.	10,0	15,5	**12,7**	144,5	7,2

Anm: Egne beregninger

Sorte og positive tal i Tabel 1 indikerer, at det samlede skatte- og modregningsprovenu er større for ratepensioner end livrenter. Røde negative tal indikerer det modsatte. Tallet angiver den simple sum af forskellene for perioden og kan fortolkes som den effektive merbeskatning i forhold pensionsformuen. Summen er ikke diskonteret. Det vil sige, at den effektive merbeskatning af ratepensionen i grundforløbet for f.eks. en pensionsformue på 1 mio. kr. er knap 1 pct. (9.500/1.000.000*100).

2. *Ifølge Forsikring & Pension (2020) er den gennemsnitlig pension for personer i aldersgruppen 60-64 år med en positiv pensionsformue 1,7 mio. kr. i 2019. Det vil sige lidt under 2 mio. kr., men samtidig er aldersgruppen også lidt yngre end 67 år. Hvis man isoleret ser på alderstrinnet 67 år og betragter alle 67-årige (også dem uden pension), falder gennemsnittet til 1,4 mio. kr. På den baggrund er den gennemsnitlig pensionsformue for en 67-årig skønsmæssigt sat til ca. 2 mio. kr.*

Når man kigger på, hvordan den samlede pensionsformue for alle 67-årige er fordelt, er over halvdelen af den samlede pensionsformue for alle nuleverende 67-årige fordelt på pensionsdepoter mellem 0-3 mio. kr., ifølge registerdata fra Danmarks Statistik.

For pensionsformuer mellem 4-9 mio. kr. i grundforløbet bidrager livrenter mere til de offentlige finanser end ratepension, men for pensionsformuer fra 10 til 15 mio. kr. bidrager ratepensioner igen mere til de offentlige finanser i forhold til livrenten i grundforløbet.

Ændringerne i, hvornår de to pensionsprodukter bidrager hhv. mere og mindre til de offentlige finanser, afspejler pensionsprodukternes forskellige udbetalingsprofiler og modregningsreglerne for folkepensionens tillægsbeløb og ældrecheck-en. For store pensionsformuer dominerer topskatteprovenuet i starten af ratepensionen den øgede modregning, som sker i livrenten sidst i pensionsperioden.

For at vise hvordan resultaterne i Tabel 1 påvirkes af forskellige antagelser omkring dødelighed, udbetalingsperioden for ratepensionen og ældrecheck, indeholder Tabel 1 også resultater for alternative antagelser herom.

Forklaringer på marginale ændringer i grundforløbet

For pensionsformuer på 1 mio. kr. betyder det uudnyttede bundfradrag for aftrapning en øget effektiv skat på ratepension. I modsat retning trækker, at dele af ratepensionen aftrappes med pensionstillægget, hvor aftrapningen er lavere end ved ældrecheck. Ældrechecken er fuld aftrappet for ratepensionen i de første 10 år for dette formueinterval.

For pensionsformuer på 2 mio. kr. falder provenuforskellene ift. ratepensionen lidt, fordi aftrapningen af ekstra livrenteindkomst sker i ændrechecken, hvor aftrapningssatsen er høj.

For formueintervallet på 3 mio. kr. er provenuforskellene uændrede, da ekstraindkomsten for både ratepension og livrente aftrappes i pensionstillægget.

For pensionsformuer på 4 mio. kr. ændres provenuforskellene markant, da aftrapningen af pensionstillægget for ratepensionen ophører, så marginalskatten for ratepensionen aftager markant.

For pensionsformuer på 5 mio. kr. aftager provenuforskellene yderligere, men mere afdæmpet, da marginale rateudbetalinger delvist rammes af topskatten for ratepensionen.

For pensionsformuer på 6 mio. kr. aftager provenuforskellene i yderligere afdæmpet form, da hele den marginale udbetaling fra ratepensionen er omfattet af topskatten (15 pct.), mens livrenten aftrappes i pensionstillægget med 19 pct.

For pensionsformuer på 7 mio. kr. er der ingen marginale ændringer ift. pensionsformuer på 6 mio. kr., fordi merindkomsten i ratepensionen fortsat rammes af topskatten, og merindkomsten i livrenten fortsat aftrappes i pensionstillægget.

For pensionsformuer på 8 mio. kr. tiltager provenuforskellene markant, da aftrapningen af pensionstillægget er fuldendt for næsten hele den marginale udbetaling fra livrenter, hvilket reducerer marginalskatten på størstedelen af den marginale udbetaling.

For pensionsformuer på 9 mio. kr. tiltager provenuforskellene yderligere, da hele udbetalingen fra livrenten er fritaget for aftrapning, mens merudbetalingen er ramt af topskat.

For pensionsformuer på 10 mio. kr. aftager provenuforskellene yderligere og bliver nu positive igen, da en mindre del af udbetalingerne fra livrenterne ikke rammes af topskatten.

For formueintervallet 11-15 mio. kr. er der ingen marginale ændringer af provenuforskellene, da marginale udbetalinger fra både ratepensionen og livrenter er ramt af topskatten.

Følsomhedstest

For at tjekke robustheden af resultaterne i grundforløbet i Tabel 1 er der opstillet en række alternative antagelser omkring dødelighed, udbetalingsperioden for ratepensionen, og om pensionisten modtager ældrecheck eller ej. Konkret er antagelserne lempet på følgende områder:

1. Høj dødelighed, dvs. den gennemsnitlige pensionsperiode reduceres fra 21½ til 19 år.
2. Lav dødelighed, dvs. den gennemsnitlige pensionsperiode øges fra 21½ til 24 år.
3. Grundforløb – ingen ændringer.
4. Uden ældrecheck.
5. Rateudbetalingsperioden øges fra 10 til 15 år.

Det overordnede resultat er fortsat, at ratepensionsopsparing i gennemsnit styrker de offentlige finanser mere i forhold til livrente, hvis centrale antagelser i artiklen lempes, jf. Tabel 1.

Resultaterne i Tabel 1 bekræfter grundlæggende, at jo mindre forskel der er mellem udbetalingsperioderne på de to pensionsprodukter, desto mindre er provenuforskellene mellem dem. Livrenteopsparing begynder først at være en mere økonomisk attraktiv opsparingsform for staten for flere pensionsformuer, når dødeligheden falder yderligere, og den gennemsnitlige pensionsperiode bliver omkring 24 år.

Når der korrigeres for ældrecheck, er ratepensionen mere fordelagtig for staten for flere formueklasser, og provenuforskellene stiger markant. Det skyldes, at en fjernelse af ældrechecken har en større samlet positiv effekt på ratepensionen sammenlignet med livrenten, fordi alle, som har opsparet via ratepensionen, vil modtage fuld ældrecheck efter 10 år for alle formueklasser, mens ældrechecken i livrenten for de fleste formueklasser allerede er fuldt eller delvist aftrappet. Godt 25 pct. af alle pensionister modtager ældrecheck i 2021 og modtager i gennemsnit 16.400 kr. Andelen af pensionister som er berettigede til ældrecheck, men som udelukkes pga. formuekriteriet, er noget højere og omkring 50 pct.

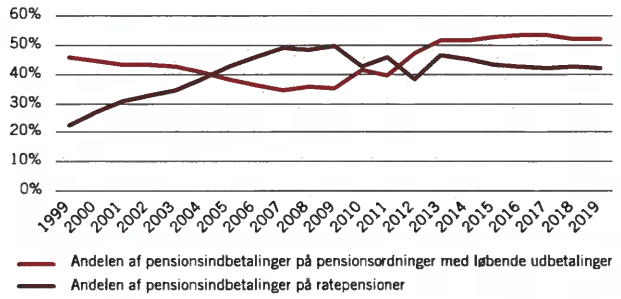
Endelig bemærkes det, at ratepensionen fortsat er mere økonomisk fordelagtig for staten for flere formueklasser, når udbetalingslængden øges til 15 år i stedet for 10 år, men at forskellene i kronebeløb er mindre for næsten alle formueklasser.

Strukturen af pensionsindbetalingerne og pensionsformuen

Andelen af pensionsindbetalinger på ratepensioner har været aftagende, siden indbetalingslofterne blev indført i 2009 og 2012, jf. Figur 2. Lofterne har blandt andet været motiveret af at få flere til at indbetale på livrenteprodukter, fordi forventningerne var, at livrenteprodukter styrker de offentlige finanser mere end ratepensioner, da de sikrer udbetalinger hele livet.

Indbetalingslofterne har, udover de skævvridninger de har betydet og medført for opsparingsadfærden og de dertil hørende samfundsøkonomiske tab, haft konsekvenser for konkurrencen i markedet for pension. På den baggrund anbefalede konkurren-

FIGUR 2: Udviklingen i pensionsindbetalinger på ratepensioner og pensionsordninger med løbende udbetalinger

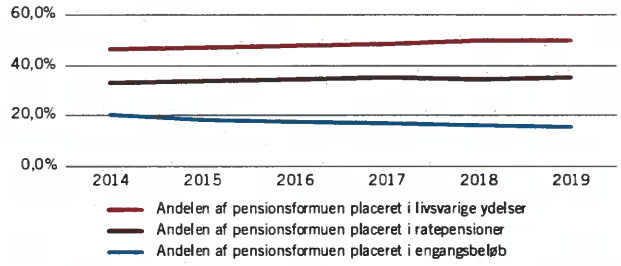


Kilde: Forsikring og Pension (2021)

cerådet også i deres konkurrencerapport om markedet for pension fra december 2019, at der blev nedsat en arbejdsgruppe, som bl.a. skulle se på mulighederne for at hæve indbetalingslofterne for ratepensioner, jf. Konkurrencerådet (2019).

50 pct. af den samlede pensionsformue er i dag placeret i livsvarige ydelser, mens 35 pct. af pensionsformuen er placeret i ratepensioner, jf. Figur 3. I 2019 var den samlede pensionsformue på 3.500 mia. kr. eksklusive ATP. Dvs. 1.750 mia. kr. af pensionsformuen er placeret i livrenter. Størstedelen af den formue vil, ifølge resultaterne i artiklen, give et større samlet skatte- og modregningsprovenu, hvis den var placeret i ratepensioner.

FIGUR 3: Udviklingen i fordelingen af den samlede pensionsformue



Kilde: Forsikring og Pension (2020)

Diskussion af centrale antagelser

Artiklen bygger på en række centrale antagelser, som diskuteres nærmere her.

Intet mer-realafkast og ingen omkostninger

Det er beregningsteknisk antaget, at mer-realafkastet er nul, og at omkostningerne også er nul. Med andre ord antages det, at afkastet efter skat og omkostninger er lig lønudviklingen. Antagelsen påvirker resultaterne, da udbetalingsprofilerne for liv og rate er forskellige. Resultaterne i artiklen vil derfor blive mere præcise, hvis beregningerne udvides med indeksering af diverse beløbsgrænser for sociale ydelser samt med afkast- og omkostningsforudsætninger svarende til samfundsforudsætningerne. Men det vil ikke ændre på konklusionerne i artiklen.

Det skyldes, at en lempelse af denne antagelse samtidig forudsætter, at der tages højde for den løbende kapitalbeskatning af frie midler. Samlet set vil det styrke resultaterne i artiklen i ratepensionens favør, jf. afsnittet nedenfor.

Beskatning af løbende kapitalafkast

Effekten af beskatning af løbende kapitalafkast er *ikke* medregnet, da mer-realafkastet antages at være nul. Dvs. når ratepensionen udbetales over 10 år, og man forventer at leve i 21½ år efter pensionering, så vil en betragtelig andel af de udbetalte ratepensioner skulle investeres igen. Det øger grundlaget for personlige kapitalindkomstskatter. Omvendt betales der pensionsafkastskat af livrenten i hele perioden. Givet at frie midler er hårdere beskattet end pensionsmidler, vil denne effekt isoleret set gøre ratepension endnu mere fordelagtig ift. livrenten og bidrage mere til de offentlige finanser. Effekten vurderes at være væsentlig.

Inflation

Inflationsforventningerne er, ligesom afkastforventningerne og omkostningerne, sat til nul. Inflationsforventninger over nul vil isoleret set øge bidragene fra ratepensionen til de offentlige finanser, da en større andel af skatte- og modregningsprovenuet ligger i starten af pensionsperioden, og samtidig reduceres skatte- og modregningsværdierne fra livrenten, som er konstant i hele pensionsperioden. Hvis antagelsen om nul inflation lempes, skal antagelsen om et mer-realafkast også lempes. Samlet set vurderes begge lempelser at styrke resultaterne i analysen i ratepensionens favør, fordi det også forudsætter, at man tager højde for beskatning af løbende kapitalindkomst, som entydigt vil øge skatteprovenuet fra ratepensionen.

Ratepension udbetales over 10 år

Det antages, at ratepensionen udbetales over 10 år i alle scenarier. Langt de fleste ratepensioner oprettes med 10 års udbetaling. Hvis ratepensionen udbetales over en længere periode, vil provenuforskellene mellem ratepension og livrente blive mindre (se Tabel 1), men det ændrer ikke på den overordnede konklusion, at livrenten ikke i gennemsnit styrker de offentlige finanser mere end ratepensionen.

Registerdata fra Danmarks Statistik indikerer, at den gennemsnitlige udbetalingsperiode for ratepensioner ligger mellem 10-15 år. For pensionsopsparere med store pensionsformuer er udbetalingsperioden lidt længere.

Enlige pensionister uden anden erhvervsindkomst

Forskellige familietyper er underlagt forskellige modregningsregler. I beregningerne er det antaget, at alle personer er en enlig pensionist. Da beregningerne er baseret på forskelle mellem rate og liv, vil resultaterne i analysen kun være begrænset påvirket af, hvilke familietyper man kigger på.

Pensionstidspunktet er 67 år

Alle antages at gå på pension som 67-årig. Pensionstidspunktet kan have indflydelse på længden af udbetalingsperioden for livrenten. Det skyldes, at udviklingen i dødelighedssandsynligheden ikke er lineær, men eksponentiel, jf. Figur 1. Derfor vil et senere pensionstidspunkt også betyde en kortere udbetalingsperiode for livrenten, som alt andet lige vil reducere provenufor-

skellene mellem rate og livrente for en uændret dødelighedssandsynlighed.

Ingen indeksering af hverken skattesatser eller beløbsgrænser

Alle skattesatser og beløbsgrænser holdes konstant og ændres ikke fremadrettet. Antagelsen vurderes ikke at have nogen væsentlig betydning for resultaterne, fordi det er forskellene i provenuerne, der analyseres.

Der ses bort fra andre sociale ydelser som varmehjælp og boligstøtte

Antagelsen vurderes ikke at have nogen væsentlig indflydelse på resultaterne, da kriterierne for tildeling af varmehjælp og boligstøtte er meget målrettet og kun vedrører en begrænset gruppe mennesker.

ATP

ATP-udbetalingerne er sat til 15.000 kr. årligt, som nogenlunde svarer til det nuværende gennemsnitlige niveau, jf. ATP (2019). ATP modregnes i pensionstillægget og ældrechecken, hvis ATP plus udbetalingerne fra privat pension er over modregningsgrænserne for at modtage ældrecheck og pensionstillæg.

TABEL 2: Beløbsgrænser

Beløbsgrænser	Kr.
Grundbeløb	77.047
Pensionstillæg	89.189
Ældrecheck	18.400
Bundfradrag, ældrecheck	22.00
Bundfradrag, pensionstillæg	76.100
Bundfradrag, topskat	546.000
Personfradrag	46.100
Bortfald, pensionstillæg	364.737

Beløbsgrænser

Beregningerne er baseret på 2023-regler (eksklusiv midlertidige forhøjelser af fradragsbeløbet) opgjort i 2021-niveau, jf. Tabel 2. Dermed tager beregningerne og resultaterne udgangspunkt i kendte og varige beløbsgrænser.

2023-reglerne er anvendt, fordi topskattegrænsen gradvis forhøjes til 546.000 (2021 niveau) i 2023 og fastholdes derefter på samme niveau, jf. skattereformen fra 2012.

Konklusion

Artiklen viser, at ratepensioner i gennemsnit generer et større samlet skatte- og modregningsprovenu for staten sammenlignet med livrenter, og at resultaterne er robuste overfor ændringer i centrale antagelser. Hidtil har der været en forventning om, at livrenter styrkede de offentlige finanser mere end ratepensioner, fordi de beskattes og modregnes i folkepensionens tillægsbeløb og ældrecheck i hele pensionsperioden. Denne forventning nuanceres i artiklen, fordi værdien af den hårdere beskatning og modregning, der typisk finder sted i starten af ratepensionen, i gennemsnit dominerer den løbende modregning og beskatning i livrenten. Dermed kan resultaterne i artiklen have betydning for niveauet af det fradragsberettigede indbetalingsloft for ratepensioner.

Litteratur

- ATP, 2019: *Pension i tal 2019*. Rapport.
- Finanstilsynet, 2019: *Levetidsmodel*. www.finanstilsynet.dk/Tal-og-Fakta/Oplysninger-for-virksomheder/Oplysningstal-om-forsikring-og-pension/Levetidsmodel.
- Forsikring & Pension, 2020: *Pensionsformuer 2014-2019*. www.forsikringogpension.dk/statistik/pensionsformuer/.
- Forsikring & Pension, 2021: *Samlede pensionsindbetalinger 1999-2019*. www.forsikringogpension.dk/statistik/samlede-pensionsindbetalinger/.
- Konkurrencerådet, 2019: *Konkurrencen på markedet for pension 2019*. Rapport.
- Ramlau-Hansen, Henrik 2021: Ratepension som Markedsprodukt. *Finans/Invest*, 3/21, s. 32-39. ■

LEDER ▶ FORTSAT FRA SIDE 4

Oplysning – ikke forbud – er vejen frem

Der kan i visse tilfælde findes uheldige konsekvenser eller direkte misbrug af shortselling og de relaterede aktieudlån. Litteraturen som gennemgået i Jacobsen (2021b) viser dog, at fordelene generelt overstiger ulemperne. Det må derfor være langt bedre at skride ind med regulering af eller straf for misbrug end helt generelt at forbyde shortselling og aktieudlån.

Det er jo heller ikke mange, der ønsker et totalt forbud mod alle knive, selv om knive jo desværre også ofte bliver misbrugt med meget uheldige konsekvenser til følge. I tilfældet med knive er det fordi, stort set alle er klar over alle de fordele knive giver i det, daglige. Her er shortselling og aktieudlån ret udfordret, eftersom medierne og politikere desværre ofte har en unuanceret eller "skandale"-fokuseret behandling af emnet. Vejen frem er dermed mere oplysning om og forståelse af fordelene ved shortselling og aktieudlån i stedet for forbud.

Litteratur

- Børsen, 2021: *GameStop sender ringe i vandet til Danmark – Færre shortpositioner i danske aktier*. Børsen Investor, 3. marts, 2021.
- Jacobsen, Lasse, 2021a. *Klumme: Shortselling er ikke en forbrydelse mod markedet - det er en gevinst*. 18. marts 2021. https://finanswatch.dk/Klummer/article12842504.ece.
- Jacobsen, Lasse, 2021b: En diskussion af shortselling i lyset af GameStop-aktiens rutsjebanetur. *Finans/Invest*, 4/21, s. 5-12.
- Kollerup, Simon, 2021: *Besvarelse af spørgsmål 336 alm. del stillet af udvalget den 16. februar*. 16. marts 2021. https://www.ft.dk/samling/20201/almdel/eru/spm/336/svar/1760018/2356021.pdf.
- Oddershede, Mads, 2021: *SF'er vil kigge på lovgivning mod aktieshorting efter GameStop-sag*. 17. marts 2021. https://finanswatch.dk/Finansnyt/kapitalforvaltning/article12840021.ece.
- Økonomisk Ugebrev, 2019: *Investorer advaret: Ekstra gevinst for udlån over udbyttedag*. 9. januar 2019. ■

FINANSFORBUNDETS ANBEFALINGER PÅ PENSIONSOMRÅDET

FOR

NOTAT

Finansforbundets anbefalinger på pensionsområdet

Baggrund
I august 2020 nedsatte regeringen og forligspartierne bag ”Aftale om ret til seniorpension for nedslidte” en kommission, der skal se pensionssystemet efter i sømmene – med særligt fokus på tilbagetrækning og nedslidning.

I forlængelse af kommissionen blev der nedsat en følgegruppe med repræsentanter fra relevante organisationer. Finansforbundet har fået plads i følgegruppen.

Finansforbundet ønsker at deltage aktivt i følgegruppens arbejde og komme med relevante indspark. I dette notat angives de områder, som anses for at være vigtigst for Finansforbundet under hensyntagen til kommissoriet for kommissionens arbejde.

Finansforbundets mål
Finansforbundet arbejder for et rummeligt og holdbart arbejdsliv.

Finansforbundet ønsker de bedst tænkelige tilbagetrækningsmuligheder for nedslidte, men nedslidning må aldrig blive en naturligvis konsekvens af at passe sit arbejde.

Finansforbundet mener, at der i forhold til nedslidning bør gælde et ”forureneren-betaler-princip”. Altså et princip, hvor de sektorer og brancher, der er de største ”syndere”, også bidrager mest.

Finansforbundet ønsker et system, der understøtter behovet for, at folk bliver længere på arbejdsmarkedet. Men det skal gøres ud fra et positivt tilvalg – ikke fordi regler og lovgivning tvinger folk til at arbejde længere, end de kan og ønsker.

Pension bør ikke være en enten-eller-beslutning. At trække sig tilbage fra et langt arbejdsliv bør langt oftere ske mere gradvist.

Finansforbundet vurderer, at det er muligt med et mere fleksibelt pensionssystem. Det er dog afgørende, at der samtidig fokuseres på et simpelt og let gennemskueligt system, som både arbejdstager og arbejdsgiver kan forstå og arbejde i. Samtidig er der behov for at sikre en bedre dialog mellem arbejdsgiver og arbejdstager omkring senkarrieren.

I forhold til deltagelsen i følgegruppen for Kommissionen for tilbagetrækning og nedslidning fokuserer Finansforbundet på tre områder:

1. Øget fleksibilitet i ind- og udbetaling af pensionsmidler
2. Øget fastholdelse med dialog og enklere regler
3. Større konsekvens for brancher og virksomheder, der forårsager nedslidning

1) Øget fleksibilitet i ind- og udbetaling af pensionsmidler

Fleksibilitet ved pensionsindbetalinger
Der er allerede i dag en vis fleksibilitet i pensionssystemet, fordi pensionsindbetalingerne ikke er fastlagt ved lov. Fleksibiliteten er imidlertid mange steder begrænset af virksomheder/arbejdsmarkedets parter selv, fordi mange overenskomster opererer med faste pensionssatser.

Finansforbundet vurderer, at muligheden for at stoppe eller nedsætte pensionsindbetalingerne i de sidste år frem til pension vil være en både enkel og effektiv måde at finansiere en nedgang i arbejdstiden eller jobskifte til lavere lønniveau. I dag er pensionsindbetalingerne mange steder af en sådan størrelse, at et stop for indbetalinger i store træk ville kunne finansiere en arbejdstidsnedsættelse op til 80 pct.

Der er således tale om en simpel løsning med mærkbar effekt. Hertil kommer, at muligheden kan etableres inden for gældende lovgivning og reelt blot forudsætter enighed mellem arbejdsmarkedets parter.

Finansforbundet anbefaler derfor at undersøge effekterne af større fleksibilitet i pensionsindbetalingerne – dog kun i forbindelse med arbejdstidsnedgang eller jobskifte i årene op til pensionering. Der kan f.eks. hentes inspiration i Industriens overenskomst, §25 stk. 9, hvor pensionsindbetalingerne fem år før pensionsalderen kan indsættes på frit-valgskontoen og bruges til seniorfridage.

Fleksibilitet ved pensionsudbetalinger
Øget fleksibilitet i pensionsudbetalingerne drejer sig først og fremmest om bedre muligheder for deludbetaling af pensionsmidler under beskæftigelse i årene op til pensionering. Det kan f.eks. være relevant i forbindelse med en lønnedgang grundet nedsat arbejdstid eller jobskifte.

For nogle ansatte er det ikke økonomien, der er afgørende for ønsket om nedsat arbejdstid eller jobskifte sidst i karrieren. Det gælder f.eks., når den anciennitetsbaserede lønstruktur har sikret et relativt højt lønniveau, og/eller hvis de faste udgifter er relativt lave, fordi børnene er flyttet hjemmefra, boligen er betalt ud m.m. Det kan desuden bemærkes, at en indtægtsnedgang på 20 pct. reelt blot

betyder, at indtægten falder til det niveau, der anbefales ved en pensionsordning. For denne gruppe handler det mere om, hvorvidt der er en reel mulighed for et skift i arbejdstid eller job.

For en anden del af de beskæftigede vil økonomien dog have en afgørende betydning. Det gælder f.eks. lavindkomstgrupper og personer, hvor fortsat beskæftigelse forudsætter en ekstra bil, eller at boligen ligger et bestemt sted m.m. Ligeledes kan en stor nedgang i arbejdstiden eller skift til job på meget lavere lønniveau være vanskeligt uden muligheden for at anvende pensionsmidler.

Finansforbundet har på nuværende tidspunkt afdækket følgende områder, der modarbejder øget fleksibilitet:

- Den tidligste udbetalingsalder følger folkepensionsalderen og er tre eller fem år før folkepensionsalderen (for ordningen oprettet før 1. maj 2007 er udbetalingsalderen dog 60 år).
- En ratepension kan ikke sættes på pause – i så fald overgår den til en livrente.
- Man kan ikke indbetale til aldersopsparing, hvis man samtidig får udbetalt pension.
- Den attraktive høje indbetalingssats ved aldersopsparingen gælder kun de sidste fem år før pension. Det reducerer muligheden for at finansiere nedsat arbejdstid ved at stoppe pensionsindbetalingerne i de sidste år af arbejdslivet.

Finansforbundet anbefaler derfor en gennemgang af pensionssystemet med henblik på, at det indrettes, så der skabes bedre muligheder for fleksibilitet i form af deludbetaling af pensionsmidler for personer over 60 år.

Det er en forudsætning for kommissionens arbejde, at de samlede anbefalinger ikke må forværre de offentlige finanser frem mod 2040. Det er derfor vigtigt at afdække, hvordan øget fleksibilitet i pensionsudbetalingerne påvirker det faktiske arbejdskraftudbud.

På den ene side bliver arbejdskraftudbuddet påvirket negativt, fordi en del af arbejdsstyrken over 60 år går ned i arbejdstid. Modsat påvirkes arbejdskraftudbuddet positivt, når muligheden for nedsat arbejdstid betyder, at folk bliver længere i beskæftigelse. Finansforbundet opfordrer til, at den samlede effekt undersøges grundigere end ved blot at beregne effekten i de eksisterende økonomiske modeller.

Finansforbundet anbefaler derfor, at der igangsættes et grundigt analysearbejde – herunder inddragelse af internationale erfaringer – for at afdække den præcise effekt på arbejdskraftudbuddet af øget fleksibilitet i pensionsudbetalingerne.

2) Øget fastholdelse med dialog og enklere regler

Finansforbundet mener, at arbejdslivet skal ses i et samlet hele. Det vil sige hele forløbet fra, at vi som unge kommer ind på arbejdsmarked, til vi forlader det igen en halv menneskealder senere.

Finansforbundet arbejder aktivt for at afdække og formidle de fordele, der er for alle parter ved et fleksibelt og holdbart arbejdsliv.

Finansforbundets medlemsundersøgelser viser, at trivslen øges, og stressen mindskes, når medlemmerne tilbydes fleksibilitet i arbejdet i form af selvbestemmelse og indflydelse. Det betyder, at virksomhedernes sociale kapital øges, sygefraværet falder, og produktiviteten stiger. Effekter, der kan aflæses direkte i samfundsøkonomien, hvor virksomhedernes konkurrenceevne styrkes, beskæftigelsen stiger, og udgifterne til sundhedsvæsenet reduceres.

Et godt arbejdsliv handler derfor ikke kun om trivsel og tilfredshed her og nu. Et godt arbejdsliv handler også om forebyggelse, kompetencer, engagement, fastholdelse og holdbarheden på den lange bane.

Pensionsselskabet PFA har gennemført en række undersøgelser af deres kunders syn på pensionsområdet. En vigtig konklusion er, at kunderne finder pensionsområdet så komplekst, at de reelt opgiver at sætte sig ind i reglerne og de økonomiske konsekvenser ved forskellige valg. Det har den uheldige effekt, at tidspunktet for pensionering kun i begrænset omfang er udtryk for grundige økonomiske overvejelser, men langt oftere er en konsekvens af pludseligt opståede begivenhed (barnebarnet bliver syg/kan ikke få daginstitutionsplads, chefen siger noget dumt, man får en irriterende kollega e.l.).

Overgangen til pensionering sker derfor ofte ved, at den ansatte går direkte fra fuld beskæftigelse til fuldt stop. Det sker til trods for, at PFA's analyser viser, at en meget stor del af kunderne ønsker en delvis nedtrapning, og at en pæn andel af kunderne fortryder pensioneringen.

Erfaringerne fra PFA viser desuden, at der i mange tilfælde er en berøringsangst fra både arbejdsgiver og arbejdstager i forhold til at tage en snak omkring senkarrieren. Det bør derfor være oplagt at udarbejde redskaber, som hjælper dialogen i gang. Disse redskaber vil også være nyttige, hvis man på sigt får mere fleksible ordninger for tilbagetrækning (jf. afsnit 1).

Behov for nye måder at tale om 60+-årige på

I det hele taget bør der arbejdes for at ændre den måde, som man ser på 60+-årige på arbejdsmarkedet. Her har måden, man omtaler dem også en betydning. Begreber som "seniorordninger" og "seniorarbejdsliv" signalerer mere en exit fra arbejdsmarkedet end en forbliven. Begrebet "senior" bør derfor udfases og erstattes med et mere karriereorienteret begreb som fx "senkarriere".

Til inspiration er vedhæftet et dialogværktøj omkring senkarrieren udarbejdet af PFA (jf. "En dansk kvalitetsstandard for senkarrieren").

Grundlæggende er der fire problemstillinger, som vanskeliggør, at 60+-årige fortsætter arbejdslivet på deltid:

- Der mangler dialog på grund af berøringsfølsomhed fra både arbejdsgiver og arbejdstager
- Der mangler overblik – det er for komplekst at sætte sig ind i mulighederne
- Arbejdsgiverne er generelt mindre interesserede i fleksibilitet i lønmodtagernes senkarriere
- Der mangler gode eksempler – både for arbejdsgiverne og for lønmodtagerne til at se succesfulde løsninger

Finansforbundet anbefaler derfor, at der løbende fokuseres på at forenkle pensionssystemet. Samtidig bør der udvikles bedre digitale hjælperedskaber, der kan give brugerne et overblik over økonomiske konsekvenser ved forskellige valg.

Finansforbundet anbefaler ligeledes, at der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af arbejdsmarkedets parter. Arbejdsgruppen skal udarbejde konkrete redskaber til at forbedre dialogen mellem arbejdsgiver og arbejdstager omkring senkarrieren. Det bør ligeledes drøftes, hvordan man kan løfte arbejdsgivernes interesse for et attraktivt og mere fleksibelt arbejdsmarked for de 60+-årige.

3) Større konsekvens for brancher og virksomheder, der forårsager nedslidning

Finansforbundet mener, at arbejdsgiverne i højere grad skal tage ansvar i kampen mod nedslidning. Det bør have en større konsekvens, når enkelte virksomheder eller hele brancher står for en uforholdsmæssig stor del af nedslidningen.

Erfaringerne fra implementering af GDPR har vist, at truslen om markant bødestraf har stor effekt på virksomhedernes incitament til at følge reglerne.

Finansforbundet anbefaler derfor en betydelig oprustning af Arbejdstilsynet både i forhold til midler og beføjelser. Oprustningen bør kombineres med markant højere straf til de virksomheder, der ikke følger reglerne.

På brancheniveau findes der allerede i dag gode eksempler på modeller, hvor de brancher der har størst negativ effekt på samfundet, også er dem, der betaler mest til systemet. Det gælder f.eks. i det danske arbejdsskadesystem (AES), hvor virksomhedernes bidrag er fastsat ud fra, hvor mange arbejdsskader der sker i deres branche.

Finansforbundet anbefaler derfor, at der etableres en ordning, hvor virksomhederne betaler bidrag efter, hvor stor nedslidning der sker i deres branche. Midlerne fra systemet kan bruges til at fremme det fleksible og holdbare arbejdsliv – herunder oprustning af Arbejdstilsynet.

Spørgsmål til notatets indhold kan rettes
til seniorøkonom Klaus Mosekjær Madsen
på kmm@finansforbundet.dk

Til: BM Postkasse (BM@bm.dk)
Fra: Henning Mikkelsen (henningmikkelsen2405@gmail.com)
Titel: Vedr. Pension og modregning
Sendt: 08-02-2022 11:40

Til Pensionskommissionen 8/2 2022

Det jeg forsøger og få hjælp til er b.la og undgå den store modregning der er imod min Australske pension nemlig 50% af min danske part time løn. Jeg er 69 år og har været pensionist i 4 1/2 år, jeg har arbejdet hos Falck i 7 år inden for ST. (sygetransport) indtil 1 November 2021 og har altid været glad for det og kunne sagtens fortsætte nogle år endnu. At jeg skal betale 40% af min løn i skat kan jeg godt gå med til, men at yderligere 50 % af min løn bliver modregnet min Australske part pension med det resultat at jeg slet ikke får udbetalt min Australske pension som jeg har ret til efter og have boet og arbejdet i Australien i 32 år, er en stor byrde.

Jeg søger ikke hjælp til og lave om på de Australske pensionsregler for det kan vi ikke, men jeg søger hjælp til og tolke den aftale vi har med Australien ang. modregning eller evt. få lavet den om, nemlig den der hedder, (Overenskomst mellem Kongeriget Danmark og Australien om social sikring). Det skulle være disse retningslinier jeg skulle have min Australske pension betalt efter, og ikke de Australske regler som gælder for Australierne der bor i Australien, det er netop det de gør i øjeblikket, de ignorere denne overenskomst.

I øjeblikket modregner Australien både min danske part pension (og da jeg arbejdede min part time løn) og min partners danske pension, med det resultat at jeg slet ikke får Australsk pension.Efter danske regler er ens pension ikke en indtægt og derfor ikke modregnet i Danmark. I overenskomsten med Australien kan jeg ikke se at min partners pension pludselig bliver min indkomst og skal derfor trækkes fra min Australske pension og min danske part pension (4857 kr om mdr. før skat) pludselig bliver en indkomst og derfor også skal trækkes fra min Australske pension. Hvis det er tilfældet at ens kone/partners pension skal modregnes en egen og ens danske pension bliver betragtet som indkomst i Overenskomsten, burde den laves om, eftersom der i fremtiden kommer mange nye pensionister i klemme ligesom jeg selv, da der jo i disse tider er mange unge der arbejder i udlandet. Måske er det på høje tide at Overenskomsten bliver set nærmere på og lavet lidt om, så den følger de danske regler, så det ikke er nødvendigt og gå på kommunekontoret for og få hjælp, fordi Australien ikke betaler den pension folk har optjent og har ret til.

Jeg har Australske venner mand og kone som begge er pensionister og bor i udlandet, de får hver sin Australske pension uden modregninger, så jeg kan ikke forstå hvorfor jeg så skal modregnes, jeg har på fornemmelsen der er sket en misforståelse ang. min pension og har derfor brug for hjælp til og løse problemet. Og håber derfor på jeres hjælp.
På forhånd tak.

Henning Mikkelsen

henningmikkelsen2405@gmail.com

Jeg har interviewet 30 berørte pensionister til Danes Worldwide. Her er nogle.

Flemming 74, rejste til Thailand, blev gift og fik en datter. Lovlydig som han er, opgav han det til Udb.dk og mistede 3500 dkk i pension. Han rejste frem og tilbage til sin familj og kunne aldrig i livet forestille sig at det ikke skulle være muligt.

En dag fik han en regning på 354 000 dkk af Udb.dk for sit rejsende. Kort efter ringede Udb.dk og sa at de fundet 28 dage mere. Han skulle betale yderligere 115 000 dkk.

Han er nu kriminel. Selv politiet kunne ikke forstå hvorfor. **Han er dømt til 6 måneders fængsel og til at betale 469 000 dkk. Han har frasagt sig sit ægteskab af økonomiske grunde. Familien savner hinanden hver dag.**

Jørgen, 74 år, rejste til Thailand i mindre end et år. Udb.dk forlangte 136 000 dkk for dette. Jørgen synes det var uretfærdigt og flyttede til Thailand.

Han får nu 5000 dkk i grundpension og 586 dkk i ATP. Da man skal have 8100 dkk for at bo i Thailand, lever Jørgen som flygtning mellem Laos og Thailand. Han har ikke råd til sygesikring og lever meget ringe i forhold til de andre internationale pensionister.

Orla, 75, AP Møller arbejdere, ville flytte sammen med sin filippinske kone, som han har været gift med i 45 år, da han blev pensionist. Da man ikke kan bo med sin kone, hvis hun er statsborger uden for EU i Danmark, blev han blev nødt til at flytte til Filippinerne.

Han havde en privat pension gennem sit arbejde. Skat tog 60% og udbetalte resten som engangsbeløb. Det gik til at betale en hofteoperation på Filippinerne. Han skal nu leve på 5000 dkk i grundpension og 1000 kr i ATP.

Erling, 73, oplyste en 6 måneders rejse. Men Udb.dk forbød ham at rejse mere end 3 måneder. Erling har arbejdet 45 år og synes at han nu blev behandlet værre end et børnehavebørn og at det er sørgeligt at Udb.dk ikke kan læse sine egne regler.

Han rejste vinterhalvåret til Thailand uden at oplyse i 4 år. Han fik en regning fra Udb.dk på 320 000 dkk. Borger.dk i Esbjerg skrev til Udb.dk, at pensionisten havde fast bolig i Esbjerg efter bopælspligten; Du bor hvor du har din faste bolig og tilhørsforhold. Men Udb.dk holdt fast i sin afgørelse.

Robert, 70, har solgt forsikringer, rejste til Thailand og fik kone og barn. På trods af at han overholdt 6 måneders rejse, skal han betale 200 000 dkk for at ikke have oplyst sine rejser.

Han mener at han har arbejdet og indbetalt mindst 50%(inkl moms))skat til sin pensionsforsikring, og mener at han skulle kunne rejse hvor og hvornår han vil.

Kurt, 74, havde hele sit liv drømt om at rejse jorden rundt på motorcykel som pensionist. Det blev stoppet af Udb.dk. Han skylder dem nu 800 000 dkk.

Fra: Kerstin Löfvander [mailto:kerlof@hotmail.com]
Sendt: 14. februar 2022 11:35
Til: Medlemsservice <Medlemsservice@industrienspension.dk>
Cc: Sagsstyringsenheden <bm@bm.dk>; Statsministeriet <stm@stm.dk>; ministeren@bm.dk
Emne: attention Laila Mortensen, pensionskommissionen

Der er ingen mening med at arbejde og betale høj skat i Danmark, siger danske pensionister, der nu får fængselsstraf og skal bøde op til 1 million dkk for at rejse, som de har drømt om hele sit arbejdsliv.

Folkepensionen blev inkorporeret i skat 1957 som almen pensionsforsikring til alle. Mange lønmodtagere med lav løn og kontraktarbejdere har ikke andre pensioner.

2013 fjernedes pensionstillægget for dem, der vil rejse mere end 6 måneder per år uden for EU eller bosætte sig udenfor EU(L53 2012,side 54). Der blev ikke angivet årsag, og det diskuteredes aldrig i folketinget eller i medier.

Det er uretfærdigt, da den danske stat sparer sygesikring, boligstøtte, hjemmehjælp og ældrecheck, når pensionisten flytter ud. Han har nu tilbage ca. 5000 dkk i grundpension efter skat og det er ikke nok til at bo i mange lande.

Du kan have en formue og stadigvæk få fuld folkepension, men ikke rejse som du vil eller flytte. Pensionister skal nu bede om lov for at få rejse.

Pensionister i andre lande i EU, USA, Canada og Australien kan tage sine fulde pension med overalt, og rejse frit efter den internationale bopælspligt; Du bor hvor du har din faste bolig og tilhørsforhold, skat.dk C.F.1.2.1.(DBO, art. 4). Det gælder også sociale pensioner.

Danske pensionister bør have samme ret som pensionister i andre lande i EU, og lande med samme økonomiske standarder, til at tage sin fulde pension med ud i verden frit, og de bør derfor få pensionstillægget tilbage, og kunne rejse efter C.F.1.2.1, (DBO art. 4) som andre danskere og mennesker i verden.

Kerstin Löfvander, Humlebækgade 28, Kbh N, født i Sverige hvor folke(i dag allmän) pensionen blev indviet 1948, og du kan ta din fulde pension med overalt.

Kilder; Folketingets Oplysning, Danmarkshistorien.dk, Skat dk C.F.1.2.1. og DBO f.eks, Argentina, artikel 4

Artikel 4

Skattemæssigt hjemsted

1. I denne overenskomst betyder udtrykket »en person, der er hjemmehørende i en kontraherende stat« enhver person, som i henhold til lovgivningen i denne stat er skattepligtig der på grund af hjemsted, bopæl, ledelsens sæde, registrering eller ethvert andet lignende kriterium. Dette udtryk omfatter dog ikke en person, hvis skattepligt i denne stat er begrænset til indkomst fra kilder i denne stat eller der beroende formue.

2. I tilfælde, hvor en fysisk person efter bestemmelserne i stykke 1 er hjemmehørende i begge de kontraherende stater, bestemmes hans status efter følgende regler:

- a) han skal anses for at være hjemmehørende i den stat, i hvilken han har en fast bolig til sin rådighed; hvis han har en fast bolig til sin rådighed i begge stater, skal han anses for at være hjemmehørende i den stat, med hvilken han har de stærkeste personlige og økonomiske forbindelser (midtpunkt for sine livsinteresser);
- b) hvis det ikke kan afgøres, i hvilken stat han har midtpunkt for sine livsinteresser, eller hvis han ikke har en fast bolig til sin rådighed i nogen af staterne, skal han anses for at være hjemmehørende i den stat, i hvilken han sædvanligvis har ophold;
- c) hvis han sædvanligvis har ophold i begge stater, eller hvis han ikke har sådant ophold i nogen af dem, skal han anses for at være hjemmehørende i den stat, i hvilken han er statsborger;
- d) er han statsborger i begge stater, eller er han ikke statsborger i nogen af dem, skal de kompetente myndigheder i de to kontraherende stater afgøre spørgsmålet ved gensidig aftale.

3. I tilfælde, hvor en ikke-fysisk person efter bestemmelserne i stykke 1 er hjemmehørende i begge de kontraherende stater, skal de kompetente myndigheder i de kontraherende stater bestræbe sig på at afgøre spørgsmålet ved gensidig aftale og fastsætte de nærmere regler for overenskomstens anvendelse på en sådan person.

Jeg har gjort rent, vasket op, passet gamle, syge og børn, stået på fabriksgulv, i cafeterier og i forretning. Jeg har haft 30% mindre i løn end mænd, med samme arbejde. Jeg overlevede ved at lukke øjnene og tænke på de vidunderlige steder, jeg skulle besøge eller bo som pensionist. Mange har sådanne arbejde i 45 - 50 år, og får kun folkepension.

6 måneders bopælspligt, blev lavet for at afgøre hvor folk i arbejde skal betale skat.

Som 67 år, (stiger til 69 år), har vi meget lidt tid tilbage, hvor vi rent faktisk kan rejse. Det er svært at foretage flere mindre rejser og få det til at passe med 6 måneders reglen, børnebørn. Jeg forstår ikke nødvendigheden af at vi skal være hjemme til en vis tid. Det behøver man ikke i andre lande, og oplysningspligten for pensionister(L 172) på rejser, findes slet ikke i andre lande.

Folkepensionister har betalt skat ind til sin folkepension hele sit liv, og nu skulle man jo være fri.

Pensionister i EU, USA, Canada og Australien, og alle andre danskere, kan påberåbe sig den internationale bopælspligt i skat.dk s C.F.1.2.1, og artikel 4 i Dobbeltbeskatningsaftalerne "Du bor hvor du har din faste bolig og fast tilhørsforhold".

At danske pensionister efter 2013, ikke kan bruge denne regel, er ulovlig forskelsbehandling af ældre**.**

https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1510-FRA_CASE_LAW_HANDBOOK_DA.pdf.

Jeg ønsker at folkepensionister, foruden at få sit pensionstillæg tilbage i social pensionsloven, også vil kunne bruge bopælspligten"Du bor, hvor du har din faste bolig og tilhørsforhold" og at man afskaffer oplysningspligten for folkepensionister.

Med Venlig Hilsen

Kerstin Löfvander

NOTAT

Første møde i følgegruppen til Kommissionen om tilbagetrækning og nedslidning

Dato: 11. marts 2021

Sags ID: SAG-2021-00896
Dok. ID: 3057110

E-mail: BRS@kl.dk
Direkte: 3370 3450

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

Hvad er hovedudfordringen i pensionssystemet inden for de økonomiske rammer, der er fastlagt i kommissoriet?

- I dag er pensionssystemet så kompliceret, at det er svært for borgerne at regne ud, hvad der bedst kan betale sig, når de skal træffe beslutning om, hvorvidt de vil fortsætte med at arbejde nogle år, fremfor eksempelvis at gå på efterløn eller fratræde ved folkepensionsalderen.

- Kommunerne har en interesse i at beholde medarbejderne længst muligt. Det gælder i særlig grad i den social- og sundhedsfaglige sektor, der nu og de kommende år oplever massive rekrutteringsudfordringer. Det er derfor vigtigt, at de kommunale medarbejdere er fuldt oplyste om, hvilke muligheder de har for at blive længere på arbejdsmarkedet, og hvad det betyder for deres pensionsopsparing.

- Et kompliceret pensionssystem gør det svært for den enkelte at gennemskue de incitamentsstrukturer, der er lovgivet omkring, og som skal gøre det mere attraktivt at spare op til pension. Det kan være svært at regne ud, om det er bedre at indsætte pengene på en aldersopsparing, en alderspension eller at få pengene i hånden og afbetale gælden i boligen.

- Der ligger således en udfordring i at konstruere et mere simpelt system, som både skaber nemt gennemskuelige incitamenter til at spare op til pension og til at fortsætte på arbejdsmarkedet. I den forbindelse er det vigtigt, at der også tages højde for, hvorvidt potentielle ændringer kan komme til at påvirke offentlige udgifter til fx supplerende pensionsydelse, boligydelse og varmetillæg.

Hvilke opgave(r) er særligt prioriterede for jeres organisation?

- Parterne på det kommunale område har ved overenskomstforhandlingerne i 2021 prioriteret en højere indbetaling til kommunale medarbejderes arbejdsmarkedspensioner, samt en afkortning af pensionskarensen i overenskomsterne. KL

Dato: 11. marts 2021

Sags ID: SAG-2021-00896
Dok. ID: 3057110

E-mail: BRS@kl.dk
Direkte: 3370 3450

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

ønsker dog i endnu højere grad, at der bliver indbetalt et større pensionsbidrag til de grupper, som fortsat opretholder forholdsvis lave pensionsprocenter i overenskomsterne.

- Det er KL's Pensionspolitik, der sætter rammerne for, hvordan pengene indbetales og udbetales. Politikken understreger, at formålet med arbejdsmarkedspensionerne er at sikre mod indtægtstab som følge af alder, invaliditet og død. Derudover skal de aflaste det sociale pensionssystem i form af løbende livsvarige ydelser.

- Det er vigtigt at sikre, at forslag til ændringer i pensionssystemet også kan implementeres uden for store omkostninger. Det er derfor afgørende også at have fokus på, at nye regler kan digitaliseres, jf. principperne for digitaliseringsklar lovgivning. Det skal naturligvis ses i sammenhæng med et mere enkelt og gennemskueligt pensionssystem og samspillet med bl.a. tilbagetrækningsordninger på beskæftigelsesområdet.

- Kommunerne har stadig ansvar for en række mere borgernære ydelser ex. udbetaling af helbredstillæg. Derfor bør kommissionen også have blik for samspillet mellem kommunernes mere borgernære opgaver og pensionssystemet.

FORSLAG TIL EMNER OG ANALYSER TIL PENSIONSKOMMISSIONENS ARBEJDE

Nedsættelsen af kommissionen om tilbagetrækning og nedslidning og det tilknyttede kommissorium er et godt fundament for en forenkling af lovgivningen på pensionsområdet, som samtidig sikrer, at pensionssystemet er indrettet således, at det i højere grad kan betale sig at arbejde efter folkepensionsalderen.

Lederne bakker derfor op om kommissoriet og har følgende forslag til kommissionens arbejde:

1. LEMPELIGERE MODREGNING I PENSIONEN
   Folkepensionens grundbeløb bliver sat ned, hvis man tjener over 344.600 kr. (2021) om året ved personligt arbejde og bortfalder helt, hvis man tjener mere end 599.200 kr. (2021).

   Det foreslås, at kommissionen undersøger konsekvenserne af en afskaffelse alternativt en lempelse af de nuværende modregningsregler for arbejdsindtægter i folkepensionens grundbeløb for henholdsvis arbejdsudbuddet og de offentlige finanser.

2. YDERLIGERE MULIGHEDER FOR OPSAT PENSION
   Man kan udskyde sin folkepension i højst ti år og i højst i to perioder. Det er en forudsætning, at man arbejder mindst 750 timer om året. I 2019 havde 22.400 personer over folkepensionsalderen opsat pensionen, mens 42.700 folkepensionister tidligere har benyttet ordningen og modtager et ventetillæg, jf. beskæftigelsesministerens svar af 31. januar 2021 til Beskæftigelsesudvalget.

   Det foreslås, at kommissionen undersøger konsekvenserne af en udvidelse af mulighederne for opsat pension for henholdsvis arbejdsudbuddet og de offentlige finanser, således at man får mulighed for at udskyde sin folkepension i mere end de nuværende højst to perioder og/eller i mere end 10 år sammenlagt.

3. BEDRE MULIGHEDHEDER FOR AT SÆTTE PENSIONSUDBETALINGERNE PÅ PAUSE OG KOMBINERE ARBEJDE PÅ NEDSAT TID MED DELVIS PENSIONSUDTALING
   Seniortænketankens rapport viste, at mulighederne for at stoppe en påbegyndt udbetaling, hvis arbejdet genoptages, varierer fra selskab til selskab. Ligeledes er det ikke alle selskaber, der tilbyder mulighed for fleksibel tilbagetrækning ved at tilbyde delpensionsprodukter.

   Det foreslås, at kommissionen kommer med forslag til, hvordan man sikrer, at man kan stoppe en påbegyndt pensionsudbetaling ved tilbagevenden på arbejdsmarkedet samt får mulighed for at kan kombinere arbejde på nedsat tid med delvis pensionsudbetaling.

4. KVINDERS TILBAGETRÆKNINGSALDER
   Kvinder lever længere end mænd, men trækker sig fortsat tidligere tilbage fra arbejdsmarkedet.

   Det foreslås, at kommissionen i sit arbejde har et særligt fokus på, om der er økonomiske incitamenter eller regelforenklinger, der har særlig betydning for kvinders tilbagetrækningsalder.

5. INTERNATIONALE SAMMENLIGNINGER
   Det foreslås, at kommissionen inddrager erfaringer og viden fra lande som for eksempel Sverige og Norge, der kan overføres til det danske pensionssystem, når det gælder forenkling af reglerne og økonomiske incitamenter til at fortsætte med at arbejde, efter man har nået folkepensionsalderen.

Ole Bang, Middelfart Sparekasse

Det værste ved pensionssystemet er den skæve modregning, der sker ved pensioner med løbende

udbetaling og samspilsproblematikker mellem ægtefæller og samlevende pensionister.

1) Pensionssystemet ændres fra en indkomstbaseret beregningsmodel til en formueafkast baseret model. Med udgangspunkt i en brutto folkepension for den enkelte borger (uanset enlig, gift eller samlevende), så beregnes den personlige folkepension med udgangspunkt i en formuefaktor. I formue medregnes al

   friværdi i bolig over 1 mio. kroner, al indestående hvert nytår på alder, kapital- og ratepensioner,

   indestående frie midler over 100.000 kr. inkl. depoter med værdipapirer, værdi af egne aktier/anparter i

   holdingselskaber, driftsselskaber og virksomhedsskatteordninger. Livsvarige livrenter er det eneste der stadig medtages med en faktor i forhold til igangværende

   udbetalinger, da det er svært at regne med saldo her. Hvilken faktor, der anvendes skal bero på nærmere beregninger. Men en faktor på 1-2% for modregning

   tyder på at være rimelig. Udgangspunkt for bruttopension er pension for enlige + fuldt tillæg, ca. en

   folkepension før reduktion på ca. 170.000 kr.

2) Målet med denne omlægning er et opgør med alle de muligheder, der i dag er for omgåelse af intentionerne i pensionsberegningen. F.eks. at det kun er løbende afkast og løbende indtægter der vægter ind. Mens ikke aktiverede formuer som friværdi, opsparing, aldersopsparing og selskabsformuer ikke medgår i beregningerne.

3) Målet er også en forenkling, så der ikke længere kan spekuleres i hvilken «kasse» det bedst kan betales sig at åbne først.

4) Målet er også at give tilladelse til at spare op hvor som helst, uden at det vil give en forskel i modregningsreglerne på pensionstidspunktet. Man kan simpelthen ikke ”fradrage” sig til en større pension i nogle år med dette ”formueprincip”. Gå tilbage til muligheden for at spare mere op på ratepension, og lad være med at regulere hvert eneste år. Gør som i pensionsreformen – tilret beløbet hvert 5. år. 100.000 kr. på ratepension og op til 15% af overskud for selvstændige. Stop for nye Aldersopsparinger, da det alligevel er et unødvendigt produkt i den nye beregningsmodel. Og tillad i stedet op til 250.000 kr. på en Investeringskonto, som ikke nødvendigvis skal hedde en Aktiesparekonto. Og gør samtidig op med de rigide regler for udbetalingsstart. Gå tilbage til at folk selv må bestemme efter 60 år, så vi ikke skal gå og holde styr på alle mulige ”fødselsdage” for pensionskonti. Stop i det hele taget med at ville styre og bestemme alting i lovgivningen. Giv friheden tilbage til folk. Modregningen i folkepensionen kommer alligevel med denne nye formuemodel.

5) Målet er at gøre op med det urimelige i at pensionsberegning i dag er et fællesanliggende og ikke et personligt anliggende. Uanset samlivsform (single/samlevende/ægtefæller). Den kvinde, der bor sammen med en formuende mand med mange store pensioner, vil i dag blive urimeligt reduceret i

egenpension, som følge af mandens store pensioner. Uden sikkerhed for at hun kompenseres for dette inden for hjemmets fire vægge. Det er ude af trit med tidsånden.

6) Hvad med folk med store formuer? Der indføres en "opsparingsret" til en minimums pension på 40.000 kr. Det svarer til 40 år i Danmark. Er du tilflytter gælder brøkpension som vi kender det i alle beregningssituationer.

7) Hvorfor er dette ikke for længst blevet indført? Af flere årsager.

   - Først nu har vi de tekniske muligheder for at indberette alle borgeres formuer og pensioner til Udbetaling Danmark. Og fra 2023 også de rigtige ejendomsvurderinger. Alle øvrige tal kan trækkes i SKATs informationer.
   - Alt for mange har haft en interesse i at det fortsat krævede kvalificeret rådgivning at rådgive og spekulere i reglerne for pensionsberegning. Derfor kunne man forestille sig en passiv holdning fra brancheorganisationer, uddannelsesinstitutioner, rådgivere og lignende med fortsat interesse i et indviklet system. Bare min påstand!!

Jeg har lige nogle yderligere input til formanden for Kommissionen for tilbagetrækning – Jørn Nedergaard Larsen. Mit forslag søger at forenkle pensionssystemet, og gøre det mere retfærdigt og socialt afbalanceret. Jeg søger et opgør med alle mulighederne for at spekulere i optimering ved at fradrage sig ned i indkomst, skubbe pensioner foran sig, og bruge midler som ikke indgår i beregning før midler der gør. Jeg søger også en retfærdig beregning for det enkelte individ, så det ikke skal være en partners indkomst, der afgør hvad man selv får i pension. Denne merudgift kompenseres ved at grundpensionen nedsættes fra ca. 80.000 kr. til ca. 40.000 kr. som minimumrettighed for de mest formuende. Alle vil opleve at folkepensionen stiger over tid, ved at formuen forbruges. Det kan finansieres ved at skattepenge kommer hurtigere tilbage i kassen, fordi det ikke betyder noget at aktivere ratepensioner, udbytter og hævninger i virksomhedsordninger. Mine tal og procenter skal naturligvis gennemregnes, så der ikke bliver tale om en væsentlig merudgift for statsfinanserne. Men som udgangspunkt:

1) Minimums folkepension 40.000 kr.
2) Maksimum folkepension 170.000 kr.
3) Modregningsfaktor for formue skal nok hedde 2%
4) Modregningsfaktor for livrenteydelse pr. år skal nok være 20-25%
5) Ældrecheck udfases over 10 år, da alle skal motiveres til at spare op.
6) Særligt pensionsfradrag afskaffes med det samme, da der ikke er behov for en kompensation mod senere modregning i pensionstillæg, da tillæg afskaffes. Dette kan også være med til at finansiere, at visse persongrupper vil opleve højere folkepension end i dag.
7) Regulering af folkepensionsalderen skal fortsat følge levetiden.
8) Muligheden for Opsat folkepension kan også videreføres, men Seniorpræmie bør afskaffes da, der er tale om en generationsgave til en aldersgruppe, der i forvejen er blevet begavet med en række fordelagtige ordninger gennem de seneste 10-15 år (skattefri efterlønstilbagekøb, skattenedslag for 64,65 og 66- årige, topskattefradrag på kapitalpensioner m.m.)
9) Jeg forholder mig ikke til boligydelse og/eller boligsikring, da det må overlades til andre, der er klogere end mig på det felt. Vil du sende det videre, hvis du finder det ok?

PenSam

November 2021

PenSam's indspil til et retfærdigt pensionssystem i Danmark

Resume
PenSam's faggrupper differentierer sig markant fra den gennemsnitlige erhvervsaktive ved i højere grad at få tilkendt førtidspension – hele ti gange oftere får en SOSU-medhjælper tilkendt førtidspension sammenlignet med en læge.

Styrket indsigt blandt PenSam's medlemmer peger på flere bevæggrunde; flere lægebesøg, højere sygefravær, større andel af ufaglært arbejdskraft og fleksjobbere samt hyppigere jobskifte. Samtidig kan der konstateres en stadig højere andel af førtidspensioner, som efter introduktionen af seniorpension i januar 2020 er steget til et yderligere – og øjensynligt vedvarende – højt niveau.

Som kollektivt arbejdsmarkedspensionsselskab rammes PenSam's medlemmer hårdt af den markante stigning i tilkendelser af førtidspension. Siden sidste år er antallet af førtidspensioner steget mere end 200%, og månedligt tilkendes i gennemsnit 70 nye førtidspensioner. Tendensen skyldes ikke mindst, at PenSam's medlemmer i stigende grad bliver nedslidte før opnået folkepensionsalder samt det faktum, at PenSam i stigende grad er blevet et pensionsselskab for en række samfundsgrupper med varierende helbred, uddannelsesniveau og alder.

Situationen er alarmerende. Til at finansiere udviklingen har PenSam derfor set sig nødsaget til at øge udgifterne til forsikringspræmier - og det påvirker størrelsen på medlemmernes alderspension, som i forvejen kun indbetaler beskedne pensionsbidrag. For et gennemsnitligt PenSam-medlem betyder det, at pensionsprognosen aktuelt reduceres med DKK 4.500 årligt.

Fremtidens pensionssystem skal være retfærdigt – og værdigt for alle. Derfor foreslår PenSam, at der skal oprettes en fælles udligningsmodel i tråd med den indførte barselsfond, enten som generel opkrævning på arbejdsmarkedet eller som opkrævning på tværs i pensionsselskaberne.

PenSam foreslår desuden, at pensionsopsparingen skal styrkes, og at alle skal indbetale til pension. Hermed også de resterende 20%, der i dag ikke sparer systematisk op til pension. Den styrkede pensionsopsparing vil frigøre ressourcer i de offentlige finanser, så der kan målrettes initiativer og ordninger til de mest udsatte i samfundet.

Hvem er PenSam
PenSam er arbejdsmarkedspensionsselskab for mere end 450.000 medlemmer. Medlemmerne er ansat i lavindkomstfag og organiseret inden for FOA's fire faggrupper, henholdsvis:

- Social og Sundhedssektor (omfatter blandt andet SOSU-medhjælpere og -assistenter)
- Pædagogisk Sektor (omfatter blandt andet pædagogiske assistenter)
- Kost- og Servicesektoren (omfatter blandt andet rengøringsassistenter og kantinemedarbejdere)
- Teknik- og Servicesektoren (omfatter blandt andet reddere, portører og pedeller).

PenSam forvalter i alt DKK 172 milliarder på vegne af sine medlemmer.

Gennemsnitslønnen for PenSam's medlemmer er cirka DKK 270.000. Det svarer til et årligt gennemsnitlig pensionsbidrag på omtrent DKK 3.000 om måneden.

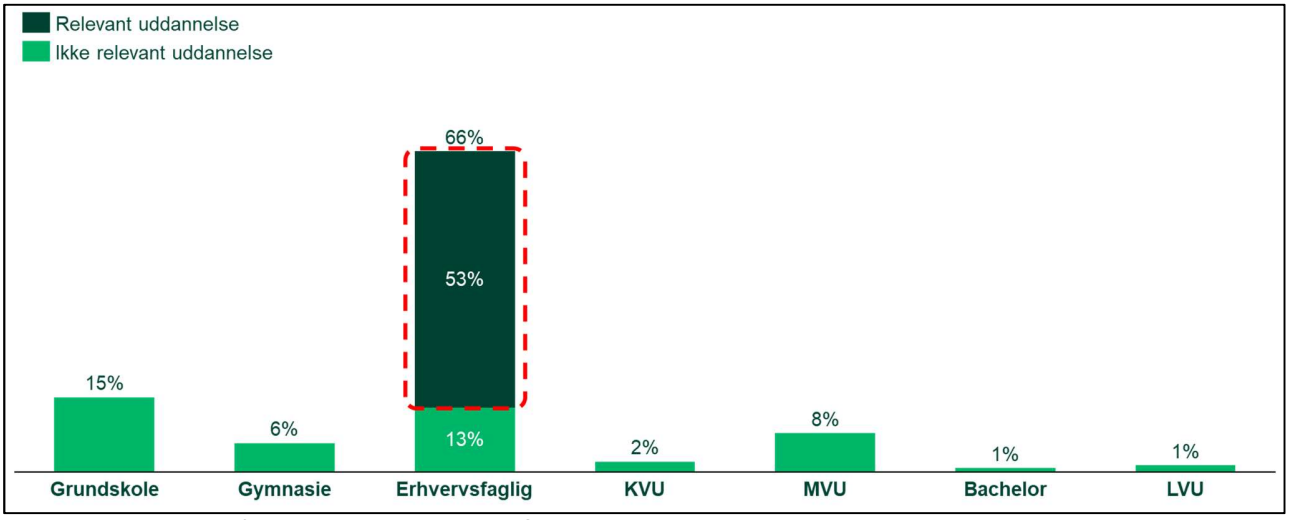
Medlemmer defineret af sociale forskelle og ulighed
PenSam's medlemmer er defineret af markante sociale forskelle sammenlignet med den gennemsnitlige erhvervsaktive.

Det gælder navnlig i forhold til medlemmernes uddannelsesniveau, helbredsstatus og sygdomshistorik, andel af medlemmer på offentlig forsørgelse samt optagelsestidspunkt i PenSam. Sidstnævnte afspejler, at medlemmet har været ansat i en anden jobtype inden medlemsoptagelse i PenSam.

De markante forskelle har stor betydning for PenSam som arbejdsmarkedspensionsselskab – både på individniveau for det enkelte medlem og som kollektivt pensionsselskab.

Konsekvenserne bliver belyst i de efterfølgende afsnit.

Uddannelsesniveau
I PenSam har kun halvdelen af medlemmerne en relevant erhvervsfaglig uddannelse. Det fremgår af nedenstående tabel 1.



Tabel 1: Højst gennemført uddannelse blandt PenSam's medlemmer
Kilde: Danmarks Statistik og egne data

Fordelt på sektorniveau er andelen af faglærte størst i Social- og Sundhedssektoren, hvor 60% af medlemmerne har en relevant erhvervsfaglig uddannelse. Dernæst kommer medlemmerne inden for Pædagogisk Sektor, hvor andelen af faglærte udgør 26%, Kost- og Servicesektoren, hvor andelen af faglærte medlemmer er 9%, og slutligt Teknik- og Servicesektoren, hvor andelen er faglærte udgør 6%.

Sammenkobles andelen af ophørte medlemmer i PenSam med uddannelsesniveauet, kan det konstateres, at 70% af de medlemmer, der stopper indbetaling til PenSam, er ufaglærte. Tallet peger på, at uddannelsesniveau er en afgørende faktor for, hvor længe medlemmerne arbejder inden for FOA-faggrupperne – og dermed har sin pensionsopsparing i PenSam.

PenSam

Helbredsstatus og sygdomshistorik
Udover en markant forskel i uddannelsesniveau, kan der blandt PenSam's medlemmer konstateres en forskel i helbredsstatus og sygdomshistorik sammenlignet med den gennemsnitlige erhvervsaktive.

Forskellene kan navnlig måles på andelen af fleksjobbere, årlige antal lægebesøg samt medlemmernes sygdomsfravær sammenlignet med den gennemsnitlige erhvervsaktive i Danmark.

I PenSam udgør andelen af fleksjobbere 5%. På landsplan udgør gennemsnittet 2%. Andelen af fleksjobbere er størst i Kost- og Servicesektoren (17%) og Teknik- og Servicesektoren (14%), hvor også andelen af ufaglærte medlemmer er størst.

Hvad angår lægebesøg kan det konstateres, at PenSam's medlemmer oftere besøger lægen (almen læge) – og på et vedvarende niveau igennem hele livet. Forskellen er størst i de yngre år, og mindst frem mod folkepensionsalder. Dette fremgår af nedenstående graf 1:

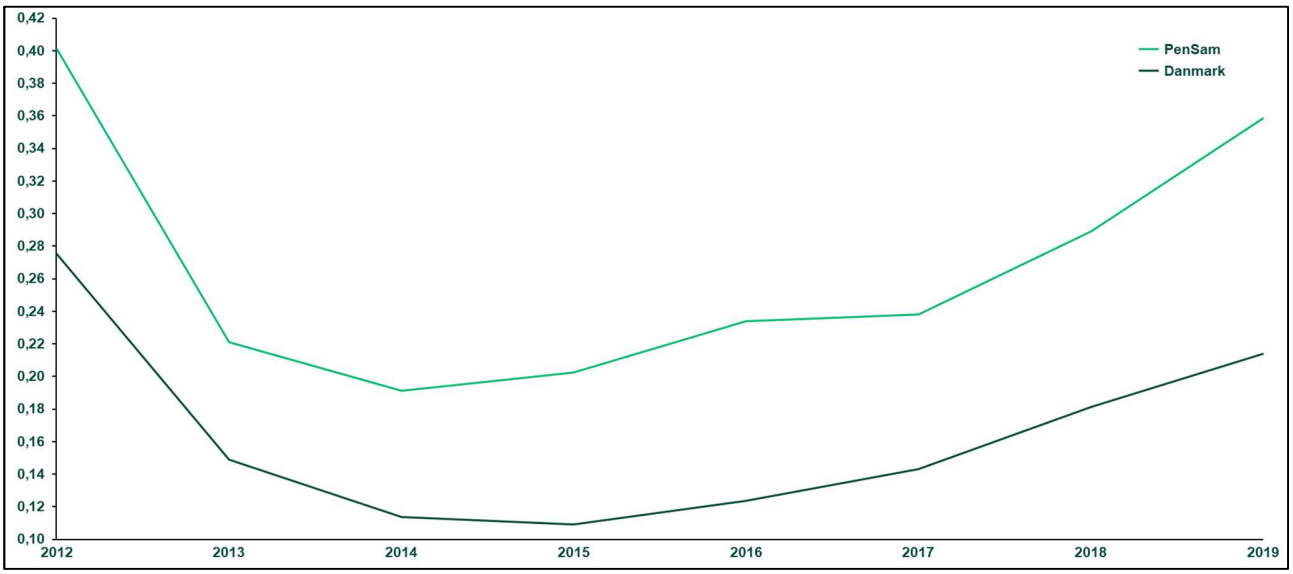
Graf 1: Lægebesøg blandt PenSam's medlemmer
Kilde: Danmarks Statistik og egne data

I forhold til andelen af sygefravær er forskellen ligeledes markant sammenlignet med den gennemsnitlige erhvervsaktive. Forskellen er størst i de yngre år frem mod alder 35, og mindst frem mod folkepensionsalderen. I gennemsnit, fordelt på alle erhvervsaktive år, kan det konstateres, at PenSam's medlemmer i gennemsnit har 6,5 flere sygedage om året end den gennemsnitlige erhvervsaktive.

De konstaterede forskelle inden for helbredsstatus og sygdomshistorik tegner et billede af, at PenSam's medlemmer i højere grad er "skrøbelige liv", hvilket også kan afspejles i en markant større andel af medlemmer på offentlig forsørgelse, som illustreres i det kommende afsnit.

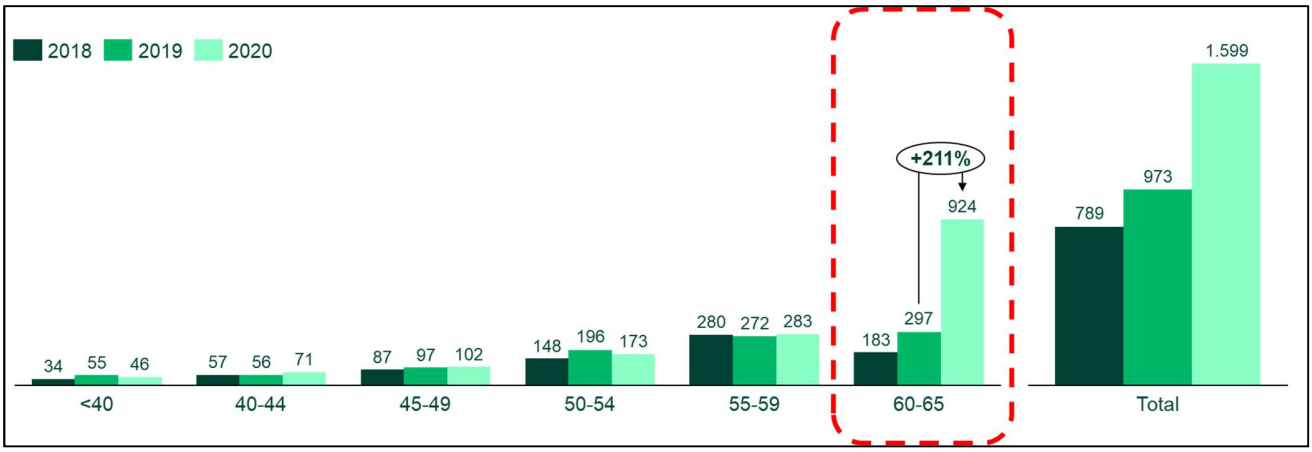
Medlemmer på offentlig forsørgelse
I forhold til andelen af tilkendte førtidspensioner kan det konstateres, at en SOSU-medhjælper ti gange oftere får tilkendt en førtidspension end en læge. Sammenlignet med tømrer og murer er andelen næsten dobbelt så høj.

Generelt bliver PenSam's medlemmer langt oftere tilkendt førtidspension, som det fremgår af nedenstående graf 2, hvor tilkendelsesmønstret for PenSam's medlemmer er sammenlignet med gennemsnittet af erhvervsaktive i Danmark siden 2012.



Graf 2: Tilkendte førtidspensioner i PenSam sammenlignet med landsniveau
Kilde: Danmarks Statistik og egne data

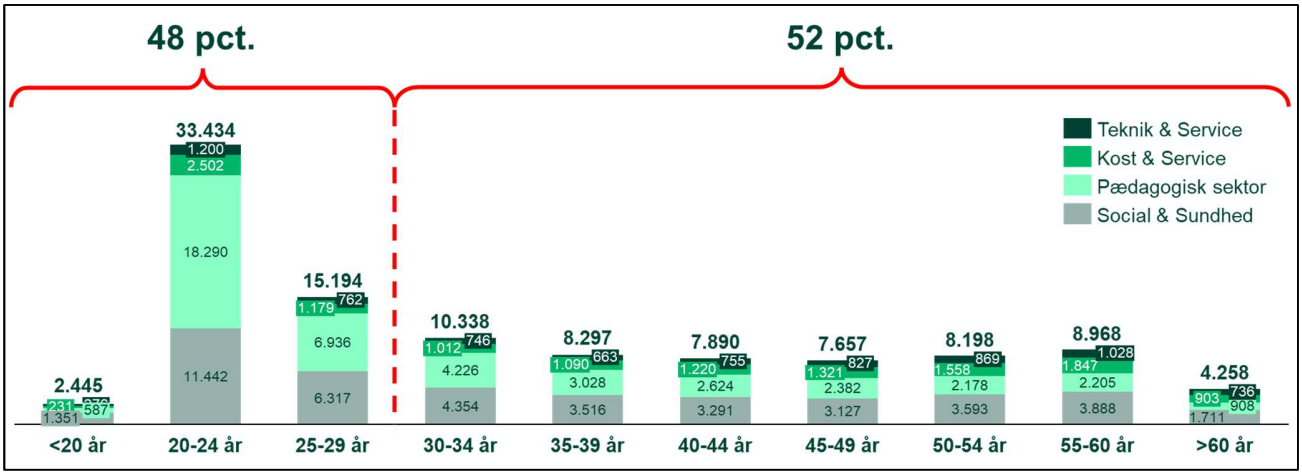
Af PenSam's 48.000 medlemmer i aldersgruppen mellem 60-64 år kan det konstateres, at 58% af medlemmerne fortsat er i beskæftigelse, mens 42% enten er på efterløn eller en form for offentlig ydelse. Siden 1. januar 2020 er andelen af førtids- og seniorpensioner i PenSam steget med over 200% og seneste opgørelser peger på, at udviklingen er vedvarende med et niveau på omkring 70 tilkendelser om måneden. Det fremgår af nedenstående tabel 2.



Tabel 2: Tilkendte senior- og førtidspensioner i PenSam
Kilde: Egne data

Medlemmernes optagelse i PenSam
I PenSam bliver 48% af alle nye medlemmer optaget før alder 30, mens 52% af alle nye medlemmer optages i aldersgruppen mellem 30->60 år.

Optaget er størst i aldersgruppen 20-24 år, hvor gennemsnittet for 2017-2020 udgør knap 34.000 nye medlemmer. Fra alder 30 – 60 år er det årlige optag af medlemmer på niveau fordelt med 5-års intervaller. Det fremgår af nedenstående tabel 3.



Tabel 3: Aldersoptagelse i PenSam
Kilde: Egne data

Generelt opleves en høj omsætningshastighed i PenSam. Siden 2017 er antallet af ny-optagne medlemmer i PenSam steget med 7% - fra cirka 23.500 ny-optagne medlemmer i 2017 til cirka 25.500 ny-optagne medlemmer i 2020. Ses tallene i relation med udviklingen af indbetalende medlemmer, kan der imidlertid konstateres et konstant niveau – dog med markante forskelle inden for de enkelte sektorer.

Det kan endvidere konstateres, at medlemmerne arbejder inden for FOA faggrupperne i gennemsnit halvdelen af arbejdslivet, hvilket fremgår af nedenstående tabel 4.

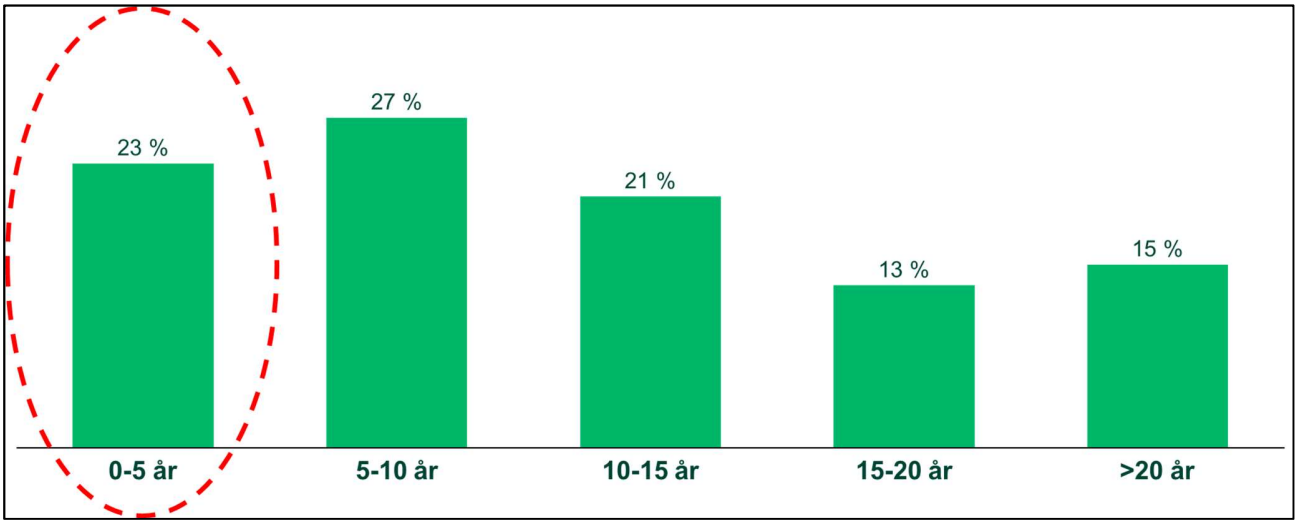
	Alderspensionerede kunder
Kost & Service	16,3 år
Pædagogisk Sektor	14,6 år
Social & Sundhed	18,5 år
Teknik & Service	14,1 år

Tabel 4: Pensionsindbetaling i PenSam
Kilde: Egne data

Opsparingsperioden for pensionerende medlemmer er størst i Social og Sundhedssektoren og Pædagogisk Sektor (hvor andelen af faglærte medlemmer desuden er højest) – og mindst i Teknik- og Servicesektoren og Kost- og Servicesektoren (hvor andelen af faglærte medlemmer er mindst).

Sammenkobles medlemmernes opsparingsperiode med tilkendelsesmønstret for førtidspension er det interessant, at hver fjerde tilkendelse af førtidspension sker ved mindre end 5 års opsparingsperiode.

Det fremgår i nedenstående tabel 5:



Tabel 4: Pensionsindbetaling i PenSam
Kilde: Egne data

Konsekvenser for PenSam som kollektivt arbejdsmarkedspensionsselskab
De markante sociale forskelle i PenSam's medlemsbestand afstedkommer centrale problemstillinger i forhold til at sikre en værdig pensionstilværelse for medlemmer, der i forvejen kun indbetaler beskedne pensionsbidrag - og dermed har ekstra behov for at beskytte sin alderspension.

Gennem ovenstående kan det synes, at PenSam i stigende grad er blevet et pensionsselskab for en række samfundsgrupper med varierende helbred, uddannelsesniveau og alder. Det kommer blandt andet til udtryk gennem det stigende optag af medlemmer i sene aldre, som ikke nødvendigvis besidder en relevant erhvervsfaglig baggrund. Og netop uddannelsesniveauet er et centralt parameter for omsætningshastigheden i PenSam - desto højere grad af relevant erhvervsfaglig uddannelse, desto længere opsparingsperiode i PenSam og vice versa.

Den markante udvikling i seniorpension medfører, at andelen af medlemmernes bidrag, der går til alderspension, påvirkes negativt. For at kunne honorere udviklingen og PenSam's omkostninger til seniorpension, har PenSam øget præmierne til forsikringsdækninger med 4 kroner for hver 100 kroner indbetalt til pension. For et gennemsnitligt medlem i PenSam betyder det, at pensionsprognosen reduceres med DKK 4.500 årligt til fordel for finansieringen af seniorpensionen.

Med andre ord betaler PenSam's medlemmer selv regningen for deres egen nedslidning – og på bekostning af en alderspension, som i forvejen udgør et beskedent niveau.

Seniorpensionens påvirkning på alderspensionen er illustreret nedenfor:

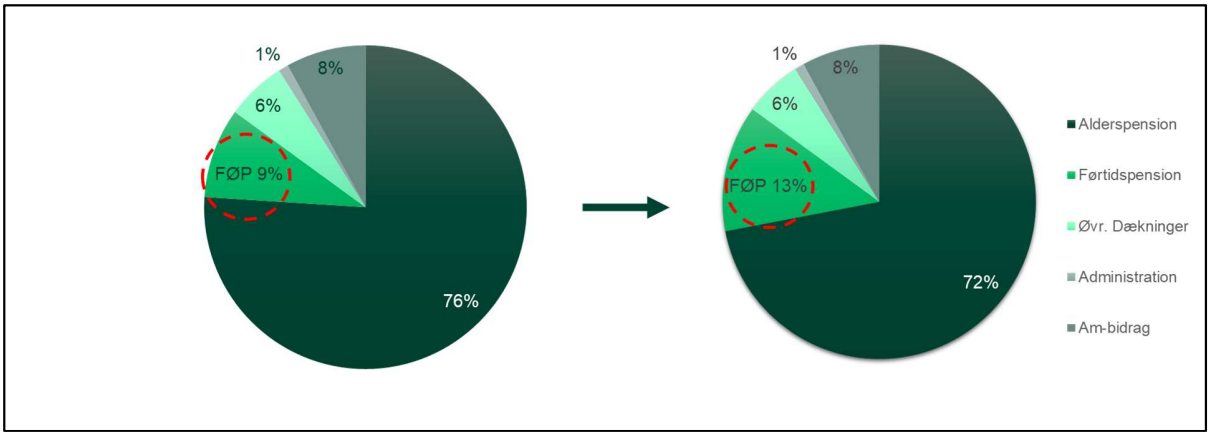


Illustration 1: Seniorpensionens påvirkning på alderspensionen
Kilde: Egne data

I PenSam hilser vi derfor kommissionens arbejde velkomment – der er brug for et politisk eftersyn af pensionssystemet. De senere års tilretning og udbygning af pensionssystemet har resulteret i en række skævheder og uhensigtsmæssigheder, som i høj grad påvirker de lavestlønnede borgere, herunder særligt PenSam's mere end 180.000 bidragsaktive medlemmer, der hver dag udfører kerneopgaver i den danske velfærdssektor.

Løsning
Et balanceret pensionssystem har til opgave at tage hånd om særligt de skrøbelige grupper på arbejdsmarkedet, der ikke kan holde til at arbejde helt frem til en stadig senere folkepensionsalder. Seniorpensionen har i den forbindelse vist sit værd for de svage grupper på arbejdsmarkedet, men udfordrer imidlertid den solidariske tankegang, da regningen i høj grad placeres hos de nedslidte selv.

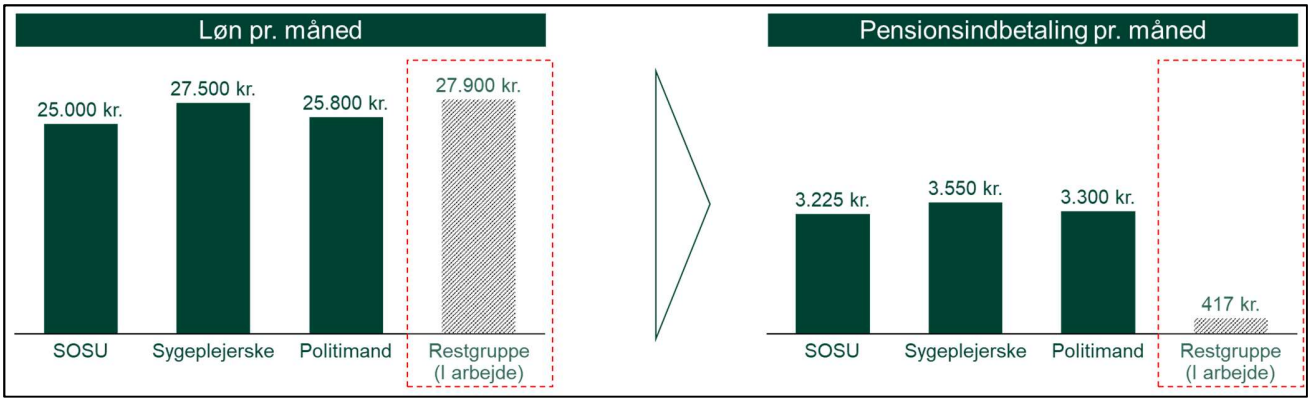
Hvis det skal undgås, at de mest skrøbelige liv skal tvinges til at reducere deres beskedne alderspension grundet større risiko for nedslidning, er der behov for at forny debatten om, hvordan der kan skabes råderum til at sikre en hensigtsmæssig og solidarisk finansiering for dem, der er mest nedslidt på arbejdsmarkedet.

Fælles udligningsfond
Konkret foreslår PenSam, at der oprettes en fælles udligningsmodel i tråd med den indførte barselsfond, enten som generel opkrævning på arbejdsmarkedet eller som opkrævning på tværs i pensionsselskaberne.

Styrket pensionsopsparing
PenSam foreslår desuden, at pensionsopsparingen skal styrkes og at alle skal indbetale til pension – hermed også de resterende 20%, der i dag ikke sparer systematisk op til pension.

Ved at sikre, at alle i fremtiden indbetaler til pension, vil pensionssystemet forenkles, eftersom antallet af offentlige ydelser reduceres markant ved bare en beskeden indbetaling til pension. Endeligt vil de offentlige finanser lettes, og der vil skabes råderum til, at Danmark - som velfærdssamfund - kan sætte ind med mere målrettede løsninger for skrøbelige liv på arbejdsmarkedet.

Indbetalingsmønstret fremgår af nedenstående tabel 5.



Tabel 5: Pensionsindbetaling i PenSam
Kilde: Egne data

Tabellen viser, at cirka 20 pct. af alle lønmodtagere og selvstændige inden for lav- og mellemindkomstgrupper bidrager med beskedne pensionsindbetalinger på op mod 5.000 kroner om året. Til sammenligning indbetaler SOSU'en op mod 40.000 kroner årligt, og dette på trods af, at deres løn ligger på samme niveau.

Skævheden er uhensigtsmæssig for de offentlige finanser - og er desuden ikke forenelig med det solidariske princip om, at alle har fuld ret til blandt andet folkepension. Et bærende princip i fremtidens danske pensionssystem bør derfor være, at alle sparer op til pension.

Medlemmerne i PenSam

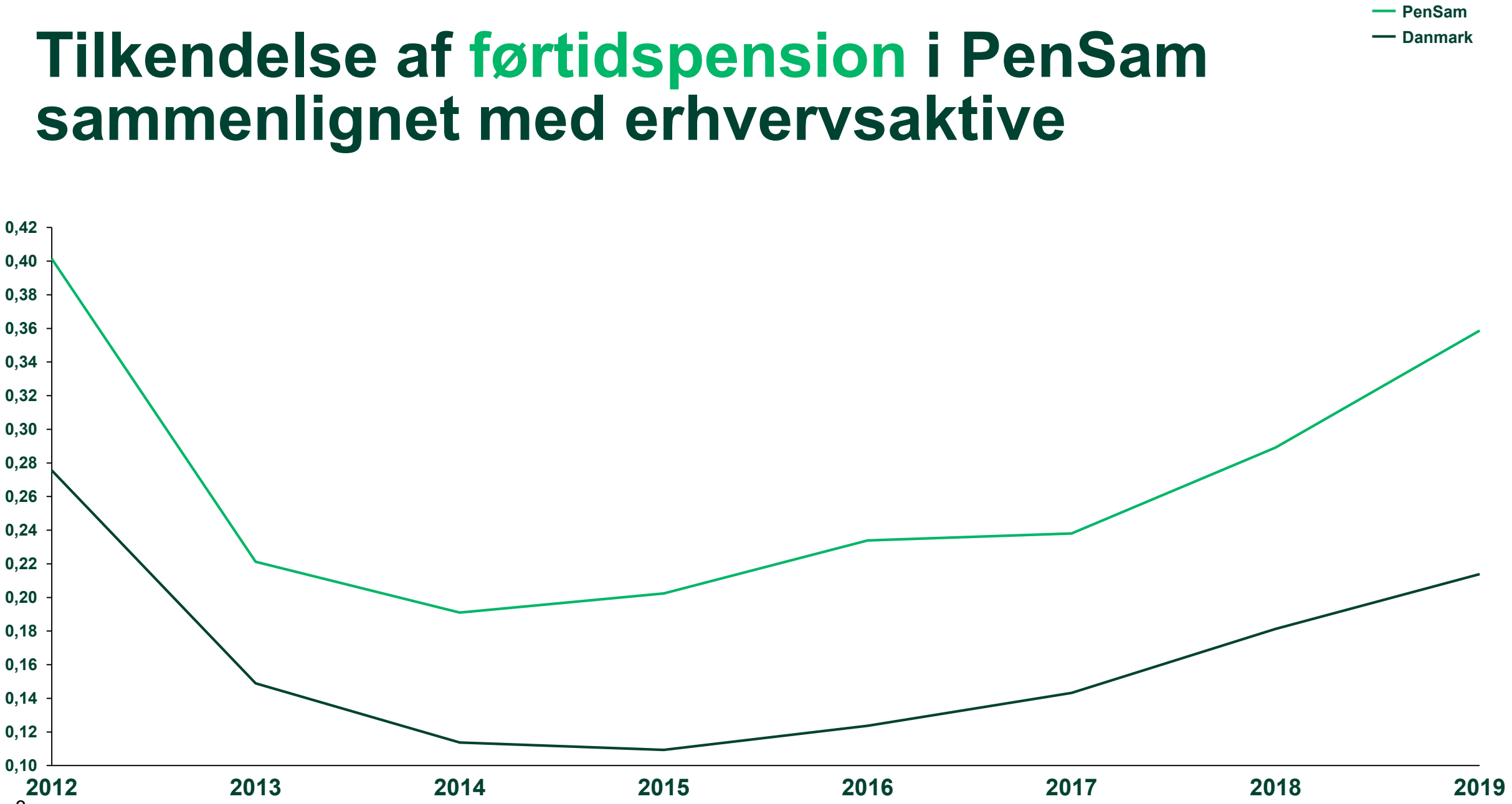
PenSam Pension

November 2021

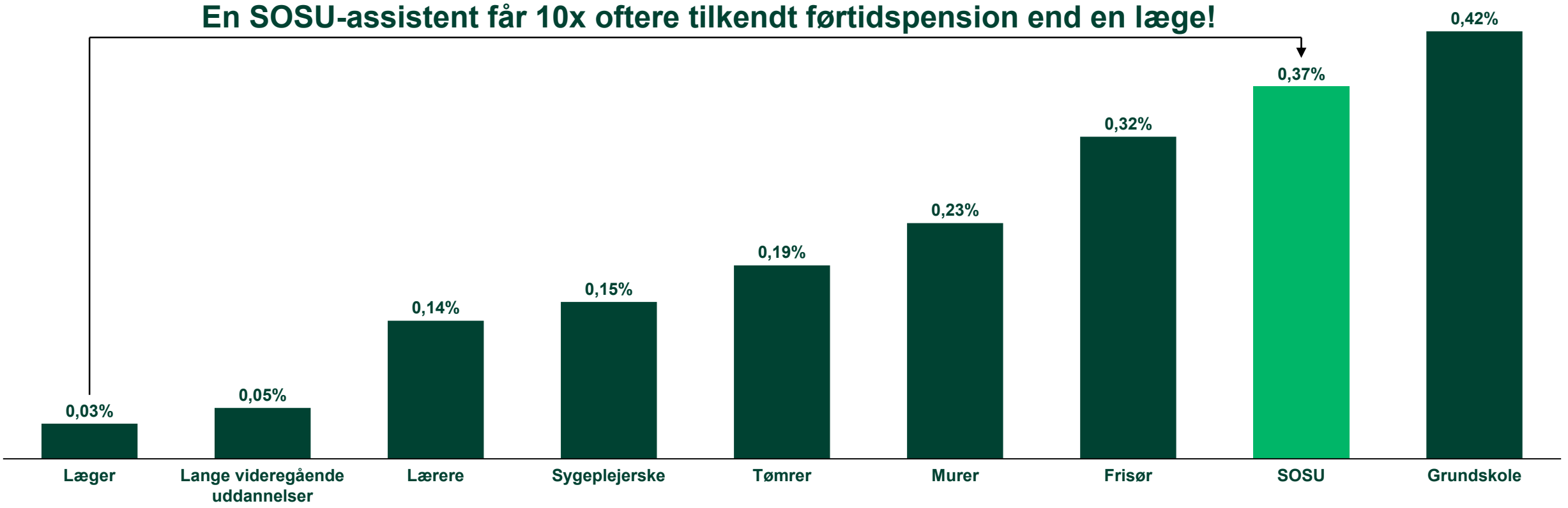
Overordnede udfordringer

PenSam

Tilkendelse af førtidspension i PenSam sammenlignet med erhvervsaktive

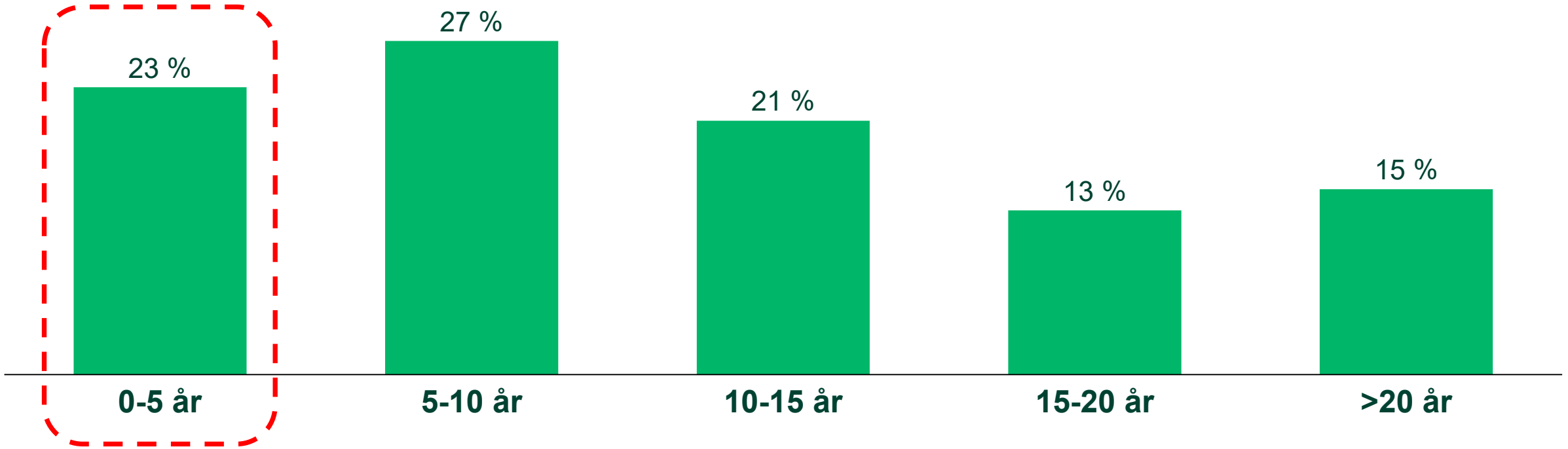


PenSam's medlemmer får oftere tilkendt førtidspension en andre faggrupper



Kilde: Danmarks statistik og egne data

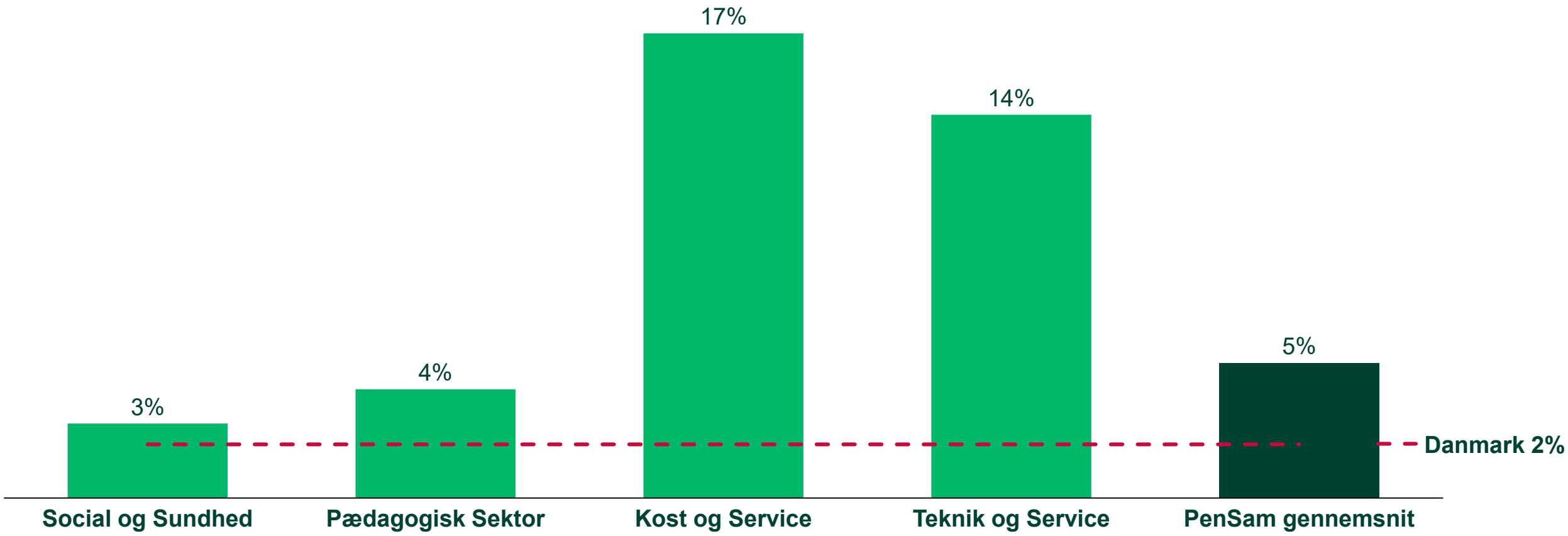
Hver fjerde tilkendelse af førtidspension sker ved mindre end 5 års opsparingsperiode



Kilde: Egne data

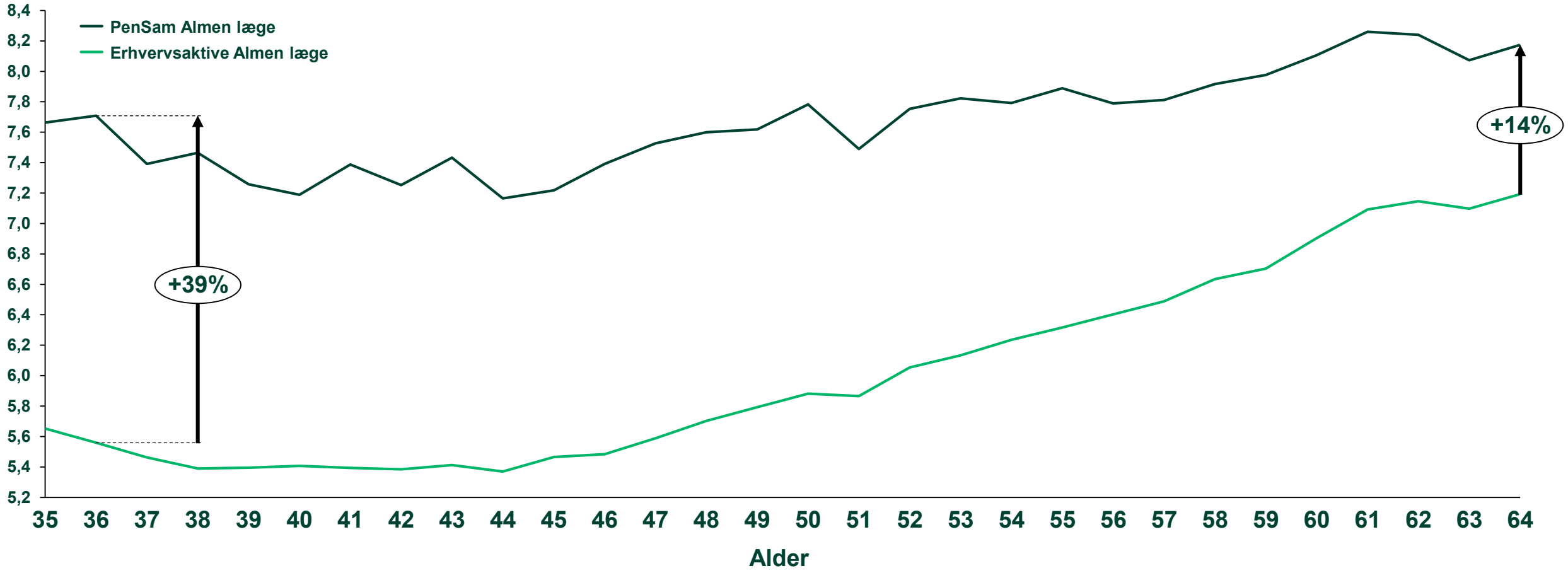
PenSam

Flest fleksjobbere i Kost & Service og Teknik & Service



PenSam

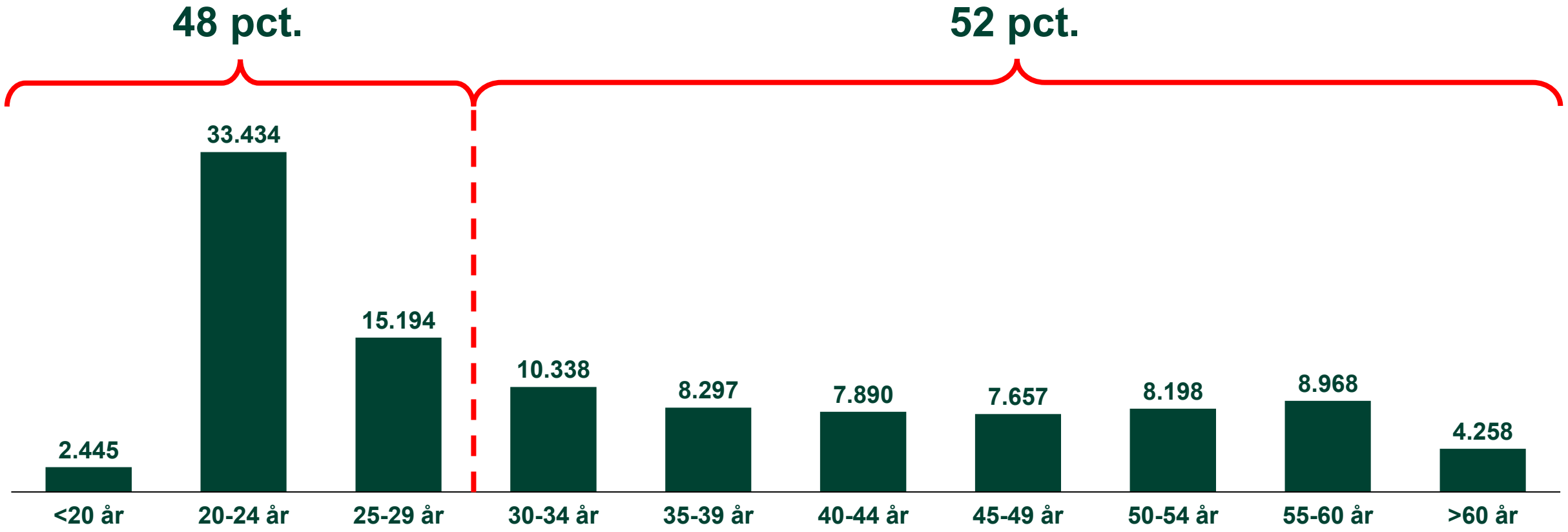
PenSam's medlemmer besøger oftere lægen – og på et vedvarende niveau gennem hele livet.



PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

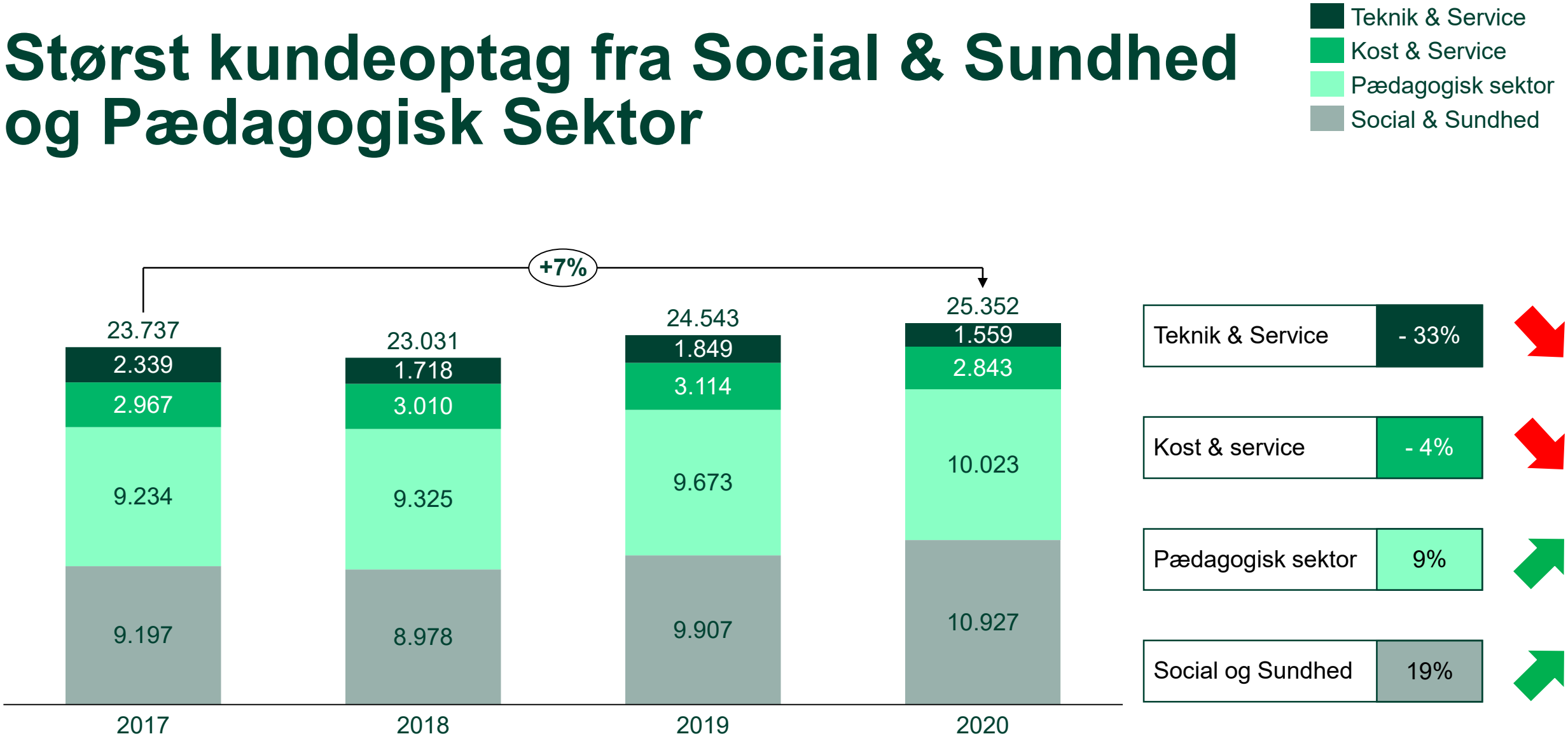
Størst optag blandt de yngste, men stabilt niveau på tværs af øvrige aldersgrupper (2017-2020)



PenSam

Kilde: Egne data

Størst kundeoptag fra Social & Sundhed og Pædagogisk Sektor

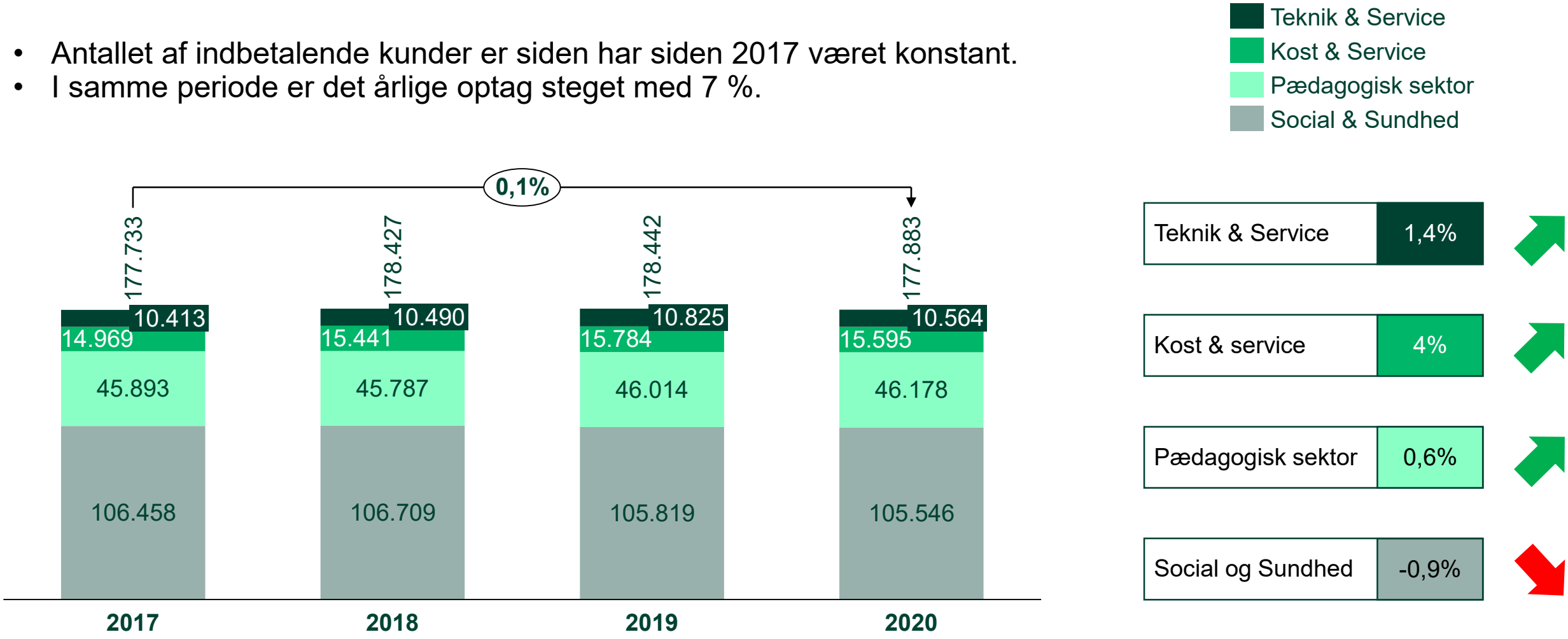


Kilde: Egne data

PenSam

Udvikling i antallet af indbetalende medlemmer

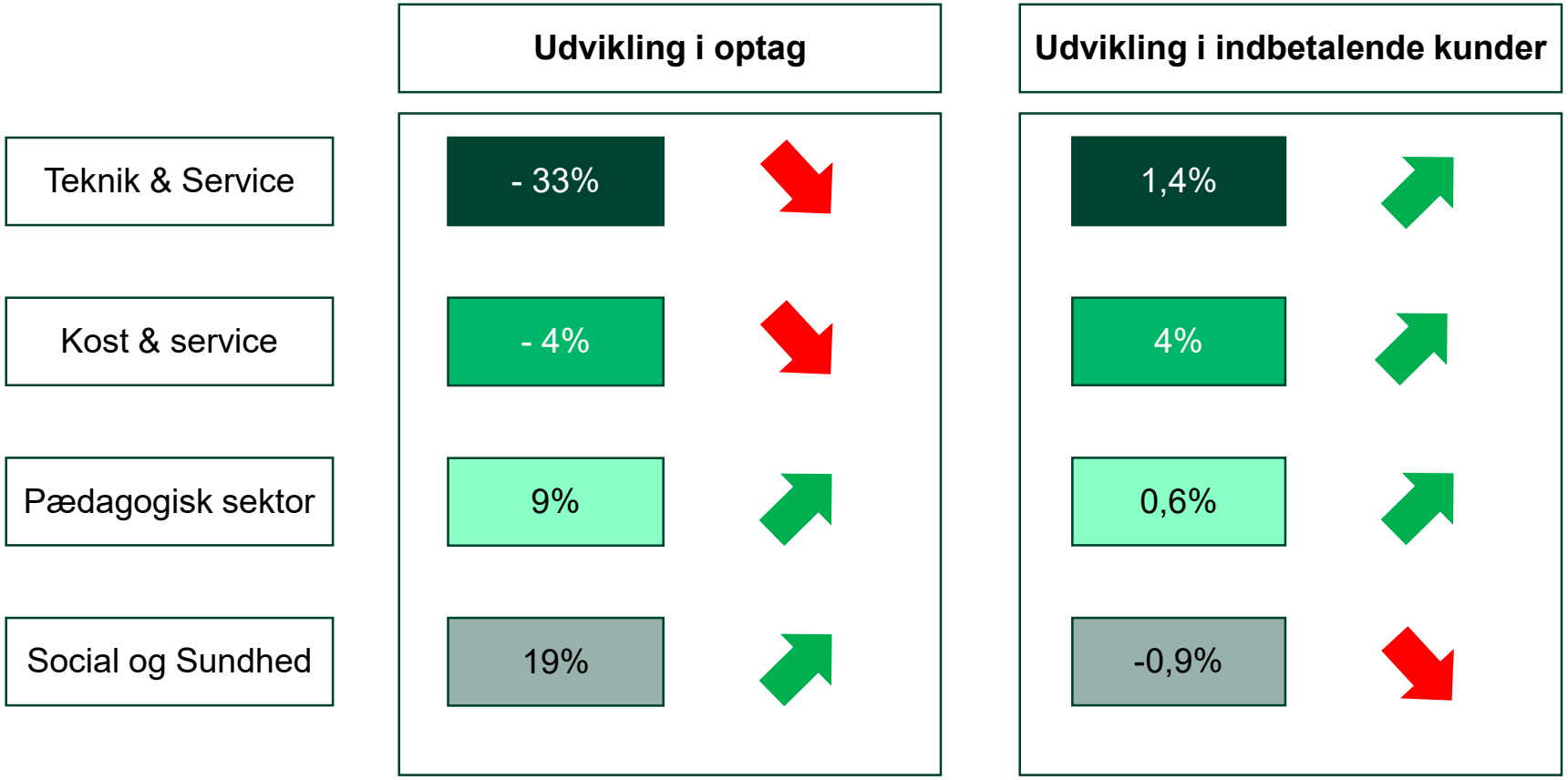
- Antallet af indbetalende kunder er siden har siden 2017 været konstant.
- I samme periode er det årlige optag steget med 7 %.



Kilde: Egne data

PenSam

Omsætningshastigheden blandt medlemmerne er høj



Kilde: Egne data

PenSam

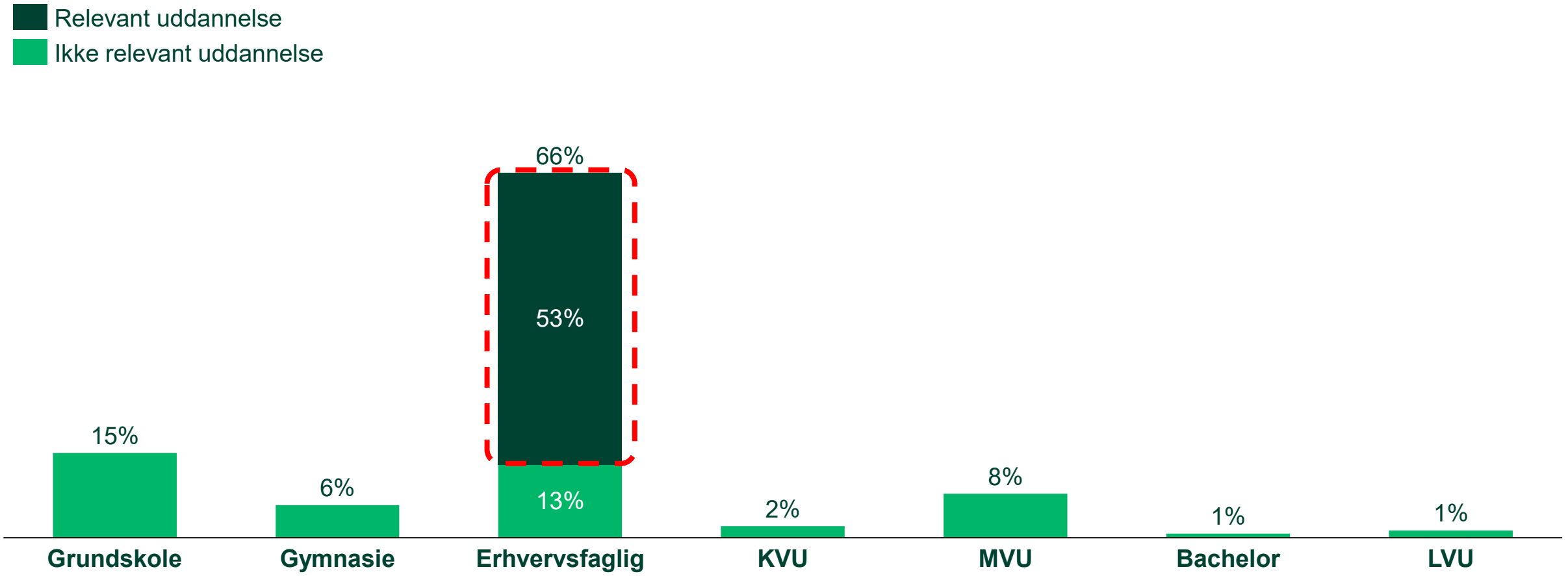
Medlemmerne arbejder indenfor FOA faggrupperne halvdelen af arbejdslivet

	Bidragsaktive kunder	Hvilende kunder	Alderspensionerede kunder
Kost & Service	8,8 år	3,1 år	16,3 år
Pædagogisk Sektor	10,1 år	2,8 år	14,6 år
Social & Sundhed	13,3 år	4,2 år	18,5 år
Teknik & Service	8,3 år	3,1 år	14,1 år

PenSam

Kilde: Egne data

Halvdelen af de indbetalende medlemmer har en relevant erhvervsfaglig uddannelse



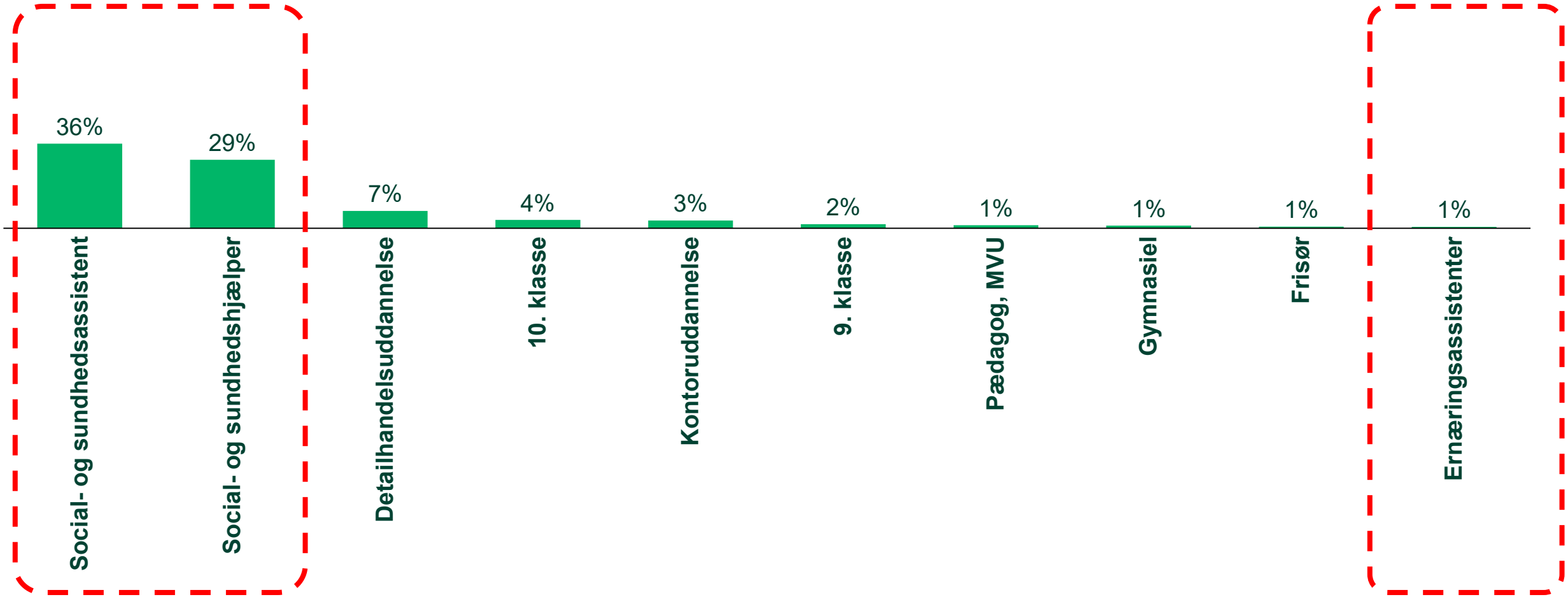
PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

Uddannelse – Social og Sundhed

60%

66% har en relevant uddannelse



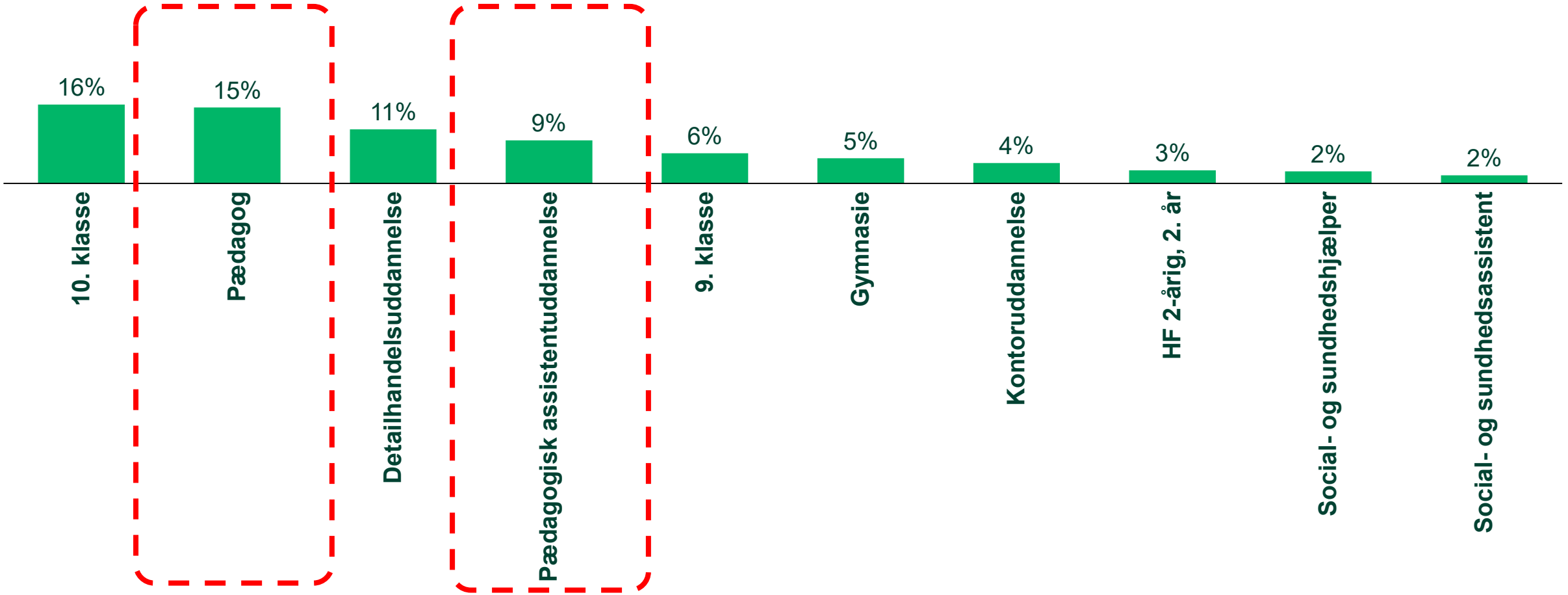
PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

Uddannelse – Pædagogisk sektor

26%

24% har en relevant uddannelse



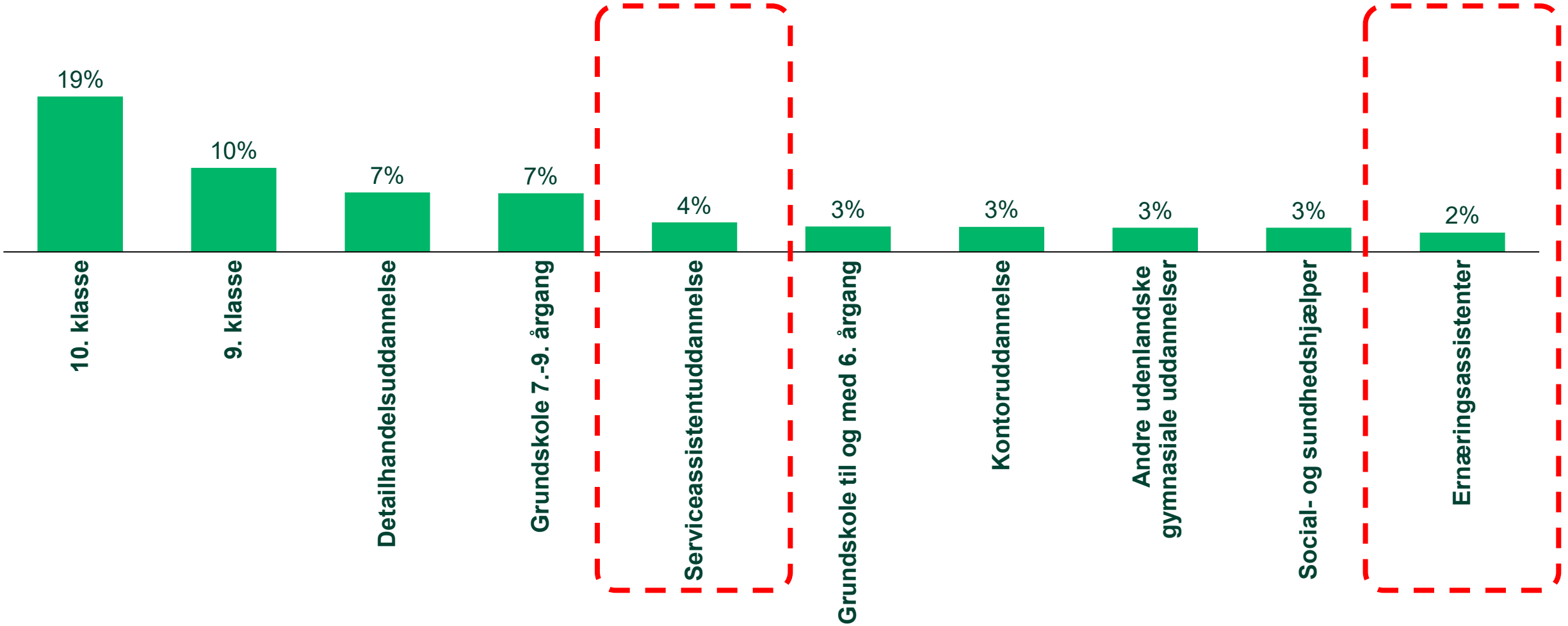
PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

Uddannelse – Kost og Service

9%

Det er vanskeligt at identificere en betydende gruppe med en relevant uddannelse



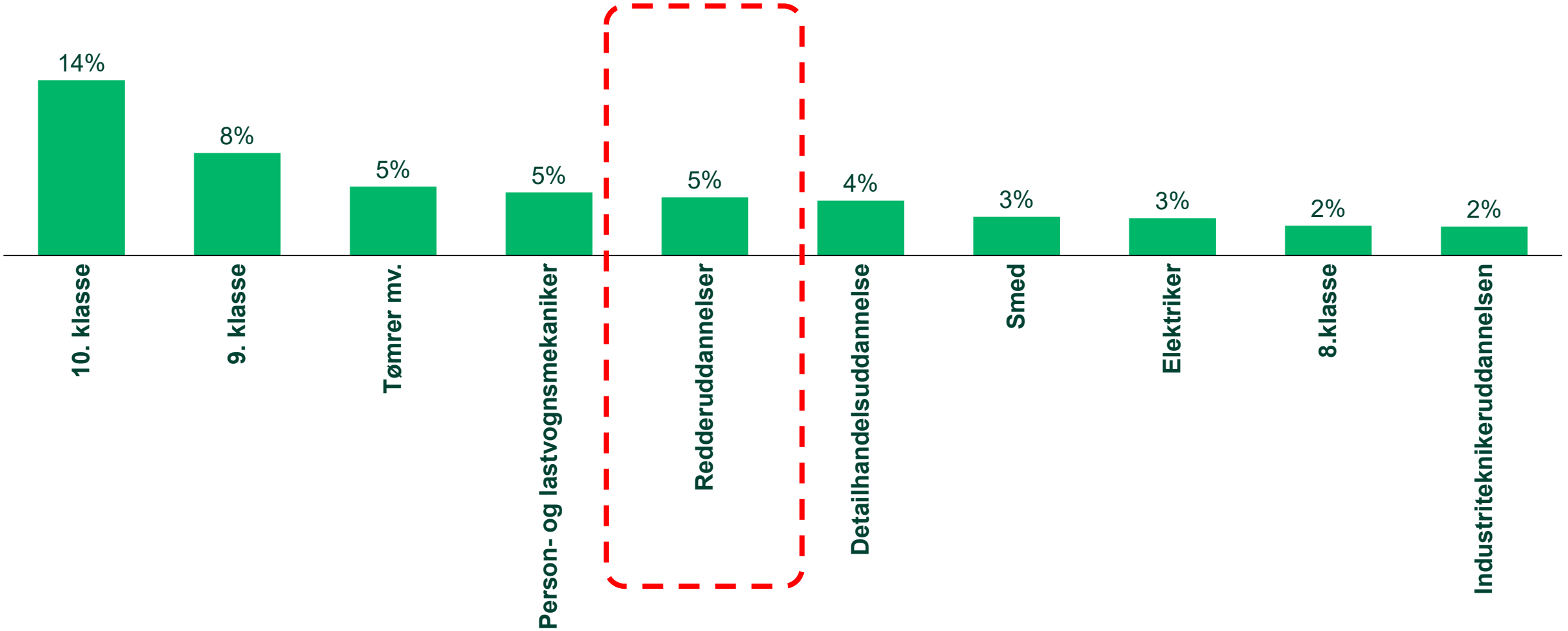
PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

Uddannelse – Teknik og Service

6%

Det er vanskeligt at identificere en betydende gruppe med en relevant uddannelse



PenSam

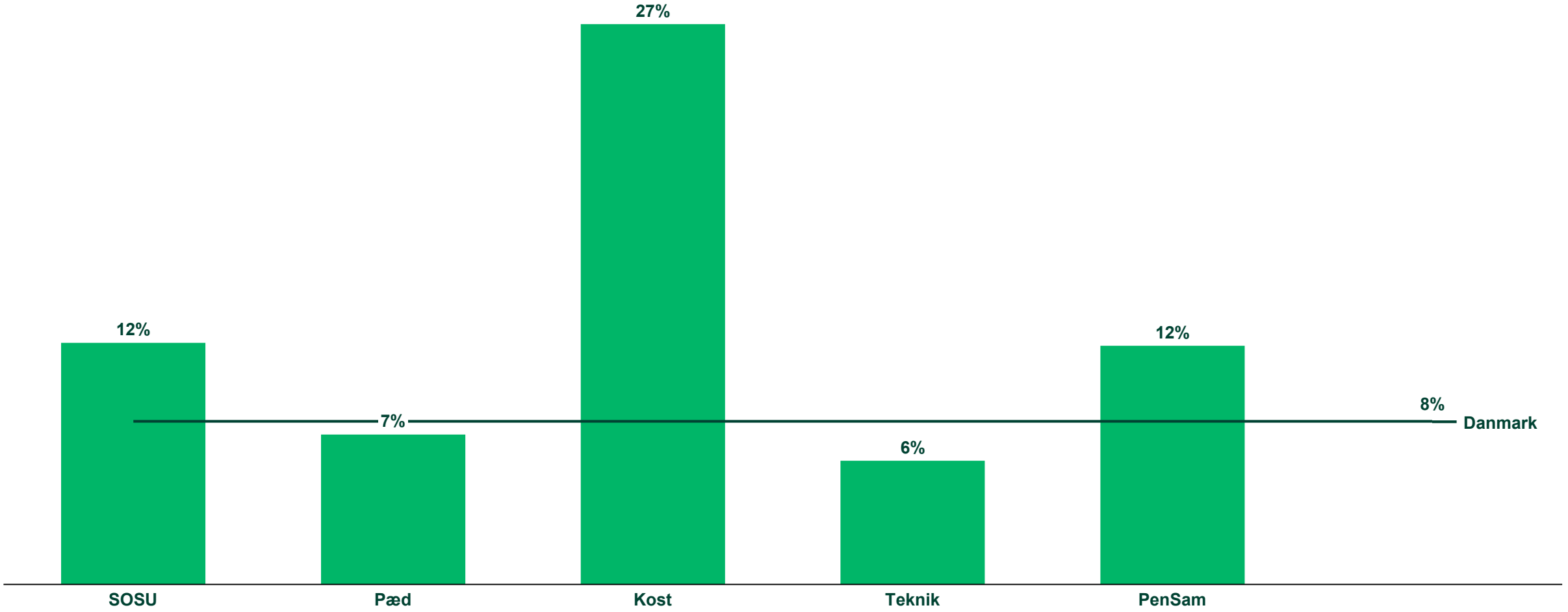
Kilde: Danmarks statistik og egne data

Andel af kunder med ikke vestlig herkomst – optag fra 1980-2018 (i pct.)

PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

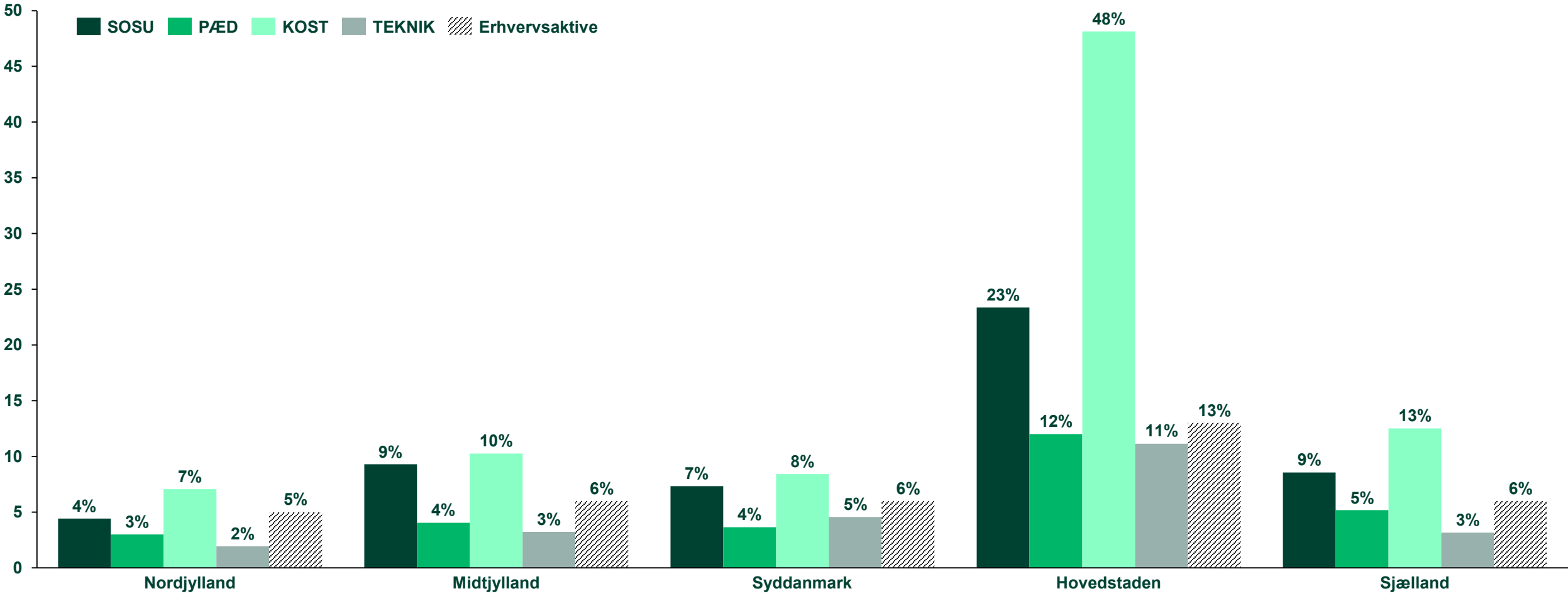
Ikke vestlig herkomst for bidragsaktive i PenSam samt den voksne danske befolkning (pct.)



PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

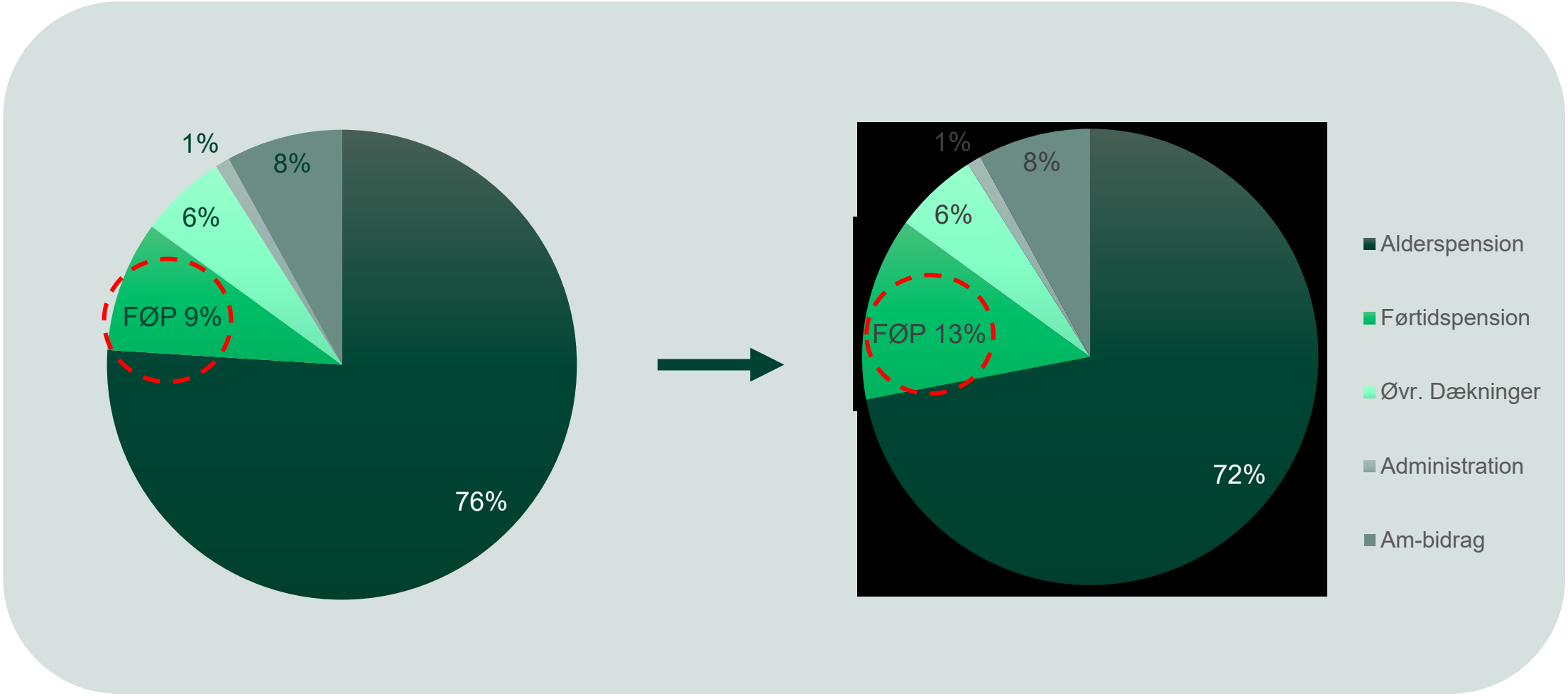
Herkomst for bidragsaktive i PenSam fordelt på sektor og region (pct)



PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

Seniorpensionens påvirkning på alderspension

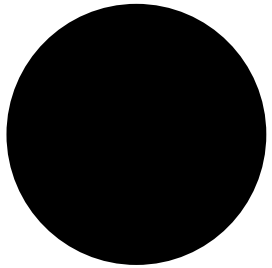


Konsekvenserne illustreret ved et 35-årig medlem med 32 år til pension

PenSam

Spørgsmålet er:
Hvordan sikrer vi et værdigt pensionssystem?

Fælles udligningsmodel i tråd med den indførte barselsfond, enten som generel opkrævning på arbejdsmarkedet eller som opkrævning på tværs i pensionsselskaberne



Styrk pensionsopsparing – få de sidste 20 pct. med, der ikke i dag sparer systematisk op til pension – frigør ressourcer i de offentlige finanser, der kan målrettes de mest udsatte

PenSam - overordnet

PenSam

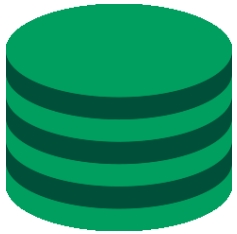
Viden om medlemmerne i PenSam

For at varetage medlemmernes interesse bedst muligt gør vi i PenSam meget ud af at forstå hvem vores kunder er. Vi har selvsagt stor indsigt i de individuelle pensionsøkonomiske forhold samt forsikringsforhold. Men i de samlede overvejelser er det afgørende også at kende til omstændigheder, der ikke er relateret til pensionsindbetalingerne.

For bedst at belyse disse vinkler samt skabe et sammenligningsgrundlag har vi etableret en forskeradgang hos Danmarks Statistik. Dette giver en markant dybere kundeindsigt end tidligere og en mulighed for at undersøge interessante sammenhænge mere i dybden. Kombinationen af egne data og udvalgte registre fra Danmarks Statistik giver os mulighed for at fremstille egne medlemmer relativt i forhold til andre faggrupper, og derved skabe en forståelse af virkeligheden der rækker ud over PenSam.

Herudover giver det mulighed for at undersøge hvordan medlemmernes tilværelse har set ud – både før og efter deres pensionsindbetaling i PenSam.

Fakta om PenSam



- **171 mia. kr.**
  i investeringsaktiver
- **6,2 mia. kr.**
  i præmieindtægter
- **3,9 mia. kr.**
  i udbetalinger

- **450.000 medlemmer**
- **Primært ansat inden for FOA's faggrupper:**
  Social- og sundhedssektor
  Pædagogisk Sektor
  Kost og Service
  Teknik og Service

- Kerneforretning:
  Arbejdsmarkedspension
- Supplerende forretning:
  Individuelle bank- og forsikringsprodukter

Hvordan skiller vores medlemmer sig ud?

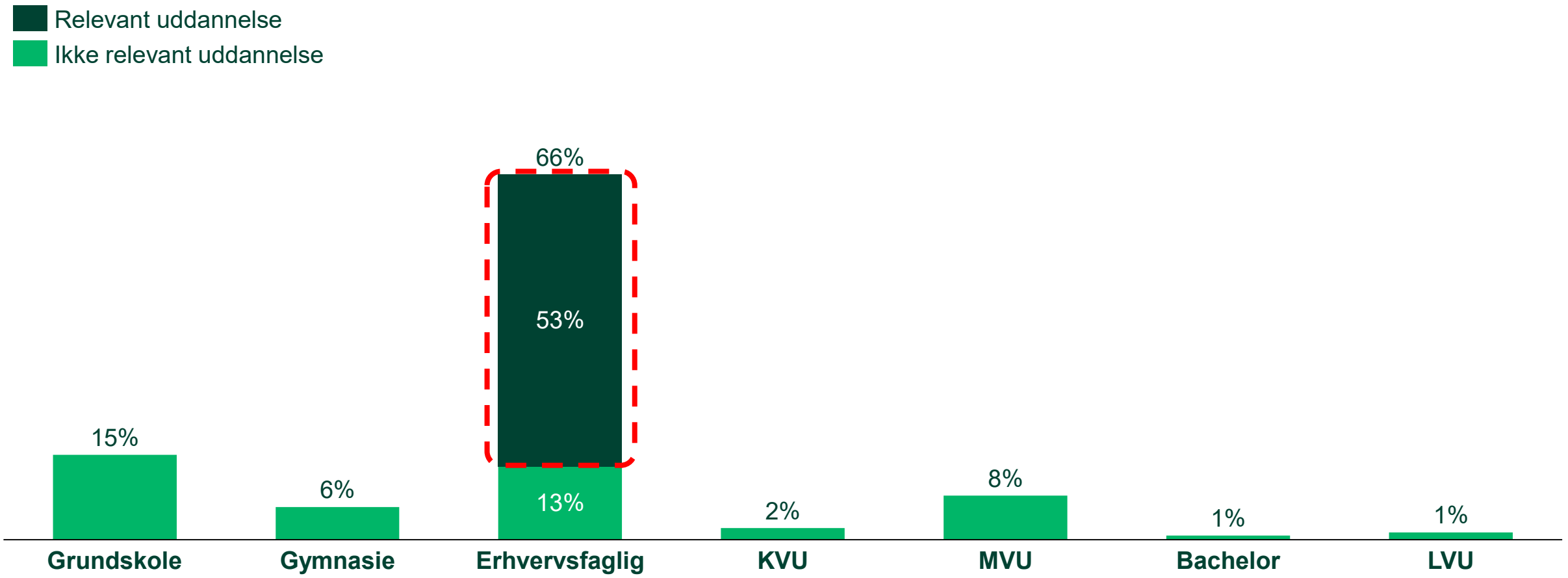
- Gennemsnitsløn og økonomisk formue < end gennemsnittet
- Gennemsnitlig pensionsbidrag, gennemsnitsdepot og udbetalingsprognose (68 år) < end gennemsnittet
- Ringere sundhedstilstand end den øvrige danske befolkning
- PenSam's medlemmer er i brancher med en højere andel af psykisk og fysisk belastende arbejdsmiljø
- Pensionskasse - også for minoriteter og udsatte borgere
- Stigende antal nyoptagne – men konstant antal indbetalende kunder
- Overrepræsentation af tilkendelser af førtidspension og seniorpension blandt PenSam's medlemmer

PenSam

Uddannelse

PenSam

Halvdelen af de indbetalende medlemmer har en relevant erhvervsfaglig uddannelse



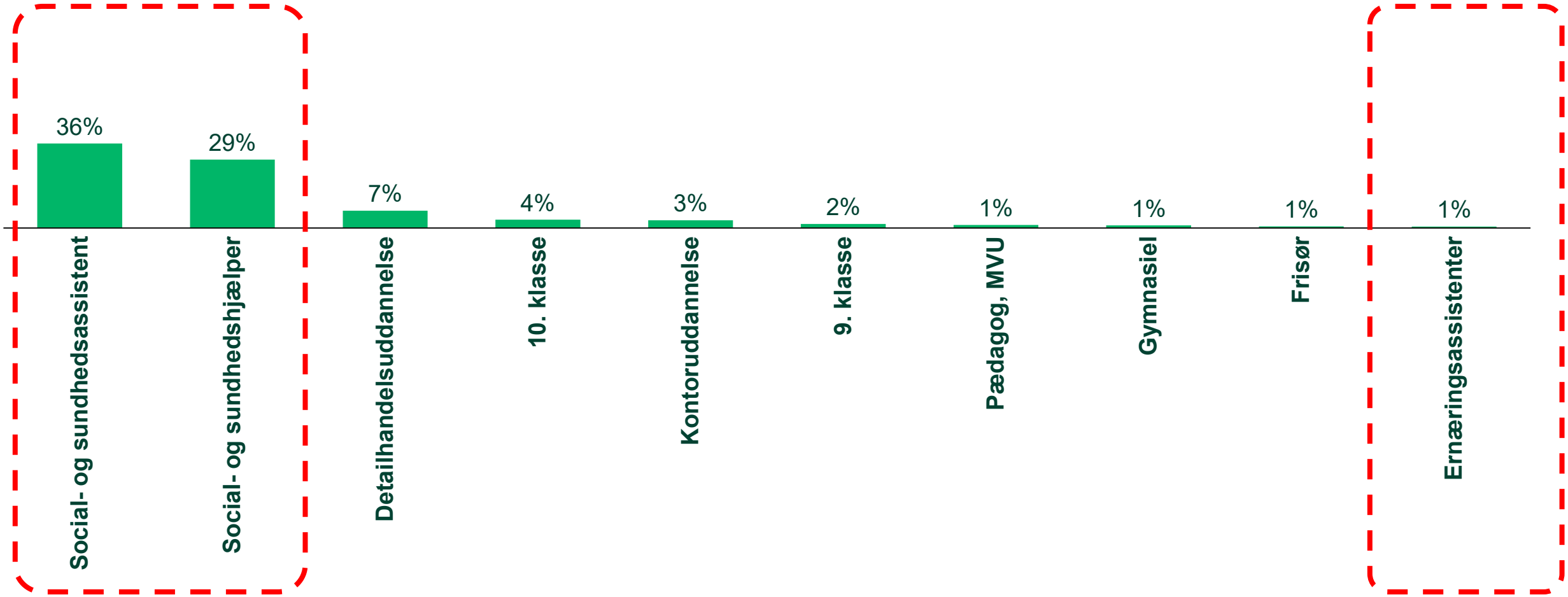
PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

Uddannelse – Social og Sundhed

60%

66% har en relevant uddannelse



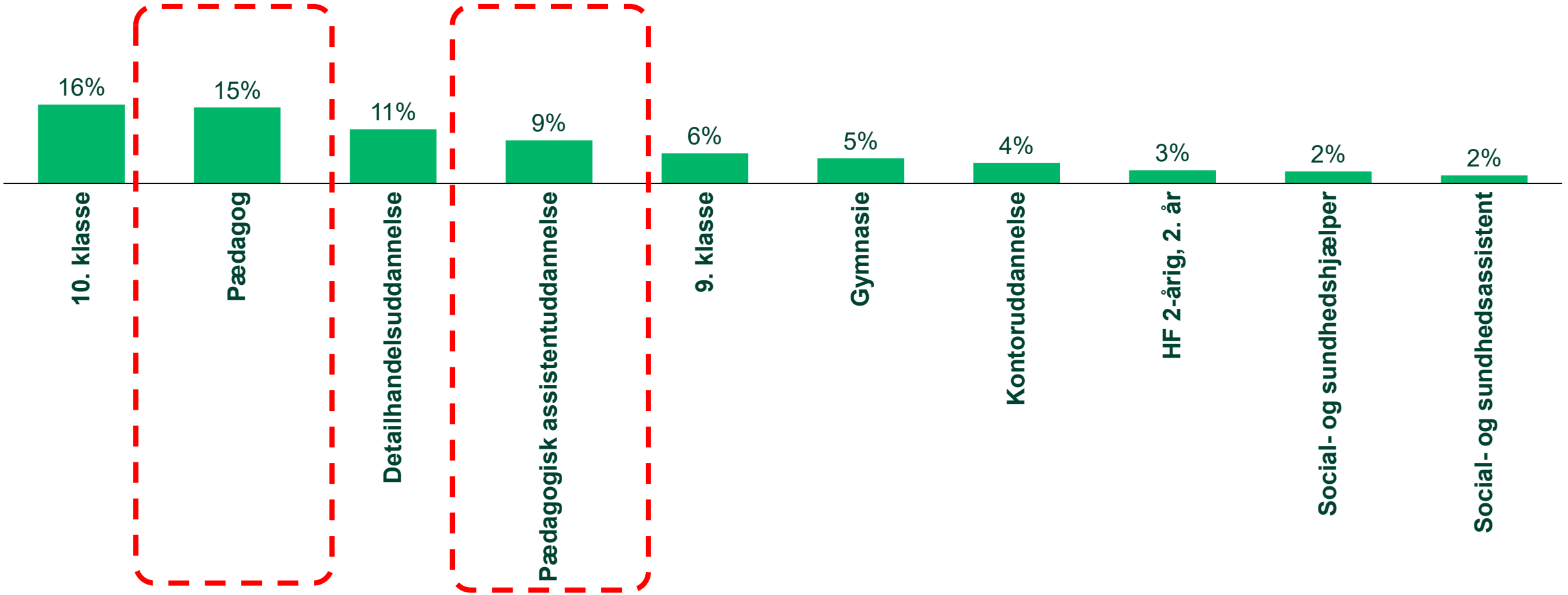
PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

Uddannelse – Pædagogisk sektor

26%

24% har en relevant uddannelse



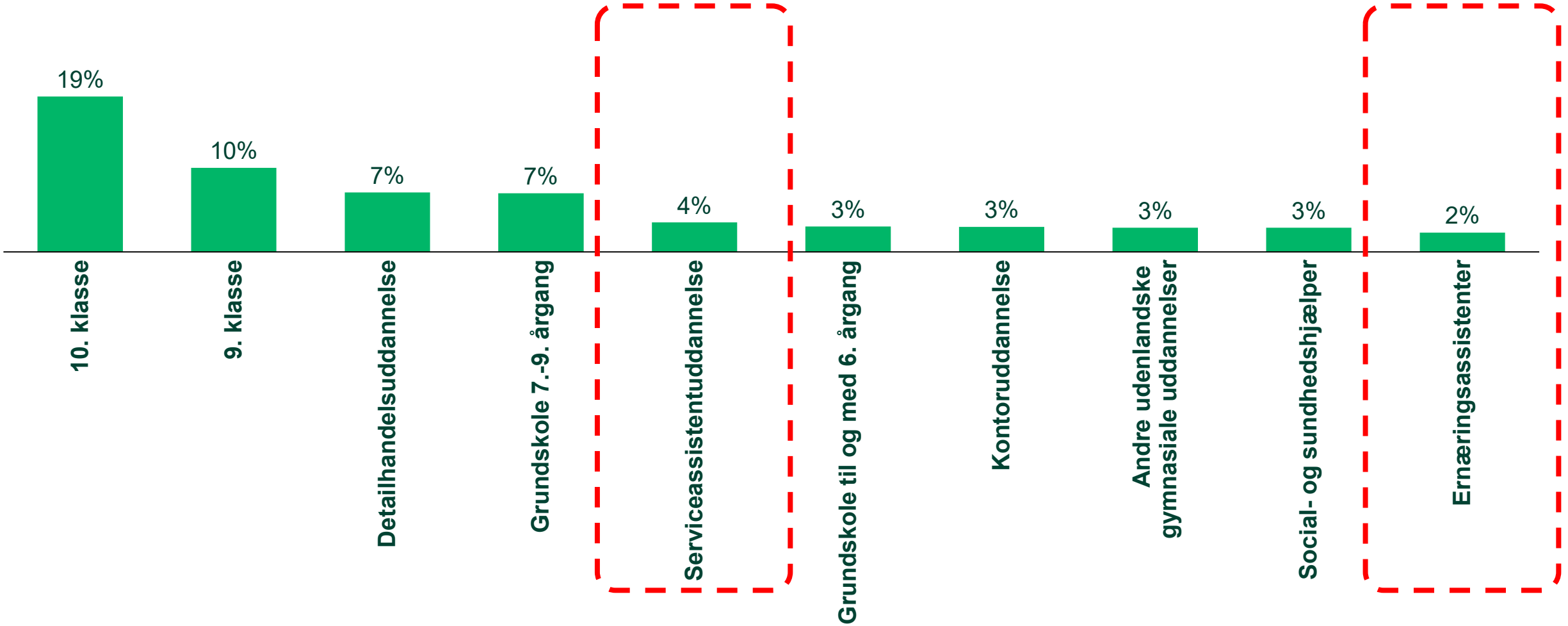
Kilde: Danmarks statistik og egne data

PenSam

Uddannelse – Kost og Service

9%

Det er vanskeligt at identificere en betydende gruppe med en relevant uddannelse



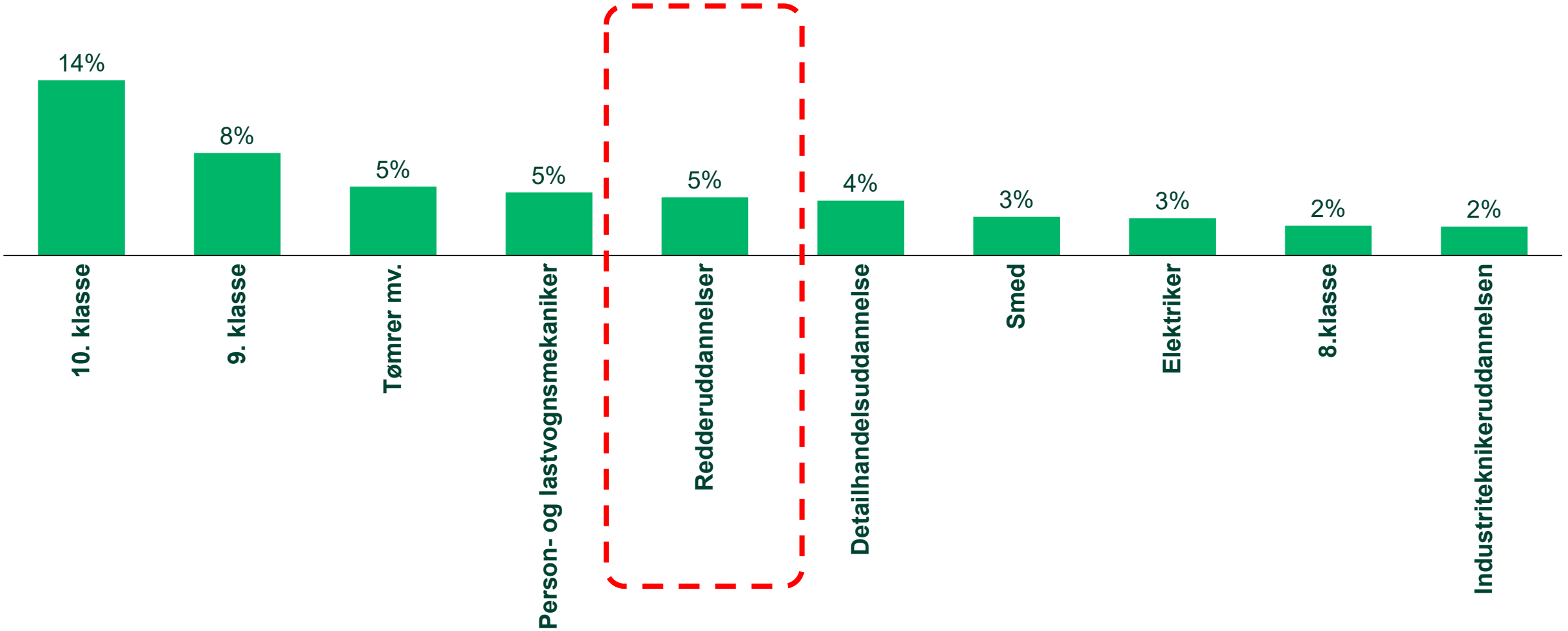
PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

Uddannelse – Teknik og Service

6%

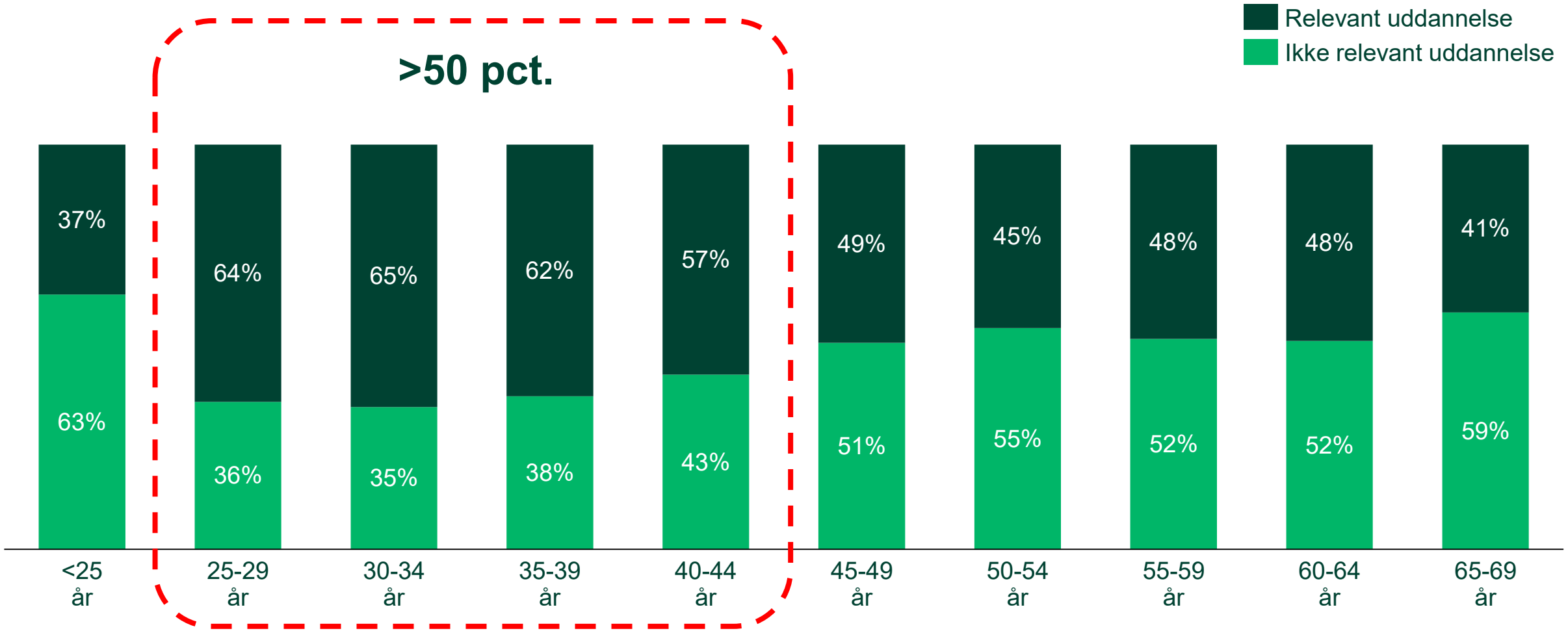
Det er vanskeligt at identificere en betydende gruppe med en relevant uddannelse



Kilde: Danmarks statistik og egne data

PenSam

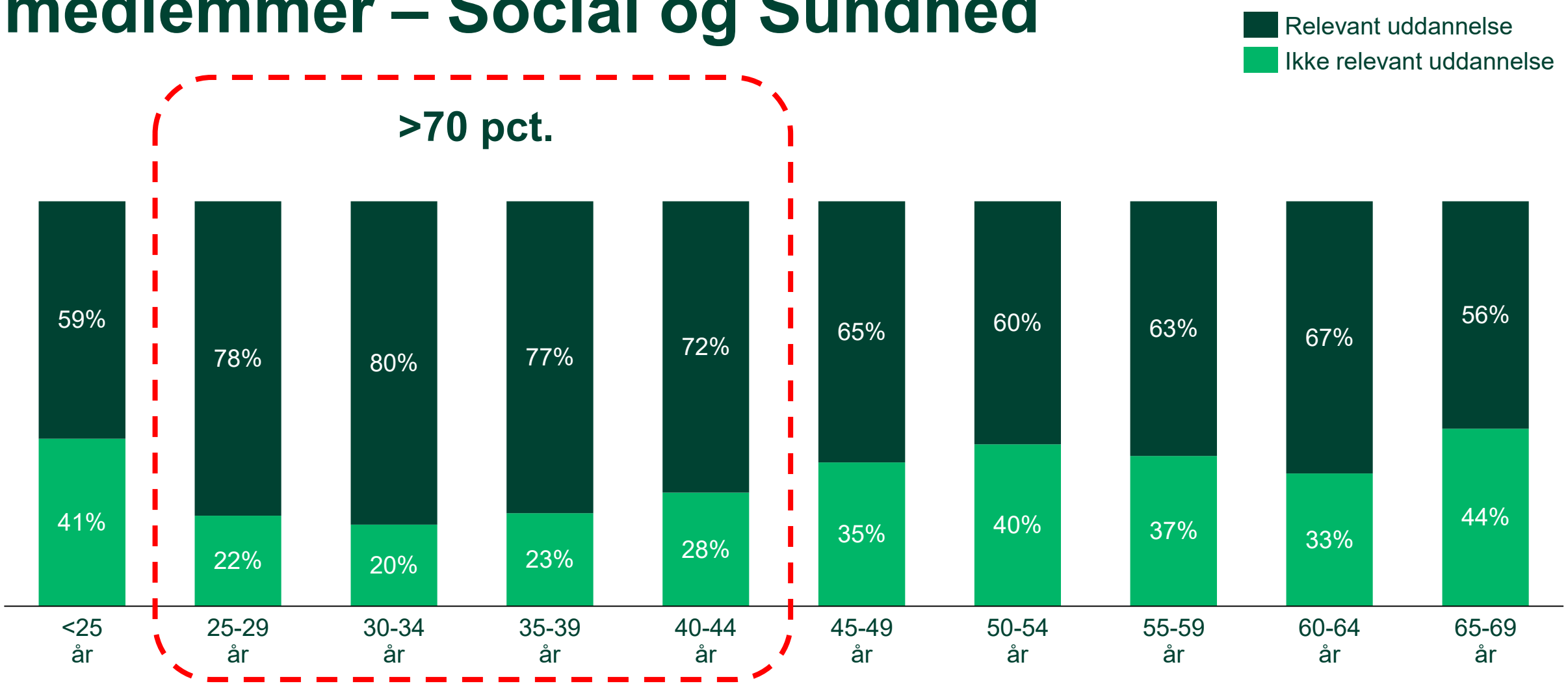
Uddannelse – Aldersfordeling for indbetalende medlemmer



PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

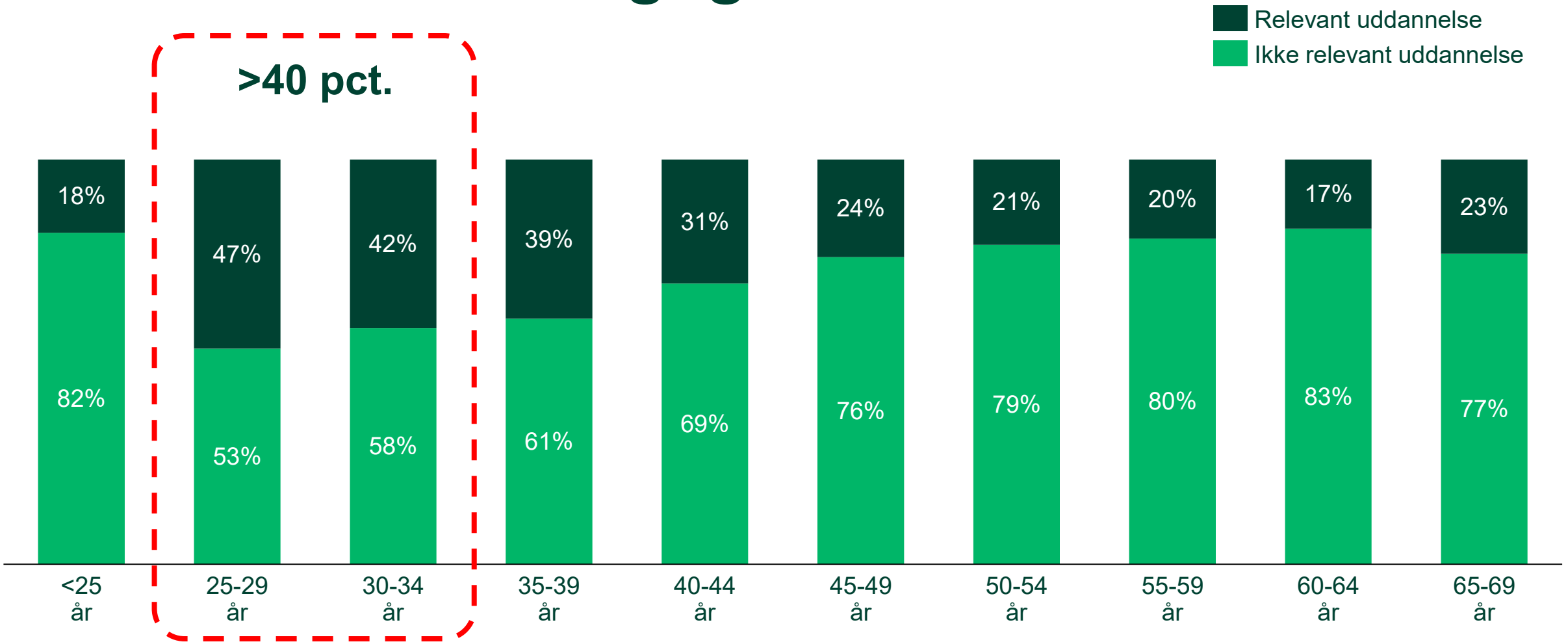
Uddannelse – Aldersfordeling for indbetalende medlemmer – Social og Sundhed



Kilde: Danmarks statistik og egne data

PenSam

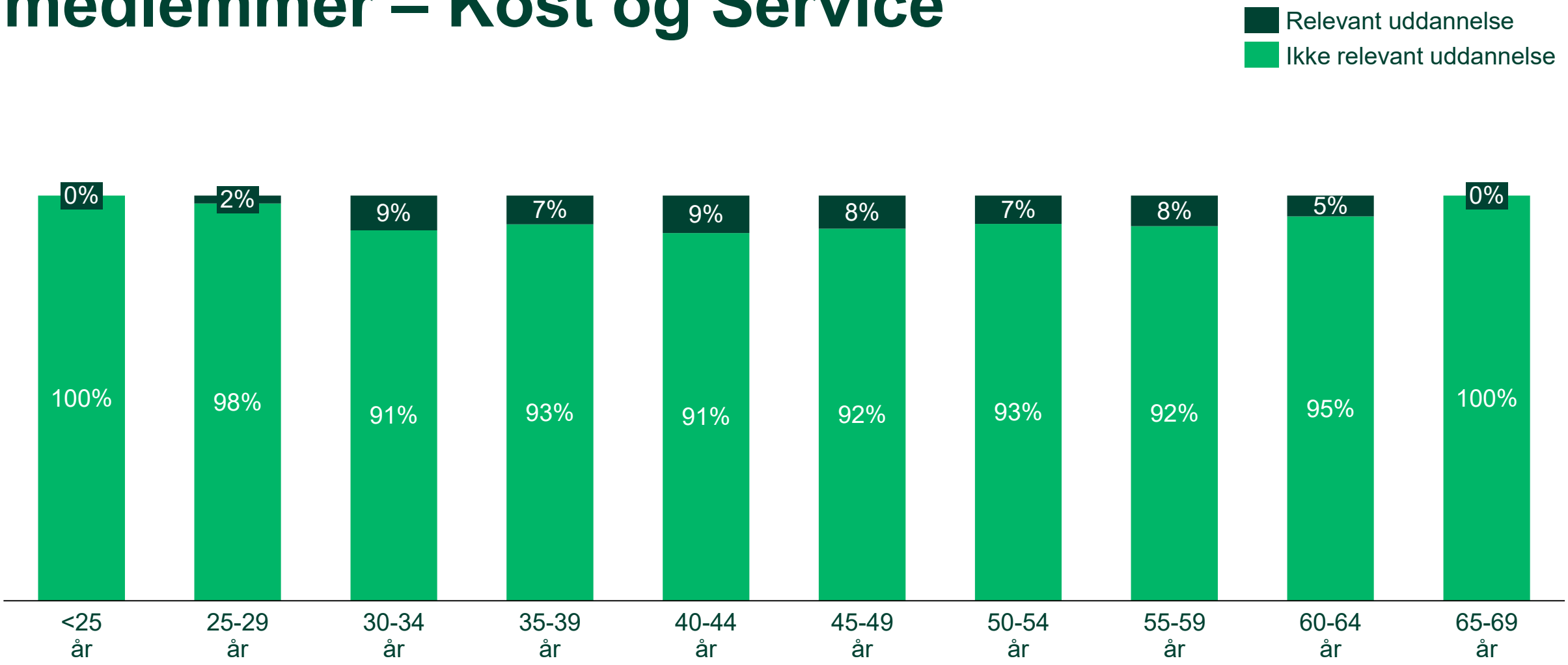
Uddannelse – Aldersfordeling for indbetalende medlemmer – Pædagogisk sektor



PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

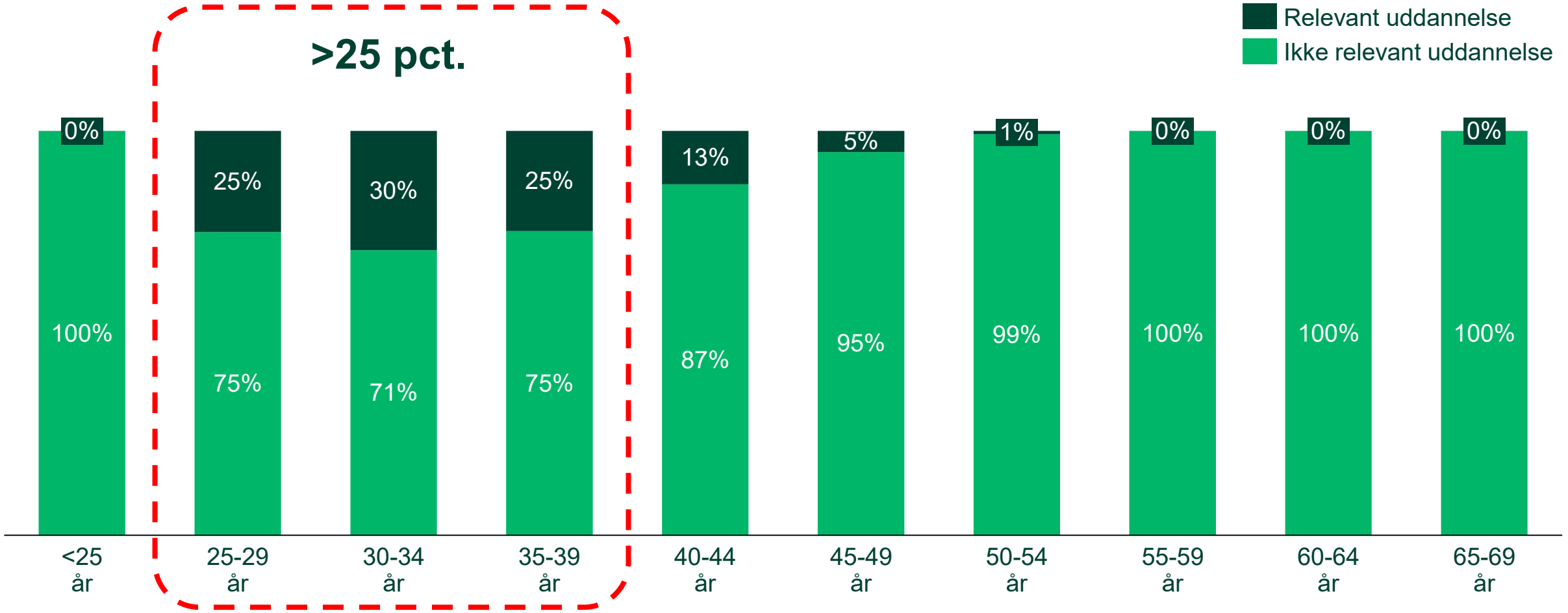
Uddannelse – Aldersfordeling for indbetalende medlemmer – Kost og Service



PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

Uddannelse – Aldersfordeling for indbetalende medlemmer – Teknik og Service



PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

Herkomst

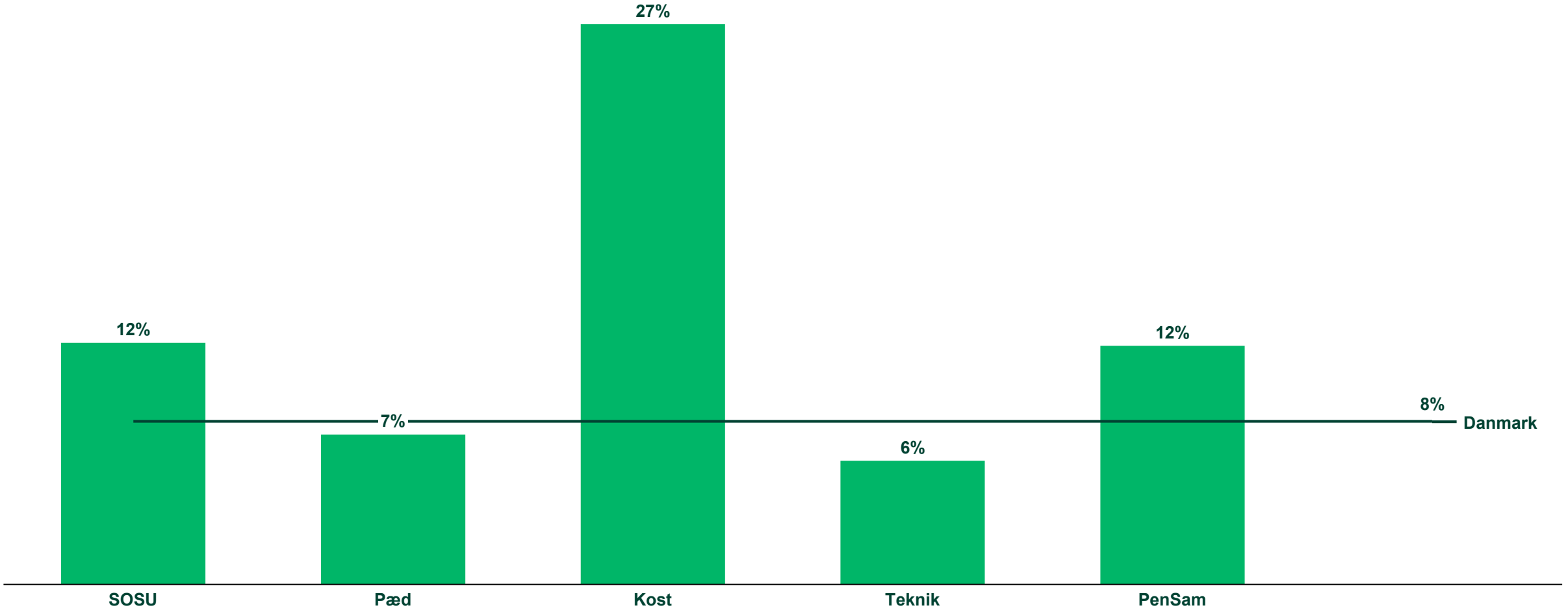
PenSam

Andel af kunder med ikke vestlig herkomst – optag fra 1980-2018 (i pct.)

PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

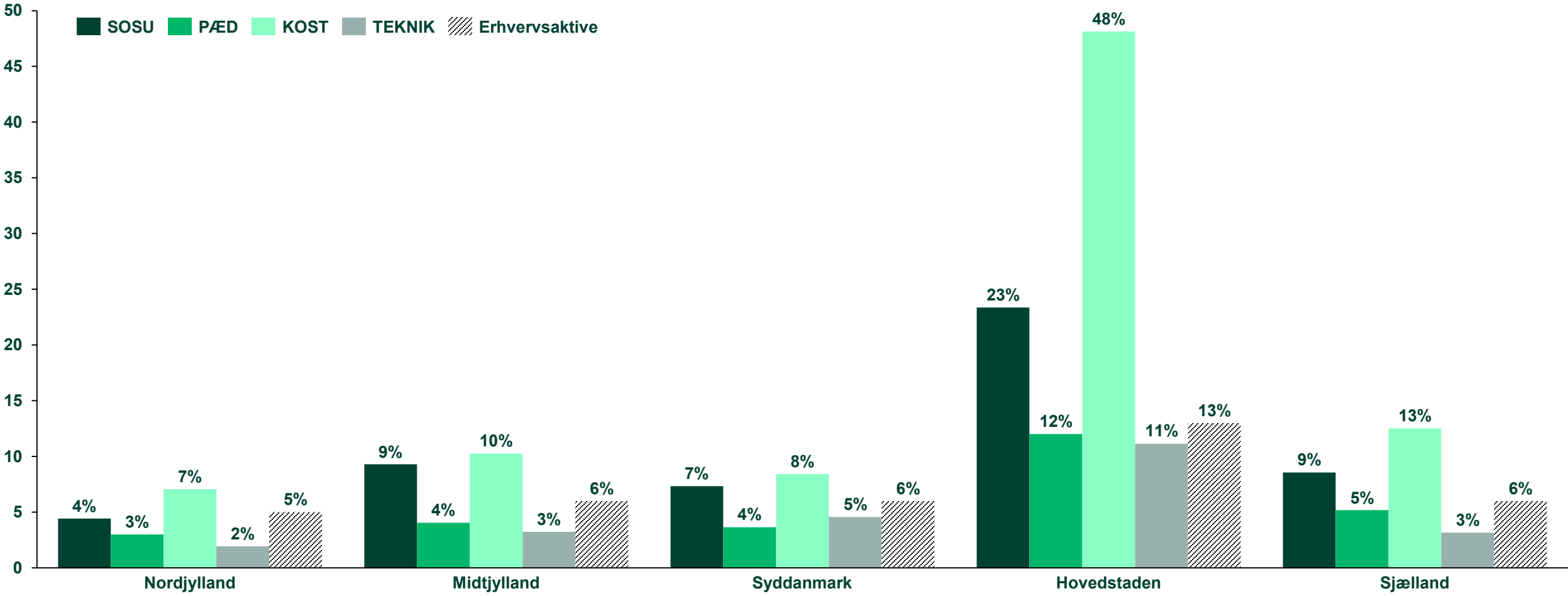
Ikke vestlig herkomst for bidragsaktive i PenSam samt den voksne danske befolkning (pct.)



Kilde: Danmarks statistik og egne data

PenSam

Herkomst for bidragsaktive i PenSam fordelt på sektor og region (pct)



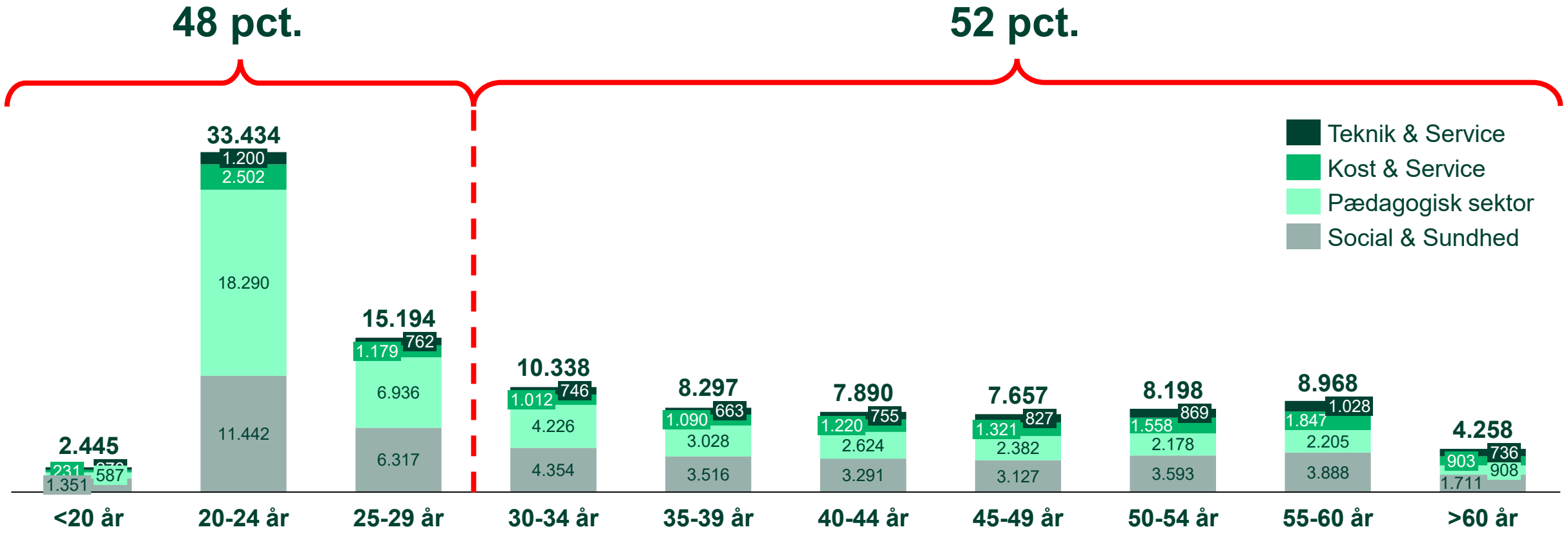
PenSam

Kilde: Danmarks statistik og egne data

Omsætningshastighed

PenSam

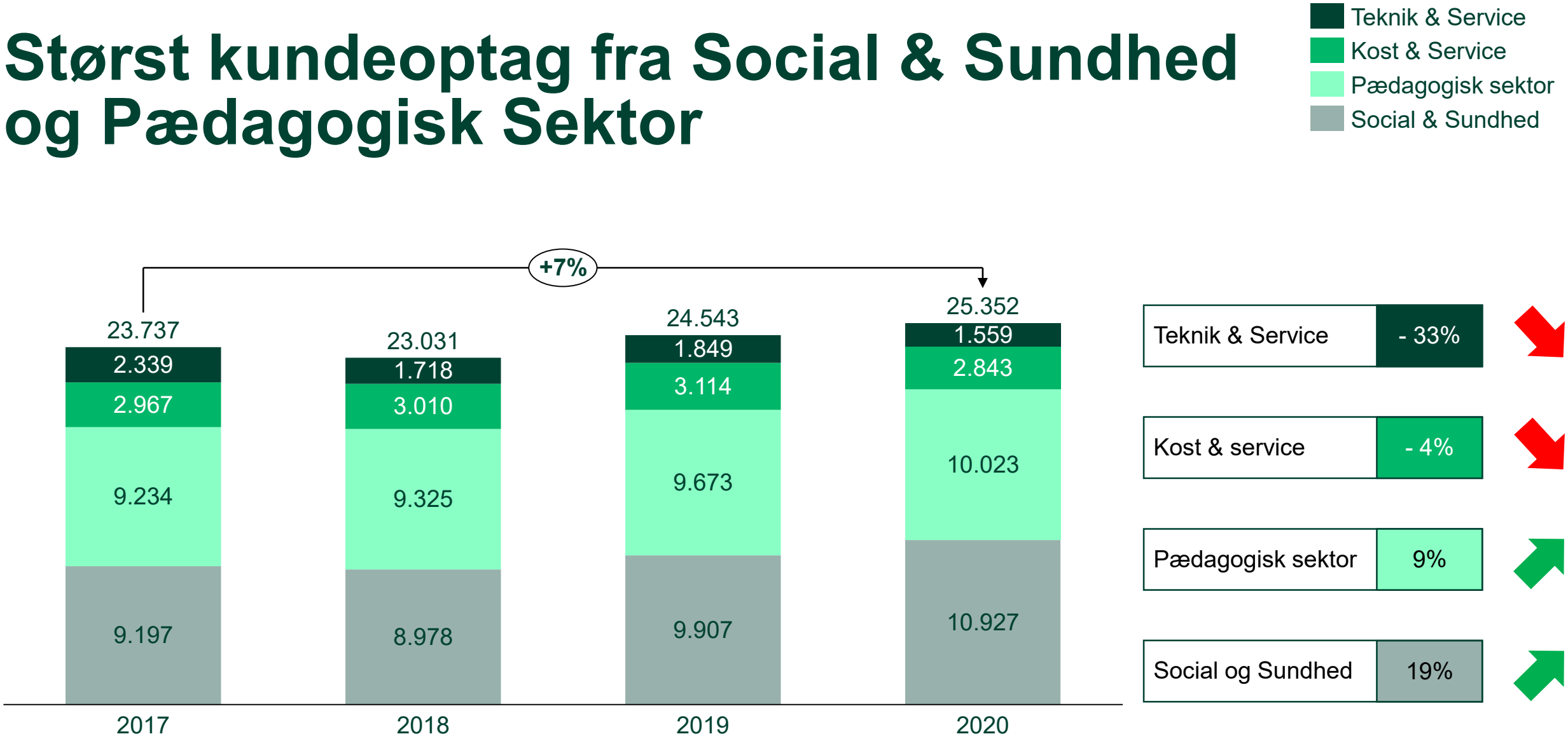
Størst optag blandt de yngste, men stabilt niveau på tværs af øvrige aldersgrupper (2017-2020)



Kilde: Egne data

PenSam

Størst kundeoptag fra Social & Sundhed og Pædagogisk Sektor

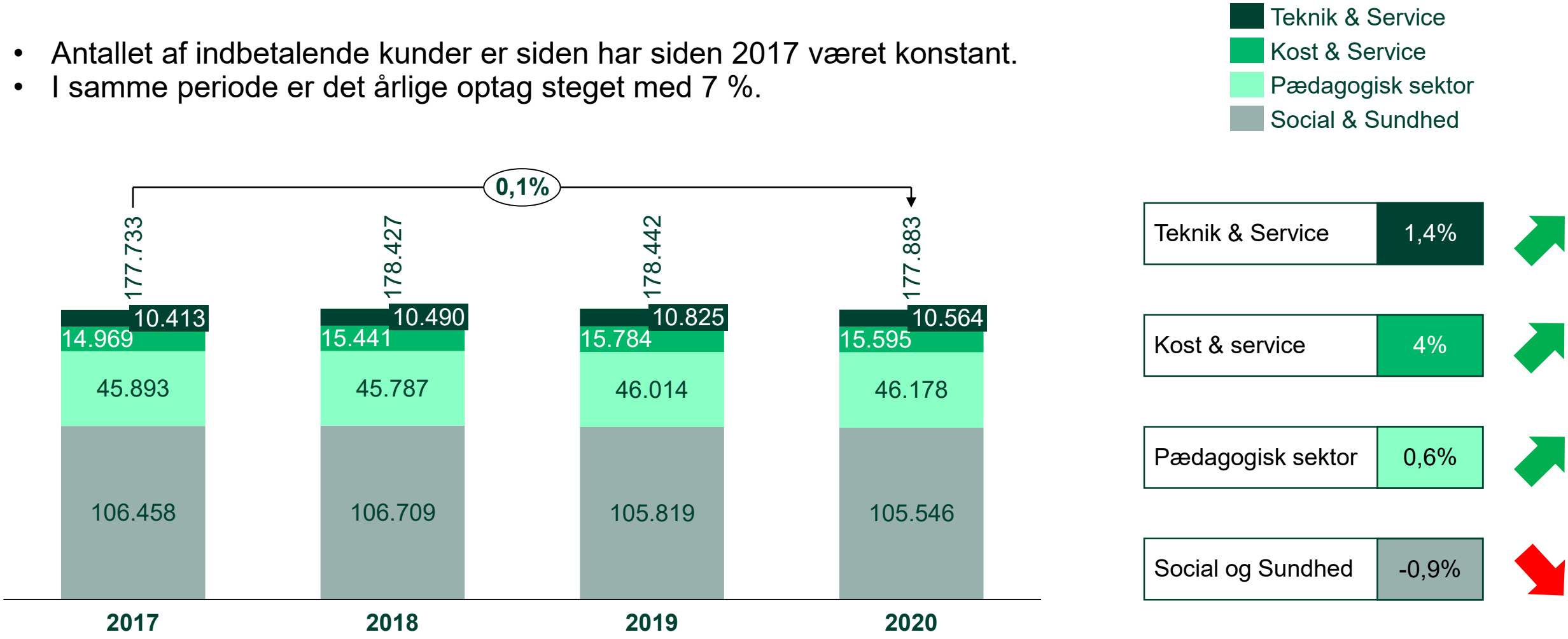


Kilde: Egne data

PenSam

Udvikling i antallet af indbetalende medlemmer

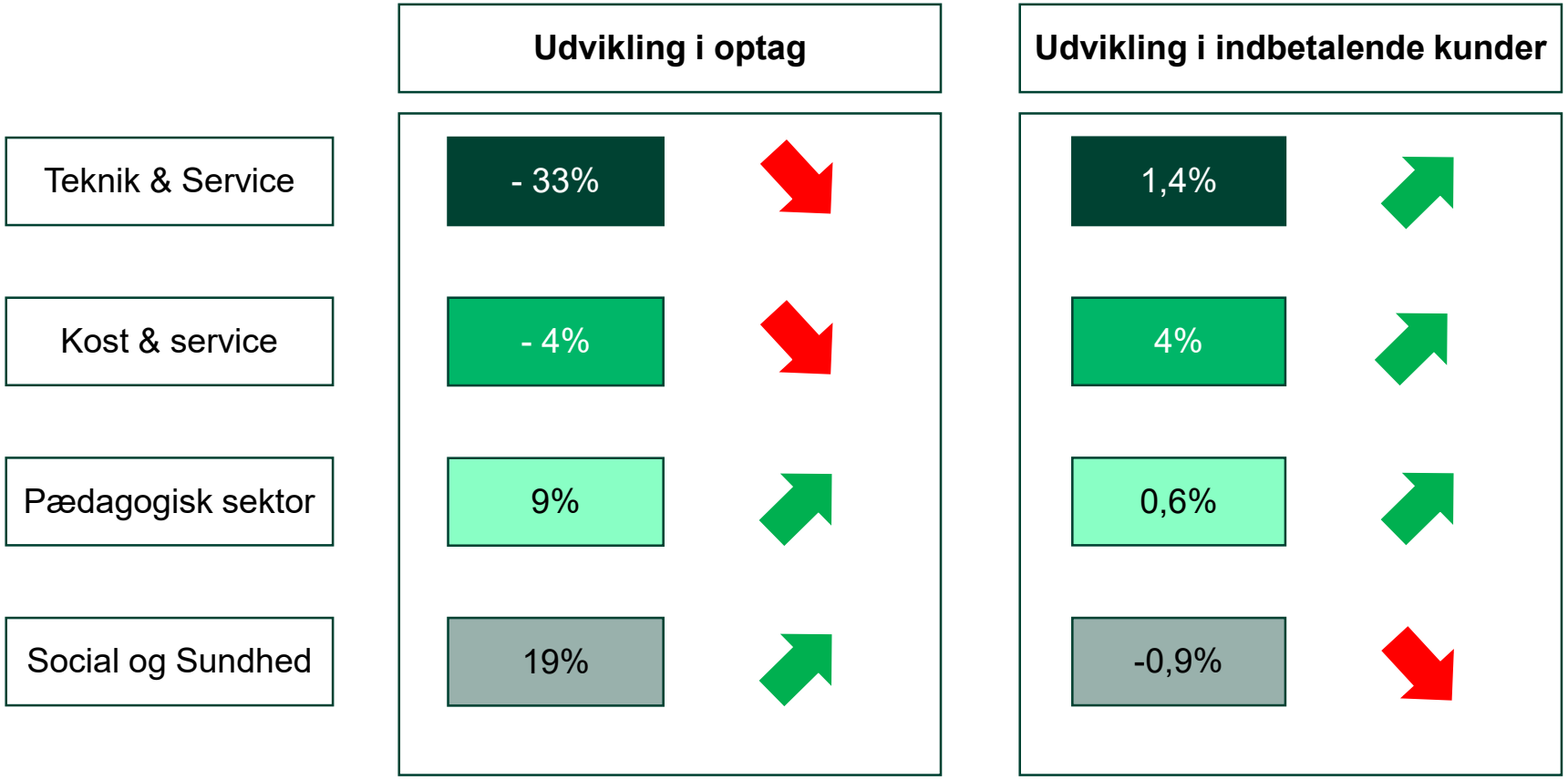
- Antallet af indbetalende kunder er siden har siden 2017 været konstant.
- I samme periode er det årlige optag steget med 7 %.



Kilde: Egne data

PenSam

Udvikling i optag sammenholdt med udviklingen i indbetalende medlemmer



Kilde: Egne data

PenSam

Medlemmerne arbejder indenfor FOA faggrupperne halvdelen af arbejdslivet

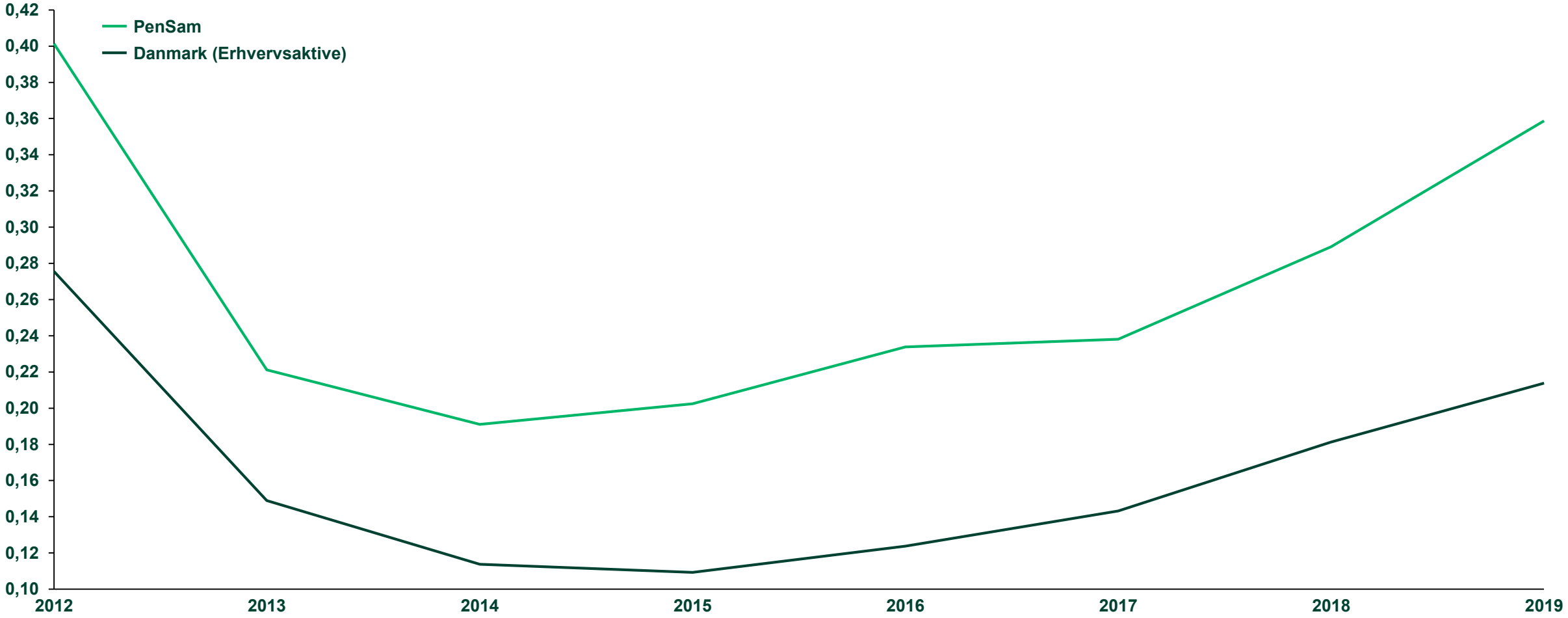
	Bidragsaktive kunder	Hvilende kunder	Alderspensionerede kunder
Kost & Service	8,8 år	3,1 år	16,3 år
Pædagogisk Sektor	10,1 år	2,8 år	14,6 år
Social & Sundhed	13,3 år	4,2 år	18,5 år
Teknik & Service	8,3 år	3,1 år	14,1 år

Kilde: Egne data

Helbred

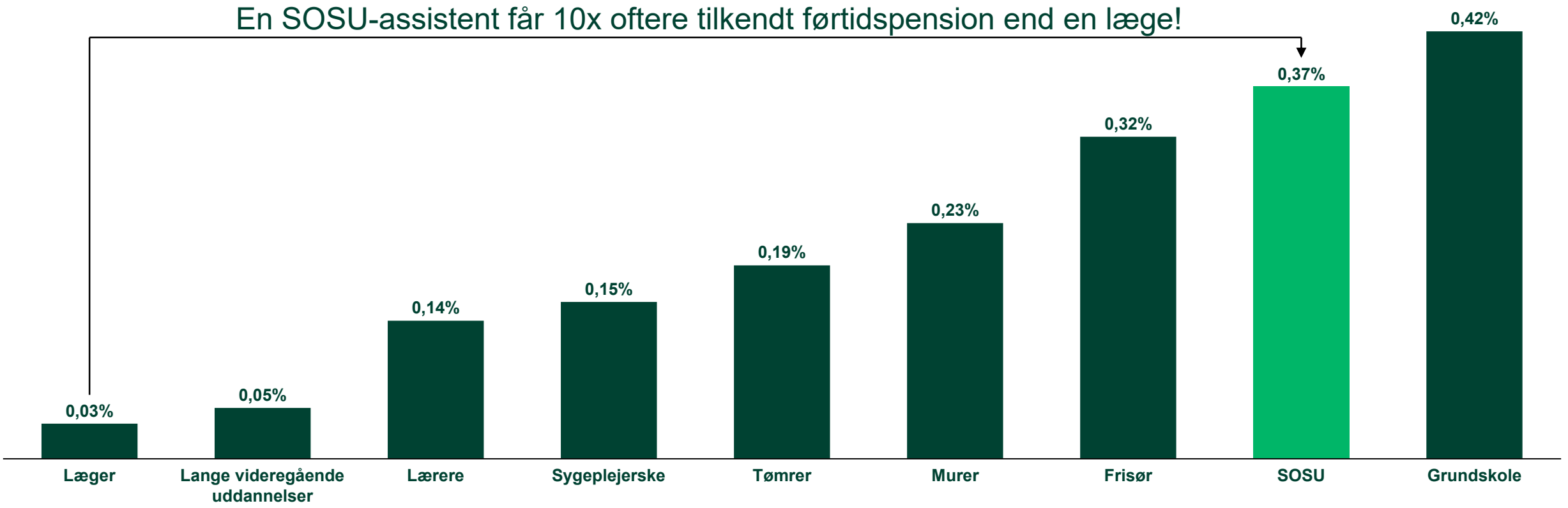
PenSam

PenSam's medlemmer får oftere tilkendt førtidspension



Kilde: Danmarks statistik STAR og egne data

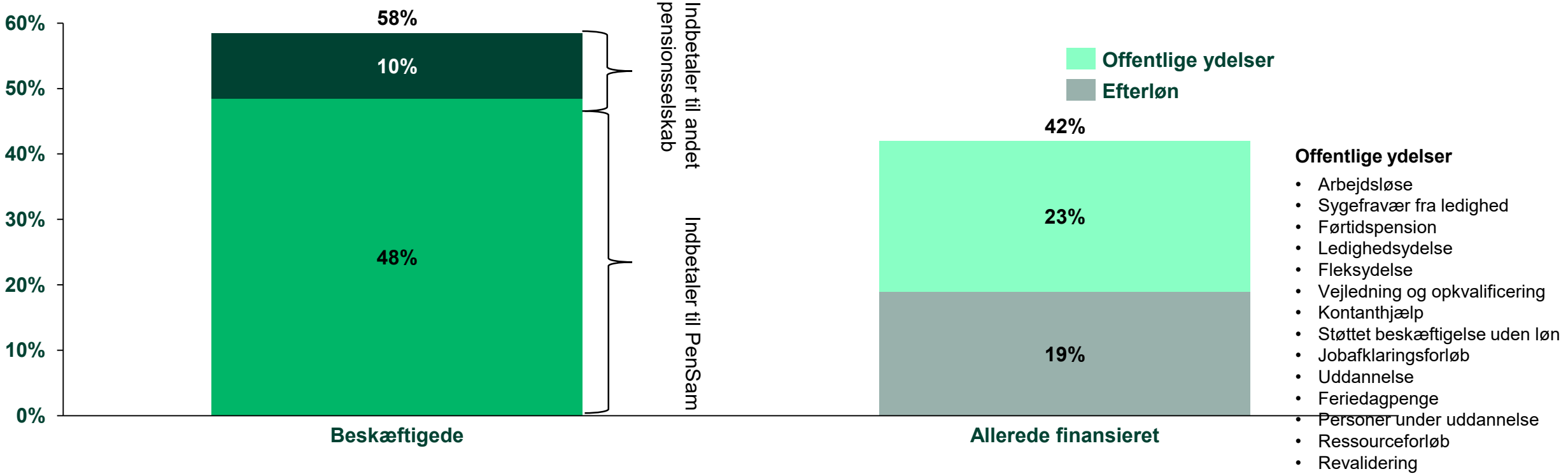
Førtidspension – det ved vi med de nye tal fra Danmarks Statistik



Kilde: Danmarks statistik og egne data

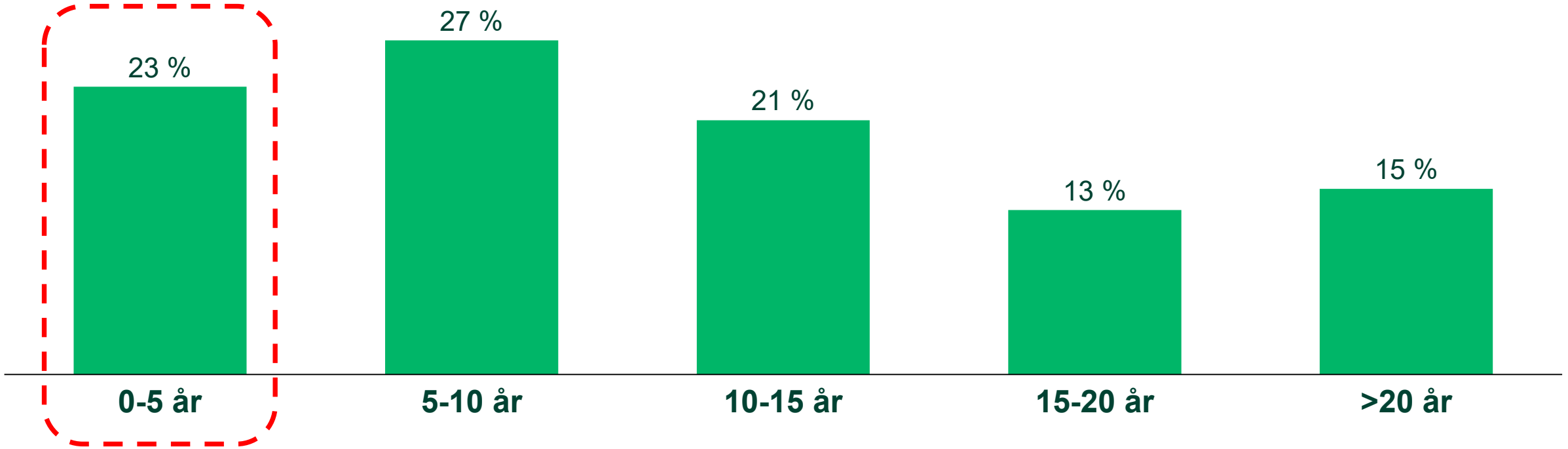
Medlemmer (60-64 år) i beskæftigelse, på off. forsørgelse og efterløn

PenSam har 48.000 medlemmer i alderen 60-64 år. Af dem er 58% fortsat i beskæftigelse, mens 42% er på enten efterløn eller en form for offentlig forsørgelse



Kilde: Danmarks statistik og egne data

Hver fjerde tilkendelse af førtidspension sker ved mindre end 5 års opsparingsperiode

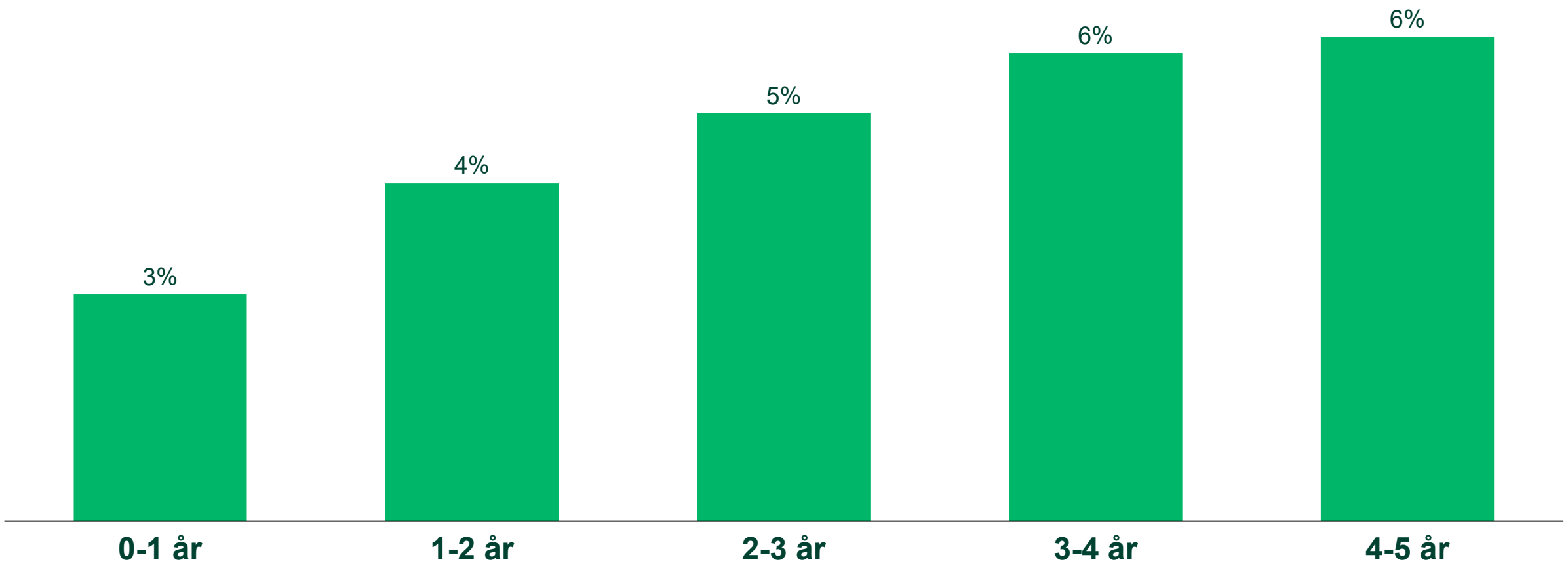


52

Kilde: Egne data

PenSam

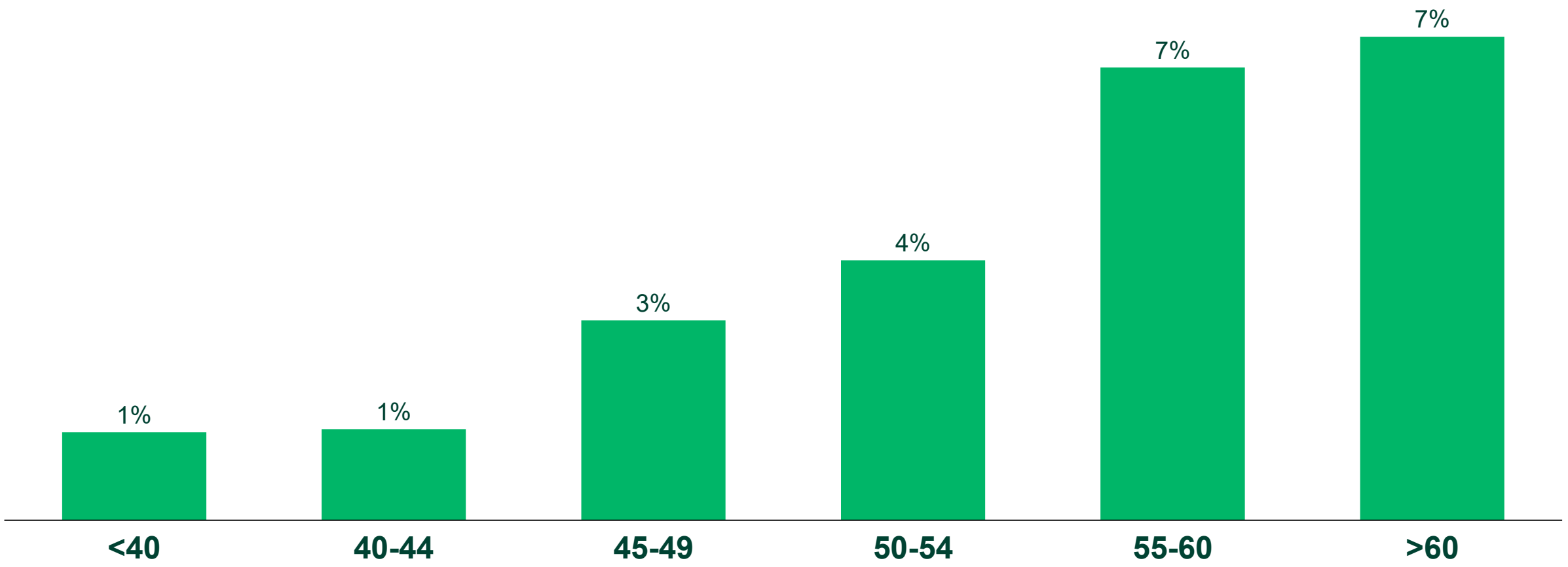
0-5 års opsparingsperiode i PenSam:
Fordelingen på de første 5 år



Kilde: Egne data

PenSam

0-5 års opsparingsperiode i PenSam:
Aldersfordeling

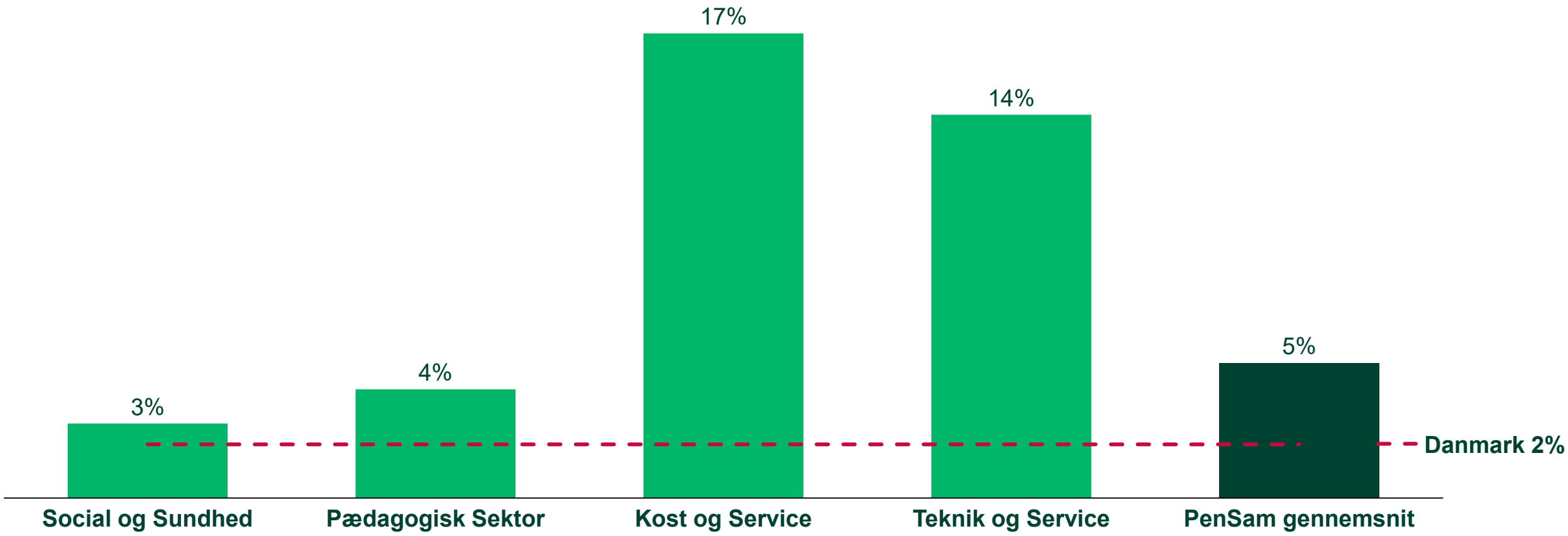


54

Kilde: Egne data

PenSam

Flest fleksjobbere i Kost & Service og Teknik & Service



PenSam

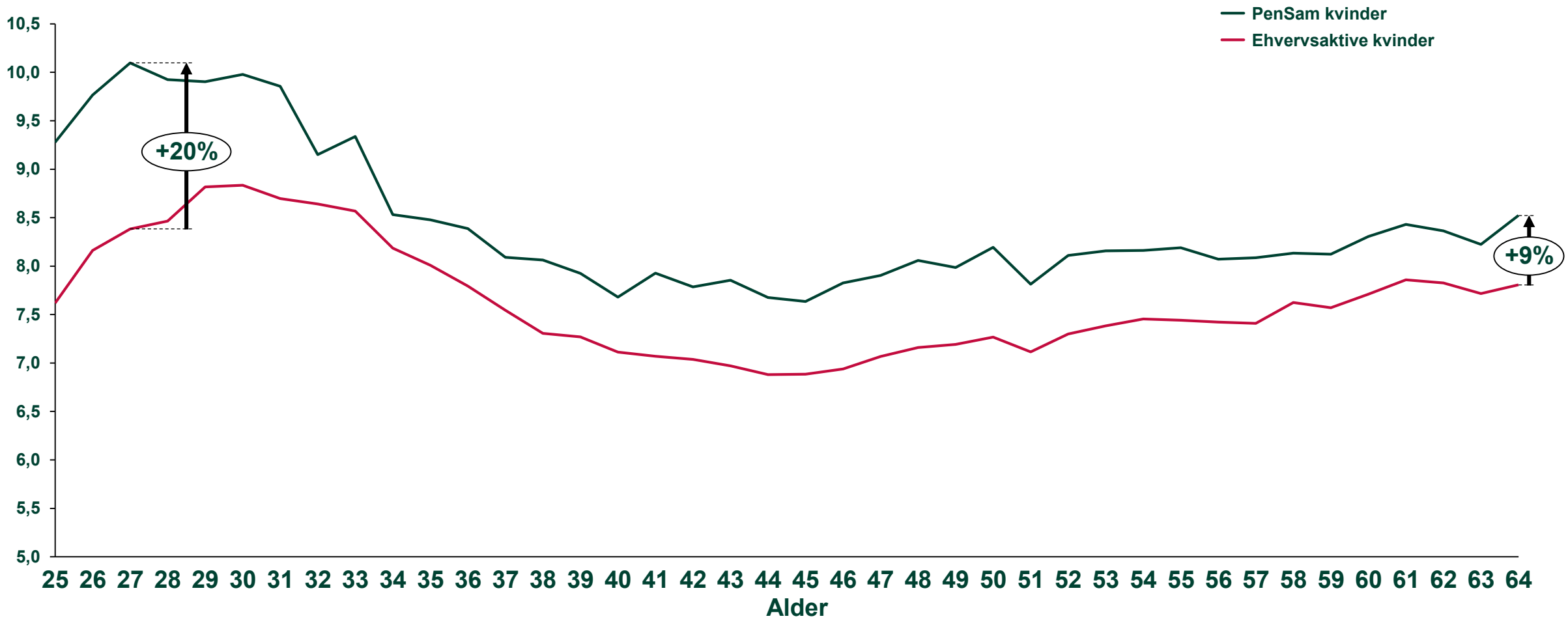
PenSam's medlemmer besøger oftere lægen – og på et vedvarende niveau gennem hele livet..

56

Kilde: Danmarks statistik og egne data

PenSam

I en sammenligning der udelukkende kigger på kvinder er billedet det samme

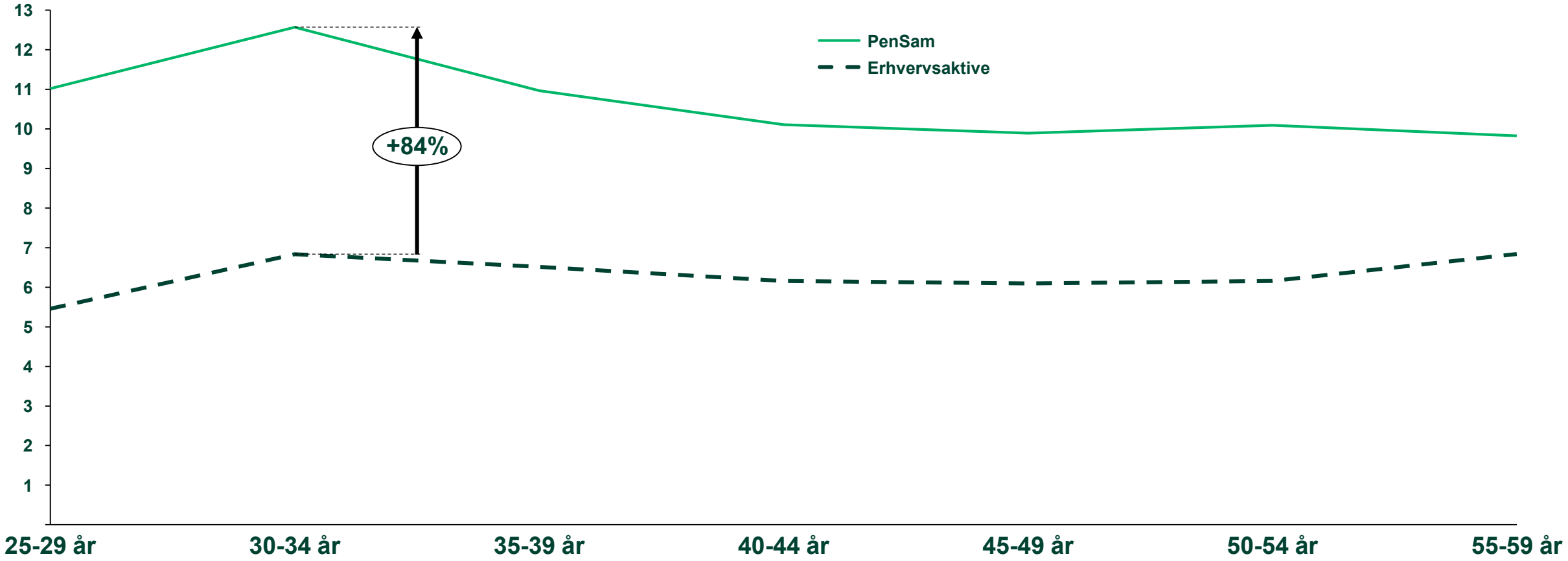


57

Kilde: Danmarks statistik og egne data

PenSam

…og har et højere sygefravær sammenlignet med gennemsnittet af erhvervsaktive



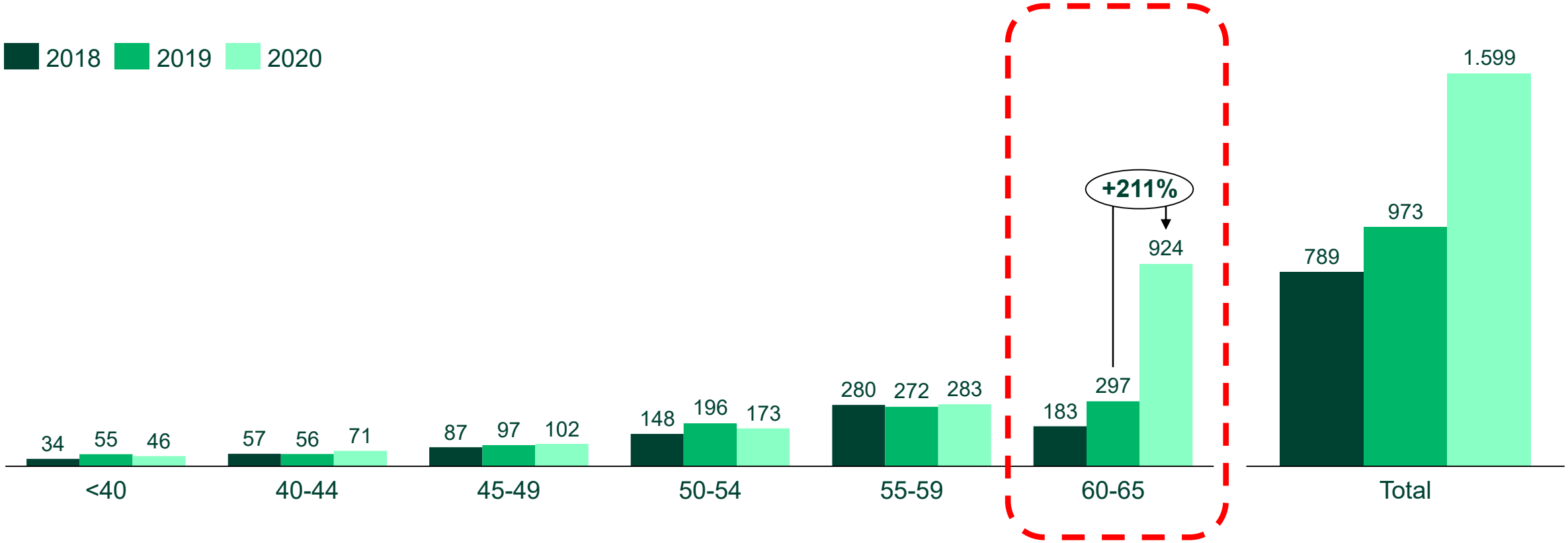
Kilde: Danmarks statistik og egne data

PenSam

Konsekvenser for medlemmerne

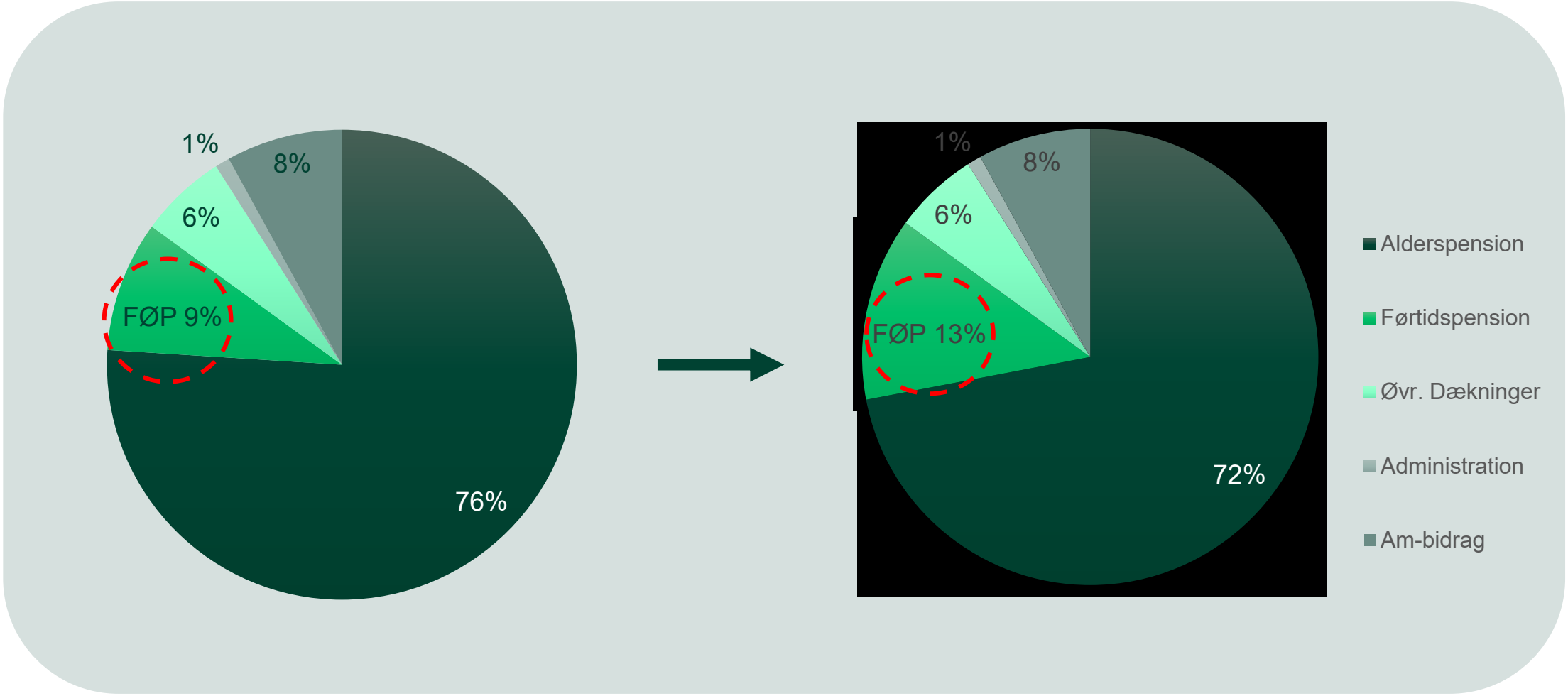
PenSam

Udvikling i førtidspension og seniorpension



PenSam

Seniorpensionens påvirkning på alderspension



Konsekvenserne illustreret ved et 35-årig medlem med 32 år til pension

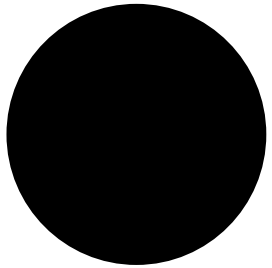
PenSam

Løsningsmuligheder

PenSam

Spørgsmålet er:
Hvordan sikrer vi et værdigt pensionssystem?

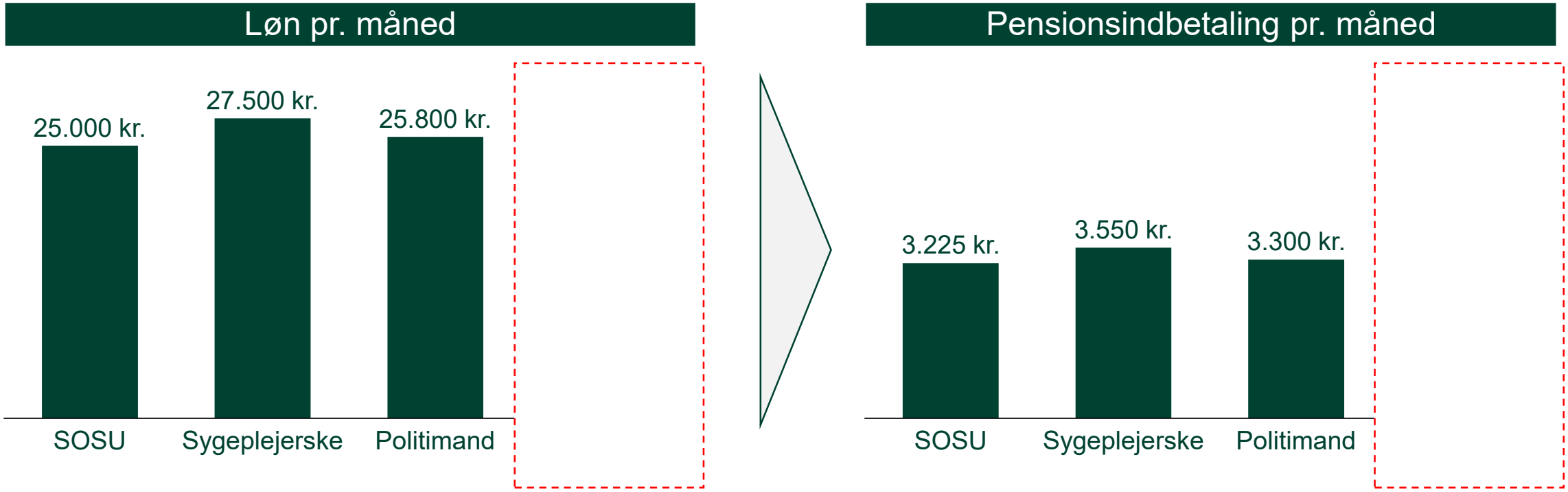
Fælles udligningsmodel i tråd med den indførte barselsfond, enten som generel opkrævning på arbejdsmarkedet eller som opkrævning på tværs i pensionsselskaberne



Styrk pensionsopsparing – få de sidste 20 pct. med, der ikke i dag sparer systematisk op til pension – frigør ressourcer i de offentlige finanser, der kan målrettes de mest udsatte

Alle skal bidrage til et retfærdigt pensionssystem

- Ca. 20% af lønmodtagere og selvstændige har beskedne pensionsindbetalinger – ca. 5.000 kr. pr. år
- Dette på trods af at deres løn ligger på samme niveau som andre lav- og mellemindkomstgrupper
- Et bærende princip i det danske pensionssystem bør være, at man selv sparer op til pension



* Kilde: ATP – Faktum nr. 162

PenSam

Indspil til Kommissionen om tilbagetrækning og nedslidning

Arbejdsmiljø, nedslidning, forebyggelse og sporskifte
Mange af PensionDanmarks medlemmer – og andre grupper af fag og ufaglærte – må trække sig tidligere fra arbejdsmarkedet, arbejde i færre timer eller skifte til jobs i andre brancher undervejs i arbejdslivet, fordi de er på vej til at blive slidt ned. Det er derfor helt afgørende, at kommissionen om tilbagetrækning og nedslidning har fokus på, at det er faktorer undervejs i *hele* arbejdslivet, der har betydning for muligheden for et langt arbejdsliv. Det er ikke kun forholdene på arbejdsmarkedet for seniorer, der har betydning.

Efteruddannelse, sporskifte og kompetenceudvikling er ikke en del af kommissoriet. I et begrænset omfang er disse emner i stedet omfattet af kommissoriet for 2. generationsreformer. Det er imidlertid helt afgørende for at sikre gode seniorliv og stort arbejdsudbud fra seniorer, at forebyggelse, kompetenceudvikling og muligheder for sporskifte også tænkes ind i kommissionsarbejdet om tilbagetrækning og nedslidning.

Der er bl.a. behov for at få analyseret sporskifter henover arbejdslivet og sammenhængen til førtidig tilbagetrækning med henblik på at få afdækket, om der fx er et samspil mellem brancher og forhold i arbejdslivet, som giver forøget risiko for nedslidning, og hvor der med fordel kan sættes tidligt ind med forebyggelse.

Arbejdsudbud og muligheder for fleksibel tilbagetrækning
I ministerierne har holdningen hidtil været, at muligheder for fleksibel tilbagetrækning formindsker arbejdsudbuddet, fordi det giver seniorer mulighed for at træffe et valg mellem *fuld* beskæftigelse og *delvis* beskæftigelse. Der er behov for et sikkert, analytisk grundlag for denne opfattelse: Hvis fleksibilitet i stedet giver seniorer mulighed for at vælge imellem delvis *beskæftigelse* og fuld *tilbagetrækning*, kan fleksibiliteten øge arbejdsudbuddet. I så fald er der brug for en anden tilgang til pensionspolitikken

Finansministeriet / Forsikring og Pension udviklede for år tilbage en model for tilbagetrækning, hvor helbred, formue, indkomst, offentlige overførsler og ægtefælles tilbagetrækningsadfærd bestemmer individernes tilbagetrækningsadfærd. Det vil være nyttigt at genbesøge modellen i forbindelse med kommissionens arbejde med henblik på, om der er grundlag for en revurdering af betydningen af øget fleksibilitet.

Komparativ analyse af tilbagetrækningsadfærden i Sverige og Danmark (m.fl.)
Sverige har en noget højere gennemsnitlig tilbagetrækningsalder, men også meget større spredning i pensionisternes indkomster og lavere nettokompensationsgrad end i Danmark.

Sverige opererer med en fuldt aktuarmæssig model med flydende folkepensionsalder, hvor den offentlige pension præcist afspejler, hvornår den enkelte trækker sig tilbage og begynder at trække på offentlige pensionsydelser. Danskernes mulighed for at vælge ”opsat Pension”

svarer til en vis grad til den svenske model, men med færre frihedsgrader og muligheder. Hvis folkepensionen indrettedes på samme måde, kunne Tidlig pensions-ordningen undværes.

- Er det positive økonomiske incitamenter eller nød, der betinger den højere svenske tilbagetrækningsalder?
- Hvordan vil det påvirke arbejdsudbuddet at indføre en lignende model i Danmark?
- Hvordan kan en model for aktuarisk folkepension spille sammen med indkomstafhængige tillægsydelser?
- Kan vi helt undgå diskussionen om at hæve eller ikke hæve "folkepensionsalderen" i takt med levetiden, hvis incitamenterne er de rigtige og pensionssystemet opleves som fleksibelt?

I denne forbindelse henleder vi opmærksomheden på VIVEs forskning, som bl.a. indikerer, at alderstrin, som enten opleves som en sædvane eller er fastsat ved lov, i overenskomster eller i ansættelseskontrakter, får normativ karakter. Ifølge VIVE er især mænds tilbagetrækning stærkt påvirket af, hvad der opfattes som normalt.

Sund aldring:
Finansministeriet offentliggjorde for nylig et notat om arbejdsudbudsvirkninger af ændret pensionsalder og levetid. Ikke desto mindre mangler der, efter vores opfattelse, fortsat inddragelse af relevant sundhedsfaglig og tværgående forskning om mulighederne for og effekterne af fortsat sund aldring. Der er især to fokuspunkter:

- Forventningerne til fremtidige levetider baserer sig, sådan som det jo må være, på historiske, observerede levetider. Men i sundhedsfaglige forskningsdiscipliner er der forskellige opfattelser af, hvad der ligger foran os, både mht. udviklingen i middellevetiden, spredningen i middellevetider og udviklingen og forskelle i ældres helbred. Et bedre grundlag for at vurdere fremtidig sundhed og levetid vil samtidigt sikre, at der bliver bedre sammenhæng over til fremskrivningen af befolkningsregnskabet og dermed fx forudsætningerne om fleksjob- og førtidspensionsrater.

- Hvad er den forventede profil i de forventede stigninger i levetiden: Hvis levetiderne udvikler sig sådan at flere kan arbejde frem til pensionsalderen, men andelen, som bliver virkeligt gamle flytter sig langsomt, så er der ikke et problem for finanspolitisk holdbarhed. Hvis andelen, som kan arbejde op i en høj alder derimod stagnerer, men flere bliver meget gamle, så kan der være et problem for finanspolitisk holdbarhed.

Nedslidning og risikodeling
Ifølge kommissoriet skal kommissionen bl.a. undersøge mulighederne for nye former for forsikringsordninger for nedslidte, fx i regi af ATP. I den forbindelse er det væsentligt at se på arbejdsdelingen imellem søjlerne i det danske pensionssystem. Arbejdsmarkedspensionsmodellen har løftet en helt afgørende opgave med at sikre tilstrækkelig privat opsparing og gode dækningsgrader for beskæftigede på LO/DA området. Arbejdsmarkedspensionerne har ligeledes sikre medlemmerne større tryghed gennem en række forsikringsprodukter vedrørende arbejdsevne og nedslidning.

Men i forhold til nedslidning er det vigtigt at se på risikodelingen indenfor og imellem brancher og erhverv. Beskæftigede i brancher og erhverv med relativt større risiko for nedslidning og med kortere middellevetid vil således have fordel af en model, hvor man deler levetidsrisiko med nogen, man ligner, og nedslidningsrisiko med nogen, man *ikke* ligner. Det taler for at lade arbejdsmarkedspensionsselskaberne løse hele opgaven med at tilvejebringe arbejdsrelateret, opsparingsbaseret pension. Arbejdsmarkedspensionerne påtager sig også gerne en større del af ansvaret for forsørgelse i forbindelse med nedslidning og tidlig tilbagetrækning, men det forudsætter en større grad af risikodeling, end i den eksisterende model.

Samspilsproblemer

Med pensionsskatteaftalerne i 2017 og -18 kom vi rigtigt langt, og det er fair at sige, at i det store hele er samspilsproblemet løst for personer med indkomster svarende til PensionDanmarks typiske medlemmer. Men der er fortsat en udfordring i forhold til anvendelighed af aldersopsparing for medlemmer med indkomstafhængige offentlige ydelser på indbetalingstidspunktet.

Det indebærer en risiko for lavere arbejdsudbud blandt seniorer, som har en partner, der får førtids- eller folkepension. Ændrede modregningsregler for indskud på aldersopsparing vil på samme tid kunne sikre bedre incitamenter til at arbejde og bedre incitamenter til at spare op. Samtidigt viser pensionsindbetalingsstatistikkerne, at aldersopsparing slet ikke har fået den udbredelse, der var forudsat, og at den nødvendige fremrykning af skatteprovenu dermed ikke er blevet realiseret.

Endelig er der ingen tvivl om, at det samlede pensions-skattesystem er blevet overordentligt svært at overskue for eksperterne og helt uigennemskueligt for alle os andre. En markant forenkling er ønskværdig, også af hensyn til pensionsselskabernes muligheder for at løfte rådgivningsopgaven over for kunderne. Men Columbusægget, som sikrer forenkling inden for en uændret udgiftsramme findes næppe. Også af dén grund bør kommissionen lægge hovedvægten på de øvrige opgaver i kommissoriet.

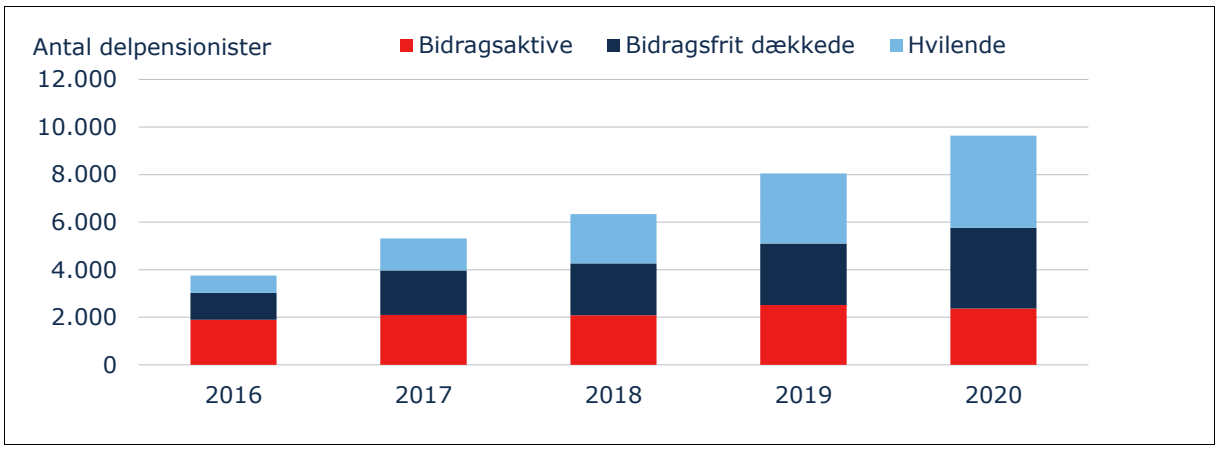
Delpensionister i PensionDanmark

Bestand

Delpension blev indført i PensionDanmark i starten af 2016, og er betegnelsen for *enten* i) at løbende udbetalinger fra en *andel* af depotet igangsættes – fx halvdelen af ratedepotet, *eller* ii) at medlemmet både *indbetaler* til og får pensions*udbetalinger*. Udbetalingen kan påbegyndes, når medlemmet har nået "pensionsalderen" (jf. lov om pensionsbeskatning; aktuelt typisk ved 60 år), og kan ske uafhængigt af, om vedkommende fortsat arbejder.

Bestanden af delpensionerede medlemmer, der samtidigt indbetaler til pension, og dermed fortsat er i arbejde i én af PensionDanmarks medlemsvirksomheder, er relativt stabil omkring 2.000 personer, jf. figur 1.

Figur 1. Bestand af delpensionister, 2016-2020



Note: *Bidragsaktive* medlemmer indbetaler fortsat løbende til pensionsordningen i PensionDanmark. *Bidragsfrit dækkede* medlemmer indbetaler ikke længere, men er fortsat omfattet af forsikringsdækningerne. Der er typisk gået mindre end ét år siden sidste pensionsbidrag. *Hvilende* medlemmer har et depot, men ingen forsikringsordninger i PensionDanmark. De pågældende kan være beskæftigede i virksomheder, som ikke har PensionDanmark som pensionsleverandør.
Kilde: PensionDanmark.

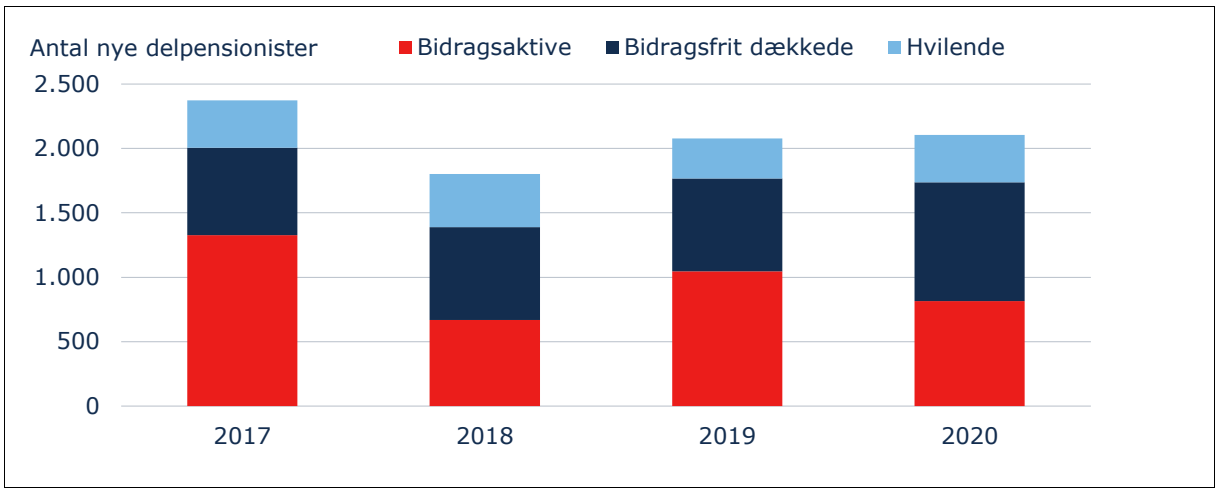
En andel af de bidragsfrit dækkede og hvilende delpensionister må formodes at være i beskæftigelse andre steder end i en PensionDanmark-virksomhed. Dermed er 2.000 personer et underkantsskøn for antallet af delpensionister, der fortsat er i beskæftigelse.

Nye delpensionister

Det samlede antal nye delpensionister pr. år ligger på omkring 2.000 personer i 2019-2020. Omkring halvdelen af dem er bidragsaktive i PensionDanmark, jf. figur 2. Til sammenligning

var der i de pågældende år 2.750-4.700 nye alderspensionister, dvs. medlemmer, som ikke længere indbetaler, og som igangsætter løbende udbetaling af hele pensionsdepotet[1].

Figur 2. Nye delpensionister, medlemstyper



Kilde: PensionDanmark.

Fra indbetalingsdata ved vi, at PensionDanmarks medlemmer især trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet ved hhv. efterløns- og folkepensionsalderen. Ændringer i de formelle tilbagetrækningsaldre påvirker både den årlige tilgang til pension og aldersfordelingen ved start på pensionsudbetalinger.

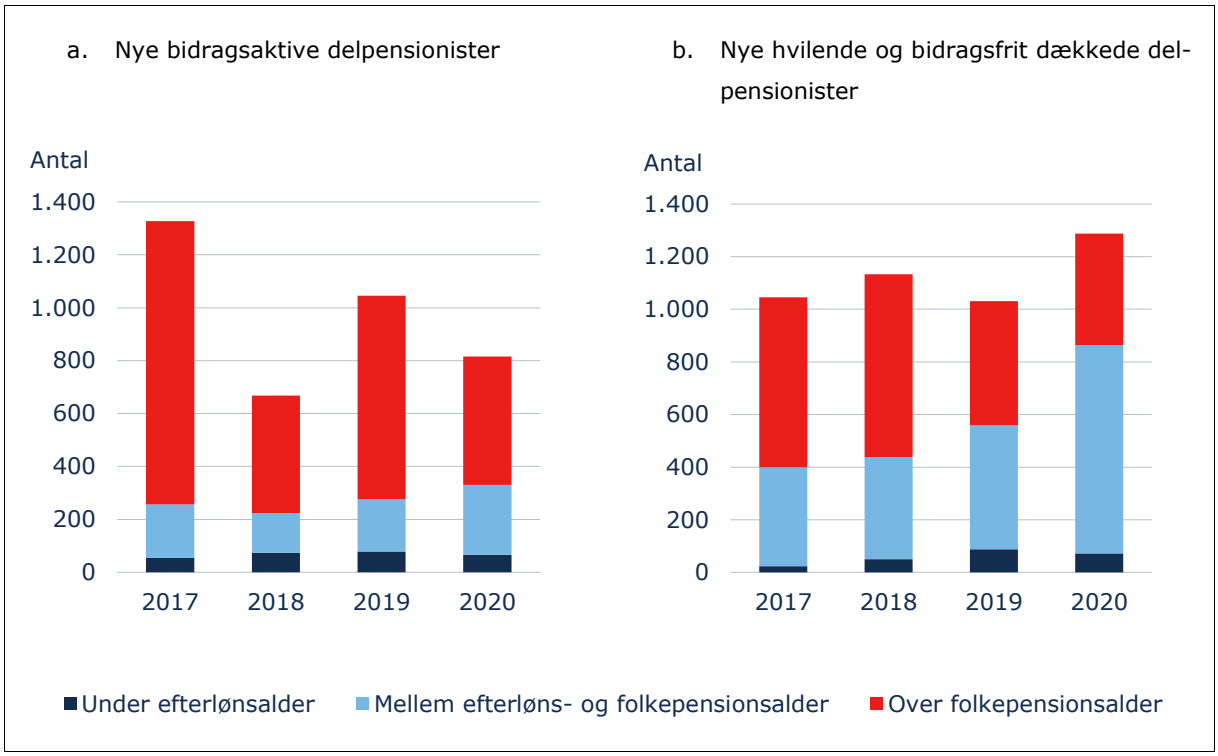
- Fra 2014-2020 steg efterlønsalderen fra 60 til 63 år. I 2022 stiger den til 63,5 år.
- Fra 2019-2022 stiger folkepensionsalderen fra 65 til 67 år.

I 2020 påbegyndte omkring 800 medlemmer løbende pensionsudbetalinger samtidig med, at de indbetalte til pension. Størstedelen af dem, der vælger at få udbetalt løbende pension imens de er i beskæftigelse, er over folkepensionsalderen, jf. figur 3a. I øvrigt er der aktuelt ca. 7.000 medlemmer på eller over folkepensionsalderen, som fortsat indbetaler pensionsbidrag i PensionDanmark.

Blandt delpensionister, der *ikke* indbetaler til pension i PensionDanmark (og derved alt andet lige kan antages at have en lavere grad af beskæftigelse), sker udbetaling af delpension typisk før folkepensionsalderen, jf. figur 3b.

[1] Det relativt store spænd skyldes, at der i 2019 og 2020 kun var en halv årgang pr. år der nåede folkepensionsalderen - og derved valgte relativt få medlemmer at påbegynde fuld alderspension i 2019 og 2020.

Figur 3a-b. Nye delpensionister, aldersfordeling ved start af delpension



Note: antal i figur 3a-b svarer til antal i figur 2.

Kilde: PensionDanmark.

udbetaling danmark=

Til Pensionskommissionen

15. oktober 2021

Ref.nr.:

Udbetaling Danmarks borgerrettede forenklingsforslag til Pensionskommissionen

Som det fremgår af Pensionskommissionens kommissorium, er det en del af kommissionens arbejde at se på borgerrettet forenkling og at udarbejde anbefalinger til konkrete regelændringer, i det omfang der identificeres uhensigtsmæssigheder i det danske pensionssystem.

Udbetaling Danmark har på den baggrund foretaget nærmere analyser af potentielle administrative og borgerrettede forenklinger i forbindelse med Udbetaling Danmarks administration af folke-, førtids- og seniorpension samt de tilhørende tillægsydelser på pensionsområdet.

Indledningsvist bemærker Udbetaling Danmark, at det analysearbejde, der har været udført i forbindelse med analyse af flytning af udbetalingstidspunktet for ældrechecken, allerede indgår i kommissionens arbejde.

Foruden forslaget om flytning af udbetalingstidspunktet for ældrechecken, har Udbetaling Danmark følgende to forslag til borgerrettet forenkling på pensionsområdet.

1. Afskaffelse af afgørelse om afslag for ældrechecken for en nærmere bestemt gruppe af borgere
2. Forenkling eller omlægning af varmetillægget

Begge forslag er et resultat af et nærmere analysearbejde. Forslagene uddybes nedenfor, og Udbetaling Danmark bidrager gerne med yderligere detaljer samt en gennemgang af forslagene.

1. Afskaffelse af afgørelse om afslag for ældrechecken for en nærmere bestemt gruppe af borgere

I forlængelse af forslaget om flytning af udbetalingstidspunktet for ældrechecken foreslår Udbetaling Danmark, at der fremadrettet ikke sendes afslagsbreve om ældrechecken til en nærmere bestemt gruppe af borgere. Dette forslag forudsætter dog, at udbetalingstidspunktet for ældrechecken flyttes i tråd med den analyse, der allerede indgår i kommissionens arbejde.

Nuværende praksis

Der udsendes i dag afslagsbreve i de tilfælde, hvor borgeren ikke kan få ældrecheck, enten fordi formuen er over grænsen, fordi tillægsprocenten er 0, eller fordi borgeren eller dennes pensionistsamlever/-ægtefælle ikke har afgivet de fornødne formueoplysninger.

Når der i dag sendes et afslagsbrev – som følge af at formuen er over formuegrænsen eller tillægsprocenten er 0 – udstilles borgerens og dennes samlevers/ægtefælles samlede likvide formue for pensionisten, fordi det er den samlede likvide formue, der er afgørende for, om pensionisten har ret eller ej til ældrecheck.

Udbetaling Danmark sender årligt ca. 775.000 afslagsbreve vedr. ældrecheck og har i relation til dette ca. 60.000 telefonopkald årligt. Det er Udbetaling Danmarks erfaring, at en andel af disse afgørelser skaber utilfredshed og forvirring hos borgerne. Ældrechecken er ikke en ydelse, der skal ansøges om, hvorfor borgerne ofte reagerer på at modtage et afslag på en ydelse, de ikke har ansøgt om. Reaktionerne bærer præg af en vis frustration, da en større del af borgerne ikke forventer at kunne modtage ældrecheck, hvis de har en større formue. Dertil kommer at en lang række borgere klager til Udbetaling Danmark over, at de er utilfredse med, at deres formue bliver udstillet i forbindelse med afslagsbrevet til deres samlever/ægtefælle. Det er Udbetaling Danmarks erfaring, at der også hos borgerne er stigende fokus på, hvordan borgernes personoplysninger behandles af myndighederne, herunder ikke mindst oplysninger af økonomisk karakter. En videregivelse af oplysningerne, der nok stemmer overens med reglerne, men som for borgeren opleves uden formål, vækker undring og bekymring.

Det er derfor Udbetaling Danmarks opfattelse, at det vil være en forbedring af borgerrejsen, hvis afslagsbrevene bliver afskaffet for de borgere, hvor afslaget ikke kan indgå i en senere vurdering af hhv. ældrecheck eller helbredstillæg, jf. det konkrete forslag.

Forslag til borgerrettet forenkling

Det foreslås, at der foretages en ændring af reglerne således, at der som udgangspunkt ikke længere skal træffes afgørelse om afslag, når formuen overstiger formuegrænsen.

Konkret foreslås det, at Udbetaling Danmark - efter en udsøgningsmodel, hvor det på baggrund af registeroplysninger fra Skattestyrelsen kan konstateres, at borgers formue er over formuegrænsen (91.900 kr. i 2021) – undlader at sende afslag.

I forslaget indgår ikke de pensionister, som har søgt om helbredstillæg hos kommunen, jf. § 14 a i lov om social pension. Det skyldes, at kommunerne til brug for deres afgørelser om helbredstillæg skal bruge en formueafgørelse fra Udbetaling Danmark.

Derudover vil også pensionister, som modtager afslag på ældrecheck på grund af tillægsprocenten er 0, eller som følge af manglende formueoplysninger, fortsat modtage et afslag. Baggrunden er, at tillægsprocenten kan ændre sig fx i efterreguleringen, hvorefter ældrecheck kan udbetales automatisk.

Det skal som en del af modellen være muligt for pensionister, der mener at være berettiget til ældrecheck, at ansøge om ydelsen, hvorefter Udbetaling Danmark træffer afgørelse.

Der er allerede ydelser i Udbetaling Danmarks regi, hvor der ikke sendes afslag. Det gælder fx for midlertidigt børnetilskud og seniorpræmieordningen.

2. Forenkling eller omlægning af varmetillægget

Der bliver udbetalt varmetillæg til godt 100.000 husstande. Der bliver i gennemsnit udbetalt godt 250 kr. om måneden til varmetillægsmodtagerne, hvoraf ca. 85 pct af modtagerne, modtager under 500 kr. om måneden. På trods af varmetillæggets relativ beskedne andel af pensionisternes indkomst er reglerne og administrationen af varmetillæg kompleks for såvel borgere som Udbetaling Danmark.

Nuværende praksis

Folkepensionister (eller førtidspensionister tilkendt før 2003) kan i dag søge om varmetillæg, såfremt varmeudgifterne overstiger et givent niveau (i 2021 over hhv. 5.400/8.100 kr. om året som hhv. enlig/samlevende) og ansøgers tillægsprocent er større end nul. Ved ansøgningen skal borgeren fremsende dokumentation for varmeudgift i form af varmeregnskaber for de seneste tre år.

Det er Udbetaling Danmarks opfattelse, at det ofte er vanskeligt for borgeren at forstå beregningen af varmeudgiften, fremskaffe dokumentation og indsende den digitalt. Varmetillæg er blandt de ydelser med den laveste digitaliseringsgrad. Borgerne forstår endvidere ikke, hvordan deres varmetillæg beregnes. Faktorerne, der indgår i beregningen, er så mange og så komplekse, at det er svært at forklare på en enkel og forståelig måde. Det vurderes, at en del af de svageste borgere slet ikke får søgt om varmetillæg, fordi dokumentationskravene opleves som besværlige.

Dertil kommer udfordringerne omkring omberegning. Borgeren er berettiget til omberegning, hvis varmeregningen afviger med 10 pct. i forhold til andre år. Det er svært for borgerne at vurdere, hvornår deres varmeregning har ændret sig med 10 pct., og det er derfor svært for borgerne at overholde oplysningspligten. Det betyder, at der er stor forskel på, hvordan borgerne agerer. Nogle anmoder aldrig om omberegning, mens en del sender regnskab ind hvert eneste år, uanset om deres varmeregnskab har ændret sig med mere eller mindre end 10 pct.

Dertil kommer at varmetillægget fremadrettet kompliceres yderligere, hvis forslaget om ”Lempelse af ægtefællеafhængighed på pensionsområdet” vedtages. Det skyldes at forslaget muliggør at samlevere/ægtefæller fremadrettet kan have forskellige tillægsprocenter men kun ét fælles varmetillæg. Således vil den ene samlever/ægtefælle kunne opleve at få afslag på en ansøgning om varmetillæg, mens den anden samlever/ægtefælle vil få tilkendelse.

Forslag til borgerrettet forenkling

Grundet den uhensigtsmæssige borgerrejse foreslår Udbetaling Danmark, at reglerne for varmetillægget fremadrettet forenkles eller omlægges til en af de eksisterende tillægsydelser på pensionsområdet.

Varmetillægget kan forenkles ved ikke at basere det på varmeregninger, men i stedet basere det på en takstbaseret beregningsmodel, baseret på objektive kriterier. Med udgangspunkt i en fast takstmodel, kan ansøgerens varmeudgifter estimeres på baggrund af boligens størrelse og eventuelle andre objektive faktorer. Dette estimat lægges herefter til grund for beregning af varmetillægget, og beregningen foretages på baggrund af de nuværende tildelingskriterier. Fordelen ved at estimere varmeudgiften er, at borgeren ikke længere skal indsende varmeregnskaber for de sidste tre år, hvilket medfører en forenkling for såvel borgere som administration. Konsekvenserne ved en sådan takstbaseret beregningsmodel for varmetillægget er bl.a. analyseret af Deloitte i rapporten ”Analyse af varmetillæg - Grundlag for forenkling af reglerne efter de sociale pensionslove” fra juni 2018.

Alternativt kan varmetillægget også omlægges til en af de eksisterende tillægsydelser på pensionsområdet, fx ved at regulere en af de eksisterende tillægsydelser fx ældrecheck, der udbetales på objektivt grundlag.

Både i forhold til forenkling og omlægning, vil det være hensigtsmæssigt at implementere en overgangsordning. En sådan overgangsordning kunne fx indrettes således, at alle pensionister der i dag har en aktiv varmetillægssag, får fastfrosset deres månedlige varmetillægsydelse indtil de fraflytter boligen. En evt. forenkling eller omlægning af varmetillægget vil dermed kun gælde for nye ansøgninger om varmetillæg.

Kommentarer til forenklingsforslag i bruttoliste fremsendt forud for 3. møde i følgegruppen til Kommissionen for tilbagetrækning og nedslidning

Drøftelsen på 3. møde i følgegruppen den 1. november 2021, herunder i de 4 grupper, gav ikke mulighed for at kommentere alle forslag i den fremsendte bruttoliste.

Ældre Sagens overordnede holdning til alle forslag er, at det er afgørende for vurderingen, hvordan forslaget finansieres. Hvis finansieringen skal findes inden for pensionssystemet, jf. kommissoriet, er der mange forslag, der må afvises. Ældre Sagen kan støtte fx forslag om mindre modregning af arbejdsindkomst for at øge arbejdsudbuddet, og forslag, der sikrer, at aldersopsparing kan anvendes, når det er det, der kan betale sig for pensionsopspareren. Men det forudsætter at finansieringen ikke sker på bekostning af nuværende pensionister, der ikke er på arbejdsmarkedet eller indbetaler til pension.

Det er vigtigt ikke at skabe usikkerhed om pensionssystemet. Det gælder både af hensyn til de nuværende pensionisters økonomi, og af hensyn til tilliden til at det kan betale sig at spare op til pension. Ældre Sagen skal minde om, at forandringer ofte skaber usikkerhed, så der skal være åbenlyse fordele ved "forenklinger" for ikke at foretrække det "kendte".

Nedenfor fremgår Ældre Sagens holdning til de enkelte forslag.

Ældre Sagens holdning til forenklingsforslag i bruttoliste

Forslag		Argumentation
1	Fjernelse af ægtefællemodregning	Ældre Sagen støtter, at ægtefæller og samlevendes arbejdsindkomst ikke skal modregnes i partnerens pension. Det vil øge arbejdsudbuddet, og som en sidegevinst vil det løse nogle af problemerne med at udbrede aldersopsparing. Forslaget vil også imødekomme en del af kritikken af "gensidig forsørgerpligt" Ældre Sagen er imidlertid modstander af, at et forslag, der øger arbejdsudbuddet og forbedrer mulighederne for pensionsopsparing for erhvervsaktive, skal finansieres af andre pensionister, der har trukket sig tilbage fra arbejdsmarkedet. Forslaget om at sænke grundbeløbet vil svække tilliden til, at der er vilje til at opretholde en folkepension for **alle.** Mange af de pensionistfamilier, der vil blive tilgodeset af en ophævelse af modregning af arbejdsindkomst, har relativt høje indkomster.
2	Afskaf tidlig pension	Tidlig pension er rettet mod en gruppe, som blev ramt af den meget kraftige beskæring af efterlønnen

		i tilbagetrækningsreformen. Den bør bevares, bl.a. for at sikre opbakning til højere pensionsalder.
3	Afskaffe eller udfase efterlønnen hurtigst muligt	Efterlønnen bør bevares. Der er sket flere ændringer (forringelser) af efterlønsordningen. Det vil være et urimeligt løftebrud at afskaffe den for dem, der trods forringelser har valgt at fortsætte i efterlønsordningen. I øvrigt er der ikke mange unge tilbage i efterlønsordningen. Medlemskab af efterlønsordningen er også en forudsætning for seniorjob, der bør bevares, så længe arbejdsmarkedet ikke er bedre til at ansætte seniorer, der mister deres arbejde.
4	Ved sammenlægning af pensionsordninger skal man beholde den laveste pensionsudbetalingsalder	Ældre Sagen finder, at pensionsudbetalingsalderen bør være 5 år – og ikke som i dag 3 år. Det vil reducere problemet med flere udbetalingsaldre. Hvis laveste udbetalingsalder altid skal gælde, vil det betyde, at mange med en pensionsalder på 70 år vil kunne påbegynde pensionsudbetalingen ved 60 år. Det er ikke hensigtsmæssigt, hverken af hensyn til arbejdsmarkedet eller af hensyn til ”skatteplanlægning”.
5	Fjern modregning i pension ved arbejdsindkomst	Ældre Sagen støtter en højere grænse for modregning af arbejdsindkomst i pensionstillægget. I dag reduceres det antal timer, man kan arbejde hvert år i takt med lønstigninger, fordi grænsen er et fast beløb på 122.004 kr., der ikke reguleres. Ældre Sagen finder dog ikke, at et forslag, der øger arbejdsudbuddet, skal finansieres af andre pensionister, jf. punkt 1. Det er hovedsagelig pensionister med en god økonomi, der arbejder. Højere pensionstillæg til denne gruppe skal ikke betales af økonomisk dårligere stillede pensionister.
6	Større ydelser til folkepensionister	De tillæg, der foreslås saneret, er generelt rettet mod pensionister med lav indkomst og eller høje udgifter til specifikke formål. De skal ikke betale for ”forenklinger”.
7	Udvide værdier, der medtages i formuevurderingen og gøre den ens på tværs af folkepensionsydelser	Ældre Sagen er imod forslaget. Der er IKKE FORMUESKAT i Danmark. Forslaget betyder, der indføres formueskat alene for pensionister.
8	Reducere eller helt fjerne boligydelse	Ældre Sagen er imod forslaget, der vil ramme økonomisk dårligt stillede pensionister. Boligydelsen er sammen med ældrechecken den mest målrettede ydelse til folkepensionister. For folkepensionister, der modtager boligydelse, svarer boligydelsen, der er skattefri, i gennemsnit til et skattepligtigt beløb på 50.000 kr. Det svarer ca. til 1/3 af folkepensionen for de pågældende.

9	Udfasning af ældrecheck	Ældre Sagen er imod forslaget, der vil ramme økonomisk dårligt stillede pensionister. Ældrechecken er sammen med boligydelsen den mest målrettede ydelse til folkepensionister. Hvis ældrechecken fjernes, vil flere pensionister komme under lavindkomstgrænsen (50% af medianindkomsten).
10	Afskaffelse af seniorpræmie (regeringen foreslår en forhøjelse)	Ældre Sagen er imod forslaget. Det vil reducere arbejdsudbuddet.
11	Helt eller delvis fjernelse af modregning af indbetalinger til aldersopsparing i beregningen af overførselsindkomster	Problemet kunne mere enkelt løses ved at genindføre den fradragsberettigede kapitalpension. Ældre Sagen anerkender, at det er vigtigt, at aldersopsparingen fungerer, så det kan betale sig at spare op til pension. For Ældre Sagen er det vigtigt, at et forslag, der er rettet mod erhvervsaktives pensionsopsparing, ikke finansieres af nuværende pensionister.
12	Samordning af pensionistnedslag i ejendomsværdiskat med boligydelse og varmetillæg	De forskellige ordninger har forskellige formål. En samordning vil betyde, at de formål, der tilsigtes, ikke kan opnås lige så effektivt.
13	Bedre mulighed for at ændre skattekode af overskydende indskud ved indbetaling over beløbslofter uden strafafgift/beskatning af indskud	Ældre Sagen anerkender, at der er behov for at aldersopsparingen fungerer, men det skal ikke finansieres af nuværende pensionister.
14	Mulighed for at pause ratepensionen efter påbegyndt udbetaling	Mulighed for at pause ratepensionen vil give større fleksibilitet i pensionsudbetaling, fx i forbindelse med tilbagevenden til arbejdsmarkedet og delvis tilbagetrækning, men det vil også kunne bruges til "skatteplanlægning". Det skal ikke finansieres af andre pensionister.
15	Indekseringen af folkepensionen bevares, men der indføres en konstant alder for mulig udbetaling af private pensioner og firmapensioner	En fast grænse for udbetaling er efter Ældre Sagens opfattelse i modstrid med grundideen i levetidsindeksering af pensionsalderen. Ældre Sagen støtter, at pensionsudbetalingsalderen sættes til 5 år før folkepensionsalderen, så der er fleksibilitet.
16	Fjerne reglerne for diskvalificerende udbetaling	Ældre Sagen anerkender, at reglerne om diskvalificerende udbetalinger gør det vanskeligere at anvende aldersopsparing og dermed fx kan være en hindring for delvis tilbagetrækning. En del af problemet kunne dog løses ved at fritage deltidsbeskæftigede fra at bidrage til pension. Det provenutab, som "skatteplanlægning" vil give, skal efter Ældre Sagens opfattelse ikke finansieres af andre pensionister.

17	Samordne modregningsreglerne for pensionsformuer, så der ikke gøres forskel mellem søjle 2 og søjle 3 i efterløn	Reglerne for efterløn er allerede ændret mange gange. Ældre Sagen finder ikke, at de bør ændres yderligere. Det svækker tilliden til, at det kan betale sig at spare op, når regler ændres.
18	Harmonisering af beløbsgrænser for ratepension, aldersopsparing og grænse for opfyldningsfradrag	Ældre Sagen ser ikke behov for ens beløbsgrænser.
19	Informationstiltag på pensionsinfo.dk, der understøtter selskabernes indsats for at få medlemmerne til at tage aktivt stilling til aldersopsparing	Tiltag på pensionsinfo kan svække pensionsinfo som kilde til uvildig information, hvis det bruges til "reklame" eller rådgivning fra det enkelte selskab.
20	Et modregningsloft	Næppe praktisk muligt. Der vil altid være mulighed for lovgivning, der holdes udenfor et modregningsloft, og modregningsloftet kan løbende hæves eller sænkes.
21	Forenkling eller omlægning af varmetillægget	Den aktuelle situation med store energiprisstigninger viser varmetillæggets berettigelse som et målrettet tillæg til pensionister med lav indkomst og høj varmeudgift.
22	Nedsættelse af sociale pensioner, tillæg eller ydelser som følge af arbejdsindkomster og indkomster fra pensionsordninger kan kun foretages i en pensionsydelse og tillæg	Ved den seneste "samspilsløsning" blev højere fradrag ved pensionsindbetaling prioriteret højere end nedsættelse af modregningen ved udbetaling. Høje ydelser, der er målrettet pensionister med lav indkomst, giver samspilsproblem. Det kan løses ved at alle sikres en pensionsordning.er nødvendigt, så længe alle ikke er dækket af pensionsordninger.
23	En maksimal grænse for den sammensatte marginalskat	Næppe praktisk. Lovgivning vil altid kunne undtage ydelser fra loftet, og loftet vil kunne hæves eller sænkes som det skrå skatteloft.
24	Forhøj de eksisterende fradrag forud for beregning af indkomster, der medfører nedsættelse af tillæg og ydelser	Højere bundfradrag vil føre til højere pension for de pensionister, der har indkomst over bundfradraget, men hvis det skal finansieres indenfor pensionssystemet, rammer det enten økonomisk dårligere stillede pensionister, fordi tillæg/ydelser skal sættes ned, eller dem, der kun modtager grundbeløbet, fordi grundbeløbet skal sættes ned. Det sidste vil sende et signal om, at man skal lade være med at spare for meget op i sin pensionsordning og flytte samspilsproblemet til andre grupper.
25	Etabler en fælles beregningsmodel på alle tillægsydelser, som indeholder indkomstafhængige elementer	Modellen findes allerede i form af Finansministeriets lovmodel/familietypemodellen. De færreste vil være i stand til at forstå beregningen, og det vil kun være af værdi, hvis man tror, at de

		regler, der indgår i modellen, ikke ændres i fremtiden.
26	Register med løbende oplysninger om anciennitet til tidlig pension	Tvivlsomt om udgiften til administration ved at beregne anciennitet for alle på arbejdsmarkedet vil stå mål med gevinsten givet det nuværende mangelfulde datagrundlag.
27	Delvis pension	Ældre Sagen støtter bedre muligheder for fleksibel tilbagetrækning, både før og efter den officielle pensionsalder. Ældre Sagen anerkender, at reglen om "diskvalificerende" udbetaling kan være en hindring for at kombinere pension og arbejde. En del af problemet vil dog også kunne løses ved at give "frit valg" for hele pensionsbidraget i stedet for at bruge aldersopsparingen, fx gøre det frivilligt at indbetale til arbejdsmarkedspensionsordning i de sidste år før folkepensionsalderen. Efter Ældre Sagens opfattelse skal løsning af problemer i pensionsbeskatningen ikke finansieres af nuværende pensionister.
28	Arbejdsmarkedspensionsselskaberne understøttes i udrulning af aldersopsparing	Ældre Sagen anerkender, at det er vigtigt, at aldersopsparingen kommer til at fungere, så pensionsopsparing kan betale sig. Vi er dog bekymrede for at give selskaberne adgang til store mængder data. Det må i givet fald forudsætte individuel accept af hensyn til databeskyttelse.