

1. september 2005

Helbredsstatus blandt erhvervsaktive, efterlønsmodtagere, og førtidspensionister

Mette Kjøller, Henrik Brønnum-Hansen, Ulrik Hesse,
Rune Jacobsen & Karen Gliese Nielsen

Arbejdsnotat

Velfærdskommissionens arbejde er på trapperne, og i den forbindelse har der i den senere tid været megen debat om efterlønsordningen og om ældre borgeres helbreds-tilstand set i forhold til muligheder for tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

Statens Institut for Folkesundhed har via sit program for Sundheds- og sygelighedsundersøgelser mulighed for at give en ganske detaljeret dokumentation af helbredstilstanden blandt 60-64-årige i og uden for arbejdsmarkedet, og kan dermed bidrage til at kvalificere debatten om sundhedstilstanden blandt efterlønsmodtagere, erhvervsaktive og førtidspensionister.

Formål

Det overordnede formål med dette arbejdsnotat er således at beskrive helbredstilstanden blandt 60-64-årige i og uden for arbejdsmarkedet. Der indgår følgende delmål:

- At beskrive helbredsrelateret livskvalitet blandt efterlønsmodtagere, førtidspensionister og erhvervsaktive. Beskrivelsen foretages særskilt for mænd og kvinder og omfatter alene aldersgruppen 60-64 år.
- For de samme grupper at beskrive forekomsten af sygelighed og brug af sundhedsvæsenet, målt på en række forskellige indikatorer.
- At belyse udviklingen i forventet levetid med og uden funktionsindskrænkning blandt 60-årige personer med forskelligt uddannelsesniveau.

Metode og materiale

Analyserne er baseret på Statens Institut for Folkesundheds nationalt repræsentative interviewundersøgelse om danskernes sundhed og sygelighed og om forhold af betydning herfor – fx risikofaktorer i livsstil og levevilkår. Data indsamles ved personligt interview i svarpersonernes hjem og gennemføres af professionelle interviewere. Stikprøven til den senest gennemførte undersøgelse fra 2000 var på ca. 22.500 personer og sammensat således, at der blev indsamlet data fra ca. 1.000 svarpersoner i hvert amt. Opnåelsen var 74,2%.

Tabel 1. Køn, alder, uddannelsesniveau og erhvervmæssig stilling blandt 60-64-årige erhvervsaktive, efterlønsmodtagere og førtidspensionister. I procent.

	Erhvervs- aktive	Efterløns- modtagere	Førtids- pensionister	Alle 60-64 årige ¹⁾
Køn:				
mænd	64.1	47.1	43.8	50.5
kvinder	35.9	52.9	56.2	49.5
Alder:				
60 år	37.2	15.0	17.5	23.4
61 år	25.4	19.4	23.1	22.0
62 år	15.8	19.5	19.6	18.5
63 år	11.2	21.4	16.9	16.9
64 år	10.5	24.7	22.9	19.2
Uddannelsesniveau (antal års kombineret skole- og erhvervsuddannelse):				
lavt (<10 år)	23.9	30.2	43.1	31.3
mellem (10-12 år)	36.6	41.8	28.1	37.3
højt (13+ år)	38.7	27.8	28.1	31.0
anden uddannelse, uoplyst	0.9	0.2	0.7	0.5
Erhvervmæssig stilling / tidligere stilling:				
selvstændig, medhjælpende ægtefælle	17.2	11.2	11.4	13.1
funktionær gruppe I	14.5	4.7	8.8	8.6
funktionær gruppe II	25.2	16.6	15.9	18.9
funktionær gruppe III	20.0	27.4	22.8	23.6
faglært arbejder	8.3	12.6	7.4	10.1
ikke-faglært arbejder	14.2	19.9	23.2	18.9
andet	0.6	4.0	3.8	3.1
ikke tidligere erhvervmæssigt beskæftiget	-	3.6	6.7	3.8
Antal svarpersoner	324	403	243	1047

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen

1) omfatter tillige arbejdsløse, husmødre, langtidssyge, bistandsklienter mv.

Tabel 1 viser en oversigt over de tre grupper, der omfattes af analysen. Der indgår i alt 324 erhvervsaktive, 403 efterlønsmodtagere og 243 førtidspensionister. Sammenlignet med alle 60-64-årige i undersøgelsen er der en stærk underrepræsentation af erhvervsaktive kvinder og en svag overrepræsentation af kvindelige efterlønsmodtagere og førtidspensionister. Andelen af erhvervsaktive aftager klart med stigende alder, mens billedet er det modsatte blandt efterlønsmodtagere. Uddannelsesniveaut er generelt højere blandt erhvervsaktive end blandt efterlønsmodtagere og førtidspensionister. Andelen med lavt uddannelsesniveau (mindre end 10 års kombineret skole- og erhvervsuddannelse) er 24% blandt de erhvervsaktive sammenholdt med 30% blandt efterlønsmodtagere, mens andelen af højt uddannede udgør 39% af de erhvervsaktive sammenholdt med kun 28% af efterlønsmodtagerne.

Det fremgår endvidere af tabellen, at den erhvervsmæssige sammensætning (nuværende eller tidligere erhvervsmæssige beskæftigelse) er forskellig i de tre grupper. I forhold til erhvervsaktive er der relativt færre selvstændige og funktionærer i gruppe I og gruppe II blandt efterlønsmodtagere, og relativt flere fra funktionærgruppe III, faglærte og ikke-faglærte arbejdere¹. Mønsteret er stort set det samme for gruppen af førtidspensionister sammenholdt med erhvervsaktive.

Analysen af helbredsrelateret livskvalitet, sygelighed og brug af sundhedsvæsenet blandt 60-64-årige er baseret på aldersstandardiserede opgørelser af forekomsten for henholdsvis mænd og kvinder. Der er aldersstandardiseret svarende til alle 60-64-årige i undersøgelsen. Der er endvidere lavet logistiske regressionsanalyser med kontrol for alder for alle præsenterede tal for erhvervsaktive og efterlønsmodtagere i tabel 2, 3 og 4.

Til analysen af forventet levetid med eller uden funktionsbegrænsning anvendes svarpersonernes oplysninger om deres funktionsniveau. God funktion dækker fysisk mobilitet og kommunikationsfærdigheder, idet en person anses for at leve uden funktionsindskrænkning, hvis vedkommende uden besvær kan 1) gå 400 meter uden at hvile, 2) gå op og ned ad trapper, 3) bære 5 kg, 4) læse en almindelig avistekst, 5) høre en normal samtale mellem tre eller flere personer og 6) tale. Disse oplysninger er sammenholdt med dødelighedsdata opdelt på uddannelsesniveau fra Danmarks Statistik. Der er i denne analyse anvendt en lidt anderledes opdeling af uddannelsesniveau end den, der fremgår af tabel 1: Lavt uddannede omfatter personer med højst 10 års skolegang evt. suppleret med uddannelse svarende til basisår på efg eller HG. Mellemlange udgøres af personer, der har studenter-/hf-eksamen eller en faglig uddannelse, mens gruppen af højt uddannede omfatter personer med kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse.

Helbredsrelateret livskvalitet

Tabel 2 viser forskellige mål for helbredsrelateret livskvalitet. Efterlønsmodtagere vurderer eget helbred som værende dårligere end gruppen af erhvervsaktive gør, dog er vurderingen af eget helbred ikke så dårlig som førtidspensionisternes vurdering af eget helbred. Efterlønsmodtagerne oplyser, at de stort set aldrig er stressede i dagligdagen, mens det kun gælder for 68% af erhvervsaktive mænd og 61% af erhvervsaktive kvinder. Hverken blandt mænd eller kvinder er der forskel på erhvervsaktives og efterlønsmodtageres fysiske mobilitet (målt ved spørgsmål om man uden besvær kan gå 400 m, gå op og ned af trapper og bære 5 kg). Blandt mænd har erhvervsaktive og efterlønsmodtagere i lige stort omfang gode kommunikationsfærdigheder (målt ved spørgsmål

¹ Funktionærgruppe I omfatter fx kontorchefer, overlæger, salgschefer, gymnasielærere.
Funktionærgruppe II omfatter fx sygeplejersker, folkeskolelærere, postmestre, laboratorieteknikere.
Funktionærgruppe III omfatter fx ekspedienter, sygehjælper, edb-operatører, postbude.

om man uden besvær kan læse en almindelig avistekst, høre en samtale mellem tre eller flere personer, og om man taler uden besvær (hvilket vurderes af interviewerens)). Blandt kvinder har erhvervsaktive bedre kommunikationsfærdigheder end efterlønsmodtagere (henholdsvis 95% og 86%).

Mænd på førtidspension har markant ringere fysisk mobilitet end både erhvervsaktive og efterlønsmodtagere, hvorimod der ikke er forskel mellem grupperne, hvad angår kommunikationsfærdigheder. Kvinder på førtidspension har såvel markant ringere fysisk mobilitet som kommunikationsfærdigheder end både erhvervsaktive og efterlønsmodtagere.

Tabel 2. Helbredsrelateret livskvalitet blandt 60-64-årige erhvervsaktive, efterlønsmodtagere og førtidspensionister. Aldersstandardiseret forekomst i procent.

	Erhvervsaktive	Efterlønsmodtagere	Førtids-pensionister	Alle 60-64 årige ¹⁾
Mænd				
Godt selv vurderet helbred	83.1	76.2	54.1	74.1
Føler sig aldrig stresset i dagligdagen	67.8	89.6	89.0	80.1 *
God fysisk mobilitet	91.9	90.6	65.3	84.4
Gode kommunikationsfærdigheder	75.7	76.1	78.3	76.2
Antal svarpersoner	207	190	107	529
Kvinder				
Godt selv vurderet helbred	92.0	76.8	40.0	70.0 *
Føler sig aldrig stresset i dagligdagen	61.3	91.2	73.9	77.9 *
God fysisk mobilitet	88.3	87.0	48.3	75.5
Gode kommunikationsfærdigheder	95.0	86.4	74.5	85.6
Antal svarpersoner	116	213	137	518

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

1) omfatter tillige arbejdsløse, husmødre, langtidssyge, bistandsklienter mv.

* markerer statistisk signifikant forskel mellem erhvervsaktive og efterlønsmodtagere, $p < 0,05$

Sygelighed

Sygeligheden i de tre grupper er målt på flere forskellige indikatorer (tabel 3). Både blandt mænd og kvinder har en større andel af efterlønsmodtagere end erhvervsaktive en eller flere langvarige sygdomme (af 6 eller flere måneders varighed). Forekomsten af langvarig sygdom er højst blandt førtidspensionisterne, hvor 72% af mænd og 83% af kvinder rapporterer om en eller flere langvarige sygdomme. Generelt gælder det, at omkring 96% af de angivne sygdomsdiagnoser er bekræftet af en læge. De rapporterede langvarige sygdomme er efterfølgende kodet svarende til WHO's internationale sygdomsklassifikation og grupperet i 14 hovedgrupper. I tabellen vises udvalgte sygdomsgrupper. Både blandt mænd og kvinder er det generelle billede, at forekomsten er lidt højere blandt efterlønsmodtagere end blandt erhvervsaktive.

Andre mål for sygelighed er regelmæssig brug af medicin, forekomst af en eller flere specifikke sygdomme (fx sukkersyge, forhøjet blodtryk, allergi, kronisk bronchitis, migræne, rygsygdom m.fl.), forekomst af gener eller symptomer inden for en 14 dages periode, samt begrænsning i at udføre daglige aktiviteter i arbejde, fritid eller hjem inden for en 14-dages periode eller mere varigt. Det gennemgående billede er lidt højere forekomst af alle disse indikatorer blandt efterlønsmodtagere sammenlignet med erhvervsaktive.

Førtidspensionister har langt den højeste forekomst på alle de viste indikatorer for sygelighed, hvilket bl.a. skal ses i sammenhæng med, at langt størsteparten af førtidspensionisterne formentlig netop har fået tildelt deres pension på helbredsbeholdning indikation.

Tabel 3. Aldersstandardiseret forekomst af forskellige mål for sygelighed blandt 60-64-årige erhvervsaktive, efterlønsmodtagere og førtidspensionister. I procent.

	Erhvervs- aktive	Efterløns- modtagere	Førtids- pensionister	Alle 60-64 årige ¹⁾
Mænd				
Langvarig sygdom	38.6	48.8	72.0	50.9
- psykisk sygdom ²	1.5	-	2.6	1.4
- sygdomme i nervesystem	6.3	7.5	13.0	7.8
- kredsløbssygdomme	8.1	9.0	22.3	12.5
- åndedrætssygdomme	3.5	5.2	10.9	5.9
- muskel- og skeletsygdomme	14.8	19.4	31.9	20.8
Tager regelmæssigt medicin	39.8	39.9	66.1	46.9
En eller flere specifikke sygdomme	43.3	50.5	62.3	50.9
Har 14-dages gener	56.3	61.5	70.4	61.7
- meget generet af nakke-skulderbesvær	6.8	4.2	15.0	7.5
- meget generet af lænde-rygbesvær	6.0	5.1	18.8	8.8
- meget generet af hovedpine	2.9	2.4	7.2	3.5
- meget generet af træthed	2.1	2.2	8.0	3.5
- meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer	0.3	2.5	7.7	3.0
Aktivitetsbegrænsning seneste 14 dage	5.7	7.9	17.8	10.5
- heraf varig aktivitetsbegrænsning	2.8	4.5	14.8	7.5
Antal svarpersoner	207	190	107	529
Kvinder				
Langvarig sygdom	34.9	44.5	82.9	53.8 *
- psykisk sygdom ²	-	0.8	10.3	3.1
- sygdomme i nervesystem	1.4	5.9	6.6	6.0
- kredsløbssygdomme	9.7	9.7	19.8	12.0
- åndedrætssygdomme	2.8	4.5	12.6	7.0
- muskel- og skeletsygdomme	13.8	20.2	46.2	26.5 *
Tager regelmæssigt medicin	43.4	47.3	77.4	55.9
En eller flere specifikke sygdomme	47.6	50.2	83.5	60.5
Har 14-dages gener	65.5	66.4	84.9	71.2
- meget generet af nakke-skulderbesvær	6.1	11.8	23.7	14.1
- meget generet af lænde-rygbesvær	6.5	7.7	31.4	13.6
- meget generet af hovedpine	1.1	2.4	13.2	4.4
- meget generet af træthed	1.8	4.0	18.5	7.5
- meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer	3.5	4.9	16.4	8.2
Aktivitetsbegrænsning seneste 14 dage	7.0	7.6	31.6	15.1
heraf varig aktivitetsbegrænsning	1.8	4.7	24.0	9.5
Antal svarpersoner	116	213	137	518

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

1) omfatter tillige arbejdsløse, husmødre, langtidssyge, bistandsklienter mv.

2) ikke mulig at lave statistisk analyse

* markerer statistisk signifikant forskel mellem erhvervsaktive og efterlønsmodtagere, p<0,05

Brug af sundhedsvæsenet

Blandt mænd har erhvervsaktive og efterlønsmodtagere i lige stort omfang haft kontakt med alment praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, og der er kun ganske små forskelle i de to gruppers brug af praktiserende speciallæge og fysioterapeut (tabel 4). Kvinder på efterløn har i markant større omfang end erhvervsaktive kvinder haft kontakt med praktiserende læge og i lidt større omfang end erhvervsaktive været hos fysioterapeut, mens der ikke er forskel mellem de to grupper mht. kontakt til praktiserende speciallæge.

Flere kvinder på efterløn end erhvervsaktive kvinder har været til alternativ behandling, mens der for mænds vedkommende ikke er forskel i brugen af alternativ behandling mellem erhvervsaktive og efterlønsmodtagere.

Sidste indikator for brug af sundhedsvæsenet er brugen af medicin inden for en 14-dages periode. Større andele blandt mænd på efterløn end blandt erhvervsaktive har brugt receptmedicin og håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode. Det samme gælder kvinders brug af receptmedicin, mens en lidt større andel blandt erhvervsaktive kvinder end blandt efterlønsmodtagere har brugt håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode – måske for at klare presset på arbejdsmarkedet?

Hvad angår gruppen af førtidspensionister er billedet igen det samme som tidligere vist. På næsten alle indikatorer har større andele af førtidspensionister end af efterlønsmodtagere og erhvervsaktive gjort brug af sundhedsvæsenet.

Tabel 4. Brug af sundhedsvæsenet blandt 60-64-årige erhvervsaktive, efterlønsmodtagere og førtidspensionister. Aldersstandardiseret forekomst i procent.

Mænd	Erhvervs- aktive	Efterløns- modtagere	Førtids- pensionister	Alle 60-64 årige ¹⁾
Brug af praktiserende læge seneste 3 mdr.	35.9	34.6	43.9	38.7
Brug af speciallæge seneste 3 mdr.	6.8	7.1	10.7	8.1
Brug af fysioterapeut seneste 3 mdr.	1.2	3.8	5.7	3.3
Været til alternativ behandling seneste år	15.5	16.4	16.6	14.6
Brugt receptmedicin seneste 14 dage	36.2	39.4	62.0	44.5
Brugt håndkøbsmedicin seneste 14 dage	13.9	24.5	26.7	21.7 *
Antal svarpersoner	207	190	107	529
Kvinder				
Brug af praktiserende læge seneste 3 mdr.	32.4	48.0	58.8	47.0 *
Brug af speciallæge seneste 3 mdr.	11.1	11.7	11.8	11.5
Brug af fysioterapeut seneste 3 mdr.	2.4	6.4	9.9	6.4
Været til alternativ behandling seneste år	16.2	24.9	22.4	22.3
Brugt receptmedicin seneste 14 dage	36.2	49.4	73.1	53.3 *
Brugt håndkøbsmedicin seneste 14 dage	35.1	27.6	43.2	34.8
Antal svarpersoner	116	213	137	518

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

1) omfatter tillige arbejdsløse, husmødre, langtidssyge, bistandsklienter mv.

* markerer statistisk signifikant forskel mellem erhvervsaktive og efterlønsmodtagere, p<0,05

Uddannelsesniveau og helbredsstatus

Det er veldokumenteret, at der er en klar sammenhæng mellem helbredsstatus og uddannelsesniveau; det er de dårligst uddannede, der har den dårligste helbredsstatus². En af forklaringerne på den generelt lidt dårligere helbredstilstand blandt efterlønsmodtagere end blandt erhvervsaktive kunne således være forskelle i uddannelsesniveau. Enten fordi det først og fremmest er de dårligst uddannede, der går på efterløn, eller fordi der også internt i gruppen af efterlønsmodtagere er en klar social gradient, der kunne betyde, at det først og fremmest er de dårligst uddannede efterlønsmodtagere, der har forringet helbredstilstand, mens de bedst uddannedes helbredssituation svarer til de erhvervsaktives.

Af tabel 1 fremgik, at uddannelsesniveauet generelt er lavere blandt efterlønsmodtagere end blandt erhvervsaktive, og at gruppen af efterlønsmodtagere især er rekrutteret blandt de erhvervsmæssigt dårligst placerede grupper på arbejdsmarkedet (funktionærgruppe III, faglærte og ikke-faglærte arbejdere).

Tabel 5. Køns- og aldersstandardiseret forekomst af forskellige mål for helbredsstatus blandt 60-64-årige erhvervsaktive, efterlønsmodtagere og førtidspensionister på forskellige uddannelsesniveauer. I procent.

	Erhvervsaktive			Efterlønsmodtagere			Førtidspensionister		
	Uddannelsesniveau			Uddannelsesniveau			Uddannelsesniveau		
	Lavt	Mel-lem	Højt	Lavt	Mel-lem	Højt	Lavt	Mel-lem	Højt
Godt selv vurderet helbred	89,0	82,9	93,2	72,5	75,7	83,0	37,8	39,3	64,1
Langvarig sygdom	34,2	43,3	31,4	51,0	45,0	47,9	83,5	85,7	63,1
Regelmæssig brug af medicin	37,2	44,7	36,5	39,9	42,5	53,0	75,1	72,9	70,7
Aktivitetsbegrænsning	6,7	6,6	4,0	7,2	10,2	6,0	33,6	15,0	16,0
Brug af praktiserende læge	26,9	34,6	37,2	36,3	40,8	47,8	51,4	54,9	39,4
Antal svarpersoner	85	132	133	151	203	135	120	92	84

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000.

Tabel 5 viser udvalgte mål for helbredsstatus blandt erhvervsaktive, efterlønsmodtagere og førtidspensionister opdelt på uddannelsesniveauer. For at tage højde for evt. køns- og aldersforskelle mellem de forskellige uddannelsesniveauer, er forekomsterne standardiseret svarende til fordelingen af 60-64-årige mænd og kvinder i hele undersøgelsen.

Med undtagelse af forekomsten af aktivitetsbegrænsning ses der en klar social gradient i helbredstilstanden blandt efterlønsmodtagere, og gradienten er klart tydeligere for denne gruppe end for erhvervsaktive og førtidspensionister. Det fremgår endvidere, at uanset uddannelsesniveau er helbredssituationen blandt efterlønsmodtagere dårligere end blandt erhvervsaktive.

På basis af indeværende analyse kan det således konkluderes, at efterlønsmodtagere først og fremmest rekrutteres blandt de dårligst uddannede og de dårligst stillede grupper på arbejdsmarkedet, og at efterlønsmodtageres helbredsstatus - uanset uddannelsesniveau - er lidt forringet i forhold til erhvervsaktives.

² Se Kjølner M & Rasmussen NK (red). Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987. København, Statens Institut for Folkesundhed, 2002.

Forventet levetid og uddannelsesniveau

Et andet mål for befolkningens helbredsstatus er forventet levetid med godt eller dårligt helbred. En undersøgelse af udviklingen i den gennemsnitlige levetid og den forventede levetid med godt helbred viste, at de senere års stigning i restlevetiden i Danmark også gælder for ældre danskere³. Men det vigtigste budskab var, at forventet levetid uden funktionsindskrænkning er steget for ældre.

Imidlertid er der stor social ulighed i ældres forventede restlevetid og helbred. En ny beregning viser, at 60-årige mænd med en højere uddannelse kan forvente at leve 2,8 år længere end lavt uddannede. Samtidig må den lavt uddannede mand forvente flere leveår med funktionsindskrænkning: 4,3 år mod 3,5 år for den højt uddannede (se højre kolonne i tabel 6). 60-årige kvinder med en høj uddannelse lever i gennemsnit 2,3 år længere end dem med en lav uddannelse, som endda må forvente at leve 1,9 år længere med funktionsindskrænkning end kvinder med en høj uddannelse.

Tabel 6. Forventet restlevetid og forventet levetid uden og med funktionsindskrænkning hos 60-årige danskere i 2000 opdelt på uddannelsesniveau.

Uddannelsesniveau	Forventet restlevetid år	Forventet levetid uden funktions- indskrænkning år	Forventet levetid med funktions- indskrænkning år
Mænd			
Højt	20,4	16,9	3,5
Mellem	18,4	14,6	3,8
Lavt	17,6	13,3	4,3
Alle	18,2	14,3	3,9
Kvinder			
Højt	23,6	17,8	5,8
Mellem	22,7	15,6	7,1
Lavt	21,3	13,6	7,7
Alle	21,8	14,5	7,3

Kilde: Brønnum-Hansen 2005.

Konklusion

Analysen af de 60-64-årige erhvervsaktives, efterlønsmodtageres og førtidspensionisters helbredssituation viser, at efterlønsmodtagerne har lidt dårligere helbredsrelateret livskvalitet, lidt dårligere helbredstilstand og lidt større forbrug af ydelser fra sundhedsvæsenet end erhvervsaktive i samme aldersgruppe. Forskellene mellem de to grupper er relativt små, men ganske systematiske. Der er kun relativt få signifikante forskelle mellem de to grupper, hvilket bl.a. kan hænge sammen med materialets begrænsede størrelse. De fundne forskelle kan ikke forklares ved forskelle i uddannelsesniveau mellem de to grupper, selv om det klart ses, at gruppen af efterlønsmodtagerne generelt er dårligere uddannet end gruppen af erhvervsaktive, og også først og fremmest rekrutteres fra de dårligst stillede grupper på arbejdsmarkedet.

³ Brønnum-Hansen H. Health expectancy in Denmark, 1987-2000. *European Journal of Public Health*, 2005;15:20-25.

Analysen viser endvidere, at førtidspensionisters helbredssituation er markant dårligere end såvel erhvervsaktives som efterlønsmodtageres.

Endelig viser analysen store uddannelsesmæssigt betingede forskelle i den forventede levetid uden funktionsbegrænsninger for en 60-årig person. Højtuddannede mænd og kvinder kan forvente at leve længere end lavtuddannede, og lavtuddannede må oven i købet forvente flere leveår med funktionsindskrænkning.

Diskussion

En af de vigtige grunde til i sin tid at indføre efterlønsordningen var sundhedshensynet til ældre personer på arbejdsmarkedet. Der kunne være tale om erhvervsaktive, som allerede havde dårligt helbred, og som derfor ønskede at trække sig. Der kunne også være tale om erhvervsaktive med rimelig godt helbred før 60-års alderen, men hvor krop og psyke ikke kunne klare de fortsatte belastninger i erhvervet, og hvor en tilbage-trækning fra arbejdsmarkedet var af forebyggende karakter for at beskytte helbredet.

Når vi i dag skal give bidrag til en sundhedskonsekvensvurdering af en eller flere forskellige efterlønsordninger, er der flere spørgsmål der skal stilles, bl.a. nedenstående:

Spørgsmål 1: Adskiller efterlønsmodtagere sig helbredsmæssigt fra erhvervsaktive og fra førtidspensionister? Hvis gruppen af efterlønsmodtagere er helbedsbelastet, kunne dette teoretisk set være et argument for at helbedsbelastede personer på arbejdsmarkedet benytter efterlønsordninger til at beskytte helbedet mod yderligere forværring. I dette arbejdsnotat er der svaret på, om der er helbedsforskelle mellem 60-64-årige erhvervsaktive, efterlønsmodtagere og førtidspensionister.

Det økonomiske Råd har tidligere i år foretaget sådanne sammenligninger ved alene at se på selvrapporeret helbed, sygefravær og lægebrug⁴. De store forskelle fandtes mellem på den ene side førtidspensionister, og på den anden side efterlønsmodtagere og erhvervsaktive. Der var mindre forskelle mellem efterlønsmodtagere og erhvervsaktive på samme måde som vist i dette notat.

Spørgsmål 2: Findes der undersøgelser, der følger bestemte gruppers helbed og afgang fra arbejdsmarkedet? Er der i disse undersøgelser noget, der tyder på, at sundheds- og helbedsargumentet spiller nogen reel rolle for beslutningen om at gå på efterløn?

Statens Institut for Folkesundhed har gennemført en analyse af sygeplejerskers tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet⁵. Der henvises hertil.

En mindre gruppe sygeplejersker har dårligt helbed og trækker sig af denne grund tilbage fra arbejdsmarkedet, mens mange sygeplejersker med godt helbed trækker sig relativt tidligt tilbage med efterløn.

Spørgsmål 3: Findes der undersøgelser, der belyser, om belastningen i arbejdslivet ved at være på arbejdsmarkedet efter 60-års alderen, er af en sådan karakter, at det udgør en trussel mod sundheden og helbedet? Vi har ved Statens Institut for Folkesundhed datamaterialer, der kan bidrage til at svare på spørgsmålet, men har ikke gennemført analyserne.

Spørgsmål 4: Kunne de penge, der i dag bindes i efterlønsordningen for mennesker, som har et godt helbed, og som betragter efterlønsordningen som et alment velfærdsgode, alternativt anvendes til at opnå bedre sundhed for ældre over 60 år? Dette

⁴ Det Økonomiske Råd. Dansk Økonomi, forår 2005.

⁵ Friis K, Ekholm O og Andersen Hundrup Y. Faktorer af betydning for sygeplejerskers tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Statens institut for Folkesundhed, 2005.

spørgsmål kan sundhedsøkonomer muligvis svare på – spørgsmålet behandles ikke i dette notat.