

## KAPITEL 8

# Stort beskæftigelsespotentiale i bedre arbejdsmiljø

Befolkningens sundhedstilstand har stor betydning for samfundsøkonomien, fordi sundhedstilstanden påvirker beskæftigelsen. Over et livsforløb mistes i gennemsnit 4,3 potentielle arbejdsår pr. personer som følge af risikoen for henholdsvis førtidspensionering og tidlig død. Der er store uddannelsesforskelle, idet ufaglærte i gennemsnit mister 7,1 potentielle arbejdsår, mens personer med en videregående uddannelse "kun" mister 2,1 år over et livsforløb. Såfremt alle uddannelsesgrupper havde samme lave risiko for førtidspensionering og tidlig død som personer med en videregående uddannelse, ville beskæftigelsen potentielt kunne øges med 106.000 personer på sigt.

Befolkningens sundhedstilstand har udover at påvirke den enkeltes velbefindende og velfærd ligeledes stor betydning for samfundsøkonomien. Det skyldes for det første de meget store udgifter til sundhedsvæsenet og for det andet, at befolkningens sundhedstilstand påvirker beskæftigelsen og dermed velstanden i samfundet.

I dette kapitel ses der nærmere på sundhedstilstanden for befolkningen i de erhvervsaktive aldersgrupper med henblik på at belyse, hvor mange år der beskæftigelsesmæssigt går tabt som følge af helbredsbeholdet førtidig tilbagetrækning og overdødelighed blandt nogle faggrupper. I den forbindelse undersøges, hvilke brancher der i særlig grad er karakteriseret ved, at de ansatte har høj risiko for førtidig tilbagetrækning (førtidspension) samt høj dødelighed.

De erhvervs-mæssige forskelle i de ansattes helbredstilstand belyses desuden på baggrund af træknet på sygesikringsydelse samt gennemsnitligt medicinforbrug for de ansatte. Som indikator på den psykiske helbredstilstand i de enkelte erhverv undersøges forbruget af psykofarmaka og antidepressiv medicin blandt de ansatte. Samtidig belyses den sociale ulighed i sundhed mellem forskellige befolkningsgrupper.

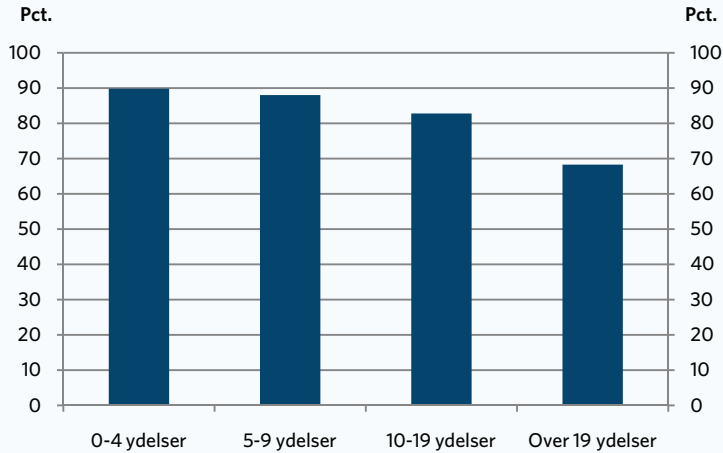
## Tabte arbejdsår ved tidlig tilbagetrækning

De enkeltes helbredstilstand har helt naturligt stor betydning for tilknytningen til arbejdsmarkedet. Denne sammenhæng kan f.eks. illustreres ved at se på, hvordan beskæftigelsesomfanget afhænger af medicinforbruget og antallet af ydelser den enkelte modtager hos den praktiserende læge i løbet af et år. Som det fremgår af figur 1a og 1b, er der en klar tendens til, at jo oftere man går til læge, og jo mere medicin man får, des mindre er sandsynligheden for at være i beskæftigelse.

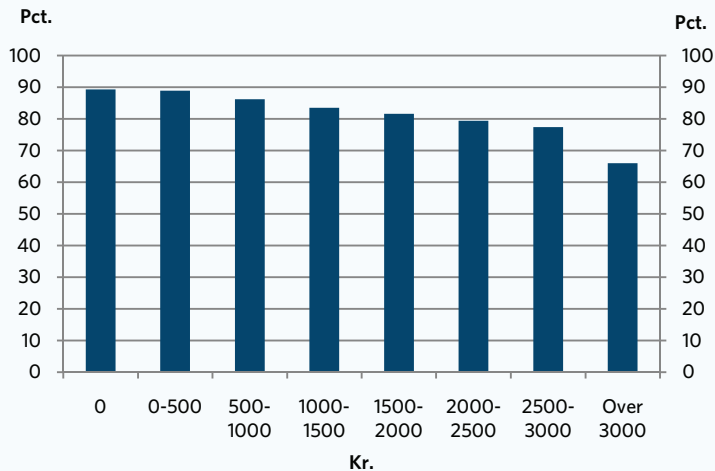
For eksempel er beskæftigelsesgraden for de 30-49-årige, der køber for mere end 3.000 kr. receptlig medicin, på 66 procent, mens beskæftigelsesgraden for personer med et medicinforbrug under 500 kr. er 89 procent. For aldersgruppen som helhed er beskæftigelsesgraden på over 85 procent.

Dårligt helbred leder således typisk til lavere beskæftigelsesomfang og dermed et samfunds- og privatøkonomisk velstandstab. I de særlig alvorlige tilfælde kan de helbreds-mæssige problemer medføre førtidig tilbagetrækning eller død.

Figur 1a. Andel beskæftigede fordelt på antal ydelser hos praktiserende læge



Figur 1b. Andel beskæftigede fordelt på medicinforbrug



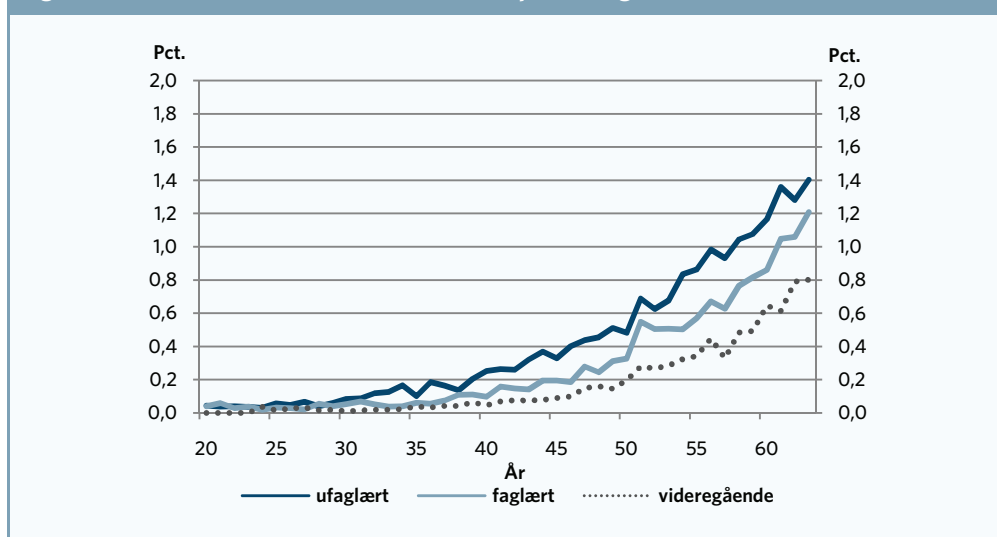
Anm.: Personer i alderen 30-49 år indgår.

Kilde: AE på baggrund af Lovmodellen.

Som vist senere i kapitlet, er der forholdsvis store forskelle i forskellige befolkningsgruppers helbredstilstand. Disse forskelle viser sig også, når man ser på risikoen for tilkendelse af førtidspension og dødsrisikoen for forskellige befolkningsgrupper.

For eksempel viser figur 2, at dødeligheden er markant større blandt ufaglærte end blandt personer, der har en videregående uddannelse.

Figur 2. Risikoen for at dø i løbet af 2006 fordelt på alder og uddannelse



Anm.: I beregningen indgår kun personer, der på et tidspunkt i deres liv har været erhvervsaktive.

Kilde: AE på baggrund af IDA.

Tilsvarende viser figur 3, at risikoen for at overgå til førtidspension er betydeligt større for uflaglærte, end tilfældet er blandt personer med en videregående uddannelse. Disse uddannelsesmæssige forskelle i risikoen for førtidspensionering og død må forventes langt overvejende at skyldes helbredsmæssige forskelle mellem grupperne.

En måde at anskueliggøre hvor meget uflaglærtes overdødelighed og overrisiko for førtidspensionering betyder for beskæftigelsen, er ved at undersøge, hvor meget disse risici betyder for antallet af tabte potentielle arbejdsår. For eksempel vil en person, der overgår til førtidspension som 40-

årig, have mistet 23 potentielle arbejdsår, hvis man regner frem til 63-års alderen. På baggrund af risikoen for henholdsvis førtidspensionering og tidlig død i de enkelte aldersgrupper er det således muligt at opgøre det gennemsnitlige antal år, der går tabt på arbejdsmarkedet som følge af disse risici. I boks 1 er beregningsmetoden nærmere beskrevet.

Efter disse beregningsprincipper visertabel 1, at uflaglærte mister 7,1 potentielle arbejdsår som følge af førtidspensionering og tidlig død, mens det tilsvarende antal tabte arbejdsår for personer med en videregående uddannelse i gennemsnit er 2,1 år. Personer med en erhvervsfaglig uddannelse ligger

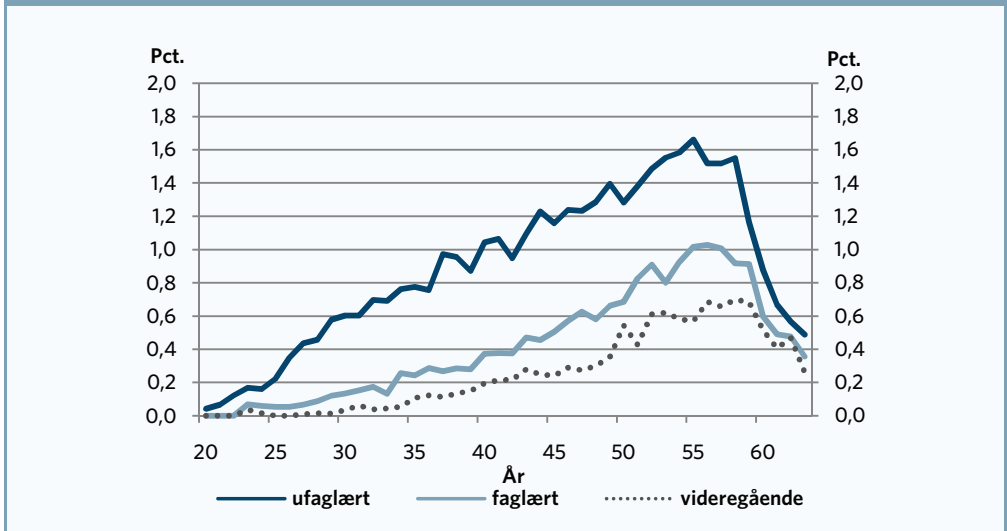
Tabel 1. Tabte potentielle arbejdsår opdelt på uddannelse

	Tabte år	Heraf fra tidlig død År	Heraf fra førtidspension
Uflaglærte	7,1	1,9	5,2
Faglærte	3,4	1,1	2,3
Videregående	2,1	0,7	1,4
I alt	4,3	1,3	3,0

Anm.: Det skal bemærkes, at antallet af potentielle arbejdsår er beregnet for en 30-årig frem til 63-års alderen. Der regnes således ikke helt frem til pensionsalderen. I beregningerne indgår også personer, der ikke har nogen erhvervs erfaring. Hvis personer uden erhvervs erfaring udelades af beregninger, reduceres det gennemsnitlige antal potentielle arbejdsår til fire år.

Kilde: AE på baggrund af IDA.

Figur 3. Risikoen for at overgå til førtidspension i løbet af 2006 fordelt på alder og uddannelse



Anm.: I beregningen indgår kun personer, der på et tidspunkt har været erhvervsaktive. Som det fremgår af figuren, falder tilgangsfrekvensen til førtidspension markant omkring 60 års alderen. Det skal ses i sammenhæng med, at mange i den alder har mulighed for at gå på efterløn i stedet.  
 Kilde: AE på baggrund af IDA.

midt i feltet med 3,4 potentielle tabte år, hvilket er mindre end det gennemsnitlige antal tabte arbejdsår for befolkningen som helhed. De store uddannelsesmæssige forskelle må forventes i høj grad at afspejle de helbredsmæssige forskelle, der er mellem uddannelsesgrupperne, som igen afspejler forskelle i arbejdsmiljø, livsstil, levevis mv. Der er således et stort potentiale for større beskæftigelse, hvis den sociale ulighed i sundhed reduceres og arbejdsmiljøet forbedres.

I tabel 1 er desuden vist, hvor stor en del af de tabte arbejdsår der kan henføres til risikoen for tidlig død eller førtidspension. Det fremgår blandt andet, at af de 4,3 tabte arbejdsår for befolkningens

gens som gennemsnit kan de 3,0 år henføres til risikoen for førtidspension, mens 1,3 år skyldes tidlig død. Hovedparten af de tabte arbejdsår skyldes således tidlig tilbagetrækning i kraft af førtidspensionering. Det er i særlig grad tilfældet for de uaglærte, hvor førtidspension isoleret set indebærer et tab på 5,2 år.

For at give en indikation af, hvor meget uaglærtes (og til dels faglærtes) relativt høje dødelighed og førtidspensionsrisiko betyder for den potentielle beskæftigelse, er i tabel 2 vist, hvor meget beskæftigelsen på langt sigt vil kunne øges, hvis disse grupper havde samme risiko som personer med en videregående uddannelse. Som det

Tabel 2. Potentiel stigning i beskæftigelsen

	I alt	Tidlig død 1.000 pers.	Førtidspension
Uaglærte	79,0	19,0	60,0
Faglærte	27,0	9,0	18,0
Videregående	0,0	0,0	0,0
I alt	106,0	27,0	78,0

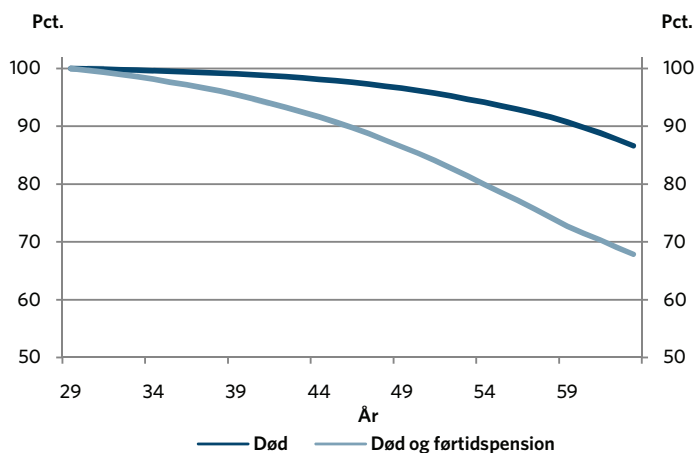
Anm.: Tabellen viser den potentielle stigning i beskæftigelsen på lang sigt (2050), hvis uaglærte og faglærte opnår samme risiko for førtidspensionering og tidlig død som personer med en videregående uddannelse. I beregningerne er det antaget, at befolkningensdannelsefordeling på lang sigt svarer til Undervisningsministeriets uddannelsesprofil fra 2006.

Kilde: AE på baggrund af IDA, Undervisningsministeriets uddannelsesprofil 2006 samt Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning 2008.

### Boks 1. Beregning af antal tabte potentielle arbejdsår

Beregningen af antallet af tabte arbejdsår for forskellige befolkningsgrupper er beregnet ved at udregne overlevelseskurver for den pågældende befolkningsgruppe med udgangspunkt i gruppens aldersfordelte risiko for førtidspension og død. Konkret tages der udgangspunkt i overlevelseskurven for en 30-årig frem til 63-årsalderen - dvs. en periode på 34 år. Bidraget fra dødsrisikoen findes ved for den pågældende befolkningsgruppe at beregne overlevelseskurven på baggrund af de aldersfordelte dødeligheder. Det forventede tab af antallet af potentielle arbejdsår beregnes da som arealet over denne overlevelseskurve - jf. figur B1. Ved beregning af, hvor mange år der går tabt som følge af risikoen for førtidspension, dannes en overlevelseskurve, hvor såvel risikoen for død samt førtidspensionsrisikoen indgår. Arealet mellem denne overlevelseskurve og overlevelseskurven beregnet på baggrund af dødelighederne er da et udtryk for, hvor mange år, der tabes som følge af førtidspensionsrisikoen.

Figur B1. Illustration af beregning af tabte arbejdsår



Kilde: AE på baggrund af IDA.

fremgår, er dette beskæftigelsespotentiale i størrelsesordenen 106.000 personer på længere sigt. Beskæftigelsespotentialet er i nogen grad under vurderet, da det kun er beregnet frem til 63-årsalderen.

Der er således et stort potentiale for at øge beskæftigelsen ved at reducere overdødeligheden og den høje tilgang til førtidspension for ufaglærte og faglærte. Det skal dog understreges, at det næppe er realistisk, at risikoen for ufaglærte og faglærte kommer helt ned på niveau med risikoen for personer med en videregående uddannelse.

Realiseringen af (dele af) dette beskæftigelsespotentiale kræver, at arbejdsmiljøet på virksomhederne forbedres, så risikoen for nedslidning og ud-

brændthed reduceres i forhold til i dag. Derudover vil ændret livsstil i form af mindre rygning, mere motion og sundere kost kunne bidrage til at reducere risikoen for tidlig tilbagetrækning og tidlig død. Disse to risikofaktorer (dårligt arbejdsmiljø og usund levevis) kan imidlertid ikke ses isoleret. Det skyldes, at et dårligt fysisk eller psykisk arbejdsmiljø kan være medvirkende til, at den enkelte ikke har et tilstrækkeligt mentalt overskud til at leve et sundt og aktivt liv og i højere grad falder for fristelsen til at springe den daglige motion over og/eller, at den enkelte kompenserer for den belastende arbejdsdag ved for eksempel rygning.

Udover at forbedret sundhed og bedre arbejdsmiljø vil kunne reducere dødeligheden og tilgangen til førtidspension, ville en forbedret sund-

hødestilstand mere generelt bidrage til lavere sygefravær mv. og dermed give et større arbejdsudbud målt i timer.

På tværs af a-kasserne er der ligeledes store forskelle på antallet af tabte arbejdsår som følge af førtidig tilbagetrækning og tidlig død. Det fremgår af tabel 3, der viser, at indenfor LO-området er antallet af tabte leveår på 3,2 år i gennemsnit, mens Akademikere og Ledere i gennemsnit mister henholdsvis 1,0 og 1,1 år. Disse forskelle hænger naturligvis tæt sammen med de uddannelsesforskelle, der er dokumenteret ovenfor.

For de ikke-forsikrede i job er det gennemsnitlige antal tabte leveår på 6,1 år – dvs. et noget større tab end for de forsikrede set under ét. De ikke-forsikrede i job er imidlertid en meget uensartet gruppe, som både består af en gruppe med lav uddannelse, der har forholdsvis stor risiko for ledighed, marginalisering, førtidspensionering mv. Men blandt de ikke-forsikrede er der også en del højtuddannede, der har en så lille risiko for ledighed mv., at de vælger ikke at forsikre sig mod ledighed. Opdeles de ikke-forsikrede, der er i job, efter deres uddannelsesniveau, viser tabel 3, at for de ikke-forsikrede med en videregående uddannelse er tabet af potentielle arbejdsår som følge af førtidig tilbagetrækning og tidlig død kun på 2,2 år, mens det tilsvarende tal for andre ikke-forsikrede

er på 7,8 år, hvilket viser, at der er tale om en meget uensartet gruppe.

Den gruppe, der har det største tab af potentielle arbejdsår, er personer, der ikke er i job, idet tabet for denne gruppe er på 13,4 år. Det skyldes, at personer uden beskæftigelse (i den erhvervsaktive alder) typisk har større sandsynlighed for førtidspensionering eller tidlig død, end tilfældet er for personer i job, på grund af dårligere helbred mv. Det kan umiddelbart virke mærkeligt, at der beregnes tabte potentielle arbejdsår for dem, der ikke er i arbejde. Her er det imidlertid væsentligt at hæfte sig ved, at der er tale om et potentielt tab, som udelukkende beskriver, hvor mange år der i gennemsnit går tabt som følge af førtidig tilbagetrækning (førtidspension) samt tidlig død.

For LO-området som helhed er antallet af tabte potentielle arbejdsår som nævnt 3,2 år. Det dækker imidlertid over en vis variation mellem hovedforbundene under LO, som det fremgår af tabel 4. For eksempel er antal tabte år "kun" henholdsvis 2,1 år og 2,5 år inden for HK og Metals a-kasse, mens tabet for 3F og FOA er henholdsvis 4,5 år og 3,2 år. Som det fremgår af tabellen, er hovedforklaringen på disse forskelle, at især risikoen for førtidspensionering varierer forholdsvis meget indenfor LO-området.

**Tabel 3. Tabte potentielle arbejdsår opdelt på a-kasse**

	Tabte år	Heraf fra tidlig død	Heraf fra førtidspension
		År	
<b>Forsikrede</b>	<b>2,5</b>	<b>0,8</b>	<b>1,7</b>
- LO	3,2	0,9	2,3
- FTF	1,6	0,6	1,0
- Akademikere	1,0	0,6	0,4
- Ledere	1,1	0,6	0,5
- Udenfor hovedorg.	2,7	0,9	1,8
- Selvstændige	1,8	0,7	1,1
<b>Ikke forsikrede i job</b>	<b>6,1</b>	<b>1,0</b>	<b>5,1</b>
- Ufaglærte/faglærte	7,8	1,2	6,6
- Videregående udd.	2,2	0,6	1,6
<b>Ikke i beskæftigelse</b>	<b>13,4</b>	<b>4,5</b>	<b>8,9</b>
<b>I alt</b>	<b>4,3</b>	<b>1,3</b>	<b>3,0</b>

Kilde: AE på baggrund af IDA.

**Tabel 4. Tabte potentielle arbejdsår fordelt på udvalgte forbund indenfor LO**

	Tabte år	Heraf fra	Heraf fra
		tidlig død	førtidspension
		År	
LO	3,2	0,9	2,3
- 3F	4,5	1,3	3,2
- FOA	3,2	0,7	2,5
- TIB	3,1	0,9	2,1
- Metal	2,5	1,1	1,4
- SL	2,4	0,6	1,8
- HK	2,1	0,6	1,5

Anm.: Det forholdsvis lave bidrag fra "tidlig død" for FOAs og Socialpædagogernes a-kasse skal ses i sammenhæng med, at kvinder udgør en forholdsvis stor andel i disse a-kasser, og at kvinder overordnet set har lavere dødelighed end mænd.

Kilde: AE på baggrund af IDA.

### Tilbetræknings og erhverv

For de beskæftigede er risikoen for førtidspensionering og tidlig død også meget afhængig af, hvilket erhverv den enkelte er beskæftiget i. Beregningsmetoden der er anvendt ovenfor, er imidlertid ikke hensigtsmæssig, når risikoen for førtidspensionering og død skal belyses på et detaljeret brancheniveau. I dette afsnit er derfor valgt at belyse de erhvervsmæssige forskelle ud fra, hvilke brancher der har den største overrisiko,

idet der tages højde for forskelle i aldersfordelingen mellem erhvervene.

I tabel 5 er vist de erhverv, hvor de ansatte har den største risiko for at overgå til førtidspension. Konkret viser tabellen den overrisiko, der er i de enkelte erhverv i forhold til gennemsnittet for alle beskæftigede. Som det fremgår, er det ansatte i rengøringsbranchen, der har den højeste overrisiko for førtidspensionering. I forhold til risikoen

**Tabel 5. Erhverv med størst risiko for førtidspensionering**

Branche	Overrisiko i procent
Rengøringsvirksomhed	126,0
Fiskeri	118,0
Restauranter	116,0
Institutioner for voksne (primært ældrepleje)	92,0
Bagerier	89,0
Taxi- og turistvognmænd	88,0
Specialforretninger med fødevarer	81,0
Hoteller	71,0
Dagbladvirksomhed	67,0
Reparation af husholdningsapparater	60,0
Detailh. fra øvrige specialforretninger	59,0
Ejendomsudlejning	47,0
Reklame og markedsføring	43,0
Gartnerier	39,0
Supermarkeder og kolonialhandel	35,0

Anm.: I beregningen af risikoen er der standardiseret for eventuelle erhvervsmæssige forskelle i aldersfordelingen. Danmarks Statistik 111-er hvervsgruppering er benyttet.

Kilde: AE på baggrund af IDA.

**Tabel 6. Erhverv med størst risiko for tidlig død**

Branche	Overrisiko i procent
Fiskeri	89,0
Tobaksindustri	84,0
Renovation	84,0
Taxi- og turistvognmænd	74,0
Anden bygge- og anlægsvirksomhed	57,0
Maskinstationer og anlægsgartnere	54,0
Fragtvognmænd og rørtransport	51,0
Vandforsyning	46,0
Murervirksomhed	45,0
Entrepreneurvirksomhed	43,0
Bygning af skibe og både	38,0
Ejendomsudlejning	38,0
Udvinning af grus og ler mv.	37,0
Restauranter	37,0
Rengøringsvirksomhed	35,0

Anm.: Se tabel 5.

Kilde: AE på baggrund af IDA.

set under ét bliver ansatte i rengøringsbranchen således førtidspensioneret mere end dobbelt så hyppigt. Ansatte på restauranter, i fiskerierhvervet og i ældreplejen har ligeledes en risiko for førtidspensionering, der er omtrent dobbelt så høj som den generelle risiko. Det billede, der tegner sig, når man kigger ned over listen, er, at mange af brancherne med høj førtidspensionsrisiko generelt er kendetegnet ved fysisk hårdt arbejde, som med stor sandsynlighed er medvirkende til den høje risiko for førtidspensionering. Livsstilmæssige forhold kan imidlertid også spille ind – som f.eks. ryge- og kostvaner, selvom disse forhold formentlig har større betydning for dødeligheden end for risikoen for førtidspensionering.

I tabel 6 er vist en tilsvarende oversigt over de erhverv, der har den højeste overdødelighed sammenlignet med dødeligheden generelt for beskæftigede. Som det fremgår, er dødeligheden indenfor fiskeriet næsten dobbelt så stor som for beskæftigede generelt. Derudover viser tabellen, at der er en vis grad af sammenfald i de erhverv, der har overrisiko for henholdsvis førtidspensionering og dødelighed. På begge top 15 lister optræder således fiskeri, rengøring, vognmænd og restauranter.

## Sundhed og erhverv

Dårligt helbred kan i de særligt alvorlige tilfælde vise sig ved førtidig tilbagetrækning eller tidlig død. I det foregående afsnit er de store erhvervsmæssige forskelle i disse risici belyst. Andre (mindre alvorlige) sundhedsindikatorer som antal lægebesøg, medicinforbrug mv. viser ligeledes store erhvervsmæssige forskelle.

I tabel 7 er vist de erhverv, hvor de ansatte trækker mest på sygesikringsydelse (læge, tandlæge mv.). Som det fremgår, er det gennemsnitlige træk på sygesikringsydelse indenfor børnepasning og ældrepleje ca. 30 procent højere end for beskæftigede generelt. Der er også andre store offentlige beskæftigelsesområder på listen – nemlig folkeskole og offentlig administration. Det skal bemærkes, at forskelle i kønssammensætningen mellem erhvervene påvirker resultaterne.

I tabel 8 er vist en tilsvarende liste over de erhverv, hvor de ansatte i gennemsnit forbruger mest medicin. Igen ses det, at centrale dele af den offentlige sektor optræder på listen. Som det fremgår, er det i erhvervet "Apoteker og materialister", hvor forbruget af receptpligtig medicin tilsyneladende er størst.

**Tabel 7. Erhverv hvor ansatte trækker mest på sygesikringsydelse**

Branche	Merforbrug i procent
Institutioner for voksne	32,7
Institutioner for børn og unge	31,3
Anden servicevirksomhed	24,8
Offentlig sektoradministration	24,4
Apoteker og materialister	21,2
Detailh. m. beklædning og fodtøj	18,1
Medicinalindustri	17,7
Generel offentlig administration	17,5
Advokatvirksomhed	16,9
Folkeskoler	13,5
Læger, tandlæger og dyrlæger	13,0
Forsikring	12,4
Beklædningsindustri	10,4
Organisationer og foreninger	10,4
Voksenundervisning	10,1

Anm.: Se tabel 5. Tal fra 2006.

Kilde: AE på baggrund af Lovmodellens datagrundlag.

Vurderet ud fra den offentlige debat er stress ved at blive et stigende helbredsmæssigt problem i befolkningen. Det skyldes formentlig en kombination af stigende arbejdstempo, høje krav til omstillingssparathed, højt aktivitetsniveau i fritiden mv. Som

en indikator for det psykiske helbred blandt de ansatte i forskellige brancher er i tabel 9 vist den erhvervsmæssige overrisiko for, at de ansatte har fået ordineret receptpligtig psykofarmaka og/eller antidepressiv medicin. Tabellen viser, at ansatte

**Tabel 8. Erhverv hvor ansatte køber mest receptpligtig medicin**

Branche	Merforbrug i procent
Apoteker og materialister	164,5
Læder- og fodtøjsindustri	106,5
Institutioner for voksne	93,1
Læger, tandlæger og dyrlæger	78,9
Institutioner for børn og unge	75,2
Detailh. m. beklædning og fodtøj	68,3
Anden servicevirksomhed	62,2
Hospitaler	61,3
Generel offentlig administration	55,1
Offentlig sektoradministration	53,6
Advokatvirksomhed	44,7
Varehuse og stormagasiner	35,0
Forsikring	33,4
Beklædningsindustri	29,3
Medicinalindustri	25,9

Anm.: Se tabel 5. Tal fra 2006.

Kilde: AE på baggrund af Lovmodellens datagrundlag.

**Table 9. Erhverv hvor flest af de ansatte køber psykofarmaka og antidepressiv medicin**

Branche	Merforbrug i procent
Institutioner for voksne	52,0
Detailh. m. beklædning og fodtøj	35,0
Læger, tandlæger og dyrlæger	26,0
Dagbladvirksomhed	25,0
Voksenundervisning	24,0
Institutioner for børn og unge	24,0
Apoteker og materialister	23,0
Rengøringsvirksomhed	22,0
Hospitaler	22,0
Anden forretningsservice	19,0
Offentlig sektoradministration	19,0
Generel offentlig administration	18,0
Restauranter	17,0
Organisationer og foreninger	15,0
Læder- og fodtøjsindustri	14,0

Anm.: Se tabel 5. Tal fra 2006.

Kilde: AE på baggrund af Lovmodellens datagrundlag.

på institutioner for voksne (primært ældreplejen) er den erhvervsgruppe, som har størst risiko for at tage psykofarmaka eller antidepressiv medicin. Konkret er risikoen i dette erhverv mere end 50 procent højere end blandt de beskæftigede generelt (15,2 procent af de ansatte mod 10,0 procent for beskæftigede under ét). En række andre af de store offentlige områder er ligeledes på top-15-listen over erhverv med højt forbrug af psykofarmaka og antidepressiv medicin. Det drejer sig om pasning af børn og unge, hospitaler samt offentlig administration.

For alle de helbredsindikatorer, der er undersøgt ovenfor, er der forholdsvis store erhvervs-mæssige forskelle. En af hovedforklaringerne på disse forskelle er forskelle i det psykiske og fysiske arbejdsmiljø – og der er derfor et stort sundhedsmæssigt (og dermed beskæftigelsesmæssigt) potentiale i at forbedre arbejdsmiljøet.

### Sundhedstilstand for forskellige befolkningsgrupper

I denne analyse er befolkningens sundhedstilstand belyst på baggrund af registeroplysninger om borgernes anvendelser af sygesikringsydelse, sygehusbenyttelse samt receptpligtig medicinforbrug. Anvendelsen af disse registre giver mulighed

for at belyse, hvor meget forskellige befolkningsgrupper trækker på disse sundhedsydelser fra det offentlige.

Den enkeltes sundhedstilstand kan naturligvis ikke belyses udtømmende ud fra disse oplysninger. Det skyldes blandt andet, at der er store individuelle forskelle i, hvor ofte man går til lægen og hvor meget medicin, man indtager – selv ved samme lidelse. Dertil kommer, at der kan være lidelser, som kun i begrænset omfang kræver lægelig ekspertise, men som kan være til stor gene for den enkelte.

På trods af disse forhold er det vurderingen, at den enkeltes træk på sundhedsrelaterede ydelser er en god indikator for den enkeltes helbredstilstand. På områder, hvor der er høj brugerbetaling, er denne sammenhæng imidlertid ikke oplagt, idet et lavt forbrug her kan skyldes økonomiske begrænsninger for den enkelte. Det er f.eks. tilfældet på tandlægeområdet.

På tilsvarende vis viser fordelinger over for eksempel antal lægebesøg og antal sengedage på sygehuse, at der er meget store forskelle i, hvor meget borgerne trækker på sundhedsvæsenet. For nærmere at belyse denne sundhedsmæssige

Tabel 10. Gennemsnitlig træk på offentlige sundhedsydelser fordelt på uddannelse

	Almen læge (Antal ydelser)	Speciallæge (Antal ydelser)	Tandlæge (Antal ydelser)	Antal sengedage	Ambulante besøg	Medicinudgifter (1.000 kr.)
Ufaglærte	11,6	1,7	3,4	1	1,0	2,4
Faglærte	9,7	1,6	3,9	1	0,9	1,7
KVU	8,3	1,7	4,0	1	0,8	1,5
MVU	9,3	2,0	4,0	1	1,0	1,6
LVU	6,6	1,9	3,7	0	0,8	1,5
<b>I alt</b>	<b>9,9</b>	<b>1,7</b>	<b>3,8</b>	<b>1</b>	<b>1,0</b>	<b>1,9</b>

Anm.: Tallene vedrører aldersgruppen 25-64-årige og er aldersstandardiseret indenfor denne gruppe. Tal for 2006.

Dog er tandlægeydelser baseret på data fra 2005.

Kilde: AE på baggrund af Lovmodellens datagrundlag.

ulighed ses i det følgende på forskellige befolkningsgruppers brug af sundhedsydelser.

### Uddannelse

Den sundhedsmæssige ulighed viser sig blandt andet, når man ser på, hvor mange ydelser den enkelte får udført hos den praktiserende læge i 2006. Som det fremgår af tabel 10, får ufaglærte i alderen 25-64 år i gennemsnit udført 11,6 ydelser pr. år, mens personer med en lang videregående uddannelse i samme aldersgruppe kun modtager 6,6 ydelser om året. I disse gennemsnitstal er der korrigeret for eventuelle forskelle i aldersfordelingen mellem de enkelte uddannelsesgrupper.

Ser man i stedet på det gennemsnitlige medicinforbrug, viser tabellen, at ufaglærte i gennemsnit indløser recepter for 2.400 kr. i 2006, mens udgiften for personer med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse er under 1.600 kr. Tilsvarende uddannelsesforskelle ses for antal sengedage på sygehuset og antal ambulante besøg.

Det eneste område, hvor ufaglærte i gennemsnit trækker mindst på de offentlige sundhedsydelser, er på tandlægeområdet, hvilket formentlig skal ses i sammenhæng med den høje grad af brugerbetaling på tandlægeområdet.

Den uddannelsesgruppe, der overordnet set trækker mindst på de offentlige sundhedsydelser, er personer med en lang videregående uddannelse. For eksempel er personer med en lang videregående uddannelse kun i gennemsnit indlagt 0,4 dage om året på sygehuset, mens det tilsvarende tal for ufaglærte er 0,7 dage.

### Socioøkonomisk

Opdeles de 25-64-årige på socioøkonomisk status, er det de beskæftigede, som trækker mindst på den offentlige service inden for sundhedsområdet. For eksempel modtager de beskæftigede i gennemsnit 8,4 ydelser om året hos den praktiserende læge, mens kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister i gennemsnit modtager henholdsvis 17,4 og 22,3 ydelser om året.

Førtidspensionister er generelt den gruppe, der har det største træk på sundhedsydelserne, hvilket naturligt hænger sammen med, at tildelingen af førtidspensionen sker på baggrund af arbejdsevnen og dermed helbredstilstanden.

Derudover er det værd at bemærke, at kontanthjælpsmodtagere også trækker forholdsvis meget på de offentlige sundhedsydelser. Sammenholdt med de beskæftigede er medicinforbruget blandt kontanthjælpsmodtagere således dobbelt så stort, og trækket på sygehusene er i størrelsesordenen 2-3 gange større end for de beskæftigede afhængig af, om man ser på antal sengedage eller antal ambulante besøg.

Denne oversygelighed blandt kontanthjælpsmodtagerne vidner om, at en ikke ubetydelig del af kontanthjælpsmodtagerne har helbredsmæssige problemer, som ikke umiddelbart gør dem i stand til at påtage sig et job. Derudover viser tabellen, at kontanthjælpsmodtagere går væsentligt mindre til tandlægen end beskæftigede, hvilket vidner om, at den høje brugerbetaling på tandlægeområdet rammer de dårligst stillede.

**Table 11. Gennemsnitlig træk på offentlige sundhedsydelser**

	Almen læge (Antal ydelser)	Speciallæge (Antal ydelser)	Tandlæge (Antal ydelser)	antal sengedage	Ambulante besøg	Medicinudgifter (1.000 kr.)
Beskæftiget	8,4	1,6	3,9	0,4	0,8	1,3
Ledig	11,2	2,0	3,3	0,4	1,0	1,5
Kontanthjælp	17,4	3,0	2,5	1,4	2,1	3
Førtidspension Udenfor arbejdsstyrken	22,3	2,3	3,8	1,9	2,1	9,8
I alt	9,9	1,7	3,8	0,6	1,0	1,9

Anm.: Tallene vedrører aldersgruppen 25-64-årige og er aldersstandardiseret indenfor denne gruppe. Tal for 2006, dog er tandlægeydelser baseret på data fra 2005.

Kilde: AE på baggrund af Lovmodellens datagrundlag.

### Etnicitet

Som der fremgår af tabel 12, er der en tendens til, at indvandrere fra ikke-vestlige lande hyppigere går til læge og speciallæge, end tilfældet er for etniske danskere. F.eks. modtager indvandrere fra ikke-vestlige lande i gennemsnit 2,8 ydelser hos en speciallæge, mens etniske danskere i gennemsnit modtager 1,6 ydelser om året. Tilsvarende har indvandrere fra ikke-vestlige lande flere ambulante besøg end etniske danskere.

Baggrunden for, at indvandrere fra ikke-vestlige lande trækker mere på en række sundhedsydelser end etniske danskere, kan være kulturelt betinget. Men det kan også skyldes, at en del af indvandrerne fra ikke-vestlige lande er flygtninge, som kan have nogle psykiske problemer som følge af de typisk meget ubehagelige oplevelser i oprindelseslandet.

Inden for tandlægeområdet trækker indvandrere fra ikke-vestlige lande derimod mindre på sundhedsvæsenet end etniske danskere. Mens danskere i gennemsnit modtager 3,8 tandlægeydelser om året, modtager indvandrere fra ikke-vestlige lande kun 2,3 tandlægeydelser om året. Hovedforklaringen på, at tandlægeområdet (etnisk set) adskiller sig fra de øvrige sundhedsområder, er formentlig den høje grad af brugerbetaling på tandlægeområdet, som formentlig får mange i lavindkomstgruppen (hvor mange indvandrere befinder sig) til at fravælge/underprioritere tandlægebesøg sammenholdt med andre grupper.

Indvandrere fra vestlige lande synes overordnet at trække mindst på de offentlige sundhedsydelser. Indvandrere fra vestlige lande modtager forholdsmæssigt få ydelser hos den praktiserende læge, de har færre sengedage og ambulante besøg, og samtidigt bruger de færrest penge på medicin.

**Table 12. Gennemsnitlig træk på offentlige sundhedsydelser fordelt på etnicitet**

	Almen læge (Antal ydelser)	Speciallæge (Antal ydelser)	Tandlæge (Antal ydelser)	antal sengedage	Ambulante besøg	Medicinudgifter (1.000 kr.)
Etniske danskere	9,9	1,6	3,8	0,6	1,0	1,9
Vestlige lande	8	1,7	3,1	0,5	0,8	1,5
Ikke vestlige lande	12,3	2,8	2,3	0,6	1,2	1,9
Efterkommere	9,7	2,1	3,5	0,7	0,9	2,1
I alt	9,9	1,7	3,8	0,6	1,0	1,9

Anm.: Tallene vedrører aldersgruppen 25-64-årige og er aldersstandardiseret indenfor denne gruppe. Tal for 2006, dog er tandlægeydelser baseret på data fra 2005.

Kilde: AE på baggrund af Lovmodellens datagrundlag.