

Sociale forskelle i københavnernes forventede levetid med godt helbred

Seniorforsker Henrik Brønnum-Hansen, epidemiolog Kim Møesgaard Iburg, kontorchef Otto Andersen, seniorforsker Inge Lissau, embedslæge Henrik Sælan & forskningskonsulent Niels Kristian Rasmussen

Statens Institut for Folkesundhed, World Health Organization, Regional Office for Europe, København, Danmarks Statistik, og Embedslægeinstitutionen for Københavns og Frederiksberg Kommuner

Resumé

Introduktion: Forventet levetid med godt helbred udgør en del af den forventede restlevetid og varierer mellem befolkningsgrupper. Formålet med undersøgelsen var at sammenligne forventet restlevetid og forventet levetid i forskellige helbredstilstande mellem københavnere opdelt i tre uddannelsesniveauer.

Materiale og metoder: Oplysninger om uddannelse og helbred fra Københavns Sundhedsprofil 2000 blev kombineret med uddannelsesspecifikke dødelighedstavler for København, og den forventede levetid i forskellige helbredstilstande blev beregnet ved hjælp af Sullivans metode.

Resultater: Den forventede restlevetid var 7,4 år længere for 30-årige mænd med højt uddannelsesniveau end for mænd med lavt uddannelsesniveau. I forhold til den samlede forventede restlevetid udgjorde andelen af forventet levetid med selv vurderet godt helbred 56,8%, 67,4% og 72,6% for 30-årige mænd med henholdsvis lavt, mellem og højt uddannelsesniveau. Blandt 30-årige kvinder var forskellen i forventet restlevetid 4,8 år mellem dem med lavt og højt uddannelsesniveau og andelen af forventet levetid med selv vurderet godt helbred var henholdsvis 55,1% og 72,0%. Forventet levetid uden langvarig sygdom øgedes med stigende uddannelsesniveau, dog i mindre grad for kvinder end for mænd, mens forventet levetid med langvarig sygdom kun varierede lidt med uddannelsesniveau.

Diskussion: Københavnerens uddannelsesniveau har en tydelig sammenhæng med deres forventede restlevetid, og endnu mere med den tid de kan forvente at leve med godt helbred.

Forventet restlevetid for en befolkningsgruppe kan opdeles i forventet levetid med eller uden helbredsproblemer ved at kombinere oplysninger om det aktuelle helbred med dødeligheden for den samme befolkningsgruppe. Sammenholdes forventet restlevetid og forventet levetid med godt helbred defineres en helbredsindikator, som beskriver den helbredsmæssige kvalitet af den forventede restlevetid. Indikatoren kan anvendes til sammenligninger af helbredstilstanden mellem

befolkningsgrupper, f.eks. grupper med forskellig social baggrund.

Sociale forskelle i dødelighed er dokumenteret i mange undersøgelser i flere lande, bl.a. Danmark [1]. En ny undersøgelse baseret på data fra »Sundhed & sygelighed i Danmark 2000« og dødelighedsdata fra Danmarks Statistik viste store sociale forskelle i forventet levetid med godt helbred [2]. I København er middellevetiden for mænd ca. fire år kortere end for alle danske mænd. For kvinder er forskellen knap tre år. »Københavns Sundhedsprofil 2000« [3] indeholder data som kombineret med Danmarks Statistiks dødelighedsdata for København muliggør sammenligninger af den helbredsmæssige kvalitet af den forventede restlevetid blandt københavnere fordelt efter uddannelsesniveau.

Materiale og metoder

Spørgeskemaundersøgelsen »Københavns Sundhedsprofil 2000« er tidligere beskrevet [3]. I vores undersøgelse blev fem svarmuligheder til spørgsmålet: »Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?« slået sammen til to kategorier: »god« og »nogenlunde eller dårlig«. Langvarig sygdom blev belyst ved spørgsmålet: »Har du nogen langvarig sygdom, eftervirkning af skade eller anden langvarig lidelse?« Med langvarig menes mindst ½ år. Der blev desuden stillet spørgsmål om skole- og erhvervsuddannelse.

Dødelighedstavler for København i perioden 1996-2000 blev konstrueret for hvert af tre uddannelsesniveauer via registerkobling i Danmarks Statistik. Da uddannelsesoplysninger ikke var tilgængelig for personer over 75 antog vi, at alle uddannelsesgrupperne havde samme dødsrater efter denne alder.

Uddannelse blev inddelt i tre niveauer: Lavt: højest ti års skolegang og ikke mere end et års erhvervsuddannelse (specialarbejderuddannelse eller efg-basisår). Mellem: enten højest ti års skolegang og en lærlinge-, efg- eller handelsgymnasium-uddannelse eller en studenter/højere forberedelseseksamen, men ingen højere uddannelse. Højt: kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse. Uddannelsesoplysningerne var tilgængelige i såvel spørgeskemaundersøgelsens data som i Danmarks Statistiks register undtagen for personer over 75 år. I spørgeskemaundersøgelsen kunne uddannelsesniveauet for 1,5% ikke klassificeres på grund af manglende eller utilstrækkelige oplysninger. I Danmarks Statistiks register var oplysningerne utilstrækkelige for ca. 5% københavnere mellem 30 og 75 år. Forventet levetid med eller uden helbredsproblemer blev for 30-årige beregnet ud fra den antagelse, at de fleste har afsluttet deres uddannelse ved den alder.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

For hver uddannelsesgruppe og hvert køn blev forventet levetid med godt og dårligt helbred beregnet ved hjælp af Sullivans metode [4, 5].

Resultater

Tabel 1 viser forventet restlevetid, forventet levetid med selvurderet godt og selvurderet nogenlunde eller dårligt helbred og andelen af forventet levetid med selvurderet godt helbred for 30-årige københavnere. Forventet restlevetid for mænd var 41,6 år, hvoraf 27,7 år kunne forventes at være med selvurderet godt helbred, svarende til 66,5% af restlevetiden, og 13,9 år med nogenlunde eller dårligt helbred (Tabel 1). Forventet restlevetid for en mand med et højt uddannelsesniveau var 46,2 år, hvoraf han kunne forvente at leve 33,5 år med godt helbred (72,6%) og 12,7 år med nogenlunde eller dårligt helbred. Hvis uddannelsesniveaet var lavt blev den forventede restlevetid reduceret til 38,8 år, hvoraf 22,0 år var forventet levetid med godt helbred (56,8%) og 16,8 år var forventet

levetid med nogenlunde eller dårligt helbred. Også for kvinder var der en væsentlig forskel mellem uddannelsesgrupper i forventet restlevetid og forventet levetid med godt/nogenlunde eller dårligt helbred.

En 30-årig københavnsk mand kunne forvente at leve 24,4 år uden langvarig sygdom, svarende til 58,7% af hans restlevetid (**Tabel 2**). Gevinsten i forventet restlevetid, som følger dem med et højt uddannelsesniveau, var primært leveår uden langvarig sygdom. For kvinder derimod var den længere forventede restlevetid med stigende uddannelsesniveau mere ligeligt fordelt som levetid med og levetid uden langvarig sygdom. Således var der ingen forskel på de tre uddannelsesgrupper i andelen af forventet levetid uden langvarig sygdom (Tabel 2).

Diskussion

En tilsvarende undersøgelse for hele Danmark baseret på den nationale sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2000 vi-

Tabel 1. Forventet restlevetid, forventet levetid med selvurderet godt og selvurderet nogenlunde eller dårligt helbred og andel levetid med selvurderet godt helbred hos 30-årige københavnere i 2000, opdelt på uddannelsesniveau.

Uddannelsesniveau	Forventet restlevetid år	Forventet levetid med selvurderet godt helbred		Forventet levetid med selvurderet nogenlunde eller dårligt helbred		Andel levetid med selvurderet godt helbred	
		år	95% CI	år	95% CI	%	95% CI
<i>Mænd</i>							
Højt	46,2	33,5	31,8-35,3	12,7	11,0-14,4	72,6	68,9-76,3
Mellem	42,3	28,5	27,1-30,0	13,8	12,4-15,3	67,4	63,9-70,8
Lavt	38,8	22,0	20,3-23,7	16,8	15,0-18,5	56,8	52,3-61,3
Alle mænd ^a	41,6	27,7	26,8-28,5	13,9	13,1-14,8	66,5	64,3-68,6
<i>Kvinder</i>							
Højt	50,6	36,4	34,9-37,8	14,2	12,7-15,7	72,0	69,0-74,9
Mellem	48,9	31,1	29,1-33,1	17,8	15,8-19,8	63,7	59,6-67,7
Lavt	45,8	25,3	23,6-26,9	20,6	18,9-22,3	55,1	51,4-58,8
Alle kvinder ^a	47,8	30,9	30,0-31,8	16,9	16,0-17,7	64,7	62,9-66,6

a) Inkluderer personer med utilstrækkelige eller manglende oplysninger om uddannelse.

Tabel 2. Forventet restlevetid, forventet levetid uden og med langvarig sygdom og andel levetid uden langvarig sygdom hos 30-årige københavnere i 2000, opdelt på uddannelsesniveau.

Uddannelsesniveau	Forventet restlevetid år	Forventet levetid uden langvarig sygdom		Forventet levetid med langvarig sygdom		Andel levetid uden langvarig sygdom	
		år	95% CI	år	95% CI	%	95% CI
<i>Mænd</i>							
Højt	46,2	28,5	26,7-30,2	17,8	16,0-19,5	61,6	57,8-65,4
Mellem	42,3	23,9	22,3-25,5	18,4	16,9-20,0	56,4	52,7-60,2
Lavt	38,8	21,2	19,5-23,0	17,5	15,8-19,2	54,8	50,4-59,2
Alle mænd ^a	41,6	24,4	23,5-25,3	17,2	16,3-18,1	58,7	56,4-60,9
<i>Kvinder</i>							
Højt	50,6	27,9	26,3-29,4	22,7	21,1-24,2	55,2	52,1-58,2
Mellem	48,9	26,1	24,0-28,1	22,8	20,8-24,9	53,3	49,2-57,5
Lavt	45,8	25,5	23,8-27,2	20,3	18,6-22,0	55,6	51,9-59,3
Alle kvinder ^a	47,8	26,7	25,8-27,7	21,0	20,1-22,0	56,0	54,0-57,9

a) Inkluderer personer med utilstrækkelige eller manglende oplysninger om uddannelse.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

ste, at andelen af forventet levetid med selvvrurderet godt helbred var 82,3% og 80,5% for højt uddannede mænd og kvinder [2]. For lavt uddannede var andelen 67,7% henholdsvis 62,5%. I alle grupper var andelen af forventet levetid med selvvrurderet godt helbred højere end den, vi fandt for København, men forskellen på uddannelsesgrupperne i forventet levetid med selvvrurderet godt helbred var af samme størrelsesorden i de to undersøgelser. Forskellene er beskedne, når andelen af forventet levetid uden langvarig sygdom bliver sammenlignet i de to undersøgelser, og forskellen mellem uddannelsesgrupperne var mindre for københavnske kvinder end for danske kvinder generelt. De to undersøgelser adskiller sig ved, at Københavns Sundhedsprofil 2000 var baseret på et selvadministreret spørgeskema og havde en relativt lav opnåelsesprocent på 57,5, mens den nationale sundheds- og sygelighedsundersøgelse 2000 var en interviewundersøgelse og havde en opnåelsesprocent på 74,2. På den baggrund bør man være forsigtig med at gøre detaljerede sammenligninger mellem København og Danmark, selv om data i de to undersøgelser blev indsamlet i samme periode og de benyttede spørgsmål og uddannelsesniveauer var ens.

En svaghed ved vores undersøgelse er det store antal ikke-deltagere (42,5%). Det har vist sig, at resultater fra de fleste studier, hvori man har vurderet forskellen mellem helbredstilstand blandt deltagere og ikkedeltagere tyder på, at personer med dårligt helbred er mere tilbøjelige til ikke at deltage end personer med godt helbred. Hvis forskellen i helbred mellem højtuddannede og lavtuddannede fordeler sig på samme måde blandt ikkedeltagere som blandt deltagere, vil det betyde, at forskelle i forventet levetid med godt helbred mellem uddannelsesgrupperne bliver undervurderet. Vores undersøgelse har den styrke, at dødelighedstallene for hvert uddannelsesniveau er beregnet på eksakte data for alle københavnske indbyggere yngre end 75, og at data er etableret via kobling af nationale registre. Beregningerne er baseret på dødelighedserfaringerne i perioden 1996-2000, hvor uddannelsesoplysninger om personer over 75 ikke var tilgængelige. Denne begrænsning i Danmarks Statistiks systematiske dataindsamling er ikke et spørgsmål om bortfald eller ikkebesvarelse og giver næppe anledning til bias af nævneværdig betydning. Antagelsen om ens dødsrater i uddannelsesgrupperne efter 75 år vil snarere underestimere end overestimere forskelle i restlevetid og kun have en ubetydelig effekt på beregningerne af forventet levetid med/uden godt helbred for 30-årige. Oplysninger om uddannelse var utilstrækkelig eller manglede helt for nogle personer under 75 i Danmarks Statistiks registre. Dette gjaldt for 5% af de københavnske mænd, og denne gruppe havde en højere dødelighed end mænd med tilstrækkelige uddannelsesoplysninger. I tabellerne indgår denne gruppe i rækken Alle, hvorfor den forventede restlevetid for alle 30-årige mænd er lavere end det vægtede gennemsnit af de tre uddannelsesniveaues forventede restlevetider. Dette er forklaringen på det umiddelbart inkonsistente resul-

tat, at forventet levetid med langvarig sygdom var lavere for alle 30-årige mænd end for hver af de tre uddannelsesgrupper (Tabel 2).

Konklusion

Vi fandt en tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forventet restlevetid for københavnere og en endnu stærkere sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forventet levetid med selvvrurderet godt helbred. Således blev den forventede levetid med selvvrurderet godt helbred øget og den forventede levetid med selvvrurderet nogenlunde eller dårligt helbred reduceret med stigende uddannelsesniveau. Også den forventede levetid uden langvarig sygdom blev øget med stigende uddannelsesniveau, om end den forventede levetid med langvarig sygdom ikke afveg meget mellem uddannelsesniveauerne.

Korrespondance: *Henrik Brønnum-Hansen*, Statens Institut for Folkesundhed, DK-1399 København K. E-mail: hbh@niph.dk

Antaget: 8. juni 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Undersøgelsen er støttet af Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommune og Embedslægeinstitutionen for Københavns og Frederiksberg Kommuner.

Litteratur

1. Ingerslev O, Madsen M, Andersen O. Sociale forskelle i dødeligheden i Danmark. Rapport nr. 3. København: Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg, 1994.
2. Brønnum-Hansen H, Andersen O, Kjeller M et al. Social gradient in life expectancy and health expectancy in Denmark. *Soz Praventiv Med* 2004;49: 36-41.
3. Lissau I, Thoning H, Poulsen J et al. Københavns Sundhedsprofil 2000. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2001.
4. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *Health Rep* 1971;86: 347-54.
5. Jagger C, Hauet E, Brouard N. Health expectancy calculation by the Sullivan method: a practical guide. Leicester, Paris: EURO-REVES, 2001;29. Paper no. 408.