

Forord.

Du sidder nu med et af de første specialer som er udarbejdet på Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde ved Aalborg Universitet. Som specialestuderende har jeg arbejdet alene med en større skriftlig opgave for første gang i min studietid. Resultatet af dette er blevet et speciale som måske bærer præg af, at der ikke har været så mange at diskutere med, hvorfor jeg ofte har fået min vilje.

Specialeskrivningsprocessen har for mig været en lang, spændende vandring i forskellig litteratur med et fagligt udbytte, jeg har svært ved at fastsætte værdien af. Jeg valgte et emne og en fremgangsmetode, som jeg vidste kunne fastholde mig i arbejdet med specialet, idet processen rent socialt ikke har budt på så meget. Nogle gange har jeg virkelig savnet en sparringspartner, som kunne tænke alle tankerne igennem sammen med mig.

Derimod har jeg aldrig arbejdet med et emne, som har interesseret mig mere. Jeg har endelig fået mulighed for at benytte mine redskaber fra min samfundsøkonomiske bachelor til at analysere et område, der ellers traditionelt set er mest fokus på inden for den sociologiske videnskab. Det har været en stor tilfredsstillelse for mig at opleve, at mine to fag er gået op i en højere enhed.

Derfor er det dejligt nu endelig at have sat det sidste punktum i specialet, og jeg glæder mig til at se, hvor jeg nu skal hen. Her i forordet vil jeg gerne takke min vejleder Lisbeth B. Knudsen for godt samarbejde, min familie for tålmodighed, støtte og fleksibilitet, Michael Falk Hvidbjerg fra Region Nordjylland for samarbejdet omkring data samt mine gamle medstuderende fra Cand. Oecon studiet for kritisk gennemlæsning og feedback på specialets sidste del. En stor tak skal også lyde til min svigerinde Tinne Bertelsen for professionel korrekturlæsningen og Vivi Søndergaard for sproglig sparring vedr. den engelske abstract. Uden alle disse personers hjælp var dette speciale ikke blevet færdigt.

God fornøjelse med læsningen.

Louise Kjærsgaard

Indholdsfortegnelse

Abstract	4
Problemstilling	6
De første belysninger af den sociale ulighed i sundhed	6
Begrebsafklaring	8
<i>Sundhedsbegrebet</i>	8
<i>Lighedsbegrebet</i>	11
<i>Social ulighed i sundhed</i>	13
Sundhedsloven anno 2007	14
Problemformulering	16
Fremgangsmåde og projektdesign	18
Videnskabsteoretiske overvejelser	19
<i>Positivismens svar på hvad god forskning er</i>	19
<i>Positivismen suppleres med en subjektiv sygdomsopfattelse</i>	22
<i>Metodologisk individualisme og metodologisk kollektivism</i>	23
<i>Denne opgaves model</i>	26
<i>Opsamling</i>	27
Metode til litteratursøgning	28
<i>Opsamling</i>	31
1. del Litteraturvandring	32
Middellevetidsudvalget	32
<i>Eksempel på inddragelse af en teori: Antonovsky's OAS og selvvurderet helbred</i>	37
<i>Opsamling</i>	38
Det Nationale Råd for Folkesundhed	39
<i>Opsamling</i>	40
Sundhedsstyrelsen	41
<i>Projekt "Lighed i sundhed" -udgivelserne</i>	41
<i>Opsamling</i>	44
<i>Udgivelser med fokus på risikofaktorer</i>	45
<i>Opsamling</i>	48
<i>Udgivelser med fokus på videnskab, evidens og forebyggelse</i>	48
<i>Opsamling</i>	50
Opsamling på hele afsnittet om sundhedsstyrelsens udgivelser	51
Huset Mandag Morgen "Er sundhed et personligt valg?"	52
<i>Opsamling</i>	54
Bogen: "Ulighed i Børn og unges sundhed"	56
<i>Opsamling</i>	61
Arbejderbevægelses Erhvervsråd "Fordeling og levevilkår 2007"	62
<i>Udregning af økonomisk ulighed</i>	62

<i>Lorenzkurve udarbejdet på baggrund af tabel 5</i>	66
<i>Opsamling</i>	68
Sundhedsøkonomisk forskning i ulighed i sundhed	69
<i>Ren ulighed i dødelighed</i>	71
<i>Socioøkonomisk ulighed i dødelighed og socioøkonomisk ulighed i selvvrderet helbred</i> ..	71
<i>Opsamling</i>	75
Konklusion på 1.del	76
Skema over de forskellige udgivers mål og metoder	76
2. del Empirisk afprøvning af den sundhedsøkonomiske metode.	80
Datajagt	80
Beskrivelse af data.....	81
Resultater.	84
Sammenligning af koncentrationskurverne figur 13 og figur 17.....	89
Diskussion af metodens brugbarhed til evaluering af kortsigtede projekter	92
Samlet konklusion på 1. del og 2. del	94
Litteraturliste	96
Bilag	102
<i>Bilag 1: Sundhedsloven, Lov nr. 546 af 24. juni 2005, Afsnit IX, kapitel 34- 36</i>	102
<i>Bilag 2: "Vi skal vende uligheden i sundhed" af Aalborg Kommunens Rådmand for "Forvaltning for Sundhed og Bæredygtig Udvikling", Thomas Kastrup Larsen.</i>	103
<i>Bilag 3: Oversigt over udgivelser fra Middellevetidsudvalget</i>	105
<i>Bilag 4: Oversigt over udgivelser fra Det Nationale Råd for Folkesundhed</i>	106
<i>Bilag 5: "Døden er blevet hængende" af Pernille Stensgaard 2005 i Weekendavisen</i>	107
<i>Bilag 6: Projekt "Lighed i Sundhed" modelkommuner og projektbeskrivelser.</i>	111
<i>Bilag 7: Udregninger til Lorenzkurve for gennemsnitligt træk på almen læge, AE 2007.</i> .	112
<i>Bilag 8: Krydstabel fra SAS</i>	113
<i>Bilag 9: Simple udregning af koncentrationskurver og koncentrationsindex</i>	150
<i>Bilag 10: Udregninger til Lorenzkurve for Region Nordjylland</i>	152

Abstract

Project title: Social inequality in health - measurements and methods of measurements.

The Danish Health Act which came into force on January 1, 2007 demands that the municipalities in Denmark are responsible for preventative sanitary measures and health promotion of which the levelling of the social inequality in health has become an eminent goal in many municipalities. In the light of this Act, earlier studies of social inequality in health are reviewed for the purpose of finding a quantitative measurement usable for the municipalities when preventative projects are being evaluated. This project paper is an attempt to answer these two questions:

1) *Which measurements and methods of measurement are suitable for the description of the level of inequality in health?*

and

2) *Which of these measurements and methods of measurement are suitable for the evaluation of the short-term efforts to levelling the inequality in health?*

The first part of the project paper reviews earlier publicized works on social inequality in health. Many of the studies do not measure inequality in health quantitatively, which is why there is no representation of the size of inequality or the extent of it. Also, the studies that measure the extent of the inequality use measurements that relate to “mortality”, which means the aim becomes long-termed and in substantial in connection to the evaluation of projects with children as the target group for instance. The first part of the project concludes that the health-economic methods, which measure “health” composed with a social indicator and which mark accumulative values for these elements into a Lorenz-diagram, are very useful in the work with short-termed projects on social inequality in health.

The second part of the project paper attempts to utilize the health-economic method for measurement of social inequality in health. For this part of the project, the data is provided by North Denmark Region. The data includes self-assessed health and income. The method is

applied with these data in order to determine whether or not the method is serviceable for municipalities in the attempt to measure if a levelling has occurred in the inequality in health. This test finds the method very useful, but also emphasizes a need for supplements to the method with more qualitative measurements as a result of the complexity of the area. The empirical examination also concludes that the available data and the method of approach are very determinative for the outcome of the analyses.

Problemstilling

De første belysninger af den sociale ulighed i sundhed.

Da jeg skulle vælge specialeemne, stod det klart for mig, at jeg ville arbejde med et af de emner, som interesserer mig mest, nemlig emnet social ulighed i sundhed. Jeg er ofte blevet fanget af debatter om emnet, men jeg er også ofte blevet provokeret af de forskellige måder, som emnet er blevet fremstillet på og argumenteret for. Emnet kan siges at høre til faget ”Social Policy”, som man undervises i på kandidatuddannelsens 1. semester, men emnet er også interessant ud fra en betragtning af, at den sociale ulighed i sundhed er et socialt problem og dermed et genstandsfelt for socialt arbejde. Den sociale ulighed i sundhed er et socialt problem, fordi det som udgangspunkt antages, at social ulighed i sundhed har med samfund og struktur at gøre, at det er en uacceptabel situation, at det har med den sociale sfære at gøre, at problematikken rammer et signifikant antal personer og er voksende, at situationen er synlig, at der er behov for indsatser, samt at der er et samfundsmæssigt ansvar for at forandre situationen. Dette er netop en definition på social ulighed. (Meeuwisse & Swärd: 2002)

Fænomenet ulighed i sundhed er ikke et senmoderne fænomen: ”Siden midten af 1800-tallet er det i talrige undersøgelser vist, at menneskers sociale position i samfundet er af afgørende betydning for deres risiko for at blive syg eller dø tidligt” (Osler & Nybo Andersen 2003 s 106). Indenlandske og udenlandske undersøgelser har beskrevet fænomenet i løbet af perioden 1850-2008. (I Osler & Nybo Andersen 2003 henvises til undersøgelser af bl.a. Johansen & Skytthe: 2000 og Chadwick, 1965) I begyndelsen viste forskere, at dødelighed kunne relateres til erhverv og bopæl, og tendensen var, at overklassens gennemsnitslevealder var højere end handelsmænds og håndværkeres og betydelig højere end arbejderes og tjenestefolks jf. tabel 1 herunder.

Tabel 1: Undersøgelse fra 1840 med tal fra Liverpool

Klasse	Gennemsnitslevealder
Overklasse (Lavadel, akademikere)	45 år
Handelsmænd og håndværkere	26 år
Arbejdere og tjenestefolk	16 år

Kilde: Osler & Nybo Andersen 2003 side 106, deres kilde er Chadwick, 1965

Som det fremgår i tabel 1 var der i 1840'ernes Liverpool 29 års forskel i middellevetiden alt efter om man tilhørte overklassen eller arbejderklassen. Danske forskere fokuserede i 1800-tallet også på dødeligheden, men havde fokus på spædbarnsdødeligheden og undrede sig over de forskelle, som der var i denne alt afhængig af, hvor i landet man målte den, og i hvilket samfundslag.

Vi ved, at der er stor forskel på dødeligheden alt efter, hvor man bor, og vi ved, at denne tendens kan spores helt tilbage til før industrialiseringen i 1800-tallet. Ulighed i dødelighed blev altså i 1800-tallet belyst ved, at man så på forskellige middelalder i forskellige dele af landet og i forskellige erhverv. Siden denne opdagelse er fænomenet blevet omtalt som ”social ulighed i helbred”. Velfærdsstaterne over hele Europa forsøgte at iværksætte tiltag, som skulle udjævne disse uligheder. Alligevel viser europæiske undersøgelser, at dette ikke er lykkedes, og at uligheden i sundhed, som er socialt betinget, stadig forekommer. Det fremgår ligeledes, at uligheden varierer over tid og sted, hvor fænomenet observeres. (Osler & Nybo Andersen: 2003 og Vallgård 2003)

Fænomenet ulighed i sundhed er altså opdaget i midten af 1800-tallet og blev operationaliseret som ulighed i middellevetid og ulighed i spædbørnsdødelighed.

Når man læser om dødelighed og forskelle i denne, bliver der sjældent nævnt noget om, hvorledes dette mål er beregnet, benyttet og/eller udviklet. En international pioner inden for anvendelsen af dødelighedsmålet og udviklingen af denne tankegang er danskeren Harald Westergaard (Keiding, 2005). Han var ansat på Københavns Universitet i perioden 1886-1924, hvor han forskede i dødelighed i forskellige samfundsklasser. Han lavede selv en undersøgelse af danske lægers dødelighed i forhold til normalbefolkningen. Bemærkelsesværdigt nok fremkom der forskellige resultater i denne undersøgelse afhængig af om beregningen blev lavet ved at sammenligne lægernes dødelighed med befolkningsdødeligheden i København, provinsbyerne og landdistrikterne, eller om sammenligningen blev lavet ved at sammenligne med befolkningsdødeligheden for hele landet. Hvis beregningen blev lavet ved at sammenligne lægernes dødelighed med befolkningsdødeligheden i København, provinsbyerne og landdistrikterne fremgik det, at lægerne havde en underdødelighed i byerne og en overdødelighed i landdistrikterne. Derimod sås det, at lægerne med sammenligningen med befolkningsdødeligheden for hele landet havde en overdødelighed i hele landet. Denne store forskel i Westergaards resultater alt efter metoden viser, at når man forsker i sådanne tal, skal

man være yderst opmærksom på hvilke antagelser, der ligger til grund for beregningerne. I Westergaards tilfælde anså både han og andre den distriktsopdelte analyse af tallene for at være den korrekte, idet den tog hensyn til den variation i dødeligheden, der var i distrikterne.

Ovenstående eksempel belyser kort, hvorledes dødelighedsmålet er et spændende mål for forskningen i ulighed i sundhed. Dels har målet en historisk vinkel, og dels har vi i Danmark en pioner inden for udviklingen og benyttelsen af dødelighedsmålet.

Westergaards undersøgelser viser, at der er forskel i dødelighed selv inden for erhvervsgrupper, hvilket fører til en erkendelse af, at bopæl spiller en væsentlig rolle for sundheden. Undersøgelsen af lægers dødelighed førte til ideen om, at man kan udregne forskellige erhvervsgruppers og aldersgruppers sandsynlige levealder, og det er et mere håndgribeligt mål at benytte til belysning af fænomenet på kort sigt. Sandsynlighedsberegninger for dødelighed, hvor man medregner alder, bopæl og erhverv er meget brugbar og ses også anvendt i dag. (Bl.a. i AE 2007, som inddrages senere i denne opgave)

I specialets fænomen, social ulighed i sundhed, er der tre væsentlige begreber: ”sundhed”, ”ulighed” og ”social”. Som ovennævnte antyder, bliver begrebet ulighed ofte brugt uden, at der gøres rede for dets indhold, ligesom sundhed bliver brugt i flæng. Det er også relevant at vide, hvad der menes når denne ulighed bliver tegnet som værende ”social”. Jeg vil i det følgende diskutere disse tre begreber og operationaliseringen af dem.

Begrebsafklaring

Sundhedsbegrebet

Hvad er sundhed? Enkelt sagt er sundhed fravær af sygdom. Dette afleder så spørgsmålet om, hvad sygdom er. Disse spørgsmål lyder måske meget enkelte, men er faktisk temmelig umulige at svare på. I forsøget på at svare på, hvad sundhed er, kan følgende definition benyttes: *”Vi vil definere en sund person som en person, der ikke har nogen biomedicinsk sygdom, har et godt selvvurderet helbred og en god funktionsevne”* (Kristensen: 2003, side 24). Denne definition af sundhed er meget i tråd med WHO’s sundhedsdefinition. WHO’s definition af sundhed betegnes ofte som klassisk og fremhæver, at sundhed er: *”en tilstand af fuldkommen fysisk, mental og social velvære – og ikke kun fravær af sygdom og ubehag”* (Iversen 2003, side 278). Begge definitioner forsøger at fremhæve, at der skal mere til end blot fraværet af sygdom, som den

forstås på biomedicinsk vis for at et menneske kan betegnes som sund. WHO's definition inddrager tre niveauer, hvoraf "det fysiske"-niveau umiddelbart kan sættes i forbindelse med Kristensens "biomedicinske" vinkel. Forskellen på de to definitioner ligger i Kristensens fokus på selvvurderet helbred og funktionsevne mod WHO's fokus på mental og social velvære. Med rimelighed kan det dog antages, at disse fire begreber kredser om det samme; nemlig at personer skal føle sig raske, for at være det. Idet denne opgave vil benytte førstnævnte definition på sundhed suppleret med WHO's definition, gøres der herunder rede for indholdet i den førstnævnte definition og den bagvedliggende måde at opfatte sygdom på.

Overordnet er der fire forskellige måder at opfatte "sygdom" på. Inden for den traditionelle biomedicinske sygdomsopfattelse kigger man på menneskekroppens symptomer, giver en diagnose, der knytter sig til kroppen. Man adskiller groft sagt krop og psyke. En anden måde at opfatte sygdom på er, at se på "selvvurderet helbred". Her fokuseres på, hvordan personen selv opfatter sit helbred, og ikke på hvad andre kan se ved at studere personens krop. En tredje måde er at se på, hvad sygdommen betyder for den ramtes funktionsevne, hvilket i praksis vil betyde, at man betragter: *"i hvor høj grad personen er i stand til at udføre handlingerne, som hører til et normalt og varieret liv"* (Kristensen, 2003, s 24). En sidste og rimelig ny opfattelse af sygdom fremlægges af Gannik. Denne fremhæver, at man for at forstå sygdomme og syge personer skal fokusere på processen og forløbet, hvori personer lever med sin sygdom. Sygdommen opleves formentlig ikke altid ens af den ramte, hvorved personerne vil reagere forskelligt i forskellige situationer – deraf betegnelsen "situationel sygdomsopfattelse". (Kristensen, 2003, s 24) Denne opfattelse er ikke inkluderet i ovennævnte definition og vil derfor ikke blive inddraget mere i opgaven her.¹

Siden introduktionen af de subjektive sygdomsopfattelser er der udgivet undersøgelser, som dokumenterer sammenhæng mellem selvvurderet helbred og risiko for at dø, således at jo bedre selvvurderet helbred en person har, jo mindre er risikoen for at dø. (F.eks Mossey & Shapiro, 1982, oversigter over undersøgelser med dette fokus ses i Idler, 1992.) Undersøgelserne viser på denne måde at "selvvurderet helbred" er en god sundhedsindikator, hvis det antages at formålet med sundhed er et langt liv. Denne sammenhæng mellem selvvurderet helbred og risiko for at

¹ Ganniks sygdomsopfattelse er dog meget spændende at se på i forhold til sociologisk tankegang, idet den ligger op til, at sygdommen kan have forskellig betydning for forskellige mennesker alt efter situationen. Man kunne derfor godt forestille sig, at sociale relationer kunne være afgørende.

dø, som er internationalt veldokumenteret, gør at den subjektive sygdomsopfattelse er meget brugt, når man i dag forsøger at belyse sundhedstilstand i en befolkning. (Bjørner mf., 1997) Indsamlingen af oplysninger om personers selvvaluerede helbred, kan være baseret på flere oplysninger om f.eks. hvordan personen oplever sin helbredstilstand generelt, hvor ofte personerne føler sig stressede, har rygsmærter mv. Til dette er der udviklet et spørgeskema, SF-36, som bl.a. indsamler oplysninger om menneskers selvvaluerede helbred. Dette spørgeskema er brugt i flere lande, og indeholder 36 spørgsmål som alle er relateret til helbredstatus. (Bjørner JB mf. 1997)

I forbindelse med udarbejdelse af kommunale sundhedsprofiler i Danmark i 2007 blev der spurgt til det selvvaluerede helbred. Dette er gjort ved et enkelt spørgsmål med 5 svarkategorier, som det ses herunder:

Figur 1: Spørgsmål 6 i "Modelspørgeskema. Kommunal sundhedsprofil"

6. Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?

(Kun ét kryds)

- | | |
|--------------------|----------------------------|
| Virkelig god | <input type="checkbox"/> 1 |
| God | <input type="checkbox"/> 2 |
| Nogenlunde | <input type="checkbox"/> 3 |
| Dårlig | <input type="checkbox"/> 4 |
| Meget dårlig | <input type="checkbox"/> 5 |

Kilde: SIF 2006.

Her spørges til det globale selvvaluerede helbred med et spørgsmål. (Kristensen 2003 side 23). Spørgsmålet til at vurdere det globale selvvaluerede helbred ses at være formuleret anderledes i andre undersøgelser: "Spørgsmålet: »Hvordan synes du, dit helbred er normalt?« er brugt til at beskrive selvvalueret helbred." (Bennedsen m.fl. 2006)

Lige gyldigt hvordan spørgsmålet er formuleret er der, på baggrund af de førnævnte undersøgelser, god dokumentation for at svaret på dette ene spørgsmål er en god indikator for dødelighed, og derfor arbejder denne opgave videre med dette sundhedsmål.

Lighedsbegrebet.

At der er ulighed inden for et område betyder at området er præget af uensartethed. Fænomenet ”ulighed i sundhed” kunne i princippet betegnes som en uensartet udvikling i sundhed eller forskel i sundhed. Dette leder videre til en begrebsafklaring af denne del af begrebet, hvor ordet ”lighed” benyttes. Traditionelt bliver lighed associeret med økonomisk lighed, og ulighed bliver opgjort i forskelle i indkomst og formue. Men som tabel 1 viser, ses der tendenser til andre uligheder i samfundet end blot økonomisk ulighed. (Hansen, 1998)

I diskussionen om de ulige økonomiske vilkår kan en diskussion gå på udryddelse af fattigdommen frem for udryddelse af uligheden. Der er uenighed om, hvorvidt der overhovedet skal være lighed og i så fald mellem hvem og hvad. F.eks. har tidl. Socialminister Eva Kjær Hansen været i pressen med udtalelser om, at økonomisk ulighed er godt for et samfund, da det skaber dynamik. (Ploug, 2007) Lighed er altså ikke umiddelbart noget alle ønsker, når der tales om økonomiske vilkår. Nogle gange benyttes ordet ”forskelle” i stedet for ”ulighed”.

Ved at benytte en anden terminologi, gøres emnet mindre politisk: Forskelle i f.eks. indkomst eller sundhed lyder ikke nær så uretfærdigt som ulighed i indkomst eller sundhed. I denne opgave beskrives fænomenet som ”ulighed i sundhed” og ikke ”forskelle i sundhed”, velvidende, at dette henviser til, at tilstanden er uretfærdig. Ordet ”ulighed” henviser ofte til uacceptable tilstande, hvorimod ordet ”forskelle” ikke er nær så stærkt. Når fænomenet omtales med ordet ”ulighed” i Danmark, kan det ses som udtryk for behov for at understrege at forskellene er uacceptable. (Vallgård, 2003 s. 169-170)

Diskussion om lighed kan blive beriget ved at introducere de forskellige lighedsbegreber: Formel lighed, reel lighed og resultatlighed (Hansen: 1998 side 92). Begreberne defineres således:

”Formel lighed er til stede, hvis ingen alene pga. køn, socialgruppe, race mv. nægtes adgang til f.eks. en bestemt uddannelse eller bestemte stillinger” (Hansen: 1998 side 92).

”Den reelle lighed eller ressourcelighed (også kaldet behandlingslighed) er opfyldt, hvis alle tildeles den samme mængde ressourcer f.eks. samme antal uddannelsesår til alle” (Hansen, 1998 side 92).

”Denne lighed (resultatlighed red.) kan opnås ved at forsyne forskellige individer med forskellige mængder ressourcer, således at de svageste får flest ressourcer og de stærkeste færrest” (Hansen, 1998, side 92).

Den formelle lighed kan sikres af staten ved lovgivning. I forbindelse med diskussion om ulighed i sundhed eksisterer den formelle lighed i Danmark, idet alle har lige adgang til sundhedsydelserne. Med introduktionen af private sundhedsforsikringer kunne man forstille sig, at der opstod bedre adgang til sundhedsydelserne for dem med private forsikringer end dem uden, hvilket ville føre til, at den formelle ulighed i sundhed ville øges. Dette bearbejdes dog ikke yderligere i denne opgave. Den formelle lighed i sundhed antages at eksistere i Danmark, velvidende at introduktionen af private sundhedsforsikringer kan skævvride den formelle lighed i adgangen til sundhedsydelser.

Det reele lighedsbegreb lægger op til, at alle individer i samfundet skal have de samme tilbud. Hvis både formel og reel lighed er til stede i et samfund, tilbydes der samme tilbud til alle (reel lighed), og alle har samme muligheder for at benytte sig af disse tilbud (formel lighed). Den formelle lighed i sundhed ses at være til stede i Danmark, idet alle ved lov tilbydes sygdomsbehandling, og den reelle lighed er til stede i det tilfælde, at alle borgerne har samme adgang til at benytte sig af disse tilbud.

En følge af tanken om den reelle lighed er, at det offentliges indsats skal være samme til alle. F.eks. tilbyder den danske stat i dag folkeskolens grunddannelse til alle i landet. Det betyder dog ikke, at alle f.eks. bliver lige dygtige til at læse efter denne grunduddannelse. På samme måde gælder det i sundhedsvæsenet, at alle måske ikke har samme mulighed for at blive raske af den samme type behandling. I det tilfælde at nogle befolkningsgrupper har bedre adgang til sundhedsydelserne, som er sikre ved lov, og måske deraf bedre mulighed for at blive rask, kan der siges at eksistere en behandlings-ulighed indenfor sundhed.

Dette leder videre til det sidste lighedsbegreb: konsekvent lighed eller resultatlighed. Denne lighedstankegang går ud på, at det er resultatet, som skal være ens. Sundhedsvæsenet kan ses som et eksempel på et system, der er indrettet med resultatlighed for øje, i det sundhedssektoren bruger flest penge på at behandle dem, der er allermest syge.² Det kunne imidlertid være spændende at undersøge og diskutere en sådan prioritering yderligere, idet man kunne

² En spændende diskussion, som der desværre afgrænses fra, er diskussion om hvilke ulighedsbegreber det danske socialpolitiske system laver indsatser efter og om et enkelt ulighedsbegreb afføder ulighed inden for andre ulighedsbegreber.

sammenligne udgifter til f.eks. behandling af kræftpatienter og udgifter til forebyggelse af kræft. På denne måde kunne udgifterne sammenlignes og man kunne diskutere, om der bliver brugt flest ressourcer på de sygeste og dermed diskutere hvilket lighedsbegreb der arbejdes efter. Dette ligger dog udenfor denne opgavens formål.

Hvis disse lighedsbegreber bruges i forbindelse med tanken om uligheden i sundhed ud fra dødelighedsmålet, ses det, at hvis socialpolitikkerne i Danmark f.eks. har tilstræbt at få mindsket uligheden i dødelighed mellem erhverv, vil jeg mene, at det er et udtryk for, at politikkerne har haft resultatlighed som et mål. Resultatet af indsatserne har i så fald været at få dødeligheden til at være ens mellem forskellige erhvervsgrupper. I det tilfælde har målet været, at livets længde eller ”livets resultat” skulle være ens for alle uanset erhverv. Hvis resultatlighed er målet inden for andre områder af sundhedsproblematikkerne, vil det også betyde, at forebyggelsesindsatser målrettes dem, der har størst risiko for at udvikle bestemte sygdomme, således at forekomsten af bestemte sygdomme ikke er højere i nogle statuslag end andre, sådan som tilfældet er i dag. (Osler & Nybo Andersen, 2003)

Ovenstående gennemgang viser, at der selv indenfor ”ligheds-delen” af fænomenet ”ulighed i sundhed” er diskussioner, der bidrager med forskellige perspektiver på fænomenet. Her kunne diskussionen om, hvilket lighedsbegreb der skal være idealet for sundhedsvæsenet være central.

Gennemgangen af hvert ord i ”ulighed i sundhed” tydeliggør, at der bag begrebet ”ulighed i sundhed” ligger diskussioner og iagttagelser, som er interessante, når fænomenet skal beskrives og udforskes yderligere. Gennemgangen skulle gerne have vist, at begreberne ”lighed” og ”sundhed” skal præciseres, når de benyttes. Dette gælder også for begrebet social, når det skal knyttes sammen med lighed og sundhed.

Social ulighed i sundhed.

Hvad vil det sige, at der eksisterer *social* ulighed i sundhed?

”Med ordet social i denne sammenhæng menes sociale grupper og grupperinger. (...) På denne måde er der en sundhedspolitisk dimension i begrebet social ulighed i sundhed. At det er synd for nogle, især at de ud over at være dårligere stillet økonomisk, arbejdsmarkedsmæssigt m.m. også har et sundhedsproblem.” (Rasmussen, 1999, side 4)

At termen ”social” sættes på fænomenet, tilføjer dermed fænomenet endnu en dimension, som gør problematikken interessant i forhold til socialt arbejde og sociale problemer. Siden forskellen i dødeligheden blev belyst første gang, har socialpolitikkerne i mange europæiske lande haft som et mål for sundhedspolitikkerne at udjævne denne forskel. Der er store forskelle i, hvordan landene har grebet problematikken an samt forskel på, hvorledes årsagerne til og forklaringer på fænomenet har haft betydning for socialpolitikken på området. Generelt er der mellem landene enighed om, at tilstandene var/er uønskede, og at det kræver/krævede en socialpolitisk indsats. ”Social ulighed i sundhed” fik først en central plads på den politiske dagsorden i Danmark i 1990’erne, hvorimod problematikken er blevet fulgt siden 1980’erne i Sverige. (Vallgård, 2003)

I forbindelse med den socialpolitiske udformning er det aktuelt, at der i Danmark i 2007 trådte en ny sundhedslov i kraft, som har konsekvenser for ansvarsfordelingen inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Denne sundhedslov bliver gennemgået i det efterfølgende.

Sundhedsloven anno 2007

Den 1/1-2007 trådte der i Danmark en ny kommunalreform i kraft, og denne indeholdt også en ny sundhedslov, som kan få konsekvenser for fænomenet social ulighed i sundhed. Ifølge Sundhedslovens kapital 35 og 36, §119-§126 har kommunerne ansvaret for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne i kommunen, og §120-§126 opridser de foranstaltninger, som kommunerne især skal varetage vedr. sundhedsfremme hos børn og unge.³ Således fremgår det af §120 Stk. 2:

”Kommunale tilbud skal tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov” (Sundhedsloven, 2005)

Med denne kommunalreform blev kommunerne rundt om i Danmark ansvarlige for forebyggelsesindsatsen på sundhedsområdet, og det fremhæves, at kommuners skal tage hensyn til børn med særlige behov. I forhold til den tidligere ansvarsfordeling, hvor de gamle Amter var ansvarlige for forebyggelsen, har kommunerne i dag et større ansvar: *”Kommunerne har med*

³ Sundhedsloven, Lov nr. 546 af 24. juni 2005, kapitel 35 og 36, se bilag 1

Sundhedsloven fået hovedansvaret for at skabe sunde rammer og etablere forebyggende tilbud for borgerne. En vigtig begrundelse for at placere dette ansvar i kommunen er, at det er der, borgerne bor og lever. Forebyggelse og sundhedsfremme foregår bedst i de miljøer, hvor borgerne færdes. Nærheden til borgerne giver derfor gode muligheder for at påvirke og følge deres sundhed. (...) Til gengæld er det nyt, at kommunerne nu også skal arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme i relation til gruppen af raske voksne.” (Sundhedsstyrelsen, 2007-A, side 8-9)

I §120 stk. 2 ses et forsøg på at fremhæve, at der er forskel på børns forudsætninger for at modtage den individorienterede indsats. I citatet herover fremhæves arbejdet med borgerne på nært hold, hvilket viser at Danmark har fokus på borgernes livsstil - ses i loven §120 ved termen ”individorienteret” - i forebyggelsesarbejdet, hvorimod andre lande f.eks. Sverige i højere grad vægter strukturelle forhold. (Vallgård, 2003)

Denne sundhedslov har ført til, at der i mange kommuner er blevet nedsat grupper relateret til ”sundhed”, og mange kommuner har efter kommunalreformen oprettet deciderede forvaltninger relateret til dette nye ansvarsområde. Ved en konference den 10. januar 2007 i forbindelse med åbningen af Aalborg Kommunes nye ”Forvaltning for Sundhed og Bæredygtig Udvikling” holdt Rådmand Thomas Kastrup Larsen en tale med titlen: ”Vi skal vende uligheden i sundhed”⁴ I talen beskriver rådmanden en undersøgelse foretaget internt i kommunen, som har vist, at 85% af alle kontanthjælpsmodtagere giver udtryk for, at de har sundhedsmæssige problemer, som gør, at de ikke kan arbejde. Sådanne tal interesserer selvfølgelig en kommune, som både har udgifterne til kontanthjælp, og som efter 1/1-2007 også selv har ansvaret for borgernes helbred. I talen gøres der endvidere meget ud af at fremhæve, at sundhed ikke kun er et individuelt problem, men at samfundet også må tage ansvar.

Aalborg Kommunes eksempel står vel næppe alene. Kommunerne har med overdragelsen af forebyggelsesindsatserne et område, hvor de skal til at beslutte, hvilke midler de vil benytte i forebyggelsesindsatserne. For at kunne lave de bedst mulige forebyggelsesindsatser antages det i denne opgave, at det er vigtigt dels at få belyst omfanget af fænomenet ”social ulighed i sundhed” og dels – og det er i allerhøjeste grad vigtigt – at få begreb om hvilke mål og

⁴ Se bilag 2

målemetoder, som kan anvendes for at belyse, om der er sket en udjævning i uligheden i sundhed.

Forud for denne problemstilling lægger der en betragtning om, at dødelighedsmålet ikke er det optimale fokus for en kortsigtet forebyggelsesindsats i kommunalt regi. Dødelighedsmålet har sin berettigelse, hvis man antager, at sundhed kan måles i leveår og forskellen i dødeligheden viser at fænomenet eksisterer. Men til den kommunale opgave med at påvirke borgernes sundhed kunne et andet –mere kortsigtet- mål tænkes at være nødvendigt. Dermed ligger der i denne opgave en antagelse af at dødelighedsmålet ikke er tilstrækkeligt i forbindelse med kommuners kortsigtede forebyggelsesindsatser, idet det tager langt tid før man kan evaluere på indsatser over for eks. skolebørn, når man bruger dødelighedsmålet. Dødelighedsmålet er et langsomt index. Hvis man f.eks. observerer en skoleklasse fra de er 9 år til de er 14 år, vil man sandsynligvis ikke se dødsfald, og dermed ville man fejlagtigt kunne konkludere, at der ikke er social ulighed i sundhed i denne klasse, hvis man ikke benytter andre sundhedsmål end dødelighed. Samtidig kan det siges at, at hovedmålet med sundhedsfremmende indsatser er at undgå at folk dør tidligt, og derfor må man ikke glemme dødelighedsmålet til evaluering på lang sigt. Dødelighedsmålet er godt men langsomt.

Problematikken omkring operationalisering af fænomenet ”social ulighed i sundhed” på kort sigt gør følgende spørgsmål relevante:

Problemformulering

1) *”Hvilke mål og målemetoder er blevet anvendt til belysning af omfanget sociale ulighed i sundhed?”*

Og

2) *”Hvilke af disse mål kan anvendes i evaluering af kortsigtede indsatser for at udjævne den sociale ulighed i sundhed”*

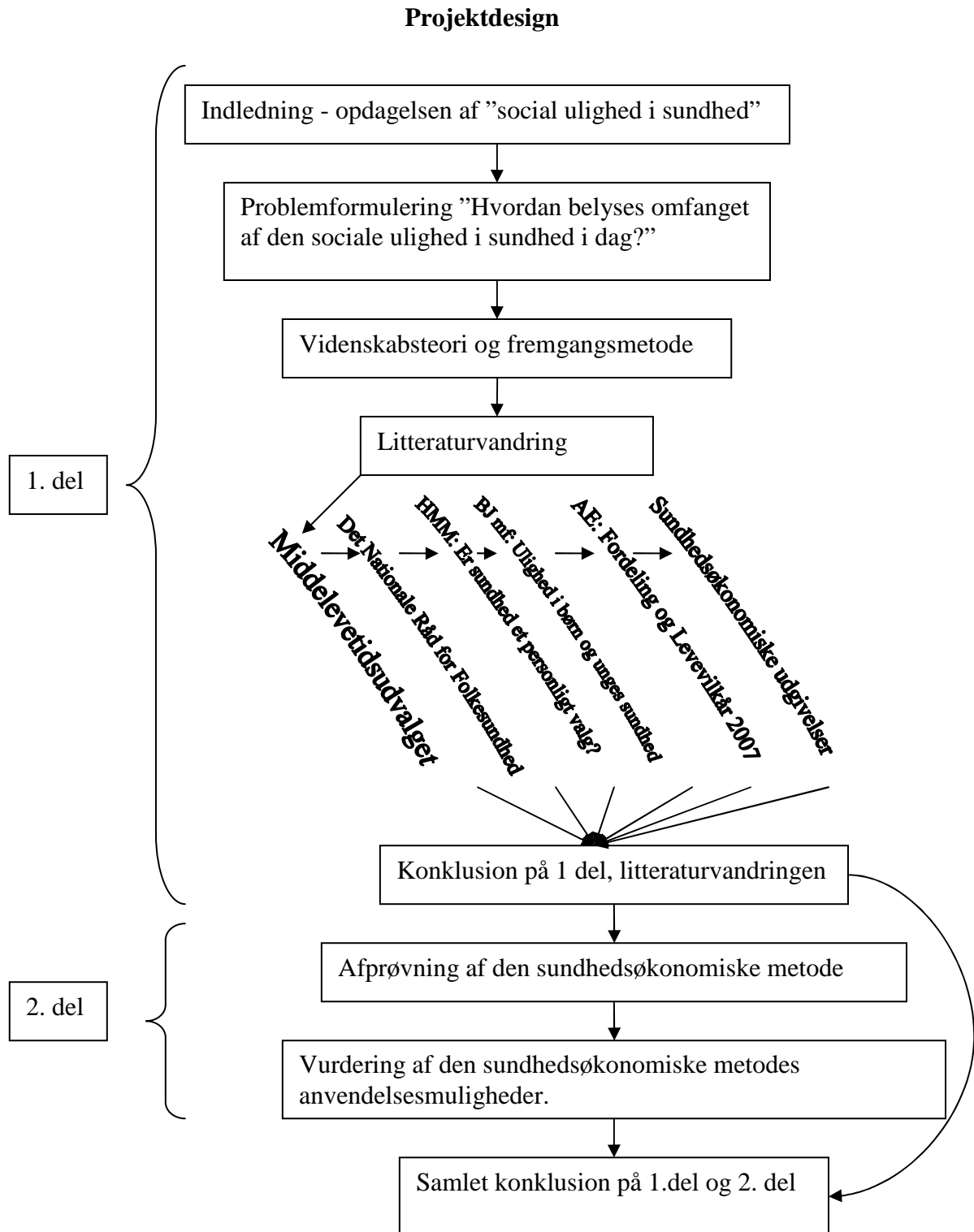
Det første spørgsmål ligger op til en gennemgang af, hvordan fænomenet er belyst i forskellige udgivelser. Når en ting eller et fænomen skal belyses, er det godt at vide, hvad det er, man skal se efter. Billedligt talt kan dette formuleres således; skal man beskrive en skov, er det godt at vide hvordan træer ser ud. Ligeledes kan det overføres til social ulighed i sundhed; Hvis man skal beskrive social ulighed i sundhed er det vigtigt at vide, at man skal fokusere på forskelle i dødelighed. Spørgsmål to udfordrer målene og målemetoderne som gennemgås til besvarelsen af spørgsmål 1. Hvis eksemplet med skoven tages op igen, forsøger spørgsmål to at belyse den situation, hvor alle træerne i skoven bliver fældet. I den situationen kan skovens tilstedeværelse ikke forklares med "forekomsten af træerne" mere. På samme måde forsøger denne opgave at finde en måde at måle omfanget af den sociale ulighed i sundhed, så det ikke kun er forskellene i levetid, som bliver det, der definerer fænomenet.

Besvarelsen af spørgsmål 2 har formålet at give en vurdering af, hvilke mål, kommuner kan benytte sig af, til evaluering løbende og ikke først når en person i kommunen dør. Med kortsigtede indsatser menes der i dette tilfælde indsatser, som f.eks. ønskes evalueret hvert år eller hvert andet år. Målene, som beskrives i denne opgave, er mål, som kan vise en udjævning, og altså vise om uligheden i sundhed er steget eller faldet. Det er kvantitative mål for omfanget og udbredelsen af fænomenet "social ulighed i sundhed", som denne opgave belyser. Opgaven søger at komme fra at måle "ulighed i levetid" til at måle ulighed i sundhed med et mere kortsigtet mål. Fokus i denne opgave er at udvikle en metode, der kan give mere klarhed over omfanget af uligheden, og derfor vil der ikke blive gjort mere ud af begrebsafklaringen vedr. "sundhed" og "social".

Når der i problemformulering indgår "social" ulighed i sundhed, er det fordi fænomenet "ulighed i sundhed" som tidligere nævnt netop kan spores tilbage til en social position. Herefter forstås der dog det samme, hvad enten fænomenet er benævnt ulighed i sundhed eller social ulighed i sundhed.

Fremgangsmåde og projektdesign.

Til at beskrive fremgangsmåden i nærværende opgave er der lavet en illustration over opgavens opbygning, som jeg kalder projektdesign.



Med udgangspunkt i litteratur, offentliggjorte evalueringer, undersøgelser og beskrivelser af den sociale ulighed i sundhed belyses det, hvorledes omfanget af ulighed i sundhed er målt. Det forsøges hele tiden at have for øje, hvilke af målene, som er gode til at beskrive fænomenet på hhv. kort og lang sigt. Hele tiden forsøges det at opveje fordele og ulemper ved forskellige mål samt at være kritisk i anvendelsen af de forskellige mål. Denne gennemgang af udvalgt litteratur danner baggrund for en vurdering af hvilke mål, der ville være interessante at arbejde videre med til besvarelse af opgavens andet spørgsmål. Litteraturvandringen skal dermed ses som en undersøgelse af, om det er muligt komme med et bud på et mål, som kan være med til at belyse omfanget af ulighed i sundhed i en population og som kan bruges til at evaluere kommuners indsatsler løbende.

Opgavens anden del forsøger at afprøve den metode, som litteraturvandringen konkluderer at kunne være aktuelt til måling af omfanget af den sociale ulighed i sundhed i forbindelse med forholdsvis korte kommunale indsatsler.

Videnskabsteoretiske overvejelser.

I dette videnskabsteoretiske afsnit vil jeg belyse konsekvenserne af de valg og fravalg, som er foretaget i processen samt de herskende videnskabsteoretiske retninger inden for forskningen i ulighed i sundhed. Jeg vil redegøre for de antagelser, som tilgangen har, og jeg vil forholde mig kritisk til dem. I den forbindelse har jeg valgt at begrænse gennemgangen til de to idealtypiske indgangsvinkler til forskningen, positivisme og hermeneutik. Da denne gennemgang forsøger at sætte de to videnskabsteorier op overfor hinanden, kan der forekomme en del forenklinger for at fokusere på forskellene mellem de to idealtypiske tilgange.

Positivismens svar på hvad god forskning er.

Inden for den sociale forskning er det blevet fremhævet, at forskning udelukkende med positivistiske idealer er for gammeldags. (Groth Jensen, 2004, side 18) Alligevel er der en begrundelse for at denne retning vælges. Idet jeg skriver om "sundhed", skriver jeg om et emne som traditionelt har været et område for læger og andre som groft sagt kan siges at have en naturvidenskabelig tilgang med positivistiske idealer. Selve ideen om, at omfanget af det sociale fænomen "ulighed i sundhed" kan måles, giver indtrykket af en positivistisk tilgang til dette emne. I min problemformulering samt valg af definitioner ses således nogle tydelige tegn på en inspiration fra den positivistiske tankegang. Derfor kommer der her en kort redegørelse for

positivistiske idealer, og en gennemgang af hvorledes jeg anvender idealer fra den positivistiske tilgang til videnskab og forskning.

Til opfyldelse af kravet om god forskning fremhæver det positivistiske inspirerede ideal følgende gyldighedskriterier:

- falsificerbarhed/empirisk holdbarhed,
- påregnelighed
- begrebsklarhed og stringens,
- præcision,
- simpelhed,
- kontrollerbarhed, intersubjektivitet og dokumenterbarhed af data

(Kilde: Andersen, 2007)

Som det fremgår af ovenstående punkter kræver god forskning ifølge positivistiske idealer, at man ved at gøre de samme valg og fravalg ville kunne opnå samme resultat. Forskningen skal med andre ord være kontrollerbar. Dette forsøges i nærværende opgave, men i princippet er det et krav som kan være meget svært at leve op til, hvis det antages at neutrale observationer er umulige at opnå. Selvom det f.eks. er de samme data to forskere sidder med, kunne der måske være tilfælde hvor forskerne ville have forskellige opfattelser af data.

Ifølge traditionel positivistisk tankegang kan viden opnås ved at lave neutrale observationer ved hjælp af vores fem sanser. Derfor kaldes denne tilgang også for empirisme. Kravet til en teori ifølge den positivistiske tilgang er, at den udtrykker lovmæssigheder. Teori skal med andre ord være nomotetisk, og denne tilgang forudsætter et atomistisk syn på verden, hvilket betyder, at man ser delene som determinerende for helheden. Dette betegnes senere i opgaven som metodologisk individualisme. (Adolphsen & Nørreklit, 1996) Allerede her ser jeg nogle farer og begrænsninger ved at være præget af denne tankegang. Jeg mener ikke at vore fem sanser altid er neutrale, og dermed er det svært at fremsætte universelle lovmæssigheder ud fra sanses-observationer.

Dette er en pointe, som hermeneutikken i højere grad tager med i overvejelserne, idet den lægger op til, at fortolkninger og forståelser af virkeligheden altid vil være præget af de forhold, der gør sig gældende i en bestemt situation. (Groth Jensen, 2004) Dermed antages det, at følelser, tanker og værdier også indgår, når vi bruger vores sanser. At positivisme netop afgrænser sig fra at se på følelser, tanker og værdier, fordi de ikke er nemme at operationalisere, kan være problematisk når denne tilgang benyttes til at beskrive samfundsforhold.

I og med, at vi er mennesker med forskellige baggrunde og måder at opfatte ting på, mener jeg ikke, at vores sanser kan betegnes som neutrale og blottede for værdier og følelser. Derfor mener jeg, at man altid skal have sig for øje, at selvom man forsøger en tilgang med positivistiske træk, er det ikke nødvendigvis en selvfølge, at alle vil opfatte det undersøgte på samme måde som undersøgeren. F.eks. ses det fremhævet tidligere i denne opgave, at selve spørgsmålet om hvorvidt ulighed i et samfund - hvad enten det er økonomisk eller socialt - er et problem diskuteres. Dette kan vel med al rimelighed siges at bunde i nogle værdier. Måden, denne opgave er tilrettelagt på, kan så at sige også være et udtryk for værdier.

Der er hele tiden foretaget fravalg og tilvalg af bestemte tanker, observationer, tilgange og metoder. Disse valg og fravalg bunde i nogle overvejelser, og argumentationen for disse valg og fravalg er relevante i forhold til princippet om god forskning.

Både positivistisk inspireret og hermeneutisk inspireret videnskab har krav om, at begreberne skal være veldefinerede, og især positivismen mener at subjektive fortolkninger skal minimeres (Andersen, 2007). Opgaven har forsøgt at definere både ”lighedsbegrebet” og ”sundhedsbegrebet” ud fra denne tankegang, idet det kunne forhindre diffuse begreber, som ikke er påregnelige og kvantificerbare. Som tidligere sammenligningen af beskrivelse af en skov og beskrivelse af et socialt fænomen fremhæver, kan et begrebs tilstedeværelse sættes på spil, hvis man fratager begrebet en del af dets karakteristika. Ved at gå fra fænomenets oprindelige operationalisering, bliver der behov for en ny måde at operationalisere fænomenet på. Hvis man ikke kan beskrive skoven med tilstedeværelse af træer, må man beskrive skoven ved f.eks. skovstier. På samme måde ses det at fænomenet ”social ulighed i sundhed” må identificeres på en ny måde, hvis ikke vi kan måle den med ulighed i levetid. Dette stiller spørgsmål ved om fænomenet ”skov” kan eksistere uden der er træer, eller om ”ulighed i sundhed” kan observeres på en anden måde end ved at se på forskel i levetider. På denne måde går opgaven væk fra begrebets oprindelige operationalisering, og begrebet kan dermed risikere at blive vagt, fordi det er svært at definere, hvorledes det skal observeres på kort sigt. Denne opgave forsøger at gøre begrebet ulighed i sundhed mere præcist, ved også at kunne udtale sig om fænomenet på andre måder end ved benyttelse af levetider.

Positivismen er den første egentlige videnskabsteori, som er udformet i detaljer og alle senere tilgange til videnskaberne tager stilling til positivisme. (Adolphsen & Nørreklit, 1996) På trods af at positivisme er en gammel tænkemåde, er tanken om, at videnskab er observationer, som er

indsamlet med neutral indgang til emnet, også meget udbredt i dagens forskning. (Andersen, 2007)

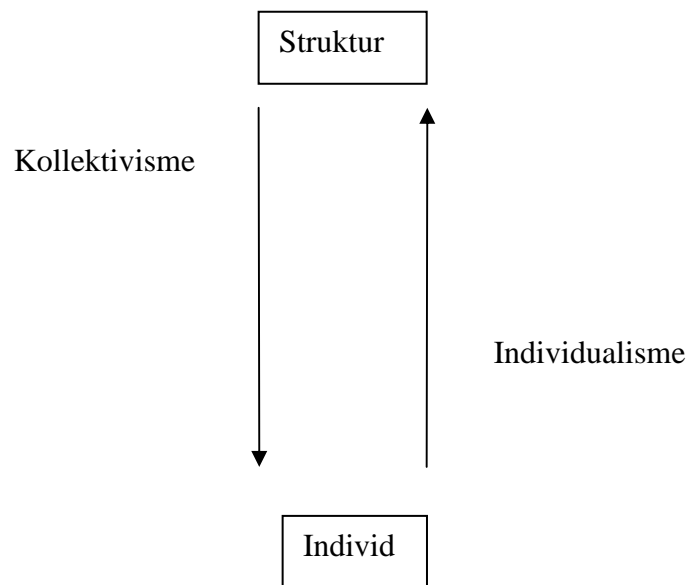
Den biomedicinske sygdomsopfattelse kan siges at benytte den positivistisk inspirerede ide om falsificerbarhed/empirisk holdbarhed. Dette princip går ud på, at det kun er udsagn, der kan verificeres (bekræftes) ved hjælp af empiri, der kan være sande – eller med andre ord give logisk mening. Alle udsagn skal altså efterprøves empirisk for at kunne verificeres eller falsificeres. Empirien skal altså kunne verificere en teori, hvilket for den biomedicinske sygdomsopfattelse betyder, at man strengt taget kun er syg, hvis man har symptomer, som kan føre til, at man får en diagnose. Denne sygdomsopfattelse betegnes som værende objektiv. (Kristensen, 2003, side 18-19) Idet denne opgaves definition på sygdom til dels inddrager denne sygdomsopfattelse, læner selve definitionen sig op ad positivismen. Der indgår imidlertid også ”selvvurderet helbred” og ”funktionsevnetilgang” i definitionen, hvilket betyder, at opgavens definition på sygdom ikke udelukkende er positivistisk inspireret.

Positivismen suppleres med en subjektiv sygdomsopfattelse

Udover den positivistiske tilgang til sygdom som biomedicinsk fænomen indgår også selvvurderet helbred som nævnt i definitionen. Dette udfordrer tankegangen om at empirien skal være intersubjektiv. Med dette menes, at videnskabelig erkendelse skal være uafhængig af det enkelte individs personlige oplevelse, men skal hvile på iagttagelser, som man i princippet er fælles om at kunne gøre. Tilgangen til sygdom som ”selvvurderet helbred” provokerer denne tankegang. Det selvvurderede helbred kan ikke bevises udelukkende af observationer og bunder i nogle sanser og følelser hos det enkelte menneske, som er svære at indfange ved udelukkende at bruge positivistisk inspirerede tilgange. Den subjektive tilgang til sygdom er mere inspireret af en hermeneutisk tradition, hvor det hævdes at viden om mennesker fås ved at fortolke subjektive meninger, symboler og oplevelser. (Andersen, 2007) Ved at inddrage begge tilgange i definitionen af sygdom indgår både subjektiv og objektiv tilgang til sygdom, hvorved tilgangen til sundhed og sygdom er karakteriseret af en erkendelse af, at sygdom ikke kun kan forstås ud fra diagnoser.

Metodologisk individualisme og metodologisk kollektivism

Udover at være uenige om, hvorvidt observationer må være baseret på følelser og værdier, er der også forskel på, hvorledes de to videnskabsteoretiske idealtyper søger at forklare et socialt fænomen som ulighed i sundhed. Forskellen mellem de to videnskabsteoretiske retninger kan groft opridses som illustreret herunder med begreberne metodologisk individualisme og metodologiske kollektivism, om end det er en forenkling.

Figur 2: Metodologisk individualisme og metodologisk kollektivism

Kilde: Illustrationen er lavet med inspiration fra Groth Jensen, 2004

Hvor positivisme fortrinsvis gør brug af metodisk individualisme, gør hermeneutikken i højere grad brug af en metodologisk kollektivism til at forklare sociale fænomener. Hvis man er metodisk individualist, vil man se på sociale fænomener som en sum af enkelt individers handlinger og egenskaber. Hvis man derimod ser sociale fænomener ud fra en kollektivistisk metodisk opfattelse, vil man forstå dem som noget, der i højere grad vil være noget større og noget udenfor individerne. (Groth Jensens, 2004)⁵ Dertil kommer, at individualister vil slutte fra enkeltindivider til strukturen, hvorimod kollektivister vil slutte fra strukturen og til individerne. Den metodologiske kollektivism ser sociale fænomener som mere og andet end blot en sum af

⁵ Den kritiske rationalisme placerer sig et sted mellem disse to opfattelser, men denne videnskabsteoretiske tilgang inddrages ikke i nærværende opgave.

enkeltes handlinger, fordi strukturen er det, som skaber og former individerne. (Groth Jensen, 2004, s 12)

De to idealtypforklaringer på uligheden i sundhed, som findes i de to videnskabsteoretiske opfattelser, vil blive brugt i min undersøgelse af litteraturen, da det giver en ekstra dimension at placere dem ud fra. Der er således fundamental forskel på, om man ser individer som forklaring på fænomenet ”social ulighed i sundhed”, eller om man ser strukturen som forklaringen. Dette er selvfølgelig meget forenklet, og skarpt stillet op for at vise modsætningerne mellem disse to tilgange.

Det er også vigtigt at forholde sig principielt til, om det overhovedet kan lade sig gøre at studere sociale fænomener ud fra et positivistisk princip, og hvilke konsekvenser det har. Opgaven her forsøger både at måle sundhed og sætte tal på omfanget af uligheden i sundhed. Ud fra dette foretages sammenligninger, hvilket egentlig kræver, at observationerne er neutrale og dermed tillader sammenligning. Kan der argumenteres for at dette kan lade sig gøre, når nu det er erkendt, at observationer ikke kan være 100 % neutrale? ”Selvfølgelig” er positivisternes umiddelbare svar. Det kræver dog, at der gøres rede for alle forhold i forbindelse med observationerne, således at det fremgår, hvilke begrænsninger tilgangen har.

Som der gøres rede for i en af de nyeste udgivelser inden for forskning i ulighed i sundhed, kan man anskue det således, at alle fænomener fra virkeligheden er konstrueret så de bliver målbare, ligegyldigt om de måles kvantitativt eller kvalitativt. Jensen m.fl. 2007 skriver: *”Konstruktionsprocessen er derfor afgørende for relationerne mellem det, analyserne ender med at vise og den virkelighed og de sociale forhold, der er udgangspunktet”* (Jensen m.fl. 2007, s 42) Det hænger rigtig godt sammen med ambitionen om at gøre det eksplicit, hvorledes fænomenet ”ulighed i sundhed” er opdaget og dermed konstrueret, for dernæst at være kritisk over for denne konstruktionsproces. Her kan det fremhæves, at en ulempe ved en positivistisk inspireret tilgang er, at den kan have tendens til at overse denne konstruktionsproces. Ved at diskutere de mål, som anvendes til at konstruere fænomenet, forsøges det på en positivistisk måde at sætte fokus på netop denne konstruktionsproces og være åben over for en mere konstruktivistisk tilgang til videnskaben. Fænomenet er konstrueret ud fra opdagelse af forskelle i dødelighed, og problemet i denne opgave er således at finde ud af, om fænomenet kan konstrueres ved at benytte andre mål, som er knap så langsigtede.

Samfundsvidenskaberne har traditionelt benyttet positivismens tankegang til at studere sociale fænomener som f.eks. økonomiske klasser, mobning og nationalistiske organisationer ved hjælp

af den før nævnte metodologiske individualisme⁶. Skulle denne tilgang til uligheden i sundhed benyttes, skulle man sætte fokus på enkeltindividernes handlinger, som fører til uligheden. Hvad er det, der gør, at denne erhvervsgruppe dør tidligere end den anden erhvervsgruppe? For eksempel ses massehysteri i den metodologiske individualisme som summen af individuelle handlinger. Denne tilgang overser en eventuel synergieffekt, som kunne tænkes at opstå i forbindelse med de sociale relationer, som mennesker indgår i. Med andre ord er to plus to lig med fire og aldrig fem.

Da moderne sociologiske teorier lægger stor vægt på, hvad der opstår, når individer indgår i sociale relationer, ville jeg gerne fravælge denne metodiske individualisme, da jeg mener det vil få mig til at overse sociologiens seneste store tænkeres pointer. (F.eks Bourdieu, Giddens & Bauman i Andersen & Kaspersen, 2005) Imidlertid kræver statistisk, kvantitativt arbejde nogle oplysninger om de enkelte individer isoleret set, så allerede her opstår der et paradoks mellem ønsket om at inddrage de sociale relationer i det kvantitative mål og så metoden. De sociale relationer kan ses som værende forud for de individuelle oplysninger, og det er svært at ”rense” dem, for at finde ud af, hvordan de sociale relationer har spillet ind forud for individernes data. Dermed har den kvantitative tilgang ikke mulighed for at sige noget om sociale relationers betydning for sundhed. Til dette kræves mere kvalitative metoder som f.eks. den fremgangsmåde, der demonstreres i Jensen mf., 2007, kap 4-7. Den kvantitative undersøgelse af sammenhænge medvirker ikke til en større forståelse for selve forekomsten af sammenhænge.

Dette leder over i tilgangen til at studere sociale fænomener ud fra en positivistisk tilgang, som er præget af den metodologiske kollektivism⁷, hvor enkeltindivider og deres handlinger kan forstås ud fra den social sammenhæng, de indgår i. Denne kollektivism betyder, at der er mere fokus på, hvorledes helheden er determinerende for delene, og at det er sociale enheder på et højere aggregeringsniveau, som determinerer enhederne på et lavere niveau. (Adolphsen & Nørreklit, 1996, Side 73) Dette er forsøgt illustreret i figur 1. Denne tilgang mener jeg er brugbar til at studere fænomenet ulighed i sundhed, idet det er klart, at sundhed kan betyde noget forskelligt i forskellige sociale sammenhæng jf. forskellige sygdomsopfattelser. Kan man med en

⁶ Ofte bruges der i sociologien denne skelnen mellem metodologisk individualisme og metodologisk kollektivism, der traditionelt repræsenteres af Weber og Durkheim og deres forskellige videnskabsteoretiske ståsteder. Jvf Svend Roald Thorhauge <http://www.thorhauge.dk/svend/papers/klassiker.html>

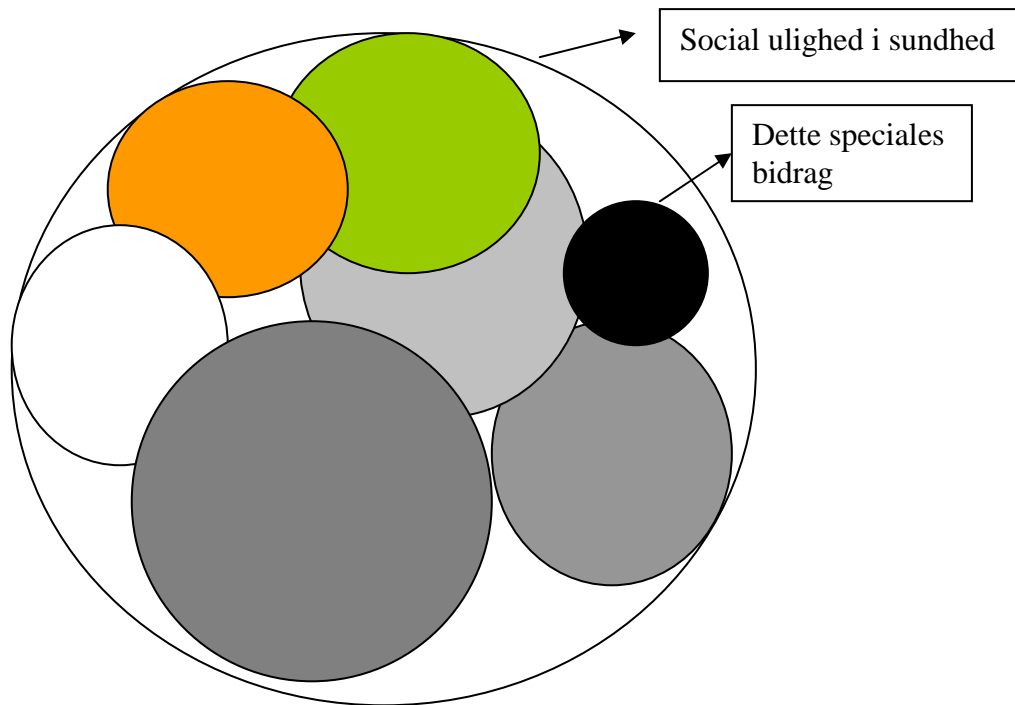
⁷ I Adolphsen & Nørreklit, 1996 bruges betegnelsen ”metodisk holisme”

positivistisk tilgang benytte den metodologiske kollektivismen, som ellers traditionelt har været hermeneutikkens foretrukne?

Forskning har i de sidste år forsøgt at komme væk fra den tankegang, hvor sundhed udelukkende er individuelt betinget, selvom det måles og vejes. (Holstein, 2003) Denne forskning har til gengæld fokuseret på, at sundhed skal ses som en konsekvens af noget, der går ud over det enkelte individ. F.eks. ses Jensen 2007 at have valgt en tilgang til fænomenet vha. teorien om social kapital. Der udvikles et begreb, som kaldes ”sundhedskapital”. Med denne tilgang fravælges rent psykologiske og mikrosociologiske tilgange til fænomenet, for at i stedet at tilskrive sig en mere hermeneutisk inspireret tilgang. I bogen gøres der dog også brug af mere epidemiologiske og positivistisk inspirerede undersøgelser til afklaring af fænomenet. Det ses altså, at en blanding af de to tilgange er blevet brugt i ny forskning inden for området, i en erkendelse af at de to tilgange genererer to forskellige slags viden om fænomenet. Således belyses sammenhænge og tendenser samtidig med, at fænomenet og forekomsten af det forsøges forklaret.

Denne opgaves model.

Denne opgave forsøger på samme måde at mixe forskellige traditioner, for at få belyst så meget af fænomenet ”social ulighed i sundhed” som mulig. Jeg vil inddrage så mange forskellige måder at anskue fænomenet på, da jeg mener at dette vil bidrage til at fænomenet bliver belyst og afdækket så godt som overhovedet muligt. Dette forsøges illustreret i figuren herunder, hvor hver eneste cirkel inde i den store cirkel skal repræsentere hver sin fremlæggelse af fænomenet. Alt i alt er disse forskellige anskuelser med til at give et samlet overblik over fænomenet. Nogle steder overlapper anskuelserne hinanden ved at benytte samme mål og samme metode til at belyse ”social ulighed i sundhed”. Andre steder er der stadig ikke nogle bidrag til belysning af fænomenet og derfor ses der at være områder, hvor ingen små cirkler dækker den store cirkel. Dette speciale forsøger at bidrage yderligere til belysningen af fænomenet, ved at benytte nogle anderledes metoder til at få allerede kendte mål bearbejdet på en anderledes måde.

Figur 3: Denne opgaves model

Med gennemgangen af mange forskellige udgivers belysninger af fænomenet mener jeg at belyse mange forskellige anskuelser af fænomenet, for dermed at kortlægge landskabet ”social ulighed i sundhed” mere præcist, end hvis jeg nøjedes med at anskue fænomenet ud fra udelukkende en vinkel. Konsekvensen af dette kan være, at opgaven fremgår meget kalejdoskopisk. Dette forsøger jeg at undgå, ved hele tiden at begrunde de forskellige anskuelers berettigelse ved, at de benytter mål, som sætter fokus på ulighed i sundhed på hhv. kort og/eller lang sigt.

Opsamling

Som det fremgår af denne gennemgang af positivismen, har metodisk individualisme været den foretrukne opfattelse af kollektive fænomener, da individers handlinger kan observeres. Synergieffekt er svær at måle og observere, hvilket betyder at den positivistiske proces bliver mere kompliceret. Konstruktionen af fænomenet ulighed i sundhed bygger på den individualistiske tilgang, og først når fænomenet er opdaget, forsøger man at forklare fænomenet med mere komplicerede modeller end den individualistiske tilgang. Sundhed måles ved at måle på individer, og derfor er det svært at komme videre til at inkludere komplicerede processer i målingen af sundhed. Det gælder, selvom man benytter et mål som ”selvurderet helbred”, som

lægger op til inddragelse af følelser og værdier. For at måle sundheden i en gruppe vil man altid måle hver enkelt individs sundhed, for så dernæst at kigge på, om der er relationer i gruppen, som er afgørende for det enkelte individs sundhed. Det er altså en kompliceret sag at måle sundhed, og det ser ud til, at der vil være et evigt dilemma i sundhedsforskningen. Ved at have fokus på det meget hermeneutisk inspirerede begreb ”selvvurderet helbred” forsøges det at tage hensyn til værdier, holdninger og følelser i definitionen af sundhed.

I det denne opgave forsøger at finde et mål for forskellen i den individuelle sundhed, kan den kritiseres for i første omgang at overse og negligere den synergieffekt, som opstår, idet individerne har relationer til hinanden. Med andre ord overser opgavens fokus spørgsmålet om, hvorfor den enkelte persons sundhedstilstand er, som den er. Opgaven forsøger blot at måle sundheden uden at finde baggrunden for den. Dertil kan det fremhæves, at ved at studere sammenhænge og mønstre for individers sundhed ved at fortage grupperinger af individerne efter nogle forskellige variable, kan se tegn på, hvad der kan danne baggrund for yderligere forskning med en mere kollektivistisk metodologi. Men med denne opgaves problemformulering forsøges det mere positivistisk inspireret at finde nogle mål, som kan angive mønstre og tendenser. Disse mønstre og tendenser ophøjes dog ikke til en slags lovmæssigheder, men beskriver forekomsten og omfanget af uligheden i sundhed. Det er så derefter oplagt at undersøge uligheden i sundhed nærmere ud fra mere hermeneutisk inspirerede principper, hvilket vil give en blanding af de to tilgange og måske få fænomenet til at fremstå endnu mere velbeskrevet og veldefineret.

Metode til litteratursøgning.

I det følgende afsnit beskrives litteratursøgningsprocessen for at fremstille, hvorledes kendskabet til de forskellige udgivelser er opstået. Mange af udgivelserne om socialt arbejde generelt og om teorier om sociale problemer, folkesundhed samt socialpolitik er opstået ved at følge Kandidatuddannelsen i Social Arbejde samt ved udarbejdelse af tidligere projekter. Herunder gøres der rede for, hvorledes den specifikke litteratur om ”social ulighed i sundhed” er fundet.

Da ønsket var at indsamle viden om danske forhold foregik litteratursøgning i første omgang på dansk. Når man laver en simpel google-søgning på ”ulighed i sundhed” fremkommer mange danske udgivelser bl.a. Middellevetidsudvalgets udgivelser, Sundhedsstyrelsens udgivelser og udgivelser fra Det Nationale Råd for Folkesundhed. Disse giver en grundlæggende viden om

området og de nyeste resultater og tiltag, og udgivelserne henviser videre til de mange vejledninger til evaluering og evidensbaserings, som der findes.

Referencerne-listerne i disse udgivelser blev gennemlæst, og relevant litteratur blev fremskaffet. Ligeledes blev der søgt på emnet via Aalborg Universitets Bibliotek. Igen blev disse udgivelser gennemlæst og referencerne også møjsommeligt gennemgået med fokus på, om der var nogen, som kunne bruges i arbejde med et mål for omfanget af uligheden i sundhed.

Den danske litteratur på området har givet et stort kendskab til danske data og danske forhold, som det ser ud i dag. Litteraturvandringen skulle gerne vise det opnåede kendskab til området. Da det fremgik af nyere anskaffede udgivelser, at der ikke bliver udviklet nye metoder, anså et litteratursøgningsstop på danske udgivelser omkring ca. 1/1-2008 som rimelig. Udgivelserne indeholdte de samme metoder, enten med gentagelser eller nyere data med beskrivelser af forholdene samt ønsker til ny forskning. Konsekvensen af dette er naturligvis, at en evt. metode, hvis resultater er publiceret efter litteratursøgningen efter danske udgivelser, er blevet overset.

Derefter begyndte gennemlæsningen af engelsksprogede tekster, og da begynde der at tegne sig et billede af udenlandske forskers arbejde med at måle omfanget af uligheden i sundhed. Via hjemmesiden for Syddansk Universitet "Health Economics" studieretning (www.healtheconomics.dk), og en søgning i tidsskriftet "Health Econ" opstod kendskabet til den kun 4 sider lange artikel af Doorslaer & Jones, 2004 med titlen: "*Income-related inequality in health and health care in the European Union*". Denne artikels referencer gav mange artikler om en anderledes metode end den, som fremgik af de dansksprogede udgivelser.

Som det fremgår af denne gennemgang af metoden til at finde litteratur, har det været meget karakteristisk, at det ikke har været muligt at finde noget i dansk litteratur, som har henvist til den europæiske metode, ligesom der, så vidt vides, endnu ikke er udgivet noget uddybende på dansk om denne metode. Det eneste, som jeg efterfølgende har fundet, er overheads og en udgivelse med et eksempel, hvor metoden benyttes, men ikke forklares. (Christiansen & Gundgaard, 2006 samt Bjerregaard, 2006) Konsekvensen af litteratursøgningsmetoden har derfor været, at der gik lang tid med at gennemlæse dansk litteratur, som kom med mange ensartede bud på, hvorledes problemformuleringen kunne besvares. Der blev derfor læst meget litteratur i periferien af min besvarelse af problemformulering. Jeg kunne måske være kommet meget dybere og længere med besvarelsen af problemformulering, hvis jeg havde læst den engelsksprogede litteratur tidligere.

Så vidt vides, er der ikke lavet dansk forskning på danske data og udgivet noget på dansk på området i de seneste ti år. Det, der kommer tættest på, er et 27 sideres workningpaper på engelsk (Christiansen, 1997).⁸ Hvis der findes noget dansk litteratur om dette, så har jeg i hvert fald ikke været i stand til at opspore det, men selvfølgelig er der andre, som har tænkt denne tanke, og som er interesseret i at få et mere konkret mål for graden af uligheden i sundhed i en population. Ved at lede videre i litteraturen og ved at kontakte flere personer ville det måske kunne lade sig gøre at komme i kontakt med andre med samme interesse, men pga. tidspres blev det ikke i denne omgang, at jeg fandt flere danskere med denne interesse.

Efter denne proces kan det stadig undre, hvorfor der ikke er henvisninger til den engelsksprogede litteratur på området i de anvendte danske udgivelser. Jeg ser tre mulige svar på dette:

- 1) Danskerne har vurderet denne metode som ubrugbar og derfor undladt at referere til den.
- 2) Metoden er ikke kendt blandt de danske forskere og forfattere⁹, som jeg har anvendt.
- 3) Denne litteratursøgning har ikke opfanget de relevante udgivelser.

For at undersøge om svarmulighed 3) er det rigtige svar har jeg senere prøvet med alternative litteratursøgningsmetoder, for at se om disse ville have fundet f.eks. Doorslaers udgivelser. Oprindeligt blev der søgt i Aalborg Universitets Biblioteks database, og jeg erfarede efterfølgende, at AAU ikke ligger inde med f.eks. Doorslaers udgivelser, hvorfor det naturligvis ikke ville have været muligt at finde dem der under alle omstændigheder.

Søges på bibliotek.dk med søgeordene ”social ulighed i sundhed” fremkommer 5 poster, men ikke litteraturen, som jeg har fundet ved hjælp af referencerne på andre udgivelser. Hvis der søges på forfatterne til den engelsksprogede relevante litteratur f.eks. ”Wagstaff” på bibliotek.dk viser det sig, at kun 2 biblioteker i Danmark, nemlig Syddanskuniversitetsbibliotek og DSI-biblioteket, ligger inde med bogen af Doorslaer & Wagstaff m. fl., men den kommer som sagt kun frem ved at søge på forfatteren og ikke på emnet ”ulighed i sundhed” eller ”Inequality in health”, som jeg oprindeligt havde gjort.

Hvis der efterfølgende søges mere på den danske oversættelse af ”health economics” nemlig ”sundhedsøkonomi”, kommer der lidt mere information og litteratur, som beskæftiger sig med

⁸ Sundhedsøkonomistudiet på Syddansk Universitet har måske nogle studieopgaver liggende om emnet, hvilket ikke er undersøgt.

⁹ Efter litteratursøgningstoppet blev der imidlertid gjort et fund mht henvisning til metoden. I Bjerregaard: 2006 refereres til den ældste udgivelse af Doorslaer mf.

sundhedsområdet ud fra nogle økonomiske metoder, men der er stadig ikke metoder til udregning af ulighed i sundhed.

Ved at have prioriteret den engelsksproget litteratursøgning tidligere i processen, kunne kendskabet til den sundhedsøkonomiske metode være opstået tidligere. Det er ikke til at sige, hvilket speciale, det var blevet til, hvis det havde været tilfældet, men fornemmelsen er, at det havde været endnu mere empirisk præget, end tilfældet er. Konsekvensen af dette kan altså være, at specialet ikke har det empiriske og internationale niveau, som det kunne have potentiale til, samt ikke når til de konklusioner, som en uddybende analyse af området med Doorslaer m. fl.'s metode og anvendelse heraf ville have givet.

Opsamling

Litteraturen, som jeg har fundet ved ovennævnte litteratursøgningsmetode, har betydet en litteraturvandring fra de danske udgivelser inden for området til de engelske udgivelser. Jeg kan efter denne proces erfare, at den bedste litteratursøgningsmetode er at gennemlæse referencerne i allerede kendt litteratur. Men ligeledes må jeg også erfare, at man skal blive ved med at være nysgerrig, hvis man ikke føler at de fremskaffede litteratur giver tilstrækkelig belysning af det ønskede område. Jeg anser min nysgerrighed som årsagen til, at jeg trods manglende referencer til international sundhedsøkonomisk forskning i ulighed i sundhed fandt en belysning af emnet ud fra denne synsvinkel.

1. del Litteraturvandring

I specialiets første del gennemgås udvalgte udgivelser inden for området, først de dansksprogede og dernæst de engelsksprogede. Som de første præsenteres udgivelser af offentlige instanser og dernæst dansksprogede udgivelser af forskere.

Middellevetidsudvalget

Middellevetidsudvalget blev nedsat af sundhedsministeren i 1992. Se tabel 2. Udvalget havde det formål at undersøge, hvorfor middellevetiden udviklede sig langsommere i Danmark end i de fleste andre lande.¹⁰ Udvalget bestod af personer fra forskellige forskningsenheder, ministerier eller styrelser samt sygehusdirektører og sundhedsdirektører. Udvalget nedsatte en række arbejdsgrupper, og disse arbejdsgruppers rapport blev afrapporteret i 1994 under navnet ”Levetiden i Danmark”. (Sundhedsministeriet, 1998) Der blev udgivet 13 delrapporter¹¹ hver med sit særlige fokus inden for området.

Tabel 2: Oversigt over middellevetidsudvalgets historie og udgivelser.

1992	Middellevetidsudvalget nedsættes	Formål: at svare på hvorfor middellevetiden udviklede sig langsommere i Danmark end i de fleste andre lande
1994	”Levetiden i Danmark”	13 delrapporter
1994	Delrapport nr. 3 ”Sociale forskelle i dødeligheden i Danmark”	Dokumenterede store sociale forskelle i dødelighed i Danmark.
1998	Middellevetidsudvalget genindkaldes	4 nye delrapporter
2000	Delrapport nr. 2 ”Ulighed i sundhed”	Handler om de sociale forskelle i helbred, livsstil og brug af sundhedsvæsenet

Kilde: Sundhedsministeriet, 1998

¹⁰ Da der refereres til mange forskellige delrapporter fra Middellevetidsudvalget, nævnes hele udgivelsens navn for at præcisere henvisningerne og dermed undgå misforståelser.

¹¹ Se bilag 3

Middellevetidsudvalget blev i 1998 genindkaldt af Sundhedsministeren som konsekvens af, at middellevetiden i Danmark også i 1990'erne udviklede sig mindre godt end i de fleste andre lande. Sundhedsministeren mente som følge deraf, at der var behov for en ny analyse med opdaterede data samt en samling af den eksisterende viden om de sociale forskelle i dødelighed, sygelighed og livsstil. Middellevetidsudvalgets delrapport nummer 3 fra 1994 "Sociale forskelle i dødeligheden i Danmark" havde dokumenteret, at der var store sociale forskelle i dødelighed i Danmark. I 1994 havde det daværende nyetablerede Forebyggelsesregister kunne bidrage til at få opdateret Middellevetidsudvalgets tidligere analyser samt at belyse flere aspekter af den sociale ulighed. f.eks. belyses ulighed i brug af sundhedsvæsenets ydelser. På baggrund af dette udgav middellevetidsudvalget i 1998-2000 flere rapporter, hvoraf 2. delrapport fra 2000 "Social ulighed i sundhed" har særlig interesse for denne opgave. Middellevetidsudvalgets måde at belyse uligheden i sundheden på præsenteres i det efterfølgende.

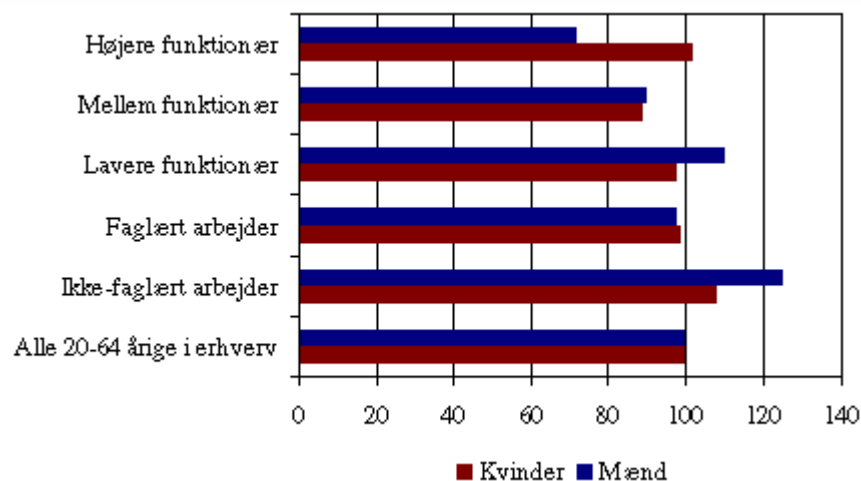
I 2. delrapport fra 2000 fremgår det, at udvalget ikke gennemførte selvstændige analyser af f.eks. sundhedsvæsenets betydning for middellevetiden, men baserede sine konklusioner på eksisterende studier og litteratur. Når man gennemlæser denne rapport, er det derfor relevant at kende til andre resultater på området. Rapporten er på denne måde mere en samling af forskellige data og viden, end det er en særskilt analyse. Dette gør den imidlertid ikke mindre spændende, for i forsøget på at finde ud af, hvorledes omfanget af uligheden måles.

Det første som springer i øjnene ved gennemlæsningen er rapportens afsnit om den brugte metode på side 14. *"De benyttede data i denne publikation er udvalgt med et ønske om at belyse det størst mulige område af den sociale ulighed i sundhed på den bedst mulige måde"*. (Sundhedsministeriet, 2000, side 14) Rapporten indeholder en del klassiske fremstillinger af uligheden i sundhed, og dermed er den god til at skabe et overblik over emnet. Det fremgår også af de efterfølgende sider, at der kommer data, grafer og tabeller inden for mange områder, således at nuancerne i uligheden beskrives. Dette på trods af, at de anvendte data er "genbrugsdata" forstået således, at data ikke er indsamlet til denne rapport's formål, men i anden henseende. Der gøres meget fint rede for konsekvenserne af, at der benyttes genbrugsdata, og det får rapporten til at fremstå ærlig og velovervejet. F.eks. diskuteres de forskellige anvendte sociale indikatorer. Forskellen i de anvendte sociale indikatorer er en konsekvens af at forskellige forskningsenheder har forskellige traditioner. Konsekvensen af dette bliver at der mangler et ensartet udtryk, og det gør analysernes sammenlignelighed problematisk og

kompliceret. En ting er altså at dataene i rapporten er genbrugsdata, noget andet er fremstillingen og brugen af data.

Som nævnt ses der i rapporten mange grafer, tabeller og anden form for deskriptiv statistik. Med dette udtryk mener jeg den form for databehandling, som summerer, laver procentberegninger og index. Et eksempel på en statistisk fremstilling kan ses allerede på side 23, hvor dødeligheden i forskellige sociale opdelinger illustreres:

Figur 4: Dødelighedsindeks fordelt på udvalgte socioøkonomiske grupper, 1991-93, 20-64-årige mænd og kvinder.



Kilde: Sundhedsministeriet, 2000, side 23. Deres kilde er Statistisk tiårsoversigt 1996, Danmarks Statistik, 1996.

Note: Alle grupper er sammenlignet med den gennemsnitlige dødelighed for alle i erhverv, som er sat til 100.

Grafen viser, at dødeligheden er forskellig mellem de valgte sociale indikatorer, samt at forskellen i dødelighed er større blandt mænd end kvinder. Bemærkelsesværdigt er det, at der ikke er ret stor forskel på højere kvindelige funktionærer og ikke-faglærte kvinders dødelighedsindeks. For kvindernes vedkommende ser det ud som om de gunstigste forhold findes hos de 3 midterste grupperinger, mens det for mændenes vedkommende ses at være de to øverste grupperinger. Denne vinkel bearbejdes imidlertid ikke i rapporten.¹²

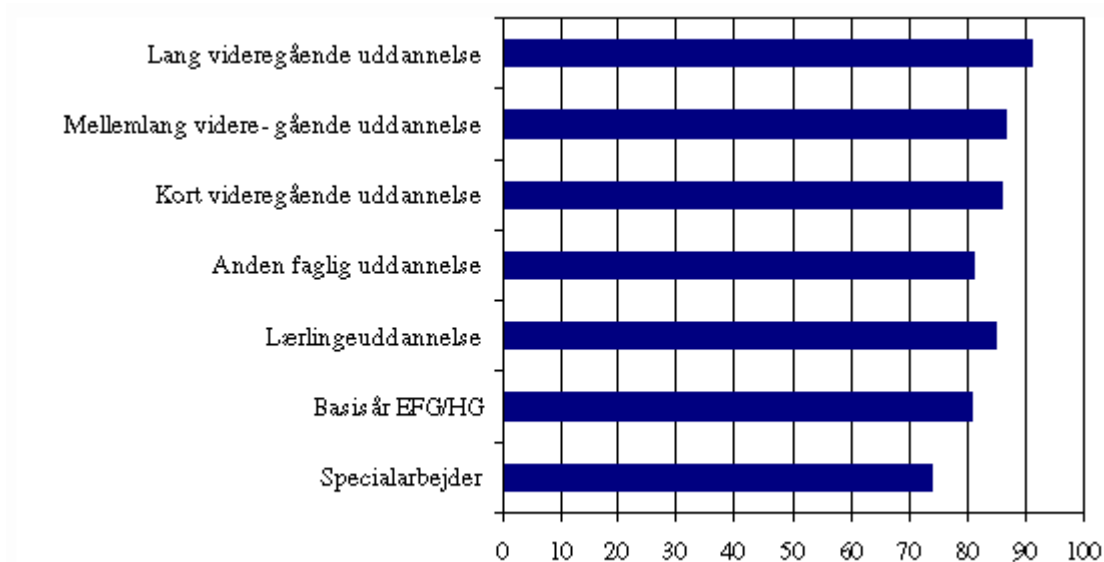
Rapporten fortsætter med denne form for fremstilling af data, hvor omfanget af ulighed beskrives med forskel i dødelighed målt ved forskellen på middellevetiden, målet ”antal gode leveår” og det deraf følgende avancerede mål ”tabte gode leveår”. Dette mål beskriver ikke kun

¹² Denne problematik var blevet bearbejdet i delrapport 7 fra 1994 med titlen ”Kvindens liv og dødelighed”

livslængden men også belastningen af langvarig sygdom. Dette mål er forholdsvis håndgribeligt og let forståeligt, måske fordi det er nemt at identificere sig med. F.eks. er det et håndgribeligt resultat, at *”Mandlige højere funktionærer kan forvente at leve 76 % af deres erhvervsaktive liv uden langvarig sygdom”*, hvor deres erhvervsaktive liv sættes fra 30 år til 64 år. (Sundhedsministeriet, 1994, side 27)

Middellevetidsudvalget beskriver alle aspekter af ulighed i sundhed ud fra dødelighedsrelateret mål, livsstilsfaktorer og risikofaktorer med denne form for datafremstilling. Forskellen og/eller uligheden beskrives altså hele tiden i form af en masse tal og beregninger for f.eks. dødelighed eller risikofaktorer sammensat med erhvervsgrupper, som den sociale indikator. Hvis man vil have svar på, hvor stort omfanget af ulighed er, bliver svaret altså leveret med en sammensætning af forskelle i dødelighedsindekser og mål som alle relateres til dødelighed. Derimod ses det også at rapporten indeholder fremlæggelser af selv vurderet helbred, som et prædikat for dødelighed på kort sigt. Figur 5 viser en fremlæggelse af uligheden i sundhed ud fra ulighed i selv vurderet helbred.

Figur 5: Andel (i procent) i de forskellige uddannelsesgrupper, der vurderer deres eget helbred som godt eller virkelig godt, begge køn, 1994.



Kilde: Sundhedsministeriet, 2000, side 31. Deres kilde er Sundhed og sygelighed i Danmark 1994, DIKE 1995

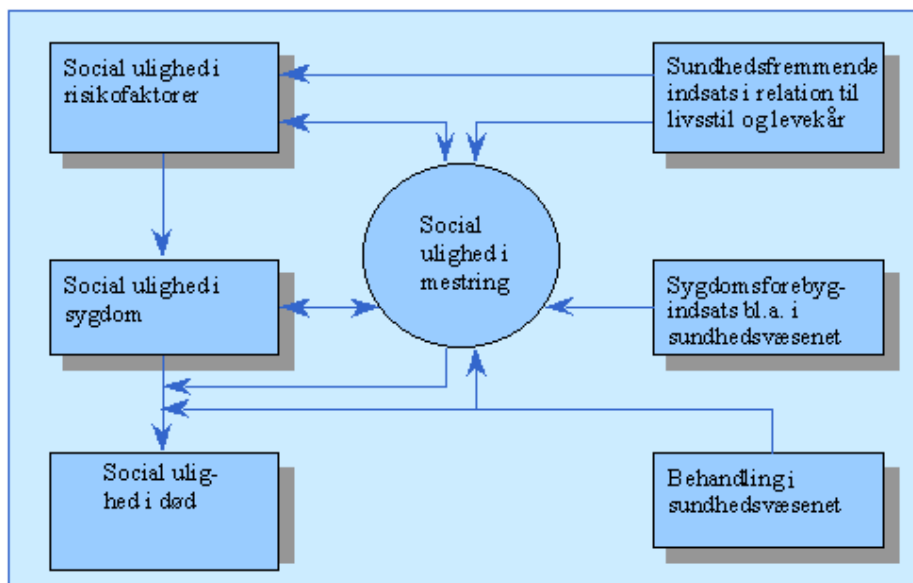
Figur 5 viser den sociale gradient i selv vurderet helbred; jo længere uddannelse jo bedre selv vurderet helbred. Middellevetidsudvalgets fremstilling indeholder også grafer over

benyttelsen af sundhedsvæsenets behandlende og forebyggende ydelser, hvor den klare tendens ses at være at f.eks. er en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og trækket på praktiserende læge og hvad angår de forebyggende tilbud ses det at disse benyttes oftest af personer i grupperne højere funktionær og mellem funktionær. (Sundhedsministeriet, 2000, side 54 og 73)

Sammensætningen af disse forskellige mål giver en bred belysning af uligheden i sundhed. Det er kun få gange at tallenes udvikling over tid beskrives. Med andre ord fremkommer der steder i udgivelsen kun tal for et enkelt år, hvilket ikke indikerer en udvikling over tid. Rapporten har på denne måde tendens til at tegne et øjebliksbillede af situationen med de langsomme dødelighedsrelaterede mål. Rapporten giver en bred indføring i problematikken, og den præsenterer to mål, som har et kort sigte: selvvurderet helbred og forskellen i benyttelsen af sundhedsvæsenets forebyggende og behandlende ydelser.

Udover at indehold tal giver udgivelsen også en masse viden om de forhold, som har indvirkning på social ulighed i sundhed og levetid. Bl.a. udvides udvalgets ”Epidemiologisk forståelsesmodel” fra 1994 således, at den i udgaven fra 2000 illustrerer uligheden i sundhed og ikke kun stagnationen i danskernes middellevetid, som den gjorde i udgivelsen fra 1994. (Sundhedsministeriet, 1994, Side 20)

Figur 6: Middellevetidsudvalgets model til forståelse af den sociale ulighed i sundhed



Kilde: Sundhedsministeriet, 2000, side 20

Modellen viser kompleksiteten af begrebet ”ulighed i sundhed”, og hvorledes denne skal forstås ud fra en sammensætning af uligheder inden for de forskellige områder, samt hvorledes en ulighed kan medføre en anden ulighed jf. afsnittet om lighedsbegrebet. Venstresiden af modellen viser risikofaktorerne og deres sammenhæng, mens højresiden viser samfundets tilbud og indsatser.

Som modellen antyder giver rapporten et stort overblik over hvilke mål som kan ligge forud for ”død”. Disse mål belyses med data, der er til rådighed, samt viden om, at uligheden eksisterer inden for mange forskellige områder og mål. Med andre ord kan uligheden belyses ved brug af mange forskellige mål ud over dødeligheden. I modellens centrum er ”sociale ulighed i mestring” placeret, men der gives ikke nogen teoretisk begrundelse for dette. I andre sammenhænge ses det, at teoretikere som Bandura, Bourdieu og Antonovsky. (Hørdam mf., 2003, s 55-57) er blevet inddraget, når forskelle i f.eks. menneskers evne til at mestre deres egen tilværelse belyses. Men denne udgivelse indeholder som sagt ingen teoretiske refleksioner. Dette kunne med fordel f.eks. gøres i forbindelse med, at selvvurderet helbred benyttes (se figur 4). I det efterfølgende forsøger jeg at give et eksempel på hvorledes en teori kan være med til at give en forståelse af nogle af målene, som er brugt i belysningen af ulighed i sundhed.

Eksempel på inddragelse af en teori: Antonovsky's OAS og selvvurderet helbred.

Antonovsky giver med sit begreb ”oplevelse af sammenhæng” (Antonovsky, 2000, side 33-51) herefter forkortet OAS en mulig forklaring på forskellen i dette mål ”selvvurderet helbred”. Han har - i modsætning til mange andre teoretikere, der fokuserer på sygdom - arbejdet med, hvad der gør folk raske. OAS-begrebet er udarbejdet ud fra dette fokus. Hans konklusion er, at raske mennesker har en høj grad af OAS. Ifølge Antonovsky vil begrundelsen for, at en person vurderer sit helbred som ”meget godt”, være, at personer oplever høj grad af sammenhæng i tilværelsen. OAS-begrebet deles op i tre underdeterminanter, som er: oplevelsen af tilværelsen som a) forståelig og begribelig b) håndterbar og c) meningsfuld. Er disse tre underdeterminanter høje, er den samlede OAS høj, og ligeledes hvis alle tre underdeterminanter er lave, er den samlede OAS også lav. Disse tre underdeterminanter kan mere eller mindre uafhængig af hinanden have forskellig størrelse på forskellige tidspunkter af livet, men summen vil altid beskrive personens helbred.

Hvis man ser på figur 4 igen, ses det, at procentdelen, som vurderer deres helbred som ”godt” eller ”virkelig godt”, falder med uddannelsesniveaue. Med Antonovskys ord vil det være spændende at undersøge om højtuddannede generelt oplever større sammenhæng i tilværelsen

end lavtuddannede. Tabellen er en meget god beskrivelse af situationen, og også en god måde at måle omfanget og udviklingen af uligheden på, hvis sådan en graf suppleres med en kolonne med nyere data. En teoretisk belysning vil sætte flere perspektiver på et sådant kvantitativt resultat.

Opsamling

I gennemlæsningen af Middellevetidsudvalgets 2. delrapport fra 2000 er jeg kommet frem til, at rapportens metode til at måle ulighed i sundhed er en lang beskrivelse af forhold inden for forskellige områder sammensat med sociale indikatorer. De hyppigste anvendte mål læner sig op af dødeligheds målet, som giver en god indføring og overblik over uligheden i sundhed. Gennemgangen i Middellevetidsudvalgets rapport er meget brugbar, fordi det både giver en forståelse af områdets kompleksitet, og inddrager forskellige mål til belysningen af uligheden i sundhed, hvoraf især to har interesse i forbindelse med ønsket om at finde mål, som kan benyttes til belysninger af fænomenet med et kortsigtet fokus. Her henledes opmærksomheden til målene selv vurderet helbred og de forskellige mål for benyttelsen af sundhedsvæsenet.

Man kan dog undre sig over, at Middellevetidsudvalget ikke arbejder mere med statistiske værktøjer, som f.eks. lineær regression. Man kunne finde hældninger på tendenserne, som kunne beskrive udviklingen og forskellen mellem de højere funktionærers data og f.eks. ufaglærtes data. Disse hældninger kunne afspejle graden af ulighed i en periode og efterfølgende kunne de bruges i en opsamling. Det er som om, at feltets kompleksitet sætter en grænse for denne tankegang, da en naturlig konsekvens af arbejdet med statistiske værktøjer ville være at lave nogle antagelser, som måske overser denne kompleksitet indenfor området.

Det Nationale Råd for Folkesundhed

Det Nationale Råd for Folkesundhed (herefter forkortet DNRF) er nedsat på baggrund af den føromtalt sundhedslov. I Kapitel 68 § 223 står der: *”Det nationale råd for folkesundhed § 223. Indenrigs- og sundhedsministeren nedsætter et uafhængigt sagkyndigt råd for folkesundhed. Rådet har til formål at bidrage til at forbedre sundheden i hele befolkningen. Rådet har til opgave at bidrage til debat og at rådgive indenrigs- og sundhedsministeren om folkesundhedsområdet.”* (Sundhedsloven, Lov nr. 546 af 24. juni 2005, Kapitel 68 § 223)

En oversigt over DNRF udgivelser ses i bilag 10. Fælles for dem alle er, at de har fokus på forebyggelse samt siden ca. 2006 fokus på faktorerne kost, rygning, alkohol og motion -heraf termen ”KRAM”. Risikofaktorerne kost, rygning, alkohol og motion forklarer, ifølge DNRF 40 % af al sygdom og for tidlig død. (DNRF 2007, side 5) Ligeledes påpeger DNRF, at *”WHO har beregnet, at livsstil vil være ansvarlig for 70 % af al sygdom i år 2020.”* (DNRF, 2007, side 5) Det er nogle meget fine fakta at have, men det er svært at finde oplysninger om, hvorledes disse beregninger er lavet. Generelt er udgivelser fra DNRF og oplæg fra rådets formand, Dr. Med. Bente Klarlund Pedersen, fyldt med fakta og meget underholdene indgangsvinkler, men der findes ingen litteraturhenvisninger eller referencer. Det kunne være oplagt at undersøge, om DNRF baserer sine udtalelser på udgivelser fra WHO og i så fald, hvad der retfærdiggør, at udgivelsernes konklusioner kan overføres direkte til danske forhold.

Når DNRF belyser ulighedsproblematikken inden for sundhed, udtrykkes uligheden vha. middellevetider relateret til uddannelse og bopæl: *”Der er syv års forskel på hvor længe man lever afhængig af om man har en kort eller en lang uddannelse. Hvis man bor på Nørrebro lever man ligeså længe som i Rumænien - hvis man bor i Søllerød lever man ligeså længe som i Sverige.”* (DNRF, 2007, side 5)

Dermed ses det, at DNRF benytter sig af samme måling som f.eks. middellevetidsudvalget, for at udtale sig om udvikling af ulighed i sundhed - nemlig ulighed i levetider. Det ovenstående citat er et meget interessant citat, fordi det går igen i flere af DNRF's udgivelser, men det er svært at finde referencen på citatet. Målet gør forskellen i levetider meget konkret og nærmest kortsigtet, forstået således at hvis man bor på Nørrebro og ønsker bedre sundhed her-og-nu skal man flytte til Søllerød. Det er selvfølgelig sat på spidsen, men det at DNRF benytter et sådanne citat flytter fokus fra konsekvenser på lang sigt –dødelighed- af noget som kan måles nu, nemlig hvor bor du? Da jeg fandt dette resultat meget spændende i mit arbejde med at få fokus flyttet fra

langsigtede mål til kortsigtede mål arbejdede jeg dermed videre med at finde nogle referencer på dette resultat.

Det tætteste man kommer på en tekst, som beskæftiger sig med dødeligheden specifikt på ”gadeplan”, er en artikel i Weekendavisen, som refererer en undersøgelse af demografen Hans Oluf Hansen i 2005. (Stensgaard, 2005, Se bilag 4). Artiklen indeholder et kort med oversigt over dødelighed i de forskellige bydele i Københavns Kommune. Imidlertid er det problematisk at regne dødelighedsindeks ud for så specifikke områder, da der her skal tages hensyn til fra- og tilflytning. Denne undersøgelse indeholder ikke et tal for dødeligheden i Søllerød, hvilket tyder på, at citatet fra DNRF må bero på resultater fra en anden undersøgelse. Graves der efter referencer på resultatet vedr. middellevetiden eller dødeligheden i Søllerød fremgår det, at Finn Diderichsen tidligere har undersøgt dette (Hagerup, 2007), men der er ikke publiceret noget materiale om undersøgelsen. Igen skal det fremhæves, at det, trods statistisk signifikans, principielt er problematisk at foretage sådanne udregning pga. af til- og fraflytning til områderne.

Opsamling

I udgivelser fra DFNR findes en masse fakta om sundheden i Danmark og også om uligheden i denne. Det er problematisk at finde dokumentation for alle de fakta, som DNFR benytter i fremstillinger, oplæg og foredrag, ligesom der er principielle problematikker ved udregninger af dødelighedsindekser for små geografiske områder. På trods af disse problematikker ses det, at denne måde at opgøre den sociale ulighed i sundhed på, bevirker at dødelighedensmålet gøres meget konkret og nærmest kortsigtet.

Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen har i de sidste 2 år udgivet mange publikationer, som kredser om emnet ”ulighed i sundhed”. I dette afsnit gøres rede for resultat af en gennemlæsning af otte relevante udgivelser med fokus på, hvilke mål de benytter til at måle omfanget af ulighed i sundhed. Udgivelserne kan placeres i tre kategorier. Tre udgivelser knytter sig til projekt ”lighed i sundhed”, andre tre omhandler risikofaktorer og endelig handler to handler om, hvorledes man i et videnskabsteoretisk lys ideel set bør belyse uligheden i sundhed og de dertil knyttede politikker. De to første kategoriseringer er medtaget da disse giver eksempler på hvordan ulighed i sundhed belyses, og de mere teoretiske udgivelser er medtaget for at give et billede af hvilke overvejelser der gøres i forbindelse med valg af metode til at belyse uligheden i sundhed.

Projekt ”Lighed i sundhed” -udgivelserne

Den først udgivelse, der springer i øjnene, er fra 2006, og den er, som titlen antyder en vejviser til evaluering af projekter under ”lighed i sundhed”. Projekt ”Lighed i sundhed” er en statslig pulje på 24 mio. kr., som har til formål at støtte kommunale projekter, som fremmer sundhed blandt udsatte borgere, og derudfra udvikle metoder til at reducere social ulighed i sundhed. (Sundhedsstyrelsen, 2006-A). ”Lighed i sundhed”-projektet kører i perioden 2006-2009 med seks modelkommuner.¹³ Udgivelsen er tænkt som en evalueringsguide til personalet i kommunerne, som skal evaluere disse projekter, som har fået statslig støtte. Det eneste sted i denne publikation, som springer i øjnene, er en tekstboks på side 6:

¹³ Se modelkommunerne og projektbeskrivelser på bilag 5

Figur 7: Tekstboks fra Sundhedsstyrelsens ”Vejviser til evaluering af projekter under Lighed i Sundhed” 2006

Tekstboks 2: Social ulighed i sundhed og evaluering?

"Lighed i sundhed" handler om at søsætte initiativer og gennemføre projekter, der kan mindske den sociale ulighed i sundhed. Vi ved, at uligheden i sundhed er markant. Men der er meget begrænset viden om, hvad der kan modvirke social ulighed i sundhed. Og hvilke metoder der er effektive. "Lighed i sundhed" skal være med til at levere svarene på disse spørgsmål.

Om den sociale ulighed i sundhed ved vi blandt andet:

- at 75 % af kontanthjælpsmodtagerne har andre problemer end ledighed (fx nedsat arbejdsevne pga. sygdom, ulykker, misbrug eller tidligere arbejdsmæssige belastninger) (SFI undersøgelse).
- at en sundhedsprofil fra Københavns Kommune viser, at 83 % vurderer deres helbred som godt/virkelig godt, mens det tilsvarende tal for borgerne uden for arbejdsmarkedet er 61 %. (Københavns Kommunes sundhedsprofil).
- Sygemeldte kvinder med kort uddannelse må vente betydeligt længere tid - nemlig i gennemsnit 40 dage - på at blive behandlet i sundhedsvæsenet end akademikere, som kommer til efter blot seks dage (Undersøgelse fra Kvindeligt Arbejderforbund).
- Hvis man bor på Nørrebro, lever man ligeså længe som i Rumænien. Hvis man bor i Søllerød, lever man ligeså længe som i Sverige (undersøgelse refereret i Berlingske Tidende den 25. september 2006).

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2006- A, side 6

I denne tekstboks opstilles fire punkter som alle skal være med til at belyse *hvor* markant uligheden i sundhed er: ”Vi ved, at uligheden i sundhed er markant. Men der er begrænset viden om, hvad der kan modvirke social ulighed i sundhed”. På denne måde ses der ikke antydninger af behov for at undersøge størrelsen af ulighed i sundhed, men mere hvad der kan forebygge at der fremkommer ulighed i sundhed.

Det er dog spændende alligevel af knytte kommentarer til de fire punkter som belyser omfanget af ulighed i sundhed. Første og andet punkt knytter sig til arbejdsmarkedet og referer til undersøgelser af SFI og Københavns Sundhedsprofil. Første punkt beskriver et mål som tidligere er nævnt i denne opgave, hvor det dog er tal for Aalborg Kommune. I Aalborg Kommunes tilfælde var tallet på 85% og Aalborg ligger på denne måde over dette tal, som formodes at være et landsgennemsnit. Ligeledes ses det at punkt to benytter selv vurderet helbred, og fremlægger resultatet fra Københavns Kommunes sundhedsprofil, hvor tendensen viser at personer udenfor arbejdsmarkedet vurderer deres helbred dårligere end gennemsnittet. Disse to punkter antyder at personer i arbejde er sundere end personer uden arbejde.

Det tredje punkt er fra en undersøgelse fra Kvindeligt Arbejder forbund, som indikerer, at sygemeldte kvinder med kort uddannelse må vente betydelige længere tid på behandling end sygemeldte akademikere.¹⁴ Jf. tidligere diskussion om lighedsbegreberne, ses der hermed en antydning af at den reele lighed i sundhed er problematisk, selvom alle med lov formelt er sikret adgang til sundhedsvæsenet. Ulighed i sundhed kan dermed også belyses ud fra tal, som viser hvem af de syge, som har de bedste muligheder for at blive behandlet og dermed formodentlig blive raske igen.

Det sidste punkt handler om forskellen på sundheden på Nørrebro og i Søllerød målt ud fra gennemsnitslevetid. Denne type mål er behandlet i afsnittet om DNRF.

Disse fire punkter repræsenterer dermed en kortfattet måde at belyse uligheden i sundhed, og hvoraf de tre af dem er meget kortsigtede og et mere langsigtet.

Sundhedsstyrelsen skriver endvidere at følgende vil være spændende af få belyst i forbindelse med projekt ”Lighed i Sundhed”: *”Hvor stor er uligheden i sundhed for kontanthjælpsmodtagere”* (Sundhedsstyrelsen, 2007-E, side 12) Det står meget kort og uden yderligere kommentarer. Det kunne være interessant at vide, hvordan man havde forestillet sig, at det skulle måles. Dette citat stammer fra en udgivelse som kan ses at være en evalueringshåndbog.

Man kan undre sig over, at der ikke foreslås nogle konkrete mål, som kunne inddrages i en evalueringsrapport. Der er heller ikke metodekrav eller lignende, som ville gøre evalueringerne sammenlignelige. Rapporten er snarere en gennemgang af forskellige typer af evalueringer og metoder uden nogle deciderede anbefalinger eller krav til evalueringerne. Evaluatoren må så at sige læse denne rapport igennem og derefter vælge frit på alle hylder.

I den forbindelse har det været interessant for mig at gennemlæse en evaluering af projekterne under ”Lighed i Sundhed” for dermed at få et billede af, hvad disse evalueringer har haft fokus på. Sundhedsstyrelsen, 2007-B fremlægger resultater af en kvalitativ undersøgelse, hvor jeg formoder forfatterne bag har benyttet sig af anbefalingerne i de to evalueringshåndbøger. ”Socialt udsatte” dækker i denne undersøgelse over førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og faglærte og ufaglærte arbejdsløse. Denne udgivelse tjener det formål at give indsigt i udsatte

¹⁴ Middellevetidsudvalget kommer også frem til en lignende konklusion på side 77 i Sundhedsministeriet, 2000. Det kan derfor undre hvorfor Sundhedsstyrelsen benytter sig af denne reference og ikke middellevetidsudvalgets.

borgeres opfattelse af sundhed. Udgivelsen munder ud i 15 anbefalinger til fremtidige projekter, men ingen konkrete kvantitative målinger. Disse anbefalinger lyder f.eks.:

- Undgå ensidig fokus på fysisk sundhed på bekostning af socialt velvære
- Tænke over, hvordan man kan give målgrupperne ”noget at stå op til”
- Udfordre den holdning at der er dyrere at leve sundt
- Gøre det sjovt at være aktiv
- Bygge på borgernes egne ressourcer mv.

(Sundhedstilsynet, 2007-B, side 42-45)

Undersøgelsens resultater er dermed ikke tal, men ord, som beskriver, hvad det anbefales at have fokus på i forbindelse med sundhedsprojekter for udsatte borgere. Det fremgår af interviewguiden at de har spurgt til selvvurderet helbred med spørgsmålet: ”*Hvordan oplever I jeres egen sundhed*” (Sundhedstilsynet, 2007-B, side 50 og 54) Der er dog ikke svarkategorier, som i de surveybaserede spørgsmål til selvvurderet helbred. Spørgsmålet søger at belyse personernes oplevelse af helbred i interviewøjeblikket, og sætter ikke spørgsmålstejn ved, om personen har oplevet en forværring eller forbedring af helbredstilstanden i løbet af projektperioden. Et sådan svar kunne være med til at belyse om projekterne har indfriet målet, men dette spørges der ikke om i undersøgelsen. Dermed kan det undre mig, hvordan undersøgelsen kan munde ud i anbefalinger til fremtidige projekter, når der reelt ikke har været målt på, om projekterne, de undersøger, har bevirket at helbredstilstanden blandt de involverede blev oplevet som forbedret. Dette eksempel belyser rigtig godt, hvorledes nogle kvantitative målinger ville supplere en sådan kvalitativ undersøgelse. Undersøgelsens anbefalinger giver umiddelbart mening og er godt understøttet, men jeg savner et svar på, hvordan de involverede oplevede deres helbred før projektperioden og efter projektperioden.

Opsamling

Projektet ”Lighed i Sundhed” skal bidrage til, at uligheden i sundhed blandt borgerne i de medvirkende modelkommuner mindskes. Der præsenteres fire måder at belyse omfanget af ulighed i sundhed på, hvoraf tre er kortsigtede og 1 mere langsigtet. Det fremgår, at de kommunale indsatser i projekt ”Lighed i Sundhed” fortrinsvis undersøges ved hjælp af kvalitative metoder. Det er bemærkelsesværdigt, at sundhedsstyrelsen iværksætter projekter, som skal mindske ulighed i sundhed uden at lancere en metode til at måle om dette overordnede mål

med projektet indfries. Der ses kun mål for den individuelle sundhed uden af denne sættes i forhold til andres eller til udviklingen. Med andre ord viser udgivelserne intet forslag til måle metoder til vise, om uligheden i sundhed overordnet set er øget eller mindsket. Der er mere fokus på at få viden om, hvad der virker forebyggende.

Udgivelser med fokus på risikofaktorer

Sundhedsstyrelsen har også udgivet publikationer, som indeholder forskellige kvantitative mål. Sundhedstilstanden generelt i befolkningen belyses ved hjælp af risikofaktorer og dødsfald om året som kan relateres til hver risikofaktor. Dermed fokuserer en sådan udgivelse ikke i så høj grad på forskelle i sundheden i forskellige befolkningsgrupper. Det er en meget sundhedsøkonomisk tilgang¹⁵ som anvendes til at beskrive samfundsøkonomiske konsekvenser af udvalgte sundhedsrisikofaktorer, og som har det formål at danne baggrund for prioriteringer og tilrettelæggelser af det kommunale forebyggelsesarbejde. I en sådan publikation kan man finde følgende tabel over hver risikofaktor.

Tabel 3: Samfundsøkonomiske konsekvenser af rygning

Rygning	
Dødelighed (dødsfald/år)	14.000
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 3,5/K: 3
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	M: 105.000 K: 58.000
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år) (storrygere)	M: 10/K: 11
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY (storrygere)	M: 10/K: 11
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	150.000
Skadestuebesøg (antal/år)	–
Ambulante besøg (antal/år)	–
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	2,7
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	2,8
Førtidspensioner (antal/år)	5.000
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	4,5 mia.
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	3,4 mia.

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2006-B, side 14

¹⁵ En definition af sundhedsøkonomi ses i afsnittet ”Sundhedsøkonomisk forskning i ulighed” side 70

For hver risikofaktor udregnes, hvor meget den enkelte risikofaktor forkorter danskernes middellevetid, og hvor mange gode leveår der tabes om året pga. risikofaktoren. Med risikofaktorer henføres til den adfærd, som danner risiko for tidlig død jf. DNRF's KRAM-faktorer. Det ses i tabel 3 altså stadig dødelighedsmålet, der benyttes. Denne gang udregnes dødelighedsmålet blot særskilt for forskellige risikofaktorer. Som det ses herover, har udgivelsen inddraget både tabte gode leveår og kvalitetsjusteret leveår i en erkendelse af, at sundhed målt ved levetid, sygelighed og dødelighed ikke belyser konsekvensen af ikke-dødelige sygdomme eller kvaliteten af de levendes helbred. Det kvalitetsjusterede mål er et ud af mange mål, som er opstået ”de senere år” (Sundhedsstyrelsen, 2006-B). Dette mål inddrager udover sygelighed og dødelighed også livskvalitet.¹⁶

Denne fremgangsmåde, hvor risikofaktorerne er isoleret, er benyttet trods en viden om, at der er tendens til ophobning af risikofaktorer i de laveste sociale grupperinger, og at det derfor kan være problematisk at isolere effekten af f.eks. rygning.

I den forbindelse er det bemærkelsesværdigt, at ”kost, uddannelse og svage sociale relationer” i udgivelsen inddrages som risikofaktorer på linie med f.eks. rygning. Dette på trods af denne konstatering: *”Risikofaktorerne ”kort uddannelse” og ”svage sociale relationer” er mere bagvedliggende faktorer, såkaldte sociale determinanter, der ikke umiddelbart kan sammenlignes med risikofaktorer tæt på individet som f.eks. fysisk inaktivitet og stort alkoholforbrug(...)* Det har været ønsket at medtage disse faktorer for at pege på betydningen af sociale forhold for sundheden, og for at understrege vigtigheden af at medtænke ulighed i sundhed, når forebyggelsen tilrettelægges. *Uddannelse og sociale relationer er kun dele af det meget mere komplekse begreb social ulighed, og mange andre faktorer bidrager til ulighed i sundhed, fx social arv og fordelingen af økonomiske ressourcer.* (Sundhedsstyrelsen, 2006-B, side 28)

Dette citat er meget spændende og antyder en forskel på at anskue risikofaktorer som noget ”tæt på individet” eller som noget ”bagvedliggende”. Det er en forskel, som kan ledes tilbage til diskussionen om metodologisk individualisme og metodologisk kollektivism. Nogen ville påpege, at f.eks. fysisk inaktivitet og alkoholforbrug også er strukturelt betingede ligesom kort uddannelse og svage sociale relationer, og at de derfor ville kræve en hermeneutisk indgangsvinkel med en metodologisk kollektivism. Der gøres klart opmærksom på, at social ulighed i sundhed er et komplekst begreb ligesom social ulighed, og der åbnes for, at andre

¹⁶ Det ligger udenfor denne opgaves omfang at operationalisere livskvalitet.

determinanter skal inddrages. Dette er altså alt i alt en gammel sang, som her bliver tilføjet nogle konkrete tal, som antyder, at 135.000 hospitalsindlæggelser og 3,8 mia. kr. om året til behandlinger i sundhedsvæsenet kan relateres til ”kort uddannelse” jf. tabellen herunder.

Tabel 4: Samfundsøkonomiske konsekvenser af kort uddannelse

Kort uddannelse	
Dødelighed (dødsfald/år)	7.700
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 1,8/K: 1,6
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	M: 103.000 K: 85.000
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år)	M: 8/K: 7
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY	M: 6/K: 5
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	135.000
Skadestuebesøg (antal/år)	–
Ambulante besøg (antal/år)	–
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	3,7
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	4,8
Førtidspensioner (antal/år)	2.600
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	3,8 mia.
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	3,2 mia.

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2006-B, side 28

Alt i alt er publikationen en meget grundlæggende indførsel i, at risikofaktorerne benyttes til belysning af sundhed, og til at påpege hvor potentialerne i forbedringen af befolknings sundhed ligger. Ved gennemlæsningen fremgår det, at udgivelsen ikke har til hensigt at sige noget om størrelsen på den sociale ulighed i sundhed eller udviklingen i denne. På det område konkluderer den kun, at der ses en tendens til, at kortuddannede er mere belastede af risikofaktorerne rygning, stort alkoholforbrug, fysisk inaktivitet, psykisk arbejdsbelastning og svage sociale relationer end højtuddannede. Det fremgår, at udgivelsen på denne måde går i ring; den regner de samfundsøkonomiske belastninger ud for hver risikofaktor, trods erkendelsen af at der er tendens til ophobning af disse risikofaktorer i gruppen af kortuddannede.

Sundhedsstyrelsens fokus på risikofaktorer går igen i flere udgivelser. (F.eks. Sundhedsstyrelsen, 2006-C) Emnet ”ulighed i sundhed” belyses sporadisk ved at nævne: *”Nogle mennesker kan selv finde vej i et sundt liv. Andre skal have hjælp og støtte til at ændre deres vaner, så de får en*

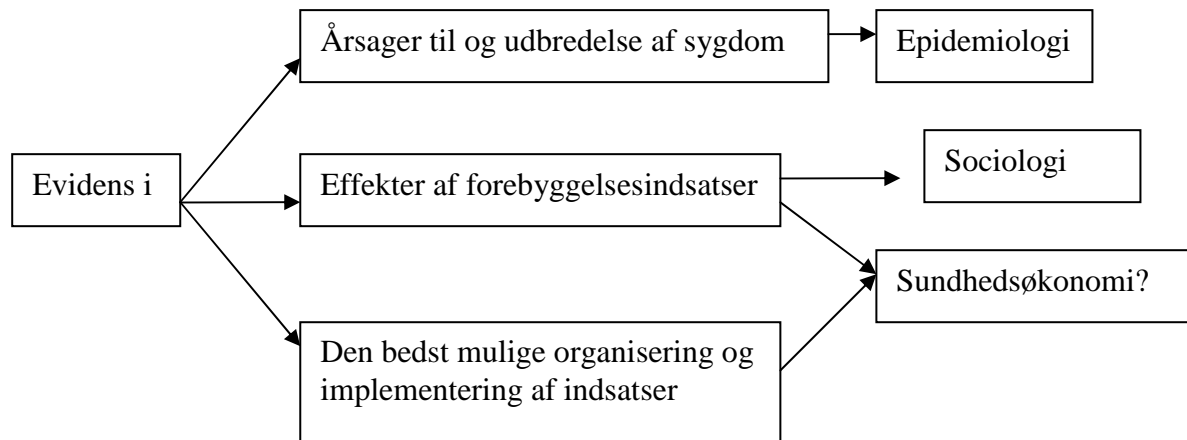
sunder livsstil” (Sundhedsstyrelsen, 2006-C, side 39) Denne udtalelse er stærkt præget af en metodologisk individualistisk holdning til sundhed, nemlig, at sundhed er et personligt valg, og det er i klar modstrid med opfattelsen af sundhed som en konsekvens af det civiliserede samfund, som i denne opgave repræsenteres af Huset Mandag Morgen, 2006. Ud fra dette kan Sundhedsstyrelsens fremlæggelse siges at være generel og præget af en opfattelse af sundhed som en opgave, hvor kommunen kan og skal stille tilbud til rådighed for afhjælpning og forebyggelse af de risikofaktorer, som den enkelte borger måtte have. Spørgsmålet om hvilke tiltag, der skal målrettes hvilke befolkningsgrupper er sparsommeligt besvaret. (Sundhedsstyrelsen, 2006-A, B og C)

Opsamling

Sundhedsstyrelsens udgivelser, som har fokus på risikofaktorer, er ofte præget af en tankegang, som ligger nær ideen om metodologisk individualisme. Der benyttes en kvantitativ tilgang til belysningen af forskelle faktorerens betydning for middellevetiden i Danmark. Uligheden i sundhed bliver kun belyst implicit vha. risikofaktorer. Udregningerne er pålidelige, men bider sig selv i halen, forstået således, at der udregnes samfundsøkonomiske belastninger for hver risikofaktor, selvom udgivelsen erkender, at der er tendens til ophobning af risikofaktorer i gruppen af kortuddannede. Alligevel er målene interessante, da de repræsenterer en måde til at måle de langsigtede konsekvenser af en handling her-og-nu.

Udgivelser med fokus på videnskab, evidens og forebyggelse

De næste udgivelser, der inddrages her, har flere varierede input til diskussionen om folkesundhed og metoder inden for forebyggelsesforskningen. Disse er videnskabsteoretiske og reflekterede udgivelser, som langt fra henvender sig til praktikere i kommunen, men i højere grad til forskere og evaluatore. Udgivelserne har i højere grad fokus på evidens. (Sundhedsstyrelsen, 2004 og sundhedsstyrelsen, 2007-D) Det at arbejde evidensbaseret beskrives således: *”at man sikrer velovervejet, systematisk og eksplicit anvendelse af den aktuelle bedste viden om hvilke metoder og indsatser, der virker på hvem, under hvilke omstændigheder og ved anvendelse af hvilke ressourcer”* (Sundhedsstyrelsen 2007-D, Side 5) Udgivelserne er i stilen en blanding af evalueringshåndbog og håndbog for dem, som skal samle evalueringer og få det overordnede overblik over forebyggelsens resultater. Det fremhæves i Sundhedsstyrelsen 2007-D side 6, at der tales om tre forskellige former for evidens, hvilket illustreres i figuren herunder.

Figur 8: De 3 forskellige former for evidens indenfor sundhedsforebyggelse.

Kilde: Udarbejdet med inspiration fra Sundhedsstyrelsen 2007-D, side 6.

Det ses i figur 8, at de tre forskellige former for evidens ikke ”udarbejdes” af den samme videnskab. Den øverste kaldes her for ”Epidemiologisk evidens”, hvorimod de to andre er sværere at sætte på en bestemt videnskab, idet der egentlig er flere videnskaber, der kan komme med input. Sundhedsøkonomerne kan udregne succesrater for forskellige former for behandling, men det er spørgsmålet, om disse metoder også kan benyttes til at udarbejde evidens indenfor forebyggelse og organisering samt implementering. Sociologien kan lave forskningsoversigter og på baggrund heraf vurdere kvaliteten af forskellige undersøgelser, for dermed at få et billede af effekterne af forebyggelsen. Udgivelsen understreger, at der skal indsamles mere viden på området, og ser et evidensfokus som metode til at sikre, at den viden, der bliver samlet ind, er brugbar.

I Sundhedsstyrelsen, 2004 giver forskellige forskere inden for området deres bud på metoder til, problematikker i forbindelse med og vinkler på evalueringen af forebyggelsen. I forordet nævnes det, at området er ”multidisciplinært” og med dette menes, at der skal trækkes på viden inden for mange forskellige videnskabstraditioner. Det nævnes, at der skal trækkes på viden fra både sociologi, psykologi, antropologi, medicin, politologi, økonomi og kommunikation. Denne bredde, som området skal være karakteriseret af, gør arbejdet med forebyggelse og vidensindsamling på området komplekst, men meget udfordrende. På baggrund af denne erkendelse er udgivelsen blevet til som et resultat af et forskersymposium, som Sundhedsstyrelsens Videns- og dokumentationsenhed afviklede i efteråret 2003. Baggrund

herfor var, at man ønskede at overføre tanken om ”evidensbaseret medicin” til ”evidensbaseret forebyggelse”.

Man inviterede professorer inden for nogle af de nævnte videnskabelige retninger – suppleret med en professor i filosofi - til at give et bud på, hvorledes man kan kvalitetssikre viden, således at man kan udarbejde evidensbaseret forebyggelse. Udgivelsen understreger, at tankegangen om dødelighed er epidemiologiens mål for sundhed og helbred. (Sundhedsstyrelsen, 2004, Side 42-43) Epidemiologien defineres som *”den forskningsdisciplin som beskriver forekomsten af sygdom og sygdomsårsager i befolkningen og analysere sammenhænge mellem mulige sygdomsårsager og sygdomme”* (Sundhedsstyrelsen, 2004, Side 39)

Bemærkelsesværdigt er det dog, at sociologi er den eneste samfundsvidenskabelige retning, der er repræsenteret ved en forfatter i udgivelsen. For at fortælle om sociologiens bidrag til forskningen i evidensbaseret forebyggelse har Bjørn Holstein skrevet om, hvorledes man i den sociologiske videnskab relaterer forskelle i adfærd til de forskellige socialgrupper. BH argumenterer for, at det er nødvendigt at komme videre end den epidemiologiske tankegang og i langt højere grad forklare de forskelle, som den epidemiologiske forskning finder. Hele artiklen er en lang argumentation for, at undersøgelser af forebyggelseseffekter skal have et bredere fokus end enkeltindivider og inddrage f.eks. analyser af lokalsamfundets betydning og herskende samfundsnormer. Artiklen understreger det forhold, at et kvantitativt mål skal suppleres med andre former for mål - gerne kvalitative, for at det giver mening, og for at det kan benyttes i forebyggelseshensende. Der skal ifølge BH rettes fokus på, at nogle undersøgelser og videnskaber forklarer noget, mens andre videnskaber forklarer noget andet. (Sundhedsstyrelsen 2004, Side 52)

Opsamling

Sundhedsstyrelsens udgivelser med fokus på videnskab, evidens og forebyggelse understreger kompleksiteten i sundhedsforskningen og benævner området som værende multi-disciplinært. Der rettes fokus imod at forskellige traditioner indenfor sundhedsforskningen belyser forskellige aspekter af problematikken vedr. ulighed i sundhed. Bjørn Holsteins afsnit er et argument for, at et mål til at måle omfanget af uligheden i sundhed vil supplere de andre mål godt, således at man kan finde ud af, om der overordnet er sket en forøgelse eller formindskelse af uligheden.

Opsamling på hele afsnittet om sundhedsstyrelsens udgivelser.

Denne gennemgang af sundhedsstyrelsens udgivelser viser, at der også her benyttes mål på individniveau for dødelighed og sygelighed og mål relaterede til disse, når ulighed i sundhed forsøges beskrevet. Der præsenteres måder at belyse omfanget af ulighed i sundhed på, hvoraf nogle er kortsigtede og andre mere langsigtede. De kommunale indsatser benytter fortrinsvis kvalitative metoder til evaluering af projekter med fokus på uligheden i sundhed. Uligheden i sundhed bliver også belyst vha. risikofaktorer, hvor målene repræsenterer en måde hvorpå man kan måle de langsigtede konsekvenser af en handling her-og-nu. Sådanne udgivelser erkender, at der er tendens til ophobning af risikofaktorer i gruppen af kortuddannede ligesom disse udgivelser ses at være præget af en tankegang, som kan siges at være beslægtet med metodologisk individualisme

Man kan undre sig over at der laves forebyggelsesprogrammer uden at have anbefalet en specifik målemetode til brug i vidensindsamlingen og til at skabe et sammenligneligt mål som kan vise den overordnede udvikling. Det er i særdeleshed vigtigt, som BH understøtter, at der søges efter forklaringer på forskellene i sundhed, men det ville også være aktuelt at kunne måle den udvikling, som man søger at forklare overordnet, uden at skulle inddrage alle risikofaktorerne. Det kan heller ikke understreges nok, at området er komplekst og derfor et område, som skal have et multividskabeligt fokus. Deraf kommer at de forskellige videnskaber må erkende de andre videnskabers berettigelse, fordi de alle hver især forklarer og belyser forskellige aspekter af den sociale ulighed i sundhed.

De gennemgåede udgivelser giver intet forslag til standardmetoder til at måle, om uligheden i sundhed overordnet set er øget eller mindsket. Det primære fokus er på at få viden om hvad der virker forebyggende, således at forebyggelsesindsatserne kan karakteriseres som værende evidensbaseret.

Huset Mandag Morgen ”Er sundhed et personligt valg?”

I 2006 udgav Huset Mandag Morgen og TrygFonden ”Er sundhed et personligt valg? - et debatoplæg om forebyggelse i Danmark”. I denne udgivelse gøres der også rede for den sociale ulighed i sundhed, og tabellen herunder viser hvorledes forskellen i udviklingen i dødeligheden kan dokumentere, at der er sket en stigning i uligheden.

Figur 9: Påvisning af stigning i ulighed i sundhed ifølge Huset Mandag Morgen, 2006.

MM Større social ulighed i dødelighed i Danmark			
		Over 10 år – fra første halvdel af 1980erne til første halvdel af 90erne *)	Over 5 år – fra år 1995 til 1999 **)
Mænd	Videregående uddannelse	-20 pct.	-4,0 pct.
Mænd	Ufaglærte	+4 pct.	-2,3 pct.
Kvinder	Videregående uddannelse	-8 pct.	-3,7 pct.
Kvinder	Ufaglærte	0 pct.	-1,2 pct.

Tabel 2.1: Der sker for tiden en uddybning af den sociale ulighed i sundhed. I modstrid med den generelle tendens til lavere dødelighed steg dødeligheden blandt kortuddannede danske mænd op gennem 1980erne, mens den raslede ned for højtuddannede mænd. Bortset fra den regulært stigende dødelighed for ufaglærte mænd, så er den generelle sociale ulighed i dødelighed ikke enestående for Danmark. De sociale forskelle i dødelighed er ved at blive større i en række sammenlignelige lande i Europa. For kvinder er det social skel også blevet større. Dataene er baseret på dødeligheden blandt 30-74 årige.

Kilde: * MACKENBACH (2003). Oversættelse: Videregående uddannelse = "post secondary education". Ufaglærte er "up to secondary education".

** BRØNNUM-HANSEN (2006). Ufaglærte er her defineret som uddannede med højst EFG-basisår. Videregående uddannede er med kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse.

Kilde: Huset Mandag Morgen, 2006, side 37

Udgivelsen inddrages her, da det fremstår som endnu et eksempel på, at udviklingen af den sociale ulighed i sundhed påvises ved brug af dødelighedsmålet. Det fremgår af figur 9, at dødeligheden blandt f.eks. mænd med videregående uddannelse er faldet med 20 % fra første halvdel af 1980'erne og til første halvdel af 1990'erne, hvorimod den er steget med 4 % i samme periode for ufaglærte mænd. Uligheden i sundhed ses dermed som fald/stigninger i dødelighed.

Dette underbygger igen antagelsen om, at dødeligheden stadig anvendes ofte til påvisning og måling af den sociale ulighed i sundhed. Denne udgivelse skiller sig dog ud fra de andre, idet den forsøger at gøre op med fokuseringen på ulighed i sundhed ud fra livsstilsperspektivet. Udgivelsen argumenterer for at livsstilstankegangen er faktisk forkert, og efterlyser undersøgelser som bærer mere præg af en metodologisk kollektivism. (Huset Mandag Morgen, 2006, side 19)

Argumentationen for, at livsstilstankegangen er forkert, er meget spændende i diskussionen om, hvorvidt ulighed i sundhed skal undersøges ud fra en individualistisk metodologisk tankegang eller en kollektivistisk metodologisk tankegang. Derfor inddrages denne diskussion her som en del af de metodiske diskussioner. Til at vise, hvorledes denne udgivelse karakteriserer forebyggelsesindsatserne som de ser ud i 2006, benyttes denne illustration.

Figur 10: Forebyggelse ud fra livsstilstankegangen ifølge Huset Mandag Morgen, 2006

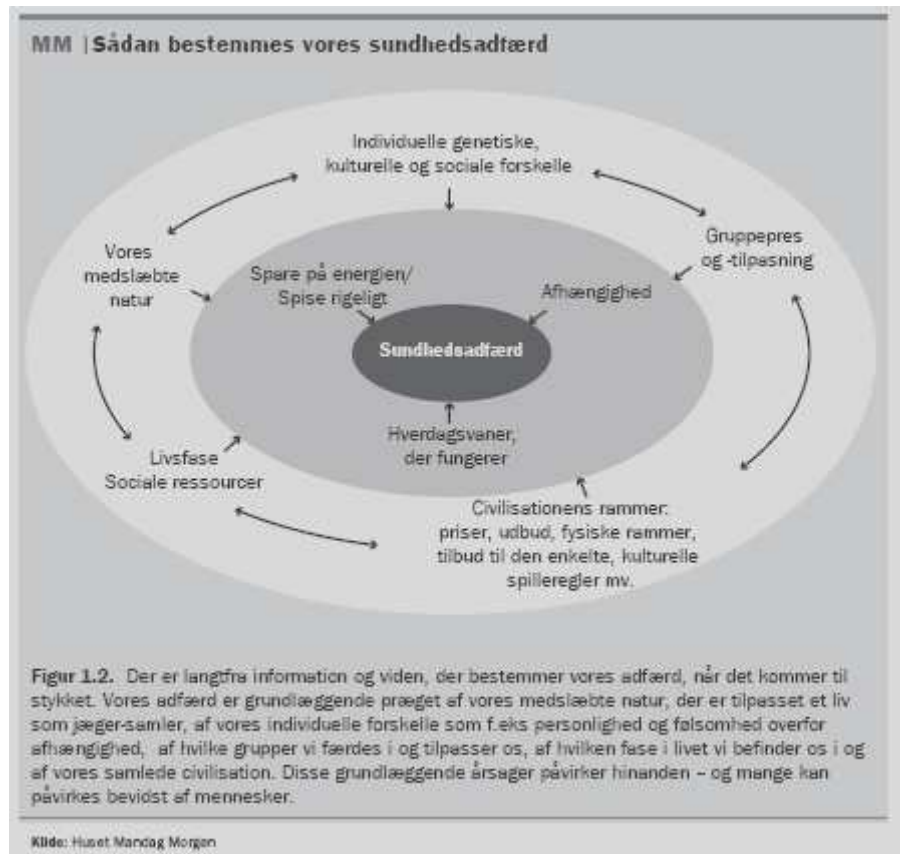


Kilde: Huset Mandag Morgen, 2006, side 17

Som det fremgår af figur 10 er livsstilstankegangen præget af en opfattelse af, at sundhed/sygdom er relateret til individuelle valg, viden og adfærd. I denne udgivelse fremhæves det problematiske ved at opfatte sygdom/sundhed således, og det forsøges at påvise, hvorledes sundhed/sygdom kan ses som et resultat af forhold, som mennesker er fælles om, og at den

enkeltes adfærd kun undtagelsesvist er resultatet af en egentlig viljesakt. Ligeledes argumenterer udgivelsen for at viden om langsigtede sundhedskonsekvenser normalt ikke styrer ret meget. Dette illustreres i figur 11.

Figur 11: Sundhedsadfærdens baggrund ifølge Huset Mandag Morgen



Kilde: Huset Mandag Morgen, 2006, side 21.

I denne illustration, figur 11, fremgår der mange flere aspekter end blot individet selv. På denne måde forsøger udgivelsen af vise, hvorfor livsstilstandkegangen er en forenklet og gammeldags måde at opfatte sundhedsadfærd på. Der indgår mange flere aspekter og mange flere faktorer i individets sundhedsadfærd end personens egne frie valg.

Opsamling

Denne udgivelse viser en tydelig holdning til debatten om sundhed, og nægter at give enkeltindividet størstedelen af ansvaret for uligheden i sundheden. Udgivelse viser med tal for den uensartede udvikling i dødeligheden blandt ufaglærte og personer med en videregående uddannelse, at der eksisterer et samfundsproblem. Udgivelsen nægter at give enkeltindivider

ansvaret for dette samfundsproblem. Sådanne udgivelser illustrerer kampen mellem to diskurser indenfor årsagsforklaringerne til uligheden i sundhed. Denne udgivelse er et billede på en diskurs, som forsøger at få anerkendt ”social ulighed i sundhed” som et socialt problem og ikke udelukkende et personligt problem. (Meeuwisse & Swärd: 2002)

Bogen: ”Ulighed i Børn og unges sundhed”

Bogen med ovenstående titel og undertitel ”–set i lyst af social kapital” er udarbejdet af Bente Jensen, Kristian Larsen, Peter Koudahl og Gry Ansager i 2007. Bogen er interessant ud fra en antagelse om, at der i en bog med fokus på uligheden indenfor sundhed med fokus på børn og unge, kunne være nogle andre måder og indgangsvinkler til at se på målingen af uligheden end dødeligheden, da det tidligere blev antaget at dette mål ikke giver mening i arbejdet med børn og unge.

Bogens første kapitler indeholder indkredsning af problemfeltet og overblik over andre undersøgelser indenfor ulighed i sundhed. Således er det bogens kapitel 1 ”*Baggrund og Problemstillinger*” og kapitel 3 ”*Andre undersøgelser – et kritisk review*”, som er mest spændende for denne opgaves problemformulering. De andre kapitler i denne bog er en gennemgang af sociologisk teori med henblik på at udforme en sociologisk kvalitativ undersøgelse, som tjener det formål at give et indblik i hvilke forhold, der er relevante og som kan øge forståelsen for forskellen i unges sundhed. Selv den kvalitative undersøgelse og de teoretiske diskussioner er meget spændende, men da denne opgaves hensigt er at måle uligheden kvantitativt, falder dette udenfor opgaves hensigt.

I dette afsnit gøres der kort rede for de betragtninger som gøres i kapitel 1 ”*Baggrund og problemstilling*” samt kapitel 3 ”*Andre undersøgelser – et kritisk review*” med henblik på at få et større indblik i hvilke sammenhænge forskningen på dette område ser som relevante.

Kapitel 1 ”*Baggrund og problemstilling*” beskriver i stil med gennemgangen først i nærværende opgave, hvorledes sundhed kan forstås på mange måder og dermed også undersøges på mange måder. I bogen beskrives meget metodik, og det understreges allerede i introduktionen af emnet, at det kun er de færreste studier af ulighed i sundhed generelt, som redegør for valget af sundhedsindikatorer. (Jensen 2007, side 11) Denne tendens ses også i denne opgaves gennemgang af undersøgelser fra de offentlige instanser; der er forbausende få steder i publikationerne, hvor undersøgelserne skriver om deres teoretiske udgangspunkt. Når uligheden i sundhed blandt børn og unge undersøges gælder det samme.

De epidemiologiske undersøgelser, som tjener det formål at påpege og påvise tilstedeværelsen af den sociale ulighed i sundhed, og disse kommer frem til at 4 faktorer er særligt determinerende for unges sundhed nemlig 1) Familieforhold 2) Skole 3) Relationer til jævnaldrene samt 4) Lokalmiljø. (Jensen 2007, side 12) Alle fire faktorer kan indvirke både positivt og negativt på de

unges sundhedsadfærd. Stabile familieforhold karakteriseret ved tilstedeværelse af ressourcer og forældres positive sundhedsadfærd kan virke fremmende for børns sundhed ligesom konfliktfyldt hjem med belastede vilkår kan virke hæmmende for børns sundhed. Hvis børn oplever anerkendende respons fra lærere i skolen, og ser skolens som et trygt sted at være, kan det medvirke positivt på børns sundhed, ligesom oplevelsen af skolen som et utrygt sted karakteriseret ved mobning og ensomhed kan føre til dårlig selvtillid og belaste børnenes helbred. Børns forhold til jævnaldrene er selvfølgelig sammenhængende med de andre faktorer, men det ser ud til, at børn og unges vaner vedr. rygning og alkohol er stærkt knyttet til normerne blandt jævnaldrene, hvorimod kost og motionsvaner i højere grad er knyttet til familiens normer. (Jensen 2007, side 12)

Overraskende nok skrives på side 12 at: *”Det er let at identificere, at der eksisterer social ulighed i sundhed. Udsatte børn og unge er ofte karakteriseret ved at bære på en slags ”marginaliserings-adfærd”, dvs. gruppen har negative erfaringer med at opnå en position i det sociale liv blandt jævnaldrende er vant til at blive holdt udenfor – eller selv holde sig uden for – og denne udsathed, som er meget konkret, ser ud til også at have negative sundheds- og trivselsmæssige konsekvenser”* (Jensen 2007, side 12) Hermed fremlægges der et tydeligt mål for uligheden i sundhed som betegnes ”marginaliserings-adfærd”. Hvad der yderligere menes med dette er dog uklart. Men et kvantitativt mål med udgangspunkt i denne betragtning skulle således måle om der er flere eller færre personer med marginaliserings-adfærd end tidligere.

Lokalområdets betydning for sundhed er et forsøg på at indfange nogle sociale baggrundsvariable, som kan beskrive ulighederne i sundhed. Forskning indenfor dette område viser stærke sammenhænge mellem sundhed og sociale forhold således, at mindre privilegerede menneskers livschancer på det uddannelsesmæssige, økonomiske og sociale plan også har indflydelse på menneskernes sundhed og trivsel. (Jensen 2007, side 13)

Bogen tager udgangspunkt i forskningen, som viser, at der kan dokumenteres ulighed i børns sundhed mange steder i den vestlige verden i de sidste 25-30 år, til trods for øget velstand i samme periode.¹⁷ Et populært mål, når denne ulighed dokumenteres er begreber, der har tilknytning til selvvurderet helbred, væggtkontrol, børnedødelighed samt forekomst af fysiske og psykosociale symptomer (Jensen 2007, side 13). Meget interessant for denne opgave nævnes: *”Men udover uklarhed om omfanget af ulighed i sundhed er det endvidere uklart, hvad begrebet social ulighed prævist dækker over”* Spændende nok efterlyser bogen flere undersøgelser, der

¹⁷ En bagvedliggende antagelse, når dette skrives er at øget velstand giver øget sundhed. Rimeligheden af denne antagelse bliver belyst i afsnittet om sundhedsøkonomisk forskning.

kan kortlægge omfanget af den sociale ulighed i sundhed samt undersøgelser med fokus på forskelle i sociale relationer. Der savnes også viden, som kan forklare, *hvorfor* børn af lavstatusgrupper har ringere sundhed end børn af højstatusgrupper. Med andre ord kender vi sammenhængene, men vi kan ikke forklare dem.

Når man forsøger at forklare denne forskel, kæmper forskellige paradigmer i sundhedsforskningen og sygdomsopfattelserne om de bedste forklaringsmodeller. De forskellige traditioner har forskellige sygdoms- og sundhedsdefinitioner, hvoraf der også kommer forskellige forklaringsmodeller jf. gennemgangen af de forskellige sygdomsopfattelser. Herunder præsenteres fire forklaringsparadigmer kort.

Den epidemiologiske forskning vil oftest benytte livsstilshypotesen som forklaring og have fokus på risikofaktorer. (Jensen 2007, side 12) Et andet aspekt er det biologiske forklaringsparadigme, som introducerer en tankegang, hvor det antages, at menneskets biologi kan forme sig efter de vilkår den sættes i. F.eks. kan belastede vilkår få negativ betydning for menneskekroppens mulighed for at holde sig sund og give sunde gener videre. Hvis f.eks. gravide oplever et stort pres under graviditeten, nedarves dette i barnets gener, hvorved fysiologiske forandringer kan opstå. (Jensen 2007, side 15) Disse to paradigmer, den epidemiologiske og den biologiske, behandles ikke yderligere i bogen eller dette speciale.

Bogen tager udgangspunkt i de to andre forklaringsparadigmer; et strukturaspekt og et socialkapital-aspekt. Det er begge aspekter, der læner sig op af den sociologiske tradition, og som ser økonomiske, uddannelsesmæssige og materielle vilkår som vigtige elementer og forklaringer på, hvorledes mennesker handler og danner vaner relateret til sundhed. Det antages og undersøges hvorledes gode vilkår på de to nævnte områder og fravær af f.eks. fattigdom, undertrykkelse og miljømæssige belastninger, er med til at give mennesker optimale vilkår for at agere og træffe sunde valg. (Jensen 2007, side 15) Derfor er politikker udsprunget af sådanne forklaringsmåder karakteriseret ved f.eks. at anbefale fraflytning fra belastede områder, og sigter at opnå et højt uddannelsesniveau i befolkningen.

Sidste forklaringsparadigme fokuserer på begrebet ”social kapital”, og måler dette ved venskabsforhold, tillid og tryghed i nære omgivelser, og ser dette som afgørende for menneskers sundhed og trivsel. Den sidste nævnte forklaringsmodel er udviklet meget indenfor de sidste 20 år, og det er også dette paradigme, som bogens kvalitative undersøgelse læner sig op ad.

En ting som alle positionerne er enig om er, at forklaringerne er komplekse og mange faktorer på forskellige vis spiller ind på uligheden i sundhed, og dermed også skal medtages, når denne

forsøges forklaret. I dette øjemed viser kapitel 1 i bogen dog tydelig tegn på uklarheder i relation til forholdet mellem social ulighed og sundhed, modstridende forklaringsmåder og behov for præcisering af begrebet social kapital. Reviewet i kap 3 i denne bog viser dog også, at der er meget forskning som dokumenterer forekomsten af fænomenet, men som tidligere nævnt tilbagelader uklarheder om omfanget. (Jensen 2007, side 17)

Bogen søger generelt at forklare forekomsten af fænomenet snarere end at belyse omfanget af fænomenet. Bogen kritiserer den dominerende epidemiologiske forskning for kun at påvise sammenhænge og tilstedeværelsen af fænomenet uden at forklare denne forekomst. Dette ligger meget op af den epidemiologiske forskningstradition, som er præget af kvantitative metoder, som selvsagt ofte ikke har til formål at forklare men derimod påvise.

I kapitel 3 gennemgås således en række forskningsresultater med det formål at finde mulige forklaringer på forekomsten af uligheden i sundhed blandt børn. Dette forskningsreview er meget brugbart for denne opgave, idet litteraturen er udvalgt efter samme vilkår som dem, jeg har udvalgt litteratur efter. Det sammenfaldene er, at denne bog og dette speciale ønsker en bred belysningen af uligheden i sundhed, for derefter at gå i dybden med et relateret emne. Nærværende speciale ønsker at måle omfanget af uligheden mere præcist og forfatterne til bogen ønsker at vide mere om uligheden i sundhed, som baggrund for deres ønske om at forstå *hvorfor* den eksisterer.

Gennemgangen i kapitel 3 viser nogle interessante resultater. Et meget iøjnefaldende fund er, at to forskere (West og Sundenlin), uafhængig af hinanden, har lavet undersøgelser som *ikke* kunne identificere forskelle i dels 15-åriges sundhed og før-skole-børns sundhed. Anderledes ser konklusionerne i litteratur af Power fra 1986, som konkluderer, at uanset hvilken alder, man måler sundhed og sygdom, ses en *"clearly gradients in health and health potential between social classes"* (Jensen 2007, side 47) Dette illustrerer, hvorledes der er modstridende forskningsresultater og dermed ikke entydige svar på sammenhængene, hvor målemetoder og valg af indikatorer kan være afgørende for udfaldet af analyserne. Forskere er opmærksomme på dette, og dokumentationen af uligheden i sundhed blandt børn og unge beror meget på videnskabsteoretisk baggrund samt valg af sundhedsindikatorer. Starfiel understreger i en artikel, med et liggende forskningsreview, behovet for flere longitudinalstudier, som kan belyse udviklingen i sundhed og nogle deciderede sundhedsdynamikker over tid. Jo flere undersøgelser, der kommer med modstridende konklusioner, jo større bliver forvirringen og uklarhed kommer til at dominere fænomenet. Det fremhæves at: *"netop det forhold at der på baggrund af de*

undersøgelser, der her er præsenteret, ikke kan tegnes entydige tendenser i relationerne mellem livsstil, børn og unge, social position og sundhed, sygdom og at indikatorerne i undersøgelserne varierer, peger på behovet for at udvikle ensartede indikatorer” (Jensen 2007, side 49) Når det er sagt vil ensartede indikatorer stadig ikke medvirke til at forklare forskellene i sundhed blandt børn og unge. Den herskende metode med fokus på kvantificerbare mål kan så at sige ikke generere viden, som kan forklare forskellene og få os til at forstå dem. Til dette prioriteres det i bogen, at der skal benyttes andre forskningsmetoder end den fremherskende epidemiologiske sundhedsforskning.

Udgivelser, som karakteriseres ved at være ikke-epidemiologisk orienteret, diskuterer i højere grad, hvorledes den sociale kategorisering skal foretages, ligesom der gøres brug af sundhedsmål, som f.eks. selvvurderet helbred, der er subjektiv og måler følelsesmæssige vilkår. Som tidligere efterlyses undersøgelser, som viser dynamik samt indikatorer, der tager højde for, at de udvikles over tid. (Jensen 2007, side 50) Hvor den epidemiologiske sundhedsforskning lider under manglende ensartethed begrundes Murray, som her repræsenterer den ikke-epidemiologiske sundhedsforskning, at *”valget af indikator må være en funktion af, hvad der skal måles og hvilken population, der indgår i undersøgelsen. Dog fastholdes det, at de indikatorer, der retter sig mod individuelle forskelle, vil give det mest præcise resultatet.”* Dette argumenterer imidlertid for det modsatte, nemlig at tilrettelægge de enkelte undersøgelser til undersøgelsesgenstanden, hvorved der opstår en fare for etnocentrisme. Det nævnes derimod også, at forskning med afsæt i den positivistiske videnskabstradition ikke kan producere viden, som får os til at forstå sammenhængende. Ved f.eks. at kvantificere begrebet ”social kapital” mister det dets teoretiske dimensioner, hvilket fratager begrebet alle de dimensioner, som det oprindeligt var tiltænkt. (Jensen 2007, side 57)

Det understreges i bogen, at et mix mellem de to undersøgelsesmetoder – kvantitative og kvalitative - kunne tilføre sundhedsforskningen nye perspektiver og berige den. F.eks. er et bidrag til sundhedsforskningen med rygning som case et meget interessant bidrag. Den både måler, diskuterer og udvikler. Denne type forskning søger at forklare forskelle i unges rygevaner, hvor lavstatus børn ofte bliver rygere, mens højstatus børn oftere bliver fest-rygere. Disse tendenser er undersøgt og belyst af to norske forfattere på baggrund af et longitudinal studie.¹⁸ Dette resultat suppleres med forklaringsmodeller fra den teoretiske verden, og undersøgelsen ender med at konkludere, at de socialt dårligst stillede mennesker ofte handler ud fra vaner ifl.

¹⁸ Jensen 2007 referer til Krage, O. & Pedersen, W.: ”Return of the Marlboro man? Recreational smoking among young Norwegian adults. I Journal of Youth Studies, vol 4, no 2, 2001, 155-194.

Bourdieu's habitus-teori, mens socialt godt stillede børn i højere grad benytter sig af beslutningsprocesser, som læner sig op ad rational choice teorien. (Jensen 2007, side 56) Dette resultat er en følge af de bedre stillede unges fremstilling af en følelse af at have høj grad af kontrol over deres livssituation, hvorimod dårligere stillede børn angiver lav grad af kontrol. Det rationelle valg opstår altså for de bedre stillede unge, som en følge af at rygningen bliver et tilvalg for dem på linje med andre nydelsesmidler. Rygning viser dermed, at vaner er vidt forskelligt funderet i de forskellige sociale grupper. Denne viden vil med stor succes kunne bruges i rygestopkampagner. Forfatterne til bogen efterlyser flere af sådanne teoretiske, empiriske og perspektiverende forskningsresultater.

Opsamling

Bogen ”*Ulighed i børn og unges sundhed – set i lyst af social kapital*” er en lang argumentation for, at sundhedsforskningen behøver flere input fra forskere med anden tilgang til emnet end den herskende epidemiologiske tilgang. Bogen fremhæver at resultater, som er genereret på baggrund af undersøgelser, som både arbejder kvantitativt og kvalitativt, fremkommer med nogle meget brugbare resultater, fordi de både påviser og forklarer forekomsten af fænomener. Sådanne undersøgelsesdesigns vil tage højde for kompleksiteten indenfor belysningen af børn og unges sundhed, og dette vil betyde en bedre forståelse af fænomenet. Bogen belyser, hvorledes der fremkommer tvetydige resultater, når der ikke er en ensartethed i undersøgelsesernes bagvedliggende antagelser, hvilket skaber uklarhed om området. Bogen forsøger at fremhæve, at selvom man tager udgangspunkt i enkeltindivider, og dermed har en metodologisk individualistisk tilgang, sagtens kan benytte denne information til at belyse emnet med nogle teoretiske vinkler, som i langt højere grad bærer præg af en metodologisk kollektivistisk tilgang. Dermed ser bogen det som brugbart, hvis analyser og undersøgelser både blander kvantitative og kvalitative metoder samt metodologisk individualisme og metodologisk kollektivism.

Alle disse pointer, som denne bog har, bidrager til at sætte mit fokus omhandlende kvantitative mål i spil. Bogen fremhæver, at et sådan mål, som jeg søger, vil være godt til at beskrive forekomsten af fænomenet ”social ulighed i sundhed” men, at det ikke indeholder delen, som kan forklare fænomenet. Denne bog understreger, at selvom jeg søger at måle omfanget af ulighed i sundhed, skal jeg vide, at der til stadighed vil være behov for at få omfanget forklaret og ikke kun bevist.

Arbejderbevægelses Erhvervsråd ”Fordeling og levevilkår 2007”

Udgivelsen ”Fordeling og levevilkår 2007” fra AE har, ud fra denne opgaves synsvinkel, en meget spændende indholdsfortegnelse, idet det fremgår, at udgivelsen indeholder en redegørelse for både den økonomiske ulighed og den sociale ulighed i sundhed. Jeg kunne ud fra indholdsfortegnelsen i AE 2007 have en formodning om, at udgivelsen med fokus på uligheden inden for både det økonomiske og det sociale område, ville benytte en metode til måling af omfanget af ulighed i sundhed, der ligner det, der bruges til at måle omfanget af den økonomiske ulighed. Jeg har ikke fundet andre danske publikationer, som indeholder både den økonomiske og sociale vinkel på denne måde. Derfor kunne man formode, at tankegangen fra den økonomiske måde at måle uligheden er smittet af på målingen af uligheden i sundhed.

AE redegør for udvikling i den økonomiske lighed vha. udregning af gini-koefficienter, hvilket er standardmetoden til måling af omfanget af økonomisk ulighed i en population. (OECD, 2007) Denne metode redegøres der derfor kort for herunder.

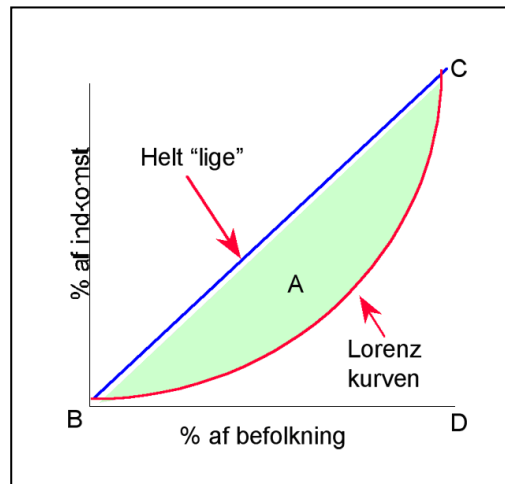
Udregning af økonomisk ulighed.

Inden for den økonomiske videnskab har det længe været brugt at benytte en masse matematiske og statistiske værktøjer til at beskrive nogle aktuelle samfundsforhold. Til at måle økonomisk ulighed benyttes nogle meget simple fremgangsmetoder, som der herunder gøres rede for med henblik på at forstå AE’s metode til udregning af ulighed indenfor indkomster og senere den sundhedsøkonomiske metode til udregning af ulighed i sundhed.

Til at måle den økonomiske ulighed i indkomsterne skal man have indtægten fra et x antal individer for at kunne måle graden af uligheden i fordelingen. Når man har f.eks. tal for 100 individer rangeres individerne efter, hvor meget de har tjent begyndende med den, som har tjent mindst. Derefter beregnes for hvert enkelt individ hvor stor en del af den samlede indkomstsum han/hun har tjent. Disse tal akkumuleres, således at det fremgår, hvorledes indkomsterne fordeler sig f.eks. hvor mange procent af indkomsten som 50 % af populationen har tjent. Ud fra disse akkumulerede procenter tegnes en kurve, som vist i figur 12. Der kan ligeledes laves en tabel hvor indkomst-decilerne af befolkningen i 10 procents intervaller og dertilhørende andel af

indkomstsommen fremgår. Kurven betegnes "Lorentz kurve" efter den amerikanske økonom Max Otto Lorenz¹⁹ (Bøye, 2005, side 207)

Figur 12: Lorentskurven



Billedkilde: http://www.fjernenaboer.dk/images/undervisning/vand/leks_art01.gif

Som det ses er procentdel af befolkningen sat ud af x-aksen og procentdel af indkomsten ud af y-aksen. Gini-koefficienten fremkommer ved at finde arealet mellem Lorentz kurven og den fuldstændig lige fordelingen. (Bøye, 2005, side 209) Dette areal er betegnet A i figur 12. Det antages at i en perfekt indkomstfordeling vil 10% af individerne have tjent 10% af den samlede indkomstsomme og så fremdeles. Gini-koefficienten udregnes ved at finde arealet mellem kurverne. Dette areal divideres med arealet af hele trekanten under den diagonale linje. Hele trekanten, som fremkommer under den perfekte fordeling fra koordinaterne B (0,0) og til C (100,100) og D (100, 0) betegnes Lorentz-trekanten. (Bøye, 2005, side 209) Jo større ulighed, jo større vil dette areal, A, være. Dermed bliver gini-koefficienten et mål for graden af ulighed i fordelingen, i dette tilfælde indkomstfordelingen. I en helt lige fordeling er Gini-koefficienten lig med den perfekte fordeling, hvorfor afstanden mellem den og Lorentz kurven vil være 0 og en deraf følgende gini-koefficient på 0. Jo mere ulige fordelingen er, jo større vil Gini-koefficienten være, dog maksimalt 1. En gini-koefficient på 1 vil opstå i det tilfælde at én person har hele indtægten i fordelingen. (Bøye, 2005, side 209)

¹⁹ Max Otto Lorenz levede 1880 – 1962

Gini-koefficienten er opkaldt efter den italienske statistiker Corrado Gini, der publicerede sin idé i artiklen *Variabilità e mutabilità* allerede i 1912.²⁰ For at lette tolkningen, omregnes oftest til indeks 100, kaldet Gini-indekset eller Gini-procenten. Gini-indekset er således et samlet udtryk for indkomstulighed i et samfund, målt som procentandel af den maksimale ulighed. (Bøye, 2005, side 209)

På baggrund af beregninger foretaget med denne metode konkluderer AE 2007, at den økonomiske ulighed er steget: *"I perioden fra 1995 til 2004 er gini-koefficienten samlet set steget med 2,8 procent enheder"* (AE, 2007, side 11). I perioden 1995-2004 er danskerne indtægter dermed blevet fordelt mere ulige, hvorved dem, som tjener mest, også har været dem, som har oplevet den største stigning i indkomsten.

AE 2007 handler også om social ulighed i sundhed, og det fremgår, at der i denne danske udgivelse fremlægges en målemetode, der er anderledes end den, der er benyttet i de andre publikationer, som jeg har inddraget opgaven. Men AE bidrager både til belysningen af sociale ulighed i sundhed med en ny måde at udtrykke uligheden i sundhed på, men også med de mere kendte måder at udtrykke uligheden på: *"Den sociale ulighed i befolkningens sundhedstilstand viser sig blandt andet ved, at ufaglærte i alderen 25-64 år har et årligt medicinforbrug på 2.200 kr., mens personer med en lang videregående uddannelse kun køber medicin for 1.300 kr. om året. Også når man ser på indlæggelser på sygehuse og kontakter til den praktiserende læge, er trækker størst blandt de ufaglærte.* (AE, 2007 side 66) Uligheden måles derved meget konkret i forskelle i grupperinger på baggrund af deres medicinforbrug, indlæggelser på sygehuse og kontakt med praktiserende læge. Dette er tal, som også bruges i rapporten fra Middellevetidsudvalget, 2000. Forbruget i medicin ses som en indikator for sundhed, således at et højt medicinforbrug betyder dårlig sundhed.

Udgivelsen inddrager endvidere en redegørelse for, at uligheden også kan ses ved at studere tandlægeområdet:

"På tandlægeområdet er mønsteret imidlertid det modsatte - her er forbruget størst blandt de ressourcestærke med lang uddannelse og høj indkomst. I kapitlet vises, at blandt de fattigste 10 procent af befolkningen er det 32 procent, der ikke har været ved tandlægen i fem års perioden 2000-2004, mens den tilsvarende andel for de rigeste 10 procent kun er på knap 6 procent. Det

²⁰ <http://da.wikipedia.org/wiki/Gini-koefficient>

viser, at den høje brugerbetaling på tandlægeområdet har en kraftig social slagside.”(AE, 2007, side 66)

Her er der to ting, som er spændende i denne forbindelse. AE konkluderer, at tandlægeområdet viser ”halen den modsatte vej”, idet tandlægebesøg ses at være for de rige, og dette kan måske skyldes høj brugerbetaling på tandlægebesøg. Hvor stort medicinforbrug tidligere betød dårlig sundhed betyder stort tandlægeforbrug nu god tandsundhed. Tandlægeforbruget ses måske som forebyggende, mens medicinforbruget ses som behandlende. Det er i hvert fald bemærkelsesværdigt, at AE på denne måde konkluderer, at medicinforbrug er lig med sygdom og tandlægeforbrug er lig med sundhed.

Den anden ting er, at udgivelsen metodisk er bemærkelsesværdig, fordi den går anderledes og lidt mere avanceret til værks, idet AE regner med indkomst-deciler i forbindelse med fordelingen af tandlægeydelser, speciallægeydelser og ydelser hos almen læge som mål for ulighed i sundhed. Dette er en forudsætning for at AE kan udtale sig om at: ”blandt de fattigste 10 procent af befolkningen er det 32 procent, der ikke har været ved tandlægen i fem års perioden 2000-2004, mens den tilsvarende andel for de rigeste 10 procent kun er på knap 6 procent” (AE, 2007, side 66) Fremstillingen af de forskellige indkomst-decilers gennemsnitlige træk på offentlige sundhedsydelser i 2004 ses i tabel 5.

Tabel 5: ”Tabel 3” fra AE 2007, side 69

Tabel 3. Gennemsnitlig træk på offentlige sundhedsydelser i 2004 fordelt på indkomstgrupper						
	Almen læge	Special-læge	Tand-læge	Senge-dage	Ambulante besøg	Medicin-udgifter
	Antal ydelser			Antal dage/besøg		1.000 kr.
Fattigste 10 procent	11,0	1,6	2,9	0,8	0,9	1,6
2. decil	12,4	1,6	3,5	0,9	1,1	2,3
3. decil	10,7	1,5	3,8	0,9	1,0	2,8
4. decil	12,5	1,7	3,2	0,7	1,0	2,1
5. decil	9,8	1,5	3,8	0,6	0,9	1,8
6. decil	9,0	1,6	3,9	0,6	0,9	1,6
7. decil	8,3	1,6	4,0	0,5	0,8	1,5
8. decil	8,1	1,6	4,1	0,4	0,8	1,4
9. decil	7,5	1,8	4,1	0,4	0,8	1,4
Rigeste 10 procent	6,8	1,9	4,2	0,4	0,7	1,4
I alt	9,4	1,6	3,8	0,6	0,9	1,7

Anm.: Tallene vedrører aldersgruppen 25-64 årige og er aldersstandardiseret.
Kilde: AERådet på baggrund af lovmodellen

Kilde: AE 2007, side 69

Generelt ses det i AE 2007, at der i fremstilling af uligheden i sundhed er flere steder, hvor man er inspireret af indkomstulighedsmålingen, uden at ”gå planken ud”. Jeg har forsøgt kort at vise

hvorledes man kunne bruge de allerede foretagne udregninger til at tegne en Lorenzkurve og udregne en uligheds-koefficient for de valgte sundhedsmål, som giver en illustration af denne skævhed i fordelingen som AE 2007 kredser om at få beskrevet. AE's mål er meget kortsigtede og dermed, på linje med Middellevetidsudvalgets redegørelse for brugen af sundhedsvæsenet, meget brugbar. Med introduktionen af tankegangen fra udregningen af økonomiske ulighed giver AE 2007 en anderledes fremstilling af den sociale ulighed i sundhed, og herunder er vises i figur 13, hvorledes denne indgangsvinkel kunne benyttes fuldt ud ved at tegne en lorenzkurve, ud fra de tal som AE 2007 kommer frem til.

Slutteligt i AE 2007 inddrages to traditionelle udregninger mere, som supplerer yderligere til målingen af omfanget den sociale ulighed i sundhed: *”Den sociale ulighed viser sig også i de forventede restlevetider, idet højtuddannede mænd og kvinder i 30 års alderen har en forventet restlevetid, der er henholdsvis 5,6 år og 4,0 år højere end lavtuddannede. Dertil kommer, at denne forskel har været stigende i de seneste ti år.(Fra 1997-2007 red.)”*(AE, 2007, side 66)

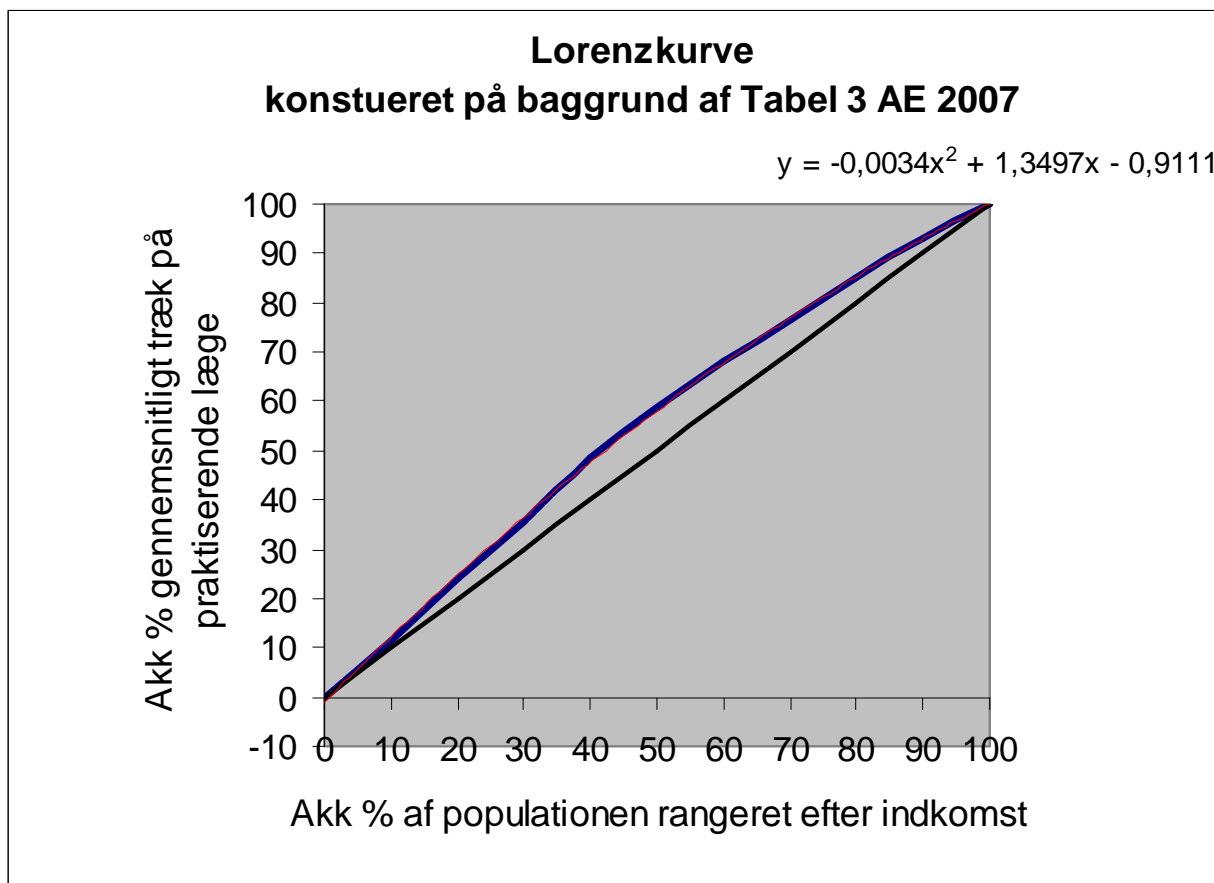
AE slutter af med at konkludere, at *”Udviklingen i den forventede restlevetid for 30-årige peger dermed på, at den sociale ulighed i levetiderne er steget i løbet af de seneste ti år. (Fra 1997-2007 red.)”* (AE, 2007, side 74) Udviklingen i uligheden i sundhed ses, på baggrund af beregninger af restlevetider, at være steget i løbet af de sidste 10 år. AE 2007 viser på denne måde, at der i de sidste ti år både er sket en stigning i økonomisk ulighed i Danmark og en stigning i den sociale ulighed i sundhed.

Lorenzkurve udarbejdet på baggrund af tabel 5

Fra tabel 5 er der ikke langt til at tegne en Lorenzkurve jf. redegørelsen for udregningen af økonomiske ulighed. Med andre ord kan man herudfra se, at de er inspireret af metoden til tegning af Lorenzkurve og udregning af gini-koefficienten, men de bruger den ikke fuldt ud. Herunder har jeg tegnet en Lorenz-kurve for fordelingen af gennemsnitlige ydelser på almen læge ud fra tabel 3 i AE 2007 side 69. AE 2007 har egentlig lavet forarbejdet for mig, jeg har bare regnet ud hvor stor en procentdel af det samlede træk på almen læge, som hvert decil udgør og akkumuleret dem jf. bilag 6. Det akkumulerede træk på almen læge er sat ud af y-aksen og andelen af populationen rangeret efter indkomst ud af x-aksen. AE har allerede rangeret populationen efter indkomst. Figur 13 herunder illustrerer således – på linje med en Lorenzkurve

over fordelingen af indkomst- hvorledes det gennemsnitlige træk på almen læge er ulige fordelt i befolkningen, når denne rangeres efter indkomst.

Figur 13: Lorenzkurve udarbejdet på baggrund af tabel 5



Kilde: Tabel 5: "Tabel 3" fra AE 2007, side 69, Forklaringsgraden, R^2 for den estimerede ligning er 0,9997.

Øverst til højre fremgår ligningen for en estimeret linje for lorenzkurven. Den ses at være

$$1) y = -0,0034x^2 + 1,3497x - 0,9111$$

og ligningen for diagonalen er

$$2) y = x$$

Ved at kende en estimation for ligningen på kurven arbejdes videre med at udregne arealet mellem diagonalen og Lorenzkurven, hvorved man vil få tal for uligheden på linje med Gini-koefficienten. Dette gøres ved at udregne arealet under kurven og derefter trække arealet under diagonalen fra denne værdi. Arealet af Lorenz-trekanten ses at være 5000, som er halvdelen af hele grafvinduet, som er 10.000 (100 * 100). For at få arealet under Lorenzkurven har jeg indtastet ligningerne 1) og 2) i en grafregner, TI-83'er, og benyttet dennes integralregnings-

funktion. Jeg regner ud hvor stort arealet under Lorenzkurven der er fra der, hvor den skærer diagonalen tæt på 0 og op til der, hvor den skærer diagonalen tæt på 100. For at finde de to skæringspunkter sættes ligninger lig hinanden, og det ses at deres nederst skæring er ved 2,53 og deres øverste er ved 100. Dermed bliver arealet under kurven bestemt ved at udregne følgende bestemte integral:

$$\int_{2,53}^{100} y = -0,0034 x^2 + 1,3497 x - 0,9111 dx = 5522,0356$$

Dermed kan arealet mellem kurverne udregnes; $5522-5000 = 522$. Således er koefficienten her $522/5000 = 0,1044$ eller 10,44 %. Dette hentyder til at arealet mellem diagonalen og kurven udgør 10% af hele arealet i lorenz-trekanten. 10% af lægeydelserne skulle dermed omfordeles, hvis fordelingen skulle være 100% lige.

Beklageligvis indeholder kapitlerne i AE 2007 ingen referencer. Dette kunne imidlertid tyde på, at AE enten ikke er i stand til at redegøre yderligere for, hvor de har fået inspiration til deres metoder henne, eller også er det ikke standard i AE's udgivelser at tilføje referencer og redegøre for inspirationen til udregningerne.

Opsamling

AE 2007 går metodemæssigt et skridt videre end f.eks. middellevetidsudvalget, fordi den lader sig inspirere af økonomiske metoder og inddrager nogle andre målemetoder. Der kan dog rejses kritik af måden som medicinforbrug og tandlægeforbrugets størrelse er fortolket. På baggrund af beregninger af hhv. gini-koefficienter og forventede restlevetider konkluderes det, at der i de sidste ti år både har været en stigning i den økonomiske ulighed og den sociale ulighed i sundhed. AE 2007 inddrager fordelingen af gennemsnitligt træk på almen læge, tandlæge og speciallæge fordelt på indkomstgrupper. Ud fra disse udregninger har jeg kunnet konstruere en Lorenzkurve og udregnet en koefficient for uligheden i sundhed på linje med den kendt fra udregning af økonomisk ulighed. Denne kurve illustrerer, hvorledes det gennemsnitlige træk på den praktiserende læge ses at være ulige fordelt, hvor de laveste indkomstgrupper har det største gennemsnitlige træk på de almene læger. Med udgangspunkt i AE's udgivelse fortsættes der med at benytte tankegangen fra måling af økonomisk ulighed til måling af ulighed indenfor sundhed ved at inddrage sundhedsøkonomiens forskning i ulighed i sundhed.

Sundhedsøkonomisk forskning i ulighed i sundhed

Dansk Sundhedsinstitut definerer sundhedsøkonomi som økonomi med fokus på sundhed og sundhedstjenester.(www.Dsi.dk) I engelsk litteratur defineres sundhedsøkonomi således: "*Health Economics appears as the science of resource utilization for improving health and prevention of diseases.*"(Drummond & McGuire, 2001, side 1) Sundhedsøkonomi defineres herudfra på dansk som værende den videnskab som handler om at få ressourcerne til at give mest sundhed og fravær af sygdom.

Sundhedsøkonomisk forskning er en relativ ny forskningsgren, som har været i en rivende vækst indenfor de sidste 25 år. (Doorslaer & Wagstaff, 1998, side 42) Traditionelle sundhedsøkonomiske udgivelser har titler som: "*De samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt*" (Sundheds- og indenrigsministeriet, 2007) og "*Effekt og økonomi af rygestopklinikker*"(DSI). Mange af udgivelserne har fokus på emner vedr. optimalt udnyttelse af ressourcerne eller retfærdighed i sundhedstjenesterne, men mange sundhedsøkonomer interesserer sig også for den ulige fordeling af sundhed i befolkningen, med den begrundelse at dette emne referer til et mere fundamentalt vilkår: "*It can plausibly be argued that all concerns about the distribution of health care - or access to health care - stem ultimately from a more fundamental concern about the distribution of health itself.*"(Doorslaer & Wagstaff, 1998, side 35) Herudaf opstår termen "*inequality in health*", som henfører til, at der eksisterer en ulige fordeling af sundhed i befolkningen. (Christiansen & Gundgaard, 2006)

I det følgende afsnit gøres der rede for den sundhedsøkonomiske metode til at måle omfanget af ulighed i sundhed, som er opstået med inspiration fra metoden til at måle ulighed i indkomster som tidligere er gennemgået i denne opgave. Metoden betegnes som en standardmetode blandt sundhedsøkonomer. (Christiansen & Gundgaard, 2006, side 18). Alligevel er den sundhedsøkonomiske forskning kun sporadisk inddraget i dansksproget litteratur jf. afsnittet "*Metode til litteratursøgning*" i dette speciale.

Ved at læse artiklen "*Income-related inequality in health and health care in the European union*" af Doorslaer & Jones, 2004 fåes en indførsel i resultaterne af "ECuity"-projektet. ECuity-projektet er et forskningsprojekt som foregik i 1999-2002 med europæiske sundhedsøkonomer, som har arbejdet med at måle uligheden i sundhed i EU-landene. Forskningsprojektet har mundet ud i mange resultater, som har haft politisk opmærksomhed. Projektet har konkluderet, at der eksisterer signifikante uligheder i sundhed i alle EU-landene.

For at nå til denne konklusion er den førnævnte sundhedsøkonomiske metode benyttet. (Doorslaer & Jones, 2004, side 605) Metoden er adopteret fra metoden til beregning af økonomisk ulighed.

Denne økonomiske metode kan bruges til at beregne en ulighed indenfor hvilken som helst fordeling. Den er gennem tiden blevet brugt til at analysere variationer i den økonomisk ulighed mellem lande ligesom den benyttes til at belyse problematikken vedr. forskellen i kvinder og mænds løn. En af baggrundsantagelserne i metoden er at det, man ønsker at analysere uligheden indenfor er målbart.

Når den økonomiske metode benyttes til at måle ulighed i sundhed skal der foretages metodiske overvejelser om, hvorledes "sundhed" måles. Den sundhedsøkonomiske videnskabs bidrag til forskningen i ulighed i sundhed bidrager med nogle analyser, som bærer meget præg af den kvantitative tradition indenfor økonomi, som medtager få målbare faktorer. Forskerne med kvalitativt fokus vil måske sige, at denne forskning negliger de mange komplekse determinerende faktorer som indgår i fænomenet social ulighed i sundhed. Med dette for øje forsøges der alligevel at gøre rede for denne metode, for at finde ud af om den kan være brugbar i forbindelse med kommunernes nye forebyggelsesansvar. Det ses i den sundhedsøkonomiske litteratur, at der er gjort kvalificerede refleksioner omkring netop det "at måle sundhed", hvorfor det skønnes at være relevant at arbejde videre med metoden, da det ses som et kvalitetsstempel, at fortalere for brugen af denne metode selv er kritiske. (F.eks i Wagstaff & Doorslaer 1998 og Doorslaer & Jones 2004)

Litteratur indenfor ulighed i sundhed, som er skrevet af økonomer, arbejder med to forskellige former for ulighed i sundhed; ren ulighed²¹ og socioøkonomisk ulighed. Ren ulighed i sundhed måler variationen i sundhed –målt ved levetid- i et land på et givent tidspunkt. Socioøkonomisk ulighed i sundhed måler variationen i sundhed, som er systematisk relateret til socioøkonomisk status. (Doorslaer & Wagstaff, 1998) Der er således tale om tværsnitsundersøgelser ligegyldig om man måler ren ulighed i sundhed eller socioøkonomisk ulighed i sundhed. Herunder gøres kort rede for begge mål.

²¹ "Ren ulighed i sundhed" er oversat fra engelsk "Pure inequality i health"

Ren ulighed i dødelighed

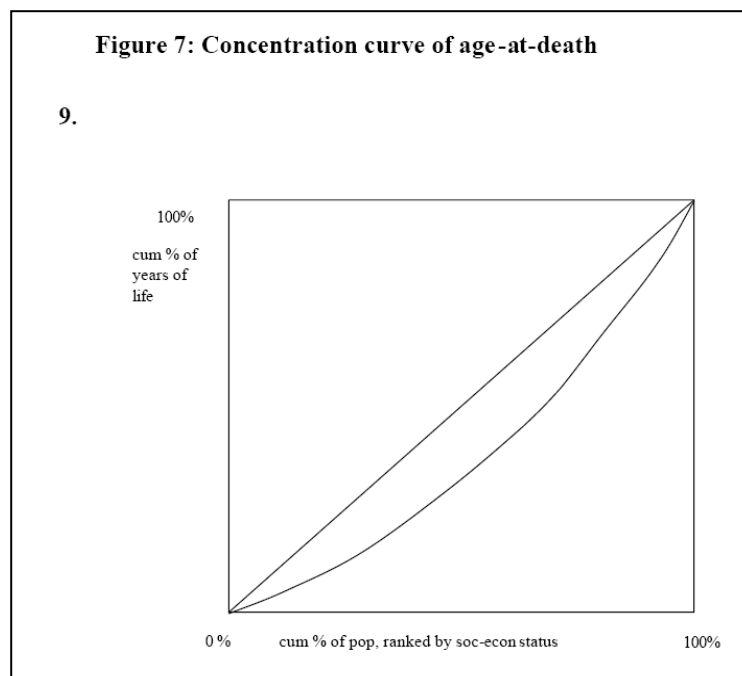
Ren ulighed i sundhed benytter levetid som sundhedsmål. Ud fra levetid konstrueres en lorents-kurve og en gini-koefficient beregnes. Illustrativt kan det siges, at personerne i populationen stilles op efter levetid, med den som lever kortest først. I forhold til beregning af den økonomiske ulighed er der dermed kun den forskel at personerne nu rangeres efter levetid og ikke indkomst. Der beregnes deciler jf. afsnittet om lorentskurve og disse plottes ind i et Lorentzdiagram og en Lorentskurve fremkommer. Le Grand har forsket i ulighed i sundhed ved at udregne den rene ulighed i sundhed på denne måde for England og Wales og fik resultatet at ulighed i ren sundhed mindskes i perioden 1921-1983 både for mænd og kvinder, dog mest for mænd. Le Grand var den første som benyttede denne metode og brugte den til at lave komparative studier. Hans hovedkonklusioner refereres således: *“Surprisingly, he finds that the more a country spends on medical care per capita, the higher is its inequality in age-at-death but the degree of inequality does not depend on the share of medical care expenditure that is publicly financed. What does seem to be important is a country’s GNP per capita (the higher this is, the less inequality there is in age-at-death) and the degree of inequality in income (the lower this is, the less inequality there is).”* (Doorslaer & Wagstaff, 1998, side 37) Hans resultater pegede altså i retningen af, at uligheden i sundhed ikke kunne påvirkes ved at give det behandlende sundhedsvæsen flere midler, men at BNP pr indbygger og uligheden i sundhed havde en sammenhæng ligesom graden af økonomisk ulighed havde betydning for uligheden i levetid. Denne konklusion har nyere forskning sat spørgsmål til, hvilket behandles senere i dette afsnit. Denne metode måler kun omfanget af forskelle i levetid og intet andet. Den får ikke indfanget nogen socioøkonomisk dimension, idet den ikke inkluderer oplysninger om, hvorvidt de kortlevende er rige eller fattige og omvendt. Dette har selvfølgelig gjort denne metode meget udsat for kritik især af forskere med en anden videnskabelig indgangsvinkel til fænomenet ”ulighed i sundhed” end økonomi. Den måler ene og alene graden af ulighed i dødelighed.

Socioøkonomisk ulighed i dødelighed og socioøkonomisk ulighed i selvvurderet helbred

Den socioøkonomiske ulighed i sundhed forsøger imidlertid i højere grad at inddrage socioøkonomiske faktorer i målingen af uligheden i sundhed. Inspirationen kommer stadig fra lorentzkurve-princippet, men det, der tegnes, kaldes koncentrationskurver og det, der beregnes kaldes koncentrationsindekser. Målet for sundhed kan variere, men det første sundhedsmål, som blev brugt i denne metode, var levetid. I den socioøkonomiske ulighed rangeres populationen ud

fra en socioøkonomisk indikator som f.eks. uddannelse eller indkomst. Senere benyttes ”selvvurderet helbred” som sundhedsmål, og derved bliver metoden meget relevant i forhold til kortsigtede evalueringer. Fremgangsmåden med levetid som sundhedsmål beskrives således: “We then plot on the horizontal axis the cumulative percentage of the population (ranked by socioeconomic status) and on the vertical axis the cumulative percentage of years of life. Insofar as those towards the bottom of the socioeconomic ladder die earlier than those at the top, the resultant graph will look like Figure 7(...) The concentration curve can be compared with the diagonal to assess the extent of socioeconomic inequality in health. If country X has a concentration curve that lies everywhere closer to the diagonal than country Y, we can reasonably say that X has a lower level of socioeconomic inequality in health than Y. The concentration index provides a measure of socioeconomic inequality in health, being defined as twice the area between the concentration curve and the diagonal and taking a value of zero when everyone dies at the same age and a value of one when all but the least disadvantaged person die at birth.” (Doorslaer & Wagstaff, 1998, s 38)

Figur 14: ”Figur 7” som der refereres til i Doorslaer &Wagstaff, 1998, side 38



Kilde: Doorslaer &Wagstaff 1998, side 57

Forskning af Propper som benytter denne metode viser en ”pro-rig fordeling” af sundhed i hvert af undersøgelsens år ligegyldig hvilken sundhedsindikator der anvendes.²² Benævnelsen ”pro-rig fordeling” er oversat fra det engelske ”pro-rich distribution”, og er en fordeling, som falder ud til de riges fordel.

Denne metode har ført til forskning bl.a. Doorslaer, som benytter sig af ”selvvurderet helbred” som sundhedsmål. Dette er konstrueret på baggrund af indsamlede spørgeskemaer om personernes helbred. Denne forskning konkluderer, at der er signifikante forskelle i uligheden i sundhed mellem landene i Europa, ligesom der er signifikante forskelle i sundheden mellem de socioøkonomiske grupper i undersøgelsen i alle lande. Derimod ses det – ligesom i Le Grands undersøgelse - at der ikke er sammenhæng mellem udgifter til sundhedsvæsenet pr indbygger og graden af uligheden i sundhed i befolkningen.

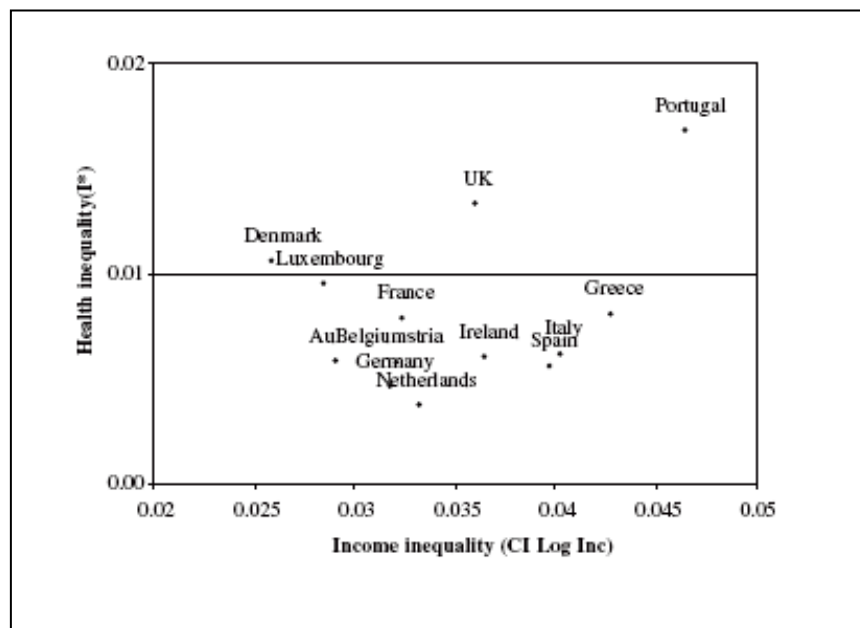
Målet ”selvvurderet helbred” er også udsat for meget kritik, og det konstateres, at det er et meget følsomt begreb og et begreb der lider under, at der ikke findes nogen international standartmetode. Ligesom alle andre spørgeskemaundersøgelser er der risiko for fejlkilder, ligesom man ikke ved, hvorledes de forskellige respondenter måler deres egen sundhed og hvad der ligger til grund for dette. (Doorslaer & Wagstaff, 1998) Gerdtham har forsøgt at lave lignende undersøgelser, hvor han også benytter et mål for livskvalitet ”QoL”²³ og sammenligner resultaterne med dem, som fremkommer ved at benytte selvvurderet helbred. Hans undersøgelser viser tendens til at uligheden i sundhed bliver større når man bruger selvvurderet helbred end QoL. (Doorslaer & Wagstaff, 1998, side 41)

I de nævnte undersøgelser indgår Danmark generelt som et meget spændende case, idet Danmark er et af de lande som har den laveste økonomiske ulighed og samtidig et af de lande som har størst ulighed i sundhed. (Doorslaer & Jones, 2004, side 606) Derved er Danmark med til at sætte spørgsmålstegn ved antagelsen om at lav indkomstulighed er medvirkende til lav ulighed i sundhed. Dette ses illustreret i figur 15, hvor Danmarks indkomstulighed og indkomstrelaterede ulighed i selvvurderet helbred er afbilledet på en graf med andre europæiske lande.

²² Dog ses det af indikatoren ”non-limiting chronic illness” ikke viser en pro-rig fordeling. Doorslaer & Wagstaff 1998, side 40

²³ Forkortelse for Quality of life

Figur 15 Danmarks indkomstulighed og socioøkonomiske ulighed i sundhed sammenlignet med andre europæiske lande.



Kilde: Doorslaer & Koolman 2004 side 623

Når metoden benyttes på danske data viser resultaterne også, trods de metodiske problemer, men ved brug af forskellige datasæt, at Danmark har en relativ høj grad af socioøkonomisk ulighed i sundhed sammenlignet med andre europæiske lande. (Christiansen, 1997) Undersøgelserne her synes at være valide, idet resultaterne med forskellige datasæt ikke afviger meget fra hinanden.

Forskerne fremhæver alle, hvorledes metoden har mange problematiske antagelser, som gør at denne metode ikke skal ses som værende den eneste måde at arbejde med ulighed i sundhed på, men at den kan bruges til at give os en ide om hvor potentialet er størst for at udjævne forskellene. (F.eks. Doorslaer & Jones 2004, side 606) Metoden kan med andre ord ikke anvendes til at forklare den ulighed som eksisterer, men kan bruges til at kortlægge uligheden og forskelle mellem populationer, hvilket gør metoden interessant for løsningen af denne opgaves problemformulering. Til forklaring af uligheden i sundhed skal der som følge af emnets kompleksitet benyttes andre metoder end statistisk kvantitative metoder, men til at kortlægge og udpege indsatsområder vil denne metode være spændende at arbejde videre med.

Den nyeste udvikling af metoden laver dekomponering af de anvendte variable, og konkluderer på denne baggrund: *"As the study is based on cross-sectional data, the effects of determinants cannot be interpreted as causal effects. But it stands clearly out that major population*

subgroups, to which health inequality is connected, are retired people –especially females older than 70 – and people with low income” (Lauridsen, Christiansen, Gundgaard, Häkkinen & Sintonen, 2007, side 101) Undersøgelsen er fortrinsvis foretaget af danske forskere på finske data, og som citatet fremhæver viser dekomponeringen, at det især er tilbagetrækningen fra arbejdsmarkedet, som er afgørende for uligheden i sundhed. Dette viser, hvorledes der er behov for flere kvalitative analyser af, hvad det er arbejde og arbejdsmiljø gør for sundheden i befolkningen.

Opsamling

Den sundhedsøkonomiske forskning i social ulighed i sundhed er meget komparativt orienteret og Danmark indgår i denne forbindelse som et interessant land, da analyserne viser at Danmark trods lav indkomstulighed har en relativ høj grad af ulighed i sundhed ud fra metodens mål. Hele metoden lægger op til at få et billede af omfanget af uligheden indenfor sundhed ud fra forskellige indikatorer for ”sundhed” og ”social status”. På trods af dette er der meget få danskere, som forsker i dette ved brug af den sundhedsøkonomiske metode, hvilket gør at området har et stort potentiale for at blive udviklet i Danmark. Metoden har været i brug som sundhedsøkonomernes standardmetode siden 1990’erne og de seneste analyser er blevet avancerede og metoden udvikler sig hele tiden. Metodens styrke er, at den fordrer til sammenligninger, at der fremkommer en graf og et konkret tal som mål for graden af ulighed i sundhed indenfor det valgte sundhedsmål og mål for social status. Der er mange problematikker ved brug af denne metode, som relaterer sig til kvantificerbarheden af ”sundhed” samt problematikken vedr. fænomenet som værende meget komplekst. Trods dette vurderes metoden som relevant, og ville kunne benyttes i en eller anden form i de danske kommuners arbejde med at udjævne uligheden i sundhed, idet den viser tydelige tendenser og forbedringspotentialer.

Konklusion på 1.del

Skema over de forskellige udgivers mål og metoder

Til at samle op og konkludere på første del af opgaven er der udarbejdet 3 skemaer, som skulle tjene det formål at danne overblik over de gennemgåede publikationer. Alt kan selvfølgelig ikke komme med og disse skemaer skal ses som et udgangspunkt for at diskutere udgivelserne og sammenholde resultaterne. Alle undersøgelserne er enige om at fænomenet er komplekst og kræver belysninger ud fra mange forskellige mål, således at de forskellige aspekter af dels ”sundhed” og ”social”-delen af fænomenet dækkes bedst mulig.

Skema 1: Middelleveitidsudvalget, DNRF og Sundhedsstyrelsen.

Udgiver	Middelleveitidsudvalget	DNRF	Sundhedsstyrelsen
Udgivers formål	Udarbejde systematisk udredning af dødelighedens, sygelighedens, livsstilens og sundhedsydelsernes sociale fordeling. (Sundhedsministeriet, 2000, side 9)	At bidrage til at forbedre sundhed i hele befolkningen.	At rådgive omkring evaluering af tiltag for at udjævne ulighed i sundhed. At belyse samfundsøkonomiske konsekvenser af risikofaktorer. At give indsigt i udsatte borgers opfattelse af sundhed.
Uligheden ses ved benyttelse af følgende indikatorer.	<u>Langsigtet:</u> Dødelighedsindeks fordelt på udvalgte socioøkonomiske grupper Sociale forskelle i antal gode leveår Sociale forskelle i tabte gode leveår <u>Kortsigtet:</u> Sociale forskelle i selvvurderet helbred Sociale forskelle i sygdom Sociale forskelle i risikofaktorer. Social ulighed i brug af sundhedsvæsenets ydelser.	<u>Langsigtet-men meget ”her-og-nu fokus”:</u> Middelleveitiden relateret til uddannelse og bopæl. <u>Kortsigtet</u> Sociale forskelle i risikofaktorer.	<u>Langsigtede:</u> Konsekvenser af risikofaktorer; Tabte gode leveår Kvalitetsjusteret leveår Tab i middelleveitid Dødelighed <u>Kortsigtede</u> Specifikt antal dages forskel i ventetider hos sygehuse relateret til uddannelse. Derudover: Undersøgelse med fokus på viden, holdninger, struktur, vaner, målsætninger og stræben, som siger at målene skal være afhængig af undersøgelserne formål.
Data og tidsperspektiv	Data fra SIF, Danmarks Statistik, Forebyggelsesregisteret mv. Tværnsnitsdata	Forskellige datakilder, nogle oplyst andre uoplyst. – Tværnsnitsdata	Kvantitative undersøgelser lånes fra middelleveitidsudvalget og SIF undersøgelser. Kvalitativ undersøgelse af udsatte borgers sundhed, tværnsnitsdata. Enkelt og dobbeltinterview, fokusgruppeinterview og dialogmøder.
Metode karakteristika og metodekritik	Individniveau, Epidemiologi, Sociologisk tænkemåde	Individniveau, Epidemiologi	Individniveau, epidemiologi, udregninger af samfunds-konsekvenser af individets adfærd. Individniveau Argumenterer for at måle på samfunds niveau
Grad af inddragelse af teori	Ingen teoretiske refleksioner	Ingen teoretiske refleksioner	Forskellige alt efter publikationens målgruppe: Ingen teoretiske refleksioner Mange teoretiske refleksioner ifm. interviewguide Mange videnskabsteoretiske overvejelser

Som det fremgår af skema 1, er der generelt set ikke ret mange teoretiske refleksioner i forbindelse med denne litteratur om ulighed i sundhed. Der er ligeledes tendens til at være en dominerende diskurs, som indeholder en opfattelse af sundhed som er individorienteret. Dermed bliver risikofaktorerne og livsstil ofte et centralt omdrejningspunkt. Ligeledes ses der også en tendens til at måle ulighed i sundhed ved ulighed i dødelighed, men der fremgår også mere kortsigtede mål for hvorledes uligheden i sundhed også kan belyses ved uensartet træk på sundhedsvæsenet. Målingen af ulighed i sundhed beror på resultater, som kan påvise uligheden indenfor mange forskellige sundhedsrelaterede faktorer. Belysningen af ulighed i sundhed bliver dermed meget bred og dækkende idet disse udgivelser inddrager både tal med kortsigtet fokus og langsigtet fokus til påvisningen af omfanget af den sociale ulighed i sundhed.

Skema 2: Arbejdernes Erhvervsråd, Huset Mandag Morgen og Jensen mf. 2007

Udgivelser	Arbejdernes Erhvervsråd	Huset Mandag Morgen	Jensen mf 2007.
Formål	At analysere den sociale ulighed indenfor sundhed.	at argumenterer for, at et afgørende første skridt er at gøre op med den grundlæggende opfattelse: at forebyggelse bør handle om at informere danskerne om, at de hver især bør vælge en sundere livsstil.	At forstå - ikke kun forklare- de sociale forskelle og sammenhænge i sundhed.
Uligheden ses ved benyttelse af følgende indikatorer.	<u>Kortsigtet:</u> Sociale forskelle i årligt medicinforbrug og tandlægeforbrug. Sociale forskelle i indlæggelser på sygehuse. Sociale forskelle i kontakter til den praktiserende læge, tandlægebesøg og speciallæge. Sociale forskelle i forventede restlevetider.	<u>Langsigtet:</u> Uddannelsesrelateret forskelle i dødelighed, viser at denne er steget indenfor de sidste 10 år. <u>Kortsigtet:</u> Andre mål på individniveau.	<u>Kortsigtet:</u> Mener undersøgelser viser at følgende er relevant for uligheden i sundhed: 1) Familieforhold 2) Skole 3) relationer til jævnaldrene samt 4) Lokalmiljø Social kapital (venskabsforhold, tillid og tryghed i nære omgivelser) Argumentere for andre forskningsmetoder end den fremherskende epidemiologiske til påvisning af uligheden i sundhed.
Data og tidsperspektiv	Kvantitative tværsnitsdata med tidsperspektiv, viser en udvikling som tyder på at uligheden er steget i løbet af de sidste 10 år.	Kvantitativ og anbefalinger om kvalitativ fremgangsmåde.	Referer kvantitative undersøgelser men undersøger selv kvalitativt
Metode karakteristika og metodekritik	Individniveau, Der arbejdes med at opdele populationen i deciler jf. metoden til udregning af økonomisk ulighed.	Individniveau men efterlyser strukturfokus	Individniveau og samfunds niveau
Grad af inddragelse af teori	Ingen teoretiske refleksioner	Nogle teoretiske refleksioner	Mange teoretiske refleksioner

Udgivelserne i skema 2 er i højere grad teoretisk funderet og repræsenterer et forsøg på at hæve problematikens årsagsforklaringer fra at være individbaserede til kollektivt baserede. Dermed ses disse udgivelse – især Jensen 2007 og Huset Mandag Morgen - som værende fortalere for at fokus på samfundsstruktur i stedet for livsstil. Udgivelserne bidrager alle med nye indgangsvinkler og anskuelse af fænomenet ”social ulighed i sundhed”. Udgivelserne er i højere grad baseret på et fokus væk fra dødelighedsmålet og til mål for sundhed her-og-nu.

Generelt kan det nævnes, at der i publikationerne i skema 1 og 2 ikke fremstilles en metode, som måler graden/omfanget af uligheden i sundhed på andre måder end ved hjælp af udtryk for udviklingen i f.eks. levetid eller lægebesøg. AE 2007 repræsenterer et forsøg på at tænke mere i en økonomisk tradition, hvor den sociale ulighed i sundhed måles ud fra en opdeling i 10 socioøkonomiske grupper, indkomst-deciler, med dertil hørende træk på f.eks. praktiserende læge. Denne tankegang benyttes fuldt ud i den sundhedsøkonomiske litteratur om emnet ulighed i sundhed.

Skema 3: Sundhedsøkonomisk funderet litteratur

	Sundhedsøkonomisk funderet litteratur
Formål	At måle omfanget af den indkomstrelaterede ulighed i sundhed
Uligheden ses ved benyttelse af følgende indikatorer.	<u>Langsigtet:</u> Ren ulighed i dødelighed Socioøkonomisk ulighed i dødelighed <u>Kortsigtet:</u> Socioøkonomisk ulighed i selvvrurderet helbred Koncentrationskurve for indkomstrelateret ulighed i selvvrurderet helbred Koncentrationsindeks for indkomstrelateret ulighed i selvvrurderet helbred
Data og tidsperspektiv	Kvantitativ, statistisk. Både registre og survey-baserede data.
Metode karakteristika og metodekritik	Målinger på individniveau behandles, så de fortæller noget om samfundsniveau. Derved fremkommer en grafisk illustration og omfanget af uligheden indenfor de valgte mål for hhv. sundhed og social rangering.
Grad af inddragelse af teori	Mange måle- og metodediskussioner. Få teoretiske diskussioner.

Den sundhedsøkonomiske funderede litteratur kan ud fra forskellige sundhedsmål og mål for social status tegne en graf, som viser skævheden i fordelingen af de to anvendte mål. Dermed bidrager denne litteratur med noget anderledes i forhold til de seks første, idet denne litteratur handler om at gøre disse mål så valide som muligt, så man med et tal og en graf kan udtrykke omfanget af uligheden i sundhed.

Ud fra litteraturvandringen vurderes det, at det kunne være relevant at arbejde videre med den sundhedsøkonomiske metode og den metode som AE 2007 sporadisk berører, for at forsøge at måle størrelsen og omfanget af uligheden i sundhed i en population. Den samfundsøkonomiske metode bør benyttes som et led i at give en vurdering af om metoden er brugbar i forbindelse med evaluering af kommunale tiltag for at udjævne ulighed i sundhed blandt kommunens borgere. Som foregangsmændene for den sundhedsøkonomiske metode fremhæver, er det dog vigtigt at være klar over metodens begrænsninger. Resultaterne bør suppleres med andre undersøgelsesmetoder, som søger at forklare uligheden i sundheden, da den sundhedsøkonomiske metode kun belyser størrelsen af fænomenet ud fra de anvendte sundhedsmål og mål for social status.

2. del Empirisk afprøvning af den sundhedsøkonomiske metode.

For at kunne benytte metoden kendt fra den sundhedsøkonomiske forskning til at måle omfanget af uligheden i sundhed skal man være i besiddelse af data som dels viser noget om social position og dels om sundhed. Der benyttes altså et datasæt med kun 2 variable. Det er vigtigt at have for øje at dette afsnit skal ses som metodeudviklende selvom der fremkommer nogle resultater. Konsekvensen af påbegyndelsen af et empirisk arbejde kan risikere at flytte dette fokus fra undersøgelsen af og vurdering af den bagvedliggende metode. Det forsøges dog at bevare fokus på selve metoden og ikke resultaterne, selvom opgaven nu inddrager en empirisk analyse.

For at kunne afprøve metoden på danske data skal der konstrueres et mål for social position, som kan danne baggrund for rangordning af individerne, det kan f.eks. være indkomst eller uddannelsesniveau. Dertil skal der høre en oplysning om individets sundhedstilstand, det kunne f.eks. være mål for selvvurderet helbred eller livskvalitet, som ses som værende meget brugt i international forskning. Forsøget på at finde frem til sådanne data er beskrevet i afsnittet herunder.

Datajagt

I dette afsnit beskrives vejen til det datasæt, som jeg endte op med at benytte til den empiriske illustration af den sundhedsøkonomiske metode, som måler omfanget af uligheden i sundhed. Dette er gjort, for at imødekomme spørgsmål op, hvorfor jeg ikke har brugt de data, som umiddelbart ville være oplagte.

Jeg har været i kontakt med Aalborg Kommunes ”Forvaltning for Sundhed og Bæredygtig Udvikling”, da denne forvaltning har været meget aktivt vedr. KRAM-projektet. KRAM-projektet, som er initieret af Det Nationale Råd for Folkesundhed og udført af SIF, valgte Aalborg Kommune som pilotkommune, og udførte i april 2007 en stor netbaseret spørgeskemaundersøgelse.(Aalborg Kommune, 2007). Denne undersøgelse indeholder oplysninger om selvvurderet helbred og indkomst. Det viste sig dog, at Aalborg Kommune ikke selv har adgang til KRAM-undersøgelsens data, og derfor blev jeg henvist til Ulrik Hesse fra SIF. SIF har indsamlet mange data om folkesundheden via KRAM-undersøgelsen. Problemet er blot, at de ikke udleverer KRAM-data før om 1½ år, hvilket ikke passer sammen med denne opgaves tidsfrist. Men lignende data kan findes i Statens Institut for Folkesundheds SUSY-

database²⁴, hvoraf de samlede resultater er tilgængelige på nettet. Da SIF blev kontaktet med henblik på muligheden for at benytte disse data blev der henvist til Jane Petersen ved Region Nordjylland. SIF anså således min problemstilling som værende mere aktuell for Region Nordjylland end SIF. Sådan endte det, at jeg ikke kunne arbejde med tal fra hverken KRAM-undersøgelsen eller SUSY-databasen.

Dataene blev dermed tilgængelige for mig i samarbejde med Region Nordjylland, som har lavet en sundhedsprofil, der kaldes ”HEPRO-profil”²⁵. Dataene fra HEPRO indeholder ikke oplysninger om indkomst, men skal køres sammen med registre, for at indeholde disse oplysninger. Der er oplysninger om selv vurderet helbred, så det ville være et godt datasæt at arbejde med, hvis det kunne lade sig gøre at få en kørsel med indtægt og selv vurderet helbred.

Michael Falk Hvidbjerg, som er analytiker ved Region Nordjylland, undersøgte muligheden for at få adgang til et datasæt. Inden Region Nordjylland kunne udlevere nogle data skulle det omkring juristerne, idet dataene kan ses som være personfølsomme. Denne proces endte op i en krydstabel²⁶, med data, som beskrives herunder.

Beskrivelse af data

Tallene der arbejdes med i det efterfølgende er for Region Nordjylland og ikke en kommune. Det var selvfølgelig oplagt at afprøve metoden af med tal for en kommune, nu hvor problemformuleringen indeholder henvisninger til kommunale problemer. Det er dog blevet skønnet at dette ikke er afgørende for at vurdere om metoden er brugbar, at det er kommunale data der arbejdes med. Derfor arbejdes der videre med tallene for hele Region Nordjylland.

De data, der arbejdes med her er fremkommet ved at køre indtægtsoplysninger fra Danmarks Statistisk sammen med oplysninger om selv vurderet helbred fra Region Nordjyllands HEBRO-database. De to datasæt, som kører sammen, er ikke generet i samme år, hvilket selvfølgelig medfører et time-lag. Indtægtsoplysningerne fra Danmarks Statistik er fra 2004, hvorimod oplysningerne om selv vurderet helbred er fra 2007. Det kan diskuteres om resultaterne er pålidelige, når de to variable ikke er genereret på samme tid. F.eks. kan en person med en indtægt på 1,7 mio. i 2004, og sagtens være i en anden indkomstsituation i 2007, hvor den anden variabel er genereret. Igen er det vigtigt at påpege, at det er metoden, der afprøves og at resultaterne, som følge af bl.a. time-lag, ikke skal ses som værende endelige. Pga. ønsket om at

²⁴ <http://susy2.si-folkesundhed.dk/susy.aspx>

²⁵ <http://www.rn.dk/SundhedOgSygehuse/SundhedsfremmeOgForebyggelse/Sundhedsundersogelse/>

²⁶ Bilag 7

afprøve metoden blev det vurderet at det er forsvarligt at køre dataene sammen trods dette time-lag, blot man har for øje at resultaterne ikke skønnes pålidelige. Da det dog ikke er den præcise indkomst som bruges, men et gennemsnit indenfor hvert interval og dermed en tilnærmelse er det vigtigt at pointere at indkomsterne bruges som et mål for delen ”social” i fænomenet ”social ulighed i sundhed” således at det er indkomsten som bestemmer hvor i det ”sociale”, man er placeret.

Indkomstkategorierne i krydstabellen er konstrueret således at de personfølsomme data ikke blev fremstillet på individniveau. Ved indkomster 0-590.000 blev valgt interval på 5000 kr., fra 600.000 og til 1.000.000 kr. blev der arbejdet med intervaller på 50.000, og fra 1.000.000 og op til 1.800.000 arbejdes der med intervaller på 100.000. Sidste indkomstkategori dækker over 6 personer som fordeler sig i kategorien 1.8 mio. kr. til 8 mio. kr. At disse seks personer indgår i samme kategori er en konsekvens af, at der ikke må udleveres personfølsomme data. Ved at arbejde med disse meget små intervaller i indkomstkategorierne gøres de efterfølgende beregninger så præcise som muligt. Sammenlignet med Terkelsen 1997 ses det at intervallerne for indkomsterne er sat til 50.000, hvilket betyder at mine oplysninger mere detaljerede.

Datasættet omfatter 11.101 respondenter, hvoraf 107 må udelades som følge af manglende eller fejlagtige data enten på indkomstdelen eller det selvvaluerede helbred. Dermed ender datasættet op med at indeholder oplysninger fra 10.809 respondenter. Tallene er bruttoindkomst, altså indtægter før skat.

For den anden variabel, selvvalueret helbred, ses gennemsnittet at være 3,78 med en standardafvigelse på 0,814. Svarene fordeler sig som vist i tabel 6. Denne variabel er indsamlet i et spørgeskema, med 56 spørgsmål, hvoraf det første ser således ud:

Figur 16: Spørgsmål 1 i Hebro-undersøgelsen, Aalborg Kommune.

1.	Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed? (Sæt kun ét kryds)	
	Virkelig god	19,8
	God	52,1
	Nogenlunde	20,7
	Dårlig	5,2
	Meget dårlig	1,4
	Ved ikke	1,0

Kilde: Region Nordjylland, 2007, side 2

Arbejdet med at køre HEBRO-databasens spørgsmål 1 sammen med registeret endte ud i en krydstabel i SAS, således at der heraf fremgår, hvorledes personerne i de forskellige indkomstkategorier vurderer deres helbred på en skala fra 1 til 5. I selve HEBRO-undersøgelsen dækker 1 over ”Virkelig god” og 5 over ”Meget dårlig”. For at få den bedste sundhedsscore til at antage den højeste værdi blev data rekodet, således at 5 nu dækker over ”Virkelig god” ned til 1 som er ”Meget dårlig”. Dette har ikke noget at sige for selve fordelingerne af svarerne, når man regner gennemsnit ud skal man dog bare vide, hvad den højeste score dækker over, således at gennemsnittet sættes i forhold til de rigtige svarkategorier.

Tabel 6: Svarfordelingen for selvvurderet helbred, Hebro 2007

Selvvurderet helbred rekodet omvendt					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	142	1,3	1,3	1,3
	2	519	4,6	4,7	6,0
	3	2743	24,5	24,7	30,7
	4	5907	52,7	53,2	83,9
	5	1790	16,0	16,1	100,0
	Total		11101	99,0	100,0
Missing	99	107	1,0		
Total		11208	100,0		

Kilde: Region Nordjyllands HEBRO database.

Et kæmpe minus ved dette datasæt er, at det ikke har været muligt at standardisere resultaterne i forhold til køn og alder. Dette har vist sig i mange andre undersøgelser at gøre resultaterne mere pålidelige, da der ses en sammenhæng mellem køn og selvvurderet helbred samt alder og selvvurderet helbred, således at andelen af personer som vurderer deres helbred dårligt stiger med personernes alder. Ligeledes ses en tendens til at mænd vurderer deres helbred bedre end kvinder. (Groth Jensen, 2004, side 94) Dog kan det påpeges at hvis respondenterne svarer relativt på deres helbred i forhold til deres alder, så ville aldersstandardisering ikke være nødvendig.

De to beskrevne variable blev kørt sammen og der blev udformet en krydstabel, som danner baggrund for beregninger i excel-ark, hvor også nedstående grafer er lavet i. Der er ikke tale om oplysninger om enkelt individer, som følge af restriktionerne vedr. udlevering af data herom, men tale om nogle gennemsnit indenfor indkomstkategorierne og dermed nogle indkomstkategorier med dertilhørende score for selvvurderet helbred. Alle indkomster under 75.000 kr. er sat til 75.000 kr. og alle indkomster over 850.000 er sat til 890.000 kr. (Christiansen, 1997, side 7)

Excel-arket er på denne måde ikke præcist, men et meget kvalificeret skøn over populationens fordeling af indkomster og selvvurderet helbred. At den præcise indkomst ikke bruges kan imidlertid godt retfærdiggøres, hvis man tager i betragtning at indkomst er et flygtigt mål og ikke behøver at være så præcist. Det, som vi ønsker at måle, behøver ikke at bero på præcis indkomst men snarere relativ placering i de forholdsvis små intervaller. Det ses, at der er problematikker med brug af datasættet, men det vurderes at det stadig er brugbart ud fra en betragtning om at f.eks. indkomsten kun bruges til at rangere individerne og at den relative indkomst der er afgørende.

Med dette for øje fremlægges her arbejdet med at få tegnet en koncentrationskurve og udregnet et koncentrationsindeks for Region Nordjylland ud fra det beskrevne datasæt.

Resultater.

I dette afsnit fremlægges resultaterne fra arbejdet med datasættet fra Region Nordjylland. Det er meget vigtigt at fremhæve, at der generelt skal tages nogle forbehold overfor selve resultaterne, og at formålet med dette arbejde har været at afprøve den sundhedsøkonomiske metode på empiri fra regionen, med henblik på at diskutere, hvorvidt metoden er brugbar i forbindelse med kommunernes forebyggelsesansvar. Med dette for øje præsenteres resultaterne af det empiriske arbejde herunder.

Resultatet som skønnes relevant er en koncentrationskurve, som er tegnet på baggrund af en dikotomisering af svarkategorierne. Som det fremgår i tabel 6 er der i alt 6% (1,3+4,7) som har svaret, at de ser deres helbred som dårligt eller meget dårligt. Det er herefter fordelingen af disse 6% eller 648 personer, som beskrives i det efterfølgende. Der er udgået 11 respondenter som følge af mangelfuld oplysning om indkomst, og dermed ender eksemplet op med 637 personer med dårligt eller meget dårligt selvvurderet helbred. Der konstrueres en koncentrationskurve for fordelingen af svarerne ”dårligt” og ”meget dårligt” selvvurderet helbred, for derved at se,

hvorledes disse svar fordeler sig imellem indkomstkategorierne. Denne kurve kan ses som værende den totale fordeling af *sygdommen* målt ved ”dårligt” eller ”meget dårligt” selvvalderet helbred. Denne dikotomisering er ikke anvendt ret meget mere blandt forskerne, men var en af de første og simple måder at fremstille problematikken på. (Doorslaer & Wagstaff, 1998) Her benyttes den, fordi den er simpel. Derudover har den også den styrke, at dikotomiseringen bidrager til, at det kun er de ekstreme svar som benyttes. Svarfordelingen kan være genereret på baggrund af nogle diffuse svarkategorier, hvilket gør at det kan være en fordel at undlade alle ”midtersvarerne” og fokusere på fordelingen af ekstremene. (King & Wand, 2006)

Fort at kunne tegne en koncentrationskurve for fordelingen af det dårlige og meget dårlige selvvalderede helbred, skal decilerne regnes ud. Disse udregninger er foretaget i et excel-ark, som fremgår på bilag 9. Herunder redegøres for trinene i denne beregning.

Tabel 7: Trinene i konstruktionen af koncentrationskurven

1. kolonne	2. kolonne	3. kolonne	4. kolonne	5. kolonne	6. kolonne	7. kolonne	8. kolonne
SEG-på baggrund af kr.	antal personer i SEG	Antal ”Syge” i SEG (=antal med ”dårligt” og ”meget dårligt” SVH)	% i SEG syge	% i SEG af hele populationen	Akk. % af hele populationen	% af alle syge	Akk. % af alle syge
			$= (3.k/2.k) * 100$	$= (2.k/10809) * 100$	=5.k cellen til venstre herfor	$= (3.k/637) * 100$	=7.k cellen til venstre herfor
			Kopieres ned	Kopieres ned	= cellen herover + cellen til venstre herfor	Kopieres ned	= cellen herover + cellen til venstre herfor
					Kopieres ned		Kopieres ned
I alt	10.809	637	100%	100%	100%	100%	100%

På baggrund af krydstabellen fra Region Nordjylland, bilag 7, laves et excel ark som anført herover. Første kolonne betegner de socioøkonomiske grupper (SEG), anden kolonne indeholder antallet af personer i den anførte gruppe, tredje kolonne indeholder antallet af personer som vurderer deres helbred som dårligt eller meget dårligt i den anførte socioøkonomiske gruppe. Ud

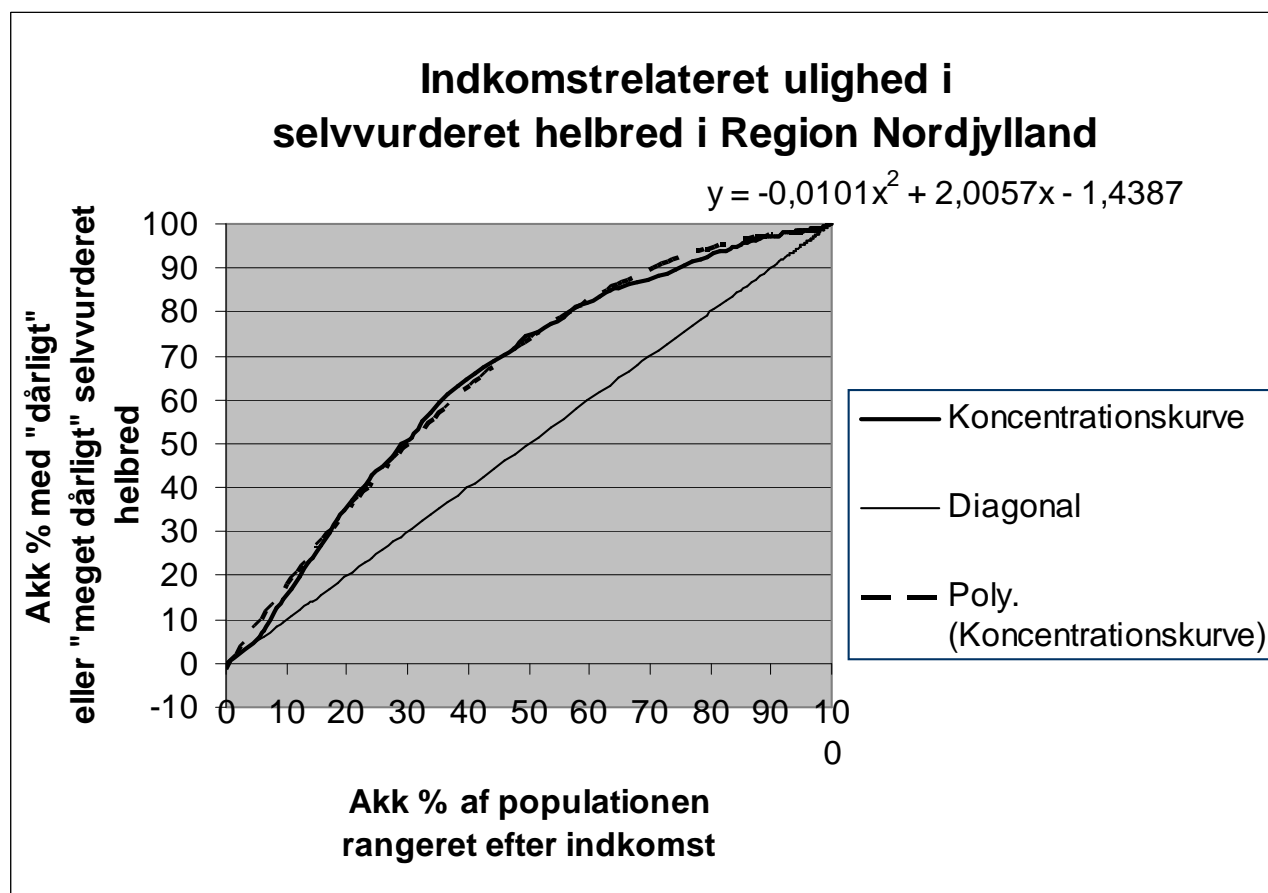
fra disse tre kolonner udregnes de sidste kolonner. Først udregnes hvor stor en andel af populationen i de pågældende grupper, der har vurderet deres helbred til at være dårligt eller meget dårligt. Dernæst udregnes, hvor stor en del af den samlede population, som indgår i den pågældende SEG. Dernæst udregnes hvor stor af andel af alle med ”dårligt” eller ”meget dårligt” selv vurderet helbred, som der indgår i den pågældende gruppe. Disse to sidste kolonner summeres op efter hånden, og den akkumulerede % af hhv. populationen og syge fremgår i kolonne 6 og 8. Disse to kolonner viser dermed fordelingen af ”sygdommen” i de socioøkonomiske deciler. En pæn fremstilling af decilerne kan ses i tabel 8.

Tabel 8: Fordelingen af ”dårligt” og ”meget dårligt” selv vurderet helbred i forhold til populationen rangeret efter indkomst.

Akk % af populationen rangeret efter indkomst	Akk % med ”dårligt” eller ”meget dårligt” selv vurderet helbred i decil.
10,9%	17,1%
20,8%	37,4%
30,7%	51,2%
39,8%	64,7%
49,5%	74,4%
59,7%	82,1%
69,7%	87,4%
80,5%	93,2%
90,5%	97,2%
100%	100%

Kilde: Region Nordjyllands HEBRO database.

Disse beregninger danner baggrund for tegningen af koncentrationskurven, som den ses i figur 17.

Figur 17: Koncentrationskurve for Region Nordjylland – fordelingen af sygdommen

Kilde: Region Nordjylland og metode som i Waggstaff & Doorslaer 1998 til tegning af figur 7 side 57.

Forklaringsgraden, R^2 på den estimerede ligning er 0,9978.

Som det fremgår i figur 17 er der i Nordjylland ikke en 100 % lige fordeling af ”dårligt eller ”meget dårligt” selvvurderet helbred i populationen, når den rangeres efter indkomst. Fordelingen i decilerne ses i tabel 8 og heraf fremgår det også at fordelingen er skæv, f.eks. indberetter de 30% lavest rangerede individer i populationen ca. halvdelen af alle svarerne ”dårlig” eller ”meget dårligt” selvvurderet helbred.

Koncentrationskurven (figur 17) ligger et stykke fra diagonalen og udregnes der et ikke-standardiseret koncentrationsindeks ud fra metoden beskrevet afsnittet AE 2007, ser integralet således ud²⁷:

$$\int_{1,4517}^{100} y = -0,0101 x^2 + 2,0057 x - 1,4387 dx = 6517,9488$$

²⁷ Estimationen af kurven er foretaget i Excel.

Dermed bliver koncentrationsindekset

$$2 * (6517,9488 - 5000) = (1517,9488) * 2 = 3035,8976$$

Dette referer til at arealet mellem diagonalen og koncentrationskurven udgør ca. 30% af hele arealet over diagonalen.

Ud fra koncentrationskurven her kan der gøres nogle meget brugbare betragtninger. Ved at se på hældningen af koncentrationskurven og afstanden fra diagonalen til koncentrationskurven kan man få et godt billede af i hvilke indtægtsgrupper forbedringspotentialer indenfor udligning af den indkomstrelaterede ulighed i selvvalgt helbred er størst. Ved at lave en estimation af ligningen for koncentrationskurven i stedet for kun at tegne den, vil man kunne differentiere ligningen, og udregne hældninger forskellige steder på kurven. Ligningen i figur 11's øverste højre hjørne er et forsøg på at lave en sådanne estimation af ligningen for koncentrationskurven. Estimationen er foretaget i Excel. Diagonalen repræsenterer den 100% lige fordeling og har en konstant hældning på 1. Der hvor hældningen på koncentrationskurven er under 1 vil der være forbedringspotentialer. Dette udregnes i ovenstående tilfælde ved at den estimerede ligning for koncentrationskurven differentieres og sættes lig 1:

$$Y = -0,0101X^2 + 2,0057X - 1,4387$$

$$Y' = 2(-0,0101X) + 2,0057 = -0,0202X + 2,0057$$

$$1 = -0,0202X + 2,0057 \Rightarrow 1 - 2,0057 = -0,0202X \Rightarrow X = 49,79$$

Dette betyder altså at forbedringspotentialer i Region Nordjylland ligger blandt de 49,79% i populationen som tjener mindst. Kigges i regnearket, bilag 9, ud fra 49% af populationen fremgår det at op til indkomstgruppen på 222.500 kr. -i 2004-tal- er der dermed forbedringspotentialer. Eller med andre ord, er det der, hvor tendensen vendes. På samme måde kan man lege videre med at kigge på kurvens hældning. F.eks hvis man udregner, hvor på kurvens hældningen er størst, findes den indkomstkategori, hvor forbedringspotentialer er absolut størst. I dette tilfælde kunne man også nøjes med at kigge på grafen, hvorved det kan ses, at kurven hælder mest hos de ca. 20% lavest rangerede personer i populationen. Kigges der igen i

regnearket, bilag 9, under 20%, for at sætte en indkomstkategori på dette, ses det at det absolutte største fordringspotentiale ligger op til indkomstkategorien 132.500 kr. –i 2004 tal. Skævheden i fordelingen vil også kunne analyseres ved at se på decilerne på de to akser jf. tabel 8, udregne selve koncentrationsindekset, se på hældningen på koncentrationskurven, og sætte disse sammen med oplysningerne fra indkomstkategorierne. Ved at kigge på sådanne træk ved kurven vil man ved en analyse foretaget på samme måde i nogle efterfølgende år, få et billede af hvorledes størrelsen og sammensætningen af uligheden i sundhed har udviklet sig indenfor de valgte indikatorer.

Der kunne laves flere og mere komplicerede beregninger og analyser, men ud fra de tilgængelige data skønnes ovenstående resultat til belysningen af metodens brugbarhed at være det mest relevante. Alternative fremgangsmetoder er beskrevet i nyere sundhedsøkonomisk litteratur, og ville kunne inddrages her hvis man havde flere variable som f.eks. alder og køn samt kendskab til statistiske metoder. Ovennævnte er blot medtaget for at illustrere tankegangen og potentialet for benyttelse af denne metode.

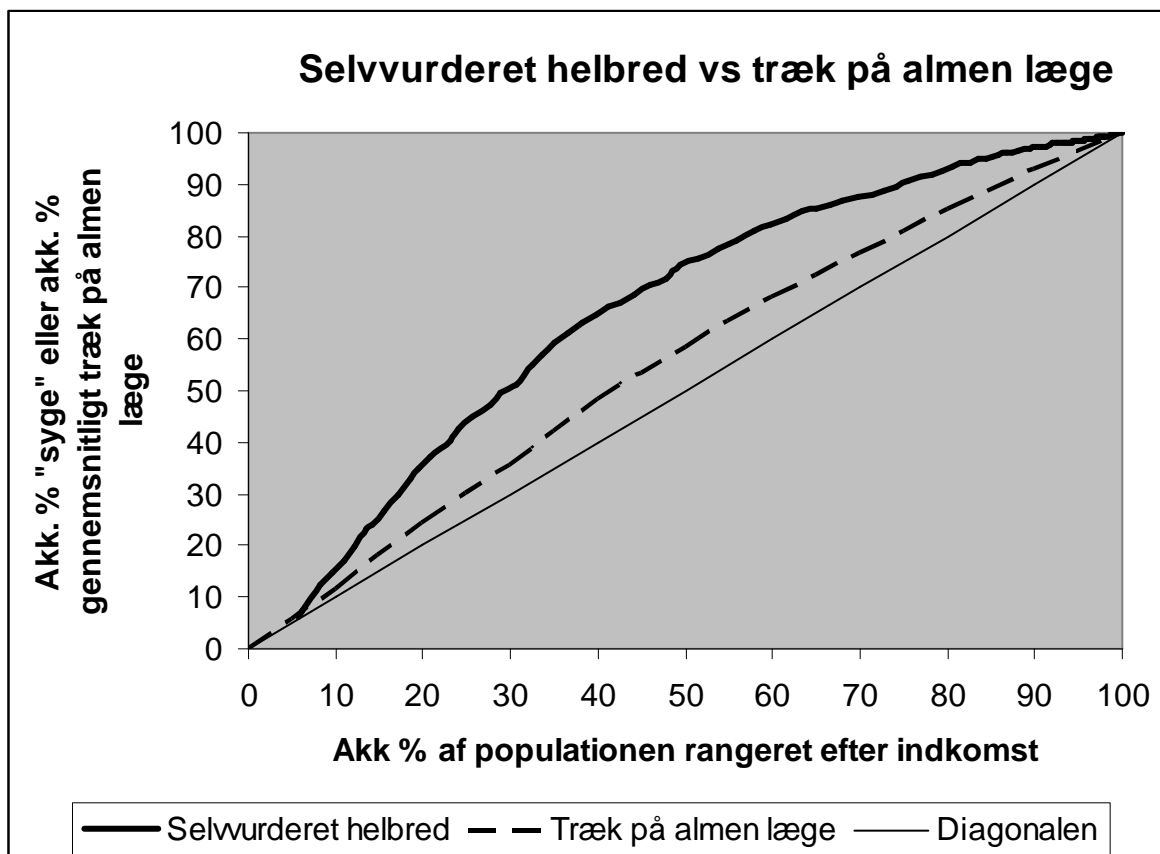
Det er svært at bruge disse tal til noget, når man ikke kan sammenligne dem med ret mange andre, men en sammenligning med koncentrationsindekset for Danmark generelt kan give et billede af hvorledes Region Nordjylland ligger i forhold til hele landet generelt. Imidlertid er det ikke muligt at finde resultater, som er udregnet ud fra præcis samme metode, hvorfor det vurderes at være upassende at lave sammenligninger. Metoden ville først rigtig komme til sin ret i det tilfælde, hvor man har nogle andre data fra regionen at sammenligne med eller data fra et andet år. Så rent komparativt har metoden ikke ret megen anvendelse pt. Jeg forsøger dog alligevel at illustrere, hvorledes jeg mener, at den kunne bruges til sammenligning, ved herunder at sammenligne den med grafen for tallene fra AE 2007 og kurven, figur 13.

Sammenligning af koncentrationskurverne figur 13 og figur 17

Hvis de to koncentrationskurver, som dette speciale har tegnet, sættes ind i samme grafvindue opstår en illustration af forskellen i graden af uligheden i sundhed alt efter hvilket sundhedsmål der benyttes. Figur 13 benyttede jeg et sundhedsmål fra AE 2007, hvor det var det forskellen i det gennemsnitlige træk på almen læge, der blev brugt til at lave akkumulerede værdier til y-aksen. I figur 17 brugte jeg sundhedsmålet selvvalderet helbred og så på fordelingen af de personer, som vurderede deres helbred som ”dårligt” eller ”meget dårligt”. Begge grafer har

benyttet samme sociale rangering af populationen, nemlig indkomst derudfra beregnet populations placering i indkomst-deciler. Plottes de to grafer i samme vindue fremkommer følgende illustration.

Figur 18: Figur 13 og figur 17 sammenlignes.



Kilde: Figur 13: tal for træk på almen læge fra AE 2007 og Figur 17: tal for selvvurderet helbred fra Region Nordjylland

Som det fremgår i figur 18, ses en tendens til at uligheden i sundheden bliver større, når der ses på fordelingen af "dårligt" eller "meget dårligt" selvvurderet helbred, end når der ses på gennemsnitligt træk på almen læge. Der er dog nogle forbehold, idet grafen herover vedr. selvvurderet helbred er for Region Nordjylland og grafen vedr. træk på almen læge er gennemsnit for hele landet. Hvis vi antager af Region Nordjylland er repræsentativ for hele landet, kan en sammenligning godt finde sted. Derudover er kurven med træk på almen læge standardiseret, hvorimod kurven lavet på baggrund af selvvurderet helbred ikke er standardiseret. Det forhold kan bevirke at forskellen mellem de to grafen bliver større end hvis kurven vedr.

selvvurderet helbred var standardiseret. Men igen skal det fremhæves, at det ikke er dette speciales formål at lave præcise sammenligninger, men derimod at illustrere brugen af metoden. Det vigtige for mig i denne forbindelse er at illustrere to ting; Dels vil jeg vise hvorledes man ved at tegne to kurver i samme grafvindue kan sammenligne graferne hurtigt og se forskellen. Ved at tegne to grafer med data om det samme, men fra to forskellige tidspunkter, ville man kunne belyse en udvikling i størrelsen af uligheden i sundhed. Ligeledes vil man, som herover, kunne sammenligne graden af ulighed alt efter hvilket sundhedsmål der benyttes. På samme måde vil man også kunne lege med indikatoren på x-aksen. Der kunne laves forsøg, hvor den sociale indikator i stedet var f.eks. uddannelse. Ved at benytte samme sundhedsmål men forskellige mål for den sociale rangering kunne man analysere forskellen i uligheden i sundhed, alt efter hvilken mål den sociale rangering var lavet med baggrund i.

En sammenligning af graden af ulighed i sundhed for de to forskellige sundhedsmål ville også kunne foretages ved at sammenligne koncentrationsindekserne. Koncentrationsindekset for den indkomstrelaterede fordeling af ”dårligt” eller ”meget dårligt” selvvurderet helbred blev udregnet til 30,35 %. Det ses at denne er 3 gange så stort som koncentrationsindekset lavet på baggrund af AE 2007’s tal for træk på almen læge som blev udregnet til 10,44%. Hvis forskellen på de to grafer ikke var så markant kunne disse indeks være meget brugbare til at sige noget om forholdet mellem dem. Men som det ses herover er der en klar forskel mellem dem, og indekset siger således bare, hvor stor denne forskellen mellem brugen af de to sundhedsmål er.

Det er meget vigtigt ikke at tage tallene her i eksemplet for bogstaveligt, idet denne opgaves formål er at belyse, hvorledes metoden kan benyttes og ikke belyse resultater. Det er således princippet i sammenligningen af graferne og indekset, som er vigtigt. Ved at putte sådanne to grafer ind i samme grafvindue opstår der en illustration på forskellene mellem dem. Ved at kigge på en sådan graf og sammenligne tallene for koncentrationsindekset opstår et kvantitativt mål for størrelsen af uligheden, og dermed en god mulighed for at vurdere udviklingen i uligheden eller f.eks. forskellen i uligheden alt efter målene der ligger til grund for hhv. x og y-aksen.

Diskussion af metodens brugbarhed til evaluering af kortsigtede projekter

Som det ses fremkommer der, ved benyttelse af den fremlagte metode, et meget overordnet billede af uligheden af sundheden, her målt ved andelen af de to dårlige kategorier for selvvurderet helbred fordelt i forskellige indkomstkategorier.

Koncentrationskurvens egenskab er, at den afspejler den socioøkonomiske dimension i forskellene i sundheden/sygdommen i populationen. Der kan benyttes forskellige mål for både ”sundheds”-delen og den ”social”-delen af fænomenet ”ulighed i sundhed”. Det, som metoden gør, er at give et intuitivt og grafisk billede af uligheden indenfor de valgte sociale og sundhedsmæssige mål. Styrken i metoden er, at den viser en tendens for hele befolkningen samlet, og at kurverne og indekset er følsomt overfor ændringer i fordelingen på tværs af de valgte socioøkonomiske inddelinger. Dette vurderes som metodens helt klare fordel i forhold til restlevetidsberegninger og andre dødelighedsrelaterede mål. Nyere forskning i metoden har vist at standardisering og dekomponering gør, at analyserne ender op med meget specifikke påpegninger og åbenlyse forbedringspotentialer. Metoden måler altså graden af uligheden indenfor to valgte indikatorer for sundhed og social status. Metoden giver et billede af ulighedens omfang, sammensætning og påpeger udviklingsmuligheder. Efter at have arbejdet med denne metode er opfattelsen at den er meget brugbar til dokumentation af forekomsten og omfanget af uligheden i sundhed. Men det er vigtigt at påpege, at den ikke kan stå alene og kan ikke fortælle *hvorfor* der eksisterer uligheden i sundhed.

Ved anvendelse af metoden, som i dette speciale, er det vigtigt at forholde sig til, hvorvidt den indkomstrelaterede ulighed i selvvurderet helbred er et godt mål for den sociale ulighed i sundhed generelt. I tråd med tidligere pointeringer i opgaven er det utopi at tro at et komplekst socialt problem som social ulighed i sundhed kan belyses ved hjælp af alene 2 variable; indkomst og selvvurderet helbred. Derfor må der til hver eneste forsøg på at tegne en koncentrationskurve og beregne et indeks foretages nogle overvejelser om, hvorvidt de valgte indikatorer er tilsvarende. En sådan diskussion i forhold til dette speciales kurver kommer derfor her.

Diskussion af bruttoindkomsten som mål for socioøkonomisk status og mål for ”socialt” når det er kortvarige indsatser, som skal evalueres, er meget relevant og er til stadighed genstand for metodet Diskussioner. Ifølge Groth Jensen, 2004 ses der ingen store forskelle i resultater af analyser vedr. selvvurderet helbred og socioøkonomisk status, hvad enten det er beskæftigelsesstatus, uddannelsesniveau eller indkomst som benyttes. Med dette for øje vil konklusionen derfor lyde på, at analyserne og beregningerne kan bero på hvilke data, som er til

rådighed samt en vurdering af om disse data er pålidelighed og måler det, som man ønsker at måle. I forbindelse med måling af social ulighed blandt børn og unge kan det være meget relevant at inddrage et mål for forældres socioøkonomiske status, da der er undersøgelser som indikere en sammenhæng mellem børn og unges sundhedsvaner og familiens sundhedsvaner generelt. Ligeledes må det påpeges, at der altid vedr. børn skal tages nogle særlige metodehensyn da f.eks. manipulation ofte nævnes et tema i forbindelse med f.eks. interview og spørgeskemaundersøgelser med børn.

I modsætningen til målet for den sociale del af fænomenet ”social ulighed i sundhed” ses det, at der på kort sigt kan opnås en stor gevinst ved at arbejde med ”selvvurderet helbred” som mål for sundhed. De meget subjektive sundhedsmål som selvvurderet helbred og livskvalitet har vist sig at have en sammenhæng med personernes dødelighed og forekomsten af en lang række sygdomme blandt personerne. (Groth Jensen, 2004, s 87) Det er meget spændende, hvad der ligger bagved personernes selvvurderet helbred, og denne sammenhæng mellem selvvurderet helbred og dødelighed kan ses som et mysterium. Men, som før nævnt, tyder undersøgelser på, at dette mål er rigtig godt til at indfange personernes sundhedstilstand. Derfor ses selvvurderet helbred som et rigtig godt mål for ”sundheds”-delen af fænomenet ”social ulighed i sundhed” og derfor relevant at arbejde videre med i forhold til kortsigtede evalueringer i kommunalt regi. I denne opgave ses der antydninger af, at benyttelsen af sundhedsmålet selvvurderet helbred resulterer i en større grad af ulighed i sundhed, end hvis man benytter sundhedsmålet ”gennemsnitligt træk på almen læge”.

I denne forbindelse kunne man stille spørgsmål til, hvorvidt ”gennemsnitligt træk på almen læge” og ”selvvurderet helbred” måler det samme. Jeg vil mene at de to måler ikke begge måler ”sundheden” på samme måde. Lægeydelserne kan med rimelighed siges at være et udtryk for omfanget af biomedicinsk sygdom hvorimod selvvurderet helbred mere er et generelt mål for velbefindende. Hvis denne antagelse gælder, viser forsøget i dette speciale, at omfanget af uligheden i sundhed er større hvad angår velbefindende end biomedicinsk sygdom.

På baggrund af forsøget, hvor den sundhedsøkonomiske metode benyttes, og den deraf følgende diskussion, vurderes det hermed, at denne metode har potentiale til at kunne udvikles til en standardmetode og indgå som en fast del af evalueringer af kortsigtede indsatser for at udjævne uligheden i sundhed.

Samlet konklusion på 1. del og 2. del

Nærværende opgave har søgt at besvare følgende to spørgsmål:

1) *"Hvilke mål og målemetoder er blevet anvendt til belysning af omfanget sociale ulighed i sundhed?"*

Og

2) *"Hvilke af disse mål kan anvendes i evaluering af kortsigtede indsatser for at udjævne den sociale ulighed i sundhed?"*

Spørgsmål 1 er besvaret med baggrund i en litteraturvandring, hvor udgivelsernes fremlæggelse af den sociale ulighed i sundhed er fremstillet i nærværende opgave. På baggrund af litteraturvandringen konkluderes det, at de danske udgivelser baserer deres dokumentation af den sociale ulighed i sundhed ved at se på, hvorledes forskellige sundhedsindikatorer fordeler sig forskelligt i befolkningen, når denne grupperes på baggrund af f.eks. indkomst eller uddannelse. Tallene fremstilles i søjlediagrammer og tabeller, og viser en tydelig tendens til, at personer placeret i de lavest rangerede grupperinger har f.eks. højere dødelighed, dårligere selv vurderet helbred og større medicinforbrug end personerne i de højere rangerede grupperinger. Nogle af målene for sundhed kan relateres til dødelighed, og ses derfor at være langsigtede, hvorimod andre af målene er mere kortsigtede og relateres til risikofaktorerne kost, rygning, alkohol og inaktivitet samt selv vurderet helbred, som er oplevelsen af eget helbred her-og-nu. Således ses en social gradient i sundheden indenfor alle disse nævnte indikatorer, hvad enten de er langsigtede eller kortsigtede. Det kortsigtede mål hænger sammen med dødelighedsmålet, da de alle sammen benyttes fordi de netop er her-og-nu prædikater for dødeligheden på lang sigt.

I litteraturvandringen vises, hvorledes en metode, som er kendt fra måling af den økonomiske ulighed i indkomster, kan benyttes til at afbillede resultater fra AE 2007 grafisk. Udgivelsen AE 2007 bliver springbrættet til de engelsksprogede udgivelser, som introducerer en ny sundhedsøkonomisk metode til at måle omfanget den sociale ulighed i sundhed. Metoden ser på skævheden i fordelingen af f.eks. selv vurderet helbred på baggrund af en rangering af individerne ud fra indkomst.

Udgivelserne kan også analyseres ved at gøre brug af de videnskabsteoretiske diskussioner vedr. metodologisk kollektivism og metodologisk individualisme. I denne forbindelse konkluderes det, at især sundhedsstyrelsens publikationer kan siges at bære præg af et fokus på livsstil og deraf metodologisk individualisme, hvorimod udgivelserne af Huset Mandag Morgen, 2006 og Bente Jensen mf. 2007 i højere grad fokuserer på struktur og socialkapital, som kan siges at bære præg af en metodologisk kollektivism. Især udgivelsen af Huset Mandag Morgen kan ses på et forsøg på en ultimativ anerkendelse af den sociale ulighed i sundhed som et socialt problem og ikke personligt problem.

Med baggrund i litteraturvandringens konklusion vedr. den sundhedsøkonomiske metode og dennes evne til at inddrage kortsigtede sundhedsmål svarer specialet på spørgsmål 2 ved at afprøve denne. 2. del af specialet viser, hvorledes denne metode kan anvendes til at analysere data fra Region Nordjylland. Med baggrund i disse data fremstilles en koncentrationskurve og udregnes et koncentrationsindeks for fordelingen af ”dårligt” og ” meget dårligt” selvvurderet helbred. Fordele og ulemper ved metodens brug diskuteres, men ender ud i at vurdere, at denne metode er meget brugbar til evaluering af kortsigtede indsatser, der har til formål at udjævne den sociale ulighed i sundhed. Det ses, ved at sammenholde koncentrationskurverne lavet ud fra gennemsnitligt træk på almen læge og ”dårligt” eller ” meget dårligt” selvvurderet helbred, at størrelsen af uligheden varierer alt efter hvilket mål for sundhed, der benyttes.

Specialet ender ud i en anbefaling til de danske kommuner, om at undersøge denne metode nærmere. Derudfra kunne det vurderes, om den også indenfor evaluering af tiltag, med formålet at udligne uligheden i sundhed i de danske kommuner, skal være en standardmetode, således at der kan foretages sammenligninger både internt i kommunen men også kommunerne imellem.

Litteraturliste

Bøger

Adolphsen, J. & Nørreklit, L., 1996: "*Kompendium til videnskabsteori*", Aalborg Universitet.

Andersen, H., Kaspersen, L.B. (red.), 2005: "*Klassisk og Moderne samfundsteori*" 3. udgave, , Hans Reitzels Forlag, København

Antonovsky, Aaron, 2000: "*Helbredets mysterium*". Hans Reitzels Forlag, København

Drummond, M. & McGuire A., 2001: "*Economic Evaluation in Health Care, Merging theory with practice*", Oxford University Press. Findes på nettet med følgende adresse:
(<http://www.econ.ku.dk/keiding/mph/special/MIHnotesI.pdf>)

Hansen, E.J, 1998: "Sociale klasser og social ulighed" i Andersen, H. (red): "*Sociologi – en grundbog til et fag*". 2. reviderede udgave, Hans Reitzels Forlag, København

Holstein, B.E. 2003: "Lokalsamfund, social kapital og helbred" I: Iversen, L., Kristensen, T.S., Holstein, B.E. & Due, P. (red): "*Medicinsk Sociologi – samfund, sundhed og sygdom*". 1. udgave, 2. oplag. Munksgaard Danmark.

Hørdam, Britta., Træden I.U., Overgaard D. & Bendix, A.F., 2003: "*Folkesundhed – en introduktion til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse*", 1. udgave. Forlaget Samfundslitteratur.

Iversen, Lars: "Forebyggelse og sundhedsfremme" I Iversen, L., Kristensen, T.S., Holstein, B.E. & Due, P. (red), 2003: "*Medicinsk Sociologi – samfund, sundhed og sygdom*". 1. udgave, 2. oplag,. Munksgaard Danmark.

Jensen, B., Larsen, K., Koudahl, P & Ansager, G, 2007: "*Ulighed i børn og unges sundhed – set i lyset af social kapital.*", Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.

Kristensen, T.S, 2003: ”Sygdom og årsager til sygdom” I Iversen, L., Kristensen, T.S., Holstein, B.E. & Due, P. (red): ”*Medicinsk Sociologi – samfund, sundhed og sygdom*”. 1. udgave, 2. oplag. Munksgaard Danmark.

Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans, 2004: ”*Perspektiver på sociale problemer*” 1. oplag, 1 udgave. Hans Reitzels Forlag

Osler, Merete & Nybo Andersen, Anne-Marie, 2003: ”Social ulighed i helbred”. I Iversen, L., Kristensen, T.S., Holstein, B.E. & Due, P. (red): ”*Medicinsk Sociologi – samfund, sundhed og sygdom*”. 1. udgave, 2. oplag,. Munksgaard Danmark.

Vallgård, S. 2003”*Folkesundhed som politik – Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*”, Aarhus Universitetsforlag

Publikationer, tidsskrifter, artikler og foredragsnoter.

Andersen, H.: ”*Hvad er god forskning?*” i Samfundsøkonomen 2007, nr. 6

Arbejderbevægelses Erhvervsråd, 2007: ”*Fordeling og levevilkår 2007*”

Kan findes på nettet: <http://www.aeraadet.dk/media/filebank/org/Fordeling-2007.pdf>

Bennedsen, A., Ibfelt E. H., Hansen J. L. & Helweg-Larsen, K., 2006: ”Selvvurderet helbred blandt unge fra etniske minoriteter i Danmark” Statens Institut for Folkesundhed, København. I ugeskrift for læger 168/17 den 24. april, 2006

Bjerregaard, P., 2006: ”*Professoratet i Arktisk Sundhed 1996-2006*”, Statens institut for Folkesundhed.

Bjørner JB et al. 1997, ”*Dansk Manual til SF36 – Et spørgeskema om helbredsstatus.*” Lægemiddelindustriforeningen (Lif).

Bjørner, J.B., Kristensen T.S., Orth-Gomér K., Tibblin G, Sullivan M., Westerholm, 1996: "*Self-rated health. A useful concept in research, prevention and clinical medicine.*" Stockholm, Forskningsrådsnämnden.

Chadwich, E. 1965: "*Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain, 1842*". Edinburgh University Press,

Christiansen, T., Gundgaard, J. 2006, "*Lighed og ulighed i sundhedssektoren - Et sundhedsøkonomisk perspektiv*" Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet.

Kan findes på nettet:

[http://www.sam.sdu.dk/healtheco/publications/Links%20under%20Presentations%20\(form\)/Lighed%20KBH%2028nov%20internetversion.pdf](http://www.sam.sdu.dk/healtheco/publications/Links%20under%20Presentations%20(form)/Lighed%20KBH%2028nov%20internetversion.pdf)

Christiansen, T. , 1997: "*Distribution of self-assessed health by income*" Syddansk Universitet

Det Nationale Råd for Folkesundhed, 2007: "*Beretning 2004-2006*", Sekretariatet for Indenrigs- og Sundhedsministeriet, juni 2007.

Doorslaer, E. & Jones, A. M., 2004: "*Income-related inequality in health and health care in the European union*", Health economics, Health econ, 13: 605-608.

Doorslaer, E. & Koolman, X., 2004: "*Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries*". Health Econ 13: 609-628

Doorslaer, E.K.A. & Wagstaff, A., 1998: "*Equity in health care finance and delivery*". Second Draft, October. Findes på nettet: http://www2.eur.nl/ecuity/public_papers/NH_Chapter.pdf

Groth Jensen, L., 2004: "*Social ulighed i sundhed – videnskabsteori, teori og metode*" speciale udarbejdet på Sociologistudiet, Aalborg Universitet

Hagerup, A., 2007: "*Jo længere uddannelse jo bedre helbred*": i Ugeskrift for Læger; 169(46):3937

Huset Mandag Morgen og TrygFonden, 2006: "*Er sundhed et personligt valg? - et debatoplæg om forebyggelse i Danmark*" kan findes på nettet: <http://www.e-pages.dk/trygfonden/21/80>

Idler, E.L. 1992: "*Self-assessed health and mortality: A review of studies.*" Int Rev Health psychol 1992;20 side 33-54.

Johansen, HC & Skytthe, A., 2000: "*Danish infant mortality 1835-1935. Research Report 20, 2000*", Danish Center for Demographic Research. Odense

Keiding, N., 2005: "*Kan vi løfte arven efter Westergaard*" i Dansk Sociologi, nr 1/16. årgang 2005, side 117- 125

King, G. & Wand, J, 2006: "*Comparing Incomparable survey Responses: Evaluating and selecting Anshoring Vignettes*" Political analysis Advance access published December 112,

Lauridsen, J., Christiansen, T., Gundgaard, J., Häkkinen, U.& Sintonen, H., 2007 "*Decomposition of health inequality by determinants and dimensions*" Health Economics letters i Health Econ 16, side 97-102

Mossey, J.M. & Shapiro, E.: 1982 "*Self-rated health: a predictor of mortality among elderly.*" Am J Public Health 1982;72 side 800-808.

OECD, 2007: *Economic Outlook, no. 82*, December 2007

Ploug, N., 2007: "*Redaktionelt forord*" Samfundsøkonomen, september 2007, nr. 4. Temaudgave om social ulighed.

Rasmussen N. K., 1999: "*Social arv, social ulighed i sundhed og hvad kan forebygges?*" Social Forsknings Institut

Region Nordjylland og Aalborg Kommune, 2007: Spørgeskema, Aalborg Kommune, Randfordeling <http://www.rn.dk/NR/rdonlyres/43CF854E-FA22-43C3-94A9-FF34E0A47661/0/aalborgkommune.pdf>

Stensgaard, P. , 2005; ”Døden er blevet hængende”, weekendavisen uge 36, forsiden og side 5

Sundhedsloven, Lov nr. 546 af 24. juni 2005, kapitel 35 og 36.

Kan findes på nettet: <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=10074>

Sundheds- og Indenrigsministeriet, 2007: ”De samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt”

Sundhedsministeriet, 1994: ”Sociale forskelle i dødeligheden i Danmark”
Middellevetidsudvalgets delrapport nr. 3,

Sundhedsministeriet, 1998: ”Danskernes dødelighed i 1990'erne, 1. delrapport fra Middellevetidsudvalget”,

Sundhedsministeriet, 2000: ”Ulighed i sundhed - ”, 2. Delrapport fra Middellevetidsudvalget

Sundhedsstyrelsen, 2004: ”Viden og evidens i forebyggelsen”

Sundhedsstyrelsen, 2006-A: ”Vejviser til evaluering til projekterne under ”Lighed i Sundhed””

Sundhedsstyrelsen, 2006-B: ”Folkesundhed og risikofaktorer – tal på sundhed i kommunen”

Sundhedsstyrelsen, 2006-C: ”Borgerrettet forebyggelse i kommunen – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen”

Sundhedsstyrelsen, 2007-A: ”Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens §119 stk. 1 og 2”,

Sundhedsstyrelsen, 2007-B: ”Socialt udsatte borgers sundhed”

Sundhedsstyrelsen, 2007-C: ”Sundhed og udsatte borgere – inspiration til kommunen”

Sundhedsstyrelsen, 2007-D: ”Evidens i forebyggelsen”

Sundhedsstyrelsen, 2007-E: ”Evaluering af forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter”

Thorhauge, S. R.: ”Stat, magt og legitimitet - om det politiske hos Emile Durkheim og Max Weber” besvarelse i klassikerfager, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. Udgivet på nettet: <http://www.svendthorhauge.dk/papers/klassiker.html>

Aalborg Kommune, 2007: ”Et KRAM til Aalborg Kommune” Aalborg Kommune, Sundhed og Bæredygtig Udvikling

Hjemmesider

www.retsinfo.dk

Sundhedsøkonomiuddannelsen ved Syddansk Universitet: www.healthconomics.dk

Det National Rød for Folkesundhed: <http://www.folkesundhed.dk>

<http://www.kvalitetsreform.dk>

www.fjernenaboer.dk

<http://da.wikipedia.org/wiki/Gini-koefficient>

<http://susy2.si-folkesundhed.dk/susy.aspx>

Region Nordjyllands hjemmeside med af sundhedsprofilerne:

<http://www.rn.dk/SundhedOgSygehuse/SundhedsfremmeOgForebyggelse/Sundhedsundersogelse/>

www.econ.ku.dk

Bilag.**Bilag 1: Sundhedsloven, Lov nr. 546 af 24. juni 2005, Afsnit IX, kapitel 34- 36.****Afsnit IX****Kommunale sundhedsydelser****Kapitel 34**

Kommunalbestyrelsens ansvar

§ 118. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om sundhedsydelser efter afsnit IX.

Kapitel 35

Forebyggelse og sundhedsfremme

§ 119. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

Kapitel 36

Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge

§ 120. Kommunalbestyrelsen bidrager til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse.

Stk. 2. Kommunale tilbud skal tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov.

§ 121. Kommunalbestyrelsen tilbyder alle børn og unge vederlagsfri sundhedsvejledning, bistand samt funktionsundersøgelse ved en sundhedsplejerske indtil undervisningspligtens ophør.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen tilbyder alle børn og unge i den undervisningspligtige alder to vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge.

§ 122. Kommunalbestyrelsen skal vederlagsfrit tilbyde alle børn og unge med særlige behov en øget indsats indtil undervisningspligtens ophør, herunder øget rådgivning samt yderligere forebyggende undersøgelser ved sundhedsplejerske eller læge.

Stk. 2. Personer, for hvem undervisningspligten er ophørt, kan, når særlige forhold gør sig gældende, tilbydes ydelser som omtalt i stk. 1 efter kommunalbestyrelsens beslutning.

§ 123. Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab.

§ 124. Kommunalbestyrelsen bistår vederlagsfrit skoler, daginstitutioner for børn og unge og den kommunalt formidlede dagpleje med vejledning om almene sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger.

§ 125. Børn og unge, der går i skole i en anden kommune end bopælskommunen, skal tilbydes de forebyggende ydelser i den kommune, hvor skolen er beliggende.

§ 126. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om de kommunale forpligtelser efter §§ 120-125.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen kan i særlige tilfælde godkende, at opgaver, der efter loven er henlagt til en sundhedsplejerske, varetages af en sygeplejerske.

Bilag 2: ”Vi skal vende uligheden i sundhed” af Aalborg Kommunens Rådmand for ”Forvaltning for Sundhed og Bæredygtig Udvikling”, Thomas Kastrup Larsen.

Vi skal vende uligheden i sundhed

Af Thomas Kastrup- Larsen og Mai-Britt Iversen

Når vi taler om ulighed i det danske samfund, taler man typisk om økonomisk ulighed i form af indkomster og formue. Det er en kendt sag at uligheden vokser på dette område, men det er desværre ikke det eneste område hvor uligheden vokser. Talrige undersøgelser dokumenterer at uligheden i sundhed også vokser, og til trods for dette faktum bliver der gjort forsvindende lidt for at bremse udviklingen.

Den voksende ulighed i sundhed manifesterer sig også lokalt i det nordjyske. Arbejdsmarkedsafdelingen i Aalborg Kommune har lavet en kortlægning af gruppen af passive kontanthjælpsmodtagere, som dokumenterer at 85% af alle kontanthjælpsmodtagerne angiver helbredsproblemer som en barriere i forhold til, at kunne varetage et arbejde. Det er et markant resultat der kraftigt indikerer, at der virkelig er potentiale for forbedring af sundhedstilstanden blandt borgere på sociale ydelser. En forbedring af folkesundheden her, kan tilmed bringe mange kontanthjælpsmodtagere tættere på arbejdsmarkedet og et job.

Vi mener at tiden er kommet til at bøtten skal vendes. Alle har ret til flere gode leveår og en bedre sundhed. Det er ikke kun den enkeltes ansvar, at vedkommende har en god sundhedstilstand. Samfundet, de vilkår og strukturer vi lever i og under betyder også utroligt meget for, hvordan vi lever og hvor sunde vi er.

Det betyder også, at vi bliver nødt til at tænke sundhed på andre måder end vi har været vant til. Sundhed har traditionelt i Danmark været gjort til et individuelt problem og til et livsstilsproblem. Det har været op til den enkelte, at tage de rette sunde valg i forhold til hvordan man vil leve sit liv. Staten har så forsøgt at påvirke borgernes valg gennem forskellige velmenende informationskampanjer om f.eks. sund kost m.v. Information og oplysning er selvfølgelig en central del af en god sundhedspolitik, men det kan på ingen måde stå alene. Udviklingen i sundhedstilstanden og uligheden i denne dokumenterer klart, at det primært er de veluddannede og velbemidlede der formår, at omsætte de gode råd i konkret handling.

Derfor bør vi også have opgør med den tankegang at sundhed alene er et individuelt valg, hvis vi skal have alle med og forbedre folkesundheden for de kort uddannede. Dette aspekt mener vi er meget vigtigt, at vi tager med i de kommunale sundhedspolitikker, og når kommunerne skal til at udfylde sin nye og meget større rolle i forhold til folkesundheden i fremtiden.

Men hvordan skal den nye strategi formuleres, og hvilke virkemidler skal vi bruge for at forbedre ligheden i sundheden? Vi mener, at det er på tide at vi som samfund tager ansvaret i forhold til folkesundheden meget mere alvorligt og lader den måde vi indretter vores samfund på afspejle i dette. Eller sagt lige ud af posen. Vi skal i vores sundhedspolitik ikke alene motivere og informere, vi skal f.eks. også turde melde klart ud hvad vi vil tillade i vores institutioner, skoler og bygninger i forhold til rygning, udbud af slik og sodavand m.v. i skal turde have klare holdninger.

Ryging er ifølge en rapport fra Københavns Kommune, ansvarlig for den største andel af social ulighed i dagens sygdom byrde. Her skal vi som kommuner sætte markant ind. Det første skridt bør være at tage et meget klarere standpunkt til rygning i offentlige bygninger, end regeringen har lagt op til med deres forslag til ny lovgivning på området. Vi mener ikke at rygning hører hjemme i offentlige bygninger, og heller ikke på institutionernes og skolernes legepladser. Dernæst skal der laves en offensiv strategi overfor de unge, så tilgangen af nye rygere mindskes og vi skal lave en generel indsats, der sikrer at flest muligt stopper med at ryge. Det er vigtigt at vi er ambitiøse på dette punkt.

Dernæst mener vi, at det er vigtigt, at vi sætter ind der hvor grundlaget for et sundt liv startes. Nemlig blandt børnene og de nybagte forældre. Her er det vigtigt, at vi bruger sundhedsplejerskerne offensivt, og prioriterer deres arbejde, så de primært bruger deres tid og energi på de familier hvor, de sociale forhold og sundheden ikke er i top. Dernæst bør vi udvikle sundhedsindsatser i forhold til daginstitutioner og skoler, hvor vi på en grundlæggende og systematisk måde får forbedret sundhedsindsatsen. Her tænker vi på fysisk indretning af legepladser og udearealer,

pædagogisk praksis i forhold til f.eks. motion, klare holdninger i forhold til kost og ernæring. Vores grundlæggende holdning er, at vi skal angribe sundhedsindsatsen sådan at det er sjovt og motiverende for børnene og de ansatte, men vi bliver også nødt til at forholde os til hvilket udbud der skal være af slik og sodavand på der skal være på f.eks. skolerne. Vi mener f.eks. ikke at sodavandsautomater hører hjemme her, ligesom vi mener, at der bør være et tilbud om sund kost til børnene.

Når vi taler om klare holdninger til folkesundheden rettet mod børn, så ærgrer det os meget, at regeringen med sin afgiftspolitik tilskynder børnene til, at leve endnu mere usundt. Alle ved at afgiftsvåbnet er en effektiv måde at styre efterspørgselen på bestemte produkter. Derfor forekommer det og meget paradoksalt at regeringen f.eks. vælger at sætte afgifterne ned på tobak, alkohol og senest sodavand. Klarere og mere sundhedsansvarlige holdninger ville klæde regeringen i forhold til deres fremtidige håndtering af afgifter. Skattestop eller ej!

Undersøgelsen af kontanthjælpsmodtagerne fra Aalborg Kommune sætter også en tyk streg under, at vi i afklaringen og aktivering af kontanthjælpsmodtagerne i den fremtidige arbejdsmarkedsindsats bliver nødt til at sætte et større fokus på sundhed. Det er stærkt problematisk hvis helbredsmæssige årsager fastholder borgere på kontanthjælp, da det er dokumenteret i mange undersøgelser at længerevarende arbejdsløshed med deraf følgende økonomiske og sociale problemer er belastende for den arbejdsløse og vedkommendes familie. Vi skal gøre alt det vi kan for, at borgere på kontanthjælp kommer i arbejde, og når helbredsmæssige problemer er en af hovedbarriererne er det bl.a. her vi skal sætte ind.

Sidst men ikke mindst, er det vigtigt at vi ikke laver den samme sundhedsindsats overalt i en kommune. Vi skal også differentiere indsatsen og lave særlige sundhedsindsatser, der er målrettet de kvarterer, hvor der er høj koncentration af sociale problemer og hvor andelen af befolkningen med sundhedsmæssige problemer er størst. Herved kommer vi målrettet til at lave en indsats der hvor skoen trykker mest.

Ulighed i sundhed er en kæmpe udfordring. Den voksende ulighed er ikke noget vi kan vende op og ned på i en håndvending, det kræver en langsigtet og struktureret indsats. Vi mener, at vi som samfund bliver nødt til at tage udfordringen op. For det første er det ikke rimeligt, at der er så stor forskel i hvor længe man lever i Danmark og hvor mange gode leveår man har. For det andet er der store samfundsmæssige og menneskelige gevinster ved, at løfte folkesundheden for de kortest uddannede i vores samfund. Men det kræver at vi tør gå nye veje og gøre op med forestillingen om, at folkesundhed altid er et individuelt valg og et spørgsmål om livsstil. Det kræver også at regeringen vil spille med aktivt med, og i stedet for at sætte sodavandsafgiften ned, begynde at investere i folkesundheden i en meget større skala end den gør i dag, hvor man bare har sendt ansvaret videre til kommunerne uden at sende penge med til de investeringer der skal til for at vende udviklingen. Vi har alle en aktie i at give folkesundheden er løft for alle grupper i samfundet. Vi vil gerne påtage os vores ansvar, men det ville være rart hvis regeringen også ville påtage sig sit.

De Bedste hilsner

Thomas Kastrup-Larsen
Rådmand Sundhed og Bæredygtig Udvikling (S)

Mai-Britt Iversen
Rådmand Familie og Beskæftigelse Forvaltningen (S)

Aalborg Kommune

Bilag 3: Oversigt over udgivelser fra Middellevetidsudvalget**1994:**

1. Middellevetid og dødelighed, *Peter Bjerregaard og Knud Juel, DIKE.*
2. Levetiden i Danmark, Hovedrapport fra udvalget.
3. Sociale forskelle i dødeligheden i Danmark, *Olaf Ingerslev, Mette Madsen og Otto Andersen.*
4. Tværnationale sammenligninger af ændringer i levekårene i lyset af udviklingen i middellevetiden, *Bjarne Hjort Andersen, SFI.*
5. Livsstil og sundhedsvaner i Danmark, *Henning Hansen, Niels Kr. Rasmussen og Jytte Poulsen, DIKE.*
6. Samfundsmæssige og sociale forhold, middellevetid og dødelighed, *Peter Bjerregaard, DIKE.*

Udredninger fra specialgrupper:

7. Kvinders liv og dødelighed
8. Børnedødelighed i relation til fødsel og første leveår
9. Kræftudvikling og kræftdødelighed
10. Hjertesygdom i Danmark
11. Dødelighed af astma og kronisk bronkitis
12. Ulykker og ulykkesdødsfald
13. Udvikling i selvmordsdødelighed i Danmark 1955-1991
14. Dødelighed af levercirrose

1998-2000:

1. Delrapport om danskernes dødelighed i 1990'erne.
2. Delrapport om de sociale forskelle i sundhed og brug af sundhedsvæsenet
3. Delrapport om sundhedsvæsenets betydning for danskernes middellevetid
4. Delrapport om udvalgets samlede overvejelser og forslag

Bilag 4: Oversigt over udgivelser fra Det Nationale Råd for Folkesundhed

Kilde: <http://www.folkesundhed.dk/page129.aspx>

Publikationer

Det Nationale Råd for Folkesundhed - Beretning 2004-2006

24 aktive timer i de fysisk inaktive børns tjeneste. Avis om fysisk aktivitet blandt børn i skolealderen (2007)

Når sundheden skal frem. Fotokonkurrence 2006. (2006)

Giv borgerne et KRAM. En pjece om **K** ost, **R** ygning, **A** lkohol og **M** otion. (2006)

Inaktivitetsundersøgelse - Sammenfatning (2006)

Undersøgelse om fysisk inaktive danskere. Kvalitativ afdækning af barrierer og motivationsfaktorer (2005)

En undersøgelse af de inaktive danskere (2005)

Kommunens handlingsplan for fysisk aktivitet. Et oplæg til inspiration ved Det Nationale Råd for Folkesundhed (2005)

10 gode grunde til ikke at forebygge! (Det Nationale Råd for Folkesundhed) (1 Mb)

Kommuner og forebyggelse - Så gør det dog! Et debatoplæg om kommuner og forebyggelse (900 kb)

Kommuner og forebyggelse - Så gør det dog! Avis om Det Nationale Råd for Folkesundheds årsmøde den 7. november 2003

Det Nationale Råd for Folkesundhed - beretning 2001-2003

Pressemeddelelser

Nye forslag til hvordan børn bliver fysisk aktive, 3. maj 2007

KRAM til Statens Institut for Folkesundhed, Pressemeddelelse, 9. november 2006

Vinder af Fotokonkurrencen: Når sundheden skal frem!, Pressemeddelelse, 25. August 2006

Fotokonkurrencen: Når sundheden skal frem!, Pressemeddelelse, 6. April 2006

Fremtidens rygeregler, Pressemeddelelse, 29. Marts 2006

Giv borgerne et KRAM, 15. Marts 2006

Efter 24 timers konferencen "Når sundheden skal frem". Pressemeddelelse, 11. November 2005

Nye medlemmer af Det Nationale Råd for Folkesundhed. Pressemeddelelse, 17. Januar 2005

Ny formand for Det Nationale Råd for Folkesundhed. Pressemeddelelse, 19. November 2004

Øvrige

Materialer fra konferencen: "Når sundheden skal frem"

Overheads fra konferencen "Sund hele livet"

Overheads fra årsmødet "Kommuner og forebyggelse - Så gør det dog!" Fredag den 7. November 2003

Det Nationale Råd for Folkesundheds udtalelse om Strukturkommissionens betænkning

Bilag 5: ”Døden er blevet hængende” af Pernille Stensgaard 2005 i Weekendavisen

København. Hver gang ét menneske dør på Østerbro, dør to på Indre Nørrebro lige ved siden af. Bydelen har som den eneste en voldsom overdødelighed på 60 procent.

Døden er blevet hængende

AF PERNILLE STENSGAARD

NØRREBRO i København har en historie som tæt og træt arbejderkvarter. Slidets, slæbets og den tidlige døde bydel klemte inde mellem de to fine og sunde naboer – Frederiksberg og Østerbro.

Det mærkelige er, at hierarkiet består. Ikke bare i folks indkomster, men helt ind i liv og død. På trods af overborgmester Egon Weidekampes uddyddelse af Den Sorte Firkant, på trods af hans badeværelser, lys og luft, og på trods af alle de unge studerende, har indre Nørrebro i dag Københavns højeste dødelighed. Døden er blevet hængende, selvom man i årtier har forsøgt at smide den på porten. Den er bare flyttet ind i de fine nye huse.

Som den eneste bydel har Indre Nørrebro en overdødelighed på 60 procent i forhold til københavnergennemsnittet, som er slemt nok i forvejen. For hver 100 døde i Københavns Kommune, dør 160 på Indre Nørrebro. Eller hver gang ét menneske dør på Østerbro lige ved siden af, dør to på Indre Nørrebro. De er kun adskilt af Tagensvej.

Læge John Ståhl Andersen fra Bispebjergske på Nørrebro kritiserer denne overdødelighed »voldsom og overraskende«, men kalder i det næste afsnit på Københavns Universitet Hans Oluf Hansen en »ekstrem«. Han ville tag sig endnu nye byfølelse over Københavns uligheder og forskelle, helt ned i gulvet.

»En overdødelighed på 60 procent i et tæts bebygget område med gode muligheder for gode overvågnings- og politiske tiltag. Skal man smide ind med fordygtede, eller hvad skal man stille op? Man kan ikke sidde og sige, man ikke vil det,« siger Hans Oluf Hansen, økonomisk Institut.

Hans kolde viser, at en sikkerhedsbydel som Kongens Enghave i Sydhavnen er helt gennemsnitlig. Hvad angår dødelighed. Det er Ydre Nørrebro, Brønshøj-Husum og Vestamager, og på Vestamager ligger dødeligheden på 68 procent. Der er kun Indre By og Christianshavn.

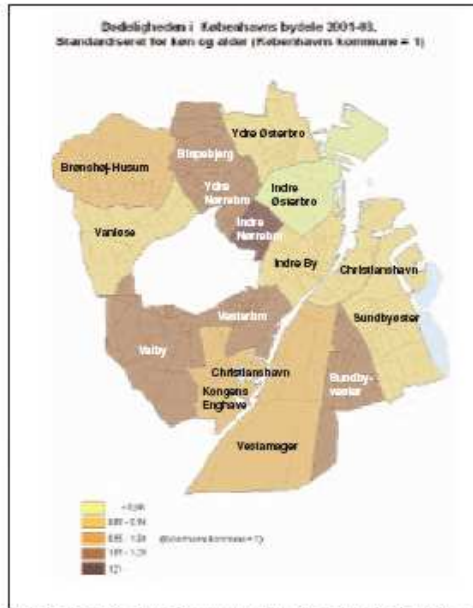
Men Hans Oluf Hansen kan gå endnu længere ned i sine geografiske kort end til hver enkelt bydel.

Umuligt at få øje på utidig død

Et detaljeret kort over Indre Nørrebros enkelte veje, små underdistrikter, viser, hvor i bydelen det står væst og bedst til, og på selv om den statistiske usikkerhed stiger efterhånden, som antallet af mennesker bliver mindre.

»Det er svært Hans Torvi ser det tryk ud med en dødelighed langt under byens gennemsnit. I fire røder er den langt højere: To af dem ligger ud mod Absalonsgade, der adskiller Nørrebro fra Frederiksberg. Bemærk man sig ind i kvadranten, markerer man tydeligt Egon Weidekampes nye Nørrebro Boligforening, nyet i søn mindelempet og såsom, lag ned på store grønne pladser mellem skulpturde træer, blomster og legende børn. Der er føle og ro. Umuligt at få øje på utidig død.

De eneste to alvorligt ramte distrikter ligger ud mod Fredensgade og Tr...



Dødeligheden i Københavns Kommune. De laveste tal er de højeste. De betyder, at folk på Indre Østerbro har en dødelighed langt under Københavns gennemsnit, som ligger på 1,0. Indbyggere på Vesterbro har en overdødelighed på 17 procent, i Valby på 9 procent, Bispebjerg (Nørrebro) på 8 procent og Indre Nørrebro på 60 procent.

genvej, der adskiller Nørrebro fra Østerbro. Det ene distrikt De Gullies By, det andet et kæmpe plejehjem med mod Søstene, at det er jo nærmest nok. Men det er det ikke, siger Hans Oluf Hansen, for hans til er rettet for indvænt indflyttere på dødeligheden.

»Få plejehjemmene bare folk fra tværforskningen, der har lært at håndtere usikkerhed og måske rejst og drukket for meget. Med sig tager de sikkert en højere dødelighed end andre københavnere.»

Den Sorte Firkant og Rødbærskedet langs Rammenagade er ynk i fyndik berømt, men et ikke mindst tryk på de fleste gamle unge beboere. Vesterbro har også en dødelighed over byens middel, men ikke nær så slemt, som 17 procent mod Indre Nørrebro 60.

Hverde lige ned på Indre Nørrebro? Hans Oluf Hansen har to forklaringer. Den ene er, at hver tredje indbygger er indvandrede eller efterkommere, og at der er en markant statistisk sammenhæng mellem etnisk herkomst og dødelighed i København.

Den anden er som nævnt tilfødsoplysning af de to store plejehjem, beboet af gamle københavnere fra storbyen med en lille baggrund socialt set. De er endnu længere ud end andre gamle.

Veikende ting fra gamle dage

I sin bogserikan i Bispebjergske gentog John Ståhl Andersen ikke den voldsomme overdødelighed. Han er overrasket, for vesterbroet er fuld af unge mennesker, både studerende og i arbejde. De fatige fint og har ikke problemer. På Nørrebro var han for gammel, da unge studerende, indvandrede, og de gamle indvandrede.

»Overdødeligheden rejser en række spørgsmål,« siger han. »Om det er indvandrede, der har en særlig høj dødelighed, eller om det er på den af social belastning på Indre Nørrebro, der gør udslaget. Det ved vi ikke endnu.»

FORTSÆTTES PÅ SIDE 5

Bach Klaver & Flygler præsenterer

HØSTSAVG I BREDGADE

10-40% RABAT PÅ VORES BRUETE INSTRUMENTER

25% RABAT PÅ RENOVERING AF FLYGLER

EFTERLØNSMODTAGERE & PENSIONISTER:
 15% RABAT PÅ VORES BRUETE INSTRUMENTER
 5% RABAT PÅ VORES BRUETE INSTRUMENTER

LÆS MERE PÅ WWW.BACH-PIANO.DK
 Bredgade 2 • 1250 København K • Tlf. 33 23 03 33



Døden er blevet hængende

København: Døden er blevet hængende

Hver gang ét menneske dør på Østerbro, dør to på Indre Nørrebro lige ved siden af. Bydelen har som den eneste en voldsom overdødelighed på 60 procent.

Af Pernille Stensgaard

NØRREBRO i København har en historie som tæt og træt arbejderkvarter. Slidets, slæbets og den tidlige døds bydel klemte inde mellem de to fine og sunde naboer – Frederiksberg og Østerbro.

Det mærkelige er, at hierarkiet består. Ikke bare i folks indkomster, men helt ind i liv og død. På trods af overborgmester Egon Weidekampes uddyddelse af Den Sorte Firkant, på trods af hans badeværelser, lys og luft, og på trods af alle de unge studerende, har indre Nørrebro i dag Københavns højeste dødelighed. Døden er blevet hængende, selvom man i årtier har forsøgt at smide den på porten. Den er bare flyttet ind i de fine nye huse.

Som den eneste bydel har Indre Nørrebro en overdødelighed på 60 procent i forhold til københavnergennemsnittet, som er slemt nok i forvejen. For hver 100 døde i Københavns Kommune, dør 160 på Indre Nørrebro. Eller hver gang ét menneske dør på Østerbro lige ved siden af, dør to på Indre Nørrebro. De er kun adskilt af Tagensvej.

Læge John Sahl Andersen fra Blågårdsgade på Nørrebro kalder denne overdødelighed »voldsom og overraskende«, mens lektor i demografi på Københavns Universitet Hans Oluf Hansen benævner den »ekstrem«. Han står bag en række nye bykort over Københavns uligheder og forskelle, helt ned i gadeplan.

»En overdødelighed på 60 procent i et nøje afgrænset område må give anledning til nogle overvejelser af politisk karakter. Skal man sætte ind med forebyggelse, eller hvad skal man stille op? Man kan ikke sidde og sige, man ikke vidste det,« siger Hans Oluf Hansen, Økonomisk Institut.

Hans kort viser, at en ellers hårdt belastet bydel som Kongens Enghave i Sydhavnen er helt gennemsnitlig, hvad angår dødelighed. Det er Ydre Nørrebro, Brønshøj-Husum og Vestamager også. Suverænt mest levedygtige er folk på Østerbro, hvis underdødelighed er 68 procent. Derefter kommer Indre By og Christianshavn.

Men Hans Oluf Hansen kan gå endnu længere ned i sine geografiske kort end til hver enkelt bydel.

Umuligt at få øje på utidig død

Et detaljeret kort over Indre Nørrebros såkaldte roder, små under-distrikter, viser, hvor i bydelen det står værst og bedst til, også selv om den statistiske usikkerhed stiger efterhånden, som antallet af mennesker bliver mindre.

Omkring Sankt Hans Torv ser det lyst ud med en dødelighed langt under byens gennemsnit. I fire roder er den langt højere: To af dem ligger ud mod Åboulevarden, der adskiller Nørrebro fra Frederiksberg. Bevæger man sig ind i kvarteret, møder man synet af Egon Weidekamps nye Nørrebro: Betonbyggeri svøbt i rødt murstenstapet og altaner, lagt ned på store grønne plæner mellem skyggefulde træer, blomster og legende børn. Der er fred og ro. Umuligt at få øje på utidig død.

De andre to alvorligt ramte distrikter ligger ud mod Fredensgade og Tagensvej, der adskiller Nørrebro fra Østerbro. Det ene dækker De Gamles By, det andet et kæmpe plejehjem ned mod Søerne, så det er jo nemt nok. Men det er det ikke, siger Hans Oluf Hansen, for hans tal er renset for alderens indflydelse på dødeligheden.

»På plejehjemmene bor folk fra brokvartererne, der har levet et hårdt arbejdsliv og måske røget og drukket for meget. Med sig bærer de sikkert en højere dødelighed end andre københavnere.«

Den Sorte Firkant og Rabarberlandet langs Rantzausgade er væk i fysisk forstand, men et eller andet livsfarligt fra de dårlige gamle dage består. Vesterbro har også en dødelighed over byens middel, men ikke nær så slemt, kun 17 procent mod Indre Nørrebros 60.

Hvorfor lige netop Indre Nørrebro? Hans Oluf Hansen har to forklaringer: Den ene er, at hver fjerde indbygger er indvandrer eller efterkommer, og at der er en markant statistisk sammenhæng mellem etnisk herkomst og dødelighed i København.

Den anden er som nævnt tilstedeværelsen af de to store plejehjem, beboet af gamle københavnere fra stenbroen med en hård baggrund socialt set. De er endnu dårligere end andre gamle.

Velkendte ting fra gamle dage

I sin lægepraksis i Blågårdsgade genkender John Sahl Andersen ikke den voldsomme overdødelighed. Han er overrasket, for venteværelset er fuldt af unge mennesker, både studerende og i arbejde. De fungerer fint og har ikke problemer. På Nørrebro ser han tre grupper: de unge studerende, indvandrerne, og de gamle nørrebroere.

»Overdødeligheden rejser en række spørgsmål,« siger han. »Om det er indvandrerne, der har en specielt høj dødelighed, eller om det er graden af social belastning på Indre Nørrebro, der gør udslaget. Det ved vi ikke endnu.«

Også læge Nina Sybille Bojlen på Sortedam Dossering har unge, sunde og raske mennesker i sin praksis. Om Nørrebros overdødelighed siger hun: »Det er nyt for mig. Jeg ville egentlig tro, at Nordvestkvarteret var langt mere belastet, så det her kommer bag på mig. Men når det er sagt, tror jeg, at det er ghetto-virkninger, vi ser her, og dermed fuldstændig velkendte ting fra gamle dage: Har du en uddannelse, har du arbejde, har du penge, kan du tage på ferie? Så har du også et bedre helbred end dem, der ikke har nogen af delene. Det er de samme mennesker, der har alle problemerne.«

I Todeskade i den gamle sorte firkant ligger Svend-Erik Maribo Jensens lægepraksis. Også han er overrasket. »60 procent, det er da vildt. Tallet burde medføre, at man går videre med yderligere statistik og finder ud af, hvad folk dør af.«

Et par gader derfra i Griffenfeldsgade gyser det i læge Henrik Lund-Jacobsen. Han finder tallet trist og sørgeligt. »Jeg tror, kernen i det hele er sund levevis. Vi ved ikke nok om, hvordan vi skal gribe det an og få sagt tingene, så det motiverer vores patienter til at leve sundt. Under det her er dybe psykologiske mekanismer, som gør, at nogle har lettere ved at skifte til en sund levevis end andre, men desværre kender vi dem ikke særlig godt.«

På Kapelvej ligger bydelens lokale sundhedshus, hvor sundhedsplejerske Jonny Andersen arbejder med mødre og små børn. Huset laver ikke statistik på etniske gruppers sygelighed, men hun peger på, at mange flygtninge og deres børn kommer hertil med traumer og skader fra fødelandet, der kan belaste deres helbred.

Flygtninge bor især i de store almennyttige bebyggelser, som Nørrebro har så mange af. Dobbelt så mange som Vesterbro.

Indvandreres dødelighed ukendt

Danmarks Statistik opgør ikke dødeligheden for forskellige etniske grupper i Danmark.

»Grupperne er for små og for unge endnu,« siger kontorchef Anita Lange. »For ti år siden, hvor vi så på det sidst, var der ingen forskel på danskeres og indvandreres dødelighed, men da havde vi så få indvandrere over 60 år, at materialet ikke var godt. Vi venter på, at de bliver ældre, og har planer om at undersøge det i år eller næste år.«

Men Sundhedsstyrelsen har netop undersøgt etniske gruppers sygelighed og sammenlignet deres indlæggelser på hospital med danskernes på otte udvalgte sygdomme.

»Konklusionen er, at indvandrere alt i alt har en højere behandlingsrate end danskerne, men at der er store forskelle på de forskellige sygdomme,« siger Regitze Siggard, Center for Forebyggelse.

Hvor danskerne havde en behandlingsrate på 12.000 per 100.000 indbyggere, havde indvandrere fra Pakistan en behandlingsrate på 19.000 per 100.000 og fra Tyrkiet og Somalia på 16.000 per 100.000. Så for de dårligste er det en faktor på 40 procent flere indlæggelser.

Det drejer sig især om sukkersyge, rygerlunger, lungekræft, hjertesygdomme og muskel-skelet-sygdomme. Indvandrere behandles lige så meget for alkoholrelaterede sygdomme som danskerne, mens kræft er mindre hyppigt.

»Kernen i det her er, at det er svært at få folk til at skifte vaner,« siger embedslæge i København Henrik Sælan.

»Hvis man ikke selv er motiveret, er det meget svært for andre at gøre noget. Det vigtigste er, at vi gør det rigtige valg let: At der er masser af rygeafvænningskurser tæt på, at man ikke skal være bange for at cykle i byen, at der er rare, grønne områder at bevæge sig i. Og selv om effekten af kampagner rettet mod folks adfærd ikke er overbevisende, synes jeg, at staten har en forpligtelse til at blive ved med at fortælle, hvordan man bliver sundere.

Det er jo ikke en bydel eller en lejlighed, der er årsagen. Gamle dages slumstormere kunne bo der uden at tage skade. Det handler mere om, at man ved, hvordan man tilrettelægger sit liv. Man kan ønske sig at have gode forældre,« siger han.

Men på Nørrebro kan boligen i sig selv alligevel spille en rolle. »Er det de syge, der flytter til en billig bolig på Indre Nørrebro? Og de svage, der placeres dér af kommunen? Man må se på bolig mønstre og flyttemønstre for at komme bydelens overdødelighed nærmere,« siger embedslæge Henrik Sælan, der ikke mener, at indvandreres dødelighed vil vise sig at være højere end danskernes, hvis man sammenligner de samme socialgrupper med hinanden.

At fedme, rygning, motion og dermed liv og død rammer ulige i befolkningen stod klart for ti år siden i undersøgelsen Sociale forskelle i dødeligheden i Danmark: Mennesker uden uddannelse eller uden arbejde dør før folk med en erhvervsuddannelse, og over dem alle stråler folk med en lang uddannelse. De ved, hvad der skal gøres, og gør det.

Da statistiker og økonom Olaf Ingerslev for fem år siden undersøgte dødeligheden hos indvandrere for Rockwoolfonden – trods små tal – fandt han frem til, at den faktisk var mindre end danskernes. Derfor tror han heller ikke i dag, at forklaringen på Nørrebros uhyggelige overdødelighed ligger i etniske tilhørsforhold, men udelukkende i sociale forhold for eksempel arbejdsløshed.

Manden bag bykortene, Hans Oluf Hansen, siger, at uanset om Nørrebros overdødelighed skyldes lav social status eller etnicitet, så er den der.

»Det ene udelukker ikke det andet, men går snarere hånd i hånd, forstået sådan, at de fleste indvandrere til Danmark er fattige, uuddannede mennesker med mange børn, og de er automatisk placeret lavt socialt. I praksis kan det være umuligt at skille ud, hvor vidt det er det ene eller det andet, der er det vigtigste karakteristikum. Kortene rejser langt flere spørgsmål, end de kan forklare, men de er med til at sætte noget i gang.«

Bilag 6: Projekt ”Lighed i Sundhed” modelkommuner og projektbeskrivelser.

Projektbeskrivelser samt kontaktoplysninger

Her på siden kan du se projektbeskrivelserne samt kontaktoplysningerne på projektlederne i de 6 modelkommuner

Gladsaxe Kommune:

Projekttitle: Aktiv vej til styrke
Målgruppe: Førtidspensionister
Kontaktperson:
Projektleder Jeanett Trollegaard
Tlf.: 3957 5580 , e-mail: jeatro@gladsaxe.dk

Greve Kommune:

Projekttitle: Sundere liv i Greve Nord
Målgruppe: Kontanthjælpsmodtagere
Kontaktperson:
Projektleder Anne Hune Gjerrild
Tlf.: 4397 9302, e-mail: ahg@greve.dk

Jammerbugt Kommune:

Projekttitle: Aktiv Sund Trivsel
Målgruppe: Kontanthjælpsmodtagere
Kontaktperson:
Projektleder Maj-Britt Gulstad
Tlf.: 7257 8610 / 4191 1477, e-mail: mbg@jammerbugt.dk

Københavns Kommune:

Projekttitle: Mit liv - min sundhed
Målgruppe: Kontanthjælpsmodtagere
Kontaktperson:
Projektleder Helle Stuart
Tlf.: 3530 4527, e-mail: helle.stuart@suf.kk.dk

Odense Kommune:

Projekttitle: Det 13. element - Sundhedsfremme i ressourceprofilerne
Målgruppe: Kontanthjælpsmodtagere
Kontaktperson:
Projektleder Hanne Vibeke Hjort
Tlf.: 6613 1372, e-mail: hvhj@odense.dk

Vordingborg Kommune:

Projekttitle:
Grib chancen
Målgruppe: Arbejdsløse faglærte og ufaglærte
Kontaktperson:
Projektleder Dorrit Guttman
Tlf.: 4099 4479 , e-mail: dogut@vordingborg.dk

Bilag 7: Udregninger til Lorenzkurve for gennemsnitligt træk på almen læge, AE 2007.

SEG - decil	træk på læge	% del af samlet træk	Akk % del af gms træk	diagonalen
0	0	0	0	0
10	11	11,44640999	11,44640999	10
20	12,4	12,90322581	24,3496358	20
30	10,7	11,13423517	35,48387097	30
40	12,5	13,00728408	48,49115505	40
50	9,8	10,19771072	58,68886576	50
60	9	9,365244537	68,0541103	60
70	8,3	8,636836629	76,69094693	70
80	8,1	8,428720083	85,11966701	80
90	7,5	7,804370447	92,92403746	90
100	6,8	7,075962539	100	100
i alt	96,1	100		

Bilag 8: Krydstabel fra SAS

The SAS System

447

16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Bruttoindkomst

brindk2	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-60000-0	47	0.43	47	0.43
0-4999	77	0.71	124	1.15
5000-9999	36	0.33	160	1.48
10000-14999	40	0.37	200	1.85
15000-19999	44	0.41	244	2.26
20000-24999	38	0.35	282	2.61
25000-29999	34	0.31	316	2.92
30000-34999	28	0.26	344	3.18
35000-39999	30	0.28	374	3.46
40000-44999	22	0.20	396	3.66
45000-49999	23	0.21	419	3.88
50000-54999	40	0.37	459	4.25
55000-59999	37	0.34	496	4.59
60000-64999	32	0.30	528	4.88
65000-69999	34	0.31	562	5.20
70000-74999	53	0.49	615	5.69
75000-79999	60	0.56	675	6.24
80000-84999	215	1.99	890	8.23
85000-89999	137	1.27	1027	9.50
90000-94999	152	1.41	1179	10.91
95000-99999	144	1.33	1323	12.24
100000-104999	129	1.19	1452	13.43
105000-109999	83	0.77	1535	14.20
110000-114999	141	1.30	1676	15.51
115000-119999	173	1.60	1849	17.11
120000-124999	144	1.33	1993	18.44
125000-129999	121	1.12	2114	19.56
130000-134999	139	1.29	2253	20.84
135000-139999	238	2.20	2491	23.05
140000-144999	117	1.08	2608	24.13
145000-149999	170	1.57	2778	25.70
150000-154999	207	1.92	2985	27.62
155000-159999	140	1.30	3125	28.91
160000-164999	190	1.76	3315	30.67
165000-169999	190	1.76	3505	32.43
170000-174999	137	1.27	3642	33.69
175000-179999	154	1.42	3796	35.12
180000-184999	167	1.55	3963	36.66
185000-189999	173	1.60	4136	38.26
190000-194999	171	1.58	4307	39.85
195000-199999	144	1.33	4451	41.18
200000-204999	157	1.45	4608	42.63
205000-209999	168	1.55	4776	44.19
210000-214999	197	1.82	4973	46.01
215000-219999	194	1.79	5167	47.80
220000-224999	181	1.67	5348	49.48

225000 - 229999	226	2.09	5574	51.57
230000 - 234999	231	2.14	5805	53.71
235000 - 239999	222	2.05	6027	55.76
240000 - 244999	230	2.13	6257	57.89

The SAS System 448

16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Bruttoindkomst

brindk2	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
245000 - 249999	200	1.85	6457	59.74
250000 - 254999	195	1.80	6652	61.54
255000 - 259999	190	1.76	6842	63.30
260000 - 264999	175	1.62	7017	64.92
265000 - 269999	174	1.61	7191	66.53
270000 - 274999	159	1.47	7350	68.00
275000 - 279999	188	1.74	7538	69.74
280000 - 284999	168	1.55	7706	71.29
285000 - 289999	165	1.53	7871	72.82
290000 - 294999	153	1.42	8024	74.23
295000 - 299999	140	1.30	8164	75.53
300000 - 304999	151	1.40	8315	76.93
305000 - 309999	145	1.34	8460	78.27
310000 - 314999	125	1.16	8585	79.42
315000 - 319999	111	1.03	8696	80.45
320000 - 324999	113	1.05	8809	81.50
325000 - 329999	110	1.02	8919	82.51
330000 - 334999	104	0.96	9023	83.48
335000 - 339999	93	0.86	9116	84.34
340000 - 344999	80	0.74	9196	85.08
345000 - 349999	88	0.81	9284	85.89
350000 - 354999	95	0.88	9379	86.77
355000 - 359999	75	0.69	9454	87.46
360000 - 364999	76	0.70	9530	88.17
365000 - 369999	67	0.62	9597	88.79
370000 - 374999	70	0.65	9667	89.43
375000 - 379999	59	0.55	9726	89.98
380000 - 384999	58	0.54	9784	90.52
385000 - 389999	46	0.43	9830	90.94
390000 - 394999	40	0.37	9870	91.31
395000 - 399999	46	0.43	9916	91.74
400000 - 404999	36	0.33	9952	92.07
405000 - 409999	41	0.38	9993	92.45
410000 - 414999	33	0.31	10026	92.76
415000 - 419999	31	0.29	10057	93.04
420000 - 424999	27	0.25	10084	93.29
425000 - 429999	30	0.28	10114	93.57
430000 - 434999	26	0.24	10140	93.81
435000 - 439999	22	0.20	10162	94.01
440000 - 444999	23	0.21	10185	94.23
445000 - 449999	28	0.26	10213	94.49
450000 - 454999	32	0.30	10245	94.78
455000 - 459999	17	0.16	10262	94.94
460000 - 464999	19	0.18	10281	95.12
465000 - 469999	22	0.20	10303	95.32

470000-474999	21	0.19	10324	95.51
475000-479999	23	0.21	10347	95.73
480000-484999	18	0.17	10365	95.89
485000-489999	17	0.16	10382	96.05
490000-494999	16	0.15	10398	96.20

The SAS System 449
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Bruttoindkomst

brindk2	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
495000-499999	17	0.16	10415	96.35
500000-504999	10	0.09	10425	96.45
505000-519999	13	0.12	10438	96.57
510000-514999	10	0.09	10448	96.66
515000-519999	13	0.12	10461	96.78
520000-524999	15	0.14	10476	96.92
525000-529999	10	0.09	10486	97.01
530000-534999	9	0.08	10495	97.10
535000-539999	13	0.12	10508	97.22
540000-544999	6	0.06	10514	97.27
545000-549999	9	0.08	10523	97.35
550000-554999	8	0.07	10531	97.43
555000-559999	12	0.11	10543	97.54
560000-564999	12	0.11	10555	97.65
565000-574999	9	0.08	10564	97.73
575000-579999	10	0.09	10574	97.83
580000-584999	7	0.06	10581	97.89
585000-589999	6	0.06	10587	97.95
590000-599999	11	0.10	10598	98.05
600000-649999	43	0.40	10641	98.45
650000-699999	34	0.31	10675	98.76
700000-749999	25	0.23	10700	98.99
750000-799999	17	0.16	10717	99.15
800000-849999	16	0.15	10733	99.30
850000-899999	12	0.11	10745	99.41
900000-949999	7	0.06	10752	99.47
950000-999999	10	0.09	10762	99.57
1000000-1099999	14	0.13	10776	99.69
1100000-1299999	11	0.10	10787	99.80
1300000-1799999	15	0.14	10802	99.94
1800000-7999999	7	0.06	10809	100.00

Frequency Missing = 399

1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?

Q1	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	1790	15.97	1790	15.97
2	5907	52.70	7697	68.67
3	2743	24.47	10440	93.15

4	519	4.63	10959	97.78
5	142	1.27	11101	99.05
6	107	0.95	11208	100.00

The SAS System 450
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke lig god	2. God	3. Nogen lunde	
-60000-0	7	24	11	47
	0.06	0.22	0.10	0.43
	14.89	51.06	23.40	
	0.41	0.42	0.41	
0-4999	11	47	16	77
	0.10	0.43	0.15	0.71
	14.29	61.04	20.78	
	0.64	0.83	0.60	
5000-9999	8	18	9	36
	0.07	0.17	0.08	0.33
	22.22	50.00	25.00	
	0.46	0.32	0.34	
10000-14999	15	17	7	40
	0.14	0.16	0.06	0.37
	37.50	42.50	17.50	
	0.87	0.30	0.26	
15000-19999	15	23	6	44
	0.14	0.21	0.06	0.41
	34.09	52.27	13.64	
	0.87	0.40	0.23	
20000-24999	7	24	6	38
	0.06	0.22	0.06	0.35
	18.42	63.16	15.79	
	0.41	0.42	0.23	
25000-29999	8	17	7	34
	0.07	0.16	0.06	0.31
	23.53	50.00	20.59	
	0.46	0.30	0.26	
30000-34999	11	12	4	28
	0.10	0.11	0.04	0.26
	39.29	42.86	14.29	
	0.64	0.21	0.15	

```
-----+-----+-----+-----+
Total          1722    5694    2651    10809
              15.93    52.68    24.53    100.00
```

(Continued)

The SAS System 451
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke- lig god	2. God	3. Nogen- lunde	
35000-39999	5	17	7	30
	0.05	0.16	0.06	0.28
	16.67	56.67	23.33	
	0.29	0.30	0.26	
40000-44999	8	12	1	22
	0.07	0.11	0.01	0.20
	36.36	54.55	4.55	
	0.46	0.21	0.04	
45000-45999	9	8	6	23
	0.08	0.07	0.06	0.21
	39.13	34.78	26.09	
	0.52	0.14	0.23	
50000-54999	7	21	6	40
	0.06	0.19	0.06	0.37
	17.50	52.50	15.00	
	0.41	0.37	0.23	
55000-59999	7	17	7	37
	0.06	0.16	0.06	0.34
	18.92	45.95	18.92	
	0.41	0.30	0.26	
60000-64999	4	12	13	32
	0.04	0.11	0.12	0.30
	12.50	37.50	40.63	
	0.23	0.21	0.49	
65000-69999	8	14	10	34
	0.07	0.13	0.09	0.31
	23.53	41.18	29.41	
	0.46	0.25	0.38	
70000-74999	6	17	20	53
	0.06	0.16	0.19	0.49
	11.32	32.08	37.74	

	0.35	0.30	0.75	
+-----+				
Total	1722	5694	2651	10809
	15.93	52.68	24.53	100.00

(Continued)

The SAS System 452
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke 2. God 3. Nogen			
	lig god		lunde	
+-----+				
75000-79999	1	28	22	60
	0.01	0.26	0.20	0.56
	1.67	46.67	36.67	
	0.06	0.49	0.83	
+-----+				
80000-84999	11	74	95	215
	0.10	0.68	0.88	1.99
	5.12	34.42	44.19	
	0.64	1.30	3.58	
+-----+				
85000-89999	8	60	54	137
	0.07	0.56	0.50	1.27
	5.84	43.80	39.42	
	0.46	1.05	2.04	
+-----+				
90000-94999	10	66	58	152
	0.09	0.61	0.54	1.41
	6.58	43.42	38.16	
	0.58	1.16	2.19	
+-----+				
95000-99999	12	59	53	144
	0.11	0.55	0.49	1.33
	8.33	40.97	36.81	
	0.70	1.04	2.00	
+-----+				
100000-104999	16	51	39	129
	0.15	0.47	0.36	1.19
	12.40	39.53	30.23	
	0.93	0.90	1.47	
+-----+				
105000-109999	12	39	25	83
	0.11	0.36	0.23	0.77
	14.46	46.99	30.12	
	0.70	0.68	0.94	
+-----+				
110000-114999	10	54	56	141
	0.09	0.50	0.52	1.30

	7.09 38.30 39.72
	0.58 0.95 2.11
-----+-----+-----+-----+	
Total	1722 5694 2651 10809
	15.93 52.68 24.53 100.00

(Continued)

The SAS System 453
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke 2. God 3. Nogen			
	lig god	lunde		
-----+-----+-----+-----+				
115000-119999	26 56 68			173
	0.24 0.52 0.63			1.60
	15.03 32.37 39.31			
	1.51 0.98 2.57			
-----+-----+-----+-----+				
120000-124999	19 54 48			144
	0.18 0.50 0.44			1.33
	13.19 37.50 33.33			
	1.10 0.95 1.81			
-----+-----+-----+-----+				
125000-129999	18 48 42			121
	0.17 0.44 0.39			1.12
	14.88 39.67 34.71			
	1.05 0.84 1.58			
-----+-----+-----+-----+				
130000-134999	14 61 47			139
	0.13 0.56 0.43			1.29
	10.07 43.88 33.81			
	0.81 1.07 1.77			
-----+-----+-----+-----+				
135000-139999	24 111 77			238
	0.22 1.03 0.71			2.20
	10.08 46.64 32.35			
	1.39 1.95 2.90			
-----+-----+-----+-----+				
140000-144999	13 57 33			117
	0.12 0.53 0.31			1.08
	11.11 48.72 28.21			
	0.75 1.00 1.24			
-----+-----+-----+-----+				
145000-149999	19 81 54			170
	0.18 0.75 0.50			1.57
	11.18 47.65 31.76			
	1.10 1.42 2.04			
-----+-----+-----+-----+				
150000-154999	35 92 64			207

	0.32	0.85	0.59	1.92
	16.91	44.44	30.92	
	2.03	1.62	2.41	
-----+				
Total	1722	5694	2651	10809
	15.93	52.68	24.53	100.00

(Continued)

The SAS System 454
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke lig god	2. God	3. Nogen lunde	Total
-----+				
155000-159999	15	65	42	140
	0.14	0.60	0.39	1.30
	10.71	46.43	30.00	
	0.87	1.14	1.58	
-----+				
160000-164999	25	98	55	190
	0.23	0.91	0.51	1.76
	13.16	51.58	28.95	
	1.45	1.72	2.07	
-----+				
165000-169999	25	80	60	190
	0.23	0.74	0.56	1.76
	13.16	42.11	31.58	
	1.45	1.40	2.26	
-----+				
170000-174999	24	63	34	137
	0.22	0.58	0.31	1.27
	17.52	45.99	24.82	
	1.39	1.11	1.28	
-----+				
175000-179999	15	92	32	154
	0.14	0.85	0.30	1.42
	9.74	59.74	20.78	
	0.87	1.62	1.21	
-----+				
180000-184999	18	85	50	167
	0.17	0.79	0.46	1.55
	10.78	50.90	29.94	
	1.05	1.49	1.89	
-----+				
185000-189999	33	78	48	173
	0.31	0.72	0.44	1.60
	19.08	45.09	27.75	
	1.92	1.37	1.81	
-----+				

190000-194999	25	84	49	171
	0.23	0.78	0.45	1.58
	14.62	49.12	28.65	
	1.45	1.48	1.85	
-----+-----+-----+-----+-----				
Total	1722	5694	2651	10809
	15.93	52.68	24.53	100.00

(Continued)

The SAS System 455
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke- lig god	2. God	3. Nogen- lunde	
	-----+-----+-----+-----+-----			
195000-199999	26	61	47	144
	0.24	0.56	0.43	1.33
	18.06	42.36	32.64	
	1.51	1.07	1.77	
-----+-----+-----+-----+-----				
200000-204999	20	82	45	157
	0.19	0.76	0.42	1.45
	12.74	52.23	28.66	
	1.16	1.44	1.70	
-----+-----+-----+-----+-----				
205000-209999	25	90	43	168
	0.23	0.83	0.40	1.55
	14.88	53.57	25.60	
	1.45	1.58	1.62	
-----+-----+-----+-----+-----				
210000-214999	31	112	43	197
	0.29	1.04	0.40	1.82
	15.74	56.85	21.83	
	1.80	1.97	1.62	
-----+-----+-----+-----+-----				
215000-219999	37	90	56	194
	0.34	0.83	0.52	1.79
	19.07	46.39	28.87	
	2.15	1.58	2.11	
-----+-----+-----+-----+-----				
220000-224999	27	95	40	181
	0.25	0.88	0.37	1.67
	14.92	52.49	22.10	
	1.57	1.67	1.51	
-----+-----+-----+-----+-----				
225000-229999	32	141	44	226
	0.30	1.30	0.41	2.09
	14.16	62.39	19.47	
	1.86	2.48	1.66	

230000-234999	40	132	45	231
	0.37	1.22	0.42	2.14
	17.32	57.14	19.48	
	2.32	2.32	1.70	
Total	1722	5694	2651	10809
	15.93	52.68	24.53	100.00

(Continued)

The SAS System 456
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke- lig god	2. God	3. Nogen- lunde	
235000-239999	34	120	57	222
	0.31	1.11	0.53	2.05
	15.32	54.05	25.68	
	1.97	2.11	2.15	
240000-244999	36	128	51	230
	0.33	1.18	0.47	2.13
	15.65	55.65	22.17	
	2.09	2.25	1.92	
245000-249999	29	132	32	200
	0.27	1.22	0.30	1.85
	14.50	66.00	16.00	
	1.68	2.32	1.21	
250000-254999	24	104	56	195
	0.22	0.96	0.52	1.80
	12.31	53.33	28.72	
	1.39	1.83	2.11	
255000-259999	29	112	40	190
	0.27	1.04	0.37	1.76
	15.26	58.95	21.05	
	1.68	1.97	1.51	
260000-264999	32	96	43	175
	0.30	0.89	0.40	1.62
	18.29	54.86	24.57	
	1.86	1.69	1.62	
265000-269999	19	113	36	174
	0.18	1.05	0.33	1.61
	10.92	64.94	20.69	

	1.10	1.98	1.36	
270000-274999	45	83	25	159
	0.42	0.77	0.23	1.47
	28.30	52.20	15.72	
	2.61	1.46	0.94	
Total	1722	5694	2651	10809
	15.93	52.68	24.53	100.00

(Continued)

The SAS System 457
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke- lig god	2. God	3. Nogen- lunde	
275000-279999	34	107	42	188
	0.31	0.99	0.39	1.74
	18.09	56.91	22.34	
	1.97	1.88	1.58	
280000-284999	30	106	27	168
	0.28	0.98	0.25	1.55
	17.86	63.10	16.07	
	1.74	1.86	1.02	
285000-289999	30	99	29	165
	0.28	0.92	0.27	1.53
	18.18	60.00	17.58	
	1.74	1.74	1.09	
290000-294999	23	100	25	153
	0.21	0.93	0.23	1.42
	15.03	65.36	16.34	
	1.34	1.76	0.94	
295000-299999	22	87	22	140
	0.20	0.80	0.20	1.30
	15.71	62.14	15.71	
	1.28	1.53	0.83	
300000-304999	20	98	27	151
	0.19	0.91	0.25	1.40
	13.25	64.90	17.88	
	1.16	1.72	1.02	
305000-309999	26	91	24	145
	0.24	0.84	0.22	1.34

	17.93	62.76	16.55	
	1.51	1.60	0.91	
310000-314999	24	72	24	125
	0.22	0.67	0.22	1.16
	19.20	57.60	19.20	
	1.39	1.26	0.91	
Total	1722	5694	2651	10809
	15.93	52.68	24.53	100.00

(Continued)

The SAS System 458
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke- lig god	2. God	3. Nogen- lunde	
315000-319999	16	66	25	111
	0.15	0.61	0.23	1.03
	14.41	59.46	22.52	
	0.93	1.16	0.94	
320000-324999	25	61	21	113
	0.23	0.56	0.19	1.05
	22.12	53.98	18.58	
	1.45	1.07	0.79	
325000-329999	26	67	16	110
	0.24	0.62	0.15	1.02
	23.64	60.91	14.55	
	1.51	1.18	0.60	
330000-334999	14	62	22	104
	0.13	0.57	0.20	0.96
	13.46	59.62	21.15	
	0.81	1.09	0.83	
335000-339999	18	57	17	93
	0.17	0.53	0.16	0.86
	19.35	61.29	18.28	
	1.05	1.00	0.64	
340000-344999	11	45	19	80
	0.10	0.42	0.18	0.74
	13.75	56.25	23.75	
	0.64	0.79	0.72	
345000-349999	14	53	19	88

	0.13	0.49	0.18	0.81
	15.91	60.23	21.59	
	0.81	0.93	0.72	
350000-354999	21	55	16	95
	0.19	0.51	0.15	0.88
	22.11	57.89	16.84	
	1.22	0.97	0.60	
Total	1722	5694	2651	10809
	15.93	52.68	24.53	100.00

(Continued)

The SAS System 459
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke	2. God	3. Nogen	Total
	lig god		lunde	
355000-359999	13	48	14	75
	0.12	0.44	0.13	0.69
	17.33	64.00	18.67	
	0.75	0.84	0.53	
360000-364999	13	46	13	76
	0.12	0.43	0.12	0.70
	17.11	60.53	17.11	
	0.75	0.81	0.49	
365000-369999	16	37	12	67
	0.15	0.34	0.11	0.62
	23.88	55.22	17.91	
	0.93	0.65	0.45	
370000-374999	16	40	14	70
	0.15	0.37	0.13	0.65
	22.86	57.14	20.00	
	0.93	0.70	0.53	
375000-379999	14	35	9	59
	0.13	0.32	0.08	0.55
	23.73	59.32	15.25	
	0.81	0.61	0.34	
380000-384999	12	38	8	58
	0.11	0.35	0.07	0.54
	20.69	65.52	13.79	
	0.70	0.67	0.30	

385000-389999	9	30	7	46
	0.08	0.28	0.06	0.43
	19.57	65.22	15.22	
	0.52	0.53	0.26	
-----+-----+-----+-----+-----				
390000-394999	10	24	4	40
	0.09	0.22	0.04	0.37
	25.00	60.00	10.00	
	0.58	0.42	0.15	
-----+-----+-----+-----+-----				
Total	1722	5694	2651	10809
	15.93	52.68	24.53	100.00

(Continued)

The SAS System 460

16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke- lig god	2. God	3. Nogen- lunde	
	-----+-----+-----+-----+-----			
395000-399999	15	21	7	46
	0.14	0.19	0.06	0.43
	32.61	45.65	15.22	
	0.87	0.37	0.26	
-----+-----+-----+-----+-----				
400000-404999	8	24	2	36
	0.07	0.22	0.02	0.33
	22.22	66.67	5.56	
	0.46	0.42	0.08	
-----+-----+-----+-----+-----				
405000-409999	9	27	5	41
	0.08	0.25	0.05	0.38
	21.95	65.85	12.20	
	0.52	0.47	0.19	
-----+-----+-----+-----+-----				
410000-414999	11	20	2	33
	0.10	0.19	0.02	0.31
	33.33	60.61	6.06	
	0.64	0.35	0.08	
-----+-----+-----+-----+-----				
415000-419999	7	16	8	31
	0.06	0.15	0.07	0.29
	22.58	51.61	25.81	
	0.41	0.28	0.30	
-----+-----+-----+-----+-----				
420000-424999	5	13	8	27
	0.05	0.12	0.07	0.25
	18.52	48.15	29.63	
	0.29	0.23	0.30	

425000-429999	4	25	1	30
	0.04	0.23	0.01	0.28
	13.33	83.33	3.33	
	0.23	0.44	0.04	
430000-434999	10	11	5	26
	0.09	0.10	0.05	0.24
	38.46	42.31	19.23	
	0.58	0.19	0.19	
Total	1722	5694	2651	10809
	15.93	52.68	24.53	100.00

(Continued)

The SAS System 461
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke- lig god	2. God	3. Nogen- lunde	
435000-439999	6	13	3	22
	0.06	0.12	0.03	0.20
	27.27	59.09	13.64	
	0.35	0.23	0.11	
440000-444999	6	14	2	23
	0.06	0.13	0.02	0.21
	26.09	60.87	8.70	
	0.35	0.25	0.08	
445000-449999	4	17	5	28
	0.04	0.16	0.05	0.26
	14.29	60.71	17.86	
	0.23	0.30	0.19	
450000-454999	9	20	3	32
	0.08	0.19	0.03	0.30
	28.13	62.50	9.38	
	0.52	0.35	0.11	
455000-459999	2	13	2	17
	0.02	0.12	0.02	0.16
	11.76	76.47	11.76	
	0.12	0.23	0.08	
460000-464999	6	11	2	19
	0.06	0.10	0.02	0.18
	31.58	57.89	10.53	

	0.35	0.19	0.08	
465000-469999	4	13	4	22
	0.04	0.12	0.04	0.20
	18.18	59.09	18.18	
	0.23	0.23	0.15	
470000-474999	5	12	4	21
	0.05	0.11	0.04	0.19
	23.81	57.14	19.05	
	0.29	0.21	0.15	
Total	1722	5694	2651	10809
	15.93	52.68	24.53	100.00

(Continued)

The SAS System 462
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke- lig god	2. God	3. Nogen- lunde	
475000-479999	6	11	5	23
	0.06	0.10	0.05	0.21
	26.09	47.83	21.74	
	0.35	0.19	0.19	
480000-484999	2	14	1	18
	0.02	0.13	0.01	0.17
	11.11	77.78	5.56	
	0.12	0.25	0.04	
485000-489999	4	9	4	17
	0.04	0.08	0.04	0.16
	23.53	52.94	23.53	
	0.23	0.16	0.15	
490000-494999	5	6	5	16
	0.05	0.06	0.05	0.15
	31.25	37.50	31.25	
	0.29	0.11	0.19	
495000-499999	2	11	2	17
	0.02	0.10	0.02	0.16
	11.76	64.71	11.76	
	0.12	0.19	0.08	
500000-504999	3	5	2	10
	0.03	0.05	0.02	0.09

	30.00	50.00	20.00	
	0.17	0.09	0.08	
505000-519999	4	6	3	13
	0.04	0.06	0.03	0.12
	30.77	46.15	23.08	
	0.23	0.11	0.11	
510000-514999	1	6	2	10
	0.01	0.06	0.02	0.09
	10.00	60.00	20.00	
	0.06	0.11	0.08	
Total	1722	5694	2651	10809
	15.93	52.68	24.53	100.00

(Continued)

The SAS System 463
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke- lig god	2. God	3. Nogen- lunde	
515000-519999	4	5	1	13
	0.04	0.05	0.01	0.12
	30.77	38.46	7.69	
	0.23	0.09	0.04	
520000-524999	0	11	3	15
	0.00	0.10	0.03	0.14
	0.00	73.33	20.00	
	0.00	0.19	0.11	
525000-529999	1	8	1	10
	0.01	0.07	0.01	0.09
	10.00	80.00	10.00	
	0.06	0.14	0.04	
530000-534999	2	5	2	9
	0.02	0.05	0.02	0.08
	22.22	55.56	22.22	
	0.12	0.09	0.08	
535000-539999	2	7	3	13
	0.02	0.06	0.03	0.12
	15.38	53.85	23.08	
	0.12	0.12	0.11	
540000-544999	3	2	1	6

	0.03	0.02	0.01	0.06
	50.00	33.33	16.67	
	0.17	0.04	0.04	
-----+				
545000-549999	1	7	1	9
	0.01	0.06	0.01	0.08
	11.11	77.78	11.11	
	0.06	0.12	0.04	
-----+				
550000-554999	1	5	2	8
	0.01	0.05	0.02	0.07
	12.50	62.50	25.00	
	0.06	0.09	0.08	
-----+				
Total	1722	5694	2651	10809
	15.93	52.68	24.53	100.00

(Continued)

The SAS System 464
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke- lig god	2. God	3. Nogen- lunde	
-----+				
555000-559999	4	6	2	12
	0.04	0.06	0.02	0.11
	33.33	50.00	16.67	
	0.23	0.11	0.08	
-----+				
560000-564999	5	4	2	12
	0.05	0.04	0.02	0.11
	41.67	33.33	16.67	
	0.29	0.07	0.08	
-----+				
565000-574999	2	5	2	9
	0.02	0.05	0.02	0.08
	22.22	55.56	22.22	
	0.12	0.09	0.08	
-----+				
575000-579999	2	6	1	10
	0.02	0.06	0.01	0.09
	20.00	60.00	10.00	
	0.12	0.11	0.04	
-----+				
580000-584999	1	5	1	7
	0.01	0.05	0.01	0.06
	14.29	71.43	14.29	
	0.06	0.09	0.04	
-----+				

585000-589999	0	4	2	6
	0.00	0.04	0.02	0.06
	0.00	66.67	33.33	
	0.00	0.07	0.08	
+-----+-----+-----+-----+				
590000-599999	2	8	1	11
	0.02	0.07	0.01	0.10
	18.18	72.73	9.09	
	0.12	0.14	0.04	
+-----+-----+-----+-----+				
600000-649999	13	17	13	43
	0.12	0.16	0.12	0.40
	30.23	39.53	30.23	
	0.75	0.30	0.49	
+-----+-----+-----+-----+				
Total	1722	5694	2651	10809
	15.93	52.68	24.53	100.00

(Continued)

The SAS System 465
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke- lig god	2. God	3. Nogen- lunde	
+-----+-----+-----+-----+				
650000-699999	7	21	3	34
	0.06	0.19	0.03	0.31
	20.59	61.76	8.82	
	0.41	0.37	0.11	
+-----+-----+-----+-----+				
700000-749999	4	15	5	25
	0.04	0.14	0.05	0.23
	16.00	60.00	20.00	
	0.23	0.26	0.19	
+-----+-----+-----+-----+				
750000-799999	2	10	4	17
	0.02	0.09	0.04	0.16
	11.76	58.82	23.53	
	0.12	0.18	0.15	
+-----+-----+-----+-----+				
800000-849999	5	9	2	16
	0.05	0.08	0.02	0.15
	31.25	56.25	12.50	
	0.29	0.16	0.08	
+-----+-----+-----+-----+				
850000-899999	3	5	3	12
	0.03	0.05	0.03	0.11
	25.00	41.67	25.00	
	0.17	0.09	0.11	

900000-949999	2	5	0	7
	0.02	0.05	0.00	0.06
	28.57	71.43	0.00	
	0.12	0.09	0.00	
950000-999999	1	5	3	10
	0.01	0.05	0.03	0.09
	10.00	50.00	30.00	
	0.06	0.09	0.11	
1000000-1099999	4	10	0	14
	0.04	0.09	0.00	0.13
	28.57	71.43	0.00	
	0.23	0.18	0.00	
Total	1722	5694	2651	10809
	15.93	52.68	24.53	100.00

(Continued)

The SAS System 466
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1. Virke- lig god	2. God	3. Nogen- lunde	
1100000-1299999	0	8	2	11
	0.00	0.07	0.02	0.10
	0.00	72.73	18.18	
	0.00	0.14	0.08	
1300000-1799999	4	8	3	15
	0.04	0.07	0.03	0.14
	26.67	53.33	20.00	
	0.23	0.14	0.11	
1800000-7999999	2	4	1	7
	0.02	0.04	0.01	0.06
	28.57	57.14	14.29	
	0.12	0.07	0.04	
Total	1722	5694	2651	10809
	15.93	52.68	24.53	100.00

(Continued)

The SAS System 467
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerl ig	5. Meget darlig	6. Ved i kke	
-60000-0	5	0	0	47
	0.05	0.00	0.00	0.43
	10.64	0.00	0.00	
	1.00	0.00	0.00	
0-4999	1	2	0	77
	0.01	0.02	0.00	0.71
	1.30	2.60	0.00	
	0.20	1.46	0.00	
5000-9999	1	0	0	36
	0.01	0.00	0.00	0.33
	2.78	0.00	0.00	
	0.20	0.00	0.00	
10000-14999	1	0	0	40
	0.01	0.00	0.00	0.37
	2.50	0.00	0.00	
	0.20	0.00	0.00	
15000-19999	0	0	0	44
	0.00	0.00	0.00	0.41
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
20000-24999	1	0	0	38
	0.01	0.00	0.00	0.35
	2.63	0.00	0.00	
	0.20	0.00	0.00	
25000-29999	0	0	2	34
	0.00	0.00	0.02	0.31
	0.00	0.00	5.88	
	0.00	0.00	1.90	
30000-34999	1	0	0	28
	0.01	0.00	0.00	0.26
	3.57	0.00	0.00	
	0.20	0.00	0.00	
Total	500	137	105	10809
	4.63	1.27	0.97	100.00

(Continued)

The SAS System 468
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)
 Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
 helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerlig	5. Meget darlig	6. Ved i kke	
35000-39999	0	1	0	30
	0.00	0.01	0.00	0.28
	0.00	3.33	0.00	
	0.00	0.73	0.00	
40000-44999	1	0	0	22
	0.01	0.00	0.00	0.20
	4.55	0.00	0.00	
	0.20	0.00	0.00	
45000-45999	0	0	0	23
	0.00	0.00	0.00	0.21
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
50000-54999	4	2	0	40
	0.04	0.02	0.00	0.37
	10.00	5.00	0.00	
	0.80	1.46	0.00	
55000-59999	3	2	1	37
	0.03	0.02	0.01	0.34
	8.11	5.41	2.70	
	0.60	1.46	0.95	
60000-64999	1	2	0	32
	0.01	0.02	0.00	0.30
	3.13	6.25	0.00	
	0.20	1.46	0.00	
65000-69999	2	0	0	34
	0.02	0.00	0.00	0.31
	5.88	0.00	0.00	
	0.40	0.00	0.00	
70000-74999	8	1	1	53
	0.07	0.01	0.01	0.49
	15.09	1.89	1.89	
	1.60	0.73	0.95	
Total	500	137	105	10809
	4.63	1.27	0.97	100.00

(Continued)

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerl ig	5. Meget darlig	6. Ved i kke	
75000-79999	7	2	0	60
	0.06	0.02	0.00	0.56
	11.67	3.33	0.00	
	1.40	1.46	0.00	
80000-84999	22	10	3	215
	0.20	0.09	0.03	1.99
	10.23	4.65	1.40	
	4.40	7.30	2.86	
85000-89999	11	3	1	137
	0.10	0.03	0.01	1.27
	8.03	2.19	0.73	
	2.20	2.19	0.95	
90000-94999	12	3	3	152
	0.11	0.03	0.03	1.41
	7.89	1.97	1.97	
	2.40	2.19	2.86	
95000-99999	16	2	2	144
	0.15	0.02	0.02	1.33
	11.11	1.39	1.39	
	3.20	1.46	1.90	
100000-104999	17	3	3	129
	0.16	0.03	0.03	1.19
	13.18	2.33	2.33	
	3.40	2.19	2.86	
105000-109999	5	2	0	83
	0.05	0.02	0.00	0.77
	6.02	2.41	0.00	
	1.00	1.46	0.00	
110000-114999	13	4	4	141
	0.12	0.04	0.04	1.30
	9.22	2.84	2.84	
	2.60	2.92	3.81	
Total	500	137	105	10809
	4.63	1.27	0.97	100.00

(Continued)

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerlig	5. Meget darlig	6. Ved i kke	
115000-119999	15	4	4	173
	0.14	0.04	0.04	1.60
	8.67	2.31	2.31	
	3.00	2.92	3.81	
120000-124999	16	5	2	144
	0.15	0.05	0.02	1.33
	11.11	3.47	1.39	
	3.20	3.65	1.90	
125000-129999	9	2	2	121
	0.08	0.02	0.02	1.12
	7.44	1.65	1.65	
	1.80	1.46	1.90	
130000-134999	13	3	1	139
	0.12	0.03	0.01	1.29
	9.35	2.16	0.72	
	2.60	2.19	0.95	
135000-139999	14	6	6	238
	0.13	0.06	0.06	2.20
	5.88	2.52	2.52	
	2.80	4.38	5.71	
140000-144999	11	3	0	117
	0.10	0.03	0.00	1.08
	9.40	2.56	0.00	
	2.20	2.19	0.00	
145000-149999	12	2	2	170
	0.11	0.02	0.02	1.57
	7.06	1.18	1.18	
	2.40	1.46	1.90	
150000-154999	12	2	2	207
	0.11	0.02	0.02	1.92
	5.80	0.97	0.97	
	2.40	1.46	1.90	
Total	500	137	105	10809
	4.63	1.27	0.97	100.00

(Continued)

16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerlig	5. Meget darlig	6. Ved i kke	
155000-159999	14	3	1	140
	0.13	0.03	0.01	1.30
	10.00	2.14	0.71	
	2.80	2.19	0.95	
160000-164999	7	2	3	190
	0.06	0.02	0.03	1.76
	3.68	1.05	1.58	
	1.40	1.46	2.86	
165000-169999	15	9	1	190
	0.14	0.08	0.01	1.76
	7.89	4.74	0.53	
	3.00	6.57	0.95	
170000-174999	10	4	2	137
	0.09	0.04	0.02	1.27
	7.30	2.92	1.46	
	2.00	2.92	1.90	
175000-179999	11	2	2	154
	0.10	0.02	0.02	1.42
	7.14	1.30	1.30	
	2.20	1.46	1.90	
180000-184999	7	5	2	167
	0.06	0.05	0.02	1.55
	4.19	2.99	1.20	
	1.40	3.65	1.90	
185000-189999	11	2	1	173
	0.10	0.02	0.01	1.60
	6.36	1.16	0.58	
	2.20	1.46	0.95	
190000-194999	6	4	3	171
	0.06	0.04	0.03	1.58
	3.51	2.34	1.75	
	1.20	2.92	2.86	
Total	500	137	105	10809
	4.63	1.27	0.97	100.00

(Continued)

The SAS System 472
 16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)
 Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
 helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerl ig	5. Meget darlig	6. Ved i kke	
195000-199999	9	0	1	144
	0.08	0.00	0.01	1.33
	6.25	0.00	0.69	
	1.80	0.00	0.95	
200000-204999	4	3	3	157
	0.04	0.03	0.03	1.45
	2.55	1.91	1.91	
	0.80	2.19	2.86	
205000-209999	10	0	0	168
	0.09	0.00	0.00	1.55
	5.95	0.00	0.00	
	2.00	0.00	0.00	
210000-214999	7	4	0	197
	0.06	0.04	0.00	1.82
	3.55	2.03	0.00	
	1.40	2.92	0.00	
215000-219999	6	1	4	194
	0.06	0.01	0.04	1.79
	3.09	0.52	2.06	
	1.20	0.73	3.81	
220000-224999	14	4	1	181
	0.13	0.04	0.01	1.67
	7.73	2.21	0.55	
	2.80	2.92	0.95	
225000-229999	6	2	1	226
	0.06	0.02	0.01	2.09
	2.65	0.88	0.44	
	1.20	1.46	0.95	
230000-234999	10	2	2	231
	0.09	0.02	0.02	2.14
	4.33	0.87	0.87	
	2.00	1.46	1.90	
Total	500	137	105	10809
	4.63	1.27	0.97	100.00

(Continued)

The SAS System

473

16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerlig	5. Meget darlig	6. Ved i kke	
235000-239999	7	2	2	222
	0.06	0.02	0.02	2.05
	3.15	0.90	0.90	
	1.40	1.46	1.90	
240000-244999	11	2	2	230
	0.10	0.02	0.02	2.13
	4.78	0.87	0.87	
	2.20	1.46	1.90	
245000-249999	6	1	0	200
	0.06	0.01	0.00	1.85
	3.00	0.50	0.00	
	1.20	0.73	0.00	
250000-254999	6	3	2	195
	0.06	0.03	0.02	1.80
	3.08	1.54	1.03	
	1.20	2.19	1.90	
255000-259999	6	2	1	190
	0.06	0.02	0.01	1.76
	3.16	1.05	0.53	
	1.20	1.46	0.95	
260000-264999	2	1	1	175
	0.02	0.01	0.01	1.62
	1.14	0.57	0.57	
	0.40	0.73	0.95	
265000-269999	5	1	0	174
	0.05	0.01	0.00	1.61
	2.87	0.57	0.00	
	1.00	0.73	0.00	
270000-274999	5	0	1	159
	0.05	0.00	0.01	1.47
	3.14	0.00	0.63	
	1.00	0.00	0.95	
Total	500	137	105	10809

Total 500 137 105 10809
 4.63 1.27 0.97 100.00

(Continued)

The SAS System 475
 16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
 helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerlig	5. Meget	6. Ved i	
	ig	darlig	kke	
	+-----+			
315000-319999	4	0	0	111
	0.04	0.00	0.00	1.03
	3.60	0.00	0.00	
	0.80	0.00	0.00	
	+-----+			
320000-324999	5	0	1	113
	0.05	0.00	0.01	1.05
	4.42	0.00	0.88	
	1.00	0.00	0.95	
	+-----+			
325000-329999	0	0	1	110
	0.00	0.00	0.01	1.02
	0.00	0.00	0.91	
	0.00	0.00	0.95	
	+-----+			
330000-334999	5	0	1	104
	0.05	0.00	0.01	0.96
	4.81	0.00	0.96	
	1.00	0.00	0.95	
	+-----+			
335000-339999	0	0	1	93
	0.00	0.00	0.01	0.86
	0.00	0.00	1.08	
	0.00	0.00	0.95	
	+-----+			
340000-344999	3	1	1	80
	0.03	0.01	0.01	0.74
	3.75	1.25	1.25	
	0.60	0.73	0.95	
	+-----+			
345000-349999	2	0	0	88
	0.02	0.00	0.00	0.81
	2.27	0.00	0.00	
	0.40	0.00	0.00	
	+-----+			
350000-354999	1	2	0	95
	0.01	0.02	0.00	0.88
	1.05	2.11	0.00	
	0.20	1.46	0.00	

```

-----+-----+-----+-----+
Total          500      137      105      10809
              4.63      1.27      0.97      100.00
    
```

(Continued)

The SAS System 476
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerlig	5. Meget darlig	6. Ved i kke	
	-----+-----+-----+-----+			
355000-359999	0	0	0	75
	0.00	0.00	0.00	0.69
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+				
360000-364999	3	0	1	76
	0.03	0.00	0.01	0.70
	3.95	0.00	1.32	
	0.60	0.00	0.95	
-----+-----+-----+-----+				
365000-369999	2	0	0	67
	0.02	0.00	0.00	0.62
	2.99	0.00	0.00	
	0.40	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+				
370000-374999	0	0	0	70
	0.00	0.00	0.00	0.65
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+				
375000-379999	1	0	0	59
	0.01	0.00	0.00	0.55
	1.69	0.00	0.00	
	0.20	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+				
380000-384999	0	0	0	58
	0.00	0.00	0.00	0.54
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+				
385000-389999	0	0	0	46
	0.00	0.00	0.00	0.43
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+				
390000-394999	1	0	1	40
	0.01	0.00	0.01	0.37
	2.50	0.00	2.50	

	0.20	0.00	0.95	
-----+-----+-----+-----+				
Total	500	137	105	10809
	4.63	1.27	0.97	100.00

(Continued)

The SAS System 477
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerl ig	5. Meget darlig	6. Ved i kke	
-----+-----+-----+-----+				
395000-399999	2	0	1	46
	0.02	0.00	0.01	0.43
	4.35	0.00	2.17	
	0.40	0.00	0.95	
-----+-----+-----+-----+				
400000-404999	2	0	0	36
	0.02	0.00	0.00	0.33
	5.56	0.00	0.00	
	0.40	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+				
405000-409999	0	0	0	41
	0.00	0.00	0.00	0.38
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+				
410000-414999	0	0	0	33
	0.00	0.00	0.00	0.31
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+				
415000-419999	0	0	0	31
	0.00	0.00	0.00	0.29
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+				
420000-424999	1	0	0	27
	0.01	0.00	0.00	0.25
	3.70	0.00	0.00	
	0.20	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+				
425000-429999	0	0	0	30
	0.00	0.00	0.00	0.28
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+				
430000-434999	0	0	0	26
	0.00	0.00	0.00	0.24

	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----				
Total	500	137	105	10809
	4.63	1.27	0.97	100.00

(Continued)

The SAS System 478
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerlig	5. Meget	6. Ved i	
	ig	darlig	kke	
-----+-----+-----+-----+-----				
435000-439999	0	0	0	22
	0.00	0.00	0.00	0.20
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----				
440000-444999	0	0	1	23
	0.00	0.00	0.01	0.21
	0.00	0.00	4.35	
	0.00	0.00	0.95	
-----+-----+-----+-----+-----				
445000-449999	1	1	0	28
	0.01	0.01	0.00	0.26
	3.57	3.57	0.00	
	0.20	0.73	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----				
450000-454999	0	0	0	32
	0.00	0.00	0.00	0.30
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----				
455000-459999	0	0	0	17
	0.00	0.00	0.00	0.16
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----				
460000-464999	0	0	0	19
	0.00	0.00	0.00	0.18
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----				
465000-469999	0	0	1	22
	0.00	0.00	0.01	0.20
	0.00	0.00	4.55	
	0.00	0.00	0.95	
-----+-----+-----+-----+-----				
470000-474999	0	0	0	21

	0.00	0.00	0.00	0.19
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----+-----				
Total	500	137	105	10809
	4.63	1.27	0.97	100.00

(Continued)

The SAS System 479
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)
Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerlig	5. Meget	6. Ved i	
	ig	darlig	kke	
-----+-----+-----+-----+-----+-----				
475000-479999	1	0	0	23
	0.01	0.00	0.00	0.21
	4.35	0.00	0.00	
	0.20	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----+-----				
480000-484999	1	0	0	18
	0.01	0.00	0.00	0.17
	5.56	0.00	0.00	
	0.20	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----+-----				
485000-489999	0	0	0	17
	0.00	0.00	0.00	0.16
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----+-----				
490000-494999	0	0	0	16
	0.00	0.00	0.00	0.15
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----+-----				
495000-499999	0	0	2	17
	0.00	0.00	0.02	0.16
	0.00	0.00	11.76	
	0.00	0.00	1.90	
-----+-----+-----+-----+-----+-----				
500000-504999	0	0	0	10
	0.00	0.00	0.00	0.09
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----+-----				
505000-519999	0	0	0	13
	0.00	0.00	0.00	0.12
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----+-----				

510000-514999	0	0	1	10
	0.00	0.00	0.01	0.09
	0.00	0.00	10.00	
	0.00	0.00	0.95	
-----+-----+-----+-----+-----				
Total	500	137	105	10809
	4.63	1.27	0.97	100.00

(Continued)

The SAS System 480
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerl ig	5. Meget darlig	6. Ved i kke	
-----+-----+-----+-----+-----				
515000-519999	1	0	2	13
	0.01	0.00	0.02	0.12
	7.69	0.00	15.38	
	0.20	0.00	1.90	
-----+-----+-----+-----+-----				
520000-524999	0	0	1	15
	0.00	0.00	0.01	0.14
	0.00	0.00	6.67	
	0.00	0.00	0.95	
-----+-----+-----+-----+-----				
525000-529999	0	0	0	10
	0.00	0.00	0.00	0.09
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----				
530000-534999	0	0	0	9
	0.00	0.00	0.00	0.08
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----				
535000-539999	1	0	0	13
	0.01	0.00	0.00	0.12
	7.69	0.00	0.00	
	0.20	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----				
540000-544999	0	0	0	6
	0.00	0.00	0.00	0.06
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----				
545000-549999	0	0	0	9
	0.00	0.00	0.00	0.08
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	

550000-554999	0	0	0	8
	0.00	0.00	0.00	0.07
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
Total	500	137	105	10809
	4.63	1.27	0.97	100.00

(Continued)

The SAS System 481
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerl ig	5. Meget darlig	6. Ved i kke	
555000-559999	0	0	0	12
	0.00	0.00	0.00	0.11
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
560000-564999	0	1	0	12
	0.00	0.01	0.00	0.11
	0.00	8.33	0.00	
	0.00	0.73	0.00	
565000-574999	0	0	0	9
	0.00	0.00	0.00	0.08
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
575000-579999	0	0	1	10
	0.00	0.00	0.01	0.09
	0.00	0.00	10.00	
	0.00	0.00	0.95	
580000-584999	0	0	0	7
	0.00	0.00	0.00	0.06
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
585000-589999	0	0	0	6
	0.00	0.00	0.00	0.06
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
590000-599999	0	0	0	11
	0.00	0.00	0.00	0.10
	0.00	0.00	0.00	

	0.00	0.00	0.00	
600000-649999	0	0	0	43
	0.00	0.00	0.00	0.40
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
Total	500	137	105	10809
	4.63	1.27	0.97	100.00

(Continued)

The SAS System 482
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				Total
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerl ig	5. Meget darlig	6. Ved i kke	
650000-699999	2	0	1	34
	0.02	0.00	0.01	0.31
	5.88	0.00	2.94	
	0.40	0.00	0.95	
700000-749999	1	0	0	25
	0.01	0.00	0.00	0.23
	4.00	0.00	0.00	
	0.20	0.00	0.00	
750000-799999	1	0	0	17
	0.01	0.00	0.00	0.16
	5.88	0.00	0.00	
	0.20	0.00	0.00	
800000-849999	0	0	0	16
	0.00	0.00	0.00	0.15
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
850000-899999	1	0	0	12
	0.01	0.00	0.00	0.11
	8.33	0.00	0.00	
	0.20	0.00	0.00	
900000-949999	0	0	0	7
	0.00	0.00	0.00	0.06
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
950000-999999	0	0	1	10
	0.00	0.00	0.01	0.09

	0.00	0.00	10.00	
	0.00	0.00	0.95	
1000000-1099999	0	0	0	14
	0.00	0.00	0.00	0.13
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
Total	500	137	105	10809
	4.63	1.27	0.97	100.00

(Continued)

The SAS System 483
16:07 Monday, April 14, 2008

The FREQ Procedure

Table of brindk2 by Q1

brindk2(Bruttoindkomst)

Q1(1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende
helbredstilstand i almindelighed?)

Frequency				
Percent				
Row Pct				
Col Pct	4. Daerl ig	5. Meget darlig	6. Ved i kke	Total
1100000-1299999	0	0	1	11
	0.00	0.00	0.01	0.10
	0.00	0.00	9.09	
	0.00	0.00	0.95	
1300000-1799999	0	0	0	15
	0.00	0.00	0.00	0.14
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
1800000-7999999	0	0	0	7
	0.00	0.00	0.00	0.06
	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	
Total	500	137	105	10809
	4.63	1.27	0.97	100.00

Frequency Missing = 399

The SAS System 484
16:07 Monday, April 14, 2008

The MEANS Procedure

Analysis Variable : brindk2 Bruttoindkomst

N	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum
10809	239458.89	168478.62	-575421.00	7839093.00

Bilag 9: Simple udregning af koncentrationskurver og koncentrationsindex

Til denne beskrivelse skal nævnes: Den er lavet på baggrund af brug af excel, med individdata, og at alle indberetningerne for selvvurderet helbred benyttes.

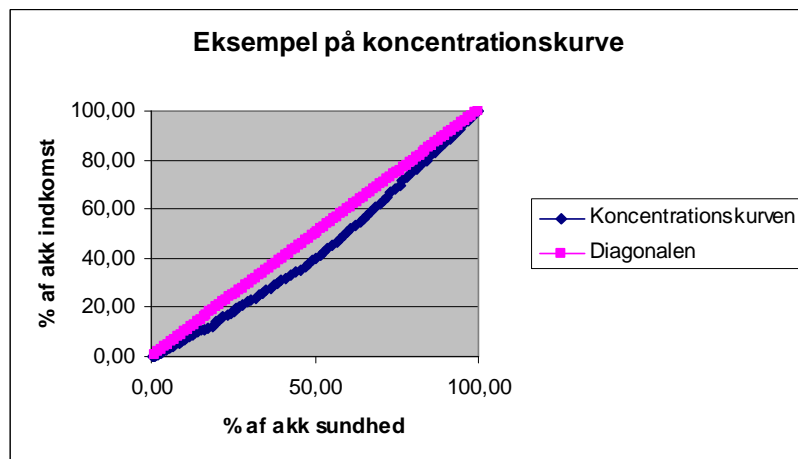
Tegning af koncentrationskurven

- 1) Data sorteres efter størrelse, startende med den laveste indkomst først. Nu er der 1 kolonne med indkomst og 1 kolonne med dertilhørende selvvurderet helbred.
- 2) Regn total indkomstmasse ud nederst i indkomst-kolonnen
- 3) Lav en ny kolonne, der udregner den enkeltes andel af den samlede indkomstmasse $(\text{indkomst}/\text{samlet indkomstmasse}) \cdot 100 = \% \text{ af samlet indkomstmasse}$
- 4) Det samme foretages ved selvvurderet helbred. Bedst selvvurderet helbred sættes til højeste score. Der udregnes nu den enkeltes andel af den samlede sundhed $(\text{selvvurderet helbred}/\text{total selvvurderet helbred}) \cdot 100 = \% \text{ af total selvvurderet helbred}$
- 5) Nu laves endnu en kolonne med akkumuleret % af samlet indkomstmasse dvs. i første celle skrives første værdi, anden celle første værdi + anden værdi og så fremdeles. Denne formel kopieres ned, således at sidste celle antager en værdi på 100%
- 6) Nu laves endnu en kolonne med akkumuleret % af total selvvurderet helbred dvs. i første celle skrives første værdi, anden celle første værdi + anden værdi og så fremdeles. Denne formel kopieres ned, således at sidste celle antager en værdi på 100%.

Nu er der i alt 6 kolonner:

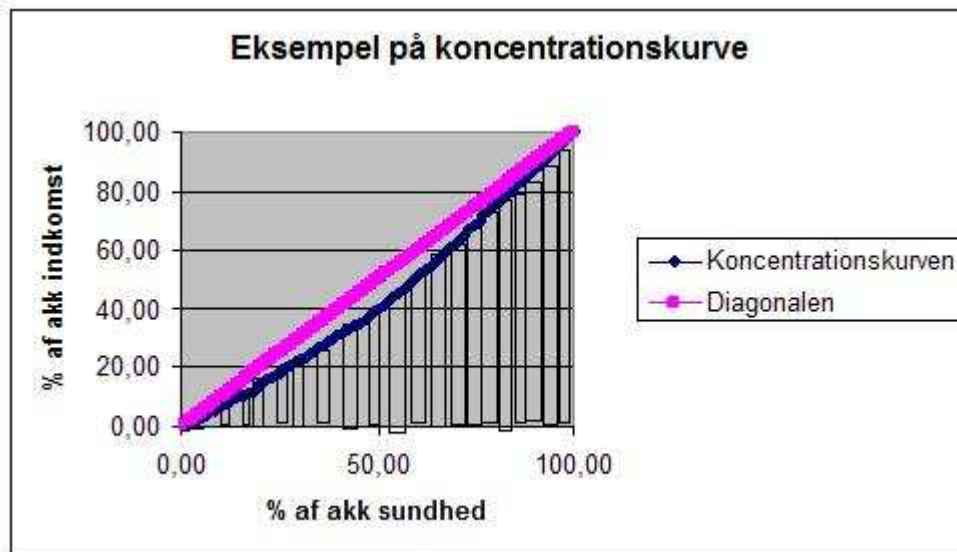
Indkomst	Selvvurderet helbred	% af samlet indkomst	% af total sundhed	Akk % af samlet indkomst	Akk % af total sundhed

- 7) Koncentrationskurven fås nu ved at lave et X/Y-plot med akk % af samlet indkomst op af y-aksen og Akk % af total sundhed ud af x-aksen –eller omvendt.
- 8) For at plote en diagonal ind laves 2 kolonner, som begge antager sammen værdi (1,1), (2,2) osv. Denne plottes også ind som X/Y-plot.



Udregning af koncentrationsindeks

For at regne koncentrationsindekset ud, skal arealet mellem diagonalen og koncentrationskurven regnes ud. Man kan som vist i specialet lave en regression – i Excel ”add a trendline”- i forsøget på at finde en ligning for koncentrationskurven og tage integralet mellem diagonalen og koncentrationskurven. Her gennemgås en anden metode, som ville være omtrent ligeså nøjagtig. Der er selvfølgelig usikkerheder ved begge metoder.



Arealet regnes ud ved at regne arealet under koncentrationskurven ud. Dette arealet ses som værende summen af mange rektangler, hvor bredden er observationens ”% af total sundhed” og højden observationens ”akk % af samlet indkomst”.

Summen af disse rektangler trækkes fra værdien af arealet under diagonalen, som er 5000 (halvdelen af arealet i hele diagrammet, som er 100 gange 100 = 10000).

Dette areal udregnes således:

- 1) Der laves en ny kolonne ”koncentrations-koefficient” som er ”% af total sundhed” gange med ”akk % af samlet indkomst”. Summen af denne kolonne er arealet under koncentrationskurven.
- 2) 5000 - summen af kolonnen ”koncentrations-koefficient” er det absolutte koncentrations-koefficient. I eksemplet her = 559,79
- 3) Koncentrationsindekset fås herefter ved gange arealet med 2 og at regne ud hvor stor en del af hele arealet dette udgør. Dvs $2 * 559,79 / 10000 = 11 \%$

Bilag 10: Udregninger til Lorenzkurve for Region Nordjylland.

SEG i kr	antal i kategorien	antal SVH 1'ere og 2'ere	% i syge i SEG	% i SEG af hele populationen	% i SEG af alle syge	akk % af alle syge	akk % af hele populationen
75000	615	39	6,341483415	5,889703025	6,12244898	6,122449	5,68970303
77500	60	9	15	0,555092978	1,412872841	7,5353218	6,244796
82500	216	32	14,86372093	1,989083171	5,023547881	12,55887	8,23387917
87500	137	14	10,2189781	1,2674623	2,197802198	14,756672	9,50134147
92500	152	15	9,868421053	1,406235544	2,354788069	17,11146	10,907577
97500	144	18	12,5	1,332223147	2,825745683	19,937206	12,2398002
102500	129	20	15,50387597	1,193449903	3,139717425	23,076923	13,4332501
107500	83	7	8,43373494	0,76787862	1,098901099	24,175824	14,2011287
112500	141	17	12,05673759	1,304468498	2,668759812	26,844564	15,5056972
117500	173	19	10,98265896	1,600518087	2,982731554	29,827316	17,1061153
122500	144	21	14,58333333	1,332223147	3,296703297	33,124019	18,4383384
127500	121	11	9,090909091	1,119437506	1,726844584	34,850863	19,5577759
132500	139	16	11,51079137	1,26965399	2,51177394	37,362637	20,8437413
137500	238	20	8,403361345	2,201888813	3,139717425	40,502355	23,0456101
142500	117	14	11,96581197	1,082431307	2,197802198	42,700157	24,1280414
147500	170	14	8,235294118	1,572763438	2,197802198	44,897959	25,7008049
152500	207	14	6,763285024	1,915070774	2,197802198	47,095761	27,8158757
157500	140	17	12,14285714	1,295216949	2,668759812	49,784521	28,9110926
162500	190	9	4,736842105	1,757794431	1,412872841	51,177394	30,668887
167500	190	24	12,63157896	1,757794431	3,767660911	54,945055	32,4266815
172500	137	14	10,2189781	1,2674623	2,197802198	57,142857	33,8941438
177500	154	13	8,441558442	1,424738644	2,040816327	59,183673	35,1188824
182500	167	12	7,185628743	1,545008789	1,883830455	61,067504	36,6638912
187500	173	13	7,514450867	1,600518087	2,040816327	63,10832	38,2644093
192500	171	10	5,847953216	1,582014988	1,569858713	64,878179	39,8464243
197500	144	9	6,25	1,332223147	1,412872841	66,091052	41,1786474
202500	157	7	4,458598726	1,452493293	1,098901099	67,189953	42,6311407
207500	168	10	5,952380952	1,554260339	1,569858713	68,759812	44,1854011
212500	197	11	5,583758345	1,822555278	1,726844584	70,486666	46,0079563
217500	194	7	3,608247423	1,794800629	1,098901099	71,585557	47,802757
222500	181	18	9,944751381	1,674530484	2,825745683	74,411303	49,4772874
227500	226	8	3,539823009	2,090850217	1,25588697	75,86719	51,5681377

SEG i kr	antal i kategorien	antal SVH 1'ere og 2'ere	% i syge i SEG	% i SEG af hele populationen	% i SEG af alle syge	akk % af alle syge	akk % af hele populationen
232500	231	12	5,194805195	2,137107966	1,883830455	77,55102	53,7052456
237500	222	9	4,054054054	2,053844019	1,412872841	78,963893	55,7590896
242500	230	13	5,652173913	2,127856416	2,040816327	81,00471	57,8699461
247500	200	7	3,5	1,850309927	1,098901099	82,103611	59,737256
252500	195	9	4,615384615	1,804052179	1,412872841	83,516484	61,5413082
257500	190	8	4,210526316	1,757794431	1,25588697	84,772737	63,2991026
262500	175	3	1,714285714	1,819021186	0,470957614	85,243328	64,9181238
267500	174	6	3,448275862	1,809789636	0,941915228	86,185243	66,5278934
272500	159	5	3,144854088	1,470996392	0,784929356	86,970173	67,9988898
277500	188	3	1,595744681	1,739291331	0,470957614	87,44113	69,7381811
282500	168	4	2,380952381	1,554260339	0,827943485	88,089074	71,2924415
287500	165	5	3,03030303	1,52650569	0,784929356	88,854003	72,8189472
292500	153	5	3,267973866	1,415487094	0,784929356	89,638932	74,2344343
297500	140	6	4,285714286	1,295216949	0,941915228	90,580848	75,5296512
302500	151	5	3,311258278	1,396983995	0,784929356	91,365777	76,9266352
307500	145	3	2,068965517	1,341474697	0,470957614	91,836735	78,2681099
312500	125	5	4	1,156443704	0,784929356	92,621664	79,4245536
317500	111	4	3,603603604	1,026922009	0,827943485	93,249608	80,4514756
322500	113	5	4,424778761	1,045425109	0,784929356	94,034537	81,4969007
327500	110	0	0	1,01767046	0	94,034537	82,5145712
332500	104	5	4,807892308	0,962181162	0,784929356	94,819466	83,4767324
337500	93	0	0	0,860394116	0	94,819466	84,3371265
342500	80	4	5	0,740123971	0,827943485	95,44741	85,0772504
347500	88	2	2,272727273	0,814136368	0,313971743	95,761381	85,8913868
352500	95	3	3,157894737	0,878997215	0,470957614	96,232339	86,770284
357500	75	0	0	0,893866223	0	96,232339	87,4641502
362500	76	3	3,947368421	0,703117772	0,470957614	96,703297	88,167268
367500	67	2	2,985074627	0,819953826	0,313971743	97,017268	88,7871218
372500	70	0	0	0,847808474	0	97,017268	89,4347303
377500	59	1	1,694915254	0,545841428	0,156985871	97,174254	89,9805717
382500	58	0	0	0,536589879	0	97,174254	90,5171616
387500	46	0	0	0,425571283	0	97,174254	90,9427329
392500	40	1	2,5	0,370061985	0,156985871	97,33124	91,3127949
397500	46	2	4,347826087	0,425571283	0,313971743	97,645212	91,7383662
402500	36	2	5,555555556	0,333055787	0,313971743	97,959184	92,071422

SEG i kr	antal i kategorien	antal SVH 1'ere og 2'ere	% i syge i SEG	% i SEG af hele populationen	% i SEG af alle syge	akk % af alle syge	akk % af hele populationen
407500	41	0	0	0,379313535	0	97,959184	92,4507355
412500	33	0	0	0,305301138	0	97,959184	92,7560366
417500	31	0	0	0,286798039	0	97,959184	93,0428347
422500	27	1	3,703703704	0,24979184	0,156985871	98,11617	93,2926285
427500	30	0	0	0,277548489	0	98,11617	93,570173
432500	26	0	0	0,24054029	0	98,11617	93,8107133
437500	22	0	0	0,203534092	0	98,11617	94,0142474
442500	23	0	0	0,212785642	0	98,11617	94,227033
447500	28	2	7,142857143	0,25904339	0,313971743	98,430141	94,4880764
452500	32	0	0	0,296049588	0	98,430141	94,782126
457500	17	0	0	0,157276344	0	98,430141	94,9394023
462500	19	0	0	0,175779443	0	98,430141	95,1151816
467500	22	0	0	0,203534092	0	98,430141	95,3187159
472500	21	0	0	0,194282542	0	98,430141	95,5129994
477500	23	1	4,347826087	0,212785642	0,156985871	98,587127	95,7257841
482500	18	1	5,555555556	0,166527893	0,156985871	98,744113	95,892312
487500	17	0	0	0,157276344	0	98,744113	96,0495883
492500	16	0	0	0,148024794	0	98,744113	96,1976131
497500	17	0	0	0,157276344	0	98,744113	96,3548894
502500	10	0	0	0,092515496	0	98,744113	96,4474049
507500	13	0	0	0,120270145	0	98,744113	96,5676751
512500	10	0	0	0,092515496	0	98,744113	96,6601906
517500	13	1	7,692307692	0,120270145	0,156985871	98,901099	96,7804607
522500	15	0	0	0,138773245	0	98,901099	96,919234
527500	10	0	0	0,092515496	0	98,901099	97,0117495
532500	9	0	0	0,083263947	0	98,901099	97,0950134
537500	13	1	7,692307692	0,120270145	0,156985871	99,058085	97,2152836
542500	6	0	0	0,055509298	0	99,058085	97,2707929
547500	9	0	0	0,083263947	0	99,058085	97,3540568
552500	8	0	0	0,074012397	0	99,058085	97,4280692
557500	12	0	0	0,111018596	0	99,058085	97,5390878
562500	12	1	8,333333333	0,111018596	0,156985871	99,215071	97,6501084
567500	9	0	0	0,083263947	0	99,215071	97,7333703
575000	10	0	0	0,092515496	0	99,215071	97,8258858
582500	7	0	0	0,064780847	0	99,215071	97,8906487

SEG i kr	antal i kategorien	antal SVH 1'ere og 2'ere	% i syge i SEG	% i SEG af hele populationen	% i SEG af alle syge	akk % af alle syge	akk % af hele populationen
587500	6	0	0	0,055509298	0	99,215071	97,946156
595000	11	0	0	0,101767046	0	99,215071	98,047923
625000	43	0	0	0,397818634	0	99,215071	98,4457397
675000	34	2	5,882352941	0,314552688	0,313971743	99,529042	98,7602923
725000	25	1	4	0,231288741	0,156985871	99,686028	98,9915811
775000	17	1	5,882352941	0,157276344	0,156985871	99,843014	99,1488574
825000	16	0	0	0,148024794	0	99,843014	99,2968822
890000	76	1	1,315789474	0,703117772	0,156985871	100	100
	10809	637					