

Speciale

Socioøkonomisk ulighed i kvaliteten af akutbehandling

Navn: Juliane Frydenlund
Studie nr.: 20155157

Vejleder: Claus D. Hansen

Antal anslag: 129.102

Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, 10. semester, Aalborg Universitet 2020
Specialesamarbejde med Dansk Center for Klinisk Sundhedstjenesteforskning (DACS)



<https://www.beredskabsinfo.dk/brandvaesen/taget-foerste-spadestik-til-danmarks-stoerste-vagtcentral/>

Tak

til DACS for at være behjælpelig med adgang til registerdata. Tak til Søren Paaske Johnsen som har været tilkøbet om sekundær vejleder. Også tak til Julie Mackenhauer som med altid godt humør har været behjælpelig med viden om akutbehandling, data-materiale og lign. Tak til alle på DACS for faglig sparring og et lærerigt arbejdsmiljø.

Summery

Aim: The aim of this study is to investigate if SES is associated with low quality performance in the prehospital area and to explain this association by sociological theory.

Methods: The study will be conducted as nationwide registry-based cohort studies. The cohorts consist two groups of patients 1) those who call 1-1-2 from 2016-2017 and are terminated by telephone, 2) those who are terminated by injury site. A Poisson regression is used to measure the association.

Results: In statistical analysis, I have found that there is a correlation between the SES and the quality of the emergency treatment for the indicators that measure whether the patient calls again < 24 hours of telephone completion. The study also shows that there is no correlation when looking at whether the patient is hospitalized within seven days of being telephonically terminated and being terminated at the injury site.

Conclusion: Based on a theoretical analysis, it is concluded that the socioeconomic inequality in the quality of emergency care for patients terminated by telephone can be explained by the fact that some patients have better Health Literacy than others. It is explained through the theory of Health Literacy that patient groups with long education are better at explaining their symptoms, as well as being better to understand the information they receive. This theoretical explanation is framed by the Fundamental Cause Theory, which links SES and health together and the action theory Relative Risk Aversion that contributes to an understanding of how the individual makes decisions.

Indholdsfortegnelse

1 Problemfelt	6
1.1 Akutbehandling og kvalitet	11
2 Eksisterende forskning	14
3 Teori	16
3.1 Relative Risk Aversion	16
3.2 Fundamental Cause Theory	19
3.3 Health Literacy	22
3.4 Teoridiskussion	26
4 Metode	29
4.1 Design	29
4.1.1 Eksklusionskriterier	29
4.2 Operationalisering	32
Den afhængige variabel	32
4.2.1 Indikator A	32
4.2.2 Indikator B	32
4.2.3 Indikator C	33
4.3 Den uafhængige variabel	33
4.3.1 Uddannelse	34
4.3.2 Indkomst	35
4.3.3 Arbejdsmarkedstilknytning	36
4.4 Kontrolvariable	37
4.5 Analysestrategi	39
5 Resultater	40
5.1 Beskrivende tabel	40
5.2 Statistiske analyser	43
5.2.1 Hændelser der afsluttes telefonisk	43
5.2.2 Hændelser der afsluttes på skadesstedet	47
5.3 Diskussion	48
6 Teoretisk Analyse	50
6.1 Health Literacy	50
6.2 Fundamental Cause Theory	52
6.3 Relative Risk Aversion	54
6.4 Socioøkonomi	56

7 Konklusion	58
8 Perspektivering	59
9 Litteraturliste	60
10 Bilag	65

1 Problemfelt

Udviklingen i middellevetid har siden 1970'erne været svagere i Danmark end i andre OECD-lande, mens uligheden i dødelighed i samme periode er vokset. Denne udvikling har bl.a. betydet, at forskellen i middellevetid mellem højeste og laveste indkomstkvarter blev øget fra 5,5 år til 9,9 år for mænd og fra 5,3 til 6,2 år for kvinder i perioden 1987-2009 (Didrichsen et al. 2011).

I Danmark er der socioøkonomisk ulighed inden for sundhed, hvilket bl.a. kommer til udtryk inden for flere forskellige sygdomme (Groot & Maassen van den Brink 2007, Hyldgård et al 2019). Her kan det fx være uddannelsesniveaut, der adskiller grupper af patienter ift., hvor syge de er. Spørgsmålet er, om det er de socioøkonomiske faktorer, der gør, at man bliver syg, eller om det er sygdom, der gør, at man har en lav socioøkonomisk status. Opdeler man befolkningen i forskellige socioøkonomiske grupper, kan man se, at der er forskellig sundhedsadfærd blandt dem. Egenomsorg og måden at forstå sin egen sygdom på er forskellig blandt socioøkonomiske grupper, fx er der blandt personer med lav indkomst et stort antal rygere, selvom det er dyrt, og det samtidig er et område, hvor der foretages store tiltag for at informere om sygdomsrisici (Pampel et al 2010).

I 2005 nedsatte WHO en kommission, der havde til formål at kortlægge sociale determinanter ift. sundhed, hvilket resulterede i, at WHO i 2009 kom med en målsætning om at reducere ulighed i sundhed ved at handle ud fra viden om sociale determinanter ift. sundhed. Dette viser, at social ulighed i sundhed er et globalt problem. På baggrund af WHO's opfordring om at handle på denne ulighed udgav Sundhedsstyrelsen i 2011 en rapport, der fremstillede de danske forhold ift. ulighed i sundhed. I denne rapport fremgår det bl.a., at der i Danmark er ulighed i dødelighed, og at denne ulighed er næsten fordoblet inden for de seneste 20 år. Der er mange årsager, som bidrager til uligheden i sundhed. De sidste årtiers medicinsk og samfundsvidenskabelig forskning indikerer, at væsentlige dele af uligheden har rødder i systemiske forhold, som ligger uden for sundhedsvæsenets kontrol inklusiv økonomiske, sociale og kulturelle forhold. Det er vanskeligt at adressere disse forhold, som i mange tilfælde nedarves gennem generationer, da det involverer arbejdsmarkeds-, social-, bolig- og familiepolitiske indsatser. Der er derfor brug for konkrete individrettede indsatser, som kan bidrage til at reducere den sociale ulighed i sundhed (Didrichsen et al. 2011).

Der er dermed nogle ydre faktorer, der gør sig gældende i forhold til de omgivelser og levevis det enkelte menneske begår sig i, og som påvirker hvor sunde eller usunde, forskellige dele af befolkningen er. I bekendtgørelsen af sundhedsloven står der i §2, at loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på (...) at opfylde behovet for let og lige adgang til sundhedsvæsenet

(Sundhedsloven). Det er problematisk for det danske samfund og sundhedsvæsen, at Danmark på trods af en relativt høj grad af økonomisk lighed og et principielt let tilgængeligt sundhedsvæsen med lige adgang for alle alligevel har haft en voksende ulighed i dødelighed.

Der har inden for forskellige sundhedsområder været forsket i, hvordan patienters socioøkonomiske forskelle kan have en indvirkning på den behandling, de modtager på hospitalet (Hyldgård et al 2019; van Ryn 2000; Pinn 2003). Mødet mellem patienter med forskellig social baggrund og sundhedsvæsenet kan altså være præget af kommunikative udfordringer. Det moderne sundhedsvæsen er en effektiv og strømlinet organisation, hvis funktion forudsætter, at patienterne deltager og kommunikerer, forholder sig til information og aktivt vælger mellem tilbud. Kommunikationen med patienterne omfatter typisk skriftligt materiale, hvilket kan udgøre en væsentlig barriere for patienter, som ikke har gode læsefærdigheder. Det er endvidere velkendt at kommunikation mellem forskellige sociale grupper kan afspejle forskellige erfaringer, kulturer og forståelser, hvilket i sig selv kan vanskeliggøre kommunikationen. I rapporten fra Sundhedsstyrelsen 2011 ses der på samspillet mellem bruger og sundhedstjeneste som en forhandling, hvor brugeren kommer med sine tidligere erfaringer, forventninger og viden om sygdommen og behandlinger. På den anden side er der sundhedsvæsenet, som er bygget op omkring en idealpatient, der forstår systemerne i sundhedsvæsenet og de rettigheder, som en patient har. I dette samspil spiller patienternes uddannelse, sociale status, sproglige evner mm. en betydelig rolle (Didrichsen et al. 2011: 113).

I interaktionen mellem patient og læge viser studier, at læger i høj grad inddrager eksempelvis demografisk information om patienterne til at vurdere bl.a. kognitive færdigheder hos patienten (Lutfey et al: 2008). Beslutningsprocessen hos lægen påvirkes af andre faktorer end de fysiske symptomer, som patienten giver udtryk for. Dette er undersøgt inden for forskellige områder af det sundhedsfaglige område, hvor man har set på optagelser af patient-læge-konsultationer (Feldman et al, 1997; Heritge & Maynard, 2006). Dette er på trods af, at det er en integreret del af selvforståelsen hos personalet i det danske sundhedsvæsen, at patienter skal behandles ens, hvilket kommer til udtryk i lægeløftets angivelse af ”... at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden personsanseelse...” (Lægeløftet læger.dk).



I 2019 fremsendte Statsrevisorerne en beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene. Beretningen bygger på en undersøgelse, som Rigsrevisionen har taget initiativ til, og har til formål, at vurdere om Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har gjort nok for at opnå viden ift. ikke-begrundende forskelle i behandlingen på sygehusene.

Beretningen omhandler kvaliteten af behandling samt ikke-begrundede forskelle på behandlinger inden for sygdomsområderne: hjertesvigt, KOL, slagtilfælde og hoftenære lårbensbrud. Disse sygdomsområder er udvalgt fordi, man har registeret på dem længe, og det vurderes derfor, at andelen af fejlregistreringer er lav. Samtidig er det sygdomsområder, der behandles på størstedelen af syghusene i de fem regioner, og der er mange patienter inden for disse sygdomme. Undersøgelsen er bl.a. lavet på baggrund af data fra Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP). Data fra RKKP viser, om pleje, behandling og behandlingsresultater lever op til de evidensbaserede kvalitetsmål og standarder. Kvalitetsindikatorerne er evidensbaserede og har til formål at sikre en høj kvalitet af behandling på baggrund af den bedst mulige faglige viden inden for området til alle patienter uanset, hvilken baggrund de har. Med data fra RKKP kan man opnå viden om, hvorvidt der er variation imellem hospitaler og regioner mht. pleje, behandlinger og behandlingsresultat. Ifølge undersøgelsen har man ikke ud fra RKKP-data undersøgt, om patienter med samme sygdom modtager den samme behandling, hvis de har forskellig baggrund (Statsrevisorerne 2019: 1, 5).

Dertil gøres der i undersøgelsen opmærksom på, at forskellig behandling af patienter med samme sygdom ikke nødvendigvis er et problem så længe, det er faglig vurderet. To patienter med samme sygdom kan altså modtage to forskellige behandlinger, og det vil stadig være den bedst mulige behandling for dem begge. Problemet opstår, når der ubevidst gives forskellige behandlinger til patienter med den samme sygdom, og der derfor opstår ikke-begrundede forskelle (Statsrevisorerne 2019: 2).

Sammen med RKKP-data har man anvendt registerdata for at afdække, om der er ikke-begrundede forskelle i behandlingen på baggrund af patienternes baggrund. Endvidere er det undersøgt, om disse ikke-begrundede forskelle påvirker patienternes efterfølgende risiko for akut genindlæggelse og død. Nedenstående figur 1 er fra undersøgelsen og viser den bedst og værst stillede patient inden for de fire sygdomsområder.

Figur 1: Samlede karakteristika for de bedst og værst stillede patienter i perioden 2007-2016

	Hjertesvigt	KOL	Slagtilfælde	Hoftenære lårbensbrud
Bedst stillede patienter 	Mand*	Mand	Mand	Kvinde
	45-64 år	Uklart billede af alder*	45-64 år	75-85 år
	Beskæftiget	Uden for arbejdsstyrken*	Beskæftiget	Uden for arbejdsstyrken*
	Uddannet højere end grundskolen	Kun gennemført grundskolen	Uddannet højere end grundskolen	Kun gennemført grundskolen*
	Høj husstandsindkomst	Uklart billede af husstandsindkomst	Høj husstandsindkomst	Uklart billede af husstandsindkomst*
	Samboende	Samboende	Samboende*	Enlig*
	Uklart billede af hjertesygdomme	Uklart billede af konkurrerende sygdomme	Ingen konkurrerende sygdomme	Uklart billede af konkurrerende sygdomme
Moderat hjertesvigt ved indlæggelse	Sværhedsgraden af KOL ved indlæggelse er uklar	Mild apopleksi (slagtilfælde) ved indlæggelse	Sværhedsgraden af hoftenært lårbensbrud ved indlæggelse er uklar	
Værst stillede patient 	Mand*	Kvinde	Kvinde	Mand
	Over 75 år	Uklart billede af alder*	75-85 år	Over 85 år
	Uden for arbejdsstyrken	Uden for arbejdsstyrken*	Uden for arbejdsstyrken	Uden for arbejdsstyrken
	Kun gennemført grundskolen	Uddannet højere end grundskolen	Kun gennemført grundskolen	Kun gennemført grundskolen*
	Lav husstandsindkomst	Høj husstandsindkomst	Lav husstandsindkomst	Uklart billede af husstandsindkomst*
	Enlig	Enlig	Samboende*	Enlig*
	Svær konkurrerende sygdom	Svær konkurrerende sygdom	Svær konkurrerende sygdom	Svær konkurrerende sygdom
Svært hjertesvigt ved indlæggelse	Svær KOL ved indlæggelse	Sværhedsgraden af apopleksi ved indlæggelse er uklar	Svært hoftenært lårbensbrud ved indlæggelse	

*Viser sammenfaldende karakteristika for de bedst og værst stillede patienter inden for sygdomsområdet. Registeranalyse udført for Rigsrevisionen (Statsrevisorerne 2019: 24)

I undersøgelsen pointeres det, at der skal tages forbehold for resultaterne om KOL grundet mangelfuld registrering. Resultaterne af undersøgelsen viser, at de værst stillede patienter fik opfyldt samtlige relevante procesindikatorer¹ i mindre grad end de bedst stillede patienter. Dertil viser

¹ En procesindikator er en målbar variabel, der anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten af en given proces i form af en behandlingsydelse (Statsrevisorerne 2019: 2).

resultaterne, at der i perioden 2007-2016 ikke er sket nogen reduktion af forskellene, men at de derimod er øget inden for hjertesvigt og hoftenære lårbensbrud. Størstedelen af forskelle i genindlæggelse og død skyldes omstændigheder, der ikke har noget med sygehusets behandling at gøre, men der er en statistisk sammenhæng mellem forskelle i opfyldelsen af samtlige relevante procesindikatorer og risiko for genindlæggelse og død. Dette indikerer, at effekten af forskellene potentielt kan have en betydning for de værst stillede patienters risiko for genindlæggelse og død. Undersøgelsen viser endvidere, at en væsentlig andel af patienter ikke fik opfyldt samtlige relevante procesindikatorer (Statsrevisorerne 2011: 3).

Det er interessant at se nærmere på tilgængeligheden og kvaliteten af forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering, og spørgsmålet er, om sundhedsvæsenets indsats medvirker til at reducere den sociale ulighed i sundhed eller, om sundhedsvæsenet i stedet understøtter og måske ligefrem forøger uligheden. Ift. hjerteproblemer har en række danske og internationale studier indikeret, at der forekommer social ulighed i den behandling, som patienter med hjertesygdom modtager. Studier har således rapporteret om social ulighed både i relation til invasiv og medicinsk behandling såvel som rehabilitering, hvor patienter med lav indkomst har nedsat sandsynlighed for at starte forebyggende medicin efter blodprop i hjertet (Hanley 2011, Thomsen 2005, Ohlsson 2016).

Undersøgelserne nævnt i dette afsnit er eksempler på, hvordan kvaliteten af behandling kan være forskellig ud fra patientens socioøkonomiske status. Det er interessant at se nærmere på et sundhedsfagligt område, hvor behandlerne ikke på forhånd kender til patientens socioøkonomiske baggrund, og på baggrund af dette undersøge sammenhængen mellem socioøkonomisk baggrund og kvaliteten af behandlingen. Dette gør sig gældende inden for akutbehandling. Akutbehandling omhandler samtidig symptomer, der skal håndteres akut og altså ikke kan vente. Netop akutbehandling er interessant ift. kvaliteten af behandling og socioøkonomisk status (SES), fordi det er situationer, hvor personer har akut brug for hjælp, og hvor de oplever, at der ikke er andet, der kan hjælpe dem. Socioøkonomisk position bør ikke spille en rolle inden for sundhedsvæsenet, men i særlig grad bør det ikke spille ind i akutte situationer, hvor det forventes, at man kan få hjælp uafhængigt af uddannelsesniveau, indkomst og arbejdsmarkedstilknytning. Det er en forståelse i og af det danske sundhedsvæsen, at man altid kan få hjælp uanset, hvem man er, og hvilken social baggrund man kommer fra. Ud fra eksisterende forskning om forskellen i kvalitet inden for sundhedsområdet, er det interessant at undersøge, om det også inden for det akutte område gør sig gældende, at der er kvalitetsmæssig forskel på de sociale grupper.

Dertil er ulighed i kvalitet inden for netop akutområdet ikke noget, der er forsket særlig meget i, og derfor er det relevant, at bidrage med viden inden for dette område. Samfundsmæssigt er det tilmed

væsentligt, fordi forskellen i akutbehandling kan føre til større sociale forskelle i sundhed end der ellers ville have været, og på den måde vil sundhedsvæsnets selv være med til at påvirke, det enkelte individs sundhed samt uligheden i sundhed.

1.1 Akutbehandling og kvalitet

Den præhospitale sektor er en del af sundhedsvæsnets og består af flere indsatser, der udgør tidlig diagnostik og behandling ved akutte tilstande. Når man ringer 1-1-2 går opkaldet, afhængigt af hvilken region der er ansvarlig for systemet, til Politiets Alarmcentral eller Københavns Brandvæsen. Herfra sendes opkald omkring sygdom eller tilskadekomst videre til Akut Medicinsk Koordinerings vagtcenter (AMK-vagtcentral). Hos AMK vurderes hastegraden af ulykken/hovedsymptomet, efter om det er hastegrad A, B, C, D, E/F.

A: muligt livs- eller førlighedstruende tilstande – ambulance med udrykning

B: hurtigt til mindre alvorlige, men hastende tilstande – ambulance

C: ikke hastende – ambulance

D: ikke hastende – liggende befordring

E/F: ikke behov for ambulance eller lign. befordring

Denne vurdering laves på baggrund af 'Dansk Indeks for Akuthjælp', som er en vejledning til det sundhedsfaglige personale, der i AMK-vagtcentralen modtager 1-1-2-opkaldene, om hvilke forskellige symptomer, der tilhører de forskellige hastegrader, og hvad man kan sige til dem, der ringer. Lignende indeks anvendes også i de resterende nordiske lande. Hastegraden registreres elektronisk, og en teknisk køreledningsdisponent udvælger og alarmerer elektronisk hvilke indsatsenheder, der skal sendes til skadesstedet, altså hvorvidt der skal tilsendes ambulance, akutbil, akutlægebil og/eller akutlægeheli-kopter. Indsatsenhederne har til formål at behandle patienter på stedet samt under transporten til hospitalet. Det kan dog også være, at der færdigbehandles på stedet og patienten ikke bliver bragt til hospitalet (Christensen & Nielsen 2020: 9).

Ift. dataindsamling er det præhospitale område udfordret af at skulle sammenkoble et hændelsesforløb. For det første er det ikke altid at patientens identitet kendes. For det andet anvendes der inden for det præhospitale område tre begreber, der er centrale ift. håndteringen af et akut forløb foregår. Det første er *hændelser*, som er de enkelte 1-1-2-opkald. Hver gang nogen ringer 1-1-2, vil der være en ny hændelse. Det andet er *opgaver*. En opgave er en kørsel, hvor en ambulance eller anden enhed rykker ud, såfremt en hændelse kræver både en ambulance og en akutlægebil vil én hændelse være

koblet med to opgaver. Det tredje begreb er *patient*. Ved én hændelse kan der både være én eller flere patienter, og det kan også være, at patienten har forladt skadesstedet, og der derfor ikke er nogen patient til hændelsen. De opkald, der kommer til AMK-vagtcentralen, registreres som en *hændelse*, men det er ikke alle hændelser, der får tildelt en ambulance, nogle afsluttes telefonisk med et råd eller en henvisning til egen læge eller lægevagten. Disse hændelser har altså ikke nogen opgaver tilkøbet (Christensen & Nielsen 2020: 9).

Kvaliteten af behandling måles af RKKP, hvor der er opstillet en række indikatorer inden for akutbehandling, der menes at have betydning ift. kvaliteten af behandlingen. Disse kvalitetsindikatorer er bl.a. tiden, fra opkaldet registreres, til ambulancen er på skadesstedet andelen af registrering af CPR-numre ift. hvert enkelt opkald og andelen, der ringer igen inden for 24 timer efter, de er afsluttet telefonisk. I dette speciale udgøres populationen af de hændelser, der blev afsluttet telefonisk samt de hændelser, hvor en ambulance kørte ud til skadesstedet, men hvor patienten blev færdigbehandlet på skadesstedet og ikke bragt til hospitalet (se nærmere beskrive af indikatorer under metodeafsnittet). Ift. disse hændelser er der opstillet en række kvalitetsindikatorer, som er udvalgt på baggrund af RKKP, hvor en styregruppe med faglig ekspertise (primært læger) har udvalgt de indikatorer, der er sigende for kvaliteten af akutbehandling (Christen og Nielsen 2020).

Ligesom der inden for andre områder af Sundhedsvæsnet er social ulighed, viser undersøgelser, at det samme gør sig gældende inden for akutbehandling. I en undersøgelse lavet på baggrund af ambulanceudrykninger i Region Nordjylland viser resultaterne, at patienter med hyppig brug af ambulancer er kendetegnet ved at være omkring 60 år, der er lidt flere mænd end kvinder, og symptomerne er oftest vejrtrækningsproblemer, kramper, bryst smerter og alkoholmisbrug (Søvsø et al 2019). En canadisk undersøgelse viser, at patienter, der er hyppige brugere af ambulancer, ofte oplever ensomhed, og at de har svært ved at få pengene til at række måneden ud (Agarwal et al 2019). Endvidere fordeler de brugere af akutbehandling sig ulige ift. SES. 10 % af akutpatienterne står uden for arbejdsmarkedet, næsten en tredjedel tilhører den laveste 25 % andel ift. indkomst, og over en tredjedel har mindre end ti års uddannelse (Søvsø et al. 2020). Disse undersøgelser viser, at der kan være nogle bestemte grupper i samfundet med nogle bestemte socioøkonomiske kendetegn, der opsøger akutbehandling.

Ud fra et sociologisk perspektiv er kvaliteten af akutbehandling interessant at undersøge, fordi sundhedsvæsnet som udgangspunkt bør være lige for alle. Det akutte område bør i særlig grad håndtere borgere uden forudantagelser lavet på baggrund af SES. Dermed lyder min problemformulering for denne undersøgelse:

Hvorfor er det social ulighed i kvaliteten af akutbehandling, og hvordan kan man forstå den?

Med denne problemformulering antages det, at der vil være en socioøkonomisk ulighed i kvaliteten af akutbehandling, ligesom eksisterende forskning viser inden for andre områder af sundhedsvæsenet. Statistiske undersøgelser skal afdække, hvordan sammenhængen mellem socioøkonomiske faktorer og kvaliteten af akutbehandling inden for de udvalgte kvalitetsindikatorer ser ud. Efterfølgende vil jeg med relevant teori besvare problemformuleringen med afsæt i de statistiske analyser.

2 Eksisterende forskning

Der er ikke foretaget studier af sammenhængen mellem SES og kvaliteten af akutbehandling, og jeg har derfor opstillet de studier, der tilnærmelsesvis omhandler elementer af problemstillingen. Der præsenteres to videnskabelige artikler. Den første er et litteratur review og omhandler borgere, der ofte ringer 1-1-2, og hvad der karakteriserer disse borgere. Det andet studie omhandler efterfølgende overlevelse og helbredsrelateret kvalitet af patienter på traumecenter.

Frequent Callers to and Users of Emergency Medical Systems: a Systematic Review

Scott, J.; Strickland A.P.; Warner K.; ml.f. Emerg Med J, 2014

Begrundelsen for at udføre dette studie er, at der er mangel på undersøgelser, der ser på egenskaber og påvirkning af hyppige brugere af akutmedicinske tjenester (AMT). Målet med litteraturgennemgangen er at gennemgå den aktuelle primære forskning på området samt at identificere ikke-afdækkede områder af området i litteraturen. For at lave denne litteraturgennemgang er publikationer fra Ovid, PubMed og CINAHL/Medline systematisk gennemgået. Der er søgt efter artikler, der er blevet offentliggjort på engelsk og som enten har henvist til personer, der ringer ofte eller hyppige brugere af AMT samt henvisninger til hyppige brugere af sundhedstjenester, hvor indlæggelser foregik via ambulance. Undersøgelserne blev inkluderet uanset kvalitet.

Man fandt frem til 18 undersøgelser, hvor ti var baseret på alarmafdeling, syv i AMT og én i en psykiatrisk akuttjeneste. Undersøgelser fra akutafdelingen viste, at hyppige brugere oftere ankom med ambulance ift. ikke-hyppige brugere. I AMT var mellem 0,2 % og 23 % af patienter hyppige brugere, der stod for 1,4 % til 40 % af al ambulancebrug. To studier undersøgte interventioner for borgere, der ringede, her var resultaterne forskellige.

Det er ud fra denne litteraturgennemgang ukendt i hvilken udstrækning borgere, der ofte ringer, påvirker AMT-ressourcerne. De mener også, at manglen på undersøgelse identificeret i denne gennemgang antyder, at der er behov for yderligere forskning.

Long-Term Survival and Health-Related Quality of Life 6 to 9 Years After Trauma

Overgaard, M.; Hoyer, C. Christensen, C. The Journal of Trauma, 2011

Begrundelsen for studiet er, at traumecentre har forbedret kortvarig overlevelse af de alvorligt sårede, men at viden om langtidsresultater er begrænset. Undersøgelsen har til formål at vurdere patienterne 6-9 år efter moderat svær skade mht. overlevelse, sundhedsrelateret livskvalitet og beskæftigelsesstatus. Patienter, der blev indlagt på Aarhus Niveau I Traumecenter i 1998 til 2000, i alderen 15 år eller

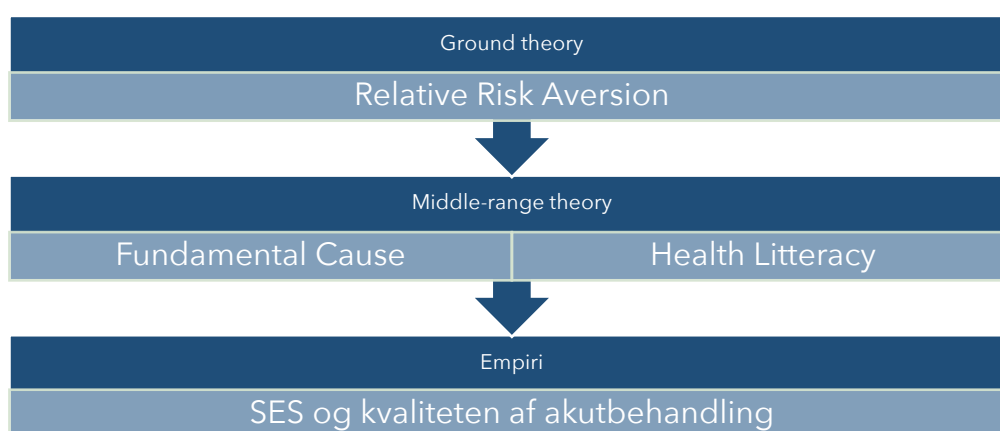
mere, med en skadesgrad (ISS) 9, blev inkluderet. Man har undersøgt overlevelse via Det Danske Centrale Personregister. Sundhedsrelateret livskvalitet blev undersøgt med spørgeskema til de tilskadedekomne samt en kontrolgruppe. 320 patienter blev inkluderet. Overlevelse på hospitalet var 85 % og efter en median på 7,3 år var overlevelsen på 78 %. Sundhedsrelateret livskvalitet var lavere i patientgruppen ift. kontrolgruppen. 52 % af de tilskadedekomne vendte tilbage til arbejdsmarkedet, og 20 % var på førtidspension.

Ovenstående studier viser ikke direkte sammenhængen mellem SES og kvaliteten af akutbehandling. Litteraturgennemgangen af Scott m.fl. har jeg inddraget for at vise, at det i relation til artiklerne af Søvsø og Agarwal (jf. 1 Problemfelt, s. 12) er relevant at undersøge ulighed inden for akutbehandling, fordi der i forvejen eksisterer socioøkonomisk ulighed inden for området. Artiklen af Overgaard m.fl. har jeg valgt at inddrage, da den forholder sig til kvalitetsindikatorer for akutbehandling. Den har dog ikke det socioøkonomiske aspekt med.

3 Teori

Som grundlæggende teori til denne undersøgelse anvendes teori om *Rational Risk Aversion* (RRA) udarbejdet af den britiske sociolog, John Goldthorpe (f. 1935). Denne teori anvendes til at forstå de grundlæggende mekanismer, der gør sig gældende ift. forståelsen af, hvordan individer træffer beslutninger. For at skabe bindeled mellem denne overordnede handlingsteori og genstandsfeltet anvendes middle-range teorien *Fundamental Cause Theory* og begrebet *Health Literacy*.

Teorier og begreber vil neden for blive præsenteret, og det vil blive beskrevet, hvordan de hver især supplerer hinanden ift. undersøgelsen af socioøkonomisk ulighed i kvaliteten af akutbehandling.



Figur 2: Niveauintdeling af teorierne i denne undersøgelse, og hvordan de bygger oven på hinanden.

3.1 Relative Risk Aversion

Relative Risk Aversion (RRA) er et perspektiv, der omhandler, hvordan man skal forstå aktørens handlinger og risikovillighed. Sociologen John Goldthorpe opstiller en række teoretiske aspekter af denne teori, som alle har til hensigt at teoretisere forståelsen af individets måde at træffe beslutninger på. Grundlæggende har teorien fokus på, at individet træffer beslutninger relativt ift. den viden og de følelser, der gør sig gældende i den givne situation. Dertil spiller risikovillighed også ind, og denne risikovillighed kan være determineret af den baggrund, individet har. På denne måde vil der være en række forskellige elementer, der spiller ind på den beslutning, individet tager ift., hvordan han eller hun agerer. RRA er derfor en måde at forstå, hvad der ligger til grund for en bestemt adfærd (Goldthorpe 1998).

Goldthorpe har udgivet en tekst omkring uddannelse, ulighed og RRA, hvor han skriver, at man vælger uddannelse ud fra, at den ikke må være lavere end den ens forældre har. Hvis ens forældre fx har en mellemlang videregående uddannelse, så vil man som minimum selv vælge en mellemlang

videregående uddannelse. Man kan også bestræbe sig på at vælge en længere, men det vil være tilfredsstillende at bevare status quo. Dertil vil der være nogle samfundsmæssige tendenser, der også spiller ind i valget om uddannelse (Breen & Goldthorpe 1997). Det samme perspektiv kan man overføre til sygdom og sundhed ved, at man som individ er tilfreds med sin sundhed og sit helbred på baggrund af, at det er lige så godt eller bedre end den sygdom- og sundhedskontekst, der gjorde sig gældende i det hjem, man voksede op i. Hvis man fx er opvokset med daglig motion og sund kost, så vil man som minimum efterleve dette i sit voksenliv. RRA er altså en forståelse af, at der i vores handlinger altid kan spores noget rationelt funderet.

Hvert individ har altså en særlig overbevisning eller forståelse af, hvordan verden hænger sammen, og hvordan de skal handle ud fra deres sygdomsrelaterede oplevelser. Dog pointerer Goldthorpe, at individets overbevisning eller rationale ikke altid kan defineres konkret af individet, da alle handlinger ikke nødvendigvis er opstået af en klar overbevisning, men at man godt kan være uinformeret, ukritisk eller tage fejl af situationen. Dertil finder individet ikke altid den handling, der stemmer mest overens med deres overbevisning. Habituel handling og impulser er også styrende for handlinger. Dertil kan overbevisningen og viden om, hvordan man opnår sit mål i nogle tilfælde ikke være nok, for det kræver også, at der er en vilje til at opfylde sine målsætninger. Der er altså psykologiske faktorer, der også spiller ind på individets handlinger, men RRA kan bruges som en overordnet forståelse til at forstå handlinger, og hvorfor de opstår og derved ikke kun se handlinger som ren adfærd.

RRA skal altså bruges som et analytisk redskab til at forstå, hvad der ligger bag de handlinger, individet foretager sig, og RRA giver derved ikke et fuldentet analytisk svar på problemstillingen i denne undersøgelse, men bruges til at forstå, hvad der ligger bag den formentlige kvalitetsforskel, der er ift. socioøkonomi i akutbehandlingen. Set i forhold til sygdom og sundhed kan teorien om RRA ses ud fra den måde, individet lever på – tør man leve risikofyldt med rygning, usund kost og ingen motion, eller gør man det modsatte for at mindske risikoen for livstilssygdomme. Dertil er spørgsmålet om, hvorfor man ikke ændrer livsstil, når man er klar over, de konsekvenser eksempelvis rygning har. RRA har en begrænset forklaringskraft, da den beskæftiger sig med den overordnede forståelse for handling, men sat i relation til kvantitative statistikker kan man finde frem til et fænomen, der reelt eksisterer (Goldthorpe 1996: 118).

RRA skal altså i en sundhedssociologisk kontekst forstås ud fra, at den viden og de oplevelser, et individ har omkring en given beslutning, vil påvirke det valg, han eller hun foretager i samspil med psykologiske faktorer. Derved lægger teorien om RRA sig inden for den sociologiske teoretiske retning omkring handlingsteorier. Overordnet set kan man altså sige, at RRA til dels har et element af rational choice teori, hvor den beslutning, man tager, tages på baggrund af, hvad der er mest

nyttmaksimerende, og et element af en bourdieusk tilgang, hvor det, man har med hjemmefra, er sigende for ens videre livsforhold.

RRA kan ses om en praktisk syllogisme, som ikke har til hensigt at forklare specifikke individers handlinger, placering og/eller sammenhænge, men skal derimod anvendes som en bred forståelse af aktørens handling, således at der opstår en slags logik for, hvordan individer handler. Her er analysen af den situationelle logik relevant, da nogle handlinger umiddelbart kan virke irrationelle, men når man dykker ned i den kontekst, de er betinget af, så vil de fremstå logiske. Dette kan være ift. de kulturelle normer, individet er underlagt (Goldthorpe 1998: 172). Det er altså ikke en teori, der bruges til at forstå det enkelte menneske, eller til at forstå sig på en meget specifik situation. Med RRA skal man ikke kunne forklare hele sammenhænge i detaljer, men derimod bruge den til at finde elementer, der går igen altså at finde handlingsmønstre, der gentages. RRA har til formål at sige noget om, hvad der er til fælles i givne situationer og dermed den underliggende logik og ikke nødvendigvis beskrive den specifikke hændelse. Derved kan RRA være med til at forklare den grundlæggende logik for en handling (Goldthorpe 1996: 114).

Ud fra RRA vil individet til dels handle ud fra relationer mellem målsætninger samt overbevisning, som er rationelt forbundet til den handling, individet udfører. I henhold til denne undersøgelse om akutbehandling inddrages RRA til at forstå, hvorfor nogle ringer 1-1-2 igen efter telefonisk afslutning (eller undlader at gøre det) ud fra den en rationel fundering, samt den kontekst de befinder sig i. Eksempelvis vil borgeren, der har flere sygdomme formentlig vurdere, om der skal ringes 1-1-2 igen efter telefonisk afslutning ud fra en anden kontekst end en sund og rask person. På denne måde vurderer individet situationen og handler ud fra en rationel overvejelse om, hvad der er det mest hensigtsmæssige at foretage sig. Dette kan eksempelvis være, at en person, der ringer 1-1-2 igen efter at være telefonisk afsluttet første gang, vurderer, at man skal ringe efter en ambulance igen, man oplever, at det råd, man har, ikke stemmer overens med den generelle sundhedsforståelse, man som patient har.

Der er svært at finde undersøgelser om netop risikovillighed og akutbehandling, men inden for andre sundhedsområder er der lavet nogle få undersøgelser, der måler på, hvordan risikovillighed og helbred hænger sammen. En meta-undersøgelse af Brewer et al. (2007) bygger på vacciner, da dette er forholdsvis let at måle og simpelt at relatere til risikovillighed. Her finder de, at der er en sammenhæng mellem risikovillighed og vaccineadfærd, således at dem, der ikke er risikovillige, får en vaccine. En undersøgelse om influenzavacciner i lavindkomst urbane områder viser, at de personer, der lever der, har en overbevisning om, at vaccinen ikke gavner dem (Zimmerman et al. 2003). Denne

overbevisning er givet vis kommet ud fra den kontekst de lever i, hvor ”systemet”, der nu siger, at de skal have vaccination, ikke altid er villig til at hjælpe dem i andre situationer, og derfor har ”systemet” ikke den samme slagkraft, som den vil have i andre befolkningsgrupper. Det er tilmed en forståelse af, at de valg, man træffer, bygger på den kultur, man lever i og den samfundsmæssige struktur.

Disse studier viser altså, at RRA kan ses i relation til sygdom- og sundhedsadfærd, men for yderligere at konkretisere forståelsen af SES og kvaliteten af akutbehandling sættes teorien om RRA i samspil med teorien om Fundamental Causes og Health Literacy.

3.2 Fundamental Cause Theory

Bruce G. Link (f. 1949), som både er sociolog og epidemiolog, og sociologen Jo Phelan (f. 1953) har sammen udviklet teorien om *Fundamental Causes*, som omhandler de socioøkonomiske faktorer, der spiller ind på sundhed og sygdom. Teorien blev udarbejdet i midt-halvfemserne og er siden hen blevet suppleret ud fra nyere undersøgelse. For at supplere den ovenstående handlingsteori inddrages teorien om Fundamental Causes (FC), da den lægger sig op ad den teoretiske retning omkring handlingsteori, og hvad der ligger til grund for de valg vi træffer, idet den har fokus på de ressourcer individet har til rådighed ift. at træffe beslutning og ift. måden at agere på. Dertil har FC-teorien også en direkte kobling til sygdom og sundhed, hvilket RRA ikke har. Teorien er et af de mest anvendte teoretiske rammer til at forstå social ulighed inden for sundhed og hjælper med, at generalisere og prædikere ud over det tilgængelige datamateriale (Glymour et al. 2014: 19).

Link og Phelan pointerer, at sociale faktorer i mange undersøgelser af socialepidemiologer og sygdom- og sundhedssociologer bliver set som bias eller som en faktor, der skal justeres for. De socioøkonomiske forhold bliver derved set som en mediator for en række andre mekanismer, der gør, at sundhed og sygdom påvirkes, men ifølge Link og Phelan er de socioøkonomiske faktorer så sigende, at de kan stå alene som en direkte påvirkning af sygdom og sundhed. De argumenterer derfor for, at socioøkonomiske faktorer i sig selv kan have en direkte årsag på sygdom og sundhed hos et individ. Link og Phelan kommer tilmed ind på, at der i den vestlige kultur er en grundlæggende opfattelse af, at individet selv har ansvaret for sin skæbne, og ud fra dette perspektiv bliver det irrelevant at inddrage de socioøkonomiske forhold som en direkte årsag til sygdom og dårligt helbred. På denne måde styrker moderne epidemiologi og kulturelle værdier opmærksomheden på individuelt baserede risikofaktorer og væk fra sociale forhold som årsager til sygdom. Dette kan føre til årsagssammenhænge, som ikke er tilstrækkelige eller til underestimation i form af manglende inddragelse af sociale faktorer (Link & Phelan 1995).

I relation til akutbehandling er det altså ud fra FC-teorien relevant at anvende socioøkonomiske faktorer som uafhængige variable ift. udfaldet i stedet for at lade de socioøkonomiske faktorer være en mediator eller en kontrolvariabel for en given sammenhæng. På denne måde bliver ressourcer altså mediatorer, fordi disse ressourcer udspringer af de socioøkonomiske faktorer, som så påvirker udfaldet. Ressourcerne er bundet op på den kontekst, individet indgår i, og kan ses som 'årsagen til årsagen' eller 'risiko af risici' ud fra, at ressourcerne former individets sundhedsadfærd ud fra den viden, og adgang de har til sundhedsforstærkende eller sundhedsforebyggende adfærd. Det er gennem ressourcer som viden, penge, magt, prestige og fordelagtige sociale relationer, at individet i en hvilken som helst given situation vil være bedre stillet. Et fleksibel brug af disse ressourcer gør, at socioøkonomiske faktorer reproducerer sig selv over tid. Hvis man har en lang videregående uddannelse og derfor tjener penge nok til at bo et sted med en god skole og naboer, der også har en lang videregående uddannelse, så vil ens netværk også komme til at bestå af personer med en lang videregående uddannelse og derved af personer med ressourcer, som man også vil kunne benytte sig af. På denne måde vil de socioøkonomiske aspekter reproducere sig selv, og ift. sundhed vil man ud fra sine ressourcer være bedre i stand til først og fremmest at undgå sygdom og i givet fald være bedre til at håndtere sygdom, såfremt den opstår (Phelan et al. 2010: 29).

Dette er altså tydeligt argument for netop at undersøge de socioøkonomiske forskelle inden for sundhedsområdet. På denne måde kan socioøkonomiske faktorer ses som grundlæggende årsager eller som *fundamental causes* til sygdom, fordi de er adgangsgivende til vigtige ressourcer og påvirker flere sygdomsresultater gennem forskellige mekanismer. Dertil opretholder de socioøkonomiske faktorer en sammenhæng med sygdom, også selvom omstændighederne for sygdom ændrer sig. På den måde kan FC bidrage til at forstå, hvorfor de socioøkonomiske faktorer er sigende for en evt. forskel i akutbehandlingen (Link & Phelan 1995).

Det primære i FC-teorien er, at SES påvirker flere sygdomsresultater og derved ikke kun lægger sig til specifikke sygdomme eller sundhedsmæssige problemer. Sygdomsresultaterne påvirkes af flere risikofaktorer, og SES er adgangsgivende til ressourcer, der gør, at man undgår risici eller minimerer konsekvenserne af sygdom, såfremt den opstår. Dertil reproduceres forbindelsen mellem FC og helbred over tid via udskiftning af mellemliggende mekanismer (Phelan et al. 2010: 29).

Når sammenhængen mellem SES og kvaliteten af akutbehandling skal undersøges, anvendes FC altså som en forståelse af, hvordan de socioøkonomiske faktorer spiller ind på sundhed. På den måde kobler FC SES med sundhed, men FC omhandler altså ikke direkte kvaliteten fra sundsvæsnet, og den måde hvorpå sundhedsvæsnets rolle er ift. sundhed. Derfor bidrager FC med en forståelse af,

hvad det er der går forud for det at ringe 1-1-2. Altså hvilke ressourcer individet at trække på idet han eller hun henvender sig til AMK-vagtcentralen.

For at arbejde med de socioøkonomiske risikofaktorer pointerer Link og Phelan, at det er vigtigt at kontekstualisere de socioøkonomiske variable, således at man er fuldstændig klar over, hvordan de socioøkonomiske variable udspiller sig, og så teorien omkring dem er tydeliggjorte, så argumentationen for at se dem som kausale ift. sygdom er relevant. Man skal kontekstualisere for at forstå hvilke grupper, der udsættes for den bestemte påvirkning for på den måde at opnå en større forståelse for, hvor man efterfølgende kan gribe ind og for at opnå en større forståelse for hvilke påvirkninger, der betyder mere eller mindre for forskellige befolkningsgrupper (Link & Phelan 1995).

I henhold til akutbehandling vil man altså kunne forstå FC ud fra, at de socioøkonomiske velstillede har bedre og flere ressourcer og dermed en bedre forståelse af, hvordan de skal anvende akuttelefonen. Link og Phelan inddrager et eksempel ift. screening for kræft. Her viser undersøgelser, at det oftest er personer med høj SES, der bliver screenet for kræft, hvilket forklares med, at de gennem deres ressourcer kan opnå adgang til screening. Dette kan givet vis gøre sig gældende ift. akutbehandling. Ud fra FC- teoretisering af sundhed kan man opnå en forståelse af, at personer socioøkonomisk velstillede vil være bedre til at få adgang til en bedre kvalitet i behandling, og ud fra en kontekstforståelse opnå viden om, hvilke parametre der spiller ind ift. akutbehandling.

FC kan sættes i relation til RRA ved, at de begge beskæftiger sig med rationalitet og den handling, individet foretager sig. Hvor RRA bidrager til en overordnet forståelse af handling, bidrager FC-teorien med at sætte handling i relation til sundhedsadfærd samt de socioøkonomiske parametre, som jeg har til formål at undersøge. RRA beskriver, hvordan aktøren eksempelvis træffer en rationel beslutning forud for sin handling, og FC bidrager med en forståelse af, at det er ud fra de ressourcer, som er socioøkonomisk betinget, at man er i stand til at træffe de bedst mulige beslutninger for sin sundhed, samt at ydre faktorer gør sig gældende, og at de socioøkonomiske ressourcer reproduceres. Disse to teorier bidrager med en forståelse for individets handlinger ud fra en sundhedsmæssig kontekst. RRA giver en forståelse for, hvad der påvirker de valg, individet træffer, og FC sætter disse valg i en sundhedsmæssig kontekst ved en forståelse af, at ressourcer til dels knyttes individet, men også er betinget af det samfund, individet lever i. På denne måde er der med RRA og FC skabt en forståelse for de ting, der ligger forud for det at ringe 1-1-2 samt de valg, individet træffer, når han eller hun interagerer med akutpersonalet. Men for opnå en forståelse den del, der omhandler kvaliteten af akutbehandling og derved den del, der kobler individet med sundhedsvæsenet, inddrages begrebet Health Literacy.

3.3 Health Literacy

I de udviklede lande gennem 1960'erne og 1970'erne begynder man at informere omkring ikke-overførbare sygdomme, som er grundet livsstil. Der blev opstillet kampagner for at informere omkring livsstilssygdomme, men der var ikke nødvendigvis fokus på kommunikationen reelt kunne føre til adfærdsændringer. Dertil havde kampagnerne ikke fokus på, at der var sociale og økonomiske forskelle på de personer, informationen havde til hensigt at nå ud til, og mange af kampagnerne nåede primært kun ud til de højt uddannede og dem med høj indkomst. Derved opstod en antagelse om, at det primært er personer med høj indkomst og uddannelse, der påvirkes af informationskampagner, da de har læsefærdigheder, personlige færdigheder og økonomisk formåen til at modtage og respondere på informationen omkring sygdom og sundhed (Nutbeam 2006: 260).

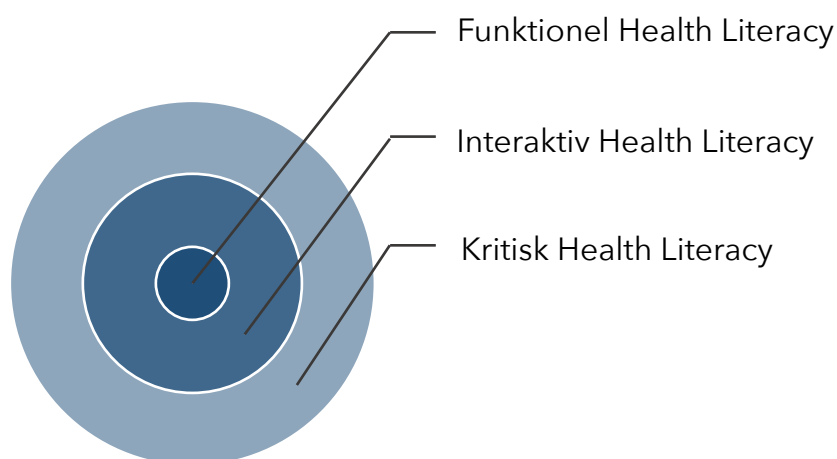
En kortfattet definition af Health Literacy (HL) er hvorvidt ens læse- og skrivefærdigheder rækker til, at man er i stand til at forstå den information, der står på recepter og medicinmærker, og om man kan forstå de anbefalinger, man modtager fra sundhedspersonale (Parker et al. 1995). Men Health Literacy kan også ses som et komplekst begreb, der rummer flere definitioner og anvendes både på mikro- og makroniveau i form af individuelt orienterede kampagner og sundhedspolitiske områder. Gennem det seneste 20. århundrede har der været øget fokus på at reducere sygdom og øge sundheden i befolkningen i de udviklede lande, men analyser viser fortsat, at der er væsentlige socioøkonomiske forskelle ift. hvilke socioøkonomiske grupper, der er mest syge. Nutbeam pointer, at de socioøkonomiske forskelle er lette at observere og forstå, men de er derimod svære at ændre på (Nutbeam 2006: 260).

Health Literacy relaterer sig til ens evne til at forstå og forholde sig til information om sundhed og til at navigere og interagere med sundhedsvæsenet samt evnen til at opretholde en sund livsstil (Pleasant & Kuruvilla 2008), WHO's definition af HL lyder:

Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and living conditions. Thus, health literacy means more than being able to read pamphlets and make appointments. By improving people's access to health information, and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment. Health literacy is itself dependent upon more general levels of literacy. Poor literacy can affect people's health directly by limiting their personal, social and cultural development, as well as hindering the development of health literacy (WHO 1998: 10).

Begrebet dækker altså over flere elementer, men handler primært om den mulighed, individet har for at tilegne sig sundhed. Health Literacy kan direkte oversættes til 'sundhedskompetence'. I denne undersøgelse bruges den engelske titel, da sundhedskompetence ifølge Sundhedsstyrelsens notat fra 2009 om Health Literacy ikke er lige så nøjagtigt dækkende som den engelske betegnelse (Madsen et al. 2009: 5-6). Begrebet Health Literacy anvendes særligt i USA, Australien og Canada hvorfor flere undersøgelser tager udgangspunkt i disse lande. Individets kompetence til at forstå og navigere i sundhedssystemet har ifølge flere undersøgelser indflydelse på individets sundhedstilstand (Rootman & Gordon-El-Bihbey 2008 og Nutbeam & Kickbusch 2000).

Health Literacy kan inddeles i tre dimensioner, som hver er niveauer, der beskriver ens evne til at navigere i en sundhedsfaglig kontekst (Nutbeam 2006: 1). De tre niveauer af HL bygger oven på hinanden, således at et givent niveau også indeholder det/de lavere niveauer.



Figur 3: Figuren viser, hvordan de tre niveauer af Health Literacy bygger oven på hinanden og inkluderer hinanden.

Det grundlæggende og mest basale niveau inden for Health Literacy beskriver Nutbeam som *Funktiønel Health Literacy*. Dette niveau berkriver de grundlæggende færdigheder, en patient skal have for at forstå de informationer, der mundtligt og skriftligt kommer fra sundhedssystemet samt en basal viden om sundhed og sundhedsvæsnets opbygning (Nutbeam 2000 og Kickbusch 2001).

I relation til akutbehandling kan dette niveau af HL ses i forhold til hvorvidt personer, der ringer 1-1-2 har en grundlæggende forståelse for deres egen sundhed, samt hvorvidt det overhovedet er væsentligt at ringe 1-1-2 ud fra deres symptomer. Hvis en person ringer 1-1-2 og har svært ved at tolke de spørgsmål, der stilles fra AMK-vagtcentralen og har svært ved at beskrive sine symptomer, kan dette føre til en behandling, der ikke er den mest optimale for patienten. Ud fra det laveste niveau af

HL kan kvaliteten af behandling afhænge af, om patienten, der ringer 1-1-2, har forstået hvilke situationer, der kræver akutbehandling.

På niveauet over Funktionel Health Literacy beskriver Nutbeam *Interaktiv Health Literacy*, hvor individet ikke kun skal kunne håndtere information i samspillet mellem læge og patient, men også skal kunne inddrage viden om sundhed i det daglige liv. Det kan være den information, man tilgår fra medier. Denne viden skal man sammen med den viden, man har fra lægen, sortere og vurdere ud fra og bygger altså ovenpå den basale viden, man har om sundhedssystemet. Interaktiv HL er dermed kendetegnet ved, at man i højere grad har kognitive færdigheder, der gør, at man aktivt kan kommunikere om sundhed, og at man kan sammenholde information fra forskellige sundhedsmyndigheder samt fravælge fejlagtige sundhedsforklaringer. Her kan man ligesom ved det basale niveau også forstå sig på, hvad der skal til for, at man bliver rask, men man har her i højere grad en større viden og kompetence ift. at holde sig sund og rask og derved undgå sygdom (Nutbeam 2006: 264).

Her vil borgeren, der ringer 1-1-2 være oplyst omkring, hvornår det er nødvendigt at ringe 1-1-2, og vil være i stand til at sammenholde den information, han eller hun får af AMK-personale med information, man eksempelvis har googlet sig frem til.

Det mest avancerede niveau inden for HL, *Kritisk Health Literacy*, kræver, at man er i stand til at forholde sig kritisk over for den information, man får fra sundhedssystemet, og at man kan reflektere og argumentere ud fra den information, man har. Man har tilmed en stor forståelse for, hvor man kan opsøge relevant viden og kan sætte det i spil ud fra egen sygdomsopfattelse. Dette niveau lægger sig op ad begrebet *empowerment*, som skal forstås som evnen til at få kontrol over og tage ansvaret for sit eget liv og sin situation (ordnet.dk og Hvas & Thensen 2002). Dette niveau tilføjer altså en magtdimension i forståelsen af HL, idet individet selv selekterer i den viden, han eller hun får og tilgår (Madsen et al. 2009). Her vil borgeren, der ringer 112 være i stand til at forholde sig kritisk til den information, han eller hun får fra AMK-personalet, fordi borgeren er i stand til at søge kvalificeret viden om symptomerne flere steder fra og holde dem op imod hinanden. Det kunne eksempelvis være sådan, at borgeren, der tilhører dette niveau, får at vide, at der ikke kan sendes en ambulance, men her er i stand til at overbevise AMK-personale om, at de skal ændre deres beslutning ud fra sundhedsfaglige argumenter.

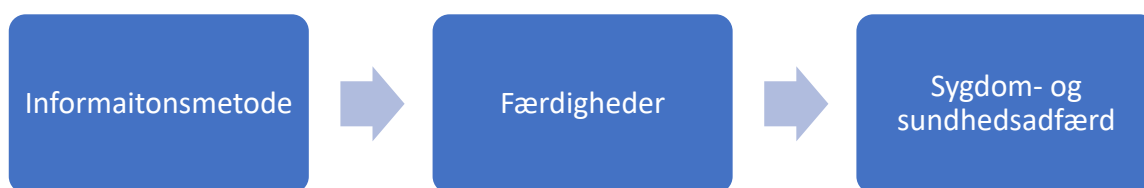
I et systematisk review af en række undersøgelser omkring HL og akutbehandling konkluderes det, at en substantiel andel af patienter i akutbehandling har en begrænset HL, og at den information, der stilles til rådighed, ikke er kvalificeret ift. målgruppen (Herndon et al 2010: 334). I en amerikansk undersøgelse af La Vonne A. Downey m.fl. omhandlende HL ift. akut behandling inden for et urbant område finder de frem til, at alder og uddannelse udgør en signifikant faktor på HL. Undersøgelsen

tager udgangspunkt i et tværsnitsdesign, hvor 536 patienter deltager i en survey-undersøgelse, hvor de får målt deres HL. I undersøgelsen viser det sig også, at ca. 20 % af deltagerne hører under kategorien marginal eller utilstrækkelige HL, og ca. 80 % hører under kategorien tilstrækkelig HL (Downey & Zun 2008).

I en anden undersøgelse hvor formålet er at måle, om der er en sammenhæng mellem køn og patientens tilfredshed med behandlingen i akutmodtagelsen, viser det sig, at kvinder med utilstrækkelig HL er mindre tilfredse med venligheden og respekten af deres læge end de kvinder med tilstrækkelig HL (Derose et al 1998: 218). Begge undersøgelser brugte testen S-TOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults) til at måle niveauet af Health Literacy.

I en tredje undersøgelse om akutpatienter og Health Literacy måles der på akutpatienter i alderen 65 år eller derover, og der deltager i alt 3260 patienter i kohortestudiet. Patienter blev målt fra datoen, hvor de første gang var på akutafdelingen og et år frem for at måle, om de kom igen. Den samme test blev brugt til at måle HL som ved i to andre studier. Undersøgelsens resultater viste, at utilstrækkelig HL ikke var uafhængigt associeret med det gennemsnitlige antal besøg eller tidspunktet for det første besøg, hvilket antyder, at utilstrækkelig HL ikke er en væsentlig hindring for adgang til ambulante sundhedspleje. Dog var der en højere andel af dem med lav HL, der kom igen på akutmodtagelsen inden for et år ift. de to højere niveauer inden for HL. Den høje andel af patienter med lav HL, der kommer to eller flere gange på akutmodtagelsen inde for et år, forklares med, at de ikke har den samme mulighed for at søge egen læge eller andre sundhedstilbud (Barker et al. 2004).

Ifølge Nutbeam er det muligt at forbedre sin HL, og i så fald vil man dermed opnå en større evne til at selv at få kontrol og tage ansvar for sin egen sundhedsstilstand. Dertil vil man opnå viden om sin sundhedsstilstand og være i stand til at fremskaffe relevant viden og handle efter den. Flere undersøgelser viser, at der er en sammenhæng mellem niveauet af HL og socioøkonomiske faktorer, således at hvis man har høj SES, så vil man også have høj grad af HL (Cutilli 2007, Lastrucci 2019, Stormacq 2018, Friis et al. 2016). Det tyder altså på, at hvis ens HL skal stige, så skal man øge sit uddannelsesniveau. Dog skriver Nutbeam om sin teori, at det ikke nødvendigvis er sådan, at høj SES fører direkte til øget HL, men at man kan stige og falde i HL uafhængigt af socioøkonomisk baggrund. Han mener derimod, at for at øge sundheden er det mere væsentligt, hvilken informationsmetode, der anvendes til at kommunikere sygdoms- og sundhedsinformationen, samt hvordan individets færdigheder reagerer på disse metoder, og ud fra dette ændrer adfærd. Men såfremt individet skal øge sin HL, så er det betinget af, at han eller hun har de færdigheder, der skal til for at kunne forstå og handle på den modtagne information (Nutbeam 2006: 264).



Figur 4: Figuren viser sammenhæng mellem informationsmetoder og adfærd.

HL er centralt at inddrage i denne undersøgelse, fordi det kan være med til at forstå, hvorfor personer med lav SES får en dårligere kvalitet i akutbehandlingen. Det vil det ud fra, at personer med lav SES har lavere grad af HL og derfor ikke er lige så gode til at forklare og forstå, hvad det er, de fejler. De kan altså ikke på samme måde som folk, der har høj SES og derfor også højere grad af HL fortolke deres symptomer og på en meningsfuld måde videre give det i telefonen. Dette kan være fordi, de ikke ved, hvornår det er relevant at ringe 1-1-2, og de derfor ringer 1-1-2 ved noget, der ikke er vigtigt nok til akuttelefonen, men det kan også være, at de ikke er i stand til at forklare og forstå alvorlige symptomer og derfor ikke får tilsendt en ambulance på et tidspunkt, hvor det var nødvendigt. Et eksempel kunne være en person, der har ringet 1-1-2 pga. mavesmerter, og som får at vide, at han eller hun skal tage en Panodil, og hvis smerterne ikke er forsvundet dagen efter, skal der tages kontakt til egen læge. Hvis personens HL ikke er tilstrækkeligt til at forklare symptomerne så personalet hos AMK-vagtcentralen forstår dem, kan det føre til, at patienten senere på indlægges, fordi det viste sig, at han eller hun ikke var i stand til at fortælle fx hvor smerte kom fra, og hvordan de føltes. Det kunne tilmed være, at den information personalet fra AMK-vagtcentralen kom med ikke var til at tilstrækkelig ift. de færdigheder patienten havde. I relation til FC vil disse færdigheder være socioøkonomisk betinget, også selvom HL ud fra Nutbeams teori ikke er direkte kausalt forbundet med uddannelsesniveau, vil uddannelsesniveaut stadig spille ind ift. FC og de ressourcer patienten har til rådighed.

3.4 Teoridiskussion

I relation til ovenstående eksempel hvor en person ringer 1-1-2 og fx ikke forstår den information, der bliver givet af personalet fra AMK-vagtcentralen, kan man, som skrevet, forstå det ud fra HL og FC, fordi der skal være kongruens mellem AMK-personalets informationsmetode og personens færdigheder, som er socioøkonomisk betinget. Når personen med mavesmerter tager en beslutning om at ringe 1-1-2 igen inden for 24 timer, så er det ud RRA grundet i, at de ressourcer, der er til rådighed, samt den HL, han eller hun har, skaber den referenceramme, personen har ift. den rationelle tanke, det fx ville være, at mavesmerterne stadig føles meget voldsomme og kan ikke vente til næste dag – derfor ringer personen igen inden for 24 timer.

Link og Phelan skriver, at nøgleressourcer kan anvendes uafhængigt af risici og beskyttende faktorer (Link og Phelan 2010: 29). Dette kan ses i relation til RRA, hvor risikoen vurderes ud fra et rationale. Sammenholdt med FC vil ressourcerne, der er til rådighed, og som afhænger af de socioøkonomiske faktorer være med til at påvirke de beslutninger, individet tager ift. sin sundhed. I henhold til HL, hvor Nutbeam skriver, om de ressourcer individet har til at håndtere sundhedsinformation, vil HL også spille ind på det sundhedsudfald, det enkelte individ oplever. Ud fra RRA vurderer individet altså alle de forskellige risici, der eksempelvis er ved den måde, vi anvender akuttelefonen på, og det er efter individets ressourcer, som er betinget af SES, at individet oplever et bestemt udfald i, hvordan han eller hun håndterer akuttelefonen. Denne håndtering vil derefter påvirke kvaliteten af akutbehandling, fordi en dårlig håndtering formentlig vil gøre det svært at samarbejde med AMK-personale og ambulancefolk, fordi der givet vis ikke kan kommunikeres på lige fod.

Når en patient oplever en dårlig kvalitet i akutbehandling, vil det ud fra et RRA-perspektiv forklares ved, at patienten har truffet nogle beslutninger omkring sit helbred, der først og fremmest har gjort, at han eller hun er blevet syg. Dertil træffes der en beslutning ift., hvornår man ringer 1-1-2. Er det ved de første indledende symptomer, eller er det først, når man absolut ikke ser andre udveje? Ud fra RRA kan man forklare, at individet vil træffe beslutningen ud fra den viden, han eller hun har og den situation, man befinder sig i, og på den måde vil det være den kontekst, der gør sig gældende, i det øjeblik patienten ringer 1-1-2, der har betydning.

Ud fra Fundamental Cause teorien vil kvaliteten af behandling forstås ud fra, at de personer med lav SES ikke har de samme ressourcer som dem med høj SES og derfor vil de ikke være i stand til at handle på deres symptomer. Dette vil føre til, at de ikke får den korrekte behandling og derfor vil opleve dårligere kvalitet.

Personer med lav HL vil ikke kunne forstå det, der gør sig gældende ift. den information, de modtager, når de ringer 1-1-2, eller vil ikke være i stand til at forstå, hvornår det er væsentligt at ringe 1-1-2. Derfor vil graden af HL påvirke kvaliteten af behandlingen.

Disse tre teoretiske forklaringer kan i samspil med hinanden give en forståelse for, hvorfor der givet vis er forskel i behandling på akutafdelingerne alt efter hvilket niveau af socioøkonomi, man har. Den socioøkonomiske faktor er altså en ramme for nogle andre elementer, der sættes i relation til sundhed og sundhedsadfærd, som derved påvirker den kvalitet, man oplever i behandlingen.

Når man ser på den samlede teoretiske forståelse af den socioøkonomiske påvirkning på kvaliteten af akutbehandling hos de patienter, der ringer 1-1-2 og enten afsluttes telefonisk eller afsluttes på

skadesstedet, kan hver af de tre opstillede teorier bidrage med hver deres element til en samlet dybdegående forståelse af ulighed i kvaliteten af behandling. Uden teorien om RRA ville man ikke forstå, hvad der ville lægge til grund for de beslutninger, individet er nødsaget til at træffe. Det er en beslutning at ringe 1-1-2 igen efter en telefonisk afslutning, men det kan også være en beslutning *ikke* at gøre det, fordi man har en grund til at lade være. Og netop denne grund kan forstås gennem FC ved, at individet, der har ringet 1-1-2, til dels træffer sin beslutning ud fra de socioøkonomisk betingede ressourcer, han eller hun har til rådighed. Beslutningen om at ringe igen eller om ikke at ringe igen er samtidig betinget af den viden, individet har, og en del af denne viden vil komme fra AMK-vagtcentralen, som individet har talt med. Uden HL vil man ikke kunne forklare det kommunikationsbrist, der kan opstå mellem individet og AMK-vagtcentralen, fordi HL er en forståelse af at forstå, at kommunikationen omkring sundhed og i dette tilfælde akutbehandling afhænger af en gensidig forståelse af hinanden. Det er altså centralt, at individet forstår det AMK-vagtpersonalet siger, men det er også centralt, at AMK-vagtpersonale forstår, hvad de skal sige ud fra de ressourcer, individet har til rådighed til at træffe vigtige sundhedsrelaterede beslutninger. Og dette er især vigtigt, når man står i en akut situation, fordi konsekvensen af ikke at få hjælp i en akut situation kan være stor. På denne måde er alle tre teorier væsentlige, når man skal forstå socioøkonomisk ulighed i akutbehandling.

4 Metode

I metodeafsnittet beskrives undersøgelsens opbygning, hvilket efterfølges af en detaljeret beskrivelse af de udvalgte variable samt en begrundelse for, hvorfor de er centrale ift. målingen af sammenhængen mellem SES og kvaliteten af akutbehandling. Dette gøres bl.a. for at imødekomme endogenitet (Treiman 2009: 391). Afsnittet afsluttes med en beskrivelse af, hvordan sammenhængen måles, da en grundig beskrivelse af undersøgelsens setup øger reliabiliteten af undersøgelsens resultater.

4.1 Design

Undersøgelsen gennemføres på baggrund af landsdækkende registerdata. Patienter med forskellige grader af SES sammenlignes ift. kvaliteten af akutbehandling baseret på nationale kvalitetsindikatorer. Populationen indeholder alle 1-1-2-opkald til alarmcentralen i perioden 2016-2017 med tilknyttet CPR-nummer, hvilket giver mulighed for at følge patientens hændelser over tid. Derved sikres kausalitetens retning, fordi den afhængige variabel, SES, kommer før den uafhængige variabel, kvalitet, i tid. Dertil sikres generaliserbarheden, da jeg kan måle direkte på min population.

Undersøgelsen tager udgangspunkt i Danmark, der har cirka 5,7 millioner indbyggere. Det danske sundhedsvæsen finansieres primært gennem beskatning, og personer med dansk statsborgerskab og personer med langvarig opholdstilladelse i Danmark har fri adgang til sundhedsydelserne samt delvis refusion af omkostningerne til ordineret medicin.

Hver borger har et unikt ti-cifret nummer (CPR-nummer) og er registreret i Folkeregistreret. Dette giver mulighed for relativ omkostningseffektivt og teknisk let at indsamle utvetydige registreringer på individuelt niveau af danske registre (Mainz et al: 2019).

4.1.1 Eksklusionskriterier

For undersøgelsen gælder nedenstående eksklusionskriterier. Kriterierne er opsat, fordi det er tilfælde, der ville svække validiteten af undersøgelse.

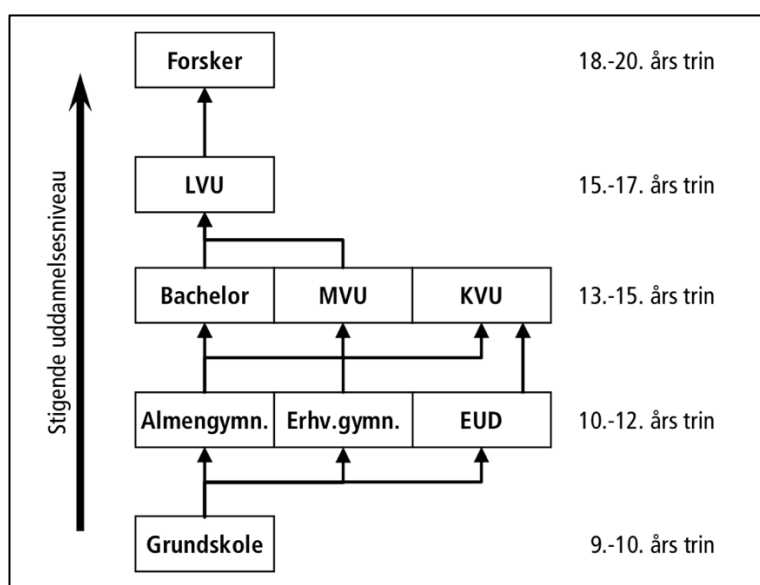
Behandlingsforløb uden registeret CPR-nummer: Ved nogle hændelser er der ikke tilkoblet noget CPR-nummer på patienten, hvilket gør, at det ikke er muligt at følge patientens forløb ift. at se, om patienten ringer igen inden for 24 timer. Endvidere er det med CPR-nummeret, at opkaldet kobles med de socioøkonomiske faktorer og kontrolvariable, så hvis ikke der er registeret et CPR-nummer, vil denne kobling ikke kunne foretages. Ved meget alvorlige akutte situationer kendes CPR-

nummeret ikke til at starte med, men disse tilkobles ofte senere, hvor patienten har været på hospitalet (Christensen & Nielsen 2020: 9).

Hvis patienten ikke har haft bopæl i Danmark inden for de seneste ti år: Dette er et eksklusionskriterie fordi, det ift. de kontrolvariable, jeg ønsker at inddrage i undersøgelsen, ikke bliver muligt at koble dem på CPR-numrene, hvis ikke de har boet i Danmark inden for de sidste ti år. Dette er særligt ift. kontrolvariablen *komorbiditet* (beskrives senere i metodeafsnittet), hvor der justeres for patientens tidligere sygdomsforløb ift. sammenhængen mellem SES og kvaliteten af akutbehandling. Dertil kræves det, at kendskab til borgerens indkomst først er muligt, hvis borgene har boet i Danmark i det år, de ringer samt året før.

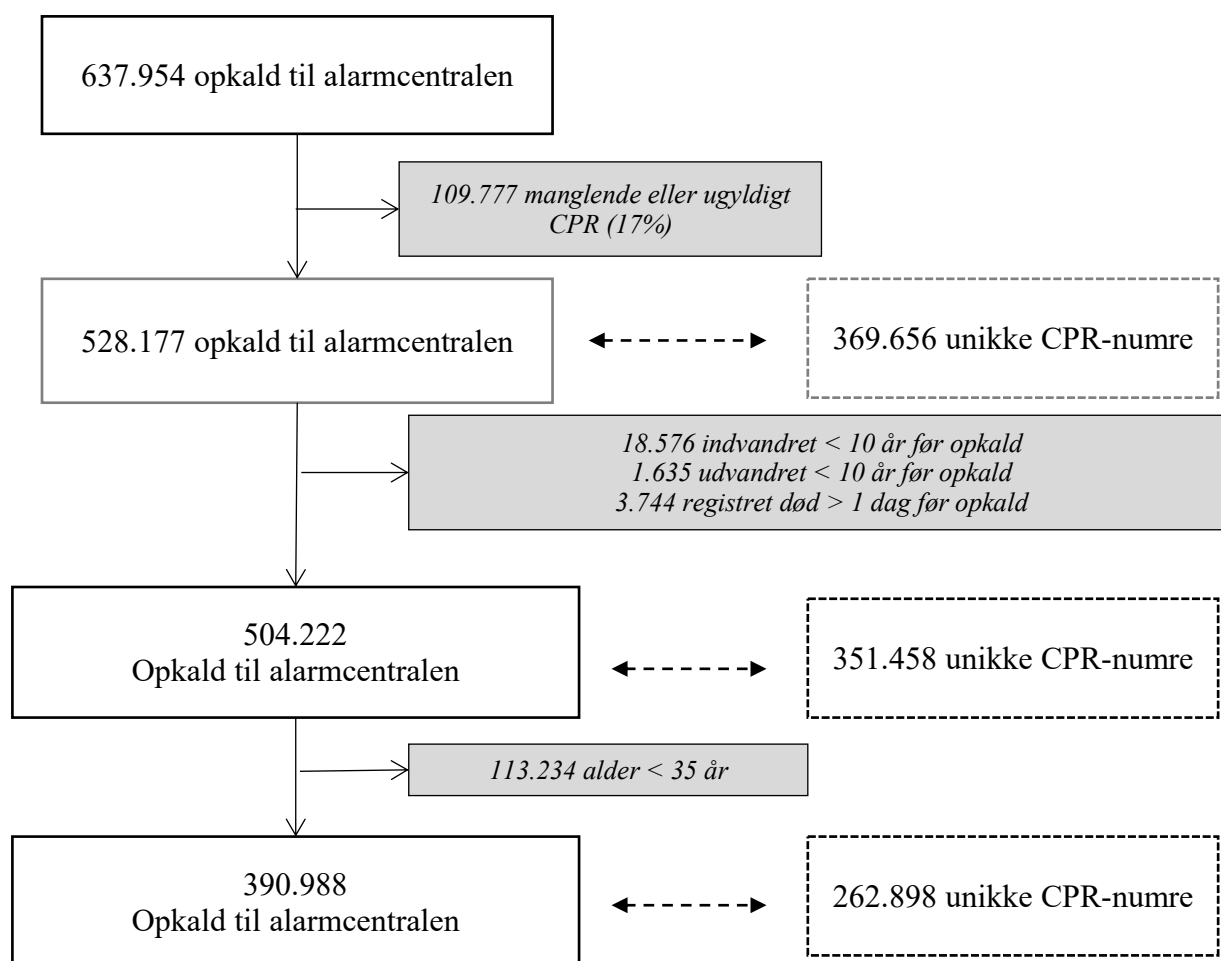
Død > 1 dag før opkaldet: Der er enkelte steder, hvor der i datamaterialet er registreret en hændelse på en patient, som også er registreret død mere end en dag før opkaldet fandt sted. Da dette må skyldes fejl i data, inddrages de ikke i undersøgelsen. Grænsen sættes ved to dage, fordi det kan hænde, at man ringer 1-1-2, fordi man finder en død person. Dette omfatter meget få personer.

Under 35 år: Det sidste eksklusionskriterie omfatter, at individerne i undersøgelsen skal være fyldt 35, idet de ringer 1-1-2. Da undersøgelsen omfatter SES, sættes aldersgrænsen ved 35 år, fordi det her antages, at man i denne alder har nået at færdiggøre den længst mulige uddannelse, der inddrages i undersøgelsen.



Figur 5: Uddannelsesniveau samt hvor mange år det tager at opnå et bestemt uddannelsesniveau (Jacobsen 2004: 8)

Med andre ord, antages det, at ens socioøkonomiske position først er sigende for ens adfærd i denne alder, da man som eksempelvis 20-årig kan have de samme sundhedsrelaterede præferencer som en 35-årig, men at den 20-årige kan være under uddannelse, og det vil derfor føre til et misvisende resultat at inddrage de personer, der er under 35 år gamle. Det kan også være, at man som nyuddannet har en periode, hvor man er arbejdsløs, men inden for kort tid kommer i arbejde, med en løn der er væsentligt højere end dagpengesatsen. For at kunne relatere de teoretiske aspekter, der blev opstillet under teoriafsnittet, er det vigtigt, at de individer, der inddrages i undersøgelsen, også identificeres korrekt ift. de socioøkonomiske faktorer.



Figur 6: Flowchart over de eksklusionskriterier, der gør sig gældende.

Ud fra figur 6 kan man se, at der i alt er 637.954 opkald til alarmcentralen i årene 2016-2017, og at der med de opstillede eksklusionskriterier er 390.988 opkald, der gør sig gældende for denne undersøgelse.

4.2 Operationalisering

I dette afsnit redegøres der for samtlige variable, der inddrages i den statistiske analyse.

Den afhængige variabel

Den afhængige variabel i denne undersøgelse er kvaliteten af behandlingen. Kvaliteten er defineret af en faglig styregruppe i RKKP. RKKP står for Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram og herunder eksisterer der en række databaser inden for forskellige områder af sundhedsvæsnet. Styregruppen har udviklet en række kvalitetsindikatorer, baseret på sundhedsfaglig evidens og god klinisk praksis. Dertil er der også et ressourceperspektiv, der tages højde for i udformningen af kriterierne, ift. hvad der reelt kan lade sig gøre. For at tilgå data om hvorvidt kvaliteten er opfyldt, anvendes RKKPs Præhospitale database (rkkp.dk). Til denne undersøgelse har jeg udvalgt tre indikatorer ift. kvaliteten af akutbehandling. På denne måde opstilles tre særskilte statistiske analyser, som måler på tre forskellige indikatorer for kvalitet af akutbehandling.

4.2.1 Indikator A

Den første indikator består af de patienter, der er afsluttet telefonisk. Her deles patienterne i to grupper, hvor den ene gruppe består af patienter, som følges af en ny kontakt til AMK-vagtcentralen inden for 24 timer efter kontakten. Den anden gruppe består af de resterende patienter, der også afsluttes telefonisk, men som ikke ringer 1-1-2 igen inden for 24 timer. Her måles på baggrund af, at samme CPR-nummer ringer igen. I de tilfælde, hvor der ikke tilsendes en ambulance, er der stor forskel mellem regionerne ift., hvor gode de er til at registrere CPR-nummeret på den, der ringer (Christensen og Nielsen 2020: 25). Indikator A tolkes digotomt, ud fra at man efter telefonisk kontakt med AMK-vagtcentralen enten ringer igen inden for 24 timer eller *ikke* ringer igen inden for 24 timer. Indikator A opdeles derfor to kategori:

Ringer 1-1-2 igen < 24 timer efter telefonisk afslutning
Ringer <i>ikke</i> 1-1-2 igen < 24 timer efter telefonisk afslutning

4.2.2 Indikator B

Den anden indikator består ligeledes af de patienter, der er afsluttet telefonisk, men her deles patienterne i to grupper, hvor den ene gruppe består af patienter, der indlægges inden for 7 dage efter telefonisk kontakt med AMK-vagtcentralen. Dette måles igen ud fra samme CPR-nummer. Den anden gruppe er de resterende patienter, der afsluttes telefonisk, men som *ikke* indlægges inden for syv dage. Denne indikator tolkes derfor også digotomt og har derved to kategorier:

Indlægges < 7 dage efter telefonisk afslutning
Indlægges <i>ikke</i> < 7 dage efter telefonisk afslutning

4.2.3 Indikator C

Den tredje indikator består af de patienter, der færdigbehandles og frigives af præhospitalpersonalet på skadesstedet. Det er altså de patienter, der får tilsendt en ambulance, men ikke bringes til hospitalet. Her deles patienterne i to grupper, hvor den ene gruppe består af patienter, der indlægges inden for syv dage efter færdigbehandling på skadesstedet. Dette måles igen ud fra samme CPR-nummer. Den anden gruppe er de resterende patienter, der færdigbehandles på skadesstedet, men som *ikke* indlægges inden for syv dage. Denne indikator tolkes derfor også digotomt og har derved to kategorier:

Indlægges < 7 dage efter afslutning på skadesstedet
Indlægges <i>ikke</i> < 7 dage efter afslutning på skadesstedet

4.3 Den uafhængige variabel

Den uafhængige variabel i denne undersøgelse, er SES, som i sig selv er en forholdsvis bred betegnelse. SES måles ofte ud fra tre dimensioner: uddannelse, indkomst og arbejdsmarkstilknytning. Disse parametre kan relateres til Link og Phelans teori om Fundamental Causes, hvor disse tre parametre er udtryk for de ressourcer, individet har til rådighed. Dertil kan de tre parametre sættes i relation til den eksisterende forskning, der findes om sammenhængen mellem SES og Health Literacy.

Det er muligt at lave en samlet variabel for SES, hvor der konstrueres et formativt indeks, som er sammensat af uddannelsesniveaue, indkomst og arbejdsmarkedstilknytning. Fordelen ved at bruge et samlet mål for SES vil være, at konklusionen for undersøgelsen vil være forholdsvis simpel, og besvarelsen af min problemformulering vil blive meget specifikt og klar. Dog vil et samlet mål af SES gøre det svært at sammenligne resultaterne med andre undersøgelser, fordi måden at måle SES på er meget forskellig fra undersøgelse til undersøgelse, og det vil kræve, at man sætter sig ind i hvilke specifikke enheder, der er anvendt i sammensætningen af SES-variablene. Den samlede SES-variabel vil altså give et entydigt svar på min problemformulering, men så alligevel ikke, da SES kan formuleres og konstrueres på flere forskellige måder. Derved kan SES også blive et diffust begreb, som gør det svært at tolke og analysere ud fra, og derved også svært at konkludere en reel effekt, som er brugbar.

Desuden kan de forskellige parametre, man bruger til at definere SES, have forskellige effekter ift. kvaliteten af behandling. Det kan eksempelvis være, at uddannelse påvirker kvaliteten positivt, og indkomst påvirker kvaliteten negativt, og det er også relevant at undersøge, om indkomst fx har en større effekt på kvaliteten af akutbehandling end uddannelsesniveaut (Glymour et al. 2014: 18).

Ud fra denne argumentation vælger jeg altså at opdele eksponeringen i tre variable: uddannelse, indkomst og arbejdsmarkedstilknytning.

4.3.1 Uddannelse

Link og Phelan beskriver i deres teori om Fundamental Causes, at høj SES fører til ressourcer, som viden, penge, magt, prestige og fordelagtige sociale relationer, der i hvilken som helst given sundhedskontekst vil være beskyttende faktorer (Link og Phelan 2010: 29). For at finde frem til hvilke variable, der skal udgøre SES i denne undersøgelse, er det i sammenhæng med Fundamental Causes-teorien nødvendigt at anvende variable, der fører til netop de ressourcer. Derfor anvender jeg uddannelse som uafhængig variabel, da det fører til viden og i en vis grad fører til penge og prestige, da uddannelse ofte fører til job og anerkendelse. Ud fra FC-teorien kan uddannelse ses som en ressource, der er med til at give individet en række kompetencer, der kan hjælpe til at en bedre HL. I relation til HL vil de ressourcer, individet har være betydende for, hvordan man er i stand til at forstå den information, man får fra AMK-vagtcentralen. Uddannelse er derfor en væsentlig variabel at inddrage, fordi det er siger noget om de analytiske evner et individ har, og der er tilmed studier (jf. teori afsnittet), der viser, at der er en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og HL, da HL jf. teori afsnittet er betydende for individet evne til at forklare og forstå sundhedsinformation.

Uddannelsesvariablen opdeles i fem kategorier for at opnå et nuanceret billede af de uddannelsesmæssige variationer, der kan spille ind på sammenhængen mellem SES og kvaliteten af akutbehandling. Disse fem kategorier kan hver sige noget om de uddannelsesniveauer, populationen kan tilhøre, og give et nuanceret billede af hvilken sandsynlighed man har få god behandling afhængigt af uddannelsesniveau.

Data om uddannelsesniveau tilgås via Danmarks Statistik via registeret UDDF (Højeste fuldførte uddannelse (forløb)). Uddannelsesvariablen ('HFAUDD') er ordinal skaleret og grupperes ved brug af følgende kategorier, som følger International Standard Classification of Education (ISCED) (dst.dk):

Grundskole
Gymnasial uddannelse
Erhvervsfaglig uddannelse

Mellemlang videregående uddannelse
Lang videregående uddannelse

For yderligere at kunne sige noget om den kausale sammenhæng mellem SES og kvalitet i akutbehandling laver jeg en uafhængig variabel, der også indeholder uddannelse, men hvor uddannelse opdeler i to kategorier. Den ene gruppe vil være dem med en social og sundhedsfaglig baggrund, og den anden gruppe er de resterende, altså dem uden en social og sundhedsfaglig baggrund. Dette gøres ift. teorien om HL, hvor der jf. teoriafsnittet opstår en tese om, at personer med god HL er bedre til at forstå sundhedssystemet og deres egne symptomer. Med en social eller sundhedsfaglig uddannelse antager jeg, at dette kan have en betydning for individets HL, fordi de gennem deres arbejde er vant til at tolke og forstå, hvad der er centralt ift. at forklare sine symptomer og til at forstå sundhedsfaglige anbefalinger. Dermed vil variablen af konstrueres ud fra, at nogle mennesker må have et bedre HL ud fra typen af uddannelse således, at længden af uddannelsen ikke påvirker HL. Dette lægger sig op ad Nutbeams (jf. 3 Teori) forklaring om, at HL ikke nødvendigvis er direkte kausalt med længden af uddannelse, men at man godt kan opnå en god HL, selvom man ikke har en lang uddannelse. På denne måde vil en social- og sundhedshjælper altså placeres i samme gruppe som en læge, hvilket adskiller sig fra uddannelsesvariablen ved, at der ikke kategoriseres ud fra længden af uddannelse, men derimod den sundhedsfaglige viden. Variablen har to kategorier og er derved en dummy:

Social- eller sundhedsfaglig uddannelse
Ikke social- eller sundhedsfaglig uddannelse

4.3.2 Indkomst

John Goldthorpe har kritiseret den måde, hvorpå epidemiologer har opstillet indkomst, hvor konteksten for indkomsten betydning på det givne område bliver uklar (Goldthorpe 2009). Man kan eksempelvis se på de akutopkald hvor, der ringes 1-1-2 igen inden for 24 timer efter, de har ringet første gang. For at undersøge om indkomsten påvirker, om man ringer 1-1-2 igen inden for 24 timer, er det ifølge Goldthorpe vigtigt at kontekstualisere for at få en forståelse for, hvorfor indkomst spiller en rolle og for at opnå en viden om, hvordan indkomst som variabel skal udformes. Goldthorpe kritiserer studier, der inddeler indkomst i to grupper, hvor den ene gruppe er dem, der tjener under medianindkomsten, og den anden gruppe er dem, der tjener mere end medianindkomsten uden at have konkrete overvejelser om, hvordan denne inddeling gør sig gældende ift. konteksten. Goldthorpes kritik går på, at bliver det svært at få tydeliggjort, hvor det er, der opstår ulighed, og det er tilmed et meget unuanceret billede af indkomstens betydning, man får med denne binære opdeling. Derfor kan det

være en god ide at lave flere grupperinger af indkomstniveauer, således at man opnår et mere nuanceret billede af, hvordan indkomstens påvirkning ser ud. Det kan også være, at det for de øverste tre grupper har en lille påvirkning, og for de nederste to grupper har en stor påvirkning. På den måde vil man få indsigt i, hvordan indkomsten spiller ind på hvorvidt, man ringer 1-1-2 igen inden for 24 timer. Goldthorpes pointe er netop, at disse nuancer er væsentlige i forståelsen af socioøkonomiens påvirkning på et givent område, og med flere nuancer vil det også være lettere at se, hvor de mest væsentlige forskelle er. Dertil vil det fra et politisk synspunkt være lettere at handle på en analyse med flere indkomstgrupperinger end to, fordi der i et samfund ikke vil være ressourcer til at justere på faktorer, der gør sig gældende på alle, der fx tjener under medianindkomsten. Derimod vil en mere nuanceret inddeling af indkomst gøre det lettere at udvælge en gruppe, hvor effekten af de tilgængelige ressourcer vil have den mest væsentlige indflydelse. Goldthorpe opstiller ikke noget præcist tal for hvor mange kategorier, der skal være i en given undersøgelse, men der skal være et antal, der gør undersøgelsens resultater i stand til at sige noget om indkomstens betydning for den kausale effekt, og ved blot at anvende to kategorier, der sige noget om dem, der tjene mere og mindre end medianindkomsten, er sjældent brugbart (Goldthorpe 2009).

Med udgangspunkt i ovenstående inddeler jeg indkomst fem kategorier for at opnå en nuancering, der gør det muligt at se, hvor i befolkningen effekten er størst og mindst ift. kvaliteten af behandlingen. Dog skal man være opmærksom på, at denne opdeling er relativ, da den inddeler en i forvejen skævt udvalgt gruppe. Gruppen der ringer 1-1-2 er ikke repræsentative indkomstmæssigt ift. baggrundsbefolkningen. Kategorierne inddeles således at de 20 % af alle registrerede CPR-numre, der ringer 1-1-2, der tjener mindst, tilhører den første kategori osv. Data tilgås via Danmarks Statistiks register IND (Indkomst). Indkomstvariablen ('PERINDKIALT') grupperes i følgende kategorier:

0-19 %
20-39 %
40-59 %
60-79 %
80-100 %

4.3.3 Arbejdsmarkedstilknytning

Arbejdsmarkedstilknytning inddrages som en del af SES, da det er med til at beskrive individets socioøkonomiske status. Arbejdsmarkedstilknytning vil ud fra RRA sige noget om den referenceramme, individet har. Der er forskel på at møde op på et job hver dag eller sidder hjemme og skrive ansøgninger. Ud fra disse to situationer, vil individets referenceramme være forskellig.

Data tilgås via Danmarks Statistiks register RAS (Registerbaserede arbejdsstyrkestatistik). Variablen for arbejdsmarkedstilknytning ('SOC_STATUS_KODE') kategoriseres som følgende:

Tilknytning til arbejdsmarkedet kategoriseres som følgende:

Tilknyttet til arbejdsmarkedet eller under uddannelse
Ikke tilknyttet til arbejdsmarkedet
Alderspension/anden pension (undtaget førtidspension)

4.4 Kontrolvariable

For at sikre, at der ikke er en bagvedliggende faktor, der i virkeligheden er den kausale effekt, justerer jeg min undersøgelse for de faktorer, der kunne påvirke den kausale sammenhæng mellem SES og kvaliteten af akutbehandling. Ved at justere for de givne faktorer imødekommes omitted variable bias (Treiman 2009: 106).

Der justeres for at køn og alder skulle have en effekt på sammenhængen mellem SES og behandlingskvaliteten.

Køn: Køn opdeles i mand og kvinde. Data tilgås via Danmarks Statistik.

Mand
Kvinde

Alder: Alder opdeles i tre kategorier:

35-64 år
≥ 65 år
≥ 80 år

Denne opdeling sker på baggrund af, at det primært er de ældste i samfundet, der benytter akuttelefonen (jr. 1 Problemfelt). Skelet for de 65-årige er lavet ud fra, at det er pensionsalderen, og det kan føre til en ændret livsstil, samt at kroppen ændrer sig ift., hvor frisk og rørig man er. Fra man er 80 år og ældre, vil man tilhøre en gruppe med væsentlig mere sygdom end den resterende befolkning. Da de under 65-årige og over 80-årige ikke kan sammenlignes, grupperes disse.

Komorbiditet: Komorbiditet siger noget om, hvor syg man er. I denne undersøgelse, hvor HL har noget at sige ift. sammenhængen mellem min uafhængige og afhængige variabel, er det relevant at diskutere denne kontrolvariabel, fordi de patienter, der i forvejen er meget syge, kan antages at have kontakt med sundhedsvæsenet meget oftere end patienter, der ikke er syge i forvejen, og derfor også

har en bedre forståelse og bedre HL ift. raske. Man kan have bedre HL, fordi man gennem sit sygdomsforløb har opbygget en viden om, hvordan de forskellige afdelinger fungerer, og man vil givetvis også have opnået en større viden om, hvordan de symptomer, man oplever, skal håndteres. Dertil kan en patient, der har været syg over lang tid, have opnået viden om, hvornår det er akut, og derfor vil vide, hvornår det er relevant at ringe 1-1-2. Da der er en sammenhæng mellem lav SES og meget sygdom, vil dette kunne ”vende forkert” ift. forståelsen af sammenhængen mellem SESs og kvaliteten af akutbehandling. Omvendt kan det også have den effekt at de oftere ringer 1-1-2 end personer, der ikke er syge, og det vil derved påvirke effekten. Ud fra en antagelse om at komorbide patienter vil være mere tilbøjelige til at være bekymrede for deres helbred og derfor vil ringe 1-1-2 igen inden for 24 timer, hvis de afsluttes telefonisk, vælger jeg at inddrage komorbiditet som en kontrolvariabel, med det forbehold, at det i nogle tilfælde vil modsige det teoretiske argument, jeg har opbygget. Dertil kan en meget komorbid patient opleve forvirring, når der er flere konkurrerende lidelser og både har aftaler i den primære- og sekundære sektor og derved ikke kan overskue de mange muligheder, og derfor ser det som den letteste løsning at ringe 1-1-2.

Til at måle komorbiditet anvendes Charlsons Komorbiditetsindeks, der pointgiver forskellige typer sygdomme ud fra, hvor alvorligt syge de er. Man kan få 1-6 seks point for én sygdom, og har man flere forskellige sygdomme lægges de sammen, og den samlede score bliver derved højere. Charlsons Komorbiditetsindeks er alment brugt i lægevidenskabelige undersøgelser, til at tage højde for, at patienten i forvejen er syg. I indekset kan man have ingen, lav eller høj grad af komorbiditet. 0 point = ingen komorbiditet, 1-2 point = lav grad af komorbiditet, 3-4 = moderat grad af komorbiditet og >5 point = høj grad af komorbiditet (Charlson et al. 1986).

Data tilgås via Landspatientregisteret, som indeholder data om personer, der har været i kontakte med det danske sygehusvæsen i forbindelse med fx undersøgelser eller behandlinger. Oplysninger heromkring samles i Landspatientregisteret, som administreres af Sundhedsstyrelsen. Landspatientregisteret blev oprettet i 1976 og i forbindelse med en udvidelse er der kommet data om ambulante patienter fra 1995 og frem. Data omhandler bl.a. indlæggelses- og udskrivningstidspunkt, diagnose, behandlinger og operationer (sundhedsstyrelsen.dk A).

Den variabel, jeg bruger til at måle komorbiditet, har følgende kategorier:

Ingen komorbiditet
Lav komorbiditet
Moderat komorbiditet
Høj komorbiditet

Etnicitet: Etnicitet inddrages som kontrolvariabel for at sikre, at noget af den kausale effekt ikke går gennem oprindelseslandet. Etnicitet vil i denne undersøgelse kategoriseres ud fra dansk oprindelsesland, vestlig eller ikke-vestligt oprindelsesland. Oprindelseslandet inddrages, fordi det kan have en betydning for ens Health Literacy, da man for det første kan være udfordret af sproglige barrierer ift. at forstå information om eller fra sundhedsvæsnet, men også fordi man måske ikke har det samme kendskab til det danske sundhedsvæsens opbygning som en person med Danmark som oprindelsesland har. Data tilgås via Danmarks Statistiks register BEF (Befolkningen), og variabelen (OPR_LAND') opdeles i tre kategorier:

Oprindelsesland, Danmark
Oprindelsesland, vestligt land
Oprindelsesland, ikke-vestligt land

Samlevende: Eksisterende forskning viser, at det har en stor betydning for overlevelse og sundhed, om man bor sammen med nogen eller om man bor alene. Dette gør sig især gældende for ældre mænd, hvor undersøgelser viser, at dødeligheden og sygdom er særligt udtalt for enlige, ældre mænd (Perissinotto 2012 og Andrew 2012). Data tilgås via Danmarks Statistiks register FAM (Familier). Variablen ('HUSTYPE') kodes som en dummy-variabel:

Samboende
Ikke samboende

4.5 Analysestrategi

Til at måle sammenhængen mellem socioøkonomi og kvaliteten i akutbehandling anvendes Poisson regression. Uddannelse, indkomst og arbejdsmarkedstilknytning vil til en vis grad korrelere med hinanden, da man ofte vil tjene mere jo længere en uddannelse, man har, og at man uden en uddannelse har større sandsynlighed for at ende uden for arbejdsmarkedet. Har man ikke noget arbejde, er ens indkomst sjældent høj, og der kan derfor være tale om multikollinearitet, hvilket gør sig gældende, når to eller flere uafhængige variable er indbyrdes forbundne, hvilket fører til usikre koefficienter. Det vil altså sige, at det bliver svært at skelne mellem de SES-variablenes betydning for effekten af kvaliteten af akutbehandling. (Romani 2017: 25 og 28).

For hver af de tre indikatorer (de afhængige variable) foretages der tre regressioner, der hver måler effekten af hhv. uddannelse, indkomst og arbejdsmarkedstilknytning på de tre kvalitetsindikatorer. På denne måde opnås et detaljeret billede af hvilken effekt SES har på kvaliteten af akutbehandling.

5 Resultater

I dette afsnit redegøres der først for en beskrivende tabel, der viser en karakteristisk af populationen ud fra de uafhængige variable samt de udvalgte kontrolvariable. Derefter beskrives resultaterne fra de statistiske analyser. Slutteligt diskuteres resultaterne.

5.1 Beskrivende tabel

På side 43 er der opstillet en beskrivende tabel (tabel 1), der viser en karakteristisk af populationen. Ud fra tabellen fremgår det, at der i alt er 131.806 hændelser med i undersøgelsen. Af dem er cirka halvdelen mænd, og 45 % er under 60 år gamle. Ift. komorbiditet er 40 % uden kendt komorbiditet, hvor 35 % har en komorbiditetsscore på 1-2, 15 % har en komorbiditetsscore på 3-4, og 10 % har en komorbiditetsscore over 5. Langt de fleste har Danmark som oprindelsesland og lidt over halvdelen bor alene.

Ser man på de uafhængige variable fordeler populationen sig stort set jævnt inden for de opstillede grupperinger ift. indkomstniveau. Dette skyldes, at indkomstgrupperne er lavet ud fra alle hændelser til AMK-vagtcentralen inden for tidsperioden, således at de hændelser, hvor der tilsendes en ambulance, også tæller med i definitionen af indkomstgrupperne. Cirka halvdelen er på pension, og de resterende fordeler sig ligeligt mellem at være i job og på offentlig forsørgelse. Ift. uddannelsesniveauet har 70 % en grundskole som højest fuldførte uddannelse, og 21 % har en erhvervsfaglig uddannelse som højest gennemførte uddannelse.

Ser man på fordelingen af dem med en grundskole som højest fuldført uddannelse (kolonne 3 i tabel 1), er andelen af dem på under 60 år 15 procentpoint højere end den samlede population. Ift. arbejdsmarkedsknytning udgør dem, der er på pension, også den største andel, men den er dog mindre end den samlede population. Andelen af de resterende karakteristika ligner den samlede population.

Ser man på gruppen med den laveste indkomst (kolonne 4 i tabel 1), fremgår det, at langt færre tilhører denne gruppe sammenlignet med det laveste uddannelsesniveau, selvom der i begge variable er fem kategorier. Alderen er højere blandt dem i den laveste indkomstgruppe sammenlignet med dem med grundskole som højest gennemførte uddannelse og den samlede population. Den laveste indkomstgruppe har også en større andel af komorbide personer og lidt flere med ikke-vestligt oprindelsesland sammenlignet med den samlede population. Dertil er andelen af personer 64 %, og andelen af personer med grundskole som højeste fuldførte uddannelse er 4 procentpoint lavere end den samlede population.

Ser man på arbejdsmarkedstilknytning i kolonne 5 tabel 1, udgør 57 % af dem uden job eller på offentlig forsørgelse mænd. Stort set alle i denne gruppe er under 60 år gamle, hvilket giver god mening, da de fleste over 60 år uden for arbejdsmarkedet er på pension. Fordelingen af komorbiditet er den samme som den samlede population. Ift. det lavest uddannelses- og indkomstniveau samt den samlede population er gruppen med arbejdsløse den gruppe med den største andel af personer med et ikke-vestligt oprindelsesland. Ift. indkomst tilhører 35 % af de arbejdsløse det næsthøjeste indkomstniveau, og 92 % af de arbejdsløse og dem på offentlig forsørgelse har grundskolen som deres højest fundførte uddannelse.

Table 1: Karakteristik af patienter, der ringer 112 og afsluttes telefonisk eller afsluttes på skadesstedet samt er registreret i Dansk Indeks med CPR-nummer i perioden 2016-2017

Alle, 131.806	Grundskole, 89.122	< 20 % indkomst, 12.375	Arbejdsløs, 32.061
Patienter, N			
Mænd, % (N)	54 % (71.277)	55 % (6.848)	57 % (18.396)
Alder, % (N)			
< 60 år	45 % (58.880)	32 % (3.857)	99 % (31.027)
≥ 60 år	32 % (41.951)	36 % (4.428)	0 % (141)
≥ 80 år	22 % (28.696)	32 % (3.904)	0 % (87)
Komorbiditet, Charlson comorbidity score, % (N)			
0	40 % (52.647)	34 % (4.187)	41 % (13.129)
1-2	35 % (46.225)	35 % (4.275)	36 % (11.432)
3-4	15 % (19.422)	18 % (2.203)	12 % (3.981)
5+	10 % (13.512)	14 % (1.710)	11 % (3.519)
Oprindelsesland, % (N)			
Danmark	92 % (121.167)	88 % (10.833)	87 % (27.985)
Vestligt oprindelsesland	3 % (3.574)	5 % (598)	2 % (711)
Ikke-vestligt oprindelsesland	5 % (6.918)	7 % (895)	11 % (3.365)
Bor alene, % (N)	59 % (76.969)	50 % (6.078)	77 % (24.682)
Indkomst, % (N)			
< 19 %	9 % (12.375)	9 % (7.728)	8 % (2.503)
≥ 20 %	22 % (28.391)	20 % (18.032)	22 % (7.179)
≥ 40 %	23 % (30.813)	24 % (21.528)	29 % (9.229)
≥ 60 %	24 % (31.834)	25 % (21.960)	35 % (11.242)
≥ 80 %	22 % (28.328)	22 % (19.869)	6 % (1.907)
Arb. tilknytning, % (N)			
I job/under udd. Pension	24 % (31.996)	30 % (26.708)	16 % (1.926)
Offentlig forsørgelse el. tidlig tilbagetrækning	51 % (67.620)	39 % (34.715)	64 % (7.890)
Uddannelsesniveau	24 % (32.061)	31 % (27.672)	20 % (2.503)
Grundskole	70 % (89.122)		66 % (7.728)
Gymnasial	3 % (3.498)		3 % (295)
Erhvervsfaglig	21 % (26.823)		26 % (3.079)
MVU	4 % (5.668)		4 % (434)
LVU	1 % (1.780)		1 % (140)

5.2 Statistiske analyser

I nedenstående tabeller fremgår resultaterne af regressioner udarbejdet i statistikprogrammet Stata. Der er opstillet både en ujusteret analyse uden kontrolvariable og en justeret analyse med kontrolvariable for samtlige regressioner. Først er det foretaget regressioner for hver af de socioøkonomiske variables effekt på hvorvidt man ringer 1-1-2 igen inden for 24 timer efter telefonisk kontakt med akuttelefonen og ikke har fået tilsendt en ambulance. Derefter har jeg gentaget analyserne, men hvor den afhængige variabel nu er, hvorvidt patienten er blevet indlagt på hospitalet inden for syv dage efter at have været i telefonisk kontakt, hvor der ikke er sendt en ambulance. Derefter er der opstillet tabeller for de tilfælde, hvor patienten afsluttes på skadesstedet og altså ikke bliver bragt til hospitalet. I disse tabeller fremstilles sammenhængen mellem de socioøkonomiske variable, og hvorvidt man indlægges inden for syv dage, efter patienten er afsluttet på skadesstedet.

5.2.1 Hændelser der afsluttes telefonisk

Tablet 2: Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og ringe igen < 24 timer for patienter der afsluttes telefonisk (RR)

Uddannelse	Ujusteret	Justeret
Grundskole	2,08** (0,46)	1,64* (0,37)
Gymnasial udd.	2,00** (0,50)	1,93** (0,48)
Erhvervsfaglig udd.	1,52 (0,34)	1,49 (0,34)
MVU	1,40 (0,35)	1,46 (0,37)
LVU (ref. gr.)		
N	31.149	30.557
Pseudo R ²	0,0033	0,0463

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

Note: parentes viser standardfejl. Under 'justeret' er der kontrolleret for køn, alder, om patienten ringer flere gange (> 24 timer), samleverstatus, komorbiditet og oprindelsesland.

Tablet 3: Sammenhængen mellem indkomst og ringe igen < 24 timer for patienter der afsluttes telefonisk (RR)

Indkomst	Ujusteret	Justret
0-19 %	1,60*** (0,20)	1,46 ** (0,19)
20-39 %	1,85*** (0,18)	1,74*** (0,15)
40-59 %	1,78*** (0,16)	1,40*** (0,13)
60-79 %	2,10*** (0,21)	1,56*** (0,14)
80-100% (ref. gr.)		
N	32.422	31.808
Pseudo R ²	0,0085	0,0497

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

Note: parentes viser standardfejl. Under 'justeret' er der kontrolleret for køn, alder, om patienten ringer flere gange (> 24 timer), samleverstatus, komorbiditet og oprindelsesland.

Tabel 4: Sammenhængen mellem arbejdsmarkstilknytning og ringe igen < 24 timer for patienter der afsluttes telefonisk (RR)

Arb. tilknytning	Ujusteret	Justeret
Arbejdsløs	2,90*** (0,25)	1,97*** (0,17)
Pension	1,52*** (0,13)	1,37* (0,18)
I job eller under uddannelse (ref. gr.)		
N	32.403	31.804
Pseudo R ²	0,0226	0,0517

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

Note: parentes viser standardfejl. Under 'justeret' er der kontrolleret for køn, alder, om patienten ringer flere gange (> 24 timer), samleverstatus, komorbiditet og oprindelsesland.

I tabel 2 fremgår det af den ujustrede analyse, at hvis ens højst gennemførte uddannelsesniveau er en grunduddannelse, så er sandsynligheden for ringe 1-1-2 igen inden for 24 timer med 2,08 sammenlignet med dem, der har en lang videregående uddannelse. Er ens højst gennemførte uddannelse en gymnasial uddannelse, vil sandsynligheden være 2,00 for at ringe 1-1-2 igen inden for 24 timer sammenlignet med dem, der har en lang videregående uddannelse. I den justerede analyse er denne sandsynlighed dog ikke signifikant ud fra antagelsen om, at p-værdien skal være under 5 %. For dem med erhvervsfaglig og mellemlang videregående uddannelse vil sandsynligheden være cirka 1,5 for at ringe 1-1-2 igen inden for 24 timer sammenlignet med dem med en lang videregående uddannelse. Dette gælder for både den ujusterede og den justerede analyse, dog er p-værdien over 5% for den ujusterede analyse hos dem med mellemlang videregående uddannelse. Samlet set er sandsynligheden for, at man ringer igen inden for 24 timer, hvis man tilhører grupperne med grundskole og gymnasial uddannelse som højst gennemførte uddannelse højere end sandsynligheden for grupperne med erhvervsfaglig og mellemlang videregående uddannelse som højst gennemførte uddannelse ift. dem med lang videregående uddannelse. Det vil altså sige, at dem med korte uddannelser har større sandsynlighed for at opleve dårlig kvalitet end dem med mellemlang uddannelse ift. dem med en lang uddannelse.

For nærmere at undersøge tesen omkring HLs påvirkning på kvaliteten har jeg foretaget en regression, hvor uddannelsesvariablen er kodet som en dummy, hvor 1 er dem uden en social- eller sundhedsfaglig uddannelse, og 0 er dem med en social- eller sundhedsfaglig uddannelse. Ud fra analysen viser det sig, at dem der ikke har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse, har større sandsynlighed for at ringe igen inden for 24 timer, hvis de afsluttes telefonisk første gang de ringer, men resultatet er

ikke signifikant. Dette kan skyldes, at uddannelse som pædagog og folkeskolelærer også er inddraget i variabelen. Det ville være relevant at opstille en ny variabel, hvor kun de sundhedsfaglige uddannelserne var en del af variabelen.

I tabel 3 under den ujusterede analyse fremgår det, at sandsynligheden for at ringe 1-1-2 igen inden for 24 timer er 1,60, hvis ens indkomst ligger under det 20% laveste ift. dem, der tjener 20 % mest. For dem med lønniveau mellem 20-39 % er sandsynligheden 1,85 ift. dem der tjener mest, for dem, der tilhører indkomstgruppen 40-59 % er sandsynligheden 1,78 ift. dem, der tjener mest. For dem, hvor indkomstniveauet ligger mellem 60-79 % er sandsynligheden for at de ringer 1-1-2 igen inden for 24 timer 2,10 ift. det øverste indkomstniveau. Sammenligner man den justerede analyse med den ujusterede analyse, er det størst forskel på sandsynligheden for at ringe 1-1-2 igen inden for timer ift. dem, der tjener mest, i indkomstgruppen 40-59 % og indkomstgruppen 60-79 %. Her er her sandsynligheden for begge grupper faldet med ca. 0,5 efter, der er justeret. Det kan betyde, at det er nogle af kontrolvariablene, der forklarer noget af sammenhængen mellem indkomst, og hvorvidt man ringer igen inden for 24 timer, og at det derved også er noget andet end indkomsten, der har en indflydelse på effekten for de to indkomstgrupper.

I tabel 4 fremgår det i den ujusterede analyse, at hvis man er arbejdsløs, er sandsynligheden for at ringe 1-1-2 igen inden for 24 timer på 2,90 ift. dem, der er i job eller under uddannelse. For dem der er på pension, er sandsynligheden for at ringe 1-1-2 igen inden for 24 timer 1,52 ift. dem, der er i job eller under uddannelse. I den justeret analyse er begge sandsynligheder reduceret. Ud fra antagelsen om af en p-værdi på under 5 % er sigende for, hvorvidt sandsynligheden er signifikant, er det ud fra denne tabel tydeligt, at arbejdsløshed har en signifikant betydning for at ringe 1-1-2 igen < 24 timer ift. dem, der er i arbejde eller under uddannelse.

Tabel 5: Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indlæggelse < 7 dage for patienter der afsluttes telefonisk (RR)

Indkomst	Ujustret	Justret
0-19 %	1,05 (0,03)	1,03 (0,03)
20-39 %	0,96 (0,02)	0,95 (0,03)
40-59 %	0,90*** (0,02)	0,89*** (0,02)
60-79 %	0,92* (0,03)	0,90*** (0,02)
80-100% (ref. gr.)		
N	35.133	34.483
Pseudo R ²	0,0007	0,0035

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

Note: parentes viser standardfejl. Under 'justeret' er der kontrolleret for køn, alder, om patienten ringer flere gange (> 24 timer), samleverstatus, komorbiditet og oprindelsesland.

Tabel 6: Sammenhængen mellem arbejdsmarkstilknytning og indlæggelse < 7 dage for patienter der afsluttes telefonisk (RR)

Arb. tilknytning	Ujusteret	Justeret
Arbejdsløs	0,94* (0,03)	0,89*** (0,03)
Pension	0,86*** (0,02)	0,88** (0,3)
I job eller under uddannelse (ref. gr.)		
N	35.112	34.479
Pseudo R ²	0,0010	0,0033

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

Note: parentes viser standardfejl. Under 'justeret' er der kontrolleret for køn, alder, om patienten ringer flere gange (> 24 timer), samleverstatus, komorbiditet og oprindelsesland.

I tabel 5 fremgår det, at sandsynligheden for indlæggelse inden for syv dage efter telefonisk kontakt med akuttelefonen er på cirka 1 for alle indkomstgrupper ift. dem med den højeste indkomst. For dem, der tilhører indkomstniveauet mellem 0-19 %, er sandsynligheden lige over 1, mens den for indkomstniveauet mellem 20-79 % er lige under 1. Der er altså ikke særlig forskel på sandsynligheden for dårlig kvalitet i behandling ift. dem med højest indkomst, når man ser på indkomstniveauer. Sandsynlighederne er stort set de samme i både den ujusterede og den justerede analyse.

I tabel 6 fremgår det, at sandsynligheden, for indlæggelse inden for syv dage efter man har været i telefonisk kontakt med akuttelefonen, er 0,94, hvis man er arbejdsløs ift. dem, der er i job eller under uddannelse. Dette gælder for både den ujusterede og den justerede analyse. Er man på pension, er sandsynligheden for at man indlægges inden for syv dage efter telefonisk kontakt på 0,86 ift. dem, der er i job eller under uddannelse. Sandsynlighederne er stort set de samme for både den ujusterede og den justerede analyse, og p-værdien for alle fire sandsynligheder er under 5 %.

Ift. sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indlæggelse < 7 dage for patienter, der afsluttes telefonisk, fremgår det af den ujusterede analyse, at dem med en grunduddannelse som den højest gennemførte uddannelse har en sandsynlighed på 1,00 for at blive indlagt inden for syv dage efter at have været i telefonisk kontakt med akuttelefonen ift. dem med en lang videregående uddannelse, der har været i telefonisk kontakt med akuttelefonen. Det samme gør sig stort set gældende for dem med gymnasial uddannelse som deres højest gennemførte uddannelse. For dem med erhvervsfaglig og mellemlang videregående uddannelse som deres højest gennemførte uddannelse er sandsynligheden for at blive indlagt < 7 dage efter telefonisk kontakt med akuttelefonen cirka 1 ift. dem med en lang

videregående uddannelse, der har været i kontakt med akuttelefonen. De samme sandsynligheder gør sig stort set gældende i både den ujusterede og den justerede analyse, og for begge analyser har ingen af sandsynlighederne en p-værdi på under 5 %. Tabellen kan ses i bilag (tabel 8).

5.2.2 Hændelser der afsluttes på skadesstedet

Tabel 7: Sammenhængen mellem arbejdsmarkstilknytning og indlæggelse < 7 dage der afsluttes på skadesstedet (RR)

Arb. tilknytning	Ujusteret	Justeret
Arbejdsløs	2,02*** (0,09)	1,42*** (0,08)
Pension I job eller under uddannelse (ref. gr.)	1,43*** (0,05)	1,20** (0,07)
N	96.565	91.373
Pseudo R ²	0,0084	0,0299

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

Note: parentes viser standardfejl. Under 'justeret' er der kontrolleret for køn, alder, samleverstatus, komorbiditet og oprindelsesland.

I tabel 7 fremgår det, at sandsynligheden for indlæggelse er cirka 2, hvis man er arbejdsløs ift. dem, der er i job, og man afsluttes på skadesstedet. For dem på pension er sandsynligheden lidt mindre nemlig 1,4 ift. at være i job. I den justeret analyse reduceres sandsynlighederne en smule.

Ift. sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indlæggelse < 7 dage, der afsluttes på skadesstedet, fremgår det, at sandsynligheden for at blive indlagt inden for syv dage efter afslutning på skadesstedet er cirka 1 for samtlige uddannelsesniveauer ift. at have en lang uddannelse. Dog er tallene ud fra antagelsen om at en p-værdi på under 5 % ikke signifikante. Dette gælder for både den ujusterede og den justeret effekt. Tabellen kan ses i bilag (tabel 9)

Ift. sammenhængen mellem indkomstniveau og indlæggelse < 7 dage, der afsluttes på skadesstedet, fremgår det, at sandsynligheden for indlæggelse inden for 7 dage efter afslutning på skadesstedet, hvis ens indkomst er ligger inden for 0-20% ift. dem med en indkomst inden for 80-100%, er mellem cirka 1,2. I den justerede analyse er p-værdien over 5 %. For de resterende indkomstniveauer er sandsynligheden lige under 1,6 i den ujusterede analyse, og lige under 1,2 i den justerede, og der er en meget lille stigning i sandsynligheder, der følger stigningen i indkomstniveauerne. Det viser altså, at sandsynligheden for indlæggelse er stigende, jo højere indkomstniveau, man har ift. at tilhøre den højeste indkomstgruppe. Tabellen kan ses i bilag (tabel 10).

5.3 Diskussion

Af resultaterne fremgår det, at der er tale om en sammenhæng mellem de socioøkonomiske faktorer og kvaliteten af akutbehandlingen for de indikatorer, der måler på, om patienten ringer igen inden for 24 timer efter at være telefonisk afsluttet. Resultaterne viser og, at der ikke er tale om en sammenhæng, når man ser på om patienten indlægges inden for syv dage efter at være telefonisk afsluttet samt at være afsluttet på skadesstedet.

Da der ikke er foretaget studier, der måler på sammenhængen mellem kvaliteten af akutbehandling og SES, kan resultaterne desværre ikke sammenholdes med eksisterende forskning. Dog kan den beskrivende tabel sammenholdes med artiklen af Søvsø m.fl. (2020). Her er der lighed ift. andelen af patienter med det laveste uddannelsesniveau. Ift. indkomst er andelen af patienter i den laveste indkomstgruppe i min undersøgelse mindre end andelen af patienter i Søvsøs undersøgelse. Denne uoverensstemmelse kan skyldes, at mine indkomstmål er relative og dannet ud fra det samlede antal opkald til AMK-vagtcentralen, hvor Søvsøs er dannet ud fra kvartiler på baggrund af den danske befolkning. Dog kan man se i begge undersøgelser se, at de største andele er blandt de laveste grupperinger af indkomst. I min undersøgelse står en større andel uden for arbejdsmarkedet ift. Søvsøs undersøgelse. Dette kan skyldes, at Søvsøs undersøgelse bygger på data fra 2016, hvor min bygger på tal fra 2016 og 2017. Dette burde ikke gøre en væsentlig forskel. Tilmed har Søvsøs undersøgelse data fra Region Nordjylland og Region Hovedstaden, hvor min undersøgelse har hele landet. Dette burde heller ikke betyde væsentlige forskelle. Dog bygger Søvsøs undersøgelse på alle 1-1-2-patienter, hvor min undersøgelse kun indeholder patienter, der afsluttes telefonisk eller på skadesstedet. Dette er den mest plausible forklaring på, at der er forskellige i andelen af patienter uden for arbejdsmarkedet. Søvsø har dertil andre kategorier ift. inddelinger, hvilket kan betyde små forskelle ift. min beskrivende tabel 1.

Min undersøgelse udgør kun en lille del af de kvalitetsindikatorer, der måles på ift. kvaliteten af akutbehandling. Dette betyder, at det ud fra min undersøgelse kan være svært at konkludere, om der er socioøkonomiske ulighed i kvaliteten af akutbehandling generelt. Dog viser den noget om sammenhængen mellem SES og kvaliteten af akutbehandling, når man ser på patienter, der afsluttes telefonisk samt patienter, der afsluttes på skadesstedet. Det vil være relevant at tilføje undersøgelser, der måler sammenhængen mellem SES og de resterende kvalitetsindikatorer for at afdække hele det akutte område.

Et andet element, der reducerer generaliserbarheden, er, at der jf. 4 Metode ikke registreres med et CPR-nummer på samtlige hændelser, og derfor vil disse hændelser ikke indgå i analysen, da CPR-nummeret er nødvendigt for at måle kvaliteten.

6 Teoretisk Analyse

I dette afsnit vil resultaterne fra det foregående afsnit kobles med den teori, der blev gennemgået under teoriafsnittet. Dette gøres med det formål at opnå en forståelse af, hvorfor resultaterne ser ud, som de gør for derved at kunne forklare hvilke mekanismer, der er på spil, når man ser på socioøkonomisk ulighed i akutbehandling.

Goldthorpe fremstiller i flere aktiler en kritik af kvantitative analyser, der bygges uden brug af teori, og siger, at der laves for mange statistiske analyser, hvor det er variablene, der bliver styrende for resultatet frem for en teoretisk begrundet fundering om, hvordan individer agerer. Goldthorpe skriver bl.a., at man skal se på individer frem for variable, da det er individerne, der handler, og at der er en tendens til, at man ser på individer som en beholder, hvori variablene udspiller sig. Dette kommer til udtryk, når man afslutter sin analyse efter at have set sammenhængen mellem de statistikker, man har udført og ikke har holdt sine resultater op mod en teoretisk forståelse for handling. På denne måde får man, ifølge Goldthorpe, ikke koblet forståelsen for individernes handling med den/de sammenhænge, man finder frem til, og ens analyse vil derfor ikke være komplet (Goldthorpe 1996: 110).

Goldthorpe beskriver yderligere, at selvom man har med meget avancerede statistikker at gøre, så vil de aldrig kunne fortolke, hvorfor individer handler som de gør, og statistikkerne vil altså aldrig i sig selv kunne forklare handlinger, men derimod kræve samspil med en teoretisk forståelse for på den måde at nå frem til en fuldendt analyse. Teori skal anvendes som en forståelsesramme, og de teoretiske funderinger kan også bruges som argument til at undersøge en given sammenhæng, men teorien skal altid ses som en del af det at komme nærmere en 'sandhed'. Tallene kan altså ikke stå alene og skal altid indgå i et samspil med en teoretisk fundering af menneskelig adfærd, for at der kan konkluderes og argumenteres for en sammenhæng ud fra individets ageren (Goldthorpe 1996: 112).

Derfor finder jeg det væsentlig at koble det kvantitative materiale, jeg finder frem til i denne undersøgelse med teoretiske perspektiver på adfærd og sygdom- og sundhedsforståelse, og det er med udgangspunkt i denne teoretiske sammensætning, at jeg vil bidrage til en forståelse af, *hvorfor* den socioøkonomiske ulighed i kvaliteten af akutbehandling, der fremgår i resultaterne, eksisterer.

6.1 Health Literacy

I resultaterne fremgår det, at der er en større sandsynlighed for at ringe igen < 24 timer blandt dem med en kort uddannelse ift. dem en lang uddannelse sammenlignet sandsynligheden for dem med en

mellemlang uddannelse ift. dem med en lang uddannelse. Når man skal forstå, hvorfor denne effekt gør sig gældende, kan man ud fra eksisterende forskning om Health Literacy (jf. teori afsnittet) forklare, at jo længere uddannelse man har, jo bedre HL vil man have, fordi man igennem sin uddannelse vil opnå nogle kompetencer til at kunne analysere og forstå hvilke mekanismer, der er på spil, samt forstå hvordan man skal handle. Ift. at ringe igen inden for 24 timer efter telefoniske kontakt kan man ud fra resultaterne og teorien om Health Literacy sige, at dem med en mellemlang uddannelses sandsynlighed for at ringe igen ift. dem med lang uddannelse er større end dem med en kort uddannelse ift. dem med lang uddannelse. Her kunne en forklaring være, at dem med kort uddannelse også har lavere HL og derfor ikke er i stand til at forstå den information, de får i telefonsamtalen. Ud fra forståelsen af HL kan det dog også være, at de ikke er i stand til at forklare deres symptomer og derfor ikke får et fyldestgørende svar på deres henvendelse.

Ift. figur 4 på side 26 i teori afsnittet hvor Nutbeams teori skitseres, kan man forstå uligheden i sandsynligheder ud fra, at informationsmetoden hos AMK-vagtcentralen ikke er fleksibel ift. hvilket uddannelsesniveau den, de taler med, har. Når de ressourcer, patienten har til rådighed, ikke stemmer overens med den informationsmetode, der udføres, så vil det ifølge Nutbeams teori føre til, at kvaliteten ikke er god. Det kan eksemplificeres, ved at en person ringer 1-1-2 og har svært ved at forklare sine symptomer og tilmed har svært ved at tolke de spørgsmål, der bliver stillet fra AMK-vagtcentralen og derfor ikke forstår, hvad det centrale er ud fra de spørgsmål, der bliver stillet. Ift. uddannelse kan det fx være, at man ikke har den samme forståelse af kroppen som dem hos AMK-vagtcentralen, og ens ressourcer dermed ikke stemmer overens med informationsmetoden. Denne manglende kongruens vil dermed føre til, at personen ringer 1-1-2 igen inden for 24 timer, fordi han eller hun ikke har fået løst det problem, han eller hun stod med.

Det er interessant at se på effekten af uddannelse og indlæggelse inden for syv dage efter telefonisk kontakt med AMK-vagtcentralen uden tilsendt ambulance. Her er der stort set ikke nogen forskel på sandsynligheden for indlæggelse mellem uddannelsesniveauerne ift. dem med lang uddannelse. Dette går imod HL-teorien som forklaring på ulighed i kvaliteten og den eksisterende forskning, der binder niveauet af HL sammen med uddannelsesniveaet. Det vil altså sige, at der ud fra en teoretisk forklaring vil være en større sandsynlighed for indlæggelse for dem med kort uddannelse ift. dem med lang uddannelse sammenlignet med dem med mellemlang uddannelse ift. dem med lang uddannelse – altså at længden af uddannelse ville have en effekt på, hvorvidt man blev indlagt efter telefonisk kontakt, hvor man ikke fik tilsendt en ambulance. Hvis man er så syg, at man skal indlægges inden for syv dage efter telefonisk kontakt, kan det tyde på, at det i højere grad har været AMK-personalet, der ikke har forstået væsentlige symptomer, som man skulle have reageret på uanset, hvordan de blev

fremført. Det vil altså sige, at symptomerne har været så alvorlige, at det ikke har været betinget af uddannelsesniveau og den HL samt ressourcer, man derigennem har.

Ift. arbejdsmarkedstilknytning og HL kan effekten forstås ud fra, at det at være i job giver nogle analytiske og forståelsesmæssige kompetencer, der gør, at man også i en anden faglig kontekst kan analysere og vurdere de råd, man modtager telefonisk fra AMK-vagtcentralen. På arbejdsmarkedet er man samtidig vant til, at der sættes krav til en, og at man forventes at ligge en indsats for at løse en given opgave. Der forventes tilmed, at man selv er opsøgende og bidrager til det arbejde, der skal udføres. Dette oplever man ikke, når man er på førtidspension eller pension. Er man arbejdsløs, kan man omvendt argumentere for, at der netop er et pres på, at man søger arbejde, og at man derfor i høj grad er vant til at udføre et stykke arbejde, men i denne situation rammer konsekvensen primært en selv og måske også en familie, man skal forsørge, men konsekvensen vil stadig være nært forbundet til individet selv. På arbejdsmarkedet vil det ofte også ramme nogle andre, hvis ikke opgaven udføres, og man kan derudfra forstå, at man bliver bedre til at interagere og kommunikere, hvis man er i job ift. at være arbejdsløs. Ens kommunikative evner vil altså være betydende for ens HL, hvilket kan være med til at forklare effekten mellem arbejdsløshed ift. at være i job på kvaliteten af behandling ud fra, man afsluttes telefonisk.

6.2 Fundamental Cause Theory

Ift. arbejdsmarkedstilknytning kan man ud fra FC forstå sandsynligheden for at ringe igen inden for 24 timer ud fra, at man har flere ressourcer at trække på, hvis man er i arbejde. Dette vil eksempelvis være et større netværk, hvor man vil kunne ringe til en kollega og vende situationen. For personer der er arbejdsløse og på pension, kan det antages, at disse har et mindre netværk end personer i job, fordi ens netværk ofte også udvides på jobbet, og man får tilmed nogle faglige refleksioner, der i forbindelse med HL gør, at man er i stand til at analysere og vurdere, hvilket kan bruges ifm. den information, man får fra AMK-vagtcentralen. Det er altså nogle af de kompetencer, man opnår gennem sit arbejde, der gør det muligt at forholde den information, man har fået, til ens egen situation. Link og Phelan skriver, at det bl.a. er fordelagtige sociale relationer, der er med til at give en sundere adfærd, og her vil dét ikke at være på arbejdsmarkedet altså også spille ind i forhold til de relationer, man har. Man kan bruge den samme teoretiske forståelse ift. sammenhængen mellem arbejdsmarkedstilknytning og indlæggelse inden for syv dage for dem, der afsluttes på skadesstedet, da der her også er en øget sandsynlighed for de arbejdsløse ift. at være i job. Her viser FC, at den forklarer sammenhængen mellem SES og kvalitet af akutbehandling som årsagen til årsagen ud fra, at fordelagtige sociale

relationer er årsagen til, at arbejdsløshed er årsagen til større sandsynlighed for at ringe 1-1-2 igen inden for 24 timer efter telefonisk kontakt ift. personer i job eller under uddannelse.

Den større effekt blandt dem med grundskole og gymnasial uddannelse som højest gennemførte uddannelse ift. dem med MVU kan ud fra teorien om Fundamental Causes forstås således, at dem med lav uddannelse også er dem, der har få ressourcer til at leve et sundt liv. Ressourcerne er, ud fra Link og Phelans teori, årsagen til årsagen, hvilket her kan forstås på den måde, at ressourcerne er årsagen til, at uddannelsesniveaet har en effekt på kvaliteten af behandling. I samspil med HL vil uddannelse give individet ressourcer ift. analytisk og fortolkningsmæssig formåen, hvilket er med til at forklare forskellen i effekter for uddannelsesniveauerne. Da FC ikke kun forklarer enkelte sygdomme, men også sygdomsadfærd generelt, vil man ud fra FC-teorien forstå forskellen i effekter af uddannelsesniveau på at ringe igen inden for 24 timer ud fra, at uddannelse også er sigende for den generelle sundhedsadfærd, individerne har. Man vil altså med en kort uddannelse også leve mere usundt og derfor også have mere kontakt med sundhedsvæsnet end personer, der lever sundt. Dette forklarer ikke forskellen i kvalitet, men det er med til at give en forståelse af, hvorvidt personer med lav uddannelse efterlever de råd, de får om sundhed. Når man ser på de patienter, der afsluttes telefonisk, vil man kunne sige, at dem med en kort uddannelse altså ikke kan efterleve den telefoniske rådgivning, de får, og de symptomer de har vil dermed ikke forsvinde, og derfor ringer de igen. Uddannelse kan altså forstås som adgangsgivende til ressourcer, der giver mulighed for at analysere og forstå den information, man får fra AMK-personalet. I samspil med HL vil uddannelse og de ressourcer, den medfører, føre til at man opnår et højere niveau af HL og derfor også bliver bedre til at forstå, hvad der er den mest hensigtsmæssige adfærd ud fra den rådgivning, man har fået og de symptomer, man oplever. Health Literacy kan altså være med til at forklare, hvorfor uddannelsesniveaet fører til, at nogle kan forstå den besked, de får at AMK-personalet bedre end andre samt forklare de symptomer, de oplever, og FC kan forklare, hvorfor uddannelse er sigende for, om rådgivningen efterleves eller ej.

Når man ser på indkomstniveauet, og hvorvidt man ringer igen inden for 24 timer efter telefonisk kontakt med AMK-vagtcentralen, vil FC-teorien forklare uligheden ud fra, at forskellen i indkomst fører til forskellige ressourcer. Med en høj indkomst vil man have råd til en sund livsstil, og man vil have råd til sundhed på en sjov og interessant måde, fordi man vil kunne følge nogle bestemte kure eller have råd til at dyrke sport, der kræver meget udstyr. Derfor vil dem med høj indkomst formentlig også samles i grupper, og på den måde bliver indkomsten betydende for den referenceramme, man har. Indkomsten er ikke begrænsende for, hvorvidt det er muligt at leve sundt – det er forholdsvist

billigt at løbetræne og skifte indkøb af usunde fødevarer ud med sunde fødevarer, men med en høj indkomst har man flere muligheder for at leve sundt, fordi man med en høj indkomst har mulighed for at vælge mellem flere sportsgrene og fødevarer end med en lav indkomst. Dette er ud fra FC teorien et eksempel på, at en socioøkonomisk faktor er ressourcegivende.

Som supplement til forståelsen af at det er konteksten, der har betydning for de beslutninger, der træffes ifm. telefonisk rådgivning fra AMK-vagtcentralen, kan man ud fra FC forstå de socioøkonomiske forskelle ud fra, at der er forskel på tilgængelige ressourcer. Her vil akademikeren gennem den kontekst han eller hun befinder sig i, i samspil med de ressourcer han eller hun har til rådighed, til dels forstå og handle ud fra AMK-vagtcentralens rådgivning forskelligt, men deres ressourcer vil også være forskellige, hvilket yderligere tilføjer en dimension i forståelsen af socioøkonomisk ulighed i kvaliteten af akutbehandling. Ressourcernes betydning går også forud for opkaldet til AMK-vagtcentralen, og det kan derfor også være, at de personer med få ressourcer ikke selv kan håndtere de symptomer, de har og derfor ringer 1-1-2. De ressourcestærke har i samspil med RRA bedre mulighed for, at forholde den information de får til den eksisterende viden, og de oplevelser de har.

6.3 Relative Risk Aversion

Såfremt indkomsten er adgangsgivende for en sund livsstil, vil indkomsten også spille ind i teorien om RRA, fordi man med en sund omgangskreds også vil påvirkes af de andres adfærd og derfor leve sundere. Omvendt vil dem med lav indkomst også omgås personer med lignende indkomst, hvilket er betydende for hvilke muligheder for sundhedsadfærd, man har ud fra præmissen om, at man har flere muligheder for at leve sundt, hvis man har en høj indkomst. Med en lav indkomst vil man altså være mere begrænset i de muligheder, man har for at leve sundt, og det samme gør sig gældende om ens omgangskreds. Er man i forvejen sund, før man ringer 1-1-2 og ikke får tilsendt en ambulance, men derimod modtaget et godt råd vil rådet for en sund person formentlig være nok til, at symptomerne lindres, og man derfor ikke ringer igen inden for 24 timer. Omvendt vil det for en person, der lever usundt, formentlig være sådan at det telefoniske råd ikke er nok, fordi man grundet sin usunde livsstil behøver mere hjælp, og derfor ringer man 1-1-2 igen inden for 24 timer. Det skal altså forstås sådan, at det telefoniske råd er nok til at lindre en sund krop, men ikke en usund krop. Ud fra teorien om RRA vil det altså være, de valg man træffer, før man ringer 1-1-2, der er betydende for, om man ringer 1-1-2 igen inden for 24 timer, hvis man afsluttes telefonisk. På denne måde er der altså nogle elementer, der går forud fra telefonopkaldet, der kan have betydning for, hvordan den hjælp man modtager af AMK-vagtcentralen påvirker kvaliteten. I relation til indkomst og FC kan det også være,

at man ringer 1-1-2 og får at vide, at man skal tage til lægevagten, men fordi man ikke har egen bil, er det lettere at få tilsendt en ambulance, og derfor ringer man 1-1-2 igen inden for 24 timer.

Et andet væsentligt aspekt ift. indkomstens effekt på kvaliteten af behandling er, at indkomsten ofte hænger sammen med uddannelsesniveaue, så jo længere uddannelse man har, jo mere tjener man også. Dog kan man have en kort uddannelse og have en høj indkomst og omvendt, men i det store billede vil der være en sammenhæng, og uddannelse og indkomst vil dermed være kausalt forbundet. På den måde vil den teoretiske forklaring på indkomstens påvirkning på kvaliteten af behandling i høj grad forklares gennem uddannelse og de kompetencer, man derigennem opnår. Dog ser sandsynlighederne lidt anderledes ud, når man ser på sammenhængen mellem indkomst og indlæggelse inden for syv dage, når man afsluttes på skadesstedet. Der er ikke stor forskel på sandsynlighederne mellem de forskellige indkomstniveauer ift. det højeste niveau, men der er en lille forskel, og der er en stigning i sandsynlighederne, der følger indkomstniveauerne således at sandsynligheden for indlæggelse stiger, jo højere indkomsten er. En mulig forklaring kan være, at dem med en høj indkomst ift. dem med lav indkomst har et arbejde, de føler sig forpligtet til at møde op til. Har man ringet 1-1-2, og der er blevet tilsendt en ambulance, der har færdigbehandlet én på skadesstedet, har man højest sandsynligt fået at vide, at man skal tage det med ro de næste par dage. Patienten kan altså forstå den information, der gives, men i relation til RRA træffer han eller hun et valg om ikke at følge akutpersonalets råd, for noget andet vægtes mere betydningsfuldt.

Ud fra teorien om RRA vil man forstå uddannelses effekt på kvaliteten ud fra, at man sammenligner sin adfærd med dem omkring sig, og at man ofte vil have samme uddannelse som dem, man omgås. Ud fra teorien om RRA kan man opnå en forståelse af, at den rådgivning en person modtager i telefonsamtalen ikke vægter lige så højt som de ydre faktorer, individet ellers forholder sig til. Det mest rationelle vil altså være at følge de anvisninger, man har fået fra AMK-vagtcentralen, men ud fra teorien om RRA vil det ikke være det mest rationelle valg, der udelukkende er styrende for den handling, individet udfører. RRA bidrager her med en forståelse af, hvorfor nogle personer ikke følger den konkrete rådgivning, de modtager fra AMK-vagtcentralen. Ens eget uddannelsesniveau kan givet vis sige noget om det uddannelsesniveau, ens omgangskreds har, og den måde, man handler på, vil derfor afhænge af de mennesker, man omgås. Der bliver altså lyttet til det råd, man får fra AMK-vagtcentralen, men individet holder dette råd op imod den viden, han eller hun i forvejen har, som bygger på den virkelighed, han eller hun lever i, som er skabt ud fra de relationer, individet indgår i. Effekten er højere blandt dem med kort uddannelse ift. dem med en mellemlang uddannelse, når man ser på, om patienterne ringer igen inden for 24 timer, og det kan altså med RRA-teorien forklares med, at

der er en forskel på den referenceramme patienterne i de to grupperinger af uddannelsesniveau tilhører, og at uddannelsesniveaue er sigende for individets referenceramme.

Ser man på arbejdsløshedens effekt på hvorvidt, man ringer igen inden for 24 timer efter telefonisk kontakt ift. dem, der i job, kan man ud fra RRA forstå dette ud fra, at de arbejdsløses referenceramme vil være andre arbejdsløse, og når man er arbejdsløs, vil man formentlig relatere og vurdere sine valg ud fra nogle andre omstændigheder end dem, der er i job. Er man arbejdsløs, har man ikke et job, man skal tage med i sine betragtninger, når man tager valg for sin adfærd. Det vil altså sige, at den telefoniske rådgivning, man får fra AMK-vagtcentralen, vil efterleves uden at forholde sig til den eventuelle konsekvens, det kan have for, om man er i stand til at møde på job dagen efter. Den kontekst og referenceramme, en arbejdsløs har, inkluderer altså ikke de forhold, der gør sig gældende for en, som er i job.

6.4 Socioøkonomi

Samlet set vil uddannelse, indkomst og arbejdsmarkedstilknytning påvirke hinanden, og derfor vil de teoretiske forklaringer på de givne områder også overlappe hinanden til en vis grad. I tabel 1 kan man fx se, at blandt dem på offentlig forsørgelse har 56 % af dem grundskolen som højest fuldførte uddannelse, og ift. indkomst har 49 % af dem, der tjener mindst grundskolen som højest gennemførte uddannelse. De socioøkonomiske variable har altså hver deres effekt ift. kvaliteten af akutbehandling, men de spiller også sammen ift. den referenceramme individet lever i, samt de ressourcer og HL individet har.

Med RRA-teorien opnås en forståelse for, hvorfor nogle patienter ikke følger de fagligt funderede anvisninger, der gives fra AMK-vagtcentralen. De omstændigheder, individets beslutningsproces betinges af, er sigende for, hvordan individet forholder sig til den vejledning, han eller hun modtager i telefonen. Det kan være, at man har en bestemt forståelse af sundhed ud fra den arbejdsplads, man tilhører eller den faggruppe, man tilhører. Det må antages, at der er en anden sundhedsforståelse blandt eksempelvis håndværkere på en byggeplads end i en forskningsenhed, der udvikler medicin. Her vil der være forskel på kulturelle aspekter ift. sundhed. Det kan fx være, at det blandt håndværkerne på byggepladsen er lavstatus at gå til lægen, hvis man fejler noget, fordi man derved vil udvise svaghed, hvor det i forskningsenheden formentlig vil være lavstatus *ikke* at gå til lægen, fordi man ikke tager sin sundhed alvorligt. Ud fra disse to kontekster vil håndværkeren og akademikerens have to forskellige udgangspunkter og referencerammer ift., hvordan de forstår det råd, de får fra AMK-

vagtcentralen, og hvordan de handler på det råd, de får fra AMK-vagtcentralen. Selvom symptomerne er de samme for håndværkeren og akademikerens, og selvom de modtager præcis den samme information fra AMK-vagtcentralen, så vil de vælge to forskellige måder at håndtere denne information på, fordi deres udgangspunkt for at forstå sundhed vil være forskellig fra hinanden. På denne måde kan man forstå, de socioøkonomiske forskelle der udspiller sig i resultaterne.

Hvor RRA bidrager til en forståelse af den referenceramme, individet har, og FC bidrager med en forståelse af, hvordan ressourcer er med til at give individet bedre muligheden i den referenceramme, individet har, så bidrager HL med en forståelse af, hvordan referencerammen er med til at påvirke de sundhedsmæssige kompetencer, individet har. Man kan altså til dels forstå uligheden i kvaliteten ud fra, at nogle socioøkonomiske grupper har bedre evner ift. både at kommunikere de symptomer og oplevelser, de oplever, men også ud fra at nogle socioøkonomiske grupper er bedre til at forstå og analysere den information, de modtager af AMK-vagtcentralen.

Forskellen på de socioøkonomiske faktorerers effekt på kvalitetsmålene 'ringen igen < 24 timer' og 'indlægges < 7 dage' viser sig forskellige, da man i resultaterne kan se, at de socioøkonomiske faktorer ikke ser ud til at have en betydningsfuld indflydelse på indlæggelse inden for syv dage efter telefonisk kontakt med AMK-vagtcentralen. Dette kan skyldes, at det ved kvalitetsmålet 'ringe igen < 24 timer' udelukkende er individet selv, der skal beslutte sig for at ringe igen, hvorimod en indlæggelse kræver, at endnu en sundhedsfaglig person skal vurdere, om der er grund til indlæggelse. Det at blive indlagt må siges at være en mere alvorlig konsekvens end det at ringe igen, og ud fra tallene fra resultaterne vil det kunne antages, at der ikke er socioøkonomisk ulighed i kvaliteten af behandling, når man undersøger om de personer, der afsluttes telefonisk indlægges inden for syv dage.

Med de tre teorier om Relative Risk Aversion, Fundamental Causes og Health Literacy har jeg sammen med en række statistiske analyser givet en mulig forklaring på, hvorfor der er social ulighed i akutbehandling.

7 Konklusion

Formålet med denne undersøgelse har været at måle, hvorvidt der er en sammenhæng mellem socioøkonomisk status og kvaliteten af akutbehandling samt at forklare, hvorfor denne socioøkonomiske status gør sig gældende.

Jeg har undersøgt kvalitetsindikatorer, der omhandler de patienter, der afsluttes telefonisk af AMK-vagtcentralen, hvor jeg har målt på kvalitetsindikatorerne 'patienten ringer igen inden for 24 timer' og 'patienten indlægges inden for 7 dage'. Dertil har jeg målt på de patienter, der afsluttes på skadesstedet og kvalitetsindikatoren 'patienten indlægges inden for 7 dage'.

I en statistisk analyse er jeg kommet frem til, at der er tale om en sammenhæng mellem de socioøkonomiske faktorer og kvaliteten af akutbehandlingen for de indikatorer, der måler på, om patienten ringer igen inden for 24 timer efter at være telefonisk afsluttet. Undersøgelsen viser også, at der ikke er tale om en sammenhæng, når man ser på om patienten indlægges inden for syv dage efter at være telefonisk afsluttet samt at være afsluttet på skadesstedet. Denne undersøgelse inkluderer kun nogle få kvalitetsindikatorer, og det er derfor problematisk, ud fra denne undersøgelses resultater, at sige noget generelt om sammenhængen mellem socioøkonomisk status og hele akutområdet. Denne undersøgelse, kan derfor kun konkludere på de hændelser, hvor patienten afsluttes telefonisk eller afsluttes på skadesstedet.

Ud fra en teoretisk analyse konkluderes det, at den socioøkonomiske ulighed i kvaliteten af akutbehandling for de patienter, der afsluttes telefonisk, kan forklares ved, at nogle patienter har en bedre Health Literacy end andre, og at denne Health Literacy i eksisterende forskning siges at være forbundet med uddannelsesniveau. På denne måde forklares det ud fra teorien om Health Literacy, at patientgrupper med lang uddannelse er bedre til at forklare deres symptomer samt er bedre til at forstå den information, de får fra AMK-vagtcentralen. Denne teoretiske forklaring rammesættes af Fundamental Cause Theory, der sammenkobler SES og sundhed samt handlingsteorien Relative Risk Aversion, der bidrager med en forståelse af, hvordan individet træffer beslutninger. Disse to teorier er derfor med til at forklare, at når individet vælger at ringe 1-1-2 igen efter at være telefonisk afsluttet, så afhænger det af den konkrete kontekst individet står i, og at konteksten individet træffer sin beslutning ud fra afhænger af SES.

8 Perspektivering

I denne undersøgelse er kvalitet af akutbehandling defineret af RKKP og derved af sundhedsfaglige, der har fastsat nogle klare afgrænsninger for, hvornår der er tale om hhv. god og dårlig kvalitet. Denne definition har jeg anvendt, da den bygger på evidensbaseret viden og kliniske retningslinjer for, hvad god kvalitet er. Men ud fra et sociologisk perspektiv er denne definition ikke nødvendigvis den mest korrekte eller sigende for, hvad der er god kvalitet.

Overordnet set er der inden for sygdoms- og sundhedssociologien to måder at anskue sygdom og sundhed på. Den ene er 'sociology *in* medicine', som har fokus på at understøtte medicinen ud fra de behov og interesser, der eksisterer inden for medicinfaget. Formålet med denne type af sociologi er at forstå og forbedre de problemer, der findes inden for medicinfaget. Det er denne retning, denne undersøgelse placerer sig inden for. I kontrast til dette forsøger man i sociology *of* medicine at anskue medicinfaget mere kritisk, hvilket er en modreaktion til medicinens dominans, som indebærer, at lægperspektiver har større status end det medicinske perspektiv. Gennem sociology *of* medicine stilles der spørgsmål til den medicinske professions grænser, og derudover undersøges funktionerne af de medicinske organisationer. Denne form for medicinsk sociologi stiller sig kritisk til legitimiteten af moderne medicin (Nettleton 2013:7).

Ift. måling af kvalitet kan det diskuteres, om det ud fra et sociologisk perspektiv er netop RKKPs definition, der er den mest sigende for kvalitet. Kvaliteten kunne også være defineret ud fra et perspektiv, der i højere grad lagde sig inden for sociology *of* medicine, hvor kvaliteten var defineret ud fra kritiske perspektiver på evidensbaseret viden. Dette kunne fx være nogle fænomenologiske perspektiver fra patienters oplevelse af, hvad der for dem ville være god kvalitet. På denne måde ville det være patientens personlige oplevelser, der var sigende for kvaliteten. Dette er perspektiver, som de evidensbaserede definitioner ikke indebærer, og de ville derfor kunne bidrage til en anden forståelse af, hvordan kvaliteten af akutbehandling ift. socioøkonomisk status udspiller sig.

9 Litteraturliste

Agarwal, Gina; Lee, Janice; McLeod, Brent; Mahmuda, Sabnam, Howard, Michelle; Cockrell, Krista; Angeles, Ricardo (2019) Social factors in frequent callers: a description of isolation, poverty and quality of life in those calling emergency medical services frequently. *BMC Public Health*

Agresti, Alan og Finlay, Barbara (2009) *Statistical Methods for the Social Sciences*. Pearson, 4. Udgave

Andrew MK. Reported loneliness rather than social isolation is a risk factor for 10-year mortality in older men. *Evid Based Ment Health*. 2012; 15:87

Baker, David; Gazmararian, Julie; Williams, Mark; Scott, Tracy; Parker, Ruth; Green, Diane; Ren, Junling; Peel, Jennifer (2004) Health Literacy and Use of Outpatient Physician Services by Medicare Managed Care Enrollees *J GEN INTERN MED* 2004;19:215–220

Breen, Richard and Goldthorpe, John (1997) *Explaining Educational Differences Towards a Formal Rational Action Theory*. Sage Publications London Thousand Oaks and New Delhi Vol. 9(3): 275-305

Brewer, Noel T.; Chapman, Gretchen B.; Gibbons, Frederick; Gerrard, Meg; McCaul, Kevin; Weinstein, Neil (2007) Meta-Analysis of the Relationship Between Risk Perception and Health Behavior: The Example of Vaccination. *Health Psychology*, Vol. 26, No. 2, 136–145

Charlson, Mary; Pompei, Peter; Ales, Kathy; MacKenzie, Ronald (1986) A New Method of Classifying Prognostic Comorbidity in Longitudinal Studies: Development and Validation. *Pergamon Journals Ltd*. Vol. 0, Np 4, pp. 373-383, 1987.

Christensen, Helle C. Og Nielsen, Henrik (2020) Præhospitaldatabasen – Årsrapport. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Cutilli C. Health Literacy in Geriatric patients. An Integrative Review of the Literature. *Orthopaedic Nursing* 2007; 26(1):43-8

Derose, Kathryn P.; Hays, Ron; McCaffrey, Daniel; Baker, David (1998) : Does Physician Gender Affect Satisfaction of Men and Women Visiting the Emergency Department? *J Gen Intern Med*. 2001;16:218-226

Diderichsen, F, Andersen I, Manuel C. (2011) *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*. København:

Downey LA, Zun LS. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *J Natl Med Assoc*. 2008;100:1304-1308.

Dst.dk <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/uddannelseregister/isced-p>

Feldman, H. A., McKinlay, J. B., Potter, D. A., Freund, K. M., Burns, R. B., Moskowitz, M. A., et al. (1997). Nonmedical influences on medical decision making: an experimental technique using videotapes, factorial design, and survey sampling. *Health Services Research*, 32(3), 343–366.

Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, et al. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. *BMJ Open* 2016;5: e009627. doi:10.1136/bmjopen-2015-009627

Glymour, M.; Avendano, M. and Kawachi, I. (2014) Socioeconomic status and Health kap. 2 I *Social Epidemiology af L. Berkman, I. Kawachi og M. Glymour*, 2. Udgave

Goldthorpe, J. (2009) Analysing Social Inequality: A Critique of Two Recent Contributions from Economics and Epidemiology *European Sociological Review* VOLUME 26 NUMBER 6 2010 731–744

Goldthorpe, John (1996) The Quantitative Analysis of Large-Scale Data-Sets and Rational Action Theory: For a Sociological Alliance. *European Sociological Review*, Vol. 12, No. 2, Rational Choice Theory and Large-Scale Data Analysis (Sep. 1996), pp. 109-126. Published by: Oxford University Press

Goldthorpe, John H. (1998) Rational action theory for sociology *The British Journal of Sociology*, Vol. 49, No. 2 (Jun., 1998), pp. 167-192 Published by: Wiley on behalf of The London School of Economics and Political Science

Groot, Wim & Maassen van den Brink, Henriëtte (2007) The Health Effects of Education. *Economics of Education Review* 26 (2007) 186–200

Hanley GE, Morgan S, Reid RJ. Income-related inequity in initiation of evidence-based therapies among patients with acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med* 2011;26:1329-1335

Heritage, J., & Maynard, D. W. (Eds.). (2006). *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Herndon, Jill B; Chaney, Michelle and Carden, Donna (2010) *Health Literacy and Emergency Department Outcomes: A Systematic Review* *Annals of Emergency Medicine* Volume 75, no. 4

Hvas AC, Thesen J. At styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter: "Empowerment" i et dansk perspektiv. *Ugeskr Læger* 2002; 164(46):5361-5

Hyldegård, V. B., Johnsen, S. P., Støvring, H., & Søgaard, R. (2019). Socioeconomic Status And Acute Stroke Care: Has The Inequality Gap Been Closed? *Clinical Epidemiology*, 11, 933-941

Jacobsen, Klaus F. (2004) *Befolkningens Uddannelsesniveau*. Danmarks Statistik

Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot.Int.* 2001; 16(3):289-97

Larsen, Erik (2017) Logistisk Regression med Binært Udfald, kap 3. i *Videregående Kvantitative Metoder af M. A. Hussain og J.T. Lauridsen (red.)*. Samfundslitteratur. 1. udgave.

Lastrucci V, Lorini C, Caini S, Florence Health Literacy Research Group, Bonaccorsi G (2019) Health literacy as a mediator of the relationship between socioeconomic status and health: A cross-sectional study in a population-based sample in Florence. PLoS ONE 14(12): e0227007

Link, Bruce og Phelan, Jo (1995) Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. Journal of Health and Social Behavior ProQuest pg. 80-94.

Lutfey KE, Campbell SM, Renfrew MR, Marceau LD, Roland M, McKinlay JB. (2008) How are patient characteristics relevant for physicians' clinical decision making in diabetes? An analysis of qualitative results from a cross-national factorial experiment. Soc Sci Med. 2008;67:1391–1399.

Lægeløftet. Tilgængelig på: <https://www.laeger.dk/laegeloefket>

Madsen, M. H.; Højgaard, B. og Albæk, J. (2009) Health Literacy – Begrebet, konsekvenser og muligt interventioner. Dansk Sundhedsinstitut. Sundhedsstyrelsen.

Mainz J, Hess MH, et al. The Danish unique personal identifier and the Danish Civil Registration System as a tool for research and quality improvement. International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua. 2019

Morgan, Stephen og Winship, Christopher (2018) Counterfactuals and Causal Inference – Methods and Principles for Social Research. Cambridge. 2. Udgave

Møller et al. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine (2017) 25:22

Nettleton, S. (2013). I S. Nettleton, *The Sociology of Health and Illness* (s. 7, 16, 68, 160-163, 165,). USA: Polity Press.

Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. Health Promot.Int. 2000; 15(3):183-4

Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot.Int. 2000; 15(3):259-67

Nutbeam, Don (2006) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century Department of Public Health and Community Medicine, A27, University of Sydney, NSW 2006, Australia

Ohlsson A, Lindahl B, Hanning M, Westerling R. Inequity of access to ACE inhibitors in Swedish heart failure patients: a register-based study. J Epidemiol Community Health 2016;70:97-103

Ordnet.dk <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?aselect=empowerment&query=empowermwnt> set. d. 10.03.2020

Overgaard, M.; Høyer, C. Christensen, C. The Journal of Trauma, 2011 ;71: 435–441

Pampel, FredC.; Krueger, Patrick M.; Denney, Justin T. (2010) Socioeconomic Disparities in Health Behaviours. Annual Review of Sociology.

Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V. and Nurss, J. R. (1995) The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patient's literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 537–541.

Perissinotto CM, Stijacic Cenzer I, Covinsky KE. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med*. 2012; 172:1078–83.

Phelan, Jo; Link, Bruce and Tehranifar, Parisa (2010) Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior* 51(S) S28–S40

Pinn, V. W. (2003). Sex and gender factors in medical studies: implications for health and clinical practice. *JAMA*, 289(4), 397–400

Pleasant A, Kuruvilla S. A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health promotion International* 2008; 23(2):152-9

Regeringens Lægedækningsudvalg (2017) Lægedækning I Hele Danmark – Rapport fra Regeringens Lægedækningsudvalg

Rkkp.dk <https://www.rkkp.dk/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/prahospitalsdatabasen/> set d. 28.01.2020

Romani, A. (2017) Videregående Multivariat Lineær Regression kap. 2. i Videregående Kvantitative Metoder af M. A. Hussain og J.T. Lauridsen (red.). Samfundslitteratur. 1. udgave.

Rootman I, Gordon-El-Bihbety D. A Vision for a Health Literate Canada. Report of the Expert Panel on Health Literacy. Canadian Public Health Association. 2008.

Scott J, Strickland AP, Warner K, et al. *Emerg Med J* 2014;31:684–691

Statsrevisorerne (2019) *Forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene* – Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger

Stormacq, C.; Van den Broucke, S. Og Wosinski, J. (2018) Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*, 2019;34:e1–e17

Søvsø, Morten Breinholt; Kløjgaard, Torben Anders; Hansen, Poul Anders; Christensen, Erika Frischknecht (2019) Repeated ambulance use is associated with chronic diseases – a population-based historic cohort study of patients' symptoms and diagnoses. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 27:46

Søvsø, M. B.; Bech, B.; Collaz, H. m.fl. (2020) Sociodemographic Characteristics Associated with Contacts to Emergency Medical Services and Out-of-Hours Primary Care: An Observational Study of 2.3 Million Citizens. *Clinical Epidemiology* 2020:12 393–401

Thomsen RW, Johnsen SP, Olesen AV et al. Socioeconomic gradient in use of statins among Danish patients: population-based cross-sectional study. *Br J Clin Pharmacol* 2005;60:534-542

Treiman, Donald J. (2009) *Quantitative Data Analysis – Doing Social Research to Test Ideas*. Jossey-Bass, San Francisco.

van Ryn, M., & Burke, J. (2000). The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social Science & Medicine*, 50(6), 813–828.

WHO (1998) *Health Promotion Glossary*. Geneva.

Zimmerman, R. K., Santibanez, T. A., Janosky, J. E., Fine, M. J., Raymund, M., Wilson, S. A., et al. (2003). What affects influenza vaccination rates among older patients? An analysis from inner-city, suburban, rural, and Veterans Affairs practices. *American Journal of Medicine*, 114, 31–38

10 Bilag

Tabel 8: Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indlæggelse < 7 dage for patienter der afsluttes telefonisk (RR)

Uddannelse	Ujusteret	Justeret
Grundskole	1,00 (0,05)	0,97 (0,05)
Gymnasial udd.	1,10 (0,08)	1,07 (0,07)
Erhvervsfaglig udd.	0,93 (0,05)	0,95 (0,05)
MVU	0,91 (0,06)	0,93 (0,06)
LVU (ref. gr.)		
N	33.737	33.111
Pseudo R ²	0,0003	0,0025

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

Note: parentes viser standardfejl. Under 'justeret' er der kontrolleret for køn, alder, om patienten ringer flere gange (> 24 timer), samleverstatus, komorbiditet og oprindelsesland.

Tabel 9: Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indlæggelse < 7 dage for patienter der afsluttes på skadesstedet (RR)

Uddannelse	Ujusteret	Justeret
Grundskole	1,04 (0,10)	0,94 (0,09)
Gymnasial udd.	0,97 (0,12)	0,96 (0,12)
Erhvervsfaglig udd.	0,99 (0,09)	0,91 (0,09)
MVU	1,00 (0,10)	1,00 (0,10)
LVU (ref. gr.)		
N	93.154	91.373
Pseudo R ²	0,0002	0,0299

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

Note: parentes viser standardfejl. Under 'justeret' er der kontrolleret for køn, alder, samleverstatus, komorbiditet og oprindelsesland.

Tabel 10: Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indlæggelse < 7 dage der afsluttes på skadesstedet (RR)

Indkomst	Rå	Justret
0-19 %	1,20*** (0,06)	0,96 (0,06)
20-39 %	1,41*** (0,06)	1,15** (0,06)
40-59 %	1,57*** (0,06)	1,16** (0,06)
60-79 %	1,59*** (0,08)	1,18** (0,06)
80-100% (ref. gr.)		
N	96.608	91.373
Pseudo R ²	0,0043	0,0299

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

Note: parentes viser standardfejl. Under 'justeret' er der kontrolleret for køn, alder, samleverstatus, komorbiditet og oprindelsesland.