

Anja Kirkeby

Sociale konsekvenser af hjertekarsygdom i et ulighedsperspektiv

- **En registerundersøgelse af sygefravær og arbejdsmarkedsmobilitet
efter et sygdomsforløb med hjertekarsygdom**

Vejleder: Ruth Emerek

**Aalborg Universitet
Maj 2012**

Specialets omfang: 23.806 ord
Bilag: USB-stik

Forord

Specialet her kan med rette siges at være et produkt af, hvad jeg har foretaget mig de sidste to år. Det første kursus i registeranalyse på universitetet ansporede en nysgerrighed, der har gjort, at jeg siden både i mine projekter og arbejde har beskæftiget mig med forskellige typer af registerdata på sundhedsområdet. Da det var min vejleder på specialet, Ruth Emerek, der forestod dette kursus, vil jeg gerne benytte lejligheden til ikke blot at takke for rigtig god, tryk, konstruktiv vejledning, men også for interessant og vedkommende undervisning, der inspirerede mig til at forfølge dét, jeg nu metodisk betragter som min "hylde".

Senere bidrog især mit studiejob og praktik hos Strategisk Kvalitet i Region Midtjylland til interessen for forløbsdannelse, fordi jeg her fik lov til at prøve mine evner af i arbejdet med monitorering af kræft- og hjertepakkeforløb, og desuden også fik frihed til at udføre selvstændige analyser. Gennem mit arbejde her fik jeg ikke alene indblik administrativt dataarbejde, men også mange af de praksisser på hospitalernes afdelinger, der skaber rammen om forløb i hospitalsregi. Det er en praksisviden, jeg ikke kan læse mig til, og jeg skylder hele afdelingen en stor tak for at have givet mig denne ballast med på vejen.

En mere sundhedsteknisk forståelse af forløbsdannelse har jeg fået i min tid i firmaet EnVersion, hvor jeg er blevet prøvet i og fået udviklet min tekniske dataforståelse og – behandling. Det er ingen hemmelighed, at databehandlingen på specialet her har været særdeles udfordrende, fordi jeg har haft nogle ideer om, at stort set al meningsfuld analyse må ske på baggrund af forløbsdannelse, og ikke administrative registreringer, og det har været en vigtig del af min proces at kunne diskutere mine ideer med mennesker, der har erfaring på området. Specialet her var aldrig blevet til, hvis det ikke havde været for firmaets stiftere, Ali Khatam og Jacob Høy Berthelsen, som besluttede sig for at give mig frie hænder til at prøve kræfter med dét, jeg havde lyst til. De – og de øvrige i firmaet – skal have tusind tak for al den støtte, de har givet mig.

Men naturligvis må jeg også her nævne, at specialet – som har været undervejs i ni måneder – på mange måder er blevet mit barn, og at min familie, veninder og kæreste har været uundværlige i leveringen. Både til gennemlæsning, diskussion og til at trække mig op af specialesumpen i ny og næ.

For mig handler specialet her altså om de muligheder, jeg er blevet præsenteret for – og har taget. Det har været sjovt og spændende (og somme tider lidt hårdt), og det håber jeg også produktet er.

FORORD	2
SUMMARY.....	5
1. INTRODUKTION	6
1.1. FORMÅL	7
1.2. SPECIALETS FREMGANGSMÅDE OG ELEMENTER	8
1.3. BEGREBSDEFINITIONER	10
2. HJERTEKARSYGDOM, SYGEFRAVÆR OG ARBEJDSMARKEDSMOBILITET – EN CASE	11
3. SYGEFRAVÆR OG ARBEJDSMARKEDSMOBILITET – I ET SUNDHEDSSOCIOLOGISK PERSPEKTIV.....	13
3.1. SOCIAL ULIGHED I SUNDHED SOM RAMME OM SYGEFRAVÆR OG ARBEJDSMARKEDSMOBILITET	13
3.2. INSPIRATIONSKILDER	14
4. DESIGN OG METODE	20
4.1. VIDENSKABSTEORETISK TILGANG	20
4.2. FORSKNINGSSTRATEGISK TILGANG	22
4.3. STATISTISKE METODER.....	23
4.4. DATAGRUNDLAG	25
4.5. DATABEARBEJDNING	27
4.6. NOTITS OM MÅLENIVEAUER I DATA	30
4.7. POPULATION OG OBSERVATIONSPERIODE.....	31
4.8. FRAFALDSANALYSE	33
5. TEORETISK RAMME.....	36
5.1. SOCIAL HANDLEN OVER FOR ÅRSAGSSØGENDE DETERMINISME.....	36
5.2. DEN SOCIALE GRADIENT	37
5.3. PIERRE BOURDIEUS PRAXISTEORI	39
6. OPERATIONALISERING.....	44
6.1. PRÆSENTATION AF VARIABLE	44
6.2. OPERATIONALISERING AF PROBLEMSTILLINGEN	49
6.3. MODELKONTROL – EN REOPERATIONALISERING AF HYPOTESERNE	54
7. POPULATIONSBESKRIVELSE	56
8. DELANALYSE 1: SYGEFRAVÆRETS VARIGHED	59
8.1. DELKONKLUSION	62
9. DELANALYSE 2: RASKMELDING EFTER SYGEFRAVÆR	64
9.1. DELKONKLUSION.....	67

10. DELANALYSE 2: KARAKTERISTIK AF RASKMELDTE	68
11. KONKLUSION	71
LITTERATURLISTE	73
BILAGSFORTEGNELSE	74
1. BILAG TIL DATA	74
2. BILAG TIL DATABEARBEJDNING	74
3. BILAG TIL POPULATIONER.....	74
4. BILAG TIL FRAFALDSANALYSE.....	74
5. BILAG TIL DELANALYSE 1: SYGEFRAVÆR	74
6. BILAG TIL DELANALYSE 2: RASKMELDING EFTER SYGEFRAVÆR	74
7. BILAG TIL DELANALYSE 3:.....	74
8. BILAG TIL MODELKONTROL: HAZARDRATER	75

Summary

Sickness absence and early retirement from work have become a subject of increasingly political and research attention in Denmark in recent years. This is not least due to the fact that Denmark, like many other OECD countries, experience a tendency that more and more people retire from the labourmarket with health problems after long periods of sick absence. Sickness absence has been in the governments political program since 2003, where a series of initiatives designed to reduce absenteeism were adopted, and since then more efforts to reduce absenteeism has been developed.

Yet public statistics suggest that the problem is growing. The proportion of people on health-related benefits (retirement, flex, sickness benefits, rehabilitation) rose in the period 2001-09 by 15% to almost 400,000 people, and then there are approx. 410,000 persons who were unemployed or on welfare, activation and early retirement, which is not real health-related benefits. The Danish Board of Health (Sundhedstilsynet) released a report in 2011, Inequality in Health - Cause and Intervention, where early retirement from work was highlighted as a consequence of disease under a framework of health inequality. The purpose of this was to put focus on the fact that the social differences, that are responsible for the inequality in diseases also creates differentiating disease consequences, such as long term sickness absence and retirement. The relationship between long term sickness absence and retirement are seen in several studies, which from an inequality perspective makes then relationship between sickness absence and the labor market a subject of great interest. Diseases, where the disease incident is very skewed, are of particular interest, since this may also lead to a unevenly distributed sickness absence and retirement, and thereby adding to inequality in society. Cardiovascular disease such a skewed disease, where treatment has improved, but little is still known about factors associated sickness absence and retirement for the group.

In my thesis I therefore combine information from the treatment of cardiovascular disease and the period of sickness absence to investigate whether there is social inequality in the factors affecting the duration of sick leave during cardiovascular disease, as well as sick leave duration, and whether it is causing a selection for the labor market, which is dependent on social positions.

1. Introduktion

I de senere år har sygefravær og tilknytning til arbejdsmarkedet fået stigende politisk og forskningsmæssig opmærksomhed i Danmark. Dette skyldes ikke mindst, at Danmark ligesom mange andre OECD-lande ser en tendens til, at flere og flere forlader arbejdsstyrken med helbredsproblemer efter lange perioder med sygefravær (Sundhedsstyrelsen 2011: 126).

Fra politisk side har der været fokus på sygefraværets betydning for arbejdsmarkedstilknytningen siden 2003, hvor den tidligere regering vedtog en række initiativer, der skulle reducere sygefraværet. Indsatser for at nedbringe sygefraværet har siden været en del af den strukturelle strategi for at bevare sygdomsramte menneskers kontakt til arbejdsmarkedet, og målet har været at få fokus på, at også mennesker der er eller har været alvorligt syge, i mange tilfælde stadig kan og vil deltage i arbejdslivet (VK-regeringen 2003, 2008, SSFR-regeringen 2011).

Alligevel tyder de offentlige statistikker på, at problemet er stigende. Andelen af personer på helbredsrelaterede overførselsindkomster (førtidspension, fleksjob, sygedagpenge, revalidering, fleksjob, skånejob) steg i perioden 2001-09 med 15 % til næsten 400.000 personer, og dertil kommer ca. 410.000 personer som var arbejdsløse eller på kontanthjælp, aktivering og efterløn, som ikke er egentlige helbredsrelaterede ydelser (Sundhedsstyrelsen 2011:123). Sundhedsstyrelsen udgav i 2011 rapporten *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*, hvor tilknytning til arbejdsmarkedet blev fremhævet som en sygdomskonsekvens under en større ramme af ulighed i sundhed. Formålet med dette var at skabe fokus på, at de sociale forskelle, der skaber ulighed i sygdomme, også skaber *differentierende sygdomskonsekvenser*, som fx langtidsygefravær og arbejdsophør. Sammenhængen mellem langt sygefravær og arbejdsophør er vist i flere studier (Labriola 2008, SOSY 2005, ASUSI), hvilket i et ulighedsperspektiv gør sygefravær til en særdeles interessant forbindelse til arbejdsmarkedet, fordi samspillet mellem skæv fordeling i både sygdom og sygefravær kan betyde, at arbejdsophør bliver meget skævt fordelt (Sundhedsstyrelsen 2010: 115). Hjertekarsygdomme er én af de store sygdomsgrupper, hvor ulighed i sygdomskonsekvenser især er problematisk, fordi behandlingen er forbedret, så mennesker i højere grad kan leve med sygdommen, men hvor der er begrænset viden om, hvilke faktorer, knyttet til behandling og sygefravær, der har betydning for, om mennesker med hjertekarsygdom bevarer kontakten til arbejdsmarkedet¹.

I mit speciale kombinerer jeg derfor information fra behandlingsforløbet med hjertekarsygdom og perioden på sygedagpenge for at undersøge, om der er en social ulighed

¹ Behov for viden på området understøttes af, at Forskningscenteret for Forebyggelse og Sundhed på Glostrup Hospital kort tid efter starten på min specialeskrivningsperiode, igangsatte et projekt med samme

i, hvilke faktorer der har betydning for varigheden af sygefravær under hjertekarsygdom, samt om sygefraværets varighed, defineret i termer af kort eller langt, har indflydelse på den videre tilknytning til arbejdsmarkedet, og om der kan være tale om selektion til arbejdsmarkedet, der er afhængig af sociale positioner.

1.1. Formål

Specialets formål er at undersøge, om sociale positioner har indflydelse på sygefraværets varighed for mennesker med hjertekarsygdom, og hvordan dette kan defineres som langt eller kort. I forlængelse heraf er det formålet at undersøge, om der sker en selektion i, hvem der vender tilbage til arbejdsmarkedet efter at have haft et sygefraværs forløb i den erhvervsaktive alder, der knytter sig til et behandlingsforløb med hjertekarsygdom, og om denne selektion er relateret til længden af sygefravær og sociale positioner. Jeg fokuserer på personer, der enten er i arbejde eller står til rådighed for arbejdsmarkedet ved at være arbejdsløse, og som har haft en periode på sygedagpenge der falder sammen med et behandlingsforløb for hjertekarsygdom i perioden 1997-2008. Der er det efterfølgende år fulgt op på personer, der efter sygefraværsforløbet er raskmeldt, for at undersøge arbejdsmarkedstilknytningen. I specialet vil jeg søge svar på følgende spørgsmål:

- *Hvilke faktorer påvirker varigheden af sygefravær for mennesker med hjertekarsygdom, og hvornår kan sygefraværet defineres som langt eller kort?*
- *Hvilke faktorer har betydning for om mennesker med hjertekarsygdom raskmeldes?*
- *Hvilke faktorer karakteriserer mennesker, der er raskmeldt efter et sygefraværsforløb med hjertekarsygdom, med forskellig arbejdsmarkedstilknytning, og hvilke faktorer karakteriserer arbejdsmarkedstilknytning, når sygefraværet er hhv. langt eller kort?*

Disse spørgsmål besvares i specialet gennem tre delanalyser, der hver bidrager til besvarelsen af problemstillingen, der lyder som følger:

Hvilken betydning har langt og kort sygefravær for selektion i, hvordan sociale positioner påvirker arbejdsmarkedsmobilitet efter en sygefraværsperiode med hjertekarsygdom?

Centralt i specialet står empirien, hvor jeg benytter data fra Landpatientregisteret, Sygedagpengeregisteret, Uddannelsesregisteret, Befolkningsregisteret og IDA, der både indeholder sygdomsoplysninger, oplysninger om sygedagpengeregistreringer samt en række informationer om bl.a. familie-, arbejds- og økonomiske forhold. Den brede variation af kilder

giver mulighed for at karakterisere og bestemme længden af sygefravær, og koble dette sammen med muligheden for at vende tilbage til arbejde.

1.2. Specialets fremgangsmåde og elementer

Specialets problemformulering tager afsæt i et velkendt problem –stigende sygefravær og i forlængelse heraf arbejdsophør- der dels er beskæftigelsespolitisk, dels kan tilskrives social ulighed i sundhed, men hvor der ikke er ret meget viden om, hvordan sygefravær og arbejdsmarkedstilknytning nærmere hænger sammen, når sygedagpengeperioden kobles sammen med en bestemt sygdomsgruppe, som her hjertekarsygdomme. Jeg har derfor valgt at gå eksplorativt frem i specialet, og lade det empiriske materiale være styrende for definitionen af forløb og varighed af sygefravær.

I udvælgelsen af relevante faktorer har jeg ladet mig inspirere af undersøgelser, der beskæftiger sig med sygefravær og/eller arbejdsmarkedstilknytning, men ikke hjertekarsygdomme specifikt. Undersøgelserne har derfor virket som en eksplorativ indgangsvinkel til at undersøge og afgrænse, hvilke faktorer der kunne være interessante i forbindelse med *sygefravær og arbejdsmarkedstilknytning for personer i den erhvervsaktive alder*. Udvalgelsen af væsentlige faktorer fra sygdomsforløbet, er dels baseret på praksisviden, som jeg gennem mit studiejob og -praktik har fået fra deltagelse i mange møder med sygeplejersker og læger på Region Midtjyllands kardiologiske afdelinger, dels fra at studere Hjerteforeningens nyhedssider og patientblog; der findes ikke dér kvalitativt materiale, der kan ligge grund til en egentlig analyse, men jeg mener at have fået bekræftet, at mine valg af faktorer i hvert fald for *nogle* af mennesker de mennesker, jeg beskæftiger mig med, opleves som betydelige under forløb.

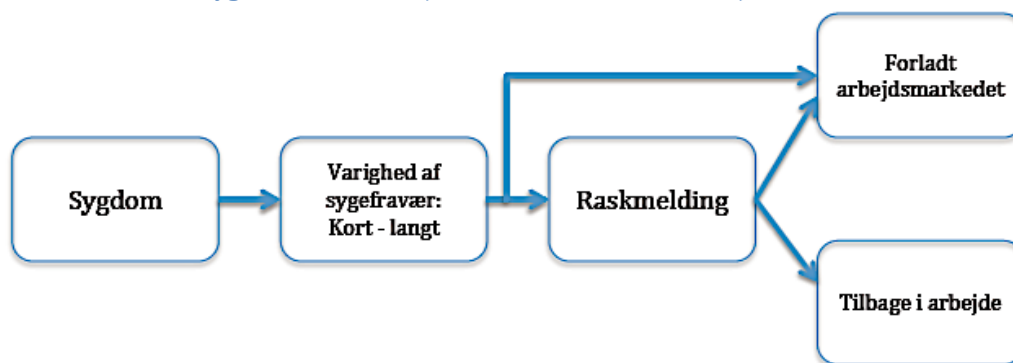
Både i konstruktion af populationen og analyserne gribes problemstillingen an ud fra et forløbsperspektiv. Det er allerede antydnet i indledningen, at populationens fraværsløb konstrueres ved at koble en sygedagpengeperiode og et sygdomsforløb sammen. Jeg har derfor konstrueret forløb i både delpopulationen af mennesker med hjertekarsygdom og mennesker, der har modtaget sygedagpenge i årene 1997-2008, før disse to delpopulationer kobledes sammen til sygefraværsløb. Denne fremgangsmåde er valgt, fordi jeg har ønsket at kunne bruge informationer der hører til hele forløb (fx diagnoseskift under forløb).

Ulighed i sundhed udgør den overordnede ramme om specialet, hvor jeg især vil lægge vægt på *differenteringsmekanismer i social ulighed i sundhed* ved Finn Diderichsen. Årsagsforklaringer på den sociale ulighed i sundhed kobles sammen med specialets teoretiske ramme, der udgøres af Pierre Bourdieus teoretiske begreber *habitus, felt, kapitaler* og *symbolsk vold*. Jeg har valgt denne sammenkobling, fordi begge tilbyder en forklaringsramme

på, hvorfor og hvordan ulighed mellem grupper opstår. Diderichsen er valgt fordi hans perspektiv på social ulighed ligger inden for en ramme af sundhed, og derfor fanger mange af de problemstillinger, specialet her beskæftiger sig med, og han tager desuden udgangspunkt i dansk kontekst. Bourdieus teoretiske begreber er valgt, fordi de giver mulighed for at fokusere på, hvorledes materielle og strukturelle vilkår kommer til udtryk i social praksis. Muligheden for at analysere sygefravær som en *social praksis* gør det muligt at se det som mere og andet end blot et proxy-mål for helbred, men i stedet som et samspil af individuelle dispositioner og vilkår.

I specialet besvares problemformuleringen gennem tre delanalyser, der hver tager udgangspunkt i forskellige dele af processen, hvor en person er sygemeldt med hjertekarsygdom, til denne er tilbage på arbejdsmarkedet, eller har forladt det, illustreret ved figuren herunder.

Figur 1: Processen fra at være syg til at være i arbejde eller at have forladt arbejdsmarkedet.



Sygefravær – det empiriske udgangspunkt

I delanalyse et undersøger jeg, hvilke faktorer der har indflydelse på varigheden af sygefraværet for personer med hjertekarsygdom. Det er yderligere analysens formål at undersøge, hvordan langt og kort sygefravær kan defineres, når der tages højde for relevante faktors indflydelse. Jeg har ønsket at definere sygefraværets varighed som "langt" eller "kort" fordi denne typer af termer (mellemlangt er også én variant) benyttes i en række undersøgelser og politiske debatter på området. Jeg finder det derfor interessant at undersøge, hvor sygefraværet for mennesker med hjertekarsygdom befinder sig i forhold til de mange forskellige mål for langt og kort sygefravær, der findes. Analysen afsluttes med en beskrivende karakteristik af personer med langt og kort sygefravær.

Overgangen fra sygefravær til raskmeldelse

Delanalyse to har til formål at undersøge, hvilke faktorer der har indflydelse på, om personer med hjertekarsygdom *raskmeldes* efter et sygefraværsløb. En raskmeldelse er en forudsætning for, at personer kan komme tilbage i arbejde, og det er derfor væsentligt, om raskmeldelse i sig selv er afhængigt af social klasse.

Tilknytningen til arbejdsmarkedet

I den tredje og sidste delanalyse kortlægger jeg, hvad der karakteriserer arbejdsmarkedstilknytningen for dem, der er blevet raskmeldte i delanalyse 2. For at undersøge betydningen af langt og kort sygefravær, vil jeg i analysen også særskilt se på, hvad der karakteriserer arbejdsmarkedstilknytningen for personer med hhv. langt eller kort sygefravær.

1.3. Begrebsdefinitioner

I specialet optræder flere begreber, som er konstrueret i forbindelse med projektet. Afsnittet her giver en kort definition af, hvorledes de forskellige begreber skal opfattes.

- Hjertekarforløb*** - et sygdomsforløb i offentligt hospitalsregi, der ved afslutningstidspunktet er registreret med en hjertekardiagnose. Sygdomsforløbet kan indeholde både henvisninger, ambulante og stationære indlæggelse(r). Hvis der i specialet refereres til typer af forløb, der ikke er forløb med hjertekarsygdom, vil dette blive pointeret.
- Sygedagpengeperiode*** - den periode, et individ er registreret med en sagsart i Sygedagpengeregisteret. En periode går fra første sygefraværsdag på arbejdspladsen til sidste beregningsdato for udbetaling af sygedagpenge hos kommunen (altså typisk den sidste dato i en måned). Den gældende ophørsårsag til sygedagpengenes udbetaling defineres ved flere sagsarter af den sidste i perioden.
- Sygefraværsforløb*** - et forløb der består af et hjertekarforløb og en periode med sygedagpenge, der på begyndelsesdato for begge forløb er sammenfaldende med +/- 30 dage.

2. Hjertekarsygdom, sygefravær og arbejdsmarkedsmobilitet – en case

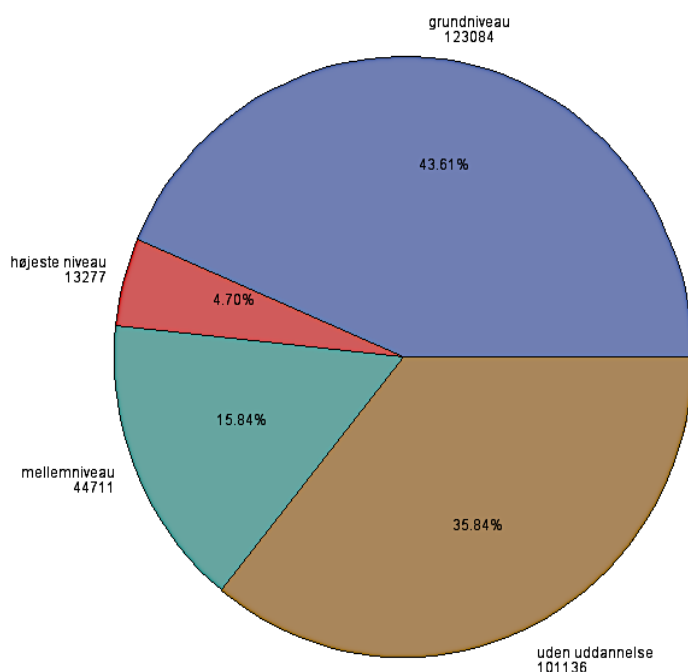
Som indledningsvist nævnt, er der nogle sygdomsgrupper, hvor den sociale ulighed er særligt udtalt, fordi både betingelserne for, at sygdommen opstår (sygdomsårsagen), sygdomsforekomsten i sig selv (sygdommen) og sygdomskonsekvenserne er påvirkede af

individets sociale position. En sådan sygdomsgruppe er hjertekarsygdom,

der også er defineret som én af de otte store folkesygdomme, der behøver særligt fokus i forhold til forebyggelse og rehabilitering (Sundhedsstyrelsen 2003:7).

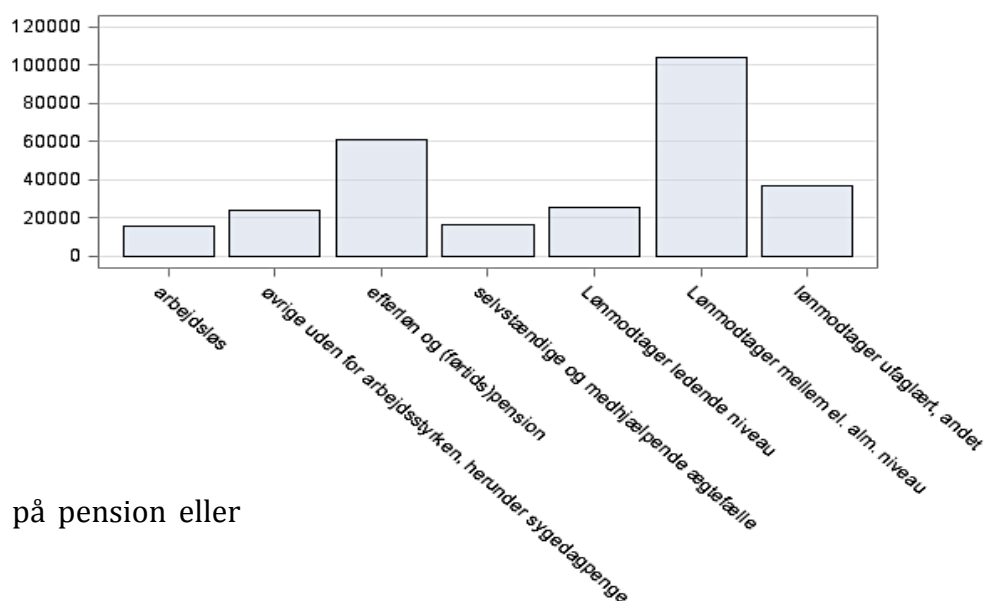
Denne skævhed er følgelig også særdeles udtalt blandt mennesker med hjertekarsygdom i mit materiale (delpopulation 1, mennesker med hjertekarsygdom, jf. afsnit om databehandling). Jeg har her valgt, at kun den andel, der er i den erhvervsaktive alder, det vil sige mellem 20-65 år, indgår i oversigten. Personer uden uddannelse og personer med en uddannelse på

Figur 2: Fordeling af uddannelsesniveauer blandt mennesker der har haft et forløb med hjertekarsygdom i årene 1997-2008.



grundniveau udgør tilsammen knapt 80% af de mennesker, der indgår i min undersøgelse med et behandlingsforløb med hjertekarsygdom. Uddannelse er altså meget skævt fordelt, og der er derfor grund til at tro, at det vil have nogen betydning, om man hører til de ca. 20% med højere uddannelse end grundniveau, når der kigges på sygefraværsforløbet. Hvor stor en andel af disse der er holdt op med at arbejde på grund af deres sygdom kan der gives en indikation af i figur 3. Det fremgår her, at en større andel er på pension eller

Figur 3: Fordeling af stillinger blandt mennesker der har haft et forløb med hjertekarsygdom i årene 1997-2008.



førtidspension (ca. 21,5%), at 5,4% er arbejdsløse, og dertil kommer ca. 8,4%, som står uden for arbejdsmarkedet af øvrige årsager. Det tegner et billede af, at det generelle problem med stigende overførselsindkomster er særdeles udtalt i gruppen af mennesker med hjertekarsygdom, hvor uligheden, forstået som skæv fordeling i uddannelsesniveau, også er meget tydelig.

Problemet illustreret ovenstående er ikke kun et stort problem for den enkelte; når der er så meget politisk fokus på de helbredsrelaterede overførselsindkomster skyldes det, at det i samfundsøkonomisk perspektiv også er et meget syrt problem. Samfundsudgiften grundet det årlige produktionstab på grund af hjertekarsygdom var alene i Danmark i 2008 på 6 milliarder kroner - næsten lige så meget som udgifterne til behandlingen (ca. 6,5 milliarder kroner, også i Danmark) (European Heart Network 2008: 119).

Når jeg undersøger gruppen af hjertekarpatienter, er det derfor til dels ud fra en grundlæggende interesse, jeg gennem min studietid og -arbejde har fået vakt for disse mennesker, og de forløb de gennemgår. Men min interesse skal også til dels findes i den udtalte ulighedsproblematik for hjertekarpatienter, som dog ikke er enestående for denne gruppe. Den findes også ved andre alvorlige sygdomme som kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL eller "rygerlunger"), demens, lungekræft og depression (Sundhedsstyrelsen 2011:124). Jeg betragter derfor gruppen af hjertekarpatienter som *case* på en sygdomsgruppe med social ulighed i både årsager til og konsekvenser af sygdom.

Når jeg valgt *hele gruppen* af hjertekarsygdomme (modsat en mere specifik sygdomsgruppe som fx iskæmisk hjertesygdom) i nærværende undersøgelse skyldes det, at min interesse ikke ligger i de fysiologiske følger af hjertekarsygdom udtrykt som *arbejdsevne* ved tilbagevenden til arbejdsmarkedet, som jeg anerkender at kan variere med sygdommens alvorlighed. Mit formål er derimod at betragte sygefravær som en selektionsmekanisme, der i højere grad varierer med social position.

3. Sygefravær og arbejdsmarkedsmobilitet – i et sundhedssociologisk perspektiv

Sygefravær og social mobilitet er som undersøgelsesobjekt et felt, der berører mange områder; både sundhed og sygdom, arbejdsmarked, velværdsstaten og den institutioner er oplagte perspektiver på problemstillinger, der knytter sig hertil.

Anlægges der en sundhedssociologisk vinkel på social mobilitet, handler det om sammenhængen mellem helbred og bevægelser mellem tilstande med forskellig relation til arbejdsmarkedet. I Afsnittet her præsenterer jeg den valgte overordnede ramme om specialet, ulighed i sundhed, og i forlængelse heraf hjertekarsygdom som valgt case. I afsnittets sidste del præsenterer jeg noget af den forskning i sygefravær og arbejdsmarkedsmobilitet, jeg har ladet mig inspirere af.

3.1. Social ulighed i sundhed som ramme om sygefravær og arbejdsmarkedsmobilitet

Social ulighed i sundhed handler om systematiske forskelle i sundhed mellem individer fra bestemte grupper i samfundet. For at forstå, hvorfor differentiering i sygdomskonsekvenser forekommer, er det nyttigt at betragte årsager til og konsekvenser af sygdom i et *livsforløbsperspektiv*:

Figur 4: Sygdomskonsekvenser i et livsforløbsperspektiv. Hvert "trin" har effekt på alle de efterfølgende.



Kilde: Med inspiration fra Diderichsen 2011: 368.

Af figuren fremgår det, at social ulighed i sundhed ikke kun skal forstås som ulighed i sygdomsforekomst; det er et bredere begreb som også dækker over ulighed i determinanter, der fører til sygdom og konsekvenser af sygdom. At vende tilbage til arbejde efter sygdom er derfor heller ikke noget, der ud fra et ulighedsperspektiv kan ses helt isoleret fra forløbet, idet eksempelvis betingelserne for sygefravær ud over sygdommen i sig selv i høj grad også udgøres af, hvilken social position i samfundet mennesker besidder (Diderichsen 2011: 365).

Tilknytning til arbejdsmarkedet som en sygdomskonsekvens, der fokuseres på strukturelt indebærer et normativt aspekt; et liv efter sygdom indebærer ikke blot overlevelse – et *godt* liv indebærer også mulighed for at varetage de samme roller, som før sygdommen indtraf. I et lighedsperspektiv må det her overvejes, hvilken rolle sygefravær spiller. Hvis sygefravær sættes ind i kæden for sygdomskonsekvenser tydeliggøres det, at årsager til og konsekvenser af sygefravær *også* indebærer en risiko for ulighed.

Figur 5: Udsnit sygdomskonsekvenser i et livsforløbsperspektiv med sygefravær indsat i kæden. De forudgående trin for sygdom (afbildet i figur 1) er underforstået.



Sygefraværets rolle får den betydning for differentieringen i sygdomskonsekvenser, at sygefravær kan virke som en *selektionsmekanisme*, hvor kun de bedst stillede grupper i samfundet genvinder deres sociale positioner på arbejdsmarkedet: Hvis de bedst stillede grupper i samfundet i højere grad vender tilbage til arbejde efter sygefravær, mens de øvrige enten bliver værre stillede eller stadig har samme risiko for at forlade arbejdsmarkedet, vil uligheden mellem grupperne blive større. Selv hvis udviklingen går i den rigtige retning i alle grupper, dvs. alle i højere grad vender tilbage til arbejdsmarkedet, kan uligheden stige, hvis chancen for at vende tilbage til arbejde er højest for de bedst stillede. Kun hvis de dårligst stillede grupper i højere grad end de bedst stillede vender tilbage til arbejdsmarkedet efter sygefravær, er der mulighed for at den sociale ulighed mindskes.

Ti års beskæftigelsespolitisk indsats på sygefravær for at fastholde mennesker med helbredsproblemer på arbejdsmarkedet, har ikke kunnet afhjælpe, at andelen af mennesker der forlader arbejdsstyrken af helbredsrelaterede årsager er stigende. Sygefravær og arbejdsmarkedstilknytning er derfor et undersøgelsesfelt, der ikke bliver mindre aktuelt som tiden går, og jeg mener, at der er god bevæggrund for at undersøge, om sygefravær fungerer som sorteringsmekanisme mellem socialgrupper.

3.2. Inspirationskilder

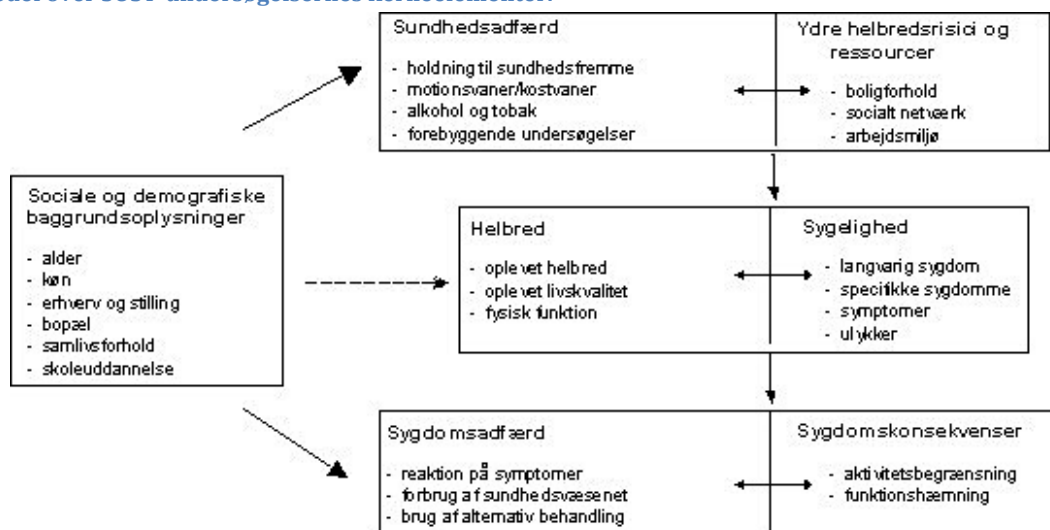
I afsnittet her vil jeg præsentere et udsnit af undersøgelser, der under specialet har tjent som inspirationskilder. Selv om ingen af dem handler om sygefravær eller arbejdsmarkedsmobilitet hos mennesker med *hjertekarsygdom*, har den mere generelle behandling af emnet givet inspiration til opstilling af faktorer i analyserne. Sidst i afsnittet vil jeg kommentere noget af den omfattende viden fra arbejdsmiljøforskning og epidemiologiske forskning som er relevant for emnet her, men som jeg ikke benytter.

Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne: SOSY

I sundheds- og sygelighedsundersøgelserne indsamles data til brug for statslig, regional og kommunal planlægning og sundhedsovervågning og til brug for forskning og analyser. Alle SUSY-undersøgelser er baseret på nedenstående model, der rummer undersøgelsesprogrammets kerneelementer. Udgangspunktet for modellen er den

traditionelle epidemiologiske forståelsesmodel, der opererer med nogle risikofaktorer, der kan medvirke til sygdom med deraf følgende konsekvenser.

Figur 6: model over SOSY-undersøgelses kerneelementer.



Kilde: www.si-folkesundhed.dk/Forskning

SOSY-undersøgelsen 2005 belyste sygdomskonsekvenser i ét af kapitlerne, med fokus på aktivitetsbegrænsning og funktionshæmning. Afsnittet indeholder dog også dele om langvarigt sygefravær og arbejdsophør, i hvilke jeg har fundet inspiration.

Overordnet konkluderer undersøgelsen, at dårligt helbred i samspil med dårlig uddannelse giver en særlig stor risiko for udstødelse og marginalisering, hvilket især kommer til udtryk ved, at mange trækker sig fra arbejdsmarkedet og går på førtidspension. Det konkluderes også, at en af mekanismerne i en ond cirkel mht. at udstøde syge fra arbejdsmarkedet er gennem forekomst af langvarigt sygefravær(SOSY 2005:283).

Køn og alder

Både når det gælder forekomsten af langvarigt sygefravær inden for det seneste år² og sygdomsbetinget arbejdsophør har køn og alder betydning. Med stigende alder er der større sammenhæng med sygefravær op arbejdsophør, således at det især er de ældre der er sygemeldt og trækker sig fra arbejdsmarkedet. Det sidst er især udtalt for aldersgruppen 45-66 år. Kvinder er dem der oftest bliver langtidssygefraværende og ophører med at arbejde.

Uddannelse og socioøkonomisk gruppe³

² Dette er i SOSY-undersøgelsen et selvrapporteret mål, der angiver om personer har været syge i fem sammenhængende uger eller mere inden for det seneste år.

³ Målt ved stillingsgruppering.

Rapporten konkluderer en tydelig sammenhæng mellem langvarigt sygefravær og varighed af uddannelse, således at jo længere uddannelse des lavere er forekomsten. Dette er en mønster der går igen når det sygdomsbetingede arbejdsophør undersøges, dog med omvendt fortegn; Jo kortere uddannelse des højere er andelen med sygdomsbetinget arbejdsophør.

Forekomsten af langvarigt sygefravær er højest blandt ikke-faglærte arbejdere og lavest blandt funktionærer. Sygdomsbetinget arbejdsophør forekommer hyppigst hos de ikke-faglærte, og der er også en sammenhæng med det at være arbejdsløs. Førtidspensionister har naturligvis også en meget stor andel, hvis arbejdsophør er sygdomsbetinget.

Samlivsstatus⁴

Både for langvarigt sygefravær og arbejdsophør har det indflydelse, om en person er blevet separeret eller skilt (SOSY 2005:297).

Arbejds miljø, Sygefravær, Udstødning, Social Arv, Intervention: ASUSI

ASUSI-projektet havde til formål at belyse sygefravær og udstødning i et livsforløbsperspektiv, hvor indikatorer af interesse handlede om på social arv, egen uddannelse, personlighed, livsstil, holdninger, socioøkonomiske forhold, arbejdsmiljø og personlige forhold.

Analysearbejdet blev afsluttet i september 2008, og resulterede i otte delprojekter. Projektet foregik i samarbejde med Arbejdsmedicinsk Klinik på Regionshospitalet Herning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet og Arbejdsmedicinsk Klinik på Glostrup Hospital.

En del af ASUSI-projektet var at gennemgå data vedr. udviklingen i sygefravær i Danmark gennem de sidste 20-30 år, og der etableredes en landsdækkende database med henblik på belysning af social arv vedr. arbejdsmarkedstilknnytning og sygefravær. Der blev også gennemført en stor spørgeskemaundersøgelse om faktorer af mulig betydning for sygefravær på et repræsentativt materiale på 14.241 personer med fast tilknnytning til arbejdsmarkedet, som blev koblet til forskellige registeroplysninger, herunder oplysninger om sygefravær over 14 dage (DREAM-databasen⁵). Endvidere var det en del af projektet at analysere data fra en undersøgelse af ansatte på et stort regionssygehus (hospitalsundersøgelsen) med ét års opfølgning af sygefravær opdelt på forskellige længder (kort (1-3 dage), mellemlangt (4-14 dage) og langt (>14 dage)) samt data fra FAUST-undersøgelsen (undersøgelse af langt sygefravær). Herunder præsenteres nogle af undersøgelsernes hovedkonklusioner:

Der er store socioøkonomiske forskelle i sygefravær, både med hensyn til antal perioder med sygefravær og varigheden af de enkelte perioder.

⁴ Målt ved civilstatus.

⁵ Oplysninger om sygefravær i DREAM-databasen bygger på de samme kilde-data som Sygedagpengeregisteret, nemlig KMD-data.

Det blev i den samlede ASUSI-undersøgelse fundet, at faglærte og ufaglærte havde ca. 1,6 gange så stor risiko for langt sygefravær (over 14 dage) i forhold til andre socioøkonomiske grupper (ASUSI-undersøgelsen). Forskelle i sygefravær relateret til socioøkonomisk status, vurderet ud fra stillingsbetegnelse og uddannelsesniveau, blev bakket op i delprojektet hospitalsundersøgelsen.

Kvinder har, alt andet lige, samme hyppighed af kort og mellemlangt sygefravær som mænd, men et øget hyppighed af langt sygefravær.

Kvinder havde dobbelt så stor hyppighed af perioder med langvarigt sygefravær som mænd, mens der ikke var sikre kønsforskelle for antal perioder med kort eller mellemlangt sygefravær eller med "unormalt" sygefravær. Kvinder havde også tendens til længere sygefraværperioder end mænd. (Hospitalsundersøgelsen). I FAUST-undersøgelsen blev det også fundet, at kvinder havde større risiko for langtidssygefravær end mænd (1,4 gange i forhold til mænd).

Ældre har, alt andet lige, mindre kort og mellemlangt sygefravær end yngre, mens der ikke er aldersforskelle med hensyn til langt sygefravær eller længden af sygefravær, når man først har sygemeldt sig.

Antal perioder med kort, med mellemlangt og med "unormalt" sygefravær forstået som mange enkeltstående episoder, falder meget med alderen. For antal perioder med kort sygefravær havde 60-årige således et antal perioder med kort sygefravær, der udgjorde knapt 60% af en 20-årigs tilsvarende fravær. Alderen havde ikke betydning for antal perioder med langt sygefravær eller for varigheden af sygefravær (Hospitalsundersøgelsen).

Enlige med hjemmeboende børn, og kvinder med små børn havde en let øget risiko for langt sygefravær.

I ASUSI-undersøgelsen blev det fundet, at enlige med hjemmeboende børn havde 1,5 gange så høj risiko for langtidssygefravær i forhold til andre. Hospitalsundersøgelsen gjorde lignende fund, for kvinder, men ikke mænd, med hjemmeboende børn mellem 0 og 6 år (1,6 gange så høj risiko for langtidssygefravær hvis der er 3 hjemmeboende børn).

Nogle yderligere pointer

Derudover var der også i ASUSI-projektet nogle fund, der selv om de ikke var hovedpointer, er interessante i forbindelse med min analyse:

ASUSI/ DREAM-undersøgelsen viste, at indkomst også har en væsentlig betydning for langtidssygefravær, idet lav husstandsindkomst pr voksen (ca. 150.000-223.000 kr) gav 1,9 gange større risiko for langtidssygefravær end indkomster over 450.000 kr.

Hospitalsundersøgelsen viste, at deltidsansatte havde flere perioder med kort sygefravær og mere "unormalt" sygefravær end ansatte på fuld tid.

Opsummering af undersøgelser

Samlet peger undersøgelserne på, at sygefravær, arbejdsmarkedstilknytning og social position hænger sammen. Dette er især udtrykt ved **uddannelse** og **stilling**, hvor der er enighed om, at længerevarende uddannelser kan relateres til korterevarende sygefravær, og lavstatus stillinger som ufaglært eller faglærte funktionærer ligeledes har sammenhæng med langt sygefravær og arbejdsophør. Der er ikke enighed om effekten af hverken **køn** eller **alder** i undersøgelserne, så jeg vil nøjes med at konstatere, at der er enighed om, at disse faktorer har en effekt. Også **familieliv** får en plads i begge undersøgelser; selv om det ikke er de samme sider af det, der er undersøgt, lader det til at have en betydning om der er børn i familien, og om personer er enlige. Endelig bemærkes **indkomst** og **arbejdstid** i ASUSI/ DREAM- undersøgelsen også som faktorer, der har betydning for sygefravær.

Undersøgelserne repræsenterer ikke blot et godt grundlag for en senere operationalisering, men tydeliggør også, at der, når sygefravær og arbejdsmarkedsmobilitet ikke betragtes sygdomsspecifikt, er tydelige skævheder i, hvordan dette fordeler sig i befolkningen. De mennesker, der oftest får lange perioder med sygefravær og efterfølgende arbejdsophør, tilhører de sociale positioner i samfundet, hvor uddannelsen er kort, stillingen typisk ufaglært, og indkomsten er lille. Hvis dette gælder for sygefravær og arbejdsophør *generelt*, understreger det aktualiteten i at undersøge, i hvilken grad det gælder for mennesker med hjertekarsygdom, der er en gruppe, der i forvejen kendetegnes af bl.a. korte uddannelser.

Øvrig forskning i sygefravær og arbejdsmarkedsmobilitet

Der findes utroligt meget forskning, der overordnet behandler emnet sygefravær og/ eller arbejdsmarkedsmobilitet, men jeg har benyttet de udvalgte undersøgelser, fordi de alle berører sociale forskelle i forbindelse med emnet.

Af anden forskning, som jeg her har udeladt, kan nævnes den meget omfattende forskning i arbejdsmiljøfaktorer, som der bl.a. forskes i ved det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA). Det er efterhånden anerkendt, at både fysiske og psykiske arbejdsmiljøfaktorer spiller en væsentlig rolle i forhold til sygefravær og tilbagevenden til arbejde; fx er langt sygefravær forbundet med ensidigt gentaget arbejde, lav indflydelse og lave udviklingsmuligheder i arbejdet, og tilbagevenden til arbejde kan associeres med mening i arbejde (Labriola 2008:5-6). Det bemærkes også i den beskrevne SOSY-undersøgelse, at studier har fundet, at sociale forskelle kan forklares med de forskelle, der er mht. de arbejdsmiljømæssige belastninger, som findes for de forskellige erhvervsaktive grupper (SOSY 2005:283). Dette modsiges dog af konklusionerne fra ASUSI-undersøgelsen, hvor der kun kunne findes få, spredte og relativt svage effekter af psykosociale arbejdsmiljøfaktorer på risikoen for langt sygefravær, når der var taget højde for andre signifikante faktorer.

Det er klart, specialets konklusioner havde stået endnu stærkere, hvis det havde været muligt at kontrollere for sådanne faktorer, men det ligger uden for specialets økonomi, tid og muligheder at inddrage arbejdsmiljøfaktorer. Med den viden, at der muligvis er faktorer "derude" der vil kunne forklare noget eller hele effekten af mine valgte faktorer, kan jeg på baggrund af analyserne generere hypoteser om, hvilke mekanismer der har indflydelse, når der ikke tages højde for arbejdsmiljøfaktorer.

Der findes, især internationalt, også en del epidemiologisk forskning på området, hvor der tages udgangspunkt i forskellige sygdomme inden for hjertekarsygdom (der findes også forskning der ser på hele gruppen af hjertekarsygdomme, men den er mindre omfattende). Jeg har dog valgt ikke at benytte den epidemiologiske forskning som inspirationskilde, da de faktorer, der er fokus på har et medicinsk præg (fx niveauer i EKG-scanninger af hjertet), som jeg ikke har kunnet overføre til den information om behandling, jeg har adgang til fra Landspatientregisteret. Men den omfattende forskning viser, at der også er fokus på *sygdomsfaktorer*es betydning for sygefravær og arbejdsmarkedsmobilitet. Det skal dog nævnes, at den forståelsesmodel som præsenteres i det indledende afsnit om ulighed i sundhed som ramme om projektet og senere uddybes i teoriafsnittet, er en model der arbejdes efter i mange epidemiologiske undersøgelser.

4. Design og metode

I dette afsnit beskrives, hvordan undersøgelsen er designet for at besvare forskningsspørgsmålene. Det videnskabsteoretiske standpunkt fungerer i denne sammenhæng som et nyttigt udgangspunkt for en diskussion af, hvilke elementer jeg har vægtet i undersøgelsen, og den konsekvens det dermed får for analysen.

I forlængelse heraf indeholder afsnittet også overvejelser af mere praktisk art om population, periode, anvendt data og databearbejdning og afgrænsninger i forbindelse hermed. Afsnittet afsluttes med en frafaldsanalyse og diskussion heraf.

4.1. Videnskabsteoretisk tilgang

Videnskabsteoretisk placerer jeg mig inden for den *kritiske realisme*, hvor fokus ligger på de underliggende strukturer og mekanismer, som forårsager manifesterede fænomener. Pointen i kritisk realisme er, at virkeligheden fungerer på flere niveauer. Vi kan ikke erkende dem alle *direkte*, men derimod erhverve os viden om de underlæggende niveauer *indirekte* gennem videnskaben (fx sociologien). Eksempelvis kan en ting som social ulighed i sygdomskonsekvenser ikke erfares direkte, her må videnskaben i stedet træde til med forklaringer på det vi *kan* erfare; at det ikke er alle, der kommer tilbage i arbejde efter sygdom.

Indenfor kritisk realisme opereres der med to dimensioner af videnskaben; den transitive dimension, som handler om den viden, vi har om verden og den intransitive dimension, som omhandler de objekter, som ønskes afdækket. Herved repræsenterer de to dimensioner også den epistemologiske og ontologiske del af kritisk realisme.

Indenfor den transitive dimension bygges viden på allerede eksisterende viden, hvilket betyder at videnskab skal forstås som en vedvarende social aktivitet, der kritisk må genskabes og udforskes ud fra det allerede eksisterende. Det giver et processuelt billede af videns dannelse, og det kan dermed ikke lade sig gøre at gengive sandheden fuldstændigt.

Idet al viden implicit eller eksplicit forholder sig til eksisterende viden, bør ny videns dannelse knytte eksplicit an til eksisterende viden og på grundlag heraf udvikle egne perspektiver. Jeg har selv forsøgt at inddrage et nyt perspektiv på, hvordan *varighed af sygefravær* og i forlængelse heraf *kort og langt sygefravær* kan defineres i denne kontekst, netop ud fra viden om, at 1) varigheden af sygefravær har vist sig at have betydning for tilbagevenden til arbejde og 2) faktorer der ligger forud for sygefraværet har indflydelse på varigheden af dette, og kan have en skæv fordeling hos nogle sygdomsgrupper, bl.a. mennesker med hjertekarsygdom.

I den intransitive dimension antages det, at der findes en objektiv virkelighed uden for menneskers erkendelse, og det er denne, det forsøges at beskrive med en kritisk realistisk tilgang til videnskab. Objekterne i de henholdsvis transitive og intransitive dimensioner er ikke bundet sammen, hvilket vil sige, at den *viden*, vi har om ting og de ting som *er*, ikke kommer ud på ét. Med en kritisk realistisk tilgang ligger hovedvægten her på ontologien; altså at forsøge at beskrive de ting som *er* i verden, og ikke nødvendigvis hvad vi *ved* om dem (Nielsen et al. 2005: 22).

I forlængelse heraf bliver det inden for den kritisk realistiske tilgang også muligt at have et åbent forhold til hvilke metoder og teorier, der er anvendelige; de vælges ud fra deres forklaringskraft, som i sidste ende er et empirisk anliggende (Nielsen et al. 2005: 59)⁶.

Virkelighedens tre domæner – det empiriske, faktiske og virkelige – udgør en hierarkisk virkelighedsinddeling, hvor erfaringer på det empiriske domæne kun udgør en mindre del. Det betyder også, at blot fordi vi har en bestemt oplevelse af noget, kan der være andre ting der spiller ind og i virkeligheden forårsager vores oplevelse (Nielsen et al. 2005: 25).

Tabel 1: Virkelighedsdomæner inden for den kritiske realisme.

Det empiriske domæne	erfaringer og observationer
Det faktiske domæne	alle fænomener og begivenheder som findes – uanset om vi er klar over at de findes eller ej
Det virkelige domæne	strukturer og mekanismer, som ikke er direkte observerbare, og som ofte understøtter og skaber fænomener indenfor det faktiske domæne

Kilde: Nielsen et al. 2005: 25.

Denne forståelse af strukturer og mekanismer i det virkelige domæne der spiller ind på fænomener i det faktiske domæne, og har indflydelse på, hvad vi erfarer i det empiriske domæne, indebærer en kausalitetsforståelse. Heri ligger i den kritiske realisme et brud med en horisontal årsagsforklaringsmodel og det, der inden for kritisk realisme kaldes lukkede systemer ("*når* begivenhed A, *så* følger begivenhed B"). I stedet antages det, at virkeligheden består af åbne systemer, hvor mekanismer og strukturer har multikausale virkninger på det virkelige domæne. I åbne systemer kan lovmæssigheder kun forstås som *tendenser*, og disse virker altid på det virkelige domæne, uanset om de kommer til udtryk eller ej (Nielsen et al. 2005: 26).

Denne opfattelse af strukturer betyder, at sociale strukturer altid eksisterer forud for menneskelige aktiviteter, men disse aktiviteter er samtidig med til at genskabe de samme strukturer; strukturer udspringer fra aktørers interaktion, og de besidder egenskaber, som

⁶ Inden for den kritiske realisme benyttes ofte modbilleder eller forbilleder, når der skal vælges metoder og teori, og et eksempel på et moderne forbillede er Bourdieu (Nielsen et al. 2005: 59).

aktørerne ikke besidder. Omvendt opnår aktører *i kraft af* sociale strukturer bestemte egenskaber – men egenskaber som strukturerne altså ikke besidder (Nielsen et al. 2005:50).

Konsekvensen af at se verden i åbne systemer er først og fremmest, at der i videnskabelige undersøgelser må åbnes op for, at de mekanismer der spiller ind, ikke givetvis tilhører ét bestemt fagligt felt. Dette fordrer *tværfaglighed* (Nielsen et al. 2005: 59), et kriterium jeg har forsøgt at imødekomme ved at inddrage faktorer, der ikke kun er sociologisk relevante, men også relevante i forbindelse med sygehistorien. I min tilgang til data ligger også implicit en tværfaglighed, idet jeg her efter bedste evne har trukket på de erfaringer, jeg i praksis har gjort mig, omkring hvilke mekanismer der kan spille ind ved registrering af data i offentlige registre og dermed anvendeligheden heraf.

Videnskabelighed forbindes inden for kritisk realisme med analyser, der tilsigter at forklare sociale sammenhænge eller fænomener i en mangfoldighed af strukturer og mekanismer på tilværelsens *virkelige* niveau. Dette krav for videnskabelighed har jeg forsøgt at opfylde ved ikke blot at undersøge, hvorledes sociale positioner kan have kausal effekt på arbejdsmarkedstilknytning, men også at inddrage sygefravær som en mekanisme, der kan interagere med denne effekt.

4.2. Forskningsstrategisk tilgang

Som det muligvis allerede nu fremgår (af indledningens afsnit om fremgangsmåde og elementer), benytter jeg mig både af teori og empiri for at udarbejde problemstilling, løsninger og svar. Denne vekslen mellem teori og empiri svarer ikke til en traditionel deduktiv eller induktiv forskningsstrategi, men kombinerer dele fra de to tilgange i *abduktion*. Abduktion veksler mellem empiri og teori undervejs i forskningen for at kunne afdække forståelige mønstre undervejs, og er en god strategi, når det er vanskeligt at se tydelige empiriske mønstre eller bruge stringente teoretiske betragtninger i forskningsmaterialet. Dette vil jeg hævde netop er tilfældet her, idet der er relativt lidt viden om sygefravær og arbejdsmobilitet for den specifikke gruppe af mennesker med hjertekarsygdomme. Abduktionstilgangen gør det da muligt at tage udgangspunkt i empiri, koble det til teori, og så igen analysere og tolke empirien igen for at finde videnskabelige fakta.

Pierce, som er abduktionens ophavsfader, sammenligner tilgangen med den strategi, medicinerne bruger for at diagnosticere patienter: først observeres symptomer som et grundlag for at diagnosticere et mønster eller en sygdom. Det er netop dette, jeg har gjort i afsnit 2, hvor jeg præsenterer mennesker med hjertekarsygdom som case, og udvikler forklaringshypoteser (Fann 1970: 68). Målet med abduktion er at udgangspunkt i empiri, og derfra koble eksisterende viden og referancerammer til for at finde mønstre. Disse mønstre testes så ved hjælp af hypoteser igennem deduktiv metode.

4.3. Statistiske metoder

Jeg har valgt at besvare problemformuleringen udelukkende ved hjælp af kvantitative metoder, hvilket skyldes at tid er et centralt omdejningspunkt for besvarelsen af problemformuleringen, både for at kunne definere varighed af sygefravær og for at indfange bevægelser i positioner over tid. Med henblik på dette har jeg benyttet mig af metoder inden for registeranalyse, hvor jeg har valgt at benytte flere forskellige statistiske modeller til analyse af levetidsdata, som jeg kort vil beskrive i afsnittet her. Til karakteristik af raskmeldte personer med forskellig arbejdsmarkedstilknytning har jeg anvendt multipel logistisk regressionsanalyse. Al statistisk behandling er ligesom klargøringen af data udført i SAS/STAT version 9.2, og anvendte procedurer nævnes kun overfladisk, og ellers henvises i øvrigt til sasprogrammerne i bilag 2c.

Modellering af længde af sygefraværsforløb med accelerated time failure model

For at afgøre, hvornår sygefraværsforløb for mennesker med hjertekarsygdom kan kaldes langt eller kort, har det været nødvendigt med en statistisk model, der kan vise, hvad tiden i et sygefraværsforløb er afhængigt af.

Til dette formål har jeg benyttet en model af typen accelereret time failure model (AFT)⁷, der er en type af regressionsmodeller der estimerer parametre for levetidsobservationer, dvs. observationer med positive (evt. censurerede) observationer. Hvis $S_i(t)$ er overlevelsesfunktionen for individet i , så siger AFT-modellen at for ethvert andet individ j , kan overlevelsen udtrykkes som nedenfor, hvor φ_{ij} er en konstant som er specifik for i og j .

$$S_j(t) = S_i(\varphi_{ij}) \text{ for al } t$$

Kort sagt siger modellen, at det der gør én observation forskellig fra en anden, er den *tid* der bruges i observationsperioden. Det vil altså sige, at forskellen mellem to mennesker med hjertekarsygdom i denne model bestemmes af, hvor lang tid deres sygefraværsperiode varer (Allison 2010: kap 4).

Jeg har anvendt modellen til at estimere betydningen af variable under kapitalformer, sygdom og baggrund (for nærmere beskrivelse, se operationaliseringsafsnit 6.1) for omfanget af sygefravær blandt mennesker med hjertekarsygdom. Den anvendte AFT-model er en særlig variant, der minder meget om en almindelig lineær regression. Denne eneste forskel er, at den afhængige variabel er logget, samt at det er standardafvigelsen (σ) for restledet (ϵ) der er angivet. Hvis eksponentialfunktionen indsættes på begge sider af lighedstegnet, fås det at:

$$T_i = \exp(\beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \dots + \beta_k x_{ik} + \sigma \epsilon_i)$$

⁷ PROC LIFEREG i SAS.

AFT-modellens største begrænsning er, at det ikke er muligt at tage højde for, *hvornår* i forløbet en hændelse sker, udelukkende *om* den sker (det er modellens begrænsning i at håndtere tidsafhængige kovariater). Det gør Cox-regressionen mere anvendelig til de videre analyser.

Modellering af risiko for at raskmeldes efter endt sygefraværsløb

Specialets anden delanalyse handler om, hvordan faktorer påvirker den tid der går, indtil en bestemt hændelse indtræffer (ophør af sygefravær). Cox regression⁸ bruges til sådanne overlevelsesanalyser, og analyserer den tid det tager til en begivenhed indtræffer. Hvis $T_1, \dots, T_n$ betegner uafhængige stokastiske variable, der beskriver levetiderne for n individer, er forudsætningen for en almindelig Cox-regression, at de stokastiske variables hazardfunktioner $h_1, \dots, h_n$ kan skrives som nedenfor.

$$\text{Log}h_1(t) = \alpha(t) + \beta_1 x_{i1} + \dots + \beta_k x_{ik}$$

Det er som nævnt ovenfor især cox-regressionens evne til at håndtere tidsafhængige variable, som fx stilling ved sygefraværstart, der gør den attraktiv. For at udtrykke dette kræves der en mindre ændring i ligningen ovenfor:

$$\text{Log}h_1(t) = \alpha(t) + \beta_1 x_{i1} + \dots + \beta_k x_{ik}(t)$$

Derved forstås nu, at hazardratioen er afhængig af værdien af X_1 og det k'ende X på det givne tidspunkt t .

Modellering af arbejdsmarkedstilknytningen for raskmeldte

Jeg har valgt at benytte mig af multiple logistisk regression for at karakterisere arbejdsmarkedstilknytningen, hos dem der bliver raskmeldt efter et sygefraværsløb. Årsagen skal findes i den afhængige variabels karakter, der er nominal, og i analysens fokus, der på sin vis er at 'afslutte' de øvrige analyser med et svar på, om de der bliver raskmeldte så også kommer i arbejde. Det var altså mit formål at udarbejde en karakteristik, hvor den multiple logistiske regressionsmodel er særdeles anvendelig fordi den beregner sandsynligheden for succes i en given hændelse (her, at komme i arbejde) frem for fiasko (Agresti & Finlay 2009:483ff). Den multinominelle logistiske regression skrives som følger, hvor p er sandsynligheden for succes:

$$\text{odds} = p / (1-p)$$

⁸ PROC PHREG i SAS.

Valg af referenceramme

Normalt vælges den referenceramme, der er mest repræsentativ for populationen; altså dem der er flest af. Somme tider kan denne fremgangsmåde dog være et dårligt valg, hvis der er kategorier i forskellige variable der peger på det samme, men som ikke er repræsentative. I så tilfælde må disse kategorier vælges som referenceramme, således at det bliver muligt at fortolke meningsfuldt på resultaterne. I samtlige af mine analyser ser referencepersonen ud som følger:

- Han er **mand**.
- Han har **ikke været indlagt med anden sygdom inden for 1 år**, og han har heller **ikke fået skiftet diagnose**. Han er blevet **indlagt akut**.
- Han er **enlig**.
- Han er **arbejdsløs** og har **ingen uddannelse**.
- Han har **ingen børn** og heller ingen **lønmodtagerindkomst**.

Opbygning af modeller

Jeg har bygget mine modeller op efter samme fremgangsmåde; kapitalfaktorer inddrages trinvist, hvorefter sygdomsvariable og baggrundsvariable inddrages. Denne fremgangsmåde er valgt med henblik på at kunne vurdere og tolke på, om faktorerne påvirker hinanden i modellerne. Jeg har på baggrund af denne viden udarbejdet en tilpasset model for længden af sygefraværet (da proc lifereg ikke har nogen selection-muligheder, hvor fx stepwise method kan anvendes). For de øvrige modeller har jeg benyttet metoden *stepwise selection*, der er en variant af *forward selection* hvor variable indsættes trinvist i modellen hvis de møder et signifikansniveau på $p > 0.05$. Stepwise selection adskiller sig fra forward metoden ved, at variable, der mister værdi når nye variable indsættes, fjernes igen. Med denne fremgangsmåde har jeg fået en tilpasset model der viser, hvilke faktorer der har størst indflydelse, når der er taget højde for de øvrige faktorer, hvilket er, hvad jeg ønsker.

4.4. Datagrundlag

Afsnittet her indeholder en beskrivelse af dataadgang samt en kort beskrivelse af de anvendte registre og datakonstruktion⁹.

Dataadgang

I undersøgelsen har jeg benyttet mig af data fra Sundhedsstyrelsen og Danmarks Statistik, som alle er rekvireret gennem Danmarks Statistik. Jeg har benyttet en ekstern opkobling til Danmarks Statistiks server, når jeg skulle bearbejde data, gennem et godkendt varigt

⁹ En uddybende beskrivelse af adgang til data (herunder økonomi), data og datakonstruktionen findes i bilag 1.

analysemiljø, EnVersion¹⁰, som også delvist har finansieret projektet. Aftalen om at skrive speciale hos EnVersion er kommet i stand som en del af min ansættelse dér, hvilket også betyder, at selv om firmaet ingen indflydelse har haft på brug af data eller problemstilling, har det ret til at benytte resultaterne fra specialet.

Data

Der indgår data fra fem registre i undersøgelsen. Herunder giver jeg en kort oversigt over, hvilke registre jeg har benyttet:

- Landspatientregisteret
- Sygedagpengestatistikregisteret
- Den Integrerede Database for Arbejdsmarkedsforskning –IDA
- Befolkningsstatistikregisteret
- Uddannelsesregisteret

Fra **Landspatientregisteret** er anvendt oplysninger om kontakter til alle danske sygehuse. Det vil fx sige indlæggelses- og udskrivningsdatoer, oplysninger om procedurer og henvisnings- og udskrivningsmåder. Desuden er oplysninger om køn, alder og bopæl rekvireret herfra. Oplysningerne herfra benyttes hovedsageligt til at danne sygdomsforløb, og udvælge populationen ud fra personer med hjerteforløb.

Landspatientregisteret indeholder oplysninger om alle personer, der har haft kontakt til det offentlige, danske sygehusvæsen. Det betyder også, at personer der i forbindelse med hjertesygdom er blevet indlagt på privathospital *ikke* indgår i undersøgelsen¹¹.

Fra **Sygedagpengestatistikregisteret** er indhentet oplysninger om udbetalinger af dagpenge ved sygdom og fødsel. Det er fx førstefraværssdato og kommunens sidste beregningsdato, sygedagpengesagens art og også dens ophørsårsag. Da det kun er sager, hvor der er udbetalt penge fra det offentlige, der indgår i denne statistik betyder det, at offentligt ansatte typisk ikke optræder i opgørelserne angående sygdom til og med 1999, da det offentlige som arbejdsgiver indtil da oftest ikke var berettiget til refusion fra det kommunale dagpengesystem ved ansattes sygdom. Normalt kan man først modtage sygedagpenge efter arbejdsgiverperioden, der til den 1. april 2007 var på 14 dage og herefter indtil 1. juni 2008 på 15 dage, hvorefter perioden blev forlænget til 21 dage. Det betyder, at personer der har en sygefraværperiode på *under* 14/15/21 dage ikke vil indgå i undersøgelsen, hvor registeret er benyttet til at danne forløb med sygefravær.

¹⁰ EnVersion er et privat firma der sælger business intelligence løsninger til den offentlige sektor.

¹¹ Alle danske hjertecentre findes dog på offentlige sygehuse, og selv personer der er privat forsikrede men benytter de offentlige faciliteter vil være at finde i Landspatientregisteret.

Fra **Den Integrerede Database for Arbejdsmarkedsforskning –IDA** er der benyttet oplysninger tilknyttet arbejdsmarkedet, fx løn, branche og stilling.

Befolkningsstatistikregisteret er anvendt til oplysninger om bl.a. familietype. Fra Befolkningsstatistikregisteret er desuden indhentet identifikationsnummer på populationens partnere (hvis nogen), og ud fra de øvrige registre er dannet oplysninger om fx partners uddannelse og løn.

Endelig er **Uddannelsesregisteret** benyttet til at indhente oplysninger om den højeste fuldførte uddannelse.

4.5. Databearbejdning

Forud for analyserne er en omfattende databearbejdning fundet sted. Dette skyldes ikke mindst, at jeg har valgt at betragte både indlæggelser med hjertekarsygdom og udbetaling af sygedagpenge i et *forløbsperspektiv*, ligesom sygefraværperioden også betragtes som et forløb. Forløbsperspektivet fordrer, at enkeltstående registreringer i de administrative registre kobles sammen til *perioder*, der typisk indeholder flere enkelte registreringer, og i afsnittet her beskriver jeg min fremgangsmåde for konstruktion af forløb¹².

Konstruktion af forløb med hjertekarsygdom

Personer til undersøgelsen er fundet ved at søge i Landspatientregisteret efter aktionsdiagnoser, der klassificerer sig under en af de valgte diagnoser for hjertekarsygdomme¹³.

Logikken i forløbsdannelsen er hovedsageligt baseret på sortering af datapunkter og den måde, patienterne er henvist og afsluttet på. Én mulig kobling mellem kontakter er fx henvisning fra "anden sygehusafdeling" og afslutning til sygehusafdeling. Et eksempel på, hvornår et forløb ikke kan kobles videre til en ny kontakt er, hvis der afsluttes til alment praktiserende læge, idet denne type registrering ligger uden for Landspatientregisteret¹⁴.

¹² En uddybende beskrivelse af forløbskonstruktionerne findes i bilag 2a.

¹³ Denne afgrænsning er fundet vha. Dansk Hjertestatistik 2010 (Hjerteforeningen 2010) og medinfos online sksbrowser, der bl.a. tilbyder et overblik over diagnose-klassifikationer inden for ICD-10 klassifikationen, som er den, der benyttes i observationsperioden.

¹⁴ Selve algoritmen bag sammenkædning af patientforløb er lånt af EnVersion, som har udviklet en generel patientforløbslogik og tilpasset den til brug af monitorering af kræft- og hjertepakker. Modellen har jeg selv tilpasset og applikeret på LPR-data. Patientforløbsmodellen benyttes bl.a. også i Region Nord- og Midtjylland til monitorering af hjerte- og kræftpakker, og har i denne forbindelse været valideret af flere omgange mod hospitalernes patientadministrative systemer.

Figuren nedefor illustrerer, hvorledes tre kontakter kan samles til ét forløb efter den anvendte forløbslogik.

Figur 7: Eksempel på kobling af enkelte administrative registreringskontakter i Landspatientregisteret til forløb med den anvendte forløbslogik.

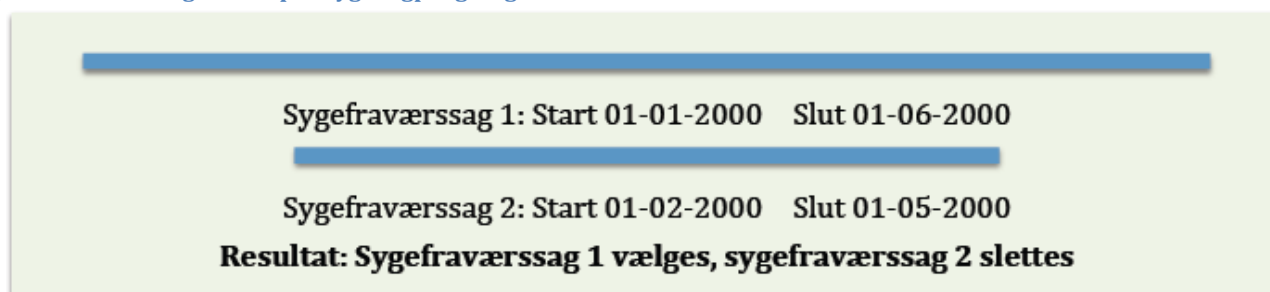


Transformerung af enkelte sager til sygedagpengeperioder

Ved transformeringen til sygedagpengeperioder har det ved tidsmæssigt overlap af sager været nødvendigt at afkorte nogle forløb, mens andre er blevet slået sammen. Det er sket efter følgende regler:

- Hvis én periode fuldstændigt overlapper en anden slettes den korteste periode.

Figur 8: Fuldstændigt overlap af sygedagpengesager



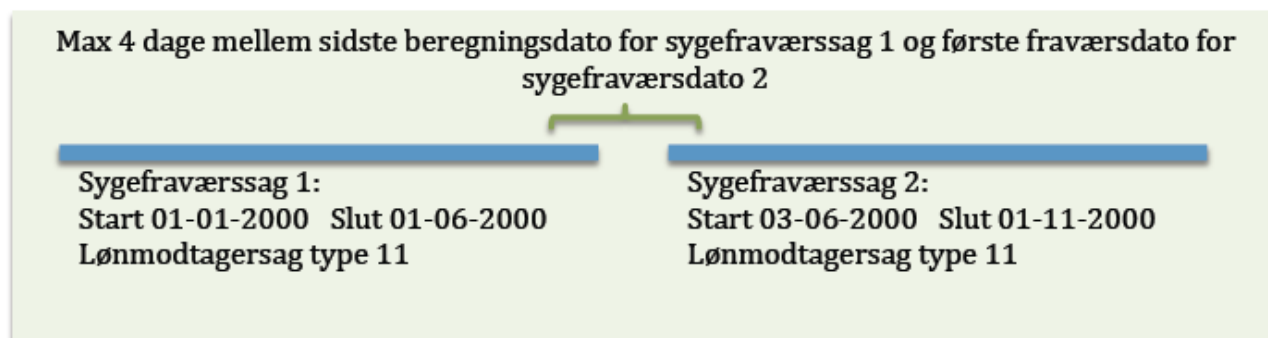
- Er der delvis overlap mellem perioder med sygedagpenge, hvor den samme person har to forskellige *ansættelsesforhold*, afsluttes den første periode når den næste starter.

Figur 9: Delvist overlap mellem sygedagpengesager



- Hvis der er under 4 dage mellem sidste beregningsdato og første fraværssdato på to ens sagsarter med samme ansættelsesforhold (fx lønmodtager), slås sagsarterne sammen til én periode.

Figur 10: Sammenkobling af sygedagpengesager



Herved er enkelte sager transformeret til *hele perioder af sygefravær*, der ikke tidsmæssigt overlapper hinanden¹⁵. Én person kan dog godt have flere efterfølgende sygefraværperioder. En sygefraværperiode er derved angivet ved en startdato, der er lig første fraværssdato for den dag, en person melder sig syg til arbejdsgiver eller kommune, og en slutdato, der er lig kommunens sidste beregningsdato for udbetaling af sygedagpenge.

Kobling mellem hjertekarforløb og sygedagpengeperioder: sygefraværssforløb

Præmissen for denne undersøgelse er, at sygedagpengeperioden må og kan forstås i sammenhæng med hjertekarforløbet, hvilket fordrer overvejelser om, hvornår i forløbet personer med hjertekarsygdom "mon" melder sig syge, da der ikke registreres diagnoser i forbindelse med sygedagpengestatistik, og derfor slet ikke angives tidspunkt i forløbet i forhold til sygehusbehandlingen. Jeg har valgt at der ikke må være et interval på mere end +/- 30 dage mellem den mindste dato for sygedagpengeforløbet og den mindste dato for det første hjertekarforløb i perioden. Dette er sket ud fra overvejelser om ventetid på behandling, der ifølge offentlige statistikker er 23 dage, hvilket jeg har tjekket op mod egne data, hvor medianen for tiden mellem henvisning og første behandling var 27 dage¹⁶. Da ikke alle i undersøgelsen bliver indlagt med henvisning, og personer også kan have følt sig syge i perioden op til de får en henvisning fra lægen, er intervallet valgt at gælde både +/-.

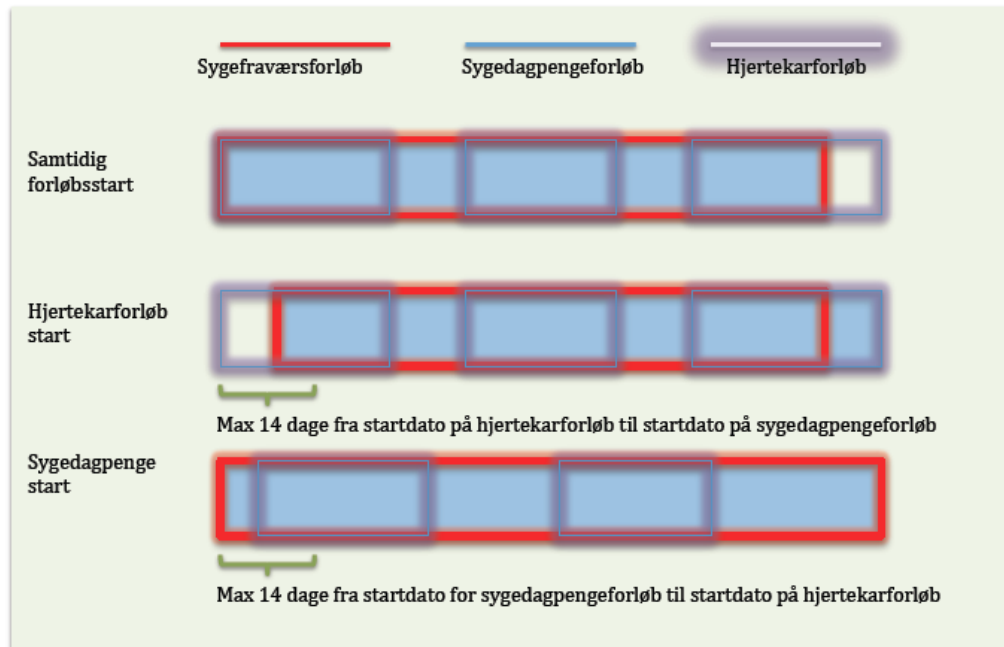
Jeg har besluttet, at når en sygedagpengeperiode kobles med et hjertekarforløb, er det datoerne for sygedagpengeforløbet der afgør, hvornår et sygefraværssforløb starter og slutter. Begrundelsen herfor ligger i, at det er betydningen af personens fravær fra arbejdsmarkedet,

¹⁵ Fremgangsmåde for dannelse af sygefraværssforløb er dannet efter samme metode som benyttes af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø til registerdannelsen af "Register over Sygedagpenge og Sociale ydelser i Danmark" (2011). Sygedagpengedata hos NFA bygger som i Sygedagpengeregisteret på data fra KMD.

¹⁶ Se bilag 2a.

jeg ønsker at undersøge – ikke betydningen af dét, der kunne kaldes sygeperioden. Det giver tre muligheder for kobling til sygefraværsforløb, illustreret herunder.

Figur 11: Kontruktion af sygefraværsforløb ved forskellige typer af overlapninger mellem hjertekarforløb og sygedagpengeforløb.



I det øverste sygefraværsforløb starter hjertekarforløbet og sygedagpengeperioden samtidig. Det fremgår desuden af eksemplet, at personen her har flere hjertekarforløb under sin sygedagpengeperiode, men når jeg kæder forløb sammen til sygefraværsforløb, tager jeg kun udgangspunkt i det initiale hjertekarforløb. Derfor kan det forekomme, som vist ved eksemplet med samtidig forløbsstart, at en person har et igangværende hjertekarforløb når jeg afslutter sygefraværsforløbet, fordi dette afslutter sammen med sidste dato for sygedagpengeperioden.

4.6. Notits om måleniveauer i data

Da jeg som beskrevet benytter data fra en bred vifte af registre, og også har valgt at benytte data, der er målt på flere forskellige niveauer (år eller dato) samt tidspunkt (fx i starten af året eller slutningen af året), udgør dette i sig selv visse udfordringer for meningsfyldt analyse. Jeg har forsøgt at imødegå problematikken ved at koble novemberregistrerede oplysninger (IDA, om løn, stilling mm.) på de databaserede oplysninger (oplysninger om behandling fra Landspatientregisteret og oplysninger om sygedagpengeforløb fra Sygedagpengeregisteret) på en sådan måde, at der er mest mulig konsistens i måle niveauerne: hvis en datoregistreringen er registreret i de første 5 måneder af året, kobles novemberoplysninger fra året før til disse data. Databaserede oplysninger "foldes ud" inden kobling til de

årsbaserede oplysninger, således at der fx for én række med oplysninger om behandling og startdato i år 2002 og slutdato i år 2003, vil figurere to rækker med identiske oplysninger (med undtagelse af år). Herved undgås det, at der mistes data fra nogle af kilderne – og duplikerede oplysninger fjernes igen inden analyse.

Det må dog noteres, at det ikke helt kan forhindres, at de forskellige måleniveauer resulterer i oplysninger, der kan synes umulige, afgrænsningerne taget i betragtning. Eksempelvis kan pensionister og førtidspensionister ikke modtage sygedagpenge; alligevel optræder de i populationen. Det kan lade sig gøre, fordi registreringen af deres stilling er sket på et tidspunkt, hvor de er overgået til denne position, *som følge af sygefraværsforløbet*. Da der er tale om en mindre andel, har jeg valgt at skære dem fra, af hensyn til tolkning i analyserne.

4.7. Population og observationsperiode

Afsnittet her indeholder de overvejelser og valg, jeg har gjort mig omkring population og observationsperiode.

Population

Jeg beskæftiger mig i undersøgelsen med personer, der har fået diagnosticeret en sygdom inden for den overordnede gruppe af hjertekarsygdomme, som dækker over en række specifikke lidelser af mere eller mindre alvorlig art¹⁷.

Derudover har jeg valgt, at det hjertekarforløb, populationen udvælges ved, skal *afsluttes* med en kontakt i Landspatientregisteret, hvor aktionsdiagnosen ligger inden for de afgrænsede hjertekardiagnoser¹⁸. Herved afgrænses fra tilfælde, hvor patienten er indlagt mhp. undersøgelse for hjertekarsygdom, men hvor sygdommen viser sig at være en anden, eller hvor en hjertekarpatient under sit indlæggelsesforløb får tilstødende sygdom, og forløbet derved overgår til et andet sygdomsforløb.

Jeg har også forsøgt at afgrænse mig fra tilfælde, hvor det aktuelle hjertekarforløb er en del af et mønster, hvor personen ofte er i kontakt med sygehusvæsenet grundet hjertekarsygdom, da det hjertekarforløb, en person udvælges på, skal være det første indlæggelsesforløb med hjertekarsygdom i mindst to år. Denne afgrænsning skal *ikke* forstås som en afgrænsning til nye tilfælde af hjertekardiagnosticerede personer (altså incidens), men er udelukkende en afgrænsning der tager sigte på at definere det aktuelle hjertekarforløb i forhold til aktuelt sygefravær og tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

¹⁷ En oversigt over de specifikke sygdomme findes sammen med de anvendte diagnosekoder i bilag 2a.

¹⁸ Den afsluttende kontakt kan dog stadig godt være "åben" i den forstand at udskrivningsdatoen ikke er kendt.

Da jeg er interesseret i at koble sygedagpengeperioden med hjertekarforløbet, har jeg valgt at begrænse mig til sagsarter i Sygedagpengeregisteret, der har med *egen sygdom* at gøre, og derfor også afgrænset mig fra sager, der er ophørt efter pasning af sygt barn, ved flytning eller overgang til anden sag (i sidstnævnte to tilfælde vil der da figurere en anden sag i registeret på samme fraværperiode).

I denne undersøgelse har jeg valgt at oplysninger om sygefravær indhentes fra Sygedagpengeregisteret. Det er dels et pragmatisk valg, da det i mange tilfælde er svært at få dækkende oplysninger om sygefravær. Mit valg betyder da også, at jeg ikke har oplysninger om fravær der er kortere end 14/15/21 dage¹⁹, eller hvor sygedagpenge ikke udbetales af kommunen, hvilket sker enten direkte til sygemeldte eller gennem refusion til arbejdsgiver. Sidstnævnte har den konsekvens, at det indtil år 2000 fortrinsvis er privat ansatte der indgår i undersøgelsen²⁰. For fraværperioden på 14/15/21 dage er der den undtagelse, at kommunen udbetaler sygedagpenge fra første fraværdsdag for forsikrede arbejdsgivere eller frivilligt selvstændigt forsikrede, arbejdsløse eller i tilfælde af, at arbejdsgiveren ikke har pligt til at udbetale løn under sygdom. Da det *kun* vil være i disse tilfælde, så korte sygefravær optræder i registeret, har jeg valgt at sygedagpengeperioder i undersøgelsen skal være *mindst* 14/15/21 dage. Jeg har ligeledes afgrænset mig fra at medtage sygedagpengeperioder, hvor der hos samme person optræder en sygedagpengeperiode i under et år forinden.

Da Sygedagpengeregisteret bygger på kommunale udbetalinger af sygedagpenge, er det i de tilfælde, hvor sygedagpenge betales direkte til lønmodtager eller selvstændig, kommunens regler for udbetaling af sygedagpenge der gælder. Ellers er det regler om refusion til arbejdsgiver fra kommunen, der gælder. Som hovedregel skal en person have været tilknyttet eller til rådighed for arbejdsmarkedet, før der kan ske udbetaling af sygedagpenge. Det vil sige, at fx pensionister og fuldtidsstuderende ikke kan få sygedagpenge. Jeg har valgt at afgrænse populationen således, at personer på det tidspunkt de indtræder i undersøgelsen, skal være *tilknyttet arbejdsmarkedet*, forstået som *beskæftiget i arbejde*. Jeg har afgrænset mig fra personer, der allerede er modtagere af sygedagpenge, og også fra personer der er over 65 år eller under 20 år. Opsummerende kan mine valg opgøres til følgende karakteristika for populationen:

- Personer der har et sygdomsforløb, der afslutter med en diagnose for hjertekarsygdom i én af de specificerede grupper, og som ikke to år tidligere har været i kontakt med sygehusvæsenet for sygdom inden for hjertekarsygdomsgruppen.
- Personer der har været i kontakt med det *offentlige* sygehusvæsen.

¹⁹ Afhængigt af periode, jf. afsnit om data.

²⁰ Jf. afsnit om data.

- Personer der har et sygedagpengeforløb, der er forbundet med *egen sygdom*.
- Personer der indtil 2007 havde et sygedagpengeforløb på mere end 14 dage, herefter indtil 2008 mere end 15 dage, og herefter mere end 21 dage.
- Personer der har en sygedagpengeperiode, og som ikke har haft en sygedagpengeperiode i mindst et år tidligere.
- Indtil 2000 fortrinsvis personer der var ansat i den private sektor.
- Personer der på det tidspunkt, de sygemeldes i forbindelse med et forløb med hjertesygdom er *i arbejde*.
- Personer der på det tidspunkt, de sygemeldes i forbindelse med et forløb med hjertesygdom, er mellem 20 og 65 år.

Observationsperioder

I undersøgelsen opererer jeg med data, der strækker sig fra 1995-2011, hvilket afgrænses af IDA-data, der i oktober 2011 er blevet opdateret med IDA2009²¹. Da jeg som nævnt under afsnittet ovenfor har afgrænset, at populationen skal have mindst to sygdomsfrie år(uden hjertekarsygdom) inden de indtræder i undersøgelsen betyder det, at de tidligste observationer ligger i 1997. Desuden ønsker jeg at følge op på individer, der er blevet raskmeldt året efter, hvilket betyder, at jeg ikke inkluderer sygefraværforløb, der slutes senere end 2008. Analyserne har altså forskellige observationsperioder, som specificeres herunder:

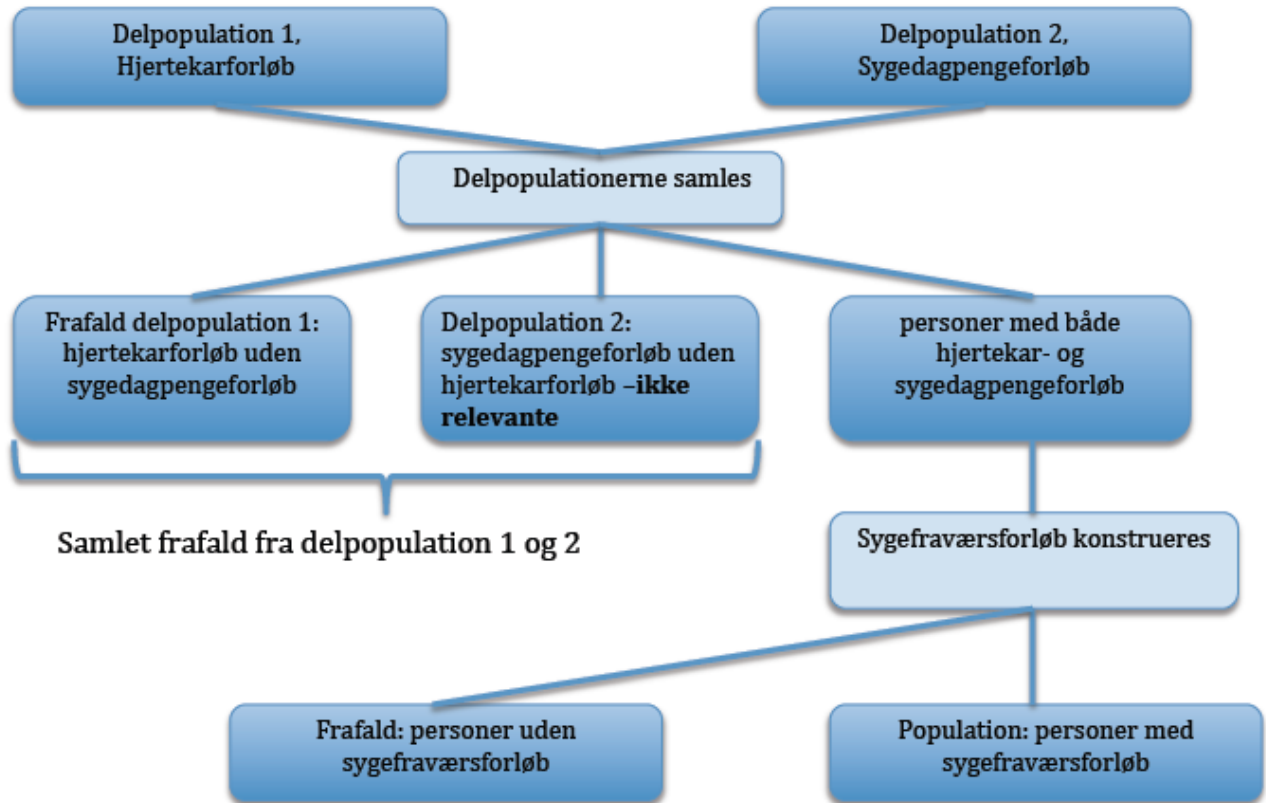
- **Observationsperioden for varighed af sygefraværforløb** starter i 1997, og det er kun forløb der har *start* senest i 2008, der er medtaget. Der censoreres i analysen for forløb, der er uafsluttet ved årets udgang.
- **Observationsperioden for arbejdsmarkedstilknytning efter endt sygefraværforløb** starter også i 1997, og ligeledes medtages kun forløb med start senest i 2008, mens uafsluttede forløb censoreres.
- **Observationsperioden for arbejdsmarkedstilknytning efter raskmelding** starter på det tidspunkt, et individ raskmeldes, dog senest i 2008. Perioden varer i ét år.

4.8. Frafaldsanalyse

Da jeg som beskrevet har valgt at kombinere flere registre og inden for det enkelte register også har opstillet regler for populationsdannelse, har det været særligt vigtigt at lave opgørelser over *frafald* under populationsdannelsen. Figuren herunder giver et overblik over frafaldsprocessen i dannelse af populationen.

²¹ Se bilag 1d for oversigt over tidsforløb i specialet.

Figur 12: Oversigt over frafald i konstruktion af populationen.



Delpopulation 1, personer med hjertekarforløb, udgør i observationsperioden 1997-2008 **285.295** personer. Fremtrædende karakteristika ved disse personer er, at det især er ældre mennesker, hvilket hænger sammen med, at mange hjertesygdomme tager tid at udvikle og almindeligvis først viser sig senere i livet. Når aldersgruppen tages i betragtning er det derfor heller ikke så underligt, at størstedelen af delpopulationen ikke er tilknyttet arbejdsmarkedet, det vil sige pensionister eller førtidspensionister.

I observationsperioden 1997-2008 udgør delpopulation 2, personer med sygefraværsløb, **777.962** personer med **835.486** sygefraværperioder. Om disse personer kan især bemærkes, det fortrinsvis er personer i alderen 30-39 og 40-49. Desuden kan det bemærkes, at delpopulationen især er kendetegnet ved tilknytning til arbejdsmarkedet gennem industri og offentlig administration.

Den korte beskrivelse af de to delpopulationer gør det tydeligt, at der som udgangspunkt er væsentlig forskel på de grundlæggende karakteristika i grupperne. Det har især betydning for gruppen af personer med hjertekarforløb, når disse sammenlægges til konstruktion af sygefraværsløb. Da pensionister ikke kan modtage sygedagpenge, optræder den store del af pensionister med forløb med hjertesygdom nemlig ikke i

delpopulationen for personer med sygefraværsforløb²². Derfor kan den population, der dannes hjertefraværsforløb på, ikke påstås at være typisk for *alle* personer med forløb med hjertesygdom; der er i stedet tale om ***den erhvervsaktive del af personer med forløb med hjertekarsygdom.***

I konstruktionen af hjertefraværsforløb har der også været frafald. Dette skyldes, at sygefraværsperioderne ikke har været sammenfaldende med forløbsperioderne med hjertesygdom, idet dette har været det eneste kriterium. En overvejelse over dette kan naturligvis være, at det langt fra er alle, hvis sygefraværsperiode hænger sammen med det faktiske forløb, hvor der er kontakt til sygehusvæsenet. En del mennesker, der lider af hjertesygdom, kan med rimelighed antages at have følt sig syge i en tid, der måske ligger længe inden kontakten til sygehusvæsenet etableres, og nogle er måske endda blevet rådet til at sygemelde sig af deres praktiserende læge. Samtidig er det dog rimeligt at formode, at et sådan lægeligt råd i hvert fald i en del tilfælde også medfører en henvisning til undersøgelse i sygehusregi, hvilket i så tilfælde er en startdato for forløb med hjertesygdom i undersøgelsen. Da der imidlertid *er* mange grunde til, at mennesker melder sig syge –eller ikke gør (Hansen 2009) – handler undersøgelsen her ikke om *alle* personer, der har sygefravær i forbindelse med deres hjertesygdom. Den kan i stedet afgrænses til at omhandle personer, der ***i forbindelse med starten på et forløb med hjertesygdom i sygehusregi starter på at modtage sygedagpenge.***

Herved gives, at **14.430** personer i årene 1997-2008 har haft en sygedagpengeperiode, der kan kædes sammen med et hjertekarforløb, og hvor de *ikke* har været indlagt med en hjertekarsygdom to år forinden.

²² Der er visse undtagelser herfra, hvilket skyldes måleniveauer i data, som nævnt tidligere.

5. Teoretisk ramme

Med den valgte teoretiske tilgang har det været målet at skabe en ramme, inden for hvilken social ulighed kan forbindes med den menneskelige handling, som sygefravær i et sociologisk perspektiv er (Hansen 2009). Dette gøres ved i første omgang at uddybe den forståelse af differentierende sygdomskonsekvenser, som kort blev introduceret i afsnit 3.1, ved Finn Diderichsen. Finn Diderichsen er ikke ophavsmand til denne teoretiske vinkel på sygdomskonsekvenser, men han har i dansk sammenhæng forsket i og udgivet en del materiale på området. Derefter præsenteres specialets hovedteoretiske perspektiv ved Pierre Bourdieu.

Inden da indledes afsnittet med en diskussion af, hvorledes de to tilgange kan udfordre og supplere hinanden, og hvilke elementer jeg især har lagt vægt på.

5.1. Social handlen over for årsagssøgende determinisme

Jeg har valgt de to perspektiver, fordi de begge beskæfter sig med social ulighed, og begge har en opfattelse af, at ressourcer og kompetencer personer har betydning for, hvilke muligheder og valg personer har.

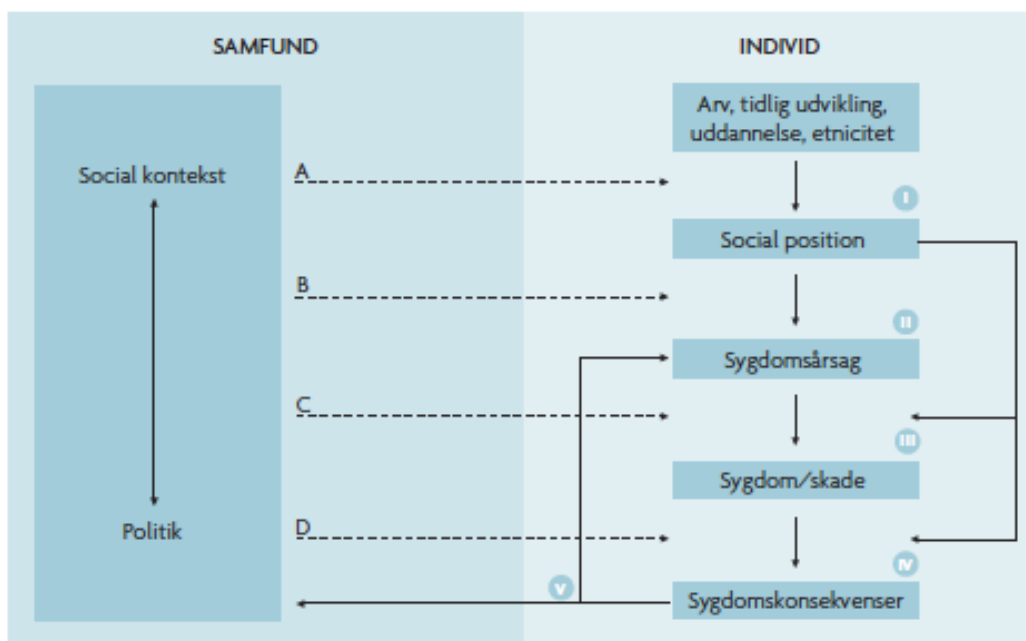
I et perspektiv af social ulighed i sundhed er opfattelsen dog noget mere deterministisk, end den er i Bourdieus teori, fordi menneskers sundhedspotentiale opfattes som bestemt af og bestemmende for, hvordan det videre går dem. Menneskets *egen* mulighed for at påvirke de strukturelle vilkår og deres egen situation, diskuteres ikke. Årsagen skal nok findes i, at det er et perspektiv, der tager udgangspunkt i en epidemiologisk forklaringsmodel; selv om omdrejningspunktet er sociale forskelle, er det stadig med et sundhedsmedicinsk udgangspunkt, hvor menneskers forandringsmuligheder er løftet op på strukturelt niveau i form af forebyggelse og intervention. I modsætning hertil står Pierre Bourdieu, der lægger vægt på menneskets eget forandringspotentiale; selvom individet er bundet af de normer og regler, der findes i et givent felt, er det stadig i stand til, at påvirke feltet gennem habitus og den symbolske kapital. Heri ligger dog et krav om bevisliggørelse hos individerne - individet skal være bevidst om brugen af den symbolske kapital for, at opnå ændringer i, og udvikling af, samfundet. Det deterministiske perspektiv, der anligges i den sociale ulige i sundhed, beskæftiger sig slet ikke på samme måde med, hvorvidt individer er bevidste om deres egne handlinger, fordi fokus her ligger på *årsagen* til handlingen. Når jeg alligevel har valgt at de to perspektiver skal supplere hinanden er det fordi, der i Bourdieus teori også lægges vægt på strukturer, en dimension som den sociale ulighed i sundhed fanger bedre i relation til nærværende undersøgelse, idet indflydelsen af fx materielle vilkår og uddannelse sættes i relation til sundhedssystemets indretning og i forlængelse heraf individets evne til at navigere heri. Jeg vil med Pierre Bourdieu lægge vægt på, at der i social handlen også er rum til menneskets handlemuligheder inden for de strukturelle rammer, og at disse kan ses som strukturerende, men ikke determinerende.

5.2. Den sociale gradient

Social ulighed i sundhed betragtes som regel ud fra ét af to perspektiver, alt afhængigt af formålet: Det ene perspektiv handler om, at socialt udsatte grupper (mennesker der lever i fattigdom, har langvarig arbejdsløshed eller lign.) har et meget dårlig helbred, sammenlignet med resten af befolkningen. Det andet perspektiv, som er mest relevant i forhold til specialet her, betragter *den sociale gradient*, som handler om, at der over hele skalaen af socioøkonomiske positioner (dvs. fra høj til lav og alle de mellemliggende niveauer) findes en gradient af stigende sygelighed og dødelighed. Denne gradient kan observeres, uanset om social position måles som uddannelseslængde, erhvervsgrupper ordnet i sociale klasser (fx Goldthorpe) eller som indkomststørrelse (Diderichsen 2011: 365-66). Når uligheden undersøges som en gradient giver det et mere nuanceret billede, end hvis der benyttes diktomier (dvs. ekstreme værdier i form af lav og høj), men deraf følger også, at den relative størrelse på ulighed grupper imellem ofte også bliver mindre.

Der er fem centrale mekanismer (I-V i figur 13), som skaber ulighed i sundhed, og hvor der kan sættes ind med indsatser (A-D i figur 13).

Figur 13: Oversigt over væsentlige mekanismer (I-IV) og tilhørende interventionspunkter (A-D) i forbindelse med social ulighed i sundhed.



Kilde: Diderichsen et. al i Sundhedsstyrelsen 2011: 26

Social stratificering: Samfundsstrukturer indebærer forskellige sociale positioner, der forbindes med forskellige mængder af magt og velstand. Mennesker kæmper om disse positioner (pil I), og i denne proces spiller bl.a. arv (både biologisk og social), køn, alder, etnicitet og uddannelse en central rolle. Muligheden for at indtage positioner i det sociale

hierarki afhænger af disse egenskaber, samt menneskers præferencer og eventuel diskriminering i samfundet. Indsatser på dette niveau kan være rettet mod kønsdiskrimination eller manglende uddannelse, som så har en *modificerende effekt* (pil A) på uligheden i mulighedsbetingelserne for fordelingen af sociale samfundspositioner blandt mennesker.

Differentiel eksponering: Hvilke og hvor mange risikofaktorer mennesker udsættes for, afhænger i høj grad af deres sociale position i samfundet. Dette er faktorer, der fx hænger sammen med type af arbejde og sundhedsadfærd, og de er alle sammen mere eller mindre socialt skævt fordelt (pil II), og medierer derfor effekten af social position på helbred. Disse årsager kaldes *årsager til ulighed i sundhed*, og de mange strukturelle indsatser der er sat ind på sundheds- og beskæftigelsesområdet er med sigte på at udligne disse skævt fordelte faktorer (pil B).

Differentiel sårbarhed: Risikofaktorer påvirker risiko for sygdom (pil III), og forekomsten af flere risikofaktorer kan skabe en *synergieffekt*, hvor den samlede effekt er større end den enkelte risikofaktor alene. Hos lavere socialgrupper ses ofte en sådan synergieffekt, og man taler derfor om, at de er mere sårbare for sygdom. Sundhedsforebyggelse som kan mindske sårbarhed for eksponering af risikofaktorer senere i livet, som fx kommunale sundhedsordninger, er her eksempler på effektive indsatser (pil C).

Differentiel sygdomskonsekvens: Sygdom påvirker menneskers mulighed for at deltage i arbejdsliv og socialt liv i øvrigt (pil IV), og disse konsekvenser påvirkes af individets sociale position. Ulighed i sygdomskonsekvenser skabes eksempelvis ved forskelle i menneskers uddannelse og krav på arbejdsmarkedet, hvilket er afgørende for deres mulighed for at vende tilbage til arbejdsmarkedet efter sygdom. Indsatser på dette område kan både være lige adgang til behandling og rehabilitering, men også beskæftigelsespolitiske tiltag, der skal fremme et rummeligt arbejdsmarked (pil D). Nogle sygdomskonsekvenser, som fx udstødelse fra arbejdsmarkedet, kan have negativ effekt på helbredet, hvorved uligheden forstærkes (pil V). Dette er den onde cirkel af sociale årsager og konsekvenser af sygdom, som er afgørende for mange *socialt udsattes* situation (Diderichsen 2011: 366-68).

Når der diskuteres årsager til stigende sygefravær eller afgang fra arbejdsmarkedet som følge af sygdom, behøver det ikke være udtryk for, at flere mennesker er så syge, at de ikke kan klare sig på arbejdsmarkedet. Ofte vil det handle om, at arbejdsmarkedet i dag er både krævende og udviklende, hvilket i sig selv kan være godt for helbredet, men som også kan betyde, at mennesker med nedsat helbred har sværere ved at klare kravene (Diderichsen 2011: 369).

Associationen mellem social position og sundhedstilstand kan skyldes en kausal sammenhæng eller være et resultat af en selektionsmekanisme: Enten har den sociale position en kausal effekt på sundhedstilstanden, som det typisk antages, når ulighed i

sundhed diskuteres; eller påvirker sundhedstilstanden den sociale mobilitet, fordi sygdom og sundhedsproblemer kan begrænse mulighederne for uddannelse, erhvervstilknytning og karriere og dermed, hvilken social position individet opnår eller kan fastholde. På den måde vil der ske en selektion af de sundeste til de bedste positioner i samfundet. Det er sandsynligvis ofte tilfældet, at både kausale mekanismer og selektion er på spil på samme tid. Selektionseffekterne i associationen mellem social position og helbred er dog typisk små, og graden vil være afhængig af, hvilken indikator for bl.a. social position og helbred, der benyttes. For eksempel vil alvorlig sygdom i barndommen i høj grad kunne påvirke uddannelsesniveau som voksen, mens mindre alvorlige sygdomme i voksenlivet kun vil kunne påvirke f.eks. indkomst i mindre grad.

5.3. Pierre Bourdieus praxisteori

Bourdieu udviklede i sin virketid et omfattende begrebsapparat (herefter benævnt *praxisteori*), som sidenhen er brugt i et utal af sammenhænge. Han eget forfatterskab kredsede på forskellig vis om emnerne magt, social ulighed og epistemologi, og han udviklede sine begreber med henblik på at forstå empiriske forhold. Deraf kan spørgsmålet opstå, hvor godt begreber udviklet i fransk kontekst, og især med udgangspunkt i det franske uddannelsessystem, lader sig overføre til dansk kontekst inden for spændingsfeltet sundhedsarbejdssociologi. Bourdieus eget forhold til sammenhængen mellem empirisk analyse og begrebsanvendelse var, at begreberne skulle anvendes *refleksivt*. Det vil sige, at deres betydning ikke er kontekstbestemt, men at begreberne udvikler sig i interaktiv dialog med empirien, og derved udvikler nye facetter (Wilken 2010: 8). I forlængelse af Bourdieus eget sigte med anvendelsen af praxisteoriens begreber, ligger den kritisk teoretiske tilgang til teori, hvor det i sidste ende er *empirien* der må afgøre, hvilken forklaringskraft teorien har. Jeg har her ladet mig inspirere i mit teorivalg ud fra andre undersøgelser, hvor det er fundet, at Bourdieus praxisteori også har forklaringskraft i dansk kontekst (fx Hansen 2009).

Indledende om Bourdieu og social ulighed i samfundet

Bourdieu's tilgang til ulighed tager udgangspunkt i en *relationel* forståelse af, hvorledes klasser og grupper kan forstås. Det vil sige, at der i denne opfattelse ligger en forståelse for, at strukturer ikke blot er begrænsende rammer for menneskelig handling; strukturer opstår også ud af menneskelig praksis, og skal dermed opfattes som et *perspektiv* for mulige handlinger i en given kontekst. Netop denne handling er en forudsætning for, at en social klasse eller gruppe overhovedet kan defineres ifølge Bourdieu – kun når mennesker udtrykker deres strukturelle tilhørsforhold gennem ens handling og der desuden findes repræsentanter for en gruppe, kan der tales om egentlige sociale klasser eller grupper. Social ulighed opstår idet en dominerende gruppe eller klasse i samfundet påfører andre grupper, klasser eller individer bestemte meninger og opfattelser, uden at hverken de dominerende

eller dominerede dog er bevidste om den ulighed, der opstår. Dette fænomen kalder Bourdieu *symbolsk vold*, og hvordan dette kan lade sig gøre samt relationen mellem strukturer, individ og grupper, uddybes i det følgende med begreberne *habitus*, *socialt rum* og *kapitaler* og afslutningsvis *anerkendelse* og *symbolsk vold*.

Felt

Felt er Bourdieus beskrivelse af den arena, hvor kampe om social dominans udspiller sig. De regler og normer²³, der er i et felt påvirker aldrig individet direkte, dette foregår indirekte gennem den formidling, der findes i feltet, altså gennem socialiseringsprocesser (Bourdieu 2004:92). Jeg i specialet ser jeg tilstedeværelsen af (mindst) to felter, der kan have mulig indflydelse på, hvorledes sygefravær praktiseres, og hvilke konsekvenser det har for tilknytningen for arbejdsmarkedet: arbejdsmarkedsfeltet og det, der kunne kaldes behandlingsfeltet. Individerne i et felt deltager ikke blot for at bevare deres kapitalformer, men også for at opnå og udvikle de kapitalformer, der tillægges symbolsk kapital i feltet, fx fleksibilitet på arbejdsmarkedet eller compliance med behandlingsregimet. Det, der får et felt til, at fungere og udvikle sig, er den dynamik, der findes mellem de forskellige individers kapital. Hvert felt har sine særlige reproduktionsmekanismer, og dermed sine særlige konflikter om bevarelsen eller ændringen af den struktur, der forefindes i feltet. Dermed bliver magt- og dominansforhold individer imellem forskellig fra felt til felt (Bourdieu 2004: 92), og det vil også være forskelligt, hvor investerede individer er i et givent felt²⁴. Forskellen bunder i, at kapitalformerne tillægges forskellig værdi i de forskellige felter, og det der tillægges værdi i ét felt, har ikke nødvendigvis samme værdi, eller nogen værdi overhovedet, i et andet felt (Bourdieu 2004:85). Et godt eksempel på dette er, at mens det er muligt at være rigtig dygtig til at være patient og lade kroppen komme sig efter sygdom, hvilket har stor værdi i behandlingsfeltet, vil det selvsamme ingen værdi have på arbejdsmarkedet, hvor det er evnen til at yde og være produktiv, der tæller.

Habitus

Habitus er Bourdieus redskab til at overskride skellet mellem de objektive strukturer og det subjektive. Med begrebet *habitus* gøres det individuelle og subjektive til noget socialt og kollektivt (Bourdieu 2004 :111), idet individet udtrykker sin tilknytning til en socialklasse gennem valg og udtryk i hverdagen. Habitus bliver dermed "*det formidlende led mellem feltets strukturer og menneskenes handle- og tænkemåder (...)*." (Bourdieu 1995 :24). Handlinger bliver altså igennem *habitus* en måde, hvorpå internaliserede tilhørsforhold og positioner i en

²³ Bourdieu benytter begrebet *doxa* til at beskrive det regelsæt/normer der er i feltet, og som individerne agerer efter.

²⁴ Bourdieu benytter begrebet *illusio* til at beskrive den investering eller interesse et individ har i et felt, og dette er forbundet med sammensætningen og mængden af kapitalformer hos det enkelte individ (Bourdieu 2004 :103).

gruppe giver sig til kende, og særegne kendetegn ved individet er blot en afvigelse fra gruppens stil (Bourdieu 2007 :102).

Den fælles habitus skyldes de ensartede eksistensvilkår individerne lever under, som skal findes i sammensætningen og volumen af kapitalerne. Individet er dermed ikke nødvendigvis bevidst om, at der ligger en norm til grund for praksis (Bourdieu 2007 :100). Socialt medlemskab kan dog i sig selv ikke automatisk overføres til en form for habitus, som udtrykker ensartet symbolsk kapital for alle gruppens medlemmer; det er her centralt, at ensartede handlinger og udtryk er den måde, hvorpå ensartet habitus kommer til udtryk. Det vil sige, at dét fx at have samme indkomst eller uddannelsesniveau ikke nødvendigvis betyder, at personer også opfatter sig selv som tilhørende samme gruppe; det må afgøres ud fra deres *handling*. Jeg anser sygefravær for at være en sådan handling, som kan udtrykke en fælles habitus hos de, der praktiserer den på samme måde.

Individets praksisser bliver struktureret af habitus, og de normer der er indlejret i dette, samtidig er den videre udvikling af habitus betinget af individets praksis. Dermed er habitus både normstyrende og normskabende (Bourdieu 2007: 92). Dette skaber rammerne for, hvordan agenten mener, man bør opføre sig. I noget omfang vil aktøren være bevidst om denne base, men dette vil være mere undtagelse end reglen. De handlinger agenten foretager, må nødvendigvis legitimeres i de sociale sammenhænge, som agenten befinder sig i. Handlingsrummet er altså hos den enkelte agent ikke alene begrænset af strukturerne, men også af hvad agenten formoder accepteres af andre i det sociale rum, vedkommende indgår i (Bourdieu 2007 :94). Hvordan sygefravær praktiseres, afhænger altså i høj grad af, at det opfattes som acceptabelt af personer selv om deres omgivelser, at melde sig syg i en given situation. Dette afhænger igen af, hvilke normer der er omkring arbejde og sygdom; hvis normen er, at "hvis man er syg, så er man syg", så vil sygefravær være mere acceptabelt. Hersker der i stedet en opfattelse af, at det er ukollegialt eller tegn på dovenskab at melde sig syg, vil det betyde, at sygefraværet praktiseres på en meget restriktiv måde. Sådanne opfattelser kan også ses som udtryk for internalisering af feltets normer i habitus, hvor konkurrerende felter kunne være arbejdsmarkedet og behandlingsfeltet som eksemplificeret ovenfor. Habitus skal opfattes som et produkt af historien, og *kan* som sådan påvirkes over tid, men ikke ændres radikalt. Dette betyder i praksis, at individets habitus aldrig vil kunne afdækkes i sit fulde hele, men at der i det levede liv findes observerbare udtryk, der kan afdække dele af habitus. Habitus skal således ses i nøje sammenhæng med praksis.

Selv om individer endnu ikke har dannet en egentlig klasse, vil individer der deler lignende positioner i det sociale rum dele mange af de samme vilkår hvad angår fx arbejde og øvrige af livets aspekter, fordi det er deres kapital, der har placeret dem i deres respektive positioner. Individer med samme mængde og sammensætning af kapital vil være tilbøjelige til at udvikle en klassehabitus, hvor de deler livsstil, holdninger og dispositioner.

Det sociale rum og kapitalerne

Alle individer har en vis mængde af kapital, og deres kapital har en bestemt sammensætning²⁵. Dette kan betragtes som individuelle egenskaber og kendetegn. For så vidt muligt det lader sig gøre at operationalisere og kvantificere egenskaber knyttet til kapitalerne, vil det i en given population være muligt at give individerne en position *i forhold til hinanden*, der afhænger af mængden af og sammensætningen i den individuelle kapital. På den måde kan det lade sig gøre matematisk at konstruere et 'kort' over Bourdieus *sociale rum*²⁶. Individer der ligger tæt på hinanden i det sociale rum identificerer sig dog ikke nødvendigvis med hinanden eller handler kollektivt, hvilket er hvad "rigtige" klasser handler om for Bourdieu – individer der er nærliggende i det sociale rum er blot individer indtil de handler og identificerer kollektivt (Bourdieu 1986:60).

Positioner i det sociale rum akkumuleres på baggrund af kapitalformer; økonomisk, kulturel og social kapital og giver agenten en potentiel position på et marked af anerkendelse (Järvinen 2004:344). For at opnå positionen gennem de sociale agents accept af kapital, skal de transformeres til symbolsk kapital, som er et fælles aggregat af disse kapitalformer (Järvinen 2004: 349). Positioner er knyttet til kapitaler og kan forandres gennem at tilegne sig kapital, og et tab eller en opnåelse af disse kapitalformer kan flytte positionen i forskellige retninger i det sociale rum. Kapitalformerne repræsenterer på den måde de strukturerende ressourcer, og habitus repræsenterer agentens perspektiv. Denne forståelse af kapitalernes indflydelse på positionen i det sociale rum er i forbindelse med sygefravær og arbejdsmarkedsmobilitet særdeles relevant, fordi et tab af fx økonomiske ressourcer i så tilfælde vil ændre på den anerkendelse, individet kan opnå, hvilket kan betyde et tab af status.

Processen med klassekategorisering udgøres både af objektive positioner, og gennem individets common-sense konstruktioner (som er formet af deres sociale positioner). Hvordan kategorierne defineres er kontinuerligt genstand for symbolsk kamp. Den symbolske kamp om klasser er underlagt de forskellige logikker i de felter, hvor kampen finder sted. Ifølge Bourdieu opstår grupper til dels som følge af, at vi kategoriserer og behandler dem som grupper, dét han kalder theory effects.

Forskelle på sociale grupper kan være tegn på symbolske magtkampe (kampe for distinktion) i hvilke medlemmer af grupper søger at etablere deres særegenheder som dominerende. Disse symbolske kampe er aspekter af klassekampe. Kontrol over den viden der værdsættes, sanktioneres og anerkendes inden for fx uddannelse er ét aspekt af dette, men

²⁵ Forstået som *økonomisk kapital*, der indikerer materielle ressourcer, *kulturel kapital*, der udtrykker viden og dannelse gennem smag, samt *social kapital*, der er sociale netværk af stabile relationer. Der findes desuden også en fjerde kapitalform, *symbolsk kapital*, der er en slags akkumuleret form af det, der anerkendes som værdifuldt i de øvrige kapitaler. De første tre kapitaler gennemgås mere grundigt i sammenhæng med operationaliseringen.

²⁶ Metoden er også kendt som MCA – multikorrespondanceanalyse.

Bourdieu peger på, at dette gælder generelt. Socialisering af både kulturelle forskelle og kriterier for, hvornår smag bedømmes "god" eller "dårlig" er en vigtig del af denne proces. Det tillader forskelle og ultimativt ulighed mellem grupper af individer at forekomme naturligt og også uundgåeligt og retfærdigt. Det genererer det paradoks, at nogle individer og sociale strata forekommer "naturligt mere kultiverede" end andre (Bourdieu 1986:81).

Anerkendelse og symbolsk vold

Anerkendelse har i Bourdieus teori sammenhæng med begrebet symbolsk kapital, der skal forstås som de symbolske effekter en given kapital medfører, når denne også anerkendes eksplicit og i praksis af andre (Bourdieu 2000a:242). Heri ligger også et magtaspekt; de forskellige kapitalformers symbolske effekter kommer til syne når de misgodes som værdifuld kapital, hvorved den potentielle magt, der kan ligge i at besidde pågældende kapital, heller ikke anerkendes. Ifølge Bourdieu kan en hvilken som helst egenskab fungere som symbolsk kapital, hvadenten der er tale om rigdom, viden eller sygefraværspraksis. Så snart andre sociale agenter er i stand til at opfatte og erkende pågældende egenskab som enten værdifuld eller -løs, får den pågældende egenskab sin egen kraft (Bourdieu 1997:188). Her bliver det tydeligt, at der tale om et social dominansforhold mellem mennesker og at der derudover kræves særlige 'perceptionsmatricer' hos de sociale agenter for at den symbolske kapital, i den givne form den nu måtte fremtræde i, bliver virkelig (og dermed anerkendt).

Den symbolske magtudøvelse mellem positioner i det sociale rum står centralt hos Bourdieu, da en sådan magtudøvelse fra den domineredes position går ud på at skabe en accept eller en anerkendelse af de allerede eksisterende magtforhold. Dominerede skal med andre ord 'lade' sig dominere, hvilket kan være en del af forklaringen på, at folk, der står i en domineret social position, oftest 'frivilligt' lader sig underkaste den dominerende position, da de i den måde de ser sig selv på, anerkender det symbolske magtforhold og den symbolske orden som noget 'naturligt'. Den symbolske magt opererer altså gennem internalisering af de logikker der opretholder eksisterende magtforhold.

Den symbolske anerkendelseskamp skal også forstås som en kamp om den symbolske orden, og det er heri Bourdieus begreb *symbolsk vold* skal findes. Anerkendelseskamp handler hos Bourdieu i sidste ende om, hvilke opfattelseskategorier der kan anerkendes, hvilket betyder, at den der har herredømmet og dermed dikterer, hvad der kan anerkendes, også dikterer hvordan verden skal opfattes, inddeles og vurderes. Det betyder, at de dominerede tenderer mod at nedvurdere sig selv og det de står for, hvilket er, hvad Bourdieu betegner som symbolsk vold (Prieur 2005:8).

6. Operationalisering

Min operationalisering er bygget op omkring den valgte teori, og er opdelt i to: først indledes afsnittet med en præsentation af variable i projektet, og hvorledes de knytter sig til Bourdieus teori om kapitaler samt kan forstås under social ulighed i sundhed. Dernæst har jeg valgt at opdele specialets problemformulering i tre hovedanalyser, som jeg vil opstille en teoretisk og empirisk operationalisering af i operationaliseringens anden del.

6.1. Præsentation af variable

Økonomisk kapital

Økonomisk kapital skal forstås som adgangen til økonomiske ressourcer som penge og materiel værdi for individer. Denne kapitalform kan ud over fast ejendom bl.a. findes i form af økonomiske forhold som personlig lønindkomst (netto), som jeg har benyttet her. Hvorvidt individet har barn (eller børn) i husstanden indgår lidt utraditionelt også som økonomisk kapital i min analyse, da tilstedeværelsen af et eller flere børn betyder, at individet har økonomisk ansvar, hvilket altså skal forstås som en negativ adgang til økonomiske ressourcer. At børn har en negativ indflydelse på varigheden af sygefravær (således at det bliver længere) så jeg også i mine indledende eksplorationer af undersøgelser på området (ASUSI). Selv om én kapitalform ifølge praxisteorien kan transformeres til en anden, har jeg ikke i denne forbindelse fundet, at børn i husstanden som social kapital er relevant, da børn ikke har adgang til ressourcer i forbindelse med arbejdsmarked, som individet kan trække på.

Ifølge Diderichsen antages den økonomiske kapital antages at have betydning for sygefravær og arbejdstilknytning på en sådan måde, at økonomiske ressourcer skaber mulighed for en sundere livsstil og brug af sundheds- og velfærdsydelser, som kan påvirke helbredet i positiv retning, hvilket betyder at des bedre indkomst, des mindre alvorlig sygdom, og mindre alvorlige følger. Dette var også én af ASUSI-projektets konklusioner. Jeg har benyttet følgende mål:

Indkomst
• Over 300.000 kr
• 150.-300.000 kr
• Under 150.000 kr
• Uden lønmodtagerarbejde

Lønnen er opgjort som årlig nettoindkomst, og baseret på arbejdsgivers lønsedler, hvilket vil sige, at der *ikke* er oplysninger om personer på fx overførselsindkomst, der derfor her optræder i kategorien "Uden lønmodtagerarbejde".

Barn

Ja/Nej

Barn/børn i husstanden er opgjort på baggrund af familieid og personens plads i familien, og jeg har valgt ikke at skelne mellem ét eller flere børn. Et barn er en hjemmeboende person under 25 år, der aldrig har været gift.

Kulturel kapital

Praxisteorien specificerer tre forskellige typer af kulturel kapital, hvor især de sidste to er relevante i denne undersøgelse: en ojektiveret form (smag for kunst o.lign), en kropsliggjort form og en institutionaliseret form. Internaliseret kultur og dannelse udtrykkes som kropsliggjort kulturel kapital, og opstår ved længerevarende prægning (Bourdieu 1986:48). Omsat til praksis kan den kulturelle kapital forklares som individets sans for, hvordan "man begår sig". Der er forskel på kulturen i forskellige brancher, men graden af kropsliggjort kulturel kapital vil også være påvirket af, hvor længe et individ har været i samme branche, hvorfor jeg også har fundet det relevant at inddrage, hvor mange år et individ har været i samme branche, målt som anciennitet i samme branche. Ligesom der vil være forskel på kulturen brancher imellem, er der også forskel på kulturen stillinger imellem. Holdningen til sygefravær er forskellig alt efter om folk sidder på lønmodtager- eller arbejdsgiversiden (Hansen 2009). Derfor er også stillingstypen interessant. Jeg har her valgt, at antal timer som lønmodtager inddrages, da det kan tænkes, at personer, der arbejder færre timer forholder sig anderledes til sygefravær end fuldtidsansatte.

Endelig er der kulturel kapital i institutionaliseret form, hvor Bourdieu især lægger vægt på officielt anerkendte uddannelsesgraders værdi. Da der her lægges vægt på, at graden af uddannelse skal udgøre en værdi i sig selv, udgør den obligatoriske folkeskoleuddannelse *ingen værdi*, og tæller altså i denne sammenhæng ikke som egentlig uddannelse, gennem hvilken kan tilegnes differentierende kulturel kapital. Som ovenfor nævnt kan kapitaler transformeres, og det er klart, at der i mange tilfælde vil være forskel på indkomst alt efter fx uddannelse eller stilling. Det er derfor meget sandsynligt, at disse kapitaler kan transformeres til økonomisk kapital, og derfor også meget sandsynligt, at gensidig afhængighed mellem variablene gør, at de ikke kan optræde samtidig i regressionsanalyserne.

Som kulturel kapital betyder uddannelse, branche og stilling at der vil være forskellige kulturer omkring sygefravær og tilbagevenden til arbejde efter sygdom på tværs af sociale positioner. I både ASUSI- og SOSY-projektet blev der også fundet stærke sammenhænge mellem uddannelse og stilling. Jeg har målt det på følgende måde:

Uddannelse	
• Højeste Niveau	Forskeruddannelser Lange videregående uddannelser

	Bacheloruddannelser
• Mellemlange	Mellemlange videregående uddannelser Korte videregående uddannelser
• Grundniveau	Almengymnasiale uddannelser Erhvervsgymnasiale uddannelser Erhvervsfaglige praktik- og hovedforløb
• Uden Uddannelse	Grundskole

Jeg har i forhold til problemformuleringen ønsket at foretage en niveauinddeling i uddannelse. Jeg har valgt at basere min inddeling på samme uddannelsesinddeling, som benyttes i DISCO-88²⁷, idet dette repræsenterer færdighedsniveauer ifht. formel eller uformel uddannelse eller oplæring på baggrund af klassifikationer i DUN (Dansk Uddannelses-Nomenklatur).

Branche
• Offentlig administration, undervisning og sundhed
• Erhvervsservice, finansiering, ejendomshandel
• Handel og transport mv.
• Industri, råstofindustri og forsyningsvirksomhed
• Land- og skovbrug, bygge og anlæg
• Kultur, fritid, information og kommunikation
• Uden arbejde

Anciennitet i samme branche er opgjort efter, hvor mange år, et individ *i alt* på et givent tidspunkt har været i en bestemt branche. Har en person altså haft et års arbejdsløshed fra en branche, går ancienniteten ikke tabt, da jeg i denne analyse ikke forbinder anciennitet med fx sikkerhed i ansættelsesforholdet, men med oparbejdet fornemmelse for, hvad der er "passende adfærd" inden for den givne branche, hvilket jeg antager, at ikke går tabt.

Stilling
• selvstændige og medhjælpende ægtefælle
• Lønmodtager ledende niveau
• Lønmodtager mellem el. alm. niveau
• lønmodtager ufaglært, andet
• Øvrige uden for arbejdsstyrken, herunder sygedagpenge

²⁷DISCO-88 er den danske version af den internationale ISCO-88, som er en beskæftigelsesnomenklatur, der også benytter uddannelsesbaggrund i kategoriseringen.

- **Efterløn og (førtids)pension**
- **arbejdsløs**

Min inddeling af stilling er baseret på et ønske om at kunne skelne mellem niveauer dels indenfor lønmodtagere og dels mellem lønmodtagere og ikke-lønmodtager, da denne skelnen i de undersøgelser, jeg har benyttet til inspiration, lod til at være afgørende.

Arbejdstid

- **30+ timer/uge**
- **Under 29 timer/uge**
- **Uden timearbejde**

Jeg har valgt at skelne mellem personer, der er timeansat på fuld- eller deltid, eller personer, der *ikke* har timearbejde. Den sidste kategori omfatter fx personer på overførselsindkomst, som får deres løn fra kommunen.

Social kapital

Social kapital henviser til de sociale netværk, der er knyttet til en position i feltet, uanset om det er et individ eller en gruppe. Disse netværk er definerede ved holdbare og instituionaliserede relationer (fx ægteskab), som et menneske kan trække på som ressource, fx i en situation, hvor personen forsøger at komme tilbage på arbejdsmarkedet. Den sociale kapital handler i et sådant tilfælde om at mobilisere det kapitalpotentiale, som det sociale netværk indeholder. I denne forbindelse er det væsentligt, hvilken familietype, der er tale om. I de tilfælde, hvor der findes en partner, anser jeg partnerens indkomst for relevant, da denne bidrager til husstandens livsstil. Ligeledes har jeg også inddraget partnerens stilling, da partnerens stilling evt. igennem netværk eller transformering til økonomisk kapital kan mobilisere ressourcer, der har betydning for individets tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

I forhold til sygefravær og tilknytning til arbejdsmarkedet betyder social kapital i form af familietype at der kan mobiliseres ressourcer, der letter vejen tilbage til arbejde, hvis familietypen ikke er enlig. Det havde også betydning for varigheden af sygefraværet både i ASUSI- og SOSY-projektet hvilken familieform, mennesker befandt sig i. I disse tilfælde har det betydning, *hvilke* ressourcer partneren besidder. Jeg har målt det som følger:

Familie

- **Par**
- **Enlig**

Par kan både bestå af gifte, registrerede, samlevende eller samboende personer. Det er ikke muligt at være enlig og have et barn boende i husstanden.

- **Partners lønindkomst**
 - Har samme inddeling som "Indkomst", dog *Ingen partner* angivet, når personen er angivet som enlig.
- **Partners stilling**
 - Har samme inddelingen som "Stilling", dog *Ingen partner* angivet, når personen er angivet som enlig.

Sygdomsvariable

Forekomsten af hjertekarsygdom er ikke ligeligt fordelt hos alle, idet sammenfald i de risicifaktorer, mennesker udsættes for, kan skabe en *synergieffekt* (jf. afsnit 2 om hjertepatienter som case og afsnit 5.2 om den sociale gradient). Dette kan betyde, at nogle mennesker også lider af andre sygdomme end hjertekarsygdom, som kan påvirke deres tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Ligeledes er det heller ikke alle specifikke sygdomme under hjertekarsygdom-betegnelsen, der generelt kan anses for lige alvorlige (fx er forhøjet blodtryk sjældent lige så alvorlig en lidelse som stabile hjertekramper, selv om det er muligt at leve med begge sygdomme). Én måde "tilstanden" af sygdommen objektivt kan afgøres på er, om det har været muligt at planlægge den nødvendige behandling, eller om der er tale om akut indlæggelse. Hvor længe en person må vente på rette behandling har også betydning for sygdomsforløbet, og det er derfor også væsentligt, om den rette diagnose er blevet stillet ved forløbets indgang. Jeg har derfor ud over diagnosen for sygdommen valgt at inddrage yderligere tre variable, når jeg kontrollerer for sygdomseffekten:

Diagnose
• Sygdomme i vener og lymfesystem
• Sygdomme i arterier, arterioler og kapillærer
• Karsygdomme i hjerne
• Iskæmiske hjertesygdomme
• Blodtryksforhøjelse
• Andre former for hjertesygdom

Inddelingen af sygdomme er, som beskrevet i populationsafsnittet, foretaget på baggrund af Dansk Hjertestatistik 2010, Statens Institut for Folkesundhed(2005) samt medinfos SKS-browser over anvendte registreringskoder.

Komorbiditet
• indlagt med anden sygdom inden for 1 år
• ingen indlæggelse med anden sygdom 1 år

Da individer i undersøgelsen ikke kan have været indlagt med hjertekarsygdomme i mindst to år forinden undersøgelsestidspunktet, angiver komorbiditet, om personen har været i kontakt med hospitalsvæsenet med *anden sygdom* i op til et kalenderår forinden indtræden i undersøgelsen.

Indlæggelsesform

- **Akut indlæggelse**
 - **Planlagt indlæggelse**
-

Personer med henvisning fra praktiserende læge vil optræde med "planlagt indlæggelse", mens en indlæggelse uden henvisning vil være akut. Indlæggelsesformen er defineret ud fra indlæggelsestype i Landpatientregisteret.

Diagnoseskift

- **Skiftet diagnose under forløb**
 - **Ikke skiftet diagnose under forløb**
-

Det er, som nævnt i databehandlingsafsnittet, altid den sidste diagnose i et sygdomsforløb, jeg betragter som den "rigtige", men under et behandlingsforløb kan en diagnose være skiftet, hvilket kan have indflydelse på den videre behandling af sygdommen. Jeg har derfor ønsket at inddrage en indikator for de, der har skiftet diagnose og de, der ikke har.

Baggrundvariable

Hjertekarsygdom rammer oftere mænd end kvinder (selv om kvinder har en forhøjet risiko for at udvikle hjertekarsygdomme efter menopause), og sygdommen kommer som oftest senere i livet (Hjerteforeningen 2010). Selv om sygehusbehandlingen i dag er standardiseret, kan det også variere regionerne imellem, hvor store ressourcerne er på hjertekarbehandlingsområdet. Derfor har jeg valgt at kontrollere for følgende baggrundvariable:

- Køn
- Alder
- Region
- år

6.2. Operationalisering af problemstillingen

Før jeg går videre med at præsentere den teoretiske og empiriske operationalisering af specialets tre delanalyser, vil jeg indlede med specialets overordnede problemformulering:

Hvilken betydning har langt og kort sygefravær for selektion i, hvordan sociale positioner påvirker arbejdsmarkedsmobilitet efter en sygefraværsperiode med hjertekarsygdom?

Jeg opdeler problemformuleringen i tre underspørgsmål, der hver skal bidrage til at svare på ovenstående. For at illustrere, hvordan jeg er kommet frem til dette, vil jeg trække centrale ord og sætninger ud fra problemformuleringen, og diskutere mulige definitioner.

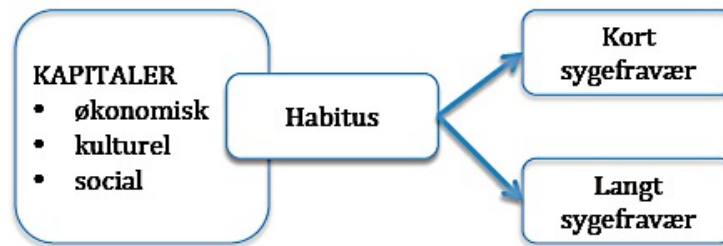
Kort og langt sygefravær: Der foreligger en del definitioner af, hvordan langtidssygefravær kan skelnes fra kort sygefravær, bl.a. benytter ASUSI-undersøgelsen et mål på *over 14 dage*, mens SOSY benytter et mål på *6 måneder*, og kommunerne benytter sig af fraværplaner efter otte uger. Overordnet enighed om, hvornår sygefravær er *langt*, er der altså ikke, hvilket også skyldes at det er *kontekstafhængigt* (Hansen 2009). Derfor er min første delanalyse at undersøge, hvilke faktorer der har betydning for sygefraværets længde – og derigennem definere kort og langt sygefravær. Jeg har valgt at min analyse skal ende med en definition af langt/kort sygefravær for at have mulighed for at diskutere nogle af de politiske fastsættelser omkring sygefravær.

Social position påvirker arbejdsmarkedsmobilitet: Specialets to sidste delanalyser ligger i denne antagelse. Den sociale position kan ved sygefravær påvirke arbejdsmarkedsmobiliteten på flere måder; 1) personer vender efter sygefravær aldrig tilbage i arbejde eller 2) personer der raskmeldes kan enten komme i arbejde eller forlade arbejdsmarkedet. I mange undersøgelser af mobilitet på arbejdsmarkedet opereres der med en flerdimensionel forståelse af dette; altså at personer også kan bevæge sig i positioner *inden for* arbejdsmarkedet. Jeg har dog valgt en mere simpel model, hvor arbejdsmarkedet opfattes homogent; enten er man på det eller også er man det ikke.

Operationalisering af delanalyse 1: Definition af langtidssygefravær

Ifølge praxisteorien udgør kapitalsammensætningen og –mængden sammen med strukturelle forhold habitus, og er rettesnor for, hvilke normer der er regerende i forskellige situationer, fx hvordan sygefravær "gøres". Dermed kan definitionen af sygefravær teoretisk udtrykkes gennemfølgende hypotese:

Variationer i habitus giver forskellig sygefraværsadfærd.



Jeg måler som nævnt sygefraværsvarighed som enten "kort" eller "langt". Dette afgøres af habitus, der er udtryk for økonomisk, kulturel og social kapital. Da sygdom og kapitalrelaterede faktorer kan skabe en synergieffekt, må der dog kontrolleres for sygdomsvariable (ligesom der må kontrolleres for baggrundsvariable).

Jeg forventer her, at kapitalsammensætninger med store mængder af økonomisk, kulturel og social kapital vil give en habitus, der fører til kort sygefravær, mens små mængder i kapitalsammensætningerne vil føre til langt sygefravær. Med analysen sigter jeg på at svare på det opstillede arbejdsspørgsmål:

- *Hvilke faktorer påvirker varigheden af sygefravær for mennesker med hjertekarsygdom, og hvornår kan sygefraværet defineres som langt eller kort?*

Når der er taget højde for kontrollerende variable i form af baggrundsvariable og sygdomsvariable, forventer jeg følgende:

- Sygefravær falder når indkomst stiger
- Sygefravær falder når uddannelse stiger
- Sygefravær falder når anciennitet stiger
- Sygefravær falder med niveau af lønmodtagerstilling
 - Sygefravær forventes at være lavere for selvstændige end lønmodtagere
 - Sygefravær forventes at være lavere for personer i beskæftigelse end personer uden beskæftigelse
- Sygefravær er lavere i brancher der forbindes med mindre belastende arbejde
- Sygefravær er lavere for ikke-enlige
- For ikke-enlige falder sygefravær med partners indkomst
- For ikke-enlige falder sygefravær med partners stilling med samme kriterier som egen stilling

Operationalisering af delanalyse 2 og 3: arbejdsmobilitet efter sygefravær

Da delanalyse 2 og tre tager afsæt i den samme del af problemformuleringen, har de også samme teoretiske udgangspunkt. De adskiller sig dog ved den empiriske operationalisering.

Bourdieu's praxisteori forklarer, at den samlede mængde af kapitaler kan omsættes til symbolsk kapital; dét der værdsættes eller anerkendes inden for et givent felt. Når sygefravær

resultater i kortere eller længere perioder der kan forbindes med kapitalsammensætningen, kan dette betragtes som forskellige værdsættelse af arbejde eller anerkendelse af sygdom; symbolsk kapital. Derved opstår en *kamp om anerkendelse*, og hvor det er den herskende klasse der definerer, hvilke værdier der værdsættes – og derfor reproduceres. Arbejdsmobilitet efter sygefravær kan teoretisk udtrykkes som følger:

Gennem sygefravær reproduceres de værdier der er værdifulde for arbejdsmarkedet.

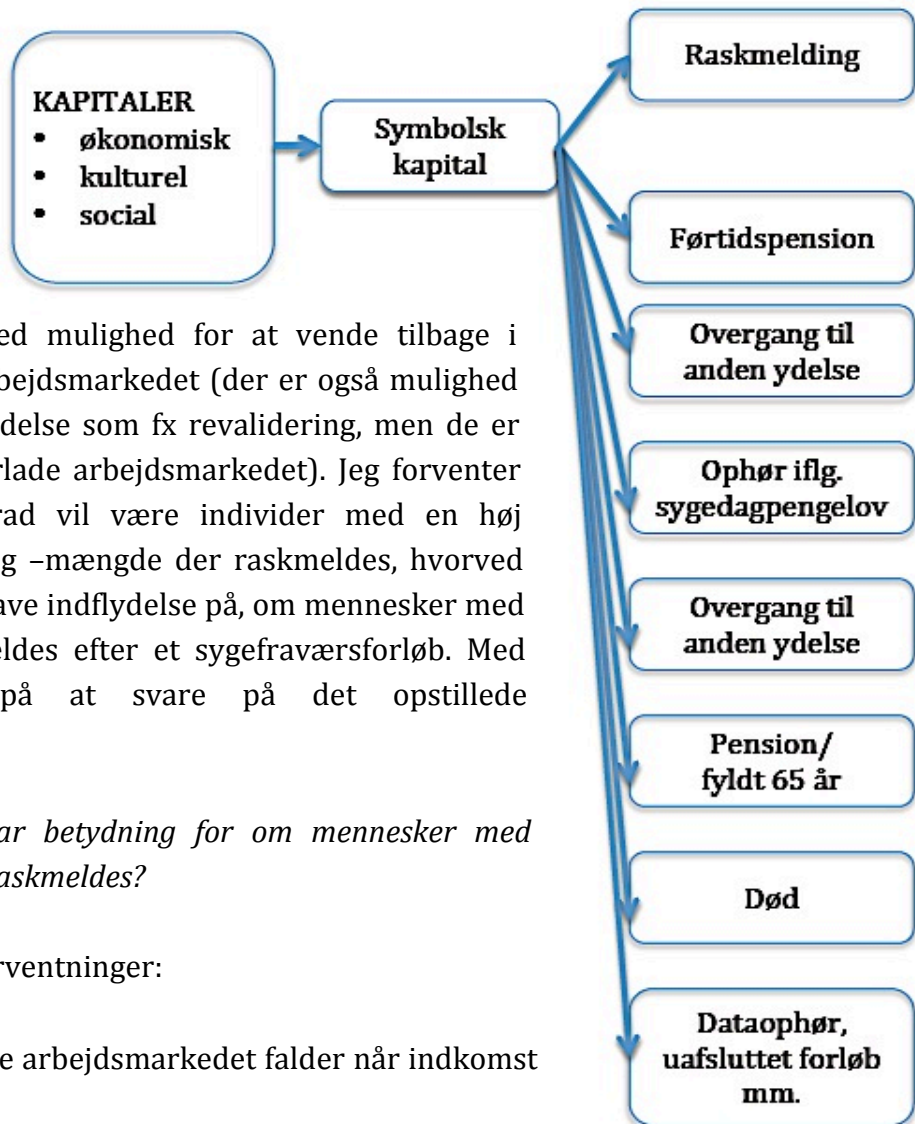
Delanalyse 2: raskmelding efter sygefravær

Den anerkendelse (udtrykt som symbolsk kapital) kapitalsammensætningen og -mængden fører til i feltet fører til at individet raskmeldes med mulighed for at vende tilbage i arbejde, eller forlader arbejdsmarkedet (der er også mulighed for at overgå til anden ydelse som fx revalidering, men de er her regnet med til at forlade arbejdsmarkedet). Jeg forventer her, at det i højere grad vil være individer med en høj kapitalsammensætning og -mængde der raskmeldes, hvorved den sociale position vil have indflydelse på, om mennesker med hjertekarsygdom raskmeldes efter et sygefraværsløb. Med analysen sigter jeg på at svare på det opstillede arbejdsspørgsmål:

- *Hvilke faktorer har betydning for om mennesker med hjertekarsygdom raskmeldes?*

Jeg har følgende forventninger:

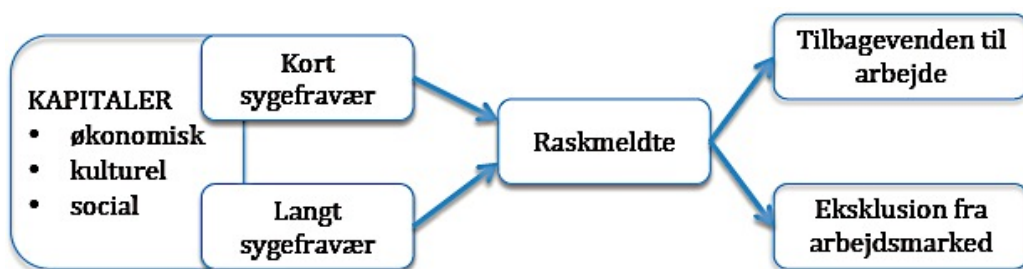
- Risikoen at forlade arbejdsmarkedet falder når indkomst stiger
- Risikoen at forlade arbejdsmarkedet falder når uddannelse stiger
- Risikoen at forlade arbejdsmarkedet falder når anciennitet stiger
- Risikoen at forlade arbejdsmarkedet falder med niveau af lønmodtagerstilling
 - Risikoen at forlade arbejdsmarkedet forventes at være lavere for selvstændige end lønmodtagere



- Risikoen at forlade arbejdsmarkedet forventes at være lavere for personer i beskæftigelse end personer uden beskæftigelse
- Risikoen at forlade arbejdsmarkedet er lavere i brancher der forbindes med mindre belastende arbejde
- Risikoen at forlade arbejdsmarkedet er lavere for ikke-enlige
- For ikke-enlige falder risikoen at forlade arbejdsmarkedet falder med partners indkomst
- For ikke-enlige falder risikoen at forlade arbejdsmarkedet med partners stilling med samme kriterier som egen stilling

Delanalyse 3: Karakteristik af raskmeldte

Den habituelle praksis, som kort eller langt sygefravær udgør, medfører sammen med kapitalsammensætningen og –mængden en symbolsk kapital, med hvilken det enkelte individ opnår (eller ikke gør) en vis anerkendelse i feltet – arbejdsmarkedet. For raskmeldte forventer jeg, at både kapitalsammensætning- og mængde samt sygefravær vil spille ind på, om raskmeldte personer vender tilbage til arbejdsmarkedet eller ej, hvorved ikke blot social position vil have betydning for arbejdsmarkedsmobiliteten, men også sygefravær vil fungere som selektionsmekanisme.



Med analysen ønsker jeg at svare på følgende arbejdsspørgsmål:

- *Hvilke faktorer karakteriserer mennesker, der er raskmeldt efter et sygefraværsløb med hjertekarsygdom, med forskellig arbejdsmarkedstilknytning, og hvilke faktorer karakteriserer arbejdsmarkedstilknytning, når sygefraværet er hhv. langt eller kort?*

Jeg har følgende forventninger:

- At forlade arbejdsmarkedet kan forbindes med lav indkomst, mens tilbagevenden til arbejde kan forbindes med høj indkomst
- At forlade arbejdsmarkedet kan forbindes med lavt uddannelsesniveau, men tilbagevenden til arbejde kan forbindes med højt uddannelsesniveau

- At forlade arbejdsmarkedet kan forbindes med lav anciennitet, mens tilbagevenden til arbejde kan forbindes med kort anciennitet
- At forlade arbejdsmarkedet kan forbindes med lavt niveau af lønmodtagerstilling, mens tilbagevenden til arbejdsmarkedet kan forbindes med højt niveau af lønmodtagerstilling
- At forlade arbejdsmarkedet kan forbindes med at være lønmodtager, mens tilbagevenden til arbejde kan forbindes med at være selvstændig
- At forlade arbejdsmarkedet kan forbindes med at stå uden for arbejdsmarkedet, mens tilbagevenden til arbejde kan forbindes med at i beskæftigelse
- At forlade arbejdsmarkedet kan forbindes med brancher, hvor arbejdet er fysisk og psykisk belastende, mens tilbagevenden til arbejde kan forbindes med brancher, hvor arbejdet er mindre fysisk og psykisk belastende
- At forlade arbejdsmarkedet kan forbindes med at være enlig, mens det kan forbindes med tilbagevenden til arbejde at være i par
- At forlade arbejdsmarkedet kan forbindes med langt sygefravær, mens tilbagevenden til arbejde kan forbindes med kort sygefravær
- Der vil være forskel på den sociale position hos personer med kort sygefravær og langt sygefravær der vender tilbage til arbejdsmarkedet og som forlader det
-

6.3. Modelkontrol – en reoperationalisering af hypoteserne

Forud for analyserne har jeg fortaget modelkontrol af de uafhængige variable ved at undersøge, om der er forskel på sygefraværets varighed for de forskellige kategorier i faktorerne. Det har betydet, at jeg forud for analyserne har kunnet afgøre, at nogle af mine antagelser ikke er rigtige, da der ingen forskel har været på nogle eller alle gruppernes 'overlevelse' i sygefravær. I tabel 2 ses en oversigt over, hvilke faktorer jeg har taget ud fra videre analyse, og i bilag 8 ses overlevelseskurverne.

Tabel 2: Faktorer der udgår af analyse efter modelkontrol

Kulturel Kapital	Social Kapital	Sygdom	BaggrundsvARIABLE
Branche	Partners Stilling	Diagnose	År
Arbejdstid	Partners Indkomst		Alder
			Region

Idet disse faktorer ikke møder forudsætningerne for at indgå i den videre analyse, udgår de opstillede hypoteser der vedrører dem i afsnit 6.2 naturligvis også. Men udover dette giver det også stof til mere teoretisk overvejelse, at nogle eller alle grupperne i disse faktorer ligner hinanden.

For kontrolvariablene år, alder og region, er det mest overraskende, at alder ikke har en betydelig sammenhæng med sygefraværets varighed. Der var dog også uenighed om effekten af alder i de undersøgelser, jeg har brugt til inspiration. At jeg *slet ingen* sammenhæng finder kunne måske betyde, at der skal en kategorisk skelnen i varighed af sygefravær (fx langt og kort) til, som det benyttes i ASUSI- og SOSY-undersøgelserne, før der kan observeres nogen forskel på aldersgrupperne. Den manglende forskel regioner imellem er måske ikke så overraskende set ud fra et behandlingsperspektiv; sygdomsbehandling er standardiseret, og regler på sygedagpengeområdet gælder nationalt, selv om der kan være forskel på, hvordan de praktiseres. Det er dog mere sandsynligt at en sådan forskel ville kunne observeres på kommunalt plan, og ASUSI-undersøgelsen bemærker også, at langt sygefravær har sammenhæng med områder med lav befolkningstæthed, en forskel som ikke ville kunne observeres på regionalt plan.

Der kunne ikke observeres en forskel i diagnoser for blodtryksforhøjelse og sygdomme i vener og lymfesystem, som er de mindre alvorlige af hjertekarsygdommene. Interessant er, at iskæmisk hjertesygdom, som er en hjertesygdom af mere alvorlig karakter, heller ikke kunne skelnes fra disse sygdomme, men det vidner om, at det måske snarere end sygdommen *i sig selv*, er faktorer der relaterer sig til behandlingsforløbet, der er differentierende.

Den manglende sammenhæng mellem niveauer i partners indkomst og stilling og 'overlevelsen' i sygefravær vidner om, at det måske ikke så meget er adgang til partnerens materielle ressourcer der er vigtig, når sygdom indtræffer.

At hverken branche eller arbejdstid kommer med i modellen tolker jeg som et tegn på, at de betydende faktorer der lægger sig til branche skal findes i arbejdsmiljøet, og at de fleste brancher i én eller anden grad har arbejdsmiljø, der kan være stressende eller fysisk belastende. Ligeledes må det (og her spiller arbejdstiden også ind) med i overvejelserne, at meget af den forskning i sygefravær og arbejdsmarkedstilknytning, der lægger vægt på brancher, også lægger vægt på den *subjektive* mening, arbejdet tillægges, hvilket kan gå på tværs af både brancher og arbejdstid.

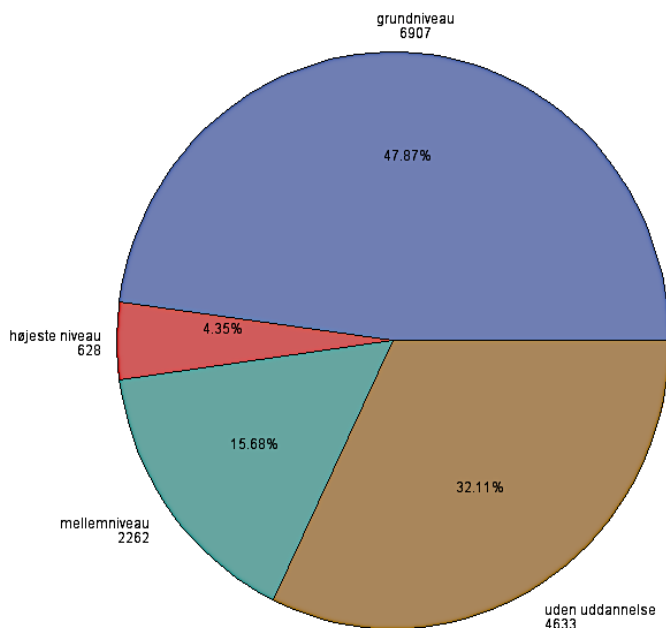
7. Populationsbeskrivelse

Som nævnt afslutningsvist i frafaldsanalysen udgør populationen **14.430** personer. I dette afsnit giver jeg en beskrivelse af disse personer med fokus på udvikling i sygefravær og årsager til ophør af sygefravær.

En skæv forsamling

Som jeg viste allerede i afsnit 2 om mennesker med hjertekarsygdom som case, er

Figur 14: Fordeling af uddannelsesniveaue blandt personer der har haft et sygefraværsforløb i perioden 1997-2008



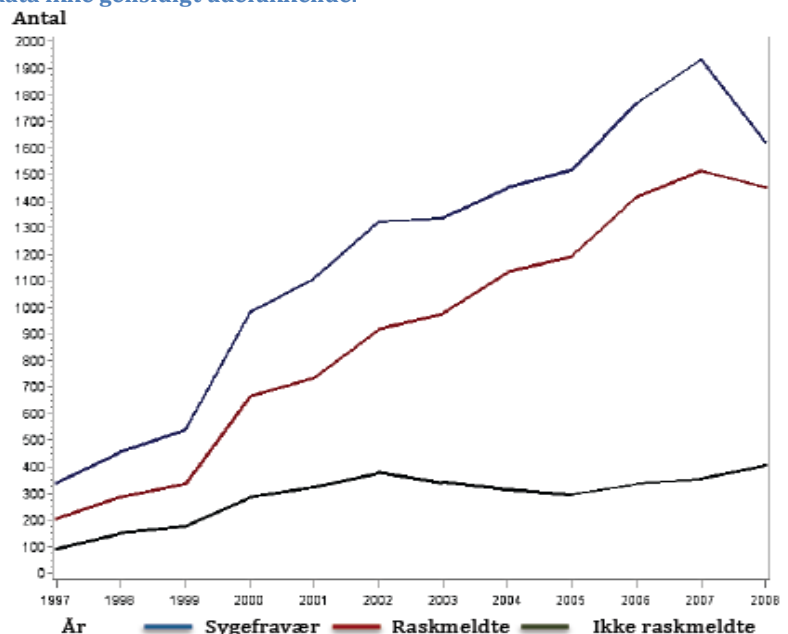
populationen (ca. 65% udgør mænd, jf. bilag 3c), hvilket hænger sammen med, at hjertekarsygdomme oftere rammer mænd end kvinder (Hjerteforeningen 2010).

Udvikling i sygefravær og årsager til ophør

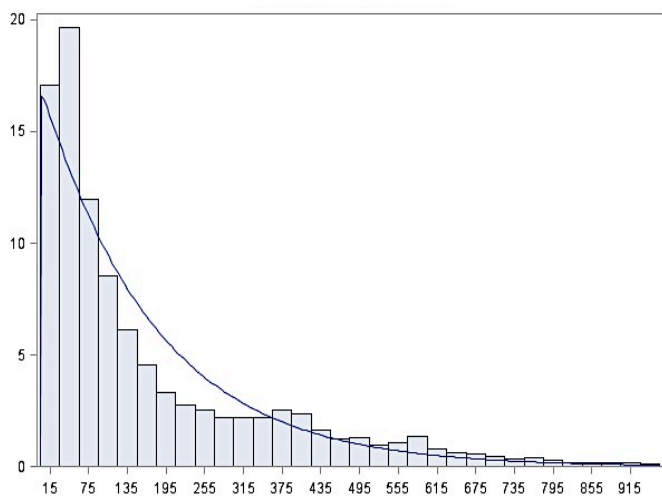
I de 12 år, jeg har indsamlet oplysninger for, har der været en stigning i forekomsten af sygefravær. For at give indtryk af, om det er en stigning, der er bekymrende, har jeg

forekomsten af hjertekarsygdom skævt fordelt i befolkningen. Dette fremgår tydeligt af figur 14 over fordeling af uddannelsesniveauer i populationen der viser, at næsten halvdelen har uddannelse på grundniveau (ca. 48%). Inddrages de der ingen uddannelse har, udgør disse to grupper alene næsten 80% af populationen, hvilket er den samme andel, som de to grupper udgjorde af mennesker med hjertekarsygdom. Med dette taget i betragtning betyder den store andel af lavtuddannede, at specialets resultater fortrinsvis er et billede på, hvordan lavtuddannedes sygefravær og arbejdsmarkedsmobilitet ser ud. Desuden er der betydeligt flere mænd end kvinder i

Figur 15: Udvikling i positioner af sygefraværende, raskmeldt og ikke raskmeldt i perioden 1997-2008. Positionerne er grundet måleniveau i data ikke gensidigt udelukkende.



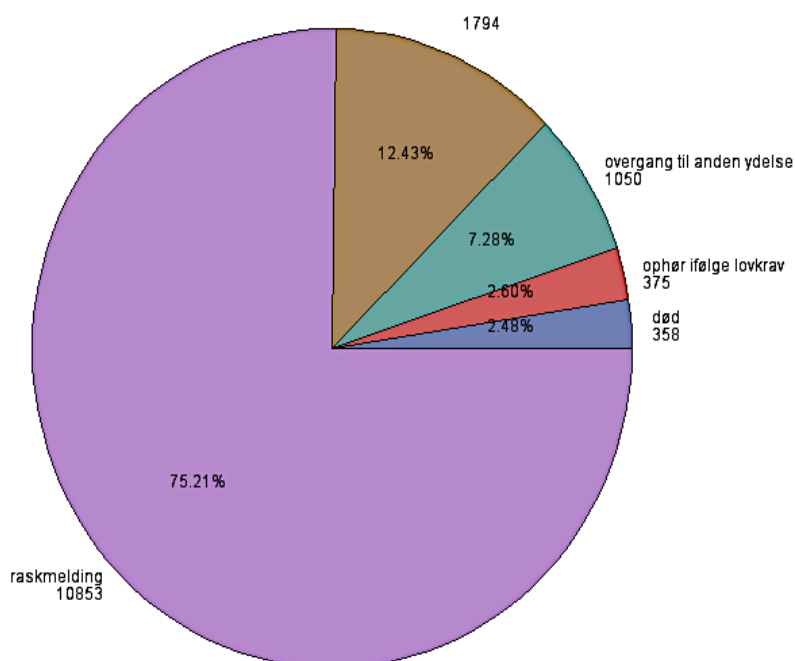
Figur 16: Varighed af sygefraværsforløb i dage, uafhængigt af betydende faktorer.



år 2000, hvor de offentligt ansatte kommer med i datamaterialet, men ellers holder sig forholdsvis konstant i hele perioden. Der kan observeres et mindre fald i år 2002, hvor 'gabet' mellem de sygefraværende og raskmeldte bliver tilsvarende mindre. Hvor *længe* sygefraværsforløbene varer, kan fordelingen i figur 16 give et indtryk af. Medianen er på 90 dage, når der som her ikke tages højde for betydende variable, og ellers fremgår det, at der er flest, der har kortere sygefraværsperioder. Det fremgår også, at der er en forholdsvis lang hale af meget lange sygefravær. Da jeg allerede her har skåret de værste 10% outliers fra, har jeg dog valgt at beholde disse i undersøgelsen; jeg har jo også en særlig interesse i netop de sygefravær, der bliver meget lange.

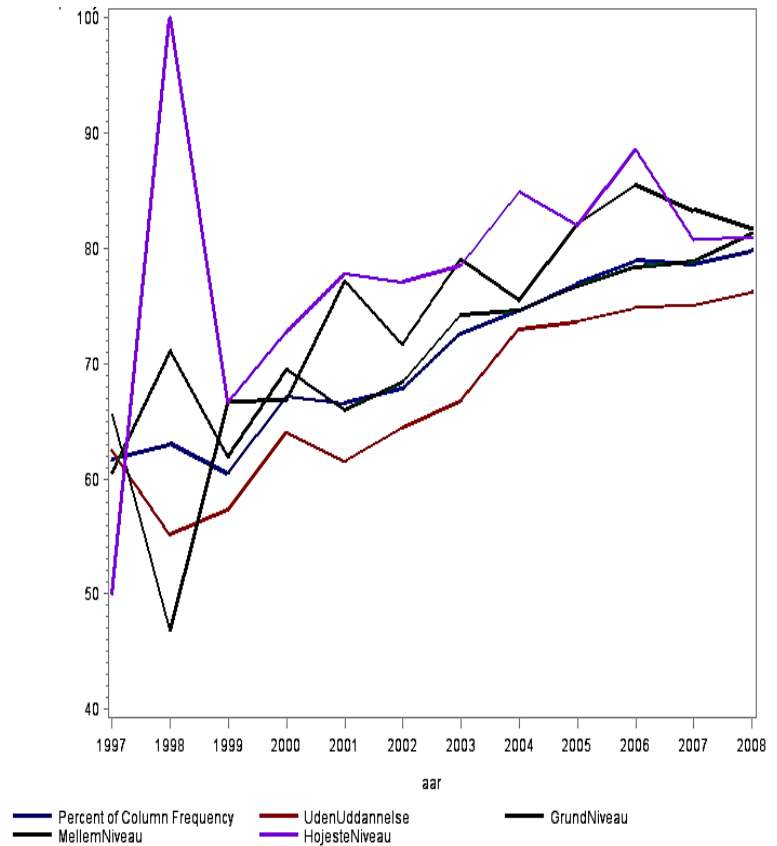
Figur 17: Årsager til ophør af sygefravær for personer med sygefravær i perioden 1997-2008.

Årsager til ophør med sygefravær kan tage flere former, hvoraf raskmeldinger med ca. 75% er den mest dominerende. Dernæst er de mest fremtrædende ophørsårsager overgang til førtidspension /pension (12,4%) eller overgang til anden ydelse, fx A-kasse eller revalidering (ca. 7,3%). Kun en mindre del af populationen tvinges til at ophøre med at modtage sygedagpenge fordi varighedsgrænsen er nået eller de ikke har opfyldt krav om at



modtage behandling (ca.2,6%), og ca. den samme andel dør under sygefraværforløbet (ca. 2,5%).

Som vist ovenfor har udviklingen i raskmeldinger igennem årene 1997-2008 fulgt forekomsten af sygefraværforløb tæt, mens de øvrige ophørsårsager har været nogenlunde konstant, men billedet ser anderledes ud, når raskmeldingerne betragtes i lyset af social position, her ekspemplificeret ved uddannelsesniveau. Den mørkeblå kurve angiver tendensen for raskmelder generelt i årene 1997-2008, mens de øvrige er niveauer af uddannelse. Figuren illustrerer, at personer uden uddannelse ligger under den generelle tendens for raskmeldelse i alle årene; disse personers sygefravær afsluttes altså oftere med andre ophørsårsager, end det gør for personer med andet uddannelsesniveau. Til sammenligning følger personer med et grundniveau i uddannelse den generelle tendens ret tæt fra 2001. Udsvingene i denne gruppe i årene forinden kan være et resultat af, at det inden 2000 fortrinsvis var de privatansatte, der talte med i statistikken. Personer med uddannelsesniveauer på mellem eller højeste niveau ligger over den generelle tendens, og det ser altså ud til, at den uddannelsesforskel, der blev fundet i både ASUSI- og SOSY-undersøgerne, også kan findes i raskmeldinger hos mennesker med hjertekarsygdom.



Med populationen således præsenteret, vil jeg nu gå videre til den første af mine tre delanalyser, hvor jeg undersøger, hvilke faktorer der har indflydelse på varigheden af sygefravær.

8. Delanalyse 1: sygefraværets varighed

I delanalysen her har jeg valgt at gå trinvist frem i min undersøgelse af arbejdsspørgsmålet, som jeg vil indlede med at genopfriske:

- *Hvilke faktorer påvirker varigheden af sygefravær for mennesker med hjertekarsygdom, og hvornår kan sygefraværet defineres som langt eller kort?*

Dette indebærer at jeg i min modelopbygning har opstillet modeller, hvor jeg trinvist inddrager de tre kapitaler, økonomisk, kulturel og social, for at undersøge, hvilken betydning kapitalfaktorerne har sammen (udtrykt i odds ratio), og når baggrunds- og sygdomsvariable inddrages. Endelig har jeg udarbejdet en tilpasset model, på baggrund af hvilken jeg besvarer arbejdsspørgsmålet. Modellerne findes i tabel 3, og i analysen vil jeg hovedsageligt referere til resultater i model E, hvor alle variable er samlet. Rød markering i tabellen angiver referencekategori. Mærkbare forskelle modellerne imellem vil blive kommenteret med reference til de pågældende modeller, og jeg indrager den tilpassede model i analysens delkonklusion.

Den lille forskel

Det ser ud til, at kvinder har *en smule* mindre sandsynlighed for længere sygefravær end mænd (model E: 0.946). Den lille forskel, jeg har fundet, står i modsætning til resultaterne fra ASUSI-undersøgelsen, men stemmer overens med SOSY-undersøgelsen. Jeg tolker det som udtryk for at hjertekarsygdomme oftere forekommer hos mænd (Hjerteforeningen 2010).

Tabel 3: Oversigt over modelopbygning for sygefraværets varighed.

	ModelA Økonomisk	ModelB +Kulturel	ModelC +Social	ModelD +Sygdom	ModelE +baggrund	ModelF stepwise
Økonomisk Kapital						
Indkomst						
over 300.000 kr	0.744*	0.565*	0.565*	0.551*	0.543*	0.543*
150.000-300.000 kr	0.784*	0.594*	0.593*	0.586*	0.584*	0.584*
under 150.000 kr	0.867*	0.937	0.938	0.931	0.933	0.933
uden lønmodtagerindkomst	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Barn						
ja	-	-	-	-	-	Udgår
nej	-	-	-	-	-	
Kulturel Kapital						
Uddannelse						
uddannelse på højeste niveau		0.905*	0.904*	0.900*	0.902*	0.902*
uddannelse på mellemniveau		0.905*	0.905*	0.911*	0.919*	0.920*
uddannelse på grundniveau		0.977	0.974	0.973	0.973	0.973
uden uddannelse		0.000	0.000	0.0000	0.000	0.000
Stilling						
øvrige uden for arbejdsstyrken		2.190*	2.194*	2.233*	2.220*	2.220*
selvstændige og medhj. fælle		1.010	0.997	0.999	0.989	0.989
lønmodtager ufaglært		1.462*	1.460*	1.468*	1.468*	1.471*
Lønmodtager ledende niveau		1.430*	1.423*	1.434*	1.447*	1.447*
Lønmodtager mellem el. alm. niveau		1.363*	1.361*	1.370*	1.386*	1.386*
arbejdsløs		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Social Kapital						
Familie						
par			1.049*	1.048*	1.048*	1.047*

Sociale konsekvenser af hjertekarsygdom i et ulighedsperspektiv

Sygdom	enlig	0.000	0.000	0.000	0.000
Komorbiditet	anden sygdom inden for 1 år		1.045*	1.042*	1.042*
	ingen anden sygdom 1 år		0.000	0.000	0.000
Indlæggelsesform	planlagt indlæggelse		0.930*	0.935*	0.935*
	akut indlæggelse		0.000	0.000	0.000
Diagnoseskift	Diagnoseskift		1.120*	1.122*	1.122*
	ikke diagnoseskift		0.000	0.000	0.000
Baggrund					
Køn	Kvinde			0.946*	0.946*
	Mand			0.000	0.000

* $p > 0.05$ signifikansniveau

- = effekt af variabel insignifikant

Diagnoseskift har størst betydning

De sygdomsvariable, der kom med i modellen, har alle signifikant betydning. Overraskende er det dog, at det ikke har *større* betydning, om en person har været indlagt med anden sygdom inden for et år (model E: 1.042). Selv om tilstedeværelsen af anden sygdom *har* indflydelse på sygefraværets varighed, er den altså relativt lille, hvilket jeg tolker som et tegn på, at sygefraværets varighed kun i mindre grad kan ses som et proxy-mål for helbredstilstanden.

Det ser i stedet ud til, at det har mere indflydelse, hvorvidt behandlingsforløbet følger en overordnet plan eller ej, da det at diagnosen fastsættes fra forløbsstart er den sygdomsfaktor, der har mest indflydelse (model E: 1.120). Trækker behandlingsforløbet ud grundet manglende afklaring, følger sygefraværforløbet altså behandlingsforløbet, og bliver også længere. I forlængelse heraf er den planlagte indlæggelse en situation, hvor der forud for indlæggelsen har været undersøgelser, der giver bedre mulighed for at tilrettelægge og bestemme forløbet, hvilket giver sandsynlighed for et kortere sygefraværforløb (model E: 0.930).

Et sygefravær der falder med stigende indkomst

For variable under den økonomiske kapital havde jeg forventning om, at varigheden af sygefraværet ville falde, når indkomstniveauet steg, samt at tilstedeværelsen af et barn i husstanden ville have effekt på de økonomiske ressourcer der var til rådighed, således at varigheden af sygefravær ville stige med tilstedeværelsen af barn i husstanden.

Imidlertid viser det sig allerede i model A, hvor kun de økonomiske kapitalfaktorer er inddraget, at tilstedeværelsen af et barn er uden signifikant betydning, når den sammenstilles med indkomst. Heri kan ligge, at min antagelse af, at tilstedeværelsen af børn i husstanden har økonomisk betydning ikke er rigtig; ikke en betydning der influerer på sygefraværets varighed i hvert fald. Dette afviger fra de resultater, der blev fundet i ASUSI-undersøgelsen, hvor det blev fundet, at enlige med hjemmeboende børn og kvinder med små børn havde øget risiko for langt sygefravær. Forskellen i resultaterne kan ligge i, at det er den *overordnede* effekt af, om der er barn tilstede i husstanden, jeg har undersøgt; ikke denne effekt

kombineret med hverken familie eller køn. Når mine resultater bliver insignifikante sammen med indkomst må det dog stadig tolkes som et resultat af, at indkomstniveauet også er forklaringen på effekten af barn.

Effekten for indkomst ligner den, jeg forventede; des højere indkomst des kortere sygefravær. Der kan dog ikke findes en signifikant forskel på det at have en indkomst under 150.000 kr og at være uden lønmodtagerarbejde, hvilket sandsynligvis skyldes, at mens sidstnævnte kategori indeholder mennesker på overførselsindkomster, kan førstnævnte også dække over, at nogle mennesker modtager overførselsindkomst som supplerende tilskud til deres løn noget af eller hele tiden.

Det at sygefraværet falder med stigende indkomst stemmer overens med resultaterne fra ASUSI-undersøgelsen, og er i tråd med den kausalitetsforklaring, Diderichsen beskriver inden for social ulighed i sundhed: der er en gensidig kausalitet mellem indkomst og helbred. Mennesker med bedre økonomiske ressourcer har bedre adgang til sundhedsydelser som fx motionscentre, speciallæger og medicin, hvilket har en positiv virkning på deres helbred. Når færre af risikofaktorerne er til stede bliver sygdommen og dens konsekvenser også mindre alvorlige. Omvendt betyder et godt helbred, at personer er i stand til at varetage arbejde, der giver højere indkomst. At sygefraværet falder med indkomst, kunne tyde på, at de økonomiske ressourcer muliggør nogle sundhedsnormer der resulterer i, at når sygdom indtræffer, praktiseres sygefravær også delvist ud fra bedre helbedsbetingelser. Men især kan den indkomstbetingede faldende risiko for, at sygefraværets varighed stiger ses som et udtryk for *distinktion*. Da det er begrænset, hvor meget man kan få udbetalt i sygedagpenge²⁸, vil de der har en høj lønindkomst være tilbøjelige til at praktisere deres sygefravær på en sådan måde, at de ikke falder i indkomst – derved kan de adskille sig fra andre grupper, der har en mindre indkomst.

Uddannelse: synergi og gradient

Jeg havde forud for analysen en forventning om, at sygefraværets varighed ville falde med niveauet af uddannelse, hvilket har vist sig at være rigtigt; der er i model E en *gradient* i varigheden af sygefraværet, hvor det falder i takt med, at niveauet af uddannelse stiger. Denne effekt er mindre udtalt i de modeller, hvor kun kapitalfaktorer inddrages (model B og C), hvilket er udtryk for den *synergieffekt*, som Diderichsen nævner; social skævhed i forekomsten af sygdomsfaktorer forstærker effekten af uddannelse. Gradienten giver udtryk for, at der gennem uddannelse dannes en kultur, hvor sygefravær ikke er legitimt. Da uddannelse er arbejdsmarkedsrettet kan en sådan kultur hænge sammen med en opfattelse af, at det er solidarisk at yde til samfundet gennem arbejde – og naturligvis hænger lange

²⁸ Hvis arbejdsgiver ikke betaler fuld løn under sygdom udgør den maksimale sats for sygedagpenge fra kommunen 106,49 kr pr time. Dette er satsen fra 2012, men eksemplet er ment illustrativt; overgang til sygedagpenge vil i hele observationsperioden betyde nedgang i løn for mange.

uddannelser også sammen med andre typer af arbejde, hvor mennesker skellet mellem arbejde og interesse muligvis ikke er så stort, som det er ved kortere uddannelser.

Den gode patient og den engagerede lønmodtager

Jeg forventede, at der ville kunne skelnes klart mellem personer i og uden for arbejdsstyrken, og selvstændige og lønmodtagere. I modellerne kan der ikke findes en signifikant forskel på arbejdsløse og selvstændige, hvilket jeg tolker som tegn på, at arbejdsløses sygefravær forkortes af strukturelle årsager; dels kan der være et politisk pres på at få mennesker ud på arbejdsmarkedet, hvilket fordrer at de står til rådighed ved arbejdsløshed frem for sygemelding. Dels – og jeg tror dette er den vigtigste årsag – kan kommunerne have økonomisk incitament for at få mennesker overført til arbejdsløshed frem for sygedagpenge, da det i mange tilfælde så er A-kasserne der skal betale arbejdsløshedsunderstøttelse.

Model E viser også, personer uden for arbejdsstyrken sammenlignet med arbejdsløse har over dobbelt så langt sygefravær (model E: 2.220). Det tyder på en kultur blandt personer uden for arbejdsstyrken, hvor arbejdsmarkedets logikker i mindre grad er herskende, og behandlingsregimets logikker derfor træder i kraft under sygdom. Der er, så at sige, kultur blandt disse mennesker for at være en "god" patient. Jeg havde også en forventning om, at der ville kunne observeres en faldende varighed i sygefraværet i takt med, at niveauet af lønmodtager steg. Dette bekræftes i model E. Dette tolker jeg som tegn på, at der med niveauet af lønmodtager også følger en kultur, hvor det er mindre acceptabelt at være sygefraværende – både af personer selv og deres omgivelser. Dette hænger sammen med ansvar og udskiftelighed, hvor opgaver ofte tilegnes specifikke *personer* i højere stillinger, i stedet for – som det sker i lavere stillinger – at personer tilegnes specifikke *opgaver*. At jeg har valgt at kalde disse kulturer for den "gode" patient og den engagerede lønmodtager er naturligvis karikeret; men det er udtryk for de feltlogikker, som dominerer de to måder at praktisere sygefravær på.

Negativ social kapital?

Min antagelse om, at det at have en partner ville gøre sygefraværets varighed kortere, har vist sig at blive modbevist i analysen. Selv om effekten er ganske lille (model E: 1.047), har det dog signifikant betydning for sygefraværets længde at være i et parforhold. Dette er i modsætning til, hvad der var fundet i ASUSI- og SOSY-undersøgelserne, og jeg tolker det som et tegn på, at der ikke kun trækkes på ressourcer fra partneren gennem social kapital; der trækkes også på logikker. Dette betyder, at for personer med en partner kan dennes omsorg under alvorlig sygdom få betydning på en sådan måde, at der paradoksalt nok er mere opmærksomhed på sygdommen fordi det er vigtigt "at blive *helt* rask".

8.1. Delkonklusion

Jeg har nu undersøgt, hvilke faktorer, der har indflydelse på sygefraværets varighed. I den tilpassede model (model F) ses den endelige effekt af de signifikante faktorer.

Opsummerende kan det konkluderes, at alle tre kapitalformer, økonomisk, kulturel, og social, har indflydelse på sygefraværets varighed, selv om der kontrolleres for sygdom og køn. Sammensætningen og volumen af kapitalerne indikerer, at økonomisk og kulturel kapital (i form af stilling) har den største betydning, og at der er tale om *gradienter* inden for begge kapitaler, hvor sygefraværets længde følger den sociale position, forstået således, at sygefravær falder med stigende lønniveau, uddannelsesniveau og lønmodtagerniveau. For sidstnævnte er der desuden en yderligere forskel mellem personer i beskæftigelse og personer uden for arbejdsmarkedet, der har væsentligt længere sygefravær. Der kunne ikke observeres en signifikant effekt for selvstændige, men den insignifikante effekt indikerer, at de adskiller sig yderligere fra øvrige ved et kort sygefravær. Bemærksværdigt havde også arbejdsløse kort sygefravær, hvilket jeg forklarer ved strukturelle og institutionelle forhold.

At stilling var den kulturelle kapitalform, der havde størst betydning for sygefraværet kan have at gøre med dens *transformationspotentialer*. Selv om alle de kulturelle kapitalformer i nogen grad kan lade sig transformere til økonomisk kapital, er det i form af stillinger, at den mest direkte overføring forekommer. Dette indikerer, at den *økonomiske kapital* vejer tungt i forhold til sygefraværspraksis, og at der er et samspil mellem denne og den *kulturelle kapital*, hvor kulturer, der i højere grad har en internaliseret arbejdsmarkedslogik fungerer sammen med adgang til (og fortsat behov for adgang til) økonomiske ressourcer. Det tyder altså på en *klassehabitus*, hvor praktiseringen af sygefravær følger den sociale position i form af lavere sygefravær for personer med lange uddannelser, høje stillinger og høj indkomst.

En definition af langt og kort sygefravær

Når der tages højde for de forklarende faktorer, vil personer med hjertekarsygdom have et sygefravær, hvor medianen ligger på 93 dage, eller ca. 13 uger. 5% har et sygefravær på ca. 69 dage eller knapt 10 uger, og i den anden ende er der også 5% med et sygefravær på over 171 dage (ca. 24 uger). Der kan altså defineres en forskel på "langt" og "kort" sygefraværsløb, hvor langt sygefravær er **over 93 dage** og kort sygefravær er **under 93 dage**.

Det betyder, at selv de, der har et særdeles kort sygefraværsløb, stadig har, hvad der ville blive betragtet som et langt de fleste andre steder. Dette kan eksemplificeres ved, at ét af VK-regeringens tiltag mod langvarigt sygefravær i 2008 var "medarbejdersamtalen", hvor sygemeldte efter fire uger skal have en samtale med den nærmeste leder med henblik på en fastholdelsesplan.

9. Delanalyse 2: raskmelding efter sygefravær

Delanalyse 2 er ligesom den foregående analyse bygget trinvist op, og sigter efter at besvare arbejdsspørgsmålet:

- *Hvilke faktorer har betydning for, om mennesker med hjertekarsygdom raskmeldes?*

I min modelopbygning er kapitalfaktorer, sygdoms- og baggrundsfaktorer trinvist inddraget for at undersøge betydningen heraf (udtrykt i hazard ratios), og jeg har benyttet en *stepwise selection* (jf. analysestrategisk afsnit) til udarbejdning af en endelig model, som jeg vil kommentere på i analysens delkonklusion. Modellerne findes samlet i tabel 4, og i analysen referer jeg primært til model E, hvor alle faktorer er inddraget. Jeg referer til øvrige modeller når der optræder bemærkelsesværdige forskelle modellerne imellem. Desuden forholder jeg undervejs i analysen også resultaterne til de resultater, jeg fandt i delanalyse 1.

Tabel 4: Oversigt over modelopbygning for hændelsen at blive raskmeldt.

		ModelA Økonomisk	ModelB +Kulturel	ModelC +Social	ModelD +Sygdom	ModelE +Baggrund	ModelF Stepwise
Økonomisk kapital	Indkomst						
	over 300.000 kr	2.604*	3.928*	3.913*	3.860*	3.774*	3.827*
	150.000-300.000 kr	2.118*	3.185*	3.180*	3.132*	3.132*	3.148*
	under 150.000 kr	0.998	1.442*	1.441*	1.428*	1.424*	1.428*
Barn	Uden lønmodtagerarbejde						
	Ja	-	-	-	-	-	Udgår
	Nej						
Kulturel Kapital	Uddannelse						
	uddannelse på højeste niveau		-	-	-	-	Udgår
	uddannelse på mellemniveau		-	-	-	-	
	uddannelse på grundniveau		-	-	-	-	
Stilling	Uden Uddannelse						
	øvrige uden for arbejdsstyrken		0.272*	0.274*	0.275*	0.275*	0.274*
	selvstændige og medhj.fælle		0.848*	0.843*	0.842*	0.833*	0.836*
	lønmodtager ufaglært		0.433*	0.432*	0.436*	0.437*	0.432*
	Lønmodtager ledende niveau		0.418*	0.415*	0.418*	0.423*	0.437*
	Lønmodtager mellem/ alm. niveau		0.447*	0.445*	0.447*	0.455*	0.452*
Social kapital	Arbejdsløs						
	Familie						
	par			1.079*	1.073*	1.067*	1.063*
Sygdom	Enlig						
	Komorbiditet						
	anden sygdom inden for 1 år				0.944*	0.942*	0.941*
	Ingen anden sygdom inden 1 år						
Indlæggelsesform	planlagt indlæggelse				1.075*	1.083*	1.086*
	Akut indlæggelse						
Diagnoseskift	Diagnoseskift				0.831*	0.833*	0.836*
	Intet diagnoseskift						
Baggrund	Køn						
	Kvinde					0.906*	0.908*
	Mand						

* $p > 0.05$ signifikansniveau

- = effekt af variabel insignifikant

Mænd raskmeldes hyppigst

Et indledende kig på køn viser, at den betydning dette havde for *sygefraværets varighed* i delanalyse 1 kan genfindes, når det undersøges, hvilken betydning kønnet har for raskmelding, dog med omvendt fortegn; ved risiko for længere sygefravær i delanalyse 1, er risikoen for raskmelding her mindre. For kvinder er sandsynligheden for at blive raskmeldte altså lidt lavere end det er for mænd(model E: 0.906). Dette kunne indikere, at der er en sammenhæng i sygefraværets varighed og raskmeldinger.

Samme sygdomsmønster - en lille forskel

Betydningen af sygdomsvariablene følger i store træk det betydningsmønster, de havde for sygefraværets varighed, dog også her med omvendt fortegn, og stærkere betydning. Komorbiditet giver mindre sandsynlighed for raskmeldelse (model E: 0.944), hvilket peger på, at en ophobning af sygdomme har konsekvenser for, om personer raskmeldes, og at en raskmeldelse derfor *har* en relation til helbredstilstanden, og ikke blot skal ses som systemiske registreringer med rod i økonomiske omfordelingslogikker.

Ligeledes har det også for raskmeldingen betydning, hvor godt sygdomsforløbet har kunnet lade sig planlægge, idet der både har signifikant betydning om sygdomsforløbet er startet med en planlagt indlæggelse, og om der er sket et diagnoseskift. Det er særligt interessant, at der er en signifikant betydning af, om personer har fået skiftet diagnose inden for hjertekarsygdomsgruppen under forløbet eller ej. Ganske vist er dette den samme tendens som i delanalyse 1, men mens sygefraværets varighed måske logisk nok følger udskydelser i behandlingsforløbet, er det mere påfaldende, at sandsynligheden for overhovedet at blive raskmeldt *også* afhænger af, om den rette diagnose fastsættes med det samme i forløbet. Diagnosticeringsproblemer kan måske ikke kun betyde, at personer får funktionshæmmende følger af deres sygdom, der forhindrer raskmeldelse, betydningen af diagnoseskiftet kan også pege på den stress, som mennesker oplever i forbindelse med en livstruende sygdom, og som kan være sværere at håndtere, hvis der ikke foreligger en plan (Hjerteforeningen 2010).

Et spring i indkomst

De økonomiske kapitalfaktorers betydning er identiske med mønsteret for varigheden i sygefravær – det at have et barn har ingen betydning, og des højere indkomst, des bedre sandsynlighed for at blive raskmeldt, sammenlignet med personer uden lønmodtagerarbejde. I tendensen for indkomst kan der observeres et 'spring' mellem det at have en indkomst på under 150.000 kr (model E: 1.424) og det at have en indkomst på 150.-300.000 kr (model E: 3.132). Som kommenteret i delanalyse 1 kan nogle personer med en årlig indkomst på under 150.000 kr. være suppleret af overførselsindkomster noget af eller hele tiden. Den økonomiske kapitals indflydelse på, hvorvidt personer raskmeldes, kunne tyde på, at der på arbejdsmarkedsfeltet følger anerkendelse med personer med god indkomst, såvel som at de

tilægger *sig selv* en bestemt værdi, der kan tolkes som at "man er alle pengene værd". Dette illustreres også tydeligere af det spring, der er mellem indkomstniveauer; det handler også om at hævde sig som dominerende klasse i feltet – selv om det må antages for størstedelen at være en ubevidst handling, der snarere udtrykkes som distinktioner. Fx er det muligt at forestille sig en person med en højt indkomstniveau der raskmelder sig, fordi hun ikke kan få det "til alt løbe rundt", hvis hun skulle overgå til overførselsindkomst. Det handler selvfølgelig til dels om reelle udgifter, men disse må også ses i lyset af, at mange ting er goder der kan undværes, hvis man tillægger sygdom stor nok værdi.

Den transformerede uddannelseskapital

Jeg havde forud for analysen en forventning til at uddannelses ville være den kapital, der havde mest effekt af de kulturelle kapitalfaktorer. Denne forventning bunder i, at der i Bourdieus teori især lægges vægt på uddannelse som en institutionaliseret kulturel kapitalform. Imidlertid har uddannelse *ingen effekt* når de kulturelle kapitaler sættes sammen med de økonomiske kapitaler i model B. Årsagen til dette kan være, som Diderichsen også nævner, at indkomst har en stor indflydelse på processer i den sociale differentiering af sygdomskonsekvenser, og også hænger sammen med uddannelsesniveau. I denne model kan indkomst tilsyneladende også forklare den sammenhæng, der måtte være mellem uddannelse og varigheden af sygefravær, hvilket peger på, at niveauet af uddannelse i dette tilfælde transformeres til *økonomisk kapital*.

Kulturel kapital -at være eller ikke være lønmodtager

Min forventning om, at der ville være større sandsynlighed for raskmeldelse i takt med niveauet af stilling, kan ikke bekræftes. I stedet har alle lønmodtagere stort set samme sandsynlighed for raskmeldelse sammenlignet med arbejdsløse (model E: ufaglært 0.437, mellem/alm. 0.455, ledende 0.423), af hvilket jeg udleder, at det at være lønmodtager giver en fælles kultur omkring måden at håndtere sygdom og sygefravær på; i tilfælde af alvorlig sygdom tages livet op til revidering, og en del lønmodtagere vil måske finde, at deres arbejde ikke er det vigtigste for dem. Dette perspektiv kunne understøttes af, at selvstændige, hvor deres arbejde måske i højere grad er realiseringen af en drøm eller en investering af livsopsparing, har større sandsynlighed for at blive raskmeldt end lønmodtagere, sammenlignet med arbejdsløse (model E: 0.842), og at personer uden for arbejdsmarkedet i meget mindre grad end personer på arbejdsmarkedet (model E: 0.275) har sandsynlighed for at blive raskmeldt, når der sammenlignes med arbejdsløse. Det peger på, hvilken symbolsk værdi arbejde tillægges i de forskellige stillingskulturer; den selvstændige vil typisk have gjort det til sit livsværk, og hun identificerer sig i høj grad med det hun laver, mens personer uden for arbejdsmarkedet i den anden ende af skalen slet ikke har samme forhold til arbejde – for dem foregår selvrealisering gennem andre kanaler. At der kan skelnes mellem forskellige

typer af ansættelsesforhold i forhold til det at blive raskmeldt, opfatter jeg også som et tegn på et hierarki i, hvem det er der dikterer normerne på arbejdsmarkedet.

Den modsatrettede sociale kapital

Det at være i et parforhold har en ganske lille indflydelse på, om personer med hjertekarsygdom raskmeldes efter et sygefraværsforløb (model E: 1.067). Denne effekt er lille, men dog interessant fordi den afviger fra det mønster, som de øvrige faktorer ellers ser ud til at følge; hvis en faktor har haft positiv indflydelse på sygefraværets længde (så det blev kort), vil det også have positiv indflydelse på sandsynligheden for raskmeldelse. Det at være i parforhold forholder sig således, at det ganske vist giver længere sygefavær – men det giver også større sandsynlighed for raskmeldelse. Måske er det tegn på, at det tillægges værdi at have et stabilt hjem, forstået som en traditionel familiestruktur.

9.1. Delkonklusion

Efter at have undersøgt, hvilke faktorer der har betydning for, om mennesker raskmeldes efter et sygefraværsforløb med hjertekarsygdom, vil jeg nu opsummere og gøre mig nogle afsluttende overvejelser om analysen.

Analysens hovedpointe kan opsummeres til at være, at den økonomiske kapital har betydning for, om man bliver raskmeldt efter et sygefraværsforløb. Denne betydning viser sig ved, at det især er personer med høj indkomst, der raskmeldes. Ydermere må det tilføjes, at indkomst i modellen her også kan forklare hele effekten fra uddannelse, der altså derved blot kan ses som et udtryk for adgang til højere indkomst gennem uddannelse.

10. Delanalyse 2: karakteristik af raskmeldte

I delanalyse tre ser jeg på, hvad der karakteriserer de der raskmeldes fra sygefravær, med henblik på den videre tilknytning til arbejdsmarkedet. Hvem er det, der kommer i arbejde igen – og hvem gør ikke? Og hvordan har fx sygefraværets længde eller den økonomiske kapital sammenhæng med dette? I analysen sigter jeg mod at besvare følgende arbejdsspørgsmål:

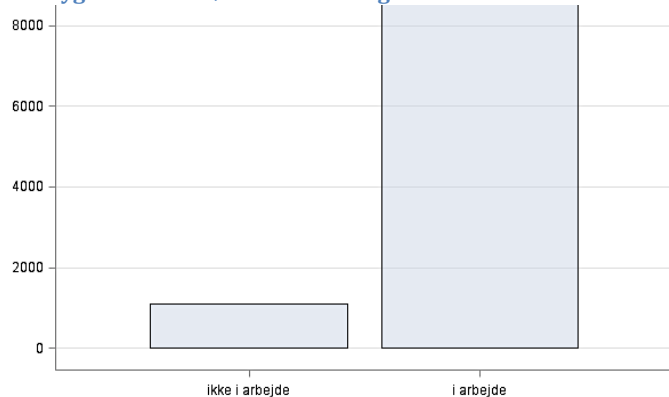
- *Hvilke faktorer karakteriserer mennesker, der er raskmeldt efter et sygefraværsløb med hjertekarsygdom, med forskellig arbejdsmarkedstilknytning, og hvilke faktorer karakteriserer arbejdsmarkedstilknytning, når sygefraværet er hhv. langt eller kort?*

Jeg har fulgt samme fremgangsmåde som i delanalyse 1 og 2 og lavet en trinvis modelopbygning, så det bliver muligt at forholde forskelle i modellerne (udtrykt i odds ratios) til hinanden. Derudover har jeg modelleret sandsynligheden for at komme i arbejde, for personer med hhv. kort eller langt sygefravær, hvilket også vil blive præsenteret i analysen. Der er for disse modeller kun udført stepwise selection. Undervejs forholder jeg resultaterne til dem jeg fandt i delanalyse 1 og 2, men jeg vil dog indlede analysen med at præsentere, hvordan de raskmeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet ser ud et år efter deres sygefraværsløb.

Langt de fleste kommer i arbejde

Af de 10.853 personer, der raskmeldes, kan der følges op på 10.475 året efter. Af disse er langt de fleste tilbage i arbejde (ca. 89% svarende til 9.366 personer) året efter deres

Figur 18: Raskmeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet et år efter sygefraværforløbets afslutning.



sygefraværsløb er afsluttet. De resterende står uden for arbejdsmarkedet, ved fx at være arbejdsløse, førtidspensionerede eller under uddannelse, der i denne analyse sidestilles²⁹. Dette er i tråd med forekomsten af raskmeldinger, der udgjorde ophørsårsagen på ca. 75% af de afsluttede sygefraværsløb. Det betyder også, at raskmeldinger efter sygefravær umiddelbart giver et godt billede på, hvor mange der kommer

tilbage på arbejdsmarkedet lige efter sygefraværsløbet. Da social position havde

²⁹ Jeg har valgt at sidestille alle typer af beskæftigelse, hvor personen ikke kan kategoriseres som "i arbejde", da mit fokus i analysen er på, hvem der kommer tilbage i arbejde.

indflydelse på både sygefraværets varighed og hvem der blev raskmeldt, er det derfor interessant, om der kan findes en effekt af social position i, hvem der vender tilbage til arbejdsmarkedet (eller hvem der ikke gør), samt om sygefraværets varighed *forstærker* denne effekt for personer med hjertekarsygdom.

Tabel 5: Modeloversigt over modelopbygning for sandsynligheden for at komme tilbage i arbejde et år efter sygefraværforløbets afslutning.

	Sygefravær	ModelB +Økonomisk	ModelC +Kulturel	ModelD +Social	ModelE +Sygdom	ModelF +Baggrund	ModelG Stepwise
Sygefravær	kort sygefravær	1.512*	1.188*	1.228*	1.228*	1.224*	1.221*
	Langt sygefravær						1.227*
Økonomisk Kapital							
Indkomst	over 300.000 kr		8.891*	8.056*	8.064*	8.203*	8.425*
	150.000-300.000 kr		3.678*	3.982*	3.985*	4.024*	4.044*
	under 150.000 kr		0.848*	1.570*	1.570*	1.587*	1.583*
	Uden lønmodtagerindk.						1.590*
Barn	ja		1.656*	2.023*	2.026*	2.038*	2.036*
	Nej						2.035*
Kulturel Kapital							
Uddannelse	højeste niveau			2.989*	2.990*	2.942*	2.937*
	Mellemniveau			1.451	1.451	1.435	1.413
	grundniveau			1.326	1.327	1.322	1.326
	Uden uddannelse						1.323
Stilling	øvrige uden for arb.styrken			0.239*	0.239*	0.239*	0.238*
	selvstændige og medhj.fælle			133.867*	134.056*	137.699*	139.451*
	Lønm. ufaglært			26.940*	26.940*	27.322*	27.157*
	Lønm. ledende niveau			19.346*	19.354*	19.726*	19.423*
	Lønm. Mellem /alm. Niveau			24.336*	24.340*	24.552*	24.078*
	arbejdsløse						24.343*
Social Kapital							
Familie	Par			-	-	-	
	Enlig						
Sygdom							
Komorbiditet	anden sygdom inden for 1 år				-	-	
	ingen anden sygdom 1 år						
Indlæggelsesform	planlagt indlæggelse				1.250	1.238	1.238*
	akut indlæggelse						
Diagnoseskift	Diagnoseskift				-	-	
	ikke diagnoseskift						
Baggrund							
Køn	Kvinde					-	
	Mand						

*p>0.05 signifikansniveau

- = effekt af variabel insignifikant

De kontrollerende variable

I modsætning til de tidligere analyser, har de kontrollerende variable så godt som ingen effekt. Kun indlæggelsesformen får betydning i den endelige model, når de øvrige sygdomsvariable tages ud. Det peger på, at den type hændelser i behandlingsforløbet, som jeg har med, ikke har langsigtede konsekvenser. Kun hvis en person har haft en planlagt indlæggelse frem for en akut, kan det få betydning for, om denne kommer i arbejde.

Effekten af indkomst forstærkes

Effekten af og gradienten i indkomst er den mest udtalte i nogen af analyserne. Denne faktor har også i de to foregående analyser haft stor indflydelse, og der tegner sig altså en mønster af, at økonomiske forhold ikke blot har betydning for den måde, sygefravær praktiseres på, men også for, om man bliver raskmeldt og sidenhen kommer tilbage i arbejde. Det kan i model E ses, at sandsynligheden for, at en person med en indkomst på over 300.000 kr årligt kommer i arbejde i forhold til en person uden lønmodtagerindkomst næsten 8,5 gang så stor (model E: 8.425). Heraf kan udledes, at den sociale gradient i særdeleshed er udtalt, når det kommer til indkomst, hvilket bevirker at indkomstniveau alt andet lige vil have en betydning for, om personer får langtidssygefravær og sidenhen kommer i arbejde. I forlængelse heraf kan det overvejes, hvilken værdi det er, økonomi i sig selv har i forbindelse med det at komme tilbage på arbejdsmarkedet. Bourdieus pointe er netop, at det ikke er *økonomien*, der gives værdi, men de affekter den tillægges og giver. Der er måske tale om, at samfundet – eller i hvert fald arbejdsmarkedsfeltet – favoriserer dem, der i forvejen har ressourcer, fordi deres livsstil passer bedre til den logik, der hersker dér.

Et barn kommer til

I denne analyse får det at have børn betydning, for den første gang i nogen af analyserne. Personer med børn i husstanden har således næsten dobbelt så stor sandsynlighed for at komme tilbage på arbejdsmarkedet (model F: 2.036). Det tolker jeg som et udtryk for, at børn giver økonomisk ansvar og dermed initicament for at komme tilbage i arbejde. Det er desuden også udtryk for, at det værdsættes på arbejdsmarkedet er der er motivation til stede for at yde; dette uanset om man er enlig eller ej.

Distinktioner der forsvinder eller skel der bliver bredere?

For uddannelse kan der ikke ses en signifikant forskel fra det ikke at have en uddannelse og på uddannelse på grund- og mellemniveau. Også for uddannelse bliver forskellene for små til, at de er signifikante (for ufaglærte 1.323 og for lønmodtagere på almindeligt eller mellemniveau 1.440) Det tolker jeg som tegn på, at de herskende klasser har sværere ved at opretholde en egentligt herskende *kultur*, når det gælder normer omkring arbejdsmarked, sygdom og sygefravær. Det kan her have noget at sige, at Danmark er en velfærdsstat.

11. Konklusion

Specialets problemformulering lød:

Hvilken betydning har langt og kort sygefravær for selektion i, hvordan sociale positioner påvirker arbejdsmarkedsmobilitet efter en sygefraværsperiode med hjertekarsygdom?

Mine analyser viser, at der er en sammenhæng mellem sociale positioner og varigheden af sygefravær, og også for, om man i første gang bliver raskmeldt med mulighed for at komme tilbage på arbejdsmarkedet. Ydermere er der en sammenhæng mellem sygefravær og arbejdsmarkedsmobilitet der betyder, at når sygefravær er skævt fordel bliver fordelingen i, hvem der kommer tilbage på arbejdsmarkedet, det også. Modellen herunder viser, hvad modeloversigten i tabel 5 allerede har indikeret; der er en klar sammenhæng mellem social position og arbejdsmarkedstilknytning, og denne er i udtalt grad relateret til sygefravær. Jeg kan derfor på baggrund af mine undersøgelser udvikle en hypotese om, at sygefravær fungerer som selektionsmekanisme, når mennesker skal tilbage i arbejde efter sygdom, og at denne selektion især rammer de, der er dårligere stillet.

Tabel 6: Modeller for sandsynligheden for at komme i arbejde i forhold til at forlade arbejdsmarkedet for personer med hhv. kort og langt sygefravær.

		Kort sygefravær	Langt sygefravær
Økonomisk Kapital	Indkomst	over 300.000 kr.	5.000*
		150.000-300.000 kr.	2.404*
		under 150.000 kr.	1.062*
		Uden lønmodtagerindk.	2.198*
Barn	ja	1.784*	2.634*
	Nej		
Kulturel Kapital	Uddannelse		2.700*
		højeste niveau	3.281
		Mellemløst niveau	1.454
		grundniveau	1.323
Stilling		Uden uddannelse	0.331*
		Øvrige uden for arb.styrken	0.240*
		selvstændige og medhj.fælle	90.781*
		Lønm. ufaglært	273.636*
		Lønm. ledende niveau	45.727*
		Lønm. Mellem /alm. Niveau	34.740*
Sygdom	Indlæggelsesform	arbejdsløse	32.441*
		planlagt indlæggelse	
		Akut indlæggelse	1.304*

Sociale konsekvenser af hjertekarsygdom i et ulighedsperspektiv

FIGUR 1: PROCESSEN FRA AT VÆRE SYG TIL AT VÆRE I ARBEJDE ELLER AT HAVE FORLADT ARBEJDSMARKEDET.....	9
FIGUR 4: SYGDOMSKONSEKVENSER I ET LIVSFORLØBSPERSPEKTIV. HVERT "TRIN" HAR EFFEKT PÅ ALLE DE EFTERFØLGENDE.....	13
FIGUR 5: UDSNIT SYGDOMSKONSEKVENSER I ET LIVSFORLØBSPERSPEKTIV MED SYGEFRAVÆR INDSAT I KÆDEN. DE FORUDGÅENDE TRIN FOR SYGDOM (AFBILDET I FIGUR 1) ER UNDERFORSTÅET.....	14
FIGUR 6: MODEL OVER SOSY-UNDERSØGELSERNES KERNEELEMENTER.....	15
FIGUR 7: EKSEMPEL PÅ KOBLING AF ENKELTE ADMINISTRATIVE REGISTRERINGSKONTAKTER I LANDSPATIENTREGISTERET TIL FORLØB MED DEN ANVENDTE FORLØBSLOGIK.....	28
FIGUR 8: FULDSTÆNDIGT OVERLAP AF SYGEDAGPENGESAGER.....	28
FIGUR 9: DELVIST OVERLAP MELLEM SYGEDAGPENGESAGER.....	28
FIGUR 10: SAMMENKOBLING AF SYGEDAGPENGESAGER.....	29
FIGUR 11: KONTRUKTION AF SYGEFRAVÆRSFORLØB VED FORSKELLIGE TYPER AF OVERLAPNINGER MELLEM HJERTEKARFORLØB OG SYGEDAGPENGEFORLØB.....	30
FIGUR 12: OVERSIGT OVER FRAFALD I KONSTRUKTION AF POPULATIONEN.....	34
FIGUR 13: OVERSIGT OVER VÆSENTLIGE MEKANISMER (I-IV) OG TILHØRENDE INTERVENTIONSPUNKTER (A-D) I FORBINDELSE MED SOCIAL ULIGHED I SUNDHED.....	37
TABEL 1: VIRKELIGHEDSDOMÆNER INDEN FOR DEN KRITISKE REALISME.....	21
TABEL 2: FAKTORER DER UDGÅR AF ANALYSE EFTER MODELKONTROL.....	54
TABEL 3: OVERSIGT OVER MODELOPBYGNING FOR SYGEFRAVÆRETS VARIGHED.....	59
TABEL 4: OVERSIGT OVER MODELOPBYGNING FOR HÆNDELSEN AT BLIVE RASKMELDT.....	64
TABEL 5: MODELOVERSIGT OVER MODELOPBYGNING FOR SANDSYNLIGHEDEN FOR AT KOMME TILBAGE I ARBEJDE ET ÅR EFTER SYGEFRAVÆRFORLØBETS AFSLUTNING.....	69
TABEL 6: MODELLER FOR SANDSYNLIGHEDEN FOR AT KOMME I ARBEJDE I FORHOLD TIL AT FORLADE ARBEJDSMARKEDET FOR PERSONER MED HHV. KORT OG LANGT SYGEFRAVÆR.....	71

Litteraturliste

Bøger

- Agresti, Alan & Finlay, Barbara (2009): Statistical Methods for the Social Science. Pearson Prentice Hall, New Jersey, 4. udgave.
- Bourdieu, Pierre (1994/1997): Af praktiske grunde. København: Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, Margaretha (2007): 'Pierre Bourdieu' in Heine Andersen & Lars Bo Kaspersen: Klassisk og moderne samfundsteori. København: Hans Reitzels Forlag.
- Prieur, Annick (2005): 'En teori om praksis' in Annick Prieur & Carsten Sestoft: Pierre Bourdieu En introduktion. København: Hans Reitzels Forlag.
- Nielsen et al. (2007): Kritisk realisme. Roskilde universitetsforlag.
- Diderichsen I Iver et al. (2011): Socialpolitik. Hans Reitzels forlag
- Hviid Jacobsen, Michael og Willig, Rasmussen (2008): Anerkendelsespolitik. Syddansk Universitetsforlag
- Wilken, Lisanne (2010): Pierre Bourdieu. Roskilde Universitetsforlag
- Pierre Bourdieu. 1997 [1972] Outline of a Theory of Practice. Cambridge. (p. 1-30, p. 72-95, p. 109-114, p. 143-183.)
- Pierre Bourdieu. 1997 (1972) Distinction: A Social Critique of the Judgment of Taste. Harvard.
- Pierre Bourdieu. 1998 (1994). Practical Reason. Stanford.
- Pierre Bourdieu. 2004 (2001). Science of Science and Reflexivity. Stanford.
- Bourdieu, P. (1986) The forms of capital. i J. Richardson (Ed.) Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education. New York, Greenwood.
- Järvinen, Margaretha(2004):Perspektiver på sociale problemer. Red. A. Meeuwisse & H. Swärd. København: Hans Reitzels forlag
- Fann, K.T (1970) Peirce's theory of abduction .Martinus Nijhoff

PDF og internetbøger

- Labriola, Merete 2008:
- Regeringen (VK) 2003: Handlingsplan for indsatser mod sygefravær
- Regeringen (VK) 2008: Sygefravær –en fælles Indsats
- Regeringen (SSFR) 2011: Regeringsgrundlaget
- Sundhedsstyrelsen (2011): Ulighed I Sundhed –Årsager og indsatser
- Sundhedsstyrelsen (2003): Otte folkesygdomme
- Allender et al. (2010): European cardiovascular disease statistics
- Hansen, D. Claus (2009): En sociologisk fortælling om sygefravær

Internetkilder

Sygedagpengeloven 1994-2010 på retsinfo.dk

Hjerteforeningen.dk

SI-folkesundhed.dk

Arbejdsmiljø.dk

Bilagsfortegnelse

1. Bilag til data

- a. Uddybende beskrivelse af anvendte data
- b. Oversigt over variable og registre
- c. Uddybende beskrivelse af adgang til data, herunder projektets økonomi
- d. Tidsplan for bestilling og modtagelse af data

2. Bilag til databearbejdning

- a. Uddybende beskrivelse af forløbskonstruktioner
- b. Model af forløbslogik for konstruktion af hjerteforløb

3. Bilag til populationer

- a. Deskriptive tabeller og oversigter til delpopulation 1, hjertekarforløb
- b. Deskriptive tabeller og oversigter til delpopulation 2, sygedagepengeperioder
- c. Deskriptive tabeller og oversigter til population

4. Bilag til frafaldsanalyse

- a. Deskriptive tabeller og oversigter, frafald delpopulation 1, hjertekarforløb
- b. Deskriptive tabeller og oversigter, frafald delpopulation 2, sygedagepengeperioder
- c. Deskriptive tabeller og oversigter, frafald ved konstruktion af sygefraværsforløb

5. Bilag til delanalyse 1: sygefravær

- a. Modeloutput til time failure models

6. Bilag til delanalyse 2: raskmelding efter sygefravær

- a. Modeloutput til coxregression

7. Bilag til delanalyse 3:

- a. Modeloutput til multipel logistisk regressionsanalyse
- b. Deskriptive tabeller og oversigter til populationsbeskrivelse af raskmeldte

8. Bilag til modelkontrol: hazardrater