

RAPPORT NR. 2 • JULI 2003

# *Hvordan har du det?*



**Selvurderet  
helbred og  
ulighed i  
sundhed**

# Hvordan har du det?

*Hvordan har du det?* er en undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Århus amt gennemført i 2001. Resultaterne fra undersøgelsen offentliggøres i en række rapporter med udvalgte temaer. Denne form er valgt for at give modtagerne mulighed for bedre at kunne orientere sig i det store talmateriale og koncentrere sig om det enkelte tema.

Formålet med rapporterne er at styrke det lokale vidensgrundlag for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i Århus Amt. Rapporterne vil indgå i de politiske, administrative og faglige overvejelser om prioriteringer og valg af indsatser. Resultaterne er, hvor det er muligt og relevant, beskrevet med regionale forskelle til brug for arbejdet i sundhedsplanarbejdets områdestyregrupper.

Følgende rapporter er udkommet eller planlagt:

1. Rygevaner og rygeophør (sept. 2002)
2. Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed (juli 2003)
3. Kostvaner, motion og fedme
4. Sociale netværk og sundhed
5. Helbred og tilknytning til arbejdsmarkedet
6. Alkoholvaner

LIV, Århus Amts blad om sundhedsfremme og forebyggelse, udgiver supplerende temamre, som yderligere belyser rapporternes indhold fra andre synsvinkler. Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed er den anden rapport, der udgives fra undersøgelsen.

Undersøgelsen bygger på en tilfældigt udvalgt stikprøve blandt Århus amts voksne befolkning. Der er udsendt spørgeskemaer til 5221 personer, hvoraf 76 pct har returneret skemaet i udfyldt stand. Aldersmæssigt er deltagerne afgrænset til personer mellem 25 og 74 år. Personer fra etniske minoriteter er udeladt, da sproglige og kulturelle forhold kan vanskeliggøre en korrekt udfyldelse af spørgeskemaet.

Ved udformningen af spørgeskemaet medvirkede en arbejdsgruppe bestående af følgende personer: embedslæge Anne Filskov, Embedslægeinstitutionen for Århus Amt, lektor Svend Sabroe, Institut for Epidemiologi og Socialmedicin, Århus Universitet, forskningsleder, administrerende overlæge Per Fink, Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser, Århus Universitet og Århus Kommunehospital. Endvidere fra Afdelingen for Folkesundhed: ledende sundhedskonsulent Kirsten Vinther-Jensen, amtssocialoverlæge Claus Vinther Nielsen, datamanager Bodil Waldstrøm og sundhedskonsulent Finn Breinholt Larsen.

Data er indsamlet og analyseret i Sundhedsfremmeenheden, Afdelingen for Folkesundhed, med sundhedskonsulent Finn Breinholt Larsen som hovedansvarlig for undersøgelsen. Afdelingslæge Anette Abel har kodet de åbne spørgsmål vedrørende langvarig sygdom. Ved bearbejdning af data er benyttet statistikprogrammerne SPSS og Stata.

# Indhold

	Indledning .....	3
	Referencer .....	4
<b>KAPITEL 1</b>	<b>Social ulighed i sundhed .....</b>	<b>5</b>
	Referencer .....	6
<b>KAPITEL 2</b>	<b>Forklaringer på social ulighed i sundhed ..</b>	<b>7</b>
	Forskelle i materielle levevilkår .....	7
	Forskelle i livsstil og sundhedsadfærd .....	8
	Psykosociale forskelle .....	9
	Helbred og social mobilitet .....	11
	Sundheds- og socialvæsnetts rolle .....	11
	Sammenfatning .....	12
	Referencer .....	13
<b>KAPITEL 3</b>	<b>Social position og levekårsressourcer .....</b>	<b>14</b>
	Referencer .....	18
<b>KAPITEL 4</b>	<b>Selvurderet helbred og social position ....</b>	<b>19</b>
	Sundhed som ressource .....	19
	Selvurderet helbred .....	19
	Analysemodel .....	20
	Analysen trin for trin .....	22
	Statistisk analyse .....	22
	Resultater .....	22
	<i>Sammenhængen mellem selvvurderet helbred og køn, alder og position (trin 1) .....</i>	<i>22</i>
	<i>Sammenhængen mellem selvvurderet helbred og de syv mellemkommende variable (trin 2) ..</i>	<i>25</i>
	<i>Sammenhængen mellem de syv mellemkom- mende variable og social position (trin 3) .....</i>	<i>27</i>
	<i>Den indirekte effekt af social position på selv- vurderet helbred (trin 4) .....</i>	<i>27</i>
	<i>Den modificerende effekt af social position (trin 5) .....</i>	<i>33</i>
	Sammenfatning og diskussion .....	35
	Vigtige resultater .....	35
	Praktiske overvejelser .....	36
	Referencer .....	38
<b>KAPITEL 5</b>	<b>Sygelighed og brug af sundhedsydelser og medicin .....</b>	<b>39</b>
	Metode og statistisk analyse .....	39
	Helbredsgener og symptomer .....	40
	Resultater .....	40
	De enkelte helbredsgener - køns- og aldersforskelle .....	42
	De enkelte helbredsgener - sociale forskelle .....	44
	Langvarig sygdom .....	44
	Resultater .....	46
	De enkelte sygdomme - sociale forskelle ..	47
	Brug af læge, sygehus m.v. ....	50
	Resultater .....	52

fortsættes

Udarbejdet af  
sundhedskonsulent  
Finn Breinholt Larsen  
Sundhedsfremmeenheden,  
Afdelingen for Folkesundhed

[www.aaa.dk/sundhedsfremmeenheden](http://www.aaa.dk/sundhedsfremmeenheden)

Datamanagement:  
Bodil Waldstrøm

Korrektur:  
Gerd Nielsen

Rapporten kan bestilles  
ved henvendelse til:  
Pia B. Skovsen, telefon 8739 7590  
[pbs@ag.aaa.dk](mailto:pbs@ag.aaa.dk)

Omslagsillustration:  
Hanne Ravn Hermansen

Layout og tryk:  
Århus Amts Trykkeri 140-03-005  
DS/EN ISO 14001 miljøcertificeret  
og EMAS-registreret



ISBN 87-989497-0-5

Århus Amt 2003

... fortsat

Forskelle i brug af sundhedsydelser	
- køn, alder og samlivsstatus .....	54
Forskelle i brug af sundhedsydelser	
- social position .....	54
Brug af medicin .....	55
Resultater .....	56
Forskelle i brug af medicin	
- køn, alder og samlivsstatus .....	57
Forskelle i brug af medicin	
- social position .....	59
Sammenfatning og diskussion .....	61
Vigtige resultater .....	61
Praktiske overvejelser .....	65
Referencer .....	67
<b>KAPITEL 6</b> Udfordringer i det forebyggende arbejde ..	68
Sundhed og social position .....	68
“Sundhedsgab” og social gradient .....	68
Trivsel og sundhedsvaner .....	69
Sygelighed .....	70
Brug af sundhedsydelser og medicin .....	70
Kroniske patienter .....	70
Referencer .....	73

# Indledning

Sundhedsfremme og forebyggelse i Århus Amt har som et af sine overordnede mål at mindske de sociale forskelle i sundhed. I *Århus Amts Sundhedsplan 2001* hedder det herom:

“Social lighed i sundhed er et væsentligt mål for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i Århus Amt. Indsatser rettet mod socialt udsatte grupper prioriteres højt og bør yderligere kvalificeres og målrettes.” (1)

Men hvor stor er den sociale ulighed i sundhed i den østjyske befolkning? Århus Amts befolkningsundersøgelse *Hvordan har du det?* indeholder en lang række oplysninger om helbred, sygdom og brug af sundhedsydelser. Når disse kobles med undersøgelsens oplysninger om sociale forhold, kan der tegnes et nuanceret billede af befolkningens sundhedstilstand set i et socialt perspektiv. Det vigtigste spørgsmål, der skal besvares i denne rapport, er: Hvor store sociale forskelle er der i sundhed og sygelighed i amtets befolkning?

Det skal understreges, at rapporten beskriver sundhed og sygelighed ud fra svarpersonernes egne oplysninger, ikke ud fra en lægelig vurdering. Der kan hentes mere pålidelige informationer om diagnoser og forekomsten af visse sygdomme fra patientregistre. Patientregistre kan imidlertid ikke besvare spørgsmål om, hvordan mennesker selv oplever deres helbred. Patientregistre indeholder heller ikke oplysninger om raske mennesker, eller om hvor stor en del af befolkningen, der f.eks. døjer med ondt i ryggen. Menneskers egen oplevelse af deres helbred spiller en vigtig rolle for deres livskvalitet og funktionsevne. Selvvurderet helbred er derfor et væsentligt element i beskrivelsen af befolkningens sundhed.

Undersøgelsens resultater vil indgå i Århus Amts overvejelser om, hvordan man kan mindske den sociale ulighed i sundhed.

Der er endnu begrænsede erfaringer med at arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse i et ulighedsperspektiv (4). Behovet for at udvikle og afprøve nye arbejdsmetoder er derfor stort. *Sundhedsfremmeenheden* har i en årrække lavet forsøgs- og udviklingsarbejde i forhold til socialt udsatte grupper. Aktuelt arbejdes der bl.a. med socialt differentieret rehabilitering af patienter med blodprop i hjertet (2) og med empowerment i revalidering (3). Der ligger en stor opgave i at indarbejde ‘den sociale vinkel’ og de nye arbejdsmetoder i de daglige arbejdsrutiner på sygehuse og hos praktiserende læger, jordemødre, sundhedsplejersker og andet sundhedspersonale. Det er også vigtigt, at andre sektorer end sundhedsvæsenet, ikke mindst skolen og det sociale område, inddrages i indsatsen for større social lighed i sundhed.

**Kapitel 1** omtaler de internationale og nationale målsætninger om større social lighed i sundhed, der ligger til grund for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i Århus Amt. Der peges på de generelle handlemuligheder, der er i forhold til social ulighed i sundhed, og på de forskellige aktørers rolle i forhold hertil.

**Kapitel 2** er en oversigt over teorier om social ulighed i sundhed, der fokuserer på henholdsvis materielle/strukturelle forhold, adfærd og livsstil, psykosociale forhold og social mobilitet. Et afsnit handler om sundheds- og socialvæsnets betydning som forklaringsfaktor.

**Læsevejledning:** Undersøgelsens resultater fremlægges i **kapitel 4** og **5**, der kan læses uafhængigt af de øvrige kapitler. Hvis man først og fremmest er interesseret i de overvejelser om tilrettelæggelsen af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, som undersøgelsen giver anledning til, kan man gå direkte til **kapitel 6**. De overvejelser, der ligger til grund for opdelingen af befolkningen efter social position, findes i **kapitel 3**. I **kapitel 1** og **2** sættes undersøgelsens emne ind i et videre politisk og teoretisk perspektiv.

# 4

**Kapitel 3** handler om undersøgelsens mål for social position – uddannelsesniveau og et nyudviklet index for levekårsressourcer – og der redegøres for de overvejelser, der ligger til grund for valget af de to mål.

**Kapitel 4** er en analyse af sammenhængen mellem selv vurderet helbred og social position. Som forklarende elementer i analysen indrages sociale forskelle i sygelighed, psykosociale belastninger og mestringssevne samt livsstil.

**Kapitel 5** beskriver forekomsten af subjektive helbredsgener og en række langvarige sygdomme samt forbruget af medicin og sundhedsydelser i form af læge, sygehuse m.v. Der fokuseres på forskelle med hensyn til køn, alder, sygelighed og social position.

**Kapitel 6** indeholder overvejelser om tilrettelæggelse af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde på baggrund af undersøgelsens resultater.

## Referencer

1. *Århus Amts Sundhedsplan 2001* hæfte 1-7 (2001). Århus Amt.
2. Meillier L (2002). I gang igen efter blodprop i hjertet – et socialt differentieret rehabiliteringstilbud til hjertepatienter på Århus Amtssygehus. *Medicus* 7:8-9.
3. Andersen ML, Vinther-Jensen K (2002). *Empowerment i revalideringen. Viden, vilkår, forudsætning*. Århus Amt.
4. Mackenbach J, Bakker M (2002). *Reducing inequality in health. A European perspective*. Routledge, London.

# Social ulighed i sundhed

# 5

I midten af 1980'erne tilsluttede de europæiske regeringer sig WHO's sundhedsstrategi *Sundhed for alle i år 2000*, der som et af sine mål havde at reducere den sociale ulighed i sundhed med 25 pct inden årtusindskiftet. I Danmark blev social ulighed i sundhed dog først for alvor sat til debat i slutningen af 1990'erne. Det skete blandt andet på baggrund af undersøgelser, der viste, at de nordiske lande har en forholdsvis høj grad af social ulighed i sundhed sammenlignet med andre lande i Europa (1, 2, kritiseret i 3). Noget der umiddelbart virkede overraskende i betragtning

af, at der i Norden er en lang tradition for lige adgang til sundhedsydelser, og at der gennemgående er større social lighed i de nordiske samfund end i den øvrige del af Europa.

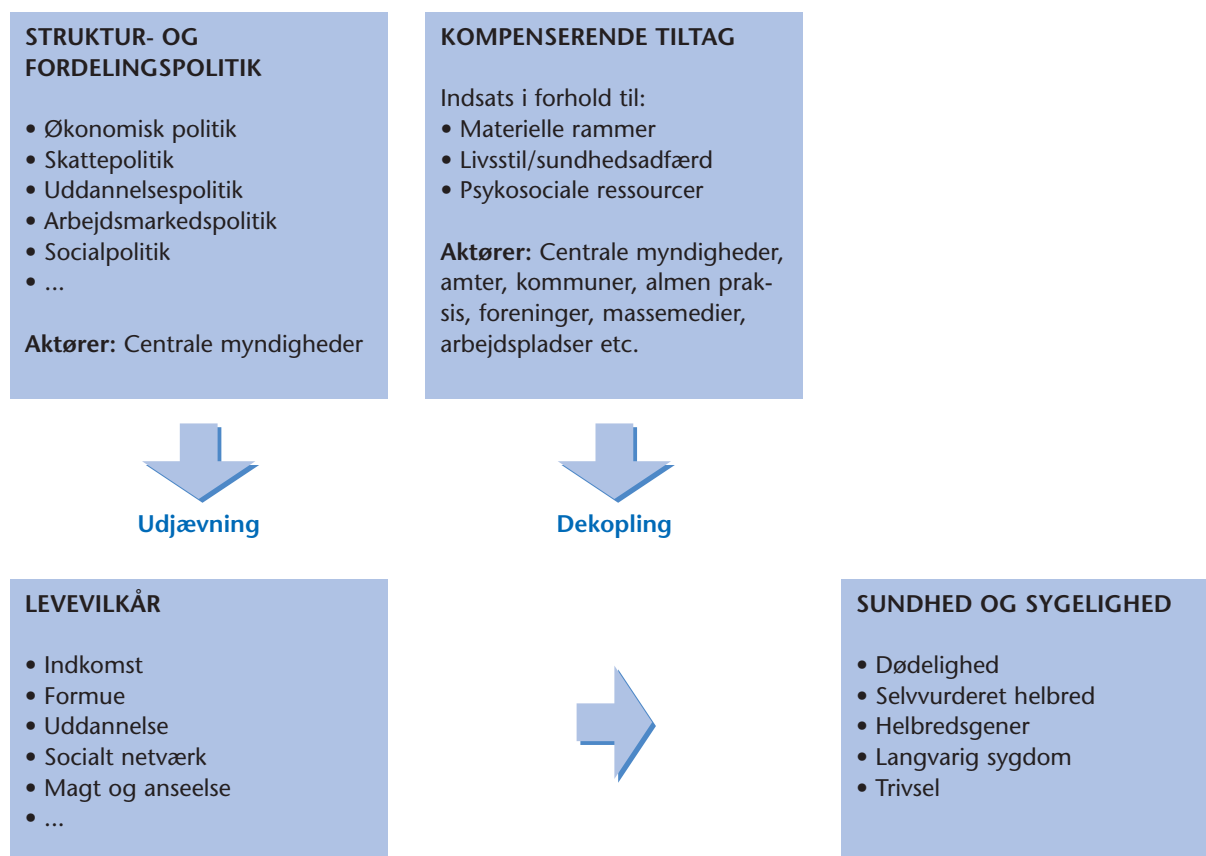
*Statens Institut for Folkesundheds* landsdækkende sundheds-sygelighedsundersøgelser fra 1987, 1994 og 2000 dokumenterer ligeledes, at der er betydelige sociale forskelle i danskernes helbredstilstand, både når man ser på skole- og erhvervsuddannelse og på socioøkonomiske grupper (4-6). F.eks. havde 45 pct af de arbejdsløse i 2000 en langvarig

sygdom mod 29 pct af de højere funktionærer. 27 pct af de ufaglærte havde haft ondt i ryggen inden for de seneste 14 dage mod 17 pct blandt de højere funktionærer.

Med *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008* blev social lighed i sundhed for første gang gjort til et overordnet mål i dansk sundhedspolitik på linje med målsætningen om et længere og sundere liv (7). Målet skulle først og fremmest nåes ved at forstærke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats for de dårligst stillede grupper. Folkesundhedspro-

**Figur 1.1**

*Større social lighed i sundhed – handlemuligheder og aktører*



grammet fik opbakning fra samtlige folketingets partier. Efter regeringsskiftet i 2001 opstillede den ny regering en række nationale mål og strategier for folkesundheden i programmet *Sund hele livet*, der omfatter perioden 2002-10 (8). Også her er en reduktion af den sociale ulighed i sundhed et af hovedmålene. I Århus Amt havde *Forebyggelsesrådet* allerede i 1997 prioriteret indsatsen mod social ulighed i sundhed højt i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Målsætningen er som

nævnt også en del af *Århus Amts Sundhedsplan 2001*.

En reduktion af den sociale ulighed i sundhed kan ske enten ved en generel udjævning af de sociale forskelle i befolkningen, eller ved at de sundhedsmæssige konsekvenser af de sociale forskelle mindskes (se figur 1.1). Det første fordrer struktur- og fordelingspolitiske initiativer (skattepolitik, uddannelsespolitik m.v.) og er fortrinsvis en statslig opgave. Det andet kan opnåes gennem en målrettet indsats

rettet mod de negative helbreds-mæssige virkninger af arbejdsløshed, manglende uddannelse, ensomhed, lav indkomst m.v. Her har amtet mulighed for at fremme sundheden hos den socialt dårligst stillede del af befolkningen i samarbejde med bl.a. centrale myndigheder, kommuner, praktiserende læger, virksomheder og patientforeninger. Der er tale om kompenserende tiltag, der sigter på at svække sammenhængen mellem levevilkår og sundhedssygelighed (dekopling).

## Referencer

1. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grotvedt L, Helmert U, Lahelma E, Lundberg O, Matheson J, Mielck A, Mizrahi A, Rasmussen NK, Regidor E, Spuhler T, Mackenbach JP (1998). Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health* 52(4):219-27.
2. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhof F, Geurts JJ (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. *Lancet* 349(9066): 1655-9.
3. Vågerø D, Erikson R (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 350(9076): 516-8.
4. Rasmussen NK, Groth MV, Bredkjær SR, Madsen M, Kamper-Jørgensen F (1988). *Sundhed og sygelighed i Danmark 1987*. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.
5. Kjølner M, Rasmussen NK, Keiding L, Petersen HC, Nielsen GA (1995). *Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 - og udviklingen siden 1987*. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.
6. Køller M, Rasmussen NK (red.)(2002). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed.
7. *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008* (1999). Sundhedsministeriet.
8. *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10* (2002). Regeringen september 2002.



# Forklaringer på social ulighed i sundhed

# 7

Ved tilrettelæggelse af indsatsen for større lighed i sundhed er det vigtigt at gøre sig klart, hvad det er for faktorer, man ønsker at påvirke. Det kræver kendskab til de mekanismer, der ligger til grund for uligheden. Der er langt fra enighed om, hvordan sociale forskelle i sundhed opstår – og det bliver der måske heller aldrig, da der er tale om et komplekst problem, hvor mange forhold spiller ind. Der findes imidlertid en række teorier, der hver giver et bud på, hvad der forårsager social ulighed i sundhed. Til sammen repræsenterer de en væsentlig indsigt, som er nyttig at have i baghovedet ved læsning af undersøgelsens resultater, og når disse skal omsættes i praktisk handling. Teorierne skal derfor omtales her.

Jon Ivar Elstad skelner i sin afhandling om forklaringer på social ulighed i sundhed (1) mellem fire typer af teorier, der henholdsvis lægger vægt på:

1. Materielle/strukturelle forhold
2. Adfærd og livsstil
3. Psykosociale forhold
4. Social mobilitet

Elstad nævner også, at enkelte forskere hævder, at de påviste sociale forskelle i sundhed alene skyldes den måde, man har klassificeret, målt og fortolket data på. Det er et synspunkt, som de fleste,

der beskæftiger sig med emnet, er uenige i. De fire første forklaringstyper beskrives i det følgende, mens det sidste synspunkt ikke vil blive behandlet yderligere<sup>1</sup>.

## Forskelle i materielle levevilkår

Ifølge denne forklaring er forskelle i de fysiske levevilkår den væsentligste grund til ulighed i sundhed. Mennesker udsættes for forskellige påvirkninger afhængigt af deres sociale position. Især tillægges arbejdslivet, boligforholdene og den materielle levestandard betydning for sundhedstilstanden. Fysisk belastende arbejdsforhold, usunde boliger og begrænsede forbrugsmuligheder påvirker helbredstilstanden negativt hos de laveste sociale grupper i samfundet. Det enkelte individ kan prøve at undgå disse belastninger, men der vil til enhver tid være nogen, der bor i de dårligste boliger og har de farligste job. I den forstand ligger de materielle levevilkår uden for det enkelte individs kontrol. De sociale forskelle i sundhed hænger sammen med selve samfundets struktur, og udviklingen påvirkes af den generelle samfundsudvikling og den politik, myndighederne fører, snarere end af den enkeltes valg.

Engang troede man, at de socialt betingede helbredsforskelle ville forsvinde, når levevilkårene hos den dårligst

stillede del af befolkningen var nået op på et vist niveau. På trods af enorme forbedringer i den materielle velstand i det 20. århundrede i Danmark og andre vestlige lande er de sociale forskelle i sundhed imidlertid ikke forsvundet. Det kunne tages som et udtryk for, at teorier, der forklarer ulighed i sundhed ud fra de materielle levevilkår, er forældede, og at man i vore dage skal søge efter andre forklaringer på social ulighed i sundhed. Meget tyder dog på, at forskelle i levevilkår stadig er en medvirkende årsag til sociale forskelle i sundhed. Det gælder ikke mindst arbejdsmiljøet, hvor der i en række manuelle jobs er en betydelig øget risiko for at komme i kontakt med sundhedsskadelige stoffer, at blive ramt af en arbejdsulykke eller blive udsat for fysisk nedslidning og belastninger som støj, kulde og træk.

Der er også andre forhold, hvor fordelingen af levevilkårene må antages stadig at spille en rolle for folkesundheden. Som eksempler kan nævnes:

- Børneulykker forekommer hyppigere i dårligt stillede familier, hvilket formentlig skyldes, at børnenes dagligmiljø rummer flere ulykkesrisici både indendørs og udendørs.
- Der er en overhyppighed af lavindkomstfamilier i boliger, der ligger i nærhe-

<sup>1</sup> Der henvises til Jon Ivar Elstads afhandling for udførlige litteraturreferencer til de omtalte teorier om social ulighed i sundhed.

den af stærkt befærdede veje. Det forhøjede indhold af bly og udstødningsgasser i luften øger risikoen for luftvejslidelser som kronisk bronkitis og astma hos beboerne i disse områder.

- De begrænsede muligheder for at købe frugt, grøntsager og fisk i mange boligområder som følge af udviklingen i detailhandlen gør det vanskeligere for familier uden bil, især ældre mennesker, at få en varieret og sund kost.

Blandt fortalene for de materielle levevilkårs fortsatte betydning for den sociale ulighed i sundhed påpeges betydningen af samspillet mellem flere belastende faktorer samtidigt og over et livsforløb:

1. Det er ophobningen af mange forskellige sundhedsskadelige påvirkninger i omgivelserne snarere end en enkelt type belastning, der forklarer de sociale forskelle i sundhed. Der sker en ophobning af risikofaktorer fra arbejdsmiljø, boligmiljø, på ernæringsområdet m.m., når man bevæger sig nedad i det sociale hierarki.
2. Der er en vis tendens til, at den del af befolkningen, der udsættes for større belastninger fra de fysiske omgivelser i fostertilstanden og i barndommen, også kommer til at leve under mere belastende materielle vilkår i ungdommen, voksenalivet og i alderdommen.

### Forskelle i livsstil og sundhedsadfærd

Opfattelsen af, at det er forskelle i materielle levevilkår, der er årsagen til sociale forskelle i sundhed, har rod i de sociale forhold i det 19. og første halvdel af det 20.

århundrede. I anden halvdel af det 20. århundrede vandt en anden forklaring frem: Sociale forskelle i sundhed blev nu forklaret med forskelle i livsstil og sundhedsadfærd.

Udgangspunktet for denne forklaring er en antagelse om, at sundhedstilstanden i befolkningen først og fremmest bestemmes af befolkningens sundhedsvaner. Der lægges især vægt på betydningen af kost, motion, rygning og alkohol. Vaner med hensyn til brug af sundhedsvæsnen til lægges også betydning.

Talrige undersøgelser har dokumenteret, at sundhedsskadelige vaner er mere udbredte blandt personer med lav social position end blandt de mere velstillede. Der er forskellige antagelser om, hvorfor det er tilfældet, hvoraf kan nævnes:

- Lavere forventninger blandt de socialt dårligst stillede til, hvad man får ud af at lægge sine vaner om (*Health Belief Model*).
- Ringere viden om konsekvenserne af usunde vaner.
- Mere begrænsede muligheder for at vælge en sund livsstil (f.eks. færre muligheder for at dyrke motion i tæt bebyggede boligkvarterer).
- En udbredt opfattelse af at helbredet først og fremmest påvirkes af forhold, der ligger uden for ens egen kontrol (*Health Locus of Control*).

Andre forklaringer går på, at livsstil ikke er noget, den enkelte vælger frit. Livsstil er i højere grad bestemt af gruppetilhørsforhold. Livsstilen er måske ligefrem med til at

markere en gruppeidentitet. Ud fra denne antagelse understøtter "underklassekulturen" usund livsstil i form af rygning, fysisk inaktivitet m.v.

De socialt dårligst stillede har også færre ressourcer, når det gælder om at omsætte ønsker om sund levevis i handling. Arbejdere med et fysisk udmattende arbejde har mindre overskud til at dyrke idræt i fritiden, rygere, der lever under belastende livsomstændigheder, har sværere ved at kvitte tobakken.

Endelig er det blevet påpeget, at man i den veluddannede middelklasse er mere vant til at bygge sin tilværelse på individuelle valg, mens den lavtuddannede del af befolkningen er mere tilbøjelig til at holde sig til faste vaner og traditioner. Det er derfor meget lettere for de veluddannede at vælge nye sundhedsvaner i takt med, at der fremkommer ny viden og nye anbefalinger fra sundhedsmyndighederne (5).

Fælles for de forskellige forklaringer på de sociale forskelle i livsstil og sundhedsvaner er, at de sociale forhold påvirker adfærden hos den enkelte. Hvis man skal mindske den sociale ulighed i sundhed, gælder det derfor om at påvirke adfærden i en gunstig retning hos den socialt dårligst stillede del af befolkningen. Det skal ske gennem en indsats, der retter sig specielt mod disse grupper, idet oplysningskampagner, der har hele befolkningen som målgruppe, har en tendens til blot at øge uligheden i sundhed. Der fokuseres på forebyggelse af specifikke sygdomme eller risikofaktorer. Tilhængerne af de materi-

elle forklaringer på social ulighed lægger i modsætning hertil mere vægt på at skabe sundere rammer for den dårligst stillede del af befolkningen.

### Psykosociale forskelle

I 1990'erne har der været en øget interesse for psykosociale forklaringer på social ulighed i sundhed. Det skyldes, at det i empiriske undersøgelser ikke har været muligt at forklare de sociale forskelle i sundhed fuldt ud med forskelle i materielle levevilkår og livsstil. Det har givet anledning til antagelser om, at psykosociale faktorer spiller en rolle for den enkeltes sundhed. Psykosociale forhold, der belaster individet, kaldes under ét for *stressorer*. Det kan f.eks. være arbejdsløshed, økonomiske problemer, samlivsproblemer eller pludseligt opståede belastninger, så som at blive offer for et voldeligt overfald, et trafikuheld eller dødsfald i den nærmeste familie. Det antages, at stress påvirker den enkeltes sundhed på to måder: gennem stressbetinget adfærd og gennem kroppens fysiologiske stressreaktioner.

Stressbetinget adfærd kan f.eks. være rygning, overdreven brug af alkohol, usunde spisevaner eller aggressiv og risikobetonet adfærd i trafikken. Adskillige undersøgelser har vist en sammenhæng mellem arbejdsløshed, økonomiske problemer og oplevelsen af materielle afsavn på den ene side og rygning og overdreven brug af alkohol på den anden side. Det tolkes som udtryk for, at rygning og alkoholindtagelse fungerer som *mestringsstrategier* for udsatte grupper i samfundet med heraf følgende negative konsekvenser for helbredet.

Stresspåvirkninger udløser også en fysiologisk reaktion i kroppen i form af øget produktion af stresshormoner. Den umiddelbare virkning er bl.a. forhøjet puls, sammentrækning af blodårerne i huden, nedsat fordøjelse og øget åndedræt og svedsekretion. Reaktionsmønsteret er betinget af genetiske forhold, tidligere erfaringer og personlighedstræk, og er forskelligt fra individ til individ. Stressreaktionerne er en naturlig biologisk forsvarsmekanisme, hvor kroppens ressourcer mobiliseres. Vedvarende stress med en høj produktion af stresshormoner er imidlertid en belastning for kroppen. De biologiske mekanismer er ikke fuldt ud kendte, men man ved, at vedvarende stress forøger risikoen for en række sygdomme, bl.a. hjerte-karsygdomme. Som eksempel kan nævnes, at buschauffører er en erhvervsgruppe med en høj forekomst af hjerte-karsygdomme. Det antages, at buschauffører i kraft af deres arbejde udvikler en kronisk stressreaktion, der forøger risikoen for hjerte-karlidelser (5).

Forklaringerne på, hvorfor de socialt dårligst stillede er udsat for et større psykosocialt pres end andre, deler sig i to hovedgrupper. Den ene type forklaring går på, at de dårligst stillede grupper i samfundet har færre ressourcer til at håndtere stresspåvirkninger end de bedrestillede grupper. De oplever derfor oftere situationer med et højt stressniveau med heraf følgende fysiologiske stressreaktioner og stressbetinget adfærd, som kan virke nedbrydende på helbredet. Det giver en større helbredsmæssig sårbarhed, der kommer til udtryk i større sygelighed og dødelighed. Den ringere evne til at mestre

belastninger kan både skyldes psykologiske forhold - særlige træk ved personligheden udviklet under opvæksten - eller sociale forhold i form af manglende social støtte fra omgivelserne og svage sociale netværk.

En variant af mestringsteoriene er Aaron Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng i tilværelsen (*sense of coherence*). Oplevelse af sammenhæng defineres af tre elementer: tilværelsens meningsfuldhed, forståelighed og håndterbarhed. Jo mere begribelig, jo mere håndterbar og jo mere meningsfuld en person oplever sin dagligdag, jo større grad af sammenhæng i tilværelsen oplever vedkommende, og jo bedre er han eller hun i stand til at håndtere stress og belastninger. En større eller mindre grad af *sense of coherence* er ifølge Antonovsky årsagen til, at nogle mennesker forbliver raske, mens andre bliver syge, når de udsættes for biologiske, psykiske og sociale belastninger.

Den anden forklaringstype fokuserer på, at de dårligst stillede grupper udsættes for flere stresspåvirkninger i dagligdagen på grund af deres levevilkår end den øvrige del af befolkningen, som f.eks. belastende økonomiske vilkår, manglende muligheder for selv at tilrettelægge sit arbejde, højt arbejdstempo, hårdhændede chefer og konflikter med ægtefælle og børn. De mange psykosociale belastninger resulterer i dårligere helbred hos de nederste sociale lag i samfundet, både som følge af en kronisk fysiologisk stressreaktion og på grund af adfærdsmæssige stressreaktioner i form af "usund livsstil".

En af teorierne i denne gruppe er Karasek og Theorells *krav-kontrolteori*, der handler specifikt om arbejdsrelaterede belastninger. Teorien antager, at jobs med store psykologiske belastninger (høje krav) kombineret med ringe muligheder for selv at tilrettelægge arbejdet og bruge særlige kvalifikationer (lav kontrol) øger risikoen for såvel fysiske som psykiske lidelser. Mange ufaglærte jobs i industrien og servicesektoren er kendetegnet ved kombinationen af store psykologiske belastninger og lav kontrol. Undersøgelser af bl.a. dødelighed, hjertesygdomme og depression blandt forskellige erhvervsgrupper bekræfter i store træk teoriens antagelser.

Nogle forskere peger på, at selve placeringen nederst i det sociale hierarki er den væsentligste årsag til stress. De lavest placerede i hierarkiet har færre muligheder for at kontrollere deres egen skæbne og har derfor sværere ved at undgå stresspåvirkninger. Oplevelsen af at være nederst i hierarkiet skaber ligeledes frustrationer, mindreværdsfølelse og angst, der udvikler sig til kronisk stress. Når de nederst placerede sammenligner sig med de højere lag i hierarkiet, kan det udløse en følelse af håbløshed og vrede, som kan resultere i voldelig og selvdestruktiv adfærd.

Andre forskere peger på, at jo større ulighed der er i et samfund med hensyn til indkomst, status og magt, jo mindre er *den sociale sammenhængskraft*. Oplevelsen af socialt fællesskab går tabt på grund af de store sociale afstande, og samfundet bliver i stigende grad præget af mistillid, fjendtlighed, aggressivitet, frustrationer og mangel

på gensidig respekt. Det øger stressniveauet for hele befolkningen, men det rammer især de dårligst stillede, fordi der er en tendens til at de sociale problemer, så som kriminalitet, støj og forurening, nedslidte boligblokke og vold i hjemmet, bliver koncentreret i de områder, hvor de bor. Disse områder er også kendetegnet ved at have mindre *social kapital* end de mere velstående bydele, det vil sige svagere udbyggede nabonetværk, færre ressourcer til i fællesskab at afhjælpe problemerne i kvarteret og til at påvirke myndighederne til at gøre noget for kvarteret.

Forbedring af den dårligst stillede del af befolkningens sundhedstilstand kan ud fra de psykosociale teorier ske ved at øge de pågældendes evne til at håndtere psykosociale belastninger. Det kan f.eks. ske gennem udvikling af mestringsevne, gennem *empowerment* både individuelt og kollektivt og gennem forøgelse af den sociale kapital i form af lokalsamfundsprojekter, der har som formål at styrke befolkningsgruppers kollektive handlekraft. Endvidere bør der ud fra denne opfattelse arbejdes med at reducere de psykosociale belastninger blandt de udsatte grupper. Ligesom ved de materielle teorier om social ulighed i sundhed kan det gøres ved at skabe sunde rammer om hverdagslivet, men med vægt på forhold der skaber psykisk og social trivsel. Et bedre psykisk arbejdsmiljø kan f.eks. både mindske risikoen for arbejdsbetingede skader og reducere stresspåvirkningerne.

En teori, der indeholder elementer af flere forklaringstyper, er teorien om *grund-*

*læggende sociale årsager*, der blev formuleret af Link og Phelan i midten af 1990'erne (6, 7). Teorien hævder, at når et samfund udvikler nye midler til at undgå død og sygdom, er individernes evne til at drage nytte af disse afhængig af, hvor mange ressourcer i form af viden, penge, magt, prestige og sociale forbindelser de har. De mennesker, der har mange af disse ressourcer, er i højere grad i stand til at opnå en sundhedsgevinst - det vil sige nyde frugterne af samfundets indsats for at forbedre folkesundheden - end mennesker, der har få af disse ressourcer. Ressourcer øver indflydelse på sundheden på to måder.

For det første påvirker ressourcerne direkte den enkeltes sundhedsvaner. Hvilken slags sundhedsfremmende adfærd, mennesker *har kendskab til, har adgang til, har råd til og får støtte til fra omgivelserne* varierer med omfanget af ressourcer.

For det andet er en persons ressourcer afgørende for, hvilke boligområder, arbejdspladser og sociale netværk, han eller hun har adgang til, og dermed hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer den enkelte udsættes for i sit dagligmiljø. Boliger, som den mindrebeholdende del af befolkningen har råd til at bo i, ligger ofte i områder med støj, forurening og sociale problemer; manuelle jobs er ofte farligere end funktionærjobs; og mennesker, hvis sociale netværk består af personer fra de øvre sociale lag, udsættes sjældnere for passiv rygning.

Det er med andre ord sådan, at en lang række forhold, der påvirker sundheden, er bestemt af socioøkonomiske for-

hold. Disse forhold ændrer sig over tid og fra samfund til samfund, men den grundlæggende årsag til social ulighed i sundhed er stadig den skæve fordeling af ressourcer i samfundet (heraf teoriens navn).

### Helbred og social mobilitet

Det er vigtigt at være opmærksom på, at placeringen på den sociale rangstige ikke blot påvirker helbredet, men at helbredstilstanden omvendt også kan påvirke en persons sociale position. Den fjerde type af forklaring på social ulighed i sundhed handler således om, *hvordan helbredsforhold medvirker til en social selektering af befolkningen*. Årsagsretningen mellem sundhed og social ulighed er med andre ord vendt om i forhold til de tre andre forklaringstyper. At have et godt helbred kan være et plus både i skolen, i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet. Et godt helbred kan derfor være med til at fremme den sociale opstigning. Omvendt kan et dårligt helbred føre til social nedstigning. Fysiske handicaps, personlighedsforstyrrelser eller psykisk sygdom kan gøre det vanskeligt at gennemføre en uddannelse eller at komme ind på arbejdsmarkedet. Sygdom kan endvidere føre til arbejdsløshed og førtidspension eller kan begrænse advancementsmulighederne.

I teorierne om *biologisk og psykosocial programmering* antages det, at det enkelte individs *sundhedspotentiale* fortrinsvis bliver fastlagt i fostertilstanden og de tidlige barneår. Bedst kendt er *Barkers hypotese* om, at helbredsforskelle i befolkningen fortrinsvis skyldes påvirkninger i særligt følsomme perioder i fosterets og barnets udvikling. Helbredsbe-

tinget social mobilitet kan ud fra disse teorier ses som et resultat af påvirkninger tidligt i livet. Disse påvirkninger kan i sig selv være socialt betingede, hvis sociale belastninger hos mødrene betyder, at flere børn fødes med et nedsat sundhedspotentiale.

*Det sociale sikkerhedsnet* har som en væsentlig opgave at afbøde negative sociale konsekvenser af sygdom og dårligt helbred. Især skal fremhæves de senere års bestræbelser på at skabe et rummeligt arbejdsmarked for personer med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne.

### Sundheds- og socialvæsnets rolle

I de fleste teorier om social ulighed i sundhed tillægges sundhedsvæsnet ikke nogen fremtrædende betydning som forklaringsfaktor. Det kan skyldes, at man først og fremmest har interesseret sig for at finde frem til de primære årsager til ulighed, og at sundhedsvæsnet i den sammenhæng betragtes som noget sekundært. Lige og gratis adgang til sundhedsydelse af høj kvalitet må anses for en vigtig forudsætning for, at sundhedsvæsnet kan bidrage til at mindske den sociale ulighed i sundhed. Denne betingelse er opfyldt i en række vestlige lande. Lige adgang sikrer imidlertid ikke lige udnyttelse af sundhedsvæsnets ressourcer. Der er en begyndende opmærksomhed om, at *sundhedsvæsnets organisering* både kan medvirke til at fremme og modvirke den sociale ulighed i sundhed (2).

En undersøgelse, der omfatter USA og en række europæiske lande inklusive Danmark, viser, at de laveste indtægtsgrupper har det største for-

brug af sundhedsydelser i form af besøg hos praktiserende læge, speciallæge og sygehusindlæggelser (3). Når man tager højde for den øgede sygelighed hos disse grupper, er forbruget af speciallægekonsultationer imidlertid større hos den økonomisk velstillede del af befolkningen. Brugen af speciallæge følger *den omvendte behandlingslov (inverse care law)*, der siger, at adgang til god lægelig behandling står i omvendt forhold til behovet.

Det er imidlertid ikke bare et spørgsmål om den kvantitative fordeling af sundhedsydelser på befolkningsgrupper. Evnen til at gå i dialog med det sundhedsfaglige personale, at omsætte råd og vejledning i praktisk handling og at være aktivt opsøgende i forhold til behandlingsmuligheder er i højere grad til stede hos den ressourcestærke del af befolkningen. Hvis man vil opnå en større overensstemmelse mellem forbrug af sundhedsydelser og behov i de forskellige befolkningsgrupper, må den lige adgang derfor kombineres med tiltag, der retter sig mod den dårligst stillede del af befolkningen. Det gælder ikke blot den behandlende del af sundhedsvæsnet, men formentlig i endnu højere grad den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Det er en generel erfaring, at den veluddannede og økonomisk velstillede del af befolkningen er bedst til at drage nytte af sundhedsoplysning og borgertilbud, der retter sig mod hele befolkningen. Man kan her tilsvarende tale om *den omvendte forebyggelseslov (inverse prevention law)*: Udbyttet af de forebyggende aktiviteter står i omvendt forhold til behovet for forebyggelse.

Som eksempel kan nævnes en undersøgelse af forekomsten af iskæmiske hjertesygdomme (blodprop i hjertet, hjertekrampe) blandt samtlige mænd i Danmark, der var i arbejde i perioden 1981-1993 (4). Sygeligheden var lavere blandt funktionærer og ledere end blandt faglærte og ufaglærte arbejdere, og mens forekomsten af hjertesygdom faldt for funktionærer og ledere igennem perioden, steg den for de faglærte og ufaglærte. Undersøgelsens forfattere tager det som udtryk for, at sundhedsmyndighedernes kampagner for forebyggelse af livsstilssygdomme har været en succes i forhold til den bedst uddannede del af befolkningen, der er vant til at søge og bruge information aktivt, mens den lavest uddannede del af befolkningen ikke i samme grad har kunnet drage nytte af informationen.

Kampagnerne har reduceret

forekomsten af hjertesygdomme i befolkningen som helhed, men har samtidigt øget uligheden i sundhed.

Teoriene om social ulighed i sundhed fokuserer endnu mindre på social- end sundhedsvæsnets betydning for den sociale fordeling af sundhed og sygdom. Det er vigtigt at være opmærksom på, at de sociale ordninger og den måde, de administreres på, påvirker sammenhængen mellem helbredsmæssige og sociale forhold. Først og fremmest ved at modvirke social deroute i forbindelse med sygdom. Det sociale system kan imidlertid også fremme *sygeliggørelse* af klienter, der i udgangspunktet ikke føler sig syge. Den større og større vægt, der lægges på at arbejdsløse og sociale klienter aktiveres, kan presse mennesker, der ikke føler, at de magter et arbejde, ind i en sygerolle. Omvendt kan hensigts-

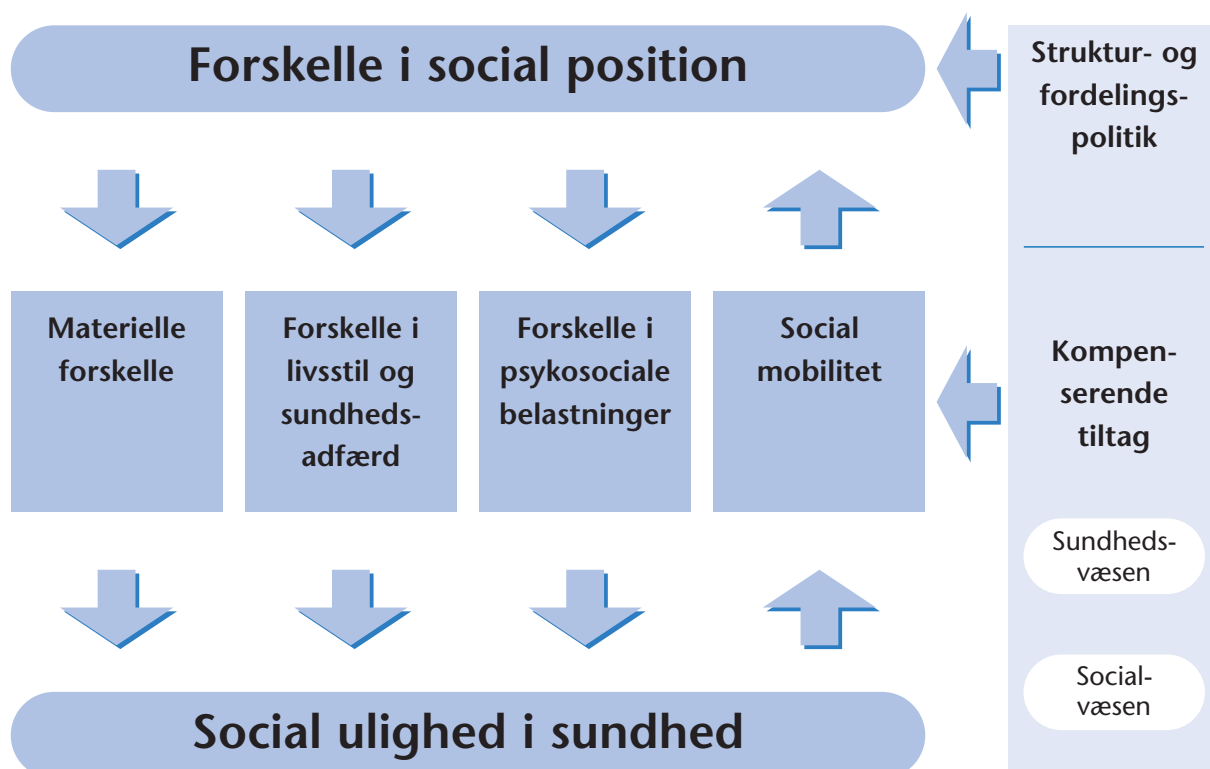
mæssigt tilrettelagte revalideringsforløb fremme langstids-sygemeldtes chancer for igen at komme i arbejde. Det sociale systems betydning for den sociale fordeling af sundhed og sygdom er dårligt belyst, og der er behov for forskning i emnet.

### Sammenfatning

De forskellige teorier om social ulighed i sundhed, der er præsenteret her, har alle i en vis udstrækning fundet støtte i empiriske undersøgelser. Hver især forklarer de materielle levevilkår, livsstil og psykosociale belastninger imidlertid kun en mindre del af den samlede sociale variation i sundhed, ligesom den sociale selektion (social mobilitet) på grund af helbred kun forklarer en mindre del af de sociale forskelle i befolkningen. Det er derfor nærliggende at se teorierne som *delelementer* i en mere omfattende forståelse af de processer, der ligger

**Figur 2.1**

*Social ulighed i sundhed - forklaringsmodeller*



bag den sociale ulighed i sundhed, jvnf. figur 2.1.

I figuren er angivet, at de politiske og administrative myndigheder gennem tilrettelæggelsen af den offentlige velfærdspolitik påvirker sammenhængen mellem sociale forhold og sundhed. Både gennem den del af den offentlige politik, der påvirker omfanget af den sociale ulighed i samfundet (skattepolitik, uddannelsespolitik m.v.), og gennem de offentlige serviceydelser, der på forskellig måde kan være med til at afbøde

de sundhedsmæssige konsekvenser af social ulighed og de sociale konsekvenser af dårligt helbred.

På tværs af de faglige uenigheder mellem tilhængerne af de forskellige teoretiske retninger, arbejdes der da også på at integrere forskellige typer af forklaringer til en sammenhængende teori. Jon Ivar Elstad fremhæver to bestræbelser i denne retning: *livsløbsperspektivet*, hvor det enkelte menneskes aktuelle sundhedstilstand ses som et resultat af en udviklingspro-

ces, der præges af skiftende konstellationer af genetiske, materielle og psykosociale faktorer, og *lokalsamfundsperspektivet*, hvor der fokuseres på ressourcer og belastninger i lokalsamfundet frem for hos individet.

Det er vigtigt, at arbejdet med at udvikle og afprøve teorier om social ulighed i sundhed fortsætter. Det kan bidrage til at styrke indsatsen for en højere grad af social lighed i sundhed ved at skabe et bedre grundlag for en effektiv politik på området.

## Referencer

1. Elstad JI (2000). *Social inequalities in health and their explanations*. Norsk institutt for forskning om opvekst, velferd og aldring - NOVA rapport 90/00.
2. Paterson I, Judge K (2002). Equality of access to health-care. In: Mackenbach J, Bakker M (eds.), *Reducing inequalities in health. A European perspective*. Routledge, London.
3. Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H, Christiansen T, De Graeve D, Duchesne I, Gerdtham UG, Gerfin M, Geurts J, Gross L et al. (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US, *Journal of Health Economics*, Volume 19(5): 553-583.
4. Tüchsen F, Endahl LA (1999). Increasing inequality in ischaemic heart disease morbidity among employed men in Denmark 1981-1993: the need for a new preventive policy. *International Journal of Epidemiology* 28(4): 640-4.
5. Lindbladh E, Lyttkens CH (2002). Habit versus choice: the process of decision-making in health-related behaviour. *Social Science & Medicine* 55: 451-465.
6. Link BG, Phelan JC (2002). McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. *American Journal of Public Health* 92(5): 730-732.
7. Link BG, Phelan JC (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*. Extra Issue: 80-94.

# 14 Social position og levekårsressourcer

Man kan tale om social ulighed i sundhed, når personer med en højere social position gennemgående har et bedre helbred end personer med en lavere social position. Når ondt i ryggen f.eks. er mindre udbredt blandt gymnasielære-re end postbude, eller ledere har færre psykiske lidelser end menige medarbejdere.

Det første skridt i beskrivelsen af den sociale ulighed i sundhed er inddeling af befolkningen efter social position. Der findes mange forskellige mål for social position (1, 10). I Danmark benyttes især Socialforskningsinstituttets socialgruppeopdeling fra midten af 1960'erne, hvor den erhvervsaktive befolkning inddeles i fem socialgrupper ud fra placering i arbejdspladshierarkiet (9). Socialgruppeopdelingen er en variant af de traditionelle sociologiske klasse- og statusgruppeopdelinger, hvor social position bestemmes ud fra den erhvervmæssige placering: om en person ejer produktionsmidler eller ej, den sociale status af vedkommendes job m.v. Der er ingen tvivl om, at stilling og erhverv stadig spiller en vigtig rolle for den enkeltes muligheder i tilværelsen. Erhvervsaktiviteter udgør imidlertid en mindre del af voksenlivet end tidligere. Der bruges mere tid på uddannelse og på "at være ung", pensionsalderen er sat ned, arbejdstiden er reduceret, og samtidig er levealderen steget væsentligt. Der er sket en vis vægtforskydning fra det erhvervmæssige over på andre

livsområder. Flere sociologer, der beskæftiger sig med sundhedsforskning har foreslået, at man inddrager andre faktorer end de snævert erhvervmæssige ved inddelingen af befolkningen i sociale lag (1-3). Elstad påpeger f.eks., at forskelle med hensyn til ægteskabelig status, boligområde eller etnisk baggrund ikke er snævert knyttet til klasseforskelle. Hvis man alene fokuserer på socioøkonomiske forskelle, kan man komme til at overse nogle af de faktorer, der påvirker den sociale fordeling af sundhed (2). Socialforskningsinstituttets socialgruppeinddeling er derfor ikke benyttet i nærværende undersøgelse.

I stedet beskrives social position ud fra *et ressourceperspektiv*, idet der sættes lighedstegn mellem social position og adgang til eftertragede ressourcer (3). Eftertragede ressourcer er midler, der kan bruges til tilfredsstillelse af behov. Eksempelvis penge og ejendom, uddannelse og viden, sociale relationer og netværk. En høj social position er kendetegnet ved adgang til flere eftertragede ressourcer end en lav social position. Ressourceperspektivet er i tråd med skandinavisk velfærdsforskning, der især har fokuseret på fordelingen af ressourcer i befolkningen (4, 5). Den tankegang der ligger bag er følgende: Mennesket er et aktivt handlende og kreativt væsen, der selv definerer sine mål i tilværelsen. Den enkeltes muligheder for at nå målene er imidlertid betinget

af de ressourcer, som han eller hun råder over. Fordelingen af ressourcer i befolkningen påvirker dermed den enkeltes vilkår for at fremme sin trivsel og livskvalitet. Trivsel og livskvalitet er i sig selv subjektive størrelser, men de midler, der kan bruges for at fremme dem, er i vid udstrækning fælles for alle mennesker. Man kan således lave en beskrivelse af fordelingen af ressourcer i befolkningen ud fra *objektive kriterier*, mens en beskrivelse af trivsel og livskvalitet må bygge på den enkeltes *subjektive vurdering*. Penge, uddannelse og sociale kontakter kan f.eks. bruges til utallige formål. Jo flere af disse ressourcer, man har, jo bedre er mulighederne for at opnå en høj grad af trivsel og livskvalitet.

Værdien af en ressource er ofte afhængig af, at der er en arena, den kan anvendes i. En uddannelse kan have en værdi i sig selv for dens indehaver, men dens værdi øges betragteligt, hvis der findes et arbejdsmarked, hvor uddannelsen efterspørges (6). Menneskers muligheder for at udnytte deres ressourcer afhænger derfor af vilkårene i de arenaer, som de færdes i. Arenaerne hører til de livsbetingelser, der ligger uden for det enkelte menneskes kontrol (men som kan påvirkes ad politisk vej). Det gælder også en række andre forhold som f.eks. det naturlige miljø eller prisudviklingen. Den enkeltes trivsel og livskvalitet kan derfor ses som resultatet af et samspil mellem personens eg-



ne forventninger og ambitioner, tilgængelige ressourcer og de givne livsbetingelser (7).

Den skandinaviske velfærdsforskningens fokus på fordelingen af ressourcer hænger sammen med udviklingen af den nordiske velfærdsmodel, hvor social udjævning gennem omfordeling og social mobilitet har høj prioritering. Ressourcetænkningen har imidlertid også fundet vej til det praktiske arbejde med svage grupper inden for social- og sundhedssektoren. På arbejdsmarkedsområdet er udarbejdelse af ressourceprofiler f.eks. blevet obligatorisk i forbindelse med sygedagpenge og aktive- ring fra 1. januar 2003. Målet for mange sundhedsfremmen- de aktiviteter er udvikling af gruppers og individers res- sourcer, så de bedre bliver i stand til at klare dagligdagens udfordringer. Tankegangen er, at alle mennesker er i besid- delse af ressourcer, som under de rette omstændigheder kan komme til udfoldelse. Her er det således ikke omfordeling, men *ressourceudvikling*, der er i fokus, hvilket føjer et nyt aspekt til den oprindelige velfærdsmodel.

I det følgende benyttes et enkelt og et sammensat mål for social position. Det enkle mål er *uddannelsesniveau*. Uddan- nelse er i mange henseender en nøgleressource i det mo- derne samfund både i forhold til arbejdsmarkedet, men også når det gælder om at udnytte velfærdssamfundets mange muligheder og tilbud og dra- ge nytte af de enorme mæng-

der af offentlig tilgængelig vi- den. Eftersom uddannelse ho- vedsageligt er noget, der er- hverves i de tidlige ungdoms- år, er uddannelsesniveaut velegnet til at beskrive den sociale ulighed i sundhed set i et livsløbsperspektiv.

Der skelnes mellem tre ud- dannelsesniveauer<sup>1</sup>: *Laveste niveau* der svarer til grund- skole plus eventuelt et eller flere kortere kurser (f.eks. truckfører eller hjemmehjæl- per med 9 års skolegang). *Mellemste niveau* der hovedsa- geligt omfatter de erhvervs- faglige uddannelser (f.eks. murer, EDB-assistent, maski- narbejder eller social- og sundhedsassistent). *Højeste ni- veau* der omfatter mellemlan- ge og lange videregående ud- dannelser (f.eks. folkeskole- lærer, sygeplejerske, civilin- genieur eller socialrådgiver). 20 pct af befolkningen er på la- veste uddannelsesniveau (fra 12 pct hos de 25-34-årige til 42 pct hos de 65-74-årige), 55 pct på det mellemste uddannel- sesniveau (her er der ikke større forskel mellem alders- grupperne), og 25 pct på det

højeste uddannelsesniveau (fra 10 pct hos de 65-74-årige til 35 pct hos de 25-34-årige).

Som et sammensat mål for so- cial position er der konstrue- ret et index, der beskriver for- delingen af nogle vigtige leve- kårsressourcer i befolkningen, betegnet som *index for levkårs- rressourcer*. Indexet opfanger flere aspekter end uddannelse alene. I indexet indgår der ot- te ressourcer, som muliggør opfyldelse af en lang række materielle, sociale og psykolo- giske behov. Indexet kan anta- ge værdien fra 0 til 8 (se [tabel 3.1](#)). Ved brug af indexet i un- dersøgelser med flere etniske grupper, vil det være relevant at medtage endnu en ressource: dansk som førstesprog. I *Hvordan har du det?* indgår der imidlertid ikke personer fra etniske minoriteter. I den form, indexet her præsentere- res, er der tale om en "proto- type", som fortsat kan forfines og udvikles<sup>2</sup>.

Ressourcerne i indexet er valgt, fordi de ud fra gælden- de normer er eftertragtede og rummer muligheder for at op-

**Tabel 3.1**

*Index for levkårsressourcer*

Levekårsressourcer	Hvis ja	Ellers
Gift?	1	0
Børn?	1	0
Boglig uddannelse?	1	0
Erhvervsindkomst?	1	0
Indkomst på 250.000 kr. eller mere?	1	0
Funktionær/selvstændig?	1	0
Lederjob?	1	0
Ejerbolig?	1	0
(Dansk som førstesprog?)	1	0)

Note: Manglende oplysninger er i nærværende undersøgelse kodet som 0.

<sup>1</sup> Til klassificering af uddannelsesniveau er benyttet *Dansk Uddannelsesnomenklatur (DUN)*. DUN er en registrering af nuvæ- rende og tidligere danske uddannelser af en varighed på mindst 80 timer. Niveauopdelingen går fra 0 til 8. De ni niveauer er her slået sammen til tre, idet *laveste niveau* svarer til niveau 0-3 i DUN, *mellemste niveau* til niveau 4-5 og *højeste niveau* til niveau 6-8.

<sup>2</sup> Indexet bygger på *en formativ målemodel*, hvor den teoretiske variabel levkårsressourcer antages at være bestemt af de otte ressourcevariable, der indgår i indexet, i modsætning til *en refleksiv målemodel*, hvor det antages, at de benyttede variable af- spejler en bagved liggende teoretisk variabel (latent variabel) (8). Dette nævnes, fordi de metodiske krav, der stilles til de to former for målemodeller, er forskellige.

fylde væsentlige behov. For samtlige komponenter gælder det imidlertid, at de også i nogle situationer kan være en belastende faktor: Børn er en vigtig kilde til mening og glæde i forældrenes liv, men kan også være anledning til bekymring og afsavn. Et lederjob giver anseelse og mulighed for at bestemme over sin egen arbejdssituation, men kan også være psykisk belastende.

*Index for levekårsressourcer* adskiller sig i flere henseender fra mere traditionelle klasse- og socialgruppeinddelinger. *For det første* kan personer, der står uden for arbejdsmarkedet, uden videre indplaceres i indexet. *For det andet* er der medtaget forhold i familie/husholdningssfæren, som spiller en væsentlig rolle for individets trivsel. *For det tredje* er der ikke foretaget nogen prioritering af de enkelte ressourcer, således at mangel på én ressource kan opvejes af tilstedeværelse af en anden ressource. *For det fjerde* beskrives social position ikke ved tilknytningen til en afgrænset gruppe, men ved placeringen på et kontinuum.

I [figur 3.1](#) kan man se, hvordan den voksne befolkning i Århus amt fra 25 år til og med 74 år fordeler sig på indexet for levekårsressourcer. 64 pct af befolkningen har mellem 3-6 point på indexet. 25 pct har 0-2 point og 11 pct har 7-8 point. Hovedparten af befolkningen befinder sig således på midten af skalaen.

I [tabel 3.2](#) er der endvidere en beskrivelse af 18 tilfældigt udvalgte mænd og kvinder fra *Hvordan har du det?* med værdier fra 0 til 8 point på indexet. Tabellen anskueliggør spændet i levekårsressourcer fra førtidspensionisten og revalidenden uden ægtefælle og børn i den ene ende af skalaen til en offentlig og en privat ansat leder med familie og ejerbolig i den anden ende af skalaen.

Ved socialt differentierede sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud vil *index for levekårsressourcer* kunne bruges som et redskab til at indkredse den gruppe blandt en større persongruppe, der skal have tilbuddet. Det kræver blot udfyldelse af de otte

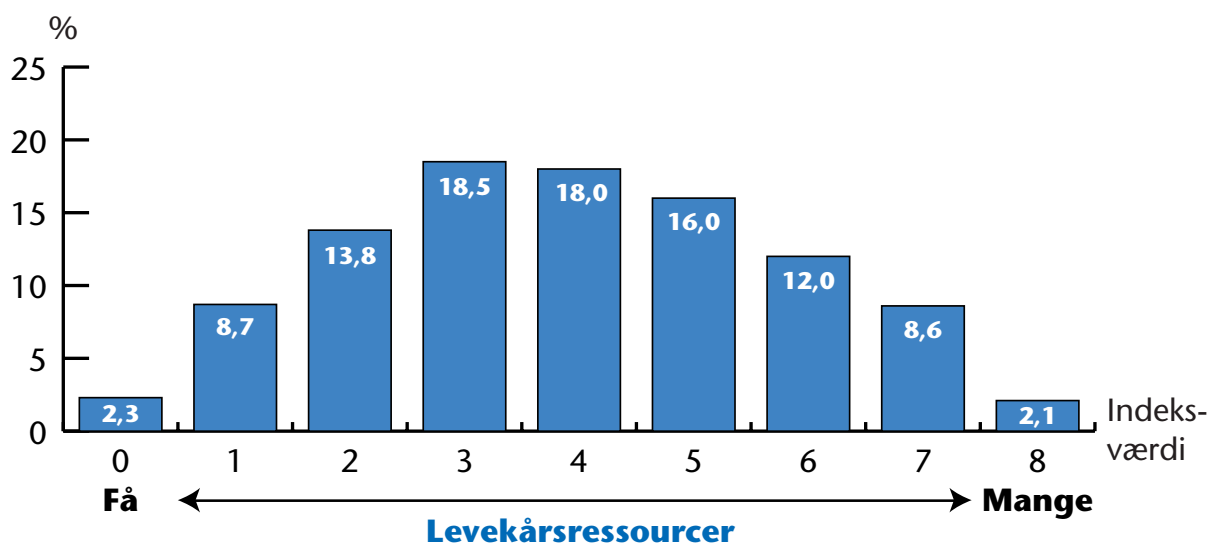
spørgsmål og beregning af en sumscore for hver person.

*Index for levekårsressourcer* omfatter ressourcer, der er "tæt på" den enkelte person: uddannelse, ægtefælle, børn m.v. Som borger har individet imidlertid også adgang til ressourcer i det omgivende "lille" og "store" samfund: nabolaget, vennekredsen, lokalsamfundet, arbejdspladsen, de offentlige institutioner m.v. Man kan antage, at jo flere ressourcer en person har i sine nære omgivelser, jo flere ressourcer har vedkommende adgang til eller er i stand til at skaffe sig i det omgivende samfund. Sociologer betegner det som *Matthæus effekten* ("Til den der har, skal der gives..."), når personer, der i forvejen har mange goder, har lettere ved at skaffe sig flere goder, end dem der har få goder.

En alternativ måde at beskrive ressourcer på er ved hjælp af *kapitalbegrebet*: materiel kapital, personlig kapital, social kapital m.v.

**Figur 3.1**

*Fordelingen af levekårsressourcer i befolkningen*



Tabel 3.2

Index for levekårsressourcer - beskrivelse af 18 tilfældigt udvalgte mænd og kvinder fra *Hvordan har du det?* med værdier fra 0 til 8 point på indexet

Index-værdi	▲ Mænd ▲	▼ Kvinder ▼
0	<b>Mand, 53 år.</b> Han er alene og har ikke været gift eller haft en fast samlever. Han har ingen børn. Han er gået ud af skolen efter 7. klasse og har ingen erhvervsuddannelse. Han har ikke arbejde og har heller ikke tidligere haft det. Han er førtidspensionist og har ingen erhvervsindkomst. Årsindkomsten er uoplyst. Han oplyser heller ikke, om han bor i ejerbolig eller lejebolig.	<b>Kvinde, 27 år.</b> Hun er alene og har ikke været gift eller haft en fast samlever. Hun har ingen børn. Hun er kontoruddannet og er i revalidering. Hun har ingen erhvervsindkomst, men modtager revalideringsydelse. Hendes årsindkomst ligger i intervallet 100.000-149.000 kr. Hun bor i lejebolig.
1	<b>Mand, 43 år.</b> Han er ikke gift, men har en fast samlever. Han har børn. Han er gået ud af skolen efter 7. klasse og har ingen erhvervsuddannelse. Han er førtidspensionist og har ingen erhvervsindkomst. Hans årsindkomst ligger i intervallet 100.000-149.000 kr. Familien bor i lejebolig.	<b>Kvinde, 53 år.</b> Hun er ikke gift, men har en fast samlever. Hun har ingen børn. Hun har en faglig uddannelse og er arbejdsløs i aktivering. Hun har ingen erhvervsindkomst, men modtager arbejdsløshedsunderstøttelse. Hendes årsindkomst ligger i intervallet 150.000-249.000 kr. Familien bor i ejerbolig.
2	<b>Mand, 29 år.</b> Han er ikke gift, men har en fast samlever. Han har ingen børn. Han har en lang videregående uddannelse og er arbejdsløs. Hans årsindkomst er under 100.000 kr. Familien ejer selv sin bolig.	<b>Kvinde, 37 år.</b> Hun er alene og har ikke været gift eller haft en fast samlever. Hun har ingen børn. Hun har en kort videregående uddannelse inden for handel og kontor. Hun arbejder som kontorassistent på et offentligt kontor. Hendes årsindkomst ligger i intervallet 150.000-249.000 kr. Hun bor i lejebolig.
3	<b>Mand, 58 år.</b> Han er alene efter skilsmisse. Han har børn. Han har en håndværkeruddannelse og er i arbejde. Hans årsindkomst ligger i intervallet 250.000-374.000 kr. Han bor i lejebolig.	<b>Kvinde, 48 år.</b> Hun er ikke gift, men har en fast samlever. Hun har børn. Hun er pædagog og arbejder i en børnehave. Hendes årsindkomst ligger i intervallet 150.000-249.000 kr. Familien bor i lejebolig.
4	<b>Mand, 54 år.</b> Han er ikke gift, men har en fast samlever. Han har børn. Han er uddannet klokkmester og er selvstændig entreprenør, men har ingen ansatte. Hans årsindkomst er under 100.000 kr. Familien bor i ejerbolig.	<b>Kvinde, 61 år.</b> Hun er alene efter at være blevet enke. Hun har børn. Hun er butiksuddannet, arbejder som butiksassistent og er leder for et mindre personale. Hendes årsindkomst ligger i intervallet 150.000-249.000 kr. Hun bor i ejerbolig.
5	<b>Mand, 55 år.</b> Han er alene, efter at samlivet med hans faste samlever er ophørt. Han har børn. Han er uddannet som folkeskolelærer og er i arbejde. Hans årsindkomst ligger i intervallet 250.000-374.000 kr. Han bor i ejerbolig.	<b>Kvinde, 43 år.</b> Hun er gift og har børn. Hun er uddannet som sygeplejerske, men arbejder som medhjælpende hustru. Hendes årsindkomst ligger i intervallet 100.000-149.000 kr. Familien bor i ejerbolig.
6	<b>Mand, 53 år.</b> Han er gift og har børn. Han er faglært og arbejder inden for reklamebranchen. Hans årsindkomst ligger i intervallet 375.000- 524.000 kr. Familien bor i ejerbolig.	<b>Kvinde, 50 år.</b> Hun er ikke gift, men har en fast samlever. Hun har børn. Hun er læreruddannet og arbejder som lærer i folkeskolen. Hendes årsindkomst ligger i intervallet 250.000-374.000 kr. Familien bor i ejerbolig.
7	<b>Mand, 56 år.</b> Han er gift og har børn. Han har en håndværkeruddannelse og en kortere videregående teknisk uddannelse. Han har et lederjob. Hans årsindkomst ligger i intervallet 250.000-374.000 kr. Familien bor i ejerbolig.	<b>Kvinde, 45 år.</b> Hun er gift og har børn. Hun har en mellemlang videregående uddannelse og er selvstændig, men har ingen ansatte. Hendes årsindkomst er større end 524.000 kr. Familien bor i ejerbolig.
8	<b>Mand, 56 år.</b> Han er gift og har børn. Han er uddannet som ingeniør og arbejder som leder i en privat virksomhed. Hans årsindkomst er større end 524.000 kr. Familien bor i ejerbolig.	<b>Kvinde, 46 år.</b> Hun er gift og har børn. Hun er uddannet som ergoterapeut og har et lederjob. Hendes årsindkomst ligger i intervallet 250.000-374.000 kr. Familien bor i ejerbolig.

1. Lynch J, Kaplan G (2000). Social position i Berkman LF, Kawachi I (eds.), *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
2. Elstad JI (2000). *Social inequalities in health and their explanations*. Norsk institutt for forskning om opvekst, velferd og aldring - NOVA rapport 90/00.
3. Oakes JM, Rossi PH (2003). The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach. *Social Science & Medicine* 56: 769-784.
4. Erikson R, Uusitalo H (1987). "The Scandinavian approach to welfare research" i Erikson R, Hansen EJ, Ringen S, Uusitalo H (red.), *The Scandinavian Model: Welfare States and Welfare Research*. New York: ME Sharpe.
5. Fritzell J, Lundberg O (2000). *Välfärd, ofärd och ojämlikhet – levnadsförhållanden under 1990-talet*. SOU 2000:41. Betänkande från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
6. Uutisalo H, 1994. "Social statistics and social reporting in the Nordic Countries" i Flora P, Kraus F, Noll H-H, Rothenbacher F (eds.) *Social statistics and social reporting in and for Europe*. Informationszentrum Sozialwissenschaften. Bonn p. 99-120.
7. Erikson R (1993). "Descriptions of inequality: The Swedish approach to welfare research", i Nussbaum MC & Sen A (red.), *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.
8. Hellevik O (1999). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo. Universitetsforlaget.
9. Hansen EJ (1978). Den centrale baggrundsvariabel er socialgruppeinddelingen. *Sociale Tidsskrift* nr. 11-12.
10. Krieger N, Williams DR, Moss NE (1997). Measuring social class in public health research: Concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health* 18: 341-378.

# Selvvurderet helbred og social position

# 19

I dette kapitel analyseres sammenhængen mellem sundhed og social position blandt den voksne befolkning i Århus amt.

## Sundhed som ressource

Sundhed er langt fra noget entydigt begreb, og det skal derfor præciseres, hvad der i det følgende menes med sundhed.

Ifølge WHO's nu klassiske definition fra 1946 er sundhed "en tilstand af fuldkommen fysisk, mental og social velvære og ikke blot fraværet af sygdom." WHO's definition banede vejen for at betragte sundhed som noget, der ikke er snævert bundet til en medicinsk sygdomsopfattelse. Menneskers oplevelse af velvære er en væsentlig del af det at være sund.

WHO's definition er imidlertid problematisk som en praktisk definition af sundhed. Ved at anvende ordet "fuldkommen" gøres sundhed til en idealtilstand, der kan virke næsten uopnåelig. Samtidig defineres sundhed og sygdom som modpoler, også selvom sundhed ikke sættes lig med fraværet af sygdom alene. Det svarer næppe til den dagligdags opfattelse af sundhed, hvor man kan være mere eller mindre sund, og hvor man f.eks. godt kan føle sig sund, selv om man har en sygdom eller et handicap (jævnfør tale-måden: "Det kræver et godt helbred at være syg"). På hvilken måde, sygdom påvirker menneskers oplevelse af deres sundhedstilstand, er ikke givet

på forhånd, men må belyses gennem kvalitative og kvantitative undersøgelser af forskellige befolkningsgrupper.

En mere realistisk opfattelse af sundhed betragter derfor ikke sundhed og sygdom som modsætninger, der nødvendigvis udelukker hinanden. Dorte Effersøe Gannik har foreslået, at man definerer sundhed som *evnen til at reagere på ydre og indre påvirkninger, således at sygdom undgås, overvindes eller reguleres* (1). Her opfattes sundhed som *en personlig ressource, der kan bruges til at tackle hverdagens belastninger*. Det er denne opfattelse af sundhed, der vil blive lagt til grund i det følgende.

Balancen imellem belastninger og ressourcer er blevet kaldt for *sundhedsbrøken* (2). Tælleren er summen af personens fysiske, personlige og sociale ressourcer, mens nævneren er summen af de fysiske, personlige og sociale belastninger, som vedkommende udsættes for. Jo større tælleren er i forhold til nævneren, jo bedre er personen i stand til at klare omverdenens krav og påvirkninger.

## Selvvurderet helbred

Som mål for sundhed bruges *selvvurderet helbred*, det vil sige personens vurdering af sin egen helbredstilstand. Man skulle umiddelbart tro, at en sådan vurdering er behæftet med et stort element af usikkerhed, og derfor ikke er et pålideligt mål for befolkningens sundhedstilstand. Undersøgelser fra en lang række

lande viser imidlertid noget andet. Et dårligt selvvurderet helbred øger risikoen for bl.a. død, kræft, hjertesygdomme, brug af sundhedsvæsenet, arbejdsfravær, medicinbrug, forringet funktionsevne, arbejdsløshed og førtidspension (3, 4).

Selvvurderet helbred kan betragtes som personens egen opsummering af en række helbredsforhold, der ikke beskrives udtømmende ved en opstilling af symptomer, sygdomme og risikofaktorer. Vurderingen indeholder vigtig information om helbredstilstanden og er ikke blot en erstatning for en lægelig vurdering, når en sådan af praktiske og økonomiske grunde ikke kan gennemføres. Selvvurderet helbred har f.eks. i nogle tilfælde vist sig at føre til mere præcise forudsigelser end en objektiv lægelig undersøgelse (5). Det gør selvvurderet helbred til et værdifuldt redskab, når man skal beskrive befolkningens sundhedstilstand.

Som nyttige egenskaber ved selvvurderet helbred skal fremhæves:

- *Selvvurderet helbred* er en helhedsvurdering af helbredet (ikke en vurdering af specifikke tilstande), der går fra positiv til negativ (ikke blot fravær/forekomst af sygdom).
- *Selvvurderet helbred* kan bruges til at indkredse højrisikogrupper med henblik på at målrette og prioritere indsatsen.

- *Selvurderet helbred* kan bruges som et velfærdsmål. Bedre selvvurderet helbred = større velfærd. Man kan sammenligne grupper i befolkningen samt udviklingen i helbredstilstanden over tid.
  - *Selvurderet helbred kan bruges* til at vurdere virkningen af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag.
  - *Selvurderet helbred gør* den enkeltes oplevelse af eget helbred synlig og legitim på linje med andre mål for helbred og funktionsevne.
3. I hvor høj grad skyldes de sociale forskelle i selvvurderet helbred, at negative helbredsfaktorer virker mere belastende hos personer med lav social status end hos personer med høj social status?

**Tabel 4.1** viser en oversigt over de variable, der indgår i analysen, opdelt på afhængige, mellemkommende og uafhængige variable. Endvidere er angivet svarfordelingen på de enkelte variable.

Den afhængige variabel er *selvvurderet helbred*. Som indikatorer for *social position* bruges uddannelsesniveau og levekårsressourcer, jvnf. kapitel 3, idet der laves en analyse for hver af disse. Sammen med køn og alder (*demografiske variable*) er det analysens uafhængige variable. Personer på højeste uddannelsesniveau og personer med flest levekårsressourcer bruges som refe-

rencegruppe ved beregning af relative hyppigheder. For at give et statistisk mere pålideligt sammenligningsgrundlag er personer med flest og næstfleste levekårsressourcer slået sammen til én gruppe (indexværdi 7-8).

Der er syv mellemkommende variable i analysen. Som indikator for *sygelighed* bruges langvarig sygdom samt antallet af meget generende helbredsgener og symptomer de seneste 14 dage.

Som indikator for *psykosociale belastninger* bruges belastende livsomstændigheder inden for de seneste 12 måneder. Som et mål for *generel mestringssevne* bruges Antonovskys begreb 'oplevelse af sammenhæng i tilværelsen' (sense of coherence), jvnf. kapitel 2.

Som indikator for *livsstil* bruges cigaretforbrug pr. dag, body mass index (= vægt i kg : højde i meter<sup>2</sup>) og antal timers motion pr. uge.

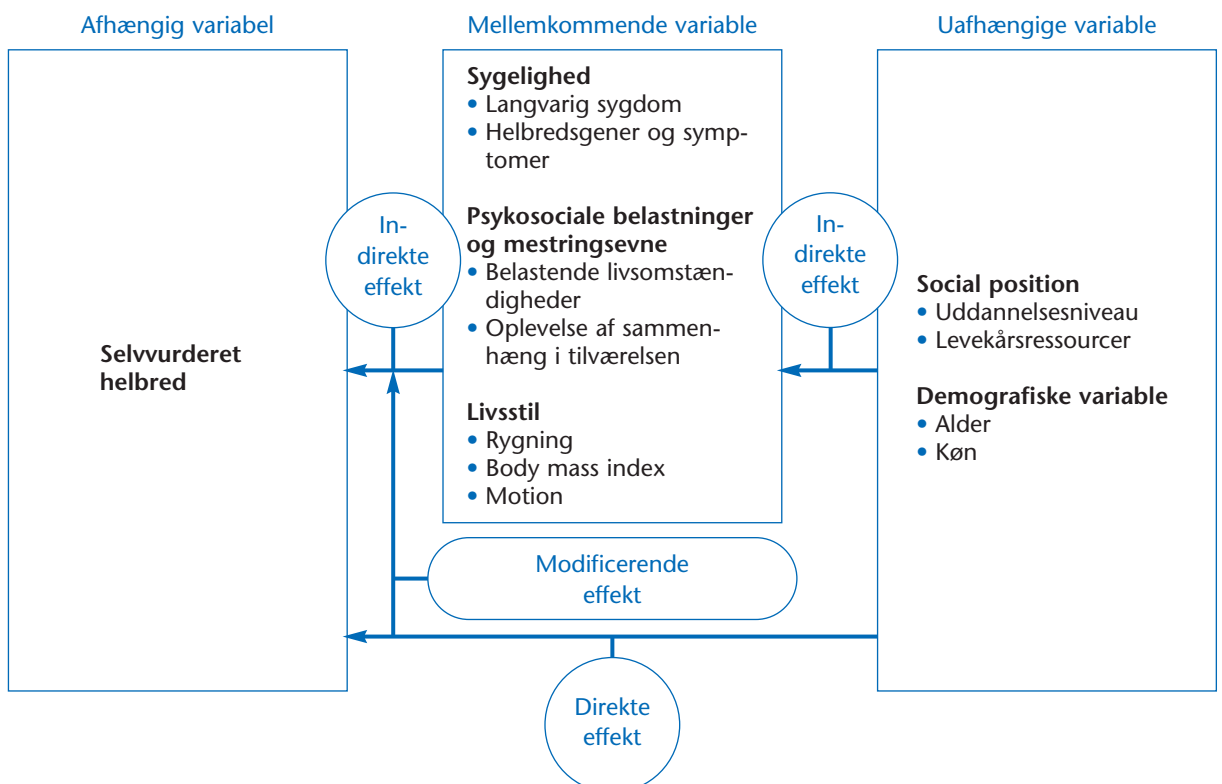
### Analysemodel

De spørgsmål, der søges besvaret i analysen, er:

1. Hvor stor forskel er der på selvvurderet helbred mellem personer med lav og høj social position?
2. I hvor høj grad skyldes de sociale forskelle i selvvurderet helbred, at personer med lav social status har a) større sygelighed, b) større psykosociale belastninger

**Figur 4.1**

*Analysemodel*



Tabel 4.1

Variable der indgår i analysen

Afhængig variabel	Selvurderet helbred (N = 3970)	Godt Nogenlunde/dårligt	Pct 76 24	
Mellemkommende variable	<b>Sygelighed</b>			
	• Langvarig sygdom, skader eller eftervirkninger af disse (N = 3800)	Ingen sygdom	64	
		Ikke hæmmet trods sygdom	7	
		Noget hæmmet	19	
		Meget hæmmet	11	
	• Antal meget generende helbredsgener og symptomer de seneste 14 dage (N = 3986)	Ingen	63	
		1	17	
		2-3	12	
		4 eller flere	8	
	<b>Psykosociale belastninger og mestringssevne</b>	Stor belastning	23	
		• Belastende livsomstændigheder (N = 3944)	En del belastning	24
		Lille belastning	39	
		Ingen belastning	14	
• Oplevelse af sammenhæng i tilværelsen (sense of coherence) (N = 3896)	Høj	81		
	Middel	13		
	Lav	6		
<b>Livsstil</b>	• Rygning - cigaretter pr. dag (N = 3875)	15 eller flere	22	
		1-14	13	
		Tidligere ryger	24	
		Aldrig ryger	40	
	• Motion - timer pr. uge (N = 3896)	Under 2 timer	22	
		2-4 timer	42	
		Mere end 4 timer	36	
	• Body mass index (N = 3905)	Under 30	89	
		30 og derover	11	
	Uafhængige variable	<b>Social position</b>	• Uddannelsesniveau (N = 3971)	Lavt
Middel				55
Højt				25
• Levekårsressourcer (N = 3986)		0 Få	2	
		1	9	
		2	14	
		3	19	
		4	18	
		5	16	
		6	12	
		7-8 Mange	11	
<b>Demografiske variable</b>		• Alder (N = 3986)	25-34 år	24
			35-44 år	23
			45-54 år	23
			55-64 år	19
			65-74 år	11
		• Køn (N = 3986)	Mand	47
	Kvinde	53		

Sammenhængen mellem analysens variable er vist i figur 4.1. Der skelnes mellem *den direkte effekt* af de uafhængige variable på selvvurderet helbred og *den indirekte effekt*, hvor den sociale position påvirker fordelingen af en række helbreds faktorer, som så påvirker det selvvurderede helbred (mediering).

I modellen antages det desuden, at de mellemkommende variables indvirkning på det selvvurderede helbred afhænger af social position (effektmodifikation).

Sammenhængen mellem selvvurderet helbred er kompleks, og man må regne med, at en forholdsvis simpel model, som den, der præsenteres her, kun kan forklare dele af denne sammenhæng. En del af den direkte effekt mellem social position og selvvurderet helbred må derfor antages at være forårsaget af mellemkommende variable, der er udeladt af modellen (en "skjult" indirekte effekt).

### Analysen trin for trin

*Første trin* i analysen er en beskrivelse af sammenhængen mellem selvvurderet helbred og de uafhængige variable køn, alder og social position.

*Andet trin* er en beskrivelse af sammenhængen mellem selvvurderet helbred og de syv mellemkommende variable.

*Tredje trin* er en beskrivelse af sammenhængen mellem de syv mellemkommende variable og social position.

Det *fjerde trin* i analysen er en undersøgelse af, hvor stor en del af den sociale forskel i selvvurderet helbred, der kan

forklares af de syv mellemkommende variable. Det vil sige, i hvilken udstrækning de sociale forskelle i selvvurderet helbred skyldes en opkobling af langvarig sygdom, helbreds gener, belastende livsomstændigheder osv.

Det *femte trin* i analysen er en undersøgelse af, hvorvidt social position modificerer virkningen af de syv mellemkommende variable på det selvvurderede helbred. Fører belastende livsomstændigheder f.eks. til en mere negativ vurdering af eget helbred hos personer med lav social position i forhold til personer med høj social position?

### Statistisk analyse

Ud over krydstabulering med tilhørende  $\chi^2$ -test er der brugt logistisk regression til at analysere sammenhængen mellem mere end to variable. Den statistiske analyse er foretaget ved hjælp af statistikprogrammet *Stata 8.0*. For at gøre resultaterne af de multivariate analyser mere læsevenlige er simuleringprogrammet *Clarify - Software for Interpreting and Presenting Statistical Results* benyttet til at "oversætte" resultaterne til almindelige procenttabeller (6)<sup>1</sup>.

### Resultater

#### Sammenhængen mellem selvvurderet helbred og køn, alder og social position (trin 1)

Selvvurderet helbred er undersøgt ved hjælp af spørgsmålet *Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?* med svarmulighederne *virkelig godt, godt, nogenlunde, dårligt og meget dårligt*. I analysen er besvarelserne slået sammen til to grupper: én med de to

første svarkategorier, der i det følgende betegnes som *godt*, og én med de tre sidste svarkategorier, der i det følgende betegnes som *nogenlunde/dårligt*.

Trefjerdedele af hele den voksne befolkning på 25-74 år vurderer deres helbred som godt, mens en fjerdedel vurderer det til at være nogenlunde eller dårligt (tabel 4.2). Andelen med et godt selvvurderet helbred falder, som man må forvente, med alderen. I aldersgruppen 25-34 år har 85 pct et godt helbred, mod 61 pct i aldersgruppen 65-74 år. I yderste højre spalte er angivet, hvor mange gange hyppigere nogenlunde/dårligt helbred er i de enkelte aldersgrupper sammenlignet med referencegruppen 25-34 år. Nogenlunde/dårligt helbred er 2.5 gange så hyppigt i den ældste sammenlignet med den yngste aldersgruppe.

Kvinder har gennemgående et lidt dårligere selvvurderet helbred end mænd. Det gælder dog kun aldersgruppen 45-54 år og opefter, mens der ikke er forskel i de yngre aldersgrupper.

Der er stor forskel på uddannelsesniveau og selvvurderet helbred (tabel 4.3). Her og i de følgende tabeller angives kun andelen med nogenlunde/dårligt helbred. Tre gange så mange blandt de lavtuddannede har et dårligt selvvurderet helbred sammenlignet med de højtuddannede. Forskellen reduceres lidt, når der justeres for forskelle i køns- og aldersfordeling i de tre uddannelseskategorier.

Der er ligeledes en meget markant sammenhæng mel-

<sup>1</sup> Clarify findes på Internettet som en ado-fil til Stata (<http://gking.harvard.edu/clarify>).



lem levekårsressourcer og selv vurderet helbred. Blandt de personer, der scorer højest med hensyn til levekårsressourcer (indexværdi = 7-8), er der 11 pct, der vurderer deres eget helbred som dårligt, mens der blandt personer med den laveste score på levekårsindexet (indexværdi = 0) er 61 pct, der vurderer deres helbred som dårligt. Det er 5.8 gange så mange. Når

der justeres for forskelle i køns- og aldersfordeling øges forskellen til 6.7 gange.

Hvis man forestiller sig, at det selv vurderede helbred i hele befolkningen var lige så godt som i gruppen med flest levekårsressourcer, ville andelen af personer med et dårligt selv vurderet helbred falde fra 24 pct til 11 pct svarende til en reduktion i andelen med

dårligt selv vurderet helbred på 57 pct (*den forebyggelige andel eller ætiologiske fraktion*).

Tager man udgangspunkt i uddannelsesniveau i stedet for levekårsressourcer ville andelen med dårligt selv vurderet helbred falde fra 24 pct til 13 pct svarende til en reduktion på 47 pct i befolkningen som helhed.

**Tabel 4.2**

*Selv vurderet helbred - alder og køn*

	Antal	Godt	Nogenlunde/ dårligt	Total	Nogenlunde/ dårligt
		Pct			X hyppigere
<b>Alle</b>	3.900	76	24	100	
<b>Alder</b>					
25-34 år	966	85	15	100	Reference
35-44 år	921	79	21	100	1.34*
45-54 år	917	76	24	100	1.57*
55-64 år	749	67	33	100	2.12*
65-74 år	433	61	39	100	2.52*
<b>Køn</b>					
Mænd	1.887	77	23	100	Reference
Kvinder	2.083	74	26	100	1.16*
<b>Alder og køn</b>					
25-34 år					
Mænd	445	84	16	100	Reference
Kvinder	520	85	15	100	0.97
35-44 år					
Mænd	434	80	20	100	Reference
Kvinder	485	79	21	100	1.04
45-54 år					
Mænd	436	79	21	100	Reference
Kvinder	479	73	27	100	1.26*
55-64 år					
Mænd	363	72	28	100	Reference
Kvinder	378	63	37	100	1.34*
65-74 år					
Mænd	209	65	35	100	Reference
Kvinder	221	58	42	100	1.18

\* p<0.05

Tabel 4.3

Nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred - uddannelsesniveaue og levekårsressourcer

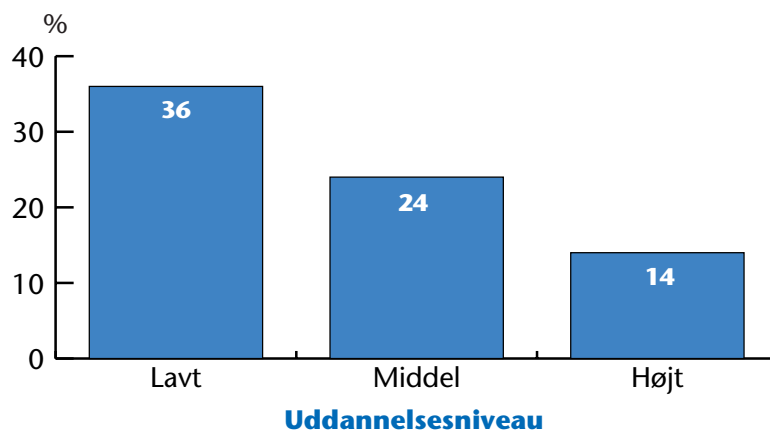
	Antal	Nogenlunde/ dårligt Pct	Nogenlunde/ dårligt X hyppigere	Nogenlunde/ dårligt Pct	Nogenlunde/ dårligt X hyppigere
		Ujusteret		Justeret for køn og alder <sup>1</sup>	
<b>Uddannelsesniveaue</b>					
Lavt	789	40	3.07*	36	2.67*
Middel	2.187	24	1.85*	24	1.74*
Højt	995	13	Reference	14	Reference
<b>Levekårsressourcer</b>					
0 Få	91	61	5.76*	62	6.71*
1	346	46	4.33*	48	5.24*
2	551	30	2.89*	32	3.50*
3	739	32	3.02*	30	3.30*
4	717	20	1.91*	19	2.12*
5	636	15	1.45*	14	1.55*
6	479	15	1.43*	13	1.47*
7-8 Mange	427	11	Reference	9	Reference

<sup>1</sup> Justeringen er foretaget ved hjælp af logistisk regression.

\* p&lt;0.05

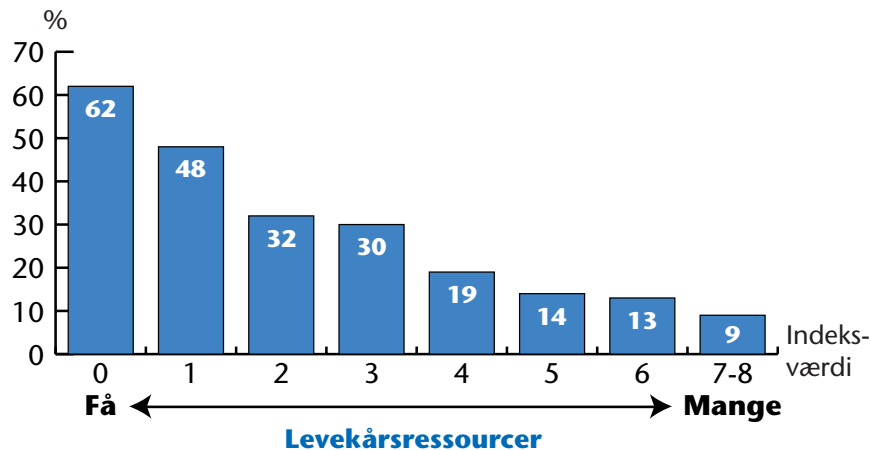
Figur 4.2

Andel med nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred - uddannelsesniveaue justeret for køn og alder



Figur 4.3

Andel med nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred - levekårsressourcer justeret for køn og alder



### Sammenhængen mellem selvvurderet helbred og de syv mellemkommende variable (trin 2)

I hvor høj grad påvirker sygelighed, psykosociale belastninger og mestringssevne samt livsstil det selvvurderede helbred?

Tabel 4.4 viser sammenhængen mellem de syv mellemkommende variable, der indgår i analysen, og selvvurderet helbred. I tabellen er angivet andelen med nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred inden for de forskellige kategorier, samt hvor mange gange hyppigere andelen af nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred er i forhold til referencekategorien ved hver variabel.

Som referencekategori er i alle tilfælde valgt den værdi af variabelen, der helbredsmæssigt er gunstigst (*ingen sygdom* ved langvarig sygdom, *ingen gener* ved antal meget generende helbredsgener og symptomer osv.). Man kan derfor se, hvor mange gange hyppigere nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred er ved de forskellige grader af helbedsbelastninger. Sammenhængen med selvvurderet helbred er både undersøgt med de syv variable hver for sig og i en analyse, hvor alle variable indgår på én gang.

**Sygelighed.** Der er en tæt sammenhæng mellem både langvarig sygdom og antallet af meget generende helbedsgener og selvvurderet helbred. Andelen med nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred blandt personer *uden* langvarig sygdom, med sygdom, som de *ikke* føler sig hæmmet af, med sygdom, som de føler sig *noget* hæmmet af, og med sygdom, som de føler sig *me-*

*get* hæmmet af, er henholdsvis 10, 15, 43 og 80 pct i analysen uden de øvrige variable, og 9, 12, 31 og 56 pct, når der justeres for de andre variable. Det svarer til en øget hyppighed af nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred på henholdsvis 7.9 og 4.8 blandt personer, der er meget hæmmet af en langvarig sygdom, i forhold til personer, der ikke har nogen langvarig sygdom. Sammenhængen mellem meget generende helbedsgener og symptomer og selvvurderet helbred er lige så stærk.

**Psykosociale belastninger og mestringssevne.** Omfanget af psykosociale belastninger er vurderet ved hjælp af syv spørgsmål om forekomsten af belastende livsomstændigheder inden for de seneste 12 måneder. Personerne har oplyst, om de har følt sig *meget*, *en del*, *lidt* eller *slet ikke* belastet af deres økonomi, boligsituation, arbejdsituation, forholdet til partneren, forholdet til familie og venner, sygdom hos svarpersonen selv og sygdom hos familie og nære venner. De syv spørgsmål er sammenfattet i en enkelt variabel med kategorierne *ingen belastning*, *lille belastning*, *en del belastning* og *stor belastning* ud fra det højeste belastningsniveau, der er angivet i et eller flere af spørgsmålene.

Som mål for mestringssevne er brugt et index for oplevelse af sammenhæng i tilværelsen (sense of coherence) (7). De tre dimensioner af begrebet - begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed - er belyst ved hjælp af spørgsmålene: *Oplever du tit at ting, som du kommer ud for i din dagligdag, er vanskelige at forstå? Plejer du at være god til at finde en løsning på problemer og vanskeligheder, som umiddelbart virker håbløse?*

og *Plejer du at opleve din dagligdag som en kilde til personlig tilfredsstillelse?* Svarene er sammenfattet i et index med værdierne *høj*, *middel* og *lav* grad af oplevet sammenhæng i tilværelsen. Det er en psykologisk variabel, der her anvendes som indikator for en persons evne til at mestre de situationer, som han eller hun kommer ud for i dagligdagen.

Psykosociale belastninger og mestringssevne antages tilsammen at have betydning for omfanget af stresspåvirkninger, som en person udsættes for.

Andelen med nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred for personer, der i de seneste 12 måneder *ikke* har følt sig belastet, har følt sig *lidt* belastet, *en del* belastet og *meget* belastet, er henholdsvis 9, 15, 30 og 45 pct, når selvvurderet helbred og belastning analyseres for sig, og 7, 13, 19 og 20 pct, når de øvrige variable inddrages i analysen. Det giver en øget hyppighed for nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred for de tre niveauer af belastende livsomstændigheder på henholdsvis 1.7, 3.5 og 5.2 og 1.7, 2.5 og 2.7 for de to modeller, når man sammenligner med gruppen uden belastninger.

Der er ligeledes en betydelig, omend noget mindre forskel på andelen med nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred hos personer med henholdsvis *lav*, *middel* og *høj* grad af oplevet sammenhæng i tilværelsen.

**Livsstil.** Det er veldokumenteret, at såvel rygning, fedme som fysisk inaktivitet øger risikoen for sygdom og tidlig død. Det fremgår af tabel 4.4 at alle tre faktorer også er for-

bundet med et dårligere selv-vurderet helbred. Nogenlunde/dårligt selv-vurderet helbred er 2.1/1.5 gange så hyppigt blandt storrygere i forhold til aldrig-rygere før og efter inddragelse af de øvrige variable. De tilsvarende tal for fedme (body mass index = 30 eller mere) er 1.8/1.4 og for

fysisk inaktivitet (mindre end 2 timers motion pr. uge) 1.7/1.4.

Der er således en sammenhæng mellem selv-vurderet helbred og alle syv mellemkommende variable i analysen. Hermed er første forudsætning opfyldt for, at de kan

optræde som medierende faktorer mellem social position og selv-vurderet helbred (*det vil sige, at social position "kan virke igennem" variablerne*). Næste skridt er at undersøge, hvor store forskelle der er i fordelingen af hver af de syv variable i forhold til social position.

**Table 4.4**

*Nogenlunde/dårligt selv-vurderet helbred - sammenhængen med de syv mellemkommende variable*

	Antal	Nogenlunde/ dårligt		Nogenlunde/ dårligt	
		Pct	X hyppigere	Pct	X hyppigere
		Ujusteret		Justeret <sup>1</sup>	
<b>Sygelighed</b>					
• Langvarig sygdom					
Ingen sygdom	2.420	10	Reference	9	Reference
Ikke hæmmet	261	15	1.49*	12	1.29
Noget hæmmet	721	43	4.23*	31	3.32*
Meget hæmmet	398	80	7.89*	56	4.80*
• Antal meget generende helbredsgener og symptomer seneste 14 dage					
Ingen	2.513	9	Reference	9	Reference
Et	659	29	3.03*	18	2.12*
To-tre	496	59	6.25*	41	4.63*
Fire eller flere	318	82	8.67*	54	6.14*
<b>Psykosociale belastninger og mestringssevne</b>					
• Belastende livsomstændigheder					
Stor belastning	907	45	5.20*	20	2.74*
En del belastning	950	30	3.46*	19	2.52*
Lille belastning	1.525	15	1.72*	13	1.70*
Ingen belastning	562	9	Reference	7	Reference
• Oplevelse af sammenhæng i tilværelsen (sense of coherence)					
Høj	3.168	21	Reference	13	Reference
Middel	508	33	1.56*	18	1.41*
Lav	220	51	2.45*	33	2.53*
<b>Livsstil</b>					
• Rygning - cigaretter pr. dag					
15 eller flere	856	35	2.12*	20	1.50*
1-14	515	27	1.61*	15	1.11
Tidligere ryger	945	25	1.49*	13	1.00
Aldrig ryger	1.559	17	Reference	13	Reference
• Body mass index					
Under 30	3.456	22	Reference	14	Reference
30 og derover	449	40	1.82*	20	1.35*
• Motion - timer pr. uge					
Under 2 timer	845	34	1.68*	19	1.42*
2-4 timer	1.634	21	1.05	14	1.01
Mere end 4 timer	1.417	20	Reference	13	Reference

<sup>1</sup> Justeret for de øvrige variable i tabellen samt køn og alder ved hjælp af logistisk regression.

\* p<0.05

### Sammenhængen mellem de syv mellemkommende variable og social position (trin 3)

Ser man på de syv variables fordeling i forhold til uddannelsesniveau og levekårsressourcer, er der tale om en betydelig ophobning af faktorer, der påvirker det selvvaluerede helbred negativt, blandt personer med lav social status (tabel 4.5). Sammenhængen mellem samtlige syv variable og henholdsvis uddannelsesniveau og levekårsressourcer er statistisk signifikant ( $p < 0.05$ ). Forskellen er imidlertid betydeligt større for levekårsressourcer end uddannelse. Der er justeret for forskelle i køn og alder mellem de forskellige statusgrupper.

**Sygelighed.** 14 pct blandt personer på laveste uddannelsesniveau har en langvarig sygdom, som de er meget hæmmet af, mod 6 pct blandt personer på højeste uddannelsesniveau. Det er 2.2 gange så hyppigt. Der er 37 pct i gruppen med færrest levekårsressourcer, der har en langvarig sygdom, som de er meget hæmmet af, mod 3 pct blandt gruppen med flest levekårsressourcer. Det er 12.2 gange så hyppigt.

13 pct blandt personer på laveste uddannelsesniveau har haft fire eller flere helbredsgener og symptomer de seneste 14 dage, som de har følt sig meget generet af mod 4 pct blandt personer på højeste uddannelsesniveau. Det er 2.9 gange så hyppigt. 34 pct blandt personer med færrest levekårsressourcer har haft fire eller flere meget generende helbredsgener mod 1 pct blandt personer med flest levekårsressourcer. Det er 26.7 gange så hyppigt.

**Psykosociale belastninger og mestringsevne.** 27 pct blandt personer på laveste uddannelsesniveau har følt sig meget belastede af forhold i deres dagligliv inden for de seneste 12 måneder mod 20 pct blandt personer på højeste uddannelsesniveau. Det er 1.3 gange så mange. Blandt personer med færrest levekårsressourcer har 51 pct oplevet store belastninger mod 12 pct blandt personer med flest levekårsressourcer. Det er 4.1 gange så mange.

8 pct blandt personer på laveste uddannelsesniveau oplever en lav grad af sammenhæng i tilværelsen mod 4 pct blandt personer på højeste uddannelsesniveau. Det er 2.1 gange så mange. 16 pct blandt personer med færrest levekårsressourcer oplever en lav grad af sammenhæng i tilværelsen mod 2 pct blandt personer med flest. Det er 7.3 gange så hyppigt.

**Livsstil.** Der er 31 pct storrygere (15 cigaretter eller mere pr. dag) blandt personer på laveste uddannelsesniveau mod 12 pct blandt personer på højeste uddannelsesniveau. Det er 2.6 gange så mange. Storrygere udgør 38 pct blandt personer med færrest levekårsressourcer mod 11 pct blandt personer med flest levekårsressourcer. Det er 3.4 gange så mange.

Der er 15 pct, der lider af fedme (body mass index = 30 eller mere), blandt personer på laveste uddannelsesniveau mod 7 pct blandt personer på højeste uddannelsesniveau. Det er 2.1 gange så mange. Blandt personer med færrest levekårsressourcer er andelen 23 pct mod 8 pct blandt personer med flest levekårsressourcer. Det er 3.0 gange så mange.

24 pct blandt personer på laveste uddannelsesniveau får under to timers motion om ugen mod 20 pct blandt personer på højeste uddannelsesniveau. Det er 1.2 gange så mange. 34 pct blandt personer med færrest ressourcer får under 2 timers motion om ugen mod 22 pct blandt personer med flest levekårsressourcer. Det er 1.5 gange så mange. Motion er den livsstilsfaktor, der har den svageste sammenhæng med social position.

### Den indirekte effekt af social position på selvvalueret helbred (trin 4)

Trin 2 og 3 i analysen har vist, at der er en markant sammenhæng mellem *på den ene side* de mellemkommende variable og selvvalueret helbred og *på den anden side* social position og de mellemkommende variable. Næste skridt er at undersøge, hvor stor en del af den sociale forskel i selvvalueret helbred, der kan forklares af de syv mellemkommende variable.

I tabel 4.6 er der en oversigt over de analyserede modeller. *Selvvalueret helbred* er den afhængige variabel i alle modellerne. Udgangspunktet er en model (model 1), hvor kun køn, alder og social position indgår som forklarende variable. I de følgende modeller (model 2-12) indgår de mellemkommende variable dels enkeltvis, dels i grupper og alle på én gang.

I tabel 4.7 og 4.8 kan man se, hvor meget de sociale forskelle i selvvalueret helbred reduceres, når de mellemkommende variable inddrages i analysen. Det vil sige, hvor meget af den sociale forskel, der statistisk forklares af de

Tabel 4.5

Sammenhængen mellem uddannelsesniveau/levetårressourcer og de syv mellemkommende variable - justeret for køn og alder<sup>1</sup>

	Uddannelsesniveau			Levetårressourcer							
	Lavt	Middel	Højt	0 Få	1	2	3	4	5	6	7-8 Mange
	Pct			Pct							
<b>Sygelighed</b>											
• Langvarig sygdom											
Ingen sygdom	60	65	67	32	46	57	60	70	72	69	74
Ikke hæmmet	7	6	7	10	8	6	6	7	6	7	6
Noget hæmmet	19	19	19	21	24	22	20	17	16	19	17
Meget hæmmet	14	10	6	37	22	14	14	6	6	5	3
N = 3795/3800	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
• Antal meget generende helbredsgener og symptomer seneste 14 dage											
Ingen	57	63	69	31	42	56	60	69	70	72	72
Et	15	17	17	12	21	18	16	15	16	16	17
To-tre	15	12	10	22	15	13	15	12	10	9	9
Fire eller flere	13	7	4	34	22	12	9	4	2	3	1
N = 3971/3986	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>Psykosociale belastninger og mestringsevne</b>											
• Belastende livsomstændigheder											
Stor belastning	27	23	20	51	42	34	26	19	16	15	12
En del belastning	23	23	28	21	25	23	25	22	24	27	26
Lille belastning	36	40	41	20	25	33	36	44	43	46	48
Ingen belastning	15	14	11	8	9	10	12	15	17	13	14
N = 3940/3944	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
• Oplevelse af sammenhæng i tilværelsen (sense of coherence)											
Høj	76	82	87	57	65	79	81	84	85	89	90
Middel	16	12	9	27	19	14	13	12	12	9	8
Lav	8	5	4	16	16	7	6	4	4	2	2
N = 3892/3896	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>Livsstil</b>											
• Rygning - cigaretter pr. dag											
15 eller flere	31	23	12	38	35	30	26	23	15	14	11
1-14	16	13	13	18	17	16	14	13	11	10	13
Tidligere ryger	19	25	27	15	22	20	23	24	27	29	26
Aldrig ryger	33	39	48	29	26	34	38	39	47	47	50
N = 3869/3875	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
• Body mass index											
Under 30	85	88	93	77	84	85	86	89	90	93	92
30 og derover	15	12	7	23	16	15	14	11	10	7	8
N = 3900/3905	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
• Motion - timer pr. uge											
Under 2 timer	24	22	20	34	22	19	19	19	25	25	22
2-4 timer	35	42	47	28	38	40	41	42	41	42	51
Mere end 4 timer	41	36	33	38	39	40	40	43	34	33	26
N = 3893/3896	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

<sup>1</sup> Justeringen er foretaget ved hjælp af logistisk regression.

Tabel 4.6

Oversigt over variable i de analyserede modeller

	Model											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Afhængig variabel												
Selvurderet helbred	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Mellemkommende variable												
<b>Sygelighed</b>												
• Langvarig sygdom		x							x			x
• Antal meget generende helbredsgener			x						x			x
<b>Psykosociale belastninger og mestringssevne</b>												
• Belastende livsomstændigheder				x						x		x
• Oplevelse af sammenhæng i tilværelsen					x					x		x
<b>Livsstil</b>												
• Rygning						x					x	x
• Body mass index							x				x	x
• Motion								x			x	x
Uafhængige variable												
<b>Demografiske variable</b>												
• Køn	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
• Alder	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Social position</b>												
• Uddannelsesniveau /levetårressourcer	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Forklaringsgrad (Efrons R <sup>2</sup> )												
Modeller med uddannelsesniveau	0.06	0.31	0.35	0.17	0.10	0.08	0.07	0.07	0.41	0.19	0.11	0.44
Modeller med levetårressourcer	0.11	0.33	0.35	0.19	0.14	0.12	0.12	0.12	0.42	0.21	0.14	0.44
Antal observationer												
Modeller med uddannelsesniveau	3956	3780	3956	3925	3878	3855	3887	3881	3780	3871	3743	3536
Modeller med levetårressourcer	3970	3785	3970	3929	3882	3861	3892	3884	3785	3874	3746	3538

mellekkommende variable. Der er både angivet *den absolute reduktion* og *den relative reduktion* i procent.

**Tabel 4.7** omfatter de 12 modeller, hvor uddannelsesniveau er indikator for social position. Udgangspunktet er en andel med nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred på 36, 24 og 14 pct hos personer med lavt, middel og højt uddannelsesniveau. Forskellen i nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred betinget af uddannelsesniveau er således 22 pct mellem lavt og højt uddannelsesniveau og 14 pct mellem middel og højt.

Når alle syv mellemkommende variable tages med i analysen, reduceres forskellen med 8 og 3 pct. Det svarer til en relativ reduktion på 34 og 37 pct. *De syv mellemkommende variable forklarer altså omkring en tredjedel af forskellen i nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred.*

De to sygelighedsvariable alene reducerer forskellen mellem personer med lavt og middel uddannelsesniveau i forhold til de højtuddannede med henholdsvis 6 og 3 pct. Det svarer til en relativ reduktion på 25 og 26 pct.

De to variable for psykosociale belastninger og mestringssevne reducerer tilsvarende forskellen med 1 pct. Det svarer til en relativ reduktion på henholdsvis 5 og 10 pct.

De tre livsstilsvariable rygning, body mass index og motion, reducerer tilsvarende forskellen med 3 og 2 pct. Det svarer til en relativ reduktion på 16 og 22 pct.

**Tabel 4.8** omfatter de 12 modeller, hvor levekårsressour-

cer er brugt som indikator for social position. Når samtlige mellemkommende variable inddrages i analysen, reduceres forskellen mellem personer, der scorer 0, 1, 2, 3, 4, 5 og 6 point på indexet for levekårsressourcer, med henholdsvis 27, 22, 11, 8, 2, 1 og 1 pct i forhold til gruppen med flest levekårsressourcer (indexværdi 7-8). Det svarer til en relativ reduktion på henholdsvis 50, 58, 50, 40, 18, 27 og 20 pct. *For de tre grupper med færrest levekårsressourcer forklarer de mellemkommende variable altså halvdelen eller mere af forskellen i selvvurderet helbred i forhold til gruppen med flest ressourcer.*

De to sygelighedsvariable alene reducerer forskellen mellem personer, der scorer 0, 1, 2, 3, 4, 5 og 6 point på indexet for levekårsressourcer, med henholdsvis 22, 17, 9, 8, 1, 1 og 1 pct i forhold til gruppen med flest levekårsressourcer (indexværdi 7-8). Det svarer til en relativ reduktion på henholdsvis 42, 44, 40, 37, 13, 16 og 13 pct.

Tilsvarende reducerer de to variable vedrørende psykosociale belastninger og mestringssevne forskellen mellem personer, der scorer 0, 1, 2, 3, 4, 5 og 6 point på indexet for levekårsressourcer, med henholdsvis 6, 12, 5, 4, 1, 1 og 1 pct i forhold til gruppen med flest levekårsressourcer (indexværdi 7-8). Det svarer til en relativ reduktion på henholdsvis 12, 30, 23, 17, 5, 13 og 12 pct.

Ved de tre livsstilsvariable rygning, body mass index og motion reduceres forskellen mellem personer, der scorer 0, 1, 2, 3, 4, 5 og 6 point på indexet for levekårsressourcer, med henholdsvis 5, 4, 3, 1, 1,

1 og 1 pct i forhold til gruppen med flest levekårsressourcer (indexværdi 7-8). Det svarer til en relativ reduktion på henholdsvis 10, 10, 12, 6, 12, 14 og 13 pct.

*Sammenfattende kan det konkluderes, at de syv mellemkommende variable forklarer en betydelig del af den forskel, der er i selvvurderet helbred, mellem personer med lav og høj social position - men langt fra hele forskellen. Den indirekte effekt af social position er størst i modellerne med levekårsressourcer.*

Både hvor uddannelsesniveau og levekårsressourcer er brugt som indikator for social position er *sygelighed* den faktor, der betyder mest for den sociale forskel i selvvurderet helbred. Modeller, hvori der indgår sygelighedsvariable, har også en betydelig større forklaringssevne (her målt ved Efrons R<sup>2</sup>, jvnf. **tabel 4.6**). Af de to sygelighedsvariable vejer *aktuelle helbredsgener* tungere end *langvarig sygdom*.

Psykosociale belastninger og mestringssevne samt livsstil spiller en rolle både i analyserne med uddannelsesniveau og levekårsressourcer. *Livsstil* har den største indirekte effekt i forbindelse med uddannelsesniveau, mens *psykosociale belastninger* har den største indirekte effekt i forbindelse med levekårsressourcer.



**Tabel 4.7**

Forskel i selvvrurderet helbred betinget af uddannelsesniveaue og andelen heraf, der forklares af sygelighed, psykosociale belastninger og mestringsevne samt livsstil

	Uddannelsesniveaue		
	Lavt	Middel	Højt
Nogenlunde/dårligt selvvrurderet helbred (model 1)	36	24	14
Forskel betinget af uddannelsesniveaue (model 1)	22	10	Reference
Forskel som forklares af:	Absolut reduktion i pct		
<b>De syv variable hver for sig</b>			
• Langvarig sygdom (model 2)	2.2	1.6	Reference
• Antal helbredsgener (model 3)	5.5	2.1	Reference
• Belastende livsomstændigheder (model 4)	-0.4	0.5	Reference
• Oplevelse af sammenhæng i tilværelsen (model 5)	1.6	0.8	Reference
• Rygning (model 6)	2.0	1.4	Reference
• Body mass index (model 7)	1.3	0.5	Reference
• Motion (model 8)	0.3	0.4	Reference
<b>Grupper af variable</b>			
Sygelighed (model 9)	5.5	2.6	Reference
Psykosociale belastninger og mestringsevne (model 10)	1.0	1.0	Reference
Livsstil (model 11)	3.4	2.2	Reference
<b>Alle syv variable</b>			
Alle (model 12)	7.6	3.4	Reference
Forskel som forklares af:	Relativ reduktion i pct		
<b>De syv variable hver for sig</b>			
• Langvarig sygdom (model 2)	9.8	16.0	Reference
• Antal helbredsgener (model 3)	24.4	20.1	Reference
• Belastende livsomstændigheder (model 4)	-1.7	5.2	Reference
• Oplevelse af sammenhæng i tilværelsen (model 5)	7.2	7.8	Reference
• Rygning (model 6)	9.3	13.6	Reference
• Body mass index (model 7)	5.6	5.0	Reference
• Motion (model 8)	1.3	3.9	Reference
<b>Grupper af variable</b>			
Sygelighed (model 9)	24.5	26.3	Reference
Psykosociale belastninger og mestringsevne (model 10)	4.5	9.8	Reference
Livsstil (model 11)	16.3	22.2	Reference
<b>Alle syv variable</b>			
Alle (model 12)	33.9	36.6	Reference

Tabel 4.8

Forskel i selvurderet helbred betinget af levekårsressourcer og andelen heraf, der forklares af sygelighed, psykosociale belastninger og mestringsevne samt livsstil

	Levekårsressourcer							
	0 Få	1	2	3	4	5	6	7-8 Mange
Nogenlunde/dårligt selvurderet helbred (model 1)	62	48	32	30	19	14	13	9
Forskel betinget af uddannelsesniveau (model 1)	53	39	23	21	10	5	4	Ref.
Forskel som forklares af:	Absolut reduktion i pct							
<b>De syv variable hver for sig</b>								
• Langvarig sygdom (model 2)	10.4	10.2	6.1	6.2	0.1	0.2	0.8	Ref.
• Antal helbredsgener (model 3)	22.7	14.4	6.9	5.3	1.5	1.2	0.1	Ref.
• Belastende livsomstændigheder (model 4)	7.3	8.1	5.2	3.2	0.3	0.5	0.8	Ref.
• Oplevelse af sammenhæng i tilværelsen (model 5)	1.0	4.6	0.7	0.1	0.7	0.4	-0.1	Ref.
• Rygning (model 6)	2.0	2.3	2.2	0.0	0.1	0.4	0.2	Ref.
• Body mass index (model 7)	0.9	1.5	0.8	0.5	0.5	0.1	0.1	Ref.
• Motion (model 8)	1.7	1.5	0.3	0.4	0.3	0.2	0.5	Ref.
<b>Grupper af variable</b>								
Sygelighed (model 9)	22.0	17.2	9.0	7.8	1.3	0.8	0.6	Ref.
Psykosociale belastninger og mestringsevne (model 10)	6.2	11.5	5.3	3.6	0.5	0.7	0.5	Ref.
Livsstil (model 11)	5.0	4.0	2.7	1.2	1.2	0.7	0.7	Ref.
<b>Alle syv variable</b>								
Alle (model 12)	26.5	22.4	11.4	8.4	1.8	1.4	0.9	Ref.
Forskel som forklares af:	Relativ reduktion i pct							
<b>De syv variable hver for sig</b>								
• Langvarig sygdom (model 2)	19.7	26.3	26.6	29.3	1.2	3.2	18.9	Ref.
• Antal helbredsgener (model 3)	42.7	37.0	30.5	25.1	14.6	23.9	1.2	Ref.
• Belastende livsomstændigheder (model 4)	14.9	20.8	22.9	15.0	2.9	10.1	17.5	Ref.
• Oplevelse af sammenhæng i tilværelsen (model 5)	1.8	11.9	2.9	5.2	6.5	7.1	-3.3	Ref.
• Rygning (model 6)	3.8	5.9	9.5	3.0	9.9	7.9	5.3	Ref.
• Body mass index (model 7)	1.7	3.9	3.4	2.4	5.0	1.8	2.5	Ref.
• Motion (model 8)	3.3	3.8	1.5	1.9	2.7	4.7	12.2	Ref.
<b>Grupper af variable</b>								
Sygelighed (model 9)	41.6	44.3	39.8	37.1	12.9	16.2	13.1	Ref.
Psykosociale belastninger og mestringsevne (model 10)	11.8	29.5	23.2	17.1	4.5	12.9	11.9	Ref.
Livsstil (model 11)	9.5	10.3	11.7	5.6	11.7	13.9	12.5	Ref.
<b>Alle syv variable</b>								
Alle (model 12)	50.2	57.5	50.1	39.9	18.0	27.4	19.7	Ref.

### Den modificerende effekt af social position (trin 5)

Trin 3 og 4 i analysen har vist, at der er en betydelig større forekomst af både sygdom, psykosociale belastninger og helbredsbelastende livsstil hos personer med lav social status end hos personer med høj social status, og at den større belastning er en væsentlig del af forklaringen på den sociale ulighed med hensyn til selvvurderet helbred.

Det sidste spørgsmål der skal undersøges er, om der også er tale om større sårbarhed overfor helbredsmæssige belastninger jo længere man bevæger sig ned ad den sociale rangstige? Har den samme belastning en mere negativ virkning på det selvvurderede helbred blandt lavtuddannede og personer med få levekårsressourcer end blandt højtuddannede og personer med mange levekårsressourcer? Det vil her blive undersøgt ved hjælp af en metode foreslået af Rothman (8).

Metoden går ud på at undersøge, om to faktorer forstærker (eller afsvækker) hinandens virkning på en tredje, idet man sammenligner den faktiske effekt af de to faktorer, når de optræder samtidig, med den forventede effekt under for-

udsætning af, at faktorerne ikke interagerer. Den forventede effekt fremkommer ved at addere effekten af den ene, når den optræder alene, med effekten af den anden, når denne optræder alene. Hvis den faktiske effekt er større end den forventede effekt, kan man tale om at de to faktorer interagerer, eller at den ene har en modificerende effekt på den anden eller omvendt.

Tabel 4.9 viser forskellen mellem de faktiske og de forventede effekter af uddannelsesniveau og levekårsressourcer på den ene side og de syv mellemkommende variable på den anden side. F.eks. angiver de 32 pct i cellen ved personer, der er noget hæmmet af sygdom og samtidig befinder sig på laveste uddannelsesniveau, *differencen* mellem *den faktiske andel* med nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred og *den forventede andel* (beregnet som pct nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred hos personer på det laveste uddannelsesniveau og uden langvarig sygdom + pct nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred hos personer på det højeste uddannelsesniveau og som er hæmmet af sygdom).

Som det fremgår af tabel 4.9 har *social position* både i form

af uddannelsesniveau og levekårsressourcer en modificerende effekt på samtlige de syv mellemkommende variable, idet disses effekt på det selvvurderede helbred er større ved lav end ved høj social status. Den stærkeste modificerende effekt finder man imidlertid ved *langvarig sygdom, aktuelle helbredsgener og belastende livsomstændigheder*. Der er her tale om statistisk stærkt signifikante effekter i modsætning til livsstilsfaktorerne, hvor sammenhængene (med en enkelt undtagelse) ikke er statistisk signifikante. Bemærk at det er de celler i tabellen, der er markeret med en prik, som er brugt til at beregne de forventede værdier ud fra.

Tabel 4.9

Andel af nogenlunde/dårligt selvurderet helbred der forklares af samspillet mellem social position og de mellemkommende variable (effektmodifikation) - justeret for køn og alder<sup>1</sup>

	Uddannelsesniveau			Levekårsressourcer							
	Lavt	Middel	Højt	0 Få	1	2	3	4	5	6	7-8 Mange
<b>Sygelighed</b>	Pct			Pct							
• Langvarig sygdom											
Ingen sygdom	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Ikke hæmmet	13	10	.	9	10	10	9	8	6	5	.
Noget hæmmet	32*	12*	.	32	38*	37*	37*	33*	23	19	.
Meget hæmmet	12*	12*	.	10	18*	21*	21*	20*	15	12	.
N = 3795/3800											
• Antal meget generende helbredsgener og symptomer seneste 14 dage											
Ingen	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Et	35*	26*	.	40	41*	39*	39*	32*	20	21	.
To-tre	26*	20*	.	32*	34*	33*	33*	28*	18	19	.
Fire eller flere	10*	9*	.	14	17*	18*	18*	16*	11	12	.
N = 3971/3986											
<b>Psykosociale belastninger og mestringsevne</b>											
• Belastende livsomstændigheder											
Stor belastning	37*	27*	.	45*	49*	46*	46*	38*	25	22	.
En del belastning	46*	34*	.	48*	51*	47*	48*	39*	26	22	.
Lille belastning	42*	31*	.	38	40*	37*	37*	31	20	17	.
Ingen belastning	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
N = 3940/3944											
• Oplevelse af sammenhæng i tilværelsen (sense of coherence)											
Høj	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Middel	16	13	.	12	19	21	21	18	13	13	.
Lav	15*	14	.	11	21*	25*	25*	23	16	16	.
N = 3892/3896											
<b>Livsstil</b>											
• Rygning - cigaretter pr. dag											
15 eller flere	10	8	.	15	20	23	23	19	13	12	.
1-14	12	9	.	9	12	14	14	11	8	7	.
Tidligere ryger	18	14	.	9	11	13	13	10	7	7	.
Aldrig ryger	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
N = 3869/3875											
• Body mass index											
Under 30	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
30 og derover	14	12	.	11	17	20	20	18	14	12	.
N = 3900/3905											
• Motion - timer pr. uge											
Under 2 timer	5	4	.	15	21	25	25*	22	15	13	.
2-4 timer	17	14	.	5	7	8	8	7	5	4	.
Mere end 4 timer	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
N = 3893/3896											

<sup>1</sup> Justeringen er foretaget ved hjælp af logistisk regression.

\* p<0.05

## Sammenfatning og diskussion

### Vigtige resultater

Her skal fremhæves nogle af analysens vigtigste resultater.

► Analysen viser, at der er en betydelig social ulighed i sundhed både set i forhold til uddannelsesniveau og i forhold til levekårsressourcer.

Som generelt mål for befolkningens sundhed er anvendt selv vurderet helbred. Når der tages højde for forskelle i alder og køn, spænder andelen, der vurderer deres helbred som nogenlunde/dårligt, fra 36 pct blandt de lavtuddannede til 14 pct blandt de højtuddannede. Ufaglærte har med andre ord næsten tre gange større risiko for at have et nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred, end personer med en mellemlang eller lang boglig uddannelse.

Spændet er endnu større, når social position beskrives ved hjælp af det benyttede index for levekårsressourcer. Blandt personer med færrest levekårsressourcer vurderer hele 62 pct deres helbred som nogenlunde/dårligt, mod 9 pct blandt personer med flest levekårsressourcer. Det er knap 7 gange så mange.

► Analysen viser også, at der er en betydelig ophobning af faktorer, der påvirker det selv vurderede helbred i negativ retning, blandt personer med lav social status.

Det gælder *sygelighed* i form af langvarig sygdom og aktuelle helbredsgener og symptomer. Blandt personer med færrest levekårsressourcer har 37 pct en langvarig sygdom, som de føler sig meget hæm-

met af, og 34 pct har inden for en 14 dages periode haft 4 eller flere helbredsgener og symptomer, som de har været meget generet af. Blandt den tiendedel af befolkningen, der har flest levekårsressourcer, er de tilsvarende tal 3 pct og 1 pct.

Der er endvidere en markant større andel med lav social position, der har været udsat for store *psykosociale belastninger* inden for de foregående 12 måneder, samtidig med at der er en større andel med lav *mestringsevne*. Der er således en betydelig social forskel både i stresspåvirkning og evnen til at håndtere stress.

*Usund livsstil* i form af rygning, fedme og fysisk inaktivitet forekommer hyppigere hos personer med lav end med høj social status. Størst er forskellen i rygevaner. 31 pct af de lavtuddannede ryger 15 cigaretter eller mere om dagen mod 12 pct af de højtuddannede. Der er også betydelige sociale forskelle i udbredelsen af fedme. Mindst er forskellen med hensyn til andelen af fysisk inaktive (mindre end 2 timers motion om ugen).

Forskellen i sygelighed, psykosociale belastninger og livsstil forklarer en del af den sociale forskel i selv vurderet helbred. Sygelighed er den faktor, der betyder mest for den sociale forskel i selv vurderet helbred. Det gælder både, når uddannelsesniveau og levekårsressourcer bruges som indikator for social position.

Psykosociale belastninger og mestringsevne samt livsstil forklarer ligeledes en del af forskellen i selv vurderet helbred i forhold til uddannelsesniveau og levekårsressour-

cer. Livsstil har den største indirekte effekt i forbindelse med uddannelsesniveau, mens psykosociale belastninger har den største indirekte effekt i forbindelse med levekårsressourcer.

Tilsammen forklarer sygelighed, psykosociale belastninger og livsstil *omkring en tredjedel af forskellen* i selv vurderet helbred mellem højt- og lavtuddannede og *omkring halvdelen af forskellen* mellem personer med få og mange levekårsressourcer. Social position har således stadig en væsentlig direkte effekt på selv vurderet helbred, efter at der er kontrolleret for disse variable.

► Analysen viser, at personer med lav social position ikke blot har flere negative helbredsbelastninger i forhold til personer med høj social position. Lav social position forstærker den negative virkning af de forskellige helbredsbelastninger på det selv vurderede helbred. Det gælder især sygelighed og psykosociale belastninger.

Forklaringen kan være, at nogle personer er mere sårbare overfor ændringer i levevilkårene, da deres muligheder for at beskytte sig mod eller afbøde negative effekter er mindre. Rygsmerter kan f.eks. gøre det vanskeligt at passe et manuelt arbejde, hvor der skal løftes en del, og der er få muligheder for selv at bestemme pauser og arbejds-tempo, mens det lettere lader sig gøre ved funktionærjob uden fysiske belastninger og med større råderum til at tilrettelægge arbejdsindsatsen.

► I forhold til de forskellige teorier om social ulighed i sundhed, der er omtalt i kapi-

tel 3, understreger resultaterne af analysen relevansen af teorier, der inddrager såvel *psykosociale belastninger* som *mestringsevne* og *livsstil* som forklaringsfaktorer.

Det forhold, at den socialt dårligt stillede del af befolkningen både er udsat for flere belastninger, og at det selvvaluerede helbred påvirkes mere negativt af disse belastninger, er også i tråd med Link og Phelans teori om *grundlæggende sociale årsager*. Ifølge teorien er den velstillede del af befolkningen bedre i stand til at undgå negative belastninger af helbredet og at beskytte sig mod de negative virkninger af de belastninger, de udsættes for.

**Praktiske overvejelser**  
På baggrund af undersøgelsens resultater skal der her gøres nogle overvejelser om, hvordan indsatsen for større social lighed i sundhed kan tilrettelægges.

► For det første bekræfter undersøgelsen, at den sociale ulighed i sundhed er så stor, at det kræver en særlig indsats, hvis man skal nå det politiske mål om større lighed i sundhed. Der er her overensstemmelse mellem undersøgelsens resultater og hensigtserklæringen i *Århus Amts Sundhedsplan 2001*: "Indsatsen rettet mod socialt udsatte grupper prioriteres højt og bør yderligere kvalificeres og målrettes."

Samtidig viser undersøgelsen, at en højere grad af lighed i sundhed rummer et betydeligt potentiale for forbedring af folkesundheden.

*Hvis sundhedsniveauet i hele den voksne befolkning i Århus amt var lige så højt*

som blandt den højtuddannede del af befolkningen (= personer med en mellemlang eller lang boglig uddannelse), ville andelen med et nogenlunde/dårligt selvvalueret helbred udgøre 13 pct mod nu 24 pct.

*Hvis sundhedsniveauet var lige så højt som blandt den tiendedel af befolkningen, der har flest levekårsressourcer, ville andelen af personer med nogenlunde/dårligt selvvalueret helbred yderligere reduceres til 9 pct. I det første tilfælde er der tale om en relativ reduktion på 47 pct i det andet tilfælde på 57 pct.*

► I diskussionen om social ulighed i sundhed har der især været fokuseret på usund livsstil som årsag til den ringere sundhedstilstand blandt den dårligst stillede del af befolkningen.

Undersøgelsen bekræfter, at der er brug for en særlig indsats for bedre sundhedsvaner blandt denne del af befolkningen. Rygning, fedme og fysisk inaktivitet er mere udbredt blandt lavt uddannede og personer med få levekårsressourcer end blandt højt uddannede og personer med mange levekårsressourcer.

Men undersøgelsens resultater peger også i retning af, at det ikke er tilstrækkeligt at rette indsatsen snævert mod ændringer i sundhedsadfærd. For det første gør den store ophobning af sygelighed og psykosociale belastninger blandt de dårligst stillede og den større sårbarhed overfor disse belastninger det sværere at mobilisere det overskud, der skal til, for at ændre livsstil.

Budskaberne om sund levevis

opleves sikkert også som mindre relevante blandt denne udsatte gruppe end blandt den bedrestillede del af befolkningen, der gennemgående har langt færre akutte helbredsproblemer og færre psykosociale belastninger at slås med, og som derfor er mere motiveret for at følge de forskellige sundhedsråd for at bevare et godt helbred til langt op i årene.

Sammenligner man f.eks. storrygere (15 cigaretter eller mere pr. dag) med henholdsvis færrest og flest levekårsressourcer, har:

- 44 pct i den første gruppe en langvarig sygdom, som de føler sig meget hæmmet af, mod 5 pct i den anden gruppe.
- 58 pct i den første gruppe har følt sig meget belastet af forhold i deres nærmeste omgivelser inden for de seneste 12 måneder mod 11 pct i den anden gruppe.
- 44 pct i den første gruppe har lav eller middel mestringsevne mod 12 pct i den anden gruppe (målt på indexet for oplevelse af sammenhæng i tilværelsen).

Hertil kommer, at 21 pct af storrygerne i den første gruppe lider af fedme mod 6 pct i den anden, og 37 pct i den første gruppe er fysisk inaktive mod 27 pct i den anden. Der er derfor vidt forskellige betingelser for at lave en indsats mod tobaksrygning i de to grupper.

► Undersøgelsen viser, at menneskers oplevelse af, hvordan de har det, er meget mere påvirket af forekomsten eller fraværet af langvarig sygdom, helbredsgener og

psykosociale belastninger end af rygning, svær overvægt og manglende motion. Hvis man føler sig belastet af sygdom og negative livsbegivenheder, ser man næppe ændringer i livsstil som den vigtigste vej til et bedre helbred. Tværtimod kan rygning, overspisning og passivt TV-kiggeri bruges som kompenserende aktiviteter i en dagligdag præget af helbredsproblemer og livsstress. Det kan være en del af forklaringen på, at kampagner for sund levevis (rygestop, motion, fedtfattig kost m.v.) i ringere grad har haft succes i denne del af befolkningen.

Måske fokuserer man i den dårligst stillede del af befolkningen i stedet på de behandlingsmuligheder, som sundhedsvæsenet kan tilbyde, som kan lindre de helbredsproblemer, man oplever, og på de forskellige pensionsordninger, der muliggør tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

*Dette er en udfordring til det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, der sigter mod ændring af sundhedsvaner, idet man ved tilrettelæggelse af indsatser må tage hensyn til den livssituation, mennesker i målgruppen befinder sig i.*

► Den store forekomst af psykosociale belastninger blandt personer med lav social position er i sig selv et sundhedsproblem – og ikke blot en barriere for rygeophør, sundere spisevaner og øget fysisk aktivitet.

En del af indsatsen for større lighed i sundhed bør derfor dreje sig om *at skabe sundere rammer om hverdagslivet og fremme evnen til at håndtere psykosociale belastninger.* Væ-

sentlige opgaver er at fremme den fysiske og psykiske trivsel i børnefamilier, på arbejdspladsen og i boligområder med almenyttige boliger.

Det kræver en anden form for indsats, end når målet er ændringer i sundhedsadfærd. Der er brug for sundhedsfremmende aktiviteter hos de mest udsatte grupper i samfundet, som *styrker* sociale netværk, *øger* mestringsevnen og den sociale handlekompetence og *fremmer* selvværd og troen på, at man selv eller i fællesskab er i stand til at ændre forhold i sin omverden.

I mange sammenhænge vil det være hensigtsmæssigt at kombinere indsatsen for sundere levevaner med trivselsfremmende aktiviteter, så der både arbejdes med forebyggelse og sundhedsfremme.

► Der er i de senere år kommet større fokus på sundhedsfremme og forebyggelse blandt patienter med kroniske sygdomme: hjertepatienter, patienter med kronisk obstruktive lungelidelser, sukkersygepatienter, astmapatienter osv.

Gennem en forebyggende indsats er det muligt i et vist omfang at mindske risikoen for tilbagefald og forværring af tilstande samt hindre udvikling af følgesygdomme m.v. Sundhedsfremmende aktiviteter kan gøre patienten mentalt bedre rustet til at leve med sin sygdom.

Det er dokumenteret ved en række sygdomme, at patienten gennem deltagelse i rehabiliteringsforløb og sundhedsskoler kan opnå en betydelig sundhedsgevinst både i form af øget livskvalitet og mindre

dødelighed. Nogle af elementerne i disse efterbehandlings-tilbud er undervisning i sygdommen og korrekt brug af medicin, genoptræning, psykisk støtte og råd og støtte til ændring af levevaner.

På grund af den større sygelighed blandt personer med en lav social position udgør de en væsentlig del af de kroniske patienter. Undersøgelsen viser, *at hver tredje af dem, der har en langvarig sygdom, tilhører den fjerdedel af befolkningen, der har færrest levekårsressourcer* (= 0-2 på indexet for levekårsressourcer). 24 pct af de kroniske patienter er ufaglærte. Der er ofte tale om personer med svage sociale netværk - manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, ingen ægtefælle etc. - samtidig med, at de ofte mangler det psykiske overskud til at ændre ved egen situation.

For at sikre, at de socialt dårligst stillede blandt de kroniske patienter får lige så stort udbytte som de øvrige patienter af de forebyggende tilbud, kan det være nødvendigt at lave socialt differentierede tilbud (jvnf. *den omvendte forebyggelseslov* omtalt i kapitel 3: udbyttet af de forebyggende aktiviteter står i omvendt forhold til behovet for forebyggelse). Det er ligeledes vigtigt, at man på sygehusene og i almen praksis er opmærksom på de sociale forholds betydning for patienternes muligheder for at omsætte sundhedspersonalets råd i praktisk handling.

1. Gannik DE (1999). *Situationel sygdom. Fragmenter til en social sygdomsteori baseret på en undersøgelse af ryglidelser*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
2. Michelsen N, Toftgaard Jensen B, Vinther Nielsen C, Schroll M (2000). *Klinisk socialmedicin*. København: Munksgaard.
3. Kristensen TS, Bjørner J, Smith-Hansen L, Borg V, Skov T (1998). *Selvurderet helbred og arbejdsmiljø - Er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse?* København: Arbejdsmiljøfondet.
4. Idler EL, Benyamini Y (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
5. Fayres PM, Sprangers MAG (2002). Understanding self-rated health. *The Lancet*, 359, 187-188.
6. King G, Tomz M, Wittenberg J (2000). Making the most of statistical analyses: Improving interpretation and presentation. *American Journal of Political Science*, 44(2), 341-355.
7. Lundberg O, Nyström Peck M (1995). A simplified way of measuring sense of coherence. Experiences from a population survey in Sweden. *European Journal of Public Health*, 5, 56.
8. Hallqvist J, Ahlbom A, Diderichsen F, Reuter Wall C (1996). How to evaluate interaction between causes: a review of practices in cardiovascular epidemiology. *Journal of Internal Medicine*, 239, 377-382.



# Sygelighed og brug af sundhedsydelse og medicin

Dette kapitel beskriver sygeligheden blandt den voksne befolkning i Århus amt samt brug af medicin og sundhedsydelse i form af læge, sygehus m.v.

Sygelighed anvendes her som en samlet betegnelse for *helbredsgener og symptomer*, som svarpersonerne har haft i form af smerter og utilpashed, hvad enten det skyldes sygdom eller ej, og *sygdomme* med specifikke diagnosebetegnelser. Der fokuseres på sociale forskelle i sygelighed. Endvidere beskrives forskelle med hensyn til køn og alder.

De landsdækkende sundhedsygelighedsundersøgelser viser, at der har været en stigning i andelen med én eller flere langvarige sygdomme fra 32 pct i 1987 til 41 pct i 2000 (1). Andelen med meget generende helbredsgener og symptomer har derimod stort set været uændret i samme periode. Hos personer på 45 år og derover har der været tale om et fald, mens forekomsten har været uændret eller svagt stigende hos personer under 45 år. Tilsyneladende er der især blandt ældre mennesker nu flere, der lever med en kronisk sygdom, uden at de oplever store helbredsgener i dagligdagen.

Der har inden for samme tidsrum været en generel stigning i brugen af sundhedsydelser. Fra 1993 til 2000 er antallet af konsultationer pr. indbygger

hos alment praktiserende læger steget med 1.8 pct om året, mens antallet af konsultationer hos speciallæger har været næsten uændret. Antallet af behandlinger hos fysioterapeut, kiropraktor og psykolog betalt af sygesikringen er i samme periode vokset med godt 3.5 pct om året. Mængden af solgt medicin er fra 1994 til 2000 steget med 25 pct målt i forhold til befolkningsstørrelsen (definerede døgn-doser/1000 indbyggere).

## Metode og statistisk analyse

Til beskrivelse af social position og sygelighed bruges index for levekårsressourcer og ved analysen af sundhedsydelser og medicin tillige uddannelsesniveau, jvnf. kapitel 3. Som anbefalet af Kunst og Mackenbach (2) bruges der flere forskellige mål for ulighed i sundhed.

For det *første* beskrives sygeligheds-mønsteret i befolkningen som helhed. Hvilke helbredsgener og sygdomme forekommer hyppigt og hvilke sjældnere?

For det *andet* beskrives forskelle i sygelighed mellem personer, der befinder sig henholdsvis øverst og nederst på den sociale rangstige. Hvor stort er "sundhedsgabet" mellem top og bund?

*Den relative forskel* angiver, hvor mange gange hyppigere en lidelse forekommer blandt

personer med få levekårsressourcer i forhold til personer med mange (udtrykt som en *ratio*). Den relative forskel kan godt være stor, selv om en helbredsgene eller sygdom ikke er særlig hyppig i nogen af grupperne.

*Den absolutte forskel* angiver forskellen i forekomsten af helbredsgener og sygdomme mellem personer med henholdsvis flest og færrest levekårsressourcer (udtrykt som en *procentdifference*). Ved hyppigt forekommende lidelser kan procentdifferencen være stor, selv om den relative forskel er beskedent.

Den relative og den absolutte forskel supplerer derfor hinanden som mål for den sociale ulighed i sundhed mellem den dårligst og den bedst stillede del af befolkningen.

For det *tredje* beskrives skævheden i den sociale fordeling af helbredsgener og sygdomme i befolkningen som helhed. Her bruges det såkaldte *koncentrationsindex* (3) som et mål for skævheden af den sociale fordeling af helbredsgener og sygdomme i befolkningen. Koncentrationsindexet varierer mellem 0 (fuldstændig lighed) og 1 (maksimal ulighed). Mens den relative og absolutte forskel i forekomsten af sygdom beskriver "sundhedsgabet" mellem den bedst stillede og den dårligst stillede del af befolkningen, tager koncentrationsindexet

højde for forskelle i forekomsten af sygdom over hele det sociale spektrum.

For det fjerde undersøges, hvor meget helbredsgener og sygdomme ville kunne reduceres, hvis forekomsten i hele befolkningen havde samme niveau som hos den socialt bedst stillede del af befolkningen. Her betegnet som *den forebyggelige andel* (også kaldet *den ætiologiske fraktion*). Den forebyggelige andel beregnes som den procentuelle reduktion i forekomsten af den pågældende sygdom i befolkningen under de nævnte forudsætninger.

Ligesom koncentrationsindexet beregnes den forebyggelige andel ud fra fordelingen af den pågældende lidelse i hele befolkningen. Men mens koncentrationsindexet alene måler skævheden i fordelingen, anvendes den bedst stillede del af befolkningen som "gyl-den standard" ved beregningen af den sundhedsforbedring, der kan opnås gennem en udjævning af de sociale forskelle i sundhed.

Der er brugt logistisk regression til at analysere sammenhængen mellem mere end to variable. Den statistiske analyse er foretaget ved hjælp af statistikprogrammet *Stata 8.0*. Ligesom i kapitel 4 er simuleringsprogrammet *Clarify - Software for Interpreting and Presenting Statistical Results* benyttet til at "oversætte" resultaterne til almindelige procenttabeller med det formål at gøre resultaterne af de multivariate analyser lettere forståelige (4).

## Helbredsgener og symptomer

Helbredsgener og symptomer er det enkelte menneskes oplevelse af helbredsbesvær i form af smerter, fysisk og psykisk ubehag, nedsat funktionsevne, følelsen af at være syg osv. De fleste mennesker oplever nu og da smerter og andre helbredsgener, hvad enten det skyldes sygdom eller ej. Forekomsten af helbredsgener er derfor et vigtigt aspekt af befolkningens sundhed. Helbredsgener påvirker den enkeltes trivsel og velvære, og har samtidig en række samfundsmæssige konsekvenser, hvilket illustreres af følgende (5-8):

- Helbredsgener er en af de vigtigste årsager til besøg hos den praktiserende læge.
- Helbredsgener er en vigtig årsag til sygefravær.
- Ved patienter med rygsmerter kan der i 70-80 pct af tilfældene ikke stilles nogen eksakt diagnose.
- Rygsmerter, hvor man ikke med sikkerhed har kunnet fastslå den fysiske årsag til smerterne, er en væsentlig grund til langtidssygemelding og førtidspension.
- Patienter, der hyppigt henvender sig hos den praktiserende læge med kraftige smerter og andre lidelsesfulde tilstande, uden at der kan påvises legemlige lidelser, er en ressourcekrævende patientgruppe.
- Træthed er påvist som en faktor, der forudsiger dødelighed blandt ældre uafhængigt af en række andre helbreds faktorer.

I *Hvordan har du det?* er der spurgt om forekomsten af 21 specifikke helbredsgener inden for de seneste 14 dage.

Endvidere var der mulighed for at angive forekomsten af andre helbredsgener. Ved hver helbredsgene er man blevet bedt om at angive, om man har haft den, og hvor vidt man har været lidt eller meget generet af den. En nærmere undersøgelse af data viser, at visse helbredsgener ofte optræder sammen<sup>1</sup>.

De forskellige helbredsgener grupperes i det følgende under betegnelserne:

*Nervøse symptomer*  
*Muskel-skelet smerter*  
*Lunge-hjertesymptomer*  
*Mave-tarmsymptomer*  
*Gener fra syn og hørelse, vandladning/inkontinens*  
*Hovedpine, svimmelhed og forkølelse*  
*Hudgener, utilsigtet vægttab*  
*Underlivsgener, andet*

## Resultater

Figur 5.1 viser forekomsten af helbredsgener og symptomer under et. Stort set alle har haft mindst én helbredsgene inden for de seneste 14 dage. Kun 6 pct rapporterer ikke om helbredsgener eller symptomer.

37 pct har haft mindst en helbredsgene, som de har været meget generet af, i de foregående 14 dage. 17 pct har haft en enkelt meget generende helbredsgene, 12 pct har haft to-tre forskellige, meget generende helbredsgener, og 8 pct har haft fire eller flere.

Tabel 5.1 viser forekomsten af de enkelte helbredsgener. *Muskel-skelet smerter* er de mest udbredte helbredsgener. Halvdelen af befolkningen har således haft smerter i nakke, skuldre, arme eller hænder inden for de seneste 14

<sup>1</sup> Der er foretaget en eksplorativ dataanalyse af de 22 helbredsgener ved hjælp af *principal komponent analyse* med anvendelse af forskellige rotationsmetoder og *hierarkisk klyngeanalyse* med anvendelse af forskellige clusteralgoritmer. Analyserne har resulteret i lidt varierende, men i store træk ens opdelinger i symptomgrupper.

dage. Det samme gælder for smerter i ryg eller lænd.

Andre hyppige helbredsgener er hovedpine og forkølelse.

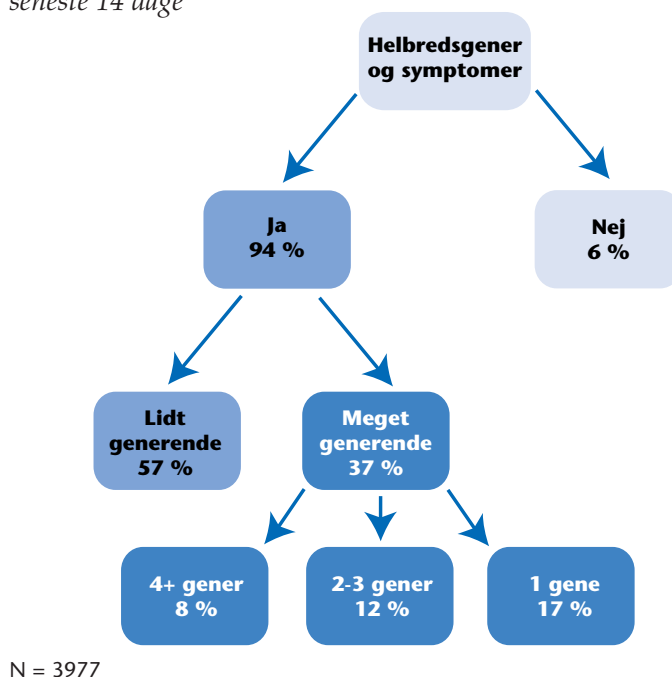
Nervøse symptomer og symptomer fra mave og tarm er ligeledes hyppige. Hver femte har haft åndedrætsbesvær, hududslæt, kløe eller eksem og blandt kvinderne underlivs- og menstruationssmerter.

De hyppigst forekommende meget generende helbredsgener er ligeledes muskel-skelet-smerter, hovedpine og forkølelse.

En ud af 20-25 personer har været meget generet af nervøse symptomer: ængstelse og nervøsitet, træthed uden grund, nedtrykthed, søvnløshed.

**Figur 5.1**

Andel af befolkningen med helbredsgener og symptomer inden for de seneste 14 dage



**Tabel 5.1**

Helbredsgener inden for de seneste 14 dage

	Har haft symptomet	Har været meget generet af det
		Pct
<b>Nervøse symptomer</b>		
Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst (N = 3866)	26	4
Træthed eller kraftsløshed uden grund (N = 3860)	26	5
Nedtrykthed, deprimeret, uheldig (N = 3859)	24	4
Søvnløshed eller søvnbesvær (N = 3878)	28	5
<b>Muskel-skeletssmerter</b>		
Nakke, skuldre, arme eller hænder (N = 3871)	52	12
Ryg eller lænd (N = 3848)	47	10
Ben, hofter, knæ eller fødder (N = 3847)	38	8
<b>Lunge- og hjertesymptomer</b>		
Åndedrætsbesvær, forpustethed (N = 3875)	22	4
Smerter/ubehag ved hjerte, brystsmerter (N = 3854)	10	1
<b>Mave-tarmsymptomer</b>		
Smerter i maven (N = 3857)	17	3
Fordøjelsesbesvær, hård/tynd mave (N = 3880)	23	3
Kvalme eller uro i maven (N = 3856)	19	2
<b>Gener fra syn og hørelse, vandladning/inkontinens</b>		
Gener fra øjnene eller nedsat syn (N = 3871)	16	2
Gener fra ørene eller nedsat hørelse (N = 3870)	16	2
Vandladningsproblemer/inkontinens (N = 3883)	13	2
<b>Hovedpine, svimmelhed og forkølelse</b>		
Hovedpine (N = 3828)	43	7
Svimmelhed (N = 3752)	15	2
Forkølelse, snue, hoste (N = 3847)	43	10
<b>Hudgener, utilsigtet vægttab</b>		
Hududslæt, hudkløe eller eksem (N = 3867)	23	4
Et utilsigtet vægttab (N = 3853)	2	0.4
<b>Underlivsgener, andet</b>		
Underlivs/menstruationssmerter - kvinder (N = 2013)	20	4
Andet (N = 3986)	12	5

Tabel 5.2

Meget generende helbredsgener og symptomer inden for de seneste 14 dage

	Langvarig sygdom, skader eller eftervirkninger af disse				Total
	Ingen sygdom	Ikke hæmmet trods sygdom	Noget hæmmet af sygdom	Meget hæmmet af sygdom	
			Pct		
Ingen gener	76	69	47	12	64
1 gene	14	17	24	16	16
2-3 gener	7	10	18	30	12
4 eller flere gener	2	3	10	41	8
Total	100	100	100	100	100

N = 3800

I det følgende fokuseres der på meget generende helbredsgener. Som man kunne forvente, er der en tæt sammenhæng mellem forekomsten af disse og langvarig sygdom (tabel 5.2). Der er dog forskel på forekomsten af meget generende helbredsgener i forhold til alder, køn og social position selv efter, at der er justeret for langvarig sygdom.

- Midaldrende oplever *lidt flere* alvorlige helbredsgener end unge og ældre (figur 5.2).

Der er ikke den store forskel i forekomsten af meget generende helbredsgener i de forskellige aldersgrupper. Der er flere midaldrende (35-64 år), der har haft fire eller flere gener. Dette er for så vidt overraskende i betragtning af, at andelen med en langvarig sygdom stiger med alderen.

Når man korrigerer for forekomsten af langvarig sygdom, er det den unge del af befolkningen, der har haft flest helbredsgener. Hos unge er oplevelsen af helbredsgener og symptomer altså mindre bundet til langvarig sygdom end hos ældre.

- Kvinder oplever *en del flere* alvorlige helbredsgener end mænd (figur 5.3).

Forekomsten af meget generende helbredsgener er en del større hos kvinder end mænd. Det gælder også, efter at der er justeret for kvinders større sygelighed (langvarig sygdom).

- Personer med få levekårsressourcer oplever *væsentligt flere* alvorlige helbredsgener end personer med mange levekårsressourcer (figur 5.4).

Forekomsten af meget generende helbredsgener er væsentligt større hos personer med få levekårsressourcer end hos personer med mange. En del af forskellen forsvinder, når man justerer for den større sygelighed hos personer med få levekårsressourcer. Men kun en del af forskellen.

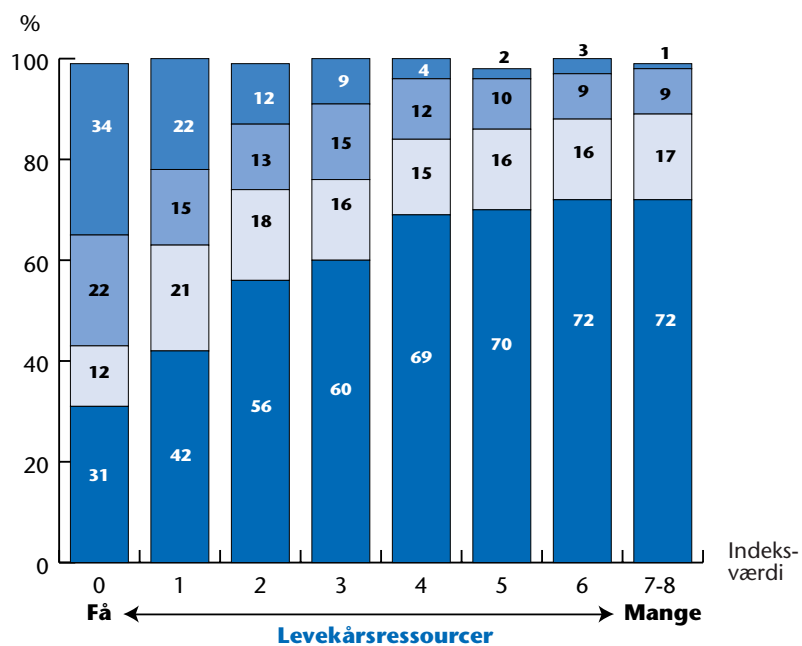
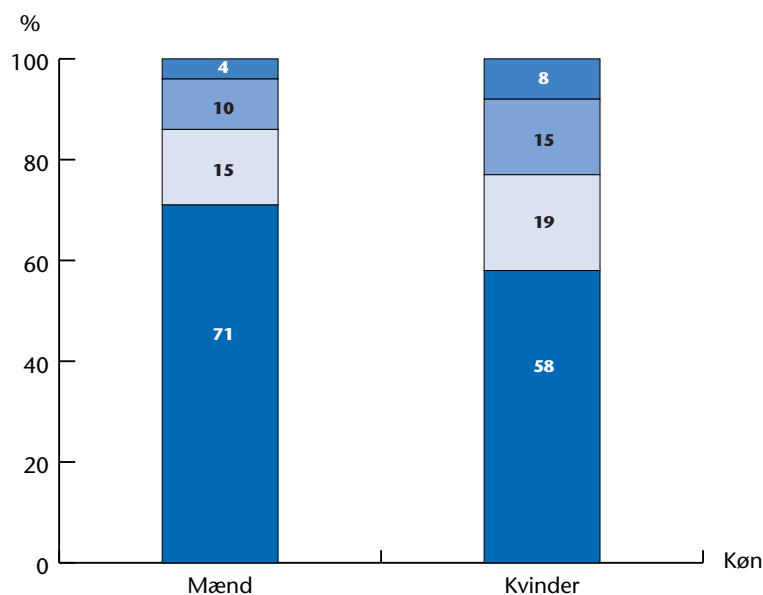
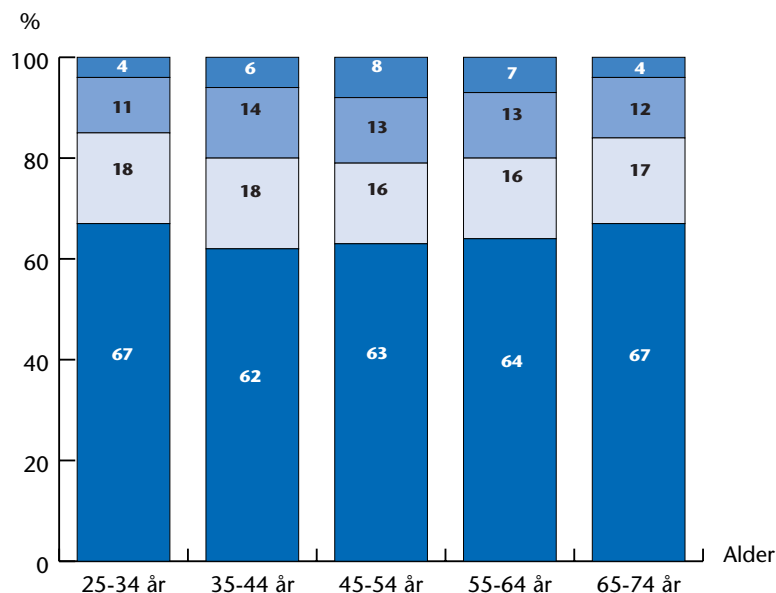
### De enkelte helbredsgener - køns- og aldersforskelle

21 ud af 22 meget generende helbredsgener forekommer hyppigere hos kvinder end mænd. Især har flere kvinder end mænd *smarter i nakke-skuldre og ryg-lænd, fordøjelsesbesvær, kvalme og hovedpine*.

Kun gener fra ørerne eller nedsat hørelse forekommer lidt hyppigere hos mænd end kvinder.

*Nervøse symptomer* er hyppigere hos unge end hos ældre. Det samme gælder *smarter i maven, fordøjelsesbesvær, kvalme og hovedpine*.

*Smarter i ben, knæ, hofter eller fødder, lunge- og hjertesymptomer, gener fra øjne/nedsat syn, gener fra ører/nedsat hørelse samt vandladningsproblemer/in-kontinens* er til gengæld hyppigere hos ældre end hos yngre.



## De enkelte helbredsgener - sociale forskelle

Der er en væsentlig højere forekomst af stort set alle typer af meget generende helbredsgener blandt personer med få levekårsressourcer sammenlignet med personer med mange levekårsressourcer (tabel 5.3). I gruppen med flest ressourcer er det kun *smarter i nakke-skuldre, ryg-lænd, forkølelse* samt kategorien *andet*, der forekommer hos 5 pct eller mere. I gruppen med færrest ressourcer forekommer 20 ud af 22 helbredsgener hos 5 pct eller mere.

Det største "sundhedsgab" finder man i forekomsten af *nervøse symptomer* og i forekomsten af *muskel-skelet smerter*.

*Nervøse symptomer* er meget udbredte blandt den dårligst stillede del af befolkningen og meget lidt udbredte blandt den velstillede del af befolkningen. Derfor er der både en stor relativ og absolut forskel i forekomsten af disse helbredsgener. *Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst* forekommer f.eks. hos 21 pct af de dårligst stillede og hos 0.7 pct blandt de velstillede. Det er 31 gange så hyppigt. Forskellen ved *søvnløshed* er ligeså stor.

*Muskel-skelet smerter* er endnu hyppigere blandt de dårligst stillede end nervøse symptomer, men også forholdsvis udbredt blandt den bedst stillede del af befolkningen. *Smarter i nakke, skuldre, arme eller hænder* forekommer f.eks. hos 38 pct i gruppen med færrest levekårsressourcer og hos 6 pct i gruppen med flest levekårsressourcer. Derfor forekommer *smarter i nakke-skuldre, ryg-lænd og ben-hofte* "kun" 7 gange så hyppigt hos den dårligst stillede del af be-

folkningen. Til gengæld er den absolutte forskel med hensyn til *smarter i ryg-lænd og ben-hofte* på henholdsvis 27 og 33 pct.

Der er både stor relativ og absolut forskel i forekomsten af *åndedrætsbesvær, forpustethed*. Godt 18 pct i den dårligst stillede gruppe har været meget generet af dette symptom imod knap 2 pct blandt de bedst stillede. Det er 11 gange så hyppigt, mens den absolutte forskel er 16 pct.

Det samme mønster ser man med hensyn til *svimmelhed*, der forekommer hos henholdsvis 15 pct og 0.6 pct. Det er 26 gange så hyppigt, og den absolutte forskel er 15 pct.

Med hensyn til gener fra *syn, hørelse og vandladningsproblemer/inkontinens* er der tale om en stor relativ forskel. Disse gener er mellem 10 og 17 gange så hyppige blandt de dårligst stillede i forhold til de bedst stillede. Men da forekomsten ikke er så stor heller hos de dårligst stillede, er de absolutte forskelle dog kun på mellem 5 og 8 pct.

Der er en forholdsvis stor absolut forskel i forekomsten af *hovedpine* og *forkølelse*, og en forholdsvis stor relativ forskel i forekomsten af *mavesmerter*.

Ser man på fordelingen af helbredsgener i hele befolkningen og ikke blot på "sundhedsgabet" mellem top og bund, er den sociale skævhed størst ved de nervøse symptomer *ængstelse-nervøstet, nedtrykthed og søvnløshed*. Værdien af koncentrationsindexet er her i alle tilfælde over 0.40.

Endvidere har følgende helbredsgener et koncentrations-

index på over 0.30: *Træthed uden grund, smerter i ben-hofte, åndedrætsbesvær, hjertesymptomer, mavesmerter, vandladningsproblemer/inkontinens og svimmelhed*.

Den forebyggelige andel er størst ved *høregener, søvnløshed og ængstelse-nervøstet*. Hvis forekomsten i hele befolkningen kom ned på samme niveau som hos den bedst stillede del af befolkningen, ville det betyde en reduktion på over 75 pct eller mere.

Forekomsten af følgende helbredsgener ville blive mere end halveret: *Træthed uden grund, nedtrykthed, smerter i ben-hofte, mavesmerter, gener fra synet, vandladningsproblemer/inkontinens, svimmelhed*.

Der ville næsten ske en halvering i forekomsten af *smarter i nakke-skuldre, ryg-lænd og underlivssmerter* hos kvinder. Kun ved *hududslet-eksem* og kategorien *andet* er den forebyggelige andel negativ, idet disse helbredsgener forekommer hyppigere i den bedst stillede del af befolkningen end i befolkningen som helhed.

I tabel 5.4 er de forskellige helbredsgener rangordnet, dels efter hvor hyppigt de forekommer i hele befolkningen, dels efter størrelsen af de fire anvendte mål for social ulighed i sundhed.

## Langvarig sygdom

Mens helbredsgener og symptomer er den enkeltes oplevelse af helbedsbesvær, er sygdomme de medicinske betegnelser for unormale tilstande i menneskets krop og psyke. Ofte, men ikke altid, vil der være tale om to sider af samme sag. Man kan både *føle sig syg og have en sygdom*. Det

første kan være anledning til at søge læge for at finde ud af hvad man fejler, det andet til at følge en behandling ordineret af lægen på baggrund af undersøgelse og diagnose.

I *Hvordan har du det?* er forekomsten af langvarig sygdom belyst gennem spørgsmålet: *Har du nogle langvarige sygdomme, skader eller eftervirkninger af disse? Med langvarig menes noget, der har været eller kan påregnes at vare mindst 6 måneder.* Herefter følger en liste

med 15 specifikke sygdomme (de såkaldte listesygdomme). Endvidere er svarpersonerne blevet bedt om at gøre rede for, om de har andre langvarige sygdomme.

De lukkede og de åbne spørgsmål er efterfølgende blevet kodet efter de 14 overordnede diagnosegrupper i WHO's internationale sygdomsklassifikation. Med 14 diagnosegrupper og 15 listesygdomme er der naturligvis

tale om en grov sygdomsinddeling. Formålet er heller ikke at give en detaljeret beskrivelse af forekomsten af sygdomme i befolkningen, men at belyse forekomsten af en række udvalgte sygdomme og at beskrive det samlede sygdomsmønster. Se [tabel 5.5](#).

Oplysningernes rigtighed er ikke bekræftet af en læge. Fra andre undersøgelser er der imidlertid erfaring for, at der er en god overensstemmelse

**Tabel 5.3**

*Sociale forskelle i helbredsgener og symptomer inden for de seneste 14 dage - forekomsten af meget generende helbredsgener justeret for køn og alder*

	Forekomst			Social forskel			
	Hele befolkningen	Levekårsressourcer Færrest	Flest	Ratio: Færrest divideret med Flest	Færrest minus Flest	Koncentrationsindex	Forebyggelig andel
	Pct				Pct		Pct
<b>Nervøse symptomer</b>							
Nervøsitet	4	21	0.7	31.26	21	0.47	76
Træthed	5	17	2	10.17	16	0.32	56
Nedtrykthed	4	21	1	16.82	20	0.44	50
Søvnløshed	5	22	0.7	31.34	21	0.43	80
<b>Smerter eller ubehag i bevægeapparatet</b>							
Nakke, skuldre	12	38	6	6.92	33	0.24	48
Ryg eller lænd	10	32	5	6.73	27	0.27	46
Ben, hofter	8	20	3	6.90	17	0.30	56
<b>Lunge- og hjertesymptomer</b>							
Åndedrætsbesvær	4	18	2	10.59	16	0.38	34
Hjertesymptomer	1	3	0.5	5.87	2	0.31	38
<b>Mave-tarmsymptomer</b>							
Mavesmerter	3	9	1	8.58	8	0.31	52
Fordøjelsesbesvær	3	10	2	4.31	8	0.26	16
Kvalme	2	7	1	5.57	6	0.29	22
<b>Gener fra syn og hørelse, vandladning/inkontinens</b>							
Synet	2	5	0.5	10.39	5	0.27	66
Hørelsen	2	5	0.3	17.12	5	0.26	81
Vandet	2	9	0.5	15.86	8	0.40	59
<b>Hovedpine, svimmelhed og forkølelse</b>							
Hovedpine	7	14	4	3.76	10	0.19	38
Svimmelhed	2	15	0.6	26.11	15	0.38	61
Forkølelse	10	26	9	2.97	17	0.19	8
<b>Hudgener, utilsigtet vægttab</b>							
Hududslet	4	9	4	2.11	4	0.14	-24
Utilsigtet vægttab	0.4	.	.	.	.	.	.
<b>Underlivsgener, andet</b>							
Underlivssmerter	4	6	1	4.53	5	0.20	47
Andet	5	18	6	3.26	13	0.11	-13

Tabel 5.4

Meget generende helbredsgener rangordnet efter forekomst i hele befolkningen og de fire anvendte mål for social ulighed i sundhed (relativ forskel, absolut forskel, koncentrationsindex og forebyggelig andel)

Forekomst i hele befolkningen	"Sundhedsgabet" mellem bund og top		Den sociale skævhed i fordelingen	
	Relativ forskel	Absolut forskel	Koncentrationsindex	Forebyggelig andel
Pct	Ratio	Procentdifference	0-1	Pct
Mere end 10 pct	Mere end 15 gange	Mere end 20 pct	Over 0.40	Over 75 pct
Nakke, skuldre	Søvnløshed	Nakke, skuldre	Nervøsitet	Hørelsen
Forkølelse	Nervøsitet	Ryg eller lænd	Nedtrykthed	Søvnløshed
5-10 pct	Svimmelhed	Søvnløshed	Søvnløshed	Nervøsitet
Ryg eller lænd	Hørelsen	Nervøsitet	Vandet	50-75 pct
Ben, hofter	Nedtrykthed	Nedtrykthed	0.30-0.40	Synet
Hovedpine	Vandet	15-20 pct	Svimmelhed	Svimmelhed
Søvnløshed	10-15 gange	Ben, hofter	Åndedrætsbesvær	Vandet
Andet	Åndedrætsbesvær	Forkølelse	Træthed	Træthed
3-4 pct	Synet	Træthed	Mavesmerter	Ben, hofter
Træthed	Træthed	Åndedrætsbesvær	Hjertesymptomer	Mavesmerter
Nervøsitet	5-9 gange	Svimmelhed	Ben, hofter	Nedtrykthed
Hududslet	Mavesmerter	10-14 pct	0.20-0.29	25-49 pct
Underlivssmerter	Nakke, skuldre	Andet	Kvalme	Nakke, skuldre
Nedtrykthed	Ben, hofter	Hovedpine	Synet	Underlivssmerter
Åndedrætsbesvær	Ryg eller lænd	Under 10 pct	Ryg eller lænd	Ryg eller lænd
Mavesmerter	Hjertesymptomer	Mavesmerter	Hørelsen	Hovedpine
Fordøjelsesbesvær	Kvalme	Vandet	Fordøjelsesbesvær	Hjertesymptomer
Under 3 pct	Mindre end 5 gange	Fordøjelsesbesvær	Nakke, skuldre	Åndedrætsbesvær
Synet	Underlivssmerter	Kvalme	Underlivssmerter	Under 25 pct
Kvalme	Fordøjelsesbesvær	Hørelsen	Under 0.20	Kvalme
Vandet	Hovedpine	Underlivssmerter	Hovedpine	Fordøjelsesbesvær
Svimmelhed	Andet	Synet	Forkølelse	Forkølelse
Hørelsen	Forkølelse	Hududslet	Hududslet	Andet
Hjertesymptomer	Hududslet	Hjertesymptomer	Andet	Hududslet
Utilstigtet vægttab	Utilstigtet vægttab	Utilstigtet vægttab	Utilstigtet vægttab	Utilstigtet vægttab

mellem befolkningens egne opgivelser om egentlige sygdomme og den lægelige vurdering (10).

### Resultater

- Hver tredje borger i Århus amt har langvarige sygdomme, skader eller eftervirkninger af disse.

To tredjedele af befolkningen i Århus amt har ingen langvarige sygdomme skader eller eftervirkninger af disse (figur 5.5). En tredjedel har en eller flere langvarige sygdomme.

- Hver tiende borger er meget hæmmet af sygdom - halvdelen hele tiden, halvdelen en gang imellem.

Tre ud af ti er hæmmet af sygdom - hver tiende er meget hæmmet, halvdelen hele tiden, den anden halvdel meget en gang imellem. To ud af ti er en smule hæmmet af sygdom - knap halvdelen af dem hele tiden.

De hyppigst forekommende sygdomme er *muskel-skeletsygdomme*. Muskel-skeletsygdomme omfatter bl.a. sygdomme som gigt i muskler og led, knogleskørhed, diskusprolaps og "ondt i ryggen" (uspecifikke lænderygsmerter). Der er sjældent tale om livstruende tilstande, men de medfører mange sygedage og er en vigtig årsag til nedsat arbejdsevne og førtidspensionering.

14 pct af svarpersonerne oplyser, at de har en *muskel-skeletsygdom*. De to listesygdomme *diskusprolaps* og *leddegigt* forekommer begge hos 3 pct. 10 pct har andre sygdomme i bevægeapparatet.

Næsthypigst er *sygdomme i nervesystem og sanseorganer*, som 10 pct har. Sygdomme i nervesystem og sanseorganer omfatter bl.a. migræne/tilbagevendende hovedpine, epilepsi og dissimineret sclerose samt nedsat syn og hørelse. Denne gruppe domineres af listesygdommen *migræne/tilbagevendende hovedpine*.

*Hjerte-karsygdomme* forekommer hos 9 pct. Hjerte-karsyg-



domme omfatter først og fremmest forhøjet blodtryk, iskæmiske hjertesygdomme herunder blodprop i hjertet og sygdomme i hjernens blodkar som hjerneblødning og blodprop i hjernen. Hjertekarsygdomme resulterer i et stort antal dødsfald hvert år. Her er den dominerende listesygdom *forhøjet blodtryk*.

*Hudsygdomme* forekommer hos 6 pct. Her er den dominerende listesygdom *eksem*.

8 pct har en sygdom inden for diagnosegruppen *andre sygdomme*. Listesygdommen *allergi* forekommer hos 8 pct.

Alle øvrige diagnosegrupper og listesygdomme har en forekomst på under 5 pct.

- Som man kunne forvente, er der *væsentligt færre* unge som har langvarige sygdomme end ældre (figur 5.6).

3 ud af 4 blandt de 25-34-årige har ingen langvarige sygdomme. Halvdelen af de 65-74-årige har ingen langvarige sygdomme.

- Mænd og kvinder adskiller sig ikke meget med hensyn til langvarig sygdom (figur 5.7).

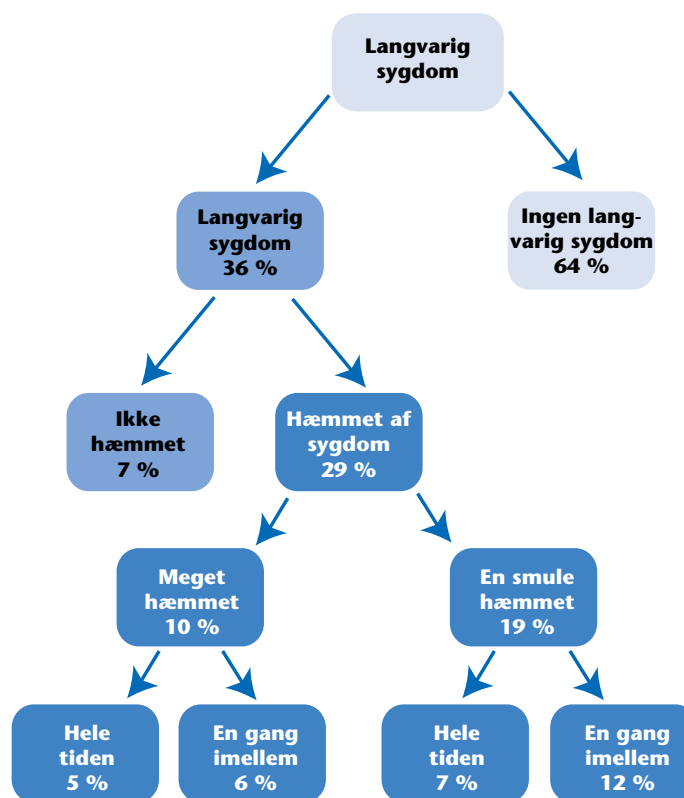
Der er lidt færre mænd, der har en langvarig sygdom end kvinder, og lidt flere kvinder end mænd er meget hæmmet af sygdom.

- Der er en *kraftig social gradient* i forekomsten af langvarige sygdomme (figur 5.8).

Sammenholder man de personer, der scorer henholdsvis lavt og højt på index for levekårsressourcer, er der halvt så mange uden langvarige syg-

**Figur 5.5**

*Andel med langvarig sygdom, skader eller eftervirkninger af disse*



N = 3986

domme i gruppen med færrest ressourcer og henvend 12 gange så mange, der er meget hæmmet af sygdom, i forhold til gruppen med flest ressourcer.

### De enkelte sygdomme - sociale forskelle

Ligesom ved helbredsgener og symptomer er der en væsentlig højere forekomst af de forskellige langvarige sygdomme hos personer med få levekårsressourcer end hos personer med mange levekårsressourcer.

Det største "sundhedsgab" finder man i diagnosegrupperne *sygdomme i nervesystem og sanseorganer*, *muskel-skelet-sygdomme* og *psykiske lidelser* (tabel 5.6, side 50).

Blandt dem med færrest ressourcer har 35 pct en langva-

rig sygdom i *nervesystem eller sanseorganer* mod 3 pct blandt dem med flest ressourcer. Det er 12 gange så hyppigt, og der er en absolut forskel på 32 pct. *Migræne/tilbagevendende hovedpine* er den hyppigst forekommende listesygdom i denne diagnosegruppe. Blandt de dårligst stillede har 26 pct denne lidelse mod 2 pct blandt de bedst stillede. Det er 12 gange så hyppigt, og den absolutte forskel er på 23 pct. *Epilepsi* forekommer hos henholdsvis 8 pct og 0.4 pct. Det er 22 gange så hyppigt, og der er en absolut forskel på 7 pct. *Lammelse i nogen del af kroppen* forekommer hos henholdsvis 8 pct og 0.7 pct. Det er 13 gange så hyppigt blandt de dårligst stillede, og den absolutte forskel er på 7 pct.

*Muskel-skelet-sygdomme* forekommer hos 31 pct blandt

Tabel 5.5

Forekomsten af langvarige sygdomme, skader eller eftervirkninger af disse - diagnosegrupper og listesygdomme

	Pct
Muskel- og skeletsygdomme (N = 3888)	14
Diskusprolaps	3
Leddegigt	3
Andet	10
Sygdomme i åndedrætsorganer (N = 3888)	4
Kronisk bronkitis	3
Andet	2
Hjerte-karsygdomme (N = 3889)	9
Blodprop i hjertet eller hjertekrampe	2
Hjerneblødning/blodprop i hjernen	1
Forhøjet blodtryk	7
Andet	1
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer (N = 3890)	10
Epilepsi	0.7
Migræne/tilbagevendende hovedpine	7
Lammelse i nogen del af kroppen	1
Andet	3
Skader (N = 3888)	2
Sygdomme i fordøjelsesorganerne (N = 3888)	2
Stofskiftesygdomme (N = 3888)	4
Sukkersyge	3
Andet	1
Psykiske lidelser (N = 3888)	4
Hudsygdomme (N = 3888)	6
Eksem	6
Andet	0.7
Svulster (N = 3889)	2
Sygdomme i urinveje og kønsorganer (N = 3889)	1
Underlivssygdomme	0.6
Andet	0.9
Infektionssygdomme (N = 3888)	0.4
Blodsygdomme (N = 3888)	0.1
Andre sygdomme (N = 3888)	8
Allergi	8
Andet	0.2

personer med færrest levekårsressourcer og hos 9 pct blandt personer med flest. Muskel-skeletsygdomme er godt 3 gange så hyppige i den første gruppe, og der er en absolut forskel på 21 pct. Blandt listesygdommene i denne diagnosegruppe er det især *leddegigt*, der er meget hyppigere blandt de dårligst stillede. 13 pct har leddegigt mod godt 1 pct blandt de velstillede. Det er 10 gange så mange, og der er en absolut forskel på 12 pct.

*Psykiske lidelser* forekommer hos 29 pct i den dårligst stillede gruppe og hos 2 pct blandt de bedst stillede. Det er 18 gange så hyppigt og den absolutte forskel er på 27 pct.

“Sundhedsgabet” ved diagnosegrupperne *sygdomme i åndedrætsorganerne*, *hjerte-karsygdomme* og *andre sygdomme* er også markant.

10 pct har *åndedrætssygdomme* blandt de dårligst stillede mod 2 pct blandt de bedst stillede.

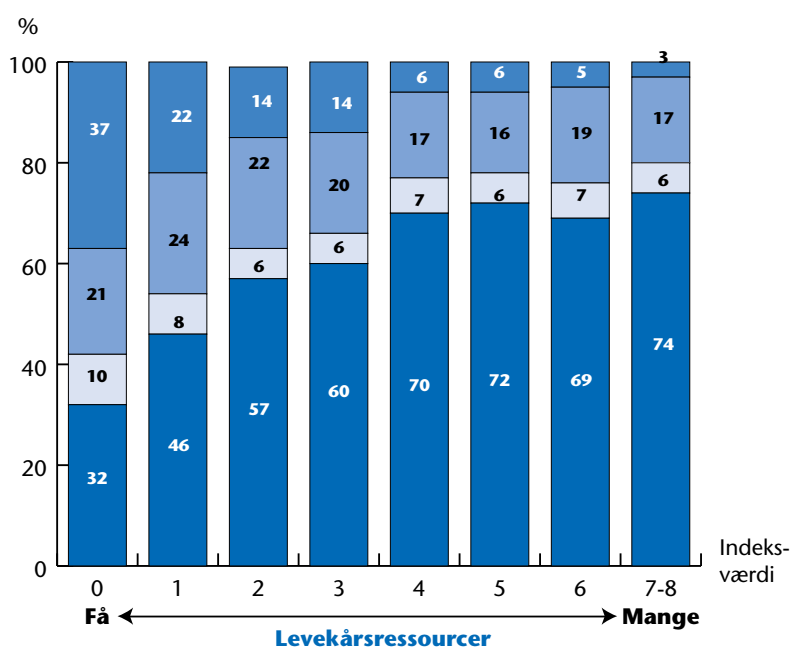
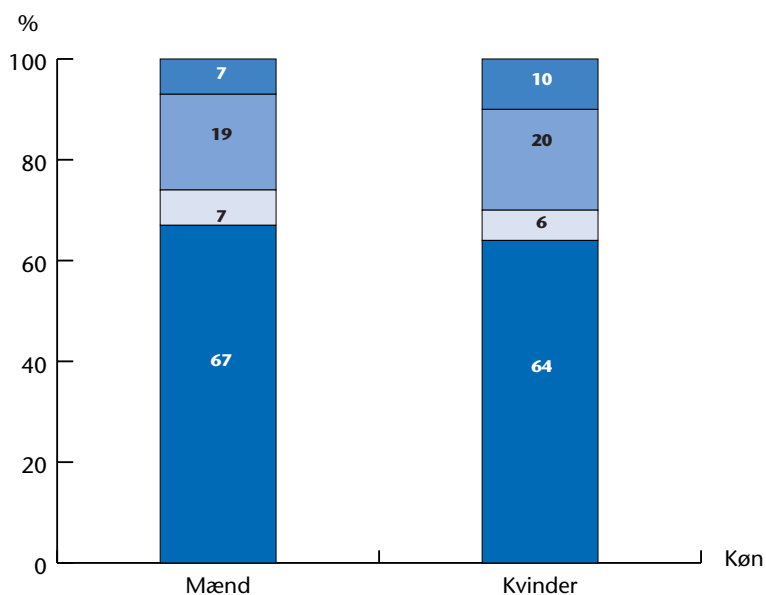
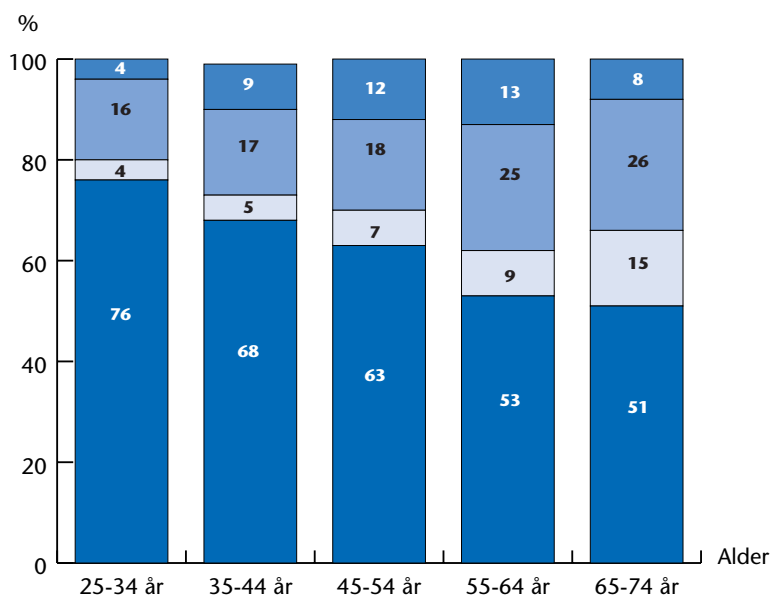
Det er 5 gange så hyppigt, og der er en absolut forskel på 8 pct. *Kronisk bronkitis*, som den ene listesygdom i denne diagnosegruppe, forekommer 14 gange hyppigere blandt de dårligst stillede end blandt de bedst stillede, og den absolutte forskel er på 7 pct.

*Hjerte-karsygdomme* forekommer hos henholdsvis 13 pct og 3 pct - 4 gange så hyppigt - og den absolutte forskel er på 9 pct. Blandt listesygdommene i denne diagnosegruppe forekommer *blodprop i hjertet/hjertekrampe* hos henholdsvis 22 pct og 2 pct. Det er 11 gange så hyppigt, og der er en absolut forskel på 20 pct.

*Andre sygdomme* forekommer hos henholdsvis 21 pct og 8 pct - knap 3 gange så hyppigt - og den absolutte forskel er på 14 pct. *Allergi*, den eneste listesygdom i denne gruppe, forekommer hos henholdsvis 24 pct og 8 pct. Det er 3 gange så hyppigt og den absolutte forskel er på 16 pct.

Sammenfattende kan det siges, at “sundhedsgabet” mellem top og bund især er stort for langvarige sygdomme i *muskler og skelet*, i *åndedrætsorganerne*, i *kredsløbet*, i *nervesystemet* og *sanser*, samt ved *psykiske sygdomme* og *allergiske sygdomme*.

Ser man på fordelingen af langvarige sygdomme i hele befolkningen, finder man den største sociale forskel blandt diagnosegrupperne ved *psykiske lidelser* og blandt listesygdommene ved *kronisk bronkitis*. Værdien på koncentrationsindexet er her henholdsvis 0.46 og 0.43. Ved to andre listesygdomme har koncentrationsindexet en værdi på over 0.30 – *leddegigt* og *blodprop i hjertet/hjertekrampe*.



Tabel 5.6

Sociale forskelle i forekomsten af langvarige sygdomme, skader eller eftervirkninger af disse (diagnosegrupper og listesygdomme) justeret for køn og alder

Diagnosegrupper og listesygdomme	Forekomst			Social forskel			
	Hele befolkningen	Levekårsressourcer Færrest	Flest	Ratio: Færrest divideret med Flest	Færrest minus Flest	Koncentrationsindex	Forebyggelig andel
	Pct				Pct		Pct
• Muskel-skeletsygdomme	14	31	9	3.29	21	0.18	30
Diskusprolaps	3	3	1	2.22	2	0.24	38
Leddegigt	4	13	1	9.96	12	0.34	50
• Åndedrætsorganer	4	10	2	5.07	8	0.29	39
Kronisk bronkitis	3	8	0.6	14.13	7	0.43	64
• Hjerter-karlidelser	9	13	3	3.80	9	0.18	38
Blodprop i hjertet eller hjertekrampe	2	22	2	11.31	20	0.36	57
Hjerneblødning/ blodprop i hjernen	1	1	0.1	9.28	1	0.34	28
Forhøjet blodtryk	8	8	3	3.07	5	0.18	41
• Nervesystem-sanser	10	35	3	12.31	32	0.24	68
Epilepsi	1	8	0.4	21.90	7	0.25	24
Migræne/tilbagevendende hovedpine	7	26	2	12.41	23	0.26	64
Lammelse i nogen del af kroppen	2	8	0.7	12.67	7	0.17	43
• Skader	2	3	2	1.46	2	0.10	-42
• Fordøjelsesorganer	2	2	1	1.60	1	0.18	7
• Stofskiftesygdomme	4	7	2	3.13	5	0.19	19
Sukkersyge	3	6	1	4.56	5	0.25	25
• Psykiske lidelser	4	29	2	17.96	27	0.46	51
• Hudsygdomme	6	15	5	2.83	10	0.15	10
Eksem	6	14	5	2.73	9	0.15	14
• Svulster	2	2	0.8	2.27	1	0.03	23
• Urinveje og kønsorganer	1	0.0	0.7	0.00	-0.7	0.23	13
Underlivssygdom	1	.	.	.	.	.	.
• Infektionssygdomme	0.4	2	0.3	7.78	2	0.13	19
• Blodsygdomme	0.1	.	.	.	.	.	.
• Andre sygdomme	8	21	8	2.83	14	0.12	4
Allergi	8	24	8	3.04	16	0.14	-3

Den forebyggelige andel er størst ved sygdomme i nervesystem og sanseorganer. Hvis forekomsten i hele befolkningen kom ned på niveau med den bedst stillede del af befolkningen, ville det betyde en reduktion i disse sygdomme på 68 pct. Størst vil reduktionen blandt listesygdommene i denne diagnosegruppe være ved migræne/tilbagevendende

hovedpine, hvor den forebyggelige andel er på 64 pct.

Endvidere er den forebyggelige andel på mindst 50 pct ved følgende sygdomme: psykiske lidelser, blodprop i hjertet/hjertekrampe og leddegigt.

I tabel 5.7 og 5.8 er diagnosegrupper og listesygdomme rangordnet efter, hvor hyp-

pigt de forekommer i befolkningen, og efter størrelsen af de fire mål, der er brugt til at måle den sociale ulighed i sundhed.

### Brug af læge, sygehus m.v.

Helbredsgener og sygdom får mennesker til at søge læge og andre former for behandling. Det er dog langt fra alle hel-

**Tabel 5.7** Langvarige sygdomme (diagnosegrupper) rangordnet efter forekomst i hele befolkningen og de fire anvendte mål for social ulighed i sundhed (relativ forskel, absolut forskel, koncentrationsindex og forebyggelig andel)

Forekomst i hele befolkningen	"Sundhedsgabet" mellem bund og top		Den sociale skævhed i fordelingen	
	Relativ forskel	Absolut forskel	Koncentrationsindex	Forebyggelig andel
Pct	Ratio	Procentdifference	0-1	Pct
Mere end 10 pct	Mere end 15 gange	Mere end 20 pct	Over 0.40	Over 75 pct
Muskel-skelet-sygdomme	Psykelige lidelser 10-15 gange	Nervesystem og sansorganer	Psykelige lidelser 0.20-0.29	Nervesystem og sansorganer
Nervesystem og sansorganer	Nervesystem og sansorganer	Psykelige lidelser	Åndedrætsorganerne	Psykelige lidelser
5-10 pct	5-9 gange	Muskel-skelet-sygdomme	Nervesystem og sansorganer	25-49 pct
Hjerte-karsygdomme	Infektionssygdomme	10-14 pct	Urinveje og kønsorganer	Åndedrætsorganerne
Andre sygdomme	Åndedrætsorganerne	Hudsygdomme	kønsorganer	Hjerte-karsygdomme
Hudsygdomme	Mindre end 5 gange	Under 10 pct	Under 0.20	Svulster
3-4 pct	Hjerte-karsygdomme	Hjerte-karsygdomme	Stofskiftesygdomme	Muskel-skelet-sygdomme
Stofskiftesygdomme	Muskel-skelet-sygdomme	Åndedrætsorganerne	Hjerte-karsygdomme	Under 25 pct
Psykelige lidelser	Stofskiftesygdomme	Stofskiftesygdomme	Muskel-skelet-sygdomme	Infektionssygdomme
Åndedrætsorganerne	Andre sygdomme	Skader	Fordøjelsesorganerne	Stofskiftesygdomme
Under 3 pct	Hudsygdomme	Fordøjelsesorganerne	Hudsygdomme	Urinveje og kønsorganer
Fordøjelsesorganerne	Svulster	Urinveje og kønsorganer	Infektionssygdomme	Hudsygdomme
Svulster	Fordøjelsesorganerne	kønsorganer	Andre sygdomme	Fordøjelsesorganerne
Skader	Skader	Svulster	Skader	Andre sygdomme
Urinveje og kønsorganer	Urinveje og kønsorganer		Svulster	Skader
Infektionssygdomme				

**Tabel 5.8** Langvarige sygdomme (listesygdomme) rangordnet efter forekomst i hele befolkningen og de fire anvendte mål for social ulighed i sundhed (relativ forskel, absolut forskel, koncentrationsindex og forebyggelig andel)

Forekomst i hele befolkningen	"Sundhedsgabet" mellem bund og top		Den sociale skævhed i fordelingen	
	Relativ forskel	Absolut forskel	Koncentrationsindex	Forebyggelig andel
Pct	Ratio	Procentdifference	0-1	Pct
5-10 pct	Mere end 15 gange	Mere end 20 pct	Over 0.40	50-75 pct
Allergi	Epilepsi	Psykisk sygdom	Psykisk sygdom	Kronisk bronkitis
Forhøjet blodtryk	Psykisk sygdom	Migræne/hovedpine	Kronisk bronkitis	Migræne/hovedpine
Migræne/hovedpine	10-15 gange	Blodprop i hjertet/ hjertekrampe	0.30-0.40	Blodprop i hjertet/ hjertekrampe
Eksem	Kronisk bronkitis	15-20 pct	Blodprop i hjertet/ hjertekrampe	Psykisk sygdom
3-4 pct	Lammelse i del af kroppen	Allergi	Leddegigt	Leddegigt
Psykisk sygdom	Migræne/hovedpine	10-14 pct	Hjerneblødning/ blodprop hjernen	25-49 pct
Leddegigt	Blodprop i hjertet/ hjertekrampe	Leddegigt	0.20-0.29	Lammelse i del af kroppen
Under 3 pct	5-9 gange	Under 10 pct	0.20-0.29	kroppen
Diskusprolaps	Leddegigt	Eksem	Migræne/hovedpine	Forhøjet blodtryk
Kronisk bronkitis	Leddegigt	Kronisk bronkitis	Epilepsi	Diskusprolaps
Sukkersyge	Hjerneblødning/ blodprop hjernen	Epilepsi	Sukkersyge	Hjerneblødning/ blodprop hjernen
Blodprop i hjertet/ hjertekrampe	Lammelse i del af kroppen	Lammelse i del af kroppen	Diskusprolaps	Sukkersyge
Lammelse i del af kroppen	Mindre end 5 gange	Sukkersyge	Under 0.20	Under 25 pct
af kroppen	Sukkersyge	Sukkersyge	Forhøjet blodtryk	Under 25 pct
Kræft	Forhøjet blodtryk	Forhøjet blodtryk	Lammelse i del af kroppen	Epilepsi
Epilepsi	Allergi	Diskusprolaps	kroppen	Kræft
Underlivssygdom	Eksem	Kræft	Eksem	Eksem
Hjerneblødning/ blodprop hjernen	Kræft	Hjerneblødning/ blodprop hjernen	Allergi	Allergi
	Diskusprolaps		Kræft	

bredsgener, der fører til kontakt med sundhedsvæsenet, et fænomen der er kendt under betegnelsen "symptomisbjerg" (11). De fleste mennesker oplever jævnligt helbredsgener. Ofte ignoreres smerter, utilpashed og andre symptomer, eller de behandles med håndkøbsmedicin, receptmedicin der forefindes i hjemmet eller husråd. Selv små ændringer i befolkningens vaner med hensyn til at gå til læge kan have en stor virkning på efterspørgselen efter sundhedsydelse.

Den landsdækkende sundheds-sygelighedsundersøgelse fra 2000 (1) viser, at 20 pct havde valgt ikke at gøre noget ved de symptomer, som de havde haft inden for de seneste 14 dage. 30 pct havde fundet ud af at gøre noget selv. 27 pct havde taget håndkøbsmedicin og 22 pct havde taget receptmedicin. 8 pct havde søgt læge. Det var således kun en mindre del af de oplevede helbredsgener og symptomer, der resulterede i en lægekonsultation.

En række undersøgelser viser, at såvel helbredsproblemets karakter samt individuelle og sociale forhold spiller en rolle for beslutningen om at søge hjælp (12). Et gennemgående træk er, at kvinder oftere søger behandling end mænd, ældre oftere end unge og personer med en lavere social position oftere end personer med en højere social position.

Flere undersøgelser viser også, at mens personer med en lavere social position oftere opsøger deres praktiserende læge end personer med en højere social position, er den sociale sammenhæng omvendt, når det gælder brug af speciallæger. Det tages som

udtryk for, at den velstillede del af befolkningen har lettere ved at få den praktiserende læge til at henvise til en specialist.

En hollandsk undersøgelse viser, at personer med lav uddannelse oftere går til læge med almindelige symptomer, mens en større andel af de højtuddannede klarer disse symptomer selv, bl.a. ved brug af håndkøbsmedicin. Ved alvorlige lidelser er der imidlertid ingen forskel på henvendelseshyppigheden mellem uddannelsesgrupperne, men de højtuddannede søger oftere speciallægehjælp (13).

I det følgende beskrives brug af sundhedsydelse i Århus amt. Forskelle i brug af læge og sygehus i forhold til social position, køn, alder og samlivsstatus beskrives nærmere. Det undersøges, hvor meget af denne forskel som kan forklares med forskelle i selvvurderet helbred og sygelighed.

Spørgsmålet, der blev stillet i *Hvordan har du det?* vedrørende brug af sundhedsydelser, lød: *Hvor mange gange har du i forbindelse med egen sygdom inden for de seneste 12 måneder haft kontakt til:* efterfulgt af en liste med 16 forskellige slags behandlere/behandlingsinstitutioner, herunder alternative behandlere. Der var mulighed for selv at angive andre slags behandlere end de nævnte. Svarmulighederne var *0 gang, 1-5 gange og mere end 5 gange*. Telefonisk kontakt blev medregnet, men ikke kontakt i forbindelse med graviditet og børns sygdom.

## Resultater

Af tabel 5.9 fremgår det, hvor stor en andel af den voksne befolkning, der har gjort brug af læge, sygehus m.v. i de foregående 12 måneder.

7 ud af 10 har været ved egen læge. Hver tiende har benyttet sig af vagtlæge. 2 ud af 10 har været ved speciallæge. 2

**Tabel 5.9**

*Brug af læge, sygehus m.v. i de foregående 12 måneder*

Læge	Pct
Egen læge (N = 3920)	71
Vagtlæge (N = 3613)	11
Speciallæge (N = 3641)	21
Sygehus ambulant (N = 3706)	19
Indlagt på sygehus (N = 3703)	9
<b>Tandlæge</b>	
Tandeftersyn (N = 3819)	79
Tandbehandling (N = 3728)	49
<b>Andre sundhedsprofessionelle</b>	
Fysioterapeut (N = 3678)	13
Kiropraktor (N = 3650)	8
Hjemmesygeplejerske (N = 3680)	1
Afspændingspædagog (N = 3672)	1
<b>Alternativ behandler</b>	
Akupunktør (N = 3694)	3
Zoneterapeut (N = 3690)	4
<b>Andet</b>	
Socialrådgiver (N = 3692)	4
Psykolog (N = 3695)	4
Selvhjælpsgruppe (N = 3666)	1
Anden behandler (N = 3211)	4

ud af 10 er blevet undersøgt eller behandlet ambulant på sygehus, mens hver tiende har været indlagt. Hvis man antager, at alle i forbindelse med undersøgelse eller behandling på et sygehus er blevet set af en læge, betyder det, at 3 ud af 4 blandt den voksne befolkning har haft en eller flere kontakter til en læge i løbet af et år.

Fra Sygesikringsregisteret vides det, at befolkningen i Århus amt i 2000 i gennemsnit havde 6.3 kontakter til alment praktiserende læge og 0.7 konsultationer hos praktiserende speciallæger (14).

Endnu flere - 8 ud af 10 - har været ved tandlæge enten i forbindelse med tandeftersyn eller behandling.

En femtedel har haft kontakt til fysioterapeut, kiropraktor,

hjemmesygepleje eller afspændingspædagog, mens det kun er 1 ud af 15, der har været ved akupunktør eller zoneterapeut.

1 ud af 10 har i forbindelse med sygdom været i kontakt med socialrådgiver, psykolog, en anden slags behandler eller en selvhjælpsgruppe.

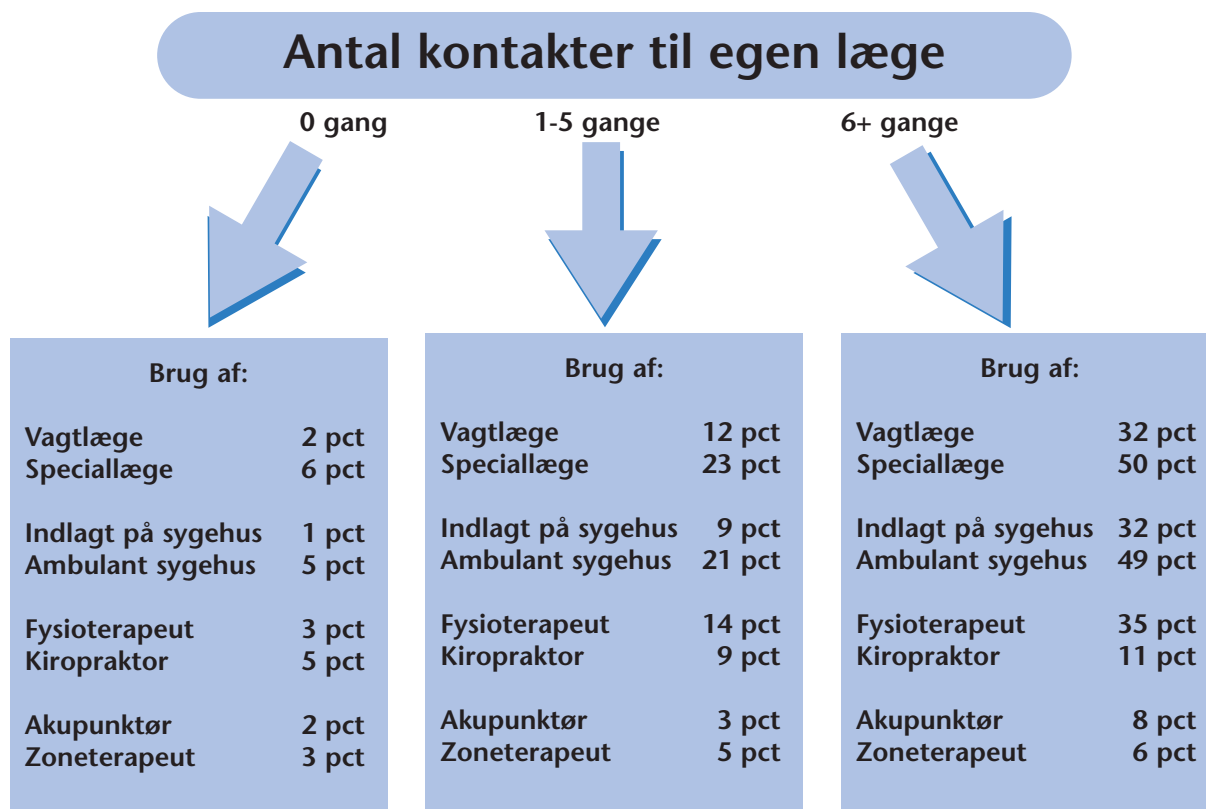
Af figur 5.9 fremgår det, at der er en tæt sammenhæng mellem kontakten til egen læge og brug af en række andre sundhedsydelse. Personer, der ikke har været i kontakt med egen læge i de foregående 12 måneder, har kun i meget beskedent omfang haft kontakt med andre behandlere/behandlingsinstitutioner. En betydelig del af de personer, der har haft 6 eller flere kontakter til egen læge, har også haft kontakt til vagtlæge, speciallæge, været indlagt på

sygehus, er blevet undersøgt/ behandlet ambulant eller har været hos fysioterapeut. Der er også en sammenhæng mellem brug af egen læge og brug af kiropraktor og alternativ behandling i form af akupunktur og zoneterapi, men den er ikke nær så tæt. Det kan skyldes, at kontakten til disse som regel ikke går via egen læge, sådan som det er tilfældet ved de fleste andre ydelser, der er omtalt her.

Tabel 5.10 viser, at der er en tæt sammenhæng mellem selvvurderet helbred, sygelighed og brug af sundhedsydelser. F.eks har 32 pct af dem, der vurderer deres helbred som nogenlunde/dårligt, været ved egen læge 6 gange eller mere indenfor de foregående 12 måneder mod 6 pct blandt dem, der vurderer deres helbred som godt. Tilsvarende har 30 pct af dem, der

**Figur 5.9**

*Antal kontakter til egen læge og brug af andre sundhedsydelser over en periode på 12 måneder*



Tabel 5.10

Brug af læge og sygehus de seneste 12 måneder i forhold til selv vurderet helbred og sygelighed - justeret for køn og alder

Antal gange	Egen læge		Vagtlæge	Speciallæge		Indlagt	Ambulant sygehus		
	1-5	6+	1+	1-5	6+	1+	1-5	6+	
Pct									
<b>Selv vurderet helbred</b>									
Godt	61	6	8	15	0.9	6	13	0.9	
Nogenlunde/dårligt	56	32	23	30	7	21	28	6	
<b>Langvarig sygdom</b>									
Ingen	58	4	8	12	0.5	4	11	3	
Ikke hæmmet trods sygdom	69	11	7	22	1	10	21	2	
En smule hæmmet	66	22	15	30	4	15	27	4	
Meget hæmmet	49	44	31	39	13	27	37	9	
<b>Meget generende helbredsgener</b>									
0	58	5	8	13	1	5	12	0.9	
1	68	13	11	24	3	12	22	2	
2-3	65	22	17	26	4	14	24	4	
4+	43	49	33	39	11	30	34	9	
Selv vurderet helbred	N = 3906		N = 3604	N = 3630		N = 3690	N = 3695		
Langvarig sygdom	N = 3752		N = 3472	N = 3498		N = 3553	N = 3557		
Meget generende helbredsgener	N = 3920		N = 3613	N = 3641		N = 3703	N = 3706		

har oplevet 4 eller flere meget generende helbredsgener i de seneste 14 dage, været indlagt på sygehus indenfor de foregående 12 måneder mod 5 pct blandt dem, der ikke har haft nogen meget generende helbredsgener de seneste 14 dage.

### Forskelle i brug af sundhedsydelser - køn, alder og samlivsstatus

Kvinder har noget oftere kontakt med egen læge, vagtlæge og speciallæge end mænd, mens der ikke er væsentlig forskel med hensyn til indlæggelse på sygehus og ambulant kontakt med sygehus (tabel 5.11). Når der justeres for forskelle i selv vurderet helbred og sygelighed (meget generende helbredsgener og langvarig sygdom) reduceres forskellen, men kvinder har dog stadig hyppigere kontakt til egen læge og speciallæge. Derimod har mændene lidt oftere ambulant kontakt til sygehus.

Andelen, der hyppigt har haft kontakt til egen læge, er større hos personer på 45 år og derover end hos de 25-34-årige. Der er derimod flere unge, der har benyttet sig af vagtlæge. Brugen af speciallæge stiger også med alderen, ligesom der er flere, som har været indlagt og været i ambulant kontakt med sygehus.

Når der justeres for selv vurderet helbred og sygelighed, er der i realiteten ingen aldersmæssig forskel, hvad angår kontakt til egen læge. Der er fortsat en større andel af de unge, der har haft kontakt til vagtlæge, mens de ældres hyppigere kontakt til speciallæge er reduceret noget. Andelen, som har været indlagt eller i ambulant kontakt med sygehuset, er ikke markant højere hos ældre end yngre, efter justering for selv vurderet helbred og sygelighed.

Der er en markant højere andel blandt personer, som er blevet skilt, eller hvor samli-

vet er ophørt, der har haft kontakt til egen læge 6 eller flere gange på et år. For skilte og separerede er der ligeledes en større andel end hos de gifte, der har været indlagt eller i ambulant kontakt med sygehus. Forskellene reduceres væsentligt efter justering for helbred og sygelighed, men der er stadig en større andel af skilte og separerede, der har haft hyppige kontakter til egen læge og ambulant kontakt til sygehus.

### Forskelle i brug af sundhedsydelser - social position

Andelen, der har været ved egen læge 6 gange eller mere på et år, stiger med faldende uddannelsesniveau. Det gælder også for kontakt med vagtlæge, indlæggelse på sygehus og ambulant kontakt til sygehus. Til gengæld ses lige som i flere andre undersøgelser en tendens til, at det modsatte mønster gør sig gældende for brug af speciallæge.



Når der justeres for selv vurderet helbred og sygelighed, er forskellene ubetydelige, hvad angår kontakt til egen læge og lægevagt, mens tendensen til at en større andel blandt den bedst uddannede del af befolkningen har haft kontakt til speciallæge forstærkes. Hvad angår indlæggelse og ambulans kontakt til sygehus, reduceres forskellene uden dog helt at forsvinde.

Der er et betydeligt spænd i brugen af sundhedsydelser, når man sammenholder den del af befolkningen, der har færrest levekårsressourcer, med dem, der har flest. Blandt personer med færrest ressourcer har 30 pct været ved egen læge 6 gange eller mere det foregående år mod 4 pct blandt dem med flest levekårsressourcer. Det er 7-8 gange så hyppigt. Dobbelt så mange har været i kontakt med vagtlæge og 13 pct har været 6 gange eller mere ved speciallæge blandt dem med færrest ressourcer mod 1 pct blandt dem med flest. Der er ligeledes markante forskelle i andelen, der har været indlagt på sygehus - 20 pct mod 5 pct - og i ambulans kontakt til sygehus. Se [tabel 5.12](#).

Den sociale gradient i brug af sundhedsydelser reduceres væsentligt, når der justeres for selv vurderet helbred og sygelighed. Hyppig brug af egen læge er dog stadig mere udbredt blandt personer med få end med mange levekårsressourcer. Med hensyn til brug af vagtlæge forsvinder forskellen stort set, og det samme er tilfældet for brug af speciallæge.

Der er således ikke nogen "omvendt social gradient" i brugen af speciallægeydelser, når man benytter index for le-

vekårsressourcer i stedet for uddannelsesniveaue som mål for social position. Forklaringen kan være, at personer med en boglig uddannelse bedre er i stand til at spørge ind til behandlingsmuligheder og eventuel tvivl eller usikkerhed hos lægen med hensyn til tolkning af symptomer og valg af behandling. Måske kommer læge og patient også lettere på bølgelængde, jo mindre afstand i uddannelsesniveaue, der er mellem dem. Det giver sig udslag i et større forbrug af speciallægeydelser set i forhold til behovet hos den bogligt uddannede del af befolkningen. Inddrager man en række andre levekårsressourcer end blot uddannelse, således som det er tilfældet ved index for levekårsressourcer, dæmpes effekten af uddannelsesniveaue imidlertid, og forbruget af speciallægeydelser følger i langt højere grad det helbredsmæssige behov end social position.

Med hensyn til brug af andre sundhedsydelser end læge og sygehus skal det bemærkes, at en større procentdel kvinder end mænd har været ved fysioterapeut, afspændingspædagog, akupunktør, zoneterapeut, socialrådgiver og psykolog. Forskellene kan kun i mindre grad forklares ud fra helbred og sygelighed.

Brug af psykolog er langt hyppigere hos unge end ældre. Kontakt til akupunktør og zoneterapeut er hyppigst hos unge og ældre, mens kontakt til afspændingspædagog er hyppigst i de mellemste aldersgrupper. Flere ældre end unge er blevet behandlet ved tandlæge, mens andelen der har været til tandeftersyn, kun varierer lidt mellem aldersgrupperne.

Kontakt til socialrådgiver, psykolog, selvhjælpsgruppe og anden behandler er betydeligt mere udbredt blandt personer med få end mange levekårsressourcer. Der er lidt flere blandt personer med mange ressourcer, der går til tandeftersyn, mens der ikke er nogen forskel med hensyn til andelen, der har været til tandbehandling.

### Brug af medicin

Som nævnt i indledningen til kapitlet, er salget af medicin målt i døgndoser pr. 1000 indbyggere steget betydeligt i de senere år.

De landsdækkende sundheds- sygelighedsundersøgelser viser, at andelen, der havde brugt receptmedicin inden for en 14-dages periode, steg fra 32 pct i 1994 til 35 pct i 2000, mens andelen, der havde brugt håndkøbsmedicin, faldt fra 32 til 31 pct. Andelen, som havde brugt receptmedicin og/eller håndkøbsmedicin steg fra 52 pct til 53 pct. Den største stigning var i brugen af blodtrykssænkende medicin og hjertemedicin. For nogle slags medicin, bl.a. sovemedicin, var der tale om et fald.

Sammenholdt med den store stigning i medicinsalget tyder disse tal på, at udviklingen ikke så meget er gået i retning af, at flere mennesker bruger medicin til daglig, men at de, der bruger medicin, bruger mere og måske flere forskellige slags end tidligere. Samtidig skal man være opmærksom på, at et øget salg ikke automatisk kan tages som udtryk for et øget forbrug, da det ikke vides, hvor meget af den solgte medicin, der faktisk bruges.

I *Hvordan har du det?* er brugen af medicin belyst gennem

Tabel 5.11

Brug af læge og sygehus i de seneste 12 måneder i forhold til køn, alder og samlivssituation

Antal gange	Egen læge		Vagtlæge	Speciallæge		Indlagt	Ambulant sygehus		
	1-5	6+	1+	1-5	6+	1+	1-5	6+	
Pct									
<b>Køn</b>									
Mand	56	9	9	16	2	8	17	2	
Kvinde	62*	15*	13*	21*	3*	10	17	2*	
• Justeret for helbred og sygelighed									
Mand	63	6	9	15	0.9	6	17	0.9	
Kvinde	69*	9*	10	19	1*	7	14	0.8*	
<b>Alder</b>									
25-34 år	60	10	14	15	2	7	15	1	
35-44 år	64	9*	12	18	2*	9	16	2*	
45-54 år	56	12*	9*	19	3*	8	16	2*	
55-64 år	57	15*	9*	21*	3*	12*	21*	3*	
65-74 år	58	19*	11	27*	2*	16*	22*	5*	
• Justeret for helbred og sygelighed									
25-34 år	67	8	13	15	1	6	14	0.7	
35-44 år	70	6*	11	17	1*	7	16	0.8*	
45-54 år	63	7*	8*	18	1*	6	15	0.9*	
55-64 år	65	7*	7*	18	0.8*	7	17	0.9*	
65-74 år	66	9*	8	20	0.6*	8	17	1*	
<b>Samlivsforhold</b>									
Gift	61	10	10	18	2	8	15	2	
Fast samlever	59	11*	12	18	2*	10	20	2	
Alene, aldrig gift/samlever	56	12*	10	20	5*	10	15	3*	
Alene, enke eller enkemand	65	13*	13	18	3*	13	14	1*	
Alene, skilt eller separeret	54	23*	20*	22	3*	14*	25*	2*	
Alene, samliv ophørt	60	17*	15	22	6*	12	19	4*	
• Justeret for helbred og sygelighed									
Gift	67	7	9	17	0.9	6	15	0.8	
Fast samlever	66	7	10	18	1*	7	18	0.8*	
Alene, aldrig gift/samlever	62	6*	8	18	2*	6	12	0.1*	
Alene, enke eller enkemand	72	8*	10	15	1	8	11	3*	
Alene, skilt eller separeret	66	11*	13	16	0.8*	8	21	5*	
Alene, samliv ophørt	68	7*	10	18	0.2*	7	15	0.9*	

\* signifikant forskellig fra referencekategorien, der er den første kategori ved hver variabel ( $p > 0.95$ )

Ved analysen af køn er der justeret for alder, ved analysen af alder for køn og ved analysen af samlivssituation både for køn og alder. Der er benyttet logistisk regression.

spørgsmålet: *Har du inden for de sidste 14 dage taget nogen af de følgende former for medicin?*

– hvorefter der følger en liste med medicin til behandling af 11 specifikke tilstande eller sygdomme. Svarpersonerne blev endvidere bedt om at oplyse om brug af andre medicyntyper. Der er skelnet mellem receptmedicin og håndkøbsmedicin.

I det følgende beskrives bru-

gen af medicin blandt de voksne i Århus amt, herunder forskelle i brug af medicin i forhold til social position, køn, alder og samlivsstatus. Det undersøges, hvor meget af denne forskel der kan forklares med forskelle i sygelighed.

### Resultater

Over halvdelen af den voksne befolkning havde brugt medi-

cin i de foregående 14 dage (figur 5.10). Fire ud af ti havde brugt håndkøbsmedicin. Tre ud af ti havde brugt receptmedicin. Hver sjette havde brugt både recept- og håndkøbsmedicin.

Smertestillende medicin er langt den mest brugte form for medicin (tabel 5.13). En fjerdedel af voksenbefolkningen havde brugt medicin mod

**Tabel 5.12**

Brug af læge og sygehus de seneste 12 måneder i forhold til uddannelsesniveau og levekårsressourcer  
- justeret for køn og alder

Antal gange	Egen læge		Vagtlæge	Speciallæge		Indlagt	Ambulant sygehus	
	1-5	6+	1+	1-5	6+	1+	1-5	6+
Pct								
<b>Uddannelsesniveau</b>								
Lavt	58	17	13	16	3	12	20	4
Middel	60	12*	11	18	3*	10	17	2*
Højt	59	8*	9	20	2*	6*	14*	0.9*
<b>• Justeret for helbred og sygelighed</b>								
Lavt	67	9	9	14	0.9	8	17	1
Middel	67	7*	10	17	1*	7	16	0.9*
Højt	65	6*	9	20*	1*	5	14	0.5*
<b>Levekårsressourcer</b>								
0 Få	46	30	19	25	13	20	23	6
1	54*	27*	19	25	5*	19	26	4*
2	57*	18*	14	20	4*	13	23	2*
3	60*	15*	12	20	3*	11	17	3*
4	61*	8*	9	15	2*	8*	16	2*
5	63*	8*	9	16	1*	6*	13	0.9*
6	61*	5*	8	18	0.7*	5*	12	0.7*
7-8 Mange	58	4*	9	17	1*	5*	14	0.8*
<b>• Justeret for helbred og sygelighed</b>								
0 Få	51	8	8	16	3	8	15	1
1	64	12*	12	18	1*	9	19	1
2	66	10*	11	18	1*	9	19	0.7*
3	69*	9	9	18	1*	8	15	1
4	67	6*	8	15	1*	6	17	1
5	69*	7*	9	16	0.7*	5	13	0.6*
6	66	4*	9	17	0.5*	5	12	0.4*
7-8 Mange	64	4*	11	19	1*	5	14	0.7*

\* signifikant forskellig fra referencekategorien, der er den første kategori ved hver variabel (p>0.95)

*muskel-skelet smerter*, næsten lige så mange havde brugt *smertestillende medicin mod andre former for smerter*. I alt havde fire ud af ti personer brugt smertestillende medicin i de foregående 14 dage. Hovedparten af den smertestillende medicin var håndkøbsmedicin. Hver syvende havde brugt smertestillende medicin på recept.

*Blodtrykssænkende medicin og hudlægemidler* blevet brugt af hver tiende person. Det meste af det var receptmedicin.

Det mest brugte håndkøbspræparat næst efter smertestillende medicin var *hosteme-*

*dicin*, der blev brugt af hver tolvte person (undersøgelsens data blev indsamlet i januar, hvor forbruget af hostemedicin formentlig var stort i forhold til året som helhed).

*Nervemedicin og beroligende medicin* blev brugt af en tyvendedel af den voksne befolkning, og det samme gjaldt *sovemedicin, astmamedicin og hjertemedicin*. Det meste af det var receptmedicin.

Hver ottende oplyser, at de havde brugt *anden medicin* i de foregående 14 dage. Mere end to tredjedele var receptmedicin.

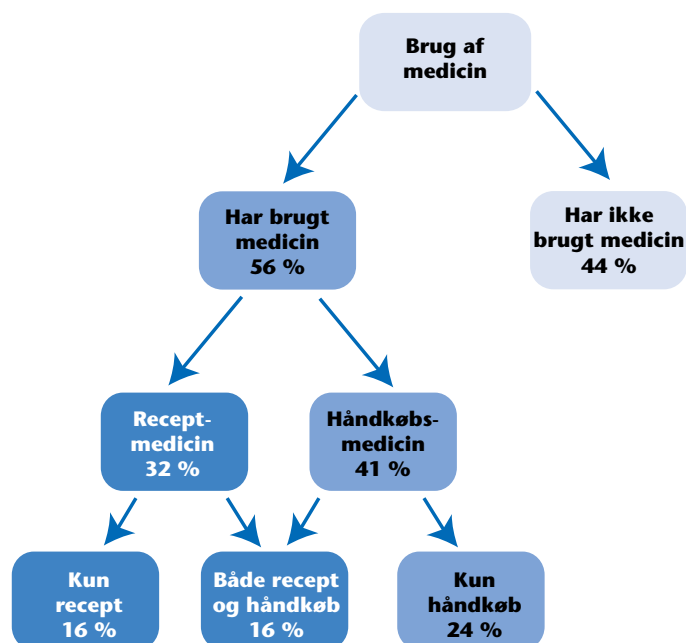
### Forskelle i brug af medicin - køn, alder og samlivsstatus

Kvinder bruger mere medicin end mænd (tabel 5.14). Det gælder receptmedicin og i endnu højere grad håndkøbsmedicin. Forskellen forsvinder ikke, når der justeres for sygelighed. Det tyder på, at mænd og kvinder har forskellige tærskler for brug af medicin.

Kvinder har et større forbrug ved stort set al slags medicin (tabel 5.15). En større andel af kvinder end mænd havde brugt 8 af de 11 kategorier af medicin. Hertil kom hyppigere brug af anden medicin.

Figur 5.10

Brug af medicin i de seneste 14 dage



N = 3986

Kun *hjertemedicin* blev brugt hyppigere af mænd end kvinder, mens *blodtrykssænkende medicin* og *astmamedicin* blev brugt lige hyppigt. Kvinder havde især brugt flere smertestillende midler. 29 pct kvinder havde brugt *medicin mod muskel-skelet smerter* og 28 pct havde brugt *medicin mod andre former for smerter*. De tilsvarende tal for mænd var 17 pct og 16 pct. Forskellen ved de enkelte kategorier af medicin reduceres noget, når der justeres for sygelighed, men det generelle mønster forbliver uændret.

Unge bruger mere håndkøbsmedicin end ældre, mens ældre bruger mere receptmedicin end unge (tabel 5.14). Heller ikke her forsvinder forskellen, når der kontrolleres for sygelighed. Antagelig er medicinbrug mere forbundet med langvarig sygdom hos ældre og mere med forbigående helbredsgener hos unge.

Der var en større andel af de ældre end de unge, der havde brugt 10 ud af de 11 kategorier af medicin, hvortil kommer hyppigere brug af anden medicin. Kun ved *smertestillende midler mod andet end muskel-skelet smerter* var andelen blandt de unge højere end blandt de ældre. Brug af begge former for smertestillende

Tabel 5.13

Brug af håndkøbs- og receptmedicin i de seneste 14 dage

	Recept-medicin	Håndkøbs-medicin	Al medicin
	Pct		
Hostemedicin (N = 3669)	2	7	8
Astmamedicin (N = 3670)	5	0.4	5
Blodtrykssænkende medicin (N = 3709)	10	1	10
Hjertemedicin (N = 3677)	5	1	5
Hudlægemiddel (N = 3651)	8	3	10
Smertestillende medicin mod muskel-skelet smerter (N = 3740)	12	17	25
Smertestillende medicin i øvrigt (N = 3663)	5	19	23
Sovemedicin (N = 3655)	5	1	5
Afføringsmidler (N = 3638)	0.6	3	3
Nervemedicin, beroligende medicin (N = 3679)	6	0.9	6
Penicillin og anden antibiotika (N = 3647)	4	0.3	4
Andet (N = 2817)	9	4	13

medicin var størst i de mellemste aldersgrupper.

Den største forskel i unges og ældres brug af medicin finder man ved *blodtrykssænkende medicin* og *hjertemedicin*, som blev brugt af henholdsvis 36 pct og 25 pct i den ældste aldersgruppe og kun af meget få blandt de unge (tabel 5.16). *Sovemedicin*, *afføringsmidler* og *nervemedicin/beroligende medicin* blev ligeledes brugt af en væsentlig større andel blandt de ældre. Forskellen reduceres kun lidt, når der justeres for sygelighed.

Personer, der er alene, har et lidt større brug af receptmedicin end gifte og samlevende (tabel 5.14). Mest markant skiller personer, der er alene efter at være blevet skilt eller separeret, sig ud. 47 pct af disse havde brugt receptpligtig medicin mod 35 pct blandt de gifte. Der var især flere blandt de skilte og separerede, der havde brugt *nervemedicin/beroligende medicin*, *smertestillende medicin* og *sovemedicin*.

**Tabel 5.14**

Brug af håndkøbs- og receptmedicin de seneste 14 dage i forhold til køn, alder og samlivssituation

	Recept- medicin	Håndkøbs- medicin	Al medicin
	Pct		
<b>Køn (N = 3986)</b>			
Mand	33	31	51
Kvinde	42*	49*	67*
• Justeret for sygelighed (N = 3800)			
Mand	32	32	56
Kvinde	39*	47*	69*
<b>Alder (N = 3986)</b>			
25-34 år	26	40	26
35-44 år	29	46	29
45-54 år	37*	41	37*
55-64 år	52*	36	52*
65-74 år	64*	34	64*
• Justeret for sygelighed (N = 3800)			
25-34 år	25	40	57
35-44 år	28	46	63
45-54 år	36*	42	65*
55-64 år	48*	35	66*
65-74 år	60*	32	72*
<b>Samlivsforhold (N = 3936)</b>			
Gift	36	40	60
Fast samlever	35	42	59
Alene, aldrig gift/samlever	43	42	62
Alene, enke eller enkemand	43	40	63
Alene, skilt eller separeret	47*	40	65
Alene, samliv ophørt	43	40	59
• Justeret for sygelighed (N = 3763)			
Gift	36	41	65
Fast samlever	34	41	63
Alene, aldrig gift/samlever	37	39	61
Alene, enke eller enkemand	41	39	67
Alene, skilt eller separeret	37	35	62
Alene, samliv ophørt	35	35	55

\*  $p > 0.95$  for at værdien er større end referencekategorien, der er den første kategori ved hver variabel.

Der er benyttet logistisk regression. Ved analysen af køn er der justeret for alder, ved analysen af alder for køn og ved analysen af samlivssituation for både køn og alder. Ved justering for sygelighed er benyttet variablene meget generende helbredsge-  
ner og langvarig sygdom.

### Forskelle i brug af medicin - social position

Personer med en lav social position bruger mere medicin end personer med en høj social position. Forskellen ligger imidlertid væsentligst i forbruget af receptmedicin, mens håndkøbsmedicin stort set bruges lige meget i alle sociale grupper. 42 pct af de lavtuddannede havde brugt recept-

medicin mod 32 pct blandt de højtuddannede (tabel 5.17). 56 pct med færrest levekårsressourcer havde brugt receptmedicin mod 29 pct med flest.

Forskellen i brug af receptmedicin reduceres væsentligt, når der justeres for den større sygelighed blandt de socialt dårligst stillede. Både hvad det samlede medicinforbrug

og forbruget af håndkøbsmedicin angår, ses der oven i købet en tendens til, at den socialt velstillede del af befolkningen bruger mest medicin (forskellen er ikke statistisk signifikant).

Samtlige kategorier af medicin blev brugt mere af personer med få levekårsressourcer end af personer med mange (tabel 5.18). Den største forskel finder man ved *nervemedicin/beroligende medicin*, der blev brugt af henholdsvis 27 pct og 2 pct. Der er endvidere stor forskel i brugen af *smertestillende midler mod muskel-skelet smerter*, der blev brugt af henholdsvis 36 pct og 15 pct, og *smertestillende medicin mod andet*, der blev brugt af henholdsvis 30 pct og 20 pct. Der er en stor relativ forskel i brugen af *hjertemedicin*, der var anvendt 8 gange hyppigere hos personer med færrest levekårsressourcer i forhold til personer med flest. *Sovemedicin* og *penicillin/antibiotika* blev brugt næsten fire gange så hyppigt i førstnævnte gruppe.

Når der justeres for sygelighed, ændres det generelle mønster, idet der nu er nogle kategorier af medicin, der bruges lidt hyppigere af de velstillede (*smertestillende medicin* og *hudlægemidler*), noget der bruges lige meget (*astma-medicin* og *penicillin/antibiotika*), mens forskellen reduceres væsentligt ved de øvrige kategorier af medicin. Kun i ét tilfælde forbliver forskellen i forbrug blandt personer med færrest og flest levekårsressourcer statistisk signifikant: Brugen af *nervemedicin/beroligende medicin*, hvor andelen reduceres fra 27 pct til 9 pct hos personer med færrest ressourcer og forbliver uændret 2 pct blandt personer med flest ressourcer.

**Tabel 5.15**

Brug af håndkøbs- og receptmedicin i de seneste 14 dage i forhold til køn - justeret for alder og sygelighed

	Mand	Kvinde	Mand	Kvinde
	Justeret for alder		Justeret for alder og sygelighed	
	Pct		Pct	
Hostemedicin (N = 3669/3523)	6	10*	5	8*
Astmamedicin (N = 3709/3556)	5	5	3	3
Blodtrykssænkende medicin (N = 3709/3556)	5	5	3	3
Hjertemedicin (N = 3677/3528)	2*	1	2*	0.8
Hudlægemiddel (N = 3651/3507)	9	11	8	9
Smertestillende, muskel-skelet (N = 3770/3585)	17	30*	16	25*
Smertestillende, andet (N = 3663/3517)	16	28*	16	25*
Sovemedicin (N = 3655/3513)	3	6*	2	4*
Afføringsmidler (N = 3638/3497)	2	4*	1	3
Nervemedicin, beroligende medicin (N = 3679/3531)	4	7*	2	3
Penicillin og anden antibiotika (N = 3647/3503)	3	5*	2	3
Anden medicin (N = 2817/2711)	10	14*	9	12

\*  $p > 0.95$  for at forekomsten er større end i den gruppe, der sammenlignes med.

Der er benyttet logistisk regression med *køn* og *alder* som uafhængige variable. Ved justering for sygelighed er benyttet variablene *meget generende helbredsgener* og *langvarig sygdom*.

**Tabel 5.16**

Brug af håndkøbs- og receptmedicin i de seneste 14 dage i forhold til alder - justeret for køn og sygelighed

	25-34 år	65-74 år	25-34 år	65-74 år
	Justeret for køn		Justeret for køn og sygelighed	
	Pct		Pct	
Hostemedicin (N = 3669/3523)	7	12*	6	11*
Astmamedicin (N = 3670/3523)	4	9*	3	5
Blodtrykssænkende medicin (N = 3709/3556)	0.5	36*	0.4	23*
Hjertemedicin (N = 3677/3528)	0.3	25*	0.2	16*
Hudlægemiddel (N = 3651/3507)	10	14	9	10
Smertestillende, muskel-skelet <sup>1</sup> (N = 3740/3585)	15	28*	14	21*
Smertestillende, andet <sup>1</sup> (N = 3663/3517)	25*	15	24*	13*
Sovemedicin (N = 3655/3513)	2	12*	2	8*
Afføringsmidler (N = 3638/3497)	1	7*	1	5*
Nervemedicin, beroligende medicin (N = 3679/3531)	3	13*	2	6*
Penicillin og anden antibiotika (N = 3647/3503)	3	5	2	3
Anden medicin (N = 2817/2711)	9	18*	9	13

\*  $p > 0.95$  for at forekomsten er større end i den gruppe, der sammenlignes med.

Der er benyttet logistisk regression med *køn* og *alder* som uafhængige variable. Ved justering for sygelighed er benyttet variablene *meget generende helbredsgener* og *langvarig sygdom*.

<sup>1</sup>. Det største forbrug findes her i de mellemste aldersgrupper.

Figur 5.11, 5.12 og 5.13 på side 63 viser brugen af smertestillende receptmedicin, håndkøbsmedicin og al smertestillende medicin i forhold til levekårsressourcer før og efter, at der er justeret for sygelighed.

**Tabel 5.17**

Brug af håndkøbs- og receptmedicin i de seneste 14 dage i forhold til social position - justeret for køn og alder

	Recept- medicin	Håndkøbs- medicin	Al medicin
	Pct		
<b>Uddannelsesniveau (N = 3971)</b>			
Lavt	42	40	62
Middel	39	40	60
Højt	32*	41	58
• <b>Justeret for sygelighed (N = 3795)</b>			
Lavt	37	37	62
Middel	37	40	64
Højt	31	43	64
<b>Levekårsressourcer (N = 3986)</b>			
0 Få	56	45	69
1	52	43	70
2	44	44	64
3	43	42	63
4	36*	36	57
5	33*	39	58
6	25*	38	53*
7-8 Mange	29*	39	55
• <b>Justeret for sygelighed (N = 3800)</b>			
0 Få	37	34	56
1	39	36	65
2	38	42	64
3	40	40	64
4	38	38	64
5	36	41	65
6	25	40	60
7-8 Mange	32	43	64

\*  $p > 0.95$  for at værdien er mindre end referencekategorien, der er den første kategori ved hver variabel.

Der er benyttet logistisk regression. Som uafhængige variable er benyttet *køn*, *alder* og henholdsvis *uddannelsesniveau* og *levetårsressourcer*. Ved justering for sygelighed er benyttet variablene *meget generende helbredsgener* og *langvarig sygdom*.

## Sammenfatning og diskussion

### Vigtige resultater

Sygeligheden i den voksne befolkning i Århus amt er i det foregående beskrevet ud fra forekomsten af aktuelle helbredsgener og symptomer samt langvarige sygdomme. Analysen viser, at mens stort set alle mennesker inden for en 14-dages periode havde oplevet en eller flere helbredsgener, som f.eks. hovedpine eller smerter i nakke og skuldre, var meget generende helbredsgener ofte forbundet

med forekomsten af langvarig sygdom.

Godt en tredjedel havde inden for de seneste 14 dage været meget generet af smerter eller andet ubehag, godt en tredjedel havde langvarige sygdomme, skader eller eftervirkninger af disse. Hver tiende var meget hæmmet af sygdom.

6 ud af 10, der havde haft meget generende helbredsgener i de seneste 14 dage, havde en langvarig sygdom. Omvendt havde 6 ud af 10 med en

langvarig sygdom oplevet en eller flere alvorlige helbredsgener i de seneste 14 dage.

I analysen er der især fokuseret på social ulighed i sygelighed. Forskelle i sygelighed med hensyn til køn og alder, vil ikke blive yderligere kommenteret her. Ser man på helbredsgener og symptomer og langvarig sygdom under et, viser der sig et markant socialt mønster.

► Samtlige helbredsgener og langvarige sygdomme, der indgår i undersøgelsen med en enkelt undtagelse (*lidelser i urinveje og kønsorganer*), forekommer hyppigere - for de flestes vedkommende langt hyppigere - hos personer med færrest levekårsressourcer end hos personer med flest. Der er således et betydeligt "sundhedsgab" mellem top og bund.

► Forskellen i sygelighed begrænser sig ikke til yderpunkterne i det sociale spektrum. Forekomsten af helbredsgener og sygdomme er stort set uden undtagelse større hos midtergrupperne i forhold til personer med en højere social position, men mindre end hos personer med en lavere social position. De forskellige helbredsgener og sygdomme fordeles sig efter en social gradient. Der er imidlertid stor forskel på, hvor stejl gradienten er.

Der findes ikke noget enkelt mål, der udtømmende beskriver social ulighed i sundhed. I analysen er benyttet fire forskellige mål, der belyser de sociale forskelle i sygelighed ud fra forskellige vinkler. "Sundhedsgabet" mellem yderpunkterne på den sociale rangstige er beskrevet ved hjælp af den relative og den

Tabel 5.18

Brug af håndkøbs- og receptmedicin i de seneste 14 dage i forhold til levekårsressourcer - justeret for køn, alder og sygelighed

	Levekårsressourcer		Levekårsressourcer	
	Færrest	Flest	Færrest	Flest
	Justeret for køn og alder		Justeret for køn, alder og sygelighed	
	Pct		Pct	
Hostemedicin (N = 3669/3523)	15*	6	9	6
Astmamedicin (N = 3670/3523)	8	5	4	4
Blodtrykssænkende medicin (N = 3709/3556)	9*	3	3	2
Hjertemedicin (N = 3677/3528)	5*	0.6	2	0.5
Hudlægemiddel (N = 3651/3507)	14	11	7	11
Smertestillende, muskel-skelet (N = 3740/3585)	36*	15	12	16
Smertestillende, andet (N = 3663/3517)	30	20	20	22
Sovemedicin (N = 3655/3513)	10*	3	4	3
Afføringsmidler (N = 3638/3497)	6	2	3	2
Nervemedicin, beroligende medicin (N = 3679/3531)	27*	2	9*	2
Penicillin og anden antibiotika (N = 3647/3503)	11*	3	3	3
Anden medicin (N = 2817/2711)	24*	10	15	9

\*  $p > 0.95$  for at forekomsten er større end i den gruppe, der sammenlignes med.

Der er benyttet logistisk regression med køn, alder og levekårsressourcer som uafhængige variable. Ved justering for sygelighed er benyttet variablene meget generende helbredsgener og langvarig sygdom.

absolutte forskel i forekomsten af helbredsgener og sygdom.

Skævheden i sygelighedens fordeling over hele det sociale spektrum er beskrevet ved hjælp af det såkaldte koncentrationsindex. Endvidere er det beregnet, hvor meget forekomsten af en helbredsgene eller sygdom ville kunne reduceres, hvis forekomsten i hele befolkningen svarede til forekomsten hos den bedst stillede del af befolkningen - kaldt den forebyggelige andel.

Følgende træk skal fremhæves med hensyn til forekomsten af helbredsgener og sygdomme:

► **Nervøse symptomer og psykiske lidelser.** De største sociale forskelle i sygelighed finder man på det psykiske område. Jo færre levekårsressourcer, desto flere nervøse symptomer - i form af ængstelse, nervøsitet, nedtrykthed, søvnløs-

hed og træthed uden grund - desto flere psykiske lidelser og desto større forbrug af nervemedicin og beroligende medicin.

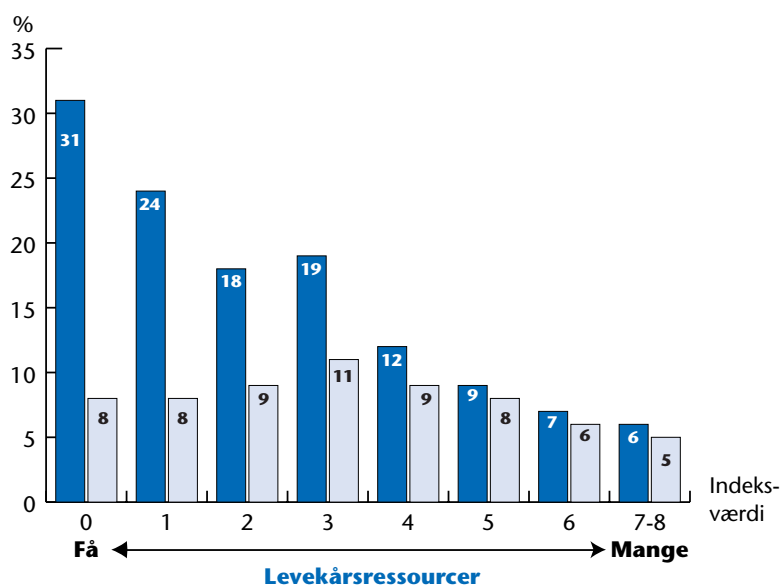
- Blandt personer med færrest levekårsressourcer (værdien 0 på index for levekårsressourcer) havde 21 pct inden for de seneste 14 dage været meget generet af nervøsitet og ængstelse, 29 pct havde eller havde tidligere haft en psykisk lidelse, og 27 pct havde taget nervemedicin/beroligende medicin inden for de seneste 14 dage.
- Blandt personer med en del levekårsressourcer (værdien 3 på index for levekårsressourcer) havde 8 pct inden for de seneste 14 dage været meget generet af nervøsitet og ængstelse, 5 pct havde eller havde tidligere haft en psykisk lidelse, og 7 pct havde taget nervemedicin/beroligende medicin inden for de seneste 14 dage.

- Blandt personer med flest levekårsressourcer (værdien 7-8 på index for levekårsressourcer) havde 0.7 pct inden for de seneste 14 dage været meget generet af nervøsitet og ængstelse, 2 pct havde eller havde tidligere haft en psykisk lidelse, og 2 pct havde taget nervemedicin/beroligende medicin inden for de seneste 14 dage.

**Forekomsten af nervøse symptomer og psykiske lidelser ville være mere end halveret, hvis niveauet i hele befolkningen var som blandt den bedst stillede del af befolkningen.**

► **Bevægeapparatet.** Der er ligeledes markante sociale forskelle med hensyn til sygelighed i bevægeapparatet. Jo færre levekårsressourcer desto større forekomst af smerter i nakke-skuldre, ryg-lænd og ben-hofte, desto større forekomst af muskel-skeletsygdomme og desto større for-



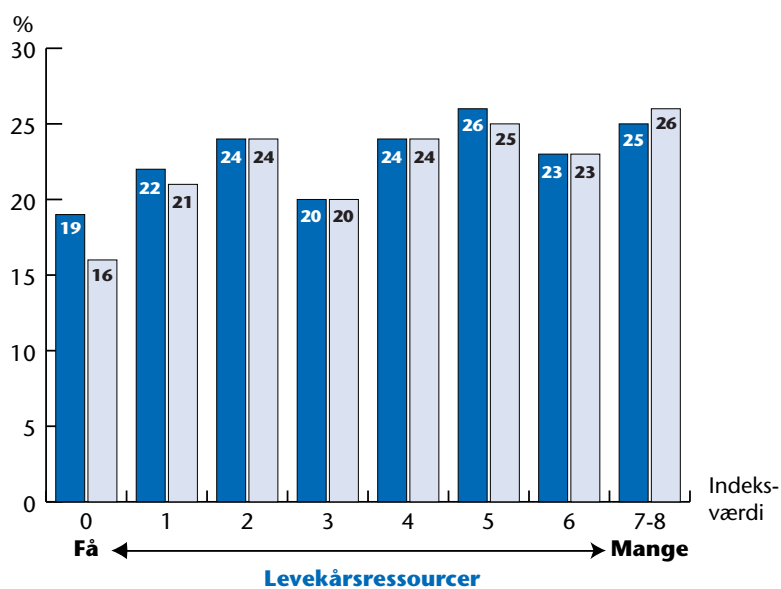


Figur 5.11

Brug af smertestillende medicin på recept

N = 3691/3537

□ Justeret for køn, alder og sygelighed  
 ■ Justeret for køn, alder

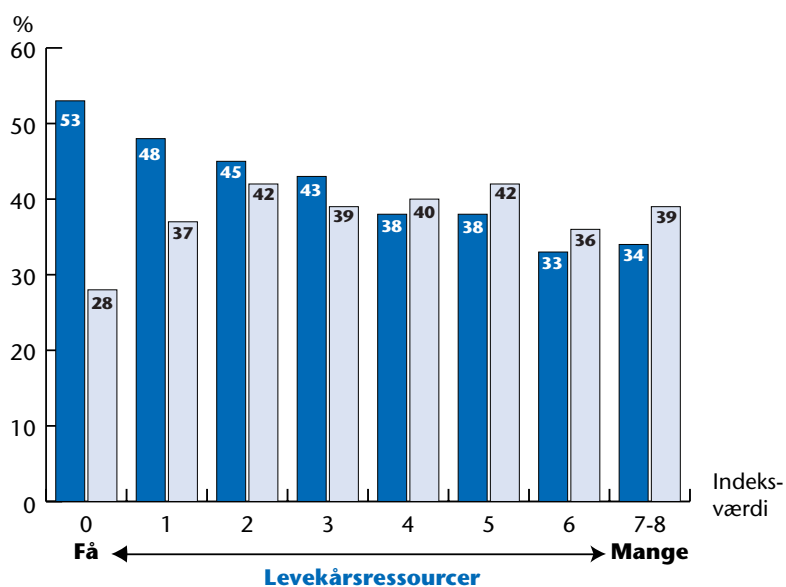


Figur 5.12

Brug af smertestillende håndkøbsmedicin

N = 3701/3547

□ Justeret for køn, alder og sygelighed  
 ■ Justeret for køn, alder



Figur 5.13

Brug af al smertestillende medicin

N = 3780/3624

□ Justeret for køn, alder og sygelighed  
 ■ Justeret for køn, alder

brug af smertestillende medicin mod muskel-skeletssmerter.

- Blandt personer med færrest levekårsressourcer (værdien 0 på index for levekårsressourcer) havde 38 pct inden for de seneste 14 dage været meget generet af smerter i nakke-skuldre, 32 pct af smerter i ryg-lænd og 20 pct af smerter i ben-hofte, 31 pct havde eller havde tidligere haft en muskel-skeletssygdom, og 36 pct havde taget smertestillende medicin mod muskel-skeletssmerter inden for de seneste 14 dage.
- Blandt personer med en del levekårsressourcer (værdien 3 på index for levekårsressourcer) havde 14 pct inden for de seneste 14 dage været meget generet af smerter i nakke-skuldre, 13 pct af smerter i ryg-lænd og 13 pct af smerter i ben-hofte, 17 pct havde eller havde tidligere haft en muskel-skeletssygdom, og 28 pct havde taget smertestillende medicin mod muskel-skeletssmerter inden for de seneste 14 dage.
- Blandt personer med flest levekårsressourcer (værdien 7-8 på index for levekårsressourcer) havde 6 pct inden for de seneste 14 dage været meget generet af smerter i nakke-skuldre, 5 pct af smerter i ryg-lænd og 3 pct af smerter i ben-hofte, 9 pct havde eller havde tidligere haft en muskel-skeletssygdom, og 15 pct havde taget smertestillende medicin mod muskel-skeletssmerter inden for de seneste 14 dage.

Forekomsten af smerter og ubehag i bevægeapparatet vil blive halveret og forekomsten af muskel-skeletssygdom-

me reduceret med 30 pct, hvis niveauet i hele befolkningen var som blandt den bedst stillede del af befolkningen.

Andre områder med en betydelig social ulighed i sygelighed er sygdomme i nervesystem-sanseorganer og i kredsløb-åndedrætsorganer.

► *Nervesystem og sanseorganer.*

Der er en betydelig social skævhed i forekomsten af syns- og høregener, migræne/tilbagevendende hovedpine, epilepsi og lammelse i nogen del af kroppen.

► *Kredsløb og åndedrætsorganer.*

Der er en betydelig social skævhed i forekomsten af åndedrætsbesvær, blodprop i hjertet/hjertekrampe, kronisk bronkitis og hjerneblødning/blodprop i hjernen.

► *Andre gener og sygdomme.*

Der er endvidere en betydelig social skævhed i forekomsten af svimmelhed, vandladningsproblemer/inkontinens og mavesmerter. Endvidere forekommer allergiske lidelser hyppigere hos de socialt dårligst stillede.

► *Relative forskelle.* Følgende helbredsgener og sygdomme forekommer mere end 10 gange så hyppigt hos personer med færrest levekårsressourcer i forhold til personer med flest:

*Helbredsgener*

Søvnløshed  
Nervøsitet  
Svimmelhed  
Høregener  
Nedtrykthed  
Vandladningsproblemer/  
inkontinens  
Åndedrætsbesvær  
Synsgener  
Træthed uden grund

*Listesygdomme*

Epilepsi  
Psykisk sygdom  
Kronisk bronkitis  
Lammelse i nogen del af kroppen  
Migræne/tilbagevendende hovedpine  
Blodprop i hjertet/hjertekrampe

*Diagnosegrupper*

Psykiske lidelser  
Lidelser i nervesystem og sanseorganer

► *Absolutte forskelle.* Ved følgende helbredsgener og sygdomme er der en forskel i forekomsten på 10 procentpoint eller mere hos personer med færrest levekårsressourcer i forhold til personer med flest:

*Helbredsgener*

Nakke-skuldersmerter  
Lænde-rygsmerter  
Søvnløshed  
Nervøsitet  
Nedtrykthed  
Ben-hoftegener  
Forkølelse  
Træthed uden grund  
Åndedrætsbesvær  
Svimmelhed

*Listesygdomme*

Psykisk sygdom  
Migræne/tilbagevendende hovedpine  
Blodprop i hjertet/hjertekrampe  
Allergi

*Diagnosegrupper*

Lidelser i nervesystem og sanseorganer  
Psykiske lidelser  
Muskel-skeletssygdomme  
Hudsygdomme

► *Skævhed i fordelingen.* Ved følgende helbredsgener og sygdomme er værdien af koncentrationsindexet 0.40 (0 = maksimal lighed, 1 = maksimal ulighed):

*Helbredsgener*

Nervøsitet  
Nedtrykthed  
Søvnløshed  
Vandladningsproblemer/inkontinens

*Listesygdomme*

Psykisk sygdom  
Kronisk bronkitis

*Diagnosegrupper*

Psykiske lidelser

► **Forebyggelig andel.** Ved følgende helbredsgener og sygdomme er den forebyggelige andel på 50 pct eller mere:

*Helbredsgener*

Høregener  
Søvnløshed  
Nervøsitet  
Synsgener  
Svimmelhed  
Vandladningsproblemer/inkontinens  
Træthed uden grund  
Ben-hoftegener  
Mavesmerter  
Nedtrykthed

*Listesygdomme*

Kronisk bronkitis  
Migræne/tilbagevendende hovedpine  
Blodprop i hjertet/hjertekrampe  
Psykisk sygdom  
Leddegigt

*Diagnosegrupper*

Lidelser i nervesystem og sanseorganer  
Psykiske lidelser

► Den sociale skævhed i sygelighed afspejler sig i en større brug af sundhedsydelse blandt personer med en lav social position sammenlignet med personer med en høj social position.

Det gælder især brug af egen læge, vagtlæge, ambulans kontakt til sygehus, indlæg-

gelse på sygehus, brug af fysioterapeut, hjemmesygeplejerske, afspændingspædagog og pædagog.

Undtagelser er brug af speciallæge, idet forbruget stiger med stigende uddannelsesniveau, og tandeftersyn, der benyttes lidt oftere af personer med højt uddannelsesniveau/mange levekårsressourcer, mens der ikke er nogen forskel med hensyn til andelen, der har været til tandbehandling.

► Det store forbrug af sundhedsydelse hos personer med en lav social placering sammenlignet med personer med en høj social placering kan i stor udstrækning forklares med større sygelighed.

Når der justeres for sygelighed forsvinder det meste af den sociale forskel i brugen af sundhedsydelse. Der er dog stadig en social gradient med hensyn til brug af egen læge.

En forklaring kan være, at personer med færre ressourcer oftere går til læge med småproblemer, mens personer med flere ressourcer i større udstrækning klarer dem selv, jvnf. den omtalte hollandske undersøgelse (13).

► Personer med en lav social position bruger betydelig mere medicin end personer med en høj social position. Forskellen ligger væsentligst i forbruget af receptmedicin, mens håndkøbsmedicin stort set bruges lige meget i alle sociale grupper.

► Den sociale forskel i brugen af receptmedicin forklares i vid udstrækning af den skæve sociale fordeling af sygelighed.

Forskellen i brug af receptmedicin reduceres væsentligt, når der justeres for den større sygelighed blandt de socialt dårligst stillede. Både hvad det samlede medicinforbrug og forbruget af håndkøbsmedicin angår, ses der oven i købet en tendens til, at den socialt velstillede del af befolkningen bruger mest medicin. En undtagelse er *nerve medicin/beroligende medicin*, hvor der efter justering for sygelighed stadig er et noget større forbrug blandt personer med lav social position.

**Praktiske overvejelser**

**Analysen af sociale forskelle i sygelighed giver anledning til følgende overvejelser om tilrettelæggelsen af indsatsen for større lighed i sundhed.**

► Den store forekomst af psykiske helbredsgener og psykisk sygdom i den dårligst stillede del af befolkningen viser, at fremme af psykisk trivsel i sig selv er et vigtigt aspekt i indsatsen for større social lighed i sundhed.

Det ligger i forlængelse af konklusionen i kapitel 4, hvor betydningen af fremme af den psykiske trivsel i børnefamilier, på arbejdspladsen og i boligområder med almennyttige boliger blev understreget.

► Den store forekomst af muskelskeletlidelse i den dårligst stillede del af befolkningen peger i retning af, at der er behov for en fortsat forbedring af det fysiske og psykiske arbejdsmiljø blandt personer med manuelt og rutinepræget arbejde.

Muskelskeletlidelse omfatter et bredt spektrum af sygdomme. Ved de mest udbredte smertetilstande som "ondt i ryggen" er det ofte ikke muligt at finde nogen præcis syg-

domsårsag, men en betydelig del af muskel-skeletlidelserne anses for at være arbejdsbetingede (en nordisk undersøgelse når frem til, at det drejer sig om 30 pct (15)). Kendte risikofaktorer for udvikling af muskel-skeletlidelser er fysiske belastninger i arbejdet - statiske arbejdsstillinger, tunge løft, ensidige bevægelser - men også høje præstationskrav i kombination med lav grad af indflydelse og manglende støtte fra omgivelserne.

► *Den øgede hyppighed af stort set alle helbredsgener og sygdomme blandt den socialt dårligt stillede del af befolkningen peger på, at den forebyggende indsats bør rette sig mod mere generelle faktorer i stedet for mod specifikke sygdomme.*

Samtidig med at undersøgelsen dokumenterer, at helbredsgener og sygdom af psykisk art og i bevægeapparatet øges betydeligt med faldende social status, viser resultaterne, at lav social status gene-

relt er forbundet med en høj sygelighed inden for en lang række områder.

En indsats, der retter sig mod at reducere risikofaktorer i de daglige omgivelser, at fremme sunde vaner og at fremme individers og grupperes evne til at mestre hverdagens udfordringer, har derfor større udsigt til succes, end en række forskellige indsatser, der retter sig mod enkelte sygdomme.

## Referencer

1. Køller M, Rasmussen NK (red.) (2002). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed.
2. Kunst AE, Mackenbach SP (1995). Measuring socioeconomic inequalities in health. København WHO.
3. Kakwani NC, Wagstaff A, Van Doorslaer E (1997). Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation and statistical inference. *Journal of Econometrics* 77(1): 87-104.
4. King G, Tomz M, Wittenberg J (2000). Making the most of statistical analyses: Improving interpretation and presentation. *American Journal of Political Science*, 44(2), 341-355.
5. Eriksen HR, Ihlebæk C (2002). Subjective health complaints, *Scandinavian Journal of Psychology* 43, 101-103.
6. Jensen OK (2002). Vurdering af rygsmerter, *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 80(12), 1657-1666.
7. Waddell G (1998). *The Back Pain Revolution*, Edinburgh: Churchill Livingstone.
8. Fink P, Rosendal M, Toft T (2002). Udredningen af funktionelle lidelser i almen praksis I-V, *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 80(8-12), 1677-1696.
9. Avlund K, Schultz-Larsen K, Davidsen M (1998). Tiredness in daily activities at age 70 as a predictor of mortality during the next 10 years, *Journal of Clinical Epidemiology* 51(4), 323-333.
10. Rasmussen NK, Groth MV, Bredekjær SR, Madsen M, Kamper-Jørgensen F (1988). *Sundhed og sygelighed i Danmark* 1987. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.
11. Hannay R (1979). *The symptom iceberg: a study in community health*. London: Routledge and Kegan Paul.
12. Brannon L, Feist J (2000). *Health Psychology. An Introduction to behavior and health*. Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.
13. Alberts JF, Sanderman R, Gerstenbluth I, van den Heuvel WJ (1998). Sociocultural variations in help-seeking behavior for everyday symptoms and chronic disorders. *Health Policy* 44: 57-72.
14. *Sundhedssektoren i tal 2001/2002* (2002). Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
15. Hansen S (1993). *Arbejds miljø og samfundsekonomi*. Nordisk Ministerråd.

# Udfordringer i det forebyggende arbejde

Større social lighed i sundhed er et vigtigt sundhedspolitisk mål på landsplan såvel som i Århus Amt. Arbejdet med at føre denne målsætning ud i livet er imidlertid endnu i sin vorden.

I andre europæiske lande arbejdes der også med at udvikle og omsætte strategier for større lighed i sundhed (1). Holland, Sverige og Storbritannien hører til de lande, hvor man har arbejdet længst og mest målrettet med at realisere målsætningen.

Erfaringerne fra disse lande viser, at udviklingen af en politik for større social lighed i sundhed er en langsigtet proces. Som led i processen er der brug for løbende at overvåge udviklingen i den sociale fordeling af sundhed og sygelighed. Der er brug for at præcisere og konkretisere de mål, som ønskes opnået. Og der er brug for at udvikle og afprøve forskellige arbejdsmetoder med det formål at finde effektive måder at mindske den sociale ulighed på.

*Hvordan har du det?* kan på forskellig måde bidrage til denne proces. I de foregående kapitler er der tegnet et detaljeret billede af befolkningens sundhedstilstand i Århus amt set i et socialt perspektiv. Formålet er at styrke vidensgrundlaget til brug for prioritering og tilrettelæggelse af indsatsen for større lighed i sundhed.

## Sundhed og social position

Som et generelt mål for sundhed er benyttet selvvurderet helbred. Endvidere er sygeligheden i befolkningen beskrevet ud fra forekomsten af aktuelle helbredsgener og langvarige sygdomme.

Som mål for social position er dels brugt uddannelsesniveau, dels et index for levekårsressourcer, der er udarbejdet i forbindelse med undersøgelsen.

Der fokuseres i disse år i stigende grad på individets ressourcer i det praktiske arbejde med socialt udsatte grupper. Index for levekårsressourcer beskriver på en enkelt måde fordelingen i befolkningen af eftertragtede ressourcer, som f.eks. uddannelse, arbejde, fast ejendom og nære familiemæssige bånd, som den enkelte kan bruge til at tilfredsstille sine behov med.

Index for levekårsressourcer benyttes i undersøgelsen til at beskrive fordelingen af ressourcer i befolkningen, men vil også kunne anvendes i det praktiske sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejde til at indkredse målgrupper med behov for en særlig indsats.

## “Sundhedsgab” og social gradient

I det følgende sammenfattes undersøgelsens delkonklusioner, og der gøres nogle overvejelser med hensyn til tilrettelæggelsen af den fremtidige indsats for større lighed i sundhed.

En reduktion af den sociale ulighed i sundhed kan ske enten ved en generel udjævning af de sociale forskelle i befolkningen, eller ved at de sundhedsmæssige konsekvenser af de sociale forskelle mindskes. Det er først og fremmest på det sidste område, at der på amtsligt plan er mulighed for at gøre en indsats.

Den praktiske udførelse af en politik for større social lighed i sundhed kræver medvirken fra mange forskellige aktører i sundhedssektoren, socialektoren, uddannelsessektoren, erhvervslivet, private foreninger m.v.

*Hvordan har du det?* dokumenterer, at der er en betydelig social ulighed i sundhed blandt den voksne befolkning i Århus amt. Det gælder i forhold til:

- selvvurderet helbred
- aktuelle helbredsgener
- langvarige sygdomme

*Undersøgelsen* viser, at “sundhedsgabet” mellem personer med høj og lav social position er stort. Der er stor afstand fra top til bund både med hensyn til selvvurderet helbred, forekomsten af aktuelle helbredsgener og forekomsten af langvarige sygdomme.

*Undersøgelsen* viser ligeledes, at social ulighed i sundhed ikke blot berører den dårligst stillede del af befolkningen. Der er en betydelig skævhed i fordelingen af sundhed og sygelighed over hele det sociale

spektrum. Sundhed og sygelighed følger en social gradient. Dette kan illustreres ved forekomsten af smerter i ryg og lænd i forhold til mængden af levekårsressourcer (figur 6.1)

► *Undersøgelsen* bekræfter, at den sociale ulighed i sundhed er så stor, at det kræver en målrettet indsats, hvis man skal nå det politiske mål om større lighed i sundhed.

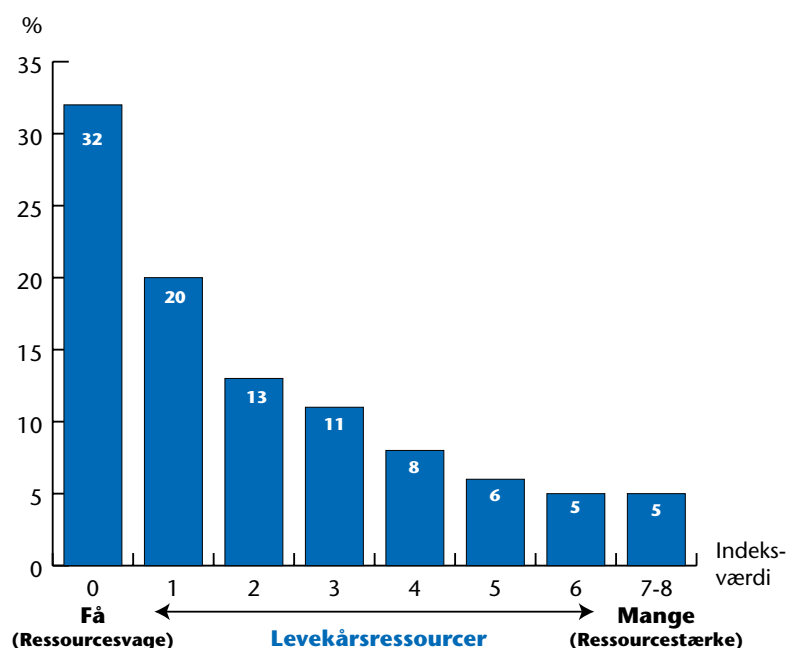
► *Undersøgelsens resultater* viser, at der er behov for en særlig indsats for at forbedre sundheden blandt den dårligst stillede del af befolkningen.

► *Undersøgelsen* viser samtidigt, at det er vigtigt at indarbejde det sociale perspektiv i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i forhold til bredere grupper af befolkningen for at mindske uligheden i sundhed generelt.

**Figur 6.1**

*Andel der har været meget generet af smerter i ryg eller lænd inden for de seneste 14 dage*

N = 3848



I alt forebyggende og sundhedsfremmende arbejde bør man overveje:

1. *Hvad* der skal til for at nå den dårligst stillede del af befolkningen.
2. *Hvilke* effekter indsatsen kan have i retning af at mindske eller forstærke den sociale ulighed i sundhed.

### Trivsel og sundhedsvaner

Analysen af sammenhængen mellem selvvalderet helbred og social position viser, at der er en betydelig ophobning af faktorer, der påvirker det selvvalderede helbred i negativ retning blandt personer med lav social status. Det gælder sygelighed i form af langvarig sygdom og aktuelle helbredsgener og symptomer, psykosociale belastninger, ringere mestringssevne samt usund livsstil i form af rygning, fedme og fysisk inaktivitet.

Personer med lav social position har ikke blot flere negative helbredsbelastninger i forhold til personer med høj social position. Lav social position forstærker den negative virkning af de forskellige helbredsbelastninger på det selvvalderede helbred. Det gælder især sygelighed og psykosociale belastninger.

I diskussionen om social ulighed i sundhed har der især været fokuseret på usund livsstil som årsag til den ringere sundhedstilstand blandt den dårligst stillede del af befolkningen.

► *Undersøgelsens resultater* bekræfter, at der er behov for en særlig indsats for bedre sundhedsvaner blandt denne del af befolkningen. Rygning, fedme og fysisk inaktivitet er mere udbredt blandt lavt uddannede og personer med få levekårsressourcer end blandt højtuddannede og personer med mange levekårsressourcer.

► *Undersøgelsens resultater* peger imidlertid også på, at det ikke er tilstrækkeligt at rette indsatsen snævert mod ændringer i sundhedsvaner.

For det første gør den store ophobning af sygelighed og psykosociale belastninger blandt de dårligst stillede, og den større sårbarhed overfor disse belastninger, det svære at mobilisere det overskud, der skal til, for at ændre livsstil.

For det andet er den store forekomst af psykosociale belastninger blandt personer med lav social position i sig selv et sundhedsproblem og ikke blot en barriere for rygeophør, sundere spisevaner og øget fysisk aktivitet.

► En del af indsatsen for større lighed i sundhed bør derfor dreje sig om at skabe sundere rammer om hverdagslivet og fremme evnen til at håndtere psykosociale belastninger. Væsentlige opgaver er at fremme den fysiske og psykiske trivsel i børnefamilier, på arbejdspladsen og i boligområder med almennyttige boliger.

► I mange sammenhænge vil det være hensigtsmæssigt at kombinere indsatsen for sundere levevaner med trivselsfremmende aktiviteter, så der både arbejdes med forebyggelse og sundhedsfremme.

### Sygelighed

Ud over den generelle beskrivelse af social ulighed i sundhed indeholder undersøgelsen en række detaljerede oplysninger om forekomsten af aktuelle helbredsgener og symptomer, langvarige sygdomme samt brug af sundhedsydelser og medicin.

Der er forskel på graden af social ulighed ved de forskellige helbredsgener og langvarige sygdomme. Det gælder både men hensyn til "sundhedsgabet" mellem top og bund og fordelingen i hele befolkningen. Der er især store sociale forskelle i forekomsten af psykiske belastninger, nervøse symptomer, psykiske lidelser og forbruget af nerve-medicin og beroligende midler. Det gælder ligeledes smerter og sygdomme i bevægeapparatet og brugen af smertestillende medicin mod muskel-skelet smerter. Men også på en række andre områder er den sociale forskel stor. Det gælder bl.a. forekomsten af helbredsgener og sygdomme i nervesystem og sanseorganer og i kredsløb og åndedrætsorganer.

Selv om den sociale ulighed i sundhed er særlig udtalt ved nogle helbredsgener og sygdomme, øges sygeligheden på stort set alle områder, når man bevæger sig nedad i det sociale hierarki.

► Den store forekomst af psykiske helbredsgener og psykisk sygdom i den dårligst stillede del af befolkningen understreger, at fremme af psykisk trivsel i sig selv er et vigtigt aspekt i indsatsen for større social lighed i sundhed.

► Den store forekomst af muskel-skeletlidelser i den dårligst stillede del af befolkningen peger i retning af, at der er behov for en fortsat forbedring af det fysiske og psykiske arbejdsmiljø blandt personer med manuelt og rutinepræget arbejde.

► Den øgede hyppighed af stort set alle helbredsgener og sygdomme blandt den socialt dårligst stillede del af befolkningen peger på, at den forebyggende indsats bør rette sig mod mere generelle faktorer i stedet for mod specifikke sygdomme.

### Brug af sundhedsydelser og medicin

*Undersøgelsens resultater* tyder til gengæld på, at der ikke er væsentlige sociale barrierer for adgang til sundhedsvæsenets ydelser.

Forbruget af sundhedsydelser i form af besøg hos egen læge, brug af vagtlæge, indlæggelse på sygehus osv. er væsentligt større hos personer med en lav end med en høj social position. Når der tages hensyn til den større sygelighed hos den dårligere stillede del af befolkningen, er der kun små sociale forskelle i forbruget af sundhedsydelser. Forbruget

af sundhedsydelser afspejler således i store træk behovet - i det mindste ud fra en rent kvantitativ betragtning.

Efter korrektion for sygelighed er antallet af besøg hos egen læge stadig noget højere hos personer med lavere social status. Omvendt forholder det sig med besøg hos speciallæge. Her er forbruget højere hos personer på højeste uddannelsesniveau sammenlignet med personer på laveste uddannelsesniveau, mens der ikke er nogen særlig forskel, når index for levekårsressourcer - der medtager en række andre ressourcer ud over uddannelse - bruges som mål for social position.

Brugen af receptmedicin øges ligeledes med faldende social position. Når der korrigeres for højere sygelighed udjævnes de sociale forskelle. Dog er der et noget større forbrug af nervemedicin og beroligende midler blandt de dårligst stillede efter korrektion for sygelighed.

### Kroniske patienter

Der er i de senere år kommet større fokus på sundhedsfremme og forebyggelse blandt patienter med kroniske sygdomme: hjertepatienter, patienter med kronisk obstruktive lungelidelser, sukkersygepatienter, astmapatienter osv. Gennem genoptræning og forebyggende aktiviteter er det i et vist omfang muligt at mindske risikoen for tilbagefald og forværring af tilstande samt hindre udvikling af følgesygdomme. Sundhedsfremmende aktiviteter kan gøre patienten mentalt bedre rustet til at leve med sin sygdom. På grund af den større sygelighed blandt personer med en lav social position, udgør de en væsent-



lig del af de kroniske patienter.

*Undersøgelsen viser, at hver tredje af dem, der har en langvarig sygdom, tilhører den fjerdedel af befolkningen, der har færrest levekårsressourcer. 24 pct af de kroniske patienter er ufaglærte. Der er ofte tale om personer med svage sociale netværk - manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, ingen ægtefælle etc. - samtidig med, at de ofte mangler det psykiske overskud til at ændre ved egen situation.*

► For at sikre, at de socialt dårligst stillede blandt de kroniske patienter får lige så stort udbytte som de øvrige patienter af genoptrænings- og forebyggelsestilbud, kan det være nødvendigt at lave socialt differentierede tilbud.

► Det er ligeledes vigtigt, at man på sygehusene og i almen praksis er opmærksom på de sociale forholds betydning for patienternes muligheder for at omsætte sundhedspersonalets råd i praktisk handling.

Der er brug for at skærpe blikket for den sociale dimension i sundhed blandt sundhedspersonalet. Det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle har den fornødne viden om betydningen af patienternes sociale baggrund og ressourcer for at opnå gode behandlingsresultater.

Ikke mindst er almen praksis en vigtig arena for at fremme gode sundhedsvaner blandt kronisk syge, f.eks. patienter med sukkersyge eller astma. Der er bl.a. fra Holland erfaring for, at indførelse af en praksissygeplejerske i almen praksis kan være med til at forbedre sundheden hos kroniske patienter med kort uddannelse. Den særlige opmærksomhed og rådgivning, som praksissygeplejersken kan give denne gruppe af patienter, kan medvirke til, at de i højere grad følger de råd, der er givet vedrørende behandling og ændring af sundhedsvaner (2).

Større lighed i sundhed er først og fremmest en politisk-etisk målsætning. Men samtidig kan en sundhedsfrem-

mende og forebyggende indsats i forhold til den socialt dårligst stillede del af befolkningen bidrage til at mindske det stigende pres på behandlingssystemet. Ophobningen af negative helbreds faktorer i den socialt dårligst stillede del af befolkningen gør, at der er tale om en behandlingstung gruppe. Der kan derfor opnås en stor sundhedsgevinst ved en effektiv sundhedsfremmende og forebyggende indsats i forhold til samfundets svage grupper. I [tabel 6.1](#) er vist en række eksempler på sådanne aktiviteter.

Eksemplerne omfatter aktiviteter, der primært retter sig mod materielle, adfærdsmæssige og psykosociale årsager til social ulighed i sundhed og aktiviteter, der har til formål at afbøde negative sociale effekter af dårligt helbred (nedadgående social mobilitet), jvnf. de forskellige teorier om årsager til social ulighed i sundhed, der er omtalt i kapitel 2. Der er valgt eksempler fra arbejdspladser, boligområder, social- og sundhedssektoren, skoler og uddannelsessteder og foreningslivet.

**Table 6.1**

Eksempler på forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter

Eksempler	Materielle forskelle	Livsstil og adfærd	Psykosociale belastninger	Social mobilitet
<b>Arbejdspladser</b>	Reducering af fysiske arbejdsbelastninger blandt rengøringspersonale	Rygepolitik og støtte til rygestop på virksomheder med mange ufaglærte og faglærte	Bedre stress-håndtering blandt buschauffører	Arbejdsfastholdelse af langtidssygemeldte i lavtlønnede jobs
<b>Boligområder</b>	Forbedring af trafik-sikkerheden i befærdede almenyttige boligområder	Motionsaktiviteter i områder med almenyttige boliger	Kvarterløftsprojekter med vægt på styrkelse af netværk og social kapital	Forøgelse af vaccinationsprocenten i boligområder med etniske minoriteter
<b>Social- og sundhedssektoren</b>	Reduktion af den sociale skævhed i brug af speciallæge	Socialt differentierede tilbud om genoptræning og uddannelse af kroniske patienter	Styrkelse af mes-tringsevne og sociale netværk blandt ressourcevage patienter	Empowerment-orienteret revalideringsarbejde
<b>Skoler og uddannelsessteder</b>	Kostprojekter blandt skolebørn fra socialt belastede familier	Seksualundervisning af børn og unge fra etniske minoriteter	Social færdigheds-træning af marginaliserede unge	Styrkelse af undervisningen af børn og unge med fysiske og psykiske handicaps
<b>Foreninger</b>	Økonomisk støtte til enlige mødre fra Mødrehjælpen, Rotary m.v.	Sundhedspædagogiske projekter blandt unge LO-medlemmer	Rådgivning af selv-mordstruede unge i privat foreningsregi	Idrætstilbud til børn og unge med psyko-motoriske problemer

## Referencer

1. Macbach JP, Bakker MJ, Kunst AE, Diderichsen F (2002). Socioeconomic inequalities in health in Europe: An overview. In Macbach JP, Bakker MJ (eds.). *Reducing inequities in health. A European perspective*. London: Routledge, 25-49.
2. Stronks K (2002). The Netherlands. In Macbach JP, Bakker MJ (eds.). *Reducing inequities in health. A European perspective*. London: Routledge, 249-261.



Illustration Hanne Ravn Hermansen

*Hvordan har du det?* er en undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Århus amt gennemført i 2001. Knap 4000 personer mellem 25 og 74 år deltog i undersøgelsen. Dette er den anden rapport fra *Hvordan har du det?* Den handler om selv vurderet helbred og social ulighed i sundhed. Formålet med rapporten er at styrke det lokale vidensgrundlag til brug for prioritering og tilrettelæggelse af indsatsen for større lighed i sundhed. Rapporten viser bl.a.:

- at der er en betydelig social ulighed i sundhed
- at der er en ophobning af helbredsbelastninger blandt socialt dårligt stillede
- at især nervøse symptomer og psykiske lidelser vender den tunge ende nedad
- at forekomsten af muskel-skeletlidelser er stor blandt de socialt dårligst stillede
- at der er behov for en målrettet indsats for større lighed i sundhed
- at det i denne indsats er vigtigt at kombinere sundhedsfremme og forebyggelse

Der er planlagt endnu fire rapporter fra *Hvordan har du det?* med følgende temaer: • *Kostvaner, motion og fedme* • *Sociale netværk og sundhed* • *Helbred og tilknytning til arbejdsmarkedet* • *Alkoholvaner*. Rapporterne publiceres i løbet af 2003-4.