

Social ulighed i sundhed i et udsat boligområde

En undersøgelse af sammenhængen mellem selv vurderet helbred, etnicitet og social position

Carsten Kronborg Bak* og Pernille Tanggaard Andersen

Carsten Kronborg Bak Lektor, Ph.d., Institut for Medicin & Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet, mail: ckb@hst.aau.dk*

Pernille Tanggaard Andersen Lektor, Ph.d., Unit for Health Promotion Research, University of Southern Denmark, mail: ptandersen@health.sdu.dk

Abstract

The purpose of this study was to investigate the association between self-rated health, ethnicity and social position in a deprived neighbourhood in Denmark where many residents have a non-western background. In the article we investigate associations between self-rated health as dependent variable and ethnicity and social position (defined by an “index for resources of living conditions”) as independent variables. The study is based on survey data collected in a geographically bounded and socially deprived neighbourhood. The analyses were conducted by logistic regression models. The results shows a strong connection between the residents “social position” and their self-rated health. In this investigation we were not able to identify any connection between ethnicity and self-rated health which indicates that ethnicity does not constitute an explanation per se for differences in self-rated health.

Key-words

Social inequality, health, social ulighed, sundhed

Referee*

Introduktion

Den sociale ulighed i sundhed viser markante forskelle i den danske befolkning afhængigt af hvilken social position vi indtager i samfundet. En højtuddannet kan se frem til gennemsnitligt at leve 7 år længere end en kortuddannet. Det gælder derfor ikke kun for de mest udsatte grupper i samfundet, men med den sociale ulighed i sundhed taler vi om ”en social gradient”, dvs. at uligheden rammer på en måde så for hver ekstra års uddannelse og hver ekstra krone i indkomst lever man lidt længere. Hvert lille skridt på den sociale rangstige

hænger på den måde sammen med levealder: Faglærte lever kortere end funktionærer, men samtidig længere end ufaglærte (Hede & Andersen 2006).

En stor del af sundhedsforskningen i Danmark har i overvejende grad et fokus på det enkelte individs sundhed, set isoleret fra de omgivelser han/hun indgår i (Hede & Andersen 2006). Tanken om, at den *sociale kontekst* har betydning for individers sundhed er imidlertid ikke ny og har mange rødder i den holistiske Hippokratiske tradition inden for medicin (Macintyre & Ellaway 2003). Men det er først siden begyndelsen af 1990'erne, at der er kommet et øget fokus på teoretiske og empiriske undersøgelser, der belyser betydningen af kontekstuelle faktorer i produktionen og opretholdelsen af uligheder i sundhed (Jones & Moon 1993; Macintyre, McIver, & Sooman 1993; Kawachi & Berkman 2003).

Denne genkomne interesse for stedets betydning såvel som individers karakteristika, der bidrager til at forstå forskelle i sundhed fremkom tilsyneladende på nogenlunde samme tid inden for geografi, sociologi og epidemiologi. Der er siden skabt betydningsfulde bidrag til udviklingen af viden inden for dette område (Macintyre, Ellaway & Cummins 2002). Forskningen på dette område i Danmark må dog siges, at være meget sparsom¹.

I denne artikel tager vi udgangspunkt i den betydning, som menneskers sociale position, har for deres sundhed. Vores fokus er rettet mod hvilken betydning, det kan have for sundheden, at være bosat i et udsat boligområde, som er placeret på Regeringens ghettoliste² (Socialministeriet 2010).

Vi tager afsæt i surveydata, der er indsamlet fra en spørgeskemaundersøgelse fra dette område i foråret 2008, hvor der også bor relativt mange beboere med indvandrerbaggrund. Det specifikke formål med artiklen er, at undersøge sammenhængen mellem selv vurderet helbred, etnicitet og social position.

Artiklen placerer sig således i den forskningstradition, hvor den sociale kontekst ofte spiller en afgørende rolle for at forstå *kompleksiteten* i social ulighed i sundhed. Opgaven med at indsamle evidens om social ulighed er særlig svær og er blevet beskrevet som et besværligt "wicked" emne. Et emne, der er komplekst, svært at definere og med ingen umiddelbare løsninger, og hvor ethvert besværligt problem kan betragtes som et symptom på et andet problem (Macintyre & Petticrew 2005; Mcqueen 2009; Petticrew M, Tugwell P, Welch V et al. 2009).

I tidligere undersøgelser er der ofte blevet brugt enkelte og adskilte ressourcer (fx indkomst eller uddannelse) til at måle "social position" med. Vi mener det er utilstrækkeligt og vil i denne artikel præsentere hvad vi opfatter som en mere nuanceret tilgang til, at forstå etnicitetens betydning for sundhed. Det vil vi gøre ved at inkludere flere forskellige *samtidige ressourcer* (både etnicitet, indkomst, uddannelse, økonomiske afsavn) til måling af "social position" (Bourdieu 1984, 1987; Wilkinson 1997).

¹ Siden 2008 har forfatterne arbejdet med social ulighed i udsatte boligområder inden for FELIS-projektet. For nærmere informationer herom henvises til vores hjemmeside www.sdu.dk/felis.

² Denne artikel er en dansk viderebearbejdning af vores artikel publiceret i *International Journal for Equity in Health*, Vol. 10, Nr. 1, 25.01.2011 af Andersen, Pernille Tanggaard; Kronborg Bak, Carsten; Andersen, Susanne; Dokkedal, Unni ; Larsen, Pia Veldt .

Teoretisk tager artiklen afsæt i, at social ulighed i sundhed er knyttet til social position i samfundet (Marmot 2003). Social position betragtes ud fra et ressourceperspektiv, hvor fordelingen af ressourcer i befolkningen antages at påvirke den enkeltes vilkår for at fremme eksempelvis sundhed og trivsel.

Ressourceperspektivet er velkendt i skandinavisk velfærdsforskning og hænger sammen med den nordiske velfærdsmodel, hvor fordeling af ressourcer i befolkningen er i fokus, og hvor der også på det praktiske niveau (Elstad 2000; Allardt 1975; Fritzell & Lundberg 2000; Sen 1992) ses et fokus på resourceudvikling frem for økonomisk omfordeling. Tankegangen bag er, at mennesket er et aktivt handlende væsen, der selv definerer sine mål i tilværelsen. Mulighederne for at nå disse mål er betinget af de ressourcer, som den enkelte har til rådighed (Larsen 2003; Elstad 2000).

Ofte vil der være et sammenfald af en række faktorer, som spiller ind og påvirker trivsel og sundhedstilstand. Er man både gift, har uddannelse og arbejde, er sandsynligheden for, at sundheden er god, større, end hvis man blot besidder en enkelt af disse ressourcer. Omvendt vil en ophobning af dét, som betegnes som ”risikofaktorer” (at være skilt, arbejdsløs, langvarig sygemeldt og bo i et socialt belastet kvarter osv.), øge risikoen for en ringere sundhedstilstand (Elm-Larsen 2000, 2004). Med udgangspunkt i et ressourceperspektiv, og med et udsat lokalområde som arena, ønsker denne artikel derfor at bidrage til en *nuanceret* diskussion af henholdsvis ’kulturel forklaring’ (jf. Singhammer 2008) over for betydningen af social position for sundhed og trivsel.

I Danmark har der været relativt begrænset forskning omkring sundhed/sygdomme blandt indvandrere/efterkommere (Singhammer 2008; Folman & Jørgensen 2006; Hansen & Kjølner 2007; Ingerslev 2000) og socialt udsatte grupper af etniske danskere (bl.a. Pedersen, Christensen, Curtis 2008). Der findes derfor kun relativt begrænset forskningsmæssig viden omkring disse gruppers sundhed og sygdomstilstand.

En af de væsentlige forklaringer hertil er, at disse grupper sjældent deltager i nationale repræsentative sundhedsundersøgelser, og det kræver derfor en særlig indsats og bestemte dataindsamlingsmetoder at få inkluderet besvarelser fra disse grupper. Der er i de fleste undersøgelser blevet justeret for køn og alder, men ikke altid for sociale og økonomiske forhold, som eksempelvis indkomst og uddannelse (Singhammer 2008).

I en stor del af litteraturen omkring etniske minoriteters sundhed anvendes typisk sammenligninger mellem etniske minoriteter og den etniske danske gennemsnitsmajoritet (Singhammer 2008; Folman & Jørgensen 2006; Hansen & Kjølner 2007; Ingerslev 2000). Den eksisterende viden bygger derfor hovedsagligt på populationsstudier af hele befolkningen, og grundantagelsen i flere studier er derfor, at etnicitet/kultur ses som en af de primære forklaringer til ulighed i sundhed.

Ved at vælge denne fremstilling antages det, at forskellige majoritetsborgere på tværs af køn, alder, uddannelse, geografisk tilhørsforhold i relation til sundhed har mere tilfælles med hinanden på samme vis, som at etniske minoriteter fra et meget stort geografisk område og med mange forskellige nationaliteter antages, at dele samme betydningsfulde vilkår set i forhold til sundhed. At fremhæve forskelle i sundhed og sygdomsmønstre fordelt efter etniske tilhørsforhold kan med andre ord give et *skævt billede* af, at det er etniciteten, forstået som kulturen, der gør forskellen, når vi taler ulighed i sundhed.

Denne udlægning kan være uhensigtsmæssig af flere årsager:

- Dels kan den være med til at *stigmatisere* en gruppe mennesker på grund af etniske tilhørsforhold.
- Dels kan den *sløre* for andre årsager - herunder social marginalisering - og dermed hindre, at relevante interventioner kan blive gennemført.

Der findes en betragtelig mængde af forskning omkring de socioøkonomiske uligheder i sundhed, der klart viser, at folk med højre socioøkonomisk status (SES) lever længere og har et bedre helbred end folk med en lavere SES. De dør yngre og lider under at have en større sygdomsbyrde og handicaps (Dalstra et al. 2005; Demakakos, Nazroo, Breeze & Marmot 2008; Siegrist & Marmot 2004; Machenbach et al. 1997).

I et social udsat boligområde bor der flere borgere med en lavere SES, men selv inden for dette område antager vi, at der vil være væsentlige forskelle mellem de beboere, der har få ressourcer, sammenlignet med de personer, der har mange ressourcer.

Denne artikels grundantagelse er, at ophobning af risikofaktorer, målt som manglende ressourcer, er forbundet med et dårligere selv vurderet helbred og via vores fokus på social position antager vi, at "etnicitet" *ikke* har en signifikant betydning for selv vurderet helbred.

Metode og design

Artiklens analyser bygger på data indsamlet i et lokalt, urbant geografisk afgrænset social udsat boligområde, Bakkedalen³. Området er på Regeringens ghettoliste (Socialministeriet 2010). Klassificeringen som "ghetto" er baseret på at 2 ud af følgende 3 kriterier må være opfyldt: at andelen af ikke-vestlige immigranter overskrider 50 %, at andelen af 18-64 årige voksne udenfor arbejdsmarkedet (arbejdsløse, førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere) overstiger 40 %, og antallet af dømte for kriminalitet overstiger 270 i lokalområdet (Socialministeriet 2010).

De fleste børn fra Bakkedalen går i den lokale skole, Bakkedalsskolen⁴, der består af mange børn fra ikke-vestlige familier. Der er en del handels- og industrivirksomheder i nærområdet omkring Bakkedalen, men samtidig er der også en del grønne arealer og en større golfbane samt en svømme- og idrætshal blot et par kilometer fra Bakkedalen.

Der bor 1842 personer i Bakkedalen. 1321 voksne personer er over 16 år. 36,7 % er indvandrere/efterkommere (364 voksne og 311 børn under 18 år), mens 4,7 % er arbejdsløse, 27,4 % på kontanthjælp, 8,3 % på revaliderings- og aktiveringsydelse, 34,2 % er enlige forsørgere og 55,2 % har en bruttoindkomst på under 150.000kr om året (Danmarks Statistik 2007). Af de 364 voksne indvandrere/efterkommere er de 224 (61,5 %) på en eller anden form for overførselsindkomst som kontanthjælp (langt de fleste), førtidspension eller sygedagpenge.

Data til denne analyse blev gennemført i foråret 2008 af konsulentfirmaet Capacent/Epinion. Undersøgelsen blev gennemført som telefoninterviews og besøgsinterviews, og der blev

³ Vi har valgt at gøre boligområdet anonymt og derfor er "Bakkedalen" et fiktivt navn

⁴ Skolens navn er også anonymiseret og derfor er der tale om et fiktivt navn

benyttet et tosprogligt interviewkorps med forskellig etnisk baggrund for at imødekomme eventuelle sproglige vanskeligheder med at forstå spørgsmålene i spørgeskemaet. Interviewene blev gennemført som *strukturerede interviews*, hvor intervieweren udfyldte spørgeskemaet.

Målgruppen var voksne over 16 år. 404 beboere besvarede spørgeskemaet, hvilket svarer til en besvarelsesprocent på 31. Beboere med anden etnisk baggrund end dansk udgør 31 % af besvarelsene. Et vigtigt resultat var det forholdsvist høje antal besvarelser fra respondenter med anden etnisk baggrund, som oftest ikke deltager i nationale, landsdækkende sundhedsundersøgelser. Vi mener, at vores valg af dataindsamlingsmetode – dvs. en kombination af telefoninterviews og besøgsinterviews med tosproglige interviewere har haft en stor indflydelse på dette resultat. I de nationale undersøgelser anvendes typisk en repræsentativ stikprøve samt udsendelse af postomdelte spørgeskemaer.

Udvikling af spørgeskemaet

Det anvendte spørgeskema i dette studie er udviklet på baggrund af eksisterende forskning (Ekholm et al. 2006) og designet til at indsamle viden omkring sundhedsindikatorer, sundhedsadfærd, sociale faktorer og anvendelse af velfærdsservices. Spørgeskemaet består af 50 spørgsmål og blev udviklet i forbindelse med et interventionsstudie i Bakkedalen i perioden 2008-2011.

Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er defineret som et individs egen opfattelse af hans eller hendes sundhedstilstand. Selvvurderet helbred er en meget anvendt og relativt præcis sundhedsindikator, og en velkendt indikator for sygelighed og dødelighed (Mossey og Shapiro 1982; Søndergaard Kristensen 1998).

Selvvurderet helbred er den enkeltes opsummering af sin egen sundhedstilstand. Selvvurderet helbred er en almindelig anvendt indikator for sundhedstilstand, som har vist sig at være et ret præcist mål herfor. Eksempelvis øger dårligt selvvurderet helbred risikoen for død, kræft, hjertesygdomme, brug af sundhedsvæsenet, arbejdsfravær, medicinbrug, forringet funktionsevne, arbejdsløshed og førtidspension (Larsen 2003).

Spørgeskemaet inkluderede spørgsmål om selvvurderet helbred: ”Hvordan vil du vurdere din nuværende helbredstilstand”? (svarmuligheder: ”Meget godt”, ”godt”, ”nogenlunde”, ”dårlig” og ”meget dårlig”). På grund af den lille stikprøve blev disse svar efterfølgende dikotomiserede ved at kombinere svarene ”meget godt”, ”godt” og ”nogenlunde” i en kategori og svarene ”dårlig” og ”meget dårlig” i en anden, som det er almindeligt at gøre i folkesundhedsforskning.

I den empiriske analyse undersøges sammenhængen mellem selvvurderet helbred som *afhængig variabel* og social position (via indeks for levekårsressourcer) som *uafhængig variabel*. Først analyseres betydningen af den etniske baggrund, og herefter analyseres levekårsindeks og de variable, der indgår i indekset. Herudover foretages en justering for køn og alder.

Måling af social position

Til at kunne måle social position i undersøgelsen bruger vi et indeks (jf. tabel 1) for livsressourcer baseret på et indeks, der er anvendt i en rapport om selv vurderet helbred og social ulighed i sundhed i Region Midtjylland (Larsen 2003). Indekset er et ressourceindeks, der i tillæg til socioøkonomiske faktorer fx uddannelse, job og indkomst også inkluderer familieforhold – fx børn og civilstand.

En lignende fremgangsmåde anvendes i Oakes & Rossi (2003), og det er i tråd med den skandinaviske velfærdsforskning. Indekset er baseret på en formativ målingsmodel, hvor den teoretiske variable "social position" er defineret af ressourcevariable i indekset, i modsætning til en reflektiv målingsmodel, hvor det antages, at de inkluderede variable, der indgår i indekset, afspejler en underliggende teoretisk variabel (latent variabel).

Vi anvender en lettere justeret version af Larsen (2003) index, idet vi lægger vægt på økonomiske afsavn og vi udelukker "ejerforhold" til bolig, da alle boliger er lejeboliger i Bakkedalen. Følgende variable er inkluderet i index for social position (tabel 1): bor sammen med andre, har børn, uddannelse, erhvervsindkomst, stillingskategori, disponibel indkomst og økonomiske afsavn.

Variablene er alle dikotomiseret (fx bor alene=0, Bor ikke alene=1). Indekset bygger på *en formativ målemodel*, hvor den teoretiske variabel "social position" antages at være bestemt af de ressourcevariable, der indgår i indekset. I modsætning hertil kunne man anvende *en reflektiv målemodel*, hvor det antages, at de benyttede variable afspejler en bagvedliggende teoretisk variabel (Larsen 2003).

Måling af ressourcer

Tabel 1. Variable der indgår i indeks for levekårsressourcer

	Ressource	Manglende ressource
Bor sammen med andre	Ja	Nej
Har børn	Ja	Nej
Har mere end grundskoleuddannelse	Ja	Nej
Har erhvervsindkomst	Ja	Nej
Er funktionær eller selvstændig	Ja	Nej
Har månedligt rådighedsbeløb \geq kr. 3.000	Ja	Nej
Lider ingen økonomisk afsavn	Ja	Nej

Ressourcerne i indekset er valgt fordi de ud fra gældende normer er eftertragtede og rummer muligheder for at opfylde 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 de kan også være anledning til bekymring og afsavn. Et lederjob giver anseelse og mulighed for at bestemme over sin egen arbejdssituation, men det kan også være psykisk belastende (Larsen 2003).

Indeks 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 adgang til 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 (Larsen 2003). En alternativ måde at beskrive ressourcer på er ved hjælp af *kapitalbegrebet*: Materiel kapital, personlig kapital, social kapital m.v. (Bourdieu 1987).

Der er flere fordele ved at anvende indekset for social position frem for mere traditionelle klasse- og socialgruppeinddelinger (Hansen 1978; Krieger, Williams & Moss 1997). Indekset muliggør, at *personer uden for arbejdsmarkedet* kan indplaceres i modsætning til traditionel socialgruppeinddeling baseret på erhvervmæssig position. På samme viser spørgsmål vedrørende familiesammensætning og ressourcer i familien, herunder spørgsmålet om økonomiske afsavn, væsentlige aspekter i forhold til social position. Med indekset er social position samtidig *ikke* afgrænset til en bestemt gruppe, men ved placering på et kontinuum. Sidst, men ikke mindst, ses der på det *samlede antal ressourcer*, uden at der foretages en prioritering af dem. Det vil sige, at mangel på én ressource kan opvejes af besiddelse af en anden.

Indekset for levekårsressourcer kan antage værdier fra nul til syv. En lav værdi svarer til en ressourcesvag person, mens en høj værdi svarer til en ressourcestærk person. Ådighedsgrænsen på kr. 3.000 per måned per person er fastlagt ud fra medianen i studiepopulationen for at kunne sammenligne den økonomisk svagere del af beboerne med den økonomisk stærkere del i et udsat lokalområde som Bakkedalen.

Ved økonomisk afsavn forstås, at familien inden for de sidste par måneder af *økonomiske grunde* har måttet undlade at betale regninger, at betale uforudsete udgifter, dyrke fritidsinteresser, at give gaver til fødselsdage o.l., at gå til tandlægen, at købe medicin, at købe tøj, sko o.lign. *Statistiske analyser*

Som første skridt har vi lavet frekvenstabeller, krydstabeller og chi-anden test. Vores udfaldsvariabel er selvvurderet helbred. I den videre analyse har vi dikotomiseret den ved at slå svarmulighederne "virkelig godt" og "godt" sammen overfor "dårligt" og "virkelig dårligt", hvorunder kategorien "nogenlunde" er blevet udeladt.

Vi starter med at undersøge associationen mellem selvvurderet helbred og etnicitet. Derefter undersøger vi associationen mellem selvvurderet helbred og levekårsresourceindekset. Endelig undersøger vi associationen mellem selvvurderet helbred og de enkelte variable, der indgår i levekårsresourceindekset. Disse analyser udføres ved hjælp af logistisk regression, og der justeres for konfunderende variable.

SPSS version 17 er anvendt til de statistiske analyser.

Resultater

De demografiske karakteristika fremgår af tabel 2.

Tabel 2. Deskriptive statistik for studie variabler

Variable		N	%
Køn	Mand	196	48.5
	Kvinde	208	51.5
Alder	16-24 alder	59	14.8
	25-44 alder	150	37.6
	45-64 alder	109	27.3
	65+	81	20.3
Etnicitet	Forskellig etnisk baggrund	118	29.2
	Etnisk danske	286	70.8
Levekårsressourser	0 (ressourcesvag)	2	.7
	1	20	7.5
	2	42	15.7
	3	79	29.6
	4	65	24.3
	5	32	12.0
	6	20	7.5
	7 (ressourcestærk)	7	2.6
Selvvurderet helbed	Meget god/god	250	61.9
	Rimelig	93	23.0
	Dårlig/ meget dårlig	61	15.1

Andelen med godt/virkelig godt selvvurderet helbred er 62 % i forhold til 15 % med dårligt/meget dårligt selvvurderet helbred. Der er omkring 30 % af anden etnisk baggrund end dansk. De største ikke-danske etniske grupper i Bakkedalen er fra Afghanistan, Irak, eks-

Jugoslavien, Somalia og Sri Lanka. Studiepopulationen er nogenlunde lige fordelt med hensyn til køn. Med hensyn til alder er der flest i gruppen 25-44 år (38 %).

Tabel 3. Risikoen ved at have et dårligt/meget dårligt selv vurderet helbred for beboere med forskellig etnisk baggrund.

	Justeret effekt for køn og alder OR (95 % CI)	Justeret effekt for køn, alder og levekårsressourcer OR (95 % CI)
Forskellig etnisk baggrund	1.57 (0.77-3.22)	1.85 (0.76-4.53)
Etniske danskere	Reference	Reference

Det fremgår af tabel 3 at dette studie ikke viser nogen association mellem etnicitet og det at have dårligt/meget dårligt selv vurderet helbred. Etnicitet er kategoriseret som dansk eller ikke-dansk etnisk baggrund. Der er en svag tendens til, at de med en anden etnisk baggrund end dansk har dårligere selv vurderet helbred end etniske danskere (OR=1.85, P=0.18).

Det ses i tabel 4, at der er en stærk signifikant sammenhæng mellem levekårsressourcer og selv vurderet helbred. Personer med ingen eller kun én levekårsressource har omkring 12 gange så stor risiko for at have et dårligt/meget dårligt selv vurderet helbred sammenlignet med personerne med mange levekårsressourcer (4-7). Personer med 2 til 3 levekårsressourcer har henholdsvis 7 og 5 gange så stor risiko for at have et dårligt/meget dårligt selv vurderet helbred sammenlignet med personerne med mange levekårsressourcer. Der er en tydeligt aftagende risiko for dårlig selv vurderet helbred, jo flere levekårsressourcer en person har.

Tabel 4. Risikoen for have et dårligt/meget dårligt selv vurderet helbred i relation til levekårsressourcer

	Modellen er justeret for køn, alder og etnicitet OR (95 % CI)	P-værdi
Levekårsressourcer		
0-1	12.46 (3-47-44.77)	< 0.01
2	6.98 (2.22-21.90)	< 0.01
3	4.55 (1.66-12.47)	< 0.01
4-7	Referencegruppe	

Diskussion

Denne undersøgelse af Bakkedalen, et udsat boligområde på Regeringens ghettoliste, har været med til at bekræfte, at der er en stærk signifikant sammenhæng mellem beboernes sociale position (antal levekårsressourcer) og deres selv vurderede helbred. Personer med ingen eller kun få ressourcer har således omkring 12 gange så stor risiko for at have et dårligt/meget dårligt selv vurderet helbred sammenlignet med de beboere, der har mange levekårsressourcer (dvs. 4-7 ressourcer). Personer med få ressourcer (dvs. 2-3 ressourcer) har også hhv. 5-7 gange så stor risiko for at have et dårligt/meget dårligt selv vurderet helbred sammenlignet med personer med mange ressourcer.

Resultaterne er således med til, at bekræfte vigtige sammenhænge mellem folks sociale position og deres selv vurderede helbred. Resultaterne er i overensstemmelse med tidligere

resultater fra Larsen (2003), der viste samme signifikante sammenhæng mellem levekårsressourcer og selvvrderet helbred. I vores undersøgelse er der dog væsentlige forskelle i forhold til Larsens undersøgelse. Vores analyser bygger på et udsat boligområde med forholdsvis mange ressourcetsvage beboere, og herudover inkluderer vi andre økonomiske variable såsom rådighedsbeløb og økonomiske afsavn, og vi tester også specifikt for etnicitetens betydning.

Undersøgelsens hypotese om, at etnicitet/kultur ikke udgør en signifikant forklaring er blevet bekræftet, idet vi ikke kunne finde en statistisk sammenhæng mellem etnicitet og dårligt selvvrderet helbred i undersøgelsen.

Der er imidlertid flere begrænsninger forbundet med analysen, som er vigtige at få nævnt. Det har f.eks. ikke været muligt at sammenligne resultaterne fra Bakkedalen med resultater fra en større population (f.eks. hele kommunen/regionen) eller andre mere velstillede lokalområder (se Stafford & Marmot 2003). Det ville også have været oplagt at analysere betydningen af *kønnsforskelle* og forskelle mellem etniske grupper. Datagrundlaget fra boligområdet er baseret på en lille population, hvilket gør det svært at gennemføre specifikke analyse mellem forskellige etniske minoritetsgrupper i boligområdet. Resultaterne fra denne analyse kan derimod ses som et godt grundlag til at udvide opfølgende analyser til også at inkludere f.eks. en række *mellemløbe* variable. Det kan f.eks. dreje sig om betydningen af psykosociale belastninger, langvarig sygdom, helbredsgener og livsstilens betydning (fx rygning, motion), for selvvrderet helbred.

Vi mener at vores *tilgangsvinkel* med at tage udgangspunkt i et geografisk afgrænset socialt depriveret område med mange lavindkomstgrupper og folk uden for arbejdsmarkedet har haft stor betydning for vores resultater.

Dels har formålet været at undersøge om etnicitet har en signifikant sammenhæng med selvvrderet helbred, men samtidig har undersøgelsen også været med til at vise, at det er afgørende *hvilke grupper*, der sammenlignes med. Datagrundlaget består af flere sammenlignelige sociale grupper (bl.a. arbejdsløse, enlige mødre på kontanthjælp, personer med anden etnisk baggrund uden for arbejdsmarked mv.), når det gælder deres sociale position, end det er tilfældet, når man i større populationsundersøgelser (fx Singhammer 2008) af sundhed blandt etniske minoriteter i Danmark eksempelvis finder *store forskelle* mellem etniske minoritetsgrupper og danskere.

At resultaterne er forskellige skyldes sandsynligvis, at det netop er gennemsnitsdanskere med forholdsvis mange ressourcer, der sammenlignes med, og ikke de grupper af danskere, der i højere grad har nogenlunde samme sociale position og ressourcer som etniske minoritetsgrupper.

Det er kun relativt få studier, der har undersøgt, hvordan social deprivation hos individer bosat i udsatte boligområder kan interagere og påvirke sundheden. Der er også forskellige typer af evidens på dette område. Nogle studier peger på, at forskelle mellem individer er større i mere ressourcefattige områder (Duncan, Jones & Moon 1998; Jones, Gould & Duncan 2000). Andre studier finder frem til, at der er større forskelle i sundhed mellem velstillede og fattige individer i mere velstillede områder (Stafford & Marmot 2003). Duncan, Jones & Moon (1998) konkluderer eksempelvis, at lokale naboskaber ikke ser ud til at have særlig stor betydning for sundheden - udover den type af mennesker, som bor der. Stafford & Marmot (2003) når imidlertid frem til et andet resultat.

De har i en undersøgelse af sammenhængen mellem social deprivation og sundhed analyseret, hvorvidt det at bo i et ressourcefattigt boligområde har større negativ indflydelse på sundheden afhængigt af, hvorvidt man er økonomisk velstillet eller er fattig. Forfatterne konkluderer, at det at bo i et ressourcefattigt område sandsynligvis har de mest negative sundhedsmæssige effekter for fattige individer. De kunne ikke finde evidens for, at personlig fattigdom kombineret med det, at bo i et mere velstillet boligområde, skulle have negative sundhedskonsekvenser. Stafford & Marmot (2003) mener, at de negative sundhedsmæssige konsekvenser for de fattige sandsynligvis kan forklares med, at de er mere afhængige af *kollektive ressourcer* i lokalområdet.

Frohlich, Corin & Potvin (2001) argumenterer for nødvendigheden af, at indtage en mere dynamisk forståelse af den sociale konteksts betydning for sundhed og definerer derfor kontekst ”*som en afspejling af såvel stedet, som en karakteristik af de mennesker, der bor der, og dette forhold er rekursivt og påvirker sygdomstilstanden*”. Konteksten vil afspejle sig i den kollektive livsstil, som de mennesker, der bor der, har, både i forhold til disse menneskers relationer til egenskaber i området såvel som deres lighed med hinanden i form af deres sociale praktikker.

Vi er enige med Frohlich, Corin & Potvin (2001) i, at det er vigtigt at undersøge nærmere, hvad den sociale kontekst som analysegenstand rummer. Kommende analyser kunne eksempelvis fokusere på social ulighed, som en funktion af den sociale kontekst, hvor vi med Sens (1992) capabilitybegreb vil kunne gå videre end til at analysere individers ressourcer. Det vil være muligt at undersøge, hvordan individer er i stand til at omsætte deres ressourcer forskelligt i de omgivelser, som de bor i (Bak 2004). For eksempel vil de evner (capability), som en enlig mor med 3 børn og en lav indkomst har, sandsynligvis ikke være de samme, som for en studerende med samme indkomst. Forskellen drejer sig ikke udelukkende om indkomsten eller ressourcerne i sig selv, men om hvordan ressourcerne *kan omsættes* i kraft af hendes samlede sociale situation. Så det drejer sig med andre ord ikke udelukkende om adgangen til ressourcer, men også de om valg, der struktureres af den situation, som individet befinder sig i.

Konklusion

Resultaterne i denne undersøgelse har bidraget til at bekræfte sammenhænge mellem folks sociale position og deres selvvaluerede helbred. Resultaterne er i overensstemmelse med en tidligere dansk undersøgelse af Larsen (2003), der viste samme signifikante sammenhæng mellem leveårsressourcer og selvvalueret helbred. Resultaterne er også i overensstemmelse med international forskning på området.

Undersøgelsens hypotese om, at etnicitet/kultur ikke udgør en signifikant forklaring er blevet bekræftet, idet vi ikke kunne finde en statistisk sammenhæng mellem etnicitet og dårligt selvvalueret helbred i undersøgelsen.

Litteraturliste

- Allardt, E (1975) Att ha, att älska, att vara: om välfärd i Norden. Lund Argos.
- Bak CK. Demokratisering af fattigdommen? En kritisk analyse af indkomstbaserede fattigdomsundersøgelser. *Dansk Sociologi* 2004;15:57-75.
- Bourdieu P. (1984) *Distinction. A social critique of the judgement of taste*. London. Routledge
- Bourdieu P. (1987) What makes a social class? On the theoretical and practical existence of groups. *Berkeley Journal of Sociology*. Vol 32.
- Dalstra JA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, Geurts JJ, Lahelma E, Van Oyen H, Rasmussen NK, Regidor E, Spadea T, Mackenbach JP (2005): Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int J Epidemiol* 34(2):316-26.
- Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, Marmot M (2008): Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Soc Sci Med*, 67(2):330-40.
- Duncan C, Jones K, Moon G. Context, composition and heterogeneity: using multilevel models in health research. *Soc Sci Med* 1998; 46:97-117.
- Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønbæk M (2006): Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Elstad J. I. (2000). Social inequalities in health and their explanations. Norsk institutt for forskning om opvekst, velferd og aldring – NOVA rapport 90/00.
- Folmann, N.B., Jørgensen T. (2006) *Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet*. Københavns Amts Forskningscenter for forebyggelse og sundhed. Udgivet af Sundhedsstyrelsen.
- Fritzell J, Lundberg O (2000). Välfärd, ofärd och ojämlikhet – levnadsförhållanden under 1990-talet. Betänkande från Kommittén Välfärdsbokslut Stockholm Report No.: SOU; 2000, 41.
- Frohlich K. L., Corin C., Potvin, L. (2001) A theoretical proposal for the relationship between context and disease. I: *Sociology of health & Illness* Vol.23, Issue 6:776-796.
- Hansen E.J. (1978). Den centrale baggrundsvARIABLE er socialgruppeinddelingen. *Social Journal* 1978, 11-12.
- Hansen A.R., Kjølner M (2007) *Arbejdsnotat: Sundhed blandt etniske minoriteter: Resultater fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen SOSU -2005*. Statens institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Hede, A & Andersen, J.(2006) *Er sundhed et personligt valg?* Mandag Morgen og Trygfonden: København.
- Ingerslev O. (2000) Sundhedsforhold blandt indvandrere I Integration i Danmark omkring årtusindeskiftet – indvandrernes møde med arbejdsmarkedet. I: Mogensen, G.V., Matthiessen P. Chr. (ed). Rockwool Fondens Forskningsenhed, Aarhus Universitetsforlag.
- Jones K, Gould MI, Duncan C. Death and deprivation: an exploratory analysis of deaths in the Health and Lifestyle Survey. *Soc Sci Med* 2000; 50: 1059-79.
- Jones K., Moon G. (1993) Medical Geography: taking space seriously. I: *Progress in Human Geography* 1993 17:515.
- Larsen F.B. (2003) *Selvvurderet helbred og social ulighed i sundhed. Rapport nr. 2. Hvordan har du det? En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Århus Amt fra 2001*. Afdeling for Folkesundhed, Århus Amt.
- Elm-Larsen, J. (2000) Klassebiografi og individuel biografi, in: J. E. Larsen, J. Lind, I. H. Møller (ed.) *Kontinuitet og forandring. Nye differentierings- og integrationsformer i samfundet?* Samfundslitteratur: København.

- Elm-Larsen, J. (2004) *Fattigdom og social eksklusion – Tendenser i Danmark over et kvart århundrede*. Socialforskningsinstituttet: København.
- Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet* 1997, 349(9066):1655-9.
- Macintyre S., Ellaway A., Cummins S. (2002) Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine* 55: 125-139.
- Kawachi I. & Berkman L. (2003) *Neighbourhoods and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Macintyre S., MacIver S., Sooman A. (1993) Area, class and health: should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy* 22: 213-234.
- Macintyre S, Petticrew M. (2005) Good intentions and received wisdom are not enough. *J Epidemiol Community Health* 54(11):802-3.
- Marmot, M.G. (2003) Understanding social inequalities in health. *Perspect Biol Med* 46:9-23.
- Mcqueen, D.V. (2009) Three challenges for the social determinants of health pursuit. *International Journal of Public Health* 54(1): 1-2.
- Mossey JM, Shapiro E (1982): Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health*, 72(8):800-8.
- Oakes JM, Rossi PH: The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach. *Soc Sci Med* 2003, 56(4):769-84.
- Pedersen, P. V., Christensen, A. I., Hesse, U., Curtis, T. (2008) *SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007*. København: Rådet for Socialt Udsatte og Syddansk Universitet.
- Petticrew M., Tugwell P., Welch V. et al. (2009) Better evidence about wicked issues in tackling health inequities. *J of Public Health* 31: 453-456.
- Sen Amartya (1992) *Inequality reexamined*. Oxford Clarendon Press.
- Siegrist J, Marmot M (2004). Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges. *Soc Sci Med* 2004, 58(8):1463-73.
- Singhammer J. (2008) Etniske minoriteters sundheds – ny viden og metoder. Udarbejdet og udgivet i samarbejde med partnerskabet for undersøgelse af etniske minoriteters sundhed – arbejdsgrupper region Midtjylland / Sundhedsstyrelsen og Radikale Venstre om styrket indsats i ghettoområderne og anvendelsen af den almene boligsektors midler.
- Socialministeriet (2010). Aftale mellem regeringen (Venstre og Konservative Folkeparti), Dansk Folkeparti og Radikale Venstre om styrket indsats i ghettoområderne og anvendelsen af den almene boligsektors midler. Available at: www.sm.dk/data/Dokumentertilnyheder/2010/BA10.pdf. Socialministeriet 2010: København.
- Stafford, M. & Marmot, M. Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally? *International Epidemiological Association* 2003; 32; 357-366.
- Søndergård Kristensen T (1998): Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø: er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse? Arbejdstilsynet: København.
- Wilkinson R. G. (1997). Health inequalities: relative or absolute material standards. *British Medical Journal* 314: 591-595.