



Behandlingsrådets undersøgelsesdesign vedrørende

**Ulighed i behandling af børn
relateret til socialt netværk og
social støtte**

Behandlingsrådet

Om Behandlingsrådets undersøgelsesdesign

Undersøgelsesdesignet er udarbejdet af Behandlingsrådets sekretariat i samarbejde med Fagudvalget for analysen af ulighed i behandling relateret til socialt netværk og social støtte og Dansk Center for Klinisk Sundhedstjenesteforskning, Aalborg Universitet. Fagudvalgets kommissorium er tilgængeligt på Behandlingsrådets hjemmeside. Sammensætningen af fagudvalget ses i Bilag B. Undersøgelsesdesignet specificerer analysens overordnede formål samt et eller flere undersøgelsesspørgsmål og præsenterer Behandlingsrådets overordnede ramme for, hvordan den konkrete problemstilling skal analyseres. Undersøgelsesdesignet offentliggøres på Behandlingsrådets hjemmeside.

Den endelige rapport udarbejdes med afsæt i informationerne fra:

- **Et analysetema** på baggrund af hvilket, Sundhedsministeriet og Danske Regioner har bestemt, at analysen skal udarbejdes.
- **Undersøgelsesdesignet**, der sætter rammerne for - og anviser specifikationer vedrørende - gennemførelsen af analysen.

Oplysninger om dokumentet

Godkendelsesdato:	Versionsnummer:
Godkendt af fagudvalget 06.03.2024	1.0

Versionsnr.:	Dato:	Ændring:
1.0	03.04.2024	Offentliggjort

Indhold

Om Behandlingsrådets undersøgelsesdesign	2
Oplysninger om dokumentet	2
Indhold.....	3
1 Begreber og forkortelser	4
2 Introduktion.....	5
2.1 Om dette undersøgelsesdesign.....	5
3 Baggrund.....	6
3.1 Betydningen af socialt netværk og social støtte for patienters behandlingsforløb	6
3.2 Børns sociale netværk og støtte.....	7
3.3 Ulighed i behandlingen af sygdomme hos børn relateret til socialt netværk.....	8
4 Formål.....	10
5 Metode og datagrundlag.....	11
5.1 Delstudie 1 - Ulighed i behandlingen af børn relateret til socialt netværk	11
5.2 Delstudie 2 - Mekanismer, der bidrager til ulighed i børns behandling relateret til socialt netværk og social støtte	12
6 Referencer	15
7 Bilag.....	19
7.1 Bilag A. Analysetema	19
7.2 Bilag B. Fagudvalgets sammensætning	20

1

Begreber og forkortelser

LPR	Landspatientregistret
------------	-----------------------

RKKP	Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
-------------	---

Ulighed i sundhed	Anvendes om forskelle i sundhedstilstanden og risikoen for at blive syg mellem individer eller grupper i befolkningen [1]. Social ulighed i sundhed anvendes om systematiske forskelle i sundhed mellem grupper med forskellig social position målt på socioøkonomiske faktorer såsom uddannelse, indkomst, beskæftigelse og sociodemografiske faktorer såsom køn og etnicitet [2]. Geografisk ulighed anvendes om forskelle i sundhedstilstanden, som forekommer på baggrund af, hvor i landet man er bosat. Hvis den geografiske ulighed i sundhed skyldes forskelle i social sammensætning mellem lokalområder, er det et aspekt af social ulighed i sundhed. Geografisk ulighed i sundhed kan også skyldes andre forhold såsom forskelle i sundhedsvæsenets tilbud og ressourcer på tværs af landet.
--------------------------	--

Socialt netværk	Defineres som netværket af sociale relationer, der omgiver en person, og karakteristika ved disse forbindelser [3].
------------------------	---

Social støtte	Defineres som oplevelsen af at være elsket, afholdt og værdsat af andre samt oplevelsen af at være en del af et socialt netværk af gensidig støtte og forpligtelser [4]. Social støtte kan også forstås som de psykologiske og materielle ressourcer, som netværket kan levere med det formål at gavne en persons evne til at håndtere stressfulde begivenheder [5]. Det sociale netværk kan tilbyde forskellige former for social støtte, herunder eksempelvis følelsesmæssig støtte, hjælp til at definere, forstå og håndtere problemer, økonomisk støtte samt materielle ressourcer og tjenester [6].
----------------------	---

2 Introduktion

2.1 Om dette undersøgelsesdesign

Let og lige adgang til sundhedsvæsenet samt behandling af høj kvalitet er to af hjørnesteenene i den danske sundhedslov. Sigtet med loven er blandt andet at undgå, at der sker forskelsbehandling af patienter, medmindre disse er begrundet i objektive forhold [7].

I 2020 nedsatte Danske Regioner Behandlingsrådet med det primære formål at målrette sundhedsvæsenets ressourcer til de teknologier og indsatser, der giver mest sundhed for pengene. I forbindelse med aftalen for regionernes økonomi for 2022 blev regeringen og Danske Regioner desuden enige om, at Behandlingsrådet skal udarbejde årlige analyser vedrørende ulighed i sundhed, der har til formål at afdække og belyse eventuel ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper [8].

Ulighed i sundhed handler bredt defineret om systematiske forskelle i befolkningen i forhold til risikoen for eksponering for sygdomsfremkaldende faktorer, forekomsten af sygdom samt behandlingen og konsekvenserne af sygdom [9,10]. Behandlingsrådets årlige analyser fokuserer på ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper i det danske sundhedsvæsen, som et aspekt af ulighed i sundhed [8]. Selvom ulighed i sundhed ikke begynder i sundhedsvæsenet, spiller sundhedsvæsenet en rolle i forhold til potentielt at skabe, vedligeholde, eller forstærke uligheden.

Nærværende undersøgelsesdesign udgør opstarten på Behandlingsrådets tredje analyse indenfor ulighed i sundhed. Temaet for denne analyse er "Ulighed i behandling relateret til socialt netværk og social støtte". Dette tema blev godkendt af Sundhedsministeriet og Danske Regioner den 23. august 2023. Der er siden godkendelsen af temaet foretaget en indledende afgrænsning af genstandsfeltet. Analysen for 2024 vil således have fokus på uligheder i den somatiske behandling af **børn** relateret til **socialt netværk og støtte** indenfor udvalgte sygdomsområder..

Dette undersøgelsesdesign specificerer den metodiske fremgangsmåde, der er fastlagt for analysen. Det fremgår blandt andet, at analysen vil bestå af to delstudier:

1. Et kvantitativt studie, der har til formål at undersøge, hvilken betydning børns sociale netværk har for den behandling, de modtager i det danske sundhedsvæsen i forbindelse med astma, diabetes, inflammatorisk tarmsygdom eller gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet.
2. Et kvalitativt studie, der har til formål at undersøge, hvilke bagvedliggende mekanismer, der har betydning for ulighed i behandlingen af børn med astma i det danske sundhedsvæsen relateret til deres sociale netværk og sociale støtte.

I de følgende afsnit introduceres den overordnede problemstilling og baggrunden herfor. Dernæst præsenteres formålet med den samlede analyse samt metode- og datagrundlaget for de to delstudier.

3 Baggrund

Ulighed i sundhed kommer blandt andet til udtryk i sundhedsvæsenet ved, at patienters behandling kan være afhængig af deres sociale netværk og den sociale støtte, netværket giver. Det sociale netværk kan forstås som det netværk af relationer, som omgiver en person og karakteristikaene ved dette netværk [3]. Netværket består typisk af både uformelle relationer såsom relationer med familie, partner og venner - og formelle relationer med mennesker i kraft af den rolle eller position, de har i samfundet – for eksempel professionelt (eksempelvis tandlæge, lærer, advokat) eller relationer med bekendte (for eksempel nabo, forældres venner) [11]. Det sociale netværk har betydning for mennesker, dels i kraft af netværkets struktur (det vil sige organisering, herunder tætheden af en persons netværk, antallet og typen af kontakter og frekvensen af kontakt), og dels i kraft af netværkets funktioner, såsom at give social støtte. Det er forskningsmæssigt velunderbygget, at menneskers sociale netværk spiller en afgørende rolle for deres fysiske og mentale sundhed. Dette skyldes blandt andet den støtte, som netværket potentielt kan tilbyde [3,6,11–15].

3.1 Betydningen af socialt netværk og social støtte for patienters behandlingsforløb

Det sociale netværk og social støtte bliver særligt relevant i belastende situationer såsom perioder med behandlingskrævende somatisk (fysisk) sygdom. Det kræver meget energi og mange ressourcer at være syg og at indgå i et behandlingsforløb [16,17]. Patienter og deres pårørende skal eksempelvis organisere medicinindtag, transportere sig frem og tilbage til undersøgelser og behandlinger, foretage og understøtte livsstilsændringer og lave administrativt papirarbejde. Dette kan være en stor byrde for den enkelte patient og de pårørende.

Eksisterende forskning har vist, at der er sket et skifte i patientrollen, så patienter og pårørende i dag forventes at være mere aktive og medansvarlige for deres behandling end tidligere [18–21]. Det er blevet påpeget, at sundhedssystemet dermed ubevidst favoriserer mennesker, som er i stand til at forhandle med de sundhedsprofessionelle og succesfuldt kan navigere i systemet [18,22]. Som resultat heraf opstår der ulighed i opsporing, behandling og dødelighed blandt forskelligt stillede mennesker i samfundet [18,23–25]. Mennesker med høj socioøkonomisk status og et stærkt netværk kan allokere flere ressourcer til at indgå i behandlingsforløbet og har dermed bedre forudsætninger for at varetage deres sygdom, både før, under og efter indlæggelse [16,17]. Det er også påvist, at mennesker med høj socioøkonomisk status har nemmere ved at navigere i det komplekse sundhedssystem og bedre kan understøtte deres egen og familiemedlemmers behandling end mennesker med lav socioøkonomisk status [16,18,19,21,23–26]. I tråd med det peger Sundhedsstyrelsens rapport 'Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet' på, at mangel på social støtte blandt patienter med lav socioøkonomisk position, er en barriere i patienternes møde med sundhedsvæsenet [27].

Der er andre forhold ved det sociale netværk, som kan have betydning for en patients behandling. Forskning peger eksempelvis på, at graden af sundhedskompetence¹ i patientens netværk kan spille

¹ Sundhedsstyrelsen definerer sundhedskompetence som følger: "Sundhedskompetence (health literacy) er en kombination af personlige kompetencer og ressourcer i omgivelserne, der bestemmer menneskers mulighed for at finde, forstå, vurdere og bruge information til at tage beslutninger om sundhed. Det handler også om evnen til at kommunikere, fastholde og handle på beslutningerne" [41]

en afgørende rolle for den behandling, patienten modtager. De pårørendes sundhedskompetencer er en vigtig ressource i forhold til at tale patientens sag overfor de sundhedsprofessionelle [18,19]. Sundhedskompetencer kan i mange tilfælde hænge sammen med socioøkonomisk status. Pårørende med høj socioøkonomisk status kan tale de sundhedsprofessionelles sprog, opsøge information om sygdommen, mobilisere deres netværk (eksempelvis ved at inkassere tjenester eller referencer), og de holder øje med den behandling, patienten modtager. Pårørende med lavere socioøkonomisk status kan derimod have sværere ved at indgå i dialog med de sundhedsprofessionelle. Tendensen er, at disse pårørende holder sig på sidelinjen og fokuserer på at være omsorgsfulde, mens de overlader beslutningerne til de sundhedsprofessionelle [16,19]. Pårørende benytter dermed forskellige forhandlingsstrategier i mødet med de sundhedsprofessionelle, hvor nogle har større kapacitet til at tale patientens sag og dermed påvirke de sundhedsprofessionelles beslutninger om behandlingsforløbet [18]. I det graden af sundhedskompetence i patienters sociale netværk varierer, skaber dette ulighed i behandlingen, hvilket ultimativt kan påvirke overlevelsesraten [18,19,28].

På baggrund af ovenstående eksemplificeres og tydeliggøres det, at et ressourcestærkt, støttende socialt netværk kan have afgørende betydning for patienters behandlingsforløb og sygdomsprog- nose. Der kan desuden argumenteres for, at karakteren og omfanget af det sociale netværk bliver særligt relevant, hvis patienten har brug for støtte til behandlingen, hvis de eksempelvis ikke er i stand til at tale deres egen sag eller tage stilling til behandlingsforløb- og tilbud, som det eksempelvis kan være tilfældet hos nogle ældre patienter, mennesker i udsatte positioner, og ikke mindst i forhold til behandlingen af børn [18,25,29]. Det er dog ikke givet, at det sociale netværk altid har en positiv indflydelse. Virkningen af det sociale netværk på patientens behandlingsforløb kan variere, afhængigt af om det er et netværk, der giver den rette støtte [28–32]. I nogle tilfælde kan netværket også være en belastende faktor, som kan gøre mere skade end gavn [11].

3.2 Børns sociale netværk og støtte

Denne analyse har fokus på den somatiske behandling af børn, som en gruppe af patienter som i særlig grad har brug for deres sociale netværk og støtte under et behandlingsforløb. Børn er ikke i stand til at klare sig alene i systemet, tale deres egen sag, følge medicineringen hjemme eller træffe beslutninger om deres behandlingsforløb.

Forældre kan yde deres børn forskellige former for støtte til deres behandling, herunder eksempelvis praktisk og følelsesmæssig støtte. Den praktiske del kan for eksempel bestå i at understøtte en sund livsstil derhjemme, samt hjælpe barnet med at tage sin medicin eller foretage målinger, for eksempel blodsukkermålinger [31,33,34]. Efterhånden som børn bliver ældre og udvider deres netværk, bliver det også relevant at kigge ud over forældrene som den primære sociale støtte til eksempelvis jævnaldrende venner.

Alle forældre kan have svært ved at navigere mellem de mange forskellige instanser i sundhedsvæsenet, og de kan opleve at være overladt til sig selv. Derudover skal forældrene selv være opsøgende på tilbud om støtte, og mange ved ikke, hvor de skal henvende sig [16]. Hvis selv de ressourcestærke forældre kan opleve at være pressede og have svært ved at navigere i systemet, kan dette være endnu mere udtalt hos forældre i sårbare positioner [16]. Det kan skabe social ulighed i børns behandling.

Sundhedsstyrelsens rapport fra 2012: "Sociale forholds betydning for håndtering af børn med kronisk sygdom" peger på seks kerneproblematikker, identificeret i international litteratur, der kan forklare sociale forskelle i håndteringen af børns sygdom. Disse inkluderer lav sundhedskompetence hos forældrene, lav self-management (begrænsede evner til selvstyring af behandling), dårligt psykisk velbefindende hos forældrene, udfordringer relateret til forældres kommunikation og relations-

dannelse i sundhedsvæsenet, netværk og familiestruktur (herunder konfliktniveauet i familien) og kulturelle forhold (herunder sproglige barrierer) [16].

I det følgende afsnit præsenteres eksisterende viden fra forskning vedrørende ulighed i behandlingen af sygdomme hos børn, som kan relateres til det sociale netværk.

3.3 Ulighed i behandlingen af sygdomme hos børn relateret til socialt netværk

Det er meget sparsomt, hvad der eksisterer af forskning vedrørende uligheder i børns behandling relateret til socialt netværk og støtte i en dansk kontekst, og den eksisterende forskning har primært haft fokus på at måle netværkets betydning ud fra socioøkonomisk position. Et af de områder, hvor dansk forskning imidlertid har påvist uligheder er i behandlingen af **børnekræft**. På trods af, at vi i Danmark tilbyder højt specialiserede og standardiserede behandlingsforløb viser forskning, at familieforhold og forældres socioøkonomiske status har betydning for ulighed i overlevelsesraten hos børn [23,24,35–37]. Forskning viser for eksempel, at danske børn med kræftsygdomme har dårligere overlevelse, hvis de er født senere i fødselsrækken, hvis de har flere søskende og hvis forældrene er oppe i årene [36,37]. Det er ligeledes påvist, at børn har flere generelle og akutte kontakter til sundhedsvæsenet i tiden op til barnets diagnose, hvis forældrene har kort uddannelse og usikker tilknytning til arbejdsmarkedet eller hvis forældrene lider af depression eller er af ikke-vestlig oprindelse [23]. Derudover får børn af forældre med kort uddannelse eller som er arbejdsløse udskrevet mindre doser af medicin sammenlignet med børn af forældre med højere socioøkonomisk position [24].

På **diabetes**området peger særligt international forskning også på uligheder i behandlingen af børn relateret til deres socialt netværk. Diabetes er en kronisk sygdom, der kræver stor opmærksomhed på behandlingen og livsstil hele livet. Familiens socioøkonomiske ressourcer og sundhedskompetencer har indflydelse på børnenes efterlevelse af behandlingsråd, også kaldet adhærens, og kan skabe ulighed i behandlingsforløbet. Et dansk studie peger på uligheder i metabolisk kontrol blandt børn afhængig af moderens uddannelsesniveau, således at børn af mødre med lavt uddannelsesniveau sjældnere får monitoreret deres glukoseniveau sammenlignet med børn af mødre med højere uddannelsesniveau [41]. Flere udenlandske studier peger desuden på, at det sociale netværk, herunder familiedynamikken, for eksempel familiens konfliktniveau, har stor indflydelse på varetagelsen af børn og unges sygdom [16,31,33]. Tidligere forskning har desuden vist, at den sunde livsstil oftere findes i familier med højere socioøkonomisk position, hvilket skaber forskellige forudsætninger for børn og unges behandlingsadhærens på tværs af forskellige sociale grupper [42]. Den sociale omgangskreds kan ligeledes påvirke barnets livsstil ved at udvise eller ikke udvise en sundhedsfremmende adfærd eksempelvis ved at dyrke motion og spise sund kost [31,33,34].

International forskning viser også, at der kan være uligheder i behandlingen af **inflammatoriske tarmsygdomme** blandt børn relateret til deres sociale netværk. Inflammatoriske tarmsygdomme er en betegnelse, der omfatter to kroniske sygdomme: Chrons sygdom og colitis ulcerosa, der kræver en livslang behandling. Oftest kan inflammatoriske tarmsygdomme holdes i ro med en medicinsk behandling, men kirurgi kan i nogle få, men sværere tilfælde være en behandlingsmulighed [43]. På dette sygdomsområde er den eksisterende litteratur sparsom, men udenlandsk forskning viser imidlertid, at barnets sociale netværk spiller en vigtig rolle i forbindelse med håndteringen af sygdommen, og at der i nogle sammenhænge tages højde for barnets psykosociale forhold i forbindelse med igangsættelse af et behandlingsforløb [44,45]. Barnets ernæring er også en væsentlig faktor, da mange børn med inflammatorisk tarmsygdom taber sig eller har svært ved at tage på, hvilket kan have store konsekvenser for barnets udvikling [43]. Dette kan eksempelvis medføre en forsinket eller udebleven pubertet og en hæmmet vækst. Det sociale netværk til børn med inflammatorisk

tarmsygdom spiller derfor en væsentlig rolle i forhold til at holde styr på fødevarer, der kan forbedre sygdommen hos barnet.

Også på **astmaområdet** er forskning om netværkets betydning for børns behandling i dansk kontekst sparsom. Det danske forskning der dog findes, peger på uligheder i behandlingen relateret til socialt netværk [46,47]. Et af de forhold, der har vist sig at have betydning for børns astmabehandling er indkomstulighed. Børn af forældre med lav indkomst har mindre sandsynlighed for at modtage astmamedicin end børn af familier med høj indkomst – og børn af familier med lav indkomst har større risiko for at blive indlagt på hospitalet med astmarelaterede udfordringer [46]. Blandt familierne med lav indkomst ses, at forældrene typisk har kortere uddannelsesbaggrund, i større omfang modtager sociale ydelser, har hyppigere ikke-vestlig baggrund, flere er enlige og ryger mere under graviditeten [46]. Det er ligeledes påvist, at børn fra familier med lav indkomst har mindre sandsynlighed for at modtage en lungefunktionstest ved diagnosetidspunktet, og mindre sandsynlighed for at modtage opfølgende konsultationer seks måneder efter diagnosen [46,47]. Også faktorer som familiestruktur og etnicitet spiller en rolle for uligheder i børns astmabehandling. Forskning har blandt andet påvist, at børn fra familier med to forældre i højere grad bliver monitoreret ved opfølgende konsultationer end børn i familier med kun én forælder [46,47]. Endvidere er det påvist, at immigrantbørn og børn af efterkommere i Danmark har mindre sandsynlighed for at indløse recepter på både forebyggende medicin og anfaldsmedicin sammenlignet med etniske danske børn, uden at det kan forklares af familiens husstandsindkomst eller de socioøkonomiske karakteristika for bopælsstedet [48,49].

Opsamlende peger forskningen således på flere somatiske sygdomsområder, hvor der ses uligheder i behandlingen af børn relateret til deres sociale netværk. Det drejer sig om sygdomme, der kan medføre livslange konsekvenser for børnene. Det gælder især de mest alvorlige tilfælde, hvor hyppige forværringer forekommer, eksempelvis på grund af manglende kontrol over sygdommen [50]. Overordnet set er forskning på området, særligt i en dansk kontekst, imidlertid meget begrænset og området bør dermed undersøges nærmere, hvis det skal være muligt at bekæmpe ulighed i børns behandling [19,23,24,36,37,51,52]. Børn er netop en særlig gruppe af patienter, som er meget afhængige af deres sociale netværk og som i høj grad påvirkes af dette, når de bliver diagnosticeret med en kronisk sygdom og skal indgå i et behandlingsforløb. Undersøgelser inden for dette område er derfor særligt vigtige for, at sundhedssystemet i højere grad bliver i stand til at understøtte de familier og børn, som har et behov herfor. Der er blandt andet behov for mere viden om de mekanismer, der skaber uligheder i behandlingen fra kvalitative studier [46,47].

I det nedenstående præsenteres formålet med Behandlingsrådets ulighedsanalyse for 2024, hvorefter analysens metoder og datagrundlag specificeres.

4 Formål

Det overordnede formål med analysen er:

- 1) At undersøge, hvilken betydning børns sociale netværk har for den behandling de modtager i det danske sundhedsvæsen i forbindelse med astma, diabetes, inflammatorisk tarmsygdom eller gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet.
- 2) At undersøge, hvilke bagvedliggende mekanismer, der kan have betydning for ulighed i behandlingen af børn med astma i det danske sundhedsvæsen relateret til deres sociale netværk og sociale støtte.

Det forventes, at delstudie 1 og delstudie 2 tilsammen vil bidrage til at belyse betydningen af det sociale netværk og social støtte på børns behandling. Hvor delstudie 1 vil have sit primære fokus på netværkets struktur og karakteristika, vil delstudie 2 særligt fokusere på netværkets kvalitet herunder social støtte som en funktion af det sociale netværk. Det er målet, at denne viden samlet set kan benyttes som afsæt for udviklingen og afprøvningen af målrettede interventioner – med henblik på at afhjælpe uligheder i behandlingen af børn i det danske sundhedsvæsen. Som illustreret i nedenstående figur, vil analysen bestå af to delstudier:

Delstudie 1

Kvantitativt studie

Undersøger betydningen af socialt netværk for den somatiske behandling af børn i det danske sundhedsvæsen i forbindelse med astma, diabetes, inflammatorisk tarmsygdom eller gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet.

Delstudie 2

Kvalitativt studie

Undersøger de bagvedliggende mekanismer, der kan bidrage til ulighed i behandlingen af astma blandt børn i det danske sundhedsvæsen relateret til det sociale netværk og social støtte.

5

Metode og datagrundlag

5.1 Delstudie 1 - Ulighed i behandlingen af børn relateret til socialt netværk

Formål

Det kvantitative delstudie har overordnet til formål at belyse betydningen af børns sociale netværk på deres diagnostik og behandling i det danske sundhedsvæsen. Studiet har primært fokus på børn med astma, diabetes, inflammatorisk tarmsygdom og børn med gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet. Studiet har fokus på at belyse børnenes sociale netværk i relation til forskelle i forekomsten af de udvalgte sygdomme/problematikker. Derudover vil der være fokus på hvorvidt det sociale netværk har en betydning for ulighed i adgang til sundhedsvæsenet, ulighed i brug af sundhedsydelser samt ulighed i behandlingskvaliteten.

Studiedesign

Det kvantitative delstudie er et registerstudie, hvor studiepopulationen består af alle danske børn og unge under 18 år i en 10-årig periode med de udvalgte sygdomme/problematikker, som sammenlignes med raske børn og unge. Børnene bliver fulgt før og efter de bliver diagnosticeret med astma, diabetes eller inflammatorisk tarmsygdom eller før og efter de har gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet. Opfølgningstiden efter diagnosen/problematikken afhænger af datamulighederne og de specifikke effektmål. I udvælgelsen af de somatiske sygdomsgrupper er der lagt vægt på, at sygdommen for eksempel er en hyppigt forekommende kronisk sygdom blandt børn, at sygdommen og behandlingen heraf er indgribende i familiernes hverdagsliv, eller at sygdommen er et eksempel på et område, hvor der savnes mere viden om det sociale netværks betydning på forbruget af eksempelvis sundhedsydelser og behandlingskvaliteten blandt børn. For at identificere børn som umiddelbart ikke får en diagnose ved deres indledende kontakter til sundhedsvæsenet, men har længerevarende problematikker der kan indikere en kronisk sygdom, bliver børn med gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet også inkluderet.

Datakilder

Til denne analyse vil der blive indhentet data fra bl.a. Landspatientregisteret (LPR), CPR-registret, Sygesikringsregistret, Lægemiddelstatistikregisteret, Befolkningsregistret, Uddannelsesregistret, indkomstregistret, Familiestatistikken, Registerbaseret arbejdsstyrkestatistik (RAS) og Registeret for udsatte børn og unge fra Danmarks Statistik. Der vil yderligere blive indhentet data fra Den Nationale Sundhedsprofil og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), herunder data fra Dansk register for Astma (DrAstma) og Dansk Diabetes Database (DDiD). Analyserne gennemføres via Forskermaskinen hos Danmarks Statistik. Dataindsamlingen vil foregå i tidsperioden april-juni 2024.

Eksposering

Netværkskarakteriserende variable

Der anvendes en prædiktiv modellering, baseret på en logistisk regressionsmodel, til at konstruere to netværkskategorier – en for de bedst og en for de værst stillede børn. Netværkskarakteriserende variable kategoriseres efter om de relaterer sig til barnet, forældrene eller deres omgivelser. For barnet kan det f.eks. dreje sig om hvorvidt de går i daginstitution eller på en ungdomsuddannelse, for forældrene kan det dreje sig om socioøkonomisk position, sygdom, eller skilsmisse og for deres omgivelser kan det dreje sig om, hvor mange personer der er i husstanden, og hvilken boligtype familien bor i. Til yderligere at nuancere beskrivelsen af børns sociale netværk, i form af forældrenes trivsel og livskvalitet, anvendes data fra Den Nationale Sundhedsprofil.

Effektmål

Indledningsvis vil der være fokus på sammensætningen af udvalgte karakteristika af børnenes sociale netværk blandt børn med de udvalgte somatiske sygdomme inkl. børn med gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet. De netværkskarakteriserende variable vil blive sammenlignet mellem børn med og uden de udvalgte sygdomme/problematikker. Til at belyse ulighed i adgang, forbrug af sundhedsydelse og behandlingskvalitet er der udvalgt flere effektmål. I forhold til adgang vil der blive set på kontakten til sundhedsvæsenet før diagnosen. Ved forbrug af sundhedsydelse ses der på kontakt til sundhedsvæsenet før og efter diagnose, opdelt på f.eks. akutte kontakter, indlæggelser samt kontakter til primærsektoren. I forhold til behandlingskvalitet vil der blive set på opfyldelse af kvalitetsindikatorer (proces-, behandlings- og resultatindikatorer) i forbindelse med kontakt til et sygehus. Effektmålene opgøres for hver af de tre sygdomsområder og, i det omfang det er muligt, for børn med gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet.

5.2 Delstudie 2 - Mekanismer, der bidrager til ulighed i børns behandling relateret til socialt netværk og social støtte

Delformål

Det kvalitative delstudie har til formål at undersøge hvilke bagvedliggende mekanismer, der kan bidrage til uligheder i behandlingen af astma blandt børn i det danske sundhedsvæsen relateret til socialt netværk og støtte. I dette delstudie er astma udvalgt som case for en mere dybdegående analyse. Der fokuseres på forældrene som børnenes primære netværk og sociale støtte. Både forældre til børn med astma og sundhedsprofessionelle inddrages i analysen med henblik på at afdække bl.a., hvordan behandlingen af astma blandt børnene opleves i de enkelte familier, forældrenes perspektiver på at understøtte deres børns astmabehandling (herunder hvilken støtte forældrene giver, hvilken støtte forældrene har gjort brug af, samt oplevede udfordringer i behandlingen), betydningen af social støtte i børns astmabehandling. Herunder undersøges også eventuelle negative effekter af social støtte på astmabehandlingen.

Studiedesign

Der anvendes et kvalitativt studiedesign, hvor der primært foretages interviews med både familier og sundhedsprofessionelle. Der kan i mindre omfang suppleres med deltagerobservationer, hvis det viser sig muligt og relevant. Målet er at afdække forskellige erfaringer, oplevelser, perspektiver og niveauer af viden, som kan være med til at belyse de bagvedliggende mekanismer, der har betydning

for ulighed i astmabehandlingen af børn i det danske sundhedsvæsen, som kan relateres til det sociale netværk og social støtte.

Data

De indsamlede data består primært af individuelle interviews med forældre til børn med astma, samt individuelle interviews med sundhedsprofessionelle. Hvis det viser sig muligt at arrangere aftaler om at deltage ved eksempelvis familiers kontroller, undersøgelser eller andre aftaler i sundhedsvæsenet, kan der blive tale om at supplere interviewdata med deltagerobservation i mindre omfang. Dataindsamlingen vil foregå i tidsperioden april-juni 2024.

Interviews med forældre til børn med astma

Det tilstræbes, at der etableres kontakt til forældre til børn som har haft astma i op mod et år. Børnene skal være i aldersgruppen 6-12 år. Kontakten etableres med henblik på gennemførelsen af 8-12 individuelle, semistrukturerede interviews – eller indtil der opnås et mætningspunkt i dataindsamlingen. Hvis forældrene ønsker det, kan der blive tale om interviews, hvor begge forældre deltager.

Gennem interviews med forældre til børn med astma skabes indsigt i forældrenes oplevelser, erfaringer og eventuelle udfordringer relateret til understøttelsen af børnenes astmabehandling. Det tilstræbes, at interviewene så vidt muligt gennemføres ansigt-til-ansigt i informanternes eget hjem. I de tilfælde, hvor dette ikke lader sig gøre, eller hvor informanterne måtte ønske det, kan interviewene gennemføres som telefoninterviews eller online interviews.

Forældre inkluderes i undersøgelsen, hvis de har børn i alderen 6-12 år, som har haft astma i op imod et år. Der tilstræbes en geografisk spredning, således at der oprettes kontakt og gennemføres interviews med forældre, der bor forskellige steder i landet. Der tilstræbes desuden en variation med hensyn til familiernes ressourcer, hvor det særligt tilstræbes at inkludere familier i udsatte positioner og/eller familier, som oplever udfordringer relateret til deres barns astmabehandling. Undersøgelsen kan inkludere familier til børn med forskellige grader af astma, men det tilstræbes særligt at etablere kontakt til familier, hvor barnets astmabehandling er særligt udfordrende.

Det forventes, at der vil blive anvendt en bredspektret rekrutteringsstrategi i forbindelse med rekrutteringen af forældre til interviews. Rekrutteringen af informanter kan blandt andet foregå via hospitalets afdelinger, eksempelvis via børneastmaambulatorier og børneastmaskoler. Der kan ligeledes være mulighed for at oprette kontakt til informanterne via sundhedsplejen eller patientforeningen.

Deltagerobservationer af mødet mellem familier og sundhedsprofessionelle

Såfremt der i forbindelse med interviews med forældre gives tilsagn om interviewerens deltagelse ved eksempelvis kontroller eller undersøgelser på hospitalet, og såfremt muligheden for dette ligger indenfor dataindsamlingens tidsramme, kan der udføres deltagerobservation som et supplement til interviewdataene. Det tilstræbes, at denne mulighed følges hos 2-3 familier med børn, der er diagnosticeret med- og i behandling for astma. Såfremt der gives tilladelse til det kan dataindsamlingen suppleres med uformelle samtaler med eksempelvis sundhedsprofessionelle, sundhedsplejerske, socialrådgiver med kontakt til familien.

Deltagerobservationerne forventes at give indblik i sundhedsprofessionelles praksisser samt interaktioner og samarbejder mellem sundhedsprofessionelle og forældre til børn med astma. Hensigten er at opnå yderligere forståelse for, hvordan disse kan bidrage til eventuelle uligheder i behandlingen af børnene, som kan relateres til det sociale netværk og støtte. Styrken ved deltagerobservationer er, at de kan give indblik i de selvfølgeligheder, der former menneskers handlinger, men som kan være mere eller mindre reflekterede eller fuldt ud erkendte af den enkelte. Observationer kan så at

sige benyttes til at opnå et ekstra lag af viden om, *hvad der rent faktisk sker* i mødet mellem patient/pårørende og sundhedsprofessionel – som et supplement til det, pårørende og sundhedsprofessionelle siger, der sker (i eksempelvis interviews).

Såfremt det er muligt at supplere interviews med deltagerobservationer, planlægges de, så de kan gennemføres indenfor den tidsramme, der er fastlagt for dataindsamlingen (april-juni 2024). Observationerne kan eventuelt kombineres med uformelle samtaler med de sundhedsprofessionelle på afdelingerne eller i almen praksis.

Interviews med sundhedsprofessionelle

Foruden interviews med forældre samt eventuelle deltagerobservationer, vil der blive etableret kontakt til sundhedsprofessionelle, der varetager diagnosticeringen og behandlingen af børn med astma – med henblik på gennemførelsen af ca. 10 interviews. Disse interviews gennemføres med henblik på at opnå indsigt i de sundhedsprofessionelles oplevelser, erfaringer og perspektiver vedrørende de mekanismer, der kan ligge bag den eventuelle ulighed i astma-behandlingen af børn, relateret til det sociale netværk og social støtte.

Både praktiserende læger og speciallæger, læger og sygeplejersker på hospitalsafdelinger samt sundhedsplejersker i skole-regi er i berøring med børn med astma og deres forældre i den tidsperiode, hvor børnene er mellem 6-12 år gamle - i forbindelse med opsporingen, diagnosticeringen og behandlingen af sygdommen. Det tilstræbes, at der i denne undersøgelse etableres kontakt til- og gennemføres interviews med cirka to almenpraktiserende læger og tre praksissygeplejersker (eventuelt fra Regionsklinikkerne) samt to speciallæger og tre sygeplejersker fra hospitalerne. Såfremt det ligger indenfor dataindsamlingens tidsramme interviewes endvidere to sundhedsplejersker med erfaring med familier, hvor et barn har astma, som har haft udfordringer med hensyn til at håndtere barnets astmabehandling i hverdagen.

Der tilstræbes variation i den geografiske placering af sundhedsprofessionelles arbejdssted/ansættelse med henblik på at identificere mekanismer, der med stor sandsynlighed vil være gældende på tværs af sygehuskontekster, sundhedsprofessionelle og patienter/pårørende.

6 Referencer

1. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. 2006;
2. Vallgård S. Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed? 2019;
3. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med.* september 2000;51(6):843–57.
4. Cobb S. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosom Med.* september 1976;38(5):300–14.
5. Cohen S. Social Relationships and Health. *American Psychologist.* november 2004;59(8):676–84.
6. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* september 1985;98(2):310–57.
7. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven [Internet]. 2022 [henvist 11. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2022/210>
8. Vallgård S. Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed? 2019;
9. Diderichsen F, Hallqvist J. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. *Inequality in health—a Swedish perspective* Stockholm: Swedish Council for Social Research. 1998;25–39.
10. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod ulighed i sundhed. 2020.
11. Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relational strain. *Soc Sci Med.* marts 1999;48(5):661–73.
12. Thoits PA. Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *J Health Soc Behav.* 14. juni 2011;52(2):145–61.
13. Kawachi I, Berkman L. Social Ties and Mental Health. *J Urban Health.* 1. september 2001;78(3):458–67.
14. Umberson D, Karas Montez J. Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *J Health Soc Behav.* 8. marts 2010;51(1_suppl):S54–66.
15. Jetten J, Haslam SA, Cruwys T, Greenaway KH, Haslam C, Steffens NK. Advancing the social identity approach to health and well-being: Progressing the social cure research agenda. *Eur J Soc Psychol.* 18. december 2017;47(7):789–802.
16. Sundhedsstyrelsen. Sociale forholds betydning for håndtering af børn med kronisk sygdom. København; 2012 dec.
17. Tran VT, Barnes C, Montori VM, Falissard B, Ravaud P. Taxonomy of the burden of treatment: A multi-country web-based qualitative study of patients with chronic conditions. *BMC Med.* 12. december 2015;13(1).

18. Hoffmann E. Pårørendes forhandlinger med sundhedsprofessionelle i forbindelse med ældres akutte indlæggelse [Ph.d.-afhandling]. [Odense]: Syddansk Universitet; 2022.
19. Gengler AM. "I Want You to Save My Kid!": Illness Management Strategies, Access, and Inequality at an Elite University Research Hospital. *J Health Soc Behav.* 2014;55(3):342–59.
20. Boyer CA, Lutfey KE. Examining Critical Health Policy Issues within and beyond the Clinical Encounter: Patient-Provider Relationships and Help-seeking Behaviors. *J Health Soc Behav.* 1. marts 2010;51(1_suppl):S80–93.
21. Sundhedsstyrelsen, Syddansk Universitet. Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet: en systematisk litteraturgennemgang. 2022.
22. Rebecca Allouche. Ny forskning: Social baggrund rammer kræftramte børn - og det skyldes ikke forældrene. *Kristeligt Dagblad* . 14. januar 2022;1–4.
23. Pedersen LH, Erdmann F, Aalborg GL, Hjalgrim LL, Larsen HB, Schmiegelow K, m.fl. Socio-economic position and prediagnostic health care contacts in children with cancer in Denmark: a nationwide register study. *BMC Cancer.* 1. december 2021;21(1).
24. Pedersen LH, Østergaard A, Bank V, Nersting J, Tuckuviene R, Wehner PS, m.fl. Socioeconomic position and maintenance therapy in children with acute lymphoblastic leukemia: A national cohort study. *Pediatr Blood Cancer.* 1. juli 2022;69(7).
25. Jensen A, Greisen G, Stensballe LG. Socioeconomic background affects mortality in Danish children with severe chronic disease. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics.* 1. december 2022;111(12):2393–9.
26. Schröder SL, Fink A, Richter M. Socioeconomic differences in experiences with treatment of coronary heart disease: A qualitative study from the perspective of elderly patients. *BMJ Open.* 1. november 2018;8(11).
27. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. 2022.
28. Kroenke CH. A conceptual model of social networks and mechanisms of cancer mortality, and potential strategies to improve survival. *Transl Behav Med.* 17. juli 2018;8(4):629–42.
29. Nielsen TR, Nielsen DS, Waldemar G. Barriers in access to dementia care in minority ethnic groups in Denmark: a qualitative study. *Aging Ment Health.* 2021;25(8):1424–32.
30. Aartsen M, Veenstra M, Hansen T. Social pathways to health: On the mediating role of the social network in the relation between socio-economic position and health. *SSM Popul Health.* 1. december 2017;3:419–26.
31. Wysocki T, Greco P. Social Support and Diabetes Management in Childhood and Adolescence: Influence of Parents and Friends. *Curr Diab Rep.* april 2006;6(2):117–22.
32. Palant A, Himmel W. Are there also negative effects of social support? A qualitative study of patients with inflammatory bowel disease. *BMJ Open.* januar 2019;9(1):e022642.
33. La Greca AM, Auslander WF, Greco P, Spetter D, Fisher EB, Santiago J V. I Get by with a Little Help from my Family and Friends: Adolescents' Support for Diabetes Care 1. *J Pediatr Psychol.* 1995;20(4):449–76.

34. La Greca AM, Bearman KJ, Hannah Moore M. Peer Relations of Youth with Pediatric Conditions and Health Risks: Promoting Social Support and Healthy Lifestyles. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. august 2002;23(4):271–80.
35. Sundhedsloven [Internet]. [henvist 24. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2018/1286>
36. Erdmann F, Winther JF, Dalton SO, Zeeb H, Krøyer A, Bautz A, m.fl. Survival from tumours of the central nervous system in Danish children: Is survival related to family circumstances? *Int J Cancer*. 15. februar 2018;142(4):671–80.
37. Erdmann F, Winther JF, Dalton SO, Lightfoot T, Zeeb H, Simony SB, m.fl. Survival From Childhood Hematological Malignancies in Denmark: Is Survival Related to Family Characteristics? *Pediatr Blood Cancer*. 1. juni 2016;63(6):1096–104.
38. Mogensen H, Modig K, Tettamanti G, Talbäck M, Feychting M. Socioeconomic differences in cancer survival among Swedish children. *Br J Cancer*. 12. januar 2016;114(1):118–24.
39. Adam M, Rueegg CS, Schmidlin K, Spoerri A, Niggli F, Grotzer M, m.fl. Socioeconomic disparities in childhood cancer survival in Switzerland. *Int J Cancer*. 15. juni 2016;138(12):2856–66.
40. Cromie KJ, Hughes NF, Milner S, Crump P, Grinfeld J, Jenkins A, m.fl. Socio-economic and ethnic disparities in childhood cancer survival, Yorkshire, UK. *Br J Cancer*. 18. maj 2023;128(9):1710–22.
41. Nielsen NF, Gaulke A, Eriksen TM, Svensson J, Skipper N. Socioeconomic Inequality in Metabolic Control Among Children With Type 1 Diabetes: A Nationwide Longitudinal Study of 4,079 Danish Children. *Diabetes Care*. 1. august 2019;42(8):1398–405.
42. Tetens I, Biloft-Jensen A, Pia ;, Hermansen K, Mølgaard C, Nyvad B, m.fl. Fremme af sunde mad- og måltidsvaner blandt børn og unge. København; 2018.
43. Sundhed.dk. Inflammatorisk tarmsygdom, kostråd - Patienthåndbogen på sundhed.dk [Internet]. 2023 [henvist 14. februar 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/mave-og-tarm/sygdomme/inflammatorisk-tarmsygdom/inflammatorisk-tarmsygdom-kostraad/>
44. Day AS, Ledder O, Leach ST, Lemberg DA. Crohn's and colitis in children and adolescents. *World J Gastroenterol*. 2012;18(41):5862–9.
45. Carvalho R, Hyams JS. Diagnosis and management of inflammatory bowel disease in children. *Semin Pediatr Surg*. august 2007;16(3):164–71.
46. Renneberg CK, Brund RBK, Heuckendorff S, Gunaseelan A, Kruse LV, Fonager K. Preschool children from lower household incomes experience inequality in asthma treatment: findings from a Danish nationwide cohort study. *Eur J Public Health*. 20. oktober 2023;
47. Moth G, Schiøtz PO, Vedsted P. A Danish population-based cohort study of newly diagnosed asthmatic children's care pathway - Adherence to guidelines. *BMC Health Serv Res*. 2008;8.
48. Cantarero-Arévalo L, Holstein BE, Andersen A, Kaae S, Nørredam M, Hansen EH. Inequalities in asthma treatment among children by country of birth and ancestry: a nationwide study in Denmark. *J Epidemiol Community Health (1978)*. november 2013;67(11):912–7.

49. Cantarero-Arévalo L, Ersbøll AK, Holstein BE, Andersen A, Kaae S, Hansen EH. Ethnic and migrant differences in the use of anti-asthmatic medication for children: the effect of place of residence. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 23. januar 2014;23(1):95–104.
50. Håkansson KEJ, Guerrero SC, Backer V, Ulrik CS, Rastogi D. Burden and unmet need for specialist care in poorly controlled and severe childhood asthma in a Danish nationwide cohort. *Respir Res.* 1. december 2023;24(1).
51. Erdmann F, Feychting M, Mogensen H, Schmiegelow K, Zeeb H. Social Inequalities Along the Childhood Cancer Continuum: An Overview of Evidence and a Conceptual Framework to Identify Underlying Mechanisms and Pathways. *Front Public Health.* 18. april 2019;7.
52. Erdmann F, Hvidtfeldt UA, Sørensen M, Raaschou-Nielsen O. Socioeconomic differences in the risk of childhood central nervous system tumors in Denmark: a nationwide register-based case–control study. *Cancer Causes and Control.* 1. oktober 2020;31(10):915–29.

7 Bilag

7.1 Bilag A. Analysetema

Som en del af Behandlingsrådets opgave med at udarbejde årlige analyser vedrørende ulighed i sundhed, udarbejdes og opdateres årligt en overordnet analyseplan for Behandlingsrådets kommende analyser. Analyseplanen indeholder forslag til analysetemaer, en kort beskrivelse af temaerne samt en kort skildring af eventuelt set-up for en analyse af hvert af de foreslåede temaer. Behandlingsrådets analyse for 2024 udarbejdes med udgangspunkt i nedenstående analysetema, som blev godkendt af Sundhedsministeriet og Danske Regioner den 23. august 2023.

Tema	Ulighed i behandlingen relateret til socialt netværk og social støtte
Motivation for indstilling af temaet	<p>Socialt netværk og social støtte spiller en afgørende rolle for borgernes sundhedstilstand og for den behandling, de modtager i sundhedsvæsenet. En 'stærk' pårørende har blandt andet betydning for patienternes sundhedskompetencer og evne til at navigere i et komplekst sundhedsvæsen. Det er således en af de faktorer, som har betydning for borgernes møde med sundhedsvæsenet og som en ny dansk sammenfatning af forskning peger på, at der er behov for øget fokus på.</p> <p>Betydningen af netværkets støtte, herunder deres sundhedskompetencer, er særlig central hos patientgrupper, som ikke selv er i stand til at tage vare på deres behandlingsforløb. Med hensyn til eksempelvis at kunne forklare symptomerne på sygdom til sundhedsprofessionelle, så der kan stilles en diagnose, ift. at stille krav, eller påtage sig ansvaret for at håndtere dele af en behandling hjemme, opstår social ulighed, hvor patienter med pårørende med få ressourcer og nedsat sundhedskompetence er i forøget risiko for at modtage en dårligere behandling. Det ses eksempelvis på kræftområdet, hvor aktuelle undersøgelser viser, at børn af forældre med færre ressourcer, skal henvende sig flere gange til sundhedsvæsenet for at få en kræftdiagnose og modtager en lavere dosis af kemoterapi. Betydningen af social støtte til håndteringen af behandlingsforløbet er aktuell i alle livets faser, fra barndom til alderdom og særlig central, når patientforløbet er komplekst, som eksempelvis ved multisygdom.</p> <p>Viden om betydningen af socialt netværk og social støtte for den behandling patienter modtager i det danske sundhedsvæsen er afgørende for udviklingen af interventioner, som udligner ulighed i behandling og dødelighed. I og med at tidligere forskning på området er sparsom og hovedsagelig koncentreret omkring nogle få områder, er det relevant at udvide fokus til andre somatiske sygdomsområder, herunder undersøge, hvilke årsagsmekanismer, der skaber ulighederne – og evt. hvilke interventioner, der kan udligne dem.</p>
Fokusområde for analysen	<p>På baggrund af ovenstående foreslår Behandlingsrådet temaet "Ulighed i behandlingen relateret til socialt netværk og social støtte".</p> <p>Analysen vil undersøge hvilke mekanismer, der skaber uligheder relateret til netværkets karakteristika og den sociale støtte, patienter modtager. Derudover kan det undersøges hvilke interventioner, der kan anvendes til at reducere ulighederne.</p> <p>Analysen kan undersøge betydningen af socialt netværk og social støtte (netværkets karakteristika, f.eks. sammensætning og socioøkonomiske position samt kvaliteten af den støtte netværket leverer) på patientforløbet (diagnosticering, behandling) indenfor forskellige livsfaser såsom barndom, ungdom, voksenliv og alderdom.</p> <p>Analysen vil gøre brug af både kvantitative og kvalitative metoder for på bedst mulig vis at afdække relevante aspekter af problemstillingen.</p>

7.2 Bilag B. Fagudvalgets sammensætning

Medlemmer i programgruppen (udpeget for en treårig periode)	Udpeget af
Mogens Vestergaard. Formand for fagudvalget, professor, praktiserende læge, Gren	Behandlingsrådet
Pernille Tanggaard Andersen. Professor, forskningsleder, Forskningsenheden for Sundhedsfremme, Syddansk Universitet	Behandlingsrådet
Morten Sodemann. Overlæge, Odense Universitetshospital; Klinisk Professor, Forskningsenheden for Infektionsmedicin, Klinisk Institut, Syddansk Universitet	Behandlingsrådet
Ida Hageman. Speciallæge i psykiatri, lægefaglig vicedirektør i Region Hovedstadens Psykiatri.	Regionerne
Finn Breinholt Larsen. Seniorforsker, DEFACTUM, Region Midtjylland	Regionerne
Julie Mackenhauer. Afdelingslæge, Socialmedicinsk afdeling. Aalborg Universitetshospital	LVS
Øvrige medlemmer i fagudvalget (udpeget for en etårig periode med særligt kendskab til analysetemaets genstandsfelt)	Udpeget af
Lotte Frilev. Chefsygeplejerske, Børn og Unge, Aalborg Universitetshospital	Regionerne
Didde Lauritzen. Læge, Afsnit for Børn og Unge, Sygehus Sønderjylland	Regionerne
Eunice Marie McWere. Afdelingslæge, Børne- og ungeafdelingen, Amager og Hvidovre Hospital	Regionerne
Kirsten Månsson. Socialsygeplejerske, Pædiatri, Nykøbing Falster sygehus	Regionerne
Sven Pörksen. Ledende overlæge (og Formand for Dansk Pædiatrisk Selskab), Pædiatri, Slagelse	Regionerne
Hanne Becker Nissen. Afdelingsleder for skolesundhedsplejen og Sund Ung, Aalborg Kommune	KL
Søren Bagge Petersen. Overlæge, Regionshospitalet Nordjylland	LVS
Christine Højer Eriksen. Sundhedsfaglig koordinator og Rådgiver, Astma-Allergi Danmark	Danske Patienter

Kristine Lyholm, Astma- og allergisygeplejerske, Børn og Unge, Astma- og Allergi-ambulatoriet, Herlev og Gentofte Hospital (medlem fra 01.03.2024) DASYS

Medarbejdere tilknyttet analysen i Behandlingsrådets sekretariat og Dansk Center for Klinisk Sundheds- tjenesteforskning (DACs), Aalborg Universitet.

Projektgruppen i Behandlingsrådets sekretariat

Pernille Skovgaard Christensen. Konsulent, Behandlingsrådet

Lærke Mai Bonde Andersen, Specialkonsulent, Behandlingsrådet

Line Stjernholm Tipsmark, Specialkonsulent, Behandlingsrådet

Mette Bejder, Specialkonsulent, Behandlingsrådet

Sanna Davidsen, Stud.cand.scient.soc., Studentermedhjælper

Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Aalborg Universitet

Søren Paaske Johnsen. Klinisk Professor, overlæge, Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Klinisk Institut, Aalborg Universitet

Amalie Helme Simoni. Ph.d., postdoc, Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Klinisk Institut, Aalborg Universitet

Jan Brink Valentin. Specialkonsulent, Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Klinisk Institut, Aalborg Universitet

© Behandlingsrådet, 2024.

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

www.behandlingsraadet.dk

Niels Jernes Vej 6A, 9220 Aalborg Ø

Versionsnummer: 1.0

Sprog: Dansk

Udgivet af Behandlingsrådet, d. 03.04.2024

Behandlingsrådet