

Tidsskrift for
Den norske legeforening



Menn i Oslo som flyttet rett vest - lever de lenger?

Journal:	<i>Journal of the Norwegian Medical Association</i>
Manuscript ID:	TIDS-10-0267
Manuscript Type:	Originalartikkel (Original article)
Date Submitted by the Author:	03-Mar-2010
Complete List of Authors:	Johnsen, Oddne; Universitetet i Oslo, Med. fak. Claussen, Bjørgulf; Universitetet i Oslo, Med. Fak., Seksjon for Sosialmedisin
Keywords (Nøkkelord):	Dødelighet, Epidemiologi, Samfunnsmedisin, Sosialmedisin
Speciality (Spesialitet):	None (Ingen)

 scholarONE™
Manuscript Central

1
2
3 Oslo 01.03.10 BC
4
5
6
7
8
9

10
11 **Menn i Oslo som flyttet rett vest – lever de lenger?**
12

13
14 Oddne Fjellstad Johnsen og Bjørgulf Claussen
15
16
17

18
19 Seksjon for sosialmedisin

20
21 Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41

42 Kontaktadresse

43 Oddne F Johnsen

44
45 Seksjon for sosialmedisin

46
47 Pb 1130 Blindern, 0318 Oslo

48
49 Tel 45270633

50
51 o.f.johnsen@studmed.uio.no
52
53
54

55
56 Antall ord

57 i sammendrag 197

58
59 i tekst 1881
60

Stikkord: Sosial ulikhet, geografisk ulikhet, dødelighet

Sammendrag

Bakgrunn. De sosiale forskjellene i helse er store i Oslo, båret etter sosial posisjon og etter bosted. Menn på Vinderen lever for eksempel tolv år lengre enn menn i bydel Sagene-Torshov. Denne artikkelen belyser sammenhengen mellom sosiogeografisk migrasjon og dødelighet, med inntekt og utdanning som sosiale indikatorer.

Materiale og metode. Dette er en epidemiologisk studie med foketellingsdata fra Statistisk sentralbyrå. Inkluderte er alle menn 35 år eller eldre i 1990 som bodde i Oslo i 1970 og i 1990. Endepunkt er dødelighet mellom 1990 og 1998.

Resultater. Vi finner en korrelasjon mellom å flytte opp og ned i det sosiogeografiske hierarkiet og dødelighet. De som flytter opp, har lavere dødelighet, og de som flytter ned, har høyere dødelighet enn de som forblir i områder med uendret sosial status. Forskjellen i dødelighet har et trappetrinns mønster siden det å flytte flere nivåer, gir en større forskjell i dødelighet enn det å flytte færre nivåer.

Fortolkning. De observerte forskjellene i dødelighet kan bero på en kausal sammenheng mellom bområdets sosiale egenskaper og dødelighet, de kan skyldes at helse eller helsepotensial påvirker den sosiale mobiliteten, altså sosial seleksjon, eller de kan skyldes en kombinasjon av kausale faktorer og sosial seleksjon.

Abstract

Background: There are great social inequalities in health in Oslo, both between groups with different social positions and between people living in areas with different levels of deprivation. In the western area Vindern for instance, men live on average twelve years longer than in the eastern area of Sagene-Thorsov. This article discusses the correlation between sociogeographic migration and mortality, with income and education level in areas as social indicators.

Material and method: This study is based upon census data from Statistics Norway. Inclusion criteria are men older than 34 years living in Oslo in 1970 and 1990. The outcome is death rates between 1990 and 1998.

Results: We find a correlation between migrating to areas with a different level of deprivation and mortality rates. Compared with those who stay in areas with unchanged deprivation levels, those who move to less deprived areas have a lower mortality, and those who move to more deprived areas have a higher mortality.

Interpretation: The observed differences in mortality rates may be due to a casual relationship between level of deprivation and mortality. On contrast they could also be due to social selection where health or health potential affects the sociogeographic mobility. And last they could be due to a combination of social selection and causality.

Hovedbudskap

Sosio geografisk migrasjon i Oslo er assosiert med dødelighet.

De som flytter opp i det sosiale hierarkiet har lavere dødelighet,

og de som flytter ned det sosiale hierarkiet har høyere dødelighet, enn de som forblir i områder med uendret sosial status.

Til vurdering

1
2
3
4
5
6
7 Da det ble kjent at menn på Vindern lever gjennomsnittlig 12 år lengre enn menn i
8 bydel Sagene-Torshov (1), skrev avdøde professor Per Stavem følgende dikt (2):
9

10
11 *Høy dødelighet på østkanten*
12

13
14 I østre Oslos indre del
15 har leiligheter, hus og rom,
16 en standard som er litt for lav -
17 til arbeidsføres boligkrav.
18
19

20
21 I dårlig hus blir leien lav,
22 beboeren foruten krav,
23 en ufør eller kronisk syk -
24 en del i nød, med tidlig død.
25
26
27

28
29 Ikke rart at østkant får
30 høyest dødstall hvert et år.
31 Flyttes østkants syke bort,
32 dør de sikkert like fort.
33
34
35

36
37 Sosiogeografiske forskjeller i en rekke helsemål går igjen i alle vestlige land,
38 men årsakene er enda uklare og mye diskutert. Det samme gjelder helseulikheter
39 etter sosial posisjon, enten denne regnes etter utdanning, inntekt eller yrke (3, 4, 5).
40 Ulike materielle leveforhold, ulik helseatferd og ulikheter i fysisk og psykisk
41 belastning er mulige årsaksfaktorer. Røyking, fysisk inaktivitet og usunn kost har
42 en klar utdaningsgradient (6). Slike ulikheter i helseatferd kan forklare omlag en
43 tredjedel av ulikhetene etter sosial posisjon. Resten av ulikheten har vi derimot
44 ingen god forklaring på.
45
46
47
48

49
50 Årsaken kan også skyldes at helse eller helsepotensial påvirker sosial posisjon,
51 altså sosial seleksjon. En slik helsesrelatert seleksjon kan tenkes å forklare all den
52 ulikheten i helse en finner i en tverrsnittsundersøkelse. En studie fra
53 Helseundersøkelsen i Oslo 2000-01 (HUBRO) fant at de som flytter opp i
54 yrkeshierarkiet, har lavere dødelighet enn opprinnelsesnivået, men en høyere
55 dødelighet enn det nivået de flytter til(7). Et tilsvarende mønster ble funnet for de
56 som flytter ned i det sosiale hierarkiet. Konklusjonen var den samme som i en
57 rekke vestlige undersøkelser, at helsemessig seleksjon ikke kan forklare den sosiale
58
59
60

1
2
3 ulikheten i dødelighet. Dette funnet passer med en moderert utgave av
4 seleksjonshypotesen, som innebærer at selv om sosial mobilitet er knyttet til
5 helsepotensial, så tar en med seg noe av helsepotensialet i gruppen en flytter fra.
6 Helseutfallene blir da liggende mellom gruppen en flytter fra og gruppen en flytter
7 til. Da kan sosial mobilitet bidra til både å forsterke og forminske ulikheter i helse,
8 både etter sosial posisjon og mellom områder.

9
10 Regionale helseulikheter, som er betydelige i Oslo (1), kan også skyldes såvel
11 årsaksfaktorer i boområdet som helsereelatert seleksjon. I en rekke
12 tverrsnittundersøkelser er det vist at slike regionale forskjeller er assosiert med
13 innbyggernes sosiale posisjon (8), men også med egenskaper ved boligområdet
14 som offentlige investeringer i området (9), sosial deprivasjon (10) og
15 luftforurensninger (11).

16
17 Prospektive undersøkelser er det få av, og funnene er langt fra entydige. I en
18 stor studie fra England og Wales ble det funnet at økningen i helseforskjeller
19 mellom områder med høyest og lavest nivå av sosial deprivasjon mellom 1971 og
20 1991 ville forsvunnet uten helsereelatert migrasjon (12). I en nederlandsk by fant
21 man derimot at selektiv migrasjon knapt hadde bidratt til ulikheter i en rekke
22 helsemål mellom nabolagene (13). I Oslo fant Piro et al med data fra HUBRO at
23 migrasjon innenfor Oslo og ut og inn av byen forklarte lite av forskjellene i helse
24 mellom områder med ulik sosial status (14). De fant ingen signifikante
25 helseforskjeller mellom de som flytter opp og de som flytter ned i det
26 sosiogeografiske hierarkiet. De fant også at de bofaste rapporterte bedre helse enn
27 de som flyttet. Dahl og Elstad 2007 hadde data for alle innbyggere i Norge og fant
28 at gjennomsnittlig inntekt hadde en selvstendig innflytelse på dødeligheten i 88
29 regioner, kontrollert for en lang rekke individuelle egenskaper (15).

30
31 I denne studien ønsket vi å belyse sammenhengen mellom dødelighet og flytting
32 i det sosiale hierarkiet innenfor Oslo. Vi ønsket å se på dødeligheten til grupper
33 som flytter opp og ned i det sosiogeografiske hierarkiet.

34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 **Materiale og metoder**

52 Vi valgte å gjøre en retrospektiv kohortestudie av dødelighet fra 1990 til 1998
53 blant menn 35 år og eldre som bodde i Oslo både den 1. januar 1990 og ved i
54 folketellingen i 1970. Data hadde vi fra en fil fra SSB med hele Oslos befolkning
55 den 1.1.1990. Menn i denne aldersgruppen ble valgt fordi de har en høyre
56 dødeligheten enn kvinner og yngre menn (6). Det var 109 076 menn i denne
57 aldersgruppen i Oslo i 1990 I 1970 bodde 20 557 av disse i andre kommuner, og 10
58 454 var ikke bostedsregistrert i Norge. Utvalget vårt ble dermed 78 065 menn.
59
60

1
2
3 Den minste enheten for bosted er grunnkretser, som stort sett deles ved ny
4 boligbygging. Oslo hadde 438 slike kretser i 1970. I 1990 var tallet 530, og disse
5 kunne slås sammen til 1970-kretsene. Noen er rene industriområder, og kretser
6 under 20 innbyggere ble slått sammen med nabokretsen. Individuer med ukjent
7 bostedsadresse ble kodet sammen i en egen krets. Vi fikk da 389 identiske kretser
8 de to årene, med fra 20 til 6300 innbyggere i 1990, 1161 i gjennomsnitt.

9
10 En sosial indeks ble beregnet for hver grunnkrets basert på gjennomsnittlig
11 inntekt og utdanning. For beregning av indeksen inkluderte vi alle over 15 år i
12 kretsen i 1970 som også bodde i Oslo i 1990. Dette fordi vi ikke hadde data for de
13 som flyttet fra Oslo eller døde før 1990. Inntekt var samlet husholdningsinntekt
14 etter skatt per forbruksenhet (1 for første voksen, 0,7 for andre voksne og 0,5 for
15 barn under 16 år). Utdanning ble beregnet slik at grunnskole teller 1, videregående
16 uten artium 2, artium 3 og høyskolegrad eller mer 4. Gjennomsnittverdiene for
17 inntekt og utdanning i grunnkretsene ble så standardisert ved å bruke Z-skåre, og
18 summert for hver grunnkrets. Summen ble kvintilisert for alle grunnkretsene og
19 kodet fra 1 (lav sosial indeks) til 5 (høy) i grupper med 77 eller 78 kretser i hver.
20 De inkluderte fikk koblet denne sosiale indeksverdien til grunnkretsen for bosted i
21 1970 og i 1990.

22
23 Vi beregnet aldersjustert dødelighet i 1990-98 for alle som flyttet sosialt mellom
24 disse sosioøkonomiske nivåene, og for dem som forble i grunnkretser med samme
25 indeksverdi. Etersom grunnkretser også kunne tenkes få endret sin sosiale status
26 mellom 1970 og 1990, lagde vi på samme måte som for 1970 en sosial indeks for
27 1990. Vi gjorde så en analyse av aldersjustert dødelighet med ulike indekser for
28 1970-bosted og 1990-bosted. Det vil si at de som flyttet sosialt uten at de flyttet
29 geografisk, ble inkludert som migranter.

30
31 Statistiske analyser for aldersjustert av relativ risiko for død, ble gjort i en
32 prosedyre for Poisson-regresjon. Modell-robuste standardfeil ble brukt i
33 beregningen av konfidensintervaller og p-verdier. De statistiske analysene ble
34 gjort i SPSS versjon 16.0.

35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 **Resultater**

53 Dødeligheten i utvalget var 25.9 % i niårsperioden (tab 1). Fra 1970 til 1990
54 flyttet 37,5 til kretser med endrett sosial indeksverdi. Tabell 2 viser andelen menn
55 som bodde kretser med de ulike indeksverdiene i 1970 og i 1990. Vel en tredjepart
56 av innbyggerne i 1970 hadde flyttet til kretser med et annet indeksnivå i 1990,
57 dobbelt så mange i de dårligstilte som i de beststilte kretsene.
58
59
60

1
2
3 Tabell 3 viser relativ dødelighetsrate blant alle dem som skiftet sosial indeks
4 mellom 1970 og 1990 med de stabile som referanse. Der er mange menn i hver
5 celle i matrisen. Færrest flyttet fra gruppe 1 i 1970 til gruppe 5 i 1990, i alt 554
6 personer. I motsatte ytterlighet nedover var det 610 personer.
7
8

9
10 Vi ser en markant sammenheng mellom å flytte sosialt og dødelighet (tab 3). De
11 som beveget seg oppover i det sosiogeografiske hierarkiet i Oslo, hadde lavere
12 dødelighet enn de stabile, og de som flyttet nedover hadde høyere dødelighet.
13 Dødeligheten viste generelt et trappetrinnsmønster der de som flyttet flere nivåer,
14 hadde en økt forskjell i dødelighet i forhold til de som flyttet færre nivåer. To av de
15 20 cellene, som viser mulige måter å flytte sosiogeografisk, brøt dette
16 trappetrinnsmønsteret, og for fire av cellene overlappet konfidensintervallet 1.
17
18

19 Da vi lagde egne sosiale indekser for kretsene i 1970 og 1990, fant vi at 46.1 %
20 av grunnkretsene hvor 19,1 % av de inkluderte bodde, forandret sin indeksverdi fra
21 1970 til 1990. Det vil si at gjennomsnittet av utdanning og inntekt blant
22 innbyggerne hadde forandret seg på 20 år. Menn som ble boende i områder som
23 fikk endret sin sosiale status over 20-års perioden, ble i denne analysen regnet som
24 om de hadde flyttet til et område med endret sosial indeksverdi.
25 Dødelighetsforskjellene ble da omtrent de samme som i tabell 3, med tilnærmet det
26 samme trappetrinnsmønsteret. Fire av konfidensintervallene overlappet 1, og tre av
27 rubrikkene brøt trappetrinnsmønsteret.
28
29

30 Diskusjon

31 Denne studien viser at de som har flytter opp i det sosiogeografiske hierarkiet i
32 Oslo, har lavere dødelighet enn de stabile, og de som flytter nedover sosialt har
33 høyere dødelighet.
34

35 Undersøkelsen kan ikke si hvorfor disse sosiale forskjellene i helse oppstår,
36 enten de skyldes en helsemessig seleksjon, eller om det å bo på et sosialt privilegert
37 område har en positiv innvirkning på ens helse. Det ville kreve helsedata på to
38 tidspunkt.
39

40 Tidligere studier kan heller ikke hjelpe oss fordi resultatene er motstridende. En
41 studie fra England og Wales viste at migrasjon forklarte noe av de geografiske
42 helseforskjellene (12), men en liknende nederlandsk studie ikke viste noen effekt
43 (13). Disse to utvalgte studiene gir ikke belegg for å hevde at geografisk ulikhet i
44 helse skyldes seleksjon, kausalitet eller begge deler.
45
46

47 Den prospektive studien av flytting blant HUBRO-deltakerne viser at flytterne i
48 utgangspunktet er sykere enn de stabile (14). Denne undersøkelsen skiller seg mye
49 fra vår dødelighetsstudie av en hel befolkning. Hvis det samme likevel er tilfellet
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 blant våre migranter, tyder det på at våre funn ikke skyldes helsemessig seleksjon,
4 men heller årsaksfaktorer i det nye boområdet. En rekke europeiske undersøkelser
5 antyder at så kan være tilfellet. Årsaker kan være alt fra påvirkning av den
6 dominerende livsstilen i boområdet til materielle ressurser i miljøet (9, 10).
7
8

9
10 En sannsynlig forklaring på våre funn er at de skyldes både kausale faktorer og
11 seleksjon, slik som ble konklusjonen i studien av mobilitet og dødelighet i samme
12 materiale som vårt (7). Disse tentative analysene av yrkesmessig mobilitet etter
13 yrke fra 1960 til 1980 tyder på at kausalitet forklarer langt mer av de sosiale
14 dødelighetsforskjellene enn seleksjon, det samme som er funnet i en rekke vestlige
15 land (3). Vi vet ikke om noe tilsvarende er tilfellet med sosiogeografisk mobilitet,
16 men det ville ikke være usannsynlig.
17
18

19
20 En svakhet med denne studien er at vi ikke vet hva som har skjedd med de som
21 flyttet mellom 1970 og 1990. Vi har heller ikke hatt mulighet til å inkludere
22 flytting innenfor de fem indeksgruppene. Vi vet også lite om hva som skiller dem
23 som flytter opp og ned i det sosiogeografiske hierarkiet. Det hadde vært ønskelig å
24 inkludere alle over 15 år i 1970 i beregningen av de sosiale indeksene for 1970. Vi
25 har bare data for dem som også bodde i Oslo i 1990, men vi vil anta at det påvirker
26 resultatene lite, fordi utflytterne etter 1970 ganske sikkert ikke skiller seg mye fra
27 dem som ble i Oslo.
28
29
30
31
32
33
34

35 36 **Konklusjon**

37 De som flyttet oppover i det sosiogeografiske hierarkiet i Oslo fra 1970 til 1990,
38 har lavere dødelighet enn de stabile, mens de som flytter nedover, har høyere
39 dødelighet. Grunnen kan være såvel årsaksfaktorer i det nye boområdet som at
40 helse og helsepotensial påvirker flyttemønsteret. Et tilsvarende trappetrinnsmonster
41 som vi ser for dødelighet mellom ulike sosiale klasser for alle ulikhetsmål, viser
42 seg også i dødelighetsforskjeller blant mennesker som flytter til områder med en
43 annen sosial status enn det området de flyttet fra.
44
45
46
47
48
49

50 51 **Takk**

52 Vi takker Halvor Strømme i SSB for tilsendte data og Magne Thoresen for
53 statistisk hjelp.
54
55
56
57
58
59
60

Litteratur

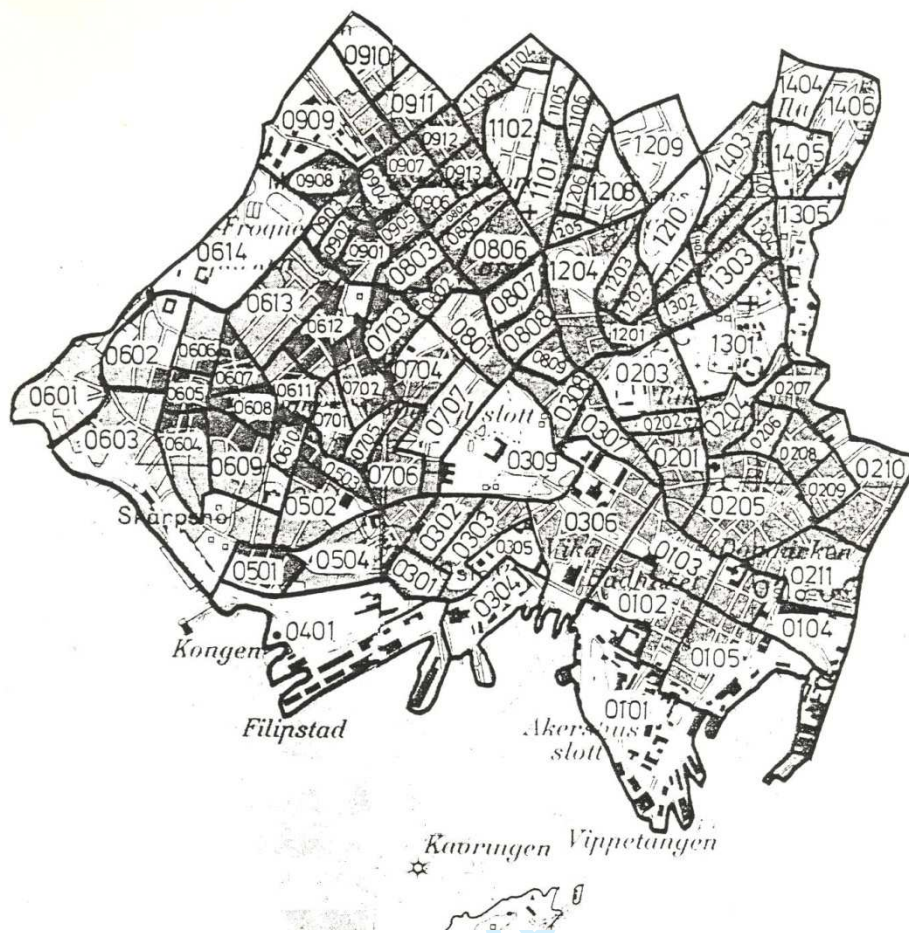
1. Rognerud MA, Stensvold I. Oslohelse. Oslo: Ullevål sykehus, 1998.
2. Stavem P. Høy dødelighet på østkanten. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; ??
3. Claussen B. Sosiale ulikheter og helse. Oslo: Unipub forlag, 2008.
4. Rognerud MA, Zahl PH. Social inequalities in mortality: changes in the relative importance of income, education and household size over a 27-year period. *European Journal of Public Health* 2006; 16: 62-8.
5. Curtis S. Health and inequalities. *Geographical Perspectives*. London: Sage Publications, 2004.
6. Sosial ulikhet i helse. Oslo: Folkehelseinstituttet, FHI-rapport 2007:1.
7. Claussen B, Smits J, Næss Ø, Smith GD. Intragenerational mobility and mortality in Oslo: Social selection versus social causation. *Soc Sci Med* 2005; 61: 2513-20.
8. Shouls S, Congdon P, Curtis S. Modelling inequalities in reported long term illness in the UK: combining individual and area characteristics. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 366-76.
9. Lynch J, Davey Smith G, Harper S et al. Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbanks Quarterly* 2004; 82: 5-99.
10. Woods LM, Rachet B, Riga M, Stone N, Shah A, Coleman MP. Geographical variation in life expectancy at birth in England and Wales is largely explained by deprivation. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59: 115-20.
11. Næss O, Nafstad P, Aamodt G, Claussen B, Rosland P. Relation between concentration of air pollution and cause-specific mortality: four-year exposures to nitrogen dioxide and particulate matter pollutants in 470 neighborhoods in Oslo, Norway. *Am Epidemiol* 2007; 165: 435-43.
12. Norman P, Boyle P, Rees P. Selective migration, health and deprivation: a longitudinal analysis. *Soc Sci Med* 2005; 60: 2755-71.
13. van Lenthe FJ, Martikainen P, Mackenback JP. Neighbourhood inequalities in health and health-related behaviour: results of selective migration? *Health & Place* 2007; 13: 123-37.
14. Piro FN, Næss Ø, Claussen B. Area deprivation and its association with health in a cross-sectional study: are the results biased by recent migration? *Equity in Health* 2007; 6: 10.
15. Elstad JI, Dahl E, Hofoss D. Skjev inntektsfordeling og geografiske forskjeller i dødelighet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 3082-4

Figur 1 Kart over utvalgte grunnkretser i Oslo sentrum.

Til vurdering

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60



Tabell 1 Inkluderte menn etter alder per 1. januar 1990 og dødelighet, samt etter region. Andel i prosent.

<u>Alder</u>	<u>Antall (n=78065)</u>	<u>Døde 1990-1998 (n=20218)</u>
35-44	22.2	3.4
45-54	19.0	6.7
55-64	20.6	17.6
65-74	23.4	39.7
75-84	12.2	69.8
85+	2.6	92.0
<u>Bosetting etter region 1990</u>		
Ytre vest	28.4	21.9
Indre vest	12.6	30.2
Indre øst	12.4	38.4
Ytre øst	45.7	23.7
Ukjent bosted	0.8	28.8
Sum	100	25.9

Tabell 2 Fordeling av menn 35 år eller eldre etter bosted i 1970 og 1990 etter grunnkretsenes indeksfordeling i 1970 (prosent). Andelen av 1970- populasjonen som flyttet til kretser med en annen indeksverdi fra 1970 til 1990.

Sosial indeks	Bosted 1970 n=78065	Bosted 1990 n=78065	Byttet indeks gruppe n=29250
1	12.2	12.5	51.7
2	25.5	22.6	39.3
3	23.4	22.9	37.0
4	19.7	21.1	38.3
5	19.1	20.9	25.5
Sum	100	100	37.5

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Til vurdering

Tabell 3 Relativ risiko før død (95% konfidensintervall) mellom 1990-98, etter flytting til bosted med endret indeksverdi mellom 1970 og 1990, basert på indekssindelingen fra 1970. Referanseverdien er de som ikke har flyttet til kretser med endrett sosial indeks. n=78065

Bosted 1970	Bosted 1990				
	1	2	3	4	5
	n=9738	n=17680	n=17880	n=16468	n=16299
1	1	0,93	0,92	0,80	0,800
n=9560		(0,87-1,00)	(0,86-1,00)	(0,72-0,89)	(0,70-0,92)
2	1,07	1	0,86	0,82	0,81
n=19927	(0,98-1,15)		(0,80-0,94)	(0,75-0,90)	(0,73-0,90)
3	1,25	1,11	1	0,99	0,85
n=18283	(1,15-1,37)	(1,03-1,20)		(0,91-1,07)	(0,77-0,95)
4	1,19	1,15	0,97	1	0,87
n=15371	(1,07-1,34)	(1,04-1,27)	(0,88-1,07)		(0,80-0,96)
5	1,53	1,18	1,19	1,04	1
n=14924	(1,33-1,76)	(1,00-1,39)	(1,04-1,35)	(0,95-1,14)	

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Til vurdering