

DE HÅRDE KENDS- GERNINGER

ANDEN UDGAVE



EUROPA



International
Centre for
Health and
Society

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) blev oprettet i 1948 som et specialiseret organ under De Forenede Nationer, der skulle tjene som den styrende og koordinerende myndighed for internationale sundhedsspørgsmål og folkesundhed. En af WHO's forfatningsmæssige funktioner er at give objektiv og pålidelig information og rådgivning på folkesundhedsområdet, et ansvar, som WHO blandt andet opfylder gennem sine publikationsprogrammer. Gennem sine publikationer søger organisationen at støtte nationale sundhedsstrategier og at gøre noget ved de mest presserende sundhedsproblemer.

WHO Regional Office for Europe er et af seks regionale kontorer rundt omkring i verden, hvert med sit eget program afpasset efter de særlige sundhedsproblemer, der findes i de lande, som det betjener. Den Europæiske Region omfatter ca. 870 millioner mennesker på et område, der strækker sig fra Grønland i nord og Middelhavet i syd til den russiske Stillehavs-kyst i øst. WHO's europæiske program fokuserer derfor både på problemerne i forbindelse med industrielle og postindustrielle samfund og de problemer, som de nye demokratier i Central- og Østeuropa og det tidligere Sovjetunionen står overfor.

For at sikre den bredest mulige adgang til pålidelig information og vejledning om sundhedsspørgsmål sikrer WHO generel international udbredelse af sine publikationer og opfordrer til oversættelse og tilpasning af dem. Ved at hjælpe med til at fremme og beskytte sundhed og forebygge og kontrollere sygdom medvirker WHO's bøger til at opnå organisationens hovedformål – opnåelse af det højeste mulige sundhedsniveau hos alle mennesker.

WHO Centre for Urban Health

Denne publikation er lavet på initiativ af Centre for Urban Health på WHO Regional Office for Europe.

Det praktiske fokus i centerets arbejde er rettet mod at udvikle værktøjer og ressourcemateriale på områderne sundhedspolitik, integreret sundhedsplanlægning og bæredygtig udvikling, byplanlægning, styring og social støtte. Centeret er ansvarligt for WHO's "Sund By-program" (Healthy Cities and Urban Governance Programme).

**SOCIALE FORHOLD
AF BETYDNING
FOR SUNDHEDEN**

DE HÅRDE KENDS- GERNINGER

ANDEN UDGAVE

Redigeret af Richard Wilkinson og Michael Marmot

Sociale forhold af betydning for sundheden: De hårde kendsgerninger. Anden udgave / redigeret af Richard Wilkinson og Michael Marmot.

Published by the Regional Office for Europe of the World Health Organization in 2003 under the title "Social determinants of health: The solid facts. Second edition". © World Health Organization 2003.

Translation rights for an edition in Danish have been granted to Sund By Netværket by the WHO Regional Director for Europe.

The publisher of this translation is solely responsible for its accuracy.

Den originale udgave af denne publikation er udgivet af WHO Regional Office for Europe i 2003 under titlen "Social determinants of health: The solid facts. Second edition".

Rettighederne til den danske oversættelse er blevet givet til Sund By Netværket af direktøren for WHO Regional Office for Europe. Den danske oversættelse er redigeret af Folkesundhed København på vegne af Sund By Netværket.

Udgiveren af dette dokument er ansvarlig for oversættelsens nøjagtighed.

Oversættelse: Suzanne L. Barry

ISBN 87-89863-43-7

© Sund By Netværket, oktober 2004

Grafisk Design: Sven Lund
Tryk: Rosendahls Bogtrykkeri



INDHOLD

Forord ved Sund By Netværket	4
Forord ved WHO	5
Bidragydere	6
Indledning	7
1. Den sociale ulighed	10
2. Stress	12
3. Den tidlige barndom	14
4. Social udstødelse	16
5. Arbejde	18
6. Arbejdsløshed	20
7. Social støtte	22
8. Misbrug	24
9. Fødevarer	26
10. Transport	28
WHO og andre vigtige kilder	30



Vi har i Sund By Netværket valgt at oversætte WHO-publikationen *The Solid Facts* til dansk, fordi vi tror, den kan inspirere mange beslutningstagere og sundhedsprofessionelle i deres arbejde med at reducere den sociale ulighed i sundhed.

Ikke mindst nu, hvor vi står over for en strukturreform, der vil lægge meget af arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme ud i kommunerne, er det vigtigt, at kommunerne bliver inspireret til at arbejde med nogle af de sociale forhold, der er af betydning for sundheden.

Strukturreformen giver kommunerne en unik mulighed for at se de direkte sammenhænge mellem de sociale forhold, som mennesker lever under, og deres sundhed. Kommunerne vil få et stærkt både økonomisk og menneskeligt incitament til at ændre på forholdene. Men det er også vigtigt, at vi bliver klar over, hvor det er nødvendigt med national eller regional lovgivning, for kommunerne kan ikke alene løfte den store opgave, det er at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Den sociale ulighed i sundhed er stor i Danmark, selv om vi ofte tror, at vi med det danske lighedsideal og den danske velfærdsstat har fundet en model, der mindsker uligheden. Det er ikke altid tilfældet. Nogle gange må vi erkende, at vi skal behandle mennesker forskelligt for at mindske uligheden, ligesom vores velfærdsstat nogle gange kan være med til at gøre uligheden større.

Derfor må vi også se på, om der er nogle målgrupper, vi skal gøre en særlig indsats overfor, f.eks. gravide, arbejdsløse, misbrugere og etniske minoriteter. Over for disse grupper og på mange andre områder giver publikationen inspiration til at tage fat. Nogle af forslagene er allerede realiseret i Danmark, mens andre er helt nye. Under alle omstændigheder er det vigtigt, at vi med publikationen får slået fast, hvad forskningen indtil i dag har vist, og hvad vi kan gøre for at mindske den sociale ulighed i sundhed, som er målet både i det nationale folkesundhedsprogram og i mange kommunale planer.

Publikationen er økonomisk støttet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Gregor Gurevitsch

Formand for Sund By Netværket

Behovet for og kravet om klar videnskabelig evidens til støtte for sundhedsplanlægningen er større end nogensinde. De sociale forholds betydning for sundheden er måske det mest komplekse og udfordrende område af alle. Det handler om de forhold, som mennesker lever og arbejder under, og om deres livsstil. Det handler om de sundhedsmæssige konsekvenser af økonomiske og sociale politikker så vel som om de fordele, som kan opnås ved at investere i sundhed. Gennem de sidste fem år siden udgivelsen af første udgave af *Social determinants of health. The solid facts* i 1998 er der fremkommet ny og stærkere videnskabelig evidens. Denne anden udgave integrerer den nye evidens og er forsynet med grafer, supplerende læsning og anbefalede websites.

Vores mål er at skabe opmærksomhed, højne debatten og, frem for alt, sikre handling. Vi ønsker at bygge på succes fra den første udgave, som er blevet oversat til 25 sprog og brugt af beslutningstagere på alle niveauer, offentlige sundhedseksperter og akademikere såvel inden for som uden for Den Europæiske Region. Det glædelige er, at et stigende antal medlemsstater i dag udvikler politikker og programmer, som udtrykkeligt beskæftiger sig med de grundliggende årsager til dårligt helbred, sundhedsmæssige uligheder og behovene hos dem, der er ramt af fattigdom og dårlige sociale forhold.

Denne publikation er udarbejdet gennem et tæt partnerskab mellem WHO's Centre for Urban Health og International Centre for Health and Society, University College London, UK. Jeg vil gerne udtrykke min taknemmelighed over for professor Richard Wilkinson og professor Sir Michael Marmot, som redigerede publikationen. Endvidere vil jeg gerne takke alle medlemmerne af den videnskabelige gruppe, som har bidraget til dette vigtige stykke arbejde. Jeg er overbevist om, at det vil blive et værdifuldt redskab til at udbrede forståelsen for og stimulere debat og handling omkring de sociale forhold, der er af betydning for sundheden.

Agis D. Tsouros

Centerleder, Centre for Urban Health
WHO Regional Office for Europe

Professor Mel Bartley, University College London, UK

Dr. David Blane, Imperial College London, UK

Dr. Eric Brunner, International Centre for Health and Society, University College London, UK

Professor Danny Dorling, School of Geography, University of Leeds, UK

Dr. Jane Ferrie, University College London, UK

Professor Martin Jarvis, Cancer Research UK, Health Behaviour Unit, University College London, UK

Professor Sir Michael Marmot, Department of Epidemiology and Public Health og International Centre for Health and Society, University College London, UK

Professor Mark McCarthy, University College London, UK

Dr. Mary Shaw, Department of Social Medicine, Bristol University, UK

Professor Aubrey Sheiham, International Centre for Health and Society, University College London, UK

Professor Stephen Stansfeld, Barts and The London Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, London, UK

Professor Mike Wadsworth, Medical Research Council, National Survey of Health and Development, University College London, UK

Professor Richard Wilkinson, University of Nottingham, UK.



Selv i de mest velstående lande har de mindre bemidlede markant kortere forventet levealder og flere sygdomme end de rige. De sundhedsmæssige forskelle udgør ikke alene en væsentlig social uretfærdighed, de har også henledt videnskabelig opmærksomhed på nogle af de forhold, der særligt påvirker sundheden i de moderne samfund. De har i særdeleshed ført til en voksende forståelse for, at sundheden påvirkes markant af det sociale miljø og visse sociale forhold.

Denne publikation skildrer de vigtigste dele af denne nye viden i relation til forskellige aspekter af offentlig politik. De ti emner, der behandles, indbefatter den livslange betydning for sundheden af sociale faktorer i den tidlige barndom og virkningerne af fattigdom, misbrug, arbejdsforhold, arbejdsløshed, social støtte, gode fødevarer og transportpolitik. Som grundlag herfor begynder vi med en diskussion af den sociale ulighed i sundhed efterfulgt af en forklaring af, hvordan psykologiske og sociale påvirkninger indvirker på fysisk sundhed og levetiden.

I hvert tilfælde er fokus rettet mod den rolle, som offentlig politik kan spille ved at forme det sociale miljø på måder, der bidrager til en bedre sundhedstilstand. Dette fokus bibeholdes, hvad enten vi ser på adfærdsmæssige faktorer såsom kvaliteten af forældreskab, ernæring, motion og stofmisbrug eller på mere strukturelle aspekter såsom arbejdsløshed, fattigdom og erfaringer med arbejde. Hvert kapitel indeholder en kort sammenfatning af de mest pålidelige forskningsbaserede fund efterfulgt af en liste over deres betydning for offentlig politik. Der gives nogle få nøglehenvisninger til forskningen i slutningen af hvert kapitel, men en mere detaljeret diskussion af evidensen kan findes i *Social determinants of health* (Marmot M, Wilkinson RG, red., Oxford, Oxford University Press, 1999), som blev udarbejdet til at ledsage den første udgave af *Social determinants of health. The solid facts*. For begge disse publikationer er vi tak skyldige

til ledende forskere inden for deres områder, hvoraf de fleste er tilknyttet International Centre for Health and Society ved University College London. De har brugt af deres tid og ekspertise til at skrive de forskellige kapitler i begge disse publikationer.

Engang blev sundhedspolitik betragtet som ikke meget andet end at sørge for og bekoste sygdomsbehandling. De sociale forhold af betydning for sundheden blev kun diskuteret blandt akademikere. Dette er nu ved at ændre sig. Mens sygdomsbehandling kan forlænge overlevelsen og forbedre prognosen efter nogle alvorlige sygdomme, er de sociale og økonomiske forhold, der er grunden til, at mennesker overhovedet bliver syge med deraf følgende behov for sygdomsbehandling, af større betydning for sundheden hos befolkningen som helhed. Ikke desto mindre er almen adgang til sygdomsbehandling klart et af de sociale forhold, der har størst betydning for sundheden.

Hvordan kan det være, at en ny publikation om sociale forhold af betydning for sundheden ikke indeholder noget om gener? De nye opdagelser omkring det menneskelige genom er spændende i kraft af deres løfter om fremskridt for forståelsen og behandlingen af specifikke sygdomme. Men hvor vigtig den enkelte genetiske modtagelighed for sygdom end er, så er de almindelige årsager til sygdom, der rammer *befolkninger*, miljørelaterede. De kommer og går langt hurtigere end den lave hastighed, hvormed genetisk forandring finder sted, fordi de afspejler ændringerne i den måde, vi lever på. Det er derfor, den forventede levealder er forbedret så dramatisk gennem de seneste generationer; det er også derfor, nogle europæiske lande har forbedret deres sundhed, mens andre ikke har, og det er derfor, sundhedsforskellene mellem forskellige socialgrupper er blevet større eller mindre i takt med, at sociale og økonomiske betingelser har ændret sig.

Menneskenes livsstile og de betingelser, som de lever og arbejder under, har kraftig indvirkning på deres sundhed.



© HEALTHY CITIES PROJECT/WHO

Evidensen, som ligger til grund for denne publikation, stammer fra et stort antal videnskabelige rapporter – mange tusinde i alt. Nogle af undersøgelserne har brugt prospektive metoder og har i nogle tilfælde fulgt titusinder af personer over flere tiår – af og til fra fødselen. Andre har brugt tværnsnitsmetoder og har studeret individuelle, regionale, nationale eller internationale data. Af og til er der (måske på trods af followup-undersøgelser) opstået problemer med at afgøre årsagssammenhænge. Disse er blevet over-

vundet ved at bruge evidens fra interventionsstudier, fra såkaldte naturlige forsøg og af og til fra undersøgelser af andre primatarer. Da både sundhed og de mest betydningsfulde påvirkninger af den imidlertid varierer væsentligt afhængigt af graden af økonomisk udvikling, bør læseren holde sig for øje, at den overvejende del af evidensen, der ligger til grund for denne publikation, stammer fra rige, udviklede lande, og at relevansen for mindre udviklede lande kan være begrænset.



Vores hensigt har været at sikre, at politik på alle niveauer – i offentlig administration, i offentlige og private institutioner, på arbejdspladser og i samfundet – tager passende hensyn til den nyeste evidens, der peger på nødvendigheden af, at vi alle tager ansvar for at skabe sunde samfund. En publikation så kort som den foreliggende kan imidlertid ikke give en omfattende vejledning om alle faktorer af betydning for folkesundheden. Mange aspekter af sundhedspolitik, såsom nødvendigheden af at beskytte mennesker mod giftige stoffer på arbejdet, er udeladt, fordi de er velkendte (selv om de ofte ikke bliver tilstrækkeligt håndhævet). Da tilskyndelser til individuel adfærd ændring også er en veletableret metode til sundhedsfremme, og evidensen indikerer, at de til tider kan have begrænset effekt, er der kun lidt om, hvad den enkelte kan gøre for at forbedre sin egen sundhed. Vi understreger imidlertid nødvendigheden af at forstå, hvordan adfærd bliver formet af miljøet, og i overensstemmelse med at vores tilgang til sundhed er de sociale faktorer af betydning for den, anbefaler vi miljømæssige forandringer, som vil kunne føre til en sundere adfærd.

I betragtning af at denne publikation er sammensat af bidrag fra anerkendte eksperter på hvert deres felt, er det slående, i hvilken grad der i de forskellige afsnit er enighed om behovet for et mere retfærdigt og medmenneskeligt samfund – både økonomisk og socialt. Ved at kombinere økonomi, sociologi og psykologi med neurobiologi og medicin ser det ud til, at meget afhænger af forståelsen for spillet mellem materiel fattigdom og den sociale betydning heraf. Det handler ikke kun om, at dårlige materielle omstændigheder er skadelige for sundheden. Den sociale betydning af at være fattig, arbejdsløs, socialt udstødt eller på anden måde stigmatiseret er også vigtig. Som sociale væsener har vi ikke kun brug for gode materielle betingelser, men fra den tidligste barndom har

vi brug for at føle os værdifulde og værdsatte. Vi har brug for venner, vi har brug for mere sociale samfund, vi har behov for at føle os nyttige, og vi har behov for at udøve en betydelig grad af kontrol over meningsfuldt arbejde. Uden disse aspekter bliver vi lette ofre for depression, stofmisbrug, angst, fjendtlighed og følelser af håbløshed, som alle har indvirkning på vores fysiske sundhed.

Ved at tage hånd om nogle af de materielle og sociale uretfærdigheder håber vi, at politik ikke kun vil forbedre det generelle niveau af sundhed og velbefindende, men også mindske en række andre sociale problemer, som eksisterer side om side med dårligt helbred og har deres rod i nogle af de samme socioøkonomiske processer.

Richard Wilkinson og Michael Marmot

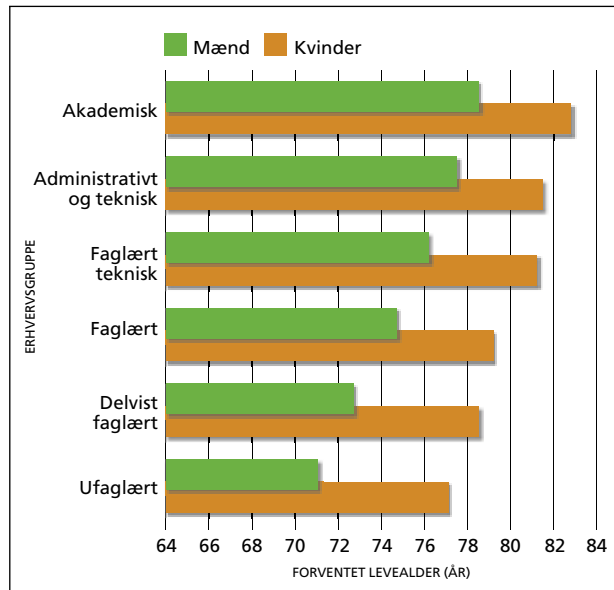
1. DEN SOCIALE ULIGHED

Den forventede levealder er kortere, og de fleste sygdomme mere almindelige længere nede på den sociale rangstige i ethvert samfund. Ved udformningen af en sundhedspolitik bliver man nødt til at tackle de sociale og økonomiske faktorer, der påvirker sundheden.

Det ved vi i dag

Dårlige sociale og økonomiske omstændigheder påvirker sundheden gennem hele livet. Mennesker længere nede på den sociale rangstige løber sædvanligvis en dobbelt så stor risiko for alvorlig sygdom og for tidlig død som dem, der befinder sig nær toppen. Virkningerne er heller ikke begrænset til de fattige, den sociale ulighed løber tværs igennem samfundet, således at selv blandt kontoransatte fra middelklassen er lavere rangerende medarbejdere meget mere syge

Fig. 1. Erhvervsgrupperelaterede forskelle i forventet levealder i England og Wales, 1997-1999.



og dør tidligere end højere rangerende medarbejdere (fig. 1).

Både materielle og psykosociale årsager bidrager til disse forskelle og har betydning for de fleste sygdomme og dødsårsager.

At være socialt dårligt stillet kan komme til udtryk på mange måder og være absolut eller relativ. Det kan indebære at have få familieressourcer, at få en dårligere uddannelse i ungdommen, at have en usikker ansættelse, at komme til at sidde fast i et farligt eller ørkesløst arbejde, at leve under dårlige boligforhold, at prøve at forsørge en familie under vanskelige omstændigheder og at leve på en utilstrækkelig folkepension.

Disse ugunstige omstændigheder har tendens til at koncentreres blandt de samme mennesker, og deres virkninger på sundheden akkumulerer gennem livet. Jo længere mennesker lever med en anstrengt økonomi og under stressende sociale omstændigheder, jo større er det psykologiske slid, de er udsat for, og jo mindre sandsynlighed er der for, at de kommer til at nyde en sund alderdom.

Det kan man gøre politisk

Hvis politik undlader at forholde sig til disse kendsgerninger, ignoreres ikke kun de vigtigste faktorer af betydning for sundhedstilstanden i et moderne samfund, men også et af de vigtigste retfærdighedsspørgsmål, som moderne velfærdssamfund står overfor.

- Livet indeholder en række kritiske overgange: følelsesmæssige og materielle forandringer i den tidlige barndom, overgang fra børnehave til skole, start på arbejdslivet, at flytte hjemmefra, at stifte familie, at skifte job, at stå over for muligheden for at miste sit arbejde, og endelig pensionering. Hver af disse forandringer kan påvirke sundheden ved at skubbe mennesker ind på en mere eller mindre fordelagtig vej. Fordi mennesker, der tidligere har

været dårligt stillede, er udsat for en større risiko i hver efterfølgende omstilling, er velfærdspolitikker

nødt til ikke kun at sørge for et sikkerhedsnet, men også for en række springbrætter, der kan opveje tidligere ugunstige omstændigheder.



© JOACHIM LADEFOGED/POLOFOTO

- For at sikre et godt helbred er det nødvendigt at formindske graden af nederlag i uddannelsesforløbet, reducere usikkerhed og arbejdsløshed og forbedre boligstandarden. Samfund, der giver alle borgere mulighed for at spille en hel og nyttig rolle i det sociale, økonomiske og kulturelle liv i deres samfund, vil være sundere end de samfund, hvor mennesker står over for usikkerhed, udstødelse og afsavn.
- Andre kapitler i denne publikation dækker specifikke politikområder og foreslår måder at forbedre sundheden på, som også vil mindske den sociale ulighed i sundhed.

Dårlige sociale og økonomiske forhold påvirker sundheden livet igennem.

NØGLEKILDER

Bartley M, Plewis I. Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31:336-341.

Mitchell R, Blane D, Bartley M. Elevated risk of high blood pressure: climate and the inverse housing law. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31:831-838.

Montgomery SM, Berney LR, Blane D. Prepubertal stature and blood pressure in early old age. *Archives of Disease in Childhood*, 2000, 82:358-363.

Morris JN et al. A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:885-889.

Programme Committee on Socio-economic Inequalities in Health (SEGV-II). *Reducing socio-economic inequalities in health*. Haag, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2001.

van de Mheen H et al. Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52:15-19.

Kilde til fig. 1: Donkin A, Goldblatt P, Lynch K. Inequalities in life expectancy by social class 1972-1999. *Health Statistics Quarterly*, 2002, 15:5-15.

2. STRESS

Stressende forhold, der får mennesker til at føle sig bekymrede, angst og ude af stand til at klare hverdagen, er skadelige for sundheden og kan føre til for tidlig død.

Det ved vi i dag

Sociale og psykologiske omstændigheder kan forårsage langvarig stress. Vedholdende ængstelse, usikkerhed, lavt selvværd, social isolation og manglende kontrol over ens arbejde og hjemmeliv har en kraftig indvirkning på sundheden. Sådanne psykosociale risici akkumulerer gennem livet og øger risikoen for et dårligt psykisk helbred og for tidlig død. Lange perioder

med ængstelse og usikkerhed og mangel på støttende venskaber er skadelige, uanset hvilket område i livet det drejer sig om. Jo lavere mennesker er placeret i de industrialiserede landes sociale hierarki, jo mere almindelige bliver disse problemer.

Hvorfor påvirker disse psykosociale faktorer fysisk sundhed? I krisesituationer forbereder vores hormon- og nervesystem os på at tackle en umiddelbart forestående fysisk trussel ved at udløse kamp- eller flugtresponset: hjerterytmen øges, oplagret energi mobiliseres, blod omdirigeres til musklerne, og agtpågivenheden øges. Skønt det moderne bylivs stress sjældent kræver hårdt eller selv moderat fysisk aktivi-

Mangel på kontrol over ens arbejde og hjem kan have betydelig indvirkning på sundheden.



© RIKKE STEEN/WINKEL NORDENHÖFFPOLFOTO



tet, bliver energi og ressourcer ved udløsning af stress-responset ledt væk fra mange fysiologiske processer af betydning for bibeholdelse af langvarig sundhed. Både hjerte-kar-systemet og immunforsvaret bliver påvirket. Dette gør ikke noget i kortere perioder, men hvis mennesker føler sig anspændte for ofte eller i for lang tid, bliver de mere sårbare over for en lang række forhold, inklusive infektioner, diabetes, højt blodtryk, hjerteanfald, slagtilfælde, depression og aggression.

Det kan man gøre politisk

En lægelig reaktion på de biologiske forandringer, der kommer som følge af stress, kan være at forsøge at kontrollere dem med lægemidler, men man bør hellere fokusere på at reducere hovedårsagerne til kronisk stress.

- På skoler, arbejdspladser og andre institutioner er kvaliteten af det sociale miljø og materiel sikkerhed ofte lige så vigtige for sundheden som det fysiske miljø. Institutioner, der kan give mennesker en følelse af samhørighed, engagement og værdsættelse, er sandsynligvis sundere end dem, hvor mennesker føler sig udelukket, tilsidesat og udnyttet.
- Regeringerne bør anerkende, at velfærdsprogrammer er nødt til at beskæftige sig med både psykosociale og materielle behov; begge dele er kilder til ængstelse og usikkerhed. Regeringerne bør især støtte familier med små børn, fremme aktivitet i lokalsamfundene, bekæmpe social isolation, mindske materiel og økonomisk usikkerhed og fremme evnen til at klare sig i uddannelse og omskoling.

NØGLEKILDER

Brunner EJ. Stress and the biology of inequality. *British Medical Journal*, 1997, 314:1472-1476.

Brunner EJ et al. Adrenocortical, autonomic and inflammatory causes of the metabolic syndrome. *Circulation*, 2002, 106:2659-2665.

Kivimaki M et al. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 2002, 325:857-860.

Marmot MG, Stansfeld SA. *Stress and heart disease*. London, BMJ Books, 2002.

Marmot MG et al. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 1997, 350:235-239.

3. DEN TIDLIGE BARNDOM

En god start på livet kræver, at mødre og børn støttes. De sundhedsmæssige virkninger af tidlig udvikling og uddannelse varer hele livet.

Det ved vi i dag

Forskning baseret på observation og interventionsstudier viser, at fundamentet til sundhed i voksenlivet lægges i den tidlige barndom og før fødselen. Langsom vækst og dårlig følelsesmæssig støtte øger risikoen for et dårligt fysisk helbred resten af livet og mindsker den fysiske, kognitive og følelsesmæssige funktion i voksenlivet. Dårlige tidlige oplevelser og langsom vækst bliver dybt gemt i biologien i løbet af udviklingsprocessen og danner basis for den enkeltes biologiske og menneskelige kapital, som påvirker sundheden livet igennem.

Dårlige forhold under graviditeten kan føre til suboptimal udvikling af fosteret via en kæde, som kan inkludere utilstrækkelig ernæring under graviditeten, stress hos moderen, større sandsynlighed for, at moderen ryger og misbruger stoffer og alkohol, utilstrækkelig motion og utilstrækkelig pleje før fødselen. Dårlig udvikling i fosterstadiet indebærer en risiko for sundheden senere hen i livet (fig. 2).

Erfaringer i barndommen er vigtige for sundheden senere hen på grund af biologiske systemers stadige formbarhed. Da kognitive, følelsesmæssige og sansemæssige input programmerer hjernens reaktioner, kan usikker følelsesmæssig tilknyt-

ning og dårlig stimulation føre til nedsat skoleparathed, dårligt uddannelsesmæssigt standpunkt, problematisk adfærd og risiko for social marginalisering i voksenlivet. Gode sundhedsrelaterede vaner, såsom at spise fornuftigt, motionere og ikke at ryge, er afhængige af forældres og omgangskredsens eksempel, og af en god uddannelse. Langsom eller forsinket fysisk vækst i barndommen er forbundet med nedsat udvikling og funktion af hjerte-kar- og åndedræts-systemer, bugspytkirtel og nyrer, hvilket øger risikoen for sygdom i voksenlivet.

Det kan man gøre politisk

Disse risici, der truer barnets udvikling, er betydeligt større blandt mennesker, der lever under dårlige

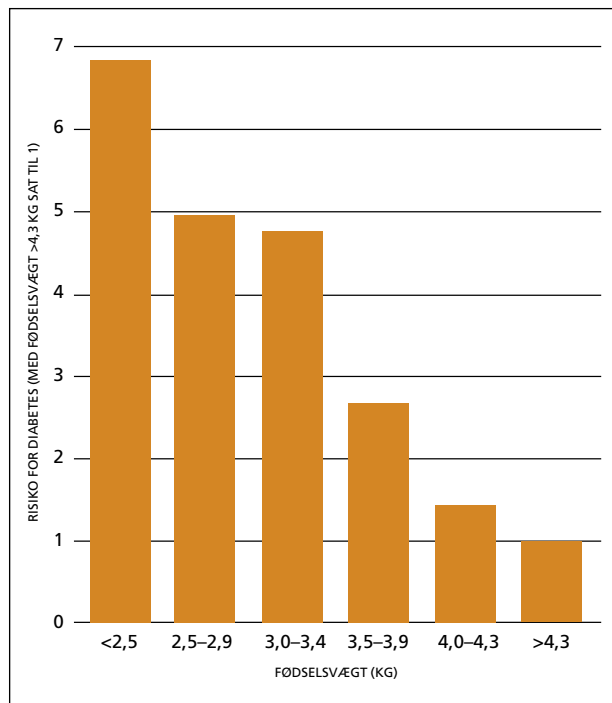


© FINN FRANSEMPOLFOTO

Et betydningsfuldt fundament for sundhed i voksenlivet lægges i den tidlige barndom.

Fig. 2. Risikoen for diabetes blandt 64-årige mænd fordelt på fødselsvægt.

Korrigeret for body mass-indeks.



socioøkonomiske omstændigheder, og de kan bedst mindskes gennem en forbedret forebyggende sundhedspleje inden første graviditet, via jordemoder- og sundhedsplejerskeordninger og ved forbedringer af det uddannelsesmæssige niveau hos forældre og børn. Sådanne sundheds- og uddannelsesprogrammer har direkte fordele. De øger forældrenes bevidsthed om deres børns behov og deres modtagelighed for information om sundhed og udvikling, og de øger forældrenes tro på deres egen kunnen.

Ved udformningen af politikker, der skal forbedre sundheden i den tidlige barndom, bør man stile imod at:

- Øge det generelle uddannelsesniveau og give lige mulighed for adgang til uddannelse for at forbedre sundheden hos mødre og spædbørn i det lange løb.
- Sikre god ernæring, sundhedsundervisning, sundhedspleje- og sygdomsforebyggende faciliteter og tilstrækkelige sociale og økonomiske ressourcer inden første graviditet, under graviditeten og i spædbarnsalderen med det formål at forbedre vækst og udvikling før fødselen og i spædbarnsalderen og at mindske risikoen for sygdom og fejlnæring i spædbarnsalderen.
- Sikre at forældre-barn-forholdene bliver støttet lige fra fødselen, ideelt gennem hjemmebesøg og opmuntring til gode forældrerelationer med skolen, med det formål at øge forældrenes kendskab til børns følelsesmæssige og kognitive behov, at stimulere kognitiv udvikling og social adfærd hos barnet og at forhindre overgreb mod børn.

NØGLEKILDER

Barker DJP. *Mothers, babies and disease in later life*, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998.

Keating DP, Hertzman C, red. *Developmental health and the wealth of nations*. New York, NY, Guilford Press, 1999.

Mehrotra S, Jolly R, red. *Development with a human face*. Oxford, Oxford University Press, 2000.

Rutter M, Rutter M. *Developing minds: challenge and continuity across the life span*. London, Penguin Books, 1993.

Wallace HM, Giri K, Serrano CV, red. *Health care of women and children in developing countries*, 2nd ed. Santa Monica, CA, Third Party Publishing, 1995.

Kilde til fig. 2: Barker DJP. *Mothers, babies and disease in later life*, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998.

4. SOCIAL UDS T Ø D E L S E

Hvor livskvaliteten er dårlig, er livet kort. Fattigdom, social udstødelse og diskrimination forårsager trængsler og frustration og koster derved menneskeliv.

Det ved vi i dag

Fattigdom, relativt afsavn og social udstødelse har alvorlig indvirkning på sundhed og for tidlig død, og risikoen for at leve i fattigdom er langt større for nogle sociale grupper.

Absolut fattigdom – mangel på de basale materielle livsforhold – fortsætter med at eksistere, selv i de rigeste lande i Europa. De arbejdsløse, mange etniske minoritetsgrupper, handicappede, flygtninge og hjemløse er særligt udsatte. Mennesker, der lever på gaden, har den største hyppighed af for tidlig død.



© JAN GRARUP/POLIFOTO

Mennesker, der lever på gaden, har den største hyppighed af for tidlig død.

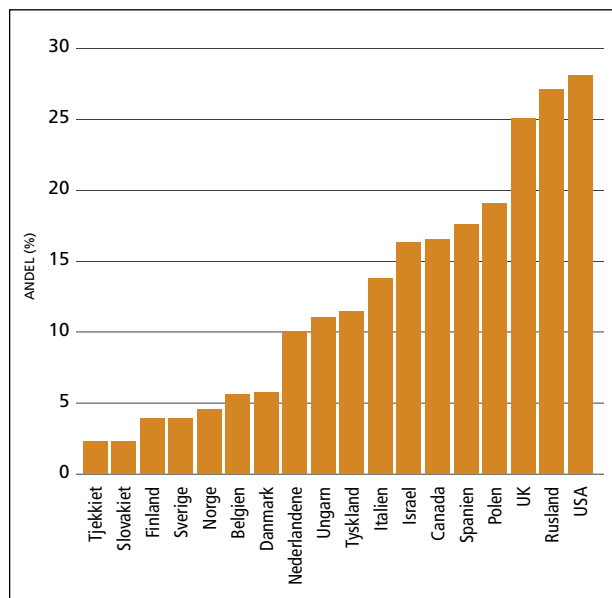
Relativ fattigdom betyder, at man er meget fattigere end de fleste mennesker i samfundet, og er som begreb ofte defineret som en levestandard på mindre end 60% af den nationale middelindkomst. Den hindrer mennesker i at få adgang til ordentlige boligforhold, uddannelse, transport og andre faktorer nødvendige for en fuld deltagelse i livet. At være udelukket fra samfundslivet og blive behandlet som mindreværdig fører til dårligere helbred og større risiko for en tidlig død. Det pres, der er forbundet med et liv i fattigdom, er særligt skadeligt under graviditet, for spædbørn, børn og gamle. I nogle lande lever så meget som en fjerdedel af hele befolkningen – og en højere andel af børnene – i relativ fattigdom (fig. 3).

Social udstødelse kommer også af racisme, diskrimination, stigmatisering, fjendtlighed og arbejdsløshed. Disse processer forhindrer mennesker i at deltage i uddannelse og oplæring og i at få adgang til serviceydelser og borgeraktiviteter. De er socialt og psykologisk skadelige, materielt bekostelige og skadelige for sundheden. Mennesker som lever på, eller har forladt, institutioner såsom fængsler, børnehjem og psykiatriske hospitaler, er særligt sårbare.

Jo længere tid mennesker lever under dårlige forhold, jo mere sandsynligt er det, at de kommer til at lide af en række sundhedsproblemer, især hjerte-kar-sygdomme. Mennesker bevæger sig ind og ud af fattigdom livet igennem, så antallet af mennesker, der har oplevet fattigdom og social udstødelse i deres levetid, er langt større end det aktuelle antal af socialt udstødte.

Fattigdom og social udstødelse forøger risikoen for skilsmisse og separation, invaliditet, sygdom, misbrug og social isolation

Fig. 3. Andelen af børn, der lever i fattige husstande (under 50% af den nationale middelindkomst).



og omvendt, hvorved der dannes onde cirkler, som forstærker den vanskelige situation, som mennesker står overfor.

Ud over de direkte virkninger af at være fattig kan sundheden også kompromitteres indirekte ved at leve i lokalsamfund præget af afsavn, høj arbejdsløshed, dårlige boligforhold, begrænset adgang til serviceydelser og et dårligt miljø.

Det kan man gøre politisk

Enhver regering har stor indflydelse på indkomstfordelingen gennem politikker for skatter, sociale ydelser, arbejde, uddannelse, økonomisk styring og mange andre aktivitetsområder. Den indiskutable evidens for virkningerne af sådanne politikker på dødelighed og sygdom betyder, at det offentlige har pligt til at

udrydde absolut fattigdom og mindske materielle uligheder.

- Alle borgere bør være dækket af garantier for en minimumsindkomst, af lovgivning om minimumsløn og af adgang til serviceydelser.
- Indgreb for at mindske fattigdom og social udstødelse er nødvendige både på individuelt og lokalsamfundsniveau.
- Lovgivning kan hjælpe til at beskytte minoriteter og sårbare grupper mod diskrimination og social udstødelse.
- Offentlige sundhedspolitikker bør fjerne hindringer for sundhedsydelser, sociale serviceydelser og boliger til rimelige priser.
- Arbejdsmarkeds-, uddannelses- og familievelfærds politikker bør stille mod at mindske social ulighed.

NØGLEKILDER

Claussen B, Davey Smith G, Thelle D. Impact of childhood and adulthood socio-economic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:40-45.

Kawachi I, Berkman L, red. *Neighborhoods and health*. Oxford, Oxford University Press, 2003.

Mackenbach J, Bakker M, red. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.

Shaw M, Dorling D, Brimblecombe N. Life chances in Britain by housing wealth and for the homeless and vulnerably housed. *Environment and Planning A*, 1999, 31:2239-2248.

Townsend P, Gordon D. *World poverty: new policies to defeat an old enemy*. Bristol, The Policy Press, 2002.

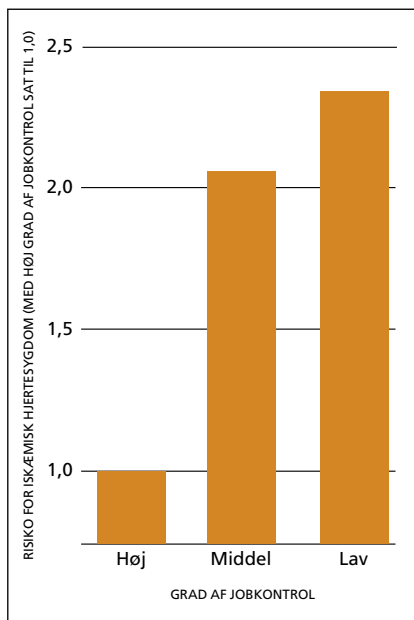
Kilde til fig. 3: Bradshaw J. Child poverty in comparative perspective. I: Gordon D, Townsend P, red. *Breadline Europe: the measurement of poverty*. Bristol, The Policy Press, 2000.

Stress på arbejdet forøger risikoen for sygdom. Mennesker, som har mere kontrol over deres arbejde, har et bedre helbred.

Det ved vi i dag

I almindelighed er det at have et arbejde bedre end ikke at have noget arbejde, men den sociale organisering af arbejdet, ledelsesstile og sociale relationer på arbejdspladsen har alle betydning for sundheden. Evidensen viser, at stress på arbejdet spiller en vigtig rolle for de store socialstatusrelaterede forskelle i sundhed, sygefravær og for tidlig død. Mange europæiske arbejdspladsundersøgelser viser, at det går ud over sundheden, når mennesker har begrænset

Fig. 4 Selvrapporeret grad af jobkontrol fordelt på incidensen af iskæmisk hjertesygdom blandt mænd og kvinder.



Korrigeret for alder, køn, followup-varighed, indsats/belønning-skævhed, erhvervsgruppe, risikofaktorer ved iskæmisk hjertesygdom og negativ psykologisk disposition.

mulighed for at bruge deres færdigheder og lidet at sige i beslutningsprocesserne.

Begrænset kontrol over ens eget arbejde er særligt stærkt relateret til en øget risiko for lændesmerter, sygefravær og hjerte-kr-sygdom (fig. 4). Disse risici er uafhængige af de psykologiske egenskaber hos de undersøgte personer. Kort sagt, de synes at have med arbejdsmiljøet at gøre.

Studier har også undersøgt, hvilken rolle arbejdskravene spiller. Nogle viser en sammenhæng mellem krav og kontrol. Job med både høje krav og lav grad af kontrol indebærer en særlig risiko. Nogen evidens indikerer, at social støtte på arbejdspladsen kan virke forebyggende.

Endvidere har utilstrækkelig belønning for de anstrengelser, der lægges i arbejdet, vist sig at være forbundet med en øget risiko for hjerte-kr-sygdomme. Belønning kan være i form af penge, status og selvagtelse. Aktuelle forandringer på arbejdsmarkedet kan ændre mulighederne og gøre det sværere for mennesker at få tilstrækkelig belønning.

Disse resultater viser, at det psykosociale miljø på arbejdet er en vigtig bestemmende faktor for sundheden, som bidrager til den sociale ulighed i sundhed.

Det kan man gøre politisk

- Der findes en sammenhæng mellem sundhed og produktivitet. Der kan opstå en positiv spiral: forbedrede arbejdsbetingelser vil føre til en sundere arbejdsstyrke, som vil lede til forbedret produktivitet og dermed til muligheden for at skabe en endnu sundere og endnu mere produktiv arbejdsplads.
- Tilstrækkelig deltagelse i beslutningsprocessen kommer sandsynligvis ansatte på alle niveauer i en organisation til gode. Der bør derfor udvikles mekanismer, som gør det muligt for mennesker at påvirke udformningen og forbedringen af deres

arbejdsmiljø, således at de ansatte får mere kontrol, større variation og større udviklingsmuligheder på arbejdet.

- God ledelse indebærer at sikre tilstrækkelig belønning – i form af penge, status og selvagtelse – til alle ansatte.



© FIRST LIGHT

- For at mindske belastningen fra lidelser i bevægeapparatet bør arbejdspladser være ergonomisk indrettede.
- Ud over en effektiv infrastruktur med lovmæssige kontroller og inspektionsbeføjelser bør beskyttelse af sundheden på arbejdspladsen indebære en bedriftssundhedstjeneste med personale trænet i tidligt at opdage psykiske helbredsproblemer og at gribe passende ind.

Job med både høje krav og lav grad af kontrol indebærer en særlig risiko.

NØGLEKILDER

Bosma H et al. Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:68-74.

Hemingway H, Kuper K, Marmot MG. Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: an updated systematic review of prospective cohort studies. I: Yusuf S et al., red. *Evidence-based cardiology*, 2nd ed. London, BMJ Books, 2003:181-217.

Marmot MG et al. Contribution of job control to social gradient in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 1997, 350:235-240.

Peter R et al. og The SHEEP Study Group. Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation

by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(4):294-300.

Schnall P et al. Why the workplace and cardiovascular disease? *Occupational Medicine, State of the Art Reviews*, 2000, 15:126.

Theorell T, Karasek R. The demand-control-support model and CVD. I: Schnall PL et al., red. *The workplace and cardiovascular disease. Occupational medicine*. Philadelphia, Hanley and Belfus Inc., 2000:78-83.

Kilde til fig. 4: Bosma H et al. Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:68-74.

Sikkerhed i jobbet øger sundheden, velværet og tilfredsheden med jobbet. Højere arbejdsløshed medfører mere sygdom og for tidlig død.

Det ved vi i dag

Arbejdsløshed sætter sundheden på spil, og risikoen er højere i områder, hvor der er omfattende arbejdsløshed. Evidens fra en række lande viser, at selv med andre faktorer taget i betragtning har arbejdsløse mennesker og deres familier en stærkt forøget risiko for at dø tidligt. Arbejdsløshedens effekt på sundheden er forbundet med både dens psykologiske konsekvenser og de økonomiske problemer, den fører med sig – især gæld.

Påvirkningen af sundheden begynder allerede, når mennesker føler, at deres job er truet, selv inden de faktisk bliver arbejdsløse. Dette viser, at bekymring om jobusikkerhed også er skadelig for sundheden. Jobusikkerhed har vist sig at øge påvirkningen af det psykiske

Risikoen for at dø tidligt er meget større blandt arbejdsløse mennesker og deres familier.

helbred (især angst og depression), selvrapporteret dårligt helbred, hjertesygdom og risikofaktorer for hjertesygdom. Fordi meget utilfredsstillende eller usikre job kan være lige så skadelige som arbejdsløshed, beskytter blot det at have et job ikke altid det fysiske og psykiske helbred: kvalitet i jobbet er også vigtigt (fig.5).

I 1990'erne betød forandringer i økonomierne og på arbejdsmarkedene i mange industrialiserede lande en større følelse af jobusikkerhed. Når jobusikkerhed varer ved, virker den som en kronisk stressfaktor, hvis virkning vokser med tiden; den øger sygefraværet og brugen af sundhedsvæsenet.



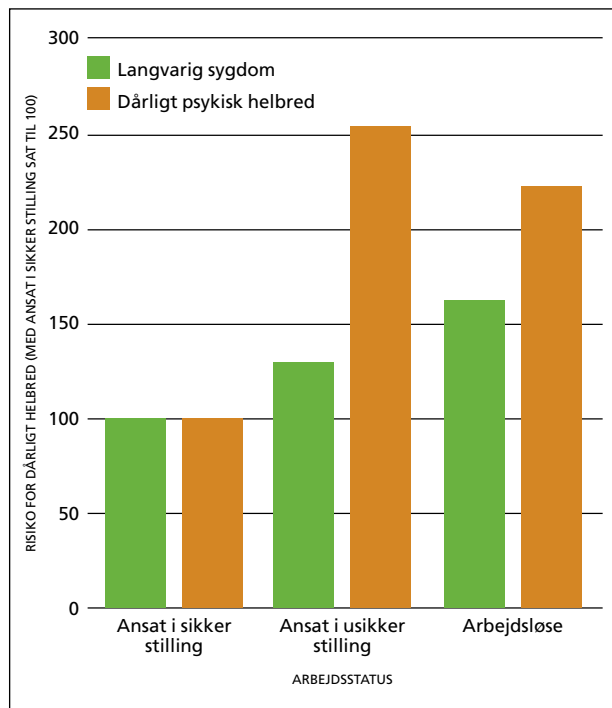
© REUTERS/POLIFOTO

Det kan man gøre politisk

Politisk bør der være tre mål: at hindre arbejdsløshed og jobusikkerhed, at mindske de arbejdsløses modgang og at sørge for sikre job til de arbejdsløse.

- Offentlig styring af økonomien med det formål at mindske udsvingene i erhvervslivet kan bidrage til øget jobsikkerhed og mindsket arbejdsløshed.
- Begrænsninger af arbejdstiden kan også være gavnlige, når man stræber efter jobsikkerhed og -tilfredshed.

Fig. 5. Indvirkning af jobusikkerhed og arbejdsløshed på sundheden.



- For at klæde mennesker på til det ledige arbejde er det vigtigt med høje uddannelsesstandarder og gode omskolingsprogrammer.
- For mennesker uden arbejde vil arbejdsløshedsunderstøttelse i form af en højere andel af lønnen sandsynligvis have en forebyggende effekt.
- Låneforeninger kan gøre gavn ved at reducere gæld og udvide de sociale netværk.

NØGLEKILDER

Beale N, Nethercott S. Job-loss and family morbidity: a study of a factory closure. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1985, 35:510-514.

Bethune A. Unemployment and mortality. I: Drever F, Whitehead M, red. *Health inequalities*. London, H.M. Stationery Office, 1997.

Burchell B. The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. I: Gallie D, Marsh C, Vogler C, red. *Social change and the experience of unemployment*. Oxford, Oxford University Press, 1994:188-212.

Ferrie J et al., red. *Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion*. København, WHO Regional Office for Europe, 1999 (WHO Regional Publications, European Series, No. 81) (<http://www.euro.who.int/document/e66205.pdf>, besøgt 15. august 2003).

Iversen L et al. Unemployment and mortality in Denmark. *British Medical Journal*, 1987, 295:879-884.

Kilde til fig. 5: Ferrie JE et al. Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 2001, 322:647-651.

Venskab, gode sociale relationer og stærke, støttende netværk forbedrer sundheden i hjemmet, på arbejdet og i samfundet.

Det ved vi i dag

Social støtte og gode sociale relationer bidrager meget til sundheden. Social støtte bidrager til at give mennesker de følelsesmæssige og praktiske ressourcer, som de har brug for. At tilhøre et socialt netværk får mennesker til at føle sig afholdt, elsket og værdsat. Dette har en stærkt beskyttende effekt på sundheden. Støttende forhold kan også opmuntre til sundere adfærdsmønstre.

Støtte opererer både på individ- og samfundsniveau. Social isolation og udstødelse er forbundet med øget hyppighed af for tidlig død og mindre sandsynlighed for at overleve et hjerteanfald (fig. 6). Mennesker,

som får mindre social og følelsesmæssig støtte fra andre, har større sandsynlighed for at føle mindre velvære og mere depression og har større risiko for graviditetskomplikationer og højere grader af invaliditet pga. kroniske sygdomme. Derudover kan dårlige tætte forhold føre til dårligt psykisk og fysisk helbred.

Mængden af den følelsesmæssige og praktiske sociale støtte, som mennesker får, varierer med social og økonomisk status. Fattigdom kan medvirke til social udstødelse og isolation.

Social samhørighed – defineret som kvaliteten af sociale relationer og tilstedeværelsen af tillid, indbyrdes forpligtelser og respekt i lokalsamfundene eller i samfundet som helhed – bidrager til at beskytte mennesker og deres sundhed. Ulighed er tærende for gode sociale relationer. Samfund med høje grader af indkomstskævhed har tendens til mindre social

samhørighed og mere voldskriminalitet. Høj grad af indbyrdes støtte vil beskytte sundheden, mens nedbrydning af sociale relationer, af og til som følge af større ulighed, mindsker tilliden og øger voldsniveauet. En undersøgelse af et samfund med en oprindeligt høj grad af social samhørighed viste en lav hyppighed af iskæmisk hjertesygdom. Da den sociale samhørighed blev mindre, steg hyppigheden af hjertesygdomme.

Det kan man gøre politisk

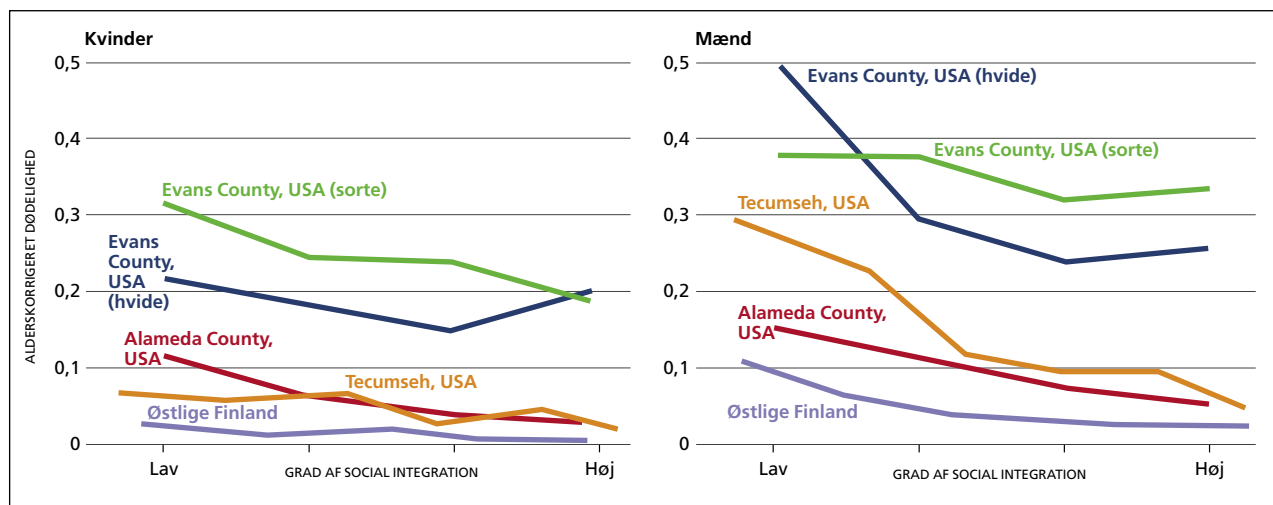
Forsøg antyder, at gode sociale relationer kan reducere den fysiologiske reaktion på stress. Interventionsstudier har vist, at man ved at yde social støtte kan forbedre andelen af patienter, der kommer sig efter flere forskellige tilstande. Den kan også forbedre udfaldet af graviditet i sårbare grupper af kvinder.



© FOTOKHRONIKAPOLIFOTO

Når man er en del af et socialt netværk, føler man sig afholdt.

Fig. 6. Graden af social integration og dødelighed i fem prospektive undersøgelser.



- Mindskelse af sociale og økonomiske uligheder og af social udstødelse kan føre til større social samhørighed og et højere sundhedsniveau.
- Forbedring af det sociale miljø i skoler, på arbejdspladsen og mere bredt i samfundet vil hjælpe mennesker til at føle sig værdsatte og støttet på flere områder af deres liv og vil bidrage til deres sundhed, især deres psykiske sundhed.
- Udformning af faciliteter, der kan opmuntre til socialt samvær i lokalsamfundene, vil kunne forbedre den psykiske sundhed.
- På alle områder af både det personlige og det institutionelle liv bør handlemåder, der stempler nogle som socialt mindreværdige, undgås, fordi de er socialt splittende.

NØGLEKILDER

Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 1979, 109:186-204.

Hsieh CC, Pugh MD. Poverty, income inequality, and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies. *Criminal Justice Review*, 1993, 18:182-202.

Kaplan GA et al. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 1988, 128:370-380.

Kawachi I et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1996, 50(3):245-251.

Oxman TE et al. Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 1992, 135:356-368.

Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*, 1997, 277:918-924.

Kilde til fig. 6: House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*, 1988, 241:540-545.

Mennesker tyr til alkohol, stoffer og tobak og lider under brugen af dem, men brugen er påvirket af de bredere sociale rammer.

Det ved vi i dag

Stofmisbrug er både en reaktion på socialt sammenbrud og en vigtig faktor i forværringen af de deraf følgende sundhedsmæssige uligheder. Det giver misbrugerne en illusion om flugt fra modgang og stress, men gør kun deres problemer værre.

Alkoholafhængighed, narkotikamisbrug og cigaret-rygning er alle forbundet med at være socialt og økonomisk dårligt stillet (fig. 7). For eksempel har det forgangne tiår i nogle af overgangsökonomierne i Central- og Østeuropa været en tid præget af stor social omvæltning. Som en følge er antallet af dødsfald i forbindelse med alkoholmisbrug – såsom ulykker, vold, forgiftning, kvæstelse og selvmord – steget markant. Alkoholafhængighed er også forbundet med voldsom død i andre lande.

Årsagssammenhængen løber sandsynligvis begge veje. Mennesker tyr til alkohol for at dulme smerten fra barske økonomiske og sociale forhold, og alkoholafhængighed leder til social deroute.

Det ironiske er, at alkohol, bortset fra en midlertidig befrielse fra realiteterne,

Mennesker tyr til alkohol, stoffer og tobak for at dulme smerten fra barske økonomiske og sociale forhold.

forstærker de faktorer, som oprindeligt førte til brugen af den.

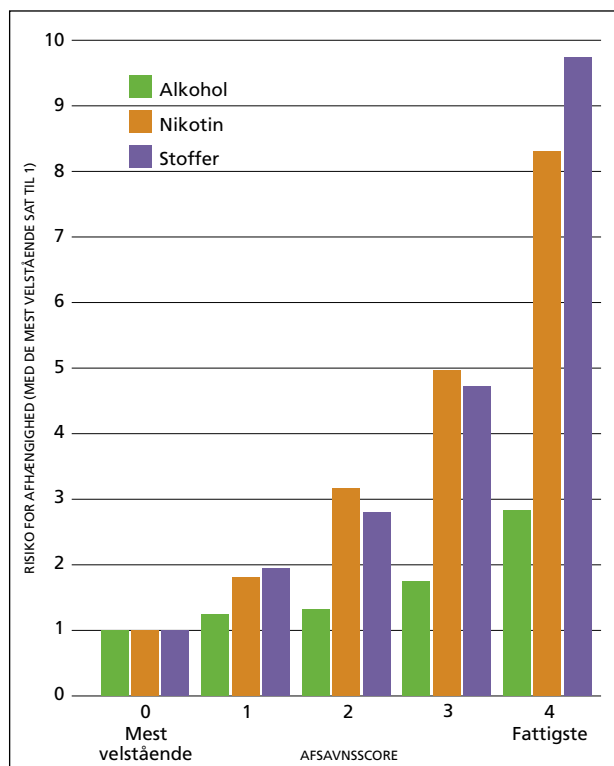
Det samme kan siges om tobak. Socialt afsavn – hvad enten det måles i dårlige boligforhold, lav indkomst, eneforælderskab, arbejdsløshed eller hjemløshed – er forbundet med høj hyppighed af rygning og meget lav hyppighed af rygestop. Rygning tærer meget på fattige menneskers indkomst og er en meget vigtig årsag til dårligt helbred og for tidlig død. Men nikotin giver ikke nogen reel befrielse fra stress eller bedring af humøret.

Brugen af alkohol, tobak og narkotika næres af aggressiv markedsføring og promovning af store transnationale selskaber og af organiseret kriminalitet. Deres aktiviteter er den vigtigste barriere for offentlige initiativer rettet mod at mindske brugen blandt unge mennesker, og deres meddelagtighed i smugling, især for tobakkens vedkommende, har



© TEIT HORNBÆK/POLFOTO

Fig. 7. Socioøkonomisk afsavn og risiko for afhængighed af alkohol, nikotin og stoffer i Storbritannien, 1993.



hæmmet regeringernes anstrengelser for at bruge prismekanismer til at begrænse forbruget.

Det kan man gøre politisk

- I arbejdet med at tackle problemer med brugen af både legale og illegale stoffer er det nødvendigt ikke kun at støtte og behandle mennesker, der har udviklet misbrugsmønstre, men også at tage sig af de sociale afsavns mønstre, hvori problemerne har deres rødder.
- Det er nødvendigt, at misbrugspolitikker regulerer tilgængeligheden ved hjælp af prissætning og licensering og oplyser mennesker om mindre skadelige former for forbrug, bruger sundhedsoplysning til at mindske rekrutteringen blandt unge mennesker og sørger for effektive behandlingsydelser til misbrugere.
- Ingen af disse politikker vil lykkes, hvis de sociale faktorer, der avler stofmisbrug, forbliver uændrede. At forsøge at flytte hele ansvaret over på brugeren er klart en utilstrækkelig måde at tackle problemet på. Derved lægger man skylden over på offeret i stedet for at tage fat på de udviklede sociale forhold, der skaber stofmisbrug. En effektiv misbrugspolitik må derfor støttes af en bred ramme af social og økonomisk politik.

NØGLEKILDER

Bobak M et al. Poverty and smoking. I: Jha P, Chaloupka F, red. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:41-61.

Mäkelä P, Valkonen T, Martelin T. Contribution of deaths related to alcohol use of socioeconomic variation in mortality: register based follow-up study. *British Medical Journal* 1997, 315:211-216.

Marsh A, McKay S. *Poor smokers*. London, Policy Studies Institute, 1994.

Meltzer H. *Economic activity and social functioning of residents with psychiatric disorders*. London, H.M. Stationery Office, 1996 (OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 6).

Ryan, M. Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation. *British Medical Journal*, 1995, 310:646-648.

Kilde til fig. 7: Wardle J et al., red. Smoking, drinking, physical activity and screening uptake and health inequalities. I: Gordon D et al, red. *Inequalities in health*. Bristol, The Policy Press, 1999:213-239.

For di globale markedskræfter kontrollerer udbuddet af fødevarer, er sund mad et politisk anliggende.

Det ved vi i dag

En god kost og et tilstrækkeligt udbud af fødevarer er afgørende for at fremme sundhed og velvære. Mangel på føde og manglende variation medfører fejlnæring og mangelsygdomme. For stor fødeindtagelse (også en form for fejlnæring) bidrager til hjerte-kar-sygdomme, diabetes, kræft, degenerative øjensygdomme, fedme og tandcaries. Disse to ekstremer eksisterer side om side i samfundet. Det, der er vigtigt af hensyn til folkesundheden, er sunde, nærende fødevarers tilgængelighed og pris (fig. 8). Adgang til gode fødevarer, der er til at betale, har større betydning for, hvad folk spiser, end sundhedsoplysning.

Økonomisk vækst og forbedrede bolig- og sanitære forhold resulterede i en epidemiologisk ændring fra infektionssygdomme til kroniske sygdomme – inklusive hjertesygdom, slagtilfælde og kræft. Med det kom en ernæringsmæssig ændring, hvor kosten, især i Vesteuropa, ændrede sig til overforbrug af energirige fedtstoffer og sukkerstoffer, hvilket førte til mere fedme. Samtidig blev fedme mere almindelig blandt fattige end blandt rige.

Verdenshandelen med fødevarer er nu en stor forretning. Den Almindelige Overenskomst om Told og Udenrigshandel (GATT-aftalen) og EU's Fælles Landbrugspolitik tillader globale markedskræfter at forme fødevareforsyningen. Internationale udvalg såsom Codex Alimentarius, som fastsætter fødevarekvalitets- og sikkerhedsstandarder, mangler repræsentanter fra sundhedsvæsenet, og fødevareindustriens interesser er stærke. Lokal fødevareproduktion kan være mere bæredygtig og lettere tilgængelig og kan støtte den lokale økonomi.

Sociale og økonomiske forhold resulterer i social ulighed i kostkvalitet, som bidrager til sundhedsmæssige uligheder. Den vigtigste kostmæssige forskel mellem de sociale klasser er kilden til næringsstofferne. I mange lande har fattige tendens til at erstatte friske fødevarer med billigere og forarbejdede fødevarer. En høj fedtindtagelse forekommer ofte i alle socialgrupper. Mennesker med lav indkomst, såsom børnefamilier, ældre og arbejdsløse, er mindst i stand til at spise godt.

Kostmæssige målsætninger for at forhindre kroniske sygdomme understreger vigtigheden af at spise flere friske grøntsager, frugter og bælgrugter og flere minimalt forarbejdede stivelsesholdige fødemidler, men mindre animalsk fedt, raffineret sukker og salt. Over 100 ekspertudvalg er blevet enige om disse kostmæssige målsætninger.



© AILEEN ROBERTSON/WHO

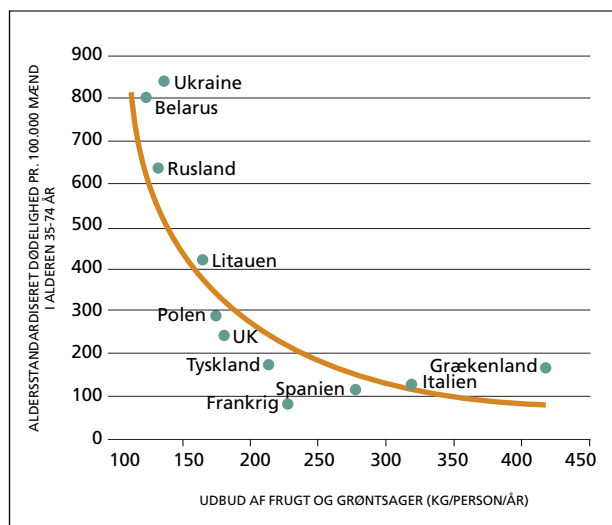
Lokal produktion til lokalt forbrug.

Det kan man gøre politisk

Lokale, nationale og internationale myndigheder, ikke-statslige organisationer (NGO'er) og fødevarerindustrien bør sikre:

- Integration af folkesundhedsperspektiver i fødevarer-systemet med det formål at sørge for billige og næringsrige friske fødevarer til alle, især de mest sårbare.
- En demokratisk, gennemskelig beslutningsproces og ansvarlighed i alle fødevarer-mæssige lovgivnings-spørgsmål med deltagelse af alle interessenter, inklusive forbrugere.
- Støtte til bæredygtige landbrugs- og fødevarer-produktionsmetoder, som bevarer de naturlige resourcer og miljøet.
- En stærkere, sundhedsfokuseret fødevarer-kultur for at fremme befolkningens viden om fødevarer og

Fig. 8. Dødelighed af iskæmisk hjertesygdom i forhold til frugt- og grøntudbuddet i udvalgte europæiske lande.



ernæring, madlavning, dyrkning af fødevarer og den sociale værdi af at lave mad og spise sammen. Det bør især ske gennem skoleuddannelse.

- Adgang til nyttig information om fødevarer, kost og sundhed, især rettet mod børn.
- Brugen af videnskabeligt baserede ernæringsmæssige referenceværdier og fødevarer-baserede kostvejledninger for at fremme udviklingen og implementeringen af fødevarer- og ernæringspolitikker.

NØGLEKILDER

Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Genève, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916) (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf, besøgt 14. august 2003).

First Action Plan for Food and Nutrition Policy [hjemmesider]. København, WHO Regional Office for Europe, 2000 (http://www.euro.who.int/nutrition/ActionPlan/20020729_1, besøgt 14. august 2003).

Roos G et al. Disparities in vegetable and fruit consumption: European cases from the north to the south. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:35-43.

Systematic reviews in nutrition. Transforming the evidence on nutrition and health into knowledge [website]. London, University College London, 2003 (<http://www.nutritionreviews.org/>, besøgt 14. august 2003).

World Cancer Research Fund. *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective.* Washington, DC, American Institute for Cancer Research, 1997 (<http://www.aicr.org/export.html>, besøgt 14. august 2003).

Kilde til fig. 8: FAOSTAT (Food balance sheets) [database online]. Rom, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 25. september 2003.

WHO mortality database [database online]. Genève, World Health Organization, 25. september 2003.

Health for all database [database online]. København, WHO Regional Office for Europe, 25. september 2003.

Sund transport indebærer mindre kørsel og mere gang og cykling, bakket op af bedre offentlig transport.

Det ved vi i dag

Cykling, gang og brug af offentlig transport fremmer sundheden på fire måder. De giver motion, mindsker antallet af dødsulykker, øger social kontakt og mindsker luftforureningen.

Fordi mekaniseringen har reduceret motion i forbindelse med arbejde og husholdning og bidraget til den voksende fedmeepidemi, er folk nødt til at finde nye veje til at indarbejde motion i deres liv. Transportpolitik kan spille en afgørende rolle i bekæmpelsen af en stillesiddende livsstil ved at mindske brugen af biler, forøge gang og cykling og udvide offentlig transport. Regelmæssig motion beskytter mod hjertesygdom og mindsker forekomsten af diabetes ved at begrænse fedme. Motion fremmer en følelse af velbehag og beskytter ældre mennesker mod depression.

Ved at mindske vejtrafikken mindsker man også antallet af færdselsdrab og alvorlige færdselsulykker. Skønt ulykker, der involverer biler, også skader cyklister og fodgængere, skader ulykker, der involverer cyklister, kun relativt få mennesker. Velplanlagte bymiljøer, som skiller cyklister og fodgængere fra biltrafik, øger sikkerheden ved cykling og gang.

I modsætning til biler, der isolerer mennesker fra hinanden, stimulerer cykling, gang og offentlig transport social interaktion på gaden. Vejtrafikken deler samfundene over og skiller den ene side af en gade fra den anden. Med færre fodgængere ophører gaderne med at være sociale rum, og isolerede fodgængere kan frygte at blive overfaldet. Endvidere vil byområder, som kun kan nås med bil, udelukke mennesker uden bil – især unge og gamle. Social isolation

og manglende samfundsinteraktion er stærkt forbundet med dårligere helbred.

Mindre vejtrafik medfører mindre skadelig forurening fra udstødningen. Gang og cykling betyder minimal brug af ikke-fornybare brændstoffer og medfører ikke global opvarmning. De forårsager ikke sygdom på grund af luftforurening, laver kun lidt støj og er at foretrække til fremtidens økologisk kompakte byer.

Det kan man gøre politisk

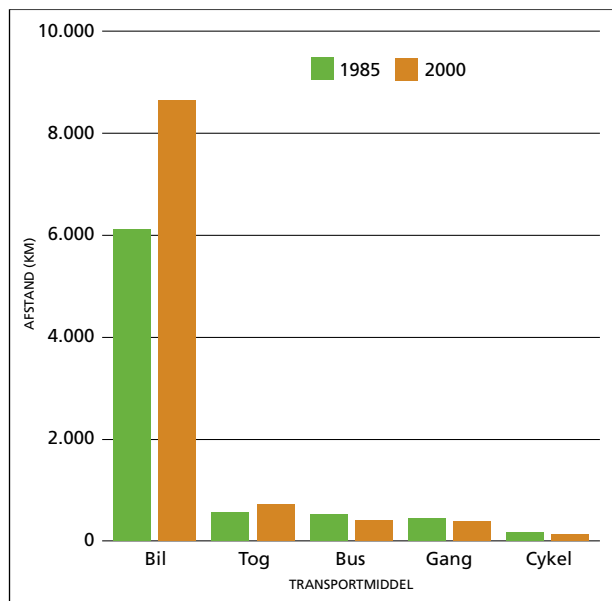
Vi bliver i det 21. århundrede nødt til at se et fald i menneskers afhængighed af biler. På trods af dens



© FINN FRANDSEN/POLIFOTO

Veje bør give forrang til cykling.

Fig. 9. Aflagt rejseafstand pr. person fordelt på transportmiddel i Storbritannien, 1985 og 2000.



sundhedsskadelige virkninger er biltrafikken i hurtig stigning i alle europæiske lande, mens rejser til fods eller på cykel er faldende (fig. 9). Vi bliver nødt til at vende denne udvikling gennem nationale og lokale offentlige politikker. Transportlobbyer har imidlertid stærke kapitalinteresser. Mange industrier – olie, gummi, vejbyggeri, bilfabrikation, -salg, og -reparation, samt reklame – har fordel af vores brug af biler.

- Især i byerne bør veje give forrang til cykling og gang ved korte rejser.
- Offentlig transport bør forbedres for de længere rejser med regelmæssige og hyppige forbindelser i landområderne.
- Incitamenterne skal ændres ved for eksempel at reducere statsstøtte til vejbyggeri, øge økonomisk støtte til offentlig transport, skabe skattemæssige

hindringer for erhvervmæssig brug af biler og forhøje parkeringsafgifterne og -bøderne.

- Ændringer i arealanvendelsen er også nødvendige, såsom at omdanne vejrum til grønne områder, fjerne parkeringspladser, vie veje til brug for fodgængere og cyklister, øge antallet af busbaner og cykelstier og stoppe udviklingen af spredt bebyggede forstæder og udenbys supermarkeder, som øger brugen af biler.
- Der er stadig større evidens for, at byggeri af flere veje opmuntrer til mere bilkørsel, mens trafikrestriktioner imod forventning kan mindske færdselstætheden.

NØGLEKILDER

Davies A. *Road transport and health*. London, British Medical Association, 1997.

Fletcher T, McMichael AJ, red. *Health at the crossroads: transport policy and urban health*. New York, NY, Wiley, 1996.

Making the connections: transport and social exclusion. London, Social Exclusion Unit, Office of the Deputy Prime Minister, 2003 (<http://www.socialexclusionunit.gov.uk/publication.htm>, besøgt 14. august 2003).

McCarthy M. Transport and health. I: Marmot MG, Wilkinson R, red. *The social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999:132-154.

Transport, environment and health in Europe: evidence, initiatives and examples. København, WHO Regional Office for Europe, 2001 (http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/hcp/UrbanHealthTopics/20011207_1, besøgt 14. august 2003).

Kilde til fig. 9: *Transport trends 2002: articles (Section 2: personal travel by mode)*. London, Department for Transport, 2002 (http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_transstats/documents/page/dft_transstats_506978.hcsp, besøgt 18. september 2003).

Stress

The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Genève, World Health Organization, 2001 (<http://www.who.int/whr2001/2001/>, besøgt 14. august 2003).

World report on violence and health. Genève, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh1/en/, besøgt 14. august 2003).

Den tidlige barndom

A critical link. Interventions for physical growth and psychosocial development. A review. Genève, World Health Organization, 1999 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/WHO_CHS_CAH_99.3.pdf, besøgt 14. august 2003).

Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Genève, World Health Organization, 2001 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=cmh&language=english>, besøgt 14. august 2003).

Social udstødelse

Ziglio E et al., red. *Health systems confront poverty.* København, WHO Regional Office for Europe, 2003 (Public Health Case Studies, No. 1) (<http://www.euro.who.int/document/e80225.pdf>, besøgt 14. august 2003).

Misbrug

Framework Convention on Tobacco Control [hjemmesider]. Genève, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/gb/fctc/>, besøgt 14. august 2003).

Global status report on alcohol. Genève, World Health Organization, 1999 (http://www.who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm, besøgt 14. august 2003).

The European report on tobacco control policy. Review of implementation of the Third Action Plan for a Tobacco-free Europe 1997–2001. København, WHO Regional Office for Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/tob/tobconf2002/edoc8.pdf>, besøgt 14. august 2003).

Fødevarer

Global strategy for infant and young child feeding [hjemmesider]. Genève, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm, besøgt 15. august 2003).

Globalization, diets and noncommunicable diseases. Genève, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/hpr/NPH/docs/globalization.diet.and.ncds.pdf>, besøgt 15. august 2003).

WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [hjemmesider]. Genève, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/hpr/global_strategy.shtml, besøgt 15. august 2003).



Transport

A physically active life through everyday transport with a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe. København, WHO Regional Office for Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/e75662.pdf>, besøgt 15. august 2003).

Charter on Transport, Environment and Health. København, WHO Regional Office for Europe, 1999 (EUR/ICP/EHCO 02 02 05/9 Rev.4) (http://www.euro.who.int/document/peh-ehp/charter_transport.pdf, besøgt 15. august 2003).

Dora C, Phillips M, red. *Transport, environment and health.* København, WHO Regional Office for Europe, 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 89) (<http://www.euro.who.int/document/e72015.pdf>, besøgt 15. august 2003).

Transport, Health and Environment Pan-European Programme (THE PEP) [hjemmesider]. Genève, United Nations Economic Commission for Europe, 2003 (<http://www.unece.org/the-pep/new/en/welcome.htm>, besøgt 15. august 2003).

Mindre velstillede mennesker lever kortere og er ofte mere syge end rige. Denne forskel har åbnet vore øjne for, at det sociale miljø har en markant indvirkning på sundheden.

Denne publikation undersøger ovennævnte sociale ulighed i sundhed og forklarer, hvordan psykologiske og sociale påvirkninger indvirker på fysisk sundhed og levetiden. Den ser derefter på, hvad vi i dag ved om de vigtigste sociale forhold af betydning for sundheden og den rolle, som den offentlige politik kan spille i udformningen af et socialt miljø, der bedre fremmer sundheden.

Denne anden udgave bygger på de mest ajourførte kilder i valget og beskrivelsen af de vigtigste sociale forhold af betydning for sundheden i vores samfund i dag. De vigtigste forskningskilder er angivet for hver af disse: stress, den tidlige barndom, social udstødelse, arbejdsforhold, arbejdsløshed, social støtte, misbrug, sunde fødevarer og transportpolitik.

Sundhedspolitik og -foranstaltninger skal rettes mod de sociale forhold, der er af størst betydning for sundheden, og bekæmpe årsagerne til dårligt helbred, før de fører til problemer. Det er en udfordrende opgave for både beslutningstagere og sundhedsvæsenets aktører og forkæmpere. Denne publikation præsenterer de hårde kendsgerninger og de politiske løsningsforslag, som vil gøre dem i stand til at handle.

ISBN 87-89863-43-7

Folkesundhed København

Københavns Kommune

Sjællandsgade 40
2200 København N

Tlf.: 35 30 31 32

Fax: 35 30 35 44

E-mail: folkesundhed@suf.kk.dk

www.folkesundhed.kk.dk

Sund By Netværkets Sekretariat

Nordborg Kommune

Storegade 36
6430 Nordborg

Tlf.: 73 45 13 90

Fax: 73 45 13 93

E-mail: gregor@nordborg.dk
eller: lassen@nordborg.dk

www.sund-by-net.dk

WHO Regional Office for Europe

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) er et specialiseret organ under De Forenede Nationer oprettet i 1948 med primært ansvar for internationale sundhedsspørgsmål og folkesundhed.

WHO Regional Office for Europe er et af seks regionale kontorer rundt omkring i verden, hvert med sit eget program afpasset efter de særlige sundhedsforhold, der findes i de lande, som det betjener.

Medlemsstater

Albanien
Andorra
Armenien
Azerbajdjan
Belarus
Belgien
Bosnien-Herzegovina
Bulgarien
Cypern
Danmark
Det Forenede Kongerige
Estland
Finland
Frankrig
Georgien
Grækenland
Irland
Island
Israel
Italien
Kazakstan
Kirgizistan
Kroatien
Letland
Litauen
Luxembourg
Makedonien (FYROM)
Malta
Moldova
Monaco
Nederlandene
Norge
Polen
Portugal
Rumænien
Rusland
San Marino
Schweiz
Serbien og Montenegro
Slovakiet
Slovenien
Spanien
Sverige
Tadjikistan
Tjekkiet
Turkmenistan
Tyrkiet
Tyskland
Ukraine
Ungarn
Uzbekistan
Østrig