

Københavns Universitet

Medicinsk Sociologi

Af Asma Bashir, stud med.

www.asmabashir.com

Pensum:

Medicinsk Sociologi – Samfund, Sundhed og Sygdom, 1. udgave, 7. oplag, 2010

Noter fra forelæsninger og holdtimer

Kapitel 2: Danmark i internationalt perspektiv

- **Middellevetiden** har i mange år været anvendt som et enkelt mål for befolknings sundhedstilstand. Den tager ikke højde for, at en del af patientens liv leves i en tilstand af dårligt helbred.
Middellevetiden i en periode/et kalenderår er det gennemsnitlige antal år en gruppe nyfødte vil leve, hvis de resten af deres liv blev udsat for de aldersspecifikke dødsrater, der blev observeret i den givne periode/det givne kalenderår.
Danmark har sammen med Sverige haft en relativ høj middellevetid i tiden fra 1890'erne frem til 1960'erne. Derefter sker der en stagnation i den danske middellevetidstilvækst. Stagnationen er så kraftig, at flere lande med væsentlig lavere middellevetider i 1960'erne har overhalet Danmark i 1990'erne. Mest ekstremt er sammenligningen med Japan, som nu har nogle af verdens højeste middellevetider.
Forklaringen til Danmarks efterslæb i sundhedsudvikling er først og fremmest manglende implementering af effektiv forebyggelse og sundhedsfremme.
Middellevetiden i Danmark er af Sundhedsstyrelsen i 2000 angivet til 74,3 for mænd og 79,0 for kvinder.
- Betydningen af sygdom og sundhed måles primært ved de sociale konsekvenser sygdom har i form af reduktion i arbejdsevne og mulighed for at udføre de almindelige sociale roller. Et eksempel på et sådant mål er forekomst af førtidspension eller helbredsbetings pension, som tildeles en person, hvis vedkommende ikke er i stand til at udfylde en erhvervsrolle pga. sygdom.
- Man undersøger også den enkelte persons egen vurdering eller oplevelse af eget helbred – ud fra egne subjektive kriterier.
- **Sygeligheden** måles ved såkaldte sygdomsregistre f.eks. cancerregistre.
- Opgørelser peger på kredsløbssygdomme, kræft, luftvejssygdomme, ulykker, psykiske lidelser og muskel- og skeletsygdomme som de væsentligste helbredsproblemer.
Psykiske lidelser og muskel- og skeletsygdomme har karakter af funktionstruende sygdomme, mens kræft og kredsløbssygdomme er livstruende sygdomme.
- Årsager og diverse sygdomme:
 - Lungecancer – rygning
 - Kronisk bronkitis – rygning
 - Hjertekarsygdomme – rygning, fedtindtagelse
 - Levercirrose – alkohol
 - Selvmord

- Sammenligninger af forskellige landes dødelighed, middellevetider og sygelighed bidrager til at sætte det enkelte lands i perspektiv og til at definere, hvornår det enkelte lands sundhedstilstand er god eller dårligt.
- På samme måde kan man internt i de enkelte lande sammenligne forskellige sociale gruppers forekomst af dødelighed, sygelighed og dårligt helbred. Store forskelle indikerer, at samfundet har problemer med at fordele velfærdsgoder, herunder sundhedsgoder, på en retfærdig måde.

Kapitel 3: Lokalsamfund, social kapital og helbred

- **Det psykosociale** sætter fokus på hvordan f.eks. svage sociale relationer, langvarigt stress, dårligt selv vurderet helbred og andre individforhold giver øget risiko for sygdom og tidlig død.
- **Samfundets struktur** producerer sygdom og for tidlig død f.eks. igennem den økonomiske og sociale ulighed.
- **Det øko-sociale** sætter fokus på at selve området man bor i kan producere sygdom og for tidlig død.
- **Lokalsamfund og helbred:** det lokalsamfund man bor i kan påvirke sundhedsadfærd, helbred og dødelighed.
- **Økologisk sundhedsforskning:** forskning om stedets f.eks. lokalsamfundets indflydelse på organismen f.eks. menneskers helbred og dødelighed.
Et eksempel viser vanskelighederne ved at slutte fra økologiske observationer: nogle lande med meget høj andel af rygere f.eks. Japan og Frankrig har meget høj middellevetid på trods af, at rygning er åbenlyst sundhedsskadelig. Til gengæld har de sunde kostvaner og højt aktivitetsniveau.
- Den moderne økologiske sundhedsforskning søger at forklare, hvordan stedlige forhold påvirker helbredet. Der findes to forskningsstrategier:
 - **Kompositionsstrategien** - søger at forklare forskelle i sygelighed og dødelighed mellem lokalsamfund ved deres sociale komposition, dvs. deres forskellige sociale sammenhæng f.eks. det ene lokalsamfund har flere gamle, fattige, enlige, rygere osv. end det andet lokalt samfund. Sådanne forskelle mellem lokalsamfund forsvinder hvis man statistisk korrigerer for deres sociale komposition.
 - **Kontekststrategien** - søger at forklare forskelle i sygelighed og dødelighed mellem lokalsamfund ved træk ved selve lokalsamfundet, ved deres fysiske og sociale miljø f.eks. forurening, adgang til rekreative områder, adgang til sundhedsvæsen, sundhedspolitik, ulighed i indkomst, social tryghed, solidaritet eller kultur.
Sådanne forskelle forsvinder ikke uanset hvor meget man korrigerer statistisk, for de er indbygget i selve lokalsamfundets væsen.

Nogle gange kan den kontekstuelle effekt tilskrives særlige socioøkonomiske forhold ved et område f.eks. ophobninger af fattige eller arbejdsløse, og man kan ligefrem anvende bostedet som en måling af befolkningens sociale status.

De to strategier er ikke modsætninger, men kan supplere hinanden.

- **Et lokalsamfund** er mindre end en nation, mindre end et amt, mindre end mange kommuner. Det kan være en landsby, et boligområde, en bydel, gade eller kvarter i en større by, et sogn eller en lille kommune.

Det postmoderne samfund kan udfordre den traditionelle forestilling om lokalsamfund, hvor den øgede kommunikation mellem mennesker via telefon og internet på tværs af geografiske tilknytning kan gøre det traditionelle boligområde til en mindre central del af menneskets daglige tilværelse.

- **Diverse studier om lokalsamfund og helbred**

- *Pickett & Pearl (2001)* – en del af den forhøjede sygelighed og dødelighed kan tilskrives lokalsamfundets sammensætning f.eks. mange fattige eller arbejdsløse (kompositionelle forhold); den anden del af den forhøjede sygelighed eller dødelighed tilskrives træk ved selve stedet og de sociokulturelle forhold (kontekstuelle forhold)
- *Davey Smith (1998)* – beboerne i fattige og nedslidte områder havde ca. 30 % højere dødelighed end beboerne i gode områder, uanset deres egen sociale status
- *Diez-Roux et al (1997)* – høj andel beboere med lav uddannelse, lav gennemsnitlig indkomst, lav gennemsnitlig huspris, og høj andel af beboere i lave socialgrupper havde høj forekomst af hjertekarsygdomme
- *Bosma et al (2001)* – jo lavere gennemsnitligt uddannelsesniveau, desto højere dødelighed
- *Kawachi et al (1997)* – jo højere tillid der er mellem mennesker i et geografisk område (USA), desto lavere dødelighed.

- **Identifikation af de sociale forhold, som skaber en kontekst, der truer beboernes helbred:**

- Høj andel af boliger af ringe standard
- Høj forekomst af hærværk
- Sociale problemer
- Støj i området
- Høj forekomst af personer der føler sig fremmedgjorte
- Høj forekomst af personer med ringe sundhedsadfærd
- U hensigtsmæssige copingformer
- Utryghed, vold og manglende tillid
- Ophobning af rygning, alkohol og stofmisbrug

- **Social kapital:**

Omfanget af gensidighed, normer om gensidig hjælp, tillid og andre kendetegn ved den sociale struktur, som er en ressource for det enkelte menneske og fremmer den fælles indsats.

Social kapital er et aspekt af den sociale struktur, især dens sociale sammenhængskraft eller solidaritet.

Den sociale sammenhængskraft har to dimensioner:

- De uformelle sociale bånd mellem mennesker
- De formelle bånd der knytter mennesker til samfundet f.eks. via skolen, arbejdspladsen, klubber og foreninger. Den gør det lettere at nå visse mål, og man kan bruge af den.

I modsætning til andre former for kapital bliver der ikke mindre af den, når den bliver brugt, der bliver mere af den. Individet kan ikke besidde social kapital, men fællesskaber og lokalsamfund. Den sociale kapital i et fællesskab eller lokalsamfund forsvinder ikke, hvis individet rejser væk.

Kawachi et al foreslår, at socialt kapital og human infrastruktur (skoler, biblioteker, offentligt sundhedsvæsen, kulturinstitutioner mv.) er vigtige ressourcer, der kan beskytte befolkningen mod overdødeligheden. De foreslår også at jo højere tillid der er mellem mennesker, desto højere andel føler at de har et godt helbred.

Kawachi og Berkman 2000 peger på 3 mulige mekanismer bag social kapital i lokalsamfundet:

1. At det sociale kapital påvirker menneskers sundhedsadfærd f.eks. at holde menneskers ryge- og drikkevaner lidt i ave
 2. At områder med højt socialt kapital også ofte har den bedste forsyning med serviceydelser f.eks. tilbud fra social-, sundheds- og uddannelsesvæsen
 3. At virkningen sker gennem påvirkning af en række psykosociale processer
- **Empowerment:** defineres som den proces, der understøtter borgernes kontrol over muligheden for at fremme sit eget helbred. Der er to former:
 - Psykologisk empowerment defineres som en følelse af kontrol over eget liv, ofte med den tilføjelse at denne følelse opnås gennem aktiv deltagelse i en gruppebaseret eller fælles indsats.
 - Lokalsamfunds-empowerment defineres som deltagelse i fælles politisk indsats der medfører:
 - Øget psykologisk empowerment
 - Omfordeling af ressourcer eller beslutningskompetence til lokalsamfundets borgere.

Ved at opbygge enkeltpersonens psykologiske empowerment kan man efterhånden udvikle en lokalsamfunds-empowerment, som er grundlaget for den ønskede forandring. De 5 faser er:

1. Lokalsamfundsanalyse
2. Design af projektet
3. Implementering
4. Vedligeholdelse og konsolidering af projektet
5. Revurdering og spredning til andre lokalsamfund

Kapitel 4: Sociale relationer og helbred

- **Sociale relationer** beskrives med to aspekter:

- *Det strukturelle aspekt* – kvantitative dimension, hvor mange og hvilke individer der er samt hvilke forbindelser der er mellem individerne. Den opdeles yderligere i:
 - De formelle – omfatter personer man har et nært følelses- og/eller familiemæssigt forhold til
 - De uformelle – omfatter personer, man har haft kontakt med i kraft af deres funktion i ens liv eller det omgivende samfund (lægen, naboen, socialrådgiveren, bankrådgiveren osv.)
- *Det funktionelle aspekt* – kvalitative dimension, hvorledes de sociale relationer fungerer. Hvilken grad af følelsesmæssig støtte, praktisk hjælp og værdsættelse der kan hentes fra de sociale relationer, men samtidig også hvilken grad af belastning – praktisk, følelsesmæssigt og socialt – relationerne tilfører. Belastninger fra relationerne er altså ikke det samme som fravær af støtte, men kan være til stede samtidig med stor grad af støtte.
Social forankring beskriver, i hvilken grad individet hører til og er forankret i formelle og informelle grupper, en mere kvalitativ følelse af medlemskab i disse grupper.

- **Helbred og dødelighed:**

- *Berkman & Symes (1979)* – Personer med svage sociale relationer har 2-3 gange forhøjet dødelighed i forhold til personer med stærke sociale relationer. Det gælder også når der bliver kontrolleret for køn, alder og helbredsstatus.
- *House et al (1982)* – de finder kun sammenhæng mellem relationer og dødelighed for mænd og ikke for kvinder
- *Schoenback et al (1986)* – de finder kun den stærke sammenhæng mellem svage sociale relationer og dødelighed blandt hvide mænd. Effekten af det sociale netværk blandt hvide kvinder, sorte mænd og sorte kvinder er svage og klart insignifikante.
- *Blazer et al (1982)* – blandt ældre mennesker (65+-årige) er svage sociale relationer relateret til øget dødelighed, det gælder også de kontrolleres for køn, alder og helbredsstatus.
- *Avlund et al (1998)* – ældre mænd har signifikant højere dødelighed, hvis de bor alene og hvis de ikke kan hjælpe andre med praktiske gøremål. Kvinderne har signifikant højere dødelighed hvis de mangler social støtte
- *Lund et al (2001)* – både 50-, 60- og 70-årige personer, der bor alene, har næsten dobbelt så høj dødelighed efter 8 års opfølgning som personer, der bor sammen med nogen. Desuden vedvarende svage relationer over en 4-årig periode øger dødeligheden blandt ældre kvinder, mens dette ikke kan påvises blandt ældre mænd.

- **Sociale relationer og sygdomme:**

- ***Sociale relationer og infektionssygdomme***

- *Cohen et al (1997)* – der er op til 4 gange forøget risiko for infektion i gruppen med færrest forskellige slags relationer. Sociale relationer påvirker helbredet ved at øge den immunologiske modstandskraft.

- *Kiecolt-Glaser et al (1987)* – hyppigheden af akut og kronisk sygdom er højere hos separerede og skilte end hos gifte, og deres immunfunktion er ringere bl.a. målt ved lavere andel hjælper T-lymfocytter, lavere andel suppressor T-lymfocytter og lavere andel af natural killer celler.

Sociale relationer og hjertekarsygdomme

- *Eriksen (1994)* – der er sammenhæng mellem dårlige sociale relationer og hjertekarsygdom, og at denne sammenhæng synes at være stærkere blandt mænd end blandt kvinder.
- *Rozanski et al (1999)* – et lille socialt netværk er associeret med gennemsnitligt 2-3 gange forhøjet risiko for hjertekarsygdom over tid
- *Hansen et al (1988; 1990)* – der er sammenhæng mellem svage sociale relationer og forhøjet blodtryk; og med fejlslagent forsøg på rygeophør

Sociale relationer og kræft

- *Vogt et al (1992)* – der er ikke noget der tyder på at der er sammenhæng mellem forekomst af kræft og sociale relationer
- *Johansen et al (1998)* – der er bedre overlevelse blandt kræftpatienter med stærke sociale relationer end blandt dem med svage sociale relationer
- *Waxler-Morrison et al (1991)* – brystkræftsyge kvinder overlever længere hvis de har mange nære venner, ser dem ofte og hvis de er ugifte. De syge kvinders bekymring for deres ægtefælles reaktion og følelsesmæssige belastning tolkes at være årsagen til den ekstra helbredsmæssige byrde for kvinderne.

Sociale relationer og psykisk sygdom

- *Henderson et al (1992)* – svage sociale relationer kan være medvirkende til, at en depression bryder ud
- *Paykel (1994)* – følelsesmæssig støtte kan virke beskyttende når man udsættes for belastende livsbegivenheder som i andre tilfælde ville øge risikoen for udvikling af depression eller depressive symptomer
- *Stansfeld et al (1998)* – social støtte nedsætter risikoen for mentale helbredsproblemer på længere sigt, samt at dette gælder både blandt mænd og kvinder
- *Fratiglioni et al (2000)* – mange sociale relationer beskytter ældre mod at udvikle demens
- *Henderson (1981)* – der er stærk sammenhæng mellem oplevelse af utilstrækkelig støtte og senere udvikling af neurotiske symptomer

Sociale relationer som belastning for helbredet

- *Due (1993)* – for ældre danske kvinder (født 1906-1916) blev det at miste ægtemanden betragtet som den endelige pensionering og første mulighed for at tænke på sig selv.
- *Fuhrer et al (1999)* – belastende relationer kan øge risikoen for psykiatrisk sygdom
- *Morgen (1989)* – svage og syge patienter kan være meget givende i deres relationer, men også være meget psykisk belastende for de pårørende

Andre sociale relationer med negativ effekt på helbredet:

- Hustruvold
- Incest
- Mobning
- Tortur

- **Helbred som prædikator for de sociale relationer**

- *Cerhan & Wallace (1993)* – lav fysisk funktionsevne og forekomst af depressive symptomer er en af vigtigste faktorer, der medvirker til et fald i sociale relationer
- *Lund et al (2001)* – personer der udvikler dårligt selv vurderet helbred har højere risiko for at udvikle lav kontaktfrekvens, lav kontaktbredde samt større utilfredshed med sociale relationer

- **Hvordan påvirker de sociale relationer helbredet?**

To hovedteorier har tegnet feltet i mange år, når det gælder om at forsøge at forklare, hvorledes de sociale relationer er i stand til at påvirke helbredet:

- Ifølge stress-buffer teorien skyldes effekten af de sociale relationer på helbredet alene deres evne til at afbøde virkningen af stressorer og stress. Det kan de gøre ved at påvirke på to forskellige trin i en årsagskæde bestående stressorer, stress og helbred:
 - De sociale relationer kan hindre en potentielt stressende situation i at opleves som stressende. Dermed undgås den fysiologiske stress reaktion, som situationen ville have udløst, såfremt de sociale relationer ikke havde været til stede.
 - De sociale relationer kan indvirke imellem stress reaktionen og kroppen øvrige og længerevarende fysiologiske reaktion, således at stress reaktionen ikke på længere sigt påvirker helbredet i negativ retning.
- Ifølge teorien om direkte effekt sker påvirkningen på helbredet ikke via en afbødning af en belastning, men direkte gennem hovedsageligt tre forskellige påvirkninger:
 - En bedring af sundhedsadfærden, som formodes at ske hos mennesker med mange og gode relationer
 - En styrkelse af selvværd og personlige ressourcer
 - Ved et øget velbefindende

- **Diverse interventioner** (en form for rehabilitering) – de har dog kun kortvarig effekt:

- Selvhjælpsgrupper
- Gruppeterapi
- Hjemmebesøg
- Telefonopkald

- **Effekter af interventioner:**

- Der er nogen støtte til at intervention overfor de sociale relationer har en gavnlig effekt.
- Blandt de positive fund er at støtte givet af familien, venner eller personer med samme problem som deltageren (f.eks. andre rygere eller patienter med samme sygdom) virker positivt.

- Interventioner, der lader modtageren af støtte bidrage med selv at give støtte, har en god effekt.
- Interventioner, der fokuserer på at lære deltagerne sociale færdigheder til selv at vedligeholde eller opbygge netværk har en positiv effekt.
- Interventioner, der fokuserer på at ændre deltagernes opfattelse af deres eksisterende sociale relationer i mere positiv retning, er ligeledes blandt de mere succesfulde studier

Kapitel 5: Social ulighed i helbred

- Danmark har ligesom andre lande 2 sundhedspolitiske mål:
 - At forbedre folkesundheden totalt
 - At indhente vores efterslæb i forhold til andre lande
- Siden midten af 1800-tallet er det i talrige undersøgelser vist, at menneskers social position i samfundet er af afgørende betydning for deres risiko for at blive syge eller dø tidligt.
- Den samlede dødelighed har været højest i de laveste sociale lag. Det samme gælder for forekomsten af de fleste sygdomme; jo lavere social status, jo højere risiko for at blive syg eller handikappet.

Det gælder for følgende grupper:

- Fiskeri
- Plejere
- Hotel- og restaurationsbranchen
- Førtidspensionister
- Kontanthjælpsmodtagere
- Ikke-faglærte arbejdere
- Uddannelsessøgende
- Efterlønsmodtagere
- Hjemmegående husmødre
- Stofmisbrugere
- Alkoholikere
- Psykiske syge

Dødeligheden er lav for følgende grupper:

- Selvstændig i landbrug
 - Håndværksfag (tømrere, murere)
 - Liberale erhverv (læger, arkitekt- og advokatvirksomhed)
 - Højere funktionærer (ingeniører)
- Nogle sygdomsårsager er særligt vigtige for social ulighed i sundhed:
 - Opvækstvilkår
 - Uddannelse
 - Lokalt socialt miljø
 - Tobaksrygning

- Alkoholmisbrug
- Stofmisbrug
- Psykosocialt arbejdsmiljø
- Ergonomisk arbejdsmiljø
- Marginalisering
- Indkomst
- Fysisk miljø
- Kost fysisk inaktivitet
- Trafikulykker
- Faldulykker
- Ulighed i sundhedsydelser

- **Social ulighed og sygdomme**

Hjertesygdomme

- *Ingerslev et al (1994)* – en positiv sammenhæng mellem social position og hjertekarsygdomme, dvs. jo lavere status, jo højere risiko
- *Morrison et al (1997)* – risikoen for at dø efter en blodprop i hjertet er størst blandt de socialt dårligst stillede. Risikoen for at dø før indlæggelse størst blandt dem med lavere indkomst og uddannelse chancen for overlevelse efter indlæggelse er også ringere for dem med lavere uddannelse og lavere indkomst.
- *Salomaa et al (2001)* – de socialt dårligere stillede fik en mindre intensiv behandling, måtte vente længere på at komme i behandling, måtte vente længere på at komme i behandling, blev sjældnere set af speciallæge og blev mindre hyppigt behandlet med trombolyse og/eller angiografi end de bedre stillede

Kræftsygdomme

- *Ingerslev et al (1994)* – de socialt velstillede har generelt en lavere risiko for kræft end de dårligere socialt stillede. Ufaglærte har en højere kræftdødelighed end overordnede funktionærer. Førtidspensionister og kontanthjælpsmodtagere har i alle aldersgrupper en omtrent fordoblet kræftdødelighed sammenlignet med den erhvervsaktive del af befolkningen.
- *Kogevinas et al (1997)* – en række kræftformer (kræft i luftveje (lungekræft), kræft i mundhule, spiserør og mavesæk, lever, livmoder og livmoderhals) forekommer hyppigst blandt de socialt dårligere stillede, hvorimod der er den modsatte sammenhæng for brystkræft, modermærkekræft og tyktarmskræft
- *Nørredam et al (1998)* – blandt de kvinder, for hvem der var indikation for at foretage brystbevarende kirurgi, blev dette udført på 77 % af de socialt velstillede kvinder, men kun på 50 % af de socialt dårligst stillede

Ulykker og selvmord

- *Ingerslev et al (1994)* – blandt mandlige ufaglærte arbejdere er dødeligheden af ulykker og selvmord dobbelt så høj som blandt overordnede funktionærer

- **Social ulighed ved livets begyndelse**

Den sociale ulighed i helbred begynder allerede før livets begyndelse. Børn, der fødes lavvægtige eller for tidligt, har dårligere chancer i livet. Og risikoen for at være for tidligt født eller blive født med en lav fødselsvægt er større for børn af lavt uddannede mødre.

- *Helweg-Larsen et al (1999)* – risikoen for såvel dødsfødsel som død af et levendefødt barn inden for første leveår varierede med moderens skoleuddannelse og erhvervsuddannelse

- **Tandstatus hænger også tæt sammen med social position**

Det gælder især for:

1. Børn af udlændinge (*Bælum et al, 1991*)
2. Børn af eneforsørgere (*Petersen, 1990*)
3. Voksne og ældre i de dårligst stillede grupper (*Petersen, 1990*)

- **Overvægt** er hyppigt hos børn med forældre uden for erhverv og voksne med kortvarig skoleuddannelse.

- **To klassiske opfattelser social lagdeling**

- *Marx's klassemodel* – her opfattes samfundet som klassesdelt i forhold til produktionsprocessen; befolkningen inddeles i to hovedklasser: den der har kontrol over produktionsmidlerne (kapitel), og arbejderklassen der ikke ejer produktionsmidlerne og sælger sin arbejdskraft
- *Webers stratifikationsmodel* – inddrager begreber som status og gruppetilhørsforhold som medvirkende faktorer for individets sociale placering i samfundet. Status bygger på befolkningens subjektive vurdering af anseelse og prestige og er ikke nødvendigvis forbundet med økonomisk position. Det er muligt at tilegne sig høj status i kraft af erhverv eller via sin slægt. Et fokus, som har medført, at forskere med reference til Webers model har anvendt uddannelse, stilling og indkomst som mål for social position.

- **Mekanismer bag social ulighed i helbred**

1. At sammenhænge skulle være et resultat af selektion
2. At sammenhænge skulle kunne forklares med forskelle i de ydre påvirkninger, forskellige livsvilkår påfører mennesker (den materialistiske mekanisme)
3. At sammenhængen skulle være en konsekvens af kulturelle og adfærdsmæssige forskelle
4. At helbredsskadelige påvirkninger akkumuleres gennem livet

- **Akkumuleringer af påvirkninger:**

Et barn, der vokser op i et fattig familie, vil måske være født for tidligt, fordi moderen havde fysisk belastende arbejde under graviditeten. Barnet vil være mere udsat for dårlig ernæring, usundt indeklima og farligt legemiljø. Forhold, som fører til øget sygelighed og forringede mulighederne for en god uddannelse. Dårlig uddannelse giver færre muligheder for at vælge job, ringere betalte jobs og større risiko for arbejdsløshed senere i livet. Dette har konsekvenser for det fysiske miljø, man kommer til at bo

i som voksen. Dermed øges sårbarheden. Et stort socialt pres og manglende fremtidsperspektiver kan gøre kortvarig nydelse, som f.eks. cigaretter, til et logisk valg. Og således ophobes såvel usund livsstil som andre ydre negative helbredspåvirkninger.

Ifølge denne hypotese medfører social stress i form af at være nederst i samfundshierarkiet gennem livet, en generelt nedsat resistens mod sygdom.

- **Tidlig forebyggelse:**

- Indsatser tidligt i livet mindsker sårbarheden for helbredseffekter af det som sker senere i livet
- Samme reduktion af en risikofaktor i to grupper får større effekt i gruppen med mange andre risikofaktorer (f.eks. de lavt uddannede)
- Forebyggende indsatser for borgere som er udsat for mange samvirkende årsager i livet, får særlig stor effekt – for den enkelte borger og for den sociale ulighed

- **Konklusion:**

- En universel velfærdspolitik er en bidragende, men ikke tilstrækkelig, forudsætning for en stærk sundhedsudvikling
- En stærk folkesundhed kan vise sig afgørende for den økonomiske udvikling i en tid med kraftigt stigende arbejdskrav
- At forebygge den sociale gradient i sundhed kræver ikke en helt anden sundhedspolitik – stor ulighed skabes af stor sygdomsbyrde, og samme sænkning af en eksponering giver størst effekt hos de med mange andre eksponeringer
- Det er ikke tilstrækkelig at mindske ulighed i fordeling risikofaktorer – deres effekt på sygdom og sygdomskonsekvenser er kraftigere i lavere socialgrupper
- At nogle mennesker af sociale og biologiske grunde er mere sårbare kræver en solidarisk sundhedspolitik inkl. restriktioner
- Socialt udsatte grupper er udsatte ikke mindst fordi de er psykisk syge. Psykiatriens indsatser for at reducere de sociale konsekvenser af sygdom er afgørende

Kapitel 6: Marginalisering og udstødning på arbejdsmarkedet

- Man er marginaliseret på arbejdsmarkedet når man ikke kan få eller fastholde arbejde på normale vilkår.
- Ingerslev og Petersen (1996) skelner mellem forskellige grupper:
 1. Kernearbejdsstyrken: alle med arbejde i en flerårig periode og ingen eller ringe arbejdsløshed
 2. De løst tilknyttede til arbejdsmarkedet: alle med arbejde og vekslende perioder med arbejdsløshed
 3. Marginalgruppen: alle med meget omfattende arbejdsløshed i en flerårig periode, måske afbrudt af perioder med aktivering, flexjobs og kurser
 4. De permanent offentligt forsørgede: personer på førtidspension eller efterløn
 5. De alternativt forsørgede personer, som ikke er permanent offentligt forsørgede, og som heller ikke har lønindtægt eller er selvstændige – typisk studerende og hjemmegående husmødre

- Af betydning for marginalisering og udstødningen er imidlertid de langsigtede strukturelle forandringer på arbejdsmarkedet. Der er 4 forhold, der har været dominerende:
 1. Den teknologiske udvikling med øgede krav til kvalifikationer
 2. Globalisering af handel, kapital og arbejdskraftbevægelser
 3. Nye former for arbejdsorganisering
 4. Øget fleksibilitet i brug af arbejdskraft
- **Den teknologiske udvikling og nye organisationsformer med øgede krav til kvalifikationer, globalisering** med skærpet konkurrence mellem de mindst uddannede i forskellige lande og de skærpede krav til **omstillingsevne og fleksibilitet** rammer først og fremmest dele af arbejdsstyrken uden særlig uddannelse. Risikoen for at blive udstødt af arbejdsmarkedet er næsten 5 gange så stor for ufaglærte som for personer med lang videregående uddannelse i de sidste 20 år. Også faglærte og personer med korte videregående uddannelser er mere udsatte for udstødning af arbejdsmarkedet end personer med lange videregående uddannelser.
- Der er også sket en del **strukturændringer**. De faglige organisationer har fået mere en rolle som serviceorganisationer, og indgår ikke længere i medlemmernes sociale netværk. Bevidstheden er drejet fra det kollektive over det individuelle. Den enkelte fremmer ikke længere sine personlige mål gennem kollektivet, men gennem den personlige stræben. At blive marginaliseret og blive udstødt bliver derfor også et individuelt anliggende – et udtryk for at man ikke har haft ressourcer til at klare sig i konkurrencen og ikke et kollektivt anliggende om, hvorledes arbejdsmarkedet skal fungere.
- **Marginalisering på arbejdsmarkedet** er en stressbelastning, der truer helbredet. Samtidig vil personer med helbredsproblemer have større risiko for at blive afskediget og dermed også have større sandsynlighed for at blive udsat for marginaliseringens belastninger.
- **Social klasse** spiller også en rolle for hvordan man klarer sig på arbejdsmarkedet, hvis man har helbredsproblemer. Personer med kronisk sygdom klarer sig bedre på arbejdsmarkedet, hvis de kommer fra højstatusgrupper frem for lavstatusgrupper.
- Arbejdsløshed er ikke det eneste der belaster den enkelte, og som bidrager til marginalisering. Her tænkes også på f.eks. indførelse af ny teknologi, organisationsændringer i forbindelse med nedskæringer eller firmaovertagelser mv.
- Marginaliseringsprocessen svækker gradvist individets selvtillid og tro på sig selv kombineret med den økonomiske belastning, der følger med arbejdsløsheden. Det kan udløse følelser af mistillid, skam og vrede, og ofte vil det sætte det enkelte individ i en kronisk stresstilstand.

Kapitel 7: Arbejde og helbred

- 2 sideløbende påstande, som umiddelbart ser ud til at være i konflikt med hinanden:

- Arbejds miljø – arbejdet er en kilde til stress, udbrændthed, sygdom og udstødning
- Arbejdsløshed – det er sundt at arbejde, da arbejdet bl.a. giver identitet, fællesskab og mening, hvilket er vigtigt for at have et godt liv

- **Helbred og dødelighed i forskellige erhverv**

Den højeste dødelighed blandt erhvervsaktive:

- Hotel- og restaurationsbranchen
- Taxachauffører
- Bryggeriarbejdere
- Sygehjælpere
- Kontorassistenter
- Ufaglærte i tobaks-, fiske- og træindustrien
- Pedeller
- Rengøringspersonale

Den laveste dødelighed blandt erhvervsaktive:

- Landmænd
- Akademikere
- Ingeniører
- Arkitekter
- Hustruer i landbruget
- Sygeplejersker
- Lærere
- Pædagoger
- Bankassistenter
- Butiksansatte

- Et andet vigtigt helbredsmål er de ansattes egne vurderinger af deres helbred. En lang række undersøgelser viser, at selvvurderet helbred er en kraftig prædiktor for død, invalidepension, indlæggelser, arbejdsløshed, fravær, medicinbrug m.v.. En høj andel med dårligt selvvurderet helbred er derfor en vigtig indikator for såvel aktuelle som potentielle helbredsproblemer i et erhverv.
- Der vil altid være mindst 3 principielt forskellige forhold, der kan have betydning for en erhvervsgruppes helbred:
 - Selektion in i eller ud af erhvervet
 - Andre forhold end de arbejdsmæssige (primært livsstil og levevilkår)
 - Arbejds miljøet.

- **Arbejde og stress:**

Job strain model (Robert Karasek, 1979): Hvis kravene er høje, indflydelsen samtidig er lav, vil der opstå en situation med high job strain, hvilket vil sige, at risikoen for stress og sygdom er øget. Hos

ansatte med høje krav og høj indflydelse (de aktive) vil kravene ikke i samme grad føre til stress og sygdom, idet disse personer har muligheder for at cope med de høje krav på grund af den høje grad af indflydelse i arbejdet. De aktive vil opleve en høj grad af motivation, læring og personlig udvikling.

Hos de passive vil der kunne udvikle sig en situation med manglende motivation, lav arbejdsglæde og lav grad af personlig udvikling. Gruppen med low job strain (afslappet arbejde) vil have et psykisk sundt arbejde, som til gengæld ikke er personligt udviklende.

- **Senere er der tilføjede en yderligere dimension til job strain modellen: social støtte.**

Det betyder at gruppen med lav social støtte, høje krav og lav indflydelse, også kaldet iso-strain, hvor iso står for isoleret, der vil være størst risiko for stress-relaterede helbredsproblemer.

- **Johannes Siegrist's model: Effort-Reward Imbalance model:**

Der skal være balance mellem indsats og belønning i arbejdssituationen. Hvis en person anstrenger sig meget og yder en stor arbejdsindsats, vil personen helt naturligt forvente at blive belønnet herfor. Der kan være tale om tre former for belønning: løn, anerkendelse/anseelse (esteem) og karrieremuligheder (herunder sikkerhed i ansættelsen).

Hvis en person yder en stor indsats og ikke modtager en dertil svarende belønning, vil der opstå en ubalance, der resulterer i stress hos den enkelte. Balancen kan genskabes, enten ved at belønningen sættes op (af arbejdsgiveren), eller ved at den ansatte reducerer sin arbejdsindsats (arbejder mindre, har øget fravær, lavere dårligere arbejde, er mindre loyal osv.)

- Ved yderligere personlighedsdimension kaldes "**overcommitment**" eller "**need of control**": personer med højt behov for kontrol overdriker deres anstrengelser, har et stort behov for at blive anerkendt og kan ikke sige fra i forbindelse med deres arbejde. Hvis disse personers meget store anstrengelser ikke belønnes på passende vis, vil de have ekstra stor risiko for at pådrage sig stress-relaterede sygdomme, herunder hjertekarsygdomme.

- **Helbred og erhvervs krav**

- *Bosma et al (1998)* – personer der både har høj job strain og ubalance mellem indsats og belønning, har ekstra mange helbredsproblemer

- **Skifteholdsarbejde:**

De forskudte arbejdstidssystemer påvirker de ansattes helbred og livskvalitet på en række områder:

- Den forskudte døgnrytme forringer familielivet og mulighederne for at deltage i sociale aktiviteter i fritiden (foreningslivet, aftenskole, sport, samvær med vennerne)
- Søvn påvirkes negativt, idet søvnkvaliteten bliver dårligere og søvnen kortere. En dårligere og kortere søvn antages at have negative helbredsmæssige virkninger på længere sigt.
- Dagligdagen påvirkes negativt på grund af dårligt humør, træthed, irritabilitet og stress.
- På længere sigt øges risikoen for mavetarmsygdomme og hjertekarsygdomme blandt skifteholdsarbejde

- Ansatte med skifteholdsarbejde har øget risiko for ulykker eller fejl der kan ramme såvel dem selv som andre (f.eks. passagerer, patienter eller kolleger).
- **Maslach's definition af udbrændthed:**
Udbrændthed er et psykologisk syndrom, der består af følelsesmæssig udmattelse, depersonalisering og reduceret personlig arbejdspræstation, som kan opstå hos personer, der arbejder med mennesker under en eller anden form. Følelsesmæssig udmattelse indebærer at føle sig overanstrengt og tømt for sine følelsesmæssige ressourcer. Depersonalisering omfatter negativ, ufølsom eller yderst distancerende omgang med de personer, der er modtagere af ydelser eller omsorg. Nedsat personlig arbejdspræstation refererer til en nedgang i følelsen af kompetence og succes i arbejdet.
- **Fravær og arbejde**
Arbejds miljøets kvalitet har stor betydning for fraværets omfang. Et højt sygefravær finder man især i erhverv med lav indflydelse, manglende social støtte, lav belønning i arbejdet samt dårlige ergonomiske forhold.
Også en række forhold uden for arbejdspladsen har betydning for fraværets form og omfang. Kvinder har i reglen større fravær end mænd, og enlige med børn har større fravær end barnløse og samboende. Endvidere falder korttidsfraværet med alderen, mens hyppigheden af langtidsfraværet stiger. Der er også nogle undersøgelser at rygere har væsentligt højere fravær end ikke-rygere.
- **Fravær som copingstrategi:**
Det betyder at fraværet vil være højere, jo flere belastninger og stressorer, man er udsat for, både i familien og på arbejdspladsen, og jo flere helbredsproblemer, man har. Omvendt vil fraværet være lavt, hvis man har store ressourcer – både personligt og i sit netværk – og hvis man har gode muligheder for at cope med både helbredsproblemer og belastninger uden at behøve at være fraværende. Af denne grund er netop indflydelsen i arbejdet af helt afgørende betydning for fraværets omfang: hvis man har høj indflydelse i arbejdet, har man frihed til at vælge en lang række copingformer, som er udelukket for personer med lav indflydelse.

Kapitel 8: Livsstil og helbred

- **Rygning:**
Andelen af mandlige rygere har siden 1950'erne været konstant aftagende, mens blandt kvinderne har den været svagt stigende frem til 70'erne for herefter at aftage. Andelen af rygere er nu ens for mænd og kvinder. Det gælder alder for rygedebut, type tobak, dagligt forbrug af tobak og inhalationsvaner.
- **Rygning og status:**
For ca. 100 år siden var rygning en mandlig højstatusvane. Mønsteret ændrede sig med cigaretternes indtog, og i 1950'erne var der ingen særlige sociale forskelle i rygevanerne for mænd. For kvindernes vedkommende startede rygningen blandt højstatuskvinder, især kvinder med eget arbejde og lang uddannelse. Siden spredte rygningen sig til kvinder i andre sociale lag.

I vore dage er det et helt andet socialt mønster, idet rygningen nu er mest udbredt i lavstatusgrupper af begge køn. De mere privilegerede grupper i samfundet har simpelthen droppet rygningen.

- **Undersøgelser:**

- *Prescott (2000)* – rygere lever gennemsnitlig 7-9 år kortere end ikke-rygere, hvortil så skal føjes, at de også har flere leveår med kronisk sygdom.
- *Iversen et al (2001)* – rygere har dårligere selv vurderet helbred, mere sygefravær og større risiko for at blive arbejdsløse og udstødte af arbejdsmarkedet
- *Nusselder et al (2000)* – rygere har også dårligere funktionsevne, når de bliver ældre. Elimineres rygning, vil man ikke alene leve flere år, men man vil også have færre år med helbredsproblemer
- *Hughes (2001)* – på psykologiske plan vil rygning opleves som identitets- og imageskabende og som udtryk for at man er voksen og uafhængig af autoriteter, og den opleves som et middel til at bekræfte samhørighed med kammerater.

Nikotin har også en række virkninger, der måske i særlig grad appellerer til teenagere. Nikotin kan reducere aggressive følelser, øge koncentrationsevnen, forbedre humøret, øge opmærksomheden og modvirke vægtstigninger.

- **Rygning og helbred:**

- Personer der udsættes for passiv rygning, har større risiko for at udvikle lungecancer og hjertekarsygdomme
- Det er veldokumenteret at fosterets passive rygning under graviditet øger risiko for fosterdød og lav fødselsvægt.
- For spædbørn øger passiv rygning risikoen for pludselig uventet spædbørnsdød.

- **Alkohol og helbred:**

- Nedsat selv vurderet helbred
- Nedsat funktionsevne
- Levercirrose
- Forskellige kræftformer
- Hjertekarsygdomme
- Alkoholindtagelse under graviditet → fosterskader – det såkaldte alkoholføtale syndrom
- Børn i misbrugsfamilier → en række psykiske skader
- I trafikken → spirituskørsel
- Vold og kriminalitet.

- **J-formet sammenhæng mellem alkoholforbrug og dødelighed:** afholdende har højere dødelighed end moderat forbrugende med et forbrug på 1-3 genstande dagligt, der har den laveste dødelighed, hvorefter en yderligere øgning af forbruget igen øger dødeligheden.

- **Forældrene og alkohol:**

Forældre har stor betydning for de unges forbrug, da de er rollemodeller. Jo tættere relationen er i form af støtte, gensidig tillid, omsorg og fortrolighed, jo mindre drikker de unge. Der er også en arvelig komponent, idet risikoen for alkoholmisbrug er betydeligt større for børn af alkoholmisbrugere.

Trivsel i skolen er også associeret med alkohol. Unge, der vantrives i skolen, med dårlige præstationer og adfærdsvanskeligheder, har et særlig højt forbrug. Et stort alkoholforbrug vil i sig selv skabe problemer med at få lavet lektier, og der er et større fravær og lavere karakterer.

Tilgængelighed af alkohol i samfundet, priser, håndhævelse af udskærkningsregler på værtshuse, reklame osv. påvirker også det generelle niveau for alkoholforbrug blandt unge.

- **Kostvaner:**

Sammensætning af kosten og for meget energi fra maden i forhold til energibehov er en medvirkende årsag til store folkesygdomme som hjertekarsygdomme, kræft, fedme og diabetes type 2.

- *Willet (1998)* – der er påvist sammenhæng mellem risikoen for iskæmisk hjertesygdom og kostens indhold af fedt (mættet fedt og transfedtsyrer) som primært kommer fra levnedsmidler som smør, margarine, fede mejeriprodukter og kød. Det er også påvist, at et højt indhold af frugt og grønt samt fisk i kosten nedsætter risikoen for hjertesygdom.
- *Sundhedsstyrelsen (1999)* – prævalensen af fedme er fordoblet i perioden i den yngste aldersgruppe på 30 år
- *Wedderkopps et al (2001)* – stigningen af prævalensen af overvægt ses også hos børn i 8-10 års alderen
- *Forbrugerstyrelsen (1995)* - af skolebørn er der 3 ud af 4 der spiser for meget fedtstof, 9 ud af 10 spiser få lidt grøntsager og mere end halvdelen for lidt fisk. Børns indhold af sukker i kosten er for højt pga. et stort indtag af slik og læskedrikke

- **Fedme har social slagside**, og udbredelsen er størst i grupper med kort uddannelse (forældrenes uddannelse). Det gælder både for voksne og børn.

- **Kostvaner og sociale forskelle:**

- De højtuddannede spiste sundere kost end grupper med lav uddannelse, idet de spiste mere frugt og grøntsager og mindre smør og margarine
- Der er en systematisk stigning i andelen af børn med usunde kostvaner med faldende social gruppe
- 40 % af børnene hvis forældre er uden for arbejdsmarkedet, spiste flere usunde fødevarer dagligt mod kun 14 % af børnene fra den højeste socialgruppe

- **Fysisk aktivitet:**

Risici ved fysisk inaktivitet:

- Hjertekarsygdomme
- Kræftformer
- Fedme

- Type 2 diabetes
- Lidelser i bevægeapparatet
- Knogleskørhed og dermed risikoen for knoglebrud for ældre
- Depression
- Nedsat immunforsvar

Kapitel 9: Teorier om dannelse og forandring af livsstil

- **Main points:**

- **Et af forebyggelsens paradokser** er at sundhedskampagner og øget oplysning kan bidrage til øget social ulighed i sundhed, fordi ressourcerne til at tage budskaberne til sig og mulighederne for at ændre livsstil er stærkt afhængig af hvilken socialgruppe, man tilhører.

- **Empowerment:** begrebet er defineret som et tiltag, der på alle samfundsniveauer skal gøre det muligt for almindelige mennesker at få kontrol over deres liv og helbred, men inden for rammerne af den sociale og politiske virkelighed de lever i.

- **Livsstil:** betegnelsen anvendes også som sundhedsadfærd, og er defineret som "raske menneskers handlinger med det formål at forebygge sygdom eller afsløre den på et asymptomatisk stadium" (*Kasl & Cobb, 1966*)

Begrebet livsstil anvendes typisk om forskellige sociale klassers aktiviteter og vaner, og afhængig af sammenhængen anvendes begrebet både til at dække forbrugsvaner, valg af kulturelle aktiviteter – og valg af mere helbredsrelaterede vaner som f.eks. foretrukne madretter og idrætsaktiviteter.

Den kan også omfatte kontakt med sundhedsvæsenet i forbindelse med forebyggende undersøgelser, vaccinationer o.lign. og en lang række aktiviteter uden for sundhedsvæsenet som f.eks. motionsaktivitet, personlig hygiejne, rygning og kostvaner.

- **Hvad bestemmer livsstilen:**

- *Samfundsmæssige ressourcer* (organisering, lovgivning, regler, normer, materielle vilkår, kultur, religion, medier og reklamer)
- *Lokale ressourcer* (arbejde, familie, bolig, sociale relationer, netværk, normer, holdninger, værdier, økonomi, færdigheder og viden)
- *Personlige ressourcer* (køn, biologi, fysik, habitus, erfaringer, holdninger, færdigheder, viden, intelligens, personlighed)
- *Motivation* (følelser, mål, forventninger)

Jo flere ressourcer, der etableres, og jo flere aspekter af motivationen, der inddrages, desto større er chancerne for forandring.

- **Ulemper ved begrebet livsstil:**

- Retter opmærksomheden mod det enkelte menneskes ansvar for sit eget liv
- Kan blive en yderligere belastning for i forvejen udsatte mennesker
- Kritikerne vil hellere have at man koncentrerer om uligheds- og levevilkårsforskningen frem for livsstilsområdet

- **Livsstil og habitus:**

Ifølge den franske sociolog Pierre Bourdieu fødes mennesker ind i og lever i forskellige sociale verdener, hvor status, magt og indflydelse er afhængig af de ressourcer, den enkelte har adgang til. Her tales om materielle, kulturelle, sociale og symbolske ressourcer. De forskellige former for ressourcer bliver til "kapital" når de findes indenfor et felt, hvor individet har en bestemt position i forhold til andre mennesker. Individet med samme sociale position inden for et felt vil oftest fremstå med visse former for lighedstræk, kaldet habitus. Habitus defineres som de strukturbetingede erkendelser, vurderinger og handlingsmotivationer, der ligger til grund for de aktiviteter og tilbøjeligheder, der lige passer på en, og som forbinder en med ligesindede, som man kan identificere sig med.

- **Self-efficacy:** defineres som individets egne forventninger til, om det kan magte en given opgave eller en bestemt adfærd. Der er 4 kilder som individet trækker på i forhold til self-efficacy forventninger:
 1. Egne erfaringer med at udføre den pågældende adfærd
 2. Erfaring med at andre mennesker med evner som en selv, kan udføre handlingen
 3. Støtte og opmuntring fra omgivelserne til at udføre den givne handling
 4. Fysiologisk påvirkning, dvs. den kropslige og følelsesmæssige oplevelse med at gennemføre den praktiske afprøvning af handlingen
- **Outcome expectancy:** for at udføre en handling er det ikke tilstrækkeligt, at man tror man er i stand til det, man må også tro på, at resultatet af handlingen svarer til det, man gerne vil opnå. Det nytter ikke at have et mål for ens handlinger, hvis man ikke selv tror på sine egne evner til at udføre dem.

Kapitel 10: Stress og pskosomatiske sygdomme

- **Stress:**

Stress er en individtilstand karakteriseret af ulyst og anspændthed.

Blandt de almindeligste udtryk for stress kan nævnes angst, nervøsitet, irritabilitet, anspændthed og vrede. Stress er ikke en sygdom, men en risikofaktor for sygdom.

- **Biologiske mekanismer:**

Kroppen reagerer med øget produktion af stresshormoner, øget blodtryk, øget puls, reduceret koagulationstid, øget fedt- og sukkerindhold i blodet, sammentrækning af de perifere kar, mindsning af blodtilførslen til tarmene osv.

Kortvarig stress er funktionel, idet den forbereder os til "fight or flight" responset. Langvarig stress er derimod sundhedsskadeligt, idet vi ikke har brug for et forhøjet blodtryk, øget sukker- og fedtindhold i blodet og mindsket koagulationstid.

- **Symptomer på stress:**

- Søvnproblemer og træthed
- Synsforstyrrelser
- Svigtende koncentration og hukommelse
- Irritabilitet
- Angst
- Hjertebanken
- Ændrede vaner med hensyn til mad, drikke og stimulanser

- **Adfærdsændring ved stress:**

- Vold
- Brug af stimulanser
- Medicinbrug
- Sygefravær
- Selvmord
- Ulykker
- Tilbagetrækning

- **Stressorer:**

Eller stressbelastninger – forstår vi de faktorer, der øger risikoen for stress hos den enkelte. F.eks.:

- Skilsmisse
- At miste sit arbejde
- Dødsfald
- Krig
- Hungersnød
- Jordskælv
- En punkteret cykel
- Bil der ikke vil starte
- Konflikter med familieliv eller arbejde
- Mobning eller chikane
- Høje krav
- Manglende indflydelse
- Manglende tid
- Uforudsigelighed
- Manglende mening, sammenhæng og formål med vore handlinger og vores liv
- Manglende social støtte og relationer
- Ubalance mellem indsats og belønning
 - *Siegrist's model:* Effort-reward model – omhandler arbejdslivet. Ifølge denne model gør man en vis indsats i forbindelse med sit arbejde og forventer så at blive belønnet i form af løn, anerkendelse (esteem) og/eller karriere. Hvis belønningen på disse 3 punkter ikke svarer til indsatsen, vil der være tale om en såkaldt high effort / low reward

situation, hvilket giver anledning til stress og en øget risiko for en række stressrelaterede sygdomme.

- *Buunk & Schaufeli*: reciprocitet i relationerne mellem mennesker indbyrdes. Hvis man hjælper og støtter et andet menneske, vil man forvente, at dette menneske yder noget til gengæld i situationer, hvor man selv har behov. Det gælder såvel i arbejds- som i privatlivet. Hvis den forventede gensidighed udebliver, vil det af mange mennesker opleves som dybt skuffende og frustrerende. F.eks. forældre, der har givet børnene kærlighed og støtte gennem barndom og ungdom, vil ofte blive dybt skuffede, hvis de ikke selv modtager hjælp og støtte i alderdommen fra deres børn.

De seks universelle stressorer (Københavnmodellen)

- For høje eller for lave krav
 - Manglende indflydelse eller kontrol
 - Manglende forudsigelighed
 - Manglende mening
 - Manglende social støtte
 - Manglende belønning
-

- **Helbredsmæssige konsekvenser:**

- Metabolisk syndrom
- Hjertekarsygdomme
- Depression
- Smertetilstande
- Forværring af kronisk lidelse f.eks. astma og allergi
- Udmattelse

Stress kan også påvirke:

- Livskvalitet
- Velbefindende

- **Coping**

Her forstås man adfærdsmæssige og/eller mentale reaktioner på belastninger, trusler, tab og udfordringer.

Den primære vurdering går ud på at finde ud af, hvad belastningen består i, mens den sekundære vurdering går ud på at identificere forskellige copingstrategier og ressourcer.

Der er to teorier:

- Kobasas teori "handiness" – et personlighedstræk, der består af 3 komponenter: commitment, control og challenge. Commitment er en tendens til at involvere sig, mens control indebærer, at personen oplever at have kontrol over sit liv, og challenge står for, at man ser belastninger som

udfordringer snarere end trusler. Personer med en høj grad af hardiness vil lettere kunne modstå stressorer uden at få stress og/eller at blive syge

- Antonovskys om Sense of Coherence (SOC) – en følelse af sammenhæng i tilværelsen, som gør at man er bedre til at modstå stressbelastninger end andre. SOC består af 3 elementer, nemlig mening, forståelighed og håndterbarhed.

- **Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD)**

Adskiller sig på flere måder fra andre lidelser med en specifik psykisk komponent. Blandt de begivenheder der oftest nævnes i forbindelse med PTSD er trafikulykker, skibskatastrofer, naturkatastrofer, tortur, krig, ophold i fængsel eller koncentrationslejr, røverier, voldtægt og andre former for vold samt tab af nærtstående. PTSD kan opstå både hos ofrene for disse begivenheder og hos tilskuere, overlevende, hospitalspersonale og redningsmandskab. Der er med andre ord tale om de mest alvorlige af de stressorer, der undertiden kaldes livsbegivenheder.

PTSD diagnosticeres ved hjælp af følgende kriterier:

- Udsættelse for eller overværelse af en traumatisk begivenhed, som var ledsaget af intens frygt, hjælpeløshed eller rædsel
- Stadige genoplevelser af den tilgrundliggende traumatiske begivenhed
- Bevidste forsøg på at undgå oplevelser, der kan minde om den traumatiske begivenhed
- Varige stress-symptomer såsom søvnbesvær, irritabilitet eller koncentrationsbesvær
- Mindst en måneds varighed

Traumatiske begivenheder kan have varige negative virkninger for vores helbred. Den grundlæggende tiltro til andre mennesker rystes fundamentalt. Man kommer i tvivl om, hvorvidt man overhovedet kan stole på nogen, hvilket gør det vanskeligt at leve et normalt liv. Man mister sin tro på, at hverdagen er forudsigelig og kontrollerbar. Hvis det kan ske en gang, kan det jo ske igen, ingen ved hvornår.

- **Behandling af patienter sygemeldt med stress:**

Randomiseret kontrolleret forsøg

- Intervention (kognitiv adfærdsterapi)
 1. Information: viden og forståelse for årsagen til tab af kontrol
 2. Opsummering af stressbelastninger og udvikling af strategier til håndtering
 3. Ibrugtagning af stresshåndteringsstrategier
- Forløb
 1. 4-5 konsultationer inden for de første 6 uger af sygemeldingen
 2. 3 kontakter med virksomhedsledelsen
 3. 1 opfølgingsbesøg efter start på arbejde
- Resultater
 1. Hurtigere tilbagevenden til job
 2. Mindre sygefravær efter tilbagevenden til job
 3. Ingen forskel i symptomer

Kapitel 11: Køn – om forskelle i sygelighed og dødelighed

- Mænd og kvinder er forskellige med hensyn til:
 - Genetik
 - Biologi
 - Fysiologi
 - Psykologi
 - Social
 - Symptomer
 - Kontaktmønster med både det primære og det sekundære sundhedsvæsen
 - Reaktionsmønster på behandling

Kapitel 12: Forebyggelse og sundhedsfremme

- Forebyggelse handler om at ændre på etablerede strukturer, levevilkår og adfærdsmønstre i samfundet.
- Den forebyggende udfordring:
Hvilket mål skal der tilstræbes:
 - Vil man undgå for tidlig død
 - Vil man undgå invalidepensionering
 - Vil man øge antallet af gode leveår

Lægearbejdet handler om:

- At diagnosticere
 - At behandle
 - At forebygge
- **Sundhed:**
Er en tilstand af fuldkommen fysisk, mental og social velvære – og ikke kun fravær af sygdom og ubehag. Sundhed er en positiv ressource i dagligdagen.

Forebyggelsen har til formål at fjerne sygdom og ubehag og er således rettet mod den negative side af sundhedsbegrebet. Sundhedsfremme er rettet mod den positive side.

- **Forebyggelse kan opdeles i primær, sekundær og tertiær forebyggelse**
 - *Primær forebyggelse* – alle former for indsatser med formål at forhindre, at sygdom overhovedet opstår. Målgruppen er hele befolkningen eller grupper i befolkningen, og den forebyggende indsats er ens for alle uanset individuelle forskelle i helbred eller forskellig risiko for udvikling af sygdom.
 - *Sekundær forebyggelse* – alle former for indsatser med formål at opspore /screene personer med de første tegn på udvikling af sygdom og herefter interventere mhp. at stoppe den videre

udvikling af sygdommen. Målgruppen er individer med forhøjet sygdomsrisiko, og indsatsen rettes alene mod dem. Her skal der være først og fremmest tale om et folkesundhedsproblem af en vis størrelse, at der findes en relevant behandling, og at denne behandling faktisk kan tilbydes de højrisikopersoner, der findes ved screeningen.

- *Tertiær forebyggelse* – indsatser med formål at forebygge forværringer af sygdom og at fastholde funktionsevne hos den syge. Målgruppen er alene syge individer. Indsatsen vil typisk være rehabiliteringsprogrammer for forskellige patientgrupper som kræftpatienter, hjertepatienter, slagtilfælde mv.

- **Sundhedsfremme:**

En proces, der har til formål at gøre personer individuelt og kollektivt i stand til at udøve kontrol over forhold, der betyder noget for deres sundhed, og derigennem at forbedre deres sundhed, dvs. den enkelte er mere aktiv mht. sin egen sundhed og velvære. Disse forhold kan på individuelt plan f.eks. være helbredsrelateret adfærd og brug af sundhedsvæsenet. På kollektivt plan er det de sociale, økonomiske og kulturelle forhold, som den enkelte ikke har særlig indflydelse på, men som spiller en stor rolle for mulighederne for at leve sundt.

Et centralt begreb i sundhedsfremmetankegangen er derfor **empowerment**, hvorved forstås bestræbelser på at styrke det enkelte individs eller gruppers handlekompetence og handlemuligheder.

- **Forebyggelsesstrategier:**

Man skelner mellem to forskellige strategier:

- *Højrisikointervention* – forebyggelsen og ressourcerne koncentrerer sig om personer, der har en høj risiko. Man finder dem ved f.eks. screening f.eks. i forbindelse med helbredsundersøgelser. De som identificeres som risikopersoner får råd mht. adfærd ændringer som rygestopkurser, forebyggende medicin, kolesterolsænkende medicin eller råd om at ændre noget ved deres levevilkår f.eks. skifte arbejde.

Fordelen er at den retter sig mod dem, som har mest gavn af den, og de er eller bliver gennem undersøgelserne, motiverede til at følge rådene.

Ulemper er at det er dyrt at screene og lave helbredsundersøgelser, at udpegningen af risikopersoner i visse tilfælde kan medføre en stigmatisering, og at der kan skabes bekymring hos de udpegede. Den største ulempe er at den ikke gør noget ved årsagen til at mennesker havner i risikogruppen.

- *Masseintervention* – forebyggelsen og ressourcerne koncentrerer sig om hele befolkningen. Her kan nævnes f.eks. oplysning om gavnlige adfærd ændringer, levnedsmiddelkontrol, forureningsreduktion, forbud mod skadelige stoffer i maden eller forbud mod salg af skadelige varer.

Fordelen er at her gøres noget ved årsagerne til at mennesker havner i risikogrupper og indsatsen kan have en varig effekt.

Ulempen kan være at motivationen kan være mindre end hos de, som er i risikogruppe. Imod taler også, at staten blander sig i forhold til de, der ikke har bedt om det.

- **Forebyggelse kan ske på flere måder:**
 - Levevilkår – boligforhold, forurening og madens kvalitet
 - Sociale relationer
 - Menneskers adfærd som f.eks. rygning og mobning
 - Fysisk aktivitet
 - Sovevaner
 - Vaccinationer

- **Forebyggelsens store sejre:**
 - Boliglovgivning
 - Arbejdsmiljølovgivning
 - Indkomstbeskyttelse
 - Trafiklovgivning
 - Vaccinationsprogram
 - Forældrerådgivning
 - Cancer screening
 - Behandling af hjertekarsygdomme
 - Selvmordsforebyggelse

Eksamens relevant: Epidemiologi og vigtige begreber

Mediation:

F.eks.: høj arbejdsbelastning → stress → langsom sårheling

Effektmodifikation:

En variabel som ændrer sammenhængen mellem determinant og udfald. Grafisk kan det vises ved kurver med forskellig hældning for hver af undergrupperne på den variabel man mener der er en effektmodifikator. Altså foretages analysen for sammenhængen mellem determinant og udfald for hver af undergrupperne på effektmodifikatoren.

F.eks.: Effekten af en faktor afhænger af niveauet af den anden faktor.

Alder og køn er effektmodifikatorer

Confounding:

En confounder er en faktor, som er associeret med både determinant og udfald og som ikke er en del af årsagskæden mellem determinant og udfald.