

”Det er nemmest med dem, der er som en selv ...”

Oplæg til debatseminar:

Social ulighed i praksis – fakta, blinde vinkler og handling

Marie Brandhøj Wiuff og Lone Grøn
Dansk Sundhedsinstitut



Undersøgelsens udgangspunkt

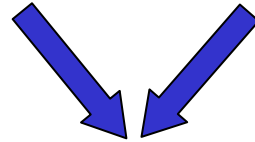
- Undersøgelsen er udført i regi af Sundhedsprojekt Ebeltoft: et generelt tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser og – samtaler i almen praksis
- I samarbejde med Torsten Lauritzen og Janus Laust Thomsen, Afdeling for Almen Praksis (ÅU), hhv. projektansvarlig og projektleder på Sundhedsprojektet
- Udgør den kvalitative del af en større undersøgelse der fokuserer på sociale forskelle i Sundhedsprojektet. Kvantitativ del i opstart ved Susanne Reindahl Rasmussen, DSI
- Undersøgelsen er finansieret af Danske Regioner og DSI



Formål

Borgeres oplevelse og håndtering af sygdom og sundhed med særligt fokus på sociale forskelle

Prak. lægers forståelse og italesættelse af sociale forskelle i sygdom og sundhed



Vurdere behovet for social differentiering i tilbud om helbredsundersøgelser og -samtaler

Metode

- Litteraturgennemgang
- Individuelle interviews med 12 borgere udvalgt strategisk (ift. social position - samt variation i forhold til koblingen mellem levekår, livsstil og helbred)
- To fokusgruppeinterview med 7 ud af de i alt 11 læger der p.t. er involveret i Sundhedsprojektet
- Særligt vægt på borgerperspektivet (både i litteraturgennemgangen og i omfanget af den empiriske undersøgelse)
- I denne præsentation fokus på de praktiserende læger



Blind vinkel?

- Overvældende dokumenteret i statistisk baserede undersøgelser
- I et erfaringsnært perspektiv ser vi en 'blind vinkel': både blandt borgere og praktiserende læger (heltefortællinger, undtagelser, fokus på den individuelle handlekraft)
- Har den blinde vinkel konsekvenser for håndteringen af systematiske sociale forskelle og for den sociale ulighed i sundhed?



PL: "Det er ikke sådan vi ser det ..."

- *Henrik: Jeg tror, vi er lidt imponerede over dit udgangspunkt. At du hele tiden snakker om det der med de sociale forskelle, for det er ikke noget, vi tænker over, tror jeg, i det daglige. (...)
Men vi tager jo fingerspidsfølelse over, hvordan problemerne er uanset (social position - red.). For vi kan jo også have højtuddannede, der er upraktiske, som vi må hjælpe mere (...). Der findes da folk, der ryger i alle grupper. Og som ikke kan se tingene. Men det er en anden måde. Man kan lave en videnskabelig undersøgelse, der viser, at tingene er sådan, men vores indgang er noget andet.*



På tværs af de to FGI fandt vi:

- at lægerne ikke umiddelbart tænker i sociale forskelle
- at lægerne ikke er uenige i, at der er sociale forskelle i sygdom og sundhed, men at det er noget man kan påvise efterfølgende
- at der altid er undtagelser
- at lægerne i den kliniske interaktion benytter sig af en individualiserings-strategi. Der er således ikke tale om at lægerne fornægter eksistensen af sociale forskelle, men mere at de ikke vil 'putte folk i kasser'.



Sociale forskelle i lægernes 'cases'

Interviewer: Sagde du hvad den anden patient beskæftigede sig med, eller hvad der var hans sociale situation?

Søren: Jeg ved faktisk ikke, hvad han laver.

Interviewer: Nej, hvordan (bedømmer du så social position – red.)?

Søren: Han er vel også i slutningen af 50'erne, men ser meget, meget ældet ud. Sådan én som har arbejdet som vejarbejder og gået udendørs et helt liv, og som har en meget ru stemme pga. for meget tobak. Ser generelt lidt usund ud.



På baggrund af lægernes cases fandt vi

- Aflæsning af social position: fysisk fremtoning og sprogbrug
- Cases med lav social position meget komplekse, udfordrende, dramatiske og fylder meget
- Sociale forskelle fylder meget for PL
- Særligt fremtrædende i forhold til kommunikation og klinisk interaktion



”Det er nemmest med dem, der er som en selv ...”

- *Peter: Omkring rig og fattig, så har jeg stor sympati for fattige mennesker fra gammel tid, og den har jeg heldigvis beholdt. Men jeg må sige, så føler jeg mig mere tilpas med dem, som er højere på den sociale rangstige på den måde, at jeg kan selv slappe af, jeg kan selv tale mit eget sprog, og jeg kan selv føle mig hørt på én eller anden måde. Det er en eller anden samhørighed, som gør, at det er meget nemmere, foruden det at der er flere ressourcer. Det vil sige, at min afmagtsfølelse, som er vores største fjende i det daglige, den kommer ikke ud så meget i fuldt flor, som den gør... (med den fattige – red.).*



Udvalgte konklusioner

- Stort potentiale i at nå de dårligst stillede med forebyggende helbredsundersøgelser og - samtaler
- Grundet den 'blinde vinkel' kan man ikke overlade det til den enkelte PL at håndtere social forskelle i et generelt forebyggende tilbud som Sundhedsprojektet
- Sårbarhed og handlekraft: ikke 'enten – eller' men 'både – og'.
 - Redskaber til håndtering og bevidstgørelse af systematiske sociale forskelle, herunder screening og supervision
 - Sundhedspædagogiske metoder der fokuserer på og fremmer borgerens ressourcer og handlekraft



Baseret på

- Wiuf, M.B. og Grøn, L.: "Sårbarhed og handlekraft – borgeres og praktiserende lægers forståelse og italesættelse af sociale forskelle i sygdom og sundhed"
- DSI rapport, publiceret maj 2009

