

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

*Oplæg til debatseminar:*

*Social ulighed i praksis – fakta, blinde vinkler og handling*

Marie Brandhøj Wiuff og Lone Grøn  
Dansk Sundhedsinstitut



# Undersøgelsens udgangspunkt

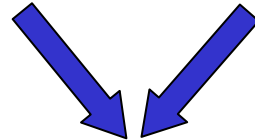
- Udført i regi af Sundhedsprojekt Ebeltoft: et generelt tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler i almen praksis
- Samarbejde med Torsten Lauritzen og Janus Laust Thomsen, Afdeling for Almen Praksis (ÅU), hhv. projektansvarlig og projektleder på Sundhedsprojektet
- Udgør kvalitative del af en større undersøgelse af sociale forskelle i Sundhedsprojektet. Kvantitativ del i opstart ved Susanne Reindahl Rasmussen, DSI
- 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 (gode/mindre gode levekår, livsstil & helbred)
- To fokusgruppeinterview med 7 ud af de i alt 11 læger, der p.t. er involveret i Sundhedsprojektet
- Særligt vægt på borgerperspektivet – i præsentation mest vægt på praktiserende læger



## Blind vinkel?

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



# Handlekraft og positiv livsindstilling

*Karl: "Jeg tror, at det, som er positivt i livet, er, at man ved, at der er noget, som er værre. Vi lever da i et smørhul her i DK. Det er da også derfor, at jeg har valgt at leve her i DK. Jeg kunne da leve i Spanien eller Sydamerika eller et eller andet sted. Men jeg kan da ikke leve så godt, som jeg gør her i Danmark. Hvis jeg skal til læge, så går jeg til lægen. Hvis jeg skal til læge i Venezuela, så skal jeg betale. Har jeg ingen penge, så skal jeg til læge om torsdagen. Og så skal jeg stå i kø i 40 graders varme, hvor der står 200 andre mennesker. Systemet kan være skidt, men det er sku alligevel meget godt herhjemme [griner]."*



## I borgerinterviewene fandt vi:

- Sårbarhedsfaktorer hos alle borgere – ophobning hos dem med mindre gode levekår
- Sårbarhed ikke i fokus – italesætter individuel handlekraft (heltefortællinger)
- Direkte adspurgt anerkendes forekomsten af social ulighed i sundhed
  - Metaforklaringer
  - Individets eget ansvar og vilje
  - Undtagelser
  - Modstand mod social kategorisering



## 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.



## På baggrund af lægernes cases fandt vi:

- 'Ubevidst' scanning af social position: fysisk fremtoning og sprogbrug
- Cases med lav social position meget komplekse, udfordrende, dramatiske og fyldige
- Socialt dårligt stillede patienter 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



# Hvordan kommer vi den blinde vinkel til livs?

- Redskaber til håndtering og bevidstgørelse af systematiske sociale forskelle, herunder screening og supervision
- Kombinere social differentiering og individualisering (behovsbestemte tilbud)
- Sundhedspædagogiske metoder der fokuserer på og fremmer borgerens ressourcer og handlekraft



## Baseret på

- Wiuff, M.B. og Grøn, L.:  
”Sårbarhed og handlekraft – borgeres og praktiserende lægers forståelse og italesættelse af sociale forskelle i sygdom og sundhed”

DSI rapport 2009.03, publiceret maj 2009

