



## Hvordan ved vi, hvem der har størst behov? Antropologiske perspektiver på social ulighed i sundhed.

Merrild, Camilla Hoffmann; Jønsson, Alexandra Brandt Ryborg

*Published in:*  
Practicus

*Publication date:*  
2019

*Document version*  
Også kaldet Forlagets PDF

*Document license:*  
[Ikke-specificeret](#)

*Citation for published version (APA):*  
Merrild, C. H., & Jønsson, A. B. R. (2019). Hvordan ved vi, hvem der har størst behov? Antropologiske perspektiver på social ulighed i sundhed. *Practicus*, 247, 20-21.



Af: **Camilla Hoffmann Merrild**, antropolog, ph.d., seniorforsker, Center for Almen Medicin, Aalborg Universitet, [chm@dcm.aau.dk](mailto:chm@dcm.aau.dk) og **Alexandra Ryborg Jønsen**, antropolog, ph.d., postdoc ved Afdeling for Almen Medicin, Københavns Universitet, [a.joensson@sund.ku.dk](mailto:a.joensson@sund.ku.dk)



# Hvordan ved vi, hvem der har størst behov?

## Antropologiske perspektiver på social ulighed i sundhed.

**S**ocial ulighed i sundhed er et stigende problem i det danske velfærdssamfund. Vi kender det fra statistikkerne, som med al tydelighed viser, at sygdom, død og livskvalitet er tæt forbundet med social status. For at forstå denne ulighed argumenterer vi i denne artikel for, at det er nødvendigt at tage et skridt tilbage og forsøge at forstå den kontekst, som problematikkerne udspringer af, nemlig den sociale ulighed i det danske velfærdssamfund. Vi ved fra forskningen, at når man lever under forskellige sociale vilkår, så lever man fundamentalt forskellige liv. Og det er vigtigt, for social ulighed i sundhed handler nemlig om alt det, der omgiver sundheden; jobbet eller manglen herpå, økonomien, familien, vennerne – alt, hvad der skaber hverdagen. For det er i det levede liv, at sygdom og sundhed udspiller sig – og der er store forskelle på, hvilke muligheder mennesker har for at opnå sundhed, og på hvad sundhed betyder, afhængigt af hvordan ens livssituation ser ud.

**Forskelligheden, uligheden om man vil, kan være svær at tale om**

**i et dansk velfærdssamfund, som er præget af en fremherskende lighedstankegang, hvor de sociale forskelle underspilles, og hvor en forstillet lighed dominerer.** Men når det kommer til at handle om sundhed, så bliver disse sociale skel meget tydelige – fordi det forekommer problematisk, at der er så stor forskel på livslængde, sygdomsforekomst og livskvalitet i et velfærdssamfund. Men i virkeligheden er der jo forskelle, som rækker ud over, og som er determinerende for sygdom og sundhedsstatus. For eksempel kan hoste og smerter for nogle mennesker være en del af livet, sådan er det bare, og det bliver sekundært til de problemer, man måske har med kommunen, med sin økonomi eller med sine børn.

### Uindfrie forventninger?

Selvom det nogle gange kan virke sådan – så er det jo ikke, fordi mennesker fra lavere sociale klasser ikke beskæftiger sig med sundhed og sygdom og ikke prøver at passe på deres egen krop. Men de gør det nogle gange på måder, der ikke stemmer overens med

de forventninger, som sundhedssystemet har til, hvordan man oplever og håndterer sin kropps signaler, bekymrer sig om sit helbred eller behandler sin potentielle sygdom. Og det er måske her, problemerne opstår. Når man lever med sociale problemer og flere samtidige fysiske og psykiske sygdomme, kan måderne hvorpå man oplever og håndterer sin krop og interagerer med sundhedsvæsenet være forskellige fra de måder, systemet er tilrettelagt, og som sundhedsprofessionelle forventer, at man gør det.

Måske er det netop, når vi beder folk om at være opmærksomme på deres kroppe, reagere hurtigt (på alarmsymptomer) og søge hjælp hos deres læge, hvor de præcist skal forklare og fokusere på, 'hvad han/hun kan hjælpe dem med', at det går galt. For hvad nu hvis kroppen og livet larmer meget? Hvis der altid er noget, der gør ondt eller generer, men de sociale problemer kræver al den opmærksomhed, man kan mønstre? Hvis der er mange ting, man har brug for hjælp til? Hvordan skal man så forholde sig proaktivt til kroppen og til potentielt



Tid til faglig fordybelse på Nordisk Kongres 2019.  
Foto: Rene Jeppesen

farlige symptomer? På den rigtige måde.

### Unuanceret fremstilling skaber mere ulighed

Samtidig ligger der nogle processer implicit i den sociale ulighed i sundhed, som har betydning for den enkelte patient. Den folkelige forståelse af social ulighed kommer blandt andet til udtryk i tv-programmer som 'En syg forskel' (DR 2016) og 'På røven i Nakskov' (TV2 2015), hvor mennesker fra de laveste sociale klasser fremstilles som usunde, fordi de ikke forstår, hvad lægerne siger, ikke kan overholde aftaler og generelt ikke tager ansvar. Dette billede er naturligvis unuanceret og misvisende, men det er alligevel med til at skabe en stigmatisering, af dem, som er 'udsat for' ulighed i sundhed. Denne stigmatisering er indirekte med til at skabe mere ulighed i sundhed. Mange patienter fra de lavere sociale klasser forestiller sig nemlig, at de i sundhedsvæsenet vil blive mødt med intolerance og fordomme, så de gør sig ekstra meget umage for at fremstå som nogle, der forstår og tager ansvar. En kvinde vil for eksempel ikke i en konsul-

tation stille spørgsmål til et bestemt præparat, selvom hun er i tvivl om, hvorvidt hun må tage det på tom mave. Adspurgt svarer hun, at det er, fordi det virker dumt, hun kan jo bare læse på indlægssedlen. Men hun har faktisk læst og er stadig i tvivl. Hun ender med at spørge sin nabo og følge dennes råd, simpelthen fordi hun ikke vil fremstå som uvidende over for sin læge. Det er ikke, fordi lægen på nogen måde opfører sig patroniserende eller fordømmende. Det er simpelthen, fordi kvinden forestiller sig, at lægen vil tænke ringere om hende end andre på grund af hendes lave sociale position.

### Almen praksis kan understøtte patientens autonomi

Men hvordan skal den praktiserende læge kunne give til dem, der har det største behov, hvis patienterne ikke vil puttes i den kategori? Første skridt må være at anerkende, at selvom intentionen er god, så er prædikatet 'størst behov' ikke særlig attraktivt. Vi må anerkende, at der findes sociale uligheder, og at nogle af disse kan udlignes, men også, at måden, vi taler om problemer på, har betydning

for, hvordan de modtages. Det er ikke et problem, der kan løses på praksisniveau. Det er et samfundsmæssigt problem. Men praksis kan måske gøre en forskel ved at lytte til og udforske patientens perspektiv på dennes behov og forventninger, både til konsultationen og især til livet generelt. Herved kan patienten opleve autonomi. Denne autonomi kan give den trykthed, der skal til for at turde vise sin usikkerhed og uperfekthed over for den praktiserende læge.

Derudover er det af afgørende betydning at medtænke den sociale kontekst, der omgiver et sundhedsmæssigt problem. Det er en integreret del af det at være praktiserende læge. Men det handler også om at anerkende og være åben for, at mennesker fra lavere sociale klasser ikke nødvendigvis prioriterer og håndterer sundhed og sygdom på samme måde, som man forventer fra sundhedsvæsnets side. Måske kunne man give mere til dem, der har størst behov, ved at overføre nogle af tankerne om differentieret og individorienteret behandling til det forebyggende og diagnostiske arbejde – og derigennem bidrage til patientens oplevelse af autonomi. //