

Dansk Sundhedsinstitut

DSI rapport 2009.03

Sårbarhed og handlekraft

Borgere og praktiserende lægers
forståelse og italesættelse af sociale
forskelle i sygdom og sundhed

Marie Brandhøj Wiuff
Lone Grøn





Sårbarhed og handlekraft

Borgere og praktiserende lægers forståelse
og italesættelse af sociale forskelle i sygdom
og sundhed

Marie Brandhøj Wiuff
Lone Grøn

Dansk Sundhedsinstitut
DSI rapport 2009.03

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2009

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-612-9 (trykt version)

ISBN 978-87-7488-613-6 (elektronisk version)

ISSN 0904-1737

DSI rapport 2009.03

Omslag: Peter Dyrvig Grafisk Design

Design: DSI

Tryk: Danske Regioner

Forord

Social ulighed i sundhed er i stigende grad blevet et tema, der diskuteres både politisk og i den offentlige debat. Trods stor viden om forekomsten af social ulighed i sundhedsadfærd, sundhed og adgang til sundhedsvæsenet er grundlaget imidlertid sparsomt, når det kommer til viden om indsatser, der kan reducere den sociale ulighed i sundhed, ligesom det diskuteres, om det øgede fokus på forebyggelse og egenomsorg bidrager til at øge den sociale ulighed i sundhed. Dette især fordi budskaber om sund livsstil og information om sundhedsmæssige risici i relativt mindre omfang modtages og omsættes til adfærdsændringer blandt grupper med lav social status sammenlignet med grupper med høj social status.

Sociale forskelle i sygdom og sundhed er i vid udstrækning undersøgt og påvist i epidemiologiske undersøgelser. Denne undersøgelse anlægger et andet perspektiv, idet den ser på, hvordan sociale forskelle i sygdom og sundhed optræder i et erfaringsnært perspektiv blandt borgere og praktiserende læger der har været involveret i et generelt tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler, Sundhedsprojekt Ebeltoft. Undersøgelsen viser, at betydningen af systematiske sociale forskelle udgør en 'blind vinkel' i et erfaringsnært perspektiv, hvad enten der er tale om borgere eller praktiserende læger, og det anbefales, at der arbejdes systematisk med udvikling af strategier, der ikke overlader det til den enkelte læge at tackle den vanskelige og væsentlige udfordring, som social ulighed i sundhed og i adgang til sundhedsvæsenet udgør.

Undersøgelsen er gennemført i samarbejde med Torsten Lauritzen og Janus Laust Thomsen fra Institut for Folkesundhed, Afdeling for Almen Praksis, Aarhus Universitet, som er henholdsvis projektansvarlig og projektleder på "Sundhedsprojekt Ebeltoft". Undersøgelsen udgør den kvalitative del af en større undersøgelse, der fokuserer på sociale forskelle i Sundhedsprojekt Ebeltoft. Den kvantitative del af undersøgelsen varetages af senior projektleder Susanne Reindahl Rasmussen, DSI.

Vi takker de borgere og praktiserende læger, som har ladet sig interviewe til undersøgelsen. Uden borgernes åbenhjertige fortællinger og de praktiserende lægers ærlige udmeldinger om deres tilgang til deres patienter var vi ikke nået frem til de indsigter, som denne rapport formidler. Vi vil også gerne takke de personer, der både i og udenfor den faglige referencegruppe løbende har kommenteret og diskuteret undersøgelsen. Endelig vil vi gerne takke Danske Regioner for den specialbevilling til ulighedsforskning, som har muliggjort denne undersøgelse.

Rapporten er eksternt reviewet af Susanne Reventlow, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet og Kirsten Vinther-Jensen, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland. Internt review er gennemført af undertegnede.

Jes Søgaard
Direktør
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé.....	7
1. Indledning	11
1.1 Formål	12
1.2 Sundhedsprojekt Ebeltoft.....	12
1.3 Afgrænsning	15
1.4 Projektorganisation	16
1.5 Rapportens opbygning.....	16
2. Hvordan skal vi begribe sociale forskelle i sygdom og sundhed?	19
2.1 Social ulighed i sundhed	19
2.2 Lægmandsperspektiver på sociale forskelle i sygdom og sundhed – eller manglen på samme.....	23
2.3 Almen praksis og sociale forskelle i sygdom og sundhed	27
3. Metode	31
3.1 Narrativ tilgang	31
3.2 Italesættelsen af sociale forskelle i interviewene	32
3.3 Undersøgelse af lægmandsperspektiver	33
3.4 Fokusgruppeinterview med praktiserende læger.....	38
3.5 Databehandling, kodning og analyse	39
4. Borgernes fortællinger om liv, sygdom og sundhed.....	41
4.1 Karl – “Jeg er jo ikke fattig”	41
4.2 Mette – “Glasset er halvt fyldt og ikke halvt tomt”	45
4.3 Susanne – “Det tager man nok lidt skade af”	47
4.4 Lene – “Det er kickstarteren der mangler”	49
4.5 Jan – “Det vil jeg sku have lov til”	52
4.6 Kristian – “Man kan blive asket, ikk”	55
4.7 Jens – “Meget af det ligger i generne”	58
4.8 Ole – “Det har været skide svært ikke at kunne tage sig sammen”	60
4.9 Else – “Jeg ventede faktisk kun på at få den pension”	63
4.10 Inge – “Hvis jeg fik at vide, at min lever ville rådne op”.....	65
4.11 Birthe – “Jeg var nede, kunne jeg mærke”	68
4.12 Poul – “Det er ikke fordi jeg har noget imod smør”	70
5. Levede og fortalte liv – sociale forskelle i sygdom og sundhed.....	73
5.1 Sårbarhed og ressourcer i det levede liv	73
5.2 Hvad fylder i det fortalte liv?	76
5.3 Handlekraft og heltefortælling.....	78
5.4 Forklaringer på sygdom og sundhed.....	80

5.5	Livsstilsændringer – et situationelt sammentræf	85
5.6	Involvering i Sundhedsprojektet	88
5.7	Opsamling	93
6.	”Det er ikke sådan vi ser det ...”. Sociale forskelle i lægernes perspektiv.....	97
6.1	”Det er ikke sådan vi ser det ...”	97
6.2	Analytisk inspiration	99
6.3	Høj og lav social position i lægernes cases.....	100
6.4	”Det er lettest med dem, der er som én selv ...”. Kommunikation og sociale forskelle.....	106
6.5	Konkrete forslag til håndteringen af sociale forskelle i forebyggende samtaler	111
6.6	Opsamling	113
7.	Konklusion	115
	Litteratur	119
	Bilag A: Protokol for litteratursøgning vedr. lægmandsperspektiver på sociale forskelle i sygdom og sundhed.....	125
	Bilag B: Præcisering af indikatorer for levekår, livsstil og helbred.....	127
	Bilag C: Brev til borgere	131
	Bilag D: Interviewguide – borgere.....	133
	Bilag E: Interviewguide – praktiserende læger	137

Resumé

Social ulighed i sundhed er i stigende grad blevet et tema, der diskuteres både politisk og i den offentlige debat, og sociale forskelle i sygdom og sundhed er i vid udstrækning undersøgt og påvist i populationsbaserede undersøgelser. Denne undersøgelse anlægger et andet perspektiv, idet vi ser på, hvordan sociale forskelle i sygdom og sundhed optræder i et erfaringsnært perspektiv. Et perspektiv der er relevant, fordi der ofte er et ønske om ekstra opmærksomhed på eller indsats i forhold til social ulighed i sundhed i forbindelse med individuelt baserede forebyggende interventioner.

I denne undersøgelse har vi interviewet 12 borgere og 7 praktiserende læger, der har været involveret i Sundhedsprojekt Ebeltoft (et generelt tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler) med henblik på at få belyst, hvordan de forstår og italesætter sociale forskelle i sygdom og sundhed. I det følgende samles op på analysen af interviewene på tværs af de to målgrupper: Borgere og praktiserende læger.

Sociale forskelle – en blind vinkel

I det erfarings- og individnære perspektiv er sociale forskelle ikke umiddelbart fremtrædende, hverken når vi taler med borgere eller praktiserende læger. Snarere er der tale om en blind vinkel. Når borgerne forsøger at begribe sygdom og sundhed i eget eller andres liv henviser de ikke til social position. Direkte adspurgt, er sociale forskelle i sygdom og sundhed dog et velkendt fænomen blandt borgerne. Lægerne anerkender også eksistensen af sociale forskelle i sygdom og sundhed. Men de italesætter disse – ikke som forskelle mellem grupper, men som forskelle mellem individer. Individualisering som strategi og som udtryk for 'lægekunst' står centralt i de praktiserende lægers selvforståelse, også når det gælder sociale forskelle. I forlængelse heraf fremhæver både borgere og læger – med udgangspunkt i konkrete observationer fra hverdagen – at der altid er undtagelser. Der findes højtuddannede, som ikke lever sundt og har et dårligt helbred, ligesom der er lavtuddannede, der lever sundt og har et godt helbred. Social position anses således som værende sekundær i forhold til individuelle aspekter, både i folks eget liv og i måden lægerne 'går til' deres patienter på i konsultationen, herunder når de afholder helbredssamtaler.

Borgernes sårbarhed og handlekraft

Hos borgerne træder sociale forskelle frem som sårbarhedsfaktorer i det levede liv. Der ses en ophobning af sårbarhedsfaktorer hos de borgere, som har mindre gode levekår, hvilket vidner om en øget belastning. Det varierer imidlertid, hvordan den enkelte håndterer én eller flere sårbarhedsfaktorer, hvorfor det er væsentligt at vurdere sårbarhedsfaktorens betydning fra person til person. Når borgerne fortæller om deres liv, fokuserer de imidlertid ikke på sårbarhed eller strukturelle forhold. De orienterer sig i stedet mod de områder i deres liv, hvor de kan handle. Hos de borgere, som har mange sårbarhedsfaktorer i deres liv, er dette særligt markant – deres fortælling får en helteagtig karakter. Deterministiske fortællinger om, hvordan man som menneske er offer for omstændighederne, er tilsyneladende ikke meningsfuld for disse borgere.

Lægernes ubevidste kategorisering efter social position

Selv om lægerne påpeger, at kategorisering efter social position 'ikke er sådan, vi ser det', sker det alligevel som en måske ubevidst del af en mere sofistikeret individualiseringsstrategi. Udover at tage udgangspunkt i den enkelte patient, de sidder overfor, så 'læser' lægerne samtidig patienterne ved hjælp af sociale markører såsom fysisk fremtoning og sprogbrug. Når lægerne efterrationaliserer, kan de også på flere punkter fremhæve sociale forskelle hos deres patienter fx i forhold til at gennemføre livsstilsændringer.

Lægerne fremhæver et stort potentiale i at få fat i de mindre velstillede, men disse patienter er ofte komplekse, og fylder meget i lægernes bevidsthed. Her bliver lægerne udfordret, fordi de oplever vanskeligheder med at kommunikere og blive forstået. Når lægerne efterrationaliserer, erkender de derfor, at de måske ubevidst kommer til at behandle de mere velstillede bedre, fordi de er mere på bølgelængde.

Potentialet i at nå de mindre velstillede

Ser vi på borgernes viden om livsstil, finder vi ikke tydelige sociale forskelle. Samtlige borgere er bevidste om livsstils betydning for helbredet, ligesom de har viden om en bred vifte af livsstilsfaktorer. Dette kan være en effekt af, at de har været en del af et forebyggende tiltag som Sundhedsprojektet. Hvad angår livsstilsændringer, er der derimod flere borgere med gode levekår, som ikke har formået eller ønsket at ændre livsstil, selvom én eller flere helbredsundersøgelser har vist kritiske tal. Ligeledes synes det at være borgere med mindre gode levekår, der mest ihærdigt har givet sig i kast med og er lykkedes med livsstilsændringer. Her er der nærmest tale om en omvendt social forskel, som understreger det potentiale, der ifølge lægerne ligger i at nå borgeren med mindre gode levekår via en generel helbredsintervention. Væsentligt er det dog at bemærke, at det ikke nødvendigvis er Sundhedsprojektet, der har initieret livsstilsændringer. Knap så gode tal fra en helbredsundersøgelse har for nogle været en 'trigger', men lige så ofte har det været opstået fysisk eller psykisk sygdom og en eventuel efterfølgende kontakt med sundhedssystemet. Det situationelle omkring individets liv og helbred er således en væsentlig parameter for handling (eller manglen på samme) i forhold til livsstilsændringer end social position alene.

Sociale forskelle i håndteringen af helbredsundersøgelser og -samtaler

Ifølge de praktiserende læger har et generelt tilbud om helbredsundersøgelser og -samtaler i sig selv gjort noget for sociale forskelle. Efter deres vurdering er der mange fra de lavere socialgrupper, der har deltaget, som ellers ikke ville være kommet. Dette har vi ikke specifikt undersøgt, men flere af borgerne – også dem med mindre gode levekår – nævner, at de ikke ville have fokuseret så meget på deres helbred, hvis ikke de havde deltaget i Sundhedsprojektet.

I både borgernes fortællinger og i interviewene med lægerne er det tydeligt, at den første runde var mest effektiv, dels på grund af nyhedsværdien og den deraf følgende store opmærksomhed omkring foretagendet. Ligeledes var der i første runde sat ekstra god tid af til helbredssamtalerne, ligesom helbredssamtalerne var planlagt som naturlig følge af helbredsundersøgelserne. I anden og tredje opfølgning var det op til borgerne selv at tage kontakt og bede om en helbredssamtale, hvis de fandt det nødvendigt.

Dette har flere borgere med gode levekår benyttet sig af, hvorimod borgere med mindre gode levekår ikke har opsøgt yderligere information, men derimod forventede en tilbagemelding fra lægen, hvis der var noget at komme efter. Det taler for, at borgere med mindre gode levekår i højere grad skal opsøges og vies opmærksomhed i helbredsinterventioner.

I forbindelse med anden og tredje runde har enkelte borgere givet udtryk for, at de har haft svært ved at forstå og tolke resultaterne af deres helbredsundersøgelse. Sammenholdt med ovenstående understreger det vigtigheden af, at helbredsundersøgelserne kobles med en helbredssamtale, således at borgerne får mulighed for at spørge ind til betydningen af de konkrete tal, og at det også bliver muligt at få en dialog med de patienter, som af forskellige årsager ikke reagerer, selv om helbredsundersøgelsen indikerer risiko for sygdom eller opstået sygdom.

Endelig ligger der en udfordring i, hvordan budskaber om livsstilsændringer skal serveres i en helbredssamtale. Nogle borgere vil gerne have tingene råt for usødet, så de får klar besked om, hvor skoen trykker, og hvad de skal gøre i forhold til livsstil. Andre ønsker blot at blive oplyst om deres helbredstilstand, men frasiger sig moraliserende råd fra lægen. Dette understreger nødvendigheden af, at lægerne går 'behovsorienteret' til værks, men samtidig også rustes til at afkode, hvordan patienten gerne vil 'gås til'.

Anvendelsesorienterede perspektiver

På baggrund disse resultater anbefales det, at man i udviklingen af generelle helbredsinterventioner som Sundhedsprojektet indtænker sociale forskelle for at forebygge, at der skabes forøget social ulighed gennem sådanne tiltag. Vi har samlet vore anbefalinger under to hovedoverskrifter:

1. Bevidstgørelse af og redskaber til at håndtere sociale forskelle i den kliniske interaktion og
2. Sundhedspædagogiske redskaber der tager udgangspunkt i patienternes ressourcer.

Bevidstgørelse af og redskaber til at håndtere sociale forskelle i den kliniske interaktion

På baggrund af den samlede analyse kan vi konkludere, at der i et erfaringsnært perspektiv, hvad enten der er tale om borgere eller praktiserende læger, er en form for blindhed overfor betydningen af sociale grupperinger og positioner i forhold til sygdom og sundhed. Hvad enten dette skyldes behovet for at have et positivt og fremadrettet perspektiv på muligheder frem for begrænsninger, eller en særlig dedikation til at behandle eller opfatte alle lige, mener vi også, at der er rigelig dokumentation for, at den sociale ulighed er øget i Danmark i de senere år, og at en del af denne øgning skyldes et stigende fokus på forebyggelse og patientinddragelse. Et screeningsredskab, der sørger for en indledningsvis sortering af patienterne, kunne være et værktøj til at afhjælpe den blinde vinkel og sikre, at der bliver arbejdet systematisk med den sociale ulighed i sundhed.

Imidlertid ser vi det som ligeså vigtigt, at lægerne på baggrund af denne screening anvender den individualiseringsstrategi, som kendetegner deres lægekunst. En screening skal kun være indledende, og lægerne bør kunne ændre på tilbuddets omfang og

udformning, så det passer til deres vurdering af den enkelte patient. Derved tages der højde for de mange undtagelser, som både patienter og læger har fremhævet i denne undersøgelse.

Ligeledes anbefaler vi, at lægerne undervises i at bevidstgøre de ubevidste kropslæsninger og sociale kategoriseringer, samt at håndtere de vanskeligheder der er forbundet med at skulle forstå og kommunikere med dem, der er anderledes end dem selv. Herunder det selvarbejde som dette kræver af lægerne. Dette kunne ses som en kvalificering af den eksisterende individualiseringsstrategi med henblik på at gøre noget ved den sociale ulighed i sygdom og sundhed.

Sundhedspædagogiske metoder der tager udgangspunkt i patienternes ressourcer

I både borgernes og lægernes fortællinger er der fokus på individets mulighedsrum og handlekraft. Derfor synes det overordentligt væsentligt, at de sundhedsprofessionelle understøtter de positive kræfter og ressourcer, der findes hos patienten, hvad enten dette er direkte relateret til sundhedsadfærd, eller til andre aspekter der har betydning for den enkeltes sundhed og livskvalitet. Igennem de senere år er der på forebyggelsesområdet udarbejdet flere metoder, der netop har til hensigt at understøtte den sundhedsprofessionelles i at finde ressourcer – frem for fejl og svagheder – hos patienterne. Det drejer sig bl.a. om metoder som den motiverende samtale, sundhedsfremme, empowerment og handlekompetence.

Samlet set handler det om, at man i udviklingen af generelle forebyggende interventioner tænker 'både og' i stedet for 'enten eller' i forhold til borgernes sårbarhed og handlekraft. Man skal dels tage højde for, at forskelle i ophobninger af sårbarhedsfaktorer påvirker borgernes liv med hensyn til sygdom og sundhed, dels at disse systematiske forskelle ikke optræder med tilstrækkelig tydelighed, til at man kan lade det være op til den enkeltes personlige og faglige bedømmelse at håndtere social ulighed i sundhed. Samtidig skal man være opmærksom på og understøtte de ressourcer, som alle – uanset social position – rummer, og som er blevet særligt tydelige gennem dette kvalitative studie af borgere og praktiserende læger. Begge strategier skal imidlertid indarbejdes på en både systematisk og professionel måde, der ikke overlader det til den enkelte sundhedsprofessionelle at takle denne vanskelige og væsentlige udfordring.

1. Indledning

Social ulighed i sundhed er i stigende grad blevet et tema, der diskuteres både politisk og i den offentlige debat (1; 2). Diskussionerne baserer sig på undersøgelser, som viser, at der er social ulighed i sundhed i Danmark i form af forskelle i sygelighed og dødelighed blandt befolkningsgrupper med forskellig social status (3-7) – og uligheden ser tilmed ud til at øges (7; 8). Der er ligeledes sociale forskelle i befolkningens brug af sundhedsydelser (4; 9)¹. Dertil kommer, at årsager til ulighed i sundhed såsom usund levevis, dårligt arbejdsmiljø og et socialt belastet miljø har tendens til at ophobes hos individer og socialgrupper med kort uddannelse, og det formodes at flere af disse årsager interagerer, hvormed deres indflydelse forstærkes (10; 11).

Trods stor viden om forekomsten af social ulighed i sundhed og sundhedsadfærd, er grundlaget imidlertid sparsomt, når det kommer til viden om indsatser, der kan reducere den sociale ulighed i sundhed (12). Det debatteres, hvorvidt social ulighed i sundhed bedst reduceres gennem interventioner, der retter sig mod hele befolkningen eller den dårligst stillede del af befolkningen (10; 13; 14), ligesom det debatteres, om indsatserne skal være strukturelt eller individuelt baserede (15; 16). Uanset hvilken vej der vælges, ligger der en stor udfordring i at medtænke og tage højde for sociale forskelle i tilbud om livsstilsinterventioner. Dette især fordi budskaber om sund livsstil og information om sundhedsmæssige risici i relativt mindre omfang modtages og omsættes til adfærdændringer blandt grupper med lav social status sammenlignet med grupper med høj social status (17-19). Der har endog været rejst den kritik, at helbredsinterventioner i værste fald bidrager til at forøge den sociale ulighed i sundhed (20; 21). Der findes imidlertid eksempler på, at socialt differentierede helbredsinterventioner – fx i forhold til rehabilitering af hjertepatienter – giver en langt større deltagelses- og gennemførelsesprocent (80 %) sammenlignet med andre hjerterehabiliteringstilbud i Danmark (25-50 %). Differentieringen består i dette tilfælde i, at de socialt dårligst stillede hjertepatienter får en række ekstra tilbud som led i rehabiliteringen (22).

Sociale forskelle i sygdom og sundhed (som de ovenfor nævnte) bliver særligt tydelige i større epidemiologiske og statistisk baserede undersøgelser. Denne undersøgelse går i en anden retning og spørger, hvordan sociale forskelle i sundhed og sygdom optræder og opleves i et erfaringsnært perspektiv, der tager udgangspunkt i individer. Dette er særligt relevant i forhold til individrettede forebyggende interventioner, hvor man ønsker en ekstra opmærksomhed på eller indsats i forhold til social ulighed i sundhed. Vi spørger således: Hvordan kommer sociale forskelle i sygdom og sundhed til udtryk blandt borgere med forskellig social position? Hvordan oplever praktiserende læger, der igennem en længere årrække har arbejdet med en individorienteret forebyggende indsats, disse sammenhænge?

¹ Forekomsten af social ulighed i sundhed beskrives mere detaljeret i kapitel 2.

1.1 Formål

Det overordnede formål med nærværende undersøgelse er at undersøge, hvordan sociale forskelle i sygdom og sundhed registreres, forstås og italesættes af personer og praktiserende læger, der har deltaget i en helbredsintervention rettet mod den brede befolkning. Der er desuden tale om en vægtning af de to målgrupper: Hovedfokus er på lægmandsperspektivet (både i litteraturgennemgangen og den empiriske undersøgelse), hvorimod de praktiserende lægers perspektiv udgør en supplerende del.

I første del af undersøgelsen præsenteres nærbilleder af og konkrete fortællinger om sygdom og sundhed hos personer, der har deltaget i "Sundhedsprojekt Ebeltoft" (uddybes i næste afsnit). Der udvælges personer med høj og lav ophobning af gode og mindre gode levekår og med forskellige profiler, hvad angår livsstil og helbred. Formålet med denne del er at undersøge og afdække:

- ◆ Om og hvordan sociale forskelle optræder i disse personers liv
- ◆ Hvordan disse personer forklarer sygdom og sundhed i deres eget livsforløb
- ◆ Hvordan disse personer har oplevet og håndteret et tilbud om helbredsundersøgelser og -samtaler i almen praksis.

Anden del af undersøgelsen sætter fokus på de praktiserende lægers erfaringer og håndtering af sociale forskelle i forhold til helbredssamtaler. Formålet er her at undersøge og afdække:

- ◆ Hvordan lægerne oplever sammenhænge mellem social position², sygdom og sundhed samt livsstilsforandringer på baggrund af deres erfaring med forebyggende helbredssamtaler
- ◆ Om og i givet fald hvordan praktiserende læger involveret i "Sundhedsprojekt Ebeltoft" differentierer helbredssamtaler i forhold til personer i forskellige sociale positioner.

Både første og anden del af undersøgelsen vil danne grundlag for en vurdering af behovet for social differentiering af et generelt tilbud om helbredsundersøgelser og -samtaler.

1.2 Sundhedsprojekt Ebeltoft

Undersøgelsen tager afsæt i "Sundhedsprojekt Ebeltoft", som er en dansk prospektiv, randomiseret og kontrolleret befolkningsundersøgelse, der har til formål at undersøge effekt og konsekvenser af helbredsundersøgelser hos alment praktiserende læger blandt midaldrende mennesker (23; 24) (se boks 1). Selv om der er en social slagside i, hvem der hhv. tager imod og ikke tager imod et tilbud om helbredsundersøgelser (25-27), så har et systematisk screeningstilbud til befolkningen – ud fra et lighedsperspektiv – den styrke, at hele befolkningen modtager et tilbud fra deres egen læge. Der er således ikke den barriere, at borgeren først skal kontakte egen læge eller anden instans. Der er

² Vi anvender i denne undersøgelse betegnelsen 'social position' som en *uspecifik samlebetegnelse* for forhold som indkomst, beskæftigelse, uddannelse etc.

heller ikke den potentielt stigmatiserende effekt af at blive udpeget som tilhørende en gruppe af 'særligt udsatte', der skal tilbydes særlige sundhedstilbud. "Sundhedsprojekt Ebeltoft" giver en unik chance for at få viden om, hvordan borgere med forskellig social status oplever og håndterer forebyggelse gennem helbredsundersøgelser og -samtaler. Et allerede gennemført kvalitativt studie af deltagere i "Sundhedsprojekt Ebeltoft" fokuserer på, hvordan borgere med konstateret forhøjet risiko for hjertekarsygdomme reagerer og handler på denne risikoinformation (28). Hverken dette studie eller øvrige patientrelaterede undersøgelser gennemført i tilknytning til "Sundhedsprojekt Ebeltoft" har imidlertid haft specifikt fokus på sociale forskelle (29-31).

Boks 1

"Sundhedsprojekt Ebeltoft" omfatter en kohorte af 3.464 personer, som pr. 1. oktober 1991 var i alderen 30-49 år og tilmeldt sygesikringsgruppe 1 i Ebeltoft Kommune. Efter tilfældig udvælgelse fra kohorten blev 2.030 inviteret til at deltage. En gruppe på 30 personer modtog dog ikke korrekt en invitation af forskellige administrative grunde. I alt blev 1.507 personer randomiseret til to interventionsgrupper og en kontrolgruppe, og 1.370 (69 %) gennemførte første års undersøgelser (1992). Heraf blev 1.068 (80 %) undersøgt fem år senere (1997). Ved 15-års undersøgelsen (2006-2007) er halvdelen af de 1.464 ikke-inviterede blevet randomiseret til at modtage spørgeskemaer og helbredsundersøgelser, disse personer udgør herefter en ny kontrolgruppe.

Kohorten kan jf. omstående Figur 1 inddeles i syv undergrupper omfattende: Fem grupper som initialt blev inviteret, én gruppe som er inviteret i forbindelse med 15-års-opfølgningen, og én gruppe som fortsat ikke er kontaktet:

Gruppe 1: En intern kontrolgruppe som fik lovning på en helbredsundersøgelse efter 5 år.

Gruppe 2: En interventionsgruppe som fik tilbudt helbredsundersøgelse og almindelige konsultationer efter behov.

Gruppe 3: En interventionsgruppe som fik tilbudt helbredsundersøgelse og planlagte helbredssamtaler.

Gruppe 4: En gruppe af personer som er frafaldet grupperne 1-3.

Gruppe 5: En gruppe af personer som ikke ønskede at deltage ("ikke-deltagere").

Gruppe 6: En ny intern kontrolgruppe ved 15-års undersøgelsen.

Gruppe 7: En ekstern kontrolgruppe af personer som stadig ikke er kontaktet.

Helbredsundersøgelser og -samtaler:

Gruppe 1 (oprindelig intern kontrolgruppe som modtog spørgeskemaer): Deltagerne udfyldte et spørgeskema ved starten af projektet samt efter et og fem år. Gruppen fik tilbud om en helbredsundersøgelse og en efterfølgende samtale fem år efter projektets start.

Gruppe 2 (interventionsgruppe): Deltagerne udfyldte et spørgeskema ved projektstart samt efter et og fem år. Gruppen fik tilbud om en helbredsundersøgelse ved projektstart samt efter et og fem år. Helbredsundersøgelsen blev efterfulgt af et skriftligt

svar med sundhedsrådgivning samt opfordring til en efterfølgende almindelig konsultation i tilfælde af mistanke om sygdom eller forhøjede risikofaktorer ved helbredsundersøgelsen (fx ved høj eller meget høj risiko for hjertekarsygdom). Der var tilbud om en efterfølgende behovsbestemt samtale ved projektets afslutning.

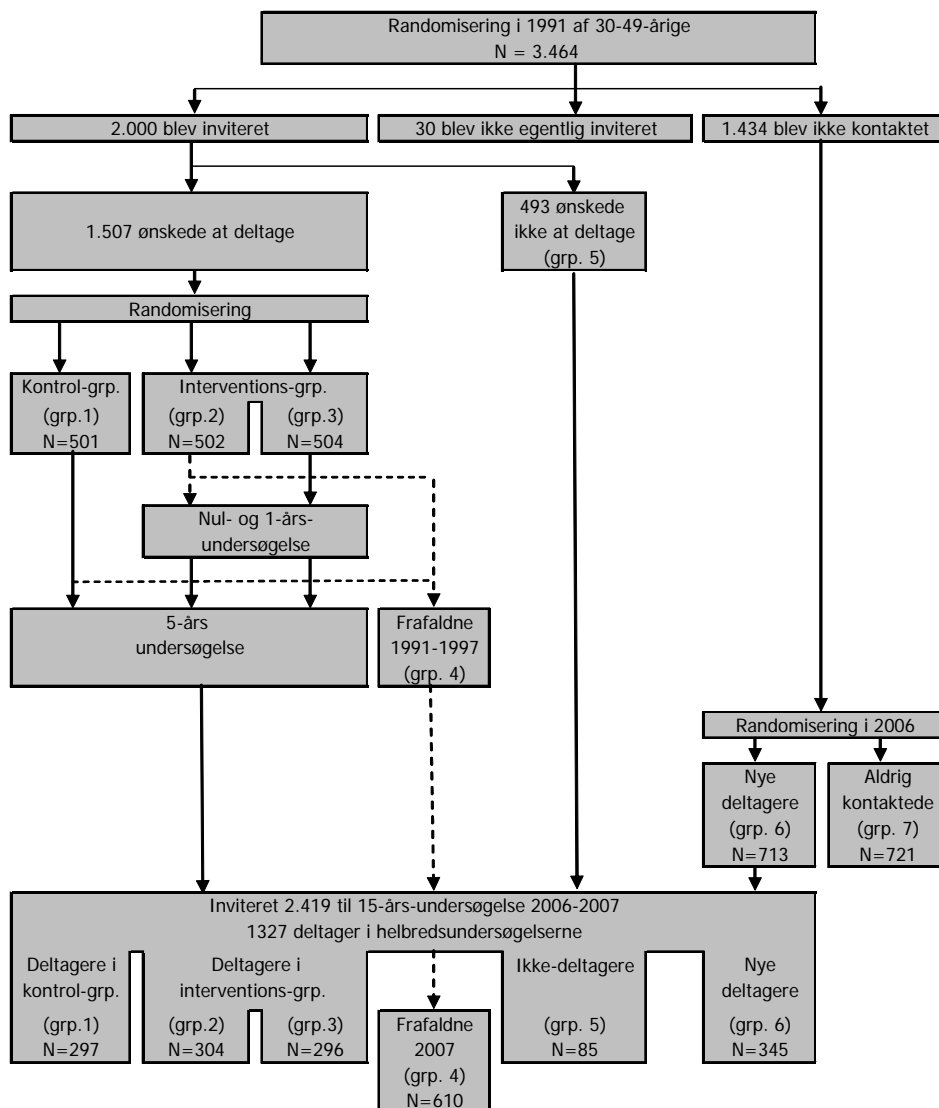
Gruppe 3 (interventionsgruppe): Deltagerne udfyldte et spørgeskema ved projektstart samt efter et og fem år. Gruppen fik tilbud om en helbredsundersøgelse ved projektstart samt et og fem år efter samt en planlagt 45 minutters helbredssamtale med egen læge efter 1. helbredsundersøgelse. De følgende fire år var der tilbud om helbredssamtaler af 30 min. varighed, hvis deltageren selv fandt behov for det.

Helbredsundersøgelserne omfattede en vurdering af risikoen for hjertekarsygdom, synsprøve, høreprøve, konditest, lungefunktionsundersøgelse, vurdering af leverfunktion, nyrefunktion og undersøgelse for diabetes. Interventionsgrupperne (gruppe 2 og 3) fik fra egen læge et skriftligt svar, der forklarede de enkelte undersøgelser og indeholdt bemærkninger om, hvilke sundhedsfremmende tiltag den enkelte kunne gøre på baggrund af prøverne. Svaret indeholdt også pjecer fra Hjerteforeningen vedrørende sund livsstil. Ved mistanke om sygdom eller forhøjede risikofaktorer ved helbredsundersøgelsen blev deltagerne i gruppe 2 også opfordret til at søge egen læge.

Den planlagte helbredssamtale havde til formål at få opstillet en personlig målsætning for en sund livsstil i samråd med lægen ud fra helbredsundersøgelsens resultater og patientens egen vurdering af sine behov. Der var afsat 45 minutter til samtalen og yderligere 15 minutter til forberedelse og afslutning for lægen. Patienten blev opfordret til at angive maksimalt tre helbredsrelaterede livsstilmål for det kommende år. Efter tre måneder havde deltagerne i gruppe 3 yderligere en mulighed for at få en kort opfølgende samtale af 30 minutters varighed med deres praktiserende læge. I hvert af de efterfølgende år fik deltagerne i gruppen med helbredssamtaler (gruppe 3) tillige tilbudt en helbredssamtale, som de kunne tage imod ud fra vurdering af eget behov.

Ved 15-årsopfølgningen har alle personer i grupperne 1-6 fået tilsendt spørgeskemaer og tilbud om helbredsundersøgelser. Personer, som ud fra helbredsundersøgelsen har fået påvist forhøjet risiko for sygdom, tilbydes en forebyggelseskonsultation (samtale). Forebyggelseskonsultationer (ydelseskode 0106) er blevet indført ifølge overenskomsten fra 1. april 2006 mellem de Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg.

Figur 1. Randomisering og forløb for deltagere i "Sundhedsprojekt Ebeltoft"



1.3 Afgrænsning

Nærværende undersøgelse er ikke en evaluering af "Sundhedsprojekt Ebeltoft" som helbredsintervention. Formålet er derimod at analysere, hvordan sociale forskelle i sygdom og sundhed opleves og håndteres af de personer og praktiserende læger, som har deltaget i Sundhedsprojektet, herunder hvad de involverede personer har gjort med den viden, de fik om deres helbred fra helbredsundersøgelserne og -samtalerne.

1.4 Projektorganisation

Undersøgelsen er gennemført af projektleder Marie Brandhøj Wiuff (sociolog) og senior projektleder Lone Grøn (antropolog, ph.d.). Undersøgelsen er gennemført i samarbejde med Torsten Lauritzen og Janus Laust Thomsen fra Institut for Folkesundhed, Afdeling for Almen Praksis, Aarhus Universitet, som er hhv. projektansvarlig og projektleder på "Sundhedsprojekt Ebeltoft". Janus Laust Thomsen har bidraget til udvælgelsesproceduren af interviewpersoner, idet han på baggrund af en række indikatorer har forestået bearbejdningen af data fra personer involveret i Sundhedsprojektet. Forskningsassistenterne Kristian Serup Rasmussen, Joachim Rasmussen, Iben Emilie Christensen og Ina Willaing Tapager har forestået transskriberingen af interview.

Der har været tilknyttet en referencegruppe til projektet, og alle deltagere har på forskellige tidspunkter i processen kommenteret undersøgelsen og/eller udkast til rapporten. Deltagerne i referencegruppen var: Torsten Lauritzen & Janus Laust Thomsen (begge Institut for Folkesundhed, Afdeling for Almen Medicin, Aarhus Universitet), Rasmus Antoft, Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og Organisation, Aalborg Universitet, Lucette Meillier, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, Trine Friis & Eva Margrethe Weinreich-Jensen (begge Danske Regioner), Susanne Reindahl Rasmussen og Jes Søgaard (begge Dansk Sundhedsinstitut).

Derudover har praktiserende læge Karen-Dorthe Bach-Nielsen, som har deltaget i og været forskningsmæssigt involveret i Sundhedsprojektet, gennemlæst og kommenteret rapporten.

Endelig er rapporten blevet kommenteret af to eksterne reviewere: Susanne Reventlow, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet og Kirsten Vinther-Jensen, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.

1.5 Rapportens opbygning

Efter dette indledende kapitel følger kapitel 2, hvor vi gennemgår resultaterne af den litteraturbaserede del af undersøgelsen. Med udgangspunkt i nogle generelle tal om den sociale ulighed i sundhed i Danmark præsenteres internationale studier af lægmandsperspektiver på sociale forskelle i sygdom og sundhed, og der suppleres med udvalgte artikler vedrørende sociale forskelle i almen praksis.

I kapitel 3 præsenteres rapportens metoder og metodiske refleksioner. Indledningsvist præsenteres rapportens gennemgående narrative tilgang, med særligt fokus på livshistorieinterview, der har været udgangspunkt for interviewene med tolv udvalgte borgere. Derudover beskrives udvælgelse, kontakt og gennemførelse af disse interview, samt gennemførelsen af to fokusgruppeinterview med de praktiserende læger, der har deltaget i undersøgelsen. Sidst beskrives undersøgelsens tilgang til kodning og analyse af datamaterialet.

Kapitel 4, 5 og 6 præsenterer resultaterne af den empiriske del af denne undersøgelse. I kapitel 4 præsenteres borgernes livshistorier i en bearbejdet form. Dette for at give læseren mulighed for at få et indtryk af, hvem den enkelte borger er, og hvordan dennes liv har formet sig. Kapitlet danner således en empirisk baggrund for analyserne i kapitel 5, der handler om borgernes forståelse og italesættelse af sociale forskelle i sygdom og sundhed. I kapitel 6 præsenteres, hvordan lægerne i de to fokusgruppeinter-

view opfatter og forholder sig til sociale forskelle blandt deres patienter, både generelt i konsultationen og specifikt i forhold til gennemførelsen af forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler. Både kapitel 5 og 6 afsluttes med en opsamling af de væsentligste pointer i analyserne.

I kapitel 7 præsenteres en opsamling af analysen på tværs af de to målgrupper, og dertil knyttes undersøgelsens overordnede anbefalinger.

For den travle læser kan de væsentligste konklusioner læses i sammenfatningen i begyndelsen af rapporten. Der kan evt. suppleres med læsning af opsamlingerne på kapitel 5 og 6 for at få et mere detaljeret indblik i analyserne af interviewene med henholdsvis borgere og praktiserende læger, samt med en læsning af udvalgte livshistorier fra kapitel 4 for at få indblik i de forskelligartede liv som borgernes fortællinger om sårbarhed og handlekraft repræsenterer.

2. Hvordan skal vi begribe sociale forskelle i sygdom og sundhed?

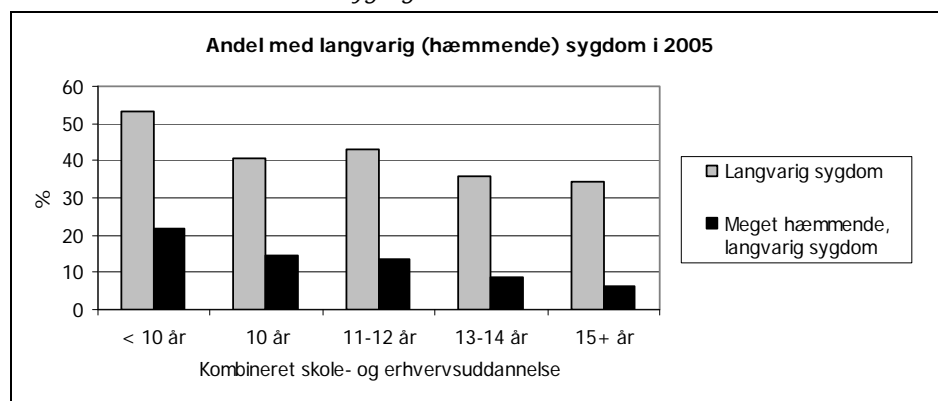
2.1 Social ulighed i sundhed

Forskning viser, at der er markant social ulighed i sundhed i Danmark. Den sociale ulighed i sundhed begynder ved fødslen og fortsætter gennem hele livet. Både den neonatale og postneonatale dødelighed³ aftager signifikant med moderens uddannelse. Den neonatale dødelighed er 50 % højere hos børn, hvis mødre har under 10 års uddannelse i forhold til børn født af mødre med 13 års uddannelse eller derover, og forskellene er endnu større i postneonatal dødelighed (32). Det fortsætter som øget risiko for mobning i skolen, dårligt velbefindende og højere forekomst af sygdom i voksenlivet. Vi ser forskellen uanset om den sociale ulighed ansues ud fra uddannelse, socioøkonomisk status eller indkomst. Den sociale ulighed tager hyppigst form af en nærmest lineær gradient og sjældnere som en niveauforskel mellem de socialt dårligst stillede danskere og den øvrige befolkning.

Social ulighed i sygelighed og dødelighed

Undersøgelser af danskernes sygelighed viser, at forekomsten af personer med langvarig sygdom og hæmmende langvarig sygdom er større jo lavere uddannelse (4; 5) (se faktaboks 1). En undersøgelse blandt borgere med kronisk sygdom i Region Midt viser desuden, at andelen af kortuddannede er signifikant højere sammenlignet med andelen af kortuddannede i hele befolkningen (33). Tal fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 (SUSY) viser tilmed, at lavtuddannede har en højere dødelighed af kræft og hjertekarsygdomme end højtuddannede (6).

Faktaboks 1: Sociale forskelle i sygelighed

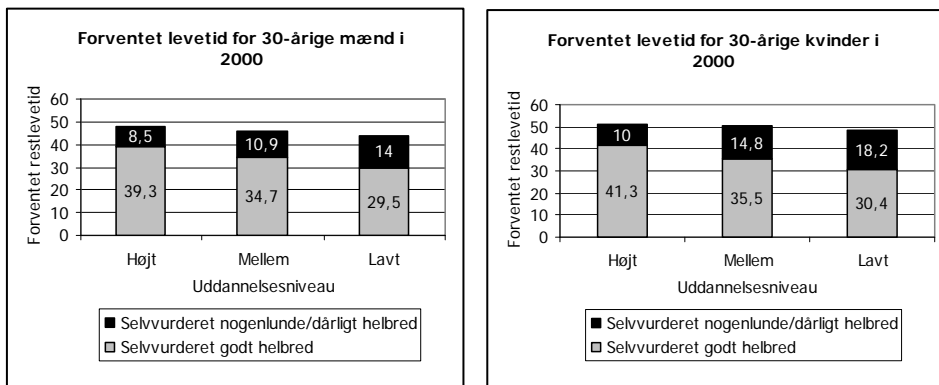


Kilde: Ekholm et al. (2006) (4)

³ Neonatal dødelig defineres som levendefødte børn, der er døde indenfor de første 28 dage efter fødslen. Post neonatal dødelig omfatter børn, der er døde efter 28 dage, men før de er fyldt 1 år (32).

De sociale forskelle i sygdomsbyrden afspejles også i levetid og 'tabte gode leveår'⁴. 30-årige mænd og kvinder med en høj uddannelse kan forvente at leve hhv. 4 og 3 år længere end 30-årige mænd og kvinder med lavt uddannelsesniveau. Forskellen er endnu større, hvis man ser på gode leveår og tabte gode leveår. Den højtuddannede mand kan se frem til 9,8 flere gode leveår og 5,5 færre tabte gode leveår end den lavt uddannede, mens den højtuddannede kvinde har 10,9 flere gode leveår og 8,2 færre tabte gode leveår end den lavt uddannede (34) (se faktaboks 2). Fra 1994 til 2005 er den sociale ulighed i såvel levetid, gode leveår og tabte gode leveår desuden øget (8).

Faktaboks 2: Sociale forskelle i levetid, gode leveår og tabte gode leveår i 2000



Kilde: Brønnum-Hansen et al. (2004) (34).

Ser vi på danskernes dødelighed, har der i perioden 1995-1999 været et generelt fald. Faldet er imidlertid socialt ulige fordelt. Lavtuddannede har haft det mindste fald i dødeligheden sammenlignet med de mellem- og højtudannede⁵ (7) (Se faktaboks 3).

Faktaboks 3: Øget ulighed i aldersstandardiserede dødsrate 1995-1999

- ◆ For mænd med lavt uddannelsesniveau er dødsraten faldet med 2,3 % mod 4 % blandt mænd med mellem/højt uddannelsesniveau
- ◆ For kvinder med lavt uddannelsesniveau er dødsraten faldet med 1,2 % mod 3,5 % for kvinder mellem/højt uddannelsesniveau.

Kilde: Brønnum-Hansen (2006) (7).

Social ulighed i risikofaktorerne

Der findes også store sociale forskelle i sundhedsadfærd, der giver risiko for udvikling af sygdom (risikofaktorer). Med undtagelse af alkohol og oplevet arbejdspress (problem med at nå arbejdsopgaver) er sandsynligheden for risikofaktorerne halvanden til to gange større for borgere med kort uddannelse (se faktaboks 4).

⁴ Gode leveår skal forstås som år, der leves med godt helbred uden sygdom (34).

⁵ Lavt uddannelsesniveau omfatter højst 10 års skolegang evt. suppleret med basisår på efg eller HG, mellem uddannelsesniveau omfatter student- eller HF-eksamen eller en faglig uddannelse og de højtuddannede er personer med kort, mellemlang eller videregående uddannelse (7)

Faktaboks 4: Ulighedens risikofaktorer 2005

Risikofaktor	Borgere med kort uddannelse, < 10 år, %	Borgere med lang uddannelse, > 12 år, %
Daglig rygning	44	25
Alkohol over genstandsgrænsen	13	16
Stillesiddende fritid	22	10
Fedme (BMI > 30)	18	9
Oftede tunge løft (>10 kg) i arbejdet	48	28
Problem med at nå arbejdsopgaver	19	29
Ringe indflydelse på arbejde	24	14

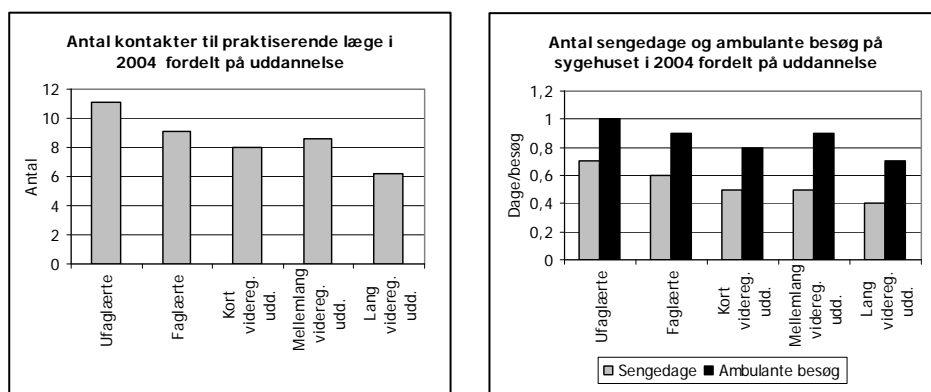
Kilde: Diderichsen og Curtis (2008) (35).

Epidemiologiske undersøgelser har vist, at den sociale ulighed i risikofaktorerne forklarer en meget stor del af den sociale ulighed i sundhedstilstand – både sygelighed og dødelighed. Således siges rygning alene at forklare ca. 40 % af den sociale ulighed i sundhed, medens fysisk inaktivitet, fedme, fysisk arbejdsmiljø og psykosocialt arbejdsmiljø hver forklarer 15-20 % af den sociale ulighed i sundhed (35). Samtidig viser anden epidemiologisk forskning, at rygning kun forklarer ca. halvdelen af de sociale uligheder i forekomsten af lungekræft, som for de fleste formers vedkommende er meget rygeafhængig (36). Dette tyder på, at mange forskellige faktorer er i spil, når man skal forstå og forklare social ulighed i sundhed.

Social ulighed i adgang til sundhedsvæsenet

Der ses også sociale forskelle i befolkningens brug af sundhedsydelser herunder kontakter til den praktiserende læge, indlæggelser på sygehuset og medicinforbrug. I 2004 havde ufaglærte i alderen 25-64 år ca. 5 gange flere kontakter til praktiserende læger, 0,3 flere sengedage og ambulante besøg på sygehuset end personer med lang videregående uddannelse (9) (se faktaboks 5). Derudover er forekomsten af personer, der regelmæssigt bruger medicin højere jo kortere uddannelse (4), og tilsvarende har ufaglærte et gennemsnitligt årligt medicinforbrug, der er 900 kr. højere end personer med lang videregående uddannelse (9).

Faktaboks 5: Sociale forskelle i kontakt til praktiserende læge og sygehus



Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2007) (9).

Ovenstående viser sociale forskelle i forbrug af sundhedsydelser, men det tyder jo ikke på social ulighed i adgang til sundhedsvæsenet. Hvis vi imidlertid justerer for behov – altså lige adgang til lige behov – så er der en del undersøgelser, der tyder på, at der i Danmark – som i andre lande vi sammenligner os med – er social ulighed i adgang til sundhedsvæsenet. I et europæisk komparativt studie, hvor Danmark er med sammen med 10 andre lande, viser van Doorslaer & Koolman (2004), at der i Danmark og flere andre lande er såkaldt 'pro-poor inequity' i adgang til eller forbrug af praktiserende læger, dvs. at justeret for sygdom og behandlingsbehov, så er der negativ korrelation mellem indkomst og dette forbrug (37). For adgang til speciallæger forholder det sig i mange lande omvendt, og Danmark er sammen med Irland og Italien et af de lande, hvor der i særlig grad forekommer 'pro-rich inequity'. Dette bekræftes også af andre undersøgelser (38).

Nyere dansk forskning har set på social ulighed i adgang til undersøgelse for og behandling af alvorlige sygdomme (39). Risikoen for forsinkelse (>60 dage) fra patientens første henvendelse til egen læge med mistanke om kræftsygdom til speciallægeudredning påbegyndes er 4 gange lavere hos højtuddannede patienter end lavt uddannede. Risikoen for forsinkelse (>90 dage) fra udredningen påbegyndes til behandling påbegyndes er 2-3 gange lavere hos højindkomstpatienter end øvrige patienter. Forskellene er statistisk signifikante og justeret for en lang række patientkarakteristika (39). Rasmussen et al. (2006 & 2007a, b) fandt klare positive sammenhænge mellem patienternes uddannelsesniveau og sandsynligheden for at få den rigtige medicinske behandling ved hjertesygdom og invasiv behandling efter blodprop i hjertet (40-42).

Ovenstående skitsering illustrerer, at social ulighed i sundhed i bred forstand er en kendsgerning herunder at uligheden ikke kun drejer sig om den enkeltes egen livsstil men også om adgangen til sundhedsvæsenet.

Et er forekomsten af social ulighed i sundhed, noget andet er hvilket perspektiv problemet anskues ud fra. Social ulighed i sundhed kan anskues som et problem, der vedrører udsatte grupper, som er udsat for én eller flere belastende sociale forhold – altså en mindre del af befolkningen. Social ulighed i sundhed kan imidlertid også betragtes som et problem, der gennemsyner hele befolkningen – en social gradient af fx stigende sygelighed og dødelighed gennem hele skalaen af socioøkonomiske grupper (10). De to perspektiver udelukker ikke nødvendigvis hinanden, men anlægger forskellige fokusområder for sundhedspolitiske initiativer. Hvis man ser social ulighed som et problem primært hos de socialt udsatte, vil fokus for fx en helbredsintervention udelukkende være på denne gruppe med henblik på at mindske kløften ('the gap') mellem de lavest og højest placeres på den sociale skala. Hvis social ulighed i sundhed anskues som en gradient, vil fokus være på at reducere de systematiske forskelle i fx levestandard og livsstil i alle samfundslag (14; 43).

I denne undersøgelse anskuer vi social ulighed i sundhed som en gradient, dels fordi der tages afsæt i en helbredsintervention (Sundhedsprojektet), der sigter mod hele befolkningen. Dels ud fra en antagelse om, at de mekanismer, som i sidste ende skaber sociale forskelle i sygdom og sundhed, i forskellig grad vil være at finde i alle samfundslag.

2.2 Lægmandsperspektiver på sociale forskelle i sygdom og sundhed – eller manglen på samme

Som forrige afsnit illustrerer, skorter det ikke på statistiske undersøgelser af forekomsten af social ulighed i fx sygelighed og dødelighed. Derimod er det mere sparsomt med kvalitative undersøgelser af lægmandsperspektiver på samme. Via en systematisk litteratursøgning i databaserne Medline, PubMed, PsycInfo, Sociological Abstract, Danbib, DSI-Bib samt i tidsskrifterne Sygeplejersken og Ugeskrift for Læger (se søgeprotokol i bilag A) suppleret med citationssøgning har vi imidlertid fundet frem til 11 studier, som på forskellig vis kaster lys over lægmandsperspektiver på sociale forskelle i sygdom og sundhed⁶. Det drejer sig om engelske og amerikanske studier. Klasseforskellene i både England og USA er mere udtalte end i Danmark, og derfor bør man være forbeholden overfor direkte at overføre resultaterne til en dansk kontekst.

Den mest fremtrædende pointe i den fundne litteratur er, at social ulighed er fraværende i lægmandsperspektiver på sygdom og sundhed. Her formuleret af Blaxter: *"There is, in fact, no evidence that inequality in health is an issue of great concern among the lay public in Western industrialised societies"* (55: s.747). Ganske særligt gælder dette for mennesker, der rent faktisk befinder sig i en ulighedsposition. Blaxters artikel er baseret på en gennemgang af en lang række både kvantitative og kvalitative undersøgelser af lægmandsopfattelser af sygdom og sundhed og konkluderer, at individualistiske forklaringer står i høj kurs, hvorimod de strukturelle forklaringer er nærmest fraværende, ja faktisk forbundet med *"disbelief, unease or conceptual difficulty"* (55: s.753).

En spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt 658 borgere i det vestlige Skotland synes at understøtte Blaxter's pointe (53). De skotske borgere blev spurgt om, hvorvidt de troede at rige eller fattige havde størst sandsynlighed for hhv. at få en hjertesygdom, være i god form, få kræft, blive psykisk syg, blive udsat for uheld og skader og endelig at leve længere. Samlet set var det mest udbredte svar, at rige og fattige havde samme sandsynlighed for at blive udsat for ulykker eller blive ramt af sygdom, samt at de rige havde større sandsynlighed for at være i god form og leve længe. Når svarene analyseres på baggrund af respondenternes lokalområde, viser det sig imidlertid, at dem fra de mindre velstillede områder var mindre tilbøjelige til at anerkende eksistensen af sociale forskelle i sygdom og sundhed (53).

Popay et al. (2003) finder i en undersøgelse af lægmandsforståelser af årsager til ulighed i sundhed, resultater der også – om end kun delvist – underbygger Blaxters pointe (52). Gennem interview med lægfolk fra fire forskellige lokalområder i nordvest England – hhv. to velstillede og to mindre velstillede lokalområder – fremgår det, at lægfolk fra de velstillede områder anerkender eksistensen af ulighed i sundhed. Lægfolk fra de mindre velstillede områder stiller imidlertid spørgsmålstejn ved de fund, som indikerer ulighed i sundhed, og gør meget ud af at fremhæve de mange variationer, der eksisterer indenfor tilsyneladende homogene kategorier af mennesker. Efter at have kommenteret eksistensen af og årsagerne til ulighed i sundhed på et abstrakt plan,

⁶ Den fundne litteratur beskæftiger sig med, i hvilket omfang lægpersoner anerkender eksistensen af social ulighed i sundhed, samt i hvilket omfang og hvordan ulighed i sundhed bliver italesat. 7 af studierne er udelukkende baseret på interview (44-50), 1 på interview og observationer (51), 1 på spørgeskema og interview (52), og endelig 2 der udelukkende er baseret på spørgeskemabesvarelser (53; 54).

reflekterer lægfolkene over personlige erfaringer med deres liv og helbred. Og i disse fortællinger italesætter lægfolkene fra de mindre velstillede områder levede erfaringer med ulighed i sundhed. Lokalområdets indflydelse i form af kriminalitet, dårlig bebyggelse, det lokale fysiske miljø, forurening mv. har en særlig fremtrædende plads, når interviewpersonerne fra de mindre velstillede områder inddrager deres personlige erfaringer (52). Popay et al. (2003) viser således, at ulighed i sundhed faktisk bliver italesat hos lægfolk med lav socioøkonomisk status om end i en mere indirekte form.

Der er også studier, hvor ulighed i sundhed italesættes meget direkte – også hos de mindre velstillede. Fx fremhæver Davidson et al. (2006), at personer med lav socioøkonomisk status præsenterede socioøkonomiske forklaringer på dårligt helbred (44). I den ph.d., som artiklen er baseret på, har Davidson (2003) bl.a. præsenteret informanterne for en avisoverskrift, der proklamerer, at det tager fem år af ens liv at leve i Glasgow. Informanter med lav socioøkonomisk status tog dette for givet, og flere mente endog, at det drejede sig om langt flere år. De accepterede således forestillingen om, at der, hvor du bor, har indflydelse på, hvor længe du lever (45). Der var forskelle i interviewpersonernes opfattelse af, hvordan social ulighed påvirker sundheden. De mere velstillede informanter havde tendens til at koble sygdom til livsstilsfaktorer, hvorimod de mindre velstillede i højere grad kobledede sygdom til fattigdom. Det var dog ikke sådan, at de mindre velstillede var uvidende om gode og dårlige livsstilsvalg, men de præsenterede en mere sofistikeret forståelse af, hvorfor folk fortsætter med at føre en bestemt livsstil, selvom de ved, det er sundhedsskadeligt. Udover at være bevidste om eksistensen af social ulighed så beretter de mindre velstillede i Davidsons studie også om forhold, der bevidner, at uligheden påvirker dem dybt. De udtrykte en følelse af at blive stemplet og føle skam, vrede, frustration, afvisning, forlegenhed, uretfærdighed og fremmedgørelse. I det hele taget beskrev de, hvordan det at leve under dårlige socioøkonomiske forhold foranlediger et pres på den enkelte i forhold til at klare hverdagen og livets omstændigheder. En sådan konstant stress-tilstand påvirker helbredet i negativ retning. Mental stress bliver således anset som bindeleddet mellem dårlige socioøkonomiske forhold og dårligt helbred (44; 45). Denne kobling finder Popay et al. (2003) også i deres undersøgelse af lægmandsforståelser af årsager til ulighed i sundhed (52).

Selvom der således er studier, der påviser, at social ulighed i sundhed optræder i lægmandsforklaringer på forskellig vis, er der overvejende dokumentation for, at det ikke er tilfældet, hvis temaet ikke introduceres af interviewerens. Hvordan kan man forklare dette fravær af et fænomen, der, som vi så i første del af litteraturgennemgangen, er så overvældende dokumenteret? Her har Blaxter nogle mulige forklaringer (55).

For det første peger hun på forebyggelsesparadokset ("the prevention paradox"). Kort fortalt går forebyggelsesparadokset ud på, at der ikke er en direkte sammenhæng mellem adfærd og sygdom (55). På individniveau kender den enkelte tilfælde, hvor mennesker, der lever efter de "rigtige" anvisninger, fx falder om med en blodprop i hjertet og omvendt. Således har Davidson et al. (1991) vist, at borgerne foretager vurderinger af sygdommes forekomst på baggrund af subjektivt erfarede årsagssammenhænge (56). Disse erfarede årsagssammenhænge byder på undtagelser, idet hjertetilfælde også rammer personer, som ikke umiddelbart var kandidater, ligesom oplagte kandidater ikke nødvendigvis bliver ramt. Davidson et al. kalder dette for 'lægmandsepidemiologi', men beskriver præcist det samme som Blaxters "prevention paradox".

For det andet peger Blaxter på effekten af forebyggelses- og sundhedsfremmeinterventioner. Hun påpeger, at man traditionelt har overdrevet forskellen mellem lægmands- og ekspertforklaringer på sygdom og sundhed. Tværtimod, påpeger hun, er det væsentligt at se på det gensidige, kontinuerlige forhold mellem disse (55). For eksempel kan det store fokus på forebyggelse og sundhedsfremme som et individuelt ansvar – som i de senere år promoveres fra både sundhedspolitiske og sundhedsfaglige eksperter side (57) – være en yderligere grund til at lægmanden anvender denne forklaring. De har så at sige fanget budskabet om "the duty to stay healthy" og taget ansvaret på sig.

For det tredje sætter Blaxter fokus på selve forskningsprocessen. Hun spørger, hvad det egentlig er, vi får indsigt i, når vi diskuterer årsager til sundhed og sygdom med forskellige socialgrupper. Får vi indblik i holdninger, der 'eksisterer i sig selv' derude i den empiriske verden? Eller får vi indblik i faktorer, der har med selve forskningsprocessen at gøre? Fx forskellige gruppers parathed til at diskutere abstrakte begreber, forskellige niveauer af refleksivitet eller forskellige gruppers måde at respondere på forskningssituationen på (for eksempel interviewsituationen) (55). Blaxter peger på vigtigheden af, at man som forsker gør sig stor umage med at skelne mellem de svar, man får – herunder at skelne mellem kollektive ('public') forklaringer og de mere personlige og erfaringsbaserede ('private'). Ydermere understreger hun vigtigheden af at holde sig for øje, at data i det kvalitative interview konstrueres mellem interviewer og informant indenfor en bestemt kontekst.

Samlet set peger Blaxter på, at der ikke er en direkte sammenhæng mellem adfærd, social position og sygdom, at historiske forandringer og kulturelle strømninger påvirker individet, samt at forskningsprocessen indvirker på den viden, vi har adgang til.

2.2.1 Det moralske, ansvarlige og handlekraftige individ – i kontekst

I forlængelse af Blaxter's pointer vil vi gerne fremhæve et aspekt, der går igen i litteraturen, og som også fremstår meget klart i vores empiriske undersøgelse, nemlig at lægfolk bestræber sig på at præsentere sig selv som moralske og ansvarlige individer (46-48; 52; 55). Når man interviewer folk, får man deres selvfremsstilling, ikke de faktiske forhold og begivenheder. I en selvfremsstilling vil man ikke fremstille sig selv som offer for nogle forhold, man alligevel ikke kan ændre på, men derimod lægge fokus der, hvor man fremstår som et handlekraftigt individ.

Popay et al. (2003) fremhæver således, at lægfolk fra mindre velstillede områder konstruerer moralske identiteter, idet karakterstyrke fremhæves som en måde at overkomme modgang og ugunstige vilkår (52). Som Popay et al. fremhæver: "*In these narratives it was proposed that the individual's response to structural and area disadvantages would determine the impact on health*" (52: s.18). Dette åbner op for, at individet faktisk selv kan handle og tage ansvar, frem for blot at være passivt 'udsat' for ugunstige omstændigheder.

Dette betyder imidlertid ikke, at ydre omstændigheder er fraværende, men at de optræder som nogle kræfter eller omstændigheder, hvis virkning kan modificeres af individets indstilling og handlinger. Bolam et al. (2003) har vist, at lægpersoner med lav socioøkonomisk status trækker på konkurrerende forklaringer i forsøget på at give sundhed og sygdom mening. Samtidig med at lægpersonerne anerkender det moralske imperativ om at udvise en sundhedsfremmende adfærd og undgå risikofyldt adfærd, så knyttes der også fatalistiske forklaringer til sygdom i form af begrænset kontrol over

deres helbred. Evnen til at se positivt på situationen og se fremad, bliver af lægperso-
nerne fremhævet som en måde, hvorigennem man kan bevare og kontrollere sit eget
helbred trods ugunstige forhold (13). Det fatalistiske syn på sundhed som Bolam et al.
(2003) fremhæver, finder Chamberlain & O'Neill (1998) også i deres studie af rygere fra
forskellige socialgrupper (49). De undersøger rygernes forståelse og opfattelse af sund-
hed, og når frem til, at selvom alle anerkender eksistensen af personlig kontrol over
eget helbred, er det dog hovedsageligt rygerne med lav socioøkonomisk status, der har
et fatalistisk syn på sundhed. Det drejer sig fx om nødvendigheden af at have penge for
at bevare et godt helbred, tilstedeværelse af genetisk prædisponering overfor sygdom,
arbejds miljø og en manglende kontrol over rygning. Rygerne med høj socioøkonomisk
status oplevede derimod en højere grad af kontrol over deres helbred (49). I modsæt-
ning hertil finder Davison et al. (1992) på baggrund af survey og etnografiske studier af
180 borgere fra Syd-Wales ingen sociale forskelle i, hvilke informanter der kobler syg-
dom og sundheds opståen til forhold udenfor individets kontrol i form af ideer om held,
skæbne og tilfældighed (51).

Hodgetts & Chamberlains (2000) interviewbaserede undersøgelse viser, at personer
med lav socioøkonomisk status trækker på mange forskellige forklaringer af både indivi-
duel og strukturel karakter i deres forklaringer omkring årsager til sygdom – fra virus og
bakterier over kost og motion til arbejdsmiljø og sociale reformers indflydelse (47). Men
gennem de forskellige forklaringer forhandler de en position, som sikrer deres identitet
som moralske individer og værdige medlemmer af samfundet. Interviewpersonerne i
Hodgetts & Chamberlains undersøgelse accepterer ansvaret for egen sundhed, men
fremhæver samtidig, at der eksisterer nogle strukturelle forhold, som forårsager syg-
dom, og som forhindrer dem i at være så sunde, som de kunne være – forhold som er
udenfor deres kontrol. Informanterne referer bl.a. til lav beskæftigelse, boligforhold og
manglende evne til at få adgang til offentlig service som faktorer, der bidrager til ulyk-
ker, sygdom og for tidlig død. Ved på den måde at påberåbe sig strukturelle forklaringer
som årsager til sygdom, bliver de i stand til at flytte noget af ansvaret for sygdom og
sundhed fra dem som individ til det sociale system. Frem for at fremstille sig selv som
amoraliske og passive ofre for omstændighederne, bliver det i stedet systemet, der
fremstår som amoralisk og i sidste instans ansvarlig for sygdom (47) – en konklusion
som Hodgetts & Chamberlain også når frem til i et senere studie af sundhedsreformers
betydning for personer med lav socioøkonomisk status (48).

I en interviewundersøgelse blandt 30 personer fra hhv. arbejderklassen, middelklas-
sen og borgerskabet i en sydengelsk by, fremhæver Bolam et al. (2004), at alle delta-
gerne – uanset klasses tilhørsforhold – i større eller mindre grad kunne genkende og
mobilisere et fælles sæt af diskursive ressourcer omkring klasseforhold og sundhed
(50). I lighed med Blaxter (1997) konstaterer Bolam et al. dog også, at de lavere stille-
de i samfundet – her defineret som arbejderklassen – i højere grad vægrer sig ved at
koble klasserelaterede forhold til sundhed sammenlignet med personer fra middelklas-
sen. Bolam et al. har yderligere analyseret, hvordan hhv. modstand mod eller accept af
koblingen mellem klasseforhold og sundhed bliver italesat retorisk forskelligt. Modstan-
den mod klasseforhold og sundhed kobles til individuelle, private erfaringer i form af
heroiske og stoiske fortællinger, hvor personen havde truffet valg og handlet. Accepten
af klasseforholds betydning bliver derimod diskuteret som et bredere socialt og politisk
fænomen, når deltagerne ikke talte om deres eget personlige helbred. Det forekom

tillige sjældent, at deltagerne – uanset klasseforhold – kun holdt sig til én af disse positioner. Derimod bevægede deltagerne sig argumentativt frem og tilbage mellem de to positioner, som det bedst passede det aktuelle emne og de argumentative mål med deres tale (50). Bolam et al. (2004) fremhæver i den forbindelse, at det i et interview, der beskæftiger sig med individuelle erfaringer og meninger, formentlig ikke giver narrativ eller biografisk mening at forklare personligt helbred eller identitet i eksplicite klasse-termer:

“Such an approach would serve to depersonalise and displace control for events beyond the individual and thereby abdicate personal responsibility for health and illness” (50: 1360).

Denne pointe er væsentlig at tage med i de metodiske overvejelser i nærværende undersøgelse, hvor fokus netop er på sociale forskelle som et strukturelt fænomen, men ud fra et individuelt perspektiv.

2.3 Almen praksis og sociale forskelle i sygdom og sundhed

Som nævnt i indledningen har vi i denne undersøgelse vægtet at få indblik i, hvordan lægpersoner, der har modtaget et tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler i forbindelse med Sundhedsprojekt Ebeltoft, opfatter sociale forskelle i sygdom og sundhed. Imidlertid finder vi det også relevant at se på, hvordan de praktiserende læger, der har udgjort det udførende led af Sundhedsprojektet, forholder sig til sociale forskelle i deres daglige virke. Vi har derfor suppleret undersøgelsen af lægmandsperspektiver med en mindre undersøgelse af de praktiserende lægers opfattelser.

Via en indledende, ikke-systematisk litteratursøgning har vi udvalgt relevante internationale artikler, der omhandler, hvordan sociale forskelle påvirker specifikke faktorer såsom konsultations varighed, kliniske beslutninger, tildeling af forebyggende ydelser (preventive services) samt kommunikationen mellem læge og patient. Derudover inddrages studier fra Danmark: Dels et kvalitativt studie af holdninger til det forebyggende arbejde blandt de læger, der har været involveret i Sundhedsprojekt Ebeltoft fra 2001 (58), dels kvantitative resultater vedrørende forebyggelse i almen praksis fra “Hvordan har du det?”, Center for Folkesundheds sundhedsprofil fra 2007 (59).

2.3.1 Betydning af sociale forskelle for konsultationen

To australske studier påviser forskelle i konsultationslængde i forhold til patientens sociale position⁷. Således påviser Wiggers & Sanson-Fisher (1997a), at patienter i ufaglærte professioner fik kortere konsultationer end faglærte (60), og Britt, Valenti & Miller (2005) viser, at følgende patientfaktorer er positivt associeret med konsultationslængde: Kvinde, ældre og høj socioøkonomisk status (61). Scott, Shiel & King's studie (1996) (ligeledes fra Australien) viser desuden sociale forskelle i lægens kliniske beslutninger. Patienter med høj socioøkonomisk status henvises oftere til videre tests, og får sjældnere udskrevet recepter end patienter med lav socioøkonomisk status, og kvinder henvises oftere til videre undersøgelse, og modtager oftere recepter end mænd (62).

⁷ Disse studier undersøger specifikke aspekter af det, vi samlet refererer til som social position, såsom uddannelse, beskæftigelse, socialklasse, socioøkonomisk status etc. I litteraturgennemgangen anvender vi derfor de specifikke betegnelser, som forfatterne til artiklerne anvender.

Imidlertid viser studier, der beskæftiger sig med tildelingen af forebyggende ydelser (preventive services), et afvigende eller omvendt mønster. Således finder Solberg, Brekke & Kottke (1997) i et amerikansk studie ingen forskelle i tildelingen af disse ydelser i forhold til socioøkonomisk status, hvorimod de finder, at alle patienter – uden skelen til social position – tildeles for få ydelser af denne slags (63). Dette er også konklusionen på Wiggers & Fisher's (1997) australske studie, hvor de ydermere identificerer en konsistent tendens til, at de involverede praktiserende læger i højere grad undlader at tale forebyggelse med patienter med høj social status. Wiggers & Fisher (1997b) konkluderer derfor, at man ikke kan forklare dårligere forebyggelsesstatus blandt patienter i lave sociale positioner ud fra lægens adfærd, og at man i fremtiden skal søge at definere andre end lægebaserede barrierer for forbedret forebyggelsesstatus blandt patienterne (64).

I et dansk kvalitativt studie, der omhandler samme gruppe af læger som nærværende studie, viser Jacobsen (2001) dog lægebaserede barrierer for tildelingen af forebyggende ydelser: Ikke kun tid, ressourcer og uddannelse i kommunikation har betydning for lægernes håndtering af det forebyggende arbejde, men i lige så høj grad lægernes holdning til deres muligheder og ansvar for, at patienterne ændrer livsstil, deres opfattelse af det at være læge, og deres opfattelse af at nogle patienter ikke har ressourcer eller motivation til at ændre livsstil. Lægerne i Jacobsens (2001) studie ser dog disse forskelle i patienternes ressourcer og motivation både som noget, der er relateret til sociale forskelle, men i lige så høj grad i måden patienterne bruger helbredsundersøgelsen på: De er kun interesseret i tal og i at få at vide, at de tilhører den raske del af befolkningen, ikke i at omlægge deres livsstil. Lægerne demotiveres af patienternes brug af helbredsundersøgelsen som "et 10.000 kilometers eftersyn" (58).

I internetartiklen "Praktiserende lægers sundhedsråd virker skævt" påviser Nordvig (2007) samme tendens som i det amerikanske studie: Praktiserende lægers rådgivningsindsats står ikke mål med det behov, der er for at understøtte borgernes gode sundhedsvaner. Derudover finder Nordvig (2007), at rådgivningsindsatsen på mange områder rammer skævt: Selvom det fortrinsvis er yngre patienter, der har et usundt kostmønster, gives kostrådgivning primært til midaldrende og ældre, selvom et risikabelt alkoholforbrug forekommer hyppigere blandt de højest uddannede, gives der mindst alkoholrådgivning i den gruppe, selvom flere mænd end kvinder er overvægtige, gives rådgivning om vægttab primært til kvinder, og selvom 70 % af befolkningen (i Region Midtjylland) ikke får daglig motion, og heller ikke regelmæssigt dyrker idræt, får stort set ingen patienter rådgivning om motion. Artiklen konkluderer da også, at der er behov for en mere systematisk tilgang til forebyggelse i almen praksis (59).

I forhold til kommunikationen mellem læge og patient viser Boulton et al. (1986) gennem en undersøgelse udført i England, at patienter fra middelklassen er mere aktive i konsultationen end patienter fra arbejderklassen. De er mere aktive både i præsentationen af deres egne ideer og i at efterspørge yderligere forklaringer. Imidlertid viser de også, at denne forskel i aktivitet i konsultationen ikke nødvendigvis slår igennem i forhold til effekt – i hvert fald rent kognitivt: Forholdsvis lige mange patienter fra middelklassen og arbejderklassen modtog forklaringer fra lægen, og forholdsvis lige mange misforstod eller afviste de forklaringer, de havde fået. De konkluderer derfor, at det ikke er nok at se på konsultationen som proces, men at man i lige høj grad skal fokusere på effekt eller 'outcome' (65). Imidlertid skriver de også, at middelklassens højere aktivi-

tetsniveau i konsultationen vil kunne få en større effekt, ifald lægerne i fremtiden (artiklen er fra 1987) går imod en større grad af forhandling og patientinvolvering i deres konsultationsstil:

"If styles of consulting move towards a more 'negotiated' or 'mutual participation' model the scope for patients' ideas, attitudes and behaviour to influence the consultation may increase. In this situation, the more active mode of presentation among middle-class patients may put them at a definite advantage in getting the most benefit from the consultation and social inequalities in medical care may be increased." (65).

Dette underbygges af en systematisk oversigtsartikel omhandlende publikationer fra perioden 1965 til 2002. Willems et al. (2005) viser, at patienter fra lavere socialklasser modtager færre følelsesmæssigt anerkendende (socio-emotionelle) ytringer samt en mere styrende og mindre involverende konsultationsstil, der er kendetegnet ved væsentlig mindre information, mindre rådgivning og færre partnerskabsbyggende ytringer fra deres læge. Lægernes kommunikationsstil er påvirket af patienternes: Patienter fra de højere social klasser er mere aktive, mere følelsesmæssigt ekspressive, og udløser dermed mere information fra deres læge. Patienter fra de lavere socialklasser er dermed ugunstigt stillede på grund af lægernes manglende opfattelse af deres ønske og behov for information, samt deres manglende muligheder for at tage aktivt del i behandlingsprocessen. Forfatterne konkluderer, at både læger og patienter kunne etablere en mere effektiv kommunikation, hvis lægerne blev mere opmærksomme på de kontekstuelle betingede forskelle i kommunikationsstil, og hvis de opfordrede patienterne til at udtrykke bekymringer og ønsker (66).

Samlet set tages der i flere af artiklerne udgangspunkt i nogle overordnede præmisser om, at almen praksis er i en fordelagtig position, når vi taler ulighed og forebyggelse: (a) At patienter fra lavere sociale positioner har et forholdsvist stort antal konsultationer i almen praksis, og at almen praksis derfor kan gøre en forskel i forhold til social ulighed i sundhed, og (b) at almen praksis på grund af kendskab til patienterne over tid er i en fordelagtig position i forhold til forebyggende indsatser. Imidlertid problematiserer studierne også disse præmisser og viser, at hverken forebyggelse eller social ulighed i sundhed nødvendigvis har den bevågenhed i almen praksis, som man kunne ønske eller forvente i forhold til lægernes fordelagtige position og kontaktmønster.

Boulton et al. (1986) angiver desuden tre overordnede måder, hvorpå man har forklaret disse sociale forskelle i almen praksis, nemlig 'the social distance approach', 'the health knowledge and beliefs approach' og 'the professional control approach' (65).

'The social distance approach' forklarer sociale forskelle i konsultationsprocessen gennem de forskelle i social position, der er mellem lægen og hans/hendes patient. De patienter, der socialt set ligner lægen, deler også lægens kommunikationsstil og lægen kan derfor bedre kommunikere med dem. Hvorimod patienter fra lavere sociale positioner finder kommunikationen sværere, fordi deres kommunikationsstil er forskellig fra lægens. De mangler de sociale kompetencer, der er nødvendige for at forhandle det medicinske møde.

'The health knowledge and beliefs approach' fokuserer derimod på sociale forskelle i viden om, holdninger til og overbevisninger om sygdom og sundhed mellem patienter

og læger. I denne tilgang fokuseres på 'kulturelle' forskelle mellem biomedicinske professionelle opfattelser og lægmandsopfattelser.

Den sidste tilgang '*the professional control approach*' understreger derimod ensheden i patienternes situation og oplevelse på tværs af sociale forskelle, og understreger, at lægen har den gennemgående kontrol med og magt over konsultationen. Denne kontrol opnås både gennem de medicinske rutiner, gennem aktiv styring og gennem en mere passiv styring (mangel på respons eller tavshed når patienten siger noget) af konsultationen. Sociale forskelle i konsultationen opstår i dette perspektiv gennem lægens stereotyper (65).

Udover at skitsere nogle af de problematikker, der kan være i forbindelse med praktiserende lægers håndtering af patienter med forskellig social position, har ovenstående litteratur givet inspiration til interviewtemaer, og vil blive inddraget i analysen af lægernes perspektiv (kapitel 6). I næste kapitel uddybes de interviewmetoder, som er anvendt til at belyse henholdsvis lægmandsperspektivet og de praktiserende lægers perspektiv.

3. Metode

3.1 Narrativ tilgang

Når sociale forskelle ikke italesættes i særlig grad på individniveau, kunne man argumentere for, at det slet ikke giver mening at undersøge et fænomen som sociale forskelle i sygdom og sundhed i et individorienteret og kvalitativt design. Imidlertid er redueringen af den sociale ulighed i sundhed ofte et mål i individbaserede indsatser, eller i det mindste et forhold der bør medtænkes og tages højde for. Fraværet af sociale forskelle i lægmands- og praktiserende lægers opfattelser af sygdom og sundhed kan vise sig at være en barriere for effektivt at reducere den sociale ulighed i sundhed. Det er derfor hensigtsmæssigt også at foretage individbaserede undersøgelser med fokus på sociale forskelle, for at få en dybere forståelse af, hvordan individer i specifikke situationer opfatter og håndterer (eller ikke opfatter og håndterer) disse.

Popay et al. (1998) peger således også på, at den primært kvantitativt baserede forskning i ulighed i sundhed ikke indfanger den kompleksitet, som er indbygget i de processer, der skaber sygdom og sundhed (67). Epidemiologiske undersøgelser af fx risikofaktorer har ofte en tendens til at isolere enkelte risikofaktorerens betydning. Ifølge Popay et al. løsriver denne 'atomiserende tilgang' individer fra deres sociale kontekst, og indfanger ikke strukturen af det sociale netværk, som individet er indlejret i. En anden væsentlig pointe, som også fremføres af Popay et al., er, at den gængse forskning i social ulighed i sundhed er deterministisk, og forsømmer det subjektive i form af individuelle erfaringer. Ved fx at konkludere at arbejdsløshed fører til dårligt helbred, fremstilles individet som et passivt offer for systemet, og ikke som et tænkende og handlende menneske der reagerer på og skaber verden omkring sig. Med andre ord er der ikke fokus på, at der foregår en interaktion mellem individets erfaringer og handlinger og de samfundsmæssige strukturer, som individet er indlejret i. Endelig inddrager den kvantitativt baserede forskning i social ulighed ikke situationelt forbundne aspekter ved sygdom og sundhed.

Men hvordan kan man så inddrage individets sociale kontekst, erfaringer og situation i undersøgelser af social ulighed i sundhed? En narrativ tilgang, der tager udgangspunkt i individers fortællinger og livshistorier, vil kunne bidrage væsentligt i den sammenhæng. Chase (2005) definerer narrativer som:

"...a distinct form of discourse. Narrative is retrospective meaning making – shaping or ordering of past experiences. Narrative is a way of understanding one's own and others' action, of organizing events and objects into a meaningful whole, and of connecting and seeing the consequences of action and events over time." (68: s.656).

Fortællinger opstår således ikke ud i den blå luft – lokale, sociale og strukturelle forhold skaber nogle bestemte rammer for en fortælling og i bestræbelserne på at skabe mening, selvidentitet og sammenhæng i livet kan folk trække på et bestemt repertoire af tilgængelige sociale, offentlige og kulturelle fortællinger (67). Popay et al. (1998) pointerer betydningen af dette i forhold til lægmandsperspektivet:

"The importance of seeing lay knowledge in its narrative form in this way is that it provides a different perspective on the relationship between individuals and the places, or 'relational settings' in which they live ... It highlights the need to look not just at the statistical associations between significant events in people's lives as defined by researchers, but at the meanings people give to the relationship between these events – how they translate events into meaningful episodes. In the context of inequalities in health it provides a strong case for looking at people's perceptions of 'episodes' in their lives and the ways in which these may orientate or fail to orientate action at the individual or collective level" (67: s.639).

Popay et al. lægger således op til at se på, hvordan folk opfatter bestemte hændelser, samt hvilken mening de tillægger relationen mellem hændelser. Frem for kun at se på fakta i det levede liv eller i konsultationen lægger et narrativt perspektiv således op til at se på borgeres og praktiserende lægers fortolkninger af disse hændelser.

3.2 Italesættelsen af sociale forskelle i interviewene

Vi vil i dette kapitel primært beskæftige os med de metodiske forhold og refleksioner, der vedrører undersøgelsens hovedfokus: Lægmandsperspektiver på sociale forskelle i sygdom og sundhed. Men som det fremgik af litteraturgennemgangen, er der en udbredt opfattelse af, at praktiserende læger er i en særlig fordelagtig position *vis a vis* patienterne (i forhold til mere specialiseret personale i sundhedsvæsnet), både når det drejer sig om forebyggende tiltag og tiltag, der er målrettet den sociale ulighed i sundhed. Derfor har vi ønsket at supplere lægmandsperspektivet med en mindre undersøgelse af, hvordan de praktiserende læger, der har deltaget i Sundhedsprojekt Ebeltoft, opfatter denne problematik.

Både for lægmandsperspektivet og de praktiserende lægers perspektiv gælder imidlertid, at der er tale om *aktørperspektiver*, der er baseret på individets erfaringer. Som de indledende afsnit har vist, vil uligheden i sundhed og de sociale forskelle forbundet hermed ikke nødvendigvis være særligt fremtrædende, når man betragter sociale forskelle ud fra et individuelt perspektiv. Individet betragter ikke nødvendigvis sig selv som 'offer' for social ulighed, og hverken borgere eller læger anskuer nødvendigvis sociale forhold eller overordnede strukturelle forhold som væsentlige i forhold til sygdom og sundhed. Sociale forskelle i relation til sygdom og sundhed kommer ofte mere subtilt til udtryk på aktørniveau.

Med baggrund i ovenstående overvejelser har vi valgt – i forhold til lægmandsperspektivet – en indirekte tilgang, hvor vi ikke tematiserer social ulighed i sundhed direkte før til sidst i interviewet. Vi tager udgangspunkt i individets opfattelser af og håndtering af sygdom og sundhed i deres eget liv. Spørgsmålet om sociale forskelle kommer først ind på det analytiske niveau, hvor vi vil se på, om der træder forskelle og ligheder frem i opfattelser af sygdom og sundhed blandt de to grupper af borgere med høj og lav opbobning af henholdsvis gode og mindre gode levekår.

Da vi i fokusgruppeinterviewene med de praktiserende læger både har ønsket at få indblik i, hvordan de mere generelt tænker om sociale forskelle blandt deres patienter, samt hvilke erfaringer de har specifikt med sociale forskelle i forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler, valgte vi også her at indlede interviewet med en mere indirek-

te indgang til sociale forskelle i første del af interviewene (via cases), hvorefter vi i de to efterfølgende dele spurgte direkte til sociale forskelle i forhold til helbredssamtaler med udgangspunkt i den gennemgæede litteratur.

3.3 Undersøgelse af lægmandsperspektiver

3.3.1 Livshistorieinterview

Med afsæt i den narrative tilgang er der gennemført livshistorieinterview med 12 udvalgte borgere, som har været involveret i Sundhedsprojektet (udvælgelsen uddybes i afsnit 3.3.2). Et livshistorieinterview tager udgangspunkt i individets livsfortælling udtrykt gennem erindringer og fortolkninger af begivenheder i fortiden. En livsfortælling er en særlig type information om en person – en subjektiv tolkning af det levede liv eller en konstruktion af individets oplevelser, der integrerer fortid, nutid og fremtid. Fortælleren beskriver sin håndtering af nye vilkår, sin bevægen sig i tilværelsens foranderlige rum, og hvordan hun tillægger livshændelser mening og betydning. Livsfortællingen kan ses som individets forsøg på at skabe sammenhæng i et kompliceret samspil mellem forskellige livssammenhænge (69; 70).

Tidsperspektivet er helt centralt for livsfortællingen. Det er rækkefølgen og konteksten, der giver indre sammenhæng og mening i de hændelser, der beskrives. Men livsfortællingen er ikke kun personlig, men belyser også nogle strukturelle rammer. Individet har igennem livet ikke handlet i et vakuum, men ud fra nogle kulturelle normer og i en social sammenhæng. Individets handlinger og de valg og fravalg, som individet har gjort, er opstået i en dynamisk interaktion mellem den enkelte, grupper i det sociale liv og de overordnede samfundsmæssige rammer. Igennem livshistorien hører man altså om individ og samfund og indirekte om, hvilken sammenhæng fortælleren ser herimellem (70).

Når man beskæftiger sig med livshistorier, kan man skelne mellem *'det levede liv'* og *'det fortalte liv'*. Det vi primært bliver præsenteret for i interviewene, er *'det fortalte liv'* – den enkelte borgers fremstilling og fortolkning af sit eget liv. Livshistorier siger ikke kun noget om, hvordan livet har været for individet, men i lige så høj grad hvordan denne husker det og ønsker at fremstå. En livshistorie kan også bære præg af, at individet fremhæver de aspekter af sit liv, som i forhold til dennes nutidige situation gør det nemmere at skabe en sammenhængende fortælling. Dertil kommer, at det ikke nødvendigvis er alle, der kan skabe en sammenhængende fortælling, hvilket i sig selv er interessant. Livshistorier er desuden baseret på minder, hvorfor der vil være et gran af fiktion i dem (69; 71). Vi kan således ikke gennem livshistorier afdække, hvad der *faktisk* er sket og hvordan tingene *faktisk* hænger sammen i det levede liv.

'Det levede liv' er individets biografi, som starter ved fødslen og i princippet frem til døden, og indeholder således en persons ydre livshistorie. Biografien eller det levede liv er en social kendsgerning – en række hændelser, som individet har gennemlevet. En biografi er i udgangspunktet individuel, men er udsprunget af social interaktion, som bl.a. involverer nogle strukturelle/samfundsmæssige forhold (69; 72). Disse forhold udgør rammebetingelserne for individets biografi/det levede liv og omfatter bl.a. opvækstvilkår, levekår, jobmæssig situation, sociale relationer mv. Det levede liv og det fortalte liv er tæt forbundne – det fortalte liv udspringer af det levede liv, men det betyder ikke nødvendigvis, at de er identiske (73).

Når man beder folk fortælle om deres liv, og de ved, at de deltager i en undersøgelse, vil de formentlig have tendens til at fremstille sig selv mere gunstigt, end hvis de fx talte med end ven, som havde kendt dem hele livet. Vi har i nærværende undersøgelse ikke adgang til eksakte data om folks levede liv fra barn til voksen, og det er sådan set heller ikke hensigten at 'kontrollere', om borgerne taler sandt eller ej. Det fortalte liv i form af individets tolkninger og selvfremstilling er det primære udgangspunkt for vores analyse, da det giver et validt billede af individets egen forståelse af sit eget liv. Og netop det ønsker vi at få frem, fordi individets egne rationaler og koblinger af begivenheder og forhold er væsentlige for, hvordan individet vælger at handle indenfor en given kontekst. Interviewformen giver med andre ord mulighed for at undersøge, hvordan personer oplever årsagssammenhænge i relation til sygdom og sundhed i et livsforløb, og hvilke særlige begivenheder og livssituationer der har haft betydning for individets forhold til og håndtering af sygdom og sundhed i hverdagslivet.

Det fortalte liv giver desuden et indblik i det levede liv. Borgerne kommer løbende med faktuelle oplysninger om hændelser i deres liv og de rammebetingelser, der har omgivet deres liv. Den indsigt vil vi bruge analytisk i forhold til at se på, hvad det levede liv har budt på af sårbarhed og ressourcer og derefter forholde os til, hvordan borgerne på den baggrund fremstiller deres liv (det fortalte liv).

Vi har i interviewene med borgere fokuseret på tre temaer:

1. Oplevelser af sygdom og sundhed i eget livsforløb
2. Forklaringer på sygdom og sundhed i eget og andres livsforløb
3. Oplevelser med og brug af den konkrete intervention: Helbredsundersøgelse og -samtale.

3.3.2 Udvalgelse af informanter

De 12 borgere er udvalgt strategisk på baggrund af data fra Sundhedsprojektet. Udvalgelsen er foretaget blandt personer i alderen 45-65 år, som er indgået i den gruppe i Sundhedsprojektet, som ved opstart i 1991 har fået foretaget helbredsundersøgelser og en planlagt helbredssamtale (gruppe 3 jf. boks 1 og figur 1 i afsnit 1.3), og som minimum har fået foretaget en helbredsundersøgelse ved 5 og 15 års opfølgningen. Der er således udvalgt borgere, som har deltaget i Sundhedsprojektet gennem de sidste 15 år. Ud af de 504 personer, som ved Sundhedsprojektets opstart fik tilbudt både helbredsundersøgelse og -samtale, har 296 deltaget til og med den seneste opfølgning i 2006 (15 års opfølgningen).

Fokus er ikke på de personer, som har afslået tilbuddet om helbredsundersøgelser. Bevæggrundene for at fravælge tilbuddet er allerede belyst i en eksisterende kvalitativ undersøgelse (30). I relation til sociale forskelle i sygdom og sundhed er det relevant at undersøge, dels sociale forskelle i hvem der tager imod hhv. afslår et tilbud om helbredsundersøgelser og -samtaler (se 27), dels hvordan man får folk – også fra lave socialgrupper – til at tage imod et sådant tilbud. Fokus i nærværende undersøgelse er imidlertid et andet, idet projektet bl.a. fokuserer på oplevelserne med at deltage i og håndtere tilbud om helbredsundersøgelse og helbredssamtaler som input til en vurdering af behovet for social differentiering af en generel helbredsintervention.

Desuden er der ikke inddraget alvorligt psykisk syge eller etniske minoriteter,⁸ da disse personers håndtering af helbredsundersøgelser formentlig er kendetegnet ved nogle helt særlige problemstillinger. Derudover kan især et livshistorieinterview være en traumatiserende oplevelse for alvorligt psykisk syge (74).

Med henblik på at udvælge personer med forskellig social position er der opstillet indikatorer for levekår jf. første kolonne i tabel 3.1, som danner udgangspunkt for at udvælge personer med hhv. gode og mindre gode levekår (for en uddybning af indikatorerne se bilag B).

Tabel 3.1 Indikatorer for levekår, livsstil og helbred

Levekår	Livsstil	Helbred
Uddannelsesniveau Stillingskategori Samlivsstatus	Fysisk aktivitetsniveau Alkoholforbrug Rygestatus Stressniveau Vurderet risiko for hjerte-karsygdom	Selv vurderet helbred Kontakter til sundhedsvæsenet Kronisk sygdom

For yderligere at få forskellige portrætter af hvordan sundhed og sygdom – herunder deltagelse i helbredsundersøgelser og -samtaler – opleves og håndteres, blev der ligeledes opstillet indikatorer for livsstil og helbred (se 2. og 3. kolonne i tabel 3.1). Datagrundlaget for indikatorerne baserer sig på spørgeskemabesvarelsen fra 5-års opfølgningen i Sundhedsprojektet.⁹ Det drejer sig således om 11 år gamle data.

På baggrund af indikatorerne blev personer med henholdsvis gode og mindre gode levekår delt op i seks kategorier, som fremgår af tabel 3.2.

Tabel 3.2 Profiler i forhold til livsstil og helbred (n=61)

Gode levekår		Mindre gode levekår	
Mindst 2 ud af 3 indikatorer for gode levekår		Mindst 2 ud af 3 indikatorer for mindre gode levekår	
A1: 5 8 %	<u>Sund livsstil</u> : Højest 1 ud af 5 indikatorer for usund livsstil <u>Godt helbred</u> : Højest 1 ud af 3 indikatorer for dårligt helbred	B1: 29 47 %	<u>Sund livsstil</u> : Højest 1 ud af 5 indikatorer for usund livsstil <u>Godt helbred</u> : Højest 1 ud af 3 indikatorer for dårligt helbred
A2: 14 23 %	<u>Usund livsstil</u> : Mindst 3 ud af 5 indikatorer for usund livsstil <u>Godt helbred</u> : Højest 1 ud af 3 indikatorer for dårligt helbred	B2: 12 20 %	<u>Usund livsstil</u> : Mindst 3 ud af 5 indikatorer for usund livsstil <u>Godt helbred</u> : Højest 1 ud af 3 indikatorer for dårligt helbred
A3: 1 2 %	<u>Usund livsstil</u> : Mindst 3 ud af 5 indikatorer for usund livsstil <u>Dårligt helbred</u> : Mindst 2 ud af 3 indikatorer for dårligt helbred	B3: 0 0 %	<u>Usund livsstil</u> : Mindst 3 ud af 5 indikatorer for usund livsstil <u>Dårligt helbred</u> : Mindst 2 ud af 3 indikatorer for dårligt helbred
A i alt: 20 33 %		B i alt: 41 67 %	

⁸ For at deltage i Sundhedsprojektet i 1991 var det et krav, at man kunne forstå dansk på et niveau til at udfylde et stort kompliceret spørgeskema.

⁹ Dette samt de øvrige anvendte spørgeskemaer i Sundhedsprojekt Ebeltoft kan ses på følgende hjemmeside: www.sundhedsprojekt-ebeltoft.dk/omprojektmetode.htm.

I de to smalle kolonner i tabel 3.2 ses fordelingen af de personer, der har opfyldt udvælgelseskriterierne, angivet for hver af de seks kategorier i henholdsvis absolutte tal og procent. Ud af de 296 personer, som har deltaget i alle opfølgninger i Sundhedsprojektet, har kun 61 personer svaret fyldestgørende på de variable, der danner grundlag for indikatorerne for levokår, livsstil og helbred.

Samlet set har vi således at gøre med en selekteret gruppe af personer. For det første er der signifikant flere kvinder, ikke-rygere, erhvervsaktive og samlevende blandt deltagerne i Sundhedsprojektet sammenlignet med ikke-deltagere (27). For det andet er de personer, som er faldet fra undervejs eller har haft vanskeligt ved at udfylde spørgeskemaet ved 5-års opfølgningen, ikke repræsenteret i puljen af de 61 personer. Det er sandsynligt, at en stor del af disse 'frafaldne' personer er fra lave socialgrupper eller er i en udsat position. Ud fra tabel 3.2 kan vi konstatere, at der i udtrækket ikke er nogen personer med mindre gode levokår, der ud fra de definerede indikatorer for livsstil og helbred ligger i den absolut dårlige ende (Kategori B3: 0 %). Til gengæld er der heller ikke mange personer med gode levokår, som placerer sig i den absolut gode ende, hvad angår livsstil og helbred (Kategori A1: 8 %).

I den videre udvælgelse af de 12 borgere er der ikke taget højde for, hvordan de 61 personer fordeler sig i de seks kategorier jf. tabel 3.2, bortset fra at det selvfølgelig ikke har været muligt at udvælge en borger fra kategori B3, da ingen faldt i denne kategori. Borgerne er udvalgt på tværs af de øvrige fem kategorier, ligesom det er efterstræbt at få en ligelig kønsfordeling blandt borgerne med hhv. gode og mindre gode levokår. Det er ligeledes tilstræbt at få en så bred aldersmæssig fordeling som muligt, således at nogle af borgerne stadig var erhvervsaktive. Den endelige fordeling af de 12 borgere ses af tabel 3.3.

Tabel 3.3 De udvalgte borgere

Gode levokår	Mindre gode levokår
<u>Profil A1</u> (sund livsstil, godt helbred) Poul, 62 år, erhvervsaktiv Mette 59 år, erhvervsaktiv	<u>Profil B1</u> (sund livsstil, godt helbred) Karl, 52 år, erhvervsaktiv Else, 64 år, førtidspensioneret Birthe, 65 år, pensioneret
<u>Profil A2</u> (usund livsstil, godt helbred) Ole, 61 år, på efterløn) Kristian, 65 år, pensioneret Inge, 65 år, pensioneret	<u>Profil B2</u> (usund livsstil, godt helbred) Susanne, 59 år, i fleksjob Jan, 48 år, erhvervsaktiv Jens, 52 år, erhvervsaktiv
<u>Profil A3</u> (usund livsstil, dårligt helbred) Lene, 52 år, erhvervsaktiv	<u>Profil B3</u> (usund livsstil, dårligt helbred)

Det er væsentlig at understrege, at den endelige udvælgelse af disse 12 borgere grundlæggende er en 'kvalitativ' udvælgelse forstået på den måde, at vi gennem den strategiske udvælgelse ikke har søgt at skabe grundlag for repræsentativitet, men for diversitet. Data fra Sundhedsprojektet har gjort det muligt at spore sig ind på en gruppe af mennesker med forskellige profiler, hvad angår levokår, livsstil og helbred. Den endelige udvælgelse af borgere beror på at få repræsenteret forskellighed ud fra en tanke om ikke kun at betragte sociale forskelle i sygdom og sundhed som en kløft (gab) mellem

høj og lav socialgruppe, men som et fænomen, der fordeler sig mere bredt (gradient) jf. afsnit 2.1.

Oplysninger om de udvalgte personer er behandlet fortroligt, og undersøgelsen er anmeldt til Datatilsynet.

3.3.3 Kontakt til interviewpersoner

Borgerne blev i første omgang kontakten pr. brev, hvor de blev orienteret om undersøgelsen og bedt om skriftligt at tilkendegive, om DSI måtte kontakte dem med henblik på at forklare mere uddybende om undersøgelsen og spørge, om de ville deltage i et interview (se brevet i bilag C). I første omgang blev der kun sendt breve ud til 12 borgere. I fald en borger ikke ønskede at deltage, blev der udvalgt en ny borger og et nyt brev sendt ud. Der var samlet set kun tre borgere, som ikke ville eller kunne deltage i et interview – én kvinde fra kategori A2 og to mænd fra kategori B2. Kvinden var flyttet fra kommunen, og var hårdt plaget af sygdom. Den ene mand var afgået ved døden, mens den anden ikke angav nogen begrundelse for ikke at ville kontaktes. Generelt var det overraskende, at det kun var få, som ikke ønskede at deltage. Det kan være et udslag af, at den selekterede gruppe består af personer, som i forvejen har sagt ja til et forløb i Sundhedsprojektet, der omfatter både helbredsundersøgelser og -samtaler, og de derfor generelt er villige til at stille op også til interviewbaserede undersøgelser.

3.3.4 Gennemførelse af livshistorieinterview

Interviewene med borgerne er gennemført i eget hjem og varede mellem 1½-2½ time. Otte af interviewene er gennemført af MBW og de resterende fire af LG. Da vi som nævnt havde valgt en indirekte tilgang til at belyse forskelle, valgte vi ikke at tematisere sociale forskelle før til sidst i interviewet. Udgangspunktet var i stedet borgernes livshistorie og opfattelser og håndtering af sygdom og sundhed. Interviewene var struktureret på følgende måde (se interviewguiden i bilag D):

1. Den enkelte borger blev først bedt om at introducere sig selv, herunder alder, uddannelse, job, familie mv. Flere af borgeren begyndte allerede her at udfolde deres livshistorie.
2. Hvis ikke borgerne allerede var startet med at fortælle deres livshistorie, bad vi dem efterfølgende fortælle om deres liv med fokus på, hvordan deres helbred havde været. I udgangspunktet valgte borgerne selv, hvor livsfortællingen startede. Men hvis nogen havde vanskeligt ved at få startet deres fortælling, bad intervieweren dem om at fortælle om deres barndom. Når borgerne havde fortalt deres livshistorie eller gik i stå midt i fortællingen kom interviewerens med uddybende spørgsmål.
3. Derefter blev der stillet mere specifikke spørgsmål om borgerens involvering i Sundhedsprojektet, herunder hvorfor de valgte at deltage, samt hvad de kunne huske fra de forskellige helbredsundersøgelser og -samtaler.
4. Afslutningsvist fortalte interviewerens kort om undersøgelser, der peger på sociale forskelle i sygelighed og dødelighed. Borgeren blev efterfølgende spurgt, hvad de mener om sådanne undersøgelser, og om det er noget de kan genkende fra deres eget liv eller i deres omgangskreds.

Samtlige interview er optaget på minidisc med interviewpersonernes samtykke.

3.4 Fokusgrupeinterview med praktiserende læger

Der er gennemført to fokusgrupeinterview med syv af de 11 praktiserende læger,¹⁰ som p.t. er involveret i Sundhedsprojektet.

Et gruppeinterview er særligt velegnet til at bringe både kollektive værdier (herunder myter og fordomme) og indbyrdes uenigheder på banen. I et gruppeinterview opstår der momenter af enighed og konsensus, der brydes af positionering og markering af forskellige standpunkter (75). Hensigten er at fremdrage og udnytte gruppemedlemmernes fælles erfaringer omkring et bestemt emne, ikke for at opnå konsensus, men for at få deltagerne til at beskrive deres erfaringer og rationalet bag deres opfattelser, holdninger, handlinger og overvejelser (58:s.13). Gruppeinterviewene har til formål at belyse og analysere:

1. Lægernes opfattelser af sociale forskelle blandt deres patienter, og
2. Lægernes erfaringer med helbredssamtaler med borgere med forskellig social status, herunder hvordan og i hvilket omfang lægerne foretager en differentiering af deres indsats overfor borgerne med forskellig social status.

Det ene interview blev gennemført med to interviewere (MBW og LG) og det andet med kun én interviewer (LG). I det første interview deltog fem læger, i det andet to. Begge interview varede i cirka to timer. Interviewene var struktureret på følgende måde (se endvidere interviewguiden i bilag E):

1. En indledende runde hvor lægerne fortalte efter tur. Hver læge skulle indlede med faktuelle oplysninger (navn, alder, praksistype, karakteristika ved patientpopulation samt hvor lang tid de havde været tilknyttet Sundhedsprojektet). Herefter blev de bedt om at fremlægge to cases med udgangspunkt i den sidste uges konsultationer: Én case der omhandlede en patient, de forbandt med høj social position, og én der omhandlede en patient, de forbandt med lav social position. Inden vi gik i gang med runden, fik lægerne et par minutter til at tænke over og udvælge de to cases. Dvs. at lægerne ikke havde mulighed for at forberede disse cases, gennemgå journaler etc., men måtte trække på deres hukommelse.
2. Derefter spurgte intervieweren ind til specifikke aspekter ved den forebyggende helbredssamtale i forhold til sociale forskelle: Var der forskel på fokus i samtalen? Måden at kommunikere på? Var der forskel på effekten af helbredssamtalen afhængig af social status?
3. Sidst bad vi lægerne tænke i fremtidige strategier med udgangspunkt i en idé om social differentiering. Vi fortalte dem om erfaringer med et socialt differentieret tilbud om hjerterehabilitering, og fortalte om grundtanken bag dette: At for at behandle ens må man behandle forskelligt (22).

¹⁰ Det lykkedes aldrig at få lavet en interviewaftale med to af lægerne. Derudover er prak. læge Torsten Lauritzen ikke inddraget, da han har stået i spidsen for Sundhedsprojektet og således er part i projektet. Ligeledes er prak. læge Karen-Dorthe Bach Nielsen heller ikke inddraget i interviewrunden, idet hun har været forskningsmæssigt involveret i Sundhedsprojektet. Hun er derimod inddraget som sparringspartner i forhold til at kommentere et udkast til den endelige rapport.

Begge interview er med samtykke fra lægerne optaget på minidisc.

I interviewene deltog følgende læger (navne er anonymiserede): Mogens, Jørgen, Søren, Hanne, Peter, Henrik og Tine. De to yngste læger er 42 år gamle og den ældste er 69. Lægerne derimellem er henholdsvis 54, 56, 59 og 62 på det tidspunkt, hvor interviewet blev gennemført. Fire er fra landpraksis, tre fra bypraksis, fem fra kompagniskabspraksis og to fra solopraksis. Alle har ansat praksissygeplejersker. Fire af lægerne har deltaget i Sundhedsprojektet fra starten, mens én har været med de sidste fem år, og to har deltaget i to år.

3.5 Databehandling, kodning og analyse

Alle interview er fuldt transskriberede. På baggrund af gennemlæsning af de transskriberede interview er datamaterialet blevet kodet og analyseret ud fra tværgående temaer eller emner, som forekom relevante for at afdække projektets formål. Denne tematiske kodning er suppleret med en åben kodning, hvor yderligere interessante emner eller temaer kan dukke op. Til dette arbejde har vi anvendt det kvalitative computerprogram Nvivo. Der er ligeledes gennemført en kodning og analyse af det enkelte interview med henblik på at kunne se både lægers og borgeres udsagn i den sammenhæng, hvor de har optrådt.

Den empiriske præsentation af borgernes livshistorier i kapitel 4 er baseret på intern analyse af borgerinterviewene, hvorimod de tværgående tematiske analyser i kapitel 5 og 6 er baseret på tværgående kodning i Nvivo. MBW har forestået kodning og analyse af borgerinterviewene, mens LG har kodet og analyseret interviewene med de praktiserende læger. Analysearbejdet er imidlertid foregået i tæt dialog og analyseudkast er løbende blevet udvekslet og kommenteret.

De 12 borgere har fået tilsendt vores sammenskrivning af deres livshistorier, som de fremstår i kapitel 4. De er blevet bedt om at gøre opmærksom på mulige fejl, både faktuelle og fortolkningsmæssige, samt mulige sårbare emner, som de ikke ønskede, vi skulle medtage. Ni borgere har svaret og kommenteret. Overordnet har patienterne udtrykt tilfredshed med disse sammenfatninger, og foreslået mindre rettelser især af faktuelle forhold. I to tilfælde har borgerne kommenteret vores vægtning i analysen. I det ene tilfælde har det drejet sig om forholdet mellem ressourcer og svagheder i forhold til livsstilsændringer, i det andet om relationer i borgerens familie. I forhold til sårbare emner har en borger ønsket, at vi fjernede faktuelle informationer, der vedrørte borgerens nærmeste. I alle tilfælde har vi inddraget disse korrektioner i den endelige afrapportering.

Interviewpersonerne i både borger- og lægeinterview er anonymiseret mht. navn. Ligeledes er navne på pårørende mv. samt stedfortegnelser anonymiseret i borgerinterviewene.

4. Borgernes fortællinger om liv, sygdom og sundhed

I dette kapitel vil de livshistorier, som borgerne fortalte i første del af interviewet, blive gengivet i en bearbejdet form. Dette for at give læseren mulighed for at få et indtryk af, hvem den enkelte borger er, og hvordan dennes liv har formet sig. Kapitlet danner således en empirisk baggrund for de analyser, som vil blive præsenteret i kapitel 5.

Den kronologi, som er i de 12 præsentationer, afspejler ikke nødvendigvis den kronologi, som borgerne fulgte i deres livshistorier. Det er dog tilstræbt, at de begivenheder, som borgerne knyttede sammen i deres livshistorier, også er knyttet sammen i præsentationerne. Der er løbende anvendt citater i præsentationer for at gøre personerne mere levende og samtidig give et indblik i, hvordan de fremstiller sig selv. Der vil skiftevis blive præsenteret en fortælling fra en borger med mindre gode levekår og en borger med gode levekår.

For den travle læser gives indledningsvist et kort resumé af personernes livshistorie, som så nøgternt som mulig beskriver kerneelementerne i borgernes fortællinger. Ligeledes afsluttes hver præsentation med nogle centrale analytiske pointer, som vil blive taget op i kapitel 5.

4.1 Karl – ”Jeg er jo ikke fattig”

Kort resumé af Karls livshistorie

Karl har haft en vanskelig opvækst og har generelt levet et hårdt liv med bl.a. stoffer og alkohol. Han har børn fra forskellige forhold, og lever pt. sammen med en kvinde, der har sine problemer at kæmpe med. Karl har haft mange jobs i udlandet og har været i fængsel. Han har været på revalidering i forbindelse med en arbejdsulykke, haft forskellige småjobs, erhvervet sig som selvstændig, men har pt. ikke nogen indkomst. Han fremstår dog ressourcestærk i den måde, han har taklet livets udfordringer på. Karl har ikke været præget af sygdom, men har for nylig haft symptomer på hjerteproblemer. Karl har altid vejet lidt for meget, og har aldrig levet specielt sundt. Det er bl.a. derfor, han valgte at deltage i Sundhedsprojektet – helbredsundersøgelserne har dog ikke indikeret deciderede helbredsproblemer.

Karl har haft nogle særdeles hårde opvækstvilkår. Som 6-årig kom han i pleje hos et ægtepar. Om baggrunden for det fortæller Karl: *”Jeg havde ikke et så godt forhold til mine forældre, så det var egentlig bare med at komme ud og væk hjemmefra”*. Han har altid følt, at hans mor syntes han var i vejen for hende og skubbede ham fra sig, og han opfatter hende den dag i dag som grov og uvenlig. Karl har ikke kontakt til hende, selv om hun bor tæt ved. Karl stak af fra plejeforældrene af flere omgange, bl.a. fordi plejefaren uddelte tæsk. I det hele taget har Karl gennem sin barndom og ungdom haft vanskeligt ved at finde sig tilrette nogen steder i særlig lang tid ad gangen. Han har gået på 11 forskellige skoler på 10 år. Karl har tre børn fra et tidligere forhold og én på

gule plader, og lever nu sammen med en kvinde, som også har tre børn fra tidligere forhold. Ekskæresten til hans nuværende samlever har udvist meget truende adfærd overfor både Karl og samleveren, og samleveren lider af depression.

Karl har rejst meget rundt i verden i forbindelse med forskellige jobs, og han har også drevet selvstændige forretninger. I forbindelse med disse forretninger har han i en periode siddet fængslet i udlandet for bedrageri og skattesvindler, men det lykkedes ham at flygte tilbage til Danmark. Sidst Karl havde et fast job er 15 år siden, hvor han blev kørt ned af en truck. Han fik knust sin ankel og skulderen flækket. Han var sygemeldt i en periode, hvorefter han kom på revalidering. Siden har han haft forskellige småjobs og erhvervet sig som selvstændig. Men han har nu valgt at nedlægge sit firma og har solgt sin gårdejendom, hvor han i øvrigt har lejet lejligheder ud til mennesker, der er kommet i vanskeligheder og har hjulpet dem lidt på vej. Det har dog passet ham godt at omgås med disse mennesker, for som han siger:

"Hvis man hele sit liv har været sådan en lidt udstødt, så har man det bedst med andre, som er udstødt. Jeg vil ikke sige, at jeg er udstødt, men jeg er jo anderledes end de andre mennesker. Jeg opfører mig anderledes, jeg lever anderledes, og jeg tænker anderledes".

Karl selv ønsker ikke at være afhængig af det sociale system:

"Jeg siger, at jeg vil sku ikke have noget system. De skal også lade mig være i fred. Men hvis nu i form af fx at du har en sygdom, at der kan være et eller andet. Jeg har betalt skat hele mit liv i Danmark, så vil jeg sku også have ret til at komme til en læge. Også den læge som jeg gerne vil til. Og jeg vil ikke få at vide, hvis jeg har været over på kommunen: "Ja først tager du til [by X, red.], for du skal melde dig syg i [by X, red.]. Men du kan ikke få sygedagpenge, fordi du ikke er berettiget til sygedagpenge, når du har været selvstændig". Så går du over på den anden, og der søger du så kontakthjælp, eller overgangsydelse som det hedder, når du er sygemeldt. Men det kan du ikke få, fordi du skal bevise, at du er fattig".

Han sætter sig også imod at blive stemplet som fattig, idet han efterfølgende konstaterer:

"Jeg er jo ikke fattig i form af, at man er fattig. Jeg har tag over hovedet, jeg har ingen omkostninger. Men jeg har heller ingen indtægter, altså er jeg jo på en eller anden måde fattig. Jeg ved ikke, hvad man skal være for at være fattig. Så skal man... Jeg er ikke fattig, for jeg har noget at spise, noget at drikke og tag overhovedet, så jeg er jo ikke fattig. Jeg er først fattig, når jeg lever på gaden. Så synes jeg, at jeg er fattig", og senere siger han: "Jeg ville sige, at man er rig, hvis man har noget at spise hver dag. Og så har jeg været meget rig [griner]".

I det sidste citat joker han med, at han faktisk er lettere overvægtig, men vender det til noget positivt i relation til at positionere sig som rig i en vis forstand. Karl refererer endvidere til den ekstreme fattigdom, han har været vidne til under sine udlandsophold:

"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 Danmark. Det er da også derfor, at jeg har

valgt at leve her i Danmark. 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, for der er det gratis. Lægestuderende skal arbejde gratis om torsdagen. Og så skal jeg stå i en kø i 40 graders varme, hvor der står 200 andre mennesker. Systemet kan være skidt, men det er sku alligevel godt herhjemme [griner]".

Karl roser her det danske sundhedssystem og fremhæver det som én af grundene til, at han har valgt at leve i Danmark. I et af de ovenstående citater hævder Karl også sin ret til at få den læge og den behandling, som han har brug for. Med til historien hører, at Karl for nylig har haft problemer med hjertet, og meget tyder på, at han har haft en blodprop. Han har måske åreforkalkning, og i så fald skal han have en ballonudvidelse.

Flere gange i Karls fortælling nævner han desuden, at det er hans positive indstilling, som har fået ham igennem livet og de hårde tider:

"Nogle mennesker bliver sure, og så overreagerer de ved at begynde at råbe og skrike og slå rundt om sig. Jeg går den anden vej. Jeg bliver bare rolig, og så begynder jeg at tænke tingene igennem: "Hvordan får jeg det bedste ud af den situation, jeg er i?". Dengang jeg var i fængsel tænkte jeg, at det må jeg få noget nyttigt ud af. Så satte jeg mig hen og tænkte over livet, og fik tiden til at gå med det. Begyndte at skrive".

Denne positive indstilling fremhæver Karl også, når han skal forklare, hvorfor han trods alt ikke har været mere syg, når han nu har levet et så hårdt liv, som han har.

Det hårde liv kendetegner også Karls livsstil. Han fortæller, at han i perioder har drukket meget, røget og taget stoffer. Men ifølge Karl kan han til enhver tid få hold på det igen: *"Jeg kan ryge, og så kan jeg holde op med det. Jeg kan drikke, og så kan jeg holde op med det. Jeg kan tage stoffer, og så kan jeg holde op med det"*. Karl fortæller, at han tidligere røg pot hver dag og på et tidspunkt også tog kokain. Han stoppede dog på egen hånd, ligesom han i en periode på to år ikke rørte alkohol. Karl giver udtryk for, at han har en klar fornemmelse for, hvornår han skal stoppe:

"Når man mærker, at det her er ved at ryge ud på den absolutte skæve bane, så er man nødt til at stoppe. Hvis man ikke kan selv, så skal man selvfølgelig have hjælp. Jeg har aldrig nogensinde været udsat for, at jeg skulle bruge hjælp, for jeg har altid sagt, at det her render af sporet, og det må jeg stoppe med. Jeg har set nogle mennesker eller nogle tilfælde, hvor det er rendt af sporet og har tænkt, at der er grænsen".

Karl har oplevet, at flere af hans kammerater er døde i en meget tidlig alder, fordi de har levet et hårdt liv med druk og stoffer. Udover den positive indstilling så mener Karl, at én af grundene til, at han ikke har været mere plaget af sygdom, er, at han altid har husket at få noget at spise og drikke: *"Sørg for at få mad og drikke, hvis du lever et usundt liv. Hvis du tager stoffer eller gør noget usundt ved din krop, så husk også at du skal have noget at spise"*. I forhold til sine konkrete livsomstændigheder og livshistorie har Karl således taget ansvar for sit helbred.

Karl ved godt, at han vejer lidt for meget: *"Jeg har været overvægtig siden jeg var 20 år eller sådan noget. I 30 år har jeg været overvægtig, og man lærer at leve med det"*. Som følge af de hjerteproblemer, han har haft for nylig, har han dog ændret på sin kost. Han forsøger at spise mindre fed mad og mere frugt og grønt. Fx er han begyndt at spise gulerødder, hvilket han aldrig har gjort før. Han kunne også godt drikke fem liter mælk på en dag, men det har han skåret ned til to liter, og så er det skummetmælk. Karl har imidlertid fået at vide af lægerne, at hjerteproblemerne måske ikke var så alvorlige, som de først troede, og det har påvirket Karl iver i forhold til at ændre på sin livsstil: *"Hvis de nu havde sagt, at det der ser slemt ud, så havde jeg måske gjort mere ved det"*. Karl vil dog være lydør overfor lægens råd mht. hans vægt, hvis det altså batter noget i leveår: *"Hvis lægen finder ud af, at jeg kan blive 20 år ældre, forudsat at jeg taber mig 35 kilo eller et eller andet, så går jeg hen og gør det"*. Han fortæller dog samtidig om, at når hans kæreste er inde i en dårlig periode psykisk, så glemmer hun at spise. Så mens Karl skal tabe sig, så skal hans kæreste tage på. Om det siger Karl: *"Det er svært at bo (...) sammen med én på 50 kilo, når du selv vejer over 100"*, og henviser her til de helt modsatrettede livsstilsændringer, de som par står overfor.

Karl er meget bevidst om, at han har levet et hårdt liv. Det er bl.a. også én af grundene til, at Karl valgte at gå med i Sundhedsprojektet. Ifølge Karl har hans tal ligget fint, hvilket bekræfter Karls egen oplevelse af sit helbred: *"Og jeg havde jo aldrig følt mig decideret syg eller belastet af sygdom"*. Karl påpeger dog, at de mange værdier ikke siger ham så meget, *"for man er jo ikke læge"*. Men han sætter sin lid til, at lægerne kontakter ham, hvis der er noget alvorligt galt med hans helbred. Karls positive indstilling til tilværelsen spiller også ind på tolkningen af hans helbredstest:

"Hvis du læser et horoskop, og der står nogle ting, så kan du jo vende det positivt til dig selv. Jeg har aldrig haft et dårligt horoskop. Det har jeg ikke, fordi jeg kan jo vende tingene sådan, som jeg gerne vil høre eller forstå dem. Og sådan en sundhedstest. Der er sku nogen, der skal dunke mig oven i hovedet og sige: "Det der - det er sgu alvorligt. Det skal du passe på med".

Karl peger her på, at helbredstesten i sig selv ikke kan få ham til at ændre på sin livsstil, men at han har brug for nogle klare udmeldinger fra sin læge. Dette står umiddelbart i kontrast til, hvad Karl i anden sammenhæng fortæller om sin evne til at ændre livsstil.

Analytiske pointer i Karls livshistorie

Karls livshistorie er på mange måder usædvanlig, og vidner i mange henseender om en social udsat position. Hans liv har bestået af mange brud, rastløshed og kaotiske sociale forhold – han har haft meget at kæmpe med. Men i sin fremstilling af sit liv fokuserer Karl på, hvordan hans positive indstilling har båret ham igennem livet. En indstilling der giver ham et handlerum i forhold til at håndtere de mange svære hændelser i sit liv. Derudover gør han meget ud af at fortælle, hvordan han adskiller sig fra andre, der som ham selv har været på stoffer, er fattige eller har været i fængsel. Karl positionerer derved sig selv som bedre stillet end andre. Samlet set fremstår Karl som en person med meget styrke og overskud til at rumme andre.

4.2 Mette – "Glasset er halvt fyldt og ikke halvt tomt"

Kort resumé af Mettes livshistorie

Fra at være landmandskone har Mette gradvist taget mere uddannelse og bygget en karriere op, og som 45-årig er hun startet på en universitetsuddannelse. Mettes mand har arbejdet som ufaglært, efter de solgte gården og er nu på efterløn. Mette har ikke selv været præget af sygdom, men andres sygdom og problemer har i perioder præget Mettes liv. Sundhedsprojektet har ikke fyldt meget for Mette, men helbredsundersøgelserne har heller ikke vist nogen afvigelse – bortset fra et lavt kondital ved første undersøgelse.

Mettes liv tager udgangspunkt i et landmandsliv både igennem opvæksten og i starten af voksenlivet, hvor hun gifter sig med en landmand, som hun får tre børn med. Mette har i en periode været hjemmegående og hjulpet til på gården. Hendes liv er dog også kendetegnet ved, at hun gradvist har taget mere og mere uddannelse og har bygget sin karriere op. Hendes mand har, efter de solgte gården, haft forskellige jobs som specialarbejder og er nu gået på efterløn. Da vi fremhæver forskellen i social position mellem dem, siger hun, at det ikke er sådan, det har føltes: Der har ikke været en niveauforskel, men en horisontal forskellighed imellem dem. De har altid haft et arbejdsfællesskab og har hjulpet hinanden. Hendes uddannelser har ikke ændret på dette. Da de solgte gården begyndte Mette på en kontoruddannelse, fik job indenfor skattevæsenet og tog en revisoruddannelse. Derefter tog hun HD, fik en mellemliderstilling, og som 45-årig startede hun på en universitetsuddannelse, hvoraf hun kun mangler specialet. Som begrundelse for at starte på universitet fortæller Mette: *"Fordi jeg skulle se, om det var noget. Altså fordi jeg har brug for – det passer godt til mit arbejde. Og fordi jeg sådan, jamen har hængt ved at fylde efteruddannelser på undervejs sådan for at blive klogere"*. Mette fik også et chefjob i en kommune, men har droslet lidt ned på ambitionerne og sidder nu i en stilling i staten med lidt mindre ansvar.

Mette sagde sit job op i kommunen lige efter kommunalreformens gennemførelse. Reformen omfattede mange krævende opgaver og ekstra arbejdstimer, og hun følte trang til at drosle ned og få lidt mere tid til sig selv og sin familie:

"Jeg var bange for at få det [stress, red.]. Altså, jeg kunne ... jeg kunne forudse, at jeg måske ikke synes, at jeg kunne blive ved at holde til det. Og så ville jeg hellere selv lave noget om. Så jeg ville simpelthen over på en anden stige, og træde ned af stigen".

Mette har generelt uddannet sig og skiftet job, fordi hun har villet det og ønsket nye udfordringer.

Mette har aldrig selv været præget af sygdom. Hun har haft et lidt forhøjet blodtryk, siden hun fødte sine tre børn, men det bliver hun behandlet for, og det giver hende ingen gener. Som ung har hun døjet lidt med migræne og er på et tidspunkt blevet opereret for lyskebrok. Mette forklarer sit eget gode helbred med *"Lidt held og lidt fornuft"*, samt at hun har en positiv indstilling: *"Prøver at se de lyse sider og de gode sider"*.

at glasset er halvt fyldt og ikke halvt tomt". Hendes liv har ikke været præget af egen sygdom, men i nogle perioder af andres sygdomme og problemer.

I Mettes barndomshjem har det fyldt en del, at moren i perioder var syg, og Mettes mand har også været plaget af sygdom. Udover knoglesammenfald som følge af mange års hårdt fysisk arbejde har han fået foretaget en ballonudvidelse mod åreforkalkning og er bypass-opereret. Men det der nok fylder mest for Mette er, at han i perioder har haft problemer med et alkoholmisbrug. Selv om hun selv har haft et godt helbred, så har morens sygdom og mandens alkoholforbrug indimellem påvirket hendes velbefindende.

Mht. sundhedsadfærd fortæller Mette, at hun ikke tænkte så meget over det, dengang de havde landbruget. Men hun har altid været aktiv og gået til badminton og gymnastik. Hun forsøger også at cykle og gå ture, men at det er mere i nogle perioder end andre: *"Hvis jeg har for travlt, så drokler jeg ned, og det er en ond cirkel, for det skulle jo være modsat".* Mette ryger desuden ikke og drikker højst et glas rødvin om lørdagen. Hvad angår kosten har Mette et ønske om, at hun havde lidt mere systematiske kostvaner, for hun synes, at hun spiser for mange usunde ting indimellem, og at hun generelt spiser for store portioner mad. Mette synes imidlertid, det fylder meget i hendes bevidsthed, når hun forsøger at ændre kostvaner. Hun ville ønske, at hun havde lidt sundere madvaner, uden at hun behøvede tænke over det.

Mettes helbredsundersøgelser i tilknytning til Sundhedsprojektet har ikke vist nogen afvigelser bortset fra, at hendes kondital ikke var så godt ved første undersøgelse. Mette fortæller, at hun i den forbindelse talte med sin læge om motion, og hun synes at erindre, at det motiverede hende til at være lidt mere fysisk aktiv. Hendes kondital var også bedre ved de efterfølgende undersøgelser. Generelt har Sundhedsprojektet dog ikke fyldt meget for Mette, men hun sætter pris på at have været med: *"Ja det var da rart at få bekræftet, at man var rask, og lidt spændende at få lidt mere at vide om forskellige ting".*

Analytiske pointer i Mettes livshistorie

Mette er fra en baggrund som landmandskone kravlet opad på uddannelses- og karrierestigen, og hun har fundet energi i at uddanne sig og gøre karriere. Hendes eget liv har ikke været præget af sygdom, og hun mener, at det bl.a. skyldes hendes positive livsindstilling. Både moderens sygdom da Mette var barn, samt mandens periodiske sygdom og for høje alkoholforbrug, har dog haft en indvirkning på Mettes liv. Mette er ikke helt tilfreds med sine kostvaner og i travle perioder synes hun heller ikke hun får rørt sig nok, og det fylder, fordi det er svært at ændre på.

4.3 Susanne – "Det tager man nok lidt skade af"

Kort resumé af Susannes livshistorie

Susanne har haft en svær opvækst med en voldelig og alkoholiseret far. Susanne gifter sig selv med en alkoholiseret mand, som hun får tre børn med, og her gentager historien sig, idet én af hendes døtre gifter sig med en mand, der drikker. Susanne har døjet med psykiske problemer i form af depressioner. Dette kombineret med et dårligt knæ og en fyring fra sit kontorjob for 14 år siden gav hende et ordentlig knæk, og hun er nu i et fleksjob på en fabrik. For at få det bedre er Susanne begyndt i fitnesscenter tre gange om ugen, og hun er også optaget af at spise sundt. Men det er tilsyneladende ikke Sundhedsprojektet, der har motiveret Susanne til at være mere fysisk aktiv.

Susannes liv har været præget af svære livsomstændigheder og efterfølgende psykiske problemer. Hendes far drak, tæskede hendes mor og var utro. Særligt farens utroskab var meget skamfuldt for Susanne, fordi farens kvindelige bekendtskaber kunne have relation til nogen, Susanne gik i skole med. Om farens voldelige adfærd fortæller hun desuden:

"Så det var sådan noget med, at når han var af sted om aftenen, så lå jeg vågen, til jeg vidste, at han var kommet hjem. For jeg vidste, at hun [moren, red.] fik bank, når han kom hjem. Så jeg synes ikke, det var sjovt dengang. Men det tager man nok lidt skade af".

Før Susanne kom i skole, kan hun huske, at hun ikke var ret meget hjemme, men i perioder boede hos en nabo. Her blev hun behandlet godt, men hun har tit tænkt over, om hendes forældre faktisk ikke havde tid til hende. Det er dog aldrig noget, hun har talt med sine forældre om. Forældrene bliver skilt, da Susanne er 18 år, og det føler hun skyld over. Susanne forklarer, at det var hende, som på et tidspunkt tog ud og hentede moren, mens faren ikke var hjemme, og fandt et sted moren kunne bo. Susannes skyldfølelse knytter sig til, at moren efterfølgende havde en psykisk nedtur: *"Men altså hun havde det jo svært, for vi kunne jo mærke, at hun stadig var forelsket i ham"*. Der flyttede imidlertid hurtigt en anden kvinde ind hos faren, og med tiden blev moren glad for bruddet.

Susanne gifter sig med en mand, der ligesom hendes far har et alkoholproblem – manden var godt nok ikke voldelig, men havde til gengæld et hidsigt temperament. De er sammen i 13 år og får to børn. Længe inden de bliver skilt, har Susanne ønsket at forlade ham, men har ikke turdet, bl.a. fordi han truede med at slå hende ihjel. Da manden på et tidspunkt er ude at rejse, allierer Susanne sig imidlertid med en sagfører, som hjælper hende med skilsmissen.

Susanne kan nu konstatere, at hendes ældste datter også har fundet en mand, der drikker, og det bekymrer Susanne i særdeleshed, ligesom det bekymrer hende, at hendes yngste datter på 19 – som hun har med sin nuværende mand – ikke har det godt psykisk. Susanne fortæller, at der også har været problemer med den mellemste datter. Susanne har også selv psykiske problemer. Hun fortæller, at hun første gang fik det

dårligt, da hun fik sit sidste barn, i form af en fødselsdepression, og hun påpeger selv, at hendes psykiske problemer formentlig skyldes hendes barndom.

Susanne får en uddannelse som kontorassistent. For 14 år siden blev hun imidlertid fyret fra sit job gennem 18 år. Om det fortæller Susanne:

“Det gav mig faktisk så stort et knæk, så jeg røg helt ned i kælderens, kan man godt sige. Og samtidig fik jeg et dårligt knæ, som jeg blev opereret for. Så det er en kombination af det – det er derfor jeg er i fleksjob [på en fabrik, red.]. Fordi mit knæ kan ikke holde til det, til rigtig hårdt arbejde”.

Hun fortæller videre, hvordan det tog 1½ år at få genoptrænet knæet efter operationen. Samtidig fik hun lykkepiller mod sin depression. Efter tre år kommer hun i fleksjob på en fabrik, da hun ikke kan klare et normalt arbejde. Der har hun nu været i 10 år.

Over det sidste halve år er Susanne begyndt at trappe ned på lykkepillerne, for hun har ikke lyst til at skulle tage dem resten af livet. Det er dog ikke noget hendes læge ved noget om, og Susanne fremhæver også flere gange, at det ikke er sikkert, at hun kan klare sig uden pillerne. Hun kan mærke, at hun har det bedst, når hun får dem.

I forbindelse med sin nedtur efter fyringen gik Susanne til psykolog. Men Susanne synes ikke, det hjalp hende synderligt:

“Det synes jeg virkelig er spild af penge... Fordi hun [psykologen, red.] siger jo ikke noget. Det er mig selv, der skal snakke. Og jeg skal selv finde de der værktøjer. Og det kan man jo godt gøre ved at læse bøger. Og dem har jeg læst mange af”.

Susanne fortæller, at hun har fået meget ud af at læse selvhjælpsbøger og psykologibøger – bl.a. at hun tager alt for mange ting for tungt – herunder hendes børns problemer. Hun ved dog ikke, hvordan hun skal lære at blive mindre påvirket af de ting, der sker omkring hende. For at få det bedre er hun begyndt at dyrke motion. Hun går mange ture og er i fitnesscenter tre gang om ugen, når hun er færdig med sit arbejde på fabrikken midt på dagen. Det passer hende rigtig godt, at hun ikke skal være der på et fast tidspunkt eller skal følges med nogen.

Det er ikke fremmed for Susanne at være fysisk aktiv. Hun fortæller, at hun dyrkede meget sport som barn: *“Det var svømning, det var håndbold, det var gymnastik, det var springgymnastik, og det var idræt. Og så tror jeg ikke, der fandtes mere dengang”* [griner]. Hun var især god til at løbe, og hun beskriver, hvordan de ældre klasser altid skulle have hende med, og derfor lod som om hun var ældre. Og som Susanne konkluderer: *“Det var nok derfor, jeg godt kunne lide det”.* Her oplevede Susanne faktisk at have succes i modsætning til, hvad hun oplevede i hjemmet. Det har fra barnsben givet hende selvværd at være fysisk aktiv – her kunne hun gøre en forskel og vise sin handlekraft.

Susanne fortæller, at hun tænker over, hvad hun putter i munden. Hun husker, at det var noget hun begyndte at tænke over, da hun var teenager – en kombination af at hun gerne ville se godt ud og også gerne ville være sund. Dengang var der dog ikke så mange kampagner omkring kost, og det var i det hele taget ikke noget, der var særlig meget fokus på. Men de dyrkede mange ting selv på hendes barndomsgård, så ifølge Susanne fik de alligevel meget frugt og grønt, og som Susanne siger: *“Så tænker man*

jo ikke over det [at spise frugt og grønt, red.], når man er vant til at få det og er vokset op med det". I dag er Susanne dog meget bevidst om at spise de anbefalede seks stykker frugt og grønt om dagen og holde igen med fed mad, slik og kager. Susanne giver dog udtryk for, at det ikke altid er lige til: *"Det er bare lidt svært, når man har én [hendes mand, red.], der slet ikke gør".* Susanne fortæller, at hendes nuværende mand gerne vil have sovs, kartofler og kød hver eneste dag. Det er dog ikke hver dag, at Susanne laver sovs til ham, og *"han tør ikke sige så meget længere".* Hun fortæller også, at han er begyndt at spise frugt. I sin omgangskreds kan Susanne konstatere, at der er folk, som enten ikke vil eller ikke orker at lave om på deres livsstil. Mht. dem der ikke orker, kan det efter Susannes overbevisning skyldes depression. Susanne har i kraft af sin egen situation formentlig en dyb forståelse for, hvor svært det kan være at ændre på ting, når man er deprimeret.

Susanne har svært ved at huske de første helbredsundersøgelser og især helbredsamtalen. Hun mener dog, at tallene var normale, og hun i hvert fald ikke har foretaget nogen ændringer på den baggrund. Om projektets betydning for hende fortæller Susanne:

"Det har nok ikke betydet andet end, at jeg har tænkt, at hvis nu der er noget rivende galt, så ville jeg få det at vide. Og når jeg ikke har hørt noget, så har jeg nok tænkt, at så er der ikke noget, der er rivende galt. Jeg er ikke så god til at gå til læge, må jeg nok indrømme".

Analytiske pointer i Susannes livshistorie

Susanne kæmper for at holde sig selv fast og få styr på sine psykiske problemer. Selv om hun således virker sårbar, så er hendes fortælling også præget af styrke. De svære livsomstændigheder og problemer både hos sig selv og sine børn, synes ikke umiddelbart at efterlade overskud til at beskæftige sig med livsstil. Men Susanne finder tilsyneladende styrke i at dyrke motion fast tre gange om ugen – det er blevet et fast holdepunkt i hendes liv, som også gavner hendes psykiske tilstand. Susanne fremhæver selv depression som årsag til, at folk ikke kan overkomme at ændre livsstil. Herved positionerer hun sig selv som en person, der skiller sig ud.

4.4 Lene – "Det er kickstarteren der mangler"

Kort resumé af Lenes livshistorie

Under Lenes opvækst har det aldrig været til diskussion, at hun og hendes søster skulle have en uddannelse. Lene bliver pædagog og har forskellige pædagogjobs og bliver til sidst leder – senest på en institution for ældre. Lene har en søn fra et tidligere ægteskab og er gift på ny. Lene er meget engageret i sit arbejde. Hun er psykisk robust og har ikke været præget af sygdom. Hun kæmper dog lidt med vægten – særligt efter hun er holdt op med at ryge. Lene synes, det er svært at finde motivation til at dyrke motion. Problemet med vægten har også været påpeget i den seneste helbredsundersøgelse. Lene har kontaktet sin læge herom, men synes ikke hun fik noget ud af samtalen.

Lene har forholdsvis unge forældre. Forældrene, Lene og hendes søster boede først i en lejlighed i byen, men flyttede til et parcelhuskvarter og senere til en gammel firlænget gård. Lene fortæller, at det aldrig var til diskussion, at hun og hendes storesøster skulle have en uddannelse:

"Det skulle vi selvfølgelig. Det er aldrig blevet sagt: "Du skal have en uddannelse". Det er bare blevet sagt, at vi skulle gå i skole, og vi skulle passe vores skole. Og så måtte vi egentlig lave, hvad vi ville i vores fritid. Men skolen skulle passes, og det var med henblik på at blive til noget engang. Så på den måde har der været nogle forventninger til os".

Da Lene er færdig med HF, flytter hun til byen samtidig med sin søster. Lene uddanner sig til socialpædagog, bliver gift og får en søn. Hun bliver imidlertid skilt fra sin mand, og sønnen bliver boende hos manden, for at sønnen kan blive i sine vante omgivelser. Lene bor herefter alene i mange år, mens hun arbejder i vuggestue, børnehave og på børnehjem. Senere kommer hun til at arbejde med udviklingshæmmede og bliver afdelingsleder. Hun gifter sig med en ny mand og fungerer nu som teamleder på en institution for ældre. Som Lene her fortæller, synes hun godt om sit job:

"Der er rigtig mange der tænker: "At hun gider arbejde så meget, som hun gør". Det gider jeg godt. Altså, jeg tror, jeg arbejder 55-60 timer om ugen eller sådan noget. Og jeg er rigtig, rigtig glad for det og synes hver eneste gang, jeg skal i gang med en opgave, så tænker jeg: "Skide spændende. Dejligt!"

Lenes liv har ikke været præget af sygdom – hun har haft influenza et par gange og blev på et tidspunkt opereret for sangknuder på stemmebåndet. Mentalt synes hun også, at hun hænger godt sammen: *"Altså jeg har i hvert fald en robusthed, tænker jeg. Og sådan en (...) livsduelighed på én eller anden led, som gør, at jeg altid kæmper, til jeg er igennem det".* Lene knytter denne robusthed til sit gode helbred – hun hviler i sig selv, har en god selvværdsfølelse og er god til at mærke efter, hvad der er godt for hende. Hun fremhæver også sin evne til at organisere:

"Men jeg tror også, at jeg er rigtig god til at organisere. Det tror jeg er en gevinst, hvis man skal holde sit helbred godt og være fri af sygdom. Altså, jeg tror, jeg er god til at disponere tid og til at organisere sådan mit liv, så jeg synes, at jeg får mest ud af det. Ikke sådan at jeg ikke kan ligge på sofaen, men det er måske bare fordi, det har jeg bestemt, at nu vil jeg det".

Lige så meget som Lene knokler på arbejde, lige så højt vægter hun at holde fri om søndagen. Hun siger nej til invitationer og besøg, og betragter dagen som hendes 'hel-le', hvor hun restituerer og lader op til ugen: *"Hvis bare folk vil lade mig have min søndag, så kan jeg sku klare næsten hvad som helst".* Hun nævner også sit tætte forhold til sin søster som meget livgivende og betydende for hendes helbred. I det hele taget lægger Lene meget vægt på psykiske og sociale faktorerets betydning for hendes gode helbred, hvorimod mere fysiske aspekter ikke fylder så meget.

Lene fortæller, at hun ikke har gjort noget særligt for at bevare et godt helbred: *"Så længe det går godt, så tænker man vel ikke så meget over det".* Lene fremhæver her, at fraværet af sygdom betyder, at hun ikke har fokuseret så meget på sit helbred. Hun

har røget siden hun gik på seminariet og har haft et par pauser. Det var dog ikke hensynet til helbredet, som initierede Lenes seneste rygestop:

"Jeg arbejder i en kommune, som den første beslutning det byråd traf (...) det var, at medarbejderne ikke skulle ryge mere. Jeg syntes simpelthen, det var så latterligt [griner]. Og så gav de os en frist. Så tænkte jeg: "Det skal de fandme ikke få lov at bestemme. Det vil jeg selv bestemme, om jeg skal ryge eller ikke ryge".

Men Lene kunne godt se, at det ville blive rigtig besværligt at ryge på arbejdspladsen, så hun beslutter sig for at holde op med at ryge frem for: *"At løbe linen ud og sige: "Nå men den 15. juni, så må vi ikke have lov til at ryge her mere". Den situation gad jeg ikke komme i, for så skulle jeg til at gøre det, der er ulovligt hver dag, og det gider jeg jo heller ikke".* Selv om det egentlig er nogle ydre omstændigheder, som gør, at Lene holder op med at ryge, får Lene også her selv taget hånd om, hvordan hun synes det skal foregå.

Samme trang til at reagere og handle præger imidlertid ikke Lene, når det kommer til motion. Hun ved godt, at hun vejer lidt for meget – og det er ikke blevet bedre, efter hun er stoppet med at ryge. Men hun har virkelig vanskeligt ved at finde motivationen til at dyrke motion:

"Jeg skal jo bare dyrke noget motion, men det gider jeg ikke. Det gider jeg simpelthen ikke. Altså, jeg synes, det er så kedeligt. Og det har jeg altid syntes", og hun tilføjer: "Jeg ved simpelthen ikke hvilken hammer, jeg skal have i hovedet for at blive grebet af det" [motion, red.].

Lene fortæller, at hun har en mand, som er meget entusiastisk i forhold til at bakke hende op og motivere til fysisk aktivitet. Men det kan heller ikke få hende i gang. Lene har også bestilt noget materiale fra vægtvogterne og har læst det igennem, men som hun siger: *"Jeg er ikke kommet i gang med at bruge det".* Der står også en romaskine og en motionscykel i stuen, men som Lene siger: *"Og det er sku da meget sjovt til en start, men det er ikke noget, jeg gider".* I det hele taget er det karakteristisk for Lene, at hun ikke giver sig i kast med noget, som hun ikke motiveret for og har lyst til. Som hun konstaterer: *"Så det er kickstarteren, der mangler".* Her kan det gode helbred spille en rolle. I sine mange overvejelser omkring, hvad der skal til for at motivere hende, siger Lene bl.a.:

"Ja, hvis min læge han sagde til mig: "Det kan jeg godt sige dig Lene, du får et år tilbage, men du kan få 30, hvis du begynder". Så kan det godt være, jeg vil overveje det [at dyrke motion, red.]. Det tror jeg, at jeg ville. Men det har han ikke sagt. Og jeg ved ikke, om jeg skal have sådan en ... næsten sådan en dommedagsting eller en hammer i hovedet for at gøre det. Det kan jeg ikke finde ud af. Eller jeg skal belønnes".

Ved den sidste helbredsundersøgelse valgte Lene at tage en snak med sin læge. Her får hun at vide, at hun skal tabe sig. Ifølge Lene belærte lægen hende om, hvordan forbrændingen reduceres, når man stopper med at ryge, og at man gerne stopper dobbelt så meget i munden. Lene uddyber: *"Hans [lægens, red.] forståelse, tror jeg, var, at hver gang jeg tidligere tog en smøg, så tager jeg et stykke chokolade nu".* Lene forsøgte

imidlertid at forklare lægen, at det ikke er tilfældet – frem for chokolade putter hun en gulerod i munden, hver gang hun tidligere tog en smøg. Ifølge Lene var lægen ikke lydhør overfor hende, og derfor synes hun ikke, at hun rigtig kunne bruge samtalen til så meget. De var også omkring motion, og selv om hun udmærket ved, at det kunne hjælpe på de ekstra kilo, så har det i sig selv ikke været nok motivation for Lene.

Analytiske pointer i Lenes livshistorie

Lene fremstår som en ressourcestærk person både mentalt og økonomisk, der udviser handlekraft og initiativ. Hun elsker at arbejde, men forstår også at passe på sig selv ved at holde søndagen helt fri for aftaler. Lene er for nylig holdt med at ryge i forbindelse med indførelse af rygeforbud på sin arbejdsplads, men har selv bestemt farten. Lene er lettere overvægtig, og dette har hun taget fat i til den sidste helbredsamtale. Det er en udfordring at tabe sig samtidig med et rygestop, selvom hun er opmærksom på, hvad hun putter i munden, når hun har rygetrang. Lene ved, at hun burde dyrke mere motion og får også opbakning af sin mand, men hun har svært ved at finde motivationen til det. I det hele taget lægger Lene mere vægt på psykiske og sociale faktorerens betydning for hendes gode helbred, hvorimod mere fysiske aspekter ikke fylder i samme grad.

4.5 Jan – "Det vil jeg sku have lov til"

Kort resumé af Jans livshistorie

Jan er uddannet indenfor søværnets, men har haft forskellige ufaglærte jobs indenfor bl.a. møbel-, tømmer-, hotel- og slagteribranchen. Han arbejder nu på en pålægsfabrik, hvor han bl.a. er truckfører. Jan er ungkarl og bor til leje i et hus, som ejes af et vennepar. Han kan godt lide at få en øl efter arbejde og han ryger pipe. Jan har aldrig haft noget sundhedsflip, men han kan godt lide at gå ture og cykle. Ved første helbredsundersøgelse blev han gjort opmærksom på, at han skulle tabe sig og skære ned på alkoholen, hvilket Jan tog til efterretning og handlede på. Piben har han ikke tænkt sig at lægge på hylden.

Jan er uddannet indenfor søværnets, og ville oprindeligt have været skibskok. Men da han ikke kunne finde hyre, blev han i stedet konstabel ombord på et skib. Jan befandt sig dog ikke godt under det system, der herskede på skibet, så han gik i land og kom i lære som kok på et hotel. Efterfølgende har han haft mange forskellige jobs bl.a. på en møbelfabrik, i en tømmerhandel, som kranfører og taxa-chauffør, og i en periode var han ansat hos et plantegiftsfirma. I 16 år arbejdede han som pedel på et hotel, men på et tidspunkt blev han træt af det. Herefter fik han arbejde på et slagteri. Slagteriet må imidlertid lukke, hvorefter Jan blev ansat på en pålægsfabrik, hvor han bl.a. er truckfører. Der har han nu været i fem år.

Jan er ungkarl – og det bærer hans hjem også præg af. Der står en ølkasse fremme ved køkkenet, og Jan fortæller, at han gerne nyder en øl, efter han er kommet hjem fra arbejde. Han ryger også pipe med største fornøjelse. Jan påpeger flere gange, at det er bedre end at ryge cigaretter:

"Pibetobak, det er jo ren tobak. Det er cigaretter jo ikke. De er fyldt med alle mulige tilsætningsstoffer. Det er der jo ikke i pibetobak. Og i pibetobak ... du inhalerer jo ikke hver gang, jo. Du sidder jo ikke sådan ligesom med en cigaret".

Jan forsvarer således sin rygeadfærd med, at andre former for tobak er mere sundhedsskadelig. Jan giver i forlængelse heraf udtryk for, at rygningen ikke bekymrer ham, og han slår fast, at: *"Det [ryge pipe, red.] vil jeg sku have lov til".* I det hele taget fremstår Jan som en mand, man ikke skal koste rundt med.

Jan bor til leje i en lejlighed på første sal i et hus, som ejes af et vennepar. Som Jan her fortæller, så fungerer det godt:

"Så vi har sådan en lille familie, vi går ... de kommer herop og jeg går ned til dem, så der er ingenting. Jeg har også nøglen ned til deres hus, hvis der skulle være et eller andet. Og de har jo selvfølgelig herop til mig, fordi de ejer huset. Så passer jeg haven her, klipper hæk og får ryddet op".

Jan fortæller, at han har mange gode venner – især pigevenner. Han ser også lidt til sin nabo, som er førtidspensionist og tidligere kollega fra slagteriet. De får tit en bajer sammen og en sludder for en sladder. Naboen er dårlig til bens pga. en arbejdsulykke, men Jan forsøger at få ham med ud på nogle gåture en gang imellem.

Jan har ikke været synderligt præget af sygdom. Han dør indimellem med lidt nakkestivhed pga. for små nakkehvirvler. Så har han haft lidt problemer med ryggen, men som han siger: *"Det tror jeg, alle mennesker de har".* Han har dog været sygemeldt fra arbejde i et par dage efter et fald, som gav smerter i ryggen. Rygproblemerne plager dog ikke Jan længere, hvilket han forbinder med den type arbejde, han har nu:

"Altså, du står ikke og laver det samme fra klokken halv seks om morgenen til klokken ti minutter over to eller ti minutter over et om eftermiddagen, inden vi går ind og skriver bonen til firmaet. (...) Du står jo ikke ligesom en slagteriarbejder, du ser i fjernsynet, som står og laver de samme bevægelser hele tiden. Det gør jeg jo ikke. Altså, det er jo meget alsidigt".

Lige så lidt indtryk Jan giver af helbredsproblemer i sit eget liv, ligeså så stort indtryk har et sygdomstilfælde i familien gjort på ham. Hans svigerinde døde af kræft for et par år tilbage. Kort tid før hun dør, besøgte Jan hende sammen med sine forældre, og det var ifølge Jan en uhyggelig oplevelse:

"Der var fandme kun gået tre kvarter, så døde hun kræft æde mig. Det var satme, hold kæft jeg glemmer det aldrig" og han fortæller videre: "Så sagde jeg også til mutter: "Jeg skal kræft æde mig ha' en bajer, det kan jeg godt si-ge". Fordi jeg var simpelthen – det var jo fordi, jeg var rystet".

Jan fortæller, at han forsøger at leve sundt, men han har dog aldrig haft noget decideret sundhedsflip. Han kan godt lide at gå ture og cykle, og han prøver også at spise grønt – det er dog mest frostvarer, fordi det er det nemmeste. Ofte spiser han bare kartofler og grøntsager til aften. Kød spiser han ikke så meget af – i hvert fald ikke derhjemme: *"Jo, jeg spiser kød, men jeg arbejder altså også på en virksomhed, der laver kød, så der ryger også lidt indenbords i løbet af en dag. Man skal jo lige smage".*

Som på mange andre arbejdspladser er der indført rygeregler på Jans arbejdsplads – der må ikke længere ryges i kantinen. Til gengæld er der indrettet et rygerum. Men Jan kan ikke holde ud at opholde sig der pga. røgen:

“Der er satan æde og smaske mig sådan en tæt tåge derude. Selv om de har udsugning og vinduerne kan stå åbne og sådan noget. Jamen, det er frygteligt at være derude. (...) Fordi, jeg synes altså de der cigaretter, de har altså en anden virkning på kroppen, altså på øjnene og sådan noget. Hold kæft, man går derud ... jeg har sommetider været derude også, hvor jeg har tændt en pibe. Men selv om jeg sidder og ryger pibe, så kan jeg ikke holde ud at være derude”.

Jan ryger i stedet pibe, når cigaret-rygerne er færdige med at ryge, og så kan han ryge i sin truck – bare han kører udenfor. Han har som regel også noget frugt og chokolade med: *“Så har jeg mit rygerum og min spisestue der”.* Hvis ikke der er så meget at lave, så kører han ud til smedene, som har et hjørne, hvor de kan ryge. Jan fortæller også, at han drikker meget cola på arbejdet: *“Vi har de der halvliters. Nej, sommetider kan der godt ryge sådan en tre fire flasker. Jeg skal sku have lidt sukker i blodet”.*

Jan er én af dem, for hvem Sundhedsprojektet formentlig har gjort en forskel. Hvis ikke han havde deltaget, tror Jan ikke, han ville have spekuleret særlig meget over sit helbred: *“Det er jo en ... vink med en vognstang, eller hvad skal man sige. Sige, prøv at se her [banker i bordet]. Der er altså noget, der skal rettes op på, fordi ellers så smutter du sku nok i svinget en dag”.* Ved den første helbredsundersøgelse og efterfølgende helbredssamtale bliver Jan gjort opmærksom på, at han vil have godt af at tabe sig samt skære lidt ned på alkoholen. Det foranlediger Jan til at begynde at røre sig noget mere og spise mindre portioner, ligesom han lader være med at drikke så mange bajere. De efterfølgende prøver viser, at Jans livsstilsændringer har givet pote. Ifølge Jan havde det ikke været godt, hvis tallene havde været de samme:

“For så havde jeg ikke gjort, som han [lægen, red.] havde sagt jo. Det er jo ikke hans helbred. Det er jo mit helbred. Han skal jo råde og vejlede mig. Og det er jeg sku da glad for, for så har jeg da den snor at gå efter”.

Rygning var også oppe at vende til helbredssamtalen: *“Han [lægen, red.] spurgte, om jeg røg, så siger jeg: “Jeg ryger pibe”. “Nå”, siger han så, “Nå det er lige meget”.* Lægen bekræfter i den forbindelse Jans rationale om, at pibetobak ikke er nær så farlig som cigaretter. Selv om Jan har fulgt mange af lægens råd, så ville Jan gerne, at lægen havde været mere klar og bastant i mælet:

“Jeg synes bare han fortalte tingene ... ikke på en sjov måde, men på en lidt kedelig måde. Hvad skal man sige? Altså, han kunne ligeså godt have sagt: “Ved du hvad makker [slår i bordet], nu skal du lige se her. Nu skal du gøre ... du skal ikke gøre ... du skal prøve og gøre sådan og sådan”.

Analytiske pointer i Jans livshistorie

Jan fremstår som en person, der hviler i sig selv og som ikke finder sig i hvad som helst. Han fortæller ikke meget om sin opvækst, hvorimod hans arbejdsliv fylder meget i hans fortælling. Selv om Jan bor alene, fremstiller han ikke sig selv som ensom – han har en tæt relation til sine udlejere, har mange venner og ser til sin tidligere kollega, der er førtidspensionist. Jan tager således et socialt ansvar for en person i en udsat position. De problemer, som han har haft med ryggen bagatelliserer han og fremhæver, at slagteriarbejdere har et langt mere fysisk nedslidende arbejde end ham selv. Jan positionerer således sig selv i forhold til andre, der er dårligere stillet end ham selv. Ved at fortælle om de sundhedsskadelige effekter ved at ryge cigaretter, underbygget af beskrivelser af den kvælende cigaretrøg i rygerummet på hans arbejde, positionerer Jan desuden sin egen rygeadfærd som mindre sundhedsskadelig.

4.6 Kristian – "Man kan blive asket, ikk'!"

Resumé af Kristians livshistorie

Kristian kommer fra et velhavende hjem. Han har taget studentereksamen og er uddannet officer. Han uddanner sig til lærer og tager også en bacheloruddannelse i udlandet. Efter at have arbejdet som lærer i mange år, får han en lederstilling indenfor bankverdenen. Karrieren har fyldt meget, og Kristian har tre forliste ægteskaber bag sig, to børn og et par stedbørn, som han konsekvent kalder sine børn. Han er nu gået på pension og er aktiv i politik. Umiddelbart har Kristian et godt helbred, men han lever ikke særlig sundt – han ryger og vejer lidt for meget. Det var bl.a. også derfor Kristian valgte at deltage i Sundhedsprojektet, der dog ikke har givet anledning til de store livsstilsændringer hos Kristian, men dog visse overvejelser herom.

Kristian kommer fra et velhavende akademikerhjem, hvor der ofte var internationale gæster på besøg. Familien var højt respekteret i byen, og Kristian fortæller:

"Når jeg ser matador, kan jeg se hele molevitten fra [min hjemby, red.]. Vi kom fra et hjem, hvor vi blev favoriseret på alle områder, for de vidste præcist, at min mor var den og den, og at min far var den og den. Det var folk, der betød noget. Så jeg har aldrig stået i kø. Det vidste jeg. Jeg vidste ikke hvorfor, men det opdagede jeg selvfølgelig".

Efter folkeskolen tog Kristian en studentereksamen, uddannede sig til officer, gik en kort overgang på universitetet, men droppede ud og tog en læreruddannelse. Efter seminariet tog han en bachelor-uddannelse i udlandet, for som han selv siger: *"Jeg var jo klar over ud fra mit ophav, at sådan en folkeskolelærer, det var ikke tilfredsstillende".*

Kristian arbejder som lærer i adskillige år, hvorefter han får en ledende stilling indenfor bankverdenen, der bl.a. omfatter en del udlandsrejser. Det er tydeligt, at hans arbejdsliv har betydet meget for ham. Men hans karriere har også haft nogle omkostninger. Før han fik bankjobbet, bliver han gift for anden gang, og de får et barn sam-

men. Ægteskabet går dog i opløsning efter 12 år – ifølge Kristian fordi det var svært at få til at hænge sammen med hans karriere:

“Jeg havde 120 rejsedage om året, og jeg synes det var fascinerende. Men så er det altså svært at passe børn og kone og hunde og katte. (...) Det er én af grundene til, at det [ægteskabet, red.] ikke gik”.

Kristian bliver gift for tredje gang. Hans nye kone har to børn i forvejen, men de får også en datter sammen. Dette ægteskab holder dog heller ikke, men han har bevaret et tæt forhold til sine to 'stedbørn', et udtryk Kristian ikke bryder sig om. *“Det er jo mine egne børn”*, siger han. Kristians datter bebrejder ham i dag hans fravær i familien, men Kristian har forsøgt at forklare hende, at det var et valg, at satse på hans karriere, og det var hendes mor indstillet på. Men Kristian er godt klar over, at det var hårdt for datteren. De forsøger dog at indhente det forsømte ved at være meget sammen.

Kristian har siden sit seneste ægteskab haft et par veninder, men har besluttet at leve sit eget liv, hvilket han har det godt med. Efter han er gået på pension, har han kastet sig over politik, samt udenlandsrejser, og han er stadig tilknyttet forsvaret, som indimellem bruger ham til specialopgaver. Derudover er han indvalgt i fem bestyrelser og er leder af det lokale 'Åbent Universitet'.

Gennem hele sin fortælling beretter Kristian med stor entusiasme om de mange spændende ting, han har udrettet gennem sin karriere. I det hele taget sporer han hele tiden sin fortælling ind på sit tidligere arbejdsliv – også når det handler om hans helbred. Fx svarer Kristian følgende, da han bliver spurgt, om han har gjort noget specielt for at bevare et godt helbred:

“Ikke andet end at jeg har sørget for, at de arbejdsopgaver jeg har lavet, har jeg altid brugt masse af energi og flid på, og også en vis kunnen, og løst til alles tilfredshed. Jeg har altid haft nogle utrolig tilfredse chefer både i forsvaret og i det private og i skolesystemet og hos eleverne. Jeg havde et kanon forhold til eleverne. Jeg var fagligt velfunderet, og det satte jeg pris på. Og så førte jeg disciplin”.

Kristian fremhæver, at han har en god disciplineringssevne, som han har med sig fra forsvaret. Denne evne skaber ifølge Kristian en tilfredshed i livet, som også påvirker hans helbred i positiv retning. Endelig fremhæver Kristian en form for held i forbindelse med sit helbred: *“Og så ved jeg ikke, hvor meget Vorherre spiller ind i det billede. (...) Men altså, det kan godt være, at jeg har en heldig stjerne oppe hos ham”.*

Kristian er alt i alt en velbjerget mand, der ifølge ham selv har et godt socialt netværk (som han selv siger "kanon gode naboer"), et dejligt hus, og han lider ikke nogen økonomisk nød. Efter Kristians egen vurdering fejler hans helbred heller ikke noget. Det skyldes efter hans egen overbevisning, at han har et positivt livssyn. I modsætning hertil nævner han sin bror, som døde af diabetes og i øvrigt havde astma og eksem: *“Han havde et meget vanskeligere sind end jeg havde. Jeg har altid været lys og optimist og synes det er sjovt. Og [min bror, red.] synes ikke, at det var sjovt, selvom han havde et kanon job”.*

Kristian er imidlertid godt klar over, at han ikke lever et særligt sundt liv – han er lidt overvægtig, han ryger, og lungerne fungerer ikke helt optimalt. Han er også bevidst om, at det tilsammen placerer ham i risiko for at få hjertekarsygdomme. Kristian holdt kort-

varigt op med at ryge, da han havde lungebetændelse i fire dage – de eneste fire sygedage han har haft i sit arbejdsliv. Hans læge troede først det var kræft, men ifølge Kristian ringede lægen og sagde: *“Du kan godt begynde at ryge igen, for det er kun lungebetændelse [griner]”*. Så Kristian røg fortrøstningsfuld videre. Han har dog en klar viden om, at han burde spise mere sundt samt drikke og ryge lidt mindre. Som han selv siger:

“Jeg har jo en klar viden om, hvad jeg burde gøre, om hvad jeg skulle gøre, men så vælger jeg altså at leve det liv, som jeg synes er sjovt. Man kan blive asket, ikke? Det kan man jo, men det gider jeg ikke”.

Kristian var ikke et sekund i tvivl om, at han gerne ville deltage i Sundhedsprojektet, fordi han netop var klar over, at han ikke havde levet særlig sundt. Kristian sammenligner helbredsundersøgelserne med et 100.000 km bil-eftersyn: *“Det er lige så fornuftigt som med bilen. Engang imellem skal de til regelmæssig eftersyn, sådan at bremses og sådan fungerer. Bremses, lys, motor etc., det skal bare køre”*. Generelt har Kristians tal ligget lidt højt, og det er de samme ting, han gennem årene har skullet være opmærksom på – herunder vægt og tobak. Ifølge Kristian er der dog ikke noget, som har overrasket ham. Selv om Kristian gør opmærksom på, at han vælger det liv, som han synes er sjovt, så forsøger han alligevel i det små at leve lidt sundere. Han prøver at spise lidt mere grønt, prøver at motionere en time om dagen og har skåret lidt ned på sit rødvinsforbrug. Men tobakken vil han ikke lægge på hylden – medmindre han begynder at hoste hver morgen. Kristian har på ingen måde følt, at lægen har moraliseret overfor ham til helbredssamtalerne:

“Jeg kan jo sige, at det ved jeg sku ligeså godt, som du [lægen, red.] ved. Men du skal jo ud fra din ekspertise sige til mig, hvad jeg kunne gøre anderledes og bedre. Og så må jeg forholde mig til det. Og det er mig, der træffer beslutningen om, hvad jeg så gør. Lægen kan ikke træffe nogen beslutninger, men selvfølgelig, hvis man kommer i en akut situation, så er det noget andet”.

Kristian pointerer her igen, at det er hans eget valg, hvordan han lever sit liv velvidende, at det måske ikke indebærer et sundt liv i lægens øjne.

Analytiske pointer i Kristians livshistorie

Kristian fremstiller sig selv som en handlekraftig erhvervsmand, der har gået op i og prioriteret sin karriere. Samtidig erkender han, at det har haft omkostninger på det personlige plan. Ifølge Kristian selv har han et rimelig godt helbred, men han gør gentagne gange opmærksom på, at det ikke er fordi, han har levet specielt sundt. Derimod kobler han det til sin karakter og livsindstilling. Han gør meget ud af at fremhæve, at han bevidst har valgt sin livsstil og ikke ønsker at leve som asket. Samtidig beretter han om mindre ændringer i forhold til kost og motion. Kristian oplever således et vist modsætningsforhold mellem at tage ansvar for eget helbred og samtidig leve sit liv, som han ønsker det.

4.7 Jens – ”Meget af det ligger i generne”

Resumé af Jens' livshistorie

Jens er hjemmefødt og kommer ud af en stor søskendeflok. Han er uddannet kommis, bliver gift og får to børn. Han har været ansat på forskellige fabrikker. På et tidspunkt bliver han sygemeldt og får konstateret åreforkalkning i kranspulsåren. Han bliver opereret, men hjerteproblemerne vender tilbage, og han bliver opereret på ny. Derudover får han allergi. Det har været hårdt for Jens at være afhængig af det sociale system, og han er derfor ivrig efter at komme tilbage på arbejdsmarkedet. Han må dog opgive sit tidligere job pga. allergi, men finder nyt job indenfor postvæsenet. Jens har ikke været specielt påpasselig med sit helbred. Det er dog lykkedes ham at holde op med at ryge. I den tid han har været involveret i Sundhedsprojektet, har han været klar over, at han var i en risikogruppe.

Jens bor i den by, han er født og opvokset i og er efternøleren ud af en søskendeflok på fem. Han er gift og har to børn, som begge er flyttet hjemmefra. Jens er uddannet kommis og kom i lære i den lokale fødevareforretning. Han har efterfølgende arbejdet på et engroslager og et slagteri. Han har været ansat på en vitaminfabrik i 15 år og i en kortere periode på en chokoladefabrik, indtil han blev sygemeldt pga. hjerteproblemer. Her viste det sig, at han havde åreforkalkning i kranspulsåren, og han fik derfor indopereret et stent. Kort tid efter operationen fik han allergi, som satte sig især i fod- og håndled og påvirker hans bevægelighed: *”Fra anklen og så op til skulderen i venstre side. Alle leddene der, de var låst. Det kunne jeg ikke røre, støtte eller gå på”*. Jens er sygemeldt i to år.

Da Jens føler sig nogenlunde rask, kommer han i en kort periode i voksenalder hos en elektriker, men han får igen smerter i brystet. Det viser sig, at han har endnu en forsnævring, og han får derfor indopereret endnu et stent. Herefter søger Jens job hos postvæsenet, hvor han stadig arbejder. Om sin nuværende sundhedstilstand fortæller Jens:

”Altså, jeg mærker ikke noget videre til det [åreforkalkningen, red.]. Selvfølgelig kan man overanstrenge sig, fordi det er jo, som han [speciallægen, red.] siger: ”De andre kar er også lukket et eller andet sted. Men ikke nær så meget”. Men det er klart, at hvis du ikke kan få hovedparten af blodet frem, så har du et problem. Men det er nok mere, hvis man har overanstrengt sig alt for meget, så kan man godt lige mærke det. Så skal man æde en masse medicin, og det er næsten det værste [griner]”.

Som Jens her fremhæver, så huer det ham ikke, at skulle tage så meget medicin i form af blodfortyndende og blodtrykssænkende lægemidler: *”Jeg forbinder det sådan lidt med, at så er man gammel [griner]”*.

Før Jens blev egentlig syg, vidste han – helt tilbage til dengang Sundhedsprojektet startede – at han var i risiko for at udvikle hjertekarsygdomme. Dengang tænkte han: *”Ja det må så komme den dag”*. Jens fortæller, at både hans bror og mor havde problemer med hjertet, og derfor tror han ikke overraskende, *”at meget af det ligger i generne”*. Jens fremhæver, at han måske kunne have udsat sin sygdom en kort periode

ved at ændre sin livsstil. Men dybest set mener han ikke, at han kunne have undgået at blive syg:

"Jeg tror, hvis man havde levet anderledes, og måske lige holdt lidt igen, så havde man måske nok ikke fået det. Men så havde man jo nok fået noget andet. [...] Du kan selvfølgelig afhjælpe nogle ting ved at leve rigtigt, men som jeg startede med at sige, så tror jeg, at det meste ligger i generne".

Jens beskriver sin sygeperiode som en hård omgang. Jens' allergi blev anerkendt som arbejdsskade, og han fik på den baggrund udbetalt sygedagpenge fra en privat sygeforsikring. Men ham og hans kone sad alligevel hårdt i det økonomisk: *"Sygedagpenge det er ikke meget at gøre med, når man er vant til at tjene penge"*. Hvis ikke han havde haft forsikringen og fik anerkendt arbejdsskaden, så er Jens overbevidst om, at han og konen havde været nødt til at sælge huset. Konen gik nemlig arbejdsløs i samme periode. Udover det økonomiske fremhæver Jens også, hvor belastende det menneskeligt set var at være en social klient: *"Samtidig med den usikkerhed der er i systemet der, fordi du ... er mere eller mindre overladt til nogle tilfældigheder. Du har ikke nogen rettigheder i det system"*. Han følte sig i den grad begrænset i sin handlefrihed. Jens er derfor ivrig efter at komme tilbage på arbejdsmarkedet, og forsøger kortvarigt at genoptage sit job på chokoladefabrikken. Men de allergiske reaktioner kommer igen. Derfor vælger Jens på egen hånd at søge job i postvæsenet:

"I den periode, hvor jeg var sygemeldt, har jeg jo ikke haft nogen former for anfald overhovedet. Så tænkte jeg, at det var med at komme væk derfra [chokoladefabrikken, red.] og så over til noget andet. Så jeg skulle nok have været ude i noget arbejdsprøvning, men jeg synes, at jeg har fået det så godt her i det andet, at det kunne jeg godt klare. Så jeg har selv søgt ud til Post Danmark".

Jens får job hos postvæsenet til trods for, at den arbejdsskadeklinikk, som skal udrede hans allergi, gerne vil have ham til at vende tilbage til fabrikken, så de kan undersøge anfaldene nærmere. Og som Jens også fortæller, afslår han at komme i arbejdsprøvning.

Ifølge Jens har han ikke gjort noget særligt for sit helbred: *"Jeg har aldrig været den store motionsfreak eller kostfanatiker. Jeg har spist, hvad der kom frem"*. Jens og hans kone har dog forsøgt at skære ned på mængden af den mad, de spiser, men det holdt kun nogle uger. Jens mener i øvrigt, at det vil gå ud over hans livskvalitet, hvis han skal gå for meget op i kosten: *"Jamen det er jo, hvis man går ud og skal til at veje kosten og alt muligt. Hvis det er det man skal for at kunne styre sin vægt, så mener jeg, at så bliver det en sur pligt at leve jo"*. Jens er som nævnt heller ikke motionsfreak, men han er dog begyndt at gå, når han skal ned i byen frem for at tage bilen – førhen tog han altid bilen.

Jens har røget siden han var syv, og han har forsøgt at holde op af to omgange. Første gang var ifølge Jens foranlediget af Sundhedsprojektet, men han begyndte hurtigt at ryge igen. Efter hans hjerteoperation får han igen at vide, at det vil være godt at lægge smøgerne på hylden. Denne gang tilmelder Jens sig et rygestopkursus på apoteket og lykkedes med at stoppe. Han brugte bl.a. nikotintyggegummi, men var egentlig trappet ud af det, da han startede på arbejde. Jens fortæller imidlertid: *"Da jeg så kom*

på arbejde igen, og begyndte og køre lastbil og blev stresset og gjorde ved, så skulle jeg have det der tyggegummi igen". Generelt har Jens dog ikke så stor tiltro til effekten af livsstilsændringer. Fx siger han:

"Det er også det, jeg siger med rygning. Det kan godt ske, at det slår én ihjel, men du ved ikke, om du bliver kørt over af en bil om to timer vel. Man skal leve sit liv, og så kan man også godt tage de risici, der er".

Jens har faktisk mistet én af sine søskende ved et trafikuheld, og han har således selv oplevet, hvor brat livet kan slutte. Hvad angår Sundhedsprojektet har Jens' tal generelt ligget lidt kritisk, men der er ikke noget, som har overrasket Jens. Ved den sidste helbredsundersøgelse så tallene dog væsentlig pænere ud. Jens mener dog ikke, at det skyldes livsstilsændringer, men tilskriver det i stedet hjerteoperationen og den medicin, han efterfølgende har fået.

Analytiske pointer i Jens livshistorie

Jens' sygdomsperiode har været en skelsættende begivenhed. Det huede ham ikke at være en social klient, og på den baggrund mobiliserer han en styrke, og finder – udenom det sociale system – et job, som han kan klare. Jens har i mange år vidst, at han var i en risikogruppe, men han har ikke meget tiltro til, at hjerteproblemerne kunne være undgået, hvis han havde levet sundere. Han ser sig ikke i stand til at ændre på noget, der 'ligger i generne'. Jens udviser risikovillighed i forhold til at leve, som han helst vil, selv om det kan være sundhedsskadeligt. Samtidig har han i det små forsøgt sig med livsstilsændringer, og har således taget nogle sundhedsbudskaber til sig.

4.8 Ole – "Det har været skide svært ikke at kunne tage sig sammen"

Kort resumé af Oles livshistorie

Ole er uddannet murer, men læste videre til ingeniør. Han møder sin kone i en ung alder, og de får to børn sammen. Ole har haft forskellig jobs i entreprenørbranchen og i kommunalt regi. I forbindelse med kommunalreformen udvikler Ole stress og går ned med en depression. Han går derfor på efterløn og arbejder på at komme ovenpå igen. Helbredsmæssigt har Ole i sit voksenliv døjet lidt med slidgigt i knæet og nogle småskavanker. Han har tidligere holdt op med at ryge, men det var en for stor belastning oven i depressionen, og derfor ryger han nu pibe. I forbindelse med depressionen udviklede Ole også et alkoholproblem, som han dog nu har fået styr på. Ole har ikke gået meget op i at holde sig sund, men den første helbredsundersøgelse motiverede dog Ole til at motionere mere.

Da Ole bliver født, er hans mor ugift, men hans forældre bliver senere viet. Faren var ufaglært arbejdsmand, og moren lærerinde på en skole, så Ole sidder i en tidlig alder med ved skolebænken. Da han endelig starter i skole som 6-årig kan han allerede læse, skrive og regne og keder sig bravt. Ole bliver uddannet murer og kommer på teknikum.

Han møder sin nuværende kone, da han er 17 år, og de får to sønner. Mens Ole læser på teknikum får de deres første søn, og Ole tager en pause fra studierne for at tjene penge. Han genoptager dog studierne og får efterfølgende job i et entreprenørfirma, og som han fortæller:

"Ja så gik arbejdslivet ellers derud af. Og det er faktisk gået godt, kan man sige, for jeg har været meget god til at finde på alternative løsninger. Og det er faktisk ikke så ringe. Men jeg tror, det kommer af at være doven".

Senere arbejder Ole i forskellige rådgivende ingeniørfirmaer. Han fortæller meget detaljeret om sine arbejdsopgaver i disse år – det er tydeligt, at Ole er en tekniker med stor begavelse og kreativitet. Senest har han haft job som souschef i en teknisk forvaltning i en kommune, indtil han for nylig gik på efterløn før end planlagt pga. en stressrelateret depression. Stressen opstod umiddelbart før kommunalreformen, men kulminerede i de omstruktureringer og kaos, som reformen ledte med sig. Ole fortæller selv følgende om sin stresstilstand:

"Jeg er nok rimelig pligtopfyldende og vil gerne gøre folk tilpas. Og specielt hvis man så kan se, at der skal gøres nogle ting, men ikke har midlerne til det af forskellige årsager, så bliver man stresset. Så forholdsvis stor arbejdsbyrde, og hvad skal man sige, halvhjertet støtte fra overordnede".

Ole får via sin fagforening en række psykologsamtaler, men han er tydeligvis stadig mærket af sin depression. Han synes dog, at han har fået det lidt bedre, efter han er stoppet på arbejde:

"Altså selv efter jeg gik på efterløn og holdt, da har jeg simpelthen kunne sidde og få sved til at springe frem på panden ved at tænke på arbejdssituationen. Og det kan jeg ikke rigtig mere. Så på den måde har jeg ligesom fået lukket lidt af på det. Og det går også bedre med at gå i gang med noget. Det har været skide svært ikke at kunne tage sig sammen til ting".

Udover Oles egen nedtur viser det sig også, at hans kone også har haft en svær periode. Hun blev også kørt psykisk ned af sit arbejde, men hun er tilsyneladende helt ovenpå igen.

Oles voksenliv har ellers ikke været præget af sygdom, men han havde to distinkte sygdomstilfælde som barn. Ole blev ramt af børnelammelse, da han var 1-2 år, og var indlagt på hospitalet ½ år. Han fortæller meget berørt om sin erindring af det: *"Jeg har et billede af, at jeg trækker mig frem på armene som en sæl, fordi mine ben bare ikke fungerede".* Da han er ca. fire år gammel bliver han alvorligt forbrændt i en selvantændt tørvebunke, og her er han igen indlagt i en længere periode. Det eneste Ole har døjet med i sit voksenliv er lidt slidgigt i knæet. Han har også søvnapnø, men han har god hjælp af en maske om natten. Ole har også haft en forsnævret blærehalsmuskel, som blev opereret, og den fungerer nu fint.

Inden Ole gik ned med stress og depression var han holdt op med at ryge. Men i den svære tid blev det en ekstra stor belastning ikke at ryge. Da hans egen læge mente, at rygestoppet godt kan være en medvirkende årsag til hans stresstilstand, begyndte Ole at ryge pibe. Om det fortæller Ole: *"Det gjorde jo så, at jeg hængte på den igen. Men ellers skulle jeg nok have haft lykkepiller eller et eller andet, og det er spørgsmålet,*

hvad er så værst?“. Ole har tidligere røget først cigaretter og senere cerutter, men forsøgte at holde op, fordi han fik henholdsvis en kraftig hoste og lungebetændelse. På sigt vil han gerne holde helt op med at ryge. Hans mor døde af KOL, og det var ifølge Ole ikke rart at være vidne til.

Det viser sig endvidere, at Ole har haft et alkoholproblem, som eskalerede samtidig med hans stresstilstand – alkoholen virkede dæmpende og som bedøvelse. Det går ikke op for Ole selv, at han har et problem, før hans kone og to sønner gør ham opmærksom på det:

“Så fik jeg at vide, at jeg var noget vrøvl at høre på en gang imellem. Og hvis jeg ringede til dem [sønnerne, red.], så kunne de høre, at jeg snøvelede eller et eller andet. At jeg ikke var ædru i hvert fald. Så det blev jeg flov over. Sådan ville jeg altså ikke fremstå“.

Ole formår dog med familiens opbakning at få styr på sit alkoholforbrug. Det er nu på et sådant niveau, at ham og konen deler en flaske rødvin til aftensmaden, og Ole får et par pilsnere i løbet af dagen.

Ifølge Ole selv kan han sagtens ændre på forhold i sit liv – også sin livsstil – hvis han ligesom når til et punkt, hvor: *“Nok er nok“*. Samtidig påpeger Ole dog, at *“Jeg skal måske også drives rimeligt langt ud, før jeg gør det“*. Dog har Ole ikke gået meget op i at holde sig sund, men han er begyndt at tænke lidt mere over det, efter han er blevet ældre. Han vil gerne i gang med at cykle og blive ved med at gå ture – at løbe er udelukket pga. knæet. Ole har tidligere løbet – noget han faktisk startede på, fordi én af helbredsundersøgelserne fra Sundhedsprojektet viste, at hans kondition ikke var særlig god. De efterfølgende helbredsundersøgelser husker han ikke særlig tydeligt – han husker dog, at hans kondition var blevet bedre ved 2. opfølgning. Han husker også, at der ved den sidste helbredsundersøgelse var en del, han ikke forstod – bl.a. værdierne for blodtryk og kolesterol. Derfor ringede han til lægen: *“Jeg ville gerne have styr på det. En ting er at være syg, hvis man er det, men det er meget rart at vide, hvor syg man er“*. Der var dog ikke nogen væsentlige afvigelser, hvilket ifølge Ole var betryggende. Ole synes dog, det kunne have været rart med en opfølgende samtale, *“så man ikke var overladt til sin egen fantasi“*. Oles kone – som er til stede under en del af interviewet – har også været involveret i Sundhedsprojektet. Hun efterlyser også noget mere opfølgning. Hun har hele tiden haft for højt kolesteroltal, og ‘tendensen’ er kun blevet forstærket gennem årene. Hendes læge anser det dog ikke som særligt alarmerende. Oles kone giver imidlertid udtryk for, at hvis lægen tog det mere alvorligt, så ville hun nok gøre noget ved det.

Analytiske pointer i Oles livshistorie

I relation til familielivet og tidligere arbejdsliv fremstår Ole som ressourcestærk. Kombinationen af at være et pligtopfyldende væsen og at være udsat for en stor arbejdsbyrde vælter imidlertid læsset. Vi møder ham midt i kampen for at komme den stressrelaterede depression til livs, og i det lys fremstår han ret sårbar. Depressionen fylder også meget i hans fortælling, men han vender også tilbage til sit tidligere arbejdsliv, hvor han fremstår som en kompetent medarbejder. Da han blev gjort bevidst om, at han havde et alkoholproblem, formår han at få styr på det. De nuværende psykiske problemer gør det vanskeligt for Ole at overskue livsstilsændringer, men han vil på sigt gerne gøre noget også på det område. Ole foretager således en afvejning af, hvad der er overkommeligt i hans nuværende situation.

4.9 Else – "Jeg ventede faktisk kun på at få den pension"

Resumé af Elses livshistorie

Else kommer fra beskedne kår og er del af en stor søskendeflok. Efter skolen blev hun stuepige og senere syerske. Else bliver gift og får tre børn og er i en periode hjemmegående. Derefter bliver hun dagplejemor. Else bliver skilt og flytter tilbage til sin fødeby. Da hun er omkring 40 år får hun problemer med hoften, og må stoppe med at arbejde. Hun gennemgår en korrigerende hofteoperation og kommer på revalidering. Hun kan imidlertid ikke klare jobbene, og som 50-årig bliver hun førtidspensioneret. Else får senere en ny hofte. Hun har også døjet meget med eksem, og ½ år efter operationen får hun konstateret forhøjet stofskifte. De mange sundhedsproblemer, hun har haft, er ikke blevet konstateret i forbindelse med Sundhedsprojektet.

Else er født i den by, hun nu bor i. Hendes far var fisker, og hun kommer ud af en søskendeflok på otte. Efter skolen blev Else stuepige og arbejdede senere på en systue. Hun bliver gift, og da de flytter til Sjælland, hvor manden har fået arbejde, holder Else op med at arbejde. De får tre børn og flytter tilbage til det jyske, og Else begynder at arbejde som dagplejemor. Hun bliver imidlertid skilt fra sin mand – ifølge Else var det mandens og ikke hendes ønske. Efter skilsmissen arbejder Else på et plejehjem, og efter nogle år flytter hun tilbage til sin fødeby. Else begrundede sin flytning med, at hendes forældre var blevet gamle og trængte til hjælp, og som hun selv siger: "Jeg havde min familie her i [byen, red.], eller har stadig". Mange af hendes søskende bor også stadig i området.

Som ung og mens børnene var små havde Else ingen helbredsproblemer. Men derefter må Else siges at have været præget af sygdom på forskellig vis. Allerede da Else arbejder som dagplejemor, får hun problemer med hoften. Det viser sig, at hun har en medfødt hoftefejl og må stoppe med at arbejde på plejehjemmet. På det tidspunkt er hun omkring 40 år og får at vide, at hun er for ung til at få en ny hofte. Hun gennemgår derfor en korrigerende hofteoperation efterfulgt af en lang genoptræningsperiode. Om det fortæller Else:

"Det var lidt træls første gang, fordi jeg måtte ikke støtte på det ben i tre måneder, så jeg gik med krykker. Og da jeg så skulle til at gå, så kunne jeg jo ikke (...). Mit ene ben var altså blevet kortere end det andet. (...) Så jeg gik jo bare til træning og træning. Til fys i over et år. Ja, det var rigtig hårdt".

Efter at have været sygemeldt kommer Else i revalidering, hvor hun prøver forskellige jobs. Men der er ikke rigtig nogen af jobbene, hun kan klare, da hun ikke kan holde til at stå eller sidde i ret lang tid ad gangen. Da hun er knap 50 år bliver hun førtidspensioneret til stor lettelse for Else:

"Altså, det gav en ro, da jeg var færdig med det [revalideringen, red.], fordi jeg vidste jo godt inderst inde, at jeg kom aldrig ud i et job mere. Jeg kunne sagtens klare 2-3 timer om dagen et eller andet, men ikke noget jeg kunne leve af. Og det er jo egentlig lidt stressende at blive sat til at prøve det ene og det andet, og man selv siger, at man kan ikke. Og det er lidt træls. Så jeg ventede faktisk kun på at få den der pension".

For knap fem år siden fik Else så en ny hofte, som gerne skulle holde livet ud. Her forløber genoptræning meget bedre end efter første operation:

"Når man får en ny hofte, så må man jo godt gå. Man skal bare gå og gå og gå. Og man kommer hjem, og man går, og til at begynde med så havde jeg en fast rute, jeg gik her. Det skal du altså gøre to eller tre gange om dagen".

I modsætning til den første operation oplever Else således, at hun forholdsvis hurtig er mobil og kan komme rundt uden hjælpemidler. Et halvt år efter operationen får Else imidlertid konstateret forhøjet stofskifte, og hun taber sig en del. Hun får at vide af sin egen læge, at det formentlig er en eftervirkning af operationen, men det har Else lidt svært ved at tro på. Else får reguleret stofskiftet medicinsk, men hun er nu trappet ud af medicinen og stofskiftet er igen normalt.

Else fortæller videre, at hun har døjet med eksem og har været invalideret af det i perioder. Hun har også fået behandling: *"Jeg var i sådan nogle bade, sådan et tjærebade og lysbade. Men det var også godt nok så længe, at de varede. Men altså, det kom jo så igen, når jeg kom hjem".* Hun smurte sig også med hormoncreme, men det skulle hun holde pauser med, og så kom eksemen igen. Else mener, at hendes eksem kan være psykisk betinget, og bl.a. have forbindelse til skilsmissem: *"Ja det kan godt ske, at det [at blive skilt, red.] inderst inde er værre, end man egentlig synes".* I hvert fald forsvandt eksemen, da hun for nogle år tilbage fik en kæreste, og hun fortæller med et smil på læben:

"Jeg har godt nok en svoger, og han har godt nok sagt hele tiden: "Altså Else, du skal have dig en kæreste. Ved du hvad, det er det eneste du mangler. Det er det eneste, der kan få det [eksemen, red.] til at gå væk". "Nå ja, det er godt med dig".

Else lever forholdsvis sundt. Hun ryger og drikker ikke – hun kan hverken lide eller tåle alkohol. Else fortæller også, at hun og kæresten går mange ture. Ligeledes tænker de over, hvad de spiser, og lægger vægt på at lave hjemmelavet mad. Else fortæller om sin kusine, som har forhøjet kolesterol. Kusinen spiser ikke en speciel kost, fordi hendes mand ikke vil spise den slags mad. Else synes også, det ville være besværligt at lave to

forskellig slags mad. Elses kæreste har faktisk haft forhøjet blodtryk i mange år, men som Else fortæller: *“Det kan simpelthen ikke komme ned. Og det er lige meget, hvad de fylder i ham”*.

De mange sundhedsrelaterede problemer, som Else har haft, er ikke blevet konstateret i forbindelse med Sundhedsprojektet. Hun fortæller, at hendes tal fra helbredsundersøgelserne har været fine hele vejen igennem, bortset fra et enkelt levertal ved første undersøgelse, som viste sig at være en fejl. Hun kan dog ikke huske den anden helbredsundersøgelse. Generelt synes Else godt om at være med i Sundhedsprojektet: *“Det er jo egentlig også rart at få at vide, at du ikke fejler noget”*. Else sætter desuden sin lid til, at hun vil blive kontaktet af lægen, hvis helbredstesten viste, at der var et eller andet galt.

Analytiske pointer i Elses livshistorie

Elses hofteproblemer får afgørende betydning for hendes livsforløb. Hun må træde ud af arbejdsmarkedet i en forholdsvis ung alder og er tilsyneladende klar over, at hun ikke kan vende tilbage. Derfor er det en lettelse for hende at blive førtidspensioneret. Else fortæller ikke meget om sin skilsmisse. Hendes beskrivelse af eksemen som værende psykisk betinget vidner imidlertid om, at hun ikke har trivedes med at være alene. Det er tydeligt, at det har været livgivende for hende at få en kæreste.

4.10 Inge – “Hvis jeg fik at vide, at min lever ville rådne op”

Kort resumé af Inges livshistorie

Inge kommer fra en velbærget familie og har haft en tryk opvækst. Hun uddanner sig til lærer, bliver gift og får tre børn. Hun har altid været meget fysisk aktiv og holdt af udelivet. Inge er nu pensioneret og bruger tid på udenlandsrejser og børnebørn. For 10 år siden fik hun astma og allergi, som i dag forhindrer hende i at gøre mange af de ting, hun tidligere kunne. Før hun gik på efterløn, havde hun aldrig rigtig fejlet noget, og det har helbredstestene også understøttet. Inge forsøger at leve sundt, men hun vil dog gerne have vin til maden.

Inge er vokset op i et lille landsbysamfund tæt ved vandet sammen med sin lillebror og sine forældre – faren var tandlæge og moren hjemmegående. Efter skolen kommer Inge i gymnasiet og starter efterfølgende på lærerseminariet. Hun bliver gift og får tre børn. Hun er på forskellige folkeskoler, mens hendes mand arbejder som salgskonsulent og tekniker. Mens børnene er små arbejder Inge på nedsat tid, og hendes mand kan også arbejde hjemme. Samlet set har det givet stor fleksibilitet i forhold til familielivet. Inge har været rigtig glad for sit arbejde som lærer:

“Der har jeg bare været, mens der var gode tider, og hvor det var en glæde, og hvor børnene var søde og ordentlige, og hvor læreren endnu havde, hvad skal man sige (...) der var overensstemmelse mellem det forældrene havde af normer, og det jeg havde af normer”.

På et tidspunkt tager Inge uddannelsesorlov, og hun overvejer at prøve noget andet end skolesystemet. Men hun ender med at fortsætte i lærerjobbet, indtil hun går på efterløn. Da Inge trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet tager hun og hendes mand – som er pensioneret nogle år forinden – ud på mange rejser. Da de bliver bedsteforældre, er det børnebørnene, de bruger meget af deres tid på: *”Det er en vidunderlig glæde, (...) at være så tæt forbundet med sådan nogle små nogen, der er så tæt på én, fordi de har haft kontakt med én i hverdagene”.*

Inge har altid været meget aktiv og sat pris på udelivet:

”Jeg har altid været sådan en drenge-pige kan man sige. Du ved én, der kunne ro hurtigere end drengene og svømme og alverdens ting. Cyklede meget rundt (...). Og også ved at sejle, der var jeg én af de første piger, som sejlede kap-sejls med min mand. Det var der ikke nogen, der gjorde, da vi var helt unge”.

Inge fortæller, at hun på sine gamle dage er blevet et 'skravl'. Hun fik for 10 år siden astmaallergi, som giver hende åndedrætsbesvær og hjertebanken. Det forhindrer hende i at gøre mange af de ting, hun tidligere kunne – såsom at være ude og lave fysisk arbejde: *”Jeg provokerer ikke mig selv så meget mere, fordi jeg jo ikke vil risikere noget”.* Hendes astma har også ændret hendes syn på sin egen handlekraft og indstilling til sygdom:

”For jeg har altid troet, at man bare selv kunne sige, at man vil være sej og frisk og stærk, og troet, at det var et eller andet skabagtigt, hvis man var pivet. Men jeg må indrømme, at den må jeg æde igen [griner]”.

Udover astmaen har Inge også en meget sart hud og har haft rosen. Både astmaen og den sarte hud er efter Ingens overbevisning, noget hun har arvet fra sin mor: *”Min mor har det samme. Eller hun er så død nu, men jeg kan desværre se alle de skrøbeligheder, jeg ved om hende, dem kan jeg se, de kommer. Det er jeg rigtig ulykkelig over”.* Ingens bror er i endnu højere grad end Inge plaget af astma og allergi, og Inge tilføjer konkluderende: *”Så det er genetisk, det må det være”.* Tidligere fejlede Inge aldrig noget, hvilket hun faktisk har dokumentation for. Inden hun gik på efterløn, skulle hun bruge et dokument over de seneste to års fravær, og her viste det sig, at hun ingen sygefravær havde haft – også længere tilbage end de to år.

Inge beskriver sig selv som en meget indlevende person, som godt kan have en tendens til at blive meget bekymret i relation til sine nære: *”Jo flere du holder af, jo lettere kan du være ked af det på nogen menneskers vegne, der ikke har det godt”.* Det gjorde hende fx meget ondt at se sin far blive dement: *”Det var frygteligt i de år der. Da synes jeg simpelthen næsten ikke, jeg kunne tillade mig at være glad”.* Inge oplevede det også som hårdt at se sin mor blive meget svag, da hun fik en bindevævssygdom. Samtidig fremhæver Inge, at der også er mange glæder ved at være nært knyttet til mennesker, og generelt prøver hun at holde fast i de positive ting ved tilværelsen. Hun kan bl.a. i sin omgangskreds se, hvor vigtig et positivt livssyn er:

”Jeg kan da se, at det er utrolig vigtigt, især når man kender de typer blandt venner, der har et livsmod og sådan meget mere er sådan ligeglade med en masse ting. De klarer masser af sygdomme på flotteste vis”.

Som ét af sine linjefag havde Inge idræt, og hun kan også godt selv lide at røre sig. Hun har gået til dans og gymnastik i mange år og går nu også til yoga. Hun har aldrig røget, og for øjeblikket holder hun sig fra alkohol. Hun håber, det kan styrke hendes immunforsvar. Hun har nemlig døjet med en bihulebetændelse efter en udenlandsrejse. Ellers er hun ikke asket, når det kommer til vin. Hun og manden får vin hver anden dag og i venners lag. Inge forbinder et glas vin med livsglæde, og der skal noget til, før hun helt vil droppe det:

"Hvis jeg fik at vide, at min lever den ville rådne op, hvis jeg drak så meget som et glas rødvin, så ville jeg da overhovedet ikke gøre det. Så ville jeg ikke drikke ét glas rødvin. Så er der da masser af andre værdier i livet".

Mht. spisevaner fortæller Inge:

"Jeg er overhovedet ikke interesseret i særlig meget slik og sådan noget. Det er bare ikke noget, jeg ønsker, og fed mad og sådan noget er heller ikke noget, der lokker mig. Så på den måde kan man sige, at det bare er min smag, der er sådan, at jeg bare har været glad for almindelig sund mad".

Ved den seneste helbredsundersøgelse var Inges kolesteroltal lidt forhøjet. Men hun har 'spist det ned' via kostændringer, og samtidig får hun lidt medicin mod forhøjet blodtryk. Men generelt har der ikke været meget at komme efter ved helbredsundersøgelserne. På et tidspunkt fik hun endda at vide, at hun var den med det højeste kondital ud af sin årgang. Inge har i det hele taget været glad for at blive bekræftet i, at hun gør det rigtige for sit helbred og sætter samtidig pris på at blive gjort opmærksom på, hvis der er noget, der kunne rettes op på. Inge fortæller i den forbindelse om en veninde, som også var til helbredsundersøgelse. Veninden fik konstateret et forhøjet blodsukker, og det viste sig, at hun havde tyktarmskræft, og at det havde spredt sig til leveren. Selv om der ikke var noget at gøre, så var det ifølge Inge godt, at det blev opdaget: *"Hun levede et ufatteligt rigt liv det sidste år, fordi hun fik det at vide".*

Analytiske pointer i Inges livshistorie

Inge fremstiller sig selv som en aktiv og stærk kvinde. Hun udviser samtidig en sårbarhed, idet hun let lader sig påvirke af andres situation og problemer – fx andres sygdom. Astmaen og allergien udgør en markant skillelinje i Inges livshistorie, fordi hun dels har måttet ændre på sit aktivitetsniveau og dels har måttet justere sin selvopfattelse. Mht. kost fremstiller Inge det som et let valg at leve sundt, fordi hun naturligt har præference for sund mad. Inge balancerer samtidig mellem på den ene side at leve sundt og samtidig bibeholde en livsglæde i form af at nyde et glas vin i ny og næ.

4.11 Birthe – "Jeg var nede, kunne jeg mærke"

Resumé af Birthes livshistorie

Efter skolen kommer Birthe i huset og bliver gift i en ung alder. Hun får to børn med sin første mand, som viser sig at være alkoholiker. Hun får endnu et barn med sin nuværende mand. Efter fødslerne har hun haft fødselsdepressioner. På et tidspunkt kommer hun på arbejdsmarkedet som ufaglært syerske og rengøringsassistent. Hun begynder også at tage kurser på VUC. Birthe bliver skilt efter 27 års ægteskab, og det havde hun det godt med. Birthe uddanner sig til social- og sundhedshjælper og får job indenfor ældresektoren. Birthe er nu på efterløn. Da hun gik på efterløn fik hun en psykisk nedtur, og får også konstateret forhøjet blodtryk og kolesterol. Det får hende til at dyrke motion og lægge kosten om. Birthes kolesterol var også lidt høj ved første helbredsundersøgelse, hvor hun også lagde kosten om. Men hun havde svært ved at fastholde kostændringerne.

Birthe er født og opvokset på landet. Efter 7. klasse arbejdede hun som ung pige i huset og blev gift, da hun er knap 20 år. Som Birthe fortæller: *"Og det var sådan lidt, sådan det var, at så blev man gift, og så skulle man jo være det, og så skulle man passe hus og barn"*. Efter hun er blevet gift, får hun ret hurtigt tre børn med henholdsvis to og et års mellemrum. Birthe beskriver det som meget anstrengende, fordi hendes mand var alkoholiker, og de havde en dårlig økonomi. Efter hun har født sit første barn, får Birthe en psykisk nedtur – hun blev angst og depressiv. Ifølge Birthe havde hun formentlig en fødselsdepression, og det kommer igen efter andet og tredje barn. Birthe er overbevist om, at også hendes mor og moster døjede med depressioner, men det blev bare aldrig omtalt. Hun fortæller senere, at hendes egen datter også har været deprimeret i en periode og siger i forlængelse heraf: *"Jeg ved så ikke, om jeg har givet nogle gener videre"*.

På det tidspunkt, hvor Birthe selv er deprimeret, foreslår hendes læge, at hun kommer ud på arbejdsmarkedet, og der var også brug for pengene på hjemmefronten. Hun får ufaglært arbejde først som syerske og senere som rengøringsassistent. Birthe beskriver sit syerskejob som ensformigt både fysisk og psykisk. På et tidspunkt bliver hun hjemmesyerske, hvilket var meget praktisk med små børn, selv om hendes mand ikke brød sig om det: *"Min mand var i det hele tage sur over, jeg arbejdede. Jeg skulle bare være hjemme, og jeg skulle jo bare ... ja"*. For Birthe bliver det ensomt ikke at have nogen kolleger. Hun begynder at tage nogle fag på VUC, og da hendes yngste barn er 10, får hun en efternøler. Efter fødslen døjer hun igen med angst. Der er imidlertid ikke meget opbakning at hente fra hendes mand: *"Jeg kunne da bare tage mig sammen"*.

Birthe har roget som ung, men hun holdt op for 20 år siden. Hun fortæller, at hendes børn begyndte at sige, at de ikke ville være i stue med hende: *"Til sidst sad jeg og røg ud af vinduet, og det er jo dumt. Nej nu må jeg gøre noget ved det"*.

Efter 27 års ægteskab bliver Birthe skilt fra sin mand, hvilket bekom hende godt. Birthe fortæller, at det ikke var et lykkeligt ægteskab:

"Men mit ægteskab var mislykket. Det var noget skidt. Og det har nok også været lidt skidt for børnene på et eller andet plan. Men min mand var så, han

sejlede [på en færge, red.]. (...) Han var hjemmefra en stor del, og når han var hjemme, var han ikke så meget hjemme [griner]. (...) Men ind imellem så var der jo nogle voldsomme oplevelser med drukken og skæld ud og ... Men for det meste så havde vi vores egen verden mig og børnene egentlig”.

Da de bliver skilt, er de tre ældste børn flyttet hjemmefra, mens den yngste bor hos Birthe. Et par år efter skilsmissen dør hendes eksmand, og ifølge Birthe havde han heller ikke et særlig godt helbred.

Efter Birthe er blevet alene, uddanner hun sig til social- og sundhedshjælper og får job indenfor ældresektoren. Hun er rigtig glad for sit arbejde, men det sidste år inden hun går på efterløn, bliver arbejdstiderne lagt om, og det kommer til at stresser hende. Da hun går på efterløn går det skævt for Birthe. Hun får det dårligt både fysisk og psykisk:

”Hvorfor synes jeg ikke, jeg havde det sådan rigtig godt? Men det havde jeg ikke. Jeg var også deprimeret. Jeg har haft lidt med depressioner gennem mit liv. Og jeg var nede, kunne jeg mærke, og trivedes ikke med noget som helst. Og jeg fik så på et tidspunkt (...) – jeg var ikke rigtig syg – men så fik jeg alligevel noget med, at det lynede for mine øjne”.

Det viser sig, at Birthe har forhøjet blodtryk, og hendes blodsukker ligger også højt. Hendes kolesteroltal lå også højt. Der var også udsving på kolesterolen ved første helbredsundersøgelse i Sundhedsprojektet. På det tidspunkt lavede hun en kostplan sammen med sin læge, og det hjalp også på kolesterolniveauet – i hvert fald i en periode: *”Men så dumper man jo lidt i igen. Tænker, når man nu har det godt og så videre. Men det skal jeg nok altid overveje at passe på”.* Men da hun senest får konstateret de høje tal – dog ikke som led i Sundhedsprojektet – går hun i gang med at motionere og lægge sin kost om. Generelt synes Birthe ikke, at hun har svært ved at lægge sin livsstil om:

”Hvis jeg skal, så gør jeg det. Så kan jeg godt. Altså så har jeg ikke voldsomt svært ved det. Jeg var glad for slik, det var jeg. Men jeg kunne jo godt se, at det var dumt. Man kan da ikke sidde og fylde sig med slik [griner]”.

Birthe fortæller, at hun efterfølgende godt kunne se, at det var noget af et skift at gå fra 37 timers fysisk arbejde til at sidde meget stille fx foran computeren. Birthe er taknemmelig for, at hun blev gjort opmærksom på, at hun var nødt til at ændre på sin livsstil: *”Ja, jeg var heldig. Fordi, jeg var da på vej til en eller anden blodprop, eller hvad ved jeg, med for højt blodtryk, med for højt kolesterol. Ja, så det var da rimelig heldigt, jeg blev hentet lige der”.* Hun oplever også, at motionen hjælper på smerter, som hun døje med i skuldre og ben, og da Birthe er til den seneste helbredsundersøgelse, ser hendes tal fine ud.

Psykisk er Birthe kommet ovenpå igen, og i modsætning til starten af sin efterlønsperiode har hun fået et aktivt, socialt liv. Udover at løbe hver dag, går hun også til dans og yoga, deltager i arrangerede vandreture, tager fag på VUC og laver lidt slægtsforskning.

Analytiske pointer i Birthes livshistorie

Birthes liv har været præget af tilbagevendende psykiske nedture og et ikke lykkeligt ægteskab. Det virker dog som om, hun nu har fundet balance i sit liv. Hun har vænnet sig til at være på efterløn og har et meget aktivt liv. Selv om Birthe havde det svært psykisk, da hun gik på efterløn, formåede hun – tilsyneladende uden det store besvær – at gøre noget ved sin livsstil, da hun bliver opmærksom på, at hendes helbred er i fare. Resultaterne af sine anstrengelser kan hun se i den seneste helbredsundersøgelse, ligesom hun pga. motionen har færre smerter i bevægeapparatet. Samlet set synes Birthe at komme styrket ud af de sårbare perioder i sit liv.

4.12 Poul – ”Det er ikke fordi jeg har noget imod smør”

Resumé af Pouls livshistorie

Poul er opvokset på landet. Han uddanner sig på universitetet, bliver også gift og får et barn. Poul har jobs i forskellige rådgivende firmaer og indenfor den kommunale sektor. Poul har nu været i den samme virksomhed i 20 år, men overvejer snart at stoppe, da virksomheden flyttes udenlands. Poul har et meget godt helbred, og har stort set kun døjet med fodboldskader i foden. Til tider har han også følt sig stresset, men han har formået at drosle ned igen. Han har altid været fysisk aktiv. Poul og hans kone har taget flere kostråd til sig, og kaffe og tobak har Poul valgt fra. Sundhedsprojektet har gennemgående vist fine resultater, og har fungeret som en bekræftelse af Pouls gode helbred.

Poul er født og opvokset på landet sammen med sine forældre og to brødre. Han går først på en landskole og kommer derefter på en skole i byen, hvor han også kommer i gymnasiet. Derefter er han ude og rejse, er inde som soldat, og endelig begynder han at læse økonomi på universitetet. Efter universitetsstudierne bliver han gift med sin udenlandske kæreste, som også er akademiker. De får en søn sammen, som nu bor i England. Poul og hans kone bor i en årrække på Sjælland, hvor Poul arbejder i et rådgivningsfirma og senere i en kommune. De vender dog tilbage til det jyske, hvor Poul fortsætter sin karriere indenfor den kommunale sektor. Han får dog også job i en række private virksomheder. Poul har nu været i den samme virksomhed i 20 år, hvor han arbejder med kvalitet, IT og økonomi. Virksomheden skal imidlertid flyttes til udlandet, og Poul regner derfor med at stoppe på sit arbejde, inden året er omme. Poul synes det er frustrerende, at udflytningsplanerne flytter fokus fra de lokale forhold og opgaver på virksomheden.

Poul har altid arbejdet meget:

”Altså de sidste 17 år har jeg arbejdet 40-50 timer om ugen. Slækker lidt på det indimellem nu, så jeg møder sjældent før klokken kvart i ni. Men så kommer jeg jo tit ikke hjem før klokken otte i stedet for”.

På et tidspunkt var Poul på deltid. Men det varede ikke ret længe, fordi der var så mange opgaver, der skulle løses. Poul har haft perioder, hvor han er blevet stresset af sit arbejde, men han synes selv, han har formået at gear ned, så det ikke eskalerede:

"I stedet for at arbejde hurtigere og hurtigere, så stopper du op og så bare tage noget mere tid og ikke arbejde så hurtigt. (...) Arbejdet bliver jo ikke væk til sidst, bare fordi du arbejder hurtigere. Der kommer bare mere af det. Du kan altid finde noget at lave i sådan en virksomhed. Der er altid noget, nogen ikke har lavet. Du kan sådan set tage alt det arbejde, det skal være. Så du skal selv sige, jeg gider ikke mere".

Poul fortæller imidlertid om én af hans brødre, som efter Pouls overbevisning døde af en langvarig stresstilstand. Broren fik en autoimmun sygdom (immunforsvaret angriber ens egen krop) og fik en tumor af flere omgange og døde til sidst af en blodprop. Poul har selv været til læge, da han har følt sig stresset. Men det fik han ikke så meget ud af:

"Jeg har aldrig kunnet overbevise en læge om, at jeg var stresset i hvert fald". Poul er dog selv klar over, hvornår hans krop viser tegn på stress – han får maveproblemer, og det giver ham et signal om, at han skal slappe af. Fritid har Poul ikke så meget af. I løbet af en uge er det kun lørdag, som er fri. Han besøger sin mor på plejerhjemmet hver søndag. Poul fortæller, at hans mor på et tidspunkt blev overmedicineret, og han føler sig forpligtet til at holde øje med, at det ikke sker igen. Moren har haft en blodprop og kan ikke selv administrere sin medicin.

Poul har det selv ganske godt helbredsmæssigt. Han dør lidt med en fodboldskade i foden, så han spiller ikke fodbold mere. Det holder ham dog ikke tilbage fra at gå ture. Poul overvejer, om han skal få opereret foden. Han synes dog det er svært at vide, om foden kommer til at gøre mere eller mindre ondt de kommende år, og om en operation egentlig vil hjælpe. Poul er også opmærksom på, at han skal passe på sin ryg:

"Jeg skal bruge min ryg ordentligt og gøre rygøvelser, som jeg gør hver eneste dag. Men det er ikke, fordi jeg har ondt i ryggen, jeg gør det. Det er for, at jeg kan holde til at sidde på kontor, at jeg gør det".

Ifølge Poul lever han og hans kone forholdsvist sundt. De spiser ikke så meget kød, men mange grøntsager, og sukker i teen afskaffede han allerede dengang, han læste på universitet. De spiser helst groft brød, og Poul bruger ikke smør eller margarine på brødet, for som han siger: *"Det er ikke fordi, jeg har noget imod smør. Det er mere ud fra den betragtning, at jeg har ikke brug for så mange kalorier, når jeg sidder på arbejde. Brød og pålæg – der er nok kalorier i det".*

De har også skåret ned på salt i maden, da Poul har læst, at det kan medvirke til at give forhøjet blodtryk. Poul fortæller også, at han har valgt kaffe og cigaretter fra: *"Jeg er ikke særlig interesseret i at være afhængig af sådan noget".*

De helbredsundersøgelser, som Poul har fået foretaget i forbindelse med Sundhedsprojektet, har ikke vist nogen problemer, og for Poul og hans kone – som også har været med i projektet – har det fungeret som en bekræftelse på, at de ikke fejlede noget alvorligt. På trods af sit gode helbred og sunde livsstil spørger Poul dog med, at han sikkert får en blodprop, når han fylder 69 år. Både hans far og fætter fik en blodprop, da de var præcist 69 år gamle. Poul påpeger dog, at fætteren var lidt kraftig, hvorimod Poul kan spise næsten alt, hvad han har lyst til, uden at det sætter sig. Men som Poul

konstaterer: *"Dermed har jeg ikke sagt, at det ikke skader dig. Det kan du jo ikke se. Der kan godt sidde lidt her og der alligevel. (...) Så den er ikke helt skudsikker".*

Analytiske pointer i Pouls livshistorie

Poul fremstår som en person, der hviler i sig selv. Meget af Pouls fortælling kredser om hans arbejdsliv. Selv om han har et godt helbred, så fremhæver han, at der ingen garantier er med henvisning blodpropstilfælde i familien. De forhold Poul kan observere i sine omgivelser – særligt i familien – har således en indflydelse på hans syn på sit eget helbred. Dette gør sig også gældende i forhold til Pouls opmærksomhed på stress, som har haft fatale konsekvenser for hans nu afdøde bror. Poul fremstiller det som et bevidst valg, at ham og konen har valgt usund livsstil fra, og understøtter det med eksempler på flere kostråd, som de har taget til sig. Poul giver i det hele taget indtryk af at tænke forebyggende, i forhold til den måde han lever på.

5. Levede og fortalte liv – sociale forskelle i sygdom og sundhed

I kapitel 4 blev de tolv borgeres livshistorier præsenteret. I dette kapitel vil vi uddrage de analytiske pointer, der handler om borgernes forståelse og italesættelse af sociale forskelle i sygdom og sundhed.

Selv om de tolv borgere er udvalgt som borgere med hhv. gode og mindre gode levekår, så er levekår og i det hele taget social position ikke noget, som borgerne italesætter direkte. De knytter ikke deres sundheds- og sygdomstilstande gennem livet til deres position i samfundet eller strukturelle forhold – en pointe vi også finder i den gennemgåede litteratur (jf. kapitel 2). Derimod er det de individuelle forhold og erfaringer, der er fremtrædende i fortællingerne. Det betyder imidlertid ikke, at social position og dermed sociale forskelle ikke spiller en rolle – det bliver blot ikke direkte italesat i fortællingerne. Social position danner sammen med andre forhold rammebetingelserne for den enkelte borgers liv, ligesom social position afspejler sig i de hændelser, som individet har gennemlevet – det man kan kalde 'det levede liv' (jf. afsnit 3.3.1).

5.1 Sårbarhed og ressourcer i det levede liv

Hver enkelt borgers livshistorie vidner om vidt forskellige levede liv. Med afsæt i de hændelser, som borgerne beretter om i deres livshistorier, vil vi i dette afsnit se på, hvordan disse levede liv afspejler forskellige grader af udsathed eller sårbarhed. Vi bruger ordet 'sårbarhedsfaktorer' om forhold, der på én eller anden vis fremstår som en belastning i den enkeltes liv. På baggrund af borgernes livshistorier finder vi følgende overordnede områder, hvor sårbarhedsfaktorer træder frem:

- ◆ **Opvækstvilkår** omfatter de sociale forhold, man er vokset op under som barn. Sårbarheden kan fx optræde som utryghed i opvæksten i form af alkohol, vold, forældre med psykiske problemer, fjernelse fra hjemmet, forældres skilsmisse eller mange skoleskift.
- ◆ **Sociale relationer** omhandler familieforhold og vennekreds. Det kan fx dreje sig om alkoholmisbrug i familien, egen skilsmisse, fysisk eller psykisk sygdom hos ægtefælle/samlever, problemer med børnene eller at være enlig.
- ◆ **Arbejdsliv** drejer sig om tilknytningen til arbejdsmarkedet og arbejdsmæssige forhold. Der kan være tale om arbejdsliv med mange skiftende jobs, arbejde med sundhedsskadelige stoffer, arbejdsulykker, revalidering, at være på sygedagpenge og stress i relation til omstruktureringer på arbejdspladsen.
- ◆ **Sygdom** i form af enten fysisk eller psykisk sygdom. Det være sig sygdom som på forskellig vis begrænser den enkeltes arbejdsevne og hverdagsliv såsom skavanker i bevægeapparatet, hjertekarlidelser, allergi, eksem, stofskiftesygdomme, depression mv.
- ◆ **Misbrug** af alkohol eller stoffer.

Alle borgere har uanset social position en sårbarhedsfaktor i deres liv på mindst et af de nævnte områder. Ser vi på, hvordan sårbarhedsfaktorerne fordeler sig, finder vi imidlertid en markant social forskel, idet der er en ophobning af sårbarhedsfaktorer hos borgerne med mindre gode levekår. Finn Diderichsen peger ligeledes på, at årsager¹¹ til ulighed i sygdomsbyrden har tendens til at ophobes hos de samme individer og sociale grupper, og dertil kommer, at årsagerne ofte samvirker (10).

Ser vi fx på Karl og Susanne, er deres liv præget af mange sårbarhedsfaktorer indenfor næsten alle de fem nævnte områder. Karl har haft et dårligt forhold til sine forældre og blev fjernet fra hjemmet. Ligeledes havde Karl mange skoleskift. I sit voksenliv har Karl til tider drukket meget og taget stoffer, han er blevet skilt og bor nu sammen med en kvinde, der er depressiv og har en truende ekskæreste. Arbejdsmæssigt har Karl haft mange skiftende job, været i fængsel, haft en arbejdsulykke, været på revalidering og har pt. ikke nogen fast indkomst. For nyligt har han haft symptomer på hjerteproblemer. Ser vi på Susanne, så har hun også haft en utryk opvækst med en alkoholiseret og voldelig far, hun har selv været gift med en alkoholiker, er blevet skilt, og hendes børn har det svært psykisk. Susanne er blevet fyret, har selv psykiske problemer og et dårligt knæ, hvilket har betydet, at hun har været i fleksjob i mange år.

Ser vi på borgerne med gode levekår, har vi Inge og Poul, som kun har ganske få sårbarhedsfaktorer i deres liv. Poul oplever perioder med stress på arbejdet, men formår tilsyneladende at få stresset ned, inden det eskalerer – stort set den eneste sårbarhedsfaktor i Pouls liv. Ligeledes har Inge en sårbarhedsfaktor i sit liv i form af hendes allergi, der begrænser hendes handlefrihed i forhold til at være fysisk aktiv, og hun har på den baggrund måtte revidere sin opfattelse af, hvorvidt man selv kan bestemme, om man vil være 'sej, frisk og stærk'. Karl og Susanne på den ene side og Poul og Inge på den anden repræsenterer yderpunkterne i forhold til at have en høj eller lav ophobning af sårbarhedsfaktorer. De øvrige borgere har også i forskellig grad sårbarhedsfaktorer i deres liv, men tendensen er som nævnt, at borgere med mindre gode levekår har en højere grad af ophobning af sårbarhedsfaktorer.

Vi kan ikke på baggrund af borgernes livshistorier udrede sammenhængene i sårbarhedsfaktorer, men en høj ophobning af sårbarhedsfaktorer vidner i udgangspunktet om nogle sårbare liv, hvor der har været meget at kæmpe med – hvor livet bliver meget skrøbeligt. Den situation ser vi især afspejlet i Susanne. Efter at Susanne har fortalt om problemerne med sin yngste datter, konstaterer interviewereren:

I: *"Det lyder også som om, at der har været meget hele tiden".*

Susanne: *"Det har der også. Jeg synes, at man somme tider siger: "NEJ! Nu gider du altså ikke mere. Nu tager du dit tøj, og så rejser du langt væk, hvor de slet ikke kan finde dig." Det kan jeg godt finde på".*

Susanne giver her klart udtryk for, at hun ofte har lyst til at 'smide håndklædet i ringen'. Hun kæmper for at holde sig selv fast og få styr på sine egne problemer og har svært

¹¹ Finn Diderichsen har på baggrund af europæiske og nordamerikanske studier sammendraget de 15 mest væsentlige medierende årsager til de sygdomme, som skaber ulighed i sygdomsbyrden. Det drejer sig om: opvækstvilkår, uddannelse, socialt boligmiljø, psykosocialt arbejdsmiljø, ergonomisk arbejdsmiljø, marginalisering (arbejdsløshed), indkomst, fysisk miljø, tobaksrygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet, trafikskader, faldskader og sundhedsvæsenets ydelser (10).

ved at overskue de problemer, som hendes børn kæmper med. En livssituation som Susannes synes ikke umiddelbart at efterlade overskud til at beskæftige sig med livsstil og helbred. Men her skal man være varsom med at konkludere ved blot nøgternt at se på sårbarhedsfaktorer i folks liv. Noget af det hun rent faktisk kan overskue, og som også hjælper på hendes psykiske tilstand, er at dyrke motion tre gange om ugen, ligesom hun går op i at spise sundt. Det er blevet et fast holdepunkt i Susannes liv, som hun finder styrke i.

En yderligere social forskel i forhold til sårbarhedsfaktorer viser sig i relation til arbejdslivet. Det er udelukkende borgere med mindre gode levekår, som beretter om uheld og påvirkning af sundhedsskadelige stoffer på arbejdet. I forhold til borgerne med mere gunstige levekår har borgerne med mindre gode levekår imidlertid også en type jobs, hvor hårdt fysisk arbejde og sundhedsskadelige stoffer er mere udbredt (76). Hos borgerne med gode levekår har sårbarhedsfaktorerne en anden karakter. Her opstår sårbarheden i forbindelse med organisationsforandringer og omstruktureringer på arbejdspladsen og arbejdsmæssigt pres, som opbygger stress.

5.1.1 Vægtningen af sårbarhedsfaktorer

En ting er at kigge på ophobning af sårbarhedsfaktorer – noget andet er at se på, hvilken betydning eller vægt en given sårbarhedsfaktor har i den enkeltes liv. Oles liv har generelt ikke været præget af sårbarhed. Han har tilsyneladende haft en stabil og tryk opvækst, hvilket også kendetegner hans ægteskab. Han har det meste af sit liv fungeret godt i sit arbejdsliv, lige indtil han får en stressrelateret depression og ryger ud i et alkoholmisbrug. Han vælger at træde ud af arbejdsmarkedet før end planlagt, og hans samlede situation er pludselig meget sårbar. Den stressrelaterede depression tager al Oles energi, og det efterlader meget lidt overskud til at beskæftige sig med livsstilsændringer. Han må opgive et rygestop, fordi det oven i depressionen er en for stor psykisk belastning at undvære tobakken. Ole er således et eksempel på, hvordan en enkelt sårbarhedsfaktor i form af stress på arbejdspladsen får umådelig stor betydning i en periode.

Som et modsat eksempel har vi Karl, hvor sårbarhedsfaktorerne hober sig op. Han synes imidlertid at være i besiddelse af en ukuelighed, som har gjort ham i stand til at overkomme de mest vanskelige situationer såsom en kaotisk barndom og at sidde i isolationsfængsel i udlandet i et helt år. Dertil kommer, at han tilsyneladende har overskud til at hjælpe andre, som er kommet i vanskeligheder, ved at tilbyde dem et sted at bo på sin ejendom. Dermed ikke sagt, at de mange sårbarhedsfaktorer i Karls liv er ubetydelige. For Karl har der været meget at kæmpe med. Spørgsmålet er, hvor meget han kan klare. Hvis hans helbred fx begynder at skrante, kan situationen pludselig blive en helt anden. De nyligt opståede symptomer på hjerteproblemer, som Karl venter på at blive undersøgt for, kan være dråben, der får glasset til at flyde over.

Samlet set er der stor forskel på, hvordan man som person takler sårbarhed. En sårbarhedsfaktor kan vælte læsset for én, mens en anden tilsyneladende kan overkomme adskillige sårbarhedsfaktorer. Dertil kommer, at det der måske udefra kan fremstå som en sårbarhedsfaktor, måske i virkeligheden ikke er det. Det kunne fx være det at være enlig kontra at være i et parforhold.

I forbindelse med sociale forskelle i sygdom og sundhed inddrages familiestatus ofte som betydnende. Statistisk er det påvist, at enlige sammenlignet med gifte og samboen-

de har den største forekomst af langvarig sygdom (4) og generelt har den højeste sygelighed og dødelig, hvilket yderligere forværres, hvis den enlige er fraskilt (77). I det tidligere nævnte tilbud om socialt differentierede hjerterehabilitering sorteres patienterne ud fra, om de er enlige eller samlevende. Dette på baggrund af undersøgelser, der viser, at det at bo alene fordobler risikoen for hjertesygdom og forringer chancerne for at komme sig efter en blodprop i hjertet (78). Enlighed kan således betragtes som en sårbarhedsfaktor, og den forekommer også blandt borgere i denne undersøgelse. Jan, Birthe og Kristian er enlige – Birthe og Kristian er desuden fraskilte. Flere af de øvrige borgere er også fraskilte, men har fundet en ny samlever – der drejer sig om Karl, Susanne, Else og Lene. At blive skilt er et brud i livet, som kan skabe sårbarhed, men gør det ikke nødvendigvis. For Birthe var det fx en lettelse at blive skilt – derimod var det en sårbarhedsfaktor i hendes liv, da hun var gift med en alkoholiseret mand. Kristian har tre brudte parforhold bag sig, men det synes ikke at optræde som en sårbarhed i hans liv. Han har nu aktivt valgt at leve sit eget liv, hvilket han har det rigtig godt med. Han har et stort socialt netværk og nyder at dyrke sine politiske og faglige interesser. Jan, som er ungkarl, synes heller ikke at være plaget af ensomhed. Han har et næsten familiært forhold til dem, han lejer sin lejlighed af, og han har overskud til at tage sig lidt af førtidspensionisten, som bor i nærheden. Derimod har det taget hårdt på Else at blive skilt – hun mener ligefrem at hendes astmækssem kan være en følge af den psykiske belastning, det var at blive skilt og efterfølgende være alene. I hvert fald forsvandt det, da hun efter mange år som enlig fik en kæreste. At være alene kan således være forbundet med ensomhed og sårbarhed, men er det langt fra for alle.

At være i et forhold og have tætte relationer til andre mennesker, kan fremstå som en ressource, men det kan også være en sårbarhedsfaktor. Alkoholproblemer hos ægtefællen kan – som det er tilfældet med Birthe, Susanne og Mette – være en stor belastning for den enkelte både personligt og socialt. For Susanne er problemer med børnene også en sårbarhedsfaktor, ligesom Inge har været meget påvirket af sine forældres sygdom. Good (1994) (79) har i et studie af tyrkiske forståelser af epilepsi pointeret, at oplevelse af lidelse, forståelse af lidelse og behandling af lidelse ikke nødvendigvis er et individuelt anliggende, men noget der involverer andre – ikke mindst familien. På samme vis kan vi konstatere, at sårbarhed ikke nødvendigvis er et individuelt anliggende.

5.2 Hvad fylder i det fortalte liv?

Vi har nu set på sårbarhedsfaktorer i det levede liv – hændelser eller forhold i borgernes liv, som i én eller anden grad kan belaste den enkelte. Udover at se på disse sårbarhedsfaktorer og ophobningen af dem, er det som nævnt lige så væsentligt også at se på, hvilken betydning eller vægt en given sårbarhedsfaktor har for den enkelte. Det kan vi få et indblik i ved at fokusere på 'det fortalte liv', hvor livet fortolkes, og hændelser tillægges betydning.

I udvælgelse af interviewpersoner var det et bevidst valg ikke kun at fokusere på mennesker, der havde været eller var berørt af sygdom. Derfor har vi ikke nødvendigvis fået sygdomsfortællinger, men i lige så høj grad fortællinger om livet og de begivenheder, som interviewpersonerne har fundet relevante at fremhæve, når vi bad dem fortælle om deres liv og helbred gennem årene. Som også påpeget af Grøn (2004) er det – når man interviewer folk – væsentligt at holde sig for øje, at det fokus og den interesse, man som forsker har, ikke nødvendigvis er det samme, som forekommer relevant for

informanterne (80). Hvis vi ser på, hvad det er, der fylder i borgernes fortællinger, bliver det tydeligt, at de ofte har andre interesser eller bekymringer end sygdom og sundhed og i særdeleshed sociale forskelle. Det væsentlige i at være opmærksom på disse 'concerns' forstået som interesser eller bekymringer er bl.a. fremsat af Barth (1993)(81) og Wikan (1990)(82), som mener, at disse 'concerns' bør forme en undersøgelses fokus frem for på forhånd fastsætte undersøgelsesspørgsmål. Så vidt går vi ikke, men ved at være opmærksom på borgernes 'concerns', har vi mulighed for at vurdere relevansen af 'det studerede' i borgernes liv (80). Derfor vil vi i det følgende se på, hvilken plads en sårbarhedsfaktor som sygdom har i borgernes fortællinger, og hvad der ellers tager plads i fortællingerne.

De interviewede borgere har fra start vidst, at interviewet bl.a. drejede sig om deres perspektiver på sygdom og sundhed. Disse perspektiver introduceres dog først i deres fortællinger, hvis – og på det tidspunkt – det har haft en afgørende indflydelse på deres liv. Else, Birthe, Susanne, Jens, Ole og Inge kommer ind på sundhedsrelaterede problemer meget tidligt i deres fortælling. Fx starter Susanne med at fortælle, at hun er i fleksjob, fordi hun gik psykisk ned efter en firing og samtidig havde et dårligt knæ. Ligeledes fortæller Jens, efter han kort har gjort rede for sin opvækst, at han har været sygemeldt fra sit arbejde i en 2-årig periode pga. hjerteproblemer og allergi. De nævnte sygdomstilfælde har medført markante ændringer i Susanne og Jens' arbejds- og privatliv. Det samme ser vi hos Else, hvor hendes hofteproblemer ledte til førtidspensionering. Birthe fik først helbredsproblemer, da hun gik på efterløn, men det gjorde overgangen fra livet som erhvervsaktiv til efterløner svær for hende. Inge fortæller om sin allergi, som hun fik som 50-årig, og som begrænser hende i hendes fritidsaktiviteter. Ole fortæller ligeledes meget bevæget om sin stressrelaterede depression, som han stadig kæmper for at komme ud af. Senere i interviewet er det imidlertid hans arbejdsliv, han fortæller meget detaljeret om.

Hos de nævnte borgere er det tydeligt, at sygdom har været eller er en sårbarhedsfaktor i deres liv i den forstand, at det har ændret kursen for deres livsforløb. Som sociologen Rasmus Antoft (2001) har vist i et studie af bypassopererede kronisk hjertesygge mennesker, så er den markante begivenhed, som en bypassoperation og konstateringen af en kronisk hjertesygdom repræsenterer, en afbrydelse af en igangværende biografisk historie (83). En given sygdomsepisode kan betyde, at det ikke er muligt at vende tilbage til det liv, man levede før, hvorfor sygdom ofte giver anledning til, hvad der indenfor biografiforskningen kaldes '*biografisk arbejde*' – en konstruktion af nye meningssammenhænge og en revidering eller nyskabelse af kursen for ens liv (69; 71). Der er ingen tvivl om, at sygdomshændelserne i de nævnte borgeres liv har givet anledning til biografisk arbejde, og derfor er det heller ikke overraskende, at det får en central plads først i disse borgeres fortællinger. Sygdoms indflydelse afspejles også i, hvilken betydning borgerne tillægger et godt helbred. De borgere, som selv har haft sygdom inde på livet – fx Inge, Jens og Karl – fokuserer på de begrænsninger, det medfører ikke at have et godt helbred. Jens henviser fx til de økonomiske og personlige begrænsninger han erfarede under sin egen sygdom. De som overvejende har et godt fysisk helbred – som fx Poul, Lene, Mette, Else og Birthe – anskuer derimod et godt helbred som en forudsætning for at kunne være aktiv og gøre de ting, man har lyst til.

I Karl, Jan, Poul, Mette, Lene og Kristians fortællinger er det ikke sygdom, men helt andre ting der fylder – herunder opvækstvilkår, uddannelse og arbejdsliv. De kommer

først ind på sundhedsrelaterede problemer, når interviewerens spørger direkte ind til det. For Karl er det hans problematiske opvækstvilkår og familierelationer samt et arbejdsliv rundt omkring i verden, der fylder i starten af hans fortælling, indtil han et godt stykke inde i sin fortælling kommer ind på en arbejdsulykke, som resulterede i sygemelding og revalidering. Ligeledes er det karakteristisk for Mettes fortælling, at den i starten kredser om hendes udvikling fra at være landmandskone til gradvist at tage mere uddannelse og bygge en karriere op indenfor først den kommunale og senere den statslige sektor. Hun har dog ikke særlig meget at berette om egne erfaringer med sygdom og sundhed – derimod præger sygdom i familien og hos ægtefællen Mettes fortælling. Som Mette fortæller Poul, Kristian, Lene og Jan også meget om de forskellige jobs, de har haft gennem tiden, hvorfor de skiftede job, og hvilke udfordringer disse jobs har budt på.

Afslutningsvis er det værd at bemærke, at hovedparten af de borgere, som nævner sundhedsrelaterede problemer i starten af interviewet, har mindre gode levekår (Else, Birthe, Susanne og Jens), hvorimod hovedparten af de borgere, hvor sundhedsrelaterede problemer har en mere perifer plads, hovedsagelig har gode levekår (Poul, Mette, Lene og Kristian). Dette er måske en tilfældighed, men kan lige så vel afspejle, at personer med lavt uddannelsesniveau har større sandsynlighed for at opleve langvarig sygdom end borgere med højt uddannelsesniveau (4; 6).

Fra først at have set på det levede liv i form af sårbarhedsfaktorer, til at fokusere på hvad der tillægges vægt i det fortalte liv, zoomer vi nu yderligere ind på det fortalte liv, idet vi i næste afsnit ser på, hvordan borgerne fremstiller sig selv.

5.3 Handlekraft og heltefortælling

Som tidligere nævnt udspringer det fortalte liv af det levede liv – individet konstruerer en fortælling på baggrund af den gennemlevede biografi. Det fortalte liv er imidlertid ikke en sandhedsfortælling om det levede liv – i det fortalte liv fremstiller personen sig selv på en bestemt måde, ved at lægge vægt på nogle begivenheder og ikke andre, og ved at fremhæve bestemte karakteristika ved sig selv og ikke andre. Ved at sammenholde denne selvfremsstilling med det levede liv, som i denne rapport er ridset op som sårbarhedsfaktorer, bliver det tydeligt, at de enkelte borgere har tendens til at fokusere på de områder i deres liv, hvor de kan handle og gøre en forskel, frem for at fokusere på strukturelle forhold og de områder, hvor de er sårbare. Denne italesættelse af handlekraft er særlig markant hos de borgere, som har mange sårbarhedsfaktorer i deres liv herunder mindre gode levekår. Deres selvfremsstilling får en nærmest heroisk eller helteagtig karakter.

Især Karl præsenterer i flere henseender en heltefortælling om, hvordan han har klaret sig på trods. Han fortæller, hvordan han har kunnet magte og overvinde forhold, som andre måske ville knække halsen på – herunder en hård opvækst, stofmisbrug og fængsling. Karl fremhæver i den forbindelse sin positive indstilling til tilværelsen som en måde at overkomme livets genvordigheder. Ved at forholde sig positivt til de ting, der sker for ham, kan han i et eller andet omfang præge, hvilken indvirkning det får på hans liv. Selv da han sad i fængsel bibeholdt han optimismen.

I sin fortælling gør Karl også meget ud af at tage afstand fra det sociale system og modsætter sig at blive betragtet som en social klient. Ligeledes definerer han sig selv som rig, selvom han objektivt set er fattig, og relativiserer samtidig fattigdom ved at

fortælle om den langt mere ekstreme fattigdom, han har set i andre lande. Mht. sit nuværende helbred er Karl imidlertid i en situation, hvor han har brug for sundhedssystemets ekspertise og behandling, da han måske har åreforkalkning. Selv om han generelt ikke bryder sig om systemer, og tidligere også har haft dårlige oplevelser med det danske sundhedsvæsen, så tillader hans nuværende helbredsmæssige situation ham ikke at afskrive sundhedssystemet, som han afskriver og ikke ønsker at være afhængig af det sociale system.

Jens' fortælling har også heroiske elementer i sig. Generelt har Jens ikke meget tiltro til sin egen formåen i forhold til at forbedre sit helbred, og han har nærmest følt sig frihedsberøvet af at være afhængig af det sociale system. Men da Jens begyndte at få det bedre, synes han at mobilisere noget styrke. Før Jens blev syg, forklarer han mange af sine jobskift med, at firmaerne lukkede ned. Efter sin sygdomsperiode synes Jens at indtage en mere aktiv rolle, idet han på egen hånd finder et job i postvæsenet, han kunne klare. Ligesom Karl modsætter Jens sig at blive et passivt offer for systemet. Jens' fortælling er således et eksempel på, hvordan sygdom på den ene side kan begrænse et menneskes handlefrihed og placere individet i en yderst sårbar situation, og hvordan individet på den anden side formår at se ud over begrænsningerne og mobilisere kræfter til at handle på egen hånd.

Karl og Jens er ikke de eneste blandt borgerne med knap så gunstige levekår, som har været i kontakt med det sociale system – det er også sket for Else i forbindelse med en revalideringsperiode. Det var også en frustrerende oplevelse for Else, fordi hun hele tiden vidste, at hun ikke kunne magte de jobs, hun kom ud i. I modsætning til Jens og Karl synes hun imidlertid ikke at føle sig decideret stemplet. Dog er hendes fortælling på ingen måde en offer-fortælling om, hvordan hendes hofteproblemer har gjort hende til en social klient. Else fokuserer derimod på den lettelse, det var at blive fortidspensioneret. Hun synes tilsyneladende at acceptere de begrænsninger, som hendes mangeårige hofteproblemer har medført – måske fordi hun har levet med det så længe.

Selv om Susanne befinder sig i en udsat og sårbar position, så præsenterer hun heller ikke en fortælling om at være et offer for de omstændigheder, livet har budt hende. Hun har godt nok nogle overvejelser omkring hendes barndoms betydning for hendes psykiske tilstand, men hun fokuserer i lige så høj grad på, hvad hun i sin nuværende situation kan gøre for at få det bedre – herunder at dyrke motion. I sin fortælling nævner Susanne desuden depression som en hæmmende faktor for forandringer hos personer i hendes omgangskreds. Men Susanne har på trods af sin depression formået at indføre ændringer i sit liv og blive mere fysisk aktiv. Ved på den vis at italesætte handlekraft og værdighed, så undgår hun som Karl og Jens at fremstille sig selv som et hjælpeløst offer for modgang. Dette fremstillingsarbejde ses også i flere andre studier af lægpersoner med lav socioøkonomisk status (46; 47; 52).

Også borgere med gode levekår italesætter handlekraft i deres fortællinger – i særlig grad i forhold til deres arbejdsliv. Fx fortæller Kristian om de mange spændende ting, han har udrettet i sin karriere, ligesom Lene fortæller, hvordan hun med iver kaster sig over nye arbejdsopgaver og fremhæver sin psykiske robusthed og viljestyrke. Mette fortæller også om, hvordan hun har taget mere uddannelse og skiftet job, fordi hun har villet det og har ønsket at blive klogere. Ole fortæller også om, hvordan arbejdslivet i mange år kørte godt, og hvordan han var god til at finde på nye løsninger, indtil han fik

en stressrelateret depression. Poul fortæller ligeledes om, hvor meget han gennem årene har arbejdet, men samtidig kan sætte grænser og få stresse af.

Blandt borgerne med mindre gode levekår ser vi samme tendens som Bolam et al. (2004) i deres interviewbaserede undersøgelse af klasseidentitet. Bolam et al. (2004) finder, at lægfolk modsætter sig klasseskel ved at præsentere heroiske fortællinger, hvor materielle eller sociale barrierer overvindes af individuel handlekraft (50). Deterministiske fortællinger om, hvordan individet er offer for omstændighederne, forekommer ikke meningsfuldt for de borgere, som på nogle punkter har mange sårbarhedsfaktorer at kæmpe med. Vi vil som mennesker gerne kunne handle, og hvis ens rammer for handling i et eller andet omfang begrænser denne handlekraft, så kan det – som vi ser i de ovenfor nævnte fortællinger – give anledning til et ekstra ihærdigt stykke arbejde for at mobilisere og italesætte denne handlekraft. Borgerne med mere gunstige levekår og færre sårbarhedsfaktorer i deres liv præsenterer ikke deciderede heltefortællinger. Disse borgere har imidlertid heller ikke nær så mange materielle og sociale barrierer at kæmpe med.

5.4 Forklaringer på sygdom og sundhed

Popay et al. (1998) har fremhævet, at lokale, sociale og strukturelle forhold skaber bestemte rammer for fortællinger (jf. kapitel 2). Folk kan trække på et bestemt repertoire af tilgængelige sociale, offentlige og kulturelle forklaringer i bestræbelserne på at skabe mening, selvidentitet og sammenhæng (67). I nærværende undersøgelse bliver dette særligt tydeligt, når vi ser på, hvordan borgerne forklarer, hvorfor de i perioder har haft et godt helbred eller har været plaget af sygdom. Borgerne trækker på en række kulturelle forklaringer eller prototypiske plots om sygdom og sundhed, som er tilgængelig for dem. For en person opvokset i Danmark vil disse forklaringer formentlig virke velkendte, men det er væsentligt at holde sig for øje, at de er noget særligt sammenlignet med andre kulturer, hvor der vil være et andet repertoire af forklaringer.

Borgerne i nærværende undersøgelse trækker på følgende syv typer af forklaringer i bestræbelserne på at forstå sygdom og sundhed – primært hos dem selv, men også hos familie, venner og bekendte:

- ◆ **”Det ligger i generne”.** Her forbindes helbredsproblemer og fysisk eller psykisk sygdom som noget nedarvet, ligesom et godt helbred omtales som ’noget der ligger i generne’. Genetiske forhold i familien gør ligeledes, at nogle borgere har en særlig bevågenhed over for specifikke sygdomme.
- ◆ **Fysiske eller fysiologiske forklaringer** drejer sig om medfødte eller senere opståede fysiske eller fysiologiske skavanker, som giver anledning til helbredsproblemer. Denne type forklaringer læner sig ofte op af lægelige vurderinger, som borgerne anerkender, selv om de kan have supplerende forklaringer i relation til det konkrete helbredsproblem.¹²

¹² Dette underbygger Blaxters (1997) pointe om, at forskellen mellem lægmands- og ekspertforklaringer på sygdom og sundhed ofte er overdrevet, da de nærmere indgår i et gensidigt og kontinuert forhold (55).

- ◆ **Stress og psykosomatiske forklaringer.** Disse forklaringer drejer sig hovedsageligt om stress som forklaring på egen eller andres sygdom. Ligeledes inddrages psykiske belastninger fx i forbindelse med opvækst og skilsmisser som betydende psykiske problemer, men også fysiske helbredsproblemer.
- ◆ **Individets egen indstilling, vilje og handlekraft.** Her fokuserer borgerne på, hvordan individets egen indstilling påvirker, hvorvidt man er syg eller ej. Det handler bl.a. om at have et særligt livssyn og en evne til at sætte grænser og strukturere sit liv. Ligeledes peger borgerne på individets mulighed for at påvirke egen helbredstilstand aktivt bl.a. gennem livsstilsforandringer.
- ◆ **Sociale relationer.** Her fremhæves gode sociale relationer med familiemedlemmer, venner og bekendte som betydningsfulde for helbredet.
- ◆ **Arbejdsrelaterede påvirkninger/uheld.** Helbredsproblemer kobles til omstruktureringer eller uheld på arbejdspladsen samt påvirkningen fra sundhedsskadelige stoffer.
- ◆ **Held – eller mangel på samme.** At have et godt helbred forbindes med at være heldig, ligesom et dårligt helbred forbindes med at være uheldig.

Borgerne anvender forskellige forklaringer til at forklare forskellige sygdomme, ligesom forskellige forklaringer tages i brug alt efter, om der berettes om sygdom eller sundhed. Ligeledes inddrager nogle borgere flere forklaringer i relation til ét specifikt sundhedsrelateret problem, dels fordi der kan være et samspil af forhold, der ifølge borgeren har ledt til sygdom, dels fordi borgeren måske ikke har en endegyldig forklaring på en given sygdoms opståen. Som også Bolam et al. (2003) (46) og Hodgetts & Chamberlain (2000) (47) kommer frem til jf. afsnit 2.2.1, så trækker borgerne i nærværende undersøgelse på konkurrerende forklaringer på sygdom og sundhed. Forklaringerne knytter både an til individets egen adfærd samt til forhold, som den enkelte har mere eller mindre begrænset indflydelse på – herunder gener, arbejdsforhold, sociale relationer og held.

Der tegner sig imidlertid ingen sociale forskelle i, hvilke forklaringer borgerne med henholdsvis gode og mindre gode levekår benytter sig af, eller måden de benytter dem på. De nævnte kulturelle forklaringer er således tilgængelige for alle uanset social position. Der er desuden ingen af borgerne, som spontant har inddraget social position som forklaring på sygdom eller sundhed hos dem selv eller andre. De syv prototypiske plots er baseret på borgernes livshistorier, som hovedsageligt har drejet sig om borgernes egne oplevelser og håndtering af sygdom og sundhed – et fokus der jf. Bolam (2004) ikke umiddelbart lægger op til forklaringer om strukturelle og samfundsmæssige tendenser (50). Ikke engang det at have levet et hårdt liv optræder – en forklaring som ellers kunne indikere en social udsat position.

5.4.1 Perspektiver på sociale forskelle i sygdom og sundhed

Selv om sociale forskelle i sygdom og sundhed i de senere år har fået mere og mere omtale, så indgår det tilsyneladende ikke i det repertoire af kulturelle forklaringer om sygdom og sundhed, som er tilgængeligt for folk i forhold til at forklare egen og for den sags skyld andres sygdom. Til sidst i interviewet konfronterede vi imidlertid borgerne

med undersøgelser, der viser, at der i forhold til livsstil og helbred eksisterer betydelige sociale forskelle. Analytisk træder vi således ud af borgernes livshistorier og beskæftiger os i stedet med de svar og overvejelser, som borgerne knyttede til det direkte stillede spørgsmål om sociale forskelle.

Langt de fleste borgere anerkender eksistensen og betydningen af sociale forskelle i forhold til sygdom og sundhed. I modsætning til hvad flere andre undersøgelser viser (50; 52; 53), så forholder det sig ikke sådan, at de mindre velstillede borgere er mere tilbageholdende med at anerkende eksistensen af social ulighed i sundhed end de mere velstillede. Fem af de seks borgere med gode levekår anerkender helt eller delvist, at uddannelsesmæssig baggrund kan have en betydning for helbredet mod fire af de seks borgere med mindre gode levekår.

Forklaringerne på, hvorfor der er sociale forskelle i sygdom og sundhed, er mangfoldige og bærer præg af at være overordnede og generelle forklaringer om tingenes tilstand – en form for *metaforklaringer*, som ikke tager udgangspunkt i individets egne personlige erfaringer. De tager i stedet afsæt i observationer fra deres omgivelser – hos andre end dem selv. Det kommer bl.a. til udtryk ved, at borgerne refererer til 'man', 'folk' eller 'dem/de/deres'. Nedenfor har vi inddelt borgernes forklaringer i tilknytning til sociale forskelle i sygdom og sundhed i seks kategorier.

Socialt velstillede har en bedre forståelse

Den mest udbredte forklaring på, hvorfor velstillede ikke i så høj grad bliver syge som mindre velstillede, er, at højtuddannede er bedre rustede til at forstå sammenhænge mellem livsstil og sygdom og har bedre sans for at leve sundt – det fremhæves af både Lene, Kristian, Inge, Jens og Birthe. Fx forklarer Lene: "*De [der har høj uddannelse, red.] har jo også et intellektuelt fundament og et uddannelsesmæssigt fundament, der gør, at de kan forstå sammenhængen i tingene*". Samtidig fremhæver Lene, at mange af de lavtuddannede medarbejdere, som hun er leder for på sit arbejde, sådan set også er opmærksomme på fx at spise sundt, men ofte har de så mange sociale problemer, at det tager fokus fra alt andet. På den baggrund kan Lene godt forstå, at der er en overdødelighed blandt lavtuddannede, for som hun siger: "*Altså, jeg synes de lever et hårdt liv*".

Også nogle af borgerne med mindre gode levekår påpeger, at veluddannede har bedre forudsætninger for at leve et sundt liv – en direkte erkendelse og italesættelse af ulighedens eksistens, som også findes i et andet studie af lægmandsfortællinger om social ulighed i sundhed (44). Jens mener fx, at jo bedre uddannet du er, des bedre er du til at tage vare på dig selv. Birthe fremhæver endvidere, at veluddannede har mere sans for, hvordan man lever sundt.

De sociale sammenhænge og relationer spiller ind

En række borgere fremhæver desuden, at de sociale sammenhænge eller relationer, du færdes i, afspejler den socialgruppe, du kommer fra, og at disse sociale relationer præger dine sundhedsrelaterede valg og fravalg. Fx siger Birthe: "*Jeg tror et eller andet sted, så færdes man i sine kredse. Og jeg tror, at hvis folk har en bedre uddannelse, så har de kredse, de færdes i, lidt mere sans for de ting. Folk med uddannelse ved også de der ting, tror jeg. Og jeg tror, at folk uden uddannelse, det er lidt sværere nu om stunder, men ellers kan man godt forestille sig sådan en arbejderkultur, at den er lidt med et*

mødested over en øl eller nogle røde pølser osv. Der er sådan med lidt forskellige livsstile, men det flyder måske lidt. Men en smule i den retning, tror jeg, er rigtigt."

Også Inge fremhæver betydningen af sociale relationer: *"Men det er jo nok igen også det der med dit samvær. Fordi hvis deres samvær nu altid er med nogen, som sidder og skal drikke fem øl, spise en masse chips og altid spise noget"*. Hun understreger, at man har mest lyst til at gøre, som dem man omgås og føler et fællesskab med, og det kan være svært at sige nej tak til den mad, der er tradition for at få, når man samles med familie og venner.

Individets økonomiske rammer

Kristian og Inge, som begge har gode levekår, berører økonomi som en faktor i relation til social ulighed i sundhed. Som Kristian siger: *"Økonomi er jo frihed, og hvis du har en ordentlig økonomisk ramme, kan du vælge rigtigt"*. Ligeledes nævner Inge, at man i en velstillet position kan købe sig nogle glæder, som mindre velstillede ikke kan, og at man derfor måske ikke føler så mange afsavn. Jens og Susanne, som har mindre gode levekår, berører også økonomiske forhold. Jens nævner, at ens uddannelsesniveau afgør ens lønniveau, og dermed hvad man har at leve for. Hvorvidt en lav indkomst har indflydelse på, om man bliver mere eller mindre syg, er ifølge Jens dog et spørgsmål om, om man kan acceptere at klare sig for en lille løn. Susanne, som kategorisk afviser, at der skulle være nogle sociale forskelle i sygdom og sundhed, kan heller ikke se, at det skulle have nogen betydning, om man har penge eller ej, for som hun siger: *"For alle de ting man betaler for, for eksempel fitness, det kan man lave derhjemme. Man behøver ikke at betale en masse penge for at tage af sted til der, hvor det hele står. Man behøver ikke de maskiner for at lave det"*.

For Susanne handler det således ikke om, hvad man har adgang til rent økonomisk, men om at gøre tingene indenfor de rammer man har. Susanne relaterer her til sin egen situation. Hun går selv i fitness-center og har på trods af svære livsomstændigheder overskud til at være fysisk aktiv i sin fritid.

Individets eget ansvar og vilje opbløder de sociale forskelle

Flere borgere fremhæver den enkeltes eget ansvar, egen vilje og indstilling som modsvar mod eksistensen af social ulighed i sundhed eller som et forhold, der i kombination med folks sociale status har en betydning for den enkeltes helbred. Poul, der kun delvist tilslutter sig idéen om, at uddannelsesniveau har betydning for sygdom og dødelighed, siger fx: *"Det har snarere noget at gøre med, hvordan din hjerne den virker, og hvor opmærksom du er på, hvad du selv vil gøre, og hvordan du opfatter tingene omkring dig, og er du indstillet på at lave om på tingene. Det er mere sådan en kompleks sag, for hvis man sådan set bare kører derudad og ikke spekulerer ret meget over, om der er en sammenhæng mellem mad og sygdomme og andre ting, jamen så er du nok mere tilbøjelig til ikke at lave om på noget"*.

Poul fremhæver efterfølgende, at et lavt uddannelsesniveau ikke nødvendigvis betyder, at man ikke kan se og forstå sammenhænge mellem sygdom og sundhed. Det har også betydning, hvad du har lært som barn. Ifølge Poul er det vanskeligt at afgøre, hvad man *"har i sin hjerne i forvejen"*, og hvad der er kommet ind via uddannelse. Også Mette, som heller ikke helt entydigt mener, at man kan koble uddannelsesniveau til ulighed i sundhed, fremhæver, at det enkelte individs indstilling har en betydning for, hvor-

vidt man bliver syg eller ej. Samtidig kan ens sociale position ifølge Mette trække én i en god eller dårlig retning. Både Poul og Mette kobler således forklaringer om individets egen vilje med social og uddannelsesmæssig position, men de betragter sidstnævnte som noget sekundært i forhold til individets egen handlekraft og vilje.

Koblingen mellem det individuelle ansvar og mere strukturelle forhold fremhæves ikke kun af Poul og Mette, som har gode levekår. Jens påpeger også, at man selv kan gøre noget aktivt for at forbedre den situation, man er i, men samtidig kan man også blive begrænset af systemet. Jens har selv været sygemeldt i 2 år. Han følte i høj grad, at det sociale system begrænsede hans handlemuligheder og fastholdt ham i en uønsket position. Også Karl fremhæver, hvordan systemet kan 'tryne' folk og medvirke til at stemple folk som socialt svage. For sit eget vedkommende afstår Karl fra at lade sig tryne, og han kommer med denne opsang: *"Nej man skal ikke sige: "Åh jeg lille stakkel, hele systemet er efter mig"*". Jens og Karl supplerer således metaforklaringer med mere personlige og erfaringsnære perspektiver.

I modsætning til Jens og Karl inddrager Jan ikke strukturelle forhold. For Jan giver det slet ikke mening at tale om sociale forskelle i sygdom og sundhed – han fremhæver udelukkende det individuelle ansvar. Efter hans mening, er det folks egen skyld, hvis de vil sidde og sumpe, og som han understreger: *"Alle mennesker kan gøre noget for sig selv, hvis bare de vil"*.

Der vil altid være undtagelser

Sidestillet med de andre forklaringer inddrager borgerne, hvad man kan kalde undtagelsesfortællinger. Over halvdelen af borgerne påpeger enten, at høj social status ikke nødvendigvis er ensbetydende med et godt helbred, ligesom lav social status ikke nødvendigvis leder til dårligt helbred og øget sygelighed. Det bliver ikke blot påpeget, men underbygget med konkrete eksempler. Her er et vist overlap med de ovenstående forklaringer om individets eget ansvar og vilje, som opbløder de sociale forskelle. Borgerne fremhæver imidlertid også nogle mere generelle forbehold overfor at kategorisere menneskers sygdoms- og sundhedstilstand ud fra social position.

Poul nævner fx sin fætter: Fætteren er politibetjent og har således en mellemlang videregående uddannelse. Fætteren har sukkersyge, men holder sig ikke tilbage for at spise søde sager – han tager bare et ekstra skud insulin. Også Inge påpeger, at man ikke kan generalisere ud fra social status: *"Der er sikkert også nogle af dem [med lavt uddannelsesniveau, red.], der er sunde og raske, tror du ikke? Og som dyrker sport og deltager i en sportsklub og laver en masse ting. Man kan formodentlig ikke generalisere overhovedet"*.

Også borgere med mindre gode levekår fremhæver undtagelser. Birthe konstaterer eksempelvis: *"Men selvfølgelig vil man kunne finde eksempler i hver gruppe, som ikke passer. Men generelt set tror jeg, at det passer"*. I udgangspunktet anerkender Else også eksistensen af social ulighed i sundhed, idet hun nævner, at ens baggrund i form af opvækstvilkår og forældre på én eller anden vis har indflydelse på ens helbred: *"Der må være forskel på, om man har boet i et rigt hjem eller fattigt hjem med mange ting, men måske også – der har måske også været nogle negative ting, selvom man har boet i et rigt hjem"*. Else fortæller videre om sin egen opvækst og fremhæver, at hun på nogle punkter havde et bedre socialt liv end mere velstillede, fordi de var mange søskende, og der derfor altid var nogen af lege med og støtte sig til.

Modstand mod social kategorisering

I stil med det Else gør i ovenstående afsnit, tager flere af borgerne med mindre gode levekår afstand fra og nuancerer de kategoriseringer af folk, som undersøgelser af sociale forskelle i sygdom og sundhed præsenterer. Selv om Jens som tidligere vist påpeger, at ens uddannelsesniveau sætter nogle rammer for, hvad man har at leve for, så konstaterer han samtidig: *"Jeg siger ikke, at penge altid er lykken, for der er også dem, der har problemer"*. Det er også tydeligt, at Jan ikke betragter sig selv som værende i en ulighedssituation. Da vi spørger ham om eksistensen af sociale forskelle i sygdom og sundhed, begynder han at fortælle om én af hans naboer, som er invalidepensionist – en mand som er langt dårligere stillet end Jan, og som han forsøger at få med ud og gå ture. Jan fortæller ligeledes, at dem han arbejder sammen med på fabrikken er slagteriarbejdere eller arbejdsløse, som er kommet i job, og pointerer: *"De er jo lige så gode som andre mennesker"*. Også Karl og Susanne fremhæver i deres fortælling andre, som på et eller andet plan er i en mere udsat position end dem selv – Karl nævner de fattige i andre lande og Susanne de deprimerede, som ikke formår at ændre livsstil. Ved på den måde at fremhæve andre, som er i en langt værre situation end dem selv, placerer Karl, Susanne og Jan sig selv i en position, der fremstår mindre udsat. Dette positioneringsarbejde finder vi ikke hos nogle af borgerne med mere gunstige levekår, formentlig fordi de – i kraft af deres sociale position – ikke har samme behov for at fremstille sig selv som mere gunstigt stillede end andre.

5.5 Livsstilsændringer – et situationelt sammentræf

Fra i de foregående afsnit at have fokuseret på sårbarhedsfaktorer, betydningen af sygdom, borgernes selvforståelse og forklaringer omkring sygdom, sundhed og sociale forskelle retter vi nu fokus mod livsstilsændringer. Vi vender således tilbage til borgernes livshistorier – det fortalte liv.

Udover levekår var et af udvælgelseskriterierne, at de 12 borgere skulle have forskellige profiler mht. livsstil og helbred. Vi har således *ikke* at gøre med borgere, der kan kategoriseres som havende enten en sund eller usund livsstil – begge dele er repræsenteret på tværs af borgere med gode og mindre gode levekår. Samtlige borgere er bevidste om livsstils betydning for helbredet og nævner kost, motion og rygning, enten fordi de selv har forsøgt at ændre livsstil på de områder eller er bevidste om, at de har usunde kost-, motions- eller rygevaner. Alkohol bliver også nævnt af flere på nær Poul, Lene, Birthe og Jens. Det udbredte kendskab og opmærksomhed omkring livsstil er formentlig udtryk for den effekt af forebyggelses- og sundhedsfremmeinterventioner, som Blaxter (1997) påpeger – at folk i høj grad har taget budskabet om ansvaret for eget helbred til sig (55). Et fænomen der sandsynligvis er særligt udbredt blandt denne gruppe borgere, fordi de har deltaget i et forebyggende tiltag som Sundhedsprojektet.

Det er meget forskelligt, i hvilket omfang den enkelte borger har foretaget livsstilsændringer, og hvad der har initieret disse ændringer. Borgernes nære relationer kan have en væsentlig betydning. Karl fremhæver bl.a., at det er problematisk at være kæreste med én, der skal tage på, når han selv skal tabe sig. Susanne fortæller ligeledes om, at det kan være svært at følge de sunde kostråd, når hendes mand helst vil have sovs, kartofler og kød hver dag. Omvendt nævnes der også eksempler på, at andre kan initiere og hjælpe til livsstilsændringer. Fx fortæller Birthe, at hun holdt op med at ryge, fordi

hendes børn ikke ville være i stue med hende. For Ole betød opmærksomheden fra familien, at han blev bevidst om sit alkoholproblem og fik styr på det. Lene er undtagelsen fra reglen, idet hun har umådelig god opbakning fra sin mand mht. at dyrke mere motion, men det er ikke tilstrækkeligt til at få hende i gang.

Overordnede forhold og traditioner på en arbejdsplads kan ligeledes påvirke sundhedsadfærden. Selv om Lene fremstiller sit rygestop, som en beslutning hun tog på egen hånd, så var det en overordnet rygestoppolitik på arbejdspladsen, der satte skub i hendes beslutning. Det kan ikke udelukkes, at rygereglerne på Jans arbejdsplads begrænser hans piberygning. Det lader dog til, at han har fundet sine smuthuller, så han kan ryge, når det passer ham ved fx at ryge i sin truck udenfor.

Vi har i tidligere afsnit belyst, hvordan borgerne italesætter individuel handlekraft. Det er imidlertid vidt forskelligt, på hvilke områder denne handlekraft italesættes. Hvor en borger udviser handlekraft på ét område, så glimrer den ved sit fravær på andre områder. Sådanne forhold det sig også med handlekraft i relation til livsstilsændringer.

Vi har allerede stiftet bekendtskab med både Susanne og Birthes handlekraft i forhold til at indføre livsstilsændringer. De udviser begge en måske lidt uventet viljestyrke og handlekraft deres situation taget i betragtning. Ser vi derimod på Lene, er der tale om en udpræget mangel på handlekraft i forhold til at ændre motionsvaner, selv om hun er ressourcestærk både mentalt og økonomisk og som nævnt har opbakning fra sin mand. Det betyder dog ikke, at Lene ikke udviser handlekraft på andre områder – det gør hun i høj grad i forbindelse med sit arbejde.

Det situationelle synes at være det afgørende for Susanne, Birthe og Lene. Den situation, de befinder sig i, og de erfaringer, som de har gjort sig, influerer på deres grad af motivation for at ændre livsstil. Susanne er ramt af depression og har dårligt knæ, men kan mærke, at motionen gavner hende både psykisk og fysisk, ligesom hun fra tidligere har positive erfaringer med sportsprægede aktiviteter. Birthe mærker på sin egen krop, at noget er galt, og får konstateret forhøjet blodtryk og kolesteroltal. Det motiverer hende til at ændre kost- og motionsvaner. Hun erfarer tillige, at motionen hjælper på smerter i skuldre og ben. Lene har derimod ikke haft nogen alvorlige sygdomstegn inde på livet, som har rykket ved hendes hverdag eller arbejdsliv. Den risiko, der er ved at være overvægtig – som Lene så udmærket kender til – er ikke nok til at motivere hende til motion. Det situationelle omkring individets liv og helbred synes således at være en langt stærkere parameter for handling (eller manglen på samme) end social position alene.

Det situationelle spiller også ind i forhold til Jens. Han har ikke meget tiltro til sin egen handlekraft på livsstilsområdet, hvilket hænger sammen med hans oplevelse af at have begrænset kontrol over sit helbred. Jens' manglende oplevelse af kontrol relaterer sig til de konkrete erfaringer, han har med hjerteproblemer i hans familie – bl.a. hans mor og bror. Chamberlain & O'Neill (1998) finder noget lignende, idet de konstaterer, at rygere med lav socioøkonomisk status mener, at sundhedsadfærd (fx rygestop) har en mindre effektiv virkning på helbredet sammenlignet med rygere med høj socioøkonomisk status (49). Ifølge Chamberlain & O'Neill (1998) skyldes det formentlig, at rygere med lav socioøkonomisk status har større sandsynlighed for personligt at opleve sygdom, skader og for tidlig død, hvorfor de ikke anser fx rygestop som medvirkende til at mindske den generelle risiko for at dø for tidligt eller at få en given sygdom.

I denne undersøgelse er det dog ikke kun borgere med mindre gode levekår, som reflekterer over og kommer med konkrete eksempler på, at sund livsstil ikke altid er ensbetydende med et godt helbred og vice versa. Poul påpeger fx – til trods for at han både lever sundt og har et godt helbred – at man ikke kan vide sig sikker, og at han sikkert får en blodprop, når han fylder 69 år. Dette baserer han på konkrete erfaringer i relation til hans far og fætter, som fik en blodprop i netop den alder. Sådanne beretninger illustrerer en bevidsthed om, at sammenhængen mellem livsstil og sundhed kan være tilfældig og usikker jf. forebyggelsesparadokset.

Det er vanskeligt præcist at vide, hvad der gør, at nogle formår at indføre livsstilsændringer og andre ikke. Det er dog væsentligt at understrege, at det ikke nødvendigvis er borgere med mindre gode levekår, som ikke formår at ændre livsstilsvaner – ovenstående eksempler peger i retningen af det modsatte. Borgernes fortællinger vidner om, at der skal mere end viden til for at ændre livsstil. Det har ofte været nærværende og markante hændelser i folks liv, som har gjort en livsstilsændring relevant og vedkommende. For nogen har helbredsproblemer i form af overvægt, forhøjet kolesterol, blodtryk eller blodsukker igangsat livsstilsændringer – her har Sundhedsprojektet i nogle tilfælde haft en betydning. Personligt erfaret sygdom eller tegn på sygdom synes imidlertid at være en væsentlig trigger. Det har fået den enkelte borger til at kontakte egen læge og har måske resulteret i en sygehusindlæggelse, hvor et eller flere helbredsproblemer er blevet klarlagt. I endnu andre tilfælde er livsstilsændringer initieret af psykiske problemer eller indførelsen af rygeregler på arbejdspladsen. Samlet set er det en mangfoldighed af forskellige påvirkninger og et sammentræf af situationelle forhold, der har ledt til livsstilsændringer i borgernes liv.

5.5.1 Balancering og grænsedragning

I borgernes fortællinger er det ofte ikke et enten eller at foretage livsstilsændringer, men derimod en balancegang mellem på den ene side at tage ansvar for eget helbred og samtidig leve det liv, som man ønsker. Fx pointerer Kristian, at han bevidst har valgt sin livsstil og ikke ønsker at leve efter stramme retningslinjer. Samtidig fortæller han om små ændringer, han har foretaget i forhold til kost og motion. Jens giver også klart udtryk for, at han ikke ønsker at være fanatiker, når det kommer til livsstil, men han er alligevel stoppet med at ryge, og er begyndt at gå frem for at tage bilen ned i byen. Inge fortæller i modsætning til Kristian og Jens, at hun gør en del for at bevare et godt helbred. Hun synes dog, at der skal være plads til at drikke et glas vin i ny og næ, fordi hun forbinder det med livsglæde og hyggeligt samvær. For Ole var det en for stor belastning ikke at ryge, når han samtidig havde det dårligt psykisk. Han vil dog gerne på sigt holde helt op med at ryge, men i den givne situation vejede hans psykiske tilstand højere end den fysiske.

Denne balancering vidner om, at borgerne kun til en vis grad har taget budskabet om den enkeltes pligt til at bevare et godt helbred til sig. Borgerne lægger lige så meget vægt på at opretholde en vis grad af selvbestemmelse og foretager derfor grænsedragninger i forhold til, hvor langt de vil gå med livsstilsændringer. Nogle af de borgere, som foretager denne grænsedragning fremhæver også, at de ville ændre på deres livsstil, hvis der virkelig skulle vise sig at være noget galt. Fx ville Lene begynde at dyrke motion, hvis det ifølge hendes læge ville forlænge hendes liv væsentligt. Kristian vil overveje

at holde op med at ryge, hvis han begynder at hoste, og Inge ville droppe rødvinen, hvis hun fik at vide, at det medførte alvorlige leverskader.

Den balancering og grænsedragning, som borgerne foretager i forbindelse med livsstilsændringer, ses også i den måde, borgerne har håndteret vurderingerne af deres helbred, som de har fået via Sundhedsprojektet.

5.6 Involvering i Sundhedsprojektet

Da vi i sin tid kontaktede borgerne med henblik på at lave interview med dem, blev de gjort opmærksomme på, at de var udvalgt, fordi de havde deltaget i Sundhedsprojektet. Dette blev repeteret i indledningen af interviewene, og her blev de også gjort opmærksomme på, at vi gerne ville høre om deres erfaringer med at deltage i Sundhedsprojektet. Overordnet set fylder Sundhedsprojektet imidlertid ikke meget i borgernes fortællinger, og i nogle tilfælde blev det først omtalt, når vi spurgte direkte ind til det. Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at selvom Sundhedsprojektet har været i gang i over 15 år, så er det kun tre gange over de 15 år, at borgerne har fået foretaget en helbredstest, og måske har de kun været til helbredssamtale en enkelt gang i forbindelse med projektets opstart tilbage i 1991. Det er imidlertid meget forskelligt, hvilken indflydelse Sundhedsprojektet har haft på de enkelte borgers livsstil og helbredstilstand, dels fordi der har været stor forskel på, om helbredsundersøgelserne har givet anledning til ændringer, dels fordi det varierer i hvilket omfang, den enkelte borger har ønsket eller har kunnet fastholde livsstilsændringer foranlediget af helbredstestene og lægernes anvisninger.

Når det er sagt, er det gennemgående for alle borgere, at de er meget positivt indstillede overfor Sundhedsprojektet og overvejende har gode oplevelser med at være med. Flere ærgres sig over, at der ikke er udsigt til, at Sundhedsprojektet fortsætter, ligesom flere fremhæver, at alle burde få tilbudt en helbredsundersøgelse og -samtale. Fx siger Ivan: *"Og det burde alle jo have mulighed for. At komme til sådan et helbreds-tjek, for det tror jeg dældundrende mig godt nok, det kunne skabe (...) mange glæder i små hjem, ved at det [sygdom, red.] blev opdaget i tide"*.

Ifølge Jan havde hans svigerinde, som døde af kræft, måske været levende i dag, hvis hun havde fået foretaget en helbredsundersøgelse.

5.6.1 Helbredsundersøgelserne

Det, mange af borgerne uanset social position lægger speciel vægt på, er, at de via helbredsundersøgelserne har kunnet følge med i deres helbred og få et praj, hvis noget er galt. Fx betragter Inge det som trygt at blive bekræftet i, at man gør det rigtige for ens helbred, og samtidig fungerer helbredstestene som en advarselslampe, hvis nogle af tallene skulle vise sig at ligge dårligt. Kristian anskuer helbredstestene som et slags 100.000 km bileftersyn, hvor man får gennemgået alle de vigtige funktioner og får et signal om, hvis noget kunne fungere bedre. Jan beskriver det således: *"Det er jo et vink med en vognstang, eller hvad skal man sige. Siger, prøv at se her [banker i bordet]. Det er altså noget, der skal rettes op på, fordi ellers så smutter du sku nok i svinget en dag"*, og Jan fortsætter: *"Jeg har været undersøgt i hoved og røv. Nå, men så kan jeg gå ud fra det. Så siger jeg: "Hallo makker! Hvad er det? Er det bajeerne eller tobakken eller er det kolesterolen, man skal have gang i at kigge på? Hvor skal man gøre tingene henne?"*

Ifølge Jan giver helbredstesten således også et pejlemærke i forhold til, hvor han selv kan gøre en indsats.

Mette, Ole, Inge, Jan og Else fremhæver tillige, at helbredstjekkene ofte har fungeret som en bekræftelse på, at der ikke er noget galt med deres helbred, og at de på den baggrund har kunnet få aflivet egne spekulationer omkring eventuelle sygdomme.

Poul, Jan og Birthe er af den overbevisning, at de formentlig ikke ville have fået tjekket deres helbred eller havde fokuseret så meget på deres helbred, hvis ikke de var kommet med i Sundhedsprojektet. For Jan og Birthe har Sundhedsprojektet faktisk ledt til konkrete livsstilsændringer i form af ændringer i alkoholforbrug og kost. Pouls helbredsundersøgelser har imidlertid ikke givet anledning til ændringer. Han mener dog, at jo ældre han bliver, des mere er der brug for at blive undersøgt og siger: *"Det vil nok være en god idé, når jeg nærmer mig 69 [griner]"* med henvisning til farens og fættens hjertetilfælde.

Der er enkelte borgere, som fremhæver, at de har haft vanskeligt ved at forstå de tal, som har stået i den tilbagemelding på helbredsundersøgelsen, som de har modtaget per brev. Fx siger Karl: *"Du får så meget papir. Og der står, at du har de og de værdier, og de er indenfor de og de grænser. Men det siger jo ikke noget, for man er jo ikke læge"*. For Jan tog det en uge at læse resultaterne fra sin seneste helbredstest og begribe, hvad det betød. Han gør dog opmærksom på, at han er ordblind – han kan ikke stave, men han kan godt læse. Med det sprogbrug, som er anvendt i formidlingen af helbredsresultaterne, har Jan dog været nødt til at læse det igennem flere gange. Else fortæller også, at hun ved første helbredsundersøgelse var glad for, at der var en efterfølgende samtale, fordi der var mange ting, hun ikke umiddelbart forstod. Det er dog ikke kun borgere med mindre gode levekår, som har haft svært ved at tolke tallene. Ved sidste helbredsundersøgelse var Ole i tvivl om betydningen af nogle specifikke værdier og ringede derfor til lægen. Selvom Ole synes, at det er rart at få en status og få gjort op med sine egne spekulationer, så ville han gerne i den forbindelse have haft en opfølgende snak med lægen, *"så man ikke er overladt til sin egen fantasi"*. Til gengæld påpeger Mette, at hun har haft nemt ved at forstå resultaterne fra helbredsundersøgelsen og ikke har følt behov for at få noget uddybet.

Kristian har i forbindelse med det seneste helbredstjek tænkt på at kontakte sin læge – ikke fordi han ikke forstår resultaterne, men snarere fordi de måske kunne give anledning til en uddybende snak. Han har dog ikke fået gjort alvor af sine hensigter. Lene valgte ved den seneste helbredsundersøgelse at få en uddybende samtale med sin læge, og her rådede han hende til at tabe sig. Karl og Else giver imidlertid udtryk for, at de forventer, at lægen kontakter dem, hvis der er noget alvorlig galt. Her ses en social forskel, idet flere af borgerne med gode levekår selv sørger for at få den information, de har behov for eller ønsker, hvorimod borgere med mindre gode levekår såsom Karl og Else ikke har taget det initiativ.

5.6.2 Helbredssamtaler

I forhold til helbredsundersøgelserne står helbredssamtalerne meget svagt i mange af borgernes hukommelse. Dem som kan huske en enkelt eller flere samtaler fremhæver, at det har været rart at have en mulighed for at få uddybet tallene fra helbredsundersøgelsen. Denne mulighed har manglet ved den seneste helbredsundersøgelse. Godt

nok har de kunnet ringe til lægen, men det er noget helt andet at blive kaldt til samtale og sidde og gennemgå resultaterne sammen med lægen face-to-face.

Særligt Jan har nogle interessante bemærkninger til helbredssamtalerne. Han efterlyser nogle mere klare og bastante udmeldinger fra lægen: *"Altså, der er ikke noget ondt i manden [lægen, red.] eller noget som helst, men jeg synes bare, han fortalte tingene ... ikke på en sjov måde, men på en lidt kedelig måde, hvad skal man sige. Altså, han kunne ligeså godt have sagt: "Ved du hvad makker [slår i bordet], nu skal du lige se her. Nu skal du gøre ... du skal ikke gøre ... du skal prøve og gøre sådan og sådan"*.

Jan efterlyser således noget mere pondus i lægens tilbagemeldinger. Selvom det ikke har tilknytning til Sundhedsprojektet, så fortæller Karl ligeledes, at han i forbindelse med den undersøgelse, han for nyligt gennemgik på sygehus pga. symptomer på hjerteproblemer, fik at vide, at det ikke var så slemt. Han var begyndt at lave lidt om på sin kost, men som han siger: *"Hvis de nu havde sagt, at det der ser slemt ud, så havde jeg måske gjort noget mere ved det"*. Læger, som enten er involveret i helbredsinterventioner eller behandling af livsstilsrelaterede sygdomme, bør ikke glemme, at de trods diskussioner om det modsatte stadig har en autoritet overfor de borgere, som de møder. Selv om Jan som ovenfor illustreret synes lægen var noget tør at høre på, siger han alligevel, at han sandelig hørte efter, hvad lægen sagde: *"Vi sad jo på tomandshånd!"*.

At der bliver lyttet bliver særligt tydeligt i de tilfælde, hvor lægen har været udglattende i forhold til nogle af borgernes knap så sunde livsstil. Fx fortæller Jan, at lægen havde spurgt til, om han røg, hvortil Jan svarer bekræftede. Lægen svarer: *"Nåh, men det er lige meget"*. Det samme har han oplevet, da han på et tidspunkt bliver lyttet på lungerne. Her giver Jan svar på tiltale om, hvorvidt han ryger, men bliver slået hen med et *"Nåh, nåh"*, og ikke en opfordring til at holde op, som Jan et eller andet sted havde forventet. Kristian hæfter sig også ved følgende kommentar fra sin læge: *"Jeg har sku aldrig hørt nogen leve så åndssvagt og ha' det så godt. Når jeg sidder og kigger på dig – du ser sgu' godt nok ud"*. Da han på et tidspunkt får ondt i lungerne, og både han og hans læge frygter, at det er kræft, er lægens tilbagemelding, at han godt kan begynde at ryge igen, for det er bare lungebetændelse. Sådanne udmeldinger printer sig fast i bevidstheden hos de borgere, som måske har brug for at legitimere deres livsstil – i disse tilfælde rygning. Det er selvfølgelig individuelt, hvornår det vil blive opfattet som moraliserende at gå meget direkte til borgernes livsstil. Kristian fremhæver da også, at *"de [lægerne, red.] skal edderhug'ne ikke begynde at moralisere"*, og det har han heller ikke oplevet, at de har gjort til helbredssamtalerne. Han sætter dog pris på helbredssamtalerne, men i forhold til fx Jan er Kristians rationale anderledes: *"Netop at du får den der meget grundige samtale omkring resultaterne. Hvor man kan fremføre sine argumenter, og hvor man får at vide sådan og sådan, og du burde kunne. Og så lægge det sig i baghovedet, sådan at man reflekterer over det"*.

Kristian ser samtalerne som en mulighed for også at præsentere hans side af sagen og reflektere over lægens input. Men Kristian slår fast, at det er ham, der træffer beslutningen om, hvad han gør omkring sin livsstil. Men andre såsom Karl og Jan efterlyser netop at få tingene serveret på en kontant måde og opfatter det tilsyneladende ikke som moraliserende.

5.6.3 Ændringer på baggrund af Sundhedsprojektet

Der har som nævnt været stor forskel på, om helbredsundersøgelserne har givet anledning til livsstilsændringer. For Poul, Inge, Susanne og Toves vedkommende har helbredstestene vist pæne tal og har således ikke givet anledning til at revurdere livsstilen. For de øvrige borgere har tallene i én eller flere af helbredsundersøgelserne ligget knap så pænt, og har derfor givet anledning til råd om livsstilsændringer fra lægen. Det er imidlertid ikke alle, som faktisk har gjort noget på baggrund af disse indikationer.

Mette, Ole, Ivan, Jens og Margit har alle gennemført ændringer på baggrund af helbredsundersøgelserne. Mette og Ole fortæller fx, at deres kondital ikke lå så godt ved første helbredsundersøgelse. Mette synes at huske, at det inspirerede hende til at være mere fysisk aktiv, og Ole fortæller: *"Jeg begyndte at løbe, og det var skræmmende, at jeg kunne ikke løbe 500 meter, før jeg var fuldstændig flad. Men det blev altså bedre. Jeg har stadig kortene, hvor jeg har tegnet nogle af ruterne ind"*. I de efterfølgende helbredsundersøgelser var både Mette og Oles kondital forbedret, og der har heller ikke været noget at komme efter på det punkt i den seneste undersøgelse.

Ved første helbredsundersøgelse blev Jan og Jens også gjort opmærksomme på, at de skulle passe på vægten. Jan fik desuden at vide, at hans levertal ikke var alt for gode, og han erindrer også, at der var snak om rygning. Derfor begyndte Jan at gå noget mere og spise mindre, ligesom han drak færre øl. Han fik efterfølgende taget en leverprøve, som så fin ud, og mht. vægten viser han glædeligt resultatet frem under interviewet – han vejer nu 10 kg mindre, end da Sundhedsprojektet startede. Jens fik – udover vægten – også at vide, at han skulle være opmærksom på sit blodsukker, og at det ville være en god idé at holde op med at ryge. Han begyndte derfor at spise mindre og tabte sig også i en periode, men han havde svært ved at fastholde det: *"Ja, så kom de [kiloene, red.] stille og roligt på igen"*. Jens forsøgte også at holde op med at ryge, men det var svært, bl.a. fordi han arbejdede på skiftehold og havde meget natarbejde. Derfor begyndte han at ryge igen – faktisk dobbelt så meget som før. Det lykkedes først for Jens at holde op med at ryge, efter han blev opfordret til det i forbindelse med operationen for åreforkalkning omkring hjertet: *"Det sagde de [sygehuslægerne, red.], at det var vigtigt"*. Han meldte sig til et apoteksbaseret rygestopkursus i et intensivt, individuelt forløb, hvor han bl.a. fik nikotintyggegummi. Tyggegummiet tager han stadig i anvendelse, når han bliver stresset og får trang til nikotin. Tallene fra Jens' seneste helbredsundersøgelse så fine ud, men det tilskriver Jens operationen og den medicin, han får, frem for at han er holdt op med at ryge.

Ved den første helbredsundersøgelse fik Birthe konstateret forhøjet kolesterol. Sammen med sin læge lagde hun en kostplan, som hun nogenlunde fulgte. Kolesterol-tallet faldt også i en periode: *"Men så dumper man jo lidt i igen. Tænker, når man nu har det godt og så videre"*. Da hun så blev syg lige efter, hun gik på efterløn, og udover et forhøjet kolesterol også fik konstateret forhøjet blodtryk, får hun igen taget sig sammen til at ændre ikke bare kost-, men også motionsvaner. Den seneste helbredsundersøgelse viste også gode resultater.

Borgernes beretninger om livsstilsændringer knytter sig primært til den første helbredsundersøgelse. Det er formentligt også her, motivationen og interessen omkring hele foretagendet har været størst fra både borgernes og lægernes side. Desuden var helbredsundersøgelsen knyttet op på en grundig opfølgning i form af hele 45 minutters

opfølgende helbredssamtale (plus 15 minutters forberedelsestid til lægen). Desuden synes det at være centralt, at borgerne har kunnet se frugten af deres bestræbelser i den efterfølgende helbredsundersøgelse.

To af de tre, som ikke har gennemført livsstilsændringer, selvom én eller flere helbredsundersøgelser burde have givet anledning hertil, har gode levekår. Kristian fortæller, at det, alle de år han har været med i Sundhedsprojektet, har været de samme ting, han har skullet være opmærksom på. Fx er hans lungekapacitet ikke optimal, han skal holde øje med sit blodsukker, og han indikerer også, at mange af de øvrige tal ligger lige i overkanten. Og Kristian ved udmærket, hvad han burde gøre: *"Spise lidt sundere og drikke lidt mindre og ryge lidt mindre og alt det der, og det gør jeg ikke. Jeg prøver at sætte min motion op til en time om dagen, hvor det tidligere var en halv time om dagen"*. At holde op med at ryge vil han som bekendt ikke – medmindre han begynder at hoste om morgenen. Lene har ved en seneste helbredsundersøgelse været hos sin læge, der opfordrede hende til vægttab. Men som det tidligere er beskrevet, er det ikke lykkedes hende at finde motivationen til at blive mere fysisk aktiv. Karl, der generelt ikke kan huske ret meget om Sundhedsprojektet, fortæller, at han hele sit liv har fået at vide, at han skulle tabe sig. Hvis det også er blevet nævnt i tilknytning til Sundhedsprojektet, har det tilsyneladende ikke gjort det store indtryk på Karl. Efter han for nylig har haft symptomer på hjerteproblemer, har han dog som tidligere nævnt lagt lidt om på kosten, men han synes ikke at være voldsomt motiveret.

Ser vi overordnet på, hvilke borgere der har givet sig i kast med og er lykkedes med at gennemføre livsstilsændringer på baggrund af Sundhedsprojektet, så synes det at være borgerne med mindre gode levekår, som har været de mest ihærdige. Jens, Birthe og Ivan har tilmed givet sig i kast med flere livsstilsområder – om end der har været tilbagefald. Det kan ikke udelukkes, at borgerne med mindre gode levekår i nærværende undersøgelse er specielle, hvad angår indstilling til helbred og livsstilsændringer, fordi de i sin tid valgte at deltage i Sundhedsprojektet. Jones et al. (1993) har fx vist, at forholdsvis flere svage grupper i befolkningen fravælger et systematisk tilbud om screening for hjertekarsygdomme (25). De, der så alligevel tager imod sådan et tilbud, er måske atypiske. Der foreligger imidlertid ikke en analyse af deltager og ikke deltager i Sundhedsprojektet på baggrund af hverken levekår eller socioøkonomisk status, hvorfor vi ikke i nærværende undersøgelse kan udtale os om, hvorvidt borgerne med mindre gode levekår skulle være mere eller mindre specielle. Vi kan dog konstatere, at der i nærværende undersøgelse ikke er noget, som tyder på, at borgere med mindre gode levekår skulle være mindre villige eller i stand til at ændre livsstil i forbindelse med en helbredsintervention end borgere med mere gunstige levekår.

Uanset social position viser borgernes udsagn desuden, at det ikke overraskende kan være vanskeligt at fastholde en livsstilsændring, samt at opmærksomhed omkring en sundhedsrelateret risiko i form af kritiske tal fra en helbredsundersøgelse ikke altid er tilstrækkelig til at initiere en livsstilsændring. Som det fx er tilfældet med Jens og Birthe og til dels Karl, så er det erfarede helbredsproblemer, som for alvor motiverer til livsstilsændringer, og det der måske i virkeligheden mangler, før Lene og Kristian foretager livsstilsændringer. Som det blev belyst i et tidligere afsnit om livsstilsændringer og handlekraft, så kan det tillige være psykiske problemer, som enten understøtter (Susanne og Birthe) eller undergraver livsstilsændringer (Ole).

5.7 Opsamling

Ophobning af sårbarhed

Med fokus på det levede liv i form af de hændelser individer har gennemlevet, fremstår der en række sårbarhedsfaktorer i de 12 interviewede borgeres liv. Uanset social position har samtlige borgere en eller flere sårbarhedsfaktorer i deres liv enten i forbindelse med deres opvækst, sociale relationer, arbejdsliv eller i form af sygdom eller misbrugsproblemer. Vi finder dog en markant ophobning af sårbarhedsfaktorer hos borgerne med mindre gode levekår, hvilket vidner om en øget belastning og ekstra meget at kæmpe med hos denne gruppe. Sårbarhedsfaktorerne kommer imidlertid forskelligt til udtryk i forskellige liv. Dels varierer det, hvordan man som person takler en given sårbarhedsfaktor, dels kan en enkelt sårbarhedsfaktor vælte læsset for én, mens en anden tilsyneladende kan overkomme adskillige sårbarhedsfaktorer. For at begribe graden af sårbarhed og dermed overskuddet til at takle livet – herunder også livsstil og helbred – er det således væsentlig at vurdere sårbarhedsfaktorens betydning fra person til person.

Sygdom som markant hændelse

I det fortalte liv, hvor den enkelte fremstiller sig selv og sit liv, får vi et indblik i, hvilken betydning en sårbarhedsfaktor som fx sygdom har. Flere af borgerne kommer meget tidligt ind på personlig erfaret sygdom i deres fortælling, hvoraf hovedparten har mindre gode levekår. Sygdom har tilsyneladende ændret kursen for disse borgeres livsforløb, og har således været en skelsættende begivenhed. Det har givet anledning til et biografisk arbejde med at finde en ny eller anderledes kurs for livet. For de som ikke har haft alvorlig sygdom inde på livet, er det andre forhold såsom opvækstvilkår, skiftende jobs og karriere, som fylder i fortællingerne.

Fokus på handlekraft

I analysen har vi sammenholdt det levede liv i form af de opridsede sårbarhedsfaktorer med det fortalte liv, herunder den måde borgerne fremstiller sig selv på. Tendensen er her, at borgerne fokuserer på de områder i deres liv, hvor de kan handle og gøre en forskel frem for strukturelle forhold og de områder, hvor de er sårbare. Dette er særlig markant hos de borgere, som har mange sårbarhedsfaktorer i deres liv – dvs. borgerne med mindre gode levekår. Deres fortælling får en nærmest heroisk og helteagtig karakter. Selvom disse borgere har mange sårbarhedsfaktorer i deres liv, så giver det tilsyneladende ikke mening for dem at fremstille sig selv som ofre for ugunstige omstændigheder.

Kulturelle forklaringer på sygdom og sundhed

Borgerne anvender en række forskellige kulturelle forklaringer i deres bestræbelser på at forstå sygdom og sundhed hos dem selv, familie, venner og bekendte. Forklaringerne spreder sig fra at handle om gener og fysiske/fysiologiske aspekter, til sociale relationer og arbejdsforhold, til stress og psykosomatiske forhold, held, individets egen indflydelse og ansvar og endelig undtagelser fra koblingen mellem sund livsstil og godt helbred og vice versa. Disse forskelligartede forklaringer er tilsyneladende tilgængelige for alle uanset social position, da der ikke er forskel på, hvilke forklaringer borgene benytter,

eller måden de benytter dem på. Social position inddrages heller ikke som forklaring på sygdom og sundhed.

Sociale forskelle i sygdom og sundhed

Direkte adspurgt er sociale forskelle i sygdom et velkendt fænomen hos langt de fleste borgere, og vi ser ingen tendens til, at borgerne med mindre gode levekår er mere tilbageholdende med at anerkende eksistens af social ulighed end borgere med gode levekår. Forklaringerne på, hvorfor der er sociale forskelle, drejer sig om, at højtuddannede har større forståelse for sammenhænge mellem livsstil og helbred, ligesom sociale relationer og økonomiske ressourcer spiller en rolle. Borgerne betragter dog ikke social position som den eneste markør for individets helbredstilstand – individets egen indstilling og handlekraft kommer ofte forud for social position. Ligeledes fremhæver borgerne, at der altid vil være undtagelser fra koblingen mellem social position og helbredsstatus. Flere af borgerne med mindre gode levekår tager desuden afstand fra og nuancerer kategoriseringerne af folk i forhold til social position. Dette indgår som en understøttelse af deres egen position, så de selv fremstår som værdige individer.

Livsstil

Samtlige borgere er bevidste om livsstils betydning for helbredet. Men det er forskelligt, i hvilket omfang den enkelte borger har foretaget livsstilsændringer, og hvad der har initieret disse ændringer. De mest ihærdige forsøg på livsstilsændringer er imidlertid at finde hos flere borgere med mindre gode levekår, ligesom der blandt borgerne med gode levekår er flere, som ikke har formået eller ønsket at ændre livsstil, selvom der ud fra et helbredsmaessigt syn kunne være god grund til det. Når borgerne giver sig i kast med livsstilsændringer, synes det at være initieret af et situationelt sammentræf af hændelser. Markante og nærværende hændelser i folks liv som fx sygdom eller symptomer på sygdom er en væsentlig trigger, men forhold på arbejdspladsen og sociale relationer i form af opbakning eller mangel på samme fra ægtefællen spiller også ind. I borgernes fortællinger er det imidlertid ikke et 'enten eller' at foretage livsstilsændringer, men derimod en balancegang mellem at tage ansvar for eget helbred og leve det liv som man ønsker.

Sundhedsprojektet

Hvad angår Sundhedsprojektet, har borgerne sat pris på, at de via helbredsundersøgelserne har kunnet følge med i deres helbredstilstand. Helbredsundersøgelserne har kunnet give et præj, hvis noget har været galt, eller borgerne har kunnet blive bekræftet i, at de havde et godt helbred. Enkelte borgere med mindre gode levekår har haft vanskeligt ved at forstå tallene og værdierne fra helbredsundersøgelserne, men også en enkelt borger med gode levekår har været i tvivl om, hvordan tallene skal tolkes. I forhold til at opsøge yderligere information ses der en social forskel, idet borgerne med mindre gode levekår i mindre grad end dem med gode levekår på egen hånd har kontaktet lægen for at få uddybet eller fulgt op på testresultaterne. Flere borgere med mindre gode levekår forventer, at lægen kontakter dem, hvis helbredsundersøgelserne peger på, at der er noget alvorligt galt.

Helbredssamtalerne står svagt i borgernes hukommelse, og mange har også kun været til helbredssamtale, da Sundhedsprojektet startede i 1991. Borgerne understreger dog, at samtalen gav mulighed for at få uddybet tallene fra helbredsundersøgelsen, og det har de savnet ved de efterfølgende helbredsundersøgelser.

Det er meget forskelligt, hvilken indflydelse Sundhedsprojektet har haft på den enkelte borgers livsstil og helbredsstilstand, dels fordi der har været stor forskel på, om helbredsundersøgelserne har givet anledning til ændringer, dels fordi ikke alle borgere har ønsket eller har kunnet fastholde livsstilsændringer foranlediget af helbredstestene og lægernes anvisninger. Det synes dog primært at være den første helbredsundersøgelse og efterfølgende samtale, der har givet anledning til livsstilsændringer. Det er imidlertid også her, nyhedsværdien og det generelle engagement hos både læger og borgere har været størst. Uanset social position viser borgernes fortællinger, at det kan være vanskeligt at fastholde en livsstilsændring, og at opmærksomhed omkring en sundhedsrelateret risiko i form af kritiske tal fra en helbredsundersøgelse ikke altid er tilstrækkelig til at initiere en livsstilsændring. Samtidig kan vi konstatere, at der i nærværende undersøgelser ikke er noget der tyder på, at borgere med mindre gode levekår skulle være mindre villige eller i stand til at ændre livsstil i forbindelse med en helbredsintervention sammenlignet med de mere gunstigt stillede borgere.

6. "Det er ikke sådan vi ser det ...". Sociale forskelle i lægernes perspektiv

I den indledende afsøgning af litteraturen fandt vi, at der i specifikke studier kunne påvises sociale forskelle i konsultationslængde (60; 61) samt mængden af henvisninger og udskrivning af medicin (62). Vi fandt imidlertid også studier, der påviste, at dette ikke var tilfældet for forebyggende ydelser (63; 64). Her var der ingen sociale forskelle, men derimod en generel tendens til, at rådgivningsindsatsen på dette område for det første ikke er på højde med og for det andet rammer skævt i forhold til behovet (59; 63). Dette underbygges af et tidligere kvalitativt studie af de praktiserende læger, der er involveret i Sundhedsprojekt Ebeltoft. Her påvises det, at lægernes holdninger til det forebyggende arbejde kan være en barriere fuldt på højde med manglende ressourcer og kompetencer (58).

Sidst fandt vi studier, der påviste markante sociale forskelle i kommunikationsstil, især i forhold til patientens¹³ aktive deltagelse i konsultationen (65; 66). Vi så imidlertid også, at et højere aktivitetsniveau ikke nødvendigvis udmøntes i sociale forskelle i effekten af konsultationen (65).

Derudover introducerede vi tre overordnede måder, hvorpå man har forklaret sociale forskelle i almen praksis, nemlig 'the social distance approach', 'the health knowledge and beliefs approach' og 'the professional control approach' (65). Ligeledes nævner forfatterne til denne artikel, at man må forvente, at effekten af patienters mere aktive kommunikationsstil vil stige, ifald lægernes konsultationsstil generelt bevæger sig væk fra professionel kontrol af konsultationen imod en større inddragelse af patienterne (65).

I det følgende vil vi se på, hvordan lægerne i de to fokusgruppeinterview opfatter og forholder sig til sociale forskelle blandt deres patienter, både generelt og specifikt i forhold til gennemførelsen af forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler.

6.1 "Det er ikke sådan vi ser det ..."

Lægerne deltog med stort engagement og imødekommenhed i begge fokusgruppeinterview, og prøvede efter bedste evne at følge tankegangen bag vore spørgsmål om sociale forskelle. Når vi spurgte til forskelle i forhold til 'høj' og 'lav' social position, fik vi således gentagne tilbagemeldinger om, at sociale forskelle eller grupperinger ikke 'er sådan vi ser det'.

Følgende udveksling mellem interviewer og de to deltagere i det sidste gruppeinterview udspiller sig, da interviewet er ved at nærme sig sin afslutning:

¹³ Vi bruger i dette kapitel betegnelsen 'patienter' hvor vi i de andre kapitler bruger betegnelsen 'borger'. Dette skyldes, at lægerne bruger betegnelsen patienter, og vi har valgt at bruge samme betegnelse i dette kapitel, for at gøre teksten mere læsbar. Dermed bliver det også tydeligt, at vi ikke i dette kapitel beskæftiger os med borgernes egne udsagn og oplevelser, men med de praktiserende lægers oplevelser af og udsagn om deres patienter.

LG:¹⁴ Så til sidst vil jeg spørge, om der er noget, I har tænkt i forbindelse med det her med sociale forskelle(...) som jeg ikke har fået spurgt om?

Henrik: Jeg tror, vi begge to 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 hvis du så bagefter gør det op, så kan du se, at det er der.

Tine: Ja, så kan det være.

Henrik: Men vi tager jo fingerspidsfornemmelse over, hvordan problemerne er uanset (social position – red.). For vi kan jo også have højtuddannede, der er upraktiske, som vi må hjælpe mere, selv om de har en højere uddannelse. 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.

Tine: Men det er fordi, vi ikke dømmes. Sådan tænker jeg lidt. (...). Men måske dømmes vi alligevel? Det ved jeg ikke.

Henrik: Man dømmes ikke, men man kan sige, at du indretter på, at der er forskelligheder.

Tine: Ja, og du prøver at møde den person, du sidder overfor og så vurdere. Men det kan da godt være, at vi bliver klogere ved at kigge tilbage og så se, hvad vi egentlig har gjort.

Ovenstående citat indeholder pointer, der blev gentaget igen og igen i de to interview med lægerne – i mange forskellige udformninger:

1. At lægerne ikke umiddelbart tænker i sociale forskelle eller grupper.¹⁵
2. At lægerne ikke er uenige i, at de sociale forskelle i sygdom og sundhed er der, men at der er tale om en (ofte videnskabelig baseret) efterrationalisering. Noget man kan påvise videnskabeligt 'after the fact'.
3. At der altid er undtagelser, for eksempel er der højtuddannede, der ryger og 'ikke kan se tingene'.
4. At lægerne ikke ønsker at dømmes: Et etisk imperativ grundet i lægeløftet der fordrer, at man som læge behandler alle lige. Men som lægen også siger: "Måske dømmes vi alligevel", og derfor anerkendes det, at man kan blive klogere af at efterrationalisere.
5. At lægerne i den kliniske interaktion benytter sig af en individualiseringsstrategi. Der er således ikke tale om, at lægerne fornægter eksistensen af sociale forskelle, men mere at de ikke kategoriserer i grupper. Fokus er for lægerne på den enkelte patients konkrete situation og problem, og det er i denne optik, at de opfatter og

¹⁴ Interviewerens navn gengives med initialer: henholdsvis LG for Lone Grøn og MBW for Marie Brandhøj Wiuff.

¹⁵ Andre faktorer var mere umiddelbart forekommende, bl.a. nævner lægerne, at patientens henvendelsesmønster har stor betydning for, hvordan han 'forstår' eller 'læser' patienten. Et eksempel var en patient, der siden indførelsen af lægens nye edb-system, havde haft 215 konsultationer og 90 henvendelser til lægevagten. Hvorimod andre aldrig henvender sig. Pointen med dette eksempel er, at lægen fortolker patientens udsagn om for eksempel smerter på baggrund af henvendelsesmønstret. Lægen tager det ekstra alvorligt, hvis en, der ikke opsøger dem ret tit, pludselig ringer og klager over voldsomme smerter.

arbejder med de udfordringer, der opstår på grund af deres patienters sociale position.

I det følgende vil vi gå nærmere ind på de forskellige måder, hvorpå sociale forskelle blev italesat i de to gruppeinterview.

6.2 Analytisk inspiration

I analysen har vi ladet os inspirere af en artikel af antropologen Cheryl Mattingly: "Reading minds and telling tales in a cultural borderland" (84). Mattingly's analyse er baseret på et feltarbejde udført over de seneste ti år blandt afroamerikanske familier med kronisk og alvorligt syge børn, der søger behandling i det amerikanske sundhedsvæsen.

Mattingly undersøger i denne artikel, hvordan sundhedsprofessionelle og patienter læser hinanden, når der er tale om store sociale forskelle. I sådanne forsøg på at læse hinandens motiver optræder sociale stereotyper, eller hvad hun kalder "familiar stranger stories". Hun trækker på forfatteren Forsters skelnen mellem helstøbte ("full") og forsimplede ("flat") karakterer: Helstøbte karakterer er ofte hovedpersonerne i en roman, de er komplekse, har modstridende karaktertræk, de trækker på vores indlevelse, medfølelse og medleven, og de handler ofte på måder, man ikke ville forvente. Men det er ikke muligt at skrive en roman kun befolket af sådanne karakterer. Man har brug for forsimplede karakterer, der altid gør som forventet, og som er væsentligt nemmere at styre for forfatteren.

I Mattingly's analyse bliver det klart, at patienter og læger også betjener sig af forsimplede karakterer og stereotyper i deres bestræbelser på at læse hinanden, og at forsimplede karakterer uden for mange modstridende menneskelige træk kan være umiddelbart lettere at håndtere. Imidlertid bliver det ligeså klart, at dette kan føre til fejllæsninger med potentielt katastrofale konsekvenser, når det handler om sygdom, liv og død.

En anden måde at beskrive denne fejllæsning eller fejlfortolkning på, kan være ved at henvise til Torben K. Jensens udlægning af nogle sundhedsprofessionelles udsagn omkring, at det i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde handler om 'at koble klogt'. Han bruger filosofen Gadamer's tanker omkring hermeneutik eller fortolkning til at udlægge det kliniske arbejde, sundhedsprofessionelle udfører med deres patienter. Gadamer påpeger, hvordan man i forsøget på at forstå eller fortolke altid betjener sig af for-fortolkninger eller for-domme. Pointen er imidlertid, at dette er start- og ikke slutpunktet for fortolkning og forståelse: Fordomme skal udfordres, til der opstår en mere dybtgående og nuanceret forståelse af det fænomen eller menneske, man fortolker (85). I Mattingly's ord kan 'flat characters' da blive til 'full characters'.

Pointen i forhold til dette kapitel er imidlertid at opholde sig lidt ved fordommene: Den hermeneutiske udfordring vokser, når der er tale om store sociale forskelle. Ofte lykkes det ikke, og patient og læge går helt fejl af hinanden. Man kan sige, at den hermeneutiske udfordring med at overkomme ens for-forståelser vokser, når den, man søger at forstå, ikke 'er som én selv'. Det store arbejde med at forholde sig til, forstå og nuancere sit billede af den person, der kommer ind ad døren, er også det mest fremtrædende træk ved lægernes tilbagemeldinger omkring den kliniske interaktion med patienter med forskellige sociale positioner.

6.3 Høj og lav social position i lægernes cases

6.3.1 Aflæsningen af 'social position'

Lægerne nævner først og fremmest deres kendskab til patienten over tid som den kilde til viden, der samlet set gør det muligt at bedømme patienten i de konkrete situationer. Et kendskab der kan handle om sociale forhold og sygdomshistorie, samt de dele af livshistorien der er sygdomsrelevante.

Under begge interview opstod der dog situationer, der gjorde det klart, at lægerne ikke altid har et dækkende kendskab til patienten, for eksempel ikke ved hvad de arbejder med, men alligevel kan henføre dem til henholdsvis lav eller høj social position.¹⁶ Hvordan gør de det?

Under det første interview kom dette frem på et tidspunkt, hvor interviewereren er opmærksom og derfor spørger mere ind til patientens sociale position.

LG: Nu må du altså undskylde, hvis det er mig, der har et udfald, men sagde du, hvad den anden patient beskæftigede sig med, eller hvad der var hans sociale situation, eller hvordan du bedømmer...

Søren: Jeg ved faktisk ikke, hvad han laver.

LG: 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.

Alderstegn, tegn på hårdt fysisk udendørs arbejde, en stemme der er ru af tobak. Dette er sociale markører, der er præget direkte i patientens krop. En anden læge, der deltog, havde ikke været så længe i sin praksis og havde derfor endnu ikke det store kendskab til patienterne. Da det bliver hendes tur, spørger interviewereren hende, om hun har fundet to cases baseret på konsultationer fra den sidste uge. Hun svarer:

Tine: Altså, jeg har været her i to år. Det vil sige, at jeg kender ikke mine patienter ud og ind, og jeg er ikke så fokuseret på, hvad de laver. Så det er nok mere, hvordan de fremtræder, hvilket ordforråd og sådan noget de bruger, tror jeg, der gør, at jeg sådan vurderer, hvordan jeg skal snakke og forklare.

I forhold til denne unge kvindelige læge spiller det, som hun selv nævner, ind, at hun ikke har været så længe i sin praksis, og at kendskabet til patienterne vokser, når man har været der i længere tid. Imidlertid får man ofte gennem nybegyndere indblik i forhold, der for den mere erfarne ligger på rygraden. Og i det første eksempel var der tale om en meget erfaren læge, der har været med i Sundhedsprojektet fra dets opstart. Lægerne baserer sig altså ikke bare på et kendskab til patienten, men også på en umiddelbar læsning af patientens krop og fremtoning i vurderingen af patienten og

¹⁶ Disse situationer opstod sandsynligvis, fordi vi bad lægerne finde eksempler på høj og lav social position på stående fod. Havde vi bedt dem forberede to cases, havde de haft mulighed for at checke journaler og finde frem til cases, hvor de havde de nødvendige oplysninger. Ikke desto mindre finder vi, at denne tilgang har givet indblik i en central, men som oftest ubevidst og almenmenneskelig del af den kliniske interaktion.

patientens symptomer. Man kan udlægge dette som en læsning af, hvad Bourdieu har kaldt 'habitus'. Med habitus mener Bourdieu kort fortalt individets livsbetingelser og tidligere erfaringer, som samtidig skaber og former individets fremtidige handlinger og valg. Ifølge Bourdieu er habitus indlejret i kroppen, og det er dermed en så integreret del af individet, at det ikke altid er muligt bevidst at gøre rede for. Habitus er således en slags intuitiv praktisk sans (86).

Dette betyder også, at lægernes aflæsning af patienternes habitus sker som en slags intuitiv og praktisk sans, som det kan være svært at gøre rede for, men som ikke desto mindre spiller ind i lægens vurdering af, hvad der er på færde med denne patient. Man aflæser habitus i konsultationen gennem krop og fremtoning, men ved hjemmebesøg også hjemmet og omgivelserne. Således fortæller Tine om en kvindelig patient, hun betragter som højt socialt placeret, uden dog at have fortalt mere faktuel om kvindens sociale situation. Intervieweren spørger hende derfor, hvordan hun ved eller bedømmer, at dette er en kvinde, der er højt socialt placeret. Hun svarer:

Tine: Jamen, det kan egentlig gå efter, hvor de bor. Altså, meget, meget smukt område med to søer i baghaven og sådan et fuldstændig clean hus og nyt hus, og ja overskud på alle konti ellers. Altså, hun havde et vennepar, der var der ud over hendes mand til at hjælpe hende med at komme på toilettet [ler]. Så der var ressourcer. Helt klart.

LG: Og hvor gammel var hun?

Tine: Hun var nok også i 50'erne, tror jeg.

LG: Men du ved heller ikke, hvad hun laver, om hun arbejder?

Tine: Nej, det gør jeg faktisk ikke.

At 'scanne' for sådanne sociale markører er ikke noget, der kun kendetegner læger. Det er et alment menneskeligt fænomen. Det interessante er imidlertid, at det ofte foregår ubevidst. Selvom uddannelse, arbejde og økonomi er tre parametre, der står stærkt, når vi skal vurdere social position, er det ikke sikkert lægen kender disse forhold, heller ikke selvom han har kendt patienten over lang tid. Ved konsultationer i praksis er det patientens fysiske fremtoning samt sprogbrug, der indgår i vurderingen. Og ved hjemmebesøg de hjemlige forhold og omgivelser.

6.3.2 Sociale markører

Hvordan beskriver lægerne i deres cases social position? Hvilke aspekter fremhæves? Hvordan gør de intervieweren og de andre læger begribeligt, at der her er tale om en person fra en henholdsvis 'høj' eller 'lav' social position?

De højt placerede karakteriseres næsten udelukkende gennem deres erhverv: En selvstændig erhvervsdrivende med stort firma, to i kommunale lederstillinger, en arkitekt, en psykolog. I to cases, begge hvor patienterne er kvinder, karakteriseres de gennem deres ægteskab med en velhavende mand, samt deres meget attraktive boliger. I to tilfælde uddyber lægerne i forhold til patientens personlige karakteristika. Om en mandlig patient at han er venlig, velformuleret og analytisk stærk, hvilket er en stor hjælp i behandlingen af hans depression. Om en kvindelig at hun er sød og elskværdig. Ligeledes knyttes der til denne case nogle ord om fremtoning: Hun er nydelig i sin påklædning.

De lavt placerede beskrives hovedsageligt gennem kropslige markører, som vi så i det foregående afsnit. Men også gennem deres hjem/familiesituation. To gange bruges vendingen: En sølle tilværelse. En sølle tilværelse kan dække over kaotiske og mangelfulde forhold på hjemmefronten, meget sygdom, ensomhed, for meget alkohol både for patienten og dennes omgivelser. Mangel på motivation til forandring nævnes også som et karakteristikum, der får lægen til at vurdere patienten som socialt lavt placeret.

I disse beskrivelser af patienter med høj og lav social status ser vi således tydeligt aktiveringen af forsimplede karakterer eller stereotyper, på trods af at lægerne bevidst forsøger at arbejde med mere nuancerede og individualiserede tilgange: Den uhygiejniske lavt placerede patient der ser usund ud, og som har en kaotisk eller sølle hjemmesituation og ikke magter at gøre noget for sin sundhed. Og den velbjærgede der fremtræder høflig og velklædt, er analytisk stærk og har ressourcer på alle konti.

6.3.3 Hvordan fylder 'høj' og 'lav' social position i lægernes beskrivelser?

Det er kendetegnende, at de socialt lavt placerede cases fylder rent omfangsmæssigt i forhold til de socialt højt placerede i lægernes beskrivelser. Her er to eksempler. Først den socialt lavt placerede:

Jørgen: Ja, det var én, som kom forleden dag for anden gang. Hun kom også i sidste uge. Kom og var forsinket et kvarter for det første, sammen med en socialrådgiver og sit barn på ni år. Det væltede ud af munden på hende, straks hun trådte ind ad døren, med ulykker og sådan ret usammenhængende. Hendes lejlighed var blevet brændt ned, og hun var blevet sparket og slået for ½ år siden, og flyttede fra Århus og herud, og kommunen ville have hende i job, og hun ville egentlig helst flytte tilbage til Århus, men hun kunne ikke finde et sted at bo. Det var helt usammenhængende og svært at få hold på.

LG: Og hvorfor var sagsbehandleren med?

Jørgen: Hun ville egentlig bare gerne have en henvisning til en psykiater, altså patienten her, fordi hun troede, at hun var deprimeret. Var meget sådan, hvis jeg ikke lige havde husket hendes forrige sætning i den der rodede fremstilling, så blev hun sur med det samme og sagde: "Det har jeg jo lige sagt". Nå men så kom vi frem til, at det kunne godt være, hun havde nogle psykiske problemer i hvert fald, som hun havde brug for at snakke med en psykiater om. Så jeg henviste hende så til den lokale psykiater. Så kom socialrådgiveren ind bagefter og sagde, at det var så fordi, at de havde lavet en aftale om, at der skulle blive én ude på gangen og passe på det barn, imens først den ene og så den anden snakker med mig. Så snakkede jeg lidt med socialrådgiveren om, at hun havde været på en familiehøjskole. Der var nogle problemer med, at hun opfandt nogle ting, som var sket. Hun havde påstået, at der havde været nogen på hendes værelse og havde gramset på hende. Det passede ikke. Så hun var nok mere psykiatrisk syg, end man sådan lige bare troede. Nå, men så synes jeg måske, det var bedre at henvise hende til lokalpsykiatrien end til den lokale psykiater med den problemstilling. Så bad jeg patienten om at komme ind igen, og så snakkede vi lidt om det. Jeg sagde, at det måske var mere relevant med lokalpsykiatrien og så blev hun straks: "Nej, nej det kunne hun altså ikke overskue. Nu havde vi aftalt, at hun skulle til den lokale psykiater. Hun kunne ikke overskue, og sådan skulle det bare være". Og hun anklagede straks socialrådgiveren for at blande sig. Og før hun gik ud ad døren sagde hun: "Og i øvrigt, Jør-

gen, så vil jeg lige påpege, at jeg ikke har skrevet under på, at du må snakke med min socialrådgiver om mig”.

LG: Så det er en som kender sine pligter eller rettigheder?

Jørgen: Ja på sådan en lidt paranoid måde. Så føler man sig straks sådan sur. Hun er jo mere eller mindre psykiatrisk syg, så det er hendes måde at reagere på. Men man bliver alligevel et eller andet sted sur over, at hun behandler én på den måde.

Og derefter et eksempel på en højt placeret:

Henrik: Det er så en psykolog, der ringede her til morgen og siger, at hun nu måske har blindtarmsbetændelse. Og det har hun. Så går hun ned, jeg trykker hende på maven, tager blodprøver, undersøger hendes underliv, og så har hun blindtarmsbetændelse, og så er det det.

I den første case beskriver lægen næsten malerisk patientens entre i klinikken, så vi kan se hende for os. Vi får gennem hans referat af samtalen med sagsbehandleren et indblik i patientens forhistorie, og gennem hans genvordigheder med at kommunikere med patienten på grund af hendes mistillid får vi et indblik i personen, som han ser og oplever hende. I den anden case er både karakteristikken af patienten, lægens kliniske arbejde og diagnosen kortfattet og forholdsvis ligetil: Hun er psykolog, han trykker hende på maven og hun har blindtarmsbetændelse. Selvfølgelig er der også forskelle mellem, hvor detaljerede lægerne er omkring de forskellige cases. Men mønstret er der: Blandt de to cases lægerne beskriver, fylder den lavt placerede i forhold til den højt placerede.

Sygdommene, der optræder i de eksempler, lægerne nævner som højt social position, er: To midaldrende mænd med blodtryks- og overvægtsproblemer, to med depressioner, én med stress, én med blindtarmsbetændelse, og én der får noget smertestillende efter et fald. Kun et eksempel er lettere kompliceret. Det handler om en selvstændig erhvervsdrivende, der ikke kommer til de kontroller, hans kone sender ham til. Han er således udeblevet fra flere aftaler, og lægen har overvejet ikke at give patienten en ny tid, hvis han bliver brændt af en gang til. Men derudover er tre af casene ligeså ligetil som den først refererede case om psykologen med blindtarmsbetændelse, selvom der er lidt flere detaljer knyttet til beskrivelserne. De to sidste er en smule komplicerede, fordi det drejer sig om depression og angst, men også her beskriver lægerne den kliniske interaktion som vellykket og tilfredsstillende, fordi de 'er på bølgelængde'. Patienterne forstår, hvad de siger, og nyder godt af både den medicinske behandling og samtalerne.

I de eksempler, der omhandler patienter med lav social position, optræder en uheldelig cancer, en oplevet depression (ovenstående case) der måske i virkeligheden viser sig at handle om langt mere alvorlige psykiske og sociale problemer, en ryggerelateret bronkitis, rygproblemer der medfører uarbejdsdygtighed, en akut lungeinfektion hvor patienten samtidig er indstillet til operation for slidgigt i hoften, alvorlig overvægt (over 150 kilo), slidgigt og en patient (som desuden ryger) med multiple livsstilssygdomme: hypertension, diabetes, højt kolesteroltal, overvægt. Det er således både sygdommenes alvor, kompleksitet (enten i at de er svære at udrede, eller at der er mange på samme tid) samt sygdomsintensiteten, der er markant højere i de udvalgte eksem-

pler. Deraf følger selvfølgelig også, at den kliniske interaktion bliver vanskeligere: Der er ganske enkelt tale om langt mere komplicerede cases.

6.3.4 Livsstilsforandring hos 'høj' og 'lav' social position

I anden del af interviewet spurgte vi direkte ind til sociale forskelle i forhold til livsstilsforandring.

Nogle læger peger på forskellige *psykologiske karakteristika*, som de mener, kendetegner dem, der befinder sig i bestemte sociale positioner. Flere fremhæver et større engagement fra den højtuddannede: " *Det tror jeg sagtens, at man kan lave en kurve over. Jo højere uddannelse, jo større engagement i projektet 'Sund livsstil'*. I samme boldgade nævnes, at de højtuddannede har større målsætninger, større evne til at tænke langsigtet og til at afstå fra umiddelbar behovstilfredsstillelse, større selvtilid og større tro på at forandring kan lykkes, hvor de lavest placerede ikke tror, at forandring er noget, der sker for dem. Under disse psykologiske karakteristika fremkommer også udsagn om mentale evner eller forskellige former for viden, et perspektiv der kan henføres til det Boulton et al. (1986) opsummerer som 'the health knowledge and beliefs approach' (65). Opsummerende består de i, at den højt placerede tænker abstrakt og kan nås med information og vejledning, hvor den lavt placerede 'mærker tingene i sin krop' og beskrives som mere konkret og praktisk tænkende.

Endelig foreslår en af lægerne, at måden de forskellige patienter ser lægen på, har indvirkning på patienternes evne til at tage ansvar, eller som han kalder det: 'motivation til selvbehandling':

Peter: Jeg kunne godt tænke mig at bringe den ide til torvs, at der er lidt forskel på, hvordan man ser lægen. Apropos det du sagde før med autoritet, så kunne det godt være sådan, at mennesker med lavere sociale kår mere går hen til lægen for at blive reddet, for at lægen lige skal tage over. Hvor man godt kunne forestille sig, synes jeg, at bortset fra en selvstændig erhvervsdrivende, som har sine grunde til det, så er de fleste, som er højt på strå, de kan godt tænke, at det er ikke her, jeg bliver reddet. Det er ikke af doktoren, at jeg bliver reddet. Jeg skal selv gøre en hel del ting, og vi skal finde ud af, hvad jeg skal gøre. Og nogle forlanger jo heldigvis, at man siger til dem, hvad de skal gøre. Altså motivationen til selvbehandling synes jeg generelt set er større hos de rige.

Udover disse forskellige psykologiske karakteristika peger nogle læger på, at forskelle i evne til livsstilsforandring også har at gøre med, "*hvordan man lever 'i forvejen'*; og *hvad der er god tone i ens sociale omgivelser*". De højt placerede motionerer og løber og taber sig, forklarer Henrik: "*Fordi i de kredse hvor de gerne går, der er det ikke pænt at veje 150 kilo og flyde over det hele vel. Og det kan de også se i damebladene. Altså, Alt For Damerne, der står to ting, slanketure og det sidste nye inden for sex.*" Og de lavt placerede spiser forkert, ryger for meget og bevæger sig for lidt. Tine uddyber: "*Ja, og de går jo netop og støtter hinanden i det. Altså, skal vi ikke lige have en is?*"

Lægerne påpeger således, at livsstil følger sociale grupperinger, og at man gør som andre gør i ens gruppe. Denne form for social kontrol udmønter sig så i livsstilsvalg med forskellig effekt afhængigt af, om man tilhører en gruppe, hvor 'projekt sund livsstil' er slået igennem eller ej. Imidlertid er det måske også netop sådanne forestillinger om,

hvad de højtuddannede kan og ikke kan, der ifølge Nordvig (2007) fører til, at lægernes rådgivning rammer skævt (59), og at der ikke i tilstrækkelig grad bliver talt forebyggelse med de velstillede. Især når det gælder alkohol.

6.3.5 Undtagelsen der ikke bekræfter reglen

Vi har nu på forskellig vis belyst, hvordan lægerne beskrev de højt og lavt placerede i de eksempler, de fremlagde, samt i diskussionerne om sociale forskelle og helbredssamtaler. Men det er væsentligt at huske på, at lægerne, som vi fremhævede indledningsvist, ikke mente, at dette var en naturlig måde for dem at tænke om patienterne på. Lægerne udtalte sig jo netop om sociale forskelle, fordi vi bad dem om det og med forbehold.

Dynamikken i gruppeinterviewene udfoldede sig typisk som følger: Vi spurgte ind til sociale forskelle, og lægerne forsøgte sig med udsagn om, hvordan det forholdt sig med høj eller lav social position. Men næsten altid akkompagneret af undtagelser.¹⁷ Undtagelserne fremkom ofte, når vi bad lægerne om at forholde sociale forskelle til specifikke aspekter, som dem vi har gennemgået i det foregående. Her et eksempel:

Søren: Det er jo nemmere, når man er på bølgelængde. Det kommer også, mener jeg, med sådan mere tillid, når man er på bølgelængden. Dvs. den lavere ende af den sociale skala møder én med mistro, fordi vi er en del af systemet. Ligesom de er skeptiske overfor kommunen.

Mogens: Så vil jeg måske sige, at der er mange af de der højtuddannede, der er skeptiske overfor os, i hvert fald overfor mig [latter]. Det synes jeg altså. Hvis man tænker på i gamle dage, der var doktoren autoriteten. Det er han i hvert fald ikke længere, fordi de har jo været inde og kigge på internettet.

Samme mønster udfolder sig senere i interviewet, hvor flere af lægerne fremhæver, at de lavtuddannede har det med at blive væk fra helbredssamtalerne, hvorimod de velbærgede, der ikke er syge, kommer for at blive bekræftet i, at de har det godt. Her nævner Mogens igen, at han ikke synes, det er rigtigt. Han har haft nogen 'liggende derinde' (helbredstest – red.), hvor han har undret sig over, at de ikke kom. Og det har ikke kun været folk fra den lave ende af spektret. Den samme diskussion udfolder sig i forhold til effekten af helbredssamtalerne. Søren udtrykker, at han mener, der er større effekt jo større uddannelse, hvor Mogens mener, at det forholder sig lige modsat.

Opsamlende svarer denne brug af undtagelser til, hvad vi har set i de to tidligere kapitler om lægmandsperspektiver på sygdom og sundhed, og hvad vi tidligere har refereret til som forebyggelsesparadokset: Det er ikke alle, der lever sundt, der undgår sygdom, og det er ikke alle, der ryger, der bliver syge af det. Beregninger af risiko virker ikke nødvendigvis overbevisende i forhold til ens personlige erfaring, hvad enten det drejer sig om en patient, der iagttager sygdom og sundhed i eget liv samt i de nærmeste omgivelser, eller en praktiserende læge hvis erfaringsgrundlag er væsentligt bredere. Når man kommer tilstrækkelig 'tæt på', opleves sygdom og sundhed som komplekse

¹⁷ I det første gruppeinterview var det især én af lægerne, der markerede sig som en sådan 'opponent', men de andre læger gav ham ofte ret. I det andet interview var begge læger generelt mere skeptiske overfor klassificeringer baseret på større grupper.

sammenfald mellem levekår, livsstil, personlige karakteristika, held, skæbnens tildragelser og genetiske og biologiske faktorer.

Hvis lægerne i deres bestræbelse på at begribe patienten og patientens symptomer anvender overordnede kategoriseringer eller grovsorteringsmekanismer som sociale forskelle eller grupperinger, vil de i rigtig mange enkelttilfælde begå fejltolkninger, der i sidste ende kan ende med fejlbehandlinger og fejlslagne livsstilsinterventioner. Derfor er disse undtagelser så vigtige at tænke med.

6.4 "Det er lettest med dem, der er som én selv ...". Kommunikation og sociale forskelle

I det følgende vil vi se på den hermeneutiske udfordring i den kliniske interaktion. Lægen skal på kort tid sikre sig, at han har forstået patienten og patientens symptomer, og at patienten forstår ham. Der skal også gerne opstå tillid og en form for enighed om, hvad der er på spil, og hvad der er vejen frem. Imidlertid tyder både lægernes eksempler og deres samlede tilbagemeldinger på, at den hermeneutiske udfordring er væsentligt større med patienter, der ikke 'er som én 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 samhörighed, 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.). Også nu med vores privatisering og sådan noget, så er der hvert år større muligheder, hvis man har økonomiske eller personlige ressourcer. Det gør forskellen større, vil jeg så sige, som årene går. I hvert fald i den her tid. Så alt i alt kommer jeg nok desværre til at behandle, om jeg så må sige, rige mennesker, mennesker med større ressourcer bedre. Det er min anfægtelse, hvis jeg sådan skal tænke nærmere over det. Det er ikke, fordi jeg vil det. Der er ikke noget moralsk, der er ikke noget socialt 'seen ned på'. Men det er alt i alt sværere. Vi er ellers så heldige, at vi har jo ingen indvandre-re. Jeg tænker, hvad gør de der Århus-læger? Hvordan klarer de den der store udfordring, det er med folk, der er meget sure, som vi har på lægevagten? Hvor der både er sproglige vanskeligheder og sådan. Det kan jeg slet ikke fatte. Jeg synes, det er al ære værd, at de overhovedet holder skruen i vandet.

Dette udsagn sammenfatter essensen i det Boulton et al. (1986) kalder 'the social distance approach': Vanskelighederne ved at kommunikere med dem der er anderledes end en selv (65). Dette er særligt paradoksalt, hvis vi sammenholder dette med Wiggers & Sanson-Fishers (1997a) fund om, at de socialt dårligst stillede får kortere konsultationstid (60).

I det følgende ser vi på, hvilke hermeneutiske greb lægerne betjener sig af for at håndtere den udfordring, der er forbundet med at forstå dem, der er væsentligt ander-

ledes end lægerne selv.¹⁸ Nogle aspekter er meget konkrete såsom *sprog og fokus*. Andre kompetencer, som er samlet under begrebet *relationsarbejde*, er mindre konkrete og mere gensidigt sammenhængende. Det handler om en form for følelsesarbejde, både med patienten og med én selv.

6.4.1 Sprog og fokus

Lægerne taler om, at de bruger forskelligt sprog afhængigt af patientens sociale position, uden at det er helt klart for dem, hvori disse forskelle består.

Jørgen: Og hvis jeg sådan skal sige noget om forskelle i tilgang til ham og i forhold til én fra lavere socialklasse, så synes jeg ... altså jeg bruger et andet sprog overfor ham. Jeg er måske mere sikker på at blive forstået.

LG: Er det medicinske termer, eller hvad er det for ting du?

Jørgen: Nej, altså. Nu skal jeg lige. Det er svært at forklare. Jeg bruger ikke sådan medicinske termer. Det prøver jeg fuldstændig at lade være med til alle patienter. Bare sådan i det hele taget sproget.

Da vi spørger lidt mere ind til den case, Jørgen præsenterer som lavt placeret, forklarer han, at det handler om at gøre sproget mere enkelt. Han taler "*et simplere sprog, end der måske var naturligt for mig for at være sikker på, at hun forstod, hvad jeg sagde*". Tine fortæller, at hun nogle gange tegner, hvis hun ikke er sikker på, at patienten har forstået det, hun siger. Ligeledes nævner flere læger, at de ikke vil bruge pjecer eller statistikker, hvis patienten er vant til lave lixværdier, eller ikke har så lang en uddannelse. Flere nævner dog også, at de generelt ikke bruger det at udlevere pjecer.

Denne form for sproglig forenkling nævnes også specifikt i forhold til de meget lange skriftlige tilbagemeldinger, som patienterne har fået på baggrund af helbredsundersøgelserne. Mange har slet ikke forstået dem, men – som det også fremgik i analysen af borgerinterviewene (jf. afsnit 5.6.1) – henvender sig til lægen for at få en oversættelse.

Hanne: I det hele taget skal det nok forenkles en hel del, hvis man skal ramme den gruppe af patienter. De der lange rapporter som de har fået efter alle helbredsundersøgelserne, jamen mange af dem kan jo slet ikke overskue dem. Så kommer de ind med dem under armen og siger: 'Der står til sidst, at jeg skal henvende mig til dig, og så står der en hel masse, jeg ikke forstår. Kan du ikke lige oversætte det? Hvad handler det her om?' De opgiver at sætte sig ind i tingene, så det skal forenkles, og det skal være nogle få klare budskaber ad gangen.

Den samme pointe omkring forenkling eller forsimpning bliver fremhævet i forhold til, hvilke temaer der tages op hvornår i helbredssamtalerne med henholdsvis høj og lav. Det drejer sig om, hvilket fokus lægerne vælger for en helbredssamtale.

¹⁸ Som lægen ovenfor ganske rigtigt bemærker, er dette ekstra svært hvis både social position, livsverden, historie, sprog og religiøse traditioner er forskellige, en pointe der er vigtig at have med i baghovedet, selvom vi i dette projekt har fravalgt et fokus på etniske minoriteter.

Søren: Det (fokus – red.) tror jeg er mere ensrettet. Hvis det nu fx er rygning, så kan du bruge hele samtalen på at få tillid og komme ind og snakke tobak, hvorimod jeg tror, at de mere velstillede der er det mere helheden. Det er livsstilen, det er rødvinen, det er især motion og stress. Der tror jeg, at man favner mere holistisk.

Tager man 'en ting ad gangen' eller det hele på en gang? Fokuserer man på at opnå et resultat på et enkelt område, eller på at patienten forstår det samlede billede? Tine reflekterer over, hvad hun har gjort med en patient, der har været særligt mistroisk overfor medicin, men hvor hun langsomt og lempeligt har fået ham til at acceptere tabletbehandling. I fremtiden håber hun på måske at kunne få ham til at acceptere insulin.

Tine: Men han har sådan indset efter vores snak og sådan lidt frem og tilbage, at han ønsker altså at leve længe. Og det er især på grund af hans barnebarn. Så jeg tror, at det er det, der holder ham alligevel til at komme her. Og så må jeg se, hvor langt jeg kommer. Jeg har nævnt insulin for ham, fordi jeg tror reelt set, så skulle han have insulin. Og det er han fuldstændig (afvisende – red.) overfor. Men sådan var han også i starten for medicin i det hele taget. Så det har været sådan meget nogle snakke om, hvad det er, der betyder noget for ham, der har gjort, at jeg har kunnet komme igennem med medicin.

Opsamlende peger lægerne på, at man i forhold til de lavest socialt placerede må forenkle og tage en ting ad gangen. Sproget skal være enkelt, og lægen skal ikke forvente, at patienten kan se det samlede billede: Hvert enkelt tiltag (fx bedre medicinering, kostomlægning, motion, rygestop) kræver forhandling og meget arbejde. Dette kan sammenholdes med Willems et al.'s (2005) pointe om, at lægerne anvender en mere styrende og mindre involverende konsultationsstil overfor de socialt dårligst stillede (66).

6.4.2 Relationsarbejde

De forebyggende helbredssamtaler med dem, der ikke er som én selv, tager på forskellig vis udgangspunkt i en kløft; den kan være forståelsesmæssig, det kan handle om sprogbrug, om mangel på tillid, kort sagt om store forskelle mellem lægen og hendes patient. Den hermeneutiske udfordring handler om at overkomme denne kløft samt om at håndtere det besvær eller den afmagt, som kløften giver anledning til. Flere af lægerne nævner således en irritation eller afmagt i den type konsultationer. I et eksempel er det fordi, patienten ikke dukker op til en aftale hos en rygspesialist, enten på grund af at han har glemt det, eller bilen er brudt sammen, og så kommer han igen og vil have en ny henvisning, tydeligvis fordi kommunen er på vej til at sende ham i arbejdsprøvning. Samme patient har lægen tidligere behandlet for kønsvorter og forhøjet blodtryk:

Hanne: Så har han så været her nogle gange i mellemtiden med noget helt andet, bl.a. har han haft nogle kønsvorter, vi har slået med. Det er ikke nogen fornøjelse, skulle jeg hilse at sige, fordi han er møgbeskidt i sit tøj, usøigneret og stinker, så det er lidt af en lidelse. Men vi er da kommet igennem det. Så har han været her nogle gange med

noget blodtryksforhøjelse og noget panik. Han har fået behandlet det her blodtryk, men han har sådan en tilbøjelighed til at stoppe med pillerne, når han nu ikke har flere. Glemmer at forny recepten. Han var her så, jeg tror det var sidste ombæring af de der kønsvorter, han var med for en uge siden, og så idet han går, så siger han: "For øvrigt så er det det med den der ryg".

Mangel på forståelse, mangel på tillid, mangel på efterlevelse af lægens anvisninger og manglen på kropslig hygiejne er nogle af de aspekter, lægerne finder vanskelige at håndtere, forhold der måske giver sig udslag i Willems et al.'s (2005) pointe om, at lægerne benytter færre 'socio-emotionelle' ytringer overfor de lavest stillede (66). I det første gruppeinterview opsummerer en af lægerne, at alle i den indledende runde har nævnt, at irritation er en følelse, der ofte dukker op, når kløften er stor.

Jørgen: Vi nævnte også alle sammen indledningsvist, at det var lidt nemmere at blive irriteret af forskellige grunde på den ene gruppe. Det skal man selvfølgelig ud over den barriere der.

MBW: Så lidt selvbearbejdning i højere grad end normalt?

Jørgen: Man skal i hvert fald være opmærksom på det.

Peter: Selvbearbejdning er vildt vigtigt efter min mening, for det er jo alt andet lige os, der bestemmer, hvad det her skal ende med. Alt andet er ikke lige, det ved jeg jo godt, men det er utroligt, hvad man kan få af resultater ud af noget, der ikke ser så godt ud som behandler, hvis man har en god dag selv. Det er i hvert fald min oplevelse af det. Også med de mennesker, som pga. af angst eller depression eller dårlige tidligere erfaringer kommer med nogle irriterende ting i starten. Det at man så overkommer de irriterende ting, det kan virkelig give en respekt. Altså hvis det lykkes for patienten at opleve, at man virkelig kan rumme dem, så kan det skabe den der tillid, som du også snakker om, Søren.

Som Peter udtrykker det, kan der virkelig ske noget, hvis man kan overkomme sin indledende irritation og når til at rumme patienten. Hvis man kan lave noget selvbearbejdning. Man må nuancere sine indledende fordomme, komme bag om de forsimplede karakterer. Vi refererede tidligere et eksempel, hvor lægen får en patient samt hendes datter og sagsbehandler ind ad døren, en patient der er stærkt usammenhængende og mistroisk. I afslutningen af denne case siger lægen, at patienten så var der igen i sidste uge, alene og med en brækket fod. Og der gik det hele meget nemmere. Sådanne erfaringer kan være med til at opløse nogle af de for-forståelser, der uvægerligt vil opstå efter et sådant første møde med en vanskelig patient. Måske er hun ikke altid mistroisk? Måske havde det noget med den specifikke situation at gøre med datteren eller sagsbehandleren?

Der er rigtig mange tilbagemeldinger fra lægerne, der handler om at skabe en følelsesmæssig relation med den, der er anderledes end en selv. En følelsesmæssig frem for en mental 'bølgelængde'. Hvis det lykkes, kan man skabe store resultater:

Jørgen: Jeg tænker også, at jeg har nemmere ved at diskutere problemer og føler mig mere på bølgelængde med den rige, hvis vi nu skal kalde ham det. Mens at det måske ved den anden gruppe, eller den fattige, der prøver jeg måske mere følelsesmæssigt at

skabe et godt forhold. Det bliver ligesom vigtigere, for vi kan måske ikke så godt kommunikere verbalt. Hvis der er en gensidig sympati eller følelsesmæssig kontakt, så kan vi bedre få nogle resultater.

Men hvordan gør man så det? Også her er der samstemmende tilbagemeldinger: Det gør man som læge ved at have en oprigtig interesse i, omsorg for og tro på sin patient. Som det siges i det nedenstående, så betyder lægens tro på, at patienten kan lykkes med noget rigtig meget, og egentlig burde man kunne få den følelse frem som læge i hver eneste konsultation:

Hanne: I bund og grund tror jeg bare, at det består i interessen omkring dem. Det er ikke så mange mennesker, der lige interesserer sig for dem og deres trivsel og deres helbred i øvrigt. Så det har bare bestået i lidt omsorg.

Mogens: Det er også at bibringe dem troen på, at det kan lykkes?

Mogens: For hvis du ikke troede på det, så kunne du bare sende dem hjem og farvel med dig.

Peter: Det er to sider af samme sag, idet man har den der interesse. For de ved godt, at man interesserer sig kun for noget som læge, hvis det er noget, der er en eller anden form for håb i. På den måde, altså den der følelsesmæssige kontakt er mest tilstede, når lægens engagement kommer ud fra et håb om, at det her kan hjælpe. Så det er en følelsesmæssig kontakt. Man kan altid have en eller anden form for kontakt, men det er der, hvor lægen er på tæerne, det kan virkeligt bringe noget. Også selvom man ikke siger noget om det. Måske nærmest når man ikke siger noget om det, men bare indvendigt fra har den der: 'Nu skal der sku ske noget'. Og det er jo derfor, at vi egentlig burde sidde og få den følelse frem ved hver konsultation ideelt set, for så kunne der flyttes større bjerge, end der flyttes nu.

Sidst nævner en læge, at han bruger at tale med patienten om noget, der vedkommer ham, i dette tilfælde damehåndbold, og at dette kan virke befordrende for tilliden.

Mogens: Hvis du skal være doktor for nogen, så skal du have tilliden. Hvis tilliden ikke er der, så er det lige før, at du må finde en anden læge. Så det gælder om at finde bølgelængden. Fx var der en anden én, som jeg var ude hos. Det var en ældre mand, som også har en cancer, det var så en prostatacancer. Han sidder så i sin stol, og så har han ilt også, for han har også noget bronkitis. Han kan brokke sig over utroligt mange ting, og det kan man måske da godt forstå. Men i går begyndte vi at snakke, fordi jeg ved, at han kan godt lide at se damehåndbold i fjernsynet. Og jeg vidste, at der var et eller andet med, at Viborg og Slagelse skulle spille et eller andet. Så jeg begyndte at snakke om, om han nu skulle se håndbold i aften. Og så var vi straks inde, og det hele gik som smurt. Så var han inde og fortælle lidt om det der, og så kom alle hans kvabab-belser, og så fik vi da snakket lidt om det. Og det bilder jeg mig da ind, at det var fordi vi var sådan nogenlunde på bølgelængde.

Opsummerende omkring den hermeneutiske udfordring i forhold til sociale forskelle har vi set, at lægen har et større arbejde at gøre med de lavt placerede. Der kan være tale om mistillid, om manglende forståelse, manglende efterlevelse af lægens anvisninger og

ikke mindst et både fysisk og følelsesmæssigt ubehag som lægen kæmper med. Samtidig er der samstemmende udsagn om, at hvis lægen kan håndtere alle disse udfordringer og lave et stykke følelsesarbejde både med sig selv og med patienten, så kan der virkelig ske noget. Hvis lægen kunne få den følelse frem i hver eneste konsultation, så kunne der flyttes større bjerge, end der kan nu.

6.5 Konkrete forslag til håndteringen af sociale forskelle i forebyggende samtaler

Henrik: Man kan sige, at der er større potentiale i at snakke med dem, der har de tunge ... der får alle sygdommene. Der er større potentiale i at snakke med dem, end at snakke med dem der har det godt. Det er da meget hyggeligt. Men der er ikke så meget mening i det.

I ovenstående citat argumenterer Henrik for, at selvom det kan være tungt og fyldt med udfordringer at snakke med 'de tunge', så er der et stort potentiale i det. Det er meningsfuldt arbejde, i modsætning til at bruge sin tid på dem der i forvejen har det godt. I det sidste gruppeinterview spurgte vi – på baggrund af en artikel i Weekendavisen om ulighed i sundhed (1) – om lægerne mente, der forekom systematisk forskelsbehandling i det danske sundhedsvæsen. Hertil svarer Henrik, at han ikke synes, man kan kalde det systematisk, men nærmere akkumuleret forskelsbehandling. *"Fordi, hvis du hos en praktiserende læge og speciallæge og sygehuset hvert sted på grund af en eller anden får lidt mindre, så kan du akkumulere det."* Hvis de lavt socialt placerede ved samtlige henvendelser til sundhedsvæsenet bliver mødt lidt 'dårligere' end den højtuddannede, ja så ender det med at blive til en form for akkumuleret forskelsbehandling. Forskellen mellem systematisk og akkumuleret lå for Henrik især i, at det er noget der sker ubevidst, så at sige bag om ryggen på de enkelte sundhedsprofessionelle og det samlede sundhedsvæsen. Det er ikke noget, man ønsker at gøre.

Hvis man sammenholder disse to udsagn: At der er potentiale i at bruge tid og kræfter på de svageste og de sværeste, samt at der, uden at den enkelte sundhedsprofessionelle vil det, rent faktisk sker en akkumuleret forskelsbehandling i det danske sundhedsvæsen, så bliver det næste spørgsmål: Hvad kan man da gøre for at modvirke denne forskelsbehandling?

Generelt tilbud om helbredsundersøgelser og -samtaler

En af de deltagende læger udtrykker, at et generelt tilbud om helbredsundersøgelser og -samtaler (som Sundhedsprojektet) i sig selv gør noget i forhold til sociale forskelle i sygdom og sundhed. For selvom mange af lægerne mener, at der er mange af de mest udsatte, der ikke dukker op, eller falder fra hen ad vejen, så er oplevelsen alligevel, at der er mange, der har henvendt sig, som ellers ikke ville være kommet. Lægerne fremhæver især den første runde af Sundhedsprojektet: Dels fordi der dengang var stor opmærksomhed på projektet, hvad der fik venner, familiemedlemmer og kolleger til også at henvende sig, dels ...

Behovsbestemte tilbud

Vi præsenterede under interviewene lægerne for ideen om et socialt differentieret tilbud, hvor patienter med lav uddannelse, og patienter der er enlige, henvises til et udvidet tilbud (22). Grundtanken bag denne intervention er i Lucette Melliers lidt provokerende formulering: "Hvis man skal behandle alle ens, gør man forskel på folk" (4).

På baggrund af den samlede analyse i dette kapitel, samt lægernes udmeldinger i forhold til tanken om social differentiering, kan vi konkludere, at lægerne er positivt indstillede overfor grundtanken om, at man er nødt til at behandle forskelligt for at behandle ens. Lægerne mener dog ikke, at differentieringen skal ske med udgangspunkt i sociale grupperinger eller kategorier, da dette er for grovmasket et net til at indfange de variationer og forskelle, lægen møder. Lægerne mente dermed, at 'forskelsbehandlingen' skulle ske i forhold til det enkelte individ og den enkelte patient, så de også i det tilfælde, hvor en 'højt placeret' havde svært ved at komme i gang med livsstilsforandringerne, skulle kunne visitere denne patient til et udvidet tilbud. De foreslog derfor ordet: *behovsbestemte tilbud* i stedet for socialt differentierede. Ligeledes gav de udtryk for, at muligheden for at kunne visitere til forskellige mere eller mindre udbyggede tilbud afhængigt af patientens behov, lå i forlængelse af den individualiseringsstrategi, de i forvejen betjener sig af.

Tid

Den første runde af Sundhedsprojektet fremhæves også af de deltagende læger, fordi der dengang var sat tid af til at kunne gennemføre virkeligt grundige helbredsamtaler, hvor man kunne 'komme rundt om det hele'. Denne pointe kom frem igen og igen under begge interview og er særligt vigtig i lyset af det paradoks, Wiggers & Sanson-Fishers (1997a) påpeger: At de socialt dårligst stillede kræver mere tid, men får kortere konsultationstid (60).

Opfølgningen skemalagt

Ligeledes blev det foreslået, at opfølgningen på sådanne samtaler ofte var noget af det, der var vanskeligt i forhold til de særligt udsatte, og at man derfor i disse tilfælde skulle arbejde med et i forvejen fastlagt skema, hvor man ville kunne indkalde patienten til næste samtale/kontrol via brev eller sms. Dette understøttes af analysen af borgernes håndtering af tilbuddet om helbredsundersøgelser og -samtaler: De lavest stillede følger ikke selv op i samme grad som de bedst stillede.

'En ting ad gangen'

Et andet tema, der fyldte, var det, vi ovenfor har kaldt 'en ting ad gangen': At man i forhold til de særligt udsatte skulle sørge for at tage fat på én problematik ad gangen (medicin, rygning, alkohol, motion, vægt, kost etc.) og sørge for at gøre det færdigt, så det blev muligt at skabe succesoplevelser.

Inddragelse af praksispersonale

I lyset af de ressourcemæssige begrænsninger, de praktiserende læger oplever (se også: 58), var der ligeledes en del snak om, at andre måtte påtage sig en del af de forebyggende opgaver. Det drejer sig især om praksissygeplejersken og kommunen.

Overordnet var lægernes udmeldinger om praksissygeplejerskernes evner og resultater på dette område særdeles positive (baseret på erfaringer fra egen praksis), mens udmeldingerne om kommunens forskellige tilbud var mere tilbageholdende (også baseret på konkrete eksempler): Patientskoler der efter halvandet år stadig ikke kunne samle et hold patienter, livsstilscafeer hvor folk, der ikke vidste noget om sygdomme, underviste andre. Ligeledes mente nogle af lægerne, at det var væsentligt med et individuelt tilbud til de lavest socialt placerede, fordi netop den gode kontakt til for eksempel praksissygeplejersken eller lægen var noget af det, der havde bevirket gode resultater. Flere læger pegede også på, at de lavest placerede ikke var interesseret i et tilbud, der hed noget med 'skole', da de som oftest har haft meget dårlige erfaringer med egen skolegang.

6.6 Opsamling

I analysen af de to fokusgruppeinterview har vi kunnet påvise forskellige nuancer i og aspekter af, hvordan de praktiserende læger, der deltog, opfatter forskelle i social position blandt deres patienter.

Først og fremmest har vi fundet, at selvom lægerne anerkender eksistensen af sociale forskelle i sygdom og sundhed, italesætter de disse som forskelle mellem individer, ikke mellem grupper. Når vi i interviewene forsøgte at få dem til at kategorisere patienterne i forhold til henholdsvis høj og lav social position, samt deres egen adfærd i forhold til samme, kom lægerne med bud på dette tæt efterfulgt af de mange mulige undtagelser fra disse kategoriseringer. Kategorisering efter social position er for grov-masket et net til at indfange de forhold, som lægerne tillægger betydning i konsultationen. Individualisering som strategi og som udtryk for 'lægekunst' står centralt i de praktiserende lægers selvforståelse, også når det gælder sociale forskelle.¹⁹

Vi har dog også kunnet påvise, at lægerne (som alle andre) anvender sociale kategoriseringer af den mere stereotype slags, selvom dette måske oftest foregår ubevidst. Dette sker gennem en aflæsning eller umiddelbar scanning af patientens habitus gennem kropslige og adfærdsmæssige markører, og ved hjemmebesøg gennem en aflæsning af hjemmet og familien. Ligeledes viser de cases, lægerne udvalgte som eksempel, på henholdsvis høj og lav social position, at patienterne i de lave sociale positioner fylder: både i forhold til tid og kompleksitet. Lægerne nævner også sociale forskelle i patienternes tilgang til livsstilsændringer: Forskelle i psykologiske karakteristika som engagement, evne til at tænke langsigtet og sætte sig mål, selvtillid og tro på forandringsmuligheder samt opfattelsen af ansvarsfordeling mellem læge og patient. Derudover nævnes betydningen af patienternes sociale relationer.

Under overskriften 'Det er nemmest med dem, der er som én selv' har vi analyseret af lægernes udsagn omkring sociale forskelle i relation til den kliniske kommunikation. Det er på dette punkt, litteraturen mest samstemmende kan påvise sociale forskelle, og dette underbygges af lægernes udsagn i de to gruppeinterview. Dette underbygger desuden 'the social distance approach' til sociale forskelle i den kliniske interaktion. Lægerne beskriver, at de forsøger at håndtere de kommunikationsmæssige udfordringer

¹⁹ Andetsteds har Lone Grøn argumenteret for, at lægerne i forhold til denne strategi trækker på en praktisk rationalitet, hvor generelle medicinske retningslinier forholder sig til det individuelle, det specifikke og det situerede (75).

gennem brug af et mere enkelt og direkte sprog ved at tage 'en ting ad gangen', ligesom de nævner det relationsarbejde, det medfører: Både et arbejde med egne følelser af utilstrækkelighed og irritation, og med at skabe en positiv følelsesmæssig relation til patienten. Ifald dette lykkes nævner lægerne flere eksempler på, at patienter i lave sociale positioner har gennemført bemærkelsesværdige livsstilsforandringer.

Sidst har vi samlet op på lægernes konkrete forslag til, hvordan man fremadrettet kan arbejde med social ulighed i forbyggende helbredsundersøgelser og -samtaler (som Sundhedsprojektet). Her nævner de, at et tiltag som Sundhedsprojektet i sig selv har en indvirkning på den sociale ulighed, fordi mange henvender sig, der ikke ellers ville være kommet. De er fortalere, ikke for et screeningsværktøj der 'putter folk i kasser', men for det de kalder 'behovsbestemte tilbud', der tager udgangspunkt i den individuelle patient. Derudover nævner de betydningen af at tage en ting ad gangen og at have en systematisk opfølgning på helbredsundersøgelser og -samtaler. I forhold til ressourcemæssige udfordringer nævner de betydningen af at have tid til at komme rundt om patienten som i den første runde af Sundhedsprojektet, og at kunne trække på andre faggrupper end praktiserende læger. Her har de særlig god erfaring med at inddrage praksispersonale, og mindre positive erfaringer med forskellige kommunale tilbud som for eksempel patientskoler. Bl.a. nævner de eksempler på, at patienter i en lav social position ofte ikke har gode erfaringer med skolegang, men til gengæld i høj grad profiterer af en positiv én-til-én relation til enten praktiserende læge eller praksissygeplejerske.

7. Konklusion

Sociale forskelle i sundhed og sygdom er i vid udstrækning undersøgt og påvist i populationsbaserede undersøgelser. Denne undersøgelse anlægger et andet perspektiv, idet vi ser på, hvordan sociale forskelle i sygdom og sundhed optræder i et erfaringsnært perspektiv med afsæt i borgere og alment praktiserende læger, som har været involveret i Sundhedsprojektet. Et perspektiv, der er relevant, fordi der ofte er et ønske om ekstra opmærksomhed på eller indsats i forhold til social ulighed i sundhed i forbindelse med individuelt baserede forebyggende interventioner.

I det følgende samles op på analysen på tværs af de to målgrupper: Borgere og praktiserende læger.

Sociale forskelle – en blind vinkel

I det erfarings- og individnære perspektiv er sociale forskelle ikke umiddelbart fremtrædende, hverken når vi taler med borgere eller praktiserende læger. Snarere er der tale om en blind vinkel. Når borgerne forsøger at begribe sygdom og sundhed i eget eller andres liv, henviser de ikke til social position. Direkte adspurgt er sociale forskelle i sygdom og sundhed dog et velkendt fænomen blandt borgerne. Lægerne anerkender også eksistensen af sociale forskelle i sygdom og sundhed. Men de italesætter disse – ikke som forskelle mellem grupper, men som forskelle mellem individer. Individualisering som strategi og som udtryk for 'lægekunst' står centralt i de praktiserende lægers selvforståelse, også når det gælder sociale forskelle. I forlængelse heraf fremhæver både borgere og læger – med udgangspunkt i konkrete observationer fra hverdagen – at der altid er undtagelser. Der findes højtuddannede, som ikke lever sundt og har et dårligt helbred, ligesom der er lavtuddannede, der lever sundt og har et godt helbred. Social position anses således som værende sekundær i forhold til individuelle aspekter, både i folks eget liv og i måden lægerne 'går til' deres patienter på i konsultationen, herunder når de afholder helbredssamtaler.

Borgernes sårbarhed og handlekraft

Hos borgerne træder sociale forskelle frem som sårbarhedsfaktorer i det levede liv. Der ses en ophobning af sårbarhedsfaktorer hos de borgere, som har mindre gode levekår, hvilket vidner om en øget belastning. Det varierer imidlertid, hvordan den enkelte håndterer én eller flere sårbarhedsfaktorer, hvorfor det er væsentligt at vurdere sårbarhedsfaktorens betydning fra person til person. Når borgerne fortæller om deres liv, fokuserer de imidlertid ikke på sårbarhed eller strukturelle forhold. De orienterer sig i stedet mod de områder i deres liv, hvor de kan handle. Hos de borgere, som har mange sårbarhedsfaktorer i deres liv, er dette særligt markant – deres fortælling får en helteagtig karakter. Deterministiske fortællinger om, hvordan man som menneske er offer for omstændighederne, er tilsyneladende ikke meningsfuld for disse borgere.

Lægernes ubevidste kategorisering efter social position

Selv om lægerne påpeger, at kategorisering efter social position 'ikke er sådan, vi ser det', sker det alligevel som en måske ubevidst del af en mere sofistikeret individualiseringsstrategi. Udover at tage udgangspunkt i den enkelte patient, de sidder overfor, så 'læser' lægerne samtidig patienterne ved hjælp af sociale markører såsom fysisk fremtoning og sprogbrug. Når lægerne efterrationaliserer, kan de også på flere punkter fremhæve sociale forskelle hos deres patienter fx i forhold til at gennemføre livsstilsændringer.

Lægerne fremhæver et stort potentiale i at få fat i de mindre velstillede, men disse patienter er ofte komplekse og fylder meget i lægernes bevidsthed. Her bliver lægerne udfordret, fordi de oplever vanskeligheder med at kommunikere og blive forstået. Når lægerne efterrationaliserer, erkender de derfor, at de måske ubevidst kommer til at behandle de mere velstillede bedre, fordi de er mere på bølgelængde.

Potentialet i at nå de mindre velstillede

Ser vi på borgernes viden om livsstil, finder vi ikke tydelige sociale forskelle. Samtlige borgere er bevidste om livsstils betydning for helbredet, ligesom de har viden om en bred vifte af livsstilsfaktorer. Dette kan være en effekt af, at de har været en del af et forebyggende tiltag som Sundhedsprojektet. Hvad angår livsstilsændringer, er der derimod flere borgere med gode levekår, som ikke har formået eller ønsket at ændre livsstil, selvom én eller flere helbredsundersøgelser har vist kritiske tal. Ligeledes synes det at være borgere med mindre gode levekår, der mest ihærdigt har givet sig i kast med og er lykkedes med livsstilsændringer. Her er der nærmest tale om en omvendt social forskel, som understreger det potentiale, der ifølge lægerne ligger i at nå borgeren med mindre gode levekår via en generel helbredsintervention. Væsentligt er det dog at bemærke, at det ikke nødvendigvis er Sundhedsprojektet, der har initieret livsstilsændringer. Knap så gode tal fra en helbredsundersøgelse har for nogen været en 'trigger', men lige så ofte har det været opstået fysisk eller psykisk sygdom og en eventuel efterfølgende kontakt med sundhedssystemet. Det situationelle omkring individets liv og helbred er således en væsentlig parameter for handling (eller manglen på samme) i forhold til livsstilsændringer end social position alene.

Sociale forskelle i håndteringen af helbredsundersøgelser og -samtaler

Ifølge de praktiserende læger har et generelt tilbud om helbredsundersøgelser og -samtaler i sig selv gjort noget for sociale forskelle. Efter deres vurdering er der mange fra de lavere socialgrupper, der har deltaget, som ellers ikke ville være kommet. Dette har vi ikke specifikt undersøgt, men flere af borgerne – også dem med mindre gode levekår – nævner, at de ikke ville have fokuseret så meget på deres helbred, hvis ikke de havde deltaget i Sundhedsprojektet.

I både borgernes fortællinger og i interviewene med lægerne er det tydeligt, at den første runde var mest effektiv, dels på grund af nyhedsværdien og den deraf følgende store opmærksomhed omkring foretagendet, dels var der i første runde sat ekstra god tid af til helbredssamtalerne, ligesom helbredssamtalerne var planlagt som naturlig følge af helbredsundersøgelserne. I anden og tredje opfølgning var det op til borgerne selv at tage kontakt og bede om en helbredssamtale, hvis de fandt det nødvendigt. Dette har

flere borgere med gode levekår benyttet sig af, hvorimod borgere med mindre gode levekår ikke har opsøgt yderligere information, men derimod forventede en tilbagemelding fra lægen, hvis der var noget at komme efter. Det taler for, at borgere med mindre gode levekår i højere grad skal opsøges og vies opmærksomhed i helbredsinterventioner.

I forbindelse med anden og tredje runde har enkelte borgere givet udtryk for, at de har haft svært ved at forstå og tolke resultaterne af deres helbredsundersøgelse. Sammenholdt med ovenstående understreger det vigtigheden af, at helbredsundersøgelserne kobles med en helbredssamtale, således at borgerne får mulighed for at spørge ind til betydningen af de konkrete tal. Det giver samtidig mulighed for at få en dialog med de patienter, som af forskellige årsager ikke reagerer, selv om resultatet af helbredsundersøgelsen påviser risiko for sygdom.

Endelig ligger der en udfordring i, hvordan budskaber om livsstilsændringer skal serveres i en helbredssamtale. Nogle borgere vil gerne have tingene råt for usødet, så de får klar besked om, hvor skoen trykker, og hvad de skal gøre i forhold til livsstil. Andre ønsker blot at blive oplyst om deres helbredstilstand, men frasiger sig moraliserende råd fra lægen. Dette understreger nødvendigheden af, at lægerne går 'behovsorienteret' til værks, men samtidig også rustes til at afkode, hvordan patienten gerne vil 'gås til'.

Anvendelsesorienterede perspektiver

På baggrund af disse resultater anbefales det, at man i udviklingen af generelle helbredsinterventioner som Sundhedsprojektet indtænker sociale forskelle for at forebygge, at der skabes forøget social ulighed gennem sådanne tiltag. Vi har samlet vore anbefalinger under to hovedoverskrifter:

1. Bevidstgørelse af og redskaber til at håndtere sociale forskelle i den kliniske interaktion og
2. Sundhedspædagogiske redskaber der tager udgangspunkt i patienternes ressourcer.

Bevidstgørelse af og redskaber til at håndtere sociale forskelle i den kliniske interaktion

På baggrund af den samlede analyse kan vi konkludere, at der i et erfaringsnært perspektiv, hvad enten der er tale om borgere eller praktiserende læger, er en form for blindhed overfor betydningen af sociale grupperinger og positioner i forhold til sygdom og sundhed. Hvad enten dette skyldes behovet for at have et positivt og fremadrettet perspektiv på muligheder frem for begrænsninger, eller en særlig dedikation til at behandle eller opfatte alle lige, mener vi også, at der er rigelig dokumentation for, at den sociale ulighed er øget i Danmark i de senere år, og at en del af denne øgning skyldes et stigende fokus på forebyggelse og patientinddragelse. Et screeningsredskab, der sørger for en indledningsvis sortering af patienterne, kunne være et værktøj til at afhjælpe den blinde vinkel og sikre, at der bliver arbejdet systematisk med den sociale ulighed i sundhed.

Imidlertid ser vi det som ligeså vigtigt, at lægerne på baggrund af denne screening anvender den individualiseringsstrategi, som kendetegner deres lægekunst. En screening skal kun være indledende, og lægerne bør kunne ændre på tilbuddets omfang og

udformning, så det passer til deres vurdering af den enkelte patient. Derved tages der højde for de mange undtagelser, som både patienter og læger har fremhævet i denne undersøgelse.

Ligeledes anbefaler vi, at lægerne undervises i at bevidstgøre de ubevidste kropslæsninger og sociale kategoriseringer, samt i at håndtere de vanskeligheder, der er forbundet med at skulle forstå og kommunikere med dem, der er anderledes end dem selv. Herunder det selvarbejde som dette kræver af lægerne. Dette kunne ses som en kvalificering af den eksisterende individualiseringsstrategi med henblik på at gøre noget ved den sociale ulighed i sygdom og sundhed.

Sundhedspædagogiske metoder der tager udgangspunkt i patienternes ressourcer

I både borgernes og lægernes fortællinger er der fokus på individets mulighedsrum og handlekraft. Derfor synes det overordentligt væsentligt, at de sundhedsprofessionelle understøtter de positive kræfter og ressourcer, der findes hos patienten, hvad enten dette er direkte relateret til sundhedsadfærd, eller til andre aspekter der har betydning for den enkeltes sundhed og livskvalitet. Igennem de senere år er der på forebyggelsesområdet udarbejdet flere metoder, der netop har til hensigt at understøtte den sundhedsprofessionelle i at finde ressourcer – frem for fejl og svagheder – hos patienterne. Det drejer sig bl.a. om metoder som den motiverende samtale, sundhedsfremme, empowerment og handlekompetence.

Samlet set handler det om, at man i udviklingen af generelle forebyggende interventioner tænker 'både og' i stedet for 'enten eller' i forhold til borgernes sårbarhed og handlekraft. Man skal dels tage højde for, at forskelle i ophobninger af sårbarhedsfaktorer påvirker borgernes liv med hensyn til sygdom og sundhed, dels at disse systematiske forskelle ikke optræder med tilstrækkelig tydelighed til, at man kan lade det være op til den enkeltes personlige og faglige bedømmelse at håndtere social ulighed i sundhed. Samtidig skal man være opmærksom på og understøtte de ressourcer, som alle – uanset social position – rummer, og som er blevet særligt tydelige gennem dette kvalitative studie af borgere og praktiserende læger. Begge strategier skal imidlertid indarbejdes på en både systematisk og professionel måde, der ikke overlader det til den enkelte sundhedsprofessionelle at takle denne vanskelige og væsentlige udfordring.

Litteratur

- 1) Dørge H. Ulighed: Syg på anden klasse. Weekendavisen (sektion 1) 17. april, 4. 2008.
- 2) Diderichsen F, Curtis T, Kamper-Jørgensen F, Rasmussen J, Søgaard J, Gøtrik J et al. Den tunge ende. Sandheden om ulighederne og uretfærdighederne i den danske sundhed. Rasmussen J and Döllner N (red.). København: Dagens Medicin Bøger; 2008. (Debatbog).
- 3) Sundhedsministeriet. Social ulighed i sundhed. Forskelle i helbred, livsstil og brug af sundhedsvæsenet. 2. delrapport fra Middellevetidsudvalget. 2000. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; (Sundhedsanalyser 2000:2).
- 4) Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
- 5) Brønnum-Hansen H, Davidsen M. Social differences in the burden of long-standing illness in Denmark. *Soz.Praventivmed.* 2006; 51(4):221-31.
- 6) Brønnum-Hansen H. Social ulighed i sygdomsbyrde. *Ugeskr.Læger* 2007; 169(26):2526-8.
- 7) Brønnum-Hansen H. Sociale forskelle i udviklingen i danskernes dødelighed. *Ugeskr.Læger* 2006; 168(21):2066-69.
- 8) Brønnum-Hansen H, Baadsgaard M. Increase in social inequality in health expectancy in Denmark. *Scand.J.Public Health* 2008; 36(1):44-51.
- 9) Arbejderbevægelsens Erhvervsråd. Fordeling og levevilkår 2007. København: AErådet; 2007.
- 10) Diderichsen F, Habroe M, and Nygaard E. At prioritere social ulighed i sundhed - analysestrategi og resultater for Københavns Kommune. København: Folkesundhed København; 2006.
- 11) Hussain MA. Ophobning af dårlige levekår i Danmark. 1991, 1993 og 1996. København: Socialforskningsinstituttet; 1999.
- 12) Kristiansen M, Munch-Petersen M, Diderichsen F, and Krasnik A. Borgerrettet forebyggelse og lighed i sundhed - planlægning af forebyggende indsatser til socialt udsatte grupper. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- 13) Vallgård S. Hvad er social ulighed i sundhed? - om kategoriseringers betydning. I: Vallgård S, Koch L (red.). *Forskel og lighed i sundhed og sygdom - udfordringer, eksempler, perspektiver.* København: Munksgaard; 2006: 15-28.
- 14) Vallgård S. "Gradientutfordringen" - norsk plan mod social ulighed i sundhed ikke kun for de særligt udsatte. *Ugeskrift for Læger* 2005; 167(9):1061-3.
- 15) Serpa LB, Christensen AL, Hansen UM, and Skjoldborg EH. Fremtidens forebyggelse - ifølge danskerne. København: Huset Mandag Morgen & Trygfonden; 2008.

- 16) Wier M, Grøn bæk M. Kronikken: De fornuftige forbud. Berlingske Tidende (Magasin 2.sektion) 28. juli 2008, 9. 2008.
- 17) Lindblad E, Lyttkens CH. Polarization in the reaction to health-risk information: A question of social position? Risk Analysis 2003; 23(4):841-55.
- 18) Jacobsen ET. Sundhedsoplysende kampagner. Kvalitative analyser af afsenderperspektivet og forskellige modtagerperspektiver. København: Dansk Sygehus Institut; 1996. (DSI rapport 96.02).
- 19) Hansen MB, Svendsen MN. Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse. København: Viden- og dokumentationsenheden: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- 20) Lupton D. The imperative of Health: Public Health and the Regulated Body. London: Sage Publication; 1995.
- 21) Petersen A, Lupton D. The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk. London: Sage Publications; 1996.
- 22) Meillier L. I gang igen efter blodprop i hjertet - socialt differentieret hjerterehabilitering. Mi(d)t Liv 2008; Februar(1):12-5.
- 23) Engberg M, Christensen B, Karlsmose B, Lous J, and Lauritzen T. Kan systematiske generelle helbredsundersøgelser og helbredssamtaler forbedre den kardiovaskulære risikoprofil i befolkningen. En randomiseret og kontrolleret undersøgelse i almen praksis med fem års opfølgning. Ugeskrift for Læger 2002; 164(25):3354-60.
- 24) Lauritzen T, Jensen MSA, Thomsen JL, Christensen B, and Engberg M. Health tests and health consultations reduced cardiovascular risk without psychological strain, increased healthcare utilization or increased costs. Scand.J.Public Health 2008; 36:650-61.
- 25) Jones A, Cronin PA, and Bowen M. Comparison of risk factors for coronary heart disease among attenders and non-attenders at a screening programme. Br.J.Gen.Pract. 1993; 43(374):375-7.
- 26) Thomsen JL, Lauritzen T, and Engberg M. Forebyggende helbredsundersøgelser og sundhedsfremme i almen praksis for den midaldrende befolkning. Ugeskrift for Læger 2002; 164(45):5240-1.
- 27) Deichgræber P, Thomsen JL, Jensen MSA, Fenger-Grøn M, Engberg M, and Lauritzen T. Sociodemographic factors, lifestyle characteristics and admissions among non-participant in preventive health screening. Århus: Institut for Folkesundhed, Afdeling for Almen Medicin, Aarhus Universitet; 2008. (Forskningsårsrapport).
- 28) Nielsen KDB, Dyhr L, Lauritzen T, and Malterud K. Long-term impact of elevated cardiovascular risk detected by screening. A qualitative interview study. Scand.J.Prim.Health Care 2005; 23(4):233-8.
- 29) Larsen EL, Thomsen JL, Lauritzen T, and Engberg M. Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis - en analyse af patientperspektiver. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering; 2006. (Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2006; 6(7)).

- 30) Nielsen KDB, Dyhr L, Lauritzen T, and Malterud K. You can't prevent everything anyway: a qualitative study of beliefs and attitudes about refusing health screening in general practice. *Fam.Pract.* 2004; 21(1):28-32.
- 31) Christensen B, Engberg M, and Lauritzen T. No long-term psychological reaction to information about increased risk of coronary heart disease in general practice. *Eur.J.Cardiovasc.Prev.Rehabil.* 2004; 11(3):239-43.
- 32) Arntzen A, Mortensen L, Schnor O, Cnattingius S, Gissler M, and Andersen AM. Neonatal and postneonatal mortality by maternal education--a population-based study of trends in the Nordic countries, 1981-2000. *Eur.J.Public Health* 2008; 18(3):245-51.
- 33) Larsen FB. Kroniske patienter: Sociale forskelle i sundhedsvaner. Hvordan har du det? *Online* 2007; 2:1-11.
- 34) Brønnum-Hansen H, Andersen O, Kjølner M, and Rasmussen NK. Social gradient in life expectancy and health expectancy in Denmark. *Soz.Praventivmed.* 2004; 49(1):36-41.
- 35) Diderichsen F, Curtis T. De sociale forskelle i sundhed. I: Rasmussen J, Döllner N (red.). *Den tunge ende. Sandheden om ulighederne i den danske sundhed.* København: Dagen Medicin Bøger; 2008: 15-25. (Debatbog).
- 36) Menvielle G, Boshuizen H, Kunst AE, Dalton SO, Vineis P, Bergmann MM et al. The role of smoking and diet in explaining educational inequalities in lung cancer incidence. *J.Natl.Cancer Inst.* 2009; 101(5):321-30.
- 37) van DE, Koolman X, and Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Econ.* 2004; 13(7):629-47.
- 38) Kamper-Jørgensen F, Rasmussen J. Ulighed i behandling. I: Rasmussen J, Döllner N (red.). *Den tunge ende. Sandheden om ulighederne og uretfærdighederne i den danske sundhed.* København: Dagen Medicin Bøger; 2008: 27-45. (Debatbog).
- 39) Hansen RP, Olesen F, Sorensen HT, Sokolowski I, and Sondergaard J. Socioeconomic patient characteristics predict delay in cancer diagnosis: a Danish cohort study. *BMC.Health Serv.Res.* 2008; 8:49.
- 40) Rasmussen JN, Rasmussen S, Gislason GH, Buch P, Abildstrom SZ, Kober L et al. Mortality after acute myocardial infarction according to income and education. *J.Epidemiol.Community Health* 2006; 60(4):351-6.
- 41) Rasmussen JN, Gislason GH, Rasmussen S, Abildstrom SZ, Schramm TK, Kober L et al. Use of statins and beta-blockers after acute myocardial infarction according to income and education. *J.Epidemiol.Community Health* 2007; 61(12):1091-7.
- 42) Rasmussen JN, Rasmussen S, Gislason GH, Abildstrom SZ, Schramm TK, Torp-Pedersen C et al. Persistent socio-economic differences in revascularization after acute myocardial infarction despite a universal health care system-a Danish study. *Cardiovasc.Drugs Ther.* 2007; 21(6):449-57.
- 43) Graham H. Tackling health inequalities: improving the health of poor groups, narrowing health gaps, and reducing health gradients. I: Killoran A, Swann C, Kelly MP (red.). *Public health evidence. Tackling health inequalities.* New York: Oxford University Press; 2006: 539-51.

- 44) Davidson R, Kitzinger J, and Hunt K. The wealthy get healthy, the poor get poorly? Lay perceptions of health inequalities. *Soc.Sci.Med* 2006; 62(9):2171-82.
- 45) Davidson R. Representations and Lay Perceptions of Inequalities in Health: An Analysis of Policy Documents, Press Coverage and Public Understandings. Glasgow: MRC Social & Public Health Sciences Unit, University of Glasgow; 2003. (Ph.D. thesis).
- 46) Bolam B, Hodgetts D, Chamberlain K, Murphy S, and Gleeson K. 'Just do it': An analysis of accounts of control over health amongst lower socioeconomic status groups. *Critical Public Health* 2003; 13(1):15-31.
- 47) Hodgetts D, Chamberlain K. The social negotiation of people's views on the causes of illness. *Journal of Health Psychology* 2000; 5(3):325-36.
- 48) Hodgetts D, Chamberlain K. Narrativity and the mediation of health reform agendas. *Sociol.Health Illn.* 2003; 25(6):553-70.
- 49) Chamberlain K, O'Neill D. Understanding social class differences in health: a qualitative analysis of smokers' health beliefs. *Psychology and Health* 1998; 13(6):1105-19.
- 50) Bolam B, Murphy S, and Gleeson K. Individualization and inequalities in health: a qualitative study of class identity and health. *Soc.Sci.Med* 2004; 59(7):1355-65.
- 51) Davison C, Frankel S, and Smith GD. The limits of lifestyle: re-assessing 'fatalism' in the popular culture of illness prevention. *Soc.Sci.Med* 1992; 34(6):675-85.
- 52) Popay J, Bennett S, Thomas C, Williams G, Gatrell A, and Bostock L. Beyond 'beer, fags, egg and chips'? Exploring lay understandings of social inequalities in health. *Sociol.Health Illn.* 2003; 25(1):1-23.
- 53) Macintyre S, McKay L, and Ellaway A. Are rich people or poor people more likely to be ill? Lay perceptions, by social class and neighbourhood, of inequalities in health. *Soc.Sci.Med* 2005; 60(2):313-7.
- 54) Wardle J, Steptoe A. Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *J Epidemiol.Community Health* 2003; 57(6):440-3.
- 55) Blaxter M. Whose fault is it? People's own conceptions of the reasons for health inequalities. *Soc.Sci.Med* 1997; 44(6):747-56.
- 56) Davison C, Smith GD, and Frankel S. Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health and Illness* 1991; 13(1):1-19.
- 57) Vallgård S. Social ulighed i sundhed - hvad er problemet? *Ugeskrift for Læger* 2004; 166(7):613.
- 58) Jacobsen ET. "Sundhedsprojektet Ebeltoft". Praktiserende lægers vurdering af organisatoriske aspekter ved implementeringen af forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler i almen praksis. København: DSI; 2001. (DSI rapport 2001.05).
- 59) Nordvig L. Tema: Praktiserende lægers sundhedsråd rammer skævt. Hvordan har du det? *Online* 2007; 3

- 60) Wiggers JH, Sanson-Fisher R. Duration of general practice consultations: association with patient occupational and educational status. *Soc.Sci.Med* 1997; 44(7):925-34.
- 61) Britt HC, Valenti L, and Miller GC. Determinants of consultation length in Australian general practice. *Med J Aust.* 2005; 183(2):68-71.
- 62) Scott A, Shiell A, and King M. Is general practitioner decision making associated with patient socio-economic status? *Soc.Sci.Med* 1996; 42(1):35-46.
- 63) Solberg LI, Brekke ML, and Kottke TE. Are physicians less likely to recommend preventive services to low-SES patients? *Prev Med* 1997; 26(3):350-7.
- 64) Wiggers JH, Sanson-Fisher R. Practitioner provision of preventive care in general practice consultations: association with patient educational and occupational status. *Soc.Sci.Med* 1997; 44(2):137-46.
- 65) Boulton M, Tuckett V, Olson C, and Williams A. Social class and the general practice consultation. *Sociology of Health and Illness* 1986; 8(4):325-50.
- 66) Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, and De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient.Educ.Couns.* 2005; 56(2):139-46.
- 67) Popay J, Williams G, Thomas C, and Gatrell A. Theorising inequalities in health: the place of lay knowledge. *Sociology of Health and Illness* 1998; 20(5):619-44.
- 68) Chase SE. Narrative Inquiry. Multiple Lenses, Approaches, Voices. I: Denzin NK, Lincoln YS (red.). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 3 udg. London: Sage; 2005: 651-79.
- 69) Antoft R, Thomsen L. Når livsfortællinger bliver en sociologisk metode - en introduktion til det biografiske narrative interview. I: Jacobsen MH, Kristiansen S, Prieur A (red.). *Liv, Fortælling, Tekst - strejftog i kvalitativ sociologi*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag; 2002: 157-81.
- 70) Schwartz B. Fortæl din historie. *Sygeplejersken* 2002; 23:24-8.
- 71) Drejø K, Hansen MB. Biografisk metode. Lær af livet? - om indstilling til læring i arbejdslivet i et biografisk perspektiv. Aalborg/København: Aalborg & Københavns Universitet; 2003: 50-65. (Speciale).
- 72) Hoerning EM. Fra biografisk metode til biografiforskning. *Dansk Sociologi* 2001; 3(12. årg):117-25.
- 73) Rosenthal G. Reconstruction of Life Stories. I: Josselson R, Lieblich A (red.). *The Narrative Study of Lives*. London: Sage Publications; 1993: 59-91.
- 74) Winsløw JH. Sociologisk forulempning. *Social Kritik* 1991; 17:12-25.
- 75) Grøn L, Obel J, and Brømer MH. Tovholder i praksis. En antropologisk undersøgelse af alment praktiserende lægers opfattelse af rollen som tovholder. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2007. (DSI rapport 2007.04).
- 76) Borg V, Kristensen TS. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Soc.Sci.Med.* 2000; 51(7):1019-30.

- 77) Andersen O, Laursen L. Sundhed og sygdom - socialt set (Temaartikel). I: Danmarks Statistik (red.). Statistisk Tiårsoversigt 1996. København: 1996: 5-19.
- 78) Meillier L. I gang igen efter blodprop i hjertet - socialt differentieret hjerterehabilitering. Århus: Region Midtjylland, Center for Folkesundhed; 2007.
- 79) Good BJ. The narrative representation of illness. I: Good BJ (red.). Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 1994: 135-65.
- 80) Grøn L. The multitude and flow of situated concerns. I: Grøn L (red.). Winds of Change, Bodies of Persistence. Health Promotion and Lifestyles Change in Institutional and Everyday Context. Aarhus: Department of Anthropology and Ethnography, University of Aarhus & Department of Health, Vejle County; 2004: 211-30. (Ph.D. thesis).
- 81) Barth F. Balinese Worlds. London: The University of Chicago Press; 1993.
- 82) Wikan U. Managing Turbulent Hearts: A Balinese Formula for Living. Chicago: Chicago University Press; 1990.
- 83) Antoft R. Kronisk sygdom som biografisk hændelse - et studie af bypassoperede kronisk hjertesygge menneskers biografiske arbejde. Dansk Sociologi 2001; 2(12. årgang):85-98.
- 84) Mattingly C. Reading minds and telling tales in a cultural borderland. Ethos 2008; 36(1):136-54.
- 85) Jensen TK, Johnsen TJ. Sundhedsfremme i teori og praksis: En læge-, debat- og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser. 2. udgave udg. Århus: Forlaget Philosophia; 2000.
- 86) Bourdieu P, Wacquant L. Refleksiv sociologi - mål og midler. København: Hans Reitzels Forlag A/S; 1992.

Bilag A: Protokol for litteratursøgning vedr. lægmandsperspektiver på sociale forskelle i sygdom og sundhed

Søgning i Medline/PubMed 1995 ff.

- ◆ ("Attitude to Health" AND ("Socioeconomic Factors" OR "Social Class OR "Social Identification") AND Health status : 1 record
- ◆ ("Attitude to Health") AND ("Socioeconomic Factors" OR "Social Class") AND "Life Style" – 5 records
- ◆ ("Attitude to Health") AND ("Socioeconomic Factors" OR "Social Class") AND "Health Behaviour" 43 records
- ◆ (("Socioeconomic Factors" OR ("Social Class") AND "Life Style") and intervention : 4 records
- ◆ (("Socioeconomic Factors" OR "Social Class")) AND "Health Promotion") AND "Life Style" : 7 records
- ◆ (("Socioeconomic Factors" OR "Social Class") AND "Health Behaviour") AND "Preventive Medicine" : 3 records
- ◆ "Health Status"[Mesh] and (lay perspectives or lay perceptions) : 4 records
- ◆ "Smoking Cessation" AND ("Socioeconomic Factors" OR "Social Class") : 14 records.
- ◆ "Preventive Medicine" AND ("Socioeconomic Factors" OR ("Social Class") – 0 records
- ◆ (("Family Practice"[Mesh] OR "Physician's Practice Patterns"[Mesh]) AND "Decision Making"[Mesh]) AND ("Social Class"[Mesh] OR "Socioeconomic Factors"[Mesh]) :14 records

Desuden er der søgt "related articles" på nedenstående udvalgte artikler:

Davidson R, Kitzinger J, Hunt K

The wealthy get healthy, the poor get poorly? Lay perceptions of health inequalities.

Soc Sci Med. 2006 May;62(9):2171-82. Epub 2005 Nov 21 : 23 records

Bolam B, Murphy S, Gleeson K.

Individualization and inequalities in health: a qualitative study of class identity and

health. Soc Sci Med. 2004 Oct;59(7):1355-65 : 180 records

Rasmussen JN, Rasmussen S, Gislason GH, Abildstrom SZ, Schramm TK, Torp-Pedersen C, Køber L, Diderichsen F, Osler M, Madsen M.

Persistent socio-economic differences in revascularization after acute myocardial infarction despite a universal health care system-a Danish study.

Cardiovasc Drugs Ther. 2007 Dec;21(6):449-57 : 3 records

PsycInfo 1995 ff.

- ◆ Lay perspective* AND Health : 21 records
- ◆ Lay perspectives AND (Health attitudes/ OR Health behaviour/ OR Health promotion/ OR Lifestyle changes): 1 record
- ◆ ((Socioeconomic Status OR Social Class) AND (Health attitudes/ OR Health behaviour/ OR Health promotion/ OR Lifestyle changes)) AND exp. Lifestyle : 30 records

Desuden er der søgt "related articles" på nedenstående udvalgte artikler:

Wardle, J. & Steptoe, A. Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. Journal of Epidemiology & Community Health 2003; 57(6):440-443. - 10 records

Sociological Abstract – 1995 ff

- ◆ (lay perspective*) and (health attitude*) : 1 record
- ◆ attitude to health : 3 records
- ◆ (socioeconomic status AND lifestyle) AND health promotion) : 31 records
- ◆ (socioeconomic status) AND (lay perspective*) AND health : 4 records
- ◆ (socioeconomic status) AND (health status) NOT (mental OR immigrants OR child*) : 35 records

Der er desuden foretaget søgning i følgende danske biblioteks-databaser:

- ◆ Danbib – sociale forskelle og sygdom
- ◆ DSI-Bib – "sociale-faktorer" og sygdom

Samt i danske tidsskrifter:

- ◆ Ugeskrift for Læger
- ◆ Sygeplejersken

Der er foretaget citationsanalyse på udvalgte artikler.

Bilag B: Præcisering af indikatorer for levekår, livsstil og helbred

Indikatorerne tager udgangspunkt i spørgeskemaet fra 5-års opfølgningen i Sundhedsprojektet. Dette spørgeskema og de øvrige anvendte spørgeskemaer kan ses på hjemmesiden for Sundhedsprojektet:

www.sundhedsprojekt-ebeltoft.dk/omprojektetmetode.htm

	Indikator	Koder	Svarmuligheder	
Levekår	A: Godt levekår	Uddannelses-niveau	A: Student B: Under 7 år	7 eller færre (B) 8-9 år 10 år Student, HF, HH (A) Andet
	B: Mindre godt levekår	Stillingskategori	A: Funktionær/selvstændig B: Ufaglært/udenfor erhverv (ekskl. studerende og pensionister)	<u>Erhvervs-mæssig beskæftigelse:</u> Selvstændig landmand (A) Selvstændig i øvrigt (A) Medhjælpende ægtefælle Arbejder, faglært Arbejder, ufaglært (B) Lærling, HG-elev Funktionær, tjenestemand (A) Andet <u>Udenfor erhverv:</u> Husmoder (B) Arbejdsløs (B) Langtidssyg (B) Pensionist Studerende På bistandshjælp (B) Under revalidering (B) Andet
		Samlivsstatus	A: Gift/samboende B: Bor alene	Bo du alene? Ja/nej Er du gift eller samlevende? Ja/nej

	Indikator	Koder	Svarmuligheder
Livsstil A: Sund livsstil	Stressniveau	A: næsten aldrig B: ofte/af og til	Føler du dig stresset i din dagligdag? Ja, ofte (B) Ja, af og til (B) Nej (næsten aldrig) (A) Ved ikke
	Fysisk aktivitetsniveau	A (høj): træner hårdt (1), dyrker motionsidræt (2). B (lav): spadserer (3), læser (4).	Hvis du ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din aktivitet i fritiden? 1. Træner hårdt og driver konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen. (A) 2. Dyrker motionsidræt eller tungt havearbejde mindst 4 timer pr. uge. (A) 3. Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer pr. uge. (B) 4. Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse. (B)
	Alkoholforbrug	A: Ingen/normalt (Kvinder under 14, mænd under 21) B: Højere end anbefalet (Kvinder over 14, mænd over 21)	Hvor meget øl, vin, spiritus drikker du i gennemsnit på en for dig almindelig uge?
	Rygestatus	A: Ikke-ryger B: Ryger	Ryger du? Nej (A) Jeg holdt op i 19...(A) Jeg ryger kun lejlighedsvis (A) Ja (B) Røg du i går? Ja (B – hvis eksryger) Nej
	Risiko for hjertekarsygdom	A (lav/moderat): 0-10 point B (høj/meget høj):10-15 point	0-5 point: lav risiko (A) 6-9 point: moderat risiko (A) 10-15: forhøjet risiko (B) > 15: høj risiko (B)

	Indikator	Koder	Svarmuligheder
Helbred A: Godt helbred	Selvurderet helbred	A: godt/meget godt B: moderat eller værre	Hvorledes vil du vurdere dit helbred i almindelighed? Meget godt (A) God (A) Nogenlunde (B) Dårlig (B) Meget dårlig (B)
	Kontakt til sundhedsvæsenet (egen læge, vagtlæge, speciallæge, sygehusambulatorium eller -afdeling)	A (sjældent eller slet ikke): mellem 0-5 kontakter B (hyppig kontakt): mere end 5 kontakter	Hvor mange gange har du i forbindelse med egne sygdom indenfor det seneste år haft kontakt til: Egen læge Vagtlæge Speciallæge Sygehusambulatorium Sygehusafdeling (0, 1-5 eller mere end 5 gange)
	Kendt kronisk sygdom	A: Ingen kronisk sygdom B: Kronisk syg	Lider du af en eller flere varige (kroniske) sygdomme, symptomer eller lidelser? (mere end 3 mdr.) Ja (B) Nej (A)

Bilag C: Brev til borgere

Vedr. deltagelse i interview om sygdom og sundhed

Kære XX

Du har deltaget i "Sundhedsprojekt Ebeltoft" og fik i løbet af 2007 foretaget en helbredsundersøgelse. Vi er meget glade for din deltagelse. Vi arbejder fortsat med analysen af de mange helbredsundersøgelser. Resultaterne kan få stor betydning for den fremtidige udformning af forebyggende behandling i sundhedsvæsenet.

Som en del af "Sundhedsprojekt Ebeltoft" har vi indgået et samarbejde med Dansk Sundhedsinstitut (DSI) om at lave en interviewundersøgelse om forskelle i opfattelsen og håndteringen af sygdom og sundhed.

Interviewene handler om, hvad sygdom og sundhed har betydet i den enkeltes liv, og hvordan man har oplevet at deltage i "Sundhedsprojekt Ebeltoft". Det vil være enten sociolog Marie Brandhøj Wiuff eller antropolog Lone Grøn fra DSI, der gennemfører interviewene.

Vi kontakter dig nu, for at bede dig tage stilling til, om Marie eller Lone må ringe dig op for at forklare dig nærmere om ovenstående undersøgelse, og spørge om du vil deltage. I fald du siger ja til at blive kontaktet, har du stadig mulighed for at sige nej til at deltage. Selv om du under telefonsamtalen siger ja til at deltage i undersøgelsen, kan du også på et senere tidspunkt vælge at takke nej.

Du bedes senest (dato) udfylde vedlagte erklæring med besked om, hvorvidt DSI må kontakte dig. Du bedes returnere erklæringen i den vedlagte frankerede svarkuvert.

Du kan også give telefonisk besked og høre mere om undersøgelsen ved at kontakte:

1. Marie Brandhøj Wiuff: tlf.: 35 29 84 13
2. Lone Grøn: tlf.: 87 28 43 99

Alle oplysninger om dig vil selvfølgelig blive afrapporteret fortroligt.

For information om DSI se: www.dsi.dk

For information om "Sundhedsprojekt Ebeltoft" se: www.sundhedsprojekt-ebeltoft.dk

Med venlig hilsen

Torsten Lauritzen
professor, dr.med., prakt. læge
Institut for Folkesundhed
Afdeling for Almen Medicin
Aarhus Universitet

Marie Brandhøj Wiuff
projektleder, sociolog
Dansk Sundhedsinstitut

----- ✂ -----

Undertegnede

Navn _____

Adresse _____

Postnr. + by _____

CPR-nr. _____

Tlf.nr. _____

Sæt kryds

giver herved tilladelse til, at DSI må kontakte mig telefonisk, forklare mig om undersøgelsen og spørge om jeg vil deltage i undersøgelsen.

Sæt kryds

ønsker ikke at blive kontaktet.

dato

underskrift

Bilag D: Interviewguide – borgere

Intro

Undersøgelsens formål:

- ◆ Vi undersøger forskelle i opfattelsen og håndteringen af sygdom og sundhed. Vi tager udgangspunkt i borgere, som har deltaget i Sundhedsprojekt Ebeltoft. Vi undersøger også, hvordan disse borgere har oplevet og håndteret et tilbud om helbredsundersøgelser. Som indgangsvinkel anvender vi et livshistorieperspektiv. Det betyder at vi gerne vil have dig til at fortælle om dit liv – det vender vi tilbage til.
- ◆ En del af projektet handler også om, hvordan praktiserende læger håndterer patienter med forskellig baggrund i forbindelse med helbredssamtaler. (OBS – information fra dette interview gives ikke til din læge)

Præsentation af interviewer

Optage på minidisc

Fortrolighed: Dette interview vil blive anonymiseret – dvs. at du ikke vil blive nævnt med navns nævnelse. Men interviewet vil nok komme til at gå tæt på dig som person. Hvis der er meget personfølsomme oplysninger du ikke ønsker at vi inddrager i vores analyser, så må du sige til.

Eventuel mulighed for at få interviewudskrift til gennemlæsning

1. Intro af interviewperson

Alder, uddannelse, job (antal år på arbejdsmarkedet), familie/børn, evt. fritidsinteresser,

2. Fortælling om sygdom og sundhed

Intro: Du har været med i Sundhedsprojekt Ebeltoft og det vender vi tilbage til. Men først vil jeg gerne høre lidt mere bredt om dit liv og om dit helbred gennem årene – også før du blev involveret i Sundhedsprojektet.

- ◆ Kunne du starte med at fortælle mig om dit liv med fokus på, hvordan dit helbred har været?
 - Har du eventuelt været syg eller haft perioder med et dårligt helbred?
 - Blev du rask igen?
 - Har du også haft perioder, hvor du har haft et godt helbred?

Lad så vidt muligt informanten fortælle selv uden at bryde for meget ind og vent med at stille 'hvorfor' og 'hvordan' spørgsmål – noter ting du gerne vil vende tilbage til, når informanten er kommet igennem sin fortælling. Hjælp eventuelt fortælling frem med:

- og hvad skete der så?
- hvad gjorde du efter det?

Uddybende spørgsmål til livshistorien (når interviewpersonen er kommet igennem sin livshistorie)

- Hvorfor tror du, du blev du syg? / Hvad tror du var med til at gøre dig syg?
- Hvordan blev du rask igen? Hvad tror du var med til at gøre dig rask?
- Er der noget du har gjort i hverdagen for at bevare et godt helbred?
- Hvad betyder det for dig at have et godt helbred?

Emner vi skal være særligt opmærksomme på i den biografiske fortælling:

Sygdom/sundhed som socialt funderet: Hvordan oplevelse og håndtering er socialt funderet, især i forhold til de nærmeste, familien (livsstil, familierelationer mv.)

Prototypiske plots: Årsagsforklaringer på, hvorfor de har haft et godt/dårligt helbred, været syg/rask.

Forskellig oplevelse og italesættelse af sygdom og sundhed: Hvordan opleves og italesættes sygdom og sundhed – fremhæves strukturelle (arbejdsforhold, sociale forhold, samfundsforhold etc.) og/eller individuelle forklaringer (ansvar, livsstil, "the duty to stay healthy").

Lægens/sundhedsprofessionelles rolle: Deres rolle i et eventuelt sygdomsforløb – forventninger og oplevelser.

3. Deltagelse i "Sundhedsprojekt Ebeltoft"

- ◆ Kan du fortælle lidt om, dengang du kom med i "Sundhedsprojekt Ebeltoft"?
 - Hvorfor valgte du at deltage?
- ◆ Kan du huske den første helbredsundersøgelse?
 - Hvad viste den?
 - Gjorde du noget i den forbindelse?
- ◆ Kan du huske den første helbredssamtale hos din egen læge?
 - Hvordan var det?
 - Hvad talte I om?
 - Hvad gjorde du efter samtalen?/Hvad skete der efter samtalen?
- ◆ Hvad med de efterfølgende helbredsundersøgelser og –samtaler?
 - Jf. ovenstående underspørgsmål
- ◆ Hvorfor er du forsat med at deltage i Sundhedsprojekt Ebeltoft i så mange år?
 - Har du eventuelt overvejet at droppe ud? Hvorfor?

4. Social ulighed

Der er nogen, der mener, at borgere med et lavt uddannelsesnivea oftere er syge, har en højere dødelighed og går oftere til læge. Og andelen af rygere og overvægtige er også større i denne gruppe. (Citat fra Fyns Stiftstidende)

- ◆ Hvad tænker/mener du om det?
- ◆ Hvis du kigger på din egen omgangskreds og familie, kan du så genkende ovenstående?

5. Afrunding

- ◆ Er der noget, vi ikke er kommet ind på, men som du synes er vigtig at nævne?

Mange tak fordi du vil afsætte tid til dette interview!

Bilag E: Interviewguide – praktiserende læger

Intro

Vi undersøger sociale forskelle i opfattelsen og håndteringen af sygdom og sundhed. Vi tager udgangspunkt i borgere, som har deltaget i Sundhedsprojekt Ebeltoft: Interviewer dem om, hvordan de har oplevet og håndteret sygdom og sundhed gennem deres liv, og hvordan de har oplevet et tilbud om helbredsundersøgelser (Ebeltoft-projektet).

En del af projektet handler også om, hvordan prak. læger håndterer helbredssamtaler med patienter med forskellig social baggrund, og også hvordan patienter med forskellig social baggrund generelt håndteres i daglig praksis. Vil gerne høre jeres erfaringer.

- ◆ Præsentation af interviewer
- ◆ Optage på minidisc
- ◆ Fortrolighed: Dette interview vil blive anonymiseret – dvs. at I ikke vil blive nævnt med navns nævnelser. Men I er selvfølgelig en lille gruppe af læger, og vi kan ikke udelukke, at folk der kender jer, måske vil kunne genkende jeres udtalelser. Hele interviewet kommer *ikke* til at være tilgængeligt for offentligheden – vi bruger kun citater.
- ◆ Når vi interviewer jer i en gruppe, er det vigtigt at I tilkendegiver, hvis I er uenige i nogle udsagn – ellers antager vi, at I er enige. I må meget gerne diskutere, men vi vil bede jer om ikke at tale i munden på hinanden (eventuelt navneskilte??)
- ◆ Vekslen mellem at være interviewer og tidsholder (stram tidsplan).

1. Intro af interviewpersoner

Navn, alder, antal år i praksis, praksisform (solo, samarbejds, kompagniskab), tidspunkt for involvering i Sundhedsprojektet, lokalområde for praksis + patientpopulation.

2. Høj og lav social status: cases/eksempler

- ◆ Kunne I hver kort fortælle om to konsultationer indenfor den sidste uge med patienter med hhv. høj og lav social status?
 - Prøv at fortæl hvordan konsultationen forløb og hvad der var særlig karakteristisk.

Social status: En kombination af flere forskellige faktorer – både økonomi, uddannelse og levekår.

- ◆ Hvad forstår I ved personer med høj og lav social status? (relateres til casene)

3. Håndtering af helbredssamtaler med patienter med forskellig social baggrund: uddybende diskussion med henblik på generalisering af praksis

Vi vil gerne høre om, jeres erfaringer med at afholde helbredssamtaler med patienter med forskellig social status i regi af Sundhedsprojektet.

- ◆ Først vil jeg gerne høre, om de helbredssamtaler I har gennemført i Sundhedsprojektet adskiller sig fra de helbredssamtaler i foretager i øvrigt? Hvordan?
- ◆ Er der noget, som I har oplevet er **særlig karakteristisk** ved patienter med forskellig social status, når I afholder helbredssamtaler?
 - en lav social status? (fåmælte, dårligere livsstil ...?)
 - en høj social status? (stiller flere spørgsmål, mere udtryksfulde ...?)
- ◆ Er det forskelligt hvilket **fokus** en helbredssamtale får alt efter patientens sociale status?
 - Er der nogle bestemte emner, problemer eller overvejelser som fylder i samtalen?
- ◆ Anvender I nogle bestemte **strategier/tilgange/handlemåder** i en helbredssamtale afhængig af patientens sociale status?
 - Giver I forskellige råd, tilbud, information?
 - Er det forskelligt i hvilket omfang I følger op på patienterne og giver dem støtte?
 - Etc.
- ◆ Er der i forbindelse med en helbredssamtale nogle **særlige udfordringer** i kommunikationen med patienter med forskellig social status?
 - Tænker I over, hvordan I taler til patienten og hvad I bringer ind og ikke bringer ind i samtalen?
 - Er der nogle som er sværere at kommunikere med end andre? På hvilken måde?
- ◆ Tror I, at patientens sociale status har nogen **betydning for udfaldet/effekten** af en helbredssamtale?
- ◆ Føler I jer godt nok rustet til at imødekomme patienter med forskellig social status i forbindelse med helbredssamtaler?
- ◆ Synes I, I mangler nogle redskaber eller noget rådgivning i forhold til at håndtere patienter med forskellig social status i forbindelse med helbredssamtaler?

4. Social differentiering (LG)

- ◆ Der er nogle som har arbejdet med hjerterehabilitering som mener, at for at behandle lige må man behandle forskelligt (i forhold til social status)
 - Hvordan ser I på det?
 - Hvis vi ser specifikt på helbredscheck og samtaler som de har været gennemført i Ebeltoft projektet, hvordan kunne en differentieret/forskellig indsats være skruet sammen?
 - Er der andre faktorer end social status, der vil være relevant at differentiere ud fra?

Mulige indspark:

- Noget litteratur peger på en social differentiering, som er ufordelagtig for de lavest positionerede patienter

- Nogle påstår at praktiserende læger ikke tager det forebyggende arbejde alvorligt nok. Fx rygestop.
- I litteraturen findes der også studier, der peger på, at praktiserende læger afstår fra at vejlede om rygning og alkohol overfor de socialt højt placerede.
- Tovholderrapport: Her påstår nogle læger, at det er en vigtig lægelig opgave at yde en ekstra indsats for de svageste/tungeste patienter (socialt ansvar).

5. Væsentlige pointer som vi ikke har fået med? (MBW)

- ◆ Er der noget, vi ikke er kommet ind på, men som I synes er vigtig at nævne?

Mange tak for jeres tid.

Sårbarhed og handlekraft

Borgere og praktiserende lægers forståelse og italesættelse af sociale forskelle i sygdom og sundhed

Social ulighed i sundhed er i stigende grad blevet et tema, der diskuteres både politisk og i den offentlige debat, og sociale forskelle i sygdom og sundhed er i vid udstrækning undersøgt og påvist i populationsbaserede undersøgelser. Denne undersøgelse anlægger et andet perspektiv, idet vi ser på, hvordan sociale forskelle i sygdom og sundhed optræder i et erfaringsnært perspektiv. Vi har interviewet borgere og praktiserende læger, der har været involveret i Sundhedsprojekt Ebeltoft (et generelt tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler) for at undersøge, hvordan de forstår og italesætter sociale forskelle i sygdom og sundhed. Rapporten præsenterer livs- og sygdomshistorier præget af både sårbarhed og handlekraft og giver et indblik i de vanskeligheder, praktiserende læger står overfor, når de skal kommunikere med dem, der 'er anderledes end dem selv'.

Undersøgelsen viser, at betydningen af sociale grupperinger og positioner i forhold til sygdom og sundhed udgør en 'blind vinkel' i et erfaringsnært perspektiv, hvad enten der er tale om borgere eller praktiserende læger, og det anbefales, at man i udviklingen af generelle forebyggende interventioner skal tænke 'både og' i stedet for 'enten eller' i forhold til borgernes sårbarhed og handlekraft. Man skal dels tage højde for, at forskelle i ophobninger af sårbarhedsfaktorer påvirker borgernes liv med hensyn til sygdom og sundhed, dels at disse systematiske forskelle ikke optræder med tilstrækkelig tydelighed i et erfaringsnært perspektiv. Samtidig skal man være opmærksom på og understøtte de ressourcer, som alle – uanset social position – rummer, og som er blevet særligt tydelige gennem dette kvalitative studie af borgere og praktiserende læger. Begge strategier skal indarbejdes på en både systematisk og professionel måde, der ikke overlader det til den enkelte sundhedsprofessionelle at tackle den vanskelige og væsentlige udfordring, som social ulighed i sundhed er.