

Kapitel 2: Velfærdssystemet

Problematikker som social ulighed i sundhed kaldes også for “vilde” eller “ustyrlige” problemer, der kan være svære at formulere, forstå og løse, fordi det er svært at finde en lineær kobling mellem årsager, indsatser og effekter (Diderichsen & Volker, 2024). Hermed bliver problematikken også nemt et politisk emne, der graver sig dybt ned i værdimæssige kampe om, hvordan vores velfærd er og skal organiseres. En beskrivelse af velfærdssystemet er én opgave, som kan kortlægges forholdsvis “neutralt”. Men at beskrive, hvordan dette system håndterer sociale problematikker er en anden sag, da afsendere af sådanne beskrivelser vil have forskellige politiske ståsteder og værdimæssige orienteringer.

Den følgende redegørelse (også af sundhedsvæsenet, kapitel 3.) tager udgangspunkt i kilder, som i større og mindre grad tager kritisk stilling til måden, som det danske velfærdssystem er organiseret på. Først og fremmest er beskrivelsen af velfærdssystemet og sundhedsvæsenet baseret på fagbøger rettet til samfundsvidenskabelige uddannelser. I brugen af disse bøger, som er skrevet af hhv. Jan Plovsing og Bent Greve, er en kritik af velfærdssystemets udvikling de seneste årtier blevet tydelig. Plovsing er mag.scient.soc med bifag i Nationaløkonomi, fhv. rigsstatistiker og direktør for Socialforskningsinstituttet (Altinget.dk). Greve er cand.polit., ph.d. i offentlig administration, dr.scient.adm., professor på Institut for Samfundsvidenskab og Erhverv (Roskilde Universitet), fhv. sekretariatsleder (Dansk Journalistforbund) og fhv. byrådsmedlem i Gladsaxe (for S, er nu partiløs) (altinget.dk). Jeg har søgt at få den beskrevne udvikling nuanceret og uddybet fra andre kilder - især angående sundhedsområdet. Af denne grund anvendes Signild Vallgård til at kortlægge sundhedspolitikken (2013) og forebyggelsesarbejdet (2008) i Danmark. Vallgård er cand.mag. i historie og litteraturhistorie, dr.med., fhv. medlem af Magtudredningens bestyrelse og Etisk Råd (altinget.dk). Herudover er Nanna Mik-Meyers forskning om socialt udsattes møde med velfærdssystemet (2018) og synspunkter om velfærdssystemets udvikling (2017) anvendt. Mik-Meyer er cand.scient.anth., ph.d. i sociologi og professor ved Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) (altinget.dk). Hvordan de anvendte kilder tager kritisk stillingtagen, vil blive uddybet løbende.

Velfærdsstaten

Der er ikke enighed om, hvad en velfærdsstat er, samt hvad dens funktion er eller bør være (Vallgård, 2013). På en mere overordnet vis, kan en velfærdsstat beskrives som et - i et internationalt perspektiv

- velstående land, hvor staten griber ind i markedsmekanismerne for at skabe lighed og omfordeling af samfundets goder mellem borgerne (Plovsing, 2007). Velfærdsstaterne bygger på idéen om, at staten har ansvaret for borgernes velfærd, og at borgerne til gengæld skal betale velfærdsstaten tilbage gennem deres arbejde via skat (ibid.). På trods af uenigheder om, hvordan en velfærdsstat skal defineres, beskriver Greve (2002, efter Greve, 2021, s. 35-36) en velfærdsstat som "et institutionaliseret system, hvor agenterne staten, markedet og civilsamfundet indgår i skiftende relationer med det formål at optimere samfundets velfærdsfunktion, og hvor graden af offentlig involvering er tilstrækkelig stor til at kunne modvirke konsekvenserne af markedsfejl, herunder sikre en garanteret minimumslevestandard". I Danmark styres, finansieres og reguleres de fleste velfærdsopgaver, der ydes i sundhedsvæsenet, arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet, af det offentlige (Greve, 2021). Det offentliges opgaver fordeles gennem staten, regionerne og kommunerne, men også via sociale kasser og fonde, samt den private sektor (Plovsing, 2007).

Den danske velfærdsmodel

Ordet velfærdsstat blev i Danmark først registreret i 1916, men imidlertid slår det, som vi i dag vil opfatte som velfærdsopgaver, rødder længere tilbage i det 18. og 19. århundrede med fattighjælp, uddannelse og sundhedsydelser, som blev organiseret og finansieret af kommuner, amter og staten (Vallgård, 2013). De tidligere velfærdsopgaver, hvor der bl.a. blev givet økonomisk hjælp og gratis sundhedsydelser ved fattigdom, kaldes for selektive ydelser: Her rettes ydelser kun mod de fattigste og er dermed indtægtsafhængige (Plovsing, 2007; Vallgård, 2013). I løbet af 1900-tallet kom fokus på også at rette ydelser mod mere velstillede borgere (Vallgård, 2013). I 1946 kom den første sygehuslov, der fastsatte, at alle borgere har lige adgang til sundhedsvæsenet (Ibid.). Det var på dette tidspunkt, at den danske model gik fra at være selektiv til at være universel. Universalisme betyder, at alle borgere, uanset indtægt og andre karakteristika, har lige adgang til gratis ydelser i velfærdssystemet mhp. at skabe lighed og tryghed (Vallgård, 2013). Denne universalisme gælder stadig i Danmark i dag og kendetegnes som en nordisk model, der har fokus på universel adgang til ydelser for landets borgere, en høj grad af lighed og ønske om at sikre borgerne fuld beskæftigelse (Greve, 2021). Praktisk set karakteriseres universelle ydelser ud fra 1) om man har ret til dem, men også 2) om man får dem tildelt (Vallgård, 2013). I Danmark har alle med opholdstilladelse universel ret til gratis ydelser, men ydelserne tildeles kun dem, som vurderes til at have behov for dem og er derfor betinget af faglige skøn (ibid.).

New Public Management

I 1980'erne blev produktiviteten anset som en vigtig politisk dagsorden (Vallgård, 2013). Dette skete på baggrund af, at Danmark oplevede store økonomiske problemer, som startede med oliekrisen i 1970'erne (Bjerger et al., 2021). Den borgerlige regering mente, at den offentlige sektor var for dyr og ineffektiv, samt for lidt serviceorienteret over for borgerne (Plovsing, 2007). På linje med andre vestlige lande blev New Public Management (NPM) introduceret og taget i brug (Vallgård, 2013). NPM har sit udspring i det, som kritikere ofte kalder for neoliberalisme, der søger at mindske statens indblanding i økonomien (ibid.). NPM søger at indføre markedsnære mekanismer i den offentlige sektor ved at indbygge konkurrence og økonomiske incitamenter (ibid.). I en dansk sammenhæng medførte indførelsen besparelser på sociale budgetter, samt en ændring og udbygning af det offentlige system ved at få de civile og markedsorienterede systemer til at varetage flere opgaver, hvilket også kaldes for privatisering (Plovsing, 2007). Formålet hermed var at effektivisere og "billiggøre" den offentlige sektor (ibid.).

NPM har siden 1980'erne haft en stor betydning for, hvordan det offentlige er organiseret og styret, hvilket også ses i sundhedsvæsenet (Mik-Meyer, 2017; Vallgård, 2013): Her har fokus været på effektivisering gennem professionel ledelse, akkreditering og kvalitetssikring (Vallgård, 2013). Metoder til kvalitetskontrol og -udvikling, der blev anvendt i den generelle industri, blev også indført i sundhedsvæsenet (ibid.). Det er vigtigt at pointere, at på trods af, at NPM har haft en stor betydning for det offentlige i Danmark, så har det ikke medført mindre stat: De offentlige udgifter har været stigende siden indførelsen (ibid.). Væksten ses på sundhedsområdet, hvor udgifterne fra 2010 til 2017 er vokset med 12,7 mia. kr. (Greve, 2020).

Borgeren som aktiv forbruger i velfærdssystemet

NPM har således både medført en privatisering, som gør, at ydelser, som tidligere har været offentlige, nu i højere grad er arrangeret af private enten markedsorienterede eller civile systemer (Plovsing, 2007). Dette har haft betydning for bl.a. en øget egenfinansiering til pension og brugerbetaling af ekstra ydelser såsom medicin, tandlæge, fysioterapeut og psykologbehandling (Vallgård, 2013; Plovsing, 2007). Plovsing (2007) beskriver at dette kan have fordelingsmæssige problematikker, da det kun er personer, som har råd til de ekstra ydelser, som kan få dem tildelt. NPM har imidlertid også haft en stor betydning for det offentlige i sig selv, der er inspireret af og anvender markedsprincipper, samt er formet af den private sektors fokus på standardkontrol og kvalitetssikring (Mik-Meyer, 2017). Mik-Meyer (2017) tager kritisk stilling til denne udvikling, da hun mener, at borgeren nu ikke blot skal være forbruger på markedet, men også i velfærdssystemet, hvor den enkelte skal tage stilling til og vælge mellem services. Udviklingen, NPM har medført, ses konkret i den danske velfærdsmodel,

som er gået fra primært at have fokus på fattigdom og arbejdsløshed via indkomstoverførsler til i dag at stille en lang række af serviceydelser til rådighed gennem hospitaler, daginstitutioner, pleje og omsorg, osv. (Greve, 2020, 2021; Plovsing, 2007).

Det er vigtigt at nævne, at denne valgfrihed eller forbrugerisme er et privilegium for landets borgere, da man har adgang og frihed til at vælge mellem et væld af muligheder og tilbud. Der er imidlertid forskel på at have frihed til at vælge, hvilken vare, man gerne vil købe i supermarkedet, og hvilken service, man gerne vil have i velfærdssystemet. For at vende tilbage til Mik-Meyers (2017) synspunkt, så mener hun, at NPM-logikken ansvarliggør borgerne ved at anskue dem som aktive forbrugere ud fra en markeds kontekst (Mik-Meyer, 2017). Det klassiske begreb om en borger er baseret på en politisk ide om lighed, mens en forbruger er baseret på en økonomisk ide om, at individet er i stand til aktivt at vælge mellem forskellige services (Clarke et al., 2007). Det kommer således implicit til at ligge i borgerens møde med velfærdssystemet, at vedkommende bør vide, hvad hun eller han vil have (af service), samt bør være egnet til at tage selvstændige valg (Mik-Meyer, 2017). Hermed lægges ansvaret hos det enkelte individ, når han eller hun skal håndtere sine problemer og have serviceydelser (ibid.). Når borgeren anses som en aktiv forbruger, så forventes det samtidig, at vedkommende kan tænke og argumentere på samme måde som den fagprofessionelle gør (Clarke et al., 2007). Hvis man som borger er oplyst og kan "finde ud af" at påtage sig denne rolle som aktiv forbruger eller ekspert i egne behov, så er det som sagt et privilegium for personen, der kan få den ydelse, som vedkommende vil have. Velfærdsmødet bliver således vellykket (Mik-Meyer, 2017). Imidlertid kan mindre vellykkede møder finde sted, når borgeren ikke kan konformere sig til rollen og ikke er oplyst om, hvilke services der eksempelvis er til rådighed. Dette kan skyldes at borgeren lever et meget anderledes liv - og dermed har andre normer eller værdier - end den fagprofessionelle har (ibid.).

For at vende tilbage til eksemplet med supermarkedet, så har borgeren mulighed for at vælge ud fra egen smag og ud fra økonomisk råderum. I velfærdssystemet koster ydelserne ikke noget, men borgeren stilles selv til ansvar for at vide, hvilke services der er nødvendige og aktuelle for eget vedkommende. I et supermarked har valget af varer ikke lige så fatale konsekvenser for sygdom og død, som valget af service i eksempelvis sundhedsvæsenet. Således er der en forskel på forbrugerisme på det generelle marked og på forbrugerisme i velfærdssystemet: Majoriteten, som har ressourcerne og udgangspunktet for at agere "aktiv forbruger" er privilegerede, men minoriteten, som ikke er "oplyst" eller ikke har ressourcerne, er det modsatte af privilegerede.

Et komplekst møde

Ovenstående beskrivelse af det danske velfærdssystem viser, hvordan det er et system organiseret ud fra en lang række serviceorienterede indsatser. Måden, som velfærdssystemet er organiseret på, har en betydning for socialt udsatte, hvis muligheder i stort omfang er defineret gennem de ydelser, som systemet skaber for dem - dette gælder både juridisk, økonomisk og lavpraktisk i de institutioner, de bruger (Mik-Meyer, 2018). Grundet de komplekse sociale og sundhedsmæssige problemer, møder velfærdsstaten en meget varieret gruppe af mennesker, der kræver behandling og hjælp i flere indsatser samtidig (Diderichsen & Volker, 2024; Greve, 2021; Mik-Meyer, 2018). Greve (2021) beskriver, at de komplekse og varierede problemer kan gøre det vanskeligt for velfærdsstaten at anvende de mere klassiske velfærdspolitiske initiativer. Et af de vigtigste socialpolitiske principper i dag er som nævnt, at borgeren skal kunne tage ansvar for eget liv (ibid.). Dette princip kan imidlertid skabe det dilemma, at fagprofessionelle skal skabe en balance mellem borgerens brugerindflydelse på den ene side og på den anden side at gribe ind over for borgeren, der måske ikke handler "forsvarligt" (Greve, 2021). Greve (2021) beskriver at indgriben i situationer, hvor borgeren er socialt udsat, ofte afhænger af den fagprofessionelles egen dømmekraft, hvilket kan være en vanskelig balance.

I det følgende vil socialt udsattes møde med velfærdssystemet blive præsenteret med udgangspunkt i Mik-Meyers (2018) kvalitative interviewundersøgelse. Studiet tager udgangspunkt i 100 interviews med socialt udsatte (25) og fagprofessionelle (75) - i dette tilfælde ansatte, ledere og eksperter fra institutioner og organisationer, som arbejder med socialt udsatte - og giver et indblik i mødet med velfærdssystemet som helhed og hvilke strukturelle barrierer, som kan opstå i mødet. Undersøgelsen vil blive suppleret af andre kvalitative undersøgelser.

Socialt udsattes møde med velfærdssystemet

Mik-Meyer (2018) beskriver i sin undersøgelse, at de fagprofessionelle møder socialt udsatte med et væld af komplekse problemer, som skaber behovet for hjælp og behandling i forskellige afdelinger, centre og sektorer (Mik-Meyer, 2018). Ofte anvendes sagbehandlere til koordinationsarbejdet mellem disse systemer og deres forskellige interesser, logikker og praksisser (ibid.). De fagprofessionelle beskriver, at det kan være svært at skabe et tværsektorielt samarbejde, der bedst understøtter den enkelte: De forskellige behandlingsmæssige, sociale og beskæftigelsesrettede indsatser har ofte forskellige arbejdstilgange, hvilket kan skabe uklarhed og uenighed, hvad der konkret skal gøres og er det rette for den enkelte borger (ibid.). Dette kan være en af årsagerne til, at de socialt udsatte beskriver, at "de ryger frem og tilbage" mellem forskellige behandlinger og omsorgsinstitutioner (ibid., s. 36). Christoffersen et al. (2022) understøtter disse fund ud fra interviews med 15 forskere og

fagprofessionelle: Undersøgelsen viser, at der eksisterer en manglende sammenhæng på tværs af sektorer og fagområder. Udfordringen består i, at velfærdssystemets organisering og opdeling gør det vanskeligt at tilbyde socialt udsatte den tværfaglige, sammenhængende og helhedsorienterede indsats, de har behov for (ibid.). Oplevelsen understøttes af yderligere af samtaler med socialt udsatte unge, som Rådet for Socialt Udsatte har udgivet i en rapport kaldt "Man føler sig som en tennisbold, der bliver kastet frem og tilbage i systemet" (2013). Citatet er fra en af de unge i undersøgelsen, som beskriver, at der mangler en helhedsorienteret indsats, der kan hjælpe ham (ibid.). De unge beskriver overordnet, hvordan de mangler tillid og tro på systemet, samt at mange af de unge har opgivet at søge hjælp hos kommunen, da flere føler sig uretfærdigt behandlet, samt grundet vanskeligheder med at navigere i systemet (ibid.).

I Mik-Meyers (2018) undersøgelse henvises der til det dilemma, som Greve (2021) beskriver kan blive en svær balancegang for fagprofessionelle: De udtrykker, hvordan den socialt udsatte skal ansvarliggøres, sættes i centrum og gøres til den myndige person, som vedkommende antages for at være (Mik-Meyer, 2018). De fagprofessionelle beskriver, hvordan de ikke skal tage beslutninger på de socialt udsattes vegne, da de socialt udsatte skal "lære at tage ejerskab i eget liv" og "have magten over deres eget liv tilbage" (ibid., s. 201). Imidlertid udtrykker de på samme tid, at borgeren er ressourcesvag og ofte ikke handler hensigtsmæssigt (ibid.). Dilemmaet opstår således ved, at de fagprofessionelle både skal anskue de socialt udsatte som potentielt myndige personer, der kan lære at være ansvarlige, men samtidig, at de ikke mener, at de har ressourcerne til at være det. Mik-Meyer (2018) beskriver, hvordan dette dilemma i praksis gør arbejdet med de socialt udsatte vanskeligt: De fagprofessionelle skal finde balancen mellem at lade dem tage beslutninger selv og tage vare på eget liv, men samtidig sikre sig, at det er på den rette "ansvarlige" måde. I praksis betyder dette, at man f.eks. fører restriktiv alkohol- og stofpolitik på forsorgshjem, samt at lægeordineret medicin skal købes af patienterne selv (ibid.). I disse praksisser ligger den grundlæggende idé om, at socialt udsatte er ressourcestærke - imidlertid bliver de fagprofessionelle mødt af en virkelighed, hvor de ikke kan agere ud fra disse regler og krav (Mik-Meyer, 2018).

Opsamling

Mik-Meyers (2018) undersøgelse bliver således indirekte kritik af måden, som velfærdssystemet møder socialt udsatte borgere. Undersøgelsen er med til at beskrive, at fagprofessionelle står over for en vanskelig opgave, da mødet er karakteriseret ved en række barrierer og dilemmaer: Ofte kræver det et stort tværsektionelt arbejde mellem sociale, sundhedsmæssige og arbejdsmæssige indsatser, der skal samarbejde om at skabe den bedste hjælp og de bedste forudsætninger for den enkelte (ibid.).

Det komplekse arbejde gør, at de udsatte oplever “at ryge frem og tilbage” mellem indsatser i systemet: De regler og procedurer, som systemet anvender, kan være svære at forstå for de udsatte. Samtidig kan der opstå forskellige interesser mellem indsatser (ibid.). Fælles for indsatserne er, at de søger at gøre den socialt udsatte myndig og ansvarlig over eget liv og har en grundtanke om, at de socialt udsatte har potentialet herfor (ibid.). Imidlertid opstår der et dilemma ved, at de fagprofessionelle i realiteten ofte ikke anskuer de socialt udsatte på denne måde: De anses som ressourcetsvage og ikke i stand til at tage hensigtsmæssige valg (ibid.). Samfundets tendens til at ansvarliggøre borgere for egen livssituation (se afsnit X) kan i denne sammenhæng være med til at forstå, hvorfor de fagprofessionelle har denne tilgang: Den fagprofessionelle skal møde den enkelte borger ud fra principper om, at vedkommende er eksperten i sit eget liv og egne behov, samt herudfra kan tage fornuftige valg (Mik-Meyer, 2017).

Kapitel 3: Sundhedsvæsenet

Hvordan er socialt udsattes møde specifikt med sundhedsvæsenet? Som beskrevet i det foregående, kræver behandlingen af socialt udsattes ofte komplekse problematikker koordinering mellem indsatser (Greve, 2021; Mik-Meyer, 2018). Hermed påvirkes og interagerer den sundhedsmæssige indsats med de andre indsatser omkring det enkelte individ (Vallgård, 2013). I det følgende vil opbygningen af det offentlige sundhedsvæsen og herunder den danske sundhedspolitik blive skitseret. Herefter vil kvalitativ forskning blive præsenteret som beskriver socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet står for ca. 15 % af de offentlige udgifter, hvilket gør det til et centralt politisk område (Vallgård, 2013). I 2007 medførte kommunalreformen en større flytning af opgaver inden for den offentlige sektor: Der blev skabt 98 kommuner, amterne blev afskaffet og 5 nye regioner blev introduceret (Plovsing, 2007). Regionerne har til opgave at drive hospitalerne inde for den enkelte region (Greve, 2021). Herudover har regionerne ansvar for psykiatrien samt praktiserende læger, speciallæger og sygesikringen (ibid.). Regionernes indsats sker pba. en fastlagt økonomisk ramme fra staten og skal samarbejde med kommunerne i at sikre overgang fra hospitalsindlæggelse til kommunal behandling (ibid.). Kommunerne har ansvaret for forebyggende sundhedsindsatser, der har til formål at sikre at borgerne i fremtiden bliver mindre syge. Herudover har kommunerne ansvaret for pleje og genoptræning, samt behandling af alkohol- og stofmisbrug, samt tandlægepleje til sindslidende og psykisk udviklingshæmmede (Greve, 2021). Samspillet mellem regioner og kommuner er vigtigt for at sikre en optimal indsats over for socialt udsatte borgere, som oplever

komplekse sociale og sundhedsmæssige problemstillinger (Greve, 2021). De to sektorer i højere grad har skullet arbejde sammen efter, at der i de seneste årtier har været større fokus på at skabe større social lighed i sundhed. Dette vil jeg komme nærmere ind på i det følgende.

Hvordan fører Danmark sundhedspolitik?

Sundhedspolitik handler især om at undgå og reducere lidelse, samt udsætte død (Vallgård, 2013). Det var først omkring 1980, at der blev satset mere på sundhedsforebyggelse, hvilket skete i kølvandet på, at man søgte at begrænse udgifterne til behandling (Vallgård, 2013). Siden har forebyggelsesarbejdet - også kaldt folkesundhedsprogrammer - været en stor del af sundhedspolitikken i Danmark (ibid.). Siden begyndelsen af 2000'erne er der i flere vestlige lande blevet lanceret folkesundhedsprogrammer, som har til formål at sikre længere liv, mindre sygdom og større lighed i sundhed (Vallgård, 2013). Denne tendens udsprang af, at der i slutningen af 1900'erne blev lavet undersøgelser, som viste, at de nordiske lande havde en relativ høj social ulighed i sundhed i sammenligning med andre europæiske lande (Bjerger et al., 2021). Dette skabte for første gang spørgsmålet om, hvorfor disse lande - på trods af lige adgang til sundhed - stadig oplevede social ulighed i sundhed - et spørgsmål, som stadig stilles i dag og kaldes det nordiske paradoks (Mackenbach, 2017).

Kampen mod social ulighed i sundhed

Vallgård (2008) beskriver, at de folkesundhedsprogrammer, som viste sig i løbet af 2000'erne i flere vestlige lande, definerede social ulighed i sundhed meget forskelligt: Mens Norge og Sverige havde fokus på at måle og fortolke social ulighed i sundhed som en gradient, ved at se sociale faktorer betydning for sundhed, såsom indkomst og arbejdsvilkår, målte Danmark det som en dikotomi ved hovedsageligt at se på individuelle adfærdsmæssige faktorer betydning (Vallgård, 2008). Dette har medført, at de forskellige lande har søgt at løse problemet på forskellige måder. Inden for sygdomsforebyggelse skelner mellem masseintervention, som retter sig mod alle, og højrisikointervention, som kun retter sig mod udvalgte personer (Diderichsen, 2011; Vallgård, 2013). Når problemet anskues som en dikotomi, søger man at løse adfærden hos en bestemt gruppe mennesker, som ikke lever op til de normative standarder for sund livsførsel og kan derfor også kaldes for en selektiv eller "højrisiko" indgriben (Vallgård, 2008, 2013). Når problemet anskues som en gradient, søger man at forbedre de generelle levevilkår i befolkningen, hvilket altså er en universel eller "masse" indgriben (ibid.).

Et eksempel på en masseintervention var Norges forslag til en skattereform, som blev fremstillet som en løsning til at undgå forskelle i sundhed mellem indtægtsgrupper: Fokusset her var, hvis de fattige fik flere penge via omfordeling, så vil de leve et mindre sundhedsskadeligt liv (Sosial- og helsedirektoratet. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005, 1-38.). Bamba (2002) beskriver, at Englands forsøg på at reducere social ulighed i sundhed i 00'erne er et eksempel på en masseintervention, som lykkedes med at minimere den sociale ulighed i sundhed. Fokusset var at takle de underliggende sociale årsager til sygdom, bl.a. ved at takle afsavn i udsatte lokalmiljøer og forbedre adgang til sundhedsvæsenet. Herudover blev en national minimumsløn introduceret (ibid.).

Vallgård (2008) kritiserer Danmarks forebyggelse for, med sit dikotomiske udgangspunkt, at individualisere problematikken ved den sociale ulighed i sundhed i stedet for at løse problemet strukturelt. Individualiseringen ses ved, at politikere og sundhedsprofessionelle har søgt at løse sundhedsproblemer med fokus på adfærd: Her anvendes KRAM (kost, rygning, alkohol og motion) som fokuspunkter for at sikre sundhedsgavnlig adfærd hos befolkningen (Vallgård, 2013). Et eksempel på, hvordan regeringen problematiserer social ulighed i sundhed ud fra adfærdsmæssige årsager ses i deres kommissorium til Forebyggelseskommissionen i 2009, hvor det beskrives at: "I dag er usund kost, rygning, alkohol og for lidt idræt og motion årsag til ca. 40% af alle sygdomme og tidlige dødsfald" (Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. København: Forebyggelseskommissionen; 2009). Således viser valget af kategorier og mål, når man undersøger den sociale ulighed i sundhed, nogle underliggende forestillinger om årsager til problemer og også, hvilke politiske løsninger, der anses som relevante (Vallgård, 2013). I Danmark har der været en tradition for, at forebyggelse er rettet mod at ændre adfærden hos en bestemt gruppe mennesker, som ikke lever op til kravene om sund livsførsel. Fokusset på adfærd ses ligeledes i forskningen, der som tidligere nævnt har haft fokus på individuelle sundhedskompetencer (se afsnit X).

Det er imidlertid vigtigt at nævne, at en anden del af forskningen i Danmark i de senere år har haft et større fokus på, hvordan sociale og strukturelle mekanismer har en betydning for social ulighed i sundhed. Eksempelvis viser forskningen, at mennesker som har lavere uddannelsesniveau og indkomstniveau oplever større sygdom og tidlig død i sammenligning med resten af befolkningen (Udesen et al. 2020). Diderichsen og Volker (2024) beskriver, at på trods af disse tendenser i forskningen, der tydeligt beskriver, hvordan den sociale ulighed i sundhed vedligeholdes af strukturelle faktorer, så eksisterer der mål- og interessekonflikter politisk, som har en betydning for,

at der ikke udformes større og direkte tiltag, som kan mindske uligheden. Et eksempel herpå er, at det nuværende overførselsindkomstsysteem “giver tydelige incitamenter til at søge arbejde og uddannelse” ud fra et princip om at “det skal kunne betale sig at arbejde” (ibid., s. 4). Imidlertid beskriver Ydelseskommisionen (2021; efter Diderichsen & Volker, 2024) samtidig, at f.eks. fattige børnefamilier har en række sociale og sundhedsmæssige vanskeligheder, som forhindrer dem i at tage arbejde. Dette er således et eksempel på, at på trods af en anerkendelse af, at disse familier ville klare sig bedre med bedre økonomiske forudsætninger, så forhindrer politiske interessekonflikter tiltag, der kunne mindske uligheden, i at blive implementeret (ibid.).

Ansvarliggørelse på sundhedsområdet

Det ligeledes vigtigt at pointere, at social ulighed i sundhed har sine primære årsager uden for sundhedsvæsenet i form af de sociale og strukturelle grundlag, som eksisterer rundt om det enkelte individ (Bihman et al., 2023). Imidlertid er sundhedssystemet en vigtig komponent i dette grundlag og dette systems organisering har en betydning for, hvem der får mest gavn af forebyggelse og behandling (ibid.) På linje med Mik-Meyers (2017) kritiske synspunkt om, at velfærdssystemet ansvarliggør individer, ved at gøre dem til aktive forbrugere af serviceydelser, stiller Vallgård (2008, 2013) sig ligeledes kritisk over for, at det danske forebyggelsesarbejde. Den danske sundhedspolitik lægger grundlaget for, at sundhedsvæsenet forventer, at alle borgere skal kunne udvise denne rette “ansvarlige” adfærd. På samme måde som, at de fleste borgere godt kan finde ud af at være aktive forbrugere - og dermed have gode velfærdsmøder - så kan de fleste borgere også godt finde ud af at tilpasse sig de normative krav om sund livsførsel. Imidlertid stiller dette normative krav minoriteten i en position, hvor de selv er ansvarlige for, at de har dårlig sundhed, da de ikke kan “finde ud af det” ligesom majoriteten.

Som tidligere beskrevet (se afsnit X), kræver universelle ydelser, at den fagprofessionelle vurderer, at borgeren har ret til dem. Vallgård (2013) beskriver, at når velfærdssystemet skal yde sundhedshjælp, så forventes og kræves det, at borgeren udviser en ansvarlighed mht. deres livsstilsvaner for at vedligeholde og opretholde deres sundhed. Hermed kan borgere, som ikke lever op til de normative standarder - når man f.eks. er hjemløs eller har et misbrug - blive frataget deres ellers universelle adgang til ydelser, da de ikke ser ud til at være villige til at tage ansvar over eget liv (Mik-Meyer, 2017; Vallgård, 2013). Som Mik-Meyer (2017) beskriver, kan fratagelsen i sig selv skyldes, at borgeren ikke kan konformere sig til rollen som aktiv forbruger. I præsentationen af socialt udsattes møde med velfærdssystemet (se afsnit X) blev det tydeligt, at dette

skabte et dilemma i mødet mellem dem og fagprofessionelle. I det følgende vil jeg komme nærmere ind på, hvordan socialt udsatte møde specifikt er med sundhedsvæsenet.

Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet

Den præsenterede forskning tager udgangspunkt i en dansk kontekst. Dette skyldes, at der kan være kontekstspecifikke forhold i andre lande, som ikke er overførbare til danske forhold (Kjeld et al., 2022). Det kan være svært at sammenligne forskellige landes sundhedsvæsen, da velfærdsmønstre i lande imellem er forskellige og således også har forskellige politiske mål. Specifikt i relation til socialt udsatte, er det forskelligt, hvordan velfærdssystemet forsøger at komme problematikken om social ulighed i sundhed til livs. Som beskrevet i foregående afsnit, har Danmark i højere grad end andre nordiske lande søgt at bekæmpe uligheden på individniveau. Dette har betydning for, hvilke sundhedsindsatser og -møder, som de socialt udsatte kan komme ud for.

Som beskrevet tidligere, anvender socialt udsatte sundhedssystemet langt oftere end resten af befolkningen (Benjaminsen et al., 2018; Pedersen et al., 2023). Pedersen et al. (2023) beskriver, hvordan dette merforbrug kan være et udtryk for, at de oplever en oversygelighed i sammenligning med resten af befolkningen - og derfor har brug for mere behandling. Dette understøttes af nedenstående resultater fra kvalitative undersøgelser lavet på socialt udsatte og sundhedsprofessionelle: Det beskrives, hvordan socialt udsatte oplever et dårligt helbred som en fast følgesvend (Pedersen, 2008). Nedenstående resultater er imidlertid også med til at kaste lys over, at merforbruget af sundhedsvæsenet kan være et udtryk for, at de socialt udsatte ikke modtager en tilstrækkelig eller nødvendig behandling i sundhedsvæsenet (Pedersen et al., 2023): Resultaterne viser, at de socialt udsatte oplever en lang række barrierer som bl.a. ikke at føle sig taget seriøst og undersøgt grundigt nok. Dette kan være med til at beskrive, hvorfor de socialt udsatte bruger sundhedsvæsenet hyppigere: Nemlig, at på trods af, at de får sundhedsbehandling, så hjælper det dem ikke. Hermed bliver deres helbred ikke bedre og behovet for behandling er vedblivende.

Socialt udsattes oplevelser

Kvalitative undersøgelser kan nærmere beskrive, hvilke mekanismer og processer, der ligger bag socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet, samt hvilke udfordringer og barrierer de oplever i mødet hermed (Mik-Meyer, 2018; Williams & Elliott, 2024). Pedersen (2018) har lavet en kvalitativ undersøgelse som søster-studie til SUSY UDSAT 2017, der ud fra interviews søger at få et indblik i de socialt udsattes egne opfattelser med at møde sundhedsvæsenet. Fokusset i undersøgelsen har både at afdække individuelle faktorer i form af de socialt udsattes livssituation og helbred. Her viser

undersøgelsen, at der er en stor diversitet i, hvilke sociale og helbredsmæssige problemstillinger, som de socialt udsatte beskriver af særlig vigtig karakter for dem selv. Imidlertid er der fællestrækket, at “et dårligt helbred synes at være en fast følgesvend og et grundvilkår ved livet som socialt udsat.” (Ibid., s. 10). Undersøgelsen har derudover fokus på relationelle faktorer, der beskriver mødet med sundhedsprofessionelle, samt strukturelle faktorer, der beskriver hvilke praktiske implikationer, som kan opstå i mødet (ibid.)

Besøg hos lægen

Pedersen (2018) beskriver, hvordan de socialt udsatte generelt beskriver en dårlig kontakt til egne læger: Lægen føles som en fremmed, der mangler forståelse for og indlevelse i deres svære levevilkår (Ibid.). De føler sig ikke taget alvorligt og mangler forståelig kommunikation fra lægens side (Ibid.). Lindberg et al. (2011) understøtter disse fund i deres kvalitative studie af praktiserende lægers erfaringer med socialt udsatte patienter. Her beskrives det, hvordan lægerne finder arbejdet med disse patienter meningsfuldt, men krævende, samt knyttes ord som “belastede, besværlige, dårligt stillede, indsatskrævende, marginaliserede, ressourcetsvage, skrøbelige, svage, sårbare, (socialt) udsatte og tunge patienter, samt patienter med ringe egenomsorgsevne” til patientgruppen (ibid., s. 32). Lægerne beskriver i forlængelse heraf, at de socialt udsatte er mere tidskrævende patienter, og at mødet kræver, at lægerne ændrer deres kommunikationsform for at undgå misforståelser, da de socialt udsatte “taler et andet sprog” (Lindberg et al., 2011). De er således både de socialt udsatte, men også lægerne, som oplever at den anden part er svær at forstå. Overordnet set beskriver lægerne således, hvordan den socialt udsatte gruppe er mere krævende at have med at gøre, hvilket sandsynligvis er en “reel” problemstilling: De udsatte har flere sociale og sundhedsmæssige problemstillinger, som kan være komplekse og vanskelige at tage stilling og omstille sig til. På den anden side, beskriver de socialt udsatte, hvordan de oplever lægerne som nogle, der mangler indlevelse og ikke tager dem alvorligt. Af denne grund kan lægernes beskrivelse også forstås som et stigmatiserende syn på patientgruppen.

Pedersen (2018) beskriver desuden, hvordan socialt udsatte finder kontakten til egen læge vanskeligt grundet praktiske årsager, såsom at skulle bestille tid på forhånd, samt have råd til at betale for medicin (Ibid.).

Besøg i det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen

Hvis vi bevæger os fra oplevelser med egen praktiserende læge til mødet med det bredere hospitalsvæsen, så beskriver de interviewede socialt udsatte i Pedersens (2018) studie, at de har negative oplevelser i form af at blive ignoreret, samt ikke at blive undersøgt grundigt nok, taget

alvorligt og lyttet til (ibid.). I denne forbindelse beskriver de socialt udsatte også, at de kan mangle viden om, hvad de kan kræve af sundhedsprofessionelle og behandlingen (Pedersen, 2018). Herudover føler de socialt udsatte sig stempet, stereotypificeret og diskrimineret på baggrund af bl.a. deres væremåde og vanskeligheder (Ibid.) Nogle socialt udsatte beskriver, hvordan deres anderledes væremåde kan skyldes tidligere oplevelser af svigt: De gentagne oplevelser af at blive svigtet eller nedgjort har påvirket deres tro på, at andre vil dem det godt. Dette betyder at de kan opføre sig “anderledes” end andre patienter ved at have svært ved at vente, forlader aftaler før tid eller har en hård tone (Pedersen, 2018). Dette understøttes i Christoffersen et al. (2022) undersøgelse, hvor sundhedspersonalet beskriver, at de ofte ikke har kendskab til socialt udsattes forskelligartede behov, samt har ikke mulighed for fleksibelt at tilpasse behandling individuelt. Dette betyder, at de socialt udsatte ikke har tilstrækkeligt udbytte af den behandling, de får (Ibid.).

I forhold til psykiatrien beskriver de sundhedsprofessionelle i Pedersens (2018) undersøgelse overordnet, at de socialt udsatte ikke får den hjælp, de burde få og har krav på (Ibid.). Det beskrives, hvordan “det er vanskeligt at få udrett socialt udsatte patienter i psykiatrien, at socialt udsatte udskrives for hurtigt, og at de ofte ender i langstrakte ’systemforløb’, hvor de rundsendes mellem psykiatri, somatik og misbrugsbehandling.” (Ibid., s. 12). Dette fund understøttes af Mik-Meyer (2018), som beskriver at fagprofessionelle især mener, at problematikken med at føle sig fortabt i systemet, gør sig gældende for de socialt udsatte med både en psykisk lidelse og et misbrug, da disse ofte “ender mellem to stole” (s. 111). Dette skyldes, at de ikke kan være i et aktivt misbrug, hvis de skal have psykiatrisk behandling, og vice versa (Ibid.).

Socialt udsatte oplevelser med at skulle til sundhedsaftaler generelt

Tonnesen og Momsen (2023) giver med deres kvalitative undersøgelse af Social Sundheds brobyggertilbud et nærmere indblik i socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet. Denne undersøgelse supplerer den allerede præsenterede kvalitative forskning ved at have fokus på ikke blot, hvordan de socialt udsatte har det til selve sundhedsaftalen, men også på, hvordan de har det inden og efter. Disse perspektiver er med til at nuancere, hvilke både individuelle, relationelle og strukturelle barrierer, som de kan opleve. De interviewede socialt udsatte (9) beskriver, hvordan de inden sundhedsaftaler oplever udfordringer i form af angst og at føle sig emotionelt utrygge, samt har bekymringer om fysiske barrierer, såsom at skulle komme op af trapper, navigere en rullestol på nye steder, at finde vej og håndtere brugen af sundheds-ID (Tonnesen & Momsen, 2023). Barrierer i brugen af sundheds-ID understøttes af Mik-Meyer (2018) og Pedersen (2018), som beskriver, at nogle socialt udsatte ikke kan finde ud af at administrere, samt aktivt ikke bruger, digitale platforme for

brugerdeltagelse, såsom e-Boks og NemID. Til selve sundhedsaftalerne beskrives udfordringer som kommunikationsmæssige problemer - f.eks. ikke at forstå beskeder, at føle at sundhedsprofessionelle ikke lytter, at have dysleksi, ikke at føle sig god med ord og at opleve tidsbegrænsning (Tonnesen & Momsen, 2023). Efter aftalerne bliver udfordringer beskrevet som ikke at have nogen at dele og diskutere oplevelsen med, til at "oversætte", hvad der skete, samt de-briefe med (ibid.).

“En bemærkelsesværdig overlevelsessevne”

Tonnesen og Momsens (2023) undersøgelse giver således et overordnet et indblik i de barrierer, som socialt udsatte kan opleve i og rundt om sundhedsaftaler. Ud over relationelle og strukturelle problemstillinger, beskrives det, hvordan de oplever individuelle problemer med deres sundhedskompetencer i form af at have svært ved kommunikationen. Som beskrevet tidligere, handler sundhedskompetence om individets evne til at forstå, tilegne sig og vurdere sundhedsrelateret information (Kjeld et al., 2022). Pedersens (2018) studie giver desuden et indblik i, hvordan nogle socialt udsatte besidder en lav grad af sundhedskompetence ved, at de ikke magter at tage ansvar for eget helbred, samt har svært ved at forstå sundhedsprofessionelle og formidle deres egen situation. Imidlertid bevidner Pedersen (2019) hos nogle også “en bemærkelsesværdig overlevelsessevne og -vilje, hvor de formår at ændre på netop helbredsdimensionen i deres liv og opnå et forbedret helbred (...)” (Ibid., s. 127). Dette betyder, at der er positive historier og forløb, hvor socialt udsatte har formået at vende deres dårlige livssituation og helbred til det bedre (Mik-Meyer, 2018; Pedersen, 2018).

Pedersen (2018) beskriver, at denne vilje imidlertid kan blive udfordret af, at deres forsøg på bedring ikke anerkendes eller vurderes hurtigt og effektivt nok af sundhedsvæsenet. Dette kan givetvis komme til udtryk på flere måder, men et konkret eksempel kan være, at en socialt udsat møder op på akutafdelingen og forlanger hjælp: En sygeplejerske beskriver ud fra denne situation i Pedersens (2018, s. 54) undersøgelse, at “Når han så har råbt længe nok, og jeg ikke reagerer, så går han jo”. På trods af, at de socialt udsatte har et håb om og en vilje til at klare sig bedre - og eksempelvis møder op på hospitalet for at få hjælp - så kan de blive mødt af et sundhedspersonale, som ignorerer dem, måske ikke forstår dem og dermed vurderer, at de ikke har behov for sundhedshjælp.

Kulturel sundhedskapital

Dette mismatch, som Pedersen (2018) beskriver det, kan forklares ud fra begrebet kulturel sundhedskapital. Begrebet er udviklet af Shim (2010) og tager udgangspunkt i Pierre Bourdieus

begreb om kulturel kapital, der beskriver, hvordan kulturelle praksisser og produkter, såsom verbale evner, måder at klæde sig på, videnskabelig viden osv., er udtryk for kapital (Shim, 2010). Individets evner til at besidde og udtrykke kulturel kapital siger noget om deres placering i det sociale og klassebaserede hierarki, hvormed det er et udtryk for udøvelse af magt og dermed vedligeholdelsen af ulighed (ibid.). I denne forlængelse er kulturel sundhedskapital et repertoire af kulturelle evner, som både patienter og klinikere kan udtrykke verbalt og nonverbalt i form af holdninger, adfærd og interaktionelle stile (Shim, 2010, s. 1). Disse evner kan resultere i mere eller mindre optimale kliniske møder (ibid.). Pedersen (2018) beskriver, hvordan socialt udsatte nogle gange anderledes væremåde kan gøre det svært for dem at tilpasse sig og “mobilisere de, i et medicinsk perspektiv, rette kompetencer som eksempelvis en vedholdende og tilpas skyndsom udøvelse af selvdisciplin og proaktivitet i forhold til eget helbred.” (Ibid., s. 127). På den anden side står sundhedspersonalet med en anden “jargon”, samt manglende evner til at imødekomme de socialt udsatte og deres behov (Christoffersen et al., 2022; Pedersen, 2018).

Mens sundhedskompetence har fokus på individets egne individuelle evner eller egenskaber, har sundhedskapital fokus på mødet mellem patient og sundhedsprofessionel ved at se på, hvilke normer og idealer, der anses som værdifulde i den kliniske setting (Shim, 2010). Hermed kan sundhedskompetence anses som en del af kulturel sundhedskapital, da den siger noget om, hvor godt et menneske er til at udvise de rette evner og egenskaber i den sociale og kliniske setting (Shim, 2010). Således har kulturel sundhedskapital ikke fokus på enkeltstående faktorer hos patienten, men søger at have fokus på mere underliggende strukturelle og interpersonelle faktorer, som former social ulighed i sundhed (Rasmussen et al., 2021; Shim, 2010). Dette gøres ved at se på aktørers forskellige habitus, dvs. kulturelle væremåder eller sociale dispositioner, som påvirker muligheden for at tilegne sig kulturel sundhedskapital (Shim, 2010). De forskellige habitus formes af klassespecifik socialisering, hvormed mennesker med lavere social klasse ofte har begrænset tilgang til kulturel sundhedskapital (Shim, 2010).

Forskelle i kulturel sundhedskapital - og konsekvenserne heraf - beskrives af flere studier: Bl.a. viser Rasmussen et al. (2021) i deres kvalitative interviewundersøgelse af socialt udsatte med iskæmiske hjertesygdomme, at kulturel sundhedskapital har en betydning for mødet mellem dem og de sundhedsprofessionelle: Interaktionerne mellem dem bar præg af, at de sundhedsprofessionelle satte dagsordenen ved ikke at tage højde for de socialt udsattes væremåde og livsomstændigheder. Eksempelvis beskriver de socialt udsatte, at fordi de ikke bruger det samme “akademiske” sprog og ser lige så “pæne” ud som personer med højere social status, samt ikke udtrykker lige så stor energi

eller engagement, så tager de professionelle dem ikke lige så seriøst (ibid.) Herudover beskriver en socialt udsat en oplevelse med ikke at føle sig mødt i sine vanskeligheder, da hun i en bestemt situation havde klaustrofobi, da hun lå inde i en scanner, og da hun udtrykte sin frygt, blev hun mødt med: “Jamen okay, men kan du ikke bare ligge stille?” (Ibid., s. 25). Rasmussen et al.s (2021) studie er således med til at beskrive, hvordan de socialt udsatte kan føle sig underprioriterede, stigmatiserede og utilstrækkelige fordi de ikke besidder den “rette” sundhedskapital. I forskningen af socialt udsatte med kræftsygdomme har lignende resultater gjort sig gældende: I et kvalitativ interviewstudie har Dencker et al. (2021) vist, hvordan mødet og kommunikationen mellem sundhedspersonalet og patienten påvirker social ulighed i kræft via kulturel sundhedskapital: Kræftpatienter med lavere socioøkonomisk status, som har flere samtidige sygdomme og bor alene, klarer sig dårligere i alle faser af et kræftforløb (Ibid.). Denne sociale ulighed vedligeholdes og reproducere ved manglende kulturel sundhedskapital ved, at de patienter som ikke havde forberedt sig, ikke stiller spørgsmål, og som sundhedspersonalet ikke vurderer har overskud til at få givet information, ikke får svar på og information om relevante og betydningsfulde aspekter ved deres sygdom og behandling (Dencker et al., 2021).

Mødet mellem borgeren og den professionelle er således styret af nogle moralske normer, som dikterer, hvad der er en rette kulturelle adfærd, hvilket er nogle ressourcer, som alle ikke har adgang til (Bourdieu, 1998, efter Mik-Meyer, 2017). Dette kan have konsekvensen, som ovenstående fortælling viser, at udsatte patienter oplever at blive dårligere behandlet grundet socioøkonomiske forskelle, samt oplever selv at stå til ansvar for at få relevant information om egen sygdom.

Frygten for sundhedsprofessionelles fordomme

Som beskrevet tidligere, ses der en forskelle i, hvilke dele af sundhedsvæsenet, som den socialt udsatte gruppe bruger (Benjaminsen et al., 2018). Perspektivet om forskelle i kulturel sundhedskapital kan være med til at forklare, hvorfor nogle socialt udsatte bevidst undlader at bruge bestemte dele af sundhedsvæsenet. Pedersen (2018) beskriver, at forklaringen på, hvorfor nogle ikke vælger at bruge en bestemt sundhedsydelse, kan skyldes, at de ikke har den rette kulturelle sundhedskapital til at mobilisere sig den specifikke ydelse. Herudover kan valget om ikke at deltage i bestemte dele af sundhedsvæsenet forklares ved, at nogle ikke magter at blive konfronteret med deres “anderledeshed”, selvom de har behovet for sundhedshjælpen (Pedersen, 2018).

Dette perspektiv understøttes af Braae og Merrild (2018), som har lavet en kvalitativ interviewundersøgelse af 10 socialt udsatte personer om deres oplevelse med forebyggende

sundhedsundersøgelser. Deres artikel hedder “Jeg kan forestille mig, at de sandsynligvis vil spørge ind til min livsstil”, hvilket også beskriver deres overordnede fund i undersøgelsen: Nemlig, at socialt udsatte borgere ikke ønsker at deltage i disse sundhedsundersøgelser, fordi de frygter at blive mindet om, at de ikke lever op til samfundets standarder for sund livsstil (Braae & Merrild, 2018). På trods af, at de interviewede havde bekymringer om deres sociale og sundhedsmæssige problemstillinger, så undlod de at deltage i de forebyggende undersøgelser (ibid.). Undersøgelsen kaster både et lys på, at forebyggende sundhedsindsatser ikke altid har ønskede resultater - da de socialt udsatte undgår dem - men siger også noget om, at en frygt for at blive stigmatiseret eller fordømt for ikke at leve op til kulturelle standarder for sund livsførsel (ibid.). Socialt udsattes frygt for at blive fordømt understøttes af Jønsson (2021), der ud fra et feltarbejde på Lolland med opfølgende interviews har fundet, at ældre med flere kroniske sygdomme gør deres bedste i kliniske settings for at fremstå pligttopfyldende og kompetente for at afkræfte de negative stereotyper, som de oplever er knyttet til dem via deres socioøkonomiske position. Forestillingen og frygten for at blive forskelsbehandlet og mødt med fordomme gør, at de ældre forsøger at fremstå som “vidende” patienter og ikke får spurgt ind til relevante informationer vedrørende deres behandling. Jønsson (2021) beskriver, hvordan dette kan gøre, at der i mødet mellem dem og sundhedsprofessionelle går information tabt, hvormed de ikke får den behandling, de behøver.

Opsamling

Hvilket billede tegner forskningen? Overordnet set rettes der en implicit kritik af både velfærdssystemet og herunder sundhedsvæsenet: Arbejdet med socialt udsatte kræver et stort behov for koordinering mellem indsatser, men imidlertid tegner der sig et billede af, at de forskellige indsatser har svært ved at give en meningsfuld og samlet indsats (Mik-Meyer, 2018). Velfærdssystemet er komplekst og mangefacetteret, hvilket kan gøre det vanskeligt for socialt udsatte at gennemskue og følge systemets regler og procedurer (ibid.).

“Noget forenklet kan man sige, at personer med komplekse problemer bliver mødt af et lige så komplekst velfærdssystem, altså et system med mange tilbud, der ikke altid hænger sammen” (Mik-Meyer, 2018, i Jørgensen & Benjaminsen, 2018, s. 24)

Fælles for indsatserne er, at de fagprofessionelle arbejder ud fra princippet om, at borgeren er ekspert i eget liv - et princip, som tager form af synet på borgeren som en aktiv forbruger, der skal kunne tage forsvarlige valg (Mik-Meyer, 2017). Imidlertid står de socialt udsatte

ofte i vanskelige livssituationer, hvor de ikke kan handle forsvarligt ud fra de krav, der sættes til dem (Mik-Meyer, 2018). Dette kan skabe vanskelige velfærdsmøder, hvor den fagprofessionelle skal forsøge at lære den socialt udsatte at tage vare på sig selv, men i realiteten har vedkommende ikke ressourcerne til det. Den fagprofessionelle kan i disse situationer blive nødsaget til at tage svære beslutninger på den socialt udsattes vegne om, hvad der er det rette at gøre (Greve, 2021; Mik-Meyer, 2018).

Sundhedsvæsenet indgår som en vigtig komponent i velfærdssystemet: Det skal både arbejde sammen med andre sektorer, men inden for selve sundhedsområdet skal regioner og kommuner ligeledes arbejde sammen for at levere en optimal indsats over for socialt udsatte (Greve, 2021). Dette har især været vigtigt for at komme den sociale ulighed i sundhed til livs, som den socialt udsatte gruppe lever under, og anerkendelsen heraf ses i de seneste årtiers forebyggende arbejde på sundhedsområdet: Her har Danmark primært ført en dikotomisk sundhedspolitik ved at have et individbaseret fokus på at fremme sundheden og forbedre livsstilen hos de grupper i samfundet, som ikke lever op til "standarden" (Vallgård, 2008). Det bliver tydeligt, hvordan velfærdssystemet sætter rammerne for, hvordan bestemte møder i sundhedsvæsenet kan se ud: Det ansvarliggørende princip, som finder sted i systemet generelt, finder ligeledes sted på sundhedsområdet (Vallgård, 2013).

Kulturel sundhedskapital kan her bidrage til en mere nuanceret forståelse af, hvordan det ansvarliggørende princip kan skabe en kløft mellem socialt udsatte og sundhedsprofessionelle: Sundhedsprofessionelle har ofte helt anderledes liv og besidder nogle andre evner til at agere "ansvarligt" end de udsatte. Flere socialt udsatte beskriver, at de føler sig anderledes og ikke magter at tage ansvar for egne behov (Pedersen, 2018). Når velfærdsmødet er arrangeret på en måde, hvor borgeren skal kunne udvise ansvarlighed og tage aktiv ageren ift. egne behov, så kan der opstå en diskrepans i forholdet mellem dem og sundhedsprofessionelle: Hvis den socialt udsatte ikke kan finde ud af påtage sig en aktiv rolle og f.eks. spørge ind til relevante dele af behandlingen, så får vedkommende ikke hjælpen eller informationen (Dencker et al., 2021; Jönsson, 2021).

Den præsenterede forskning gør kløften tydelig ved at beskrive en lang række barrierer, som eksisterer i mødet mellem socialt udsatte og sundhedsprofessionelle: Både strukturelle barrierer i form af tidsbegrænsning og navigering, men også relationelle barrierer, hvor de to parter bl.a. har svært ved at forstå hinanden og "tale samme sprog" (Pedersen, 2018; Tonnesen & Momsen, 2023). De socialt udsatte føler sig på den ene side stempet og diskrimineret, og de fagprofessionelle føler på den anden side, at de udsatte er vanskelige at arbejde med (Pedersen, 2018; Lindberg et al., 2011). Forskningen beskriver, at selvom de socialt udsatte har modet og viljestyrken til at klare sig bedre, så

kan kløften mellem dem og sundhedsprofessionelle gøre, at det ikke bliver vurderet, at de har brug for en bestemt ydelse (Vallgård, 2013; Pedersen, 2018). Eksempelvis kan deres anderledes væremåde blive misforstået (Pedersen, 2018).

Af denne grund kan socialt udsatte, som egentlig har lige adgang til sundhedsydelser, som alle andre, på grund af disse barrierer opleve en ulige behandling. Den kvalitative forskning bidrager til en forståelse af, at princippet om ligebehandling for alle i samfundet, skaber ulige behandling for den socialt udsatte gruppe, som ikke har de samme muligheder for at agere forsvarligt ud fra et eksisterende ansvarlighedsprincip - og dermed ikke kan benytte sig af sundhedsvæsenet på lige fod med resten af befolkningen.