

Subjektiv ulighed

Oplevelsen af ulighed i sundhed

Alexandra Brandt Ryborg Jønsson

Københavns Universitet
a.joensson@sund.ku.dk

Jønsson, Alexandra Brandt Ryborg. (2021). Subjektiv ulighed: Oplevelsen af ulighed i sundhed. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 35, 95-114

Ulighed i sundhed rammer oftest mennesker med kort uddannelsesbaggrund og lav socio-økonomisk position i samfundet, men diskursen om ulighed i sundhed har skabt et langt mere negativt stereotypet billede, hvor ulighed i sundhed rammer mennesker, der ikke kan eller vil leve op til moralske imperativer for sundhedsadfærd. I artiklen viser jeg, hvordan denne diskurs kan lede til frygt for at blive negativt kategoriseret på baggrund af et stigma om kort uddannelse og dårlig økonomi; det jeg kalder subjektiv ulighed. Subjektiv ulighed fører i mine tre empiriske eksempler til forskellige former for ageren, der imidlertid har en iboende risiko for at spænde ben for den optimale behandling. Ved at forstå individers oplevelser og forestillinger om stigma i relation til skabelsen af sundhedssubjektivitet, argumenterer jeg for, at ulighed i sundhed også skal forstås subjektivt i mødet med sundhedsvæsenet, og at dette ikke kun er udtryk for institutionelle og organisatoriske logikker, men også et subjekts tolkning og ageren på et objektivi fænomen. Artiklen er et indspark til forståelsen af, hvorfor og hvordan ulighed i sundhed opstår og kommer til udtryk, men ud fra erkendelsen af, at ulighed i sundhed er komplekst og kræver flere komplekse analytiske tilgange. De empiriske eksempler er ikke generaliserende, men netop eksempler på subjektive oplevelser og møder med ulighed i sundhed. Begrebet subjektiv ulighed er derved et af mange begreber, som kan gøre os en smule klogere på ulighed i sundhed som fænomen.

Subjective Health Inequity: Perceptions of stigma in health encounters

Health inequality and inequity are most commonly experienced among people with lower sociodemographic and short educational backgrounds; yet the stereotype of being a victim of health inequity is presented in public discourses in a very unattractive way closely entwined with moral imperatives of health behavior. In this article, I show how such morally infected discourses produce a stigma of having short educational background and/or low socioeconomic status; what I coin to be subjective health inequity. Presenting three empirical cases, I show how subjective health inequity may lead to a particular agency, which, ironically, may eventually lead to poorer treatment outcomes. I thus argue that thinking through subjectivity in understanding individual experiences of felt or perceived stigma reveal that health inequities are not merely a product of institutional and organizational logics, but also a subjective mood and agency toward health services encounters as an objective phenomenon. The presented empirical data are not to be generalized but are examples of subjective health inequity. The article is meant as a brick in understanding health inequity as a large and complex phenomenon which will essentially require a range of different perspectives.

Introduktion

Det er onsdag formiddag, og Else og jeg sidder i konsultationsrummet hos reumatologen, hvor Else er til kontrol for sin leddegigt. Hendes fødder især har plaget hende i noget tid. Hun stiller lægen sine forberedte spørgsmål, og nikker tilfreds med svarene. Det er vigtigt at du går i bløde sko siger lægen, og Else nikker igen. Senere ude på gangen da vi står og venter på elevatoren ned, småsnakker vi, og jeg spørger hende, hvad 'bløde sko' er. "Jamen," forklarer hun mig med lidt usikker stemme "det er jo sådan nogle støvler du ved, med pels uden på". Det, tror jeg ikke, var det lægen mente, siger jeg, så hun og jeg begynder at tale om, hvad bløde sko egentlig er. Tilfældigvis passerer lægen os på gangen, og jeg spørger hurtigt, hvilke bløde sko hun anbefaler. Sådan nogle sko med bløde såler - løbesko for eksempel - svarer lægen og forsvinder ned af gangen. Else og jeg morer os lidt over misforståelsen, og hun siger, at hun faktisk også var lidt i tvivl om, hvad lægen egentlig mente. Hvorfor spurgte du så ikke bare, spørger jeg, mens vi træder ind i elevatoren.

Else ser vantro på mig *"Nu havde jeg jo forberedt mig ved at læse lidt om gigten og så videre og siddet og spurgt om alle mulige lægeting. Så jeg synes ikke, jeg skulle spørge mere. Og helt ærlig, hvem ved ikke hvad en blød sko er?"* afslutter hun med et grin. Elevatordøren går op, og vi går ud, mens hun tilføjer mere til sig selv: *"jeg vil jo ikke have, at hun skal tro at jeg er dum"*

Elses historie er på én måde usædvanlig og samtidig helt almindelig. Den er usædvanlig, fordi Else italesætter sine bevidste overvejelser om at fremstå bedst muligt, og den er almindelig, opdagede jeg under mit 18 måneder lange feltarbejde blandt kronisk syge ældre mennesker på Lolland. Her blev det tydeligt, at dét med at forestille sig at blive 'set ned på' af sundhedsvæsenet var udbredt og havde betydning for, hvordan de ældre reagerede i mødet med læger og sygeplejersker. Formålet med mit feltarbejde var at undersøge, hvordan de ældre mennesker håndterede et hverdagsliv med multisygdom. Jeg fulgte dem i sociale interaktioner, i mødet med sundhedsvæsenet og ikke mindst tilbragte jeg en betragtelig mængde tid hjemme hos dem - nogle gange med formelle interviews, andre gange med bare at bruge tid sammen, for eksempel ved at drikke en kop kaffe i haven og nyde påskeliljernes kommen. Jeg undrede mig over iveren i at adskille sig fra de forestillinger, de troede, jeg som yngre forsker fra København ville have om dem, og over deres ihærdighed med at vise, hvor pligtopfyldende de var som patienter, og hvor vigtigt det var for dem at understrege deres sociale positioner. Efterhånden som feltarbejdet skred frem, gik det op for mig, at samme forestillinger om at blive mødt med mulige forforståelser og fordomme også gjaldt i møder med sundhedsvæsenet. Jeg opdagede i deltagerobservationerne, hvordan forskellige taktikker blev brugt til at imødekomme de fordomme, de ældre *forestillede sig*, at den sundhedsprofessionelle ville have om dem. Bemærk at jeg skriver om forestillede fordomme, og at disse ikke nødvendigvis afspejler virkeligheden. Med udgangspunkt i fænomenologien vil jeg derfor ikke beskrive 'sandheder', men fokusere på fornemmelser og forståelser, og beskrive den måde, hvorpå de ældre menneskers sociale position former deres relation til sundhedsvæsenet. Jeg forskyder altså vægten fra at beskrive statistisk ulighed i sundhed til at beskrive hvilke praktiske handlinger og derved uligheder, som en partikulær tænkning afføder. Dette sker dog i en fænomenologisk forståelse, hvor mennesker interagerer med verden gennem deres krop, ikke altid med deres bevidsthed; men ud fra en kropslig interaktion, hvor der opstår refleksioner og bevidsthed om denne interageren mod verden. Med andre ord er de ældre i denne artikel bevidste om fordomme om

sociale klasser, men italesatte ikke altid som Else herover deres handlinger som modsvar til de sociale kategoriers stigma.

Etnografien egner sig særligt som metode til at undersøge hverdagsliv i et fænomenologisk perspektiv, netop fordi det først er når hverdagen gøres til genstand for refleksion – her af en iagttagende antropolog – at implicite, abstrakte, erkendte og uerkendte handlinger og viden kan begrebsliggøres. Ofte, når ulighed i sundhed diskuteres, bruges epidemiologiske befolkningsundersøgelser, hvor for eksempel levetid sammenlignes på tværs af alder, køn, uddannelse og indkomst. Her fremkommer det klare resultat: Desto kortere uddannelse og lavere indkomst, desto kortere levetid (Diderichsen et al., 2011). Statistisk set. For sådanne undersøgelser siger alene noget om korrelationer (sammenhæng) og ikke årsager. Etnografien kan bidrage, ikke med en generel årsag, men med en nuanceret forståelse af, hvad der er på spil, og måske med viden om hvorfor nogle mennesker med lav socioøkonomisk status ikke følger behandlinger eller reagerer på symptomer (Merrild & Jønsson, 2019). Endnu findes dog kun få etnografiske studier af ulighed i sundhed i Danmark (se fx Pedersen et al., 2020), hvoraf jeg særligt er inspireret af antropologen Camilla Merrild, der sammen med kollegaer har beskrevet, hvilke forståelsesrammer, der bliver afgørende for lavere sociale klassers reaktion på kræft-symptomer (Merrild et al., 2016), og kultursociolog Iben Aamann, der har set på, hvordan forældre til nye skolebørn fremviser og dømmes moralsk på forældreevner ud fra klasse og sundhedsadfærd (Aaman, 2020). Dertil kommer overlæge Morten Sodemanns bog, *Sårbar? Det kan du selv være*, som ikke er etnografisk funderet, men med sine solide empiriske eksempler diskuterer sårbarhed som klinisk og eksistentielt fænomen, og er skelsættende i dansk forskning i ulighed i sundhed (Sodemann, 2018). Min egen forskning undersøger ulighed i sundhed etnografisk ved at fokusere på patienters forestillinger om stigma i mødet med sundhedsvæsenet.

I denne artikel vil jeg vise, hvordan 'sociale determinanter' ikke er neutrale kategorier ukendte for dem, som kategoriseres, og at visse af disse kategorier er forbundet med negative stereotyper, som den enkelte ikke ønsker at blive associeret med. Jeg vil i tråd med andre forskere argumentere for, at mennesker handler aktivt for at påvirke den måde de fremstår på, og med afsæt i empiriske eksempler vise, hvordan denne ageren kan føre til, at den enkelte ikke får adækvat behandling. Mit argument er en sløjfe, der bindes: Forestillinger om fordomme leder til en bestemt ageren for at undgå dårligere behandling, men netop denne ageren kan betyde, at eksempelvis afvigelser fra en given medicinsk behandling ikke nævnes. Derved tabes vigtig information, som kan betyde, at den enkelte ikke får den

optimale behandling. Jeg kalder denne særegne, og i mit materiale ofte forekommende, ulighed for *subjektiv ulighed*ⁱ.

Metode

Artiklen bygger på data fra mit feltarbejde på Lolland blandt ældre mennesker med flere kroniske sygdomme, som var en del af mit ph.d.-studie. Feltarbejdet blev påbegyndt i februar 2015 og afsluttet i august 2016. I 2017 udførte jeg opfølgende interviews med de samtalepartnereⁱⁱ, som kunne og ville.

Formålet var, at se på hvordan hverdagen med multisygdom tager sig ud blandt ældre mennesker. Jeg fik derfor kontakt til de første informanter via observationer af konsultationer i almen praksis, hvor jeg umiddelbart efter konsultationen spurgte om lov til at interviewe de patienter, der var relevante. Inklusionskriteriet var, at deltagerne skulle være over 65 år og have mindst to kroniske eller langvarige sygdomme. De fleste sagde ja, men flere aflyste efterfølgende, fordi de ikke havde overskud og energi til at deltage. De resterende blev enten besøgt i hjemmet, en enkelt på sin arbejdsplads, hvor jeg lavede livshistorieinterviews (varighed mellem 1 time og 3 timer). Efterfølgende fik jeg lov at besøge mine samtalepartnere og deltage i dele af deres hverdagsliv, sociale aktiviteter eller komme forbi til en kop kaffe med jævne mellemrum i løbet af det følgende år til halvandet (afhængigt af hvornår vi fik kontakt). Flere af mine samtalepartnere kendte en eller flere mulige deltagere, jeg kunne kontakte, og de resterende deltagere i studiet rekrutterede jeg i det lokale band, hvor jeg begyndte at spille, eller via kommunale hjemmesygeplejersker, som en god kollega fik til at hjælpe mig.

I alt deltog syv mænd og syv kvinder i alderen 66-91. De var diagnosticeret med tre til seks kroniske sygdomme hver, og flere havde desuden udiagnosticerede lidelser såsom ondt i ryggen eller udtalt træthed. De mest hyppige sygdomme var type 2 diabetes, forhøjet blodtryk, gigt og hjertekar sygdomme, men de fleste havde mindst én mere invaliderende lidelse såsom Parkinsons, Sklerose eller blodsygdomme. Cirka en tredjedel havde en psykiatrisk diagnose (depression eller skizofreni), og tre havde eller havde haft et alkoholmisbrug. Med en sådan spredning i både alder og diagnoser er det ikke muligt at sige noget specifikt om biologisk alder eller biomedicinske sygdomme, men min hovedinteresse var også snarere de sociale, kulturelle og moralske imperativer, der former den enkeltes oplevelse af at blive ældre og leve med kroniske sygdomme.

Alle formelle interviews blev optaget og transskriberet. Samtaler og observationer blev noteret som feltnoter i øjeblikket eller så hurtigt som muligt efter. Foruden mine samtalepartnere interviewede jeg pårørende (ægtefæller, børn, venner) og sundhedsprofessionelle (praktiserende læger, hjemmesygeplejersker, sosu-assistenten). Disse interviews indgår som baggrundsviden i nærværende artikel, men bruges ikke direkte, da fokus er på de ældres subjektive oplevelser. De medvirkende er blevet anonymiseret, og detaljer, der vil kunne lede til en identificering, er blevet ændret. Af de 14 medvirkende er fire afgået ved døden siden 2015.

Analysen af data blev i første omgang udført med en åben kodning, hvor temaer blev identificeret. Nogle kategorier var givet på forhånd qua problemformuleringen, mens andre opstod i læsningen og analysen af materialet. Tematikkerne er diskuteret i forskningsfora med andre forskere og med praktikere i undervisningsregi. Artiklens data centrerer sig om det, der er blevet kodet med "oplevelsen af ulighed".

Ulighed i sundhed

Subjektiv ulighed er en del af den samfundsfaglige viden om ulighed i sundhed, men forud for en diskussion af dette er en introduktion af den epidemiologiske kontekst for social ulighed i sundhed i Danmark nødvendig.

Der vil altid være forskel, når man sammenligner individers helbredstilstand: Nogle mennesker vil blive syge og dø tidligt, andre vil blive alvorligt invaliderede af sygdomme, mens andre igen vil leve et langt liv uden sygdom. En del af dette er en uundgåelig livspræmis som ikke skyldes samfundet - det kan være genetisk betinget, eller simpelthen et spørgsmål om held eller uheld. Problemet opstår, når forskellene i helbred afspejles systematisk mellem befolkningsgrupper opdelt efter socioøkonomiske kriterier (Marmott et al., 1991). Her er det ikke længere et spørgsmål om 'held eller uheld', men det er betinget i strukturelle og samfundsmæssige forhold (Diderichsen, 2006: 32). Denne form for ulighed i sundhed benævnes social ulighed i sundhed og er en betegnelse for et statistisk fænomen, men kan, som jeg vil argumentere senere, have direkte konsekvenser for den enkelte. Social ulighed findes både i eksponering for risikofaktorer og betydning for udvikling af sygdom, forekomst af sygdom, forventet levetid og konsekvenserne af sygdom - herunder udbytte af behandling (Diderichsen et al., 2011: 17ff).

For den almene befolkning er ulighed i sundhed ikke et fremmed begreb, men der er en negativ diskurs knyttet til hvem, som er udsat for ulighed i sundhed.

Tidligere død og højere sygdomsforekomst forklares ofte i medierne med 'dårlig' sundhedsadfærd; tobaksrygning, for stort alkoholindtag, fysisk inaktivitet, overvægt og dårlige madvaner (se fx Ekstrabladet, 2015). Det afspejles også i de stereotypede fremstillinger af mennesker fra lavere sociale klasser, eksempelvis tv-dokumentarerne "På røven i Nakskov" (TV2, 2015) og "En syg forskel" (DR, 2016). Her udstilles mennesker, der kæmper med økonomiske, sociale og sundhedsmæssige problemer, på en måde, så de fremstår som stereotyper på samfundets svageste; uden tilknytning til arbejdsmarkedet, overvægtige, syge og sommetider med misbrug af forskellige substanser eller i konflikt med kommunale socialarbejdere om eksempelvis tvangsanbringelse af børn (TV2, 2015). En stereotyp af mennesker, som ikke på nogen måde afspejler den store gruppe af befolkningen med ingen eller kort uddannelse, der rent statistisk har risiko for at være udsat for ulighed i sundhed.

På mange måder er sociale determinanter - særligt uddannelsesbaggrund, socioøkonomisk position, alder, køn og etnisk baggrund - afsæt for forskning i ulighed i sundhed. Begrebet sociale determinanter er også ved første øjekast relevant. 'Sociale determinanter' er blevet lingua franca i international debat, om hvordan man intervenserer mod sygdom og lidelse, som formes af det sociale - inklusiv indkomst, adgang til uddannelse og adgang til kost og logi (WHO, 2018). Men der er fundamentale problemer med en tilgang til ulighed i sundhed, der udelukkende fokuserer på sociale determinanter. Især er sammenhængen mellem socialklasse og livsstil kritiseret for at overse, at individet ikke er uafhængigt af sin kontekst: Man kan ikke bare handle frit og ændre livsstil. En så snæver forståelse af en lineær sammenhæng mellem oplysning og handling, skaber ikke rum for at medtænke den sociale og kulturelle kontekst et individ befinder sig i (fx Jønsson, 2018). Derfor har forskere også set på blandt andet relationen mellem patienter og sundhedspersonale som en del af drivkræfterne til ulighed. Et etnografisk studie af mænd i socialt udsatte områder har eksempelvis vist, at mændene følte sig talt ned til af læger og foretrak at kommunikere med andre social- og sundhedsarbejdere, som de følte sig mere lige med (Pedersen et al., 2020). For at forstå hvordan ulighed i sundhed opstår anvender Merrild et al. (2017) blandt andet Max Webers forståelse af begrebet livsstil, hvori valg af livsstil influeres af chancer og muligheder, som livet byder på. Her er altså et teoretisk opgør med de statiske kategorier som sociale determinanter repræsenterer, hvor individets agens og mulighed for (eller mangel herpå) at agere eller ændre livsstil medtages. En anden teoretisk funderet kritik af sociale determinanter fremstilles af antropologen Emily Yales-Doerr (2020), der med en Harraway-inspireret materiel-semiotisk analytisk ramme, dis-

kuterer de enkelte ord 'the social' – 'determinants' – 'of health'. Her argumenterer Yales-Doerr på overbevisende vis for, at i stedet for at optælle og veje sociale determinanter så bør vi kultivere en følsomhed for det relationelle og kontekstafhængige, som er forbundet til specifikke (kulturelle) steder. Derved bliver viden om ulighed i sundhed situeret i en specifik kontekst og udspringer fra narrativerne hos de mennesker, som uligheden rammer.

I denne artikel foreslår jeg subjektiv ulighed som begreb for den følelse af ulighed mine samtalepartnere oplever i deres møde med eller forståelse af sundhedsvæsenet. Afledt af strukturelle eller institutionelle faktorer får mine samtalepartnere en partikulær opfattelse, oplevelse og fornemmelse af mødet med sundhedsvæsenet. Den dokumenterede strukturelle ulighed spiller en delvis rolle i denne oplevelse, for det er netop i det strukturelles tilhørende stigma, at den subjektive ulighed skabes. Derimod skal det nævnes, at det ikke er alle, der statistisk oplever strukturel ulighed, som oplever subjektiv ulighed – den er netop subjektiv. Uligheden bliver subjektiv fordi den er knyttet til det individs særlige subjektivitet, et argument jeg vil udfolde senere sammen med min observation af, at subjektiv ulighed faktisk kan føre til ringere behandlingskvalitet. Først vil jeg med afsæt i tre cases give tre eksempler på, hvordan subjektiv ulighed kan manifestere sig.

Oline, Jørgen og Preben: Tre eksempler på subjektiv ulighed

Oline og lægerne der ikke lyttede

Oline er 85 år og født, opvokset og har boet hele sit liv på Lolland. Hendes forældre forpagtede en gård, hvor Oline selv hjalp til. Det var derfor også naturligt, at hun kom ud og tjene på en gård efter at have gået i skole hver anden dag i syv år. Oline mødte sin kommende mand Viggo, da hun fik arbejde på en lokal fabrik, og siden de blev gift passede hun børn og hjem og hjalp til på forældrenes gård, mens de endnu levede. Da forældrene døde overvejede Oline og Viggo, om de skulle overtage stedet, men Oline havde fået en grim mistanke: Viggo klagede over ondt i benene, og selvom hospitalet kaldte det en nervesygdom, mente Oline det var noget andet: "Jeg læste noget om sklerose og tænkte, 'jeg er sikker på, det er sklerose', men vores læge sagde 'Viggo har ikke sklerose, det står der ikke nogen steder, det har han ikke'.

De ville ikke lytte til mig, for jeg vidste jo ikke noget om den slags. Men det blev værre og værre, og så endte det selvfølgelig med, at han måtte på sygehuset og have en diagnose, som sagde sklerose". Det var første gang Oline oplevede ikke at blive lyttet til, og fornemmelsen af ikke at blive taget alvorligt af lægerne blander sig med erkendelsen af kun at have syv års skolegang, "jeg er jo bare en gammel bondekone, så hvorfor skulle de også lytte". I mange år måtte hun made, løfte og passe Viggo, mens hun selv fik arbejde på en ny fabrik for at sikre familiens indtægt. Netop som hun gik på efterløn og kunne være der for Viggo, hvis behov for hjælp var stigende, blev hendes svigersøn syg med kræft. Han døde, mens Olines børnebørn endnu var små, og hun hjalp datteren med at passe børnene og huset. I mellemtiden var Oline også selv begyndt at døje med helbredsproblemer, men fik noget medicin og "så længe Viggo levede, ville jeg ikke have lavet noget af det [behandlinger], for jeg ville ikke være væk fra ham". Da Viggo døde, var det også som resultat, ifølge Oline, af læger, som ikke tog hende alvorligt. Der havde været udbrud af en voldsom lungebetændelse på egnen, og da Oline ringede efter lægen, fordi Viggo ikke kunne trække vejret, blev hun affærdiget med, at han bare skulle have lidt penicillin. Hun forsøgte at forklare først lægen, senere vagtlægen, om Viggos vejrtrækningsproblemer, men da vagtlægen endelig reagerede på Olines tredje opkald, endte det med at Viggo blev kørt til hospitalet og døde der samme nat. Det havde han nu ønsket længe, forklarer Oline, så "det var såmænd godt nok". Men, bemærker hun, "de ville nok have været kommet hurtigere, hvis det var en som dem selv, der ringede". I årene der fulgte, fortæller hun om gentagne gange, hvor hun er blevet affærdiget af læger, der ikke har taget hende alvorligt: Lige fra lægen, der på stuegangen konsekvent omtalte hende som: "nå, det er dig, der ikke hører til her", til blodpropper der blev overset, fordi hendes egen læge forsikrede hende: "det går snart over igen" efter hun tredje gang på en uge, kom med en stor knude i lysken og smerter i maven. De blodpropper overlevede hun kun, fordi hun ringede til en sekretær på Slagelse Sygehus, som altid har været sød mod hende, og fordi hun havde nummeret dertil. Det resulterede i øvrigt i, at Oline fik begge ben amputeret. Alligevel siger hun: "Bare alle havde det ligeså godt som mig", for Oline er optimist og nægter at gå rundt og bære nag. Det er først når samtalen kommer ind på det med ikke at blive taget alvorligt, at stemningen ændres, og det er først et halvt år inde i vores bekendtskab, at Oline lader mig vide, at de utallige fejl diagnoser og manglende lytten fra hendes synspunkt er et resultat af, at lægerne ikke tror hun ved noget, fordi hun ikke har nogen uddannelse. Men Oline, der har passet sin syge mand og sin syge svigersøn, ved faktisk en hel del om både symptomer og diagnoser. Hun er ikke bitter, når hun fortæller historierne, mere konstaterende, for "sådan er verden jo". I stedet,

fortæller hun, bliver hun stædig. En gang da hun var indlagt med sit kateter, og ingen kom med vand til hende, nægtede hun at ringe efter dem. En anden gang, hvor hun skulle i terapien og træne sig *"endte det hver gang med, at der var nogen, der var vigtigere end mig, der skulle der ned"*. Hvad gjorde du så, spurgte jeg hver gang, når Oline i udestuen havde serveret kaffe og hjemmebag og fortalte om sine oplevelser. Svaret var hver gang: *"Jeg sagde, så kan det også bare være lige meget. Jeg klarer mig selv, det har jeg altid gjort"*. Oline har flere gange mistet information eller andet afgørende, fordi hun i følelsen af at blive nedværdiget af lægerne bliver stædig og ikke beder om hjælp. De mange oversete symptomer og fejlbehandlinger kan være resultat af en strukturel ulighed, men Oline oplever dertil en subjektiv ulighed, når hun affærdiges på henvendelser om symptomer, og når hun føler en manglende respekt.

Jørgen gør, som der bliver sagt

Jørgen og jeg bliver introduceret af en hjemmesygeplejerske, som mener, at Jørgen, der har mange forskellige sygdomme, vil være interessant for mig at tale med, og at det desuden vil være godt for Jørgen at få besøg. Det er derfor fyldt af fordomme, at jeg første gang besøger Jørgen og bliver overrasket over at blive modtaget i et – modsat min forestilling – rent, hyggeligt og velholdt hjem. Jørgens kone døde for ti år siden, og han savner hende frygtelig meget, siger han, mens vi sidder i sofaen og hælder kaffe op. De første par besøg går med at høre om hans livshistorie - om livet til søs, om hundene, datteren og de tre børnebørn. Til hans 70-års fødselsdag sidste år blev han inviteret af familien i Knuthenborg Safari Park, og det nød han, for datteren, som bor uden for Slagelse med børnebørnene, kommer sjældent på besøg. Ikke fordi de ikke vil, understreger han, men de har jo så meget at se til, og han vil ikke være til besvær. Jørgen har lavet morgengymnastik hele sit liv og går stadig en daglig tur, selvom han ikke længere har hund. Men motionen er vigtig, siger lægen, så hans diabetes (T1D) og det forhøjede blodtryk bliver bedre. Jørgen har også hjertekramper og må sommetider *"få stød"* på hospitalet. Under vores samtaler gengiver Jørgen detaljeret de numeriske værdier, som sygdommene måles med: *"Om aftenen skal den stå på ni, så er den meget fin om morgenen, så står den på fem om morgenen. Det er mærkeligt. Så falder den i løbet af natten. Hvis den kun er sådan seks-syv stykker om aftenen, så tager jeg et stykke chokolade, for den skal derop"*. I vores samtaler bliver det tydeligt, at Jørgen ikke har nogen grundlæggende biomedicinsk forståelse af sine sygdomme. I citatet her kan han efterfølgende ikke helt forklare hvad *"den"* eller *"det"* er som *"skal op"*, men han

passer alligevel minutiøst sin behandling. Jørgen har nemlig valgt en strategi om at gøre præcis hvad lægerne siger, *"for de ved jo den slags, det er jo det de kan. Det kan vi andre sgu ikke, du"*. Mens vi vasker op en dag, spørger jeg ham uden båndoptageren, om han føler, han er mindre værd, men det gør han ikke, siger han, han har jo bare knoklet hele sit liv og kan sejle og reparere maskiner. Alligevel bliver lægerne sat på en piedestal, hvilket især afsløres, da Jørgen fortæller mig beæret, at de roser ham for at følge sine behandlinger så godt. Han forklarer mig, at ældre mænd som ham jo ikke kan finde ud af sådan noget med at passe på sig selv, så det er klart, *"at når de så møder sådan en som mig (her stikker han sin kæmpe store, stærke næve frem som for at hilse) så ser de sådan en arbejder, og så ved de jo godt hvad klokken er slået, vi er jo ikke så gode til alt det her med at spise salat og sådan. Men der kan jeg tage fusen på dem"*. Jørgens subjektivitet formes med andre ord ikke af en følelse af at være fornedret eller ikke taget alvorligt, men ud fra forståelsen om at mænd med arbejderbaggrund ikke kan tage ordentlig vare på deres sundhed, og at dette er sandt. Jørgen gør derfor ekstra meget ud af at understrege i konsultationerne, at han skam følger medicinering og motion til punkt og prikke. *"Jeg vil jo gerne vise, at det kan jeg godt (...) Jeg tager jo medicinen og sådan og det er såmænd fint nok, jeg gør, hvad de siger"*. Jørgens subjektivitet formes af en specifik diskurs om mænds sundhed, og ønsket om at modbevise denne kan faktisk være et problem i behandlingsplanlægningen. Jørgen misforstår nemlig ofte de instrukser lægerne giver. Det blev tydeligt for mig under feltarbejdet, hvor der blandt andet var flere gange, hvor medicinen blev byttet rundt, og han ikke kunne gengive, hvad konsultationen havde resulteret i. Det kan give udfordringer, hvis disse misforståelser ikke kommer frem i konsultationen, hvilket de ikke gjorde under de konsultationer, jeg observerede, fordi Jørgen gav udtryk for at være helt med på behandlingen og vide præcis, hvad han skulle. Det kan måske ende med, at Jørgen får mindre ud af behandlingerne, og derved kan der ligeledes opstå ulighed i sundhed.

Den gode patient Kirsten

Kirsten er 68 år og uddannet socialrådgiver, men måtte stoppe med at arbejde, allerede da hun var i slutningen af 50'erne, fordi hun blev ramt af en alvorlig invaliderende sygdom. Jeg møder hende første gang, da hun er til en konsultation hos sin praktiserende læge, som jeg har fået lov at observere. Hendes mand er med, og jeg har noteret, at hun flere gange benævner sig selv som 'ressourcestærk'. Jeg bider mærke i det, fordi det er så usædvanligt, men i løbet af det halvandet år jeg følger hende, opdager jeg, at for Kirsten er dét at italesætte sig selv positivt en del

af måden at være patient på. De andre samtalepartnere har jeg spurgt direkte, om de har oplevet at være udsat for nogen form for ulighed eller uretfærdighed i sundhedsvæsenet, men jeg fornemmer, at det vil blive ilde modtaget, hvis jeg spørger Kirsten direkte. I stedet spørger jeg, om hun har tænkt over ulighed i sundhed i forbindelse med hendes behandlinger, og hun svarer mig belærende: *"Det er en gammelkendt ting for folk som mig, der har været i sundhedsvæsenet blandt andet, at de folk, der har allermest behov, får den dårligste behandling, og sådan har det været altid"*. Så følger nogle navne på overlæger eller andre, med ordlyden 'X X, blandt andet, ved meget, og Y Y,' hvilket ikke giver så meget mening for mig, fordi hun ikke uddyber det. Det er bare navne på læger, jeg ikke har hørt om. Jeg spørger hende, hvordan hun tænker de sundhedsprofessionelle tager imod hende, og hun forklarer: *"Der er prestige i at have patienter, der kan spare en lidt fagligt, og som tør sige en imod bare en lille smule. Ikke være alt for fræk - man skal snøre dem lidt og interessere sig for dem. De er alle sammen dødfrustrerede, de får aldrig lavet det, de vil. Den her overlæge, hun sidder på sengen sammen med mig, når vi snakker, hun sidder ikke på den anden side på et skrivebord. Det er lige før, det er for intimt. Sådan gør de med mig, og sådan kan jeg se og høre, de ikke gør med alle mulige andre (...) så er der nogen som er meget mere fikse end mig og endnu mere velhavende, som sikkert får en endnu bedre behandling. Det kan jeg ikke vurdere. Men det er helt oplagt, at de behandler mig som en ligemand"*. I den ene konsultation Kirsten lod mig deltage i, var der for mig at se ikke noget anderledes i relationen mellem Kirsten og lægen, og lægen (som jeg observerede i tre dage) og hendes andre patienter. En anden gang fortalte Kirsten mig om sit forhold til kommunen, hvor hun også mener, at hun har en fordel: *"Der sidder tre visitatorer i visitationen, og jeg har spottet, at de synes, jeg er rigtig uddannet, og det er der ikke nogen andre, der er. Det er de eneste faglige folk der er, og jeg skal nok sørge for ikke at fortælle, hvad jeg har lavet, for så vil de tænke 'nå hun er en af dem. En af de kloge der'"*. Kirsten er høj og meget kraftig og går klædt i praktisk jogging tøj. Der er diskrepans mellem, hvordan Kirsten giver udtryk for at andre opfatter hende *"...altså, bilforhandleren [manden er forhenværende mekaniker med eget værksted] og kunsteren [Kirsten selv laver porcelænsdukker, som hun sælger], det er meget fornemt"* og så hvordan Kirsten samtidig fortæller at andre ser på hende: *"folk der ikke kender mig, jeg ligner jo en bums, en der slet ikke har styr på sit liv. Men de kan ikke se, hvor mange smerter jeg har, de ser bare tænderne [paradentose] og så den her krop, som ikke vil, som jeg vil"*. Kirsten kan ikke forlige sig med det billede, andre mennesker kan få af hende, og det er også svært at acceptere, at hun, der før hjalp andre i arbejde, nu selv må møde systemet fra den anden side, uden de ved, hvem hun var 'før' sygdommen. Hun siger selv, at hun ikke vil finde sig i det, så hun gør noget aktivt: Hun skaber et bil-

lede af sig selv, som hun kan leve med. Eksempelvis gør hun opmærksom på sin faglighed ved at ringe med gode råd til kommunen et efterår, hvor hun har oplevet gentagne problemer med hjemmeplejen: *"Jeg har også ringet til chefen og sagt '(...) jeg ved ikke om du ved det, men du har nogen mennesker her i din skare, som ved noget særligt om forskellige ting - det er rigtig godt for dig, for sådan nogle kan man lave teams på, det kunne være spændende, hvis I gjorde det'"*. Men Kirsten bliver sjældent mødt med forståelse: *"Det foreslog jeg hende, og hun sagde 'nåh ja', men der skete aldrig noget"*. Jeg har af etiske årsager ikke diskuteret Kirsten med hendes egen læge, men jeg ved fra interviews med andre sundhedsprofessionelle og den videnskabelige litteratur, at patienter som Kirsten faktisk kan blive opfattet som problematiske, fordi de sundhedsprofessionelle føler, at patienten trænger sig på og overskrider nogle sociale grænser eller slet og ret blander sig i deres arbejde. Kirsten oplever da også flere konflikter med sundhedsprofessionelle - blandt andet en, som efter hendes udsagn, nægter at indlægge hende med store konsekvenser for hendes helbred til følge. Kirstens subjektivitet formes af hendes tidligere identitet og er interessant, fordi den er modsatrettet: På den ene side frygter hun, at hendes fysiske fremtoning og nuværende sociale status vil kategorisere hende anderledes, end hvad hun gerne vil, og på den anden side læser hun i sin interaktion med de sundhedsprofessionelle en anerkendelse af, at hun med sin mellemlange uddannelse er anderledes og mere ligeværdig end andre patienter. Det leder til en særlig ageren i disse interaktioner, som måske kan gøre, at Kirsten ikke får den behandling, hun egentlig burde.

Subjektiv ulighed

De tre ovenstående cases eksemplificerer, hvordan diskurser om ulighed og sundhed linket til sociale determinanter som uddannelsesniveau kan blive en medskabende del af den subjektive oplevelse af ulighed i sundhed: følelsen af at blive – eller *kunne* blive – sat i bås, og den ageren og navigering subjektet derfor gør sig. Subjektivitet er betegnelsen for subjektets indre verden: bevidsthed og intentionaltitet. Men der er en iboende dobbelthed i *subjektivitet* som begreb. På den ene side formes subjektet af en social og samfundsmæssig kontekst, og på den anden side former subjektet også konteksten ved at agere og handle med og mod de strukturer, organisatoriske og institutionelle rammer, som det eksisterer i. Pointen er, at subjektivitet ikke er noget, der passivt formes af mødet med konteksten. Subjektivitet formes også aktivt i individets ageren inden for konteksten. Som an-

tropologerne Joao Biehl, Byron Good og Arthur Kleinman skriver "*subjectivity is not just the outcome of social control or the unconscious; it also provides the ground for subjects to think through their circumstances and to feel through their conditions*" (Biehl, Good & Kleinman, 2007: 14). Samtidig er det vigtigt at understrege, at subjektivitet ikke dækker over en stabil tilstand. Subjekter, og derved subjektiviteten, forandres kontinuerligt i samspil med de menneskelige grundvilkår, subjektet lever i. I sammenhæng med sundhed er subjektivitet et begreb, som kan hjælpe til at forstå hvor, hvornår og hvordan ulighed opleves forskelligt af forskellige mennesker. Subjektiv ulighed er altså kun at forstå som en form for subjektivitet, der opstår i individet, helt konkret i samspil med kultur, socialitet, sundhedsdiskurser, -moraler og -politikker, og mødet med sundhedsvæsenet bredt forstået.

Taler vi om sundhedssubjektivitet, er der, ifølge antropologen Susan Whyte, særligt to analytiske tolkninger, der dominerer opfattelsen af, hvordan subjektiviteten formes (Whyte, 2009: 6). Den ene, den identitetspolitiske, opstår i formationen af en specifik gruppe, såsom en patientforening eller det kan ske i et fællesskab af mennesker med symptomer, der søger at opnå statslig anerkendelse og hjælp. Den anden form for tilblivelse af en sundhedssubjektivitet foregår via biomagt. Som Foucault har beskrevet det, skabes subjektet gennem teknologier, kropslige erfaringer og praksisser samt magtrelationer (Foucault, 1976). Subjektivitet formes i denne analytiske optik af de politiske magtstrukturer, hvor teknologier (bredt forstået) bruges til subtil styring af befolkningen. I forhold til sundhed kommer det særligt til udtryk i de politiske dogmer om individets ansvar for egen sundhed og formes i de implicitte moralske imperativer, der byder subjektet at handle 'ansvarsfuldt'. Det fænomen er også beskrevet af antropologen Dorthe Kristensen og kollegaer, der viser, hvordan en særlig forståelse af 'korrekte' måder at være på fordrer særlige sundhedsidentiteter og bliver ekskluderende for de, som ikke kan eller vil efterleve denne særlige ageren (Kristensen, Lim & Askegaard, 2016: 500). Sådanne moralske imperativer bruges også til at definere og kategorisere klasse-tilhørsforhold, som Aamann har vist i sit studie af, hvordan mødre fra lavere sociale klasser oplever at blive moralsk dømt ud fra deres engagement i deres børns skolestart (Aamann, 2020).

Jeg bruger den sidstnævnte form for skabelse af subjektivitet som en analytisk linse til at se på subjektets oplevelser og erkendelse i mødet med sundhedsvæsenet, der tolkes som ulighed. Derved opstår subjektiv ulighed i en kultur formet af biomedicinsk og neoliberalistisk styring, hvor det moralske ideal, 'korrekt sundhedsadfærd', hvori individet tager ansvar for egen sundhed, skaber et stereotypet billede af 'forkert sundhedsadfærd' eller sagt på groft dansk: Det er taberne, som

er udsat for ulighed i sundhed, og de fleste er selv uden om det. Jeg vil gerne understrege, at mine samtalepartnere ikke taler om andre mennesker på denne måde. Det er mit forsøg på at sætte situationen på spidsen, for at vise hvordan grunden lægges for de antagelser og den bevidsthed, der gør 'udsat for ulighed i sundhed' så frastødende som kategori at blive sat i.

På den vis adskiller subjektiv ulighed sig også fra eksempelvis Bourdieus begreb symbolsk magt, der analyserer den implicite, ofte tavse måde, hvorpå social dominans forhandles. Her handler individer gennem symboler og repræsentation for at finde plads i et socialt hierarki, oftest i institutionelle regi som skoler (Bourdieu, 1991). Der vil altid være et ulige magtforhold når individ møder autoritet, men jeg har ikke observeret direkte, at dette magtforhold blev italesat eller udøvet på særlig vis i relation til mine samtalepartneres sociale klasse i møder med eksempelvis deres praktiserende læge. Omend der uden tvivl findes symbolsk magt i det danske sundhedsvæsen, kræver det ifølge Bourdieu både en dominerende og en domineret, der accepterer sin position (ibid). Subjektiv ulighed er derimod et udtryk for en oplevelse, fornemmelse eller forestilling hos den ene part, den 'dominerede', for at blive i Bourdieus sprog.

Stigma og subjektiv ulighed

De tre cases viser, at subjektiv ulighed netop er – subjektiv. Oline oplever gentagne gange ikke at blive lyttet til i mødet med sundhedsvæsenet, og det former en subjektivitet, hvori den manglende lytten forklares med, at hendes viden og oplevelser af symptomer med sine syv års skolegang bliver set som utroværdig. Jørgen kender til diskursen om ældre arbejdermænds dårlige helbred og former sin subjektivitet ud fra denne fortælling, som han så aktivt modarbejder. I begges oplevelser ligger et *forestillet* stigma. Stigma bruges her i sociologen Arthur Goffmans definition som at blive kategoriseret som moralsk afvigende (Goffman, 1963). Stigma kan både opleves indirekte i institutionaliserede strukturer eller direkte i interpersonelle relationer. Begge kan lede til stress og på lang sigt sygdom (Horton og Barker, 2010). Men modsat stigma, hvor den stigmatiserede enten kan forsøge at skjule årsagen til stigmaet eller finde sammen med andre, der enten deler stigmaet ("in-groups") eller har sympati for mennesker med det pågældende stigma ("wise others") (Goffman, 1963), anerkender mine samtalepartnere ikke præmissen for stigmaet. Problemet for Oline, Kirsten og Jørgen er netop, at de frygter, i deres øjne fejlagtigt, at blive sat i den stigmatiserede gruppe på bag-

grund af stereotype kategoriseringer af mennesker med et bestemt uddannelsesniveau og økonomi; to faktorer, som ofte implicit indgår i en helhedsvurdering af en patient. Deres agens med at vise, at de adskiller sig, som når Jørgen gør en dyd ud af at følge alle behandlinger nøje, adskiller sig derved fra Goffmans stigma begreb, fordi Jørgen ikke direkte forholder sig til stigma, men i stedet reagerer på en subjektiv følelse af at være mindre værd qua sin korte uddannelse. I dette studie leder det os tilbage til tvetydigheden: Jørgen, Kirsten og Else gør ikke oprør mod autoriteterne, men de forsøger at leve op til rollen som den gode patient (Holen, 2013) for netop at undgå marginaliseringen. De er søde, venlige og forudsigelige, udviser interesse og tilpas ydmyghed. Men når Kirsten iscenesætter sig selv ved at bruge faglige udtryk og understrege social position, risikerer hun at blive marginaliseret som utroværdig, krævende og besværlig (Stephens et al. i Sodemann, 2018: 72). Kirsten ser sig selv som 'den gode patient', men hendes ihærdighed efter at fremstå sådan, kan forstyrre sundhedspersonalet i deres arbejde eller ligefrem betyde ekstra arbejde og ikke mindst tage deres tid, og det kan hurtigt skabe et billede af hende som 'problempatient' (Sodemann, 2018: 71). Patienter, der ikke følger de gængse uskrevne dogmer for patientadfærd bliver subjektiveret som problematiske, egenrådige, modvillige, besværlige osv. (Holen, 2013). At være problempatient kan lede til tidlig udskrivning, negligering og faglig ligegyldighed (Lorber, 1975).

Derved placerer subjektiv ulighed som teoretisk begreb sig på samme ikke-essentialistiske side som eksempelvis Goffmans stigmabegreb, men refererer til den subjektive perception og ikke som analogi til den strukturelle ulighed. Subjektiv ulighed kan derfor beskrive de eksistentialistiske aspekter af ulighed i sundhed, uanset om subjektet identificerer sig med stigmaet eller forsøger at differentiere sig herfra. Teoretisk retter subjektiv ulighed sig ikke mod strukturelle systemers ontologi, men snarere den epistemologiske binding til andre mennesker og omverdenen, der former subjektets liv. Ved at sætte fokus på kompleksiteten i menneskelig erkendelse og oplevelse i relation til ulighed har forskere interesseret sig for ulige magtrelationer i, og tilgang til, sundhedsydelse, strukturelle og organisatoriske rammer, der former subjektiviteten, samt, som jeg selv, hvordan den sociale og økonomiske kontekst influerer på subjektets ageren (se fx Mendenhall, 2016). Min pointe er netop ikke at reducere ulighed i sundhed til et spørgsmål om individuelt ansvar, samtidig med at den subjektive ulighed indeholder en indlejret forståelse af, at mennesker er i stand til at agere og navigere i deres egen sundhedsadfærd, og at denne agens beror på prioritet og sociale hensyn. I Ngukurr, et aboriginalt territorie i Australien, viste to antropologer, at indbyggerne udmær-

kede var klar over, at de blev moralsk dømt ud fra deres sundhedsadfærd. De valgte derfor at fjerne de ellers prestige-relaterede sodavandsprodukter fra amerikanske producenter, når de fik taget fotos ved officielle lejligheder (reportager og lignende), mens de, når de blev fotograferet i privat sammenhæng, placerede samme sodavandsprodukter synligt for at udstille velstand og velvære (Chenall & Senior, 2017). Selvom der er langt fra Australien til Lolland, viser ovenstående cases samme reaktive subjektivitet. Med Ricoeurs tankefigur: bevidstheden om *at jeg er*, åbner for spørgsmål og fremstilling af *hvad jeg er*.

Konklusion

Jeg argumenterer for at ved at fokusere på subjektiviteten, kan vi få øje på nogle af de individuelle menneskelige mekanismer, der måske er medvirkende til denne ulighed. Imidlertid fører subjektiv ulighed ikke altid til en bevidst ageren. De tre eksempler viser, at det lige så meget er en kropslig ageren og 'fornemmelse', som det er en tankeproces. Mit argument er, at ulighed i sundhed også skal forstås som en subjektiveret proces i et fænomenologisk perspektiv, hvor patienter ikke kun kæmper for at få lige behandling, men også for opretholdelsen af deres selv-værd og værdighed, men ikke nødvendigvis med en forsætlig bevidsthed herom (Werner og Malterud, 2003). På engelsk skelner man mellem *health inequality*, som strukturelle uligheder, der er givet – det kan være genetiske variationer eller simpelthen et spørgsmål om held eller uheld – og så *health inequity*, som bruges om de uligheder i sundhed, der er 'uretfærdige', fordi de er strukturelle eller menneskeskabte og derved kan ændres (WHO, 2018). Jeg argumenterer for, at subjektiv ulighed er en del af *health inequity*, for som jeg har vist i artiklen her, kan der måske ændres på følelsen af eller frygten for stigmatisering og ulige behandling, og derved kan der måske opnås bedre behandlingsoutcome. En af metoderne til dette kunne være patientinddragelse, der lægger op til ulig behandling som vejen til lighed i sundhed, forstået sådan at der skal ske en individualisering i patienttilgangen i såvel konsultationer som behandlingstilbud (Jönsson, 2017).

Ulighed i sundhed er komplekst og kræver komplekse analytiske tilgange. Subjektivitet er én af flere mulige analytiske linser, og subjektiv ulighed er et bud på en forklaring på nogle af de oplevelser, som mine samtalepartnere refererede. Subjektiv ulighed er ikke noget der kan eller skal generaliseres til at gælde alle mennesker i Danmark med lav socioøkonomisk status. Det er en position at anskue problemet fra, og kan medvirke til, at vi forstår noget af den kontekst, som

de epidemiologiske studier af ulighed i sundhed spiller sig ud i. Alligevel mener jeg, at subjektiv ulighed kan mere end blot bruges som en teoretisering over oplevelser af ulighed i sundhed. Som jeg har vist i artiklen, resulterer subjektiviteten sommetider i, at tvivlsspørgsmål ikke luftes, detaljer eller handlinger udelades fra fortællingen og ikke længere deles med sundhedsvæsenet. Det kan betyde, at væsentlige symptomer eller farlig farmakologiske interaktioner overses. Det er derfor viden, som vil være relevant både i fremtidige studier af ulighed og det kliniske arbejde.

Noter

- ⁱ En del af dette argument har jeg også beskrevet på engelsk i min PhD afhandling (se Jønsson 2018a).
- ⁱⁱ Jeg bruger termen 'samtalepartnere' (eng. interlocutors) frem for informanter, da 'informanter' er udtryk for en ulige relation. Om end forskeren og samtalepartneren også har en implicit magtrelation (Jønsson 2018b), er det en mere rammende betegnelse for den sociale udveksling antropologen og subjektet indgår i.

Referencer

- Aamann, I. C. (2020). Neoliberalism, healthism and moral judgements: A psychosocial approach to class. *Journal of Psycho-Social Studies*, 13(3), 319-332. <https://doi.org/10.1332/147867320X15985349320779>
- Biehl, J; Good, B & Kleinman, A. (2007). Introduction: Rethinking Subjectivity. In Biehl, J.; B. Good and Kleinman, A. (eds). *Subjectivity*, 1-24. Berkeley: University of California Press.
- Bourdieu, P. (1991). *Language and Symbolic Power Boston*. Harvard University Press
- Chenhall, R & Senior, K. (2017). Living the Social Determinants of Health: Assemblages in a Remote Aboriginal Community. In *Medical Anthropology Quarterly*. doi:10.1111/maq.12418
- Diderichsen F. (2006) Ulighed i sundhed: Et skæringspunkt mellem etik, epidemiologi og politik. In Vallgård, S & Koch, L. (Eds.). *Forskel og lighed i sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- Diderichsen, F; Andersen, I & Manuel, C. (2011). *Ulighed i sundhed: Årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen.
- DR. (2016). *Uligheden i sundhed stiger*. <https://www.dr.dk/nyheder/indland/uligheden-i-sundhed-stiger-de-daarligst-stillede-doer-aar-tidligere#!/> (tilgået 180920)
- Ekstrabladet. (2015). *Nørgaard, Korsgaard, Clante: Fire kilometer lang vej og ti års forskel i livetid* <https://ekstrabladet.dk/kup/sundhed/tv-fire-kilometer-lang-vej-og-ti-aars-forskel-i-levetid/5641106>. Tilgået 7.9.2020

- Foucault, M. (1976). *The History of Sexuality Vol. 1*. New York: Pantheon Books
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster
- Holen, M. (2013). Den passende aktive patient: Om patienttilblivelser i det moderne hospital. In: *Klinisk Sygepleje*, 27(3), 11-19.
- Horton, S. B. & Barker, J. C. (2010) Stigmatized Biologies: Examining Oral Health Disparities for Mexican American Farmworker Children and Their Cumulative Effects. In *Medical Anthropology Quarterly*, Vol 24, 199-219
- Jønsson, A. B. R. (2017) Patientinddragelse er nøglen til at løse ulighed i sundhed. In *Videnskab.dk*.
- Jønsson, A. B. R. (2018a). *Aging with multimorbidity: Illness and Inequity in Everyday Life*. PhD Thesis. University of Copenhagen
- Jønsson, A. B. R. (2018b) De Usunde: Sundhedsantropologens møde med multisyge ældre på Lolland, om etik og empatisk vidensproduktion. In *Tidsskriftet Antropologi* Vol. 82
- Kristensen, D; Lim, M & Askegaard S. (2015). Healthism in Denmark: State, market, and the search for a "moral compass". In *Health* 20(5), 485-504
- Lorber, J. (1975) Good patients and problem patients: conformity and deviance in a general hospital. In *Journal of Health and Social Behavior*, 231-25
- Marmot, M. G.; Stansfeld, S.; Patel, C.; North, F.; Head, J.; White, I.; Brunner, E.; Feeney, A.; Marmot, A.; Smith, M. G. & Davey, G. (1991) Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *The Lancet* 337(8754), 1387-1393.
- Mendenhall, E. (2016). Beyond Comorbidity: A Critical Perspective of Syndemic Depression and Diabetes in Cross-cultural Contexts. In *Medical Anthropology Quarterly*, 30: 462-478. doi:10.1111/maq.12215
- Merrild, CH, Andersen, RS, Risør, MB, & Vedsted, P (2016) "Resisting "Reason": A Comparative Anthropological Study of Social Differences and Resistance toward Health Promotion and Illness Prevention in Denmark". In: *Medical Anthropology Quarterly*. <https://doi.org/10.1111/maq.12295>
- Merrild, C. H.; Vedsted, P & Andersen, R. S. (2017). Situating Social Differences in Health and Illness Practices. *Perspectives in Biology and Medicine*, 59(4). <https://doi.org/10.1353/pbm.2016.0047>
- Merrild, C. H. & Jønsson, A. R. (2019). Hvordan ved vi, hvem der har størst behov? Antropologiske perspektiver på social ulighed i sundhed. *Practicus*, 42(247), 20-21. <https://infolink2003.elbo.dk/Practicus/dokumenter/doc/10680.pdf>
- Pedersen, A.; Haslund-Thomsen, H.; Curtis, T. & Grønkjær, M. (2020) Talk to Me, Not at Me: An Ethnographic Study on Health-Related Help-Seeking Behavior Among Socially Marginalized Danish Men. In *Qualitative Health Research* 30(4), 598-609. Doi:10.1177/1049732319868966
- Sodemann, M. (2018). *Sårbar? Det kan du selv være: Sundhedsvæsenets rolle i patienters sårbarhed*. Odense: Scandinavian Book A/S
- Tv2. (2015). *På røven i Nakskov*. Season 1 aired 2015 on Danish national channel Tv2
- Werner, A. & Malterud, K. (2003). It is hard work behaving as a credible patient: Encounters between women with chronic pain and their doctors. In *Social science and medicine* Vol. 57 (8), 1409-19
- WHO. (2018). *Social determinants of health: Key concepts*. WHO website, http://www.who.int/social_determinants/themes/prioritypublichealthconditions/en/ Accessed 3/9/20

- Whyte, S. (2009). Health Identities and Subjectivities: The ethnographic challenge. In *Medical Anthropology Quarterly* (23); 1, 6-15
- Yates-Doerr, E. (2020). Reworking the Social Determinants of Health: Responding to Material-Semiotic Indeterminacy in Public Health Interventions. *Medical Anthropology Quarterly*, 34: 378-397. <https://doi.org/10.1111/maq.12586>