



Illustration: Mette Stentoft

Hvordan giver vi stemme til sårbare borgere?

Hvordan kan vi som samfund og medier give stemme til dem, der ikke råber højest om deres egen sundhed, men som ofte har det største behov?

Indhold

Indledning.....	3
Redegørelse: Sårbarhed kan ramme alle – det er ikke ”dem og os”	5
Hvad findes der så af tal?	7
Stemmer om ulighed i sundhed	10
Kristina Louise Bliksted, direktør, Social Sundhed: Vi har verdens bedste sundhedsvæsen – for dem, der kan finde vej	10
Janne Lorenzen, Programchef, Steno Diabetes Center Sjælland: Når patienterne går under radaren, må vi arbejde anderledes	12
Merete Labriola, professor i sundhedsudfordringer, Region Sjælland: Ulighed slår ihjel – men bliver for sjældent behandlet	14
Søren Bredkjær, tidl. vicedirektør i Psykiatrien i Region Sjælland: Der er usynlige syge, som psykiatrien ikke finder frem til	16
Anna Aaby, læge, postdoc, forsker i Sundhedskompetence, Aarhus Universitet: Det er organisationens ansvar at støtte der, hvor behovet er størst.....	18
Jes Bak Sørensen, sundhedsforsker, DEFACTUM, Region Midt: Som samfund har vi valgt at acceptere social ulighed i sundhed	21
Nærklinikken i Kalundborg: Der er mænd, som vi aldrig ser – sådan vil en nærklinik og lokale ildsjæle få mænd til at gå til lægen	24
Johanne Kure, politisk chefkonsulent, Danske Patienter: Sundhedsvæsenet er selv med til at reproducere social ulighed i sundhed	26
Mediernes rolle: Hvordan kan medierne bidrage til at synliggøre og mindske social ulighed i sundhed?	29
Konstruktiv journalistik: Et redskab til at belyse social ulighed i sundhed.....	31
Anbefalinger: Tal med borgere i sårbare positioner, så de ikke bliver overset, men gør det med omtanke	34
Rådet for Socialt Udsatte: Giv dig god tid – også selv om du ikke har den	35
Bedre Psykiatri: Sårbare borgeres historier er afgørende og vigtige – de afspejler velfærdssamfundets mangler	36
Mødrehjælpen: Vi lever i vores egne bobler - mediernes blinde vinkler	39
Gode råd når du interviewer borgere i sårbare positioner	41
Efterord: Tilbage til virkeligheden - Hvordan vi arbejdede med et projekt om ulighed i sundhed på TV2 ØST	42

Indledning

Den sociale ulighed i sundhed er stigende i Danmark. Formålet med denne rapport er at undersøge, hvordan vi som journalister og samfund kan give stemme til de borgere, som ofte overses i sundhedsvæsenet og i medierne – mennesker i sårbare positioner, der "går under radaren".

Rapporten bygger på interviews med sundhedsprofessionelle, forskere og NGO'er og viser, hvordan sociale problemer som fattigdom, ensomhed og psykisk sygdom kan gøre det svært at tage hånd om sit helbred.

Rapporten undersøger:

- Hvem der falder igennem i systemet – og hvorfor.
- Hvordan sundhedstilbud kan tilpasses mere fleksibelt og håndholdt.
- Hvordan medierne kan bruge konstruktiv journalistik til at afdække problemer og løsninger – uden at forstærke stigmatisering af de grupper, det handler om.

I november 2024 blev den største sundhedsreform i to årtier vedtaget. Reformen adresserer især den geografiske ulighed i sundhedsvæsenet – men hvad med den sociale ulighed? Her har medierne et ansvar. Ikke bare for at afdække problemerne, men også for at give plads til dem, det handler om: Hvad mener borgerne selv? Hvad har de brug for – og hvordan spørger vi dem på en respektfuld måde?

Det kræver en forståelse for de komplekse mekanismer, der skaber social ulighed i sundhed, og en organisering af sundhedsvæsenet, som bedre kan rumme forskellige typer patienter. Flere af de sundhedsaktører, jeg har talt med, peger på, at det er nødvendigt at involvere flere ministerier end blot Sundhedsministeriet – og at der skal skrues helt andre og mere "håndholdte" tilbud sammen til borgere i sårbare positioner. Tilbud, der i langt højere grad tager højde for, at sociale problemer kan skygge for, at man passer sin sygdom.

Da jeg i marts 2024 søgte om optagelse på Constructive Institute (CI), formulerede jeg dette arbejdsspørgsmål: Er der borgere i sårbare positioner, som sundhedssystemet og medierne overser – og hvordan får vi dem frem i lyset?

Det spørgsmål tog jeg med mig, da jeg i august begyndte på CI. Jeg ville undersøge, om konstruktiv journalistik kan være et redskab til at sikre, at vi som medier og samfund giver stemme til dem, der ikke råber højest om deres egen sundhed – men som ofte har det største behov. Hvordan sikrer vi, at den gruppe bliver en del af vores dækning og dermed repræsenteret i medierne?

Baggrunden for mine spørgsmål er, at jeg igen og igen har hørt sundhedsprofessionelle fortælle, at der er patienter, de ikke har fat i. Der findes "lommer" i befolkningen med fattigdom, udsathed og sårbarhed, og det betyder ofte, at disse mennesker ikke får taget hånd om deres helbred.

Et af mine første møder var med Kristina Louise Bliksted, direktør i NGO'en Social Sundhed. Hun formulerede problemstillingen sådan her:

-I den del af befolkningen, der er bagud i tallene på den sociale ulighed, der har det sociale i livet en forrang før det sundhedsrelaterede. [...] Man kan gå med det mest uregulerede blodsukker, men der er så meget andet lort i ens liv, så man kommer ikke af sted, fortalte hun.

Og det billede går igen – uanset hvem jeg har talt med. Almindelige mennesker kæmper med problemer, der skygger for deres overskud til at tage sig af deres sygdom. Jeg har fået fortællinger fra frontlinjen om mennesker, der kæmper for at betale husleje, som med nød og næppe holder fast i arbejdsmarkedet – eller er udenfor det. Som ikke har bil eller råd til bussen. Som lever med psykisk sygdom. Som mangler netværk.

Ifølge de sundhedsprofessionelle, jeg har interviewet, går denne gruppe ofte under radaren i sundhedssystemet. Og når de professionelle ikke møder dem – så gør medierne det heller ikke.

Der er altså borgere i Danmark, som vi aldrig taler med – og aldrig interviewer. Det er et demokratisk problem for samfundet og et politisk spørgsmål, der vedrører os alle. Ulighed i sundhed belaster både patienter og pårørende – og undergraver forudsætningerne for et liv med høj livskvalitet.

Så hvordan sikrer vi, at netop denne gruppe bliver set og hørt?

Denne rapport tager afsæt i et grundlæggende paradoks: Danmark har et af verdens mest avancerede sundhedsvæsener og en lang tradition for at ville sikre lighed i sundhed – og alligevel vokser den sociale ulighed.

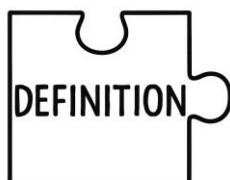
Vi ved, hvem der falder igennem. Vi har omfattende data, dedikerede fagpersoner og mange års viden. Alligevel er der stadig borgere, vi ikke når.

Paradokset handler ikke om manglende indsigt – men om, hvordan vi som samfund, som fagfolk og som medier reagerer. Hvad skal der til for at skabe et system, der ikke kun virker for flertallet, men også når dem, der er sværest at nå?

Rapporten indeholder interviews med sundhedsprofessionelle og interesseorganisationer, der deler viden om problemet og idéer til løsninger. Flere af kilderne arbejder allerede med nye metoder og konkrete tiltag, som – hvis viljen er der – kan være med til at mindske den sociale ulighed i sundhed.

På CI diskuterer vi løbende, hvad konstruktiv journalistik er. I rapporten gennemgår jeg, hvordan medier med konstruktive greb kan dække social ulighed i sundhed. Til sidst afsluttes rapporten med et kapitel om mediernes rolle – og med konkrete råd til, hvordan man som journalist passer på borgere i sårbare positioner, også når de skal på forsiden.

Redegørelse: Sårbarhed kan ramme alle – det er ikke ”dem og os”



Social ulighed i sundhed handler ikke kun om "dem og os". Det er et fænomen, der kan ramme os alle – i perioder af livet eller som livsvilkår. For at forstå baggrunden for mine arbejdsspørgsmål har jeg dedikeret dette kapitel til at forklare, hvordan man skal forstå social ulighed i sundhed. Det er vigtigt at være opmærksom på, at en stor del af befolkningen kan opleve ulighed i sundhed – for dét at være i en sårbar position kan ske for alle.

For bedre at forstå mekanismerne bag social ulighed i sundhed deltog jeg som CI-Fellow i et bachelorkursus om ulighed i sundhed på Folkesundhedsvidenskab i Aarhus i foråret 2025. Gennem mit arbejde som sundhedsreporter på TV2 ØST har kolleger og jeg især dækket den geografiske ulighed i sundhed, som præger Danmark – f.eks. hvordan der er få læger til mange patienter i lægedækningstruede områder i Region Sjælland.

Bachelorkurset beskrev især den sociale ulighed i sundhed. Der er stor viden om området, som er grundigt beskrevet i en række rapporter, blandt andet fra Sundhedsstyrelsen. Den bedste forklaring – og mest nuancerede definition – mødte jeg dog til en forelæsning med sundhedsantropolog Michael Fehsenfeld, adjunkt ved Institut for Folkesundhed på Aarhus Universitet.

Ifølge Fehsenfeld gælder det overordnet, at vi ikke er stavnsbundne i vores sociale position – men at mange statistisk set forbliver i den klasse, de blev født ind i. Dertil kommer, at risikofaktorer er socialt fordelt: Det har konsekvenser for dit helbred, om du arbejder på kontor eller på en fabrik. Din indkomst, din bolig og dit nærmiljø påvirker også din sundhed. Din sociale position bestemmer ganske enkelt, hvilke risici du udsættes for – både fysisk og psykisk.

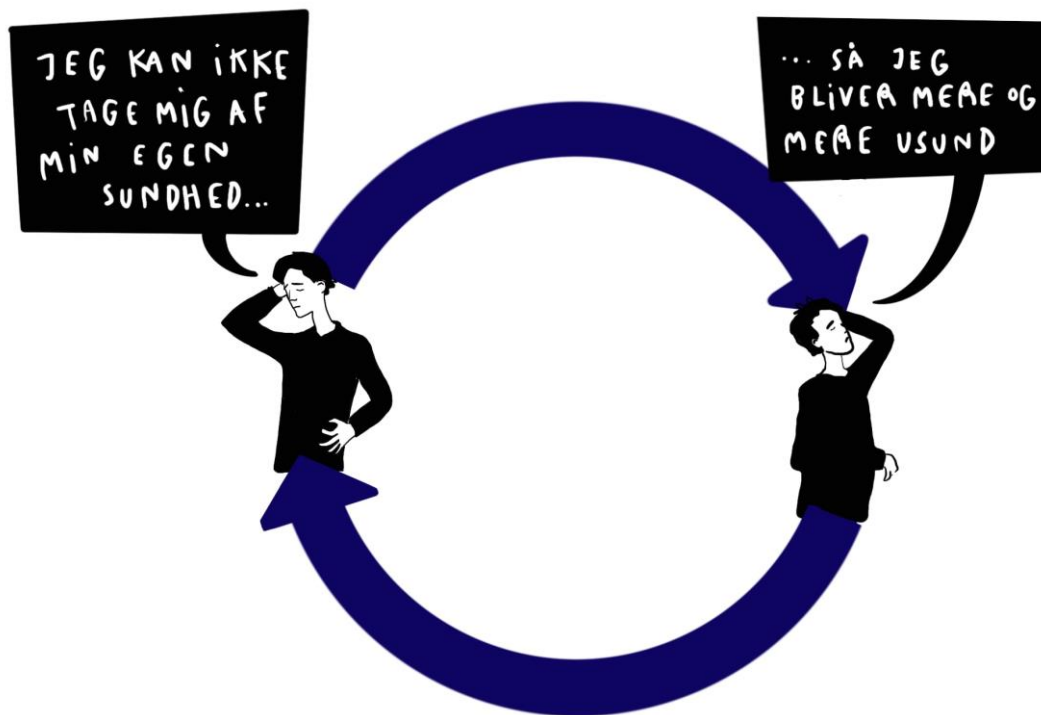


Illustration: Mette Stentoft

Der opstår det, Fehsenfeldt kalder en "syndemi": Når flere risikofaktorer forstærker hinanden – f.eks. rygning, dårligt arbejdsmiljø og stress. Samtidig er konsekvenserne af sygdom også socialt ulige. Det kan være væsentligt sværere at være syg, hvis man arbejder på et lager, end hvis man sidder ved et skrivebord.

Man kan anskue ulighed som enten en dikotomi eller en gradient. Perspektivet har betydning for, hvordan man forstår problemerne – og hvilke løsninger man vælger.

Gradientperspektivet viser, hvordan hele befolkningen placerer sig på en skala. Sorterer man for eksempel efter uddannelseslængde, ser man, at forekomsten af sygdom falder, jo længere uddannelsen er. Personer med lang videregående uddannelse har bedre helbred end faglærte – som igen har bedre helbred end ufaglærte.

Dikotomiperspektivet deler samfundet i to: De sårbare/udsatte og resten af befolkningen. Her har man fokus på sociale problemer, misbrug, hjemløshed og kompleks multisygdom – og man arbejder typisk med "håndholdte" og skræddersyede indsatser til målgruppen.

Tiltag inspireret af gradientperspektivet har derimod fokus på at mindske den overordnede ulighed – ofte gennem strukturelle greb. Det kan for eksempel være at gøre sundhedsvæsenet lettere at navigere i, sætte prisen på tobak op eller forbedre forebyggelse. Det er tiltag, som

alle borgere kan have gavn af, men hvor effekten ofte vil være størst blandt dem med dårligst helbred.

I Danmark arbejder man både med gradient- og dikotomiperspektivet, men de to retninger kræver forskellige former for indsatser. Begge er nødvendige, hvis man vil forstå og handle på ulighed i sundhed.

Hvad findes der så af tal?



Jeg har taget udgangspunkt i to nye rapporter for at finde de seneste tal, nemlig *Social ulighed i sundhed og sygdom i Danmark - Udviklingen i Danmark i perioden 2013 – 2021 fra april 2025* og Sundhedsstrukturkommissionens rapport, *Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen* fra juni 2024. Begge rapporter giver et grundigt overblik over udviklingen.

Af rapporten *Social ulighed i sundhed og sygdom i Danmark - Udviklingen i Danmark i perioden 2013 – 2021* fremgår det, at det i 2024 var 40 år siden, at Danmark sammen med de andre lande i WHO's Europaregion blev enige om en række sundhedsmål.

Mål nummer et lød: *By the year 2000 the actual differences in health between countries and between groups within countries should be reduced by at least 25 pct. by improving the level of health of disadvantaged nations and groups.*

Danmark gik i gang med at skrive en national folkesundhedsplan og på tværs af 11 ministerier blev der udarbejdet et forebyggelsesprogram i 1989 og et folkesundhedsprogram i 2002, hvor ulighed i sundhed blev særligt fremhævet.

Da uligheden de følgende år fortsatte med at stige, udarbejdede Sundhedsstyrelsen senere en mere detaljeret redegørelse om ulighedens årsager og mulige indsatser for at mindske den, og fra 2020 har de indført en systematisk monitorering af uligheden, hvor man på hele på hele 68 indikatorer lige fra børnefattigdom, tandsundhed, rygning og til uddannelse, undersøger uligheden.

Af rapporten fremgår det, at middellevetiden i Danmark er steget med 7 år. For 40 år siden døde 48 procent af en fødselsårgang, inden de blev 75 år. I dag er det 30 procent.

Udviklingen er kommet alle til gavn, men i meget varierende grad. For borgere med en videregående uddannelse er dødeligheden mindsket i gennemsnit 2,7 procent pr. år. For borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelse er dødeligheden dog kun mindsket kun 0,8 procent pr. år.

Rapporten måler primært social ulighed ud fra uddannelseslængde, indkomst, fattigdom og arbejdsløshed og viser, at der fortsat er grupper i befolkningen, der systematisk er mere syge end andre og oplever alvorligere konsekvenser af sygdom.

Hovedrapporten fra sundhedsstrukturkommissionen fra juni 2024 har også undersøgt den sociale ulighed i sundhed. De forskelle der er i middelelevetid og sygdomsbillede afspejler bl.a. forskelle i livsvilkår og livsstil. F.eks. er der ca. fire gange så mange daglige rygere blandt personer med en grundskoleuddannelse, end blandt personer som har fuldført en lang videregående uddannelse, fremgår det af rapporten¹. De samme forskelle ses for usunde kostmønstre og stillesiddende fritidsaktiviteter.

Uddannelse og indkomst har også betydning for, hvordan sundhedsvæsenet benyttes. F.eks. har borgere med højere indkomst flere planlagte sygehuskontakter sammenlignet med borgere med lavere indkomst². Omvendt har borgere med lavere indkomst hyppigere akut kontakt med sygehusene end borgere med højere indkomst: ”De indkomstrelaterede forskelle i brugen af planlagte og akutte sundhedsydelser indikerer, at forskelle i ressourcer har betydning for, om borgere opsøger sundhedsvæsenet tidligt i deres sygdomsforløb eller på et tidspunkt, hvor sygdommen er fremskreden og alvorlig”, fremgår det af rapporten.

Forskellene i brugen af sundhedsvæsenet afspejles også i chancen for at overleve alvorlig sygdom. F.eks. er chancen for at overleve et kræftforløb forskellig på tværs af indkomstniveau uanset kræftformen. Den relative overlevelse for folk med en høj indkomst er ca. 69 pct., mens den relative overlevelse for folk med lav indkomst er ca. 53 pct³.

En anden indikator på social ulighed i sundhed gælder kroniske sygdomme og multisygdom. Landkommuner har en markant højere andel af borgere med kroniske sygdomme end bykommunerne. F.eks. har over 20 pct. af borgerne på Langeland en kronisk sygdom mod 12 pct. af borgerne i København⁴. Tilsvarende gælder det, at landkommunerne har en markant højere andel af ældre og multisyge end øvrige kommuner.

¹ bilag 44.4, s. 119

² bilag 4.45 + 4.46, s. 122

³ bilag 4.47 s. 123

⁴ figur 4.48., side 124



Illustration: Mette Stentoft

Strukturkommissionens rapport konkluderer, at hvis man rent faktisk vil den sociale ulighed i sundhed til livs, så stiller det store krav til alle dele af sundhedsvæsenet: "Udover at håndtere alle borgere med både simple og komplicerede sundhedsmæssige behov skal medarbejdere på tværs af sektorer også kunne samarbejde og skabe sammenhængende behandlingsforløb", lyder det.

En del af anbefalingerne fra sundhedskommissionen er blevet omsat til en række tiltag i den nye sundhedsreform, især tiltag der skal rette op på den geografisk ulighed ved at sørge for, at der kommer flere læger ud til yderområderne.

I rapporten står der: "Det fremstår umiddelbart som paradoksalt, at uligheden stiger i en periode, hvor effektiviteten i sundhedspolitikken er forbedret, både i det forebyggende arbejde mod risikofaktorer og i det behandlende arbejde for bedre overlevelse. Dette beror delvist på, at mange indsatser ikke når ud til alle eller har ulige effekt".

Så den sociale ulighed i Danmark stiger, fordi der er borgere, som sundhedsvæsenet ikke har fat i. Dermed står vi med et grundlæggende paradoks: Viden findes, men mange borgere glider stadig ud af systemets rækkevidde. Så hvad kan vi som samfund, sundhedsvæsen og medier konkret gøre? Det har jeg bedt en række nøglepersoner give deres bud på.

Stemmer om ulighed i sundhed

Kristina Louise Bliksted, direktør, Social Sundhed: Vi har verdens bedste sundhedsvæsen – for dem, der kan finde vej



Social Sundhed arbejder for at mindske uligheden i sundhed – ikke med behandling, men med relationer. Organisationen hjælper mennesker, der falder udenfor systemet, og træner fremtidens sundhedsprofessionelle i at møde sårbare borgere med empati og forståelse.

- Sundhedsvæsenet er verdens bedste til at behandle middelklassen og overklassen, men vi skal have de sidste 20 procent med. Sådan lyder det fra Kristina Louise Bliksted, der er direktør i Social Sundhed. En NGO, hvor frivillige tilbyder støtte og netværk til sårbare borgere, når de skal til forskellige aftaler i sundhedssystemet. Samtidig arbejder Social Sundhed for at sikre social lighed i sundhed i hele Danmark og lige adgang.

- Sundhedsvæsenet kan ikke afskaffe den sociale ulighed i sundhed, men de ansatte kan forholde sig til det møde, de selv tilbyder, og det er ikke godt nok. Det er tydeligt, at der er et klasseskel, når de ansatte møder samfundets mest sårbare og udsatte mennesker, og at systemet er bygget til den hvide middelklasse, siger Kristina Louise Bliksted.

- Det handler om beskæftigelses- og boligpolitik. Det handler om mange ting. Men i stedet for at lade sig forvirre af kompleksiteten, skal man forholde sig til mødet med sundhedsvæsenet. Det kan sundhedsvæsenet tage ansvar for, siger hun.

-Vi kan se, at der sker noget i mødet med sundhedsvæsenet. De vilkår vi har med os som mennesker, de bliver forstærket i mødet med sundhedsvæsenet. Det vil sige, at hvis du kommer med ressourcer, så får du en bedre behandling, oplevelse og effekt af at være i kontakt med sundhedsvæsenet. Hvis du kommer med svære vilkår, så bliver de forstærket, du får en dårligere oplevelse, du får mindre behandling, og effekten af at være der er ringere. Vi kan se, at der er en forskelsbehandling, forklarer hun og uddyber:

-Det skyldes, at det er en anden klasse, der arbejder i sundhedsvæsenet. De er alle hvide, veluddannede kvinder, der har gennemført en lang, videregående uddannelse. Det er ikke bevidst, og de kan ikke gøre for, at de har haft en god barndom. Men der er et klasseskel, der betyder, at faglige kompetencer kan være fraværende.

Hvis mennesker i sårbare positioner skal have noget ud af at komme til lægen og på sygehuset, så skal de ansatte udvikle deres kompetencer.

-Det handler om, hvordan man møder mennesker med empati. Man er bange for dem, man ikke kender. Men ligegyldigt om man møder dem som sygeplejersker eller folkesundhedsvidenskaber, der skal evaluere, eller som politikere, der skal lave sundhedspolitik, så er det vigtigt, at de forstår problemet og har været sammen med de mennesker, det handler om. Ellers så udvikler vi et system, som fortsat er et af verdens bedste til at behandle middelklassen og overklassen, siger hun.

De problemer, som Kristina Louise Bliksted gerne vil have de ansatte i sundhedsvæsenet til at åbne øjnene for, handler om at det ikke er alle mennesker, der har mulighed for at prioritere deres sundhed.

-I den del af befolkningen, der er bagud i tallene på den sociale ulighed, der har det sociale i livet en forrang før det sundhedsrelaterede. Man er nødt til at tage sig af sine børn, have fokus på sit hjem, hvordan skal man få betalt huslejen, få lavet mad, passet dyr og hund og få det til at passe sammen med eksmanden, fortæller hun.

- Dem der er allermest syge af f.eks. diabetes er overvældet af deres liv. Man kan gå med det mest uregulerede blodsukker, men der er så meget andet lort i ens liv, uddyber hun.

Helt konkret linker Social Sundhed frivillige studerende indenfor sundhedsfagene sammen med mennesker, der gerne vil ledsages til deres aftaler hos lægen og på sygehusene. Så de frivillige i Social Sundhed tager ansvar og hjælper udsatte borgere med at finde vej i et kompliceret system, men ifølge Kristina Louise Bliksted skal sundhedsvæsenet selv i langt højere grad gøre sig nogle overvejelser om, hvordan de kan tilpasse sig de borgere, de er til for.

-Der skal være en forståelse af, at man skal tilpasse systemet og overveje, hvad man kan gøre for sårbare borgere: Hvem er de? Hvad har de brug for? At man kommer hjem til dem? At man får fleksible tidspunkter? At man bare kan komme uden tidsbestilling? siger Kristina Louise Bliksted.

Hun efterlyser, at man i sundhedsvæsenet bruger helt konkrete redskaber, f.eks. er det en indikator på, at en borger er sårbar, hvis de er alene.

- Borgerne skal mærke omsorg, at man kører sig, spørge om de har nogen at følges med, for det siger noget om deres ressourcer og muligheder for at profitere af behandlingen, siger hun og uddyber:

-Alle de penge, vi bruger, skal kunne noget mere, ellers er det spild af penge. Sundhedsvæsenet er den største gave til befolkningen, det er gratis, men så mange føler sig ikke hjulpet og profiterer ikke af det eller bruger det alt for sent.

Social Sundhed har indtil nu opereret i de store uddannelsesbyer i Danmark, men er nu på vej ind i Region Sjælland i et samarbejde med Steno Diabetes Center Sjælland og professionsuddannelser på Absalon.

Første stop er en base i Køge, hvor Københavns Universitet netop har åbnet en fuld lægeuddannelse på Sjællands Universitetshospital, og hvor tanken er at linke bl.a. de medicinstuderende op med borgere, der har brug for ledsagelse og hjælp. Derefter skal konceptet bredes ud flere steder i Region Sjælland.

-Som det er i dag, lukrerer systemet på den stærke pårørende, men det kan man ikke for alle. Det er ikke alle, der har en stærk kone, der siger "Nu skal du afsted". Med vores arbejde forsøger vi at stille folk lige, vi er slet ikke færdige med at lave et sundhedsvæsen for alle, siger Kristina Louise Bliksted.

Janne Lorenzen, Programchef, Steno Diabetes Center Sjælland: Når patienterne går under radaren, må vi arbejde anderledes



Steno Diabetes Center Sjælland⁵ møder gennem deres arbejde med diabetes de praktiske udfordringer, der kan være forbundet med at være borger i en sårbar position og samtidig passe sin diabetes. Det er både på regionens sygehuse og i primærsektoren.

-Nogle kan være prægede af skyld og skam, de kan holde en facade, mens de er i ambulatoriet, men forsvinder så i det store hav. Andre kommer bare ikke af forskellige årsager.

Det fortæller Janne Lorenzen, der er programchef i Steno Diabetes Center Sjælland, der ligger i Holbæk.

⁵ Der er fem danske Steno Diabetes Centre i Danmark og de er etableret som offentligt-privat samarbejder. Centrene er drevet af regionerne med økonomisk støtte fra Novo Nordisk Fonden.

-Det er vigtigt at huske, at vi alle kan ende i en sårbar position. Det kan man flytte ind og ud af, nogle gange er det livet, der rammer én. Men de udfordringer, der er, kan give nogle komplikationer for ens senere liv, fortæller hun.

På sygehusene har ambulatorierne traditionelt været baseret på at være et tilbud om faste regelmæssige besøg til alle diabetespatienter, men det skal ændres.

-Det betød, at nogle velbehandlede patienter blev tilbudt kontroller, de ikke nødvendigvis havde brug for, mens andre patienter i sårbare situationer ikke fik de tilbud, de ville få mest ud af, fortæller Janne Lorenzen.

Region Sjælland har mange socioøkonomiske udfordringer med flere borgere med lavere uddannelses- og sundhedsniveau end gennemsnittet i Danmark. Antallet af borgere med kroniske sygdomme og multisygdom er stigende ikke bare i Region Sjælland, men i hele Danmark. Også antallet af børn, unge og voksne med en eller flere psykiatriske diagnoser er stigende⁶.

-Vi kender alle historien om, at Region Sjælland har det hårdt: Vi har lavere uddannelse, dårligere sundhedstilstand og folk er mere syge i gennemsnittet. Samtidig har vi en stor geografisk ulighed f.eks. mangel på læger, fortæller Janne Lorenzen.

Men de negative statistikker får ifølge Janne Lorenzen ikke sundhedspersonalet til at give op.

-Det betyder faktisk, at vi ser en stor vilje til innovation og samarbejde. Der er et stort ønske hos alle vores samarbejdspartnere i regionen og kommunerne om at styrke forebyggelse og partnerskaber, fortæller Janne Lorenzen.

Når Janne Lorenzen skal beskrive, hvem det er, de savner at se i diabetesambulatorierne, så taler hun om de stille patienter.

-Der er nogle mennesker, der bare accepterer deres skæbne, de går under radaren. De skal have noget mere fra os, de optager os. Vi ser ikke på udeblivelser som patientens problem, det er os som system, der skal gøre det bedre, for det er ikke patienten, der er noget i vejen med. Det er systemet, den er gal med, fordi det i høj grad er bygget af og til middelklassen – og ikke er tilpasset alle, siger Janne Lorenzen.

Ifølge hende er det vigtigt, at man ikke giver op på de sårbare borgere, og at man forsøger at finde dem f.eks. via distriktpsychiatrien. Ofte er det få borgere, der optager meget tid, så de kan ofte indkredses ved, at man undersøger, hvem der kommer igen og igen.

-Deres diabetes er ofte deres mindste problem. De har andre udfordringer i deres hverdag, der fylder mere og overskygger deres diabetes. De har måske ikke bil og ikke råd til diverse udgifter.

⁶ Se hovedrapporten fra sundhedsstrukturkommissionen fra juni 2024, kapitel 4, s. 81
<https://regeringen.dk/aktuelt/publikationer-og-aftaletekster/sundhedsstrukturkommissionens-rapport/>

Udfordringerne med "det stille hav" betyder, at der er behov for at tænke kreativt for at løse problemerne. Steno Diabetes Center Sjælland vil derfor gerne udfordre, dét de gør i dag og gerne i samarbejde med andre aktører.

-Måske er der behov for mere differentieret behandling, end vi har nu. Nogle borgere kan måske klares virtuelt, mens andre borgere har brug for et mere håndholdt tilbud, der går på tværs af de sundhedssektorer vi har, fortæller Janne Lorenzen.

Hun har flere helt praktiske ideer, der kan bruges ude i frontlinjen, der hvor de sundhedsansatte møder de sårbare patienter.

-Vi ser, at små pilotprojekter, der kommer nedefra, skaber forandring. Det kan være brug af socialsygeplejersker, der har udvidede beføjelser og måske kan give borgere et gratis måltid og få dem ind på ambulatorierne, eller andre praktiske greb som at hjemmeplejen bliver involveret i at huske aftaler og kan uddele gratis busbilletter, siger Janne Lorenzen.

Samtidig slår hun fast, at det kræver mod at kaste sig ud i at skabe forandring nedefra. Det kræver en leder, der har vilje til det og bakker sine medarbejdere op.

-Begynd i det små med f.eks. fem borgere. Det smarte er, at når man begynder med en lille gruppe, så skubber det til måden at arbejde på. Jeg tror på, at alle går på arbejde, fordi de gerne vil lave nogle gode ting, og at de gerne vil være med til at skabe udvikling og innovation, så hvis lederen går foran, skal medarbejderne nok følge med.

Merete Labriola, professor i sundhedsudfordringer, Region Sjælland: Ulighed slår ihjel – men bliver for sjældent behandlet



Merete Labriola kalder social ulighed i sundhed for en usynlig dræber. Det betyder, at sociale forskelle i sundhed faktisk fører til tidligere død. Men social ulighed i sundhed er ikke en diagnose, og derfor bliver den sjældent systematisk adresseret, fortæller hun og uddyber:

-Folk med lav indkomst, kort uddannelse, dårlige boligforhold, psykisk sygdom mv. lever kortere, er mere syge og dør oftere af sygdomme, der kunne være forebygget eller behandlet.

Det er bl.a. veldokumenteret på Lolland, fortæller Merete Labriola.

Hun er professor i sundhedsudfordringer, interventioner og ulighed på Afdeling for Social Medicin på Institut for folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet og leder af Center for Sundhedsforskning på Sjællands Universitetshospital i Nykøbing F og så har hun et oprigtigt ønske om at få sundhedspolitikker lavet om til gode, holdbare sundhedsfaglige tiltag, bl.a. for de mest udsatte.

I dette interview peger hun på to centrale barrierer, der bør ses på: Mangel på egenomsorg og mangel på en relationel tilgang i sundhedsvæsenet.

-Problemet er på den ene side patienter, der mangler tillid og selvværd, og på den anden side et sundhedsvæsen, der alt for ofte opgiver netop de patienter, der har størst behov, fortæller hun.

-Der findes patienter, der aldrig møder op, og som derfor aldrig bliver registreret som patienter. De opsøger ikke hjælp, fordi de har lavt selvværd, fordi de føler sig stigmatiserede, eller fordi de ikke tror, at sundhedsvæsenet kan rumme dem. Så de går ikke til lægen, fordi de ikke gider høre, at de skal holde op med at ryge. De ved godt, hvad de burde, men føler sig ikke værdige til omsorg, siger hun.

Merete Labriola peger på, hvordan noget så enkelt som venteværelset kan virke afvisende.

-Forestil dig at sidde der, og dit navn bliver kaldt højt foran alle, og alle ved, du kommer fra et værested. Mange dropper ud, før de overhovedet kommer ind, siger hun.

Det andet problem er manglen på relationel tilgang i sundhedsvæsenet. Merete Labriola underviser medicinstuderende og forsøger at give dem noget andet end blot retningslinjer og diagnosekoder.

-Jeg oplever personale, der siger: "åh, ikke ham igen". Hvordan får vi pillet det væk? Empati er ikke nok. Det handler om "compassion" og nærvær, at møde folk i øjenhøjde, kende deres navn og at læse journalen først. At være opmærksom på sin rolle, når vi er privilegerede, så har vi en forpligtelse.

For Merete Labriola handler det om at vise udsatte borgere, at man har overskud til dem.

-Sig til dem, "jeg ved, det er svært for dig at være her". Sig, hvornår du kommer tilbage. Kommer der nogen tilbage? Hvem følger op? Så laver du en alliance og en tryghed. Det betyder noget i forhold til at komme sig og have en bedre oplevelse, fortæller hun.

Hun henviser til erfaringerne fra Flexklinikken⁷ på Bispebjerg Hospital i København, hvor man ikke skal vente i et venteværelse, men bliver modtaget af et sundhedsfagligt menneske med det samme.

-Det handler ikke kun om faglighed. Lægerne får selv et bedre arbejdsmiljø og mindre udbrændthed, når de arbejder relationelt, fortæller hun.

Samtidig opfordrer hun også til differentieret behandling.

⁷ Flexklinikken arbejder for at sikre en lettere adgang til behandling i sundhedsvæsenet for socialt udsatte og sårbare patienter og bedre samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger og sygehuse. Borgere kan møde op uvisiteret og uden tidsbestilling. Flexklinikken vandt i 2023 en pris for Årets patientoplevelse.

-Der er patienter, hvor det kører rigtig godt. Det er megasjovt at snakke med den her landsholdsfodboldspiller, der har et eller andet med knæet, men som får enormt meget tid, fordi det er interessant. Hvordan lærer vi at sige fra til dem, og så bruge vores tid på dem, hvor det måske er lidt sværere? Jeg taler med de studerende om, at de skal turde at prioritere og fordele ressourcerne retfærdigt, siger hun.

Men Merete Labriola er også realistisk: Sundhedsvæsenet kan ikke alene afskaffe social ulighed.

-Men vi kan lade være med at forværre den. Vi kan møde folk som mennesker. Og det starter med at se dem, siger hun.

Søren Bredkjær, tidl. vicedirektør i Psykiatrien i Region Sjælland: Der er usynlige syge, som psykiatrien ikke finder frem til



Alt for mange borgere med psykisk sygdom i Region Sjællands sydlige kommuner går under radaren i psykiatrien, fordi systemet ikke formår at nå derud og finde dem og fastholde dem, fortæller Søren Bredkjær, der kender området særdeles godt. Indtil 1. marts 2025 var han vicedirektør i Psykiatrien i Region Sjælland gennem 35 år og er nu gået på pension.

-I den sydlige del af Region Sjælland, i Lolland, Guldborgsund og Vordingborg er der markant færre patienter i psykiatrien, end man burde forvente, når man ser på det relativt ud fra befolkningens størrelse og helbredstilstand⁸. Det har vi undret os over i mange år, vi har godt vidst, at der var de her skævheder. Det kan ikke passe, at der er flere mennesker med psykisk sygdom i f.eks. Roskilde end i Nakskov, fortæller han.

⁸ I Psykiatrien har man fat i for få psykisk sårbare fra Lolland-Falster. Den seneste opgørelse viser, at der i psykiatrien er 40 procent færre patienter fra Lolland-Falster, end man kunne forvente ud fra de socioøkonomiske forhold. Kilde: Region Sjælland, phd. Aake Packness, kvalitets- og sundhedsfaglig konsulent, Psykiatrisk Visitationsklinik.

Forklaringen ligger, ifølge Søren Bredkjær, i, at den såkaldte primære sektor halter: Der er for få praktiserende læger. I flere områder er den traditionelle, faste familielæge afløst af udbudsklinikker, hvor lægerne kommer som vikarer i kortere tid, og det går ud over kontinuiteten.

-Det er normalt dette første led, der har det nære forhold til patienter, som har behov for langvarig støtte. De læger kender borgernes sygdomshistorik og kan være med til at opspore problemerne i tide. I udbudsklinikkerne har lægerne kun tid til at se på det mest akutte, der er ventetid på flere uger, og mange vælger så at lade være med at komme overhovedet, fortæller han.

-De mennesker, vi taler om her, dør meget tidligere. Det er vanvittigt at se det i lyset af, at det blandt andet er betinget af, at der er så dårlig adgang til sundhedsvæsenet dernede, siger han.

Samtidig er kommunerne pressede på ressourcer og faglige kompetencer på socialområdet og i skolerne.

-Der er børn og unge i nogle af de her kommuner, der er dårligt stillet, hvis skolerne og kommunerne ikke hjælper dem videre, hvis de har alvorlige problemer. Så går der lang tid før de får hjælp, hvis de virkelig bliver syge. Vi har set voksne, der pludselig er meget syge, og når man så går tilbage i deres historie, så kan man se, at det startede, da de var 12-14 år. Hvor man tænker, hvorfor var der ingen, der greb ind overfor dem, fortæller Søren Bredkjær.

Men ifølge Søren Bredkjær er der håb. Der er løsninger på vej med den nye sundhedsreform og sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland i én Region Østdanmark, der lægger op til at bedre strukturer og samarbejde.

-Hvis vi får en bedre lægedækning, f.eks. i de tre sydlige kommuner og også i de vestlige kommuner i regionen, så vil det kunne flytte noget, det er der ingen tvivl om, siger Søren Bredkjær.

Et andet eksempel er, at kommunernes akutsygepleje nu samles under regionerne, så samarbejdet med sygehusene kan blive bedre, bl.a. fordi det bliver den samme pengekasse, der skal betale, og fordi det bliver samme journalsystem, som alle, der arbejder med en borger, kan læse med i.

-Det kan gøre stillingerne mere attraktive og skabe et fagligt fællesskab, i stedet for at hver enkelt sygeplejerske sidder alene i kommunerne, siger Søren Bredkjær.

Samtidig er der med den nye nationale psykiatrihandlingsplan nu også flere penge til psykiatriområdet, og Søren Bredkjær fremhæver især tre indsatser som vigtige brikker til at gøre noget ved den sociale ulighed i sundhed: Opsøgende udekørende medarbejdere, socialsygeplejersker på sygehusene og en styrkelse af det såkaldte PSP-samarbejde mellem politi, psykiatri og kommune.

Foreløbig er der ansat en udekørende sygeplejerske i Psykiatrien i Vordingborg.

-Vi har undret os over, at når vi så dem, der havde fået diagnosen skizofreni første gang, så var der relativt færre i den sydlige del af regionen, så sygeplejersken har til opgave at finde borgere, der går under radaren. Der er helt sikkert steder, hvor man bor langt ude af en

markvej, og der er ingen, der kommer ud til en, og man bliver derude. Der er varmestuer og netværk, som vi vil tale med, om de har nogen, der ikke har fået hjælp, som kunne prøve at hjælpe lidt på vej? fortæller Søren Bredkjær.

Et andet eksempel på et stykke arbejde, der rykker noget i forhold til den sociale ulighed i sundhed, er de socialsygeplejersker, der er ansat på sygehusene.

-De ser de borgere, der kommer ind og er i en dårlig tilstand, som ikke kun er noget somatisk, men også er noget socialt, og de kan gribe dem. Dem vil vi gerne have flere af, for de kan gøre en særlig indsats netop i forhold til de her grupper, siger han.

Socialsygeplejerskerne arbejder på sygehusenes akutafdelinger og kan vurdere, om der skal gøres noget særligt for en patient.

-Vi har nogle, der kommer ind mange gange, og der arbejder vi meget på at se på de her topscorere, der ryger ind og ud af sygehusene, hvem er de – og kan vi gøre noget andet? siger Søren Bredkjær.

-Her kan et andet team også komme på banen, nemlig PSP-samarbejdet mellem politi, psykiatri og kommune, der mødes og drøfter de særlige patienter og som kan lave opsøgende arbejde blandt andet ude på de enkelte bosteder, siger han.

Så alt i alt er der ifølge Søren Bredkjær en række nye, vigtige tiltag på vej i psykiatrien og hele det nye samarbejde, der skal ske i den nye kommende storregion, når Region Sjælland og Region Hovedstaden sammenlægges.

Anna Aaby, læge, postdoc, forsker i Sundhedskompetence, Aarhus

Universitet: Det er organisationens ansvar at støtte der, hvor behovet er størst



Begrebet sundhedskompetence er en relativt ny måde at tale om et komplekst fænomen på. Det handler dels om folks evne til at forstå, vurdere og handle på sundhedsinformation.

-Men sundhedskompetence handler ikke kun om borgeren, om den enkelte borgers evner til at forstå, vurdere og anvende sundhedsoplysninger. I dag taler man mere om sundhedskompetente organisationer og om de sundhedsprofessionelles ansvar for at møde borgerne, hvor de er.

Dét fortæller Anna Aaby, der er læge, postdoc og forsker i sundhedskompetence på Institut for Folkesundhed på Aarhus Universitet.

- I vores forskning har vi primært haft fokus på, hvordan vi som sundhedsorganisation og som sundhedsprofessionelle kan arbejde, når mennesker kommer ind ad døren med så forskellige forudsætninger. Hvordan når vi så dem alle sammen? forklarer Anna Aaby.

Så arbejdet med begrebet sundhedskompetence er vigtigt, fordi mennesker med f.eks. kort uddannelse, kronisk sygdom, lavt funktionsniveau eller sproglige barrierer ofte har svært ved at forstå sundhedsinformation, fordi systemet er komplekst.

-I mange år har der været en tendens til, at vi som system har givet borgeren mere ansvar, og så har vi også et ansvar for at klæde dem ordentligt på. Det er os, der skaber kompleksiteten – så det er os, der skal sikre støtten, siger hun.

Forskning dokumenterer sammenhængen mellem lav sundhedskompetence og dårligere sundhed. Et stort amerikansk studie har vist en stærk social slagside i forhold til sundhedskompetencer⁹. Studiet viste, at lav sundhedskompetence kan betyde flere hospitalsindlæggelser og brug af akutmodtagelser. Samtidig er der lavere deltagelse i forebyggende tiltag som mammografi og influenzavaccination.

Også i Danmark ses tydelige sammenhænge. En undersøgelse blandt patienter med hjertekarsygdom, som Anna Aaby har stået i spidsen for, viste, at lav sundhedskompetence var signifikant forbundet med dårligere sundhedsadfærd, herunder mindre fysisk aktivitet, dårligere kost og øget forekomst af både under- og overvægt samt rygning¹⁰.

Disse fund viser, at lav sundhedskompetence ikke blot er et individuelt problem, men også kræver strukturel opmærksomhed. Derfor peger Anna Aaby på, at det ikke er nok at informere borgerne bedre – det handler i høj grad også om, hvordan sundhedsvæsenet indretter sig:

-Social ulighed skyldes en række grundlæggende vilkår, der rækker langt ud over sundhedsvæsenets rækkevidde, så det er afgørende, hvordan borgere mødes dér. Når udsatte borgere kommer ind ad døren i sundhedsvæsenet, så er det for sent at fikse en række af de problemer, der skygger for deres sundhed, siger Anna Aaby og uddyber:

– Så grundlæggende er opgaven at rumme de mennesker, så vi ikke forværrer den tendens eller skævvrider endnu mere. Organisationers sundhedskompetence handler om at få en

⁹ Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K. N., Harden, E., Tant, E., Wallace, I., & Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107.

¹⁰ Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. *Health literacy is associated with health behavior and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease* (2017)

fornemmelse af, hvem det er, der kan selv – og hvem, der skal have en ekstra hånd, fortæller hun.

Så ifølge Anna Aaby skal de ansatte i sundhedsvæsenet tage mere ansvar, det er ikke nok at give udsatte borgere information, for systemet er komplekst og bliver derfor ikke tilgængeligt for dem.

-Det handler om at være opmærksomme på, at patienter er forskellige. At de skal lytte og tale med borgeren om, hvor godt de håndterer deres sundhed. Og også hvordan man som organisation kan indrette sig, så man giver noget ekstra til dem, der har brug for en hånd ekstra, altså differentieret behandling, fortæller hun.

Det peger på et bredere problem. At systemet stadig ved for lidt om, hvordan man faktisk når de grupper, der ikke dukker op.

-Vi kan se en tendens til, at dem med lav sundhedskompetence, er dem der ikke kommer, som falder fra og som burde have været der. Patienter som f.eks. har haft en blodprop og aldrig møder op til genoptræning. Hvor man skal ud at ringe en ekstra gang for at få dem ind ad døren, fortæller Anna Aaby og uddyber:

-Helt lavpraktisk, hvis man f.eks. sidder i en genoptræningsenhed, så bør man ikke tage for gode varer, når folk ikke dukker op. Det er vigtigt at få dem kontaktet og forklare, hvorfor det er vigtigt, at de kommer. At man har et tilbud, der kan hjælpe den enkelte, hvis det er svært at møde op. Det kræver både tid og ressourcer, men der findes løsninger – både lavpraktiske og strukturelle, siger Anna Aaby.

Ifølge Anna Aaby ved forskerne meget lidt om, hvordan man når den oversete gruppe af patienter.

-Vores sundhedspolitik har fokuseret på behandling i rigtig mange år. Så alt det, der ligger forud, som handler om at opspore og forebygge sygdom, har vi ikke rigtig beskæftiget os med i stor stil. Det kræver både tid og ressourcer, og det er ikke altid noget, systemet er gearret til, siger hun.

For at rykke ved den manglende viden og opsporing, peger Anna Aaby på flere veje at gå – både uden for og inden for sundhedsvæsenet. For hvis vi vil ændre noget fundamentalt, kræver det ifølge Aaby, at vi starter langt tidligere:

-Man kunne starte i skole- og uddannelsessystemet og tale om, hvordan man skaber dannelse omkring sundhed. Hvis vi vil mindske social ulighed i sundhed, kræver det, at sundhed tænkes ind i flere politikområder lige fra skole til sundhedsvæsen, siger hun.

Jes Bak Sørensen, sundhedsforsker, DEFACTUM, Region Midt: Som samfund har vi valgt at acceptere social ulighed i sundhed



Jes Bak Sørensen er sundhedsforsker i DEFACTUM i Region Midtjylland og har i mange år beskæftiget sig med social ulighed i sundhed. Ifølge ham er den sociale ulighed i sundhed et resultat af politiske og samfundsmæssige valg.

-Hvis vi afskaffede børnefattigdom og ægte tog det seriøst, at der er nogle børn, der vokser op i meget dårlige nærmiljøer, så kunne vi reducere den sociale ulighed i sundhed. Men vi har besluttet at skrue på nogle faktorer, bl.a. overførselsindkomsterne, med andre politiske mål end at mindske ulighed i sundhed – mål, der i praksis virker kontraproduktive, siger han.

Ifølge Jes Bak Sørensen er der en række såkaldte sociale determinanter, der er afgørende for, hvordan den enkeltes sundhed vil udvikle sig. Det er bagvedliggende sociale forhold, som ikke direkte handler om sundhed, men som i høj grad former den, og noget af det er helt ude af vores hænder: Det hele starter allerede ni måneder, før man er født. Så hvis man vil sikre sig selv den bedst mulige sundhed gennem livet, så er det en god idé at vælge sine forældre med omhu, siger han.

De sociale determinanter handler blandt andet om opvækst, uddannelse, arbejdsliv og økonomi og kan blive bestemmende for ens sundhed.

-Man bliver ikke ryger af at have en kort uddannelse, men man er mere tilbøjelige til at have usunde vaner, og du bliver påvirket af dem, du omgiver dig med. Har du en kort uddannelse vil du oftere være i risiko for at blive arbejdsløs i kortere eller længere perioder, og det har stor betydning for ens økonomi og muligheder i livet, fortæller Jes Bak Sørensen og uddyber:

-Vi ved, at når man fjerner muligheden for selv at bestemme og være definerende i sit eget liv, så betyder det rigtig meget for vores trivsel og vores stressniveau. Så begynder tingene at bide sig selv i halen. Så når man kigger over på sundhedsvaner, og man er presset af alt muligt, så er sandsynligheden for, at man spiser sundt, motionerer og stopper med at ryge nær ved 0, fortæller han.

Så ifølge Jes Bak Sørensen sidder vi hver især med nogle meget forskellige kort på hånden, når vi skal spille livets spil.

-Der er nogle, der sidder med de dårlige kort, og de dårlige kort har det med at gøre de andre kort endnu dårligere.



Illustration: Mette Stentoft

Derfor bør vi, ifølge Jes Bak Sørensen, udvide forståelsen af ulighed i sundhed til også at inkludere en bredere forståelse af ulighed i sundhed som et vilkår, der findes som en gradient i hele befolkningen. Ulighed i sundhed er ikke en problematik særligt for en gruppe af de allersvageste hjemløse og misbrugere men noget, der bliver gradvist værre, jo længere ned ad den sociale rangstige, man befinder sig. Det er et strukturelt vilkår, der rammer mange – bare i forskellig grad, forklarer han.

-Der er nogle oversete grupper, der er oversete, fordi de bare er helt almindelige mennesker. Det er alle dem, der står op hver morgen og passer deres arbejde, men som har en masse udfordringer. Det tager mange år før en uheldsmæssig livsstil manifesterer sig som sygdom. Det er ikke akut, men det er en langsom snigende død, der kommer for tidligt.

Jes Bak Sørensen er kritisk overfor den måde, vi i Danmark har valgt at prioritere, og at vi som samfund har valgt ikke at bruge de mest effektive redskaber.

-Vi har i Danmark valgt ikke at sætte prisen op på cigaretter. Vi kunne vælge at dirigere flere penge ud til fysisk aktivitet i folkeskolen og børnehaven. Så vi fravælger strukturelle greb, og overlader dem med færrest ressourcer til sig selv, siger han.

Arbejdsmarkedet er et andet eksempel på, at man træffer nogle politiske valg, der ikke fremmer større lighed.

-Hvis vi ville have et arbejdsmarked, der var mere inkluderende og kunne rumme flere, også i den nederste del af samfundspyramiden, så kunne vi vælge det. Covid var et strålende eksempel på, at vi kunne dirigere vores samfundsøkonomi i en bestemt retning. Man kunne vælge at tage opgaven på sig og tilføre flere ressourcer, så man bedre kan tage hånd om folk, siger han.

Så alt i alt er det altså tale om politiske valg og andre politiske dagsordenener, mener Jes Bak Sørensen.

-Det er, som om man står og kigger ned i værktøjskassen, men man tør ikke tage det helt store stykke værktøj frem, som vi ved er effektivt. Det kan blandt andet skyldes, at der ikke er nogle i det etablerede system, der har en særlig god forståelse af, hvad det vil sige at have en faglært uddannelse, bo i Ringkøbing, passe sit arbejde, men have nogle sundhedsudfordringer, der ikke er voldsomme, men man skranter lidt, og så skal man i øvrigt fortsætte med at arbejde til man bliver 70, siger han.

Jes Bak Sørensen efterlyser et opgør med den afstand, der er mellem beslutningstagere og den virkelighed, mange borgere lever i:

-Jeg tænker, at det kunne være godt, hvis der kom nogle flere politikere og centrale beslutningstagere derud, hvor almindelige, virkelige mennesker findes.

En del af problemet er, at de mennesker, der træffer beslutninger, sidder alt for langt væk fra virkeligheden. Det er ikke kun politikerne, men også embedsmænd i styrelserne og ministerierne. Der skal en lyst og villighed til at ville de områder, hvor mange har det svært. Alle os med gode ressourcer og jobs og overskud vi klumper os sammen nogle bestemte steder og lader andre i stikken, siger han.

Nærklinikken i Kalundborg: Der er mænd, som vi aldrig ser – sådan vil en nærklinik og lokale ildsjæle få mænd til at gå til lægen



-Hvis man skal have mænd til lægen, skal man sørge for, at de kan få en hurtig tid og ikke skal vente i alt for lang tid i venteværelset. Dét siger Søren Holme Nielsen, der har meldt sig som frivillig lokal ildsjæl til at være med til at starte et mandebrugerråd i Kalundborg.

-Måske har det noget at gøre med, at mænd ikke vil spilde lægens tid, og de tænker, at det går nok over af sig selv. De har travlt på arbejdsmarkedet og tænker, at ”det er nok bare, fordi jeg er lidt stresset i dag”, siger han.

Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til Kræftplan V, der udkom i januar i år, viser, at der generelt siden 2010 har været flere nye kræfttilfælde blandt mænd end kvinder, og denne forskel forventes at blive større i fremtiden. Samtidig er overlevelsen lavere for mænd end kvinder.

Derfor vil Region Sjællands Nærklinik i Kalundborg bl.a. som et led i at opspore kræft tidligt forsøge at få flere mænd til at gå til lægen, fordi de alt for ofte opsøger hjælp for sent.

-Kvinderne kommer med børnene og er vant til at komme til lægen. Men mændene føler sig utrygge og synes ikke, at de har tid til at tage fri fra arbejde. Det handler også om vores tilgængelighed, der er ventetid og det gider mændene ikke, siger Lars Burchardt, der er læge i klinikken.

Et australsk studie¹¹ viser, at mænd har vanskeligere ved at søge hjælp hos egen læge. Selvom studiet er baseret på internationale data, er konklusionerne også relevante for Danmark, hvor der er lignende mønstre: De fysiske og organisatoriske forhold som åbningstider og klinikkens atmosfære i blandt andet venteværelset kan virke afskrækkende for mænd. Samtidig er der en række psykologiske faktorer som, at mændene opfatter det som en svaghed at søge hjælp og hellere selv vil håndtere helbredsproblemer.

¹¹ A. Smith m. fl. al., *Men's help-seeking and engagement with general practice: An integrative review*, *Journal of Advanced Nursing*, 2023, vol. 79, nr 5, s. 1537–1554.

Ifølge et studie¹² fra forskere fra bl.a. Københavns Universitet opsøger kvinder i gennemsnit praktiserende læge oftere end mænd – selv når man tager højde for livsstil, sygdom og sociale faktorer.

Når man ser bort fra kontakt til almen praksis i forbindelse med prævention, graviditet og lignende, har kvinder et 18 procent højere forbrug af almen praksis sammenlignet med mænd. Der kan ikke sættes lighedstegn mellem, at det er, fordi mænd går mindre til læge, at de har en dårligere kræftoverlevelse end kvinder, men det kan være en medvirkende årsag.

Så når Region Sjælland har taget initiativet til projektet sammen med Nærklinikken i Kalundborg, har det været ud fra et ønske om at arbejde med de barrierer, der er for bl.a. mænd i at søge læge, når de oplever symptomer.

Nærklinikken i Kalundborg er drevet af Region Sjælland, der i 2019 fik dispensation til selv at oprette lægeklinikker på grund af manglen på praktiserende læger.

-Det hjælper bestemt ikke på situationen, at der er mangel på læger. Jo længere ude på landet, man er, des sværere er det at få en læge tid, fortæller Lars Burchardt.

Sascha Fich, der er praksismanager og sygeplejerske i klinikken, supplerer:-Der er stor mangel på alle slags speciallæger for borgerne. Nogle gange skal de op kl. 4 og sidde og vente på flextrafik. Det kræver næsten, at man har en bil, når man skal til læge, så infrastrukturen spiller også en rolle, fortæller hun.

I nærklinikken i Kalundborg har man organiseret sig med en praksismanager, der klarer alt det organisatoriske, og som bl.a. lægger vagtplaner for klinikkens tre sygeplejersker, og klinikkens to faste læger, der er i klinikken henholdsvis to og tre dage om ugen plus lægevikarer.

-Vi vil gerne finde nye måder at gøre tingene på. Derfor indkaldte vi til stormøde og skabte en gruppe af mænd, der fungerer som en slags ambassadører. De skal hjælpe os med at få fat i de mænd, der ikke kommer og komme med nogle gode forslag og ideer, fortæller Sascha Fich.

25 mænd mødte op for at bakke op om arbejdet, heriblandt Søren Holme Nielsen.

-De indkaldte til det der brugergruppemøde, og jeg havde mistet min kone, så jeg skulle få tiden lidt til at gå med nogle andre ting. Så jeg tænkte, at det ville være godt, fortæller han.

-Det har også den baggrund, at jeg mistede min kone meget pludseligt til kræft, så jeg ved hvilken sorg, det kan give. Hvis jeg kan gøre en lille smule for, at andre ikke kommer til at stå i samme situation, som jeg har været i, og hvis vi kan redde bare én, så tænker jeg, at jeg godt kan undvære en 3-4 aftener om året og gå til møde, siger han.

Den videre proces er nu, at det nyetablerede mandebrugerråd skal mødes med nærklinikens ansatte og repræsentanter fra Region Sjælland en gang i kvartalet for sammen at udvikle nye ideer til, hvordan de får fat i de mænd, der er usynlige og går under radaren.

-Vi skal forsøge at indkredse, hvem det er, der ikke kommer. Hvilken aldersgruppe er det helt præcist, og hvad er årsagerne til, at de ikke kommer. Vi skal have fat i dem, der er i risiko for at blive syge, eller som allerede er syge, og spørge ind og finde ud af, hvad der bekymrer dem ved at opsøge læge, fortæller Sascha Fich.

¹² Jørgensen JT et al. (2016). *Determinants related to gender differences in general practice utilization*. Scandinavian Journal of Primary Health Care. DOI: 10.1080/02813432.2016.1207141

Foreløbig er der blevet drøftet forskellige initiativer – f.eks. at oplyse om muligheden for online videokonsultationer, der ikke kræver, at man skal tage fri en halv dag fra arbejde, fyraftensmøder på arbejdspladser, hvor der bliver informeret om, at det er vigtigt at opsøge læge, hvis man har symptomer.

Brugerrådet drøfter også, om det er muligt at kontakte patienter, som man ikke har set længe under en eller anden form, og endelig har klinikken nu besluttet at afskaffe t telefontiden, så patienterne kan ringe til klinikken hele dagen, da mange mænd har givet udtryk for, at det kan være svært at huske at ringe til lægen inden for et bestemt tidsrum.

Søren Holme Nielsen tror på projektet og er glad for at være med i det:

-Det er enormt spændende at få nogle af de her mænd i tale og spørge dem: "Hvorfor går du ikke til læge? Du sætter din bil på service. Måske skal dit hjerte og din krop også have lidt service en gang imellem?", siger han.

Johanne Kure, politisk chefkonsulent, Danske Patienter: Sundhedsvæsenet er selv med til at reproducere social ulighed i sundhed



Social ulighed i sundhed er et såkaldt "wicked problem", det vil sige komplekst, flerstrengt og uden nemme løsninger.

Sådan lyder ordene fra Johanne Kure, der er politisk chefkonsulent i Danske Patienter¹³.

¹³ Danske Patienter er en interesseorganisation, der repræsenterer 109 patientforeninger og pårørendeforeninger med til sammen mere end 900.000 medlemmer.

-Ulighed i sundhed opstår ikke i sundhedsvæsenet. Det er et resultat af samfundsstrukturer og livsvilkår. Samtidig kan man anskue se social ulighed i sundhed på flere forskellige måder, og det gør det svært rigtig at få greb om, hvad det er, og hvor man skal sætte ind. Det er et megakomplekst fænomen, siger Johanne Kure og uddyber:

-Man kan se social ulighed i sundhed ud fra et såkaldt gradient-perspektiv, hvor jo lavere uddannelse og indkomst, man har, desto dårligere helbred vil man få. Men man kan også se det ud fra et gruppe-perspektiv, hvor man har fokus på specifikt sårbare og usynlige grupper, der har markant ringere sundhed, f.eks. hjemløse, psykisk syge, misbrugere og førtidspensionister og borgere med anden etnisk herkomst, fortæller hun.

Ifølge Johanne Kure er der igen tvivl om, at vi har et veldokumenteret problem med social ulighed i sundhed i Danmark. Det har utallige undersøgelser vist.

-Uanset hvilke af vores medlemsorganisationer, man spørger, så vil de sige, at der er ulighed i sundhed – også for deres patientgruppe. Men ét af de steder, hvor man på samfundsplan kan se, at der er store udfordringer, er for patienter med psykisk sygdom, siger hun.

-De har måske mindre tiltro til sundhedsvæsenet og er tilbageholdende med selv at opsøge lægen. De bliver massivt overset, og det fører til en underdiagnostik, så vi kan se, at mennesker med psykisk sygdom har dårligere helbred på mange parametre, fortæller hun.

At sundhedsvæsenet har svært ved at få fat om den somatiske del bl.a. hos mennesker med psykisk sygdom, skyldes ifølge Johanne Kure også, at sundhedsvæsenet selv er med til at reproducere noget af den ulighed, som der er.

- Den måde som sundhedsvæsenet er bygget op på, og den måde som sundhedspersonalet ubevidst møder patienten på, reproducerer ulighed, der påvirker behandlingen, siger hun.

-Man kan blandt andet se fra undersøgelser på brystkræftafdelinger, at de kvinder som personalet bedst kunne identificere sig med, var nogle som mindede om dem. De fik ubevidst tilgodeset behandling til dem, fordi personalet var bedre til at presse på for dem, de kunne spejle sig i, fortæller Johanne Kure.

Mennesker i sårbare positioner kan også selv være bange for at møde sundhedsvæsenet, fordi de er bange for at blive stigmatiseret.

-De kan være nervøse for, om der sidder en læge på den anden side af bordet og fortæller, hvad de skal gøre. Om de får jeg skæld ud for den livsførelse, de har, og om de skal indgå i et behandlingsforløb, som de overhovedet ikke har overskuddet til, siger Johanne Kure.

Oveni personalets ubevidste bias er der også hele den del, der handler om, hvordan sundhedsvæsenet er organiseret. Sundhedsvæsenet er svært at navigere i, også for veluddannede, men kompleksiteten rammer især dem med færrest ressourcer.

-Det er mega bøvet for alle at finde rundt i. Du skal mange forskellige steder hen. Du har kontakt med mange forskellige mennesker. Du får et indkaldelsesbrev, der er skrevet i et sprog, som er svært at forstå. Du har også noget med kommunen – og er dét det samme? og altså: Der er så mange ting. Altså der er virkelig meget omkring den her organiseringsdel, som er enormt svært at finde rundt i, siger Johanne Kure.

Så hvad skal der til for at finde bedre løsninger på bedre behandling til sårbare mennesker? Johanne Kure peger på, at sundhedssystemet skal have systematiske metoder til at afdække sårbarhed og tilpasse behandlingen.

-Roden til hvordan man skal gøre op med den ulighed, der sker i mødet med sundhedsvæsenet, handler om at blive meget bedre til at se, hvem det er, man sidder overfor og ikke tage noget for givet. At sundhedspersonalet har en systematisk dialog og metoder til, hvordan de kan få afdækket, hvad der er vigtigt for dig: Hvad er dit overskud, hvad er din sårbarhed lige nu? Så kan de vurdere, hvor meget behandling den enkelte kan tage del i, siger hun.

Hvis man for alvor vil gøre noget ved den stigende sociale ulighed i Danmark, er der dog også brug for, at der fra politisk side kommer et fokus, mener Johanne Kure.

-Det skal vi som samfund, og det skylder vi hinanden. Det kræver, at man vil det mere end på bare floskelniveau. Så det er noget med at sætte ind og prioritere og sige "Nu vil vi gerne sætte fokus på det": Vi vil begynde at monitorere på det. Vi vil begynde at styre efter det. Vi vil begynde at gøre op med vores egen praksis. Vi vil uddanne vores personale i at tage vare på de her mennesker. Vi vil sørge for, at der er den tilpassede tid, de rigtige ressourcer til at møde mennesker. Altså virkelig lave et opgør med, hvordan det er, vi har indrettet sundhedsvæsenet og mødet med mennesker, siger Johanne Kure.

Samtidig peger hun på, at der skal opsøgende arbejde til for at få folk "til truget".

-Hvis der er grupper, der ikke kommer, så skal vi gøre noget. Det handler ikke bare om organisering, det handler også om tillid, det handler om relationer. Skal vi organisere sundhedsvæsenet efter, hvordan det fungerer bedst i et driftsperspektiv, eller er det for patienten? Man skal kigge sig selv i øjnene og sige, jamen vil vi gerne gøre noget ved det her? Så må vi sige at vi faktisk gerne vil prioritere, at vi kan hjælpe de her mennesker på en måde, som er mere vedkommende for dem. Som kan hjælpe dem til at være med til at tage hånd om sig selv og blive en del af samfundet, siger Johanne Kure.

Mediernes rolle: Hvordan kan medierne bidrage til at synliggøre og mindske social ulighed i sundhed?

Som ansvarlig for sundhedsområdet på TV2 ØST, der dækker 12 kommuner¹⁴ i Region Sjælland, opdager man ret hurtigt, at social ulighed i sundhed fylder hos alle de instanser, man møder i sundhedsvæsenet: Borgerne i Region Sjælland har lavere uddannelse og dårligere sundhedstilstand end gennemsnittet i Danmark.

Derfor har jeg i denne rapport spurgt mine kilder, hvilken rolle de mener, medierne bør spille i dækningen af social ulighed i sundhed.

Medierne skal holde magten ansvarlig og sørge for, at politiske løfter bliver fulgt til dørs, mener flere af de kilder, jeg har interviewet.

-I har en rolle i forhold til at være vagthund og holde magthaverne til ilden. Til at fokusere på at uligheden stadigvæk er her: Hvad har man gjort? Det er mediernes fornemmeste rolle, siger Johanne Kure, politisk chefkonsulent i Danske Patienter.

Jes Bak Sørensen er enig. Han efterlyser også, at medierne påtager sig opgaven som vagthunde for de stemmer, der ikke bliver hørt:

-Der hvor jeg allermest kunne tænke mig, at medierne gik mere til den, det ville være at hænge hykleriet ud. Politik er politik, man må mene og handle, lige præcis som man vil, og som passer med ens overbevisning. Men at sige ét og så gøre noget andet, det er for mig hykleri, og det skal synliggøres.

-Sundhedsministeren må stille sig op og forsvare de 16.000 dødsfald, der hvert år skyldes rygning, holdt op imod det tab i statskassen det giver at gøre cigaretter dyrere, siger han.

-I stedet sætter vi grimme billeder på cigaretpakkerne, hæver prisen med fire kroner og siger til kommunerne, at de skal holde rygestopkurser. Jeg savner svar på, hvad vi som samfund mister, når vi træffer et aktivt valg om at gøre for lidt, siger Jes Bak Sørensen.

Men netop dét – at gå i dybden med de strukturelle problemer – oplever flere som svært at "sælge."

-Jeg kan frygte, at læserne og seerne ikke kan holde ud stadigvæk at høre om det, fordi de ikke ved, hvad de skal stille op med det. Jeg synes, det er oplagt, at medierne skulle gøre mere, men jeg har indtryk af, at man er lidt tilbageholdende ved at gøre det, fordi det ikke er en bladbasker. Det sælger ikke billetter, siger Søren Bredkjær, vicedirektør i Psykiatrien i Region Sjælland.

¹⁴ Lolland, Guldborgsund, Vordingborg, Næstved, Slagelse, Sorø, Faxe, Ringsted, Stevns, Holbæk, Kalundborg og Odsherred.

Jes Bak Sørensen supplerer:

-Det ville være interessant at få formidlet gradient-tankegangen¹⁵, at vise at social ulighed i sundhed rammer bredt i befolkningen. Problemet er, at det er en ikke-historie – det er ikke superlet at fortælle om, så det ser man ikke ofte i nyhederne.

-De problematikker ser man mere i underholdningsprogrammer, hvor vi andre kan sidde og tørre os på panden og tænke: ”pyh, det er godt, at jeg er bedre kørende end ham der”.

-Så vi mangler at give stemme til dem, der slår negativt ud i statistikkerne. Men jeg har svært ved at se, at det kan give de click, I ønsker, siger han.

Medierne har naturligvis et ansvar for nuanceret repræsentation, for hvis man ikke møder sårbare borgere i medierne, kan det føre til, at de ikke bliver prioriteret i de politiske beslutninger, der træffes.

Derfor er det vigtigt, at sårbare borgere ikke fremstilles forenklet, klichépræget og sensationelt, for det kan forstærke fordomme. En nuanceret mediedækning er vigtig for at give den brede offentlighed indsigt i de komplekse udfordringer, som disse borgere står overfor.

Johanne Kure mener, at medierne kan være med til at gøre sundhed til et fælles anliggende – også for dem, der ikke føler sig set i det nuværende system:

-Jeg tror ikke, at det er medierne, der er redningen, men at medierne kan være med til at oplyse på en fordomsfri måde. De kan være med til at formidle viden om, at man ikke selv altid kan være ansvarlig for sin egen sundhed.

-Det er ikke gjort med én enkelt artikel. Det kræver, at der er en tilgang i medierne, om at de vil være med til at oplyse om, hvor vigtigt det er at være opmærksom på sin sundhed. Og at der ikke er nogen, der ser dårligt på dig, når du tropper op og gerne vil have hjælp, siger hun.

For Janne Lorenzen, programchef i Steno Diabetes Center Sjælland, er mediernes rolle klar:

-Det er vigtigt, at medierne er med til at synliggøre, at der er forskellige behov. Dem, der er stærke og har pårørende, skal nok klare sig, og de taler højt. Men andre har brug for mere hjælp, og de går ofte under radaren. Medierne kan hjælpe ved at adressere, at der er brug for at behandle folk forskelligt.

-Det er overhovedet ikke uetisk, at I dækker social ulighed i sundhed og taler med sårbare borgere. I er med til at pege på problemstillingerne. Samtidig kan I hjælpe med at nedbryde stigmatisering og gøre sårbarhed mere forståelig for offentligheden, siger hun.

Merete Labriola, professor i ulighed på Københavns Universitet, ser dog et andet problem:

-Der er mange, der klarer sig på trods. Men medierne viser ofte kun udsathed, når det er dramatisk eller beskidt.

Hun advarer mod at fremstille målgruppen som passiv og uværdig:

¹⁵ Gradient: Jo dårligere sociale vilkår, jo dårligere helbred – i glidende skala. Det handler ikke kun om at skelne mellem syge og raske eller udsatte og ikke-udsatte, men om at sundheden gradvist bliver dårligere, jo lavere man befinder sig på den sociale rangstige.

-Når vi taler med værestederne og bostederne, så fortæller de os altså, at folk går i bad og passer på sig selv – også når de intet har. Men vi risikerer at fastholde en fortælling om, at de er til gene og belastning.

Flere kilder efterlyser, at medierne i højere grad bruger deres platform til at vise veje frem – og ikke kun problemer.

Søren Bredkjær foreslår f.eks. at synliggøre det store arbejde, som frivillige organisationer og lokale aktører gør:

-De gør et kæmpe arbejde. De rækker virkelig ud efter nogen. Hvis man på en eller anden måde kunne gøre det interessant, så kunne det være en god ting at vise, siger han.

Han håber desuden, at medierne vil følge op på, hvordan den nye strukturreform påvirker de mest udsatte områder:

-Medierne har en vigtig rolle at spille her ved at fortælle om de mennesker, der skal gøres synlige med den nye strukturreform med Region Østjylland. Hvis det virkelig skal flytte noget, så skal vi fortælle og arbejde med de udsatte områder, så vi om 10 år kan sige: "Wow, nu rykkede vi noget, nu flyttede vi noget".

Merete Labriola tilføjer, at medierne også har et ansvar for at styrke stoltheden over lokalsamfund og skabe positiv identitet:

-Lad os tale vores område op og gøre det spændende og attraktivt for sundhedspersonale at arbejde her. De skal være stolte af deres arbejde og være med til at tage ejerskab over social ulighed i sundhed. Det er os, det handler om. Det er os, der skal rykke noget, siger hun.

Konstruktiv journalistik: Et redskab til at belyse social ulighed i sundhed



Konstruktiv journalistik handler om at dække problemer nuanceret – og samtidig undersøge mulige løsninger og inspirerende initiativer.

Som beskrevet er social ulighed i sundhed et såkaldt "wicked problem": altså en kompleks samfundsudfordring uden én entydig løsning, der findes ingen enkle løsninger. Men konstruktiv journalistik om emnet kan styrke læsernes og seernes indsigt, inspirere til

handling og bidrage til at gøre sårbare borgere synlige og hørt i samfundets beslutninger og prioriteringer.

Fokus på problemet – med nuancer

En konstruktiv dækning bør først og fremmest synliggøre de nuancer og erfaringer, der knytter sig til social ulighed i sundhed. Det kan ske ved:

- Interviews med sundhedsprofessionelle, der møder sårbare borgere – f.eks. praktiserende læger, psykiatriske sygeplejersker, kommunale aktører, hospitaler, Steno Diabetes Centre og NGO'er.
- Brug af relevante data og rapporter til at underbygge problemets omfang.
- Inddragelse af cases fra virkeligheden: sårbare borgere, der fortæller om deres oplevelser og konsekvenserne ved f.eks. at udeblive fra lægen eller ikke følge ordineret behandling. Det er vigtigt, at case personer vælges med omtanke, så de er repræsentative og ikke udstilles eller stigmatiseres.

Fokus på løsninger – vis hvad der virker

En kerne i konstruktiv journalistik er at vise, hvor der findes handling og håb – uden at falde i en ukritisk fælde om succeshistorien. Det indebærer, at journalister spørger:

- Hvilke aktører forsøger at løse problemet?
- Hvilke tiltag virker – og kan de inspirere andre steder i landet?
- Hvilke barrierer står i vejen for forandring – og hvordan kan de overvindes?

I mit projekt har jeg mødt flere eksempler på initiativer, der forsøger at mindske den sociale ulighed i sundhed. De kan bruges som cases i en konstruktiv journalistisk tilgang:

- Mænd har overdødelighed inden for kræft: Et mandebrugerråd i Nærklinikken i Kalundborg skal bane vejen for, at mænd oplever et mere tilgængeligt sundhedsvæsen.
- Færre er psykisk syge i den sydlige del af Region Sjælland? Nyt opsøgende arbejde i psykiatrien med udekørende sygeplejersker afprøves.
- Social Sundhed – følger borgere i sårbare positioner ind i sundhedsvæsenet og hjælper dem med at finde vej. Organisationen er i gang med at etablere sig i Region Sjælland – første sted er Køge/Sjællands Universitetshospital.

- Portræt af Flexklinikken på Bispebjerg Hospital for sårbare borgere: Man kan møde op uden tidsbestilling og uden sygesikringskort. Kan noget lignende etableres på sygehuse i Region Sjælland?
- Fusionsklinikken i Psykiatrien i Slagelse udvider sit tilbud fra Vestsjælland til hele Region Sjælland. Klinikken har i fem år som det eneste sted i Danmark behandlet patienter med diabetes og svær psykisk sygdom i ét samlet tilbud. Sygeplejersker kører hjem til patienterne og varetager både undersøgelse og behandling.
- Hvordan arbejder sundhedsvæsenet med sundhedskompetence: Er der relevante projekter? Hvis ikke: Hvorfor ikke. Burde det være et fag på sundhedsuddannelserne? og et fokuspunkt på sygehusafdelingerne?

Fremme den demokratiske samtale – borgerinddragelse og opfølgning

Konstruktiv journalistik inviterer også til demokratiske samtaler.

Det kan ske gennem:

- Artikler og indslag hvor en sårbar borger møder en politiker eller beslutningstager.
- Dialogmøder mellem borgere, regioner, kommuner, frivillige foreninger og politikere – som kan live streames og der kan skrives artikler eller debatindlæg.
- Afslutning med idekataloger og anbefalinger fra borgerne selv til politikerne.

Opfølgning er afgørende

Husk også at tjekke op efter et stykke tid – hvad skete der efterfølgende? Fulgte nogen op? Gav det anledning til politisk handling? Alt for ofte glemmer vi medierne at vende tilbage. Men opfølgninger kan give nye indsigter og fortællinger om forandring.

Anbefalinger: Tal med borgere i sårbare positioner, så de ikke bliver overset, men gør det med omtanke

Når man dækker ulighed i sundhed, er det vigtigste arbejde at lokalisere cases, der har lyst til at fortælle, hvordan de som patienter/borgere oplever, at deres socioøkonomiske forhold har negative konsekvenser for deres liv og ofte, når vi som medier kommer på banen, for deres patientforløb.

Vi journalister efterlyser altid cases til vores historier, og især i sundhedsjournalistikken er cases eftersøgte, da de sætter ansigt på de problemstillinger, man dækker. Men hvordan sikrer man at de borgere, der kommer på forsiden, ikke får en dårlig oplevelse med det – og at man ikke skubber til deres udsathed?

Det er min erfaring, at sårbare cases er svære at finde, og at det tager tid og skal gøres grundigt og værdigt og med tålmodighed. Cases kan findes via ansatte, der har opsøgende arbejde på sygehusene og i kommunerne og ofte kan NGO'er også hjælpe.

Når man har fundet frem til de rette cases, kan man lave et for interview, hvor man afdækker, hvilke udfordringer, de har – og hvad de mener om den problemstilling, man dækker. Når man dækker social ulighed i sundhed, kan man spørge ind til deres liv og de barrierer, der forhindrer dem i at opsøge lægehjælp eller bruge sundhedstilbud. Hvilke ønsker og drømme har de? Hvordan ville situationen ideelt se ud for dem, hvis de bestemte?

Ingen af de interviewpersoner, jeg har interviewet, mener, at medierne skal undlade at tale med borgere i sårbare positioner. Tværtimod, mener alle samstemmende, at det er vigtigt at give borgerne en stemme og være med til at pege på problemerne, så der sker en udvikling. Så spørgsmålet er ikke, om de skal medvirke – men hvordan man gør det rent etisk.

Jeg har spurgt Rådet for Socialt Udsatte og Bedre Psykiatri, hvordan de mener, at man bedst inddrager borgere i udsatte positioner i journalistik, altså bruger dem som cases og også bedt om nogle gode råd til hvordan man behandler de borgere etisk forsvarligt, så man ikke "skubber" til deres sårbarhed, men i stedet giver dem en reel stemme.

Rådet for Socialt Udsatte: Giv dig god tid – også selv om du ikke har den



Kristian Volden, der er presse- og kommunikationskonsulent i Rådet for Socialt Udsatte, har tidligere arbejdet som nyhedsjournalist hos DR Nyheder og Ritzau. I dag interviewer han socialt udsatte mennesker, når rådet¹⁶ indsamler viden om hjemløshed, stofbrug, sexsalg og andre former for social udsathed.

Med sin erfaring fra begge sider peger han på en central udfordring for nyhedsjournalisten: Tidsfaktoren.

-Tid er en kæmpe faktor. Der ligger en indbygget udfordring i, at nyhedsjournalister skal møde og interviewe udsatte mennesker, som ofte har behov for, at man giver sig god tid til at etablere tillid, og at nyhedsjournalister som regel ikke har særligt god tid, siger Kristian Volden.

Ifølge ham kræver interviews med mennesker i social udsathed ekstra omtanke og forberedelse. Det handler ikke kun om at stille de rigtige spørgsmål, men også om at undgå at genaktivere traumer, da der ofte er tale om mennesker, som har voldsomme oplevelser med i rygsækken fra fx barndommen eller udsatte liv på gaden.

-Vi taler om mennesker, som kan være enormt sårbare, og vi risikerer at re-traumatisere dem, hvis vi uden omtanke spørger ind til alle mulige dele af deres fortid og erfaringer. Vi skal give dem en stemme, men vi skal undgå at skubbe til deres udsathed, forklarer han.

Derfor lægger Kristian Volden og hans kolleger i Rådet for Socialt Udsatte vægt på både forberedelsen og selve mødet.

¹⁶ Rådet for Socialt Udsatte er nedsat af socialministeren og har som uafhængigt råd til formål at rådgive om hvordan social udsathed og sikre at socialt udsatte kan komme til orde og blive hørt i samfundsdebatten, så deres erfaringer tages med i udviklingen af velfærdssamfundet.

Det gør de blandt andet ved at samarbejde med støttekontaktpersoner eller organisationer såsom SAND, De hjemløses landsorganisation og Brugernes Akademi. På den måde kan de forhånd få en fornemmelse af, om der er særlige forhold, som man bør tage hensyn til i mødet med den enkelte borger.

-Det gør os bedre i stand til at tale med mennesker på en god og forsvarlig måde, siger han og understreger, at tillid er et nøgleord:

-Det er helt afgørende for os, at de mennesker, vi taler med, har en god oplevelse. Og det bliver det kun, hvis de har tillid til os. Og så er vi tilbage ved det med tiden, for det kræver tid at etablere en tryk kontakt, før man tænder optageren eller tager billeder. Derfor er det vigtigt, at man giver sig tid – også selv om man ikke har den, siger Kristian Volden.

Bedre Psykiatri: Sårbare borgeres historier er afgørende og vigtige – de afspejler velfærdssamfundets mangler



Jane Alrø Sørensen er generalsekretær i Bedre Psykiatri. Hun oplever ofte, at journalister ringer og beder dem om at hjælpe med at finde en case til en historie, de er i gang med. I det omfang det er muligt, vil de også gerne hjælpe, for det er vigtigt, at medierne bringer historier om *sårbare borgere*.

-Deres historier er lige så gyldige og lige så vigtige som andre menneskers historier. Deres historier er et vidnesbyrd om vores velfærdssamfund og vores sundhedsvæsen, både når det fungerer og når det ikke fungerer, siger hun.

Bedre Psykiatri arbejder for bedre vilkår for pårørende til mennesker med psykisk sygdom eller udviklingsforstyrrelse. Organisationens har 12.500 medlemmer.

Historier om sårbare borgere kan være med til at sætte dagsorden om at der findes social ulighed i sundhed i Danmark, mener Jane Alrø Sørensen.

-Der er ulighed i din adgang til det offentlige afhængigt af din baggrund, og hvor god du er til at forhandle. Så jeg synes, at udsattes vidnesbyrd og historier er afgørende og vigtige, og de er en hel legitim måde at vise vores velfærdssamfunds mangler, siger hun.

Jane Alrø Sørensen oplever da også, at medierne dækker historier om udsatte mennesker, men hun er bekymret for, at der ofte er fokus på de allersvageste mennesker.

-Jeg oplever desværre ofte, at der er en jagt på, at det næsten ikke kan blive sølle nok. Det er de meget hårde cases, man sætter spot på. Det kan være problematisk, jeg forstår godt at det sælger aviser og giver seere. Men det er ikke så identificerbart og repræsentativt for flertallet af de mennesker, der er i udsatte positioner, siger hun.

Det kan ifølge Jane Alrø Sørensen blive et problem for den del af befolkningen, der så ikke kan spejle sig selv og se sig selv repræsenteret som en stemme i debatten.

-En stor del af den danske befolkning¹⁷ vil i løbet af deres liv på et tidspunkt få brug for hjælp i psykiatrien, så langt de fleste vil i en periode af deres liv være i en udsat position, og de kan ikke spejle sig i den borger, hvor der er multikomplekse problemstillinger med hjemløshed, prostitution og en livslang karriere i psykiatrien.

Jane Alrø Sørensen understreger, at de multikomplekse historier også er vigtige, men hvis man gerne vil have mere åbenhed og bryde med nogle af tabuerne på psykiatriområdet, så betyder det noget, at man også møder mennesker, der er mere repræsentative.

-Langt de fleste mennesker med psykisk sygdom kæmper, og formår at hænge på, de er måske i flexjob, i andre perioder er de uden for arbejdsmarkedet. Dem savner jeg tit, at man giver ordet til. At det er dem medierne også er interesserede i at bringe historier om, siger hun.

Jane Alrø Sørensen peger også på, at der opstår en slags "usynlig handel" mellem medier og interesseorganisationer som hendes egen.

-Det bliver aldrig sagt direkte, men det ligger implicit, at hvis I journalister får en god case med en udsat borger, så får vi mulighed for at få taletid, og vi vil gerne frem i medierne med vores budskab, siger hun.

-Det skaber et dilemma hos os, der for at få taletid "skubber" en borger foran os og beder dem stå frem offentligt, fortæller hun.

Medierne vil gerne have såkaldte cases for at give artiklen eller indslaget identifikation. Men Jane Alrø Sørensen rejser et kritisk spørgsmål til refleksion i journaliststanden om hvorvidt casen blot bruges til at sætte følelser i gang og skabe opmærksomhed, om casen – og indslaget/artiklen i det hele taget – rent faktisk bidrager med viden, indsigt, løsninger?

¹⁷ Et stort dansk registerstudie offentliggjort i *JAMA Psychiatry* viser, at næsten halvdelen af befolkningen i løbet af livet modtager en psykiatrisk diagnose eller psykiatrisk medicin. Pedersen, C. B., & Momen, N. C. (2023). Lifetime Cumulative Incidence of Psychiatric Disorders and Psychotropic Medication Use. *JAMA Psychiatry*, 80(9), 928–938.

-Vi vil gerne hjælpe og bruger meget tid på at gøre det ordentligt og etisk forsvarligt, men nogle gange føles det som vi beder mennesker stå frem offentligt for at få adgang til mikrofonen, så det er vi yderst bevidste om, og der er også nogle gange vi siger nej, fordi den sårbare borger ikke kan gennemskue konsekvenserne af at stå frem, siger Jane Alrø Sørensen.

Når vi som medier skal bruge et menneske med psykisk sygdom som case handler det om at journalisten har etikken i orden. Det handler blandt andet om at klæde casen godt på og forklare, hvad det kan medføre at stå frem.

-De skal være indforståede med, at de kan blive genkendt i Brugsen i morgen, og at alle ved, at du har en søn, der har begået selvmord. Vi gør meget ud af det, men nogle gange bliver vi i tvivl: Der er en lille stemme i maven: Var han robust nok? Derfor skal vi kunne stole på journalister og håbe, at I har etikken i orden, siger hun og uddyber:

-Vi trækker jo en stor veksler på dem, når vi beder dem stå frem med noget, der er så svært. Vi får et kig ind i andre folks meget tabubelagte virkelighed. Men omvendt har vi også den holdning at åbenhed avler åbenhed, og vi skal tale om psykisk sygdom, så konklusionen må være at medier og ngo'er som os har et kollektivt ansvar for at sikre, at de cases, vi bringer, forstår konsekvenserne af at stå frem, og at de også siger ja til sociale medier, siger Jane Alrø Sørensen og tilføjer:

-Det er vigtigt at screene kommentarsporene på sociale medier og sørge for, at folk bliver behandlet ordentligt. Det synes jeg ikke, at medierne er gode nok til. Hvis medierne giver frit spil til hadefulde kommentarer på sociale medier, bærer de også et ansvar for at monitorere dem.

Et andet spørgsmål er, hvordan man som journalist bedst kan kontakte sårbare borgere. Er det f.eks. i orden at kontakte dem via sociale medier?

-Hvis folk vælger selv at skrive og være åbne på sociale medier og at dele deres historie, så har de allerede taget første skridt til at være åbne. Så er det ok at kontakte dem. Derefter er der brug for journalisten oplyser om alle konsekvenser: vi kommer til at bruge det på sociale medier. Vi modererer det, men der kan stå grimme ting, før vi får slettet det, siger Jane Alrø Sørensen.

Rent praktisk har Jane Alrø Sørensen flere gode råd til journalister, der laver historier med sårbare borgere.

-Sæt borgeren før historien og forhold dig åbent og nysgerrigt til, hvad det menneske, du møder, har at sige. Lyt og tal med vedkommende om, hvad det vil sige at stå frem og tal om, hvad man kan blive udsat for, siger hun.

Det handler i sidste ende altså ikke bare om at få sin historie igennem, men også om at sikre, at dem, der står frem, bliver mødt med respekt – også efter at historien er publiceret.

-Så husk at ringe bagefter og spørg, om det var en fin oplevelse. Det viser, at man tager det menneske, man har samarbejdet med, alvorligt, siger Jane Alrø Sørensen.

Mødrehjælpen: Vi lever i vores egne bobler - mediernes blinde vinkler



Når sårbare borgere deler deres historie med medierne, kan det gøre en forskel og give dem en stemme i samfundsdebatten.

-Selvfølgelig skal deres stemmer høres. Mange er handlekraftige og får tingene til at fungere på trods af nogle ret svære omstændigheder. De er ikke bare sårbare, men har også noget power i sig, som er vigtigt, og som de har behov for, at der bliver givet stemme til, siger Tasja Norre Parize, der er afdelingschef for Politik, Analyse og Kommunikation i Mødrehjælpen.

Mødrehjælpen bruger også selv cases i deres kommunikation og har et familiepanel, som over 2400 familier har sagt ja til at være med i. Mødrehjælpen bruger panelet til at spørge om diverse emner, som de kan bruge til analyser, som de så videreformidler til medierne.

-Vi spørger hvilke udfordringer, de har, og vi er heldige, der er en høj svarprocent, og de uddyber og forklarer tit i tekstfelterne. De har meget på sinde, og der er meget, de gerne vil dele. Men én ting er at tale på vegne af familierne, hvor vi viderebringer deres stemme og deres udfordringer, siger hun.

Generelt oplever Mødrehjælpen, at historier om sårbare mennesker kan være svære at komme igennem med til medierne. Der er lydhørhed til jul, men nyhedshistorier om svære vilkår kommer sjældent i medierne. Det kan måske hænge sammen med, at journalister ikke selv møder mennesker i sårbare positioner.

-Vi lever i ghettoland, vi omgås os selv i små bobler, og journalister har en tendens til at tage afsæt i deres egen virkelighed. I Mødrehjælpen har vi en opgave: Vi skal forklare om børnefattigdom, det eksisterer faktisk reelt i Danmark. Men så kigger journalisterne rundt på deres egne børn og deres venner: Vi kender ingen. Det er lidt op ad bakke. Der er ikke kæmpe interesse, der skal være nogen, der er i klemme, og en nyhedskrog. Men en generel historie om ulighed har ingen interesse, siger hun og uddyber:

-Så er det nemmere med en influencer, der råber højt og synes, det er svært at være børnefamilie. Problemet er ikke særlig stort, men der er en kendt og en stemme, og nu er vi

optagede af familiepolitik. Så det er ressourcestærke der bliver hørt mere: Vi har lige lavet en undersøgelse om Work Life-balance, som viser at problemerne bliver talt op i debatten. Men de familier, der virkelig har udfordringer, dem hører vi ikke om og derfor får vi heller ikke adresseret problemerne rigtigt og får heller ikke de rigtige politiske svar, siger hun.

Desværre kan det også koste dyrt at stå frem, fordi familierne efter at et indslag eller en artikel er bragt, får hadefulde kommentarer på sociale medier. Det oplever presseafdelingen i Mødrehjælpen, som ofte med meget kort varsel skal hjælpe journalister med at finde cases til deres historier.

-Dét gør, at flere er lidt mere tilbageholdende med at stille op og her er korte deadlines ikke altid de bedste betingelser. Vi oplever derfor også, at journalisterne dropper deres historie, fordi vi ikke kan levere en case med kort aftræk, fortæller Tasja Norre Parize og

Derfor drøfter de ofte internt i Mødrehjælpen, hvordan de kan sikre, at de mere sårbare kommer til orde.

-Vi er optaget af at dem, der fylder i medierne, er de ressourcestærke familier. Og de mere sårbare kommer sjældent til orde, men de er der jo. Det der med at give dem en stemme og få dem frem i debatten, synes vi er vigtigt, det ligger os meget på sinde. Vi taler om hvordan vi kan bidrage, fortæller Tasja Norre Parize.

I Mødrehjælpen vil de gerne hjælpe med at formidle cases, men de har drøftelser internt om, hvordan de hjælper sårbare familier, når de skal i medierne, og hvad det betyder, når man stiller sig frem.

-Det betyder jo, at man kan blive udsat for lidt af hvert, og det har vi en forpligtelse til at orientere om. Vi spørger også til, hvad børnene tænker. Hvad tænker de om at deres forældre fortæller om fattigdom? Mange børn gør alt for at holde en facade, så det ikke bliver set af deres kammerater. Så det er noget med, at det også kan få betydning for deres børn. Der har vi en etisk forpligtelse, siger Tasja Norre Parize.

Så der er et dilemma: Hvordan kan medierne både give plads og stemme til mennesker i udsatte positioner og samtidig passe på dem?

Tidligere i år udgav Mødrehjælpen sammen med fem andre organisationer otte gode råd¹⁸ til journalister, redaktører og andre, der dækker vold i nære relationer i medierne.

Baggrunden var, at organisationerne indimellem oplever, at mennesker med vold tæt inde på livet kommer i klemme i forbindelse med en medieoptræden, og at nuancerne om vold går tabt. Formålet med rådene er at fremme og kvalificere journalistikken.

-Det handler også om at stille åbne spørgsmål, at prøve at forstå alt dét, der er på spil. Det er sjældent blot ét problem. Så det er vigtigt at give plads til kompleksiteten, siger Tasja Norre Parize.

¹⁸ <https://www.lokk.dk/media/dpwnmq4/8-gode-ra-d-til-journalister.pdf>

Hun opfordrer til, at journalister gør sig klart, at situationen her er en anden, end når man ringer til en politiker og skal have et statement. Det er menneskers personlige liv, og noget af det de skal fortælle om, kan være skamfuldt.

-Det handler om at skabe en tryghed og bruge krudt på at tale sig ind på dem. Man kan ikke komme med en historie, der er skrevet på forhånd og lige have fire citater til den. Det kan ikke overstås på fem minutter, siger hun.

Gode råd når du interviewer borgere i sårbare positioner



Efter at have talt med Mødrehjælpen, Bedre Psykiatri og Rådet for Socialt Udsatte har jeg stykket disse gode råd sammen til, hvordan man passer på sårbare borgere, når de skal bruges som cases.

Før interviewet:

- Opsøg baggrundsviden: Hvis det er muligt, så tal med den organisation, bosted, NGO eller kontaktperson, der har formidlet casen. Få indsigt i casens situation og eventuelle sårbarheder.
- Gør dig klart, hvad interviewet indebærer: Hav overblik over historien og overvej, hvordan casens fortælling skal bruges – og hvad du forventer at tale med dem om og spørge ind til.
- Ring i forvejen – og lav et for-interview: Tal med borgeren på forhånd og afdæk: Hvad vil de gerne dele? Hvad har de af oplevelser og drømme? Hvad betyder det for dem at stå frem?
- Forklar tydeligt hvad medvirken indebærer: Gør det klart, at historien kan offentliggøres online og på sociale medier, at de kan blive genkendt offentligt, at kommentarsporet kan være positivt – men også hårdt, og at de til enhver tid kan trække sig.

Under interviewet:

- Sæt god tid af og skab tryghed: Afsæt tilstrækkelig tid – det kan ikke klares på fem minutter. Overvej, om du kan udsætte deadline for at sikre både kvalitet og etik. Tal lidt uformelt, lyt og opbyg tillid, før I går i gang med det egentlige interview. Det gælder også fotografering.
- Stil åbne spørgsmål og giv plads til kompleksitet: Det er sjældent “bare én ting”, der er problemet. Stil åbne, nysgerrige spørgsmål og lad borgeren tale frit, også om ting, der måske ligger uden for din vinkel.
- Lyt til hele mennesket – ikke kun historien: Casen har ofte mere på hjerte end blot det, du kom for. Respekter det sårbare og personlige – og giv plads til den kompleksitet, virkelige liv rummer.

Efter interviewet:

- Overvåg kommentarsporet på sociale medier: Luk sporet, hvis det udvikler sig negativt eller bliver hadefuldt. Det er en vigtig del af dit ansvar.
- Ring og følg op: Spørg ind til, hvordan oplevelsen var, og om det føltes trygt og respektfuldt.
- Giv mulighed for citatgodkendelse: Det skaber tryghed, at case personen kan godkende citater og/eller gengivelse. Det handler ikke om at ændre på fakta – men om at sikre, at personen føler sig korrekt og respektfuldt fremstillet.

Efterord: Tilbage til virkeligheden - Hvordan vi arbejdede med et projekt om ulighed i sundhed på TV2 ØST

Konstruktiv journalistik i praksis

Efter min tid på Constructive Institute i Aarhus lægger jeg mig i selen for at indtænke konstruktiv journalistik, hvordan journalistikken kan belyse problemer uden at forfalde til ensidig problemfokusering, men også husker nuancer og løsninger.

Da jeg vendte tilbage til TV2 ØST, brugte mine kolleger og jeg de konstruktive greb i praksis og udviklede et redaktionelt tema om social ulighed i sundhed. Vi satte fokus på løsninger, lokale initiativer og stemmer. Vi besøgte og talte med et stort antal borgere/patienter, mødte sundhedsprofessionelle, talte med NGO'er og eksperter. Det førte til en række nedslag, hvor civilsamfund, frivillige og det offentlige sammen forsøger at undgå at ulighed påvirker borgernes møde med sundhedsvæsenet.

Oversigt over artikler og indslag

Tema om social ulighed i sundhed – oktober 2025

I oktober 2025 gennemførte TV2 ØST et samlet redaktionelt tema om social ulighed i sundhed. Serien satte fokus på, hvordan social og geografisk ulighed slår igennem i sundhedsvæsenet, og på de lokale initiativer, der forsøger at gøre noget ved det.

5. oktober – “Åh nej”-patienter

Region Sjælland: Første del af temaet om ulighed i sundhed

Det danske sundhedsvæsen fungerer effektivt for dem, der kan finde vej i systemet – men patienter med sociale problemer risikerer at blive opfattet som besværlige. På Holbæk Sygehus arbejder socialteamet for at bygge bro mellem patient og system, så også de mest sårbare får behandling og ikke forsvinder ud af systemet. + **Live:** Professor i ulighed i sundhed, Merete Labriola, Nykøbing Falster Sygehus

TV-indslag: [tv2east.dk/nyheder/05-10-2025/1930/2010-05-oct-2025](https://www.tv2east.dk/nyheder/05-10-2025/1930/2010-05-oct-2025)

Artikler:

[Sårbare patienter bliver ofte tabt i det moderne sundhedsvæsen:](https://www.tv2east.dk/ulighed-i-sundhed/sarbare-patienter-bliver-ofte-tabt-i-det-moderne-sundhedsvaesen-0a9e8)

<https://www.tv2east.dk/ulighed-i-sundhed/sarbare-patienter-bliver-ofte-tabt-i-det-moderne-sundhedsvaesen-0a9e8>

[Sundhedsvæsenet opgiver de patienter, der har størst behov: https://www.tv2east.dk/ulighed-i-sundhed/sundhedsvaesnet-opgiver-de-patienter-der-har-storst-behov-13c51](https://www.tv2east.dk/ulighed-i-sundhed/sundhedsvaesnet-opgiver-de-patienter-der-har-storst-behov-13c51)

6. oktober – Børnefattigdom forstærker ulighed i sundhed

Vores opvækstvilkår former både helbred og adgang til behandling. Ifølge Sundhedsstyrelsen har børn, der vokser op i fattigdom, op til fire gange så stor risiko for alvorlig sygdom og tidlig død. Seks kommuner i Region Sjælland ligger blandt de ti i landet med flest børn i relativ fattigdom. I Maribo på Lolland hjælper Familie Ringen familier som Poul-Erik Kildentofts til et sundere liv + **Live:** Direktør for Mødrehjælpen, Ninna Thomsen

TV-indslag: [tv2east.dk/nyheder/06-10-2025/1930/2010-06-oct-2025](https://www.tv2east.dk/nyheder/06-10-2025/1930/2010-06-oct-2025)

Artikel: [Fra 135 til 70 kilo: Særligt tilbud hjalp Poul-Eriks familie til et sundere liv:](https://www.tv2east.dk/ulighed-i-sundhed/fra-135-til-70-kilo-saerligt-tilbud-hjalp-poul-eriks-familie-til-et-sundere-liv-b690a)

<https://www.tv2east.dk/ulighed-i-sundhed/fra-135-til-70-kilo-saerligt-tilbud-hjalp-poul-eriks-familie-til-et-sundere-liv-b690a>

13. oktober – Psykiatrien

Der er færre patienter i psykiatrien på Lolland og Falster. Region Sjællands tal viser, at der er 40 procent færre patienter fra Lolland-Falster i psykiatrien, end man kunne forvente ud fra socioøkonomien. Det betyder, at mange psykisk sårbare risikerer at blive meget dårligere, før de får hjælp.

TV-indslag: [tv2east.dk/nyheder/13-10-2025/1930/2010-13-oct-2025](https://www.tv2east.dk/nyheder/13-10-2025/1930/2010-13-oct-2025)

Artikel: [Eva fik først hjælp efter et sammenbrud – i hendes landsdel er det en generel tendens: https://www.tv2east.dk/lolland/eva-fik-forst-hjaelp-efter-et-sammenbrud-i-hendes-landsdel-er-det-en-generel-tendens-60b8d](https://www.tv2east.dk/lolland/eva-fik-forst-hjaelp-efter-et-sammenbrud-i-hendes-landsdel-er-det-en-generel-tendens-60b8d)

16. oktober – Mænd går ikke til læge

Mænd er markant mere tilbageholdende med at gå til læge – og det koster liv. I Kalundborg prøver Nærklinikken at ændre det gennem et mandebrugerråd, hvor mænd selv bidrager med idéer til, hvordan sundhedstilbud kan gøres mere tilgængelige.

TV-indslag: [tv2east.dk/nyheder/16-10-2025/1930/2210-16-oct-2025](https://www.tv2east.dk/nyheder/16-10-2025/1930/2210-16-oct-2025) (ca. 4½ minut inde)

Artikel: [Mænd med kræft bliver væk fra lægen – nu skal de reddes: https://www.tv2east.dk/kalundborg/maend-med-kræft-bliver-væk-fra-lægen-nu-skal-de-reddes-1a256](https://www.tv2east.dk/kalundborg/maend-med-kræft-bliver-væk-fra-lægen-nu-skal-de-reddes-1a256)

19. oktober – Ekspertperspektiv

Sundhedsforsker: Som samfund har vi valgt at acceptere ulighed i sundhed

Artikel: [Ekspert: Beslutningstagere er for langt væk fra borgernes virkelighed: https://www.tv2east.dk/ulighed-i-sundhed/ekspert-beslutningstagere-er-for-langt-væk-fra-borgernes-virkelighed-60d24](https://www.tv2east.dk/ulighed-i-sundhed/ekspert-beslutningstagere-er-for-langt-væk-fra-borgernes-virkelighed-60d24)

20. oktober – Politiske reaktioner

Op til regionsrådsvalget i november satte TV2 ØST politikerne stævne for at høre, hvordan de vil bekæmpe ulighed i sundhed i den kommende megaregion Østdanmark.

TV-indslag: [tv2east.dk/nyheder/19-10-2025/1930/2010-19-oct-2025#90XijY6E](https://www.tv2east.dk/nyheder/19-10-2025/1930/2010-19-oct-2025#90XijY6E)

Artikel: [Politikere vil bekæmpe ulighed i sundheden i ny megaregion:](https://www.tv2east.dk/https://www.tv2east.dk/ulighed-i-sundhed/politikere-vil-bekaempe-ulighed-i-undheden-i-ny-megaregion-a5490)

<https://www.tv2east.dk/https://www.tv2east.dk/ulighed-i-sundhed/politikere-vil-bekaempe-ulighed-i-undheden-i-ny-megaregion-a5490>